วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ ผลการวิจัยทางด้านการพัฒนาสุขภาพ อันเป็นกลไกให้ประชาชนมีสุขภาวะที่ดีและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เป็นแหล่งให้บุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขได้แลกเปลี่ยนองค์ความรู้ ในระดับประเทศและระดับนานาชาติ รวมถึงประชาชนทั่วไป

วารสารฯ ฉบับนี้เปิดรับบทความวิจัยต้นฉบับ และบทความวิชาการที่เกี่ยวข้องกับด้านการแพทย์สาขาเวชกรรมป้องกัน การสาธารณสุข การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยบทความทุกเรื่องผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง (double blinded) อย่างน้อย จำนวน 3 ท่าน

คณะที่ปรึกษา

1. นพ.สุผล ตติยนันทพร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
2. นพ.วิญญู จันทร์เนตร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
3. พญ.อารีย์ เชื้อเดช	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
4. นพ.สมบัติ วัฒนะ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
5. รศ.นพ.สุธรรม ปิ่นเจริญ	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
6. ศ.ทพ.ดร.พสุธา ธัญญะกิจไพศาล	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
7. ผศ.ดร.วันทนา ถิ่นกาญจน์	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
8. รศ.ดร.ธนิดา ผาติเสนะ	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
9. อ.ดร.วิทชย เพชรเลียบ	มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
10. อ.ดร.นิสากร วิบูลชัย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
11. ผศ.ดร.ทนพ.สราวุธ สายจันมา	วิทยาลัยนครราชสีมา

ประธานกองบรรณาธิการ

ดร.สันติ ทวยมีฤทธิ์

บรรณาธิการด้านการแพทย์

อ.นพ.ดร นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล

บรรณาธิการด้านทันตสาธารณสุข

ผศ.ทพ.ดร. ไพบูลย์ จิตประเสริฐวงศ์

บรรณาธิการด้านเภสัชสาธารณสุข การแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก

รศ.ภก.ดร.พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์

บรรณาธิการด้านการพยาบาล

อ.ดร.สมชาย ชัยจันทร์

บรรณาธิการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และสาธารณสุขทั่วไป

ดร.ภัษภิษิจฐ์ พลศรีประดิษฐ์

เลขานุการกองบรรณาธิการ

นายอัครเดช วงศ์กีรติกุล นายกันตภณ แก้วสง่า

กองบรรณาธิการ

1. ดร.สันติ ทวยมีฤทธิ์	สำนักงานเขตสุขภาพที่ 9
2. รศ.ดร.ธนิดา ผาติเสนะ	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
3. ผศ.ดร.วลัญช์ชยา เขตบำรุง	มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
4. ผศ.ดร. มะลิ โพธิพิมพ์	มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
5. อ.ดร.สมชาย ชัยจันทร์	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
6. ผศ.ดร.ธณกร ปัญญาใสโสภณ	มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร
8. ดร.ภัษภิษิจฐ์ พลศรีประดิษฐ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
9. นายจตุรงค์ ปานใหม่	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

สำนักงาน

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

255 หมู่ 11 ตำบลโคกกรวด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30280

โทรศัพท์ 0-4446-5010-4 ต่อ 310-311

โทรสาร 0-4446-5250

E-mail : journalkorat@gmail.com

สถานที่พิมพ์

ห้างหุ้นส่วนจำกัด เลิศศิลป์ สาส์ณ โฮลดิ้ง

336 ถนนสุรนารี ตำบลในเมือง อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา 30000

เบอร์โทรศัพท์ 0-4425-2883; 08-5305-6487; 08-9428-3376

อัตราค่าสมาชิก

ราย 2 ปี 1,500 บาท

อัตราค่าตีพิมพ์

4,000 บาท

กำหนดออก

ปีละ 2 ฉบับ

มกราคม – มิถุนายน

กรกฎาคม – ธันวาคม

สารบัญ

บทความวิชาการ

ความเครียดและการจัดการความเครียดในสตรีที่เป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง ที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล: บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ 5

โดยปาริชาติ วันชูเสริม และสิวาพร พานเมือง

กระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัดใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดีผ่านผิวหนัง 19

โดยจินตนา กิ่งแก้ว ศิวิไล โพธิ์ชัย ณัฐธยาน์ บุญมาก และวิริยะ โชติกุญชร

บทความวิจัยต้นฉบับ

แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา 32

โดยประวีณา สุมขุนทด และประจักร บัวผัน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา 46

โดยกนกอร ผิวเพชร สุวิทย์ อุดมพาณิชย์ และประจักร บัวผัน

ตำรับอาหารกลางวันสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน 58

โดยอนาวิน ภัทรภาคินวรกุล

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในผู้สูงอายุ อำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา 76

โดยมานะชัย จรูญไชสง ธีระวุธ ธรรมกุล และอารยา ประเสริฐชัย

การสำรวจการจัดการความเครียดของประชาชนวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครที่เกิดจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) 96

โดยพัฐคม อินทรกำธรชัย ไกรสร อัมมวรรธน์ และถกลรัตน์ ทักษิมา

สัดส่วนการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ที่เข้ารับการรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้านในโรงพยาบาลตติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย 113

โดยคงฤทธิ์ ภิญโญวิวัฒน์ นวลฉวี เพิ่มทองชูชัย รังสิมา บำเพ็ญบุญ และนภัค ด้วงจุมพล

สารบัญ

บทความวิจัยต้นฉบับ

ปัจจัยภาวะสุขภาพ การรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ 133
ความดันโลหิตสูงของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

โดยจุรี แสนสุข จริยา ศิริรส อัจฉรา ข้อยุ่น และแสงดาว จันทร์ดา

การศึกษาแบบย้อนหลังเพื่อศึกษาลักษณะของการติดเชื้อโควิด 19 ในบุคลากร ของโรงพยาบาล 145
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี กรณีศึกษา ระหว่างปี 2564 - 2565

โดยนันทนา พลสระคู กิตติภูมิ สุวรรณโภคิน และปณินันท์ ศรีนุชศาสตร์

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารไขมันทรานส์ของประชาชน 162
ตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

โดยนฤมล ดีกัลลา และฐิติอาภา ตั้งค้าวานิช

การพัฒนาหลักสูตรการจัดระบบอาหารปลอดภัยในชุมชนตำบลพุดซาอย่างยั่งยืน 180

โดยวลัญช์ชยา เขตบำรุง และจิราภรณ์ ประธรรมโย

สภาพปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของแม่หลังคลอดในโรงพยาบาลช่วงโควิดในประเทศไทย 191
: การวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย

โดยนงลักษณ์ คำสวาสดิ์ สมทรง บุตรตะ ชุติมา อันเนตร์ และวารินทร์ โยธาฤทธิ์

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองและครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ 205
ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

โดยพนิดา เชียงทอง สุรัชนา พงษ์ปรสุวรรณ์ สมจิตร เมืองพิล
ศุจิรัตน์ ปัญญาแก้ว และลักขณา ไชยนอก

บทความวิชาการ : ความเครียดและการจัดการความเครียดในสตรีที่เป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง ที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล: บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์

Stress and Stress Management among Pregnant Women with Severe Preeclampsia Resting in the Hospital: Role of Nurse-Midwife

ปาริชาติ วันชูเสริม[*] และสิวาพร พานเมือง[**]
Parichat Wunchooserm[**] and Sivaporn Panmuag[**]
คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม[*,**]
Faculty of Nursing, Srimahasarakham Nursing College,[*,**]
เบอร์โทรศัพท์ 08-5739-1299; E-mail: parichat.wun@gmail.com[*]
วันที่รับ 24 ส.ค. 2566; วันที่แก้ไข 27 ก.ย. 2566; วันที่ตอบรับ 17 ต.ค. 2566

บทคัดย่อ

สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์มักมีความเครียดที่ระดับสูง โดยเฉพาะคนที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เนื่องจากรับรู้ว่าอาการของโรครุนแรงที่อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อตนเอง ได้แก่ รกลอกตัวก่อนกำหนด ภาวะชักเลือดออกในสมอง และเสียชีวิต ภาวะแทรกซ้อนต่อทารกในครรภ์ ได้แก่ ภาวะเจริญเติบโตช้าในครรภ์ คลอดก่อนกำหนด ขาดออกซิเจนในครรภ์ และเสียชีวิตในครรภ์ สตรีตั้งครรภ์ต้องสูญเสียบทบาทที่เคยทำเมื่ออยู่ที่บ้าน เช่น บทบาทภรรยา และบทบาทมารดา รวมทั้งเผชิญกับบุคคลและแผนการรักษาที่ไม่คุ้นเคย การถูกจำกัดกิจกรรม และผลข้างเคียงจากการรักษาจากสถานการณ์ดังกล่าวถือได้ว่าเป็นภาวะวิกฤตในชีวิต ทำให้เกิดความเครียดระดับสูงเพิ่มมากขึ้น ซึ่งความเครียดทำให้อาการของโรคความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์รุนแรงมากขึ้น และมีผลกระทบทั้งต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ รวมทั้งครอบครัว ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์ต้องให้ความสำคัญอย่างมากเกี่ยวกับความเครียดและ การจัดการความเครียดในสตรีที่เป็นความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะตั้งครรภ์ ที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ด้วยการส่งเสริมความสุขสบาย ด้านร่างกาย ลดความเครียดด้านจิตใจ ลดปัจจัย และสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นความเครียดและระดับความดันโลหิต ส่งเสริมการได้รับความรู้เรื่อง โรค รวมทั้งส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดระดับความเครียดและป้องกันผลกระทบจากความเครียดที่จะเกิดขึ้น

คำสำคัญ : ความเครียด; การจัดการความเครียด; ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง; บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์

Abstract

The pregnant women diagnosed with pregnancy induce hypertension have high levels of stress, especially those who have to resting

in the hospital, because the perception that the symptoms of the disease were severe. That may cause complications for oneself namely placental abruption, eclampsia, cerebral hemorrhage and died. That may cause complications for fetus namely intra uterine growth retardation, preterm labor, fetal distress and fetal died in utero. Pregnant women lose the roles they used to play at home such as wife role and mother's role, including encountering unfamiliar people and treatment plans, being restricted in activities and side effects of treatment. From such situation it can be considered a life crisis, this causes increased levels of stress, which stress causes symptoms of the pregnancy induce hypertension more severe and it has an impact on the body, mind, emotions, as well as the family. Therefore midwives must pay great attention to stress and stress management among pregnant women with severe preeclampsia resting in the hospital, by promoting physical well-being, reduce mental stress, reduce factors and environments that stimulate stress and blood pressure levels, promote knowledge about disease, including promoting social support. To reduce stress levels and prevent the effects of stress that will occur.

Keyword : Stress; Stress Management; Severe Preeclampsia; Nurse-Midwife Role

บทนำ

ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่รุนแรง เนื่องจากเป็นภาวะที่ส่งผลต่ออัตราทุพพลภาพ การเสียชีวิตของทั้งมารดา และทารกในครรภ์ ซึ่งเกิดอัตราการเสียชีวิตของมารดามากที่สุดทั่วโลก คิดเป็น 1 ใน 3 ของสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาทั้งหมด[1] ทั่วโลกพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 5-10[2] และเป็นสาเหตุให้มารดาเสียชีวิตเป็นอันดับสามรองจากภาวะตกเลือดหลังคลอดและการติดเชื้อ[3] สำหรับในประเทศไทย จากข้อมูลของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2565 พบอัตราการเสียชีวิตของมารดา ในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด 22 ราย ต่ออัตราการเกิดมีชีพ 100,000 ราย[4] จากการเกิดภาวะบวม พบโปรตีนในปัสสาวะ และความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 29 ของอัตราการเสียชีวิตในระยะตั้งครรภ์ทั้งหมด[4] นอกจากนี้สตรีตั้งครรภ์มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น เกิดภาวะชัก แท้ง รกลอกตัวก่อนกำหนด เลือดออกง่ายหยุดยาก ภาวะหัวใจล้มเหลว ไตวายเฉียบพลัน และเลือดออกในสมอง ผลกระทบในระยะยาวทำให้กลับเป็นความดันโลหิตสูงซ้ำในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป และเกิดความดันโลหิตสูงเรื้อรังในอนาคตได้[5] ทั้งยังเป็นสาเหตุทำให้ทารกในครรภ์เกิดการคลอดก่อนกำหนด เจริญเติบโตช้าในครรภ์ และเสียชีวิตในครรภ์ รวมทั้งทำให้เกิดการขาดออกซิเจนเรื้อรัง และภาวะกล้ามเนื้ออ่อนล้าในทารกแรกเกิด[1,6]

สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์มีความเครียดระดับสูง จากการกลัวผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของตนเอง และต่อทารกในครรภ์[7] โดยเฉพาะสตรีตั้งครรภ์ที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งรับรู้ว่าตนเองกำลังเผชิญกับภาวะวิกฤตในชีวิต

จากความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง ต้องเผชิญกับเหตุการณ์อันตรายที่ไม่คาดคิดต่อตนเอง ทารกในครรภ์ รวมทั้งบทบาทในครอบครัวเปลี่ยนไปทั้งบทบาทภรรยา มารดา หรือบุตร อีกทั้งยังต้องรับบทบาทเป็นผู้ป่วย รวมทั้งในระยะแรกต้องนอนพักบนเตียงเท่านั้น เผชิญกับบุคคลและแผนการรักษาที่ไม่คุ้นเคย การถูกจำกัดกิจกรรม ผลข้างเคียงจากการรักษาการเผชิญความเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงมีความเครียดและวิตกกังวลสูง ดังการศึกษาของ Maloni & Kutil[8] ศึกษาความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะก่อนคลอดที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และถูกจำกัดกิจกรรรมบนเตียง มีความเครียดเกี่ยวกับบทบาทของตนเอง สัมพันธภาพภายในครอบครัว การได้รับยาและผลข้างเคียงของยาที่ใช้รักษา รวมทั้งเกี่ยวกับสุขภาพและความปลอดภัยของทารกในครรภ์ รวมถึงการยุติการตั้งครรภ์

พยาบาลผดุงครรภ์เป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ในทุกระยะ ทั้งครรภ์ปกติ และครรภ์เสี่ยง ซึ่งรวมถึงสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงที่พักรักษาตัวใน พยาบาลผดุงครรภ์ จึงควรมีความเข้าใจ และทราบบทบาท ในการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย เช่น การส่งเสริมให้ได้รับการรักษาตามแผนการรักษา การดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดปัจจัยกระตุ้นความเครียด การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อดูแลสุขภาพ และการบรรเทาความปวดจากการเจ็บครรภ์คลอด การดูแลทางด้านจิตใจ เช่น การส่งเสริมให้จัดการความเครียดด้วยตนเอง การส่งเสริมการตอบสนองด้านอารมณ์ การส่งเสริมให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการส่งเสริมให้ข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด อีกทั้งส่งเสริมให้ได้รับการสนับสนุนจากสังคมที่เหมาะสม ขณะสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง พักรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ลดความเครียด ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความเครียดและการจัดการความเครียดในสตรีที่เป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง ที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล รวมทั้งบทบาทพยาบาลผดุงครรภ์

เนื้อหา

สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง ได้แก่ BP ≥ 160/110 mmHg วัดห่างกัน 2 ครั้ง ครั้งละ 15 นาที, ตรวจพบ Urine Protein Dipstick ≥ 2+ หรือ Urine protein 24 hours ≥ 300 mg, หรือ UPCI ≥ 0.3 mg/dL, ค่าการแข็งตัวของเลือดน้อย Platelet < 100,000x109/L, การทำงานของไตผิดปกติ จาก Serum Creatinine > 1.1 mg/dL, การทำงานของตับผิดปกติ เช่น ปวดบริเวณใต้ชายโครงด้านขวา หรือจุกแน่นลิ้นปี่อย่างรุนแรง หรือผลเลือดพบค่า AST/ALT เพิ่มมากกว่า 2 เท่าของค่าปกติ มีอาการทางสมองหรือทางสายตา เช่น ปวดศีรษะต่อเนื่องโดยไม่สามารถบรรเทาได้ด้วยยาแก้ปวด หรือมีอาการตาพร่ามัว เห็นแสงวูบวาบ[9] ที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมีความเครียดในระดับสูง เมื่อเกิดความเครียดจะมีการตอบสนองต่อความเครียดแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับตัวบุคคล

นั้น ๆ ความเครียดในระดับที่เหมาะสมจะเป็นตัวกระตุ้นให้ร่างกายมีการตอบสนองในพฤติกกรมที่ประสบความสำเร็จ แต่ถ้ามีความเครียดอยู่ในระดับสูง และยังคงอยู่นาน ก็อาจเป็นสาเหตุให้เกิดการเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ซึมเศร้า คิดทำร้ายตัวเอง ไม่สามารถดูแลตนเองและบุคคลรอบข้างได้อย่างเหมาะสม[5]

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง ที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล มีความเครียดและความวิตกกังวลระดับสูง ดังการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน ที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวน 27 ราย ของ Maloni and Kutil[8] พบว่า การนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลทำให้เกิดความเครียดจากการถูกจำกัดกิจกรรม สัมพันธภาพภายในครอบครัวเปลี่ยนแปลง การได้รับยาและผลข้างเคียงของยาที่ใช้รักษา รวมทั้งความเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพและความปลอดภัยของทารกในครรภ์ และการเกิดภาวะแทรกซ้อนจนต้องยุติการตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงที่ต้องรักษาในโรงพยาบาลจึงขาดความสมดุลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ต้องค้นหาหนทางเผชิญความเครียดเพื่อลดหรือขจัดความเครียดให้หมดไป และเกิดความสมดุลทางจิตใจ ถ้าปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ไม่เหมาะสม คือ ใช้กลไกทางจิตด้านลบ โดยการหลีกเลี่ยงปัญหา ไม่มุ่งแก้ไขปัญหา จะทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวแรกเกิดน้อย และสตรีตั้งครรภ์เกิดภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ จนถึงหลังคลอด[10-11]

ผลกระทบของความเครียดในสตรีที่เป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

ผลกระทบด้านร่างกาย

สตรีที่เป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง ที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่มีความเครียด จะมีการกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมน epinephrine, nor-epinephrine จากต่อมหมวกไตส่วนใน กระตุ้นให้หลั่งฮอร์โมน cortisol จากต่อมหมวกไตส่วนนอก ส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกายเปลี่ยนแปลงไป[12] โดยเฉพาะระบบหัวใจและหลอดเลือด ฮอร์โมนจะทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น เลือดสูบฉีดมากขึ้น ผนังหลอดเลือดหดเกร็งขึ้น หัวใจเต้นแรง ใจสั่น ทำให้เกิดความดันเลือดสูงขึ้น ดังนั้นในผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูง และเกิดความเครียด จะส่งผลให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นกว่าเดิม เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย ได้แก่ ภาวะชัก ทารกขาดออกซิเจนในครรภ์ และหัวใจตีบทำให้หัวใจขาดเลือดได้ นอกจากนี้ความเครียดยังส่งผลต่อระบบอื่น ๆ อีกด้วย ได้แก่ ระบบย่อยอาหาร จะทำให้ความอยากอาหารลดลง คลื่นไส้อาเจียน เกิดแผลในกระเพาะอาหาร ระบบทางเดินหายใจ ทำให้อัตราการหายใจเร็ว และระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อตึงตัว ปวดต้นคอ หลัง และศีรษะ อาการนอนไม่หลับ จนทำให้เกิดความเหนื่อยล้า[12]

ผลกระทบด้านจิตใจ

การเป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง และต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นภาวะที่เป็นแรงกดดันจากภายนอกและภายในร่างกาย สตรีที่เป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงจะรับรู้และแปลความหมายของเหตุการณ์ที่เข้ามาในชีวิตนั้นเป็นแรง

กดดันไปในทางลบ เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนกับภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เนื่องจากโรคมีความซับซ้อนในการดูแลรักษา ไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วยที่จะเกิดขึ้นได้ในขณะตั้งครรภ์ ทำให้ตัดสินเหตุการณ์ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยว่าเป็นอันตราย เพราะในสถานการณ์ที่มีความคลุมเครือ ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะเกิดอะไรขึ้น ดังนั้นเมื่อสตรีที่เป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ทำให้เกิดความอึดอัดใจ ไม่สบายใจ เป็นแรงกดดันภายในจิตใจ เกิดความเครียดในระดับสูงขึ้น ดังการศึกษาของ Giurgescu et al.[13] พบว่า สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง รวมถึงสตรีที่เป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ที่มีระดับความรู้สึกไม่แน่นอนระดับสูงจะมีความเครียดในระดับสูง และเลือกใช้การจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้ความเครียดก็จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ บางรายอาจจะต้องได้รับการบำบัดรักษาทางด้านจิตใจ ฟื้นฟูสภาพทางกาย ตลอดจนการหาที่ยึดเหนี่ยวทางจิตวิญญาณร่วมด้วย[14]

ผลกระทบด้านครอบครัว

ความเครียดมีผลต่อความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของสตรีที่เป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง ที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เพราะต้องเปลี่ยนจากสตรีตั้งครรภ์ปกติที่มาฝากครรภ์ตามนัดเป็นผู้ป่วย ที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ถูกจำกัดกิจกรรมให้พักบนเตียง ต้องได้รับยา และผลข้างเคียงของยาที่ใช้รักษา ต้องได้รับการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์มากกว่าปกติ จนเกิดความเครียด รวมทั้งวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพและความปลอดภัยของทารกในครรภ์[5] ถ้าสตรีที่เป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง ที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล มีความเครียดในระดับสูงเป็นระยะเวลานาน จะทำให้ไม่สามารถปรับตัวและปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทได้อย่างเหมาะสม เช่น บทบาทหน้าที่ของภรรยา มารดา ลูกสะใภ้ หรือบุตร จากการที่สตรีตั้งครรภ์ต้องหยุดงานหรือออกจากงาน ทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากการต้องรักษาตนเอง สามีจะเกิดความรู้สึกวิตกกังวลและความเครียดจากการดูแลภรรยาซึ่งไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เหมือนเดิม ทำให้สัมพันธภาพระหว่างสตรีตั้งครรภ์ และสามีลดลง เกิดปัญหาของครอบครัวตามมาได้[8]

ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในสตรีที่เป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง ที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

ปัจจัยส่วนบุคคล

1. การรับรู้ความเสี่ยง การเป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้สตรีตั้งครรภ์รับรู้ว่าตนเองและทารกในครรภ์ เกิดผลกระทบ และภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ได้รับการพยาบาลและการรักษาในรูปแบบที่ต่างจากการมาฝากครรภ์ตามปกติ เกิดความสงสัยว่าเกิดอะไรกับตนเองและทารกในครรภ์ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวล กลัว และความเครียดเกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Thadakant, Pruksacheva, & Jaovisidha[15] พบว่า สตรีตั้งครรภ์หลังจากมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ จะมีความรู้สึกกลัว เครียด รวมทั้งวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่จะส่งผลให้เกิดอันตรายต่อ

สุขภาพของตนเอง และทารกในครรภ์ ได้แก่ กลัวตนเองชัก กลัวทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน และกลัวการต้องยุติการตั้งครรภ์ก่อนครบกำหนดคลอด เป็นต้น

2. ประสบการณ์ของการเกิดโรคหรือภาวะเสี่ยง สำหรับสตรีที่เป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน จะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ และอารมณ์ จากความวิตกกังวลกับสิ่งที่ยังมาไม่ถึง กลัวสิ่งที่ตนเองคิด กลัวสิ่งที่ตนเองไม่รู้ กลัวสิ่งที่มองไม่เห็น กลัวตนเองจะเป็นอันตราย และกลัวลูกทารกในครรภ์จะเป็นอันตราย จากความกลัวและความไม่รู้ในการที่มีประสบการณ์ ทำให้เกิดความเครียด และความวิตกกังวลกับสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น ดังการศึกษาของ Suzuki, Shinmura, & Kato[16] พบว่า สตรีตั้งครรภ์ชาวญี่ปุ่นที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ที่ตั้งครรภ์ครั้งแรกจะมีความวิตกกังวลจากการขาดประสบการณ์ใน การตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับสตรีตั้งครรภ์ชาวไทย ในการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล จำนวน 15 ราย ของ นิสาชล สุขแก้ว วรางคณา ชัชเวช และสุรีย์พร กฤษเจริญ[17] พบว่า การตั้งครรภ์ครั้งแรก ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเกิดความรู้สึกกังวล และกลัวกลัวว่าตนเองและทารกได้รับอันตรายจากโรคที่เป็น

ปัจจัยด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคม

1. บุคคลในครอบครัว สามี และญาติถือเป็นบุคคลที่สำคัญในการสนับสนุนการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง ที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เนื่องจากการถูกจำกัดบทบาทที่เคยเกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เช่น บทบาทการเป็นภรรยา มารดา บุตร และลูกสะใภ้ เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง ที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ถูกจำกัดกิจกรรม ได้รับการรักษาที่ซับซ้อน ได้รับยาที่เพิ่มขึ้นจากการฝากครรภ์ตามปกติ ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ได้รับออกซิเจนทางจมูก รวมทั้งการได้รับการตรวจสุขภาพของตนเอง และทารกในครรภ์ถี่ขึ้น ทำให้การรู้สึกมีคุณค่าในบทบาทต่าง ๆ ลดลง และเกิดความรู้สึกกลายมาเป็นผู้ป่วย[8] บุคคลในครอบครัวจึงเป็นบุคคลที่ช่วยให้สตรีตั้งครรภ์มีการดูแลตนเองในทางที่เหมาะสม ลดการเกิดความเครียดที่เกิดขึ้นได้ ดังการศึกษาของ Maitreechit, Sangin & Siriarunrat[18] พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะคู่สมรสจะทำให้สตรีตั้งครรภ์มีการปรับตัวได้เหมาะสม

2. บุคคลากรทางการแพทย์ บุคลากรทางแพทย์เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมากกว่าบุคคลอื่น ๆ ทำให้การได้รับความรู้ส่วนใหญ่ที่จะสนับสนุนให้สตรีที่เป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง ที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ควรได้จากทีมบุคลากรทางสุขภาพเป็นหลัก[19] และการที่พยาบาลเข้าไปมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาโดยการให้ข้อมูลที่เป็นความจริงที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญในรูปแบบต่าง ๆ และให้การสนับสนุนตามความจำเป็น จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจ สามารถแปลความหมายของเหตุการณ์ได้ชัดเจน สามารถคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นได้ ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง[16] ดังการศึกษาของ Chamraksa & Triprakong[20] พบว่า การให้ข้อมูลของพยาบาลเป็นการส่งเสริมให้

ระดับการรับรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยสูงขึ้น

3. แหล่งเรียนรู้ที่เป็นประโยชน์ การมีแหล่งเรียนรู้ที่เป็นประโยชน์ เป็นปัจจัยหนึ่งในการสนับสนุนให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีการดูแลตนเองได้ดีขึ้น แหล่งเรียนรู้ ได้แก่ การค้นหาข้อมูลจากโทรศัพท์มือถือ แผ่นพับหรือหนังสือที่บุคลากรทางสุขภาพแจกมาจากการฝากครรภ์ การอบรมในโรงพยาบาล การสอบถามผู้ที่มีความรู้หรือสตรีที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ซึ่งหากได้รับความรู้ในการดูแลตนเองที่เพียงพอจะสามารถลดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้[21] ดังการศึกษาของ Sonmongkol [22] พบว่า การแสวงหาความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม และมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมากขึ้น และการศึกษาของ Sheppard, Schwartz, Tucker & McManus[23] พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอ และเป็นประโยชน์ ทำให้สามารถรักษาระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้

ปัจจัยด้านสถานการณ์

การรักษาตัวในโรงพยาบาล การเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นสถานการณ์ที่สตรีที่เป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์รับรู้ว่าอาการของโรครุนแรงจึงต้องรับการรักษาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง และทารกในครรภ์ รวมทั้งการถูกจำกัดกิจกรรม กลัวต้องยุติการตั้งครรภ์จากภาวะของโรค[15] จากเหตุการณ์ดังกล่าวทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย จนเกิดความเครียดที่คุกคามดังการศึกษาของเบญจวรรณ เอกะสิงห์[24] พบว่า สตรีที่เป็นความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล มีความรู้สึกไม่แน่นอนระดับสูง จนเกิดความเครียดที่คุกคาม จากการที่ไม่คุ้นเคยจากสิ่งแวดล้อมที่แปลกใหม่ รูปแบบของอาการแสดงและพยาธิสภาพของโรคที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ และไม่สามารถบอกถึงระยะเวลาการดำเนินไปและการหายของโรคได้

ปัจจัยด้านบุตร

สตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ เมื่อรับรู้จากทีมบุคลากรทางสุขภาพว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ จะเริ่มตระหนักได้ว่าสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์เป็นสิ่งสำคัญสตรีตั้งครรภ์ทุกรายมีความรู้สึก กลัว กังวลและเครียดว่าตนเองและทารกในครรภ์จะได้รับอันตรายจากโรคความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ กลัวทารกในครรภ์ได้รับผลกระทบ เช่น ทารกในครรภ์เสียชีวิต ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกมีสุขภาพที่ไม่แข็งแรง พิการ และทารกจะเป็นโรคความดันโลหิตสูงเหมือนตนเอง ส่วนในด้านตนเอง กลัวไม่สามารถคลอด ลูกได้เอง กลัวต้องผ่าท้องคลอด รวมทั้งกลัวตนเองช็อกและตาย จากการศึกษาของ Lapchem[25] พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงมักมีความกลัวและความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทารกในครรภ์

บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ในการจัดการความเครียดในสตรีที่เป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง ที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

พยาบาลผดุงครรภ์เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้สตรี

ที่เป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง ที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล สามารถเผชิญกับความเครียดและจัดการความเครียดที่เหมาะสม โดยส่งเสริมสนับสนุนให้ดูแลตนเองด้านร่ายกาย จิตใจ การสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านเพื่อป้องกันกลับมารักษาซ้ำ ดังต่อไปนี้

ด้านร่างกาย

1. ดูแลให้พักผ่อนบนเตียง (bed rest) โดยดูแลให้สตรีตั้งครรภ์ความดันโลหิตสูง ชนิดรุนแรง นอนพักบนเตียงให้มากที่สุด เนื่องจากการนอนจะทำให้อวัยวะทุกส่วนของร่างกายอยู่ในระดับเดียวกันกับหัวใจ ส่งผลให้แรงดันของหลอดเลือดแดงที่จะส่งเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายลดลง เกิดแรงต้านทางที่หลอดเลือดส่วนปลายของร่างกายเล็กน้อย ส่งผลให้ค่าแรงดันหลอดเลือดโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (systolic blood pressure) และคลายตัว (diastolic blood pressure) ลดลง ระดับความดันของโลหิต (blood pressure) จึงลดลงตามไปด้วย[26]

2. การจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ จากการที่สตรีที่เป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้รู้สึกไม่คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป จากบริบทบ้านมาเป็นโรงพยาบาล ทำให้มีข้อจำกัดเกี่ยวกับสถานที่ จากการที่ต้องนอนร่วมกับสตรีตั้งครรภ์รายอื่น มีเสียงรบรวนจากเสียงร้องของสตรีตั้งครรภ์รอคลอดเตียงอื่น ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ พักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลตามมา ซึ่งจะไปกระตุ้นตัวรับ Beta Receptor ของ Peacemaker และเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้หัวใจเต้นเร็วและแรง หลอดเลือดเกิดการหดเกร็ง เกิดความดันเลือดเพิ่มสูงขึ้น[2] พยาบาลผดุงครรภ์ควรจัดสถานที่สำหรับดูแลสตรีที่เป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงที่เป็นสัดส่วนแยกจากสตรีตั้งครรภ์ที่นอนรอคลอดรายอื่น โดยเฉพาะเตียงที่มีอาการเจ็บครรภ์คลอด สถานที่เงียบสงบ แสงสว่างไม่มากเกินไป และจำกัดบุคลากรที่ให้การพยาบาลเท่าที่จำเป็นเพื่อลด การกระตุ้นจากภายนอก เป็นการเพิ่มการพักผ่อน ลดความรุนแรงของระดับความดันโลหิตได้

3. ดูแลให้ได้รับความสุขสบายจากผลข้างเคียงของยาป้องกันการชัก ในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงจะได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO4) ป้องกันการชัก ซึ่งยาจะออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือดสมองที่มีการหดรัดตัว (vasospasm) ปล่อยสาร Acetylcholine เพื่อไม่ให้กล้ามเนื้อเกิดการชักกระตุก ลดความเข้มข้นของแคลเซียมภายในเซลล์กล้ามเนื้อ ไม่ให้กล้ามเนื้อเกิดการหดรัดตัว[27] ซึ่งยาก็มีผลข้างเคียงทำให้เกิดภาวะไม่สุขสบาย ได้แก่ มีเหงื่อออกมาก มีอาการร้อนวูบวาบตามใบหน้าและลำตัว พยาบาลผดุงครรภ์ควรนำผ้าชุบน้ำมาให้และช่วยเหลือในการเช็ดหน้าและเช็ดตัว เช็ดตัวเพื่อบรรเทาความไม่สุขสบาย ลดความกังวลใจเกี่ยวกับอาการที่ตนเองเป็นอยู่ ดังการศึกษาของ Jaikwang[28] พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง ที่ได้รับยาป้องกันการชักจะมีอาการร้อนวูบวาบตามใบหน้าและลำตัว การดูแลช่วยเหลือเช็ดตัว เช็ดหน้าเป็นการส่งเสริมความสุขสบายที่เกิดขึ้น ลดความวิตกกังวลได้

4. ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล มีความต้องการในการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน จาก การที่ได้รับการจำกัดกิจกรรมบนเตียง และมีกิจกรรมการรักษาต่าง ๆ ได้แก่ การใส่สายสวนปัสสาวะการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ พยาบาลผดุงครรภ์ควรดูแลกิจวัตรประจำวันบางอย่างที่พอสนับสนุนได้ ได้แก่ ดูแลเปลี่ยนเสื้อผ้าให้ดูแล การทำความสะอาดร่างกายและอวัยวะสืบพันธุ์ รวมทั้งการดูแลจัดท่านอนในท่าที่เหมาะสม ผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้น้อย มีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้มาก จึงต้องการ การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันในด้าน ต่าง ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานที่จำเป็น[8]

5. การบรรเทาความปวดจากการเจ็บครรภ์คลอด สตรีที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง ที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดร่วมด้วย จะเป็นการเพิ่มระดับความดันโลหิตจากการเพิ่มแรงดันของหลอดเลือด และเพิ่มความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายมากขึ้น การจัดการความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลผดุงครรภ์ ที่ช่วยให้ผู้คลอดสามารถควบคุมตนเองให้เผชิญความเจ็บปวดในการคลอดได้อย่างเหมาะสมและช่วยให้ผ่าน การคลอดได้อย่างปลอดภัย โดยพยาบาลผดุงครรภ์ควรส่งเสริมให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอด วิธีการบรรเทาการเจ็บครรภ์คลอดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ เทคนิคการหายใจ การลูบหน้าท้อง การดูแลนวดหลัง การเพ่งจุดสนใจ เป็นต้น จากการศึกษา Chairob[29] พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมตัวคลอด สามารถใช้วิธีการบรรเทาปวด ได้แก่ การหายใจ การนวด การเบี่ยงเบนความสนใจและการลูบท้อง ช่วยผ่อนคลายความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดได้

ด้านจิตใจ

1. ส่งเสริมให้จัดการความเครียดด้วยตนเอง สตรีตั้งครรภ์ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงจะมีจิตใจที่เข้มแข็งมั่นคง มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถที่จะใช้ศักยภาพในการดำเนินชีวิตได้อย่างเต็มที่ สามารถแสดงพฤติกรรมได้อย่างสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และเกิดผลตามที่ต้องการ[30] พยาบาลผดุงครรภ์ควรส่งเสริมการสร้างความสมดุลทางด้านจิตใจแก่สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยแนะนำให้สตรีตั้งครรภ์ผ่อนคลายความเครียดด้วยการทำสมาธิ หรือใช้วิธีต่าง ๆ เช่น การสวดมนต์ การทำสมาธิ การฝึกคิดเชิงบวก[31] การส่งเสริม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง สามารถปฏิบัติตนได้สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล จะช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ ทำให้คลายความวิตกกังวลและความเครียดลง

2. ส่งเสริมการตอบสนองด้านอารมณ์ เมื่อสตรีตั้งครรภ์ รับรู้ว่าตนเองเป็นความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทางใจจากความไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย เกิดความกังวลใจและความเครียดจากแนวทางการดูแลรักษาและต้องเจอกับบุคคลที่ไม่คุ้นเคย สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปจึงต้องการคนเข้าใจและกำลังใจ[32]

พยาบาลผดุงครรภ์จึงควรพูดอธิบาย และตอบคำถามด้วยถ้อยคำที่สุภาพ ไพเราะ อารมณ์สงบ ท่าทีเป็นมิตร สีหน้ายิ้มแย้ม ในการให้ข้อมูลและส่งเสริมให้กำลังใจ ช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ มีกำลังใจผ่อนคลายจากความเครียดและความวิตกกังวล เพราะส่วนใหญ่จะไม่มีความมั่นใจว่าตนเองจะตั้งครรภ์ต่อจนครบกำหนด จะมีความรุนแรงของโรคเกิดขึ้นมาอีกหรือไม่

3. การส่งเสริมให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล รับรู้ว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นคุกคามต่อร่างกายและจิตใจของตนอย่างรุนแรงเกินความจริง จะเกิดความเศร้าโศก ความเครียด ความกังวล และไม่สามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นได้ จากการศึกษา Srijaiwong & Wongyai[33] พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงมีความเครียดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง และการศึกษาของ Anansawas[34] พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงมักมีความกลัวและความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทารกในครรภ์ ถ้าสตรีตั้งครรภ์รับรู้ต่อการเจ็บป่วยตามสภาพความเป็นจริง ตระหนักถึงอันตรายและความรุนแรงของโรคที่มีต่อตนเองและทารกในครรภ์ เห็นประโยชน์ของ การรักษาและการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา แม้ว่าจะมีปัญหาและอุปสรรคขัดขวางก็สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม พยาบาลผดุงครรภ์ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษาและการพยาบาลที่ได้รับ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ ได้แก่ การวัดความดันโลหิตทุก 15-30 นาที, การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ,การได้รับยากันชัก การเจาะเลือดส่งตรวจ การให้ออกซิเจน การ on EFM การประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารก รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด การได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรค ภาวะสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ เป็นต้น จะช่วยลดความวิตกกังวล ความเครียด และจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม

4. การส่งเสริมให้ข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด การเป็นความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ไม่มีข้อจำกัดเกี่ยวกับการคลอดทางช่องคลอดถ้ามีการเจ็บครรภ์คลอดและมีการเปิดขยายของปากมดลูกที่ความก้าวหน้าของการคลอดที่ดี ยกเว้นในกรณีสตรีตั้งครรภ์เกิดภาวะชัก ทารกในครรภ์เกิดภาวะขาดออกซิเจนในครรภ์ สตรีตั้งครรภ์จะเกิดความเครียดและความกังวลเกิดขึ้น บทบาทผดุงครรภ์ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาในการรอคลอด วิธีการส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด การบรรเทาการเจ็บครรภ์คลอด และวิธีการเบ่งคลอด เพื่อสตรีตั้งครรภ์สามารถเผชิญกับการคลอดที่เหมาะสม ผ่อนคลายจากความกลัวและวิตกกังวล ดังการศึกษาของ Chairob[29] พบว่า การได้รับการสนับสนุนตามความจำเป็นเกี่ยวกับข้อมูลการคลอด จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจ สามารถแปลความหมายของเหตุการณ์ได้ชัดเจน สามารถคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นได้ ทำให้ผู้ป่วยทนต่อความเจ็บปวดได้มากขึ้น ส่งผลให้มีความปวดลดลง ทำให้ลดความวิตกกังวลและความเครียด

ด้านการสนับสนุนจากสังคม

การส่งเสริมให้ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่น ๆ

สตรีตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง ที่นอนพักรักษาตัวใน

โรงพยาบาล จะมีปัจจัยสำคัญ ๆ ที่เป็นแหล่งประโยชน์ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมที่ทำให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับข่าวสาร คำแนะนำตลอดจนความช่วยเหลือด้านการเงิน อุปกรณ์ สิ่งของ หรือการแบ่งเบาภาระงานที่จะช่วยให้สามารถเผชิญความเจ็บป่วยได้ รวมทั้งช่วยบรรเทาความเครียด ส่งเสริมภาวะสุขภาพ ป้องกันความเจ็บป่วยและฟื้นฟูสภาพภายหลังการเจ็บป่วย และลดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด[35] พยาบาลผดุงครรภ์ควรแนะนำให้สามี บุคคลในครอบครัว และบุคลากรทางสุขภาพ ในการช่วยพูดคุยปลอบโยนให้กำลังใจ ให้คำแนะนำในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายทั้งต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ทำให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปตามปกติ

สรุป

สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล มีความเครียดในระดับสูง ซึ่งความเครียดส่งผลให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น จนเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อร่างกายของสตรีตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ รวมทั้งมีผลทางด้านจิตใจจนเกิดภาวะซึมเศร้า และส่งผลให้สัมพันธภาพระหว่างสตรีตั้งครรภ์ และครอบครัวลดลง นอกจากนี้ยังทำให้บทบาทของการเป็นภรรยา มารดา และบุตรที่เคยมีขณะตั้งครรภ์ปกติเปลี่ยนแปลงไป พยาบาลผดุงครรภ์เป็นบุคลากรที่มีความสำคัญ และใกล้ชิดในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล จึงควรมีความเข้าใจเกี่ยวกับความเครียด ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด รวมทั้งการส่งเสริมกิจกรรมลดความเครียดกับสตรีที่เป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง ให้ครอบคลุมความสุขสบายด้านร่างกาย ลดปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ส่งเสริมความเข้มแข็งของจิตใจ โดยการฝึกลดความเครียดด้วยตนเอง ส่งเสริมให้ความรู้เรื่องโรค การบรรเทาการเจ็บครรภ์คลอด และการคลอด รวมทั้งส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรทางการแพทย์ และครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อส่งเสริมให้สามารถลดความเครียดและจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายกับสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ รวมทั้งประคับประคองให้ การตั้งครรภ์ดำเนินไปตามปกติจนครบกำหนดคลอด

เอกสารอ้างอิง

[1] นันทพร แสนศิริพันธ์. การพยาบาลผดุงครรภ์ :สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่ :มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2560.

