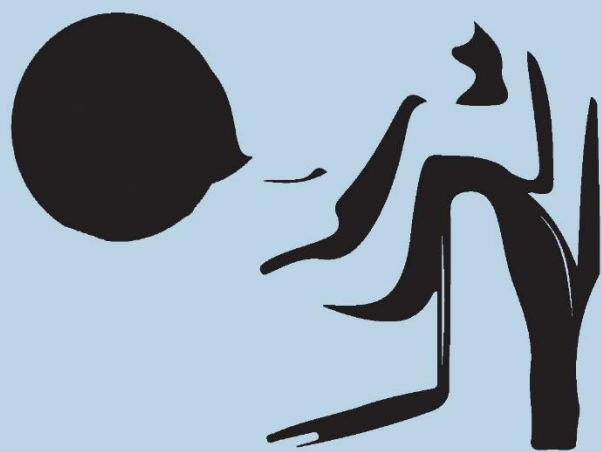




วารสารวิชาการสาธารณสุข

Academic
Journal of Community Public Health

Volume 8 Number 3 JULY – SEPTEMBER 2022

Academic Journal of Community Public Health

วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

Academic Journal of Community Public Health

Volume 8 Number 3 JULY – SEPTEMBER 2022

วารสารวิชาการ

สาธารณสุขชุมชน



วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน (Academic Journal of Community Public Health : AJCPH)

วัตถุประสงค์วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

1. เพื่อรวบรวมและเผยแพร่ความรู้ทางการสาธารณสุขชุมชน นำไปสู่การสร้างนวัตกรรมและองค์ความรู้ใหม่
2. เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนคุณภาพการวิจัยทางการสาธารณสุขชุมชน
3. เพื่อส่งเสริมการดำเนินงานทางวิชาการของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ทั้งในภาครัฐและเอกชน
4. เพื่อเป็นสื่อวิชาการด้านการสาธารณสุขชุมชน สำหรับสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพ ชุมชน
5. เพื่อส่งเสริมคุณค่าและอัตลักษณ์ทางวิชาการของบุคลากรในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

ขอบเขตบทความตีพิมพ์

บทความตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชนควรสอดคล้องกับขอบเขตงานด้านสาธารณสุข สำหรับศตวรรษที่ 21 ได้แก่

1. การติดตามสถานการณ์สุขภาพในชุมชนเพื่อค้นหาปัญหา
2. การวินิจฉัยปัญหา การสืบสวนปัญหาและอันตรายด้านสุขภาพ
3. การแจ้งข่าว และการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน
4. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหาสุขภาพ
5. การพัฒนานโยบายและแผน
6. กฎหมายและระเบียบเพื่อป้องกันสุขภาพ และสร้างเสริมความปลอดภัย
7. การเชื่อมประสานประชาชนกับการบริการสุขภาพ
8. การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรเพื่อให้มีความสามารถในการปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพ
9. การประเมินประสิทธิผลของโครงการ
10. การสร้างองค์ความรู้ใหม่ในการแก้ปัญหาสุขภาพ

สำนักงานกองบรรณาธิการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เลขที่ 120 หมู่ 3 ชั้น 2 - 4 อาคารรวมหน่วยงานราชการ ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550

ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210

E-mail: editorial.ajcph@gmail.com Website: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph>

คณะกรรมการวารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

คณะกรรมการที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ นพ.ประเวศ วะสี

นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ

นพ.ชูชัย ศรชำนิ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุปรีดา อดุลยานนท์

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

รองศาสตราจารย์ นพ.สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ

นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

นพ.วีระวัฒน์ พันธุ์ครุฑ

ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

พญ.สุพัตรา ศรีวิเศษ

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ทุกแห่ง

บรรณาธิการที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.นพ.ศาสตรี เสาวคนธ์

ศาสตราจารย์ ดร.นพ.วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์

ศาสตราจารย์ ดร.สถิกร พงศ์พานิช

รองศาสตราจารย์ ดร.สุพัตรา ขาติปัญญาชัย

รองศาสตราจารย์พิพัฒน์ ลักษณะมีจรัสกุล

รองศาสตราจารย์ ดร.เฉลิมพล ต้นสกุล

รองศาสตราจารย์ ดร.รัตนา สำโรงทอง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทร แสนไชยสุริยา

คณบดีคณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา

คณบดีสำนักวิชาสหเวชศาสตร์และสาธารณสุขศาสตร์

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

นายประพัทธ์ ธรรมวงศา

นายธาดา วรชัยกุล

นายมงคล เงินแจ้ง

นายปิ่น นันทะเสน

มหาวิทยาลัยบูรพา

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

มหาวิทยาลัยมหิดล

มหาวิทยาลัยชินวัตร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

มหาวิทยาลัยทักษิณ

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

มหาวิทยาลัยนเรศวร

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

มหาวิทยาลัยบูรพา

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ประธานชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย

ประธานมูลนิธิเครือข่ายหมออนามัย

นายกสมาคมหมออนามัย

นายกสมาคมวิชาชีพสาธารณสุข

กองบรรณาธิการ

บรรณาธิการบริหาร

รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

อาจารย์บุญเรือง ขาวนวล

มหาวิทยาลัยทักษิณ

นายปริญญา ระลึก

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บรรณาธิการวิชาการ

รองศาสตราจารย์ ดร.สุเมธนา กลางคาร

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

กองบรรณาธิการวิชาการ

รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน

มหาวิทยาลัยนเรศวร

รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์

มหาวิทยาลัยทักษิณ

รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ วรเดช

มหาวิทยาลัยทักษิณ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประจวบ แผลมหลัก

มหาวิทยาลัยพะเยา

ดร.รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ดร.พิทยา ศรีเมือง

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ดร.ธีรศักดิ์ พาจันทร

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ดร.ปริญญา จิตอร่าม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

ดร.กรรณิกา เรืองเดช ขาวสวนศรีเจริญ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

ดร.บัณฑิต วรรณประพันธ์

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา

ดร.อรทัย ศรีทองธรรม

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี

ดร.นภา สิงห์วีระธรรม

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

อาจารย์บุญเรือง ขาวนวล

มหาวิทยาลัยทักษิณ

ฝ่ายจัดการ

นายปริญญา ระลึก

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

นายสมบัติชาติโพธิ์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ดร.ภัทรพล โพนไพรสันต์

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บรรณาธิการแถลง

เรียน ผู้นิพนธ์ ผู้อ่าน วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชนทุกท่าน

วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน ก้าวเข้าสู่ปีที่ 8 พร้อมเผยแพร่ผลงาน วิชาการ ผลงานวิจัยที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับเหตุการณ์ปัจจุบัน โดยฉบับนี้ ประกอบด้วยเนื้อหา เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวต่อการป้องกัน โรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 การเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ ยาเมทฟอร์มินที่เหลือใช้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยเนื้อหาและบทความได้ให้ความสำคัญกับ คุณภาพของบทความ ซึ่งแต่ละบทความผ่านการพิจารณา ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อให้ผลงานมีคุณภาพ ก้าวเข้าสู่ปีที่ 8 และปิดไปอย่างมั่นคง

สำหรับวารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน (Academic Journal of Community Public Health: AJCPH) อยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ขอขอบคุณผู้นิพนธ์ที่ ให้ความไว้วางใจในการให้ทางวารสารฯ เป็นสื่อในการเผยแพร่ผลงานของท่านสู่สาธารณะ จึงขอเชิญ ทุก ท่านส่งบทความมาตีพิมพ์เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ที่เกิดจากการวิจัยทางด้านสาธารณสุขต่อไป

กองบรรณาธิการ

วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

สารบัญ	หน้า Page	Contents
บทบรรณาธิการ		Editorial statement
บทความวิจัย		Academic article
1. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น นฤเนตร ลินลา สุพจน์ คำสะอาด	9	1. Factors Related to Coronavirus Disease 2019 Guidelines for Prevention of Village Health Volunteers, Chum Phae District, Khon Kaen Province Naruenet Linla Supot Kamsa-ard
2. การประเมินความพร้อมการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ในอำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร วรลักษณ์ ล้อมฤทธิ์ สุพจน์ คำสะอาด กฤษณะ สุกาวงค์ จุฑาทิพย์ ไพโรจน์โสม	26	2. Assessment of the readiness of the Zika virus surveillance system in Wanon Niwat District, Sakon Nakhon Province Waraluk Lomrit Supot Kamsa-ard Kitsana Sugawong Jutatip Pairuangsom
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของครูชั้นประถมศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดบึงกาฬ วิไลวรรณ ปัดดา ชนัญญา จิรพรกุล เนาวรัตน์ มณีนิล	38	3. Factors Associated with Health Literacy in Coronavirus 2019 Prevention among the Primary School Teacher in Mueang Bungkan District Bungkan Province Wilaiwan Padtha Chananya Jiraponkul Naowarat Maneein
4. ปัจจัยทำนายการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูจังหวัดสมุทรสาคร กฤษฎิยาภรณ์ ไชพนัส ภูเบศร์ แสงสว่าง สุธรรม นันทมงคลชัย พสนัน นรมิตรไชยอนนท์	49	4. Factors Predicting Mobility of Stroke Patients in the Subacute Rehabilitation Period Samut Sakhon Province Kittiyaporn Chaipanant Phubet Saengsawang Sutham Nanthamongkolchai Poschanan Niramitchainont

สารบัญ	หน้า Page	Contents
5. ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัด อุบลราชธานี แก้วใจ มาลีลัย ปิยะณัฐ จันทาวรีย์ สาวิตรี สุมาโท ศตายุ ผลแก้ว	62	5. Knowledge, Attitudes and Anti-Malware Behavior 2019 of students of Sirindhorn College of Entertainment Kaewjai Malilai Piyanat Chantawaree Sawitree Sumato Satayu Pholkaew
6. การคัดกรองภาวะโภชนาการและปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการของ ผู้สูงอายุในอำเภอโคกโพธิ์ไชย จังหวัด ขอนแก่น กนกกาญจน์ พันกะนก พรพิมล ชูพานิช	72	6. NUTRITION SCREENING AND FACTORS ASSOCIATED WITH MALNUTRITION AMONG COMMUNITY-DWELLING OLDER ADULTS. Kanokkarn Phankanok Pornpimon Chupanit
7. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับยาเมทฟอร์มินที่เหลือใช้ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาล ร้อยเอ็ด อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด พิมพ์ชนก ศิริบูรณ์ เลิศชัย เจริญธัญรักษ์	82	7. Factors Related to Metformin Leftover Medicine in Patient with Type 2 Diabetes Mellitus in Roi-et Hospital, Muang District, Roi-et Province Pimchanok Siriboon Lertchai Charemtanyarak
8. “บวร”เพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของชาติ พันธุ์ไทย-ลาว หลังสถานการณ์โควิด-19 ธาดา วรธนปิยกุล ทองอินทร์ ไหวดี สิงหา จันทริยวงษ์ ปิยศักดิ์ สีดา	94	8. Bowon for Self care for Health of THAI-LAOS Ethnic Groups after Covid-19 situation Tada wadhanapiyakul Thongin waidee Singha Jantriyawong Piyasak seeda
9. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้าน สุขภาพร่วมกับโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต่อ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค อ้วนในเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน สุกัญญา คณะวาปี เกศินี สราญฤทธิชัย	107	9. The effect of health literacy programs and health literacy schools on behavior modification for obesity prevention among overweight students. Sukunya Kanawapee Kesinee Saranrittichai

สารบัญ	หน้า Page	Contents
10. ความชุก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุทางถนนจากรถจักรยานยนต์ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ ภูมิพัฒน์ ล้นเหลือ เลิศชัย เจริญธัญรักษ์	121	10. Prevalence and Associated Factors of Motorcycle Accident Among Senior High School Students in Phukieo District, Chaiyaphum Province Pumipuht Lonluai Lertchai Chareerntanyarak
11. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตับาลเหล้าหมี่ อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร จิราตน์ สิงทองทัศน์ วรพจน์ พรหมสัตยพรต พัชชา หิรัญวัฒนกุล	133	11. The effect of health literacy promotion program to prevent liver fluke disease, Lao Mee Sub-district, Don Tan District, Mukdahan Province Jirarat Singthongthat Varapoj Promasatayaprot Phacha Hirunwatthanakul
12. รูปแบบการจัดการมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนหนองม่วง เทศบาลเมืองศรีสะเกษ เกษ จังหวัดศรีสะเกษ ปวีณา ปาทาน วรพจน์ พรหมสัตยพรต สุนิรัตน์ ยั่งยืน	146	12. Solid waste management model by participation of Nong Muang community Sisaket Municipality Sisaket Province Paweena Pathan Vorapoj Promasatayaprot Suneerat Yaugyuen
13. รูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโควิด2019 ของโรงพยาบาลสนามและศูนย์พักคอยกรณีศึกษา จังหวัดสุรินทร์ สายัณห์ แสงสุข	158	13. The Model of infectious waste management for Coronaviruses(COVID-19) in Field Hospital and Community Isolation: A case study of Surin Province. Sayun Sawaengsuk
14. ผลของการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดบึงกาฬ หลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง (กรมอนามัย) ไกรสร จุลโยธา	174	14. THE EFFECT OF CAPACITY DEVELOPMENT AMONG CARE COMMUNITY VOLUNTEERS FOR ELDERLY WITH DEPENDENCY BUENKAN PROVINCE (ELDERLY CAREGIVER CURRICULUM 70 HOURS BY DEPARTMENT OF HEALTH) Kraisorn Julyotha

Received: 9 Aug 2021, Revised: 5 Sep 2021

Accepted: 10 Sep 2021

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019
ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่นนฤเนตร ลินลา¹, สุพจน์ คำสะอาด^{2*}

บทคัดย่อ

การระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 หรือโรคโควิด-19 กำลังแพร่ระบาด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นตัวแทนด่านหน้าร่วมเป็นทีมตั้งด่านชุมชนคัดกรองกลุ่มเสี่ยงวัดอุณหภูมิและความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ใน อสม. อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น แบบภาคตัดขวาง อสม. 681 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.92 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดย Multiple logistic regression

ผลการศึกษา พบว่า ความรู้ระดับสูง ทักษะระดับปานกลาง และการปฏิบัติตัวในการป้องกันระดับดี ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันโรคโควิด-19 ใน อสม. ที่สำคัญด้านต่างๆ เช่น (1) ด้านวิธีการสวมหน้ากากอนามัย เมื่อควบคุมตัวแปรที่เหลือในสมการแล้วพบว่า อาชีพ (ค้าขาย รับจ้าง) (*Adjusted OR* = 0.17; 95% *CI* 0.06-0.50) และคะแนนความรู้ (*Adjusted OR* = 1.65; 95% *CI* 1.32-2.07) (2) ด้านวิธีการรักษาระยะห่างได้แก่ เพศหญิง (*Adjusted OR* = 2.83; 95% *CI* 1.31-6.10) ระยะเวลาการเป็น อสม. (*Adjusted OR* = 1.08; 95% *CI* 1.02-1.13) และคะแนนความรู้ (*Adjusted OR* = 1.50; 95% *CI* 1.24-1.80) (3) ด้านวิธีการล้างมือได้แก่ เพศหญิง (*Adjusted OR* = 3.22 ; 95% *CI* 1.42-7.29) การศึกษาระดับมัธยมศึกษา/สูงกว่า (*Adjusted OR* = 2.24; 95% *CI* 1.01-4.97) ระยะเวลาการเป็น อสม. (*Adjusted OR* = 1.06; 95% *CI* 1.00-1.12) อาชีพ (ค้าขาย รับจ้าง) (*Adjusted OR* = 0.26; 95% *CI* 0.12-0.57) และคะแนนความรู้ (*Adjusted OR* = 1.74; 95% *CI* 1.43-2.11)

สรุป ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ใน อสม. จำแนกตามวิธีการสวมหน้ากาก วิธีการรักษาระยะห่าง วิธีการล้างมือ วิธีการวัดอุณหภูมิและวิธีการลงทะเบียนหรือไทยชนะ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเป็น อสม. คะแนนความรู้และคะแนนทักษะ

คำสำคัญ: ความรู้, ทักษะ, การปฏิบัติตัว, โควิด-19, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

¹ นักศึกษาปริญญาโท / หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการระบาด

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จ.ขอนแก่น

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ / คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จ.ขอนแก่น

* Corresponding author: supot@kku.ac.th

FACTORS ASSOCIATED WITH CORONAVIRUS DISEASE 2019 PREVENTION PRACTICE OF VILLAGE HEALTH VOLUNTEER IN CHUMPHAE DISTRICT, KHONKAEN PROVINCE

Naruenet Linla¹, Supot Kamsa-ard^{2*}

Abstract

The situation of the Coronavirus disease 2019 or COVID-19 pandemic has spread. Therefore, the public health work obtained village health volunteers (VHVs) to play an important role in representing the front line, as a team to set up community checkpoints to screen for risk groups. To study factors and to study knowledge, attitudes, and practice (KAP) in preventing COVID-19 pandemic in the village health volunteers in Chum Phae District, Khon Kaen Province. This study was an analytical cross-sectional study, 681 VHVs. Data were collected using a questionnaire with a Cronbach's alpha coefficient was 0.92. Multiple logistic regression was used to associated between factors and covid-19 prevention practice of VHVs.

Results showed that VHVs possessed a high level of knowledge, had a moderate attitude, and have a good level of protective practice. Factors related to the practice of preventing COVID-19 in the VHVs in important aspects such as (1) the Distancing method: female (*Adjusted OR* = 2.83; 95%*CI* 1.31-6.10), duration of being a VHV (*Adjusted OR* = 1.08; 95%*CI* 1.02-1.13 and COVID-19 knowledge scores (*Adjusted OR* = 1.50; 95%*CI* 1.24-1.80). (2) the Mask Wearing method: including other careers (*Adjusted OR* = 0.17; 95%*CI* 0.06-0.50) and COVID-19 knowledge score (*Adjusted OR* = 1.65; 95%*CI* 1.32. -2.07). (3) the hand washing method: Female (*Adjusted OR* = 3.22; 95%*CI* 1.42-7.29), Secondary /Higher Education (*Adjusted OR* = 2.24; 95%*CI* 1.01-4.97), duration of being a VHV (*Adjusted OR* = 1.06; 95%*CI* 1.00-1.12), occupation (*Adjusted OR* = 0.26; 95%*CI* 0.12-0.57) and COVID-19 knowledge score (*Adjusted OR* = 1.74; 95%*CI* 1.43-2.11).

Conclusion, Factors related to the practice of preventing COVID-19 in the VHVs classified by Distancing, Mask Wearing, Hand Washing, Temperature, and registration methods, or Thai Cha-Na application, were gender, age, education level, occupation, duration of VHVs., knowledge score and attitude score.

Keywords: knowledge, attitude, practice, COVID-19 pandemic, village health volunteers

¹ Master's student / Master of Public Health Program in Epidemiology,
Faculty of Public Health, Khon Kaen University, Khon Kaen Province

² Assistant Professor / Faculty of Public Health, Khon Kaen University, Khon Kaen Province

* Corresponding author: supot@kku.ac.th

บทนำ

โรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 หรือ โรคโควิด-19 (Coronavirus disease 2019 or Covid-19) เป็นโรคระบบทางเดินหายใจที่เกิดการติดเชื้อจาก Coronavirus ซึ่งเป็นไวรัสที่มีการแพร่เชื้อระหว่างคนในลักษณะเดียวกับไข้หวัดใหญ่ โดยผ่านการติดเชื้อจากละอองเสมหะจากการไอ จาม หรือการสัมผัสโดยตรงกับสารคัดหลั่ง ระยะฟักตัวอยู่ในช่วงระหว่าง 2-14 วัน หลังได้รับเชื้อไวรัสและเริ่มที่จะแสดงอาการของโรค^{1,2} การระบาดของโรคโควิด-19 เริ่มที่เมืองหวู่ฮั่น ประเทศจีน ในเดือนธันวาคม 2562 เป็นโรคระบาดที่ส่งผลกระทบในวงกว้างทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (World health organization ,WHO) ประกาศภาวะฉุกเฉินในวันที่ 30 มกราคม 2563 ให้การระบาดของโรคนี้ถือเป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ระหว่างประเทศ (Public health emergency of international concern, PHEIC) และได้เรียกร้องให้ทุกประเทศร่วมมือกันป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยให้ความสำคัญกับการลดการติดเชื้อป้องกันการแพร่เชื้อและการมีส่วนร่วมในการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19³

เมื่อวันที่ 19 มีนาคม 2563 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศมาตรการ แนวทางการดำเนินการในกรณีมีเหตุจำเป็นเร่งด่วนเพื่อป้องกันควบคุม การแพร่ของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 โดยอาศัยอำนาจตาม พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558⁴ ด้วยสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ทางกรมควบคุมโรคจึงได้ขอความร่วมมือจัดทำแผนปฏิบัติการค้นหา ฝ้าระวังและป้องกัน ด้วยการจัดตั้งทีมอาสาโรคโควิด-19 ในระดับอำเภอและหมู่บ้าน⁵

องค์การอนามัยโลกและกรมควบคุมโรคได้ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการโรคโควิด-19 ซึ่งเป็นวิธีป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด-19 ที่สามารถปฏิบัติตัวได้ ล้างมือด้วยสบู่หรือเจลล้างมือที่มีส่วนผสมหลักเป็นแอลกอฮอล์ รักษาระยะห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย

2 เมตร สวมหน้ากากอนามัย ไม่สัมผัสตา จมูก หรือปาก ปิดจมูกและปากด้วยข้อพับด้านในข้อศอกหรือกระดาด ขำระเมื่อไอหรือจาม อยู่บ้านเมื่อรู้สึกไม่สบาย เมื่อถึงบ้านควรอาบน้ำทันที^{6,4}

การทำงานด้านสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้ามามีบทบาทสำคัญในการเป็นตัวแทนด้านหน้า ทำงานเชิงรุก ปฏิบัติหน้าที่ในชุมชน มีความใกล้ชิดติดประชาชนในชุมชน ทั้งยังเป็นสื่อกลางในการสื่อสารสาธารณสุข⁷ สร้างความตระหนักเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 เช่น การปฏิบัติตามนโยบาย ออกเคาะประตูบ้าน ให้ความรู้และเผยแพร่สื่อความรู้แก่ประชาชนผ่านช่องทางต่าง ๆ ตามวิถีชุมชน ทั้งร่วมสร้างมาตรการการป้องกันโรคโควิด-19 ในชุมชน⁸ ร่วมเป็นทีมตั้งด่านชุมชนคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ฝ้าระวังติดตามแนะนำในกรณีที่ไม่ปฏิบัติตามมาตรการและยังเป็นทีมฝ้าระวังเมื่อกลุ่มเสี่ยงต้องเข้ากักตัวอยู่ในชุมชน

เพื่อเป็นการรับรองว่าการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ ต่อโรคโควิด-19 ตามแนวคิด (Knowledge Attitude Practice, KAP) มีส่วนสำคัญในการกำหนดความพร้อมของสังคมในการพร้อมยอมรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การนำแนวคิด KAP มาประเมินเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ใน อสม. รวมทั้งการจัดการความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติต่อโรคโควิด-19 ก่อนที่ อสม.จะนำความรู้ การปฏิบัติตนการฝ้าระวัง ป้องกันโรคโควิด-19 ไปเผยแพร่สู่ประชาชนในชุมชน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 และเพื่อศึกษา ความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง
(Cross-sectional analytical study)

ประชากร

ประชากรที่ศึกษาได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 2,296 คน (ข้อมูลจากทะเบียน อสม. อำเภอชุมแพ ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2563)

ตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่างตามสูตรคำนวณขนาดตัวอย่างของ Hsieh et al.⁹ ดังนี้

$$n = \frac{\left\{ Z_{1-\alpha/2} \sqrt{\frac{P(1-P)}{B}} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_0(1-P_0) + \frac{P_1(1-P_1)(1-B)}{B}} \right\}^2}{[(P_0 - P_1)^2(1-B)]}$$

จากการศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ทัศนคติ การปฏิบัติตัวต่อโรคโควิด-19 ในประเทศจีน¹⁰ ได้คำนวณหาค่า P_0 , P_1 และ B

$$P_0 = \frac{1525}{1555} = 0.98, \quad P_1 = \frac{401}{432} = 0.93, \quad B = \frac{432}{1987} = 0.21$$

$$P = (1 - B) P_0 + B P_1 = [(1 - 0.21)(0.98) + (0.21)(0.93)] = 0.96$$

$$n = 652.2 \approx 653$$

ในการศึกษานี้เพื่อให้มีความเป็นไปได้ในการทำวิจัยให้ครอบคลุมจึงได้เลือกสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์บางส่วน (Partial correlation coefficient) 0.2 ดังนั้นขนาดตัวอย่าง 681 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการใช้คำสั่งจากโปรแกรม Stata¹¹

ขั้นตอนที่ 1 จัดทำบัญชีรายชื่อ อสม.

และกำหนดหมายเลขกำกับแต่ละหน่วยตั้งแต่เลข 1 จนถึงเลข 2,296

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มโดยใช้โปรแกรม

สำเร็จรูป จำนวน 681 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

โดยใช้แบบสอบถามอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดขอบเขตของเนื้อหาและนำมาประยุกต์ใช้จากแบบสอบถามที่ Zhong et al.¹² ได้สร้างไว้เพื่อให้ครอบคลุมและเข้ากับบริบทในพื้นที่ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ข้อคำถาม 7

ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระยะเวลาการเป็นอสม. สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพหลักและรายได้

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านความรู้เกี่ยวกับ

โรคโควิด-19

ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแปลผล โดยประยุกต์เกณฑ์ของ Bloom B. (1975)¹³ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับสูง (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป)

ระดับปานกลาง (คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79)

ระดับต่ำ (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านทัศนคติเกี่ยวกับ

โรคโควิด-19

ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแปลผล โดยประยุกต์เกณฑ์ของ Bloom B. (1975)¹³ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับสูง (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป)

ระดับปานกลาง (คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79)

ระดับต่ำ (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60)

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านการปฏิบัติตัวใน

การป้องกันโรคโควิด-19

ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแปลผล โดยประยุกต์เกณฑ์ของ Bloom B. (1975)¹³ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับดี (ปฏิบัติตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป)

ระดับปานกลาง (ปฏิบัติระหว่างร้อยละ 60-79)

ระดับไม่ดี (ปฏิบัติน้อยกว่าร้อยละ 60)

ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้องของวัตถุประสงคกับเนื้อหา (Index of item-objective congruence; IOC) จากนั้นนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้องเหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปใช้จริง

ตรวจสอบความสอดคล้อง โดยการนำแบบสอบถามที่ผ่านการแก้ไขจากผู้เชี่ยวชาญไปทดลอง (Try Out) กับอาสาสมัครจำนวน 30 คน ซึ่งได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient; α) 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่าง 1 กุมภาพันธ์ 2564 ถึง 31 มีนาคม 2564 โดยผู้วิจัยนำส่งแบบสอบถามตามโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่อาสาสมัครสังกัด โดยบรรจุแบบสอบถาม แบบชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล และคำชี้แจงการนัดหมาย วัน เวลา ส่งกลับแบบสอบถามหลังจากได้รับแบบสอบถาม 20 วัน ในซองจดหมาย โดยให้อาสาสมัครรวบรวมไว้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่อาสาสมัครสังกัด ผู้วิจัยจะเก็บแบบสอบถามตามโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การวิเคราะห์ข้อมูล

บันทึกข้อมูลข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Microsoft office Excel โดยจะดำเนินการบันทึกข้อมูล 2 ครั้ง โดยนักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย 1 คน ดำเนินการนำเข้าข้อมูลเป็นอิสระต่อกัน หากข้อมูลที่บันทึกของนักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยตรงกันทั้งหมดแล้วจึงส่งข้อมูลออกไปยังโปรแกรม Stata Released 10.1 เพื่อทำการวิเคราะห์

สถิติที่ใช้

1.สถิติเชิงพรรณนา เป็นการอธิบายข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น กรณีตัวแปรแจกแจง นำเสนอค่าความถี่ และร้อยละ หากกรณีตัวแปรต่อเนื่องนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด: ค่าสูงสุด)

2.สถิติเชิงอนุมาน เป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันโรคโควิด-19 ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ในด้านต่างๆ เช่น วิธีการรักษาระยะห่าง วิธีสวมหน้ากาก วิธีการล้างมือ วิธีการวัดอุณหภูมิและวิธีการลงทะเบียนหรือไทยชนะ นำเสนอค่า Adjusted OR, 95% CI และค่า p-value

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ด้านพฤติกรรมและสังคมศาสตร์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยยึดหลักตามประกาศของเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ISH GCP) เลขที่ HE 632296

ผลการวิจัย

ลักษณะทางประชากร

กลุ่มตัวอย่าง 681 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 589 คน (ร้อยละ 85.6) อายุเฉลี่ย 54.13 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.16) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 555 คน (ร้อยละ 81.5) มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา จำนวน 344 คน ร้อยละ 50.5 ระยะเวลาการเป็น อสม. เฉลี่ย 12 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.61) ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร จำนวน 449 คน ร้อยละ 65.9 และรายได้เฉลี่ย 4,769.14 บาท (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6764.69)

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19
ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอชุมแพ
จังหวัดขอนแก่น มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19
เฉลี่ย มากกว่าร้อยละ 80 ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่มีความรู้
ระดับสูง

ระดับทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด-19
ระดับทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอชุมแพ
จังหวัดขอนแก่น มีคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด-19
เฉลี่ย มากกว่าร้อยละ 70 ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่มีทัศนคติ
ระดับปานกลาง

การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค โควิด-19
ระดับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอชุมแพ
จังหวัดขอนแก่น ทั้ง 5 วิธี มีการปฏิบัติตัวป้องกัน
มากกว่าร้อยละ 80 ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่มีการปฏิบัติตัว
ระดับดี

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบพหุตัวแปร (Multivariable Analysis)

การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค โควิด-19
ด้วยวิธีการรักษาระยะห่างอย่างน้อย 2 เมตร เมื่อ
ควบคุมผลกระทบจากตัวแปรอื่นๆ ในสมการแล้ว พบว่า
เพศหญิงมีโอกาสปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค โควิด-19
ด้วยวิธีการรักษาระยะห่างอย่างน้อย 2 เมตร เป็น 2.83
เท่าเมื่อเทียบกับเพศชาย (Adjusted OR = 2.83; 95%CI
1.31-6.10; p-value = 0.011)

ระยะเวลาการเป็น อสม. ที่เพิ่มขึ้น 1 ปี มี
โอกาสปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยวิธีการ
รักษาระยะห่างอย่างน้อย 2 เมตร เป็น 1.08 เท่าเมื่อ
เทียบกับระยะเวลาการเป็น อสม. ที่ต่ำกว่า (Adjusted
OR = 1.08; 95%CI 1.02-1.13; p-value = 0.001)

คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ที่เพิ่มขึ้น
1 หน่วย มีโอกาสปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19
ด้วยวิธีการรักษาระยะห่างอย่างน้อย 2 เมตร เป็น 1.50
เท่าเมื่อเทียบกับคะแนนที่ต่ำกว่า (Adjusted OR= 1.50;
95%CI 1.24-1.80; p-value <0.001) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ขนาดความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยวิธีการ
รักษาระยะห่างอย่างน้อย 2 เมตร ในกรณีที่เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ

ลักษณะทางประชากร	การรักษาระยะห่าง		Crude OR	Adjusted OR	95%CI	p-value
	ปฏิบัติ n (%)	ไม่ปฏิบัติ n (%)				
เพศ						0.011
ชาย	86 (87.8)	12 (12.2)	1	1		
หญิง	559 (95.9)	24 (4.1)	3.25	2.83	1.31-6.10	
ระยะเวลาการเป็น อสม. (ปี)						
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	13.6 (8.6)	10.0 (6.1)	1.06	1.08	1.02-1.13	0.001
คะแนนความรู้ ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	12.23 (1.61)	10.94 (2.01)	1.45	1.50	1.24-1.80	<0.001

การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค โควิด-19
ด้วยวิธีการสวมหน้ากากอนามัย เมื่อควบคุมผลกระทบ
จากตัวแปรอื่นๆ ในสมการแล้ว พบว่าอาชีพอื่น ๆ
(ค้าขาย รับจ้างทั่วไป) มีโอกาสปฏิบัติตัวในการป้องกัน
โรคโควิด-19 ด้วยวิธีการสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออก
จากบ้าน เป็น 0.17 เท่าเมื่อเทียบกับอาชีพเกษตรกร
(Adjusted OR = 0.17; 95%CI 0.06-0.50; p-value
<0.001)

คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ที่เพิ่มขึ้น
1 หน่วย มีโอกาสปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19
ด้วยวิธีการสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้าน เป็น 1.65
เท่า เมื่อเทียบกับคะแนนที่ต่ำกว่า (Adjusted OR = 1.65;
95%CI 1.32-2.07; p-value <0.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ขนาดความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยวิธีการสวมหน้ากาก
อนามัยเมื่อออกจากบ้าน

ลักษณะทางประชากร	การสวมหน้ากากอนามัย		Crude OR	Adjusted OR	95%CI	p-value
	ปฏิบัติ n (%)	ไม่ปฏิบัติ n (%)				
อาชีพ						<0.001
เกษตรกร	444 (98.9)	5 (1.1)	1	1		
อื่น ๆ (ค้าขาย/รับจ้างทั่วไป)	217 (93.5)	15 (6.5)	0.16	0.17	0.06-0.50	
คะแนนความรู้ ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	12.22 (1.62)	10.25 (1.77)	1.69	1.65	1.32-2.07	<0.001

การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค โควิด-19
ด้วยวิธีการล้างมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์ เมื่อควบคุม
ผลกระทบจากตัวแปรอื่นๆ ในสมการแล้ว พบว่าเพศหญิง
มีโอกาปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยวิธีการ
ล้างมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์เมื่อสัมผัสกับสิ่งของ เป็น
3.22 เท่าเมื่อเทียบกับเพศชาย (Adjusted OR = 3.22 ;
95%CI 1.42-7.29; p-value = 0.007)

การศึกษาระดับมัธยมศึกษา/สูงกว่า มีโอกาส
ปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยวิธีการล้างมือ
ด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์เมื่อสัมผัสกับสิ่งของ เป็น 2.24
เท่าเมื่อเทียบกับการศึกษาระดับประถมศึกษา (Adjusted
OR = 2.24; 95%CI 1.01-4.97; p-value = 0.039)

ระยะเวลาการเป็น อสม.ที่เพิ่มขึ้น 1 ปี มีโอกาส
ปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยวิธีการล้างมือ
ด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์เมื่อสัมผัสกับสิ่งของ เป็น 1.06

เท่า เมื่อเทียบกับระยะเวลาการเป็น อสม. ที่ต่ำกว่า
(Adjusted OR = 1.06; 95%CI 1.00-1.12; p-value =
0.020)

อาชีพอื่น ๆ (ค้าขาย รับจ้างทั่วไป) มีโอกาส
ปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยวิธีการล้างมือ
ด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์เมื่อสัมผัสกับสิ่งของ เป็น 0.26
เท่าเมื่อเทียบกับอาชีพเกษตรกร (Adjusted OR = 0.26;
95%CI 0.12-0.57; p-value <0.001)

คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ที่เพิ่มขึ้น
1 หน่วย จะมีการโอกาสปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโค
วิด-19 ด้วยวิธีการล้างมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์เมื่อ
สัมผัสกับสิ่งของ เป็น 1.74 เท่า เมื่อเทียบกับคะแนนที่ต่ำ
กว่า (Adjusted OR = 1.74; 95%CI 1.43-2.11; p-
value <0.001) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ขนาดความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยวิธีการล้างมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์เมื่อสัมผัสกับสิ่งของทุกครั้ง

ลักษณะทางประชากร	การล้างมือด้วยสบู่ หรือแอลกอฮอล์		Crude OR	Adjusted OR	95%CI	p-value
	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ				
	n (%)	n (%)				
เพศ						0.007
ชาย	85 (86.7)	13 (13.3)	1			
หญิง	560 (96.1)	23 (3.9)	3.72	3.22	1.42-7.29	
การศึกษา						0.039
ประถมศึกษา	319 (92.7)	25 (7.3)	1	1		
มัธยมศึกษา/สูงกว่า	326 (96.7)	11 (3.3)	2.32	2.24	1.01-4.97	
ระยะเวลาการเป็น อสม. (ปี)						
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	13.5 (8.7)	11.0 (5.4)	1.03	1.06	1.00-1.12	0.020
อาชีพ						<0.001
เกษตรกร	437 (97.3)	12 (2.7)	1	1		
อื่น ๆ (ค้าขาย/รับจ้างทั่วไป)	208 (89.7)	24 (10.3)	0.23	0.26	0.12-0.57	
คะแนนความรู้ ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	12.27 (1.56)	12.27 (2.06)	1.76	1.74	1.43-2.11	<0.001

การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค โควิด-19 ด้วยวิธีการการตรวจวัดอุณหภูมิ เมื่อควบคุมผลกระทบจากตัวแปรอื่นๆ ในสมการแล้ว พบว่าเพศหญิงมีโอกาสปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยวิธีการตรวจวัดอุณหภูมิ ก่อนเข้า-ออก จากสถานที่ต่าง ๆ เป็น 3.54 เท่า เมื่อเทียบกับเพศชาย (Adjusted OR = 3.54; 95%CI 1.62-7.73; p-value = 0.002)

การศึกษาระดับมัธยมศึกษา/สูงกว่า มีโอกาสปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยวิธีการตรวจวัดอุณหภูมิ ก่อนเข้า-ออก จากสถานที่ต่าง ๆ เป็น 2.33 เท่า เมื่อเทียบกับการศึกษาระดับประถมศึกษา (Adjusted OR = 2.33; 95%CI 1.07-5.08; p-value = 0.026)

ระยะเวลาการเป็น อสม.ที่เพิ่มขึ้น 1 ปี มีโอกาสปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยวิธีการตรวจวัดอุณหภูมิ ก่อนเข้า-ออก จากสถานที่ต่าง ๆ เป็น

1.05 เท่า เมื่อเทียบกับระยะเวลาการเป็น อสม.ที่ต่ำกว่า (Adjusted OR = 1.05; 95%CI 1.00-1.10; p-value = 0.044)

อาชีพอื่น ๆ (ค้าขาย รับจ้างทั่วไป) มีโอกาสปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยวิธีการตรวจวัดอุณหภูมิ ก่อนเข้า-ออก จากสถานที่ต่าง ๆ เป็น 0.38 เท่า เมื่อเทียบกับอาชีพเกษตรกร (Adjusted OR = 0.38; 95%CI 0.18-0.79; p-value = 0.009)

คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีการโอกาสปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยวิธีการตรวจวัดอุณหภูมิ ก่อนเข้า-ออก จากสถานที่ต่าง ๆ เป็น 1.66 เท่า เมื่อเทียบกับคะแนนที่ต่ำกว่า (Adjusted OR = 1.66; 95 %CI 1.37-2.00; p-value <0.001) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ขนาดความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยวิธีการตรวจวัดอุณหภูมิ ก่อนเข้า-ออก จากสถานที่ต่าง ๆ ทุกครั้ง

ลักษณะทางประชากร	การตรวจวัดอุณหภูมิ		Crude OR	Adjusted OR	95%CI	p-value
	ปฏิบัติ n (%)	ไม่ปฏิบัติ n (%)				
เพศ						0.002
ชาย	84 (85.7)	14 (14.3)	1	1		
หญิง	560 (96.1)	23 (3.9)	4.05	3.54	1.62-7.73	
การศึกษา						0.026
ประถมศึกษา	318 (92.4)	26 (7.6)	1	1		
มัธยมศึกษา/สูงกว่า	326 (96.7)	11 (3.3)	2.42	2.33	1.07-5.08	
ระยะเวลาการเป็น อสม. (ปี)						
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	13.5 (8.7)	11.4 (5.6)	1.03	1.05	1.0-1.10	0.044
อาชีพ						0.009
เกษตรกร	434 (96.67)	15 (3.3)	1	1		
อื่น ๆ (ค้าขาย/รับจ้างทั่วไป)	210 (90.5)	22 (9.5)	0.32	0.38	0.18-0.79	
คะแนนความรู้ ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	12.26 (1.57)	10.40 (2.10)	1.70	1.66	1.37-2.00	<0.001

การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค โควิด-19 ด้วยวิธีการใช้แอปพลิเคชัน “ไทยชนะ” หรือ “ลงทะเบียน” เมื่อควบคุมผลกระทบจากตัวแปรอื่นๆ ในสมการแล้ว พบว่า อายุที่เพิ่มขึ้น 1 ปี มีโอกาสปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยวิธีการใช้แอปพลิเคชัน “ไทยชนะ” หรือ “ลงทะเบียน” ก่อนเข้า-ออก จากสถานที่ต่าง ๆ เป็น 0.94 เท่า เมื่อเทียบกับอายุ ที่ต่ำกว่า (Adjusted OR = 0.94; 95%CI 0.92-0.97; p-value <0.001)

ระยะเวลาการเป็น อสม. ที่เพิ่มขึ้น 1 ปี มีโอกาสปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยวิธีการใช้

แอปพลิเคชัน “ไทยชนะ” หรือ “ลงทะเบียน” ก่อนเข้า-ออก จากสถานที่ต่าง ๆ เป็น 1.04 เท่า เมื่อเทียบกับระยะเวลาการเป็น อสม. ที่ต่ำกว่า (Adjusted OR = 1.04; 95%CI 1.00-1.07; p-value = 0.012)

คะแนนทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีการโอกาสปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 วิธีการใช้แอปพลิเคชัน “ไทยชนะ” หรือ “ลงทะเบียน” ก่อนเข้า-ออก จากสถานที่ต่าง ๆ เป็น 1.36 เท่า เมื่อเทียบกับคะแนนที่ต่ำกว่า (Adjusted OR = 1.36; 95%CI 1.10-1.67; p-value = 0.003) ดังตาราง 5

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยวิธีการใช้แอปพลิเคชัน “ไทยชนะ” หรือ “ลงทะเบียน” ก่อนเข้า-ออก จากสถานที่ต่าง ๆ

ลักษณะทางประชากร	การแอปพลิเคชัน “ไทยชนะ” หรือ “ลงทะเบียน”		Crude OR	Adjusted OR	95%CI	p-value
	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ				
	n (%)	n (%)				
อายุ ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	53.6 (10.1)	57.9 (9.1)	0.95	0.94	0.92-0.97	<0.001
ระยะเวลาการเป็น อสม. (ปี) ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	13.5 (8.7)	12.5 (7.3)	1.01	1.04	1.00-1.07	0.012
คะแนนทัศนคติ ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	7.81 (1.00)	7.39 (1.40)	1.39	1.36	1.10-1.67	0.003

อภิปรายผล

คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19

จากการศึกษานี้ พบว่า อสม.มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 เฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 80 ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่มีความรู้ระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาความรู้ทัศนคติ การปฏิบัติ ต่อการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชน ในประเทศจีน เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ในช่วงระหว่างวันที่ 27 มกราคม 2563 ถึงวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2563 พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 คะแนนความรู้เกี่ยวกับโควิด-19 คิดเป็นร้อยละ 90 จัดอยู่ในกลุ่มที่มีความรู้ (mean = 10.8, S.D.=1.6)¹² ทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติต่อพฤติกรรมป้องกัน การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหญิงในจังหวัดสุรินทร์ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา พบว่า ด้านความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (mean =12.4, S.D.=0.9)¹⁵

คะแนนทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด-19

จากการศึกษานี้ พบว่า อสม.คะแนนทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด-19 เฉลี่ย มากกว่าร้อยละ 70 ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่มีทัศนคติระดับปานกลาง ไม่สอดคล้องกับการศึกษา ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกัน

ตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในเขตอำเภออุทอง จังหวัดสุพรรณบุรี การวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่าง มีทัศนคติที่ดี เกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 (mean =1.97, S.D.=0.19)¹⁶

การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค โควิด-19

จากการศึกษานี้ พบว่า อสม.มีการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค โควิด-19 ด้วยวิธีต่าง ๆ มากกว่าร้อยละ 80 ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มระดับการปฏิบัติตัวที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติต่อพฤติกรรมป้องกัน การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหญิงในจังหวัดสุรินทร์ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา พบว่า และด้านพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับเหมาะสม (mean =4.3, S.D.=0.5)¹⁵ ทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเอง จากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 พบว่า การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับมาก (mean =1.61, S.D. = 0.28)¹⁷

การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค โควิด-19 ด้วยวิธีการรักษาระยะห่างอย่างน้อย 2 เมตร

จากการศึกษาพบว่าเพศหญิงมีโอกาสปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยวิธีการรักษาระยะห่างอย่างน้อย 2 เมตร เป็น 2.83 เท่าเมื่อเทียบกับเพศชาย (Adjusted OR = 2.83; 95%CI 1.31-6.10; p=0.011) สอดคล้องกับการศึกษา ความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ ต่อการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนในประเทศบังกลาเทศ เป็นการศึกษาแบบตัดขวางในช่วงระหว่างวันที่ 7 เมษายน 2563 ถึง 10 เมษายน 2563 โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการควบคุมผลกระทบจากตัวแปรอื่นๆ พบว่าเพศหญิงมีโอกาสปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยวิธีการรักษาระยะห่างเป็น 2.07 เท่าเมื่อเทียบกับเพศชาย (Adjusted OR = 2.07; 95%CI 1.16-3.69 ; p<0.05)¹⁸

ระยะเวลาการเป็น อสม. ที่เพิ่มขึ้น 1 ปี มีโอกาสปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยวิธีการรักษาระยะห่างอย่างน้อย 2 เมตร เป็น 1.08 เท่า เมื่อเทียบกับระยะเวลาการเป็น อสม. ที่ต่ำกว่า (Adjusted OR = 1.08; 95%CI 1.02-1.13; p=0.001) สอดคล้องกับการศึกษาความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ในมณฑลเหอหนาน ประเทศจีน เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางในช่วงวันที่ 4 - 8 กุมภาพันธ์ 2563 โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างหยาบ พบว่า ประสบการณ์การทำงาน 5-9 ปี มีโอกาสในการกักตัวกับครอบครัวเป็น 1.54 เท่า เมื่อเทียบกับประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 5 ปี (OR= 1.54; 95%CI= 1.16-2.05); p<0.01)¹⁴

คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย มีการโอกาสปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยวิธีการรักษาระยะห่างอย่างน้อย 2 เมตร เป็น 1.50 เท่า เมื่อเทียบกับคะแนนที่ต่ำกว่า (Adjusted OR = 1.50; 95%CI 1.24-1.80 ; p<0.001) สอดคล้องกับการศึกษา ความรู้ ทักษะและการปฏิบัติต่อโรคโควิด-19 ในประชากรที่มีอายุมากกว่า 18 ปี ในประเทศปารากวัย เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางในช่วงวันที่ 20 มีนาคม

2563 หนึ่งสัปดาห์หลังจากการปิดประเทศปารากวัย โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างหยาบ พบว่า ทุก ๆ คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีการโอกาสไปในสถานที่คนแออัด เป็น 0.81 เท่า เมื่อเทียบกับคะแนนที่สูงกว่า (Crude OR= 0.81; 95%CI= 0.76 - 0.87); p<0.001)¹⁹

การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค โควิด-19 ด้วยวิธีการสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้าน

จากการศึกษาพบว่าอาชีพอื่น ๆ (ค้าขาย รับจ้างทั่วไป) มีโอกาสปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยวิธีการสวมหน้ากากอนามัย เป็น 0.17 เท่าเมื่อเทียบกับอาชีพเกษตรกร (Adjusted OR = 0.17; 95%CI 0.06-0.50; p<0.001) ไกล่เคียงกับการศึกษา ความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตัวต่อการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชน ในประเทศบังกลาเทศ เป็นการศึกษาแบบตัดขวางในช่วงระหว่างวันที่ 7 พฤษภาคม 2563 ถึง 29 พฤษภาคม 2563 โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างหยาบ พบว่า การมีอาชีพบริการทั่วไปมีโอกาสปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 เป็น 2.03 เท่า เมื่อเทียบกับ (Crude OR = 2.03; 95% CI = 1.11-3.71; p = 0.02)²⁰

คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย มีการโอกาสปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยวิธีการสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้าน เป็น 1.66 เท่า เมื่อเทียบกับคะแนนที่ต่ำกว่า (Adjusted OR = 1.66; 95%CI 1.33-2.07; p<0.001) สอดคล้องกับการศึกษา ความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ ต่อการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนในประเทศบังกลาเทศ เป็นการศึกษาแบบตัดขวางในช่วงระหว่างวันที่ 7 เมษายน 2563 ถึง 10 เมษายน 2563 โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการควบคุมผลกระทบจากตัวแปรอื่นๆ พบว่า เมื่อคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย มีโอกาสปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยวิธีการสวมหน้ากากอนามัย เป็น 1.54 เท่า เมื่อเทียบกับคะแนนที่ต่ำกว่า (Adjusted OR = 1.54; 95% CI 1.25-1.77;p<0.05)¹⁸

การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค โควิด-19 ด้วยวิธีการล้างมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์เมื่อสัมผัสกับสิ่งของ

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าเพศหญิงมีโอกาสปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยวิธีการล้างมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์เมื่อสัมผัสกับสิ่งของ เป็น 2.88 เท่าเมื่อเทียบกับเพศชาย (Adjusted OR = 2.88; 95%CI 1.27-6.52; $p=0.007$) แตกต่างจากการศึกษาความรู้ ทักษะการปฏิบัติ ต่อการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนในประเทศไทย เป็นการศึกษาระดับภาคตัดขวางในช่วงระหว่างวันที่ 25 มีนาคม 2563 ถึงวันที่ 4 เมษายน 2563 โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างหยาบ พบว่า เพศหญิงมีโอกาสปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยวิธีการล้างมือเมื่อสัมผัสกับสิ่งของ เป็น 0.42 เท่าเมื่อเทียบกับเพศชาย (Crude OR = 0.42 ; 95% CI 0.31-0.58; $p<0.001$)²¹

การศึกษาระดับมัธยมศึกษา/สูงกว่ามีโอกาสปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยวิธีการล้างมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์เมื่อสัมผัสกับสิ่งของ เป็น 2.24 เท่าเมื่อเทียบกับการศึกษาระดับประถมศึกษา (Adjusted OR = 2.24; 95%CI 1.01-4.98; $p=0.039$) สอดคล้องกับการศึกษา ความรู้ เจตคติ และความพร้อมในการรับมือ COVID-19 ในกลุ่มประชากรชายแดนภาคเหนือของประเทศไทย เป็นการศึกษาระดับภาคตัดขวาง ในช่วงเริ่มต้นของการระบาดใหญ่ โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการควบคุมผลกระทบจากตัวแปรอื่นๆ พบว่าการศึกษาระดับประถมศึกษามีโอกาสเตรียมความพร้อมในการรับมือ COVID-19 เป็น 2.07 เท่าเมื่อเทียบกับการไม่ได้ศึกษา (Adjusted OR = 2.43; 95%CI 1.09–5.43; $p<0.05$)²²

ระยะเวลาการเป็น อสม.ที่เพิ่มขึ้น 1 ปี มีโอกาสปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยวิธีการล้างมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์เมื่อสัมผัสกับสิ่งของ เป็น 1.05 เท่า เมื่อเทียบกับระยะเวลาการเป็น อสม. ที่ต่ำกว่า (Adjusted OR = 1.05; 95%CI 1.00-1.11; $p=0.006$) ไม่สอดคล้องกับการศึกษาการสำรวจความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขอนามัยมือของทันตแพทย์ไทย พบว่า ทันตแพทย์ที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงาน 21-30 ปี

($M=4.75$, $S.D.=2.08$) มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติแอลกอฮอล์มีน้อยกว่ากลุ่มที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงาน 11-20 ปี ($M=5.17$, $S.D.=2.44$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05²³

อาชีพอื่น ๆ (ค้าขาย รับจ้างทั่วไป) มีโอกาสปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยวิธีการล้างมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์เมื่อสัมผัสกับสิ่งของ เป็น 0.26 เท่าเมื่อเทียบกับอาชีพเกษตรกร (Adjusted OR = 0.26; 95%CI 0.12-0.57; $p<0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาความรู้ ทักษะการปฏิบัติเกี่ยวกับโควิด-19 ในประเทศอียิปต์ ช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนมิถุนายน 2563 โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างหยาบ พบว่าอาชีพพนักงานทั่วไปมีโอกาสปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 เป็น 0.8 เท่าเมื่อเทียบกับอาชีพเกษตรกร แม้ว่า จะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Crude OR = 0.8; 95%CI 0.6-1.2; $p>0.05$)²⁴

คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีการโอกาสปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยวิธีการล้างมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์เมื่อสัมผัสกับสิ่งของ เป็น 1.77 เท่า เมื่อเทียบกับคะแนนที่ต่ำกว่า (Adjusted OR = 1.77; 95% CI 1.45-2.15; $p<0.001$) ไม่สอดคล้องกับการศึกษาความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเอง จากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 พบว่า ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลาง ($r = 0.327$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) แต่เมื่อพิจารณาในรายข้อ พบว่าข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือ ล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ ความเข้มข้นอย่างน้อย 70% เมื่อต้องออกไปที่สาธารณะ (mean = 1.03, $S.D.=0.67$)¹⁷

การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค โควิด-19 ด้วยวิธีการตรวจวัดอุณหภูมิ ก่อนเข้า-ออก จากสถานที่ต่าง ๆ

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าเพศหญิงมีโอกาสปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยวิธีการตรวจวัดอุณหภูมิ ก่อนเข้า-ออก จากสถานที่ต่าง ๆ เป็น 3.39 เท่า

เมื่อเทียบกับเพศชาย (Adjusted OR = 3.39; 95%CI 1.59-7.23; $p=0.002$) ใกล้เคียงกับการศึกษาความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการระบาดของ COVID-19 ในบังคลาเทศ มีการศึกษาแบบภาคตัดขวางออนไลน์ ในช่วง 29 มีนาคม 2563 ถึง 19 เมษายน 2563 โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างหยาบ พบว่าเพศหญิงมีโอกาสปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 เป็น 1.30 เท่า เมื่อเทียบกับเพศชาย (Adjusted OR = 1.30; 95%CI 1.09-1.56; $p=0.003$)²⁵

การศึกษาระดับมัธยมศึกษา/สูงกว่ามีโอกาสปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยวิธีการตรวจวัดอุณหภูมิ ก่อนเข้า-ออก จากสถานที่ต่าง ๆ เป็น 2.33 เท่า เมื่อเทียบกับการศึกษาระดับประถมศึกษา (Adjusted OR = 2.33; 95%CI 1.07-5.08; $p=0.026$) สอดคล้องกับการศึกษาความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการระบาดของ COVID-19 ในบังคลาเทศ มีการศึกษาแบบภาคตัดขวางออนไลน์ ในช่วง 29 มีนาคม 2563 ถึง 19 เมษายน 2563 โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างหยาบ พบว่าการศึกษาระดับประถมศึกษามีโอกาสปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 เป็น 0.30 เท่าเมื่อเทียบกับการศึกษาระดับมหาวิทยาลัย (Adjusted OR = 0.30; 95%CI 0.12-0.78; $p=0.014$)²⁵

ระยะเวลาการเป็น อสม.ที่เพิ่มขึ้น 1 ปี มีโอกาสปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยวิธีการตรวจวัดอุณหภูมิ ก่อนเข้า-ออก จากสถานที่ต่าง ๆ เป็น 1.05 เท่า เมื่อเทียบกับระยะเวลาการเป็น อสม. ที่ต่ำกว่า (Adjusted OR = 1.05; 95%CI 1.00-1.10; $p=0.019$) ใกล้เคียงกับการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประชาชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี โดยการศึกษาเชิงพรรณนา ของ อสม.ที่มีระยะเวลาการเป็นอสม. 15 ปีขึ้นไป หากความสัมพันธ์กับอสม.ที่มีระยะเวลาการเป็นอสม. 6-10 ปี และอสม.ที่มีระยะเวลาการเป็นอสม. 11-15 ปี พบว่า ระยะเวลาการเป็น อสม. มีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)²⁶

อาชีพอื่น ๆ (ค้าขาย รับจ้างทั่วไป) มีโอกาสปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยวิธีการตรวจวัดอุณหภูมิ ก่อนเข้า-ออก จากสถานที่ต่าง ๆ เป็น 0.38 เท่า เมื่อเทียบกับอาชีพเกษตรกร (Adjusted OR = 0.38; 95%CI 0.18-0.79; $p=0.009$) ชัดแย้งกับการศึกษาความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติต่อโรคโควิด -19 ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่โรงพยาบาลแอดดิสเซเมน ประเทศเอธิโอเปีย เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางในช่วงระหว่างวันที่ 2 มีนาคม 2563 ถึง 10 เมษายน 2563 เมื่อมีการควบคุมผลกระทบจากตัวแปรต่าง ๆ พบว่า อาชีพเกษตรกร มีโอกาสเสี่ยงที่จะปฏิบัติตัวที่ไม่ดี เป็น 2.1 เท่า เมื่อเทียบกับอาชีพข้าราชการ แม้ว่าอาจไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted OR = 2.1; 95%CI 0.64-6.79; $p>0.05$)²⁷

คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีการโอกาสปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยวิธีการตรวจวัดอุณหภูมิ ก่อนเข้า-ออก จากสถานที่ต่าง ๆ เป็น 1.72 เท่า เมื่อเทียบกับคะแนนที่ต่ำกว่า (Adjusted OR = 1.72; 95%CI 1.43-2.07; $p<0.001$) ในภาพรวมของการตรวจวัดอุณหภูมิเพื่อปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 การวัดอุณหภูมิสามารถช่วยคัดกรองผู้เสี่ยงเป็นโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ได้ในเบื้องต้น²⁸

การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค โควิด-19 ด้วยวิธีการใช้แอปพลิเคชัน “ไทยชนะ” หรือ “ลงทะเบียน” ก่อนเข้า-ออก จากสถานที่ต่าง ๆ

จากการศึกษานี้ พบว่าอายุที่เพิ่มขึ้น 1 ปี มีโอกาสปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยวิธีการใช้แอปพลิเคชัน “ไทยชนะ” หรือ “ลงทะเบียน” ก่อนเข้า-ออก จากสถานที่ต่าง ๆ เป็น 0.94 เท่า เมื่อเทียบกับอายุที่ต่ำกว่า (Adjusted OR = 0.94; 95%CI 0.92-0.97; $p<0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนในประเทศอินเดีย พบว่า อายุที่เพิ่มขึ้น 1 ปี มีการโอกาสปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยวิธีการยอมรับการใช้แอปมือถือ “Arogya Setu” เป็น

0.05 เท่า เมื่อเทียบกับอายุที่ต่ำกว่า (Crude OR = 0.05; 95%CI 0.93–0.96; $p < 0.001$)²⁹

ระยะเวลาการเป็น อสม. ที่เพิ่มขึ้น 1 ปี มีโอกาสปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยวิธีการใช้แอปพลิเคชัน “ไทยชนะ” หรือ “ลงทะเบียน” ก่อนเข้า-ออก จากสถานที่ต่าง ๆ เป็น 1.04 เท่า เมื่อเทียบกับระยะเวลาการเป็น อสม. ที่ต่ำกว่า (Adjusted OR = 1.04; 95%CI 1.00–1.07; $p = 0.013$) สอดคล้องกับการศึกษาความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลต่อปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อโรคโควิด-19 ในประเทศจีน พบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 10 ปี มีคะแนนการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคโควิด-19 เป็น 0.74 เท่าเมื่อเทียบกับพยาบาลที่ทำงานมากกว่า 20 ปี (Crude OR = 0.74; 95% CI 0.62–0.88; $p < 0.05$)³⁰

คะแนนทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีการโอกาสปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 วิธีการใช้แอปพลิเคชัน “ไทยชนะ” หรือ “ลงทะเบียน” ก่อนเข้า-ออก จากสถานที่ต่าง ๆ เป็น 1.36 เท่า เมื่อเทียบกับคะแนนที่ต่ำกว่า (Adjusted OR = 1.36; 95%CI 1.10–1.67; $p = 0.004$) ใกล้เคียงกับการศึกษาความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการระบาดของ COVID-19 ในบังคลาเทศ มีการศึกษาแบบภาคตัดขวางออนไลน์ ในช่วง 29 มีนาคม 2563 ถึง 19 เมษายน 2563 โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างหยาบ พบว่าการมีทัศนคติเชิงบวกมีโอกาสปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 เป็น 1.42 เท่าเมื่อเทียบกับการมีทัศนคติเชิงลบ (Adjusted OR = 1.42; 95%CI 1.19–1.71; $p < 0.001$)²⁵ และยังสอดคล้องกับการศึกษา ความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตัวต่อการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชน ในประเทศบังกลาเทศ เป็นการศึกษาแบบตัดขวางในช่วงระหว่างวันที่ 7 พฤษภาคม 2563 ถึง 29 พฤษภาคม 2563 เมื่อมีการควบคุมผลกระทบจากอายุ เพศ การศึกษา อาชีพ ศาสนา พื้นที่อยู่อาศัย สถานภาพสมรส ขนาดครอบครัวและรายได้ พบว่า การมีทัศนคติเชิงบวกมีโอกาสปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 เป็น

4.47 เท่า เมื่อเทียบกับการมีทัศนคติเชิงลบ (Adjusted OR = 4.47; 95% CI = 2.23–8.98; $p < 0.001$)²⁰

จากการศึกษาในช่วงต้นสามารถอธิบายได้ว่าการบริโภคสื่อจากแหล่งต่าง ๆ หรือการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 มีผลต่อการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันโรคโควิด-19 ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ในแบบจำลอง KAP ความรู้ส่งผลให้เกิดทัศนคติซึ่งจะส่งผลต่อการปฏิบัติตัว ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์กันหลากหลายรูปแบบทั้งทางตรงและทางอ้อม การมีความรู้ ทักษะที่ดีจะทำให้ อสม. มีการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ดี³¹ ซึ่งมีความสอดคล้องกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคของ อสม. จะมีความสัมพันธ์กัน กล่าวคือ หาก อสม. มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตัวจากโรคโควิด-19 และมีทัศนคติที่ดีต่อแนวทางการปฏิบัติดังกล่าว จะทำให้ อสม. มีการปฏิบัติตัวอย่างดีและสม่ำเสมอ³²

สรุป

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ใน อสม. จำแนกตามวิธีการรักษา ระยะห่าง วิธีการสวมหน้ากากอนามัย วิธีการล้างมือ วิธีการวัดอุณหภูมิและวิธีการลงทะเบียนหรือไทยชนะ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเป็น อสม. คะแนนความรู้และคะแนนทัศนคติ และยังพบว่า อสม. มีความรู้ระดับสูง ทักษะระดับปานกลาง และการปฏิบัติตัวในการป้องกันระดับดี

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาในครั้งนี้ได้เก็บข้อมูลช่วงที่มีการระบาดของ COVID-19 ทำให้ได้ข้อมูลเฉพาะที่มีการเก็บรวบรวมเท่านั้น ไม่สามารถรวบรวมปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่อาจเกิดจากพฤติกรรมหรือข้อจำกัดอื่น ๆ ของการปฏิบัติตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ ในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น การรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 การบริโภคสื่อ

ความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้ผลการศึกษามีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คุณพรนันทน์ พุฒนอก ที่ให้คำปรึกษาและให้ข้อเสนอแนะในการทำวิทยานิพนธ์ ดร.ณัฐ จากกลาง สาธารณสุขอำเภอชุมแพ ที่ให้คำชี้แนะ และเพิ่มเติมในการวิเคราะห์ข้อมูล การสรุปและอภิปราย ผลการศึกษา ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นและอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอชุมแพ จังหวัด ขอนแก่น ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเข้าร่วม โครงการวิจัยในครั้งนี้

อ้างอิง

1. กองทุนพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. โควิด-19 และระบาดวิทยา[ออนไลน์]. 2563 [อ้างถึง 30 กันยายน 2563]. สืบค้นจาก: <https://learningcovid.ku.ac.th/>
2. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. ความรู้พื้นฐานCOVID-19 [ออนไลน์]. 2563 [อ้างถึง 5 กันยายน 2563]. สืบค้นจาก: <https://www.niems.go.th/pdfviewer/index.html>
3. Novel Coronavirus(2019-nCoV)Situation Report. Coronavirus Disease (COVID-19) Situation Reports [Online]. 2020 [cited 2020 Oct 1]. สืบค้นจาก: www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200131-sitrep-11-ncov.pdf?sfvrsn=de7c0f7_4
4. กรมควบคุมโรค. มาตรการและแนวทางการดำเนินการ เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [ออนไลน์]. 2563 [อ้างถึง 1 ตุลาคม 2563]. สืบค้นจาก: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/im_commands/im_commands06.pdf
5. กรมควบคุมโรค. ขอความร่วมมือจัดทำแผนปฏิบัติการ ค้นหา เฝ้าระวังและป้องกันโรค ระดับอำเภอและหมู่บ้าน [ออนไลน์]. 2563 [อ้างถึง 1 ตุลาคม 2563]. สืบค้นจาก: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/im_commands/im_commands05.pdf
6. WHO. Coronavirus disease (COVID-19) advice for the public [Online]. 2020 [cited 2020 Nov 25]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>
7. กองสนับสนุนสุขภาพ. คู่มือ อสม.ยุคใหม่ [ออนไลน์]. คู่มือ อสม.ยุคใหม่. 2554 [อ้างถึง 3 ตุลาคม 2563]. สืบค้นจาก: http://phc.moph.go.th/www_hss/data_center/ifm_mod/nw/NewOSM-1.pdf
8. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินโควิด-19 [ออนไลน์]. 2563 [อ้างถึง 25 พฤศจิกายน 2563]. สืบค้นจาก: <http://www.hsscovid.com/files/บทบาท%20อสม.%20กับ%20Social%20Distancing.pdf>
9. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A SIMPLE METHOD OF SAMPLE SIZE CALCULATION FOR LINEAR AND LOGISTIC REGRESSION [Online]. 1998. Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/205199338.pdf>
10. Hu Y, Zhang G, Li Z, Yang J, Mo L, X Z, et al. Knowledge, attitudes, and practices related to COVID-19 pandemic among residents in Hubei and Henan Provinces. Nan Fang Yi Ke Da Xue Xue Bao 2020; 40(5): 733–40.
11. Data Analysis and Statistical Software [Online]. 2012 [cited 2020 Dec 20]. Available from: <http://www.stata.com>.

12. Zhong B-L, Luo W, Li H-M, Zhang Q-Q, Liu X-G, Li W-T, et al. Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: a quick online cross-sectional survey. *Int J Biol Sci* 2020; 16(10): 1745–52.
13. Bloom, B. (1975). *Taxonomy of Education Objective, Handbook 1: Cognitive Domain*. New York: David Mckay
14. Zhang M, Zhou M, Tang F, Wang Y, Nie H, Zhang L, et al. Knowledge, attitude, and practice regarding COVID-19 among healthcare workers in Henan, China. *J Hosp Infect* 2020; 105(2): 183–7.
15. ธวัชชัย ยืนยาว, เพ็ญนภา บุญเสริม. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะการป้องกันการป้องกัน การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หญิงในจังหวัดสุรินทร์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์* 2563; 35(3): 555–64.
16. ณัฐวรรณ คำแสน. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในเขตอำเภออุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี* 2564; 1: 33–48.
17. ธาณี กล่อมใจ, จรรยา แก้วใจบุญ, ทักษิภา ชัชชรัตน์. ความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019. *วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ (Journal of Nursing and Health Research)* 2020; 21(2): 29–39.
18. Rahman A, Sathi NJ. Knowledge, attitude, and preventive practices toward COVID-19 among Bangladeshi internet users. *Electro J Gen Med [Online]* 2020 [cited 2021 May 26]; . Available from: <https://doi.org/10.29333/ejgm/8223>
19. Rios-González CM. Knowledge, attitudes and practices towards COVID-19 in Paraguayans during outbreaks: a quick online survey. 2020 [cited 2020 Oct 27]; . Available from: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/149>
20. Rabbani MG, Akter O, Hasan MZ, Samad N, Mahmood SS, Joarder T. Knowledge, Attitude and Practice towards COVID-19 among people in Bangladesh during the pandemic: a cross-sectional study. *medRxiv* 2020; : 2020.09.22.20198275.
21. Mousa K, Saad M, Abdelghafor M. Knowledge, Attitudes, and Practices Surrounding COVID-19 among Sudan Citizens during the Pandemic: An Online Cross-sectional Study. *Sudan Journal of Medical Sciences* 2020; 15: 32–45.
22. Sachina Paudel, Prabin Shrestha, Isha Karmacharya, Om Krishna Pathak. Knowledge, attitude, and practices (KAP) towards COVID-19 among Nepalese residents during the COVID-19 outbreak: An online cross-sectional study. 2020 [cited 2020 Sep 7]. Available from: <https://www.researchsquare.com/article/rs-31044/v1>
23. ประทานพร อาริราชการณย์, กรพินท์ มหาทุมะรัตน์, ณัฏชา มหาทุมะรัตน์, กิรติกา วงษ์ทิม, ชนิศา หวงวงศ์. การสำรวจความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขอนามัยมือของทันตแพทย์ไทย. *J DENT ASSOC THAI* 2561; 68(3): 218–29.
24. El-Gilany A-H, Sahar El-Bastawesy, Soma Ibrahim Ali. Knowledge, attitude and

- practices (KAP) of rural population about COVID-19: a community-based study in Talkha District, Egypt. 2020; 7(2): 525–32.
25. Ferdous MZ, Islam MS, Sikder MT, Mosaddek ASM, Zegarar-Valdivia JA, Gozal D. Knowledge, attitude, and practice regarding COVID-19 outbreak in Bangladesh: An online-based cross-sectional study. PLOS ONE 2020; 15(10): e0239254.
 26. จักรีย์ ปัทพี. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพประชาชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอป่าพลอย จังหวัดกาญจนบุรี [ออนไลน์]. มหาวิทยาลัยศิลปกร; 2559 [อ้างถึง 26 พฤศจิกายน 2563]. สืบค้นจาก:
<http://ithesisir.su.ac.th/dspace/bitstream/123456789/1015/1/55256302%20%20จักรีย์%20%20%20ปัทพี%20%20.pdf>
 27. Akalu Y, Ayelign B, Molla MD. Knowledge, Attitude and Practice Towards COVID-19 Among Chronic Disease Patients at Addis Zemen Hospital, Northwest Ethiopia [Online]. Vol. 13, Infection and Drug Resistance. Dove Press; 2020 [cited 2020 Sep 7]. p. 1949–60. Available from:
<https://www.dovepress.com/knowledge-attitude-and-practice-towards-covid-19-among-chronic-disease-peer-reviewed-fulltext-article-IDR>
 28. สุเมธ อวสกุลสุทธิ. เทอร์โมมิเตอร์ที่ใช้วัดอุณหภูมิร่างกาย เพื่อคัดกรองผู้เสี่ยงเป็นโรคติดเชื้อโควิด-19 (COVID-19) [ออนไลน์]. 2563 [อ้างถึง 1 มิถุนายน 2563]. Available at:
<https://www.nsm.or.th/other-service/1757-online-science/knowledge-inventory/sci-article/science-article-nsm/4435-thermometer.html>
 29. Ponnamm HB, Akondi BR, Jagadabhi SK, Rompicherla KGR, Chakali B, Mohammed I. Knowledge, Attitudes, and Practices toward COVID-19 among Indian Residents during the Verge of Lockdown Restrictions: A Quick Online Cross-Sectional Survey. Journal of Health and Allied Sciences 2021; 11(No. 1/2021): 21–27.
 30. Wen X, Wang F, Li X, Gu H. Study on the Knowledge, Attitude, and Practice (KAP) of Nursing Staff and Influencing Factors on COVID-19. Front Public Health [Online] 2021 [cited 2021 Jun 14]; 8. Available from:
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2020.560606/full>
 31. ทวีศักดิ์ เทพพิทักษ์.(2556). การใช้แบบจำลอง KAP กับการศึกษาพฤติกรรมและทัศนคติการป้องกันการติดเชื้อ เอช ไอ วี / เอ็ดส์ ของคนประจำเรือไทย.วารสารวิทยาการจัดการ,8(2): 84-102.
 32. จุฬารณ โสตะ. แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. 2554.

