

Journal of Health Science and Community Public Health: JHSCPH

วารสาร

วิทยาศาสตร์สุขภาพ

และการสาธารณสุขชุมชน 1 ปีที่ 7 ฉบับที่ 1

มกราคม-มิถุนายน พ.ศ. 2567

ISSN: 2651-1193 (Print)
ISSN: 2985-2560 (Online)



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 177

E-mail: jhscph@scphkk.ac.th

Website: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jhscph/index>

คณะกรรมการที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.นพ.ศาสตรี เสาวคนธ์	มหาวิทยาลัยบูรพา
นพ.วินิช เลหาพันธ์	ที่ปรึกษามูลนิธิหมอวินิช เลหาพันธ์
อธิการบดี สถาบันพระบรมราชชนก	สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
คณบดี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์	สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น	กระทรวงสาธารณสุข
ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

บรรณาธิการ

ผศ.ดร.ธีรศักดิ์ พาจันท์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: tphajan@gmail.com
-------------------------	--	--------------------------

กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.วงศา เล้าหศิริวงศ์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	อีเมล: drwongsa@gmail.com
รศ.ดร.สงครามชัย ลีทองดีสกุล	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	อีเมล: songkramchai@gmail.com
รศ.ดร.วรพจน์ พรหมสัถยพรต	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	อีเมล: vorapoj_p2004@hotmail.com
รศ.ดร.ณัฐพงษ์ พัฒนพงษ์	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	อีเมล: nattapong@econ.tu.ac.th
ดร.กฤษณา วุฒิสินธุ์	มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ (ข้าราชการบำนาญ)	อีเมล: kridsana.wu@ksu.ac.th
ผศ.ดร.กฤษณ์ ขุนลิก	มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์	อีเมล: kris.khunluek@gmail.com
ผศ.ดร.ประเสริฐ ประสมรักษ์	มหาวิทยาลัยมหิดล	อีเมล: prasert.pra@mahidol.ac.th
ผศ.ดร.อมรศักดิ์ โพธิ์อำ	มหาวิทยาลัยรามคำแหง	อีเมล: mornsak1.poum@gmail.com
ดร.นงษา สิงห์วีระธรรม	สถาบันพระบรมราชชนก	อีเมล: noppcha@hotmail.com
ผศ.ดร.นงษา วิงห์วีระธรรม	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	อีเมล: noppcha.s@cmu.ac.th
ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	อีเมล: terdsak.p@msu.ac.th
ดร.มิ่งขวัญ ภูหงส์ทอง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น	อีเมล: m.phuhongtong@gmail.com
ผศ.ดร.พิทยา ศรีเมือง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: phitthaya12@gmail.com
ดร.สุทิน ชนะบุญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: sutinchanabun@gmail.com
ผศ.ดร.ประทีป กาลเขว้า	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: kankhwao@hotmail.com
ดร.สุพัฒน์ อาสนะ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: su_assana@yahoo.com
ดร.กฤษกันทร สุวรรณพันธ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: kritkantorn@gmail.com
ดร.วรรณศรี แวงงาม	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: wanasri@scphkk.ac.th
ดร.ลำพิ่ง วอนอก	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: lampung@scphkk.ac.th
ดร.เจตนิพัทธ์ สมมาตย์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: jetnipit@scphkk.ac.th

ฝ่ายจัดการ

นายภาคิน ตันธุ์รงค์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: phakhin@scphkk.ac.th
นายวิน จุลสวัสดิ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: rawin@scphkk.ac.th

บรรณาธิการแถลง

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 ประจำเดือน มกราคม - มิถุนายน 2567 ฉบับนี้มีบทความวิจัยที่น่าสนใจหลายเรื่อง เช่น อุบัติการณ์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และแนวทางการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 โดยเภสัชกร โรงพยาบาลบางละมุง ความสัมพันธ์ของกิจกรรมทางกายกับความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจังหวัดศรีสะเกษ การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอย องค์การบริหารส่วนตำบลเสม็ด อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานตลาดสดของผู้ค้าตำบลแม่สุ่น อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ 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

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ 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 การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายด้านสุขภาพ ชุมชนกับการพัฒนาสุขภาพและนวัตกรรมพัฒนาการจัดการเรียนการสอนด้านสุขภาพ โดยต้องเป็นงานที่ไม่เคยถูกนำไปตีพิมพ์ในวารสารอื่นใดมาก่อน และไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาในวารสารใดๆ สามารถแบ่งได้ 3 ลักษณะดังนี้

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

1.3. กองบรรณาธิการจะพิจารณาต้นฉบับและส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขา (Peer review) จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้พิจารณาบทความ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจะไม่ทราบชื่อหรือข้อมูลของผู้เขียนบทความ และผู้เขียนบทความจะไม่ทราบชื่อผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณาบทความ (Double blinded)

2. ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับ

- 2.1 ต้นฉบับหน้าเดียวบนกระดาษขนาด A4 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 ใต้ชื่อเรื่อง โดยระหว่างชื่อผู้เขียนคั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma ,)
- ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน ผู้เขียน ภาษาไทย-ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 Point ตัวธรรมดา จัดชิดซ้าย ทำยบทศด้อย
- E-mail address ของผู้พิมพ์ประสานงาน (Corresponding author) ทำยบทศด้อย ต่อจากตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน

3.3 บทคัดย่อ (Abstract)

- ชื่อบทคัดย่อ และ Abstract ขนาด 16 Point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 16 Point ตัวธรรมดา กำหนดขีดขอบความยาวภาษาไทยไม่เกิน 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 สะท้อนถึงการต่อยอดหรือประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

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 วิบูลย์วัฒน์กิจ. 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.

- จริฎา เลิศอรรถขยมนิ, เอมอร รักษาภรณ์, อนุพันธ์ ตันติวงศ์, กรุณา บุญสุข, อิงพร นิลประดับ, พุฒติพรรณณี วรกิจโกคาทร, 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(16): 1529-38.

2. บทความที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization as author)

- สภาเทคนิคการแพทย์. คู่มือการเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยาและเลือด. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 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 และการเฉลิมพระชนมพรรษา; 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)

- กชพร 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 จันทร์จร. 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: <https://www.amazon.com/Atlas-PET-CT-Quick-Guide-Interpretation/dp/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
- วารสารที่ผ่านการพิจารณาจาก peer review ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพื่อการตีพิมพ์ ดังนี้
 - 1) บทความที่ผู้แต่งเป็นบุคลากรภายใน หรือนักศึกษา ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ค่าธรรมเนียม 2,500 บาท (สองพันห้าร้อยบาทถ้วน)
 - 2) บทความที่ผู้แต่งเป็นบุคคลภายนอกวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น โดยพิจารณาจากชื่อแรก หรือ Corresponding Author ของบทความ ค่าธรรมเนียม 3,500 บาท (สามพันห้าร้อยบาทถ้วน)

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://he01.tci-thaijo.org/index.php/jhscph/index>

ติดต่อสอบถาม: ผศ.ดร.ธีรศักดิ์ พาจันท์ โทร 098-102-8159, ผศ.ดร.พิทยา ศรีเมือง โทร 092-904-1874

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
อุบัติการณ์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และแนวทางการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 โดยเภสัชกร โรงพยาบาลบางละมุง Incidence, Related Factors and Guidelines for Monitoring Adverse Events after Immunization Covid-19 Vaccine Immunization by Pharmacist at Banglamung Hospital สุกัญญา สวัสดิ์พานิช	1
ความสัมพันธ์ของกิจกรรมทางกายกับความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจังหวัดศรีสะเกษ Relationship of physical activity and severity of COVID-19 infection in patients at Si Sa Ket Hospital ปวีณ์ภัสสร เศรษฐสิริโชติ	19
การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอย องค์การบริหารส่วนตำบลเสม็ด อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ The Participation of People in Solid Waste Management of Samet Sub-District Administration Organization, Maung Buriram District, Buriram Province ตรีญญา บัวใหญ่, วิราสิริรี วสิวีรสิว	33
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานตลาดสดของผู้ค้า ตำบลแม่สุ่น อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ Factors Related to Compliance with Fresh Market Standard Criteria of Vendors at Maesoon Sub-District, Fang District, Chiang Mai Province ปรัชพร สมธง, วิราสิริรี วสิวีรสิว	45
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลป่งไฮ อำเภอเซกา จังหวัดบึงกาฬ Factors Related to the Health Promotion Performance for Patients with chronic kidney disease of Village Health Volunteers at Pong Hai Sub-district, Seka District, Bueng Kan Province ชุตติภา แก้วลือ, วิราสิริรี วสิวีรสิว	57

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก Factors associated with health behaviors of Sirindhorn College of Public Health, Praboromarajchanok Institute Students ชินกฤต ณียกุล, อรวรรณ นามมนตรี	69
คุณลักษณะส่วนบุคคลและสุนทรียทักษะภาวะผู้นำที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน ของนักกายภาพบำบัดในเขตสุขภาพที่ 8 Personal Characteristics and Leadership Soft Skills Affecting Physical Therapist Performance in Health Region 8 อาณัติ วัฒนนะ, ประจักษ์ บัวผัน, สุรัชย์ พิมหา	84
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาอาชีวศึกษา อายุ 15-24 ปีที่กำลังศึกษาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น Factors associated with Unsafe Sex Behaviors among Vocational College Students age 15-24 in Mueang District, Khon Kaen Province ชลฎา ชินตุ, นภากร สุขแก้ว, ศันสนีย์ จันทสุข, กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์	96
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงในอำเภอเมืองสงขลา Factors Associated with Risk Behaviors of Stroke among Hypertensive Patients in Muang District, Songkhla Province สวรรคยา รักษาชล, อิบติซาน เจ๊ะอุบง, ขจรศักดิ์ ไชยนาพงศ์	105
ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้อง และปลอดภัย ตำบลปะโค อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดอุดรธานี Factors Affecting Participation of Sugar Cane Farmers Use Correctly and Safety of Chemical Pesticide in Pako Sub-District, Kutchap District, Udon Thani Province วิทยา พันแฮด, สุพัฒน์ กองศรีมา, นครินทร์ ประสิทธิ์, พีรยุทธ แสงตรีสุ, ณัฐพร นิจธรรมสกุล, ภูวนาถ ศรีสุธรรม, อัมภาวรรณ นนทมาตย์	117

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาอาการปวดกลุ่มอะเซตามิโนเฟน และกลุ่ม NSAIDs ของกลุ่มวัยทำงาน ตำบลลุงเหล็ก อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ Factors Related to Acetaminophen and NSAIDs Use among Working Age Group in Thalung Lek Sub-District, Mueang Buri Ram District, Buri Ram Province ปัญญาพล มั่งดี, เจตนิพิฐ สมมาตย์	129

บทความวิชาการ

ความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับบทบาทในการป้องกันโรคโควิด 19 ในชุมชน Health Literacy and Roles of Village Health Volunteers in Preventing of COVID-19 in Community จิรัชญา สุระสุข	145
--	-----

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Reviewer) ประจำฉบับ

- | | |
|---------------------------------|---|
| 1. รศ.ดร.อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง | คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา |
| 2. ดร.วรรณภา สระทองหน | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุตรธานี |
| 3. ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ | คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |
| 4. ดร.มิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น |
| 5. ผศ.ดร.กฤษณ์ ขุนลิก | มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ |
| 6. ดร.สาโรจน์ นาคนู | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร |
| 7. ผศ.ดร.อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ | มหาวิทยาลัยรามคำแหง |
| 8. ผศ.ดร.ต๋ม บุนรอด | คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ |
| 9. รศ.ดร.สมเกียรติยศ วรเดช | คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ |
| 10. ผศ.ดร.เอกพล กาละดี | สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช |
| 11. ดร.ปณิตา ครองยุทธ | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี |
| 12. ผศ.ดร.อุ๋นใจ เครือสถิตย์ | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| 13. ดร.เตือนใจ ภูสระแก้ว | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| 14. ทพญ.ดร.อรรพรรณ นามมนตรี | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| 15. ดร.สุพัฒน์ อาสนะ | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| 16. ดร.ประทีป กาลเข้ | 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 สุวรรณพันธ์ | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| 22. ดร.สายัณต์ แก้วบุญเรือง | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| 23. ผศ.ดร.พิทยา ศรีเมือง | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| 24. ดร.สุพัฒน์ จำปาหวาย | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| 25. ภกญ.ดร.ศันสนีย์ จันทสุข | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| 26. ดร.บัณฑิต นิตยคำหาญ | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |

อุบัติการณ์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และแนวทางการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายหลังได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 โดยเภสัชกร โรงพยาบาลบางละมุง

สุกัญญา สวัสดิ์พานิช¹

(วันที่รับบทความ: 17 มกราคม 2567; วันที่แก้ไข: 18 มีนาคม 2567; วันที่ตอบรับ: 17 เมษายน 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytical research) ในผู้ป่วยที่มารับการฉีดวัคซีน ณ จุดฉีดวัคซีน โรงพยาบาลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ ปัจจัยและแนวทางการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 โดยทำการเก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลโปรแกรม Hos-xp ที่บันทึกข้อมูล AEFI จำนวน 1,453 ราย และเก็บข้อมูลจากการสรุปแนวทางในการดำเนินงานในการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในช่วงการให้บริการการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 โดยทำการศึกษาระหว่างเดือน มิถุนายน 2566 ถึง เดือน ธันวาคม 2566 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและใช้สถิติอนุมาน ได้แก่ Chi-square และ Multivariate logistic regression และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาจากการทบทวนแนวทางการดำเนินงานและการสังเกตจากการปฏิบัติงานในหน่วยงาน

ผลการวิจัย พบว่า อุบัติการณ์ AEFI-Covid-19 ร้อยละ 45.40 โดยเป็นแบบไม่รุนแรง ร้อยละ 97.28 ประวัติการมีโรคประจำตัวเกิดอาการไม่พึงประสงค์เป็น 0.14 เท่าเมื่อเทียบกับการไม่มีโรคประจำตัว (Adjusted OR = 0.14, 95%CI: 0.09-0.24) ประวัติการป่วยเป็นโควิด-19 เกิดอาการไม่พึงประสงค์เป็น 0.18 เท่าตัวเมื่อเทียบกับการไม่เคยเป็นโรคโควิด-19 (Adjusted OR = 0.18, 95%CI: 0.089-0.44) และลำดับเข็มของวัคซีนโควิด-19 เข็มที่ 1 และ 2 เกิดอาการไม่พึงประสงค์เป็น 2.11 เท่าเมื่อเทียบกับลำดับเข็มที่ 3 (Adjusted OR = 2.11, 95%CI: 1.26-3.53) ส่วนอายุของผู้รับบริการ เพศ ประวัติการแพ้ยาหรือวัคซีน และชนิดของวัคซีนที่ได้รับ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิด AEFI-Covid-19 แนวทางการเฝ้าระวังการเกิด AEFI มีการดำเนินงานเชิงรุกและเชิงรับ โดยเภสัชกรจะมีการวางระบบในการประเมินและค้นหาการเกิด AEFI ร่วมกับการดำเนินงานกับสหวิชาชีพ สรุปได้ว่า การดำเนินงานเฝ้าระวังการเกิด AEFI โดยเภสัชกร ควรมีการเฝ้าระวังการเกิด AEFI โดยเฉพาะกับผู้ที่มิประวัติแพ้ยาหรือวัคซีน ผู้ที่มีโรคประจำตัว ผู้ที่มีประวัติเป็นโรคโควิด-19 ผู้ที่เข้ารับการฉีดวัคซีนในเข็มต่าง ๆ

คำสำคัญ: การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์, วัคซีนโควิด-19, แนวทางการเฝ้าระวัง AEFI

¹ เภสัชกรชำนาญการพิเศษ, โรงพยาบาลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี, E-mail: nidsukunya14@gmail.com
Corresponding author: สุกัญญา สวัสดิ์พานิช, E-mail: nidsukunya14@gmail.com

Incidence, Related Factors and Guidelines for Monitoring Adverse Events after Immunization Covid-19 Vaccine Immunization by Pharmacist at Banglamung Hospital

Sukanya Sawaspanitch¹

(Received: 17th January 2024; Revised: 18th March 2024; Accepted: 17th April 2024)

Abstract

Analytical research on patients who received vaccinations at the vaccination service point, Bang Lamung Hospital, Bang Lamung District, Chonburi Province was carried out to study the incidence, factors, and guidelines for monitoring adverse events that following COVID-19 immunization (AEFI-Covid-19). 1,453 of AEFI cases were recorded via a Hos-xp database program and operational guidelines for monitoring adverse events was summarized during the provision of COVID-19 vaccination services. This study was conducted between June 2023 and December 2023. Qualitative data was analyzed using content analysis from reviewing operational guidelines and observing work practices on the job site. In term of quantitative data, descriptive statistics, and inferential statistics such as Chi-square and Multivariate logistic regression were used.

The results of the research found that the incidence of AEFI-COVID-19 was 45.40% and 97.28% of this were mild. A history of having an underlying disease caused an adverse reaction 0.14 times compared to having no underlying disease (Adjusted OR = 0.14, 95%CI: 0.09-0.24). History of with COVID-19 sickness have adverse reactions occurred 0.18 times more than never having had COVID-19 (Adjusted OR = 0.18, 95%CI: 0.089-0.44) and the sequence of injections of COVID-19 vaccination, adverse reaction of the 1st and 2nd doses occurred 2.11 times higher than the 3rd dose (Adjusted OR = 2.11, 95%CI: 1.26-3.53). Turn to age, gender, history of drug or vaccine allergies and the type of vaccination had no a relation with AEFI-Covid-19. Focused on surveillance guidelines for the AEFI-COVID-19 monitoring included proactive and passive, The pharmacist systematized an AEFI-COVID-19 assessment guidelines with multidisciplinary team. Conclusion, Monitor of AEFI by pharmacist should concern the history of drug or vaccine allergy, the history of underlying disease and the history of COVID-19 sickness and the consequence of the vaccine injection.

Keywords: Adverse event occurrence, COVID-19 vaccine, AEFI surveillance guidelines

¹ Pharmacist, Senior professional level, Banglamung hospital, Banglamung district, Chonburi province,

E-mail: nidsukunya14@gmail.com

Corresponding author: Sukanya Sawaspanitch, E-mail: nidsukunya14@gmail.com

บทนำ

โรคโควิด-19 (Coronavirus disease 2019 หรือ COVID-19) เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ซาร์ส-โควิ-2 (SARS-CoV-2) ผู้ป่วยติดเชื้อจะมีอาการทางระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ มีไข้ ไอ น้ำมูก หายใจถี่ หายใจลำบาก ในกรณีที่อาการรุนแรงมาก อาจทำให้เกิดอาการแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบ ไตวาย หรืออาจเสียชีวิต ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่จะไม่แสดงอาการรุนแรง โดยพบว่าการมีอาการรุนแรงมีเพียงร้อยละ 20 และมีอัตราการเสียชีวิตต่ำกว่าร้อยละ 1¹ รายงานจากองค์การอนามัยโลก² ณ วันที่ 1 มีนาคม 2565 พบว่ามีผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อโรคโควิด-19 จำนวน 435,626,514 ราย และเสียชีวิตจากโรคดังกล่าวจำนวน 5,952,215 ราย โดยในประเทศไทยพบผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อ จำนวน 2,912,347 ราย และมีผู้เสียชีวิตจำนวน 22,976 ราย

วัคซีนสำหรับการป้องกันโรคโควิด-19 หลายชนิด ประกอบด้วย วัคซีนชนิดอาร์เอ็นเอ (RNA based vaccine) ได้แก่ BNT162b2 (BioNTech/Pfizer) และ mRNA-1273 (Moderna) วัคซีนชนิดใช้ไวรัสเป็นพาหะ (Recombinant viral vector vaccine) ได้แก่ AZD1222 (Oxford-AstraZeneca), วัคซีนชนิดเชื้อตาย (inactivated vaccine) ได้แก่ Coronavac (Sinovac) และ BBIBP-CorV (Sinopharm, Beijing Institute of Biological Products)³ แต่เนื่องจากเป็นวัคซีนที่มีขั้นตอนการผลิต และพัฒนาอย่างเร่งด่วน ทำให้มีผลการศึกษาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หลังการได้รับวัคซีน (Adverse event following immunization, AEFI) จำนวนน้อยและมีระยะเวลาในการศึกษาจำกัด ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นการศึกษาประชากรของประเทศอื่น ซึ่งสาเหตุของการเกิด AEFI อาจเกิดได้จากวัคซีนโดยตรง เช่น ปฏิกริยาของวัคซีน ความบกพร่องของวัคซีน หรืออาจเกิดจากสาเหตุอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกันกับวัคซีน เช่น ความคลาดเคลื่อนของการให้บริการ

ความกลัวหรือกังวลของผู้ที่ได้รับวัคซีน หรือเหตุการณ์ร่วมอื่นโดยบังเอิญ โดยการเกิด AEFI อาจเกิดได้ทั้งแบบรุนแรงและไม่รุนแรง การเฝ้าระวังการเกิด AEFI จึงมีความสำคัญ เนื่องจากทำให้เกิดการค้นหา รายงานความผิดปกติและสอบสวนเหตุการณ์ เพื่อเป็นข้อมูลสร้างความมั่นใจของประชาชนต่อการรับบริการฉีดวัคซีน⁴

จากรายงานหรือการศึกษาที่ผ่านมา มีการกล่าวถึงหรือรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรับวัคซีนโควิด-19 โดยจากการศึกษาของพิมพ์กา อินทวงศ์⁵ ที่หน่วยบริการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช พบอุบัติการณ์การเกิด AEFI หลังรับวัคซีนโควิด-19 ภายใน 30 วันหลังฉีดวัคซีน คือ ร้อยละ 31.42 โดยวัคซีน Pfizer พบอุบัติการณ์ AEFI สูงสุด ร้อยละ 51.90 อาการไม่พึงประสงค์ที่พบสูงสุด ได้แก่ ปวดกล้ามเนื้อ ร้อยละ 31.37 และพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด AEFI ได้แก่ เพศหญิง อายุ และชนิดของวัคซีน นอกจากนี้ในการศึกษาของ Md Mohsin และคณะ⁶ ในประเทศบังคลาเทศ พบว่า หลังจากฉีดวัคซีนโควิด-19 1-3 วัน จะพบ AEFI ร้อยละ 39.48 โดยอาการ ที่เกิดขึ้นมากที่สุด คือ อาการง่วงนอน และอาการอื่น ๆ ที่ไม่รุนแรงมาก คือ ปวดบริเวณที่ฉีด ไข้ ปวดหัว บวมแดงบริเวณที่ฉีด โดยวัคซีนที่ทำให้ AEFI มากที่สุด ร้อยละ 80 คือ วัคซีน Pfizer และ Moderna ดังนั้นจึงต้องมีการศึกษาถึง AEFI ของวัคซีนโควิด-19 เนื่องจากเป็นวัคซีนที่นำมาใช้ใหม่เพื่อรักษาโรคโควิด-19 การติดตามความปลอดภัยของวัคซีน ในด้านการติดตาม AEFI จึงเป็นสิ่งที่จะสร้างความมั่นใจในการใช้วัคซีนเพื่อควบคุมการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อไป

โรงพยาบาลบางละมุงเริ่มให้บริการฉีดวัคซีนโควิด-19 แก่บุคลากรทางการแพทย์และประชาชนทั่วไปตั้งแต่เดือน มีนาคม พ.ศ. 2564 โดยข้อมูล ณ เดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 ได้มีการให้บริการฉีดวัคซีนโควิด-19 มากกว่า 368,000 ครั้ง ผู้มารับบริการฉีดวัคซีนโควิด-19 ทุกรายจะได้รับการ

การติดตามและเฝ้าระวังการเกิด AEFI ณ สถานที่ให้บริการวัคซีนจำนวน 10 แห่งในพื้นที่ โดยการสังเกตอาการอย่างน้อย 30 นาทีหลังได้รับวัคซีน ภายใต้การติดตามอาการและเฝ้าระวังภายใต้การดูแลของเภสัชกร และเก็บข้อมูลผ่านแบบบันทึกอาการไม่พึงประสงค์ในโปรแกรม Hos-xp ซึ่งผู้มารับบริการทุกรายจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการสังเกตอาการ การเฝ้าระวัง และแนวทางการแก้ไขกรณีเกิด AEFI ในภายหลัง เพื่อให้ได้รับการประเมินอาการเบื้องต้นจากเภสัชกรหรือเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลในกรณีเกิด AEFI ชนิดรุนแรง ทั้งนี้เภสัชกรมีหน้าที่รวบรวมและรายงานข้อมูลเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไปยังกรมควบคุมโรค โรงพยาบาลบางละมุงยังไม่มีมีการนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์และประเมินผล ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาวิจัยเพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวังการติดตามและบริหารผู้ที่เข้ารับการฉีดวัคซีนโควิด-19 ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ของการเกิด AEFI-Covid-19 ของผู้มารับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 โรงพยาบาลบางละมุง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิด AEFI-Covid-19 ของผู้มารับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 โรงพยาบาลบางละมุง
3. เพื่อศึกษาแนวทางในการเฝ้าระวังการเกิด AEFI-Covid-19 ของผู้มารับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 โรงพยาบาลบางละมุง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Analytical research) จากเหตุไปหาผลโดยการเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective cohort study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้รับวัคซีนทุกรายที่ได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโควิด-19 และผ่านการประเมินโดยเภสัชกร ณ จุดรับบริการวัคซีนที่มารับบริการ

เฉพาะในโรงพยาบาลบางละมุง ตั้งแต่เดือน 1 ตุลาคม 2564 ถึง 31 ธันวาคม 2564 จำนวน 1,780 คน เกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้ที่ได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโควิด-19 ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี ขึ้นไป และมีเกณฑ์คัดออกคือ ผู้ที่มีข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบถ้วน ได้กลุ่มตัวอย่าง 1,453 คน และทำการศึกษาแนวทางการเฝ้าระวัง AEFI จากการประชุมทบทวนแนวทางปฏิบัติงานและสังเกตการปฏิบัติงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. รายงานการติดตาม AEFI Covid-19 ทั้งหมดจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Hos-xp) โดยข้อมูลที่คัดลอก ได้แก่ เพศ อายุ ประวัติแพ้ยาหรือวัคซีน ประวัติการมีโรคประจำตัว ประวัติการป่วยเป็นโควิด-19 ชนิดวัคซีนโควิด-19 ที่ได้รับลำดับเข็มของวัคซีน Covid-19

2. แบบรายงานอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI) จากกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 25644

3. แบบฟอร์มเก็บข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์ที่ได้พัฒนาขึ้น ได้แก่ ระยะเวลาของการเกิด AEFI ความรุนแรงของอาการ AEFI การเข้ารับการรักษาลงเกิด AEFI ประวัติการใช้ยาก่อนฉีดวัคซีน

4. แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์ Naranjo's Algorithm โดยในการประเมินความรุนแรงของอาการ AEFI ผู้วิจัยคัดกรองข้อมูลผู้ป่วยที่เกิด AEFI-Covid-19 ที่ได้รับการประเมินจากเภสัชกรแล้วที่มีความสัมพันธ์กับการฉีดวัคซีนในระดับอาจจะใช้ขึ้นไป (คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 1) ซึ่งได้ทำการประเมินอย่างเป็นอิสระต่อกันโดยเภสัชกร ณ จุดฉีดวัคซีน 2 คน ที่มีประสบการณ์ในการประเมินอาการไม่พึงประสงค์ด้านยาอย่างน้อย 4 ปี และผ่านการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ ได้รับประกาศนียบัตรการฝึกอบรมระยะสั้น การบริหารทางเภสัชกรรมสาขาการประเมินและติดตามอาการไม่พึงประสงค์

จากการใช้ยา ผลของการประเมิน AEFI จะถูกทำการประเมินผลซ้ำร่วมกับเกณฑ์การที่รับผิดชอบศูนย์ติดตามอาการ ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาโรงพยาบาลบางละมุง

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการบันทึกในแบบฟอร์มเก็บข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์ที่พัฒนาขึ้น โดยการรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ แบบรายงานอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน โรค (AEFI) และแบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์ Naranjo's algorithm

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อสรุปข้อมูลต่าง ๆ และใช้สถิติอนุมาน Chi-square และ Multiple logistic regression

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เลขที่ CBO.Rec.66-053 วันที่ 19 มิถุนายน 2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 กลุ่มที่เกิด AEFI จำนวน

661 คน คิดเป็นอุบัติการณ์ ร้อยละ 45.40 โดยกลุ่มที่เกิด AEFI มีอายุเฉลี่ย 38.10 ปี (S.D. = 7.01) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.10) ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติเคยแพ้ยาหรือวัคซีน (ร้อยละ 91.17) ไม่มีโรคประจำตัวเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 61.27) ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติการป่วยเป็นโรคโควิด-19 (ร้อยละ 98.64) ได้รับวัคซีนยี่ห้อ AstraZeneca เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 41.60) และส่วนใหญ่เป็นการฉีดวัคซีนโควิด-19 เข็มที่ 1 (ร้อยละ 62.78)

กลุ่มที่ไม่เกิด AEFI จำนวน 792 คน มีอายุเฉลี่ย 39.96 ปี (S.D. = 13.78) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 47.54) ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติเคยแพ้ยาหรือวัคซีน (ร้อยละ 54.39) ไม่มีโรคประจำตัวเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 61.97) ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติการป่วยเป็นโรคโควิด-19 (ร้อยละ 49.61) ได้รับวัคซีนยี่ห้อ Comirnaty เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72.95) และส่วนใหญ่เป็นการฉีดวัคซีนโควิด-19 เข็มที่ 3 (ร้อยละ 94.09)

ตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในทุกตัวแปร คือ อายุ เพศ ประวัติแพ้ยาหรือวัคซีน ประวัติการมีโรคประจำตัว ประวัติการป่วยเป็นโควิด-19 ชนิดวัคซีนโควิด-19 ที่ได้รับ และลำดับเข็มของวัคซีนโควิด-19 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไป (n = 1,453)

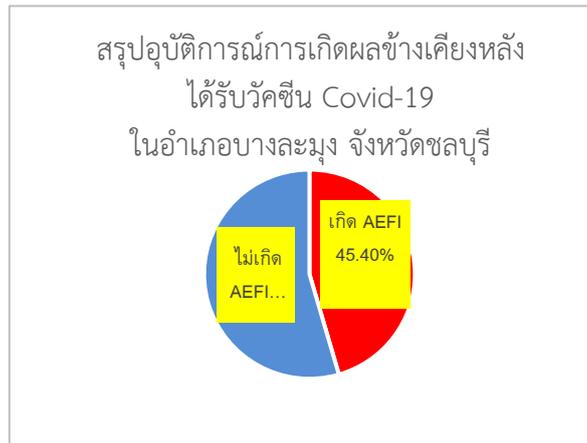
ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)			p-value
	เกิด AEFI (n = 661)	ไม่เกิด AEFI (n = 792)	รวม (n = 1,453)	
อายุ: ค่าเฉลี่ย (S.D.)	38.10 (17.01)	39.96 (13.78)	39.12 (15.35)	<0.001
เพศ				
ชาย	191 (28.90)	366 (46.21)	557 (38.33)	<0.001
หญิง	470 (71.10)	426 (53.79)	896 (61.67)	

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)			p-value
	เกิด AEFI (n = 661)	ไม่เกิด AEFI (n = 792)	รวม (n = 1,453)	
ประวัติแพ้ยาหรือวัคซีน				
มีประวัติแพ้ยา	59 (8.93)	74 (9.34)	133 (9.15)	0.045
ไม่มีประวัติแพ้ยา	602 (91.17)	718 (90.66)	1,320 (90.85)	
ประวัติการมีโรคประจำตัว				
มีโรคประจำตัว	256 (38.73)	132 (16.67)	388 (26.70)	<0.001
ไม่มีโรคประจำตัว	405 (61.27)	660 (83.33)	1,065 (73.30)	
ประวัติการป่วยเป็นโควิด-19				
เคย	9 (1.36)	150 (18.94)	159 (10.94)	<0.001
ไม่เคย	652 (98.64)	642 (81.06)	1,294 (89.06)	
ชนิดวัคซีนโควิด-19 ที่ได้รับ				
Sinovac	154 (23.30)	38 (4.80)	192 (13.21)	<0.001
Sinopharm	74 (11.20)	78 (9.85)	152 (10.46)	
AstraZeneca	275 (41.60)	250 (31.57)	525 (36.13)	
Comirnaty	158 (23.90)	426 (53.79)	584 (40.20)	
ลำดับเข็มของวัคซีน Covid-19				
เข็มที่ 1	415 (62.78)	39 (4.92)	454 (31.25)	<0.001
เข็มที่ 2	224 (33.89)	36 (4.55)	260 (17.89)	
เข็มที่ 3	22 (3.33)	717 (90.53)	739 (50.86)	

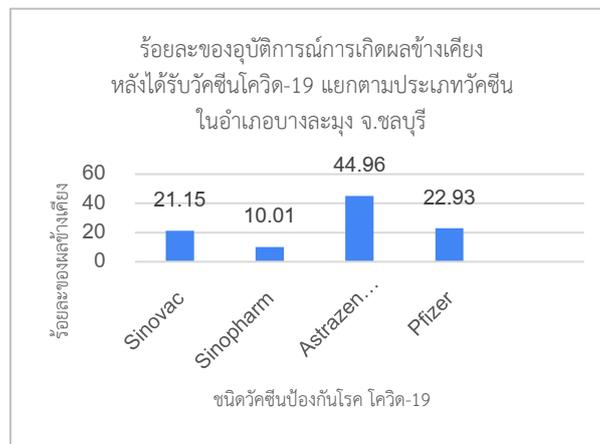
2. อุบัติการณ์การเกิดผลข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19

2.1 อุบัติการณ์การเกิดผลข้างเคียง (AEFI) หลังได้รับวัคซีนโควิด-19 (ดังภาพที่ 1) พบว่ามีการมารับการฉีดวัคซีนโควิด-19 จำนวน 1,453 คน ส่วนใหญ่ไม่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

ภายหลังได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 (ร้อยละ 54.51) และร้อยละอุบัติเหตุในการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เมื่อแยกตามชนิดของวัคซีน พบว่าส่วนใหญ่วัคซีน AstraZeneca (ร้อยละ 44.96) เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มากที่สุด (ดังภาพที่ 2)



ภาพที่ 1 แสดงสรุปอุบัติเหตุการเกิดผลข้างเคียง(AEFI) หลังได้รับวัคซีนโควิด-19



ภาพที่ 2 สรุปร้อยละของการเกิดอุบัติเหตุของการเกิดผลข้างเคียงหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 แยกตามประเภทวัคซีน

2.2 ลักษณะทั่วไปของการเกิดอุบัติเหตุอาการไม่พึงประสงค์ (AEFI) ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโควิด-19 จำนวน 661 คน ระยะเวลาของการเกิด AEFI ส่วนใหญ่เกิดขึ้นที่ 30 นาที ณ จุดสังเกตอาการ ของการฉีดวัคซีนโควิด-19 เข็มที่ 1 (ร้อยละ 38.83) โดยอาการ AEFI ที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่ไม่รุนแรง (ร้อยละ 57.49)

ไม่มีการ Re-visit หลังเกิด AEFI (ร้อยละ 59.01) และมีประวัติการใช้ยาก่อนฉีดวัคซีน (ร้อยละ 62.47)

การเกิด AEFI ของการฉีดวัคซีนโควิด-19 เข็มที่ 2 ส่วนใหญ่เกิดขึ้นที่มากกว่า 30 นาทีขึ้นไป (ร้อยละ 20.88) โดยอาการอาการ AEFI ที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่ไม่รุนแรง (ร้อยละ 33.13) ไม่มีการ

Re-visit หลังเกิด AEFI (ร้อยละ 33.97) และมีประวัติการใช้ยาก่อนฉีดวัคซีน (ร้อยละ 21.33)

การเกิด AEFI ของการฉีดวัคซีนโควิด-19 เข็มที่ 3 ส่วนใหญ่เกิดขึ้นที่มากกว่า 30 นาทีขึ้นไป (ร้อยละ 3.48) โดยอาการอาการ AEFI ที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่ไม่รุนแรง (ร้อยละ 6.66) ไม่มีการ Re-visit หลังเกิด AEFI (ร้อยละ 7.02) และมีประวัติการใช้ยาก่อนฉีดวัคซีน (ร้อยละ 5.75)

การเกิด AEFI ที่รุนแรงของการฉีดวัคซีนโควิด-19 ในเข็มที่ 1 เกิด AEFI ที่รุนแรง จนส่งผลให้ต้องนอนโรงพยาบาล จำนวน 6 คน (ร้อยละ 0.91) พิการ/ไร้ความสามารถ 2 คน (ร้อยละ 0.31)

และอันตรายถึงชีวิต 2 คน (ร้อยละ 0.31) ในเข็มที่ 2 และเข็มที่ 3 เกิด AEFI ที่รุนแรง จนส่งผลให้ต้องนอนโรงพยาบาล จำนวน 7 คน (ร้อยละ 1.06) และ 1 คน (ร้อยละ 0.15) ตามลำดับ

การฉีดวัคซีนเข็มที่ 1 เข็มที่ 2 และเข็มที่ 3 ทั้ง 3 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านความรุนแรงของอาการ AEFI และการ Re-visit หลังเกิด AEFI ส่วนตัวแปรระยะเวลาของการเกิด AEFI และประวัติการใช้ยาก่อนฉีดวัคซีน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 2)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)			รวม	p-value
	เข็ม 1	เข็ม 2	เข็ม 3		
ระยะเวลาของการเกิด AEFI	217 (38.83)	88 (13.31)	22 (3.33)	327 (49.47)	<0.001
30 นาที ณ จุดสังเกตอาการมากกว่า 30 นาทีขึ้นไป	173 (26.17)	138 (20.88)	23 (3.48)	334 (50.53)	
ความรุนแรงของอาการ AEFI					
รุนแรง	10 (1.51)	7 (1.06)	1 (0.15)	18 (2.72)	0.095
ไม่รุนแรง	380 (57.49)	219 (33.13)	44 (6.66)	643 (97.28)	
โดยความรุนแรงมีลักษณะ ดังนี้					
พิการ/ไร้ความสามารถ	2 (0.30)	0	0	2 (0.30)	
นอนโรงพยาบาล	6 (0.91)	7 (1.06)	1 (0.15)	14 (2.12)	
อันตรายถึงชีวิต	2 (0.30)	0	0	2 (0.30)	
การ Re-visit หลังเกิด AEFI					
มีการ Re-visit	20 (3.03)	13 (38.24)	1 (2.94)	34 (5.14)	0.619
ไม่มีการ Re-visit	370 (59.01)	213 (33.97)	44 (7.02)	627 (94.86)	
ประวัติการใช้ยาก่อนฉีดวัคซีน					
ใช้	298 (62.47)	141 (21.33)	38 (5.75)	477 (67.62)	<0.001
ไม่ใช้	92 (55.98)	85 (12.86)	7 (1.06)	184 (32.38)	

2.3 อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 จำแนกตามชนิดวัคซีน จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า เกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 1,339 ครั้ง โดยในวัคซีน Sinovac เกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ จำนวน 288 ครั้ง ส่วนใหญ่เกิดอาการชา (ใบหน้า/ปาก)

(ร้อยละ 15.28) วัคซีน Sinopharm เกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ จำนวน 134 ครั้ง ส่วนใหญ่เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน (Nausea and vomiting : N/V) ร้อยละ 11.19 วัคซีน AstraZeneca เกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ จำนวน 602 ครั้ง ส่วนใหญ่เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน (Nausea and vomiting : N/V) ร้อยละ

9.14 และวัคซีน Pfizer เกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ จำนวน 307 ครั้ง ส่วนใหญ่เกิดอาการ แน่นหน้าอก/หายใจลำบาก (Dyspnea) ร้อยละ 12.38 (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงลักษณะการเกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 จำแนกตามชนิดวัคซีน (n = 1,339)

ลักษณะอาการแสดงของผลข้างเคียง	Sinovac	Sinopharm	AstraZeneca	Comirnaty
	(n = 192)	(n = 152)	(n = 525)	(n = 584)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ผื่น	14 (7.29)	9 (5.92)	23 (4.38)	13 (2.23)
ผื่นแดง	5 (2.60)	2 (1.32)	13 (2.48)	5 (0.86)
จุดจ้ำเลือด/จุดเลือดออก	0	1 (0.66)	2 (0.38)	0
ผื่นลมพิษ	3 (1.56)	3 (1.97)	7 (1.33)	2 (0.34)
อาการคัน	13 (6.77)	3 (1.97)	17 (3.24)	8 (1.37)
บวมที่เยื่อหู (Angioedema)	1 (0.52)	1 (0.66)	12 (2.29)	7 (1.20)
ปวดข้อ	2 (1.04)	0	2 (0.38)	0
ปวดบริเวณที่ฉีด	23 (11.98)	10 (6.58)	43 (8.19)	24 (4.11)
ปวดกล้ามเนื้อ	4 (2.08)	3 (1.97)	27 (5.14)	5 (0.86)
กล้ามเนื้ออ่อนแรง	0.00	1 (0.66)	7 (1.33)	4 (0.68)
อาการชา (นิ้ว/มือ/แขน/ขา/เท้า)	17 (8.85)	14 (9.21)	38 (7.24)	7 (1.20)
อาการชา (ใบหน้า/ปาก)	44 (22.92)	3 (1.97)	8 (1.52)	2 (0.34)
คลื่นไส้อาเจียน	4 (2.08)	15 (9.87)	55 (10.48)	22 (3.77)
ท้องเสีย	3 (1.56)	2 (1.32)	16 (3.05)	1 (0.17)
ปวดท้อง (Abdominal pain/ Dyspepsia)	1 (0.52)	2 (1.32)	7 (1.33)	5 (0.86)
ภาวะระบายนหายใจเกิน	6 (3.13)	1 (0.66)	4 (0.76)	5 (0.86)
เจ็บหน้าอก	14 (7.29)	0.00	7 (1.33)	17 (2.91)
แน่นหน้าอก/หายใจลำบาก	5 (2.60)	10 (6.58)	35 (6.67)	38 (6.51)
ความดันโลหิตสูง (BP 140-179/90-109 มม.ปรอท)	5 (2.60)	3 (1.97)	10 (1.90)	1 (0.17)
ภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน (BP>180/110 มม.ปรอท)	13 (6.77)	1 (0.66)	6 (1.14)	3 (0.51)
ใจสั่น	7 (3.65)	2 (1.32)	19 (3.62)	20 (3.42)
วูบ	6 (3.13)	10 (6.58)	19 (3.62)	16 (2.74)
เป็นลม	30 (15.63)	7 (4.61)	9 (1.71)	8 (1.37)
เวียนศีรษะ	18 (9.38)	13 (8.55)	51 (9.71)	30 (5.14)
ปวดศีรษะ	2 (1.04)	4 (2.63)	23 (4.38)	25 (4.28)
ไม่สบายตัว, อ่อนล้า	12 (6.25)	4 (2.63)	12 (2.29)	4 (0.68)

ลักษณะอาการแสดงของผลข้างเคียง	Sinovac	Sinopharm	AstraZeneca	Comirnaty
	(n = 192)	(n = 152)	(n = 525)	(n = 584)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
อ่อนเพลีย	7 (3.65)	5 (3.29)	40 (7.62)	9 (1.54)
ตาพร่า/มัว	8 (4.17)	3 (1.97)	11 (2.10)	5 (0.86)
ไข้ (อุณหภูมิร่างกาย \geq 37.5 องศา เซลเซียส) (Fever)	1 (0.52)	3 (1.97)	51 (9.71)	11 (1.88)
น้ำตาลในเลือดต่ำ (DTX <70 มก.%)	3 (1.56)	1 (0.66)	4 (0.76)	0.00
หอบ	5 (2.60)	1 (0.66)	1 (0.19)	0.00
อาการอื่น ๆ	0.00	6 (3.95)	14 (2.67)	6 (1.03)

หมายเหตุ: นับอาการไม่พึงประสงค์ทุกอย่างที่เกิดขึ้น

3. ด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด AEFI Covid-19

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด AEFI-Covid-19 ด้วยการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร พบว่า เมื่อควบคุมด้วยตัวแปรอื่น ๆ แล้ว ประวัติการมีโรคประจำตัวเกิดอาการไม่พึงประสงค์ฯ เป็น 0.14 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับ การไม่มีโรคประจำตัว (Adjusted OR=0.14, 95%CI: 0.09-0.24) ประวัติการป่วยเป็นโควิด-19 เกิดอาการไม่พึงประสงค์เป็น 0.18 เท่าเมื่อ

เปรียบเทียบกับ การไม่เคยเป็นโรคโควิด-19 (Adjusted OR=0.18, 95%CI: 0.08-0.44) และ ลำดับเข็มของวัคซีนโควิด-19 เข็มที่ 1 และ 2 เกิดอาการไม่พึงประสงค์เป็น 0.87 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับมากกว่าลำดับเข็มที่ 3 (Adjusted OR=0.87, 95%CI: 0.48-1.58) ส่วนอายุของผู้รับบริการ เพศ ประวัติการแพ้ยาหรือวัคซีน และ ชนิดของวัคซีนที่ได้รับ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิด AEFI-Covid-19 (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19: การวิเคราะห์ Multiple logistic regression (n = 1,453)

ปัจจัย	เกิด AEFI (n=661)	ไม่เกิด AEFI (n=792)	Adjusted Odds Ratio	95% CI		p-value
				Adjusted Odds Ratio		
อายุ						
18 - 59 ปี	556 (44.13)	105 (54.40)	1.06	0.58 - 1.94		0.372
\geq 60 ปี	704 (55.87)	88 (45.60)	1	(กลุ่มอ้างอิง)		
เพศ						
ชาย	191 (28.90)	366 (46.21)	0.58	0.39 - 0.87		0.111
หญิง	470 (71.10)	426 (53.79)	1	(กลุ่มอ้างอิง)		
ประวัติแพ้ยาหรือวัคซีน						
มีประวัติแพ้	59 (8.93)	74 (9.34)	0.01	0.01 - 0.02		0.867
ไม่มีประวัติแพ้	602 (91.17)	718 (90.66)	1	(กลุ่มอ้างอิง)		

ปัจจัย	เกิด AEFI (n=661)	ไม่เกิด AEFI (n=792)	Adjusted Odds Ratio	95% CI Adjusted Odds Ratio	p-value
ประวัติการมีโรคประจำตัว					
มีโรคประจำตัว	256 (38.73)	132 (16.67)	0.14	0.09 - 0.24	<0.001*
ไม่มีโรคประจำตัว	405 (61.27)	660 (83.33)	1	(กลุ่มอ้างอิง)	
ประวัติการป่วยเป็นโควิด-19					
เคย	9 (1.36)	150 (18.94)	0.18	0.08 - 0.44	<0.012*
ไม่เคย	652 (98.64)	642 (81.06)	1	(กลุ่มอ้างอิง)	
ชนิดวัคซีนโควิด-19 ที่ได้รับ					
Sinovac	154 (23.30)	38 (4.80)	0.87	0.48 - 1.58	0.827
Sinopharm	74 (11.20)	78 (9.85)			
AstraZeneca	275 (41.60)	250 (31.57)			
Pfizer	158 (23.90)	426 (53.79)	1	(กลุ่มอ้างอิง)	
ลำดับเข็มของวัคซีนโควิด-19					
เข็ม 1	415 (62.78)	39 (4.92)	2.11	1.26 - 3.53	<0.001*
เข็ม 2	224 (33.89)	36 (4.55)			
เข็ม 3	22 (3.33)	717 (90.53)	1	(กลุ่มอ้างอิง)	

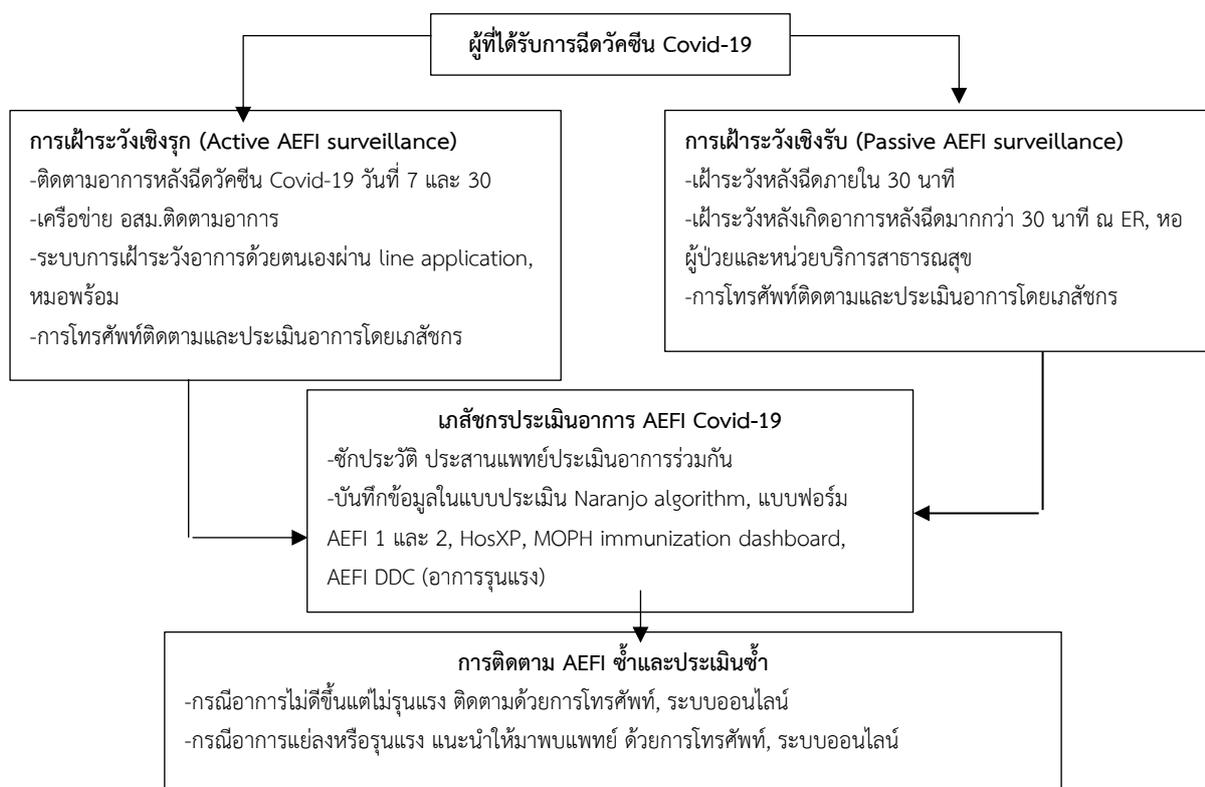
4. แนวทางการเฝ้าระวัง การเกิด AEFI-Covid-19

แนวทางในการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 โรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี ซึ่งประกอบด้วย การเฝ้าระวังเชิงรับ (Passive AEFI surveillance) ซึ่งเป็นการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ฯ หลังจากฉีดวัคซีนโควิด-19 ณ จุดฉีดวัคซีนเป็นเวลา 30 นาที โดยเภสัชกรจะมีบทบาทในการให้ข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวัง ให้ผู้ที่รับการฉีดวัคซีนสังเกตอาการไม่พึงประสงค์ด้วยตนเอง และการสังเกตผู้ฉีดวัคซีนที่มีอาการผิดปกติ ก่อนที่จะรายงานแพทย์และร่วมประเมินอาการกับทีมแพทย์และพยาบาลในกรณีที่เกิดอาการที่รุนแรง สำหรับการเฝ้าระวังเชิงรุก (Active AEFI surveillance) เป็นการเฝ้าระวังโดยผ่านเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ อสม. ผู้นำชุมชน ด้วยการถ่ายทอดความรู้และข้อเท็จจริงแก่เครือข่าย ในการให้ประชาสัมพันธ์แจ้งเตือนในพื้นที่ เพื่อสร้างองค์ความรู้ให้กระจายต่อไปให้ประชาชนในชุมชนสามารถสังเกตอาการ

ไม่พึงประสงค์ที่อาจจะเกิดขึ้นได้ โดยการรายงานผ่านช่องทาง Line application, Application หมอพร้อม รวมถึงการโทรศัพท์ประเมินติดตามและประสานงาน กรณีที่เกิดอาการที่รุนแรงเกิดขึ้น ซึ่งสรุปบทบาทหน้าที่หลักของเภสัชกรในการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ฯ ด้วยการซักประวัติและประเมินอาการที่เกิดขึ้น การให้คำแนะนำเบื้องต้น รวมถึงการประสานแพทย์ในการประเมินร่วมกัน ด้วยการใช้เครื่องมือแบบประเมิน AEFI จากกรมควบคุมโรค และการใช้แบบประเมิน (Naranjo algorithm) และบันทึกข้อมูลการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ฯ ด้วยการบันทึกข้อมูล เพื่อแสดงถึงการแจ้งเตือนการเกิดผลข้างเคียงผ่านโปรแกรม Hos-xp และการแจ้งรายงานการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ฯ ทุกอย่างที่เกิดขึ้นตามเวลาที่กำหนด คือ 30 นาทีหลังฉีด วันที่ 1, 7 และ 30 ภายหลังได้รับวัคซีนผ่านช่องทางโปรแกรม MOPH immunization center dashboard (MOPH-IC) และทำการรายงานผ่านระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ฯ (AEFI-DDC) โดยการให้รายงาน

