



วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

Journal of Medicine and Public Health, UBU



พฤษภาคม - สิงหาคม 2565

ปีที่ 5 ฉบับที่ 2

ISSN : 2673-0383 (Online)



วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการ และผลวิจัยทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย การคุ้มครองผู้บริโภค การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัยและความปลอดภัย ระบาดวิทยา พฤติกรรมสุขภาพ สุขศึกษา โภชนาการ รวมถึงงานวิจัยสาขาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ ของบุคลากรทั้งภายในและภายนอกมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

กำหนดการออก: เป็นวารสารราย 4 เดือน ออกปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม

ที่ปรึกษา

ศ. (พิเศษ) นพ.ไพจิตร ปวบุตร

นพ.ประวิ อ่ำพันธ์

ผศ.พญ.ศุทธิณี อีราช

รศ.ดร.สุรชาติ ณ หนองคาย

นพ.พูลชัย จิตอนันตวิทยา

นพ.วันชัย เหล่าเสถียรกิจ

นพ.สุวิทย์ โรจนศักดิ์โสธร

นพ.ธีระพงษ์ แก้วภมร

นพ.ปฐมพงศ์ ปุโรโปรง

นพ.ปกรณ์ ตุงคะเสรีรักษ์

พญ.นงลักษณ์ เทศนา

ผศ.ดร.กิตติ เหล่าสุภาพ

อดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุข

คณบดีวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

รองคณบดีฝ่ายบริหาร

วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ประธานฝ่ายการแพทย์วิสาหกิจสุขภาพชุมชน

คลินิกทางด่วนเพื่อชุมชน

สำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยโสธร

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ

ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี



บรรณาธิการ

ผศ.ดร.ปวีณา ลิ้มปิติปราการ

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

กองบรรณาธิการ

ภายใน

ศ.ดร.พงศ์ศักดิ์ รัตนชัยกุลโสภณ

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

รศ.ดร.อนันต์ ไชยกุลวัฒนา

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ผศ.ดร.มารุตพงศ์ ปัญญา

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ผศ.ดร.นิยม จันทน์นวล

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ผศ.ดร.อารี บุตรสอน

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ผศ.พจนาภา ธานี

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ภายนอก

รศ.ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์

มหาวิทยาลัยทักษิณ

ผศ.ดร.สมเกียรติยศ วรเดช

มหาวิทยาลัยทักษิณ

ดร.ธีรพัฒน์ สุทธิประภา

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ดร.นพดล พิมพ์จันทร์

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางบ่ออี

ดร.ชาญชัยณรงค์ ทรงศาศรี

มหาวิทยาลัยราชภัฏกาฬสินธุ์

ดร.เกศรา แสนศิริทวีสุข

สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี

ดร.วิโรจน์ เขมรัมย์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ดร.นพ.ปริญญญา ชำนาญ

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ดร.ณอมศักดิ์ บุญสู่

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรอุบลราชธานี

ฝ่ายจัดการ

นายณรงค์ พรหมรักษ์

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

นายอัครเดช อธิปราชญ์

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

นางสาวพนัสนิศา กวางทอง

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี



วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
Journal of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University
ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม – สิงหาคม 2565)

กองบรรณาธิการวารสารการแพทย์และสาธารณสุข

งานวิจัย บริการวิชาการ และทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม

วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

เลขที่ 85 ถนนสกลมารค์ ต.เมืองศรีโค อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี 34190

โทรศัพท์ 045-353900 โทรศัพท์ภายใน 3902 โทรสาร 045-353901

Email: jmpubu@ubu.ac.th **เว็บไซต์:** <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmpubu/index>

ISSN : 2651-1304 (Print) --- เริ่มเผยแพร่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561

ISSN : 2673-0383 (Online) --- เริ่มเผยแพร่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 เป็นต้นไป



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความในฉบับ

ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

ดร.จำรัส แก้วแรมเรือน

คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน

ดร.เยาวรินทร์ นครภักดี

คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผศ.ดร.ภาณุ นิลกรณ์

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

ดร.กิตติ ประจันตเสน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ

ดร.พัชรา หิรัญวัฒนกุล

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

นพ.สิปณัฐ ศีลาเกษ

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

ดร.นิภา มหารัชชพงศ์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ดร.คณิต หนูพลอย

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

ดร.อรอุมา แก้วเกิด

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม

มหาวิทยาลัยนครพนม

รศ.ดร.เอกอุมา อีห์คำ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ผศ.ดร.เบญจพร สุขประเสริฐ

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ดร.ขวัญสุดา บุญทศ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผศ.ดร.ชูชาติ วงศ์อนุชิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รศ.ดร.จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ผศ.ดร.หทัยกาญจน์ ชูตระกูล

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ทรงคุณวุฒิภายใน

ผศ.เกษร สายธนู

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ผศ.จารุวรรณ วงบุตดี

วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข

ผศ.พจนา ธานี

วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข

พญ.แพรววรินทร์ ว่องสุภักดิ์

วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข

ผศ.ดร.กิตติ เหลาสุภาพ

วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข

ผศ.ดร.อารี บุตรสอน

วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรด้านสนับสนุนบริการ ในโรงพยาบาลโสธร Factors relating to the quality of work-life among service support staffs in Yasothon hospital <i>วราพร ไยบัว, ปกมล เหล่ารักษาวงษ์, พาณีย์ สีดกะลิน</i>	73
การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในการดูแลสุขภาพตนเองด้วยหลัก 4 อ. ตำบลด่านเกวียน อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา Potential development among hypertensive elderly for self-care with four principles in Dan Kwian Sub-district, Chokchai District, Nakhon Ratchasima Province <i>ปาริชาติ รุจาคม, พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์</i>	84
การศึกษาการกระจายของโรคและสายพันธุ์ที่ก่อโรคเลปโตสไปโรสิตามลุ่มน้ำในพื้นที่จังหวัด ศรีสะเกษ A study on the distribution of disease and Leptospirosis-causing strains in watershed areas of Sisaket province, Thailand <i>นวรรตน์ บุญกัณหา, นิธิกุล เต็มเอี่ยม, พงศ์ศิริ ชิดชม</i>	94
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี Factors associated with health literacy among the elderly in Mueang District, Ratchaburi province <i>ชลธิรา กาวไธสง</i>	103
การคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี Depression risk screening among students at Ubon Ratchathani University <i>ทวนธน บุญลือ, อีราพร สุภาพันธ์, น้อยเล็ก คุณวรชาติชัย, สุทธาสินี สุวรรณกุล, อุไรวรรณ อกนิทย์, ทิภาดา สามสีทอง, มานิตย์ แซ่เตี่ยว, พิชรี พรรณพานิช, จิตตวีร์ ภัทรวรรษ์วีร์</i>	114

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)

- ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์โรคติดเชื้อ
ไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี 125
Mental health literacy and factors related to depression in the situation of
coronavirus disease 2019 (COVID-19) among undergraduate students in one
university of Chonburi Province
ปิยธิดา กระฉอดนอก, พัลลิดา บุญชาญ, เสาวนีย์ ทองนพคุณ
- รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 136
และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลคลองจิก อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
The casual model between personal factors, health belief model, and quality
of life among the elderly in Khlong Chik Sub-district, Bang Pa-in District,
Phra Nakhon Si Ayutthaya Province
ปิยลักษณ์ เจริญชาติ, ธัญชัย บุญหนัก

บทบรรณาธิการ (Editor note)

วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ฉบับนี้เป็นฉบับที่ 2 ของปีที่ 5 ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ได้จัดทำวารสารขึ้นมา มีการตีพิมพ์วารสารในรูปแบบออนไลน์เท่านั้น ตีพิมพ์ปีละ 3 ฉบับ มีหมายเลข ISSN: 2673-0383 (Online) โดยวารสารได้รับการประเมินให้อยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่ม 2 ตั้งแต่ 30 มิถุนายน 2564 วารสารมีจำนวนผู้ประเมินบทความจำนวนบทความละ 3 ท่าน ซึ่งเป็นความตั้งใจของวารสารที่จะพัฒนาบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารให้ได้คุณภาพ บทความวิจัยในฉบับนี้มีทั้งหมด 7 เรื่อง โดยในฉบับนี้ มีบทความที่น่าสนใจเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในการดูแลสุขภาพตนเองด้วยหลัก 4 อ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของนิสิตระดับปริญญาตรี และบทความอื่นๆ ที่น่าสนใจอีกหลายบทความ

ในโอกาสนี้ทางวารสารขออนุญาตเชิญชวนนักวิจัยและบุคคลทั่วไปที่มีความสนใจในการเผยแพร่ผลงานวิจัยในลักษณะบทความวิชาการ บทความวิจัย และบทความปริทัศน์ ในด้านการแพทย์และสาธารณสุขกับทางวารสารฯ โดยไม่มีค่าใช้จ่าย ท่านสามารถส่งบทความตีพิมพ์ผ่านทางระบบของ ThaiJo ได้ที่ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmpubu/index> ในนามของกองบรรณาธิการ ต้องขอขอบคุณผู้เขียนบทความทุกท่านที่ได้ให้ความสนใจในการส่งบทความมาพิจารณาตีพิมพ์กับวารสารของเรา รวมถึงขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้สละเวลาในการพิจารณาบทความ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ด้วยดีเสมอมา

ผศ.ดร.ปวีณา ลิ้มปิทีปการ

บรรณาธิการ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรด้านสนับสนุนบริการ ในโรงพยาบาลโสธร

Factors relating to the quality of work-life among service support staffs in Yasothon hospital

วรารพร ไยบัว^{1*} ปกมล เหล่ารักษาวงษ์² พาณี สิตกะลิน²

Waraporn Yaibua^{1*} Pokkamol Laoraksawong² Panee Sitakalin²

*Corresponding author: baejeab@gmail.com

(Received: January 21, 2022; Revised: February 11, 2022; Accepted: February 21, 2022)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรด้านสนับสนุนบริการในโรงพยาบาลโสธร จำนวน 154 คน โดยสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ ไบซีเรียล ค่าสหสัมพันธ์อันดับ และการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 31-40 ปี มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา/ปวช. ทำงานตำแหน่งผู้ช่วยเหลือคนไข้ และพนักงานบริการทั่วไป มีอายุงานมากกว่า 5 ปี และมีรายได้ต่อเดือนไม่เกิน 15,000 บาท บุคลากรด้านสนับสนุนบริการมีคะแนนความพึงพอใจต่อบรรยากาศองค์การเฉลี่ย เท่ากับ 48.82 ซึ่งมีระดับความพึงพอใจต่อบรรยากาศองค์การอยู่ในระดับมาก บุคลากรด้านสนับสนุนบริการมีคะแนนคุณภาพชีวิตการทำงานเฉลี่ย เท่ากับ 153.69 ซึ่งมีระดับคุณภาพชีวิตการทำงานอยู่ในระดับมาก และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรด้านสนับสนุนบริการ ได้แก่ ระดับการศึกษา อายุ ชั่วโมงทำงาน รายได้ต่อเดือน ความชัดเจนของเป้าหมายนโยบาย ความรับผิดชอบในงาน การทำงานล่วงเวลา และโครงสร้างองค์การ ซึ่งมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตัวแปรดังกล่าวสามารถร่วมกันทำนายต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรด้านสนับสนุนบริการได้ร้อยละ 62.10

คำสำคัญ: บุคลากรด้านสนับสนุนบริการ บรรยากาศองค์การ คุณภาพชีวิตในการทำงาน

¹นักศึกษาลัทธิสุทธสาธิตสาธิตมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

²สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

¹Graduate in Master of Public Health, School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

²School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

Abstract

The purpose of this research was to determine the levels of quality of work-life and identify factors related to the quality of work-life of service support personnel in Yasothon Hospital. The study involved sampling 154 service support personnel who were randomly selected from the workers at the hospital. Data were collected using a questionnaire whose reliability value was 0.89 and then analyzed to determine the frequency, percent, mean, standard deviation, Pearson Correlation Coefficient, Point Biserial Correlation Coefficient, Eta correlation, and multiple linear regression. The study found that among the participants, most of them were women aged 31–40 years. They had completed upper secondary education or equivalent. They worked as patient support or general service staff with more than five years of work experience and had a monthly income of not exceeding 15,000 baht. The satisfaction score of organizational climates was at a high level (mean score 48.82), and their quality of work-life was at a high level (mean score 153.69). The factors significantly related to their quality of work-life included education, age, working hours, income, policy clarity, job responsibilities, overtime work, and organizational structure ($p < 0.001$); these variables could 62.10% predict the quality of work life.

Keywords: Service supporting personnel, Organizational climate, Quality of work life

1. บทนำ

ชีวิตการทำงานเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติมากกว่ากิจกรรมใด ๆ ในแต่ละประจำวัน เพราะมนุษย์ต้องทำงานเพื่อสร้างคุณค่าให้กับตนเอง (self-esteem) เพื่อการดำรงชีพ นอกจากนี้การทำงานยังช่วยพัฒนาทักษะด้านต่าง ๆ จากการที่ได้เรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ ๆ และเป็นการทำประโยชน์ให้แก่สังคม⁽¹⁾ แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าหากงานที่ทำเป็นงานที่ซ้ำซากจำเจ น่าเบื่อ หรืออยู่ในสภาพแวดล้อมที่เป็นอันตราย การทำงานนั้นก็อาจก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียด ความทุกข์ จนเกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจในการทำงาน⁽²⁾ ส่งผลต่อสุขภาพทางกายและจิตใจ รวมทั้งคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคคลได้^(3,4)

โรงพยาบาลเป็นสถานที่ให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน ประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของประชาชน และบุคลากรด้านสนับสนุนบริการในโรงพยาบาล (service supporting personnel) ที่ทำหน้าที่อำนวยความสะดวกแก่บุคลากรสาธารณสุข ในการทำการรักษาพยาบาลประชาชนผู้มารับบริการ ไม่ว่าจะเป็นการจัดเตรียมเครื่องมือ ผ้า และอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้มีความสะอาด และมีสภาพพร้อมใช้งาน ปลอดภัย และเพียงพอ การจัดการวัสดุและของเสียอันตรายอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย⁽⁵⁾ สำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่มีการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่จะเป็นลักษณะงานที่ให้บริการ ดังนั้นบุคลากรต้องมีความอดทน อดกลั้น และมีจิตบริการเป็นอย่างมาก เพราะต้องทำงานภายใต้ความกดดันตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วย ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานอย่างมาก ได้แก่ สภาพแวดล้อมของสถานที่ทำงานที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง ภาระงานที่มากกว่าไม่สมดุลกับอัตราค่าจ้างของผู้ปฏิบัติงาน ค่าตอบแทนน้อย เวลาการทำงานที่ไม่แน่นอน การได้รับการยอมรับและยกย่องในการทำงาน ลักษณะงานที่ทำหาย การได้รับความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน เป็นต้น⁽⁶⁾ โดยปัจจัยข้างต้นมีผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

ในปัจจุบันพบว่ามีสถิติผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ปริมาณงานการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ตลอดจนมีความซับซ้อนของความเจ็บป่วยของผู้รับบริการมากขึ้น⁽⁷⁾ และจากสภาพเศรษฐกิจและสังคมนโยบายของประเทศไทย ในปัจจุบัน ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรทุกกลุ่มอาชีพ เนื่องจากรัฐมีการควบคุมค่าใช้จ่ายมีการจำกัดการว่าจ้าง และจากการกำหนดนโยบายหลักประกันสุขภาพทางด้านสาธารณสุข ที่ดำเนินนโยบายหลักประกัน

สุขภาพถ้วนหน้าที่ใช้วิธีเหมาจ่ายรายหัวในการจ่ายเงินให้หน่วยบริการซึ่งภาครัฐได้จัดสวัสดิการด้านสุขภาพและขยายความครอบคลุมมาโดยลำดับ ทำให้มีจำนวนผู้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลมากขึ้น และอัตราค่าจ้างของผู้ปฏิบัติงานไม่สมดุลกับผู้มาใช้บริการ ก่อให้เกิดข้อผิดพลาดในการทำงาน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรของโรงพยาบาลในทุกระดับ รวมทั้งบุคลากรด้านสนับสนุนบริการ⁽⁸⁾ ซึ่งบุคลากรด้านสนับสนุนบริการนี้จัดเป็นทรัพยากรมนุษย์และพื้นที่สำคัญในการขับเคลื่อนการทำงานบริการในโรงพยาบาล ที่ทำหน้าที่สนับสนุนบุคลากรทางการแพทย์ ตั้งแต่กระบวนการต้นน้ำจนถึงกระบวนการปลายน้ำ หากภาระงานที่เพิ่มขึ้นไม่สอดคล้องกับจำนวนบุคลากรที่มีอยู่ ก็จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรด้านสนับสนุนบริการในโรงพยาบาลได้

โรงพยาบาลโยธมภูมิบุคลากรด้านสนับสนุนบริการของโรงพยาบาลคิดเป็นจำนวนร้อยละ 20 ของบุคลากรทั้งหมด โดยบุคลากรในกลุ่มนี้อาจจะไม่ได้รับความสนใจในด้านคุณภาพชีวิตการทำงานเท่าที่ควร เมื่อเทียบกับบุคลากรในตำแหน่งสาขาวิชาชีพอื่น ๆ ที่ทำงานในโรงพยาบาล เพราะคุณภาพชีวิตการทำงานเป็นสิ่งที่สำคัญเนื่องจากเป็นแรงจูงใจให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีของการบริการและผลผลิตขององค์กร หากบุคลากรมีความพึงพอใจในการทำงาน มีความรักความผูกพันกับองค์กร จะทำให้สามารถบรรลุเป้าหมายของทั้งบุคคลและองค์กรได้⁽⁹⁾ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาระดับคุณภาพชีวิตการทำงาน และปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรด้านสนับสนุนบริการในโรงพยาบาลโยธมภูมิ เพราะในอดีตบุคลากรด้านสนับสนุนบริการของโรงพยาบาลโยธมภูมิประสบปัญหาการจัดสรรเวลาการทำงาน การบริหารจัดการด้านอัตราค่าจ้างให้มีจำนวนบุคลากรด้านสนับสนุนบริการให้เหมาะสมกับปริมาณงาน บรรยากาศขององค์กรที่ได้รับความกดดันจากภาระงานที่มากเกินไป โดยเฉพาะในช่วงการเกิดโรคระบาด ต้องคร่ำเคร่งอยู่กับงาน ซึ่งมีหน้าที่ด้านเกี่ยวข้องกับการดูแลบริบาลและอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วย ผลการวิจัยในครั้งนี้ สามารถนำไปใช้ให้องค์กรได้กำหนดเป้าหมายนโยบายที่ชัดเจน ที่ส่งผลการบริหารจัดการด้านอัตราค่าจ้างให้มีจำนวนบุคลากรด้านสนับสนุนบริการให้เหมาะสมกับปริมาณ มีความยืดหยุ่น เหมาะกับสภาพแวดล้อมและความต้องการของผู้ใช้บริการ ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจ ไม่ได้รับความกดดันจากการปฏิบัติงานมากเกินไป มีการจัดสรร

ตารางเวลางานที่ยืดหยุ่น ทำให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังใช้เป็นเครื่องจูงใจให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีของการบริการและผลผลิตขององค์กร บุคลากรมีความพึงพอใจในการทำงาน มีความรักความผูกพันกับองค์กรซึ่งจะทำให้สามารถบรรลุเป้าหมายของทั้งขององค์กร และเป้าหมายบุคลากรในฐานะสมาชิกขององค์กรต่อไปได้

2. วิธีดำเนินการวิจัย

2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสนับสนุนบริการในโรงพยาบาลโสธรจำนวน 219 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสนับสนุนบริการในโรงพยาบาลโสธร จำนวน 154 คน ได้มาจากการใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร⁽¹⁰⁾

จำนวนประชากร คือ เจ้าหน้าที่ด้านสนับสนุนบริการ 219 คน

ค่ามาตรฐานที่ช่วงเชื่อมั่น 95% ($\alpha = 0.05$) เท่ากับ 1.96

ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประชากร เท่ากับ 0.4⁽¹¹⁾

ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.05

ได้ขนาดตัวอย่าง (n) เท่ากับ 140 คน เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนขนาดตัวอย่างร้อยละ 10% ดังนั้น รวมขนาดตัวอย่างที่ต้องทำการเก็บทั้งหมดไม่น้อยกว่า 154 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการสุ่มแบบจับฉลากแบบไม่ใส่คืน ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้ เกณฑ์การคัดเข้า ต้องเป็นบุคลากรด้านสนับสนุนบริการที่มีอายุงานตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป และเกณฑ์คัดออก คือ เป็นบุคลากรด้านสนับสนุนบริการที่ไม่สมัครใจในการให้ข้อมูล

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคือ แบบสอบถาม และ แบบประเมินคุณภาพชีวิตการทำงานที่ครอบคลุมปัจจัยพื้นฐานสำคัญที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานตามที่ผู้วิจัยได้ให้คำนิยามไว้ โดยประยุกต์ตามแนวคิดเกี่ยวกับลักษณะสำคัญที่ประกอบขึ้นเป็นคุณภาพชีวิตการทำงานตามแนวคิด Walton⁽¹²⁾ รวมทั้งแนวคิดทฤษฎีที่สอดคล้องกับจิตวิทยา และดัดแปลงข้อคำถามบางส่วนให้สอดคล้องกับกลุ่มประชากร โดยดัดแปลง

มาจาก วาริณี โพธิราช⁽¹³⁾ ที่ทำการศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตการทำงานของลูกจ้างในมหาวิทยาลัย มหาภูมิราชวิทยาลัย มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล เป็นข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 14 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ตำแหน่งงาน ลักษณะการจ้างงาน อายุงาน ชั่วโมงทำงาน จำนวนวันทำงานในแผนกต่อสัปดาห์ การทำงานล่วงเวลา ที่พักอาศัย หนี้สิน การเก็บออม และรายได้ โดยมีลักษณะข้อคำถามแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 บรรยายการองค์การ มีทั้งหมด 12 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน ประกอบด้วย ความชัดเจนของเป้าหมายและนโยบาย ข้อตกลงเพื่อมุ่งสู่ความสำเร็จ โครงสร้างองค์การ การปฏิบัติตามกฎระเบียบ การยกย่องชมเชยและให้รางวัล และ ความรับผิดชอบในงาน ซึ่งวัดเป็นความคิดเห็นโดยใช้มาตราส่วนประมาณค่าลิเคิร์ทสเกล 5 ระดับ⁽¹⁴⁾ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยน้อยที่สุด	ได้ 1 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ได้ 2 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ได้ 3 คะแนน
เห็นด้วยมาก	ได้ 4 คะแนน
เห็นด้วยมากที่สุด	ได้ 5 คะแนน

มีการแปลผลคะแนนความพึงพอใจของบรรยาการองค์การเป็นรายด้าน ซึ่งแต่ละด้านมีจำนวนข้อคำถาม 2 ข้อ คะแนนรวมสูงสุดคือ 10 คะแนน และคะแนนรวมน้อยสุดที่มีโอกาสเป็นไปได้คือ 2 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การคิดคะแนนความพึงพอใจระดับบรรยาการองค์การแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ

ความพึงพอใจน้อยที่สุด (2.00–3.60 คะแนน)
ความพึงพอใจน้อย (3.61–5.20 คะแนน)
ความพึงพอใจปานกลาง (5.21–6.80 คะแนน)
ความพึงพอใจมาก (6.81–8.40 คะแนน)
ความพึงพอใจมากที่สุด (8.41–10.00 คะแนน)

แปลผลคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจระดับบรรยาการองค์การโดยรวมเป็น 5 ระดับ คือ

ความพึงพอใจน้อยที่สุด (12.00–21.60 คะแนน)
ความพึงพอใจน้อย (21.61–31.20 คะแนน)
ความพึงพอใจปานกลาง (31.21–40.80 คะแนน)
ความพึงพอใจมาก (40.81–50.40 คะแนน)
ความพึงพอใจมากที่สุด (50.41–60.00 คะแนน)

ส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิตการทำงาน โดยอาศัยแนวคิดของ Walton (1973)⁽¹²⁾ ซึ่งประกอบด้วยข้อบ่งชี้ต่าง ๆ ใน 8 ด้าน ได้แก่

ด้านการได้รับค่าตอบแทนที่เป็นธรรม
ด้านสภาพการทำงานที่ปลอดภัย
ด้านความก้าวหน้าและมั่นคง
ด้านการได้รับโอกาสในการพัฒนาศักยภาพ
ด้านการบูรณาการทางสังคม
ด้านสิทธิส่วนบุคคล
ด้านการจัดสรรเวลา และ
ด้านความเป็นประโยชน์ต่อสังคม
ซึ่งวัดเป็นความคิดเห็นโดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า
5 ระดับ ประมาณค่าลิเคิร์ตสเกล⁽¹⁴⁾ มีเกณฑ์การให้คะแนน
ดังนี้

เห็นด้วยน้อยที่สุด	ได้ 1 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ได้ 2 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ได้ 3 คะแนน
เห็นด้วยมาก	ได้ 4 คะแนน
เห็นด้วยมากที่สุด	ได้ 5 คะแนน

ซึ่งแต่ละด้านมีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ รวมข้อคำถาม
ทั้งหมดจำนวน 40 ข้อ แปลผลคะแนนรายด้าน 5 ระดับ คือ
คุณภาพชีวิตระดับน้อยที่สุด (5.00–9.00 คะแนน)
คุณภาพชีวิตระดับน้อย (10.00–13.00 คะแนน)
คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง (14.00–17.00 คะแนน)
คุณภาพชีวิตระดับมาก (18.00–21.00 คะแนน)
คุณภาพชีวิตระดับมากที่สุด (22.00–25.00)
แปลผลเป็นคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตการทำงาน
โดยรวมเป็น 5 ระดับ คือ
คุณภาพชีวิตระดับน้อยที่สุด (40.00–72.00 คะแนน)
คุณภาพชีวิตระดับน้อย (73.00–104.00 คะแนน)
คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง (105.00–136.00 คะแนน)
คุณภาพชีวิตระดับมาก (137.00–168.00 คะแนน)
คุณภาพชีวิตระดับมากที่สุด (169.00–200.00
คะแนน) โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์⁽¹⁵⁾

2.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนาสำหรับการวิเคราะห์และรายงาน
ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมานสำหรับวิเคราะห์
หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรประเภทสองกลุ่ม กับ
คุณภาพชีวิตการทำงาน ได้แก่ สถิติค่าสัมประสิทธิ์
สหสัมพันธ์แบบพอยท์ ไบซีเรียล (Point biserial
correlation coefficient) (r_{pb}) ประเภทหลายกลุ่ม กับ
คุณภาพชีวิตการทำงาน จะใช้สถิติค่าสหสัมพันธ์อีตา (Eta
correlation) (r_e) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร
ต่อเนื่อง กับคุณภาพชีวิตการทำงาน จะใช้สถิติค่า

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson correlation
coefficient) (r) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ
 $p < 0.05$ และการหาปัจจัยทำนายพยากรณ์คุณภาพชีวิตการ
ทำงาน การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear
Regression) ซึ่งทำการพิจารณาตัวแปรอิสระเข้าสมการ
ทำนายความสัมพันธ์จากผลการทดสอบหาความสัมพันธ์
ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล ค่า
สหสัมพันธ์อีตา และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันที่
ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ และทำการทดสอบหา
ความสัมพันธ์กันเองของตัวแปรอิสระที่มีต่อตัวแปรตาม
(multicollinearity) ของตัวแปร เพื่อป้องกันปัญหา
ความสัมพันธ์ภายในของตัวแปรพยากรณ์
(Multicollinearity) ซึ่งพบว่าทุกตัวแปรในแต่ละด้านของ
บรรายาคอองค์การจึงไม่มีความสัมพันธ์กันเอง ซึ่งดูได้จาก
ค่า VIF < 10 และ Tolerance > 0.2

การแปลผลระดับความสัมพันธ์ของตัวแปร
คุณลักษณะส่วนบุคคลและบรรายาคอองค์การกับคุณภาพ
ชีวิตการทำงาน ใช้เกณฑ์ 5 ระดับ จากค่าสัมประสิทธิ์
สหสัมพันธ์ (r) ซึ่งมีค่าระหว่าง -1 ถึง +1 ตามเกณฑ์ของ
เฮเกิล⁽¹⁶⁾ ดังนี้

$r = 0.00$ หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์กัน

$r = \pm 0.01$ ถึง 0.30 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันต่ำมาก

$r = \pm 0.31$ ถึง 0.5 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันต่ำ

$r = \pm 0.51$ ถึง 0.70 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันปานกลาง

$r = \pm 0.71$ ถึง 0.90 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันสูง

$r = \pm 0.91$ ถึง 1.00 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันสูงมาก

2.4 การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาด้านจริยธรรมการ
วิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสาขาวิชา
วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช โดย
ผ่านการอนุมัติตามหมายเลข IRB-SHS 2020/1004/72 ลง
วันที่ 13 สิงหาคม 2563 ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียด
โครงการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง อธิบายถึงสิทธิของกลุ่ม
ตัวอย่าง และได้รับการยินยอมเข้าร่วมเป็นตัวอย่างวิจัยจาก
กลุ่มตัวอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร

3. ผลการวิจัย

3.1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรด้านสนับสนุนบริการใน โรงพยาบาลโยธ

กลุ่มตัวอย่างบุคลากรด้านสนับสนุนบริการส่วนใหญ่
เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.2 อายุ 31-40 ปี ร้อยละ 53.2
สถานภาพสมรส ร้อยละ 78.6 ระดับการศึกษามัธยมศึกษา

ตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 40.9 ตำแหน่งผู้ช่วยเหลือคนไข้ ร้อยละ 50.0 ตำแหน่งพนักงานบริการทั่วไป ร้อยละ 50.0 การจ้างงานแบบพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 63.0 อายุงานในองค์กรมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 68.8 ชั่วโมงการทำงานไม่เกิน 8 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 50.6 จำนวนวันทำงานไม่เกิน 6 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 56.5 มีการทำงานล่วงเวลาเป็นประจำ ร้อยละ 79.2 พักอาศัยในที่พักของตนเอง ร้อยละ 83.8 มีหนี้สิน ร้อยละ 72.7 มีเงินเก็บออมในแต่ละเดือน ร้อยละ 75.3 มีรายได้ต่อเดือน ไม่เกิน 15,000 บาท ร้อยละ 79.9

3.2 ระดับความพึงพอใจต่อบรรยากาศองค์การของบุคลากรด้านสนับสนุนบริการในโรงพยาบาลโสธร

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อบรรยากาศองค์การรายด้านและโดยภาพรวม (n=154)

ปัจจัย	$\bar{x}$	S.D.	แปลผลระดับความพึงพอใจ
ด้านความชัดเจนของเป้าหมายและนโยบาย	8.36	1.28	มาก
ด้านข้อตกลงเพื่อบริหารความสำเร็จ	8.24	1.13	มาก
ด้านโครงสร้างองค์การ	7.82	1.05	มาก
ด้านการปฏิบัติตามกฎระเบียบ	8.13	1.15	มาก
ด้านการยกย่องชมเชยและให้รางวัล	8.40	1.19	มาก
ด้านความรับผิดชอบในงาน	7.89	1.33	มาก
คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อบรรยากาศองค์การโดยรวม	48.82	7.13	มาก

3.3 ระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรด้านสนับสนุนบริการในโรงพยาบาลโสธร

บุคลากรด้านสนับสนุนบริการส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 153.69$, S.D. = 23.17) และเมื่อพิจารณารายปัจจัยรายด้านของคุณภาพชีวิตการทำงานพบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน โดยปัจจัยด้านสภาพการทำงานที่ปลอดภัย ($\bar{X} = 19.88$, S.D. = 2.26) มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดรองลงมาคือ ปัจจัยด้านความเป็นประโยชน์ต่อสังคม ($\bar{X} = 19.50$, S.D. = 2.97) ปัจจัยด้านความก้าวหน้าและมั่นคง ($\bar{X} = 19.31$, S.D. = 2.72) ปัจจัยด้านการเคารพสิทธิส่วนบุคคล ($\bar{X} = 19.26$, S.D. = 2.95) ปัจจัยด้านการได้รับโอกาสในการพัฒนาศักยภาพ ($\bar{X} = 19.19$, S.D. = 2.90) ปัจจัยด้านการบูรณาการทางสังคม ($\bar{X} = 19.05$, S.D. = 2.92) ปัจจัยด้านค่าตอบแทนที่เป็นธรรม ($\bar{X} = 18.88$, S.D. = 3.07) และ ปัจจัยด้านการจัดสรรเวลาอยู่ ($\bar{X} = 18.62$, S.D. = 3.38) ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 2