Received: 24 Aug 2021, Revised: 20 Sep 2021

Accepted: 27 Sep 2021

นิพนธ์ต้นฉบับ

การประเมินความพร้อมการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ในอำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร
วรลักษณ์ ล้อมฤทธิ์¹, สุพจน์ คำสะอาด^{2*}, กฤษณะ สุกวังค์³, จุฑาทิพย์ ไพโรจน์โสสม⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความพร้อมการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ด้านปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต การสะท้อนกลับข้อมูลและเพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานของการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ในอำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ผู้บริหาร 20 คน เจ้าหน้าที่ผู้ได้รับการแต่งตั้ง ให้ปฏิบัติงานในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 18 คน และประชาชนทั่วไป อายุ 18-60 ปี 356 คน เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพโดยแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา อำเภอมหาชนะชัย มีความพร้อมในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ในด้านปัจจัยนำเข้า 6 ประเด็น ด้านกระบวนการ 6 ประเด็น ด้านผลผลิต 4 ประเด็น และด้านการสะท้อนกลับข้อมูล 2 ประเด็น ผ่านเกณฑ์การประเมินที่กำหนด เกณฑ์ร้อยละ 80.0 แต่ในด้านกระบวนการประเด็นทรัพยากร ด้านงบประมาณ ไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 66.7 ปัญหาอุปสรรคคืองบประมาณสนับสนุนไม่เพียงพอสนับสนุนการดำเนินงานได้ตลอดทั้งปี

อำเภอมหาชนะชัยมีความพร้อมในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ด้านปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิตและการสะท้อนกลับข้อมูล ส่งผลให้ไม่มีผู้ป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสซิกาเพิ่มในพื้นที่ ปัญหาอุปสรรค ด้านงบประมาณและความตระหนักของประชาชน ควรจัดสรรงบประมาณให้เพียงพอต่อการดำเนินงานตลอดทั้งปี เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและเน้นการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ เพื่อกระตุ้นให้เกิดความตระหนักและตื่นตัวในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกาของประชาชนต่อไป

คำสำคัญ : โรคติดเชื้อไวรัสซิกา, ทฤษฎีระบบ, การประเมินความพร้อม, การเฝ้าระวัง

¹ นักศึกษาปริญญาโท / หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการระบาด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จ.ขอนแก่น

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ / คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จ.ขอนแก่น

³ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ / สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 อุดรธานี

⁴ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ / โรงพยาบาลอานวณ

* Corresponding author: supot@kku.ac.th

*Original Article*READINESS ASSESSMENT OF ZIKA VIRUS DISEASE SURVEILLANCE SYSTEM IN
WANON NIWAT DISTRICT, SAKON NAKHON PROVINCEWaraluk Lomrit¹, Supot Kamsa-ard^{2*}, Kitsana Sugawong³, Jutatip Pairuangsom⁴**ABSTRACT**

This Descriptive cross-sectional study research aimed to assess the readiness of surveillance for Zika virus infection. related to input, process, output, and feedback and study of problems and obstacles. Recommendations for the implementation of Zika virus surveillance in Wanon Niwat District, Sakon Nakhon Province. study in 3 sample groups consisted of executives 20 people, officials appointed to perform Zika surveillance work. In the sub-district health promoting hospital 18 people and the general public aged 18-60 years 356 people. The data were collected by questionnaire in terms of quantity and quality. descriptive statistic was utilized to analyze the data. and content analysis.

The results of the study in Wanon Niwat District There is a readiness of surveillance for Zika virus infection. In terms of inputs 6 issues, process issues 6 issues, output issues 4 issues, and information reflection 2 issues passed the specified assessment criteria 80.0%, but in the process aspect, resource issues, budget issues, 66.7% not pass the criteria. The support budget is insufficient to support operations throughout the year.

Wanon Niwat district is readiness of surveillance for Zika virus infection. in terms of input, process, output, and feedback. As a result, there are no more Zika virus cases in the area, budgetary obstacles and public awareness. Budget should be allocated enough to operate throughout the year. for the purpose of support continuous operations and focus on public relations through various media. for the purpose of encourage people's awareness and awareness of the Zika virus infection in the future.

Keywords: Zika Virus Disease, System Approach Model, Readiness Assessment, Surveillance

¹ Master's student / Master of Public Health Program in Epidemiology, Faculty of Public Health, Khon Kaen University, Khon Kaen Province

² Assistant Professor / Faculty of Public Health, Khon Kaen University, Khon Kaen Province

³ Public Health Technical Officer, Professional Level / The Office of Disease Prevention and Control 8 Udon Thani

⁴ Public Health Technical Officer, Practitioner Level / Wanon Niwat Hospital

* Corresponding author: supot@kku.ac.th

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสซิกาถือเป็นโรคอุบัติใหม่ ถูกค้นพบครั้งแรกเมื่อวันที่ 18 เมษายน พ.ศ. 2490 ในเลือดของลิงที่อาศัยอยู่ในป่าซิกาของประเทศยูกันดา ซึ่งเป็นลิงวอกหรือลิงริซัส (*Rhesus macaque*) ที่ใช้ในการศึกษาโรคไข้เหลือง และในปี พ.ศ. 2495 มีการพบเชื้อในคนครั้งแรกที่ประเทศยูกันดา โดยมียุงลาย (*Aedes aegypti*) เป็นพาหะนำโรค เป็นสาเหตุทำให้เกิดการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วไปยัง ใน 3 ทวีป ได้แก่ ทวีปแอฟริกา ทวีปเอเชีย ทวีปอเมริกา และมีการแพร่ระบาดมากกว่า 87 ประเทศทั่วโลก⁽¹⁾

โรคติดเชื้อไวรัสซิกา ในประเทศไทยเริ่มมีการระบาด ตั้งแต่ พ.ศ.2559 จนถึงปัจจุบัน พบว่ามีการระบาดทั่วทุกภาคของประเทศไทยตลอดทั้งปี แม้ว่าการระบาดในภาพรวมของโลกจะมีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยลดน้อยลง แต่โรคติดเชื้อไวรัสซิกาในประเทศไทย ยังคงมีการแพร่โรคอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2559 ถึงวันที่ 21 ตุลาคม 2563 พบหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อไวรัสซิกา จำนวน 213 ราย จำแนกเป็นผู้ติดเชื้อมีอาการ 138 ราย และผู้ติดเชื้อไม่มีอาการ 75 ราย ผลการติดตามหญิงตั้งครรภ์พบว่าแท้งบุตร 11 ราย มีสาเหตุจากการติดเชื้อไวรัสซิกา 4 ราย ไม่สัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัสซิกา 3 ราย และไม่สามารถระบุสาเหตุได้ 4 ราย (ไม่มีการส่งตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ) และคลอดแล้ว 190 ราย ข้อมูลการเฝ้าระวังทารกแรกเกิดที่มีภาวะศีรษะเล็ก จากการเฝ้าระวังทารกศีรษะเล็กทั้งสิ้น 1,803 ราย พบยืนยันความผิดปกติแต่กำเนิดที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัสซิกาของ มารดาในระหว่างการตั้งครรภ์ (congenital zika syndrome) จำนวน 13 ราย จาก 10 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ พิษณุโลก สุโขทัย นครสวรรค์ ปทุมธานี สมุทรสาคร ฉะเชิงเทรา ขอนแก่นนครราชสีมา และอุบลราชธานี และจากข้อมูลเฝ้าระวังผู้ที่มีอาการทางระบบประสาท จำนวน 141 รายพบผู้ป่วยยืนยันที่มีอาการอักเสบเฉียบพลันของเส้นประสาทหลายเส้นพร้อมๆกัน จนทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงเฉียบพลัน (Guillain-

Barré syndrome) หรือตัวย่อว่า (GBS) จำนวน 5 ราย จาก 5 จังหวัด ได้แก่ เพชรบูรณ์ สมุทรสงคราม สมุทรปราการบุรีรัมย์และกาญจนบุรี⁽²⁾ จากรายงานข้อมูลจะพบว่าผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อทั้งที่ไม่แสดงอาการและมีอาการเล็กน้อยตลอดจนมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสซิกา คือความพิการทางสมองและระบบประสาท โดยเฉพาะภาวะศีรษะเล็กในทารกแรกเกิดที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อไวรัสซิกา

จากข้อมูลทางระบาดวิทยาแสดงให้เห็นว่าสภาพปัญหาเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสซิกาที่ถือว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ในระยะยาว ที่ต้องมีการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการเฝ้าระวังโรคเป็นกลไกสำคัญในการรับมือกับโรคและภัยคุกคามที่เป็นปัญหาต่อสุขภาพของประชาชน และในพื้นที่อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร เคยมีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสซิกาในพื้นที่ เมื่อวันที่ 27 มิถุนายน 2562 เวลา 10.30 น. ครูโรงเรียนแห่งหนึ่งตำบลคูสะคาม นำนักเรียนมารับบริการที่สถานีนามัย มาด้วยอาการ ผื่นแดง มีไข้ จำนวน 3 คน เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานระบาดพื้นที่ จึงได้ดำเนินการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มในโรงเรียนภายในวันนั้น พบผู้ป่วยที่มีอาการผื่นแดง มีไข้ 19 คน จึงได้นำผู้ป่วยดังกล่าวเข้ารับการรักษาเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคที่โรงพยาบาลวานรนิวาส ในวันที่ 27 มิถุนายน 2562 เวลา 13.00 น. โดยแพทย์ได้วินิจฉัย ดังนี้ พบ การติดเชื้อแบคทีเรีย (Bacterial infection) จำนวน 1 คน, การติดเชื้อไวรัส (Viral infection) จำนวน 6 คน, เยื่อตาอักเสบเฉียบพลัน (Acute conjunctivitis) จำนวน 1 คน, ผื่นที่บริเวณผิวหนัง และไม่สามารถระบุได้ว่า เป็นชนิดใด (Rash and other nonspecific shin eruption) จำนวน 6 คน, ไข้ไม่ทราบสาเหตุ (Fever of unknown origin) จำนวน 3 คน และไม่ได้เข้ารับการรักษา 2 คน และแพทย์ส่งตรวจ โรคหัด (Measles IgM) และ ตรวจหาโรคที่เกิดจากแบคทีเรีย (Anti-streptolysin-O) เพื่อยืนยันผลการวินิจฉัย จำนวน 1 คน พบผลการตรวจ ผลเป็นลบ ต่อมาวันที่ 28 มิถุนายน

2562 เวลา 13.00 น. ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว อำเภอมอนywaและสถานีนามัย ร่วมกันดำเนินการสอบสวนโรคในพื้นที่ พบผู้ที่มีอาการคล้ายกัน 41 คน และได้สุ่มตัวอย่างเลือดและปัสสาวะของผู้ป่วยที่มีอาการเข้าข่ายสงสัยโรคติดเชื้อไวรัสซิกา จำนวน 1 ราย ส่งตรวจเพื่อตรวจยืนยันเชื้อไวรัสซิกา พบผลเป็นบวก ยืนยันการติดเชื้อไวรัสซิกา ในวันที่ 11 กรกฎาคม 2562 ซึ่งจะเห็นได้ว่าใช้เวลานานถึง 14 วัน ในการค้นหาสาเหตุของโรค เนื่องจากพื้นที่ที่ตรวจจับผู้ป่วยได้ช้า วินิจฉัยโรคช้า ทำให้พบการระบาดเมื่อมีการแพร่กระจายของโรคมาระยะหนึ่งแล้วในชุมชนจนมีผู้ป่วยเป็นกลุ่มก้อน ซึ่งอาจเกิดจากพื้นที่ไม่มีความพร้อมในการเฝ้าระวังโรค ไม่มีการดำเนินการต่อเนื่องและประชาชนในชุมชนไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและอาการของโรคติดเชื้อไวรัสซิกาเนื่องจากไม่เคยมีการระบาดเกิดขึ้น

ดังนั้นการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกาต้องมีความพร้อมสามารถตรวจจับ สงสัยผู้ป่วย และแจ้งเร็วไปยังโรงพยาบาลหรือสาธารณสุขอำเภอในพื้นที่เพื่อให้เกิดการสอบสวนควบคุมโรคเบื้องต้นโดยเร็วที่สุด และหลังจากมีการระบาดเกิดขึ้นแล้วอำเภอก็ได้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเพื่อปรับปรุงแก้ไขให้การเฝ้าระวังโรคมีความพร้อมในการรับมือเมื่อเกิดการระบาดขึ้นแต่อย่างไรก็ตาม พื้นที่ยังไม่มี การประเมินความพร้อมการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกาในพื้นที่ ผู้วิจัยจึงมี

ความสนใจที่จะศึกษาประเมินความพร้อมการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกาในเขตพื้นที่อำเภอมอนywa จังหวัด

สกลนคร เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงและแก้ไขในการดำเนินงานต่อไปของพื้นที่อำเภอมอนywa

วัตถุประสงค์

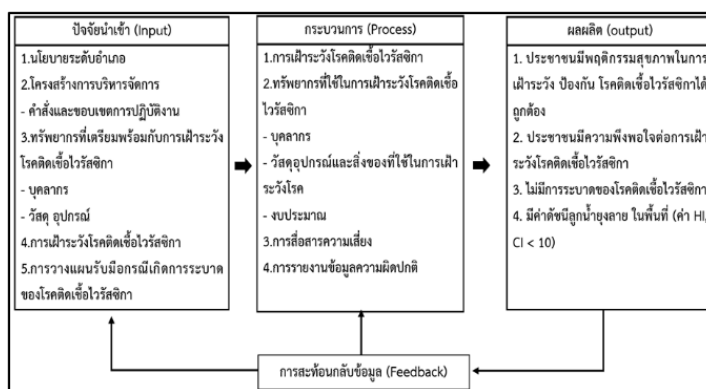
1. เพื่อประเมินความพร้อมการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ด้านปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต และการสะท้อนกลับข้อมูล ในเขตพื้นที่อำเภอมอนywa จังหวัดสกลนคร

2. เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานของการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกาในเขตพื้นที่อำเภอมอนywa จังหวัดสกลนคร

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการศึกษา (Study design)

การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Descriptive cross-sectional Study) โดยใช้แนวคิดทฤษฎีระบบหรือวิธีการระบบ (System Approach) ซึ่งเป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ที่ใช้ในการวางแผนและดำเนินการต่างๆ เพื่อให้บรรลุผลตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ วิธีการระบบมีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ประการคือ ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) ผลผลิต (Output) และการสะท้อนกลับข้อมูล (Feedback) (รายละเอียดดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการประเมินความ โดยประยุกต์แนวทางการประเมินเชิงระบบตามรูปแบบของแนวคิดทฤษฎีระบบ (System Approach Model)⁽³⁾

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล 18 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 1 แห่ง และโรงพยาบาล 1 แห่งในอำเภอมหาสารคาม ประกอบด้วย 1) ผู้บริหาร 2) ผู้ปฏิบัติงานในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกา 3) ประชาชนทั่วไปที่มีอายุ 18-60 ปี รวมทั้งหมด 394 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ กลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) ผู้บริหารในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล 18 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 1 แห่ง และโรงพยาบาลมหาราชนิกุล 1 แห่ง เป็นตัวแทน แต่ละ 1 คน รวม 20 คน 2) เจ้าหน้าที่ผู้ได้รับการแต่งตั้งให้ปฏิบัติงานในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 18 คน 3) ประชาชนทั่วไปที่มีอายุ 18-60 ปี ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่ายแบบหลายขั้นตอน (Multi Stage Sampling) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เลือกตำบลในอำเภอมหาสารคาม ทั้งหมด 14 ตำบล

ขั้นตอนที่ 2 ใช้วิธีการสุ่มแบบโควตา (Quota random sampling) โดยเลือกตำบลละ 5 หมู่บ้าน

ขั้นตอนที่ 3 เลือกประชากรเป้าหมาย คือ ประชาชนที่มีอายุ 18-60 ปี หมู่บ้านละ 6 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple random sampling) จากรายชื่อผู้ที่มีอายุ 18 – 60 ปี ในแต่ละหมู่บ้าน ซึ่งขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคำนวณโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วน ประชากรกลุ่มเดียว ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 356 คน

สูตรการประมาณค่าสัดส่วน

$$n = \frac{Np(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2(N-1) + p(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

โดย N = ขนาดประชากรที่ต้องทำการศึกษา เท่ากับ 81599

p = จากการทบทวนวรรณกรรมของเก่งกาจและคณะ เรื่อง พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกของประชากรในบ้านหนองไผ่ ได้ค่า $P=0.37^{(4)}$

d = 0.05

แทนค่าจากสูตร

$$n = \frac{(81599)(0.37)(1-0.37)(1.96^2)}{0.05^2(81599-1)+0.37(1-0.37)(1.96^2)} = 355.67 \approx 356$$

3. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสอบถาม 3 ชุด ซึ่งผู้วิจัยได้จากการศึกษาค้นคว้าตำราเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วพัฒนาจากแบบสอบถามของงานวิจัย เรื่องการประเมินความพร้อมระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในระดับจังหวัดและอำเภอ เขตสุขภาพที่ 7 : กรณีศึกษาการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ปี 2559⁽⁵⁾ โดยพัฒนาข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทที่นำไปใช้ โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน แบบสอบถามชุดที่ 1 แบบสอบถามผู้บริหาร ระดับโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC เท่ากับ 0.8 ชุดที่ 2 แบบสอบถามเจ้าหน้าที่ผู้ได้รับการแต่งตั้ง และปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ค่าดัชนีความ

สอดคล้อง IOC เท่ากับ 0.9 ชุดที่ 3 แบบสอบถามประชาชนทั่วไปที่มีอายุ 18 – 60 ปี ค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC เท่ากับ 0.8 และผ่านการทดสอบ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง ในอำเภอบ้านม่วง จังหวัดสกลนคร จำนวน 30 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของ Cronbach โดยมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.80 จึงนำแบบสอบถามไปใช้ในการเก็บข้อมูล

4. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการศึกษา

สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้ค่าสถิติคือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยเกณฑ์การประเมิน ผลประเมินผ่านต้องมีค่าเฉลี่ย ร้อยละ 80 ขึ้นไป ⁽⁵⁾ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Stata Released 10.0

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้บริหารในระดับโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 20 คน ชาย 14 คน (ร้อยละ 70.0) อายุเฉลี่ย 52.3 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 5.3 ปี) และระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้บริหารมากกว่า 20 ปีขึ้นไป 11 คน (ร้อยละ 55.0) บทบาทหน้าที่ในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกาในระดับผู้บริหารมีหน้าที่ ผู้บัญชาการเหตุการณ์

20 คน (ร้อยละ 100.0) ตระหนักรู้สถานการณ์ (ทีม SAT) 14 คน (ร้อยละ 70.0) สื่อสารความเสี่ยง 13 คน (ร้อยละ 65.0) และเคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกา 15 คน (ร้อยละ 75.0)

เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการแต่งตั้งให้ปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกา 18 คน หญิง 13 คน (ร้อยละ 72.2) อายุเฉลี่ย 34.6 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 6.1 ปี) และระยะเวลาที่รับผิดชอบงานในด้านการเฝ้าระวังโรคเฉลี่ย 8.1 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 3.9 ปี) บทบาทหน้าที่มีการปฏิบัติงานการสอบสวนโรค การปฏิบัติงานสื่อสารความเสี่ยง การปฏิบัติงานข้อมูลรายงานผลการเฝ้าระวัง และการปฏิบัติงานให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ 18 คน (ร้อยละ 100.0)

ประชาชนทั่วไปที่มีอายุ 18-60 ปี 356 คน หญิง 248 คน (ร้อยละ 69.7) โดยมีอายุเฉลี่ย 42.6 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 11.3 ปี) มีระดับการศึกษาประถมและต่ำกว่า 149 คน (ร้อยละ 41.9) รายได้ต่ำกว่าเฉลี่ยต่อเดือน 5,000 บาท 186 คน (ร้อยละ 52.3) และอาชีพส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร 243 คน (ร้อยละ 68.3)

2. ผลการประเมินความพร้อมการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกา

2.1 ปัจจัยนำเข้า

ผลการประเมินความพร้อมการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกาด้านปัจจัยนำเข้า พบว่าด้านปัจจัยนำเข้ามีความพร้อมผ่านเกณฑ์การประเมิน ร้อยละ 80.0 (รายละเอียดดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงผลการประเมินความพร้อม ด้านปัจจัยนำเข้า ของการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกา

ปัจจัยนำเข้า	เกณฑ์การตัดสิน	ผู้ตอบแบบสอบถามระดับอำเภอ	
		ผลประเมิน	สรุป
1.นโยบาย	-ร้อยละ 80.0 ของเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการแต่งตั้งเห็นว่ามีนโยบายในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกาของหน่วยงานสาธารณสุข	88.9	ผ่าน

ปัจจัยนำเข้า	เกณฑ์การตัดสิน	ผู้ตอบแบบสอบถาม ระดับอำเภอ	
		ผลประเมิน	สรุป
2.โครงสร้างการบริหารจัดการ	-ร้อยละ 80.0 ของเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการแต่งตั้งฯเห็นว่า โครงสร้างการบริหารจัดการและบทบาทหน้าที่ในการเฝ้าระวัง โรคติดเชื้อไวรัสซิกา	100.0	ผ่าน
3.ทรัพยากรที่เตรียม พร้อมกับการ เฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกา <u>ด้าน</u> <u>บุคลากร</u>	-ร้อยละ 80.0 ของเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการแต่งตั้งฯเคยผ่านการ อบรมเรื่องการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกา	83.3	ผ่าน
4.ทรัพยากรที่เตรียม พร้อมกับการ เฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกา <u>ด้าน</u> <u>วัสดุ อุปกรณ์</u>	-ร้อยละ 80.0 ของเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการแต่งตั้งฯเห็นว่าวัสดุ อุปกรณ์มีเพียงพอต่อการเตรียมความพร้อมในการเฝ้าระวัง โรคติดเชื้อไวรัสซิกา	85.7	ผ่าน
5.การเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัส ซิกา	-ร้อยละ 80.0 ของเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการแต่งตั้งฯเห็นว่ามีการเฝ้า ระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกาในพื้นที่โดยมีการตรวจจับความผิดปกติ ในชุมชนโดยมีการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยในพื้นที่	88.9	ผ่าน
6.การวางแผนรับมือกรณีเกิดการ ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส ซิกา	-ร้อยละ 80.0 ของเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการแต่งตั้งฯเห็นว่ามีการ เตรียมความพร้อมมีการจัดทำแผน การเฝ้าระวังป้องกันควบคุม โรคติดเชื้อไวรัสซิกา	94.4	ผ่าน

2.2 กระบวนการ

ผลการประเมินความพร้อมการเฝ้า
ระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ด้านกระบวนการ พบว่ามี ความ
พร้อมผ่านเกณฑ์การประเมิน ร้อยละ 80.0 และ

ด้านที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ร้อยละ 80.0 หรือไม่มี
ความพร้อมคือ ทรัพยากรที่ใช้ในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อ
ไวรัสซิกา ด้านงบประมาณ ร้อยละ 66.7 (รายละเอียดดัง
ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงผลการประเมินความพร้อม ด้านกระบวนการ ของการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกา

กระบวนการ	เกณฑ์การตัดสิน	ผู้ตอบแบบสอบถาม ระดับอำเภอ	
		ผลประเมิน	สรุป
1.การรายงานข้อมูลการเฝ้าระวัง โรคติดเชื้อไวรัสซิกา	-ร้อยละ 80.0 ของเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการแต่งตั้งฯเห็นว่ามีความ พร้อมการรายงานข้อมูลการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกา	94.4	ผ่าน
2.ทรัพยากรที่ใช้ในการเฝ้าระวังโรค ติดเชื้อไวรัสซิกา	-ร้อยละ 80.0 ของเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการแต่งตั้งฯเห็นว่าบุคลากร ที่เฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกามีเพียงพอ	81.9	ผ่าน

กระบวนการ	เกณฑ์การตัดสิน	ผู้ตอบแบบสอบถาม ระดับอำเภอ	
		ผลประเมิน	สรุป
2.2 ทรัพยากรที่ใช้ในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ด้านการสำรองวัสดุ เวชภัณฑ์	-ร้อยละ 80 ของเจ้าหน้าที่ผู้ได้รับการแต่งตั้งฯ เห็นว่ามีความพร้อมในด้านวัสดุอุปกรณ์และสิ่งของที่ใช้ในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกา	83.4	ผ่าน
2.3 ทรัพยากรที่ใช้ในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ด้านงบประมาณ	-ร้อยละ 80 ของเจ้าหน้าที่ผู้ได้รับการแต่งตั้งฯ เห็นว่ามีงบประมาณในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกาเพียงพอ	66.7	ไม่ผ่าน
3. ภาวะเปราะบางหรือข้อตกลงกับชุมชน ที่นำมาใช้ในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกาและการป้องกัน ควบคุมโรค	-ร้อยละ 80 ของเจ้าหน้าที่ผู้ได้รับการแต่งตั้งฯ เห็นว่ามีการนำเอาภาวะเปราะบางหรือข้อตกลงร่วมกับชุมชนมาใช้ในการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคได้เหมาะสม	94.4	ผ่าน
4. การสื่อสารความเสี่ยง	-ร้อยละ 80 ของเจ้าหน้าที่ผู้ได้รับการแต่งตั้งฯ เห็นว่ามีการสื่อสารความเสี่ยงและการให้ความรู้ อย่างเหมาะสม	88.9	ผ่าน
5. การเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกา	-ร้อยละ 80.0 ของเจ้าหน้าที่ผู้ได้รับการแต่งตั้งฯ เห็นว่ามีการปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกาได้อย่างเหมาะสม	92.6	ผ่าน
6. ระบบบัญชาการเหตุการณ์	-ร้อยละ 80.0 ของเจ้าหน้าที่ผู้ได้รับการแต่งตั้งฯ เห็นว่ามีพร้อมในการบัญชาการเหตุการณ์ บริหารกำลังคน ในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกา	94.4	ผ่าน

2.3 ผลผลิต

ผลการประเมินความพร้อมการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ด้านผลผลิต พบว่ามีความพร้อมผ่านเกณฑ์การประเมิน ร้อยละ 80 (รายละเอียดดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงผลการประเมินความพร้อม ด้านผลผลิต ของการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกา

ผลผลิต	เกณฑ์การตัดสิน	ผู้ตอบแบบสอบถาม ระดับอำเภอ	
		ผลประเมิน	สรุป
1. ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสซิกา -ประชาชนมีความรู้เรื่องโรคติดเชื้อ ไวรัสซิกา	-ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ ไวรัสซิกาไม่น้อยกว่าร้อยละ 80.0	83.4	ผ่าน

ผลผลิต	เกณฑ์การตัดสิน	ผู้ตอบแบบสอบถาม ระดับอำเภอ	
		ผลประเมิน	สรุป
- ประชาชนมีการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา	-ประชาชนมีการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา บางครั้งจนถึงเป็นประจำไม่น้อยกว่าร้อยละ 80.0	96.3	ผ่าน
2. ประชาชนมีการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสซิกา	-ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80.0	88.2	ผ่าน
3. ประชาชนมีความพึงพอใจต่อการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกา	-ประชาชนมีความพึงพอใจต่อการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ในระดับปานกลางถึงมาก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80.0	100.0	ผ่าน
4. จำนวนเหตุการณ์ความผิดปกติที่เกิดขึ้นในพื้นที่	-ร้อยละ 80.0 ของอำเภอมานวราชธานีในระดับตำบลไม่มีผู้ป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสซิกา	83.3	ผ่าน

2.4 การสะท้อนกลับข้อมูล

พบว่ามีความพร้อมผ่านเกณฑ์การประเมิน ร้อยละ 80

ผลการประเมินความพร้อมการเฝ้า

(รายละเอียดดังตารางที่ 4)

ระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ด้านการสะท้อนกลับข้อมูล

ตารางที่ 4 แสดงผลการประเมินความพร้อม ด้านการสะท้อนกลับข้อมูล การเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกา

การสะท้อนกลับข้อมูล	เกณฑ์การตัดสิน	ผู้ตอบแบบสอบถาม ระดับอำเภอ	
		ผลประเมิน	สรุป
1. เจ้าหน้าที่มีการคืนข้อมูลและรับฟังข้อคิดเห็น ความคาดหวังของผู้เกี่ยวข้องต่อการดำเนินงาน	-ร้อยละ 80.0 ของเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการแต่งตั้งฯ เห็นว่ามี การสะท้อนกลับข้อมูลและรับฟังข้อคิดเห็น ความคาดหวังของผู้เกี่ยวข้องต่อการดำเนินงาน	100.0	ผ่าน
2. มีการนำข้อคิดเห็น ความพึงพอใจ ข้อเสนอแนะที่ได้มาใช้ในการวางแผนเพื่อปรับปรุงงานในพื้นที่หรือไม่	-ร้อยละ 80.0 ของเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการแต่งตั้งฯ เห็นว่ามีการนำข้อคิดเห็น ความพึงพอใจ ข้อเสนอแนะที่ได้มาใช้ในการวางแผนเพื่อปรับปรุงการดำเนินงานในพื้นที่	100.0	ผ่าน

3. ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานของการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกาในเขตพื้นที่อำเภอวนรวินวาส จังหวัดสกลนคร

ปัญหาอุปสรรค คือด้านงบประมาณสนับสนุนยังไม่เพียงพอ สนับสนุนการดำเนินงานในชุมชนตลอดทั้งปี ทำให้การดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง และเนื่องจากในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาจะมีการเน้นในเรื่องโควิด-19 มากกว่าโรคระบาดอื่นๆ ทำให้ประชาชนในชุมชนอาจจะละเลยไม่ให้ความสนใจและในช่วง 1-2 ปีที่ผ่านมาไม่พบผู้ป่วยในพื้นที่จึงทำให้ประชาชนขาดความตระหนัก ไม่ตื่นตัวในการป้องกัน เฝ้าระวังการเกิดโรคเท่าที่ควร

อภิปรายผล

การประเมินความพร้อมการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ด้านปัจจัยนำเข้า

ด้านปัจจัยนำเข้า ของการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกาในระดับอำเภอมี่ความพร้อม โดยมีนโยบายในการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ซึ่งจะอยู่ในนโยบายและแผนการดำเนินงานอำเภอคความคุมโรคเข้มแข็ง มีแผนการดำเนินงานการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคที่นำโดยยุยงลาย ซึ่งรวมถึงโรคติดเชื้อไวรัสซิกา พร้อมทั้งมีโครงสร้างการบริหารจัดการ โดยมีคำสั่งและขอบเขตการปฏิบัติงานที่ชัดเจนซึ่งเกิดจากการเตรียมพร้อมของผู้บริหารซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาของเกษร แกวโนนัง⁽⁵⁾ ที่พบว่า การมีหัวหน้าส่วนระดับสูงสุดขององค์กรในฐานะผู้บัญชาการเหตุการณ์ สามารถที่จะสั่งการ ประสานงาน ร่วมคิด ร่วมวางแผน ดำเนินการร่วมกับภาคี เพื่อรับมือเมื่อเกิดการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสซิกา และโดยแผนการดำเนินงานมีการเตรียมพร้อมด้านวัสดุ อุปกรณ์ที่เพียงพอต่อการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกา และอำเภอมี่มีการเตรียมพร้อมในด้านบุคลากร ให้มีความพร้อมโดยผ่านการอบรมเรื่องการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ทำให้เจ้าหน้าที่มีความรู้ความสามารถตรวจจับความผิดปกติในชุมชน วิเคราะห์ความเสี่ยงของ

โรคและภัยในพื้นที่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุริยามนตรีภักดิ์⁽⁶⁾ ที่กล่าวว่าการพัฒนาบุคลากรในองค์กรโดยการดำเนินการเกี่ยวกับการส่งเสริมให้บุคลากรมีความรู้ความสามารถ มีทักษะในการ ทำงาน ทัศนคติที่ดี เป็นผลทำให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

การประเมินความพร้อมการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ด้านกระบวนการ

ด้านกระบวนการ การเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกา พบว่ามีความพร้อมในการรายงานข้อมูลการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกาเมื่อตรวจจับความผิดปกติ มีความพร้อมในทรัพยากรด้านบุคลากร ที่มีความเพียงพอต่อการปฏิบัติงาน พร้อมในด้านการสำรองวัสดุ เวชภัณฑ์ และวัสดุอุปกรณ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของนันทิยา เมฆวรรณ และสมเดช พินิจสุทร⁽⁷⁾ ที่กล่าวว่าการสนับสนุนจากองค์กร ด้านการเตรียมเครื่องมือให้พร้อมใช้งาน การสนับสนุนให้ มีการอบรมพัฒนาความรู้และทักษะด้านระบาดวิทยา การส่งเสริมการจูงใจทุกรูปแบบอย่างต่อเนื่องก็ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานในการเฝ้าระวังโรค และในกระบวนการทำงานนั้นได้มีการนำเอากฎระเบียบหรือข้อตกลงกับชุมชนที่นำมาใช้ในการเฝ้าและการป้องกัน ควบคุมโรคระบาดโรคติดเชื้อไวรัสซิกา พร้อมทั้งมีการสื่อสารความเสี่ยงและให้ความรู้ที่เหมาะสมกับชุมชน โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอวนรวินวาส มีการปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ทั้งนี้ยังมีระบบบัญชาการเหตุการณ์มีการเฝ้าระวังโรคอย่างเป็นทางการ และระบุบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจนครอบคลุม และพัฒนา คู่มือและกำหนดแนวทางต่างๆ พัฒนาระบบการประสานงาน ทบทวนการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ และในส่วนที่ยังไม่พร้อมในกระบวนการดำเนินงาน คือ ทรัพยากรด้านงบประมาณที่ใช้ในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ที่ยังไม่เพียงพอ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะอยู่ในช่วงที่เกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 จึงทำให้กระทรวง

สาธารณสุขมีการจัดแบ่งงบประมาณไปในส่วนนั้นแทนเป็นหลัก ตามลักษณะของภาระกิจงานในปัจจุบัน

การประเมินความพร้อมการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ด้านผลผลิต

พบว่าการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่งผลให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสซิกา โดยประชาชนมีความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ส่งผลให้ประชาชนมีการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของอนุสรณ์ มีผิว⁽⁸⁾ ที่ศึกษาเรื่องความรู้ ทัศนคติ และ การปฏิบัติตัวในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของประชาชนตำบลสิงห์โคก อำเภอกะชังร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัว ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และจากการดำเนินการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ทำให้ประชาชนได้มีการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสซิกา และประชาชนมีความพึงพอใจต่อการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ของตนเอง ในระดับปานกลางถึงมาก และไม่มีผู้ป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสซิกาเกิดขึ้นในพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ควรมีการเตรียมแผนการดำเนินงาน และมีการสนับสนุนการงบประมาณให้เพียงพอและเหมาะสม เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติงาน

1. ควรให้เจ้าหน้าที่ทุกคนได้มีโอกาสเข้าอบรม การเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ไม่เพียงเน้นแต่

ผู้รับผิดชอบงาน เพื่อสนับสนุนให้บุคลากรทุกคนได้พัฒนาศักยภาพของตนเองและเป็นการเตรียมความพร้อมต่อการรับมือกรณีเกิดการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสซิกา

2. ควรมีการนิเทศติดตามประเมินการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ได้รับการพัฒนา และมีการเตรียมพร้อมด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคอยู่เสมอ

3. ควรมีการเผยแพร่ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ไปให้ประชาชนเพิ่มมากขึ้น ผ่านหอกระจายข่าว ในหมู่บ้าน เวทีการประชุมประจำเดือน เพิ่มการสื่อสาร ประชาชนพินิจให้มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายสุทิวีส หาระโคตร ผู้รับผิดชอบงานระบาด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอมโนรมนิวาส และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอมโนรมนิวาสทุกท่าน ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาซอ ตำบลนาซอ บ้านแสงเจริญ ตำบลอินทร์แปลง บ้านโนนอุดม ตำบลศรีวิชัย บ้านห้วยหิน ตำบลหนองแวง บ้านหนองฮาง ตำบลธาตุ บ้านโนนแต้ ตำบลธาตุ บ้านทุ่งโพธิ์ ตำบลหนองสนม บ้านโนนแพง ตำบลหนองสนม ตำบลบ้านซำก่าย ตำบลซำก่าย บ้านคำหมูน ตำบลเตือศรีคันไชย บ้านปานเจริญ ตำบลเตือศรีคันไชย บ้านจำปาดง ตำบลกุดเรือคำ บ้านคอนสาย ตำบลคอนสวรรค์ บ้านนาคำ ตำบลนาคำ บ้านหนองแวง ตำบลหนองแวง บ้านวังเยี่ยม ตำบลหนองแวง บ้านสงเปือย ตำบลซำก่าย ที่ให้ความช่วยเหลือในการติดตามเพื่อเก็บข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้รวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่มีส่วนทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- 1 กรมควบคุมโรค. (2559). ประกาศกรมควบคุมโรค เรื่อง โรคไข้ซิกา (Zika virus disease). ค้นเมื่อ 25 ธันวาคม 2563, จาก http://elib.ddc.moph.go.th/pdf/zika_virus_disease_220159_1453788683.pdf
- 2 กองโรคติดต่อภายในโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). รายงานสถานการณ์โรคติดต่อไวรัสซิกา ในประเทศไทย ข้อมูล ณ วันที่ 21 ตุลาคม 2563. ค้นเมื่อ 25 ธันวาคม 2563, จาก <https://ddc.moph.go.th/dvb/news.php?news=694&deptcode=dvb>
- 3 จันทราณี สงวนนาม. (2545). ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการบริหารสถานศึกษา (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: บุคพอยท์.
- 4 เก่งกาจ อุ่นฤทธิ, ชุมนนต์ อภิวัฒน์พร, ธนพล ลิรัฐพงศ์ และคณะ. (2548). พฤติกรรม การป้องกันและควบคุม ไข้เลือดออก ของประชากรในบ้านหนองไผ่ หมู่ที่ 14. วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีแพทยศาสตรบัณฑิต สาขา แพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- 5 เกษร แฉวโนนจั่ว, เชิดพงษ์ มงคลสินธุ์ และวันทนา กลางบุรีรัมย์. (2560). การประเมินความพร้อมระบบ ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในระดับจังหวัด และอำเภอ เขตสุขภาพที่ 7 : กรณีศึกษาการระบาดของ โรคติดต่อไวรัสซิกา ปี 2559. วารสารควบคุมโรค, 43 (3): 316-328.
- 6 สุริยา มนตรีภักดิ์. (2550). บทบาทของผู้บริหารสถานศึกษาในการพัฒนาบุคลากรตามมาตรฐานการปฏิบัติงานของข้อบังคับคุรุสภา 2548 ในสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา เพชรบุรีเขต 1. สารนิพนธ์ กศ.ม. (การบริหารการศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- 7 นันทิยา เมฆวรรณ และสมเดช พินิจสุทร. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล จังหวัดอุดรธานี. วารสารการพัฒนาสุขภาพ ชุมชนมหาวิทยาลัยขอนแก่น, 1(3): 91-104.
- 8 อนุสรณ์ มีผิว. (2554). ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ ประชาชน ตำบลสิงห์โคก อำเภอกะชังร้อยเอ็ด. การศึกษาอิสระทางสาธารณสุข สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Received: 27 Aug 2021, Revised: 25 Sep 2021

Accepted: 1 Oct 2021

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
ของครูชั้นประถมศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดบึงกาฬวิไลวรรณ ปัตถา¹ ชัญญา จิรพรกุล^{2*} เนาวรัตน์ มณีนิล³

บทคัดย่อ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ COVID-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่ร้ายแรง ส่งผลต่อระบบทางเดินหายใจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ หากประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคจะทำให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองและผู้อื่นได้อย่างถูกต้อง การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์(analytical cross-sectional study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของครูชั้นประถมศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดบึงกาฬ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่าง 477 คน การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติถดถอยพหุแบบโลจิสติกส์ (multiple logistic regression) นำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วยอัตราส่วนที่ปรับแล้ว (adjusted odds ratio-OR_{adj}), ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95

ผลการศึกษา เมื่อควบคุมผลกระทบจากตัวแปรอื่นๆ ในสมการสุดท้าย พบว่า ระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี (OR_{adj} = 2.41, 95%CI = 1.5 – 3.61, *p*-value < 0.001) การเข้าถึงสื่อในระดับมาก (OR_{adj} = 5.41, 95%CI = 3.32 – 8.8, *p*-value < 0.001) การตระหนักรู้ในระดับมาก (OR_{adj} = 1.9, 95%CI = 1.18 -3.04, *p*-value = 0.008) อิทธิพลของครอบครัวระดับมาก (OR_{adj} = 1.98, 95%CI = 1.25 – 3.14, *p*-value = 0.003) และความชุกความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 70.9 (95%CI = 66.7 – 74.8)

ดังนั้น ควรส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในครูชั้นประถมศึกษาให้มีการเข้าถึงสื่อสุขภาพมากขึ้น เพื่อการตระหนักรู้ถึงความเสี่ยงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นำไปสู่การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม รวมทั้งสามารถถ่ายทอดความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้แก่นักเรียนที่ต้องได้รับการดูแล เพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อต่อไป

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, โรคติดเชื้อ, ไวรัสโคโรนา 2019, ครูชั้นประถมศึกษา

¹นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

^{2,3}ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

* Corresponding author E-mail: chananya@kku.ac.th

Original Article

Factors Associated with Health Literacy in Coronavirus 2019 Prevention among the Primary School Teacher in Mueang Bungkan District Bungkan Province

wilaiwan padtha¹ Chananya Jiraponkul^{2*} Naowarat Maneein³

ABSTRACT

Coronavirus 2019 or COVID-19 is a serious emerging disease that greatly affects the respiratory system. If people have health literacy in disease prevention, they will be able to take care of themselves and others properly. It can also help reduce the cost of medical care. This was a cross-sectional analytical study which aimed to investigate the factors associated with health literacy in Coronavirus 2019 prevention among primary school teachers in Mueang Bungkan district, Bungkan province. In total 477 participants were completed using a questionnaire during May 2021. The relationship was analyzed by multiple logistic regression. The relationship size was presented by Adjusted Odds ratio (OR_{adj}) with a 95% confidence interval. The results showed that when controlling for the effects of other variables in the last equation were a postgraduate educational level ($OR_{adj} = 2.41$, 95%CI = 1.5 – 3.61, p -value < 0.001), a high level of media access ($OR_{adj} = 5.41$, 95%CI = 3.32 – 8.8, p -value < 0.001), a high level of awareness ($OR_{adj} = 1.9$, 95%CI = 1.18 -3.04, p -value = 0.008) a high level of family influence ($OR_{adj} = 1.98$, 95%CI = 1.25 – 3.14, p -value = 0.003) and the prevalence of health literacy in the prevention of Coronavirus 2019 in the study was 70.9% (95%CI = 66.7 – 74.8). Therefore, health literacy in term of Coronavirus 2019 preventions should be promoted in primary school teachers and as a result, they will have greater accesses to health medias and more awareness of coronavirus 2019 risks leading them to be able to follow the preventive measures properly. Moreover, they will be able to propagate the knowledge directly to their students in order to reduce the risk of infection and the spread of the disease.

Keywords: Health Literacy, Infectious Disease Coronavirus 2019, Primary School Teachers

¹ Master of Public Health Student in Epidemiology, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

^{2,3} Assistant Professor Department of Epidemiology and Biostatistics, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

* Corresponding author E-mail: chananya@kku.ac.th

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ COVID-19 เป็นภาวะคุกคามด้านสุขภาพ ที่สร้างความตื่นตระหนก และวิตกกังวลแก่ประชาชนทั่วโลก ไวรัสโคโรนา 2019 เป็นตระกูลของไวรัสที่ก่อให้เกิดอาการป่วยตั้งแต่โรคไข้หวัดธรรมดาไปจนถึงโรคที่มีความรุนแรงมาก เช่น โรคระบบทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS-CoV) และโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARS-CoV) เป็นต้น ซึ่งเป็นสายพันธุ์ใหม่ที่ไม่เคยพบมาก่อนในมนุษย์ สามารถแพร่เชื้อจากคนสู่คนได้¹ สถานการณ์โรคเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ COVID-19 ทั่วโลกเมื่อวันที่ วันที่ 22 มิถุนายน 2564 มีผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 178,866,160 ราย² สถานการณ์ในประเทศไทย วันที่ 22 มิถุนายน 2564 พบผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 225,365 ราย รักษาหาย 187,836 ราย ผู้ป่วยยืนยันที่เสียชีวิต 1,693 ราย ประวัติโรคประจำตัวที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ภูมิแพ้ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง เป็นต้น³ ในจังหวัดบึงกาฬ ปัจจุบันพบผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สะสม 45 ราย รักษาหาย 35 ราย กำลังรักษาอยู่ 9 ราย เสียชีวิต 1 ราย⁴

องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรค COVID-19 เป็นการระบาดใหญ่ (Pandemic) เมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2563 โดยมีจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากอย่างรวดเร็ว และมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคนี้ประมาณร้อยละ 4.2 กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน⁵ หากมีการติดเชื้อในผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าคนทั่วไปเนื่องจากสภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรง ภูมิคุ้มกันลดลงตามวัย อย่างไรก็ตามปัจจุบันได้มีวัคซีนในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แต่ยังคงจำเป็นต้องป้องกันตัวเองซึ่งสามารถทำได้เองตามมาตรการการป้องกัน ยกเว้นในกลุ่มเด็กที่ยังต้องได้รับการดูแล เนื่องจากเด็กใช้ชีวิตอยู่ในโรงเรียนเป็นส่วนใหญ่ เด็กวัยเรียนมีปฏิสัมพันธ์กับครู และกลุ่มเพื่อนจึงยากต่อการควบคุมโรค เนื่องจากโรงเรียนเป็นที่รวมของเด็กในชุมชนที่มาจากครอบครัวที่ต่างกัน จึงเป็นปัจจัย

สำคัญต่อการเกิดปัญหาโรคร้ายไข้เจ็บทั้งโรคติดต่อ เมื่อเรียนคนใดคนหนึ่งเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อมาโรงเรียนมีโอกาสจะแพร่เชื้อโรคไปสู่เด็กคนอื่น ๆ ได้ง่ายจากการเล่นคลุกคลีกันทำกิจกรรมร่วมกัน เมื่อเด็กที่ป่วยเหล่านี้กลับไปบ้านย่อมมีโอกาสแพร่กระจายเชื้อโรคสู่บุคคลในครอบครัวและชุมชน⁶ โรงเรียนจึงเป็นสถานที่ที่สำคัญมากแห่งหนึ่งต่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยต้องมีการให้ความรู้ เสริมสร้างทักษะที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ซึ่งผู้ดูแลหรือครูเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลนักเรียน โดยทุกชั้นเรียนจะมีครูประจำชั้นนับว่าเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับนักเรียนมากที่สุด ครูมีโอกาสที่จะให้ความช่วยเหลือโดยเฉพาะอย่างยิ่งระดับชั้นประถมศึกษา โดยบทบาทของครูและความรับผิดชอบของครูชั้นประถมเกี่ยวกับสุขภาพของนักเรียนนั้น ได้แก่ เฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียน พร้อมสอดแทรกการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในการเรียนการสอนแต่ละวิชาที่เกี่ยวข้อง การจัดกิจกรรมการเรียนรู้การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เป็นต้น⁷ จึงนับได้ว่าครูในระดับชั้นประถมศึกษาเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาและเสริมสร้างให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ นักเรียน ซึ่งในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ครูจึงมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังพฤติกรรมและถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อและการแพร่ระบาดเชื้อต่อไป

จากการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ผ่านมา เป็นการศึกษาในการป้องกันโรคเรื้อรังในกลุ่มผู้สูงอายุมีการศึกษาในโรคติดต่อเป็นส่วนน้อย ประกอบสถานการณ์ปัจจุบันที่ยังคงมีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่มีการรวมกลุ่มกันซึ่งจะส่งผลต่อการระบาด ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของครูชั้นประถมศึกษา อำเภอมือ จังหวัดบึงกาฬ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของครูชั้นประถมศึกษา อำเภอมือง จังหวัดบึงกาฬและความชุกของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของครูชั้นประถมศึกษา อำเภอมือง จังหวัดบึงกาฬ

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (analytical cross-sectional study)

ประชากรที่ศึกษา ครูที่สอนในโรงเรียนระดับประถมศึกษาในเขตอำเภอมือง จังหวัดบึงกาฬ จำนวน 51 แห่ง ในเดือนพฤษภาคม 2564

กลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria)

1. เป็นครูที่สอนในโรงเรียนระดับประถมศึกษาในเขตอำเภอมือง จังหวัดบึงกาฬ
2. อยู่ในพื้นที่ในช่วงระหว่างเก็บข้อมูลช่วงเดือนพฤษภาคม 2564

การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยใช้ค่า P_1 , P_2 และ B จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลสำราญ อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น⁶

การคำนวณขนาดตัวอย่างพิจารณาตามรูปแบบการวิจัยและวิธีการทางสถิติที่ใช้วิเคราะห์ในงานวิจัย จึงใช้สูตรในการคำนวณขนาดตัวอย่างแบบ multiple logistic regression (Hsieh et al., 1998) ดังนี้

$$n = \frac{\left\{ Z_{1-\alpha/2} \sqrt{\frac{P(1-P)}{B}} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_0(1-P_0) + \frac{P_1(1-P_1)(1-B)}{B}} \right\}^2}{[(P_0 - P_1)^2(1-B)]}$$

$$n = \frac{\left\{ 1.96 \sqrt{\frac{0.68(1-0.68)}{0.72}} + 0.84 \sqrt{\frac{0.79(1-0.79) + \frac{0.64(1-0.64)(1-0.72)}{0.72}}{[0.79-0.64]^2(1-0.72)}} \right\}^2}{[0.79-0.64]^2(1-0.72)}$$

จากการคำนวณขนาดตัวอย่างได้ 358 คน ทำการปรับขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ multiple logistic regression⁷ ดังนี้

$$\text{จากสูตรโดยที่ } n_p = \frac{n_1}{(1-p_{1,2,3,\dots,p}^2)}$$

จากการแทนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุระหว่างตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมดด้วยค่า 0.1 ถึง 0.9 เลือกใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุเท่ากับ 0.5 ดังนั้นจะได้ขนาดตัวอย่างของกลุ่มศึกษาทั้งสิ้น 477 คน

การสุ่มตัวอย่าง คือ การสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) จากทั้ง 51 โรงเรียน โดยโปรแกรม STATA version 10 แล้วสุ่มตัวอย่างตามขนาดตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามสร้างขึ้นจาก Google form ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างสแกน QR-Code ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านลักษณะทางประชากร 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สิทธิประกันสุขภาพ ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมสังคม 9 ข้อ ได้แก่ การเข้าถึงสื่อสุขภาพ 3 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน 3 ระดับ แบ่งเป็น น้อย ปานกลาง มาก การแปลผลคะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ และกำหนดช่วงคะแนนดังนี้⁸ คะแนนช่วง 1.00-1.67 หมายถึง การเข้าถึงสื่อสุขภาพระดับน้อย คะแนนช่วง 1.68-2.35 หมายถึง การเข้าถึงสื่อสุขภาพระดับปานกลาง คะแนนช่วง 2.36-3.00 หมายถึง การเข้าถึงสื่อสุขภาพระดับมาก การตระหนักรู้ 2 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน 3 ระดับ แบ่งเป็น น้อย ปานกลาง มาก การแปลผลคะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ และกำหนดช่วงคะแนนดังนี้⁸ คะแนนช่วง 1.00-1.67 หมายถึง การตระหนักรู้ระดับ

น้อย คะแนนช่วง 1.68-2.35 หมายถึง การตระหนักรู้ระดับปานกลาง คะแนนช่วง 2.36-3.00 หมายถึง การตระหนักรู้ระดับมาก อิทธิพลของครอบครัว 4 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน 3 ระดับ แบ่งเป็น น้อย ปานกลางมาก การแปลผลคะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ และกำหนดช่วงคะแนนดังนี้⁸ คะแนนช่วง 1.00-1.67 หมายถึง อิทธิพลของครอบครัวระดับน้อย คะแนนช่วง 1.68-2.35 หมายถึง อิทธิพลของครอบครัวระดับปานกลาง คะแนนช่วง 2.36-3.00 หมายถึง อิทธิพลของครอบครัวระดับมาก ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 18 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ แบ่งเป็น ไม่ดี พอใช้ ปานกลาง ดี ดีมาก การแปลผลคะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ และกำหนดช่วงคะแนนดังนี้⁸ คะแนนช่วง 1.00-1.80 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับไม่ดี คะแนนช่วง 1.81-2.60 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับพอใช้ คะแนนช่วง 2.61-3.40 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับปานกลาง คะแนนช่วง 3.41-4.20 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับดี คะแนนช่วง 4.21-5.00 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับดีมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) นำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรง (validity) ให้ความเห็นชอบในด้านความตรงของเนื้อหา (content validity) และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยนำเครื่องมือที่ผ่านการปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ใกล้เคียงซึ่งมีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำนวน 30 คน จากนั้นทดสอบค่าสถิติเพื่อวิเคราะห์ความเที่ยง (reliability) หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient methods) โดยใช้เกณฑ์ยอมรับที่ค่า

เท่ากับหรือมากกว่า 0.70 ขึ้นไป⁶ และผลการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามได้เท่ากับ 0.75

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป STATA release 10

1. สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ ด้านลักษณะทางประชากร ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ข้อมูลแจกแจง (categorical data) นำเสนอค่าแจกแจง ความถี่ และร้อยละ กรณีที่เป็นข้อมูลต่อเนื่อง (continuous data) และมีการแจกแจงปกติ นำเสนอจำนวน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หากเป็นข้อมูลต่อเนื่องและมีการแจกแจงแบบไม่ปกตินำเสนอจำนวน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2. สถิติอนุมาน (inferential statistics) เพื่อหาความชุกของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ การประมาณค่านำเสนอค่าช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 การวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์อย่างหยาบ (crude analysis) ด้วยวิธีการวิเคราะห์ทีละคู่ (bivariate) โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบและปัจจัยอื่น นำเสนอ crude odds ratio (OR_{crude}) พร้อมทั้งช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 และระดับนัยสำคัญ 0.05 การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบบพหุ (multivariable analysis) ด้วยวิธีการวิเคราะห์พหุถดถอยแบบลอจิสติก (multiple logistic regression) โดยควบคุมผลกระทบจากตัวแปรอื่น กำหนดโมเดลเริ่มต้น (Initial model) นำตัวแปรที่ผ่านการคัดเลือกในขั้นตอนการวิเคราะห์อย่างหยาบ (crude analysis) โดยตัวแปรที่มีค่า $p\text{-value} < 0.25$ จำนวน 9 ตัว เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน สถานภาพสมรส สิทธิประกันสุขภาพ การเข้าถึงสื่อสุขภาพ การตระหนักรู้และอิทธิพลของครอบครัวใช้เทคนิคการวิเคราะห์แบบขจัดออกทีละตัวแปร (backward elimination) นำเสนอ adjusted odds ratio ($OR_{adj.}$) พร้อมทั้งช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 และระดับนัยสำคัญ 0.05 ทดสอบความเหมาะสมของโมเดล (Assess the fit of model) ด้วยสถิติ Hosmer-Lemeshow test

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองการยกเว้นการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น หมายเลขโครงการ HE642097 ลงวันที่ 5 เมษายน 2564

ผลการวิจัย

ปัจจัยด้านลักษณะทางประชากร จากการศึกษาครูชั้นประถมศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.4 มีอายุ 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 30.8 อายุเฉลี่ย 41.8 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.3 ปี) มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 35,000 บาท/เดือน ร้อยละ 58.9 ค่ามัธยฐานเท่ากับ 27,460 บาท (ต่ำสุด 4,000 บาท : สูงสุด 75,000 บาท) มีสถานภาพสมรสเป็นคู่ ร้อยละ 54.7 ระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 56.2 สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ร้อยละ 80.5

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมสังคม ส่วนใหญ่จะมีการเข้าถึงสื่อสุขภาพในระดับมาก ร้อยละ 50.3 การตระหนักรู้ในระดับมาก ร้อยละ 66.8 และอิทธิพลของครอบครัวในระดับมาก ร้อยละ 50.3

ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ของครูชั้นประถมศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดบึงกาฬ มีความรอบรู้ระดับดีมาก ร้อยละ 70.9 ระดับดี ร้อยละ 25.4 และระดับปานกลาง ร้อยละ 3.1 (ตารางที่ 1)

ความชุกความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 70.9 (95%CI = 66.7 – 74.8)

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์อย่างหยาบ (Crude analysis) ปัจจัยด้านลักษณะทางประชากร พบว่า อายุ ครูชั้นประถมศึกษาที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็น 1.7 เท่าของครูชั้นประถมศึกษาที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี ($OR_{crude} = 1.7$,

95%CI = 1.13 – 2.53, p -value = 0.009) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ครูชั้นประถมศึกษาที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่าหรือเท่ากับ 35,001 บาท มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็น 1.83 เท่าของครูชั้นประถมศึกษาที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 35,000 บาท ($OR_{crude} = 1.83$, 95%CI = 1.2 – 2.77, p -value = 0.004) สถานภาพสมรส ครูชั้นประถมศึกษาสถานภาพสมรสคู่ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็น 1.71 เท่าของครูชั้นประถมศึกษาที่มีระดับสถานภาพ สมรส โสด/หม้าย/หย่า/ร้าง ($OR_{crude} = 1.71$, 95%CI = 1.15 – 2.54, p -value = 0.008) ระดับการศึกษา ครูชั้นประถมศึกษาที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็น 2.25 เท่าของครูชั้นประถมศึกษาที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรี ($OR_{crude} = 2.25$, 95%CI = 1.48 – 3.43, p -value = 0.001) สิทธิประกันสุขภาพ ครูชั้นประถมศึกษาที่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็น 0.46 เท่าของครูชั้นประถมศึกษาที่มีสิทธิประกันสังคม/อื่นๆ ($OR_{crude} = 0.46$, 95%CI = 0.29 – 0.74, p -value = 0.001) (ตารางที่ 2)

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมสังคม พบว่า การเข้าถึงสื่อสุขภาพ ในระดับมากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็น 7.26 เท่า ของการเข้าถึงสื่อสุขภาพระดับน้อย-ปานกลาง ($OR_{crude} = 7.26$, 95%CI = 4.61 – 11.42, p -value < 0.001) การตระหนักรู้ ในระดับมากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็น 2.88 เท่าของการตระหนักรู้ระดับน้อย-ปานกลาง ($OR_{crude} = 2.88$, 95%CI = 1.91 – 4.35, p -value < 0.001) อิทธิพลของครอบครัว ในระดับมากมีความรอบ

รู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็น 2.39 เท่าของอิทธิพลของครอบครัวระดับน้อย-ปานกลาง ($OR_{crude} = 2.39$, 95%CI = 1.59 – 3.59, p -value < 0.001)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรพหุ (Multivariable analysis) เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เมื่อวิเคราะห์โดยควบคุมผลกระทบจากตัวแปรอื่น ในสมการสุดท้าย พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ครูชั้นประถมศึกษาที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็น 2.41 เท่าของครูชั้นประถมศึกษาที่มีระดับการศึกษาปริญญา

ตรี ($OR_{adj} = 2.41$, 95%CI = 1.5 – 3.61, p -value < 0.001) การเข้าถึงสื่อสุขภาพในระดับมากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็น 5.41 เท่าของการเข้าถึงสื่อสุขภาพระดับน้อย-ปานกลาง ($OR_{adj} = 5.41$, 95%CI = 3.32 – 8.8, p -value < 0.0001) การตระหนักรู้ในระดับมากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็น 1.9 เท่าของการตระหนักรู้ระดับน้อย-ปานกลาง ($OR_{adj} = 1.9$, 95%CI = 1.18 – 3.04, p -value = 0.008) อิทธิพลของครอบครัวในระดับมากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็น 1.98 เท่าของอิทธิพลของครอบครัวน้อย-ปานกลาง ($OR_{adj} = 1.98$, 95%CI = 1.25 – 3.14, p -value = 0.003) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน (n = 477)	ร้อยละ	95%CI
ไม่ดี	1	0.2	0 - 1.5
พอใช้	2	0.4	0 - 1.7
ปานกลาง	15	3.1	1.9 - 5.2
ดี	121	25.4	2.17 - 29.5
ดีมาก	338	70.9	66.7 - 74.8

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์อย่างหยาบ ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะทางประชากร กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยไม่คำนึงถึงอิทธิพลของปัจจัยอื่น

ปัจจัยด้านลักษณะทางประชากร	จำนวน (ร้อยละ)		Crude OR	95%CI	p -value
	มีความรอบรู้ (n = 338)	ไม่มีความรอบรู้ (n = 139)			
เพศ					0.243
ชาย	136 (73.9)	48 (26.1)	1		
หญิง	202 (68.9)	91 (31.1)	0.78	0.52 - 1.18	
อายุ (ปี)					0.009
< 40 ปี	155 (65.4)	82 (34.6)	1		
≥ 40 ปี	183 (76.3)	57 (23.7)	1.70	1.13 - 2.53	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)					0.004

ปัจจัยด้านลักษณะทางประชากร	จำนวน (ร้อยละ)		Crude OR	95%CI	p-value
	มีความรอบรู้ (n = 338)	ไม่มีความรอบรู้ (n = 139)			
< 35,000	186 (66.0)	96 (34.0)	1		
≥ 35,000	152 (78.0)	43 (22.0)	1.83	1.2 - 2.77	
สถานภาพสมรส					0.008
โสด/หม้าย/หย่า/ร้าง	140 (64.8)	76 (35.2)	1		
คู่	198 (75.9)	63 (24.1)	1.71	1.15 - 2.54	
ระดับการศึกษา					0.001
ปริญญาตรี	171 (63.8)	97 (36.2)	1		
สูงกว่าปริญญาตรี	167 (79.9)	42 (20.1)	2.25	1.48 - 3.43	
สิทธิประกันสุขภาพ					0.001
สิทธิสวัสดิรักษาพยาบาล	285 (74.2)	99 (25.8)	1		
ข้าราชการ					
สิทธิประกันสังคม/อื่นๆ	53 (57.0)	40 (43.0)	0.46	0.29 - 0.74	

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรพหุ ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ควบคุมผลกระทบจากตัวแปรอื่น

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)		Crude OR	Adjusted OR	95%CI	p-value
	มีความรอบรู้ (n = 454)	ไม่มีความรอบรู้ (n = 23)				
ระดับการศึกษา						<0.001
ปริญญาตรี	171 (63.8)	97 (36.2)	1			
สูงกว่าปริญญาตรี	167 (79.9)	42 (20.1)	2.25	2.41	1.5 - 3.61	
เข้าถึงสื่อสุขภาพ						<0.001
น้อย-ปานกลาง	47 (38.5)	75 (61.5)	1	1		
มาก	291 (82.0)	64 (18.0)	7.26	5.41	3.32 - 8.8	
การตระหนักรู้						0.008
น้อย-ปานกลาง	88 (66.7)	70 (44.3)	1	1		
มาก	250 (78.4)	68 (21.6)	2.88	1.90	1.18 - 3.04	
อิทธิพลของครอบครัว						0.003
น้อย-ปานกลาง	147 (62.0)	60 (38.0)	1	1		
มาก	191 (70.9)	49 (29.1)	2.39	1.98	1.25 - 3.14	

ผลการทดสอบ Hosmer-Lemeshow test มีค่า p -value=0.0747

บทสรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ ระดับการศึกษา การเข้าถึงสื่อสุขภาพ การตระหนักรู้ และอิทธิพลของครอบครัว ชัดเจนกับการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรเยอรมันพบว่า ส่วนใหญ่ศึกษาสำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 62.2 และการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ: ความชุกและลักษณะเฉพาะในรัฐลาออกสประเทศไนจีเรีย พบว่า ผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับต่ำกว่ามัธยมมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น 2.50 เท่าของผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ($OR_{adj} = 2.50$, $95\%CI = 1.63 - 3.82$, $p-value < 0.01$)⁹ และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสถานะทางเศรษฐกิจสังคมและสุขภาพโดยใช้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: การศึกษาแบบตัดขวางในกลุ่มตัวอย่างประชากรในเมืองฟลอเรนซ์ พบว่า ผู้ที่สำเร็จการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าอนุปริญญามีความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น 2.59 เท่าของผู้ที่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ($OR_{adj} = 2.59$, $95\%CI = 1.66 - 4.02$, $p-value < 0.01$)¹⁰ เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นครู มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป สามารถเรียนรู้เกี่ยวกับอาการของโรค การติดต่อของโรค การแพร่กระจาย การป้องกัน แนวทางการปฏิบัติตนในการป้องกันตนเอง และสามารถรับรู้ทำความเข้าใจในสิ่งที่ต้องการเรียนรู้ได้ดี

การเข้าถึงสื่อสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญ โดยการเข้าถึงสื่อสุขภาพในระดับมาก ส่งผลมีความรอบรู้ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็น 5.41 เท่า ของการเข้าถึงสื่อระดับน้อย-ปานกลาง ($OR_{adj} = 5.41$, $95\%CI = 3.32 - 8.8$, $p-value < 0.001$) การศึกษาผู้ที่มีการเข้าถึงสื่อสุขภาพมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ได้แก่ สื่อสิ่งพิมพ์ ($OR_{adj} = 1.41$, $95\%CI =$

$1.13 - 1.78$, $p-value = 0.003$) สื่อกระจายเสียง ($OR_{adj} = 0.79$, $95\%CI = 0.64 - 0.99$, $p-value = 0.037$) และอินเทอร์เน็ต ($OR_{adj} = 0.47$, $95\%CI = 0.38 - 0.59$, $p-value < 0.001$) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น 1.41, 0.79, และ 0.47 เท่าของผู้ที่เข้าถึงสื่อน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์⁹ เนื่องจากกลุ่มที่ศึกษาเป็นพื้นที่มีความรู้ความสามารถ มีระดับการศึกษาสูงซึ่งสามารถแสวงหาข้อมูล การเข้าถึงสื่อได้ส่งผลต่อการพิจารณาเลือกใช้ข้อมูล นำไปสู่การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคต่อไป การตระหนักรู้ มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญ

การตระหนักรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับมาก ส่งผลต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็น 1.9 เท่าของการตระหนักรู้ระดับน้อย-ปานกลาง ($OR_{adj} = 1.9$, $95\%CI = 1.18 - 3.04$, $p-value = 0.008$) สอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการตระหนักรู้ด้วยวิธีการตรวจแมมโมแกรมและการคัดกรองผู้ป่วยสตรีในโรงพยาบาลสตูดิโยมิ พบว่า ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอส่งผลต่อการตระหนักรู้ในการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยวิธีแมมโมแกรมเป็น 6.53 เท่าของผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ($OR_{adj} = 6.53$, $95\%CI = 1.46 - 9.13$) และการคัดกรองเป็น 1.12 เท่าของผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ($OR_{adj} = 1.12$, $95\%CI = 0.45 - 2.80$)¹¹ และการศึกษาปัจจัยทางลักษณะประชากรและปัจจัยทางด้านจิตวิทยาสังคมกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในชุมชนของผู้สูงวัยชาวอเมริกันผิวดำ พบว่า ผู้ที่มีการตระหนักรู้เรื่องการตรวจมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น 0.66 เท่าของผู้ไม่มีการตระหนักรู้เรื่องการตรวจมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ($OR_{adj} = 0.66$, $95\%CI = 0.58 - 0.74$, $p-value = 0.001$)¹² ด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความรุนแรงถึงชีวิตในเวลารวดเร็ว ทำให้มีการผลิตสื่อมากขึ้นให้ความรู้เข้าถึงประชาชน ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างจึงสามารถเข้าถึงสื่อ

ที่ดี สามารถค้นคว้าหาข้อมูลเกี่ยวกับด้านสุขภาพ มีความตระหนักรู้ในการป้องกันตนเองโดยการพิจารณาจากข้อมูลที่ได้แสวงหาและสามารถเลือกปฏิบัติตนตามมาตรการได้อย่างถูกต้อง อิทธิพลของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญ

อิทธิพลของครอบครัวระดับมากส่งผลต่อการมีความรอบรู้ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็น 1.98 เท่าของอิทธิพลของครอบครัวน้อย-ปานกลาง ($OR_{adj} = 1.98$, 95%CI = 1.25 – 3.14, p -value = 0.003) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลสำราญ อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีคะแนนอิทธิพลของครอบครัวและกลุ่มเพื่อนในระดับต่ำ-ปานกลางมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับต่ำเป็น 2.89 ของประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีคะแนนอิทธิพลของครอบครัวและกลุ่มเพื่อนในระดับสูง ($OR_{crude} = 2.89$, 95%CI = 1.67 - 5.01, p -value < 0.001)⁶ เนื่องจากผู้ที่มีครอบครัวและเพื่อนที่ส่งเสริมการเรียนรู้ ทำให้มีการพูดคุยปรึกษาเกี่ยวกับชีวิต ความเป็นอยู่ การสอน ชี้แนะการปฏิบัติตัว การเรียนรู้ทักษะใหม่เพื่อการพัฒนา การปฏิบัติตามความเชื่อหรือกิจกรรมที่ยึดถือร่วมกัน¹³ สนับสนุนและให้กำลังใจการดูแลสุขภาพจะสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ เกิดการเรียนรู้ และสามารถสื่อสาร ชี้แนะให้ครอบครัวเข้าใจปฏิบัติตามแนวทางโดยการใช้วิเคราะห์ผลดี-ผลเสียของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค เพื่อดูแลสุขภาพในครอบครัวของตนเอง

จากการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบความชุกของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 70.9 (95%CI = 66.7–74.8) สอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ: ความชุกและลักษณะเฉพาะในรัฐลาโกสประเทศไนจีเรีย

พบว่า สัดส่วนของผู้ที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพร้อยละ 74.8⁸ จากผลการศึกษาดังกล่าวเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ด้วยการศึกษาในศึกษาในกลุ่มครูที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป และเป็นช่วงที่มีการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถแสวงหาความรู้ เรื่องการเกิดโรค การป้องกันโรค โดยช่องทางการสื่อสารต่างๆ ที่เชื่อถือได้ และนำไปสู่การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้

การส่งเสริมให้ครูชั้นประถมศึกษาพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ให้มีการเข้าถึงสื่อสุขภาพมากขึ้นและสืบค้นแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่น่าเชื่อถือ เปรียบเทียบข้อมูลด้านสุขภาพและการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อการตระหนักรู้ถึงความเสี่ยงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กับพฤติกรรมในกลุ่มเด็กนักเรียนและกลุ่มอื่นๆ ซึ่งนำไปสู่การวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และตัวแปรอื่นที่อาจจะส่งผลต่อการเกิดความรู้ เช่น การได้รับวัคซีน ทัศนคติที่มีผลต่อการป้องกันโรค การมีโรคประจำตัว เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านในการให้คำปรึกษาและกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือเสียสละเวลาตอบแบบสอบถามและให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. [Internet]. Coronavirus. 2021 [cited 2021 June 17]. Available form: <https://www.who.int/thailand/health-topics/coronavirus>
- World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19). 2021 [cited 2021 June 23]. Available form: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-operational-update-on-covid-19---22-june-2021>
- กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฉบับที่ 536 วันที่ 22 มิถุนายน 2564. [ออนไลน์] 2564 [อ้างเมื่อ 23 มิถุนายน 2564] จาก <https://bit.ly/3wUJYm>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ. สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดบึงกาฬ. [ออนไลน์] 2564 [อ้างเมื่อ 22 มิถุนายน 2564]. จาก <https://bkpho.moph.go.th/bungkanpho>
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ. แนวทางการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคภัยไข้เจ็บและเยาวชน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2560.
- เทพไทย โชติชัย, เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ, ภิรดา แต่อารักษ์, สายันท์ ปัญญาทรง, อ้อยทิพย์ บัวจันทร์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลสำราญ อำเภอมือ จังหวัดขอนแก่น. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2020; 7(1): 45-56.
- Hsieh, Y.F., Bloch, A.D., Larsen, D.M. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression [Electronic version]. Statistics in Medicine 1998; 17(1): 1623-1634.
- ประคอง กรรณสูตร. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2542.
- Kuyinu YA, Femi-Adebayo TT, Adebayo BI, Abdurraheem-Salami I, Odusanya Oo. Health literacy: Prevalence and determinants in Lagos State, Nigeria. PLOS ONE 2020; 15(8): e0237813.
- Lastruccil V, Lorini C, Caini S. Florence Health Literacy Research Group, Guglielmo Bonaccorsi. Health literacy as a mediator of the relationship between socioeconomic status and health: A cross-sectional study in a population-based sample in Florence. PLOS ONE 2019; 14(12): e0227007.
- Yilmazel G. Health Literacy, Mammogram Awareness and Screening Among Tertiary Hospital Women Patients. J Canc Educ 2018; 33:89-94
- Davis SN, Wischhusen JW, Sutton SK, Christy SM, Chavarria EM, Sutter ME, et al. Demographic and psychosocial factors associated with limited health literacy in a community-based sample of older Black Americans. Patient Education and Counseling 2019; 2(103): 385-391.
- สุรีย์ ธรรมิกบวร, จารุวรรณ ชูปวา. ความรู้สำคัญเพื่อครอบครัวอบอุ่น. อุบลราชธานี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี; 2562.