ผ่านระบบ AEFI-DDC กรณีที่เข้ารับการรักษาเป็น
ผู้ป่วยใน ซึ่งเข้าตามการวินิจฉัยเหตุการณ์ร้ายแรง

หรือเสียชีวิต และทำการติดตามอาการซ้ำด้วย
วิธีการทางโทรศัพท์และระบบออนไลน์ต่อไป



ภาพที่ 3 แนวทางการเฝ้าระวังอุบัติการณ์อาการไม่พึงประสงค์จากการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19
โรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี

การอภิปรายผล

อุบัติการณ์การเกิด AEFI-Covid-19 ณ โรงพยาบาลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี คือ ร้อยละ 45.40 ซึ่งสูงกว่าการศึกษาของพิมผกา อินทวงศ์⁵ ที่หน่วยบริการโรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช (ร้อยละ 31.42) และการศึกษาของ Md Mohsin และคณะ ในประเทศบังคลาเทศ (ร้อยละ 39.48)⁶ แต่การวิจัยในครั้งนี้มีอุบัติการณ์การเกิด AEFI น้อยกว่าการศึกษาของ Yousif A.M. Hassan และคณะในประเทศซาอุดีอาระเบีย (ร้อยละ 72.36)⁷ และการศึกษาของ Subhashini Ganesan และคณะในประเทศสหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ (ร้อยละ 64.80)⁸ ทั้งนี้เนื่องจากกระบวนการรายงานอาการไม่พึงประสงค์ของแต่ละการศึกษามีความแตกต่างกัน เพราะการศึกษาที่มีรายงานการเกิด AEFI มาก ส่วนใหญ่

จะใช้กระบวนการสำรวจข้อมูลผ่านทางระบบออนไลน์หรือการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ จึงอาจทำให้มีผู้ตอบข้อมูลมากกว่าการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลจากการรายงานผลของผู้มารับบริการฉีดวัคซีน ณ จุดฉีดวัคซีนแห่งเดียวเท่านั้น จากจุดฉีดวัคซีนทั้งหมด 10 จุด เมื่อพิจารณาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการเกิด AEFI พบว่าส่วนใหญ่เกิดในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 52.46 และ 34.29 ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร จิรมหาศาล⁹ และการศึกษาของ Haya Omeish และคณะในประเทศจอร์แดน¹⁰ ที่พบว่าเพศหญิงเกิด AEFI มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 78.20 และร้อยละ 63.00 ตามลำดับ) โดยสาเหตุที่เพศหญิงเกิด AEFI มากกว่านั้น เนื่องจากเกิดภาวะ Immunization Stress-Related Response (ISRR) ซึ่งเป็นอาการ

ความเครียดที่เกิดจากการได้รับวัคซีน จนทำให้ร่างกายตอบสนองโดยมีอาการหัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง แขนขาอ่อนแรง คลื่นไส้ อาเจียน ตามัว โดยอาการ ISRR จะเกิดในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย¹¹ นอกจากนี้ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการเกิด AEFI ได้แก่ ประวัติการมีโรคประจำตัว ประวัติการป่วยเป็นโควิด-19 และลำดับเข็มของวัคซีนโควิด-19 มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Haya Omeish และคณะในประเทศจอร์แดน¹⁰ การเกิด AEFI เมื่อแยกตามชนิดของวัคซีน พบว่า ส่วนใหญ่วัคซีน AstraZeneca (ร้อยละ 44.96) เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์สูงกว่าวัคซีน Pfizer (ร้อยละ 22.93) วัคซีน Sinovac (ร้อยละ 21.51) และวัคซีน Sinopham (ร้อยละ 10.01) ตามลำดับ โดยพบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของ Cristina Menni และคณะ ในประเทศอังกฤษ ในการทำการติดตามการเกิด AEFI ของวัคซีน Pfizer (BNT162b2) และวัคซีน AstraZeneca (ChAdOx1nCoV-19) ในขั้นตอนของการศึกษาทางคลินิกเฟสที่ 3 ที่พบว่าวัคซีน AstraZeneca ให้ผลข้างเคียงที่มากกว่า (ร้อยละ 33.70) เมื่อเปรียบเทียบกับวัคซีน Pfizer (ร้อยละ 22.00) สำหรับการให้วัคซีนลำดับเข็มที่ 1¹² และการศึกษาในครั้งนี้แย้งกับการศึกษาของ Md Mohsin และคณะ ในประเทศบังคลาเทศ ที่พบว่า วัคซีนโควิด-19 ที่ทำให้เกิด AEFI มากและรุนแรงที่สุด ได้แก่ วัคซีน Pfizer (ร้อยละ 80.46)⁶ โดยระยะเวลาของการเกิด AEFI ส่วนใหญ่เกิดขึ้นที่ 30 นาที ณ จุดสังเกตอาการ และเกิดในการฉีดวัคซีนโควิด-19 เข็มที่ 1 (ร้อยละ 38.83) โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ Haya Omeish ประเทศจอร์แดน ที่พบว่า การเกิด AEFI ในเข็มที่ 1 มากกว่าเข็มที่ 210 ซึ่งแย้งกับการศึกษาของหลาย ๆ แห่งที่พบว่า ส่วนใหญ่ จะเกิด AEFI ในวัคซีนโควิด-19 เข็มที่ 2 มากกว่าเข็มที่ 1 ดังเช่น การศึกษาของกรมควบคุมโรคในอเมริกา¹³ และ การศึกษาของ Voysey M. และคณะ ในประเทศอังกฤษ ซึ่งน่าจะเกิดจากกลุ่มประชากรที่มีเชื้อชาติ

พันธุ์ไม่เหมือนกัน รวมถึงในการศึกษาในครั้งนี้ อาจมีจำนวนประชากร ในการศึกษาที่น้อยกว่า อาการ AEFI ที่เกิดขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่ไม่รุนแรง (ร้อยละ 97.28) ทำให้ไม่มีการเข้ารับการรักษาล้างเกิด AEFI (ร้อยละ 94.86) โดยลักษณะการเกิด AEFI ที่เกิดขึ้น ได้แก่ อาการทางด้านผิวหนังเฉพาะที่ ได้แก่ ผื่น บวม ลมพิษ อาการคัน บวมที่เยื่อเยื่อ อาการเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน ได้แก่ ปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้ออ่อนแรง อาการชา (นิ้ว/มือ/แขน/ขา/เท้า) อาการชาบริเวณใบหน้าหรือปาก อาการทางระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ไม่สบายท้อง ท้องเสีย ปวดท้อง อาการความผิดปกติของระบบหัวใจ และทางเดินหายใจ ได้แก่ การเจ็บหน้าอก แน่นหน้าอก/หายใจลำบาก ความดันโลหิตสูง และอาการอื่น ๆ ได้แก่ วูบ เป็นลม เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ อ่อนล้า อ่อนเพลีย ตาพร่ามัว เป็นไข้ โดยลักษณะอาการดังกล่าวข้างต้นซึ่งเกิดขึ้นในวัคซีนทั้ง 4 ชนิดที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ โดยการเกิด AEFI มีสาเหตุมาจากภาวะที่ร่างกายตอบสนองต่อการอักเสบเมื่อได้รับวัคซีนเข้าไปในร่างกาย (Inflammatory response) ซึ่งคล้ายกับอาการเมื่อมีการติดเชื้อ Covid-19 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sepehr siahvoshi และคณะ จากประเทศอิหร่าน¹⁵ ลักษณะการเกิด AEFI ที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของวัคซีน Sinovac มี 6 อาการ ได้แก่ 1) คลื่นไส้ อาเจียน 2) ท้องเสีย 3) ความดันโลหิตสูง (BP140-179/90-109 มม.ปรอท) 4) ภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง (BP>180/110 มม.ปรอท) 5) ไม่สบายตัว อ่อนล้า 6) ตาพร่ามัว ซึ่งแย้งกับการศึกษาของ Hai Zhao และคณะ¹⁶ จากประเทศจีนที่พบว่า จากการศึกษาทางด้านคลินิกของการฉีดวัคซีน Sinovac ให้กับประชาชนในประเทศจีนที่อายุมากกว่า 18 ปี ถึง 100 ปี จำนวน 2.2 พันล้านคน ส่วนใหญ่เกิด AEFI คือ มีอาการปวดและบวมบริเวณที่ฉีด และผลข้างเคียงที่พบได้น้อย คือ การสูญเสียการได้ยิน ลักษณะ AEFI ที่พบในวัคซีน Sinopharm

ที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มี 2 อาการ ได้แก่ 1) ปวดกล้ามเนื้อ 2) เวียนศีรษะ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Balsam Qubais และคณะ¹⁷ ในประเทศสหรัฐอเมริกาหรับเอมิเรต ที่ศึกษาเกี่ยวกับการเกิด AEFI หลังจากได้รับวัคซีน Sinopharm เข็มที่ 1 และ 2 พบว่าส่วนใหญ่เกิดอาการปวด ที่บริเวณที่ฉีด ปวดกล้ามเนื้อ มีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย ปวดหัว และบริเวณที่ฉีดบวมและแดง ลักษณะการเกิด AEFI ที่พบในวัคซีน AstraZeneca ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มี 14 อาการ ได้แก่ 1) ผื่น 2) ปวดบริเวณที่ฉีด 3) ปวดกล้ามเนื้อ 4) อาการชา (นิ้ว/มือ/แขน/ขา/เท้า), 5) ท้องเสีย 6) เจ็บหน้าอก 7) แน่นหน้าอก/หายใจลำบาก 8) ความดันโลหิตสูง (BP140-179/90-109 มม.ปรอท) 9) วูบ 10) เป็นลม 11) เวียนศีรษะ 12) อ่อนเพลีย 13) ตาพร่า/มัว 14) ไข้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Qutaiba A Al Khames Aga และคณะ¹⁸ ที่ศึกษาพบว่า การเกิด AEFI ของวัคซีน Astrazenaca ส่วนใหญ่จะมีลักษณะอ่อนเพลีย ปวดตามร่างกาย ปวดหัว ไข้ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหารและท้องเสีย และลักษณะการเกิด AEFI ที่พบในวัคซีน Pfizer ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มี 9 อาการ ได้แก่ 1) ผื่น 2) อาการคัน 3) บวมที่เยื่อหู 4) เจ็บหน้าอก 5) แน่นหน้าอก/หายใจลำบาก 6) วูบ 7) เป็นลม 8) เวียนศีรษะ 9) ตาพร่า/มัว ซึ่งแย้งกับการศึกษาของ Abdallah Damin Abukhalil และคณะ ที่พบว่าจากการศึกษาการเกิด AEFI ของวัคซีน Pfizer ในประเทศอินเดีย พบว่า ผู้ที่ได้รับวัคซีน Pfizer จำนวน 1,496 คน ทุกเข็ม มักจะเกิด AEFI คือ เป็นไข้ สั่น ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ปวดตามร่างกาย บวมบริเวณที่ฉีด ปวดกล้ามเนื้อและปวดข้อ ซึ่งลักษณะ AEFI ที่เกิดขึ้นจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ อาจจะมีเหมือนหรือแตกต่างจากการศึกษาในหลาย ๆ แห่ง ทั้งนี้ เนื่องจาก การรายงานผลลักษณะอาการไม่พึงประสงค์ที่ไม่เหมือนกัน การรายงานผลบางอย่าง

จากงานวิจัยอื่น อาจจะไม่มีการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการเกิด AEFI ในด้านความดันโลหิตที่เปลี่ยนแปลง อัตราการเต้นของหัวใจ ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น¹⁹ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิด AEFI ได้แก่ ประวัติการมีโรคประจำตัว ประวัติการป่วยเป็น โควิด-19 และลำดับเข็มของวัคซีน โควิด-19 ซึ่งพบว่า การมีโรคประจำตัวทำให้เกิด AEFI มากกว่าการมีโรคประจำตัว 2.63 เท่า การเคยป่วยเป็นโรคโควิด-19 ทำให้เกิด AEFI น้อยกว่าการ ไม่เคยป่วยเป็นโรคโควิด-19 0.26 เท่า และลำดับเข็มของวัคซีนโควิด-19 ในเข็มที่ 1 และเข็มที่ 2 เกิดเกิด AEFI มากกว่าเข็มที่ 3 224.58 เท่า ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ Kujar และคณะ โดยพบว่า เพศ ประวัติแพ้ยาหรือวัคซีน เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิด AEFI (20) แต่สอดคล้องกับการศึกษาข้างต้นเช่นกัน เนื่องจากการศึกษาของ Kujar และคณะพบว่าลำดับเข็มที่ 2 ของวัคซีน โควิด-19 ทำให้เกิด AEFI มากกว่าเข็มที่ 3 20 ส่วน ปัจจัยการป่วยเป็นโรคโควิด-19 ทำให้เกิด AEFI น้อยกว่า เนื่องจากพบว่าการมีโรคประจำตัว ทำให้มีการใช้ยาบางตัว เช่น โรคหอบหืด ที่มีการ ใช้ยาสเตียรอยด์พ่นในการรักษาโรค อาจจะต้องสนองต่อวัคซีนโควิด-19 ทำให้มีอาการ AEFI ที่น้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Alexis L. และคณะ²¹ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Haya Omeish และคณะในประเทศจอร์แดน 10 แนวทางการเฝ้าระวังการเกิด AEFI โรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี จัดทำขึ้น เพื่อเป็นการติดตามด้านความปลอดภัยในการใช้วัคซีนโควิด-19 ให้เป็นระบบ ซึ่งสอดคล้องกับการดำเนินงานของกรมควบคุมโรค ในประเทศไทย (Department of disease control of Thailand) ที่มีแนวทางปฏิบัติในการดำเนินงาน 22 นอกจากนั้นในหลาย ๆ ประเทศ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา มีหน่วยงานที่รับรายงานเกี่ยวกับการเกิด AEFI ผ่าน Vaccine adverse event reporting system (VAERS) ซึ่งบริหารจัดการโดยหน่วยงาน Centers for disease control and prevention (CDC) ร่วมกับ Food

and drug administration (FDA) ดังนั้น เพื่อเป็นการติดตามดูแลความปลอดภัยและเป็นการป้องกันไม่ให้เกิด AEFI ที่รุนแรง โดยการทำให้ประชาชนเข้าใจและตระหนัก ประเมินอาการได้ด้วยตนเอง การดำเนินงานให้ครบองค์ประกอบเชิงรุกและเชิงรับ ถือว่าเป็นบทบาทการดำเนินงานที่ท้าทาย ที่จะทำให้เกิดการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาด้วยตนเอง สร้างความมั่นใจด้านยาและทำให้ประชาชนได้รับความปลอดภัยสูงสุดจากการใช้ยา²³

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 เพื่อใช้ในการวางแผนการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นในด้านการติดตามและเฝ้าระวังการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19

1.2 เกิดแนวทางเฝ้าระวังการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นและใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานให้กับพื้นที่อื่น ๆ รวมถึงในยาและวัคซีนใหม่ ๆ ที่นำมาใช้ในประเทศไทย

1.3 ประชาชนได้รับข้อมูลความปลอดภัยของยาหรือวัคซีนชนิดใหม่ ๆ เพื่อทำให้เกิดความมั่นใจและร่วมมือต่อการควบคุมและป้องกันโรค

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการรวบรวมรายงานทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ซึ่งควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในด้านผลของการดำเนินงานเชิงรุกในการเฝ้าระวังเหตุการณ์เปรียบเทียบกับผลการดำเนินงานเชิงรับ เนื่องจากกระบวนการแต่เชิงรุกและเชิงรับมีความแตกต่างกัน ซึ่งจะสะท้อนข้อมูลเชิงคุณภาพที่แตกต่างกัน

2.2 ในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและมีคุณภาพในด้านการวางแผนการให้บริการวัคซีน ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี ด้วยความอนุเคราะห์จากเภสัชกรโรงพยาบาลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรีทุกท่านในการร่วมเก็บข้อมูลและวางแนวทางขับเคลื่อนการดำเนินงานให้มีระบบที่ดีในการดำเนินงานร่วมกัน และขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบางละมุง ในการส่งเสริมและสนับสนุนให้ดำเนินงานวิจัยในพื้นที่ด้วยดีเสมอมา

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการให้วัคซีนโควิด 19 ในสถานการณ์การระบาด ปี 2564 ของประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://dmsic.moph.go.th/index/detail/8750>
2. องค์การอนามัยโลก. แดชบอร์ดข้อมูลการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (โควิด-19) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://covid19.who.int/>
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ความรู้เรื่องวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/vaccine-covid19/getFiles/11/1628849610213.pdf>

4. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการเฝ้าระวังและตอบโต้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/doe/journal_detail.php?publish=11449
5. พิมพ์กา อินทวงศ์. อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประชาชนที่มารับวัคซีนที่หน่วยบริการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา. 2565; 2(1): 28-40.
6. Md M, Sultan M, Ashraf UM, Prottay H, Abdul M, Md Taif A, et al. Side effects of Covid-19 vaccines and perceptions about Covid-19 and its vaccines in Bangladesh: A cross-sectional study. Elsevier. 2022; 12: 1-12.
7. Yousif A M H, Mohammad DA, Rawan RA, Fatimah Ali A, Zainab EA, Ayaz A. et al. A retrospective evaluation of side-effects associated with the booster dose of Pfizer-BioNTech/BNT162b2 COVID-19 vaccine among females in Eastern Province, Saudi Arabia. Elsevier. 2022; 40(49): 7087-96.
8. Subhashini G, Latifa Mohammad Baynouna AK, Nawal AK, Mohammed AM, Noura Nasser AM, Mariam Saif AS, et al. Vaccine side effects following Covid-19 vaccination among the residents of the UAE-an observational study. Journal of Frontiers in Public Health. 2022; 10: 1-9.
9. สุภาพร จิรมหาศาล. ผลการติดตามเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด 19 (AEFI) ของผู้มารับบริการฉีดวัคซีน โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2565; 7(2): 11-21.
10. Haya O, Angam N, Sayer AA, Nada T, Amer AH, Neebal AG, et al. Reported Covid-19 vaccines side effects among Jordanian population: a cross sectional study. Journal of Human Vaccines & Immunotherapeutics. 2022; 18(1): 1-8.
11. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางปฏิบัติสำหรับอาการไม่พึงประสงค์หลังการได้รับวัคซีนป้องกันโรค กรณีมีปฏิกิริยาที่สัมพันธ์กับความเครียดจากการฉีดวัคซีนกลุ่มอาการคล้ายภาวะหลอดเลือดสมอง. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/vaccine-covid19/getFiles/14/1628584558328.pdf>

12. Cristina M, Kerstin K, Anna M, Lorenzo P, Joan C, Panayiotis L, et al. Vaccine side-effects and SARS-CoV-2 infection after vaccination in users of the Covid symptom study app in the UK: a prospective observational study. *Journal of Lancet Infect Dis.* 2021; 21(7): 939-49.
13. Centers for Disease Control and Prevention of USA. Reactions and adverse events of the Pfizer-BioNTech Covid-19 vaccine [Internet]. 2020 [cited 2023 Feb 1]. Available from: <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/info-by-product/pfizer/reactogenicity.html>
14. Voysey M, Clemens S, Madhi S, Weckx L, Folegatti P, Aley P, et al. Safety and efficacy of the ChAdOx1 nCoV-19 vaccine (AZD1222X against SARS-CoV-2: an interim analysis of four randomized controlled trials in Brazil, South Africa, and the UK. *Journal of Lancet.* 2021; 397(10269): 99-111.
15. Sepehr S, Emad M, Kimia G. Common side effects of Covid-19 vaccine used in Iran: A review. *Journal of Ann Mil Health Sci Res.* 2021; 19(4): 1-8.
16. Hai Z, Yongtuan L, Zhiyuan W. Adverse event of Sinovac Coronavirus vaccine: Deafness. *Elsevier.* 2022; 40(3): 521-23.
17. Balsam QS, Rula AS, Shaikha SA, Zainab MA, Ahmed OA. Side effects and perceptions following Sinopharm Covid-19 vaccination. *Journal of International of Infection Diseases.* 2021; 111: 219-26.
18. Qutaiba A, Waseem H, Tagreed H, Kawthar F, Yazan B, Abdullah T, et al. Safety of Covid-19 vaccine. *Journal of Medical Virology.* 2021; 93(12): 6588-94.
19. Abdallah DA, Sireen SS, Raya RA, Ni meh AS, Hani AN, Abdullah R. Side effect of Pfizer/BioNtech (BNT162b2) Covid-19 vaccine reported by the Birzeit university community. *Journal of BMC Infectious Diseases.* 2023; 23(5): 1-15.
20. Manisha K, Kumari AK, Alka RN, Santosh KS, Anit K. Factors associated with development of adverse events after taking Covid-19 vaccine in a tribal state of India: regression analysis. *Journal of Family Medicine and Primary Care.* 2022; 11(10): 6260-67.
21. Alexis LB, Noah DP, Xochitl EB, Jenifer MC, Feng LJ, Jeffrey E, et al. Analysis of Covid-19 vaccine type and adverse effect following vaccination. *Journal of JAMA Network Open.* 2021; 4(12): 1-13.

22. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
แนวทางการเฝ้าระวังและสอบสวน
เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับ
วัคซีนป้องกันโรคโควิด-19
[อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวง
สาธารณสุข; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 ธ.ค.
2566]. เข้าถึงได้จาก: https://apps-doe.moph.go.th/boe/software/file/Guideline_AEFI_COVID19vaccine_DOE_17062021.pdf
23. ศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบ
สุขภาพ กรมมหาวิทยาลัย.
เภสัชกรและ การบริหารจัดการระบบ
บริการสุขภาพ ในสถานการณ์การแพร่
ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา
2019 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ:
2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 ธ.ค. 2566].
เข้าถึงได้จาก:
[https://www.thaidrugwatch.org/
download/series/series48.pdf](https://www.thaidrugwatch.org/download/series/series48.pdf)

ความสัมพันธ์ของกิจกรรมทางกายกับความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจังหวัดศรีสะเกษ

ปวีณ์ภัสร เศรษฐสิริโชติ¹

(วันที่รับบทความ: 13 กันยายน 2566; วันที่แก้ไข: 11 พฤศจิกายน 2566; วันที่ตอบรับ: 10 มกราคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหนักของกิจกรรมทางกายก่อนการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 กับความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัวและการได้รับวัคซีนป้องกันโรค กับความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วนหรือค่าเฉลี่ยโดยใช้โปรแกรม G*power ด้วยวิธีการการสุ่มอย่างมีระบบ (Systematic random sampling) ได้จำนวน 186 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ ทะเบียนประวัติการรักษาของผู้ป่วยและแบบสอบถาม มีค่าความตรงของเนื้อหา (Content validity) เท่ากับ 0.67-1 และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคร้สแควร์ (Chi-square test)

ผลการวิจัย พบว่า ระดับความหนักของกิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า อาชีพและระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ ควรส่งเสริมและสร้างความตระหนักรู้ในการมีกิจกรรมทางกายให้แก่ประชาชนเพื่อช่วยลดความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และยังช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคติดเชื้ออื่น ๆ ได้อีกด้วย

คำสำคัญ: กิจกรรมทางกาย, ความรุนแรง, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

¹ อาจารย์, คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตศรีสะเกษ, E-mail: Pawipasra@gmail.com

ผู้รับผิดชอบบทความ: ปวีณ์ภัสร เศรษฐสิริโชติ, E-mail: Pawipasra@gmail.com

Relationship of physical activity and severity of COVID-19 infection in patients at Si Sa Ket Hospital

Pawipasra Sethasirichote ¹

(Received: 13rd September 2023; Revised: 11st November 2023; Accepted: 10th January 2024)

Abstract

This descriptive cross-sectional study aimed to 1) study the relationship between the intensity level of physical activity prior to COVID-19 infection and the severity of the symptom in patients who were treated at the Si Sa Ket Hospital 2) study other factors affecting the severity of the COVID-19 symptoms such as gender, occupation, level of education, underlying health conditions, and vaccination record in the same group of patients. 186 samples were calculated by G*power program. Medical history registration and allocated by systematic random sampling method. This questionnaire presenting 0.67-1 of content validity and 0.88 of reliability. Data were analyzed by descriptive statistics such as average, percentage and standard variation and Chi-square test was used for described the correlations.

The result showed that the level of intensity of physical activity was significantly related to the severity of the symptom of COVID-19 patients who were treated at the Si Sa Ket Hospital statistically ($p < 0.05$). In terms of other personal factors, it was found that occupation and level of education were also significantly related to the severity of the symptom of COVID-19 patients in the same group statistically. ($p < 0.05$)

Relevant authorities should promote the awareness of the importance of physical activity among general public to alleviate the effects and severity of coronavirus SAR-COV-2019 infections. It can also help reduce the risk of infection of other diseases.

Keywords: Physical activity, Severity, COVID-19 infection

¹ Lecturer, Faculty of Education, Thailand National Sports University, Si Sa Ket Campus,

E-mail: Pawipasra@gmail.com

Corresponding author: Pawipasra Sethasirichote, E-mail: Pawipasra@gmail.com

บทนำ

ในสถานการณ์ปัจจุบันประชากรทั่วโลกกำลังเผชิญกับโรคระบาดที่เป็นภัยคุกคามสุขภาพซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ โดยรายงานระบุว่าเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่นี้พบครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน^{1,2} ซึ่งไม่เคยมีการตรวจพบในมนุษย์มาก่อน³ หลังจากนั้นจึงทำการศึกษาและวิเคราะห์ลักษณะทางพันธุกรรมของเชื้อจึงให้ชื่อว่า Severe acute respiratory syndrome coronavirus (SARS-CoV-2) ซึ่งเชื่อนี้คือสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค องค์การอนามัยโลก⁴ จึงกำหนดชื่อสำหรับโรคทางเดินหายใจในคนที่เกิดจากเชื้อไวรัสชนิดนี้ว่า “ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ หรือ Coronavirus disease 2019 (COVID-19)” ที่จัดเป็นกลุ่มของเชื้อไวรัสที่ก่อให้เกิดโรคทางเดินหายใจในคน และยังเป็นเชื้อไวรัสที่อยู่ตระกูลเดียวกันกับไวรัสที่ก่อให้เกิดโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันร้ายแรงที่เรียกว่าโรค SARS และโรคทางเดินหายใจตะวันออก ที่เรียกว่า MERS⁵ การติดต่อของเชื้อจะผ่านละอองของเสมหะที่กระจายจากการไอและการสัมผัสเชื้อโดยตรงจากคนไป สู่คน อาการแสดงเมื่อได้รับเชื้อก็จะแตกต่างกันออกไป โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับเชื้อที่แสดงอาการระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลาง เช่น มีไข้ ไอแห้ง อ่อนเพลีย ปวดตามตัว เจ็บคอ ท้องเสีย ปวดศีรษะ จมูกไม่ได้กลิ่น มีผื่นขึ้นตามผิวหนังสามารถหายได้เอง แต่ถ้าแสดงอาการรุนแรง เช่น มีการหายใจค่อนข้างลำบาก เจ็บหรือแน่นที่หน้าอก พุดและเคลื่อนไหวได้ยากให้รีบพบแพทย์โดยทันที^{3,4}

โรคระบาด Covid-19 นี้ ไม่เพียงแต่สร้างปัญหาในมิติด้านสุขภาพแต่ยังส่งผลกระทบต่อมิติ ด้านสังคมและเศรษฐกิจอย่างมหาศาล มีรายงาน

จากศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกาว่าการรักษาในปัจจุบันคือต้องรักษาตามอาการ และยังไม่มียาที่สามารป้องกันหรือลดเชื้อได้อย่างครอบคลุม⁶

จากรายงานสถานการณ์ Covid-19 ในประเทศไทย ณ วันที่ 15 สิงหาคม 2564 พบผู้ป่วยยืนยันที่ติดเชื้อสะสม 907,157 ราย เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 21,882 ราย อาการรุนแรง 5,615 ราย และเสียชีวิต 7,552 ราย และสถานการณ์การระบาดของโรค Covid-19 ในจังหวัดศรีสะเกษ⁷ ข้อมูลล่าสุด ณ วันที่ 15 สิงหาคม 2564 มีรายงานพบผู้ติดเชื้อรายใหม่ 385 ราย โดยแบ่งเป็นผู้ติดเชื้อภายในจังหวัด 108 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.05 และผู้ป่วยติดเชื้อจากจังหวัดเสียง 277 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.95 จากจำนวนผู้ติดเชื้อที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โรงพยาบาลในการกำกับของรัฐเกือบทุกแห่งมีผู้ติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น

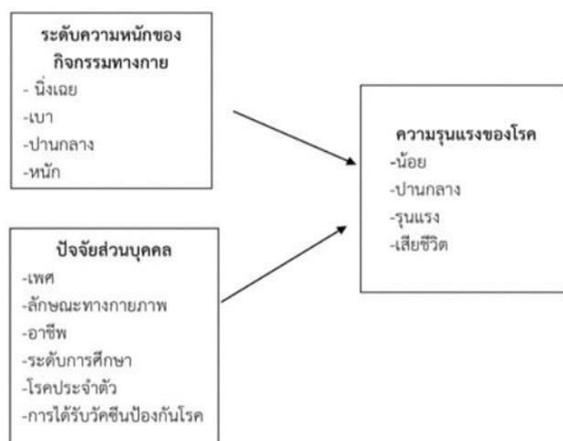
การระบาดของเชื้อโควิด-19 ถือเป็นภาวะฉุกเฉินและภาวะทางสุขภาพของมวลมนุษยชาติ การป้องกันโรคจึงเป็นสิ่งแรกที่ต้องดำเนินการ⁹ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การมีกิจกรรมทางกายสม่ำเสมอสามารถป้องกันและช่วยลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคและทำให้มีสุขภาพที่ดีขึ้นได้^{8,9} สอดคล้องกับข้อมูลของ DESA¹⁰ กล่าวว่า กิจกรรมทางกายช่วยป้องกันการ ทำงานของร่างกาย ความพิการ ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคเรื้อรัง และยังช่วยลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร สอดคล้องกับการสืบค้นข้อมูลวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ากิจกรรมทางกายนั้นสามารถเปลี่ยนการเกิดความรุนแรงหรือระยะเวลาของการติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน¹¹

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาถึงระดับกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษว่ามีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างไรเพื่อนำผลของการศึกษานี้ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นแนวทางในการดำเนินงานการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายของประชาชนในจังหวัดศรีสะเกษในการดูแลและป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคติดเชื้ออื่นที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหนักของกิจกรรมทางกายก่อนการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 กับความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว และการได้รับวัคซีนป้องกันโรคกับความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ

กรอบแนวคิดวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของกิจกรรมทางกายกับความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ใช้สถิติไคร้สแควร์ (Chi-square test) โดยความรุนแรงของโรคแบ่งได้ 4 ระดับ¹² ดังนี้

1. ระดับเล็กน้อย (Mild illness) ผู้ที่ไม่มีอาการแต่ตรวจพบไวรัสในลำคอ มีอาการคล้ายไข้หวัดธรรมดาหรือไข้หวัดใหญ่ รักษาโดยการกินยา หายได้เอง ไม่ได้นอนโรงพยาบาล
2. ระดับปานกลาง (Moderate illness) จะเป็นผู้ป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาล ไม่ได้ให้ออกซิเจนหรือถ้าให้ออกซิเจนก็ให้แบบเสียบจมูกหรือครอบจมูก
3. ระดับมากหรือวิกฤติ (Severe illness) คือผู้ป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาลและต้องให้ออกซิเจนแบบ High flow ใส่ท่อช่วยหายใจ ใส่เครื่องช่วยหายใจหรือเครื่องพุงปอด
4. เสียชีวิต (Critical illness) ผู้ป่วยเกิดภาวะการณหายใจล้มเหลว หรือ ช็อกจากการติดเชื้อ มักเกิดกับผู้สูงอายุ ผู้มีโรคประจำตัว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษา คือ ประชาชนที่มาเข้ารับการรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2564 ถึงวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2565 จำนวน 539 คน

กลุ่มตัวอย่าง ในศึกษาคำนวณจากโปรแกรม G*power¹³ ใช้สถิติไคร้สแควร์ (Chi-square test) ในการทำนายความสัมพันธ์ของ

ระดับความหนักของกิจกรรมทางกายกับ ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และ ปัจจัยส่วนบุคคลกับความรุนแรงของโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 อำนาจทดสอบที่ 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 143 คน และได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างที่อาจมี การสูญหายร้อยละ 30 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ทั้งสิ้น 186 คน โดยมีเงื่อนไขในการเลือกกลุ่ม ตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก

- เพศชายหรือเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
- ได้รับการตรวจคัดกรองและยืนยันจาก แพทย์ว่าติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- ยินดีร่วมกิจกรรมและยินยอมให้ข้อมูล เพื่อการศึกษา
- มีสมาร์ทโฟนเพื่อใช้ในการตอบคำถาม ออนไลน์ผ่านการใช้ Google form

เกณฑ์คัดออก

- อายุน้อยกว่า 20 ปี
- ไม่มีสมาร์ทโฟนเพื่อใช้ในการตอบคำถาม ออนไลน์ผ่านการใช้ Google form
- ปฏิเสธการร่วมกิจกรรมและไม่ยินยอมให้ ข้อมูลเพื่อการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ทะเบียนประวัติการรักษาของผู้ป่วยและ แบบสอบถามความสัมพันธ์ของกิจกรรมทางกาย กับความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาฯ แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่ (1) แบบสอบถามเกี่ยวกับ ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 14 ข้อ (2) แบบสอบถาม ระดับความหนักของกิจกรรมทางกายจำนวน 5 ข้อ (3) แบบประเมินอาการแสดงของโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 จำนวน 10 ข้อ (4) แบบประเมิน

ระดับความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา จำนวน 3 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นเสนอที่ปรึกษา และผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน เพื่อทำการ ตรวจสอบความครอบคลุมและสอดคล้องตาม วัตถุประสงค์และนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ โดยนำไปทดลองใช้กับประชาชนที่มารับการรักษา โรคทางเดินหายใจที่โรงพยาบาลศรีสะเกษที่มี ลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน ได้ค่าเท่ากับ 0.6

2. การหาความเชื่อมั่น (Reliability) วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วย สูตรค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นโดยวิธีแอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.88

การรวบรวมข้อมูล

1. ส่งหนังสือขออนุญาตใช้ชื่อสถานที่และ เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล ศรีสะเกษ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาต ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เมื่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ ให้ความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจึงดำเนินการ ประสานกับหัวหน้างานที่ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อทำความเข้าใจร่วมกันและ นัดหมายกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากทางโรงพยาบาล ศรีสะเกษจะมีทะเบียนประวัติของคนไข้เพื่อการ รักษาและติดตามอาการของผู้ป่วยโควิด-19 ดังนั้น ผู้วิจัยจึงทำการขออนุญาตหัวหน้าศูนย์บริการฯ ของโรงพยาบาลจังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งเป็นผู้ช่วยวิจัย และช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับผู้ป่วยที่มี ทะเบียนประวัติการรักษาในช่วงเวลาตั้งแต่วันที่

1 ธันวาคม 2564 ถึงวันที่ 31 มกราคม 2565 จำนวน 539 คนเพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย

3. เมื่อเข้ากลุ่มไลน์แล้ว ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย จะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบว่า จะมีการแบ่งเป็น กลุ่มย่อยจำนวน 3 กลุ่ม เพื่อให้สามารถเข้าถึงกลุ่ม ตัวอย่างได้และสะดวกในการดำเนินการเก็บ รวบรวมข้อมูล ดังนี้

กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มที่มีอายุ 20 ปี ถึง 39 ปี

กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มที่มีอายุ 40 ปี ถึง 59 ปี

กลุ่มที่ 3 คือ กลุ่มที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป

4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการชี้แจง รายละเอียดและวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิทธิในการ ตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยจะยึดหลักการ พหิทัศสิทธิ์ รวมทั้งแนวทางในการเก็บข้อมูลให้ ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบผ่านทางกลุ่มไลน์ โดยใช้ Google meet แบ่งเป็นภาคเช้าและภาคบ่าย โดยคำนึงถึง ความสะดวกในการเข้าร่วมฟังของผู้เข้าร่วมวิจัย

5. ผู้เข้าร่วมวิจัยที่ยินดีให้ข้อมูลในการวิจัย ให้ ลงนามยินยอมลงในเอกสารแสดงการยินยอม โดย ผู้วิจัยจะส่งเป็นไฟล์เอกสารลงในกลุ่มไลน์หรือส่ง ไปรษณีย์ไปตามที่อยู่ที่อยู่ระบุไว้ในทะเบียนประวัติ โดย ได้แนบของเอกสารเพื่อส่งกลับมายังผู้วิจัยโดยไม่ต้อง เสียค่าใช้จ่าย

6. การตอบแบบสอบถามจะเป็น แบบสอบถามออนไลน์ผ่านการใช้ Google form โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทำการดาวน์โหลดแบบสอบถาม ออนไลน์ด้วย QR code ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น ใช้เวลา ในการตอบแบบสอบถามประมาณ 5-10 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติ เชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน และใช้สถิติไคร้สแควร์ (Chi-square test)

หาความสัมพันธ์ของระดับความหนักของกิจกรรม ทางกายกับความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และปัจจัยส่วนบุคคลกับความรุนแรงของโรค ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกำหนดระดับ นัยสำคัญทางสถิติที่ 00.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการโดยความ เคารพสิทธิส่วนบุคคลและความปลอดภัยตามหลัก จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตามหลักการและ แนวทางปฏิบัติสากล (Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH GCP) ของ โรงพยาบาลจังหวัดศรีสะเกษ เมื่อ 8 มิถุนายน 2565 เลขที่ใบรับรอง 042/65E

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 53.23 เพศหญิงร้อยละ 46.77 ช่วงอายุมากที่สุดอยู่ที่ 40-49 ปี ร้อยละ 31.12 การศึกษาอยู่ในระดับ ประถมศึกษา ร้อยละ 29.03 อาชีพพนักงานบริษัท หรือพนักงานเอกชน ร้อยละ 320.80 น้ำหนักเฉลี่ย อยู่ที่ 62.08 กิโลกรัม ส่วนสูงมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 164.28 เซนติเมตร ดัชนีมวลกายมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 22.96 กิโลกรัม/เมตร² รายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 15,001-20,000 บาท สูบบุหรี่ ร้อยละ 70.43 ดื่มสุรา ร้อยละ 55.38 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 96.77 ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยไม่ทราบสาเหตุ ร้อยละ 46.77 และได้รับ วัคซีนป้องกันโรคร้อยละ 87.63

2) การทำกิจกรรมทางกาย “ก่อน” การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การทำกิจกรรมทาง กายก่อนการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มักทำใน เวลาว่างนานเกิน 3 ชั่วโมงต่อวัน ได้แก่ ดูโทรทัศน์ หรือฟังเพลง ร้อยละ 84.95 รองลงมาคือนอน

พักผ่อน ร้อยละ 80.11 และทำงานบ้าน ร้อยละ 45.7 กิจกรรมการเล่นกีฬาและออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ส่วนมากเลือกเดินร้อยละ 89.78 รองลงมา

คือ เดินเร็ว ร้อยละ 24.73 เล่นฟุตบอล ร้อยละ 12.9 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละการทำกิจกรรมทางกาย “ก่อน” การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n=186)

การทำกิจกรรมทางกายก่อนการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	จำนวน	ร้อยละ
กิจกรรมที่มักทำในเวลาว่างนานเกินกว่า 3 ชั่วโมง/วัน		
ดูโทรทัศน์หรือฟังเพลง	158	84.95
นอนพักผ่อน	149	80.11
ทำงานบ้าน	85	45.7
อ่านหนังสือ	59	31.72
นั่งทำงาน	51	27.42
ไปเที่ยว	51	27.42
ขับรถเล่น	27	14.52
กิจกรรมการเล่นกีฬาและออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ		
เดิน	167	89.78
เดินเร็ว	46	24.73
ฟุตบอล	24	12.9
วิ่งเหยาะ	14	7.53
ปั่นจักรยาน	7	3.76
ฟุตซอล	6	3.23
นันทนาการ เช่น ร้องเพลง เล่นดนตรี วาดรูปศิลปะ	3	1.61

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

3) ระยะเวลาของการทำกิจกรรมทางกาย “ก่อน” การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วย พบว่า ระยะเวลาของการทำกิจกรรม การเล่นกีฬา และการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพน้อยกว่า 30 นาที ร้อยละ 83.87 เวลา 30-60 นาที ร้อยละ 13.98 และมากกว่า 60 นาที ร้อยละ 2.15

4) ระยะเวลาของการทำกิจกรรมการเล่นกีฬาและออกกำลังกายเพื่อสุขภาพในแต่ละสัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วยไม่ชอบเล่นกีฬาหรือทำกิจกรรมใด ๆ ทั้งสิ้น ร้อยละ 63.98 รองลงมาคือ 1-2

ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 26.34 และ 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 9.68

5) อาการระหว่างการทำกิจกรรมทางกาย “ก่อน” การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า อาการระหว่างการทำกิจกรรมก่อนการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้ป่วยหายใจเร็วขึ้นกว่าปกติแต่ไม่ถึงกับหอบเหนื่อย และยังสามารถพูดคุยได้ (RPE Scale = 4-6) ร้อยละ 98.39 และหายใจเร็ว หัวใจเต้นเร็วมาก รู้สึกเหนื่อยหอบจนพูดแล้วฟังไม่ค่อยรู้เรื่อง (RPE Scale = 7-8) ร้อยละ 1.61

6. อาการเบื้องต้นเมื่อมาพบแพทย์ พบว่า ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ จำนวน 186 คน ร้อยละ 100 รองลงมาคือ ไข้ หรือวัดอุณหภูมิได้ตั้งแต่ 37.5 องศาเซลเซียสขึ้นไป ร้อยละ 97.31 และไม่ได้กลืน ลื่นไม่รับรส ตาแดง มีผื่น ร้อยละ 11.83

7. ระดับความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ได้รับการยืนยันโดยแพทย์ พบว่า อยู่ในระดับเล็กน้อย (Mild illness) ร้อยละ 76.88 และ ระดับปานกลาง (Moderate illness) ร้อยละ 23.12

8. ระดับความหนักของกิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของโรคติดเชื้อ

ตารางที่ 2 ระยะเวลาของการทำกิจกรรมทางกาย “ก่อน” การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n=186)

ระยะเวลาของกิจกรรมทางกายก่อนการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาของการทำกิจกรรมการเล่นกีฬาและออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ		
โดยเฉลี่ย (นาที)		
น้อยกว่า 30 นาที	156	83.87
30-60 นาที	26	13.98
มากกว่า 60 นาที	4	2.15
ระยะเวลาของการทำกิจกรรมการเล่นกีฬาและออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ		
ในแต่ละสัปดาห์ (ครั้ง/สัปดาห์)		
1-2 ครั้ง/สัปดาห์	49	26.34
3-4 ครั้ง/สัปดาห์	18	9.68
ไม่ชอบเล่นกีฬาหรือทำกิจกรรมทางกายใด ๆ ทั้งสิ้น	119	63.98
อาการในระหว่างการทำกิจกรรมก่อนการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		
หายใจเร็วขึ้นกว่าปกติแต่ไม่ถึงกับหอบเหนื่อย ยังสามารถพูดคุยได้ (RPE Scale = 4-6)	183	98.39
หายใจเร็ว หัวใจเต้นเร็วมาก รู้สึกเหนื่อยหอบจน พูดแล้วฟังไม่ค่อยรู้เรื่อง (RPE Scale = 7-8)	3	1.61
อาการเบื้องต้นเมื่อมาพบแพทย์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ	186	100
ไข้หรือวัดอุณหภูมิได้ตั้งแต่ 37.5 องศาเซลเซียสขึ้นไป	181	97.31
ไม่ได้กลืน ลื่นไม่รับรส ตาแดง มีผื่น	22	11.83
หายใจเร็ว หายใจลำบาก เวลาไอแล้วเหนื่อย	19	10.22

ไวรัสโคโรนา 2019 (Chi-Square = 29.040, = 0.001*) (ดังตารางที่ 2)

9. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อาชีพ และ การศึกษามีความสัมพันธ์ต่อระดับความรุนแรงของโรค โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ อาชีพ พบว่า มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของโรค (Chi-Square = 35.722, Sig. = 0.001*) การศึกษา พบว่า มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของโรค (Chi-Square = 24.115, Sig. = 0.001*) (ดังตารางที่ 2 และ 3)

ระยะเวลาของกิจกรรมทางกายก่อนการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	จำนวน	ร้อยละ
ประเมินระดับความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		
ระดับเล็กน้อย (Mild illness)	143	76.88
ระดับปานกลาง (Moderate illness)	43	23.12

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความหนักของกิจกรรมทางกาย ปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n=186)

ตัวแปร	ค่าสถิติ	ระดับความรุนแรงของโรค
ระดับความหนักกิจกรรมทางกาย	Chi-Square	29.040
	Sig.	(0.001*)
ปัจจัยส่วนบุคคล		
เพศ	Chi-Square	0.002
	Sig.	0.969
อาชีพ	Chi-Square	35.722
	Sig.	0.001*
การศึกษา	Chi-Square	24.115
	Sig.	0.001*
โรคประจำตัว	Chi-Square	1.864
	Sig.	0.172
ประวัติการฉีดวัคซีน	Chi-Square	0.130
	Sig.	0.718

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การอภิปรายผล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยทำการศึกษาความสัมพันธ์ของกิจกรรมทางกายกับความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2564 ถึงวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2565 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ที่ไม่มีภาวะผิดปกติด้านสุขภาพจิต สามารถพูดอ่าน ฟังภาษาไทยเข้าใจ สามารถตอบแบบสอบถามออนไลน์ผ่านการใช้

Google form ได้และยินดีให้ข้อมูล จำนวน 186 คน โดยข้อมูลทั่วไป พบว่า เป็นเพศชายร้อยละ 53.23 และเพศหญิงร้อยละ 46.77 ช่วงอายุมากที่สุดอยู่ที่ 40-49 ปีร้อยละ 31.12 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 29.03 อาชีพส่วนใหญ่เป็นพนักงานบริษัท/พนักงานเอกชน จำนวน 61 คนร้อยละ 32.80 น้ำหนักมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 62.08 กิโลกรัม ส่วนสูงมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 164.28 เซนติเมตร ดัชนีมวลกายมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 22.96 กิโลกรัม/เมตร² รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ที่

15,001-20,000 บาท ผู้ป่วยมีประวัติการสูบบุหรี่ ร้อยละ 70.43 ดื่มน้ำ ร้อยละ 55.38 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 96.77 ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยไม่ทราบสาเหตุ ร้อยละ 46.77 และได้รับวัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 87.63 สามารถสรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

1. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระดับความหนักของกิจกรรมทางกาย "ก่อน" การติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 กับความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ พบว่า กิจกรรมทางกาย "ก่อน" การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผู้ป่วยมักทำในเวลาว่างนานเกิน 3 ชั่วโมงต่อวัน ได้แก่ ดูโทรทัศน์หรือฟังเพลง การนอนพักผ่อนและทำงานบ้าน โดยมีอาการระหว่างการออกกำลังกาย "ก่อน" การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือ ผู้ป่วยหายใจเร็วขึ้นกว่าปกติแต่ไม่ถึงกับหอบเหนื่อย ยังสามารถพูดคุยและสนทนาได้ (RPE Scale = 4-6) และกิจกรรมการเล่นกีฬาและออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่ผู้ป่วยส่วนมากเลือกทำคือ การเดิน เดินเร็วและเล่นกีฬาฟุตบอล โดยส่วนใหญ่มีระยะเวลาของการออกกำลังกายดังกล่าวโดยเฉลี่ยต่อวันน้อยกว่า 30 นาที และเมื่อคิดระยะเวลาของการออกกำลังกายการเล่นกีฬาและออกกำลังกายเพื่อสุขภาพในแต่ละสัปดาห์ พบว่า พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่ชอบเล่นกีฬาหรือทำกิจกรรมใด ๆ เลือกที่จะดูโทรทัศน์หรือฟังเพลง นอนพักผ่อนและทำงานบ้านมากกว่า ซึ่งในความเป็นจริงแล้วการเคลื่อนไหวของร่างกายนั้นส่งผลในเชิงบวกต่อร่างกาย ช่วยให้เกิดการเผาผลาญพลังงานและยังถือเป็นการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค¹⁴ เมื่อผู้ป่วยเลือกกระทำกิจกรรมดังกล่าว จึงถือว่าการทำกิจกรรมที่ไม่ส่งผลให้เกิดการเผาผลาญที่เพียงพอเพราะใช้พลังงานน้อยถึงน้อย

มาก นั่นหมายความว่าผู้ป่วยมีกิจกรรมทางกายก่อนการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับหนึ่งเฉยหรือเนือยนิ่ง โดยอาการเบื้องต้นเมื่อมาพบแพทย์ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการ ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ และมีไข้ เมื่อแพทย์ได้ทำการตรวจและประเมินระดับความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีอาการแสดงระดับเล็กน้อย (Mild illness) และระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาจากข้อมูลที่ได้ พบว่า เมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็น ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอและมีไข้ จะรีบมาพบแพทย์เพื่อทำการรักษาแม้จะได้รับการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แล้วก็ตาม

เมื่อทำการวิเคราะห์ถึงความสัมพันธ์ระหว่างระดับความหนักของกิจกรรมทางกายกับระดับความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ระดับความหนักของกิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($\chi^2 = 29.040, p = 0.001^*$) พบว่า ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษมีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับหนึ่งเฉยหรือเนือยนิ่งจึงอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อระดับความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่กล่าวว่า การมีกิจกรรมทางกายนั้นส่งผลโดยตรงต่อความแข็งแรงของร่างกายและจิตใจ อธิบายได้ว่า การขาดการออกกำลังกายหรือกิจกรรมทางกายนั้นเป็นปัจจัยเสี่ยงสูงที่อาจนำไปสู่การเพิ่มความเสี่ยงต่อความรุนแรงของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ เมื่อทำการเปรียบเทียบกับผู้ที่มีการออกกำลังกายหรือกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพราะจะมีระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายดีกว่า แข็งแรงกว่า จึงเป็น

การลดระดับความรุนแรงของอาการรวมถึงลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย¹⁵ และสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยที่มีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับต่ำกว่า 1 MET ต่อสัปดาห์จะได้รับผลกระทบและเกิดความรุนแรงของโรคมามากกว่าผู้ที่มีกิจกรรมทางกายในระดับปานกลางถึงมาก⁹ ดังนั้น ระดับความหนักของกิจกรรมทางกายที่เพิ่มขึ้นสามารถลดความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีกิจกรรมทางกายในระดับปานกลางขึ้นไป "ก่อน" ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นั้นจะเข้ารับการรักษาด้วยแพทย์น้อยกว่าผู้ป่วยที่ขาดการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอและต่อเนื่อง¹⁶ และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงของโรคติดเชื้อและการออกกำลังกายยังช่วยส่งเสริมความแข็งแรงให้กับร่างกาย¹⁷ และในประเทศไทยได้ทำการศึกษาถึงอาการแสดงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางขึ้นไปซึ่ง "ก่อน" การติดเชื้อจะมีอาการแสดงที่ไม่รุนแรงหรือมีอาการแสดงเพียงเล็กน้อย แพทย์ผู้รักษาจะให้ยาและสามารถหายได้เอง¹⁶

2. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ สามารถสรุปได้ดังนี้

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความรุนแรงของของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าความแตกต่างของเพศส่งผลต่อความรุนแรงของโรคไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่

มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในจังหวัดนนทบุรี¹⁸ พบว่าปัจจัยด้านเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับความรุนแรงของของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ พบว่า มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของโรค (Chi-Square = 35.722, Sig. = 0.000*) เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเกษตรกรรมซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในชุมชนบ้านคลองบางนา ตำบลศีร์ษะจรเข้ น้อย อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ¹⁹ ที่พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคไข้เลือดออก เนื่องจากชุมชนบ้านคลองบางนาส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างและเกษตรกรรมเช่นเดียวกัน

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับความรุนแรงของของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของโรค (Chi-Square = 24.115, Sig. = 0.001*) ผู้วิจัยมีข้อคิดเห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการศึกษา สามารถอ่านออก เขียนได้ และสามารถค้นหาข้อมูลความรู้ต่าง ๆ ได้ง่ายจากสมาร์ตโฟน หรือรับรู้ข้อมูลผ่านการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่าง ๆ ในการป้องกันโรคตามแนวทางปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจากความรู้และข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับนั้นอาจเป็นวิธีการที่ช่วยลดอาการและความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลงได้

2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างโรคประจำตัวกับความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของโรค จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 186 คน ไม่มีโรคประจำตัว 180 คน ซึ่งมากถึงร้อยละ 96.77 จากผลการวิจัยนี้จึงไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนสรณ์ ศรีใช้ประวัตินและคมเลนส์ สุนทร^{18,20} ที่พบว่าโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์ต่อระดับความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างการฉีดวัคซีนกับความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งผู้วิจัยมีข้อคิดเห็น ว่า ผู้ป่วยที่ทำการศึกษาในครั้งนี้แม้ว่าจะได้รับการฉีดวัคซีนทั้งหมด 163 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 87.63 แต่ความรุนแรงของโรคก็ไม่ได้แตกต่างกัน ดังนั้น ผลการศึกษานี้จึงไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการฉีดวัคซีนนั้นเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019²¹ และมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019¹⁸

ข้อเสนอแนะ

1. ควรส่งเสริมให้ประชาชนหันมาใส่ใจสุขภาพมากขึ้นและสร้างความตระหนักรู้ในการมีกิจกรรมทางกาย เพื่อช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงให้ร่างกายและจิตใจ อีกทั้งยังสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคติดเชื้อต่าง ๆ ได้ นับเป็นการลงทุนทางสุขภาพที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายและจากผลลัพธ์ที่ได้ ยังเป็นการช่วยลดงบประมาณของรัฐบาลในด้านสุขภาพลงอีกด้วย

2. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อาชีพและระดับการศึกษานั้นมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรง

ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ดังนั้น ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจึงควรให้ความสำคัญในสองปัจจัยนี้อาจทำได้โดยการประชาสัมพันธ์ข้อมูลสุขภาพอย่างทั่วถึงและต่อเนื่องให้แก่ผู้ประกอบการอาชีพรับจ้างเกษตรกรกรรม และอาชีพที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคติดเชื้ออื่น ๆ ได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตศรีสะเกษ ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้อำนวยการ บุคลากร โรงพยาบาลศรีสะเกษและผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลวิจัยจนสำเร็จ ล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. รังสรรค์ โฉมยา, กรรณิกา พันธุ์ศรี. ความตระหนักเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดต่อโรคไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (โควิด-19): การเปรียบเทียบระหว่างวัย. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 2563; 39(6): 71-82.
2. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. โควิด-19: วัคซีนสายพันธุ์ใหม่ (โควิด 19): องค์ความรู้ด้านงานวิจัยไวรัสวิทยา การศึกษาข้อมูลด้านการตรวจวินิจฉัย การรักษาและการพัฒนาวัคซีน [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 11 ส.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5350>
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 9 ส.ค. 2564].

