JPHRI

วารสารวิจัย และนวัตกรรมทางสาธารณสุข

Journal of Public Health Research and Innovation

ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 (พฤษภาคม - สิงหาคม 2566)
Vol. 1 No. 3 (May - August 2023)
ISSN : 2822-0382



JPHRI
วารสารวิจัย และนวัตกรรมทางสาธารณสุข
Journal of Public Health Research and Innovation

ชื่อวารสาร วารสารวิจัย และนวัตกรรมทางสาธารณสุข
Journal of Public Health Research and Innovation
เจ้าของ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ
ที่ปรึกษา คณบดีคณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา
รองคณบดีฝ่ายวิจัย และบริการวิชาการ
รองศาสตราจารย์ สราวุธ สุธรรมาสา
บรรณาธิการ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ตั้ม บุญรอด
กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.พรพิมล กองทิพย์	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นุจรีย์ แซ่จิว	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนันญา จิระพรกุล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กฤตปภัช ตันติอมรกุล	มหาวิทยาลัยพะเยา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิริณธิ์ กิตติพิชัย	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชฎาภรณ์ อึ้งเจริญ	มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
ดร.ปทุมรัตน์ ศรีพันธุ์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
เภสัชกรหญิง ดร.ปุญชรัสมิ์ ศิริทรัพย์	กระทรวงสาธารณสุข
ดร.เจษฎา สุราวรรณ์	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น
ดร.สุภาวดี พันธุมาศ	มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.พิชชาดา ประสิทธิโชค	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
รองศาสตราจารย์ ดร.โสมศิริ เดชารัตน์	มหาวิทยาลัยทักษิณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ดุษณีย์ สุวรรณคง	มหาวิทยาลัยทักษิณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์.ดร. วันลภ ดิษสุวรรณ์	มหาวิทยาลัยทักษิณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิรุณรัตน์ แซ่ลิ้ม	มหาวิทยาลัยทักษิณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยมล พิทักษ์ ภาวศุทธิ	มหาวิทยาลัยทักษิณ
อาจารย์วิชชาดา สิมลา	มหาวิทยาลัยทักษิณ
ดร.สุปานดี มณีโลกย์	มหาวิทยาลัยทักษิณ
อาจารย์สุธีร์ อินทร์รักษา	มหาวิทยาลัยทักษิณ

กองจัดการวารสาร

อาจารย์วิชชาดา สิมลา	มหาวิทยาลัยทักษิณ
นางสาวอาทิตยา จันทระ	มหาวิทยาลัยทักษิณ

วัตถุประสงค์ 1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการ
2. เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ ข่าวสาร ความคิดเห็นประสบการณ์ทางด้านสาธารณสุข
3. เพื่อส่งเสริมให้เกิดความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์
4. เพื่อเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ร่วมงานวิชาชีพ

กำหนดออก กำหนดออก ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้
ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน
ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม
ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

รูปแบบเล่มขนาด A4

การเผยแพร่ ออนไลน์ (Online)

การติดต่อ กองจัดการวารสารวิจัย และนวัตกรรมทางสาธารณสุข
คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ
เลขที่ 222 หมู่ 2 ตำบลองบ้านพร้าว อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง 93210
Phone: 074 - 609613 ต่อ 4218
Email: btum@tsu.ac.th

บทบรรณาธิการ

วารสารวิจัย และนวัตกรรมทางสาธารณสุข (Journal of Public Health Research and Innovation) ได้ออกปีที่ 1 ฉบับที่ 3 (พฤษภาคม – สิงหาคม 2566) มีบทความทั้งหมด 5 เรื่องเป็นบทความวิจัย จำนวน 5 เรื่อง และบทความวิชาการ จำนวน 1 เรื่อง ในนามของบรรณาธิการวารสารขอขอบคุณคณะที่ปรึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิ (peer review) ที่กรุณาประเมินบทความวิจัย บทความวิชาการ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์สำหรับการปรับปรุงบทความให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ตลอดจน ผู้นิพนธ์ที่เตรียมต้นฉบับตรงตามรูปแบบตามที่วารสารกำหนด เป็นไปตามมาตรฐาน

กองบรรณาธิการวารสารวิจัย และนวัตกรรมทางสาธารณสุข คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ มุ่งมั่นที่จะเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการ ด้วยความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์ เป็นสื่อกลางสำหรับการแลกเปลี่ยนความรู้ ข่าวสาร ความคิดเห็นประสบการณ์ทางด้านสาธารณสุข ตลอดจนสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ร่วมงานวิชาชีพเพื่อพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพได้มาตรฐานที่กำหนด วารสารขอเชิญชวนผู้ที่มีผลงานด้านสาธารณสุข และสาขาที่เกี่ยวข้อง ส่งผลงานเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ โดยกำหนดการออกวารสารทุก 4 เดือน ปีละ 3 ฉบับ (เดือนม.ค.-เม.ย. พ.ค.-ส.ค. และ ก.ย.-ธ.ค.)

ท้ายสุดนี้วารสารขอขอบคุณผู้อ่านทุกท่านที่ให้ความสนใจวารสารนี้ (https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jphri/index) หากมีข้อเสนอแนะประการใดกรุณาส่งมาได้ที่กองบรรณาธิการวารสารวิจัย และนวัตกรรมทางสาธารณสุข btum@tsu.ac.th จะเป็นพระคุณยิ่ง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ตั้ม บุญรอด
บรรณาธิการ

สารบัญ

หน้า

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกมกราคม 2565 จังหวัดนครศรีธรรมราช 1
Factors Associated with Mortality in Patients with Coronavirus Disease 2019 Wave of January 2022 in Nakhon Si Thammarat Province
อรพรรณ คงศรีชาย, กาญจนาภรณ์ ไกรนรา
Oraphan Khongsrichay, Kanjanaporn Krainara

การประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา 16
The Application of Health Belief Model on Food Consumption among Pre – Hypertension Group in Khlong Hoi khong District, Songkhla Province
จุฬาศิกาญจน์ ใหม่แย้ม, ธวัลรัตน์ ศิริธรรม, จรินทร์ทิพย์ บุญชด, อรชนก ชูเอียด
Julasikan Maiyaem, Tawanrut Siritham, Charintip Boonchod, Ornchanok Chooeiad

ประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา 28
The Effectiveness of Household Waste Management in Namom District, Songkhla Province
มัยซาตูอักมา แม, ซูไรลา แปเหาะอิเล, นิภาศ นิลสุวรรณ
Maizatuakma Mae, Suraila Paehoh-ele, Nipas Nilsuwan

คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ 38
Quality of Work Life of Personnel in Krabi Provincial Public Health Office
จุไรรัตน์ อังสิริกุล
Jurairat Angsirikul

ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19 ของพนักงานในโรงแรม Alternative Local Quarantine อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ 51
Knowledge, Attitude and Preventive Behaviors of COVID-19 among Alternative Local Quarantine Hotel Personnel in Muang District, Krabi Province
จุฬารัตน์ บุณยะกวี
Chularat Boonyakawee


JPHRI
วารสารวิจัย และนวัตกรรมทางสาธารณสุข
Journal of Public Health Research and Innovation

JPHRI
Journal of Public Health Research and Innovation

Original research

Citation:
อรพรรณ คงศรีชาย กาญจนาภรณ์ ไกรนรา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกมกราคม 2565 จังหวัดนครศรีธรรมราช วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสาธารณสุข. 2566;1(3):1-15.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกมกราคม 2565 จังหวัดนครศรีธรรมราช

อรพรรณ คงศรีชาย[1], กาญจนาภรณ์ ไกรนรา[2]

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช
[2] กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพเนื่องจากเป็นโรคที่มีการเจ็บป่วยรุนแรงและส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตตามมาได้ การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยจะช่วยให้สามารถนำความรู้มาใช้ในการวางนโยบายเพื่อเฝ้าระวังป้องกันความรุนแรงที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วิธีการศึกษา: การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Retrospective Analytic Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การเสียชีวิตและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนครศรีธรรมราช ประชากรเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยในช่วงการระบาดของโรคระหว่างเดือนมกราคม -เมษายน 2565 จำนวน 4,328 คน เป็นกลุ่มป่วยเสียชีวิต 83 คน และกลุ่มป่วยไม่เสียชีวิต 4,245 คน จากสถานพยาบาล 63 แห่งในจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยใช้ข้อมูลจากระบบบูรณาการข้อมูลผู้ป่วย COVID-19 ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์ของปัจจัยการเสียชีวิตด้วยสถิติ Chi-square test, Fisher's exact test, Logistic Regression Analysis, Odds ratio: OR) และช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% CI)

ผลการศึกษา: ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.05$) ได้แก่ เพศชาย (OR= 2.12, 95% CI=1.34-3.29) อายุ≥ 60 ปี (OR=6.01, 95%CI=3.59-10.06) มีโรคประจำตัว (OR=4.06, 95%CI=1.87-8.83) ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (OR=2.00, 95%CI=1.29-3.09) ภาวะไขมันในเลือดสูง (OR=2.18, 95%CI=1.33-3.57) โรคหลอดเลือดสมอง (OR=2.36, 95%CI=1.20-4.63) วัณโรค (OR= 5.45, 95%CI=1.63-18.27) โรคถุงลมโป่งพอง (OR= 11.50, 95%CI= 5.60-25.46) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (OR= 7.91, 95%CI=2.70-23.14) โรคพาร์กินสัน (OR= 104.79, 95%CI=9.41-1,167.32) ความสัมพันธ์ของการเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นเมื่อมีโรคประจำตัว 2 โรค (OR= 10.42, 95%CI=4.47-24.27) และ 3 โรคขึ้นไปเป็น (OR=4.33, 95%CI=1.88-9.98) นอกจากนี้สัมพันธ์กับการรับวัคซีนไม่ครบโด้ส (OR=4.15, 95%CI=1.96-8.81) และ การไม่ได้รับวัคซีน (OR=6.26, 95%CI=3.92-9.98)

สรุปผล: การควบคุมปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันการเสียชีวิตควรเริ่มตั้งแต่ต้นน้ำคือ นโยบายมาตรการเร่งรัดการฉีดวัคซีน ศูนย์เฝ้าระวังค้นหากลุ่มเสี่ยงและคัดแยก/การค้นหาเชิงรุก เพื่อมีการสร้างความตระหนัก กลางน้ำคือ ระบบบริการผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงได้รับการวินิจฉัยและรักษาตามแนวทางที่รวดเร็วโดยการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และปลายน้ำคือ การกำกับติดตามต่อเนื่อง ผลลัพธ์การดูแลที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ การเสียชีวิต โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วันที่รับ: 5 ส.ค. 2566
วันแก้ไข: 23 ส.ค. 2566
วันตอบรับ: 29 ส.ค. 2566

ผู้นิพนธ์ประสานงาน:
อรพรรณ คงศรีชาย;
E-mail: kukmungmee@gmail.com

JPHRI
Journal of Public Health Research and Innovation

Original research

Factors Associated with Mortality in Patients with Coronavirus Disease 2019 Wave of January 2022 in Nakhon Si Thammarat Province

Citation:
Oraphan Khongsrichay, Kanjanaporn Krainara, Factors Associated with Mortality in Patients with Coronavirus Disease 2019 Wave of January 2022 in Nakhon Si Thammarat Province. Journal of Public Health Research and Innovation. 2023;1(3):1-15.

Oraphan Khongsrichay[1], Kanjanaporn Krainara[2]

[1] Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office

[2] Primary and Holistic Care Department, Thung Yai Hospital, Nakhon Si Thammarat Province

Abstract

Introduction: The COVID-19 virus infection has impacted healthcare systems due to its severity and potential fatality. Studying factors related to patient mortality can aid in policy formulation for more effective prevention of severe outcomes.

Methods: In this retrospective analytic study aimed to examine the mortality situation and analyze factors associated with COVID-19 patient deaths in Nakhon Si Thammarat province. The study population consisted of 4,328 individuals diagnosed during the epidemic period from January to April 2022. Among them, 83 patients died, while 4,245 survived. Data were gathered from 63 healthcare facilities in the province using the COVID-19 patient data integration system. Descriptive statistics were used for general data analysis, and statistical methods including Chi-square test, Fisher's exact test, logistic regression analysis, odds ratio (OR), and 95% confidence interval (95% CI) were applied to establish relationships between mortality and various factors.

Results: The study revealed statistically significant ($p<0.05$) factors associated with mortality included male gender (OR=2.12, 95% CI=1.34-3.29), age ≥ 60 years (OR=6.01, 95% CI=3.59-10.06), comorbidities such as hypertension (OR=2.00, 95% CI=1.29-3.09), dyslipidemia (OR=2.18, 95% CI=1.33-3.57), stroke (OR=2.36, 95% CI=1.20-4.63), tuberculosis (OR=5.45, 95% CI=1.63-18.27), chronic obstructive pulmonary disease (OR=11.50, 95%CI=5.60-25.46), immunodeficiency disorders (OR=7.91, 95% CI=2.70-23.14), Parkinson's disease (OR=104.79, 95% CI=9.41-1,167.32), and receiving incomplete vaccine doses (OR=4.15, 95% CI=1.96-8.81) or no vaccine (OR=6.26, 95% CI=3.92-9.98). The risk of mortality increased with the presence of two (OR=10.42, 95% CI=4.47-24.27) or three or more comorbidities (OR=4.33, 95% CI=1.88-9.98).

Conclusions: Effective mortality prevention strategies include accelerated vaccination efforts, proactive identification of high-risk groups, swift diagnosis and treatment of high-risk patients, and continuous monitoring and follow-up.

Keywords: Factors Associated, Mortality, Coronavirus disease 2019

Received: 5 August 2023
Revised: 23 August 2023
Accepted: 29 August 2023

Correspondent author to
Oraphan Khongsrichay;
E-mail: kukmungmee@gmail.com

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคระบาดที่มีรายงานผู้ติดเชื้อรายแรกในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีนเมื่อเดือนธันวาคม ค.ศ. 2019[1-2] เชื้อไวรัสได้พัฒนาอย่างรวดเร็วจนกลายเป็นโรคระบาดทั่วโลกโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ประกาศว่าเป็นโรคระบาดใหญ่ (Pandemic) ที่ทำให้เกิดอาการทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงส่งผลต่อการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของประชาชนจำนวนมาก[3] ทั่วโลกเร่งรัดการเฝ้าระวังป้องกันเพื่อควบคุมการระบาดเนื่องจากมีผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจนไม่สามารถรองรับปริมาณของผู้ป่วยในระบบสาธารณสุขได้ ส่งผลให้เกิดความรุนแรงของอาการและผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวนมาก ความรุนแรงของอาการและอาการแสดงจากการติดเชื้อ COVID-19 แตกต่างกันในแต่ละบุคคล บางรายแสดงอาการเพียงเล็กน้อยเพียงมีอาการคล้ายไข้หวัด พบอาการไข้ คัดจมูก มีน้ำมูก เจ็บคอ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ[4] สำหรับบางรายมีอาการรุนแรงถึงขั้นมีภาวะหายใจลำบาก ปอดอักเสบไปจนถึงระบบทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน[5] การแสดงระดับความรุนแรงของอาการแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับอายุ ระบบภูมิคุ้มกันและโรคประจำตัว ผลจากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากการติดเชื้อ COVID-19 จำแนกได้ ดังนี้ 1) อายุ โดยพบการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุเกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย 2) ประวัติโรคประจำตัวส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น 3) อาการทางคลินิกที่มีถึงระดับปอดอักเสบเพิ่มความรุนแรงมากยิ่งขึ้น และ 4) การไม่ได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค[6-8] เนื่องจาก COVID-19 เป็นโรคระบาดใหม่ที่ความรู้ทางด้านวิชาการยังมีข้อจำกัดดังนั้นสถานการณ์การระบาดในแต่ละพื้นที่อาจมีปัจจัยที่แตกต่างกัน

จังหวัดนครศรีธรรมราชมีสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ระลอกมกราคม 2565 (1 มกราคม 2565-30 เมษายน 2565) มีผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อจำนวนทั้งหมด 4,328 คน แบ่งเป็นกลุ่มป่วยเสียชีวิตจำนวน 83 คน (ร้อยละ 1.92) และกลุ่มป่วยไม่เสียชีวิตจำนวน 4,245 คน (ร้อยละ 98.08) จากสถานพยาบาล จำนวน 63 แห่งในจังหวัดนครศรีธรรมราช[9] ดังนั้นการศึกษาความสัมพันธ์กับเสียชีวิตผู้ป่วยโรค COVID-19 จะช่วยให้ทราบสถานการณ์การเสียชีวิตและทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วย ผลการวิจัยจะช่วยให้สามารถนำความรู้ที่ได้มาใช้ในการวางแผนกำหนดนโยบายเพื่อการเฝ้าระวังป้องกันความรุนแรงที่มีประสิทธิภาพให้พื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราชได้มากยิ่งขึ้น ซึ่งจะช่วยลดระดับความรุนแรงของการติดเชื้อและลดอัตราการเสียชีวิตได้ในอนาคต

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Retrospective Analytic Study) ศึกษาข้อมูลจากระบบบูรณาการข้อมูลผู้ป่วย COVID-19 ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค COVID-19 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565 ถึง วันที่ 30 เมษายน 2565 จาก 63 สถานพยาบาล ในจังหวัดนครศรีธรรมราช

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค COVID-19 ไม่จำกัดอายุ ที่พักอาศัยอยู่จริงในพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราช (Target Population) จำนวนทั้งหมด 4,328 คน แบ่งเป็นกลุ่มป่วยเสียชีวิต จำนวน 83 คน และกลุ่มป่วยไม่เสียชีวิต จำนวน 4,245 คน จากสถานพยาบาล จำนวน 63 คน แห่งในจังหวัดนครศรีธรรมราช ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565 ถึง วันที่ 30 เมษายน 2565

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ใช้กลุ่มประชากรทั้งหมด 4,328 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค COVID-19 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565 ถึง วันที่ 30 เมษายน 2565 พักอาศัยอยู่จริงในพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยจำแนกเป็นกลุ่มป่วยเสียชีวิตและกลุ่มป่วยไม่เสียชีวิต รายละเอียดดังนี้ 1) กลุ่มป่วยเสียชีวิต คือ ผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรค COVID-19 ช่วงวันที่ 1 มกราคม 2565 ถึง วันที่ 30 เมษายน 2565 จำนวน 83 คน และ 2) กลุ่มป่วยไม่เสียชีวิต คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค COVID-19 ช่วงวันที่ 1 มกราคม 2565 ถึง วันที่ 30 เมษายน 2565 จากบัญชีรายชื่อของผู้ป่วย โดยแยกกลุ่มผู้เสียชีวิตออก จำนวน 4,245 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยโดยรวบรวมข้อมูลจากระบบบูรณาการข้อมูลผู้ป่วยโรค COVID-19 ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำแนกเป็น 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ และประวัติโรคประจำตัว ส่วนที่ 2 ข้อมูลอาการทางคลินิก และส่วนที่ 3 ข้อมูลประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรค COVID-19

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. เมื่อผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

2. รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อโรค COVID-19 จากระบบบูรณาการข้อมูลผู้ป่วย COVID-19 ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 63 สถานพยาบาลในจังหวัดนครศรีธรรมราช ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565 ถึง วันที่ 30 เมษายน 2565

3. ดำเนินการตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูล หากพบว่าข้อมูลขาดความสมบูรณ์จะดำเนินการตรวจสอบข้อมูลซ้ำจากเวชระเบียนผู้ป่วยและหากพบว่าขาดความสมบูรณ์ของข้อมูลจริงจะดำเนินการตัดข้อมูลผู้ป่วยรายนั้นออกจากเวชระเบียน และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ใช้อธิบายลักษณะข้อมูลทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 และข้อมูลลักษณะอาการทางคลินิกด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic) ใช้วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตด้วยสถิติ Chi-square และ Fisher's exact test วิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) และนำเสนอความสัมพันธ์ด้วยค่าอัตราเสี่ยง (Odds Ratio: OR) และช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% CI)

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เลขที่เอกสารรับรอง NSTPH 013/ 2565 ลงวันที่ 26 พฤษภาคม 2565

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปและประวัติโรคประจำตัว ข้อมูลประชากรผู้ติดเชื้อ COVID-19 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565 ถึง 30 เมษายน 2565 จำนวน 4,328 คน พบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.55 และเพศชาย ร้อยละ 38.45 มีอายุเฉลี่ย 51.03 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 19.90 อายุต่ำสุด เท่ากับ 18 ปี อายุสูงสุด เท่ากับ 104 ปี อยู่ในกลุ่มอายุน้อยกว่า 60 ปี ร้อยละ 63.29 และกลุ่มอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ร้อยละ 36.71 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 73.15 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 26.85 ตามลำดับ จำแนกข้อมูลประวัติมีโรคประจำตัวพบว่าในกลุ่มป่วยที่เสียชีวิตมีโรคประจำตัว ร้อยละ 91.57 และกลุ่มป่วยไม่เสียชีวิตมีโรคประจำตัว ร้อยละ 72.79 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตผู้ป่วยโรค COVID-19 ด้านเพศ อายุ และประวัติมีโรคประจำตัวพบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ข้อมูลทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วยของกลุ่มประชากร COVID-19

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มประชากร (N= 4,328)		เสียชีวิต (N= 83)		ไม่เสียชีวิต (N= 4,245)		Chi-Square	*p*-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ							11.82	0.001*
หญิง	2,664	61.55	36	43.37	2,628	61.91		
ชาย	1,664	38.45	47	56.63	1,617	38.09		
อายุ							59.43	<0.001*
< 60 ปี	2,739	63.29	19	22.89	2,720	64.08		
≥ 60 ปี	1,589	36.71	64	77.11	1,525	35.92		
Min=18 ปี, Max=104 ปี, Mean=51.03 ปี, Median=51.00 ปี, SD=19.90 ปี								
โรคประจำตัว							14.61	<0.001*
ไม่มี	1,162	26.85	7	8.43	1,157	27.21		
มี	3,166	73.15	76	91.57	3,090	72.79		

*$p< 0.05$

2. ประวัติโรคประจำตัว การได้รับวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 และอาการทางคลินิก ดังนี้

2.1 ประวัติโรคประจำตัวกลุ่มผู้ป่วย COVID-19 จำแนกได้ทั้งหมด 13 โรค มีจำนวน 7 โรค ที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 48.19 (p=0.001) ภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 26.51 (p=0.002) โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 12.04 (p=0.010) โรคถุงลมโป่งพอง ร้อยละ 9.64 (p<0.001) โรคภูมิคุมกันบกพร่อง ร้อยละ 4.82 (p=0.003) วัณโรคปอด ร้อยละ 6.61 (p=0.002) และโรคพาร์กินสัน ร้อยละ 3.17 (p=0.001) ตามลำดับ แต่ไม่พบความสัมพันธ์กับการเสียชีวิต (p>0.05) ระหว่างโรคเบาหวาน โรคไต โรคหัวใจ โรคอ้วน โรคมะเร็ง และผู้ป่วยติดเตียง (p=0.807, 0.966, 0.955, 0.054, 0.901, และ 0.351) ตามลำดับ วิเคราะห์ความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตกับจำนวนโรคประจำตัว พบว่ากลุ่มป่วยที่เสียชีวิตสูงสุดมีจำนวนโรคประจำตัว 3 โรคขึ้นไป ร้อยละ 32.53 รองลงมามีโรคประจำตัว 2 โรค ร้อยละ 30.12 และมีโรคประจำตัว 1 โรค ร้อยละ 28.92 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) ดังตารางที่ 2

2.2 ข้อมูลประวัติการรับวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 พบว่ากลุ่มป่วยโรค COVID-19 ที่เสียชีวิตมีความสัมพันธ์กับการได้รับวัคซีนไม่ครบโด้ส (ได้รับ 1 เข็ม) ร้อยละ 50.60 และไม่ได้รับวัคซีน ร้อยละ 38.56 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) ดังตารางที่ 2

2.3 ข้อมูลอาการทางคลินิกจำนวน 14 อาการ พบ 2 อาการที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) ได้แก่ อาการปอดบวมร้อยละ 45.78 (p=0.004) และมีผื่น ร้อยละ 51.26 (p=0.002) แต่ไม่พบความสัมพันธ์กับ 12 อาการ ได้แก่ ไข้ ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก มีเสมหะ หายใจลำบาก ปวดกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ ถ่ายเหลว จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส และตาแดง (p=0.708, 0.352, 0.463, 0.418, 0.338, 0.932, 0.132, 0.675, 0.691, 0.432, 0.826 และ 0.568) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการรับวัคซีนป้องกัน COVID-19 ของกลุ่มประชากร COVID-19

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มประชากร (N= 4,328)		เสียชีวิต (N= 83)		ไม่เสียชีวิต (N= 4,245)		Chi-Square	*p*-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เบาหวาน							0.06	0.807
ไม่มี	3,025	69.89	57	68.67	2,968	69.92		
มี	1,303	30.11	26	31.33	1,277	30.08		
ความดันโลหิตสูง							10.09	0.001*
ไม่มี	2,940	67.93	43	51.81	2,897	68.24		
มี	1,388	32.07	40	48.19	1,348	31.76		
ภาวะไขมันในเลือดสูง							9.97	0.002*
ไม่มี	3,703	85.56	61	73.49	3,642	85.80		
มี	625	14.44	22	26.51	603	14.20		
โรคไต							0.00	0.966
ไม่มี	3,538	81.75	68	81.93	3,470	81.74		
มี	790	18.25	15	18.07	775	18.26		
หลอดเลือดสมอง							6.61	0.010*
ไม่มี	4,085	94.39	73	87.96	4,012	94.51		
มี	243	5.61	10	12.04	233	5.49		
หัวใจ							0.00	0.955
ไม่มี	3,588	82.90	69	83.13	3,519	82.90		
มี	740	17.10	14	16.87	726	17.10		