[2] Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. Williams Obstetrics. 25th ed. New York: McGraw Hill; 2018.

[3] Cunningham FG, Leveno KL, Bloom ST, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. Hypertensive disorders in pregnancy. Williams Obstetrics. 24th ed. Boston: McGraw Hill; 2014.

[4] กรมอนามัย. สถิติสาธารณสุขอัตราส่วนการตายมารดา. กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัย กระทรวง

สาธารณสุข; 2565.

[5] พรรณพิไล ศรีอาภรณ์. การพยาบาลสตรีที่มีความผิดปกติด้านจิตใจในระยะหลังคลอด. ใน นันทพร แสนศิริพันธ์ และฉวี เบาทรวง (บรรณาธิการ). การพยาบาลและการผดุงครรภ์: สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2560.

[6] Sivakumar S. Effect of Pregnancy Induced Hypertension on Mothers and their Babies. The Indian Journal of Pediatrics 2007; 74(7): 623–25.

[7] Chantanamongkon K. Nursing care for pregnant women with medical, gynecological and surgical complications. 2nd ed. Samut Prakan: Jamjuree production; 2012.

[8] Maloni JA, Kutil RM. Antepartum support group for women hospitalized on bed rest. MCN 2000; 25(4): 204 – 10.

[9] ACOG Committee Opinion No. 767: Emergent Therapy for Acute-Onset, Severe Hypertension During Pregnancy and the Postpartum Period. Obstet Gynecol 2019; 133(2): 174 – 80.

[10] Borders AEB, Grobman WA, Amsden LB, Holl JL. Chronic stress and low birth weight neonates in a low-income population of women. Journal of Obstetrics and Gynecology 2007; 109: 331 – 38.

[11] Giurgescu C, Penckofer S, Maurer MC, Bryant FB. Impact of uncertainly, social support, and prenatal coping on the psychological well-being of high-risk pregnancy woman. Nursing Research 2006; 55(5): 356 – 65.

[12] Neuman, B, Fawcett J. The Neuman Systems Model. 5th Ed.. Boston, DC: Pearson Education, Inc; 2011.

[13] Giurgescu C., et al. Impact of uncertainly, social support, and prenatal coping on the psychological well- being of high-risk pregnancy woman. Nursing Research 2006; 55(5): 356 – 65.

[14] วราภรณ์ คงสุวรรณ และ สิริวรรณ คงทอง. ประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของคู่สมรสไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต [ปริญญานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา:มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2556.

[15] Thadakant S, Pruksacheva T, Jaovisidha A. Gestational Diabetes and/or Hypertension Toward Themselvesand Their Fetuses. Ramathibodi Nursing Journal 2010; 16(2): 185 – 99.

[16] Suzuki S, Shinmura H, Kato M. Maternal Uncontrolled Anxiety Disorders Are Associated with the Increased Risk of Hypertensive Disorders in Japanese Pregnant Women. Journal of Clinical Medicine Research 2015;7(10): 791 – 94.

[17] นิสาชล สุขแก้ว, วรางคณา ชัชเวชและสุรีย์พร กฤษเจริญ. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2021; 8(3): 32 – 48.

[18] Maitreechit D, Sangin, S, Siriarunrat S. Relationships Between Health Care Behaviors, Anxiety, Social Support and Quality of Life among Pregnant Women with Pregnancy Induced Hypertension. Chula Med Bull 2020; 2(1): 39 – 47.

[19] Hussian MH, Fatin A, Saffar AA. Self-Care Management of Pregnancy Induced Hypertension for Pregnant Women Attending Primary Health Care Centers at Kirkuk City. Journal for Nursing Sciences 2016; 6(2): 1 – 10.

[20] Chamraksa P, Triprakong S. Patients and nurses perception on nurses information given in Songklanagarind hospital. Songklanagarind Journal of Nursing 2011; 31(3): 27 – 40.

[21] Jitnawee W, Sagultep B, Vutichan D, Sungsuwan B. The Effect of Discharge Planning in Maternal Postpartum Severe Preeclampsia. Region 11 Medical Journal 2017; 31(1): 166 – 70.

[22] Sonmongkol S. Health Perception, Social Support and Self-Care Behaviors among Adolescent Pregnant in Phuket Province. Region 11 Medical Journal 2016; 30(2): 105 – 14.

[23] Sheppard JP, Schwartz CL, Tucker K, McManus RJ. Modern Management and Diagnosis of Hypertension in the United Kingdom: Home Care and Self-Care. Annals of Global Health 2016; 82(2): 274 – 87.

[24] เบญจวรรณ เอกะสิงห์. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและวิธีการเผชิญความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารก]. มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.

[25] Lapchem P. Relationships between selected factors, uncertainty in illness and parturition social support and fear of childbirth among high risk primiparous women [Unpublished master's thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2007.

[26] Pollock JD, Makaryus AN. Physiology, Cardiac Cycle. In Stat Pearls [Internet]. Stat Pearls Publishing; 2021.

[27] ACOG Committee on Obstetric Practice. ACOG Practice Bulletin No. 222: Gestational Hypertension and Preeclampsia. Obstetrics & Gynecology 2020; 135(6): 237 – 60.

[28] Jaikwang O. The development of clinical practice guideline for discomfort management in pregnant woman with hypertension severe pregnancy Udon Thani Hospital [dissertation]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2011.

[29] Chairob M. Effects of childbirth preparation on family parcipitation with pain level during first stage of labour. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2009.

[30] พรรณี ฉุ้นประดับ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุน

ทางสังคมกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง [ปริญญานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยมหิดล: กรุงเทพฯ; 2538.

[31] Anansawas S. Nursing Obstetrics. Anansawas S, editor. Nonthaburi: Yutharin; 2017.

[32] Tongprateep T. Spiritual care: Dimensions of Nursing. Bangkok: V print; 2009.

[33] Srijaiwong S, Wongyai J. Stress and coping behavior in high risk pregnant women. Boromarajonani College of Nursing Uttaradit; 2008.

[34] Anansawas S. Nursing Obstetrics. Anansawas S, editor. Nonthaburi: Yutharin; 2017.

[35] Logsdon MC, Davis DW. Social and professional support for pregnant and parenting women. The American journal of maternal child nursing 2003; 28(6) : 371 – 6.

บทความวิชาการ : กระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัดใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดีผ่านผิวหนัง

Nursing Process and Implications for discharge plan of Cholangiocarcinoma's Patients after Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage: PTBD

จินตนา กิ่งแก้ว * ศิวิไล โพธิ์ชัย** ณัฐธยาน์ บุญมาก *** และวิริยะ โชติกุญชร ****
Jintana Kingkaew* Sivilai Pochai** Natthaya Boonmark *** and Wiriya Chotikunchon ****
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา จังหวัดศรีสะเกษ*,**,***,****
Chalermkarnchana University, Thailand.*,**,***,****
เบอร์โทรศัพท์ 09-1016-1998; E-mail: Jintana192521@gmail.com*
วันที่รับ 20 ต.ค. 2566; วันที่แก้ไข 18 ธ.ค. 2566; วันที่ตอบรับ 26 ธ.ค. 2566

บทคัดย่อ

โรคมะเร็งท่อน้ำดี (cholangiocarcinoma) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของไทย พบอุบัติการณ์ การเกิดโรคในเพศชายมากกว่าเพศหญิง สาเหตุหลักคือเกิดจากการติดพยาธิใบไม้ตับทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรังในท่อน้ำดีและเกิดเป็นมะเร็งท่อน้ำดีในที่สุด การรักษาโรคนี้ในปัจจุบันจะพิจารณาตามระยะของโรค ซึ่งการรักษาหลักคือวิธีการผ่าตัด ส่วนในผู้ป่วยที่มะเร็งแพร่กระจายแล้วจะให้การรักษาโดยวิธีประคับประคองตามอาการเท่านั้น เช่น การใส่ท่อระบายน้ำดีในตับผ่านทางผิวหนัง (Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage) การใส่ท่อระบายน้ำดีในตับผ่านทางผิวหนัง เป็นการรักษาที่สำคัญแบบประคับประคองที่ค่อนข้างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพเพื่อช่วยระบายน้ำดีออกมาภายนอกร่างกายแต่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการรักษาได้ เช่น ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะติดเชื้อในท่อทางเดินน้ำดี สายระบายเลื่อนหลุด และสายระบายอุดตัน ซึ่งส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วยส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น พยาบาลเป็นบุคลากรที่สำคัญมากต่อ การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและเตรียมตัวจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังนั้น หากมีการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ โดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกมิติโดย การประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอน ร่วมกับการวางแผนจำหน่ายในรูปแบบ D-M-E-T-H-O-D อย่างต่อเนื่อง ก็จะส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพและแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม อีกทั้งเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้

คำสำคัญ : มะเร็งท่อน้ำดี; การวางแผนจำหน่าย; กระบวนการพยาบาล

Abstract

Cholangiocarcinoma is a major public health problem in Thailand. Found the incidence of disease in males more than females The main cause is liver fluke infection, which causes chronic inflammation in the bile ducts and ultimately leads

to bile duct cancer. Current treatment for this disease is determined by the stage of the disease. The main treatment is surgery. in patients with cancer once metastases, supportive treatment is given according to the symptoms such as Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage. Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage is insertion of a bile duct into the liver through the skin percutaneous, safe and effective palliative major treatment to help drain the bile. But there may be complications after treatment, such as sepsis, Infection of PTBD catheter, catheter slippage of PTBD, the PTBD clot and this affects to both the physical, mental, economic and social aspects of the patients, resulting in increased mortality rates. Nurses are very important personnel in caring cholangiocarcinoma's patient both during hospital admission and for discharge from the hospital. Therefore, if there is an effective discharge plan by educating patients to cover all dimensions by applying the 5 steps of nursing process according to the principles of discharge planning in the D-M-E-T-H-O-D model continuously. this will result in efficiency and clinical nursing practice guideline. It also improves the quality of life of patients and prevents various complications after discharged from the hospital.

Keywords : Cholangiocarcinoma; Discharge planning; Nursing process

บทนำ

โรคมะเร็งท่อน้ำดี (cholangiocarcinoma) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของไทย พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงคือ 135.4 ต่อ 100,000 ในชายและ 43.0 ต่อ 100,000 ในหญิง[1] พบมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย สาเหตุหลักคือเกิดจากการติดพยาธิใบไม้ตับทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรังในท่อน้ำดีและเกิดเป็นมะเร็งท่อน้ำดีในที่สุด[2-3] ส่วนใหญ่มาพบแพทย์ด้วยอาการตาเหลือง ตัวเหลืองและแน่นอึดอัดในท้อง เมื่อโรคมะเร็งลุกลามจะเกิดภาวะแทรกซ้อนจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้[2] การรักษาในปัจจุบันจะขึ้นกับตำแหน่งและระยะของโรค โดยการรักษาหลักคือวิธีการผ่าตัดส่วนในรายที่มะเร็งแพร่กระจายแล้วจะให้การรักษาโดยวิธีประคับประคองเท่านั้น[4-5] ในกรณีที่ไม่ สามารถผ่าตัดเนื้องอกออกได้หรือผู้ป่วยไม่สามารถรับการผ่าตัดได้หรือผู้ป่วยปฏิเสธการผ่าตัด จะมีทางเลือกในการรักษาอื่น เช่น การระบายน้ำดีโดยการส่องกล้อง (endoscopic drainage) การใส่ท่อระบายน้ำดีในตับผ่านทางผิวหนัง(Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage: PTBD)[6] ซึ่งการใส่ท่อระบายน้ำดีที่อุดตันจะช่วยบรรเทาอาการคัน ตา ตัวเหลืองได้[1]

การใส่ท่อระบายน้ำดีในตับผ่านทางผิวหนังเป็นการรักษาที่สำคัญแบบประคับประคองที่ค่อนข้างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยระบายน้ำดี แต่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลัง การรักษา ได้แก่ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะติดเชื้อในท่อทางเดินน้ำดี สายระบายเลื่อนหลุดและสายระบายอุดตัน ซึ่ง ส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคมของผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบปัญหาที่เกิดกับผู้ป่วยได้ เช่น ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังรับการรักษาโดยการใส่ท่อระบายน้ำดีไม่ถูกต้อง หรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลอย่างครบถ้วน ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้อัตราการเสีย

ชีวิตเพิ่มขึ้น[7] บางรายกลับมาใส่สายระบายน้ำดีซ้ำหลายครั้งจากภาวะสายระบายน้ำดีอุดตัน ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการ[8] ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องสนใจเอาใจใส่สุขภาพของตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้สอดคล้องกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป[7] รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัวควรได้รับการเตรียมความพร้อมก่อน การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้เมื่อกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน

การวางแผนจำหน่าย (discharge planning) หมายถึง กระบวนการเตรียมความพร้อมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องโดยเน้นการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ถือเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลที่ต้องให้ความรู้ให้ครบถ้วนก่อนออกจากโรงพยาบาล ดังนั้นพยาบาลควรมีรูปแบบการวางแผนการจำหน่ายอย่างเป็นระบบ เป็นขั้นเป็นตอนตามกระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพด้านการวางแผนจำหน่ายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะรายในบทความนี้ ผู้เขียนขอเสนอแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยใช้รูปแบบ D-M-E-T-H-O-D ซึ่งจากประสบการณ์ของผู้เขียนที่ได้สอนนักศึกษาและปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคนี้ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยวัยสูงอายุ ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Cholangiocarcinoma (CHCA) ที่ได้รับการรักษาโดยการใส่สายเพื่อระบายน้ำดีออกทางหน้าท้อง ผลจากการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยตามรูปแบบ D-M-E-T-H-O-D อย่างเป็นระบบ พบว่าผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจ ลดความวิตกกังวล และมีความมั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้านได้ ดังนั้นจึงสะท้อนให้เห็นว่าหากพยาบาลมีการวางแผนการจำหน่ายอย่างเป็นระบบครอบคลุมทุกประเด็นปัญหาของผู้ป่วย ก็จะเกิดผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยในระยะยาวและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะตามมาหลังจากออกจากโรงพยาบาลได้ อีกทั้งช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้นต่อไปได้ตามข้อจำกัดด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล

โรคมะเร็งท่อน้ำดี

โรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นมะเร็งที่อยู่บริเวณเยื่อบุผนังของท่อทางเดินน้ำดีทั้งภายในและภายนอกตับ ซึ่งถือว่าเป็นปัญหา สาธารณสุขที่สำคัญในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงคือ 135.4 ต่อ 100,000 ประชากรในชายและ 43.0 ต่อ 100,000 ประชากรในหญิง[1,4] ข้อมูลทางสถิติในประเทศไทยปี พ.ศ. 2555-2558 มีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีทั้งประเทศ พบอัตราตาย 22.3, 22.5, 23.9 และ 23.6 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ[4,9] และในปี 2560 เพศชายเท่ากับ 36.2 เพศหญิงเท่ากับ 14.5 ต่อประชากรแสนคน[10]

โรคมะเร็งท่อน้ำดีแบ่งเป็น2กลุ่มใหญ่ๆตามตำแหน่งของมะเร็งคือมะเร็งท่อน้ำดี ภายในตับ (intrahepatic cholangiocarcinoma) และมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับ (extrahepatic cholangiocarcinoma)[3] ซึ่งผู้ป่วยจะยังไม่มีอาการ ในระยะแรก[4] การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นสถานการณ์ที่รุนแรงและคุกคามต่อชีวิตผู้ป่วยเป็นโรคที่อันตรายถึงตายได้จากการที่มะเร็งรุกล้ำโดยตรงไปตามอวัยวะต่าง ๆ ที่สำคัญของร่างกายจนในที่สุดอวัยวะของร่างกายจะถูกทำลาย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการมากมาย เช่น ปวด แน่นท้อง หายใจลำบาก เหนื่อยอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ท้องมาน ตาเหลือง ตัวเหลือง และคันตามร่างกาย[2] สาเหตุการเกิดโรคเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ได้แก่พฤติกรรมการดูแลตนเอง พฤติกรรมการ บริโภคซึ่งเป็นสาเหตุก่อโรคมะเร็ง

ในท่อทางเดินน้ำดี ซึ่งการรักษาในปัจจุบันคือ การผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด หรือ การรักษาแบบผสมผสาน รวมทั้งรักษาแบบประคับประคองด้วยการใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดี หากผู้ป่วยได้รับการรักษาไม่ทันท่วงทีและการดูแลที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ก็อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงและอาจเสียชีวิตได้ [7,11]

การรักษาโรคมะเร็งท่อน้ำดี

1. สรุปแนวทางการรักษาโดยทั่วไปมีดังนี้ [1,4]

1.1 การผ่าตัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมาพบแพทย์และได้รับการวินิจฉัยโรคเมื่อเข้าสู่ระยะลุกลามที่ผ่าตัดไม่ได้แล้ว ซึ่งมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 20-30 ที่อยู่ในระยะที่สามารถผ่าตัดได้ การผ่าตัดเอาก้อนเนื้องอกออกเป็นวิธีมาตรฐานที่สามารถเพิ่มอัตรารอดชีวิตของผู้ป่วยได้ ในรายที่ไม่สามารถผ่าตัดออกเนื้องอกออกได้ จะใช้วิธีผ่าตัดระบายท่อน้ำดี (surgical bypass) ซึ่งการผ่าตัดระบายท่อน้ำดีจะสามารถรักษาอาการคันและอาการตา ตัวเหลืองของผู้ป่วยได้

1.2 การรักษามะเร็งท่อน้ำดีผ่านกล้องส่องตรวจท่อน้ำดีและตับอ่อน ใช้ในกรณีที่ไม่สามารถผ่าตัดเนื้องอกออกได้หรือผู้ป่วยไม่สามารถรับ การผ่าตัดได้หรือผู้ป่วยปฏิเสธการผ่าตัด มีวิธีการรักษาผู้ป่วย เช่น การใส่ท่อระบายน้ำดี (biliary stent) ในผู้ป่วยท่อน้ำดีอุดตันเพื่อบรรเทาอาการคัน ตา ตัวเหลืองได้

1.3 เคมีบำบัดและรังสีรักษาใช้ในผู้ป่วยมีโรคอยู่ในระยะแพร่กระจาย หรือระยะลุกลามที่ไม่ สามารถผ่าตัดได้และมีสภาพร่างกายที่แข็งแรง แต่ถ้าหากผู้ป่วยมีร่างกายไม่แข็งแรงควรพิจารณารักษาตามอาการ

1.4 การรักษาแบบประคับประคอง ส่วนใหญ่ของมะเร็งท่อน้ำดีเป็นมะเร็งที่มีการเจริญเติบโตช้า แต่สามารถพบมีการลุกลามไปสู่อวัยวะอื่นได้โดยเฉพาะอวัยวะข้างเคียงและต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ใกล้ ๆ (regional lymph nodes) ทั้งนี้พบว่าประมาณร้อยละ 15 มีการแพร่กระจายอย่างรวดเร็วเข้าสู่กระแสเลือด สำหรับในผู้ป่วยที่มะเร็งแพร่กระจาย (metastatic disease) แล้วการรักษาโดยวิธีประคับประคองยังคงเป็นวิธีที่ปลอดภัยและเหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การรักษาด้วยวิธีใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดีผ่านผิวหนัง

การรักษาโรคมะเร็งท่อน้ำดีด้วยวิธี ใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดีผ่านผิวหนัง หมายถึง การใส่สายระบายผ่านผิวหนังและเนื้อตับเข้าสู่ท่อน้ำดีเพื่อช่วยระบายน้ำดี เป็นการรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่มีการอุดกั้นของทางดินน้ำดีแบบประคับประคองที่ค่อนข้างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพในการลดอาการดีซ่าน[8,12] โดยการใส่สายระบายน้ำดี ชนิดพิเศษผ่านทางผิวหนังและตับเข้าสู่ท่อน้ำดี โดยทำภายใต้เครื่องตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasound guide) และเครื่องเอกซเรย์ภาพเคลื่อนไหว (fluoroscopy) มีการฉีดสารทึบรังสีเพื่อยืนยันตำแหน่งเมื่อได้ตำแหน่งที่ต้องการ จะทำการขดปลายท่อระบายน้ำดีให้อยู่ในรูปที่เหมาะสม จากนั้นจะทำการเชื่อมต่อกับถุงเก็บน้ำดี (sealed bile bag) และจะเย็บสายท่อระบายยึดติดกับผิวหนัง เพื่อป้องกันการหลุด เลื่อนของท่อระบายน้ำดี [13]

ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยวิธีใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดีผ่านผิวหนัง

ผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีที่ได้รับการใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดีที่ได้รับการรักษาโดย การใส่ท่อระบายน้ำดี มีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้นเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนของโรคและการรักษา[7] ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ บ่อยที่สุดในระหว่างการรักษาด้วย PTBD ได้แก่ มีการปริและรั่วซึมออกนอกสายระบาย มีไข้ ปวด การเคลื่อนหลุดของ สายและท่อน้ำดีอักเสบจากการอุดตันของสายสวน[7-8,14] นอกจากนี้ยังอาจส่งผลกระทบต่อแบบแผน การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจากการคาสายระบายน้ำดีกลับบ้าน เช่น การนอนหลับพักผ่อน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการกลับไปใช้ชีวิตในสังคม พบว่าจากสถิติแผนกศัลยกรรมของโรงพยาบาล ราชวิถี ในปี 2552, 2553 และ 2554 พบว่า มีผู้ป่วย โรคมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีได้รับการใส่ท่อระบายน้ำดี (PTBD) จำนวน 166, 155 และ 128 รายตามลำดับและมีอัตราการเสียชีวิตภายหลังที่ได้รับการรักษาพยาบาลดังกล่าวเนื่องจากผู้ป่วยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังรับการรักษาโดยการใส่ท่อระบายน้ำดีไม่ถูกต้องหรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลอย่างครบถ้วน ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนส่งผลให้ผู้ป่วยอัตราการเสียชีวิตเร็วขึ้น ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องสนใจเอาใจใส่สุขภาพของตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้สอดคล้องกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป[7] เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นเมื่อกลับบ้าน

แนวทางการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนก่อนกลับบ้านภายหลังการรักษาด้วยวิธีใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดีผ่านผิวหนัง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบภาวะแทรกซ้อนภายหลังการรักษาด้วยวิธีใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดีผ่านผิวหนังคือผู้ป่วยเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยสาเหตุสายระบายน้ำดี ติดเชื้อ หักพับงอ และเลื่อนหลุด จำนวนหลายครั้ง และจาก การสอบถามวิธีการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถบอก วิธีการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเท่าที่ควร[8] ดังนั้นเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว การพยาบาลควรปฏิบัติ ดังนี้ (1) ประเมินทบทวนระดับความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยใน การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน (2) ให้ความรู้ผู้ป่วยเพิ่มเติมถึงวิธีการดูแลแผลและสายระบายน้ำดีที่จำเป็นเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน (3) แนะนำการตรวจสอบสาย การสวนล้างสาย การบันทึกน้ำดีในถุงรองรับน้ำดีในช่วงเวลาเดียวกันของแต่ละวัน (4) แนะนำการออกกำลังกายตามความสามารถของผู้ป่วยที่จะทำได้มีกิจกรรมได้ตามปกติแต่ไม่ควรยกของหนักเป็น เวลา อย่างน้อย 6 สัปดาห์หลังเปลี่ยนสายระบายน้ำดี เพราะอาจกระทบกระเทือนแผลได้เนื่องจากความดันในช่องท้องที่สูงขึ้น (5) แนะนำผู้ป่วยเรื่องการรับประทานอาหารให้ลดอาหารประเภทไขมัน (6) แนะนำให้ผู้ป่วยควรพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง เพื่อลดการใช้ออกซิเจนและเพื่อให้ร่างกายได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ (7) แนะนำ การรับประทานยาทุกชนิดตามคำสั่งแพทย์และให้มาพบแพทย์ตามนัด โดยแพทย์จะมีการตรวจติดตามทุก ๆ 3 - 6 เดือน (8) แนะนำอาการ

ผิดปกติที่ควรรีบมาพบแพทย์ทันที ได้แก่ มีไข้ปวด แผลบวมแดงหรือมีหนองไหลจากแผลรอบ ๆ แผลมีเลือดซึมและไหลไม่หยุด เจ็บแน่นบริเวณหน้าอกหรือหายใจขัดและอาการรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ รับประทานอาหารไม่ได้

แนวทางการวางแผนการจำหน่ายโดยการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาล

การวางแผนจำหน่าย (discharge planning) หมายถึง กระบวนการเตรียมความพร้อมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องโดยเน้นการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัวและความร่วมมือระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพตั้งแต่แรกรับเข้าโรงพยาบาลจนกระทั่งวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับสู่บ้านและชุมชน[15] โดยพยาบาลจะใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการวางแผนการจำหน่ายให้มีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีรูปแบบเป็นขั้นตอนที่ต่อเนื่องและมีความสัมพันธ์กัน

กระบวนการพยาบาลประกอบด้วย5ขั้นตอน ได้แก่ 1)การประเมินภาวะสุขภาพ(health assessment) 2) การตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis) 3) การวางแผนการพยาบาล (nursing careplan)4)การใช้แผนการพยาบาล(implementation of nursing care plan) และ 5) การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล (evaluation)[16-17] ผู้เขียนขอสรุปแนวทางการนำกระบวนการพยาบาลไปใช้กับการวางแผนการจำหน่าย ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้[18]

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินปัญหาภาวะสุขภาพ (health assessment) เป็นการประเมินปัญหาแบบองค์รวม ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือหรือต้องการการดูแล อย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่าย

ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยวินิจฉัยตามปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย (nursing diagnosis)

ขั้นตอนที่ 3 วางแผนจำหน่าย (nursing care plan) เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นโดยการนำข้อมูลสุขภาพมาวางแผนการจำหน่ายให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยพบว่า พยาบาลได้นำหลักการวางแผนจำหน่ายโดยใช้รูปแบบ D-M-E-T-H-O-D มาใช้ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างแพร่หลาย โดยหลักการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยสรุปได้ ดังนี้ [19,20-21]

1. Disease (D) ความรู้เรื่องโรค สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคอาการ และอาการแสดงอาการที่รุนแรงที่บ่งชี้อันตรายของโรค

2. Medication (M) ความรู้เกี่ยวกับยา ที่ผู้ป่วยได้รับให้ถูกต้องทั้งชนิด ขนาด จำนวนครั้งที่ได้รับยา การสังเกตอาการข้างเคียงหรืออาการแพ้ยา

3. environment (E) การจัดสิ่งแวดล้อมและการจัดการปัญหาเศรษฐานะที่เหมาะสม

4. treatment (T) แผนการรักษาของแพทย์ การรักษาด้วยยาหรือการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

5. health (H) การให้ความ รู้เรื่องการส่งเสริม ฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและ จิตใจ ตลอดจนการป้องกันภาวะ แทรกซ้อนต่าง ๆ

6. outpatient referral (O) การมาตรวจตามนัด การพามาพบแพทย์หากเด็กอาการไม่ดีขึ้น การส่งต่อหรือการเข้ารับบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน

7. diet (D) การให้อาหารที่มีประโยชน์และเสริมสร้างสุขภาพขณะที่เจ็บป่วยและอาการปกติ

ขั้นตอนที่ 4 การนำแผนจำหน่ายไปปฏิบัติ (implement of nursing care plan) พยาบาลจะมีบทบาทสำคัญในการนำแผนการจำหน่ายไปใช้ตามแผนการที่วางไว้ให้สำเร็จด้วยวิธีการต่าง ๆ

ขั้นตอนที่ 5 การติดตามประเมินผล (evaluation) เป็นการประเมินผลการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในระยะสั้น และระยะยาวที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล

สรุปได้ว่าบทบาทพยาบาลด้านการวางแผนการจำหน่ายนับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะตามมาหลังจากออกจากโรงพยาบาลสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ระบุว่า การวางแผนจำหน่ายที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว สามารถลดอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล เพิ่มอัตราการรอดชีวิตและช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นอีกด้วย[22] จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยพบว่า พยาบาลได้นำหลักการวางแผนจำหน่ายโดยใช้รูปแบบ D-M-E-T-H-O-D โดยกองการพยาบาล[19,20] เป็นกรอบแนวคิดการวางแผนจำหน่ายอย่างแพร่หลาย ซึ่งเป็นแนวทางที่ถูกพัฒนาขึ้นให้เป็นรูปแบบขั้นตอนที่ชัดเจนและเป็นแนวทางในการเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายซึ่งพยาบาลสามารถนำไปประยุกต์ใช้ตามความแตกต่างกันในปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละราย[23] สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลลักษณ์ ภูจอม จิตม์[2] ที่ได้ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-E-M-E-T-H-O-D ในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่มีความเสี่ยงสูง: กรณีศึกษา 2 ราย ผลการให้ความรู้พบว่า ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลได้ดี

การใช้กระบวนการพยาบาลในการวางแผนจำหน่าย การนำไปปฏิบัติสำหรับการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัดใส่สายระบาย PTBD

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา การศึกษาของขนิษฐา รัตนกัลยาและคณะ[24] พบว่าความต้องการในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีที่ได้รับการใส่สายระบายผ่านผิวหนังและเนื้อ ตับเข้าสู่ท่อน้ำดีและญาติผู้ดูแลแบ่งได้เป็น 4 ประเด็นหลักคือ 1) ความพร้อมด้านร่างกายของผู้ป่วย 2) ความรู้ในการดูแลตนเองและดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน 3) การดำเนินการสอนก่อนกลับบ้านที่เหมาะสมและ 4) การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จากการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า พยาบาลจำเป็นต้องมีแนวทาง การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างมีระบบ ครอบคลุมประเด็นปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติด้วย ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบการวางแผนจำหน่ายในรูปแบบ D-M-E-T-H-O-D[22] ซึ่งพยาบาลสามารถนำไปประยุกต์ใช้ร่วมกับกระบวนการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาและความจำเป็นแก่ผู้ป่วยเฉพาะรายได้เป็นอย่างดี โดยพยาบาลต้องมี การประเมิน วางแผนวินิจฉัย ปฏิบัติการพยาบาลและติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน รวมถึงการสร้างระบบส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ เน้นการให้

ข้อมูลการดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยและญาติ การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องพบแพทย์เป็นต้น[2] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ สุประกฤษฎิ์ ศรียะเกตุ[8] ที่พบว่าพยาบาลได้ให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านอย่างเป็นระบบแก่ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่มีภาวะสายระบายน้ำดีอุดตัน ซึ่งประกอบด้วยคำแนะนำการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การสังเกตอาการไข้ การดูแลสายระบายน้ำดีและแผล การปฏิบัติตัวเมื่อมี อาการผิดปกติหรืออาการแสดงที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด การมาตรวจตามนัด และการส่งเสริมให้มีภาวะโภชนาการที่ เหมาะสมเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ที่ถูกต้องในการปฏิบัติตัวที่บ้านจึงช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้

จากประสบการณ์การสอนนักศึกษาพยาบาล การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ในบทความนี้ผู้เขียนขอเสนอแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เกี่ยวกับกรณีศึกษาที่พบบ่อยในผู้ป่วยวัยสูงอายุที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Cholangiocarcinoma (CHCA) ที่ได้รับการรักษาโดยการใส่สายเพื่อระบายน้ำดีออกทางหน้าท้อง ร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาลนำไปการปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัดใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดีผ่านผิวหนัง PTBD โดยใช้รูปแบบ D-M-E-T-H-O-D ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินปัญหา

1.1 ปัญหาด้านร่างกาย เช่น ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดบริเวณที่ใส่สาย PTBD การติดเชื้อท่อระบายน้ำดี เป็นต้น

1.2 ปัญหาด้านจิตใจเช่นผู้ป่วยอาจมีความกลัว ความวิตกกังวลเนื่องจากมีปัญหาด้าน การปรับตัวหรือความไม่เข้าใจวิธีการดูแลสายระบายน้ำดี เป็นต้น