Received: 24 Sep 2021, Revised: 27 Oct 2021

Accepted: 1 Nov 2021

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยทำนายการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู
จังหวัดสมุทรสาครกฤษฎิยาภรณ์ ไชพนัส¹, ภูเบศร์ แสงสว่าง²,
สุธรรม นันทมงคลชัย³, พลชนัน นิรมิตรไชยนนท์⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ทำนายการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู จังหวัดสมุทรสาคร กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูจาก 3 อำเภอ ในจังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 266 คน ซึ่งได้จากการสุ่มด้วยวิธีแบบแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วย ระหว่างเดือน มีนาคม ถึง เดือน พฤษภาคม พ.ศ.2562 วิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติการทดสอบไคสแควร์ และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายโดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า การเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู จังหวัดสมุทรสาคร อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 51.13 ระดับปานกลาง ร้อยละ 42.86 และระดับน้อย ร้อยละ 6.01 โดยมีปัจจัยระยะเวลาที่ป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ภาวะสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากชุมชน และการสนับสนุนจากระบบบริการสุขภาพ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู จังหวัดสมุทรสาคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) ปัจจัยระดับบุคคล ด้านการสนับสนุนจากครอบครัว สามารถทำนายการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู จังหวัดสมุทรสาคร ได้ร้อยละ 74.00 ($R^2 = 0.74$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) ดังนั้น การสนับสนุนจากครอบครัวจึงสำคัญมากที่จะช่วยให้การเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูดีขึ้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมสร้างศักยภาพพัฒนาความรู้ สนับสนุนอุปกรณ์แก่สมาชิกในครอบครัวเพื่อนำไปใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูต่อไป

คำสำคัญ : ปัจจัยทำนาย / ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู / การเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู / การสนับสนุนจากครอบครัว

¹นักศึกษาลัทธิสุตริยาสาธตมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์มหิดล²ภาควิชาอนามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล³รองศาสตราจารย์ ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล⁴รองศาสตราจารย์ ภาควิชาศึกษาศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*E-mail Corresponding author

Original Article

FACTORS PREDICTING BODY MOBILITY OF STROKE PATIENTS IN SUB-ACUTE REHABILITATION PHASE, SAMUT SAKHON PROVINCE

Kittiyaporn Chaipanat, M.Sc.^{1*} Phubet Saengsawang, Dr.PH.²Sutham Nanthamongkolchai, Ph.D.³ Poschanan Niramitchainont, Ph.D.⁴**ABSTRACT**

This cross-sectional descriptive research has the objective to study factors predicting body mobility of stroke patients in sub-acute rehabilitation phase in Samut Sakhon province. A sample of 266 stroke patients in sub-acute phase in 3 districts in Samut Sakhon province was a result of multistage sampling. Data were collected by patient interview form between Marchs to May 2019. Correlation analysis was done through a chi-square test and Pearson's correlation coefficient. Predicting factors were found by stepwise multiple regression analysis.

The results of body mobility of stroke patients in sub-acute phase in Samut Sakhon province were found that high level 51.10%, moderate level 42.86% and less level 6.01%. Factors duration of illness, knowledge about stroke, perception a health condition with stroke, family support, community support and health service support are relationship with body mobility of stroke patients in sub-acute phase in Samut Sakhon province at a significant level ($p\text{-value}<0.05$). Factors predicting body mobility of stroke patients in sub-acute phase in Samut Sakhon province as family support can predict body mobility of stroke patients in sub-acute phase in Samut Sakhon province for 74.00% ($R^2 = 0.74$) with statistical significance ($p\text{-value}<0.001$). Thus, family support is crucial to improve body mobility of stroke patients in sub-acute phase. Relevant sectors should promote knowledge and provide equipment for family members to support stroke patients in sub-acute phase.

KEY WORDS: FACTORS PREDICTING / STROKE PATIENTS IN SUB-ACUTE PHASE / MOBILITY OF STROKE PATIENTS IN SUB-ACUTE PHASE /FAMILY SUPPORT

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) คือภาวะเส้นเลือดแดงในสมองผิดปกติเกิดความเสียหายไม่ว่าจะด้วยสาเหตุจากการตีบ แตก ต้นของเส้นเลือดภายในสมองที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากการบาดเจ็บของสมองที่เกิดจากอุบัติเหตุ เนื้องอกในสมอง หรือฝีในสมอง¹ ทำให้เนื้อเยื่อสมองเกิดภาวะขาดออกซิเจนจนเนื้อเยื่อสมองตาย ระบบประสาทจะสูญเสียการควบคุมทำให้การเคลื่อนไหว การสื่อสารระดับโลกจึงจัดให้โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสำคัญ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับที่ 3 ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีทั่วโลก ประชากรผู้ที่กำลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกพบว่ามีจำนวนมากกว่า 17 ล้านคน ถึงแม้จะมีผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองกว่า 26 ล้านคน² แต่ผู้ป่วยที่รอดชีวิตส่วนมากจะรับผลกระทบจากรอยโรคที่ทิ้งไว้สำหรับในประเทศไทยนั้น จากการสำรวจพบว่าอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากร ปี พ.ศ.2559 มีจำนวนเท่ากับ 399.88 ปีพ.ศ.2560 เท่ากับ 423.27 และ ปีพ.ศ.2561 เท่ากับ 471.71 จะเห็นได้ว่าอัตราการป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี และพบอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากร ปีพ.ศ.2559 มีจำนวนเท่ากับ 45.62 ในปีพ.ศ.2560 เท่ากับ 46.48 และในปีพ.ศ. 2561 เท่ากับ 42.94³ จากปัญหาดังกล่าวทำให้ประเทศไทยจัดโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญและได้บรรจุในนโยบายการพัฒนาระบบสาธารณสุขระดับชาติ การฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะเฉียบพลัน และระยะฟื้นฟูสุขภาพ โดยเฉพาะในระยะแรกเริ่มของโรค ได้กำหนดให้ผู้ป่วยเฉียบพลันได้รับการฉีดยาละลายลิ่มเลือด (rt - PA) เข้าหลอดเลือดดำ ภายใน 3 ชั่วโมง⁴ แต่ด้วยความผิดปกติจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองเป็นสาเหตุที่ทำให้สมองเกิด

ความผิดปกติในการทำงาน มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะพิการถาวร⁵ สำหรับการทรงตัวของร่างกายจึงต้องอาศัยหลายๆกลไกในการทำงานร่วมกัน⁶ จากปัญหาการควบคุมการทรงตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีด้วยกันหลายปัจจัย การเคลื่อนไหวที่เกี่ยวกับการทำงานประสานสัมพันธ์ลดลงและการรับรู้สัมผัสลดลง⁷ การควบคุมการทรงตัวที่ไม่สมมาตรกัน⁸ ผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายภายใน 3 เดือนนั้น มีผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพสูงถึง 1.59 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพมากกว่า 3 เดือน⁹ และหากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพภายในระยะเวลา 2 เดือนนั้น จะมีความสัมพันธ์ต่อการตอบสนองในการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยมากขึ้น¹⁰ การป้องกันการเกิดซ้ำจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วย ผู้ดูแลหรือครอบครัว¹¹ พบอาการแทรกซ้อนมากที่สุด คือ แผลกดทับ การติดเชื้อ และข้อติดแข็ง¹² ในแต่ละชุมชนมีความพร้อมทางด้านบุคลากร ทรัพยากรในชุมชน และปัจจัยที่แตกต่างกัน แนวทางที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละชุมชนจึงแตกต่างกันออกไป¹³ การสนับสนุนจากระบบบริการสุขภาพ การไปดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง เป็นการให้ผู้ป่วยได้รับการจากทีมสุขภาพ¹⁴ แต่ในบางพื้นที่การติดตามเยี่ยมบ้านไม่มีความต่อเนื่อง ทำให้ข้อมูลผู้ป่วยที่มีนั้นไม่เป็นปัจจุบัน

จังหวัดสมุทรสาคร เป็นพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางด้านการประกอบอาชีพ เป็นแหล่งโรงงานอุตสาหกรรม มีประชากรอาศัยอยู่เป็นจำนวนมากเฉพาะตามทะเบียนราษฎรของจังหวัดสมุทรสาครนั้นเพิ่มสูงขึ้นจากปีพ.ศ.2554 จำนวน 499,098 คน ในปีพ.ศ.2561 จำนวน 540,062 คน¹⁵ ไม่รวมประชากรแฝงและแรงงานต่างด้าว ประชากรส่วนมากเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจากสถิติผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตปีพ.ศ.2558 จำนวน 11,721 คน ปีพ.ศ.2559

จำนวน 12,591 คน ปีพ.ศ.2560 จำนวน 13,267 คน ปีพ.ศ.2561 เป็น 14,039 คน¹⁶ จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลและการจัดบริการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย มีการใช้แนวคิดการรับรู้สุขภาพในการศึกษา สำหรับประเด็นการส่งเสริมสุขภาพที่มีหลายปัจจัยเพื่อทำนายการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูยังไม่มีการศึกษาที่ยังไม่แพร่หลาย สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้แนวคิดนิเวศวิทยา (Ecological Model) ของ McLeroy KR et al¹⁷ มาประยุกต์เพื่อเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ที่มีพหุปัจจัยทั้งระดับบุคคล ระดับครอบครัว ระดับชุมชน และระดับหน่วยงานที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู เพื่อทำนายการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู ผลที่ได้จากการศึกษาข้อมูลที่ได้จะใช้สำหรับเป็นแนวทางในการจัดทำแผนพัฒนาการดูแลหรือจัดบริการสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในโอกาสต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู จังหวัดสมุทรสาคร

วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1 เพื่อสำรวจการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู จังหวัดสมุทรสาคร
- 2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู จังหวัดสมุทรสาคร
- 3 เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู จังหวัดสมุทรสาคร

สมมติฐานการวิจัย

- 1 ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่ป่วย อาชีพ รายได้ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้สุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู จังหวัดสมุทรสาคร
- 2 ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู จังหวัดสมุทรสาคร
- 3 ปัจจัยระดับชุมชน ได้แก่ การสนับสนุนจากชุมชน มีความสัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู จังหวัดสมุทรสาคร
- 4 ปัจจัยระดับหน่วยงาน ได้แก่ การสนับสนุนจากระบบบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู จังหวัดสมุทรสาคร
- 5 ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคล ปัจจัยระดับชุมชน ปัจจัยระดับหน่วยงาน สามารถทำนายการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู จังหวัดสมุทรสาคร

วิธีดำเนินการวิจัย (Methods)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในจังหวัดสมุทรสาคร หรือเคยได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลในจังหวัดสมุทรสาครระหว่างปี พ.ศ. 2559 - พ.ศ. 2560 ทั้งผู้ป่วยรายเก่าและผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 6,467 ราย

โดยคำนวณหากลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรของ Daniel 1995¹⁸ เพื่อคำนวณหาสัดส่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู และใช้อัตราส่วนการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู เท่ากับ 0.22 จากผลการศึกษาของบุญธรรม กิจปรีดา บริสุทธิ์¹⁸ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 253 คน เพื่อเป็นการป้องกันความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ 5.00 จะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาทั้งสิ้น 266 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาผู้วิจัยแบ่งจำแนกตามอำเภอ คือ 1) อำเภอเมือง มีจำนวน 2,452 คน 2) อำเภอกระทุ่มแบน มีจำนวน 2,847 คน 3) อำเภอบ้านแพ้ว มีจำนวน 1,168 คน จากนั้นผู้วิจัยจะใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบจะได้ขนาดตัวอย่าง คือ 1) อำเภอเมือง ได้ขนาดตัวอย่างผู้ป่วย 101 คน 2) อำเภอกระทุ่มแบน ได้ขนาดตัวอย่างผู้ป่วย 117 คน 3) อำเภอบ้านแพ้ว ได้ขนาดตัวอย่างผู้ป่วย 48 คน รวมเป็น 266 คน เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง คือ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู ไม่มีโรคประจำตัวที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น มะเร็ง เอ็ดส์ สมัครใจเข้าร่วมศึกษาครั้งนี้ โดยได้รับการบอกกล่าวอย่างเต็มที่ และพักอาศัยอยู่ในจังหวัดสมุทรสาครอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง คือ มีอาการแทรกซ้อนรุนแรง มีโรคร่วมรุนแรง หรือเสียชีวิต ระหว่างการเก็บข้อมูล ย้ายถิ่นฐานหรือย้ายสถานพยาบาลไปรับการรักษาที่อื่น

เครื่องมือในการวิจัยซึ่งในการศึกษานี้ คือ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมา และงานวิจัยท่านอื่นนำมาประยุกต์ร่วมด้วย ตามแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องที่กับตัวแปรต่างๆ แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

1) ข้อมูลส่วนบุคคลเป็นข้อคำถามเลือกตอบ และคำถามปลายเปิดจำนวน 11 ข้อ

2) ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นคำถามให้เลือกตอบถูก หรือไม่ถูก จำนวน 15 ข้อ

3) การรับรู้ภาวะสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบบวัดชนิดมาตราส่วน (Rating Scale) 4 ระดับ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 19 ข้อ

4) การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากชุมชน และการสนับสนุนจากระบบบริการสุขภาพ เป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีจำนวนทั้งหมด 27 ข้อ

5) การเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู เป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีจำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 50 คะแนน

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือหาความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ นำผลการพิจารณามาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง รายด้านดังนี้ 1) ข้อมูลความรู้โรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 0.66 - 1.00 2) การรับรู้ภาวะสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 0.66 - 1.00 3) การสนับสนุนจากครอบครัว เท่ากับ 0.66 - 1.00 4) การสนับสนุนจากชุมชน เท่ากับ 1.00 5) การสนับสนุนจากระบบบริการสุขภาพ เท่ากับ 1.00 มีค่า KR20 เท่ากับ 0.73 ความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.43 - 0.83 ส่วนค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ของเครื่องมือที่มีการวัดแบบ Rating scale ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน ระบบบริการสุขภาพ และการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีค่ารวมเท่ากับ 0.92

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล (Collecting data)

ผู้วิจัยดำเนินการดำเนินการเสนอโครงการวิจัยรหัสโครงการ 168/2561 เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารรับรองจริยธรรมในมนุษย์เลขที่ MUPH 2018-188 ลงวันที่ 26 ธันวาคม 2561 จากนั้นผู้วิจัยได้ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลทำวิทยานิพนธ์จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดของการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย ซึ่งการเข้าร่วมวิจัยจะเป็นไปตามความสมัครใจ หากไม่เข้าร่วมก็绝不会เกิดผลเสียใด ๆ พร้อมทั้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัยลงนามในหนังสือยินยอมตนเองให้ทำการวิจัย ไม่มีการระบุชื่อหรือหมายเลขประจำตัวประชาชนที่เชื่อมโยงถึงตัวบุคคลได้ หากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูต้องการยุติการตอบแบบสัมภาษณ์ก็สามารถยุติได้ตลอดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะยกเลิกการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยรายนั้น

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาตรวจสอบความถูกต้อง ให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นนำข้อมูลมากำหนดรหัสตัวเลข บันทึกข้อมูลและนำมาวิเคราะห์

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่อสรุปข้อมูลที่ได้จากการศึกษาอธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ภาวะสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากชุมชน และการสนับสนุนจากระบบบริการสุขภาพ และการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมองระยะฟื้นฟู โดยการหาความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ภาวะสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ กับการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู ทั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติไคสแควร์ ในข้อมูลแจกแจงคือตัวแปรเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และสิทธิ การรักษาพยาบาล และใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ในข้อมูลต่อเนื่อง คือตัวแปรอายุ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่ป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ภาวะสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ

3. วิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลและทำนายการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในจังหวัดสมุทรสาคร ทั้งนี้ใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ โดยวิธี Stepwise ที่คัดเลือกตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามมากที่สุดเข้าเป็นสมการแรก

ผลการวิจัย (Results)

ปัจจัยภายในส่วนบุคคล

1. ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 57.14 มีอายุค่าเฉลี่ยเท่ากับ 58.07 ปี มีสถานะภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 58.27 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 55.3 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 38.35 ซึ่งมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,598 บาท สิทธิการรักษาพยาบาลนั้นใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 64.66 มี

ระยะเวลาที่ป่วยเฉลี่ย 1.63 ปี โดยมีระยะเวลาที่ป่วย 1 ปี ร้อยละ 31.58 มีผู้ดูแลหลักเมื่อท่านเจ็บป่วยเป็นบุตร ร้อยละ 50.75 และผู้ดูแลทำงานที่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 58.27 มีระยะเวลาที่ผู้ดูแลใช้ดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 13 ชั่วโมงต่อวัน

2. ข้อมูลด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองพบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ต่ำ ร้อยละ 54.89 รองลงมา มีความรู้ปานกลาง ร้อยละ 44.36 และความรู้มาก ร้อยละ 0.75 เมื่อพิจารณาตามรายข้อพบว่าข้อมูลด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่มีการตอบถูกมากที่สุดอันดับแรก ได้แก่ “ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง” ร้อยละ 86.84

3. การรับรู้ภาวะสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

ระดับของการรับรู้ภาวะสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองพบว่าส่วนใหญ่มีการรับรู้มาก ร้อยละ 64.29 รองลงมา มีการรับรู้ปานกลาง ร้อยละ 33.08 และการรับรู้ต่ำ ร้อยละ 2.63 เมื่อพิจารณาตามรายข้อพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ร้อยละ 62.41 เห็นด้วยอย่างยิ่งกับ “การเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสเป็นโรค อัมพฤกษ์อัมพาต”

ปัจจัยระหว่างบุคคล (การสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ)

การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 54.14 การสนับสนุนจากชุมชน พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.12 และการสนับสนุนจากระบบบริการสุขภาพพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 44.74 เมื่อ

พิจารณาตามรายข้อพบว่า การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูส่วนใหญ่ร้อยละ 34.21 “ได้รับความรักและห่วงใยจากสมาชิกในครอบครัว” การสนับสนุนจากชุมชนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูส่วนใหญ่ร้อยละ 23.31 “ได้รับการดูแลให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์” และการสนับสนุนจากระบบบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูส่วนใหญ่ร้อยละ 21.05 “ได้รับบริการที่บ้านตรงตามความต้องการ”

การเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู

ระดับของการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูพบว่าส่วนใหญ่ระดับมาก ร้อยละ 51.13 เมื่อพิจารณาตามรายข้อพบว่า ข้อมูลการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูที่ปฏิบัติได้มากที่สุดได้แก่ “ท่านสามารถลุกจากที่นอนไปยังบริเวณอื่นได้” ร้อยละ 34.59

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในส่วนบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคล ปัจจัยระดับชุมชน ปัจจัย

ระดับหน่วยงาน กับการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในส่วนบุคคลพบว่า ตัวแปรระยะเวลาที่ป่วย การรับรู้ภาวะสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากชุมชน และการสนับสนุนจากระบบบริการสุขภาพ ($r =$) มีความสัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 1)

- ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร อายุ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่ป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ภาวะสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากชุมชน และการสนับสนุนจากระบบบริการสุขภาพ กับการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู

ปัจจัย	การเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
1. อายุ	-0.01	0.918
2. รายได้ต่อเดือน	0.03	0.609
3. ระยะเวลาที่ป่วย	-0.13	0.032*
4. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	0.10	0.088
5. การรับรู้ภาวะสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	0.27	<0.001***
6. การสนับสนุนจากครอบครัว	0.86	<0.001***
7. การสนับสนุนจากชุมชน	0.51	<0.001***
8. การสนับสนุนจากระบบบริการสุขภาพ	0.45	<0.001***

ปัจจัยทำนายการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู

ผลการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ โดยวิธี Stepwise พบว่าตัวแปรการสนับสนุนจากครอบครัวเพียงตัวแปรเดียวเท่านั้น ที่สามารถทำนายการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูได้ ($p < 0.001$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบ และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (b , β) เท่ากับ 1.02 กับ 0.86 โดยสามารถทำนายได้ร้อยละ 74.00 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูโดย Multiple linear regression analysis วิธี Stepwise

ตัวแปรอิสระ (ทำนาย)	b	β	t	p-value
การสนับสนุนจากครอบครัว	1.02	0.86	27.39	<0.001***
ค่าคงที่ (Constant)	2.72		2.03	0.044

$R = 0.86$ $R^2 = 0.74$ $F = 750.03$ *** $p < 0.001$

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย (Conclusion and Discussion)

1. การเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู จังหวัดสมุทรสาคร

ผลการศึกษาพบว่า ระดับของการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู จังหวัดสมุทรสาคร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก จากผลการวิจัยครั้งนี้ เพศ มีสถานะภาพสมรส การศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษาพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู จังหวัดสมุทรสาคร

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนภายในบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคล ปัจจัยระดับชุมชน และ

ปัจจัยระดับหน่วยงานกับการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู จังหวัดสมุทรสาคร

ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู ได้แก่ ระยะเวลาที่ป่วย การรับรู้ภาวะสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากชุมชน และ การสนับสนุนจากระบบบริการสุขภาพผลการวิจัยครั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่า ระยะเวลาที่ป่วยของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ 1 ปีทำให้ไม่เกิดอาการแทรกซ้อน สามารถฟื้นตัวได้เร็ว การรับรู้ภาวะสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก จึงส่งผลให้สามารถฟื้นฟูการเคลื่อนไหวได้อย่างถูกต้อง การสนับสนุนจากครอบครัว จากผลการศึกษาอยู่ในระดับมาก เพราะผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตร ทำงานที่บ้าน มีเวลาใกล้ชิดมากกว่า 12 ชม. หรือทั้งวัน ผู้ป่วยได้รับความรักและห่วงใยจากสมาชิกในครอบครัว ได้รับความสนใจเอาใจใส่ ได้รับการดูแลให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และเมื่อรู้สึกหิวห่อหุ้มจะได้รับกำลังใจจากสมาชิกใน

ครอบครัว ด้านการสนับสนุนจากชุมชน จากผลการศึกษาอยู่ใน ระดับปานกลาง ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำวิธีการดูแลผู้ป่วยหรือการปฏิบัติตัวที่ชัดเจนจากอสม. และได้รับการสนับสนุนจากชุมชน ด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยติดเตียง และการสนับสนุนจากระบบบริการสุขภาพ จากผลการศึกษาอยู่ใน ระดับมาก ซึ่งผู้ป่วยและญาติได้รับการที่บ้านตรงตามความต้องการของผู้ป่วย มีการติดตาม บริการเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่โดยทีมสหวิชาชีพ ให้คำแนะนำการฟื้นฟูสมรรถภาพ วิธีการดูแลผู้ป่วย และได้รับการติดต่อประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อมารับบริการที่บ้าน

ตัวแปรระดับบุคคล ได้แก่ ตัวแปรเพศ อายุ รายได้ต่อเดือน สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษาพยาบาล ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ไม่มีความสัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ผลการวิจัยครั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย เพราะมีความเสี่ยงสูงกว่าผู้หญิงในด้านการใช้ชีวิต เช่น การดื่มเหล้า สูบบุหรี่ รับประทานอาหารรสจัดเป็นต้น อายุส่วนใหญ่ 60 ปีขึ้นไป มีอาชีพรับจ้างทั่วไป มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท ทำให้ไม่มีเงินเพียงพอที่จะซื้ออาหารเพื่อบำรุงร่างกายผู้ป่วย เงินไม่เพียงพอที่จะปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในการใช้ชีวิตประจำวัน อีกทั้งยังต้องจัดหาอุปกรณ์ฟื้นฟูสภาพร่างกาย ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปพบแพทย์ตามนัด มีสถานะภาพสมรสนั้นแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลเป็นบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ น้อย ไม่มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีอาชีพรับจ้างทั่วไป สิทธิการรักษาพยาบาลนั้นใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีระยะเวลาที่ป่วย 1 ปี

ผลการศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ ปนัดดา ภักดีวิวรรธ และ สุนทรา เลี้ยงเขววงค์¹⁹ ที่

ศึกษาปัจจัยทำนายการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระยะ 1 ปีแรก ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเคลื่อนไหวร่างกายอยู่ในระดับสูง

3. ปัจจัยทำนายการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูจังหวัดสมุทรสาคร

ผลการศึกษา พบว่าปัจจัยระหว่างบุคคล คือ การสนับสนุนจากครอบครัว สามารถทำนายการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูได้ร้อยละ 74.00 ($R^2 = 0.74$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับความรักและห่วงใยความสนใจเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว และได้รับการดูแลให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ซึ่งตามทฤษฎีหรือแบบจำลองเชิงนิเวศวิทยา¹⁷ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูของจังหวัดสมุทรสาคร เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างมาก และรวดเร็ว ต้องอาศัยหุปัจจัยทั้งระดับบุคคล ระดับครอบครัว ระดับชุมชนและระดับระบบบริการสุขภาพประกอบกัน แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยการสนับสนุนของครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่สุด เพราะผู้ป่วยอาจจะยังไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เต็มที่ ต้องพึ่งพาคือในครอบครัวเป็นหลัก มีความเข้าใจผู้ป่วยมากที่สุด ส่วนปัจจัยระดับชุมชนและปัจจัยระบบบริการเป็นเพียงการให้การสนับสนุนเสริมผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นครั้งคราว ไม่ได้ใกล้ชิดผู้ป่วยตลอดเวลาแต่ก็ขาดไม่ได้ และผลการศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ อุ่นเรือน ศรอากาศ²⁰ ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการฟื้นฟู

สมรรถภาพ ($\beta = 0.48, p < 0.001$) ระยะเวลาในการดูแล ($\beta = -0.11, p > 0.05$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.38, p < 0.001$) ร่วมกันมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างได้ ร้อยละ 64.00 ($p < 0.001$)

นอกจากนี้ตัวแปรที่เป็นปัจจัยระดับบุคคล คือ ระยะเวลาที่ป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ภาวะสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ไม่สามารถพยากรณ์การเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูได้ ซึ่งไม่สอดคล้องแนวคิดของ Wagner และคณะเป็นผู้พัฒนา²¹ ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาโรคเรื้อรังในระบบสุขภาพ เนื่องจากสุขภาพของแต่ละบุคคลนั้นมีความแตกต่างกันออกไป บุคคลที่มีการรับรู้ความเสี่ยงของ การเกิดปัญหาสุขภาพที่สูงจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคได้มากกว่าผู้ที่มีการรับรู้ความเสี่ยงในการปฏิบัติ ส่วนตัวแปรที่เป็นปัจจัยระหว่างบุคคล คือ การสนับสนุนจากชุมชน และระบบบริการสุขภาพ ไม่สามารถพยากรณ์การเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูได้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับทฤษฎีหรือแบบจำลองเชิงนิเวศวิทยา¹⁷ อาจจะเป็นเพราะว่า สภาพแวดล้อมของกลุ่มที่ศึกษานั้น ไม่สามารถเข้าถึง การสนับสนุนจากชุมชน และระบบบริการสุขภาพได้อย่างเต็มที่เท่าที่ควร เช่น การสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในการทำกายภาพบำบัดหรือออกกำลังกายให้ที่บ้าน การรายงานอาการที่ไม่พึงประสงค์ที่พบให้กับรพ.สต. การสนับสนุนจากหน่วยงานท้องถิ่น ด้านเครื่องมือที่ใช้อำนวยความสะดวกหรืออุปกรณ์สำหรับฟื้นฟูสภาพร่างกายนั้นยังไม่เพียงพอต่อความต้องการ และการได้รับการเยี่ยมบ้านจากทีมสหวิชาชีพเพื่อติดตามอาการ ประเมินการทำการกิจวัตรประจำวัน ดูแลสุขภาพช่องปาก นักกายภาพบำบัดสอนท่าทางลุก นั่ง นอน ยืน เดิน ที่ถูก

วิธีป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายเช่น การพลัดตก หกล้ม และบริการจากแพทย์แผนไทยเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ ร่างกายไม่ให้เกิดกล้ามเนื้อสับ แขนขาอ่อนแรง ข้อติด เป็นต้น

ผลการศึกษานี้เสนอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

หน่วยงานที่รับผิดชอบด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พขอ.) ควรมีนโยบาย เชื่อมโยงให้หน่วยบริการปฐมภูมิกับชุมชน และท้องถิ่น เช่นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจัดทีมหมอครอบครัวดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูที่บ้านอย่างต่อเนื่องรวมถึงช่องทางในการส่งต่อผู้ป่วย เมื่อมีภาวะแทรกซ้อน ผลการศึกษานี้พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการ เคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ ฟื้นฟู ดังนั้นควรวางแผนจัดทำโครงการอบรมให้ความรู้ กับครอบครัว ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองระยะฟื้นฟู ในด้านการให้กำลังใจ การเลือก อาหารที่มีประโยชน์เหมาะสม การรับประทานยาที่ ถูกต้องต่อเนื่อง การทำกายภาพบำบัดที่ และการ กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้เอง

กิตติกรรมประกาศ

(Acknowledgement)

ผู้วิจัยขอขอบคุณคุณอาจารย์ภาควิชาอนามัย ชุมชนทุกท่านที่ได้ถ่ายทอดวิชาความรู้ และให้คำปรึกษา ตลอดการดำเนินงานวิจัย ขอขอบคุณนายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร สาธารณสุขอำเภอ ตลอดจน เจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องรวมถึงกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาที่ให้ ข้อมูลในวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Sacco RL, Kasner SE, Broderick JP, Caplan LR, Connors JJ, Culebras A, et al. An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2013;44:2064-89.
2. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. จำนวนและ อัตราตายด้วยโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ ประจำปีปฏิทิน พ.ศ. 2558-2559 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2563]. เข้าถึงได้จาก : <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>
3. กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค.กองโรคไม่ติดต่อ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 22 กรกฎาคม 2564].เข้าถึงได้จาก : <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents.php?tid=32&gid=1020&searchText=&pn=2>
4. ทักษพล ธรรมรังสี. รายงานสถานการณ์โรค NCDs วิฤตสุขภาพ วิฤตสังคม. นนทบุรี: สำนักวิจัย นโยบายสร้างเสริมสุขภาพ (สวน.) สำนักงานพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (International Health policy Program); 2557.
5. Warlow CP, Al-Shahi R, Bhattacharya JJ, Currie DG, Papanastassiou V, Ritchie V, et al. Prospective, population-based detection of intracranial vascular malformations in adults: the Scottish Intracranial Vascular Malformation Study (SIVMS). *Stroke* 2003; 34:1163-9.
6. Horak FB. Postural orientation and equilibrium: what do we need to know

- about neural control of balance to prevent falls?. Age Ageing 2006;35 Suppl 2:S7-S11.
7. De Nunzio AM, Zucchella C, Spicciato F, Tortola P, Vecchione C, Pierelli F, et al. Biofeedback rehabilitation of posture and weightbearing distribution in stroke: a center of footpressure analysis. *Funct Neurol* 2014;29:127-34.
 8. Tessem S, Hagstrom N, Fallang B. Weight distribution in standing and sitting positions, and weight transfer during reaching tasks, in seated stroke subjects and healthy subjects. *Physiother Res Int* 2007;12:82-94.
 9. Cifu DX, Stewart DG. Factors affecting functional outcome after stroke: a critical review of rehabilitation interventions. *Arch Phys Med Rehabil* 1999; 80: 35-9.
 10. Paolucci S, Antonucci G, Pratesi L, Traballese M, Lubich S, Grasso MG. Functional outcome in stroke inpatient rehabilitation: predicting no, low and high response patients. *Cerebrovas Dis* 1997; 8: 228-34.
 11. กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง (Hemiplegic Stroke) แบบผสมผสาน. กรุงเทพฯ : กรมสุขภาพจิต กรมการแพทย์ และกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก; 2553.
 12. สมนึก สกฤตหงส์โสภณ สิริวรรณ อนันตโชค กฤษณี โหลสกุล. ปัจจัยบางประการความสามารถในกิจวัตรประจำวันและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยอัมพาตจากหลอดเลือดสมองที่บ้าน. ว. การพยาบาลและการศึกษา 2554; 4(2):36-52.
 13. สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย. การพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (Subacute Rehabilitation) และถอดบทเรียนการดำเนินงาน ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย; 2559.
 14. บุญทริก คำชาย. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. รายงานการศึกษานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
 15. สำนักงานสถิติจังหวัดสมุทรสาคร. รายงานสถิติจังหวัด พ.ศ. 2559. สมุทรสาคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร; 2559.
 16. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 21 กรกฎาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents.php?tid=32&gid=1->
 17. McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*. 1988; 15: 351 – 377.
 18. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท; 2551. อ้างจาก Daniel WW. *Biostatistics: A foundation for analysis in*

the health sciences. New York: Wiley & Sons 1995.

19. ปันดดา ภักดีวิธ สุนทรา เลี้ยงเซ่งวงศ์ สมบัติ มุ่งทวีพงษ์. ปัจจัยทำนายการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระยะ 1 ปีแรก. วารสารพยาบาลทหารบก 2561;19:185-93
20. อุ่นเรือน ศรอากาศ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล. J Health Res 2559; 9: 86-93.

Received: 21 Sep 2021, Revised: 7 Nov 2021

Accepted: 12 Nov 2021

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

แก้วใจ มาลีชัย¹ ปิยะณัฐ จันทร์วารี²สาวิตรี สุมาโท³ ศตายุ ผลแก้ว⁴

บทคัดย่อ

สถานการณ์ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังคงระบาดอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปลายเดือนธันวาคม 2562 จนถึงปัจจุบัน ยังไม่มีแนวโน้มของจำนวนผู้ติดเชื้อที่ลดลง การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษา ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานีจำนวน 340 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบวัดความรู้และแบบสอบถาม หาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ด้วยวิธี KR-20 เท่ากับ 0.90 แบบสอบถามเจตคติและพฤติกรรมหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.89 และ 0.85 ตามลำดับ เก็บข้อมูลแบบออนไลน์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่านักศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 90.29 อายุเฉลี่ย 20.71 ปี (S.D.=1.55) และไม่มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับปานกลาง ร้อยละ 95.59 ($\bar{X}$ =0.58, S.D.=0.35) เจตคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับดีร้อยละ 74.12 ($\bar{X}$ =3.61, S.D.=1.23) พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับดีร้อยละ 83.24 ($\bar{X}$ =3.91, S.D.=1.32) พฤติกรรมที่ดีที่นักศึกษาปฏิบัติเป็นประจำคือสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อต้องพบปะผู้คน ความรู้และเจตคติมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมให้นักศึกษามีพฤติกรรมที่ดีในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมทั้งการส่งเสริมให้ความรู้และเจตคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ล้วนเป็นสิ่งที่ช่วยป้องกันและลดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสถานศึกษา

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันโรค โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นักศึกษา

¹วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*Corresponding author: kaewjai@scphub.ac.th

*Original Article***Preventive Behavior of Coronavirus Disease 2019 among Students
of Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani**Kaewjai Maleelai¹ Peyanut Juntavaree²Sawitri Sumato³ Satayu Phonkaew⁴**Abstract**

The situation of Coronavirus disease 2019 continues to spread from the end of December 2019 to the present. There is no trend of the number of infected people decreasing. The cross-sectional study aimed to study 1) knowledge attitude and preventive behaviour of Coronavirus disease 2019. 2) Study the relationship between knowledge attitude and preventive behaviour of Coronavirus disease 2019 among students at Sirindhorn College of Public Health students, Ubon Ratchathani. A total of 340 samples were selected from students at Sirindhorn College of Public Health students, Ubon Ratchathani. The tools were knowledge testing and questionnaire. Data collected online. The reliability of knowledge testing by KR - 20 was 0.90. The reliability of attitude and practice by Cronbach's Alpha methods were 0.89 and 0.85, respectively. Collected data online. The data were analysed by descriptive statistics: frequency, percentage, average, standard deviation. The results found that most of the students were female (90.29%) age average of 20.71 years (S.D.=1.55), and had coexisting disease (95.59%). Most of them (74.12%) knew about Coronavirus disease 2019 at a good level ($\bar{X}$ =3.61, S.D.=1.23). The majority (74.12%) had an attitude toward Coronavirus disease 2019 at a good level ($\bar{X}$ =3.61, S.D.=1.23). Most of the students (83.24%) had preventive behaviour Coronavirus disease 2019 at a good level ($\bar{X}$ =3.91, S.D.=1.32). The good preventive behaviour that students regularly practised was wearing a face mask whenever meeting people. Knowledge and attitudes were statistically related to the prevention behaviour of coronavirus disease 2019. The findings can be used to urge students to engage in positive behaviour to prevent Coronavirus disease 2019. To improve accurate understanding and attitudes regarding the disease. This is to help prevent and reduce the spread of Coronavirus disease 2019 in educational institutions.

Keywords: preventive behavior, Coronavirus disease 2019, students

¹Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

*Corresponding author: kaewjai@scphub.ac.th

บทนำ

สถานการณ์การระบาดของไวรัสสายพันธุ์ใหม่ โควิด 2019 ในประเทศจีน ตั้งแต่ปลายเดือนธันวาคม 2562 ส่งผลให้มีการระบาดไปทั่วโลก องค์การอนามัยโลก ตั้งชื่อโรคนี้ว่าโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus disease 2019) ซึ่งมีสาเหตุมาจากเชื้อไวรัส Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) จากการระบาดของเชื้อไวรัสนี้ ทำให้มีจำนวนผู้ติดเชื้อสะสมทั่วโลกและมีผู้เสียชีวิตจำนวนมาก ประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อรายแรกในเดือนมกราคม 2563 และมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนถึงปัจจุบัน¹ การระบาดของโควิด 2019 ในครั้งนี้ ส่งผลกระทบต่อชีวิตของประชากรโลก โดยมีผู้เจ็บป่วยและเสียชีวิตเพิ่มจำนวนขึ้น² การติดต่อของโรคแพร่ผ่านละอองฝอยจากน้ำลายหรือสิ่งคัดหลั่งหลังจากจามเมื่อผู้ติดเชื้อไอหรือจาม อาการเจ็บป่วยมีตั้งแต่เจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยถึงปานกลาง และรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต วิธีการป้องกันตนเองและป้องกันผู้อื่นจากการติดเชื้อ ได้แก่ ล้างมือบ่อยๆ ใช้แอลกอฮอล์ล้างมือ และไม่สัมผัสใบหน้า การสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า หลีกเลี่ยงการเข้าไปในที่มีคนหนาแน่น แออัด รักษาระยะห่างจากผู้อื่น หลีกเลี่ยงการสัมผัสตา จมูกและปาก ปิดปาก และจามทุกครั้ง ไอหรือจาม^{3,4,5} ส่งผลให้วิถีการดำเนินชีวิตแบบปกติเปลี่ยนไปจากเดิม เดินทางไปไหนมาไหนต้องพกหน้ากากอนามัยติดตัวตลอดเวลา⁶

จากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลให้ประชาชนเกิดการเรียนรู้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการใช้ชีวิต ใช้มาตรการป้องกันตนเองทั้งการใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า ล้างมือบ่อย ๆ ด้วยสบู่หรือใช้ เจลล้างมือที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ การหลีกเลี่ยงเข้าไปในพื้นที่ที่มีคนหนาแน่น และการรักษา ระยะห่างระหว่างบุคคล^{7,8} รายงานสถานการณ์ผู้ติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สะสมทั่วโลก วันที่ 1 พฤศจิกายน 2565 จำนวน 247,477,981 ราย เสียชีวิตจำนวน 5,015,283 ราย⁹ ขณะที่ประเทศไทยรายงานยอด

ผู้ป่วยสะสมวันที่ 31 ตุลาคม 2565 จำนวน 1,912,024 ราย และเสียชีวิตไปแล้ว 19,205 ราย¹⁰ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพของประชาชน และส่งผลกระทบอย่างมากต่อการศึกษาและชีวิตของนักศึกษา¹¹ ทำให้นักศึกษามีความกังวลสูงจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019¹² สถาบันการศึกษาหลายแห่งจึงมีมาตรการป้องกัน และควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสถานศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เป็นหนึ่งในสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาที่มี มาตรการป้องกัน ควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกำหนดให้นักศึกษาใช้ชีวิตในการเรียนด้วยรูปแบบ สุขภาพดีวิถีใหม่ (new normal) และรักษาระยะห่างระหว่างบุคคล (Social Distancing) ในสถานศึกษา แต่อย่างไรก็ดี ยังไม่มีการศึกษาถึงความรู้ เจตคติ และ พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ นักศึกษา ดังนั้นทีมผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสถานการณ์ดังกล่าว องค์ความรู้จากการวิจัยสามารถนำไปส่งเสริมความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อเป็นการลดความเสี่ยงในการติดเชื้อของนักศึกษาและลดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสถานศึกษาต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ นักศึกษา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross - Sectional Design) ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนมิถุนายน 2564

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ศึกษา คือ นักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ประจำปี การศึกษา 2563 จำนวนทั้งหมด 410 คน ประกอบไปด้วยหลักสูตรต่างๆ ดังนี้ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ชั้นปีที่ 2-4 (ไม่มีนักศึกษาชั้นปีที่ 1) หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข ชั้นปีที่ 1-3 (ไม่มีนักศึกษาชั้นปีที่ 4) หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาเทคนิคเภสัชกรรม ชั้นปีที่ 1-2 และหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงสาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ชั้นปีที่ 1-2

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ประจำปี การศึกษา 2563 จำนวน 340 คน เกณฑ์การคัดเลือก คือนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือนักศึกษาที่ขาด หรือหยุดเรียน หรือลาในวันที่ทำการเก็บข้อมูล

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการคำนวณในฟังก์ชัน AIPE ของโปรแกรม STATA version 10 ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 170 คน ผู้วิจัยคิดค่าความน่าจะเป็นที่จะเกิดความคลาดเคลื่อน (Design Effect) เท่ากับ 2 จะได้ขนาดตัวอย่าง 340 คน สุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนชั้นปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามจำนวน 73 ข้อ แบ่งเป็น 4 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 3) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 4) แบบสอบถาม

เจตคติต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ หลักสูตร ชั้นปี โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 28 ข้อ ลักษณะคำถามให้ เลือกตอบ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน แปลผลระดับความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือ สูง ปานกลาง และต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 15 ข้อ การให้คะแนนแบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 8 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบจำนวน 7 ข้อ แปลผลระดับเจตคติต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือ ดี พอใช้ และควรปรับปรุง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 25 ข้อ

แบบสอบถามวัดการปฏิบัติเป็นแบบจัดอันดับคุณภาพ (Rating scale) มี 5 ตัวเลือก ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ (ทุกวัน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (5-6 วัน/สัปดาห์) ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (3-4 วัน/สัปดาห์) นานๆจะปฏิบัติ (1-2 วัน/สัปดาห์) และไม่เคยปฏิบัติเลย แปลผลระดับพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือ ดี พอใช้ และควรปรับปรุง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือในการวิจัยผ่านการวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับนักศึกษาที่มีบริบทและคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แบบวัดความรู้วิเคราะห์ KR 20 เท่ากับ 0.90 แบบสอบถามเจตคติหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.85 และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ

โคโรนาไวรัส 2019 หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.89

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลวิจัยต่อผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ขอความร่วมมือนักศึกษาเป็นอาสาสมัครวิจัยและชี้แจงวัตถุประสงค์ของวิจัย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงมิถุนายน 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองพิจารณาจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี SCPHUB I002/2564 อาสาสมัครวิจัยสามารถถอนตัวจากการเป็นอาสาสมัครเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีความผิดต่ออาสาสมัคร ข้อมูลจากการวิจัยถูกเก็บ

รักษาเป็นความลับและทำลายภายในระยะเวลา 1 ปี หลังจากเสร็จสิ้นการวิจัย

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล

นักศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.29 รองลงมาคือ เพศชาย ร้อยละ 9.71 ส่วนใหญ่อายุ 20 ปี ร้อยละ 28.53 รองลงมา อายุ 21 ปี และ 19 ปี คิดเป็น ร้อยละ 22.94 และ 22.35 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 20.71 ปี (S.D.=1.55) เรียนหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชนร้อยละ 34.71 หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุขร้อยละ 30.00 หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาเทคนิคเภสัชกรรมร้อยละ 20.88 หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงสาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ร้อยละ 14.41 และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 95.59

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

นักศึกษาส่วนใหญ่ มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับปานกลางร้อยละ 72.35 รองลงมาคือระดับดีร้อยละ 27.65 ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรู้ คะแนนเฉลี่ย จำนวน ร้อยละเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n=340)

ระดับความรู้	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ	x	S.D.
ดี	20-28	94	27.65	0.83	0.29
ปานกลาง	10-19	246	72.35	0.58	0.35
ไม่ดี	0-9	0	0.00	-	-
mean=17, S.D.=3.91, min=10, max=28					

โดยภาพรวมพบว่านักศึกษาที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยเฉลี่ยร้อยละ 64.35 จำแนกความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตาม

รายด้าน พบว่านักศึกษาส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสาเหตุของโรคมากที่สุด ร้อยละ 77.18 ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019	ตอบถูก	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ด้านสาเหตุ	262	77.18
ด้านอาการ	229	67.40
ด้านระยะฟักตัว	186	54.71
ด้านการติดต่อ	161	47.41
ด้านการป้องกัน	243	71.54
ด้านการรักษา	231	67.87

ส่วนที่ 3 เจตคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($\bar{X}$ =3.61, S.D.=1.23) รองลงมาคือระดับพอใช้ร้อยละ
 ส่วนใหญ่นักศึกษาร้อยละ 74.12 มีเจตคติ 25.88 ตารางที่ 3
 เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับสูง

ตารางที่ 3 ระดับเจตคติ คะแนนเฉลี่ย จำนวน ร้อยละการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n=340)

ระดับเจตคติ	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ	x	S.D.
ดี	3.35-5.00	252	74.12	3.61	1.23
พอใช้	1.67-3.34	88	25.88	3.24	1.24
ควรปรับปรุง	1.00-1.66	0	0.00	-	-
mean=3.50, S.D.=0.50, min=1.98, max=4.69					

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($\bar{X}$ =3.91, S.D.=1.32) รองลงมาคือ ระดับพอใช้ร้อยละ
 16.76 ตารางที่ 4

นักศึกษาส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการป้องกันโรค
 ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับดีร้อยละ 83.24

ตารางที่ 4 ระดับพฤติกรรม คะแนนเฉลี่ย จำนวน ร้อยละการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n=340)

ระดับพฤติกรรม	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ	x	S.D.
ดี	3.35-5.00	283	83.24	3.91	1.32
พอใช้	1.67-3.34	57	16.76	3.13	1.29
ควรปรับปรุง	1.00-1.66	0	0.00	-	-
mean=3.96, S.D.=0.76, min=1.75, max=4.67					

ความรู้และเจตคติมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ตัวแปร	พฤติกรรมกรรมการป้องกัน				OR	95% CI OR	P-value
	โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019						
	พอใช้(%)		ดี(%)				
ความรู้							0.01*
ปานกลาง	116	46.77	132	53.23	1		
ดี	57	46.77	35	38.04	0.53	0.33 to 0.88	
เจตคติ							0.01*
พอใช้	56	63.64	32	36.36	1		
ดี	117	46.43	135	53.57	2.01	1.22 to 3.32	

*sig p-value<0.05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

(Conclusion and Discussion)

นักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับปานกลาง ส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสาเหตุของโรคร้อยละ 77.18 เนื่องจากที่ผ่านมาตั้งแต่พบผู้ติดเชื้อรายแรกภายในประเทศไทยเมื่อเดือนมกราคม 2563 ทำให้นักศึกษาทราบและเข้าใจถึงสาเหตุของโรคมากที่สุด การส่งเสริมให้ความรู้กับนักศึกษาทั้งในห้องเรียน สื่อต่างๆ ล้วนช่วยส่งเสริมองค์ความรู้ด้านต่างๆเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ นักศึกษาส่วนใหญ่มีเจตคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับดี การที่นักศึกษามีเจตคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับดีนั้น เป็นสิ่งที่ส่งผลให้นักศึกษามีพฤติกรรมการป้องกันตนเองที่ดีในการป้องกันการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งพบว่าตลอดปีการศึกษา 2563 นั้นยังไม่มีรายงานนักศึกษาของวิทยาลัยป่วยติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และนักศึกษาส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับดี จากการศึกษาพบว่าความรู้และเจตคติของนักศึกษามีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส

โคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) อธิบายได้ว่าการที่นักศึกษามีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นั้นส่งผลต่อการมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่ดีต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อีกทั้งการมีเจตคติที่ดีต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ย่อมส่งผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่นกัน

พฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่นักศึกษปฏิบัติเป็นประจำเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากที่สุด คือสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อต้องพบปะ รองลงมาคือหลีกเลี่ยงการไปในสถานที่ที่อากาศไม่ถ่ายเท เช่น โรงภาพยนตร์ หลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่มีการไอหรือจาม นอกจากนี้ยังพบว่านักศึกษามีพฤติกรรมในการป้องกันโรคด้านอื่นๆ เช่น เมื่อไอหรือจามใช้แขนเสื้อปิดปาก และปิดจมูก ติดตามข่าวสารสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทางสื่อต่างๆ เมื่อมีอาการไข้ ไอ หรือมีน้ำมูกไหลหยุดพักอยู่ที่บ้านไม่ออกไปนอกบ้าน และพกแอลกอฮอล์ความเข้มข้นอย่างน้อย 70% สำหรับล้างมือเมื่ออยู่นอกบ้าน เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมที่ดีเหล่านี้ส่งผลให้นักศึกษาของวิทยาลัยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโค

โรน้า 2019 แต่ยังมีพฤติกรรมของนักศึกษาบางส่วนที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรน้า 2019 และเป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำควรได้รับการแก้ไขหรือควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรน้า 2019 ได้แก่ นักศึกษาร้อยละ 18.53 ใช้มือขยี้ตาหรือจับหน้า ซึ่งการขยี้ตาหรือจับหน้านี้นั้นล้วนเป็นพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการนำเชื้อไวรัสโคโรน้า 2019 เข้าสู่ร่างกายผ่านทางดวงตา ใบหน้าและเข้าสู่จมูกได้ และมีนักศึกษาจำนวนร้อยละ 7.35 ใช้หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าซ้ำหลายวันโดยไม่ได้เปลี่ยน ซึ่งที่ผ่านมาบางช่วงเวลาเราพบว่าราคาของหน้ากากอนามัยค่อนข้างมีราคาแพงจึงทำให้นักศึกษาใช้หน้ากากอนามัยซ้ำหลายวัน และอาจไม่ทราบถึงอันตรายจากการใช้หน้ากากอนามัยชนิดใช้แล้วทิ้งแต่กลับนำมาใช้ซ้ำ นอกจากนี้ยังพบว่ามีนักศึกษาร้อยละ 1.76 ไม่เคยมีพฤติกรรมการยืนห่างประมาณ 1-2 เมตรเมื่อต้องพูดคุยกับเพื่อนหรือบุคคลอื่น ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการได้รับเชื้อไวรัสโคโรน้า 2019 เพราะระยะการฟุ้งกระจายของเชื้อไวรัสโคโรน้า 2019 อยู่ที่ระยะ 1-2 เมตร ยิ่งอยู่ใกล้ผู้ติดเชื้อมากเท่าไรโอกาสสัมผัสหรือการได้รับเชื้อทางการหายใจย่อมสูงขึ้น

ผลการศึกษาสอดคล้องกับบังกช โมระสกุล และคณะ¹³ ที่ได้ศึกษาความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา และวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ พบว่าความรู้ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 มีค่าเฉลี่ยอยู่ระดับปานกลางและค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาในภาพรวมอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับ Elhadi และคณะ¹⁴ ที่ศึกษาความรู้ พฤติกรรมการป้องกันและการรับรู้ความเสี่ยงเกี่ยวกับ COVID-19 ของนักศึกษาวิทยาลัย พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันโรค COVID-19 ของนักศึกษาในภาพรวมได้คะแนน 7.42 จากคะแนนเต็ม 8 (SD: 0.95) อีกทั้งสอดคล้องกับสุดา วาหะยี¹⁵

ที่ศึกษาการรับรู้ความรุนแรงและพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน้า 2019 (โควิด-19) ของวัยรุ่นในเขตตำบลสะเตงนอก อำเภอเมือง จังหวัดยะลา พบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน้า 2019 ระดับมาก และสอดคล้องกับ Peng และคณะ¹¹ ที่ศึกษาการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับ COVID-19 ของนักศึกษาปริญญาตรีในประเทศจีน พบว่านักศึกษามีเจตคติสูงต่อโรค COVID-19 ในภาพรวมด้วยคะแนน 8.54 ± 1.201 (ช่วงคะแนน 0 ถึง 10) และยังสอดคล้องกับ White และคณะ¹⁶ ศึกษาความรู้ เจตคติและการปฏิบัติต่อการป้องกันการติดเชื้อทางอากาศและละอองฝอยระหว่างการระบาดของโคโรน้าไวรัสของนักศึกษาวิทยาลัยในมหาวิทยาลัยบิสฮา ประเทศซาอุดีอาระเบีย ผลการศึกษาพบว่าความรู้ เจตคติและการปฏิบัติตนของนักศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และนักศึกษามีความรู้ที่ดี มีเจตคติที่ดีและมีการปฏิบัติตนที่ดีต่อการป้องกันโคโรน้าไวรัส ผลการศึกษาค้นนี้แตกต่างจากพัสกร งามอาจ และคณะ¹⁷ ที่ศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน้า 2019: กรณีศึกษานิสิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร พบว่านิสิตมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน้า 2019 อยู่ในระดับดีร้อยละ 50.68 และมีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน้า 2019 อยู่ในระดับสูงร้อยละ 59.94

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การส่งเสริมและพัฒนานักศึกษาให้มีความรู้ เจตคติ และมีพฤติกรรมที่ดีในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน้า 2019 อย่างต่อเนื่อง เป็นสิ่งที่ช่วยป้องกันและลดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน้า 2019 ในสถานศึกษา อีกทั้งช่วยลดพฤติกรรมความเสี่ยงส่วนบุคคล เป็นส่วนหนึ่งในการช่วยลดการแพร่

ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของชุมชน และประเทศต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ นักศึกษา รวมทั้งศึกษาปัญหาและอุปสรรคต่อการ ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสถานศึกษา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ที่ให้ทุนอุดหนุนสนับสนุนการทำวิจัยประจำปีงบประมาณ 2564 ในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ ผศ.ดร.อารี บุตรสอน วิทยาลัย แพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัย อุบลราชธานี ที่ให้ความช่วยเหลือและให้คำแนะนำใน การทำวิจัย และขอขอบคุณอาสาสมัครวิจัยทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

- 1 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูล สำหรับการป้องกันตนเองจากไวรัสโคโรนาสาย พันธุ์ใหม่ 2019 [เข้าถึงเมื่อ 4 กันยายน 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/introduction/introduction01.pdf>
- 2 Khasawneh AI, Humeidan AA, Alsulaiman JW, Bloukh S, Ramadan M, Al-Shatanawi TN, Awad HH, et al. Medical Students and COVID-19: Attitudes, and Precautionary Measures. A Descriptive Study from Jordan. Front. Public Health. 8: 253.1-9; 2020.

- 3 World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. 2020.[cited 2021 July 10]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
- 4 Güner R., Hasanoglu I., Aktas F. COVID-19: Prevention and control measures in community. Turk J Med Sci. 50(SI-1): 571-577; 2020.
- 5 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือ การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับประชาชน. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: พิมพ์ที่ โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2563.
- 6 กายสิทธิ์ แก้วยาศรี บุญมา สุนทรวรัตน์. แนวทางการดำเนินงานและผลกระทบจากโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส (โควิด-19) จังหวัดเลย. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 7(1):16-34;2563
- 7 อวาทิพย์ แว. COVID-19 กับการเรียนรู้สู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในวันนี้. วารสารสมาคมวิชาชีพสุขภาพ. 35(1): 24-29; 2563.
- 8 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). New Normal ชีวิตวิถีใหม่. [เข้าถึงเมื่อ 10 กันยายน 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=2288>.
- 9 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019.[เข้าถึงเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://ddcportal.ddc.moph.go.th/porta>

- V/apps/opsdashboard/index.html#20f3466e075e45e5946aa87c96e8ad65
- 10 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/>
 - 11 Peng Y, Pei C, Zheng Y, Wang Y, Zhang K, Zheng Z et al. A cross-sectional survey of knowledge, attitude and practice associated with COVID-19 among undergraduate students in China. BMC Public Health. 20: 1292; 2020.
 - 12 อภิญญา อิงอาจ ญัฐพร กาญจนภูมิ พรพรรณ เขยจิตร. ความกังวลในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี. วารสารบริหารธุรกิจเทคโนโลยีมหานคร. 17(2): 95-113; 2563.
 - 13 บงกช โมระสกุล, พรศิริ พันธสี. ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาลชั้น ปีที่ 1 วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา และวิทยาลัยเซนต์หลุยส์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 15(37): 179-195; 2564.
 - 14 Elhadi M, Msherghi A, Alsoufi A, Buzreg A, Bouhuwaish A, Khaled A et al. Knowledge, preventive behavior and risk perception regarding COVID-19: a self-reported study on college students. Pan Africa Medical Journal. 35(2): 75.1-10; 2020.
 - 15 สุดา แวหะยี. การรับรู้ความรุนแรงและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) องวัยรุ่นในเขตตำบลสะเตงนอก อำเภอเมือง จังหวัดยะลา. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 6(4): 158-168; 2563
 - 16 White, M. S., Omer, D. M., & Mohammad, D. G. N. Knowledge, Attitude and Practice on Prevention of Airborne and Droplet Infections During the Outbreak of Corona Virus among the College Students in University of Bisha, Saudi Arabia. International Journal of Contemporary Research and Review, 11(04): 20773–20776; 2020.
 - 17 พัสกร อิงอาจ, รัชฎาภรณ์ อึ้งเจริญ. พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19: กรณีศึกษานิสิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร. วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข. 7(1): 87-102; 2564.

Received: 4 Oct 2021, Revised: 31 Oct 2021

Accepted: 10 Nov 2021

นิพนธ์ต้นฉบับ

การคัดกรองภาวะโภชนาการและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการ
ของผู้สูงอายุในอำเภอโคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่นกนกกาญจน์ พันกะนก¹, พรพิมล ชูพานิช²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อคัดกรองภาวะโภชนาการและหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชน อำเภอโคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น จำนวนทั้งหมด 289 คน คัดกรองภาวะโภชนาการโดยใช้แบบประเมิน Mini Nutritional Assessment-Short Form (MNA-SF) ร่วมกับการวัดสัดส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป กิจกรรมทางกาย ภาวะซึมเศร้า การบริโภคอาหาร วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมาน หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะทุพโภชนาการ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบพหุนำเสนอด้วยค่า Adjusted Odd Ratio (OR_{adj}) และช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% (95% CI)

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารและภาวะขาดสารอาหาร ร้อยละ 36.0 โดยพบในผู้สูงอายุตอนต้น ตอนกลาง และตอนปลาย ร้อยละ 31.7 32.1 และ 52.6 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารและภาวะขาดสารอาหาร ได้แก่ กลุ่มอายุ 80 ปี ขึ้นไป (Adjusted OR = 2.31, 95% CI : 1.16-4.59, p-value = 0.016) เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและมีภาวะซึมเศร้า (Adjusted OR = 2.72, 95% CI : 1.60-4.60, p-value < 0.001) ความเชื่อในการบริโภคอาหารเสริม (Adjusted OR = 2.46, 95% CI : 1.44-4.20, p-value = 0.001) และเส้นรอบวงน่องต่ำกว่าเกณฑ์ (Adjusted OR = 2.57, 95% CI : 1.47-4.49, p-value = 0.001) สรุป หนึ่งในสามของผู้สูงอายุในชุมชนมีความเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารและภาวะขาดสารอาหาร ดังนั้นควรมีการติดตามคัดกรองและประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุเป็นระยะร่วมกับการส่งเสริมทางด้านโภชนาการที่ถูกต้องเหมาะสมให้กับผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: การคัดกรองภาวะโภชนาการ, ผู้สูงอายุ, ภาวะทุพโภชนาการ

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาโภชนศาสตร์เพื่อสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² สาขาการบริหารสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพ โภชนาการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*Corresponding author: pornpach@kku.ac.th

*Original Article***NUTRITION SCREENING AND FACTORS ASSOCIATED WITH MALNUTRITION
AMONG COMMUNITY-DWELLING OLDER ADULTS.**Kanokkarn Phankanok¹, Pornpimon Chupanit²**Abstract**

This study aimed to screen nutritional status and to identify factors associated malnutrition of elderly in Khok Pho Chai District, Khon Kaen Province. This study was a cross-sectional analytical analysis. The subjects were 289 elderly aged ≥ 60 year and living in Khok Pho Chai District, Khon Kaen Province. Nutritional status was screened by using the Mini Nutritional Assessment-Short Form (MNA-SF) together with anthropometric measurements. Data were collected by using a questionnaire comprising of general information, physical activities, depression, and food consumption. Data were analyzed with descriptive statistics and inferential statistics. The association between factors and nutritional status was determined by using the multiple logistic regression analysis.