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการรับวัคซีนป้องกัน COVID-19 ของกลุ่มประชากร COVID-19 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มประชากร (N= 4,328)		เสียชีวิต (N= 83)		ไม่เสียชีวิต (N= 4,245)		Chi-Square	*p*-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
วัณโรค							9.53	0.002*
ไม่มี	4,296	99.26	80	96.39	4,216	99.32		
มี	32	0.74	3	3.61	29	0.68		
ถุงลมโป่งพอง							57.63	<0.001*
ไม่มี	4,281	98.91	75	90.36	4,206	99.08		
มี	47	1.09	8	9.64	39	0.92		
โรคอ้วน							5.45	0.054[F]
ไม่มี	4,283	98.96	80	96.39	4,203	99.01		
มี	45	1.04	3	3.61	42	0.99		
มะเร็ง							0.02	0.901
ไม่มี	4,030	93.14	77	92.77	3,953	93.12		
มี	298	6.86	6	7.23	292	6.88		
ภูมิคุ้มกันบกพร่อง (HIV)							20.03	0.003[F]*
ไม่มี	4,297	99.28	79	95.18	4,218	99.36		
มี	31	0.72	4	4.82	27	0.64		
พาร์กินสัน							66.91	0.001[F]*
ไม่มี	4,325	99.93	81	96.83	4,244	99.98		
มี	3	0.07	2	3.17	1	0.02		
ป่วยติดเตียง							0.87	0.351
ไม่มี	3,841	88.75	71	85.54	3,770	88.81		
มี	487	11.25	12	14.46	475	11.19		
จำนวนโรคประจำตัว							51.38	<0.001*
ไม่มีโรคประจำตัว	1,162	26.85	7	8.43	1,155	27.21		
จำนวน 1 โรค	1,689	39.02	24	28.92	1,665	39.22		
จำนวน 2 โรค	421	9.73	25	30.12	396	9.33		
จำนวน 3 โรคขึ้นไป	1,056	24.40	27	32.53	1029	24.24		
การรับวัคซีนป้องกัน Covid-19							76.91	<0.001*
ไม่ได้รับวัคซีน	3,355	77.52	32	38.56	3,323	78.28		
ได้รับ 1 เข็ม	739	17.07	42	50.60	697	16.42		
ได้รับ 2 เข็ม	234	5.41	9	10.84	225	5.30		

*$p<0.05$, F คือ Fisher's Exact Test

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์อาการทางคลินิกของกลุ่มประชากร (N= 4,328)

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มประชากร (N= 4,328)		เสียชีวิต (N= 83)		ไม่เสียชีวิต (N= 4,245)		Chi-Square	*p*-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ไข้							0.14	0.708
ไม่มี	2,102	48.57	42	40.60	2,060	48.53		
มี	2,226	51.43	41	49.40	2,185	51.47		
ไอ							0.87	0.352
ไม่มี	2,356	54.44	41	49.40	2,315	54.53		
มี	1,972	45.56	42	40.60	1,930	45.47		
เจ็บคอ							0.54	0.463
ไม่มี	2,226	51.43	46	55.42	2,180	51.50		
มี	2,102	48.57	37	44.58	2,065	48.65		
มีน้ำมูก							0.66	0.418
ไม่มี	2,418	55.87	50	60.24	2,368	55.78		
มี	1,910	44.13	33	39.76	1,877	44.22		
มีเสมหะ							0.92	0.338
ไม่มี	2,414	55.77	42	40.60	2,372	55.88		
มี	1,914	44.22	41	49.40	1,873	44.12		
หายใจลำบาก							0.01	0.932
ไม่มี	2,483	57.37	48	57.83	2,435	37.36		
มี	1,845	42.63	35	42.17	1,810	42.64		
ปวดกล้ามเนื้อ							2.26	0.132
ไม่มี	2,412	55.73	53	63.85	2,359	55.57		
มี	1,916	44.17	30	36.15	1,886	44.43		
ปวดศีรษะ							0.18	0.675
ไม่มี	2,405	55.57	48	57.83	2,357	55.52		
มี	1,923	44.43	35	42.17	1,888	44.48		
ถ่ายเหลว							0.16	0.691
ไม่มี	2,491	57.55	46	55.42	2,445	57.60		
มี	1,837	42.45	37	44.58	1,800	42.40		
จมูกไม่ได้กลิ่น							0.62	0.432
ไม่มี	2,266	52.35	47	56.63	2,219	52.27		
มี	2,062	47.64	36	43.37	2,026	47.73		
ลิ้นไม่รับรส							0.05	0.826
ไม่มี	2,347	54.23	46	55.42	2,301	54.20		
มี	1,981	45.77	37	44.58	1,944	45.80		
ปอดบวม							8.16	0.004*
ไม่มี	2,970	68.52	45	54.22	2,925	68.90		
มี	1,358	31.38	38	45.78	1,320	31.10		

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์อาการทางคลินิกของกลุ่มประชากร (N= 4,328)(ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มประชากร (N= 4,328)		เสียชีวิต (N= 83)		ไม่เสียชีวิต (N= 4,245)		Chi-Square	*p*-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ผื่น							10.01	0.002*
ไม่มี	2,124	49.08	55	66.27	2,069	48.74		
มี	2,204	50.92	28	33.73	2,176	51.26		
ตาแดง							0.33	0.568
ไม่มี	2,788	64.45	51	61.45	2,737	64.48		
มี	1,540	35.58	32	38.55	1,508	35.52		

*$p<0.05$

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตผู้ป่วย COVID-19 วิเคราะห์ผลด้วยวิธี logistic regression analysis เลือกตัวแปรที่ให้ค่า *p*-value<0.05 ที่ได้จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square เข้าสมการทั้งหมด 6 ปัจจัย ได้แก่ **1) ปัจจัยเรื่องเพศ** พบเพศชายสัมพันธ์กับการเสียชีวิตเป็น 2.12 เท่าของเพศหญิง (OR=2.12, 95%CI=1.34-3.29, *p*=0.001) **2) ปัจจัยเรื่องอายุ** พบผู้ป่วยที่มีอายุ ≥60 ปี สัมพันธ์กับการเสียชีวิตเป็น 6.01 เท่าของผู้ป่วยที่มีอายุ<60 ปี (OR=6.01, 95%CI=3.59-10.06, *p*<0.001) **3) ปัจจัยเรื่องมีโรคประจำตัว** พบผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวสัมพันธ์กับการเสียชีวิตเป็น 4.06 เท่าของกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว (OR=4.06, 95%CI=1.87-8.83, *p*<0.001) เมื่อจำแนกเป็นรายโรคพบว่า **(3.1) โรคความดันโลหิตสูง** สัมพันธ์กับการเสียชีวิตเป็น 2.00 เท่าของกลุ่มที่ไม่มีโรคความดันโลหิตสูง (OR=2.00, 95%CI=1.29-3.09, *p*=0.002) **(3.2) ภาวะไขมันในเลือดสูง** สัมพันธ์กับการเสียชีวิตเป็น 2.18 เท่าของกลุ่มที่ไม่มีภาวะไขมันในเลือดสูง (OR=2.18, 95%CI=1.33-3.57, *p*=0.002) **(3.3) โรคหลอดเลือดสมอง** สัมพันธ์กับการเสียชีวิตเป็น 2.36 เท่าของกลุ่มที่ไม่มีโรคหลอดเลือดสมอง (OR=2.36, 95%CI=1.20-4.63, *p*=0.013) **(3.4) วัณโรค** สัมพันธ์กับการเสียชีวิตเป็น 5.45 เท่าของกลุ่มที่ไม่มีวัณโรค (OR=5.45, 95% CI=1.63-18.27, *p*=0.006) **(3.5) โรคถุงลมโป่งพอง** สัมพันธ์กับการเสียชีวิตเป็น 11.50 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เป็นโรค (OR=11.50, 95%CI=5.60-25.46, *p*<0.001) **(3.6) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง** สัมพันธ์กับการเสียชีวิตเป็น 7.91 เท่าของกลุ่มที่ไม่มีโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (OR=7.91, 95%CI=2.70-23.14, *p*<0.001) **(3.7) โรคพาร์กินสัน** สัมพันธ์กับการเสียชีวิตเป็น 104.79 เท่าของกลุ่มที่ไม่มีโรคพาร์กินสัน (OR=104.79, 95%CI=9.41-1,167.32, *p*<0.001) ซึ่งการเพิ่มความสัมพันธ์การเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวที่สำคัญ คือ **4) จำนวนโรคประจำตัว** พบว่าผู้ป่วย COVID-19 ที่มีโรคประจำตัว 2 โรคสัมพันธ์กับการเสียชีวิตเพิ่มเป็น 10.42 เท่าของกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว (OR=10.42, 95%CI=4.47-24.27, *p*<0.001) และผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว 3 โรคสัมพันธ์กับการเสียชีวิตเป็น 4.33 เท่าของกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว (OR=10.42, 95%CI=1.88-9.98, *p*=0.001) **5) ประวัติการรับวัคซีนป้องกัน COVID-19** พบผู้ป่วยที่ไม่ได้รับวัคซีนสัมพันธ์กับการเสียชีวิตเป็น 6.26 เท่าของกลุ่มที่ได้รับวัคซีนป้องกัน COVID-19 จำนวน 2 เข็ม (OR=6.26, 95%CI=3.92-9.98, *p*<0.001) และการได้รับวัคซีนไม่ครบ 2 เข็ม สัมพันธ์กับการเสียชีวิตเป็น 4.15 เท่าของกลุ่มที่ได้รับวัคซีนจำนวน 2 เข็ม (OR=4.15, 95%CI=1.96-8.81, *p*<0.001) และ **6) อาการทางคลินิก** พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p*<0.05) ในกลุ่มที่มีอาการปอดบวม (Pneumonia) เท่ากับ 1.87 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีอาการ (OR=1.87, 95%CI=1.21-2.90, *p*=0.005) และอาการมีผื่นที่ผิวหนังสัมพันธ์เพียง 0.454 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีอาการ (OR=0.484, 95%CI=0.31-0.77, *p*=0.002) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตผู้ป่วย COVID-19 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธี logistic regression analysis (N= 4,328)

ตัวแปรที่ใช้ศึกษา	เสียชีวิต (N= 83)	ไม่เสียชีวิต (N= 4,245)	Odds Ratio	95% CI		*p*-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		Lower	Upper	
เพศ						
หญิง	36 (43.37)	2,628 (61.91)	1			
ชาย	47 (56.63)	1,617 (38.09)	2.12	1.34	3.30	0.001*
ช่วงอายุ						
< 60 ปี	19 (22.89)	2,720 (64.08)	1			
≥ 60 ปี	64 (77.11)	1,525 (35.92)	6.01	3.59	10.06	<0.001*
โรคประจำตัว						
ไม่มี	7 (8.43)	1,157 (27.21)	1			
มี	76 (91.57)	3,090 (72.79)	4.06	1.87	8.83	<0.001*
ความดันโลหิตสูง						
ไม่มี	40 (48.19)	2,897 (68.24)	1			
มี	43 (51.81)	1,348 (31.76)	2.00	1.29	3.09	0.002*
ภาวะไขมันในเลือดสูง						
ไม่มี	61 (73.49)	3,642 (85.80)	1			
มี	22 (26.51)	603 (14.20)	2.18	1.33	3.57	0.002*
หลอดเลือดสมอง						
ไม่มี	73 (87.96)	4,012 (94.51)	1			
มี	10 (12.04)	233 (5.49)	2.36	1.20	4.63	0.013*
วัณโรค						
ไม่มี	80 (96.39)	4,216 (99.32)	1			
มี	3 (3.61)	29 (0.68)	5.45	1.63	18.27	0.006*
ถุงลมโป่งพอง						
ไม่มี	75 (90.36)	4,206 (99.08)	1			
มี	8 (9.64)	39 (0.92)	11.50	5.20	25.46	<0.001*
ภูมิคุ้มกันบกพร่อง						
ไม่มี	79 (95.18)	4,218 (99.36)	1			
มี	4 (4.82)	27 (0.64)	7.91	2.70	23.14	<0.001*
พาร์กินสัน						
ไม่มี	81 (96.83)	4,244 (99.98)	1			
มี	2 (3.17)	1 (0.02)	104.79	9.41	1,167.32	<0.001*
จำนวนโรคประจำตัว						
ไม่มีโรคประจำตัว	7 (8.43)	1,155 (27.71)	1			
จำนวน 1 โรค	24 (28.92)	1,665 (39.22)	2.38	1.02	5.54	0.045*
จำนวน 2 โรค	25 (30.12)	396 (9.33)	10.42	4.47	24.27	<0.001*
จำนวน 3 โรคขึ้นไป	27 (32.53)	1,029 (24.24)	4.33	1.88	9.98	0.001*

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตผู้ป่วย COVID-19 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธี logistic regression analysis (N= 4,328)(ต่อ)

ตัวแปรที่ใช้ศึกษา	เสียชีวิต (N= 83)	ไม่เสียชีวิต (N= 4,245)	Odds Ratio	95% CI		*p*-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		Lower	Upper	
การรับวัคซีนป้องกัน COVID-19						
ได้รับ 2 เข็ม	9 (10.84)	225 (5.30)	1			
ได้รับ 1 เข็ม	42 (50.60)	697 (16.42)	4.15	1.96	8.81	<0.001*
ไม่ได้รับ	32 (38.56)	3,323 (78.28)	6.26	3.92	9.98	<0.001*
ปอดบวม (Pneumonia)						
ไม่มี	45 (54.22)	2,925 (68.90)	1			
มี	38 (45.78)	1,320 (31.10)	1.87	1.21	2.90	0.005*
ผื่น						
ไม่มี	55 (66.27)	2,069 (48.74)	1			
มี	28 (33.73)	2,176 (51.26)	0.484	0.31	0.77	0.002*

*$p<0.05$

อภิปรายผล

1. ปัจจัยด้านข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยด้านเพศและปัจจัยด้านอายุ ดังนี้ **1.1) ปัจจัยด้านเพศ** เพศชายพบความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตเป็น 2.12 เท่าเมื่อเทียบกับเพศหญิง เนื่องจากเพศชายมีโอกาสติดเชื้อง่ายและรุนแรงกว่าเพศหญิง[10-11] สอดคล้องกับการศึกษาของ Shepherd, Cheung, Pang, Saffery, & Novakovic[12] ที่พบว่าเพศหญิงมีอัตราการติดเชื้อไวรัสต่ำกว่าเพศชาย นอกจากนี้เมื่อศึกษาการเพิ่มของระดับภูมิคุ้มกันพบว่าในเพศหญิงสามารถเพิ่มระดับภูมิคุ้มกันได้สูงกว่าเพศชายเนื่องจากยีนของเพศหญิงตอบสนองต่อการเพิ่มของระดับภูมิคุ้มกันได้สูงกว่า และ **1.2) ปัจจัยด้านอายุ** พบความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรค COVID-19 ที่อายุ≥ 60 ปี เป็น 6.01 เท่าเมื่อเทียบกับอายุ< 60 ปี วิเคราะห์สาเหตุจากการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน innate immunity ในร่างกายลดลงทำให้เมื่อมีการติดเชื้อจะมีอาการรุนแรงและเสียชีวิตได้ง่าย สอดคล้องกับการศึกษาของภูมิพัฒน์ โล่สุริยะ[6] ที่พบว่าผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมีโอกาสเพิ่มระดับความรุนแรงของโรค COVID-19 เป็น 4.65 เท่า และการศึกษาของธนสรณ์ ศรีใช้ประวัติ[13] ที่พบความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตสูงกว่า 7.38 เท่า ซึ่งเป็นอัตราส่วนที่ใกล้เคียงกัน และผลการศึกษาดังกล่าวยังเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของ Banchongcharoenlert, & Chumchuen[14] และ Wu & McGoogan[15] ที่พบว่าผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตสูงหากมีการติดเชื้อ COVID-19 ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าปัจจัยด้านอายุจากผลการวิจัยทั้งในและต่างประเทศมีความสัมพันธ์สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน

2. ปัจจัยด้านประวัติโรคประจำตัว พบความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในกลุ่มที่มีโรคประจำตัวเป็น 4.06 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว และการเสียชีวิตได้เพิ่มสูงขึ้นเมื่อมีโรคประจำตัว 2 โรคเป็น 10.42 เท่า และ3 โรคขึ้นไปเป็น 4.33 เท่า ตามลำดับ ทั้งนี้กลุ่มโรคที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตที่พบในพื้นที่เป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มโรคในระบบทางเดินหายใจ โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง และโรคพาร์กินสัน สามารถจำแนกการอภิปรายผลได้ดังนี้ **2.1) กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง** (Non-Communicable Diseases) ซึ่งเป็นโรคร่วมที่พบมากที่สุด สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Guan, Liang, Zhao, Liang, Chen, Li, & He[7] โรคที่พบ ได้แก่ **(2.1.1) โรคความดันโลหิตสูง** พบความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตเป็น 2.00 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีโรคความดันโลหิตสูง อธิบายได้ว่าโรคความดันโลหิตสูงทำให้การทำงานของระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน-อัลโดสเตอโรน (Renin-angiotensin-aldosterone system) ผิดปกติส่งผลให้ลดระดับการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายจากสาเหตุการทำงานของแมคโครฟาจ (Macrophage)

และลิมโฟไซต์ (Lymphocyte) ลดลงจึงติดเชื้อไวรัสได้ง่ายและรุนแรงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Peng, He, Xue, Yang, Liu, & Gong[16] และ Badawi & Ryoo[17] ที่พบว่าความผิดปกติในการทำหน้าที่ของระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน-อัลโดสเตอโรนอาจเพิ่มความเสี่ยงของการติดเชื้อไวรัสและเพิ่มกระบวนการอักเสบเนื่องจากการหลั่ง Proinflammatory Cytokines เพิ่มขึ้นทำให้ความรุนแรงของโรคมากยิ่งขึ้นด้วย (**2.1.2) ภาวะไขมันในเลือดสูง** พบความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตเป็น 2.18 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีภาวะไขมันในเลือดสูง เนื่องจากการติดเชื้อ COVID-19 ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการเมตาบอลิซึมคลอเลสเตอรอล (Cholesterol) จากการซึมผ่านของเลือดในระบบไหลเวียนที่เพิ่มขึ้นจึงเกิดการรั่วไหลของคลอเลสเตอรอล LDL และเร่งการย่อยสลายของไขมันส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บของเส้นเลือดและความผิดปกติของเยื่อบุผนังหลอดเลือดเกิดกระบวนการอักเสบในหลอดเลือด สอดคล้องกับการศึกษาของ Cao, Yin, Albrecht, Fan, & Tan[18] และการศึกษาของ Tall, & Yvan-Charvet[19] ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติจะมีไลโปโปรตีนชนิดความหนาแน่นต่ำ (LDL) อยู่ในระดับสูงทำให้แมคโครฟาจ (Macrophage) กระตุ้นให้เกิด atherosclerotic plaques เกิดการอักเสบที่เพิ่มขึ้นเมื่อมีการติดเชื้อ COVID-19 จึงมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะไขมันในเลือดสูง **(2.1.3) โรคหลอดเลือดสมอง** มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตเป็น 2.36 เท่าของกลุ่มที่ไม่มีโรคหลอดเลือดสมอง (OR=2.36, 95%CI=1.20-4.63, p=0.013) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของสิทธิชัย บรรจงเลิศและพิศาล ชุมชื่น[20] ที่พบความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 3.47 เท่า อธิบายได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังที่ทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำและมีผลการศึกษาจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด lymphocyte ลดลง และสัมพันธ์กับโรคติดเชื้อที่รุนแรงกว่า 5.10 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีโรคหลอดเลือดสมอง[21] **2.2) กลุ่มโรคในระบบทางเดินหายใจ** พบความสัมพันธ์โรควัณโรคกับการเสียชีวิตเป็น 5.45 เท่า (OR=5.45, 95% CI=1.63-18.27, p=0.006) และโรคถุงลมโป่งพองกับการเสียชีวิตเป็น 11.50 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีโรค (OR=11.50, 95%CI=5.60-25.46, p<0.001) ผลการวิจัยใกล้เคียงกับผลการศึกษาของนฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศและคณะ[21] ที่พบว่าโรคปอดเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับอาการ COVID-19 ที่รุนแรง สามารถเพิ่มจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลได้ถึง 6 เท่าและเพิ่มอัตราการเสียชีวิตได้ถึง 12 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีโรค เนื่องจากการมีรอยโรคในระบบทางเดินหายใจอย่างถาวรทำให้การแลกเปลี่ยนอากาศในปอดไม่ทั่วถึง เกิดการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ เมื่อเกิดการอักเสบที่ปอดจากการติดเชื้อ COVID-19 จะเพิ่มการทำลายเนื้อปอดทำให้ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรค[22-23] **2.3) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง** สัมพันธ์กับการเสียชีวิตเป็น 7.91 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีโรค (OR=7.91, 95%CI=2.70-23.14, p<0.001) เนื่องจากโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องทำให้เกิดความพร่องของ CD4 T-lymphocyte ส่งผลให้ภูมิคุ้มกันลดลง จึงเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อได้หลายชนิดและเสี่ยงต่อโอกาสการเสียชีวิตที่สูงขึ้นอีกด้วย[24-26] **2.4) โรคพาร์กินสัน** พบความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตเป็น 104.79 เท่าของกลุ่มที่ไม่มีโรคพาร์กินสัน (OR=04.79, 95%CI=9.41-1,167.32, p<0.001) เนื่องจากโรคพาร์กินสันเป็นโรคเกี่ยวกับความเสื่อมของระบบประสาทสาเหตุจากการลดการหลั่งสาร dopamine ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยจะทำกิจกรรมได้ลดลง รบกวนการพักผ่อน และขาดความสามารถในการดูแลตนเอง[27-28] นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมักมีโรคและปัจจัยอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น โรคไม่ติดต่อและมักเป็นผู้สูงอายุดังนั้นเมื่อมีอาการติดเชื้อจึงมีแนวโน้มว่าจะมีอาการที่รุนแรงได้มากกว่ากลุ่มอื่นๆ[29]

3. ปัจจัยอาการทางคลินิก อาการทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) ได้แก่ **3.1) อาการปอดบวม (Pneumonia)** สัมพันธ์กับการเสียชีวิตเป็น 1.87 เท่าของกลุ่มที่ไม่มีอาการ (OR=1.87, 95%CI=1.21-2.90, p=0.004) อธิบายได้ว่าอาการปอดอักเสบทำให้เนื้อปอดถูกทำลายไม่สามารถแลกเปลี่ยนออกซิเจนได้ส่งผลให้ค่าระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดต่ำผู้ป่วยจะเกิดภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxia) จึงเพิ่มโอกาสเกิดระบบทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute respiratory failure) ได้[8] สอดคล้องกับการศึกษาของปิยนุช ปฏิภาณวัตร[30] ที่พบลักษณะความผิดปกติของภาพถ่ายรังสีทรวงอกด้วยคลื่นเอ็กเรย์มีการอักเสบของปอดแบบรุนแรงสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วย COVID-19 และ **3.2) อาการมีผื่นที่ผิวหนัง** มีความ

สัมพันธ์กับการเสียชีวิตเพียง 0.454 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีอาการ (OR=0.484, 95%CI=0.31-0.77, p=0.002) งานวิจัยพบข้อมูลการเกิดผื่นในกลุ่มป่วยที่เสียชีวิตจากการติดเชื้อ COVID-19 ร้อยละ 33.73 (28 ใน 83 รายที่เสียชีวิต) ซึ่งมีความแตกต่างกับกลุ่มป่วยที่ไม่เสียชีวิตมีข้อมูลการเกิดผื่นร้อยละ 51.26 (2,176 ใน 4,245 รายที่ไม่เสียชีวิต) ซึ่งการเกิดผื่นกระจายตามบริเวณผิวหนังมักเกิดร่วมกับอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ COVID-19 แบบไม่รุนแรง และมักพบร่วมกับกลุ่มอาการไข้ ไอ มีน้ำมูก ส่วนใหญ่อาการจะหายเป็นปกติได้เอง[31-32]

4. ปัจจัยด้านการได้รับวัคซีนป้องกันโควิด 19 พบว่าผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 ที่ไม่ได้รับวัคซีนสัมพันธ์กับการเสียชีวิตเป็น 6.26 เท่าของกลุ่มที่ได้รับวัคซีนป้องกันจำนวน 2 เข็ม (OR=6.26, 95%CI=3.92-9.98, p<0.001) และการได้รับวัคซีนไม่ครบ 2 เข็มสัมพันธ์กับการเสียชีวิตเป็น 4.15 เท่าของกลุ่มที่ได้รับวัคซีนจำนวน 2 เข็ม (OR=4.15, 95%CI=1.96-8.81, p<0.001) เช่นเดียวกับการศึกษาของพันธนีย์ ธิติชัย และภัณทิลา ทวีวิทยาการ[33] ที่พบว่าผู้ที่ไม่ได้รับวัคซีนมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19 ถึง 5.8 เท่าและมีโอกาสเสียชีวิตมากว่า 14 เท่าของผู้ที่รับวัคซีนครบ 2 เข็ม อธิบายผลดีจากการรับวัคซีนได้ว่าวัคซีนช่วยกระตุ้นภูมิคุ้มกัน (antigen) ของร่างกายทำให้ระบบภูมิคุ้มกันรู้จักเชื้อ COVID-19 เกิดกลไกการสร้างภูมิคุ้มกัน (antibody) ภายหลังเมื่อได้รับเชื้อ COVID-19 เข้าสู่ร่างกายระบบภูมิคุ้มกันจะลดการตอบสนองต่อการอักเสบที่รุนแรงจึงช่วยลดโอกาสการเกิดปอดอักเสบแบบรุนแรงได้[34-35] สอดคล้องกับการศึกษาของสายวลุน จันทคาม, สุคนธ์ทิพย์ ปัตติทานัง และนันทกร แสนราชา[36] ที่ศึกษาความสัมพันธ์การเกิดปอดอักเสบรุนแรงในผู้ป่วย COVID-19 พบว่าการได้รับวัคซีนครบโด้สช่วยลดอาการปอดอักเสบแบบรุนแรงได้ประมาณ 10 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีนป้องกัน นอกจากนี้ยังมีรายงานผลการศึกษาผู้ป่วยที่มีปอดอักเสบแบบรุนแรงพบในกลุ่มที่ไม่มีประวัติการรับวัคซีนถึง ร้อยละ 71.50-78.00 ของผู้ป่วยที่มีปอดอักเสบทั้งหมด[8, 37]

สรุปผล

ผู้ป่วย COVID-19 ที่เป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดสมองวัณโรค โรคถุงลมโป่งพอง โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคพาร์กินสัน เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นการพัฒนาระบบเพื่อทำให้กลุ่มเสี่ยงเหล่านี้เข้าสู่ระบบการวินิจฉัยและรักษาอย่างรวดเร็วจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อ การป้องกันการเสียชีวิตควรเริ่มตั้งแต่มาตรการเร่งรัดการฉีดวัคซีน ศูนย์เฝ้าระวังค้นหากลุ่มเสี่ยงและคัดแยก/ การค้นหาเชิงรุก การสร้างความตระหนัก ระบบบริการผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงควรได้รับการวินิจฉัยและรักษาตามแนวทางที่รวดเร็ว และการติดตามอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

ผู้วิจัยใช้ข้อมูลทุติภูมิจากระบบบูรณาการข้อมูลผู้ป่วย COVID-19 ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจึงสามารถวิเคราะห์ความสัมพันธ์การเสียชีวิตได้เฉพาะปัจจัยที่มีอยู่ในฐานข้อมูลตามช่วงระยะเวลาเท่านั้นจึงอาจมีความแตกต่างของปัจจัยตามบริบทของแต่ละพื้นที่ ดังนั้นควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในพื้นที่ด้วยวิธีการวิจัยหลายๆ แบบเพื่อความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดีจากการสนับสนุนของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราชและผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลในการทำการศึกษาวิจัยเพื่อนำมาวางแผนพัฒนาระบบบริการและกำหนดแนวทางมาตรการเฝ้าระวังโรคระบาดต่างๆ ที่อาจจะอุบัติใหม่ นอกจากนี้ขอขอบคุณคณะทีมร่วมทำงานที่ช่วยตรวจสอบข้อมูล ให้คำแนะนำทางด้านวิชาการ รวมทั้งให้กำลังใจตลอดระยะเวลาดำเนินการวิจัยจนเสร็จสิ้นกระบวนการ

เอกสารอ้างอิง

1. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, Tan W. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. New England journal of medicine. 2020;382(8):727-733.
2. Team E. The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19) China, 2020. China CDC weekly. 2020;2(8):113.