- เข้าถึงได้จาก:
https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/faq_more.php
4. WHO. World Health Organization: Coronavirus Disease (Covid-19) [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 9 ส.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-answers-hub/coronavirus-disease-covid-19
 5. Ahn DG, Shin HJ, Kim MH, Lee S, Kim HS, Myoung J, et al. Current status of epidemiology, diagnosis, therapeutics, and vaccines for novel coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Journal of Microbiology and Biotechnology*. 2020; 30(3): 313-24.
 6. Centers for Disease Control and Prevention. Coronavirus (CoVid-19). Atlanta, Georgia. [Internet]. 2020 [Cited 2021 Aug 12]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html>
 7. สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. รายงานสถานการณ์โควิด-19 จังหวัดศรีสะเกษ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 15 ส.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.ssko.moph.go.th/av/>
 8. Tavakol Z, Ghannadi S, Tabesh MR, Halabchi F, Noormohammadpour P, Akbarpour S, et al. Relationship between physical activity, healthy lifestyle and COVID-19 disease severity; a cross-sectional study. *Z Gesundh Wiss = J public health*. 2023; 31(2): 267-75.
 9. Reiner M, Niermann C, Jekauc, D, Woll A. Long-term health benefits of physical activity - a systematic review of longitudinal studies. *BMC Public Health*. 2013; 13(813): 1-9.
 10. DESA. UN. World Population Prospects: The 2010 Revision, Highlights and Advance Tables: Working Paper No ES/P/WP. 220. New York: United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division; 2011.
 11. Grande AJ, Keogh J, Silva V, Scott AM. Exercise versus no exercise for the occurrence, severity, and duration of acute respiratory infections. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020; 4(4): CD010596.
 12. National Institutes of Health. Clinical Spectrum of SARS-CoV-2 Infection [Internet]. 2021 [Cited 2021 Aug 18].

- Available from:
<https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/overview/clinical-spectrum/>
13. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*. 2007; 39(2): 175-91.
 14. ปวีณ์ภัสร เศรษฐสิริโชติ. ผลของโปรแกรมลดน้ำหนักโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อควบคุมความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ตำบลสระกำแพงใหญ่ อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการส่งเสริมสุขภาพ]. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2558.
 15. Sallis R, Young DR, Tartof SY, Sallis JF, Sall J, Li Q. et al. Physical inactivity is associated with a higher risk for severe COVID-19 outcomes: a study in 48 440 adult patients. *British journal of sports medicine*. 2024; 55(19): 1099-1105.
 16. ปวีณ์ภัสร เศรษฐสิริโชติ. การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่วงการแพร่ระบาดโรคโควิด-19 ของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน*. 2565; 5(1): 102-15.
 17. ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (TPACK). ข้อมูลการสำรวจโครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังติดตามพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายของประชากรไทยปี 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 15 ส.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://tpak.or.th>
 18. ธนสรณ์ ศรีใช้ประวัติ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในจังหวัดนนทบุรี. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*. 2566; 19(1): 47-60.
 19. ชมพูนุช อินทศรี, ภัคจิรา สารวงษ์, อโนทัย ผลิตนนท์เกียรติ, ดวงใจ เอี่ยมจ้อย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในชุมชนบ้านคลองบางนา ตำบลศีร์ษะจระเข้ อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี* 2560; 3(1): 43-51.
 20. คมเลนส์ สุนทร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการของผู้ป่วยโควิด-19 โรงพยาบาลห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์* 2560; 38(1): 21-31.
 21. พิชญามณฑล วรรณโก, อรุณรัตน์ สู้หนองบัว. ความสัมพันธ์ของวัคซีนโควิด-19 และความรุนแรงของการเจ็บป่วยโรคโควิด-19 โรงพยาบาลชัยภูมิ ปี 2564-2565. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9* 2565; 16(3): 1057-69.

การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอย องค์การบริหารส่วนตำบลเสม็ด อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์

ดร.ณัฐญา บัวใหญ่¹, วิราสิริ วสีวิสิวิ²

(วันที่รับบทความ: 25 สิงหาคม 2566; วันที่แก้ไข: 13 กันยายน 2566; วันที่ตอบรับ: 10 มกราคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอย องค์การบริหารส่วนตำบลเสม็ด อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนที่เป็นตัวแทนครัวเรือนที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ที่มีหน้าที่ทำหน้าที่จัดการขยะมูลฝอย จำนวน 290 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และทดสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาช (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.886 เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 เดือนพฤษภาคม 2566 - 30 มิถุนายน 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.21 ระดับมาก ร้อยละ 37.24 และระดับน้อย ร้อยละ 16.55 ผลการศึกษาพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) นอกจากนี้ยังพบว่า แรงจูงใจในการจัดการขยะมูลฝอย และทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอยมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001)

ข้อเสนอแนะให้หน่วยงานที่รับผิดชอบในพื้นที่ ควรส่งเสริมให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยให้มากขึ้น โดยการจัดกิจกรรม เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนอยากเข้ามามีส่วนร่วม และประชาสัมพันธ์ให้เห็นประโยชน์ เพื่อสร้างทัศนคติที่ดีต่อการจัดการขยะในชุมชน และสร้างโอกาสให้ประชาชนสามารถมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: การจัดการขยะมูลฝอย, การมีส่วนร่วม, แรงจูงใจ, ทัศนคติ

¹ นิสิต, หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น,

Email: nufew_00053@hotmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์, หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น,

Email: Warasiri_waseewerasi@hotmail.com

Corresponding author: ดร.ณัฐญา บัวใหญ่, Email: nufew_00053@hotmail.com

The Participation of People in Solid Waste Management of Samet Sub-District Administration Organization, Maung Buriram District, Buriram Province

Darinya Buayai¹, Wirasiri Waseeweerasi²

(Received: 25th August 2023; Revised: 20th September 2023; Accepted: 10th January 2024)

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to study the participation of people in waste management of Samet sub-district administration organization, Muang Buriram district, Buriram province. The samples were 290 people as representatives of households aged 20 years old with a duty to manage solid waste. Data were collected using a questionnaire validated by 3 experts. The accuracy of the instrument was evaluated through Cronbach's Alpha coefficient which was 0.886. Data were collected between 1st May 2023 - 30th June 2023. The data were then analyzed using descriptive statistics in terms of frequency, percentage, mean and standard deviation, and also chi-square test and Pearson's Product Moment correlation coefficient.

The results indicated that the overall participation of the people in solid waste management was at a moderate level (46.21%), and then at a high level (37.24%) and at a low level (16.55%). Sex, motivation and attitude towards solid waste management had significant correlation with participation in solid waste management. (p-value <0.001)

The results suggest that the responsible agencies should encourage more people to participate in the management of solid waste by organizing activities to create incentives for participation and publicizing the benefits to create a good attitude towards solid waste management in the community and provide more opportunities for people to participate in solid waste management.

Keywords: Solid waste management, Participation, Motivation, Attitude

¹ Student, Master of Public Health Program, Department of Public Health Administration, Western University, Email: nufew_00053@hotmail.com

² Assist. Prof., Master of Public Health Program, Western University, Email: Warasiri_waseeweerasi@hotmail.com

Corresponding author: Darinya Buayai Email: nufew_00053@hotmail.com

บทนำ

ปัญหาขยะมูลฝอยเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมของทุกประเทศทั่วโลก จากฐานข้อมูลของธนาคารโลกชี้ว่าจีนผลิตขยะมูลฝอยชุมชนมากที่สุดในโลก ด้วยปริมาณมหาศาลถึง 395 ล้านตันต่อปี รองลงมาคือสหรัฐอเมริกา 265 ล้านตันต่อปี¹ และจากรายงานสถานการณ์ขยะมูลฝอยของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2565 พบว่ามีปริมาณขยะมูลฝอยชุมชนประมาณ 25.70 ล้านตัน ขยะมูลฝอยมีปริมาณเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา ร้อยละ 3 เนื่องจากในปี พ.ศ. 2563-2564 ประเทศไทยอยู่ในช่วงล็อกดาวน์ซึ่งมีการจำกัดกิจกรรมของประชาชน รวมถึงการเดินทางทั้งภายในประเทศและระหว่างประเทศ เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) เมื่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ได้คลี่คลายลงจากจำนวนของผู้ติดเชื้อที่มีแนวโน้มลดลง ทำให้รัฐบาลได้มีประกาศมาตรการคลาย ล็อกดาวน์ ประกอบกับมาตรการกระตุ้นการท่องเที่ยวภายในประเทศและเริ่มเปิดประเทศส่งผลให้ประชาชนกลับมาดำเนินชีวิตตามปกติมากขึ้น และวิถีการดำเนินชีวิตประชาชนบางส่วนยังคงพฤติกรรมซื้อและบริโภคในบริการสั่งซื้อสินค้าและอาหารผ่านระบบออนไลน์ ทำให้ขยะมูลฝอยประเภทบรรจุภัณฑ์พลาสติกแบบใช้ครั้งเดียวทิ้งยังคงมีปริมาณสูง² หากมีการจัดการขยะมูลฝอยอย่างไม่ถูกต้องจะส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมเป็นอย่างมาก ก่อให้เกิดมลพิษ เหตุเดือดร้อนรำคาญ และกระบวนการที่สำคัญในการแก้ไขปัญหาการเพิ่มขึ้นของปริมาณขยะมูลฝอยนั้น ต้องแก้ไข ปัญหาที่ต้นเหตุ โดยการลดปริมาณขยะมูลฝอย ณ แหล่งกำเนิด โดยเฉพาะในครัวเรือนเพราะ

เป็นแหล่งกำเนิดขยะมูลฝอยที่มากที่สุด โดยต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานภาครัฐในการช่วยส่งเสริม และประชาชนในการร่วมปฏิบัติ ตามหลัก 3Rs ได้แก่ การใช้น้อยหรือลดการใช้ (Reduce) การใช้ซ้ำ (Reuse) การนำไปใช้ประโยชน์ต่อหรือแปรรูปใช้ใหม่ (Recycle)³

องค์การบริหารส่วนตำบลเสม็ด ตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ มีพื้นที่ทั้งหมด 90.21 ตารางกิโลเมตร มีชุมชนจำนวน 19 หมู่บ้าน และมีประชากรจำนวน 17,856 คน⁴ มีรถเก็บขนขยะมูลฝอยแบบอัดท้าย จำนวน 2 คัน ให้บริการเก็บขนขยะมูลฝอยทุกวัน ซึ่งพื้นที่ในความรับผิดชอบตำบลเสม็ดนั้นมีแหล่งท่องเที่ยวที่สำคัญของจังหวัดหลายแห่ง ทำให้เกิดการขยายตัวของเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ปริมาณขยะมูลฝอยในพื้นที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จึงมีขยะมูลฝอยที่ต้องส่งกำจัดต่อกับเทศบาลเมืองบุรีรัมย์ปริมาณ 10 ตันต่อวัน ถึงแม้ว่าเทศบาลเมืองบุรีรัมย์จะได้มีการปรับปรุงและเพิ่มพื้นที่ของสถานที่กำจัดขยะ แต่ขยะมูลฝอยที่ถูกส่งไปกำจัดในแต่ละวันนั้นคาดว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อ การรองรับของบ่อฝังกลบที่ใช้บริการในปัจจุบัน ผู้วิจัยจึงเห็นว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้การจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนเกิดประสิทธิภาพ และปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนการมีส่วนร่วม นั้นมีด้วยกันหลายปัจจัย แต่ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยส่วนบุคคล ทักษะคติ และแรงจูงใจ กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอย

2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง

ประชากร

คือ ประชาชนที่เป็นตัวแทนครัวเรือนที่ทำหน้าที่จัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนพื้นที่ตำบลเสม็ด อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 19 หมู่บ้าน จำนวน 6,416 หลังคาเรือน⁴

กลุ่มตัวอย่าง

คือ ประชาชนที่เป็นตัวแทนครัวเรือนตำบลเสม็ด การหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการคำนวณจากสูตรของ Daniel (2010)⁵ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จำนวน 276 ครัวเรือน เนื่องจากในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการจัดเก็บข้อมูลด้วยตนเอง เพื่อความครอบคลุมของข้อมูลในการวิจัยฯ ครั้งนี้ จึงได้ทำการเก็บข้อมูลตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 5 จึงได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 290 ครัวเรือน โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย

เกณฑ์คัดเข้า

1. ประชาชนที่เป็นตัวแทนครัวเรือนที่ทำหน้าที่จัดการขยะมูลฝอย อาศัยอยู่ในตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป และมีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป

2. สามารถอ่าน เข้าใจภาษาไทย และสามารถกรอกแบบสอบถามด้วยตนเองได้

3. สม่ครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยได้รับการบอกข้อมูลโครงการวิจัยอย่างครบถ้วน

เกณฑ์คัดออก

1. ไม่สมัครใจตอบแบบสอบถาม

2. ขอดอนตัวในช่วงที่เก็บรวบรวมข้อมูล

3. มีอาการเจ็บป่วยในช่วงที่เก็บรวบรวมข้อมูลจนไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่อยู่อาศัย ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแรงจูงใจในการจัดการขยะมูลฝอย ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ระดับความคิดเห็นมากที่สุดได้ 5 คะแนน ระดับความคิดเห็นมากได้ 4 คะแนน ระดับความคิดเห็นปานกลางได้ 3 คะแนน ระดับความคิดเห็นน้อยได้ 2 คะแนน และระดับความคิดเห็นน้อย ที่สุดได้ 1 คะแนน จำนวน 15 ข้อ เกณฑ์การแปลผลประยุกต์แนวความคิด Bloom, 1956⁶ ระดับมากร้อยละ 80 ขึ้นไป (60-75 คะแนน) ระดับปานกลาง ร้อยละ 60-79 (45-59 คะแนน) ระดับน้อยน้อยกว่า ร้อยละ 60 (15-44 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติในการจัดการขยะมูลฝอย ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ถ้าเป็นข้อความทางบวกให้คะแนนดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5 คะแนน เห็นด้วย 4 คะแนน ไม่แน่ใจ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน ถ้าเป็นข้อความทางลบให้คะแนนดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน เห็นด้วย 2 คะแนน ไม่แน่ใจ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย

4 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5 คะแนน เกณฑ์การแปลผลประยุกต์แนวความคิด Bloom, 1956⁶ ระดับมาก ร้อยละ 80 ขึ้นไป (60-75 คะแนน) ระดับปานกลาง ร้อยละ 60-79 (45-59 คะแนน) ระดับน้อย น้อยกว่าร้อยละ 60 (15-44 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอย ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มากที่สุด 5 คะแนน มาก 4 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน น้อย 2 คะแนน น้อยที่สุด 1 คะแนน เกณฑ์การแปลผลประยุกต์แนวความคิด Bloom, 1956⁶ ระดับมาก ร้อยละ 80 ขึ้นไป (80-100 คะแนน) ระดับปานกลาง ร้อยละ 60-79 (60-79 คะแนน) ระดับน้อย น้อยกว่าร้อยละ 60 (20-59 คะแนน)

การตรวจสอบเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.97 และตรวจสอบความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) แบบสอบถามทั้งฉบับ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.886 ด้านแรงจูงใจต่อการจัดการขยะมูลฝอยมีค่าเท่ากับ 0.878 ด้านทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอยมีค่าเท่ากับ 0.871 ด้านการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอย มีค่าเท่ากับ 0.890

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติเชิงพรรณนาโดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปร โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์แบบเพียร์สัน และสถิติไคสแควร์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ในการประชุมคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม เมื่อวันที่ 29 มีนาคม พ.ศ. 2566 ตามรหัสโครงการเลขที่ HE-WTU 2566-0026 เอกสารรับรองเลขที่ WTU 2566-0026

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ มีทั้งสิ้น 290 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 72.1 และเพศชาย ร้อยละ 27.9 มีอายุเฉลี่ย 42.917 ปี (S.D.=8.58) พบมากในกลุ่มอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 43.8 สถานภาพสมรสพบว่า มีสถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 87.6 ระดับการศึกษาพบว่าระดับประถมศึกษามากที่สุดร้อยละ 46.9 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 33.1 มีรายได้ต่อเดือนมากที่สุดต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน (S.D.=5,166.91) มีระยะเวลาในการอยู่อาศัย 41-50 ปี มากที่สุด ร้อยละ 38.3 ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในตำบลมากที่สุด 65 ปี และระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในตำบลน้อยที่สุด 5 ปี (S.D.=11.66) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจในการจัดการขยะมูลฝอยอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 51.72 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 32.07 และระดับน้อย ร้อยละ 16.21 เมื่อพิจารณาคำถามรายชื่อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจในการจัดการขยะมูลฝอยมากที่สุด คือการได้รับความภาคภูมิใจเมื่อมีการจัดการขยะมูลฝอยอย่างถูกวิธี และช่วยลดปริมาณขยะมูลฝอยในครัวเรือน และมีแรงจูงใจในการจัดการขยะมูลฝอยน้อยที่สุด คือ การเสนอความคิดในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนอย่างถูกวิธีให้กับบุคคลอื่น (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเรื่องแรงจูงใจในการจัดการขยะมูลฝอย (n=290)

แรงจูงใจในการจัดการขยะมูลฝอย	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก (60-75 คะแนน)	150	51.72
ระดับปานกลาง (45-59 คะแนน)	93	32.07
ระดับน้อย (15-44 คะแนน)	47	16.21
รวม	290	100.00

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอยอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 49.66 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 35.52 และระดับน้อย ร้อยละ 14.83 เมื่อพิจารณาคำถามรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอยมากที่สุด คือ การคัดแยก

ขยะมูลฝอยตั้งแต่แหล่งกำเนิด เพื่อลดปริมาณขยะมูลฝอยที่ส่งต่อไปกำจัด และยังสามารถลดภาระค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการขยะลงได้ และระดับน้อยที่สุด คือ การแก้ปัญหาเกี่ยวกับขยะมูลฝอยเป็นหน้าที่ของหน่วยงานราชการ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเรื่องทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอย (n=290)

ทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอย	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก (60-75 คะแนน)	144	49.66
ระดับปานกลาง (45-59 คะแนน)	103	35.52
ระดับน้อย (15-44 คะแนน)	43	14.83
รวม	290	100.00

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.21 รองลงมาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ

37.24 และระดับน้อย ร้อยละ 16.55 (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอย โดยรวม (n=290)

การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยโดยรวม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก (80-100 คะแนน)	108	37.24
ระดับปานกลาง (60-79 คะแนน)	134	46.21
ระดับน้อย (น้อยกว่า 60 คะแนน)	48	16.55
รวม	290	100.00

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยรายด้าน พบว่าระดับมาก

ทั้ง 4 ด้าน เรียงลำดับจากด้านที่มีร้อยละมากที่สุดไปหาน้อย คือ ด้านการมีส่วนร่วมในการการรับ

ผลประโยชน์ ร้อยละ 49.31 ด้านการมีส่วนร่วม มีส่วนร่วมในด้านการประเมินผล ร้อยละ 24.48 ในด้านการปฏิบัติ ร้อยละ 39.31 ด้านการมีส่วนร่วม (ดังตารางที่ 4) ร่วมในด้านการตัดสินใจ ร้อยละ 37.24 ด้านการ

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอย โดยรวมรายชื่อ (n=290)

การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยโดยรวม	ระดับการมีส่วนร่วม		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
ด้านการมีส่วนร่วมในด้านการรับผลประโยชน์	143 (49.31)	107 (36.90)	40 (13.79)
ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ	114 (39.31)	116 (40.00)	60 (20.69)
ด้านการมีส่วนร่วมในด้านการตัดสินใจ	108 (37.24)	134 (46.21)	48 (16.55)
ด้านการมีส่วนร่วมในด้านการประเมินผล	71 (24.48)	125 (43.10)	94 (32.41)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลหา พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.005) สถานภาพสมรสระดับ

การศึกษา อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอย (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลซึ่งจำแนกตาม เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอย วิเคราะห์โดยใช้สถิติไคสแควร์ (n=290)

ตัวแปร	ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน						p-value
	มาก		ปานกลาง		น้อย		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ							
หญิง	83	28.62	103	35.52	23	7.93	<0.001
ชาย	25	8.62	31	10.69	25	8.62	
สถานภาพ							
โสด	10	3.45	18	6.21	8	2.79	0.384
สมรส	98	33.79	116	40.00	40	13.79	
ระดับการศึกษา							
ประถมศึกษา	58	20.00	54	18.62	24	8.28	0.115
มัธยมศึกษา/เทียบเท่า	37	12.76	56	19.31	21	7.24	
สูงกว่ามัธยมศึกษา	13	4.48	24	8.28	3	1.03	
อาชีพ							
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	10	3.45	20	6.90	2	0.69	0.144

ตัวแปร	ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน						
	มาก		ปานกลาง		น้อย		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	39	13.45	41	14.14	11	3.79	
รับจ้างทั่วไป	28	9.66	30	10.34	13	4.48	
เกษตรกรกรรม	31	10.69	43	14.83	22	7.59	

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า อายุ รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในตำบลไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนใน

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลซึ่งจำแนกตาม อายุ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในตำบล วิเคราะห์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (n=290)

การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอย		
ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
อายุ	-0.046	0.438
รายได้ต่อเดือน	0.052	0.379
ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในตำบล	-0.360	0.544

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้วิธีการคำนวณสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า แรงจูงใจในการจัดการขยะมูลฝอย (r=0.420)

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างระหว่างแรงจูงใจต่อการจัดการขยะมูลฝอย กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอย วิเคราะห์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (n=290)

การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอย		
ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
แรงจูงใจในการจัดการขยะมูลฝอย	0.420	<0.001

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้วิธีการคำนวณสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่าทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอย (r=0.461)

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างระหว่างทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอย กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอย วิเคราะห์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (n=290)

การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอย		
---	--	--

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r)	p-value
ทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอย	0.461	<0.001

การอภิปรายผล

จากการวิจัยพบว่า การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน ตำบลเสม็ด อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.21 รองลงมามีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 37.24 ระดับน้อย ร้อยละ 16.55 จำแนกรายด้าน พบว่าระดับการมีส่วนร่วมมาก ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ร้อยละ 49.31 รองลงมาคือ ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ ร้อยละ 39.31 ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ร้อยละ 37.24 และด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ร้อยละ 24.48 สามารถอภิปรายได้ว่าการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน ตำบลเสม็ด อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ มีส่วนร่วมในด้านการรับผลประโยชน์มาก เช่น การมีส่วนร่วมในการไม่เผาขยะในที่โล่ง เพื่อลดปัญหามลพิษทางอากาศ มีส่วนร่วมในการนำขวดพลาสติก ขวดแก้ว หรือถุงพลาสติกที่ใช้แล้วนำกลับมาใช้ซ้ำ การเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ชนิดเติมแทนการซื้อผลิตภัณฑ์แบบใหม่ที่เป็นขวด เช่น น้ำยาล้างจานชนิดเติม น้ำยาถูพื้น น้ำยาปรับผ้านุ่ม เป็นต้น นอกจากช่วยลดการเกิดขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นในชุมชนแล้ว ยังสามารถช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายอีกด้วย แต่ด้านการประเมินผลยังพบมาประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมน้อย เช่น การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นหรือเสนอแนะในการจัดการขยะมูลฝอย การมีส่วนร่วมในการแจ้ง อบต. ทันที เมื่อรถขยะไม่มาจัดเก็บขยะมูลฝอยตามวันที่กำหนด การมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดการขยะ

มูลฝอย ซึ่งส่งผลให้ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับงานวิจัยของทะนงศักดิ์ ปัตติสินธุ์ (2561)⁷ ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยของชุมชนตำบลหนองกุงสวรรค์ อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอย สามารถอธิบายได้ว่า ส่วนใหญ่ผู้ที่เป็นตัวแทนครัวเรือนที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดการขยะมูลฝอยของตำบลเสม็ดเป็นเพศหญิงสัดส่วนร้อยละ 72.1 จึงมีโอกาสที่ทำให้เพศหญิงมีส่วนร่วมมากกว่า และอาจมีการจัดกิจกรรม มอบรางวัลที่เหมาะสมสำหรับผู้หญิง ซึ่งเป็นสิ่งจูงใจที่ทำให้เกิดความสนใจเข้าร่วมกิจกรรมหรือโครงการที่องค์การบริหารส่วนตำบลเสม็ดจัดขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของศรีณย์ จิตตารีย์, สุรศักดิ์ โตประสี, ทัชชญา วรรณบวรเดช, วรินรำไพ สารกุล, นรวัฒน์ ศรีเทพ (2559)⁸ ผลการศึกษาพบว่าเพศต่างกันมีส่วนร่วมในการจัดการขยะของประชาชนที่แตกต่างกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการจัดการขยะมูลฝอยกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง พบว่าแรงจูงใจในการจัดการขยะมูลฝอย ($r=0.420$) มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอย มีแรงจูงใจอยู่

ในระดับมาก ร้อยละ 51.72 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 32.07 และระดับน้อย ร้อยละ 16.21 สามารถอธิบายได้ว่าจากทฤษฎีแรงจูงใจต่อการจัดการขยะมูลฝอยเกิดจากกระบวนการต่าง ๆ ทางร่างกายและจิตใจถูกกระตุ้นจากสิ่งเร้าให้เกิดการแสดงออกของพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอย เพื่อที่จะบรรลุจุดมุ่งหมายของเป้าหมายที่ต้องการในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ที่จะเป็นแรงผลักดันให้บุคคลนั้นกระทำการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ เมื่อประสบความสำเร็จจะรู้สึกภาคภูมิใจ หากรัฐบาลมีการจัดกิจกรรมหรือโครงการ ส่งเสริมโดยการมอบรางวัล คำเชยชมหรือใบประกาศ เพื่อให้ประชาชนที่มีส่วนร่วมรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้รับรางวัล ซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นให้ประชาชนเกิดพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยที่ดี รวมถึงการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้รับรู้ถึงประโยชน์จากการคัดแยกขยะ การสนับสนุนอุปกรณ์ต่างๆ อาจกระตุ้นให้ประชาชนที่มีส่วนร่วมในระดับน้อยจนถึงระดับปานกลางมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยในระดับมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของฉัตรกัญญา โยธะกา (2564)⁹ ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านแรงจูงใจส่วนบุคคลของประชาชนและปัจจัยด้านการติดต่อสื่อสารของประชาชนส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะพลาสติกต้นทางในเขตเทศบาลเมืองท่าใหม่ อำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี

ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอยกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง พบว่าทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอย ($r = -0.461$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

สามารถอธิบายได้ว่า ทัศนคติเป็นการแสดงท่าทีหรือความรู้สึกของบุคคลเป็นไปได้อันทั้งทางบวกและทางลบ ขึ้นอยู่กับว่าบุคคลดังกล่าวได้รับข่าวสาร ความรู้ความเข้าใจ เพื่อส่งเสริมทัศนคติที่ถูกต้องหรือไม่ และจะถูกแสดงออกมาในรูปของพฤติกรรม ดังนั้นการส่งเสริมให้ประชาชนในพื้นที่ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการในกิจกรรมการจัดการขยะมูลฝอยต้องทำให้ประชาชนในพื้นที่เกิดความรู้และความเข้าใจในการจัดการขยะมูลฝอย เห็นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยและผลประโยชน์ที่จะได้จากการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งทัศนคติของประชาชนของประชาชนตำบลเสม็ดในการจัดการขยะมูลฝอยมีทัศนคติระดับมาก เช่น การคัดแยกขยะมูลฝอยตั้งแต่แหล่งกำเนิด เพื่อลดปริมาณขยะมูลฝอยที่ส่งต่อไปกำจัด และยังสามารถลดภาระค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการขยะลงได้ การยินดีมีส่วนร่วมในการนำขยะมูลฝอยมาทำปุ๋ย การจัดให้มีโครงการ/กิจกรรมเกี่ยวกับการคัดแยกขยะมูลฝอยหรือการแปรรูปขยะมูลฝอยในชุมชน ซึ่งช่วยลดปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของชนันฐพันธ์ เรณู (2565)¹⁰ ผลการวิจัยพบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้แทนครัวเรือนมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น

1.1 หน่วยงานสาธารณสุข ด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมและองค์การบริหารส่วนตำบล

กำหนดนโยบายเรื่องการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน โดยให้มีผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน ผู้นำชุมชน หรือ แกนนำชุมชน หรือคณะกรรมการชุมชนร่วมกันวางแผน สนับสนุน เครื่องมือ อุปกรณ์ งบประมาณ และร่วมกันจัดการนโยบายเพื่อพัฒนาและยกระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน

1.2 หน่วยงานที่รับผิดชอบในพื้นที่ส่งเสริมให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยให้มากขึ้น โดยการจัดกิจกรรม เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนอยากเข้ามามีส่วนร่วม และประชาสัมพันธ์ให้เห็นประโยชน์ เพื่อสร้างทัศนคติที่ดีต่อการจัดการขยะในชุมชน และสร้างโอกาสให้ประชาชนสามารถมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยเพิ่มขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยในรูปแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอย เพื่อส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาศักยภาพด้านการมีส่วนร่วมให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

2.2 ควรศึกษาปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะของประชาชน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมเนื้อหาที่ศึกษามากขึ้น และอาจเพิ่มขอบเขตในการศึกษาให้มากขึ้น เช่น จังหวัดหรืออำเภอ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิราสิริ วีสิริสิริ อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ คณะกรรมการสอบป้องกันสารนิพนธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ซึ่งได้ให้คำปรึกษา แนะนำแนวคิดที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับงานวิจัย ตลอดจนช่วยตรวจสอบ

แก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ ขอขอบคุณ องค์กรบริหารส่วนตำบลเสมีต ผู้นำชุมชน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประชาชนตำบลเสมีต และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. อรรถสิทธิ์ เหมือนมาตย์. โลกที่ถูกถาโถมด้วย “ขยะ” ปัญหาใหญ่และหมักหมมจนยากจะเยียวยา. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 21 ส.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.salika.co/2022/03/28/world-of-waste-big-problem/>
2. กรมควบคุมมลพิษ. รายงานสถานการณ์สถานที่กำจัดขยะมูลฝอยชุมชนของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 21 ส.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.pcd.go.th/publication/29509>
3. กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. คู่มือประชาชนการคัดแยกขยะมูลฝอยอย่างถูกวิธีและเพิ่มมูลค่า. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: ฮีชี จำกัด; 2558.
4. องค์กรบริหารส่วนตำบลเสมีต. แผนพัฒนาท้องถิ่น พ.ศ. 2561-2565. บุรีรัมย์: องค์กรบริหารส่วนตำบลเสมีต; 2561.

5. Daniel WW. Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences. 9th ed. New York: John Wiley & Sons. 2010.
6. Bloom BS, Max DE, Edward JF, Walker HH, David RK. Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals handbook 1, Cognitive domain. New York: David Mckay Company, Inc.; 1956.
7. ทนงค์ศักดิ์ ปัดสินธุ์. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยของชุมชน ตำบลหนองกุงสวรรค์ อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม; 2561.
8. ศรัณย์ ฐิตารีย์, สุรศักดิ์ โตประสี, ทัชชญา วรรณบรรเดซ, วรินรำไพ สารกุล, นรวัดน์ ศรีเทพ. การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารสารสนเทศ. 2559; 15(2): 92-102.
9. ณีลลกันธุ์ โยธะกา. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะพลาสติกต้นทางในยุคชีวิตวิถีใหม่ ในเขตเทศบาลเมืองท่าใหม่ อำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี. [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2564.
10. ชนันฐพัทธ์ เรณู, วิราสิริรี วสีวีรสิวี. การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนตำบลหมูสี อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2566; 9(3): 125-134.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานตลาดสดของผู้ค้า ตำบลแม่สุ่น อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่

ปรัชพร สมธง¹, วิราสิริ วสีวีร์สิริ²

(วันที่รับบทความ: 25 สิงหาคม 2566; วันที่แก้ไข: 13 กันยายน 2566; วันที่ตอบรับ: 10 มกราคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานตลาดสดของผู้ค้า ตำบลแม่สุ่น อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ค้าตลาดสด ตำบลแม่สุ่น อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 255 คน สุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างวันที่ 1 เดือนมิถุนายน - กรกฎาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า การปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานตลาดสดของผู้ค้า อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 65.49 อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 32.16 และอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 2.35 ตามลำดับ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานตลาดสดของผู้ค้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานตลาดสด และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาในการค้าขาย

ผลการศึกษานี้ เสนอแนะให้หน่วยงานที่รับผิดชอบมาตรฐานตลาดสดควรเพิ่มนโยบายด้านสถานที่ค้าขาย โดยสร้างแรงจูงใจและให้ความรู้แก่ผู้ค้าตลาดสดในการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานตลาดสด และควบคุมผู้ค้าตลาดสด ด้านระเบียบวินัยและความสะอาดในการค้าขาย

คำสำคัญ: การปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานตลาดสด, ความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานตลาดสด, แรงจูงใจต่อการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานตลาดสด

¹ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ, องค์การบริหารส่วนตำบลแม่สุ่น จังหวัดเชียงใหม่,
Email: Pratchaporn91@gmail.com

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

Corresponding author: ปรัชพร สมธง, E-mail: Pratchaporn91@gmail.com

Factors Related to Compliance with Fresh Market Standard Criteria of Vendors at Maesoon Sub-District, Fang District, Chiang Mai Province

Pratchaporn Somthong¹, Wirasiri Waseeweerasi²

(Received: 25th August 2023; Revised: 20th September 2023; Accepted: 10th January 2024)

Abstract

The purpose of this cross-sectional descriptive research was to examine factors related to compliance with fresh market standard criteria of the vendors at Maesoon sub-district, Fang district, Chiangmai province. The samples were 255 vendors selected by simple random sampling. Questionnaires were used for data collection during 1st June - 15th July 2023. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

The results showed that the vendors' compliance with fresh market standard criteria indicated as at a high level of 65.49%; followed by a moderate level of 32.16% and at a low level of 2.35%. The statistically significant (p -value < 0.05) related factors to the vendors' compliance with fresh market standard criteria included knowledge on compliance with fresh market standard criteria and personal factors namely age, education, income and trading time.

The results suggest that the responsible agencies should increase trading venue policies by enhancing motivation, provide knowledge for fresh market vendors on how to comply with fresh market standard criteria and supervise fresh market traders in terms of discipline and cleanliness in trading.

Keywords: Compliance with fresh market standard criteria, Knowledge of fresh market standard criteria, Motivation for compliance with fresh market standard criteria

¹ Public Health Technical Officer, Practitioner Level, Maesoon Sub-District

Administrative Organization, Chiang Mai Province, E-mail: Pratchaporn91@gmail.com

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

Corresponding author: Pratchaporn Somthong, E-mail: Pratchaporn91@gmail.com

บทนำ

ตลาดเป็นศูนย์กลางการซื้อขายของชุมชนมานับตั้งแต่อดีต และมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของประชาชนในชุมชนในหลาย ๆ ด้าน โดยเฉพาะตลาดสด ซึ่งเป็นศูนย์กลางรวมสินค้าอุปโภคบริโภคคานาชนิด จากหลากหลายแหล่งผลิต ซึ่งอาจมีสารปนเปื้อนที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ จากการจำหน่ายสินค้าที่เป็นวัตถุดิบในการประกอบอาหารในชีวิตประจำวันให้กับประชาชนโดยตรง หรือจำหน่ายให้กับผู้ประกอบการธุรกิจอาหารสำเร็จรูป ร้านอาหาร ภัตตาคาร โรงแรมและองค์กรต่างๆ ทำให้ประชาชนผู้นิยมบริโภคอาหารนอกบ้านมีโอกาสเสี่ยงต่อสุขภาพมากยิ่งขึ้น จากสภาพดังกล่าวทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของผู้เข้าไปใช้บริการ ทำให้ได้รับอาหารที่มีสารปนเปื้อนหรือเชื้อโรค ซึ่งอาจก่อให้เกิดโรคและผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น เกิดความรำคาญจากกลิ่นเหม็น เสียงดัง ควัน หรือสัตว์และแมลงพาหะนำโรค ปัจจุบันนโยบายของรัฐบาลมุ่งเน้นการสร้างสุขภาพ เน้นมาตรการอาหารปลอดภัย และริเริ่มโครงการตลาดสดน่าซื้อ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 โดยเน้นให้สถานที่จำหน่ายอาหารตลาดสด ต้องสะอาด ปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหาร มีความปลอดภัยจากสารเคมีปนเปื้อนในอาหาร และมีการคุ้มครองผู้บริโภคอย่างจริงจัง โดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดกลยุทธ์ในการพัฒนาตลาดสดน่าซื้อ เพื่อให้ผู้บริโภคได้มีทางเลือกในการเลือกซื้ออาหารและสินค้าในตลาดสดที่มีการควบคุมดูแล ด้านความสะอาดและความปลอดภัยของอาหาร เพื่อพัฒนาตลาดสดให้เป็นสถานที่จำหน่ายอาหารที่สะอาดและปลอดภัยใส่ใจผู้บริโภค¹ จากการที่ตลาดสดเป็นที่รวบรวมของแหล่งค้าขายอาหารจำนวนมาก หากไม่มีการ

จัดการด้านสุขอนามัยให้ถูกสุขลักษณะ เช่น พื้นชำรุด มีน้ำขังแฉะและวางระบายน้ำอุดตัน ขยะตกค้าง มีกลิ่นเหม็นมีสัตว์พาหะและแมลงนำโรค จะทำให้ตลาดสดกลายเป็นแหล่งกำเนิดและแพร่กระจายของเชื้อโรคได้ ประกอบกับการเกิดโรคติดต่อทางเดินอาหารและน้ำ ก็ยังพบว่าอาหารที่จำหน่ายในตลาดสดเป็นแหล่งก่อให้เกิดโรคได้เช่นกัน ทำให้ส่งผลกระทบต่อผู้ค้าและประชาชนผู้ใช้บริการในการเข้าถึงแหล่งซื้อวัตถุดิบ เนื่องจากตลาดสดเป็นแหล่งซื้อ-ขายวัตถุดิบ เพื่อนำไปปรุงประกอบ สำหรับจำหน่ายในร้านอาหาร หรือสำหรับบริโภคในสถานที่สำคัญ เช่น โรงพยาบาล โรงเรียน อีกทั้งตลาดหลายแห่งยังเป็นตลาดค้าส่งที่มีรถมารับซื้อเพื่อไปขายต่อยังพื้นที่อื่นอีกด้วย²

อาศัยอำนาจตามความในพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม หมวด 8 มาตรา 34 ถึงมาตรา 37 ซึ่งได้ให้อำนาจแก่ราชการส่วนท้องถิ่นในการออกข้อกำหนดของท้องถิ่น เพื่อควบคุมกิจการตลาดในพื้นที่ กำหนดให้เจ้าของตลาดต้องขออนุญาตประกอบกิจการตลาดต่อเจ้าพนักงานท้องถิ่น และต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในข้อกำหนดของท้องถิ่น ประกอบกับกฎกระทรวงว่าด้วยสุขลักษณะของตลาด พ.ศ. 2551 ออกตามความในพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 กำหนดหลักเกณฑ์สุขลักษณะของตลาด ซึ่งเจ้าของตลาดจะต้องปรับปรุงตลาดให้ถูกสุขลักษณะตามหลักเกณฑ์ ที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวง ดังนั้นเพื่อเป็นการส่งเสริมการพัฒนาตลาดประเภทที่ 1 (ตลาดสด) ให้ได้มาตรฐานตามที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวง จึงกำหนดหลักเกณฑ์มาตรฐานตลาดสดน่าซื้อ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม (Environment Health) 2) ด้านความ

ปลอดภัยของอาหาร (Food Safety) และ 3) ด้านคุ้มครองผู้บริโภค (Consumer Protection) ตลอดจนพระราชบัญญัติรักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเมือง รวมทั้งกำหนดแนวทางปฏิบัติของผู้ค้าในการขายของในพื้นที่สาธารณะ เช่น ผู้ค้าต้องมีใบอนุญาตให้ประกอบการค้า ต้องแสดงบัตรอนุญาต สินค้าที่ขายจะต้องเป็นสินค้าชนิดเดียวกับที่ได้ขออนุญาตประกอบการค้า เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อควบคุมดูแล กำกับให้เกิดการพัฒนาตลาดให้ถูกสุขลักษณะเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานตลาดสด เพื่อให้ราชการส่วนท้องถิ่นทุกระดับนำไปใช้บังคับ และนำเกณฑ์และแนวทางในการปรับปรุง พัฒนา ยกระดับตลาดด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม สำหรับการปฏิบัติตามมาตรฐานบริการอาหารของผู้ค้าตลาดสด ประกอบกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น³

ตามพระราชบัญญัติสภาพตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 องค์การบริหารส่วนตำบลมีหน้าที่ที่จะต้องทำให้ประชาชนที่อยู่อาศัยในพื้นที่ที่มีความเป็นอยู่ที่ดี มีสภาพแวดล้อม คมนาคมจัดให้มีตลาดที่สุภาพลักษณะในพื้นที่ ตลอดจนการรักษาความสะอาดความเป็นระเบียบเรียบร้อยภายในชุมชน ด้านสาธารณสุขและสาธารณสุขที่เพียงพอกับประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล⁴

องค์การบริหารส่วนตำบลแม่สุณ เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดใหญ่ โดยพื้นที่เป็นกิ่งเมืองกิ่งชนบท มีหมู่บ้านรับผิดชอบทั้งหมด 17 หมู่บ้าน มีตลาดจำนวน 1 แห่ง ได้แก่ ตลาดสดบ้านหนองยาว เป็นตลาดที่ดำเนินการโดยเอกชน ตั้งอยู่บนพื้นที่ ตำบลแม่สุณ อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ การดำเนินการของตลาดดำเนินการผ่านคณะกรรมการมีการพัฒนาตลาดมาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความเจริญเติบโตด้านต่างๆต่อเนื่อง เกิด

การขยายตัวทางด้านเศรษฐกิจ ทำให้มีผู้ค้าในตลาดมีจำนวนเพิ่มขึ้น จากข้อมูลกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์การบริหารส่วนตำบลแม่สุณ มีผู้ประกอบการจำหน่ายสินค้าในตลาดสดตำบลแม่สุณ จำนวน 255 ราย ตลาดจึงมีความหลากหลายของสินค้าที่แตกต่างกันไป เมื่อมีผู้ค้าจำนวนมาก ทำให้ผู้ค้าบางรายมีพฤติกรรมการจำหน่ายสินค้าที่ไม่ถูกวิธีตามเกณฑ์มาตรฐาน ตลาดสด ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะเป็นนักวิชาการสาธารณสุขในพื้นที่ มีบทบาทหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟูสมรรถภาพ บริหารจัดการเบื้องต้นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ตลอดจนการควบคุมกิจการต่าง ๆ ในพื้นที่ให้เป็นไปตามกฎหมายที่กำหนดไว้ จึงมีความสนใจที่จะศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานตลาดสดของผู้ค้า ตำบลแม่สุณ อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ที่มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และเพื่อเป็นข้อเสนอแนะในการดำเนินงานการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานตลาดสดของผู้ค้า ตำบลแม่สุณ อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ โดยทำการศึกษาข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน เพื่อให้ทราบถึงสภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นรวมถึงความคิดเห็นต่าง ๆ จากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการปฏิบัติตามมาตรฐานสำหรับตลาดสด ตำบลแม่สุณ อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ให้มีรูปแบบการจัดการที่มีความเหมาะสมกับพื้นที่ และสามารถดำเนินการได้จริง เป็นประโยชน์ต่อผู้ใช้บริการในการเลือกซื้ออาหารที่ได้มาตรฐานตามที่กำหนด เพื่อนำมาปรับปรุง และพัฒนาทิศทางการปฏิบัติตามมาตรฐานตลาดสด ตำบลแม่สุณ อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นไปในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานตลาดสดของผู้ค้าตำบลแม่สุ่น อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อศึกษาการปฏิบัติตามมาตรฐานตลาดสดของผู้ค้า เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้กับการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานตลาดสด ของผู้ค้า เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานตลาดสดกับการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐาน ตลาดสด ของผู้ค้า เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการปฏิบัติตามมาตรฐานตลาดสดกับการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานตลาดสดของผู้ค้า

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม

ประชากร

ได้แก่ ผู้ค้าขายในตลาดสดตำบลแม่สุ่น อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ทั้งเพศหญิง และเพศชาย ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป และมีระยะเวลาค้าขาย 6 เดือนขึ้นไปที่มาค้าขายในตลาดสด ตำบลแม่สุ่น อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรกำหนดขนาดตัวอย่างของเดเนล (Daniel, 2010)⁵ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 152 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง หรือความผิดพลาดจากการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจึงทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 255 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.93-0.98 นำแบบสอบถามไปทดสอบความเที่ยงตรง พบว่าคำถามทุกข้อได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.89 และนำไปทดลองใช้ทดสอบความเชื่อมั่นมีค่า 0.95 เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาในการค้า มีทั้งหมด 6 ข้อ โดยใช้แบบเลือกตอบและคำถามปลายเปิด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานตลาดสด โดยมีลักษณะคำถามและมีตัวเลือกคือ ใช่ และ ไม่ใช่ เกณฑ์การให้คะแนนตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน โดยมีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ การวิเคราะห์ระดับของคะแนน แบ่งระดับความรู้ 3 ระดับ ระดับความคิดเห็นมากได้ 3 คะแนน ระดับความคิดเห็นปานกลางได้ 2 คะแนน ระดับความคิดเห็นน้อยได้ 1 คะแนน จำนวน 15 ข้อ การแปลผล ประยุกต์แนวความคิด Bloom, et al.⁶ ระดับมากร้อยละ 80 ขึ้นไป (13-15 คะแนน) ระดับปานกลางร้อยละ 60-79 (10-12 คะแนน) ระดับน้อยน้อยกว่าร้อยละ 60 (0-9 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติตามมาตรฐานตลาดสดของผู้ค้า ตำบลแม่สุ่น อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ มีลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ระดับความคิดเห็นมากที่สุดได้ 5 คะแนน

ระดับความคิดเห็นมากได้ 4 คะแนน ระดับความคิดเห็นปานกลางได้ 3 คะแนน ระดับความคิดเห็นน้อยได้ 2 คะแนน ระดับความคิดเห็นน้อยที่สุดได้ 1 คะแนน จำนวน 15 ข้อ การแปลผลประยุกต์แนวความคิด Frederick Herzberg, 1959⁷ ระดับมาก ร้อยละ 80 ขึ้นไป (60-75 คะแนน) ระดับปานกลาง ร้อยละ 60-79 (45-59 คะแนน) ระดับน้อยน้อยกว่าร้อยละ 60 (15-44 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตามมาตรฐานตลาดสด มีลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีจำนวน 15 ข้อ

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติเชิงพรรณนาโดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่า เบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมานเพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปร โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์ สหพันธ์แบบเพียร์สัน และสถิติไคสแควร์ (Chi-square)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน มนุษย์

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างประกอบไปด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับ การศึกษา รายได้ และระยะเวลาในการค้าขาย มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตามมาตรฐานตลาดสดของผู้ค้า (n=255)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	92	36.08
- หญิง	163	63.92
อายุ (ปี)		
- 20-29 ปี	26	10.20
- 30-39 ปี	23	9.02
- 40-49 ปี	76	29.80
- 50-59 ปี	89	34.90
- 60 ปีขึ้นไป	41	16.08
Mean = 50.00, S.D. = 12.250, Min = 20, Max = 77		

สถานภาพสมรส

มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น 19 พฤษภาคม 2566
ตามรหัสโครงการเลขที่ HE-WTU2566-0038
เอกสารรับรอง เลขที่ WTU 2566-0038

ผลการวิจัย

พบว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.92 เพศชาย ร้อยละ 36.08 กลุ่มอายุมากที่สุด 50-59 ปี ร้อยละ 34.90 น้อยที่สุด อายุ 30-39 ปี ร้อยละ 9.02 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 50 ปี อายุน้อยสุด 20 ปี และอายุมากที่สุด 70 ปี สถานภาพสมรส พบว่าเป็นสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 72.20 รองลงมา สถานภาพโสด ร้อยละ 14.50 และสถานภาพหม้าย/แยกกันอยู่/หย่าร้าง ร้อยละ 13.30 ระดับการศึกษาพบว่า ระดับประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 51.40 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 14,176.47 รายได้น้อยที่สุด 6,500 และรายได้มากที่สุด 120,000 อาชีพเกษตรกรกรรม มากที่สุด มีระยะเวลาในการค้าขายเฉลี่ย 9.44 ปี ระยะเวลาในการค้าขายน้อยที่สุด 1 ปี และระยะเวลาในการค้าขายมากที่สุด 36 ปี (ดังตารางที่ 1)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
- โสด	37	14.50
- สมรส	184	72.20
- หม้าย/แยกกันอยู่/หย่าร้าง	34	13.30
ระดับการศึกษา		
- ไม่ได้ศึกษา	18	7.10
- ประถมศึกษา	131	51.40
- มัธยม/ปวช./ปวส./เทียบเท่า	88	34.50
-ปริญญาตรี	18	7.10
รายได้		
- ≤15,000 บาท	192	75.30
- 15,001-30,000 บาท	61	23.92
- 30,001-35,000 บาท	2	0.78
Mean = 14,176.47, S.D. = 8183.409, Min = 6,500, Max = 120,000		
ระยะเวลาในการค้าขาย		
- ≤5 ปี	57	22.35
- 6-10 ปี	75	29.42
- 11-15 ปี	93	36.47
- 16-20 ปี	15	5.88
- ≥21 ปี	15	5.88
Mean = 9.44, S.D. = 6.443, Min = 1, Max = 36		

ระดับความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานตลาดสดของผู้ค้า

ระดับความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานตลาดสดของผู้ค้า อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 71.76 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 25.10 และอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 3.14 ตามลำดับ

แรงจูงใจในการปฏิบัติตามมาตรฐานตลาดสดของผู้ค้า

แรงจูงใจในการปฏิบัติตามมาตรฐานตลาดสดของผู้ค้า อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 87.45 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 12.16 และอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 0.39 ตามลำดับ

การปฏิบัติตามมาตรฐานตลาดสดของผู้ค้า

การปฏิบัติตามมาตรฐานตลาดสดของผู้ค้า อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 65.49 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 32.16 และอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 2.35 ตามลำดับ ปฏิบัติตามมาตรฐานตลาดสดของผู้ค้า พบว่า อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาในการค้าขาย มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานตลาดสดของผู้ค้า ส่วนเพศ สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานตลาดสดของผู้ค้า (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการปฏิบัติตามมาตรฐานตลาดสดของผู้ค้า โดยวิเคราะห์ด้วยค่าไคสแควร์ (n=255)

ปัจจัยส่วนบุคคล

การปฏิบัติตามมาตรฐานตลาดสดของผู้ค้า

	มาก (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)	น้อย (ร้อยละ)	p-value
เพศ				0.133
- ชาย	73 (79.35)	15 (16.30)	4 (4.35)	
- หญิง	130 (79.75)	27 (16.56)	6 (3.69)	
สถานสมรส				0.456
- สมรส	153 (83.15)	26 (14.13)	5 (2.72)	
- โสด/หม้าย/ แยกกันอยู่/หย่า ร้าง	50 (70.42)	16 (22.53)	5 (7.05)	
ระดับการศึกษา				<0.001*
- ต่ำกว่า มัธยมศึกษา	122 (81.88)	18 (12.08)	9 (6.04)	
- มัธยม/ปวช./ ปวส./เทียบเท่า/ ปริญญาตรี	78 (73.58)	22 (20.75)	6 (5.67)	

*ค่า p-value <0.05

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับ
การปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานตลาดสดของผู้ค้า

พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ
สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ
ตามมาตรฐานตลาดสดของผู้ค้า ซึ่งปฏิเสธ
สมมติฐานข้อที่ 1 ที่ระบุว่า เพศ สถานภาพสมรส
มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตามมาตรฐานตลาด

สดของผู้ค้า แต่ปัจจัยส่วนบุคคลด้านระดับ
การศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติ
ตามมาตรฐานตลาดสดของผู้ค้า อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ (p-value <0.05) ยอมรับสมมติฐาน ข้อ
ที่ 1 ที่ระบุว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ต่อ
การปฏิบัติตามมาตรฐานตลาดสดของผู้ค้า
(ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการปฏิบัติตามมาตรฐานตลาดสดของผู้ค้าโดยวิเคราะห์
ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (n=255)

ปัจจัยส่วนบุคคล	การปฏิบัติตามมาตรฐานอาหารตลาดสดของผู้ค้า	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
อายุ	0.393	<0.001*
รายได้	0.383	<0.001*
ระยะเวลาในการค้าขาย	0.204	0.001*

*ค่า p-value <0.05

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการปฏิบัติตามมาตรฐานตลาดสดของผู้ค้า

พบว่า อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาในการค้าขาย มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานตลาดสดของผู้ค้า

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานตลาดสดกับการปฏิบัติตามมาตรฐานตลาดสดของผู้ค้า โดยวิเคราะห์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (n=255)

ตัวแปร	การปฏิบัติตามมาตรฐานตลาดสดของผู้ค้า	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามมาตรฐานตลาดสด	0.592	<0.001*

*ค่า p-value <0.05

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานตลาดสดกับการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานตลาดสดของผู้ค้า

พบว่า ความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานตลาดสด (r=0.592) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติตาม

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการปฏิบัติตามมาตรฐานตลาดสดกับการปฏิบัติตามมาตรฐานตลาดสดของผู้ค้า โดยวิเคราะห์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (n=255)

ตัวแปร	การปฏิบัติตามมาตรฐานตลาดสดของผู้ค้า	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามมาตรฐานตลาดสด	0.079	0.206

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการปฏิบัติตามมาตรฐานตลาดสดของผู้ค้ากับการปฏิบัติตามมาตรฐานตลาดสดของผู้ค้า

พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติตามมาตรฐานตลาดสด ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตามมาตรฐานตลาดสดของผู้ค้า ซึ่งปฏิเสธสมมติฐานข้อที่ 3 ที่ระบุว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติตามมาตรฐานตลาดสดมีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตามมาตรฐานตลาดสดของผู้ค้า

ยอมรับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ระบุว่า อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาในการค้าขายมีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตามมาตรฐานตลาดสดของผู้ค้า (ดังตารางที่ 4)

ตามมาตรฐานตลาดสดของผู้ค้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) ยอมรับสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ระบุว่า ความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานตลาดสดมีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานตลาดสดของผู้ค้า (ดังตารางที่ 5)

การอภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่า การปฏิบัติตามมาตรฐานตลาดสดของผู้ค้า อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 65.49 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 32.16 และอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 2.35 ตามลำดับ สามารถอธิบายได้ว่าการปฏิบัติตามมาตรฐานตลาดสดของผู้ค้าอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าผู้ค้าในตลาดสดมีความรู้และเอาใจใส่ในการปฏิบัติตามมาตรฐานตลาดสดได้เป็นอย่างดี ตามเกณฑ์มาตรฐานตลาดสด กองสุขาภิบาลอาหาร

และน้ำ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และเพื่อให้ เกิดคุณภาพมาตรฐานของผู้ค้าตลาดสดที่ดียิ่งขึ้น โดยให้ความสำคัญในส่วนของผู้ค้าตลาดสด เจ้าหน้าที่ผู้ให้ การควบคุมดูแลมาตรฐานตลาดสดของผู้ค้า และ การจัดการพื้นที่ค้าขายรวมถึงเวลาในการค้าขาย ซึ่งสอดคล้องกับภัสสร รัตนมณี⁸ และไม่สอดคล้อง กับ อภิชาติ ถ้อยถนอม⁹ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับสภาพสุขาภิบาลอาหารของร้านจำหน่ายอาหาร ตามสิ่งแวดล้อมเจ้าหลาว-แหลมเสด็จ อำเภอบางใหญ่ จังหวัดจันทบุรี พบว่า สภาพสุขาภิบาลอาหาร ของร้านจำหน่ายอาหารไม่ผ่านเกณฑ์

ความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานตลาดสด ($r=0.592$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติตามมาตรฐาน ตลาดสดของผู้ค้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ยอมรับสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ระบุว่า ความรู้ เกี่ยวกับมาตรฐานตลาดสดมีความสัมพันธ์ต่อการ ปฏิบัติตามมาตรฐานตลาดสดของผู้ค้า สามารถอธิบาย ได้ว่า ผู้ค้าตลาดสดมีความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานตลาด สดอยู่ในระดับมาก ดังนั้นเพื่อเป็นการพัฒนาในการ ปฏิบัติมาตรฐานตลาดสดให้ดีขึ้น ควรให้ ความสำคัญเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานตลาดสด แก่ผู้ค้าตลาดสดอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องควรตระหนักในการให้ความรู้แก่ผู้ค้าตลาด สดรายใหม่เพื่อส่งเสริมให้ผู้ค้ารายใหม่มีความรู้ความ เข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐานตลาดสด สามารถปฏิบัติตาม เกณฑ์มาตรฐานตลาดสดได้อย่างถูกต้อง เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับภัสสร รัตนมณี⁸ และไม่สอดคล้อง กับลลนา ทองแท้¹⁰

แรงจูงใจในการปฏิบัติตามมาตรฐาน ตลาดสด ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตามมาตรฐานตลาดสด ของผู้ค้า ซึ่งปฏิเสธสมมติฐานข้อที่ 3 ที่ระบุว่าแรงจูงใจ ในการปฏิบัติตามมาตรฐานตลาดสดมีความสัมพันธ์ต่อ การปฏิบัติตามมาตรฐานตลาดสดของผู้ค้า สามารถ อธิบายได้ว่า ผู้ค้าตลาดสดมีแรงจูงใจในการปฏิบัติตาม มาตรฐานตลาดสด อยู่ในระดับมาก สามารถอธิบายได้

ว่าจากทฤษฎีแรงจูงใจต่อการปฏิบัติตามมาตรฐาน ตลาดสดของผู้ค้า เกิดจากกระบวนการต่างๆทาง ร่างกายและจิตใจถูกกระตุ้นจากสิ่งเร้าให้เกิดการ แสดงออกของการปฏิบัติตามมาตรฐานตลาดสด เพื่อที่จะบรรลุจุดมุ่งหมายที่ต้องการ เช่น บุคคลใน ครอบครัวช่วยสนับสนุนในการให้บริการอาหาร บุคคล ในครอบครัวช่วยแบ่งเบาภาระในการบริการอาหาร ตลอดจน บุคคลในครอบครัวช่วยทำให้มีอารมณ์ดี ส่งผลให้ผู้ค้ามีแรงจูงใจในการปฏิบัติตามมาตรฐาน ตลาดสดให้ดีขึ้น ดังนั้น เพื่อเป็นการพัฒนาในการ ปฏิบัติตามมาตรฐานตลาดสดให้ดีขึ้น ควรให้ ความสำคัญเกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติตาม มาตรฐานตลาดสดแก่ผู้ค้าในตลาดสดอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ โดยอย่างยิ่งบุคคลในครอบครัวของผู้ค้า ตลาดสด และเจ้าหน้าที่ควรให้การสนับสนุนในการค้า ขายในตลาดสด เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับ ธนพร ว่างมูล¹¹

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากผลการศึกษามาตรฐานตลาดสดนี้

1.1 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นออกระเบียบ ข้อบังคับใช้ในการควบคุมคุณภาพตลาดสดให้เป็นไป ตามมาตรฐานตลาดสดอย่างเคร่งครัด

1.2 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นทบทวน ระเบียบและมาตรฐานตลาดสดของผู้ค้า กฎกระทรวง ว่าด้วยสุขลักษณะของตลาด กระทรวงสาธารณสุข 3) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดนโยบายเรื่อง การพัฒนาตลาดสดหรือการยกระดับมาตรฐาน ตลาดสดในพื้นที่ โดยขอความร่วมมือผู้ที่มีส่วน เกี่ยวข้อง ได้แก่ ภาครัฐ ภาคเอกชน ผู้นำชุมชนร่วมกัน วางแผนเพื่อพัฒนาและยกระดับตลาดสดในพื้นที่

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นนำผลการวิจัย ไปวางแผนกำหนดกิจกรรมในการส่งเสริม สนับสนุน ให้ผู้ค้าในตลาดสดปฏิบัติตามมาตรฐานตลาดสด โดยมี

การดำเนินการที่ชัดเจนเพื่อพัฒนาคุณภาพตลาดสดให้สูงขึ้น เช่น จัดประชุมประชาคมรับฟังความคิดเห็นของผู้ค้าในตลาดสด เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ค้ามีโอกาสแสดงความคิดเห็น เสนอปัญหา แนวทางแก้ไข

2.2 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้หรือสร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่ผู้ค้ารายใหม่ในตลาดสดอย่างต่อเนื่อง เพื่อกระตุ้นให้ผู้ค้ารายใหม่ปฏิบัติตามมาตรฐานตลาดสดและให้ผู้ค้ารายใหม่เห็นถึงประโยชน์จากการปฏิบัติตามมาตรฐานตลาดสด 3) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดกิจกรรมสร้างทัศนคติและมีการกระตุ้นสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ค้าตลาดสดในการปฏิบัติตามมาตรฐานตลาดสดเพิ่มขึ้น เช่น การรณรงค์ตลาดสีเขียว การสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ค้าในการปฏิบัติตามมาตรฐานตลาดสด การประกาศเกียรติคุณ หรือ มอบรางวัล หรือมอบประกาศนียบัตรให้แก่ผู้ค้าที่ปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานตลาดสด หรือ มอบรางวัลตลาดสดน่าซื้อ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากอาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ผู้เชี่ยวชาญที่ให้คำปรึกษาข้อเสนอแนะตรวจสอบเนื้อหาและความถูกต้องของการศึกษาครั้งนี้และขอบคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือวิชาการ สุขาภิบาลอาหารสำหรับเจ้าหน้าที่ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2556. [เข้าถึงเมื่อ 4 ม.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.oic.go.th/FILEWEB/CABIN>

FOCENTER17/DRAWER002/GENERAL/DATA0001/00001017.PDF

2. สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานด้าน สุขาภิบาลอาหาร [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2562. [เข้าถึงเมื่อ 4 ม.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://foodsafety.anamai.moph.go.th/main.php?filename=standard_cfgt
3. พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535. ราชกิจจานุเบกษา. หน้า 28. 29 มีนาคม 2535.
4. พระราชบัญญัติสภาพำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537. ราชกิจจานุเบกษา. หน้า 24. 26 พฤศจิกายน 2537.
5. Daniel WW. Cross CL. Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences. 10th ed. New Jersey: John Wiley & Sons. 2012.
6. Airasian WP, Bloom SB, Carroll BJ. Mastery Learning Mastery Learning Theory and Practice. New York: Holt, Rinehart and Winston; 1956.
7. Herzberg F, Mausner B, Synderman B. The motivation to work. New York: John Wiley and Sons; 1959.
8. กภัสสร รัตน์มณี. การศึกษาความรู้และการปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในโรงเรียนมงฟอร์ตวิทยาลัย. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2558.

9. อภิชาติ น้อยถนอม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาพสุขาภิบาลอาหารของร้านจำหน่ายอาหารตามสิ่งแวดล้อมเขตเจ้าหลาว-แหลมเสด็จ อำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2546.
10. ลลนา ทองแท้. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามหลักสุขวิทยาส่วนบุคคลด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในเทศบาลนครรังสิต. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ การสร้างเสริมสุขภาพ]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต; 2560.
11. ธนพร วังมูล. แรงจูงใจการประกอบกิจการร้านอาหารประเภทร้านอาหารทั่วไป (Fast dining). [สารนิพนธ์ปริญญาการจัดการมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยการจัดการ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2562.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลปงไฮ อำเภอเขกา จังหวัดบึงกาฬ

ชุตติภา แก้วลือ¹, วิราสิริ วสีวิสิวิ²

(วันที่รับบทความ: 25 สิงหาคม 2566; วันที่แก้ไข: 22 กันยายน 2566; วันที่ตอบรับ: 17 มกราคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาการปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลปงไฮ อำเภอเขกา จังหวัดบึงกาฬ ตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลปงไฮ อำเภอเขกา จังหวัดบึงกาฬ มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 280 คนโดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความตรงของเนื้อหาของแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ได้ค่า IOC อยู่ในช่วง 0.71-1.00 ผลรวม IOC ทั้งหมดเท่ากับ 0.92 และหาค่าความเชื่อมั่น ภาพรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงอนุมานใช้ไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 53.2 รองลงมาเป็นระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 35.7 และระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 11.1 ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน แรงสนับสนุนทางสังคม อายุ และอาชีพ (p-value < 0.001, p-value < 0.001, p-value = 0.026 และ p-value = 0.007 ตามลำดับ) มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีการปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมากขึ้นโดยเปิดโอกาสให้เข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่กระบวนการจัดทำแผนสุขภาพชุมชนเพื่อขับเคลื่อนในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และควรมีกิจกรรมเพื่อสร้างแรงจูงใจและแรงสนับสนุนทางสังคม ให้กับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คำสำคัญ: การปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน, แรงสนับสนุนทางสังคม

¹ นิสิต, หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น,

Email: C_K1403@hotmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์, หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น,

Email: Warasiri_waseewerasi@hotmail.com

Corresponding author: ชุตติภา แก้วลือ, Email: C_K1403@hotmail.com

Factors Related to the Health Promotion Performance for Patients with chronic kidney disease of Village Health Volunteers at Pong Hai Sub-district, Seka District, Bueng Kan Province

Chutipka Kaewlue¹, Wirasiri Waseeweerasi²

(Received: 25 August 2023; Revised: 22 September 2023; Accepted: 17 January 2024)

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to examine the health promotion performance for patients with chronic kidney disease and the factors that related to the health promotion performance for patients with chronic kidney disease of Village Health Volunteers (VHVs) at Pong Hai Subdistrict, Seka District, Bueng Kan Province. A sample of 280 VHVs who were selected by using a simple random sampling method. Data were collected by using a content validity questionnaire by 3 experts. The IOC score of all items was 0.71-1.00. The total IOC was 0.92. The overall confidence value of all items was 0.95. The data were then analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation, inferential statistics using Chi-square and Pearson's product moment correlation coefficient. The results showed that the performance of health promotion for patients with chronic kidney disease of VHVs was mostly at a moderate level accounted for 53.2%, followed by a high level accounted for 35.7% and a low level accounted for 11.1%, respectively. The factors related to the performance of health promotion for chronic kidney disease patients of VHVs including motivation for performance, social support, age, and occupation (p-value <0.001, p-value <0.001, p-value = 0.026 and p-value = 0.007, respectively) were related to VHVs' performance in promoting health for patients with chronic kidney disease.

Therefore, relevant agencies should encourage village health volunteers to work more in promoting the health of chronic kidney disease patients by giving them opportunities to participate from the process of creating community health plans to drive to promote the health of chronic kidney disease patients, and there should be activities to create motivation and social support to a group of village health volunteers.

Keywords: Health promotion performance, Patients with Chronic kidney disease, Village health volunteers

¹ Student, Master of Public Health Program, Department of Public Health Administration, Western University, Email: C_K1403@hotmail.com

² Asst. Prof., Master of Public Health Program, Western University, Email: Warasiri_waseeweerasi@hotmail.com

Corresponding author: Chutipka Kaewlue, Email: C_K1403@hotmail.com

บทนำ

ประเทศไทยพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต้องบำบัดทดแทนไต เฉลี่ยปีละ 20,000 ราย และจากรายงานผู้ป่วยจากโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 - ระยะที่ 5 ทั้งหมด 1,007,251 ราย ซึ่งเป็นภาระและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวนมาก อีกทั้งค่าใช้จ่ายในการบำบัดทดแทนไตในปัจจุบันสูงถึงจำนวน 200,000 บาทต่อคนต่อปี โดยใช้งบประมาณในการบำบัดทดแทนไตโดยใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้ป่วยทั้งประเทศนั้นสูงถึงปีละ 4-6 พันล้านบาท¹ และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและญาติต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่มีจำนวนที่สูง หากประชาชนในแต่ละครอบครัวมีคนทำหน้าที่ช่วยดูแลครอบครัวตัวเองให้ได้รับการดูแลสุขภาพและถ่ายทอดความรู้ในการป้องกันและชะลอการเสื่อมของไต จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นมากทั้งในชุมชนและในสถานบริการสุขภาพ ดังนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงเป็นแกนนำหลักในการดำเนินการชะลอการเสื่อมของไตเพื่อช่วยให้ลดและช่วยชะลอผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชนพร้อมมีการดำเนินงานคู่ขนาน สอดคล้องส่งต่อกัน อย่างมีระบบระหว่างชุมชนกับสถานบริการ²

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ มีหน้าที่ในการควบคุมกำกับดูแลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมดจำนวน 58 แห่งและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในสังกัด จำนวนทั้งหมด 8,085 คน ซึ่งมีบทบาทในการดูแลสุขภาพประชาชนทั้งหมด 8 อำเภอและ 53 ตำบล มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำนวน 8,420 คน ซึ่งตำบลปงไฮ อยู่ในอำเภอเซกา จังหวัดบึงกาฬ มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด จำนวน 3 แห่ง ซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปงไฮ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกโขงและ โรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบลบ้านท่าเชียงเครือ ซึ่งเป็นหน่วยงานหนึ่งที่สังกัดอยู่ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งตำบลปงไฮ จำนวน 280 คน มีหน้าที่ในการปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนในการชะลอการเสื่อมของไต ซึ่งจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 - ระยะที่ 5 ในตำบลปงไฮ มีจำนวน 566 ราย ซึ่งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในตำบลปงไฮมีจำนวนมาก³ ดังนั้นในการปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงเป็นหัวใจสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและเพื่อลดอัตราผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในชุมชนตามนโยบายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลปงไฮ อำเภอเซกา จังหวัดบึงกาฬ โดยได้ประยุกต์ใช้การปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากคู่มือการจัดการโรคไตเรื้อรังสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของสำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีประสิทธิภาพ และเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการปรับปรุง พัฒนาการดำเนินงานและการปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานในระดับชุมชนที่จะพัฒนา กำหนดนโยบายและวางแผนปรับปรุงพัฒนาเพื่อให้การดำเนินงานให้ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และให้มีความสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

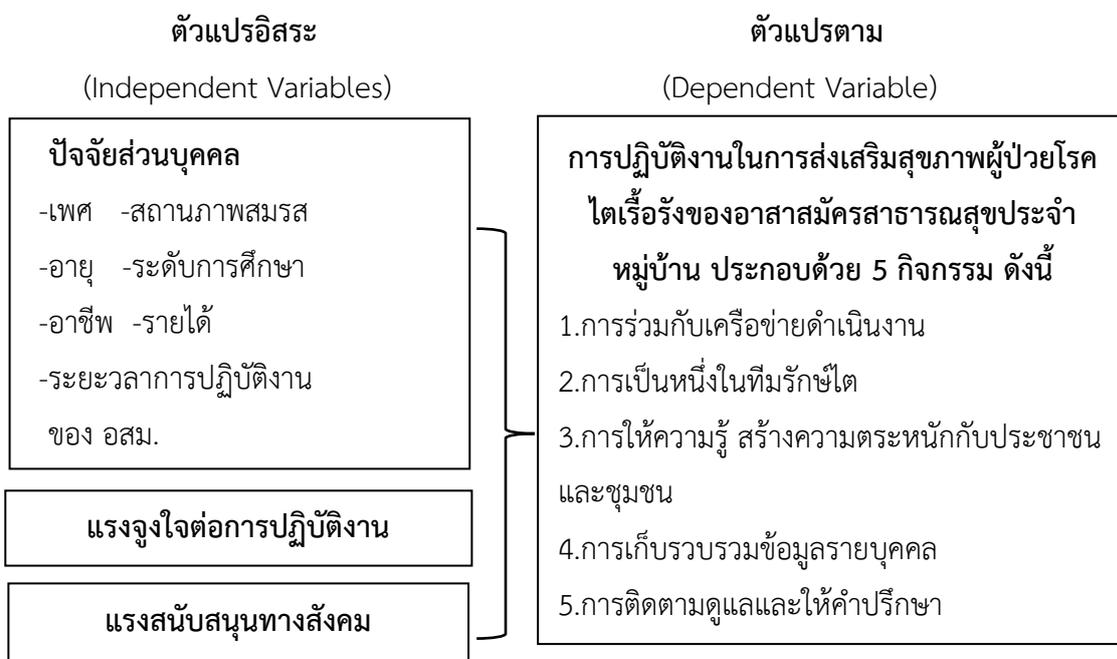
1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงจูงใจ และแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กรอบแนวคิด

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ของอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลปงไฮ อำเภอเสกกา จังหวัดบึงกาฬ โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและประยุกต์ใช้การปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากคู่มือการจัดการโรคไตเรื้อรังสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของสำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข⁴ ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีอยู่ 5 กิจกรรม ดังแสดงในภาพ



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลปงไฮ อำเภอเสกกา จังหวัดบึงกาฬ จำนวน 280 คน

กลุ่มตัวอย่าง

คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลปงไฮ อำเภอเสกกา จังหวัดบึงกาฬ การหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการคำนวณจากสูตรของ Daniel (2010) ได้จำนวนตัวอย่าง 129 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง หรือความผิดพลาดจากการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจึงทำการเก็บข้อมูลจากประชากรทั้งหมด 280 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาในการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้คำถามปลายเปิด และแบบเลือกตอบ จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นด้านแรงจูงใจต่อการปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scales) มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่ามีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลปงไฮ อำเภอเซกา จังหวัดบึงกาฬ ประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการลดและชะลอโรคไตเรื้อรัง 1. ร่วมกับเครือข่ายดำเนินงาน 2. เป็นหนึ่งในทีมรักษ์ไตเพื่อร่วมดำเนินงาน 3. การให้ความรู้ สร้างความตระหนักกับประชาชนและชุมชน 4. การเก็บรวบรวมข้อมูลรายบุคคล 5. การติดตามดูแลและให้คำปรึกษาผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ จำนวน 25 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ได้ค่า IOC อยู่ในช่วง 0.71-1.00 ผลรวม IOC ทั้งหมดเท่ากับ 0.92 และหาค่าความเชื่อมั่น ภาพรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.95

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ถึง สาธารณสุขอำเภอเซกา จังหวัดบึงกาฬ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยลงพื้นที่พบกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงรายละเอียด

3. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม เพื่อนำแบบสอบถามไปประมวลผล หากมีฉบับใดไม่สมบูรณ์จะคัดออก และทำการเก็บเพิ่มเติมให้ครบตามจำนวน และวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่า เบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปร โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์ สหพันธ์แบบเพียร์สัน และสถิติไคสแควร์ (Chi-Square)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น 19 พฤษภาคม 2566 ตามรหัสโครงการเลขที่ HE-WTU2566-0039 เอกสารรับรองเลขที่ WTU2566-0039

ผลการวิจัย**ข้อมูลทั่วไปของประชากร**

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ มีทั้งสิ้น 280 คนเป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.4 เพศชาย ร้อยละ 33.6 มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 35.7 กลุ่มอายุ <30 ปี น้อยที่สุด ร้อยละ 1.4 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 52 ปี สถานภาพสมรสพบว่าเป็นสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด ร้อยละ 80.0 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 51.8 อาชีพเกษตรกรมากที่สุด ร้อยละ 93.2 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 10,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 54.3 และระยะเวลาปฏิบัติงานในตำแหน่ง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (n = 280)

ระดับแรงจูงใจ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก (คะแนน 60-75)	109	38.93
ระดับปานกลาง (คะแนน 45-59)	165	58.93
ระดับต่ำ (คะแนน 0-44)	6	2.14
Mean = 3.82, S.D. = 0.46, Max = 5.00, Min = 2.0	280	100.00

แรงการสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

พบว่าระดับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไต

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (n = 280)

ระดับแรงการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก (คะแนน 60 - 75)	87	31.07
ระดับปานกลาง (คะแนน 45 - 59)	148	52.86
ระดับต่ำ (คะแนน 0 - 44)	45	16.07
Mean = 4.2, S.D. = 0.2, Max = 5.00, Min = 2.0	280	100.0

อสม. อยู่ในช่วง 5-10 ปี มากที่สุดร้อยละ 35.0 โดยเฉลี่ย 12 ปี

แรงจูงใจในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

พบว่าในภาพรวมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีคะแนนระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบมากที่สุดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.9 รองลงมาคือระดับสูง ร้อยละ 38.9 และระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 2.2 (ดังตารางที่ 1)

เรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบมากที่สุดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.9 รองลงมาคือระดับสูง ร้อยละ 31.1 และระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 16.0 (ดังตารางที่ 2)

การปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

พบว่า การปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุข

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพ

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n = 280)

ระดับแรงจูงใจ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก (คะแนน 100 - 125)	100	35.72
ระดับปานกลาง (คะแนน 75 - 99)	149	53.21
ระดับต่ำ (คะแนน 0 - 74)	31	11.07
Mean = 3.67, S.D. = 0.73, Max = 5.00, Min = 2.0	280	100.00

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพกับการปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ด้าน อาชีพ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.007) ซึ่งยอมรับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ระบุว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อาชีพ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลปงไฮ อำเภอลำปาง จังหวัดลำปาง ในขณะที่ปัจจัยส่วนบุคคลด้าน เพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (p-value

ประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 53.2 รองลงมาคือระดับมาก ร้อยละ 35.7 และระดับต่ำ ร้อยละ 11.1 (ดังตารางที่ 3)

>0.05) ซึ่งปฏิเสธสมมติฐานข้อที่ 1 (ดังตารางที่ 4) และพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้าน อายุ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลปงไฮ อำเภอลำปาง จังหวัดลำปาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= -0.133, p-value= 0.026)ซึ่งยอมรับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ระบุว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลปงไฮ อำเภอลำปาง จังหวัดลำปาง ในขณะที่ปัจจัยส่วนบุคคลด้าน รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลปงไฮ อำเภอลำปาง จังหวัดลำปาง (p-value >0.05) ซึ่งปฏิเสธสมมติฐานข้อที่ 1 (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ กับการปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลป่งไฮ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ (n = 280)

ตัวแปร	ระดับการปฏิบัติ			X ²	df	p-value
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
เพศ						
ชาย	22 (23.4)	62 (66.0)	10 (10.6)	2.616	2	0.106
หญิง	78 (41.9)	87 (46.8)	21 (11.3)			
สถานภาพสมรส						
โสด	7 (26.9)	17 (65.4)	2 (7.7)	1.640	2	0.440
สมรส	77 (34.3)	122 (54.5)	25 (11.2)			
หม้าย / หย่า/ แยก	16 (53.4)	10 (33.3)	4 (13.3)			
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	41 (28.3)	89 (61.4)	15 (10.3)	3.523	4	0.474
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	20 (34.5)	31 (53.4)	7 (12.1)			
มัธยมศึกษาตอนต้น	34 (50.8)	25 (37.3)	8 (11.9)			
อนุปริญญา หรือ ปวส.	4 (57.1)	3 (42.9)	0 (0.0)			
ปริญญาตรี	1 (33.3)	1 (33.3)	1 (33.3)			
อาชีพ						
เกษตรกร	87 (33.3)	143 (54.8)	31 (11.9)	4.643	5	0.007*
รับราชการ	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)			
รัฐวิสาหกิจ	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)			
รับจ้าง	11 (84.6)	2 (15.4)	0 (0.0)			
ค้าขาย	0 (0.0)	3 (100.0)	0 (0.0)			
ธุรกิจส่วนตัว	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)			

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กับการปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n = 280)

การปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง		
ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
ปัจจัยส่วนบุคคล		
อายุ	-0.133	0.026
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	0.035	0.554
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่ง อสม.	-0.064	0.279

แรงจูงใจต่อการปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

พบว่า ปัจจัยด้านแรงจูงใจต่อการปฏิบัติงาน ($r = 0.431$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตำบลปงไฮ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งยอมรับสมมติฐานของการวิจัยข้อที่ 2 ที่ระบุว่า แรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลปงไฮ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ (ดังตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจต่อการปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวิเคราะห์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (n = 280)

ระดับแรงจูงใจ		
ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (p)	p-value
แรงจูงใจต่อการปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	0.431	<0.001

แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ($r = 0.733$) มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลปงไฮ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งยอมรับสมมติฐานของการวิจัยข้อที่ 3 ที่ระบุว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลปงไฮ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ (ดังตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน วิเคราะห์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (N=280)

ตัวแปร	ระดับสนับสนุน	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	0.733	<0.001

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 ผู้บริหารส่งเสริมการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การพิจารณาค่าตอบแทนอย่างเหมาะสม รวมถึงการจัดทำแผนปฏิบัติงานและแสดงให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้ามาทำหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประเมินประสิทธิภาพการทำงานที่เหมาะสม

1.2 ผู้บริหารนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการตัดสินใจในการดำเนินงาน กำหนดนโยบายและวางแผนปรับปรุงพัฒนา ในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลปงไฮ อำเภอเซกา จังหวัดบึงกาฬ ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำข้อมูลพื้นฐานและสามารถนำผลการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการจัดการปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

2.2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้ามามีบทบาทในการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตั้งแต่กระบวนการจัดทำแผนสุขภาพชุมชนเพื่อขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ผู้เชี่ยวชาญที่ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ ตรวจสอบเนื้อหาและความถูกต้องของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ระบาดวิทยาและการควบคุมโรคติดต่อ. ระบาดวิทยาและการควบคุมโรคติดต่อ. กลุ่มพัฒนานโยบายระดับประชากร กองโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2565.

2. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการจัดการโรคไตเรื้อรังสำหรับอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.). นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพยาบาล องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2560.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ. ข้อมูลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ [อินเทอร์เน็ต]. บึงกาฬ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 15 ก.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://bkpho.moph.go.th/bungkanpho/index.php?g=1>
4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการจัดการโรคไตเรื้อรัง (CKD) สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/คู่มือโรคไตเรื้อรัง_สำหรับ_อสม.pdf
5. ไพบูลย์ อินทมาศ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอขามเฒ่าบุรีจังหวัดกำแพงเพชร [วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2561.
6. ปภากร เผ่าเวียงคำ, ศรีสุรางค์ เคหะนาค. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคเบาหวานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 2565; 18(2): 116-28.
7. วีระศักดิ์ ดำรงพงษ์. การพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติตามบทบาทหมอครอบครัว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2566; 13(2): 112-30.
8. รัชณี หนูนาม, ปราศรัย ตรีเดช. ความสำเร็จในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2562; 6(2): 104-11.
9. วีระพงษ์ นวลเนื่อง. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค ด้านสาธารณสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสมุทรสาคร [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
10. ประดิษฐ์ ธรรมคง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดศรีสะเกษ. [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น.

11. อนุรักษ์ เบื้องสูง. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2562; 4(2): 33-42.
12. เกศินี วีรศิลป์, ธนวัฒน์ กาฬภักดี, มหาวิทยาลัยแม่โจ้. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านในการดำเนินการหมู่บ้านจัดการสุขภาพตำบลร่องกวาง อำเภอร่องกวาง จังหวัดแพร่. วารสารรัฐศาสตร์มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย. 2564; 1(5): 1-10.
13. พารินทร์ แก้วสวัสดิ์. ศึกษาเรื่องแรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2565; 2(2): 22-33.
14. สรวุฒิ เอี่ยมนุ้ย. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด-19 อำเภอองไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา. 2564; 1(2): 75-90.
15. ระพีพรรณ ชอบสะอาด. อิทธิพลเชิงโครงสร้างของการเห็นคุณค่าในตนเองและแรงจูงใจในการทำงานที่มีต่อประสิทธิผล ในงานของอาสาสมัครวัดนันทบุญเปโตร อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์. 2563; 4(1): 69-80.
16. เอกพันธ์ คำภีระ, สุมาลี เลิศมัลลิกาพร, อะเคื้อ อุดมলেখกะ. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในชุมชน. พยาบาลสาร. 2564; 48(1): 174-86.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก

ชินกฤต ฉิมกุล¹, อรวรรณ นามมนตรี²

(วันที่รับบทความ: 31 สิงหาคม 2566; วันที่แก้ไข: 23 กันยายน 2566; วันที่ตอบรับ: 10 มกราคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ระดับพฤติกรรมสุขภาพ ระดับความรู้ด้านสุขภาพ ระดับความเข้มแข็งในการมองโลกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรทั้ง 7 แห่ง ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก จำนวน 389 คน ในปีการศึกษา 2565 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษาและแบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลกของแอนโทนอนอฟสกีที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยตามเกณฑ์มาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาประกอบด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าต่ำสุด (Minimum) และสถิติเชิงอนุมานประกอบด้วย Chi-square, Simple logistic regression การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Multiple logistic regression) มีการคำนวณ Crude odds ratio และ Adjusted odds ratios ร่วมกับ p-value

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 320 คน คิดเป็นร้อยละ 82.26 ส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชนจำนวน 162 คน คิดเป็นร้อยละ 41.64 กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 19.11 ปี (S.D.=0.67) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับไม่ดีถึงปานกลางจำนวน 285 คน คิดเป็นร้อยละ 73.26 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีถึงดีมาก จำนวน 370 คน คิดเป็นร้อยละ 95.11 และมีความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับต่ำถึงปานกลาง จำนวน 337 คน คิดเป็นร้อยละ 86.60 เมื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพพบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความเข้มแข็งในการมองโลกสูงมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำถึงปานกลาง 4.74 เท่า (Adjusted OR =4.74, 95% CI of 2.07 ถึง 10.88, p-value <0.001)

การส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก อาจจะช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีให้กับนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพ, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ความเข้มแข็งในการมองโลก, สถาบันพระบรมราชชนก

¹ นักศึกษา, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: Chinnakit@scphkk.ac.th

² ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: Orawan@acphkk.ac.th

Corresponding author: อรวรรณ นามมนตรี, E-mail: Orawan@acphkk.ac.th

Factors associated with health behaviors of Sirindhorn College Of Public Health, Praboromarajchanok Institute Students

Chinnakit Niyakul¹, Orawan Nammontri²

(Receive: 31st August 2023; Revised: 23rd September 2023; Accepted: 10th January 2024)

Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to explore personal factors, health behavior, health literacy and sense of coherence and to test factors associated with health behaviors of students at Sirindhorn College of Public Health, Praboromarajchanok Institute. The samples consisted of 389 students from 7 Sirindhorn Colleges of Public Health under Praboromarajchanok Institute studying in the academic year 2022. Data were collected by questionnaires regarding to health behavior, health literacy and sense of coherence developed by Antonovsky. Data were analyzed by descriptive statistics including frequency, percentage, mean, standard deviation, median, maximum, minimum, and also inferential statistics including Chi-square test and Multiple logistic regression calculating Crude Odds Ratios and Adjusted Odds Ratios with p-value.

The results showed that most of samples were 320 females (82.26%), 162 students studying in Bachelor of Community Public Health program (41.64%), and had the average of age as 19.11 years old (SD=0.67). Two hundred and eighty-five students had poor to moderate health behaviors (73.26%), 370 students had good to very good health literacy (95.11%) and 337 students had poor to moderate sense of coherence (86.60%). When looking for factors relating to health behaviors, it was found that sense of coherence was statistically significant associated with health behaviors. The samples with high level of sense of coherence had better health behaviors when compared to those with low to moderate level of sense of coherence for 4.74 times (Adjusted OR =4.74, 95% CI of 2.07-10.88, p-value <0.001)

It could be suggested that promoting sense of coherence may be the way to strengthen health behaviors of students at Sirindhorn College of Public Health, Praboromarajchanok Institute.

Keywords: Health behavior, Health literacy, Sense of coherence, Praboromarajchanok Institute

¹ Student, Sirindhorn College Of Public Health Khon Kaen, Faculty Of Public Health And Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, E-mail: Chinnakit@scphkk.ac.th

² Dentist, Senior Professional Level, Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen, Faculty Of Public Health And Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, E-mail: Orawan@acphkk.ac.th

Corresponding author: Orawan Nammontri, E-mail: Orawan@acphkk.ac.th

บทนำ

ในปัจจุบันปัญหาด้านสุขภาพของประชากรโลกได้มีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น จากรายงานการสำรวจสถานการณ์สาธารณสุขโลกขององค์การอนามัยโลก (WHO) ที่ผ่านมา ประชากรหลายพันล้านคนทั่วโลกยังคงเผชิญกับปัญหาที่คุกคามสุขภาพ หนึ่งในนั้นคือโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตโรคมะเร็ง เป็นต้น โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรกว่า 41 ล้านคนทั่วโลกในแต่ละปี หรือคิดเป็นจำนวน 70% ของการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากร¹

สำหรับประเทศไทย ตลอดช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมา โรคกลุ่ม NCDs เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของคนไทย โดยมีคนไทยป่วยด้วยโรค NCDs ถึง 14 ล้านคน และเสียชีวิตกว่า 340,000 คนต่อปี หรือ 75% ของการเสียชีวิตในแต่ละปีของคนไทยทั้งหมด คิดเป็นเสียชีวิตเฉลี่ยชั่วโมงละ 37 คน ซึ่งคาดว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในทุก ๆ ปี

จากรายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562 พบว่า คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีความดันโลหิตสูง 24.79% เบาหวาน 8.9% และความชุกของภาวะน้ำหนักเกินในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 8.1% จาก 34.7% ในปี พ.ศ. 2552 เป็น 37.5% ในปี พ.ศ. 2557 นอกจากนี้กลุ่ม 15 ปีขึ้นไป จำนวน 10.9% มีพฤติกรรมบริโภคอาหารหวานและอาหารไขมันเพิ่มสูงขึ้นถึง 3 เท่าเทียบกับ พ.ศ. 2554 โดยบริโภคอาหารทอดเฉลี่ย 5 วัน/สัปดาห์ และบริโภคอาหารที่ปรุงด้วยกะทิเฉลี่ย 3 วัน/

สัปดาห์ มีเพียง 29.7% ที่ออกกำลังกายอย่างเพียงพอ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในเพศหญิง ซึ่งพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้ล้วนส่งผลให้มีปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในปัจจุบันวัยรุ่นมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องในเรื่องของการรับประทานอาหาร เช่น อดอาหารบางมื้อ ชอบรับประทานอาหารจุบจิบไม่เป็นเวลา และชอบรับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูง ซึ่งเป็นการบริโภคอาหารมากเกินไปทำให้เกิดโรคอ้วนและฟันผุได้ ยุวดี ลีลัคณาวิระ และคณะ² จากรายงานผลตรวจสุขภาพนักศึกษาอายุ 15 ปีขึ้นไปวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ประจำปีงบประมาณ 2563 จำนวนทั้งสิ้น 254 คน มี 161 ที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น การบริโภค การออกกำลังกาย การพักผ่อนซึ่งหากไม่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง อาจส่งผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคต ทั้งนี้สถาบันพระบรมราชชนกคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรทั้ง 7 แห่ง เป็นสถาบันการศึกษาทางด้านสุขภาพ การเป็นตัวอย่างที่ดีโดยการมีพฤติกรรมสุขภาพในทางบวกจะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ประชาชนให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันตนเองจากโรคต่าง ๆ ดังนั้นการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลก การออกกำลังกายการรับประทานอาหาร อารมณ์และความเครียดการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา (3อ. 2ส.) ของนักศึกษาจะนำไปสู่การวางแผนการจัดการเรียนการสอนและกิจกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้ นักศึกษามีสุขภาพที่ดีไม่เป็นโรคเรื้อรังและเป็นแบบอย่างที่ดี

ให้ประชาชนต่อไป ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นกระบวนการทางปัญญา และทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ ข้อมูลข่าวสาร เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสมนำไปสู่สุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลก (Sense of coherence) เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ เกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมและสุขภาพดี โดยพบว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงมีสุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ³

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพของ นักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก

2. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพ ของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก

3. เพื่อศึกษาระดับความเข้มแข็งในการมอง โลกของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก

4. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยการ สาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก

สมมติฐาน

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยการ สาธารณสุขสิรินธรสถาบันพระบรมราชชนก

2. ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรม ราชชนก

นิยามศัพท์

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติใน การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การ จัดการกับอารมณ์ความเครียด การสูบบุหรี่และ การดื่มสุรา (พฤติกรรม 3อ 2ส)

ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง ทำความ เข้าใจ ตัดสินใจ และใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี

ความเข้มแข็งในการมองโลก หมายถึง ความสามารถของนักศึกษาในการใช้ทรัพยากรที่มี อยู่ในการจัดการกับปัญหาโดยที่บุคคลนั้นยังคงมี สุขภาพดี ประกอบด้วย 3 ประการคือ ความเข้าใจ ความสามารถในการจัดการและการเห็นคุณค่า หรือความหมายของสิ่งที่เกิดขึ้น

นักศึกษา หมายถึง นักศึกษาที่กำลังศึกษา ในระดับปริญญาตรีและต่ำกว่าปริญญาตรีของ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรทั้ง 7 แห่งในปี การศึกษา 2565

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจำนวน 7 แห่ง หมายถึง วิทยาลัยการสาธารณสุข สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก จำนวน 7 แห่ง ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น จังหวัดชลบุรี จังหวัดตรัง จังหวัดพิษณุโลก จังหวัดยะลา จังหวัดสุพรรณบุรี และจังหวัดอุบลราชธานี

สถาบันพระบรมราชชนก หมายถึง สถาบันอุดมศึกษาของรัฐที่ผลิตบุคลากรด้านการ สาธารณสุข สังกัดกระทรวงสาธารณสุขสถาบัน พระบรมราชชนก มีวิทยาลัยในสังกัดประกอบด้วย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี วิทยาลัยการ สาธารณสุขสิรินธร วิทยาลัยเทคโนโลยีทาง การแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก และ

วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จังหวัด
ปราจีนบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้ครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์
แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical
study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วน
บุคคล ระดับพฤติกรรมสุขภาพ ระดับความรอบรู้
ด้านสุขภาพระดับความเข้มแข็งในการมองโลกและ
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของ
นักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรในสังกัด
สถาบันพระบรมราชชนก

ประชากร

ได้แก่ นักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุข
สิรินธร จำนวน 7 แห่ง สังกัดสถาบันพระบรมราช
ชนกที่กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2565 จำนวน
นักศึกษาทั้งสิ้น จำนวน 3,686 คน

กลุ่มตัวอย่าง

เป็นนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุข
สิรินธรทั้ง 7 แห่ง ในสังกัดสถาบันพระบรม
ราชชนก ที่กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2565
จำนวน 389 คน คำนวณโดยใช้สูตรคำนวณขนาด
ตัวอย่างกรณีวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ
Multiple logistic regression แต่เนื่องจากแต่ละ
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรสังกัดสถาบันพระ
บรมราชชนกมีประชากรไม่เท่ากัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึง
สุ่มตัวอย่างจากทุกวิทยาลัย (Stratified random
sampling) และคำนวณตัวอย่างตามสัดส่วน
ประชากรในแต่ละหลักสูตร (Proportional
allocation) ผู้วิจัยใช้ขนาดตัวอย่างที่ค่า p
ที่ 0.7 ได้ขนาดตัวอย่าง 360 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เก็บ
ข้อมูลเพิ่มอีก 5 % เพื่อป้องกันการผิดพลาดของ
ข้อมูล ได้จำนวนขนาดตัวอย่าง 378 คน เนื่องจาก

ผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถามออนไลน์ผ่านระบบ
Google form มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ส่ง
แบบสอบถามกลับมาจำนวน 389 คน ผู้วิจัยจึงใช้
จำนวนข้อมูลทั้งหมดในการวิจัยจำนวน 389 คน
เก็บข้อมูลรวบรวมตั้งแต่ตุลาคม 2565 ถึง
พฤศจิกายน 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยแบ่ง
ออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 4 ข้อ
ประกอบด้วย เพศ อายุ ชั้นปี หลักสูตร

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ
ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 องค์ประกอบ จำนวน
คำถามทั้งหมด 16 ข้อ ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง
ข้อมูลและบริการสุขภาพ (4 ข้อ) ด้านการเข้าใจ
ข้อมูลสุขภาพ (4 ข้อ) ด้านการประเมินข้อมูลและ
บริการด้านสุขภาพ (4 ข้อ) และการประยุกต์ใช้
ข้อมูลและบริการสุขภาพ (4 ข้อ) มีลักษณะการวัด
เป็น rating scale โดยคำถามเป็นการประเมิน
ตนเองมี 5 ตัวเลือก คือ ไม่เคยทำ (1 คะแนน)
ทำได้ยากมาก (2 คะแนน) ทำได้ยาก (3 คะแนน)
ทำได้ง่าย (4 คะแนน) ทำได้ง่ายมาก (5 คะแนน)
โดยผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบสอบถามความฉลาด
ทางสุขภาพของคนไทยโดยกองสุขภาพ
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ 3 แบบวัดความเข้มแข็งในการ
มองโลกผู้วิจัยใช้แบบประเมินของแอนโทออฟสกี⁴
ซึ่งได้รับการแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย อรรพรรณ
นามนตรี และคณะ⁵ มีลักษณะเป็นคำถามและมี
คำตอบที่กำกับด้วยข้อความที่สื่อถึงสิ่งที่ต้องการ
ประเมิน (Semantic scale) ซึ่งมีระดับการวัด
7 ระดับ โดยตัวเลขจะบ่งชี้ความมากน้อยตาม
ความรู้สึกนึกคิดของผู้ตอบ ประกอบด้วยข้อคำถาม

จำนวน 13 ข้อ คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 13-91 คะแนน คะแนนรวมมากหมายถึงมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง มีข้อคำถามที่ต้องแปลงค่า (Recode) จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการบริโภคอาหารการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การจัดการความเครียด และการดื่มสุรา จำนวน 13 ข้อ โดยผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพของคนไทยโดย กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

การตรวจสอบเครื่องมือ

สร้างแบบสอบถามโดยประยุกต์จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้วนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นขอคำปรึกษาผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับจากคณะกรรมการที่ปรึกษา เพื่อดำเนินการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยใช้เทคนิค IOC (Index of item - objective congruence) หรือดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์นำมาวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา คำนวณหาดัชนีความสอดคล้องของความตรงตามเนื้อหา ซึ่งค่า IOC ในภาพรวมเท่ากับ 0.67-1 จากนั้นหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามจากโปรแกรมสำเร็จรูปโดยหาค่าสัมประสิทธิ์ของความสอดคล้องภายใน (Coefficient of internal consistency) ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งในงานวิจัยของผู้วิจัยได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพค่าความเชื่อมั่นอยู่ที่ 0.90 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความเข้มแข็งในการมองโลกเท่ากับ 0.71 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความพฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ 0.90

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติเชิงพรรณนา สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลและตัวแปรที่ศึกษาได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าต่ำสุด (Minimum) สถิติเชิงอนุมาน สำหรับวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปรได้แก่ Chi-square, Simple logistic regression การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Multiple logistic regression) มีการคำนวณ Crude odds ratio และ Adjusted odds ratios ร่วมกับ p-value

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัย ผ่านการอบรมจริยธรรมด้านการวิจัยในมนุษย์ หลักสูตร GCP Online training (Computer based) แนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH-GCP:E6 (R2)) จากอนุกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคนมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 1 และศูนย์วิจัยทางคลินิก คณะแพทยศาสตร์ และงานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ HE652043 วันที่ 27 กรกฎาคม 2565

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรทั้ง 7 แห่ง ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 82.27) ส่วนใหญ่อายุ 19 ปี (ร้อยละ 77.6) (\bar{X} =19.11, S.D.=0.67) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาสาขาสาธารณสุขชุมชน (ร้อยละ 41.65) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=389)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	69	17.73
หญิง	320	82.27
สาขาวิชา		
ปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์	17	4.37
เทคนิคเภสัชกรรม	32	8.22
สาธารณสุขชุมชน	162	41.65
ทันตสาธารณสุข	157	40.36
แพทย์แผนไทย	21	5.40
อายุ		
18-19	333	85.60
≥20	56	14.40

$\bar{X} = 19.11, S.D.=0.67, \min=18, \max=27$

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษา
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรทั้ง 7 แห่ง
ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรอบรู้ด้าน
สุขภาพในระดับดีมาก จำนวน 320 คน คิดเป็น
ร้อยละ 82.26 รองลงมา คือ ระดับความรอบรู้ด้าน

สุขภาพดี จำนวน 50 คน คิดเป็นค่าเฉลี่ยร้อยละ
12.85 รองลงมาคือระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ
พอใช้ จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 3.60 และ
ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ดี จำนวน 5 คน
คิดเป็นร้อยละ 1.29 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง (n=389)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ดี (<48 คะแนน)	5	1.29
ความรอบรู้ด้านสุขภาพพอใช้ (48-55 คะแนน)	14	3.60
ความรอบรู้ด้านสุขภาพดี (56-63 คะแนน)	50	12.85
ความรอบรู้ด้านสุขภาพดีมาก (64-80 คะแนน)	320	82.26

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยแยกตาม
องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า
องค์ประกอบที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ทักษะการ
เข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ย
17.39 คะแนน (S.D.=2.07) รองลงมาคือ

องค์ประกอบด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ
มีคะแนนเฉลี่ย 17.29 คะแนน (S.D.=2.10) และ
องค์ประกอบด้านการประเมินข้อมูลและบริการ
ด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ย 17.02 คะแนน
(S.D.=2.22) องค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ

การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ย 16.90 คะแนน (S.D.=2.16) ตามลำดับ

ความเข้มแข็งในการมองโลกระดับความเข้มแข็งในการมองโลกของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรทั้ง 7 แห่ง ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความเข้มแข็งในการมองโลกปานกลาง จำนวน 329 คน คิดเป็นร้อยละ 84.58 รองลงมา กลุ่มตัวอย่างมีค่าระดับความเข้มแข็งในการมองโลกสูง จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 13.36 และความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 2.06 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างแยกตามระดับของความเข้มแข็งในการมองโลก (n=389)