3.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรด้านสนับสนุนบริการในโรงพยาบาลโสธร

เมื่อพิจารณาระดับความพึงพอใจต่อบรรยากาศองค์การ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อบรรยากาศองค์การโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 48.84$, S.D. = 7.13) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับมากทุกด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านการยกย่องชมเชยและให้รางวัล ($\bar{X} = 8.40$, S.D. = 1.19) ด้านความชัดเจนของเป้าหมายและนโยบาย ($\bar{X} = 8.36$, S.D. = 1.28) ด้านข้อตกลงเพื่อบริหารความสำเร็จ ($\bar{X} = 8.24$, S.D. = 1.13) ด้านการปฏิบัติตามกฎระเบียบ ($\bar{X} = 8.13$, S.D. = 1.15) ด้านความรับผิดชอบในงาน ($\bar{X} = 7.89$, S.D. = 1.33) และด้านโครงสร้างองค์การ ($\bar{X} = 7.82$, S.D. = 1.05) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรคุณลักษณะส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตการทำงานด้วยสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ ไบซีเรียล และค่าสหสัมพันธ์อันดับ พบว่า การศึกษาของบุคลากรด้านสนับสนุนบริการในโรงพยาบาลโสธรมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานในทางบวกในระดับปานกลาง ($r_n = 0.631$, $p < 0.001$) รายได้ต่อเดือนของบุคลากรด้านสนับสนุนบริการในโรงพยาบาลโสธรมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานในทางบวกในระดับต่ำ ($r_{pb} = 0.349$, $p < 0.001$) การทำงานล่วงเวลาของบุคลากรด้านสนับสนุนบริการในโรงพยาบาลโสธรมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานในทางบวกในระดับต่ำ ($r_n = 0.340$, $p < 0.001$) จำนวนชั่วโมงที่ทำงานต่อวันของบุคลากรด้านสนับสนุนบริการในโรงพยาบาลโสธรมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานในทางบวกในระดับต่ำ ($r_{pb} = 0.326$, $p < 0.001$) 5) อายุของบุคลากรด้านสนับสนุนบริการในโรงพยาบาลโสธรมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานในทางบวกในระดับต่ำ ($r_n = 0.323$, $p = 0.043$) จำนวนวันที่ทำต่อสัปดาห์ของบุคลากรด้านสนับสนุนบริการในโรงพยาบาลโสธรมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานใน

ทางบวกระดับต่ำ ($r_n = 0.320$, $p < 0.001$) ที่พักอาศัยของบุคลากรด้านสนับสนุนบริการในโรงพยาบาลโสธรมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานในทางบวกระดับต่ำ ($r_{pb} = 0.279$, $p < 0.001$) และตำแหน่งงานของบุคลากรด้านสนับสนุนบริการในโรงพยาบาลโสธรมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานในทางบวกระดับต่ำ ($r_{pb} = 0.187$, $p = 0.020$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์บรรยากาศขององค์การกับคุณภาพชีวิตการทำงานด้วยสถิติค่าสัมประสิทธิ์

ตารางที่ 2 ระดับความพึงพอใจต่อคุณภาพชีวิตการทำงาน ($n = 154$)

ปัจจัย	$\bar{x}$	S.D.	แปลผลระดับความพึงพอใจ
ด้านค่าตอบแทนที่เป็นธรรม	18.88	3.07	มาก
ด้านสภาพการทำงานที่ปลอดภัย	19.88	2.26	มาก
ด้านความก้าวหน้าและมั่นคง	19.31	2.72	มาก
ด้านการได้รับโอกาสในการพัฒนาศักยภาพ	19.19	2.90	มาก
ด้านการบูรณาการทางสังคม	19.05	2.92	มาก
ด้านการเคารพสิทธิส่วนบุคคล	19.26	2.95	มาก
ด้านการจัดสรรเวลา	18.62	3.38	มาก
ด้านความเป็นประโยชน์ต่อสังคม	19.50	2.97	มาก
คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตการทำงานโดยภาพรวม	153.69	23.17	มาก

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตการทำงานกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรด้านสนับสนุนบริการของโรงพยาบาลโสธร

ข้อมูลส่วนบุคคล	r	P-value
เพศ	$r_{pb} = 0.069$	0.393
อายุ	$r_n = 0.323$	0.043
สถานภาพสมรส	$r_{pb} = 0.175$	0.169
การศึกษาสูงสุด	$r_n = 0.631$	<0.001
ตำแหน่งงาน	$r_{pb} = 0.187$	0.020
ลักษณะการจ้างงาน	$r_n = 0.296$	0.644
อายุงาน	$r_{pb} = 0.018$	0.828
จำนวนชั่วโมงที่ทำงานต่อวัน	$r_n = 0.326$	<0.001
จำนวนวันที่ทำงานต่อสัปดาห์	$r_{pb} = 0.320$	<0.001
การทำงานล่วงเวลา	$r_{pb} = 0.340$	<0.001
ที่พักอาศัย	$r_n = 0.279$	<0.001
สภาพหนี้สิน	$r_{pb} = -1.450$	0.073
การออมทรัพย์	$r_{pb} = 0.049$	0.542
รายได้ต่อเดือน	$r_n = 0.349$	<0.001

r_{pb} = Point biserial correlation, r_n = eta correlation

สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) พบว่าบรรยากาศองค์การของโรงพยาบาลด้านความรับผิดชอบต่องานมีความสัมพันธ์ในทิศทางแปรตามกันกับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรด้านสนับสนุนบริการอยู่ในระดับต่ำ ($r = 0.414$, $p < 0.001$) และด้านความชัดเจนของเป้าหมายและนโยบายมีความสัมพันธ์ในทิศทางแปรตามกันกับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรด้านสนับสนุนบริการอยู่ในระดับต่ำ ($r = 0.170$, $p = 0.035$) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตการทำงาน กับบรรยากาศขององค์การของบุคลากรด้านสนับสนุนบริการของโรงพยาบาลโสธร

บรรยากาศขององค์การ	r	p
ความชัดเจนของเป้าหมายและนโยบาย	0.170*	0.035
ข้อตกลงเพื่อมุ่งสู่ความสำเร็จ	0.157	0.051
โครงสร้างองค์การ	0.095	0.241
การปฏิบัติตามกฎระเบียบ	0.054	0.509
การยกย่องชมเชยและให้รางวัล	-0.049	0.547
ความรับผิดชอบในงาน	0.414**	<0.001

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

ทดสอบโดยใช้ Pearson correlation coefficient ทดสอบ multicollinearity แล้วพบว่า ค่า VIF <10

และ Tolerance >0.2 ดังนั้นตัวแปรในแต่ละด้านของบรรยากาศองค์การจึงไม่มี multicollinearity ซึ่งกันและกัน

การวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรด้านสนับสนุนบริการของโรงพยาบาลโสธร ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple Linear Regression Analysis) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานในทิศทางแปรตามกัน คือ อายุ (coef. = 3.94, p = 0.025) การศึกษา (coef. = 8.38, p <0.001) ชั่วโมงการทำงาน (coef. = 11.97, p <0.001) รายได้ต่อเดือน (coef. = 7.42, p = 0.011) ความชัดเจนของเป้าหมายนโยบาย (coef. = 2.17, p =

0.051) ความรับผิดชอบในงาน (coef. = 4.06, p <0.001) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานในทิศทาง

แปรตรงกันข้ามกัน คือ การทำงานล่วงเวลา (coef. = -25.67, p <0.001) และโครงสร้างองค์การ (coef. = -2.79, p = 0.027) ซึ่งตัวแปรทั้งหมดดังกล่าวสามารถร่วมกันทำนายต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรด้านสนับสนุนบริการได้ ร้อยละ 62.10 รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression) แบบ stepwise ในการพยากรณ์คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรด้านสนับสนุนบริการ

ตัวแปร	Coefficient	t	P-value
อายุ	3.94	2.27	0.025
การศึกษา	8.38	5.04	<0.001
จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อวัน	11.97	3.74	<0.001
การทำงานล่วงเวลา	-25.67	-8.25	<0.001
รายได้ต่อเดือน	7.42	2.57	0.011
ความชัดเจนของเป้าหมายนโยบาย	2.17	1.97	0.051
โครงสร้างองค์การ	-2.79	-2.23	0.027
ความรับผิดชอบในงาน	4.06	3.99	<0.001
constant		11.12	<0.001

R² =0.621 P-value <0.001

4. อภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงาน ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ชั่วโมงการทำงาน การทำงานล่วงเวลา และรายได้ต่อเดือน โดยอายุ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของการทำงานของบุคลากรด้านสนับสนุนบริการในทิศทางแปรตามกัน เนื่องจากการปฏิบัติของบุคลากรด้านสนับสนุนบริการเป็นการใช้แรงกายในการให้บริการเป็นหลัก ซึ่งสุขภาพร่างกายจึงเกี่ยวข้องกับอายุ จึงมีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานในโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิศาภัทร ม่วงคำ⁽¹⁷⁾ ที่ทำการศึกษาคูณภาพชีวิตในการทำงานของ

บุคลากร: กรณีศึกษาเจ้าหน้าที่อาสาสมัครกู้ภัย มูลนิธิมิราเคิลออฟไลฟ์ในทูลกระหม่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญาสิริวัฒนาพรรณวดี พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของการทำงานของบุคลากรด้านสนับสนุนบริการในทิศทางแปรตามกัน (coef. = 8.38, p <0.001) เนื่องจากระดับการศึกษาเป็นการเพิ่มโอกาสในการก้าวไปสู่ความสำเร็จและยังเป็นการพัฒนาตนเองให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธิดาทิพย์ ชื่นตา และคณะ⁽¹⁸⁾ ที่ทำการศึกษาร่างใจในการทำงานที่

ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากร โรงพยาบาลธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี พบว่า ระดับการศึกษา มีผลต่อแรงจูงใจในการทำงานที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในการทำงาน

จำนวนชั่วโมงที่ทำงานต่อวัน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรด้านสนับสนุนบริการ ในทิศทางแปรตามกัน เนื่องจากการทำงานล่วงเวลาก็ทำให้มีรายได้จากการทำงานเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงาน⁽⁹⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ กัลยา กังสนันท์ และ ภิภาวรรณ กลิ่นหอม⁽¹⁹⁾ ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน เขตพื้นที่ 1 จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า คุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์กับปัจจัยจากงานด้านความสมดุลของชีวิตกับคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ ดังนั้นการบริหารจัดการเวลาในการทำงานของบุคลากรด้านสนับสนุนบริการ โดยออกแบบเวลางานให้มีความยืดหยุ่น เหมาะกับสภาพแวดล้อมและความต้องการของผู้ใช้บริการ ผู้ปฏิบัติงานพึงพอใจ เช่น ปรับเวลาการทำงาน เวลาในการนัดผู้ป่วย การสับเปลี่ยนการหยุดงานวันหยุดราชการและเทศกาล ตามข้อตกลงของสมาชิก เป็นต้น

รายได้ต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรด้านสนับสนุนบริการในทิศทางแปรตามกัน สอดคล้องกับการศึกษาของกมลรัตน์ จิวิเศษกุล⁽²⁰⁾ ที่ทำการศึกษาคูณภาพชีวิตในการทำงานที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานของบุคลากรส่วนกลาง กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พบว่า รายได้ต่อเดือนมีผลต่อประสิทธิภาพในการทำงาน เนื่องจากรายได้นั้นเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิตของบุคลากร ซึ่งหารายได้เพียงพอ บุคลากรก็จะไม่เกิดความเครียดซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานด้วย ดังนั้นงานบริหารทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลยโสธร ควรให้ความสำคัญกับเรื่องรายได้ต่อเดือนให้มีความสอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจในปัจจุบัน เพื่อเป็นขวัญกำลังใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน โดยกำหนดอัตราเงินเดือนให้เหมาะสมกับความรู้ความสามารถ และผลการปฏิบัติงาน เป็นต้น

การทำงานล่วงเวลามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรด้านสนับสนุนบริการในทิศทางแปรตรงกันข้ามกัน เนื่องจากการทำงานล่วงเวลาและติดต่อกันเป็นเวลานาน อาจทำให้เวลาพักผ่อนไม่เพียงพอ มีผลต่อสุขภาพของบุคลากร และจากการที่ต้องปฏิบัติงานในวันหยุดราชการ วันหยุดเทศกาลต่าง ๆ ส่งผลทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวลดน้อยลง ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผล

กระทบต่อคุณภาพชีวิตการทำงานได้⁽⁹⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ กัลยา กังสนันท์ และภิภาวรรณ กลิ่นหอม⁽¹⁹⁾ ที่พบว่า คุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์กับปัจจัยจากงาน ด้านความสมดุลของชีวิตกับงาน ดังนั้นบุคลากรด้านสนับสนุนบริการจึงต้องพยายามบริหารเวลาในการทำงานกับชีวิตส่วนตัว ครอบครัวและสังคมให้เป็นไปอย่างเหมาะสม องค์การควรสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เช่น กำหนดระเบียบวิธีการปฏิบัติงานการทำงานล่วงเวลา เป็นต้น เพื่อกำหนดไว้เป็นมาตรฐานสำหรับการปฏิบัติงาน

ในส่วนของปัจจัยบรรยากาศองค์การที่มีผลกับคุณภาพชีวิตการทำงาน ได้แก่ ความรับผิดชอบในงานมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรด้านสนับสนุนบริการในทิศทางแปรตามกัน และแผนการดำเนินงานที่กำหนดไว้ อย่างชัดเจนส่งผลต่อบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนในองค์การ สอดคล้องกับการศึกษาของ วาริณี โพธิ์ราช⁽¹³⁾ ที่ศึกษาคูณภาพชีวิตการทำงานของลูกจ้างในมหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย พบว่า ความรับผิดชอบในงาน ความเต็มใจจะทุ่มเทความพยายามอย่างเต็มที่ การแสดงบทบาทตามขีดความสามารถของผู้ปฏิบัติงานเพื่อให้องค์การประสบความสำเร็จมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงาน

ความชัดเจนของเป้าหมายและนโยบาย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรด้านสนับสนุนบริการในทิศทางแปรตามกัน หากองค์การมีเป้าหมายชัดเจนบุคลากรย่อมรู้ว่าจะปฏิบัติงานอย่างไร เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย การที่มีวิธีการปฏิบัติชัดเจนตลอดจนแนวทางในการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม ย่อมส่งผลให้เกิดความสำเร็จได้ง่าย มีโอกาสประสบความสำเร็จได้สูงและบรรลุเป้าหมายได้

ด้านโครงสร้างองค์การมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของการทำงานของบุคลากรด้านสนับสนุนบริการในทิศทางแปรตรงกันข้ามกัน ซึ่งโครงสร้างองค์การควรมุ่งเน้นที่ระดับผู้ปฏิบัติงานอย่างเหมาะสมทั้งด้านความรู้ความสามารถ ประเภทของงาน รายละเอียดของงาน โดยให้ผู้ปฏิบัติงานจริงเข้าร่วมกำหนดโครงสร้างนั้นด้วย โดยสามารถตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม ระเบียบ ข้อบังคับขององค์การได้ สอดคล้องกับ ปณิชา ตีสวัสดิ์⁽²¹⁾ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในการทำงานและคุณภาพชีวิตในการทำงานของพนักงานโรงพยาบาลทหารผ่านศึก พบว่าระดับชั้นการทำงานมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพนักงาน

5. สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของการทำงานของบุคลากรด้านสนับสนุนบริการในโรงพยาบาลไอศอร์ที่มีทิศทางแปรตามกัน ได้แก่ ชั่วโมงการทำงาน ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ความรับผิดชอบในงาน อายุ และความชัดเจนของเป้าหมายนโยบาย ตามลำดับ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของการทำงานของบุคลากรด้านสนับสนุนบริการในโรงพยาบาลไอศอร์ที่มีทิศทางแปรตรงกันข้าม ได้แก่ โครงสร้างองค์กร และการทำงานล่วงเวลา ตามลำดับ

การศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า ความชัดเจนของเป้าหมายนโยบาย ความรับผิดชอบในงาน และโครงสร้างองค์กร มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรด้านสนับสนุนบริการ ดังนั้นผู้บริหารองค์กรสามารถนำข้อมูลข้างต้นนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายและวางแผนการบริหารทรัพยากรมนุษย์ขององค์กร ตัวอย่างเช่น ในด้านชั่วโมงการทำงานและการทำงานล่วงเวลาที่เหมาะสม ซึ่งจะส่งผลดีต่อขวัญและกำลังใจของบุคลากรด้านสนับสนุนบริการ เป็นแรงผลักดันให้บุคลากรปฏิบัติงานให้กับองค์กรอย่างเต็มความสามารถ เพื่อให้บรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งในงานวิจัยครั้งต่อไปควรทำการศึกษาในบุคลากรด้านสาธารณสุขอื่น ๆ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาทรัพยากรบุคคลของกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

6. กิตติกรรมประกาศ

ขอบขอบคุณโรงพยาบาลไอศอร์ ที่ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกแก่ผู้วิจัยในการเก็บข้อมูล

7. เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันส่งเสริมความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน (องค์การมหาชน). คุณภาพชีวิตการทำงาน [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 23 ตุลาคม 2563]. แหล่งข้อมูล: <https://www.tosh.or.th/index.php/blog/item/475-quality-of-working-life>.
2. Schultz PD, Schultz SE. Psychology and work today: An introduction to industrial and organizational psychology. 7th ed. New Jersey: Prentice; Hall; 2001. 426.
3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. ภาวะหมดไฟในการทำงาน (burnout syndrome) [อินเทอร์เน็ต].

[สืบค้นเมื่อวันที่ 24 มกราคม 2564]. แหล่งข้อมูล :

<https://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=2270>.

4. ปรัชญา ปิยะมโนธรรม. จิตวิทยาการให้คำปรึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตพนักงาน. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2549. 380.
5. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาล และบริการสุขภาพฉบับที่ 4. นนทบุรี: หนังสือดีวัน; 2561. 244.
6. นันทา ไสรัตน์. การศึกษาด้านแรงจูงใจในการทำงาน คุณภาพชีวิตในการทำงาน และความขัดแย้ง ระหว่างบุคคลส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการทำงานของพนักงานบริษัทเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานคร (การค้นคว้าอิสระปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต). ภาควิชาบริหารธุรกิจ, บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยกรุงเทพ; 2558.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดไอศอร์. รายงานประจำปี 2562 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดไอศอร์ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 24 มกราคม 2564]. แหล่งข้อมูล : http://www.yasothon.moph.go.th/yasopho/FrontEnd/read_pdf-reportyearly.php?id=17.
8. วงเดือน เลหาพัฒนภิญโญ, พัชรณ สุริโย, เกียรติคุณ ลิ้มพิศลิป, และพัชรา ยิ้มศรवल. คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี (งานวิจัยงานห้องผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม). เพชรบุรี: โรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี; 2552. 107-8.
9. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. วิถีแห่งการสร้างสุข และปัจจัยพัฒนาองค์การสร้างสุข. วารสารสุขศึกษา 2557; 2: 1-15.
10. Wayne WD. Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences. 6th ed. New York: John Wiley&Sons Inc.; 1995. 180.
11. อุษณีย์ เอกสุวีรพงษ์, บุรินทร์ ต.ศรีวงศ์. คุณภาพชีวิตการทำงานของเภสัชกรโรงพยาบาล. วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา 2556; 2: 31-45.
12. Walton RE. Quality of work life: What is it? Slone Management Review, 1973; (1): 12-8.
13. วาริน โพธิราช. คุณภาพชีวิตการทำงานของลูกจ้างในมหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย (วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต). ภาควิชา

- สังคมสงเคราะห์ศาสตร์, สังคมสงเคราะห์ศาสตร์.
ปทุมธานี :มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2558.
14. Likert R. The human organization: its management and values. New York: McGraw-Hill; 1967. 258.
15. Best JW. Research in Education. 3rd ed. New Jersey: Prentice Hall Inc.; 1977. 403.
16. Hinkle DE, Wierma W And Jurs SG. Applied Statistics for the Behavioral Sciences. 2nd ed. Boston: Houghton Mifflin Company; 1988. 504.
17. ณิชภัทร ม่วงคำ. คุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากร : กรณีศึกษา เจ้าหน้าที่อาสาสมัครกู้ภัยมูลนิธิมิราเคิล ออฟไลฟ์ในทูลกระหม่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญาสิริวัฒนาพรรณวดี. (สารนิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). ศิลปะศาสตร์, กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกริก; 2559.
18. ธิตาทิพย์ ชื่นตา. การศึกษาแรงจูงใจในการทำงานที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลอภัยบุรีจังหวัดปทุมธานี [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 1 มกราคม 2564]. แหล่งข้อมูล: http://www.advanced-mba.ru.ac.th/advanced-mba-2559/homeweb/7096-IS/Publish/2_2562/prachinburi1/no-6124100234-PCB1.pdf
19. กัลยา กังสนันท์ และ วิภาวรรณ กลิ่นหอม. คุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนเขตพื้นที่ 1 จังหวัด นครศรีธรรมราช. WMS Journal of Management Walailak University 2560; 2: 72-82.
20. กมลรัตน์ จิรวีเศษกุล. คุณภาพชีวิตในการทำงานที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานของบุคลากรส่วนกลาง กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. วารสารบริหารธุรกิจและสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง 2561; 1: 35-52.
21. ปณิชา ดีสวัสดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในการทำงานและคุณภาพชีวิตในการทำงานของพนักงานโรงพยาบาลทหารผ่านศึก (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). ภาควิชาจิตวิทยา, บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2550.

การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในการดูแลสุขภาพตนเอง
ด้วยหลัก 4 อ. ตำบลด่านเกวียน อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา
Potential development among hypertensive elderly for self-care with four
principles in Dan Kwian Sub-district, Chokchai District,
Nakhon Ratchasima Province

ปาริชาติ รุจาคม¹ พุดพิงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์^{2*}
Parichat Ruchakom¹ Bhuddhipong Satayavongthip^{2*}

*Corresponding author: Bhud2013@yahoo.com

(Received: November 27, 2021; Revised: December 22, 2021; Accepted: February 21, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในการดูแลสุขภาพตนเองด้วยหลัก 4 อ. ต.ด่านเกวียน อ.โชคชัย จ.นครราชสีมา วิธีดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ (1) ศึกษาข้อมูลผู้สูงอายุ (2) ศึกษากระบวนการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ และ (3) ศึกษาผลลัพธ์ โดยมีกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ร่วมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 23 คน ใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้และพฤติกรรมก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมด้วยสถิติ Paired t-test ผลการศึกษา ระยะที่ 1 กลุ่มเป้าหมาย ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองด้วยหลัก 4 อ. อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.90 (Mean±S.D. = 8.60±2.74) และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้วยหลัก 4 อ. อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 100.00 (Mean±S.D. = 29.17±2.60) ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนา มี 4 ขั้นตอน คือ (1) การวางแผน (2) การปฏิบัติ (3) การสังเกต และ (4) การสะท้อนผล โดยกิจกรรมพัฒนา มี 3 แผน ประกอบด้วย แผนที่ 1 การอบรมเชิงปฏิบัติการ แผนที่ 2 การเยี่ยมบ้าน แผนที่ 3 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ ระยะที่ 3 หลังการพัฒนา มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองด้วยหลัก 4 อ. สูงกว่าก่อนการพัฒนามีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และ หลังการพัฒนา มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัว (Systolic blood pressure: SBP) และความดันโลหิตช่วงหัวใจคลายตัว (Diastolic blood pressure: DBP) ต่ำกว่าก่อนพัฒนามีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

คำสำคัญ : การพัฒนาศักยภาพ ผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง การดูแลสุขภาพตนเองด้วยหลัก 4 อ.

¹หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

¹M.P.H. in Community Health Development Program, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

²Faculty of Public Health, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

Abstract

This action research aimed to develop the potential of the elderly with hypertension to take care of their own health through four principles in Dan Kwian sub-district, Chokchai district, Nakhon Ratchasima province. The research methodology was divided into 3 phases: (1) study of information on the elderly, (2) study of the elderly's potential development process, and (3) study of outcomes. The target group was 23 hypertensive elderly people who participated in activities in the elderly schools. Questionnaires were used to collect data. The data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, and the mean scores of knowledge and behaviors before and after were compared by paired t-test. Phase 1 results found that 60.90% of the target group had knowledge of self-care with four principles at a moderate level (Mean±S.D. = 8.60±2.74), and 100.00% had self-care behavior with four principles at a moderate level (Mean±S.D. = 29.17±2.60). Phase 2 included the process of developing with four stages: (1) planning, (2) action, (3) observation, and (4) reflection. There was three activity plans: (1) workshop, (2) home visit, and (3) learning exchange. Phase 3 development outcomes indicated an average score in knowledge, self-efficacy, expectations of health care outcomes, and behaviors in self-care, with four principles being significantly higher than before potential development ($p < 0.05$). Finally, after development, marked systolic blood pressure (SBP) and diastolic blood pressure (DBP) were significantly lower than before development ($p < 0.05$).

Keywords: Potential development, Elderly, Hypertension disease, Self -Care with four principles

1. บทนำ

ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้เกิดการเปลี่ยนผ่านทางประชากร โดยอัตราการเพิ่มของประชากรโลกลดลง แต่สัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุกลับเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วสำหรับประเทศไทย พบว่าอายุขัยเฉลี่ยของประชากรยืนยาวขึ้น ส่งผลให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุในระยะเวลาอันสั้น ใน 2564 กระทรวงสาธารณสุข ระบุว่าในปัจจุบัน พ.ศ.2563 ประเทศไทยมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวนมากว่า 12 ล้านคน หรือราว 18% ของจำนวนประชากรทั้งหมด และจะเพิ่มเป็น 20% ในปี พ.ศ.2564 ของประชากรทั้งหมด⁽¹⁾ การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรวัยสูงอายุ ทำให้ภาครัฐมีรายจ่ายเพิ่มขึ้นในด้านประกันสังคม ด้านสุขภาพ และสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ โดยที่พบปัญหาสุขภาพมากที่สุดของผู้สูงอายุคือ การป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง⁽²⁾

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาที่มีความรุนแรงมาก ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูง จะไม่มีสัญญาณเตือนหรืออาการแสดงให้เห็น จึงถูกเรียกว่าเป็น “ฆาตกรเงียบ” (Silent Killer) หากไม่ได้รับการดูแลรักษาจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงของกล้ามเนื้อหัวใจตาย และความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ข้อมูลสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยปี พ.ศ. 2564 พบว่าอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง มีจำนวน 6,630,630 คน เป็นผู้สูงอายุจำนวน 4,189,970 คน คิดเป็นร้อยละ 45.75 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง⁽³⁾ จังหวัดนครราชสีมาได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว โดยในปี 2564 มีประชากร 2,633,207 คน เป็นผู้สูงอายุจำนวน 409,220 คน คิดเป็นร้อยละ 15.54 อำเภอโชคชัย เป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา ในปี 2564 พบว่ามีประชากร จำนวน 83,322 คน เป็นผู้สูงอายุ 13,464 คน คิดเป็นร้อยละ 16.16⁽³⁾ โดยพบว่าพื้นที่ตำบลด่านเกวียน อำเภอโชคชัย มีประชากร จำนวน 8,711 คน เป็นผู้สูงอายุ 1,078 คน คิดเป็นร้อยละ 12.38 ซึ่งจะเห็นได้ว่าตำบลด่านเกวียน เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว คือมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 และพบว่าในตำบลด่านเกวียน อำเภอโชคชัย มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 539 คน ซึ่งพบว่าเป็นผู้สูงอายุมากกว่าครึ่ง คือมีจำนวน 309 คน คิดเป็นร้อยละ 57.33 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด ตำบลด่านเกวียนมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด่านเกวียนเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบการดูแลสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ ลักษณะการดำเนินงานที่ผ่านมาเป็นการตั้งรับ กล่าวคือ เมื่อผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วยต้องเดินทางมารับการรักษาเอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด่านเกวียน จะให้บริการ

รักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพตามกิจกรรมที่เป็นแนวปฏิบัติของหน่วยงานระดับปฐมภูมิ⁽⁴⁾ ส่วนการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการพัฒนาสุขภาพ ยังมีกิจกรรมให้บริการที่ไม่เพียงพอเท่าที่ควร อันเนื่องมาจากการกิจที่หลากหลายของหน่วยงานภายใต้ทรัพยากรบุคคลที่มีอย่างจำกัด

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน⁽⁵⁾ พบว่า กระบวนการพัฒนาศักยภาพ ด้วยหลัก 3 อ. คือ อาหาร ออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง มีการรับรู้ ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อน มีความคาดหวังในความสามารถตนเอง มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว และมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามหลัก 3 อ. สูงกว่าก่อนการพัฒนาศักยภาพ และมีระดับความดันโลหิตลดลง นอกจากนี้ การศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ⁽⁶⁾ พบว่า กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีขึ้น การพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพจะต้องส่งเสริมความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง และจะต้องจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ และพบว่ากระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการสามารถส่งผลให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองดีขึ้น⁽⁷⁻⁸⁾ นอกจากนี้ พบว่าโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ที่ประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory)⁽⁹⁾ มีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตน และความคาดหวังในผลของการปฏิบัติในการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่พึงประสงค์ สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับชมรมผู้สูงอายุหรือผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆ⁽¹⁰⁾

มีการศึกษาที่ได้นำหลักการดูแลสุขภาพด้วยตนเองตามหลัก 4 อ. หรือ ยา 8 ขนาน ประกอบด้วย อาหาร ออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ และการเอาพิษออก ไปดำเนินการตามกระบวนการวิจัยในกลุ่มต่างๆ อาทิเช่น กลุ่มพระสงฆ์ เพื่อใช้ในการป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง พบว่าพระสงฆ์ที่เข้าร่วมการวิจัย สามารถปฏิบัติตามหลัก 4 อ. ได้เป็นอย่างดี ซึ่งส่งผลให้พระสงฆ์ลดการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรคของโรคเรื้อรังได้⁽¹¹⁾ และการจัดกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ ที่ได้ทำการศึกษาการพัฒนาหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพและป้องกันการเกิดภาวะพึ่งพิงในกลุ่มผู้สูงอายุ⁽¹²⁾ พบว่า หลักสูตรที่มีการประยุกต์ใช้หลักการดูแลสุขภาพตามหลัก 4 อ. สำหรับการ

ดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียน ช่วยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับมาก (3.52 ± 0.89) และมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมาก (4.47 ± 0.54) ด้วยเช่นกัน

จากข้อมูลที่ได้กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมมิส และแมคแทคการด์⁽¹³⁾ ร่วมกับทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory) และแนวคิดการดูแลสุขภาพตนเองด้วยหลัก 4 อ.⁽¹⁴⁾ มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในการดูแลสุขภาพตนเองด้วยหลัก 4 อ. ตำบลด่านเกวียน อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในการดูแลสุขภาพของตนเองด้วยหลัก 4 อ. และศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนา อันจะช่วยให้ผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดค่าใช้จ่ายในการดูแล และรักษาภาวะการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ รวมถึงการประหยัดงบประมาณในการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพของประเทศ ซึ่งจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป

2. วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในการดูแลสุขภาพตนเอง ด้วยหลัก 4 อ. ตำบลด่านเกวียน อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา ดำเนินการวิจัย ตั้งแต่ เดือนพฤศจิกายน 2563 ถึง กุมภาพันธ์ 2564

2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทชุมชน

1) ผู้ให้ข้อมูล ในการศึกษาข้อมูลทั่วไปของชุมชน คือ หัวหน้าฝ่ายพัฒนาชุมชน เทศบาลตำบลด่านเกวียน อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา

2) ผู้ให้ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ คือ กลุ่มเป้าหมายในการพัฒนาเป็นผู้มีอายุ 60-69 ปี ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ตำบลด่านเกวียน อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 23 คน โดยใช้วิธีการคัดเลือก แบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

(1) เป็นผู้เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลด่านเกวียน มีอายุ 60-69 ปี และอาศัยอยู่ในตำบลด่านเกวียน

(2) เป็นผู้สูงอายุที่แพทย์วินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยไม่เป็นโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วย