3. World Health Organization. Novel Corona Virus 2019 [Online]. 2020 [cited 2022 Jan 5]. Available from: https://www.who.int/emergencies/diseases/novelcoronavirus-2019
4. Rajnik M, Cascella M, Cuomo A, Dulebohn SC, Di Napoli R. Features, evaluation, and treatment of coronavirus (COVID-19). Uniformed Services University of The Health Sciences. 2021 Mar 1.
5. Grant MC, Geoghegan L, Arbyn M, Mohammed Z, McGuinness L, Clarke EL, Wade RG. The prevalence of symptoms in 24,410 adults infected by the novel coronavirus (SARS-CoV-2; COVID-19): A systematic review and meta-analysis of 148 studies from 9 countries. PloS one. 2020 Jun 23;15(6):e0234765.
6. Losuriya P. Factors Affecting Increased Severity of COVID-19during Treatment in Lamphun Province. Lanna Public Health Journal. 2565;18(2):91-101.
7. Guan WJ, Liang WH, Zhao Y, Liang HR, Chen ZS, Li YM, et al. Comorbidity and its impact on 1590 patients with COVID-19 in China: a nationwide analysis. Eur Respir J 2020;55:Article2000547.
8. Schiebler M, Bluemke D. Seeing Is Believing: COVID-19 Vaccination Leads to Less Pneumonia at Chest CT. Radiology. 2022;303(3):693-5.
9. Emergency Operations Center. Thailand situation update on Covid-19. [online]. [cited 2023 May 5]. Available from https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situationno544-300664.pdf
10. Jaillon S, Berthenet K, Garlanda C. Sexual dimorphism in innate immunity. Clinical reviews in allergy & immunology. 2019 Jun 15;56:308-21.
11. Patel U, Malik P, Usman MS, Mehta D, Sharma A, Malik FA, Khan N, Siddiqi TJ, Ahmed J, Patel A, Sacks H. Age-adjusted risk factors associated with mortality and mechanical ventilation utilization amongst COVID-19 hospitalizations-a systematic review and meta-analysis. SN comprehensive clinical medicine. 2020 Oct;2:1740-9.
12. Shepherd R, Cheung AS, Pang K, Saffery R, Novakovic B. Sexual dimorphism in innate immunity: the role of sex hormones and epigenetics. Frontiers in immunology. 2021 Jan 21;11:604000.
13. Srichaiprawat T. Factor Associated with Deaths Due to Coronavirus Disease 2019 in Nonthaburi Province. Department of health Service Support Journal. 2023;19(1):47-60.
14. Banchongcharoenlert S, Chumchuen P. Case fatal rate and factors associated with deaths due to COVID-19 in Damnoen Saduak Hospital, Ratchaburi province. Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life. 2022;2(1):25-37.
15. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. Jama. 2020;323(13):1239-1242.
16. Peng M, He J, Xue Y, Yang X, Liu S, Gong Z. Role of Hypertension on the Severity of COVID-19: A Review. Journal of cardiovascular pharmacology. 2021;78(5):e648.
17. Badawi A, Ryoo S.G. Prevalence of comorbidities in the Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV): a systematic review and meta-analysis. International journal of infectious diseases. 2016;49:129-133.
18. Cao X, Yin R, Albrecht H, Fan D, Tan W. Cholesterol: A new game player accelerating vasculopathy caused by SARS-CoV-2. American Journal of Physiology-Endocrinology and Metabolism. 2020.
19. Tall AR, Yvan-Charvet L. Cholesterol inflammation and innate immunity. Nature Reviews Immunology. 2015;15(2):104-116.

20. Banchongcharoenlert S, Chumchuen P. Case fatal rate and factors associated with deaths due to COVID-19 in Damnoen Saduak Hospital, Ratchaburi province. Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life. 2022;2(1): 25-37.
21. Sawanpanyalert N, Sirijatuphat R, Sangsayunh P, Putcharoen O, Manosuthi W, Intalapaporn P, Chokephaibulkit K. Assessement of outcomes following implementation of antiviral treatment guidelines for COVID-19 during the first wave in Thailand. Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health. 2021;52(4):572-585.
22. Niyasom K. Nursing care for chronic obstructive pulmonary disease patients with respiratory failure: a case study. Research and Health System Journal. 2020;13(2):70-77.
23. Pongpirul WA, Wiboonchutikul S, Charoenpong L, Panitantum N, Vachiraphan A, Uttayamakul S, Prasithsirikul W. Clinical course and potential predictive factors for pneumonia of adult patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A retrospective observational analysis of 193 confirmed cases in Thailand. PLoS neglected tropical diseases. 2020;14(10), e0008806.
24. Maartens G, Boulle A. CD4 T-cell responses to combination antiretroviral therapy. The Lancet. 2007 Aug 4;370(9585):366-8.
25. Larzabal FJ, Vilela A, Brusca S, Saluzzi I, Ghergo GE, Angiono MA. Simultaneous diagnosis and favorable evolution of infection with Pneumocystis jirovecii, SARS-CoV-2 and advanced HIV. Medicina. 2020;80(5):554-556.
26. World Health Organization. Clinical features and prognostic factors of COVID-19 in people living with HIV hospitalized with suspected or confirmed SARS-CoV-2 infection, 15 July 2021. World Health Organization;2021.
27. Tysnes OB, Storstein AJ. Epidemiology of Parkinson's disease. Neural Transm (Vienna). 2017;124(8):901–905.
28. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, Rubin GJ. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. The lancet.2020; 395(10227):912-920.
29. Bonanad C, García-Blas S, Tarazona-Santabalbina F, Sanchis J, Bertomeu-González V, Fácila L, Cordero A. (2020). The effect of age on mortality in patients with COVID-19: a meta-analysis with 611,583 subjects. Journal of the American Medical Directors Association. 2020;21(7):915-918.
30. Pratipanawat P. Factors of Affecting fatality with COVID-19 patients in Kalasin Hospital. Journal of Health and Environmental Education. 2565;7(1):64-71.
31. Casas G. Catala a, Carretero H. et al. Classification of the cutaneous manifestations of COVID19: a rapid prospective nationwide consensus study in Spain with 375 cases. Br J Dermatol. 2020.
32. Diotallevi F, Campanati A, Bianchelli T, Bobyr I, Luchetti MM, Marconi B, Martina E, Radi G, Offidani A. Skin involvement in SARS-CoV-2 infection: case series. Journal of Medical Virology. 2020;92(11):2332.
33. Thitichai P, Taweewittarykarn P. Report on the review of the situation of COVID-19 and global control and prevention measures in Thailand. Technology and Epidemiology Group, Division of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. 2022.
34. Brogna B, Bignardi E, Brogna C, Capasso C, Gagliardi G, Martino A, et al. COVID-19 Pneumonia in Vaccinated Population: A Six Clinical and Radiological Case Series. Medicina. 2021;57(9):891.
35. Murillo-Zamora E, Trujillo X, Huerta M, Ríos-Silva

M, Guzmán-Esquivel J, Benites-Godínez V, et al. COVID-19 vaccines provide better protection against related pneumonia than previous symptomatic infection. International Journal of Infectious Diseases. 2022;120:142-5.

36. Juntakam S, Pattitanung S, Seanracha N. Factors Associated with Severe Pneumonia among Coronavirus Disease 2019 Patients. Mahasarakham Hospital Journal. 2565; 19(3):177-188.
37. Bajpai J, Kant S, Verma A, Patwa AK, Atam V, Chaudhary SC, et al. The Severity of COVID 19 Pneumonia in Vaccinated vs. Non-vaccinated Patients in the Second Wave: An Experience from a Tertiary Care Center in India. Cureus. 2022;14(5):1-12.

JPHRI
Journal of Public Health Research and Innovation

Original research

Citation:
จุฬาศิกาญจน์ ใหม่แย้ม, ธวัลรัตน์ ศิริธรรม, จรินทร์ทิพย์ บุญชด, อรชนก ชูเอียด. การประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสาธารณสุข. 2566;1(3):16-27.

การประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา

จุฬาศิกาญจน์ ใหม่แย้ม[1], ธวัลรัตน์ ศิริธรรม[1], จรินทร์ทิพย์ บุญชด[2], อรชนก ชูเอียด[2]

[1] ฝ่ายปฏิบัติการคลินิก โรงพยาบาลวิรัชศิลป์ จังหวัดชุมพร
[2] กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา

บทคัดย่อ

บทนำ: จากข้อมูลในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลคลองหอยโข่ง อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา ปี 2558–2562 พบว่ามีกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ร้อยละ 8.2, 16.2, 10.2, 23.1 และ 29.6 ตามลำดับ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย กลุ่มทดลอง จำนวน 37 คน กลุ่มควบคุม จำนวน 36 คน ที่มีอายุอยู่ระหว่าง 35-59 ปี จำนวน 83 คน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสัมภาษณ์ สำหรับกิจกรรมที่ใช้ ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สาธิตการวัดความดันโลหิตที่ถูกวิธี การใช้ตัวแบบ การร่วมกันวางแผนเพื่อกำจัดอุปสรรค การวิเคราะห์อาหาร หวาน มัน เค็ม สาธิตวิธีการประกอบอาหารแนวใหม่โดยการนำเมนูตามแนวทางของ DASH วัดค่าความเค็มในอาหาร วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิสัย และมัธยฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ Paired t-test, Independent t – test, Wilcoxon Matched-Pairs Signed Ranks Test และMann – Whitney U test

ผลการศึกษา: ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ส่วนการรับรู้อุปสรรคไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.116) ค่าความดันโลหิตหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองอยู่ระดับปกติ ร้อยละ 35.2 และกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติ ร้อยละ 41.7

สรุปผล: ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการบริโภคอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

วันที่รับ: 9 ส.ค. 2566
วันแก้ไข: 26 ส.ค. 2566
วันตอบรับ: 30 ส.ค. 2566

ผู้นิพนธ์ประสานงาน:
จุฬาศิกาญจน์ ใหม่แย้ม;
Email: Grace9485@gmail.com

JPHRI
Journal of Public Health Research and Innovation

Original research

The Application of Health Belief Model on Food Consumption among Pre – Hypertension Group in Khlong Hoi khong District, Songkhla Province

Julasikan Maiyaem[1], Tawanrut Siritham[1], Charintip Boonchod[2], Ornchanok Chooeiad[2]

[1] Clinical Operation Division, Virajsilp Hospital, Chumphon Province
[2] Primary and Holistic Care Department, Khlong Hoi Khong Hospital, Songkhla Province

Citation:
Julasikan Maiyaem, Tawanrut Siritham, Charintip Boonchod, Ornchanok Chooeiad. The Application of Health Belief Model on Food Consumption among Pre – Hypertension Group in Khlong Hoi khong District, Songkhla Province. Journal of Public Health Research and Innovation. 2023;1(3):16-27.

Abstract

Background: The main purpose of this quasi-experimental study was to determine the application of Health Belief Model on food consumption among pre-hypertension group in Khlong Hoi Khong District, Songkhla Province.

Methods: This research is a quasi-experimental research. A sample of 83 people consisted of the experimental group 37 people, the control group 36 people. All of them aged between 35-59 years. Instrument of this study included questionnaires, hypertensive lesson, pressure measuring demonstration and reverse demo, role model, cooperation for planning to sought a way for health problem solving, analysis of sweet and salty foods, cooking demonstration by applying DASH guidelines, measuring the salinity in the food. The data were analyzed by descriptive statistics including frequency distribution, percentage, mean and standard deviation, range and median, and the inferential statistics including Paired t-test, Independent t-test, Wilcoxon Matched-Pairs Signed Ranks Test, Mann - Whitney U test.

Results: The study showed that scores of knowledge, perceived susceptibility, perceived severity, and perceived benefits about hypertension and food consumption behavior between the experimental and control groups were significantly different (p-value <0.001). however, perceived barriers were not significantly different between groups (p-value = 0.116). Moreover, at post-test reported BMI among the experimental groups and control group were 25.4 (SD= 4.6) Kg/m2 and 26.7 (SD= 7) Kg/m2, respectively. Furthermore, at post-test 35.2% of experimental groups had normal blood pressure levels (80-84 and /or 120-129 mm Hg) while, 41.7% of the control group had a higher than normal (85-89 and/or 130-139 mm Hg).

Conclusions: This study suggests implementing community assessment for planning lessons or design activities that as an important tool for changing food consumption behavior.

Keyword: health belief model, food consumption, pre-hypertension group

Received: 9 August 2023
Revised: 26 August 2023
Accepted: 30 August 2023

Correspondence to
Julasikan Maiyaem;
Email: Grace9485@gmail.com

บทนำ

ความดันโลหิตสูงคือโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากการที่หลอดเลือดแดงแคบลงหรือหดตัวทำให้เลือดที่จะไปเลี้ยงร่างกายผ่านหลอดเลือดได้ช้า และน้อยลง หัวใจต้องสูบฉีดเลือดแรงขึ้น เพื่อที่จะมีเลือดไปเลี้ยงร่างกายได้เพียงพอ โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ โดยผู้ที่มีค่าระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure (SBP)) ในช่วง 130-139 mmHg และ/หรือ ค่าระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure (DBP)) ในช่วง 85-89 mmHg จัดเป็นกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง[1] จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1 พันล้านคนทั่วโลก และคาดว่าในปี 2568 ความชุกของผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน ซึ่งเป็นผู้ชายมากกว่า 1 ใน 4 คน และผู้หญิง 1 ใน 5 คน ที่มีภาวะของความดันโลหิตสูง ส่งผลให้ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงถึง 7.5 ล้านคน[2]

ในพื้นที่จังหวัดสงขลา ปีงบประมาณ 2558-2562 พบอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 10.9, 10.2, 11.6, 12.3 และ 12.9 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าแม้ปี 2559 อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงลดลงแต่ในอีก 3 ปีให้หลังอัตราการป่วยก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และจากข้อมูลในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลคลองหอยโข่ง อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา ปี 2558–2562 พบว่ามีกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 8.2, 16.2, 10.2, 23.1 และ 29.6 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าแม้จำนวนของกลุ่มเสี่ยงในปี 2560 จะลดลงแต่อีกสามปีให้หลังอัตรา กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงกลับเพิ่มขึ้นแบบก้าวกระโดด[3] ต่อมาจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ปี 2563 ในหมู่ที่ 1 พบกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 16 คน หมู่ที่ 2 พบกลุ่มเสี่ยง จำนวน 64 คน และ ในพื้นที่หมู่ 3 พบกลุ่มเสี่ยง จำนวน 28 คน รวมทั้งหมด 108 คน[4]

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง เช่น เพศ อายุ พันธุกรรม และปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพ คือการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ไม่ออกกำลังกาย มีความเครียด มีภาวะอ้วน และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร หวาน มัน เค็ม เพราะการบริโภคอาหารที่มีเกลือ โซเดียมสูง[5] จากปัจจัยดังกล่าวส่งผลให้เกิดกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ ส่งผลกระทบทั้งทางร่างกาย ทำให้หลอดเลือดถูกทำลาย มีภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะสำคัญของร่างกาย ได้แก่ หัวใจ สมอง และไต ผู้ป่วยอาจเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยอาการหัวใจวาย 60–70% เสียชีวิตจากเส้นเลือดในสมองแตก 20-30% และเสียชีวิตจากไตวายเรื้อรังอีก 5–10%[6] นอกจากนี้ยังทำให้เกิดทุกข์ทางจิตใจที่ต้องเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล เสียค่ารักษาพยาบาลมากขึ้น สูญเสียเวลาในการทำงาน และมีบทบาทในสังคมลดน้อยลง อีกทั้งส่งผลกระทบต่อครอบครัวรวมถึงสภาพจิตใจของสมาชิกในครอบครัวเป็นอย่างมาก[7]

จากการศึกษาบริบทพื้นที่ พบว่าอำเภอคลองหอยโข่ง ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ สวนยางพาราและรับจ้างทั่วไปทำให้มีวิถีชีวิตที่เร่งรีบ ไม่มีเวลาประกอบอาหารเองจึงนิยมบริโภคอาหารสำเร็จรูป ข้าวราดแกง อาหารจานด่วน หรืออาหารแปรรูป เช่น อาหารหมักดอง อาหารตากแห้ง อาหารบรรจุกระป๋องซึ่งจะมีส่วนประกอบของกะทิ น้ำมัน และเครื่องปรุงรสในปริมาณมาก ทำให้ประชาชนในพื้นที่อำเภอคลองหอยโข่งมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมจะเกิดขึ้นได้ดีหากกลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้ถึงความเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรง และมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารจะเป็นประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงหรือในกรณีที่เกิดขึ้นแล้วก็ช่วยลดความรุนแรงของโรค ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสียหรือไม่มีอุปสรรคหรือความยากลำบากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามมา จะทำให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ[8] ซึ่งเป็นแบบจำลองที่ให้ความสำคัญกับการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค รวมถึงการรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคของ การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค เพื่อใช้เพื่อเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา

วิธีการศึกษา

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) แบบสองกลุ่มวัดก่อน และหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest)

ประชากร คือ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุระหว่าง 35-59 ปี ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา มีค่าระดับความดันโลหิตตัวบนในช่วง 130-139 มม.ปรอท และ/หรือค่าระดับความดันโลหิตตัวล่าง ในช่วง 85-89 มม.ปรอท จำนวน 108 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง เพื่อทดสอบค่าเฉลี่ยของตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (กลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม) โดยใช้สูตรในการคำนวณขนาดตัวอย่างดังนี้[9]

$$n = \frac{2\sigma_p^2\left(Z_\alpha + Z_\beta\right)^2}{\left(\mu_1 - \mu_2\right)} = 34$$

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมงานการศึกษาของ วงศ์ชญพจณ์ พรหมศิลา, สุภาพร แบวบุตร และ ประทุมา ฤทธิ์โพธิ์[10] พบว่า

μ_1 คือ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านอาหารหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองเป็น 126.47

μ_2 คือ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านอาหารหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองเป็น 99.87

σ^2 คือ ค่าความแปรปรวนรวม เท่ากับ 34

Z_α คือ ค่าความเชื่อมั่นที่กำหนด 95% (1.96)

Z_β คือ ค่าอำนาจการทดสอบที่ 90% (1.28)

ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้เท่ากับ 34 คน ในการศึกษาวิจัยมีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ขาดหายไประหว่าง โดยกำหนดให้ค่าอัตราการสูญเสียเท่ากับ 7% (R=0.07)

$$n_{adj} = \frac{n}{(1-d)} = \frac{34}{(1-0.07)} = 37$$

ดังนั้นขนาดตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 37 คน/กลุ่ม รวมกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เท่ากับ 74 คน ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบ Systematic random sampling

เครื่องมือที่ใช้และการตรวจสอบคุณภาพ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลภาวะสุขภาพ ข้อมูลความรู้ การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองกับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ โปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น ดังนี้

กิจกรรม 1 “รู้ทันภัย ใส่ใจโรคความดันโลหิตสูง” เป็นการให้ความรู้ด้วยการแสดงบทบาทสมมติ และการอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

กิจกรรม 2 รู้ตัวเลข “รู้เสี่ยง เลี่ยงโรคความดันโลหิตสูง” เป็นการสาธิต และสาธิตย้อนกลับวิธีการวัด ความดันโลหิตที่ถูกต้อง เพื่อสามารถประเมินค่าระดับความดันโลหิตของตนเอง

กิจกรรมที่ 3 “ตั้งเป้า เล่าความหวัง” การให้กลุ่มทดลองบันทึกค่าความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย ที่ตนเองคาดหวังลงในบัตรเป้าหมายของฉัน เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

กิจกรรมที่ 4 “กินอย่างไรห่างไกลความดันโลหิตสูง” การบรรยายเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและสรรพคุณของผักพื้นบ้านเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การวิเคราะห์อาหาร หวาน มัน เค็ม ประกอบสื่อธงโภชนาการและอาหารตามสัญญาณไฟ สาธิตวิธีการประกอบอาหารแนวใหม่ตามแนวทางของ DASH มาปรับใช้เพื่อให้เข้ากับวิถีชีวิตของชาวบ้าน และกระตุ้นความสนใจโดยให้กลุ่มทดลองร่วมกันประกอบอาหาร และแจกแบบบันทึกอาหาร (Food record)

กิจกรรมที่ 5 “สื่อให้รู้ดูผลกระทบความดันโลหิตสูง” การเล่าเรื่องพร้อมยกกรณีศึกษาและอภิปรายเกี่ยวกับผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูง ทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม และการดำเนินชีวิตประจำวัน

กิจกรรมที่ 6 “Model มา นำพาให้รู้ประโยชน์” การให้ตัวแบบที่ประสบความสำเร็จ มาเล่าประสบการณ์และประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองซักถามและร่วมกันบอกเล่าประสบการณ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเอง

กิจกรรมที่ 7 “บอกเล่า ก้าวผ่านอุปสรรค” การแลกเปลี่ยนสิ่งที่ตนคิดว่าจะเป็นอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองและร่วมกันวางแผนเพื่อกำจัดอุปสรรคนั้น เพื่อที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

กิจกรรมที่ 8 “เยี่ยมบ้าน” แจกสมุดความรู้ วัดค่าความเค็มในอาหาร วัดความดันโลหิตของกลุ่มทดลองและพูดคุยเกี่ยวกับค่าความดันโลหิต และคืนข้อมูลแก่ชุมชน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 6 สัปดาห์ ตั้งแต่ วันที่ 17 มกราคม – 28 กุมภาพันธ์ 2564 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดการศึกษาในครั้งนี้ให้แก่ผู้อำนวยการได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์การศึกษา และวิธีการเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยติดต่อกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม เพื่อขอข้อมูล และจำนวนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการคัดกรองในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลคลองหอยโข่ง เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

3. ประสานงานกับอาสาสมัครประจำหมู่บ้านเพื่อลงสำรวจพื้นที่ และชี้แจงรายละเอียดขั้นตอนการจัดกิจกรรมให้อาสาสมัครประจำหมู่บ้านทราบ

4. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ และวิธีการดำเนินการวิจัย รวมทั้งเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองด้วยวิธีการสัมภาษณ์กลุ่มควบคุมตามแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

5. ดำเนินกิจกรรมตามแผนการดำเนินงานที่ผู้วิจัยได้กำหนดขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ แจกแจงความถี่ หาค่าจำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด-สูง ค่ามัธยฐาน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าพิสัยควอไทล์ และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t-test, Independent t–test, Mann-Whitney U Test, Wilcoxon Signed Rank Test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยทักษิณ COA No. TSU 2020-113 REC No. 0214 ลงวันที่ 7 มกราคม 2566

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองเป็นเพศชาย ร้อยละ 54.1 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 45.9 อายุเฉลี่ย 48 ปี (SD = 6.4) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 89.2 จบการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 51.4 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 59.5 รายได้เฉลี่ย 12,000 บาทต่อเดือน (SD = 5,304) ร้อยละ 81.1 ไม่มีประวัติสูบบุหรี่ ร้อยละ 78.4 ไม่มีประวัติการดื่มสุรา ร้อยละ 70.3 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงของบุคคลในครอบครัวส่วนใหญ่ ไม่มีผู้ใดเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 51.4 ดังตารางที่ 1

กลุ่มควบคุมเป็นเพศชาย ร้อยละ 63.9 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 36.1 อายุเฉลี่ย 50 ปี (SD = 6.2) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 100 จบจากระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 44.4 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 61.1 มีรายได้เฉลี่ย 12,819.4 บาทต่อเดือน (SD = 7,231) ไม่มีประวัติสูบบุหรี่ ร้อยละ 63.9 ไม่มีประวัติการดื่มสุรา ร้อยละ 52.8 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงของบุคคลในครอบครัว ส่วนใหญ่ ไม่มีผู้ใดเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 72.2 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=37)		กลุ่มควบคุม (n=36)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	20	54.1	23	63.9
หญิง	17	45.9	13	36.1
อายุ (ปี)				
35-39	2	5.4	3	8.3
40-44	11	29.7	4	11.1
45-49	8	21.6	10	27.8
50-54	10	27.0	9	25.0
55-59	6	16.3	10	27.8
Mean (SD) : Min-Max	48 (6.4) : 36-59		50 (6.2) : 37-59	