1.3 ปัญหาด้านสังคม เช่น ความจำเป็นในการที่ต้องพึ่งพิงการดูแลจากคนในครอบครัว โดยพยาบาลควรประเมินและค้นหาให้ได้ว่าใครคือผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย (care giver) ที่บ้านภายหลังจำหน่าย แหล่งประโยชน์ที่จะพึ่งพาในชุมชน เช่น สถานบริการพยาบาลใกล้บ้าน

ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพเพื่อวางแผนจำหน่าย

2.1 พยาบาลควรประเมินและค้นหาปัญหาเฉพาะเจาะจงของผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น เสี่ยงต่อการติดเชื้อของท่อระบายน้ำดี เสี่ยงต่อท่อระบายเลื่อนหลุดหรืออุดตัน เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนการจำหน่าย

การวางแผนจำหน่ายตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือรวมทั้งคำแนะนำต่างๆที่ให้แก่ผู้ป่วย ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรคแผนการรักษา การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน สังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ การมาตรวจตามนัดและการรับประทานอาหารเฉพาะโรคตั้งแต่เริ่มรับไว้ในการดูแล[25] พยาบาลควรหาวิธีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับรู้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง การตระหนักในปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต เช่น ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ การรับรู้ถึงภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นต้น การเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลที่บ้าน อีกทั้งพยาบาลควรมีการประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อวางแผน การจำหน่ายโดย มุ่งเน้นการบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการ

ของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก

ขั้นตอนที่ 4 การปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายตามรูปแบบ D-M-E-T-H-O-D

พยาบาลควรให้ความรู้การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เหมาะสมแก่ผู้ป่วยและครอบครัวก่อนการจำหน่าย ซึ่งสามารถประเมิน วางแผนการจำหน่ายได้เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลที่โรงพยาบาล ทั้งนี้พยาบาลสมารถให้ความรู้ได้เมื่อประเมินแล้วว่าผู้ป่วยพร้อมที่จะรับฟังข้อมูล โดยมีการสอนพร้อมสาธิตให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องก่อนจำหน่ายกลับบ้าน เช่น การดูแลความสะอาดท่อระบายเพื่อป้องกันการติดเชื้ออย่างถูกต้อง การสังเกตและบันทึกสิ่งคัดหลั่งน้ำดีจากท่อระบาย เป็นต้น ดังนั้น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า พยาบาลที่นำโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายเข้าไปในการพยาบาลอย่างเป็นระบบ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้มากขึ้น[26] ซึ่งขอเสนอรูปการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยตามหลักการ D-M-E-T-H-O-D ดังนี้ [2,27]

D: Disease ผู้ป่วยและญาติจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ขาดความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต พยาบาลควรให้ความรู้เรื่องโรคที่เป็นอยู่บอกให้ทราบถึงสาเหตุ อาการ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องให้เหมาะสมกับโรคมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งเป็นการให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งท่อน้ำดีถึงสาเหตุ อาการ การรักษา ข้อดีและข้อจำกัดของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งวัตถุประสงค์ของการใส่ท่อระบายน้ำดีช่วยลด การอุดตันของน้ำดีได้ส่งผล ตา ตัวเหลืองลดลง

M: Medication พยาบาลควรให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาที่ได้รับกลับบ้านตามแผนการรักษา เช่น การให้ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับยาที่ตนเองได้รับอย่างละเอียด ข้อบ่งชี้ ถึงสรรพคุณ ขนาด วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยาตลอดจนการสังเกตภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งข้อห้ามการใช้ยาซึ่ง ส่วนใหญ่ยาที่ใช้ในผู้ป่วยจะเป็นยากลุ่มยาปฏิชีวนะ ยาแก้ปวด ยาแก้แพ้ และยาวิตามิน[27] ควรเน้นย้ำให้ผู้ป่วยทราบว่า ไม่ควรรับประทานยาอื่น ๆ ที่ไม่อยู่ในแผนการรักษาของแพทย์เพราะอาจเกิดปัญหาการแพ้ยาและได้รับอันตรายจากส่วนประกอบที่ไม่พึงประสงค์ได้

E : Environment พยาบาลควรให้ความรู้เรื่อง การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้สะอาด ปราศจากฝุ่น/ควันเพื่อป้องกันการติดเชื้อแผลที่หน้าท้องและแผลท่อระบายน้ำดี การให้ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม สถานที่นอนพัก ลักษณะเตียง ที่พักอาศัยควรมีอากาศถ่ายเทสะดวก อากาศไม่ ร้อนอบอ้าว ผู้ป่วยควรระมัดระวังการ ได้รับเชื้อโรคอื่น ๆ ที่อาจปนเปื้อนมากับชุมชนและสิ่งแวดล้อมที่แออัดด้วย รวมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาลและการจัดการปัญหา ด้านเศรษฐกิจ

T : Treatment พยาบาลควรให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็น เช่น การดูแลป้องกันการติดเชื้อของแผลหลังผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยมีโอกาสเกิดแผลติดเชื้อ รวมไปถึงการเฝ้าสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองและแจ้งให้ผู้ดูแลหรือพยาบาลทราบ ภาวะแทรกซ้อนหรือความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น มีไข้ อาการปวดแน่นท้องมากขึ้น ตาตัวเหลืองมากขึ้น การติด เชื้อแผลบริเวณหน้าท้อง เป็นต้น

H : Health พยาบาลควรให้ความรู้เรื่อง

การส่งเสริมฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและ จิตใจ ตลอดจนการป้องกันภาวะ แทรกซ้อนต่าง ๆ ผู้ป่วยสามารถปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับข้อ จำกัดด้านสุขภาพ[27] แนะนำให้ผู้ป่วยดูแลรักษาความสะอาดทั่วไปของร่างกาย แนะนำผู้ป่วยและญาติเรื่องการดูแลท่อระบายที่คาไว้บริเวณ หน้าท้อง ดังนี้ (1) จดบันทึกปริมาณ สีและลักษณะของน้ำดีที่อยู่ในถุงรองรับในช่วงเวลาเดียวกันทุกวัน (2) เปลี่ยนถุงรองรับน้ำดีด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อทุก 2 สัปดาห์ (3) กรณีมีรอยพลาสเตอร์ติดแน่นตามท่อระบายให้ทำความสะอาดด้วยสำลีชุบแอลกอฮอล์ (4) ทำความสะอาดแผลผ่าตัดและแผลท่อระบายทุก 3 วันหรือทุกครั้งที่มีสารคัดหลั่งซึมหรือเปียกน้ำด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ พร้อมทั้งสังเกตลักษณะของแผลไม่ควรให้มีอาการท้องผูก ควรรับประทาน ผัก ผลไม้เป็นประจำ แนะนำผู้ป่วยหลีกเลี่ยงยกของหนักไม่เกิน 5 กิโลกรัม ห้ามเล่นกีฬาที่ต้องกระโดด[2,27]

Outpatient Referral พยาบาลควรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจและทราบถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัดทั้งวัน เวลา สถาน ที่ รวมถึงการติดต่อขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่หรือสถานพยาบาลใกล้บ้าน ในกรณี เกิดภาวะฉุกเฉินตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องแนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดทุกครั้งอีกทั้งส่งต่อผู้ป่วยเพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชนเพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเองอย่างถูกต้องเพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมความสัมพันธ์อันดีภายในครอบครัวเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขตามอัตภาพ รมทั้งการวางแผนร่วมกันในการดูแลทางเลือกแบบประคับประคองเป็นต้น

D: Diet พยาบาลควรอธิบายเกี่ยวกับแนวทางการเลือกรับประทานอาหาร ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับโรค โดย ให้มีความหลากหลาย ครบ 5 หมู่ หลีกเลี่ยงรับประทานอาหารหมักดอง รับประทานอาหารปรุงสุก งดอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ ปลาเล็กปลา น้อย ปลาร้าดิบเพื่อป้องกันการฝังตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ตับรับประทานอาหารงด ดื่มเหล้า ดื่มน้ำให้ได้ตามปริมาณเท่ากับการสูญเสียน้ำออกจากร่างกายทางน้ำดีและ ปัสสาวะหรืออย่างน้อยวันละ 2,000 ml. สังเกต อาการของการขาดน้ำ ได้แก่ริมฝีปากและเยื่อบุตาแห้ง กระหายน้ำ และปัสสาวะสีเข้ม หากมีอาการขาดน้ำให้เพิ่มปริมาณน้ำได้

ขั้นตอนที่ 5 การติดตามผลการวางแผนการจำหน่าย

ในการติดตามผลการวางแผนการจำหน่าย พยาบาลควรทำการประเมินซ้ำในสิ่งที่ได้สอนผู้ป่วยไปแล้ว มีการทบทวนความเข้าใจและประเมินผลให้เห็นเป็นรูปธรรมโดยการทวนสอบ และให้ผู้ป่วยและครอบครัวฝึกปฏิบัติจนเกิดความชำนาญ พร้อมสอนหรือสาธิตซ้ำอีกในประเด็นที่ผู้ป่วยและครอบครัวยังไม่ความเข้าใจ

สรุป

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาลอย่างเป็นขั้นตอน มีระบบการให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เป็นขั้นตอนที่สำคัญอย่างยิ่งต่อ การมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมและต่อเนื่องหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างมี ประสิทธิภาพ ทั้งด้าน

ร่างกาย อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วยหลังออกจากโรงพยาบาลได้[28] ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาของ Antoine Garnier 2018[29] พบว่า การวางแผนการจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพสามารถ ลดอัตราการเข้ารักษาซ้ำในโพรงพยาบาลได้อีกด้วย พยาบาลจึงเป็นบุคลกรที่มีบทบาทสำคัญในการให้การช่วยเหลือในการให้ข้อมูลต่าง ๆ แก่ผู้ป่วย โดยใช้ความสามารถทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอที่จะสามารถดูแลตนเองได้ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น มีความพึงพอใจมากขึ้น[27] ดังนั้น การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยใช้ D-METHOD ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน มีผลทำให้ผู้ป่วยมี ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค สาเหตุและพยาธิสภาพ การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมครอบคลุมทุกประเด็นสำคัญ ส่งผลให้มีอัตราการกลับเข้ารับ การรักษาซ้ำหลังออกจากโรงพยาบาลลดลงได้ [15] ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการวางแผนจำหน่ายโดย การประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลตามหลัก การ D-METHOD มาใช้ทางการพยาบาลนั้นก่อให้เกิดประสิทธิภาพทั้งด้านผู้ป่วยและด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาลได้เป็น อย่างดี และสมควรที่พยาบาลจะได้นำไปปฏิบัติให้เกิดประสิทธิภาพอย่างเป็นรูปธรรมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

[1] อาคม ชัยวีระวัฒนะ เสาวคนธ์ ศุกรโยธิน อนันต์ กรลักษณ์ และธีรวุฒิ คูหะเปรมะ. แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี.พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2554.

[2] วิไลลักษณ์ ภูจอมจิตฆ์. การพยาบาลแบบองค์รวมในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่มีความเสี่ยงสูง กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2564; 6(3): 35 – 42.

[3] T. Peter Kingham, Victoria G. Aveson, Alice C. Wei, Jason A. Castellanos, Peter J. Allen, Daniel P. Nussbaum, Yinin Hu, Michael I. D'Angelica. Surgical Management of Biliary Malignancy. Curr Probl Surg 2021; 58(2): 1 – 96.

[4] จินตนา กิ่งแก้ว พึงพิศ การงาม ณกานดา ยมศรีเคนและนงลักษณ์ สุวรรณกูฏ. บทบาทพยาบาล ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี. วารสารสุขศึกษา 2565; 45 (1) : 1 – 10.

[5] ศรัญญา ประทัยเทพ และปริญญา ชำนาญ. มะเร็งท่อน้ำดี. สรรพสิทธิเวชสาร 2554; 32(1–3): 53 – 62.

[6] รภัส พิทยานนท์ และคณะ. Problem based GI Case discussion วิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วยโรคระบบทางเดินอาหาร. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2558.

[7] สุรีย์พร ปุญญกริยากร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีที่ได้รับการใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2556; 23 (1) : 70 – 9.

[8] สุประกฤษฎิ์ ศรีษะเกต. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่มีภาวะสายระบายน้ำดีอุดตัน

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก: กรณีศึกษา. วารสารการพยาบาลสุขภาพและสาธารณสุข 2565; 1(2) : 54 – 66.

[9] เพ็ญประภา แต้มงาม สมปอง พะมุลิลา นฤมล สาระคำ และ ศิรินยา อินแพง. ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการ บริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี ของประชาชนในตำบลแห่งหนึ่งอำเภอวารินชำราบ จังหวัด อุบลราชธานี. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2562; 21(3): 74 – 85.

[10] ชุติมา วัชรกุลกังสดาล สุวรรณรงค์รัตนาภรณ์ ยศศรี และสุมาลี จันทลักษณ์. ผลการดำเนินงานจัดการเรียนการสอนหน่วย การเรียนรู้เรื่องพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีตามมาตรการการส่งเสริมการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับระดับประถมศึกษาเขตสุขภาพที่ 7. วารสาร สคร. 9 2566; 29(1) : 80 – 94.

[11] อภิชิต แสงปราชญ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็ง ท่อน้ำดีของประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. อุบลราชธานี : มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี; 2553.

[12] Karen T Brown 1, Anne M Covey. Management of malignant biliary obstruction. Techniques in Vascular and Interventional Radiology 2008; 11(1): 43 – 50.

[13] ชัยสุนทร วิเศษนันท์. องค์ความรู้ : การเตรียมตัวผู้ป่วยและขั้นตอนการใส่ท่อระบายน้ำดีในผู้ป่วยภาวะท่อน้ำดีอุดตัน. จุลสารโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี 2556; 11(50) : 1-16.

[14] Ayla S. Turan, Sjoerd Jenniskens, Jasper M. Martens, Matthieu J. C. M. Rutten, Lonneke S. F. Yo, Marco J. L. van Strijen, Joost P. H. Drenth, Peter D. Siersema, & Erwin J. M. van Geenen. Complications of percutaneous transhepatic cholangiography and biliary drainage, a multicenter observational study. Abdom Radiol (NY). 2022; 47(9): 3338 – 44.

[15] ลดาวัลย์ ฤทธิ์กล้า. ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโดยใช้ D-METHOD ต่อความพึงพอใจและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ. TUH Journal online 2561; 3(3) : 19 – 27.

[16] จินตนา กิ่งแก้ว และปวีณา จรัสเฉลิมพงศ์. กระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในโพรงสมองร่วมกับมีภาวะน้ำคั่งในสมอง. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 2564; 24(3) : 87 – 98.

[17] ธิดารัตน์ เลิศวิทยากุลและลัดดา พลพุทธา. การใช้กระบวนการพยาบาลในการฝึกปฏิบัติงานบนคลินิกของนักศึกษาพยาบาล. ว. บัณฑิตเอเชีย 2556; 8(2) : 76 – 88.

[18] วันเพ็ญ พิชิตพรชัยและอุษาวดี อัศดรวิเศษ. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย: แนวคิดและการประยุกต์ใช้ (ฉบับปรับปรุง) พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2546.

[19] กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดเก็บตัวชี้วัดการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลประจำปีงบประมาณ 2562. กรุงเทพฯ: บริษัท

สำนักพิมพ์ สื่อตะวันจำกัด; 2561.

[20] กฤษดาแสวงดีและคณะ.แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข: กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2539.

[21] สุธีร์ ธรรมิกบวร, การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย การปรับกระบวนทัศน์. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพลส จำกัด; 2554.

[22] Christopher O Phillips. Comprehensive discharge planning with post discharge support for older patients with congestive heart failure: a meta-analysis. AMA. 2004 ; 291(11):1358 – 67.

[23] จีรภา ณ พัทลุง. ผลการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคปอดบวมตามรูปแบบ D-M-E-T-H-O-D โรงพยาบาลพัทลุง .วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ 2563; 34(3): 86 – 101.

[24] ขนิษฐา รัตนกัลยา นัทธมน วุทธานนท์ ลลิดา นพคุณ วันทนีย์ แสงวัฒนะรัตน์ และคณะ. ความต้องการในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งตับและ ท่อน้ำดีที่ได้รับการใส่สายระบายผ่านผิวหนังและเนื้อ ตับเข้าสู่ท่อน้ำดีและญาติผู้ดูแล. พยาบาลสาร 2564 ; 8 (3): 260 – 73.

[25] อาดีละห์ สะไร.ผลของโปรแกรมการบูรณาการการวางแผนจำหน่ายร่วมกับประสบการณ์อาการต่อความสามารถในการจัดการอาการและสภาวะอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.[วิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิตการพยาบาลผู้ใหญ่]. สงขลา : มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์; 2559.

[26] รัตนาภรณ์ แซ่ลิ้ม นงลักษณ์ ว่องวิษณุพงศ์ และสุดจิต ไตรประคอง. ประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสารสภาการพยาบาล 2557; 29(2): 101 – 13.

[27] กมนวรรณ นิลเอกและรุ่งนภา จันทรา. ผลการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไฟไหม้น้ำร้อนลวกหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 4 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 2562; 33(2): 143 – 56.

[28] Young Ae Kim ,Hye Ri Choi Mingee Choi, Ah Kyung Park, Hye Ryun Kim, Chaemin Lee, Elim Lee, Kyung Ok Kim, Mi Young Kwak, Yoon Jung Chang So-Youn Jung. Examining the Effectiveness of the Discharge Plan Model on the South Korean Patients with Cancer Completed Cancer Treatment and Are Returning to the Community: A Pilot Study. International Journal of Environmental Research and Public Health 2023; 20(1) : 1 – 10.

[29] Antoine Garnier, Nathalie Rouiller, David Gachoud, Carole Nachar, Pierre Voirol, Anne-Claude Griesser, Marc Uhlmann, Gérard Waeber, Olivier Lamy. Effectiveness of a transition plan at discharge of patients hospitalized with heart failure: a before-and-after study. ESC Heart Fail 2018; 5(4): 657 – 67.

บทความวิจัยต้นฉบับ : แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

Motivation and Organization Support Affecting The Implementation of Environmental Performance Among Health Personnel at Sub–District Health Promoting Hospitals in Nakhonratchasima Province

ประวีณา สุมขุนทด* และประจักร บัวผัน**
Praweena Sumkhunthod* and Prachak Bouphan**
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*'**
Faculty of Public Health, Khon kaen University*'**
เบอร์โทรศัพท์ 08 – 3383 – 4489; E-mail: praweena.s@kkumail.com*
วันที่รับ 27 มี.ค. 2566; วันที่แก้ไข 18 เม.ย.2566; วันที่ตอบรับ 27 เม.ย. 2566

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็น การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา ประชากรที่ศึกษา คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 348 คน สุ่มตัวอย่างโดยใช้ การสุ่มอย่างเป็นระบบ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 132 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ทุกข้อมีค่าความสอดคล้องมากกว่า 0.50 และวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาซ 0.96 และแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ทำการสัมภาษณ์จากผู้ให้ข้อมูลจำนวน 12 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 2 ธันวาคม 2565–8 มกราคม 2566 สถิติที่ใช้ คือ สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและสถิติการถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน โดยกำหนดที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า ระดับแรงจูงใจ การสนับสนุนจากองค์กร และการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=3.8,S.D.=0.39), ($\bar{X}$=3.9,S.D.=0.40) และ ($\bar{X}$=4.1,S.D.=0.63) ตามลำดับ และพบว่าภาพรวมแรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.611, p-value<0.001) ; (r=0.59,p-value<0.001) ตามลำดับ ซึ่งตัวแปรทั้ง 3 ประกอบด้วย ปัจจัยค้ำจุนด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน ปัจจัยจูงใจด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ

และการสนับสนุนจากองค์กรด้านการบริหารจัดการ มีผลและสามารถร่วมกันพยากรณ์การดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา ร้อยละ 52.7 (R2=0.527,p-value<0.001) ข้อเสนอแนะควรมี การกำหนดขอบเขตความรับผิดชอบในการดำเนินงานให้มีความชัดเจนและควรมีการพัฒนาเพื่อเพิ่มความรู้ทางวิชาการให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : แรงจูงใจ; การสนับสนุนจากองค์กร; การดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to study motivation and organizational support affecting the implementation of environmental performance among health personnel at sub-district health promoting hospitals in Nakhonratchasima province, Thailand. The samples were 132 health personnel randomly selected by systematic random sampling technique from 348 populations. Data was collected by the questionnaire for the quantitative data and in-depth interview guidelines for the qualitative data gathering from 12 key informants for content validity of questionnaire with items objective congruence (IOC), all items were more than 0.50. and for reliability with Cronbach's alpha coefficient was 0.96. Data was collected between 2rd December 2022 to 8th January 2023. Data analysis was performed by descriptive and inferential statistics were use Pearson's correlation coefficient and stepwise multiple linear regression at a significant level of 0.05.

The results showed that overall of motivation, organizational support and the implementation of environmental performance among health personnel were at high level ($\bar{X}$= 3.8, S.D. = 0.39), ($\bar{X}$= 3.9, S.D. = 0.40) and ($\bar{X}$= 4.1, S.D. = 0.63) respectively. The overall of motivation and organizational support had a statistically significant moderate relationship with the implementation of environmental performance among (r = 0.611, p-value < 0.001), (r = 0.597, p-value < 0.001) respectively. Three variables consisted of hygiene factors; Job security, motivation factors; the work itself and organization support; method affected and could together predict the implementation of environmental performance among health personnel at sub-district health promoting hospitals in Nakhonratchasima province, Thailand at 52.7 percentage (R2 = 0.527, p-value < 0.001). Recommendations should clearly define the scope of responsibility for the operation and there should be continued development to increase academic knowledge for health workers to complete the operation environmental health is effectively possible.

Key word : Motivation; Organization Support; The Implementation of Environmental Performance

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายการพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับให้ได้มาตรฐาน โดยยกระดับสถานีอนามัยทุกแห่งเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยเน้นการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพและกระบวนการบริการตามเกณฑ์มาตรฐานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2564[1] ซึ่งการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นการดำเนินงานในภารกิจของกระทรวงสาธารณสุขในการป้องกันระดับปฐมภูมิ เพื่อป้องกันและควบคุม สิ่งคุกคามจากปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพ รวมทั้งเพื่อเป็นการจัดการสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี และมีความเหมาะสมแก่ผู้รับบริการ ซึ่งการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2564[2] ประกอบไปด้วย 5 ด้าน ได้แก่ (1) การจัดการสภาพแวดล้อมภายนอกอาคาร (2) การจัดการสภาพแวดล้อมภายในอาคาร (3) การพัฒนาส้วมสาธารณะไทย (HAS) (4) มาตรการประหยัดพลังงาน และ (5) การจัดการน้ำอุปโภค บริโภค[1]

ในการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีประสิทธิภาพนั้น แรงจูงใจถือเป็นสิ่งที่จำเป็นและเป็นแรงผลักดันให้เกิดกระบวนการปฏิบัติงานของตัวบุคคล ทำให้บุคคลใช้ความรู้ความสามารถของตนให้เกิดประโยชน์สูงสุด เพื่อดำเนินงานด้วยความมุ่งมั่นและการปฏิบัติงานให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเฮอร์ซเบิร์ก[3] ได้เสนอแนวคิดแรงจูงใจในการทำงานมีสาเหตุมาจากปัจจัย 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยจูงใจ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ (1) ความสำเร็จใน การทำงาน (2) การยอมรับนับถือ (3) ความรับผิดชอบในงาน (4) ลักษณะงานที่ปฏิบัติ และ (5) ความก้าวหน้าในตำแหน่ง และปัจจัยค้ำจุน ประกอบด้วย 8 ด้าน ได้แก่ (1) นโยบายและการบริหาร (2) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (3) สภาพการปฏิบัติงาน (4) การปกครองบังคับบัญชา (5) เงินเดือนและค่าตอบแทน (6) สถานภาพของวิชาชีพ (7) ความมั่นคงของการปฏิบัติงาน และ (8) ชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว นอกจากการได้รับแรงจูงใจที่เหมาะสมในการดำเนินงานแล้ว การสนับสนุนจากองค์กร เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่สำคัญต่อการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นการส่งเสริมทรัพยากรทางการบริหาร เพื่อให้สามารถดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งปัจจัยทางการบริหารโดยการบริหารงานองค์กรต้องอาศัยทรัพยากรหรือปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญ[4] ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านบุคลากร (2) ด้านงบประมาณ (3) ด้านวัสดุอุปกรณ์ และ (4) ด้านการบริหารจัดการ

จังหวัดนครราชสีมา มีทั้งหมด 32 อำเภอ และมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 348 แห่ง มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามเกณฑ์มาตรฐานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว จำนวน 257 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 73.85 จากข้อมูลดังกล่าวพบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครราชสีมายัง

ไม่ผ่านการรับรองตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวตามตัวชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดซึ่งกำหนดไว้ร้อยละ 80 ขึ้นไป ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครราชสีมา ยังขาดตรวจวิเคราะห์เพื่อเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนแบคทีเรีย (อ 11), การตรวจวิเคราะห์น้ำอุปโภคบริโภคตามเกณฑ์คุณภาพ และการตรวจสอบปริมาณคลอรีนอิสระในน้ำอุปโภคด้วยชุดทดสอบ (อ 31) สาเหตุมาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแห่งยังมีข้อจำกัดในเรื่องของการสนับสนุนอุปกรณ์ในการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำดื่ม และน้ำอุปโภค บริโภค และบุคลากรมีความเชี่ยวชาญในด้านการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมไม่เพียงพอ จึงส่งผลให้การพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด เนื่องจากการบริหารจัดการไม่สามารถดำเนินการให้มีสาธารณูปโภคที่เพียงพอ ถูกหลักสุขาภิบาล ส่งผลให้การดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมไม่เอื้อต่อการให้บริการแก่ประชาชนผู้มารับบริการ ตลอดจนการควบคุมสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสม[5]

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาแรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งจะศึกษาระดับแรงจูงใจ ระดับการสนับสนุนจากองค์กร และระดับการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ตลอดจนปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนางานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมให้มีประสิทธิภาพและคุณภาพมากขึ้น เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ มีความเหมาะสมตามมาตรฐาน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

2. ระดับแรงจูงใจ ระดับการสนับสนุนจากองค์กร และระดับการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

3. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะของการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

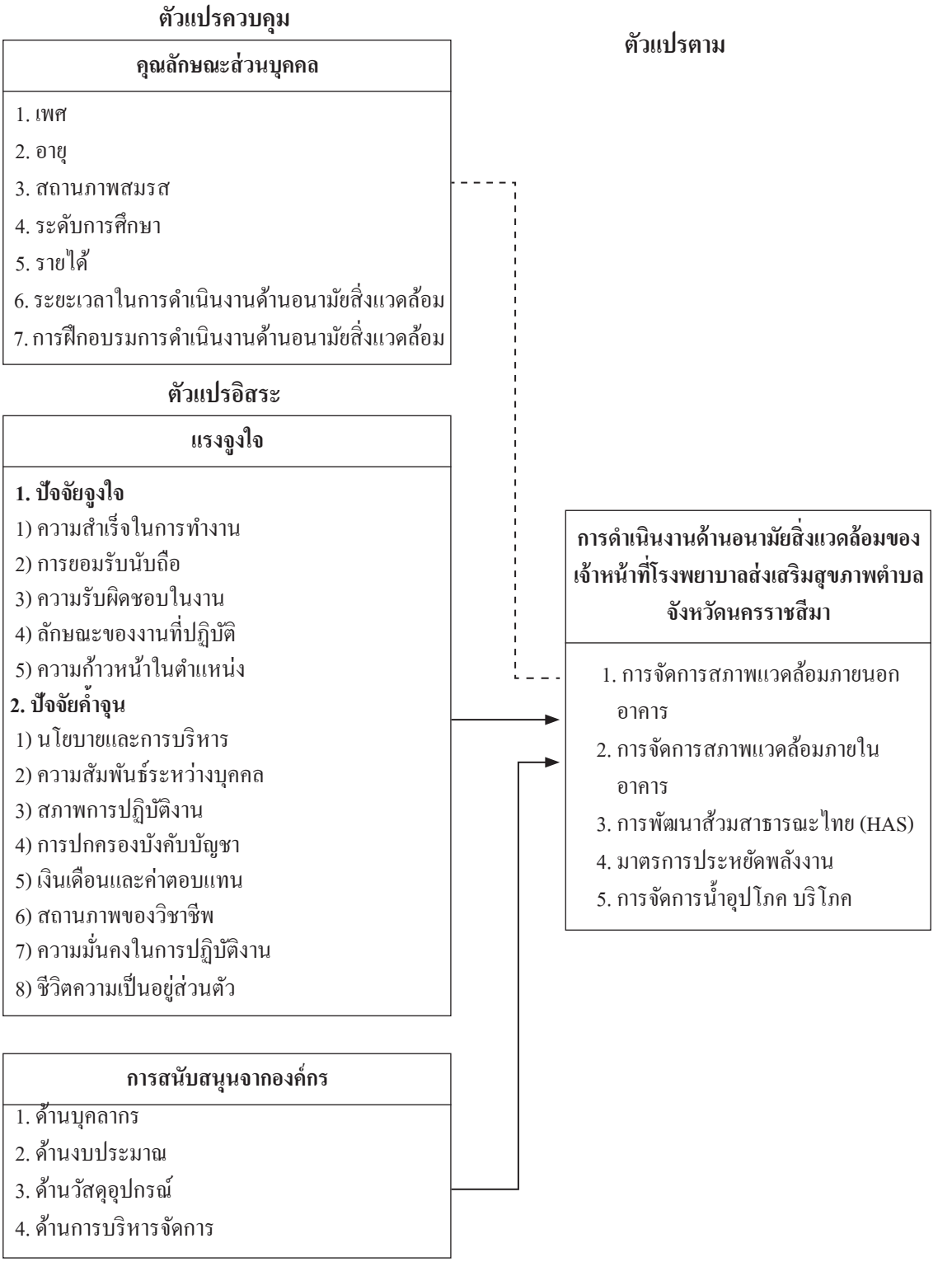
ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านพื้นที่ : เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

ขอบเขตด้านเนื้อหา : การดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

ขอบเขตด้านระยะเวลา : ผู้วิจัยทำการศึกษาระหว่างวันที่ 15 มีนาคม 2565 - 30 พฤษภาคม 2566

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross -sectional descriptive research) การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม (questionnaire) และเชิงคุณภาพโดยใช้แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview guidelines)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 348 คน[6]

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุเชิงเส้น (multiple linear regression analysis) เพื่อทดสอบสมมุติฐานของ Cohen[7] และสุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มอย่างเป็นระบบ (systematic random sampling) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 132 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรต้น (independent variable) ได้แก่ แรงจูงใจและการสนับสนุนองค์กร

ตัวแปรตาม (dependent variables) ได้แก่ การดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม มีทั้งหมด 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ (1) เพศ (2) อายุ (3) สถานภาพสมรส (4) ระดับการศึกษา (5) รายได้ (6) ระยะเวลาในการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และ 7) การได้รับการอบรมเกี่ยวกับงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบและคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความลงในช่องว่าง ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจ ประกอบด้วยปัจจัย 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยจูงใจ และปัจจัยค้ำจุน ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ (1) ความสำเร็จ

ในการทำงาน (2) การยอมรับนับถือ (3) ความรับผิดชอบในงาน (4) ลักษณะของงานที่ปฏิบัติ และ (5) ความก้าวหน้าในตำแหน่งและปัจจัยค้ำจุน ประกอบด้วย 8 ด้าน ได้แก่ (1) นโยบายและการบริหาร (2) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (3) สภาพการปฏิบัติงาน (4) การปกครองบัญชา (5) เงินเดือนและค่าตอบแทน (6) สถานภาพของวิชาชีพ (7) ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน และ (8) ชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ (5, 4, 3, 2, 1) ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนจากองค์กร ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านบุคลากร (2) ด้านงบประมาณ (3) ด้านวัสดุอุปกรณ์ และ(4) ด้านการบริหารจัดการ โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ (5, 4, 3, 2, 1) ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่

สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ (1) การจัดการสภาพแวดล้อมภายนอกอาคาร (2) การจัดการสภาพแวดล้อมภายในอาคาร (3)การพัฒนาส้วมสาธารณะไทย(HAS)(4)มาตรการประหยัดพลังงาน และ(5) การจัดการน้ำอุปโภคบริโภค โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ (5, 4, 3, 2, 1) ส่วนที่ 5 เป็นแบบสอบถามที่เป็นคำถามปลายเปิด โดยผู้วิจัยได้กำหนดประเด็นที่ใช้ในการศึกษาให้ผู้ตอบได้เสนอปัญหาและอุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา ให้ตอบคำถามได้อย่างอิสระ

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผลคะแนน

ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ (5, 4, 3, 2, 1) มีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (interval scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับโดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้[8]

ระดับมากที่สุด	มีค่าคะแนนเท่ากับ 5
ระดับมาก	มีค่าคะแนนเท่ากับ 4
ระดับปานกลาง	มีค่าคะแนนเท่ากับ 3
ระดับน้อย	มีค่าคะแนนเท่ากับ 2
ระดับน้อยที่สุด	มีค่าคะแนนเท่ากับ 1

การแปลผลคะแนนระดับแรงจูงใจ แปลผลโดยนำมาจัดระดับ 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย ดังนี้[9]

ระดับมากที่สุด ช่วงคะแนนเฉลี่ย 4.50–5.00
ระดับมาก ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.50–4.49
ระดับปานกลาง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.50–3.49
ระดับน้อย ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.50–2.49
ระดับน้อยที่สุด ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00–1.49

ชุดที่ 2 แนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึก มีทั้งหมด 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึก เกี่ยวกับแรงจูงใจ ส่วนที่ 2 เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการสนับสนุนจากองค์กร ส่วนที่ 3 เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึก เกี่ยวกับการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมาและส่วนที่ 4 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ

การตรวจสอบเครื่องมือ

เครื่องมือทั้ง 2 ชุด ผ่านการตรวจสอบคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และความเหมาะสมของภาษา (wording) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน พบว่า ทุกข้อมีค่าความสอดคล้องมากกว่า 0.50 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่าน การตรวจสอบแก้ไขและปรับปรุง โดยผู้เชี่ยวชาญแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ซึ่งมีลักษณะการปฏิบัติงานการบริหารจัดการคล้ายคลึงกันและมีพื้นที่ใกล้เคียงใน

การวิจัยในครั้งนี้ จำนวน 30 คน หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช พบว่า แรงจูงใจ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.93 การสนับสนุนจากองค์กร มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89 ด้านการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.88 และเมื่อรวมแบบสอบถามทั้งชุด มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการภายหลังได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยใช้แบบสอบถาม และแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 2 ธันวาคม 2565 – 8 มกราคม 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้สถิติเชิงพรรณนา คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการถดถอยพหุแบบขั้นตอน

การปกป้องสิทธิ์กลุ่มเป้าหมาย

ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 16 เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 เลขที่โครงการ HE652187 ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญตามหลักจริยธรรมและตระหนักถึงการเคารพสิทธิมนุษยชน โดยได้แนะนำตนเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้เข้าร่วมการศึกษาได้ยินยอมที่จะให้เก็บข้อมูล และข้อมูลที่ได้ ผู้วิจัยเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ โดยเผยแพร่ข้อมูลในลักษณะเป็นภาพรวมไม่ระบุถึงตัวบุคคลหรือสถานที่ทำงาน หรือข้อมูลต่าง ๆ ซึ่งผู้วิจัยมีมาตรการในการรักษาความลับโดย ในแบบสอบถามไม่มีการระบุเพียงรหัสชุดแบบสอบถามเท่านั้น และก่อนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผลการศึกษา

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.5 มีอายุระหว่าง 31 - 40 ปี ร้อยละ 49.2 โดยมีอายุเฉลี่ย 37.09 ปี (S.D. = 37.10 ปี) อายุต่ำสุด 23 ปี อายุสูงสุด 59 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 53.8 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 80.3 มีรายได้ต่อเดือน ต่ำกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 34.1 รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 29,272.57 บาท (S.D. = 13,147.76 บาท) รายได้ต่ำสุด 12,000 บาท รายได้สูงสุด 65,000 บาท มีระยะเวลาการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 1-10 ปี ร้อยละ 78 มีค่ามัธยฐาน 6 ปี จำนวนปีต่ำสุด 1 ปี จำนวนปีสูงสุด 20 ปี ส่วนใหญ่เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 77.3 และส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรม 3 ครั้ง ร้อยละ 32.5 จำนวนครั้งน้อยที่สุด 1 ครั้ง จำนวนครั้งมากที่สุด 3 ครั้ง

2. ระดับแรงจูงใจกับการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

เมื่อพิจารณาระดับแรงจูงใจหลัก พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 3.82, S.D. = 0.39) ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้าน ประกอบด้วย ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน พบว่า อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 3.85, S.D. = 0.44) และ ($\bar{X}$= 3.80, S.D. = 0.44) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามรายด้านปัจจัยจูงใจ พบว่า ด้านความรับผิดชอบในงาน มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 3.89, S.D. = 0.57) ส่วนรองลงมา คือ ปัจจัยจูงใจด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 3.88, S.D. = 0.54) ส่วนปัจจัยจูงใจด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ปัจจัยจูงใจด้านความก้าวหน้าในตำแหน่งงาน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 3.80, S.D. = 0.50) ส่วนรองลงมา คือ ปัจจัยจูงใจด้านความสำเร็จในการทำงาน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 3.82, S.D. = 0.57) และเมื่อพิจารณาตามปัจจัยค้ำจุน พบว่า ปัจจัยค้ำจุนด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=4.10, S.D. = 0.58) ส่วนรองลงมา คือ ปัจจัยค้ำจุนด้านสถานภาพของวิชาชีพมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 3.96, S.D. = 0.55) ส่วนปัจจัยค้ำจุนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ปัจจัยค้ำจุนด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=3.10, S.D. = 0.61) ส่วนรองลงมา คือ ปัจจัยค้ำจุนด้านนโยบายและการบริหาร มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 3.82, S.D. = 0.62) ตามลำดับ

3. ระดับการสนับสนุนจากองค์กรกับ การดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

เมื่อพิจารณาระดับการสนับสนุนจากองค์กร พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 3.9, S.D. = 0.40) ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านบุคลากร มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 3.9, S.D. = 0.56) ส่วนรองลงมา คือ ด้านการบริหารจัดการ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 3.9, S.D. = 0.57) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านงบประมาณ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=3.7, S.D. = 0.60) ส่วนรองลงมา คือ ด้านวัสดุอุปกรณ์ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.0, S.D. = 0.61) ตามลำดับ

4. ระดับการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.07, S.D. = 0.63) ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการพัฒนาส้วมสาธารณะไทย (HAS) มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.14, S.D. = 0.76) ส่วนรองลงมา คือ ด้านการจัดการสภาพแวดล้อมภายในอาคาร มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.11, S.D. = 0.76) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านมาตรการประหยัดพลังงาน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 3.91, S.D. = 0.87) ส่วนรองลงมา คือ ด้านการจัดสภาพแวดล้อมภายนอกอาคาร มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.08, S.D. = 0.76) ตามลำดับ

5. แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

แรงจูงใจ พบว่า ภาพรวมแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง กับการดำเนินงานด้าน

อนามัยสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.611, p-value < 0.001) ส่วนปัจจัยจูงใจในภาพรวม พบว่า มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง การดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.474, p – value < 0.001) และปัจจัยค้ำจุนมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง กับการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 640, p – value < 0.001) การสนับสนุนองค์กร พบว่า ภาพรวมมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง กับการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.597, p-value < 0.001)

6. แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมาที่ถูกเลือกเข้าสมการคือ ตัวแปร ที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าในสมการเรียงลำดับดังนี้ ปัจจัยค้ำจุนด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน (p-value < 001) ปัจจัยจูงใจด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ (p-value = 0.002) และการสนับสนุนจากองค์กรด้านการบริหารจัดการ (p – value = 0.006) จากผลการศึกษาสมการถดถอยพหุเชิงเส้นตรง ซึ่งเป็นสมการทำนายในรูปคะแนนดิบ ดังนี้ Y = 1.323 + (0.377) (ปัจจัยค้ำจุนด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน) + (0.167) (ปัจจัยจูงใจด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ) + (0.143) (การสนับสนุนจากองค์กรด้านการบริหารจัดการ) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ปัจจัยค้ำจุนด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน ปัจจัยจูงใจด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ และ การสนับสนุนจากองค์กรด้านการบริหารจัดการ เพิ่มขึ้น 1 หน่วย (Y) ทำให้คะแนนการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา เพิ่มขึ้น 0.377, 0.167 และ 0.143 หน่วย ตามลำดับ โดยมีค่าคงที่ของสมการทำนายเท่ากับ 1.323 ทั้งนี้ ตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวแปร สามารถร่วมกันพยากรณ์และมีผลต่อการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา ได้ร้อยละ 52.7

6. ข้อมูลที่ได้สัมภาษณ์จากการเชิงลึก

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า การดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา จะประสบผลสำเร็จได้จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ อย่างไรก็ตาม เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานบางส่วนยังมองว่าการดำเนินงาน

ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นงานที่ทำให้มีภาระเพิ่มมากขึ้น ไม่มีกรอบอัตรากำลังที่ชัดเจนมีการสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำเนินงานที่ไม่เพียงพอ อีกทั้งยังขาดการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ทำให้ขาดแรงจูงใจในการดำเนินงาน ดังนั้น หากมีการวางแผนจัดสรรทรัพยากรทางการบริหารไม่ว่าจะเป็นบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และ การบริหารจัดการให้มีความสอดคล้องกับ การดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม รวมทั้งสร้างแรงจูงใจในการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมรู้สึกว่าได้รับมอบหมายงานที่มีคุณค่า เพื่อให้เกิดขวัญกำลังใจในการดำเนินงาน จะทำให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

7. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

พบว่า ปัญหาอุปสรรคส่วนใหญ่ คือแรงจูงใจ ปัจจัยจูงใจด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ ซึ่งการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่ที่ได้รับผิดชอบงานยังมีความเชี่ยวชาญที่ยังไม่เพียงพอในการปฏิบัติงาน และยังมีข้อจำกัดด้านอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ที่ไม่เพียงพอกับภาระงานที่ได้รับผิดชอบ ข้อเสนอแนะที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง คือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการพัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มพูนความรู้ทางวิชาการ และกระตุ้นให้เกิดความสนใจในการนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยค้ำจุนด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน ปัจจัยจูงใจด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ และการสนับสนุนจากองค์ด้านการบริหารจัดการ ซึ่งตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวแปรสามารถร่วมกันพยากรณ์และมีผลต่อการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา ได้ร้อยละ 52.7 และสามารถอธิบายเพิ่มเติมได้ ดังนี้

แรงจูงใจ ปัจจัยค้ำจุนด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน เป็นความรู้สึกของบุคลากรที่มีต่อความยั่งยืนในอาชีพ ความมั่นคงในงาน และความมั่นคงขององค์กรในการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้อง กับการวิจัยของนวพร รัตนจริยาและชนะพล ศรีฤาชา[10] ศึกษาไว้แล้ว พบว่า แรงจูงใจ ปัจจัยค้ำจุนด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงานมีผลต่อ การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แต่เนื่องจากในแต่ละสถานที่มีบริบทที่แตกต่างกัน การสร้างความเชื่อมั่นและความมั่นคงในการดำเนินงานด้าน รวมถึงการสร้างความตระหนักในการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมีความแตกต่างกัน จึงทำให้ผลการวิจัยในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ ก้องเกียรติยศ แขพิมพันธ์ และคณะ[11] ศึกษาไว้แล้วพบว่า การปฏิบัติงานไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

แรงจูงใจ ปัจจัยจูงใจด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ เป็นบริบทและประเภทของการปฏิบัติงาน ซึ่งมีการกำหนดเวลาหรือเป็นกิจวัตร และเป็นงานที่สร้างสรรค์ไม่ว่าจะเป็นงานง่ายหรืองานยาก ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับการวิจัยของเทพ อินทรเสนีย์วงศ์ณ อยุธยาและสุวิทย์อุดมพาณิชย์[12] ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยจูงใจด้านลักษณะของงานที่ปฏิบัติมีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แต่เนื่องจากแต่ละสถานที่มีบริบทที่แตกต่างกัน บรรยากาศในการทำงาน รวมถึงการได้รับสิ่งสนับสนุนในการปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน จึงทำให้ผลการวิจัยในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของนิลวรรณ ทองพูล และคณะ[13] ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยจูงใจด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การสนับสนุนจากองค์กรด้านการบริหารจัดการ เป็นกระบวนการดำเนินงานร่วมกับผู้อื่นเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายขององค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับการวิจัยของ นิชาภา หลังแก้ว และชนะพล ศรีฤาชา[14] ศึกษาไว้แล้ว พบว่า การสนับสนุนจากองค์กรด้านการบริหารจัดการมีผลต่อ การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แต่เนื่องจากในแต่ละพื้นที่ย่อมมีสภาพปัญหาและข้อจำกัดในการปฏิบัติงานที่ต่างกันออกไป ส่งผลให้ลักษณะการปฏิบัติงานมีความแตกต่างกันจึงทำให้ผลการวิจัยในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของพัทธ์ชนก พุทธมนต์สิงห์ และคณะ[15] ศึกษาไว้แล้ว พบว่า การสนับสนุนจากองค์กรด้านการบริหารจัดการไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครราชสีมา

1.1 ควรกำหนดแนวทางและขอบเขตความรับผิดชอบในการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้มีความชัดเจน เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถปฏิบัติตามแนวทางรับผิดชอบที่กำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 ควรกำหนดแนวทางในการป้องกันความเสี่ยงจากการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้ชัดเจน เพื่อสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

1.3 ควรมีการพัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มพูนความรู้ทางวิชาการ และกระตุ้นให้เกิดความสนใจในการนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.4 ควรมีการประเมินผลการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมตามแผนที่กำหนดไว้อย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการควบคุม กำกับ และสามารถหาแนวทางในการปรับปรุงการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเมื่อเกิดปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางในการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2.2 ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงในการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เอกสารอ้างอิง

[1] สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.ติดดาว). [ออนไลน์]. (2564). [เข้าถึง เมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก https://sites.google.com/site/primary carecluster2017/khumux

[2] สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือหลักสูตร อสม. เชี่ยวชาญการจัดการสุขภาพชุมชน และอนามัยสิ่งแวดล้อม. มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม; 2562.

[3] Frederick Herzberg, Bernard Mausner, Barbara Bloch Snyderman. Motivation to Work. London: Taylor and Francis; 2017.

[4] ทองหล่อ เดชไทย. หลักการบริหารสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2549.

[5] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. เอกสารรับการตรวจราชการรอบ 1/2565. นครราชสีมา: สำนักงาน. อัดสำเนา; 2565.

[6] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. ข้อมูลเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม. นครราชสีมา: สำนักงาน. อัดสำเนา; 2565.

[7] Cohen, J. Statistical power analysis for the behavior sciences. 2nd ed. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum; 1988.

[8] Likert, R. The human organization: Its man agement and values. New York: McGraw-Hill; 1967

[9] สำเริง จันทรสุวรรณ, และสุวรรณ บัวทวน. (). ระเบียบวิจัยทางสังคมศาสตร์. ขอนแก่น: ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัย ขอนแก่น; 2547.

[10] นวพร รัตนจริยา และชนะพล ศรีฤาชา. แรงจูงใจและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานของทันตบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่9 2564; 15(38): 588 – 604.

[11] ก้องเกียรติยศ แขพิมพันธ์, ประจักร บัวผัน และสุรชัย พิมหา. แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความ สำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัด บึงกาฬ. KKU Research Journal (Graduate Studies) 2564; 21(3): 236 – 49.

[12] เทพอินทร เสนีย์วงศ์ ณ อยุธยา และสุวิทย์ อุดมพาณิชย์.แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2562; 12(2): 42 – 51.

[13] นิลวรรณ ทองพูล ประจักร บัวผัน และมกราพันธุ์ จูฑะรสก. แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม. KKU Research Journal (Graduate Studies) 2562; 19(3): 131 – 41.

[14] นิชาภา หลังแก้ว และชนะพล ศรีฤาชา. บรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2564; 15(38): 685 – 704.

[15] พัทธ์ชนก พุทธมนต์สิงห์, ประจักร บัวผัน และชัญญาอภิปาลกุล.ปัจจัยแห่งความสำเร็จและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวตามการรับรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์. KKU Research Journal (Graduate Studies) 2562; 19(3): 120 – 30.

บทความวิจัยต้นฉบับ : ปัจจัยแห่งความสำเร็จและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา

Key Success Factors and Organizational Support Affecting the Infectious Waste Management of Health Personnel at Community Hospital in Nakhonratchasima Province

กนกอร ผิวเพชร[*] สุวิทย์ อุดมพาณิชย์[**] และประจักร บัวผัน[***]
Kanokon Phiwphet[*] Suwit Udompanich[**] Prachak Bouphan[***]
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น[*,**,***]
Faculty of Public Health, Khon Kaen University[*,**,***]
เบอร์โทรศัพท์ 09-7335-3233 ; E-mail : Kanokon.ph@kkumail.com[*]
วันที่รับ 27 มี.ค. 2566; วันที่แก้ไข 19 เม.ย.2566; วันที่ตอบรับ 1 พ.ค. 2566

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 522 คน ได้จาก การวิเคราะห์การถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน และใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 193 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม และแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 12 คน ซึ่งแบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 และได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.96 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 30 พฤศจิกายน – 30 ธันวาคม 2565 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า ภาพรวมระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จ การสนับสนุนจากองค์การและการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=4.16, S.D.=0.30), ($\bar{X}$=4.18, S.D.=0.34) และ($\bar{X}$=4.42, S.D.= 0.46) ตามลำดับ โดยพบว่าภาพรวมปัจจัยแห่งความสำเร็จและการสนับสนุนจากองค์การโดยรวมมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.576, p-value<0.001) และ(r=0.386, p-value< 0.001) ตามลำดับ ทั้งนี้พบว่าตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ ด้านหน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานสนับสนุน และการสนับสนุนจากองค์การด้านการบริหารจัดการ มีผลและ

สามารถพยากรณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา ได้ร้อยละ 61.1 (R2=0.611, p-value<0.001) ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการประสานงานของเครือข่ายในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลชุมชน

คำสำคัญ : ปัจจัยแห่งความสำเร็จ; การสนับสนุนจากองค์การ; การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to study key success factors and organizational support affecting the infectious waste management of Health Personnel at Community Hospital in Nakhonratchasima Province, Thailand. A set of 193 health personnel was calculated using the sample size calculation formula for stepwise multiple linear regression and selected using a stratified random sampling technique from 522 populations. Data was collected by the questionnaire for the quantitative data and in-depth interview guidelines for the qualitative data gathering from 12 key informants. The questionnaire was verified by three experts for content validity, with items objective congruence (IOC) all items were more than 0.50, and reliability with Cronbach's alpha coefficient was 0.96. Data was collected between 30th November and 30th December 2022. Data analysis was performed by descriptive and inferential statistics at a significant level of 0.05.

The results showed that the overall of keys success factors,organizational support and infectious waste management of health personnel were at a high level, ($\bar{X}$=4.16, S.D.=0.30), ($\bar{X}$=4.18, S.D.=0.34) and ($\bar{X}$=4.42, S.D.= 0.46), respectively. The overall of key success factors and organizational support had a statistically significant moderate relationship with the infectious waste management of health personnel (r=0.576, p-value<0.001) and (r=0.386, p-value<0.001),respectively. In addition, the reslts found that three variables consisted of two variables of keys success factors; creating understanding and encouraging cooperation, haring plan support from agencies at all levels, and one variable of organizational support; management aftected and could jointly predicted the infectious waste management of health personnel in Nakhonratchasima Province at 61.1 percent (R2=0.611, p-value<0.001) Therefore, the relevant agencies should be more study on factors affecting the promotion of participation in the infectious waste management of public health personnel in community hospitals as well as factors affecting the network coordination in infectious waste management in community hospitals.

Keywords : Key Success Factors; Organizational Support; Infectious Waste Management

บทนำ

แผนยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560 – 2564 ให้ความสำคัญกับ การพัฒนาประเทศไทยสู่การเป็นประเทศพัฒนาแล้ว เพื่อสนับสนุนการพัฒนา โดยด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ได้ให้ความสำคัญกับการจัดการมูลฝอย การป้องกันโรค และจัดการสิ่ง

แวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพสร้างเครือข่ายการดำเนินงาน และเพิ่มความเข้มแข็งชุมชนในด้านการแก้ไขปัญหามลพิษ เน้น การปรับปรุงกฎหมายและบังคับใช้อย่างมีประสิทธิภาพ[1]

การจัดการมูลฝอยติดเชื้อเป็นการจัดการมูลฝอยที่มีเชื้อโรคปะปนอยู่ในปริมาณหรือความเข้มข้น ถ้ามีการสัมผัสหรือใกล้ชิดกับมูลฝอยนั้น สามารถทำให้เกิดโรคได้ หากมูลฝอยที่เกิดขึ้นหรือใช้ในกระบวนการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์และการรักษาพยาบาล การให้ภูมิคุ้มกันโรคและการทดลองเกี่ยวกับโรค การตรวจชันสูตรศพหรือซากสัตว์ในการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวให้ถือว่าเป็นมูลฝอยติดเชื้อ โดยประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ (2) การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ (3) วิธีการเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ (4) การจัดหาที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ (5) การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ และ (6) การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ[2] ซึ่งการจัดการมูลฝอยติดเชื้อมีความสำคัญต่อบุคลากรสาธารณสุขในการปฏิบัติงานด้านสุขาภิบาลและความปลอดภัยให้ได้มาตรฐานและเป็นไปตามกฎหมายการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อนั้น ปัจจัยแห่งความสำเร็จเป็นปัจจัยที่ช่วยให้การปฏิบัติงานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ (1) ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตาม (2) หน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานสนับสนุน (3) การลงมือปฏิบัติงานในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจใน การมีส่วนร่วม (4) การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ (5) การพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ และ (6) การเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการในเครือข่ายเดียวกัน[3] นอกจากปัจจัยแห่งความสำเร็จแล้ว การสนับสนุนจากองค์การก็ยังเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่จะส่งผลให้การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชนสำเร็จได้ตามเป้าหมายขององค์การที่กำหนดไว้ซึ่งการสนับสนุนจากองค์การมี 4 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านบุคลากร (2) ด้านงบประมาณ (3) ด้านวัสดุอุปกรณ์ และ (4) ด้านการบริหารจัดการ[4]

จังหวัดนครราชสีมามีทั้งหมด 32 อำเภอ ซึ่งโรงพยาบาลชุมชนเป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อที่เป็นปัญหาสำคัญของเขตสุขภาพที่ 9 นครราชสีมา โดยมีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อเฉลี่ย 2607.69 ตันต่อปี ดังนั้น โรงพยาบาลซึ่งเป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อที่สำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีจำนวนมากที่สุด[5]

จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา ตลอดจนปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ เพื่อให้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ใน การพัฒนาระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งจะเป็นฐานสำคัญใน การพัฒนาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลชุมชน ให้ถูกต้องตามหลักวิชาการและเป็นไปตามกฎหมายที่กำหนดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา

ขอบเขตการวิจัย

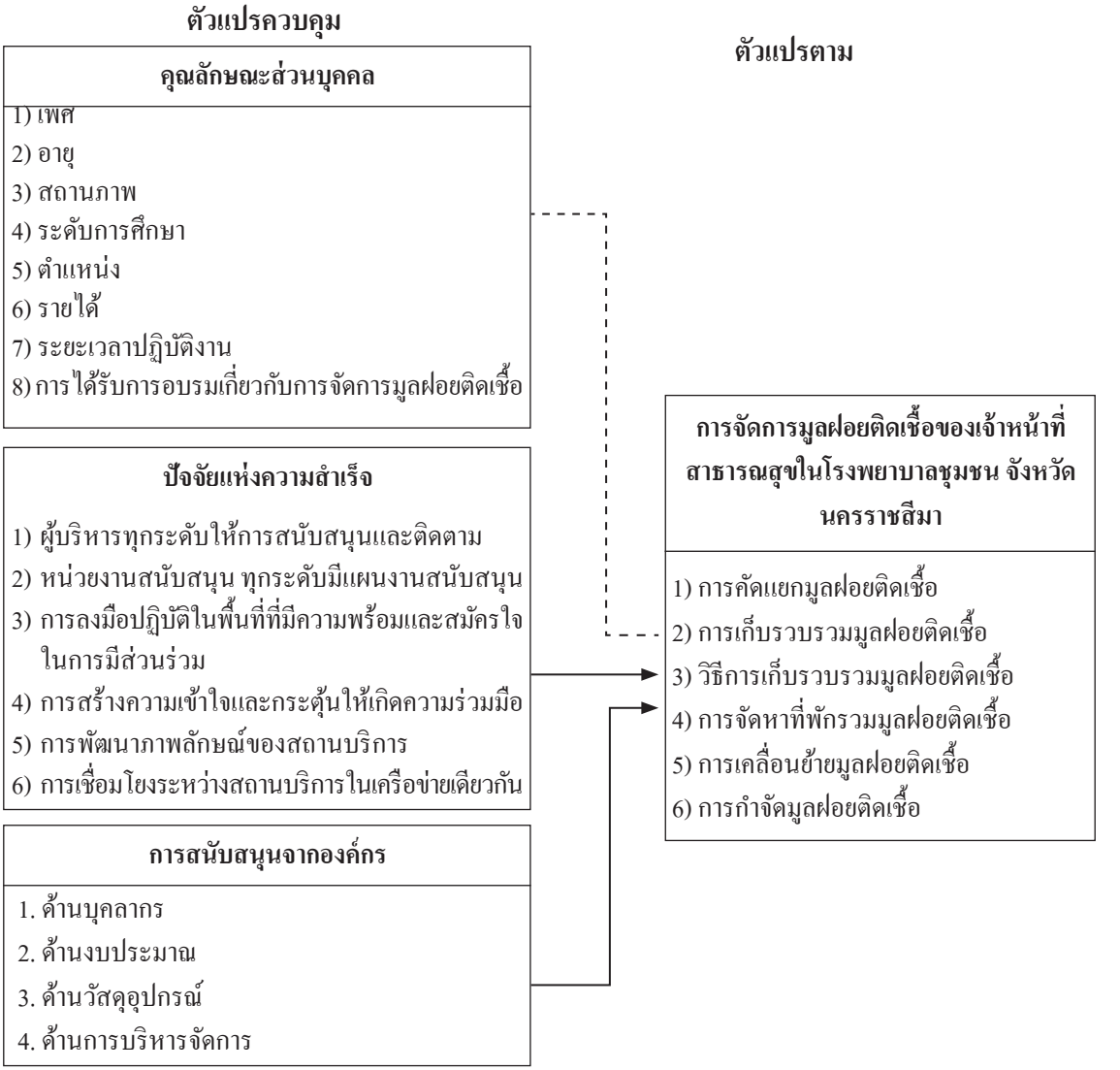
ขอบเขต้านพื้นที่ : เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ 2565

ขอบเขตด้านเนื้อหา : การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน

ขอบเขตด้านระยะเวลา : ผู้วิจัยทำการศึกษาระหว่างวันที่ 15 มีนาคม 2565 - 30 เมษายน 2566

กรอบแนวคิด

ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิดและทฤษฎีมาใช้ในการศึกษาวิจัย โดยตัวแปรอิสระ คือ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ[3] และการสนับสนุนจากองค์การ[4] ส่วนตัวแปรตาม คือ การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา โดยใช้คู่มือมาตรฐานสุขาภิบาลและความปลอดภัยในโรงพยาบาล[2] มาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive research) การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม (questionnaire) และข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการใช้แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview guidelines)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 522 คน[6] ที่ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน (multiple inear regression analysis) เพื่อทดสอบสมมุติฐานของ Cohen[7] และสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (stratified random sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 193 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถามมีทั้งหมด 5 ส่วน ดังนี้ **ส่วนที่ 1** เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล มีคำถาม 8 ข้อ **ส่วนที่ 2** เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยปัจจัยแห่งความสำเร็จประกอบด้วย 6 ด้าน มีถาม 30 ข้อ **ส่วนที่ 3** เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนจากองค์การประกอบด้วย 4 ด้าน มีคำถาม 20 ข้อ **ส่วนที่ 4** เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับ การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา ประกอบด้วย 6 ด้าน มีคำถาม 30 ข้อ **ส่วนที่ 5** เป็นแบบสอบถามที่เป็นคำถามปลายเปิด โดยผู้วิจัยได้กำหนดประเด็นที่ใช้ในการศึกษาให้ผู้ตอบได้เสนอปัญหาและอุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับ การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา ให้ตอบคำถามได้อย่างอิสระ และ**ชุดที่ 2** แนวทางใน การสัมภาษณ์เชิงลึก โดยการนำข้อมูลจาการวิจัยเชิงปริมาณที่พบปัญหาแล้วนำประเด็นปัญหามากำหนดแนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อนำมาสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณในครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดประเด็นไว้ 4 ส่วน ด้วยกัน ดังนี้ **ส่วนที่ 1** เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จ **ส่วนที่ 2** เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการสนับสนุนจากองค์การ **ส่วนที่ 3** เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ**ส่วนที่ 4** ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา

การตรวจสอบเครื่องมือ

เครื่องมือทั้ง 2 ชุด ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน พบว่าทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่าน การตรวจสอบแก้ไขและปรับปรุง โดยผู้เชี่ยวชาญแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น ซึ่งมีลักษณะ การปฏิบัติงานที่คล้ายคลึงกันและมีพื้นที่ใกล้เคียงในการวิจัยในครั้งนี้ จำนวน 30 คน หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา

ของครอนบาชได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามด้านปัจจัยแห่งความสำเร็จ เท่ากับ 0.91 ด้านการสนับสนุนจากองค์การเท่ากับ0.84ด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เท่ากับ 0.93 และภาพรวมแบบสอบถามทั้งชุด เท่ากับ 0.96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลในครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการภายหลังได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยใช้แบบสอบถามและแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 30 พฤศจิกายน – 30 ธันวาคม 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ดังนี้ สถิติเชิงพรรณนาคือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด และสถิติอนุมาน ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และ การถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน

การแปลผล

การแปลผลคะแนนระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จ ระดับการสนับสนุนจากองค์การ และระดับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา โดยนำมาจัดระดับ 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย[8] ดังนี้ ระดับมากที่สุด (4.50–5.00 คะแนน) ระดับมาก (3.50–4.49 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.50–3.49 คะแนน) ระดับน้อย (1.50–2.49 คะแนน) และระดับน้อยที่สุด (1.00–1.49 คะแนน) สำหรับเกณฑ์การแบ่งระดับความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r)[9] มีค่าตั้งแต่-1ถึง+1แบ่งระดับ ดังนี้ r=0 หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์ r=±0.01ถึง ±0.30 หมายถึง มีความสัมพันธ์ต่ำ r=±0.31ถึง ±0.70 หมายถึง มีความสัมพันธ์ปานกลาง r=±0.71ถึง±0.9 หมายถึง มีความสัมพันธ์สูง r=±1 หมายถึง มีความสัมพันธ์โดยสมบูรณ์

การปกป้องสิทธิ์กลุ่มเป้าหมาย

ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่17 พฤศจิกายน 2565 เลขที่โครงการ HE652188 ผู้วิจัย ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญตามหลักจริยธรรมและตระหนักถึงการเคารพสิทธิมนุษยชน โดยได้แนะนำตนเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้เข้าร่วมการศึกษาได้ยินยอมที่จะให้เก็บข้อมูล และข้อมูลที่ได้ ผู้วิจัยเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ โดยเผยแพร่ข้อมูลในลักษณะเป็นภาพรวมไม่ระบุถึงตัวบุคคลหรือสถานที่ทำงาน หรือข้อมูลต่าง ๆ ซึ่งผู้วิจัยมีมาตรการใน การรักษาความลับโดยในแบบสอบถามมีการระบุเพียงรหัสชุดแบบสอบถามเท่านั้น และก่อน การดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผลการศึกษา

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา

คุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 147 คน คิดเป็นร้อยละ 76.2 มีอายุ

ระหว่าง 31 - 40 ปี จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 40.4 โดยมีอายุ ($\bar{X}$=36.74 ปี, S.D.=9.15 ปี) อายุต่ำสุด 23 ปี อายุสูงสุด 59 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 106 คน คิดเป็นร้อยละ 54.9 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า จำนวน 167 คน คิดเป็นร้อยละ 86.5 มีรายได้ต่อเดือน ต่ำกว่า 20,000 บาท จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 41.15 รายได้ต่อเดือน ($\bar{X}$=27,349.48 บาท, (S.D.=12,682.87 บาท) รายได้ต่ำสุด 10,000 บาท รายได้สูงสุด 65,100 บาท มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา 1-10 ปี จำนวน 106 คน คิดเป็นร้อยละ 54.9 มีค่ามัธยฐาน 10 ปี จำนวนปีต่ำสุด 1 ปี จำนวนปีสูงสุด 38 ปี ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ จำนวน 105 คน คิดเป็นร้อยละ 54.4 และส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรม 1 ครั้ง จำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 43.5 มีค่ามัธยฐาน 1 ครั้ง จำนวนครั้งน้อยที่สุด 1 ครั้ง จำนวนครั้งมากที่สุด 3 ครั้ง

2. ระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา

เมื่อพิจารณาระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จ พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.16, S.D.=0.30) ซึ่งเมื่อพิจารณาตามปัจจัยหน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานสนับสนุนมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=4.29, S.D.=0.43) รองลงมา คือ ด้านการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=4.24, S.D.=0.43) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=4.03, S.D.=0.40) รองลงมา คือ ด้านการเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการในเครือข่ายเดียวกัน อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=4.09, S.D.=0.35) ตามลำดับ

3. ระดับการสนับสนุนจากองค์การกับ การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา

เมื่อพิจารณาระดับการสนับสนุนจากองค์การ พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=4.18, S.D.=0.34) ซึ่งเมื่อพิจารณาตามปัจจัยด้านงบประมาณ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=4.27, S.D.=0.41) รองลงมา คือ ด้านการบริหารจัดการอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=4.24, S.D.=0.39) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านด้านวัสดุอุปกรณ์ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=4.24, S.D.=0.45) รองลงมา คือ ด้านบุคลากร อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=4.19, S.D.=0.45) ตามลำดับ

4. ระดับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา

เมื่อพิจารณาระดับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=4.42, S.D.=0.46) ซึ่งเมื่อพิจารณาตามปัจจัย ด้านการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$=4.52, S.D.=0.54) รองลงมา คือ ด้านการเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$=4.51, S.D.=0.50) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการจัดหาที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=4.25, S.D.=0.60) รองลงมา คือ ด้านการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=4.33, S.D.=0.60) ตามลำดับ

5. ปัจจัยแห่งความสำเร็จและการสนับสนุนจากองค์การที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ พบว่า ภาพรวมมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.576, p-value < 0.001) เมื่อพิจารณาปัจจัยแห่งความสำเร็จรายด้าน พบว่าด้านที่มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับ การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้าน การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ (r=0.696, p-value < 0.001) ด้านหน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนสนับสนุน (r=0.519, p-value < 0.001) ด้านการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม (r=0.478, p-value < 0.001) ด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ (r=0.364, p-value<0.001) ด้านผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตาม (r=0.346, p-value<0.001) และด้านการเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการในเครือเดียวกัน (r=0.326, p-value < 0.001)

การสนับสนุนจากองค์การ พบว่า ภาพรวมมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.386, p-value< 0.001) เมื่อพิจารณาการสนับสนุนจากองค์การรายด้าน พบว่าด้านที่มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้าน การบริหารจัดการ (r=0.678, p-value<0.001) ด้านงบประมาณ (r=0.473, p-value<0.001) ด้านบุคลากร (r=0.408, p-value<0.001) และด้านวัสดุอุปกรณ์ (r=0.336, p-value<0.001)

6. ปัจจัยแห่งความสำเร็จและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา

จากผลการศึกษาพบว่าตัวแปรที่มีผลต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา ที่ถูกเลือกเข้าสมการคือตัวแปร ที่มีนัยสำคัญทางสถิติในระดับ 0.05 โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการเรียงลำดับ ดังนี้ ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ (p-value=<0.001) การสนับสนุนจากองค์การด้านการบริหารจัดการ (p-value=<0.001) และปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านหน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานสนับสนุน (p-value=<0.001)

จากผลการศึกษาสมการถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอนซึ่งเป็นสมการ ทำนายในรูปคะแนนดิบ ดังนี้ Y = 0.003 + (0.436) (ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ด้านการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ) + (0.400) (การสนับสนุนจากองค์การด้านการบริหารจัดการ) + (0.203) (ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ด้านหน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานสนับสนุน) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ การสนับสนุนจากองค์การด้านการบริหารจัดการ

และปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านหน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานสนับสนุนเพิ่มขึ้น 1 หน่วย(Y) ทำให้คะแนนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา เพิ่มขึ้น 0.436, 0.400, 0.203 หน่วย ตามลำดับ โดยมีค่าคงที่ของสมการทำนายเท่ากับ 1.565 ทั้งนี้ ตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวแปร สามารถร่วมกันพยากรณ์และมีผลต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา ได้ร้อยละ 61.1

7. ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา จะประสบความสำเร็จได้จำเป็นต้องอาศัยการปฏิบัติงานที่รับผิดชอบอย่างต่อเนื่องและการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกคนอย่างไรก็ตาม เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบางแห่งยังขาดแรงกระตุ้นให้เกิดการลงมือปฏิบัติ และยังขาดความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน อีกทั้งยังขาด การบริหารจัดการ ที่ชัดเจน ทั้งด้านงบประมาณ บุคลากร และวัสดุอุปกรณ์ ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน ควรให้ความสำคัญในการสนับสนุนทรัพยากรทางการบริหาร โดยเฉพาะงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ ตลอดจนมีการสร้างขวัญกำลังใจสำหรับบุคลากรผู้รับผิดชอบ เพื่อสร้างความภาคภูมิใจใน การปฏิบัติงาน รวมถึงมีการควบคุม กำกับอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

8. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา

โดยภาพรวมข้อมูลจากแบบสอบถามปลายเปิดจากจำนวนทั้งหมด 193 ฉบับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้เสนอปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะทั้งหมด 37 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 19.2 โดยปัญหาอุปสรรค ส่วนใหญ่ คือ การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา ด้านการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อร้อยละ 64.9 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานยังมีการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์มาตรฐาน ข้อเสนอนะที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง คือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการทบทวนความรู้เรื่องการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้อง และตรวจประเมิน เพื่อแสดงให้เห็นความสำคัญต่อการปฏิบัติงานของหน่วยบริการและปฏิบัติงานให้ได้ประสิทธิภาพ

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า ปัญหาอุปสรรคส่วนใหญ่ คือ การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครราชสีมาด้านการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อร้อยละ 64.9 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานยังมีการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์มาตรฐาน และข้อเสนอนะที่ได้ จากกลุ่มตัวอย่าง คือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการทบทวนความรู้เรื่องการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้อง และตรวจประเมิน เพื่อแสดงให้เห็นความสำคัญต่อการปฏิบัติงานของหน่วยบริการและปฏิบัติงานให้ได้ประสิทธิภาพ ทั้งนี้ ปัจจัยแห่งความสำเร็จและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน (stepwise multiple linear regression analysis) พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ด้านการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ การสนับสนุนจากองค์การด้านการบริหารจัดการ และปัจจัยแห่งความสำเร็จ ด้านหน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานสนับสนุน (p-value=<0.001) ตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวแปร มีผลและสามารถพยากรณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมาได้ร้อยละ 61.1 และสามารถอธิบายเพิ่มเติมได้ ดังนี้

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ด้านการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้บุคลากรทุกคนในองค์การรับทราบบทบาท หน้าที่ของตนเองอย่างชัดเจน สอดคล้องกับการวิจัยของวิลาสินี วงค์ผาบุตร และประจักร บัวผัน[10] พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ด้านการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือมีผลต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่เนื่องจากในแต่ละสถานบริการที่มีบริบทที่แตกต่าง และไม่สอดคล้องกับการวิจัยของ เปรมากร หยาดไธสง และประจักร บัวผัน[11] พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ด้านการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือไม่สามารถร่วมพยากรณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

การสนับสนุนจากองค์การ ด้านบริหารจัดการ จะต้องอาศัยกระบวนการทำงานร่วมกับผู้อื่นเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ การวางแผนการดำเนินงาน การกำหนดวิธีการกำหนดบทบาทหน้าที่และการมอบหมายงาน การติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการประเมินผลการปฏิบัติงานตามแผนที่กำหนด ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของนภาจรัส พรมรี และประจักร บัวผัน[12] พบว่า การสนับสนุนจากองค์การ ด้านบริหารจัดการมีผลต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การสนับสนุนจากองค์การเพื่อใช้ในการบริหารจัดการในบริบทพื้นที่ การปฏิบัติงานมักจะมีปัจจัยอื่นๆมาร่วมหรือการที่มีทรัพยากรอยู่อย่างจำกัดในแต่ละพื้นที่จะมีกระบวนการทำงานที่แตกต่างและไม่สอดคล้องกับการวิจัยของปภินวิทย์ คำสมาน มกราพันธุ์ จูฑะรสก และประจักร บัวผัน[13] พบว่า การสนับสนุนจากองค์การ ด้านบริหารจัดการไม่สามารถร่วมพยากรณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ด้านหน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานสนับสนุน ถือเป็นเรื่องที่สำคัญในการปฏิบัติงานเนื่องจากเป็นการแสดงถึงเอาใจใส่ของผู้บริหารต่อการพัฒนางานให้ได้ประสิทธิภาพมาตรฐานอย่างจริงจัง ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของอิ่มฤทัย ไชยมาตย์ และประจักร บัวผัน[14] พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านหน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานสนับสนุนที่มีผลต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และใน การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมักจะพบปัญหาที่เกิดจากผู้บริหารมีการสับเปลี่ยนหรือโยกย้ายบ่อยครั้ง ทำให้การดำเนินงานในกระบวนควบคุม และติดตามงานมีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งขึ้นอยู่กับนโยบาย และแนวทางการบริหารจัดการของผู้บริหารที่แตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับการวิจัยของนัฐรินทร์ ช่างศรี และประจักร บัวผัน[15]

พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ด้านหน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานสนับสนุน ไม่สามารถร่วมพยากรณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ข้อเสนแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครราชสีมา ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ เพื่อเป็นการกระตุ้นบุคลากรให้เกิดการยอมรับและมองเห็นความสำคัญของการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ในโรงพยาบาลชุมชน

1.2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครราชสีมา ควรให้ความสำคัญกับบุคลากรที่รับผิดชอบงานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้การปฏิบัติงานในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

1.3 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครราชสีมา ควรมีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อสร้างเครือข่ายและร่วมกันกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด

1.4 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครราชสีมา ควรมีการติดตามและประเมินผลการใช้งบประมาณ ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ เพื่อให้การใช้งบประมาณเป็นไปอย่างคุ้มค่า และเกิดประโยชน์สูงสุด

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งถัดไป

2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน

2.2 ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการประสานงานของเครือข่ายในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลชุมชน

เอกสารอ้างอิง

[1] กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่3พ.ศ.2560-2564.กรุงเทพฯ:ศูนย์บริการวิชาการมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2560.