(3) มีสภาพร่างกายที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

(4) ยังมารับบริการเพื่อรักษาอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด่านเกวียน

(5) สามารถอ่านออก เขียนหนังสือได้ หรือตอบคำถามได้

(6) สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม

(7) รับประทานยาลดความดันโลหิตสม่ำเสมอ
เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

(1) ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสิ้นสุดโครงการ

(2) ผู้สูงอายุย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยในขณะที่ทำการวิจัย

(3) ผู้สูงอายุมีภาวะแทรกซ้อน หรือ มีโรคเรื้อรังอื่นเพิ่มขึ้น

ระยะที่ 2 การพัฒนาศักยภาพ ผู้เข้าร่วมการวิจัยมี 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 กลุ่มจัดกระบวนการ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย ผู้วิจัย หัวหน้าฝ่ายพัฒนาชุมชน ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลตำบลด่านเกวียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด่านเกวียน และประธานชมรมผู้สูงอายุตำบลด่านเกวียน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มเป้าหมายในการพัฒนา คือ ผู้มีอายุ 60-69 ปี ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ตำบลด่านเกวียน อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 23 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

(1) เป็นผู้เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลด่านเกวียน มีอายุ 60-69 ปี และอาศัยอยู่ในตำบลด่านเกวียน

(2) เป็นผู้สูงอายุที่แพทย์วินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยไม่เป็นโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วย

(3) มีสภาพร่างกายที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

(4) ยังมารับบริการเพื่อรักษาอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด่านเกวียน

(5) สามารถอ่านออก เขียนหนังสือได้ หรือตอบคำถามได้

(6) สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม

(7) รับประทานยาลดความดันโลหิตสม่ำเสมอ
เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

(1) ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสิ้นสุดโครงการ

(2) ผู้สูงอายุย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยในขณะที่ทำการวิจัย

(3) ผู้สูงอายุมีภาวะแทรกซ้อน หรือ มีโรคเรื้อรังอื่นเพิ่มขึ้น

ระยะที่ 3 การศึกษาผลของการพัฒนา

ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้มีอายุ 60-69 ปี ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่เข้าร่วมการวิจัย จำนวน 23 คน

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งตามระยะของการวิจัย ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ระยะที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาบริบทชุมชน ประกอบด้วย

(1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของชุมชน เป็นการศึกษาข้อมูลจากแฟ้มเอกสาร แฟ้มข้อมูลชุมชน และสนทนากลุ่มในประเด็น สภาพภูมิศาสตร์ ประวัติศาสตร์ชุมชน เศรษฐกิจ สังคม และระบบสุขภาพ

(2) แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างเพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ มี 5 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาที่เป็น สิทธิในการรักษา เป็นแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองด้วยหลัก 4 อ. ใช้ลักษณะข้อคำถามแบบตอบถูก-ผิด จำนวน 15 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบได้ 0 คะแนน กำหนดแนวทางการให้คะแนน ดังนี้

ระดับความรู้สูง หมายถึง ได้ คะแนนระหว่างร้อยละ 80 ขึ้นไป

ระดับความรู้ปานกลาง หมายถึง ได้ คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79

ระดับความรู้ต่ำ หมายถึง ได้ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพตนเองด้วยหลัก 4 อ. การให้คะแนนจะแบ่งออกตามระดับของการรับรู้วัดแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) เป็น 3 ระดับ คือ ทำได้ ไม่แน่ใจ และทำไม่ได้ จำนวน 15 ข้อ ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว เป็นข้อคำถามเชิงบวก และข้อคำถามเชิงลบ กำหนดแนวทางการให้คะแนน ดังนี้

คำถามเชิงบวก	ความคิดเห็น	คำถามเชิงลบ
3	ทำได้	1
2	ไม่แน่ใจ	2
1	ทำไม่ได้	3

เกณฑ์การพิจารณาคะแนนเป็นแบบอิงเกณฑ์ แบ่งเป็น 3 ระดับ

การรับรู้ความสามารถของตนเองระดับสูง หมายถึง มีคะแนน 36 - 45

การรับรู้ความสามารถของตนเองระดับปานกลาง หมายถึง มีคะแนน 25 - 35

การรับรู้ความสามารถของตนเองระดับต่ำ มีคะแนน 15 - 25

ส่วนที่ 4 ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองด้วยหลัก 4 อ. กำหนดข้อคำถาม มีลักษณะการวัดแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย จำนวน 10 ข้อ ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว มีเป็นข้อคำถามเชิงบวก และข้อคำถามเชิงลบ กำหนดแนวทางการให้คะแนน ดังนี้

คำถามเชิงบวก	ความคิดเห็น	คำถามเชิงลบ
3	เห็นด้วย	1
2	ไม่แน่ใจ	2
1	ไม่เห็นด้วย	3

เกณฑ์การพิจารณาคะแนนเป็นแบบอิงเกณฑ์ แบ่งเป็น 3 ระดับ

การรับรู้ความสามารถของตนเองระดับสูง หมายถึง มีคะแนน 23.4 - 30.0

การรับรู้ความสามารถของตนเองระดับปานกลาง หมายถึง มีคะแนน 16.7 - 23.3

การรับรู้ความสามารถของตนเองระดับต่ำ มีคะแนน 10 - 16.6

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้วยหลัก 4 อ. ลักษณะข้อคำถามกำหนดให้ 3 ระดับ คือ การปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย จำนวน 15 ข้อ ใช้เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติมากกว่า 4-7 วัน/สัปดาห์ ให้ 3 คะแนน

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 1-3 วัน/สัปดาห์ ให้ 2 คะแนน

ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย ให้ 1 คะแนน

เกณฑ์การพิจารณาคะแนนเป็นแบบอิงเกณฑ์ แบ่งเป็น 3 ระดับ

การรับรู้ความสามารถของตนเองระดับสูง หมายถึง มีคะแนน 36 - 45

การรับรู้ความสามารถของตนเองระดับปานกลาง หมายถึง มีคะแนน 25 - 35

การรับรู้ความสามารถของตนเองระดับต่ำ มีคะแนน 15 - 25

2.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องด้วยวิธี

IOC (Index of item objective congruence) จำนวน 3 ท่าน เลือกข้อคำถามที่ดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาและวัตถุประสงค์ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป

ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามและแบบทดสอบไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุ บ้านท่าอ่าง ตำบลท่าอ่าง อำเภอโขงเจียม จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง แล้ววิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น ดังนี้

(1) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองด้วยหลัก 4 อ. วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นด้วย KR-20 (Kuder Richardson formular) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.72

(2) แบบสอบถาม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพตนเองด้วยหลัก 4 อ. ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองด้วยหลัก 4 อ. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้วยหลัก 4 อ. ใช้การวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 ,0.90 และ 0.92 ตามลำดับ

2.4 ขั้นตอนการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ โดยมีกลุ่มเป้าหมายคือผู้ที่มีอายุ 60-69 ปี ที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลด่านเกวียน จำนวน 23 คน เก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองด้วยหลัก 4 อ. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพตนเองด้วยหลัก 4 อ. ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองด้วยหลัก 4 อ. และ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้วยหลัก 4 อ.

ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนาศักยภาพ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

1) การวางแผน (Planning) เป็นการจัดกิจกรรมวางแผนแบบมีส่วนร่วมกับกลุ่ม หัวหน้าฝ่ายพัฒนาชุมชน ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลด่านเกวียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด่านเกวียน และประธานชมรมผู้สูงอายุตำบลด่านเกวียน เพื่อกำหนดกิจกรรมหรือกระบวนการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในการดูแลสุขภาพตนเองด้วยหลัก 4 อ.

2) การปฏิบัติ (Action) นำกิจกรรมที่ได้ตามขั้นตอนการวางแผนไปดำเนินการในโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยมีการประเมินระดับความดันโลหิตของกลุ่มเป้าหมายก่อนเข้า

ร่วมกิจกรรม โดยเครื่องวัดค่าระดับความดันโลหิตแบบดิจิทัล

3) การสังเกต (Observation) ผู้วิจัยร่วมกับผู้มีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมในชั้นวางแผน ติดตามสังเกตการดำเนินกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุตามกิจกรรมที่กำหนดไว้

4) การสะท้อนผล (Reflection) เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม โดยมีผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยให้ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปปรับปรุงกิจกรรมต่อไป

ระยะที่ 3 การศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนา ผู้วิจัยดำเนินการประเมินด้วยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น จำนวน 2 ครั้ง ได้แก่ ก่อนการพัฒนาศักยภาพในระยะที่ 1 และเมื่อสิ้นสุดกิจกรรมตามกระบวนการที่พัฒนาในระยะที่ 3 ส่วนการประเมินระดับความดันโลหิตของกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้วัดค่าความดันโลหิตทุกสัปดาห์ ตั้งแต่ เดือน ธันวาคม 2563 ถึง กุมภาพันธ์ 2564 การเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตใช้ค่าความดันโลหิตในสัปดาห์ที่ 1 นำมาเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของความดันโลหิต ในสัปดาห์ที่ 10,11 และ 12 โดยใช้เครื่องวัดค่าระดับความดันโลหิตแบบดิจิทัล

2.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ นำข้อมูลที่รวบรวมได้จากการสอบถามต่างๆ มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลประมวลผล และวิเคราะห์โดยโปรแกรมสำเร็จรูปและสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการพัฒนา ด้วยสถิติ Paired t-test

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) แล้วนำเสนอด้วยการบรรยาย

2.6 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เมื่อวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2563 เลขที่ใบรับรอง KHE 2020 – 003 ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยกับกลุ่มเป้าหมายเป็นไปตามหลักการเคารพสิทธิส่วนบุคคลอย่างเคร่งครัด คือ การเคารพในตัวตน ผลประโยชน์และไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่ออาสาสมัครและหลักของความยุติธรรม ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบทุกประเด็น

3. ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมการกระบวนกรวิจัย จำนวน 23 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.61 อายุ 60–64 ปี ร้อยละ 56.52 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 มีสถานภาพสมรส และหม้าย/หย่า เท่ากัน ร้อยละ 39.14 ระดับการศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 78.26 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 39.13 มีรายได้ต่ำกว่า 3,501 บาท ร้อยละ 44.83 มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 82.61 ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงระหว่าง 6 ปี–10 ปี ร้อยละ 52.16 โดยก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองด้วยหลัก 4 อ. อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.90 (Mean±S.D. = 8.60±2.74) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพตนเองด้วยหลัก 4 อ. อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 56.50 (Mean±S.D. = 36.04±4.72) ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองด้วยหลัก 4 อ. อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 91.30 (Mean±S.D. = 25.60±2.35) และ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้วยหลัก 4 อ. อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 100.00 (Mean±S.D. = 29.17±2.60)

2. กระบวนการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองตามหลัก 4 อ. พบว่า

ขั้นที่ 1 การวางแผน (Planning) โดยจัดประชุมทีมจัดกระบวนการร่วมกันกำหนดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองตามหลัก 4 อ. จำนวน 3 แผน ประกอบด้วย แผนที่ 1 การอบรมเชิงปฏิบัติการ แผนที่ 2 การเยี่ยมบ้าน และ แผนที่ 3 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ขั้นที่ 2 การปฏิบัติ (Action) โดยนำแผนพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุไปดำเนินการ ดังนี้

แผนที่ 1 การอบรมเชิงปฏิบัติการ มีการจัดกิจกรรมเป็นเวลา 5 สัปดาห์

- สัปดาห์ที่ 1 ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง
- สัปดาห์ที่ 2 ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองด้วยหลัก 4 อ.
- สัปดาห์ที่ 3 ให้ความรู้เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพตนเองด้วยหลัก 4 อ.
- สัปดาห์ที่ 4 ให้ความรู้เกี่ยวกับความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองด้วยหลัก 4 อ.

- สัปดาห์ที่ 5 ให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองด้วยหลัก 4 อ.

แผนที่ 2 การเยี่ยมบ้าน เป็นการติดตามประเมินผล การจัดกิจกรรมตามแผนที่ 1 กิจกรรมประกอบด้วย การสังเกต การสอบถาม การดูบันทึก กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามให้คำแนะนำ และประเมินพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองด้วยหลัก 4 อ. รวมถึงติดตามผลการบันทึกข้อมูลลงในสมุดบันทึกพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองแต่ละสัปดาห์

แผนที่ 3 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นการจัดกิจกรรม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้นำองค์ความรู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมตาม แผนการเรียนรู้มาแลกเปลี่ยนกับผู้เชี่ยวชาญ และแลกเปลี่ยนกันภายในกลุ่ม โดยแบ่งสาระการเรียนรู้ ออกเป็น 5 ฐาน ดังนี้

- ฐานที่ 1 ฐานความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง
- ฐานที่ 2 ฐานการจัดการอารมณ์
- ฐานที่ 3 ฐานการออกกำลังกาย ด้วยการแกว่งแขน
- ฐานที่ 4 ฐานอาหารเพื่อสุขภาพ เป็นฐานที่ให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารตามหลัก 4 อ.
- ฐานที่ 5 ฐานการเอาชีวิตรอดด้วยการดื่มน้ำ การนวดฝ่ามือด้วยวิธีตีลัญจกร การนวดฝ่าเท้าด้วยวิธีการเหยียบกะลา การกัวซา และการแช่มือแช่เท้าในน้ำอุ่นผสมสมุนไพร

ขั้นที่ 3 การสังเกต (Observation) โดยผู้วิจัยติดตามการจัดกิจกรรมตามแผนที่กำหนด พบว่า

แผนที่ 1 การอบรมเชิงปฏิบัติการ พบว่า ในช่วงแรกผู้สูงอายุบางคนยังขาดความตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับตน แต่ต่อมาผู้สูงอายุส่วนใหญ่สนใจในเนื้อหา ด้วยการตั้งใจรับฟังการบรรยายจากวิทยากร ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติ มีการซักถามเมื่อไม่เข้าใจ และมีการแสดงความคิดเห็นแบบมีส่วนร่วม

แผนที่ 2 การเยี่ยมบ้าน โดยผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 2 ครั้งต่อคน พบว่า ผู้สูงอายุทุกคนเข้าใจและบันทึกสมุดประจำตัวได้ครบถ้วนถูกต้อง สามารถควบคุมการรับประทานอาหารได้ และมีกำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหาร

แผนที่ 3 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนผลลัพธ์การดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 4 อ. พบว่า ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการร่วมกันเล่าประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพตนเองด้วยหลัก 4 อ. รวมถึงปัญหาอุปสรรค และสิ่งที่ทำให้ประสบความสำเร็จในการดูแลสุขภาพตนเองด้วยหลัก 4 อ. เป็นอย่างดี ให้ความสนใจรับฟังและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน

ขั้นที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) พบว่า ผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จในการดูแลสุขภาพตนเองด้วยหลัก 4 อ. เกิดจากการเข้าร่วมทั้ง 3 กิจกรรม ที่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจ ทำให้เกิดการสะท้อนความคิดการวิเคราะห์อย่างเป็นเหตุเป็นผลและทำให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ที่จะนำไปสู่การเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง แนวทางในการปรับปรุงการจัดกิจกรรมคือ ควรพัฒนาสื่อการสอนให้มีความน่าสนใจยิ่งขึ้น

3. ผลลัพธ์ของกระบวนการพัฒนา หลังการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองด้วยหลัก 4 อ. อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.52 (Mean±S.D.= 13.47±0.99) มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพตนเองด้วยหลัก 4 อ. อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 95.65 (Mean±S.D.= ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว และ พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองด้วยหลัก 4 อ. ก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพ (n = 23)

ตัวแปรที่ศึกษา	การพัฒนาศักยภาพ	$\bar{x}$	S.D.	t	p-value
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ	ก่อนการพัฒนา	8.60	2.74	-7.512	<0.001
	หลังการพัฒนา	13.47	0.99		
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	ก่อนการพัฒนา	36.04	4.72	-4.912	<0.001
	หลังการพัฒนา	41.60	3.04		
ความคาดหวังในผลลัพธ์	ก่อนการพัฒนา	25.60	2.35	-8.635	<0.001
	หลังการพัฒนา	29.65	0.89		
พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ	ก่อนการพัฒนา	29.17	2.60	-8.577	<0.001
	หลังการพัฒนา	34.69	3.11		

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัว (Systolic blood pressure: SBP) และความดันโลหิตช่วงหัวใจคลายตัว (Diastolic blood pressure: DBP) ก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพ (n = 23)

ตัวแปรที่ศึกษา	การพัฒนาศักยภาพ	$\bar{x}$	S.D.	t	p-value
ระดับความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัว (Systolic blood pressure: SBP)	ก่อนการพัฒนา	140.96	8.11	6.038	<.001
	หลังการพัฒนา	126.74	7.39		
ระดับความดันโลหิต ช่วงหัวใจคลายตัว (Diastolic blood pressure: DBP)	ก่อนการพัฒนา	81.17	9.69	3.441	.002
	หลังการพัฒนา	76.48	5.99		

4. อภิปรายผล

จากผลการศึกษาที่พบว่ากระบวนการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ในการดูแลสุขภาพตนเองด้วยหลัก 4 อ. พบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมตามแผน ได้แก่ 1) การอบรมเชิงปฏิบัติการ 2) การเยี่ยมบ้าน และ 3) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถ และแนวคิดการดูแลสุขภาพตนเองด้วยหลัก 4 อ. มากำหนดเนื้อหากิจกรรมจนเกิดองค์ความรู้ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

41.60±3.04) มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองด้วยหลัก 4 อ. อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100.0 (Mean±S.D.= 29.65±0.89) และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้วยหลัก 4 อ. อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.90 (Mean±S.D.= 34.69±3.11) ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนพัฒนาศักยภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 1 หลังการพัฒนาศักยภาพ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัว (Systolic blood pressure: SBP) และความดันโลหิตช่วงหัวใจคลายตัว (Diastolic blood pressure: DBP) ต่ำกว่าก่อนพัฒนาศักยภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ที่นำไปสู่การควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง: กรณีศึกษาพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำซับ อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา⁽¹⁵⁾ ที่พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้รับการปรับ ลด และ เลิกการใช้ยาจากคำวินิจฉัยของแพทย์ การพัฒนาศักยภาพอย่างเป็นระบบ ประกอบกับการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างองค์ความรู้โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-

Efficacy Theory) ซึ่งการจะให้บุคคลเปลี่ยนพฤติกรรมตามจุดมุ่งหมายนั้น จะต้องมีการจัดประสบการณ์การเรียนรู้จากตัวแบบ การได้เห็นความสำเร็จของตนเองและผู้อื่น ผู้วิจัยเห็นว่าสิ่งที่ควรนำมาพิจารณาอีกประการหนึ่งก็คือ การให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

2. จากผลการศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า หลังการพัฒนาศักยภาพ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง มีความคาดหวังในความสามารถตนเอง มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว และมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามหลัก 4 อ. (อารมณ์ อาหาร การออกกำลังกาย และการเอาชีวิตรอด) สูงกว่าก่อนการพัฒนาศักยภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัว (Systolic blood pressure: SBP) และความดันโลหิตช่วงหัวใจคลายตัว (Diastolic blood pressure: DBP) ต่ำกว่าก่อนพัฒนาศักยภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 100 สอดคล้องกับ การศึกษาเรื่องการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ตำบลธงชัยเหนือ อำเภอบึงสามพัน จังหวัดนครราชสีมา⁽¹⁶⁾ พบว่า หลังการพัฒนาศักยภาพกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง มีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อน มีความคาดหวังในความสามารถตนเอง มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว และมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามหลัก 3 อ. (อาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์) สูงกว่าก่อนการพัฒนาศักยภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมีระดับความดันโลหิตลดลง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ การศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยใช้การฝึกอบรมต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง กรุงเทพฯ ประเทศไทย⁽¹⁷⁾ พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองการเห็นคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมการจัดการตนเอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ และ ความดันโลหิตซิสโตลิกในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เป็นเพราะว่าโปรแกรมการจัดการตนเองที่ใช้การฝึกอบรม และกิจกรรมการติดตามเยี่ยมบ้านมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุใส่ใจปฏิบัติตามวิธีการที่ได้รับความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 4 อ. อย่างต่อเนื่อง

รวมทั้งวิธีการดูแลสุขภาพด้วยตนเองดังกล่าวเป็นสิ่งที่สามารถปฏิบัติได้เองในชีวิตประจำวัน จึงทำให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ เนื่องจาก กลุ่มเป้าหมายได้เข้าร่วมกิจกรรม ตามแผนการพัฒนาศักยภาพครบทุกกิจกรรม ซึ่งในการทำกิจกรรมแต่ละกิจกรรม ผู้วิจัยมีการการสังเกตการมีส่วนร่วม การถ่ายภาพ การใช้แบบสอบถามและแบบบันทึก พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ ความเข้าใจดี มีการซักถามเมื่อไม่เข้าใจ การให้ข้อเสนอแนะ การแสดงความคิดเห็นแบบมีส่วนร่วม มีการเล่าประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพตนเอง รวมถึงปัญหาอุปสรรค และสิ่งที่ทำให้ประสบความสำเร็จในการดูแลสุขภาพ

5. สรุปผลการศึกษา

โปรแกรมการจัดการตนเองที่ใช้การฝึกอบรม ที่ประกอบด้วย 3 แผน คือ อบรมเชิงปฏิบัติการ การติดตามเยี่ยมบ้าน และ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สามารถใช้เป็นแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้เกิดการปรับปรุงพฤติกรรม การจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้แผนพัฒนาศักยภาพได้กำหนดกิจกรรมในการติดตามพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ ทำให้กลุ่มเป้าหมาย มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามหลักการดูแลสุขภาพตนเอง และมีความคาดหวังว่าค่าความดันโลหิตของตนจะลดลงจนแพทย์ปรับลดปริมาณการรับประทานยาได้ สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาวิจัยโดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบมีส่วนร่วม โดยการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง หรือกลุ่มที่ป่วยแล้ว ซึ่งจะช่วยให้เกิดการดำเนินงานที่ต่อเนื่องในชุมชนอย่างยั่งยืนต่อไป

6. เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. ก้าวอย่างของประเทศไทย สู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 19 ตุลาคม 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30476>
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. ทันกระแสนสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2564]. แหล่งข้อมูล :<https://www.thaihealth.or.th/categories>54>.
- กระทรวงสาธารณสุข. กลุ่มรายงานมาตรฐาน >> การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ >> อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 22 กุมภาพันธ์ 2565]. แหล่งข้อมูล :

- https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/ncd.php&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=6b9af46d0cc1830d3bd34589c1081c68
4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด่านเกวียน. เวชระเบียน. นครราชสีมา : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด่านเกวียน. 2561.
 5. ชลดา งามสำโรง และทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์. การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนตำบลธงชัยเหนือ อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารราชพฤกษ์ 2562; 17(1): 102-10.
 6. กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์ และณายุส ธนิตติ. การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบางเตย อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2558; 35(3): 57-72.
 7. เมธี วงศ์วีระพันธ์. การส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุของชุมชนต้นแบบในจังหวัดเชียงใหม่.วารสารจิตวิทยาคลินิก. 2558; 47(1): 38-47.
 8. วิลาวลัย ประกอบเลิศ และเกตุณา ภูนิลวาลย์. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านสวนโคก ตำบลดงลิง อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2562]. แหล่งข้อมูล: http://203.157.186.16/kmblog/page_research_detail.php?ResID=506
 9. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. NewYork: W.H. Freeman and company; 1977.
 10. ปรียาภรณ์ นิลนนท์. การรับรู้ความสามารถของตนเองในด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารราชนครินทร์. 2560; 32(14): 94-100.
 11. อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง และทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์. การพัฒนาหลักสูตรเสริมสร้างสมรรถนะผู้สูงอายุในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงโรงเรียนผู้สูงวัยสัมฤทธิ์วิทยา ตำบลสัมฤทธิ์ อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ 9 2561; 24(2): 80-9.
 12. อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง, พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์ และทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์. การพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์ในการป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังตำบลหนองพลวง อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา. รายงานวิจัยกองทุนวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา. 2562.
 13. อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง, ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์, พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์ และ ราชานนท์ งามใจรัก. การพัฒนาหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพและ ป้องกันการเกิดภาวะพึ่งพิงในกลุ่มผู้สูงอายุ. รายงานวิจัยกองทุนวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา. 2563.
 14. Kemmis S & McTaggart C. The action research planner. (3rd ed). Victoria: Deakin University. 1988.
 15. สมเกียรติ อินทะกนก และคณะ. การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง: กรณีศึกษาพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำซับ อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9, 2564; 27(1): 56-67.
 16. พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์ และทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์. การจัดการโรคเรื้อรังแนวใหม่ด้วยหลัก 4 อ. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นครราชสีมา : มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา. 2562.
 17. Kim M & Song M. Effects of self-management program applying Dongsasub training on self-efficacy,self-esteem, self-management behaviour and blood pressure in older audits with hypertension. J Korean Acid Nurs, 2015; 45(4): 576-81.

การศึกษาการกระจายของโรคและสายพันธุ์ที่ก่อโรคเลปโตสไปโรซิสตามลุ่มน้ำ ในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ

A study on the distribution of disease and Leptospirosis-causing strains in watershed areas of Sisaket province, Thailand

นวรัตน์ บุญกัณหา^{1*} นิธิกุล เต็มเอี่ยม¹ พงศ์ศิริ ชิดชม¹

Nawatana Boonkanha^{1*} Nidhikul Tem-eiam¹ Phongsi Chidchom¹

*Corresponding author: nawa999@gmail.com

(Received: November 15, 2021; Revised: February 8, 2022; Accepted: February 21, 2022)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาการกระจายของโรคตามแนวลุ่มน้ำ และสายพันธุ์ที่ก่อโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ โดยศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยหรือสงสัยว่าเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจังหวัดศรีสะเกษ มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการด้วยวิธี Microscopic Agglutination Test (MAT) ระหว่าง พ.ศ.2551 – 2561 ผลการศึกษาพบว่า มีการตรวจทั้งหมด 653 คน พบเชื้อ 122 ราย ร้อยละ 18.63 ส่วนใหญ่อาศัยในพื้นที่ลุ่มน้ำสาขาห้วยสำราญ 68 ราย ร้อยละ 55.73 รองลงมาคือ ห้วยทา 39 ราย ร้อยละ 31.97 พบการกระจายเชื้อในพื้นที่ 15 อำเภอ ร้อยละ 68.18 ตรวจพบเชื้อมากที่สุดคือ ชุมน้ำและขุนหาญแห่งละ 23 ราย ร้อยละ 18.85 ตรวจพบทั้งหมด 20 ซีโรวาร์ ได้แก่ Australis, Autumnalis, Ballum, Bataviae, Cynopteri, Djasiman, Grippityphosa, Hebdonadis, Icterohaemorrhagiae, Javanica, Louisiana, Manhao, Mini, Panama, Pamona, Pyrogenes, Sarmin, Sejroe, Semaranga และ Shermani ซีโรวาร์ที่พบมากที่สุดคือ Shermani 15 อำเภอ รองลงมาคือ Australis 13 อำเภอ ร้อยละ 86.67 ชุมน้ำพบมากที่สุด 17 ซีโรวาร์ ร้อยละ 85.00 รองลงมาคือ อุทุมพรพิสัย 14 ซีโรวาร์ ร้อยละ 70.00 ลุ่มน้ำสาขาห้วยสำราญพบมากที่สุด 19 ซีโรวาร์ ร้อยละ 95.00 รองลงมาคือ ห้วยทา 16 ซีโรวาร์ ร้อยละ 80.00 ผู้ป่วยในพบ 20 ซีโรวาร์ ร้อยละ 100 ผู้ป่วยนอกพบ 10 ซีโรวาร์ ร้อยละ 50.00 เชื้อสามารถพบได้ในสัตว์เลี้ยงประเภท วัว ควาย สุกร หมู และหมู การควบคุมป้องกันโรคควรเน้นการดำเนินการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) เพื่อบูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

คำสำคัญ: เลปโตสไปโรซิส ลุ่มน้ำ ซีโรวาร์

¹กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลศรีสะเกษ

¹Social Medicine Department, Sisaket Hospital

Abstract

This study is a descriptive study of disease distribution along the watershed area and species that caused leptospirosis in Sisaket province. This study was conducted on patients having leptospirosis with laboratory results by microscopic agglutination test (MAT) and treated in a hospital in Sisaket Province from 2008 to 2018. The total tested number of 653 cases. Within these numbers, 122 cases (18.63%) were diagnosed as Leptospirosis infection. Most of the patients (68 cases; 55.73%) lived along the Huai Samran branches watershed area, followed by Huai Tha (39 cases; 31.97%). The infection was distributed in 15 districts (68.18%). Khukhan and Khun Han districts were where the most cases were found at 23 cases (18.85%)/district. The serovars detected in Sisaket province were 20 serovars; Australis, Autumnalis, Ballum, Bataviae, Cynopteri, Djasiman, Grippotyphosa, Hebdonadis, Icterohaemorrhagiae, Javanica, Louisiana, Manhao, Mini Pamona, Pyrogenes, Sarmin, Sejromane, Semarang. The most common serovars were Shermani, found in 15 districts, followed by Australis in 13 districts (86.67%). Khukhan district had the most found varieties of serovar at 17 serovars (85.00%), followed by Uthumphon Phisai with 14 serovars. The most commonly found was Huai Samran River basin at 19 serovars (95.00%), followed by Huai Ta at 16 serovars (80.00%). Inpatients found 20 serovars (100%) and outpatients found 10 serovars (50.00%). The bacteria found in animals such as cattle, buffalo, dogs, cats, and pigs. Long-term disease control should focus on action and collaboration with relevant agencies according to the One Health concept to integrate prevention and solve problems together.