The results found that older adults were 36.0% at risk of malnutrition and malnourished. It was found in the early, middle, and oldest-older adults at 31.7%, 32.1% and 52.6%, respectively. The factors associated with at risk of malnutrition and malnourished were age group 80 years and over (Adjusted OR = 2.30, 95% CI : 1.16-4.57, p-value = 0.017), a risk of depression (Adjusted OR = 2.76, 95% CI : 1.65-4.60, p-value < 0.001), a belief of food supplement consumption (Adjusted OR = 2.23, 95% CI : 1.32-3.75, p-value < 0.001), and lower calf circumference (Adjusted OR = 2.57, 95% CI : 1.47-4.49, p-value = 0.001). In conclusion, the study was found one-third of the elderly in the community had at risk of malnutrition and malnourished. therefore, the screening and assessment of nutritional status should be monitored in the elderly together with the promotion of nutrition for the elderly

Keywords: Nutrition screening, older adults, malnutrition

¹Master of Public Health in Nutrition for Health, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

² Department of Public Health Administration, Health Promotion, and Nutrition, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

*Corresponding author : pornpch@kku.ac.th

บทนำ

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเสื่อมถอยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม นำมาซึ่งปัญหาต่างๆ เริ่มจากการบาดเจ็บ การกลืน การย่อยและการดูดซึม ทำให้รู้สึกเบื่ออาหาร มีความอยากอาหารลดลง รับประทานอาหารได้น้อย ทำให้ผู้สูงอายุอาจเกิดภาวะทุพโภชนาการ โดยเฉพาะภาวะโภชนาการขาดได้¹ ความชุกของภาวะขาดสารอาหารเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มวัยผู้สูงอายุเมื่อเทียบกับกลุ่มวัยอื่น ๆ จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ.2557 พบว่า หลังอายุ 60 ปีขึ้นไป ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายมักจะลดลง และต่ำสุดเมื่ออายุ 80 ปีขึ้นไป² การมีภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุนำไปสู่ปัญหาหลายประการ ได้แก่ การตาย การเจ็บป่วย ระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอ ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ยาวนานขึ้น และคุณภาพชีวิตที่ต่ำลงได้³

ปัจจัยสำคัญหนึ่งที่ส่งผลต่อภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุ คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผู้สูงอายุที่ได้รับพลังงานและสารอาหารไม่เพียงพอจะส่งผลให้เกิดภาวะขาดสารอาหาร เช่น ภาวะการขาดโปรตีนและพลังงาน ภาวะโลหิตจาง โรคกระดูกพรุน เป็นต้น⁴ จากรายงานการสำรวจการบริโภคอาหารของประชาชนไทย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักกินอาหารไม่ครบ 3 มื้อ สัดส่วนของการบริโภคผักและผลไม้ลดลงเมื่ออายุมากขึ้น โดยเฉพาะในผู้สูงอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป มีเพียงร้อยละ 29.1 ที่กินผักและผลไม้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานคือวันละ 5 ส่วน² นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยด้านจิตใจ พบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุทำให้ความอยากอาหารของผู้สูงอายุลดลง การรับประทานอาหารน้อยลงหรือไม่อยากรับประทานอาหารเลย ส่งผลให้

เกิดภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุ⁵ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ พบว่า ผู้ที่มีรายได้น้อยอาจไม่สามารถเลือกซื้ออาหารที่จำเป็นได้ จึงทำให้ได้รับปริมาณสารอาหารไม่เพียงพอ ส่วนผู้ที่มีรายได้มากกว่าสามารถซื้ออาหารที่มีคุณภาพโภชนาการได้ครบถ้วน และได้รับปริมาณสารอาหารที่เพียงพอ ปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรม โดยเฉพาะในเรื่องความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ เนื่องจากความเชื่อในเรื่องอาหารของแต่ละสังคมที่แตกต่างกัน จะมีผลต่อการเลือกซื้ออาหารและการรับประทานอาหาร อาจทำให้ผู้สูงอายุมีการเลือกรับประทานอาหารได้ไม่ถูกต้องเหมาะสม⁶ และการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการจึงมีความสำคัญในผู้สูงอายุเนื่องจากช่วยป้องกันการเกิดภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุได้ โดยเมื่อทราบปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการแล้วก็จะสามารถให้การดูแลที่จำเพาะและทันทั่วถึง ทั้งนี้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะทุพโภชนาการได้ทั้งภาวะโภชนาการเกินและภาวะพร่องโภชนาการ⁷

พื้นที่อำเภอโคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น มีจำนวนผู้สูงอายุ 4,634 คน คิดเป็นร้อยละ 20.7 ของประชากรทั้งหมดในอำเภอ โดยมีผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 62.6⁸ จากการสำรวจภาวะโภชนาการ ในปี พ.ศ.2563 ด้วยค่าดัชนีมวลกาย พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการปกติ (ดัชนีมวลกาย 18.5 ถึง 22.9 กก./ม²) ร้อยละ 62.49 และภาวะโภชนาการขาดหรือผอม (ดัชนีมวลกาย < 18.5 กก./ม²) ร้อยละ 7.44⁷ ความชุกของภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันไป ตามพื้นที่ที่ทำการศึกษาระดับพื้นที่ที่ใช้ในการประเมิน เช่น จากการศึกษาภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา⁴ โดยใช้แบบคัดกรองภาวะโภชนาการ Mini Nutritional Assessment-Short Form (MNA-SF) พบว่า ผู้สูงอายุมี

ภาวะโภชนาการปกติ ร้อยละ 58.3 มีความเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร ร้อยละ 35.5 และมีภาวะขาดสารอาหาร ร้อยละ 6.2 และจากผลการศึกษาโภชนาการของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ จากแบบประเมิน MNA พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการที่เป็นปกติร้อยละ 55.8 มีความเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารร้อยละ 38.4 และมีภาวะขาดสารอาหารร้อยละ 5.8⁹ อย่างไรก็ตาม ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับการคัดกรองภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนจำนวนไม่มากนัก ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการคัดกรองภาวะโภชนาการและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน อำเภอโคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปประยุกต์ใช้ ในการวางแผนการดำเนินงานและส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อคัดกรองภาวะโภชนาการและหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน อำเภอโคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (The cross-sectional analytical study) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในอำเภอโคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น ซึ่งมีจำนวน 4,634 คน¹⁰ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในอำเภอโคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่นไม่น้อยกว่า 1 ปี ขึ้นไป คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรสำหรับการวิเคราะห์ multiple logistic regression⁹ ดังนี้

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

โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 อำนาจการทดสอบ 0.80 แทนค่าในสูตรโดยใช้สัดส่วนของคนที่มีภาวะโภชนาการไม่ปกติทั้งหมด เท่ากับ 0.67 สัดส่วนของคนที่มีภาวะโภชนาการไม่ปกติที่เป็นเพศชาย เท่ากับ 0.58 สัดส่วนของคนที่มีภาวะโภชนาการไม่ปกติที่เป็นเพศหญิง เท่ากับ 0.76¹¹ หลังจากนั้น ทำการปรับอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยค่า VIF (Variance Inflation Factor; VIF)¹² คำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 289 คน

ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) โดยขั้นที่ 1 แบ่งพื้นที่อำเภอโคกโพธิ์ไชย ออกเป็น 4 ตำบล ขั้นที่ 2 ทำการสุ่มหมู่บ้านจากแต่ละตำบล และสุดท้ายทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากแต่ละหมู่บ้านด้วยวิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามที่คำนวณขนาดตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

- 1) บุคคลทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป
- 2) มีภูมิลำเนาอาศัยในพื้นที่อำเภอโคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น ไม่น้อยกว่า 1 ปี ขึ้นไป
- 3) สามารถพูดคุยสื่อสารได้และยินยอมให้ข้อมูลในการศึกษาค้างนี้

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

- 1) ผู้สูงอายุที่เป็นอัมพฤกษ์อัมพาต ไม่สามารถยืน เพื่อชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงได้
- 2) ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังแรง ซึ่งส่งผลต่อภาวะโภชนาการ ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคไตวายเรื้อรังที่ต้องล้างไต ผู้ที่ได้รับอาหารทางสายยาง เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การมีโรคประจำตัว การมีผู้ดูแล สุขภาพช่องปาก ความเชื่อในการบริโภคอาหาร

ส่วนที่ 2 กิจกรรมทางกาย โดยใช้แบบประเมิน Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ) version 2¹² สามารถจำแนกกิจกรรมทางกายได้เป็น 3 ระดับ คือ ระดับหนัก ระดับปานกลาง และระดับเบา

ส่วนที่ 3 ภาวะซึมเศร้า ประเมินโดยใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อหรือ TGDS-15¹⁴ ซึ่งเป็นแบบวัดมาตรฐาน แปลผลคะแนน คือ 0 - 4 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า, 5 - 10 คะแนน หมายถึง เริ่มมีภาวะซึมเศร้า และ 11 - 15 คะแนน หมายถึง เป็นโรคซึมเศร้า

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์อาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง เป็นการสัมภาษณ์การบริโภคอาหารย้อนหลัง 1 วัน นำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาปริมาณพลังงานและสารอาหารที่ผู้สูงอายุได้รับใน 1 วัน

ส่วนที่ 5 แบบคัดกรองภาวะโภชนาการ Mini Nutritional Assessment -Short Form (MNA-SF)¹⁵ มีข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ โดยสามารถแบ่งภาวะโภชนาการตามเกณฑ์คะแนนได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ภาวะโภชนาการปกติ คือ 12 - 14 คะแนน ภาวะเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร คือ 8 - 11 คะแนน และภาวะขาดสารอาหารคือ 0 - 7 คะแนน

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยนำแบบสัมภาษณ์ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จากนั้นนำไปหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อหรือ Index of item objective congruence (IOC) ซึ่งค่า IOC ที่ได้อยู่ระหว่าง 0.67 - 1 หลังจากนั้น นำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่

กลุ่มตัวอย่างในอีกอำเภอหนึ่ง เพื่อหาค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงระหว่าง 0.70 - 0.95

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง โดยใช้วิธีสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว และทำการวัดสัดส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย โดยชั่งน้ำหนักด้วยเครื่องชั่งน้ำหนักแบบดิจิตอล อ่านและบันทึกค่าน้ำหนักที่ความละเอียด 0.1 กิโลกรัม วัดส่วนสูงด้วยเครื่องวัดส่วนสูงแบบมาตรฐาน มีความละเอียด 0.1 เซนติเมตร วัดเส้นรอบวงน่อง (Calf circumference; CC) ด้วยสายวัดมาตรฐานที่มีความยืดหยุ่นตรงตำแหน่งที่นูนที่สุดของกล้ามเนื้อน่อง Gastrocnemius ขณะให้ผู้สูงอายุนั่งบนเก้าอี้เข้าตั้งฉากเท้าวางราบที่พื้น อ่านและบันทึกค่าที่ความละเอียด 0.1 เซนติเมตร โดยใช้เกณฑ์ของ The Asian Working Group for Sarcopenia (AWGS) ปี ค.ศ. 2019¹⁶ ในการพิจารณาเส้นรอบวงน่อง คือ ผู้ชาย ไม่ควรน้อยกว่า 34 เซนติเมตร และผู้หญิง ไม่ควรน้อยกว่า 33 เซนติเมตร

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในครั้งนี้ได้คำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ได้แก่ หลักความเคารพในบุคคล หลักคุณประโยชน์ไม่ก่ออันตราย และหลักความยุติธรรม โดยผ่านการตรวจสอบและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE642073

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม STATA Version 10.1 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงปริมาณ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ ≤ 0.05 นำเสนอข้อมูลแจกแจงด้วยจำนวนความถี่ ร้อยละ ส่วนข้อมูลต่อเนื่องที่มีการแจกแจงแบบปกตินำเสนอด้วย ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

(S.D.) ในกรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ นำเสนอด้วย ค่ามัธยฐาน (Median) และค่าควอไทล์ที่ 1 กับ 3 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะโภชนาการ ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบพหุ (Multiple logistic regression) นำเสนอด้วยค่า Adjusted Odd Ratio (OR_{adj}) และช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% (95% CI) และวิเคราะห์หาพลังงานและสารอาหารโดยใช้โปรแกรม INMUCAL VERSION 4.0 สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.0 มีอายุเฉลี่ย 71.7 ± 7.36 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 59.9 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 89.9 แหล่งที่มาของรายได้คือ มาจากลูก/หลาน ร้อยละ 50.5 กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเชื่อว่าการรับประทานอาหารเสริมและวิตามินเสริมมีความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ร้อยละ 54.0 และเชื่อว่าควรงดบริโภคเนื้อสัตว์ นมวัว เพราะจะทำให้เป็นโรคมะเร็ง ร้อยละ 43.6 มีรายได้พอใช้จ่าย ร้อยละ 47.8 กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับลูก/หลาน ร้อยละ 52.6 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 54.0 ส่วนมากผู้สูงอายุไม่มีผู้ดูแล ร้อยละ 79.9 มีฟันในการบดเคี้ยวอาหารเป็นฟันแท้ทั้งหมด ร้อยละ 76.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับกิจกรรมทางกาย ระดับเบา 76.5 มีความเสี่ยงเป็นภาวะซึมเศร้าและมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 45.7 และมีเส้นรอบวงน่องต่ำกว่าเกณฑ์ (ผู้ชาย < 34 ซม., ผู้หญิง < 33 ซม.) ร้อยละ 61.3 ดังแสดงในตารางที่ 1

พลังงานและสารอาหารที่ได้รับ กลุ่มตัวอย่างได้รับพลังงานเฉลี่ย $1,128 \pm 754.9$ กิโลแคลอรีต่อวัน โดยได้รับคาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน ปริมาณเฉลี่ย 202.48 ± 179.7 กรัม 42.8 ± 21.8 กรัม และ 17.1 ± 13.1 กรัม ตามลำดับ สัดส่วนการกระจายพลังงานที่ได้รับต่อวัน พบว่า คาร์โบไฮเดรต

ร้อยละ 69.6 โปรตีนร้อยละ 15.5 และไขมันร้อยละ 13.9 จากพลังงานที่ได้รับทั้งหมดดังแสดงในตารางที่ 2

ภาวะโภชนาการ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการปกติ ร้อยละ 64.0 ภาวะเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร ร้อยละ 32.2 และมีภาวะขาดสารอาหาร ร้อยละ 3.8 เมื่อพิจารณาตามเพศ พบว่า สัดส่วนผู้ชายและผู้หญิงที่มีภาวะเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารและภาวะขาดสารอาหาร ร้อยละ 35.7 และ 36.5 เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตอนต้น ตอนกลาง และตอนปลาย มีภาวะเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารและภาวะขาดสารอาหาร ร้อยละ 56.1, 65.1 และ 64.8 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะทุพโภชนาการ พบว่า กลุ่มอายุ 80 ปี ขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการ เป็น 2.31 เท่า (95% CI : 1.16-4.59, p-value = 0.016) ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและมีภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการ เป็น 2.72 เท่า (95% CI : 1.60-4.60, p-value < 0.001) ผู้สูงอายุที่มีความเชื่อในการบริโภคอาหารเสริม มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการ เป็น 2.46 เท่า (95% CI : 1.44-4.20, p-value = 0.001) และผู้สูงอายุที่มีเส้นรอบวงน่องต่ำกว่าเกณฑ์ มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการ เป็น 2.57 เท่า (95% CI : 1.47-4.49, p-value = 0.001) ดังแสดงในตารางที่ 4

สรุป และอภิปรายผล

จากการคัดกรองภาวะโภชนาการผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในอำเภอโคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น ด้วยแบบประเมิน Mini Nutritional Assessment-Short Form พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการปกติ ร้อยละ 64.0 ภาวะเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร ร้อยละ 32.2 และมีภาวะขาดสารอาหาร ร้อยละ 3.8 สอดคล้องกับการศึกษาของนิริรัตน์ บุญตานนท์⁴ ที่ได้ศึกษาภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในจังหวัด

นครราชสีมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการปกติ ร้อยละ 58.3 มีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร ร้อยละ 35 และมีภาวะขาดสารอาหาร ร้อยละ 6.2 และใกล้เคียงกับการศึกษาของ ตรีธวัช ศรีวิเชียร⁵ ซึ่งทำการสำรวจภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์แพทย์ชุมชนป้อมเพชร พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 71.0 มีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร ร้อยละ 21.5 และผู้สูงอายุที่มีภาวะขาดสารอาหาร ร้อยละ 7.5 ขณะที่แตกต่างจากการศึกษาของธนัญธรต เพชรเมือง และคณะ¹⁷ ซึ่งได้ศึกษาภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในเขตเมืองของจังหวัดกรุงเทพมหานคร สมุทรปราการ ปทุมธานี พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการปกติ ร้อยละ 30.8 มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ ร้อยละ 51.4 และมีภาวะโภชนาการขาดร้อยละ 17.8 การที่ความชุกของภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุแตกต่างกันนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันในด้านภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วย พฤติกรรมการบริโภค และสภาพแวดล้อมพื้นที่อยู่อาศัย ในการศึกษาครั้งนี้พบผู้สูงอายุมีความชุกของภาวะขาดสารอาหารน้อยกว่าการศึกษาอื่น ๆ ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น ยังมีการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุไม่มากนัก ซึ่งการทำงานหรือการเปลี่ยนแปลงของร่างกายยังสามารถชดเชยหรือซ่อมแซมเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาภาวะทุพโภชนาการเพิ่มมากขึ้นได้ ไม่เหมือนกับผู้สูงอายุตอนกลางและตอนปลายที่พบว่าเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นจะทำให้เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบทหรือนอกเขตเมือง ส่วนใหญ่จะเป็นลักษณะสังคมที่มีความผูกพันใกล้ชิด มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ทั้งทางด้านสังคมและความ เป็นอยู่ รวมไปถึงเรื่องการบริโภคอาหาร ดังนั้น จึงทำให้พบความชุกของภาวะการขาดสารอาหารหรือภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุที่ศึกษาครั้งนี้ต่ำกว่าการศึกษาอื่น ๆ จากการศึกษานี้ของนิธิรัตน์ บุญตา

นนท์⁴ ซึ่งพบว่าแหล่งที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุจากการประเมินโดยแบบคัดกรองภาวะโภชนาการ

การศึกษานี้พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ภายหลังจากการควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปี ขึ้นไป (Adjusted OR = 2.31, 95% CI : 1.16-4.59, p-value = 0.016) เนื่องจากอายุที่มากขึ้นทำให้มีการเสื่อมถอยของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ได้แก่ กลไกการรักษาสมดุลของเซลล์ มวลกล้ามเนื้อที่ลดลง การเคลื่อนไหว การย่อย การหลั่ง และการดูดซึมในทางเดินอาหารลดลง¹⁸ ทำให้ความอยากอาหารลดลงหรือรับประทานอาหารได้น้อยลง และการนำสารอาหารที่รับประทานเข้าไปไปใช้ประโยชน์ในร่างกายได้น้อย จึงเสี่ยงต่อภาวะการขาดสารอาหารเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เสี่ยงมีภาวะซึมเศร้าและมีภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการ (Adjusted OR = 2.72, 95% CI : 1.60-4.60, p-value < 0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของตรีธวัช ศรีวิเชียร⁵ พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพโภชนาการของผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์แพทย์ชุมชนป้อมเพชร ทั้งนี้เนื่องจากภาวะซึมเศร้านั้นส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีความอยากอาหารลดลง และอาจไม่สนใจในการดูแลตนเอง ทำให้รับประทานอาหารน้อยลงหรือไม่อยากรับประทาน อาหาร จึงทำให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร และภาวะขาดสารอาหาร กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีความเชื่อในการรับประทานอาหารเสริมมีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการ (Adjusted OR = 2.46, 95% CI : 1.44-4.20, p-value = 0.001) อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุกลุ่มนี้อาจมีการรับประทาน อาหารและได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการ จึงมีความเชื่อว่าจำเป็นต้องมีการทดแทนด้วยการรับประทานอาหารเสริม สอดคล้องกับงานวิจัยของ กุสุมา ชุ่นกลาง, ปกรณ์ วรสินธุ์, ปรัชญา เขตเจริญ

และคณะ¹⁹ ที่พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนบ้านมะกอก อำเภอกันทรวิชัย จังหวัด มหาสารคาม ร้อยละ 25 มีการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร โดยตัวที่นิยมมากที่สุดคือ น้ำมันรำข้าวและน้ำมันปลา รวมถึงผู้สูงอายุยังเป็นวัยที่มีการเข้าถึงข่าวสารเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เสริมอาหารทั้งจากตัวแทนจำหน่ายและสื่อโฆษณาต่าง ๆ ทำให้เกิดความเชื่อในเรื่องการบริโภคอาหารเสริม บางคนเข้าใจว่าผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเป็นยาป้องกันและรักษาโรค²⁰ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีเส้นรอบวงน่องต่ำกว่าเกณฑ์ มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการ (Adjusted OR = 2.57, 95% CI : 1.47-4.49, p-value = 0.001) ของผู้สูงอายุที่มีเส้นรอบวงน่องอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน สอดคล้องกับการศึกษาของอรพิน เลิศวรรณวิทย์²¹ พบว่า เส้นรอบวงน่องของกล้ามเนื้อมีความสัมพันธ์โดยตรงกับภาวะโภชนาการ โดยผู้ที่มีเส้นรอบวงน่องลดลงมีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดภาวะโภชนาการขาดเพิ่มขึ้น เนื่องจากเส้นรอบวงน่องเป็นดัชนีชี้วัดตัวหนึ่งในการประเมินมวลกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะโภชนาการขาดมักจะมีมวลกล้ามเนื้อลดลง จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า เส้นรอบวงน่องมีความเกี่ยวข้องกับภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (Sarcopenia) ในผู้สูงอายุ^{22,23} ซึ่งการมีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยจะส่งผลต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้ม กระดูกหัก และความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดให้มีบริการเชิงรุกในการตรวจคัดกรองภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการเฝ้าระวังติดตามประเมินภาวะโภชนาการในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงต่อการขาดสารอาหาร โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุตอนกลางและตอนปลาย เพื่อจะได้ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ และป้องกันปัญหาทุพโภชนาการในผู้สูงอายุได้อย่างทันทั่วถึง

2. หน่วยงานและบุคลากรทางสาธารณสุข ควรจัดให้มีกิจกรรมอบรมให้ความรู้ คำแนะนำเรื่อง การบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุและผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ

3. ควรมีการติดตามประเมินสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ร่วมกับจัดให้มีคลินิกหรือกิจกรรมสำหรับการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันและแก้ไข ปัญหาที่จะเกิดขึ้นตามมาในผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในอำเภอโคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น ที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลการศึกษา และขอขอบพระคุณผู้นำชุมชน ในการติดต่อประสานงานและอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. ชุดความรู้ การดูแลตนเองและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ “สุขภาพดี”. กรุงเทพฯ, 2560.
2. วิชัย เอกพลากร. (บรรณาธิการ). รายงาน การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ.2557. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์, 2559.
3. Bakhtiari et al. Nutrition assessment and geriatric associated conditions among community dwelling Iranian elderly people. BMC Geriatrics, 20(278), 1-10; 2020.
4. นิธิรัตน์ บุญตานนท์. ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา. สารานุกรมสุขภาพชุมชนฉบับพิเศษ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี, 2559.

5. ตรีนันท์ ศรีวิเชียร. การศึกษาภาวะโภชนาการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะทุพโภชนาการของผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์แพทย์ชุมชนป้อมเพชร. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, 6(2), 119-130 ;2559.
6. ดวงจันทร์ เพชรานนท์. โภชนาการสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2551.
7. จิตินันท์ดวงจินา และศิริ รัตน์ปานอุทัย. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ. พยาบาลสาร, 47(3), 460-480;2563.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. ข้อมูลประชากรตามทะเบียนราษฎร์ จังหวัดขอนแก่น. Health data center (HDC). ค้นเมื่อ 30 มิถุนายน 2563, จาก <https://kkn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.2563>.
9. กุ๊เกียรติเวียงฤทธิ์, มาริษา ภูภิณโณกุล และสุรัชย์ จิวเจริญสกุล. ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารคหเศรษฐศาสตร์. 58(1). 6-14 ; 2558.
10. Y., Bloch, D.A., & Larson M.D. A Simple Method of Sample Size Calculation for Linear and Logistic Regression. Statistics in Medicine, 17, 1623-1634; 1998.
11. คะนิงนิจ ขอดคำ และเบญจา มุกตพันธุ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสมบูรณ์ อำเภอปากชม จังหวัดเลย. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 12(1), 62-71; 2561.
12. Whittemore, A.S. Sample Size for Logistic Regression with Small Response Probability. Journal of the American Statistical Association, 76, 27-32; 1981.
13. World Health Organization. Global Health and Aging. NIH Publication. สืบค้นเมื่อ 20 กันยายน 2563, https://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf,2011.
14. Wongpakaran, N., Wongpakaran, T., & Reekum, R. V., The use of GDS-15 in detecting MDD: A comparison between residents in a Thai long-term care home and geriatric outpatients. Journal of Clinical Medicine Research, 5(2), 101-111; 2013.
15. Guigoz Y., The Mini Nutritional Assessment (MNA®) review of the literature What dose it tell us?. The Journal of Nutrition, Health & Aging©; 10(6): 466-85; discussion 485-7; 2006.
16. Chen, L. K., Woo, J., Assantachai, P., Auyeung, T. W., Chou, M. Y., Iijima, K., Jang, H. C., Kang, L., Kim, M., Kim, S., Kojima, T., Kuzuya, M., Lee, J., Lee, S. Y., Lee, W. J., Lee, Y., Liang, C. K., Lim, J. Y., Lim, W. S., Peng, L. N., Arai, H., Asian Working Group for Sarcopenia: 2019 Consensus Update on Sarcopenia Diagnosis and Treatment. Journal of the American

- Medical Directors Association, 21(3), 300–307.e2; 2020.
17. ชาญธรยศ เพชรเมือง และคณะ. ภาพโฆษณาการของผู้สูงอายุในเขตเมือง. Journal of Ratchathani Innovative Health Sciences. 2(3). 32-43; 2560.
 18. Yamni Nigam, John Knight, Sharmila Bhattacharya, & Antony Bayer. Physiological Changes Associated with Aging and Immobility. Journal of Aging Research, 2,1-2 ; 2012.
 19. กุสุมา ชื่นกลาง, ปกรณ์ วรสินธุ์, ปรัชญา เขตเจริญ, ชนัตตา พลอยเลื่อมแสง และ ปาโรโมก เกิดจันทิก. สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านมะกอก อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. ในรายงานการประชุมวิชาการ The 6th Annual Northeast Pharmacy Research Conference of 2014 “A Celebration of 100years of Thai Pharmacy and 20 Years of UBU Pharmacy”. 1–2 กุมภาพันธ์ 2557 ณ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี ; 2557.
 20. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนางานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555- 2559). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2555.
 21. อรพิน เลิศวรรณวิทย์. การพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลตากสิน. สืบค้นเมื่อ 25 สิงหาคม 2564, <http://203.155.220.238/csc/attachme> [nts/article/159/doctor591105.pdf](http://203.155.220.238/csc/attachme); 2559.
 22. Hwang A-C, Liu L-K, Lee W-J, Peng L-N, Chen L-K., Calf circumference as a screening instrument for appendicular muscle mass measurement.J Am Med Dir Assoc. 19(2):182–184; 2018.
 23. Kawakami R, Murakami H, Sanada K, et al., Calf circumference as a surrogate marker of muscle mass for diagnosing sarcopenia in Japanese men and women. Geriatr Gerontol Int. 15(8):969–976; 2015.

Received: 9 Oct 2021, Revised: 4 Nov 2021

Accepted: 8 Nov 2021

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับยาเมทฟอร์มินที่เหลือใช้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

โรงพยาบาลร้อยเอ็ด อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด

พิมพ์ชนก ศิริบูรณ์^{1*}, เลิศชัย เจริญธัญรักษ์²

บทคัดย่อ

ยาเมทฟอร์มินเหลือใช้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จึงศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับยาเมทฟอร์มินที่เหลือใช้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนกับคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่าง 1 ตุลาคม 2562 ถึง 30 กันยายน 2563 จำนวน 400 คน ตรวจสอบเม็ดยาเมทฟอร์มินที่กล่องรับยาคืนบริเวณหน้าคลินิกเบาหวาน วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับยาเมทฟอร์มินที่เหลือใช้ โดยใช้ Multiple logistic regressions

ผลการศึกษา พบจำนวนผู้ป่วยมียาเมทฟอร์มินเหลือใช้ ร้อยละ 64.2 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 35.4 มีจำนวนเม็ดยาเมทฟอร์มินที่เหลือใช้ 1 – 10 เม็ด ผู้ป่วยร้อยละ 63.4 ให้ข้อมูลยาเมทฟอร์มินเหลือใช้มักเกิดจากแพทย์จ่ายยาเกินวันนัด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดยาเมทฟอร์มินเหลือใช้ คือ อายุผู้ป่วย > 60 ปี ($OR_{adj} = 1.80$, 95% CI = 1.11-2.91) จำนวนเม็ดยาเมทฟอร์มินที่กินต่อวัน ≥ 3 เม็ด ($OR_{adj} = 3.22$, 95%CI = 1.85-5.62) และระยะเวลาที่แพทย์สั่งยาตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป ($OR_{adj} = 2.51$, 95%CI = 1.60 - 3.96)

สรุป ความชุกของผู้ป่วยมียาเมทฟอร์มินเหลือใช้จำนวนค่อนข้างมาก ดังนั้นควรวางแผนจัดการระบบวันนัดให้พอดีกับจำนวนเม็ดยา ปรับลดระยะเวลาที่แพทย์สั่งยาให้น้อยกว่า 3 เดือน และการบริหารยาในผู้ป่วยสูงอายุ

คำสำคัญ: เมทฟอร์มิน, ยาเหลือใช้, โรคเบาหวานชนิดที่ 2

¹ นักศึกษา หลักสูตร สม.สาขาวิชาวิทยาการระบาด ม.ขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จ.ขอนแก่น

*Corresponding author: pimchanoksi@kkumail.com

*Original Article***Factors Related to Metformin Leftover Medicine in Patient with Type 2 Diabetes Mellitus in Roi-et Hospital, Muang District, Roi-et Province**Pimchanok Siriboon^{1*}, Lertchai Chareerntanyarak²**Abstract**

The Metformin leftover is likely to increase. This research aimed to estimate the prevalence and to explore factors related to Metformin leftover medicine in Patient with Type 2 Diabetes Mellitus at Roi-Et Hospital, Muang District, Roi-Et Province. Method This study was cross-sectional analytical study. The samples were 400 patients with type 2 Diabetes Mellitus which registered in Diabetes Clinic Roi-Et Hospital during October 1, 2019 to September 30, 2020. examined the Metformin leftover in the Metformin drop box at diabetes clinic. Multiple logistic regression was used to associated between factors related to Metformin leftover medicine.

Results The prevalence of patients who had Metformin leftover was 64.2%. Most patients (35.4%) had 1-10 pills left. About 63.4% of DM patients informed that the Metformin leftover because the doctor gave more medicine than number of days. The factors associated with Metformin Leftover were the DM patients aging >60 years old ($OR_{adj} = 1.80$, 95%CI = 1.11 – 2.91), the DM patients who had to taking ≥ 3 metformin tablets per day ($OR_{adj} = 3.22$, 95%CI = 1.85 – 5.62); and the patients whose doctor appointment in ≥ 3 months ($OR_{adj} = 2.51$, 95%CI = 1.60 – 3.96).

In conclusion, the prevalence of patients who had Metformin leftover was quite high. Therefore, the appointment date and the number of Metformin tablet should be matched, Reduction of doctor appointment in ≤ 3 months, and Drug Administration in elderly patients.

Key Words: Metformin, leftover medicine, Type 2 diabetes

¹Master's student/ MPH. Program in Epidemiology, Fac. of Public Health, Khon Kaen University

²Associate Professor, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

*Corresponding author: pimchanoksi@kkumail.com

บทนำ

ยาเหลือใช้เป็นปัญหาที่อาจส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตเจ็บป่วยด้านร่างกาย โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก¹ ซึ่งต้องให้ได้รับยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ประชากรที่เป็นเบาหวานส่วนใหญ่ ร้อยละ 87-91 เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2² สำหรับประเทศไทย อัตราเสียชีวิตอย่างหยาบอันสาเหตุมาจากโรคเบาหวาน ระหว่างปี พ.ศ. 2559-2561 เท่ากับ 22.01, 21.96, 21.87 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ³ นอกจากนั้น ประเทศไทยมีมูลค่าการบริโภคยาสูงถึงร้อยละ 41 ของค่าใช้จ่ายสุขภาพ ซึ่งสูงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว (ร้อยละ 10-20) มูลค่ายาเหลือใช้เฉลี่ย ประมาณ 3,000 บาท/คน⁴ ซึ่งค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (ค่ายา ค่ารักษา) ในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ในปี 2557 จำนวนสูงถึง 409,313 ล้านบาท⁵ ตัวอย่างชนิดของยาเหลือใช้พบมากที่สุด คือ Metformin 500 mg, Aspirin 81 mg, Glipizide 5 mg, Enalapril 5 mg และ Simvastatin 20 mg ตามลำดับ⁶ และโรงพยาบาลร้อยเอ็ดเป็นโรงพยาบาลหนึ่งที่มักจ่ายยาเมทฟอร์มินที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งมีคุณสมบัติในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยส่วนใหญ่แล้วจะให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมีภาวะดื้ออินซูลิน โดยส่วนใหญ่จะเข้าร่วมกับอินซูลิน และการรักษาด้วยยาอื่นๆ โดยยาเมทฟอร์มินจะเข้าไปลดกระบวนการสร้างน้ำตาลจากตับ ลดการดูดซึมกลูโคสภายในลำไส้ และกระตุ้นความไวต่ออินซูลินในร่างกายโดยทำให้มีการนำกลูโคสกลับเข้าไปในเซลล์และนำกลูโคสไปใช้เพิ่มขึ้น ด้วยเหตุที่แต่ละครั้งที่แพทย์นัดผู้ป่วยเบาหวานเข้ามารับการรักษาต่อเนื่อง และให้ผู้ป่วยนำยาทุกชนิดที่ได้รับไปเมื่อครั้งที่ผ่านมามีด้วย มักพบว่าจะมียาเมทฟอร์มินเหลือใช้จำนวนหนึ่ง โดยที่ไม่ทราบแน่ชัดเกี่ยวกับสาเหตุการที่มียาเหลือใช้ของผู้ป่วยเบาหวาน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยอะไรบางอย่างที่ทำให้เกิดยาเมทฟอร์มินเหลือใช้ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อนำผลการศึกษาไปพัฒนาระบบการส่งจ่ายยา ลดปัญหา ยาเหลือใช้ ในผู้ป่วยเพื่อสุขภาพที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุกของยาเมทฟอร์มินที่เหลือใช้ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับยาเมทฟอร์มินที่เหลือใช้ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study)

ประชากร

ประชากรศึกษาเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับยาเมทฟอร์มิน โดยเป็นผู้ป่วยเบาหวานได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และได้รับการขึ้นทะเบียน ที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ในระหว่างปี พ.ศ. 2563 จำนวนทั้งสิ้น 3,938 คน

ขนาดตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างดังนี้ Hsieh et al.⁷

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

ผู้วิจัยใช้ค่า P_0 , P_1 และ B จากการศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดยาเหลือใช้ใน

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนกับศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองประชาสโมสร อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น⁸

$$= \frac{\left\{ 1.96 \sqrt{\frac{0.51(1-0.51)}{0.8}} + 0.842 \sqrt{0.35(1-0.35) + \frac{0.55(1-0.55)(1-0.8)}{0.8}} \right\}^2}{[(3.5 - 0.55)^2(1-0.8)]}$$

$$n_1 = 300$$

ดังนั้น ต้องใช้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 300 คน แล้วทำการปรับค่าขนาดตัวอย่างตามวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก ดังสูตรต่อไปนี้

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

ρ = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์บางส่วน (Partial correlation coefficient) ระหว่างตัวแปรอิสระที่สนใจกับตัวแปรอิสระอื่นๆ

n_1 = ขนาดตัวอย่างทั้งหมดในตอนต้นที่ได้จากการประมาณ

n_p = ขนาดตัวอย่างทั้งหมดที่ต้องการ ภายหลังการปรับด้วยค่า ρ

$$\text{ดังนั้น } n_p = \frac{300}{(1-p_{1,2,3,\dots,p}^2)}$$

จากการแทนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์บางส่วนระหว่างตัวแปรระยะเวลานัดกับยาเหลือใช้ เพื่อปรับขนาดตัวอย่าง และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกันที่ไม่ควรมีค่าสูงเกินไปจนเป็นปัญหา (Multicollinearity) จึงได้เลือกสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์บางส่วนเท่ากับ 0.5 ดังนั้น จะได้ขนาดตัวอย่างรวมทั้งหมดเท่ากับ 400 คน โดยพิจารณาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากเกณฑ์คัดเข้า เกณฑ์คัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า: เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับยาเมทฟอร์มิน ในทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน ปี พ.ศ. 2563 ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่ช่วยเหลือตนเองได้ มีสติสัมปชัญญะ ติดต่อสื่อสารด้วยการเขียน พูด อ่าน ฟังภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก: เป็นผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ไม่ได้รับยาเมทฟอร์มิน และไม่พบประวัติในเวชระเบียน หรือเอกสารการรักษาพยาบาล ไม่ครบถ้วน หรือเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลโดยวิธีการฉีดอินซูลิน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับเอกสารการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้ดำเนินการเก็บข้อมูล ในช่วงเดือน เมษายน พ.ศ.2564 เก็บข้อมูลผู้ป่วย

ไปเรื่อยๆจนได้จำนวนครบ 400 ตัวอย่าง โดยได้ดำเนินการดังนี้

1. ประสานงานขอความร่วมมือจากงานดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่มารับบริการ
2. ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ ขอข้อมูลในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผ่านคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด และหัวหน้าคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลร้อยเอ็ด
3. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการคัดลอกข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนของเจ้าหน้าที่งานดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
4. ประสานเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อรวบรวมข้อมูลบางส่วนที่ไม่สามารถรวบรวมได้จากเวชระเบียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเก็บข้อมูลได้ตามจำนวนขนาดตัวอย่าง ดำเนินการบันทึกข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้อง โดยใช้โปรแกรม STATA Version 14.0 (ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สถิติใช้ในการวิเคราะห์ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลแจกแจงนำเสนอด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้น 2 ตัวแปร (ตัวแปรต้น-ตาม) (Bivariate analysis) ใช้สถิติทดสอบ Simple logistic regression นำเสนอขนาดความสัมพันธ์โดยใช้ Crude odds ratio (OR), ค่า 95% Confidence interval (95% CI) และ ค่า p-value ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ไม่ได้คำนึงถึงผลกระทบของตัวแปรอื่น

3. สถิติการวิเคราะห์ตัวแปรพหุ (Multivariable analysis) โดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นหลายๆ ตัวแปรกับตัวแปรตาม หลังจากการนำเข้าโมเดลเริ่มต้น โดยใช้สถิติ Multiple logistic regression โดยใช้วิธีการคัดตัวแปรแบบขจัดออก (Backward elimination) โดยพิจารณาจากค่า p-value กำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาตัวแปรเข้าสู่โมเดล ที่ค่า $p\text{-value} < 0.25$ จะนำเข้าโมเดลเริ่มต้น (Initial model) ส่วนการคัดตัวแปรออกจากโมเดล จะพิจารณาจากค่าสถิติ Likelihood ratio test เพื่อทดสอบตัวแปร มีค่าสัมประสิทธิ์แตกต่างจาก 0 หรือไม่ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยเมื่อทดสอบด้วยสถิติ Wald test พบว่าตัวแปรอิสระไม่มีนัยสำคัญต่อโมเดล ($p\text{-value} \geq 0.05$) จะถูกนำออกจากโมเดลจนกว่าจะได้โมเดลสุดท้าย (Final model) วิเคราะห์ขนาดความสัมพันธ์ หาค่า OR ที่ปรับผลกระทบของตัวแปรอื่น (Adjusted OR) และช่วงความเชื่อมั่น 95%CI และทำการประเมิน Goodness of fit ของ Model

จริยธรรมทางการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยยึดหลักตามประกาศของเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) เลขที่ HE642019 วันที่ 18 มีนาคม 2564

ผลการศึกษาวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 63.8 มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 76.0 อายุเฉลี่ย 64.2 ± 8.7 ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 61.8 สถานภาพสมรส ร้อยละ 60.0 สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ร้อยละ 62.2 โรคประจำตัวอื่นๆ ร้อยละ 54.0 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 35.8 ระยะเวลาที่ป่วยเฉลี่ย 7.63 ± 3.60 ปี ระดับน้ำตาลในเลือดหลังดอาหาร 8 ชั่วโมง มากกว่าหรือเท่ากับ 126 mg/dl ร้อยละ 82.8 จำนวนเม็ดยาเมทฟอร์มินที่รับประทานต่อวัน 2 เม็ด ร้อยละ 38.8 ความถี่ของการรับประทานยาต่อวัน 2 ครั้ง ร้อยละ 54.0 ระยะเวลาที่แพทย์สั่งยา 4 เดือน ร้อยละ 42.2 มีความตรงเวลาในการมาตามนัด 236 คน ร้อยละ 59 ดังตารางที่ 1

ผลการศึกษาวิจัย พบว่า ความชุกของผู้ป่วยที่มียาเมทฟอร์มินเหลือใช้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 64.2 เมื่อรวมจำนวนเม็ดยาเมทฟอร์มินที่เหลือใช้จากผู้ป่วยเบาหวานที่มียาเมทฟอร์มินเหลือใช้ได้ทั้งสิ้น 6,454 เม็ด โดยพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 35.4 พบว่ามียาเมทฟอร์มินเหลือใช้จำนวน 1 – 10 เม็ด แต่ยังเป็นสิ่งที่ดี ที่พบว่ายาเมทฟอร์มินที่เหลือใช้ทั้งหมด มีลักษณะภายนอกของยา สภาพที่ดี ไม่มีรอยแกะของแผงเม็ดยา มีฉลากยาที่สมบูรณ์ และยายังไม่หมดอายุ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและจำนวนยาเหลือใช้ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	145	36.2
หญิง	255	63.8
อายุ		
< 60 ปี	96	24.0
≥ 60 ปี	304	76.0
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 64.2 ± 8.7 ปี		
อาชีพ		
ประกอบอาชีพ	153	38.2
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	247	61.8
สถานภาพสมรส		
โสด/หม้าย/หย่า	160	40.0
สมรส	240	60.0
สิทธิการรักษา		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	44	11.0
ประกันสังคม	55	13.8
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)	249	62.2
ไม่มีสิทธิการรักษา	52	13.0
โรคประจำตัวอื่นๆ		
ไม่มี	184	46.0
มี	216	54.0
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน		
< 10 ปี	257	64.2
≥ 10 ปี	143	35.8
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 7.6 ± 3.6 ปี		
ระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหาร 8 ชั่วโมง (FBS)		
< 126 mg/dl	69	17.2
≥ 126 mg/dl	331	82.8
จำนวนเม็ดยาเมทฟอร์มมินที่รับประทานต่อวัน		
1 เม็ด	136	34.0
2 เม็ด	155	38.8
3 เม็ด	74	18.5
4 เม็ด	35	8.7

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ความถี่ของการรับประทานยาเมทฟอร์มินต่อวัน		
1 ครั้ง	165	41.2
2 ครั้ง	216	54.0
3 ครั้ง	19	4.8
ระยะเวลาที่แพทย์สั่งยาเมทฟอร์มิน		
1 เดือน	107	26.8
2 เดือน	21	5.2
3 เดือน	103	25.8
4 เดือน	169	42.2
ความตรงเวลาในการมาตามนัด		
ก่อนนัด/หลังนัด	164	41.0
ตรงนัด	236	59.0
ผู้ป่วยเบาหวานมียาเมทฟอร์มินเหลือใช้	257	64.2
จำนวนยาเมทฟอร์มินที่เหลือใช้ (เม็ด)		
1 – 10	91	35.4
11 – 20	51	19.8
21 – 30	37	14.4
31 – 40	25	9.7
41 – 50	15	5.8
51 – 60	12	4.6
61 – 70	8	3.1
71 – 80	3	1.2
81 – 90	5	2.0
91 – 100	5	2.0
≥101	5	2.0
ยาเมทฟอร์มินที่เหลือใช้ทั้งหมด มีลักษณะภายนอกของยา สภาพที่ดี ไม่มีรอยแกะของแผงเม็ดยา มีฉลากยาที่สมบูรณ์ และยายังไม่หมดอายุ		

เมื่อพิจารณาสาเหตุของการเกิดยาเมทฟอร์มินเหลือใช้ พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 63.4 ของทั้งหมด ให้ข้อมูลว่า มักเกิดจากแพทย์จ่ายยาเกิน

รองลงมาเป็นเพราะผู้ป่วยไปพบแพทย์ก่อนวันนัด จึงมียาเหลือใช้เกิดขึ้น ดังรายละเอียดใน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลสาเหตุการเกิดยาเมทฟอร์มินที่เหลื๋อใช้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
แพทย์จ่ายยาเกิน	163	63.4
ไปพบแพทย์ก่อนนัด	52	20.2
แพทย์เปลี่ยนแปลงการรักษา	6	2.3
ลืมรับประทานยา	11	4.3
ปรับขนาดยาเอง	3	1.2
แบ่งยาหรือยืมยามาจากผู้อื่น	7	2.7
นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล	4	1.6
กินยาเมื่อมีอาการเท่านั้น	2	0.8
อื่นๆ (เช่น เกิดปัญหาจากการใช้ยา หยุดยาเอง ความเชื่อ)	9	3.5

หมายเหตุ: ผู้ป่วยอาจมีหลายสาเหตุที่ทำให้เกิดยาเหลื๋อใช้มากกว่า 1 สาเหตุขึ้นไป

ความชุกของยาเมทฟอร์มินที่เหลื๋อใช้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 143 คน คิดเป็น ร้อยละ 35.8 ดังตารางที่ 3

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบผู้ป่วยมียาเมทฟอร์มิน จำนวน 257 คน คิดเป็น ร้อยละ 64.2 ส่วนผู้ป่วยไม่มียาเมทฟอร์มิน

ตารางที่ 3 ความชุกของการเกิดยาเมทฟอร์มินที่เหลื๋อใช้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ยาเมทฟอร์มินเหลื๋อใช้	จำนวน	ร้อยละ	95% CI
ไม่มียาเมทฟอร์มินเหลื๋อใช้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2	143	35.8	0.60 – 0.69
มียาเมทฟอร์มินเหลื๋อใช้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2	257	64.2	

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้น (Crude analysis) ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามทีละคู่ (Bivariate analysis) โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบและปัจจัยอื่น พิจารณาตัวแปรเข้าสู่โมเดล ที่ค่า p-value<0.25 ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิง มีความเสี่ยงที่จะเกิดยาเมทฟอร์มินที่เหลื๋อใช้ มากกว่าเพศชาย 1.60 เท่า (OR = 1.60,95%CI = 1.05 – 2.45) กลุ่มผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี มีความเสี่ยงที่จะเกิดยาเมทฟอร์มินเหลื๋อ ใช้มากกว่ากลุ่มผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี 2.11 เท่า (OR = 2.11,95%CI = 1.33 – 3.34) และผู้ที่มี

สถานภาพสมรสมีความเสี่ยงที่จะเกิดยาเมทฟอร์มินเหลื๋อ ใช้มากกว่าผู้ที่โสด/หม้าย/หย่า 1.78 เท่า (OR = 1.78,95%CI = 1.17 – 2.70) ผู้ที่รับประทานยาเมทฟอร์มิน $\geq$ 3 เม็ดต่อวัน มีความเสี่ยงที่จะเกิดยาเมทฟอร์มินที่เหลื๋อใช้ มากกว่าผู้ที่รับประทานยาเมทฟอร์มิน 1-2 เม็ดต่อวัน 3.26 เท่า (OR = 3.26,95%CI = 1.90 – 5.58) ผู้ที่มีระยะเวลาที่แพทย์สั่งยา $\geq$ 3 เดือน มีความเสี่ยงที่จะเกิดยาเมทฟอร์มินที่เหลื๋อใช้ มากกว่าผู้ที่มีระยะเวลาที่แพทย์สั่งยา 1-2 เดือน 2.44 เท่า (OR = 2.44,95%CI = 1.58 – 3.77) รายละเอียด ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยด้านต่างๆที่มีพฤติกรรมการเกิดยาเมทฟอร์มินที่เหลือใช้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบ

ปัจจัย	ยาเหลือใช้		OR (95% CI)	P-value
	มี	ไม่มี		
	n (%) (n=257)	n (%) (n=143)		
เพศ				0.028
ชาย	83 (32.30)	62 (43.36)	1	
หญิง	174 (67.70)	81 (56.64)	1.60 (1.05 – 2.45)	
อายุ				0.002
< 60 ปี	51 (19.84)	49 (34.27)	1	
≥ 60 ปี	206 (80.16)	94 (65.73)	2.11 (1.33 – 3.34)	
สถานภาพสมรส				0.007
โสด/หม้าย/หย่า	90 (35.02)	70(48.95)	1	
สมรส	167 (64.98)	73 (51.05)	1.78 (1.17 – 2.70)	
จำนวนเม็ดยาเมทฟอร์มินที่ รับประทานต่อวัน				<0.001
1-2 เม็ด	168 (65.37)	123 (86.01)	1	
≥ 3เม็ด	89 (34.63)	20 (13.99)	3.26 (1.90 – 5.58)	
ระยะเวลาที่แพทย์สั่งยา				<0.001
1-2 เดือน	64 (24.90)	64 (44.76)	1	
≥ 3 เดือน	193 (75.10)	79 (55.24)	2.44 (1.58 – 3.77)	

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบพหุตัวแปร (Multivariable analysis) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพฤติกรรมการเกิดยาเมทฟอร์มินที่เหลือใช้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) เมื่อควบคุมผลกระทบจากตัวแปรอื่นๆในสมการสุดท้าย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี มีความเสี่ยงที่จะเกิดยาเมท

ฟอร์มินเหลือใช้มากกว่ากลุ่มผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี เท่ากับ 1.80 เท่า ($OR_{adj} = 1.80$, 95%CI: 1.11 – 2.91, $p<0.018$) ผู้ที่รับประทานยาเมทฟอร์มิน ≥ 3เม็ด ($OR_{adj} = 3.22$, 95%CI: 1.85 – 5.62, $p<0.001$) และผู้ที่มีระยะเวลาที่แพทย์สั่งยา ≥ 3 เดือน ($OR_{adj} = 2.51$, 95%CI:1.60 – 3.96, $p<0.001$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพฤติกรรมการเกิดยาเมทฟอร์มินที่เลือกใช้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 วิเคราะห์แบบพหุ (Multivariable analysis) เมื่อวิเคราะห์ทีละหลายตัวแปร โดยคำนึงถึงผลกระทบจากตัวแปรอื่นๆ

ปัจจัย	ยาเหลือใช้		OR _{adj} (95% CI)	P-value
	มี n (%) (n=257)	ไม่มี n (%) (n=143)		
อายุ				
< 60 ปี	51 (19.84)	49 (34.27)		0.018
≥ 60 ปี	206 (80.16)	94 (65.73)	1.80 (1.11 – 2.91)	
จำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวัน				<0.001
1 – 2 เม็ด	168 (65.37)	123 (86.01)	1	
≥ 3 เม็ด	89 (34.63)	20 (13.99)	3.22 (1.85 – 5.62)	
ระยะเวลาที่แพทย์สั่งยา				<0.001
1 - 2 เดือน	64 (24.90)	64 (44.76)	1	
≥ 3 เดือน	193 (75.10)	79 (55.24)	2.51 (1.60 – 3.96)	

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า ความชุกของยาเมทฟอร์มินที่เลือกใช้ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มากถึงร้อยละ 64.2 โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยเบาหวานให้ข้อมูลว่า มักเกิดจากแพทย์ได้สั่งจ่ายยาเมทฟอร์มินจำนวนเม็ดมากกว่าจำนวนวันที่รับประทานนับถึงวันนัดครั้งต่อไป หากผู้ป่วยเก็บยาที่เหลือไว้ที่บ้าน ไม่ได้นำมาแสดงด้วย เมื่อครั้งมาพบแพทย์ ก็ทำให้ความชุกของยาเหลือใช้น้อยกว่าความเป็นจริงได้ นอกจากนี้ บางครั้งผู้ป่วยเบาหวานอาจจะลืมรับประทานยาในบางเวลาบางวัน แล้วโทษว่าแพทย์ให้จำนวนเม็ดยาเกินมา เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุค่อนข้างมากแล้ว อาจมีการหลงลืมได้ แต่ยังเป็นกรณีที่ยาเมทฟอร์มินเหลือใช้ของผู้ป่วยที่นำมาแสดงทั้งหมดนั้น มีลักษณะปกติยังใช้การได้ หากมีการนับเป็นจำนวนเม็ดยาที่เหลือกับการจ่ายยาครั้งต่อไป ก็จะไม่สูญเสียคุณค่าของยา โดยความชุกของการมียาเหลือในการศึกษาครั้งนี้ มีความสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิภาพการจัดการยาเหลือใช้ของผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกพิเศษ ของ พรชิตา ศิรินวเสถียร⁹ มี

อัตรายาเหลือใช้ ร้อยละ 67.2 กลุ่มผู้มีอายุ มากกว่า 60 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อการเกิดยาเมทฟอร์มินเหลือใช้เป็น 1.80 เท่าของผู้ป่วยสูงอายุ น้อยกว่า 60 ปี ก็สอดคล้องกับการศึกษาของ วิภาดา ปุณณภาไพศาล และคณะ⁶ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดยาเหลือใช้มากกว่า 4 รายการ คือ อายุที่มากกว่า 60 ปี อายุที่เพิ่มมากขึ้น ความสามารถในการมองเห็นลดลง และมีปัญหาด้านความจำ ส่งผลทำให้เกิดยาเมทฟอร์มินเหลือใช้จำนวนเม็ดยาเมทฟอร์มินที่รับประทานต่อวัน ≥ 3 เม็ด มีความเสี่ยงต่อการเกิดยาเมทฟอร์มินเหลือใช้เป็น 3.22 เท่าของกลุ่มจำนวนเม็ดยาที่รับประทาน 1-2 เม็ดต่อวัน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทธา พูลทอง¹⁰ ที่พบว่าจำนวนเม็ดยาที่ต้องรับประทานต่อวัน เป็นผู้ป่วยที่ต้องรับประทานมีจำนวนเม็ดยาต่อวันมากกว่า 5 เม็ดจะมีความเสี่ยงมากกว่า ที่มีจำนวนเม็ดยาต่อวันน้อยกว่า 5 เม็ด และระยะเวลาที่แพทย์สั่งยา ≥ 3 เดือน มีความเสี่ยงต่อการเกิดยาเมทฟอร์มินเหลือใช้เป็น 2.51 เท่าของกลุ่มระยะเวลาที่แพทย์นัด 1-2 เดือน สอดคล้องกับการศึกษาของชิตพล พิสุทธิโกศล⁸ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ

เกิดยาเหลือใช้คือ ระยะเวลาตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป ซึ่งระยะเวลาที่แพทย์สั่งยานี้ทำให้ได้รับยาในปริมาณที่มากตามไปด้วย การบริหารยาที่มีจำนวนมาก จึงมีโอกาสทำให้ผู้ป่วยบริหารยาไม่ครบถ้วน และทำให้เกิดยาเหลือใช้ในปริมาณมากขึ้น

สรุป

ความชุกของการเกิดยาเมทฟอร์มินเหลือใช้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด อำเภอมือง จังหวัดร้อยเอ็ด ร้อยละ 64.2 ซึ่งมีความชุกค่อนข้างสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดยาเมทฟอร์มินเหลือใช้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย ปัจจัยเกี่ยวกับผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี มีความเสี่ยงที่จะเกิดยาเมทฟอร์มินเหลือใช้มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ($OR_{adj} = 1.80, 95\%CI: 1.11 - 2.91, p < 0.018$) ผู้ที่รับประทานยาเมทฟอร์มิน ≥ 3 เม็ด ($OR_{adj} = 3.22, 95\%CI: 1.85 - 5.62, p < 0.001$) และผู้ที่ มีระยะเวลาที่แพทย์สั่งยา ≥ 3 เดือน ($OR_{adj} = 2.51, 95\%CI: 1.60 - 3.96, p < 0.001$) กาแก้ไขปัญหายาเหลือใช้ ควรวางแผนจัดการระบบวันนัดให้พอดีกับจำนวนเม็ดยา ปรับลดระยะเวลาที่แพทย์สั่งยาให้น้อยกว่า 3 เดือน และการบริหารยาในผู้ป่วยสูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

เพื่อไม่ให้เกิดยาเมทฟอร์มินเหลือใช้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วยแพทย์ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องควรวางแผนจัดการระบบวันนัดให้พอดีกับจำนวนเม็ดยา ปรับลดระยะเวลาที่แพทย์สั่งยาให้น้อยกว่า 3 เดือน และการบริหารยาในผู้ป่วยสูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หน่วยงานคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่ได้ให้ข้อมูล และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย ผู้ช่วย

ศาสตราจารย์ ดร.ชนัญญา จิระพรกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพจน์ คำสะอาด และ ดร.เกษร แถวโนนจิว ที่ได้ให้คำแนะนำและตรวจสอบความบกพร่องในรายงานการทำวิจัย รวมทั้งให้คำปรึกษาที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes 2015. Diabetes Care. 2015; 38: 37-49.
2. International Diabetes Federation. IDF diabetes atlas 8 th edition: keymessage. [online] 2017. Available from: <https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas.html>.
3. สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ประเด็นสารณรงค์วันเบาหวานโลกปี 2561. [ออนไลน์]. 2561. [อ้างเมื่อ 1 กันยายน 2563]. จาก <http://www.thaincd.com/2016/news/announcementdetail.php?id=13256&gid=16>.
4. วรณพร เจริญโชคทวี, ทศพล เลิศวัฒนชัย, วินิตา รอดเหตุภัย, และ ศิริกัญญา กอบวรธนะกุล. การวิเคราะห์และจัดการปัญหาเหลือใช้ในชุมชนเมือง. วชิรเวชสาร, 2556; 57(3): 147-160.
5. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (ค่ายา ค่ารักษา) ต่อค่าใช้จ่ายของครัวเรือนทั้งหมด (GDP) ปี พ.ศ.2545-2557. [ออนไลน์]. 2558 [อ้างเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2564]. จาก http://www.social.nesdb.go.th/SocialStat/StatReport_Final.aspx?reportid=256&template=1R2C&yeartpe=M&subcatid=18.
6. วิภาดา ปุณณภาไพศาล, ภัทรินทร์ กิตติบุญญาคุณ, และ กฤษณี สระมณี. การออกแบบระบบการจัดการยาเหลือใช้ในผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการ

- วิเคราะห์สาเหตุราก. วารสารเภสัชกรรมไทย, 2561;10(2): 302-314.
7. Hsieh FY, Bloch DA, and Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. Statistics in Medicine [online]. 1998. Available from: <http://core.ac.uk/download/pdf/205199338.pdf>.
 8. ชิตพล พิสุทธิโกศล. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดยาเหลือใช้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนกับศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองประชาสโมสร อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557.
 9. พรชิตา ศิรินวเสถียร. ประสิทธิภาพการจัดการยาเหลือใช้ของผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกพิเศษ. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 2561; 15(2): 111-118.
 10. ภัทรา พูลทอง, และ ปาริโมก เกิดจันทิก. การพัฒนาเครื่องมือคัดกรองความเสี่ยงในการมียาเหลือใช้ในผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ายาเบาหวานชนิดรับประทาน. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน, 2562; 15(4): 65-74.

Received: 8 Dec 2021, Revised: 2 Feb 2022

Accepted: 17 Feb 2022

นิพนธ์ต้นฉบับ

“บวร” เพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของชาติพันธุ์ไทย-ลาว หลังสถานการณ์โควิด-19

ธาดา วรธนปิยกุล¹ ทองอินทร์ ไหวดี²สิงหา จันทริยวงศ์³ ปิยศักดิ์ สีดา⁴

บทคัดย่อ

การวิจัย“บวร” เพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของชาติพันธุ์ไทย-ลาว หลังสถานการณ์โควิด-19 ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา กรณีสืบเสาะหา “บวร” ของกลุ่มชาติพันธุ์ไทย-ลาว หมู่บ้านกลุ่มชาติพันธุ์ไทย-ลาว ที่อำเภอกระสัง(จังหวัดบุรีรัมย์) และอำเภอนาตาล (จังหวัดอุบลราชธานี) ประเทศไทย และ เมืองโกสอน พมวihan (แขวงสะหวันนะเขต) สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวและวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันตัวแปร (Confirmatory Factor Analysis) เพื่อให้ข้อสรุปตามวัตถุประสงค์ นำเชื่อถือ ดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพแนวชาติพันธุ์วรรณา (Ethnography Method) การเก็บรวบรวมข้อมูล การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) คนลาว 25 คน คนไทย 25 คน และ การใช้เทคนิคการสังเกต (Observation) แบบการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) และดำเนินการวิจัยเชิงปริมาณ แนวทางวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันตัวแปร โดยใช้แบบสอบถาม 56 ข้อ สำนวญความคิดเห็นจากบุคคลที่พูดภาษาไทยอีสานและลาวเป็นภาษาแม่ (Mother Tongue) จำนวน 500 คน ผลการวิจัย เครื่องมือในการวิจัย คือ ผู้วิจัยคือเครื่องมือ การวิเคราะห์เนื้อหาและทำเป็นแบบสอบถาม 56 ข้อ และ ใช้สถิติของการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันตัวแปร (Confirmatory Factor Analysis) ผลการวิจัยพบว่า “บวร” คือ บ้าน -วัด-รพ. เป็นกลไกการขับเคลื่อนร่วมกัน ในสามฝ่าย ระหว่างบ้านหรือหมู่บ้าน วัด และ โรงพยาบาล ในการดูแลสุขภาพตนเอง หลังสถานการณ์โควิด-19 จึงควรรณรงค์ให้ประชาชนมีค่านิยมการดูแลสุขภาพตนเอง และ กำหนดจารีตประเพณีในหมู่บ้านให้ร่วมมือกันสร้างกลไกบ้าน -วัด-รพ. ให้หมุนเวียน การป้องกันและควบคุมโรค ส่งเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ อย่างเป็นระบบ

คำสำคัญ : “บวร” การดูแลสุขภาพตนเอง หลังสถานการณ์โควิด-19

¹นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

²อาจารย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

³อาจารย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

⁴อาจารย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

Original Article

Bowon for Self care for Health of THAI-LAOS Ethnic Groups after Covid-19 situation

Tada wadtanapiyakul¹, Thongin waidee²

kingpetch songserm³, Piyasak seeda⁴

Abstract

Bowon research for self-care of Thai-Laos ethnicities After this Covid-19 situation, the objective is to study A case study of the “Bowon” mechanism of the Thai-Lao ethnic group Thai-Laos ethnic group village At Krasang district (Buriram province) and Natal district (Ubon Ratchathani province), Thailand and Kaisorn Phomwihan town (Savannakhet province), Lao People's Democratic Republic and corroborative components were analyzed. (Confirmatory Factor Analysis) to make the objective conclusions reliable. Conduct qualitative research on ethnography (Ethnography Method) data collection. In-depth interviews of 25 Laotians, 25 Thais and observational techniques. (Observation), participant observation and conducting quantitative research. Verification component analysis approach By using a 56-item questionnaire survey of people who speak Isaan Thai and Lao as their mother tongue (Mother Tonque) of 500 people. Research results Research tools are the researcher is the tool. The content analysis was a 56-item questionnaire and statistical analysis of corroborative components was used. (Confirmatory Factor Analysis) The results of the study revealed that "bowon", which is home-wat-hospital, is a mechanism that drives the three parties together between houses or villages, temples and hospitals in taking care of their own health. After the Covid-19 situation Therefore, it is advisable to campaign for people to have self-health care values and set customs in the village to cooperate in building mechanisms for houses, temples, and hospitals for rotation, prevention and control of disease. promote health medical treatment and health rehabilitation systematically It is a mechanism that drives three parties together between homes or villages, temples and hospitals for self-care. After the Covid-19 situation Therefore, it is advisable to campaign for people to have self-health care values and set customs in the village to cooperate in building mechanisms for houses, temples, and hospitals for rotation, prevention and control of disease. promote health medical treatment and health rehabilitation systematically

บทนำ

ปัจจุบันกระแสโลกมีอิทธิพลให้เราต้องปรับตัวตามยุค “New Normal” อันมีนิยามแบบสากลว่า “A previously unfamiliar or atypical situation that has become standard, usual, or expected” อันหมายถึง สถานการณ์หรือปรากฏการณ์แต่เดิมเป็นสิ่งที่ไม่ปกติ ผู้คนไม่คุ้นเคย ไม่ใช่ไตรฐาน ต่อมาเมื่อเหตุหรือวิกฤตบางอย่าง เช่น การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โรคโควิด-19) จึงมีการเปลี่ยนแปลงทำให้สถานการณ์ หรือ ปรากฏการณ์กลายเป็นสิ่งที่ปกติ และเป็นมาตรฐาน ซึ่งราชบัณฑิตยสถานสภา ได้บัญญัติศัพท์คำว่า นิวนอร์มัล หรือ ความปกติใหม่ หรือ ฐานวิถีชีวิตใหม่ ซึ่งอธิบายว่า มันมาจากคำว่า New Norm แปลว่า บรรทัดฐานใหม่นั้นเอง (ราชบัณฑิตยสถานสภา : 2564)

“บวร” หมายถึง ประเสริฐ เลิศล้ำ (ราชบัณฑิตยสถาน. 2564) “บ” คือ บ้าน หมายถึง หน่วยสังคมที่สำคัญหน่วยหนึ่ง สถาบันครอบครัวประกอบด้วย ชาวบ้าน และกลุ่มบุคคลต่าง ๆ ในชุมชน เช่น ผู้นำตามธรรมชาติ ผู้สูงอายุ สตรี เด็ก เยาวชน ปราชญ์ชาวบ้าน ภูมิปัญญาท้องถิ่น เป็นต้น “ว” แทนความหมายด้วยคำว่า “วัด” ซึ่งหมายถึงสถาบันศาสนาทุกศาสนาในชุมชนนั้น ๆ ประกอบด้วย ผู้นำทางศาสนาของแต่ละศาสนา ไม่ว่าจะเป็นศาสนาพุทธ คริสต์ อิสลาม พราหมณ์ฮินดู ซิกข์ เช่น เจ้าอาวาส ผู้ช่วยเจ้าอาวาส บาทหลวง อิมหม่าม คอเต็บ บิหลั่น เป็นต้น และ “ร” แทนความหมายด้วยคำว่า “โรงเรียนหรือราชการ” ซึ่งหมายถึง สถาบันการศึกษาและหน่วยงานราชการ ประกอบด้วย ผู้อำนวยการ อาจารย์ใหญ่ ครูใหญ่ คณะครู นักวิชาการ และบุคลากรทางการ

ศึกษาอื่น ๆ ทั้งในโรงเรียน วิทยาลัย มหาวิทยาลัย และองค์กรทางการศึกษาอื่น ๆ รวมถึงผู้แทนหน่วยงานภาครัฐในชุมชน อาทิ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน อบต. พัฒนาการประจำตำบล เกษตรตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เป็นต้น รวมทั้งระบบกลไกในการบริหารที่มาจากรัฐในรูปแบบอื่น ๆ (สำนักงานปลัดกระทรวงวัฒนธรรม. 2562 : 7) ซึ่ง “บวร” ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยให้หมายถึง บ้าน วัด และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กลไกนี้ต้องเชื่อมสัมพันธ์กัน บ้านขับเคลื่อน สอดคล้องกับวัด และวัดขับเคลื่อนสอดคล้องกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพราะฉะนั้น การศึกษาเรื่องนี้ น่าจะเป็นแนวทางที่ทำให้ประชาชนรู้จักดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. กรณีศึกษากลไก “บวร” ของกลุ่มชาติพันธุ์ไทย-ลาว หมู่บ้านกลุ่มชาติพันธุ์ไทย-ลาว ที่อำเภอกระสัง(จังหวัดบุรีรัมย์) และ อำเภอนาตาล (จังหวัดอุบลราชธานี) ประเทศไทย และ เมืองโกสอน พมวิหาน (แขวงสะหวันนะเขต) สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

2. วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันตัวแปร (Confirmatory Factor Analysis) เพื่อทำให้ข้อสรุปตามวัตถุประสงค์ข้อ 1 น่าเชื่อถือได้

วิธีดำเนินการวิจัย

วัตถุประสงค์ข้อ 1 ดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพแนวชาติพันธุ์วรรณา (Ethnography Method)ตามแนวทางของคลิฟฟอร์ด เกียร์ซ (Geertz, 1973) โดยดำเนินการดังนี้ โดยการเก็บข้อมูลใช้ 2 วิธี วิธีที่ 1 คือ การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) คนลาว 25 คน คนไทย 25 คน และ วิธีที่ 2 การใช้เทคนิคการสังเกต (Observation) แบบการสังเกตแบบ

มีส่วนร่วม (Participant Observation) และ แบบสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-Participant Observation) ควบคู่กันไปเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์ที่สุด ระหว่าง กันยายน 2561- ธันวาคม 2564) โดยการเข้าไปฝังตัวในหมู่บ้าน

วัตถุประสงค์ข้อ 2 ดำเนินการวิจัยเชิงปริมาณ แนวทางวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันตัวแปร โดยใช้แบบสอบถาม 56 ข้อ สำนวญความคิดเห็นจากบุคคลที่พูดภาษาไทยอีสานและลาวเป็นภาษาแม่ (Mother Tongue) จำนวน 500 คน ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบทำให้ได้เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้มาตรฐาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

วัตถุประสงค์ข้อ 1 ผู้วิจัยคือเครื่องมือที่ได้รับการรับรองจากหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการพัฒนาศาสตร์การพัฒนากฎหมาย มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ โดยการวิเคราะห์เนื้อหาและทำเป็นแบบสอบถามร่วมกันกัลยาณมิตร (เจ้าอาวาสวัด, นักวิชาการสาธารณสุข และ นักวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์)

วัตถุประสงค์ข้อ 2 เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม 56 ข้อ แต่ละข้อมีค่าไอเกนเกิน 0.400 (เป็นไปตามเกณฑ์ค่าสถิติของการวิเคราะห์องค์ประกอบ ซึ่งควรมีค่าไอเกน ไม่ต่ำกว่า 0.100) ทั้งนี้ได้สกัดตัวแปรและตัดกระทงข้อคำถามออก 2 ข้อ คือ ข้อ 1 และ ข้อ 2 จึงเหลือข้อกระทงแทนบรรทัดฐานใหม่ (New Norm) มีค่าไอเกนที่น่าเชื่อถือได้ จำนวน 54 ข้อ