[2] สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือ มาตรฐานสุขาภิบาลและความปลอดภัยในโรงพยาบาล. นนทบุรี: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2557.

[3] ชูชัย ศุภวงศ์ สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ ศุภกิจ ศิริลักษณ์และคณะ. คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2553.

[4] ทองหล่อ เดชไทย. หลักการบริหารสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : สามเจริญพาณิชย์; 2549.

[5] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนคราชสีมา. เอกสารรับการตรวจราชการรอบที่ 1 ปี 1/2565.นครราชสีมา: สำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดนครราชสีมา. เอกสารอัดสำเนา; 2565.

[6] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. ข้อมูลเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลชุมชน. นครราชสีมา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. เอกสารอัดสำเนา; 2564.

[7] Cohen, J. Statistical power analysis for the behavior sciences. 2nd ed. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum; 1998.

[8] สำเริง จันทรสุวรรณ, และสุวรรณ บัวทวน. ระเบียบวิจัยทางสังคมศาสตร์. ขอนแก่น: ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547

[9] Elifson, K.W., Runyon, R.P., & Haber, A. Fundamentals of social statistics. 2nd ed. NewYork: McGraw-Hill; 1990.

[10] วิลาสินี วงค์ผาบุตร และประจักร บัวผัน. แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2564; 21(3): 186 – 99.

[11] เปรมากร หยาดไธสง และประจักร บัวผัน. แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2565; 22(2): 175 – 88.

[12] นภาจรัส พรมรี และประจักร บัวผัน. ปัจจัยแห่งความสำเร็จและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานเวชสถิติในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 7. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2564; 21(2): 179 – 91.

[13] ปภินวิทย์ คำสมาน มกราพันธุ์ จูฑะรสก และประจักร บัวผัน. ปัจจัยแห่งความสำเร็จและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนคร. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2564; 21(3): 223 – 35.

[14] อิ่มฤทัย ไชยมาตย์ และประจักร บัวผัน. แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตาบลติดดาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2564; 21(3): 172 – 85.

[15] นัฐรินทร์ ช่างศรี และประจักร บัวผัน. ปัจจัยแห่งความสำเร็จและบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนคร. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2564; 21(2): 166 – 78.

บทความวิจัยต้นฉบับ : ตำรับอาหารกลางวันสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน

Food recipes for lunch children Chiang Mai Rajabhat University Demonstration School, Mae Hong Son Campus

อนาวิน ภัทรภาคินวรกุล
Anavin Phattharaphakinworakun
มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน
Chiang Mai Rajabhat University Mae Hong Son Campus
เบอร์โทรศัพท์ 0-5361-3236; E-mail : anavin_pha@g.cmru.ac.th
วันที่รับ 27 มี.ค. 2566; วันที่แก้ไข 27 เม.ย. 2566; วันที่ตอบรับ 9 พ.ค. 2566

บทคัดย่อ

วัฒนธรรมการบริโภคอาหารของเด็กก่อนวัยเรียนที่เปลี่ยนแปลงไปย่อมส่งผลต่อการเจริญเติบโต พัฒนาการด้านสติปัญญาและสุขภาพ งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อปรุงอาหารกลางวันและประเมินความพึงพอใจตำรับอาหาร ใช้รูปแบบวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เลือกแบบเจาะจง ในกลุ่มตัวอย่างนักเรียนชั้นอนุบาล 1-3 โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน จำนวน 64 คน และกลุ่มบุคลากร ครู และผู้ปกครอง จำนวน 5 คน ในเดือนมิถุนายน ถึงตุลาคม 2563 เก็บข้อมูล 2 ส่วน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ตำรับอาหารโดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และประยุกต์ใช้แบบสอบถามประเมินความพึงพอใจตำรับอาหาร ได้ความเที่ยงเนื้อหาเท่ากับ 0.61 และความเชื่อมั่นค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยเปรียบเทียบปริมาณ ร้อยละกับค่าประมานการที่ควรได้รับอาหารหนึ่งมื้อในหนึ่งวันของเด็กก่อนวัยเรียน ก่อนและหลังปรุงอาหาร 7 ประเภท 56 ตำรับ

ผลการวิจัย พบว่า หลังปรุงอาหารมีค่าเฉลี่ยปริมาณความแตกต่างลดลง คือ น้ำตาล (39.2%) พลังงาน (33.8%) คาร์โบไฮเดรต (27.8%) ไขมัน (13.6%) โซเดียม (11.4%) ส่วนปริมาณที่เพิ่มขึ้น คือ ใยอาหาร ร้อยละ 31.1 และโปรตีน ร้อยละ 12.5 ความพึงพอใจตำรับอาหารโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับมาก การปรับสัดส่วนวัตถุดิบในท้องถิ่นตามฤดูกาลมาใช้ประกอบตำรับอาหารกลางวันส่งผลให้ความหวาน มัน เค็ม ลดลง และโปรตีน ใยอาหารเพิ่มขึ้น ทำให้เด็กก่อนวัยเรียนยอมรับตำรับอาหารมากขึ้น ข้อเสนอแนะในครั้งนี้พื้นที่ใกล้เคียงสามารถนำตำรับอาหารไปประยุกต์ใช้ให้เด็กก่อนวัยเรียนเกิดการยอมรับตำรับอาหารมากขึ้น และการวิจัยครั้งต่อไปอาจต้องปรุงสลับอาหารเฉพาะชาติพันธุ์กับอาหารนิยมทั่วไปเพื่อเพิ่มความหลากหลายการบริโภคมากขึ้น

คำสำคัญ: ตำรับอาหาร; เด็กก่อนวัยเรียน; มื้อกลางวัน

Abstract

The culture in food consumption of preschool children has varied effects on the growth and cognitive and health improvements. This research aims to develop and evaluate satisfaction with luncheon recipes. The research method is a cross-sectional study. Purposive sampling in population comprised 64 preschool children in kindergarten year 1-3, Chiang Mai Rajabhat University Demonstration School, Mae Hong Son college and comprised 5 in personnel, teacher, parent. Selected from June to October 2020. 2 part to collect data food recipes Interview form the researcher creates and questionnaire applied satisfaction rating food recipes. 0.61 in Congruence Index tool quality and 0.83 in reliability cronbach alpha coefficient. Data were analyzed using descriptive statistics and comparing the amount and percentage with an average of nutrients for one meal a day for kindergartens before and after developing 56 Thai food recipes in 7 types of foods.

The finding revealed that, after food recipes, the different average has decreased such as Sugars (39.2%), Energy (33.8%), Carbohydrate (27.8%), Fat (13.6 %), and Sodium (11.4 %). The different average has increased, such as Fiber (31.1 %) and Protein (12.5%). The satisfaction with the food recipes found overall satisfaction with the medium to high level. Moreover, the proportion adjusting of local ingredients according to the season used in the lunch recipes resulted in reduced sweet, oily, and salty tastes. In addition, increased protein and Fiber caused preschool children to concede to the food recipes. The recommendation for cooking is to have the knowledge of essential nutrition and use the traditional menu to apply in cooking for children to become familiar with foods in the school. This recommendation vicinity applies in food recipes for children to become familiar with foods and next research food recipes cooking applies in add variety ethnic foods and common foods.

Keywords: Food Recipes; Preschool Children; Lunch

บทนำ

โภชนาการและพันธุกรรมเป็นตัวกำหนดการเติบโตและสภาวะสุขภาพร่างกาย คุณภาพอาหารมีความสัมพันธ์ต่อ การพัฒนาร่างกาย และสมองตั้งแต่ทารกเจริญเติบโตในครรภ์มารดา ตลอดจนหลังคลอดและการดำรงชีวิตมาตลอดช่วงอายุขัย ฉะนั้นจึงมีความสำคัญที่สามารถกำหนดประสิทธิภาพในการเติบโต เกิดความสามารถในการเรียนรู้ มีสุขภาพร่างกายที่ดีตลอดช่วงชีวิต องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ความชุกภาวะแคระแกรนในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อาจสูงขึ้นอีก ร้อยละ 10 เมื่อถึงปี 2030 และภาครัฐมีส่วนใน การลดปัญหาดังกล่าวโดยการจัดทำโปรแกรมอาหาร โภชนาการ เพิ่มความรู้ ทักษะผู้เกี่ยวข้องในการปรุงอาหาร และให้สอดคล้องกับการพัฒนาประชากร ตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals – SDGs) ในด้านอาหาร โภชนาการ และการเข้าถึงทรัพยากร

การเกษตรและอาหารเพื่อขจัดความหิวโหยของประชากรโลก และยังสามารถลดความเลื่อมล้ำจากปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ และความไม่มั่นคงทางอาหาร ที่ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงอาหารแต่ละมื้อได้อย่างมีคุณภาพ เช่น อาหารมีพลังงานสูง สารอาหารต่ำเป็นต้น [1-4] ประเทศไทยพบเด็กก่อนวัยเรียนร้อยละ 5.4 มีภาวะผอมที่ส่งผลต่อภาวะขาดสารอาหาร และ 1 ใน 10 มีภาวะอ้วนส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน มีอาการเหนื่อยง่ายกว่าเด็กน้ำหนักตัวปกติ มีโอกาสป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีภาวะไขมันสะสมในตับ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ นิ่วในถุงน้ำดี โรคมะเร็ง โรคทางเดินหายใจหอบภูมิแพ้นอนกรนหยุดหายใจเป็นพัก ๆ ปวดข้อเข่า เสี่ยงโรคมะเร็งมากกว่าเด็กไม่อ้วน [5] และส่งผลต่อการดำรงชีวิตในอนาคตเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคดังกล่าวมาจากพฤติกรรมการบริโภคที่เปลี่ยนแปลงไป มีการบริโภคอาหารนอกบ้านมากขึ้น อาหารเหล่านี้อาจมีเกลือโซเดียม น้ำตาล และมีไขมันมากเกินไป มีการกินอาหารประเภทผักและผลไม้ในปริมาณที่น้อยลง รวมถึงได้รับวัฒนธรรมการกินแบบตะวันตกเข้ามามากขึ้น ทำให้คนไทยบริโภคอาหารไทยลดลงอย่างมาก[3-4] และการให้ความสำคัญของอาหารแต่ละมื้อก็ทำให้เด็กมีโภชนาการที่ดีเสริมสร้างการเจริญเติบโต พัฒนาการด้านสติปัญญาและสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาหารกลางวันหนึ่งในมื้อสำคัญ โรงเรียนควรมีการควบคุมปริมาณพลังงานและสารอาหารที่เด็กก่อนวัยเรียนควรได้รับต่อวัน เพื่อป้องกันไม่ให้เด็กได้รับพลังงานและสารอาหารมากเกินไปหรือน้อยเกินไป จากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้นการนำตำรับอาหารกลางวัน[6] มาประยุกต์ใน การปรุง ดัดแปรงให้เหมาะสำหรับเด็กก่อน วัยเรียน[3-4] และลดหวานมันเค็ม และเพิ่มผักให้มากขึ้น เพื่อให้เด็กสามารถรับประทานได้จริงและเกิดการยอมรับในตำรับอาหารให้มากขึ้น ก็จะส่งผลต่อการเจริญเติบโตตามวัยของเด็กก่อนวัยเรียนได้

จากข้อมูลน้ำหนัก ส่วนสูง ตามอายุ ในปี พ.ศ. 2563 เด็กก่อนวัยเรียนโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน[7] มีจำนวนเด็กก่อนวัยเรียน น้ำหนักสมส่วน ส่วนสูงสมส่วน ร้อยละ 90.6 แต่ยังพบว่ามีเด็กวัยเรียนบางส่วนมี น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ เตี้ยและผอม ร้อยละ 7.9 และ ท้วม อ้วน น้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 1.5 และข้อมูลย้อนหลังในปี พ.ศ. 2560-2563 [8] พบว่าตำรับอาหารส่วนใหญ่มีคุณค่าทางโภชนาการไม่เหมาะสมต่อเด็กก่อนวัยเรียน โดยมีตำรับอาหารในกลุ่มที่ให้พลังงานสูงเฉลี่ยต่อการรับประทาน 1 คนต่อ 1 มื้อ โดยพลังงานสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่เด็กควรได้รับ ร้อยละ 50.0 รองลงมาเป็นกลุ่มตำรับอาหารที่ได้รับหวาน-เค็ม สูงกว่าเกณฑ์ค่ากำหนดเป้าหมายที่เด็กควรได้รับ ร้อยละ 40.3 และยังพบอีกว่าอาหารที่มีใยอาหารน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่เด็กควรได้รับ ร้อยละ 9.7 ซึ่งหากไม่ดำเนินการแก้ไขในเด็กก่อนวัยเรียนที่มีปัญหาทางโภชนาการจะส่งผลต่อพัฒนาการของเด็กและมีปัญหาสุขภาพเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาตำรับอาหาร กลางวันของเด็กก่อนวัยเรียนโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน

2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจตำรับอาหารที่เหมาะสมของเด็กก่อนวัยเรียน โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน

ขอบเขตการวิจัย

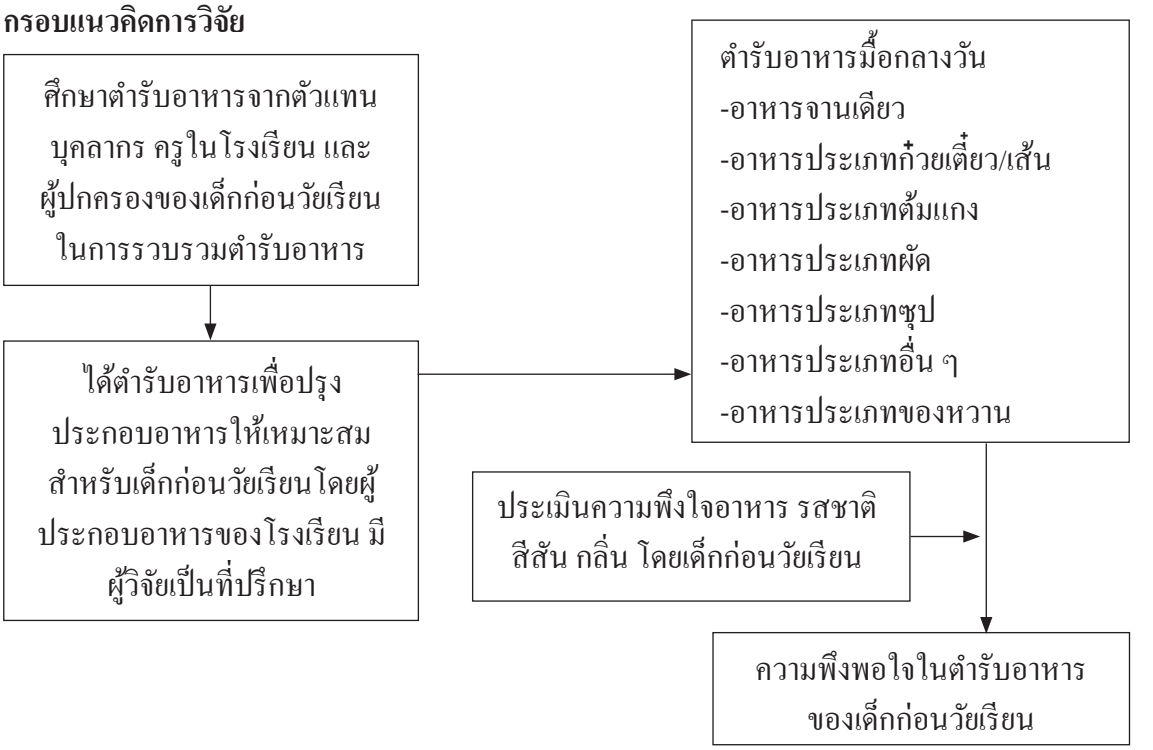
ขอบเขตด้านประชากร คือนักเรียนระดับชั้นอนุบาล 1 - 3 โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน ทั้งหมดจำนวน 64 กลุ่มตัวอย่างใช้ทั้งหมดจากกลุ่มประชากร จำนวน 64 คน โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามเกณฑ์รับเข้าศึกษาและ เกณฑ์ไม่รับเข้าศึกษาและกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ครูผู้รับผิดชอบ จำนวน 1 คน บุคลากรประกอบอาหาร จำนวน 1 คน และผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 3 คน รวมทั้งหมด 5 คน

ขอบเขตด้านตัวแปร ได้แก่ ปริมาณสำหรับ 1 คน 1 มื้อ ได้ดังนี้ (1) ตำรับอาหารจานเดียว จำนวน 5 ตำรับ (2) อาหารประเภทก๋วยเตี๋ยว/เส้น จำนวน 7 ตำรับ (3) อาหารประเภทต้มแกง จำนวน 7 ตำรับ (4) อาหารประเภทผัด จำนวน 7 ตำรับ (5) อาหารประเภทซุป จำนวน 12 ตำรับ (6) อาหารประเภทอื่น ๆ จำนวน 6 ตำรับ (7) อาหารประเภทของหวาน จำนวน 6 ตำรับ และความพึงพอใจในตำรับอาหารแต่ละประเภทโดยเด็กก่อนวัยเรียน

ขอบเขตด้านเวลา ดำเนินการศึกษาตำรับอาหารตั้งแต่เดือนมิถุนายน - เดือนตุลาคม พ.ศ 2563

ขอบเขตด้านสถานที่ โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน จังหวัดแม่ฮ่องสอน

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) โดยร่วมกับ บุคลากรโรงเรียน นักเรียน และผู้ปกครอง ในช่วงมิถุนายน - ตุลาคม พ.ศ. 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

กลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน

กลุ่มประชากร นักเรียนระดับชั้นอนุบาล 1-3 โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน ทั้งหมดจำนวน 64 คนจากกลุ่มงานทะเบียนนักเรียนปีการศึกษา 1/2563[7]

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา นักเรียนระดับชั้นอนุบาล 1-3 โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน จำนวนทั้งหมดจากกลุ่มประชากร จำนวน 64 คน โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์รับเข้าศึกษา (inclusion criteria) และเกณฑ์ไม่รับเข้าศึกษา (exclusion criteria) ดังนี้ [9] เกณฑ์รับเข้าศึกษา ได้แก่ (1) เป็นนักเรียนโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน ปีการศึกษา 1/2563 (2) ทั้งเพศ ชาย-หญิง มีอายุตั้งแต่ 2-6 ปี (3) ไม่แพ้อาหารใด ๆ ทั้งสิ้น

เกณฑ์ไม่รับเข้าศึกษา ได้แก่ (1) ผู้ปกครองไม่อนุญาตให้ข้อมูลเด็กก่อนวัยเรียนได้ (2) มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการรับประทานอาหารกลางวันที่โรงเรียนจัดให้

กลุ่มบุคลากรโรงเรียนและผู้ปกครอง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) บุคลากรโรงเรียนได้แก่ ผู้ประกอบอาหาร 1 คน ครูผู้รับผิดชอบด้านโภชนาการ 1 คน และตัวแทนผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 3 คน รวมทั้งหมด 5 คน

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. การพัฒนาข้อเสนอวิจัยและยื่นขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

2. ชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการวิจัย บุคลากรโรงเรียนผู้ประกอบอาหาร และผู้ปกครองในการศึกษาตำรับอาหาร เสนอแนวคิดในการรวบรวมตำรับอาหาร และลงนามแสดงความยินยอมในเอกสารจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรณีกลุ่มตัวอย่างยังไม่บรรลุนิติภาวะ

3. รวบรวม ตำรับอาหารจากตัวแทนบุคลากรโรงเรียนผู้ประกอบอาหาร และผู้ปกครอง และวิเคราะห์ ส่วนประกอบและปริมาณของอาหารเป็นตำรับ ดั้งเดิมสำหรับรับประทานหนึ่งคน โดยยังไม่มีดัดแปลง วัตถุดิบ และคุณลักษณะใด ๆ ของอาหาร

4. จัดทำตำรับอาหารจากตำรับเดิม และดัดแปลงส่วนประกอบโดยใช้วัตถุดิบในท้องถิ่นและตามฤดูกาลเพื่อเพิ่มคุณค่าทางโภชนาการให้ได้สารอาหารที่เหมาะสม

5. เปรียบเทียบปริมาณความแตกต่างปริมาณสารอาหารก่อนและหลังการจัดทำตำรับอาหาร

6. ประเมินความพึงพอใจตำรับอาหาร โดยให้เด็กก่อนวัยเรียนใช้สติกเกอร์สีติดตามตำรับอาหาร การประเมินแต่ละช่องแต่ละตำรับตามสีสัน กลิ่น และรสชาติ ของนักเรียนที่รับประทานอาหารกลางวันในทุก ๆ มื้อ ตลอดช่วงระยะเวลาดำเนินโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1

เป็นแบบสัมภาษณ์ข้อมูลเมนูอาหารปลายเปิดในกลุ่มบุคลากรโรงเรียน และผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนโดยมีตัวอย่างตำรับอาหารที่ผ่านมาของโรงเรียนเพื่อคัดเลือกตำรับ เสนอแนะวัตถุดิบ และวิธีการดัดแปรง ประกอบตำรับอาหารกลางวันของโรงเรียน โดยใช้เกณฑ์ค่าปริมาณเป้าหมายที่เด็กควรได้รับ ในพลังงานและสารอาหารได้แก่ พลังงาน (กิโลแคลอรี่) โปรตีน (กรัม) ไขมัน (กรัม) คาร์โบไฮเดรต (กรัม) โซเดียม (มิลลิกรัม) น้ำตาล (กรัม) ใยอาหาร(กรัม) จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปลายปิดในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนศึกษาความพึงพอใจต่อตำรับอาหารแต่ละตำรับสำหรับหนึ่งคนหนึ่งมื้อเป็นให้ติดสติ๊กเกอร์สี ประกอบด้วย (1) ตำรับอาหารจานเดียว จำนวน 5 ตำรับ (2) อาหารประเภทก๋วยเตี๋ยว/เส้น จำนวน 7 ตำรับ (3) อาหารประเภทต้มแกง จำนวน 7 ตำรับ (4) อาหารประเภทผัด จำนวน 7 ตำรับ (5) อาหารประเภทอื่น ๆ จำนวน 6 ตำรับ (6) อาหารประเภทซุป จำนวน 12 ตำรับ (7) อาหารประเภทของหวาน จำนวน 6 ตำรับ จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับตาม สีสัน กลิ่น และรสชาติ คือ พึงพอใจมากที่สุดเท่ากับ 5 คะแนน พึงพอใจน้อยที่สุดเท่ากับ 1 คะแนน จากนั้นนำคะแนนมาจำแนก ระดับความพึงพอใจโดยกำหนดช่วงของคะแนนเฉลี่ย โดยใช้สูตร [5-1]/5 = 0.80 รวมทั้งสิ้น 5 ชั้น มีระดับคะแนนดังนี้ 1.00 – 1.79 ระดับน้อยที่สุด, 1.80 – 2.59 ระดับน้อย, 2.60 – 3. ระดับปานกลาง, 3.40 – 4.19 ระดับมาก, 4.20 – 5.00 ระดับมากที่สุด[3,10-11] โดยก่อน การรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ พฤติกรรม และด้านจิตวิทยาที่มีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาของข้อคำถามแต่ละข้อกับวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.61 และนำแบบสอบถามไปทดสอบกับเด็กก่อนวัยเรียนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ใกล้เคียงกัน คือศูนย์เด็กเล็กเทศบาลอำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน จำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่น (reliability) ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 แล้วจึงนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขเพื่อความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของเนื้อหา ไปใช้ในการดำเนินการในการวิจัยต่อไป

เกณฑ์การศึกษาตำรับอาหารโดยการดัดแปรง ปรุงตำรับอาหารให้เหมาะสมกับเด็กก่อนวัยเรียนรับประทาน 1 คน มีดังนี้ (1) ปรับลดปริมาณน้ำตาล (2) ปรับลดปริมาณเครื่องปรุง เช่น น้ำปลา เกลือ ซอส ผงชูรส ผงปรุงรส (3) ปรับใช้เครื่องปรุงรสลดโซเดียมแทนเครื่องปรุงทั่วไป ได้แก่ น้ำปลา ซอส ลดโซเดียม (4) ใช้กะทิธัญพืชแทนกะทิมะพร้าว (5) ใช้เนื้อสัตว์ไม่ติดมันเพิ่ม หรือทดแทนเนื้อสัตว์ติดมัน เช่น เพิ่มปริมาณเนื้อไก่ อกไก่แทนเนื้อหมูติดมัน หรือเปลี่ยนวัตถุดิบเป็นเนื้อสัตว์ที่มีไขมันต่ำ และ (6) ปรับปริมาณผัก หรือเพิ่มในตำรับอาหาร โดยการกำหนดค่าเป้าหมายของสารอาหารที่ควรได้รับ ในสัดส่วนสารอาหารจากมื้อต่าง ๆ ในแต่ละวัน ซึ่งกำหนดให้ปริมาณสารอาหารมื้อกลางวัน ร้อยละ 30 และมื้อว่าง ร้อยละ 10 ของปริมาณความต้องการพลังงานและสารอาหารใน 1 วันของเด็กก่อนวัยเรียน และได้กำหนดเป้าหมายสำหรับจัดอาหารมื้อกลาง

วัน และอาหารว่างมื้อบ่ายที่อยู่โรงเรียน ได้แก่ พลังงาน 480 กิโลแคลอรี่ โปรตีน 14.4 กรัม ไขมัน 14.4 กรัม คาร์โบไฮเดรต 73.2 กรัม โซเดียม 204 มิลลิกรัม น้ำตาล 15 กรัม ใยอาหาร 3.6 กรัม โดยเกณฑ์ดังกล่าวนำมาเทียบปริมาณเฉลี่ยเมนูอาหารที่ได้พัฒนาตำรับว่าได้รับปริมาณพลังงานและสารอาหารมากกว่า หรือน้อยกว่าต่อการรับประมาณ 1 คน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลจากตำรับอาหารที่ได้โดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ได้จำนวนชื่อตำรับแต่ละประเภท วัตถุดิบ วิธีการปรุง และวิเคราะห์สถิติเชิงพรรนาในปริมาณความแตกต่างจำนวน ร้อยละ ตำรับอาหารแต่ละประเภท และส่วนที่ 2 วิเคราะห์ความพึงพอใจในตำรับอาหารแต่ละประเภทโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ความแตกต่างค่าเฉลี่ยปริมาณ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานวิเคราะห์ทั้งสองส่วนด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์

2. วิเคราะห์ข้อมูลปริมาณพลังงานและสารอาหารของตำรับอาหาร ใช้โปรแกรมคำนวณปริมาณพลังงานและสารอาหาร INMUCAL-Nutrients V4.0[9,12] ประมวลผลจากปริมาณน้ำหนักของส่วนประกอบที่ใช้ในตำรับอาหารโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ค่าปริมาณ และร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ศูนย์ความเป็นเลิศด้านนวัตกรรมสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อมชุมชน คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ อนุมัติเลขที่ EC 63/018 วันที่รับรอง 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจตรงกัน และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ผลการคัดเลือกตำรับอาหาร มื้อกลางวัน เพื่อนำมาพัฒนาตามสัดส่วนตำรับอาหารที่ได้จากการรวบรวมโดยกำหนดปริมาณสำหรับ 1 คน ได้ดังนี้ (1) อาหารประเภทข้าว จำนวน 5 ตำรับ (2) อาหารประเภทก๋วยเตี๋ยว/เส้น จำนวน 7 ตำรับ (3) อาหารประเภทต้มแกง จำนวน 7 ตำรับ (4) อาหารประเภทผัด จำนวน 7 ตำรับ (5) อาหารประเภทอื่นๆ จำนวน 6 ตำรับ (6) อาหารประเภทซุป จำนวน 12 ตำรับ (7) อาหารประเภทของหวาน จำนวน 6 ตำรับ ดังรายละเอียดตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยปริมาณ ร้อยละความแตกต่างของสารอาหาร หลังการปรุงตำรับอาหาร

ตำรับอาหาร	ค่าเฉลี่ยปริมาณความแตกต่างของสารอาหาร หลังการปรุง [ปริมาณ(ร้อยละ)]*						
	พลังงาน (กิโลแคลอรี่)	โปรตีน (กรัม)	ไขมัน (กรัม)	คาร์โบไฮเดรต (กรัม)	โซเดียม (มิลลิกรัม)	น้ำตาล (กรัม)	ใยอาหาร (กรัม)
1. อาหารประเภทข้าว ได้แก่ ข้าวผัดธัญพืชสามสี ไข่คน[ABCFG] ข้าวผัดกุนเชียง ผักสามสี(ถั่วลันเตา แครอท ข้าวโพด)[ABCFG] ข้าวกระเจี๊ยบหมูหวาน[ABCFG] ข้าวหมูแดง[ABCF] ข้าวมันหน้าเนื้อไก่ต้มสับ[ABCF]	-46.19 (34.8)	14.68 (40.3)	-1.06 (1.7)	-28.19 (36.6)	-1,336.67 (60.5)	-1.20 (53.8)	1.17 (24.2)

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยปริมาณ ร้อยละความแตกต่างของสารอาหาร หลังการปรุงตำรับอาหาร (ต่อ)

ตำรับอาหาร	ค่าเฉลี่ยปริมาณความแตกต่างของสารอาหาร หลังการปรุง [ปริมาณ(ร้อยละ)]*						
	พลังงาน (กิโลแคลอรี่)	โปรตีน (กรัม)	ไขมัน (กรัม)	คาร์โบไฮเดรต (กรัม)	โซเดียม (มิลลิกรัม)	น้ำตาล (กรัม)	ใยอาหาร (กรัม)
2. อาหารประเภทก๋วยเตี๋ยว/เส้น มักกะโรนีผัดไข่ใส่หมูสับใส่ไส้กรอก[ABCF] ผัดซีอิ๊วเส้นใหญ่ใส่ไข่ใส่หมูสับ[ABCF] สปาเก็ตตี้ผัดกระเพราอกไก่สับลูกชิ้นปลา[ABCF] ผัดซีอิ๊วเส้นใหญ่ไข่ใส่หมู[ABCF] ก๋วยเตี๋ยวผัดไทยหมู ใส่ไข่[ABCF] ก๋วยเตี๋ยวเส้นใหญ่หมูสับ ไก่ฉีก[ABCF]เส้นสปาเก็ตตี้หมูน้ำใสลูกชิ้นปลา ใส่ตับ คะน้า ถั่วงอก ผักบุ้งABCFG	-44.38 (41.1)	23.29 (41.3)	-2.33 (3.7)	-27.92 (37.5)	-2,278.96 (53.7)	-2.02 (48.1)	1.18 (20.0)
3. อาหารประเภทต้มแกง ต้มยำเนื้อไก่ล้วนสองสี[ABCFG] แกงจืดเต้าหู้อ่อนหมูสับ[ABCF] แกงจืดหมูสับก้อนใส่ผักรวมไม่ใส่เส้น[ABCFG] แกงจืดฟักเขียวหมูสับ[ABCFG] แกงจืดผักกาดขาว แครอท หมูสับลูกชิ้นปลา[ABCFG] แกงจืดผักกาดขาวอกไก่[ABCFG] ต้มยำไก่ เห็ดนางฟ้า[ABCFG]	-29.64 (30.9)	26.33 (46.7)	-6.44 (16.5)	-15.50 (18.9)	-1,264.11(36.3)	-0.85 (7.8)	19.27(44.9)
4. อาหารประเภทผัด ผัดกะหล่ำปลีขาวหมูสับ[ABCFG] ผัดวุ้นเส้นใส้กรอกแครอท[ABCFG] อกไก่ผัดมันฝรั่ง[ABCFG] ตั่วกลิ้งอกไก่[ABCF]แครอทต้มผัดหมูสับ[ABCFG] ผัดผักรวมมิตรไก่ใส่ตับ[ABCFG] ผัดไก่ ใส่ตับ ข้าวโพดอ่อน [ABCFG]	-29.46 (38.5)	22.98 (40.7)	-9.72 (19.5)	-17.26(20.6)	-1,081.89(38.8)	-1.34 (8.2)	8.28 (26.9)
5. อาหารประเภทอื่น ๆ ไข่ตุ๋นฟักทองแครอท[ABCFG] ไข่ลูกเขยหมูทอดกระเทียม[ABCF] ไข่ตุ๋นทรงเครื่องหมู ฟักทอง ตำลึง[ABCFG]อกไก่ฉีกอบ[ABCF] ลาบหมู ใส่ตับ (ไม่ใส่พริก)ใส่ถั่วฝักยาวลวก[ABCFG]	-25.39 (45.2)	25.58 (42.0)	-10.57 (22.9)	-12.74 (16.3)	-559.57 (30.5)	-2.61 (7.78)	5.91 (11.3)
6. อาหารประเภทซุป ซุปผักสามสี[BCG] ซุปกระดูกไก่ ผักสามสี[BCG] ซุปผักรวมหมูสับ[BCFG] ซุปผักหมูเต้าหู้[BCF] ซุปผักรวมกระดูกไก่[BCG] ซุปผักรวม[BCG] ซุปมันฝรั่งเนื้อหมูเปื่อย[BCFG] ซุปไก่ผักรวม[BCFG] ซุปกระดูกหมูข้าวโพด[BCG] ซุปกระดูกไก่ข้าวโพด[BCG] ซุปกระดูกหมู[BC] ซุปข้าวโพดอ่อน[BCG]	-2.78 (5.1)	4.50 (8.1)	-0.10 (0.2)	-0.33 (1.0)	-2,938.62 (51.2)	-0.07 (0.3)	3.32 (9.6)

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยปริมาณ ร้อยละความแตกต่างของสารอาหาร หลังการปรุงตำรับอาหาร (ต่อ)

ตำรับอาหาร	ค่าเฉลี่ยปริมาณความแตกต่างของสารอาหาร หลังการปรุง [ปริมาณ(ร้อยละ)]*						
	พลังงาน (กิโลแคลออรี่)	โปรตีน (กรัม)	ไขมัน (กรัม)	คาร์โบไฮเดรต (กรัม)	โซเดียม (มิลลิกรัม)	น้ำตาล (กรัม)	ใยอาหาร (กรัม)
7. อาหารประเภทของหวาน ข้าวโพดอบเนย[ABD] กล้วยบวชชี[ABD] บวชฟักทอง[ABD] ข้าวโพดกะทิ[ABD] ทับทิมกรอบ[ABD] เผือกแกงบวด[ABD]	-17.64 (12.2)	0.00(0.0)	-31.39 (32.7)	-0.65 (1.7)	-129.46 (8.3)	-40.62 (43.1)	0.60 (1.1)

หมายเหตุ : (เครื่องหมาย -) ปริมาณที่ลดลง, [A]การปรับลดปริมาณน้ำตาล, [B]ปรับลดปริมาณเครื่องปรุงรส, [C]ใช้เครื่องปรุงลดโซเดียมแทนเครื่องปรุงทั่วไป, [D]ใช้กะทิธัญพืชแทนกะทิจากมะพร้าว, [F]ใช้เนื้อสัตว์ไม่ติดมันแทนเนื้อติดมัน, [G]การปรับปริมาณพืชผัก

*ปริมาณ ร้อยละ คิดจากปริมาณสารอาหารหลังการแล้วคิดเป็นร้อยละของปริมาณสารอาหารที่วิเคราะห์สารอาหารว่าเพิ่มหรือลด ตัวอย่างเช่น ตำรับอาหารอาหารประเภทข้าว ข้าวผัดธัญญพืชสามสี ไข่คน ปริมาณพลังงานหลังการปรุง วิเคราะห์ได้ปริมาณ -54.30 กิโลแคลออรี่ คิดเป็นร้อย 35.61 หมายความว่า ปริมาณพลังงานลดลง แต่ก็ยังอยู่ในปริมาณไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานการกำหนดค่าเป้าหมายของสารอาหารที่ควรได้รับ ในสัดส่วนสารอาหารจากมื้อต่าง ๆ ในแต่ละวัน ซึ่งกำหนดให้ปริมาณสารอาหารมื้อกลางวัน ร้อยละ 30 และมื้อว่าง ร้อยละ 10 ของความต้องการประจำวัยเด็กก่อนวัยเรียน และได้กำหนดเป้าหมายสำหรับหารจัดอาหารกลางวันและอาหารว่างได้แก่ พลังงาน 480 กิโลแคลออรี่ โปรตีน 14.4 กรัม ไขมัน 14.4 กรัม คาร์โบไฮเดรต 73.2 กรัม โซเดียม 204 มิลลิกรัม น้ำตาล 15 กรัม ใยอาหาร 3.6 กรัม