Keywords: Leptospirosis, Watershed areas, Serovar

1. บทนำ

เลปโตสไปโรซิส เป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษอย่างต่อเนื่อง มีสาเหตุจากเชื้อ *Leptospira interrogans* เชื้อถูกปล่อยออกมาจากปัสสาวะของสัตว์ที่ติดเชื้อและปนเปื้อนอยู่ในน้ำ ดินที่เปียกชื้นหรือพืชผัก เชื้อสามารถไชเข้าสู่ร่างกายทาง ผิวหนัง แผล หรือรอยถลอกขีดข่วน และเยื่อของปาก ตา จมูก ผิวหนังปกติที่อ่อนนุ่มจากการแช่น้ำนาน ๆ ผู้ป่วย ส่วนใหญ่มักติดเชื้อขณะย่ำดินโคลน แช่น้ำท่วมหรือว่ายน้ำ หรืออาจติดโรคจากการกินอาหารหรือน้ำหรือการหายใจเอาละอองนิ่วเคลียสจากของเหลวที่ปนเปื้อนเชื้อเข้าไปแต่พบได้น้อย การเกิดโรคสัมพันธ์กับฤดูกาล โดยจะเริ่มพบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นตั้งแต่เดือนมิถุนายนและสูงสุดในเดือนตุลาคม เนื่องจากเป็นช่วงฤดูเก็บเกี่ยวผลผลิตทางการเกษตรและ เชื้อสามารถปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมล้นหลามมากขึ้น ภาค ตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราป่วยรองลงมาจากภาคใต้⁽¹⁾ หลังการติดเชื้อผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงแตกต่างกันมาก ผู้ที่มีอาการป่วยระยะแรก มักมีไข้เฉียบพลัน หนาว สั่น ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ ตาแดง คลื่นไส้และปวดท้อง อาจพบมีผื่นแดงได้แต่พบไม่บ่อยและมักจะหายไปใน 24 ชั่วโมง อาการปวดศีรษะในผู้ป่วยเลปโตสไปโรซิสมักมีอาการปวดรุนแรงและเฉียบพลัน อาจมีอาการปวดบ่าตาและกล้ามเนื้อส่วนร่วมด้วยได้ อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อมักจะรุนแรงโดยเฉพาะที่กล้ามเนื้อหลังต้นขาและน่อง ในรายที่มีอาการแทรกซ้อนรุนแรงจะมีอาการ ดีซ่าน ตับวาย ไตวายเฉียบพลัน มีเลือดออกในปอด และเสียชีวิตในเวลารวดเร็ว⁽²⁾

จังหวัดศรีสะเกษ มีอัตราป่วยด้วยโรคเลปโตสไปโรซิส เป็นอันดับต้นของประเทศ ปี พ.ศ.2555-2561 พบผู้ป่วย 357, 312, 258, 313, 372, 776, 397 ราย อัตราป่วย 24.53, 21.48, 17.63, 21.36, 25.36, 52.75, 26.99 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 8, 6, 4, 19, 8, 16, 7 ราย อัตราป่วยตายร้อยละ 2.24, 1.92, 1.55, 6.07, 2.15, 2.06, 1.76⁽³⁻⁹⁾ ระบบเฝ้าระวังมีการเก็บตัวอย่างเลือดเพื่อส่งตรวจแอนติบอดีด้วยวิธี Microscopic Agglutination Test (MAT)⁽¹⁰⁾ ซึ่งเป็นวิธีมาตรฐานสำหรับวินิจฉัยโรคเลปโตสไปโรซิส สามารถระบุชี้โรครากของเชื้อสาเหตุ ดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2551 ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือเสียชีวิตที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีสะเกษและโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดศรีสะเกษ ต่อมาปี พ.ศ.2558 มีโครงการความร่วมมือกับจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยในการเก็บตัวอย่างทางห้องปฏิบัติการ เพื่อยืนยันการติดเชื้อในผู้ป่วยที่แพทย์สงสัยโรคเลปโตสไปโรซิส ทำให้มีการส่งตรวจเพื่อยืนยันมากขึ้น เพื่อให้การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุม

โรคเลปโตสไปโรซิสมีสภาพ และนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปวางแผนการป้องกันและควบคุมโรค ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาการกระจายของโรคและสายพันธุ์ที่ก่อโรคเลปโตสไปโรซิสตามลุ่มน้ำในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการกระจายของโรคตามแนวลุ่มน้ำ และสายพันธุ์ที่ก่อโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ

2. วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเลปโตสไปโรซิสหรือสงสัย ที่มาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดศรีสะเกษ และมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการด้วยวิธี Microscopic Agglutination Test (MAT) ตั้งแต่ปี พ.ศ.2551 – 2561 ทุกราย จากรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านโรคไตในภาวะวิกฤต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลที่สร้างขึ้น ประกอบด้วย ประเภทผู้ป่วย พื้นที่เกิดโรค และผลการตรวจด้วยวิธี Microscopic Agglutination Test (MAT) ตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก (WHO)⁽¹¹⁾ โดยอ่านผลการทำปฏิกิริยาเกาะกลุ่ม(Agglutination) ของเชื้อเลปโตสไปราที่ยังมีชีวิต (24 สายพันธุ์มาตรฐาน) กับแอนติบอดีของตัวอย่างน้ำเหลืองผู้ป่วยภายใต้กล้องจุลทรรศน์ชนิดพื้นมืด (Dark Field Microscopy) จัดทำแผนที่การกระจายของโรคโดยใช้โปรแกรมระบบแผนที่เกษตรเพื่อการบริหารจัดการเชิงรุกออนไลน์ (Agri-Map-Online)⁽¹²⁾ งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ เลขที่ 4/2562 ลงวันที่ 15 พฤษภาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาประเภทการแจกแจงความถี่ ร้อยละและแผนที่แสดงพื้นที่การเกิดโรค

3. ผลการวิจัย

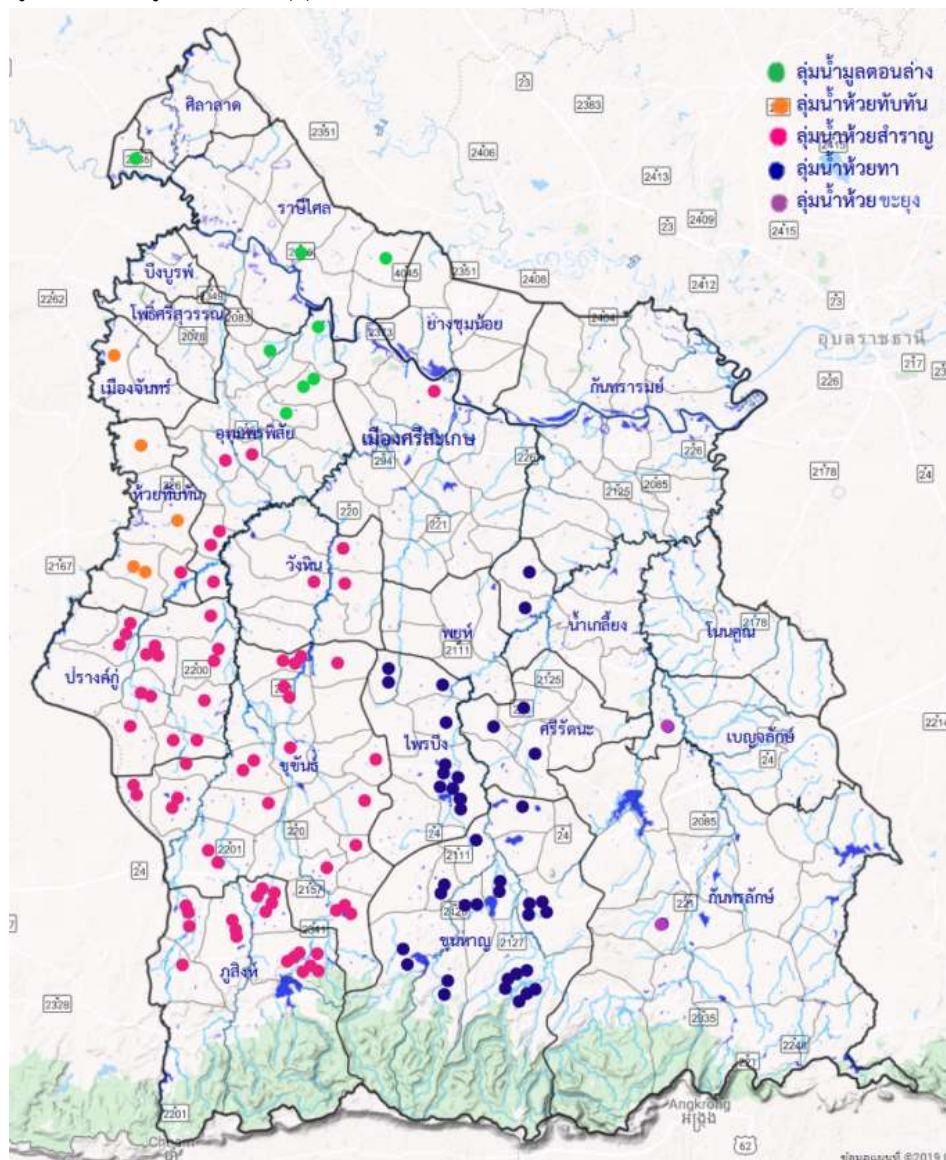
จังหวัดศรีสะเกษ มีการส่งเลือดผู้ป่วยที่สงสัยหรือวินิจฉัยว่าเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส ที่มาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไปตรวจทางห้องปฏิบัติการด้วยวิธี Microscopic Agglutination Test (MAT) ตั้งแต่ปี พ.ศ.2551 – 2561 ทั้งหมด 653 ราย ตรวจ

พบเชื้อ 122 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.63 จำแนกเป็นผู้ป่วยนอก 260 ราย ตรวจพบเชื้อ 53 ราย ร้อยละ 20.38 ของผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน 393 ราย ตรวจพบเชื้อ 69 ราย ร้อยละ 17.56 ของผู้ป่วยใน

การกระจายของโรคเลปโตสไปโรซิสตามลุ่มน้ำพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยในพื้นที่ลุ่มน้ำสาขาห้วยสำราญ 68 ราย ร้อยละ 55.73 รองลงมาคือ ห้วยทา 39 ราย ร้อยละ 31.97 น้ำมูล 8 ราย ร้อยละ 6.56 ห้วยทับทัน 5 ราย ร้อยละ 4.10 และห้วยชะยุ้ง 2 ราย ร้อยละ 1.64 ดังแสดงพื้นที่การเกิดโรคในรูปที่ 1 พบการกระจายเชื้อในพื้นที่ 15 อำเภอ ร้อยละ 68.18 อำเภอที่มีผลการตรวจพบเชื้อมากที่สุดคือ ขุนขันธ์และขุนหาญแห่งละ 23 ราย ร้อยละ 18.85 รองลงมาคือ ภูสิงห์ ปรางค์กู่ ไพรบึงและอุทุมพรพิสัย 19,

15, 11 และ 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.57, 12.30, 9.02, และ 9.02 ตามลำดับ

ซีโรวาร์ที่ตรวจพบในผู้ป่วยจังหวัดศรีสะเกษ 20 ซีโรวาร์ ได้แก่ Australis, Autumnalis, Ballum, Bataviae, Cynopteri, Djasiman, Grippotyphosa, Hebdonadis, Icterohaemorrhagiae, Javanica, Louisiana, Manhao, Mini, Panama, Pamona, Pyrogenes, Sarmin, Sejroe, Semarang และ Shermani ซีโรวาร์ที่พบมาก 5 ลำดับแรก ได้แก่ Shermani รองลงมาคือ Australis, Min, Panama, และ Louisiana อำเภอขุขันธ์พบมากที่สุด 17 ซีโรวาร์ ร้อยละ 85.00 รองลงมาคือ อุทุมพรพิสัย ไพรบึง ขุนหาญ และภูสิงห์ พบ 14, 13, 12 และ 12 ซีโรวาร์ (ตารางที่ 1)



รูปที่ 1 แสดงการกระจายของโรคเลปโตสไปโรซิสตามลุ่มน้ำในจังหวัดศรีสะเกษ.

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ผู้ป่วยเลปโตสไปโรสิส จำแนกรายอำเภอและซีโรวาร์ที่พบในจังหวัดศรีสะเกษ

อำเภอ	จำนวนผู้ป่วยที่ ตรวจพบเชื้อ (ร้อยละ)	ซีโรวาร์ที่พบ
ขุนันธุ์	23 (18.85)	1. Australis 2. Autumnalis 3. Ballum 4. Bataviae 5. Cynopteri 6. Djasiman 7. Grippotyphosa 8. Hebdonadis 9. Icterohaemorrhagiae 10. Louisaina 11. Manhao 12. Mini 13. Panama 14. Pyrogenes 15. Sejroe 16. Semarang 17. Shermani
อุทุมพรพิสัย	23 (18.85)	1. Australis 2. Autumnalis 3. Ballum 4. Cynopteri 5. Djasiman 6. Grippotyphosa 7. Hebdonadis 8. Icterohaemorrhagiae 9. Louisaina 10. Mini 11. Panama 12. Pomona 13. Sejroe 14. Shermani
ไพรบึง	19 (15.57)	1. Australis 2. Autumnalis 3. Cynopteri 4. Grippotyphosa 5. Javanica 6. Louisaina 7. Mini 8. Panama 9. Pyrogenes 10. Sarmin 11. Sejroe 12. Semarang 13. Shermani
ขุนหาญ	15 (12.3)	1. Australis 2. Autumnalis 3. Cynopteri 4. Djasiman 5. Grippotyphosa 6. Hebdonadis 7. Louisaina 8. Manhao 9. Mini 10. Panama 11. Sejroe 12. Shermani
ภูสิงห์	11 (9.02)	1. Australis 2. Autumnalis 3. Cynopteri 4. Djasiman 5. Icterohaemorrhagiae 6. Louisaina 7. Mini 8. Panama 9. Sarmin 10. Sejroe 11. Semarang 12. Shermani
ห้วยทับทัน	11 (9.02)	1. Australis 2. Autumnalis 3. Ballum 4. Cynopteri 5. Hebdonadis 6. Icterohaemorrhagiae 7. Louisaina 8. Mini 9. Panama 10. Sejroe 11. Shermani
ปรางค์กู่	5 (4.10)	1. Australis 2. Autumnalis 3. Cynopteri 4. Icterohaemorrhagiae 5. Louisaina 6. Mini 7. Panama 8. Sejroe 9. Semarang 10. Shermani
ศรีรัตนะ	3 (2.46)	1. Australis 2. Autumnalis 3. Cynopteri 4. Djasiman 5. Louisaina 6. Mini 7. Panama 8. Sejroe 9. Shermani
ราษีไศล	3 (2.46)	1. Australis 2. Autumnalis 3. Cynopteri 4. Louisaina 5. Mini 6. Sarmin 7. Sejroe 8. Shermani
เมืองศรีสะเกษ	3 (2.46)	1. Australis 2. Autumnalis 3. Grippotyphosa 4. Mini 5. Panama 6. Sejroe 7. Shermani
น้ำเกลี้ยง	2 (1.64)	1. Cynopteri 2. Louisaina 3. Mini 4. Panama 5. Sejroe 6. Shermani
เมืองจันทร์	1 (0.82)	1. Australis 2. Louisaina 3. Manhao 4. Panama 5. Shermani
กันทรลักษณ์	1 (0.82)	1. Grippotyphosa 2. Sejroe 3. Shermani
เบญจลักษ์	1 (0.82)	1. Australis 2. Shermani
วังหิน	1 (0.82)	1. Australis 2. Shermani

เมื่อจำแนกซีโรวาร์ตามลุ่มน้ำ พบว่า กลุ่มน้ำห้วย ร้อยละ 70.00 ห้วยทับทัน 12 ซีโรวาร์ ร้อยละ 60.00
สำราญพบมากที่สุด 19 ซีโรวาร์ ร้อยละ 95.00 รองลงมา ห้วยขะยุง 4 ซีโรวาร์ ร้อยละ 20.00 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)
คือ ห้วยทา 16 ซีโรวาร์ ร้อยละ 80.00 น้ำมูล 14 ซีโรวาร์

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ซีโรวาร์ จำแนกตามลุ่มน้ำสาขาในจังหวัดศรีสะเกษ

ลุ่มน้ำสาขา	จำนวนซีโรวาร์ ที่พบ (ร้อยละ)	ซีโรวาร์ที่พบ
ห้วยสำราญ	19 (95.00)	Australis Autumnalis Ballum Bataviae Cynopteri Djasiman Grippotyphosa Hebdonadis Icterohaemorrhagiae Louisaina Manhao Mini Panama Pomona Pyrogenes Sarmin Sejroe Semarang Shermani
ห้วยทา	16 (80.00)	Australis Autumnalis Cynopteri Djasiman Grippotyphosa Hebdonadis Javanica Louisaina Manhao Mini Panama Pyrogenes Sarmin Sejroe Semarang Shermani
น้ำมูล	14 (70.00)	Australis Autumnalis Ballum Cynopteri Djasiman Grippotyphosa Icterohaemorrhagiae Louisaina Mini Panama Pomona Sarmin Sejroe Shermani
ห้วยทับทัน	12 (60.00)	Australis Autumnalis Ballum Cynopteri Hebdonadis Icterohaemorrhagiae Louisaina Manhao Mini Panama Sejroe Shermani
ห้วยขะยุง	4 (20.00)	Australis Grippotyphosa Sejroe Shermani

เมื่อจำแนกตามประเภทผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยใน พบ ทั้ง 20 ซีโรวาร์ ร้อยละ 100 ซีโรวาร์ที่พบในผู้ป่วยใน 5 อันดับแรกคือ Shermani Australis Mini Sejroe และ Panama จำนวน 53, 45, 28, 28 และ 26 ราย ร้อยละ 76.81, 65.22, 40.58, 40.58 และ 37.68 ผู้ป่วยนอกพบ

10 ซีโรวาร์ ร้อยละ 50.00 ซีโรวาร์ที่พบในผู้ป่วยนอก 5 อันดับแรกคือ Shermani Australis Autumnalis Cynopteri และ Louisaina จำนวน 45, 13, 10, 10. และ 10 ราย ร้อยละ 84.91, 24.53, 18.87, 18.87 และ 18.87 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ประเภทผู้ป่วยจำแนกตามซีโรวาร์ที่พบในจังหวัดศรีสะเกษ

ซีโรวาร์	ประเภทผู้ป่วย จำนวน (ร้อยละ)	
	ผู้ป่วยใน (n=69)	ผู้ป่วยนอก (n=53)
Australis	45(65.22)	13(24.53)
Autumnalis	23(33.33)	10(18.87)
Ballum	3(4.35)	-
Bataviae	2(2.90)	-
Cynopteri	21(30.43)	10(18.87)
Djasiman	6(8.70)	2(3.774)
Grippotyphosa	7(10.14)	-
Hebdonadis	4(5.80)	-
Icterohaemorrhagiae	2(2.90)	3(5.66)
Javanica	1(1.45)	-
Louisaina	24(34.78)	10(18.87)
Manhao	3(4.35)	-
Mini	28(40.58)	8(15.09)
Panama	26(37.68)	9(16.98)
Pomona	2(2.90)	-
Pyrogenes	3(4.35)	-
Sarmin	3(4.35)	-
Sejroe	28(40.58)	-
Semaranga	3(4.35)	6(11.32)
Shermani	53(76.81)	43(81.13)

4. อภิปรายผล

การศึกษานี้พบการกระจายของโรคเลปโตสไปโรซิส มากที่สุดตามแนวลุ่มน้ำห้วยสำราญ ซึ่งมีความยาว 180 กิโลเมตร⁽¹³⁾ ผ่าน 12 อำเภอ ได้แก่ ภูสิงห์ ขุขันธ์ ขุนหาญ ปรารัง ไพรบึง พยุห์ ห้วยทับทัน เมืองจันทร์ โพธิ์ศรีสุวรรณ อุทุมพรพิสัย วังหิน ไหลไปบรรจบกับแม่น้ำมูลที่พื้นที่ตำบลน้ำคำและตำบลโพธิ์ อำเภอเมืองศรีสะเกษ เป็นแม่น้ำสายหลักของจังหวัดศรีสะเกษ มีลุ่มน้ำสาขา ประกอบด้วยลุ่มน้ำมูลตอนต้น 3 ลุ่มน้ำห้วยสำราญ ลุ่มน้ำห้วยทับทัน ลุ่มน้ำห้วยทา ลุ่มน้ำห้วยชะยุ้ง มีต้นกำเนิดจากเทือกเขาพนมดงรัก ชายแดนไทย-กัมพูชา อำเภอขุขันธ์ ขุนหาญ และภูสิงห์ เป็นพื้นที่ที่มีผลการตรวจพบเชื้อมากที่สุด 3 อันดับแรก สอดคล้องกับการศึกษาของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร (AFRIMS) ในปี 2561⁽¹⁴⁾ รายงานการสำรวจน้ำในแหล่งน้ำธรรมชาติพบเชื้อเลปโตสไป

ไปราในอำเภอขุขันธ์ เมื่อจำแนกการป่วยเป็นรายอำเภอในปี 2561⁽¹⁵⁾ พบว่า อำเภอที่มีอัตราป่วยสูงสุดคือ อำเภอภูสิงห์ 83.03 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ อำเภอขุขันธ์ ขุนหาญ อัตราป่วย 57.80, 49.37 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ อาชีพหลักของประชาชนในจังหวัดศรีสะเกษคือ อาชีพทำนา ต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการป่วยด้วยโรคเลปโตสไปโรซิส ไม่ว่าจะเป็นขั้นตอนการเตรียมดิน การปลูกและการเก็บเกี่ยว ซึ่งต้องมีการสัมผัสน้ำหรือพื้นดินชื้นแฉะ ระยะเวลาการสัมผัสที่มากกว่า 6 ชั่วโมง/วัน⁽¹⁶⁾ และมีกิจกรรมอื่นที่เป็นวิถีชีวิตประชาชนในพื้นที่ที่เสี่ยงต่อการป่วย เช่น การจับหนู หาปลา ใส่เบ็ด ทว่านแห เกี่ยวหญ้า กิจกรรมสาธารณะของชุมชน เช่น จำหน่ายบัตรลงหนองจับปลา ขุดลอกผักตบชวาในคู คลอง แหล่งน้ำธรรมชาติ บางกิจกรรมก็ไม่เอื้อต่อการใช้อุปกรณ์ป้องกัน

การศึกษาซีโรวาร์พบว่า กลุ่มน้ำห้วยสำราญพบมากที่สุด 19 ซีโรวาร์ ผู้ป่วยจะมีการแสดงและความรุนแรงของโรคแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับสายพันธุ์ของเชื้อ (Infective Strain) ปริมาณเชื้อที่ได้รับและความสามารถของร่างกายในการต่อต้านเชื้อ (Immune Response)⁽¹⁾ ในจังหวัดศรีสะเกษ พบในผู้ป่วยใน 20 ซีโรวาร์ ผู้ป่วยนอกพบเพียง 10 ซีโรวาร์ เมื่อเปรียบเทียบซีโรวาร์ที่พบในผู้ป่วย เป็นซีโรวาร์ที่พบได้ในสัตว์เลี้ยงพวก วัว ควาย หมู สอดคล้องกับการศึกษาของสุตารัตน์ ขาดสุทธิและคณะ⁽¹⁷⁾ ที่ได้ทำการสำรวจสายพันธุ์ของโรคเลปโตสไปโรซิสที่พบในคนและปศุสัตว์ในประเทศไทย ปี 2553 – 2558 พบในคน 23 ซีโรวาร์ และพบมากในสัตว์เลี้ยงพวก วัว ควาย และหมู สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร รายงานการเฝ้าระวังซีโรวาร์ในสัตว์พื้นแทะและสิ่งแวดล้อมในพื้นที่อำเภอเมืองศรีสะเกษ ปรากฏว่า ภูสิงห์ ไพรบึง ชูขันธุ์ ศรีรัตนะ อุทุมพรพิสัย ห้วยทับทัน พบเชื้อเลปโตสไปราในหนูทุก หนูจืด หนูนา หนูนาเล็ก หนูท้องขาว วัว และสุนัข⁽¹⁴⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของอุดมศักดิ์ นาคกุลและคณะ⁽¹⁸⁾ ที่ทำการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ของคน สัตว์และแหล่งน้ำในการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิสประเทศไทย ในพื้นที่อำเภออุษันธุ์พบในสัตว์พวก วัว ควาย สัตว์พื้นแทะและสุนัข ดังนั้น มาตรการหลักในการป้องกันควบคุมโรคที่สำคัญคือการจัดการสิ่งแวดล้อม⁽¹⁾ เนื่องจากเชื้อเลปโตสไปรามีความทนทานเมื่ออยู่ในสิ่งแวดล้อมในสภาพความเป็นกรดต่าง pH 7.2 – 8.0 รวมถึงความชื้นและอุณหภูมิที่เหมาะสม⁽¹⁹⁾ ในจังหวัดศรีสะเกษ มีความแตกต่างของชุดดินถึง 22 ชุด⁽²⁰⁾ มีความเป็นกรดต่างและความชื้นแตกต่างกัน เมื่อทราบซีโรวาร์ที่ก่อโรคในคน จะช่วยให้การกำหนดขอบเขตการสอบสวนและควบคุมโรคมีความชัดเจนมากขึ้น สามารถเชื่อมโยงไปหาสัตว์ที่เป็นแหล่งรังโรค หาปัจจัยที่ทำให้เกิดการระบาด วิธีการถ่ายทอดโรค รวมถึงกำหนดแนวทางในการควบคุมโรคเบื้องต้น การควบคุมโรคจำเพาะและการป้องกันไม่ให้เกิดการระบาดของโรคเกิดขึ้นในพื้นที่เดิมได้ การศึกษาซีโรวาร์ที่พบในผู้ป่วยจากงานวิจัยครั้งนี้ จะสามารถใช้ประโยชน์ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษได้

ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการวางแผนการควบคุมป้องกันโรคในระยะยาว โดยเน้นการดำเนินการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) เพื่อบูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาาร่วมกัน จะช่วยลดการป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคเลปโตสไปโรซิส มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติในการใช้แหล่งน้ำสาธารณะ เช่น กำหนดขอบเขตของการนำสัตว์เลี้ยงไปใช้น้ำในแหล่งน้ำที่ใช้ร่วมกับคน การลงแหล่งน้ำสาธารณะเพื่อ

ทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น การหาปลา การล่อกวักพืช การปรับปรุงภูมิทัศน์ การให้ความรู้แก่ประชาชนเรื่องอาการของโรค การป้องกันโรค และการสื่อสารความเสี่ยงให้ประชาชนรับทราบ ก่อนที่จะมีกิจกรรมและจัดทำทะเบียนผู้สัมผัสปัจจัยเสี่ยง เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีการติดตามเฝ้าระวังในพื้นที่ หากมีอาการป่วยจะได้รักษาได้ทันท่วงที การถ่ายทอดความรู้และแนวทางการปฏิบัติตนในการป้องกันควบคุมโรคที่ถูกต้องและเหมาะสมกับวิถีการดำเนินชีวิตของประชาชน เช่น การใส่รองเท้าบูทเวลาทำนา หลีกเลี่ยงการเดินย่ำน้ำหรือลุยน้ำเมื่อมีบาดแผล หลีกเลี่ยงการลงแช่น้ำติดต่อกันเป็นนาน การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายหลังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ

5. สรุปผลการศึกษา

จากผลการศึกษาพบกลุ่มน้ำห้วยสำราญมีการกระจายของโรคเลปโตสไปโรซิสและซีโรวาร์มากที่สุด มีซีโรวาร์ที่เป็นสาเหตุการป่วย 20 ซีโรวาร์ อำเภออุษันธุ์และอำเภอบุณฑลามีผลตรวจยืนยันมากที่สุด ซีโรวาร์ที่พบมาก 5 ลำดับแรก ได้แก่ Shermani Australis Mini Panama Louisiana ซึ่งพบได้ในสัตว์เลี้ยงประเภท วัว ควาย สุนัข หมู และหมู หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรกำหนดให้โรคเลปโตสไปโรซิสอยู่ในแผนการเรียนการสอนของโรงเรียนระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมที่ถูกต้องในการป้องกันควบคุมโรคแก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรจะทำการศึกษาเพื่อหาปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีชีวิตในสิ่งแวดล้อม และศึกษาชนิดของสัตว์ที่เป็นแหล่งรังโรคในพื้นที่ที่พบผู้ป่วยเลปโตสไปโรซิส เพื่อใช้เป็นแนวทางในการควบคุมป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพต่อไป

6. กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านโรคไตในภาวะวิกฤต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้การสนับสนุนการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

7. เอกสารอ้างอิง

1. กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ประจำปี 2562 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 11 กุมภาพันธ์ 2565]. แหล่งข้อมูล : https://apps-doe.moph.go.th/boeeng/download/MIX_AESR_2562.pdf.

2. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือวิชาการโรคเลปโตสไปโรสิส. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรประเทศไทย , 2558.
3. สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ประจำปี 2555 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2560]. แหล่งข้อมูล : <https://apps-doe.moph.go.th/boeeng/annual/Annual/AESR2012/index.html>.
4. สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ประจำปี 2556 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2560]. แหล่งข้อมูล : <https://apps-doe.moph.go.th/boeeng/annual/Annual/AESR2013/annual/Leptospirosis.pdf>
5. สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ประจำปี 2557 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2560]. แหล่งข้อมูล : <https://apps-doe.moph.go.th/boeeng/annual/Annual/AESR2014/aesr2557/Part%201/1-4/leptospirosis.pdf>.
6. สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ประจำปี 2558 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2560]. แหล่งข้อมูล : <https://apps-doe.moph.go.th/boeeng/annual/Annual/AESR2015/aesr2558/Part%201/04/leptospirosis.pdf>.
7. สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ประจำปี 2559 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2560]. แหล่งข้อมูล : <https://apps-doe.moph.go.th/boeeng/annual/AESR2016/static/documents/sum-aesr/4/โรคเลปโตสไปโรสิส.pdf>.
8. สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. รายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง 506 Leptospirosis [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2560]. แหล่งข้อมูล : <https://apps-doe.moph.go.th/boeeng/download/AESR-6112-24.pdf>.
9. สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. รายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง 506 Leptospirosis [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2560]. แหล่งข้อมูล : https://apps-doe.moph.go.th/boeeng/download/AW_Annual_Mix%206212_14_r1.pdf.
10. World Health Organization. Human leptospirosis: Guidance for diagnosis, surveillance and control. Geneva: World Health Organization; 2003.
11. สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข. โรคเลปโตสไปโรสิส (โรคฉี่หนู) และการตรวจวินิจฉัย [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 8 ธันวาคม 2563]. แหล่งข้อมูล : http://nih.dmsc.moph.go.th/data/data/fact_sheet/7_60.pdf.
12. กระทรวงเกษตรและสหกรณ์และกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. ระบบแผนที่เกษตรเพื่อการบริหารจัดการเชิงรุก ออนไลน์ (Agri-Map-Online) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 14 กุมภาพันธ์ 2560]. แหล่งข้อมูล : <https://agri-map-online.moac.go.th/>
13. ศูนย์ป้องกันวิฤติน้ำ กรมทรัพยากรน้ำ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. ระบบลุ่มน้ำ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 19 พฤษภาคม 2561]. แหล่งข้อมูล : <http://mekhala.dwr.go.th/knowledge-basin-mun.php>
14. สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร. *Leptospira* Surveillance Conducted in Rodent Populations and Environmental Samples in Sisaket province, Thailand. สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร, 2561.
15. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. ฐานข้อมูลจากโปรแกรมR506 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 8 มกราคม 2562]. แหล่งข้อมูล : http://203.157.165.115/r506/upload_file/EPE02561.DBF
16. นวรัตน์ บุญกัณหา, นิธิกุล เต็มเอี่ยม, ปาริชาติ เมืองไทย, ลักษณะเลิศ วรรณภาสนี, ชัยนรินทร์ ปทุมานนท์. ปัจจัยพยากรณ์ความรุนแรงและการเสียชีวิตของผู้ป่วยเลปโตสไปโรสิสที่มารับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีสะเกษ. ใน การประชุมวิชาการเลปโตสไปโรสิสประจำปี 2561 ;12 – 13 กรกฎาคม 2561 ; ณ โรงแรมเซนทาราและคอนเวนชันเซ็นเตอร์. อุตรธานี ; 2561. หน้า 159-160.
17. Chadsuthi S, Bicout DJ, Wiratsudakul A, Suwancharoen D, Petkanchanapong W, Modchang C, et al. Investigation on predominant *Leptospira* serovars and its distribution in humans and livestock in Thailand, 2010-2015. PLoS Negl Trop Dis 2017; 11(2): e0005228.

18. Narkkul U, Thaipadungpanit J, Srisawat N, Rudge J W, Thongdee M, Pawarana , et al. Human, animal, water source interactions and leptospirosis in Thailand, Scientific Reports 2021; 11(1): 3215.
19. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรสิสระดับ
สถานีนอานามัย. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร. องค์การ
สงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2550.
20. กองสำรวจดินและวิจัยทรัพยากรดิน กรมพัฒนาที่ดิน.
แผนที่กลุ่มชุดดินศรีสะเกษ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ
24 ธันวาคม 2564]. แหล่งข้อมูล: [http:// oss101.
ddd.go.th/soilr/Soil%20Group%2025,000.jpg/jpg
_Northeast/แผนที่กลุ่มชุดดินศรีสะเกษ.jpg](http://oss101.ddd.go.th/soilr/Soil%20Group%2025,000.jpg/jpg_Northeast/แผนที่กลุ่มชุดดินศรีสะเกษ.jpg).

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี Factors associated with health literacy among the elderly in Mueang District, Ratchaburi province

ชลธิรา กาวไรสง
Chontira Kawthaisong

Corresponding author: ckawthaisong@gmail.com

(Received: January 31, 2021; Revised: March 18, 2022; Accepted: April 12, 2022)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทั้งหมด 564 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple logistic regression) นำเสนอค่า Adjusted OR ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ในการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (67.70%) และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพพอใช้ (35.30%) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ได้แก่ รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท (OR_{adj} 2.17, 95%CI 1.44-3.27, p-value <0.001) และระดับคุณภาพชีวิตไม่ดี (OR_{adj} 5.62, 95%CI 3.69-8.57, p-value <0.001) โดยการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุยังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ ควรมีการกำหนดนโยบายและกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อเสริมทักษะทางการรับรู้และทางสังคม ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการที่จะส่งเสริมและบำรุงรักษาให้คงไว้ซึ่งความมีสุขภาพดี

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิต ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

Abstract

This research aimed to study factors associated with health literacy among the elderly in Mueang District, Ratchaburi province. Multistage random sampling was applied to select 564 participants aged 60 years or older. Data were collected by questionnaires and analyzed using descriptive statistics. Multiple logistic regression statistics were used to present the Adjusted OR with a 95% confidence interval in determining factors related to health literacy. The results showed that most subjects reported a moderate quality of life (67.70%) and a fair level of health literacy (35.30%). Factors related to health literacy were low-income people (less than 5,000 baht per month) (OR_{adj} 2.17, 95%CI 1.44-3.27, p-value <0.001) and poor level of quality of life (OR_{adj} 5.62, 95%CI 3.69-8.57, p-value <0.001). In conclusion, the elderly had inadequate health literacy. Therefore, there should be policies and activities to promote health literacy for the elderly in order to enhance their perceptions and social skills. Such determines the motivation and ability to promote and maintain good health.