ผลการวิจัย

1. เชิงคุณภาพ

1.1 จังหวัดอุบลราชธานี

ผู้วิจัยได้ลงพื้นที่ศึกษา กรณีศึกษา (Case Study) บ้านโนนงาม หมู่ที่ 17 ตำบลนาตาล

อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี สอบถามข้อมูลจากผู้ใหญ่บ้าน บอกว่า ไม่มีการพบผู้ติดเชื้อโควิด-19 มาแล้ว 2 ปี ตั้งแต่ 2561 จนถึงปัจจุบัน เพราะว่า เป็นหมู่บ้านที่คนในหมู่บ้าน มีนามสกุลอยู่สองนามสกุล มีความเป็นพี่น้องกัน ภูมิใจในผู้นำ เชื่อผู้นำ จึงระมัดระวัง โดยใช้ศีล 5 เป็นเกณฑ์ในการดำเนินชีวิตของคนในหมู่บ้าน ศีลข้อ 1 หมู่บ้านนี้ จะไม่มีการฆ่าสัตว์ใหญ่ ในหมู่บ้าน ถ้าอยากกินอาหารประเภทเนื้อ จะไปซื้อจากตลาด ได้ละเว้นการฆ่าสัตว์ ทำให้คนในหมู่บ้านมีจิตใจดีงาม มีความสบายใจ ไม่มีการเบียดเบียนทำร้ายชีวิตด้วยการการฆ่าสัตว์ตัดชีวิตเพื่อนำมาเป็นอาหาร ศีลข้อ 2 เขาบอกว่า เขาไม่เคยทะเลาะ เบาะแว้งกัน ดังคำสัมภาษณ์ของ นางชัชจิรา คนฉลาด(2564 : ตุลาคม 16) พี่สาวของผู้ใหญ่บ้านโนนงาม หมู่ที่ 17 ตำบลนาตาล อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี ที่บอกว่า “ที่หมู่บ้านนี้ ไม่เคยมีการทะเลาะ เบาะแว้งกัน เนื่องจาก เป็นญาติพี่น้องกันทั้งหมู่บ้าน มีแค่ 2 นามสกุล คือ นามสกุล คนฉลาด และ เข็มสีดา ถ้ามีเรื่องมีราวกัน ก็มีผู้เฒ่าผู้แก่ ของหมู่บ้าน คอยห้ามปรามและดูแล” ศีลข้อ 3 ไม่มีผิดผัวผิดเมีย เพราะ คนในหมู่บ้านส่วนใหญ่เป็น ญาติพี่น้องกันหมด และ เป็นหมู่บ้านปิด แล้วก็ไม่ละโมภ เพราะว่า มันมีพื้นที่จำกัด คือเป็นเจ้าของที่ไร่นาเพียงคนละไม่ เกิน 10 ไร่เท่านั้น จึงถูก ทำให้ใจให้ออกเพียงมาตั้งแต่เล็ก ๆ แต่ถ้ามีบางคน เป็นร้อยไร่แต่ บางคนแค่ไร่เดียวอย่างนี้ มันเกิด ความเหลื่อมล้ำ ในหมู่บ้าน แต่ที่นี้ไม่มี ศีลข้อ 4 ไม่พูดโกหก ไม่พูดอะไร เพราะว่า ส่วนใหญ่เป็นญาติ พี่น้องกัน ถูกห้ามปรามด้วยผู้อาวุโส ผู้หลักผู้ใหญ่ ที่ทุกคนเคารพนับถือในหมู่บ้าน และ ศีลข้อ 5 การดื่มเหล้า จะไม่ดื่มทุกวัน จะดื่มเฉพาะ ที่จำเป็นแต่ดื่มอย่างมีสติ ถ้าเมามาก ก็จะถูก การขัดเกลาทางสังคม คือ ดังคำสัมภาษณ์ของ นายประชุม คนฉลาด (2564 : ตุลาคม 16) ผู้ใหญ่บ้าน บ้านโนนงาม หมู่ที่ 17 ตำบลนาตาล อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี ที่บอกว่า “หมู่บ้านโนนงามนี้ จะมีการดื่มเหล้าบ้างเหมือนกันแต่จะไม่ดื่มทุกวัน จะดื่มเฉพาะที่จำเป็นเวลามีงาน และ ดื่มอย่าง

มีสติ ถ้าเมามาก ก็จะมีการตกเตือนจากญาติผู้ใหญ่ ให้มีการประพฤติตัวให้ถูกต้อง ไม่เอะอะโวยวาย รบกวนผู้อื่นและทำให้เดือดร้อน” โดยเริ่มต้นไปพบ กัลยาณมิตรก่อน ไปพบพระที่วัดพระโต บ้านปากแซง ตำบลพะลาน อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี พระ พุดถึง หมู่บ้านศีล 5 ซึ่งท่านให้ความสำคัญกับศีลข้อ 3 ภายใต้อารมณ์ที่ว่า ถ้าคนนับถือศีล 5 แล้วจะมีสุขภาพ ดี (พระครูวิระ วรานุกุล. 2564, ตุลาคม 16) ซึ่งการนับ ถือ ศีล 5 จะทำให้คนมีสุขภาพดี ดังนี้ คือ ศีลข้อ 1 ถ้า คนเราถ้าไม่ฆ่าสัตว์มัน ก็จะกินอาหารที่เป็นเนื้อสัตว์ น้อยลง ถ้ายังฆ่า ยิ่งทำให้อยากกินเนื้อสัตว์มากขึ้น การ ไม่ยอมฆ่า และไปซื้อตลาด เพราะฉะนั้น เขาก็ทำให้ลด การกินเนื้อสัตว์ เมื่อลดการกินเนื้อสัตว์ จะทำให้ลด ความเสี่ยงการเจ็บป่วย เช่น โรคมะเร็ง และ โรคข้อเข่า เสื่อม เป็นต้น ศีลข้อ 2 ไม่ลักทรัพย์ไม่ลักขโมย เมื่อไม่ ลักขโมย ก็จิตใจก็ไม่เครียดไม่กังวล ไม่กลัวเขาจับ ไม่ กลัวเขารู้ไข้ไหม อยู่อย่างมีความสุข เพราะฉะนั้น อารมณ์ดี ก็เข้าหลักการดูแลสุขภาพ 3 อ. 2 ส.คือ การ กินอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกาย การทำ อารมณ์และมีสุขภาพจิตที่ดี การลดละเลิกการสูบบุหรี่ การไม่ดื่มสุรา ศีลข้อ 3 การไม่ผิดผิดผิดเมีย ก็ทำให้ ครอบครัวอบอุ่น อยู่กันอย่างมีความสุข ไม่มีการ แยกแยก ทะเลาะเบาะแว้งกัน หรือ หย่าร้าง แยกกันอยู่ ทำให้ไม่มีปัญหาการทำร้ายกันทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งเข้าหลัก 3 อ. อารมณ์ดี ศีลข้อ 4 การพูดเท็จ ไม่พูด เพ้อเจ้อ พูดเกินความจริง พูดใส่ไข่ กบปาย เพราะฉะนั้น การไม่พูดเท็จทำให้ หู ตา จมูก ลิ้น กาย ไม่ถูกกระทบ ถ้าเราพูดเท็จมีคนมาจับผิดเรา มาด่าเรา นินทาว่าร้าย เราไม่ถูกตัวนี้ ทำให้เราไม่เครียด มีความสบายใจ มี อารมณ์ดี สุขภาพจิตดี ไม่มีโรคทางสุขภาพจิต อัน สุดท้าย ศีลข้อ 5 การไม่ดื่มเหล้า ของมีเมา และ ยา เสพติด การดื่ม ซึ่งจะให้มีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์ แข็งแรง การดื่มเหล้า เครื่องดื่มเป็นต้นเหตุของการ เจ็บป่วยหลายโรค เช่น โรคมะเร็งตับ โรคแอลกอฮอล์ลิ ซึม โรคสุขภาพจิต เป็นต้น



ภาพที่ 1 ส่วนประกอบ"บวร"บ้านปากแซง ตำบลพะลาน
อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี
ที่มา : (วิมลภา พุทธรัง, ภาพถ่าย. 2564 : ตุลาคม 16)

1.2 แขวงสะพานนเขต

ผู้วิจัยศึกษา เมืองโกสอน พมวิหาน เดิมชื่อคันธบุรี แขวงสะพานนเขต ซึ่งแขวงนี้มี ประชากรประมาณ 130,000 คน ตั้งอยู่ตรงข้าม จังหวัด มุกดาหารของประเทศไทย สัมภาษณ์ชาวบ้านแฉะ ละแวกวัดพระธาตุ อิงฮัง แขวงสะพานนเขต สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว คำกล่าวของ ลบ ทองวิไล (2561 : กันยายน 23) ที่ว่า “การมี สุขภาพร่างกายแข็งแรงขึ้นอยู่กับการรับประทานอาหาร กินอาหารพอเพียงและเดินจากบ้านมาวัดทุกวันเป็นการ ออกกำลังกายไปในตัวและการมาวัดนอกจากได้มานั่ง สมาธิ การทำทานแล้วยังได้มาช่วยงานวัดเป็นจิตอาสา อีกด้วย ได้มาพบปะผู้คนที่มาวัดหลายคน ทำให้มี สุขภาพดี จิตใจที่ดีตามไปด้วย” สอดคล้องกับคำกล่าว ของ นางนวน ตา (2561: กันยายน 23) ที่ว่า “ไปจำ ศีลที่วัดทุกวันศีล วันศีลใหญ่ไปนอนวัด ไม่ทานข้าวเย็น ต้มแต่น้ำเปล่า นั่งสมาธิ โดยนั่งไม่เอนหลังนั่งอย่างน้อย 6 ชั่วโมงคุณยายไม่เคยเจ็บป่วย ฟันดี มีแต่ผมหงอกช่วง เข้าพรรษาคูณยายทานผัก งาดำถั่ว เกลือ ข้าวคลุกงา คั่วแกงหน่อไม้” และ คำกล่าวของ ครูบานิด (2561 : กันยายน 23) “ฮึดคงจะเกิดก่อนพุทธศาสนา เหมือน พุทธศาสนาเหมือนเดิมทุกอย่าง ศาสนาขึ้นอยู่กับคน ปฏิบัติ ถ้าไม่ปฏิบัติศาสนา ก็จะเสื่อมฮึด คงตรงกับ ศาสนาทุกประการ เป็นตัวกลางที่สร้างอุโบสถอุบาสิก ทำไมลาวไม่มีหมอฟันบ้านเพราะคนป่วยน้อย คนลาวไม่ ค่อยเจ็บป่วยที่สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

มีโรงหมอน้อย (โรงพยาบาล) “อาพารน้อย” ชาวบ้านแถวชาวบ้านแถวละแวกวัดพระธาตุอิงฮัง จะไม่มีคนป่วย การมาวัดจะมาขอแค่ 5 อย่าง คือ 1. มาทำทาน 2. ผูกข้อมือ 3. ขอน้ำมันต์ 4. ขอคำอวยพร 5. ถวายขันหมากเบ็ง” และ คำกล่าวของ โสม สะโน (2561: กันยายน 24) “ตั้งแต่เช้าทุกวัน และมีวัดเป็นศูนย์กลางผู้คนจะแวะเวียนมาทำบุญและทำทานที่วัดโดยเฉพาะวันพระหรือชาวบ้านเรียกว่าวันศีลใหญ่และศีลน้อยจะมาทำบุญที่วัดเป็นจำนวนมาก ส่วนมากจะเดินไปวัดระยะทางประมาณ 2-3 กิโลเมตร เป็นการออกกําลังกายด้วย ทำให้ชาวบ้านในชุมชนแห่งนี้สุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่เจ็บป่วย”



ภาพที่ 2 ส่วนประกอบ"บรร"เมืองโกสอน พมวิหาน แขวงสะหวันนะเขต สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว
ที่มา : (ธาดา วรรณปิยกุล, ภาพถ่าย. 2561 : กันยายน 23)

1.2 จังหวัดบุรีรัมย์

ผู้วิจัยศึกษา หมู่บ้านศีล 5 ที่วัดคุรุราษฎร์ หมู่ที่ 17 ตำบลหนองเต็ง อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ จากการสัมภาษณ์ พระครูจันทธรรมโกวิท จันทสุทโธ (2564 : ตุลาคม 22) เจ้าอาวาสวัด อธิบายว่า วัดคุรุราษฎร์ เป็นวัดที่ได้รางวัลดีเด่นต้นแบบในการทำหมู่บ้านศีล 5 ประจำปี 2563 โดย วัด บ้าน และ ชุมชน มีผลดีกับสุขภาพกาย สุขภาพใจ เราต้องให้ความสำคัญบ้านเป็นอันดับแรก มีการช่วยเหลือคนในสังคม ชุมชนก็มีความสุข สุขภาพดีหมู่บ้านศีล 5 มีประมาณ 749 คน มีหมู่บ้านทั้งหมด 5 หมู่บ้าน วัดเป็นสถานที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ชุมชนมีความเคารพนับถือและให้ความ

ศรัทธาวัดเป็นอย่างดีมาก วัดให้ความรู้การกำจัดยุ่งลาย และจัดทำเครื่องมือให้แก่ชาวบ้านในการลดขยะ แวดล้อม และยังมีการให้การศึกษาอบรม ทางวัดยังได้ส่งเสียลูกศิษย์ให้การศึกษาโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน หวังเพียงแค่ให้เขาได้ตอบแทนคุณแผ่นดิน วัดไม่เคยคิดสิ่งตอบแทนจากลูกศิษย์ ชุมชนวัฒนธรรมการแต่งกายมาวัดใส่ชุดไหม รักษาวัฒนธรรมไทย ได้รับรางวัลโล่จากกระทรวงวัฒนธรรม วัดได้รางวัลดีเด่นในเรื่องอนุรักษ์วัฒนธรรม รักษาศีล 5 ทำให้วัด บ้าน ชุมชน อยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ไม่มีปัญหาในเรื่องการอยู่ร่วมกัน ชาวบ้านรักสามัคคี มีความปรองดองกัน เทศบาลจัดงานอะไรไม่เคยทอดทิ้งวัด มีวัด มีบ้าน มีชุมชน มีเทศบาล ทุกคนให้ความร่วมมือดีมาก หลวงพ่อทำตนเป็นต้นแบบ วัดมีการทำธนาคารน้ำ ลดพวงน้ำปฏิภูม การแนะนำการดูแลสุขภาพให้กับคนในครอบครัวก่อนอื่นต้องทำให้เป็นตัวอย่าง หมู่บ้านศีล 5 ทำให้สุขภาพกายสุขภาพใจดีขึ้นเพราะชุมชนให้ความร่วมมือดี ชุมชนไม่มีการขัดแย้งกันในชุมชนก็จะมีสุขภาพดีการทำศีล 5 จะมีผลดีต่อสุขภาพด้านต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ถ้าปฏิบัติตามศีล 5 จะทำให้จิตใจ เบิกบาน สุขภาพจิตดีสุขภาพกายก็ดีตามมาและจะทำให้อายุยืนและไม่แก่ วัดหนองเต็งเป็นหมู่บ้านศีล 5 ที่ได้รางวัลดีเด่น มีหมู่บ้านทั้งหมด 5 หมู่บ้าน เป็นหมู่บ้านที่มีชาวบ้าน มีสติ และสมาธิ คิดก่อนทำ มีความปรองดอง มีความสามัคคีกัน อยู่กันอย่างที่ปกครองน้อง น้องดูแลพี่ยึดหลัก ศีล 5 ในการทำงานใด ๆ หรือทำในสิ่งใด ๆ ก็จะมี สุขภาพ สุขภาพใจและกายดีตามมาด้วย หากเปรียบเทียบระหว่างก่อนเป็นหมู่บ้านศีล 5 กับภายหลันั้นความเป็นอยู่ของวัดชุมชนปฏิบัติศีล 5 ต่างกันอย่างสิ้นเชิง หลังมีการปฏิบัติศีล 5 วัดชุมชนอยู่ร่วมกันอย่างสงบสุข วัดเป็นศูนย์รวมจิตใจโดยมีวัดเป็นศูนย์รวมจิตใจ ถึงขนาดให้หลวงพ่อกำหนดการรับรองให้ชาวบ้านจึงจะวางใจหรือตรงไหนก็ได้

สรุปได้ว่า บ้าน วัด โรงพยาบาล เป็นกลไกสำคัญ ของการพึ่งตนเอง ทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้วยเทคนิคการปฏิบัติตามแนวทางพุทธวิธีศาสนา ทำให้มีการดูแลสุขภาพตนเอง ทำให้มีสุขภาพแข็งแรง ไม่ค่อยเจ็บป่วย มีความสุขทั้งทางร่างกายและจิตใจ และ ทางสังคม



ภาพที่ 3 ส่วนประกอบ"บวร"เพื่อดูแลสุขภาพกายและจิตของตนเอง

ตำบลหนองเต็ง อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์

ที่มา : (ธาดา วรธนปิยกุล, ภาพถ่าย. 2564 : ตุลาคม 28)

2. เชิงปริมาณ

ผลการสกัดตัวแปรหลังสำรวจความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 500 คนและ ทำการหมุนแกนแบบ Varimax ได้ 4 องค์ประกอบ ซึ่งแสดงข้อความความสัมพันธ์กันแต่ละองค์ประกอบ อีกทั้งแสดงค่าไอเกน(Eigen Value) อันหมายถึงค่าความผันแปรของตัวแปรทั้งหมดในแต่ละองค์ประกอบ ในการวิเคราะห์องค์ประกอบ นอกจากนี้อีกองค์ประกอบร่วม (Common factor) ที่ได้องค์ประกอบแรก จะเป็นองค์ประกอบที่แยกความผันแปรออกจากองค์ประกอบอื่นได้มากที่สุด จึงมีตัวแปรร่วมอยู่มากที่สุด ซึ่งเสนอในตารางที่ 5

ตารางที่ 1 องค์ประกอบที่ 1 ฐานวิถีชีวิตใหม่ (New Normal)หลังสถานการณ์โควิด-19 สัมพันธ์กับ 5 กฎธรรมชาติ, 7 พุทธวิธี,หมู่บ้านศีล 5 และ กิจกรรม 5 อ.

ข้อที่	ค่านิยม/จารีต/บรรทัดฐานใหม่	ค่าไอเกน
37	สถานการณ์หลังโควิด19 จะบังเกิดหมู่บ้านศีล 5 ในวัฒนธรรมวิถีพุทธไทย-ลาว	0.757
41	พุทธวิธีดื่ม “น้ำปานะ” หรือ สมุนไพรในยามวิกาล มีคุณค่าทางยารักษาโรคติดเชื้อและโรคกรรม	0.653
36	“เนสซซิก”คือ การนั่ง ยืน เดิน โดยไม่พึงหลังในตอนกลางคืน ทำให้แข็งแรง	0.646
38	หมู่บ้านศีล 5 คือ นิเวศวิทยาวัฒนธรรม “บวร”เพื่อชุมชนสุขภาวะหรือเป็นหมู่บ้านพิเศษทับซ้อนหมู่บ้านเดิม	0.631
48	กฎธรรมชาติที่เกี่ยวกับตัวเราคือ “จิต” การฝึกจิตเข้มแข็งจะเข้าถึงระบบพันธุกรรมและแก้ไขร่างกายได้	0.625
22	ศีล 5 คือ ห่วงโซ่ผู้ทำลายระบบกิเลส หรือโรคติดต่อทุกชนิด	0.606
42	นิเวศวิทยาวัฒนธรรม “บวร” มิติไตรสิกขาทำให้ การให้ทาน มีความสุข การถือศีลคือการป้องกันโรคภัยและการภาวนาคือการดับกิเลสหรือโรคติดต่อ	0.599
16	กลไก “บวร” ในวันพระ (วันอุโบสถศีล) 4 ครั้งต่อเดือนทำให้อาพาต (เจ็บป่วย)น้อย	0.567
39	หมู่บ้านแบบเดิมเป็นนิเวศวิทยาวัฒนธรรมอบายมุขก่อเกิดโรคติดเชื้อและขาดภูมิคุ้มกันโรคติดต่อ	0.564

ข้อที่	ค่านิยม/จารีต/บรรทัดฐานใหม่	ค่าไอเกน
53	การเข้ากรรม ทำเพียรโดยไม่รับประทานอาหารตลอดคืนแห่งอุโบสถศีลและภวนาทั้งคืน เป็นการฝึกอารมณ์ให้สงบและสามารถใช้ญาณหรือสมาธิ บำบัดโรคด้วยตนเองได้	0.561
47	พุทธศาสนาระบุว่า “ธรรมะ” คือธรรมชาติและศีล 5 คือสภาวะการณัรักษาคุศล ธรรมชาติอันสามารถป้องกันโรคติดต่อได้ด้วยตนเอง	0.554
35	7 พุทธวิธีรักษาโรคติดเชื้อ คือ ศีล 5 พังธรรม สวคคมนต์ รตนมนต์ เติณจกรรม สมาธิ (เนสัชชิก) และสมุณโพร	0.543
24	ปฏิบัติการ 4 อ. และ 7 พุทธวิธี คือ กระบวนการป้องกันและฟื้นฟูผู้ป่วยโควิด-19	0.514
50	ฮิตคองหรือบุญประเพณี 12 เดือนและจารีตการครองเรือน 14 ข้อ คือ ครรลองสร้างสุข ภาวะชุมชน สอดคล้องและต่อเนื่องกับวิถีพุทธที่วัดจัด จึงทำให้ประชาชนป่วยน้อยและสุขภาพแข็งแรง	0.508
46	วิถีไทยวิถีพุทธคือนิเวศวิทยาวัฒนธรรมสมุณโพรเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันและทำลายโรคติดเชื้อ	0.505
18	การดูแลสุขภาพตนเองตามกลไก “บวร” คือการรักษาโรคกรรมและโรคติดต่อ แก่ มนุษยชาติที่ลงทุนน้อย	0.468
12	การบวช หรือ เนกขัมมะคือการเป็น “หมอ” ดูแลตนเองอย่างประเสริฐ	0.462
30	ฮิตคองคือนิเวศวิทยาวัฒนธรรมสุขภาพตามครรลองพุทธศาสนา	0.455
14	นิเวศวิทยาวัฒนธรรม 5 อ. คือ การดูแลสุขภาพตนเองป้องกันโรคไวรัสโควิด	0.445
10	ดูแลสุขภาพตนเองเดือนละ 4 ครั้ง ด้วยการแพทย์ศีลอุโบสถป้องกันโรคติดเชื้อ	0.438
25	ความเจริญทางวัตถุและการเติบโตทางเศรษฐกิจมีผลทวีคูณความรุนแรงของโรคติดต่อหรือโควิด 19	0.429

ตารางที่ 2 องค์ประกอบที่ 2 วัดคือเขตชั้นที่สำคัญในวัฒนธรรมสุขภาพบวร (จิต-กาย-โรคติดเชื้อ)

ข้อที่	ค่านิยม/จารีต/บรรทัดฐานใหม่	ค่าไอเกน
56	การไปทำบุญที่วัดซึ่งเป็นสถานที่อนุรักษ สภาพลึงแวดล้อม มีธรรมชาติ ป่าร่มรื่น ดินดี น้ำดี ทำให้มีจิตใจสงบ เบิกบาน แจ่มใส อันมีผลดีต่อสุขภาพจิต และ อันมีผลดีต่อสุขภาพร่างกาย	0.763
52	การรับประทานอาหารที่ ประกอบด้วยวัตถุดิบตามฤดูกาล มีผลดีแก่ การดูแลสุขภาพ การป้องกัน และ การรักษาโรค	0.744
55	พุทธศิลป์ เป็นงานศิลปะที่เกี่ยวกับพุทธศาสนาที่สร้างในวัดทำให้คนไปทำบุญพบเจอ เกิดความตื่นรู้ และจรรโลงจิตใจ ลดความเครียด ผ่อนคลาย ทำให้มีสุขภาพจิตที่ดี	0.693

ข้อที่	ค่านิยม/จารีต/บรรทัดฐานใหม่	ค่าไอเกน
54	การดื่มน้ำสะอาดและดื่มน้ำมาก ๆ ร่วมกับการทำทาน ศิล ภาวนา จะทำให้เกิดผลดีต่อสุขภาพของบุคคลและเป็นการส่งเสริมสุขภาพ รักษาโรค	0.692
44	“วัด”เป็นเขตชั้นอันนบวร (ประเสริฐ) ที่สามารถรักษาสุขภาพจิต กายควบคู่กัน	0.641
51	กิจกรรมหมั่นเวียนในวัดได้แก่ ฟังธรรม ทำทาน ถวายศีล ภาวนา สมณไพร นำนมต์ สวดมนต์ เป็นต้น เป็นทางเลือกที่ดีที่เยาวชนควรมุ่งมั่นสืบสานต่อไป	0.640
45	สมณไพรคือ ผลลัพธ์ของนิเวศวิทยาวัฒนธรรมไทย-ลาว เพื่อสืบทอดอาหารเป็นยา	0.616
43	ความพอดีของอาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย (3 อ.) อยู่ในข้อวัตรแบบสงฆ์ ปุณฺณกรรม น้อมนำปฏิบัติ	0.605
49	การไปวัดเพื่อดำเนินชีวิตแบบแผน วิถีพุทธแล้ว การนับถือและปฏิบัติตามศีล 5 จะมีผลดีต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง	0.578
50	ฮิตคองหรือบุญประเพณี 12 เดือนและจารีตการครองเรือน 14 ข้อ คือ ครรลองสร้างสุขภาวะชุมชน สอดคล้องและต่อเนื่องกับวิถีพุทธที่วัดจัด จึงทำให้ประชาชนป่วยน้อย และสุขภาพแข็งแรง	0.523
34	หมู่บ้านศีล 5 คือนิเวศวิทยาวัฒนธรรม “บวร” ที่บ่มเพาะให้คนในชุมชน รักษาคุณภาพสุขภาพกาย -จิต-โรคกรรม	0.455

ตารางที่ 3 องค์ประกอบที่ 3 บวร(บ้าน-วัด-รพ.) คือ การแพทย์พึ่งตนเอง และ ปฏิบัติการ ศิล-สมาธิ-ปัญญา

ข้อที่	ค่านิยม/จารีต/บรรทัดฐานใหม่	ค่าไอเกน
9	กิจกรรมจิตอาสาในวัดส่งเสริมการทำ “เนสซิก” การแพทย์แนวพุทธ	0.724
8	การยกย่องสตรีที่เข้มแข็งให้ควบคุมนิเวศวิทยาวัฒนธรรม “บวร” เพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้า	0.719
5	“ฮิตคอง” คือ วิทยาศาสตร์การแพทย์โดยพุทธวิธี	0.682
4	การภาวนาคืออบรมจิตวิญญาณตามบรรยากาศ “คอง 14” (หรือวัตรของสงฆ์) เพื่อกำจัดกิเลสหรือโรคภัยไข้เจ็บ	0.680
10	ดูแลสุขภาพตนเองเดือนละ 4 ครั้ง ด้วยการแพทย์ศิลปอุปถัมภ์ป้องกันโรคติดต่อ	0.641
6	การดูแลสุขภาพแบบพึ่งตนเองในวิถีพุทธเป็นไปตามครรลอง นิเวศวิทยาวัฒนธรรม บ้าน-วัด-โรงพยาบาล	0.615
7	“พิธีสู่ขวัญ”คือกระบวนการเรียนรู้ระบบนิเวศการเกิดการดับหรือวัฏสงสารในปัจจุสมุชีพ	0.594
3	วันศีล 4 ครั้งต่อเดือน คือการหมั่นรักษาคือให้กุศลและสั่งสมบุญหรือรักษาดุลยภาพธาตุ 4 ในกาย	0.590
13	“การเดิน” ต้นเข้า คือ รหัสลับการแพทย์วิถีพุทธ	0.468

ตารางที่ 4 องค์ประกอบที่ 4 บุญประเพณี 12 เดือน สร้างจิตอาสาบวร ที่สัมพันธ์กับโคกหนองนาโมเดล เพื่อเพิ่มมูลค่าบนบรรทัดฐานใหม่

ข้อที่	ค่านิยม/จารีต/บรรทัดฐานใหม่	ค่าไอเกน
28	คุณลักษณะของ “บวร” คือ โรงพยาบาลรักษากายแต่พุทธวิธีรักษาใจ	0.610
26	การเกษตรแบบอินทรีย์ คือ นิเวศวิทยาวัฒนธรรมสุขภาพเพื่อสันติสุข	0.603
19	กลุ่มชาติพันธุ์ไทลาวของอีสาน และ สปป.ลาว ยึดถือว่า กินปลาเป็นหลัก กินผักเป็นยา กินกล้วยน้ำหว้าบำรุงร่างกาย	0.583
29	ลูกหลานดูแลตนเองและพ่อแม่เป็นกลไกสัมพันธ์ บ้าน-วัด-โรงพยาบาลเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อ	0.571
27	คำสำคัญแห่งสุขภาพ : โคกหนองนา ห่วงโซ่ อาหารและยา จัดหาสวนครัวรั้วกินได้	0.548
33	ความใกล้ชิดระหว่าง บ้าน-วัด-โรงพยาบาล ย่อมกระชับกลไกการรักษาจิตควบคู่กายหรือศีล 5	0.525
32	วัฒนธรรม “บวร” ทำให้เด็กเคารพผู้อาวุโส อันเป็นเงื่อนไขสำคัญถ่ายทอด วิชาการแพทย์วิถีพุทธ	0.505
17	ชายหนุ่มบวชพระ เด็กชายบวชเณรเพื่อฝึกสติสัมปชัญญะ ซึ่งนอกจากอาหารน้อยแล้วยังเรียนรู้สร้างปัญญา	0.489
21	การอบรมจิตใจอย่างสม่ำเสมอคือเป้าหมายหลักของนิเวศวิทยาวัฒนธรรมสุขภาพ	0.477
31	บุญประเพณี 12 เดือน คือกลไกการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อนิเวศวิทยาวัฒนธรรมสุขภาพ	0.473
15	การปฏิบัติธรรมที่ตั้งเป้าหมายเพื่อละกิเลสคือการเข้าสู่จรรยาบรรณนิเวศวิทยาวัฒนธรรม “บวร”	0.472
11	การรับประทานอาหารและสมุนไพรหรืออัญพืชและผักนึ่ง เติบ ยืน ไม่พึงหลัง คือ พุทธวิธีรักษาโรคกรรม	0.453
20	ศีล 5 สวดมนต์ น้ามนต์ ฟังธรรม สมาธิ เติบจกกรมและสมุนไพร คือ 7 พุทธวิธี รักษาโรคในกลไก “บวร”	0.443
23	กิจวัตรแบบสงฆ์ คือ อาหาร อากาศ อุจจาระและออกกำลังกายคือ การดูแลสุขภาพอันประเสริฐ	0.421

ตารางที่ 5 ค่าร้อยละแห่งความแปรปรวนไอเกน ดังนี้

องค์ประกอบ	ชื่อองค์ประกอบ	ค่าร้อยละไอเกนแห่งความแปรปรวน
1	ฐานวิถีชีวิตใหม่หลังจากสถานการณ์โควิด-19 สัมพันธ์กับ 5 กฎธรรมชาติ, 7 พุทธวิธี, หมู่บ้านศีล 5 และนิเวศวิทยาวัฒนธรรม 5 อ.	47.353
2	วัด คือ เขตชั้นแห่งนิเวศวิทยาวัฒนธรรมสุขภาพ (จิต-กาย-โรคติดเชื้อ)	5.179
3	นิเวศวิทยาวัฒนธรรมบวร (บ้าน-วัด-รพ.) คือ การแพทย์พึ่งตนเองด้วยเทคนิคเนสซิก, จงกรม, ฮีตคองและกิจวัตรแบบสงฆ์	3.459
4	บุญประเพณี 12 เดือน สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยจิตอาสา บวร และ โคกหนองนาโมเดล เพื่อมูลค่าเพิ่มบนฐานวิถีชีวิตใหม่	2.430

จากตารางที่ 5 มีความหมายว่า

องค์ประกอบบวร (Common factor) มีนัยสำคัญในการแก้ปัญหา เปลี่ยนแปลงสังคมในยุคนิวนอร์มอล ซึ่งในงานวิจัยนี้ คือองค์ประกอบที่ 1 มีค่าร้อยละแห่งความแปรปรวน ไอเกนเท่ากับ 47.353 07 จึงสมควรตั้งชื่อองค์ประกอบว่า ฐานวิถีชีวิตใหม่ (New Normal) หลังสถานการณ์โควิด-19 สัมพันธ์กับ 5 กฎธรรมชาติ, 7 พุทธวิธี, หมู่บ้านศีล 5 และ กิจกรรม 5 อ.

สรุป

การวิจัยเรื่อง “บวร” เพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของชาติพันธุ์ไทย-ลาว หลังสถานการณ์โควิด-19 ได้ข้อสรุป 4 ประการ ดังนี้

1. ฐานวิถีชีวิตใหม่ (New Normal) หลังสถานการณ์โควิด-19 สัมพันธ์กับ 5 กฎธรรมชาติ, 7 พุทธวิธี, หมู่บ้านศีล 5 และ กิจกรรม 5 อ.

2. วัดคือเขตชั้นสำคัญในวัฒนธรรมสุขภาพบวร (จิต-กาย-โรคติดเชื้อ)

3. บวร(บ้าน-วัด-รพ.) คือ การแพทย์พึ่งตนเอง และ ปฏิบัติการ ศีล-สมาธิ-ปัญญา

4. บุญประเพณี 12 เดือน สร้างจิตอาสาบวรที่สัมพันธ์กับโคกหนองนาโมเดล เพื่อเพิ่มมูลค่าบนบรรทัดฐานใหม่

อภิปรายผล

1. หลังสถานการณ์โควิด-19 สังคมโลกและสังคมไทย ต้องปฏิบัติตามบรรทัดฐานใหม่ (ฐานวิถีชีวิตใหม่) ดังนี้

1.1 รณรงค์ให้ประชาชนตื่นรู้ และปรับเปลี่ยนค่านิยมบนฐานชีวิตใหม่ (หรือบรรทัดฐานใหม่หรือ New Normal) หลังสถานการณ์โควิด-19

1.2 ส่งเสริมและสนับสนุนให้ส่วนราชการ ภาคเอกชนและภาคประชาชน จัดกิจกรรมตัวอย่างอิทธิพล 5 กฎธรรมชาติ เพื่อนิวนอร์มอล

1.3 กระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนให้วัดเป็นศูนย์กลางกิจกรรม 7 พุทธวิธีรักษาโรค เพื่อรับมือกับสถานการณ์โควิด-19

1.4 ทุกกระทรวง ทบวง กรม สนับสนุนโครงการหมู่บ้านศีล 5 ให้เป็นหมู่บ้านการสาธารณสุขแบบอย่าง บนบรรทัดฐานชุมชนใหม่ (New Norm/Normal)

1.5 กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงอุดมการณ์ศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และ นวัตกรรม และกระทรวงวัฒนธรรม สนับสนุนให้ประชาชนนำวัฒนธรรม 5 อ.(อาหาร อากาศ อูจาเราะ อารมณ์ ออกกำลังกาย) ที่สัมพันธ์กับนิเวศวิทยาวัฒนธรรม

1.6 รัฐบาลร่วมกับ สำนักพระพุทธศาสนา และ กระทรวงวัฒนธรรม สนับสนุน วัดและ พระอารามเจ้า (ผู้บรรลุตถธรรมแล้ว) ให้อบรมจิตแก่ประชาชน ให้เห็นคุณค่าของฐานวิถีชีวิตใหม่ ตามแนวพระพุทธศาสนา (ธรรมนิยาม 5, 7 พุทธวิธีรักษาโรค, ศีล 5, และ นิเวศวิทยาวัฒนธรรม 5 อ.)

1.7 กรมการศาสนาสนับสนุนให้วัดทุกวันนี้ นำเทคนิคเนสาชิก เติญจกรรม และ บุญประเพณีตามฮีตคองจัดกิจกรรมในวัด เพื่อพุทธศาสนิกชนที่ดี

1.8 โรงเรียนทุกโรง จัดกิจกรรมการเรียนการสอน และโครงการอาหารเข้า-เที่ยง สอดคล้องกับการใช้เวลาเวลาตามกิจวัตรของพระสงฆ์ เพื่อให้เด็กรุ่นใหม่รับมือกับนิวนอร์มอล

1.9 รัฐบาลสนับสนุนให้วัดและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกันจัดบุญประเพณีให้ครบ 12 เดือน เพื่อกระบวนกรรมมีส่วนร่วมของประชาชน และโน้มน้าวให้เกิดค่านิยมศีล 5

1.10 สนับสนุนให้ชุมชนจัดตั้งกลุ่มจิตอาสา ประสานสัมพันธ์ บวร กับ โคกหนองนาโมเดล สร้างกิจกรรมนิเวศวิทยาวัฒนธรรม 5 อ. เพื่อชุมชนสุขภาพ

2. “บวร” หมายถึง ในงานวิจัยนี้ คือ บ้าน - วัด-รพ. (กระแสรับสั่งของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 9 พ.ศ. 2529) จึงควรรณรงค์ให้ประชาชนมี

ค่านิยมการดูแลสุขภาพตนเอง และ กำหนดจารีตประเพณีในหมู่บ้านให้ร่วมมือกันสร้างกลไก บ้าน -วัด-รพ. ให้หมุนเวียน การป้องกันและควบคุมโรค ส่งเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ อย่างเป็นระบบ

ฉะนั้น บวรคือ กลไกการทำให้สังคมมีสุขภาพที่ดี และเป็นกลไกการขับเคลื่อนร่วมกัน ในสามฝ่าย ระหว่างบ้านหรือหมู่บ้าน วัด และ โรงพยาบาล หรือหอพักบ้าน นี้แหละ บวรจึงแปลว่า ประเสริฐ คือ กลไกอันประเสริฐ เพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ราชบัณฑิตยสถาน. (2564). “บวร” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก :<https://dictionary.orst.go.th/>. สืบค้นเมื่อ 20 ตุลาคม 2564.
2. สำนักงานปลัดกระทรวงวัฒนธรรม. (2562). แนวทางการสร้างความเข้มแข็งของ “บวร” เพื่อความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืนของชุมชนคุณธรรมน้อมนำหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง. กรุงเทพฯ : กระทรวงวัฒนธรรม
3. สำนักงานปลัดกระทรวงวัฒนธรรม. (2562). แนวทางการสร้างความเข้มแข็งของ “บวร” เพื่อความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืนของชุมชนคุณธรรมน้อมนำหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง. กรุงเทพฯ : กระทรวงวัฒนธรรม
4. สำนักงานปลัดกระทรวงวัฒนธรรม. (2562). แนวทางการสร้างความเข้มแข็งของ “บวร” เพื่อความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืนของชุมชนคุณธรรมน้อมนำหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง. กรุงเทพฯ : กระทรวงวัฒนธรรม
5. Geertz, Clifford (1973). Interpretation of Culture. Publishers. New York

Received: 3 Jan 2022, Revised: 27 Feb 2022

Accepted: 3 Mar 2022

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

สุกัญญา คณะวาปี¹, เกศินี สราญฤทธิชัย^{2*}

บทคัดย่อ

โรคอ้วนเป็นปัญหาสำคัญในเด็กวัยเรียนที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและต้องป้องกันเพื่อลดอัตราการเกิดโรคติดต่อไม่เรื้อรังในวัยผู้ใหญ่ การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสามกลุ่มวัดผลก่อน-หลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน จำนวน 114 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง A กลุ่มทดลอง B และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวนกลุ่มละ 38 คน กลุ่มทดลอง A ได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน กลุ่มทดลอง B ได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคอ้วน เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างกลุ่มหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง B มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน 1.ด้านความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคอ้วนแตกต่างจากกลุ่มทดลอง A (mean diff : 2.7, $p < 0.001$), และกลุ่มเปรียบเทียบ (mean diff : 1.3, $p < 0.001$) 2.ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน แตกต่าง จากกลุ่มทดลอง A (mean diff : 3.2, $p < 0.001$) และกลุ่มเปรียบเทียบ (mean diff : 1.23, $p < 0.001$) 3.ด้านทักษะการสื่อสารในการป้องกันโรคอ้วน แตกต่าง จากกลุ่มทดลอง A (mean diff : 7.2, $p < 0.001$), และกลุ่มเปรียบเทียบ (mean diff : 2.9, $p < 0.001$) 4.ด้านการรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคอ้วนแตกต่าง จากกลุ่มทดลอง A (mean diff : 9.1, $p < 0.001$), และกลุ่มเปรียบเทียบ (mean diff : 3.1, $p < 0.001$) 5.ด้านทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคอ้วน แตกต่าง จากกลุ่มทดลอง A (mean diff : 6.5, $p < 0.001$), และกลุ่มเปรียบเทียบ (mean diff : 1.9, $p < 0.001$) และ 6.ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน แตกต่าง จากกลุ่มทดลอง A (mean diff : 10.0, $p < 0.001$), และกลุ่มเปรียบเทียบ (mean diff : 5.0, $p < 0.001$) กลุ่มทดลอง B มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันโรคอ้วน 1.พฤติกรรมบริโภคอาหาร แตกต่าง จากกลุ่มทดลอง A (mean diff : 8.2, $p < 0.001$) และกลุ่มเปรียบเทียบ (mean diff : 4.5, $p < 0.001$) 2.พฤติกรรมออกกำลังกาย แตกต่าง จากกลุ่มทดลอง A (mean diff : 6.4, $p < 0.001$) และกลุ่มเปรียบเทียบ (mean diff : 4.4, $p < 0.001$) และพบว่าค่าเฉลี่ยน้ำหนักที่ลดลงระหว่างกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่มและกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่แตกต่างกัน ($p = 0.67$) โดยสรุปผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมนี้ สามารถเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนได้ ดังนั้น จึงควรมีการนำไปประยุกต์ใช้ในเด็กวัยเรียนกลุ่มอื่นๆ ได้

คำสำคัญ : ความรู้ด้านสุขภาพ, เด็กวัยเรียน, ภาวะน้ำหนักเกิน, โรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ

¹ นักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ บัณฑิตวิทยาลัย และคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*Corresponding author: kesinee@kku.ac.th

Original Article

EFFECTS OF HEALTH LITERACY DEVELOPMENT PROGRAM AND
HEALTH LITERATE SCHOOL ON BEHAVIOR MODIFICATION FOR OBESITY
PREVENTION AMONG OVERWEIGHT STUDENTSSukunya Kanawapee¹, Kesinee Saranrittichai ²

Abstract

Obesity in school-aged children was a global challenge in healthcare management for prevention non-communicable diseases in adult . The purpose of this quasi-experimental study, using a three-group, pretest/post-test design, was to examine Effects of health literacy development program and health literate school on behavior modification for obesity prevention among overweight students. The 114 school aged children were selected by simple random sampling from 10-12 years old with overweight. The participants were assigned to two experimental groups (group A n= 38) (group B n = 38) and the control group (group n =38). The duration of the study was eight weeks for the experimental group. The control group received usual care by the school only. The data were collected by using questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics and One-way Anova (F-test). Statistical significance was set at $p < 0.05$

The results show that, after the experimental program the mean score of health literacy for obesity prevention ,mean score of obesity prevention behaviors of the experimental group B was significant higher than the experimental group A and the control group ($p < .001$) Further, the mean score of weight loss was non significantly different between two experimental group and Control group ($p = .067$). In conclusions : This program could increasing the health literacy of obesity prevention and obesity prevention behaviors in school age children. There for it should be applied to other school aged groups.

Keywords: Health literacy, Overweight, School aged, Health literate school

¹ Master of Public Health in Health Education And Health Promotion, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

² Associate Professor, Graduate School, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

* Corresponding author: kesinee@kku.ac.th

บทนำ

ปัจจุบันโรคอ้วนถือเป็นปัญหาสุขภาพที่มีอัตราเพิ่มขึ้นทั้งในผู้ใหญ่และเด็กทั่วโลก โดยพบว่าเด็กวัยเรียนทั่วโลกมีภาวะเริ่มอ้วนจำนวนมากถึง 200 ล้านคน และเด็กจำนวนดังกล่าวมีภาวะอ้วนถึง 40-50 ล้านคน¹ ผลกระทบจากการเป็นโรคอ้วนตั้งแต่วัยเด็กคือการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง และทำให้มีภาวะไขมันในเลือดสูง นอกจากนั้นยังเกิดปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ ปอดจะขยายตัวน้อยทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เต็มที่ อาจเกิดอันตรายถึงชีวิตได้ เด็กที่อ้วนมักโดนเพื่อนแกล้งและล้อเลียนขาดความมั่นใจ ไม่เป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อน และในบางคนอาจวิตกกังวลมากทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้² ผลกระทบต่อสุขภาพเหล่านี้ทำให้ประเทศไทยต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเรื้อรังอันเกิดจากโรคอ้วน การส่งเสริมและป้องกันภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียนสามารถลดการเกิดภาวะอ้วนในวัยผู้ใหญ่ได้³

จากรายงานข้อมูลของประเทศไทยพบว่าตั้งแต่ปี 2560-2562 เด็กวัยเรียนอายุ 6-14 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 10.11, 11.13 และ 12.89 ตามลำดับซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง² จากการสำรวจข้อมูลภาวะโภชนาการในเด็กอายุระหว่าง 6-14 ปี ในเขตสุขภาพที่ 8 ปี 2560 -2562 มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 7.14, 8.26 และ 11.06 ตามลำดับ โดยพบว่าจังหวัดอุดรธานี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนตั้งแต่ปี 2560-2562 ร้อยละ 8.36, 9.72 และ 12.85 ตามลำดับ⁴ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดตัวชี้วัดระดับกระทรวง คือ เด็กวัยเรียนมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ไม่เกินร้อยละ 10 นั้น² ซึ่งผลการดำเนินงานที่ผ่านมายังไม่บรรลุเป้าประสงค์ ทั้งที่โรคอ้วนเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยการส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ถูกต้อง³

ผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2 ส ของกลุ่มวัยเรียนอายุ 7-14 ปีโดยกองสุศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 60.4 พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 58.4 และระดับไม่ดี ร้อยละ 39.0 นอกจากนี้ยังพบพฤติกรรมสุขภาพที่ยังเป็นปัญหา คือ พฤติกรรมการบริโภคน้ำอัดลม หรือเครื่องดื่มที่มีรสหวาน ร้อยละ 18.6 พฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวที่มีแป้ง น้ำตาล และไขมันสูง ร้อยละ 15.5 ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในวัยเรียน⁵ เมื่อบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อย จะส่งผลให้ขาดความรู้ด้านสุขภาพ เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีและไม่รู้จักดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิดการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพมาใช้เพื่อให้นักเรียนชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 4-6 มีทักษะการเข้าถึงข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพ การสื่อสารด้านสุขภาพ การจัดการตนเองด้านสุขภาพ และการรู้เท่าทันสื่อ เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมที่ยั่งยืนในการส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น^{6,7,8,9} นอกเหนือจากการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับบุคคลแล้วการแก้ปัญหาเด็กวัยเรียนที่มีน้ำหนักเกินจำเป็นต้องได้รับการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน^{8,9} สอดคล้องกับแนวคิดโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate School : HLS) ซึ่งหมายถึงโรงเรียนที่มีการจัดระบบการบริหารจัดการให้ทุกคนในโรงเรียนสื่อสารดูแลสุขภาพของตนเองได้ มีกระบวนการบริหารและจัดการ การสื่อสารความรู้ด้านสุขภาพ การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพและการเรียนรู้ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เมื่อมีการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในระดับโรงเรียนย่อมส่งผลให้นักเรียนรู้จักค้นหาข้อมูลไปใช้ประกอบการตัดสินใจ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่

เหมาะสมและบอกต่อสื่อสารผู้อื่นได้^๑ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิดการสร้างความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียน การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi – experimental research) แบบสามกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง (three – groups pre-test – post-test design) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มทดลอง A กลุ่มทดลอง B และกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มทดลอง A (experimental group A)

กลุ่มทดลอง A คือกลุ่มนักเรียนที่ได้รับโปรแกรม A กล่าวคือ เป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 อายุ 10-12 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยใช้เกณฑ์น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงเมื่อเทียบกับกราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเพศชายและ เพศหญิงสำหรับเด็กอายุ 5-18 ปี ของกรมอนามัย พ.ศ.2542 ที่มีค่ามากกว่า 2 เท่าของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (+2 S.D.) และ ≤ 3 S.D. ได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

กลุ่มทดลอง B (experimental group B)

กลุ่มทดลอง B คือกลุ่มนักเรียนที่ได้รับโปรแกรม B กล่าวคือ เป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 อายุ 10-12 ปี โรงเรียนในอำเภอจังหวัดอุดรธานี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยใช้เกณฑ์

น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง เมื่อเทียบกับกราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเพศชายและเพศหญิงสำหรับเด็กอายุ 5-18 ปี ของกรมอนามัย พ.ศ.2542 ที่มีค่ามากกว่า 2 เท่าของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (+2 S.D.) และ ≤ 3 S.D. และครูที่นักเรียนศึกษาอยู่ได้โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

กลุ่มเปรียบเทียบ (comparison group)

กลุ่มเปรียบเทียบ (comparison group) คือกลุ่มนักเรียนที่ไม่ได้รับโปรแกรมแต่ได้รับการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์และงานอนามัยโรงเรียนตามปกติ ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 อายุ 10-12 ปี โรงเรียนในอำเภอจังหวัดอุดรธานี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยใช้เกณฑ์น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง เมื่อเทียบกับกราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเพศชายและเพศหญิงสำหรับเด็กอายุ 5-18 ปี ของกรมอนามัย พ.ศ.2542 ที่มีค่ามากกว่า 2 เท่าของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (+2 S.D.) และ ≤ 3 S.D. ที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา เด็กวัยเรียนตอนปลายระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่ศึกษาโรงเรียนรัฐบาลในอำเภอหนองหาน อำเภอบ้านผือ อำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี ปีการศึกษา 2563

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เด็กวัยเรียนตอนปลายระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่ศึกษาโรงเรียนรัฐบาลในอำเภอหนองหาน อำเภอบ้านผือ อำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี ปีการศึกษา 2563 ที่มีภาวะน้ำหนักเกินเมื่อใช้เกณฑ์น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง เทียบกับกราฟ

แสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเพศชายและเพศหญิง สำหรับเด็กอายุ 5-18 ปี ของเพศเดียวกันที่อายุเท่ากัน ของกรมอนามัย พ.ศ. 2542 พบว่า มีค่ามากกว่า 2 เท่าของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน $+2$ S.D. และ $\leq +3$ S.D.

การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อทดสอบสมมติฐาน กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power 3¹⁰

Input:

Effect size $f = 0.4$

α err prob = 0.05

Power ($1-\beta$ err prob) = 0.95

Number of group = 3

Output :

Noncentrality parameter $\lambda = 16.32$

Critical F = 3.088

Numerator df = 2

Denominator df = 99

Total sample size = 102 สรุปกลุ่ม

ละ $\frac{102}{3} = 34$ คน

Actual power = 0.9547

ในสถานการณ์จริงในการกระบวนการศึกษาเชิงทดลองอาจมีการสูญหายของข้อมูลระหว่างการศึกษาจึงมีการเพิ่มขนาดตัวอย่างโดยการนำอัตราการสูญหายจากการติดตาม (Drop out) มาใช้ในการคำนวณปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างโดยการตัดผู้สูญหายจากการติดตามออกจากการวิเคราะห์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างขนาดกลุ่มตัวอย่างต่อกลุ่มโดยปรับเพิ่มร้อยละ 5 ขนาดตัวอย่างหลังได้ปรับเพื่อป้องกันสูญหายจากการติดตามแล้วจึงได้ขนาดตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจำนวนกลุ่มละ 38 คน กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ มีจำนวนทั้งหมด 114 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง A จำนวน 38 คน กลุ่ม

ทดลอง B จำนวน 38 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 38 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ เด็กวัยเรียนเพศชายและเพศหญิงที่ภาวะน้ำหนักเกิน กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนสังกัด สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน จังหวัดอุดรธานี ปีการศึกษา 2563 ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 จำนวน 114 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง A จำนวน 38 คน กลุ่มทดลอง B จำนวน 38 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 38 คน กลุ่มตัวอย่างมีความยินดีในการร่วมโครงการ

เกณฑ์คัดเข้าของอำเภอ

1) เป็นชุมชนกึ่งเมือง มีจำนวนประชากรใกล้เคียงกัน

2) มีจำนวนโรงเรียนใกล้เคียงกัน

3) ผลการประเมินภาวะโภชนาการและการเจริญเติบโตของเด็กวัยเรียนที่เริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 10-15

เกณฑ์คัดเข้าของโรงเรียน

1) โรงเรียนรัฐบาลขนาดกลางในอำเภอนองหาน อำเภอบ้านผือ อำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี

2) โรงเรียนไม่ได้มีการดำเนินกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

3) ผู้บริหารและครูยินดีให้ความร่วมมือ

4) โรงเรียนที่เป็นกลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่มและกลุ่มเปรียบเทียบต้องมีระยะห่างกัน

5) โรงเรียนที่มีผลการประเมินภาวะโภชนาการและการเจริญเติบโตของโรงเรียน

ปีงบประมาณ 2563 และพบว่า มีเด็กที่เริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 10-15

เกณฑ์การคัดค้านักเรียน (inclusion criteria) ดังนี้

- 1.) สามารถพูด ฟัง ได้
- 2.) กำลังศึกษาชั้น ประถมศึกษาปีที่ 4-6 และอาศัยอยู่กับผู้ปกครอง
- 3.) มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยใช้เกณฑ์น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง เมื่อเทียบกับกราฟ แสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเพศชายและเพศ หญิงสำหรับเด็กอายุ 5-18 ปี ของกรมอนามัย พ.ศ.2542 ที่มีค่ามากกว่า 2 เท่าของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (+2 S.D.) และน้อยกว่า 3 S.D.
- 4.) มีโทรศัพท์ smart Phoneและมีอินเทอร์เน็ต (ผู้วิจัยมีค่าใช้จ่ายในการซื้อ โปรโมชันอินเทอร์เน็ตให้ผู้เข้าร่วมโครงการทุกคน ตลอด ระยะเวลาเข้าร่วมโครงการ)

เกณฑ์การคัดค้านักเรียนในโปรแกรม

- 1) ครูประจำชั้นและครูงาน อนามัยโรงเรียนที่ดูแลการส่งเสริมสุขภาพของนักเรียน
- 2) ครูผู้ดูแลสหกรณ์โรงเรียน ที่กำหนดรายการสิ่งของที่ขายในสหกรณ์โรงเรียน
- 3) ผู้อำนวยการโรงเรียน

เกณฑ์การคัดค้านักเรียน (exclusion criteria)

- 1) มีโรคประจำตัวหรือภาวะ สุขภาพที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเช่น โรคเบาหวานโรคหัวใจ โรคหอบหืด โรคกระดูกและข้อ โรคสมาธิสั้น โรคทางจิตเวช เป็นต้นโดยผู้วิจัยประเมินจากบัตร บันทึกสุขภาพประจำตัวนักเรียน (สศ. 3)
- 2) อยู่ระหว่างการ รับประทานยาหรืออาหารลดน้ำหนัก หรือวิธีการใดๆในการรักษาเพื่อการลดน้ำหนัก

เกณฑ์การถอนตัวของนักเรียน (withdrawal criteria)

- 1) เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบ ตามที่กำหนดในโครงการ วิจัย
- 2) กลุ่มตัวอย่างขอถอนตัว ออกจากการทดลอง
- 3) กลุ่มตัวอย่างย้าย ภูมิลำเนาระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม
- 4) กลุ่มตัวอย่างมีอาการ เจ็บป่วยระหว่างการดำเนินโครงการวิจัย

เกณฑ์การถอนตัวของครู (withdrawal criteria)

- 1) เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบ ตามที่กำหนดในโครงการ วิจัย
- 2) กลุ่มตัวอย่างขอถอนตัว ออกจากการทดลอง
- 3) กลุ่มตัวอย่างย้าย ภูมิลำเนาระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม
- 4) กลุ่มตัวอย่างมีอาการ เจ็บป่วยระหว่างการดำเนินโครงการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรม การทดลองประกอบด้วย 2 โปรแกรม คือ

โปรแกรม A การพัฒนาความรู้ด้าน สุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอ้วน ในเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกินโดยพัฒนาจากแนวคิด ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy – HL) ของกอง สุขศึกษา ประกอบด้วย การจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาความ รอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วนสำหรับเด็กวัย เรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกินซึ่งเป็นการพัฒนาระดับบุคคล

ประกอบด้วย การบรรยายประกอบสื่อ power point ให้ความรู้เรื่องภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน การบริโภคอาหารและออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคอ้วน การสาธิตและการฝึกปฏิบัติการใช้งานสมาร์ตโฟนในการสืบค้นข้อมูล กิจกรรมกลุ่ม ได้แก่ การอภิปรายกลุ่ม การเล่นเกม การแสดงบทบาทสมมติ การคำนวณภาวะโภชนาการและกราฟอ้างอิงการเจริญเติบโต อาหารสาธิตตามโซนสีที่ให้พลังงานระดับต่าง ๆ การออกกำลังกาย การใช้ Line กลุ่มเพื่อการติดต่อสื่อสาร

โปรแกรม B การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกินโดยพัฒนาจากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy – HL) ของกองสุศึกษา ร่วมกับแนวคิดโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ ของกรมอนามัยซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ 1.กระบวนการบริหารจัดการ การมีนโยบายการสร้างความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน องค์ประกอบที่ 2.การสื่อสารความรู้ด้านสุขภาพ การสื่อสารการป้องกันโรคอ้วนในโรงเรียนผ่านบอร์ดความรู้ เสียงตามสาย องค์ประกอบที่ 3. การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพและการเรียนรู้ การที่โรงเรียนกำหนดให้ร้านค้า ร้านอาหารในโรงเรียน เลือกผลิตภัณฑ์อาหารมาจำหน่ายโดยเน้นผลิตภัณฑ์ทางเลือกด้านสุขภาพ องค์ประกอบที่ 4. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การมีส่วนร่วมของผู้จำหน่ายอาหารในโรงเรียน ครูผู้เลือกผลิตภัณฑ์บริโภคที่จำหน่ายในสหกรณ์ในการเลือกชนิดอาหารเพื่อสุขภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ประยุกต์จากแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน สำหรับเด็กวัยเรียนอายุ 9-14 ปี (นักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลายกับ

มัธยมศึกษาตอนต้น) กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ พ.ศ. 2557 ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของนักเรียน ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน 2) ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการในการป้องกันโรคอ้วน 3) ด้านทักษะการสื่อสารในการป้องกันโรคอ้วน 4) ด้านความรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคอ้วน 5) ด้านทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคอ้วน 6) ด้านการจัดการตนเองในการป้องกันโรคอ้วน ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคอ้วน ส่วนที่ 4 แบบบันทึกน้ำหนัก เมื่อเทียบกับกราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเพศชายและเพศหญิงสำหรับเด็กอายุ 5-18 ปี ของกรมอนามัย พ.ศ.2542

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ศึกษา จำนวน 3 คน พิจารณาให้ข้อเสนอแนะความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมในการใช้ภาษาของแบบสอบถาม จากนั้นคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Consistency Index : IOC)¹¹ แบบสอบถามในการศึกษารุ่นนี้ มีค่า IOC 0.67-1

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบด้านความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ ไปทดลองใช้ (Try out) กับนักเรียนหญิง ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ในโรงเรียนที่ไม่ใช่โรงเรียนกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีลักษณะทางประชากรที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ในจังหวัดอุดรธานี จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค¹² (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.79-0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล**ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บ****รวบรวมข้อมูล****ขั้นเตรียมการสำหรับกลุ่มทดลอง 2****กลุ่มและกลุ่มเปรียบเทียบ**

1.ดำเนินการทำหนังสือราชการจาก คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ถึง ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดอุดรธานี พร้อมชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย

2.ติดต่อยื่นและขอรับการพิจารณา จริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน มนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

3.ประชุมผู้บริหารโรงเรียน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล ที่อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบอำเภอที่เป็นกลุ่มทดลอง และอำเภอที่เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนของการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการ ดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

4.ผู้วิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพดำเนินการดังนี้

4.1) ขออนุญาต

ผู้อำนวยการโรงเรียนเข้าถึงและใช้ข้อมูลบัตรบันทึกสุขภาพ ประจำตัว สค3 เพื่อได้รายชื่อของเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

4.2) ประชุมอาสาสมัครเพื่อ

ชี้แจงและขอความยินยอมจากเด็กและผู้ปกครอง

4.3) เมื่อได้รับความยินยอม

จากเด็กและผู้ปกครองแล้วจึงทำการนัดหมายเพื่อประเมิน น้ำหนักตัวของเด็กอีกรอบหากเด็กอยู่ในภาวะน้ำหนักเกิน จึงสามารถคัดเข้าโครงการวิจัยได้

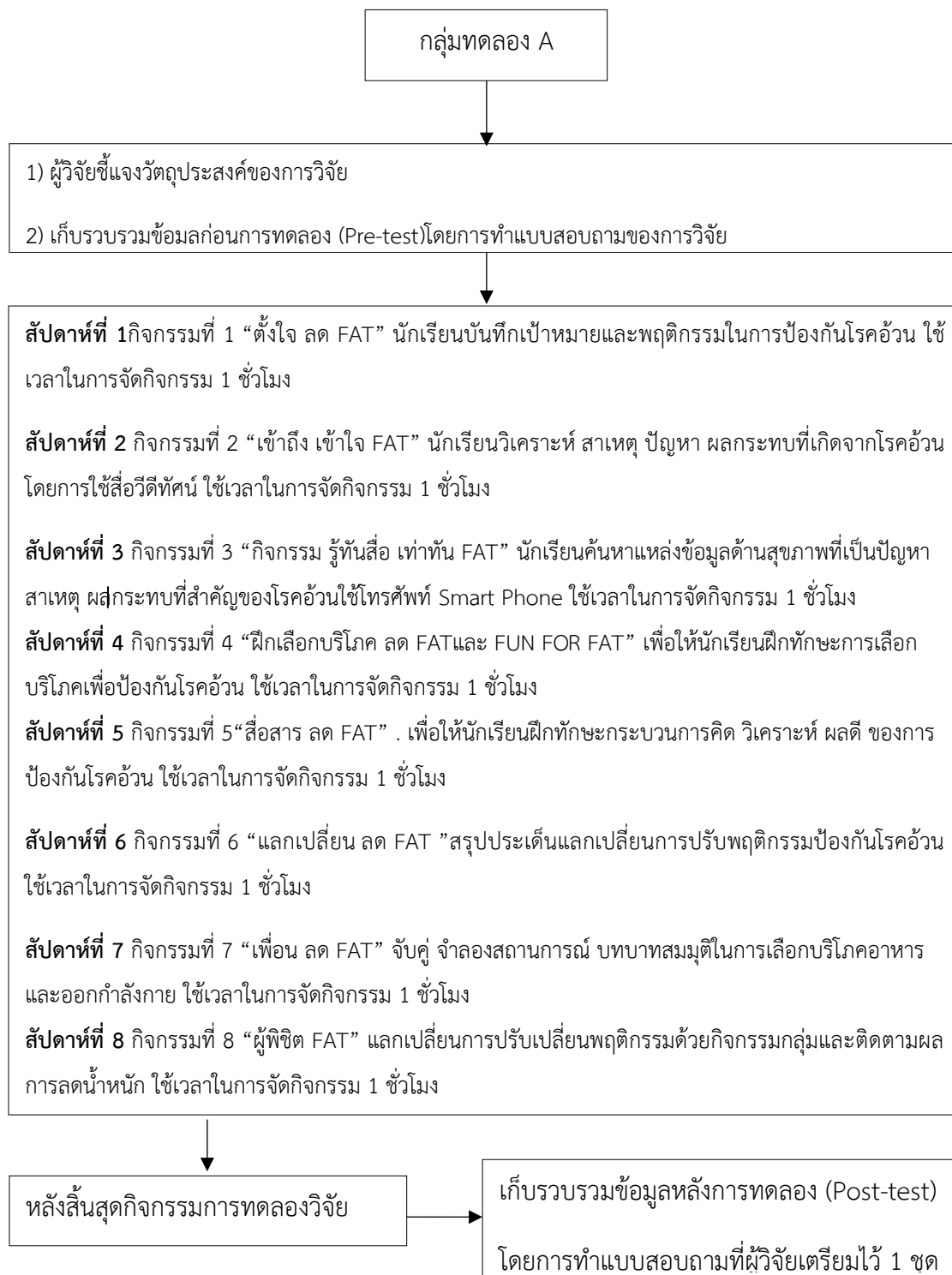
5.จัดเตรียมสถานที่ อุปกรณ์ วัสดุ อุปกรณ์และสื่อต่างๆ เพื่อใช้ในการดำเนินกิจกรรมให้กับ กลุ่มทดลอง

6.เตรียมผู้ช่วยเหลือในการวิจัย ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 1 คน ผู้ช่วย เจ้าหน้าที่อนามัย จำนวน 1 คน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนในการดำเนินงานวิจัย การตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง

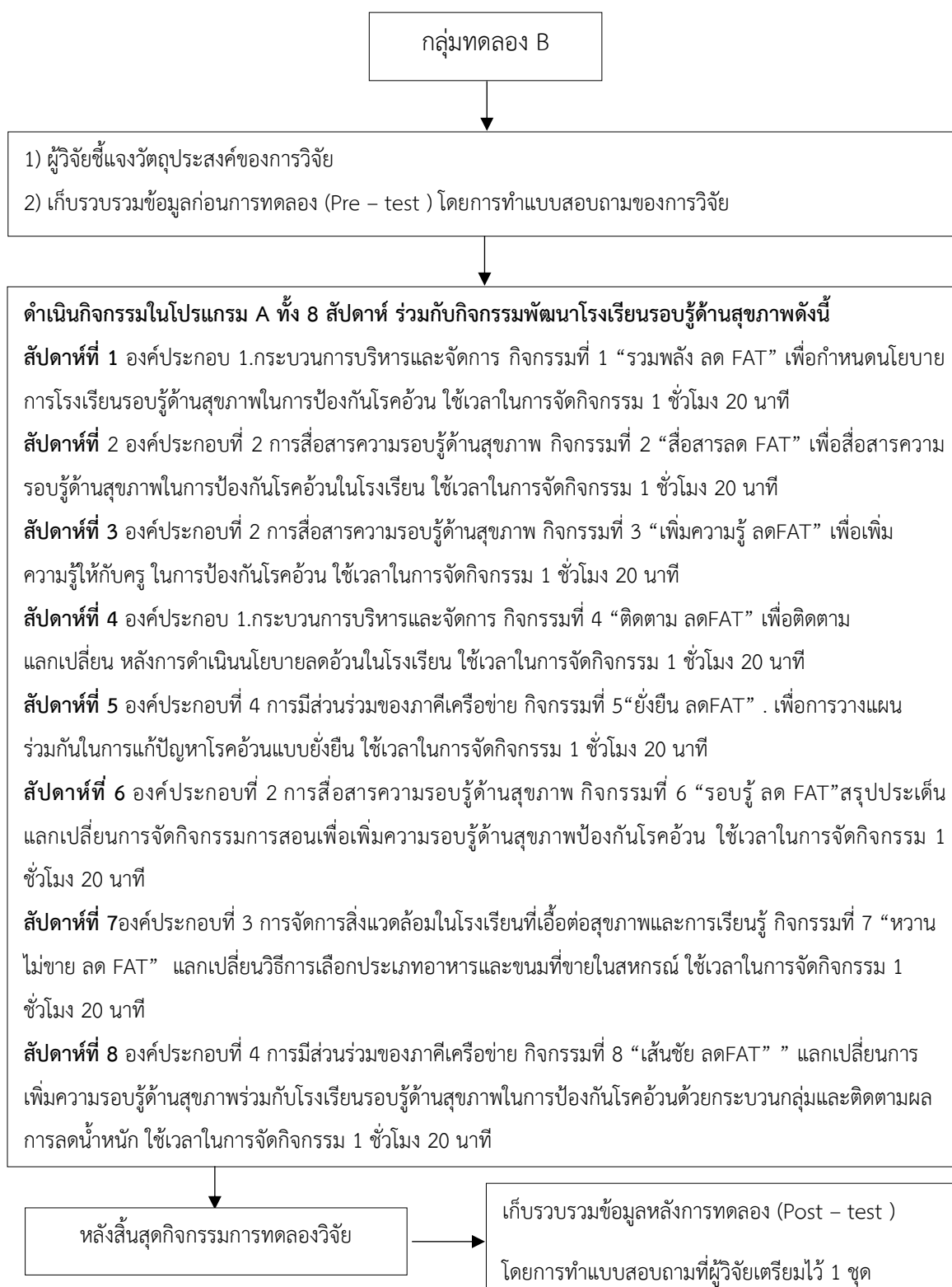
ขั้นตอนการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโปรแกรมการ พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กวัยเรียนร่วมกับ โรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ใน ระหว่าง เดือนพฤษภาคม - กรกฎาคม 2564 ใช้เวลา ทั้งหมด 8 สัปดาห์ โดยผู้เข้าร่วมการศึกษาถูกแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง A และกลุ่ม ทดลอง ดังนี้

กลุ่มทดลอง A โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกินในโรงเรียน



กลุ่มทดลอง B โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน



จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 21 มีนาคม 2563 ID 35826150 โดยผู้วิจัยจะยึดหลักวิชาการที่ได้จากการอบรมดังกล่าวมาใช้ตลอดกระบวนการศึกษาวิจัยในครั้งนี้อย่างเหมาะสมต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป STATA 15 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้การแจกแจงความถี่ เป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยทดสอบการกระจายข้อมูลแล้วเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นมีการแจกแจงแบบปกติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ One-way Anova เพื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป กรณี F-Test มีการแจกแจงแบบไม่ปกติใช้สถิติ Kruskal wallis test และค่าช่วงความเชื่อมั่น 95 %CI หากพบว่ามีอย่างน้อย 1 คู่ ที่แตกต่างกัน จะมีการทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วย Bonferroni