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=37)		กลุ่มควบคุม (n=36)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ศาสนา				
พุทธ	37	100	36	100
สถานภาพสมรส				
โสด	3	8.1	0	0
สมรส	33	89.2	36	100
หย่าร้าง	1	2.7	0	0
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้รับการศึกษา	1	2.7	0	0
ประถมศึกษา	19	51.4	16	44.4
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	8.1	5	13.9
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	8	21.6	6	16.7
อนุปริญญา/ปวส.	3	8.1	5	13.9
ปริญญาตรี	3	8.1	4	11.1
อาชีพ				
เกษตรกรรม	22	59.5	22	61.1
ค้าขาย	5	13.5	4	11.1
ธุรกิจส่วนตัว	3	8.1	4	11.1
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	0	0	3	8.3
รับจ้าง	6	16.2	2	5.6
ว่างงาน	1	2.7	1	2.8
รายได้ต่อเดือน (บาท)				
น้อยกว่า 5,000	5	13.5	0	0
5,001-10,000	12	32.4	21	58.3
10,001-15,000	19	51.4	13	36.1
>15,000	1	2.7	2	5.6
Median (IQR)	12,000 (5,304)		12,819 (7,231)	
คนปรุงอาหาร				
ทำเอง	30	81.1	20	55.6
ลูก หลาน หรือผู้ดูแล	6	16.2	16	44.4
ซื้ออาหารสำเร็จมา	1	2.7	0	0
ประวัติการสูบบุหรี่				
ไม่เคยสูบ	29	78.4	23	63.9
เคยสูบแต่เลิก	4	10.8	4	11.1
ยังสูบบุหรี่	4	10.8	9	25.0

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=37)		กลุ่มควบคุม (n=36)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประวัติการดื่มสุรา				
ไม่เคยดื่มสุรา	26	70.3	19	52.8
เคยดื่มสุราแต่เลิก	1	2.7	2	5.5
ยังดื่มสุรา	10	27,0	15	41.7
ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงของคนในครอบครัว				
ไม่มี	19	51.4	26	72.2
ไม่ทราบ	5	13.5	0	0
มี	13	35.1	10	27.8

ค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคอ้วนระดับ 2 ร้อยละ 35.1 รองลงมาคือ โรคอ้วนระดับ 1 ร้อยละ 24.4 น้ำหนักปกติ และโรคอ้วนระดับ 3 ร้อยละ 18.9 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 26.0 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.5 หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคอ้วนระดับ 2 ร้อยละ 37.8 รองลงมาคือ น้ำหนักปกติ ร้อยละ 27.0 และโรคอ้วนระดับ 1 ร้อยละ 21.6 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 25.4 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.6 นอกจากนี้ กลุ่มเสี่ยงมีค่าความดันโลหิตอยู่ในระดับสูงกว่าปกติ และความดันโลหิตสูงระดับ 1 ร้อยละ 43.2 หลังการทดลองมีค่าความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 35.2 รองลงมาคือ สูงกว่าปกติ ร้อยละ 32.4 ดังตารางที่ 2-3

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของค่าดัชนีมวลกายระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ค่าดัชนีมวลกาย (kg/m^2)	กลุ่มทดลอง (n=37)				กลุ่มควบคุม (n=36)			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้ำหนักน้อย (< 18.5)	1	2.7	1	2.8	2	5.6	1	2.8
ปกติ (18.5-22.9)	7	18.9	10	27.0	8	22.2	9	25.0
โรคอ้วนระดับ1 (23-.0-24.9)	9	24.4	8	21.6	5	13.9	5	13.9
โรคอ้วนระดับ 2 (25-29.99)	13	35.1	14	37.8	12	33.3	12	33.3
โรคอ้วนระดับ 3 (> 30)	7	18.9	4	10.8	9	25.0	9	25.0
Mean (SD)	26.0 (4.5)		25.4 (4.6)		26.7 (8.1)		26.7 (7.8)	

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละ ของค่าระดับความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ค่าระดับความดันโลหิต	กลุ่มทดลอง (n=37)				กลุ่มควบคุม (n=36)			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เหมาะสม	0	0	5	13.5	0	0	0	0
ปกติ	0	0	13	35.2	0	0	0	0
สูงกว่าปกติ	16	43.2	12	32.4	11	30.5	15	41.7

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละ ของค่าระดับความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (ต่อ)

ค่าระดับความดันโลหิต	กลุ่มทดลอง (n=37)				กลุ่มควบคุม (n=36)			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความดันโลหิตสูง ระดับ 1	16	43.2	7	18.9	13	36.1	14	38.9
ความดันโลหิตสูง ระดับ 2	2	5.4	0	0	7	19.5	7	19.4
ความดันโลหิตสูง ระดับ 3	3	8.2	0	0	5	13.9	0	0

เมื่อเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรค) และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 %

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ทั้งก่อน – หลัง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	p-value
	Mean (SD)	Mean (SD)	
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง			
ก่อนการทดลอง	6.0 (2.0)[†]	7.0 (7.0)[†]	<0.001**
หลังการทดลอง	11.0 (1.0)[†]	8.0 (5.0)[†]	
p-value	<0.001[b]	<0.001[b]	
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง			
ก่อนการทดลอง	21.3 (2.0)	22.5 (3.2)	<0.001*
หลังการทดลอง	29.5 (2.1)	22.4 (1.9)	
p-value	<0.001[a]	0.007[a]	
การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง			
ก่อนการทดลอง	23.4 (2.0)	25.9 (4.1)	<0.001**
หลังการทดลอง	30.5 (2.5)	24.2 (2.0)	
p-value	<0.001[a]	0.042[a]	
การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง			
ก่อนการทดลอง	21.0 (3.0)[†]	21.9 (3.9)	<0.001*
หลังการทดลอง	26.0 (3.0)[†]	20.9 (2.3)	
p-value	<0.001[b]	0.187[a]	
การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง			
ก่อนการทดลอง	22.0 (3.0)[†]	18.4 (4.9)	0.116*
หลังการทดลอง	27.0 (5.0)[†]	22.4 (2.3)	
p-value	<0.001[b]	<0.001[a]	

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ทั้งก่อน – หลัง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	p-value
	Mean (SD)	Mean (SD)	
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร			<0.001**
ก่อนการทดลอง	39.0 (0.6)[†]	56.5 (11.0)[†]	
หลังการทดลอง	72.0 (7.0)[†]	56.0 (9.8)[†]	
p-value	<0.001[b]	<0.001[b]	

*Independent t-test, **Mann Whitney U Test, [a]Paired t-test, [b]Wilcoxon Matched-pairs Signed-Ranks test, [†]Median (IQR)

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่าค่าระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีการบรรยายเข้าใจง่าย โดยได้จัดทำสื่อประกอบการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงให้ มีความน่าสนใจ มีการประยุกต์การแสดงบทบาทสมมติประกอบการบรรยายเพื่อดึงดูดความสนใจและการมี ส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมโปรแกรมระหว่างบรรยายมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และลงเยี่ยมบ้านเพื่อนำสมุดความรู้รวมทั้งทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงให้แก่ผู้เข้าร่วมโปรแกรมสอดคล้องกับสุพัชรินทร์ วัฒนกุล (2556)[11] ที่ได้ศึกษาโปรแกรมการเรียนรู้ในการจัดการตนเองเรื่องอาหาร และการออกกำลังกายของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงของ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) และทรัพย์ทวี หิรัญเกิด (2556)[12] ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ทั้งนี้เนื่องจากความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค ซึ่งมีกิจกรรมอธิบายเกี่ยวกับการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การสาธิต และสาธิตย้อนกลับวัดความดันโลหิตที่ถูกวิธี การแปลผลค่าความดันโลหิต บันทึก ค่าดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิตของตนเองลงในบัตรเป้าหมายของฉัน มีการยกกรณีศึกษาในเรื่องของอาการและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับผลกระทบที่จะเกิดขึ้นหากเป็นโรคความดันโลหิตสูง การใช้ตัวแบบที่เคยอยู่ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันความดันโลหิตสูง มาเล่าประสบการณ์และประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองซักถามตัวแบบเกี่ยวกับ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ร่วมกันบอกเล่าประสบการณ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเอง แลกเปลี่ยนสิ่งที่ตนคิดว่าจะเป็นอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และร่วมกันวางแผนเพื่อกำจัดอุปสรรคนั้นเพื่อที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของนรเศรษฐ์ พูนสุวรรณ์ (2558)[13] ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพ และการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของตนเองต่อความเสี่ยงการเกิดโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ตำบลโคกมะม่วง อำเภอปะคำจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) และสอดคล้องกับธีทัต ศรีมงคล (2560)[14] ที่ได้ศึกษาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงโรคความดัน

โลหิตสูง ตำบลตาจั่น อำเภอคง จังหวัดนครราชสีมา พบว่ากลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า ก่อนการศึกษากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับไม่เหมาะสม ร้อยละ 56.8 หลังการศึกษามีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับเหมาะสม ร้อยละ 97.3 เมื่อเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมให้กลุ่มเสี่ยงได้วิเคราะห์อาหาร หวาน มัน เค็ม และอาหารที่ป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยนำธงโภชนาการ อาหารตามสัญญาณไฟมาประกอบการบรรยาย สาธิตวิธีการประกอบอาหารแนวใหม่โดยการนำเมนูตามแนวทางของ DASH มาปรับใช้ให้เข้ากับวิถีชีวิตของชาวบ้าน และกระตุ้นความสนใจโดยให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมร่วมกันประกอบอาหาร มีการบรรยายเกี่ยวกับสรรพคุณของผักพื้นบ้าน แต่ละชนิด รวมทั้งเยี่ยมบ้านเพื่อแจกสมุดการบริโภคอาหาร และแบบบันทึกการบริโภคอาหาร (Food record) รวมทั้งวัดค่าความเค็มในอาหาร และให้สุขศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการบริโภคโซเดียม สอดคล้องกับการศึกษาของหนึ่งฤทัย สิงห์ทา (2560)[15] ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุตรดิตถ์ มีการสาธิตวิธีการปรุงอาหาร ติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มผู้เข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.001) และสอดคล้องกับรัฏฐรินีย์ ธนเศรษฐ (2560)[16] ที่ได้ศึกษา ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มวัยทำงาน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.001)

เมื่อเปรียบเทียบค่าระดับความดันโลหิตในกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มเสี่ยงมีค่าความดันโลหิตสูง อยู่ระดับ 1 ร้อยละ 43.2 แต่หลังการทดลองกลุ่มเสี่ยงมีค่าความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 35.2 ทั้งนี้เนื่องจากภายในกิจกรรมมีการใช้บัตรตั้งเป้าหมายเกี่ยวกับค่าความดันโลหิต การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ และ มีการสรุปเนื้อหาเป็นหนังสือเล่มเล็ก และลงเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องเพื่อทบทวนเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร สัปดาห์ละ 1 ครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของวงค์ชญพจณ์ พรหมศิลา (2562)[10] ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกัน โรคความดันโลหิตสูงต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตน พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.001) และปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ (2559)[7] ที่ได้ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงในชุมชนหนองพลับ จังหวัดเพชรบุรี พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.001)

สรุปผล

การจัดโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง สามารถทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีขึ้น และดีกว่ากลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะ

1. ในอำเภอคลองหอยโข่งกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำสวนยางพารา ทำงานกลางคืนแต่พักผ่อนในเวลากลางวัน ดังนั้นการจัดกิจกรรมในรูปแบบกลุ่มหรือนัดรวมกลุ่มเป็นเวลานาน 2-3 ชั่วโมงในเวลากลางวันอาจจะไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของกลุ่มเสี่ยง เนื่องจากเวลาในการจัดกิจกรรมตรงกับเวลาพักผ่อน

2. การศึกษานี้มีการผลลัพธ์ก่อน และหลังการทดลองทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งอาจทำให้มอง ไม่เห็นประสิทธิผลของให้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้น ในระยะยาวจึงควรสนับสนุนให้มีการวัดผลลัพท์ในระยะยาวมากขึ้นเพื่อช่วยสนับสนุนประสิทธิผลของโปรแกรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณองค์การบริหารส่วนตำบลคลองหอยโข่ง ที่สนับสนุนงบประมาณในการทำวิจัย อาจารย์ ที่ปรึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ กลุ่มงานบริการ ด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง และแกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบล อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา ที่คอยให้คำปรึกษาและช่วยเหลือตลอดจนเสร็จสิ้นงานวิจัย พร้อมทั้งคำชี้แนะ ข้อคิดและประสบการณ์ต่างๆ ในการดำเนินงาน ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

เอกสารอ้างอิง

1. Division of Non Communicable diseases. Blood pressure level. 2020. Available at: http://www.thaincd.com/2016/media-detail.php?id=13668&tid=1-001-001&gid=1-015-009. Accessed on 08 September 2020.
2. World Health Organizasion. Hypertension. [Internet], 2016 [cited 2020 Sep 1]. Available from: https://www.who.int/health-topics/hypertension#tab=tab_1.
3. Health Data Center. The rate of morbidity with hypertension per population, fiscal year 2015-2019. [Internet], 2020 [cited 2020 Aug 3]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formated/ncd.
4. Khlong Hoi Khong Hospital. Screening for hypertension risk groups 2020. Songkhla: 2020
5. Supatcharee W, Nirat Imamee, Manirat Therawiwat, and Supreya Tansakul. Learning program for self-management on diet and exercise of persons with pre-hypertension Burirum province. Journal of Public Health Nursing. 2013;27(1):16–30.
6. Moonsarnand S, Sumpowthong K. Effects of Dietary Behavior Modification Program Guideline of the DASH with Self-Efficacy Theory and Social Support on Reducing the Risk of Hypertension among Pre-hypertensive Patients. 2016;11(1):87–98.
7. Songwatthanayuth P, Watthanakorn K, Klainhom K, Ratanapak P. Development of health behavior promotion program among pre-hypertension adults in Nong-plub Phetchaburi provinve. 2016;32(2):105–118.
8. Rosenstock IM. The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. Health Education Monographs. 1974;2(4):354-386. doi:10.1177/109019817400200405
9. Lemshow S, Hosmer DW, Jr Klar J, L wanga S. (1990). Adequacy of Smple size in healh studies. New york: Wiley&sons.
10. Promsila W, Neawbood S, Rithpho P. Effects of Hypertension Prevention Program on Practical Behaviors and Blood Pressure Levels among High risk of Hypertensive Persons. Nursing Journal. 2019;46(2):95-107.
11. Wattanakun S, Therawiwat M, Imamee N, et al. Learning Program for Self - Management on Diet and Exercise of Persons with Pre – Hypertension Burirum Province. Journal of Public Health Nursing. 2013;27:16-30.
12. Hirungerd S, Hornboonherm P, Sitipakorn S. The Effects of Behavioral Modification Program on Knowledge, Self–Care Behavior and Blood Pressure Level in Prehypertension Group, Kaengkhro Hospital Chaiyaphum Province. 2013;31(4):97–104.
13. Phunsuwan N, Glangkarn S, Tewthong K. Effectiveness of Change Management Health Beliefs and Health Behaviors Self Risk Essential Hypertension Disease at Kokmamaung Subdistrict, Pakham District, Buriram Province. Thaksin Journal 2015;18(2):70-78.

14. Srimonkol T, Kengganpanich T, Kengganpanich M, et al. Food Consumption Behavioral Modification Program in High-risk Group of Hypertension, Tambol Tajan, Khong District, Nakhonratchasima Province. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. 2017;33:77-89.
15. Singtha N, Hingkanont P. Effects of Enhancing Self-Efficacy Program on Prevention Behavior Among Risk Group of Pre-Hypretension In Bankhok District, Uttaradit Province. Journal of Nursing and Health Sciences 2017;11(3):81-91.
16. Thanaseth R. Effects of Self-management Promotion Program and Family Participation on Health Behaviors and Blood Pressure in Working Adults group. Journal Academic ODPC9. 2018;24(2):100-111.

JPHRI
Journal of Public Health Research and Innovation

Original research

Citation:
วีมัยซาตูอักมา แม, ซูไรลา แปเหาะอิเล, นิภาศ นิลสุวรรณ. ประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสาธารณสุข. 2566;1(3):28-37.

ประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา

มัยซาตูอักมา แม[1], ซูไรลา แปเหาะอิเล[2], นิภาศ นิลสุวรรณ[3]

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยคู อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา
[2] ศูนย์บริการสุขภาพเทศบาลกำแพงเพชร อำเภอรัตภูมิ จังหวัดสงขลา
[3] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา

บทคัดย่อ

บทนำ: ปริมาณขยะมูลฝอยของอำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา ตั้งแต่ปี พ.ศ.2557-2561 มีปริมาณเพิ่มขึ้นประมาณ 7.36, 7.4, 7.39, 7.4, 7.45 ตันต่อวัน

วิธีการศึกษา: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ตัวแทนครัวเรือน จำนวน 70 คน เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 35 คน กลุ่มควบคุม จำนวน 35 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และแบบบันทึกปริมาณขยะมูลฝอยในครัวเรือน กิจกรรมที่ใช้ ได้แก่ การให้ความรู้เชิงปฏิบัติการคัดแยกขยะ อบรมเชิงปฏิบัติการวิธีการจัดการขยะ สาธิตวิธีการจัดการขยะทั้ง 4 ประเภท และการประกวดครัวเรือนต้นแบบ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ แจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิสัยควอไทล์ และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ Paired t-test, Independent t–test, Wilcoxon Matched-Pairs Signed Ranks Test และ Mann Whitney U test

ผลการศึกษา: ตัวแทนครัวเรือนมีความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะ วิธีการจัดการขยะ การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะ และปริมาณขยะระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.001)

สรุปผล: การจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนระหว่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกัน ดังนั้นการใช้รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยจะช่วยลดปริมาณขยะมูลฝอยในครัวเรือนได้ นอกจากนี้ควรเพิ่มการมีส่วนร่วมของแกนนำหมู่บ้านในการกระตุ้นการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนที่ยั่งยืน

คำสำคัญ: ขยะมูลฝอย การจัดการขยะมูลฝอย ครัวเรือน

วันที่รับ: 12 ส.ค. 2566
วันแก้ไข: 25 ส.ค. 2566
วันตอบรับ: 30 ส.ค. 2566

ผู้นิพนธ์ประสานงาน:
มัยซาตูอักมา แม;
Email: msphone5336@gmail.com

JPHRI
Journal of Public Health Research and Innovation

Original research

Citation:
Maizatuakma Mae, Suraila Paehoh-ele, Nipas Nilsuwan. The Effectiveness of Household Waste Management in Namom District, Songkhla Province. Journal of Public Health Research and Innovation. 2023;1(3):28-37.

The Effectiveness of Household Waste Management in Namom District, Songkhla Province

Maizatuakma Mae[1], Suraila Paehoh-ele[2], Nipas Nilsuwan[3]

[1] Heukoo Health Promoting Hospital, Sadao District, Songkla Province
[2] Public Health Service Center Kamphaeng Phet Municipality, Rattaphum District, Songkhla Province
[3] Na Mom Public Heath Office, Songkhla Province

Abstract

Background: The amount of solid waste in Na Mom District, Songkhla Province from 2014-2018 increased approximately 7.36, 7.4, 7.39, 7.4, 7.45 tons per day

Methods: This research was quasi-experimental design. The objective of this research was to determine the effectiveness of household waste management in Namom district, Songkhla province. The sample groups were recruited household representatives, totaling 70 people that were the experimental group 35 people, and the control group 35 people. Data were collected through a questionnaire and household waste recording form. This study used several activities such as providing waste separation knowledge, a workshop on waste management, a demonstration of waste management that covered 4 categories of waste, and a reward for the household waste management model. Data analysis using descriptive statistics including frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, interquartile range, and inferential statistics, including Paired t-test, Independent t-test, Wilcoxon Matched-Pairs Signed Ranks Test, and Mann Whitney U test.

Results: The results of the research showed household representatives had scores of knowledge about waste separation, waste management, waste management participation and the amount of waste between the experimental and control groups were statistically significant differences (p-value = 0.001).

Conclusions: The management of household solid waste between the experimental group and the control group was different. Therefore, the waste management model could reduce the amount of household waste. Furthermore, village leaders should be concerned and participated in the waste management model in order to sustain household waste management.

Keywords: Waste, Waste Management, Household

Received: 12 August 2023
Revised: 25 August 2023
Accepted: 30 August 2023

Correspondence to
Maizatuakma Mae;
Email: msphone5336@gmail.com

บทนำ

ขยะเป็นปัญหาสำคัญที่ก่อให้เกิดผลเสียในหลายๆ ด้าน ซึ่งนับวันจะมีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งขยะมูลฝอย หมายถึง เศษกระดาษ เศษผ้า เศษอาหาร เศษสินค้าถุงพลาสติก ภาชนะที่ใส่อาหารเก้า มูลสัตว์ หรือซากสัตว์ รวมตลอดถึงสิ่งอื่นใดที่เก็บกวาดจากถนนตลาดที่เลี้ยงสัตว์หรือที่อื่น[1]

สถานการณ์ปัจจุบันปัญหาขยะที่เกิดขึ้นในระดับโลกที่หลายประเทศเห็นความสำคัญในการจัดการขยะที่ถูกต้อง โดยทั่วโลกมีอัตราการสร้างขยะเพิ่มขึ้นในปี 2559 เมืองต่างๆ ของโลกสร้างขยะมูลฝอย 2.01 พันล้านตัน คิดเป็น 0.74 กิโลกรัมต่อคนต่อวัน[2] ในประเทศไทยมีปริมาณขยะสูงขึ้นเรื่อยๆ เมื่อเปรียบเทียบปริมาณขยะมูลฝอย 5 ปี ย้อนหลังที่ผ่านมา ตั้งแต่ปี พ.ศ.2557-2561 มีปริมาณขยะเพิ่มขึ้นประมาณ 26.19, 26.85, 27.06, 27.37 และ27.93 ล้านตัน ในปี พ.ศ.2561 ปริมาณขยะมูลฝอยในภูมิภาคของประเทศไทยประกอบด้วย ภาคกลาง ภาคใต้ ภาคตะวันออก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคตะวันตก พบว่า มีปริมาณขยะมูลฝอยเพิ่มขึ้นประมาณ 11.42, 3.26, 2.24, 1.99, 1.99 และ1.23 ล้านตัน ตามลำดับ ซึ่งเห็นได้ว่าภาคใต้ติดอันดับ 2 ใน 6 ภูมิภาคที่มีปริมาณขยะมูลฝอยมากที่สุด และปริมาณขยะของจังหวัดสงขลา เมื่อเปรียบเทียบปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น 5 ปี ย้อนหลังที่ผ่านมา ตั้งแต่ปี พ.ศ.2557-2561 มีปริมาณขยะเพิ่มขึ้นประมาณ 585,450, 592,825, 605,386, 608,820 และ611,995 ตัน ตามลำดับ[3]

ปัญหาการจัดการขยะเป็นปัญหาทางด้านสิ่งแวดล้อม มีความสำคัญและมีความจำเป็นต้องแก้ไขเร่งด่วน เนื่องจากการเพิ่มจำนวนของประชากรเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว[4] ประชาชนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการอุปโภคบริโภค[5] การต่อต้านคัดค้านของประชาชนในการก่อสร้างสถานที่กำจัดขยะมูลฝอย ขาดแคลนเครื่องมืออุปกรณ์ และงบประมาณในการดำเนินงานในการกำจัดขยะ รวมไปถึงการขาดความร่วมมือของภาคส่วนต่างๆ และขาดการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น[6] ปัญหาขยะที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบทางด้านสุขภาพ ได้แก่ โรคตาแดง 39.2% อาการหอบ 31.33% อาการเจ็บหน้าอก 29.4%[7] ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ มีสัตว์แมลง และพาหะโรค มีกลิ่นเหม็นจากการหมักหมมของขยะ[8] ผลกระทบทางเศรษฐกิจ ได้แก่ สูญเสียงบประมาณในการฟื้นฟูสิ่งแวดล้อมในบริเวณที่มีการปนเปื้อนของสารเคมีจากการกำจัดขยะมูลฝอยที่ไม่ถูกวิธี[9]

ปริมาณขยะของอำเภอนาหม่อม เมื่อเปรียบเทียบปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น 5 ปี ย้อนหลังที่ผ่านมา ตั้งแต่ปี พ.ศ.2557-2561 มีปริมาณขยะเพิ่มขึ้นประมาณ 7.36, 7.4, 7.39, 7.4 และ7.45 ตันต่อวัน[3] จากการทบทวนปัญหาในตำบลพิจิตร อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา ทำให้เห็นถึงปัญหาขยะมูลที่เกิดขึ้นในพื้นที่ พบว่า พื้นที่ที่ศึกษาไม่มีถังขยะสำหรับรองรับ ทำให้ขยะมูลฝอยในครัวเรือนถูกทิ้งไม่เป็นที่ ทั้งเศษอาหาร หรือขยะอันตรายจะถูกทิ้งรวม โดยไม่มีการคัดแยกขยะ เกิดพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยที่มีการนำไปเผา หรือฝังกลบโดยไม่ถูกหลักและการลักลอบทิ้งขยะในพื้นที่ต่างๆ

จากปัญหาดังกล่าว จึงนำไปสู่การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ช่วยให้บุคคลเกิดการค้นพบความเป็นจริงเพื่อสร้างความตระหนักถึงปัญหาขยะ จากนั้นจะเกิดสะท้อนกลับอย่างมีวิจารณญาณ ซึ่งนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และเกิดการปฏิบัติในการจัดการขยะมูลฝอยอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษานี้สามารถทำให้ลดแหล่งเพาะพันธุ์ของเชื้อโรค และรักษาสภาพแวดล้อมให้น่าอยู่ยิ่งขึ้น รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถนำรูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนหรือแก้ไขปัญหาการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อน และหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design)

ประชากร คือ ตัวแทนครัวเรือนหมู่ที่ 1 ตำบลพิจิตร อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา จำนวน 6 กลุ่มบ้าน จำนวน 363 หลังคาเรือน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ตัวแทนครัวเรือน หมู่ที่ 1 ตำบลพิจิตร อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic random sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเข้า 1) เป็นผู้ที่อยู่อาศัยในชุมชนตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป 2) บุคคลที่สามารถอ่านออก เขียนได้ 3) เป็นหัวหน้าครอบครัวหรือผู้แทน

เช่น คู่สมรส หรือผู้มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปที่เป็นสมาชิกครอบครัว 4) ผู้ที่ยินดีเข้าร่วมทำวิจัย และมีเกณฑ์คัดออก 1) ผู้ที่มีความผิดปกติทางร่างกายและจิตใจ จนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ 2) บุคคลที่ไม่สามารถอ่านออก เขียนได้