Keywords: Elderly, Quality of Life, Health Literacy

1. บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วในแต่ละปี ส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรของโลก ให้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aged society) จากการวิเคราะห์แนวโน้มและสถานการณ์ประชากรโลก จะมีผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีสัดส่วนมากกว่าประชากรทุกกลุ่มอายุโดยจะเพิ่มจากร้อยละ 9 ในปี พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 15.5 ในปี พ.ศ. 2560⁽¹⁾ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 21 ของประชากรโลก ภายในปี พ.ศ. 2693⁽²⁾ เช่นเดียวกับประเทศไทยที่มีแนวโน้มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2562 ประมาณ 11.1 ล้านคน (16.73%) ปี พ.ศ. 2563 ประมาณ 11.6 ล้านคน (17.57%) และจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 28 ภายในปี พ.ศ. 2574⁽³⁾ จากโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไปเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งประชากรที่เข้าสู่วัยสูงอายุนี้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านสถานภาพและบทบาททางสังคม ผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือ หรือมีภาวะพึ่งพิงคนรุ่นถัดไปอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ความคาดหวังในการพึ่งพาบุคคลในครอบครัวเริ่มมีข้อจำกัดยิ่งขึ้น เมื่อพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 8.7 ต้องอยู่คนเดียว ตามลำพัง ไม่มีลูกหลานหรือญาติใกล้ชิด⁽⁴⁾ ขณะที่กลุ่มคนรุ่นถัดไปคือกลุ่มประชากรวัยแรงงานและวัยเด็ก ซึ่งจะต้องแบกรับภาระในการอยู่ร่วมกันในสังคม รวมทั้งดูแลบุคคลในครอบครัวที่เป็นผู้สูงอายุ ในขณะที่ประชากรวัยแรงงานจะมีสัดส่วนต่อผู้สูงอายุลดลง คือจากสัดส่วนวัยแรงงาน 6 คนต่อผู้สูงอายุ 1 คน จะลดลงเป็น 3 ต่อ 1 ในปี พ.ศ. 2563 และจะลดลงเหลือ 2 ต่อ 1 ภายในปี พ.ศ.2583⁽⁵⁾ ดังนั้นผู้สูงอายุจะกลายเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ที่สุดในสังคม ซึ่งส่วนใหญ่มีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พึ่งพิงระบบบริการทางการแพทย์ซึ่งถือเป็นความท้าทายในการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของผู้ที่เกี่ยวข้อง การดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโดยหน่วยบริการสุขภาพในระดับต่างๆ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริม พัฒนาศักยภาพ และคุ้มครองคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) แต่อย่างไรก็ตามการจัดกิจกรรมดังกล่าวอาจจะไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย ทั้งนี้เนื่องจากไม่ได้มีการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามระดับความรู้ด้านสุขภาพ อีกทั้งยังไม่ทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพ อันจะส่งผลให้ผลลัพธ์การดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุขาดความสมบูรณ์ การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุดังกล่าว สามารถทำได้โดยการใช้เครื่องมือวัด

ระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy: HL) เป็นระดับของบุคคล ประชาชน ที่ได้รับหรือเข้าถึงข้อมูลข่าวสารสุขภาพและสามารถเข้าใจข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพ และบริการสุขภาพที่จำเป็น เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์และตัดสินใจด้านสุขภาพที่⁽⁶⁾ การมีระดับความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานต่ำจะมีผลต่อภาวะสุขภาพอันจะเพิ่มอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยขึ้น รวมถึงมีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น⁽⁷⁾ ในทางตรงข้ามถ้าหากมีระดับความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสูงหรือเพียงพอจะทำให้มีภาวะสุขภาพที่ดี ลดอัตราการป่วย และลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ⁽⁸⁾ ซึ่งองค์การอนามัยโลก รวมถึงประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน เพราะถ้าประชาชนมีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ ก็จะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม และจะมีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีข้อจำกัดด้านความสามารถในการเรียนรู้และทักษะด้านต่างๆ ลดลงตามไปด้วย และเป็นกลุ่มวัยที่มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำมากกว่ากลุ่มวัยอื่น⁽⁹⁾

จังหวัดราชบุรีมีการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรอย่างชัดเจนโดยมีแนวโน้มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จากปี พ.ศ. 2561 มีผู้สูงอายุ จำนวน 153,776 คน (17.60%) ปี พ.ศ. 2562 มีผู้สูงอายุจำนวน 160,323 คน (18.36%) และในปี พ.ศ. 2563 มีผู้สูงอายุ จำนวน 166,926 คน (19.20%) ส่งผลทำให้เกิดเปลี่ยนแปลงจากโครงสร้างผู้สูงอายุที่เป็นสังคมผู้สูงอายุ และจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์แบบภายในปี พ.ศ.2574 ในขณะที่ อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรีก็มีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน โดยในปี พ.ศ. 2561 พบมีจำนวนผู้สูงอายุ จำนวน 21,227 คน (17.21%) ปี พ.ศ. 2562 มีผู้สูงอายุ จำนวน 38,395 คน (19.10%) และปี พ.ศ. 2563 มีผู้สูงอายุ จำนวน 40,149 คน(19.80%)⁽¹⁰⁾ นั่นหมายความว่า อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุมีแนวโน้มอยู่ตามลำพังมากขึ้น เนื่องด้วยลักษณะการดำเนินชีวิตในปัจจุบันจากการที่บุตรหลานต้องออกไปทำงานนอกบ้าน นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง มีสัดส่วนค่อนข้างสูง ส่งผลให้มีภาวะพึ่งพิงระบบบริการสุขภาพรวมถึงผู้ดูแล มากขึ้น ส่วนหนึ่งอาจเป็นผลจากการที่ผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำหรือไม่เพียงพอ⁽¹¹⁾

ด้วยเหตุผลนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุใน

อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่ผ่านมา ยังไม่มีการศึกษาในพื้นที่ดังกล่าว ทำให้ไม่ทราบว่า มีปัจจัยด้านใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี การวิจัยครั้งนี้จึงเป็นการวิจัยนำร่องเพื่อที่จะได้ทราบข้อมูลดังกล่าว อีกทั้งยังเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานในระดับพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล สำนักงานสาธารณสุข กรมพัฒนาสังคม และสวัสดิการผู้สูงอายุ ในการกำหนดยุทธศาสตร์เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งพัฒนาระดับความรู้ด้านสุขภาพ คุณภาพชีวิต ซึ่งจะส่งผลถึงพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผ่านการกำหนดกิจกรรมหรือชุดกิจกรรม (Intervention) เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีอย่างเป็นระบบ ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นสุข

2. วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (A cross-sectional analytical study) ในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ระหว่างเดือนสิงหาคม 2564 ถึงเดือนมกราคม 2565

2.1 ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ

- 1) ผู้ที่มีสัญชาติไทย อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป
 - 2) มีสติสัมปชัญญะ และไม่เป็นอุปสรรคต่อการสัมภาษณ์โดยประเมินภาวะการรับรู้ การไม่มีปัญหาสมองเสื่อมในผู้สูงอายุก่อนการให้ข้อมูล
 - 3) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารได้
 - 4) ยินยอมให้ข้อมูล
- เกณฑ์การคัดออก คือ
- 1) ผู้ที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้
 - 2) ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถให้ข้อมูลเสร็จสมบูรณ์ในขณะการเก็บข้อมูล

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับกรณีวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ แบบ Multivariate โดยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบลอจิสติก (Multivariable Logistic Regression Analysis)⁽¹²⁾ ดังนี้

$$n_1 = \frac{P(1-P)(Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta})^2}{[B(1-B)(P_0 - P_1)]^2}$$

โดยค่าสัดส่วนอ้างอิงจากการศึกษาของ ศิรินันท์ สุขศรี⁽¹³⁾ ดังนี้

P_0 = สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ เท่ากับ 0.38

P_1 = สัดส่วนผู้สูงอายุที่มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง เท่ากับ 0.50

B = สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพสูง เท่ากับ 0.44

P = สัดส่วนของตัวแปรที่ศึกษา คำนวณจาก $(1-B)P_0 + BP_1 = 0.43$

$Z_{1-\alpha}$ คือ ค่ามาตรฐานจากตารางการแจกแจงปกติมาตรฐานเมื่อกำหนด $\alpha = 0.05$ มีค่าเท่ากับ 1.96

$Z_{1-\beta}$ คือ ค่ามาตรฐานจากตารางการแจกแจงปกติมาตรฐานเมื่อกำหนดค่า $\beta = 0.20$ มีค่าเท่ากับ 0.84 ได้ $n_1 = 541$ คน

และเพื่อป้องกันการได้ค่าประมาณการที่เกินความเป็นจริง (over fitting) ผู้วิจัยได้ทำการปรับขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ Multiple logistic regression⁽¹²⁾ ดังนี้

$$n_p = \frac{n_1}{1 - \rho_{1,2,3,\dots,p}^2}$$

โดยผู้วิจัยเลือก p เท่ากับ 0.20 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 564 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling Method) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มตำบลมา 3 ตำบล จากทั้งหมด 22 ตำบล ในอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลากแบบไม่มีการแทนที่/ใส่คืน (sampling without replacement) ได้ 3 ตำบลคือ ตำบลเกาะพลับพลา ตำบลเขาแร้ง และตำบลคู้้งน้ำวน

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มหมู่บ้านมาตำบลละ 3 หมู่บ้าน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลากแบบไม่มีการแทนที่/ใส่คืน (sampling without replacement)

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple random sampling) เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณสัดส่วนกลุ่มตัวอย่าง (Probability Proportional to Size : PPS) จำแนกตามหมู่บ้าน เพื่อให้เป็นตัวแทนของแต่ละตำบล ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก/คัดออก จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (sample random sampling) โดยวิธีการจับฉลากรายชื่อผู้สูงอายุทั้งหมดตามจำนวน

ผู้สูงอายุในหมู่บ้านนั้นๆ เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยซึ่งได้รับการอำนวยความสะดวกจากเจ้าหน้าที่ อสม. ในพื้นที่

2.2 เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงานในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ⁽¹⁴⁾ และเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI)⁽¹⁵⁾

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (จำนวน 8 ข้อ)

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิต (26 ข้อ) ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้

- 1) ด้านร่างกาย (physical domain)
- 2) ด้านจิตใจ (psychological domain)
- 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social

relationships)

- 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (environment)

โดยให้คะแนนแบบ rating scale (1-5 คะแนน) มีเกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

- 26-60 คะแนน หมายถึงคุณภาพชีวิตไม่ดี
61-95 คะแนน หมายถึงคุณภาพชีวิตปานกลาง
96-130 คะแนน หมายถึงคุณภาพชีวิตดี

ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (10 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 1-5 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังนี้

น้อยกว่า 30 คะแนน หมายถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ดี

30 - 34 คะแนน หมายถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพพอใช้

35 - 39 คะแนน หมายถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพดี
40-50 คะแนน หมายถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพดีมาก

โดยผู้วิจัยได้จัดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเป็น 2 ระดับ ได้แก่

ระดับดี คือ ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพดีรวมกับดีมาก

ระดับไม่ดี คือ ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พอใช้รวมกับไม่ดี

เพื่อนำไปทำการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกต่อไป

2.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยโดยหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00 และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability testing) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคูบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ที่มีบริบทคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุดจำนวน 30 คน แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างและไม่ใช้พื้นที่เก็บข้อมูลจริง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาที่ 0.83

2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) อธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไป สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล คุณภาพชีวิต กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ซึ่งมีระดับการวัดของตัวแปรตาม คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี เป็น Dichotomous outcome ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่มีค่าเป็น 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพดีมีค่าเป็น 0 ด้วยการใช้การถดถอยพหุแบบลอจิสติก (Multivariable Logistic Regression Analysis) และรายงานผลด้วยค่า Odds Ratio Adjusted และค่าความเชื่อมั่นที่ 95% กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดด้วยโปรแกรม SPSS version 23

2.5 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมเลขที่ COA No. 016/2564 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานคณะกรรมการการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏกาญจนบุรี

3. ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 68.40 อายุเฉลี่ย 70.54 ± 7.77 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส ร้อยละ 54.80 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 75.70 ใช้แรงงาน เช่น ทำไร่ ทำนา ทำสวน รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 40.60 รองลงมาคืออยู่บ้านไม่ได้มีอาชีพ/เป็นแม่บ้าน ร้อยละ 38.30 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน $5,091.21 \pm 7,024.40$ บาท (รายได้ต่ำสุด 600 บาทต่อเดือน, รายได้สูงสุด 50,000 บาทต่อเดือน) สิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 85.30 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 64.20 มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.70 ระดับดี ร้อยละ 30.90 และระดับไม่ดี ร้อยละ 1.40 มีระดับ

พฤติกรรมสุขภาพดีมาก ร้อยละ 52.30 ระดับดี ร้อยละ 39.00 ระดับพอใช้ ร้อยละ 8.00 และระดับไม่ดี ร้อยละ 0.70 มีระดับความรู้ด้านสุขภาพพอใช้ ร้อยละ 35.30 รองลงมาคือ ระดับดี ร้อยละ 28.50 ระดับไม่ดี ร้อยละ 23.90 และระดับดีมาก ร้อยละ 12.20 ดังตารางที่ 1

ความชุกของความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับไม่ดีของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ร้อยละ 59.20 (95%CI 55.50 – 63.30) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรศาสตร์ของผู้สูงอายุ ในอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี (n=564)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	178	31.60
หญิง	386	68.40
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 70 ปี	281	49.80
70 – 79 ปี	193	34.20
80 ปีขึ้นไป	90	16.00
$(\bar{X} = 70.54, S.D. = 7.77, \min = 60 \max = 95)$		
สถานภาพสมรส		
โสด	47	8.30
สมรส	309	54.80
หม้าย	194	34.40
หย่าร้าง	8	1.40
แยกกันอยู่	6	1.10
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	37	6.60
ประถมศึกษา	427	75.70
มัธยมศึกษาตอนต้น	37	6.60
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	33	5.90
อนุปริญญา/ปวส.	10	1.80
ปริญญาตรีขึ้นไป	20	3.50
อาชีพ		
ใช้แรง เช่น ทำไร่ ทำนา ทำสวน รับจ้างทั่วไป เป็นต้น	229	40.60
ค้าขาย/ทำธุรกิจ	48	8.50
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	8	1.40
อยู่บ้านไม่ได้มีอาชีพ/เป็นแม่บ้าน	216	38.30
อื่นๆ	63	11.20
รายได้		
น้อยกว่า 5,000 บาท	361	64.00
5,000 – 10,000 บาท	147	26.10
มากกว่า 10,000 บาท	56	9.90
$(\bar{X} = 5,091.21, S.D. = 7,024.40, \min = 600 \max = 50,000)$		
สิทธิการรักษาพยาบาล		
สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ	76	13.50
สิทธิประกันสังคม	7	1.20

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สิทธิหลักประกันสุขภาพ	481	85.30
โรคประจำตัว		
ไม่มี	202	35.80
มี	362	64.20
ระดับคุณภาพชีวิต		
คุณภาพชีวิตไม่ดี	8	1.40
คุณภาพชีวิตปานกลาง	382	67.70
คุณภาพชีวิตดี	174	30.90
$(\bar{X} = 89, S.D. = 12.13, \min = 38, \max = 122)$		
ระดับความรู้ด้านสุขภาพ		
ความรู้ด้านสุขภาพไม่ดี	135	23.94
ความรู้ด้านสุขภาพพอใช้	199	35.28
ความรู้ด้านสุขภาพดี	161	28.55
ความรู้ด้านสุขภาพดีมาก	69	12.23
$(\bar{X} = 68.13, S.D. = 5.60, \min = 42, \max = 82)$		

ตารางที่ 2 ความชุกของระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี (n=564)

ระดับความรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ	95%CI
ระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่ดี	334	59.20	55.50 – 63.30
ระดับความรู้ด้านสุขภาพดี	230	40.80	37.70 – 44.50

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยวิธีการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล และคุณภาพชีวิต โดยทำการวิเคราะห์หาค่า Crude OR ร่วมกับ 95%CI for crude OR และค่า p-value มาพิจารณาถ่วงดุลตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยคัดเลือกตัวแปรอิสระที่มีค่า p-value น้อยกว่า 0.25 เข้าโมเดลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบบหลายตัวแปร (Multivariate Analysis) ของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังนี้

ตัวแปรอิสระด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลและคุณภาพชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และคัดเลือกเข้าโมเดลเพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบบหลายตัวแปร ได้แก่ อายุ 70 – 79 ปี (OR=1.28; 95%CI: 0.88-1.86; p-value = 0.086) 80 ปีขึ้นไป (OR=1.71; 95%CI: 1.04-2.82; p-value = 0.086) ระดับการศึกษา ประถมศึกษา (OR=2.65; 95%CI: 1.14-6.19; p-value =

0.079) ไม่ได้เรียนหนังสือ (OR=1.23; 95%CI: 0.79-1.90; p-value = 0.079) อาชีพค้าขาย/ทำธุรกิจ/รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/อื่นๆ (OR=0.88; 95%CI: 1.14-6.19; p-value = 0.169) อยู่บ้านไม่ได้มีอาชีพ/เป็นแม่บ้าน (OR=1.23; 95%CI: 1.14-6.19; p-value = 0.169) รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท (OR=2.45; 95%CI: 1.72-3.49; p-value <0.001) มีโรคประจำตัว (OR=1.54; 95%CI: 1.09-2.18; p-value = 0.015) ระดับคุณภาพชีวิตไม่ดี (OR=5.89; 95%CI: 3.98-8.70; p-value <0.001) ดังตารางที่ 3

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์หลายตัวแปร (Multivariate) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ รายได้ต่อเดือน; น้อยกว่า 5,000 บาท (OR=2.17; 95%CI: 1.44-3.27; p-value <0.001) และระดับคุณภาพชีวิต; ระดับคุณภาพชีวิตไม่ดี (OR=5.62; 95%CI: 3.69-8.57; p-value <0.001) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี (Univariable logistic regression analysis) (n=564)

ตัวแปร	Crude OR	95%CI	P-value
เพศ			0.940
ชาย	1		
หญิง	1.01	0.71-1.46	
อายุ (ปี)			0.086
น้อยกว่า 70 ปี	1		
70 – 79 ปี	1.28	0.88-1.86	
80 ปีขึ้นไป	1.71	1.04-2.82	
สถานภาพสมรส			0.73
โสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	1		
สมรส	1.06	0.76-1.49	
ระดับการศึกษา			0.079
มัธยมศึกษาขึ้นไป	1		
ประถมศึกษา	2.65	1.14-6.19	
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1.23	0.79-1.90	
อาชีพ			0.169
ใช้แรง เช่น ทำไร่ ทำนา ทำสวน รับจ้างทั่วไป	1		
ค้าขาย/ทำธุรกิจ/รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/อื่นๆ	0.80	1.14-6.19	
อยู่บ้านไม่ได้มีอาชีพเป็นแม่บ้าน	1.23	0.79-1.90	
รายได้			<0.001
5,000 บาทขึ้นไป	1		
น้อยกว่า 5,000 บาท	2.45	1.72-3.49	
สิทธิการรักษาพยาบาล			0.316
สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ/สิทธิประกันสังคม	1		
สิทธิหลักประกันสุขภาพ	1.27	0.79-2.03	
โรคประจำตัว			0.015
ไม่มี	1		
มี	1.54	1.09-2.18	
ระดับคุณภาพชีวิต			<0.001
ดี	1		
ไม่ดี	5.89	3.98-8.70	

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี (n=564)

ตัวแปร	Adj. OR	95%CI	P-value
รายได้			<0.001
5,000 บาทขึ้นไป	1		
น้อยกว่า 5,000 บาท	2.17	1.44-3.27	
ระดับคุณภาพชีวิต			<0.001
ดี	1		
ไม่ดี	5.62	3.69-8.57	

4. อภิปรายผล

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ารายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่ดีของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี เป็นที่ทราบกันดีว่าในกลุ่มผู้ที่มีรายได้น้อย การเข้าถึงสิ่งต่างๆ รวมถึงการบริการสุขภาพ หรือแม้กระทั่งโอกาสในการกระทำสิ่งต่างๆ เช่น โอกาสทางการศึกษา โอกาสในการประกอบอาชีพ และโอกาสในการดำรงชีวิตอย่างสะดวกสบายและมีความสุขในสังคมปัจจุบันมักจะน้อยกว่าผู้ที่มีรายได้ที่สูงกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เทพไทย โชติชัย และคณะ⁽¹⁶⁾ ที่พบว่า รายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค ความดันโลหิตสูงของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากผู้ที่มีรายได้มากกว่าจะมีการแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์และเอื้ออำนวยต่อการดูแลสุขภาพตนเองได้มากกว่าคนที่มีรายได้น้อยกว่า ทำให้มีการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพหรือการบริการได้อย่างเหมาะสมมากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย และสอดคล้องกับการศึกษาของ นิสารัตน์ อุตตะมะ และเกษแก้ว เสียงเพราะ⁽¹⁷⁾ ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ จะพบความชุกในกลุ่มผู้ที่มีรายได้ต่ำ คนที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมที่สูงกว่าจะมีโอกาสที่ดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง เพราะรายได้มีส่วนที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองค่อนข้างมาก และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ อมรฤทธิ์ ชุ่มพันธ์ และคณะ⁽¹⁸⁾ ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และโรคประจำตัว อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Bodur et al.⁽¹⁹⁾ ที่พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้

ระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่ดีของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ซึ่งสอดคล้องกับขวัญเมือง แก้วดำเกิง⁽²⁰⁾ ที่กล่าวเอาไว้ว่า บุคคลที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อการใช้ข้อมูล การเข้ารับบริการสุขภาพ การดูแลโรคภัยไข้เจ็บด้วยตนเอง และการป้องกันโรค รวมทั้งมีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาสุขภาพตั้งแต่อายุน้อย และมักจะมีสุขภาพแย่กว่าหรือป่วยหนักจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า และสอดคล้องกับการศึกษาของ อุทุมพร ศรีเชื่อนแก้ว และคณะ⁽²¹⁾ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าคุณภาพชีวิตและความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน คือถ้าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตสูงก็จะมี ความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง หรือถ้าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำ ความรอบรู้ด้านสุขภาพก็จะต่ำตามไปด้วย เช่นเดียวกับการศึกษาของ กิจพพน ศรีธานี⁽²²⁾ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Zheng และคณะ⁽²³⁾ ซึ่งพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิต เช่นเดียวกับการศึกษาของ Aryankhesal และคณะ⁽²⁴⁾ ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และพบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. สรุปผลการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรีส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และมีระดับความรู้ด้านสุขภาพพอใช้ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่ดีของผู้สูงอายุ คือ รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน และคุณภาพชีวิตไม่ดี ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี เช่น สถานบริการสุขภาพต่างๆ รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถนำข้อมูลไปเป็นพื้นฐานการกำหนดนโยบายเพื่อการดูแลผู้สูงอายุในเขตพื้นที่บริการได้อย่างครอบคลุม รวมทั้งจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี อาทิเช่น กิจกรรมเสริมทักษะทางการรับรู้และทางสังคม เป็นต้น ในการวิจัยครั้งต่อไปควรวิจัยเพื่อหาสาเหตุที่แท้จริงของการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำในผู้สูงอายุ โดยออกแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพและควรวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบหรือแนวทางการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ คุณภาพชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุ

6. กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึงที่ได้สนับสนุนทุนวิจัย ขอขอบคุณผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาแร้ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกาะพลับพลา และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคิ่งน้ำวน ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บ

ข้อมูลวิจัยอย่างดียิ่ง ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณไว้เป็นอย่างสูง

7. เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สำนะโนประชากรและเคหะ. 2560. [อินเทอร์เน็ต]. แหล่งข้อมูล : <http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages.aspx> [สืบค้นเมื่อ 4 กุมภาพันธ์ 2564].
2. United Nations DoEaSA, Population Division. The world population situation in 2014.
3. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์. สถิติผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี 2563. [อินเทอร์เน็ต]. แหล่งข้อมูล : <https://www.m-society.go.th/home.php> [สืบค้นเมื่อ 4 กุมภาพันธ์ 2564].
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557. [อินเทอร์เน็ต]. แหล่งข้อมูล : <https://www.dop.go.th/th/know/1/48> [สืบค้นเมื่อ 4 กุมภาพันธ์ 2564].
5. WHO. Global age-friendly cities: A guide: World Health Organization; 2007. [online]. Available from: https://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf. [Cited 2021 February 4].
6. Nutbeam D. Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? : Springer; 2009. [online]. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00038-009-0050-x>. [Cited 2021 February 4].
7. Sharif I, Blank AE. Relationship between child health literacy and body mass index in overweight children. Patient education and counseling. 2010;79(1):43-8.
8. Lee S-YD, Arozullah AM, Cho YI, Crittenden K, Vicencio D. Health literacy, social support, and health status among older adults. Educational gerontology. 2009;35(3):191-201.
9. Ishikawa H, Takeuchi T, Yano E. Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetes patients. Diabetes care. 2008.
10. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์. สถิติผู้สูงอายุจังหวัดราชบุรี ปี 2563. [อินเทอร์เน็ต]. แหล่งข้อมูล : <https://www.m-society.go.th/home.php> [สืบค้นเมื่อ 4 กุมภาพันธ์ 2564].
11. เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, จิรียา อินทนา, กรรณิการ์ กิจนพเกียรติ, เพ็ญจมาศ คำธนะ และนางณภัทร รุ่งเนย. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดราชบุรี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2562; 129-141.
12. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. Statistics in medicine. 1998;17(14):1623-34.
13. ศิรินันท์ สุขศรี. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดูแลตนเองที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา) ปีที่ 17 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2560; 73-84.
14. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. เครื่องมือและโปรแกรมประเมิน HL และ HB ปี 2564. [อินเทอร์เน็ต]. แหล่งข้อมูล : <http://www.hed.go.th/linkHed/index/314>. [สืบค้นเมื่อ 4 กุมภาพันธ์ 2564].
15. กรมสุขภาพจิต. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI). [อินเทอร์เน็ต]. แหล่งข้อมูล : <https://www.dmh.go.th/test/whoqol/>. [สืบค้นเมื่อ 4 กุมภาพันธ์ 2564].
16. เทพไทย โชติชัย, เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ, กิรณา แต่อารักษ์, สายันท์ ปัญญาทรง และ อ้อยทิพย์ บัวจันทร์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลสำราญ อำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2563; 45-56.
17. นิศารัตน์ อุตตะมะ และเกษแก้ว เสี่ยงเพราะ. ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดพะเยา. วารสารสุขภาพกรกฎาคม – ธันวาคม ปีที่ 42 เล่มที่ 2 2562; 75-85.
18. อมรฤทธิ์ ชุ่มพันธ์, วิภารัตน์ คงแสนคำ และกิตติ เหลาสุภาพ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลขาม

- ป้อม อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี. ประมวลบทความในการประชุมวิชาการระดับชาติ มอช. วิจัย ครั้งที่ 15 2564; 495-501.
19. Bodur AS, Filiz E, Kalkan I. Original Article Factors Affecting Health Literacy in Adults: A Community Based Study in Konya, Turkey 2017; 10: 1-100.
20. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ : เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้ = Health literacy : access, understand and application. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง; 2561.
21. อุทุมพร ศรีเชื่อนแก้ว, อธิวัฒน์ เจียวิวรรณกุล และ สาวิตรี ทยานศิลป์. ความสัมพันธ์ระหว่างความสุข ความรอบรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลเวียง อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่. MFU Connexion: Journal of Humanities and Social Sciences 2018; 7(2): 77.
22. กิจปพน ศรีธานี. ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2560; 11(1): 26-36.
23. Zheng M, Jin H, Shi N, Duan C, Wang D, Yu X, Li X. The relationship between health literacy and quality of life: a systematic review and meta-analysis. Health Qual Life Outcomes 2018; 16(1): 201.
24. Aryankhesal A, Niknam N, Hasani M, Mengelizadeh N, Aghaei N, Ghaedchukamei Z, Ranaei A, Kalteh EA, Naghdi B. Determining the relationship between health literacy level and quality of life among the elderly living in nursing homes. J Educ Health Promot. 2019; 8 (225): 1-10.

การคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

Depression risk screening among students at Ubon Ratchathani University

ทวนธน บุญลือ^{1*} ธีราพร สุภาพันธุ์¹ นื่องเล็ก คุณวรารัตัย¹ สุทธาสนี สุวรรณกุล¹ อุไรวรรณ อกนิทย์¹ ทิภาดา สามสีทอง¹
มานิตย์ แซ่เตียว¹ พัชรี พรรณพานิช² จิตตวิทย์ ภัทรวัชรวิริ²

Tuanton Boonlue^{1*} Teeraporn Supapaan¹ Nonglek Khunawaradisai¹ Suttasinee Suwannakul¹ Uraiwan Akanit¹
Tipada Samseethong¹ Manit Sae-teaw¹ Patcharee Phanpanich² Jittawee Phattarawachrawi²

*Corresponding author: Tuanthon.b@ubu.ac.th

(Received: February 1, 2022; Revised: April 1, 2022; Accepted: April 10, 2022)

บทคัดย่อ

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อยในทุกกลุ่มประชากรและส่งผลกระทบต่อ การเรียน การทำงานและการใช้ ชีวิตประจำวัน ภาวะซึมเศร้าถือเป็นอาการทางคลินิกที่สำคัญของโรคซึมเศร้า การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบ ภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ทำการเก็บข้อมูลใน นักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ระดับปริญญาตรี ปีการศึกษา 2560 โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบคัดกรอง โรคซึมเศร้า 15 คำถามของกรมสุขภาพจิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square test และ Logistic regression ผลการศึกษา พบว่านักศึกษาที่เข้าร่วม การศึกษาจำนวน 1,890 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 71.43 ในกลุ่มตัวอย่างพบว่าผู้มีผลประเมินความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า ที่ได้คะแนนมากกว่า 6 คะแนนขึ้นไป มีจำนวน 704 คน คิดเป็นร้อยละ 37.00 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเกิด ภาวะซึมเศร้าในแต่ละด้าน ได้แก่ ด้านอายุในผู้ที่มีอายุระหว่าง 18-20 ปี ด้านคณะที่ศึกษาในกลุ่มสาขามนุษยศาสตร์และ สังคมศาสตร์ ผู้ที่ไม่ระบुरายได้ต่อเดือน ผู้ที่มีโรคประจำตัว ด้านปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจในการเรียน ด้านครอบครัว ด้าน ความรัก ด้านสุขภาพ ด้านเพื่อน ด้านบุคลิกภาพ และด้านอื่น ๆ จะเห็นได้ว่านักศึกษามีความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า และมีหลายปัจจัยที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ดังนั้นจึงควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรค ซึมเศร้าต่อไป

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้า คัดกรอง นักศึกษา

¹คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

²วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

¹Faculty of Pharmaceutical Sciences, Ubon Ratchathani University

²College of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University

Abstract

Depressive disorder is one of the most common psychiatric disorders that can affect all populations and significantly impact one's academics, occupation, and daily life. Depression is a major clinical symptom of depressive disorders. This study was a cross-sectional descriptive study aimed to study depression-related prevalence and risk factors among the students at Ubon Ratchathani University. Data were collected from undergraduate students in the academic year 2017. Research tools included a demographic characteristic questionnaire, a depression screening of 15 questions by the Department of Mental Health. For descriptive statistics, frequencies, percentages, means, and standard deviations were used, whereas chi-square and logistic regression were used as inferential statistics. Out of the total 1,890 enrolled students, 71.43 % were female. Using the cut-off score (non-depressive ≤ 6 , depressive > 6), there were 704 students who had scores higher than 6 (37.0%). The risk factor of depression includes the age group of 18-20 years old, students who study in the faculty of humanities and social sciences, participants who do not specify monthly incomes or report their medical problems, those with school difficulties, family issues, love, health, friends, personality, and others problem. Those listed are at higher risk of developing depression. There are many factors that can contribute to risk of depression. Activities to reduce risk factors should be initiated.