2. ผลการปรุงและดัดแปลงบางส่วนประกอบของตำรับอาหาร ให้เหมาะสมกับการรับประทาน 1 คนโดยการเทียบจากจำนวนเมนูอาหารที่ลดและเพิ่มสารอาหารแล้วคิดเป็น ร้อยละใช้จำนวนตำรับปริมาณสารอาหารที่วิเคราะห์จากตารางที่ 1 ผลวิจัยพบว่า

ประเภทที่ 1 อาหารประเภทข้าว ปริมาณพลังงาน ไขมัน คาร์โบไฮเดรต โซเดียม น้ำตาล ลดลง จำนวน 5 ตำรับ คิดเป็นร้อยละ 100.0 ส่วนปริมาณโปรตีนเพิ่มขึ้น 5 ตำรับ คิดเป็นร้อยละ 100.0 และ ปริมาณใยอาหารเพิ่มขึ้น 2 ตำรับ คิดเป็น ร้อยละ 40.0

ประเภทที่ 2 อาหารประเภทก๋วยเตี๋ยว/เส้น ปริมาณพลังงาน ไขมัน คาร์โบไฮเดรต โซเดียม น้ำตาล ลดลง จำนวน 7 ตำรับ คิดเป็นร้อยละ 100.0 ส่วนปริมาณโปรตีนเพิ่มขึ้น 7 ตำรับ คิดเป็นร้อยละ 100.0 และ ปริมาณใยอาหารเพิ่มขึ้น 2 ตำรับ คิดเป็นร้อยละ 40.0

ประเภทที่ 3 อาหารประเภทต้มแกง ปริมาณพลังงาน ไขมัน คาร์โบไฮเดรต โซเดียม น้ำตาล ลดลง จำนวน 7 ตำรับ คิดเป็นร้อยละ 100.0 ส่วนปริมาณโปรตีนเพิ่มขึ้น 7 ตำรับ คิดเป็นร้อยละ 100.00 และ ปริมาณใยอาหารเพิ่มขึ้น 7 ตำรับ คิดเป็นร้อยละ 100.0

ประเภทที่ 4 อาหารประเภทผัด ปริมาณพลังงาน ไขมัน คาร์โบไฮเดรต โซเดียม น้ำตาล ลดลง จำนวน 7 ตำรับ คิดเป็นร้อยละ 100.0 ส่วนปริมาณโปรตีนเพิ่มขึ้น 7 ตำรับ คิดเป็นร้อยละ

100.0 และ ปริมาณใยอาหารเพิ่มขึ้น 7 ตำรับ คิดเป็นร้อยละ 100.0

ประเภทที่ 5 อาหารประเภทอื่น ๆ ปริมาณพลังงาน ไขมัน คาร์โบไฮเดรต โซเดียม น้ำตาล ลดลง จำนวน 6 ตำรับ คิดเป็นร้อยละ 100.0 ส่วนปริมาณโปรตีนเพิ่มขึ้น 6 ตำรับ คิดเป็นร้อยละ 100.0 และปริมาณใยอาหารเพิ่มขึ้น 4 ตำรับ คิดเป็นร้อยละ 66.66

ประเภทที่ 6 อาหารประเภทซุป ปริมาณพลังงาน ไขมัน คาร์โบไฮเดรต ลดลง จำนวน 4 ตำรับ คิดเป็นร้อยละ 33.33 ปริมาณโซเดียม น้ำตาล ลดลง 12 ตำหรับ คิดเป็นร้อยละ 100.0 ส่วนปริมาณโปรตีนเพิ่มขึ้น 4 ตำรับ คิดเป็นร้อยละ 33.33 และปริมาณใยอาหารลดลง 10 ตำรับ คิดเป็นร้อยละ 83.33 และ

ประเภทที่ 7 ประเภทของหวาน ปริมาณพลังงาน ไขมัน คาร์โบไฮเดรต โซเดียม น้ำตาล ลดลง จำนวน 6 ตำรับ คิดเป็นร้อยละ 100.0 ส่วนปริมาณโปรตีนไม่มีเพิ่ม และ ปริมาณใยอาหารเพิ่มขึ้น 5 ตำรับ คิดเป็นร้อยละ 90.0 ดังรายละเอียดตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ ของประเภทอาหารที่ลด-เพิ่ม ปริมาณสารอาหาร

ประเภทตำรับอาหาร	จำนวน ร้อยละ ประเภทอาหารที่ลด-เพิ่มของปริมาณสารอาหาร [จำนวน(ร้อยละ)]													
	พลังงาน (ตำรับ)		โปรตีน (ตำรับ)		ไขมัน (ตำรับ)		คาร์โบไฮเดรต (ตำรับ)		โซเดียม (ตำรับ)		น้ำตาล (ตำรับ)		ใยอาหาร (ตำรับ)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อาหารประเภทข้าว (5 ตำรับ)														
สารอาหารลด	5	100.0	0	0.0	5	100.0	5	100.0	5	100.0	5	100.0	3	60.0
สารอาหารเพิ่ม	0	0.0	5	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
2. อาหารประเภทก๋วยเตี๋ยว/เส้น (7 ตำรับ)														
สารอาหารลด	7	100.0	0	0.0	7	100.0	7	100.0	7	100.0	7	100.0	0	0.0
สารอาหารเพิ่ม	0	0.0	7	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	40.0
3. อาหารประเภทต้มแกง (7 ตำรับ)														
สารอาหารลด	7	100.0	0	0.0	7	100.0	7	100.0	7	100.0	7	100.0	0	0.0
สารอาหารเพิ่ม	0	0.0	7	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	7	100.0
4. อาหารประเภทผัด (7 ตำรับ)														
สารอาหารลด	7	100.0	0	0.0	7	100.0	7	100.0	7	100.0	7	100.0	0	0.0
สารอาหารเพิ่ม	0	0.0	7	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	7	100.0
5. อาหารประเภทอื่น ๆ (6 ตำรับ)														
สารอาหารลด	6	100.0	0	0.0	6	100.0	6	100.0	6	100.0	6	100.0	0	0.0
สารอาหารเพิ่ม	0	0.0	6	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	66.66

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ ของประเภทอาหารที่ลด-เพิ่ม ปริมาณสารอาหาร (ต่อ)

ประเภทตำรับอาหาร	จำนวน ร้อยละ ประเภทอาหารที่ลด-เพิ่มของปริมาณสารอาหาร [จำนวน(ร้อยละ)]													
	พลังงาน (ตำรับ)		โปรตีน (ตำรับ)		ไขมัน (ตำรับ)		คาร์โบไฮเดรต (ตำรับ)		โซเดียม (ตำรับ)		น้ำตาล (ตำรับ)		ใยอาหาร (ตำรับ)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สารอาหารลด	4	33.33	0	0.0	4	33.33	4	33.33	12	100.0	12	100.0	0	0.0
สารอาหารเพิ่ม	0	0.0	4	33.33	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	10	83.33
7. อาหารประเภทของหวาน (6 ตำรับ)														
สารอาหารลด	6	100.0	0	0.0	6	100.0	6	100.0	6	100.0	6	100.0	0	0.0
สารอาหารเพิ่ม	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	90.0

3. ปริมาณความแตกต่างเมื่อเทียบกับกำหนดค่าเป้าหมายปริมาณที่ควรได้รับ 1 คนต่อ 1 มื้อ คิดเป็นร้อยละ 40 จากปริมาณที่ควรได้รับใน 1 วัน โดยมีค่าเฉลี่ยปริมาณก่อนและหลังปรุงตำรับ ดังนี้ พลังงาน ลดลง 405.1 กิโลแคลอรี่ โดยปริมาณที่ลดลงคิดเป็นร้อยละ 33.8 โปรตีนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 4.5 กรัม โดยปริมาณเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 12.5 ไขมัน ลดลง 13.6 กรัม ปริมาณเฉลี่ยที่ลดลงคิดเป็นร้อยละ 37.8 คาร์โบไฮเดรต ลดลง 50.8 กรัม ปริมาณเฉลี่ยที่ลดลงคิดเป็นร้อยละ 27.8 โซเดียมลดลง 58.3 มิลลิกรัม ปริมาณเฉลี่ยที่ลดลงคิดเป็นร้อยละ 11.4 น้ำตาลลดลง 14.7 กรัม มีปริมาณเฉลี่ยที่ลดลงคิดเป็นร้อยละ 39.2 และใยอาหารเพิ่มขึ้น 2.8 กรัม มีปริมาณเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 31.1 ดังรายละเอียดตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบปริมาณ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยความแตกต่าง กับค่าเป้าหมายปริมาณที่ควรได้รับ 1 คน

กำหนดค่าเป้าหมายปริมาณที่ควรได้รับ 1 คนต่อ 1 มื้อ ร้อยละ 40	ปริมาณค่าเฉลี่ย ตำรับอาหารและร้อยละปริมาณเมื่อเทียบกับค่าเป้าหมาย				ปริมาณ ร้อยละค่าเฉลี่ยความแตกต่าง ก่อนและหลังพัฒนาตำรับ		
	ปริมาณก่อน	ร้อยละ	ปริมาณหลัง	ร้อยละ	ปริมาณ	ร้อยละ	ความหมาย
พลังงาน (480 กิโลแคลอรี่)	880.5	73.4	475.4	39.6	405.1	33.8	ปริมาณลดลง
โปรตีน (14.4กรัม)	10.9	30.3	15.4	42.8	4.5	12.5	ปริมาณเพิ่มขึ้น
ไขมัน (14.4 กรัม)	23.9	66.4	10.3	28.6	13.6	37.8	ปริมาณลดลง
คาร์โบไฮเดรต (73.2 กรัม)	121.6	66.4	70.8	38.7	50.8	27.8	ปริมาณลดลง
โซเดียม (204 มิลลิกรัม)	258.4	50.7	200.1	39.2	58.3	11.4	ปริมาณลดลง

ตาราง 3 เปรียบเทียบปริมาณ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยความแตกต่าง กับค่าเป้าหมายปริมาณที่ควรได้รับ 1 คน(ต่อ)

กำหนดค่าเป้าหมายปริมาณที่ควรได้รับ 1 คน ต่อ 1 มื้อ ร้อยละ 40	ปริมาณค่าเฉลี่ย ตำรับอาหารและร้อยละปริมาณเมื่อเทียบกับค่าเป้าหมาย				ปริมาณ ร้อยละค่าเฉลี่ยความแตกต่าง ก่อนและหลังพัฒนาตำรับ		
	ปริมาณก่อน	ร้อยละ	ปริมาณหลัง	ร้อยละ	ปริมาณ	ร้อยละ	ความหมาย
น้ำตาล (15 กรัม)	25.1	66.9	10.4	27.7	14.7	39.2	ปริมาณลดลง
ใยอาหาร (3.6 กรัม)	1.4	15.6	4.2	46.7	2.8	31.1	ปริมาณเพิ่มขึ้น

4. ความพึงพอใจต่อตำรับอาหารกลางวันสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน ทั้ง 7 ประเภท พบว่า ตำรับอาหารประเภทข้าว ($\bar{X}$=3.85,±SD = 0.83) อาหารประเภทต้มแกง ($\bar{X}$=3.49, ±SD = 1.13) อาหารประเภทผัด ($\bar{X}$=3.45, ±SD = 1.17) อาหารประเภทซุป ($\bar{X}$=3.55, ±SD = 1.13) และอาหารประเภทของหวาน ($\bar{X}$=3.62, ±SD = 1.14) โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก รองลงมา อาหารประเภทก๋วยเตี๋ยว/เส้น ($\bar{X}$=3.37, ±SD = 1.05) และอาหารประเภทอื่น ๆ ($\bar{X}$=3.01, ±SD = 1.33) โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ดังรายละเอียดในตาราง 4

ตาราง 4 ความพึงพอใจต่อตำรับอาหารกลางวันสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน (n=64)

ตำรับอาหาร	ความพึงพอใจต่อตำรับอาหารกลางวัน							
	รสชาติ		สีสัน		กลิ่น		โดยรวม	
	$\bar{x}$	±SD	$\bar{x}$	±SD	$\bar{x}$	±SD	$\bar{x}$	±SD
1. อาหารประเภทข้าว								
ข้าวผัดธัญพืชสามสี ไข่คน	3.17	1.43	3.91	1.03	3.34	0.47	3.85	0.83
ข้าวผัดกุนเชียง ผักสามสี(ถั่วลันเตา แครอท ข้าวโพด)	4.92	0.41	3.75	1.19	4.66	0.47		
ข้าวกระเจี๊ยบหมูหวาน	4.92	0.41	2.77	1.27	3.16	1.57		
ข้าวหมูแดง	4.92	0.41	3.31	1.20	5.00	0.00		
ข้าวมันหน้าเนื้อไก่ต้มสับ	3.02	1.29	2.84	1.27	4.00	0.00		
2. อาหารประเภทก๋วยเตี๋ยว/เส้น								
มักกะโรนีผัดไข่ใส่หมูสับใส่ไส้กรอก	2.81	1.27	3.09	1.50	3.06	0.86	3.37	1.05
ผัดซีอิ๊วเส้นใหญ่ใส่ไข่ใส่หมูสับ	3.19	1.27	4.00	0.88	2.81	1.22		
สปาเก็ตตี้ผัดกระเพราอกไก่สับลูกชิ้นปลา	3.56	0.98	3.53	1.19	3.27	1.20		
ผัดซีอิ๊วเส้นใหญ่ไข่ใส่หมู	3.50	1.24	3.31	1.04	3.80	0.77		
ก๋วยเตี๋ยวผัดไทยหมู ใส่ไข่	3.48	1.38	2.64	1.18	3.95	0.67		
ก๋วยเตี๋ยวเส้นใหญ่หมูสับ ไก่ฉีก	3.94	0.86	2.41	1.30	4.00	0.00		
เส้นสปาเก็ตตี้หมูน้ำใส ลูกชิ้นปลา ใส่ตับ คะน้า ถั่วงอก ผักบุ้ง	3.75	1.12	2.89	1.37	3.88	0.99		

ตาราง 4 ความพึงพอใจต่อตำรับอาหารกลางวันสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน (n=64) (ต่อ)

ตำรับอาหาร	ความพึงพอใจต่อตำรับอาหารกลางวัน							
	รสชาติ		สีสัน		กลิ่น		โดยรวม	
	$\bar{x}$	±SD	$\bar{x}$	±SD	$\bar{x}$	±SD	$\bar{x}$	±SD
ต้มยำเนื้อไก่ล้วนสองสี	3.70	1.23	2.92	1.36	2.88	1.58	3.49	1.13
แกงจืดเต้าหู้อ่อนหมูสับ	3.69	1.09	2.84	1.73	3.09	1.50		
แกงจืดหมูสับก้อนใส่ผักรวมไม่ใส่เส้น	3.06	0.86	3.27	1.68	4.00	0.88		
แกงจืดฟักเขียวหมูสับ	2.81	1.22	4.23	1.01	3.53	1.19		
แกงจืดผักกาดขาว แครอท หมูสับ ลูกชิ้นปลา	3.27	1.20	4.00	1.33	3.31	1.04		
แกงจืดผักกาดขาวอกไก่	3.80	0.77	3.91	1.14	3.56	0.98		
ต้มยำไก่ เห็ดนางฟ้า	3.95	0.67	4.00	0.00	3.50	1.24		
4. อาหารประเภทผัด								
ผัดกะหล่ำปลีขาวหมูสับ	2.84	1.73	4.00	0.00	3.88	0.99		
ผัดวุ้นเส้นใส้กรอกแครอท	3.27	1.68	3.88	0.99	2.88	1.58		
อกไก่ผัดมันฝรั่ง	4.23	1.01	2.88	1.58	3.09	1.50		
คั่วกลิ้งอกไก่	4.00	1.33	3.09	1.50	4.00	0.88	3.45	1.17
แครอทต้มผัดหมูสับ	3.91	1.14	4.00	0.88	3.53	1.19		
ผัดผักรวมมิตรไก่ ใส่ตับ	3.19	0.98	3.53	1.19	3.31	1.04		
ผัดไก่ ใส่ตับ ข้าวโพดอ่อน	3.00	1.08	3.31	1.04	2.64	1.18		
5. อาหารประเภทอื่น ๆ								
ไข่ตุ๋นฟักทองแครอท	2.61	0.99	2.64	1.18	2.41	1.30	3.01	1.33
ไข่ลูกเขย	2.98	1.07	2.41	1.30	2.89	1.37		
หมูทอดกระเทียม	2.81	1.27	2.89	1.37	2.92	1.36		
ไข่ตุ๋นทรงเครื่องหมู ฟักทอง ตำลึง	3.19	1.27	2.92	1.36	2.84	1.73		
6. อาหารประเภทซุป								
ซุปผักสามสี	3.48	1.38	4.23	1.01	4.00	1.33	3.55	1.13
ซุปกระดูกไก่ ผักสามสี	3.94	0.86	4.00	1.33	3.91	1.14		
ซุปผักรวมหมูสับ	3.75	1.12	3.91	1.14	3.19	0.98		
ซุปผักหมูเต้าหู้	3.70	1.23	3.19	0.98	3.00	1.08		
ซุปผักรวมกระดูกไก่	3.69	1.09	3.00	1.08	2.61	0.99		
ซุปผักรวม	3.06	0.86	2.61	0.99	2.98	1.07		
ซุปมันฝรั่งเนื้อหมูเปื่อย	4.02	1.15	3.50	1.24	3.48	1.38		
ซุปไก่ผักรวม	3.59	1.43	3.48	1.38	3.94	0.86		
ซุปกระดูกหมูข้าวโพด	4.27	0.92	3.94	0.86	3.75	1.12		
ซุปกระดูกไก่ข้าวโพด	3.69	1.37	3.75	1.12	3.70	1.23		
ซุปกระดูกหมู	3.41	1.48	3.70	1.23	3.69	1.09		
ซุปข้าวโพดอ่อน	2.80	1.38	3.69	1.09	3.06	0.86		
7. อาหารประเภทของหวาน								
ข้าวโพดอบเนย	3.81	1.31	3.06	0.86	3.80	0.77	3.62	1.14

ตาราง 4 ความพึงพอใจต่อตำรับอาหารกลางวันสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน (n=64) (ต่อ)

ความพึงพอใจต่อตำรับอาหารกลางวัน								
ตำรับอาหาร	รสชาติ		สีสัน		กลิ่น		โดยรวม	
	$\bar{x}$	±SD	$\bar{x}$	±SD	$\bar{x}$	±SD	$\bar{x}$	±SD
บวชฟักทอง	3.22	1.43	3.95	0.67	4.02	1.15		
ทับทิมกรอบ	3.38	1.43	4.02	1.15	3.59	1.43		
ข้าวโพดกะทิ	3.14	1.49	3.59	1.43	4.27	0.92		
ทับทิมกรอบ	3.47	1.61	4.27	0.92	2.97	1.51		
เผือกแกงบวด	3.81	1.31	3.06	0.86	3.80	0.77		

หมายเหตุ

ระดับความพึงพอใจ 1.00 – 1.79 = น้อยที่สุด, 1.80 – 2.59 = น้อย, 2.60 – 3.39 = ปานกลาง, 3.40 – 4.19 = มาก, 4.20 – 5.00 = มากที่สุด

อภิปรายผล

การปรุงตำรับอาหารกลางวัน สำหรับเด็กก่อนวัยเรียน โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน จากข้อมูลตำรับอาหาร ผู้วิจัยและบุคลากรโรงเรียน ผู้ปกครอง นักเรียน ได้ระดมความคิด และรวบรวม คัดเลือกตำรับอาหารกลางวันที่มีอยู่ก่อนแล้วมาประยุกต์และดัดแปลงทั้งการปรุงการประกอบ การเลือกวัตถุดิบในท้องถิ่น และตามฤดูกาล และเป็นตำรับอาหารที่นิยมบริโภคกันโดยทั่วไปอยู่แล้ว โดยได้คัดเลือกตำรับอาหารที่ครอบคลุมในประเภทต่างๆ ได้แก่ อาหารประเภทข้าว จำนวน 5 ตำรับ อาหารประเภทก๋วยเตี๋ยว/เส้น จำนวน 7 ตำรับ อาหารประเภทต้มแกง จำนวน 7 ตำรับ อาหารประเภทผัด จำนวน 7 ตำรับ อาหารประเภทอื่น ๆ จำนวน 6 ตำรับ อาหารประเภทซุป จำนวน 12 ตำรับ และอาหารประเภทของหวาน จำนวน 6 ตำรับ มาปรุงให้มีความเหมาะสมในรสชาติ กลิ่น และสี ทำได้ง่าย รับประทานสะดวก ไม่ยุ่งยากในการจัดเตรียม และได้สารอาหารที่เหมาะสมสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน[13-15] โดยวัตถุดิบที่ใช้ในการปรุงอาหารได้มาจากในท้องถิ่นหรือเป็นวัตถุดิบที่หาได้ง่ายตามท้องตลาด ในร้านค้าของชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มพืชผัก ผลไม้ ที่มีประโยชน์ต่อร่างกายของเด็กก่อนวัยเรียน ช่วยในการส่งเสริมพัฒนาการ และช่วยเสริมสารอาหารให้ร่างกายเจริญเติบโต[16] เพราะหากบริโภคไม่เหมาะสมต่อความต้องการของร่างกายแล้ว ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคต รวมทั้งผู้ปกครองก็มีส่วนใน การส่งเสริมความรู้ในการบริโภคอาหารให้มีความเหมาะสมสำหรับเด็กก่อนวัยเรียนได้[17] เช่น การบริโภคไข่ นมสด หมู ที่เป็นแหล่งโปรตีน มีกรดอะมิโน ถึง 25 ชนิด เพิ่มพลังงานให้สมอง พร้อมให้เด็กได้เรียนรู้อย่างสมบูรณ์ รวมถึงการดื่มเครื่องดื่ม หรืออาหารที่มีน้ำตาลเล็กน้อยยังช่วยกระตุ้นสมาธิ และความจำในชั้นเรียน อาหารประเภทโปรตีนจากเนื้อสัตว์ไขมันน้อย ทำให้ได้พลังงาน ช่วยให้อิ่มท้องนาน ทำให้มีสมาธิในการเรียนรู้ และช่วยให้ระบบประสาททำงานได้ดีขึ้น สารอาหารประเภท

คาร์โบไฮเดรตรับประทานให้พอเหมาะตามความต้องการของร่างกายที่สอดคล้องกับกิจกรรมทางกาย ทำให้ร่างกายสามารถนำไปใช้ได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ ไม่เกิดการไปสะสมในร่างกาย รวมถึงพัฒนาระบบสมองและระบบประสาทได้ดียิ่งขึ้น แต่หากได้รับพลังงานและสารอาหารไม่เหมาะสม หรือไม่ครบทั้ง 5 หมู่ จะทำให้การเจริญเติบโตหยุดชะงัก มีระดับสติปัญญาไม่ดีเท่าที่ควรและเจ็บป่วยบ่อย[15,18-19] ทั้งนี้ผู้ประกอบตำรับอาหารจะต้องมีความรู้ในการปรุงอาหารเพื่อปรับลดเครื่องปรุงในการปรุงแต่งรสชาติหวานมันเค็มในการประกอบตำรับอาหารให้มีความเหมาะสมในเด็กก่อนวัยเรียน[19-20] ดังนั้น ผลจากการจัดทำตำรับอาหารครั้งนี้ เห็นได้ว่า มีความแตกต่างของปริมาณพลังงานและสารอาหารที่ต้องการให้ลดลงและเพิ่มขึ้นตามค่ากำหนดเป้าหมายก่อนและหลัง โดยมีพลังงาน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน โซเดียม และน้ำตาล มีปริมาณลดลง และเพิ่มโปรตีน และใยอาหาร เนื่องจากการพัฒนาตำรับอาหารในครั้งนี้มีเป้าหมายพัฒนาตำรับเมนูอาหารให้เด็กก่อนวัยเรียน ได้รับประทานในช่วงกลางวันระหว่างที่อยู่ในโรงเรียน และส่งเสริมคุณค่าสารอาหารให้เหมาะสมตามค่ากำหนดเป้าหมายสำหรับเด็กก่อนวัยเรียนมากขึ้น เพราะหากบริโภคไม่เพียงพอเหมาะสมต่อความต้องการของเด็กแล้ว ก็ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและทุพโภชนาการได้ใน อนาคต[17] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับ การบริโภคสารอาหารที่ให้พลังงานสูง เช่น คาร์โบไฮเดรต ไขมัน หรือรับประทานอาหารที่มีความหวาน มัน เค็มปริมาณมาก ทำให้ร่างกายอิ่มได้ไม่นานในระหว่างมื้อเที่ยง ทำให้เด็กก่อนวัยเรียนมีความอยากอาหารในระหว่างเรียน ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมโดยมีการรับประทานขนมกรุบกรอบเพิ่มขึ้น รวมไปถึงการบริโภคผักและผลไม้ลดลง เพราะหากเป็นเช่นนี้แล้ว สามารถส่งผลต่อการที่ทำให้เด็กมีภาวะโภชนาการเกินได้ เพราะเด็กที่มีการรับประทานอาหารมากกว่า 3 มื้อต่อวัน มีการรับประทานอาหารว่างระหว่างมื้อ คือ ขนมกรุบกรอบ ของทอด น้ำหวาน และน้ำอัดลมที่เด็กสามารถเข้าถึงได้ง่ายในปัจจุบัน โดยอาหารดังกล่าวนอกจากให้พลังงานสูงที่ทำให้อ้วนได้ง่ายแล้ว ยังมีคุณค่าทางสารอาหารที่ส่งเสริม การเจริญเติบโตทางด้านสติปัญญาน้อย มาก[21-23] อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาในส่วนของปริมาณน้ำตาลในตำรับอาหารหลังปรุงนั้น โดยเฉพาะอาหารประเภทข้าว ซึ่งไม่ได้มีการดัดแปลงปริมาณน้ำตาล แต่พบว่ามีน้ำตาลในตำรับอาหารสูง ซึ่งเป็นผลมาจากปริมาณน้ำตาลที่มีอยู่ตามธรรมชาติ[16] โดยผู้วิจัยเน้นวัตถุดิบที่หาได้ในพื้นที่ และจัดตามปริมาณการรับประทานสำหรับ 1 ที่ ทำให้มีสารอาหารบางชนิดมีปริมาณที่เพิ่มขึ้นและลดลง จึงจะต้องใช้กระบวนการอาหารแลกเปลี่ยนเข้ามาช่วยในขั้นตอนนี้[24] เพื่อช่วยในการใช้วัตถุดิบในการประกอบอาหาร เช่น ในหมวดเนื้อสัตว์ที่ให้สารอาหารโปรตีน เลือกใช้กลุ่มที่มีไขมันต่ำมาก แทนในกลุ่มที่มีไขมันสูงแทน เพื่อหลีกเลี่ยงการได้รับไขมันในปริมาณที่สูงจากเนื้อสัตว์ แต่ยังคงได้รับปริมาณโปรตีนในปริมาณใกล้เคียงกัน และในหมวดอื่น ๆ ลักษณะคล้ายกัน และเพิ่มความหลากหลายของวัตถุดิบในการประกอบอาหารได้อีกด้วย

จากการประเมินความพึงพอใจต่อตำรับอาหารกลางวันของเด็กก่อนวัยเรียน ที่ดัดแปรงขึ้น พบว่า ในภาพรวมของตำรับอาหารแต่ละประเภทอยู่ในระดับปานกลาง ถึงระดับมาก ซึ่งสอดคล้อง

กับการวิจัยหลายงานวิจัยในการประเมินความพึงพอใจในตำรับอาหารที่พัฒนาขึ้นของเด็กในงานวิจัยลักษณะคล้าย ๆ กัน พบผลของตำรับอาหารไทยมื้อกลางวันที่มีต่อภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียน กรณีศึกษาโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครนายก[11] แนวทางในการปรับปรุงรูปแบบการจัดอาหารในโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง ในเขตจังหวัดนนทบุรี[24] ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในตำรับอาหารระดับมาก เป็นผลมาจากการพัฒนาตำรับอาหารเพื่อให้ตรงความชอบของเด็ก เพิ่มสีสัน ลดกลิ่นจากพืชซึ่งทำให้เด็กไม่ชอบ นำไปปรับแต่งผสมได้ซุปที่ต้มจากเนื้อสัตว์หรือผักจนเปื่อย และปรุงแต่งกลิ่นโดยใช้วัตถุดับจากธรรมชาติอื่นมาปรับใช้และสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ของเด็กและการเลี้ยงดูของผู้ปกครองที่มีลักษณะพื้นฐานการเลี้ยงดูแบบกลุ่มชาติพันธุ์ท้องถิ่นของจังหวัดแม่ฮ่องสอน โดยเฉพาะในวัฒนธรรม การบริโภค จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจ และยอมรับตำรับอาหารที่พัฒนาขึ้น[9]

สรุปผลการวิจัย

การปรุงตำหรับอาหารกลางวันของเด็กก่อนวัยเรียนเพื่อคุณค่าทางโภชนาการที่เหมาะสมสำหรับเด็ก อีกทั้งใช้กระบวนการประกอบอาหารอย่างง่าย หาวัตถุดิบได้ในท้องถิ่น รับประทานสะดวก ไม่ยุ่งยากในการจัดเตรียม จัดหา และตำรับอาหารที่จัดทำขึ้นเน้น การควบคุมปริมาณสารอาหารตามค่ากำหนดเป้าหมาย โดยเฉพาะพลังงาน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน น้ำตาล โซเดียม โดยการปรับลดปริมาณ และเพิ่มโปรตีน ใยอาหาร ใช้วัตถุดิบในการประกอบตำรับอาหารให้เหมาะสมสำหรับ 1 คน และลดปริมาณการใช้เครื่องปรุงแต่งรส ส่งผลให้ได้ตำรับอาหารกลางวันในโรงเรียนที่มีการ ลด หวาน มัน เค็ม และเพิ่มแหล่งพลังงานที่สำคัญอย่างโปรตีน ให้กับเด็กก่อนวัยเรียน ให้ใกล้เคียงค่ากำหนดเป้าหมายในปริมาณที่เหมาะสมสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน รวมทั้งเกิดการยอมรับตำรับอาหาร และความถึงความพึงพอใจในตำรับอาหาร ในรสชาติ กลิ่น สี ในภาพรวมของอาหารแต่ละประเภทอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์ โรงเรียนในพื้นที่อื่นสามารถนำผลตำรับอาหาร จากการปรุง ดัดแปรงอาหารให้มีความเหาะสมสำหรับเด็กก่อนวัยเรียนในท้องถิ่น รวมทั้งปริมาณสารอาหารที่ได้รับใน 1 มื้อที่อยู่โรงเรียน สามารถนำไปประกอบการพิจารณาค่าพลังงานและสารออาหารที่ได้รับใน 1 วันได้เพื่อวางงแผนในการปรุงตำรับอาหารในวันถัดไป อีกทั้งยังเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานในการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าเพื่อให้เกิดประโยชน์มากที่สุดต่อเด็กก่อนวัยเรียน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป หากอาหารที่นำมาปรุง ดัดแปลงเป็นอาหารเฉพาะของชาติพันธุ์สลับกับอาหารทั่วไป ก็อาจจะทำให้เด็กวัยก่อนเรียนมีความคุ้นเคยกับอาหาร ความเคยชินก็จะสามารถเกิดการยอมรับในการรับประทานอาหารกลางวันขณะอยู่ที่โรงเรียนเพิ่มขึ้นและมีความหลากหลายไม่จำเจของอาหารกลางวันของเด็กก่อนวัยเรียนได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนักเรียนในโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอนที่ได้ให้ความร่วมมือตลอดการดำเนินงาน ขอบพระคุณผู้อำนวยการ ครู บุคลากรทุกท่าน และผู้ปกครอง ที่มีส่วนร่วมและที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ และขอขอบพระคุณงบประมาณสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้ จากกองทุนวิจัย สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

เอกสารอ้างอิง

[1] Hefferon KL, Downs S, Oliu GO, De Steur H. Editorial: Sustainable Development Goals (SDGs): Impact on Nutrition. Front Nutr 2021; 8: e676080.

[2] Grosso G, Mateo A, Rangelov N, Buzeti T, Birt C. Nutrition in the context of the Sustainable Development Goals. Eur J Public Health 2020; 30(1): 19 – 23.

[3] Angeles I, Monville E, Gonsalves F, Capanzana M. Integrated school-based nutrition programme improved the knowledge of mother and schoolchildren. Maternal & Child Nu 2019; 15(3): 1 – 9.

[4] Hefferon K, Downs S, Oliu G, De H. Editorial: Sustainable Development Goals (SDGs): Impact on Nutrition. Front Nutr 2021; 28(8): 1 – 2.

[5] จิราภา สุวรรณกิจ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี 2022; 31(2): 81 – 94.

[6] สาธิต เมืองสมบูรณ์, ทวีศักดิ์ เตชะเกรียงไกร, พรทิพย์ พสุกมลเศรษฐ์ และคณะ. ผลของตำรับอาหารไทยมื้อกลางวันที่มีต่อภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียน : กรณีศึกษาโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครนายก. วารสารวิทยาลัยดุสิตธานี 2019; 13(1): 284 – 301.

[7] โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน. งานทะเบียนและการประมวลผล. [ออนไลน์]. (ม.ป.ป.) [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 16 มิถุนายน 2563]. เข้าถึงได้จาก https://satit.Cmru .ac.th/

[8] โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน. รายงานการประกอบอาหารประจำวัน. [ออนไลน์]. (ม.ป.ป.) [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 5 เมษายน 2563]. เข้าถึงได้จาก https:// satit.cmru.ac.th/

[9] อนาวิน ภัทรภาคินวรกุล อาทิตย์ศรีจันทร์ดร ศิรินภา สรานนท์เมธากุล และคณะ. การยอมรับตำรับอาหารไทยประยุกต์มื้อกลางวันและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในเด็กก่อนวัยเรียน. ใน วรางคณา จันทร์คง, ดวงพร นะคาพันธุ์ชัย, ยุทธนา สุดเจริญ. การประชุมสวนสุนันทาวิชาการระดับชาติครั้งที่ 9 เรื่อง “การยกระดับงานวิจัยสู่นวัตกรรม” 17-18 มิถุนายน 2564; 2564.

[10] ละเอียด ศิลาน้อย. การใช้มาตรประมาณค่าในการศึกษาวิจัยทางสังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์การโรงแรมและการท่องเที่ยว. วารสารบริหารศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2019; 8(15): 112 – 26.

[11] นริศา เรืองศรี, อุไรภรณ์ บูรณสุขสกุล, อลงกต สิงห์โต และคณะ. การพัฒนาและการยอมรับต่อตำรับอาหารสูตรลดโซเดียมตามหลักทฤษฎีอาหารธาตุเจ้าเรือนของการแพทย์แผนไทย. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2019; 36(3): 210 – 9.

[12] สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล. คู่มือการใช้งาน Inmucal-nutrients V4. นครปฐม; 2018.

[13] ชมนาด สิงห์หันต์, ศิริภาภรณ์ ม่วงโมทย์, รัตนา ใจบุญ. คุณภาพด้านโภชนาการและการดัดแปลงอาหารกลางวันและอาหารว่างสำหรับ เด็กก่อนวัยเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลจุน จังหวัดพะเยา. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2021; 14(2): 80 – 93.

[14] กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในเด็กวัยเรียน สำหรับบุคลากรสาธารณสุข. นนทบุรี; 2015.

[15] ประไพพิศ สิงหเสม ศักรินทร์ สุรรณเวหา และอติญาณ์ ศรเกษตริน. การส่งเสริมโภชนาการในเด็กวัยก่อนเรียน. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2017; 4(3): 226 – 35.

[16] ไชยตอกเกี้ย สุระเดช, พฤกษา สุพรรณี, พีรกมลจิตติมา.การพัฒนาตำรับอาหารท้องถิ่นสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในจังหวัดเลย. วารสารเทคโนโลยีภาคใต้ 2022; 15 (1): 29 – 38.

[17] Hodder R, OBrien M, Stacey G et al. Interventions for increasing fruit and vegetable consumption in children aged five years and under. Cochrane Database Syst Rev 2019; 5(5) : 287 – 300.

[18] Coleman G. Nutrition Education Aimed at Toddlers (NEAT) Curriculum. J Nutr Educ Behav 2005; 37 : 96 – 7.

[19] Gibson S. Principles of Nutritional Assessment. 2nded. New York: Oxford University; 2005.

[20] ณัฐธิดา โชติช่วง.อาหารกลมกล่อมด้วยโคคูมิ. วารสารเทคโนโลยีการอาหาร มหาวิทยาลัยสยาม 2017; 12(1): 35 – 47.

[21] ชญานิกา ศรีวิชัย, ภัทร์ภร อยู่สุข, วนิดาแพร่ภายา.ภาวะโภชนาการเกินในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา 1-6 โรงเรียนวัดมูลจินดารามและโรงเรียนธัญสิทธิ์ศิลป์. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชียฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2014; 7(1): 40 – 5.