ผู้วิจัยมีการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม อิสระ ต่อกัน[10]

จากการทบทวนงานวิจัยของไพบูลย์ แจ่มพงษ์ เรื่องการทดลองให้ความรู้และข้อมูลข่าวสารของชุมชนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทิ้งขยะของประชาชน ตำบลสวนหลวง อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม โดยมีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 122 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 61 คนและกลุ่มควบคุม จำนวน 61 คน โดยใช้คะแนนเฉลี่ยของความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับขยะมูลฝอยหลังการทดลอง ซึ่งพบว่ากลุ่มทดลองได้คะแนน 13.03 (SD = 1.29) และกลุ่มควบคุมได้คะแนน 11.83 (SD = 1.67) นำข้อมูลมาใช้ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

$$n = \frac{2\sigma^2\left(Z_\alpha + Z_\beta\right)^2}{\left(\mu_1 - \mu_2\right)^2} = \frac{2\times(2.225)\times(1.96+1.28)^2}{(1.2)^2} = 32$$

โดยที่ $\mu_1 - \mu_2$ คือ ผลต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.03 – 11.83 = 1.2

σ^2 คือ ค่าความแปรปรวนร่วมเท่ากับ

$(1.29^2+1.67^2)/2 = 2.225$

Z_α คือ ค่าความเชื่อมั่นที่กำหนด 95 % (1.96) และ

Z_β คือ ค่าอำนาจการทดสอบที่ 90% (1.28)

ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้เท่ากับ 32 คน ผู้วิจัยจึงคำนวณตัวอย่างเพิ่มเติม 10% เพื่อป้องกันสูญหายระหว่างการศึกษาทดลองด้วยสูตร

$$n_{adj} = \frac{n}{(1-d)} = \frac{32}{(1-0.1} = 35$$

ขนาดตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 35 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน ประกอบด้วยกิจกรรม การบรรยาย ดูวีดิทัศน์เกี่ยวกับปัญหาขยะ และสาธิตวิธีการจัดการขยะมูลฝอยแต่ละประเภท ใช้ระยะเวลาในการทดลอง 6 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สภาพสมรส สถานภาพในชุมชน สถานภาพในครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ขยะมูลฝอยในครัวเรือนของท่านส่วนใหญ่เป็นขยะมูลฝอยประเภทใด ถังขยะที่มีอยู่ขณะนี้มีการแยกตามประเภทของขยะมูลฝอยหรือไม่ ท่านจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนด้วยวิธีใด และท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยหรือไม่ จำนวน 13 ข้อ

2.2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะในครัวเรือน จำนวน 17 ข้อ โดยเลือกตอบได้สองตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ โดยใช้เกณฑ์ประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1971)[12]

2.3 แบบสอบถามเกี่ยวกับวิธีการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน จำนวน 17 ข้อ คำถามจะมี 5 ตัวเลือก คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆ ครั้ง ไม่เคย โดยลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 17 ข้อ

2.4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน เป็นคำถามที่ประยุกต์ขึ้นจากแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคอร์ท (Likert Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ จำนวน 17 ข้อ

2.5 แบบบันทึกปริมาณขยะมูลฝอยในครัวเรือนเฉลี่ยต่อสัปดาห์[13]

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงตามเนื้อหา (Content validity Index: CVI) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสอบข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะในครัวเรือน แบบสอบถามเกี่ยวกับวิธีการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน และแบบบันทึกปริมาณขยะมูลฝอยในครัวเรือน ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ นักวิจัย ผู้อำนวยการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และความชัดเจนของการใช้ภาษา คำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาได้ค่า IOC เท่ากับ 0.88 และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะในครัวเรือน แบบสอบถามเกี่ยวกับวิธีการจัดการขยะ

มูลฝอยในครัวเรือน แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน และแบบบันทึกปริมาณขยะมูลฝอยในครัวเรือน ในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ชุด ในเขตพื้นที่อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะในครัวเรือนเท่ากับ 0.70 แบบสอบถามวิธีการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนเท่ากับ 0.70 และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนเท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนในการวิจัยและดำเนินการเก็บข้อมูล ซึ่งมีการดำเนินงานวิจัยเป็นเวลาทั้งหมด 6 สัปดาห์ ตั้งเดือนมกราคม ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2564 โดยเริ่มประเมินผลก่อนและหลังการทดลอง โดยการแบบสอบถาม และวัดปริมาณขยะที่เกิดขึ้นในแต่ละครัวเรือน

กิจกรรมที่ 1 บรรยายถึงสถานการณ์ขยะที่พบในประเทศไทยรวมไปถึงในชุมชน

กิจกรรมที่ 2 ยกสถานการณ์การจัดการขยะมูลฝอยโดยให้ดูสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง ชุมชนต้นแบบไร้ขยะของเอสซีจี

กิจกรรมที่ 3 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือน

กิจกรรมที่ 4 อบรมเชิงปฏิบัติการวิธีการจัดการขยะมูลฝอยแต่ละประเภทด้วยหลัก 5R

กิจกรรมที่ 5 ให้ความรู้และสาธิตการจัดการขยะอินทรีย์ ใช้วิธีการทำไส้เดือนดิน และวิธีการทำถังหมัก รักษ์โลก

กิจกรรมที่ 6 การจัดการขยะทั่วไปโดยการประชาสัมพันธ์ออนไลน์เพื่อกระตุ้นลดการใช้พลาสติก

กิจกรรมที่ 7 การจัดการขยะรีไซเคิล ใช้วิธีการบริจาคขยะให้กับวัด เพื่อนำเงินที่ได้จากการขายขยะ รีไซเคิลมอบให้กับวัดเป็นการทำบุญร่วมกันในชุมชน

กิจกรรมที่ 8 การจัดการขยะอันตราย ใช้วิธีการแยกขยะใส่ถุงพลาสติก

กิจกรรมที่ 9 กระตุ้นให้ครัวเรือนมีการคัดแยกขยะแนะนำแนวทางการจัดการขยะมูลฝอยแต่ละประเภทให้เหมาะสมกับครัวเรือน

กิจกรรมที่ 10 การประกวดครัวเรือนต้นแบบด้านการจัดการขยะ

กิจกรรมที่ 11 คืนข้อมูลที่ได้จากการลงชุมชน การลงกิจกรรมต่างๆ เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย และวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับการอนุมัติจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยทักษิณ COA No. TSU 2020-110 วันที่รับรอง 7 มกราคม 2564 และวันหมดอายุ 6 มกราคม 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้การแจกแจงความถี่ หาค่าจำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าพิสัยควอไทล์

2. สถิติเชิงอนุมาน กรณีข้อมูลแจกแจงเป็นโค้งแบบปกติจะใช้สถิติ Independent t-test และสถิติ Paired t-test ในกรณีข้อมูลแจกแจงไม่เป็นโค้งแบบปกติ จะใช้สถิติ Non-Parametric Statistics คือ Mann-Whitney U test, Wilcoxon Signed Rank test และ 95% CI ของผลต่างโดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของตัวแทนครัวเรือนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะส่วนบุคคล ไม่แตกต่างกัน โดยทั้งสองกลุ่มเป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส มีสถานภาพในหมู่บ้านเป็นประชาชนทั่วไป จบการศึกษาสูงสุดประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด รายได้ของตัวแทนครัวเรือนต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ประเภทของขยะมูลฝอยในครัวเรือนเป็นขยะทั่วไป วิธีการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนส่วนใหญ่นำไปเผา และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสาร ตัวแทนครัวเรือนในกลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 40-59 ปี ร้อยละ 54.3 (Mean=53.3, SD=13.2) และตัวแทนครัวเรือนในกลุ่มควบคุมมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 54.3 (Mean=56.4, SD=13.3) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละของคุณลักษณะของประชากรทั้งในกลุ่มทดลอง – กลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มควบคุม (n=35)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	4	11.4	7	20.0
หญิง	31	88.6	28	80.0
อายุ (ปี)				
≤ 39	6	17.1	4	11.4
40-59	19	54.3	15	42.9
≥ 60	10	28.6	16	45.7
Mean (SD)	53.3 (13.2)		56.4 (13.3)	
สถานภาพสมรส				
โสด	3	8.6	4	11.4
สมรส	28	80.0	24	68.6
หม้าย	3	8.6	6	17.1
แยกกันอยู่	1	2.8	1	2.9
สถานภาพในหมู่บ้าน				
กรรมการหมู่บ้าน	3	8.6	1	2.9
อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน	5	14.3	3	8.6
สมาชิกกลุ่มในหมู่บ้าน	4	11.4	4	11.4
ประชาชนทั่วไป	23	65.7	27	77.1
ระดับการศึกษา				
ต่ำกว่าประถมศึกษา	2	5.7	2	5.7
ประถมศึกษา	12	34.4	14	40.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	8.6	5	14.3
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	6	17.1	3	8.6
อนุปริญญา/ปวส.	6	17.1	3	8.6
ปริญญาตรี	6	17.1	6	17.1
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0.0	2	5.7
อาชีพ				
ค้าขาย	1	2.9	1	2.9
เกษตรกร	23	65.7	28	80.0
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	5.7	2	5.7
รับจ้าง	1	2.9	2	5.7
บริษัท/เอกชน	4	11.4	0	0.0
แม่บ้าน	3	8.5	2	5.7
ว่างงาน	1	2.9	0	0.0

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละของคุณลักษณะของประชากรทั้งในกลุ่มทดลอง – กลุ่มควบคุม (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มควบคุม (n=35)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (ตัวแทนครัวเรือน)				
≤ 5000 บาท	14	40.0	13	37.1
5,001-10,000 บาท	9	25.6	10	28.6
10,001-15,000 บาท	5	14.3	1	2.9
15,001-30,000 บาท	5	14.3	7	20.0
30,001-50,000 บาท	1	2.9	1	2.9
50,001 บาทขึ้นไป	1	2.9	3	8.5
Median (IQR)	8,000 (10,000)		7,000 (16,000)	
ประเภทของขยะมูลฝอยในครัวเรือน				
ขยะอินทรีย์	9	25.7	8	22.9
ขยะรีไซเคิล	2	5.7	2	5.7
ขยะอันตราย	0	0.0	0	0.0
ขยะทั่วไป	24	68.6	25	71.4
วิธีการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน				
ทิ้ง	14	40.0	15	57.1
เผา	28	80.0	30	85.7
นำไปใช้ต่อ	2	5.7	4	11.4
ฝังกลบ	5	14.3	8	22.9
ขาย	20	57.1	22	62.9
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย				
ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร	9	25.7	8	22.9
ได้รับข้อมูลข่าวสาร	26	74.3	27	77.1

ความรู้เกี่ยวกับคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) วิธีการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนระหว่างกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุมแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.001) การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.003) ปริมาณขยะมูลฝอยในครัวเรือนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะ วิธีการจัดการขยะ การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะ และปริมาณขยะมูลฝอยในครัวเรือน ทั้งก่อน – หลัง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง Mean (SD)	กลุ่มควบคุม Mean (SD)	p-value
ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะมูลฝอย			<0.001**
ก่อนการทดลอง	14.0 (3.0)[†]	15.0 (3.0)[†]	
หลังการทดลอง	16.0 (2.0)[†]	14.0 (2.0)[†]	
p-value	< 0.001[b]	0.644[b]	
วิธีการจัดการขยะมูลฝอย			0.001*
ก่อนการทดลอง	50.9 (9.1)	49.3 (9.5)	
หลังการทดลอง	57.9 (7.0)	50.4 (8.3)	
p-value	< 0.001[a]	0.353[a]	
การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอย			0.003*
ก่อนการทดลอง	50.5 (13.0)	49.86 (9.2)	
หลังการทดลอง	53.7 (9.4)	47.1 (9.5)	
p-value	0.030[a]	0.039[a]	
ปริมาณขยะมูลฝอย			<0.001**
ก่อนการทดลอง	20.0 (17.0)[†]	17.0 (19.0)[†]	
หลังการทดลอง	13.0 (14.0)[†]	15.0 (17.0)[†]	
p-value	< 0.001[b]	< 0.001[b]	

*Independent t-test, **Mann Whitney U Test

[a]Paired t-test, [b]Wilcoxon Matched-pairs Signed-Ranks test, [†]Median (IQR)

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะมูลฝอย เมื่อเระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะมูลฝอย ประกอบการติดตามการคัดแยกขยะมูลฝอยในแต่ละครัวเรือน และ แจกชุดเอกสารเกี่ยวกับการคัดแยกขยะมูลฝอย ทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้ ความเข้าใจถึงการคัดแยกขยะมูลฝอยเพิ่มขึ้น และเกิดการปฏิบัติในการคัดแยกขยะแต่ละประเภทได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับไพบูลย์ แจ่มพงษ์[14] พบว่าความรู้เรื่องขยะมูลฝอยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

จากผลการศึกษาวิธีการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.001) ทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมเน้นกระบวนการเรียนรู้ของตัวแทนครัวเรือน การบรรยายการจัดการขยะมูลฝอยด้วยหลัก 5R การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสาธิตวิธีการจัดการขยะมูลฝอยแต่ละประเภท โดยมีการสอนวิธีการเลี้ยงไส้เดือนดิน การทำถังหมักรักษ์โลก กำจัดขยะอินทรีย์ ลดการใช้ถุงพลาสติกหันมาใช้ถุงผ้าแทนด้วย การกระตุ้นทางไลน์ประชาสัมพันธ์ลดขยะทั่วไป กระตุ้นการบริจาคขยะรีไซเคิลให้กับวัด สอนวิธีการนำขยะอันตรายด้วยการแยกขยะใส่ถุงพลาสติก เพื่อนำไปทิ้งไว้ภาชนะรองรับ ทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย เกิดการรับรู้ถึงประโยชน์การจัดการขยะมูลฝอย และสามารถจัดการขยะมูลฝอยแต่ละประเภทได้เหมาะสมกับครัวเรือนตนเอง สอดคล้องกับภิญโญ หงส์ทอง[15] พบว่า พฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับปัญจะหัตตะโสภา[16]

พบว่า ภายหลังการทดลองประชาชนกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม 5R มีพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือนโดยรวมสูงกว่าประชาชนกลุ่มที่ไม่เข้าร่วมโปรแกรม 5R แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการศึกษาการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value= 0.001) ทั้งนี้ เนื่องจากการใช้รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยแต่ละประเภทมีความเหมาะสมในแต่ละครัวเรือน เกิดประสิทธิภาพในการจัดการขยะมูลฝอย โดยเฉพาะการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ตัวแทนครัวเรือนได้รับความรู้ และวิธีการจัดการขยะมูลฝอย ประกอบกับกิจกรรมการประกวดครัวเรือนต้นแบบที่มีการติดตามการจัดการขยะมูลฝอยแต่ละประเภทของครัวเรือน ตัวแทนครัวเรือนที่เข้าร่วมกิจกรรมมีการแนะนำแนวทางการจัดการขยะมูลฝอยให้กับคนในครอบครัว คนรอบข้าง เพื่อเป็นแบบอย่างให้กับครัวเรือนอื่นๆมาเรียนรู้ถึงการจัดการขยะมูลฝอย ส่งผลทำให้ตัวแทนครัวเรือนที่เข้าร่วมวิจัยมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของตนเองและชุมชนที่อาศัยอยู่ อาจนำไปสู่การพัฒนาเป็นชุมชนต้นแบบในอนาคต สอดคล้องกับศิริชัย ศิริไปล์[17] พบว่า กลุ่มทดลองมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยมากกว่ากลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการศึกษาปริมาณขยะมูลฝอยในครัวเรือนเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ทั้งนี้เนื่องจากมีกิจกรรมการชั่งปริมาณขยะมูลฝอยแต่ละประเภทที่เกิดขึ้นจริงในแต่ละวันของครัวเรือนทั้งหมด 3 วัน ซึ่งการชั่งปริมาณขยะมูลฝอย 3 วัน ครอบคลุมทั้งวันปกติและวันหยุด ประกอบกับการใช้รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนที่เน้นการให้ความรู้ และวิธีการจัดการขยะมูลฝอยแต่ละประเภท ตัวแทนครัวเรือนสามารถนำวิธีการจัดการขยะมูลฝอยมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของครัวเรือนตนเอง โดยการนำขยะบางประเภทมาใช้ให้เกิดประโยชน์ใหม่ กระตุ้นลดการใช้ขยะบางประเภท และนำขยะอันตรายให้อบต.จัดการอย่างถูกหลักวิชาการ ส่งผลทำให้ปริมาณขยะมูลฝอยของครัวเรือนลดลงหลังใช้รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน สอดคล้องกับฉัตรนภา สนองบุญ[18] พบว่า กลุ่มทดลองมีปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนน้อยกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผล

ความรู้เกี่ยวกับคัดแยกขยะมูลฝอย วิธีการจัดการขยะมูลฝอย ปริมาณขยะมูลฝอย และการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

ข้อเสนอแนะ

1. ขยายพื้นที่การศึกษาไปในชุมชนอื่นๆ เพื่อเป็นการยืนยันผลการใช้รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน และการใช้รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน สามารถนำกระบวนการในการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการขยะมูลฝอยทั้งผู้นำชุมชน และแกนนำชุมชน เป็นการกระตุ้นให้มีการปฏิบัติของครัวเรือน ที่ถูกต้องต่อไป

2. ควรศึกษารูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอย พฤติกรรมการลดปริมาณขยะมูลฝอย และทัศนคติในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน อาจารย์ประจำสาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาหม่อม ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการศึกษาวิจัย ให้คำแนะนำ แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ และแนวทางที่มีประโยชน์ด้วยความเอาใจใส่ให้แก่ผู้วิจัยอย่างสม่ำเสมอ จนงานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Ministry of Public Health. PUBLIC HEALTH ACT B.E. 2535 2560. Available from: http://laws.anamai.moph.go.th/ewtadmin/ewt/laws/main.php?filename=1HLaws2016.
2. The World Bank. Global Waste to Grow by 70 Percent by 2050 Unless Urgent Action is Taken: Word Bank Report 2018. Available from: https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2018/09/20/global-waste-to-grow-by-70-percent-by-2050-unless-urgent-action-is-taken-

world-bankreport?fbclid=IwAR0Y_Uc5.
3. Pollution Control Department Ministry of Natural Resources and Environment. Community solid waste management information system 2561 [updated 9 August 2563]. from: https://thaimsw.pcd.go.th/index.php?keyword=&province=72&year=2561.
4. Yangthisan N, Hinhumpatch P, Wongsawat P. Factors Affecting Household Waste Disposal Behavior of the Residents in Nong Ka Thao Subdistrict,Nakorn Thai District, Phitsanulok Province. Thai Science and Technology Journal. 2561;28(1).
5. Sangyangyai W, Lormphongs S, Kijpredarborisuthi B. Factors Affecting Household Waste Reduction Behavior of People in a Municipality, Samutprakarn Province. The Public Health Journal of Burapha University. 2560;28(1).
6. Tungprachayakul A, Sribhunah S, Nasaan S. EFFECT OF USING THE MODEL OF WHOLE CYCLE PARTICIPATORY SOLID WASTE MANAGEMENT OF THE COMMUNITIES IN SOMDET MUNICIPALITY, KALASIN PROVINCE. PhD in Social Sciences 2559;6(3):6. (in Thai)
7. Bunto J, Natsanga T, Saita K. Effects of Refuse on People's Health A Case study of Ban Khambon, Nonton, Muang, Khon Kaen. RMUTI JOURNAL Science and Technology. 2551;12(1).
8. Jaisue D, Kotarputh R, Kumsiriruk N, Kwanphon S, Naowadee A, Tantikulwattanakit T. Situation of Garbage and Waste Management at Source in Community, Wapipathum District, Mahasarakham Province. Mahasarakham Hospital 2560;14(3). (in Thai)
9. Jeamponk P, Chu-in S. waste management. 1 St ed. bangkok: Chulalongkorn University; 2560.
10. Lemeshow S, Hosmer D, Klar J and Stephen K. Adequacy of Sample Size in Health Studies Chichester John Wiley & Sons Ltd. 1990.
11. Kamonratanakun P, Chalaprawat M, Tanprayoon T. Principles for successful research. Bangkok: Text and Journal Publication; 2545.
12. Bloom. Mastery learning. New York: Holt, Rinehart & Winston. 1971).
13. Pelt A, Saint-Bauzel R, Barbier L and Fointiat V. Food waste: Disapproving, but stilldoing. An evidence-based intervention to reduce waste at household Resources, Conservation and Recycling. 2020;162:105059.
14. Jeamponk P. Determination of Knowledge Transfer Implementation on Behavior Adaptation for Solid Waste Disposal: Case Study at Suanluang Sub-District, Amphawa, Samut Songkram. Ratchaphruek Journal. 2558;13(1):19-25. (in Thai)
15. Hougthong P, chaichalerm S. Effect of Behavioral Program for Behavior Modification of Solid Waste Management in Pongprasarts ubdistrict, Bangsapan District, Prachuap Khiri Khan Province Research 40 Innovation and Development SSRU's; 20 march 2561; Suan Sunandha Rajabhat University2559. p. 1864-74. (in Thai)
16. Huttasopa P. The results of participated in the 5r program on knowledge and behavior on household waste management of people in phanomsarakham sub- district, phanomsarakham district, chachoengsao province: Rajabhat Rajanagarindra University 2558. (in Thai)
17. Siriplai S. A Model of Waste Management Using Community Participation in Maha Sarakham Municipality: AJABHAT MAHA SARAKHAM UNIVERSITY; 2559. (in Thai)
18. SANONGBOON C. The Effect of Motivation Program on Household Waste Reduction of People in Muangbangkhlang Sub-district , Sawankhalok District , Sukhothai Province: Naresuan University; 2563. (in Thai)

JPHRI
Journal of Public Health Research and Innovation

Original research

Citation:
จุไรรัตน์ อังสิริกุล. คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสาธารณสุข. 2566;1(3):38-50.

คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่

จุไรรัตน์ อังสิริกุล

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ จังหวัดกระบี่

บทคัดย่อ

บทนำ: คุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีของบุคลากร ทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพและคุณภาพที่ดี การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงาน เปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตการทำงาน และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่

วิธีการศึกษา: การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ จำนวน 109 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายนถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา t-test, ANOVA, Pearson's product moment correlation

ผลการศึกษา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่มีคะแนนเฉลี่ยปัจจัยการบริหาร และปัจจัยสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับสูง บุคลากรมีคุณภาพชีวิตการทำงานอยู่ในระดับสูง โดยรายได้ต่างกันทำให้คุณภาพชีวิตการทำงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ได้แก่ ปัจจัยการบริหารมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง (r = 0.60) (โดยปัจจัยด้านการบริหาร และด้านลักษณะงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง (r = 0.66) และระดับต่ำ (r = 0.23)) และปัจจัยสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูง (r = 0.75) (โดยปัจจัยสิ่งแวดล้อมด้านสถานที่ ด้านคน ด้านระบบการทำงาน และด้านวัฒนธรรมองค์กรมีความสัมพันธ์ เชิงบวกในระดับปานกลาง (r = 0.52, 0.68, 0.69 และ 0.60) ตามลำดับ)

สรุปผล: จากผลวิจัยดังกล่าว ควรพัฒนาปัจจัยการบริหาร ปัจจัยสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ ที่อยู่ในเกณฑ์ปานกลางให้ดีขึ้น โดยการเปิดรับฟังความคิดเห็นหรือ มีส่วนร่วมในการจัดสรรบทบาทและหน้าที่ของเจ้าหน้าที่และผู้บริหาร

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิตการทำงาน บุคลากรสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

วันที่รับ: 14 ส.ค. 2566
วันแก้ไข: 25 ส.ค. 2566
วันตอบรับ: 29 ส.ค. 2566

ผู้นิพนธ์ประสานงาน:
จุไรรัตน์ อังสิริกุล;
Email: lek_ssom@hotmail.com

JPHRI
Journal of Public Health Research and Innovation

Original research

Citation:

Jurairat Angsirikul. Quality of Work Life of Personnel in Krabi Provincial Public Health Office. Journal of Public Health Research and Innovation. 2023;1(3):38-50.

Quality of Work Life of Personnel in Krabi Provincial Public Health Office

Jurairat Angsirikul

Krabi Provincial Public Health Office, Krabi Province

Abstract

Background: Good quality of working life of personnel made work efficient and good quality. The purpose of this research was to study the quality of work life, compared personnel factors with quality of work life, and factors related to quality of work life for health personnel of Krabi Provincial Public Health Office.

Methods: This research was survey research. The sample group was 109 health personnel working at Krabi Provincial Public Health Office. Data collecting was implemented during June to July 2023 and analyzed by descriptive statistics, t-test, One way ANOVA, and Pearson's product moment correlation.

Results: Krabi Provincial Public Health Office had an average score of administrative factor and environmental factor at high level. Health personnel of Krabi Provincial Public Health Office had working life quality at high level. Comparison of personnel factors with working life quality discovered that The difference income made the quality of work life different by statistically significant (p-value < 0.05). Factors related to quality of work life by statistically significant (p-value < 0.05) were administrative factors which positive correlation at moderate level (r = 0.60). (by administrative factors : the administrative management factor and Job characteristics had positive correlation at moderate level (r = 0.66), and low level (r = 0.23) with quality of work life), and environmental factors had positive correlation at high level (r = 0.75) with quality of work life, (by environmental factors: place, person, working system and organizational culture aspect had positive correlation with quality of work life at moderate level (r = 0.52, 0.68, 0.69 and 0.60), respectively, by statistically significant (p-value < 0.05).

Conclusion: There should be develop administrative factors, environmental factors and quality of life of Krabi Provincial Public Health Office personnel which is still in the moderate criteria to improvement by open to hearing opinions or participate in the allocation of roles and responsibilities of officers and executives.