ระดับความเข้มแข็งในการมองโลก	จำนวน	ร้อยละ
ความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ	8	2.06
ความเข้มแข็งในการมองโลกปานกลาง	329	84.58
ความเข้มแข็งในการมองโลกสูง	52	13.36

จากการวิเคราะห์ข้อมูลองค์ประกอบความเข้มแข็งในการมองโลกของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรทั้ง 7 แห่ง ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกพบว่าองค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ความเข้าใจ มีค่าเฉลี่ย 20.69 (S.D.=4.78) รองลงมาคือ การเห็นคุณค่า ความหมายมีค่าเฉลี่ย 19.19 (S.D.=3.90) ส่วนค่าเฉลี่ยที่น้อยสุด คือ ความสามารถจัดการได้ มีค่าเฉลี่ย 16.20 (S.D.=3.58) ตามลำดับ

ตารางที่ 4 ระดับพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรทั้ง 7 แห่ง ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก (n=389)

ระดับพฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมสุขภาพไม่ดี (<60% ของคะแนนเต็ม)	98	25.18
พฤติกรรมสุขภาพปานกลาง (≥60 - 70% ของคะแนนเต็ม)	187	48.10
พฤติกรรมสุขภาพดี (≥70 - 80% ของคะแนนเต็ม)	93	23.90
พฤติกรรมสุขภาพดีมาก (≥80 % ของคะแนนเต็ม)	11	2.82

เมื่อพิจารณารายชื่อของพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษา พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ กินอาหารที่มีไขมันสูง

พฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรทั้ง 7 แห่ง ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในระดับพฤติกรรมปานกลาง จำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 48.10 รองลงมา มีพฤติกรรมในระดับ พฤติกรรมสุขภาพไม่ดี จำนวน 98 คน คิดเป็นร้อยละ 25.18 (ดังตารางที่ 4)

เช่น อาหารทอด แกงกะทิ เนื้อติดมัน โดยมีความถี่ 3 วันต่อสัปดาห์ จำนวน 160 คน คิดเป็นร้อยละ 41.13 รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างมักกินอาหาร

แบบเดิม ซ้ำๆ จำเจ โดยมีความถี่ 4-5 วันต่อสัปดาห์ จำนวน 153 คน คิดเป็นร้อยละ 39.33 พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้เคลื่อนไหวร่างกายต่อเนื่องจากการทำกิจกรรมประจำวันประมาณ 30 นาที เช่น เดินไปทำงาน ทำงานบ้าน ทำงานโดยใช้แรง โดยมีความถี่ 4-5 วันต่อสัปดาห์ จำนวน 142 คน คิดเป็นร้อยละ 36.50 รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ประมาณ 30 นาที จนรู้สึกเหนื่อยหรือมีเหงื่อออก โดยมีความถี่ 3 วัน ต่อสัปดาห์ 131 คน คิดเป็นร้อยละ 33.67 พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ พบว่าเบื่ออาหาร หรือ กินมากเกินไป โดยมีความถี่ 3 วัน ต่อสัปดาห์ จำนวน 164 คน คิดเป็นร้อยละ 42.16 รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างหลับยากหรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากไปโดยมีความถี่ 4-5 วันต่อสัปดาห์ จำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 30.07 พฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่ ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ พบว่าไม่สูบบุหรี่หรือยาสูบ จำนวน 283 คน คิดเป็นร้อยละ 72.75 รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างไม่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่กำลังสูบบุหรี่หรือยาสูบ จำนวน 151 คน คิดเป็นร้อยละ 38.81

ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มตัวแปรต่าง ๆ ก่อนการวิเคราะห์ในขั้นตอนต่อไป ดังนี้ ตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ดีและความรอบรู้ด้านสุขภาพพอใช้ รวมกลุ่มใหม่เป็นความรู้ด้านสุขภาพไม่ดีถึงพอใช้ กลุ่มเดิมความรู้ด้านสุขภาพดีและความรอบรู้ด้านสุขภาพดีมากรวมกลุ่มกันเป็นความรู้ด้านสุขภาพดีถึงดีมาก ตัวแปรความเข้มแข็งในการมองโลก กลุ่มเดิมความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ ความเข้มแข็งในการมองโลกปานกลาง รวมกลุ่มใหม่เป็นความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำถึงปานกลาง กลุ่มเดิมความเข้มแข็งในการมองโลกสูง ยังคงเดิม ตัวแปรพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเดิม

พฤติกรรมสุขภาพไม่ดีพฤติกรรมปานกลาง รวมกลุ่มใหม่เป็นพฤติกรรมสุขภาพไม่ดีถึงปานกลาง กลุ่มเดิมพฤติกรรมสุขภาพดี พฤติกรรมสุขภาพดีมากรวมกลุ่มใหม่เป็น พฤติกรรมสุขภาพดีถึงดีมาก

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ

เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ที่ละคู่ (Bivariate analysis) เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (OR=1.1, 95% CI of 0.64 ถึง 1.88, p-value=0.73) สาขาวิชา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (p-value >0.05) ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (OR=1.25, 95% CI of 0.68 ถึง 2.31, p-value 0.45) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (OR=1.49, 95% CI of 0.60 ถึง 3.77, p-value=0.39) ความเข้มแข็งในการมองโลก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความเข้มแข็งในการมองโลกสูงมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำถึงปานกลาง 4.62 เท่า (OR=4.62, 95% CI of 2.02 ถึง 10.55, p-value <0.001)

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์โดยการวิเคราะห์ที่หลายตัวแปร (Multivariate analysis) ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์พฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความเข้มแข็งในการมองโลกสูงมีพฤติกรรมดีเป็น 4.74 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำถึงปานกลาง (Adjusted OR=4.74, 95% CI of 2.07 ถึง 10.88, p-value <0.001) (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (n=389)

ตัวแปร	พฤติกรรมสุขภาพ		Crude OR	Adjusted OR	95% CI	p-value
	ดี (จำนวน/ ร้อยละ)	ไม่ดี (จำนวน/ ร้อยละ)				
เพศ						
หญิง	197 (61.6)	123 (38.4)	1	1		
ชาย	44 (63.8)	25 (36.8)	1.1	1.09	0.62- 1.91	0.743
สาขาวิชา						
ปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์	8 (47.1)	9 (52.9)	1	1		
เทคนิคเภสัชกรรม	13 (40.6)	19 (59.4)	0.84	1.36	0.39- 4.67	0.621
สาธารณสุขชุมชน	62 (38.3)	100 (61.7)	1.09	1.49	0.52- 4.24	0.455
ทันตสาธารณสุข	56 (35.7)	101 (64.3)	1.21	1.78	0.62- 5.10	0.279
แพทย์แผนไทย	9 (42.9)	12 (57.1)	1.35	1.36	0.36- 5.17	0.627
ระดับการศึกษา						
ประกาศนียบัตร วิชาชีพชั้นสูง	28 (57.1)	21 (39.8)	1	1		
ปริญญาตรีสาธารณสุขศาสตร์	213 (62.6)	127 (37.4)	1.25	1.25	0.68- 2.31	0.452
ความรู้ด้านสุขภาพ						
ความรู้ด้านสุขภาพไม่ดีถึงพอใช้	10 (52.6)	9 (47.4)	1	1		
ความรู้ด้านสุขภาพดีถึงดีมาก	241 (62.0)	139 (38.0)	1.49	0.62	0.60- 3.77	0.396
ความเข้มแข็งในการมองโลก						
ความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำถึงปานกลาง	196 (58.2)	141 (41.8)	1	1		
ความเข้มแข็งในการมองโลกสูง	45 (86.5)	7 (13.5)	4.62	4.74	2.07- 10.88	<0.001

การอภิปรายผล

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรม ราชชนก

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดีมากเมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีองค์ประกอบด้าน ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมากร้อยละ 51.92 อธิบายได้ว่านักศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและสาธารณสุขได้เรียนรู้ตลอดจนฝึกปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ ผ่านกระบวนการจัดการเรียนการสอนที่หลากหลายจัดการเรียนรู้แบบเน้นผู้เรียนศูนย์กลางทำให้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีมาก

สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนีย์ กันแจ่ม และคณะ⁶ ที่ทำการศึกษารื่องความฉลาดทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ในนักศึกษาระดับปริญญาตรีอายุระหว่าง 18-24 ปี ที่ศึกษาชั้นปี 1-3 จำนวน 7 คณะและพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพ สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ โดยที่ความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกด้านอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ ทศพล ชำนาญกิจ⁷ ที่ได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาศาสตร์สุขภาพและสาธารณสุขมหาวิทยาลัยราชภัฏแห่งหนึ่งตามหลัก 3อ. 2ส. พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวม อยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ

56.0 เมื่อพิจารณาองค์ประกอบรายด้าน พบว่าการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก คิดเป็น ร้อยละ 70.60 อย่างไรก็ตามผลการศึกษาคั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของ ดลนภา ไชยสมบัติ⁸ ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลมีระดับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ในภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้

ความเข้มแข็งในการมองโลกของนักศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรทั้ง 7 แห่ง ในสังกัดสถาบัน พระบรมราชชนก

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความเข้มแข็งในการมองโลกอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลางจำนวน 337 คน คิดเป็นร้อยละ 86.63 และเมื่อแยกตามองค์ประกอบของความเข้มแข็งในการมองโลก พบว่าองค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ความเข้าใจ มีค่าเฉลี่ย 20.69 (S.D.=4.78) เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงวัยรุ่นที่ชอบเรียนรู้อะไรใหม่ๆมีความสนใจกับสิ่งที่อยู่รอบตัว ทำให้เรียนรู้และมีหนทางในการแก้ไขมากขึ้น ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ อิศารัตน์ หวังสวัสดิ์⁹ ที่ศึกษาเกี่ยวกับความเข้มแข็งในการมองโลกของวัยรุ่นเขต 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย ส่วนใหญ่ระดับความเข้มแข็งในการมองโลกค่อนข้างสูง มีโดยพบว่าองค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ความเข้าใจ มีค่าเฉลี่ย 38.62 (S.D.=4.53)

การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับต่ำถึงปานกลางอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาหรือรับมือกับอุปสรรคต่างๆ ได้ดีพอ เพราะความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นทักษะของบุคคลในการทำความเข้าใจ และรับมือกับปัญหาอุปสรรคต่างๆ

ในชีวิต ผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง จะสามารถนำเอาทรัพยากรที่ตนมีอยู่มาใช้ได้อย่างเหมาะสม ทำให้มีพฤติกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี¹⁰ พบว่าเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นจะมีระดับความเข้มแข็งในการมองโลกสูงขึ้น พัฒนาการของความเข้มแข็งในการมองโลก เริ่มพัฒนาตั้งแต่วัยเด็กเพิ่มขึ้นและชัดเจนในวัยรุ่น จนกระทั่งคงที่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นช่วงอายุประมาณ 30 ปี¹¹

พฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรทั้ง 7 แห่ง ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีถึงดีมาก จำนวน 241 คน คิดเป็นร้อยละ 61.95 โดยมีการปฏิบัติตัวในด้านการบริโภคอาหารที่ดีที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ ฐปรัตน์ และคณะ¹² อธิบายไว้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการรับรู้ภาวะสุขภาพ การมีนโยบายสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม และได้รับคำแนะนำข่าวสารด้านสุขภาพจากแหล่งข้อมูลต่างๆ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า สภาพแวดล้อมส่งผลให้นักศึกษามีพฤติกรรมด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านอารมณ์เปลี่ยนแปลงโดยที่นักศึกษาชั้นปีที่ 1-2 เน้นเรียนภาคทฤษฎีเป็นส่วนใหญ่ จึงทำให้มีเวลาไปเลือกซื้ออาหารมาบริโภคและออกกำลังกายได้มากกว่านักศึกษาชั้นปีที่ 3-4 ที่เน้นภาคปฏิบัติ จึงทำให้มีการจัดการเรียนการสอนที่แตกต่างกันสามารถส่งผลกระทบต่อระดับของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ และอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้นักศึกษาในระดับชั้นปีสูงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ลดลงอาจเนื่องมาจากการฝึกภาคปฏิบัติในโรงพยาบาลทำให้เกิดความเหนื่อยล้า ไม่มีเวลาออกกำลังกายและพักผ่อนน้อย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ

ผลของงานวิจัยพบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ayo-Yusuf และ คณะ¹³ ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับพฤติกรรมสุขภาพหรือในวัยรุ่นและพบว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงจะมีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่มากกว่าคนที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Grevenstein และคณะ¹⁴ และการศึกษาของ Peker และคณะ¹⁵ ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นและพบว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงจะมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่าคนที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการออกกำลังกายพบว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงจะมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ดีกว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Bronikowski และคณะ¹⁶ และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Chu และคณะ¹⁷ และ Nishiyama และคณะ¹⁸ ในด้านการบริโภคอาหารที่พบว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงจะมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีประโยชน์มากกว่าคนที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ¹⁹ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Dorri และคณะ²⁰ และ Peker และคณะ²¹ ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพช่องปากในด้านความถี่ในการแปรงฟันและพบว่า ผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากได้ดีกว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาความถี่ในการแปรงฟันดูแลสุขภาพช่องปากของนักศึกษามหาวิทยาลัยในตุรกี

จากผลการวิจัย ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งนี้อาจ เนื่องมาจากการที่บุคคลมีความรู้เพียงอย่างเดียวไม่ได้ เป็นข้อยืนยันว่า บุคคลนั้น ๆ จะปฏิบัติตามสิ่งที่ตนรู้ เสมอไป นอกจากนี้แม้ว่าจะมีทักษะต่างๆ ตาม องค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ แต่ก็อาจจะไม่ นำไปสู่การปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดี จำเป็นต้องอาศัย ปัจจัยอื่นๆ เช่น สิ่งแวดล้อมทั้งด้านสังคมและเศรษฐกิจ และแรงจูงใจภายในตัวบุคคลที่เอื้อและสนับสนุนให้เกิด การปฏิบัตินั้น ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษา ของอรนงค์ คงเรือง และคณะ²² ที่ศึกษาระดับความรอบ รู้ด้านสุขภาพและหลักพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของ บุคลากรครูในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวก กับ พฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลมีความรู้ทางด้านสุขภาพโดยรวมทั้งด้านการ เข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพและการจัดการเงื่อนไข ของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพที่ดีก็จะทำให้ พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ดีขึ้นด้วยซึ่งแตกต่าง จากงานวิจัยของ สมสุข ภานุรัตน์และคณะ²³ ที่พบว่า พฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้าน สุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูงย่อมเป็นบุคคลที่มีความสามารถดูแลตนเองได้ดี

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. วิทยาลัยควรจัดกิจกรรมพัฒนาความเข้มแข็งใน การมองโลกของนักศึกษา เพื่อให้ นักศึกษาสามารถ สามารถบริหารจัดการทรัพยากรต่างๆ ที่มีอยู่รอบตัว เพื่อแก้ไขปัญหาอุปสรรครวมถึงการดูแลสุขภาพผ่านการ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

2. วิทยาลัยควรจัดการเรียนการสอนที่มีเนื้อหา ส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกเพื่อให้ นักศึกษา สามารถเผชิญกับปัญหาหรือภาวะเครียดที่เกิดขึ้นใน ชีวิต มองเหตุการณ์ หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต ด้วยความเข้าใจ มีเหตุผลมีความหมาย สามารถทำนาย

และคาดการณ์ เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้หรือสามารถ จัดการกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดที่เกิดขึ้นได้ อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มระยะเวลาการศึกษาเพื่อให้สามารถ อธิบายความสัมพันธ์ของปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมสุขภาพ

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายตัวแปรอื่นๆ ที่ อาจจะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

3. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มนักศึกษาที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับ สายสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of NCD 2013-2020. Geneva: World Health Organization. 2019.
2. ยุวดี ลีลัคณาวิระ, พรนภา หอมสินธุ์, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์. วิถีชีวิตที่ส่งเสริม สุขภาพนักเรียนมัธยมศึกษาในเขตภาค ตะวันออก. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2546; 11(2): 18-37.
3. Eriksson M, Lindstrom B. Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: A systematic review. J Epidemiol Community Health. 2007; 61(11): 938-944.
4. Antonovsky A. The salutogenic perspective: Toward a new view of health and illness. New York: Advances. 1987.

5. Nammontri O, Robinson P, Baker S. Enhancing oral health via sense of coherence: a cluster-randomized trial. *Journal of dental research*. 2013; 92(1): 26-31.
6. สุณี๋ย กันแจ่ม, นิตยา วงสว่าง, ฐานิการ สุวรรณ, สุภารัตน์ เตชชัย. ความฉลาดทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์. *วารสารวิชาการวิทยาศาสตร์และวิทยาศาสตร์ประยุกต์*. 2562; 1(1): 33-43.
7. ทศพล ชำนาญกิจ, วรณวิมล เมฆวิมล กิ่งแก้ว, ปรีศนา เพียรจริง, สุรีย์วรรณ สีลาดเลา, นิวัฒน์ ทรงศิลป์, กนกพร สมพร. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพและสาธารณสุข มหาวิทยาลัยราชภัฏแห่งหนึ่ง. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์*. 2565; 4(2): 47-57.
8. ดลนภา ไชยสมบัติ, บัวบาน ยะนา, สุพัตรา ทาวี. ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 2565; 23(1): 90-100.
9. ธิดารัตน์ หวังสวัสดิ์, มณีรัตน์ ภาครูป, นุจรี ไชยมงคล. ความเข้มแข็งในการมองโลกของวัยรุ่นในเขต 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ของประเทศไทย. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*. 2554; 3(1): 1-15.
10. Antonovsky A. The salutogenic perspective: Toward a new view of health and illness. New York: *Advances*. 1987.
11. Sullivan GC. Toward clarification of convergent concept: sense of coherence, will to meaning, locus of control, learned helplessness and hardiness. *Journal of Advanced Nursing*. 1993; 18(11): 1772-778.
12. ฐปรัตน์ รักษาณุลิทธิ, นฤมล จินเมือง, นันทิยา ไชยนิ่ง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี. *วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*. 2561; 29(3): 170-78.
13. Ayo-Yusuf OA, Reddy PS, van den Borne BW. Longitudinal association of adolescents' sense of coherence with tooth-brushing using an integrated behavior change model. *Community Dent Oral* 2009; 37(1): 68-77.
14. Grevenstein D, Bluemke M, Kroeninger-Jungaberle H. Incremental validity of sense of coherence, neuroticism, extraversion, and general self-efficacy: Longitudinal prediction of substance use frequency and mental health. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2016; 14(9): 1-14.
15. Peker K, Bermek G, Uysal O. Factors related to sense of coherence among dental students at Istanbul University. *Journal of dental education*. 2012; 76(6): 774-82.

16. Bronikowski M, Laudanska-Krzeminska I, Tomczak M, Morina, B. Sense of coherence, physical activity and its associations with gender and age among Kosovar adolescents: a cross-sectional study. *The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*. 2016; 57(7-8): 1023-1032.
17. Chu JJ, Khan MH, Jahn HJ, Kraemer A. Sense of coherence and associated factors among university students in China: cross-sectional evidence. *BMC public health*. 2016; 16(336): 1-11.
18. Nishiyama M, Suzuki E, Hashimoto M, Takaoka N, Inaba M, Tadokoro N, et al. Skipping breakfast is associated with academic achievement, unhealthy behaviors, and sense of coherence among medical students. *Dokkyo Journal of Medical Sciences*. 2013; 40(1): 47-54.
19. Tilles-Tirkkonen T, Suominen S, Liukkonen J, Poutanen K, Karhunen L. Determinants of a regular intake of a nutritionally balanced school lunch among 10-17-year-old schoolchildren with special reference to sense of coherence. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 2015; 28(1): 56-63.
20. Dorri M, Sheiham A, Hardy R, Watt R. The relationship between Sense of Coherence and toothbrushing behaviours in Iranian adolescents in Mashhad. *Journal of clinical periodontology*. 2010; 37(1): 46-52.
21. Peker K, Bermek G, Uysal O. Factors related to sense of coherence among dental students at Istanbul University. *Journal of dental education*. 2012; 76(6): 774-782.
22. อรอนงค์ คงเรือง. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและหลักพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของบุคลากรครู ในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง. *วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง*. 2563; 5(1): 44-62.
23. สมสุข ภาณุรัตน์, สุขฤดี อัครฤกษ์กุล, พัชรี กระจ่างโพธิ์, ภาสกร เนตรทิพย์วัลย์, วิถี ชูระธรรม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของข้าราชการตำรวจผู้เข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรการบริหารงานตำรวจชั้นสูง รุ่นที่ 52. *วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต*. 2566; 3(1): 13-24.

คุณลักษณะส่วนบุคคลและสุนทรียทัศนคติภาวะผู้นำที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ นักร่างกายบำบัดในเขตสุขภาพที่ 8

อาณัติ วัฒนะ¹, ประจักษ์ บัวผัน², สุรัชย์ พิมหา³

(วันที่รับบทความ: 18 กรกฎาคม 2567; วันที่แก้ไข: 7 สิงหาคม 2567; วันที่ตอบรับ: 10 กันยายน 2567)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและสุนทรียทัศนคติภาวะผู้นำที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของนักร่างกายบำบัดในเขตสุขภาพที่ 8 ประชากรที่ศึกษา คือ นักร่างกายบำบัดที่ปฏิบัติงานในเขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 288 คน สุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบชั้นภูมิได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 138 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามสำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 ทุกข้อ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช 0.97 และใช้แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ จากผู้ให้ข้อมูลจำนวน 12 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 10 พฤศจิกายน 2565 ถึงวันที่ 10 ธันวาคม 2565 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Pearson's product moment correlation coefficient, Stepwise multiple linear regression โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมระดับสุนทรียทัศนคติภาวะผู้นำ และระดับการปฏิบัติงานของนักร่างกายบำบัดในเขตสุขภาพที่ 8 อยู่ในระดับระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.11 (S.D. = 0.42), 4.35 (S.D. = 0.41) ตามลำดับ และพบว่าภาพรวมสุนทรียทัศนคติภาวะผู้นำ มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานของนักร่างกายบำบัดในเขตสุขภาพที่ 8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.740$, $p\text{-value} < 0.001$) และตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัว ได้แก่ สุนทรียทัศนคติภาวะผู้นำ ด้านทักษะในการวางแผนจัดองค์กร ด้านทักษะในการสอนงาน ด้านทักษะในการคิดริเริ่ม และด้านทักษะในการทำงานเป็นทีม มีผลและสามารถร่วมกันในการพยากรณ์ต่อการปฏิบัติงานของนักร่างกายบำบัดในเขตสุขภาพที่ 8 ได้ร้อยละ 71.3 ($R^2 = 0.713$, $p\text{-value} < 0.001$)

คำสำคัญ: คุณลักษณะส่วนบุคคล, สุนทรียทัศนคติภาวะผู้นำ, การปฏิบัติงานของนักร่างกายบำบัด

¹ นักศึกษา, สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, E-mail: Anutty1989@gmail.com

² รองศาสตราจารย์, สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, E-mail: audra69@gmail.com

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์, สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, E-mail: Suraphi@kku.ac.th

Corresponding author: สุรัชย์ พิมหา E-mail: Suraphi@kku.ac.th

Personal Characteristics and Leadership Soft Skills Affecting Physical Therapist Performance in Heath Region 8

Anut Wattana¹, Prachak Bouphan², Surachai Phimha³

(Received: 18th July 2024; Revised: 7th August 2024; Accepted: 10th September 2024)

Abstract

This Cross-sectional descriptive research aimed to study personal characteristics and leadership soft skills affecting physical therapist performance in Heath Region 8 Thailand. A set of 138 samples was randomly selected by stratified random sampling techniques from 288 of populations. Data were collected by questionnaires for quantitative data and in-depth interviews for qualitative data gathering from 12 key informants. Questionnaires were examined and verified by three experts for content validity with items objective congruence (IOC), which all items were more than 0.50, and reliability with Cronbach's alpha coefficient was at 0.97. Data were collected between 10th November 2022 to 10th December 2022. Data analysis was performed by descriptive and inferential statistics Pearson's product moment correlation coefficient, Stepwise multiple linear regression at a significant level of 0.05.

The results showed that the overall level of leadership soft skills and physical therapist performance were at a high level with the averages of 4.11 (S.D. = 0.42) and 4.35 (S.D. = 0.41) respectively. The overall of leadership soft skills had a high relationship with physical therapist performance ($r = 0.740$ p -value = 0.001). Four variables of leadership soft skills: planning and organizing; coaching; creativity; and team work affected and could jointly predicted physical therapist performance in Heath Region 8 at 71.3 percentage. ($R = 0.713$, p -value <0.001)

Keywords: Personal characteristics, Leadership soft skills, Physical therapist performance

¹ Student, Master of Public Health Program in Public Health Administration, Khon Kaen University,
E-mail: Anutty1989@gmail.com

² Assoc. Prof., Department of Public Health Administration, Khon Kaen University,
E-mail: audra69@gmail.com

³ Asst. Prof., Department of Public Health Administration, Khon Kaen University,
E-mail: Suraphi@kku.ac.th

Corresponding author: Surachai Phimha E-mail: Suraphi@kku.ac.th

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ทั้งทางด้านเทคโนโลยี ด้านเศรษฐกิจ หรือ แม้กระทั่งด้านสุขภาพเองก็ตามจะเห็นได้ว่า วิวัฒนาการด้านสุขภาพ ด้านการรักษาพยาบาล หรือด้วยเทคโนโลยีต่าง ๆ เข้ามามีบทบาทในการดูแลสุขภาพมากขึ้น ทำให้มีประชาชน มีสุขภาพดี แข็งแรง และอายุที่ยืนยาว ทำให้ประชากรประเทศไทยมีอายุ 60 ขึ้นไปจำนวนมากกว่า 12 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมด และเพิ่มเป็นร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2564 ซึ่งให้เห็นว่า ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และกำลังจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ¹ ทั้งนี้เพื่อเป็นการรองรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) โดยมีกรอบและทิศทางการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขในอนาคต โดยมีเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน” โดยจะพัฒนาความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ ด้านส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคเป็นเลิศ (Prevention & Promotion excellence) ด้านการบริการเป็นเลิศ (Service excellence) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People excellence) และ ด้านการบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance excellence)² เพื่อเป็นการตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข สภากายภาพบำบัด จึงมุ่งสู่วิสัยทัศน์อันพึงประสงค์ ให้ประชาชนได้รับการบริการทางกายภาพบำบัด ที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ สถานที่ เครื่องมือ รวมทั้งระบบกลไกที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมตามสิทธิมนุษยชน และสอดคล้องกับทิศทางและยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง

ด้านการบริหารและการบริการเป็นเลิศ ซึ่งการปฏิบัติงานกายภาพบำบัดนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการพัฒนาศักยภาพของของนักกายภาพบำบัดเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของภาครัฐและครอบคลุมทุกพื้นที่ในการบริการ³

การปฏิบัติงานกายภาพบำบัด เป็นการบำบัดรักษาผู้ป่วยด้วยเครื่องมือและวิธีการทางกายภาพบำบัดซึ่งมีลักษณะงานที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาผู้ป่วยโดยโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ โรคระบบประสาท โรคระบบทางเดินหายใจและความพิการต่าง ๆ ที่เกิดจากโรคหรืออุบัติเหตุ โดยวิธีการกายภาพบำบัดด้วย การใช้ความร้อน แสง เสียง ไฟฟ้า หลักกลศาสตร์ การตัด การดึง การนวด การบริหารร่างกาย ตลอดจนการใช้เครื่องมือทางกายภาพบำบัด เพื่อฟื้นฟู ป้องกัน ปรับปรุงแก้ไขสมรรถภาพของร่างกายที่เสื่อมสภาพหรือพิการ ให้กลับคืนสู่สภาพปกติทั้งรูปและทางหน้าที่รวมถึงการปฏิบัติหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้องซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการปฏิบัติการ 2) ด้านการวางแผน 3) ด้านการประสานงาน และ 4) ด้านการบริการ

ในการปฏิบัติงานของนักกายภาพบำบัดนั้น ต้องอาศัยปัจจัยภายในที่สำคัญ คือ ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลเป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งช่วยส่งเสริมในการปฏิบัติงานและมีความสำคัญต่อนักกายภาพบำบัด ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะตัวของบุคคลในการแสดงออกและการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) ระดับการศึกษาสูงสุด 4) ตำแหน่ง 5) รายได้ 6) สถานภาพสมรส 7) ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และ 8) การได้รับการอบรมทางกายภาพบำบัด⁵ คุณลักษณะส่วนบุคคลนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่ก่อให้เกิด

การเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติงาน เช่น การได้รับการอบรมอย่างต่อเนื่องก็จะสามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการอย่างมีประสิทธิภาพรวมถึงนักกายภาพบำบัด มีประสบการณ์ในการทำงานก็จะสามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้ารวมถึงปัญหาในการปฏิบัติงานได้ดีขึ้น

นอกจากคุณลักษณะส่วนบุคคลแล้วในการปฏิบัติงานของนักกายภาพบำบัดต้องอาศัยทักษะด้านสุนทรียทักษะภาวะผู้นำ (Leadership soft skills) คือกลุ่มของทักษะที่ไม่ใช่ความรู้ทางวิชาการ ไม่ได้มาจากตำรา หรือความสามารถด้านเทคนิคที่ใช้ในการปฏิบัติงานโดยตรง เป็นความสามารถและทักษะของนักกายภาพบำบัด เพื่อกระตุ้นให้ผู้อื่นให้ความร่วมมือเกิดการเรียนรู้และการพัฒนาาร่วมกัน ให้บรรลุตามเป้าหมายขององค์กร ประกอบด้วย 8 ทักษะ ได้แก่ 1) ด้านทักษะในการทำงานเป็นทีม 2) ด้านทักษะการติดต่อสื่อสาร 3) ด้านทักษะการคิดริเริ่ม 4) ด้านทักษะความสามารถในการเป็นผู้นำ 5) ด้านทักษะในการสอนงาน 6) ด้านทักษะในการพัฒนาตัวเอง 7) ด้านทักษะในการวางแผนและจัดองค์กร และ 8) ด้านทักษะในการนำเสนอ^๑ สุนทรียทักษะภาวะผู้นำเป็นอีกทักษะที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานให้ประสบผลสำเร็จและมีประสิทธิภาพ

เขตสุขภาพที่ 8 มีพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด 7 จังหวัด ประกอบด้วย เลย หนองบัวลำภู อุดรธานี หนองคาย บึงกาฬ สกลนคร และนครพนม ซึ่งมีโรงพยาบาลทั้งหมด 88 แห่ง⁷ มีนักกายภาพบำบัดปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจำนวน 288 คน^๘ ซึ่งมีการปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพกายภาพบำบัด และบริบทในท้องถิ่นนั้น ๆ ปัจจุบันยังขาดแคลนนักกายภาพบำบัดในระบบบริการ ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพที่สอดคล้องกับบริบทสังคมไทย ตามโครงสร้างประชากรไทย ในปี พ.ศ. 2568 คาดการณ์ว่าจะมีประชากรประมาณ 72 ล้านคน โดยเป็น

ผู้สูงอายุร้อยละ 20 หรือประมาณ 14 ล้านคน ซึ่งประชากรผู้สูงอายุที่มากขึ้นนี้ มีผลกระทบต่อด้านการปฏิบัติการและด้านการบริการทางด้านกายภาพบำบัด อันเนื่องจากจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และการพัฒนาเทคโนโลยีอย่างก้าวกระโดดที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้เกิดภาระงานของนักกายภาพบำบัดที่มากขึ้น ในขณะที่นักกายภาพบำบัดมีจำนวนเท่าเดิม จึงทำให้เกิดปัญหาในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการปฏิบัติการและบริการทางกายภาพบำบัดคุณภาพลดลงและไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่ตั้งไว้ จึงส่งผลให้ไม่สามารถให้บริการครอบคลุมทุกมิติทั้งด้านการศึกษา การบริการ และคุณธรรมจริยธรรม⁷

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อศึกษาระดับสุนทรียทักษะภาวะผู้นำและระดับการปฏิบัติงานของนักกายภาพบำบัดในเขตสุขภาพที่ 8

2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล สุนทรียทักษะภาวะผู้นำกับการปฏิบัติงานของนักกายภาพบำบัดในเขตสุขภาพที่ 8

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research)

ประชากร

คือ นักกายภาพบำบัดที่ปฏิบัติงานในเขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 288 คน^๘

กลุ่มตัวอย่าง

คือ นักกายภาพบำบัดที่ปฏิบัติงานในเขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 288 คน ที่ได้จากการคำนวณขนาด จำนวน 138 ตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเชิงเส้น (Multiple linear regression analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานของ Cohen (1998) จากสูตรดังนี้

$$\text{สูตร } N = \frac{\lambda (1 - R^2_{Y.A,B})}{R^2_{Y.A,B} - R^2_{Y.A}} + W \dots \dots \dots (1)$$

$$\text{เมื่อ } \lambda = \lambda_L - \frac{1/V_L - 1/V}{1/V_L - 1/V_U} (\lambda_L - \lambda_U) \dots \dots \dots (2)$$

เมื่อกำหนดให้ $R^2_{Y.A,B}$

คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุสำหรับ Full model ซึ่งในการวิจัยในครั้งนี้ได้นำค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรจากการศึกษาสุนทรียทัศนศาสตร์ภาวะผู้นำและบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา⁹ ซึ่งเป็นลักษณะงานที่คล้ายคลึงกันกับการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งได้ค่า $R^2_{Y.A,B} = 0.541$

$R^2_{Y.A}$ คือค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุสำหรับ Reduce model ($R^2_{Y.A} - R^2_{Y.B}$)

ซึ่งได้ค่า $R^2_{Y.A} = 0.515$

$R^2_{Y.B}$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุที่เปลี่ยนแปลง (R^2 Change) เมื่อไม่มีตัวแปรที่ต้องการ

ทดสอบ $R^2_{Y.B} = 0.026$

λ คือ ค่าความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนตัวแปรอิสระและอำนาจการทดสอบ คือ จำนวนตัวแปรอิสระนอกเหนือจากตัวแปรที่ต้องการทดสอบ (เซต A) = 0 (เซต B) = 15

u คือ จำนวนตัวแปรอิสระที่ต้องการทดสอบ (เซต B) เท่ากับ 1 ตัวแปร

v คือ ค่าที่ได้จาก $v = N - u - w - 1$

สรุป แทนค่าแล้วได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 138 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) เพื่อให้ร่างกายภาพบำบัดได้มีโอกาสถูกสุ่ม ในการเป็นตัวแทนของประชากรที่ดีและครอบคลุมตามสัดส่วนจังหวัดนครบ 138 ตัวอย่าง และกลุ่มบุคคลที่ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณ โดยเลือกจากนักกายภาพบำบัดที่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของนักกายภาพบำบัดที่ปฏิบัติในเขตสุขภาพที่ 8 ได้ดีที่สุด จำนวน 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaire)

มีทั้งหมด 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 สุนทรียทัศนศาสตร์ภาวะผู้นำที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของนักกายภาพบำบัด

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติงานของนักกายภาพบำบัดในเขตสุขภาพที่ 8

ส่วนที่ 4 ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของนักกายภาพบำบัดในเขตสุขภาพที่ 8 ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิด

ชุดที่ 2 แนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-Depth interview guidelines)

โดยการนำข้อมูลการวิจัยเชิงปริมาณที่พบปัญหาแล้วนำไปประเด็นปัญหาที่ใช้สัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณซึ่งในครั้งนี้นำผู้วิจัยได้กำหนดประเด็นไว้

การตรวจสอบเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยการนำแบบสอบถาม และแนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึกที่สร้างเสร็จเรียบร้อยแล้วเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรง (Validity) โดยในแต่ละข้อคำถามนั้นมีค่าดัชนีความสอดคล้อง ไม่น้อยกว่า 0.50 การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่แก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้ (Try out) กับนักกายภาพบำบัดที่ปฏิบัติงานในเขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 30 คน พบว่าแบบสอบถามทั้งชุดมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.97

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นแล้ว เมื่อวันที่ 28 ตุลาคม 2565 เลขที่ HE652193

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้ ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative data)

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่

การแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean)

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum)

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics)

1) ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามทีละคู่ (Bivariate analysis)

2) สถิติถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน (Stepwise multiple linear regression analysis) ที่อธิบายความสัมพันธ์ของคุณลักษณะส่วนบุคคลและสุนทรียทัศนคติที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของนักกายภาพบำบัดในเขตสุขภาพที่ 8 และข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อสนับสนุนอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งประกอบด้วย คุณลักษณะส่วนบุคคลและสุนทรียทัศนคติที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของนักกายภาพบำบัด

การแปลผล

ระดับการปฏิบัติงานทัศนคติผู้นำ 5 ระดับคือ ระดับมากที่สุด (4.50-5.00) มาก (3.50-4.49) ปานกลาง (2.50-3.49) น้อย (1.50-2.49) และน้อยที่สุด (1.00-1.49) และการแบ่งระดับความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง + 1 แบ่งระดับ ดังนี้ ความสัมพันธ์โดยสมบูรณ์ (r= ±1) ความสัมพันธ์สูง (r= ±0.71 ถึง ±0.99) ความสัมพันธ์ปานกลาง (r= ±0.31 ถึง ±0.70) ความสัมพันธ์ต่ำ (r= ±0.01 ถึง ± 0.30) ไม่มีความสัมพันธ์ (r=0)

ผลการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคลของนักกายภาพบำบัดในเขตสุขภาพที่ 8

คุณลักษณะส่วนบุคคลของนักกายภาพบำบัดในเขตสุขภาพที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 79.0 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 55.8 โดยเฉลี่ยอายุ 34.40 ปี (S.D.= 6.78 ปี) อายุต่ำสุด 22 ปี อายุสูงสุด 56 ปี ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 90.6 เป็นนักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 52.8 รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 28,528.72 บาท (S.D. = 8,728.96 บาท) รายได้ต่ำสุด 14,000 บาท รายได้สูงสุด 60,300 บาท/ปี มีสถานภาพสมรสโสด จำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 58.7 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานของนักกายภาพบำบัด อยู่ระหว่าง 1-10 ปี จำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 61.5 เฉลี่ย 10.17 ปี (S.D. = 6.78 ปี) มีค่ามัธยฐาน 8.00 ปี ระยะเวลาปฏิบัติงานต่ำสุด 1 ปี ระยะเวลาปฏิบัติงานสูงสุด 31 ปี ส่วนใหญ่ได้รับการอบรมทางกายภาพบำบัด จำนวน 136 คน คิดเป็นร้อยละ 98.6 และจำนวนครั้งมากที่สุดที่ได้รับการอบรมทางกายภาพบำบัด น้อยกว่า 10 ครั้ง จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 47.8 เฉลี่ย 16.40 ครั้ง (S.D. = 12.43 ครั้ง) มีค่ามัธยฐาน 12.00 ครั้ง ได้รับการอบรมทางกายภาพบำบัดต่ำสุด 1 ครั้ง ได้รับการอบรมทางกายภาพบำบัดสูงสุด 54 ครั้ง

ระดับสุนทรียทักขภาวะผู้นำในการปฏิบัติงานของนักกายภาพบำบัดในเขตสุขภาพที่ 8

เมื่อพิจารณาระดับสุนทรียทักขภาวะผู้นำ พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.11 (S.D. = 0.42) ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า สุนทรียทักขภาวะผู้นำด้านทักษะการทำงานเป็นที่มาในการปฏิบัติงานมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก โดยมี

ค่าเฉลี่ย 4.43 (S.D. = 0.47) รองลงมา คือ สุนทรียทักขภาวะผู้นำด้านทักษะในการพัฒนาตนเองอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 4.31 (S.D. = 0.46) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ สุนทรียทักขภาวะผู้นำด้านทักษะในการคิดริเริ่ม อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 3.90 (S.D. = 0.63) รองลงมาสุนทรียทักขภาวะผู้นำ ด้านทักษะในการนำเสนออยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 3.93 (S.D. = 0.58) ตามลำดับ

ระดับการปฏิบัติงานของนักกายภาพบำบัดในเขตสุขภาพที่ 8

เมื่อพิจารณาระดับการปฏิบัติงานของนักกายภาพบำบัด พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.35 (S.D. = 0.41) ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การปฏิบัติงานของนักกายภาพบำบัด ด้านการปฏิบัติการ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ย 4.52 (S.D. = 0.43) รองลงมา คือ การปฏิบัติงานของนักกายภาพบำบัด ด้านการบริการ อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 4.36 (S.D. = 0.52) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การปฏิบัติงานของนักกายภาพบำบัด ด้านการประสานงาน อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 4.21 (S.D. = 0.55) รองลงมาการปฏิบัติงานของนักกายภาพบำบัดด้านการวางแผน อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 4.31 (S.D. = 0.54) ตามลำดับ

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับการปฏิบัติงานของนักกายภาพบำบัดในเขตสุขภาพที่ 8

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคล ด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุดตำแหน่ง รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และการได้รับการอบรมทางกายภาพบำบัด ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของนักกายภาพบำบัดในเขตสุขภาพที่ 8 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับการปฏิบัติงานของนักกายภาพบำบัดในเขตสุขภาพที่ 8

คุณลักษณะส่วนบุคคล	การปฏิบัติงานของนักกายภาพบำบัดในเขตสุขภาพที่ 8		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
1. เพศ (หญิง)	-0.058	0.500	ไม่มีความสัมพันธ์
2. อายุ	-0.080	0.353	ไม่มีความสัมพันธ์
3. ระดับการศึกษา (ปริญญาตรี)	0.132	0.122	ไม่มีความสัมพันธ์
4. ตำแหน่ง (นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ)	-0.016	0.849	ไม่มีความสัมพันธ์
5. รายได้	0.081	0.345	ไม่มีความสัมพันธ์
6. สถานภาพสมรส (สมรส)	-0.009	0.917	ไม่มีความสัมพันธ์
7. ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน	0.009	0.921	ไม่มีความสัมพันธ์
8. การได้รับการอบรมทางกายภาพบำบัด	0.025	0.775	ไม่มีความสัมพันธ์

ความสัมพันธ์ระหว่างสุนทรียทัศนภาวะผู้นำกับการปฏิบัติงานของนักกายภาพบำบัดในเขตสุขภาพที่ 8

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ภาพรวมสุนทรียทัศนภาวะผู้นำมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานของนักกายภาพบำบัดในเขตสุขภาพที่ 8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.740$, $p\text{-value} < 0.001$) เมื่อพิจารณาสุนทรียทัศนภาวะผู้นำรายด้าน พบว่าด้านที่มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานของนักกายภาพบำบัดในเขตสุขภาพที่ 8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งหมด 2 ด้าน ดังนี้ ด้านทักษะในการวางแผนจัดองค์กร ($r = 0.741$, $p\text{-value} < 0.001$) และ

ด้านทักษะในการสอนงาน ($r = 0.709$, $p\text{-value} < 0.001$) และส่วนด้านมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานของนักกายภาพบำบัดในเขตสุขภาพที่ 8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งหมด 6 ด้าน ดังนี้ ด้านทักษะในการพัฒนาตนเอง ($r = 0.539$, $p\text{-value} < 0.001$) ด้านทักษะความสามารถในการนำ ($r = 0.584$, $p\text{-value} < 0.001$) ด้านทักษะในการคิดริเริ่ม ($r = 0.586$, $p\text{-value} < 0.001$) ด้านทักษะในการทำงานเป็นทีม ($r = 0.470$, $p\text{-value} < 0.001$) ด้านทักษะในการสื่อสาร ($r = 0.548$, $p\text{-value} < 0.001$) และด้านทักษะในการนำเสนอ ($r = 0.567$, $p\text{-value} < 0.001$) (ดังตารางที่ 2 และ 3 ตามลำดับ)

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างสุนทรียทักษะภาวะกับการปฏิบัติงานของนักกายภาพบำบัดในเขตสุขภาพที่ 8

สุนทรียทักษะภาวะผู้นำ	การปฏิบัติงานของนักกายภาพบำบัดในเขตสุขภาพที่ 8		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ทักษะในการพัฒนาตนเอง	0.591***	<0.001	ปานกลาง
ทักษะความสามารถในการนำ	0.565***	<0.001	ปานกลาง
ทักษะในการคิดริเริ่ม	0.572***	<0.001	ปานกลาง
ทักษะในการทำงานเป็นทีม	0.549***	<0.001	ปานกลาง
ทักษะในการวางแผน จัดองค์กร	0.741***	<0.001	สูง
ทักษะในการสื่อสาร	0.590***	<0.001	ปานกลาง
ทักษะในการสอนงาน	0.709***	<0.001	สูง
ทักษะในการนำเสนอ	0.568***	<0.001	ปานกลาง

*** ค่าระดับนัยทางสถิติที่ 0.001

ตารางที่ 3 ค่าสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของการปฏิบัติงานของนักกายภาพบำบัดในเขตสุขภาพที่ 8

ตัวแปร	B	Beta	T	p-value	R	R ²	R ² adj	R ² -change
1. ด้านทักษะในการวางแผนจัดองค์กร	0.280	0.423	6.992	<0.001	0.741	0.548	0.545	-
2. ด้านทักษะในการสอนงาน	0.185	0.271	4.163	<0.001	0.810	0.656	0.650	0.108
3. ด้านทักษะในการคิดริเริ่ม	0.149	0.237	4.427	<0.001	0.837	0.701	0.694	0.045
4. ด้านทักษะในการทำงานเป็นทีม	0.111	0.137	2.345	0.020	0.844	0.713	0.704	0.012

ค่าคงที่ 1.328, F = 82.523, p-value <0.001, R = 0.844 R² =0.713, R²adj = 0.704

การสัมภาษณ์เชิงลึก

พบประเด็นที่สำคัญ คือ การปฏิบัติงานของนักกายภาพบำบัดในเขตสุขภาพที่ 8 พบว่าการปฏิบัติงานของนักกายภาพบำบัดในเขตสุขภาพที่ 8 พบว่า การปฏิบัติงานของนักกายภาพบำบัดบาง

แห่งมีข้อจำกัดด้านการประสานงาน ดังนั้นผู้บริการและผู้ที่เกี่ยวข้อง ควรมีการประชุมเพื่อหาแนวทางการประสานงานในการทำงานให้มีประสิทธิภาพ โดยแต่ละแห่ง สามารถปรับเปลี่ยนกลวิธีในการทำงาน ให้สอดคล้องกับปัญหาที่พบ

แต่ละพื้นที่ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด นอกจากนั้น นักกายภาพบำบัดควรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับประสิทธิภาพในการประสานงานในหน่วยงานที่มีผลของการประสานงานที่ดี เพื่อเป็นแบบอย่างให้กับนักกายภาพบำบัดคนอื่น ๆ สามารถเข้าใจมองเห็นภาพ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ในอนาคต

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาการปฏิบัติงานของนักกายภาพบำบัดในเขตสุขภาพที่ 8 โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple linear regression analysis) พบว่าตัวแปรอิสระการปฏิบัติงานของนักกายภาพบำบัดในเขตสุขภาพที่ 8 ได้แก่ สุนทรียทักษะภาวะผู้นำ ด้านทักษะในการวางแผนจัดองค์กร ด้านทักษะในการสอนงาน ด้านทักษะในการคิดริเริ่ม และ ด้านทักษะในการทำงานเป็นทีม ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวมีผลและสามารถร่วมพยากรณ์การปฏิบัติงานของนักกายภาพบำบัดในเขตสุขภาพที่ 8 ได้ร้อยละ 71.3

สุนทรียทักษะภาวะผู้นำ ด้านทักษะในการวางแผนจัดองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของนักกายภาพบำบัดในเขตสุขภาพที่ 8 (p-value <0.001) ในการปฏิบัติงานของนักกายภาพบำบัดนั้น การกำหนด วัตถุประสงค์ หรือเป้าหมายขององค์กร และการกำหนดแนวทางหรือแผนการปฏิบัติงานไว้ล่วงหน้า โดยมีการกำหนดองค์ประกอบขององค์กรอย่างเป็นทางการในการทำงานเป็นหน่วยย่อยต่าง ๆ กำหนดอำนาจหน้าที่ ตลอดจนความรับผิดชอบของแต่ละหน่วยไว้ให้ชัดเจนจะทำให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปฏิบัติงาน ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้

สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า สุนทรียทักษะภาวะผู้นำด้านทักษะในการวางแผนจัดองค์กร ที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน¹⁰

สุนทรียทักษะภาวะผู้นำ ด้านทักษะในการสอนงาน ที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของนักกายภาพบำบัดในเขตสุขภาพที่ 8 (p-value <0.001) การปฏิบัติงานของนักกายภาพบำบัดที่ให้ความสำคัญกับสุนทรียทักษะภาวะผู้นำทักษะด้านการสอนงานเนื่องจากเป็นส่วนสำคัญ ที่ทำให้เป็นการแสดงถึงบุคลากรในหน่วยงานได้รับการส่งเสริมส่วนของความรู้ การอบรมเพิ่มพูนความรู้ และทักษะในการปฏิบัติงานที่รับผิดชอบ อีกทั้งนักกายภาพบำบัดมีบทบาทหน้าที่ในการถ่ายทอดความรู้ ความชำนาญ ความสามารถ และทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงานให้แก่บุคลากร รวมถึงการประเมินประสิทธิภาพและ ประสิทธิภาพบุคลากรในหน่วยงานซึ่งเป็นการพิจารณาความสำคัญของบทบาทแต่ละวิชาชีพในผลของการปฏิบัติงาน ตลอดจนนักกายภาพบำบัดมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการเพิ่มพูนความรู้ความสามารถของบุคลากรในหน่วยงานด้านการศึกษาต่อ เพื่อให้ นักกายภาพบำบัดและบุคลากรในหน่วยงานมีองค์ความรู้ที่มากขึ้นอัน จะส่งผลต่อการปฏิบัติงาน ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า สุนทรียทักษะภาวะผู้นำด้านทักษะในการสอนงานที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน⁹

สุนทรียทักษะภาวะผู้นำ ด้านทักษะในการคิดริเริ่ม (p-value <0.001) จากผลการศึกษาครั้งนี้ การปฏิบัติงานของนักกายภาพบำบัดนั้นความสามารถในการคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ ประเมินคุณค่า รวมทั้งสามารถความเข้าใจและใช้ความรู้แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นใหม่ หรือแตกต่างจากแนวทางเดิม เป็นสิ่ง ที่สำคัญในการ

คิดสร้างสรรค์สิ่งใหม่ในการดำเนินงานขององค์กร คิดค้นพัฒนาให้ได้นวัตกรรมในการดำเนินงาน วิธีการดำเนินงานใหม่ ๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของ ผลงานก้าวหน้ามากขึ้น อยู่ตลอดเวลาซึ่ง ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า สนุทริยัททักษะภาวะผู้นำ ด้านทักษะ ในการคิดริเริ่ม ที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน¹¹

สนุทริยัททักษะภาวะผู้นำ ด้านทักษะในการทำงานเป็นทีมที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ นักกายภาพบำบัดในเขตสุขภาพที่ 8 (p-value = 0.020) จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ในการปฏิบัติงานร่วมกับผู้อื่นให้บรรลุเป้าหมายเดียวกัน อย่างมีประสิทธิภาพ นั้นการยอมรับฟังความคิดเห็นและยอมรับมติของกลุ่มและการสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน ทำให้การร่วมมือ ความเคารพในทัศนคติ ความเชื่อที่แตกต่างของ บุคคลอื่น สามารถในการสร้างความสามัคคีในการทำงานเป็นกลุ่มให้บรรลุเป้าหมายได้¹¹

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล ศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนในเขตสุขภาพที่ 8 ควรส่งเสริมให้นักกายภาพบำบัดมีส่วนร่วมในการวางแผนและกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล ศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนในเขตสุขภาพที่ 8 ควรส่งเสริมพัฒนานักกายภาพบำบัดให้มีความรู้และทักษะในด้านการสอนงาน เพื่อพัฒนาการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้และการสอนงานบุคลากรในหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และ

โรงพยาบาลชุมชนในเขตสุขภาพที่ 8 ควรส่งเสริมให้นักกายภาพบำบัดมีส่วนร่วมในการทำงานทุกขั้นตอน เพื่อเป็นการเสริมสร้างความสามัคคีและการมีส่วนร่วมในการทำงานให้มากขึ้น

4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนในเขตสุขภาพที่ 8 ควรส่งเสริมให้นักกายภาพบำบัดหาแนวทางในการให้บริการใหม่ ๆ และเผยแพร่นวัตกรรมใหม่ ๆ ในกลุ่มวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนและกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติงานของนักกายภาพบำบัด

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการความรู้ในการปฏิบัติงานของนักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ที่ได้ให้คำปรึกษา แนะนำ และขอขอบคุณทุกท่านในการเก็บข้อมูลให้ความร่วมมือ และยินดีสละเวลาในการตอบแบบสอบถามทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จ ลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

1. กองบริหารสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์. กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
2. ปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2559.