[22] กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการคัดกรองและแก้ไขปัญหาเด็กอ้วนในโรงเรียน บริการสุขภาพ และคลินิก DPAC. กรุงเทพฯ : กรมอนามัย; 2015.

[23] ปริยาภรณ์ มณีแดง. บทบาทพยาบาลอนามัยชุมชนในการป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2017; 35(4): 16 – 24.

[24] สุนันทา คเชศะนันทน์, อัครพันธ์ รัตสุข. แนวทางในการปรับปรุงรูปแบบการจัดอาหารในโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในเขตจังหวัดนนทบุรี. วารสารปัญญาภิวัฒน์ 2019; 11(2): 177 – 92.

บทความวิจัยต้นฉบับ : ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในผู้สูงอายุ อำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา

Factors Affected to Covid-19 Prevention Behavior among the Elderly in Mueang Yang District, Nakhon Ratchasima Province

มานะชัย จรูญไธสง[*] ธีระวุธ ธรรมกุล[**] และอารยา ประเสริฐชัย[***]
Manachai Jaroonthaisong[*] Theerawut Thammakun[**] and Araya Prasertchai[***]
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช[*,**,***]
Sukhothai Thammathirat Open University[*,**,***]
เบอร์โทรศัพท์ 08-6253-7977; E-mail: sungthong_02857@hotmail.com[*]
วันที่รับ 8 พ.ค.2566; วันที่แก้ไข 23 พ.ค.2566; วันที่ตอบรับ 29 พ.ค. 2566

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 และ (2) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในผู้สูงอายุ อำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 363 คน ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรที่แน่นอน ใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลในช่วงเดือน พฤศจิกายน - ธันวาคม 2565 โดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า (1) ด้านปัจจัยนำพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 อยู่ในระดับสูง ทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด 19 อยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรควิด 19 อยู่ในระดับสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด 19 อยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับสูง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับปานกลาง ด้านปัจจัยเอื้อพบว่า ความสะดวกในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับสูง อุปกรณ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับสูง ด้านปัจจัยเสริมพบว่า การรับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 อยู่ในระดับสูง สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับสูง แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับสูง และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับปานกลาง และ (2) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุ ได้แก่ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ฐานะทางการเงิน ความรู้ ทัศนคติ และการรับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19

คำสำคัญ : แบบจำลองพรีซีด-โพรซีด; ปัจจัยนำ; ปัจจัยเอื้อ; ปัจจัยเสริม; พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19

Abstract

This research aimed to explore (1) predisposing factors, enabling factors, reinforcing factors and Covid-19 prevention behaviors, and (2) factors affecting Covid-19 prevention behaviors among the elderly in Mueang Yang district, Nakhon Ratchasima province. This survey study was conducted in a sample of 363 elderly persons selected using multi-stage sampling method. Data were collected in November to December 2022. The research instrument was a questionnaire, and then analyzed with descriptive statistics and multiple linear regression.

The results revealed that, all about or related to COVID-19: (1) for leading factors, the levels were high for knowledge, perceived risk and perceived prevention benefits and moderate for attitudes, perceived severity and perceived preventive barriers; for enabling factors, the levels were high for convenience and resources for preventive actions; for reinforcing factors, the levels were high for perceived information, inducer and social support for preventive actions, and moderate for preventive behaviors; and (2) the factors affecting preventive behaviors among the elderly were the number of household members, financial status, knowledge, attitudes, and perceived information.

Keywords : PRECEDE-PROCEED model; Predisposing factors; Enabling factors; Reinforcing factors; Covid-19 Prevention Behavior

บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด 19 ในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมากขึ้น ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2565 พบว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยยืนยันสะสม 4,681,309 คน คิดเป็น 7,081.31 ต่อแสนประชากร ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 588,689 คน คิดเป็นร้อยละ 12.57 ของผู้ป่วยทั้งประเทศ และมีผู้เสียชีวิตสะสม 32,764 ราย อัตราป่วยตายร้อยละ 0.69 โดยผู้ป่วยที่เสียชีวิตเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 25,322 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.28 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมดของประเทศ[1] ซึ่งส่งผลต่อความไม่เพียงพอของเตียงผู้ป่วยในโรงพยาบาล เตียงผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต (ไอซียู) รวมทั้งอุปกรณ์และบุคลากรทางการแพทย์อาจไม่เพียงพอสำหรับดูแลผู้ป่วยอาจส่งผลให้มีอัตราเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น จังหวัดนครราชสีมา มีผู้ป่วยยืนยันสะสม 231,827 คน คิดเป็น 8,807.75 ต่อแสนประชากร ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 10,936 คน คิดเป็นร้อยละ 4.71 ของผู้ป่วยทั้งจังหวัด เสียชีวิตสะสม 676 ราย อัตราป่วยตายร้อยละ 0.29 โดยผู้ป่วยที่เสียชีวิตเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 487 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.04 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมดของจังหวัด[2] อำเภอเมืองยาง มีผู้ป่วยสะสม 3,732 คน คิดเป็น 13,744.84 ต่อแสนประชากร ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 748 คน คิดเป็นร้อยละ 20.04 ของผู้ป่วยทั้งอำเภอ และมีผู้เสียชีวิตสะสม 9 ราย อัตราป่วยตายร้อยละ 0.24 โดยผู้ป่วยที่เสียชีวิตเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 88.88 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมดของอำเภอ ซึ่งพบว่าสถานการณ์

ของโรคโควิด 19 ทั้งอัตราป่วยและอัตราป่วยตายด้วยโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุสูงกว่าระดับจังหวัดและระดับประเทศ[3] พื้นที่อำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา เป็นพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศไทยเช่นเดียวกับทุกทุกพื้นที่ทั่วประเทศ เพราะมีประชาชนในพื้นที่จำนวนมากเดินทางไปทำต่างจังหวัด ทั้งในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และตามจังหวัดต่าง ๆ ที่มีเขตอุสาหกรรมทั้งภาคกลางและภาคตะวันออกของประเทศ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มี การระบาดของโรคโควิด 19 รุนแรงและกระจายเป็นจำนวนมาก และประชาชนเหล่านั้นได้เดินทางกลับเข้าภูมิลำเนาในช่วงวันหยุดและวันหยุดยาวช่วงเทศกาล จึงทำให้พื้นที่อำเภอเมืองยางมีผู้ที่มีความเสี่ยงสูง และผู้ที่ติดเชื้อโควิด 19 เดินทางกลับเข้าพื้นที่เป็นจำนวนมาก และมีโอกาสสูงมากที่จะเกิดการระบาดลุกลามรุนแรงในพื้นที่ หากพื้นที่ไม่มีการใช้มาตรการในการป้องกัน ควบคุมโรคโควิด 19 อย่างมีประสิทธิภาพ และประชาชนมีพฤติกรรม การป้องกันโรคไม่ถูกต้อง

ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ผู้สูงอายุถือเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับผลกระทบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทั้งนี้เนื่องด้วยสังคมไทยปัจจุบันได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (complete aged society) ในปี 2564[4] โดยสถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุไทยผลจากการสำรวจของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุประเทศไทย และสถาบันวิจัยประชากรมหาวิทยาลัยมหิดล ในปี 2563 พบว่า มีผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 11.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17.6 โดยผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปี ซึ่งผู้สูงอายุในช่วงวัยปลาย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สะท้อนถึงการเพิ่มมากขึ้นของประชากรที่อยู่ในวัยภาวะพึ่งพิง ทั้งในด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม และด้านสุขภาพ ในส่วนของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นเดียวกัน โดยข้อมูลจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยพ.ศ.2560 พบว่า มีผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ลำพังในครัวเรือน ร้อยละ 10.8 และร้อยละ 23.3 อยู่ลำพังกับคู่สมรส ซึ่งทั้งสองกลุ่มมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีความเปราะบางต่อปัญหาต่าง ๆ ท่ามกลางสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในประเทศไทย ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มากกว่าช่วงวัยอื่น ๆ เนื่องด้วยสภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรง ภูมิคุ้มกันลดลงตามวัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดเรื้อรัง โรคไตเรื้อรัง โรคมะเร็ง เป็นต้น ทั้งนี้ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2565 พบว่าประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) รวมทั้งสิ้น 588,689 คน คิดเป็นร้อยละ 12.57 ของผู้ป่วยทั้งหมด และมีจำนวนผู้สูงอายุที่เสียชีวิตเท่ากับ 25,322 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.28 ของผู้เสียชีวิต และกลุ่มวัยสูงอายุมีอัตราป่วยตายเท่ากับร้อยละ 4.30 ในขณะกลุ่มวัยอื่น ๆ มีอัตราป่วยตายเพียงร้อยละ 0.18 ดังนั้น จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีโอกาสเสียชีวิตจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มากกว่าช่วงวัยอื่น ๆ จึงถือเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในสถานการณ์ปัจจุบัน[1]

จากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ที่รุนแรงของประเทศไทยในปัจจุบัน ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด 19 ของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ตามแนวคิดแบบจำลองพรีซีด (Precede Model) ของ กรีนและครูเตอร์[5] โดยประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) ของ เบคเกอร์[6] และแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ (health promotion model) ของ เพนเดอร์[7] ซึ่งเป็นกระบวนการวิเคราะห์เพื่อวางแผนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้รูปแบบที่พัฒนาจากแนวคิดที่ว่า พฤติกรรมบุคคลมีสาเหตุมาจากพหุปัจจัย ได้แก่ (1) ปัจจัยนำ ประกอบด้วย ความรู้ ทัศนคติ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคโควิด 19 การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด 19 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 (2) ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย ความสะดวกในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อุปกรณ์ใน การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 (3) ปัจจัยเสริม ประกอบด้วย การรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19

การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งเน้นศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในผู้สูงอายุอำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา โดยนำแบบจำลอง Precede Model มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางกำหนดตัวแปรปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพราะมีความครอบคลุมปัจจัยกำหนดสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ เพื่อให้ทราบถึงข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในผู้สูงอายุ ซึ่งจะนำไปใช้เป็นแนวทางวางแผนดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรค รวมไปถึงวางแผนใช้จ่ายงบประมาณในการสนับสนุน วัสดุ-อุปกรณ์ ที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกัน โรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

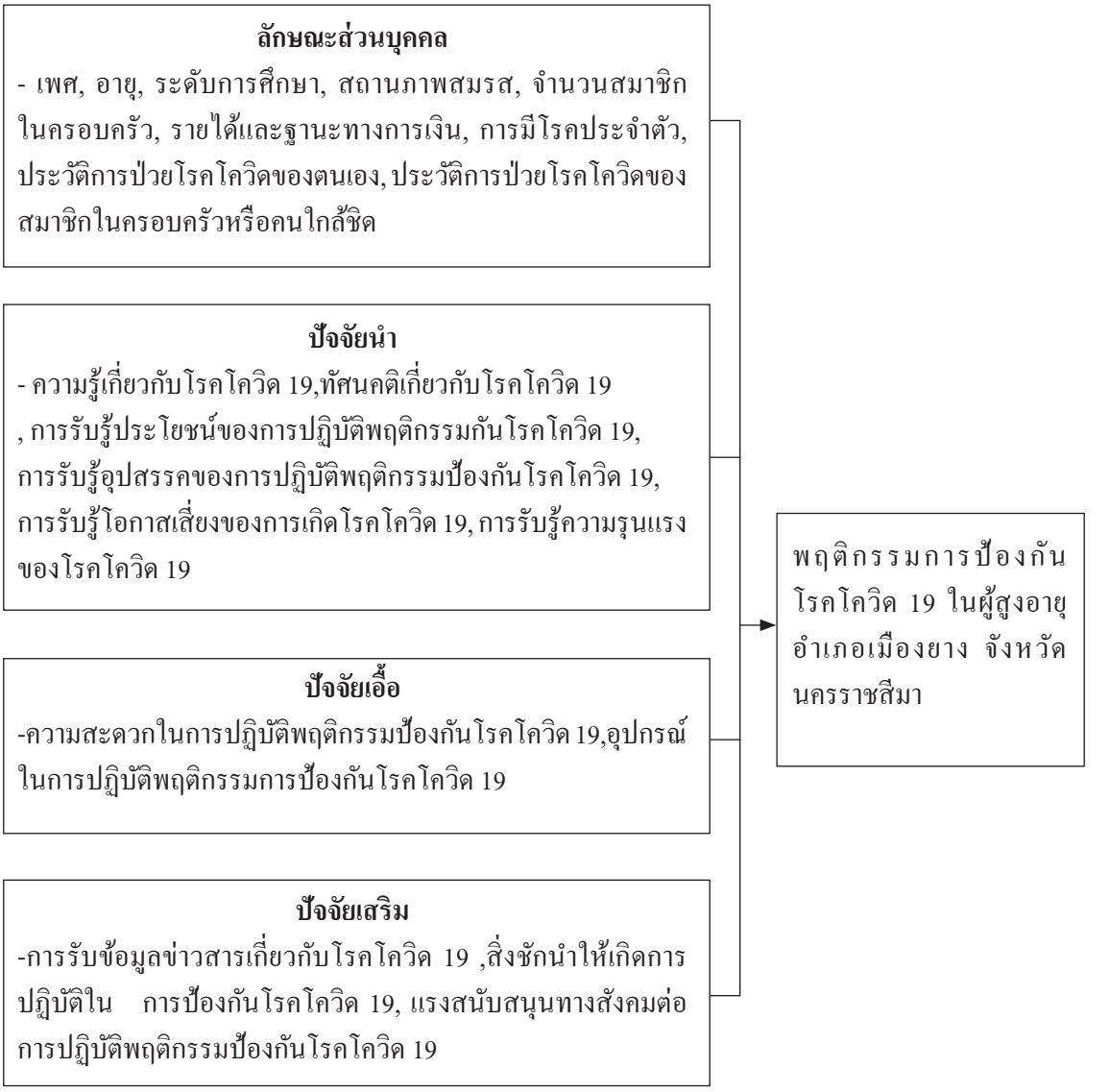
1. เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในผู้สูงอายุอำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา

2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในผู้สูงอายุ อำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ(survey research) โดยศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในผู้สูงอายุอำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน - ธันวาคม พ.ศ. 2565

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค โควิด 19 ในผู้สูงอายุอำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา

ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองยางจังหวัดนครราชสีมาจำนวน 4,848 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 363 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยของ

ประชากรที่แน่นอน จากสูตร การขนาดตัวอย่างของแดเนียล[8] ใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) ขั้นที่ 1 สุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (cluster Sampling) โดยแบ่งตัวอย่างออกเป็น 4 ตำบล ขั้นที่ 2 สุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการสุ่มเลือกตัวแทนกลุ่มตัวอย่าง ให้ได้จำนวนตัวแทนกลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครัวเรือน รายได้และฐานะทางการเงิน การมีโรคประจำตัว ประวัติการป่วย โรคโควิด 19 ของตนเอง ประวัติการป่วยโรคโควิด 19 ของสมาชิกในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ประเมินปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ได้แก่

ปัจจัยนำ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด19จำนวน15ข้อทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด19 จำนวน 15 ข้อ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคโควิด 19 จำนวน 5 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด 19จำนวน 5 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค โควิด 19 จำนวน 5 ข้อ การรับรู้อุปสรรคของ การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 จำนวน 5 ข้อ

ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย ความสะดวก ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 จำนวน 5 ข้อ อุปกรณ์ในการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด 19 จำนวน 3 ข้อ

ปัจจัยเสริม ประกอบด้วย การรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 จำนวน 5 ข้อ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 จำนวน 4 ข้อ แรงสนับสนุนทางสังคมต่อ การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 สำหรับผู้สูงอายุ จำนวน 15 ข้อ

ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เพื่อวิเคราะห์หาความเที่ยง ดังนี้ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.85 และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากเค้าโครงวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือการวิจัย ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ผู้วิจัยนำหนังสือจากสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เสนอต่อสาธารณสุขอำเภอเมืองยาง เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่อำเภอเมืองยาง และเข้าพบผู้อำนวยการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่งในพื้นที่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของ การทำวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการผู้ช่วยเก็บข้อมูลการวิจัยซึ่งได้แก่ อสม.ในพื้นที่ จำนวน 5 คน เกี่ยวกับการขอคำยินยอมอาสมัครร่วมวิจัย

แนวทางและวิธีการเก็บข้อมูลที่ถูกต้อง พร้อมแจกแบบสัมภาษณ์ให้ผู้ช่วยนำไปใช้เก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์ จากนั้นจึงรวบรวมเพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การปกป้องสิทธิ์กลุ่มเป้าหมาย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหา วิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชเอกสารรับรองเลขที่ อว0602.20/1775 รับรองเมื่อวันที่ 28 ตุลาคม 2565

ผลการศึกษา

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน363คน กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.4 และเพศชายร้อยละ 41.6 มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี ร้อยละ 60.10 อายุเฉลี่ย 69.07 ปี การศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 86.80 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 70.80 จำนวนสมาชิกในครัวเรือนส่วนใหญ่มีสมาชิก 1 – 4 คน ร้อยละ 70.30 ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 86.80 รายได้เฉลี่ย 2,883 บาทต่อเดือน ฐานะทางการเงินพอใช้ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 51.80 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 52.60 ซึ่งได้แก่ โรคเบาหวานร้อยละ37.70และโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 40.30 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิ 19 ร้อยละ 27.80 และสมาชิกในครัวเรือนป่วยด้วยโรคโควิด 19 ร้อยละ 42.40 ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล (n=363)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	151	41.60
หญิง	212	58.40
อายุ		
60-69 ปี	218	60.00
70-79 ปี	112	30.90
80 ปีขึ้นไป	33	9.10
$\bar{X}$= 69.07 ปี, S.D. = 7.05, Min = 60 ปี, Max = 94 ปี		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	315	86.80
มัธยมศึกษาตอนต้น	20	5.50
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	21	5.80
อนุปริญญา/ปวส.	3	0.80

ตาราง 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล (n=363) (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปริญญาตรี	3	0.80
สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.30
สถานภาพสมรส		
โสด	29	8.00
สมรส	257	70.80
หม้าย/หย่า/แยก	77	21.20
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน		
1 – 2 คน	116	32.00
3 – 4 คน	139	38.30
5 คนขึ้นไป	108	29.70
$\bar{X}$= 3.60 คน, S.D. = 1.59, Min = 1 คน, Max = 6 คน		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000	315	86.80
5,001 – 10,000	28	7.70
10,001 – 15,000	15	4.10
มากกว่า 15,000	5	1.40
$\bar{X}$= 2,883.36 บาท, S.D. = 3,740.89, Min = 600 บาท, Max = 20,000 บาท		
ฐานะทางการเงิน		
พอใช้เหลือเก็บ	34	9.40
พอใช้ไม่เหลือเก็บ	188	51.80
ไม่พอใช้	141	38.80
ประวัติโรคประจำตัว		
มีโรคประจำตัว	191	52.60
ไม่มีโรคประจำตัว	172	47.40
โรคประจำตัว		
โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง	12	6.29
หัวใจและหลอดเลือด	12	6.28
โรคเบาหวาน	72	37.69
โรคไตเรื้อรัง	6	3.14
โรคหลอดเลือดสมอง	7	3.66
โรคมะเร็ง	5	2.61

ตาราง 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล (n=363) (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคอื่น ๆ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง	77	40.32
ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด 19		
เคยป่วย	101	27.80
ไม่เคยป่วย	262	72.20
สมาชิกในครัวเรือนมีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด 19		
เคยป่วย	154	42.40
ไม่เคยป่วย	209	57.60

ระดับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19

1. ด้านปัจจัยนำ

1.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 พบว่าผู้สูงอายุอำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา ส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 83.70 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 12.61 คะแนน โดยมีผู้ได้คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 9 คะแนน และสูงสุดเท่ากับ 15 คะแนน

1.2 ทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด 19 พบว่าผู้สูงอายุอำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา ส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด 19 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 92.60 โดยมีค่าคะแนนรวมเฉลี่ยเท่ากับ 52.33 คะแนน โดยมีผู้ได้คะแนนทัศนคติต่ำสุด 40 คะแนน และสูงที่สุด 65 คะแนน

1.3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคโควิด 19 พบว่าผู้สูงอายุอำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา มีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคโควิด 19 ระดับสูง ร้อยละ 67.50 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 20.45 คะแนน ผู้มีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด 19 ต่ำสุดเท่ากับ 14 คะแนน สูงที่สุดเท่ากับ 25 คะแนน

1.4 การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด 19 พบว่าผู้สูงอายุอำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด 19 ระดับปานกลาง ร้อยละ 86.50 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 17.19 คะแนน ผู้มีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด 19 ต่ำสุดเท่ากับ 12 คะแนน สูงที่สุดเท่ากับ 22 คะแนน

1.5 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 พบว่าผู้สูงอายุอำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา ส่วนใหญ่มี การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ระดับสูง ร้อยละ 89.30 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 21.87 คะแนน ผู้มีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ต่ำสุดเท่ากับ 10 คะแนน สูงที่สุดเท่ากับ 25 คะแนน

1.6 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 พบว่าผู้สูงอายุอำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ระดับปานกลาง ร้อยละ 48.80 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 15.52 คะแนน ผู้มีคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ต่ำสุดเท่ากับ 7 คะแนน สูงที่สุดเท่ากับ 23 คะแนน

2. ด้านปัจจัยเอื้อ

2.1 ความสะดวกในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 พบว่าผู้สูงอายุอำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา ส่วนใหญ่มีความสะดวกในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ระดับสูง ร้อยละ 84.30 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 21.91 คะแนน ผู้มีคะแนนความสะดวกในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ต่ำสุดเท่ากับ 15 คะแนน สูงที่สุดเท่ากับ 25 คะแนน

2.2 อุปกรณ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 พบว่าผู้สูงอายุอำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา ส่วนใหญ่มีอุปกรณ์ใน การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ระดับสูง ร้อยละ 77.10 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 12.58 คะแนน ผู้มีคะแนนความเพียงพอของอุปกรณ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ต่ำสุดเท่ากับ 7 คะแนนสูงที่สุดเท่ากับ 15 คะแนน

3. ด้านปัจจัยเสริม

3.1 การรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด19 พบว่าผู้สูงอายุอำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา ส่วนใหญ่มีการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ระดับสูง ร้อยละ 69.10 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 20.25 คะแนน ผู้มีคะแนนการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ต่ำสุดเท่ากับ 11 คะแนน สูงที่สุดเท่ากับ 25 คะแนน

3.2 สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 พบว่าผู้สูงอายุอำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา ส่วนใหญ่ได้รับสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ระดับสูง ร้อยละ 86.50 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 17.23 คะแนน ผู้มีคะแนนการได้รับสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ต่ำสุดเท่ากับ 11 คะแนน สูงที่สุดเท่ากับ 20 คะแนน

3.3 แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 พบว่าผู้สูงอายุอำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา ส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ระดับสูง ร้อยละ 73.30 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 33.46 คะแนน ผู้มีคะแนนการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ต่ำสุดเท่ากับ 20 คะแนน สูงที่สุดเท่ากับ 40 คะแนน ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ของระดับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุ (n=363)

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19		
ระดับสูง (ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป)	304	83.70
ระดับปานกลาง (ได้คะแนนร้อยละ 60-79)	59	16.30
ระดับต่ำ (ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60)	0	0
$\bar{X}$ = 12.61 คะแนน, S.D. = 1.16, Min = 9 คะแนน, Max = 15 คะแนน		

ตาราง 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ของระดับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุ (n=363) (ต่อ)

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19	จำนวน	ร้อยละ
ทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด 19		
ระดับดี (ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป)	19	5.20
ระดับปานกลาง (ได้คะแนนร้อยละ 60 - 79)	336	92.60
ระดับต่ำ (ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60)	8	2.20
$\bar{x}$ = 52.33 คะแนน, S.D. = 4.27, Min = 40 คะแนน, Max = 65 คะแนน		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคโควิด 19		
ระดับสูง (ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป)	245	67.50
ระดับปานกลาง (ได้คะแนนร้อยละ 60 – 79)	115	31.70
ระดับต่ำ (ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60)	3	0.80
$\bar{x}$ = 20.45 คะแนน, S.D. = 2.03, Min = 14 คะแนน, Max = 25 คะแนน		
การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด 19		
ระดับสูง (ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป)	34	9.40
ระดับปานกลาง (ได้คะแนนร้อยละ 60 - 79)	314	86.50
ระดับต่ำ (ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60)	15	4.10
$\bar{x}$ = 17.19 คะแนน, S.D. = 1.58, Min = 12 คะแนน, Max = 22 คะแนน		
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19		
ระดับสูง (ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป)	324	89.30
ระดับปานกลาง (ได้คะแนนร้อยละ 60-79)	38	10.50
ระดับต่ำ (ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60)	1	0.30
$\bar{x}$ = 21.87 คะแนน, S.D. = 2.43, Min = 10 คะแนน, Max = 25 คะแนน		
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19		
ระดับสูง (ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป)	44	12.10
ระดับปานกลาง (ได้คะแนนร้อยละ 60 - 79)	177	48.80
ระดับต่ำ (ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60)	142	39.10
$\bar{x}$ = 15.52 คะแนน, S.D. = 3.51, Min = 7 คะแนน, Max = 23 คะแนน		
ความสะดวกในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19		
ระดับสูง (ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป)	306	84.30

ตาราง 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ของระดับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุ (n=363) (ต่อ)

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19	จำนวน	ร้อยละ
ระดับปานกลาง (ได้คะแนนร้อยละ 60 – 79)	57	15.70
ระดับต่ำ (ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60)	0	0.00
$\bar{X}$ = 21.91 คะแนน, S.D. = 2.47, Min = 15 คะแนน, Max = 25 คะแนน		
ระดับสูง (ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป)	280	77.10
ระดับปานกลาง (ได้คะแนนร้อยละ 60 - 79)	80	22.00
ระดับต่ำ (ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60)	3	0.90
$\bar{X}$ = 12.58 คะแนน, S.D. = 1.87, Min = 7 คะแนน, Max = 15 คะแนน		
การรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19		
ระดับสูง (ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป)	251	69.10
ระดับปานกลาง (ได้คะแนนร้อยละ 60 - 79)	108	29.80
ระดับต่ำ (ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60)	4	1.10
$\bar{X}$ = 20.25 คะแนน, S.D. = 2.68, Min = 11 คะแนน, Max = 25 คะแนน		
การรับสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19	314	86.50
ระดับสูง (ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป)		
ระดับปานกลาง (ได้คะแนนร้อยละ 60-79)	48	13.20
ระดับต่ำ (ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60)	1	0.30
$\bar{X}$ = 17.23 คะแนน, S.D. = 1.93, Min = 11 คะแนน, Max = 20 คะแนน		
แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19		
ระดับสูง (ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป)	266	73.30
ระดับปานกลาง (ได้คะแนนร้อยละ 60 - 79)	86	23.70
ระดับต่ำ (ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60)	11	3.00
$\bar{X}$ = 17.23 คะแนน, S.D. = 1.93, Min = 11 คะแนน, Max = 20 คะแนน		

3.4 พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ในผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุอำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ระดับพอใช้ ร้อยละ 53.20 และระดับดี ร้อยละ 45.70 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 58.46 คะแนน ผู้มีคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ต่ำสุดเท่ากับ 38 คะแนน สูงที่สุดเท่ากับ 75 คะแนน ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ของระดับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุ (n=363)

พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี (ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป)	166	45.70
ระดับพอใช้ (ได้คะแนนร้อยละ 60 - 79)	193	53.20
ระดับควรปรับปรุง (ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60)	4	1.10
$\bar{X}$ = 58.46 คะแนน, S.D. = 6.32, Min = 38 คะแนน, Max = 75 คะแนน		

3.5 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุอำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า P-value < 0.05 เข้าร่วมการวิเคราะห์แบบ Multivariate โดยใช้สถิติ Multiple linear regression ด้วยวิธี Enter พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ดังนี้

ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า ผู้สูงอายุอำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา ที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 5 คนขึ้นไป มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 3 – 4 คนอยู่ 1.64 คะแนน (Mean Diff. = 1.64, 95%CI : 0.08, 3.21) และผู้สูงอายุที่มีฐานะทางการเงินพอใช้เหลือเก็บมีพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางการเงินพอใช้ไม่เหลือเก็บอยู่ 2.55 คะแนน (Mean Diff. = 2.55, 95%CI : 0.31, 4.80)

ด้านปัจจัยนำ พบว่า ผู้สูงอายุอำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา ที่มีความรู้ระดับสูง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้ระดับปานกลางอยู่ 1.78 คะแนน (Mean Diff. = 1.78, 95%CI : 0.06, 3.51) และผู้สูงอายุที่มีทัศนคติระดับดี มีพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีทัศนคติระดับปานกลางอยู่ 3.07 คะแนน (Mean Diff. = 3.07, 95%CI : 0.18, 5.96)

ด้านปัจจัยเสริม พบว่า ผู้สูงอายุอำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา ที่มีการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ระดับสูง มีพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ระดับปานกลางอยู่ 1.79 คะแนน (Mean Diff. = 1.79, 95%CI : 0.14,3.45) โดยตัวแปรเหล่านี้ สามารถอธิบายสมการถดถอยได้ร้อยละ 10.30 ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา (n = 363)

ตัวแปร	พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด							
	n	Mean	S.D.	Mean Difference			VIF	P-Value
				Un Adjusted	Adjusted*	95%CI		
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน								0.039
- 3 – 4 คน	139	57.93	6.6	0				
- 1 – 2 คน	116	57.92	6.1	-0.01	-0.11	-1.63,1.40	1.7	
- 5 คนขึ้นไป	108	59.74	6.7	1.80	1.64	0.08,3.21	1.0	
ฐานะทางการเงิน								
- พอใช้ไม่เหลือเก็บ	188	58.14	5.6	0				
- พอใช้เหลือเก็บ	34	61.26	6.7	3.12	2.55	0.31,4.80	1.9	
- ไม่พอใช้	141	58.22	6.5	0.08	-0.26	-1.64,1.11	1.4	
ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19								0.042
- ความรู้ระดับต่ำและระดับปานกลาง	59	56.94	6.7	0				
- ความรู้ระดับสูง	304	58.76	6.8	1.81	1.78	0.06,3.51	1.2	
ทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด 19								0.037
- ทัศนคติระดับต่ำและระดับปานกลาง	344	58.26	6.9	0				
- ทัศนคติระดับดี	19	62.15	5.0	3.98	3.07	0.18,5.96	1.5	
การรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19								
- การรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ระดับต่ำและระดับปานกลาง	112	56.61	6.4	0				
- การรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ระดับสูง	251	59.29	6.3	2.66	1.79	0.14,3.45	1.48	

หมายเหตุ: *Adjusted ตัวแปรที่มีอิทธิพลร่วม ได้แก่ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน, ฐานะทางการเงิน, ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19, ทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด 19, การรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19, ผลการวิเคราะห์ได้ค่า R = 0.32 และ R^2 = 0.103

อภิปรายผล

การศึกษาในครั้งนี้มุ่งเน้นศึกษาผลของปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในผู้สูงอายุอำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา โดยประยุกต์ใช้แบบจำลอง PROCEED MODEL ซึ่งเป็นแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม พบว่า ผู้สูงอายุอำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา ภาพรวมมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 53.20 มีคะแนนเฉลี่ย 58.46 คะแนน พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุอำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา คือ ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ฐานะทางการเงิน ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ทัศนคติเกี่ยวกับโรค โควิด 19 และปัจจัยเสริม ได้แก่ การรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ด้านปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล

จำนวนสมาชิกในครัวเรือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสมาชิก 1 – 4 คน ร้อยละ 70.30 เฉลี่ยครัวเรือนละ 3.6 คน การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า จำนวนสมาชิกในครัวเรือนมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุอำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา โดยผู้ที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 5 คนขึ้นไปมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 3 – 4 คนอยู่ 1.80 คะแนน (Mean Diff. = 1.80, 95%CI : 0.22, 3.39) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สอดคล้องกับการศึกษาของ[9] ที่ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของประชาชนอำเภอปากท่อ จังหวัดราชบุรี โดยพบว่า จำนวนสมาชิกในครัวเรือนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 อธิบายได้ว่า การอยู่อาศัยร่วมกันในครัวเรือนมีส่วนทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคซึ่งกันและกัน ทั้งนี้สมาชิกในครัวเรือนจะเป็นแหล่งเรียนรู้ เป็นแบบอย่าง ด้านสุขภาพ อีกทั้งยังพบว่าพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวมักจะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ประกอบกับในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ทุกคนมีโอกาสได้รับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 เหมือนกัน มีโอกาสติดเชื้อโควิด 19 ได้เท่ากัน และมีหลักปฏิบัติใน การป้องกันโรคที่เหมือนกัน สมาชิกในครัวเรือนจึงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคในลักษณะเดียวกัน

ฐานะทางการเงิน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีฐานะทางการเงินพอใช้ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 51.80 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าฐานะทางการเงินมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุอำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา โดยผู้ที่มีฐานะทางการเงินพอใช้เหลือเก็บมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางการเงินพอใช้ไม่เหลือเก็บอยู่ 3.12 คะแนน (Mean Diff. = 3.12, 95%CI : 0.82, 5.42) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัย ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ[10] ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในชุมชนเสือใหญ่อุทิศเขตจตุจักร กรุงเทพฯ โดย

พบว่า ระดับรายได้หรือฐานะทางการเงิน ไม่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคโควิด 19 โดยกลุ่มที่มีรายได้พอใช้เหลือเก็บจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ดีกว่ากลุ่มอื่น ๆ อธิบายได้ว่าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 การป้องกันโรคโควิด 19 ต้องมีค่าใช้จ่ายในการจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ เช่น หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า แอลกอฮอล์หรือแอลกอฮอล์เจล ดังนั้นผู้ที่มีฐานะทางการเงินที่พร้อมกว่าจึงสามารถที่ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ได้ดีกว่าผู้ที่มีฐานะทางการเงินไม่ดีหรือมีเงินไม่พอใช้

2. ด้านปัจจัยนำ

ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 83.70 มีคะแนนเฉลี่ย 12.61 คะแนน การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุอำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา โดยผู้ที่มีความรู้ระดับสูงมีพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับความรู้ระดับปานกลางอยู่ 1.81 คะแนน (Mean Diff. = 1.81, 95%CI : 0.05, 3.57) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สอดคล้องกับการศึกษาของ[11] ที่ศึกษาเรื่อง ความรู้ ความเชื่อ การรับรู้ และพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ในผู้สูงอายุชาวจีน โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ระดับดี ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญ อธิบายได้ว่าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ผู้สูงอายุมีโอกาสและช่องทางการการแสวงหาข้อมูลข่าวสารและเข้าถึงแหล่งความรู้และแนวทางการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 ทั้งจากสื่อประชาสัมพันธ์ต่าง ๆ เช่น สื่อโทรทัศน์ สื่อออนไลน์และจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าความรู้ที่ถูกต้องที่ตอบถูกมากที่สุดคือข้อที่กล่าวว่า การแพร่กระจายของเชื้อโรคโควิด 19 ส่วนใหญ่จะกระจายผ่านทางละอองฝอยขนาดเล็กจากน้ำลายน้ำมูก โดยตอบถูกร้อยละ 100 รองลงมาคือข้อที่กล่าวว่า กลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มที่มีโรคประจำตัว มีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อโรคโควิด 19 และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมากกว่ากลุ่มอื่น โดยตอบถูกร้อยละ 99.2 จากข้อคำถามทำให้ทราบว่าปัจจุบันหลังจากมีการระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 และเข้าใจถึงกระบวนการติดต่อของโรคมากขึ้น จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ถูกต้อง

ทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด 19 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด 19 อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 92.60 มีคะแนนเฉลี่ย 52.33 คะแนน การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ทัศนคติมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุอำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา โดยผู้ที่มีทัศนคติระดับดีมีพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีทัศนคติระดับปานกลางอยู่ 3.28 คะแนน (Mean Diff. = 3.28, 95%CI : 0.40, 6.15) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัย สอดคล้องกับการศึกษาของ[12] ที่ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ในจังหวัดสกลนคร โดยพบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดโรคโควิด 19

มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคโรคโควิด 19 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของบลูม[13] ที่กล่าวว่าทัศนคติเป็นความรู้สึกนึกคิด จะเป็นทางบวกหรือลบก็ได้ แต่จะส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมา และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ผู้สูงอายุอำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา มีทัศนคติที่ดีหรือถูกต้องมากที่สุด คือ ข้อที่กล่าวว่า ท่านคิดว่ากลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคหอบหืด ฯลฯ หากติดเชื้อโควิด 19 อาจมีอาการแทรกซ้อนที่รุนแรง กว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ ร้อยละ 57.60 รองลงมาคือ ข้อที่กล่าวว่า ท่านคิดว่ากลุ่มผู้สูงอายุ มีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อโควิด 19 สูงกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ จึงต้องได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ทุกคน ร้อยละ 45.50 ดังนั้นจึงต้องมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทุกคนมีทัศนะคติที่ถูกต้องเพื่อให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ได้ถูกต้อง

3. ด้านปัจจัยเสริม

การรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ระดับสูง ร้อยละ 69.10 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 มีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุอำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา โดยผู้ที่มีการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ระดับสูง มีพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ระดับปานกลางอยู่ 1.79 คะแนน (Mean Diff. = 1.79, 95%CI : 0.14,3.45) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ผู้สูงอายุอำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา มีการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 มากที่สุด คือ ข้อที่กล่าวว่าท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคโควิด 19 จาก อสม.หรือบุคลากรสาธารณสุข ร้อยละ 58.70 รองลงมาคือ ข้อที่กล่าวว่า ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคโควิด 19 จากสื่อโทรทัศน์ ร้อยละ 35.35 สอดคล้องกับการศึกษาของ ตวงพร กตัญญุตานนท์[14] ที่ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ โดยพบว่าการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 จากสื่อต่าง ๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของปิยะนันท์ เรือนคำ และคณะ[15] ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชากรผู้ใหญ่ : กรณีศึกษาเขตจอมทอง กรุงเทพมหานคร โดยพบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเป็นปัจจัยเสริมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อธิบายได้ว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อแหล่งต่าง ๆ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับทราบสถานการณ์ต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคโควิด 19 รับทราบวิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ซึ่งจะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1.1 หน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรให้ความสำคัญกับการ

ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 และการป้องกันโรค ในระดับครัวเรือน เพื่อให้เกิดความรู้และทัศนคติที่ดี โดยเฉพาะในประเด็นการใช้สมุนไพรฟ้าทายโจรรักษาโรคโควิด 19 ให้ถูกวิธี และความเข้าใจเกี่ยวกับการฉีดพ่นน้ำยาฆ่าเชื้อโรคในบริเวณบ้านที่ถูกต้อง

1.2 สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับควรส่งเสริมให้ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค โควิด 19 และการป้องกันโรค การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และแนวทางปฏิบัติในการป้องกันโรค โดยเฉพาะเรื่องการ ส่งเสริมการใช้ช้อนกลางของตนเองขณะรับประทานอาหารร่วมกันกับผู้อื่น ส่งเสริมการจัดสถานที่ให้มีการเว้นระยะห่างจากคนอื่น 1-2 เมตรในขณะทำกิจกรรมในที่ชุมชน

1.3 หน่วยงานสาธารณสุขควรจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 และวิธีการป้องกันโรค ให้กับแกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัว (กสค.) เพื่อให้แกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัวมีความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ที่ถูกต้อง และสามารถนำความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 และวิธีการป้องกันโรค ไปถ่ายทอดและปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างให้กับสมาชิกในครัวเรือนได้

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป

2.1 งานวิจัยนี้สำรวจผู้สูงอายุในอำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา จึงควรมีการศึกษาในพื้นที่อื่น ๆที่อาจมีบริบทที่หลากหลาย และมีความแตกต่าง ทั้งในด้านของสถานะทางสังคมเศรษฐกิจ ลักษณะการอยู่อาศัย ลักษณะการดำเนินชีวิต เพื่อใช้อภิปรายผลในภาพกว้างขึ้นได้

2.2 ควรมีการศึกษาในกลุ่มประชากรที่มีลักษณะเจาะจงและมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ในผู้สูงอายุตอนปลาย ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง เพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบายและหรือพัฒนารูปแบบหรือการส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโรคโควิด 19 หรือการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ

2.3 ควรศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมปัจจัยเหล่านั้นให้เหมาะสม และนำไปสู่พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ที่ถูกต้อง

2.4 ควรศึกษาและพัฒนารูปแบบ/โปรแกรมการส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโรคโควิด 19 หรือการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ

2.5 ควรศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อให้ทราบข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 และใช้เป็นแนวทางการบริหารจัดการทรัพยากรด้านสาธารณสุขและส่งเสริมปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ที่ถูกต้องและยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณาจารย์สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชที่กรุณาให้คำปรึกษาและคำแนะนำด้านวิชาการ ขอขอบคุณสาธารณสุขอำเภอเมืองยาง ผู้นวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้สูงอายุ ในพื้นที่ อำเภอเมืองยาง ที่อำนวยความสะดวกและ

ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้จนเสร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

[1] กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. [ออนไลน์]. (2565). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 30 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/ covid 19-daily-dashboard/

[2] ศูนย์โควิด-19 โคราช. สถานการณ์โควิด-19 จังหวัดนครราชสีมา. [ออนไลน์]. (2565). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 30 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก https://www.facebook.com/ covid 19 koratcenter/

[3] ศูนย์โควิด-19 โคราช. สถานการณ์โควิด-19 อำเภอเมืองยาง. [ออนไลน์]. (2565). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 30 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก https://covid-19.nakhonratchasima.go.th / frontpage

[4] สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถิติประชากรศาสตร์ ประชากรและเคหะ. [ออนไลน์]. (2564). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 30 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก http://statbbi. nso.go.th/ staticreport/page/sector/th/01.aspx

[5] นรลักขณ์ เอื้อกิจ และลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี. การประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE MODEL ในการสร้างเสริมสุขภาพ. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย 2562; 1: 38 – 48.