Keywords: Quality of work life, Health personnel, Public health office personnel

Received: 14 August 2023
Revised: 25 August 2023
Accepted: 29 August 2023

Correspondence to
Jurairat Angsirikul;
Email: lek_ssom@hotmail.com

บทนำ

องค์กรที่มีประสิทธิภาพและคุณภาพงานที่ดี บุคลากรในองค์กรนั้นต้องมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี ทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพ และคุณภาพที่ดี[1] ผู้ปฏิบัติงานมีความสุข รู้สึกมั่นคงทั้งสุขภาวะทางกาย ทางอารมณ์ ทางจิตวิญญาณ และทางสังคม[2] การสร้างคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีเป็นแนวคิดในการจัดการที่คำนึงถึงเรื่องบุคคลเป็นสำคัญ วัดได้จากเกณฑ์ชี้วัด 8 ประการ ตามแนวคิดของวอลตัน (Walton)[3] คือ ค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม สภาพการทำงานที่ปลอดภัย และส่งเสริมสุขภาพ โอกาสในการพัฒนาสมรรถภาพของบุคคล ความมั่นคงและความก้าวหน้าในงาน ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและการทำงานร่วมกัน สิทธิส่วนบุคคล จังหวะชีวิตโดยส่วนรวม และการคำนึงถึงความเป็นประโยชน์ต่อสังคม เป็นองค์ประกอบที่ตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานของคนทำงาน[4] ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงาน เวอร์เทอร์ และเดวิส (Werther & Davis)[5] กล่าวไว้ว่ามีอยู่ 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านบริหาร และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

ผู้ปฏิบัติงานเป็นต้นทุนทางสังคมที่มีคุณค่า การสนับสนุนและส่งเสริมปัจจัยต่างๆ จะส่งผลให้บุคลากรมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี ดังนั้นองค์กรจึงควรมีการตรวจสอบว่าบุคลากรมีคุณภาพชีวิตระดับใด หากอยู่ในระดับดี ควรมีการพัฒนาต่อไป หากอยู่ในระดับต่ำ ควรมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น[6] การเอาใจใส่ต่อทรัพยากรมนุษย์ภายในองค์กร เป็นเรื่องที่ผู้บริหารองค์กรต้องให้ความสำคัญ เพราะการมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีของบุคลากร จะทำให้คุณภาพและปริมาณของผลผลิตสูงขึ้น ลดต้นทุนการผลิต มีการติดต่อสื่อสารในองค์การให้ดีขึ้น เกิดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน ลดอัตราการขาดงาน การลาออก เกิดความร่วมมือในองค์การ เกิดความสุขในการทำงาน ผูกพันต่อองค์กร แต่ถ้าบุคลากรมีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ไม่ดี ก็จะเกิดความเบื่อหน่าย ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมา เช่น การขาดประสิทธิภาพในการทำงาน ไม่ให้ความร่วมมือ และอาจจะต้องสูญเสียบุคลากรที่มีคุณภาพขององค์กรไป[7]

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ มีบุคลากรสาธารณสุขจำนวน 134 คน ทั้งนี้ที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาถึงคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านบุคลากร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ จึงได้ศึกษาปัจจัยด้านบริหาร ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตการทำงาน ของบุคลากร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ เปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลของบุคลากร กับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบริหารและปัจจัยสิ่งแวดล้อมกับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร ทั้งนี้เพื่อนำผลหรือข้อเท็จจริงที่ได้มาเป็นแนวทางในการพัฒนาหรือเสริมสร้างคุณภาพชีวิตการทำงาน และความสุขของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research)

ประชากรที่ศึกษา ประชากรที่ศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ บุคลากรสาธารณสุขทั้งหมดที่ปฏิบัติงานประจำในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ จำนวน 134 คน

ขนาดตัวอย่าง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ Krejcie & Morgan[8] ดังนี้

จากสูตร $$n = \frac{\chi^2 Np(1-p)}{e^2(N-1) + \chi^2 p(1-p)}$$

- n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
- N คือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานประจำสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ จำนวน 134 คน
- e คือ ความคลาดเคลื่อนเท่าที่จะยอมรับได้ = 0.05
- χ^2 คือ ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% ($\chi^2 = 3.841$)
- P คือ สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (กำหนดที่ P = 0.5)

$$n = \frac{(3.841)(134 \times 0.5)(1-0.5)}{(0.05)^2(134-1) + 3.841(0.5)(1-0.5)} = 99.53$$

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ควรใช้ขนาดตัวอย่าง 100 คน แต่ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจะใช้ขนาดตัวอย่าง 109 คน เพื่อเป็นตัวแทนอ้างอิงถึงซึ่งสามารถใช้อ้างอิงถึงประชากรที่ศึกษาได้

วิธีการเลือกตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ดำเนินการเลือกตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการใช้คอมพิวเตอร์สุ่ม จำนวน 109 คน โดย

มีเกณฑ์การคัดเข้า คือ เป็นบุคลากรสาธารณสุข ปฏิบัติงานที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ไม่น้อยกว่า 6 เดือน และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา เกณฑ์การคัดออก คือ เป็นผู้บริหารสูงสุด (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกระบี่) หรือเป็นบุคลากรที่อยู่ระหว่างการลาศึกษาต่อ หรือไปช่วยราชการที่อื่น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้คือ

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ตำแหน่ง ประเภทตำแหน่ง และประสบการณ์การทำงานที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ จำนวน 8 ข้อ ลักษณะแบบวัดจะมีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบให้เลือกตอบ หรือเติมข้อความตามข้อเท็จจริง

ส่วนที่ 2 ปัจจัยการบริหาร ประกอบด้วย ด้านการบริหารจัดการ จำนวน 9 ข้อ และด้านลักษณะงาน จำนวน 8 ข้อ แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคอร์ต (Likert scale) ข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบว่า “เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เห็นด้วยบางส่วน ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความเชิงนิมานด้านบวก	
เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน	5 คะแนน
เห็นด้วย ให้คะแนน	4 คะแนน
เห็นด้วยบางส่วน ให้คะแนน	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย ให้คะแนน	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน	1 คะแนน

ข้อความเชิงนิเสธด้านลบ	
เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วย ให้คะแนน	2 คะแนน
เห็นด้วยบางส่วน ให้คะแนน	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย ให้คะแนน	4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน	5 คะแนน

ผู้วิจัยได้แบ่งเกณฑ์การแปลผลปัจจัยการบริหารในแต่ละด้านโดยรวม และรายข้อ เป็น 5 ระดับ คือ ระดับสูงมาก ระดับสูง ระดับปานกลาง ระดับต่ำ และระดับต่ำมาก ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้[9] ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.50–5.00 = ระดับสูงมาก 3.50–4.49 = ระดับสูง 2.50–3.49 = ระดับปานกลาง 1.50-2.49 = ระดับต่ำ และ 1.00-1.49 = ระดับต่ำมาก

ส่วนที่ 3 ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย 4 ด้านคือ ด้านสถานที่ ด้านคน ด้านระบบการทำงาน และด้านวัฒนธรรมองค์กร รวมทั้งสิ้นจำนวน 23 ข้อ แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคอร์ต (Likert scale) ข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบว่า “เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เห็นด้วยบางส่วน ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ในแต่ละข้อดังนี้คือ

ข้อความเชิงนิมานด้านบวก	
เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน	5 คะแนน
เห็นด้วย ให้คะแนน	4 คะแนน
เห็นด้วยบางส่วน ให้คะแนน	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย ให้คะแนน	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน	1 คะแนน

ข้อความเชิงนิเสธด้านลบ	
เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วย ให้คะแนน	2 คะแนน
เห็นด้วยบางส่วน ให้คะแนน	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย ให้คะแนน	4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน	5 คะแนน

ผู้วิจัยได้แบ่งเกณฑ์การแปลผลปัจจัยสิ่งแวดล้อมในแต่ละด้านโดยรวม และในแต่ละข้อเป็น 5 ระดับ คือ ระดับสูงมาก ระดับสูง ระดับปานกลาง ระดับต่ำ และระดับต่ำมาก ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้[9] ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.50–5.00 = ระดับสูงมาก 3.50–4.49 = ระดับสูง 2.50–3.49 = ระดับปานกลาง 1.50-2.49 = ระดับต่ำ และ 1.00-1.49 = ระดับต่ำมาก

ส่วนที่ 4 คุณภาพชีวิตการทำงาน ซึ่งประกอบด้วยด้านต่างๆ 8 ด้าน คือ ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม ด้านสภาพการทำงานที่ปลอดภัย ด้านโอกาสในการพัฒนาบุคลากร ด้านความมั่นคงและความก้าวหน้าในการทำงาน ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ด้านสิทธิส่วนบุคคล ด้านชีวิตโดยส่วนรวม และด้านการคำนึงถึงความเป็นประโยชน์ต่อสังคม แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคอร์ต (Likert scale) เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบว่า มากที่สุด มาก

บางส่วน น้อยมาก และไม่เป็นจริงเลย โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนน ในแต่ละข้อดังนี้คือ มากที่สุด ให้ 5 คะแนน มาก ให้ 4 คะแนน บางส่วน ให้ 3 คะแนน น้อยมาก ให้ 2 คะแนน และไม่เป็นจริงเลย ให้ 1 คะแนน

ผู้วิจัยได้แบ่งเกณฑ์การแปลผลคุณภาพชีวิตการทำงานในแต่ละด้านโดยรวม และในแต่ละข้อ เป็น 5 ระดับ คือ ระดับสูงมาก ระดับสูง ระดับปานกลาง ระดับต่ำ และระดับต่ำมาก ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้[9] ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.50–5.00 = ระดับสูงมาก 3.50–4.49 = ระดับสูง 2.50–3.49 = ระดับปานกลาง 1.50-2.49 = ระดับต่ำ และ 1.00-1.49 = ระดับต่ำมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และได้พิจารณาตัดสินตามความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญ จากค่าดัชนีความสอดคล้องของแต่ละข้อคำถาม ซึ่งอยู่ระหว่าง 0.66 – 1.00 หลังจากนั้นได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับประชากรที่ศึกษา แต่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มที่ศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำไปวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของมาตรวัด (Reliability) โดยใช้วิธีการวัดความสอดคล้องภายใน (Internal consistency method) แบบครอนบาค อัลฟา (Cronbach's alpha) ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดปัจจัยด้านการบริหาร = 0.75 แบบวัดปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม = 0.87 และแบบวัดคุณภาพชีวิตการทำงาน = 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เริ่มด้วยการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งอธิบายเกี่ยวกับแบบสอบถาม ข้อคำถามและรูปแบบการเก็บข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างทราบ โดยไม่มีการบังคับหรือมีแรงจูงใจใดๆ ในการให้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง โดยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยบริหาร ปัจจัยสิ่งแวดล้อม คุณภาพชีวิตการทำงาน และข้อเสนอแนะในการสร้างคุณภาพชีวิตการทำงาน ให้แก่บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และการทดสอบการแจกแจงแบบปกติของตัวแปร โดยใช้สถิตทดสอบ Kolmogorove-Smirnove

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ กับคุณภาพชีวิตการทำงาน ด้วย Independen t-test และ One Way ANOVA

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบริหาร ปัจจัยสิ่งแวดล้อม กับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ โดยใช้ Pearson's product moment correlation

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ โดยมีเอกสารรับรองเลขที่ KBO-IRB 2023/10.2505 วันที่ 25 พฤษภาคม 2566

ผลการศึกษา

ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.9 มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 35.8 รองลงมาอายุน้อยกว่า 40 ปี และ 40-49 ปี ร้อยละ 33.0 และ 31.2 ตามลำดับ โดยเฉลี่ยมีอายุ 43.8 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 58.8 จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 59.6 รองลงมามีการศึกษาระดับปริญญาโท และต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 30.3 และ 10.1 ตามลำดับ มีรายได้/เดือนมากกว่า 30,000 บาท ร้อยละ 65.1 โดยเฉลี่ยมีรายได้ 39,584.4 บาทต่อเดือน ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างดังกล่าว เป็นนักวิชาการสาธารณสุข นักจัดการงานทั่วไป พยาบาลวิชาชีพ และเภสัชกร ร้อยละ 31.2, 9.4, 9.4 และ 7.3 ตามลำดับ และส่วนที่เหลือเป็นตำแหน่งต่างๆ ร้อยละ 42.8 โดยส่วนใหญ่ เป็นข้าราชการ ร้อยละ 75.2 มีประสบการณ์การทำงานที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ น้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 49.5 รองลงมามีประสบการณ์ 10 – 20 และมากกว่า 20 ปี ร้อยละ 27.5 และ 23.0 ตามลำดับ โดยเฉลี่ยมีประสบการณ์ทำงานที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ 12.3 ปี

ปัจจัยการบริหาร ด้านการบริหารจัดการ และด้านลักษณะงาน คะแนนเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาปัจจัยการบริหารในแต่ละประเด็น ของแต่ละด้าน พบผลการศึกษา ดังนี้

- ด้านการบริหารจัดการ เกือบทุกประเด็นมีคะแนนเฉลี่ยในระดับสูง ส่วนในประเด็นเรื่องผู้บังคับบัญชาโดยเบื้องต้นไม่มีความไว้วางใจในตัวผู้ปฏิบัติงาน อยู่ในระดับปานกลาง

และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ มีจำนวนบุคลากรไม่เหมาะสมกับปริมาณงาน อยู่ในระดับต่ำ

- ด้านลักษณะงาน หลายประเด็นมีคะแนนเฉลี่ยในระดับสูง ยกเว้นในเรื่องทำงานโดยมีผู้บังคับบัญชาคอยควบคุมกำกับดูแลอย่างใกล้ชิดเป็นประจำ งานที่ทำไม่จำเป็นต้องใช้ความสามารถ และทักษะหลายอย่าง และในการทำงานไม่มีโอกาสได้ทราบว่าทำงานได้สำเร็จตามวัตถุประสงค์เพียงใด อยู่ในระดับปานกลาง

ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ได้ศึกษา 4 ด้าน คือ ด้านสถานที่ คน ระบบการทำงาน และวัฒนธรรมองค์กร พบว่า ในภาพรวมคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง และปัจจัยสิ่งแวดล้อมในด้านสถานที่ คน และวัฒนธรรมองค์กร อยู่ในระดับสูง ส่วนด้านระบบการทำงาน อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ เมื่อศึกษาประเด็นต่างๆ ในแต่ละด้าน พบผลการศึกษาดังนี้

- ด้านสถานที่ เกือบทุกประเด็นอยู่ในระดับสูง ยกเว้นประเด็นเรื่องสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ มีเครื่องมือเครื่องใช้และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ไม่เพียงพอ และไม่เหมาะสม อยู่ในระดับปานกลาง

- ด้านคน ทุกประเด็นมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง

- ด้านระบบการทำงาน หลายประเด็นมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ยกเว้นในเรื่องหน่วยงานมีความยุติธรรมในการเลื่อนตำแหน่งหน้าที่และเงินเดือน และมีการลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นในการทำงานตามระเบียบและข้อบังคับต่างๆ ให้เหลือน้อยที่สุด อยู่ในระดับปานกลาง

- ด้านวัฒนธรรมองค์กร ทุกประเด็นมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง

คุณภาพชีวิตการทำงาน พบว่า คะแนนเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับสูง โดยคุณภาพชีวิตด้านสภาพการทำงานที่ปลอดภัย ด้านโอกาสในการพัฒนาบุคลากร ด้านความมั่นคงและความก้าวหน้าในการทำงาน ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ด้านสิทธิส่วนบุคคล ด้านชีวิตโดยส่วนรวม และด้านการคำนึงถึงความเป็นประโยชน์ต่อสังคม อยู่ในระดับสูง แต่ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตการทำงานในแต่ละประเด็นของแต่ละด้าน พบว่า ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม ด้านความมั่นคงและความก้าวหน้าในการทำงาน ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ด้านสิทธิส่วนบุคคล และด้านการคำนึงถึงความเป็นประโยชน์ต่อสังคม ทุกประเด็นอยู่ในระดับสูง ยกเว้นบางประเด็นคะแนนเฉลี่ย ไม่ได้อยู่ในระดับสูง ได้แก่ รายละเอียดดังตารางที่ 1

- ด้านสภาพการทำงานที่ปลอดภัย ประเด็น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่มีการจัดทำมาตรฐานการปฏิบัติในการป้องกันความผิดพลาดจากการทำงานและมีการนำมาปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง

- ด้านโอกาสในการพัฒนาบุคลากร ประเด็นการทำงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่มีโอกาสประสบความสำเร็จในชีวิตตามจุดมุ่งหมาย อยู่ในระดับปานกลาง

- ด้านชีวิตโดยส่วนรวม ประเด็นเรื่องต้องทำงานในหน่วยงานมากเกินไปทำให้มีเวลาพักผ่อนไม่เพียงพอ อยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ กลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายประเด็น

คุณภาพชีวิตการทำงาน	n	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม	**109**	**3.40**	**0.70**	**ปานกลาง**
- ได้รับค่าตอบแทนที่ยุติธรรม เมื่อเปรียบเทียบกับค่าตอบแทนของหน่วยงานอื่นที่มีลักษณะคล้ายๆ กัน	109	3.46	0.80	ปานกลาง
- ค่าตอบแทนที่ได้รับมีความเหมาะสมกับปริมาณงาน	109	3.44	0.78	ปานกลาง
- ค่าตอบแทนที่ได้รับคุ้มค่าต่อความเสี่ยงในการทำงาน	109	3.39	0.89	ปานกลาง
- เงินเดือนและรายได้อื่นๆ ที่ได้จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีความเพียงพอสำหรับใช้จ่ายตามอัตภาพ	109	3.33	0.82	ปานกลาง

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ กลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายประเด็น (ต่อ)

คุณภาพชีวิตการทำงาน	n	$\bar{x}$	SD	ระดับ
สภาพการทำงานที่ปลอดภัย	**109**	**3.59**	**0.61**	**สูง**
- มีการบำรุงรักษาอาคารสถานที่ให้อยู่ในสภาพดี น่าทำงาน	109	3.70	0.77	สูง
- มีการป้องกันอันตรายต่างๆ จากการทำงานอย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ	109	3.65	0.71	สูง
- มีการจัดสภาพที่ทำงาน และจัดวางเครื่องมือ เครื่องใช้อย่างมีระเบียบ ช่วยให้การทำงานสะดวก รวดเร็ว และปลอดภัย	109	3.65	0.71	สูง
- มีการป้องกันสิ่งที่อาจทำให้เกิดอันตราย ตามมาตรฐานได้อย่างเหมาะสม	109	3.50	0.74	สูง
- มีการจัดทำมาตรฐานการปฏิบัติในการป้องกันความผิดพลาดจากการทำงานและมีการนำมาปฏิบัติ	109	3.45	0.72	ปานกลาง
โอกาสในการพัฒนาบุคลากร	**109**	**3.71**	**0.56**	**สูง**
- มีโอกาสใช้ความรู้ความสามารถและทักษะในการทำงานอย่างเต็มที่	109	3.98	0.65	สูง
- ไม่มีโอกาสใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการทำงาน*	109	3.80	0.85	สูง
- หน่วยงานมีการประเมินผลผู้ปฏิบัติงาน เพื่อพัฒนาศักยภาพในการทำงาน	109	3.71	0.78	สูง
- ไม่ได้รับการสนับสนุนและส่งเสริมให้ไปศึกษาหรือดูงานเมื่อมีโอกาส*	109	3.66	1.02	สูง
- การทำงานใน สสจ.มีโอกาสประสบความสำเร็จในชีวิตตามจุดมุ่งหมาย	109	3.40	0.82	ปานกลาง
ความมั่นคงและความก้าวหน้าในการทำงาน	**109**	**3.87**	**0.45**	**สูง**
- การโยกย้ายตำแหน่ง/หน้าที่ความรับผิดชอบไม่เป็นไปตามกฎเกณฑ์/ไม่ยุติธรรม*	109	4.14	1.01	สูง
- มั่นใจในความสามารถที่จะปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย	109	4.11	0.58	สูง
- มีโอกาสได้รับมอบหมายงานที่มีขอบข่ายความรับผิดชอบมากขึ้น	109	3.83	0.64	สูง
- มีโอกาสปรับปรุงตนเองเพื่อการทำงานตามเป้าหมาย	109	3.82	0.59	สูง
- ไม่มีโอกาสเลื่อนตำแหน่งที่สูงขึ้น เนื่องจากขาดการสนับสนุนที่ดีจากผู้บังคับบัญชา*	109	3.50	1.11	สูง
ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น	**109**	**3.96**	**0.59**	**สูง**
- ได้รับการช่วยเหลือจากผู้ร่วมงานในการทำงานเป็นอย่างดี	109	4.15	0.78	สูง
- มีความพึงพอใจในการทำงานกับเพื่อนร่วมงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	109	4.02	0.73	สูง
- ได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการทำงานจากผู้ร่วมงาน	109	3.91	0.74	สูง
- ไม่มีการประชุม ปรึกษาปัญหาในการทำงานในกลุ่มงาน*	109	3.90	0.99	สูง
- การทำงานร่วมกัน ไม่มีการแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกันในทีมสหวิชาชีพ*	109	3.84	0.88	สูง
สิทธิส่วนบุคคล	**109**	**3.93**	**0.59**	**สูง**
- ไม่ได้รับความเสมอภาคในการทำงาน*	109	4.05	0.98	สูง
- ไม่มีอิสระในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับงานในหน่วยงาน*	109	4.00	0.98	สูง
- ผู้ร่วมงานให้ความเคารพในสิทธิส่วนบุคคล และไม่ก้าวก่ายในเรื่องส่วนตัว ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการทำงาน	109	3.97	0.79	สูง
- ได้รับการเคารพและยอมรับจากผู้อื่นในการทำงาน	109	3.96	0.59	สูง
- ผู้บังคับบัญชารับฟังปัญหาและแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอของเสียงส่วนมาก	109	3.72	0.75	สูง

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ กลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายประเด็น (ต่อ)

คุณภาพชีวิตการทำงาน	n	$\bar{x}$	SD	ระดับ
ชีวิตโดยส่วนรวม	**109**	**3.60**	**0.61**	**สูง**
- การทำงานไม่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตและครอบครัว	109	3.79	0.78	สูง
- รู้สึกพึงพอใจกับการแบ่งเวลาเรื่องการทำงาน ครอบครัว สังคม และเวลาส่วนตัว	109	3.78	0.72	สูง
- ต้องทำงานในหน่วยงานมากเกินไป ทำให้มีเวลาพักผ่อนไม่เพียงพอ*	109	3.26	1.04	ปานกลาง
การคำนึงถึงความเป็นประโยชน์ต่อสังคม	**109**	**3.84**	**0.52**	**สูง**
- มีผลงานเป็นที่น่าพอใจต่อผู้มารับบริการ	109	3.99	0.61	สูง
- ให้ความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นทำกิจกรรมเพื่อสาธารณประโยชน์	109	3.93	0.60	สูง
- ไม่มีการวางแผนร่วมกับชุมชนในการพัฒนาบริการสุขภาพ*	109	3.75	0.95	สูง
- ให้โอกาสหน่วยงานอื่นเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสุขภาพ	109	3.72	0.61	สูง
โดยรวม	**109**	**3.75**	**0.41**	**สูง**

* หมายถึง คำถามเชิงลบ

ผลการเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคล กับคุณภาพชีวิตการทำงาน พบว่า รายได้ที่ต่างกัน ทำให้มีคุณภาพชีวิต การทำงานต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.029) โดยผู้ที่มีรายได้ 20,000 - 29,999 บาท มีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีกว่าผู้มีรายได้น้อยกว่า 20,000 บาท ส่วนเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และประสบการณ์การทำงานที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ที่ต่างกันไม่ได้ทำให้คุณภาพชีวิตการทำงานแตกต่างกันทางสถิติ (p-value > 0.05) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยด้านบุคลากร กับคุณภาพชีวิตการทำงานบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่

ปัจจัย	n	$\bar{x}$	SD	t	p-value
เพศ	**109**				
1. ชาย	35	3.75	0.37	0.050	0.960*
2. หญิง	74	3.75	0.43		
อายุ	**109**				
1. น้อยกว่า 40 ปี	36	3.72	0.44	0.300	0.742**
2. 40 - 49 ปี	34	3.73	0.42		
3. ตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป	39	3.79	0.38		
สถานภาพสมรส	**109**				
1. คู่	64	3.70	0.41	1.710	0.186**
2. โสด	37	3.80	0.41		
3. หม้าย/หย่า/แยก	8	3.96	0.33		

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยด้านบุคลากร กับคุณภาพชีวิตการทำงานบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ (ต่อ)

ปัจจัย	n	$\bar{x}$	SD	t	p-value
ระดับการศึกษา	**109**				
1. ต่ำกว่าปริญญาตรี	11	3.98	0.24	2.333	0.102**
2. ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า	65	3.75	0.39		
3. ปริญญาโท	33	3.67	0.46		
รายได้	**109**				
1. น้อยกว่า 20,000 บาท	20	3.56	0.37	3.671	0.029**
2. 20,000 - 29,999 บาท	18	3.92	0.46		คู่ที่ต่าง
3. ตั้งแต่ 30,000 บาทขึ้นไป	71	3.75	0.39		(1, 2)
ประสบการณ์การทำงานที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	**109**				
1. น้อยกว่า 10 ปี	54	3.74	0.38	0.850	0.430**
2. 10 – 20 ปี	30	3.70	0.43		
3. มากกว่า 20 ปี	25	3.84	0.45		

หมายเหตุ * วิเคราะห์ด้วย Independent t-test **วิเคราะห์ด้วย One Way ANOVA

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบริหารและปัจจัยสิ่งแวดล้อม กับคุณภาพชีวิตการทำงาน พบผลการศึกษา ดังนี้

ปัจจัยการบริหาร ในภาพรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงานในระดับ ปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.60, p-value < 0.01) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการบริหารจัดการ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงานในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.66, p-value < 0.01) ในระดับปานกลาง และด้านลักษณะงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.23, p-value < 0.05)

ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ในภาพรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงานในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.81, p-value < 0.01) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านระบบการทำงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงานในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.75, p-value < 0.01) ส่วนด้านสถานที่ ด้านคน และด้านวัฒนธรรมองค์กร มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงานในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.58, 0.64 และ 0.68 ตามลำดับ, p-value < 0.01) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์และระดับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการบริหาร และปัจจัยสิ่งแวดล้อม กับคุณภาพชีวิตการทำงาน (n = 109)

ตัวแปร	คุณภาพชีวิตการทำงาน	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ระดับ
ปัจจัยการบริหาร	**0.60****	**ปานกลาง**
ด้านการบริหารจัดการ	0.66**	ปานกลาง
ด้านลักษณะงาน	0.23*	ต่ำ

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์และระดับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการบริหาร และปัจจัยสิ่งแวดล้อม กับคุณภาพชีวิตการทำงาน (n = 109)(ต่อ)