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มทดลอง A กลุ่มทดลอง B และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 114 คน มีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน 11.5 ± 0.81 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.81 ปี เพศชาย และเพศหญิงมีสัดส่วนใกล้เคียงกันร้อยละ 50-52 ระดับชั้นการศึกษาป.4-6 ร้อยละ 31.6 ความคิดเห็นต่อรูปร่างของตนเองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เกือบครึ่งหนึ่งมองว่าตนเองท้วม ร้อยละ 51.3 การพักอาศัย พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งอาศัยอยู่กับ พ่อและแม่ หรือ พ่อ หรือ แม่ ร้อยละ 50 เงินที่นักเรียนได้รับมาโรงเรียนเฉลี่ย 28-37 บาทต่อวัน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.19 บาท (ตารางที่ 1)

เมื่อเปรียบเทียบทั้ง 3 กลุ่ม จะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะข้อมูลทั่วไปของนักเรียนใกล้เคียงกัน

ได้แก่ อายุเฉลี่ย สัดส่วนของเพศ ระดับชั้นการศึกษา ความคิดเห็นต่อรูปร่างของตนเอง การพักอาศัย เงินที่นักเรียนได้รับมาโรงเรียน อาชีพของผู้ปกครอง การออกกำลังกาย และการควบคุมน้ำหนัก

ความรู้ด้านสุขภาพ : ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างกลุ่มหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง B มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน 1. ด้านความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคอ้วน แตกต่าง จากกลุ่มทดลอง A (mean diff : 2.7, $p < 0.001$), และกลุ่มเปรียบเทียบ (mean diff : 1.3, $p < 0.001$) 2. ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน แตกต่าง จากกลุ่มทดลอง A (mean diff : 3.2, $p < 0.001$) และกลุ่มเปรียบเทียบ (mean diff : 1.23, $p < 0.001$) 3. ด้านทักษะการสื่อสารในการป้องกันโรคอ้วน แตกต่าง จากกลุ่มทดลอง A (mean diff : 7.2, $p < 0.001$), และกลุ่มเปรียบเทียบ (mean diff : 2.9, $p < 0.001$) 4. ด้านการรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคอ้วนแตกต่าง จากกลุ่มทดลอง A (mean diff : 9.1, $p < 0.001$), และกลุ่มเปรียบเทียบ (mean diff : 3.1, $p < 0.001$) 5. ด้านทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคอ้วน แตกต่าง จากกลุ่มทดลอง A (mean diff : 6.5, $p < 0.001$), และกลุ่มเปรียบเทียบ (mean diff : 1.9, $p < 0.001$) และ 6. ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน แตกต่าง จากกลุ่มทดลอง A (mean diff : 10.0, $p < 0.001$), และกลุ่มเปรียบเทียบ (mean diff : 5.0, $p < 0.001$) (ตารางที่ 2)

เมื่อเปรียบเทียบทั้ง 3 กลุ่ม จะเห็นได้ว่า กลุ่มทดลอง B มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน สูงกว่ากลุ่มทดลอง A และกลุ่มเปรียบเทียบ

พฤติกรรมในการป้องกันโรคอ้วน จากแบบประเมินพฤติกรรมในการป้องกันโรคอ้วนเมื่อเปรียบเทียบ

ค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างกลุ่มหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลอง B มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารแตกต่าง จากกลุ่มทดลอง A (mean diff : 8.2, $p < 0.001$) และกลุ่มเปรียบเทียบ (mean diff : 4.5, $p < 0.001$) และพฤติกรรมการออกกำลังกายแตกต่าง จากกลุ่มทดลอง A (mean diff : 6.4, $p < 0.001$) และกลุ่มเปรียบเทียบ (mean diff : 4.4, $p < 0.001$) (ตารางที่ 3)

เมื่อเปรียบเทียบทั้ง 3 กลุ่ม จะเห็นได้ว่า กลุ่มทดลอง B มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน สูงกว่ากลุ่มทดลอง A และกลุ่มเปรียบเทียบ

น้ำหนักของนักเรียน พบว่าค่าเฉลี่ยน้ำหนักที่ลดลงระหว่างกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่มและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน ($p = 0.67$) อย่างไรก็ตามหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลอง A และกลุ่มทดลอง B สามารถลดน้ำหนักของตนเองได้ โดยกลุ่มทดลอง A สามารถลดน้ำหนักได้เฉลี่ย 1 กิโลกรัม ส่วนกลุ่มทดลอง B สามารถลดน้ำหนักได้เฉลี่ย 3 กิโลกรัม (ตารางที่ 4)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง B มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน และพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนสูงกว่ากลุ่ม A และกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) เนื่องจากกลุ่มทดลอง B ได้รับการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับบุคคลในการป้องกันโรคอ้วน การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน ทักษะการสื่อสารในการป้องกันโรคอ้วน การรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคอ้วน ทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคอ้วน การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและออกกำลังกาย

ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อรณิชา โพธิ์หมื่นทิพย์¹³ ได้ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น เป็นการให้ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม การฝึกให้นักเรียนตัดสินใจวางแผนการป้องกันโรคอ้วนส่งผลให้หลังการทดลองนักเรียนมีระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วน และพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ชัชวาลย์ เพ็ชรทอง¹⁴ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน เป็นการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยการให้ความรู้ ฝึกปฏิบัติเลือกตัดสินใจและมีการแลกเปลี่ยนภายในกลุ่มส่งผลให้หลังการทดลองนักเรียนมีระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วน และพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

นอกเหนือจากการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วนในระบบบุคคลแล้ว กลุ่มทดลอง B ยังได้รับการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วนในระดับองค์กรในการใช้แนวคิดโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ กระบวนการบริหารและจัดการกำหนดนโยบายการโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน การสื่อสารความรู้ด้านสุขภาพเพื่อสื่อสารความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วนในโรงเรียน การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพและการเรียนรู้วิธีการเลือกประเภทอาหารและขนมที่ขายในสหกรณ์ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายซึ่งสอดคล้องกับสำนักโภชนาการ กรมอนามัย² การแก้ปัญหาโภชนาการจำเป็นต้องได้รับการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน นโยบายของโรงเรียนเพื่อ

เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน จึงทำให้กลุ่มทดลอง B มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคอ้วนสูงกว่ากลุ่มทดลอง A และกลุ่มเปรียบเทียบ

ภายหลังการทดลองเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักของนักเรียนระหว่างกลุ่มหลังการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยน้ำหนักที่ลดลงระหว่างกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่มและกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่แตกต่างกัน ($p=0.67$) อย่างไรก็ตามหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลอง A และกลุ่มทดลอง B สามารถลดน้ำหนักของตนเองได้โดยกลุ่มทดลอง A สามารถลดน้ำหนักได้เฉลี่ย 1 กิโลกรัม ส่วนกลุ่มทดลอง B สามารถลดน้ำหนักได้เฉลี่ย 3 กิโลกรัม สอดคล้องกับการศึกษาของ วรานันท์ ดิหมาศ¹⁵ ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการลดน้ำหนักนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีภาวะอ้วน ในจังหวัดสมุทรปราการ เป็นการให้สุขศึกษาในเรื่องการลดน้ำหนัก การมีกิจกรรมกลุ่มของนักเรียน พบว่าภายหลังการทดลองมีน้ำหนักตัวลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.170$) โปรแกรมสุขศึกษาไม่สามารถทำให้น้ำหนักตัวของกลุ่มตัวอย่างลดลงได้เนื่องจากการลดน้ำหนักนั้นจะต้องประกอบไปด้วยการควบคุมอาหารซึ่งควบคู่ไปกับการออกกำลังกาย การกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งเพียงอย่างเดียว อาจไม่ส่งผลต่อการลดน้ำหนักได้และประกอบกับการลดน้ำหนักที่ถูกวิธีต้องให้น้ำหนักค่อยๆ ลดลงสัปดาห์ละ 0.5 กิโลกรัม ต้องอาศัยความต่อเนื่อง ไม่สามารถลดได้อย่างรวดเร็วในระยะเวลาอันสั้น ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้อาจไม่เพียงพอในเรื่องการสนับสนุนกันของเพื่อนเพื่อเอื้อให้เกิดพฤติกรรมออกกำลังกาย เนื่องด้วยในช่วงเวลาของการศึกษามีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้มีการปิดเรียน ผู้วิจัยมีการกระตุ้นการออกกำลังกายให้กลุ่มทดลองผ่านกลุ่ม Line และยังขาดการเพิ่มความรอบรู้ด้านการป้องกันโรคอ้วนให้กับผู้ปกครองเนื่องด้วยเด็กนักเรียนจำเป็นต้องเรียนด้วยระบบออนไลน์

สรุปผล

เด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน สามารถป้องกันการเกิดโรคอ้วนได้ด้วยการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันตนเองเพื่อให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง จำเป็นต้องได้รับการดูแลทั้งระดับบุคคลและจากครอบครัว การจัดสภาพแวดล้อมในโรงเรียนเพื่อเอื้อต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะ

ในการพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ในการศึกษาครั้งนี้ มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนชั้นประถมศึกษา ดังนั้นสามารถนำไปใช้ในสถานศึกษาอื่นๆ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงเรียน คณะครูของโรงเรียนที่อนุญาตให้ดำเนินการโปรแกรมในโรงเรียน และขอขอบคุณนักเรียนกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการดำเนินการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Childhood overweight and obesity [internet]. 2017 [Cited 2017 August 30]. Available from http://www.who.int/diet_physical_activity/childhood/en
2. สำนักโภชนาการ. (2558). แนวทางการคัดกรองส่งต่อและแก้ปัญหาเด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงในสถานศึกษา

- สถานบริการสาธารณสุขและคลินิก DPAC. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.
3. สำนักโภชนาการ. (2557). แนวทางการควบคุมป้องกันภาวะอ้วน ในเด็ก. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
 4. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. รายงานภาวะโภชนาการงานอนามัยโรงเรียน [internet]. [20 มิถุนายน 2562]. https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports//page.php?cat_id=67f8b1657bc8c796274fb9b6ad5a70
 5. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). คู่มือประเมินความรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนไทยที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. กรุงเทพฯ: สำนักกิจการโรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.
 6. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). แนวทางการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ(Health Literacy)เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ.2ส. กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพฯ: สำนักกิจการโรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.
 7. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International. 2000 Sep 1;15(3):259–67
 8. เกศินี สราญฤทธิชัย.(2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้ (Health Literacy : Concept, Theories and Applications) : คลังน่านวิทยา.
 9. กรมอนามัย. (2561). แนวทางการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate School : HLS). นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
 10. Edgar Erdfelder. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods. 2007, 39 (2), 175-191
 11. วนิดา วาติเจริญ, รังสรรค์ เลิศในสัตย์, สมบัติ ฑิตทรัพย์. ระเบียบวิธีวิจัยจากแนวคิดทฤษฎีสู่ภาคปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดดูเคชั่น จำกัดมหาชน, 2560.
 12. สมัทนา กลางคาร, วรพจน์ พรหมสัตยพรต. หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์-สารคามเปเปอร์, 2553.
 13. อรณิชา โพธิ์หมื่นทิพย์. (2564). ประสิทธิภาพของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. ค้นเมื่อ 14 พฤศจิกายน 2563, จาก https://www.mnrh.go.th/pdf_file_academic/academic_25640818-01.pdf
 14. ชัชวาลย์ เพ็ชรทอง.(2562). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. วารสารสุศึกษา, 42 (2), 23-25.
 15. วรณันท์ ดีหอมศีล.(2556). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุศึกษาในการลดน้ำหนักนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีภาวะอ้วน ในจังหวัดสมุทรปราการ. วารสารสุศึกษา, 34, (118)

Received: 27 Jan 2022, Revised: 28 Feb 2022

Accepted: 7 Mar 2022

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุทางถนนจากรถจักรยานยนต์ ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดชัยภูมิ

ภูมิพัฒน์ ลั่นเหลือ⁽¹⁾, เลิศชัย เจริญธัญรักษ์⁽²⁾

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางครั้งนี้ เพื่อศึกษาความชุก และปัจจัยการเกิดอุบัติเหตุจากการเดินทางด้วยจักรยานยนต์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย เขตพื้นที่การศึกษา 30 จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่เดินทางด้วยจักรยานยนต์ไปโรงเรียนทั้งสิ้น จำนวน 991 คน โดยศึกษาในระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2562 ถึง 30 มกราคม พ.ศ. 2563 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วย Multiple Logistic Regression นำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วย Adjusted odds ratio (OR_{adj}) ระดับช่วงความเชื่อมั่น 95%

ผลการศึกษา พบว่า มีนักเรียนตอบแบบสอบถาม จำนวน 920 คน (ร้อยละ 92.7) จำแนกเป็นกลุ่มที่เคยเกิดอุบัติเหตุ จำนวน 114 คน หรือมีความชุกของการเกิดอุบัติเหตุร้อยละ 12.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การขับซิ่งรถจักรยานยนต์ที่ความเร็วมากกว่า 80 กิโลเมตรต่อชั่วโมง ($OR_{adj}=3.01$, 95%CI=1.97-4.58, $p<0.001$) การขับซิ่งรถจักรยานยนต์ที่มีคนนั่งเกิน 2 คน ($OR_{adj}=2.00$, 95%CI=1.18-3.38, $p=0.001$) รถจักรยานยนต์ไม่มีกระจกมองข้าง หรือมีแต่ใช้การไม่ได้ ($OR_{adj}=3.43$, 95%CI=2.08-4.89, $p=0.005$)

ข้อเสนอแนะ ควรให้ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายการจราจร สร้างความตระหนักถึงอันตรายและวิธีป้องกันการเกิดอุบัติเหตุซิ่งรถจักรยานยนต์ การอบรมทำใบขับขี่ให้นักเรียน พร้อมทั้งจัดให้มีการตรวจสภาพของรถจักรยานยนต์ของนักเรียนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อให้มั่นใจว่ารถจักรยานยนต์อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน

คำสำคัญ: อุบัติเหตุ, จักรยานยนต์, นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการระบาด คณะสาธารณสุขศาสตร์

² รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาวิทยาการระบาดและชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

¹Corresponding author: pumipuht@kkumail.com

Original Article

Prevalence and Associated Factors of Motorcycle Accident Among Senior High School Students in Phukieo District, Chaiyaphum Province

Pumipuht Lonluai ⁽¹⁾, Lertchai Charentanyarak ⁽²⁾

Abstract

This research was cross-sectional analytical research for finding the prevalence and factor associated with motorcycle accident among high school students in the Secondary Education Service Area Office Chaiyaphum (Area 30th), Chiyaphum province. The sample consisted of 991 high school students who rode motorcycles to school. This study surveyed the accident occurring during January 1, 2019 to January 30, 2020. Data were collected by using a self-answer of questionnaire. The data were analyzed by using the multiple logistic regressions and presented as adjusted odd ratio (OR_{adj}) with 95% confidence interval.

The research got about 920 participants of the completed questionnaires (92.7%). The results showed that the prevalence of motorcycling accidents was 114 students (12.4%). The factors significantly associated with motorcycling accidents were speed of driving with more than 80 km./hr. (OR_{adj}=3.01, 95%CI=1.97-4.58, $p<0.001$), driving a motorcycle for more than 2 persons (OR_{adj}=2.00, 95%CI=1.18-3.38, $p=0.005$), motorcycle without side view mirror or not working (OR_{adj} =3.43, 95%CI=2.08-4.89 $p< 0.001$).

Suggestions, it should give the knowledge of traffic law, raise awareness of danger, motorcycling accident prevention, driving license training with motorcycle inspection once a year to ensure that the motorcycle is in working condition.

Keywords: accident, motorcycle, high school student

¹ Master of Public Health Student in Epidemiology, Faculty of Public Health, Khon Kaen University (e-mail: pumipuht@kkumail.com)

² Associate Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

¹Corresponding author: pumipuht@kkumail.com

บทนำ

ปัญหาอุบัติเหตุทางถนนเป็นปัญหาสำคัญที่ทุกประเทศกำลังเผชิญ และมีแนวโน้มการบาดเจ็บและเสียชีวิตสูงขึ้น โดยองค์การอนามัยโลกระบุว่าวัยรุ่นเยาวชน และกลุ่มเริ่มทำงาน เสียชีวิตประมาณ 1.35 ล้านคน ต่อปี ผู้ได้รับบาดเจ็บ 20-50 ล้านคนต่อปี มากกว่า 3 ใน 4 เป็นผู้ชาย และเป็น สถานการณ์อุบัติเหตุในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้จำนวน 10 ประเทศ พบว่า ประเทศที่มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงเป็นอันดับหนึ่ง คือ ประเทศไทย (32.70 ต่อแสนประชากร) ¹

สถานการณ์ประเทศไทยในปัจจุบันพบอัตราเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน จากบูรณาการข้อมูล 3 ฐาน พบว่า ปี 2554 – 2559 มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเฉลี่ย 21,200 คนต่อปี คิดเป็น 32.6 ต่อประชากรแสนคน หรือ 60 คน/วัน มีผู้บาดเจ็บนอนรักษาในโรงพยาบาล ประมาณ 200,000 คน/ปี และมีผู้พิการอีก 9,000 คน ² ซึ่งแนวโน้มของปัญหายังอยู่ในอัตราที่สูงขึ้น อุบัติเหตุทางจราจรนับเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย โดยเฉพาะอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์จากสถิติโดยสำนักงานตำรวจแห่งชาติปี พ.ศ. 2556 – 2558 พบว่ารถจักรยานยนต์มีอัตราการเกิด คิดเป็น 1 ใน 3 ของอุบัติเหตุทางถนนที่ได้รายงานทั้งหมด ³ สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุทางถนนมากที่สุด จากรายงานการเกิดอุบัติเหตุจราจรทางบก ของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ พบว่า ส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นตรงบริเวณถนนกรมทางหลวง ถึงร้อยละ 44.74 รองลงมาคือถนนในหมู่บ้าน ร้อยละ 25.51 และ บริเวณถนนในเมือง คิดเป็นร้อยละ 11.52 ⁴

จากสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนจังหวัดชัยภูมิ พบว่า จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนปี 2558-2562 คือ 14.90, 13.20, 11.34, 13.01 และ 12.66 ต่อ

แสนประชากรตามลำดับ ⁵ รายงานผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรปี 2562 แยกตามประเภทยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุมากที่สุดคือ จักรยานยนต์บาดเจ็บ 4,520 ราย คิดเป็นร้อยละ 87.90 ของการบาดเจ็บทั้งหมดเสียชีวิต 151 ราย คิดเป็นร้อยละ 88.30 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมดส่วนการบาดเจ็บ กลุ่มอายุที่มีการบาดเจ็บมากที่สุดคือ 16-25 ปี คิดเป็นร้อยละ 25 รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 46-55 ปี คิดเป็นร้อยละ 20 ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติเหตุสูงสุด คือ 18.00 -22.00 น. จักรยานยนต์เป็นสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุร้ายแรงที่สุด พฤติกรรมเสี่ยงพบว่า ขับขี่เร็วเกินกว่ากฎหมายกำหนด ขับรถตัดหน้ากระชั้นชิด และไม่สวมหมวกนิรภัย โดยสถานการณ์อุบัติเหตุในอำเภอภูเขียว พบว่าคิดเป็นอันดับ 3 ของจังหวัดชัยภูมิ คิดเป็นร้อยละ 8.29 การเสียชีวิตร้อยละ 10.53 บาดเจ็บ 8.10 ⁶

จากการสำรวจพบว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนในอำเภอภูเขียวที่ใช้จักรยานยนต์เป็นพาหนะในการเดินทางมาโรงเรียน มีจำนวนทั้งสิ้น 991 คน ⁷ และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุทางถนนจากจักรยานยนต์ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ การเกิดอุบัติเหตุทางจราจรในช่วงอายุ 15-24 ปี การไม่สวมหมวกนิรภัย การขับขี่เร็วเกินกำหนด การเลี้ยวโดยไม่ให้สัญญาณไฟเลี้ยว การขาดความระมัดระวังในการขับขี่ การห้ามล้อกะทันหัน และการขับรถตัดหน้ากระชั้นชิด ปัจจัยด้านพาหนะ ได้แก่ การดัดแปลงรถจักรยานยนต์ให้วิ่งเร็วขึ้น และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สภาพถนนไม่สะดวกต่อการเดินทาง [8,9,10]

จากสภาพปัญหาที่ได้กล่าวมาแล้วนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา ความชุก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุทางถนนจากจักรยานยนต์ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ซึ่งมี

ประสบการณ์ในการเกิดอุบัติเหตุจากจักรยานยนต์ เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัย ไปเป็นแนวทางการแก้ไข ปัญหา และลดอัตราการเกิด อุบัติเหตุจักรยานยนต์ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายอำเภอภูเขียวและเพื่อเป็นมาตรการในการป้องกันอุบัติเหตุจากจักรยานยนต์ ในเขตพื้นที่ อำเภอภูเขียว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่จักรยานยนต์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2562 ถึง 30 มกราคม พ.ศ. 2563 โรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา เขต 30 จังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยของที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่จักรยานยนต์ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย เขต 30 จังหวัดชัยภูมิ

วิธีการดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Analytical Study) ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ กลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 30 อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ คือกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ที่เดินทางมาโรงเรียนด้วยจักรยานยนต์ เท่านั้นจำนวน 991 คน ได้แก่ โรงเรียนภูเขียว จำนวน 495 คน โรงเรียนเพชรวิทยาคาร จำนวน 276 คน โรงเรียนกวางโจนศึกษา จำนวน 91 คน โรงเรียนพระธาตุหนองสามหมื่น จำนวน 60 คน โรงเรียนหนองคอนไทยวิทยา จำนวน 44 คน โรงเรียนหนองคอนไทยวิทยา จำนวน 25 คน โดยต้องเป็นนักเรียนที่เดินทางมาโรงเรียนโดยใช้จักรยานยนต์เป็นผู้วิจัยเลือกได้เลือก กลุ่มตัวอย่างที่มีอยู่ทั้งหมด จำนวน 991 คน เพราะได้ข้อมูลในภาพรวม ที่มีความชัดเจน และเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา เพื่อเปรียบเทียบการเกิดหรือไม่เกิดและปัจจัยของการเกิดอุบัติเหตุจาก

จักรยานยนต์ ในระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2562 ถึง 30 มกราคม พ.ศ. 2563 โดยเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม คือ 1)กลุ่มนักเรียนที่เกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่จักรยานยนต์ 2)กลุ่มไม่เกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่จักรยานยนต์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามแบบเติมข้อมูล ตามที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานที่พักอาศัย เป็นลักษณะคำถามแบบเติมข้อมูล รวมจำนวนทั้งสิ้น 18 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการเกิดอุบัติเหตุจักรยานยนต์ในช่วงระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2562 – 31 มกราคม พ.ศ. 2563 เป็น ลักษณะแบบสอบถามแบบเติมข้อมูล รวมจำนวนทั้งสิ้น 19 ข้อ โดยแบบสอบถามได้ผ่านขั้นตอนการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และมีความเชื่อมั่นทั้งนี้โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ผลการทดสอบ แบบสอบถาม ความรู้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แห่งความเที่ยงตรงโดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20)ค่าที่ยอมรับได้ (0.20– 0.80) ซึ่งแบบทดสอบมีค่าความยากง่ายอยู่ที่ระดับ 0.67

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. จัดทำหนังสือทำติดต่อประสานงานเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล โรงเรียนมัธยมปลายในอำเภอภูเขียว จัดส่งแบบสอบถามไป วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2564 โดย ใช้วิธีแบบสอบถาม โดยวิธีแจกแบบสอบถามและส่งคืนโดยการหย่อนลงกล่องที่ผู้วิจัยเตรียมไว้หรือส่งคืนทางไปรษณีย์(โดยผู้วิจัย ติดแสตมป์และจำหน่ายซองไว้เรียบร้อย) สถานที่ใช้ขอความยินยอมของอาสาสมัคร (สถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัวและไม่เปิดเผยตัวตนของอาสาสมัคร และสะดวกต่อการทำความเข้าใจและซักถามเกี่ยวกับการเข้าร่วมเป็น

อาสาสมัครในโครงการวิจัย) โรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา เขต 30 จังหวัดชัยภูมิ ภายใน วันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2564 โดยนักเรียน เป็นคนตอบแบบสอบถามเอง ระยะเวลาที่ใช้ในการทำแบบสอบถามประมาณ 15 นาที ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล และส่งคืนแบบสอบถามส่งแบบสอบถามกลับ ภายใน วันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2564

2. เก็บข้อมูลจากการสอบถาม ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น เพื่อหาความชุก และปัจจัยความสัมพันธ์ของการเกิดอุบัติเหตุในนักเรียนมัธยมปลายอำเภอภูเขียว

วิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ตารางแจกแจงความถี่ ร้อยละ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ที่ละเอียดถี่ถ้วนกับการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่จักรยานยนต์ โดยทดสอบความสัมพันธ์วิเคราะห์ที่ละตัวแปร (Univariate analysis) ด้วยสถิติ logistic regression ทำการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ โดยทดสอบความสัมพันธ์วิเคราะห์แบบหลายตัวแปร (Multivariate analysis) ด้วยสถิติ Multiple logistic regression ด้วยวิธี Backward Eliminated

จริยธรรมการวิจัย

โดยการวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE642031 ลงวันที่ 22 มีนาคม 2564

ผลการวิจัย

ช่วงเวลา ตั้งแต่วันที่ วันที่ 1 มกราคม 2562 ถึง 30 มกราคม 2563 เกิดอุบัติเหตุ จำนวน 114 คน คิดเป็นความชุกของการเกิดอุบัติเหตุร้อยละ 12.4 และจำนวนครั้ง การเกิดอุบัติเหตุมากที่สุด 4 ครั้ง น้อยที่สุด 1 ครั้ง ดังตารางที่ 1

1. ข้อมูลทั่วไป เพศ กลุ่มที่เกิดอุบัติเหตุและกลุ่มที่ไม่เกิดอุบัติเหตุ ไม่แตกต่างกันส่วนกันใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 53.5 และ 52.5 ตามลำดับ ระดับชั้นที่ศึกษา ทั้งสองกลุ่ม ไม่แตกต่างกันส่วนกันใหญ่ กำลังศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 42.1 และ 39.1 ตามลำดับ ประสพการณ์ในการขับขี่รถจักรยานยนต์ ทั้งสองกลุ่ม ไม่แตกต่างกันส่วนกันใหญ่มีประสบการณ์ในการใช้รถจักรยานยนต์อยู่ระหว่าง 3 - 5 ปี ร้อยละ 43.0 และ 41.2 ตามลำดับ พฤติกรรมในการขับขี่ ความถี่ในการขับขี่รถจักรยานยนต์ ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ส่วนใหญ่ขับขี่รถจักรยานยนต์มากกว่า 6 วัน ร้อยละ 51.8 และ 47.7 ดังตารางที่ 3

2. ข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุการกระจายการเกิดอุบัติเหตุตามเวลา (Time) อุบัติเหตุจะเกิดมากที่สุด ในช่วงเย็น (16.01-19.00) ร้อยละ 36.0 รองลงมา คือ ช่วงบ่าย (12.00-16.00) ร้อยละ 26.3 ตามลำดับ เกิดอุบัติเหตุตามสถานที่ (Place) สถานที่เกิดอุบัติเหตุมากที่สุด ถนนสายหลัก ร้อยละ 56.1 รองลงมา ถนนสายรอง ร้อยละ 43.9 ตามลำดับ ปัจจัยสภาพถนนและสิ่งแวดล้อม (Environment) ถนนที่เกิดอุบัติเหตุมากที่สุดคือ ทางลาดยาง ร้อยละ 48.2 รองลงมาคือ ถนนคอนกรีต ร้อยละ 35.1 ตามลำดับลักษณะผิวถนนที่เกิดอุบัติเหตุมากที่สุดมีลักษณะ ปกติผิวแห้ง ร้อยละ 42.1 รองลงมา ลักษณะ ผิวถนนขรุขระ เป็นหลุมเป็นบ่อ ร้อยละ 30.7 ตามลำดับ สาเหตุและลักษณะการเกิดอุบัติเหตุ ลักษณะการเกิดอุบัติเหตุมากที่สุด คือ การล้มเอง แลลเอง ร้อยละ 50.9 สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุมากที่สุด คือ การขาดความระมัดระวังในการขับขี่รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 28.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 การเกิดอุบัติเหตุของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามจำนวนร้อยละข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุ
(N=991)

ข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
n=991		
จำนวนการประสบอุบัติเหตุ		
ไม่เกิดอุบัติเหตุ	806	87.6
เกิดอุบัติเหตุ	114	12.4
จำนวนการประสบอุบัติเหตุในช่วงวันที่ 1 มกราคม 2562 - 30 มกราคม 2563		
MAX=4 MIN=1		

ตารางที่ 2 ข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุทางถนน (N=114)

รายละเอียดข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
n=114		
การกระจายอุบัติเหตุตามเวลา		
ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติเหตุ		
ช่วงเช้า (06.00-12.00)	28	24.5
ช่วงบ่าย (12.00-16.00)	30	26.3
ช่วงเย็น (16.01-19.00)	41	36.0
ช่วงกลางคืน (19.00-24.00)	10	8.8
ช่วงดึก (00.00-06.00)	5	4.4
การกระจายอุบัติเหตุตามสถานที่		
ถนนเกิดเหตุหลัก		
ถนนสายหลัก	64	56.1
ถนนสายรอง	50	43.9
การกระจายอุบัติเหตุถนนและสภาพแวดล้อม		
ผิวถนนเกิดอุบัติเหตุ		
ลาดยาง	55	48.2
คอนกรีต	40	35.1
ลูกรัง	19	16.7
ลักษณะถนนที่เกิดอุบัติเหตุ		
ปกติ	48	42.1
เปียกชื้น	29	25.4
ขรุขระเป็นหลุมเป็นบ่อ	35	30.7
ทางลาดชัน	2	1.8

รายละเอียดข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
n=114		
ลักษณะการเกิดอุบัติเหตุ		
รถจักรยานยนต์ล้มเอง	58	50.9
รถจักรยานยนต์ขับชนรถยนต์	12	10.5
รถจักรยานยนต์ชนรถจักรยานยนต์	14	12.3
รถจักรยานยนต์ชนสัตว์	14	12.3
รถจักรยานยนต์ชนวัตถุ	6	5.2
รถจักรยานยนต์ชนจักรยาน	10	8.8
สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุ		
ขับขี่รถจักรยานยนต์ด้วยความเร็ว	19	16.7
ขับขี่รถจักรยานยนต์ตัดหน้า	27	23.7
ไม่เปิดสัญญาณไฟเลี้ยว	6	5.3
การห้ามล้อกะทันหัน	30	26.3
การขาดความระมัดระวังในการขับขี่	32	28.0
ลักษณะการบาดเจ็บ		
บาดเจ็บเล็กน้อย เป็นแผล	101	88.6
ศีรษะกระแทกแตก	7	6.1
กระดูกหัก	4	3.5
สูญเสียอวัยวะ	2	1.8

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N=920)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มที่เกิดอุบัติเหตุ		กลุ่มที่ไม่เกิดอุบัติเหตุ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	n=114		n=806	
เพศ				
ชาย	53	46.5	383	47.5
หญิง	61	53.5	423	52.5
ระดับชั้นการศึกษา				
มัธยมศึกษาปีที่ 4	48	42.1	315	39.1
มัธยมศึกษาปีที่ 5	38	33.3	274	34.0
มัธยมศึกษาปีที่ 6	28	24.6	217	26.9
ประสบการณ์ในการขับขี่				

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มที่เกิดอุบัติเหตุ		กลุ่มที่ไม่เกิดอุบัติเหตุ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	n=114		n=806	
< 3 ปี	44	35.9	292	36.2
3-5 ปี	49	43.0	332	41.2
> 5 ปี	21	18.4	182	22.6
พฤติกรรมในการขับขี่				
การใช้รถจักรยานยนต์ ใน 1 สัปดาห์				
< 4 วัน	8	7.0	67	8.3
4-6 วัน	47	41.2	355	44.0
> 6 วัน	59	51.8	384	47.7

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทางสถิติระหว่างปัจจัยกับการเกิดอุบัติเหตุ แบบตัวแปรเดียว (Univariate Analysis) รายละเอียดดังตารางที่ 4

การขับขี่จักรยานยนต์ที่ความเร็วมากกว่า 80 กิโลเมตรต่อชั่วโมง มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่จักรยานยนต์ โดยผู้ที่ขับขี่จักรยานยนต์ที่มีความเร็วมากกว่า 80 กิโลเมตรต่อชั่วโมง จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุมากกว่าผู้ที่ขับขี่จักรยานยนต์ด้วยความเร็ว น้อยกว่า 80 กิโลเมตรต่อชั่วโมง ($OR = 3.01, 95\%CI=1.97-4.59, p<0.001$) การใช้จักรยานยนต์ในฐานะเป็นผู้ขับขี่เอง มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่จักรยานยนต์ โดยผู้ที่ใช้รถจักรยานยนต์ในฐานะเป็นผู้ขับขี่เอง

จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุมากกว่าผู้ที่เป็นผู้โดยสารจักรยานยนต์ ($OR = 2.51, 95\%CI= 1.22 - 5.14, p<0.012$) การขับขี่จักรยานยนต์เกิน 2 คน มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่จักรยานยนต์ โดยผู้ที่ขับขี่รถจักรยานยนต์เกิน 2 คน จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุมากกว่าผู้ที่เป็นผู้โดยสารจักรยานยนต์ $OR = 1.99, 95\%CI=1.20 - 3.30, p=0.004$) กระจกมองข้างใช้งานไม่ได้มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์โดยผู้ที่ขับขี่จักรยานยนต์ที่ กระจกมองข้างใช้งานไม่ได้ จะมีความเสี่ยง มากกว่า ผู้ที่ขับขี่จักรยานยนต์ที่ กระจกมองข้างใช้งานได้ดี ($OR = 2.86, 95\%CI=1.38 - 5.90, p=0.008$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียวระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด

อุบัติเหตุ (Univariate Analysis)

ปัจจัย	กลุ่มที่เกิดอุบัติเหตุ		กลุ่มที่ไม่เกิดอุบัติเหตุ		OR	95%CI	p-Value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
	n=114		n=806				
การใช้จักรยานยนต์							0.012
ผู้โดยสาร/ซ้อนท้าย	10	8.8	151	18.7	1		
เป็นผู้ขับเอง	114	91.2	655	81.3	2.51	1.22 – 5.14	

ตารางที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียวระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด

อุบัติเหตุ (Univariate Analysis) (ต่อ)

ปัจจัย	กลุ่มที่เกิดอุบัติเหตุ		กลุ่มที่ไม่เกิดอุบัติเหตุ		OR	95%CI	p-Value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
	n=114		n=806				
การขี่รถจักรยานยนต์โดยมีคนนั่งเกิน 2 คน							*0.004
ไม่เคย	20	17.5	240	29.6	1		
เคย	94	82.5	566	70.2	1.99	1.20 - 3.30	
ความเร็วในการขี่รถจักรยานยนต์							*<0.001
< 80 ก.ม./ช.ม.	71	62.3	671	83.2	1		
≥ 80 ก.ม./ช.ม.	43	37.7	135	16.8	3.01	1.97 - 4.59	
สภาพอุปกรณ์รถจักรยานยนต์							
กระจกมองข้าง							*0.008
ใช้งานได้ดี	103	90.3	777	96.4	1		
ใช้งานไม่ได้	11	9.7	29	3.6	2.86	1.38 - 5.90	

*กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

การวิเคราะห์แบบ Multiple Logistic Regression โดยคำนึงถึงผลกระทบของปัจจัยอื่นพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุ ได้แก่ ผู้ที่ขับขีรถจักรยานยนต์ที่มีความเร็วมากกว่า 80 กิโลเมตรต่อชั่วโมง ($OR_{adj}=3.01$, $95\%CI=1.97-4.58$, $p<0.001$)

การขับขีรถจักรยานยนต์ที่มีคนนั่งเกิน 2 คน ($OR=2.00$, $95\%CI=1.18-3.38$, $p=0.005$) รถจักรยานยนต์ใช้อยู่ มีอุปกรณ์ที่มีสภาพดีและใช้งานได้ดี กระจกมองข้างใช้งานไม่ได้ หรือไม่ได้ใช้ โดยผู้ที่ขับขีรถจักรยานยนต์ที่ กระจกมองข้างใช้งานไม่ได้ เท่ากับ 3.43 เท่า ($OR =3.43$, $95\%CI=2.08-4.89$, $p=0.005$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 วิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบหลายตัวแปรระหว่างปัจจัยต่างที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุ (Multiple Logistic Regression)

ปัจจัย	กลุ่มที่เกิดอุบัติเหตุ	กลุ่มที่ไม่เกิดอุบัติเหตุ	Crude OR	Adj. OR	95%CI	p-Value
	ร้อยละ	ร้อยละ				
การขับขีรถจักรยานยนต์โดยมีคนนั่งเกิน 2 คน						*0.005
ไม่เคย	17.5	29.6	1	1		
เคย	82.5	70.2	1.99	2.00	1.18 – 3.38	
การใช้ความเร็วในการขับขีรถจักรยานยนต์เท่าใด						< 0.001
≥ 80 ก.ม./ชม.	62.3	83.2	1	1		
< 80 ก.ม./ชม.	37.7	16.8	3.01	3.01	1.97 - 4.58	
สภาพอุปกรณ์รถจักรยานยนต์						0.005
กระจกมองข้าง						
ใช้งานดี	90.3	96.4	1	1		
ใช้งานได้ดี	9.7	3.6	2.86	3.43	2.08 - 4.89	

*กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

การขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ทำความเร็วมากกว่า 80 กิโลเมตรต่อชั่วโมง มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ จากผลการศึกษา ผู้ที่ขับขี่รถจักรยานยนต์ที่มีความเร็ว 80 กิโลเมตรต่อชั่วโมง เท่ากับ 3.01 เท่า มีผู้ที่ขับขี่รถจักรยานยนต์ความเร็วต่ำกว่า 80 กิโลเมตรต่อชั่วโมง ($OR_{adj}=3.01, 95\%CI=1.97-4.58, p<0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ เกรียงศักดิ์ หลิวจันทร์พัฒนาและคณะ (2542)⁹ การขับขี่รถจักรยานยนต์ด้วยความเร็วมากกว่า 90 กิโลเมตรต่อชั่วโมงเท่ากับ มีความเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุ 1.62 เท่า ความเร็วน้อยกว่า 90 กิโลเมตร ($RR=1.62, 95\%CI=0.95-2.74$) แต่ไม่สอดคล้องกับ Vorko-Jovic et al (2549)¹¹ ที่พบว่า ความเร็วที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุมากที่สุด อยู่ในช่วง 40-60 กิโลเมตรต่อชั่วโมง รองลงมา 60-80 กิโลเมตร ต่อชั่วโมงตามลำดับ อาจจะเพราะสภาพสังคมตามบริบทการใช้กฎหมายทางการจราจรในแต่ละประเทศด้วย การขับขี่รถจักรยานยนต์ที่โดยมีคนนั่งเกิน 2 จากผลการศึกษา ผู้ที่ขับขี่รถจักรยานยนต์ที่เคยมีคนนั่งเกิน 2 คน มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์เท่ากับ 3.02 เท่า ($OR_{adj}=3.02, 95\%CI=1.18-3.38, p=0.005$) สาเหตุหลักการเกิดอุบัติเหตุ มาจากการไม่เคารพตามกฎหมาย และเป็น การฝ่าฝืน ข้อ 3 วรรค (1) ของกฎกระทรวงรถจักรยานยนต์ที่มีผู้ที่นั่งซ้อนท้ายเกินกว่าหนึ่งคน ย่อมทำให้การควบคุมรถจักรยานยนต์เป็นไปอย่างยากลำบากและมีโอกาสที่จะเสียการทรงตัวและเกิดอันตรายได้ง่าย เมื่อรถจักรยานยนต์ที่นั่งซ้อนท้ายมีผู้ขับขี่และผู้ที่นั่ง ซ้อนท้ายรวมสามคน ย่อมทำให้การควบคุมรถจักรยานยนต์ดังกล่าวเป็นไปได้ยากกว่าการบรรทุกโดยปกติ พระราชบัญญัติจราจรทางบก (2562)¹² ด้านความซำรุดหรือไม่พร้อมใช้งานของรถจักรยานยนต์ มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ จากผลการศึกษาพบว่า

รถจักรยานยนต์ไม่มีกระจกมองข้างพร้อมใช้งานเสี่ยงที่จะเกิดอุบัติเหตุสูงกว่ากลุ่มที่มีกระจกมองข้างพร้อมใช้งาน 3.43 เท่า ($OR_{adj}=3.43, 95\%CI=2.08-4.89, p=0.005$) ผล) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ลักษณะการเกิดอุบัติเหตุที่พบมากที่สุด คือ รถจักรยานยนต์ล้มเอง ร้อยละ 50.9 ซึ่งจากอาจจะลดสภาพขับขี่สภาพที่ไม่ดีจะลดความสามารถในการมองเห็นของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์และยานพาหนะคันอื่นที่ขับร่วมกันอยู่ในท้องถนน ทำให้ไม่ทันสังเกตรถจักรยานยนต์คันหลัง ซึ่งสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุส่วนใหญ่ เกิดจากความไม่ระมัดระวัง คิดเป็นร้อยละ 28.0 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วีระกษานติกุลและคณะ (2545)¹³ ที่พบว่าปัจจัยด้านยานพาหนะที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ส่วนใหญ่ เกิดจากการขาดการดูแลรักษาอุปกรณ์ที่สำคัญ ได้แก่ ไฟหน้ารถ ไฟท้าย เบรกเกียร์ และกระจกมองหลัง เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

ควรให้ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายการจราจร สร้างความตระหนักถึงอันตรายและวิธีป้องกันการเกิดอุบัติเหตุขับขี่รถจักรยานยนต์ การอบรมทำใบขับขี่ให้นักเรียน พร้อมทั้งจัดให้มีการตรวจสภาพของรถจักรยานยนต์ของนักเรียนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อให้มั่นใจว่ารถจักรยานยนต์อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการเปรียบเทียบข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุในกลุ่มที่ได้รับการอบรมใบขับขี่และกลุ่มที่ไม่ได้รับการอบรม เพื่อให้เห็นความแตกต่างระหว่างทั้งสองกลุ่ม

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. GLOBAL STATUS REPORT ON ROAD SAFETY 2020. Geneva WHO; 2020.
- กรมควบคุมโรค (2563). สถานการณ์การบาดเจ็บบนถนนของประเทศไทย [ออนไลน์]. 2563 [อ้างเมื่อ 12 ตุลาคม 2563]. จาก https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=731.html
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2558). สถิติอุบัติเหตุจราจรทางบก [ออนไลน์] 2558 [อ้างเมื่อ 30 ตุลาคม 2563]. จาก <http://service.nso.go.th/nso/web/statseries/statseries21.html>
- มูลนิธิเมาไม่ขับ. (2559). สถิติอุบัติเหตุในประเทศไทย. [ออนไลน์]. 2559 [อ้างเมื่อ 31 สิงหาคม 2563]
- สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร (2563). สถิติอุบัติเหตุทางถนนจังหวัดชัยภูมิ. [ออนไลน์]. 2563 [อ้างเมื่อ 22 ตุลาคม 2563]. จาก <https://www.hiso.or.th>
- ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ. (2563). ข้อมูลสถิติ ผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ. [ออนไลน์]. 2563 [อ้างเมื่อ 11 ตุลาคม 2563] จาก <http://www.thairsc.com>
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเขียว. รายงานการสำรวจรถจักรยานยนต์นักเรียนอำเภอภูเขียว ปี 2561-2563, 2563
- อลงกรณ์ ศรีเลิศ (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับรถจักรยานยนต์ในกลุ่มนักศึกษาวิทยาลัยขอนแก่น. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 19(2). 216-223
- เกรียงศักดิ์ หลิวจันทร์พัฒนา และคณะ, (2542). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุจักรยานยนต์ในนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิคหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. สงขลานครินทร์เวชสาร. 17(2). 125-131
- สรศักดิ์ ดันทอง, กาญจนา นาคะพินธุ์. (2560). ความชุก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุทางถนนจากรถจักรยานยนต์ในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอโน้มน้ำ จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิชาการ สคร. 10. 25(2). 67-77.
- Vorko-Jovic A. Kern J, Biologlav Z. Risk factor in urban road traffic accident. Journal of Safety Research, 37, 93-98.
- พระราชบัญญัติจราจรทางบก (ฉบับที่ 12) พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 136 (วันที่ 19 พฤษภาคม 2562). ข้อ 3 (1)
- วีระ กสานติกุล และคณะ. (2545). รายงานการวิจัย เรื่องอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ในประเทศไทย และ มาตรการการแก้ไข. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Received: 6 Feb 2022, Revised: 28 Feb 2022

Accepted: 7 Mar 2022

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ตำบลเหล่าหมี อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร

จิรรัตน์ สิงทองทัศน์¹ วรพจน์ พรหมสัตยพรต² พัดชา หิรัญวัฒนกุล³

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลเหล่าหมี อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายจากประชากรกลุ่มวัยแรงงาน อายุ 15-59 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 52.0) และเพศชาย(ร้อยละ48.0) มีอายุระหว่าง 45-54 ปี ปัจจุบันส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 46.0) โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 50 คน ทั้งนี้จัดให้กลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การตรวจสุขภาพเพื่อหาไข่พยาธิก่อน การทดลอง การอบรมให้ความรู้ การจัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเยี่ยมติดตามให้คำแนะนำ รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติ Paired t-test และ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.05) และหลังการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.05) และพบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ (p -value = 0.018) ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (p -value = 0.119) และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ (p -value = 0.343) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ส่วนคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (p -value<0.05) และอัตราป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับลดลงต่ำกว่าร้อยละ 5 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของโปรแกรมนี้นี้ เป็นผลมาจากความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตโดยเฉพาะพฤติกรรมการกินอยู่ ซึ่งทำให้เกิดความเข้าใจและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติอันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ต่อเนื่องและยั่งยืน

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, พยาธิใบไม้ตับ

¹นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

²รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม³

*Original Article***The effect of health literacy promotion program to prevent liver fluke disease, Lao Mee Sub-district, Don Tan District, Mukdahan Province****Jirarat Singthongthat¹ Varapoj Promasatayaprot² Phacha Hirunwatthanakul³****Abstract**

This quasi-experimental research to study the effect of a health literacy promotion program. To prevent liver fluke disease, Lao Mi Subdistrict, Don Tan District, Mukdahan Province The samples were selected by simple random sampling from the working age population, aged 15-59 years. Most of them were female (52.0%) and male (48.0%), aged 45-54 years. At present, most of them work in agriculture (46.0%) divided into experimental group and comparison group, 50 people each. provided that the experimental group received activities to promote health literacy It consists of a fecal examination for helminth eggs before experimentation, training and education. Organizing group activities for exchanging knowledge follow-up visit Total duration was 12 weeks, then data collection was carried out. before and after the experiment using questionnaires, Quantitative data were analyzed by frequency distribution, percentage, mean, standard deviation. and statistically test the hypothesis Paired t-test and independent t-test. The results showed that Mean scores on health literacy within the experimental and comparison groups. After the experiment, the experimental group had a mean score on cognitive health. Access to information and health services health communication self management media and information literacy and discriminatory decisions increased significantly more than before the experiment (p-value<0.05) and after the trial, the comparison group had average scores on access to information and health services. health communication self-management increased significantly more than before the experiment (p-value<0.05) and found that mean scores on cognitive health (p-value = 0.018), media and information literacy (p-value = 0.119) and discrimination decision (p-value = 0.343) When comparing the mean scores in the comparison group before and after the experiment, it was not statistically different. The mean scores of health literacy between the experimental group and the comparison group. After the experiment, the experimental group had a mean score on cognitive health. Access to information and health services health communication self-management media and information literacy and discriminatory decisions increased more than before the experiment and significantly more than the comparison group (p-value<0.05). and the liver fluke morbidity rate dropped below 5%. Factors for the success of this program as a result of the health knowledge of the experimental group. which influences lifestyle, especially eating behavior which leads to understanding and discriminatory decision making that will lead to continuous and sustainable behavior change in health

Keyword: Health literacy, Liver fluke¹Student (M.P.H.), Faculty of Public Health, Mahasarakham University²Associate Professor, Faculty of Public Health, Mahasarakham University³Lecturer, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

*Corresponding author : jirarat1until@gmail.com

บทนำ

พยาธิใบไม้ตับ *Opisthorchis viverrini* เป็นหนอนพยาธิที่มีความสำคัญทางด้านการแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศไทย องค์การอนามัยโลกได้จัดอันดับให้โรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นโรคที่สำคัญ และยอมรับให้โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นสาเหตุที่สำคัญในการเป็นสารก่อมะเร็งที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี จากการศึกษาสถานการณ์โรคหนอนพยาธิและใบโตชิวในประเทศไทยปี 2552 ของกลุ่มโรคหนอนพยาธิ ซึ่งพบในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราความชุกสูงกว่าภาคอื่น ๆ คือ ร้อยละ 16.6

จังหวัดมุกดาหาร เป็นอีกหนึ่งจังหวัดที่ยังคงมีอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับที่สูงเกินเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดซึ่งยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของจังหวัด และจากการสำรวจอัตราความชุกของโรคหนอนพยาธิ ในปี 2560-2562 พบอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 7.93, 8.31 และ 5.93 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร, 2562) ส่วนสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับของอำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร ปี 2560-2562 มีอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 7.27, 4.91 และ 4.22 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอนตาล, 2562)

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาในพื้นที่ตำบลเหล่าหมื่น เนื่องจากยังคงเป็นพื้นที่ที่มีอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับที่สูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยในปี 2560-2562 พบอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 13.56, 11.53 และ 9.14 ตามลำดับ และจากการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิใบไม้ตับ ในปี 2562 พบหมู่บ้านที่มีอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ บ้านท่าห้วยคำ บ้านเหล่าแหลมทอง และบ้านนาซิงศรีสมบูรณ์ โดยมีอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับเท่ากับ ร้อยละ 15.56, 12.82 และ 7.32 ตามลำดับ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพนาซิง, 2562) ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวง

สาธารณสุขกำหนด คือ อัตราความชุกของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับไม่เกิน ร้อยละ 5 ในระยะเวลา 8 ปี คือ ในปี 2556-2564 (สำนักงานเลขานุการกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556) จากการลงพื้นที่สำรวจบริบทของตำบลเหล่าหมื่นเป็นพื้นที่ราบลุ่มและเหมาะแก่การทำเกษตร มีห้วยบังอี เป็นลำห้วยใหญ่ไหลผ่านตอนกลางของตำบลลงสู่แม่น้ำโขง และมีแหล่งน้ำที่สำคัญ คือ ห้วยทราย, ห้วยช้างชน, ห้วยหมู, ห้วยตลุง, อ่างเก็บน้ำห้วยก้านเหลือง, อ่างเก็บน้ำห้วยซิง เป็นส่วนหนึ่งไหลลงสู่ห้วยบังอี ประชาชนส่วนใหญ่อาศัยแหล่งน้ำสายหลักของชุมชนในการประกอบอาชีพเกษตรกรรมอาชีพจับปลาขายหารายได้เสริม และการหาอาหารในแหล่งน้ำห้วยบังอีเพื่อเลี้ยงชีพเป็นระยะเวลายาวนานประชาชนยังคงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืดมีเกล็ดแบบสุก ๆ ดิบ ๆ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีการจัดกิจกรรมเพื่อให้กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพื่อให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและวิถีชีวิตที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งจะส่งผลให้อัตราป่วยของโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ตำบลเหล่าหมื่นลดลงต่ำกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และช่วยลดความเสี่ยงจากการเจ็บป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับ อันเป็นสาเหตุสำคัญของการป่วยเป็นโรคมะเร็งตับ และโรคมะเร็งท่อน้ำดี

วัตถุประสงค์

1) วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตับเลื้อยและอัมพาตตอนตล จังหวัดมุกดาหาร

2) วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพ ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

2.2 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2.3 เพื่อศึกษาผลการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิใบไม้ตับในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิด ทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) นำมาจัดทำเป็นผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตับเลื้อยและอัมพาตตอนตล จังหวัดมุกดาหาร เพื่อการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ให้มีประสิทธิภาพและเกิดความต่อเนื่อง ซึ่งมีรายละเอียดการดำเนินการวิจัย ดังนี้

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ดำเนินการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ และติดตามหลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างใช้ในการวิจัยโดยการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ใช้วิธีการจับฉลากรายชื่อ กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่ม

ทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มวัยแรงงานอายุ 15-59 ปี เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 50 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 50 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

- 1) มีอายุ 15-59 ปี
- 2) มีประวัติรับประทานปลาน้ำจืดดิบ ๆ หรือ สุก ๆ ดิบ ๆ
- 3) เป็นผู้ที่ตรวจอุจจาระไม่พบไข่พยาธิใบไม้ตับ หรือเป็นผู้ที่ตรวจอุจจาระพบไข่พยาธิใบไม้ตับแล้วได้รับการรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับก่อนเริ่มการวิจัย
- 4) เป็นผู้ที่สามารถอ่านออกเขียนได้ ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน การพูด และการมองเห็น
- 5) เป็นผู้ที่ให้การยินยอมและให้ความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัยทุกครั้ง

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

- 1) ผู้ป่วยโรคกระเพาะเรื้อรัง และโรคกระเพาะเรื้อรัง
- 2) ผู้ที่ป่วยหรือเสียชีวิตจากเหตุอื่น ๆ ในระหว่างการทดลอง
- 3) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเครื่องมือออกเป็น 2 ชุด คือ

- 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 “รู้ รับ ปรับ เปลี่ยน” กิจกรรมสร้างการรับรู้ เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ และความเข้าใจทางสุขภาพ ทำกิจกรรมกลุ่ม ทำแบบบันทึกตนเอง ทำพันธสัญญา และตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ มีการทำกิจกรรมเข้ากลุ่มระดมความคิด และอภิปรายกลุ่ม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การยกตัวอย่างกรณีศึกษา เป็นกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 ใช้ระยะเวลา 1 วัน

กิจกรรมที่ 2 “4 ป. 1 ข. บ่อเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ” แนะนำแนวทางการปฏิบัติ เรื่องการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและการบริการด้วยหลัก 4 ป. 1 ข. ได้แก่ ป. ที่ 1 ประงอาหารให้สุกสะอาด ล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหาร ก่อนปรุงอาหารและหลังการรับประทานอาหาร ป. ที่ 2 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานปลาน้ำจืดมีเกล็ดสุก ๆ ดิบ ๆ ป. ที่ 3 ไปตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ ป. ที่ 4 ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 ข. คือ ขับถ่ายลงในส้วมทุกครั้ง มีการฝึกปฏิบัติการล้างมือที่ถูกวิธีการแสดงบทบาทสมมติ การอภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ดำเนินการเยี่ยมติดตาม เป็นกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 ใช้ระยะเวลา 1 วัน

กิจกรรมที่ 3 “ปรุงสุกแช่น้ำ ไม่ต้องกลัวพยาธิใบไม้ตับ” กิจกรรมแนะนำแนวทางการปฏิบัติ เรื่องการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญในการปรุงอาหารที่สุก สะอาดถูกสุขลักษณะและการ สดิดการต้มปลาร้าสุก ประกวดเมนูปลาปรุงสุก และสดิดการล้างมือ ให้ความรู้เรื่องโทษและพิษภัย การรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ โดยให้กลุ่มทดลองและผู้ประกอบอาหารในแต่ละหลังคาเรือน เข้าร่วมกิจกรรมอบรม มีกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ การอภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็น สดิดการประกอบอาหารจากปลาที่ปรุงสุก การต้มปลาร้าให้สุก จัดกิจกรรมประกวดเมนูอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืดมีเกล็ดปรุงสุก เป็นกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 3 ใช้ระยะเวลา 1 วัน

กิจกรรมที่ 4 “ตีท้ายครัว” ออกตรวจเยี่ยมติดตามกลุ่มทดลอง กระตุ้นเตือนการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยคู่มือครัวและคู่มือสถานที่ประกอบอาหาร ให้สุศึกษาในเรื่องการประกอบอาหารและการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้สื่อการสอนที่ได้จัดทำขึ้น ได้แก่ แผ่นพับ ภาพพลิกหลัก 4 ป. 1 ข. บ่อเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ และคู่มือเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยสุ่มประเมินโดยไม่แจ้งให้ทราบล่วงหน้าสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้าน มอบธงแดงให้ครัวเรือนที่ยังบริโภคปลาสุก ๆ ดิบ ๆ และมอบธงเขียวให้กับครัวเรือนที่ไม่บริโภคปลาดิบ เป็นกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 4-11 ใช้ระยะเวลารวม 7 วัน

กิจกรรมที่ 5 “คนเหล่านี้นี้แท้ กินแต่ปลาสุก” กิจกรรมรณรงค์ไม่กินปลาดิบในชุมชน จัดบอร์ดประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ในชุมชน แจกแผ่นพับ การจัดกิจกรรมประชาสัมพันธ์ผ่านทางหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 4-11 ใช้ระยะเวลารวม 7 วัน

กิจกรรมที่ 6 “เวทีชุมชน คนปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับ” กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำเสนอผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ ในระหว่างดำเนินการวิจัย มีการประเมินผลการดำเนินงานที่ผ่านมาและเก็บข้อมูลหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จัดบูทนำเสนอสรุปผลการดำเนินงาน มอบรางวัล มอบใบประกาศ เป็นกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 12 ใช้ระยะเวลา 1 วัน

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 7 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพการจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ โดยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าที่ได้แยกเป็นรายด้านดังนี้

- 1) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ เท่ากับ 0.79
- 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ เท่ากับ 0.78
- 3) การสื่อสารสุขภาพ เท่ากับ 0.76
- 4) การจัดการตนเอง เท่ากับ 0.85
- 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ เท่ากับ 0.79
- 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ เท่ากับ 0.81

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บข้อมูล ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว

กลุ่มทดลอง

1) เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ใน 1 สัปดาห์ โดยนักกลุ่มเป้าหมายเข้ารับการอบรม และให้ทำแบบสอบถามก่อนการอบรม และดำเนินการตรวจจูงจาะหาไข้พยาธิก่อนการทดลอง

2) หลังการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองเสร็จแล้ว ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลใน 1 สัปดาห์ และวางแผนดำเนินการตามกิจกรรมที่กำหนด

3) เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองใน สัปดาห์ที่ 12 (Post-test) โดยผู้วิจัยใช้แบบสอบถามชุดเดิม โดยนักกลุ่มทดลองมารวมกันแล้วให้ทำแบบสอบถาม เก็บรวบรวมแบบสอบถาม ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลข้อมูล

4) ติดตามตรวจจูงจาะหาไข้พยาธิ หลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 16 วิเคราะห์และสรุปผลข้อมูลผลการตรวจจูงจาะหาไข้พยาธิ

กลุ่มเปรียบเทียบ

1) เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนทดลอง (Pre-test) ใน 1 สัปดาห์และตรวจจูงจาะหาไข้พยาธิในกลุ่มเปรียบเทียบ

2) หลังการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองในกลุ่มเปรียบเทียบเสร็จแล้ว ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลใน 1 สัปดาห์

3) เก็บข้อมูลหลังทดลองในสัปดาห์ ที่ 12 โดยใช้ แบบสอบถามชุด เดิม ที่ ใช้ เก็บ ข้อมูล ก่อนการทดลอง

4) ติดตามตรวจจูงจาะหาไข้พยาธิ หลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 16

วิเคราะห์และสรุปผลข้อมูลผลการตรวจจูงจาะหาไข้พยาธิ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและการวิเคราะห์ตัวแปรด้านความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ผลการตรวจจูงจาะหาไข้พยาธิไปไม้ดับ วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ภายใน กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติที่เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่าง กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระจากกัน (Paired *t*-test)

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน (Independent *t*-test) การวิเคราะห์ข้อมูลกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมในการวิจัย การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณา และให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้วและ

อนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้น ได้บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการได้รับ และพิจารณา วันที่ 22 เมษายน 2564 เลขที่การรับรอง 131-038/2564 ผู้วิจัยได้ขออนุญาตดำเนินการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยโดยอธิบายขั้นตอนการดำเนินงาน การเก็บรวบรวมข้อมูล การนำเสนอข้อมูลและการเผยแพร่ ข้อมูลการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยไม่มีการบังคับใด ๆ รวมทั้งแจ้งถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้โดยไม่มีผลกระทบหรือผลเสียใดๆ ให้ความสำคัญ และตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้ที่เข้าร่วมการวิจัย ที่เป็นผู้ให้ข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง

ผลการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) เพื่อการศึกษา ผลของ โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลเหล่าหมี อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร ดำเนินการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาจำนวน 100 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 50 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 50 คน โดยเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง

ตาราง การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ด้าน	n	$\bar{x}$	SD	t	p-value
1. ด้านความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	50	5.34	2.58	1.09	0.277
กลุ่มเปรียบเทียบ		4.78	2.53		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	50	9.24	1.73	10.35	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ		5.18	2.16		
2. ด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	50	11.00	5.15	1.47	0.145
กลุ่มเปรียบเทียบ		9.58	4.47		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	50	16.30	5.52	5.17	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ		10.72	5.26		
3. ด้านการสื่อสารสุขภาพ					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	50	13.18	5.24	1.24	0.216

ด้าน	n	$\bar{x}$	SD	t	p-value
กลุ่มเปรียบเทียบ		11.90	5.04		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	50	21.10	6.66	5.40	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ		14.24	6.00		
4. ด้านการจัดการตนเอง					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	50	11.04	5.46	1.12	2.65
กลุ่มเปรียบเทียบ		9.88	4.86		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	50	19.02	4.01	7.96	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ		11.28	5.57		
5. ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	50	12.80	5.36	0.03	0.971
กลุ่มเปรียบเทียบ		12.84	5.51		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	50	22.98	5.32	9.24	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ		13.32	5.12		
6. ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	50	14.66	7.70	0.41	0.676
กลุ่มเปรียบเทียบ		15.30	7.58		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	50	27.32	5.71	8.62	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ		15.64	7.68		

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

จากตาราง 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า

ก่อนการทดลอง

ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ

ด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ด้านการสื่อสารสุขภาพ ด้าน

การจัดการตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทั้ง 6 ด้าน ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ไม่แตกต่างกันทางสถิติ

หลังการทดลอง	ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ	พบว่า เมื่อเปรียบเทียบ
ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ	คะแนนเฉลี่ยทั้ง 6 ด้าน	กลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยหลังการ
ด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ด้านการสื่อสารสุขภาพ ด้าน	ทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่าง	มีนัยสำคัญทางสถิติ
การจัดการตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	($p\text{-value}<0.001$)	

ตาราง 2 ผลการตรวจพิจารณาเพื่อหาพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อน และหลังการทดลอง

ผลการตรวจพิจารณา	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ
	(n = 50)	(n = 50)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ก่อนการทดลอง		
พบพยาธิใบไม้ตับ	6 (12.0)	8 (16.0)
ไม่พบพยาธิ	44 (88.0)	42 (84.0)
หลังการทดลอง		
พบพยาธิใบไม้ตับ	0 (0.0)	3 (6.0)
ไม่พบพยาธิ	50 (100.0)	47 (94.0)

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

จากตาราง 5 พบว่า ในกลุ่มทดลองก่อนการทดลองพบอัตราความชุกของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 12.00 หลังการทดลองผลตรวจพิจารณาไม่พบพยาธิใบไม้ตับ ไม่พบผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับรายใหม่ และไม่พบผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำ ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองพบอัตราป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 16.00 หลังการทดลองพบอัตราป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 6.0 และไม่พบผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำ แต่พบผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับรายใหม่ จำนวน 3 ราย

สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการใช้ทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพ มาจัดทำเป็นโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งการดำเนินงานสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1) ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

2) ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีอัตราป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับต่ำกว่าร้อยละ 5 ไม่พบผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับรายใหม่ และไม่พบผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำ

3) ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) สามารถอธิบายได้จากผลจากการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้น คือ กิจกรรม “รู้ รับ ปรับ เปลี่ยน” เป็นกิจกรรมสร้างการรับรู้ เรื่องโรคพยาธิใบไม้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ทักษนัย พัสตุ และคณะ (2562) ศึกษา

กระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการวิจัย พบว่า จากการวิเคราะห์ข้อมูล ด้านบทบาทหน้าที่ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับดีเพิ่มขึ้นจาก 2.33 เป็น 2.45 (p -value = 0.02) ด้านความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้นจาก 14.98 เป็น 15.31 (p -value = 0.21) ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับดีเพิ่มขึ้นจาก 2.22 เป็น 2.30 (p -value = 0.003)

4) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ, ด้านการสื่อสารสุขภาพ และด้านการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงด้านข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารสุขภาพ และด้านการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.001) สามารถอธิบายได้จากผลจากการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉัตรลดา ดีพร้อม และเพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ 2561 ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนที่เข้ารับการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ บ้านสองห้อง ตำบลร่องคำ อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการศึกษา พบว่า ประชาชนที่เข้ารับการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.81 มีอายุ 46-55 ปี ร้อยละ 32.53 สถานภาพสมรสแต่งงาน และอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 79.52 กลุ่มตัวอย่างเคยกินปลาจากแหล่งน้ำสาธารณะในชุมชน ร้อยละ 98.80 เคยได้รับข้อมูลข่าวสารด้านโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 100.00 โดยส่วนใหญ่ ได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 98.80 และส่วนใหญ่ไม่มีญาติพี่น้องที่ป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 80.72 ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.47 ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 71.08 การรับรู้โทษของการบริโภคปลาดิบอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 87.95 และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 81.93

5) ด้านการจัดการตนเอง และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการจัดการตนเอง และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.001สามารถอธิบายได้จากผลจากการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้น คือ สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนากร วัชรพร และคณะ (2563) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของประชาชนในพื้นที่หมู่ 3 บ้านชัยถาวร ตำบลไทยอุดม อำเภอกองหาด จังหวัดสระแก้ว ผลการวิจัยพบว่า 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.5 และ ร้อยละ 77.0 2) ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ กับพฤติกรรมในการ ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบ 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ($r = 0.194$, $p < 0.001$) ทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ($r = 0.258$, $p < 0.001$) การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ ($r = 0.141$, $p < 0.05$) ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับรวมมีความสัมพันธ์เช่นกัน ($r = 0.173$, $p < 0.05$) ดังนั้นเพื่อให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันที่เหมาะสม จึงควรได้มีการยกระดับความรู้ทางด้านสุขภาพดังกล่าวของประชาชน โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1) ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นอีกหนึ่งโปรแกรมที่ช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อให้การดำเนินงานเกิดประสิทธิผลสูงสุด ควรมีการศึกษาริบทด้านการดำเนินชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง และปฏิทินชุมชนของชุมชนนั้น ๆ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบ และไม่กระทบกับการดำเนินชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง

2) ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการนำโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ไป

ประยุกต์ใช้ในกลุ่มเด็กวัยเรียนเพื่อเป็นการส่งเสริม และปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพ ในเด็กที่ไม่เคยกินอาหารจำพวกปลาดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ โดยมีการสร้างแกนนำสุขภาพในโรงเรียน การสอนสุขศึกษาในโรงเรียน และการเพิ่มเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับในแผนการสอน

3) ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาวิจัยแบบมีส่วนร่วม เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชน ในการสร้างความตระหนักถึงปัญหา การเข้ามาเป็นเจ้าของปัญหาร่วมกัน และร่วมกันวิเคราะห์หาแนวทางในการแก้ไขปัญหา ซึ่งจะนำไปสู่รูปแบบการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของทุกภาคส่วนในชุมชน ทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันในการแก้ไขปัญหาเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนอย่างยั่งยืน

4) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้หลังเสร็จสิ้นการวิจัย ซึ่งเป็นการคืนข้อมูลการวิจัยให้ชุมชน และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้แสดงออกทางความคิด และสะท้อนสภาพปัญหาต่าง ๆ ระหว่างการดำเนินการวิจัย รวมถึงเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำให้เกิดการพัฒนาร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่าย และเกิดการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ ขอขอบพระคุณผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์แนะนำและผู้เข้าร่วมวิจัยทำให้เกิดคุณค่าและประโยชน์ที่ได้จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ จึงทำให้งานวิจัย ชิ้นนี้สำเร็จลงได้อย่างสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2555). คู่มือกำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับสำหรับประชาชนเพื่อ เป็นแนวทางในการดำเนินงานในชุมชน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ศิริธรรมออฟเซต.
2. กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2541). คู่มือการตรวจโรคหนอนพยาธิ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์การศาสนา กรมการศาสนา.
3. กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2545). ผลิตภัณฑ์พยาธิทางการแพทย์ ทฤษฎีและ ปฏิบัติการ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์การศาสนา กรมการศาสนา.
4. กระทรวงสาธารณสุข. (2555). สถิติเสียชีวิตด้วยโรคมาเร็งตับ และมาเร็งท่อน้ำดี ประจำปี พ.ศ. 2555. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
5. กรัณท์รัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์, จักรกฤษณ์ พลราชม, มาสรีน ศุกลปักษ์ และนาริรัมย์ รัตนสัมฤทธิ์.(2557). การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. กรุงเทพฯ: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
6. กลุ่มโรคหนอนพยาธิ สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค. (2552). รายงานผลการศึกษาศาณการณ โรคหนอนพยาธิและโปรโตซัวของประเทศไทย ปี 2552. กรุงเทพฯ: สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
7. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2542). แนวคิด ทฤษฎี และ การนำไปใช้ในการดำเนินงานสุศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี: กระทรวง สาธารณสุข.
8. กาญจนา ฮามสมพันธ์. (2558). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิ ใบไม้ตับของหัวหน้าครัวเรือน ตำบลบ้านฝาง อำเภอกะหรัง จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
9. กิตติพงษ์ พรหมผลเมือง. (2557). การศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนใน พื้นที่อำเภอสรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2(1), 53 - 62.
10. กิตติพงษ์ ศรีกล่อม, วงศาเล้าศิริวงศ์, ไพบุลย์ สิทธิถาวร และวิไลพร คิดคำพ. (2562). ศึกษาอิทธิพลของปัจจัยทางภูมิศาสตร์ความรู้และพฤติกรรมที่มีต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย.