3. สภากายภาพบำบัด.การวางแผน
ยุทธศาสตร์ สภากายภาพบำบัดวาระ
ปี 2560-2563. กรุงเทพฯ:
สภากายภาพบำบัด; 2560.
4. สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการ
พลเรือน. มาตรฐานตำแหน่ง
กายภาพบำบัด 2559. กรุงเทพฯ:
สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการ
พลเรือน; 2559.
5. Schermerhorn R, Hunt G, Osborn N.
Managing organization behavior
5th ed. New York: John Wiley
& Sons; 1994.
6. Crosbie R. Learning the soft skills of
leadership. Industrial and
commercial training. 2005;
37(1): 45-51.
7. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8. นโยบายเขต
สุขภาพที่ 8. อุดรธานี: สำนักงาน
เขตสุขภาพที่ 8; 2565.
8. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8. คณะกรรมการ
เครือข่ายกายภาพบำบัด เขตสุขภาพที่ 8
ปี 2565. อุดรธานี: สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8;
2565.
9. นิรุบล ดีพลกรัง, ประจักษ์ บัวผัน,
สุรัชย์ พิมหา. สุนทรียทักษะภาวะผู้นำ
และบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการ
ปฏิบัติงานของทันตแพทย์ในโรงพยาบาล
ชุมชน จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัย
มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2563;
20(2): 72-83.
10. สุระศักดิ์ เจริญคุณ, ชนะพล ศรีฤๅชา.
สุนทรียทักษะภาวะผู้นำที่มีผลต่อการ
ปฏิบัติงานตามสมรรถนะการมุ่ง
ผลสัมฤทธิ์ของผู้อำนวยการโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น.
วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2563.
13(3): 69-78.
11. รัตนาภรณ์ ประชากุล,
ชนะพล ศรีฤๅชา. สุนทรียทักษะภาวะผู้นำ
ที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ
พยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาล
ชุมชน จังหวัดขอนแก่น.
วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2562.
19(1): 86-96.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาอาชีวศึกษา อายุ 15-24 ปีที่กำลังศึกษาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

ชลฎา ชินตุ¹, นภาพร สุขแก้ว¹, ศันสนีย์ จันทสุข², กฤษกันทร สุวรรณพันธ์²

(วันที่รับบทความ: 29 กันยายน 2566; วันที่แก้ไข: 5 ตุลาคม 2566; วันที่ตอบรับ: 1 กุมภาพันธ์ 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาอาชีวศึกษาอายุ 15-24 ปี ที่กำลังศึกษาในเขตอำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น จากประชากรจำนวน 340 คน สุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบได้กลุ่มตัวอย่าง 160 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบมีโครงสร้างที่ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.80 ใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบไปด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด สถิติเชิงอนุมานใช้สถิติพหุคูณด้อยโลจิสติกในการประเมินปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ของนักศึกษาอาชีวศึกษา นำเสนอค่า Adjusted OR ที่ช่วงความเชื่อมั่น 95%CI, p-value

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.74 ความชุกของการมีเพศสัมพันธ์ในนักศึกษาอาชีวศึกษาคิดเป็นร้อยละ 47.76 พฤติกรรมเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ระดับความรู้เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ คิดเป็น 3.14 เท่า เมื่อเทียบกับระดับความรู้ต่ำถึงปานกลาง (AOR = 3.14 ; 95% CI 1.40 to 7.06 p-value = 0.006) และการได้รับอิทธิพลจากเพื่อนอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก คิดเป็น 2.51 เท่า เมื่อเทียบกับระดับการได้รับอิทธิพลจากเพื่อนระดับน้อย (AOR = 2.51 ; 95% CI 1.29 to 4.89 p-value = 0.007)

คำสำคัญ: การมีเพศสัมพันธ์, พฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์, การส่งเสริมสุขภาวะทางเพศ, นักเรียนอาชีวศึกษา

¹ นักศึกษา, หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,

E-mail: 63202302010@scphkk.ac.th, 63202302020@scphkk.ac.th

² อาจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: sansanee@scphkk.ac.th, kritkantorn@scphkk.ac.th

Corresponding author: กฤษกันทร สุวรรณพันธ์, E-mail: kritkantorn@scphkk.ac.th

Factors associated with Unsafe Sex Behaviors among Vocational College Students age 15-24 in Mueang District, Khon Kaen Province

Chollada Chintu¹, Naphagon Sukkaew¹, Sansanee Chanthasukh², Kritkantorn Suwannaphant²

(Received: 29th September 2023; Revised: 5th October 2023; Accepted: 1st February 2024)

Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to describe associated factors with an unsafe sex behavior among vocational college students aged 15-24 in Mueang District, Khon Kaen Province. 160 from total 340 people were selected by a systematic randomly sampling method to response with a structured questionnaire that was validated by 3 experts and had a high reliability (Cronbach's alpha coefficient = 0.80). Descriptive statistics were used percentage, average, standard deviation, minimum. Inferential statistics used multiple logistic regression to evaluate factors associated with pregnancy risk behaviors of vocational students, AOR were presented at a confidence interval of 95% CI.

The findings revealed that more than half of the samples were female. (64.74%) The prevalence of sexual intercourse among vocational students was 47.76%. Risk behavior and risk factors that take the possibility of sexual intercourse presented at a moderate. Knowledge of sexual intercross level 3.14 times higher than low to moderate knowledge level (AOR = 2.68; 95% CI 1.40 to 7.06 p-value = 0.006) and had been being influenced by friend at a moderate to high level, accounting for 2.51 times greater than at a low level. (AOR = 2.17; 95% CI 1.29 to 4.89 p-value = 0.007)

Keywords: Sexual intercourse, Risky sexual behavior, Sexual health promotion, Vocational students

¹ Student, 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: 63202302010@scphkk.ac.th, 63202302020@scphkk.ac.th

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

Corresponding author: Kritkantorn Suwannaphant, E-mail: kritkantorn@scphkk.ac.th

บทนำ

สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ โดยองค์การอนามัยโลกได้กำหนดอัตราการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นหญิงไม่ควรเกิน ร้อยละ 10¹ ในปี 2019 วัยรุ่นอายุ 15-19 ปีในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง (LMICs) มีการตั้งครรภ์ประมาณ 21 ล้านครั้งในแต่ละปี โดยประมาณ 50% เป็นการตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจ และส่งผลให้มีการตั้งครรภ์ประมาณ 12 ล้านคน จากข้อมูลในปี 2019 พบว่า 55% ของการตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจในวัยรุ่นหญิงอายุ 15-19 ปีจบลงด้วยการทำแท้ง ซึ่งมักไม่ปลอดภัยในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง^{1,2}

สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 7 พบว่า มีอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี โดยจังหวัดกาฬสินธุ์พบมากที่สุดคือ ร้อยละ 24.32 รองลงมาเป็นขอนแก่น ร้อยเอ็ด และมหาสารคาม ร้อยละ 23.41, 20.39 และ 13.21 ตามลำดับ อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี ต่อพันประชากรคิดเป็นอัตราร้อยละ 0.78 ไม่เกินเป้าหมายที่กำหนดไว้คือไม่เกิน 1.2 เมื่อพิจารณารายจังหวัดพบว่า จังหวัดขอนแก่นมีอัตราการคลอดมีชีพของในหญิงอายุ 10-14 ปี มากที่สุดคือ ร้อยละ 1.11 ส่วนการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี พบว่ามีอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำคิดเป็นร้อยละ 14.43 (ไม่เกินร้อยละ 12.5) โดยพบมากที่สุดคือ จังหวัดร้อยเอ็ด ร้อยละ 17.42 รองลงมาเป็นกาฬสินธุ์ ร้อยละ 13.86 ขอนแก่น ร้อยละ 14.74³

ปัจจัยเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันสมควรในสตรีวัยรุ่น มีอยู่มากมายหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ ความยากจนที่อาจทำ

ให้ขาดโอกาสด้านการศึกษา การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศวิธีการคุมกำเนิดที่ถูกต้องรวมถึงการล่วงละเมิดทางเพศ และการข่มขืนเป็นต้น ส่วนปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัว เช่น ความรุนแรงภายในครอบครัว และการที่พ่อแม่หรือผู้ปกครองไม่สามารถเป็นที่ปรึกษาเรื่องเพศให้กับวัยรุ่นได้ และปัจจัยด้านค่านิยมทางเพศ เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับการแต่งงานตั้งแต่อายุน้อยโดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา หรือจะเป็นความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาวนลงสนตัว เป็นต้น⁴

มีรายงานการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนและนักศึกษาจำนวนมาก ไม่ว่าจะเป็นการศึกษาในประเทศไทย โชติชัย และคณะ⁵, ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายหรือการศึกษาของมาลี สบายยิ่ง⁶ ได้ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในสังคมสมัยใหม่ หรือการศึกษาของพรนภา มะโนนิก บุญฐิตา สัตยกิจกุล และวรุฒิ ชมพูพาน⁷ ได้ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนอำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาในกลุ่มที่เฉพาะเจาะจงในกลุ่มของอาชีวศึกษา คณะผู้จัดทำจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาอาชีวศึกษา อายุ 15-24 ปีที่กำลังศึกษาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่นเพื่อนำไปวางแผนการปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมและช่วยพัฒนาความรู้ด้านของนักศึกษาอาชีวศึกษา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของการมีเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาอาชีวศึกษาอายุ 15-24 ปีที่กำลังศึกษาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาอาชีวศึกษาอายุ 15-24 ปีที่กำลังศึกษาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ของนักศึกษาอาชีวศึกษาอายุ 15 - 24 ปีที่กำลังศึกษาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) ดำเนินการวิจัยในช่วง ธันวาคม พ.ศ.2565-กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 ประชากรที่ศึกษาคือ นักศึกษาอาชีวศึกษาอายุ 15-24 ปีที่กำลังศึกษาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 340 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) และเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นนักศึกษาที่กำลังศึกษาในอาชีวศึกษาเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ในปีการศึกษา 2565

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. ในช่วงวันของการเก็บข้อมูลไม่สามารถให้ข้อมูลได้

2. มีปัญหาด้านสุขภาพที่ทำให้ไม่สามารถตัดสินใจเข้าร่วมโครงการได้

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน จึงมีการคำนวณขนาดโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากร กรณีประชากรมีขนาดเล็กดังนี้

$$\text{จากสูตร } n = \frac{nz_{\alpha/2}^2 p(1-p)}{e^2(N-1) + z_{\alpha/2}^2 p(1-p)}$$

โดยที่กำหนด n คือ ขนาดของตัวอย่าง

N = จำนวนประชากรทั้งหมด 340 คน

α = ความผิดพลาดของการสรุปลักษณะ

ประชากรจากค่าสถิติของตัวอย่าง ($\alpha=0.05$)

e = ความคลาดเคลื่อนของการประมาณค่า

โดยกำหนดให้ความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.06

z = ค่าสถิติแจกแจงมาตรฐานเมื่อกำหนด

1.96 ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

P = ค่าสัดส่วนตัวแปรการประมาณค่า

ในที่นี้ สัดส่วนการเคยมีเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาอาชีวศึกษา ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมไทย โชติไชย และคณะ⁵ ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายคิดเป็นร้อยละ 25 ดังนั้น $p=0.25$ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 120 คน

เพื่อป้องกันข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนหรือไม่สมบูรณ์ จึงเก็บข้อมูลเพิ่มเติมอีกร้อยละ 10 (ร้อยละ 10 ของ 120 เท่ากับ 14 คน) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 134 คน สุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified sampling)

ตามระดับชั้น เมื่อได้จำนวนตัวอย่างประชากรในแต่ละระดับชั้นแล้วทำการสุ่มอย่างง่าย (sample random sampling) ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละห้อง ให้ได้จำนวนที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถาม ซึ่งมี 5 ส่วน ได้แก่ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล (จำนวน 7 ข้อ) ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านปัจจัยนำ (ความรู้ความเข้าใจเรื่องเพศสัมพันธ์ และทัศนคติและการรับรู้ ต่อการมีเพศสัมพันธ์ จำนวน 20 ข้อ) มีข้อคำถามเชิงลบและข้อคำถามเชิงบวก ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านปัจจัยเอื้อ (สภาพแวดล้อมที่พกอาศัยปัจจุบัน และทักษะส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ) ส่วนที่ 4 ด้านปัจจัยเสริม (แรงสนับสนุนจากครอบครัว และการคบเพื่อนที่มีพฤติกรรมเสี่ยง จำนวน 6 ข้อ) ส่วนที่ 5 พฤติกรรมเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ (พฤติกรรมการเลี้ยงดูสัมพันธ์ภาพในครอบครัว และการได้รับอิทธิพลจากเพื่อน จำนวน 25 ข้อ)

ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน หาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถามจำนวน 51 ข้อ ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.67 ตรวจสอบความเชื่อถือได้ (Reliability) โดยหาค่า แอลฟาของคอนบราค Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.80 ซึ่งได้ค่าแบบสอบถามดังนี้ 1) ทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์และการรับรู้ความสามารถของตนเองมีค่าความเชื่อมั่น 0.62 2) ทักษะส่วนบุคคลมีค่าความเชื่อมั่น 0.35 3) แรงสนับสนุนจากครอบครัว และการคบเพื่อนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงมีค่าความเชื่อมั่น 0.37 4) พฤติกรรมเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์มีค่าความเชื่อมั่น 0.83 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยทีมวิจัยที่ผ่านการชี้แจงความรู้ความเข้าใจในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ถูกต้องและตรงกันตรวจสอบความครบถ้วน สมบูรณ์ ของ

ข้อมูล และวิเคราะห์ค่าทางสถิติ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) คือ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum) และสถิติอนุมาน (Inference statistics) ใช้ Logistic regression analysis เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์อย่างหยาบ (Crude analysis) โดยวิเคราะห์ทีละคู่ (Bivariate) ผลที่ได้คือ Crude odd และ p-value

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ HE652073 วันที่ 4 พฤศจิกายน 2565 ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมในการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่ เข้าร่วมการวิจัย ครั้งนี้ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่างที่ทำการวิจัย และหน่วยงานที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยสังกัดอยู่ โดยผู้วิจัยจะเสนอผลการวิจัยในภาพรวมและนำมาใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการศึกษาการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 60.74 มีอายุเฉลี่ยของอายุ 17.52 ปี (S.D. = 2.07) ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือน 6983.75 บาท (S.D. = 3063.29) ค่าใช้จ่ายสูงสุด 15,000 บาท และสถานภาพสมรสของบิดามารดา คืออยู่ด้วยกัน ร้อยละ 53.13

2. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาอาชีวศึกษาที่กำลังศึกษาในเขตอำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาอาชีวศึกษาที่กำลังศึกษาในเขตอำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 160 คนพบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 56.25 และเคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 43.75

3. แรงสนับสนุนจากครอบครัว

จากผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่มีระดับแรงสนับสนุนจากครอบครัว และการคบเพื่อนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.38 รองลงมาคือ ระดับแรงสนับสนุนจากครอบครัว และการคบเพื่อนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 34.38 และระดับแรงสนับสนุนจากครอบครัว และการคบเพื่อนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ใน

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาอาชีวศึกษา

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	% การมีเพศสัมพันธ์		OR	95%CI	p-value
		เคย 43.75	ไม่เคย 56.25			
เพศ						0.052
หญิง	87	36.78	63.22	1		
ชาย	73	52.05	47.95	1.87	0.99 to 3.51	
อายุ (ปี)						0.867
<18	104	43.27	56.73	1		
>18	56	44.64	55.36	1.06	0.55 to 2.03	
ค่าใช้จ่ายต่อเดือน (บาท)						0.581
<6,000	81	40.74	59.26	1		
6,000-8,999	31	41.94	58.06	1.05	0.45 to 2.43	
≥9,000	48	50.00	50.00	1.45	0.71 to 2.98	
ที่อยู่/ที่พักอาศัยในปัจจุบัน						0.724
บ้านตัวเอง	103	42.72	57.28	1		
หอพัก/บ้านเช่า/อื่น ๆ	57	45.61	54.39	1.12	0.59 to 2.16	
สถานภาพสมรสของบิดามารดา						0.097
อยู่ด้วยกัน	85	37.65	62.35	1		

ระดับต่ำ ร้อยละ 6.25 โดยข้อที่ตอบในระดับมากถึงมากที่สุด ได้แก่ ความหวาดกลัวจากการถูกทำโทษ หรือ โดนดุด่าจากผู้ปกครอง ทำให้ปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 25.63 ตามลำดับ

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาอาชีวศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น (วิเคราะห์ทีละคู่)

ได้แก่ เพศ (OR = 1.87; 95% CI 0.99 to 3.51 p-value = 0.052) สถานภาพสมรสของบิดามารดาเพศ (OR= 1.70; 95% CI 0.91 to 3.20 p-value = 0.097) ระดับความรู้เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ (OR = 2.68 ; 95% CI 1.23 to 5.84 p-value = 0.010) และระดับการได้รับอิทธิพลจากเพื่อน (OR = 2.17 ; 95% CI 1.15 to 4.11 p-value = 0.016) (ดังตารางที่ 1)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	% การมีเพศสัมพันธ์		OR	95%CI	p-value
		เคย	ไม่เคย			
		43.75	56.25			
แยกกันอยู่/หย่าร้าง	75	50.67	49.33	1.70	0.91 to 3.20	
ระดับความรู้เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์						0.010
ระดับต่ำถึงปานกลาง	41	26.83	73.17	1		
ระดับสูง	119	49.58	50.42	2.68	1.23 to 5.84	
ระดับการได้รับอิทธิพลจากเพื่อน						0.016
ระดับน้อย	88	35.23	64.77	1		
ระดับปานกลางถึงมาก	72	54.17	45.83	2.17	1.15 to 4.11	

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์หลายตัวแปร (Multivariable analysis) ใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression) ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์แบบขจัดออกทีละตัว (Backward elimination) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ระดับความรู้เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ คิดเป็น 3.14

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาอาชีวศึกษา (n=160)

ปัจจัย	จำนวน	% การมีเพศสัมพันธ์		OR	Adj.OR	95%CI	p-value
		เคย	ไม่เคย				
		43.75	56.25				
ระดับความรู้เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์							0.006
ระดับต่ำถึงปานกลาง	41	26.83	73.17	1			
ระดับสูง	119	49.58	50.42	2.68	3.14	1.40 to 7.06	
ระดับการได้รับอิทธิพลจากเพื่อน							0.007
ระดับน้อย	88	35.23	64.77	1			
ระดับปานกลางถึงมาก	72	54.17	45.83	2.17	2.51	1.29 to 4.89	

การอภิปรายผล

ความชุกของการมีเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาอาชีวศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่าง เคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 47.76 ระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาอาชีวศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วน

ใหญ่มีระดับพฤติกรรมเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.48 จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ปฏิบัติบ่อยครั้งถึงปฏิบัติประจำ ได้แก่ การอยู่ในที่ลับตาคนกับเพศตรง

ข้าม/คู่รัก ร้อยละ 61.20 รองลงมาคือ หากหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ไม่ได้ จะใช้วิธีคุมกำเนิด เช่น การใส่ถุงยางอนามัย การกินยาเม็ดคุมกำเนิด ร้อยละ 41.79 สอดคล้องกับการศึกษาของ ปัญญ์กรินทร์ หอยรัตน์ และปราโมทย์ วงสวัสดิ์ ที่ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา⁸ พบว่า การอยู่กับแฟนหรือคนที่ชอบตามลำพัง (OR = 6.40, 95% CI = 3.38-12.11) ความอยากรู้ อยากลองต่อการมีเพศสัมพันธ์ (OR = 1.09, 95% CI = 1.04-1.15) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ภาสิต ศิริเทศ ,ประกายรัตน์ ทุนิจ, รัฐธรา เหมทอง และกาญจนา บุศราทิจ⁹ ที่ศึกษาความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเจตคติการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี พบว่า มีการป้องกันโดยการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ร้อยละ 24.80 และพบว่า มีสถานภาพสมรสของบิดา มารดา ที่แยกกันอยู่ หย่าร้าง และอื่น ๆ ร้อยละ 57.74 สอดคล้องกับการศึกษาของ เทพไทย โชติไชย, เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ, ปรีชา สุวรรณทอง, ศันสนีย์ จันทสุข, ภาณุวัฒน์ ศรีโยธา และอ้อยทิพย์ บัวจันทร์⁶ ที่ศึกษา พฤติกรรมเสี่ยงและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า สถานภาพสมรสของบิดา มารดา ที่แยกกันอยู่ ร้อยละ 43.3

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การอยู่ในที่ลับตาคนกับเพศตรงข้าม/คู่รัก, มีความอยากรู้ อยากลองในการมีเพศสัมพันธ์⁴ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนมีเพศสัมพันธ์⁵ ซึ่งจะเห็นได้ว่า การอยู่ในที่ลับตา ความอยากรู้ อยากลอง การดื่มแอลกอฮอล์ จะเป็นสิ่งกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดอารมณ์ทางเพศ และวัยรุ่นบางคนมีบุคคลต้นแบบที่มีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม ทั้งนี้ยัง

พบว่า ปัจจัยด้าน เพศ อายุ ค่าใช้จ่ายต่อสัปดาห์ มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ของแบนดูรา (Bandura 1997) ที่ระบุว่าปัจจัยภายในตัวบุคคลทั้งในส่วนของ การเห็นคุณค่าในตนเอง และปัจจัยภายนอกมีอิทธิพลซึ่งกันและกันและสัมพันธ์กันที่ส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมของมนุษย์ได้¹⁰

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาอาชีวศึกษา อายุ 15-24 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่เคยมีเพศสัมพันธ์ ดังนั้น ครู ผู้ปกครอง และหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ ควรมีการจัดการปัญหาต่าง ๆ เช่น จัดทำสื่อการสอนเกี่ยวกับโรคที่เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ และการจัดกิจกรรมให้ทันต่อความคิดของนักศึกษา

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรวิจัยและพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นให้เหมาะสมกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะผู้บริหาร ครู อาจารย์ รวมถึงนักศึกษาที่ได้ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล รวบรวมข้อมูล ขอขอบพระคุณท่านผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจเครื่องมือระเบียบวิธีวิจัยมีความสมบูรณ์มากขึ้นรวมถึงให้คำแนะนำในการวิเคราะห์ข้อมูลงานวิจัยสำเร็จสมบูรณ์และขอขอบคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ทำให้วิจัยเล่มนี้เสร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. Sully EA, Biddlecom A, Daroch J, Riley T, Ashford L, Lince-Deroche N et al., Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019. New York: Guttmacher Institute; 2020.

2. Darroch J, Woog V, Bankole A, Ashford LS. Adding it up: Costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents. New York: Guttmacher Institute; 2016.
3. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลด้าน การแพทย์ Health Data Center (HDC) ระดับจังหวัด, ระดับเขตและระดับกระทรวง [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 24 มี.ค. 2565] เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page>
4. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. โครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาการ ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ปีงบประมาณ 2563 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 22 ก.ค. 2565] เข้าถึงได้จาก: <https://doc.anamai.moph.go.th/index.php?r=str-project/view&id=3694>
5. เทพไทย โชติไชย, เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ, ปรีชา สุวรรณทอง, ศันสนีย์ จันทสุข, ภาณุวัฒน์ ศรีโยธา, อ้อยทิพย์ บัวจันทร์. พฤติกรรมเสี่ยงและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและ การสาธารณสุขภาคใต้. 2564; 8(1): 278-92.
6. มาลี สบายยิ่ง. พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในสังคม สมัยปัจจุบัน. วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2561; 3(30): 121-27.
7. พรนภา มะโนนิก, บุญจิตา สัตยกิจกุล, วรวิมล ชมพูพาน. สถานการณ์และปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายใน โรงเรียนอำเภอแห่งหนึ่ง ในจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและ การสาธารณสุขชุมชน. 2564; 4(1): 105-18.
8. ปัญญ์กรินทร์ หอยรัตน์, ปราโมทย์ วงสวัสดิ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้น มัธยมศึกษา. วารสารวิจัยสุขภาพและ การพยาบาล 2563; 36(1): 149-63.
9. ภาสิต ศิริเทศ, ประกายรัตน์ ทุนิจ, วรรณฐา เหมทอง, กาญจนา บุศราทิจ. ความรู้เรื่อง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเจตคติ การป้องกันโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ตาม พระราชบัญญัติ โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในเขตพื้นที่ อำเภอเมืองจังหวัดเพชรบุรี ปี 2563. วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข. 2563; 6(ฉบับเพิ่มเติม): S53-S70.
10. Bandura A. Self-Efficacy: The Exercise of Control. W.H. Freeman and Company. New York: Henry Holt & Co.; 1997.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงในอำเภอเมืองสงขลา

สวรรคยา รักษาชล¹ อิบตีซาน เจ๊ะอุบง² ขจรศักดิ์ ไชยนาพงศ์²

(วันที่รับบทความ: 20 ตุลาคม 2566; วันที่แก้ไข: 15 พฤศจิกายน 2566; วันที่ตอบรับ: 28 มกราคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในอำเภอเมืองสงขลา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 201 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไค-สแควร์

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงระดับปานกลาง ร้อยละ 47.26 รองลงมา มีพฤติกรรมเสี่ยงระดับสูง ร้อยละ 27.86 จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า อายุ โรคประจำตัว ประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนเพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ อาชีพและความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ดังนั้น ควรเน้นการสร้างความตระหนักและปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะกลุ่มที่มีอายุมาก มีโรคประจำตัวอื่น ๆ ร่วมด้วย และผู้ที่มีครอบครัวมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน เพื่อหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค ลดอัตราป่วยและอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองได้

คำสำคัญ: พฤติกรรมเสี่ยง, โรคหลอดเลือดสมอง, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

¹ นักวิชาการสาธารณสุข, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งใหญ่ จังหวัดสงขลา,

E-mail: sawanyaraksachol@gmail.com

² อาจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์,

สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: ibteesan60649@gmail.com, E-mail: Kajornsak@yala.ac.th

Corresponding author: อิบตีซาน เจ๊ะอุบง, E-mail: ibteesan60649@gmail.com

Factors Associated with Risk Behaviors of Stroke among Hypertensive Patients in Muang District, Songkhla Province

Sawanya Raksachol¹, Ibteesan Che-u-bong², Kajornsak Chainapong²

(Received: 20th October 2023; Revised: 15th November 2023; Accepted: 28th January 2024)

Abstract

The objective of this cross-sectional analytical research was to study risk behaviors of stroke level and factors associated with risk behaviors of stroke among hypertensive patients in Muang district, Songkhla province. The participants were 201 hypertensive patients selected by multistage random sampling. Data were collected by Self-administered questionnaire. The descriptive statistics and the Chi-Square for the associated factors with satisfaction with access to risk behaviors of stroke among hypertensive patients.

The majority of respondents (47.26%) exhibited a moderate level. Furthermore, 27.86% of respondents had a high level. The association found that age, underlying disease, family history of stroke, and attitude were significantly associated with risk behaviors of stroke among hypertensive patients (p-value <0.05). However, gender, education, marital status, income, occupation, and knowledge were not associated with risk behaviors of stroke among hypertensive patients.

Therefore, it is important to raise awareness and modify attitudes among hypertensive patients, especially those of older age, underlying disease, and a family history of stroke, to avoid risk behaviors, reduce the incidence and mortality rate of stroke.

Keywords: Risk behaviors, Stroke, Hypertensive patients

¹ Public health technical officer, Ban Thung Yai Health Promoting Hospital, Songkhla Province, E-mail: sawanyaraksachol@gmail.com

² Lecturer, Sirindhorn College of Public Health, Yala, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, E-mail: ibteesan60649@gmail.com, E-mail: Kajornsak@yala.ac.th

Corresponding author: Ibteesan Che-u-bong, E-mail: ibteesan60649@gmail.com

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการหรือทุพพลภาพ และจัดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองของประชากรทั่วโลก ตั้งแต่ปี พ.ศ.2533 ถึง พ.ศ.2562 พบว่าอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ร้อยละ 70 อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ร้อยละ 43 ความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ร้อยละ 102 และการสูญเสียปีสุขภาวะเพิ่มขึ้น ร้อยละ 143¹ โดยปัจจัยสำคัญที่เป็นสาเหตุคือ โรคความดันโลหิตสูงพบมากถึง ร้อยละ 53 และพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีผู้เสียชีวิตมากถึง 5.5 ล้านคน พบผู้ป่วยรายใหม่ถึง 13.7 ล้านคนต่อปี และยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปี จากการสำรวจปี พ.ศ.2562 ผลการประมาณการความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชากรโลกพบว่า ทุก ๆ 4 คนของประชากรโลกจะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน โดย ร้อยละ 80 ของประชากรโลกมีความเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้² เมื่อป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้ว แม้ว่าจะรอดชีวิตมาก็มีความบกพร่องหรือความพิการของร่างกาย อีกทั้งส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ ความเป็นอยู่ และสังคมของผู้ป่วย รวมถึงครอบครัวที่ต้องรับภาระและสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแล³

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ส่วนใหญ่สาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม⁴ โดยปัจจัยที่ส่งเสริมการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีทั้งปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันไม่ได้และป้องกันได้ โดยปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันไม่ได้ เช่น เพศ พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง อายุ พบว่าคนที่มีอายุ

มากกว่า 65 ปี มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูง และผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคนี้มากกว่าประชากรทั่วไป และผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน คอเลสเตอรอลในเลือดสูง เป็นต้น ส่วนปัจจัยที่สามารถป้องกันได้ ส่วนใหญ่จะเป็นพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่จัดมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ การดื่มสุรา พบว่าผู้ที่ดื่มจะมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าคนปกติ^{4,5} เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองพบว่า พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง⁶ นอกจากนี้ พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง⁷ และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง⁸ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรม (KAP) ของ Schwartz (1975) ที่ได้กล่าวไว้ว่าทั้ง 3 ปัจจัยมีความสัมพันธ์กัน⁹

โรคหลอดเลือดสมองนับเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงมากขึ้น โดยมีอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2565 เท่ากับ 330.72 ต่อประชากรแสนคน อัตราการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ร้อยละ 7.36 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 10.92¹⁰ และปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไทย นั้นคือ ความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุสำคัญ

ที่ทำให้ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและเป็นปัญหาที่กำลังมีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูงจะไม่มีสัญญาณเตือนให้เห็นจึงมักจะถูกเรียกว่าเป็น “ฆาตกรเงียบ”¹¹

สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดสงขลา พบว่า อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันในประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2560-2565 เท่ากับ 255.96, 295.54, 318.67, 307, 304.58 และ 298.54 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ¹⁰ และอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน ปี พ.ศ. 2560-2564 เท่ากับ 48.30, 40.53, 49.15, 42.61 และ 50.28 ตามลำดับ¹² ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่วนอำเภอเมืองสงขลามีอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงสุดอันดับที่ 1 ของจังหวัดสงขลาอย่างต่อเนื่อง เมื่อเปรียบเทียบกับอำเภออื่นๆ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561-2565 เท่ากับ ร้อยละ 2.25, 2.30, 2.33, 2.35 และ 2.22 ตามลำดับ นอกจากนี้ อัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสงขลา ปีงบประมาณ 2566 พบว่า อำเภอเมืองมีอัตราการป่วยสูงสุดเป็นอันดับที่สองเท่ากับ ร้อยละ 2.10 รองมาจากอำเภอจะนะเท่ากับ ร้อยละ 2.28¹³

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอเมืองสงขลา ซึ่งบุคลากรทางแพทย์สามารถนำข้อมูลไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นโรคเฉียบพลันและเป็นอันตรายถึงชีวิตได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในอำเภอเมืองสงขลา

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมืองสงขลา โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสงขลา จำนวน 24,879 คน

กลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยได้จากการคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.9.7 ด้วยวิธีกำหนดขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (medium) เท่ากับ 0.30 gold standard ของการกำหนดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำซึ่งกำหนดค่า Effect size เท่ากับ 0.3 หมายถึงมีขนาดอิทธิพลในระดับปานกลาง (Medium) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 0.05¹⁴ ค่าอำนาจทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.80 ค่าองศาอิสระของตัวแบบ (df) เท่ากับ 8 คำนวณจาก $df = (r-1)*(c-1)$ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 167 คน แล้วจึงใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย จากรายชื่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสงขลา มาทั้งหมด 4 แห่ง ได้แก่ รพ.สต.นาบอง รพ.สต.เขารูปช้าง สาขา1 (เคหะ) รพ.สต.พะวง และ รพ.สต.ทุ่งใหญ่ และทำการสุ่มอย่างมีระบบจากบัญชีผู้ที่มารับบริการตรวจคลินิกโรคความดันโลหิตสูงในวันที่มีคลินิกของ รพ.สต. และผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์และความคลาดเคลื่อนของข้อมูล โดยใช้สูตรการปรับขนาดสัดส่วน¹⁵ กำหนดสัดส่วนการตอบกลับไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน ร้อยละ 20 จึงต้องเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 42 คน ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด 209 คน และก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความ

ถูกต้องและครบถ้วนของแบบสอบถาม จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ทั้งหมด 201 คน ซึ่งกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่างคือ 1. เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในวันที่มีคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ภายในเดือนพฤษภาคมถึงกรกฎาคม 2566 2. เป็นผู้มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์สามารถสื่อสารภาษาไทยได้และไม่มีปัญหาในการได้ยิน และ 3. เป็นผู้มีความยินยอมและให้ความร่วมมือส่วนเกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่างคือ 1. ผู้ที่ไม่สุขสบาย ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้และ 2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ อาชีพ และประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว จำนวน 7 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามเลือกตอบและแบบเติมข้อความ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมเสี่ยงต่อเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check List) คือ ใช่หรือไม่ใช่ จำนวน 10 ข้อ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน ใช้เกณฑ์ประเมินของบลูม¹⁶ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

เท่ากับหรือมากกว่า ร้อยละ 80 (8-10 คะแนน) หมายถึง ความรู้ระดับมาก

ระหว่าง ร้อยละ 60 -79 (6-7 คะแนน)หมายถึง ความรู้ระดับปานกลาง

น้อยกว่า ร้อยละ 60 (0-5 คะแนน) หมายถึง ความรู้ระดับน้อย

ส่วนที่ 3 ทศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยกำหนดคำตอบเป็น 3 ระดับคือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วยให้เลือกตอบเพียงตัวเลือกเดียวตามความรู้สึกและความเชื่อ

จำนวน 10 ข้อ ใช้เกณฑ์ประเมินของเบสท์¹⁷ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.00 หมายถึง ทศนคติระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 1.67 - 2.33 หมายถึง ทศนคติระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.66 หมายถึง ทศนคติระดับไม่ดี

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมเสี่ยงต่อเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยกำหนดคำตอบเป็น 3 ระดับคือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ ให้เลือกตอบเพียงตัวเลือกเดียวตามการปฏิบัติ จำนวน 30 ข้อ ใช้เกณฑ์ประเมินของเบสท์¹⁷ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.00 หมายถึง พฤติกรรมเสี่ยงระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 1.67 - 2.33 หมายถึง พฤติกรรมเสี่ยงระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.66 หมายถึง พฤติกรรมเสี่ยงระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของระเบียบวิธีวิจัย ความตรงของเนื้อหาและความยากง่ายของภาษา โดยหาค่าความสอดคล้อง (IOC) แบบสอบถามทุกข้อที่นำมาใช้ มีค่า IOC ของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.896 และเมื่อนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีบริบทคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Kuder-Richardson 20 สำหรับการหาค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.702 และใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach สำหรับแบบสอบถามทศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

เท่ากับ 0.764 และแบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 0.728

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมืองสงขลาที่มารับบริการกลุ่มในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงกรกฎาคม 2566 โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลและทำการแจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยให้คำแนะนำหรือคำชี้แจงให้แก่ผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลได้เข้าใจวิธีการและข้อมูลที่ต้องการเก็บรวบรวม หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลทุกชุดเสร็จแล้ว ผู้ศึกษาได้นำมาตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถามแต่ละชุด เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติ ดังนี้

1. ระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตาราง 1 แสดงจำนวนและ ร้อยละของระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (n=201)

ระดับพฤติกรรมเสี่ยง	จำนวน (คน)	ร้อยละ	95%CI
สูง	56	27.86	21.90 - 34.33
ปานกลาง	95	47.26	39.80 - 53.73
ต่ำ	50	24.88	18.91 - 30.85
รวม	201	100.00	100.00 -100.00

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมืองสงขลา

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ พบว่า อายุ (p-value = 0.012) โรคประจำตัว (p-value <0.001) ประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว (p-value = 0.001) และทัศนคติ (p-value =

0.048) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในอำเภอเมืองสงขลา โดยใช้สถิติไค-สแควร์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยด้านการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสงขลา รหัสหนังสือรับรอง SKH IRB 2023-Gov-O3-1025

ผลการวิจัย

1. ศีรษะระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมืองสงขลา

พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมืองสงขลา ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.26 รองลงมา มีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 27.86 และมีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 24.88 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 1)

มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) ส่วนเพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ อาชีพและความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ตาราง 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (n=201)

ปัจจัย	พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง			χ^2	p-value
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ				2.234	0.327
ชาย	14(32.56)	22(51.16)	7(16.28)		
หญิง	42(26.58)	73(46.20)	43(27.22)		
อายุ				12.790	0.012*
≤ 34 ปี	17(22.08)	35(45.45)	25(32.47)		
35-49 ปี	17(22.97)	37(50.00)	20(27.03)		
≥ 50 ปี	22(44.00)	23(46.00)	5(10.00)		
Mean=41.33, S.D.=12.15					
ระดับการศึกษา				10.831	0.211
ไม่ได้เรียนหนังสือ	6(37.50)	6(37.50)	4(25.00)		
ประถมศึกษา	9(37.50)	12(50.00)	3(12.50)		
มัธยมศึกษา	11(35.48)	15(48.39)	5(16.13)		
อาชีวศึกษา/อนุปริญญา	15(27.78)	28(51.85)	11(20.37)		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	15(19.74)	34(44.74)	27(35.52)		
สถานภาพสมรส				8.233	0.083
โสด	20(37.04)	23(42.59)	11(20.37)		
สมรส	23(23.00)	45(45.00)	32(32.00)		
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	13(27.66)	27(57.45)	7(14.89)		
รายได้				8.935	0.063
≤ 5,000 บาท	16(21.27)	33(55.93)	10(16.95)		
5,001-10,000 บาท	29(38.87)	42(46.51)	20(21.98)		
≥10,001	11(21.57)	20(39.22)	20(39.22)		
Mean=8,315.42, S.D.=5,872.56					
อาชีพ				7.865	0.447
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	7(21.21)	14(42.42)	12(36.37)		
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	10(27.03)	19(51.35)	8(21.62)		
รับจ้าง	15(26.32)	25(43.86)	17(29.82)		
เกษตรกร	12(27.91)	21(48.84)	10(23.25)		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	12(38.71)	16(51.61)	3(9.68)		

ปัจจัย	พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง			χ^2	p-value
	สูง จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)		
โรคประจำตัว					
ไม่มี	14(15.22)	42(45.65)	37(39.13)	25.818	<0.001*
มี	42(38.35)	53(48.62)	13(12.84)		
ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง				13.010	0.001*
ในครอบครัว					
ไม่มี	34(36.96)	45(48.91)	13(14.13)	5.542	0.236
มี	22(20.18)	50(45.87)	37(33.95)		
ความรู้					
มาก	18(28.13)	24(37.50)	22(34.37)	9.600	0.048*
ปานกลาง	19(27.94)	34(50.00)	15(22.06)		
น้อย	19(27.54)	37(53.62)	13(18.84)		
ทัศนคติ					
ดี	17(31.48)	18(33.33)	19(35.19)	9.600	0.048*
ปานกลาง	17(28.81)	26(44.07)	16(27.12)		
ไม่ดี	22(25.00)	51(57.95)	15(17.05)		

* p-value <0.05

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสอดคล้องกับชุนชาติ กลิ่นสาครและสุ่ยถิน แซ่ตัน (2563) อาจเป็นเพราะหน่วยงานมีการจัดโครงการให้ความรู้⁷ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี เป็นกลุ่มที่สามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ดีกว่ากลุ่มคนอายุมาก อีกทั้งกลุ่มคนอายุมาก มักไม่ค่อยสนใจดูแลสุขภาพ ทำให้มีพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่ากลุ่มคนอายุน้อย และไม่สอดคล้องกับสุทัสสา ทิจะยัง (2557); สายสุณี เจริญศิลป์ (2564) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด

หลอดเลือด อาจเป็นเพราะอายุเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับสิ่งใหม่ๆ และพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเป็นสิ่งที่ทุกคนสามารถปฏิบัติได้⁶ โดยบางครั้งคนอายุมาก ยังมีสุขภาพแข็งแรง แต่คนอายุน้อยมีสุขภาพเสื่อมโทรม¹⁸ โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับนัชชา ยันติ และฉัตรประภา ศิริรัตน์ (2561) อาจเป็นเพราะเมื่อบุคคลรับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยง ส่งผลให้มีการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น เพื่อหลีกเลี่ยงและป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงของโรค¹⁹ ซึ่งโรคประจำตัวอื่นๆ ที่อาจสัมพันธ์กับโรคหลอดเลือด

สมองได้แก่ โรคเบาหวาน ไชมันในเลือดสูง โรคหัวใจ เป็นต้น¹¹ ประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสอดคล้องกับวิไลพร พุทวงศ์และคณะ (2557) อาจเป็นเพราะการมีประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ซึ่งสามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรม²⁰ นอกจากนี้พบว่าผู้ที่มีประวัติครอบครัวป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะมีความเสี่ยงมากกว่าประชาชนทั่วไป^{4,5} และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสอดคล้องกับปรารธนา วัชรานุรักษ์ และอัจฉรา กลับกลาย (2560) อาจเป็นเพราะความเชื่อเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะก่อให้เกิดความพึงพอใจและแรงจูงใจในการปฏิบัติของบุคคล⁸ โดยชวอร์ตได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมว่าถ้ามีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติหน้าที่แล้ว จะมีผลทำให้มีความรู้ความเข้าใจและมีพฤติกรรมที่ถูกต้องตามมา⁹

นอกจากนี้ พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสอดคล้องกับสุทัสสา ทิจะยัง (2557); สายสุนี เจริญศิลป์ (2564) อาจเป็นเพราะเพศชายและเพศหญิงมีความสนใจและมีความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเอง¹⁸ นอกจากนี้ ในปัจจุบันมีการยอมรับในสิทธิมนุษยชน เป็นประชาธิปไตยมากขึ้น บทบาททางเพศมีความเท่าเทียมกัน ทำให้โอกาสการได้รับความรู้ การเข้าร่วมกิจกรรมและมีแบบแผนชีวิตเท่าเทียมกัน⁶ และไม่สอดคล้องกับปรารธนา วัชรานุรักษ์และอัจฉรา กลับกลาย (2560); วิไลพร พุท

วงศ์และคณะ (2557) อาจเป็นเพราะเพศหญิงมีความตระหนักรู้ ใส่ใจและรับผิดชอบต่อสุขภาพมากกว่าเพศชาย⁸ นอกจากนี้ เพศชายและเพศหญิงมีฮอร์โมนเพศที่แตกต่างกัน โดยฮอร์โมนเอสโตรเจนในเพศหญิงสามารถลดการตีบตันของหลอดเลือดแดงได้¹⁹ ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสอดคล้องกับสุทัสสา ทิจะยัง (2557) สายสุนี เจริญศิลป์ (2564) อาจเป็นเพราะปัจจุบันมีเทคโนโลยีที่ทันสมัย ทุกคนมีโอกาสเรียนรู้ ได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆได้ ไม่เพียงเฉพาะแต่ในโรงเรียนเท่านั้น⁶ นอกจากนี้ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองขึ้นอยู่กับประสบการณ์และความเชื่อของแต่ละบุคคล¹⁸ สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสอดคล้องกับสุทัสสา ทิจะยัง (2557) อาจเป็นเพราะมนุษย์ไม่ว่าจะมีสถานภาพใด ก็ยังคงต้องปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองตามความเคยชิน และในปัจจุบันทุกคนมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น⁶ รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสอดคล้องกับสายสุนี เจริญศิลป์ (2564); ชูชาติ กลิ่นสาครและสุ่ยถิน แซ่ตัน (2563) อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้น้อย อาจส่งผลให้ขาดความสนใจในการดูแลสุขภาพตนเอง มุ่งหารรายได้เพื่อนำมาใช้ในชีวิตประจำวัน¹⁸ อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสอดคล้องกับสุทัสสา ทิจะยัง (2557)

อาจเป็นเพราะปัจจุบันนี้ได้มีการเผยแพร่ข่าวสารความรู้ ด้านสุขภาพผ่านสื่อหลายช่องทาง⁶ และความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสอดคล้องกับสายสุณี เจริญศิลป์ (2564) อาจเป็นเพราะเกิดความเคยชินกับโรคที่เป็น จึงให้ความสำคัญกับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองน้อยลง¹⁸ และไม่สอดคล้องกับชูชาติ กลิ่นสาครและสุ่ยถิน แซ่ตัน (2563) อาจเป็นเพราะผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้ที่มีประสบการณ์สามารถจดจำในสิ่งที่แพทย์แนะนำได้⁷

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 ผู้ที่เกี่ยวข้อง ควรจัดให้กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อสร้างความตระหนักต่อความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง และควรมีการให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อหาสาเหตุและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และการศึกษาเชิงกึ่งทดลองเพื่อหาแนวทางการป้องกันหรือลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). World Stroke Day 2022 [Internet]. Geneva: World Health Organization (WHO); 2022 [cited 2023 April 15]. Available from: <https://www.who.int/srilanka/news/detail/29-10-2022-world-stroke-day-2022>
2. สุวรรณชัย วัฒนาyingเจริญชัย. สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) 2562 [เข้าถึงเมื่อ 20 เม.ย. 2566] เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaihealth.or.th/Content/50430>
3. ณัฐกร นิลเนตร. ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลทหารบก. 2562; 20(2): 51-57.
4. นิตยา พันธุ์เวทย์ และลินดา จำปาแก้ว. ประเด็นสารธารณรณรงค์วันอัมพาตโลก ปี พ.ศ. 2557 (ปีงบประมาณ 2558). [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กองโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2558 [เข้าถึงเมื่อ 22 เม.ย. 2566] เข้าถึงได้จาก: <http://thaincd.com/document/file/download/knowledge/>

5. วรารัตน์ ทิพย์รัตน์, โสภิต สุวรรณเวลา, วราณี สัมฤทธิ์. ผลของโปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมกำบังกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขต อำเภอเมือง จังหวัดตรัง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2560; 4(2): 94-107.
6. สุทัสสา ทิจะยัง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2557.
7. ชูชาติ กลิ่นสาคร, สุธยธิน แซ่ตัน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน. 2563; 2(2): 62-77.
8. ประรณนา วัชรานุรักษ์ และอัจฉรา กลีบกลาย. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดจังหวัดสงขลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2560; 4(1): 217-33.
9. ปวีณา วงษ์ชะอุ่ม. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของนิสิตภาคปกติ มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี. [วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2557.
10. สมศักดิ์ เทียมเก่า. อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองประเทศไทย. วารสารประสาทวิทยาศาสตร์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2565;17(3): 36-44.
11. นพตล คำภีโล. ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลแม่ทะ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง [การค้นคว้าอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.
12. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนและอัตราตายด้วย 5 โรคไม่ติดต่อ (ปี 2560-2564) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2 พ.ค. 2566] เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=14480&tid=32&gid=1-020>
13. กระทรวงสาธารณสุข. อัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 29 เม.ย. 2566] เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=3092c3c3250ae67155f7e134680c4152

14. Cohen J. Statistical power for the behavioral sciences. (2nd ed). New York: Academic Press; 1977.
15. ปุณญาพัฒน์ ไชยเมล์. วิธีการวิจัยทางสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 4. สงขลา: นำศิลป์โฆษณา จำกัด; 2562.
16. Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1986.
17. Best JW. Research in education. New Jersey: Prentice-Hall; 1981.
18. สายสุณี เจริญศิลป์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.
19. นัชชา ยันติ, ฉัตรประภา ศิริรัตน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลแห่งหนึ่งในอำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ. 2561; 11(2): 23-32.
20. วิไลพร พุทธวงศ์. ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจังหวัดพะเยา. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2557; 44(1): 30-45.

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้อง และปลอดภัย ตำบลปะโค อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

วิทยา พันแฮด¹, สุพัฒน์ กองศรีมา¹, นครินทร์ ประสิทธิ์², พีรยุทธ แสงตรีสุ¹,
ณัฐพร นิจธรรมสกุล³, ภูวนาถ ศรีสุธรรม⁴, อัมภาวรรณ นนทมาตย์⁵

(วันที่รับบทความ: 3 พฤศจิกายน 2566; วันที่แก้ไข: 22 กุมภาพันธ์ 2567; วันที่ตอบรับ: 11 เมษายน 2567)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อย ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้องและปลอดภัย ตำบลปะโค อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี เกษตรกรผู้ปลูกอ้อย ตำบลปะโค อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี จำนวนประชากร 7,293 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ จำนวน 208 คน สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบวิธีการสุ่มอย่างง่าย รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.05 และค่าความเที่ยงของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาช 0.98 ทำการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 13-28 กุมภาพันธ์ 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน และการถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่าภาพรวมของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้องและปลอดภัย อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.21(S.D.= 0.46) และค่าเฉลี่ย 4.29 (S.D.= 0.45) ตามลำดับ โดยพบว่าภาพรวมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการมีส่วนร่วมของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้องและปลอดภัย ($r = 0.820$, $p\text{-value} < 0.001$) และพบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ มีผล และสามารถร่วมพยากรณ์ การมีส่วนร่วมของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้องและปลอดภัย ตำบลปะโค อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี ได้ร้อยละ 74.70 ($R_2 \text{ Adj}=0.747$)

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม, เกษตรกรผู้ปลูกอ้อย, การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้องและปลอดภัย

¹ นักวิชาการสาธารณสุข, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, จังหวัดอุดรธานี, E-mail: Supatkongsrima@gmail.com

² อาจารย์, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, จังหวัดขอนแก่น, E-mail: Nakapr@kku.ac.th

³ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนอุดม, จังหวัดสกลนคร,

E-mail: nuttaporn.n@kkumail.com

⁴ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสะอาด, จังหวัดขอนแก่น,

E-mail: puwanart.s@kkumail.com

⁵ การพยาบาล, โรงพยาบาลกรุงเทพขอนแก่น, จังหวัดขอนแก่น, E-mail: beebienonthamart@gmail.com

Corresponding author: สุพัฒน์ กองศรีมา, E-mail: Supatkongsrima@gmail.com

Factors Affecting Participation of Sugar Cane Farmers Use Correctly and Safety of Chemical Pesticide in Pako Sub-District, Kutchap District, Udon Thani Province

Wittaya Punhad¹, Supat Kongsrima¹, Nakarin Prasit², Peerayut Saengtreesu¹,
Nattaporn Nidthumbsakul³, Puwanart Sresutham⁴, Ampanwan Nonthamat⁵

(Received: 3rd November 2023; Revised: 22nd February 2024; Accepted: 11st April 2024)

Abstract

This descriptive research aimed to study factors affecting sugar cane farmer participation in correctly and safely chemical pesticide use in Pako Sub-district, Kutchap District, Udon Thani Province. 208 people were randomly selected as samples by Simple Random Sampling technique from 7,293 population. Data was collected by questionnaires for quantitative data and in-depth interview guidelines for qualitative data from 208 key informants. The questionnaire was examined and verified by three experts for content validity with items objective congruence (IOC), all items were more than 0.50, and reliability with Cronbach's alpha coefficient was 0.98. The data was collected between 13th-28th February 2023. Data analysis was performed by descriptive and inferential statistics include Pearson correlation and stepwise multiple linear regression with a significant level of 0.05.