Keywords: Depression, Screening, Student

1. บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อย ส่งผลกระทบต่อจิตสังคมและคุณภาพชีวิต⁽¹⁾ ปัญหาที่สำคัญของโรคซึมเศร้าคือผู้ป่วยมักไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาตั้งแต่เริ่มแรกที่มีอาการ เนื่องจากอาการแสดงของโรคซึมเศร้าบางส่วนเป็นอาการทางกาย เช่น เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เหนื่อยง่าย จึงไม่ได้เข้ารับการรักษาทันที ส่งผลให้ได้รับการรักษาโรคซึมเศร้าล่าช้า และทำให้ต้องใช้ระยะเวลายาวนานกว่าจะหายขาด การจัดการกับปัญหาเบื้องต้นดังกล่าว และการคัดกรองเบื้องต้นจึงมีความสำคัญมาก

โรคซึมเศร้าเชื่อว่ามีส่วนเกิดจากปัจจัยทางพันธุกรรม (genetic factors) และสิ่งแวดล้อม (environmental factors) อย่างไรก็ตามยังไม่ชัดเจนว่ามีความผิดปกติของยีนหรือพันธุกรรมที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าที่แน่ชัด⁽²⁾ การศึกษาาระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้าในประเทศสหรัฐอเมริกาโดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) พบว่าในวัยผู้ใหญ่มีความชุก 12 เดือนพบร้อยละ 10.4 ส่วนความชุกชั่วชีวิตพบร้อยละ 20.6⁽³⁾ ผลกระทบของโรคซึมเศร้านอกจากส่งผลต่อหน้าที่การทำงานแล้วยังส่งผลกระทบต่อกระบวนการรู้คิด ซึ่งพบว่าหากมีการรักษาโรคซึมเศร้าที่เหมาะสมและตอบสนองจะทำให้มีอาการดีขึ้น กระบวนการรู้คิดและหน้าที่การทำงานเป็นไปในทางที่ดีขึ้นเช่นกัน⁽⁴⁾

การประเมินและคัดกรองโรคซึมเศร้า สามารถทำได้โดยใช้แบบสอบถามที่ง่ายและใช้เวลาสั้น คือ คำถามคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) และแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) หากผู้ป่วยมีคะแนนเข้าได้กับโรคซึมเศร้า ต้องมีการใช้แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) เพื่อประเมินและให้การจัดการอย่างเหมาะสมต่อไป⁽⁵⁾ การคัดกรองโรคซึมเศร้าจึงเป็นสิ่งสำคัญและสามารถทำได้ง่าย โดยใช้คำถามสั้นๆ และแบบประเมิน 9Q และ 8Q เพื่อค้นหาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและแนะนำเข้าสู่บริการได้อย่างถูกต้อง

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะจิตที่แสดงออกถึงความผิดปกติของอารมณ์ เช่น อารมณ์เศร้า ไม่มีความสุข เบื่อ

หน่าย หดหู่ ท้อแท้ ลึกลับ หวัง เชื่องซึม นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ขาดสมาธิ วิตกกังวล มองโลกในแง่ลบ ซึ่งอาจจะส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิตและอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด⁽⁶⁾ ซึ่งจะแตกต่างจากโรคซึมเศร้าที่จะต้องมีการวินิจฉัยตามเกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์ประเทศสหรัฐอเมริกา การสำรวจความชุกของโรคซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยพบการศึกษาในนักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 อายุ 18-22 ปี ในสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่งของจังหวัดเชียงราย⁽⁷⁾ ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมิน Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D) พบว่ามีความชุกร้อยละ 31.9 โดยคณะที่มีความชุกมากที่สุด คือ คณะพยาบาลศาสตร์ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี⁽⁸⁾ ในนักศึกษาชั้นปีที่ 1 โดยให้ตอบแบบสอบถามออนไลน์ ผลการศึกษาพบว่านักศึกษาร้อยละ 17.00 มีภาวะซึมเศร้า และร้อยละ 51.10 มีภาวะเครียด สำหรับการศึกษานมมหาวิทยาลัอุบลราชธานี มีการศึกษาในนักศึกษาแพทย์⁽⁹⁾ ในระดับชั้นพรีคลินิกพบความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 32.87 ซึ่งแยกเป็นมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ร้อยละ 27.97 ซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 4.20 ซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 0.70 สำหรับการศึกษานักศึกษาพยาบาล

นอกจากการศึกษาความชุกแล้วยังมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า โดยการวิเคราะห์ห่อภิมาณ⁽¹⁰⁾ พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษา ได้แก่ เพศ เคยเป็นโรคซึมเศร้า มีบุคลิกภาพวิตกกังวล การครุ่นคิดด้านลบ ทักษะคิดเชิงลบ การทารุณกรรมในวัยเด็ก การทารุณกรรมทางเพศ เหตุการณ์เครียดในชีวิต

การศึกษาความชุกและความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษายังขาดความครอบคลุมในนักศึกษาทุกกลุ่มสาขาของมหาวิทยาลัย ซึ่งมหาวิทยาลัยอุบลราชธานีมีการจัดการเรียนการสอนใน 3 กลุ่มสาขา ได้แก่ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ปัจจุบันในปีการศึกษา 2564 มีจำนวนนักศึกษา 13,832 คน⁽¹¹⁾ ดังนั้นการศึกษานี้จึงต้องการประเมินความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานีในทุกกลุ่มสาขา เพื่อนำไปวางแผนและป้องกันไม่ให้เกิดโรค

ซึมเศร้าและหาแนวทางหรือกิจกรรมในการป้องกันและ
แก้ไขปัญหาลักษณะซึมเศร้าต่อไป

2. วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเสี่ยงและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ในปีการศึกษา 2560 ทำการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2560 ถึง 31 มกราคม 2561

2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ที่กำลังศึกษาอยู่ในปีการศึกษา 2560 โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ 1. เป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2. มีสถานะกำลังศึกษาอยู่ตามระบบทะเบียนและประมวลผล 3. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ เกณฑ์คัดออก คือ 1. เป็นโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ 2. ไม่ประสงค์ตอบแบบสอบถาม คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรที่ทราบจำนวนของกลุ่มประชากร ดังนี้

สูตรที่ใช้

$$n = \frac{P(1-P)}{\frac{E^2}{Z^2} + \frac{P(1-P)}{N}}$$

เมื่อ n คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

N คือ ขนาดประชากร

P คือ สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร โดยจากการศึกษา ฐานปรกรณ์ เรือนใจ และคณะ⁽¹²⁾ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 31.0 จึงใช้ค่า 0.3 ในการคำนวณ

Z คือ ค่า Z ที่ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ ถ้าระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 หรือมีระดับนัยสำคัญ 0.05 มีค่าเท่ากับ 1.96

E = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ร้อยละ 5 เมื่อแทนค่าในสมการจะได้

$$\begin{aligned} &= \frac{0.3(1-0.3)}{(0.05)^2} + \frac{0.3(1-0.3)}{14,733/} \\ &= 1.96^2 \\ &= 329 \text{ คน} \end{aligned}$$

แต่เนื่องจากโดยทั่วไปอัตราการตอบกลับของการส่งแบบสอบถามจะประมาณร้อยละ 50 ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ต้องใช้ในงานวิจัยนี้คือ 658 คน ซึ่งผู้วิจัยจะใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 700 คน

การสุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบการสุ่มแบบเป็นชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) มีการจัดแบ่งประชากรเป็นกลุ่มหรือชั้นย่อยๆ ก่อน โดยที่การกำหนดชั้นภูมิของการสุ่มเป็นกลุ่มสาขาวิชา คือกลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ กลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ได้แก่ คณะวิทยาศาสตร์ คณะเกษตรศาสตร์ คณะวิศวกรรมศาสตร์ กลุ่มสาขาสังคมศาสตร์ ได้แก่ คณะบริหารศาสตร์ คณะศิลปศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ คณะศิลปประยุกต์และสถาปัตยกรรมศาสตร์ แล้วเลือกสุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน (Proportional) ใช้อัตราส่วนในการสุ่ม 1: 10 ในแต่ละชั้น จากนั้นจึงใช้การสุ่มอย่างง่าย

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือ แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ของกรมสุขภาพจิต เนื่องจากการประเมินโรคซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมิน 2Q และ 9Q จะต้องใช้แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกฝนในการประเมิน ดังนั้นในบุคคลทั่วไปจึงมีแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าซึ่งทำการพัฒนาโดย นายแพทย์ทวี ตั้งเสรี และคณะ ในปี พ.ศ.2546⁽¹³⁾ มีวัตถุประสงค์เพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้าของคนไทยที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป เป็นเครื่องมือประเภท Self-report หรือแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วยคำถาม 15 ข้อ แต่ละคำถามมี 2 ตัวเลือก แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้ามี 3 องค์ประกอบ คือ ด้านอารมณ์ ด้านพฤติกรรมและการรู้คิด ด้านอาการทางร่างกาย วัดความรุนแรงภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา เมื่อทดสอบเครื่องมือ มีค่า Reliability coefficient (Alpha) = 0.88 จุดตัดคะแนนที่เหมาะสมของแบบคัดกรองคือ 6 คะแนน ขึ้นไป โดยมีค่าความไวร้อยละ 86.8 ค่าความจำเพาะร้อยละ 79.8 ค่าการทำนายผลบวกร้อยละ 38.5 ค่าการทำนายผลลบร้อยละ 97.7 และความถูกต้องของแบบคัดกรองร้อยละ 80.7

2.3 ขั้นตอนการวิจัย

ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะวิชาต่าง ๆ รวม 11 คณะในมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี หลังจากนั้นผู้วิจัยประสานกับฝ่ายกิจการนักศึกษาของคณะเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้นปีที่ได้รับการสุ่มเลือกในวันและเวลาที่นักศึกษาว่างในห้องที่ได้รับอนุญาตให้เป็นสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลได้ โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ความเสี่ยงประโยชน์ในการเข้าร่วมวิจัย การเก็บรักษาความลับ และขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามโดยใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ตรวจสอบความสมบูรณ์และเก็บแบบสอบถามเข้าช่องปิดผนึก เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลครบถ้วนตามกำหนดแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้ง และบันทึกรหัสตามคู่มือการลงรหัสที่สร้างขึ้น เพื่อความสะดวกในการบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์และการนำมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

2.4 การวิเคราะห์ผลและสถิติ

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และใช้สถิติ chi-square ในการหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า ปัจจัยที่มีค่า $p \leq 0.2$ ด้วยสถิติไคสแควร์ จะถูกนำมาวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบลอจิสติก (Multivariable Logistic Regression Analysis) และรายงานผลด้วยค่า Adjusted Odds Ratio และค่าความเชื่อมั่นที่ 95% และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p \leq 0.05$ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม STATA V.14 (StataCorp, College Station, Texas, USA)

2.5 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี รหัส UBU-REC-20/2560

3. ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัยจำนวน 1,890 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 71.43 และเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 28.57 ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 18-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 72.22 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในคณะกลุ่มสาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ จำนวน 776 คน คิดเป็นร้อยละ 41.06 รองลงมาคือกลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี จำนวน 639 คน คิดเป็นร้อยละ 33.81 และกลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ จำนวน 475 คน คิดเป็นร้อยละ 25.13 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างแสดงดังตารางที่ 1

การวิเคราะห์ข้อมูลผู้ที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยเป็นผู้ที่มีผลประเมินความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าที่ได้คะแนนมากกว่า 6 คะแนนขึ้นไป พบว่ามีจำนวน 704 คน คิดเป็นร้อยละ 37.00 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานทั่วไปกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยใช้การวิเคราะห์ทางสถิติโดยวิธีการทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test) พบว่า ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ปัจจัยด้านอายุ ในผู้ที่มีอายุระหว่าง 18-20 ปี ด้านคณะโดยพบว่ากลุ่มสาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ ไม่ระบุรายได้ต่อเดือน มีโรคประจำตัว มีปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจในด้านการเรียน ด้านครอบครัว ด้านความรัก ด้านสุขภาพ ด้านเพื่อน ด้านบุคลิกภาพ และด้านอื่นๆ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งแสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=1,890)

รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	540	28.57
หญิง	1,350	71.43
อายุ		
18-20	1,365	72.22
> 20 ปีขึ้นไป	525	27.78
เกรดเฉลี่ย		

รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<2.00	13	0.69
2.00-2.49	594	31.43
2.50-2.99	516	27.30
3.00-3.49	493	26.08
>3.5	274	14.50
คณะ		
กลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	639	33.81
กลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ	475	25.13
กลุ่มสาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์	776	41.06
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
<5,000	103	5.45
5,000-10,000	883	46.72
>10,000	334	17.67
ไม่ระบุ	570	30.16
โรคประจำตัว		
มี	123	6.51
ไม่มี	1,767	93.49
ปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจ		
ด้านการเรียน	1,248	66.03
ด้านครอบครัว	230	13.05
ด้านการเงิน	515	29.33
ด้านความรัก	215	12.24
ด้านสุขภาพ	251	14.25
ด้านเพื่อน	217	12.32
ด้านบุคลิกภาพ	57	3.23
ด้านอื่น ๆ	36	2.06

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า

รายการ	ไม่มีความเสี่ยง (%)	มีความเสี่ยง (%)	P value
เพศ			
ชาย	355 (29.93)	185 (26.28)	0.089
หญิง	831 (70.07)	519 (73.72)	
อายุ (ปี)			
18-20	836 (70.49)	529 (75.14)	0.029
20-22	350 (29.51)	175 (24.86)	
เกรดเฉลี่ย			
<2.00	10 (0.84)	3 (0.43)	0.617
2.00-2.49	378 (31.87)	216 (30.68)	
2.50-2.99	330 (27.82)	186 (26.42)	
3.00-3.49	302 (25.46)	191 (27.13)	
>3.5	166 (14.00)	108 (15.34)	
คณะ			

รายการ	ไม่มีความเสี่ยง (%)	มีความเสี่ยง (%)	P value
กลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	418 (35.24)	221 (31.39)	0.041
กลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ	307 (25.89)	168 (23.86)	
กลุ่มสาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์	461 (38.87)	315 (44.74)	
รายได้ต่อเดือน (บาท)			
<5,000	41 (3.46)	62 (8.81)	<0.001
5,000-10,000	661 (55.73)	222 (31.53)	
>10,000	157 (13.24)	177 (25.14)	
ไม่ระบุ	327 (27.57)	243 (34.52)	
โรคประจำตัว			
มี	30 (2.53)	93 (13.21)	<0.001
ไม่มี	1,156 (97.47)	611 (86.79)	
ปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจ			
ด้านการเรียน	648 (54.64)	600 (85.23)	<0.001
ด้านครอบครัว	70 (5.90)	160 (22.73)	<0.001
ด้านการเงิน	302 (25.46)	213 (30.26)	0.024
ด้านความรัก	77 (6.49)	138 (19.60)	<0.001
ด้านสุขภาพ	119 (10.03)	132 (18.75)	<0.001
ด้านเพื่อน	87 (7.34)	130 (18.47)	<0.001
ด้านบุคลิกภาพ	21 (1.77)	36 (5.11)	<0.001
ด้านอื่น ๆ	10 (0.84)	26 (3.69)	<0.001

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลพบว่านักศึกษาในคณะ
กลุ่มสาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มีความเสี่ยงใน
การเกิดภาวะซึมเศร้าที่มากกว่าคณะในกลุ่มสาขา
วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 1.32 เท่า สำหรับคณะกลุ่ม
สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพพบว่ามีความเสี่ยงในการเกิด
ภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างจากคณะในกลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์
และเทคโนโลยี ในด้านรายได้ต่อเดือนพบว่าในกลุ่มที่มี
รายได้ 5,000- 10,000 บาท และกลุ่มที่ไม่ระบุรายได้ มี

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า

รายการ	Crude Odd ratio (95% CI)	P value	Adjusted Odd ratio (95% CI)*	P value
เพศ				
ชาย	1.00		1.00	
หญิง	1.19 (0.97-1.48)	0.09	1.06 (0.86-1.32)	0.57
อายุ				
18-20	1.00		1.00	
20-22	0.79 (0.64-0.98)	0.03	0.88 (0.70-1.10)	0.27
เกรดเฉลี่ย				
<2.00	1.00		1.00	

แนวโน้มที่จะมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าเมื่อ
เปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อ
เดือน ผู้ที่มีโรคประจำตัวมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะ
ซึมเศร้า 6.94 เท่าของผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว ในด้านปัจจัย
ด้านปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจ พบว่าปัญหาในทุกด้านเพิ่ม
ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ผลการวิเคราะห์ความ
เสี่ยงของปัจจัยแสดงดังตารางที่ 3

รายการ	Crude Odd ratio (95% CI)	P value	Adjusted Odd ratio (95% CI)*	P value
2.00-2.49	1.90 (0.52-7.00)	0.33	1.70 (0.46-6.34)	0.43
2.50-2.99	1.88 (0.51-6.91)	0.34	1.82 (0.49-6.82)	0.37
3.00-3.49	2.10 (0.57-7.76)	0.26	2.04 (0.54-7.62)	0.29
>3.5	2.16 (0.58-8.06)	0.25	2.13 (0.56-8.06)	0.26
คณะ				
กลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	1.00		1.00	
กลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ	1.04 (0.81-1.33)	0.79	1.08 (0.83-1.42)	0.53
กลุ่มสาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์	1.29 (1.04-1.61)	0.02	1.32 (1.04-1.65)	0.02
รายได้ต่อเดือน (บาท)				
<5,000	1.00		1.00	
5,000-10,000	0.22 (0.14-0.34)	<0.001	0.22 (0.14-0.34)	<0.001
>10,000	0.75 (0.48-1.17)	0.20	0.77 (0.48-1.24)	0.29
ไม่ระบุ	0.49 (0.32-0.75)	0.01	0.56 (0.36-0.89)	0.01
โรคประจำตัว				
ไม่มี	1.00		1.00	
มี	5.87 (3.84-8.95)	<0.001	6.94 (4.50-10.70)	<0.001
ปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจ				
ด้านการเรียน	4.79 (3.77-6.07)	<0.001	4.92 (3.84-6.31)	<0.001
ด้านครอบครัว	4.68 (3.47-6.32)	<0.001	5.26 (3.88-7.16)	<0.001
ด้านการเงิน	1.26 (1.03-1.56)	<0.001	1.30 (1.05-1.63)	0.02
ด้านความรัก	3.79 (2.46-5.83)	<0.001	4.43 (3.25-6.05)	<0.001
ด้านสุขภาพ	2.06 (1.58-2.70)	<0.001	2.23 (1.69-2.94)	<0.001
ด้านเพื่อน	2.86 (2.14-3.82)	<0.001	3.35 (2.49-4.52)	<0.001
ด้านบุคลิกภาพ	2.98 (1.73-5.16)	<0.001	3.11 (1.77-5.47)	<0.001
ด้านอื่น ๆ	4.50 (2.16-9.41)	<0.001	5.44 (2.59-11.43)	<0.001

4. อภิปรายผล

การศึกษานี้พบว่า นักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ในปีการศึกษา 2560 มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าร้อยละ 37.00 ซึ่งวัดโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่งของจังหวัดเชียงราย⁽⁷⁾ อย่างไรก็ตามแบบประเมินที่ใช้มีความแตกต่างกัน นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบกับความชุกของภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้าในนักศึกษาในสาขาสาธารณสุขศาสตร์ จากการศึกษาของธรรมาภรณ์ เรือนใจและคณะ⁽¹²⁾ ทำการศึกษาโดยใช้แบบประเมิน PHQ-9 พบความชุกร้อยละ 31 และการศึกษาในนักศึกษาแพทย์⁽⁹⁾ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมิน 9Q พบความ

ชุกร้อยละ 32.87 ดังนั้นจะเห็นได้ว่าความชุกของความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาระดับปริญญาตรีใกล้เคียงกับการศึกษาอื่น อย่างไรก็ตามมีความแตกต่างของการใช้แบบประเมินที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า 15 ข้อ (15Q) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากข้อจำกัดของการใช้แบบประเมิน 2Q และ 9Q ต้องทำการประเมินโดยบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมจึงจะมีความไวและความจำเพาะที่เหมาะสม และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) มีคำแนะนำให้ใช้ในวัยอายุ 15 - 18 ปี⁽¹⁴⁾

ข้อมูลจากการศึกษาในครั้งนี้เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ด้วยวิธีถดถอยสหสัมพันธ์โลจิสติก (multiple logistic

regression) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การเป็นนักศึกษาในคณะกลุ่มสาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ ซึ่งประกอบด้วย คณะบริหารศาสตร์ คณะศิลปศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์และคณะนิติศาสตร์ มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มสาขาอื่น ซึ่งการศึกษาของ สายฝน สีนอเพีย และ รุจิรา ดวงสงค์⁽¹⁵⁾ ซึ่งทำการศึกษปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดและภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อายุ กลุ่มสาขาวิชา การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย สูบบุหรี่ และปัจจัยสิ่งแวดล้อม โดยกลุ่มสาขาที่พบมากที่สุดคือ กลุ่มสาขาศึกษาศาสตร์และมนุษยศาสตร์ ในส่วนกลุ่มสาขาที่มีผลอาจเนื่องมาจาก นักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพมีการจัดการเรียนการสอนในด้านการดูแลสุขภาพ ทำให้นักศึกษามีความตระหนักในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตของตนเอง นอกจากนี้การศึกษาในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งของประเทศนิวซีแลนด์⁽¹⁶⁾ พบว่านักศึกษาแพทย์มีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่านักศึกษาสาขาอื่น ซึ่งอาจจะบ่งบอกได้ว่าการจัดการกับปัญหาทั้งในด้านการเรียนหรือปัญหาที่อาจจะเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าได้มากกว่า

นอกจากนี้การศึกษานี้ยังพบว่าการมีโรคประจำตัวเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีความสอดคล้องกันกับการศึกษาของฐาปกรณ์ เรือนใจและคณะ⁽¹²⁾ พบว่าการมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีความสัมพันธ์ในสองทาง⁽¹⁷⁾ โดยมีผลในด้านพฤติกรรมและด้านจิตวิทยา ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าขึ้นได้ นอกจากนี้การมีโรคซึมเศร้าก็อาจทำให้โรคประจำตัวแย่ลงจากการที่มีปัญหาความร่วมมือในการรักษา การมีวิธีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ส่วนปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านการเรียน ด้านครอบครัว ด้านการเงิน ด้านความรัก ด้านสุขภาพ ด้านเพื่อน ด้านบุคลิกภาพ ด้านอื่น ๆ พบว่ามีความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิการ์ กาญจนสุวรรณ และคณะ⁽¹⁸⁾ ที่ทำการศึกษาในนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ มีปัญหากับแผน ปัญหาการนอน

หลับ ปัญหาครอบครัว อย่างไรก็ตามการศึกษาในครั้งนี้ไม่ได้เก็บข้อมูลด้านการนอนหลับ

ปัจจัยป้องกันในการเกิดภาวะซึมเศร้าในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ การมีรายได้ต่อเนื่องอยู่ในระหว่าง 5,000-10,000 บาท ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิการ์ กาญจนสุวรรณและคณะ⁽¹⁸⁾ ที่ไม่พบความสัมพันธ์ของรายได้ต่อเนื่องกับภาวะซึมเศร้า ดังนั้นจึงอาจจะเป็นผลมาจากการที่นักศึกษาอยู่ในบริบทที่แตกต่างกัน รายได้ต่อเนื่องจึงอาจไม่ใช่ปัจจัยที่แท้จริง ปัจจัยที่ควรวัดในการศึกษาครั้งต่อไปอาจวัดเป็นความเพียงพอของรายได้ต่อรายจ่าย เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบกันได้

การศึกษานี้มีข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ รูปแบบการศึกษาที่เป็นภาคตัดขวางจึงทำให้ไม่สามารถอธิบายความเป็นเหตุผลของปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าได้ การใช้แบบประเมินความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า 15 คำถาม ซึ่งแตกต่างจากการประเมินในเวชปฏิบัติที่มีการใช้ 2Q และ 9Q ดังนั้นการนำผลการศึกษาไปเปรียบเทียบกันโดยตรงจึงอาจทำได้ยาก อย่างไรก็ตามการศึกษาในครั้งนี้ทำให้เห็นขนาดของปัญหาภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ที่จะทำให้ผู้บริหารหรือผู้เกี่ยวข้องรวมทั้งอาจารย์สามารถวางแผนป้องกันการพัฒนาไปสู่โรคซึมเศร้าได้ และแก้ปัญหาในปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงของการเกิดโรคซึมเศร้าโดยการให้คำปรึกษาในนักศึกษากลุ่มเสี่ยง การจัดกิจกรรมที่ช่วยลดปัญหาด้านการเรียน ปัญหาด้านเพื่อน เพื่อให้ นักศึกษามีความสัมพันธ์อันดีต่อกัน อันจะทำให้ลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

5. สรุปผลการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ร้อยละ 37.00 ซึ่งปัจจัยที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ด้านคณะในกลุ่มสาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ ผู้ที่มีโรคประจำตัว มีปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจในการเรียน ด้านครอบครัว ด้านการเงิน ด้านความรัก ด้านสุขภาพ ด้านเพื่อน ด้านบุคลิกภาพ ด้านอื่นๆ ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปพิจารณาจัดกิจกรรมเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงข้างต้น

การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาปัจจัยทำนายความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าเพื่อให้สามารถทำนายความเสี่ยงรายบุคคล นอกจากนี้สามารถพัฒนาการคัดกรองนี้เป็นโปรแกรมประยุกต์โดยให้นักศึกษาเข้าไปประเมินความเสี่ยงในแต่ละปีการศึกษาและส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยงานที่รับผิดชอบเพื่อให้การจัดการที่เหมาะสมต่อไปด้วย

6. กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยซึ่งเป็นักศึกษาในระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานีทุกคน และขอบคุณมหาวิทยาลัยอุบลราชธานีที่สนับสนุนทุนวิจัยในครั้งนี้

7. เอกสารอ้างอิง

1. Malhi GS, Mann JJ. Depression. Lancet. 2018;392(10161):2299-312.
2. Flint J, Kendler KS. The genetics of major depression. Neuron. 2014;81(3):484-503.
3. Hasin DS, Sarvet AL, Meyers JL, Saha TD, Ruan WJ, Stohl M, et al. Epidemiology of Adult DSM-5 Major Depressive Disorder and Its Specifiers in the United States. JAMA Psychiatry. 2018;75(4):336-46.
4. Hammer-Helmich L, Haro JM, Jönsson B, Tanguy Melac A, Di Nicola S, Chollet J, et al. Functional impairment in patients with major depressive disorder: the 2-year PERFORM study. Neuropsychiatr Dis Treat. 2018;14:239-49.
5. คณะทำงานจัดทำแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ. แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ = Clinical practice guideline of major depressive disorder for general practitioner : CPG-MDD-GP. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต; 2553.
6. นันทิรา หงส์ศรีสุวรรณ. ภาวะซึมเศร้า. วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติวิชาการ. 2559;19(38):105-18.
7. พิชรารรณ แก้วกันทะ, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาระดับอุดมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงราย. พยาบาลสาร. 2558;42(4):48-64.
8. อาริรัตน์ ศิริพงษ์พันธ์ . ความชุกของภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียดในนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี; 2561.
9. พัทธี พรณพานิช, เมธีรัตน์ มั่นวงศ์, แพรวรวิรินทร์ ว่องสุภักพันธ์, ลติพร อุดมสุข. ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 1-3 วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2564;36(3):287-94.
10. Liu Y, Zhang N, Bao G, Huang Y, Ji B, Wu Y, et al. Predictors of depressive symptoms in college students: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. J Affect Disord. 2019;244:196-208.
11. กองบริการการศึกษา มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี . สถิตินักศึกษาปัจจุบันจำแนกตามคณะ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 25 มีนาคม 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://www.ubu.ac.th/web/academic/content/ข้อมูลสถิติทางการศึกษา/>.
12. ฐาปกรณ์ เรือนใจ, ณัฐวรินทร์ กฤติยาภิชาติกุล, พิลาลินี วงษ์นุช, วิวัฒน์ แก้วดวงเล็ก. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ สานักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง. ลำปางเวชสาร. 2559;37(1):9-15.
13. ทวี ตั้งเสรี, กนกวรรณ กิตติวัฒนากุล, ทศนีย์ กุลจนะพงศ์พันธ์, วชิณี หัตถพนม, วราภรณ์ รัตนวิศิษฐ์, ไพลิน ปรัชญคุปต์. การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า. ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์; 2546.
14. อธิชาติ โจรณะหัสติน, จันทิมา อังคพณิกิจ. สถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยไทย. วารสารเทคโนโลยีสุรนารี 2564;15(1):61-86.
15. สายฝน สีนอเพีย, รุจิรา ดวงสงค์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยขอนแก่น. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2564;14(3):10-23.

- 16.Samaranayake CB, Fernando AT. Satisfaction with life and depression among medical students in Auckland, New Zealand. N Z Med J. 2011;124(1341):12-7.
- 17.Katon WJ. Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. Dialogues in clinical neuroscience. 2011;13(1):7-23.
- 18.กรรณิการ์ กาญจนสุวรรณ, ชัญญา จิระพรกุล, เนาวรัตน์ มณีนิล. ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาสาขาทางวิทยาศาสตร์สุขภาพสาขาหนึ่งของประเทศไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2563;65(4):343-54.

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 (โควิด-19) ของนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี Mental health literacy and factors related to depression in the situation of coronavirus disease 2019 (COVID-19) among undergraduate students in one university of Chonburi Province

ปิยธิดา กระฉอดนอก¹ ฟาลิดา บุญชาญ¹ เสาวนีย์ ทองนพคุณ^{2*}
Piyathida Krachodnok¹ Falida Boonchan¹ Saowanee Thongnopakun^{2*}

*Corresponding author: saowaneehe@hotmail.com

(Received: December 4, 2021; Revised: March 14, 2022; Accepted: April 12, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางในครั้งนี้เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างคือ นิสิตระดับปริญญาตรี จำนวน 711 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม – สิงหาคม พ.ศ. 2564 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามออนไลน์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา วิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์และฟิชเชอร์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นนิสิตเพศหญิง ร้อยละ 78.62 ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต พบว่า ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.25 ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตในระดับดี ร้อยละ 90.30 ความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิตในระดับดี ร้อยละ 89.17 แรงสนับสนุนทางสังคมด้านครอบครัวและด้านเพื่อนระดับมาก ร้อยละ 70.04 และ 78.48 ตามลำดับ โดยนิสิตเข้าข่ายภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 32.91 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนิสิตระดับปริญญาตรี พบว่า สัมพันธภาพครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมด้านครอบครัวและด้านเพื่อน และความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิตมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังนั้นสถานศึกษาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าให้กับนิสิตและจัดให้มีกิจกรรมเพื่อการดูแลนิสิตที่เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า โดยมุ่งเน้นในเรื่องสัมพันธภาพกับครอบครัว ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านครอบครัวและเพื่อนผ่านระบบออนไลน์เพื่อให้นิสิตมีสุขภาพจิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึมเศร้า โรคโควิด-19 วัยรุ่น นักศึกษา

¹นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

¹Undergraduate student, Faculty of Public Health, Burapha University

²Faculty of Public Health, Burapha University

Abstract

The situation of novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) affects mental health, leading to depression. The research consisted of a cross-sectional descriptive study. This study aimed to determine the mental health literacy and factors related to depression in the situation of novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) of undergraduate students in a university in Chonburi Province. The sample was 711 undergraduate students. Data were collected during July and August, 2021. The research instrument was an online questionnaire. The data were analyzed using descriptive statistics, and a chi-squared test and Fisher's exact test were used for correlation analysis. A total of 78.62% of the study group were female students, and 75.81% were third- or fourth-year students. In the study group, 53.87% had a grade point average (GPA) higher than 3.00, and 76.93% had poor experiences in terms of prevention and screening for COVID-19. Regarding mental health literacy, knowledge about mental health and mental disorders was moderate, 56.25%. Beliefs about mental health and mental disorders are at a good level, 90.30%. Abilities to recognize, prevent, and manage mental health problems were at a good level (89.17 %), and there was high social support from family and friends (70.04% and 78.48%, respectively). In the study, 32.91% of undergraduate students had depression; according to association analysis, the factors ($p < 0.05$) were as follows: family relationships ($p < 0.01$), social support from family and friends ($p < 0.01$), and abilities to recognize, prevent, and manage mental health problems ($p < 0.01$). These results showed that one-third of undergraduate students had depression. Therefore, universities and related organizations should include a depression screening for undergraduate students. In addition, they should add activities to take care of undergraduate students who have depression, focusing on family relationships, social support from family and friends, and abilities to recognize, prevent, and manage mental health problems for good mental health.