ตัวแปร	คุณภาพชีวิตการทำงาน	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ระดับ
ปัจจัยสิ่งแวดล้อม	**0.81****	**สูง**
ด้านสถานที่	0.58**	ปานกลาง
ด้านคน	0.64**	ปานกลาง

อภิปรายผล

คุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวมของบุคลากรสาธารณสุขอยู่ในระดับสูง อาจมีสาเหตุเนื่องจากปัจจุบันสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ได้มีการพัฒนาในด้านต่างๆ ทั้งในด้านสภาพการทำงานที่ปลอดภัย การพัฒนาบุคลากร และได้คำนึงถึงความมั่นคงและความก้าวหน้าในการทำงาน การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น สิทธิส่วนบุคคล มุ่งเน้นให้บุคคลคำนึงถึงความเป็นประโยชน์ต่อสังคม ซึ่งทำให้ชีวิตโดยส่วนรวมของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ดีขึ้น และอยู่ในระดับสูง ยกเว้นในด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรมอยู่ในระดับปานกลาง เป็นเพราะว่าการให้เงินเดือนในระบบราชการ เป็นไปตามระดับความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ ซึ่งในเบื้องต้นเมื่อเริ่มปฏิบัติงาน ในระบบราชการก็จะได้รับเงินเดือนที่ไม่สูงเมื่อเปรียบเทียบกับภาคเอกชน ซึ่งจากผลการศึกษา พบว่า ร้อยละ 34.8 ได้รับเงินเดือนน้อยกว่า 30,000 บาท ประกอบกับเจ้าหน้าที่มีอายุค่อนข้างน้อย (น้อยกว่า 40 ปี ร้อยละ 33.3 เฉลี่ย 43.8 ปี) และมีสถานภาพสมรสคู่ถึงร้อยละ 58.8 ทำให้การได้รับค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม อยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษาดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของพรรณี วัตราเศรษฐ์[7] และประภาพรรณ สิทธิเวช[10] ที่พบว่าคุณภาพชีวิตการทำงานด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรมอยู่ในระดับปานกลาง

บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ มีรายได้ที่ต่างกันทำให้มีคุณภาพชีวิตการทำงานต่างกัน โดยผู้ที่มีรายได้ 20,000 - 29,999 บาท มีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีกว่าผู้มีรายได้น้อยกว่า 20,000 บาท ทั้งนี้ เป็นเพราะว่ารายได้เป็นสิ่งสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิต การที่มีรายได้มากทำให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสายชล คงทิม[11] ที่พบว่า รายได้ต่อเดือนที่ต่างกัน ทำให้มีคุณภาพชีวิตในการทำงานแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดนูทัศน์ ตันดี[12] พบว่ารายได้ต่อเดือนที่ต่างกัน ทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีคุณภาพชีวิตการทำงานแตกต่างกัน

ปัจจัยการบริหาร มีผลเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ ในระดับปานกลาง โดยปัจจัยการบริหารด้านการบริหารจัดการมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร ส่วนด้านลักษณะงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร ทั้งนี้ การบริหารจัดการช่วยทำให้งานบรรลุจุดมุ่งหมาย และประสบความสำเร็จตามต้องการ เนื่องจากการบริหารจัดการช่วยอำนวยการให้การดำเนินการเป็นไปตามขั้นตอนอย่างเป็นระบบ มีความราบรื่น และมีอุปสรรคน้อยที่สุด[5] การบริหารจัดการที่ดีก่อให้เกิดผลลัพธ์ในระดับองค์การหรือระบบงานในทางที่ดี ซึ่งก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตการทำงานตามมา หรือให้ผลลัพธ์ในทางตรงกันข้าม หากงานอยู่ภายใต้การบริหารที่ไม่เหมาะสม[13] นอกจากนี้ ลักษณะงานเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงาน ทั้งนี้ ลักษณะงานที่มีความหมาย มีคุณค่า มีความท้าทาย จะจูงใจให้บุคคลทำงานมีความพึงพอใจ และมีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคคล ดังนั้น ถ้าบุคคลรับรู้ว่าองค์กรมีการออกแบบงานที่มีส่วนของงานที่น่าสนใจ งานมีความหมายและท้าทายก็จะเป็นแรงจูงใจในการทำงาน ลดอัตราการขาดงาน การลาออกจากงาน และ สิ่งที่ตามมาคือผลการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพสูง[5] ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่หากมีการบริหารจัดการ และมีลักษณะงานที่ดี ก็จะทำให้บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่มีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี ซึ่งมีผลเชิงบวกในระดับปานกลาง ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับ

การศึกษาของ พรรณี วัตราเศรษฐ์[7] และประภาพรรณ สิทธิเวช[10] ที่พบว่า ปัจจัยด้านบริหาร ได้แก่ การบริหารจัดการ และลักษณะงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประไพ ศรีแก้ว และ ดุษฎี เอกพจน์[14] พบว่า การบริหารจัดการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ในระดับสูง โดยปัจจัยสิ่งแวดล้อมด้านสถานที่ ด้านคน ด้านระบบการทำงาน และด้านวัฒนธรรมองค์กร มีผลเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตการทำงาน ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ พรรณี วัตราเศรษฐ์[7] ที่พบว่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงานในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปัจจัยด้านสถานที่ และคน ระบบการทำงาน และวัฒนธรรมองค์การ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงานในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนประภาพรรณ สิทธิเวช[10] พบว่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมีความ สัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงานในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปัจจัยด้านสถานที่ และคน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงานในระดับปานกลาง ทั้งนี้

- สถานที่ที่มีสภาพแวดล้อมในการทำงานดี ไม่ว่าจะเป็นความสะอาดของสถานที่ ความปลอดภัย เครื่องมือเครื่องใช้มีความเหมาะสมและเพียงพอในการทำงาน จะส่งผลให้บุคลากรมีความพึงพอใจในการทำงาน อันจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี[5]

- คน ซึ่งได้แก่ เพื่อนร่วมงานและหัวหน้างาน มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงาน โดยเพื่อนร่วมงานมีผลต่อการทำงานมากทั้งในกระบวนการทำงานและผลงานที่ปรากฏ ในการทำงานถ้าได้เพื่อนร่วมงานดี งานก็จะออกมาในสภาพที่ดี และตรงตามวัตถุประสงค์ ส่วนหัวหน้าหรือผู้บังคับบัญชา เป็นผู้ควบคุมให้งานเป็นไปตามเป้าหมาย เพราะหัวหน้าหรือผู้บังคับบัญชา มีส่วนในการให้คุณให้โทษ ดูแลการทำงานของผู้ใต้บังคับบัญชาโดยตรง วิธีการสนับสนุนให้ความดีความชอบ ระบบการให้รางวัล ความยืดหยุ่น อำนาจในการตัดสินใจแก้ไขปัญหา ความร่วมมือ/ความขัดแย้งในการทำงาน ซึ่งองค์กรจะไปได้ดีหรือไม่ดี อุปสรรคสำคัญอยู่ที่ผู้บังคับบัญชา[15] ตลอดจนบรรยากาศในการทำงาน สิ่งเหล่านี้มีความสำคัญต่อกระบวนการทำงานและคุณภาพชีวิตการทำงานของแต่ละบุคคล[16]

- ระบบการทำงาน เป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงาน ซึ่งสภาพแวดล้อมในเรื่องที่เกี่ยวกับระบบการทำงาน ได้แก่ ระบบการให้ความดีความชอบ ระบบการทำงานเป็นขั้นตอน ระบบการทำงานเป็นทีม ระบบการตัดสินใจ มีการจัดระบบการทำงานที่ดี เหมาะสม ก็จะส่งเสริมการทำงานของบุคลากร สนับสนุนการทำงานของหน่วยงานร่วมกันรับผิดชอบ ตัดสินใจ แก้ไขและปรับปรุงงาน[5]ทั้งนี้ ระบบการให้ความดีความชอบอย่างยุติธรรมและเหมาะสม ระบบการทำงานเป็นขั้นตอนที่ลดความยุ่งยาก หรือขั้นตอนที่ไม่จำเป็นเพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการทำงาน รวมทั้งระบบการตัดสินใจที่ผู้ปฏิบัติงานสามารถตัดสินใจในงานหรือหน้าที่ที่ตนเองรับผิดชอบได้ จะทำให้บุคลากรเกิดความพึงพอใจในการทำงาน อันจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี

- วัฒนธรรมองค์กร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร สอดคล้องกับทฤษฎีของ เวอร์เทอร์และเดวิส (Werther and Davis)[5] ที่กล่าวไว้ว่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในเรื่องวัฒนธรรมองค์กร เป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงาน วัฒนธรรมองค์กร เป็นแนวคิด แนวปฏิบัติที่ฝังลึกในจิตใจของคนในองค์กรนั้น องค์กรที่ขาดวัฒนธรรมจะเป็นองค์กรที่ระส่ำระสาย ขาดศูนย์รวมพลังที่จะยึดเหนี่ยวบุคลากรเข้าด้วยกัน ขาดขวัญและกำลังใจในการทำงาน วัฒนธรรมองค์กรเป็นสิ่งผูกมัดคนไว้ด้วยกัน ทำให้ชีวิตแต่ละวันมีความหมายและมีจุดมุ่งหมาย องค์กรที่มีวัฒนธรรมแข็งแกร่งจะช่วยลดอัตราการลาออก ช่วยให้คนทำงานอย่างภาคภูมิใจ และทุ่มเทให้กับงาน อันจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี

สรุปผล

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่มีปัจจัยการบริหารและปัจจัยสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับสูง บุคลากรมีคุณภาพชีวิตการทำงานอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้ รายได้ที่ต่างกัน ทำให้มีคุณภาพชีวิตการทำงานต่างกัน ปัจจัยการบริหารมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง ($r = 0.60$) กับคุณภาพชีวิตการทำงาน ปัจจัยสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูง ($r = 0.75$) กับคุณภาพชีวิตการทำงาน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงาน ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ให้ดียิ่งขึ้น ดังนี้

1.1 ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม ควรนำแนวทางการจ่ายค่าตอบแทนหรือพิจารณาเลื่อนเงินเดือนตามปริมาณงาน/ศักยภาพของบุคคล มาใช้ในการจ่ายค่าตอบแทน/เลื่อนเงินเดือน และดำเนินการอย่างยุติธรรม พัฒนาศักยภาพตัวเองให้มีความสามารถเพิ่มมากขึ้น แต่ทั้งนี้ บุคลากรควรใช้จ่ายอย่างประหยัด และเหมาะสมตามรายได้ที่มีด้วย

1.2 ด้านสภาพการทำงานที่ปลอดภัย ควรพัฒนา/จัดทำมาตรฐานการปฏิบัติในการป้องกันความผิดพลาดจากการทำงานและมีการนำมาปฏิบัติ ให้ดียิ่งขึ้น

1.3 ด้านโอกาสในการพัฒนาบุคลากร ควรส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่มีจุดมุ่งหมายในการทำงานให้ชัดเจน ที่จะก่อให้เกิดผลสำเร็จ

1.4 ด้านชีวิตโดยส่วนรวม ควรกำหนดหรือแบ่งงานในปริมาณที่เหมาะสม และให้มีเวลาพักผ่อนที่เพียงพอ

2. ควรส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาให้เจ้าหน้าที่ให้มีศักยภาพการทำงานเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะทำให้เกิดความก้าวหน้าในตำแหน่งและได้รับเงินเดือนเพิ่มมากขึ้น

3. ควรส่งเสริมให้เกิดการบริหารจัดการ และลักษณะงานที่ดียิ่งขึ้นในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ คือ

3.1 ปัจจัยด้านบริหาร ผู้บังคับบัญชาควรเพิ่มความไว้วางใจในตัวผู้ปฏิบัติงาน และจัดบุคลากรให้เหมาะสมกับปริมาณงาน

3.2 ปัจจัยลักษณะงาน ผู้บังคับบัญชาคอยควบคุม กำกับ ดูแลอย่างใกล้ชิดเป็นประจำ พัฒนาทักษะและความสามารถเจ้าหน้าที่เพิ่มมากขึ้น ตลอดจนประเมินและแจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบว่างานที่ทำนั้นได้สำเร็จตามวัตถุประสงค์เพียงใด

3.3 ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ด้านสถานที่ ควรปรับปรุงให้มีเครื่องมือ เครื่องใช้และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ให้เพียงพอ เหมาะสม ตามความจำเป็น ส่วนด้านระบบการทำงาน ควรสร้างระบบและดำเนินการเลื่อนตำแหน่งหน้าที่และเงินเดือนให้เกิดความยุติธรรม และลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นในการทำงานตามระเบียบ และข้อบังคับต่างๆ ให้เหลือน้อยที่สุด

4. ควรส่งเสริมคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี ให้แก่บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ ควรส่งเสริมคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี ให้แก่บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ คือ ให้ลดขั้นตอนในการทำงาน ส่งเสริมความก้าวหน้าบุคลากรในทุกระดับ พัฒนาศักยภาพบุคลากร และให้เพิ่มที่จอดรถให้เพียงพอและมีหลังคา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ดร.ไพสิฐ บุณยะกวี วิทยาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง ดร.บุญเรือง ขาวนวล รองคณบดีฝ่ายวิจัยนวัตกรรมและกิจการนิสิต คณะวิทยาการจัดการสุขภาพ และ การกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ และนางพรพิมล รัตนซ้อน นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ ที่ได้ให้คำแนะนำและตรวจสอบเครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้ และขอขอบคุณบุคลากรสาธารณสุขกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ได้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Holley, William and Jennings, Kenneth M. Personnel Management. New York : CBS Colledge Publishing. 1983
2. Office of the Civil Service Commission. Enhancement of quality of life and work: The new trend of human resource management. Bangkok: Office of the Civil Service. Commission. 2017. (in Thai)
3. Walton, Richard E. Improving the Quality of Work Life. Harvard Business Review. 1974.
4. Arnold, H.J. and Feldman, D.C. Organization Behavior. New york : Mc Graw-Hill Book. 1986.
5. Werther, W.B and Davis, K. Personal Management and Human Resource. Tokyo : Mc Graw-Hill. 1982.
6. Davis, Louis E. Exchanging the Quality of Working Life: Development on the United States. International Labour Review. 1997;116(1):53–56.
7. Wattrasate, P. Quality of Work Life of Tambon Health Promoting Hospitals Personnel, Samut Songkhram Province. The Journal for Health Promotion and Environment. 2018;12(29):47-64.

8. Krejcie, R.V., & D.W. Morgan. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement. 1970;30(3):607–610.
9. Karnasuta, P. Applied Statistics. 10th edition. Bangkok: Chulalongkorn University. 1999. (in Thai)
10. Prapaphan Sitthiwet. Working Life Quality of Health Personnel at Tambon Health Promoting Hospitals, Krabi Province. 2013. Research report. (in thai)
11. Kongtim, S. Factors Affecting the Quality of Work Life of the Government Officers at State Audit Office of the Kingdom of Thailand. Thesis Master Degree of Business Administration, Krirk University. 2019. (in thai)
12. Tandi, D. The Work Life Quality of Medical Professionals Hospital in Northern Thailand. 2019. [http://www.ba-abstract.ru.ac.th/AbstractPdf/ 2561-5-5_1564742869.pdf] Accessed on 23 June 2023.
13. Sattham, A. Principles and Processes in Public Health in Management for the Development of Public Health Work, Unit 1. Bangkok: Sukhothai Thammathirat University. 2016. (in thai)
14. Srikaew,P & Aekapod, D. Factors Influencing the Quality of Work Life of Professional Nurses at Medical Department in Maharajnakhonsrithammarat Hospital. Region 11 Medicine Journal. 2014;8(1): 101-111. (in Thai)
15. Pongsawat, P. Expectations after Adjusting the Bureaucratic System. Civil Service Journal. 2012;37(2):50-60.
16. Ketkham, W. Human Relations for Modern Executives. Bangkok: Odeon Store. 2012. (in Thai)

JPHRI
Journal of Public Health Research and Innovation

Original research

Citation:
จุฬารัตน์ บุณยะกวี. ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19 ของพนักงานในโรงแรม Alternative Local Quarantine อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสาธารณสุข. 2566;1(3):51-62.

ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19 ของพนักงานในโรงแรม Alternative Local Quarantine อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่

จุฬารัตน์ บุณยะกวี

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่

บทคัดย่อ

บทนำ: สถานการณ์การติดเชื้อโควิด-19 ในประเทศไทย มีรายงานผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อสะสมเพิ่มมากขึ้น แนวโน้มการแพร่เชื้อของจังหวัดกระบี่ยังคงพบกลุ่มก้อนการระบาดใหม่ในสถานที่ทำงาน สถานประกอบกิจการต่างๆ อย่างต่อเนื่อง และแพร่เชื้อต่อในชุมชน และในครัวเรือน ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบในหลายด้าน เศรษฐกิจ สังคม และความเครียดวิตกกังวล อีกทั้งจำนวนเตียงในโรงพยาบาลก็ไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วย สถานบริการโรงแรมหลายแห่งได้ให้ความร่วมมือ และสมัครใจเข้าร่วมเป็นโรงแรมที่ใช้เป็นสถานที่กักกันตัวของรัฐทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติที่เดินทางเข้ามาในพื้นที่ หรือที่เรียกว่า Alternative Local Quarantine (ALQ) ซึ่งจากความร่วมมือจากผู้ประกอบการภาคเอกชนประเภทโรงแรมที่พักในจังหวัดกระบี่ นับเป็นความสำเร็จอย่างหนึ่งในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดกระบี่

วิธีการศึกษา: การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional survey research) เก็บข้อมูลในเดือนมกราคมถึงมีนาคม 2565 กลุ่มตัวอย่าง คือ พนักงานในโรงแรม Alternative Local Quarantine จังหวัดกระบี่ จำนวน 282 คน โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ที่ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องด้วยการทดสอบสำหรับความน่าเชื่อถือโดยมีค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.82 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 ของพนักงานในโรงแรม Alternative Local Quarantine และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของพนักงานในโรงแรม Alternative Local Quarantine อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษา: พนักงานในโรงแรม Alternative Local Quarantine ที่สุ่มโดยการหยิบฉลากมาทั้งหมด 3 โรงแรมตามโรงแรมขนาดใหญ่ (ห้องพักมากกว่า 100 ห้อง) จำนวน 1 โรง โรงแรมขนาดกลาง (ห้องพักมากกว่า 30 ห้องไม่เกิน 100 ห้อง) จำนวน 1 โรง และโรงแรมขนาดเล็ก (มีห้องพักเดี่ยวต่ำกว่า 30 ห้อง) จำนวน 1 โรง ที่ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยทั้งสิ้น 282 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.77 อายุเฉลี่ย 36.53 ปี ศึกษาอยู่ชั้นมัธยมปลาย ร้อยละ 43.97 และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 15,853.53 บาท ได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 เข็มที่ 3 ร้อยละ 77.67 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 51.06 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติในการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 76.60 และส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 95.39 ระดับทัศนคติในการป้องกันโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ในการป้องกันโรคโควิด-19 แต่ไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19

สรุปผล: การศึกษาครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่า พนักงานในโรงแรม Alternative Local Quarantine อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ มีความรู้ และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูง ดังนั้นหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมและสนับสนุนให้พนักงานในโรงแรม Alternative Local Quarantine เข้ามามีส่วนร่วม ประชาสัมพันธ์ และเผยแพร่ข่าวสาร รวมถึงร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของ ภาคราชการด้านการท่องเที่ยวอย่างจริงจังและต่อเนื่อง และควรจะมีการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 โดยเน้นเรื่องความรู้เรื่องเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และการพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 รวมทั้งมีการศึกษาติดตามผลเป็นระยะ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดี

คำสำคัญ: ความรู้ ทัศนคติ โรคโควิด-19

วันที่รับ: 14 ส.ค. 2566
วันแก้ไข: 25 ส.ค. 2566
วันตอบรับ: 30 ส.ค. 2566

ผู้นิพนธ์ประสานงาน:
จุฬารัตน์ บุณยะกวี:
Email: boonyakawee11@gmail.com

JPHRI
Journal of Public Health Research and Innovation

Original research

Citation:
Chularat Boonyakawee. Knowledge, Attitude and Preventive Behaviors of COVID-19 among Alternative Local Quarantine Hotel Personnel in Muang District, Krabi Province. Journal of Public Health Research and Innovation. 2023;1(3):51-62.

Knowledge, Attitude and Preventive Behaviors of COVID-19 among Alternative Local Quarantine Hotel Personnel in Muang District, Krabi Province

Chularat Boonyakawee

Muang Krabi District Public Health Office, Krabi Province

Abstract

Background: The Situation of COVID-19 Infection in Thailand has accumulated more reports of confirmed cases. The transmission trend in Krabi province continues to see new clusters of outbreaks in the workplace, various business and continuously epidemic through the community and in the household which impacted to economy, society and anxiety. The number of hospital beds was not enough for the number of patients, also. The successful of this problem solving in Krabi was many hotels became to Alternative Local Quarantine (ALQ).

Methods: This cross-sectional survey research was conducted in January – March 2022 by online questionnaire among 282 employees in the Alternative Local Quarantine Hotel, Krabi Province. The results were then analyzed for its reliability. For the part of knowledge in pesticide use by using Cronbach's alpha method, alpha value was 0.82. The objectives were to study knowledge, attitudes and behaviors related to the prevention of COVID-19 and to study the relationship between personal factors, knowledge, attitudes and behaviors for preventing COVID-19 of personnel at Alternative Local Quarantine Hotel, Muang Krabi District Krabi Province. Chi-square and Pearson correlation coefficient statistics were calculated to test for relationships.

Results: The results revealed that 282 personnel at Alternative Local Quarantine Hotel were randomly chosen from three hotels according to the size of the hotel; 1 small size (with less than 30 rooms), 1 medium size (between 30 rooms - 100 rooms), and 1 large size (more than 100 rooms). Found that most of the sample were female (51.77 %), average age was 36.53 years, 43.97 % were studying in high school and average monthly income was 15,853.53 baht, received the 3rd dose of COVID-19 vaccine was 77.67 % and found that the employees had knowledge about COVID-19 prevention at a high level (51.06 %). Most of the sample groups (76.60 %) had a high level in the attitude of preventing COVID-19 and most of the studied samples had behaviors to prevent COVID-19 at a high level (95.39 %), The level of attitude to prevent COVID-19 was correlated with the level of knowledge of COVID-19 prevention, however, no correlation was found with the behaviors in preventing COVID-19.

Conclusions: This study concluded that personnel at Alternative Local Quarantine Hotel, Muang Krabi District Krabi Province had knowledge and behavior to prevent COVID-19 in a high level. Therefore, relevant government agencies should encourage and support personnel at the Alternative Local Quarantine Hotel, Krabi provincial officers should to take a part to advertise a message Including co-driven operations related to COVID-19 of the tourism sector, continuously. And should be conducted a research and development program to COVID-19 disease prevention with an emphasis on knowledge about COVID-19.