The study provided an overview of correct and safe chemical pesticide usage in sugar cane farmers who live in Pako Sub-district, Kutchap District, Udon Thani province at a high level with averages of 4.21 (S.D. = 0.46) and 4.29 (S.D. = 0.45) respectively. In the overall, health belief model associated with correctly and safely chemical pesticide use in sugar cane farmer participation ($r = 0.820$, p -value < 0.001). In addition, health belief model, illness risk perception, disease severity perception and inducing factors affected and predicted sugar cane farmer participation in correctly and safely chemical pesticide use in Pako Sub-district, Kutchap District, Udon Thani Province at 74.7%. (R_2 Adj=0.747)

Overall of health behavior affect participation have a high level of relationship Factors affecting participation, Perceived susceptibility, Perceived severity and cues to action in Pako Sub-district, Kutchap District, Udon Thani province at 75.0. (R_2 Adj=0.747)

Keywords: Participation, Sugar cane farmers, Use correctly and safety of chemical pesticide

¹ Public Health Technical Officer, Udon Thani Provincial Public Health Office, Udon Thani,
E-mail: Supatkongsrima@gmail.com

² Lecturer, Faculty of Public Health Khon Kaen University, Khon Kaen, E-mail: Nakapr@kku.ac.th

³ Public Health Officer, Ban Nonudom Sub-District Health Promoting Hospitals, Sakon Nakhon,
E-mail: nuttaporn.n@kkumail.com

⁴ Public Health Officer, Ban Non Sa-Ad Sud-District Health Promoting Hospitals, Khon Kaen,
E-mail: puwanart.s@kkumail.com

⁵ Nursing Cluster, Bangkok Hospital Khon Kaen, Khon Kaen, E-mail: beebienonthamart@gmail.com

Corresponding author: Supat Kongsrima, E-mail: Supatkongsrima@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันเกษตรกรมีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชกันมากขึ้น เพราะต้องการให้ผลผลิตของตนที่เพาะปลูกไว้ปราศจากโรคและแมลงมาทำลายจนก่อให้เกิดความเสียหาย สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่เลือกใช้บางครั้งก็ไม่ตรงกับศัตรูพืชที่มารบกวนหรือใช้ผสมรวมกันหลากหลายชนิด และที่สำคัญสารแต่ละชนิดที่ใช้มีความเป็นพิษร้ายแรงสูงอาจทำให้เกษตรกรได้รับอันตราย เกิดอาการและความเจ็บป่วยต่าง ๆ ตามไปด้วย ผู้บริโภคที่ซื้อผลผลิตของเกษตรกรมารับประทานก็อาจจะได้รับอันตรายตามไปด้วย นอกจากนี้การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากเกินไปจนเกิดความจำเป็น หรือไม่รู้จักวิธีการกำจัดหรือทำลายอย่างถูกต้อง สารเคมีกำจัดศัตรูพืชนั้น ก็อาจสะสมลงบนพื้นดิน แม่น้ำลำคลอง ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมในชุมชนของตน และบริเวณใกล้เคียงได้ ดังนั้นเกษตรกรควรที่จะทำความเข้าใจอย่างถ่องแท้เกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ตั้งแต่การเลือกซื้อ การผสม การฉีดพ่น และการกำจัดหรือทำลายอย่างถูกต้อง การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างไม่ระมัดระวัง ไม่มีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองในการฉีดพ่นและไม่ได้คำนึงถึงข้อมูลความรู้และความ เข้าใจในการใช้สารเคมีรวมถึงอันตราย และผลกระทบจากสารเคมีที่มีการนำมาใช้ถึงแม้ว่าจะมี ข้อกำหนดของกฎหมายในด้านการจำหน่าย การครอบครอง และการใช้วัตถุมีพิษก็ตามแต่ในด้านการ ปฏิบัติอาจจะยังไม่ถูกต้อง ในส่วนของประเทศไทยนำเข้าสารเคมีทางการเกษตร โดยมีการนำเข้าสารเคมีกำจัดวัชพืชมากที่สุด¹ ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่สะท้อนให้เห็นผลของการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตในสังคม ท้องถิ่น อันเนื่องมาจากการผลิตแบบพึ่งพาสารเคมีหรือการทำเกษตรทุนั้นเอง และ

ขณะเดียวกันผล ของการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เองที่ย้อนมาเป็นตัวกำหนดเงื่อนไขความจำเป็นในการใช้สารเคมีกำจัด ศัตรูพืชของเกษตรกร สารเคมีจึงกลายเป็นสิ่งจำเป็นและเป็นสิ่งที่ขาดไม่ได้ การปลูกพืชแต่ละประเภท จะมีการใช้ชนิดของสารเคมีที่แตกต่างกัน ปริมาณของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ใช้ในแต่ละขั้นตอนของ การปลูก ตลอดจนความถี่ห่างของช่วงระยะเวลาในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชแต่ละชนิดในพืชผลที่ปลูกก็มีความแตกต่างกัน การใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มากเกินไปจนความจำเป็นเพื่อสนองตอบการพัฒนาที่มุ่งแต่แสวงหาผลประโยชน์ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพและการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะ สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชที่ตรวจพบในเนื้อเยื่อมนุษย์และสัตว์ รวมถึงในอากาศ ดินและน้ำทั่วโลก² กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขมีการดำเนินการเพื่อเฝ้าระวังสุขภาพเกษตรกรและประชาชนที่เจ็บป่วยและเสียชีวิตจากสาเหตุการใช้หรือสัมผัสสารเคมีทางการเกษตรอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลการให้บริการในหน่วยบริการสาธารณสุข พบว่า มีผู้ป่วยจากโรคพิษสารกำจัดศัตรูพืชสูงถึง 41,941 ราย โดยปี พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยสูงสุด จำนวน 10,686 ราย และพบว่ามีครัวเรือนที่ยังคงใช้สารเคมีทางการเกษตรจนถึงปัจจุบันจำนวน 677,522 ครัวเรือน (ร้อยละ 25.60) และในปีพ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยด้วยโรคพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในกลุ่มสารกำจัดแมลงมากที่สุด และรองลงมาคือ สารกำจัดวัชพืช (ไม่จำแนกชนิด) คิดเป็นอัตราป่วย 4.4 ต่อประชากรแสนคน และ 1.62 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ โดยพบผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปมากที่สุด มีอัตราป่วย 10.56 ต่อประชากรแสนคนรองลงมา คือกลุ่มอายุ 15-59 ปี

มีอัตราป่วย 7.54 ต่อประชากรแสนคน และกลุ่มอายุน้อยกว่า 5 ปี มีอัตราป่วย 7.39 ต่อประชากรแสนคน³ ในปี 2561 ไทยส่งออกน้ำตาลไปยังตลาดโลกมูลค่ากว่า 3 พันล้านเหรียญสหรัฐฯ ปริมาณ 9.25 ล้านตัน โดยมีตลาดส่งออกที่สำคัญคือ อินโดนีเซีย เกาหลีใต้ จีน มาเลเซีย และกัมพูชา อ้อยเป็นหนึ่งในพืชเศรษฐกิจหลักของประเทศ โดยเป็นวัตถุดิบหลักที่ใช้ในการผลิตน้ำตาลทรายและพลังงานทดแทน และมีความสำคัญต่อเศรษฐกิจของไทย เนื่องจากไทยเป็นประเทศผู้ส่งออกสินค้าน้ำตาลสำคัญอันดับ 2 ของโลกรองจากบราซิล ในปี 2560/2561 มีเกษตรกรผู้ปลูกอ้อยจำนวน 408,627 ราย เนื้อที่เก็บเกี่ยวทั้งสิ้น 11.19 ล้านไร่⁴ รายงานอัตราป่วยโรคพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช จำแนกตามเขตสุขภาพ ระหว่างปี พ.ศ.2562-2564 พบว่า ส่วนใหญ่อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2564 เขตสุขภาพที่ 8 อัตราป่วย 23.37 แต่แสนประชากร โดยจังหวัดอุดรธานี มีอัตราป่วย 13.66³ ต่อแสนประชากรที่ผ่านมาเกษตรกรมีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมาช่วยในงานเกษตร จากพบจังหวัดอุดรธานี มีพื้นที่ปลูกอ้อยรวมทั้งหมด 1,214,514 ไร่ และอำเภอกุดจับ มีพื้นที่ปลูกอ้อยจำนวน 49,790 ไร่⁴ โดยสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่นิยมใช้กันทั่วไป คือ กลุ่มออร์กาโนฟอสเฟต และคาร์บาเมต ซึ่งมีการศึกษาที่ผ่านมารายงานความชุกสูงของการเจ็บป่วยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชกลุ่มนี้ของเกษตรกรในจังหวัดอุดรธานี และพบว่าเกษตรกรเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่จะได้รับผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาวจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช⁵

จากรายงานระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ด้านระบาดวิทยา พบว่า จังหวัดที่มีการรายงานจำนวนผู้ป่วยโรคพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากที่สุด

ในปี 2565 คือ จังหวัดร้อยเอ็ด รวม 502 คน คิดเป็นร้อยละ 34.14 รองลงมาคือ จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 479 คน คิดเป็นร้อยละ 12.79 จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 305 คน คิดเป็นร้อยละ 14.89 ส่วนจังหวัดอุดรธานีมีข้อมูลการรายงาน จำนวน 203 คน คิดเป็นร้อยละ 12.23 ในพื้นที่ตำบลปะโค อำเภอกุดจับ จำนวน 35 ราย คิดเป็น ร้อยละ 0.36 ซึ่งจำนวนตัวเลขที่แสดงเป็นเพียงจำนวนที่มีการรายงานเท่านั้น⁶

จากเหตุผลและความสำคัญดังกล่าว แสดงให้เห็นว่ามีปัจจัยหลายประการที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยเฉพาะอย่างยิ่งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพหรือรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยา สังคมเพื่อใช้อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพโดยครั้งแรกได้นำมาใช้ในการทำนายและอธิบายพฤติกรรม การป้องกันโรค(Preventive health behavior) และพฤติกรรมปฏิบัติตนตามคำแนะนำของแพทย์ในผู้ป่วยใน (Sick-role behavior)⁷ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ความสิ้นเปลือง หรืออุปสรรคต่างๆ และสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อย ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้องและปลอดภัย โดยปัจจัยที่จะศึกษาครั้งนี้ได้แก่ ด้านกลไกของรัฐ ด้านประชาชน ด้านนักพัฒนา และด้านจิตใจ และศึกษาแนวความคิดการมีส่วนร่วมวิจัยที่เกี่ยวข้องว่าเป็นอย่างไร และเพราะสาเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น ซึ่งนับว่าเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นและทำความเข้าใจเพื่อนำไปสู่การแก้ไขให้อยู่ในสภาวะ

ที่พึงประสงค์ อันจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้องและปลอดภัย ในเกษตรกรผู้ปลูกอ้อย จะเป็นผลดีต่อสุขภาพของเกษตรกร และสภาพแวดล้อมของชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อย ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้องและปลอดภัย ตำบลปะโค อำเภอ กุดจับ จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อศึกษาระดับของแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพและระดับการมีส่วนร่วมของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อย ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้องและปลอดภัย ตำบลปะโค อำเภอ กุดจับ จังหวัดอุดรธานี

รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้คือ เกษตรกรผู้ปลูกอ้อยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ตำบลปะโค อำเภอ กุดจับ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 7,293 คน^๘ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้า ดังนี้ 1) เป็นผู้มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป 2) มีทะเบียนราษฎรอยู่ที่ ต.ปะโค อ.กุดจับ จ.อุดรธานี 3) สามารถอ่านออกเขียนได้ ในการคำนวณกลุ่ม ตัวอย่างใช้สูตร สำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงเส้นแบบ ขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานของ Cohen^๙ คำนวณได้จากสูตรดังนี้

$$\text{สูตร } N = \frac{\lambda(1 - R^2_{Y.A,B})}{R^2_{Y.A,B} - R^2_{Y.A}} + w$$

$R^2_{Y.A,B}$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุสำหรับ Full Model ซึ่งในการวิจัยในครั้งนี้ได้นำค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรจากการศึกษา ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในอำเภอทับปุด จังหวัดพังงา¹⁰ ซึ่งเป็นงานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันและมีพื้นที่ใกล้เคียงกันในการทำวิจัยครั้งนี้ ซึ่งได้ค่า $R^2_{Y.A,B}$ มีค่าเท่ากับ 0.542

$R^2_{Y.A}$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุสำหรับ Reduce model ($R^2_{Y.A,B} - R^2_{Y.B}$) มีค่าเท่ากับ 0.521

$R^2_{Y.B}$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุที่เปลี่ยนแปลง (R^2 Change) เมื่อไม่มีตัวแปรที่ต้องการทดสอบ มีค่าเท่ากับ 0.021

λ คือ ค่าความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนตัวแปรอิสระและอำนาจการทดสอบ

w คือ จำนวนตัวแปรอิสระนอกเหนือจากตัวแปรที่ ต้องการทดสอบ (เซต A) เท่ากับ 0 (เซต B) เท่ากับ 8

u คือ จำนวนตัวแปรอิสระที่ต้องการทดสอบ (เซต B) เท่ากับ 1 ตัวแปร

V คือ ค่าที่ได้จาก $v = n - u - w - 1$

จากการคำนวณตัวอย่างโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุถดถอยของตัวแปรจากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อย ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้องและปลอดภัย ตำบลปะโค อำเภอ กุดจับ จังหวัดอุดรธานี ได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จำนวน 208 คนโดยการสุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ในแต่

ละหมู่บ้านโดยสำรวจรายชื่อเกษตรกรผู้ปลูกอ้อย ตำบลปะโค อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานีและจัดทำฉลากรายชื่อบุคลากรในแต่ละหมู่บ้าน จนได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 208 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยในครั้งนี้ มีทั้งหมด 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ครอบครัว ชนิดของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ที่ใช้ในไร่อ้อย ระยะเวลาที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องหรือเกิดจากการทำงานในไร่อ้อย สถานที่ไปรับการรักษา และค่าใช้จ่ายในการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ความสิ้นเปลือง หรืออุปสรรคต่างๆ และสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อยใน การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้องและปลอดภัย ตำบลปะโค อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี ซึ่งประกอบด้วย การค้นหาปัญหาและการตัดสินใจ การวางแผนดำเนินกิจกรรม การลงทุนปฏิบัติงานและรับผลประโยชน์ และการติดตามและประเมินผล

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และสถิติในการวิเคราะห์ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด สถิติอนุมาน ได้แก่

สถิติสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเชิงเส้นแบบขั้นตอน

การแปลผล

การแปลผลคะแนน ระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และระดับการมีส่วนร่วมของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อย ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้องและปลอดภัย ตำบลปะโค อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี โดยนำมาจัดระดับตามช่วงคะแนนเฉลี่ย 5 ระดับ¹¹ ดังนี้ ระดับมากที่สุด (4.50-5.00) ระดับมาก (3.50-4.49) ระดับปานกลาง (2.50-3.49) ระดับน้อย (1.50-2.49) และระดับน้อยที่สุด (1.00-1.49) และการแบ่งระดับความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)¹² ดังนี้ $r = 0$ ไม่มีความสัมพันธ์ $r = +0.01$ ถึง $+0.30$ มีความสัมพันธ์ต่ำ $r = +0.31$ ถึง $+0.70$ มีความสัมพันธ์ปานกลาง $r = +0.71$ ถึง $+0.99$ มีความสัมพันธ์สูง $r = +1$ มีความสัมพันธ์โดยสมบูรณ์

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ หลังจากผู้วิจัยได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีแล้ว โดยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 13-28 กุมภาพันธ์ 2566 งานวิจัยนี้ได้ขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เลขที่ UDREC4066 ลงวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2566

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ตำบลปะโค อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

คุณลักษณะส่วนบุคคลของ ของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ตำบลปะโค อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี พบว่า พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 141 คน คิดเป็นร้อยละ 58.8 ส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 30.4 มีอายุเฉลี่ย 37.01 ปี (S.D.= 10.37 ปี) อายุต่ำสุด 21 ปี อายุสูงสุด 60 ปี ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 154 คน คิดเป็นร้อยละ 64.2 มีรายได้ต่อเดือน ระหว่าง 10,001-20,000 บาท จำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 43.3 รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 25,150.84 บาท (S.D.=12937.10) รายได้ต่ำสุด 8,000 บาท รายได้สูงสุด 64,000 บาท การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในไร้อ้อย ใช้สารเคมีคุมและฆ่าวัชพืช (อาทราซีนและพาราควอท) เฉลี่ย 32.1 ระยะเวลาที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชนาน ระหว่าง 2-3 ปี จำนวน 80 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.3 ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องหรือเกิดจากการทำงานในไร้อ้อย คือปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ, ปวดหลัง, กล้ามเนื้อเป็นตะคริว จำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.5 ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริม

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผล ระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อย ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้องปลอดภัย ตำบลปะโค อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อย ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้องและปลอดภัย	Mean	S.D.	แปลผล
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย	4.37	0.49	มาก
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค	4.07	0.62	มาก
3. การรับรู้ความสิ้นเปลือง หรืออุปสรรคต่างๆ	4.18	0.57	มาก
4. สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ	4.20	0.52	มาก
ภาพรวม	4.24	0.46	มาก

สุขภาพตำบล จำนวน 90 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.5 ค่าใช้จ่ายการรักษาบาลในแต่ละครั้ง ระหว่าง 101-300 บาท จำนวน 80 คน ค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลในแต่ละครั้ง เฉลี่ย 87.55 บาท (S.D.=168.25)

2. ระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อย ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้องและปลอดภัย ตำบลปะโค อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

เมื่อพิจารณาระดับ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า ในภาพรวมระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.21 (S.D.=0.46) ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.37 (S.D.=0.49) ส่วนรองลงมาคือ สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.20 (S.D.=0.52) ส่วนปัจจัยที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.07 (S.D.=0.62) โดยแปลผลค่าเฉลี่ยทั้ง 4 ด้าน มีอยู่ในระดับรายละเอียด (ดังตารางที่ 1)

3. ระดับการมีส่วนร่วมของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อย ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ตำบลปะโค อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

เมื่อพิจารณาระดับการมีส่วนร่วมของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อย ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้องและปลอดภัย ตำบลปะโค อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี พบว่า ในภาพรวมระดับการมีส่วนร่วมของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อย ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้องและปลอดภัย ตำบลปะโค อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.29 (S.D.=0.45) ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการ

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลระดับ การมีส่วนร่วมของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อย ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้องและปลอดภัย ตำบลปะโค อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

การมีส่วนร่วมของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อย ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้องและปลอดภัย	Mean	S.D.	แปลผล
1. ด้านการค้นหาปัญหาและการตัดสินใจ	4.28	0.52	มาก
2. ด้านการวางแผนดำเนินกิจกรรม	4.26	0.51	มาก
3. ด้านการลงทุนปฏิบัติงานและรับผลประโยชน์	4.31	0.43	มาก
4. ด้านการติดตามและประเมินผล	4.31	0.58	มาก
ภาพรวม	4.29	0.45	มาก

4. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อย ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้องและปลอดภัย ตำบลปะโค อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อย ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้องและปลอดภัย ตำบลปะโค อำเภอกุดจับ จังหวัด

ลงทุนปฏิบัติงานและรับผลประโยชน์ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.31 (S.D.=0.43) ส่วนรองลงมาคือ ด้านการติดตามและประเมินผล มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.31 (S.D.=0.58) ส่วนการมีส่วนร่วมของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อย ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้องและปลอดภัย ตำบลปะโค อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี ที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านการวางแผนดำเนินกิจกรรม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.26 (S.D.=0.51) ตามลำดับ โดยแปลผลค่าเฉลี่ยทั้ง 4 ด้าน มีอยู่ในระดับรายละเอียด (ดังตารางที่ 2)

อุดรธานี พบว่า ภาพรวม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ในระดับสูง กับการมีส่วนร่วมของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้องและปลอดภัย ($r=0.820$, $P\text{-value}<0.001$) เมื่อพิจารณารายด้าน (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับ การมีส่วนร่วมของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้องและปลอดภัย ตำบลปะโค อำเภอกุฉินชัย จังหวัดอุดรธานี

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	การมีส่วนร่วมของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้องและปลอดภัย		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ภาพรวมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	0.820**	<0.001	สูง
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย	0.587**	<0.001	ปานกลาง
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค	0.580 **	<0.001	ปานกลาง
3. การรับรู้ความสิ้นเปลือง หรืออุปสรรคต่างๆ	0.765**	<0.001	สูง
4. สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ	0.828**	<0.001	สูง

หมายเหตุ **ระดับนัยสำคัญ 0.001

5. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลกับการมีส่วนร่วมของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้องและปลอดภัย ตำบลปะโค อำเภอกุฉินชัย จังหวัดอุดรธานี

พบว่า ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) โดยเลือกตัวแปร แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลกับการมีส่วนร่วมของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้องและปลอดภัย ตำบลปะโค อำเภอกุฉินชัย จังหวัดอุดรธานี เข้าสู่การวิเคราะห์ เพื่อหาตัวแปรอิสระ ที่สามารถร่วมกันพยากรณ์ที่จะถูกเลือกเข้า

สมการ คือตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่า 0.05 ซึ่งตัวแปรที่เลือกเข้าในสมการที่สามารถพยากรณ์ ได้แก่ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย (p-value <0.001) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค (p-value <0.001) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (p-value<0.001) สามารถร่วมพยากรณ์การมีส่วนร่วมของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้องและปลอดภัย ตำบลปะโค อำเภอกุฉินชัย จังหวัดอุดรธานี ได้ร้อยละ 74.7 (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการมีส่วนร่วมของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อย ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้องและปลอดภัย ตำบลปะโค อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

ตัวแปร	B	Beta	T	p-value	R	R ²	R ² adj	R ² change
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย	0.727	0.828	21.170	<0.001	0.828	0.685	0.684	-
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค	0.227	0.246	5.969	<0.001	0.855	0.732	0.729	0.045
3. สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ	0.181	0.227	3.902	<0.001	0.866	0.750	0.747	0.018

ค่าคงที่ 0.676, F= 204.394, p-value<0.001, R=0.866, R²=0.750, R²adj=0.747

การอภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีผลกับการมีส่วนร่วมของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้องและปลอดภัย ตำบลปะโค อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis) คือแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ สามารถร่วมพยากรณ์การมีส่วนร่วมของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้องและปลอดภัย ตำบลปะโค อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี ได้ร้อยละ 74.7 ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย เป็นความเชื่อของบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและในภาวะเจ็บป่วยส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้ผลิตภัณฑ์กำจัดศัตรูพืชที่

ปลอดภัยหรือเป็นอันตรายซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมหญิง สิงห์ทอง และสมศักดิ์ อินทมาต (2566)¹³ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคทำให้เกิดการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างถูกต้องและปลอดภัย

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นสิ่งสำคัญเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพและการป้องกันโรคได้อย่างเหมาะสม ดังนั้น นี่คือแบบแผนความเชื่อที่เน้นที่การรับรู้ความรุนแรงของโรคควรระมัดระวังถึงความรุนแรงของโรคและผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นกับร่างกายและจิตใจ ตระหนักถึงความสำคัญของการรักษาโรคที่รุนแรงในระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธีระยุทธ บุตรทหาร (2565)¹⁴ พบว่า เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งในอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายได้โดยการรับรู้ว่าการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดแมลงกำจัดศัตรูพืชบ่อยครั้ง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยมากกว่าผู้ที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชน้อยครั้ง และรับรู้ว่าการ

ไม่สวมใส่อุปกรณ์การป้องกันอาจมีอาการแพ้พิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชได้

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ การที่บุคคลสนใจสื่อมวลชน รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิดหรือเจ้าหน้าที่ และร่วมถึงอาการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อน บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า “สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็นการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงจากการป้องกันโรคที่จะก่อให้เกิดผลดีต่อแก่เขา” สอดคล้องกับการศึกษาของบัวทิพย์ แดงเขียน (2560)¹⁵ พบว่า สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. หน่วยงานภาครัฐและเอกชน

1.1 ควรกำหนดนโยบายและแนวทางการสนับสนุนงบประมาณ การจัดหาทรัพยากรเครื่องมือเครื่องใช้วัสดุอุปกรณ์ชุดป้องกันอันตรายจากสารเคมี การให้ความรู้แก่เกษตรกร

1.2 ควรให้ความสำคัญ และเพิ่มระดับการมีส่วนร่วม ในการให้ข้อมูลข่าวสารทุกช่องทาง การให้คำแนะนำ การติดต่อประสานงานกับเกษตรกรหรือตัวแทน โดยการจัดประชุมปรึกษาหารือในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การค้นหาสาเหตุและแนวทางแก้ไขปัญหาวางแผนดำเนินการ การระดมทุนและปฏิบัติงาน การนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข

กิตติกรรมประกาศ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี และภาควิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุข

ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี ตลอดจนบุคคลที่เกี่ยวข้องที่ไม่ได้เอ่ยนามไว้ ณ ที่นี้ทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. วันปิติ ธรรมศรี. ผลกระทบทางสุขภาพและสิ่งแวดล้อมจากการใช้สารเคมีทางการเกษตรของเกษตรกรไทย. วารสารเกษตรพระจอมเกล้า 2564; 39(4): 329-36.
2. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมกรมควบคุมโรค. คู่มือเกษตรกรปลอดโรคสำหรับเกษตรกรและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข. 2553.
3. กลุ่มพัฒนาระบบข้อมูลและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์การเฝ้าระวังภัยด้านสารเคมี ปี 2565 รอบ 6 เดือนแรก. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 22 ม.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2//files/ChemDisasterSituation_2565_1.pdf
4. สำนักงานคณะกรรมการอ้อยและน้ำตาลทราย กระทรวงอุตสาหกรรม. อ้อยและน้ำตาลทราย. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการอ้อยและน้ำตาลทราย กระทรวงอุตสาหกรรม; 2562.

5. Thuybungchim S. Quality of Pesticide Poisoning Patients Surveillance Reports in Udon Thani Province, 2006-2007. Journal of the Office of DPC 6 Khon Kaen. 2008; 16(1): 97-106.
6. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ระบบเฝ้าระวังสุขภาพด้านโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 28 ธ.ค. 2565] เข้าถึงได้จาก: <http://inenvocc.ddc.moph.go.th/envoccsmart/app/knowledge/detail/5.2565>
7. Becker MH, Maiman LA. The Health Belief Model and and Sick Role Behavior, In the Health Belief Model and Personal Health Behavior. New Jersey: Chales B. Slack; 1975.
8. กลุ่มสารสนเทศการเกษตรสำนักงานเกษตรและสหกรณ์จังหวัดอุดรธานีสำนักงานปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์. ข้อมูลพื้นฐานของจังหวัดอุดรธานี [อินเทอร์เน็ต]. อุดรธานี: สำนักงานปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 22 ม.ค. 2565] เข้าถึงได้จาก: <https://www.opsmoac.go.th/udontha ni-dwl-files-432891791823>
9. Cohen J. Statistical power analysis for the behavior sciences. 2nd ed. Hillsdale New Jersey: Lawrence Erlbaum; 1988.
10. อีระยุทธ บุตรทหาร. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในอำเภอทับปุดจังหวัดพังงา. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2022; 18(2): 47-56.
11. สำเร็จ จันทรสวรรณ, สุวรรณ บัวทวน. ระเบียบวิธีทางสังคมศาสตร์. ขอนแก่น: ภาควิชาสังคมวิทยาและมนุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2547.
12. Kirk WE, Richard PR, Audrey H. Fundamentals of social statistics. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 1990.
13. สมหญิง สิงห์ทอง, สมศักดิ์ อินทมาต. ผลของการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกหอมแดง. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2023; 8(2): 677-86.
14. อีระยุทธ บุตรทหาร. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในอำเภอทับปุดจังหวัดพังงา. วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2022; 18(2): 47-56.
15. บัณฑิตย์ แดงเขียน, พิมพรรณ รัตน์โกมล, อัครเดช สละอวยพร, มณฑาทิพย์ สุรินทร์อาภรณ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร จังหวัดชัยนาท. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2561; 10(4): 107-22.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาอาการปวดกลุ่มอะเซตามิโนเฟน
และกลุ่ม NSAIDs ของกลุ่มวัยทำงาน ตำบลลุงเหล็ก
อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์

ปัญญาพล มุ่งดี¹, เจตนิพิฐ สมมาตย์²

(วันที่รับบทความ: 26 ธันวาคม 2566; วันที่แก้ไข: 9 มกราคม 2567; วันที่ตอบรับ: 23 กุมภาพันธ์ 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาอาการปวดกลุ่มอะเซตามิโนเฟนและกลุ่ม NSAIDs ของกลุ่มวัยทำงาน ตำบลลุงเหล็ก อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มวัยทำงานที่มีอาชีพเกษตรกรและผู้ใช้แรงงานอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 277 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลเดือนเมษายน 2566 โดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติกเชิงพหุ

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.43 อายุเฉลี่ย 51.47 ± 13.81 ปี พฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาอาการปวดกลุ่มอะเซตามิโนเฟนและกลุ่ม NSAIDs ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 75.81 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาอาการปวดกลุ่มอะเซตามิโนเฟนและกลุ่ม NSAIDs อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ที่ได้จากการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำการใช้ยาบรรเทาอาการปวด โดยกลุ่มที่มีการรับรู้ประโยชน์ที่ได้จากการปฏิบัติตัวจากคำแนะนำการใช้ยาบรรเทาอาการปวดระดับดี จะมีพฤติกรรมในการใช้ยาบรรเทาอาการปวดกลุ่มอะเซตามิโนเฟนและกลุ่ม NSAIDs ดีกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ในระดับปานกลางและระดับไม่ดี ($OR_{\text{adj}} = 10.99$, 95% CI = 5.73-21.08) และปัจจัยเสริมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาอาการปวด โดยกลุ่มที่มีปัจจัยเสริมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาอาการปวดระดับสูง จะมีพฤติกรรมในการใช้ยาบรรเทาอาการปวดกลุ่มอะเซตามิโนเฟนและกลุ่ม NSAIDs ดีกว่า กลุ่มที่มีปัจจัยเสริมในระดับปานกลางและระดับต่ำ ($OR_{\text{adj}} = 3.18$, 95% CI = 1.52-6.64)

คำสำคัญ วัยทำงาน, ปัจจัยนำ, ปัจจัยเอื้อ, ปัจจัยเสริม, พฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาอาการปวด

¹ นักศึกษา, หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: 63202501009@scphkk.ac.th

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

Corresponding author: เจตนิพิฐ สมมาตย์, E-mail: jetnipit@scphkk.ac.th

Factors Related to Acetaminophen and NSAIDs Use among
Working Age Group in Thalung Lek Sub-District,
Mueang Buri Ram District, Buri Ram Province

Panyapon Mungdee¹, Jetnipit Sommart²

(Received: 26th December 2023; Revised: 9th January 2024; Accepted: 23rd February 2024)

Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to study the factors related to acetaminophen and NSAIDs use among working age group in Thalung Lek Subdistrict, Mueang Buri ram District, Buri ram Province. The sample consisted of 277 working-age farmers and laborers aged 20 years and over, using a multi-stage random sampling method. Data were collected in April 2023 using a questionnaire, and were analyzed using descriptive statistics and multiple logistic regression.

The results demonstrated that the majority samples were female (66.43%), average age was 51.47 ± 13.81 years. The use of acetaminophen and NSAIDs pain relievers was mostly good (75.81%). Factors related to acetaminophen and NSAIDs use with statistically significant. (p -value <0.05) included occupation, perceived benefits from perceived benefits from following instructions for using pain relievers, and reinforcing factors relievers behaviors. reinforcing factors affecting the behavior of using pain relievers. The group with good perceived benefits had batter pain reliever use behaviors and the group with reinforcing factors affecting the behaviors. Also, the group with high level of reinforcing factors had better pain relief use behaviors than those with low and moderate level. (OR_{adj}=3.18,95% CI=1.52-6.64)

Keywords: Working-age, Predisposing factor, Enabling factor, Reinforcing factors,
Pain relief drug use

¹ Student, Master of Public Health Program, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, E-mail: 63202501009@scphkk.ac.th

² Lecturer, Master of Public Health Program, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, E-mail: jetnipit@scphkk.ac.th

Corresponding author: Jetnipit Sommart, E-mail: jetnipit@scphkk.ac.th

บทนำ

ยานับว่าเป็นสิ่งจำเป็นและเป็นปัจจัยหนึ่งในการดำเนินชีวิต ปัจจุบันอุตสาหกรรมยา มีการพัฒนาคิดค้นยาใหม่อย่างต่อเนื่อง ทำให้ยามีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยและเจ็บตายด้วยโรคต่าง ๆ ลดลง และมีอายุยืนมากขึ้น จากการศึกษาข้อมูลมูลค่าการขายยาที่ผ่านมา ได้มีการคาดการณ์ว่าอนาคตจะมีมูลค่าการใช้ยาที่เพิ่มขึ้น ประชาชนจะเสียเงินเพื่อซื้อยาบริโภค และเสียค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยคนละ 2,000-3,000 บาท/ปี¹

การศึกษาในประเทศไทย พบพฤติกรรมการใช้ยาของคนไทยส่วนใหญ่ให้ข้อสรุปเหมือน ๆ กัน คือ โรคหรืออาการสำคัญที่ชาวบ้านนิยมซื้อยากินเองมากที่สุด คือ อาการเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ได้แก่ อาการปวดศีรษะ มีไข้ ไข้หวัด ปวดท้อง และอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย ซึ่งเป็นอาการที่สอดคล้องกับชนิดของยา ซึ่งพบว่าชาวบ้านนิยมซื้อเพื่อรักษาตนเอง คือ กลุ่มยาแก้ปวดลดไข้ และพบว่ายาในกลุ่มนี้ที่มีการใช้มากที่สุด คือ ยาพาราเซตามอล มีการใช้สูงถึงร้อยละ 31.3 รองลงมาคือ ยาแอสไพริน ร้อยละ 9.6 และไอบูโพรเฟน ร้อยละ 7.5²

สถานการณ์การใช้ยาบรรเทาอาการปวดที่ผ่านมามีการใช้ยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) อย่างแพร่หลายในสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน ตลอดจนจรรยาบรรณการขายยา รวมไปถึงการขายยาอย่างผิดกฎหมายตามร้านชำและรถเร่ โดยเฉพาะการซื้อขายในรูปแบบของ “ยาชุด” ซึ่งมีเอ็นเสดมากกว่า 1 ชนิดในยาชุดแต่ละซอง อันเป็นการซ้ำเติมให้เกิดพิษต่อไตอย่างรุนแรงยิ่งขึ้น³ จากสถิติพบว่า คนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังสูงถึง 8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17

ของประชากรไทยในปัจจุบัน เป็นสถิติที่ค่อนข้างสูง จัดได้ว่า ติดอันดับ 3 ของประเทศในอาเซียน ในจำนวนทั้งหมดนี้ มีคนไข้โรคไตที่ต้องการฟอกไตประมาณ 2 แสนคน อีกทั้งสถิติพบว่า จะเพิ่มขึ้นถึงปีละ 8 พันราย ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง โดยร้อยละ 5.4 ของโรคไตเรื้อรังเกิดจากการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมโดยเฉพาะผู้ที่กินยาแก้ปวดแก้แสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ หรือยาในกลุ่มเอ็นเสด (NSAIDs) มาเป็นเวลานาน⁴

ประชาชนส่วนใหญ่ในพื้นที่ตำบลลุงเหล็ก อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นกลุ่มวัยทำงานซึ่งส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม การเพาะปลูกพืช ได้แก่ ทำนาและปลูกอ้อย ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป รับเหมาก่อสร้าง ท่อผ้า และรับจ้างทางการเกษตร ได้แก่ ดำนา เกี่ยวข้าว ปลูกอ้อย และตัดอ้อย ซึ่งอาชีพส่วนใหญ่ต้องใช้ร่างกายและกำลังมาก ซึ่งส่งผลให้กลุ่มวัยทำงานมีการใช้ยาแก้ปวดเมื่อยอยู่บ่อยครั้ง และจากการศึกษาข้อมูลการใช้ยาแก้ปวดในพื้นที่ตำบลลุงเหล็ก อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่ามีปริมาณการใช้ยาแก้ปวดในอัตราการที่เพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562-2564 พบว่าในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 มูลค่าการใช้ยา Paracetamol เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 คิดเป็นร้อยละ 55.01 และในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 มูลค่าการใช้ยาเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 คิดเป็นร้อยละ 60.16, ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 มูลค่าการใช้ยา Ibuprofen เพิ่มจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 คิดเป็นร้อยละ 45.16 และในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 มูลค่าการใช้ยาเพิ่มจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 คิดเป็นร้อยละ 48.30, ในปีงบประมาณ

พ.ศ. 2563 มูลค่าการใช้ยา Naproxen เพิ่มจากปีงบประมาณพ.ศ. 2562 คิดเป็นร้อยละ 40.01 และในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 มูลค่าการใช้ยาเพิ่มจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 คิดเป็นร้อยละ 45.01, ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 มูลค่าการใช้ยา Diclofenac เพิ่มจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 คิดเป็นร้อยละ 35.64 และในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 มูลค่าการใช้ยาเพิ่มจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 คิดเป็นร้อยละ 35.70 ตามลำดับ⁵ จะเห็นได้ว่าการใช้ยาแก้ปวดในพื้นที่ศึกษามีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นทุกปี การใช้ยา Paracetamol เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 55.01 และร้อยละ 60.16 ในปี 2563 และปี 2564 ตามลำดับ การใช้ยา Ibuprofen เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 45.16 และร้อยละ 48.30 ในปี 2563 และ ปี 2564 ตามลำดับ การใช้ยา Naproxen เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 40.01 และร้อยละ 45.01 ในปี 2563 และปี 2564 ตามลำดับ และการใช้ยา Diclofenac เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 35.64 และร้อยละ 35.70 ในปี 2563 และ ปี 2564 ตามลำดับ

จากสถานการณ์ดังกล่าว จึงมีความจำเป็นที่จะศึกษาพฤติกรรม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาอาการปวดกลุ่มอะเซตามิโนเฟนและกลุ่ม NSAIDs ของกลุ่มวัยทำงาน ตำบลลุงเหล็ก อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนการส่งเสริมการใช้ยาบรรเทาอาการปวดอย่างสมเหตุสมผลในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาอาการปวดกลุ่มอะเซตามิโนเฟนและกลุ่ม NSAIDs ของกลุ่มวัยทำงาน ตำบลลุงเหล็ก อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาอาการปวดกลุ่มอะเซตามิโนเฟนและกลุ่ม NSAIDs ของกลุ่มวัยทำงาน ตำบลลุงเหล็ก อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์

สมมติฐาน

ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาอาการปวดกลุ่มอะเซตามิโนเฟนและกลุ่ม NSAIDs ของกลุ่มวัยทำงาน ตำบลลุงเหล็ก อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์

นิยามศัพท์

ยาบรรเทาอาการปวด

หมายถึง ยาบรรเทาอาการปวดในกลุ่มอะเซตามิโนเฟน (Acetaminophen) และยาบรรเทาอาการปวดในกลุ่มยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ได้แก่ Ibuprofen Diclofenac และ Naproxen

พฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาอาการปวด

หมายถึง พฤติกรรมในการใช้ยาบรรเทาอาการปวดในกลุ่มพาราเซตามอล และยาบรรเทาอาการปวดในกลุ่มยา NSAIDs ได้แก่ Ibuprofen Diclofenac และ Naproxen ภายในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา โดยยึดตามหลักการ 5R

หลักการ 5R สำหรับประชาชน

หมายถึง การใช้ยาให้ถูกต้องตามหลักการ 5R ประกอบด้วย Right Drug/Medication (ถูกโรค) Right Patient (ถูกคน) Right Dose (ถูกขนาด) Right Route (ถูกวิธี) Right Time and Frequency (ถูกเวลา)

กลุ่มวัยทำงาน

หมายถึง เกษตรกรและผู้ใช้แรงงาน อายุ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่อาศัยอยู่ในตำบลถลุงเหล็ก อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์

ปัจจัยส่วนบุคคล

หมายถึง เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ สิทธิการรักษาพยาบาล โรคประจำตัว ยาแก้ปวดที่ใช้

ปัจจัยนำ

หมายถึง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวบุคคล ประกอบด้วย ความรู้ ทักษะ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ เป็นปัจจัยที่จูงใจและให้เหตุผลในการแสดงออกของพฤติกรรม โดยงานวิจัยนี้มุ่งเน้นศึกษาความรู้เกี่ยวกับยาบรรเทาอาการปวดและการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้จากการปฏิบัติตัวจากคำแนะนำ

กรอบแนวคิดการวิจัย**ตัวแปรต้น****ปัจจัยส่วนบุคคล**

- เพศ
- ระดับการศึกษา
- อาชีพ
- โรคประจำตัว
- อายุ
- รายได้
- สิทธิการรักษาพยาบาล
- ยาบรรเทาอาการปวดที่มักจะใช้เมื่อมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการทำงาน

ปัจจัยนำ

- ความรู้เกี่ยวกับยาบรรเทาอาการปวด
- การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้จากการปฏิบัติตัวจากคำแนะนำการใช้ยาบรรเทาอาการปวด

ปัจจัยเอื้อ

- แหล่งที่ได้รับยา
- ราคา
- ความยากง่ายในการเข้าถึงยา
- ระยะทาง

ปัจจัยเสริม

- การได้รับคำแนะนำหรือคำชักชวนให้ใช้ยาบรรเทาอาการปวด

ปัจจัยเอื้อ

หมายถึง สถานการณ์และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อหรือเป็นอุปสรรค ให้เกิดพฤติกรรม โดยงานวิจัยนี้มุ่งเน้นศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เอื้อให้บุคคลเข้าถึงยาบรรเทาอาการปวด ได้แก่ แหล่งที่ได้รับยา เช่น รพ.ศูนย์ รพ.ชุมชน รพ.สต. และคลินิกเอกชน ร้านขายยาที่มีเภสัชกรประจำ ร้านชำและร้านสะดวกซื้อ ซึ่งมีความง่ายในการเข้าถึงยา ราคา ระยะทางจากที่พักอาศัยไปยังแหล่งที่ได้รับยา

ปัจจัยเสริม

หมายถึง ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาอาการปวด ที่เกิดจากการเสริมแรงหรือได้รับคำแนะนำจากคนในครอบครัว เพื่อนบ้าน คนรู้จัก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและจากสื่อต่างๆ

ตัวแปรตาม**พฤติกรรม**

การใช้ยาบรรเทาอาการปวดกลุ่มอะเซตามิโนเฟนและกลุ่ม NSAIDS ของกลุ่มวัยทำงาน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical research)

ประชากร

ประชากรสำหรับการวิจัยครั้งนี้ คือ กลุ่มวัยทำงานอายุ 20 ปีขึ้นไป ในตำบลถลุงเหล็ก อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์จำนวน 2,664 คน⁶

กลุ่มตัวอย่าง

เป็นกลุ่มวัยทำงานอายุ 20 ปีขึ้นไป ในตำบลถลุงเหล็ก อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์จำนวน 277 คน คำนวณโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างกรณีวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Multiple logistic regression แต่เนื่องจากแต่ละหมู่บ้านมีประชากรไม่เท่ากัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสุ่มตัวอย่างจากในแต่ละหมู่บ้าน (Stratified random sampling) ซึ่งคำนวณตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรในแต่ละหลักสูตร (Probability proportional to size) ผู้วิจัยใช้ขนาดตัวอย่างที่ค่า p ที่ 0.8 ที่ขนาดตัวอย่าง 100 ทั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยลงไปเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง จำนวน 277 คน ผู้วิจัยเลยใช้จำนวนข้อมูลทั้งหมดในการวิจัยจำนวน 277 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป มีจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้/เดือน รายได้/การใช้จ่าย อาชีพ สิทธิการรักษาพยาบาล

โรคประจำตัว ยาบรรเทาอาการปวดที่มักจะใช้เมื่อมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการทำงาน

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับยาบรรเทาอาการปวด มีจำนวน 14 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้ประโยชน์ที่ได้จากการปฏิบัติตัวจากคำแนะนำการใช้ยาบรรเทาอาการปวด มีจำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วย และกำหนดให้ ถ้าตอบเห็นด้วยมากให้ 3 คะแนน เห็นด้วยปานกลางให้ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยให้ 1 คะแนน ส่วนคำถามเชิงลบ ถ้าตอบ เห็นด้วยมากให้ 1 คะแนน เห็นด้วยปานกลางให้ 2 คะแนน เห็นด้วยน้อยให้ 3 คะแนน

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเอื้อต่อพฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาอาการปวด มีจำนวน 15 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก เคย ไม่เคย / ใช่ ไม่ใช่ และกำหนดให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก มีข้อความทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ ถ้าตอบ เคย/ใช่ ให้ 1 คะแนน ถ้าตอบ ไม่เคย/ไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 5 ปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาอาการปวด มีจำนวน 12 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก เคย ไม่เคย / ใช่ ไม่ใช่ และกำหนดให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก มีข้อความทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ ถ้าตอบ เคย/ใช่ ให้ 1 คะแนน ถ้าตอบ ไม่เคย/ไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 6 แบบสอบถาม เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาอาการปวด มีจำนวน

17 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ และกำหนดให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก มีข้อความทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ คำถามเชิงบวก ถ้าตอบ ปฏิบัติทุกครั้งให้ 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้งให้ 2 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติให้ 1 คะแนน คำถามเชิงลบ ถ้าตอบปฏิบัติทุกครั้งให้ 1 คะแนน ปฏิบัติบางครั้งให้ 2 คะแนน ไม่ปฏิบัติให้ 3 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ที่มีประสบการณ์และเชี่ยวชาญด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านสุขภาพ จำนวน 2 ท่านและด้านสาธารณสุขจำนวน 1 ท่าน โดยใช้เทคนิค IOC (index of item-objective congruence) ซึ่งได้ค่า IOC ของแบบสอบถามในภาพรวมอยู่ระหว่าง 0.66-1.00 การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้วิธีคูเดอริชาร์ดสัน (KR-20) ในแบบสอบถามส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับยาบรรเทาอาการปวดได้ค่าเท่ากับ 0.35 และใช้สูตรสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ในแบบสอบถามส่วนที่ 3 จนถึงแบบสอบถามส่วนที่ 6 ส่วนที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ที่ได้จากการปฏิบัติตัวจากคำแนะนำการใช้ยาบรรเทาอาการปวดได้ค่าเท่ากับ 0.61, ส่วนที่ 4 ปัจจัยเอื้อที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาอาการปวด ได้ค่าเท่ากับ 0.85, ส่วนที่ 5 ปัจจัยเสริมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาอาการปวด ได้ค่าเท่ากับ 0.86 และส่วนที่ 6 พฤติกรรมการใช้ยา

บรรเทาอาการปวด ได้ค่าเท่ากับ 0.75 โดยภาพรวมของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.83

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อการแสดงคุณลักษณะส่วนบุคคล ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา สถิติเชิงอนุมาน สำหรับวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปร ได้แก่ การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ (Multiple logistic regression) โดยใช้วิธีการตัดตัวแปรออกทีละตัวแปร (Backward elimination) มีการคำนวณ Crude odds ratio และ Adjusted odds ratios, 95% CI และค่า p-value

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผ่านการอบรมจริยธรรมด้านการวิจัยในมนุษย์ และงานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น เลขที่ HE652049 วันที่ 7 พฤศจิกายน 2565

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มวัยทำงานอายุ 20 ปีขึ้นไป ในตำบลลุดงเหล็ก อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.43) ส่วนใหญ่ช่วงอายุ 45-59 ปี (ร้อยละ 40.07) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 46.21) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อ่านหนังสือ (ร้อยละ 63.90) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=277)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
หญิง	184	66.43
ชาย	93	33.57
2. อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 30 ปี	17	6.14
30-44 ปี	65	23.47
45-59 ปี	111	40.07
60 ปีขึ้นไป	84	30.32
3. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	0.36
ประถมศึกษา	128	46.21
มัธยมศึกษาตอนต้น	43	15.52
มัธยมศึกษาตอนปลาย	86	31.05
อนุปริญญา	7	2.53
ปริญญาตรี	11	3.97
ปริญญาตรี ขึ้นไป	1	0.36
4. อาชีพ		
เกษตรกร	177	63.90
ผู้ใช้แรงงาน	100	36.10

2. ความรู้เกี่ยวกับยาบรรเทาอาการปวดของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรู้เกี่ยวกับยาบรรเทาอาการปวดอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 181 คน (ร้อยละ 65.34) รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 74 คน

(ร้อยละ 26.72) และอยู่ในระดับสูง จำนวน 22 คน (ร้อยละ 7.94) คะแนนความรู้เกี่ยวกับยาบรรเทาอาการปวด โดยรวมเฉลี่ย 8.04 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.60 (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระดับความรู้เกี่ยวกับยาบรรเทาอาการปวดของกลุ่มตัวอย่าง (n=277)

ความรู้เกี่ยวกับยาบรรเทาอาการปวด	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (คะแนนระหว่าง 11-14)	22	7.94
ระดับปานกลาง (คะแนนระหว่าง 9-10)	74	26.72
ระดับต่ำ (คะแนนระหว่าง 0-8)	181	65.34

Mean (S.D.): 8.04 (1.60), min-max: (4-12)

3. การรับรู้ประโยชน์ที่ได้จากการปฏิบัติตัว จากคำแนะนำการใช้ยาบรรเทาอาการปวดของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการรับรู้ประโยชน์ที่ได้จากการปฏิบัติตัว จากคำแนะนำการใช้ยาบรรเทาอาการปวดอยู่ในระดับดี จำนวน 194 คน (ร้อยละ 70.04)

ตารางที่ 3 ระดับการรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัวจากคำแนะนำการใช้ยาบรรเทาอาการปวดของกลุ่มตัวอย่าง (n=277)

ระดับการรับรู้ประโยชน์ที่ได้จากการปฏิบัติตัวจากคำแนะนำการใช้ยาบรรเทาอาการปวด	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี (คะแนนระหว่าง 24-30)	194	70.04
ระดับปานกลาง (คะแนนระหว่าง 19-23)	83	29.96
ระดับไม่ดี (คะแนนระหว่าง 10-18)	0	0.00
Mean (S.D.): 25.17 (3.26), min-max: (18-30)		

4. ปัจจัยเอื้อต่อพฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาอาการปวด

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยเอื้อต่อพฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาอาการปวด ของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 161 คน (ร้อยละ 58.12) รองลงมาในระดับต่ำ จำนวน 61 คน

ตารางที่ 4 ระดับคะแนนปัจจัยเอื้อต่อพฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาอาการปวด ของกลุ่มตัวอย่าง (n=277)

ระดับคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (คะแนนระหว่าง 12-15)	55	19.86
ระดับปานกลาง (คะแนนระหว่าง 9-11)	161	58.12
ระดับต่ำ (คะแนนระหว่าง 0-8)	61	22.02
Mean (S.D.): 9.99 (2.08), min-max: (5-14)		

รองลงมาในระดับปานกลาง จำนวน 83 คน (ร้อยละ 29.96) และไม่มีในระดับไม่ดี การรับรู้ประโยชน์ที่ได้จากการปฏิบัติตัวจากคำแนะนำการใช้ยาบรรเทาอาการปวด ของกลุ่มตัวอย่าง เฉลี่ย 25.17 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.26) (ดังตารางที่ 3)

(ร้อยละ 22.02) และอยู่ในระดับสูง จำนวน 55 คน (ร้อยละ 19.86) ปัจจัยเอื้อต่อพฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาอาการปวด ของกลุ่มตัวอย่าง เฉลี่ย 9.99 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.08) (ดังตารางที่ 4)

5. ปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาอาการปวด

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาอาการปวด ของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 102 คน (ร้อยละ 36.82) รองลงมาในระดับปานกลาง จำนวน

93 คน (ร้อยละ 33.58) และอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 82 คน (ร้อยละ 29.60) ปัจจัยเสริมที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาอาการปวด ของกลุ่มตัวอย่าง เฉลี่ย 8.38 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.10) (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ระดับคะแนนปัจจัยเอื้อต่อพฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาอาการปวด ของกลุ่มตัวอย่าง (n=277)

ระดับคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (คะแนนระหว่าง 10-12)	102	36.82
ระดับปานกลาง (คะแนนระหว่าง 8-9)	93	33.58
ระดับต่ำ (คะแนนระหว่าง 0-7)	82	29.60

Mean (S.D.): 8.38 (2.10), min-max: (1-12)

6. พฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาอาการปวด

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาอาการปวด ของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีจำนวน 210 คน (ร้อยละ 75.81) และ

อยู่ในระดับควรปรับปรุง จำนวน 67 คน (ร้อยละ 24.19) พฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาอาการปวด ของกลุ่มตัวอย่าง เฉลี่ย 41.30 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.82) (ดังตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ระดับคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาอาการปวด ของกลุ่มตัวอย่าง (n=277)

ระดับคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี (39.68-51 คะแนน)	210	75.81
ระดับควรปรับปรุง (17.00-39.67 คะแนน)	67	24.19

Mean (S.D.): 41.30 (3.82), min-max: (30-49)

7. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาอาการปวดกลุ่มอะเซตามิโนเฟนและกลุ่ม NSAIDs ของกลุ่มวัยทำงาน ตำบลลุดงเหล็ก อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ วิเคราะห์แบบทีละปัจจัย ใช้สถิติ Simple logistic regression

เพศหญิงมีพฤติกรรมที่ดีเป็น 1.74 เท่า ของเพศชาย (Crude OR=1.74, 95% CI= 0.98-3.06, p-value=0.055)

กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 52 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมที่ดี น้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 52 ปี เป็น 0.77 เท่า (Crude OR=0.77, 95% CI=0.44-1.35, p-value=0.368)

ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป มีพฤติกรรมที่ดีน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาที่น้อยกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย เป็น 0.80 เท่า (Crude OR=0.80, 95% CI= 0.46-1.41, p-value=0.452)

กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพเกษตรกร มีพฤติกรรมที่ดีเป็น 1.73 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพเป็นผู้ใช้แรงงาน/รับจ้างทั่วไป (Crude OR=1.73, 95% CI= 1.51-4.76, p-value=0.001)

กลุ่มตัวอย่างที่มีสิทธิการรักษาพยาบาลอื่นๆ มีพฤติกรรมที่ดีเป็น 1.02 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างที่มีสิทธิการรักษาพยาบาล บัตรทอง 30 บาท (Crude OR=1.02, 95% CI= 0.35-2.90, p-value=0.966)

ผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว มีพฤติกรรมที่ดีเป็น 1.52 เท่า ของผู้ที่มีโรคประจำตัว (Crude OR = 1.52, 95% CI = 0.87 - 2.66, p-value=0.141)

ความรู้เกี่ยวกับยาบรรเทาอาการปวด โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับยาบรรเทาอาการปวดระดับปานกลางและระดับสูง จะมีพฤติกรรมที่ดีเป็น 2.71 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับยาบรรเทาอาการปวดระดับต่ำ (Crude OR =2.71, 95% CI=1.39-5.28, p-value=0.003)

การรับรู้ประโยชน์ที่ได้จากการปฏิบัติตัว จากคำแนะนำการใช้ยาบรรเทาอาการปวด โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์ที่ได้จากการปฏิบัติตัวจากคำแนะนำการใช้ยาบรรเทาอาการปวดระดับดีจะมีพฤติกรรมที่ดีเป็น 10.24

เท่า ของกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์ที่ได้จากการปฏิบัติตัวจากคำแนะนำการใช้ยาบรรเทาอาการปวดระดับปานกลางและระดับไม่ดี (Crude OR = 10.24, 95% CI= 5.47-19.16, p-value<0.001)

ปัจจัยเอื้อต่อพฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาอาการปวด โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยเอื้อต่อพฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาอาการปวดระดับสูงและต่ำ จะมีพฤติกรรมที่ดีน้อยกว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยเอื้อต่อพฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาอาการปวดระดับปานกลาง 0.85 เท่า (Crude OR =0.85, 95% CI=0.49-1.48, p-value=0.581)

ปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาอาการปวด โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาอาการปวดระดับดี จะมีพฤติกรรมที่ดีเป็น 2.73 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาอาการปวดระดับปานกลางและระดับต่ำ (Crude OR = 2.73, 95% CI = 1.42 - 5.22, p-value=0.002)

โดยมีตัวแปรอิสระเข้าสู่โมเดลการวิเคราะห์ถดถอยหลายตัวแปรจำนวน 6 ตัวแปร ซึ่งพิจารณาจากค่า Crude odds ratio และ p-value <0.25 (ดังตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาอาการปวดกลุ่มอะเซตามิโนเฟน และกลุ่ม NSAIDs ของกลุ่มวัยทำงาน ตำบลลุงเหล็ก อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์วิเคราะห์แบบทีละปัจจัย (n=277)

ปัจจัย	พฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาอาการปวด				Crude OR	95% CI	p-value
	ระดับดี (n= 210 คน)		ระดับควรปรับปรุง (n= 67 คน)				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
1. เพศ							0.055
ชาย	64	68.82	29	31.18	1	1	
หญิง	146	79.35	38	20.65	1.74	0.98-3.06	
2. ปัจจุบันท่านอายุ (ปี)							0.368
น้อยกว่า 52 ปี	101	78.29	28	21.71	1	1	
ตั้งแต่ 52 ปีขึ้นไป	109	73.65	39	26.35	0.77	0.44-1.35	
3. การศึกษา							0.452
น้อยกว่าระดับมัธยม	133	77.33	39	22.67	1	1	
ศึกษาตอนปลาย							
ระดับมัธยมศึกษาตอน	77	73.33	28	26.67	0.80	0.46-1.41	
ปลายขึ้นไป							
4. อาชีพ							0.001
ผู้ใช้แรงงาน/รับจ้างทั่วไป	64	64.00	36	36.00	1	1	
เกษตรกร	146	82.49	31	17.51	2.73	1.51-4.76	
5. สิทธิการรักษาพยาบาล							0.966
บัตรทอง 30 บาท	194	75.78	62	24.22	1	1	
อื่น ๆ	16	76.19	5	23.81	1.02	0.35-2.90	
6. โรคประจำตัว							0.141
มี	73	70.87	30	29.13	1	1	
ไม่มี	137	78.74	37	21.26	1.52	0.87-2.66	
7. ความรู้เกี่ยวกับยาบรรเทาอาการปวด							0.003
ระดับต่ำ	127	70.17	54	29.83	1	1	
ระดับปานกลางและ	83	86.46	13	13.54	2.71	1.39-5.28	
ระดับสูง							

ปัจจัย	พฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาอาการปวด				Crude OR	95% CI	p-value
	ระดับดี (n= 210 คน)		ระดับควรปรับปรุง (n= 67 คน)				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
8. การรับรู้ประโยชน์ที่ได้จากการปฏิบัติตัวจากคำแนะนำการใช้ยาบรรเทาอาการปวด							<0.001
ระดับปานกลางและระดับไม่ดี	37	44.58	46	55.42	1	1	
ระดับดี	173	89.18	21	10.82	10.24	5.47-19.16	
9. ปัจจัยเอื้อต่อพฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาอาการปวด							0.581
ระดับปานกลาง	124	77.02	37	22.98	1	1	
ระดับสูงและต่ำ	86	74.14	30	25.86	0.85	0.49-1.48	
10. ปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาอาการปวด							0.002
ระดับปานกลางและต่ำ	122	69.71	53	30.29	1	1	
ระดับสูง	88	86.27	14	13.73	2.73	1.42-5.22	

8. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาอาการปวดกลุ่มอะเซตามิโนเฟนและกลุ่ม NSAIDs

หลังจากนำตัวแปรอิสระ 6 ตัวแปร เข้าสู่โมเดลการวิเคราะห์ถดถอยหลายตัวแปร โดยใช้สถิติ Multiple logistic regression จากนั้นใช้วิธีการตัดตัวแปรออกทีละตัวแปร (Backward elimination) โดยขจัดตัวแปรที่มีค่า p-value >0.05 พบว่า โมเดลที่มีความเหมาะสมมี 2 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ที่ได้จากการปฏิบัติตัวจากคำแนะนำการใช้ยาบรรเทาอาการปวด โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์ที่ได้จากการปฏิบัติตัวจากคำแนะนำการใช้ยา

บรรเทาอาการปวด ระดับดี จะมีพฤติกรรมที่ดีเป็น 10.99 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์ที่ได้จากการปฏิบัติตัวจากคำแนะนำการใช้ยาบรรเทาอาการปวด ระดับปานกลางและระดับไม่ดี (Adjusted OR=10.99, 95% CI=5.73-21.08, p-value<0.001) และปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาอาการปวด โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาอาการปวดระดับสูง จะมีพฤติกรรมที่ดีเป็น 3.18 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาอาการปวดระดับปานกลางและต่ำ (Adjusted OR=3.18, 95% CI=1.52-6.64, p-value=0.002) (ดังตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาอาการปวดกลุ่มอะเซตามิโนเฟน และกลุ่ม NSAIDs วิเคราะห์แบบทีละหลายตัวแปร (n=277)

ปัจจัย	พฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาอาการปวด				Crude OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)	p-value
	ระดับดี (n= 210 คน)		ระดับควรปรับปรุง (n= 67 คน)				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
1. การรับรู้ประโยชน์ที่ได้จากการปฏิบัติตัวจากคำแนะนำการใช้ยาบรรเทาอาการปวด							<0.001
ระดับปานกลางและระดับไม่ดี	37	44.58	46	55.42	1	1	
ระดับดี	173	89.18	21	10.82	10.24 (5.47-19.16)	10.99 (5.73-21.08)	
2. ปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาอาการปวด							0.002
ระดับปานกลางและต่ำ	122	69.71	53	30.29	1	1	
ระดับสูง	88	86.27	14	13.73	2.73 (1.42-5.22)	3.18 (1.52-6.64)	

การอภิปรายผล

พฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาอาการปวดกลุ่มอะเซตามิโนเฟนและกลุ่ม NSAIDs ของกลุ่มวัยทำงาน ตำบลถลุงเหล็ก อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาอาการปวดกลุ่มอะเซตามิโนเฟนและกลุ่ม NSAIDs อยู่ในระดับดี ร้อยละ 75.81 ซึ่งถือเป็นสัดส่วนที่ค่อนข้างสูง อาจเป็นผลมาจากประชาชนได้รับความรู้ในการใช้ยาที่ถูกต้องสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของอัครเดช เลหาทุโรกุล (2561)⁷ การศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดเมื่อยของประชาชนในเขตอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี ที่พบว่า ประชาชนในเขตอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรีมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวดเมื่อยอยู่ในระดับดีมาก และพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดเมื่อยอยู่ในระดับค่อนข้างดี (M= 2.79, S.D. =2.61) พฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดเมื่อยของประชาชน ในเขตตำบลเขาวัวนั้น มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวก กับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวด

เมื่อย คือ ประชาชนที่ได้รับความรู้เรื่องการใช้ยาที่ถูกต้อง ย่อมมีส่วนสำคัญ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การใช้ยาแก้ปวดเมื่อยไปในทางที่ดีขึ้นได้ เมื่อพิจารณาตามรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาอาการปวดตามที่แพทย์สั่งหรือตามที่ระบุไว้ในฉลากยา มีการปฏิบัติทุกครั้ง สัดส่วนสูงถึง ร้อยละ 85.92 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการใช้ยาบรรเทาอาการปวดตามคำแนะนำของแพทย์ทุกครั้ง รองลงมาคือพฤติกรรมเมื่อท่านรับประทานยาพาราเซตามอลหรือยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ท่านจะดื่มน้ำตามมากๆ กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติทุกครั้ง สัดส่วนสูงถึง ร้อยละ 82.31 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการดื่มน้ำตามมากๆ หลังรับประทานยาพาราเซตามอลหรือยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์เพื่อลดอาการระคายเคือง และพฤติกรรมท่านจะหยุดรับประทานยาบรรเทาอาการปวดและมาพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติจากการใช้ยา สัดส่วนสูงถึง ร้อยละ 81.23 แสดงให้

เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เมื่อมีอาการผิดปกติจากการใช้ยาจะหยุดใช้ยาและมาพบแพทย์ทันทีตามคำแนะนำ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาอาการปวดกลุ่มอะเซตามิโนเฟนและกลุ่ม NSAIDs ของกลุ่มวัยทำงาน ตำบลลุดงเหล็ก อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์

การที่ผู้ที่มีการรับรู้ประโยชน์ที่ได้จากการปฏิบัติตัวจากคำแนะนำการใช้ยาบรรเทาอาการปวดระดับดี มีพฤติกรรมในการใช้ยาบรรเทาอาการปวดดีกว่า ผู้ที่มีการรับรู้ประโยชน์ที่ได้จากการปฏิบัติตัวจากคำแนะนำการใช้ยาบรรเทาอาการปวดระดับปานกลางและระดับไม่ดี ชี้ให้เห็นว่าถ้ามีการรับรู้ประโยชน์ที่ได้จากการปฏิบัติตัวจากคำแนะนำการใช้ยาบรรเทาอาการปวดได้ดี จะส่งผลให้มีพฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาอาการปวดดีตามด้วย ตามทฤษฎี Precede-proceed model ของ Green & Kreuter (2005)⁸ ที่บอกว่าการรับรู้ประโยชน์ ซึ่งเป็นปัจจัยนำเป็นปัจจัยที่จูงใจและให้เหตุผลในการแสดงออกของพฤติกรรมเจตคติเป็นความรู้ที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของประนอม สังขวรรณ (2555)⁹ การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมมารับประทานยา ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในตำบลแม่नावาง อำเภอแม่เมาะ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาอยู่ในระดับเหมาะสมมาก (Mean=3.94, S.D.=0.52) และการรับรู้ประโยชน์มีผลต่อพฤติกรรมมารับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

ผู้ที่มีปัจจัยเสริมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาอาการปวดระดับสูง จะมีพฤติกรรมในการใช้ยาบรรเทาอาการปวดกลุ่มอะเซตามิโนเฟนและกลุ่ม NSAIDs ดีกว่าผู้ที่มีปัจจัยเสริมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาอาการปวด ระดับปานกลางและระดับต่ำ ตามทฤษฎี Precede-proceed model

ของ Green & Kreuter (2005)⁸ ปัจจัยเสริมเป็นปัจจัยที่ทำให้พฤติกรรมของบุคคลยืนยาวต่อเนื่องหรือไม่ต่อเนื่อง เป็นผลสืบเนื่องจากการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ เช่น ได้รับคำแนะนำ ชักชวนจากคนในครอบครัวหรือเพื่อน เห็นจากสื่อโฆษณาต่างๆ สอดคล้องกับ การศึกษาของอณิษฐา ม่วงไหมทอง (2553)¹⁰ การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของวัยแรงงาน ในอำเภอด่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ของกลุ่มตัวอย่าง (r=0.745) อธิบายได้ว่า ครอบครัวมีส่วนและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ของกลุ่มตัวอย่าง ในการให้การสนับสนุนส่งเสริมพฤติกรรม ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมที่ดี

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 จากการศึกษา พบว่าบางส่วนยังมีพฤติกรรมในการใช้ยาบรรเทาอาการปวดในระดับที่ควรปรับปรุง ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ควรมีการจัดโครงการอบรมเพื่อเพิ่มความรู้และส่งเสริมการรับรู้ในการใช้ยาบรรเทาอาการปวด และเรื่องของการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลให้แก่ประชาชนกลุ่มวัยทำงาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อหาแนวทางในการป้องกันพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในชุมชนและส่งเสริมให้ประชาชนการตระหนักในเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยนี้ และขอขอบพระคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองบุรีรัมย์ และกลุ่ม

ตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือ ทำให้การศึกษานี้สำเร็จ
ลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. บุปผา ศิริรัศมี. พฤติกรรมสุขภาพในเรื่องการ
ใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนในจังหวัด
นครปฐม. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากร
และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.
2. วรวิมล ดอกเคน. การใช้ยาแก้ปวด
ของประชาชนจากชุมชนจันทิก
ตำบลหนองสาหร่าย อำเภอปากช่อง
จังหวัดนครราชสีมา. วารสารการพัฒนา
สุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2560;
5(3): 475-486.
3. พิสนธิ์ จงตระกูล. การใช้ยาอย่าง
สมเหตุสมผลใน Primary Care.
พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: วนิดาการพิมพ์;
2560. 163-72.
4. ชัยรัตน์ ฉายากุล, สุรศักดิ์ สีลาอุดมลิปิ,
พาขวัญ ปุณณปุรต, ผุสดี ปุจฉาการ,
นภาพรณี ภูริปัญญาวานิช, วินัย วนานุกุล
และคณะ. การสร้างเสริมชุมชนเครือข่ายใน
โครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่าง
สมเหตุสมผล. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุข (สวรส.); 2560.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์.
รายงานข้อมูลการใช้ยาของสถานบริการ
สาธารณสุขภาครัฐ. บุรีรัมย์: สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์; 2564.
6. กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์.
รายงานข้อมูลประชากรที่อาศัยอยู่จริงสถาน
บริการสาธารณสุขภาครัฐ.
บุรีรัมย์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
บุรีรัมย์; 2565.
7. อัครเดช เล่าหุโรกุล. การศึกษาพฤติกรรม
การใช้ยาแก้ปวดเมื่อยของประชาชน
ในเขตอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี.
วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน.
2561; 1(1): 1-11.
8. Green LW, Kreuter MW. Health
program planning: An educational
and ecological approach. 4th ed.
New York: McGraw Hill; 2005.
9. ประนอม สังขวรรณ. ปัจจัยที่มีผลต่อ
พฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วย
โรคความดันโลหิตสูงในตำบลนาวาง
อำเภอแม่เฒ่า จังหวัดเชียงใหม่.
[การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองปริญญา
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต].
พะเยา: มหาวิทยาลัยพะเยา; 2555.
10. อนิษฐา ม่วงไหมทอง. การศึกษาปัจจัย
ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของวัย
แรงงานในอำเภอด่านมะขามเตี้ย
จังหวัดกาญจนบุรี. [วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน].
นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2553.

ความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับบทบาท ในการป้องกันโรคโควิด 19 ในชุมชน

จรรย์ญา สุระสุข¹

(วันที่รับบทความ: 25 สิงหาคม 2566; วันที่แก้ไข: 22 กันยายน 2566; วันที่ตอบรับ: 17 มกราคม 2567)

บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ การสื่อสาร การตัดสินใจ การจัดการตนเอง การเท่าทันสื่อและการนำไปใช้ ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีส่วนส่งเสริมการมีส่วนร่วมการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันโรคโควิด-19 หรือโควิด-19 ทั้งนี้เป็นเพราะความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ทั้งด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการสื่อสาร ด้านการตัดสินใจ ด้านการจัดการตนเอง ด้านการเท่าทันสื่อและด้านการนำไปใช้ ซึ่งความรู้ทั้ง 7 ด้านดังกล่าวจะช่วยให้ อสม. สามารถปฏิบัติงานในการป้องกันโรคนี้ได้ถูกต้องและมั่นใจยิ่งขึ้น และจะช่วยให้ อสม. มีกำลังใจเพิ่มมากขึ้นในการปฏิบัติงานป้องกันโรคโควิด-19 จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม.

ดังนั้น ความรู้ด้านสุขภาพจึงมีส่วนส่งเสริมการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคโควิด-19

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, การป้องกันโรคโควิด-19

¹ อาจารย์, หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น,

E-mail: jeeji_36@hotmail.com

Corresponding author: จรรย์ญา สุระสุข, E-mail: jeeji_36@hotmail.com

Health Literacy and Roles of Village Health Volunteers in Preventing of COVID-19 in Community

Jiratchaya Surasuk¹

(Received: 25th August 2023; Revised: 22nd September 2023; Accepted: 17th January 2024)

Abstract

This academic article aims to present health literacy related to access to health information, cognition, communication, decision making, self-management, media literacy and usage which are the important factors to promote participation and roles in preventing coronavirus disease 2019 of village health volunteers. This is because health literacy linked to coronavirus disease 2019 including access to health information, cognition, communication, decision making, self-management, and media literacy and usage can help village health volunteers to carry out and empower in preventing coronavirus disease 2019 more accurate and confident. Regarding literature reviews, health literacy has positive association with operational roles of village health volunteers.

Therefore, health literacy can help to promote operational roles or performance of village health volunteers in preventing coronavirus disease 2019.

Keywords: Health literacy, Roles of village health volunteers, Prevention of coronavirus disease 2019

¹ Lecturer, Doctor of Philosophy Program in Public Health, Western University.

E-mail: jeeji_36@hotmail.com

Corresponding author: Jiratchaya Surasuk, E-mail: jeeji_36@hotmail.com

บทนำ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งมีการระบาดเกิดขึ้นอย่างกว้างขวางในหลายประเทศทั่วโลก การดำเนินไปของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19; โควิด-19) โดยมีสาเหตุมาจากไวรัสอุบัติใหม่ พบว่ามีการระบาดตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 โดยพบครั้งแรกที่มณฑลหูเป่ย์ ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน และเกิดการแพร่เชื้ออย่างรวดเร็วไปยังประเทศต่าง ๆ เกือบทุก ๆ ประเทศทั่วโลก ทำให้เกิดความพยายามอย่างเต็มที่ เพื่อเฝ้าระวัง ป้องกันเชื้อโรคเข้าจากต่างประเทศจากการเดินทางไปมาของประชาชน มีการติดต่อ สื่อสาร สัมผัสกัน และควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโควิดภายในประเทศ¹ องค์การอนามัยโลกประกาศให้โรค COVID-19 เป็นสถานการณ์ภาวะฉุกเฉิน¹ ในวันที่ 30 มกราคม 2563 มีการชี้แจงทุกประเทศอย่างเร่งด่วนให้เฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค อย่างไรก็ตามการระบาดของเชื้อได้ขยายตัวเป็นการระบาดใหญ่ไปทั่วโลก ทั้งนี้เพื่อเป็นการรองรับความหนาแน่นของการบริการสำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อเป็นจำนวนมาก จึงจำเป็นต้องมีแนวทางการปฏิบัติทางด้านสาธารณสุขที่ถูกต้อง และมีสอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของสังคมและสถานการณ์² ซึ่งข้อมูล ณ วันที่ 30 ธันวาคม 2562 หน่วยงานด้านสาธารณสุขประเทศจีน ได้รายงานเหตุการณ์ไปยังองค์การอนามัยโลก (WHO) ว่าพบผู้ป่วยปอดอักเสบไม่ทราบสาเหตุจำนวน 27 ราย โดย 7 ราย (ร้อยละ 26) มีอาการรุนแรง ไม่พบผู้เสียชีวิต อย่างไรก็ตามจำนวนผู้ป่วยในเมืองอู่ฮั่นยังคงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และกระจายไปยังมณฑลอื่น ๆ เนื่องจากชาวจีนจำนวนมากเดินทางกลับ

ภูมิลำเนาหรือท่องเที่ยว ทั้งในและต่างประเทศ ในช่วงเดือนมกราคมซึ่งเป็นเทศกาลตรุษจีน เดือนมกราคม 2563 จีนมีจำนวนผู้ป่วยสะสมเพิ่มเป็น 11,791 ราย เสียชีวิต 259 ราย (ร้อยละ 2.2) จำนวนผู้ป่วยยืนยันเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เช่น ฮองกง มาเก๊า ไต้หวัน เกาหลีใต้ สิงคโปร์ และญี่ปุ่น พบอัตราการเสียชีวิตจากโรคประจำตัวประมาณร้อยละ 2 ซึ่งร้อยละ 26.4 ของผู้เสียชีวิตเป็นผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคประจำตัว¹

ปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทย ต้องรับมือกับสถานการณ์ โควิด-19 อย่างหนัก มีจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้น 24,855 ราย เสียชีวิต เพิ่มขึ้น 34 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย 0.14% เมื่อเชื้อโควิด-19 เกิดกลายพันธุ์ สร้างความรุนแรงแพร่ระบาดรวดเร็ว³ ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) หรือ ศบค. แถลงสถานการณ์ประจำวัน ที่ 2 ม.ค. 64 กำหนดพื้นที่ประกาศใช้มาตรการควบคุมแบบบูรณาการ ยกกระดาน “พื้นที่ควบคุมสูงสุด” ได้แก่ การระบาดที่จังหวัดสมุทรสาคร คลัสเตอร์การระบาดที่สมุทรสาคร

แล้วสถานการณ์ระลอกต่อมาเป็นอย่างไรมีเกิดผลกระทบอะไรขึ้นบ้าง มาตรการที่สำคัญที่นำมาใช้ในการป้องกันโรคคืออะไรทั้งในระดับชาติ และในระดับชุมชน เช่น CI, HI หรืออื่นๆ แล้วสถานการณ์จนมาถึงปัจจุบันเป็นอย่างไร

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นบุคลากรทางการสาธารณสุขที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันควบคุมโรคให้กับประชาชนในแต่ละพื้นที่ตามคำขวัญ “แก้ข่าวร้าย กระจายข่าวดี” บริการ ประสานงาน สาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน และทำตนเป็น

แบบอย่างที่ดี” เป็นการช่วยเหลือและดูแลประชาชนให้มีสุขภาพอนามัยที่ดีช่วยให้ประเทศชาติ ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ไม่จำเป็น ซึ่งการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในชุมชนนั้นต้องอาศัยบุคลากรในการดำเนินการขับเคลื่อนนโยบาย การเผยแพร่ความรู้ และข้อมูลข่าวสาร ด้านสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง และป้องกันควบคุมโรค³ และการเป็นสื่อกลางในการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจ ให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเหมาะสมเพื่อสร้างความเชื่อมั่นแก่ประชาชนในชุมชน ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องซึ่งการทำงานกับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องให้มีความรู้ที่ถูกต้อง ชัดเจน และสามารถถ่ายทอดความรู้ที่เข้าใจง่าย ให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้สื่อสารให้เข้ากับสถานการณ์และบริบทของพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม⁵ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทสำคัญในพื้นที่ เป็นคนในชุมชนพื้นที่และได้ขนานนามว่าเป็นหมอประจำบ้าน และมีส่วนสำคัญในการดำเนินงานเชิงรุกและเป็นรูปธรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในประเทศซึ่งจำนวนมากถึง จำนวนกว่า 1,040,000 คน เป็นตัวแทนประชาชนผู้มีจิตอาสาเสียสละ เข้ามามีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านถือเป็นจุดเชื่อมต่อที่สำคัญในการนโยบายต่างๆ จากส่วนกลางไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่อย่างเป็นทางการรูปธรรม ตลอดระยะเวลา 40 ปี การดำเนินงานภายใต้บทบาทการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมไม่ให้เกิดโรคในพื้นที่ ดังนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงมี

ความสำคัญอย่างยิ่งในการประสานงานให้เข้าถึงงานด้านสาธารณสุขสู่ประชาชน เพื่อส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของประชาชน ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของโรค COVID-19 นับเป็นป้อมปราการด่านหน้าในการค้นหากลุ่มคนเสี่ยงติดเชื้อโควิด-19 อย่างต่อเนื่อง มีความมุ่งมั่น และเสียสละ เช่น การออกเยี่ยมบ้าน การเคาะประตูบ้าน การให้ความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชน และการรายงานผลการปฏิบัติงาน ในการป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน⁵

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นกำลังสำคัญที่ช่วยทำหน้าที่ในการเฝ้าระวัง ติดตาม กักตัวบุคคลที่มาจากพื้นที่เสี่ยงการทำงานเชิงรุกค้นหาประชาชนกลุ่มเสี่ยง ให้คำแนะนำการป้องกันตัวแก่ประชาชนในพื้นที่หมู่บ้านที่ตนเองรับผิดชอบ มีความสำคัญอย่างยิ่งซึ่งสามารถช่วยลดการแพร่กระจายของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนได้ การปฏิบัติงานภายใต้สถานการณ์การแพร่กระจายเชื้อของโรค COVID-19 เพื่อที่จะยับยั้งการแพร่ระบาดไปในวงกว้าง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพนั้นต้องอาศัยความร่วมมือเพื่อให้งานเกิดความสำเร็จในการดูแลตนเองและชุมชนให้ปลอดภัยจากการแพร่กระจายเชื้อ การมีส่วนร่วมของ อสม. เป็นอีกหนึ่งเหตุผล เสมือนตัวแทนชุมชนที่จะช่วยให้คนในชุมชน สังคมและประเทศไทยขับเคลื่อนไปข้างหน้าอย่างสมบูรณ์⁶

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับบทบาท

บทบาท หมายถึง หน้าที่หรือสถานภาพตลอดจนกลุ่มพฤติกรรมตามความคาดหวังที่สังคมได้กำหนดหรือบังคับให้ผู้ครองบทบาทนั้นถือ

ปฏิบัติและถ้าผู้ปฏิบัติดังกล่าวไม่ปฏิบัติตามจะทำให้ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมนั้น ๆ โดยลักษณะของบทบาทอาจแบ่งได้ 2 ประเภทคือ บทบาทตามอุดมคติ (Ideal roles) บทบาทที่ถูกกำหนดโดยการอบรม คำแนะนำสั่งสอน หน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย และบทบาทที่เป็นจริง (Actual roles) คือ บทบาทที่ถูกกำหนดโดยผู้ที่ดำรงตำแหน่งทางสังคมนำเอาบทบาททางอุดมคติมาแปลความเพื่อให้ปฏิบัติตามหน้าที่นั้น อาจคล้ายคลึงหรือแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความสามารถในการแปล โดยองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการแสดงมี 4 ประการคือ 1) บทบาทที่สังคมคาดหวัง คือ บทบาทที่คาดหวังให้บุคคลปฏิบัติสอดคล้องกับสถานภาพที่บุคคลนั้นดำรงอยู่ 2) การรับรู้และเข้าใจใน คือ บทบาทของบุคคลมีความสอดคล้องกับสิ่งที่สังคมต้องการ 3) บุคคลยอมรับในบทบาท คือ บทบาทที่เกิดขึ้นเมื่อพิจารณาเห็นความสำคัญของบทบาทที่ต้องทำและทำให้เกิดความขัดแย้งกับความคาดหวังของสังคมน้อยที่สุด 4) การปฏิบัติบทบาทจะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยองค์ประกอบด้านความคาดหวังของสังคมต่อบทบาทการรับรู้และเข้าใจในบทบาทและการยอมรับบทบาท

แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง บุคคลที่ประชาชนในหมู่บ้านไว้วางใจและเชื่อให้มาทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของคนในหมู่บ้านเพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์และเป็นรูปแบบการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพกันเองโดยผู้ที่ได้รับคัดเลือกให้เป็นตัวแทนชุมชนจะต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้คือ เป็นผู้มีอายุไม่ต่ำกว่า

กว่าสิบแปดปีบริบูรณ์ มีชื่อในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่เป็นการประจำในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ประสงค์จะเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่น้อยกว่าหกเดือน มีความรู้สามารถอ่านออกเขียนได้ เป็นผู้ที่มีความสมัครใจและเสียสละต้องการพัฒนาชุมชนของตนเอง มีความประพฤติอยู่ในกรอบศีลธรรมอันดีได้รับความไว้วางใจและยกย่องจากประชาชน มีสุขภาพดีทั้งกายและใจ และมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่เป็นแบบอย่างมีเวลาให้กับการทำงานในผู้ที่ได้รับคัดเลือกจะได้รับการอบรมโดยเจ้าหน้าที่ตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เพื่อให้สามารถทำหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีบทบาทหน้าที่หลักในการให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน 4 ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค และการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ นอกจากนี้ บทบาทในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชนและมีหน้าที่แก้ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ชี้บริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี โดยบทบาทหน้าที่ของอสม.ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคในที่นี้คือบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคให้ประชาชนในพื้นที่ ให้สามารถป้องกันลดการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด-19 หรือชะลอการเกิดโรคหรือการระบาดของโรคโควิด-19 เช่น การใส่หน้ากากอนามัยที่ถูกวิธี การให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การให้สุศึกษา

แก่ประชาชน การจัดทำ รวมถึงการแจกจ่ายแผ่นพับต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความรู้เรื่องโรคโควิด-19 รวมถึงการจัดมุมให้ความรู้เรื่องที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 ในหมู่บ้าน ตลอดจนการปฏิบัติหน้าที่ในการติดตามเบื้องต้น

แนวทางในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคในชุมชนขึ้น ซึ่งเรียกว่า แนวทางการเคาะประตูบ้าน เพื่อสังเกตอาการ ณ ที่พักอาศัย (Home quarantine) กลุ่มผู้เดินทางกลับจากพื้นที่ระบาดของโรค โดยใช้เป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับ อสม. ในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน ประกอบด้วยมี 3 ขั้นตอน คือ

1. การเตรียมสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน โดยหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดรับผิดชอบ ใน 3 ด้าน คือ

1.1 ด้านข้อมูล โดยติดตามสถานการณ์โรคและข้อมูลกับเป้าหมายผู้เดินทางกลับจากพื้นที่ระบาด

1.2 ด้านอุปกรณ์ โดยจัดเตรียมความพร้อมดังต่อไปนี้

1.2.1 ที่วัดอุณหภูมิ

1.2.2 เตรียมหน้ากากอนามัยของตนเอง

1.2.3 เอกสารการให้ความรู้ในป้องกัน

และควบคุมการระบาดของโรค

1.2.4 เอกสารรายงานผล

1.3 ด้านการซักซ้อมและเตรียมทีมเคาะประตูบ้าน หน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดจะรับผิดชอบในการให้องค์ความรู้และซักซ้อมการ

ปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคด้วยวิธีการเชิงรุกหรือการเคาะประตูบ้านโดยอสม. ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ระดับตำบล

2. ขั้นตอนการเคาะประตูบ้าน ซึ่งเป็นบทบาทของอสม. ในการเคาะประตูบ้าน มีหลักปฏิบัติดังนี้

2.1 เริ่มจากการแนะนำตัวเอง เมื่อเดินเคาะประตูบ้าน

2.2 แจ้งข่าวสาร ให้ความรู้ประชาชนให้การดูแลสุขภาพ

2.3 สอนวิธีสังเกตอาการ ซักอาการเบื้องต้น

2.4 แสดงสัญลักษณ์การคัดกรองครัวเรือน

3. ขั้นตอนการคัดกรอง โดย อสม. มีหลักปฏิบัติดังนี้

3.1 ซักประวัติ ผู้ที่เดินทางจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

3.2 สอบถามอาการ ประเมินว่ามีสุขภาพแข็งแรง (มีไข้หรือไม่)

3.3 วัดไข้ หากพบว่า มีไข้ เกิน 37 องศาเซลเซียส และมีอาการไอ จาม มีน้ำมูก เจ็บคอ หายใจเหนื่อย ให้ดำเนินการต่อในขั้นตอนที่ 4

4. ขั้นตอนการประสาน ส่งต่อผู้สงสัยติดเชื้อโควิด-19 ที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (Patient under investigation : PUI) โดยการแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมีหลักการปฏิบัติดังนี้

4.1 ถ้าผลการตรวจหาเชื้อโควิด-19 แล้วได้ผลลบ ถือว่าไม่เป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้ดำเนินการต่อในขั้นตอนที่ 5 คือ ติดตามต่อเนื่อง 14 วัน

4.2 ถ้าผลการตรวจหาเชื้อโควิด-19 แล้วได้ผลบวก ถือว่าเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต้องดำเนินการขึ้นทะเบียนเพื่อทำการรักษาต่อไป

5. ขั้นตอนการติดตามต่อเนื่อง 14 วัน โดยมีหลักการปฏิบัติดังนี้

5.1 ให้ อสม. เผื่อระวังอาการผิดปกติและวัดไข้ผู้ที่กักกันทุกวัน

5.2 ให้ อสม. สื่อสารต่อเนื่องเรื่องการปฏิบัติตัวและการป้องกันโรคแก่ผู้ที่กักกัน

5.3 ให้ อสม. แนะนำให้ผู้ที่กักกันตัวหลีกเลี่ยงไปในที่ชุมชนแออัด

5.4 ให้ อสม. แนะนำกิจกรรมที่คลายเครียดหรือสร้างพลังใจ หรือให้ออกกำลังกาย หรือทำงานอดิเรกให้กับผู้ที่กักกัน

6. ขั้นตอนการรายงานผล

6.1 อสม. จะรายงานการเผื่อระวังผู้สงสัยติดเชื้อโควิด-19 ผ่านอสม.ออนไลน์ หัวข้อรายงานเหตุ "เผื่อระวังโควิด-19"

6.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะบันทึกผู้ที่สงสัยติดเชื้อโควิด-19 ในระบบ www.thaiphc.net

การเตรียมความพร้อมของอสม.ในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน

1. ให้ อสม. ตรวจสอบรายชื่อประเทศที่มีแจ้งข้อมูลไว้มีการระบาดต่อเนื่องในชุมชน จากเว็บไซต์กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

2. อบรมให้ อสม. มีความรู้และรู้สิ่งนั้นในเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

3. ฝึกทักษะให้ อสม. รู้กลไกการดูแลเผื่อระวัง การป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่

4. สร้างพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกให้ อสม. รู้วิธีการป้องกันโรค ได้แก่ กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือสวมหน้ากากอนามัย ออกกำลังกายอย่างถูกต้อง

5. ประสานเตรียมความพร้อมของชุมชนร่วมกับผู้นำ แกนนำ เครือข่าย เจ้าหน้าที่

6. สำรวจตนเองว่ามีอาการเจ็บป่วยหรือไม่ หากมีอาการเจ็บป่วย ไม่สมควรออกเคาะประตูบ้านเยี่ยมบ้าน

7. เตรียมวัสดุอุปกรณ์ให้พร้อม ได้แก่

7.1 หน้ากากอนามัย

7.2 พรอทวัดไข้

7.3 แอลกอฮอล์ หรือเจลแอลกอฮอล์

7.4 สติกเกอร์สัญลักษณ์ครัวเรือนที่ได้คัดกรอง

7.5 สื่อแนวทางการปฏิบัติตนสำหรับประชาชนในการป้องกันโรคโควิด-19

7.6 กระเป๋าใส่อุปกรณ์

คำแนะนำสำหรับ อสม. เพื่อแนะนำกลุ่มผู้เดินทางกลับจากพื้นที่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีดังนี้

1. ให้หยุดงาน และงดเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนที่มีการรวมคนจำนวนมาก เมื่อเดินทางกลับบ้านให้นอนคนเดียวโดยการแยกห้อง ไม่ให้ออกจากบริเวณบ้าน ไม่ไปในสถานที่พบปะผู้คนอย่างน้อย 14 วัน

2. ให้รับประทานอาหารคนเดียวโดยไม่ร่วมทานอาหารกับผู้อื่น หรือรับประทานอาหารร่วมกันได้แต่ต้องใช้ช้อนกลางทุกครั้ง

3. ไม่ใช้สิ่งของเครื่องใช้ส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น เช่น ผ้าเช็ดตัว สบู่ หลอดดูดน้ำและแก้วน้ำ โทรศัพท์

4. ล้างมือบ่อยๆ ด้วยสบู่และน้ำให้สะอาด หรือใช้เจลแอลกอฮอล์ล้างมือ

5. สวมหน้ากากอนามัยทุกครั้ง ควรอยู่ห่างจากผู้อื่น อย่างน้อย 1-2 เมตร หลีกเลี่ยงการอยู่

ใกล้ชิด ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโรคที่ต้องรักษาต่อเนื่อง
ต่าง ๆ

6. ให้ทิ้งผ้าปิดจมูกที่ใช้แล้ว โดยใช้วิธีพับ
ม้วน ใส่ถุงและปิดปากถุงให้สนิททุกครั้งก่อนทิ้งลง
ในถังขยะ และทำความสะอาดมือด้วยน้ำและสบู่
หรือเจลแอลกอฮอล์

7. ปิดปากและจมูกด้วยผ้าหรือกระดาษทิชชู
ทุกครั้งที่มีอาการไอ จาม โดยให้ปิดถึงคางแล้วทิ้ง
กระดาษทิชชูลงในถุงพลาสติกและปิดถุงให้สนิท
ก่อนทิ้งถังขยะ ล้างมือด้วยน้ำและสบู่หรือเจล
แอลกอฮอล์

8. ทำความสะอาดบริเวณที่พักอาศัย ห้อง
ต่างๆ ตลอดจนเสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม ของใช้ส่วนตัว
ด้วยน้ำยาฟอกขาว 5% โซเดียมไฮโปคลอไรท์
(น้ำยาฟอกขาว 1 ส่วนต่อน้ำ 99 ส่วน)

**ข้อควรปฏิบัติสำหรับ อสม. ในการป้องกันและ
ควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน
มีข้อปฏิบัติดังนี้**

1. สวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งปฏิบัติงาน
2. ล้างมือบ่อยๆ เมื่อสัมผัสหรือจับต้อง
สิ่งของต่างๆ

3. ควรอยู่ห่างกลุ่มผู้เดินทาง กลับจากพื้นที่
ระบาดมากกว่า 2 เมตร และแนะนำให้วัดไข้ด้วย
ตนเอง

4. บันทึกและรายงานผลการปฏิบัติงานหลัง
เยี่ยมบ้าน กลุ่มผู้เดินทางกลับจากพื้นที่ระบาดของ
โรค (ตามแบบฟอร์ม) ทุกครั้ง

5. เมื่อพบผู้มีอาการ ไข้ ไอ น้ำมูก จาม เจ็บ
คอ หายใจเหนื่อย หรือ หายใจลำบาก หากพบ
อาการข้อใดข้อหนึ่งให้แจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ทันที

6. สังเกตตนเองเมื่อมีอาการไข้ ไอ น้ำมูก
จาม เจ็บคอ หายใจเหนื่อย หรือ หายใจลำบาก
หากพบอาการข้อใดข้อหนึ่ง ให้หยุดปฏิบัติงานใน
ชุมชนและรีบไปพบแพทย์ทันที

**ข้อควรปฏิบัติสำหรับประชาชนในการป้องกัน
และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
ในชุมชน**

1. พฤติกรรมสุขภาพที่พึงกระทำ ได้แก่ กิน
ร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ สวมหน้ากากอนามัย ออก
กำลังกาย

2. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการ
ป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019 ในชุมชน

2.1 เฝ้าระวังอาการผิดปกติของตนเอง
และครอบครัว

2.2 ให้ความร่วมมือกับ อสม. และ
เจ้าหน้าที่รัฐในการปฏิบัติตามมาตรการของรัฐที่
กำหนด

2.3 ร่วมสังเกตและแจ้งข้อมูลความ
ผิดปกติที่อาจเสี่ยงต่อการเกิดโรคฯ แก่ อสม. และ
เจ้าหน้าที่ของรัฐ

2.4 ให้ความช่วยเหลือ อสม. และ
เจ้าหน้าที่รัฐกรณีได้รับการร้องขอตามกำลัง
ความสามารถ

สรุปได้ว่า การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็น
บทบาทหน้าที่ ที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติตาม
และได้รับการยอมรับจากสังคม ซึ่งอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องมีความรู้และความ
เข้าใจเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ดังกล่าว เพื่อให้เกิดผล
ดีต่อประชาชนในชุมชน การปฏิบัติงานตาม
บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน ในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 เป็น

การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ซึ่งได้รับการยอมรับจากสังคมและประชาชนในชุมชน เพื่อให้เกิดผลดีต่อชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ เพื่อป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน ประกอบด้วย 8 ด้าน ดังนี้ 1) สื่อสารข้อมูลข่าวสารโรคโควิด-19 2) ให้คำแนะนำการป้องกัน/ควบคุมโรคโควิด-19 3) การให้บริการป้องกัน/ควบคุมโรคโควิด-19 4) ปฏิบัติงานที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน (ศสมข.) 5) การเฝ้าระวังและป้องกัน/ควบคุมโรคโควิด-19 6) เป็นผู้นำการบริหารจัดการและวางแผนการป้องกัน/ควบคุมโรคโควิด-197) เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมการป้องกัน/ควบคุมโรคโควิด-19 8) ดูแลสิทธิประโยชน์สาธารณสุขของประชาชนเกี่ยวกับการป้องกัน/ควบคุมโรคโควิด-19

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ

นิยามความรู้ด้านสุขภาพ

จากที่ประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 7 เมื่อ 26-30 ตุลาคม 2552 ณ กรุงไนโรบี ประเทศเคนยา องค์การอนามัยโลก (World health organization - WHO) ได้ประกาศให้ประเทศสมาชิกให้ความสำคัญกับการพัฒนาให้ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy-HL) ซึ่ง WHO⁹ ได้ให้ความหมายว่า เป็นทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมของบุคคลที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ และสมรรถนะที่จะเข้าถึง เข้าใจใช้ข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพตนเองให้คงดีอยู่เสมอ

Institute of Medicine: IOM (2004)¹⁰ ได้ให้ความหมาย ความรู้ด้านสุขภาพว่าหมายถึง ระดับความสามารถของแต่ละบุคคลในการเข้าถึง มีวิธีการและทำความเข้าใจในข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นเพื่อการตัดสินใจ

ทางสุขภาพที่เหมาะสม แต่นอกเหนือไปจากความสามารถของแต่ละบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพยังขึ้นอยู่กับทักษะ ความพึงพอใจและความคาดหวังของข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพและผู้ให้บริการสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล ผู้บริหาร ผู้ดูแลเยี่ยมบ้าน สื่อสารมวลชน และปัจจัยอื่น Nutbeam¹¹ ได้ให้ความหมาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพว่าหมายถึง ทักษะทางปัญญาและทางสังคมที่ชี้้นำก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลให้เข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารในวิถีทางเพื่อการส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง

Rootman¹² ได้ให้ความหมาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพว่าหมายถึง ทักษะที่ครอบคลุมถึงความจำเป็นเพื่อการค้นหา เพื่อการประเมินและการบูรณาการข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพที่มีความหลากหลายของบริบท และยังเป็นต้องการในด้านการรู้ค่าศัพท์ทางสุขภาพและวัฒนธรรมของระบบสุขภาพนั้น

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย¹³ ได้ให้ความหมาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพว่าหมายถึง ความรอบรู้และความสามารถด้านสุขภาพของบุคคลในการที่จะกลั่นกรอง ประเมินและตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกใช้บริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างเหมาะสม (ตามมติการประชุมผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข เมื่อ 8 ก.พ. 2560)

สรุป ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ระดับความสามารถที่ประชาชนใช้ทักษะทางด้านความคิดด้วยปัญญาและทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูล ข่าวสารทางสุขภาพและบริการทางสุขภาพที่ได้รับจากบุคลากรสาธารณสุข สื่อต่าง ๆ และได้เรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดการจูงใจตนเองให้มีกร

ตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง จัดการสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ

การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพส่วนใหญ่ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แสดงให้เห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีส่วนส่งเสริมต่อบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตัวอย่างจากงานวิจัยต่อไปนี้

ปราณี ภาโส¹⁴ ศึกษาเรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้มารับบริการคลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสกลนคร ผลการวิจัย พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้มารับบริการคลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสกลนคร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.07 การเข้าถึงแหล่งข้อมูลและบริการสุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.44, 39.67, 57.96, 52.08, 59.47 และ 68.43 ตามลำดับ สำหรับพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.53 และผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านความรู้ ความเข้าใจ ด้านทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้มารับบริการคลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสกลนคร ($r=$

0.466, $r=$ 0.463, $r=$ 0.518, $r=$ 0.492, $r=$ 0.481 และ $r=$ 0.523 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.001$

กรรณิกา อุ่นอายุ¹⁵ ศึกษาเรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในชุมชนชนบท จังหวัดเชียงราย ผลการวิจัยพบว่า 1. กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก ($x = 66.49$, $SD = 4.75$) 2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับปานกลาง ($r = 0.344$, $p\text{-value} < 0.001$) 3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการบอกต่อในการป้องกันดูแลสุขภาพ ($r = 0.377$, $p\text{-value} < .001$) การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ($r = 0.343$, $p\text{-value} < 0.001$) และด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ($r = 0.323$, $p\text{-value} < 0.001$) 4. ความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับต่ำ ได้แก่ ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ ($r = 0.294$, $p\text{-value} < 0.01$) การตัดสินใจด้านสุขภาพ ($r = 0.280$, $p\text{-value} < 0.01$) และด้านการโต้ตอบแลกเปลี่ยนความรู้ ($r = 0.202$, $p\text{-value} < 0.05$)

ส่วนสรุปความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคโควิด-19

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีส่วนส่งเสริมต่อบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคโควิด-19 กล่าวคือ

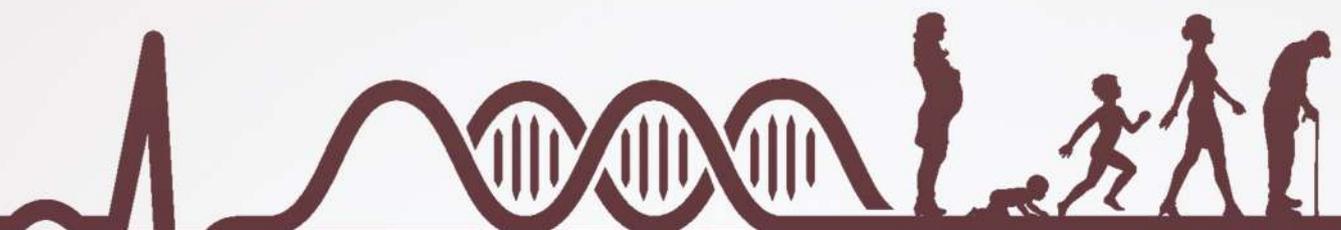
เมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรอบรู้เรื่องโรค อาการและอาการแสดง การรักษา วิธีการป้องกัน วิธีควบคุมและลดการแพร่กระจายของเชื้อโรคอย่างถูกต้อง ถูกวิธี ประกอบกับได้รับแรงสนับสนุนทางด้านสังคม ได้แก่ ครอบครัว คนในชุมชน เจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข งบประมาณหรือวัสดุอุปกรณ์ เอกสารต่างเพื่อใช้ในการให้ความรู้หรือสุขศึกษาแก่ประชาชนในพื้นที่ การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้านการให้ขวัญและ กำลังใจ ยกย่อง ผลงานต่อสาธารณชน การสนับสนุนจากประชาชนด้านการร่วมคิดและเสนอแนะและการรับรู้บทบาท ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถปฏิบัติหน้าที่ในการป้องกันโรคดังกล่าวด้วยความมั่นใจและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าถ้าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหมู่บ้านได้รับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องย่อมส่งผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ จะช่วยทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติงานในการควบคุม ป้องกัน ฝ้าระวังการติดเชื้อและลดการแพร่กระจายเชื้อโรค

เอกสารอ้างอิง

1. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2563. [เข้าถึงเมื่อ 20 มี.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://data.go.th/dataset/covid-19-daily;2563>
2. การดำเนินงานฝ้าระวังโรคโควิด-19 ในชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564. [เข้าถึงเมื่อ 16 ม.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก <http://ddc.moph.go.th/doi/;2564>
3. แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2563. [เข้าถึงเมื่อ 20 มี.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dms.go.th;2563>
4. ธวัชชัย ยืนยาว, เพ็ญญา บุญเสริม. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะติดต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หญิงในจังหวัดสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2563; 35(3): 555-64.
5. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อยกระดับเป็นหมออนามัยประจำหมู่บ้าน. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
6. กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีรธรรม, นวรัตน์ ไชยมภู, กชกร ฉายากุล. ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2563; 12(3): 195-212.

7. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. หลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ปีพุทธศักราช 2550. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2549.
8. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อยกระดับเป็นหมออนามัยประจำหมู่บ้าน. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
9. Healthy living adopted by the WHO regional committee for europe at its forty-eighth session. Copenhagen; World health organization; 1998.
10. Nielsen-Bohlman L, Allison MP, David AK. Health literacy: A prescription to end confusion Institute of Medicine (US) Committee on Health Literacy. Washington (DC): National Academies Press; 2004.
11. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med. Dec 2008; 67(12): 2072-8.
12. Rootman I. Health Literacy, What should we do about it? British Columbia: Faculty of Education, University of Victoria; 2009.
13. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ความรอบรู้ด้านสุขภาพคืออะไร? [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 10 ส.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://mwi.anamai.moph.go.th/web-upload/migrated/files/mwi/n1051_068d93b30daf70c8540af4d8abac7d4b_article_20180802172001.pdf
14. ปราณี ภาโสสม. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้มารับบริการคลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสกลนคร. สกลนคร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร; 2563.
15. กรรณิกา อุ่นอ้าย, พนิดา ชัยวัง, พรภิมล กรกกฤตกำจร, ดวงใจ ปันเจริญ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในชุมชนชนบทจังหวัดเชียงราย. วารสารพยาบาลสารมหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2565; 49(1): 200-12.



วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

90/1 ถ.อนามัย อ.เมือง จ.ขอนแก่น

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

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

Email : jhscph@scphkk.ac.th

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