Keywords: Health literacy, Depression, Covid-19, Adolescent, University students

1. บทนำ

ในสถานการณ์ปัจจุบันได้มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) องค์การอนามัยโลกจึงประกาศเป็นโรคอุบัติใหม่ที่ร้ายแรง จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ณ วันที่ 13 ตุลาคม 2564 พบว่า มีผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ทั่วโลก จำนวน 238,229,951 คน โดยประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) จำนวน 1,740,428 คน และอยู่อันดับที่ 23 ของโลก⁽¹⁾ โดยการแพร่ระบาดของโควิด-19 จะส่งผลกระทบต่อประชาชนในด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านการศึกษา ด้านโภชนาการ ด้านสุขภาพกาย และสุขภาพจิตซึ่งเป็นเหตุที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาเกิดขึ้นได้กับทุกเพศทุกวัย จากข้อมูลผลการประเมินสุขภาพจิตคนไทย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้รายงานผลการประเมินสุขภาพจิตวัยรุ่น พบว่า ก่อนการระบาดของโควิด-19 ปี พ.ศ. 2562 พบวัยรุ่นที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 3.40 และในระหว่างการระบาดของโควิด-19 ปี พ.ศ. 2564 - ปี พ.ศ. 2565 พบวัยรุ่นที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 33.36 ซึ่งเพิ่มขึ้นถึง 9.8 เท่า⁽²⁾ เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่มีอารมณ์อ่อนไหว ผูกพันกับเพื่อนและครอบครัว เมื่อทราบข่าวการติดเชื้อโควิด-19 ของเพื่อนหรือคนในครอบครัว ก็เกิดความกังวล ความกลัว ความทุกข์ใจ ความยากลำบากในการดำเนินชีวิต และกลัวสูญเสียคนที่ตนเองรัก⁽³⁾ ซึ่งนับเป็นปัญหาที่ต้องให้ความสำคัญและต้องเร่งแก้ไขเนื่องจากวัยรุ่นเป็นบุคคลที่จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีบทบาทในการพัฒนาประเทศในอนาคต

ภาวะซึมเศร้า (Depression) มักจะเกิดขึ้นภายหลังได้พบเจอเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต ซึ่งถ้าวัยรุ่นมีแนวโน้มด้านกรรมพันธุ์หรือขาดทักษะในการเผชิญและแก้ปัญหา หรือมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ร่วมด้วย ก็จะทำให้วัยรุ่นเกิดอาการซึมเศร้ารุนแรงและเป็นอยู่นานจนกลายเป็นโรคซึมเศร้า หากไม่ได้รับการดูแลรักษา ก็จะมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิต ในบางรายอาจฆ่าตัวตาย⁽⁴⁾ โดยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นเหตุสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นได้รับผลกระทบ ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของการเรียนที่เปลี่ยนรูปแบบจากการเรียนในชั้นเรียนเป็นการเรียนแบบออนไลน์ การเลื่อนสอบหรือการเปลี่ยนรูปแบบการสอบ ในขณะที่วัยรุ่นบางคนได้รับผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ เป็นต้น⁽⁵⁾ จากการศึกษาในปี พ.ศ. 2563 ของ Young Minds ใน สหราชอาณาจักร พบว่า วัยรุ่นที่มีประวัติรับ

การรักษาสุขภาพจิต ร้อยละ 32 ได้ให้ข้อคิดเห็นว่าการระบาดใหญ่ทำให้สุขภาพจิตของตนแย่ลงมาก เนื่องจากเป็นห่วงสุขภาพของคนในครอบครัว การปิดสถานศึกษา การสูญเสียงานประจำ/รายได้ และการถูกลดความสัมพันธ์ทางสังคม⁽⁶⁾ และจากผลสำรวจขององค์การยูนิเซฟในเดือนเมษายน พ.ศ. 2563 พบว่า เด็กและเยาวชนมากกว่า 7 ใน 10 คน กังวลใจในเรื่องความไม่มั่นคงทางการเงินของครอบครัว ความไม่มั่นใจในรูปแบบการศึกษา และโอกาสการทำงานอนาคต⁽⁷⁾ ซึ่งปัญหาด้านอารมณ์เหล่านี้อาจเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าและสามารถนำไปสู่ความคิดที่จะฆ่าตัวตาย⁽⁸⁾

จากนโยบายไทยแลนด์ 4.0 ที่เน้นให้คนไทยมีความรู้ ความสามารถและความเป็นสากลทำให้ประชาชนในยุค 4.0 จำเป็นต้องมีความรอบรู้ ทักษะ ความคิดสร้างสรรค์ รวมถึงต้องมีความสามารถทางเทคโนโลยีเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับประเทศ⁽⁹⁾ โดยในการศึกษาค้นคว้าได้นำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) ของจอม (2012) มาประยุกต์ใช้ โดยจอมได้ให้แนวคิดว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต คือ ความรู้และความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตที่ช่วยให้บุคคลเกิดการรับรู้สามารถป้องกันและจัดการปัญหาสุขภาพจิตของตนเองได้อย่างเหมาะสม⁽¹⁰⁾ จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพจิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาในวงจำกัด นอกจากนี้จังหวัดชลบุรีเป็นจังหวัดที่มีผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นอันดับที่ 3 ของประเทศ⁽¹¹⁾ ซึ่งผลจากการศึกษาวิจัยจะเป็นแนวทางในการส่งเสริมและป้องกันภาวะซึมเศร้าในนิสิตได้อย่างเหมาะสม

2. วิธีการดำเนินวิจัย

2.1 ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross sectional descriptive study) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือนิสิตระดับปริญญาตรีที่กำลังศึกษาในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2563 จำนวน 24, 116 คน ณ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือนิสิตระดับปริญญาตรีที่กำลังศึกษาใน

ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2563 มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ สามารถอ่าน ฟัง และเขียนภาษาไทยได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ นิสิตไม่สามารถเข้าถึงอุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศและอินเทอร์เน็ตที่สามารถทำแบบสอบถามออนไลน์ได้ คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Daniel WW (1995) ได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบทราบนขนาดของประชากรค่าความเชื่อมั่น ร้อยละ 99 ดังนี้

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

โดยกำหนดให้

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร จำนวน 24,116 คน

P = สัดส่วนที่ต้องการเท่ากับ 0.5

Z = ค่าสถิติที่ระดับความสัมพันธ์แอลฟา ; Z ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 เท่ากับ 2.575 (ความเชื่อมั่น 99%)

d = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05

เมื่อกำหนดกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 646 คน และเพื่อความสมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 ดังนั้นในการทำวิจัยครั้งนี้จึงมีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 711 คน โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental sampling) โดยส่งลิงค์แบบสอบถามออนไลน์ผ่านผู้มนิสิตรแต่ละคณะและสื่อสังคมออนไลน์ เช่น เฟซบุ๊ก ไลน์ อินสตาแกรม ทวิตเตอร์ เป็นต้น จนได้แบบสอบถามครบตามจำนวน 711 ชุด

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิด ทฤษฎีและประยุกต์จากงานวิจัยของบุคคลอื่น โดยแบ่งเป็น 4 ส่วน จำนวน 101 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 17 ข้อ ได้แก่ 1) เพศ ชั้นปี คณะ โรคประจำตัว ผลการเรียนสะสม รูปแบบการเรียน รายรับ ลักษณะที่พักอาศัย และสัมพันธภาพครอบครัว เป็นคำถามปลายเปิดและปลายปิด 2) ประสิทธิภาพการป้องกันและการคัดกรองโรคโควิด-19 จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำถามปลายปิด กำหนดเกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ ได้ดังนี้

0 - 4 คะแนน ประสิทธิภาพไม่ดี

5 - 8 คะแนน ประสิทธิภาพดี

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพจิต โดยประยุกต์แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) ของจอม (2012)⁽¹⁰⁾ ร่วมกับการประยุกต์แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพจิตของศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ⁽¹²⁾ จำนวน 48 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน ดังนี้

1) ด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต เป็นข้อคำถามแบบถูกผิด จำนวน 15 ข้อ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนตามแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพจิตของศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ⁽¹²⁾ ดังนี้

12 - 15 คะแนน มีความรู้ในระดับดี

8 - 11 คะแนน มีความรู้ในระดับปานกลาง

0 - 7 คะแนน มีความรู้ในระดับไม่ดี

2) ด้านความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต จำนวน 12 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนตามแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพจิตของศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ⁽¹²⁾ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.51-4.00 ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต อยู่ในระดับดีมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต อยู่ในระดับดี

ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต อยู่ในระดับพอใช้

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต อยู่ในระดับไม่ดี

3) ด้านความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิตเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 21 ข้อ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนตามแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพจิตของศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ⁽¹²⁾ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.51-4.00 ความสามารถในการรับรู้ปัญหา และการจัดการปัญหาทางจิต อยู่ในระดับดีมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 ความสามารถในการรับรู้ปัญหา และการจัดการปัญหาทางจิต อยู่ในระดับดี

ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 ความสามารถในการรับรู้ปัญหา และการจัดการปัญหาทางจิต อยู่ในระดับพอใช้

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 ความสามารถในการรับรู้ปัญหา และการจัดการปัญหาทางจิต อยู่ในระดับไม่ดี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ แรงสนับสนุนทางสังคมด้าน

ครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านเพื่อน จำนวน 16 ข้อ กำหนดเกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์⁽¹³⁾ ได้ดังนี้

8 – 15 คะแนน มีความคิดเห็นแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

16 – 23 คะแนน มีความคิดเห็นแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

24 – 32 คะแนน มีความคิดเห็นแรงสนับสนุนทางสังคมมาก

ส่วนที่ 4 แบบประเมินระดับความวิตกกังวลของภาวะซึมเศร้า จำนวน 20 ข้อ (Center of Epidemiologic Studies Depression Scale ;CES-D) เป็นเครื่องมือวัดอาการซึมเศร้าแบบประเมินตนเอง (self-report) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยนักวิจัยแห่ง Center for Epidemiological Studies ที่ National institute of Mental health ประเทศสหรัฐอเมริกา⁽¹⁴⁾ และพัฒนาโดยอุมพร ตรังสมบัติ และคณะ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนตามแบบวัดความซึมเศร้า โดยเครื่องมือ CES-D ในคนไทยในโรงพยาบาลศิริราช⁽¹⁵⁾ ดังนี้

0 - 22 คะแนน ไม่อยู่ในข่ายภาวะซึมเศร้า

23 คะแนนขึ้นไป อยู่ในข่ายภาวะซึมเศร้าสมควรได้รับการวินิจฉัยเพื่อช่วยเหลือต่อไป

2.3 การตรวจสอบของคุณภาพเครื่องมือ

โดยการหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากอาจารย์แพทย์และอาจารย์ที่เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพวัยรุ่น จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า Index of Item Objective Congruence (IOC) เท่ากับ 0.83 และนำแบบสอบถามมาทดลองใช้กับเยาวชนในมหาวิทยาลัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช⁽¹⁶⁾ ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต เท่ากับ 0.73 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 0.93 และแบบประเมินระดับความวิตกกังวลของภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 0.94

2.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลกับนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี จำนวนทั้งหมด 711 ชุด ระหว่างเดือนกรกฎาคม – เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2564 โดยการใช้แบบสอบถามออนไลน์และดำเนินการ

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จากนั้นนำมาตรวจความสมบูรณ์ถูกต้อง และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์

2.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพจิต ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติพรรณนาในรูปของ จำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะซึมเศร้าของของนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และการทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's exact test)

2.6 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ตอบแบบสอบถามต้องได้รับการยินยอมก่อนทำแบบสอบถามออนไลน์ โดยไม่บังคับหรือข่มขู่ให้ทำแบบสอบถาม ซึ่งก่อนทำแบบสอบถามจะมีการสอบถามความยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัย โดยแบบสอบถามออนไลน์จะไม่ระบุชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทรหรือตัวตนของผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยเคารพในการเก็บรักษาความลับของข้อมูลส่วนตัวของอาสาสมัคร โดยรักษาความลับของข้อมูลส่วนตัวของอาสาสมัคร ซึ่งเก็บในคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่าน ระหว่างการทำแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้มีข้อความชี้แจงในแบบสอบถามออนไลน์ว่า เมื่อมีข้อคำถามที่อาสาสมัครไม่เต็มใจตอบหรือไม่สามารถตอบได้ สามารถข้ามคำถามนั้นได้ และสามารถยุติการตอบแบบสอบถามได้ทันที

3. ผลการศึกษา

จากผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า นิสิตระดับปริญญาตรีเป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.62 ศึกษาอยู่ในชั้นปีที่ 3-4 ร้อยละ 75.81 ผลการเรียนต่ำกว่า 3.00 ร้อยละ 46.13 รายรับต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 58.37 สัมพันธภาพครอบครัวหวั่นใยซึ่งกันและกัน ร้อยละ 74.54 และประสบการณ์การป้องกันและการคัดกรองโรคโควิด -19 มีประสบการณ์ไม่ดี ร้อยละ 76.93 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวนและร้อยละของนิสิต จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n=711)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	136	19.13
หญิง	559	78.62
ไม่ระบุเพศ	16	2.25
ชั้นปี		
ชั้นปีที่ 1-2	161	22.64
ชั้นปีที่ 3-4	539	75.81
ชั้นปีที่ 5-6	11	1.55
ผลการเรียนสะสม (GPAX)		
ต่ำกว่า 3.00	328	46.13
มากกว่า 3.00	383	53.87
รายรับ (บาท)		
น้อยกว่า 5,000	415	58.37
5,001 - 10,000	232	32.63
10,001 - 15,000	50	7.03
มากกว่า 15,000	14	1.97
$\bar{X} = 5,626.58$, $SD = 4,565.17$, $Min = 0$, $Max = 35,000$		
สัมพันธภาพครอบครัว		
ห่วงใยซึ่งกันและกัน	530	74.54
เคารพนับถือซึ่งกันและกัน	98	13.78
ปรองดองกัน	70	9.85
ไม่สนใจกัน	13	1.83
ประสบการณ์การป้องกันและการคัดกรองโรคโควิด -19		
ประสบการณ์ดี	164	23.07
ประสบการณ์ไม่ดี	547	76.93

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต พบว่า ด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 27.43 ด้านความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 90.30 และด้านความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 89.17 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของนิสิต จำแนกตามความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (n=711)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	จำนวน	ร้อยละ
1) ด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต		
ระดับดี (12 – 15 คะแนน)	116	16.32
ระดับปานกลาง (8 – 11 คะแนน)	400	56.25
ระดับไม่ดี (0 – 7 คะแนน)	195	27.43
$(\bar{X} = 8.86$, $SD = 2.55$, $Min = 0$, $Max = 14$)		
2) ด้านความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต		
ระดับดีมาก (ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.00)	59	8.30
ระดับดี (ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50)	642	90.30
ระดับพอใช้ (ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50)	10	1.40
$(\bar{X} = 37.20$, $SD = 3.57$, $Min = 24$, $Max = 47$)		
3) ด้านความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิต		
ระดับดีมาก (ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.00)	8	1.13
ระดับดี (ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50)	634	89.17
ระดับพอใช้ (ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50)	69	9.70
$(\bar{X} = 59.92$, $SD = 5.83$, $Min = 42$, $Max = 77$)		

ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมด้านครอบครัวอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 29.96 และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านเพื่อนอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 21.52 ดังแสดงในตารางที่ 3 นิสิตเข้าข่ายภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 32.91 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของนิสิต จำแนกตามแรงสนับสนุนทางสังคม (n=711)

แรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
1) แรงสนับสนุนทางสังคมด้านครอบครัว		
ระดับมาก (24 – 32 คะแนน)	498	70.04
ระดับปานกลาง (16 – 23 คะแนน)	188	26.44
ระดับน้อย (8 – 15 คะแนน)	25	3.52
(X̄ = 25.68, SD = 4.82, Min = 9, Max = 32)		
2) แรงสนับสนุนทางสังคมด้านเพื่อน		
ระดับมาก (24 – 32 คะแนน)	558	78.48
ระดับปานกลาง (16 – 23 คะแนน)	145	20.39
ระดับน้อย (8 – 15 คะแนน)	8	1.13
(X̄ = 26.60, SD = 4.05, Min = 8, Max = 32)		

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของนิสิต จำแนกตามภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (n=711)

ภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า (23 – 60 คะแนน)	234	32.91
ไม่เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า (0 – 22 คะแนน)	477	67.09
(X̄ = 19.05, SD = 10.05, Min = 0, Max = 57)		

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของของนิสิตระดับปริญญาตรี พบว่า สัมพันธภาพครอบครัว ($p < 0.01$) แรงสนับสนุนทางสังคมด้านครอบครัวและด้านเพื่อน ($p < 0.01$) และความสามารถในการรับรู้

ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิต ($p < 0.01$) มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี

ตัวแปร	ภาวะซึมเศร้า (n=711)		χ^2	P – value
	เข้าข่าย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เข้าข่าย จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ			1.502	0.472
ชาย	40(29.41)	96(70.59)		
หญิง	190(33.99)	369(66.01)		
ไม่ระบุเพศ	4(25.00)	12(75.00)		
ผลการเรียนสะสม (GPAX)			0.400	0.527
ต่ำกว่า 3.00	104(31.71)	224(68.29)		
มากกว่า 3.00	130(33.94)	253(66.06)		
สัมพันธภาพครอบครัว			21.160	< 0.01**
ห่วงใยซึ่งกันและกัน	151(28.49)	379(71.51)		
เคารพนับถือซึ่งกันและกัน	47(47.96)	51(52.04)		
ปรองดองกัน	28(40.00)	42(60.00)		
ไม่สนใจกัน	8(61.54)	5(38.46)		

ตัวแปร	ภาวะซึมเศร้า (n=711)		χ^2	P – value
	เข้าข่าย	ไม่เข้าข่าย		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต			0.362	0.834
ระดับดี	39(33.62)	77(66.38)		
ระดับปานกลาง	128(32.00)	272(68.00)		
ระดับไม่ดี	67(34.36)	128(65.64)		
ด้านความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต			1.775	0.412
ระดับดีมาก	17(28.81)	42(71.19)		
ระดับดี	212(33.02)	430(66.98)		
ระดับพอใช้	5(50.00)	5(50.00)		
ด้านความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิต			28.164	< 0.01**
ระดับดีมาก	1(12.50)	7(87.50)		
ระดับดี	191(30.13)	443(69.87)		
ระดับพอใช้	42(60.87)	27(39.13)		
แรงสนับสนุนทางสังคมด้านครอบครัว			106.021	< 0.01**
ระดับมาก	105(21.08)	393(78.92)		
ระดับปานกลาง	112(59.57)	76(40.43)		
ระดับน้อย	17(68.00)	8(32.00)		
แรงสนับสนุนทางสังคมด้านเพื่อน			35.121	< 0.01**
ระดับมาก	154(27.60)	404(72.40)		
ระดับปานกลาง	74(51.03)	71(48.97)		
ระดับน้อย	6(75.00)	2(25.00)		

** $P < 0.01$

4. อภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่า นิสิตถึงร้อยละ 32.91 ที่เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลผลการประเมินสุขภาพจิตวัยรุ่น ที่พบว่า ก่อนการระบาดของโควิด-19 ปี พ.ศ. 2562 พบวัยรุ่นที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 3.40 และในระหว่างการระบาดของโควิด-19 ปี พ.ศ. 2564 - ปี พ.ศ. 2565 พบวัยรุ่นที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 33.36 ซึ่งเพิ่มขึ้นถึง 9.8 เท่า⁽²⁾ และสอดคล้องกับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยในต่างประเทศ ที่พบว่า นักศึกษามีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 30 ในจำนวนนี้พบว่ากว่าร้อยละ 4 ของนักศึกษา กำลังเผชิญกับโรคซึมเศร้าอย่างรุนแรง⁽¹⁷⁾ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของเซนและคณะ ที่พบว่า ในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลให้วัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้ามากถึงร้อยละ 11.78 เนื่องจากวัยรุ่นมีความวิตกกังวล รู้สึกหดหู่ในการปรับตัวให้เข้ากับรูปแบบการใช้ชีวิตเปลี่ยนไป⁽¹⁸⁾

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี พบว่า สัมพันธภาพครอบครัว ความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิต และแรงสนับสนุนทางสังคมด้าน

ครอบครัวและด้านเพื่อนมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถวิจารณ์ได้ดังนี้

ด้านสัมพันธภาพครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นันทยา คงประพันธ์ ที่กล่าวว่า สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า อธิบายได้ว่านิสิตที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับบิดาและมารดา มีครอบครัวที่เปราะบาง เมื่อมีปัญหาจะไม่สามารถพูดคุยหรือปรึกษากับบุคคลในครอบครัวได้⁽¹⁹⁾ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และคณะ ที่พบว่า ถ้านิสิตเติบโตมาจากครอบครัวที่มีสัมพันธภาพครอบครัวดี ด้วยความรักและความผูกพันของคนในครอบครัว จะส่งผลให้สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นและมีพฤติกรรม การเข้าสังคมที่ดีไม่ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสัมพันธภาพและไม่มีภาวะซึมเศร้า⁽²⁰⁾ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นฤมล สมรรถเสวี และโสภณ แสงอ่อน ที่พบว่า นิสิตที่มีการรับรู้ครอบครัวมีสัมพันธภาพดี รักใคร่กลมเกลียวกันดี มีแนวโน้มมีภาวะซึมเศร้าน้อย⁽²¹⁾ แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ ลักษิกา พิสุทธิไพศาล และจารุพร ตั้งพัฒนกิจ ที่พบว่า สัมพันธภาพด้านครอบครัวไม่มีอิทธิพลส่งผลต่อการเกิด

ภาวะซึมเศร้า⁽²²⁾ ทั้งนี้วัยรุ่นเป็นวัยที่มีอารมณ์อ่อนไหว⁽³⁾ ในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หากต้องอยู่ในครอบครัวที่มีสัมพันธภาพแบบไม่สนใจซึ่งกันและกัน ไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ ห่วงใย และถามไถ่ในการดำเนินชีวิต ก็อาจส่งผลให้เข้าข่ายภาวะซึมเศร้าได้

แรงสนับสนุนทางสังคมด้านครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคมด้านเพื่อน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศุภชัย ตู่กลาง และคณะ ที่กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจะเป็นปัจจัยที่สำคัญในการปกป้องตนเองจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบต่อสุขภาพจิต ในขณะเดียวกันถ้าบุคคลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมไม่เพียงพอก็อาจจะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้⁽²³⁾ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ประยูรศรี ศรีจันทร์ และคณะ ที่พบว่า ผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีทักษะการเผชิญกับปัญหา รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และมีความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ อีกทั้งยังป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้⁽²⁴⁾ และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ โสภณ แสงอ่อน และคณะ ที่พบว่า ผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวน้อยจะมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากไม่สามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพเท่าที่ควร⁽²⁵⁾ ในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่นิสิตต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจสังคม และการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการเรียน ซึ่งมีการเปลี่ยนรูปแบบการเรียนในชั้นเรียนเป็นการเรียนแบบออนไลน์ หรือแบบผสมผสาน แต่หากนิสิตได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนและครอบครัวทั้งในเรื่องการให้กำลังใจ การดูแลเอาใจใส่ หรือการให้คำปรึกษาสิ่งเหล่านี้จะเป็นการปกป้องนิสิตจากภาวะซึมเศร้า⁽⁷⁾

นอกจากนี้จากผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในด้านความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิตมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของจอมที่ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตคือความรู้และความเชื่อของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตที่ช่วยให้บุคคลเกิดความรู้สึกตระหนักและส่งเสริมความสามารถของบุคคลในการแก้ปัญหา การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และการสนับสนุนช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้⁽²⁶⁻²⁸⁾ สอดคล้องกับผลการศึกษาในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต โดยบุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอจะมี

โอกาสเป็นโรคซึมเศร้าน้อยกว่าบุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำ⁽²⁹⁾ และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ฤทัยรัตน์ ชิตมงคล และคณะ ที่พบว่า วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต ความรู้ในการแสวงหาความช่วยเหลือและการรักษาที่มีอยู่ ความรู้ในกลวิธีช่วยเหลือตนเองเมื่อมีปัญหาเบื้องต้นน้อยกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า⁽³⁰⁾

5. สรุปผลการศึกษา

ในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) พบว่า เกือบ 1 ใน 3 ของนิสิตเข้าข่ายภาวะซึมเศร้า อีกทั้งยังมีความรอบรู้สุขภาพจิตด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตในระดับปานกลาง ดังนั้น ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สถานศึกษาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าให้กับนิสิตระดับปริญญาตรีทุกคนผ่านระบบออนไลน์ และจัดให้มีกิจกรรมเพื่อการดูแลนิสิตระดับปริญญาตรีที่เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า โดยมุ่งเน้นในเรื่องสัมพันธภาพกับครอบครัว ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านครอบครัว และเพื่อนผ่านระบบออนไลน์เพื่อให้นิสิตมีสุขภาพจิตที่ดีต่อไป

6. กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดีผู้วิจัยขอขอบคุณนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรีทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้

7. เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard 2021 [online]. [cited 2021 March 5]. Available from: <https://covid19.who.int/table>.
2. กรมสุขภาพจิต. ข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตคนไทย นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 5 มีนาคม 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://checkin.dmh.go.th/dashboard/dash01.php>.
3. กรมสุขภาพจิต. สถิติยอดคนไทย ‘ฆ่าตัวตาย’ พุ่ง เติบโต ตั้งทีม ผก. ส่งโซเซียลสกัด นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2563 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 5 มีนาคม 2565]. แหล่งข้อมูล:

- <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30430>.
4. โปริยทิพย์ สันตะพันธ์, ศิริยุพร บุสหงส์, เซาวลิต ศรีเสริม. ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น: บทบาทพยาบาล. วารสารเกื้อการุณย์. 2562;26(1):187-99.
 5. เทื่อน ทองแก้ว. การออกแบบการศึกษาในชีวิตวิถีใหม่ : ผลกระทบจากการแพร่ระบาด COVID-19. คุรุสภา วิทยาจารย์. 2563;1(2):1-10.
 6. Thomas E. Coronavirus: Impact on young people with mental health needs [online]. [cited 2021 March 5]. Available from: <https://www.youngminds.org.uk/media/xq2dnc0d/youngminds-coronavirus-report-march2020.pdf>
 7. ดิลฉัตร ชุสสุโพวา. วันสุขภาพจิตโลก 2020 ประเทศไทย: องค์การยูนิเซฟ 2563 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 5 มีนาคม 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://uni.cf/3tUEeBS>.
 8. ณัฐสุดา เต็มพันธ์, ปิยวรรณ วิเศษสุวรรณภูมิ, ณัฐพร พิทยรัตน์เสถียร, ดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์. เข้าใจโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2562 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 5 มีนาคม 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://www.chula.ac.th/cuinside/17693/>.
 9. นิตยา มณีวงศ์. พฤติกรรมทางวัฒนธรรมนักศึกษาในยุคไทยแลนด์ 4.0. วารสารสารสนเทศ. 2561;17(2):1-8.
 10. Jorm AF. Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. American psychologist. 2012;67(3):231.
 11. กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ COVID-19 ในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 5 มีนาคม 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/?dashboard=analysis-province>.
 12. ศรีประไพ อินทร์ ชัยเทพ, สิริอร พัวศิริ, มณีนันท์ พันธุ์สวัสดิ์, ประภา ศรีทุ่งมีผล, วินัย รอบคอบ. การพัฒนาตัวบ่งชี้การรู้เท่าทันสุขภาพจิตสำหรับ ประชาชนทั่วไป. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี. 2561;10(2):97-109.
 13. Best WJ. Research in Education. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.; 1997.
 14. Radloff LS. The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. Applied psychological measurement. 1977;1(3):385-401.
 15. อุมภาพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์, ปิยลัมพร หะวานนท์. การใช้ CES-D ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. วารสารสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย. 2540;42(1):2-13.
 16. DeVellis RF. Scale development: Theory and applications. Chapel Hill, USA: Sage publications; 2016.
 17. Islam MA, Low WY, Tong WT, Yuen CW, Abdullah A. Factors associated with depression among University Students in Malaysia: A cross-sectional study. KnE Life Sciences. 2018;415-27-27.
 18. Chen F, Zheng D, Liu J, Gong Y, Guan Z, Lou D. Depression and anxiety among adolescents during COVID-19: A cross-sectional study. Brain, behavior, and immunity. 2020;88:36.
 19. นันทยา คงประพันธ์. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น กรณีศึกษา: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ. 2563;5(11):302-15.
 20. ดวงใจ วัฒนสินธุ์, สิริพิมพ์ ชูปาน, ภาคินี เดชชัยยศ. การแก้ปัญหาทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2562;29(1):87-99.
 21. นฤมล สมรรถเสวี, โสภณ แสงอ่อน. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าใน นักศึกษาพยาบาล วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2558;29(3):11-27.
 22. จารุพร ตั้งพัฒนกิจ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในเขตจังหวัดชลบุรี. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2564;12(1):45-65.
 23. ศุภชัย ตู่กลาง, อรพรรณ ทองแดง, อีรศักดิ์ สาตรา, ภัทรายุตวรรัตน์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา จังหวัดสมุทรสาคร. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2555;57(3):283-94.
 24. ประยูรศรี ศรีจันทร์ และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2563;38(1):86-98.

25. โสภิน แสงอ่อน และคณะ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นด้วยโอกาสไทยในจังหวัดหนึ่งในภาคกลาง. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2561;32(2):13-38.
26. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. Medical journal of Australia. 1997;166(4):182-6.
27. Jorm AF, Kitchener BA, Kanowski LG, Kelly CM. Mental health first aid training for members of the public. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2007;7(1):141-51.
28. Reavley NJ, McCann TV, Jorm AF. Mental health literacy in higher education students. Early intervention in psychiatry. 2012;6(1):45-52.
29. Hermans L, Van den Broucke S, Gisle L, Demarest S, Charafeddine R. Mental health, compliance with measures and health prospects during the COVID-19 epidemic: the role of health literacy. BMC public health. 2021;21(1):1-9.
30. ฤทัยรัตน์ ชิดมงคล และคณะ. ภาวะซึมเศร้าและความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของวัยรุ่น. วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา. 2563;21(2):40-51.

รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลคลองจิก อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
The casual model between personal factors, health belief model, and quality
of life among the elderly in Khlong Chik Sub-district, Bang Pa-in District,
Phra Nakhon Si Ayutthaya Province

ปิยลักษณ์ เจริญชาติ¹ ธนัญชัย บุญหนัก^{2*}
Piyalak Charoenchart¹ Tanunchai Boonnuk^{2*}

*Corresponding author: tanunchai.bo@lru.ac.th

(Received: February 10, 2022; Revised: March 17, 2022; Accepted: May 1, 2022)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาตรวจสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกับข้อมูลเชิงประจักษ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตตำบลคลองจิก อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 360 คน ที่ได้จากการสุ่มอย่างเป็นระบบ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม รวบรวมข้อมูลในระหว่าง 1 พฤศจิกายน 2564 ถึง 31 ธันวาคม 2564 สถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์สมการโครงสร้าง ผลการวิจัย พบว่ารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2 = 209.55$, $df = 113$, $\chi^2/df = 1.85$, $GFI = .95$, $RMSEA = .05$) ซึ่งคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้รับอิทธิพลรวมสูงสุดจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (.44) รองลงมาคือปัจจัยส่วนบุคคล (.24) โดยปัจจัยส่วนบุคคลและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถอธิบายความแปรปรวนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 25.1 นอกจากนี้เมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระที่เป็นองค์ประกอบของตัวแปรแฝงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ เป็นตัวแปรอิสระที่เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดของตัวแปรแฝงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ดังนั้นจึงควรดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพผู้สูงอายุโดยมุ่งเน้นกิจกรรมที่เป็นการชักนำสู่การปฏิบัติ ในกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง อายุ 70 ปี ขึ้นไป มีรายได้น้อย และมีสถานภาพโสดหรือหม้าย/หย่า/แยก

คำสำคัญ: ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ

¹คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา

¹Faculty of Science and Technology, Phranakhon Si Ayutthaya Rajabhat University

²คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย

²Faculty of Science and Technology, Loei Rajabhat University

Abstract

The purpose of this research was to study the casual model between personal factors, health belief model, and quality of life among the elderly in comparison with the empirical data. The sample group, from systematic random sampling, consisted of 360 elder residents aged over 60 years old in in Khlong Chik Sub-district, Bang Pa-in District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. The instrument for data collection was a questionnaire. The data were collected from June 1 to September 30 in 2021. The statistics used in the study were descriptive statistics including percentage, frequency, arithmetic mean, standard deviation, and inferential statistic as structural equation modeling. The result found that the casual model between the personal factors, health belief model, and quality of life in the older people was commensurate with the empirical data ($\chi^2 = 209.55$, $df = 113$, $\chi^2 / df = 1.85$, $GFI = .95$, $RMSEA = .05$). The quality of life among the elderly was mostly influenced by the health belief model (0.44), followed by the personal factors (0.24). The personal factors and the health belief model could explain the variance of the seniors' quality of life by 25.1%. Additionally, when considering independent variables that were components of latent variables in health belief model, it was found that the inducers to practice was the independent variable that was the most important component of the latent variable in the health belief model. Therefore, activities to promote the quality of the elderly life should be carried out with a focus on activities that lead to practices among the elderly females aged 70 years and over, those who are low income and single or widowed/divorced/separated status.

Keywords: Casual model, Health belief model, Quality of life, Elderly

1. บทนำ

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก ซึ่งเป็นผลมาจากอัตราเกิดที่ลดลงและผู้คนมีอายุยืนยาวขึ้น ในรอบครึ่งศตวรรษที่ผ่านมาประชากรโลกมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี 2018 โลกของเรามีประชากรรวมทั้งหมด 7,633 ล้านคน และมีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 990 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากรทั้งหมด เท่ากับว่าโลกของเราได้กลายเป็นสังคมสูงอายุมาหลายปีแล้ว ตามการคาดประมาณขององค์การสหประชาชาติ ประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไปในโลกนี้จะมีมากกว่า 1,000 ล้านคน สำหรับประเทศไทยกำลังมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมาก อีก 4 ปีข้างหน้าประเทศไทยจะเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” เมื่อสัดส่วนผู้สูงอายุถึง ร้อยละ 20 และอีก 20 ปีข้างหน้า สัดส่วนประชากรสูงอายุจะสูงขึ้นถึงร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด⁽¹⁾

สำหรับมหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยาเป็นสถาบันอุดมศึกษาที่มุ่งการพัฒนาท้องถิ่น ซึ่งมีพื้นที่ที่รับผิดชอบคือจังหวัดพระนครศรีอยุธยา การส่งเสริมคุณภาพผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาจึงถือเป็นความมุ่งหวังของมหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยาต่อท้องถิ่นด้วยเช่นกัน โดยในปี พ.ศ. 2563 จังหวัดพระนครศรีอยุธยามีประชากรทั้งสิ้น 819,088 คน มีผู้สูงอายุ 155,067 คน คิดเป็นร้อยละ 18.93⁽²⁾ จากโครงสร้างและการกระจายตัวประชากรตามกลุ่มอายุ ในปี 2563 พบว่า จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ประชากรส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 15 – 60 ปี ซึ่งเป็นถือเป็นวัยทำงาน เมื่อพิจารณากลุ่มอายุ พบว่าอีก 10 ปี ประชากรกลุ่มอายุ 50 – 59 ปี จะเป็นประชากรวัยเกษียณอายุการทำงาน จะทำให้จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น⁽³⁾ โดยจากรายงานสำนักงานจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า จำนวนผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาในปี 2558 – 2563 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีจำนวนผู้สูงอายุระหว่างช่วงปีดังกล่าว เป็นจำนวน 132,643 132,790 140,579 146,032 151,803 และ 155,067 คน ตามลำดับ⁽⁴⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษที่ผ่านมา มีการศึกษาตัวแปรต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์หรือส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยส่วนบุคคล⁽⁵⁻⁶⁾ และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ⁽⁷⁾ แต่งานวิจัยส่วนใหญ่ก็ไม่ได้มีการพิจารณาถึงความสัมพันธ์ทางอ้อมและการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมของความสัมพันธ์โดยใช้แบบจำลองสมการโครงสร้าง ซึ่งเป็นข้อดีของการวิเคราะห์ในลักษณะนี้

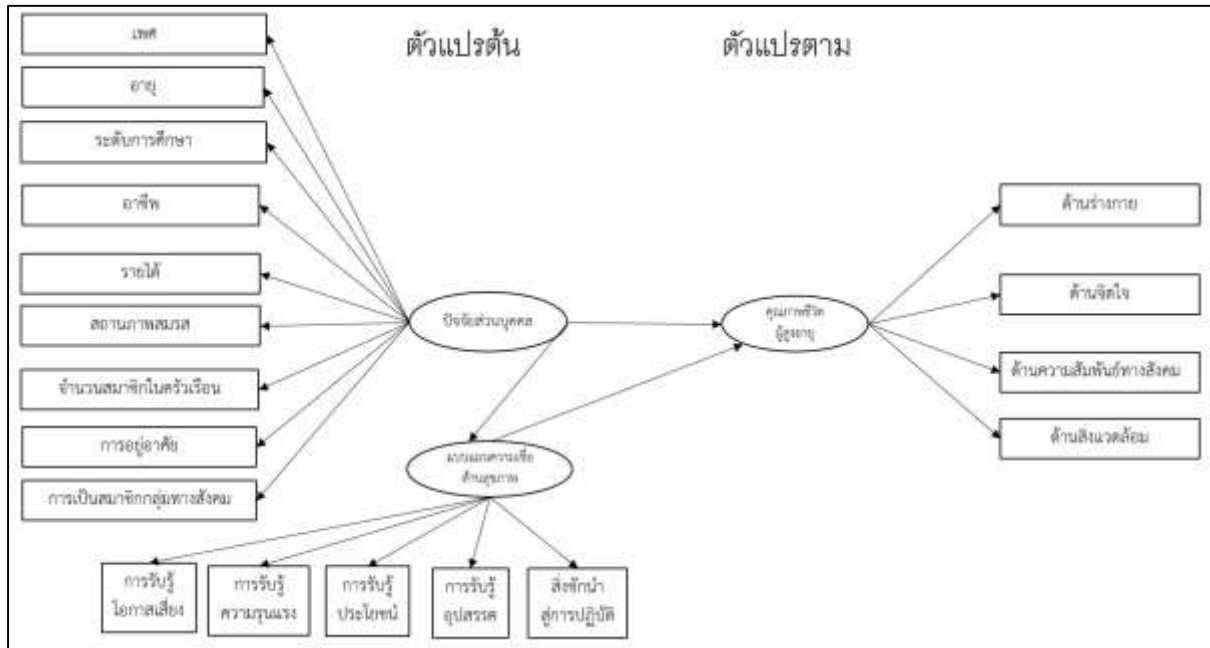
นอกจากนี้จากแนวโน้มผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นทุกๆ ปี นำมาซึ่งภาวะเสี่ยงและปัญหาสุขภาพที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่น โรคข้อเข่าเสื่อม โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น⁽⁸⁾ นอกจากนี้เจ็บป่วยทางร่างกายแล้วยังส่งผลต่อสุขภาพจิต เช่น มีความเหงา ซึมเศร้า เป็นต้น ตลอดจนไม่สนใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง เนื่องจากวัยผู้สูงอายุจะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหลายอย่าง ทำให้สูญเสียบทบาททางสังคม เช่น ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวน้อยลง ตลอดจนไม่มีความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุในชุมชนเกี่ยวกับการทำกิจกรรมสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไร้คุณค่า ไร้ความหมาย ขาดแรงจูงใจ ขาดความเชื่อมั่น และมีแนวโน้มคุณภาพชีวิตลดน้อยลง ซึ่งคาดว่าหากประชากรกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น จะก่อให้เกิดผลกระทบในหลาย ๆ ด้านตามมา ไม่ว่าจะเป็นผลกระทบด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม จิตใจ ครอบครัว และค่านิยมที่เปลี่ยนแปลง เป็นต้น⁽⁹⁾

จากการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาอย่างต่อเนื่อง และจากผลกระทบทางด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาโดยการเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แล้วนำมาวิเคราะห์หาปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตเพื่อใช้ในการวางแผนดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป เนื่องจากตำบลคลองจิก อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เป็นพื้นที่เป้าหมายสำคัญของมหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา มีผู้สูงอายุจำนวน 1,344 คน⁽¹⁰⁾ พื้นที่นี้เด่นในเรื่องความร่วมมือของชุมชน ลักษณะของชุมชน อันเป็นจุดเริ่มต้นในการสร้างแนวทางในการแก้ไขปัญหา โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยหากดำเนินกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่นี้ได้ประสบความสำเร็จก็จะสามารถขยายกิจกรรมไปยังพื้นที่อื่น อันจะส่งผลให้เกิดการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของทั้งจังหวัดต่อไป

2. วิธีดำเนินการวิจัย

2.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาตรวจสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัยดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

2.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปอาศัยและมีทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่ ตำบลคลองจิก อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 1,344 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปอาศัยและมีทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่ ตำบลคลองจิก อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 360 คน (การวิเคราะห์แบบจำลองสมการโครงสร้าง มีตัวแปรสังเกตได้ในแบบจำลอง จำนวน 18 ตัว จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 20 เท่าของตัวแปรสังเกตได้ ขนาดตัวอย่าง จำนวน 360 คน⁽¹¹⁾) เลือกตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ โดยเรียงรายชื่อผู้สูงอายุแต่ละหมู่ตามลำดับรายชื่อของเทศบาลตำบลคลองจิก อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา แล้วใช้สูตร $k = \frac{N}{n}$ เมื่อ k คือ ระยะห่างของรายชื่อ N คือ จำนวนประชากร และ n คือ จำนวนตัวอย่าง (หากผู้สูงอายุที่ถูกเลือกไม่ยินยอมหรือไม่สะดวกให้ข้อมูล จะเลือกผู้สูงอายุในลำดับถัดไปจากรายชื่อ)

2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครัวเรือน การอยู่อาศัย การเป็นสมาชิกของกลุ่มทางสังคม จำนวน 9 ข้อ ลักษณะ

คำถามเป็นแบบปลายปิดเลือกคำตอบและปลายเปิดแบบใส่ข้อมูลเพิ่มเติม

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วยข้อคำถาม แบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 น้อยที่สุดถึง 5 มากที่สุด โดยมีส่วนย่อยคือ การรับรู้โอกาสของการเป็นโรค จำนวน 10 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค จำนวน 9 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ การรับรู้การรับรู้อุปสรรค ในการดูแลสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ เกี่ยวกับการมีสุขภาพที่ดี จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำถามคือ คำถามแบบปลายปิดเลือกตอบ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 0 ไม่เลยถึง 4 มากที่สุด ผู้วิจัยใช้แบบประเมินขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF-THAI) ฉบับแปลภาษาไทยโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข⁽¹²⁾ โดยแบ่งการวัดคุณภาพออกเป็น 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อม ประกอบไปด้วย ข้อคำถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย จำนวน 7 ข้อ ข้อคำถาม ข้อคำถามคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ จำนวน 6 ข้อ ข้อคำถามคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม จำนวน 3 ข้อ ข้อคำถามคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมจำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำถามคือ คำถามแบบปลายปิดเลือกตอบ

2.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ทำการหาค่าความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม (IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC ตั้งแต่ 0.50-1.00 จากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้ (try out) 30 ชุด ในกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปอาศัยและมีทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่ตำบลบางกระสั้น อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อหาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค ได้ค่าความเที่ยงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในเรื่อง การรับรู้โอกาสของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ การรับรู้การรับรู้อุปสรรค ในการดูแลสุขภาพ สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ เท่ากับ 0.72, 0.71, 0.72, 0.74 และ 0.72 ตามลำดับ โดยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในแต่ละประเด็นผ่านเกณฑ์ที่ 0.7 จากนั้นจึงนำแบบสอบถาม ไปเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2564 ถึง 31 ธันวาคม 2564

2.5 วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) จัดทำ หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 2) ลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจง / อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลคลองจิก อ.บางปะอิน จ.พระนครศรีอยุธยา
- 3) ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยอาสาสมัครสาธารณสุขในกลุ่มผู้สูงอายุที่ยินดีให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลจำนวน 360 คน โดยผู้เก็บข้อมูลจะอ่านแบบสัมภาษณ์ให้ผู้สูงอายุรับฟังทีละข้อแล้วให้ตอบแบบสอบถามตามความเข้าใจ
- 4) ตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล

2.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

1) การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) การวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต โดยใช้แบบจำลองสมการโครงสร้าง (Structural equation model) โดยใช้โปรแกรม Mplus เวอร์ชัน 7.4

2.7 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยขออนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยของมหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา เลขที่ COA No. 009/2021 รับรองวันที่ 14 ตุลาคม พ.ศ. 2564 เพื่อขออนุมัติเก็บข้อมูลและมีการแจ้งกลุ่มตัวอย่างถึงสิทธิการเข้าร่วมวิจัยหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใด ๆ กลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และข้อมูลต่าง ๆ จะเก็บเป็นความลับและถูกทำลายภายหลังเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัย การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวม

3. ผลการวิจัย

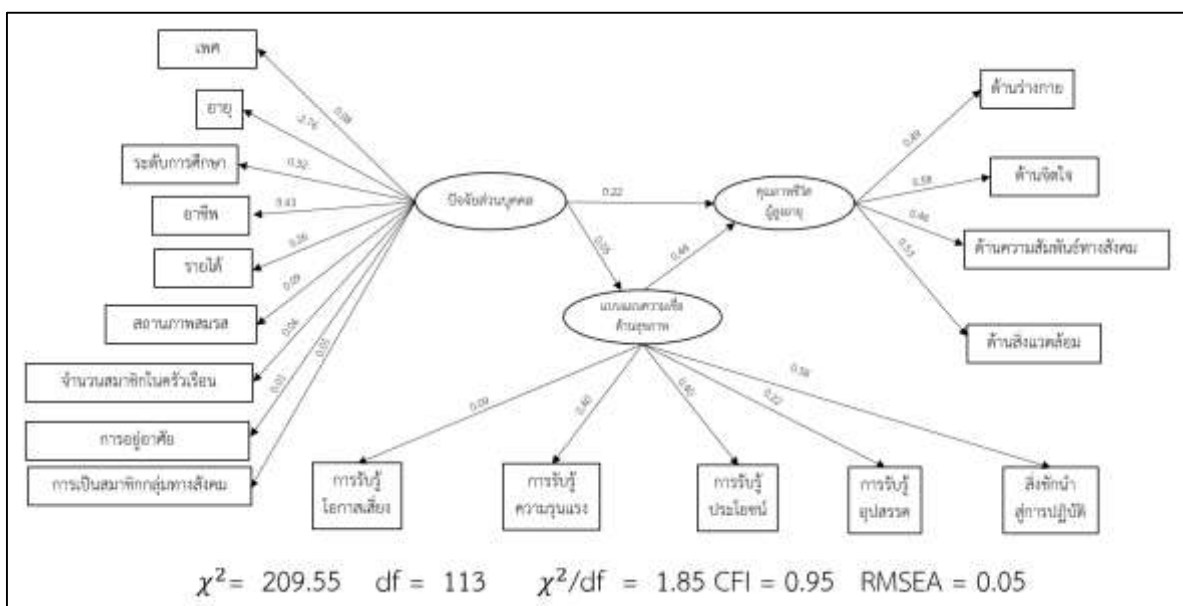
1) ผลการวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.8 อายุ 60 – 69 ปี ร้อยละ 71.1 ($\bar{X}$ = 67.7, S.D. = 6.91, min = 60.0 max = 94.0) ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 69.4 ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 50.8 รายได้ ไม่เกิน 1000 บาท/เดือน ร้อยละ 61.9 ($\bar{X}$ = 3,857.8, S.D. = 6,556.49, min = 600.0 max = 40,000.0) สมรส ร้อยละ 62.5 จำนวนสมาชิกในครัวเรือน 1 – 4 คน ร้อยละ 60.0 ($\bar{X}$ = 3.8, S.D. = 2.03, min = 1.0 max = 10.0) อยู่อาศัยบ้านตนเอง ร้อยละ 95.0 เป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคม ร้อยละ 74.7 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.7 ($\bar{X}$ = 3.4, S.D. = 0.33, min = 2.4 max = 4.3) และคุณภาพชีวิตภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.1 ($\bar{X}$ = 2.3, S.D. = 0.62, min = 0.4 max = 4.0) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของตัวแปรที่ศึกษา (n=360)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	152	42.2
หญิง	208	57.8
อายุ (ปี)		
60 - 69	256	71.1
70 - 79	73	20.3
ตั้งแต่ 80 ขึ้นไป	31	8.6
$(\bar{X}= 67.7, S.D.= 6.91, \min = 60.0 \max = 94.0)$		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	2	0.6
ประถมศึกษา	250	69.4
มัธยมศึกษาตอนต้น	63	17.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	27	7.5
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง	10	2.8
ปริญญาตรีขึ้นไป	8	2.2
อาชีพ		
ไม่มีอาชีพ	183	50.8
อาชีพอิสระ	56	15.6
รับจ้าง	61	16.9
ธุรกิจส่วนตัว	50	13.9
รับราชการ (บำนาญ)	8	2.2
รัฐวิสาหกิจ (บำนาญ)	2	0.6
รายได้ (บาท/เดือน)		
ไม่เกิน 1,000	223	61.9
1,000 – 9,999	88	24.4
ตั้งแต่ 10,000 ขึ้นไป	49	13.6
$(\bar{X}= 3,857.8, S.D.= 6,556.49, \min = 600.0 \max = 40,000.0)$		
สถานภาพสมรส		
สมรส	225	62.5
หม้าย/หย่า/แยก	87	24.2
โสด	48	13.3
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน (คน)		
1 - 4	216	60.0
5 – 8	139	38.6
ตั้งแต่ 9 ขึ้นไป	5	1.4
$(\bar{X}= 3.8, S.D.= 2.03, \min = 1.0 \max = 10.0)$		
การพักอาศัย		
บ้านตัวเอง	342	95.0
บ้านญาติ	11	3.1

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ห้องเช่า	5	1.4
อื่นๆ	2	0.6
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพภาพรวม		
มาก	84	23.3
ปานกลาง	276	76.7
น้อย	0	0.0
($\bar{X}$ = 3.4, S.D.= 0.33, min = 2.4 max = 4.3)		
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง		
มาก	154	42.8
ปานกลาง	186	51.7
น้อย	20	5.6
($\bar{X}$ = 3.5, S.D.= 0.70, min = 1.4 max = 5.0)		
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ความรุนแรง		
มาก	237	65.8
ปานกลาง	114	31.7
น้อย	9	2.5
($\bar{X}$ = 3.9, S.D.= 0.66, min = 1.7 max = 5.0)		
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์		
มาก	237	65.8
ปานกลาง	122	33.9
น้อย	1	0.3
($\bar{X}$ = 3.9, S.D.= 0.48, min = 2.3 max = 5.0)		
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้อุปสรรค		
มาก	21	5.8
ปานกลาง	184	51.1
น้อย	155	43.1
($\bar{X}$ = 2.5, S.D.= 0.74, min = 1.0 max = 4.4)		
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านสิ่งชักนำไปสู่การปฏิบัติ		
มาก	97	26.9
ปานกลาง	253	70.3
น้อย	10	2.8
($\bar{X}$ = 3.3, S.D.= 0.57, min = 1.4 max = 5.0)		
คุณภาพชีวิตภาพรวม		
มาก	99	27.5
ปานกลาง	255	70.8
น้อย	6	1.7
($\bar{X}$ = 2.4, S.D.= 0.55, min = 0.8 max = 3.9)		
คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย		
มาก	98	27.2
ปานกลาง	245	68.1

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
น้อย ($\bar{X}$ = 2.3, S.D. = 0.62, min = 0.4 max = 4.0)	17	4.7
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ		
มาก	139	38.6
ปานกลาง	210	58.3
น้อย ($\bar{X}$ = 2.6, S.D. = 0.62, min = 0.8 max = 4.0)	11	3.1
คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม		
มาก	69	19.2
ปานกลาง	242	67.2
น้อย ($\bar{X}$ = 2.2, S.D. = 0.69, min = 0.7 max = 4.0)	49	13.6
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม		
มาก	98	27.2
ปานกลาง	254	70.6
น้อย ($\bar{X}$ = 2.4, S.D. = 0.55, min = 0.6 max = 4.0)	8	2.2



รูปที่ 2 รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรสาเหตุและตัวแปรผลโดยที่ปัจจัยส่วนบุคคลและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ส่งผลไปยังคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

2) ผลการวิเคราะห์ตรวจสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรสาเหตุและตัวแปรผล โดยปัจจัยส่วนบุคคลและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ส่งผลไปยังคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผู้วิจัยวิเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและทำการปรับโมเดลโดยพิจารณาจากดัชนีปรับรูปแบบ ผลจากการปรับรูปแบบทำให้รูปแบบมีความ

สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาค่าสถิติที่ใช้ตรวจสอบความตรงของรูปแบบ ได้แก่ $\chi^2 = 209.55$, $df = 113$, $p\text{-value} < .05$, $CFI = 0.95$, $RMSEA = 0.05$ พบว่าค่า $\chi^2/df = 1.85$ ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 2 ค่าดัชนี CFI มีค่าเข้าใกล้ 1 ค่า RMSEA มีค่าไม่เกิน 0.05 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ถือว่ารูปแบบนั้นมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิง

ประจักษ์⁽¹³⁾ ดังนั้นผลการวิเคราะห์การตรวจสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรสาเหตุและตัวแปรผลโดยที่ปัจจัยส่วนบุคคลและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ส่งผลไปยังคุณภาพ

ชีวิตผู้สูงอายุ มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์รายละเอียดดังแสดงในรูปที่ 2 และตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์แยกค่าอิทธิพลระหว่างตัวแปรสาเหตุและตัวแปรผลโดยที่ปัจจัยส่วนบุคคลและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพส่งผลไปยังคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ตัวแปรสาเหตุ			ตัวแปรผล					
			แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ			คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ		
			TE	IE	DE	TE	IE	DE
ปัจจัยส่วนบุคคล			0.05	-	0.05	0.24*	0.02	0.22*
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ			-	-	-	0.44*	-	0.44*
ค่าสถิติ	$\chi^2 = 209.55$	df = 113	p-value < .05			$\chi^2/df = 1.85$		
	CFI = .95	RMSEA = 0.05						
สมการโครงสร้างตัวแปร			แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ			คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ		
Square Multiple Correlation			.002			0.251		

*หมายถึง p<.05

จากรูปที่ 2 และตารางที่ 2 พบว่า ตัวแปรที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลคลองจิก อำเภอบางปะอิน คือ ปัจจัยส่วนบุคคล และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยปัจจัยส่วนบุคคลส่งผลทางตรงต่อตัวแปรคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ .22 ตัวแปร และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพส่งผลทางตรงต่อตัวแปรคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .44 ในขณะที่ตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลส่งผลทางอ้อมต่อตัวแปรคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผ่านตัวแปรแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .02 โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 25.1

4. อภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

1) ปัจจัยส่วนบุคคลส่งผลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยตัวแปรอิสระที่เป็นองค์ประกอบของตัวแปรแฝงปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และสถานภาพสมรส ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยส่วนบุคคลเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญของมนุษย์ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านไม่ว่าจะเป็นคุณภาพชีวิตทางร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม เช่น เพศชายจะมีความเครียดที่น้อยกว่าเพศหญิง เพศชายจึงมักจะมีคุณภาพชีวิตทางกายที่มากกว่า

เพศหญิง กลุ่มที่อายุ 60 – 69 ปี เป็นผู้สูงอายุในช่วงเริ่มต้นสุขภาพกายและสุขภาพจิตยังดีอยู่จึงมีคุณภาพชีวิตทางร่างกายและจิตใจสูงกว่ากลุ่มที่อายุ 70 ปีขึ้นไป การมีรายได้สูงทำให้มีเงินทั้งในส่วนของการรักษาตัวและใช้จ่ายเพื่อตอบสนองความต้องการ สิ่งนี้ก็เป็นปัจจัยที่ส่งผลถึงการมีงบประมาณในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ซึ่งสิ่งนี้จะส่งผลไปยังคุณภาพชีวิตทางสิ่งแวดล้อม และการมีงบประมาณก็จะเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมทางสังคมอันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทางสังคมตามมา และการที่คู่ชีวิตยังมีชีวิตอยู่ทำให้มีคู่คิดและลดโอกาสการเป็นโรคซึมเศร้าได้ ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทางจิตใจ เป็นต้น ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Geun Myun Kim et al.⁽⁵⁾ ที่ได้รายงานว่าการมีรายได้สูงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ กิจกรรมต่างๆ ที่ปฏิบัติในชีวิตประจำวัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ อัญริษสาริกัลยะ⁽⁶⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร ที่รายงานว่าการศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุเพศชาย อายุ 60 -69 ปี ไม่มีอาชีพ รายได้สูง และสถานภาพมีคู่ จะมีคุณภาพชีวิตที่สูงกว่าอีกกลุ่ม

2) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพส่งผลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่ส่งผลมาถึงการปฏิบัติ และการ

ปฏิบัติก็จะส่งผลมายังคุณภาพชีวิต ยกตัวอย่าง เช่น การรับรู้โอกาสเสี่ยง ถ้ารับรู้ว่าการสวมหน้ากากอนามัยในที่ชุมชนจะลดโอกาสการติดเชื้อโควิด 19 เมื่อสวมหน้ากากอนามัยก็จะช่วยให้ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคดังกล่าว อีกทั้งเกิดความมั่นใจมากขึ้น นอกจากนี้หากมีการรับรู้ความรุนแรงก็จะยิ่งทำให้เราตระหนักและระมัดระวัง การรับรู้ประโยชน์ก็จะช่วยให้เราเห็นข้อดีของหน้ากากอนามัย การรับรู้อุปสรรค และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติเช่นกัน สิ่งเหล่านี้ส่งผลไปสู่การปฏิบัติของบุคคลและสังคม ทำให้ส่งผลถึงคุณภาพชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปณิชา แดงอุบลและคณะ⁽⁷⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม และพบว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงที่จะมีคุณภาพชีวิตไม่ดีขึ้นและการรับรู้ถึงอุปสรรคของการมีคุณภาพชีวิตดี เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และยังพบว่าการรับรู้ถึงอุปสรรคของการมีคุณภาพชีวิตดีส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณกร พลพิชัยและจันทรา อัยเอ็ง⁽¹⁴⁾ ที่ศึกษาคุณภาพชีวิต แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของชาวประมงในจังหวัดตรัง และพบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการทำงาน คุณภาพชีวิตด้านครอบครัว คุณภาพชีวิตด้านความเป็นอยู่ประจำวัน และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านครอบครัว คุณภาพชีวิตด้านความเป็นอยู่ประจำวัน และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการทำงาน คุณภาพชีวิตด้านครอบครัว และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและความเครียด

3) ปัจจัยส่วนบุคคลส่งผลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุผ่านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แต่ก็ไม่ได้ส่งผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ปัจจัยส่วนบุคคลส่งผลไปยังแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้น้อย แสดงให้เห็นว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สภาพการสมรส จำนวนสมาชิกในครัวเรือน การอยู่อาศัย

การเป็นสมาชิกของกลุ่มทางสังคม ไม่ได้เป็นตัวกำหนดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล นั้นแสดงให้เห็นว่าปัจจัยส่วนบุคคลไม่ได้เกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เช่น ไม่ว่าชายหรือหญิงก็มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน โดยผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Jang Keong Sook และ Song Rhayun⁽¹⁵⁾ ที่ได้ศึกษาแบบจำลองสมการโครงสร้างของพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชน และพบว่าอายุเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค

5. สรุปผลการศึกษา

รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้รับอิทธิพลรวมสูงสุดจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ รองลงมาคือปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถอธิบายความแปรปรวนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 25.1 นอกจากนี้เมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระที่เป็นองค์ประกอบของตัวแปรแฝงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ เป็นตัวแปรอิสระที่เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดของตัวแปรแฝงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ดังนั้นจึงควรดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพผู้สูงอายุโดยมุ่งเน้นกิจกรรมที่เป็นการชักนำสู่การปฏิบัติ เช่น การอบรมส่งเสริมอาชีพที่เป็นการสร้างงานพร้อมหาตลาดให้ ในกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง อายุ 70 ปี ขึ้นไป มีความเสี่ยงจากการทำงาน รายได้น้อย และสถานภาพมีโรคหรือหม้าย/หย่า/แยก เป็นต้น

6. กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนเงินทุนจากกองทุนวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

7. เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2561 [online]. แหล่งข้อมูล : https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1573033396-261_0.pdf. [เข้าถึงเมื่อ 13 มกราคม 2564].

2. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2563 [online]. แหล่งข้อมูล : <https://datastudio.google.com/u/0/reporting/18d9ad84-2802-4fc9-a464-9ff63ae44788/page/sYi0B> [เข้าถึงเมื่อ 13 มกราคม 2564].
3. ศูนย์อนามัยที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข. พีรามิดประชากร พระนครศรีอยุธยา ปี 2563 [online]. แหล่งข้อมูล : <http://203.157.71.115/hdc/dashboard/populationpyramid/changwat?year=2020&cw=14> [เข้าถึงเมื่อ 13 มกราคม 2564].
4. สำนักงานจังหวัดพระนครศรีอยุธยา สำนักงานจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. บรรยายสรุปจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ประจำปี 2563. พระนครศรีอยุธยา : สำนักงานจังหวัดพระนครศรีอยุธยา; 2564. 4-45.
5. Kim GM, Hong MS, Noh W. Factors affecting the health-related quality of life in community-dwelling elderly people. Public Health Nursing 2018; 35(6), 482-489.
6. อัญริช สาริกัลยะ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร. วารสารการวิจัยการบริหารการพัฒนา 2563; 10(4): 87-99.
7. ปณิชา แดงอุบล, สุจิตรา จันทวงษ์, ประยงค์ นะเขิน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม. วารสารบัณฑิตศึกษา 2556; 10(5): 95-112.
8. บรรลุ ศิริพานิชและคณะ. 8 โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ [online]. แหล่งข้อมูล: <https://thaitgri.org/?p=39092> [เข้าถึงเมื่อ 13 มกราคม 2564].
9. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. ปัญหาของผู้สูงอายุมีอะไรบ้าง [online]. แหล่งข้อมูล: <https://www.dop.go.th/th/know/15/461> [เข้าถึงเมื่อ 13 มกราคม 2564].
10. เทศบาลตำบลคลองจิก อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. สถิติประชากรตำบลคลองจิกอายุ 60 ปีขึ้นไป. เทศบาลตำบลคลองจิก; 15 ตุลาคม 2564.
11. Lindeman RH, Merenda PF, Gold RZ. Introduction to Bivariate and Multivariate Analysis. Scott, Foresman, Glenview; 1980.
12. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. พีรามิดประชากร พระนครศรีอยุธยา ปี 2563 [online]. แหล่งข้อมูล: <http://203.157.71.115/hdc/dashboard/populationpyramid/changwat?year=2020&cw=14> [เข้าถึงเมื่อ 13 มกราคม 2564].
13. Rathachatranon W. Analysis on Structural Equation Models for Public Administration Research. Asian Political Science Review 2018; 2(2): 33-42.
14. วรณกร พลพิชัย, จันทรา อัยเอ็ง. คุณภาพชีวิต แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชาวประมงในจังหวัดตรัง. ตรัง: คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการประมง มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย; 2561.
15. Jang KS, Song R, A Structural Equation Model of Fall Prevention Behavior among Community-dwelling Older Adults with Osteoarthritis. Korean Journal of Adult Nursing 2015; 27(6), 684-694.