Keywords: Knowledge, Attitude Preventive Behaviors and COVID-19

Received: 14 August 2023
Revised: 25 August 2023
Accepted: 30 August 2023

Correspondence to
Chularat Boonyakawee;
Email: boonyakawee11@gmail.com

บทนำ

การระบาดโรคโควิด-19 ในปัจจุบัน เริ่มต้นจากการพบผู้ป่วยรายแรกในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน เมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 และหลังจากนั้นก็ได้เกิดการแพร่กระจายของโรคไปยังประเทศต่างๆ แถบเอเชีย เมื่อวันที่ 12 มกราคม 2562 ได้มีการประกาศพบผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 เป็นรายแรกในประเทศไทย ซึ่งโรค โควิด-19 เป็นตระกูลของไวรัสที่ก่อให้อาการป่วยตั้งแต่โรคไข้หวัดธรรมดาไปจนถึงโรคที่มีความรุนแรงมาก เช่น โรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง เป็นต้น ซึ่งเป็นสายพันธุ์ใหม่ที่ไม่เคยพบมาก่อนในมนุษย์ก่อให้เกิดอาการป่วยระบบทางเดินหายใจในคน และสามารถแพร่เชื้อจากคนสู่คนได้[1]

สถานการณ์การติดเชื้อโควิด-19 ในประเทศไทย ข้อมูล ณ วันที่ 24 เมษายน 2564 พบว่า มีรายงานผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อสะสม จำนวน 53,022 ราย โดยเป็นผู้ป่วยที่เดินทางจากต่างประเทศ จำนวน 3,266 ราย และเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในสถานกักกันที่รัฐจัดให้ 2,637 ราย มีผู้เสียชีวิตสะสม 129 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.24[2] และในภาคใต้ มีผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อสะสม 2,858 ราย โดยในเขตสุขภาพที่ 11 มีผู้ป่วยยืนยันสะสม 960 ราย โดยจังหวัดสุราษฎร์ธานีมีผู้ป่วยยืนยันสะสมสูงสุด คือ 358 ราย รองลงมาคือจังหวัดภูเก็ตจำนวน 292 ราย ส่วนจังหวัดกระบี่มีผู้ป่วยยืนยันสะสมอยู่ที่ 92 ราย ในช่วงระลอกของเดือนเมษายน 2564 ในช่วงวันที่ 1 – 23 เมษายน 2564 จังหวัดกระบี่มีผู้ป่วยยืนยันทั้งสิ้น 53 ราย โดยในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยชาวต่างชาติจำนวน 3 ราย[3]

จะเห็นได้ว่าโรคโควิด-19 มีโอกาสที่จะระบาดในวงกว้างอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งแนวโน้ม ที่จะเกิดการแพร่ระบาดในจังหวัดที่เป็นจังหวัดท่องเที่ยวอย่างจังหวัดกระบี่ ที่มีนักท่องเที่ยวจากทั้งภายในและภายนอกประเทศมาท่องเที่ยวปีละมากๆ ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบในหลายด้านเศรฐกิจ สังคม และความเครียดวิตกกังวล หลังจากเกิดการระบาดในแต่ละระลอกที่ผ่านมาเกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจต่อผู้ประกอบการธุรกิจท่องเที่ยวอย่างมาก[4] แนวโน้มการแพร่เชื้อของจังหวัดกระบี่ยังคงพบกลุ่มก้อนการระบาดใหม่ในสถานที่ทำงาน สถานประกอบกิจการต่างๆ อย่างต่อเนื่อง และแพร่เชื้อต่อในชุมชน และในครัวเรือน อีกทั้งจำนวนเตียง ในโรงพยาบาลก็ไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วย สถานบริการโรงแรมหลายแห่งได้ให้ความร่วมมือ และสมัครใจเข้าร่วมเป็นโรงแรมที่ใช้เป็นสถานที่กักกันตัวของรัฐทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติที่เดินทางเข้ามาในพื้นที่ หรือ ที่เรียกว่า Alternative Local Quarantine (ALQ) ซึ่งจากความร่วมมือจากผู้ประกอบการภาคเอกชนประเภทโรงแรมที่พักในจังหวัดกระบี่ นับเป็นความสำเร็จอย่างหนึ่งในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดกระบี่หนึ่งในนั้นคือสถานประกอบการประเภทที่พักหรือโรงแรม สถานบริการโรงแรมหลายแห่งได้ให้ความร่วมมือและสมัครใจเข้าร่วมเป็นโรงแรมที่ใช้เป็นสถานที่กักกันตัวของรัฐทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติที่เดินทางเข้ามาในจังหวัดกระบี่ หรือที่เรียกว่า Alternative Local Quarantine (ALQ)[5]

ผู้วิจัยมีความตระหนักถึงสถานการณ์ของโรค และการควบคุมไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคดังกล่าวโดยใช้โรงแรมเป็นสถานที่กักกันผู้ที่เดินทางมายังจังหวัดกระบี่ และคำนึงถึงความปลอดภัยและสุขภาพของพนักงานในโรงแรม Alternative Local Quarantine เนื่องจากผู้ที่ปฏิบัติงานในสถานกักกันตัวกลุ่มเสี่ยงของรัฐที่มีความสำคัญ ในการป้องกันการระบาดของโรค จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจ และมีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษาในประเด็นความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19 ของพนักงานในโรงแรม Alternative Local Quarantine อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ ในครั้งนี้

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Cross-sectional Survey Research) โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ พนักงานที่กำลังทำงานอยู่ในโรงแรม Alternative Local Quarantine อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ จำนวน 778 คน โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรมออนไลน์ OpenEpi เวอร์ชั่น 3 ที่ alpha = 0.05 และ power = 0.80 ได้ขนาดตัวอย่างของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 282 คน

การสุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยเลือกจากพนักงานทุกคนที่กำลังทำงานอยู่ในโรงแรม Alternative Local Quarantine อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ ที่เป็นโรงแรมขนาดใหญ่ (ห้องพักมากกว่า 100 ห้อง) จำนวน 1 แห่ง

โรงแรมขนาดกลาง (ห้องพักมากกว่า 30 ห้องไม่เกิน 100 ห้อง) จำนวน 1 แห่ง และโรงแรมขนาดเล็ก (มีห้องพักเดี่ยวต่ำกว่า 30 ห้อง) จำนวน 1 โรง จากโรงแรมที่สมัครเข้าร่วมเป็นโรงแรม Alternative Local Quarantine ของอำเภอเมืองกระบี่ ทั้งหมด 16 โรงแรม แล้วทำการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ในโรงแรม Alternative Local Quarantine อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ สุ่มโดยการหยิบฉลากมาทั้งหมด 3 โรงแรมตามขนาด แบ่งเป็น ขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และขนาดเล็ก ได้แก่ โรงแรมขนาดเล็กแห่งหนึ่งจำนวนพนักงานทั้งสิ้น 32 คน โรงแรมขนาดกลางแห่งหนึ่งจำนวนพนักงานทั้งสิ้น 50 คน และโรงแรมขนาดใหญ่แห่งหนึ่งจำนวนพนักงานทั้งสิ้น 200 คน รวมกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยทั้งสิ้น 282 คน

เครื่องมือวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถามออนไลน์ที่ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องด้วยการทดสอบสำหรับความน่าเชื่อถือในพนักงานโรงแรมเซ็นธารา แกรนด์ กระบี่ อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ จำนวน 30 คน โดยมีค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.82 การเก็บข้อมูลการทำวิจัยด้วยแบบสอบถามออนไลน์ โดยแต่ละชุดจะใช้เวลาในการตอบประมาณ 30 นาที แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามคุณสมบัติด้านประชากรหรือลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพนักงานโรงแรม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ภูมิลำเนา สถานภาพการสมรส ศาสนา บุคคลที่อยู่อาศัยด้วย โรคประจำตัว สถานที่ทำงาน ตำแหน่งงาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ลักษณะของงาน รายได้ต่อเดือน และการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 16 ข้อ 2) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวโรคโควิด-19 จำนวน 16 ข้อ 3) แบบทดสอบทัศนติเกี่ยวกับโรคโควิด-19 จำนวน 18 ข้อ แบ่งเป็น 5 ระดับ และ 4) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 16 ข้อ มีระดับการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นประจำสม่ำเสมอ ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นไม่ประจำสม่ำเสมอ ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นบ้างเป็นครั้งคราว และไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลย

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS สำหรับ Microsoft Windows version 18

สถิติเชิงพรรณนาถูกใช้เพื่ออธิบายค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา ภูมิลำเนา สถานภาพการสมรส ศาสนา โรคประจำตัว รายได้ต่อเดือน และการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ทัศนคติต่อโรคโควิด-19 และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19

สถิติเชิงอนุมาน ผู้วิจัยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi – Square Test) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส โรคประจำตัว และการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย โดยใช้สถิติ Pearson correlation coefficient โดยใช้ค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ยึดหลักจริยธรรมในทุกขั้นตอนโดยเสนอโครงร่างผ่านความเห็นชอบเพื่อขอการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ เลขที่ KBO-IRB 2021/22.2510 และการดำเนินการเพื่อให้มีคำยินยอมในเอกสารแสดงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างได้ทราบ อธิบายให้เข้าใจว่าในการศึกษาครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะร่วมตอบรับหรือปฏิเสธการตอบ และข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะไม่ถูกเปิดเผย จะนำมาใช้ประโยชน์เฉพาะการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยจึงทำการเก็บข้อมูล

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลของพนักงานในโรงแรม Alternative Local Quarantine อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ จากกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยทั้งสิ้น 282 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.77 มีอายุเฉลี่ย 36.53 ปี ศึกษาอยู่ชั้นมัธยมปลาย ร้อยละ 43.97 ถูมิลำเนาเป็น

คนจังหวัดกระบี่ ร้อยละ 50.71 สมรสแล้ว ร้อยละ 52.84 นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 50.35 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 13.83 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 15,853.53 บาท พนักงานกลุ่มตัวอย่างได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เข็มที่ 3 ร้อยละ 77.66 และพบว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 51.06 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติในการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 76.60 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 95.39 ดังแสดงในตารางที่ 1, 2, 3, 4 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคลของพนักงานในโรงแรม Alternative Local Quarantine อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ (n = 282)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	146	51.77
ชาย	136	48.23
อายุ (ปี) $\bar{X}$ = 36.53 S.D.= 7.962 Max = 55 Min = 15		
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	36	12.77
มัธยมปลาย	124	43.97
อนุปริญญา	41	14.54
ปริญญาตรี	76	26.95
ปริญญาโท	5	1.77
ภูมิลำเนา		
กระบี่	143	50.71
ภาคเหนือ	9	3.19
ภาคกลาง	11	3.90
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	19	6.74
ภาคใต้	100	35.46
สถานภาพสมรส		
โสด	107	37.94
สมรส	149	52.84
หม้าย/หย่า/แยก	26	9.22
ศาสนา		
พุทธ	137	48.58
อิสลาม	142	50.36
คริสต์	3	1.07

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคลของพนักงานในโรงแรม Alternative Local Quarantine อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ (n = 282)(ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน		
1 – 10,000 บาท	117	41.49
10,001 – 20,000 บาท	128	45.39
20,001 บาทขึ้นไป	37	13.12
$\bar{X}$ = 15,853.53 S.D=14,689 Max=180,000 Min=5,000		
มีโรคประจำตัว		
เบาหวาน	6	15.38
ความดันโลหิตสูง	9	23.08
หัวใจ	2	5.13
ไขมัน	4	10.26
อ้วน	3	7.69
อื่นๆ (เช่น โรคกระเพาะอาหาร)	15	38.46
การฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		
1 เข็ม	1	0.35
2 เข็ม	62	21.99
3 เข็ม	219	77.66

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างพนักงานในโรงแรม Alternative Local Quarantine อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ (n = 282)

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	144	51.06
ระดับปานกลาง	126	44.68
ระดับต่ำ	12	4.26
รวม	**282**	**100**
$\bar{X}$ =13.27 S.D=1.67 Max = 16 Min = 4		

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของระดับคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างพนักงานในโรงแรม Alternative Local Quarantine อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ (n = 282)

ระดับทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด-19	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	216	76.60
ระดับปานกลาง	66	23.40
รวม	**282**	**100**
$\bar{X}$ =72.96 S.D = 7.68 Max = 88 Min = 47		

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของระดับคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างพนักงานในโรงแรม Alternative Local Quarantine อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ (n = 282)

ระดับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	269	95.39
ระดับปานกลาง	13	4.61
รวม	**282**	**100**

$\bar{x}$ =57.84 S.D=5.27 Max=64 Min=35

ผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ในการป้องกันโรคโควิด-19 กับปัจจัยส่วนบุคคล และระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 และระดับคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi – Square Test) ดังแสดงในตารางที่ 5 และตารางที่ 6 พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ในการป้องกันโรคโควิด-19 ของพนักงานในโรงแรม Alternative Local Quarantine จังหวัดกระบี่ (p-value = 0.007) ศาสนามีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ในการป้องกันโรคโควิด-19 ของพนักงานในโรงแรม Alternative Local Quarantine จังหวัดกระบี่ (P-value = 0.027) และระดับทัศนคติในการป้องกันโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ในการป้องกันโรคโควิด-19 ของพนักงานในโรงแรม Alternative Local Quarantine จังหวัดกระบี่ (p-value <0.01) และเพศมีความสัมพันธ์กับระดับทัศนคติในการป้องกันโรคโควิด-19 ของพนักงานในโรงแรม Alternative Local Quarantine จังหวัดกระบี่ (p-value = 0.007)

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้การป้องกันโรคโควิด-19 และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษาสูงสุดของกลุ่มตัวอย่างพนักงานในโรงแรม Alternative Local Quarantine อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ (n = 282)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับความรู้การป้องกันโรคโควิด-19				
	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)	χ^2	p-value
เพศ				9.896	0.007
ชาย	11(8.09)	61 (44.85)	64 (47.06)		
หญิง	1 (0.68)	65 (44.52)	80 (54.80)		
ระดับการศึกษาสูงสุด					0.216*
ต่ำกว่าปริญญาตรี	11 (5.47)	86 (42.79)	104 (51.74)	3.062	
ปริญญาตรีขึ้นไป	1 (1.24)	40 (49.38)	40 (49.38)		
สถานภาพสมรส					0.723*
โสด	5 (4.67)	50 (46.73)	52 (48.60)	2.067	
สมรส/อยู่ด้วยกัน	7 (4.38)	71 (44.37)	82 (51.25)		
หม้าย/หย่า/แยก	0	5 (33.33)	10 (66.67)		
ศาสนา					0.027*
พุทธ	7 (5.11)	50 (36.50)	80 (58.39)	7.255	
อื่นๆ (อิสลาม คริสต์)	5 (3.45)	76 (52.41)	64 (44.14)		

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้การป้องกันโรคโควิด-19 และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษาสูงสุดของกลุ่มตัวอย่างพนักงานในโรงแรม Alternative Local Quarantine อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ (n = 282)(ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับความรู้การป้องกันโรคโควิด-19				
	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)	χ^2	p-value
ได้รับวัคซีน					0.203*
1-2 เข็ม	3 (4.76)	22 (34.92)	38 (60.38)	3.187	
3 เข็มขึ้นไป	9 (4.11)	104 (47.49)	106 (48.40)		
โรคประจำตัว					0.357
มี	1 (2.56)	14 (35.90)	24 (61.54)	2.058	
ไม่มี	11 (4.53)	112 (46.09)	120 (49.38)		
ระดับทัศนคติ					<0.001
ต่ำถึงปานกลาง	8 (11.94)	40 (59.70)	19 (28.36)	25.506	
สูง	4 (1.86)	86 (40.0)	125 (58.14)		
ระดับพฤติกรรม				0.449	0.799
ต่ำถึงปานกลาง	1 (7.70)	6 (46.15)	6 (46.15)		
สูง	11 (4.09)	120 (44.61)	138 (51.30)		

*Fisher's Exact Test

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับทัศนคติในการป้องกันโรคโควิด-19 และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษาสูงสุดของกลุ่มตัวอย่างพนักงานในโรงแรม Alternative Local Quarantine อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ (n = 282)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับทัศนคติในการป้องกันโรคโควิด-19			
	ต่ำถึงปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)	χ^2	p-value
เพศ			7.359	0.007
ชาย	42 (30.88)	94 (69.12)		
หญิง	25 (17.12)	121 (82.88)		
ระดับการศึกษาสูงสุด				0.011
ต่ำกว่าปริญญาตรี	56 (27.86)	145 (72.14)	6.500	
ปริญญาตรีขึ้นไป	11 (13.58)	70 (86.42)		
สถานภาพสมรส				0.580
โสด	29 (27.10)	78 (72.90)	1.091	
สมรส/อยู่ด้วยกัน	35 (21.88)	125 (78.12)		
หม้าย/หย่า/แยก	3 (20.0)	12 (80.0)		

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับทัศนคติในการป้องกันโรคโควิด-19 และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษาสูงสุด ของกลุ่มตัวอย่างพนักงานในโรงแรม Alternative Local Quarantine อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ (n = 282)(ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับทัศนคติในการป้องกันโรคโควิด-19			
	ต่ำถึงปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)	χ^2	p-value
ศาสนา			0.188	0.664
พุทธ	31 (22.63)	106 (77.37)		
อื่นๆ (อิสลาม คริสต์)	36 (24.83)	109 (75.17)		
ได้รับวัคซีน			0.106	0.745
1-2 เข็ม	14 (22.22)	49 (77.78)		
3 เข็มขึ้นไป	53 (24.20)	166 (75.80)		
โรคประจำตัว				
มี	8 (20.51)	31 (79.49)	0.263	0.608
ไม่มี	59 (24.28)	184 (75.72)		
ระดับความรู้				
ต่ำ	8 (66.67)	4 (33.33)	25.506	<0.001
ปานกลาง	40 (31.75)	86 (68.25)		
สูง	19 (13.20)	125 (86.80)		
ระดับพฤติกรรม			1.626	0.202
ต่ำถึงปานกลาง	5 (38.46)	8 (61.54)		
สูง	62 (23.05)	207 (76.95)		

จากตารางที่ 7 ในการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน Pearson correlation coefficient ระหว่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 กับปัจจัยส่วนบุคคล และคะแนนเฉลี่ยความรู้และทัศนคติในการป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างพนักงานในโรงแรม Alternative Local Quarantine อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของพนักงานในโรงแรม Alternative Local Quarantine จังหวัดกระบี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (r_s = 0.126) หมายความว่าพนักงานที่มีอายุเพิ่มมากขึ้น ก็จะมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้นได้อีกเล็กน้อย และอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับรายได้ของพนักงานในโรงแรม Alternative Local Quarantine จังหวัดกระบี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (r_s = 0.399) หมายความว่าอายุที่เพิ่มมากขึ้น จะมีอายุการทำงานนานขึ้น รายได้รายเดือนจึงสูงขึ้นตามไปด้วย

ความรู้ในการป้องกันโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับทัศนคติในการป้องกันโรคโควิด-19 ของพนักงานในโรงแรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (r_s = 0.325) หมายความว่าหากพนักงานมีความรู้ในการป้องกันโรคโควิด-19 มากขึ้น แล้วพนักงานในโรงแรมก็จะมีทัศนคติในการป้องกันโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้นได้อีกเล็กน้อย และความรู้ในการป้องกันโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับรายได้ของพนักงานในโรงแรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (r_s = 0.129) หมายความว่าหากพนักงานมีความรู้ในการป้องกันโรคโควิด-19 มากขึ้น แล้วพนักงานในโรงแรมก็มีรายได้เพิ่มขึ้นได้อีกเล็กน้อย

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน รายได้ต่อเดือน และคะแนนความรู้ และทัศนคติการป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างพนักงานในโรงแรม Alternative Local Quarantine อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ (n = 282)

n = 282	พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19	ความรู้การป้องกันโรคโควิด-19	ทัศนคติการป้องกันโรคโควิด-19	อายุ	รายได้ต่อเดือน
พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19	1	0.086	0.036	0.126*	0.077
ความรู้การป้องกันโรคโควิด-19	0.086	1	0.325**	0.074	0.129*
ทัศนคติการป้องกันโรคโควิด-19	0.036	0.325**	1	0.033	0.112
อายุ	0.126*	0.074	0.033	1	0.399**
รายได้ต่อเดือน	0.077	0.129*	0.112	0.399**	1

*p<0.05, **p<0.01

อภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อค้นพบที่เป็นประเด็นสำคัญซึ่งจะนำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ค่าเฉลี่ยระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของพนักงานในโรงแรม Alternative Local Quarantine อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง อภิปรายได้ว่า การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 หรือไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ที่เพิ่งพบครั้งแรกในช่วงปลายปี 2019 นั้น การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารซึ่งมีอยู่มากมายอาจแตกต่างกันไป สำหรับกลุ่มพนักงานโรงแรมนั้นด้วยเป็นการทำงานในสถานประกอบการที่ต้องให้บริการและสัมผัสใกล้ชิดกับกลุ่มคนต่างๆ อีกทั้งสถานประกอบการได้สมัครใจเข้าร่วมเป็นสถานที่กักกันที่ทางราชการกำหนด จึงอาจทำให้พนักงานมีความสนใจศึกษาข้อมูลความรู้ต่างๆ ของโรคโควิด-19 เพิ่มมากขึ้น มีทัศนคติในการป้องกันตนเองเพิ่มขึ้นและ มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองอย่างเคร่งครัด นอกจากนั้นการสื่อสารข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขตลอดระยะเวลาที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 ได้แก่ การสวมใส่หน้ากากอนามัย การเว้นระยะห่างทางสังคม (Social distancing) การรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ การล้างมือบ่อยๆ เพื่อลดเชื้อโรคและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค การไม่ใช้สิ่งของร่วมกับผู้อื่น เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพเป็นไปอย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง ซึ่งเป็นมาตรการที่ใช้ได้ผลเป็นอย่างดีในสภาวะที่มีการระบาดของโรคติดต่อที่สามารถแพร่กระจายผ่านการสัมผัสใกล้ชิดและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อ[6] ด้วยเหตุนี้จึงทำให้พนักงานโรงแรมสามารถจดจำและนำไปปฏิบัติได้ดี

สำหรับในด้านปัจจัยส่วนบุคคล เพศมีความสัมพันธ์กับระดับคะแนนเฉลี่ยของความรู้และทัศนคติในการป้องกันโรคโควิด-19 ของพนักงานในโรงแรม Alternative Local Quarantine อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ โดยเพศหญิงจะมีคะแนนเฉลี่ยทั้งความรู้และทัศนคติในการป้องกันโรคโควิด-19 สูงกว่าในเพศชาย ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ รวิ ถิ่นปรีเปรมงาม[7] ได้ศึกษาความรู้และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ในนักศึกษามหาวิทยาลัย ผลการศึกษา พบว่า เพศไม่ส่งผลต่อระดับคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19 อาจเป็นเพราะจำนวนกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาไม่มากพอ และการทำกิจกรรมต่างๆ ในสถานที่สาธารณะ โดยเฉพาะเป็นกิจกรรมร่วมกับเพื่อนนักศึกษาวัยเดียวกันทำให้การป้องกันตนเองตามวิถีใหม่ (new normal) ไม่สามารถปฏิบัติได้ เช่น การรวมตัวกันเพื่อทบทวนหนังสือหรือจัดทำรายงานแล้วมีเปิดหน้ากากรับประทานขนมร่วมกัน ยังคงมีการรวมตัวกันเพื่อพบปะสังสรรค์ยามเวลาว่าง ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาในครั้งนี้ด้วยในเหตุผลใน

ด้านคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพนักงานโรงแรมที่จบการศึกษาแล้ว มีหน้าที่การงาน มีความรับผิดชอบโดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นงานบริการที่พบปะผู้คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงที่เป็นพนักงานแผนกต้อนรับ ซึ่งน่าจะเป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่สนับสนุนในประเด็นนี้

และพบว่าระดับการศึกษาของพนักงานโรงแรมไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ในการป้องกันโรคโควิด-19 อาจเพราะเป็นความรู้ที่จำเป็นต้องใช้การป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 มีช่องทางที่หลากหลายในการค้นหาและสืบค้น อีกทั้งแหล่งความรู้ที่น่าเชื่อถือของภาคส่วนราชการได้มีออกแบบและถ่ายทอดความรู้ในรูปแบบต่าง ๆ ที่เหมาะสมและเข้าใจง่ายแก่กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีความหลากหลายเรื่องระดับการศึกษาสามารถเข้าใจได้ตรงกัน และพบว่าระดับความรู้ในการป้องกันโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับระดับทัศนคติในการป้องกันโรคโควิด-19 โดยพนักงานที่มีระดับการศึกษาที่สูงขึ้นจะมีระดับทัศนคติที่สูงด้วย อาจเนื่องมาจากการเข้าถึงแหล่งความรู้และจากหน้าที่การงานที่สูงขึ้นตามระดับการศึกษาที่ต้องปฏิบัติหน้าที่ทั้งด้านบริการลูกค้า และดูแลลูกน้องเพื่อนร่วมงานในสายงานที่รับผิดชอบส่งผลให้ทัศนคติในการป้องกันโรคโควิด-19 สูงขึ้นตามระดับการศึกษาได้

อย่างไรก็ตามการวิจัยครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 กับความรู้และทัศนคติในการป้องกันโรคโควิด-19 ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ ธานี กล่อมใจ[8] ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองของประชาชนจากการติดเชื้อไวรัสโคโรน่าสายพันธุ์ใหม่ 2019 ซึ่งอาจเกิดจากความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19 ในด้านต่างๆ มีการเปลี่ยนแปลงตลอด ความรู้ที่สูงอยู่ในเรื่องนั้นๆ อาจเปลี่ยนไป และล้าสมัยได้ อีกทั้งความรู้เพียงอย่างเดียว ก็ไม่อาจเพียงพอที่จะสนับสนุนการปฏิบัติตามความรู้นั้น ซึ่งอาจเกิดจากตัวแปรอื่นที่ต้องเข้ามาเกี่ยวข้องส่งเสริมกันจึงจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านั้น หรือเปลี่ยนพฤติกรรมเหล่านั้น เช่น ความเคยชินในการปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านั้นมาก่อนของพนักงาน หรือพฤติกรรมป้องกันไม่ได้เกิดจากเพียงแค่ความรู้และทัศนคติแต่อาจเป็นความระมัดระวังตัวเองในการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งจัดเป็นพื้นที่ของการระบาดมีการรับรู้ความเสี่ยง โดยพนักงานที่มีการรับรู้ถึงความเสี่ยงมักจะเตรียมการในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด -19

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยในครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่า พนักงานในโรงแรม Alternative Local Quarantine อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ มีความรู้ และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูง ดังนั้น หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมและสนับสนุนให้พนักงานในโรงแรม Alternative Local Quarantine จังหวัดกระบี่ เข้ามามีส่วนร่วม ประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ข่าวสาร รวมถึงร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของภาคราชการด้านการท่องเที่ยวอย่างจริงจังและต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาถึงจำนวนการเจ็บป่วยและผลกระทบที่เกิดจากโรคโควิด-19 ในการดำเนินชีวิตของพนักงานในโรงแรม Alternative Local Quarantine และประชาชนว่ามีผลกระทบอย่างไร และมีการปรับตัวเท่าทันหรือไม่ และควรจะมีการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 โดยเน้นเรื่องความรู้เรื่องเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และการพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 รวมทั้งมีการศึกษาติดตามผลเป็นระยะ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดี

ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการศึกษาในโรงแรม Alternative Local Quarantine ของอำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่เท่านั้น ควรมีการศึกษาในโรงแรม Alternative Local Quarantine ในอำเภออื่นๆ ในจังหวัดกระบี่ เพื่อให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 กับความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19 ของพนักงานกับตัวแปรปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องตามบริบทของโรงแรมที่แตกต่างกัน รวมถึงประเด็นอื่นๆ เช่น การศึกษาวิเคราะห์ต้นทุนในการป้องกันโรคโควิด 19 ของโรงแรม เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณเจ้าของและผู้จัดการโรงแรม รวมถึงพนักงานในโรงแรม Alternative Local Quarantine (ALQ) อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ ที่ให้ความร่วมมือจนงานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Coronavirus disease 2019 (COVID-19); 2020.
2. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Report on the situation of COVID-19 in Thailand at 24 April 2021; 2021.
3. The Krabi Centre for COVID-19 Situation Administration. Krabi Provincial Public Health Office. Report on the situation of COVID-19 in Krabi at 24 April 2021; 2021.
4. Krabi Provincial Tourism and Sports Office. Krabi Tourism Statistics for 2021; 2021.
5. Krabi Provincial Public Health Office. Environmental Management Audit in a hotel context; 2020.
6. Imad A. Moosa. The effectiveness of social distancing in containing Covid-19. Appl Econ (Internet). 2023 (cited 2023 Aug 27). Available from: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00036846.2020.1789061
7. Thinpreeprame R, Sirijaroonwong U, Silangam W. Knowledge and preventive behavior from new coronavirus species infection. Bachelor's Thesis, Faculty of Public Health and Environment Department of Occupational Health and Safety, Mahidol University; 2021-2.
8. Klomjai T, Kawjaiboon J, Chatchavarat T. Knowledge and prevention behavior of Coronavirus disease 2019 (COVID-19) infection among people. Boromarajonani College of Nursing, Phayao; 2020.

JPHRI
วารสารวิจัย และนวัตกรรมทางสาธารณสุข
Journal of Public Health Research and Innovation

คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา
มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง
222 หมู่ 2 ต.บ้านพร้าว อ.ปาพะยอม จ.พัทลุง 93210