- รายงานการวิจัย. ขอนแก่น: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
11. เต็งเดี่ยว วรรณชาติ. (2552). ผลของแรงจูงใจและป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร อำเภอสัตก จังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
 12. ทักษณีย์ พัสตุ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ และนันทิพัฒน์ พัฒนโชติ. (2562). กระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด.
 13. ประสิทธิ์ วัฒนาภา และชวลิต ไพบูลย์กุล. (2545). โครงการประเมินผลองค์ความรู้เพื่อการวิจัยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี พยาธิใบไม้. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
 14. ปิยะ เสรีรักษ์. (2557). การประเมินประสิทธิภาพขนาดของยาพาราซิควอนเทลในการรักษาโรคพยาธิ ใบไม้ตับในแมว. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
 15. พรพัฒน์ ภูนาถและ ทักษณีย์ พัสตุ. (2562). กระบวนการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. กาฬสินธุ์: โรงพยาบาลนาคู อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ และ โรงพยาบาลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์.
 16. ภาคภูมิ สรรพวุธ. (2556). ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้บุคคลต้นแบบร่วมกับการใช้สื่อหมอลำพื้นบ้านต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของกลุ่มเสี่ยงบ้านดอนเชียง ตำบลลุมพุก อำเภอดำเนินแก้ว จังหวัดยโสธร. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
 17. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพนาซิง. (2562). สรุปรายงานผลการดำเนินงานผลการควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาซิง ปี 2562. Mukdahan: โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลนาซิง.
 18. วันทนา กลางบุรีรัมย์ และกรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์. (2555). การสังเคราะห์องค์ความรู้ ปัจจัยที่มีผลต่อ การติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
 19. ศิวาพร พิมพ์เรือง. (2557). การรับรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และการดูแลสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิ ใบไม้ตับที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยด้วยอัลตราซาวด์ อำเภوله้าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
 20. สาธิต เสดิ. (2552). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของหัวหน้าครัวเรือน ตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น, 23(2), 9-22.
 21. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอนตาล. (2562). สรุปรายงานผลการดำเนินงานผลการควบคุมป้องกัน โรคพยาธิใบไม้ตับ อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร ปี 2562. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
 22. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค. (2552). รายงานผลการศึกษาศาณการณโรคหนองพยาธิและโปรโตซัวของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค.
 23. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2554). รายงานประจำปี 2554 สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
 24. อรุณ จิรวัฒน์กุล. (2548). ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

Received: 31 Mar 2022, Revised: 6 Apr 2022

Accepted: 10 Apr 2022

นิพนธ์ต้นฉบับ

รูปแบบการจัดการมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนหนองม่วง เทศบาลเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

ปวีณา ปาทาน¹ วรพจน์ พรหมสัตยพรต² สุณิรัตน์ ยิ่งยืน³

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนหนองม่วง เทศบาลเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ทำการศึกษาในกลุ่มเป้าหมาย ที่เกี่ยวข้องในการจัดการมูลฝอยชุมชน คือ เจ้าบ้านหรือตัวแทนเจ้าบ้านที่อาศัยในชุมชนหนองม่วง เครือข่ายการจัดการมูลฝอยในชุมชน และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ โดยใช้เครื่องมือที่สร้างขึ้นและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

รูปแบบการจัดการมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนหนองม่วง เทศบาลเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับมูลฝอยอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 92.31 ทักษะเกี่ยวกับมูลฝอยอยู่ในระดับดี ร้อยละ 89.74 พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยในครัวเรือนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 97.44 และการมีส่วนร่วมในการจัดการ มูลฝอยของชุมชนหนองม่วงอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.28$) (S.D. = 0.45) เนื่องจากประชาชนยังขาดการมีส่วนร่วมในการลดปริมาณมูลฝอยในหลายมิติ ตั้งแต่ขั้นเริ่มการค้นหาค้นหาและสาเหตุของปัญหาการจัดการมูลฝอยในชุมชน การวางแผนแก้ไขปัญหาการจัดการมูลฝอยในชุมชน การดำเนินงานการจัดการมูลฝอยในชุมชน จึงก่อให้เกิดโครงการหนองม่วงร่วมใจ สู้สิ่งแวดล้อมชุมชนน่าอยู่ขึ้น ผลจากกระบวนการดังกล่าวทำให้เกิดเกิดการคัดแยกขยะมูลฝอยจากครัวเรือน สามารถลดปริมาณมูลฝอย ไม่พบปัญหาขยะล้นถัง ไม่พบปัญหาขยะในถังขยะส่งกลิ่นเหม็นรบกวน การเผาทำลายขยะลดน้อยลง มีการนำมูลฝอยมาใช้ประโยชน์เพิ่มมากขึ้น สร้างรายได้ในครัวเรือน นำไปสู่การจัดการมูลฝอยอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนหนองม่วงอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วม, การจัดการมูลฝอยในชุมชนหนองม่วง

¹นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

²รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

*Corresponding author : Paweenapathan.04@gmail.com

Original Article

Solid waste management model by participation of Nong Muang community Sisaket Municipality Sisaket Province

Paweena Pathan¹ Vorapoj Promasatayaprot² Suneerat Yaugyuen³

Abstract

This action research The objective of this study was to study the solid waste management model of Nong Muang community, Muang District, Sisaket Province. The study was conducted in the target groups involved in community solid waste management, namely 39 hosts or host representatives living in Nong Muang community, 6 people and 15 staff responsible for environmental management collecting both quantitative data and qualitative The tools were created and the data were analyzed using descriptive statistics such as mean, percentage, standard deviation. and qualitatively analyzed the data by content analysis.

Solid waste management model by participation of Nong Muang community Sisaket Municipality Sisaket Province consisted of Planning, Action, Observation and Reflection. It took 12 weeks to complete the activities. It was found that knowledge about solid waste was at a high level of 92.31%. About solid waste was at a good level 89.74%. Household waste management behavior was at a good level 97.44% and participation in the management. Solid waste of Nong Muang community was at a moderate level ($\bar{x} = 2.28$) (S.D. = 0.45). Because people still lack participation in reducing the amount of waste in many dimensions From the beginning of searching for problems and the causes of solid waste management problems in the community Planning to Solve Solid Waste Management Problems in the Community Community solid waste management operations Thus causing the Nong Muang Ruam Jai project to a better community environment As a result of this process, household waste is separated. can reduce the amount of waste There was no problem with overflowing trash. There was no problem with the garbage in the garbage bin smelling disturbing. less waste incineration There is more use of the waste. household income leading to sustainable waste management in Nong Muang community.

Keyword : Participation, Solid Waste Management in Nong Muang Community

Student (M.P.H.), Faculty of Public Health, Mahasarakham University¹

Associate Professor, Faculty of Public Health, Mahasarakham University²

Assistant Professor, Faculty of Public Health, Mahasarakham University³

*Corresponding author : Paweenapathan.04@gmail.com

บทนำ

นับตั้งแต่อดีตมาสู่ปัจจุบันปัญหามูลฝอยเป็นปัญหาสำคัญที่อยู่คู่กับสังคมไทยมายาวนานและนับวันยิ่งมีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งมีสาเหตุมาจากการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากร การขยายตัวทางเศรษฐกิจ และความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยี มีการประดิษฐ์และพัฒนาสิ่งอำนวยความสะดวกของมนุษย์มากขึ้น ทำให้ลักษณะการใช้ชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลงไป ก่อให้เกิดปริมาณของเหลือทิ้งเป็นจำนวนมาก มีทั้งขยะจากภาคอุตสาหกรรม ภาคการเกษตร และภาคครัวเรือนเป็นสาเหตุให้มีจำนวนขยะเพิ่มขึ้น และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี

สถานการณ์มูลฝอยชุมชนในประเทศไทย พบว่าปริมาณมูลฝอยชุมชนในปี พ.ศ. 2559 ประมาณ 74,136 ล้านตันต่อวัน พ.ศ. 2560 ประมาณ 74,986 ล้านตันต่อวัน และ พ.ศ. 2561 ประมาณ 76,520 ล้านตันต่อวัน สำหรับจังหวัดที่มีปริมาณมูลฝอยตกค้างสะสม สูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ ปทุมธานี ศรีสะเกษ นครราชสีมา บุรีรัมย์ และสุรินทร์ (กรมควบคุมมลพิษ, 2561)

จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าปริมาณมูลฝอยชุมชนเกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2559 ประมาณ 1,403 ตันต่อวัน พ.ศ. 2560 ประมาณ 1,378 ตันต่อวัน และ พ.ศ. 2561 ประมาณ 1,358 ตันต่อวัน จากผลการสำรวจชุมชนหนองม่วงโดยเทศบาลเมืองศรีสะเกษ พบว่าชุมชนหนองม่วงมีจำนวนประชากร 308 คน จำนวนหลังคาเรือน 69 หลังคาเรือน เป็นชุมชนที่มีลักษณะกึ่งเมืองกึ่งชนบท และเป็นชุมชนที่มีการขยายตัวทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างต่อเนื่อง และมีการเพิ่มของประชากรอย่างรวดเร็ว เกิดแหล่งสาธารณูปโภค ไม่ว่าจะเป็นตลาด หรือร้านขายของชำ มีปริมาณมูลฝอยประมาณ 1.5 ตันต่อวัน เฉลี่ย 4.9 กิโลกรัมต่อคนต่อวัน และจากการสัมภาษณ์ประชาชนถึงวิธีการทิ้งมูลฝอยในชุมชน พบว่าไม่มีการคัดแยกมูลฝอยก่อนทิ้ง กำจัดมูลฝอยประเภทเศษอาหารที่เหลือจากการบริโภคจะใส่ส้วมหรือนำไปทิ้งบริเวณพื้นที่ว่าง รอบบ้าน หรือมีการทิ้งใส่ถุงพลาสติกมัดปากถุงแล้วทิ้งลงถังมูลฝอยร่วมกับเศษ

กระดาษ กระจกพลาสติก กระป๋อง หรือของที่ใช้ไม่ได้แล้ว ถึงขยะส่วนใหญ่จะใช้ถังเพียงใบเดียวไม่มีการใช้ถุงรองด้านในเพื่อรองรับมูลฝอย การทิ้งมูลฝอยจะทิ้งตามที่สาธารณะหรือพื้นที่ว่างของผู้อื่น รวมไปถึงการเผามูลฝอยกลางแจ้ง

จากปัญหาของมูลฝอยที่ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอนามัยของประชาชนโดยตรง ทำให้เทศบาลเมืองศรีสะเกษและหน่วยงานทุกภาคส่วนมีความตระหนักในการจัดการมูลฝอย โดยอาศัยความร่วมมือของหน่วยงานราชการส่วนท้องถิ่นในการจัดการมูลฝอย และการปลูกฝังจิตสำนึกในการมีส่วนร่วมแก่ชุมชน โดยการเปิดโอกาสให้ประชาชนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการจัดการ มูลฝอย เพื่อให้ประชาชนเกิดการเรียนรู้และเกิดจิตสำนึกที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการจัดการมูลฝอย ซึ่งประชาชนในชุมชนมีอิทธิพลในการกระตุ้นจิตสำนึกต่อความรับผิดชอบร่วมกันแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมเรื่องมูลฝอยในชุมชน โดยเริ่มจากการให้ประชาชนในชุมชนได้เรียนรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยอย่างเป็นระบบเพื่อรองรับปัญหามูลฝอยที่เพิ่มมากขึ้นทุกวัน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการมูลฝอยของชุมชนหนองม่วง เทศบาลเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนหนองม่วง เทศบาลเมืองศรีสะเกษ จังหวัด ศรีสะเกษ ในการศึกษาครั้งนี้เป็นไปภายใต้กรอบการศึกษาวิจัยแบบวงจรการวิจัยปฏิบัติการรูปแบบ PAOR ตามแนวคิดของเคมมิส และแมคแท็กการ์ด (Kemmis & McTaggart, 1988) ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection)

รูปแบบงานวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยกำหนดขั้นตอนการวิจัยในลักษณะวงรอบ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 12 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ประชากรคือ เจ้าบ้านหรือตัวแทนเจ้าบ้านที่อาศัยอยู่ในชุมชนหนองม่วง จำนวน 69 คน ประชากรกลุ่มตัวอย่างใช้เกณฑ์การคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) คือ กลุ่มเครือข่ายการจัดการมูลฝอยในชุมชน จำนวน 6 คน และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม จำนวน 9 คน รวมทั้งสิ้น 54 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเครื่องมือ ออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) เครื่องมือเชิงปริมาณ ประกอบด้วยแบบสอบถาม 6 ชุด คือ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการจัดการมูลฝอยของชุมชน แบบสอบถามทดสอบความรู้เกี่ยวกับมูลฝอยและการคัดแยกมูลฝอย แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับมูลฝอย แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยในครัวเรือน แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของชุมชนหนองม่วงด้านการจัดการมูลฝอย และ 2) เครื่องมือเชิงคุณภาพ ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึกแบบสังเกตและจดบันทึก โดยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.79

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการดำเนินการตามกระบวนการ PAOR แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning) ผู้วิจัยทำการศึกษาข้อมูลวิเคราะห์สถานการณ์และประเมินสภาพปัญหาการดำเนินการจัดการมูลฝอยของชุมชนหนองม่วง เทศบาลเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ และสรุปภาพรวมของปัญหา ประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อนำปัญหาที่ได้มาร่วมกำหนดแผนปฏิบัติการและกำหนดแนวทางในการพัฒนา วิเคราะห์

ปัญหาของการจัดการมูลฝอยในชุมชน และความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้องและกำหนดแผนปฏิบัติการ โดยผู้วิจัยดำเนินการจัดประชุม วันที่ 20 เมษายน 2564 ณ ห้องประชุมชุมชนเทศบาลเมืองศรีสะเกษ คือ กลุ่มเครือข่ายการจัดการมูลฝอยในชุมชน จำนวน 6 คน ประกอบด้วย ประธานชุมชนหนองม่วง และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 5 คน ซึ่งมีส่วนร่วมด้านการจัดการมูลฝอยของชุมชนหนองม่วง รวมทั้งสิ้นจำนวน 15 คน

ระยะที่ 2 ขั้นการปฏิบัติตามแผน (Action) หลังจากได้ข้อตกลงในการดำเนินงานแผนปฏิบัติการเครือข่ายการจัดการมูลฝอยในชุมชน ได้ดำเนินการตามแนวทางรูปแบบการจัดการมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนหนองม่วง เทศบาลเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ โดยดำเนินงานโครงการ “หนองม่วงร่วมใจ สู้สิ่งแวดล้อมชุมชนน่าอยู่” โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกรกฎาคม 2564 จากการดำเนินงานพบว่าโครงการ “หนองม่วงร่วมใจ สู้สิ่งแวดล้อมชุมชนน่าอยู่” มีวัตถุประสงค์เพื่อลดปริมาณขยะภายในชุมชนโดยเฉพาะขวดแก้ว กระป๋อง และกระดาก เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนรู้จักการคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือน เพื่อให้ประชาชนสร้างรายได้จากการจำหน่าย วัสดุรีไซเคิลที่คัดแยกด้วยตนเอง เพื่อกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์พาหะนำโรคติดต่อมาสู่ชุมชนที่เกิดจากปัญหาขยะตกค้าง โดยมีการเปิดโครงการเมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2564 และมีผลลัพธ์การดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม ถึง 31 กรกฎาคม 2564 พบว่ามีผู้เข้าร่วมโครงการ 39 คน โดยมีปริมาณขยะ รีไซเคิล ได้เฉลี่ย 65 กิโลกรัม/เดือน แยกเป็นขวด PET ซึ่งได้แก่ ขวดเพทใส (กระป๋องใส) และขวดเพทสี (ขวดชมพู) ขวดชุ่น HDPE (โพลาลิส) ขวดแก้ว ส่วนการติดตามประเมินผลโครงการโดยใช้การสังเกต ใช้แบบบันทึกของโครงการ โดยการติดตามประเมินผลและสรุปสิ่งที่ได้รับจากกระบวนการมีส่วนร่วม

ระยะที่ 3 ขั้นการสังเกต (Observation) ทำการประเมินผล ได้แก่ ติดตาม สัมภาษณ์ สังเกตการณ์การมีส่วนร่วม และประเมินสถานการณ์หลังดำเนินการ โดยประเมิน

สถานการณ์ชุมชน ประเมินความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ และการจัดการมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนหนองม่วง เทศบาลเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ หลังดำเนินการ (Post-test)

ระยะที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection) จัดประชุมภาคีเครือข่ายเพื่อสรุปและถอดบทเรียนเพื่อประมวลผลการดำเนินงานที่ได้จากการดำเนินโครงการวิจัยเพื่อปรับแผนหรือกระบวนการทำงานให้สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการวัดความรู้ และการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการมูลฝอยของชุมชน เพื่อเป็นข้อมูลสะท้อนผลในการจัดการมูลฝอย หลังการพัฒนา และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสรุปและ ค้นข้อมูลปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ และปัจจัยแห่งความสำเร็จ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Analysis) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ภายหลังจากได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม จากนั้นจึงได้นำเอาข้อมูลมาเพื่อนำไปประมวลผลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพื่อหาค่า แจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในด้านข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการจัดการมูลฝอย ข้อมูลด้านความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ และการมีส่วนร่วม 2) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Analysis) จากการสังเกตพฤติกรรม การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอน PAOR การสนทนากลุ่ม (Focus group) และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In –Depth Interview) นำมาตรวจสอบความถูกต้องและจัดหมวดหมู่ โดยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมในการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง : 047-022/2564

ผลการวิจัย

การศึกษารูปแบบการจัดการมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนหนองม่วง เทศบาลเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ มีผลการวิจัยดังนี้

ขั้นวางแผน (Planning) ดำเนินการประเมินก่อนการวิจัย (Pre-test) และดำเนินการวางแผนของกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 54 คน ก่อนการดำเนินการวิจัย

1) การเตรียมการ ผู้วิจัยได้ทำการเตรียมชุมชน โดยติดต่อประสานงานประธานชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่เทศบาลเมืองศรีสะเกษ ปลัดเทศบาล ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม พนักงานเก็บขยะ และพนักงานคัดแยกขยะ นักวิชาการสาธารณสุข นักวิชาการสุขาภิบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยรวมทั้งขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลวิจัย

2) ประชุมเชิงแผนปฏิบัติการ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการภาคีเครือข่ายโดยกระบวนการการมีส่วนร่วม เพื่อเข้าใจสภาพปัญหาปัจจุบัน การทบทวนสถานการณ์ที่ผ่านมา นำเสนอความเข้าใจสภาพปัจจุบัน เป้าหมายอนาคตที่ปรารถนา การสร้างแนวทางปฏิบัติ เมื่อทราบแนวทางการดำเนินงาน ผู้เข้าร่วมประชุมได้ร่วมกันกำหนดแผนงาน ระบุผู้รับผิดชอบ เพื่อให้ไปสู่การปฏิบัติ โดยเริ่มต้นในครัวเรือนสู่ชุมชน ผู้เข้าประชุมรับทราบและถือปฏิบัติตามมติที่ประชุม

ขั้นปฏิบัติการ (Action) เมื่อได้ผลลัพธ์จากการประชุมเพื่อสร้างแนวทางการจัดการมูลฝอย จึงได้มีโครงการ “หนองม่วงร่วมใจ สู่สิ่งแวดล้อมชุมชนน่าอยู่” โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 “รู้ ปรับ จัดการมูลฝอย” อบรมให้ความรู้ให้กับตัวแทนสมาชิกครัวเรือน เพื่อเป็นแกนนำและเป็นผู้สื่อกลางในการถ่ายทอดความรู้ ความเข้าใจในการบริหารจัดการขยะ และคัดแยกขยะในครัวเรือนและชุมชน มีกิจกรรมทำถังขยะอินทรีย์/ถังขยะเปียกครัวเรือน/ตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องขยะ แจกเอกสารและสื่อที่เกี่ยวข้อง เพื่อลด

ปริมาณขยะมูลฝอยล้นถังขยะสร้างผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม และสร้างความสํารายต่อชุมชน ประชาชนมีจิตสำนึก มีความรู้ ความเข้าใจในการคัดแยกขยะมูลฝอยสามารถปรับเปลี่ยน พฤติกรรมในการคัดแยกขยะมูลฝอยและทิ้งขยะมูลฝอยอย่าง ถูกต้อง

กิจกรรมที่ 2 “น้ำหมักชีวภาพ สารพัดประโยชน์” จัดอบรมให้ความรู้ให้กับตัวแทนสมาชิกครัวเรือน เพื่อเป็นแกน นำและเป็นสื่อกลางในการถ่ายทอดความรู้ ความเข้าใจในการ ผลิตน้ำหมักชีวภาพ (EM) เพื่อแยกเศษอาหารออกจากขยะ ทั่วไปเป็นการลดปริมาณขยะ

กิจกรรมที่ 3 “หนองม่วงคัตติ มีเงินถุง” จัดตั้ง คณะทำงานกิจกรรม “หนองม่วงคัตติ มีเงินถุง”

จัดหาสถานที่ที่ใช้เป็นจุดรับขยะก่อนที่พ่อค้าจะมารับซื้อ จัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น เครื่องชั่ง และประสานกับร้านค้า ของเก่าในการรับซื้อและราคา (มารับซื้อวันเสาร์ที่ 3 ของ เดือน) เพื่อลดปริมาณขยะมูลฝอยล้นถังขยะ และเพิ่มรายได้ จากการขายขยะรีไซเคิล และนำขยะกลับมาใช้ประโยชน์ใหม่ ให้ครัวเรือน

ขั้นสังเกตผล (Observation) ผู้วิจัยสังเกตอย่างมีส่วนร่วมใน กิจกรรม ติดตาม สนับสนุนการดำเนินงานรูปแบบการบริหาร จัดการมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วม เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการ ดำเนินการรูปแบบการจัดการมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชนหนองม่วง เทศบาลเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

ขั้นตอนการสังเกต (Observation) ผู้วิจัยร่วมกับ คณะทำงานในโครงการ “หนองม่วงร่วมใจ สู่สิ่งแวดล้อม ชุมชนน่าอยู่” ได้ประเมินผลการดำเนินงานภายหลัง เปิด โครงการเป็นระยะเวลา 3 เดือน วันที่ 1 พฤษภาคม - 31 กรกฎาคม 2564 การประเมินผลโครงการ ได้ใช้วิธีการสังเกต แบบมีส่วนร่วม และตรวจสอบจากเอกสารของโครงการ คือ ใบสมัครสมาชิก แบบบันทึกปริมาณขยะ บัญชีรับ- รายจ่าย ตามรายละเอียดการประเมินโครงการ ในวันที่ 1 พฤษภาคม - 31 กรกฎาคม 2564 พบว่า ปริมาณขยะ ที่รวบรวมได้ในแต่ละเดือนมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยจะเห็นได้ว่าชนิดของขยะที่ สมาชิกนำมาเข้าร่วมโครงการมีแนวโน้มของการนำขวดแก้ว

กระป๋อง และกระดาษมาฝากเพิ่มมากขึ้น จากการสอบถาม สมาชิกผู้ที่นำขยะชนิดกระดาษมาฝาก พบว่า กระดาษสามารถ จัดเก็บได้ง่าย และมีจำนวนมากอย่างเช่น กระดาษ หนังสือพิมพ์ กระดาษลัง ส่วนกระป๋อง เหตุที่มีผู้นำมาฝากมาก เนื่องจาก สามารถหาได้ง่ายตามข้างทางและมีน้ำหนักดี ส่วน สมาชิกที่นำขยะชนิดโลหะมาฝาก เมื่อได้สอบถาม พบว่า โลหะ เป็นขยะที่มีน้ำหนักดีและมีราคา ผู้ที่สามารถนำขยะมาได้ด้วย ตนเอง โดยมากเป็นสมาชิก ที่มีรถยนต์ส่วนตัว ซึ่งสะดวกใน การขน ส่วนขยะประเภทพลาสติกมีแนวโน้มของการฝากขยะ ใกล้เคียงกัน คือ ยังมีปริมาณที่น้อย เนื่องจากพลาสติกมี น้ำหนักน้อยและต้องใช้พื้นที่ในการขนย้ายมากกว่าขยะอื่นๆ ในกรณีที่สมาชิกบางท่านอาศัยการเดินทางมากับผู้อื่นอาจทำ ให้เกิดความไม่สะดวกต่อการขนย้ายขยะเข้าร่วมโครงการ ส่วนขวดแก้วยังมีปริมาณการรับฝากน้อย จากการสอบถาม สมาชิก พบว่า เนื่องจากการขนย้ายทำได้ด้วยความลำบาก เนื่องจากใช้พื้นที่มากและมีน้ำหนัก และอาจเสี่ยงต่อการแตก ชำรุด ส่วนขยะชนิดอื่น เป็นขยะที่ไม่สามารถแยกให้เข้ากับ พวกขยะอื่นๆได้ ส่วนมากเกิดจากสมาชิกที่ยังไม่เข้าใจหลักการ แยกขยะ และเป็นขยะที่พ่อค้าคนกลางไม่มีตลาดซื้อขาย ขยะ ในส่วนนี้จึงไม่ได้ทำการซื้อขาย ซึ่งในเดือนแรกของการดำเนิน โครงการยังพบว่า สมาชิกบางคนยังไม่มี ความเข้าใจในกิจกรรม ที่ได้ทำขึ้น เนื่องจากการมีอุปสรรคด้านการสื่อสารไม่ทั่วถึง และไม่ชัดเจน ในเดือนถัดมาจึงได้มีการวางแผน ร่วมกันของ คณะทำงาน อธิบายหลักการดำเนินงานทุกเดือน และให้ สมาชิกธนาคารขยะที่เข้าใจแล้ว เป็นพี่เลี้ยงให้กับผู้ที่ยังไม่ เข้าใจ ทำให้ปริมาณขยะ มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้จากการ ดำเนินการ ผู้วิจัยและคณะทำงานได้มีการตรวจสอบคัดแยก ขยะ ในแต่ละเดือนของสมาชิก พบว่าในช่วงแรกของการ ดำเนินการสมาชิกบางคนยังไม่มี ความเข้าใจในเรื่องของการคัด แยกขยะ ทำให้ราคาของขยะแตกต่างไปจากสมาชิกที่ได้คัด แยกมาเรียบร้อยแล้ว สมาชิกจึงมีความสงสัย ผู้วิจัยและ คณะทำงานจึงได้อธิบาย และให้ความรู้ในเรื่องการคัดแยกขยะ เพิ่มเติม

สมาชิกก็มีความรู้ ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการเพิ่มขึ้นของจำนวนสมาชิกต่อเดือนที่มีแนวโน้มมากขึ้น สมาชิกที่มีการนำขยะมาฝากสม่ำเสมอ ผลตอบแทนจากการถือขยะมาจำหน่าย ไปเป็นสิ่งของที่มีคุณค่าสามารถเปลี่ยนสิ่งที่ต้องทิ้งให้กลับเป็นของมีประโยชน์ ใช้สอยในชีวิตประจำวัน จากผลการประเมินโครงการในครั้งนี้ ผู้วิจัยและคณะทำงาน ได้นำมาทำเป็นรูปแบบตารางประเมินโครงการ พร้อมแจ้งให้สมาชิกโครงการรับทราบ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้เกิดการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องต่อไป

ขั้นสะท้อนผล (Reflection) ผลการดำเนินประสบผลสำเร็จตามแผนการดำเนินงานโครงการ “หนองม่วงร่วมใจ สู้สิ่งแวดล้อมชุมชนน่าอยู่” โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย สิ่งทีประสบผลสำเร็จและดำเนินงานได้ตามแผนปฏิบัติการรูปแบบการจัดการมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนหนองม่วง เทศบาลเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

1) ประเมินผลกระทบจากการโดยการสังเกตการณ์การมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนของการศึกษา ภาคีเครือข่ายการจัดการมูลฝอยเข้าร่วมกระบวนการในทุกกระบวนการเกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลการจัดการมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนหนองม่วง เทศบาลเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ “สถานการณ์และปัญหาขยะมูลฝอยในชุมชนชุมชนต่างๆ เป็นปัญหาที่ทุกภาคส่วนควรร่วมมือที่ช่วยกันแก้ไขโดยเริ่มต้นจากครัวเรือนแต่ประชาชนยังขาดความรู้ความเข้าใจในการคัดแยกขยะมูลฝอยขาดการกระตุ้นให้เกิดความตระหนักและจิตสำนึกร่วมกันเช่นชุมชนชาวบ้านไม่ยอมมีถังขยะอยู่หน้าบ้านตัวเองเพราะสกปรกเหม็นจึงเคลื่อนย้ายถังไปไว้หน้าบ้านคนอื่นหรือตรงที่ว่างแต่เวลามีขยะก็นำมาทิ้งหน้าบ้านคนอื่นหรือนำมาขยะมาทิ้งโดยไม่ใส่ถุงให้มิดชิดทำให้เวลาเจ้าหน้าที่มาเก็บขนขยะจะล้นเกินการ เป็นต้น” (ตัวแทนชุมชนหนองม่วง, 2564 : สัมภาษณ์ 15 สิงหาคม 2564)

2) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม ร่วมกับอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน มีการติดตามการจัดการมูลฝอยในชุมชนหนองม่วง “การจัดการขยะมูลฝอย

ในชุมชนหนองม่วงเทศบาลเมือง ศรีสะเกษ ยังขาดการจัดการแบบองค์รวมประชาชนยังขาดความตระหนักและจิตสำนึกในการจัดการมูลฝอยยังไม่ตื่นตัวไม่มีการคัดแยกขยะและมองว่าการจัดการขยะเป็นภาระหน้าที่ของเทศบาลเพราะตนเองได้จ่ายค่าธรรมเนียมการจัดการขยะไปแล้วในขณะที่ทางเทศบาลจะเน้นการจัดการขยะที่กลางทางและปลายทางคือการเก็บรวบรวมและเก็บขนขยะไปกำจัดขาดพื้นที่ในการจัดการขยะที่ชัดเจนแล้วชี้ รวบรวมขยะรีไซเคิลรวบรวมขยะเปียกหรือการส่งเสริมให้ครัวเรือนจะทำถังขยะเปียกของตัวเองเพื่อคัดแยกขยะเบื้องต้นชาวบ้านมองว่าเป็นเรื่องที่ยากและยังไม่ได้ลงมือทำด้วยความเคยชินที่ทิ้งอย่างไรก็ได้ไม่นึกถึงผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมที่จะตามมา แนวทางแก้ปัญหาในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนให้มีความเห็นว่าการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมเริ่มต้นจากการให้ความรู้แก่ประชาชนและชุมชนในการร่วมมือกันจัดการขยะมูลฝอยตั้งแต่ต้นทางเช่นการคัดแยกขยะเปียกเพื่อนำไปทำปุ๋ยหรือเลี้ยงสัตว์ขยะรีไซเคิลนำไปจำหน่ายเป็นรายได้แก่ครัวเรือนรวมไปถึงลดการเกิดขยะรีไซเคิลใช้พลาสติกและโฟมที่ย่อยสลายได้ยากทางแต่ละครัวเรือนสามารถทำได้ขยะที่เหลือเพื่อนำไปกำจัดจะมีเพียงขยะทั่วไปซึ่งจะเป็นการช่วยรักษาสิ่งแวดล้อมของชุมชนแต่ด้วยอุปสรรคของพื้นที่ชุมชนในเมืองมักไม่มีพื้นที่ว่างพอจะทำหลุมวางถังขยะเปียกจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการลงพื้นที่เพื่อสำรวจและวางแผนร่วมกับชุมชนในการจัดการขยะมูลฝอยอย่างบูรณาการ ข้อเสนอแนะในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนอยากให้ประชาชนมีความตระหนักเรื่องของการคัดแยกขยะตั้งแต่ครัวเรือนโดยเฉพาะขยะเปียกเพราะสามารถนำไปทำปุ๋ยใช้ได้ขยะรีไซเคิลสามารถนำไปขายสร้างรายได้แก่ครัวเรือนและเป็นการลดปริมาณขยะที่นำมาทิ้งชุมชนควรมีส่วนร่วมในการกำหนด วางถังขยะที่เหมาะสมกับแต่ละชุมชนร่วมกันจัดระเบียบและช่วยกันดูแลความสะอาดในพื้นที่ของตัวเอง” (ตัวแทนผู้บริหารเทศบาลเมืองศรีสะเกษ, 2564 : สัมภาษณ์ 15 สิงหาคม 2564)

3) หลังสิ้นสุดการโครงการประชาชนมีความรู้
เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยและการคัดแยกมูลฝอยอยู่ใน
ระดับสูง ร้อยละ 92.31

สิ่งที่ต้องพัฒนาเพื่อประสบผลสำเร็จและ
ดำเนินงานได้ตามแผนปฏิบัติการรูปแบบการจัดการมูลฝอย
โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนหนองม่วง เทศบาลเมืองศรีสะเกษ
จังหวัดศรีสะเกษ

1) ติดตามผลการดำเนินงานหลังสิ้นสุดโครงการ
อย่างต่อเนื่องทุกราย

2) การพัฒนาองค์ความรู้เพื่อเพิ่มศักยภาพ ให้
ผู้ปฏิบัติงานด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมและเครือข่ายการ
จัดการมูลฝอยในชุมชน

สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย

รูปแบบการจัดการมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนหนองม่วง เทศบาลเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ในลักษณะเป็นวงรอบเน้นการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน โดยการวิเคราะห์บริบทและปัญหา สถานการณ์การพัฒนา แนวทางการพัฒนา โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในทุกกระบวนการ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) และเชิงปริมาณ (Quantitative Method) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ การจัดการมูลฝอย การมีส่วนร่วมและแนวทาง และมาตรการในการจัดการมูลฝอยของประชาชน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม คือการ ประชุมเชิงปฏิบัติการ การสัมภาษณ์ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม

1) การดำเนินการรูปแบบการจัดการมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนหนองม่วง เทศบาลเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามวงจร PAOR ในขั้นตอนการ วางแผน (Planing) ได้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการประสานชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่เทศบาลเมืองศรีสะเกษ ปลัดเทศบาล ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม พนักงานเก็บขยะ และพนักงานคัดแยกขยะ นักวิชาการ

สาธารณสุข นักวิชาการสุขภาพิบาล ร่วมวิเคราะห์ประเมิน
สถานการณ์ชุมชน รับทราบข้อมูลสถานการณ์ความรุนแรง
และสภาพปัญหาาร่วมกัน ทบทวน แลกเปลี่ยน

ความรู้ ประสบการณ์ และร่วมวางแผนการ ดำเนินงานเพื่อจัด กิจกรรมที่เหมาะสมกับความต้องการของชุมชน โดยจัดทำ โครงการ “หนองม่วงร่วมใจ สู้สิ่งแฉดล้อมชุมชนน้ำอยู่” โดย กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ประกอบด้วย การอบรม กำหนดกติการ่วมกัน การ ประชาสัมพันธ์ความรู้ในชุมชน และมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ใน ขั้นปฏิบัติ (Action) ที่ได้มีการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม ซึ่ง กิจกรรมทั้ง 3 กิจกรรม ครอบคลุมถึงการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ ทักษะ ทักษะ และการมีส่วนร่วม โดย

มุ่งเน้นให้ผู้ปฏิบัติเห็นภาพที่ชัดเจน) โดยการกระตุ้นให้
 ปฏิบัติการ โดยกระบวนการเรียนรู้จากการสะท้อนความคิด
 ด้วยตนเอง และตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาอันนำไปสู่
 มติร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันทำให้ประชาชนมี
 ความรู้สึกรับเป็นเจ้าของการดำเนินงาน ซึ่งกิจกรรมครอบคลุมถึง
 ความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรม ตัวอย่างมีส่วนร่วม รวมถึงการ
 จัดกิจกรรมที่อบรมให้ความรู้ ค้นหาครัวเรือนต้นแบบเพื่อ
 มุ่งเน้นให้เกิดผลกับตัวผู้ปฏิบัติอย่างชัดเจนและยั่งยืน

2) ประชาชนในชุมชนหนองม่วง จัดมูลฝอยด้วยวิธี
ที่รวมกับมูลฝอยทุกประเภท ไม่เว้นกระทั่ง มูลฝอยประเภท
โฟมหรือพลาสติก ยกเว้นมูลฝอยที่สามารถนำไปจำหน่ายหรือ
ขายได้ ดังเช่น กระดาษ ขวด กระป๋อง และเศษสิ่งโลหะ
ประเภทต่างๆ ส่วนมูลฝอยอันตรายภายในบ้าน ประเภท
ถ่านไฟฉาย และแบตเตอรี่ ประชาชนจะนำไปทิ้งรวมในถังขยะ
ส่วนมูลฝอยประเภทหลอดไฟฟ้า และกระป๋องยาฆ่าแมลง
ประชาชนนิยมแยกไว้ในถุงพลาสติกก่อนนำไปทิ้งรวม หาก
สังเกตจากข้อมูลที่ได้จากการศึกษา ครั้งนี้ สรุปว่าประชาชนมี
ปัญหาการจัดเก็บมูลฝอยในระดับครัวเรือนหลายเงื่อนไข เช่น
ขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับมูลฝอยและการจัดการ ทำให้
ประชาชนส่วนมากจัดการมูลฝอยในครอบครัวด้วย วิธีที่
รวมกันมากกว่าวิธีการอย่างอื่นซึ่งไม่สอดคล้องกับหลักวิชาการ
ปัญหาดังที่พบจากการศึกษา คือ ปัญหาที่รองรับมูลฝอยของ

ครอบครัวมีจำนวนไม่เพียงพอ กลายเป็นปัญหาอย่างอื่นติดตามมา โดยเฉพาะการกระจายของมูลฝอยเต็มไปทั่วพื้นที่สาธารณะ ซึ่งตามข้อเท็จจริงแล้วประชาชนต้องการให้ปัญหาเหล่านี้หมดสิ้นไป เพียงแต่ยังไม่มี การสนองความต้องการของประชาชนโดยฝ่ายที่เกี่ยวข้อง และผลจากการวิจัยในครั้งนี้ก็พบว่าความรู้เกี่ยวกับมูลฝอยของประชาชนอยู่ในระดับสูง เมื่อแยกเป็นรายข้อ จะพบว่า เขม่าควันที่เกิดจากการเผามูลฝอยกลางแจ้ง ทำให้เกิดมลพิษทางอากาศได้มากที่สุด เป็นเพราะประชาชนเห็นข้อคำถามเป็นเชิงประจักษ์ว่า ถ้ามีการเผาทุกครัวเรือนก็ก่อให้เกิดมลพิษได้ รองลงมา คือ สุนัขและแมวที่ชอบหาอาหารกินตามกองมูลฝอย สามารถช่วยลดการแพร่ระบาดของเชื้อโรคได้ อีกทางหนึ่งและการทิ้งมูลฝอยไม่ควรแยกมูลฝอยเปียกกับมูลฝอยแห้งออกจากกัน ซึ่งเป็นข้อคำถามในเชิงลบ แต่ประชาชนก็มีความรู้ทั้งสองข้อ แสดงให้เห็นว่าประชาชนได้ทำความเข้าใจในข้อคำถาม ทักษะคิดเกี่ยวกับมูลฝอย อยู่ในระดับดี และเมื่อเมื่อแยกเป็นรายข้อพบว่า ประชาชนมีทัศนคติที่ดีในด้านการจัดการมูลฝอยที่ได้ผลดีที่สุด ควรเริ่มจากครัวเรือนก่อน และอยากให้มีการโครงการ/กิจกรรมเกี่ยวกับ การคัดแยกมูลฝอยในชุมชน ทำให้ทราบว่าประชาชนมีเจตคติที่ดีในการที่จะเข้ามามีส่วนร่วม เพราะประชาชนคิดว่าการจัดการที่ได้ผลดี ควรเริ่มจากครัวเรือน และพฤติกรรมจัดการมูลฝอย อยู่ในระดับดี สอดคล้องการศึกษาของศุภิศรมา ยี่สุนศรี (2559) ที่ศึกษาวิจัยเรื่องผลของความรู้ และทัศนคติ ที่มีต่อการจัดการมูลฝอยของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลลุง อำเภอมืองสตูล จังหวัดสตูล พบว่า ความรู้เกี่ยวกับมูลฝอยของประชาชน ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลลุง อำเภอมืองสตูล จังหวัดสตูล อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 76.50) ทักษะคิดเกี่ยวกับมูลฝอยของประชาชน ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลลุง อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 51.25) การจัดการมูลฝอยของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลลุง อำเภอมืองสตูล จังหวัดสตูล อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 38.50)

จากการศึกษา พบว่าสาเหตุของปัญหาดังกล่าวเกิดจากสองฝ่าย คือ ปัญหาที่เกิดจากฝ่ายประชาชน พบว่ามี

ทัศนคติไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการลดปริมาณมูลฝอย เช่น สาเหตุจากความเคยชิน คิดว่าหน้าที่การจัดการมูลฝอยเป็นของเทศบาลปล่อยให้เทศบาลจัดการเองหรือให้คนอื่น ๆ ทำก่อนการไม่ตระหนัก ในการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ไม่มีการรวมกลุ่มเพื่อร่วมกันคิดหาทางแก้ไข ไม่คิดเป็นธุระในการเข้าไปร่วมแก้ปัญหามูลฝอยในพื้นที่พฤติกรรมจัดการมูลฝอยในครัวเรือนและในที่สาธารณะยังไม่ถูกต้อง คือ การทิ้งมูลฝอยแต่ละประเภทยังไม่เหมาะสม เช่น มูลฝอยที่สามารถนำมาใช้ใหม่ได้กลับถูกกละเลย และไม่ใส่ใจ มูลฝอยอันตรายก็ยังทิ้งรวมกับมูลฝอยทั่วไป ปัญหาที่เกิดจากฝ่ายเทศบาล พบว่า เทศบาลเมืองศรีสะเกษ ขาดมาตรการเชิงบังคับให้ประชาชนจัดการมูลฝอยตามครรลองที่ควรปฏิบัติ เทศบาลมีการณรงค์ให้ประชาชน ลดปริมาณมูลฝอยไม่มากพอ และยังไม่มีการจัดทำนโยบาย/แผนงานด้านการจัดการมูลฝอย และนอกจากนี้ ยังมีข้อจำกัดอื่นๆ อีกหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านงบประมาณ และขาดความร่วมมือทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

การมีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอย อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ สมควร กาฬรัตน์ (2558) ที่ศึกษา เรื่อง การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการมูลฝอยในชุมชน เทศบาลเมืองนาสาร โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอยในชุมชนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ จุฑาภรณ์ ตาแก้ว (2559) ที่ศึกษา เรื่อง การมีส่วนร่วมของประชาชนใน การลดปริมาณขยะของชุมชนบ้านนางลาด ตำบลคูหาสวรรค์ อำเภอมืองพัทลุง จังหวัดพัทลุง พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในการลดปริมาณขยะของชุมชนอยู่ในระดับมาก

จากการศึกษา พบว่าการมีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอยของประชาชนชุมชนหนองม่วง อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากประชาชนยังขาดการมีส่วนร่วมในการลดปริมาณมูลฝอยในหลายมิติ ตั้งแต่ขั้นริเริ่มการค้นหาคำปัญหาและสาเหตุของปัญหาการจัดการมูลฝอยในชุมชน การวางแผนแก้ไขปัญหามาตรการจัดการมูลฝอยในชุมชน การดำเนินงานการจัดการมูลฝอยในชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยการสนับสนุนทรัพยากร การ

บริหาร โครงการ การประสานงานและการขอความร่วมมือซึ่งแนวทางที่ผู้วิจัยเสนอแนะ คือ การกระจาย อำนาจในการจัดการสิ่งแวดล้อมจากส่วนกลาง สู่ประชาชนในท้องถิ่น ให้ประชาชนมีส่วนร่วมกำหนดนโยบาย และวางแผนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ต้องสนับสนุนองค์กรประชาชนในการพิทักษ์สิ่งแวดล้อม ตลอดจน เปลี่ยนนโยบายการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เป็นการริเริ่มจากเบื้องล่างสู่เบื้องบน ปลุกจิตสำนึกให้ประชาชน มีส่วนร่วมในความเป็นเจ้าของชุมชนร่วมกัน การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้อย่างสม่ำเสมอ เช่น สร้างแกนนำ และกลุ่มตัวอย่างในการเรียนรู้ การแก้ไขปัญหาโดยการชักจูงการอยู่ร่วมกันทางสังคม เป็นตัวขับเคลื่อนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการมูลฝอยของประชาชนให้ถูกต้อง

การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการหามาตรการและแนวทางในการจัดการมูลฝอย ทำให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหามูลฝอยของประชาชน กลุ่มภาคีเครือข่าย และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้มีโอกาสในการรับรู้กำหนดเป้าหมาย วิสัยทัศน์ และร่วมกันคิดแก้ไขปัญหา ตลอดจนดำเนินกิจกรรม/โครงการร่วมกัน สอดคล้องกับการศึกษาของสมควร กาพันธ์ (2558) เรื่องการพัฒนาการมีส่วนร่วม ของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนเทศบาลเมืองนาสาร อำเภอนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า การให้ความสำคัญของประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของชุมชนให้มากขึ้น เนื่องจากประชาชนทุกคนมีส่วนเกี่ยวข้องทั้งในฐานะผู้สร้างขยะมูลฝอยและเป็นผู้รับผลกระทบเกี่ยวกับปัญหานี้ โดยเฉพาะผลที่มีต่อสุขภาพอนามัยและสิ่งแวดล้อม โดยสร้างจิตสำนึกให้กับประชาชนในการมีส่วนร่วมการแก้ไขปัญหาขยะมูลฝอยจึงเป็นหลักการสำคัญช่วยกันเสริมสร้างพัฒนาให้อย่างเป็นระบบ และสอดคล้องกับการศึกษาของ อรพินท์ สฟโชคชัย (2537) เรื่อง การสร้างการมีส่วนร่วมของ ประชาชนในการพัฒนาชุมชน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม ให้ความสำคัญต่อความคิด และการมีส่วนร่วมต่อสมาชิกในชุมชนบนพื้นฐานของความเท่าเทียมกัน ช่วยกระตุ้นให้เกิดบรรยากาศและเปิด

โอกาสให้ผู้แทนสตรีในระดับหมู่บ้าน ได้มีโอกาสร่วมแสดงความคิดเห็น และร่วมการตัดสินใจในงานพัฒนาหมู่บ้าน และแนวคิดของอรพินท์ สฟโชคชัย ได้กล่าวไว้ว่า การมีส่วนร่วมเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน และทำให้เกิดกระบวนทัศน์ (Paradigm) ซึ่งหมายถึง ทักษะ พื้นฐาน มุมมอง ทักษะ ค่านิยมอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างของปัจเจกบุคคลซึ่งเป็นตัวกำหนด แบบแผน การคิดและการปฏิบัติของบุคคล ครอบครัวและชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1) ในระดับชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องให้ความสำคัญกับปัญหามูลฝอยและสิ่งแวดล้อมควรกำหนดนโยบายในการดำเนินการจัดการมูลฝอยแบบมีส่วนร่วมอย่างชัดเจน โดยการส่งเสริมความรู้ให้กับประชาชนได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ มีการรายงานผลการดำเนินงานการจัดการมูลฝอย และควรส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอยแบบครบวงจร ตั้งแต่การลดการสร้างขยะ การคัดแยกมูลฝอยก่อนทิ้ง การมีส่วนร่วมในการวางแผน ปฏิบัติการและการติดตามประเมินผล เพื่อให้ประชาชนทราบผลดำเนินการและสามารถนำข้อมูลไปวางแผนและพัฒนากิจการต่อไป

2) ในระดับท้องถิ่น ควรให้มีการบริหารจัดการมูลฝอยโดยคณะกรรมการซึ่งแต่งตั้งจากตัวแทนภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันบริหารหน่วยงานนี้เป็นระบบชุมชนต้องกำหนดแนวทางร่วมกันในการมีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอย ความร่วมมือกันของชุมชนจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การจัดการขยะของชุมชนมีประสิทธิภาพ

3) ในระดับจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีนโยบายร่วมกันระหว่างท้องถิ่นใกล้เคียง และท้องถิ่นในระดับจังหวัดเพื่อการสร้างความร่วมมือในการจัดการขยะที่เป็นภาคีเครือข่ายกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอื่น ๆ เพื่อร่วมกันบริหารจัดการขยะในชุมชน แลกเปลี่ยน และเรียนรู้ในการจัดการขยะที่มีประสิทธิภาพ ควรมีกิจกรรมที่เกิดการบูรณาการของการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการจัดการมูลฝอยอย่างต่อเนื่อง

4) การคัดเลือกผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ ควรเป็นบุคคลที่มีศักยภาพในการจัดการปัญหาอย่างแท้จริง เพื่อให้การดำเนินงานแก้ไขปัญหาเกิดผลอย่างจริงจัง และต่อเนื่องในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เครือข่ายการจัดการมูลฝอยในชุมชน และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม เจ้าบ้านหรือตัวแทนเจ้าบ้านที่อาศัยอยู่ในชุมชนหนองม่วง เทศบาลเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์เข้าร่วมวิจัย ทำให้เกิดกระบวนการต่างๆ เพื่อพัฒนาไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น จึงทำให้งานวิจัยชิ้นนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมมลพิษ. คู่มือประชาชนเพื่อการลด คัดแยกและใช้ประโยชน์ขยะมูลฝอยชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด กชกร พบลีซิง; 2550.
2. กรมควบคุมมลพิษ. คู่มือแนวทางการลดคัดแยกและใช้ประโยชน์ขยะมูลฝอยสำหรับอาสาสมัครพิทักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมหมู่บ้าน. กรุงเทพฯ: รุ่งศิลป์การ พิมพ์ (1977) จำกัด; 2560.
3. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. มาตรฐานการจัดการขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล. กรุงเทพฯ :กระทรวงมหาดไทย; 2554.
4. กัญญา จาอ้าย. การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของชุมชนสันกลาง อำเภอสนักแกง จังหวัดเชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2558.
5. กาบแก้ว ปัญญาไทย. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการขยะมูลฝอยในพื้นที่เทศบาลตำบลเกาะคา จังหวัดลำปาง: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2560.
6. โกวิทย์ พวงงาม. ภารกิจ อบต. และความเข้มแข็งของประชาคมตำบล ในการจัดการกับปัญหาสุขภาพ ชุมชน

ระดับตำบล. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2556.

7. จุฬารัตน์ ตาแก้ว. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการลดปริมาณขยะของชุมชนบ้านนาลาด ตำบลคูหาสวรรค์ อำเภอมะนิง จังหวัดพัทลุง. มหาวิทยาลัยทักษิณ; 2559.
8. ชูชาติ พ่วงสมจิตร. การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนกับโรงเรียนประถมศึกษา ในเขตปริมณฑลกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2540
9. ธีรวรรณ ศรีแสง. การพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการมูลฝอย : กรณีศึกษาเทศบาลตำบลเชิงทะเล อำเภอลา้ง จังหวัดภูเก็ต. วารสารสงขลานครินทร์ ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ 16(4), 701-722, 2558.
10. นฤมล กุศลชู. การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะของผู้สูงอายุในตำบลท่าขนอน อำเภอศรีรัตนนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2559.
11. บัญชา สุวรรณสิทธิ์. การจัดการขยะมูลฝอย ณ แหล่งกำเนิดของเทศบาลตำบลสันทรายหลวง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2558
12. ปานกมล พิสิฐอรุณกุล และเสาวลักษณ์ รุ่งตะวันเรืองศรี. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมและกระบวนการเรียนรู้ของประชาชนในการจัดการมูลฝอยชุมชน : กรณีศึกษาเทศบาลตำบลปริก อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2558.
13. พรพิมล วิกรัยพัฒน์. การจัดการขยะในครัวเรือนชุมชนข้างเคียน จังหวัดเชียงใหม่. การประชุมทางวิชาการของมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ครั้งที่ 45: สาขาสถาปัตยกรรมศาสตร์และวิศวกรรมศาสตร์ สาขาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม การประชุมทางวิชาการของมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ครั้งที่ 45; 2558
14. วรณวิมล แพ้งประสิทธิ์. การจัดทำร่างแผนปฏิบัติการจัดการขยะมูลฝอย เทศบาลตำบลแม่ใจ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2558.

15. ศุภิศร์มา ยี่สุนศรี. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และเจตคติกับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลลุง อำเภอมืองสตูล จังหวัดสตูล. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา; 2559.
16. สมควร กาพรัตน์. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอย ในชุมชน เทศบาลเมืองนาสาร อำเภอนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุราษฎร์ธานี; 2558.
17. สุนีย์ มัลลิกะมาลย์ และนันทพล กาญจนวัฒน์. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะชุมชน. รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2543.
18. สมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต. ระเบียบวิธีวิจัย. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2553.
19. หนึ่งฤทัย สังข์จีน. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการคัดแยกมูลฝอยตามโครงการขยะแห้งแลกไข่ของเทศบาลนครยะลา อำเภอมือง จังหวัดยะลา. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการสิ่งแวดล้อมมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2558
20. อรพินท์ สฟโชคชัย. คู่มือการจัดการประชุมเพื่อระดมความคิดในการพัฒนาหมู่บ้าน: การพัฒนาหมู่บ้าน โดยพลังประชาชน. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย; 2537.
21. อัญชลี เฉลยรัตน์. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดทำกรอบแผนพัฒนาตำบล กรณีศึกษา : ตำบลวัดยม อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
22. Arnstein, S. R. A Ladder of Citizen Participation. Journal of the American Planning Association, 35, 216-224; 1969.
23. Bloom, S. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill Book Company; 1971.
24. Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. Rural Development Participation : Concept and Measures for Project Design Implementation and Evaluation. Ithaca, NY: Rural Development Committee Center for International Studies, Cornell University; 1981.
25. Kemmis, S., & McTaggart, R. The Action Research Planner. 3rd ed. Geelong, Australia: Deakin University Press; 1988.
26. Reeder, W. W. Some Aspects of the Informal Social Participation of Farm Families in New York State. New York : Cornell University; 1998.
27. WHO and UNICEF. Report of the International Conference on Primary Health Care. New York : N.P. Press; 1978.

Received: 6 May 2022, Revised: 16 Jun 2022

Accepted: 20 Jun 2022

นิพนธ์ต้นฉบับ

รูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโควิด2019 ของโรงพยาบาลสนามและศูนย์พักคอย
กรณีศึกษา จังหวัดสุรินทร์สายัณห์ แสงสุข¹

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโควิด2019และพัฒนาตามเกณฑ์มาตรฐานของโรงพยาบาลสนามและศูนย์พักคอยในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยหัวหน้าศูนย์และผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสนามและศูนย์พักคอย ซึ่งจำนวน 40คนได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม แบบสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษพบว่าภายหลังการพัฒนาในส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดูแลโรงพยาบาลสนามและศูนย์พักคอยมีคะแนนความรู้ด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโควิด2019อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ60 ระดับความรู้ตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์พักคอยและโรงพยาบาลสนามอยู่ในระดับสูงร้อยละ60ภายหลังการพัฒนาพบว่าโรงพยาบาลสนามและศูนย์พักคอยผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลสนามและศูนย์พักคอย

โดยสรุปกระบวนการพัฒนาโรงพยาบาลสนามและศูนย์พักคอยครั้งนี้มีปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญคือการกำหนดนโยบายจากผู้บริหารที่ชัดเจนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาของทีมสหวิชาชีพและการมีระบบกำกับนิเทศติดตามของทีมสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ โรงพยาบาลสนาม,ศูนย์พักคอย,มูลฝอยติดเชื้อ,โควิด2019, รูปแบบ, การจัดการ

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์

*Original Article***The Model of infectious waste management for Coronaviruses (COVID-19) in Field Hospital and Community Isolation: A case study of Surin Province.**Sayun Sawaengsuk¹**Abstract**

The study design was Action research. The study was divided by using quality cycle in the Process. Those were Planning Stage (P), Acting Stage (A), Observe Stage (O) and Reflect Stage (R). The purpose of this study is Improvement and management for infectious waste for Coronaviruses (COVID-19) and Field Hospital and Community Isolation (FHCI) standard in Muang district, Surin Province. The 40 samples of the (FHCI) administrators and staffs were operated in 2021, in Surin province. The participants were purposive selected as the sample. The study tools were a questionnaire and an interview. The data were analyzed by using Percentage, Mean, and Standard Deviation by using statistics software programs.

The results of this study revealed that the level of knowledge on management for infectious waste for Corona viruses (COVID-19) among administrators and staffs were found at a middle level (60-79%) and knowledge on Improvement and management Field Hospital and Community Isolation (FHCI) standard was found at a high level (>80%). Additionally, all Field Hospital and Community Isolation (FHCI) were passed with regards to the criterion of standard.

In summary, the key significantly success of this process comprised of 1) clearly and direction of policy from the top administrators, 2) participation of a multidisciplinary team and 3) the effectively of monitoring and supportive system among the network.

Keyword: Field Hospital, Community Isolation, COVID-2019, Model, Management

¹Surin Province Public Health Officer

บทนำ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งมีการระบาดเป็นวงกว้างไปทั่วโลกอย่างต่อเนื่องนายกรัฐมนตรียึดความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรีในการประชุมเมื่อวันที่ 24 มีนาคม 2563 และตามคำแนะนำของผู้บริหารและนักวิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุขได้ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉินพ.ศ. 2548จากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และได้มีข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉินพ.ศ. 2548 จำนวน 2 ฉบับโดยฉบับที่ 1 มีผลบังคับในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักรตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม 2563 และฉบับที่ 2 มีผลบังคับตั้งแต่วันที่ 3 เมษายน 2563 เป็นต้นไปนั้นกระทรวงสาธารณสุขโดยกรมควบคุมโรคได้ทำแนวทางเพื่อจัดการภาวะระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (COVID-19) ในประเทศและเพื่อป้องกันการระบาดของโรคจากผู้เดินทางเข้าสู่ราชอาณาจักรอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพเพื่อให้หน่วยงานบุคคลและประชาชนทั่วไปได้ใช้ประโยชน์เพื่อการคุ้มครองป้องกันสุขภาพของประชาชนตลอดจนการจัดการสถานที่กักกันโรคซึ่งทางราชการกำหนด(Quarantine) เพื่อควบคุมป้องกันโรคมิให้แพร่กระจายไปสู่ชุมชนเนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคได้มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการทบทวนและปรับปรุงมาตรการคำแนะนำแนวทางการดำเนินงานให้สอดคล้องและทันเวลาเหมาะสมกับบริบทของสังคมและสถานการณ์เพื่อให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องสามารถนำคู่มือมาใช้ประกอบการดำเนินงานบริหารจัดการสถานที่กักกันโรคที่ทางราชการกำหนด(Quarantine) ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคโดยเฉพาะระดับที่เป็นผู้ปฏิบัติงานได้ร่วมกัน

จัดการให้โรคนั้นอยู่ในวงจำกัดและสงบลงได้โดยเร็วอย่างมีเอกภาพและเพื่อการขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศ ทั้งนี้กรมควบคุมโรคจะมีการปรับปรุงแก้ไขเป็นระยะเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่อาจเปลี่ยนแปลงไปในอนาคตของประเทศไทยและสถานการณ์โลกต่อไป(กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

จากการเฝ้าระวังติดตามสถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระหว่างวันที่ 31 ธันวาคม 2563 – 1 มกราคม 2564 มีผู้เสียชีวิตจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระลอกใหม่รวม 3 รายคิดเป็นอัตราป่วยตายประมาณร้อยละ 0.11 (เสียชีวิต 1 รายจากผู้ป่วย 1,000 ราย) ซึ่งเมื่อเทียบกับอัตราป่วยตายจากการระบาดในระลอกแรกพบว่าต่ำกว่าประมาณ 12 เท่า (อัตราป่วยตายระลอกแรกร้อยละ 1.37) ซึ่งอาจเป็นเพราะการระบาดในระลอกใหม่นี้เกิดในกลุ่มวัยกลางคนและแรงงานต่างด้าวซึ่งสุขภาพค่อนข้างแข็งแรงแต่อย่างไรก็ตามสถานการณ์การระบาดเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงมาติดในคนไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องนอกจากนี้ผู้เสียชีวิตในระลอกใหม่นี้บางรายมีประวัติการเดินทางของโรคค่อนข้างรวดเร็ว (เสียชีวิตในวันที่ 5 หลังจากเริ่มมีอาการ) อาจเนื่องมาจากมีปัจจัยเสี่ยงเช่นภาวะอ้วนจึงทำให้คนไทยโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวที่มีภาวะอ้วนเบาหวานมีความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลางถึงสูงต่อการติดเชื้อและรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตดังนั้นหน่วยงานต่างๆอาจเร่งให้การป้องกันในกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวทั้งจากมาตรการป้องกันส่วนบุคคลเช่นการส่งเสริมการใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าในทุกคนการณรงค์ให้หมั่นล้างมือรวมถึงสนับสนุนให้ประชาชนสามารถหาซื้ออุปกรณ์ต่างๆได้ในราคาที่เหมาะสม อีกทั้งควรมีการป้องกันการแพร่กระจายจากกลุ่มวัยแรงงานมายังกลุ่มผู้สูงอายุเช่นการงดกิจกรรมที่มีการรวมกันของผู้คน

เพื่อลดโอกาสในการแพร่กระจายและเสียชีวิต(ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

จากการวิเคราะห์ผู้เสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 83 รายพบว่าอัตราส่วนผู้เสียชีวิตเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 3.2 ต่อ 1 ค่ามัธยฐานอายุผู้เสียชีวิตเท่ากับ 59 ปี (พิสัยควอไทล์ระหว่าง 50.5 – 70 ปี)ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่สัญชาติไทย (ร้อยละ 88.0) มีประวัติมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรคร้อยละ 66.3 โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดได้แก่ความดันโลหิตสูงร้อยละ 36.1 เบาหวานร้อยละ 31.3 นอกจากนี้ยังพบว่าในจำนวนผู้เสียชีวิตมีผู้ที่มีภาวะอ้วนร้อยละ 8.4 ดังนั้นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปหรือโรคประจำตัวเช่นความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคไตเรื้อรังหรือมีภาวะอ้วนมีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตมากกว่าประชากรทั่วไปหากป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประชากรกลุ่มเสี่ยงจึงควรป้องกันการติดเชื้อเพื่อที่จะลดความเสี่ยงจากการเสียชีวิตโดยการลงทะเบียนในระบบ “หมอพร้อม” เพื่อรับวัคซีนและยังคงปฏิบัติตามมาตรการเว้นระยะห่างสวมใส่หน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยตลอดเวลาล้างมือด้วยสบู่และน้ำสะอาดหรือล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจลบ่อยหรือทุกครั้งหลังจากสัมผัสสิ่งของพื้นผิวต่างๆหากเริ่มมีอาการไข้หรืออาการทางระบบทางเดินหายใจควรรีบพบแพทย์เพื่อทำการตรวจหาเชื้อโดยเร็ว

จังหวัดสุรินทร์ได้เปิดศูนย์กักตัวสำหรับผู้เดินทางมาจากต่างประเทศและพื้นที่เสี่ยง จำนวน 3 แห่ง ได้แก่โรงแรมล้านช้าง โรงแรมเพชรสุรินทร์และวัดสุทธธรรมารามและได้เปิดโรงพยาบาลสนามจำนวน 4 แห่งได้แก่ ศูนย์เน็ด, วัดอาโพน, มหาวิทยาลัยสงฆ์และวัดละอោះ พบปัญหามีขยะกองทิ้งไว้จำนวนมากหลังจากการกักตัวของผู้ป่วยโดยเฉพาะขยะติดเชื้อที่ไม่ได้มีการคัดแยกมากำจัดที่ถูกต้องจังหวัดสุรินทร์ได้มีคำสั่งให้เปิดศูนย์พักคอยอย่างน้อยตำบลละ 1 แห่ง(สำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์, 2564) เพื่อรองรับผู้ติดเชื้อหลังเทศกาลวันสงกรานต์และมีแนวโน้มการตรวจพบเชื้อของศูนย์ ARI โรงพยาบาลศูนย์สุรินทร์วันละ 500-800คน การจัดการให้โรงพยาบาลสนามและศูนย์พักคอยให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยเฉพาะการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลสนามและศูนย์พักคอยจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการลดการแพร่กระจายของเชื้อโควิดในพื้นที่จังหวัดสุรินทร์

วัตถุประสงค์ศึกษา

วัตถุประสงค์ทั่วไปของการศึกษา

เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาโรงพยาบาลสนามและศูนย์พักคอยให้ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลสนามและศูนย์พักคอยในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสุรินทร์

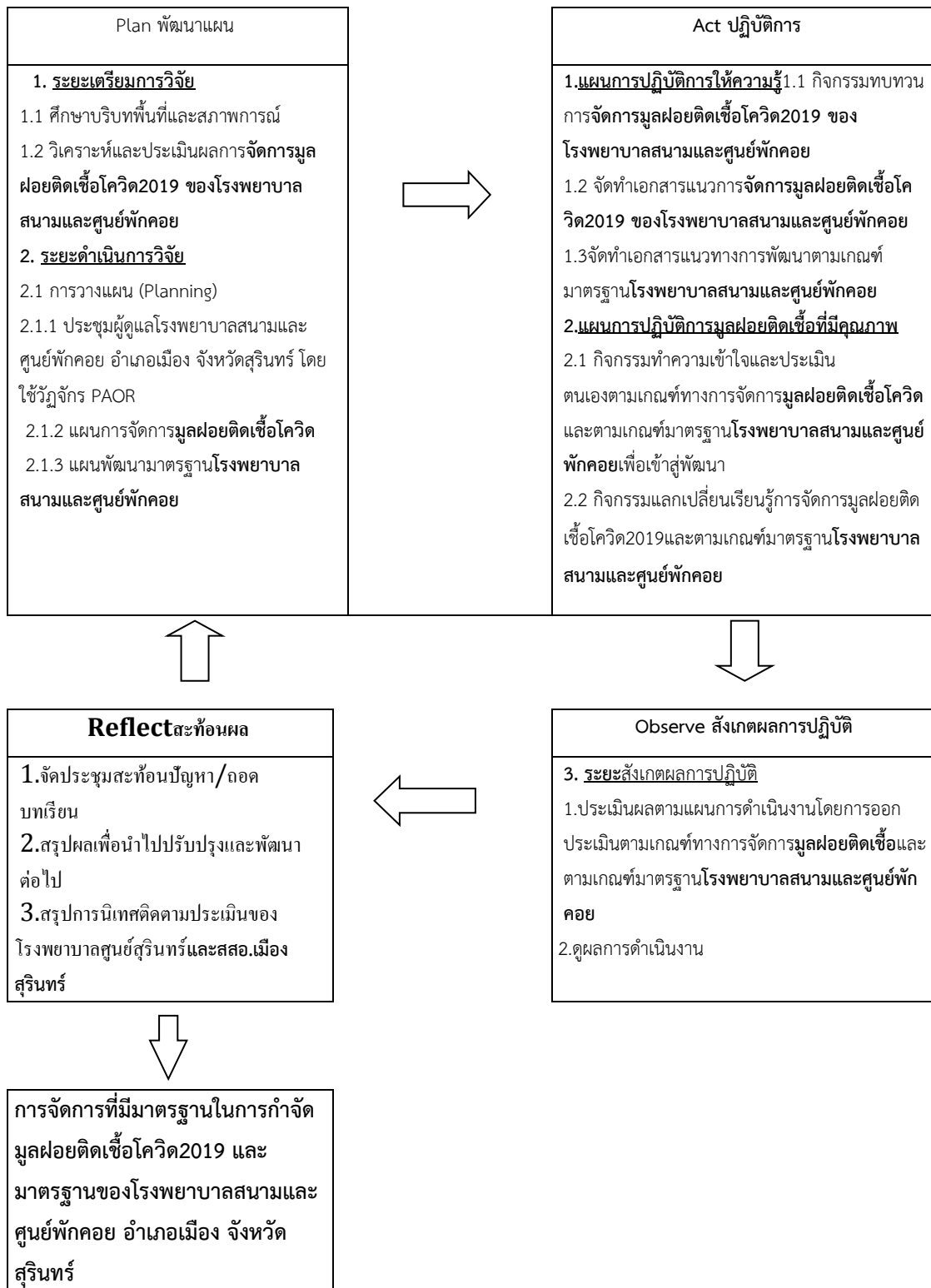
วัตถุประสงค์เฉพาะของการศึกษา

1. เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโควิด 2019 ของโรงพยาบาลสนามและศูนย์พักคอยในพื้นที่ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสุรินทร์
2. เพื่อศึกษารูปแบบตามเกณฑ์มาตรฐานของโรงพยาบาลสนามและศูนย์พักคอยในพื้นที่ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสุรินทร์

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการจัดกิจกรรมตามกระบวนการเชิงปฏิบัติการกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ด้านการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อมากกว่าก่อนการจัดกิจกรรมตามกระบวนการเชิงปฏิบัติการ
2. ภายหลังการจัดกิจกรรมตามกระบวนการเชิงปฏิบัติการโรงพยาบาลสนามและศูนย์พักคอยผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานทุกแห่ง

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามกรอบแนวคิดของ Stephen Kemmis และ McTaggart (1998) โดยมี 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning) ขั้นที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (Action) ขั้นที่ 3 ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) และขั้นที่ 4 ขั้นการสะท้อนผล (Reflection)

ประชากร

ประชากร คือ ประกอบด้วยหัวหน้าศูนย์และ ผู้ปฏิบัติงานผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสนามและศูนย์พักคอย โดยการใช้เกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 40 คนดังนี้

1. เป็นหัวหน้าศูนย์และผู้ปฏิบัติงานผู้ปฏิบัติงานด้านการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อโควิด 2019 ในโรงพยาบาลสนามและ ศูนย์พักคอยอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์
2. เป็นบุคคลที่มีความสมัครใจและสามารถอยู่ร่วม กิจกรรมได้จนสิ้นสุดกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการ ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดให้ ครอบคลุมและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ตลอดจนกรอบ แนวคิดที่ใช้ในการศึกษา ซึ่งแบบสอบถามที่สร้างขึ้นมีทั้ง ลักษณะแบบปลายปิด (Close-ended question) และ ปลายเปิด (Open-ended question) ซึ่งโครงสร้าง แบบสอบถามมี 4 ตอน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็น การสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ตอนที่ 2 แบบวัด

ความรู้ในด้านการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อโควิด 2019 ใน โรงพยาบาลสนามและศูนย์พักคอยอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์

ตอนที่ 3 แบบประเมินการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ โควิด 2019 ในโรงพยาบาลสนามและศูนย์พักคอยอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์

ตอนที่ 4 แบบสรุปผลการประเมินจัดการมูลฝอยติดเชื้อโควิด 2019 ของโรงพยาบาลสนามและศูนย์พักคอยในพื้นที่ ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์

ตอนที่ 5 แบบประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลสนาม และศูนย์พักคอยในพื้นที่ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและวิเคราะห์ข้อมูล

1. ศึกษาแนวคิดทฤษฎีจากนั้นนำมากำหนดกรอบ แนวคิดที่ใช้ในการวิจัยกำหนดนิยามศัพท์เพื่อใช้เป็นแนวทาง ในการสร้างแบบสอบถาม

2. สร้างแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้และพฤติกรรม ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโควิด 2019 ตรวจสอบความถูกต้อง ของเนื้อหาและครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ในการศึกษา จากนั้นนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความถูกต้องและ ตรงตามประเด็นที่ศึกษาความสอดคล้องของข้อความถามกับ กรอบแนวคิดในการวิจัยแล้วนำมาปรับปรุงตามคำแนะนำ

3. การหาความเที่ยงตรง (Validity) ของเครื่องมือ โดยนาแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทำการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) จากนั้นทำการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

4. การหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำ แบบสอบถามที่แก้ไขแล้วไปทดสอบ (Try out) กับบุคลากร สาธารณสุขในพื้นที่ที่มีประชากรที่มีคุณลักษณะของประชากร

ที่ใกล้เคียงกันกับพื้นที่ศึกษาได้แก่อำเภอบราสาท จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 30 คนเพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามได้ดังนี้

4.1 แบบวัดความรู้ใช้การวิเคราะห์ความยากของแบบวัดความรู้ (Difficulty analysis) พบว่า P แต่ละข้อมีค่าอยู่ระหว่าง 0.2-0.8 ค่าอำนาจจำแนกมีค่ามากกว่า 0.2 มีค่าความเที่ยงซึ่งวัดจากค่า KP 20 มีค่าเท่ากับ 0.8ซึ่งถือว่าแบบวัดความรู้มีคุณภาพสามารถนำไปใช้ได้(Tulane University Office of Medical Education, 2007)

4.2 แบบวัดพฤติกรรมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโควิด2019 ใช้ค่า Cronbach's alpha โดยได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.87ซึ่งถือว่าแบบสอบถามนี้มีความเชื่อถือได้สามารถนำไปเก็บข้อมูลได้จริงต่อไป

5. แบบสอบถามที่ผ่านการประเมินคุณภาพเครื่องมือแล้วจึงนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างต่อไป

การวิจัยครั้งนี้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์

1. วิเคราะห์ระดับความรู้ก่อนและหลังการจัดการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโควิด2019 และเกณฑ์มาตรฐานของโรงพยาบาลสนามและศูนย์พักคอยอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์จังหวัดสุรินทร์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ผลแบบค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) (สมิตราศรีสุชาติ, 2550: 5) และใช้มาตราวัดแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ น้อย ปานกลาง มากโดยประยุกต์การวัดคะแนนตามแบบมาตราวัดของลิเคิร์ท (Likert Scale, 1932)

2. วิเคราะห์พฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโควิด2019 ในโรงพยาบาลสนามและศูนย์พักคอยอำเภอ

เมือง จังหวัดสุรินทร์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ผลแบบค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) (สมิตราศรีสุชาติ, 2550: 5) และใช้มาตราวัดแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ ทำเป็นประจำ ทำบางครั้ง ไม่ทำเลยโดยประยุกต์การวัดคะแนนตามแบบมาตราวัดของลิเคิร์ท (Likert Scale, 1932)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เพื่อเป็นการค้นหาปัญหาด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโควิด2019 ในโรงพยาบาลสนามและศูนย์พักคอยอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์จึงมีการใช้แบบสอบถามเพื่อจะได้วิเคราะห์หาปัญหา ประกอบด้วย

1. ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary data) ได้จากการรวบรวมโดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์กลับคืนมาจำนวน 40 ชุดคิดเป็นร้อยละ 100

1.1 การปฏิบัติระยะที่ 1 ขั้นการวางแผนประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้การเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมประกอบด้วยหัวหน้าศูนย์และผู้ปฏิบัติงานผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสนามและศูนย์พักคอยอำเภอเมืองจังหวัดสุรินทร์โดยได้แผนการพัฒนาและอบรมให้ความรู้แก่หัวหน้าศูนย์และผู้ปฏิบัติงานผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสนามและศูนย์พักคอย

1.2 การปฏิบัติระยะที่ 2 ขั้นการปฏิบัติอบรมให้ความรู้ เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโควิด2019 ในโรงพยาบาลสนามและศูนย์พักคอยอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์

1.3 การปฏิบัติระยะที่ 3 ขั้นสังเกตผลการปฏิบัติ นิเทศติดตามสนับสนุนฝ่ายควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์

1.4 การปฏิบัติระยะที่ 4 ขั้นการสะท้อนผลการประชุมของหัวหน้าศูนย์และผู้ปฏิบัติงานผู้ปฏิบัติงานใน

โรงพยาบาลสนามและศูนย์พักคอยอำเภอเมืองจังหวัดสุรินทร์
การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการติดตามตรวจตลาดของฝ่ายอาชี
วอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์

2. ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) ได้จากการ
เก็บรวบรวมข้อมูลจากหนังสือตำราบทความผลงานวิจัยและ
เอกสารต่างๆที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนด
กรอบแนวคิดและสมมติฐานในการวิจัย

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

	ลักษณะทางประชากร	จำนวน (n=40)	ร้อยละ (%)
ตำแหน่ง			
	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	24	60.00
	นักวิชาการสาธารณสุข	10	25.00
	พยาบาลวิชาชีพ	6	15.00
เพศ			
	ชาย	8	20.00
	หญิง	32	80.00
อายุ (ปี)			
	20-29	4	10.00
	30-39	16	40.00
	40-49	8	20.00
	50-59	12	30.00
Mean = 35.6 (S.D. = 7.80) Min. = 23 Max. = 59			
การศึกษา			
	ปริญญาตรี	21	52.50
	ปริญญาโทหรือสูงกว่า	19	47.50
ประสบการณ์ในการทำงาน			
	1-5	5	12.50
	6-10	13	52.50
	มากกว่า 10 ปี	22	55.00
Mean = 3.61 (S.D. = 3.60) Min. = 1 Max. = 35			

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (n=40)	ร้อยละ (%)
การได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานศูนย์พักคอยและโรงพยาบาลสนาม		
ได้รับมอบหมาย	38	95.00
ไม่ได้รับมอบหมาย	2	5.00
ทราบและตระหนักในการพัฒนามาตรฐานศูนย์พักคอยและโรงพยาบาลสนาม		
ทราบและตระหนักดีต่อผลกระทบที่ได้รับ	24	60.00
ทราบแต่ไม่สนใจเพราะไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง	12	30.00
ไม่ทราบ	4	10.00
ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาเคยผ่านการอบรมหรือได้รับฟังการชี้แจงการพัฒนามาตรฐานศูนย์พักคอยและโรงพยาบาลสนาม		
ไม่เคย	26	65.00
เคย	14	35.00

จากตาราง 1 พบว่าข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 40 ราย พบว่า สถานะของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (คิดเป็นร้อยละ 60.00) โดยส่วนมากเป็นเพศหญิง (คิดเป็นร้อยละ 80.00) มีอายุระหว่าง 30-39 ปี (คิดเป็นร้อยละ 40.00) และมีอายุมากกว่า 50 ปี (คิดเป็นร้อยละ 30.00) มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี (คิดเป็นร้อยละ

52.50) ประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 10 ปี(คิดเป็นร้อยละ 55.00)การได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานศูนย์พักคอยและโรงพยาบาลสนาม(คิดเป็นร้อยละ 95.00)ทราบและตระหนักในการพัฒนามาตรฐานศูนย์พักคอยและโรงพยาบาลสนาม(คิดเป็นร้อยละ 60.00)ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาเคยผ่านการอบรมหรือได้รับฟังการชี้แจงการพัฒนามาตรฐานศูนย์พักคอยและโรงพยาบาลสนาม(คิดเป็นร้อยละ 65.00)

ตาราง 2 ระดับความรู้ตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์พักคอยและโรงพยาบาลสนามก่อนและหลังดำเนินการพัฒนา

ระดับความรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์ มาตรฐานศูนย์พักคอยและโรงพยาบาลสนาม (n = 40)	ก่อนดำเนินการพัฒนา		หลังดำเนินการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้ต่ำ (<60%)	26	65.00	0	0
ระดับความรู้ปานกลาง (60-79%)	4	10.00	16	40.00
ระดับความรู้สูง (≥80%)	10	35.00	24	60.00

จากตาราง2พบว่าระดับความรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์พักคอยและโรงพยาบาลสนาม ก่อนดำเนินการพัฒนากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับ

ความรู้ระดับต่ำ (น้อยกว่า 60%) ร้อยละ 65.00 หลังดำเนินการพัฒนากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้สูง ($\geq 80\%$) ร้อยละ 60.00

ตาราง 3 ระดับความรู้ด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโควิด2019 การพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์พักคอยและโรงพยาบาลสนาม ก่อนและหลังดำเนินการพัฒนา

ระดับความรู้ด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโควิด2019 ของศูนย์พักคอยและโรงพยาบาลสนาม (n = 40)	ก่อนดำเนินการพัฒนา		หลังดำเนินการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้ต่ำ (<60%)	32	80.00	0	0.00
ระดับความรู้ปานกลาง (60-79%)	4	10.00	36	90.00
ระดับความรู้สูง ($\geq 80\%$)	4	10.00	4	10.00

จากตาราง3พบว่าระดับความรู้ด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโควิด2019 ในการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์พักคอยและโรงพยาบาลสนาม ก่อนดำเนินการ

พัฒนากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ระดับต่ำ (น้อยกว่า 60%) ร้อยละ 80.00 หลังดำเนินการพัฒนากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ปานกลาง (60-79%) ร้อยละ 90.00

ตาราง 4 ผลการประเมินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโควิด2019 การพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์พักคอยและโรงพยาบาลสนาม แยกรายหมวดก่อนและหลังดำเนินการพัฒนา

เกณฑ์มาตรฐานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโควิด2019 ของศูนย์พักคอยและโรงพยาบาลสนาม แยกรายหมวด (n = 20แห่ง)	ก่อนดำเนินการพัฒนา		หลังดำเนินการพัฒนา	
	ผ่าน (แห่ง)(%)	ไม่ผ่าน (แห่ง) (%)	ผ่าน (แห่ง) (%)	ไม่ผ่าน (แห่ง) (%)
หมวดที่ 1 บุคลากร	4 (20%)	16(80%)	20(100%)	0
หมวดที่ 2 การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ	4 (20%)	16 (80%)	20(100%)	0
หมวดที่ 3 การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ	4 (20%)	16 (80%)	18(90%)	2(10%)
หมวดที่ 4 การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ	4 (20%)	16 (80%)	20(100%)	0
หมวดที่ 5 การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ	4 (20%)	16 (80%)	19(95%)	1(5%)

จากตาราง 4 พบว่า ผลการประเมินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโควิด2019 การพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์พักคอยและโรงพยาบาลสนามจำนวน 20 แห่ง ก่อนดำเนินการพัฒนาเนื่องจากศูนย์พักคอยและโรงพยาบาลสนามจำนวน 4 แห่งที่เปิดให้บริการในปี พ.ศ.2563 มีการ

ดำเนินงานและเตรียมความพร้อมอยู่แล้ว ส่วนที่เหลืออีก 16 แห่งกำลังเตรียมความพร้อมเนื่องจากยังไม่มี การเข้ากักตัวในศูนย์ ภายหลังกดำเนินการพบว่าเกณฑ์มาตรฐานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโควิด2019 ของศูนย์พักคอยและโรงพยาบาลสนาม ส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ทั้ง 5 หมวด

ตาราง 5 ผลการประเมินการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์พักคอยและโรงพยาบาลสนาม ก่อนและหลังดำเนินการพัฒนา

เกณฑ์มาตรฐานศูนย์พักคอยและโรงพยาบาลสนามแยกรายหมวด (n = 20แห่ง)	ก่อนดำเนินการพัฒนา		หลังดำเนินการพัฒนา	
	ผ่าน (แห่ง) (%)	ไม่ผ่าน (แห่ง) (%)	ผ่าน (แห่ง) (%)	ไม่ผ่าน (แห่ง) (%)
ด้านที่ 1 องค์ประกอบของสถานที่เพื่อใช้ในการกักกันและควบคุมโรค	4 (20%)	16 (80%)	20(100%)	0
ด้านที่ 2 ระเบียบการปฏิบัติสำหรับผู้ถูกกักกันตัว	4 (20%)	16 (80%)	20(100%)	0
ด้านที่ 3 การเตรียมความพร้อมและแนวทางที่เกี่ยวข้องการมอบหมาย	4 (20%)	16 (80%)	20(100%)	0
ความรับผิดชอบพื้นที่กักกันโรคแห่งรัฐการจัดเตรียมสถานที่และอุปกรณ์	4 (20%)	16 (80%)	20(100%)	0
แนวทางต่างๆที่เกี่ยวข้อง				
ด้านที่ 4 การรายงานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง	4 (20%)	16 (80%)	20(100%)	0
ด้านที่ 5 การจัดแบ่งภารกิจหลักในพื้นที่กักกันโรค	4 (20%)	16 (80%)	20(100%)	0
ด้านที่ 6 การจัดแบ่งภารกิจสนับสนุนเพื่อรองรับพื้นที่กักกันโรค	4 (20%)	16 (80%)	20(100%)	0
ด้านที่ 7 การปฏิบัติของพนักงานเจ้าหน้าที่และเจ้าหน้าที่ด้านการแพทย์	4 (20%)	16 (80%)	20(100%)	0
ในกรณีที่ผู้ถูกกักกันพยายามฝ่าฝืนหรือหลบหนีการคัดกรองประวัติด้าน				
อาชญากรรมหรือประวัติทางคดี				
ด้านที่8 การติดตามและประเมินผลระหว่างดำเนินการ	4 (20%)	16 (80%)	20(100%)	0

จากตาราง 5 พบว่าผลการประเมินการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์พักคอยและโรงพยาบาลสนามก่อนดำเนินการพัฒนาผลการประเมินส่วนใหญ่ไม่ผ่าน

เกณฑ์ ร้อยละ 80 หลังการพัฒนาพบว่าผลการประเมินส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ100

อภิปรายผล

ข้อมูลด้านความรู้ในการพัฒนาคุณภาพระดับความรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์พักคอยและโรงพยาบาลสนามก่อนดำเนินการพัฒนากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ต่ำ (<60%) ร้อยละ 65.00 โดยพบว่าการพัฒนาความรู้ต่ำสุดคือด้านที่ 1 องค์ประกอบของสถานที่เพื่อใช้ในการกักกันและควบคุมโรคและความรู้ด้านที่ 3 การเตรียมความพร้อมและแนวทางที่เกี่ยวข้องการมอบหมายความรับผิดชอบพื้นที่กักกันโรคแห่งรัฐการจัดเตรียมสถานที่และอุปกรณ์แนวทางต่างๆที่เกี่ยวข้องร้อยละ 50.00 หลังดำเนินการพัฒนากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้สูง (>80%) ร้อยละ 60.00 โดยพบว่าระดับความรู้สูง (>80%) คือด้านที่ 7 การปฏิบัติของพนักงานเจ้าหน้าที่และเจ้าหน้าที่ด้านการแพทย์ในกรณีที่ผู้ถูกกักกันพยายามฝ่าฝืนหรือหลบหนีการคัดกรองประวัติด้านอาชญากรรมหรือประวัติทางคดีจากการวิเคราะห์พบว่าโรคติดเชื้อโควิด2019เป็นโรคอุบัติใหม่การจัดทำและสร้างศูนย์พักคอยและโรงพยาบาลสนามยังเป็งานใหม่ในพื้นที่เกณฑ์และมาตรการเพ็งมีการกำหนดขึ้นมาใหม่ทำให้ยากแก่การเข้าใจและนำไปปฏิบัติข้อมูลด้านความรู้การจัดการมูลฝอยติดเชื้อโควิด2019 การพัฒนาคุณภาพตามตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์พักคอยและโรงพยาบาลสนามก่อนดำเนินการพัฒนาพบว่าส่วนใหญ่ระดับความรู้ต่ำ (<60%) ร้อยละ 80.00 โดยพบว่าความรู้หมวดที่ 3 การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ,หมวดที่ 4 การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อและหมวดที่ 5 การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อระดับความรู้ต่ำ (<60%) ร้อยละ 45.00 หลังการพัฒนาคุณภาพส่วนใหญ่มีระดับความรู้สูง (>80%) โดยพบว่าความรู้หมวดที่ 1 บุคลากร,หมวดที่ 2 การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อและหมวดที่ 5 การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อระดับความรู้สูง (>80%)จากการวิเคราะห์พบว่าการจัดการมูล

ฝอยติดเชื้อโควิด2019 เป็นงานใหม่และเป็นโรคที่มีอัตราป่วยและตายสูง ทำให้ประชาชนและผู้ปฏิบัติหน้าที่มีความวิตกกังวลและกลัวการติดเชื้อเนื่องจากปัญหาการดำเนินงานในด้านขาดความรู้ความไม่เข้าใจของเจ้าหน้าที่ระดับผู้ปฏิบัติงานควรมีการเสริมสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่บุคลากรมีการสนับสนุนความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการวางแผนและบริหารจัดการจากผู้ที่เกี่ยวข้องจึงจะทำให้การพัฒนาประสบผลสำเร็จ

ผลการประเมินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโควิด2019 การพัฒนาคุณภาพตามตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์พักคอยและโรงพยาบาลสนามจำนวน 20 แห่ง ก่อนดำเนินการพัฒนาเนื่องจากศูนย์พักคอยและโรงพยาบาลสนามจำนวน 4 แห่งที่เปิดให้บริการในปี พ.ศ.2563 มีการดำเนินงานและเตรียมความพร้อมอยู่แล้ว ส่วนที่เหลืออีก 16 แห่งกำลังเตรียมความพร้อมเนื่องจากยังไม่มีมีการเข้ากักตัวในศูนย์ ภายหลังดำเนินการพบว่าเกณฑ์มาตรฐานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโควิด2019 ของศูนย์พักคอยและโรงพยาบาลสนามส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ทั้ง 5 หมวด จากการวิเคราะห์พบว่าได้รับการสนับสนุนทั้งสถานที่ในพื้นที่และบุคลากรทุกภาคส่วนและวัสดุในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโควิด2019 จากโรงพยาบาลศูนย์สุรินทร์ทำให้ศูนย์พักคอยและโรงพยาบาลสนามผ่านเกณฑ์การพัฒนาในการให้บริการผู้ติดเชื้อโควิด

ผลการประเมินการพัฒนาคุณภาพตามตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์พักคอยและโรงพยาบาลสนามจำนวน 20 แห่ง โดยได้รับการสนับสนุนทั้งในด้านกำลังคน ด้านงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบลและโรงพยาบาลศูนย์สุรินทร์วัสดุอุปกรณ์ต่างๆที่จำเป็นในการดำเนินงาน โดยเฉพาะสถานที่ตั้งศูนย์จะได้สถานที่ของวัดและสถานที่สาธารณะในชุมชนสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐฉิวงค์ฮาดและคณะ(2558)

ที่พบว่าการมีส่วนร่วมเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านการพัฒนาตามเกณฑ์เครือข่ายบริการปฐมภูมิในพื้นที่อำเภอคลองหลวงโดยก่อนการพัฒนา ระดับการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องอยู่ในระดับปานกลาง (mean=2.14) และภายหลังการพัฒนาที่ผ่านตามเกณฑ์คุณภาพ PCA การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก (mean=4.14) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของรติยาวิภักดิ์ (2559) ที่พบว่าการใช้รูปแบบการวิจัยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของเคมมิสและแม็คแทกการ์ท (Kemmis and McTaggart) พบว่ารูปแบบดังกล่าวส่งผลให้การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้มมีประสิทธิภาพมากขึ้นโดยก่อนการพัฒนาส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 47.8) ภายหลังการพัฒนาคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง (ร้อยละ 94.4) และมีความพึงพอใจต่อกระบวนการดำเนินงานจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้มอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.71, S.D. =0.22) และสอดคล้องกับงานวิจัยเชิงปฏิบัติการของชาญชัยณรงค์ ทรงศาศรี(2561) ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันและควบคุมโรควิถีชีวิต (เบาหวาน ความดัน หลอดเลือดและหัวใจ) ในพื้นที่โดยรอบมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ ผลการศึกษา พบว่า ด้านความรู้ มีตัวแปรที่ศึกษาที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ได้แก่ การไม่เคยเป็นโรคเบาหวาน การไม่มีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน การนั่งสมาธิ การสวดมนต์ การไม่นอนน้อยกว่า 4 ชม./วัน การมีการศึกษาระดับประถมศึกษา การมีอาชีพเกษตรกร การไม่สูด และการมีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน ส่วนด้านพฤติกรรม มีตัวแปรที่ศึกษาที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ได้แก่ การไม่มีโรคประจำตัว การไม่เคยเป็นโรคเบาหวาน การไม่มีญาติสายตรงเป็น

โรคเบาหวาน การมีตำแหน่งในชุมชน การนั่งสมาธิ การสวดมนต์ การมีการศึกษาระดับประถมศึกษา การมีอาชีพเกษตรกร การไม่สูด และการมีอายุน้อยกว่า 55 ปี สำหรับพื้นที่ศึกษาชุมชนห้วยวัง หนองหญ้าปล้อง และยอดแกง มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ และการปฏิบัติแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < 0.001$) โดยค่าคะแนนเฉลี่ยของห้วยวัง มีค่าน้อยกว่าหนองหญ้าปล้อง และ ยอดแกง ตามลำดับ สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ ได้แก่ พฤติกรรมโดยรวม การเป็นความดันโลหิตสูง การเป็นเบาหวาน ค่าดัชนีมวลกาย และ รอบเอว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ) ($p < 0.05$) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับ การปฏิบัติ ได้แก่ ความรู้โดยรวม พฤติกรรมรายด้าน การเป็นความดันโลหิตสูง การเป็นเบาหวาน อายุ และ รอบเอว (โดยมีเฉพาะอายุ และ รอบเอว มีความสัมพันธ์ในทิศทางลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ) ($p < 0.05$) ข้อเสนอแนะ ควรมีการนำตัวแปรที่มีความแตกต่าง และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยการวิจัยเชิงทำนาย และ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้ทราบปัจจัยที่มีความสำคัญ และ ได้รูปแบบยุทธวิธี เสรกแก้ว(2561) ได้ศึกษาเรื่องรูปแบบการจัดการทีมพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการทีมพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ผู้ร่วมวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพ เลือกแบบเจาะจงจาก 6 หอผู้ป่วย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 กลุ่มพัฒนารูปแบบการจัดการทีมพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน 15 คน และกลุ่มที่ 2 กลุ่มที่นำรูปแบบการจัดการทีมพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายไปปฏิบัติ จำนวน 183 คน การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน 3 ระยะ คือ ส่วนที่ 1 การพัฒนารูปแบบการจัดการทีมพยาบาล

วิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย มี 2 ระยะ คือ (1) ระยะก่อนการพัฒนาแบบการจัดการทีมพยาบาลวิชาชีพ (2) ระยะพัฒนาแบบการจัดการทีมพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนที่ 1 ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ส่วนที่ 2 การศึกษาความพึงพอใจของรูปแบบการจัดการทีมพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เป็นระยะที่ 3 ประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการทีมพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายหลังจากกลุ่มที่ 2 นำไปใช้ด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับของลิเคิร์ท วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการจัดการทีมพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เดิมมีปัญหาและข้อจำกัดดังนี้ (1) รูปแบบทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายไม่ชัดเจนต้องการพยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (2) ต้องการทีมบริหารช่วยสนับสนุนด้านนโยบาย งบประมาณ บุคลากร อุปกรณ์ และ (3) ต้องการทีมสนับสนุนจากสหสาขาวิชาชีพ นำข้อสรุปการศึกษามาพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบจากการวิจัยได้รูปแบบการจัดการทีมพยาบาลวิชาชีพที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยการทำงานเป็นทีม 3 ทีม คือ (1) ทีมบริหาร (2) ทีมดำเนินการและ (3) ทีมสนับสนุน โดยมีแผนภูมิเชื่อมโยงบทบาท 3 ทีมเข้าด้วยกันภายใต้การบังคับบัญชาของกลุ่มภาระกิจด้านการพยาบาลของโรงพยาบาลซึ่งมีอยู่เดิมจากการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้พบว่า มีความพึงพอใจในแบบการจัดการทีมพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับมากผลการวิจัยครั้งนี้โรงพยาบาลสามารถนำไปใช้ประโยชน์ ในการบริหารจัดการในการวางระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นบรรณทวารณ หิรัญเคราะห์ และคณะ(2562) ได้ศึกษาเรื่องบ้านต้นแบบสุขภาวะสำหรับผู้

ที่มีภาวะพึ่งพิงผลการศึกษาค้นพบว่า (1) จากการวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเชิงลึกพบปัญหาการขาดความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพในระดับสูงและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่มีระดับคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่ำ เป็นผู้มีความพิการอยู่ระดับมาก ซึ่งระดับความพิการส่งผลโดยตรงด้านจิตใจ ต่อผู้ดูแล (2) การพัฒนาบ้านต้นแบบสุขภาวะสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิง ประชาชน ผู้บริหารเทศบาล บุคลากรวิชาชีพด้านสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และภาคเอกชนในพื้นที่ มีส่วนร่วมในการสร้างแนวทางการพัฒนาร่วมกัน และ (3) ผลการประเมินรูปแบบบ้านต้นแบบสุขภาวะจากความพึงพอใจของผู้รับบริการพบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจโดยรวมสูงกว่าก่อนการดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการรับรู้ปัญหาของผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ทำให้เกิดรูปแบบและระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลการวางแผนและการพัฒนาเป็น “โมเดลบ้านต้นแบบสุขภาวะสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง” สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงหรือสูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อื่น ๆ เพื่อเป็นการไม่ทอดทิ้งและเป็นส่งเสริมสุขภาพให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มันทนา สุวรรณมาโจ (2562) ได้ศึกษาเรื่องการวิจัยและพัฒนาแบบการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างชุมชนกับหน่วยบริการสุขภาพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่าการพัฒนาแบบการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างชุมชนกับหน่วยบริการสุขภาพ พบว่า รูปแบบการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างชุมชนกับหน่วยบริการสุขภาพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ องค์ประกอบที่ 1 ด้านความต้องการเรียนรู้ร่วมกัน องค์ประกอบที่ 2 ด้านข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง องค์ประกอบที่ 3 ด้านการประสานงานและสนับสนุนการดูแลตนเอง องค์ประกอบที่ 4 ด้านการจัดระบบบริการสุขภาพ และองค์ประกอบที่ 5 ด้านศักยภาพ

การเรียนรู้ร่วมกันผลการทดลองการใช้รูปแบบการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างชุมชนกับหน่วยบริการสุขภาพ พบว่า ค่าเฉลี่ยประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลังการใช้รูปแบบ สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างชุมชนกับหน่วยบริการสุขภาพ ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.77 อดัมสัน ริตันและคณะ(2563) ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบการบริหารจัดการด้านอาหารและโภชนาการ โดยใช้แนวทางอาหารของแม่ ในเขตพื้นที่ตำบลควนรู อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสงขลา: การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการบริหารจัดการด้านอาหารและโภชนาการ โดยใช้แนวทางอาหารของแม่ ในเขตพื้นที่ตำบลควนรู อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสงขลา ประกอบด้วย 1) การพัฒนาศักยภาพส่วนบุคคล ประกอบด้วย การสร้างความตระหนักในบทบาทของแม่ และอบรมให้ความรู้ 2) การจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อพฤติกรรมโภชนาการที่พึงประสงค์ 3) การสร้างระบบและกลไกการสื่อสารด้านอาหารของแม่อย่างครบวงจร 4) การสร้างแกนนำด้านอาหารของแม่ทั้งระดับครัวเรือนและชุมชน และการสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ 5) การสร้างนโยบายสาธารณะ โดยบรรจุประเด็นอาหารของแม่ในแผนพัฒนาท้องถิ่น ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการด้านอาหารและโภชนาการโดยใช้แนวทางอาหารของแม่ มีจุดเด่นที่มีการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทางสุขภาพในชุมชน จึงเป็นแนวทางในการบริหารจัดการเพื่อป้องกันและส่งเสริมภาวะโภชนาการที่ยั่งยืน

ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์ (2564) ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนาชุมชนต้นแบบในการจัดการขยะที่สอดคล้องกับบริบทชุมชน จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนาชุมชนต้นแบบ มี 3 องค์ประกอบ คือ 1) การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม มี 3 หน่วยการเรียนรู้ ใช้เวลา 36 ชั่วโมง 2) การ

พัฒนาครัวเรือนต้นแบบและ 3) การพัฒนาชุมชนต้นแบบ ส่วนผลลัพธ์การพัฒนาชุมชนต้นแบบ พบว่า 1) ระดับบุคคล พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลของการปฏิบัติ และพฤติกรรมการจัดการขยะ หลังพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาชุมชนต้นแบบ (RR=1.26, 2.05, 1.80, 1.37 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 2) ระดับครัวเรือนมีการคัดแยกขยะ มีการจัดการขยะตามหลักสุขาภิบาล และมีบริเวณบ้านสะอาด และ 3) ระดับชุมชน มีกติกาชุมชน มีครัวเรือนต้นแบบ อย่างน้อยหมู่บ้านละ 5 ครัวเรือนมีครัวเรือนจัดการขยะ อย่างน้อยหมู่บ้านละ ร้อยละ 50.0 ของจำนวนหลังคาเรือนทั้งหมด และมีศูนย์เรียนรู้การจัดการขยะในชุมชนดังนั้นจึงควรนำรูปแบบการจัดการคุณภาพดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในงานและในพื้นที่อื่นๆต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้

1.จากผลการศึกษพบว่าระดับความรู้ของผู้ปฏิบัติงานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโควิด2019และการนำเกณฑ์มาตรฐานศูนย์พักคอยและโรงพยาบาลสนามแต่ละแห่งมาวิเคราะห์ร่วมกันทำให้การพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานศูนย์พักคอยและโรงพยาบาลสนามผ่านเกณฑ์มาตรฐานดังนั้นในการพัฒนาคุณภาพควรมีการส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานในศูนย์พักคอยและโรงพยาบาลสนามได้มีความรู้ความพึงพอใจในสิ่งที่จะทำและควรส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการพัฒนาอันจะส่งผลให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

2.จากข้อค้นพบของการวิจัยในครั้งนี้ซึ่งใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ในการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานศูนย์พักคอยและโรงพยาบาลสนามการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานและการนิเทศติดตามจากผู้

เกี่ยวข้องส่งผลให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นซึ่งสามารถนำรูปแบบดังกล่าวนี้ไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพในงานอื่นๆได้รวมถึงสามารถนำรูปแบบการจัดการคุณภาพดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นได้

3.ระบบการติดตามและประเมินผลเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพซึ่งโรงพยาบาลศูนย์สุรินทร์ที่เป็นพี่เลี้ยงควรมีบทบาทสำคัญในการติดตามความก้าวหน้าของการพัฒนาเพื่อให้คำแนะนำและความช่วยเหลือในการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานศูนย์พักคอยและโรงพยาบาลสนามรวมถึงบทบาทในการประเมินผลเพื่อศึกษาว่าในการพัฒนาคุณภาพนั้นประสบผลสัมฤทธิ์หรือไม่

4.การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารในจังหวัดถือว่ามีความสำคัญเนื่องจากผู้บริหารมีบทบาทสำคัญในการที่จะกำหนดนโยบายที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพต่อการพัฒนารวมถึงผู้บริหารมีบทบาทหน้าที่ในการแก้ไขปัญหาสนับสนุนการพัฒนาให้คำแนะนำในการพัฒนาดังนั้นการได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารจึงมีความสำคัญในอันที่จะทำให้การพัฒนาคุณภาพบริการประสบผลสำเร็จในการพัฒนาระบบบริการของหน่วยงานองค์กรที่มีภารกิจงานที่คล้ายคลึงได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาวิจัยรูปแบบการทำงานในศูนย์พักคอยและโรงพยาบาลสนามโดยมีการทำวิจัยในหลายวงจรรอบในการพัฒนาเพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมในการพัฒนาระบบบริการของหน่วยงานองค์กรเพื่อก่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

2.กระทรวงสาธารณสุขควรมีการศึกษาค้นคว้าติดตามภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของที่มควมคุมโรคในระดับตำบลระดับอำเภอในระดับจังหวัด ในโรคอื่นๆที่เป็นปัญหาสุขภาพของประชาชน

3.ควรมีการศึกษาความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกคนที่ปฏิบัติงานในศูนย์พักคอยและโรงพยาบาลสนามต่อรูปแบบที่ใช้ในการพัฒนาคุณภาพเพื่อเป็นหนึ่งในเกณฑ์ที่จะใช้ในการตัดสินใจว่ารูปแบบดังกล่าวมีความเหมาะสมที่จะใช้ในการพัฒนาคุณภาพหรือไม่เพื่อพัฒนาให้เท่าทันการระบาดของโรคที่อุบัติใหม่ที่มีการระบาดรุนแรง

จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยได้นำโครงการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดสุรินทร์เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยในมนุษย์เมื่อได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดสุรินทร์แล้วผู้วิจัยไปพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งชี้แจงกับกลุ่มตัวอย่างว่าการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจและแจ้งให้ทราบว่าเมื่อร่วมเข้าโครงการวิจัยแล้วหากกลุ่มตัวอย่างต้องการออกจากการวิจัยสามารถกระทำได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับและในการรวบรวมข้อมูลจะไม่ระบุชื่อหรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่างโดยจะนำไปใช้ในประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้นส่วนผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปีภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้วให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเองและให้ลงลายมือชื่อเอกสารยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. (2564). รายงานสถานการณ์โรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่โดยศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข
2. ขาญชัยณรงค์ ทรงศาศรี(2561). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันและ ควบคุมโรควิถีชีวิต (เบาหวาน ความดัน หลอดเลือดและหัวใจ) ในพื้นที่โดยรอบมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์
3. ณัฐฉิวัณกะฮาด, สุมิตนาถกลางคาร, พวงเพ็ญชั้นประเสริฐ. (2558). รูปแบบการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามเกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิพื้นที่อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 34(6),569–574.
4. ทองทิพย์ สละวงศ์ลักษณ์(2564). การพัฒนาชุมชนต้นแบบในการจัดการขยะที่สอดคล้องกับบริบทชุมชนจังหวัดนครราชสีมา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา.
5. ธัญยธรรณ์ เกสรแก้ว(2561). รูปแบบการจัดการทีมพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
6. มันทนา สุวรรณมาโจ (2562).การวิจัยและพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างชุมชนกับหน่วยบริการสุขภาพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
7. รติยาวิภักดิ์. (2559). การพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้มในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजตรพัตร์พิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
8. สุมิตรา ศรีชูชาติ. (2550). สถิติธุรกิจ. สาขาวิชาสถิติภาควิชาวิทยาศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์, มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. (2564). งานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสุรินทร์.
10. Kemmis, S., and McTaggart, R. (1988). The Action Research Planner (3rd ed). Victoria:Deaki University Press

Received: 9 Jun 2022, Revised: 26 Jun 2022

Accepted: 30 Jun 2022

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

จังหวัดบึงกาฬ หลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง (กรมอนามัย)

ไกรสร จุลโยธา ป.พยาบาลศาสตร์

บทคัดย่อ

การศึกษารูปแบบของการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดบึงกาฬ หลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง (กรมอนามัย) ครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น จังหวัดบึงกาฬ หลังการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง (กรมอนามัย) ในด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ แรงจูงใจในการจัดการช่วยเหลือผู้สูงอายุ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุ และคุณลักษณะในการเป็นอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น ทำการศึกษาในกลุ่มอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นจังหวัดบึงกาฬ จำนวน 112 คน ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 12 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรมอบรมตามหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง (กรมอนามัย) เสริมด้วยกิจกรรมฝึกการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ และคู่มือการดูแลสุขภาพและการออกกำลังกาย รวมถึงมีการลงฝึกภาคปฏิบัติในสถานพยาบาลและชุมชนด้วย ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ แรงจูงใจในการจัดการช่วยเหลือผู้สูงอายุ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุ และคุณลักษณะในการเป็นอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

คำสำคัญ : อาสาสมัครบริหารท้องถิ่น, ผู้สูงอายุ, หลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

Original Article

THE EFFECT OF CAPACITY DEVELOPMENT AMONG CARE COMMUNITY VOLUNTEERS
FOR ELDERLY WITH DEPENDENCY BUENGGAN PROVINCE (ELDERLY CAREGIVER
CURRICULUM 70 HOURS
BY DEPARTMENT OF HEALTH)

Kraisorn Julyotha

Abstract

The Study of The Effect of Capacity Development among Care Community Volunteers for Elderly with Dependency Buengkan Province (Elderly Caregiver Curriculum 70 hours by Department of Health) was a quasi-experimental research study. To study the effect of capacity development among care community volunteers Buengkan Province after the 70 hour elderly caregiver curriculum (Department of Health) in the field of knowledge about caring for the elderly, Incentives for managing assistance in caring for the elderly, Self-efficacy in caring for the elderly and the Characteristics of Care Community volunteers. The study was conducted in a group of 112 Care Community volunteers in the Buengkan Province. The duration of the study was 12 weeks, with 70 hours of training activities according to the Elderly Caregiver Curriculum (Department of Health), supplemented by exercise training activities for the elderly and watch video demonstrations of cooking and exercise. Including hands-on training in hospitals and communities. The results of the study found that after the experiment, the sample group had average scores of knowledge about caring for the elderly, Incentives for managing assistance in caring for the elderly, Self-efficacy in caring for the elderly and the Characteristics of Care Community volunteers statistically significantly higher than before the trial (p-value < 0.001).

Keywords : Care Community Volunteers, Elderly, Elderly Caregiver Curriculum

¹Professional registered nurse/Buengkan Provincial Public Health Office

²E-mail address : kraisorn_julz@hotmail.co.th

บทนำ

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก ซึ่งเป็นผลมาจากอัตราเกิดที่ลดลง และผู้คนมีอายุยืนยาวขึ้น ผลจากการสำรวจประชากรไทยในปี 2560 มีจำนวน 67.6 ล้านคน เป็นชาย 33 ล้านคน และหญิง 34.6 ล้านคน มีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป 11.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16.7 ของประชากรทั้งหมด เมื่อพิจารณาถึงแนวโน้มอัตราของผู้สูงอายุ หมายถึง อัตราส่วนของผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งสิ้น 100 คน จะพบว่าเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด (จากร้อยละ 6.8 ในปี 2537 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.4 ในปี 2545 เป็นร้อยละ 10.7 ในปี 2550 ร้อยละ 12.2 ในปี 2554 ร้อยละ 14.9 ในปี 2557 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.7 ในปี 2560)¹ ในกลุ่มวัยสูงอายุ แม้จะมีอายุยืนยาวขึ้นแต่ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางกาย ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ภาวะทุพพลภาพเพิ่มขึ้น รวมถึงสังคมปัจจุบันยังไม่มีความพร้อมหลายๆ ด้านที่จะดูแลผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุซึ่งเกิดขึ้นได้ทั้งจากการเปลี่ยนแปลงจากความสูงวัยและการเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆ มาเป็นระยะเวลานาน ซึ่งผู้สูงอายุทั้งที่ต้องพึ่งพาและไม่ต้องพึ่งพา ต้องการการดูแลด้านต่าง ๆ ได้แก่ (1) การทำกิจวัตรประจำวัน (2) การดูแลสุขภาพเบื้องต้น (3) การจัดการด้านอาหารและ (4) การตอบสนองด้านจิตใจ ผู้สูงอายุส่วนมากจะถูกทอดทิ้งไม่มีใครดูแลเพราะต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ซึ่งส่วนมากจะแก้ปัญหาโดยการจ้างผู้ช่วยพยาบาลหรือบุคลากรที่ผ่านการอบรมมาดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้ เพื่อที่จะสามารถออกไปทำงานได้อย่างวางใจ แต่บุคลากรที่จะมาดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้ นั้น ณ ปัจจุบันค่อนข้างที่จะขาดแคลนเนื่องจากมีความต้องการจากทั้งในประเทศและต่างประเทศ

แม้ภาครัฐตระหนักและเห็นความสำคัญการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรที่เป็นสังคม สูงวัย แต่

การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของภาครัฐยังทำได้จำกัด ถึงแม้จะมีการกำหนดนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุให้ได้รับการบริการอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขที่ได้มีการขยายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุลงในระดับชุมชน ทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โครงการจัดส่งเสริมสุขภาพการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) ที่มีทีมแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัดไปให้บริการถึงบ้าน รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อให้คำแนะนำปรึกษาและส่งเสริมสุขภาพเบื้องต้นสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายและจิตใจดีขึ้น แต่การให้บริการสุขภาพในระดับชุมชนส่วนใหญ่ยังไม่สามารถให้บริการที่ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังและต้องการการฟื้นฟูให้อยู่ในสภาพที่เหมาะสมเนื่องจากบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีอยู่อย่างจำกัด

การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องสำคัญ ที่ต้องให้ความสำคัญว่าการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ดีต้องคำนึงถึงการให้ความดูแลที่ถูกสุขลักษณะ ภายใต้การปฏิบัติที่เหมาะสมและมีสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการสร้างเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ ดูแลการออกกำลังกายให้สม่ำเสมอ จัดการให้ผู้สูงอายุมีการพักผ่อนและกิจกรรมนันทนาการที่เหมาะสมกับอายุ และสภาพร่างกายของผู้สูงอายุแต่ละคน โดยรวมถึงการฟื้นฟูทั้งจิตใจ และร่างกายของผู้สูงอายุ ซึ่งถ้าผู้ดูแลมีจิตสำนึกสาธารณะในการดูแลผู้สูงอายุอย่างแท้จริง ด้วยความรัก เมตตา กรุณา และมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ ย่อมจะมีส่วนช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของสุขภาพผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี ประกอบกับกระทรวงมหาดไทย ได้มีการเสนอโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้แผนงาน/โครงการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคม ตามบัญชีท้ายพระราชกฤษฎีกาให้

อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหา เยียวยาและฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ.2563 โดยมีกิจกรรมภายใต้โครงการ คือ การอบรมอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่จะลงไปปฏิบัติงานเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดบึงกาฬ หลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง (กรมอนามัย) เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น จังหวัดบึงกาฬ หลังการอบรมตามหลักสูตรฯ ในด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ แรงจูงใจในการจัดการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุ และคุณลักษณะในการเป็นอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น เพื่อจะนำผลการศึกษาไปพัฒนาและใช้เป็นประโยชน์ในการสร้างโปรแกรมการอบรมอาสาสมัครบริบาลเพื่อดูแลผู้สูงอายุต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) โดยใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว มีการเก็บรวบรวมข้อมูลตามตัวแปร ก่อนและหลังการทดลอง (Single Subject Research Design) เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดบึงกาฬ หลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง (กรมอนามัย) ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา 3 เดือน (12 สัปดาห์)

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้เข้ารับการอบรมอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดบึงกาฬ ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่

จังหวัดบึงกาฬ จำนวน 112 คน (ใช้ประชากรทั้งหมดในการศึกษา)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้ ประกอบด้วย หลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง (กรมอนามัย) ที่นำมาประยุกต์เนื้อหาเพิ่มเติม โดยมีการใช้เอกสารประกอบการบรรยายโดยทีมวิทยากร และผู้วิจัยสร้างขึ้นตามหัวข้อนั้นๆ มีการใช้วิดีโอสาธิตการทำอาหาร วิดีโอออกกำลังกาย E75 และวิดีโอการบริหารร่างกาย ชื่อ “12 ท่าบริหารร่างกายสไตล์ไทย ๆ (ฉบับครบสูตร)” เพื่อความแข็งแรง กระปรี้กระเปร่า”

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ แบบทดสอบความรู้การอบรมอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดบึงกาฬ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อใช้เก็บข้อมูลความรู้ก่อนและหลังการทดลอง และแบบเก็บข้อมูลอาสาสมัครกับบริบาลท้องถิ่น จังหวัดบึงกาฬ เป็นแบบเก็บข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อใช้เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป แรงจูงใจในการจัดการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุ และคุณลักษณะในการเป็นอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการดำเนินงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้มีการยื่นเสนอขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ โดยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ เอกสารรับรองเลขที่ BKP 2021-

026 เมื่อวันที่ 16 มิถุนายน 2564 และผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญกับหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด

เมื่อได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยมีการใช้แบบทดสอบความรู้และแบบเก็บข้อมูลที่สร้างขึ้น เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง และดำเนินการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการอบรมอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง (กรมอนามัย) จำนวน 8 วัน ประกอบด้วย การละลายพฤติกรรม สร้างบรรยากาศให้เบื่อกันเอง โดยใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์และกิจกรรมสนทนา การบรรยายประกอบสไลด์ อภิปรายร่วมกันในหัวข้อต่างๆ การดูคลิปวิดีโอ การให้ผู้เข้ารับการอบรมฝึกปฏิบัติ เช่น ออกกำลังกาย การให้อาหารทางสายยาง และให้ผู้เข้ารับการอบรมลงพื้นที่ฝึกปฏิบัติงานภาคสนาม ณ สถานพยาบาล จำนวน 10 ชั่วโมง และฝึกปฏิบัติงานภาคสนามในชุมชน จำนวน 10 ชั่วโมง โดยมีทีมเจ้าหน้าที่คอยดูแลการฝึกปฏิบัติงานและประเมินผลการฝึก และเมื่อผู้วิจัยดำเนินการเสร็จสิ้นตามกิจกรรม จึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังสิ้นสุดการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกับก่อนการทดลอง เพื่อประเมินผลการเปลี่ยนแปลง และมีการตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลแบบสอบถาม และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ในขั้นตอนต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความครบถ้วน ความสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วนำข้อมูลมาบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป หลังจากนั้นจะมีการทดสอบการแจกแจงของข้อมูล และทำการทดสอบสมมติฐานทางสถิติ ตามรายละเอียดดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)

บรรยายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าต่ำสุด-สูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics)

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ แรงจูงใจในการจัดการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุ และคุณลักษณะในการเป็นอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ภายในกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติ Wilcoxon Signed-rank test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และคำนวณช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.43 และเพศชาย ร้อยละ 3.57 ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 32.14 รองลงมาคืออยู่ในช่วงอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 25 มีอายุเฉลี่ย 41.48 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.38 อายุต่ำสุด 21 ปี อายุสูงสุด 64 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 60.71 และรองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 33.04 โดยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 61.61 และรองลงมา คือ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 22.32 เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษา พบว่า

1. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 58.03 ($\bar{X}$ =16.07, SD.=2.73) ภายหลังการทดลอง ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 67.86 ($\bar{X}$ =17.67, SD.=2.25) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุภายในกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) (95%CI 1.35 ถึง 1.86) โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 1.60 คะแนน

2. แรงจูงใจในการจัดการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ
ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับแรงจูงใจในการจัดการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 57.14 ($\bar{X}$ =31.28, SD.=4.75) ภายหลังการทดลองส่วนใหญ่มีระดับแรงจูงใจในการจัดการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 75.89 ($\bar{X}$ =34.88, SD.=3.21) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนแรงจูงใจในการจัดการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุภายในกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) (95%CI 2.95 ถึง 4.24) โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 3.59 คะแนน

3. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุ
ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 72.32 ($\bar{X}$ =30.19, SD.=3.76) ภายหลังการทดลอง ส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ

58.93 ($\bar{X}$ =33.63, SD.=2.99) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุภายในกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) (95%CI 2.90 ถึง 3.96) โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 3.43 คะแนน

4. คุณลักษณะในการเป็นอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น
ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับคุณลักษณะในการเป็นอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 58.04 ($\bar{X}$ =31.02, SD.=4.50) ภายหลังการทดลอง ส่วนใหญ่มีระดับคุณลักษณะในการเป็นอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 78.57 ($\bar{X}$ =35.10, SD.=3.17) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณลักษณะในการเป็นอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นภายในกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) (95%CI 3.54 ถึง 4.61) โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 4.08 คะแนน ดังรายละเอียดในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ แรงจูงใจในการจัดการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุ และคุณลักษณะในการเป็นอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง (n=112)

ระดับคะแนนรายด้าน	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ				
ระดับต่ำ (0-14 คะแนน)	34	30.36	7	6.25
ระดับปานกลาง (15-19 คะแนน)	65	58.03	76	67.86
ระดับสูง (20-25 คะแนน)	13	11.61	29	25.89
รวม	112	100.00	112	100.00
$\bar{x} \pm S.D.$	16.07 $\pm$ 2.73		17.67 $\pm$ 2.25	

ระดับคะแนนรายด้าน	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
แรงจูงใจในการจัดการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ				
ระดับต่ำ (9-20 คะแนน)	4	3.57	0	0.00
ระดับปานกลาง (21-32 คะแนน)	64	57.14	27	24.11
ระดับสูง (33-45 คะแนน)	44	39.29	85	75.89
รวม	112	100.00	112	100.00
$\bar{x} \pm S.D.$	31.28 $\pm$ 4.75		34.88 $\pm$ 3.21	
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุ				
ระดับต่ำ (9-20 คะแนน)	2	1.79	0	0.00
ระดับปานกลาง (21-32 คะแนน)	81	72.32	46	41.07
ระดับสูง (33-45 คะแนน)	29	25.89	66	58.93
รวม	112	100.00	112	100.00
$\bar{x} \pm S.D.$	30.19 $\pm$ 3.76		33.63 $\pm$ 2.99	
คุณลักษณะในการเป็นอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น				
ระดับต่ำ (9-20 คะแนน)	4	3.57	0	0.00
ระดับปานกลาง (21-32 คะแนน)	65	58.04	24	21.43
ระดับสูง (33-45 คะแนน)	43	38.39	88	78.57
รวม	112	100.00	112	100.00
$\bar{x} \pm S.D.$	31.02 $\pm$ 4.50		35.10 $\pm$ 3.17	

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ แรงจูงใจในการจัดการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุ และคุณลักษณะในการเป็นอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง (n=112)

รายด้าน	$\bar{x}$	S.D.	Mean Difference	95%CI	p-value*
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ					
ก่อนทดลอง	16.07	2.73	1.60	1.35 ถึง 1.86	<0.001
หลังทดลอง	17.67	2.25			
แรงจูงใจในการจัดการช่วยเหลือ					
ดูแลผู้สูงอายุ					
ก่อนทดลอง	31.28	4.75	3.59	2.95 ถึง 4.24	<0.001
หลังทดลอง	34.88	3.21			

รายด้าน	$\bar{x}$	S.D.	Mean Difference	95%CI	p-value*
การรับรู้ความสามารถของตนเอง					
ในการดูแลผู้สูงอายุ					
ก่อนทดลอง	30.19	3.76	3.43	2.90 ถึง 3.96	<0.001
หลังทดลอง	33.63	2.99			
คุณลักษณะในการเป็นอาสาสมัคร					
บริหารท้องถิ่น					
ก่อนทดลอง	31.02	4.50	4.08	3.54 ถึง 4.61	<0.001
หลังทดลอง	35.10	3.17			

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 41.48 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.38 อายุต่ำสุด 21 ปี อายุสูงสุด 64 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และประกอบอาชีพเกษตรกร โดยผลจากการศึกษาด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย² ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ ตำบลสนามชัย อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลเพื่อเพิ่มความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้าร่วมในการศึกษามีระดับคะแนนความรู้และการปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับผลงานวิจัย³ ที่ศึกษาการพัฒนาแบบผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีจิตสาธารณะ พบว่า หลังการอบรมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการอบรมในด้านความรู้ความเข้าใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทักษะการดูแลผู้สูงอายุ จิตสำนึกภาระการดูแลผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุมีความแตกต่าง

กัน และสอดคล้องกับงานวิจัย⁴ ที่ศึกษาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลังผ่านอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง ของศูนย์ส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ สภากาชาดไทย พบว่า ผู้ผ่านการอบรม มีความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 54 และมีศักยภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับผลงานวิจัย⁵ ที่ศึกษาผลของการพัฒนาความรู้และทักษะของอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการโค้ช อาสาสมัครบริหารท้องถิ่น มีคะแนนเฉลี่ยความรู้และคะแนนเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงขึ้นกว่าการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และสอดคล้องกับงานวิจัย⁶ ที่ศึกษาผลโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ความรู้ ทักษะ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้านแรงจูงใจในการจัดการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนแรงจูงใจในการจัดการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับงานวิจัย⁴ ที่ทำการศึกษาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลังผ่านอบรมหลักสูตร ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง ของศูนย์

ส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ สภาวิชาชีพไทย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ผ่านการอบรมมีศักยภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง และมีศักยภาพด้านแรงจูงใจในการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง **ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุ** ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการดูแลผู้สูงอายุ สูงกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับงานวิจัย⁷ ที่ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ระดับตำบลของจังหวัดอุดรธานี ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และทักษะในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และสอดคล้องกับงานวิจัย⁸ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปอ อำเภอยะรัง จังหวัดเชียงราย ซึ่งโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อม ประกอบด้วยกิจกรรมการบรรยาย การสาธิต การฝึกปฏิบัติ ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมผู้ดูแลผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยความรู้มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และ**ด้านคุณลักษณะในการเป็นอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น** ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณลักษณะในการเป็นอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นสูงกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับงานวิจัย⁴ ที่ศึกษาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ ภายหลังผ่านอบรมหลักสูตร ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง ของศูนย์ส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ สภาวิชาชีพไทย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ผ่านการอบรมมีศักยภาพโดยรวม ศักยภาพด้านลักษณะที่ดีในการ

ดูแลผู้สูงอายุ และด้านอัตมโนทัศน์ในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับงานวิจัย⁹ ที่ศึกษาสมรรถนะที่จำเป็นของนักบริหารผู้สูงอายุ:กรณีศึกษาจังหวัดอุบลราชธานี พบว่าองค์ประกอบสมรรถนะที่จำเป็นของนักบริหารผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 สมรรถนะ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 สมรรถนะหลักของนักบริหารผู้สูงอายุ คือ การมีจริยธรรมในการดูแลผู้สูงอายุด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ประกอบด้วย 1.บทบาทหน้าที่และจริยธรรมของนักบริหารผู้สูงอายุ 2.กิจกรรมปลูกฝังคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของนักบริหารผู้สูงอายุและการให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ องค์ประกอบที่ 2 สมรรถนะการจัดการ คือ ความสามารถในการจัดการและแก้ปัญหา ประกอบด้วย 1.การวางแผนการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุและการจัดการงานบ้าน 2.เทคโนโลยีที่จะเป็นในการดูแลผู้สูงอายุ 3.การบันทึกและการรายงาน 4.การจัดทำกรณีศึกษา องค์ประกอบที่ 3 สมรรถนะหน้าที่ คือ การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในชีวิตประจำวันและในสถานการณ์ฉุกเฉิน ประกอบด้วย การให้ความช่วยเหลือด้านการขับถ่ายแก่ 2.การช่วยเหลือด้านอาหาร 3.การช่วยเหลือด้านการเคลื่อนย้าย 4.การปฐมพยาบาลในภาวะฉุกเฉินและการส่งต่อ 5.การช่วยเหลือพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ 6.การฟื้นฟูสมรรถนะและกิจกรรมคลายกังวล 7.การนวดไทยและการประคบ และ 8.การฟื้นฟูทางทันตสุขภาพ และสอดคล้องกับงานวิจัย¹⁰ ที่ศึกษาคุณลักษณะของผู้ดูแลตามความต้องการของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการให้ผู้ดูแลเป็นผู้ที่มีจิตใจดี-นิสัยดี-อ่อนโยน มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุมีความชำนาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษา เรื่อง ผลของการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดบึงกาฬ หลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง (กรมอนามัย) ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1.1 การจัดกิจกรรมอบรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อการดูแลผู้สูงอายุพึ่งพิงควรเพิ่มเติมเนื้อหาด้านการดูแลผู้สูงอายุด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และจัดทำเรื่องเล่าเร้าพลังจากประสบการณ์ที่ได้ลงมือปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อเป็นการสร้างคุณค่าให้ตัวอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นอันจะส่งผลต่อสมรรถนะและแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยากให้ผู้ดูแลเป็นผู้ที่มี จิตใจดี-นิสัยดี-อ่อนโยน และมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุ

1.2 ควรมีการนำการโค้ชจากบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพมาเป็นเครื่องมือเสริมในการพัฒนาความรู้และฝึกทักษะของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น เนื่องจากการโค้ชเป็นกระบวนการจัดการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบโดยการมีส่วนร่วมระหว่างบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ซึ่งจะส่งผลนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาความพึงพอใจของญาติและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลจากอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นที่ผ่านการอบรมตามโปรแกรม

2.2 ศึกษาความคงอยู่ของผลการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดบึงกาฬ หลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง (กรมอนามัย) ต่อการปฏิบัติของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีการประเมินซ้ำเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น จังหวัดบึงกาฬทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมงานวิจัยและเข้าร่วมกิจกรรมอย่างครบถ้วนเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณนางสาวปิยะพร เดชบาล ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ที่ให้ความช่วยเหลือ และเอื้ออำนวยความสะดวกจนทำให้การทำวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถิติบอกระไร ผู้สูงวัยปัจจุบันและอนาคต. [อินเทอร์เน็ต]. 2561. [เข้าถึงเมื่อ 29 ม.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/Press_Release/2561/N10-04-61-1.aspx
2. เนติยา แจ่มทิม, สนิพร ยืนยง ,บุรินทร์ ศรีศศลักษณ์. ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ ตำบลสนามชัย อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. ก.ย.-ธ.ค. 2559;25(3):108-119.
3. ขวัญสุมาณา พินราช, สมณฑา สิทธิพงษ์สกุล, ศรีสุรางค์ พัฒนานุรักษ์, อัญชลี นวลคล้าย, สุริวัลย์ วรอรุณ. การพัฒนารูปแบบผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีจิตสาธารณะ. รายงานสืบเนื่องประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติครั้งที่ 12:การวิจัยนวัตกรรมสร้างสรรค์เศรษฐกิจไทย.มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น. 2561;455-468.
4. อภิวรรณ กำจร. การศึกษาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุหลังผ่านอบรมหลักสูตร ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง ของศูนย์ส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ สภากาชาด

- ไทย. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. ก.ค.-
ธ.ค. 2564;16(2):122-135.
5. กอบกุล มาดีคาน, รัชยา พัดภู, ชุชนีนานา แปะการिया. ผลของการพัฒนาความรู้และทักษะของอาสาสมัคร
บริหารท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตร. [อินเทอร์เน็ต]. 2564.
[เข้าถึงเมื่อ 15 มิ.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก:
<http://203.157.71.172/academic/web/files/2564/r2r/MA2564-002-02-0000000420-0000000334.pdf>
6. กมลทิพย์ ทิพย์สังวาล, นิธิพงศ์ ศรีเบญจมาศ,
ประจวบ แผลมหลัก. ผลโปรแกรมการพัฒนา
สมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน. วารสาร
มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม. ม.ค.-มิ.ย.
2561;12(1):275-291.
7. ชูชาติ ฝันเต็ม. ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนา
สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของ
อาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย
โรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ระดับตำบลของจังหวัด
อุดรดิตร. [อินเทอร์เน็ต] [ปริญญานิพนธ์ปริญญา
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. อุดรดิตร:
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตร; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 22
มิ.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก:<http://202.29.52.112/dspace/bitstream/123456789/128/1/60552790103.pdf>
8. ณรงค์วิทย์ คำรังสี, สมชาย จาดศรี. ผลของโปรแกรม
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแล
ผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลปอ อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย.
9. อรรณพ สนธิไชย, ถนอมศักดิ์ บุญสุ, ปณิตา ครอบยุทธ์.
สมรรถนะที่จำเป็นของนักบริบาลผู้สูงอายุ: กรณีศึกษา
จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสภาการสาธารณสุข
ชุมชน. พ.ค.-ส.ค. 2563;2(2):37-48.
10. อภิชาติ รอดสม, จุริรัตน์ กิจสมพร, จุฬารัตน์ ห้าว
หาญ. การศึกษาคุณลักษณะของผู้ดูแลตามความ
ต้องการของผู้สูงอายุ. วารสารการพยาบาลและ
การศึกษา. เม.ย.-ส.ค. 2558;8(2):122-131.

ข้อแนะนำสำหรับผู้วิจัย
วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน
(Academic Journal of Community Public Health: AJCPH)

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับผู้เขียน (Instructions for the Authors)

1. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน (Academic Journal of Community Public Health) กำหนดตีพิมพ์ปีละ 4 ฉบับ (มกราคม – มีนาคม, เมษายน – มิถุนายน, กรกฎาคม – กันยายน และ ตุลาคม – ธันวาคม)
2. วารสารพิจารณาตีพิมพ์บทความวิจัยประเภทนิพนธ์ต้นฉบับ (Research article) โดยต้องเป็น งานที่ไม่เคยถูกนำไปพิมพ์เผยแพร่ในวารสารอื่นใดมาก่อน และไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาในวารสารใด ๆ
3. กองบรรณาธิการจะพิจารณาด้านฉบับ (Manuscript) ตามข้อกำหนดของรูปแบบวารสาร และ ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขา (Peer review) จำนวน 2 คน เป็นผู้อ่าน
- 4.

ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับ

- พิมพ์ในไฟล์ Word
- ต้นฉบับพิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษขนาด A 4 ความยาวไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ (รวมเนื้อหา ทุกส่วน)
- กรอบของข้อความ ขอบบน 1.25 นิ้ว ขอบล่าง 1.0 นิ้ว ขอบซ้าย 1.25 นิ้ว ขอบขวา 1.0 นิ้ว
- ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 ช่วงบรรทัด - ตัวอักษร ใช้ TH SarabunPSK ขนาด 16 point หัวข้อใช้ขนาด 16 point ตัวหนา

การเรียงลำดับเนื้อหาต้นฉบับ

1. ชื่อเรื่อง (Title)

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

2. ชื่อผู้เขียน (Authors) - ชื่อผู้เขียน (ทุกคน) ภาษาไทย

- ภาษาอังกฤษ ชื่ออยู่วุฒิการศึกษา ขนาด 14 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ตำแหน่ง/สถานที่ปฏิบัติงาน ผู้เขียน ภาษาไทย – ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- E-mail address ของผู้วิจัยหลัก (Corresponding author)

3. บทคัดย่อ (Abstract)

- ชื่อ “บทคัดย่อ” และ “Abstract” ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 16 point ตัวธรรมดา กำหนดขีดขอบ ความยาวภาษาไทย ไม่เกิน 300 คำ ความยาวภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 300 คำ เขียนให้ครอบคลุมสาระสำคัญ คือ ภูมิหลัง วัตถุประสงค์วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุป และอภิปรายผลการศึกษา

4. คำสำคัญ (Keyword) ให้พิมพ์ต่อท้ายบทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทยและ ภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 5 คำ

5. บทนำ (Introduction) บรรยายประเด็นปัญหาของงานวิจัยและเหตุผลในการทำวิจัย และระบุถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยในส่วนท้ายของบทนำ

6. วิธีดำเนินการวิจัย (Methods) ระบุรูปแบบงานวิจัย (Research design) ประชากรที่ศึกษา (Studying population) ขนาดตัวอย่าง (Sample size) และวิธีสุ่มตัวอย่าง (Sampling method) ตลอดทั้งวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (Collecting data) การวิเคราะห์ ข้อมูล (Data analysis) วิธีการวิเคราะห์ (Analyses) และสถิติที่ใช้ (Statistics)

7. ผลการวิจัย (Results) ควรนำเสนอผลการวิจัยเรียงตามลำดับให้สอดคล้องกับการตอบ ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ตามลำดับ ถ้ามีการนำเสนอผลในรูปแบบตาราง กราฟ หรือรูปภาพ ควรมีการอธิบายผลที่สอดคล้องกัน

8. สรุปและอภิปรายผลการวิจัย (Conclusion and Discussion) การเขียนอภิปรายผล ควรมุ่งไปที่ประเด็นสำคัญ ๆ ของผลการวิจัย และควรมีหลักฐานอ้างอิงประกอบด้วยเสมอ และ สรุปผลเฉพาะเนื้อหาในแง่ของผลการวิจัยที่สำคัญ ๆ ซึ่งอาจรวมถึงการนำผลการวิจัยไปใช้ด้วย

9. กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

10. เอกสารอ้างอิง (References)

- ใช้การอ้างอิงแบบตัวเลขตามระบบ Vancouver
- การอ้างอิงในเนื้อหาใช้ตัวเลขอารบิกแทนเอกสารที่อ้างถึง โดยใส่ตัวเลขเหนือบรรทัด (Superscript) ไว้ท้ายข้อความที่ต้องการอ้างอิง
- ในส่วนเอกสารอ้างอิง (References) การอ้างอิงตัวเลขใส่ตามลำดับที่อ้างอิง ตั้งแต่เลข 1 เป็นต้นไปจนจบเอกสาร หากต้องการอ้างเอกสารที่เคยอ้างแล้วซ้ำอีก ให้ใส่หมายเลข เดิมที่เคยอ้างไว้ครั้งแรก และหมายเลขที่อ้างอิงถึงในเนื้อหานั้น จะต้องตรงกับหมายเลข ที่มีการกำกับไว้ในส่วนอ้างอิงในเนื้อหา
- เอกสารที่อ้างอิงในเนื้อหาต้องตรงกับในส่วนเอกสารอ้างอิง

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงในเนื้อหา

.....ผู้ป่วยเสียชีวิต 136 ราย¹ จากสถานการณ์การระบาดของโรค
ไข้เลือดออกจะเห็นว่า โรคไข้เลือดออกยังคงเป็นการจัดยุงลายซึ่งเป็นพาหะนำเชื้อไวรัส
โรคไข้เลือดออกมาสู่คน²การป้องกันและควบคุมโรค
ไข้เลือดออกต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน⁵

ตัวอย่างการเขียนส่วนเอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง. สถานการณ์โรคไข้เลือดออกปี 2560. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2562.
2. สำนักโรคติดต่อฯ. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกเด็ก. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2554.
3.
4.
5. อรุณ พิศาลสุทธิกุล, สุเมธ พรหมอินทร์ และวันชัย ธรรมสัจการ. “พฤติกรรมในการป้องกัน โรคไข้เลือดออกของประชาชน กรณีศึกษา: หมู่บ้านในเขตตำบลคานโพธิ์ อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล” สงขลานครินทร์เวชสาร.27(1): 81-89; มกราคม-กุมภาพันธ์, 2552.

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

สำหรับการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ต้องคำนึงถึงหลักจริยธรรม การวิจัยในคน โดยได้ระบุถึงความเคารพในบุคคล (Respect to person) เช่น การขอความยินยอม ความเป็นส่วนตัว และการเก็บรักษาความลับ

การส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์

- ให้ผู้พิมพ์ส่งไฟล์ต้นฉบับในรูปแบบ Word document
- วารสารที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตีพิมพ์ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพื่อการตีพิมพ์ 3,500 บาท โดย ผู้พิมพ์จะได้รับวารสารฉบับที่ตีพิมพ์จำนวน 2 เล่ม

การชำระเงิน โอนเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย ชื่อบัญชี “วารสารวิชาการสาธารณสุข ชุมชน” เลขบัญชี “ 955-0-13237-4”(ให้แนบหลักฐานการโอนมาที่ e-mail: editorial.ajcph@gmail.com