[6] จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM). [ออนไลน์]. (2564). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 26 ตุลาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก https:// www . gotoknow.org/posts/611058

[7] ชุลีกร ด่านยุทธศิลปะ.แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และ การประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพทางการพยาบาล.วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2561; 2: 132 – 41.

[8] Goleman, Daniel. Emotional Intelligence : Why It can Matter More Than IQ. New York : Bantam Books; 1995.

[9] สิทธิชน จันทร์แพง.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัส โคโรนา 2019 (โควิด-19) ของประชาชนอำเภอปากท่อ จังหวัดราชบุรี.วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม 2564; 3: 83 – 100.

[10] ประศักดิ์ สันติภาพ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันไวรัสโคโรน่า 2019 ของผู้สูงอายุในชุมชนเสือใหญ่อุทิศ เขตจตุจักร กรุงเทพฯ.วารสาร มจร พุทธปัญญาปริทรรศน์ 2565; 3: 72 – 84.

[11] Ying Chen et al. Knowledge, Perceived Beliefs, and Preventive Behaviors Relatedto COVID-19 Among Chinese Older Adults: Cross-Sectional Web-Based Survey. JOURNAL OF MEDICAL INTERNET RESEARCH. J Med Internet Res 2020; 22(12): 1 - 16.

[12] ประภัสสร เรืองฤาหาร วรินท์มาศเกษทองมา และวุธิพงศ์ ภักดกีล. พฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ในจังหวัดสกลนคร. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2565; 2 : 254 – 68.

[13] Bloom, B. S. Human Characteristic and

School Learning. New York : McGraw-Hill; 1976.

[14] ตวงพร กตัญญุตานนท์ และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ 2564; 1: 8 – 20.

[15] ปิยะนันท์ เรือนคำ และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชากรผู้ใหญ่: กรณีศึกษาเขตจอมทอง กรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการ

บทความวิจัยต้นฉบับ : การสำรวจการจัดการความเครียดของประชาชนวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครที่เกิดจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

A Survey of Stress Management Among Working-Age People in Bangkok Caused Due to Corona Virus Disease 2010 (COVID-19)

พัฐคม อินทรกำธรชัย[*] ไกรสร อัมมวรรธน์[**] และ ถกลรัตน์ ทักษิมา[***]
Pattakom Intarakumtornchai[*] Kraisorn ammawat[**] and Takunrat Taksima[***]
หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการแพทย์บูรณาการ วิทยาลัยการแพทย์บูรณาการ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์[*]
Master of Science Program in Integrative Medicine, College of Integrative Medicine, Dhurakij Pundit University [*]
วิทยาลัยการแพทย์บูรณาการ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ [**, ***]
College of Integrative Medicine, Dhurakij Pundit University [**, ***]
เบอร์โทรศัพท์ 08-7434-6666 : E-mail: pwhizkidz@gmail.com [*]
วันที่รับ 8 พ.ค. 2566; วันที่แก้ไข 6 มิ.ย. 2566; วันที่ตอบรับ 21 ก.ค. 2566

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเครียดและการจัดการความเครียด รวมถึงการหาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและการจัดการความเครียดของประชาชนวัยทำงานที่ได้รับผลกระทบจากการเกิดโรคระบาด COVID-19 ของกลุ่มตัวอย่างประชากรในเขตจังหวัดกรุงเทพมหานครจำนวน 407 คน โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลออกมาเป็นค่าสถิติผลการวิจัยพบว่า ประชาการมีระดับความเครียดจากโรคไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (COVID-19) อยู่ในระดับปานกลาง และมีความกังวลมากที่สุดทางด้านความคุกคามซึ่งอยู่ในระดับมาก รองลงมาคือด้านความท้าทายและด้านอันตราย/ความสูญเสียซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ขณะที่ระดับการจัดการความเครียดในภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับมากทั้ง 2 ด้าน ได้แก่ด้านการจัดการความเครียดโดยมุ่งแก้ไขปัญหา และด้านการจัดการความเครียดโดยมุ่งแก้ไขอารมณ์

ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่าประชาชนชาวกรุงเทพมหานครวัยทำงานที่มี (1) เพศและระดับการศึกษาต่างกันพบว่ามีการจัดการความเครียดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (2) อายุต่างกันมีการจัดการความเครียดในภาพรวมไม่แตกต่างกัน แต่มีการจัดการความเครียดโดยมุ่งแก้ไขอามรมณ์แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในคู่อายุ 26-35 ปี, 36-45 ปี (3) ประชาชนที่มีรายได้ต่อเดือนต่างกันมีการจัดการความเครียดในภาพรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่มีการจัดการความเครียดด้านมุ่งแก้ไขอารมย์ได้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญของคู่ (15,000-25,000 บาท, มากกว่า 25,000 บาท) (4) ประชาชนที่ปฏิบัติงานในองค์กรที่กลุ่มอุตสาหกรรมต่างกันมีการจัดการความเครียดทั้งในด้านมุ่งแก้ไขอารมย์และมุ่งแก้ไขปัญหา

ในภาพรวม และรายด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ (5) ประชาชนวัยทำงานในกรุงเทพมหานครมีความเครียดและการจัดการความเครียดที่สัมพันธ์กันทางบวกอยู่ในระดับปานกลาง โดยเมื่อมีความเครียดก็จะมีวิธีการจัดการความเครียดตามมาซึ่งเป็นความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันคือถ้าเครียดมากขึ้นก็จะมีวิธีการจัดการความเครียดที่เพิ่มขึ้นตามมา

คำสำคัญ : ความเครียด; การจัดการความเครียด; โรค COVID-19

Abstract

This research aimed to study stress and stress management including seeing the relationship between stress and stress management among working age people affected by Covid-19 pandemic. The research was conducted among 407 people in Bangkok. A questionnaire was used as the research instrument and statistics were used for data analysis. According to the study, it was found that people had a moderate level of stress caused by Covid-19 and were most anxious about threats at a high level, followed by challenges and harm/loss at a moderate level. Overall stress management was at a high level for 2 aspects, i.e. problem-focuses coping strategies and emotion-focused coping strategies.

Hypothesis testing results showed that working age people in Bangkok, 1) gender and educational level are different having there were no statistically statistical differences in stress management among working age people in Bangkok, 2) overall stress management in people with different ages was not different but there were statistically statistical differences in emotion-focused coping among people aged 26-35 years and people aged 36-45 years, 3) there were no statistically significance differences in overall stress management among people with different monthly income, at 0.05 but there were statistically differences in emotion-focused coping among people with monthly income 15,000-25,000 baht and people with monthly income higher than 25,000 baht, 4) there were statistically significance differences in overall and each aspect of problem-focused coping and emotion-focused coping among people working in different industries. And 5) working age people in Bangkok had stress and stress management with positive relationship at a moderate level. As soon as they have stress, they have a method to manage stress in the same direction. When they are more stressed, they will have more methods for stress management accordingly.

Keywords : Stress; Stress Management; Covid-19.

บทนำ

โรคไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่(SARS-CoV-2) หรือ ชื่อที่เรียกกันโดยทั่วไปว่าโรคไวรัสโคโรนา (COVID-19) หรือ โรค COVID-19 ถูกพบครั้งแรกในเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน โดยพบหลักฐาน การแพร่จากคนสู่คน ต่อมามีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นในช่วงกลางเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 และได้พบผู้ป่วยยืนยันในหลายประเทศทั่วโลก[1] จนเมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2563 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรค COVID-19 เป็นการระบาดใหญ่ (pandemic) ที่มีจำนวนผู้ป่วย และผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากอย่างรวดเร็ว โดยในปัจจุบัน

ข้อมูลจากกรมควบคุมโรค ในวันที่ 19 มีนาคม 2564 พบผู้ป่วยในประเทศไทย จำนวน 27,594 คน และมีผู้ป่วยทั่วโลกกว่า 122,657,298 คน[2] โดยอัตราการเสียชีวิตจากโรคประมาณร้อยละ 4.6 [3] อาการที่พบบ่อยที่สุดของโรค COVID-19) คือ มีไข้ อ่อนเพลียและมีอาการไอแห้ง ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการปวดเมื่อย คัดจมูก น้ำมูกไหล เจ็บคอ หรือท้องเสีย อาการเหล่านี้มักจะไม่รุนแรง แต่มีรายงานว่าประมาณ 1 ใน 6 คนที่ได้รับเชื้อโรค COVID-19 ป่วยหนักและหายใจลำบาก[3] โดยกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคประจำตัวเช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน[3] ระยะฟักตัวของโรค อยู่ระหว่าง 2-14 วัน[4]

การแพร่ระบาดของเชื้อของโรค COVID-19 ในช่วงต้นปี พ.ศ. 2563 จนถึงปัจจุบัน ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้คนทั่วโลกซึ่งเกี่ยวเนื่องไปถึงเศรษฐกิจทั่วทุกภูมิภาคในโลก โดยผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจนั้นทำให้เศรษฐกิจมีการหดตัว ทุกภาคส่วนได้รับผลกระทบทั้งการใช้จ่ายของภาคเอกชน ภาคการท่องเที่ยว ภาคการผลิต การลงทุนภายในประเทศ และส่งผลต่อแรงงานที่ทำให้คนตกงานเป็นจำนวนมาก จึงส่งผลให้ประชาชนมีความเครียด โดยเฉพาะประชาชนที่อยู่ในวัยทำงานที่ที่ต้องมีความรับผิดชอบต่อตนเองและครอบครัวทำให้มีความวิตกกังวลเป็นอย่างมาก[5] จากผลการวิจัยที่ผ่านมาพบความเครียดเมื่อเกิดโรคระบาดของโรค COVID-19 โดยส่วนใหญ่พบว่ามีความเครียดตั้งแต่เครียดน้อยไปหามากที่สุด[6] นอกจากนี้พบในงานวิจัย ของอภิญญา อิงอาจ ณัฐพร กาญจนภูมิ และพรพรรณ เชยจิตร[7] ศึกษาความกังวลในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ของนักศึกษาระดับปริญญาตรีคณะเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร มหาวิทยาลัยศิลปากร ที่ศึกษาในเทอมการศึกษาปลาย ปีการศึกษา 2562 จำนวน 662 คน ผลการวิจัยพบว่าว่านักศึกษาที่เป็นตัวอย่างมีความกังวลในระดับมากทุก ๆ มิติ โดยมีความกังวลสูงเป็นอันดับหนึ่งในมิติเกี่ยวกับสภาพเศรษฐกิจที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองหรือครอบครัว รองลงมา คือ เรื่องการเรียน[7] และงานวิจัยของอรรถพล ทองดี[8] ได้ศึกษาผลกระทบจากโรคระบาด การเปลี่ยนแปลงนโยบายการดำเนินงาน และความเครียด ส่งผลต่อประสิทธิผลการทำงาน:กรณีศึกษากลุ่มธุรกิจค้าส่ง ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านผลกระทบจากโรคระบาด มีอิทธิพลร้อยละ 20.5 ปัจจัยด้านผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงนโยบายการดำเนินงานมีอิทธิพล 29.6 ปัจจัยด้านผลกระทบด้านความเครียด มีอิทธิพล 42.1 โดยด้านลักษณะของงาน ด้านนโยบายองค์กร ด้านผลตอบแทน มีผลต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงาน

จากสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ที่เกิดขึ้นพบว่าได้สร้างปัญหาให้กับประชาชนทั่วรวมถึงประเทศไทยเป็นอย่างมากในด้านการสร้างความวิตกกังวล และความเครียด โดยมีความวิตกกังวลและความเครียดที่เกิดมาจากสาเหตุต่าง ๆ อาทิเช่น การกลัวติดเชื้อ ความกังวลจากมาตรการปิดประเทศ (lock down) เป็นต้น[9] การรับรู้ถึงความเสี่ยงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อที่จะเตรียมการในการป้องกันตนเองจากการระบาดของโรค COVID-19 ซึ่งการรับรู้ถึงความเสี่ยงจะช่วยกำหนดเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมนุษย์ได้ [10] การรับรู้ถึงภาวะความเสี่ยงทางด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น[11]

จากที่กล่าวมาข้างต้นถ้าหากประชาชนผู้ที่มีความเครียดสามารถจัดการความเครียดในสถานการณ์ที่ยากลำบากได้นั้นจะทำให้สามารถประคับประคองให้ดำรงชีวิตอยู่ได้อยู่

ในสถานการณ์ที่ยากลำบากให้สามารถใช้ชีวิตได้อย่างเหมาะสมกับสภาพแวดล้อม จนเป็นสถานการณ์ที่มีบุคคลนั้นสามารถอยู่ในสภาพแวดล้อมนั้น ๆ ได้

จึงทำให้ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยเรื่องการจัดการความเครียดของประชาชนวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครจากการระบาดโรค COVID-19 ขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเครียดและการจัดการความเครียดของประชาชนวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครจากผลกระทบโรค COVID-19
2. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการจัดการความเครียดในภาวะการระบาดของโรค COVID-19
3. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและการจัดการความเครียดในภาวะการระบาดของโรค COVID-19

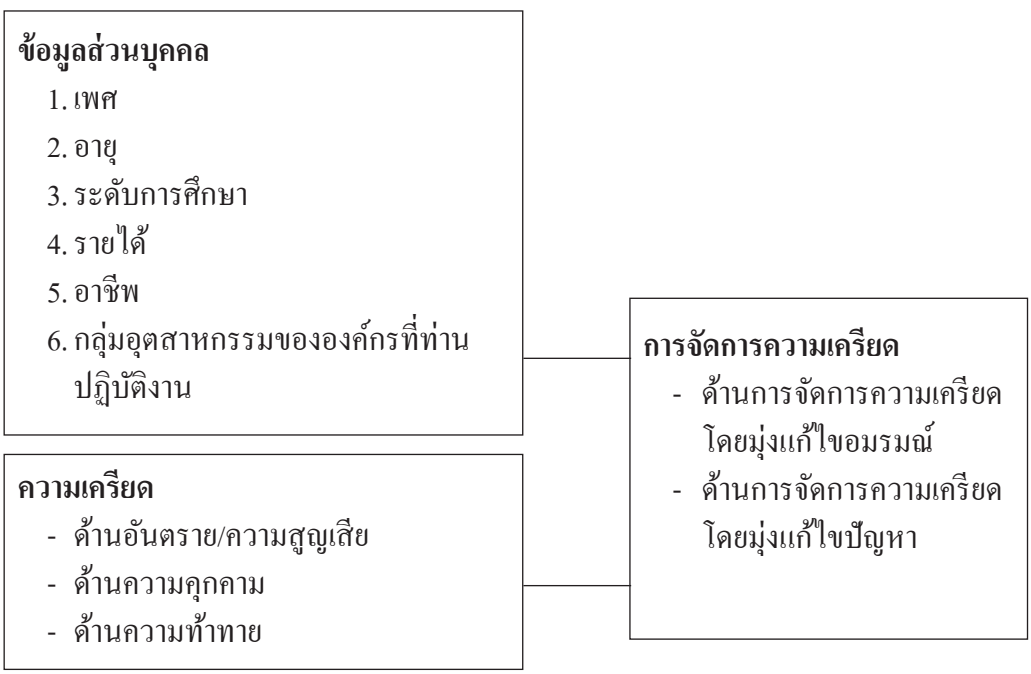
ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากรและตัวอย่าง ประชากร คือ ประชาชนวัยทำงานที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร มีอายุระหว่าง 18-60 ปี จำนวน 5,277,100 คน[12] และกลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนวัยทำงานที่อาศัยอยู่ ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 407 คน

ขอบเขตด้านเนื้อหาที่ใช้ในการศึกษาแบ่งออกเป็นสองส่วน ได้แก่ ด้านความเครียด และด้านการจัดการความเครียดเกี่ยวกับสถานการณ์ COVID-19 เท่านั้น

ขอบเขตด้านระยะเวลาของการศึกษา เป็นระยะเวลา 1 ปี

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชาชนและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนวัยทำงานที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครมีอายุระหว่าง 18-60 ปี จำนวน 5,277,100 คน[12] กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนในจังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวนไม่น้อยกว่า 400 คน อ้างอิงจากสูตรการคำนวณของ Yamane[13] คิดที่ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 แต่ในงานวิจัยนี้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างได้ทั้งหมด 407 คน โดยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบตามความสะดวก โดยจำแนกกลุ่มตามเขตพื้นที่ของกรุมเทพมหานคร ดังนี้ เขตกรุงเทพมหานครกลาง เขตกรุงเทพมหานครตะวันออกเขตกรุงเทพมหานครใต้ เขตกรุงเทพมหานครเหนือ และเขตกรุงธนใต้ จำนวนเขตละ 68 คน และเขตกรุงธนใต้ และเขตกรุงธนเหนือ จำนวนเขตละ 67 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน อาชีพ และกลุ่มอุตสาหกรรมขององค์กรที่ปฏิบัติงาน จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 เป็นความคิดเห็นต่อความเครียดของประชาชนวัยทำงานที่เกิดจากการระบาดของโรค COVID-19 จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 3 เป็นความคิดเห็นต่อการจัดการความเครียดของประชาชนวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครที่เกิดจากการระบาดของโรค COVID-19 จำนวน 11 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การสร้างและตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องให้ครบถ้วนตามกรอบแนวคิดในการวิจัย และนำแนวความคิดที่ได้จากการศึกษาดังกล่าวมาสร้างเครื่องมือให้ตรอบคลุมกับเนื้อหาและสอดคล้องกับนิยามปฏิบัติ

2. นำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และพิจารณาสำนวนภาษาให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข ซึ่งผลการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหามีค่าอยู่ระหว่าง 0.60-1.00

3. การตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามโดยการนำไปทดลองใช้ (try out) กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยมีค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือวัดในแต่ละด้านความเครียดจากโรคไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (COVID-19) เท่ากับ 0.901 และด้านการจัดการความเครียด เท่ากับ 0.874 ซึ่งทั้งฉบับได้เท่ากับ 0.912

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) ใช้แบบสอบถาม (questionnaire) ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในช่วงของการระบาดของโรค covid-19 ผู้วิจัยจึงใช้โปรแกรมการเก็บข้อมูลในรูปแบบลออนไลน์ที่สร้างด้วยฟอร์ม

ของกูเกิล โดยดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม -30 เมษายน 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำแบบสอบถามที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดำเนินการตามวิเคราะห์กโดยใช้สถิติดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics)

1.1 อธิบายปัจจัยเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และอาชีพ เพื่อนำมาคำนวณค่าร้อยละ (percentage)

1.2 ความเครียด และการจัดการความเครียด ค่าคะแนนเฉลี่ย (mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตราฐาน (standard deviation)

2. สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) อธิบายการทดสอบสมมติฐานที่ตั้งขึ้น สำรวจว่าตัวแปรต้นมีผลต่อตัวแปรตามอย่างไรบ้าง โดยใช้วิเคราะห์เพื่อการทดสอบสมมติฐานในแต่ละข้อดังนี้

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกันจะมีระดับความเครียดและการจัดการความเครียดแตกต่างกัน ใช้วิธีการทดสอบ t – test สำหรับทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม และทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยที่มากกว่า 2 กลุ่ม ใช้การทดสอบ F-test (One-Way ANOVA) โดยหากพบความแตกต่างที่เกิดขึ้นต้องทำการเปรียบเทียบเชิงซ้อน โดยใช้วิธี LSD (Fisher's Least – Significant Different)

2.2 ความเครียดมีความสัมพันธ์กับการจัดการความเครียด โดยใช้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Correlation) สำหรับการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ซึ่งการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรว่ามีความสัมพันธ์กันไปในทิศทางใด และมีความสัมพันธ์กันมากหรือน้อยเพียงใด ซึ่งความสัมพันธ์สามารถทราบได้จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ในการกำหนดระดับค่าความสัมพันธ์ สามารถพิจารณาได้ [14] ดังนี้

ค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์มากกว่า 0.90 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันสูงมาก

ค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์ 0.70 – 0.90 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันสูง

ค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์ 0.30 – 0.69 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันปานกลาง

ค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์น้อยกว่า 0.30 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันต่ำ

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยเรื่องดังกล่าว ได้รับการรับรองพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ ประเทศไทย รหัส 013/64NA เมื่อวันที่ 17 มกราคม 2565 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการวิจัยได้หากไม่สะดวกในการให้ข้อมูลการวิจัย และผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยโดยภาพรวม ไม่ได้รับรายบุคคล

ผลการการวิจัย

ส่วนที่ 1 เรื่องประชากรศาสตร์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 407 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 73.0 รองลงมาเป็นเพศชายร้อยละ 27.0 ส่วนใหญ่มีอายุ 18-25 ปี ร้อยละ 30.7 รองลงมา 26-35 ปี ร้อยละ 29.7 ต่อมา อายุ 36-45 ปี ร้อยละ 21.6 และอายุ 46-60 ปี ร้อยละ 17.9 มีระดับ

การศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 54.3 รองลงมา ปริญญาตรี ร้อยละ 32.2 และ สูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 13.5 ขณะที่รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 40.0 รองลงมามีรายได้ 15,000-25,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 33.7 และมีรายได้มากกว่า 25,000 บาท ร้อยละ 26.3 ส่วนใหญ่ทำงานในกลุ่มอุตสาหกรรมอื่นๆ ร้อยละ 31.9 รองลงมาเป็นอุตสาหกรรมบริการ (พาณิชย์ การแพทย์ ท่องเที่ยว ฯลฯ) ร้อยละ 17.4 และต่ำสุดคือเกษตรและอุตสาหกรรมอาหาร ร้อยละ 2.7

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับความเครียดที่เกิดจากการระบาดของโรคไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (COVID-19)

การวิเคราะห์ระดับความเครียดจากโรคไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (COVID-19) พบว่าประชาชนวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 407 คน มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง 3.36 โดยส่วนใหญ่มีความเครียดด้านความคุกคามของไวรัสโคโรนาสายพันธ์ใหม่อยู่ในระดับมาก 3.49 รองลงมา เครียดด้านความท้าทาย 3.31 และด้านอันตราย/ความสูญเสีย 3.29 แสดงดังตาราง 1

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับการจัดการความเครียดที่เกิดจากการระบาดของโรคไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (COVID-19)

การวิเคราะห์ระดับของการจัดการความเครียด พบว่าประชาชนวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 407 คน มีการจัดการความเครียดอยู่ในระดับมาก 3.54 โดยด้านการจัดการความเครียดโดยมุ่งแก้ไขปัญหาสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก 3.64 รองลงมาด้านการจัดการความเครียดโดยมุ่งแก้ไขอารมณ์ อยู่ในระดับมาก 3.44 แสดงดังตาราง 1

ตาราง 1 ความคิดเห็นเกี่ยวกับความเคียดและระดับการจัดการความเครียดที่เกิดจากการระบาดของโรคไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (COVID-19)

ความเครียดและการจัดการความเครียด	$\bar{x}$	S.D.	ความหมาย
1. ความเครียด			
ด้านอันตราย/ความสูญเสีย	3.29	0.89	ปานกลาง
ด้านความคุกคาม	3.49	0.88	มาก
ด้านความท้าทาย	3.31	0.74	ปานกลาง
รวม	**3.36**	**0.72**	**ปานกลาง**
2. การจัดการความเครียด			
ด้านการจัดการความเครียดโดยมุ่งแก้ไขอารมณ์	3.44	0.61	มาก
ด้านการจัดการความเครียดโดยมุ่งแก้ไขปัญหา	3.64	0.66	มาก
รวม	**3.54**	**0.75**	**มาก**

ส่วนที่ 4 ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการจัดการความเครียดของประชาชนวัยทำงานในกรุงเทพมหานคร จำนวน 407 คน พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกันจะมีระดับการจัดการความเครียดแตกต่างกันไปด้วย ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน และกลุ่มอุตสาหกรรมขององค์กรที่ปฏิบัติงาน แสดงดังตาราง 2–4

ตาราง 2 ผลการทดสอบการจัดการความเครียดของประชาชนจำแนกตามเพศอายุ ระดับการศึกษา และรายได้ต่อเดือน

1. การจัดการความเครียดของประชาชนจำแนกตามเพศ	**ชาย**		**หญิง**		**t**	**Sig.**
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
ด้านการจัดการความเครียดโดยมุ่งแก้ไขอารมณ์	3.48	0.60	3.43	0.61	0.74	0.46
ด้านการจัดการความเครียดโดยมุ่งแก้ไขปัญหา	3.73	0.65	3.61	0.66	1.52	0.13
รวม	**3.60**	**0.55**	**3.52**	**0.58**	**1.26**	**0.21**

2. การจัดการความเครียดของประชาชนจำแนกตามอายุ	**18-25 ปี**		**26-35 ปี**		**36-45 ปี**		**46-60 ปี**		**F**	**Sig.**
	$\bar{x}$	**S.D.**	$\bar{x}$	**S.D.**	$\bar{x}$	**S.D.**	$\bar{x}$	**S.D.**		
ด้านการจัดการความเครียดโดยมุ่งแก้ไขอารมณ์	3.62	0.60	3.40	0.62	3.40	0.59	3.23	0.55	7.11	0.00*
ด้านการจัดการความเครียดโดยมุ่งแก้ไขปัญหา	3.65	0.63	3.62	0.71	3.66	0.70	3.65	0.58	0.10	0.96
รวม	3.64	0.56	3.51	0.61	3.53	0.60	3.44	0.48	2.02	0.11

3. การจัดการความเครียดของประชาชนจำแนกตามระดับการศึกษา	**ต่ำกว่าปริญญาตรี**		**ปริญญาตรี**		**สูงกว่าปริญญาตรี**		**F**	**Sig.**
	$\bar{x}$	**S.D.**	$\bar{x}$	**S.D.**	$\bar{x}$	**S.D.**		
ด้านการจัดการความเครียดโดยมุ่งแก้ไขอารมณ์	3.46	0.67	3.47	0.55	3.27	0.45	2.40	0.09
ด้านการจัดการความเครียดโดยมุ่งแก้ไขปัญหา	3.60	0.72	3.67	0.60	3.77	0.51	1.59	0.20
รวม	**3.53**	**0.65**	**3.57**	**0.50**	**3.52**	**0.39**	**0.23**	**0.79**

ตาราง 2 ผลการทดสอบการจัดการความเครียดของประชาชนจำแนกตามเพศอายุ ระดับการศึกษา และรายได้ต่อเดือน (ต่อ)

4. การจัดการความเครียดของประชาชนจำแนกตามรายได้ต่อเดือน	**< 15,000 บาท**		**15,000-25,000 บาท**		**> 25,000บาท**			
	$\bar{X}$	**S.D.**	$\bar{X}$	**S.D.**	$\bar{X}$	**S.D.**	**F**	**Sig.**
ด้านการจัดการความเครียดโดยมุ่งแก้ไขอารมณ์	3.56	0.65	3.37	0.61	3.34	0.51	5.42	0.00*
ด้านการจัดการความเครียดโดยมุ่งแก้ไขปัญหา	3.66	0.69	3.56	0.70	3.73	0.54	2.05	0.13
รวม	**3.61**	**0.63**	**3.47**	**0.60**	**3.54**	**0.44**	**2.27**	**0.10**

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 3 เปรียบเทียบแบบ Multiple Comparison ของการจัดการความเครียดของประชาชนด้านการจัดการความเครียดโดยมุ่งแก้ไขอารมณ์จำแนกตามอายุ และรายได้ต่อเดือน

การจัดการความเครียดของประชาชนด้านการจัดการความเครียดโดยมุ่งแก้ไขอารมณ์					
อายุ	**ค่าเฉลี่ย**	**18-25 ปี**	**26-35 ปี**	**36-45 ปี**	**46-60 ปี**
18-25 ปี	3.62	-	0.43*	0.45*	0.92*
26-35 ปี	3.40		-	0.02	0.49*
36-45 ปี	3.40			-	0.46*
46-60 ปี	3.23				-
รายได้	**ค่าเฉลี่ย**	**< 15,000 บาท**	**15,000-25,000 บาท**	**> 25,000 บาท**	
ต่ำกว่า 15,000 บาท	3.56	-	0.18*	0.21*	
15,000-25,000 บาท	3.37		-	0.02	
มากกว่า 25,000 บาท	3.34			-	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 2-4 จะพบว่าประชาชนชาวกรุงเทพมหานครวัยทำงานที่มีเพศต่างกันมีการจัดการความเครียดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่อายุของประชาชนที่แตกต่างกันพบว่ามีการจัดการความเครียดในภาพรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีการจัดการความเครียดโดยมุ่งแก้ไขอามรมณ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในคู่ 26-35 ปี กับ 36-45 ปี (ตาราง 3) และประชาชนที่มีระดับของการศึกษาที่แตกต่างกับพบว่ามีการจัดการความเครียดที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งในภาพรวม และทั้ง 2

ด้าน คือ ด้านการจัดการความเครียดโดยมุ่งแก้ไขอารมณ์ และด้านการจัดการความเครียดโดยมุ่งแก้ไขปัญหา และเมื่อพิจารณาจากรายได้ต่อเดือนของประชาชนที่แตกต่างกัน พบว่าประชาชนมีการจัดการความเครียดในภาพรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีการจัดการความเครียดด้านมุ่งแก้ไขทางอารมย์ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ของของคู่รายได้ 15,000-25,000 บาท กับ มากกว่า 25,000 บาท (ตาราง 3) นอกจากนี้เมื่อพิจารณาจากกลุ่มอุตสาหกรรมขององค์กรที่ปฏิบัติงาน พบว่าประชาชนที่ปฏิบัติงานในองค์กรที่กลุ่มอุตสาหกรรมต่างกันมีการจัดการความเครียดทั้งในด้านมุ่งแก้ไขอารมย์และมุ่งแก้ไขปัญหาในภาพรวม และรายด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยด้านการจัดการความเครียดโดยมุ่งแก้ไขอารมณ์พบว่าคู่ที่แตกต่างกัน คือ สินค้าอุปโภคบริโภค กับ สินค้าอุตสาหกรรม บริการ กับสินค้าอุตสาหกรรม, บริการ กับ อื่น ๆ และ สินค้าอุตสาหกรรม กับ อื่น ๆ สำหรับการจัดการความเครียดโดยมุ่งแก้ไขปัญหาพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่คู่ เกษตรและอุตสาหกรรมอาหารกับสินค้าอุปโภคบริโภค เกษตรและอุตสาหกรรมอาหารกับบริการ เกษตรและอุตสาหกรรมอาหารกับอื่น ๆ สินค้าอุปโภคบริโภคกับบริการ สินค้าอุปโภคบริโภคกับ อื่น ๆ ธุรกิจการเงินกับเทคโนโลยี อสังหาริมทรัพย์และก่อสร้างกับบริการ และคู่ของบริการกับอื่น ๆ (ตาราง 4)

ตาราง 4 ผลการทดสอบการจัดการความเครียดของประชาชนชาวกรุงเทพมหานครวัยทำงานจำแนกตามกลุ่มอุตสาหกรรมขององค์กรที่ปฏิบัติงาน

ความเครียด	เกษตรและอุตสาหกรรมอาหาร		สินค้าอุปโภคบริโภค		ธุรกิจการเงิน		อสังหาริมทรัพย์และก่อสร้าง		เทคโนโลยี		บริการ		สินค้าอุตสาหกรรม		อื่นๆ		F	Sig.
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
ด้านการจัดการความเครียดโดยมุ่งแก้ไขอารมณ์	3.79	0.67	3.55	0.63	3.32	0.58	3.69	0.48	3.21	0.64	3.42	0.65	3.47	0.66	3.42	0.53	2.06	0.05*
ด้านการจัดการความเครียดโดยมุ่งแก้ไขปัญหา	3.71	0.66	3.71	0.64	3.39	0.66	3.63	0.42	3.34	0.83	3.67	0.62	3.79	0.74	3.67	0.59	2.28	0.03*
รวม	3.75	0.61	3.63	0.59	3.36	0.53	3.66	0.36	3.28	0.71	3.55	0.56	3.63	0.66	3.55	0.50	2.24	0.03*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0

สมมติฐานที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการจัดการความเครียดของประชาชนวัยทำงานในกรุงเทพมหานคร จำนวน 407 คน พบว่าความเครียดและการจัดการความเครียดที่สัมพันธ์กันทางบวกอยู่ในระดับปานกลางในทุกด้าน ได้แก่ความเครียดด้านอันตราย/ความสูญเสีย ความเครียดด้านความคุกคาม และความเครียดด้านความท้าทายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการจัดการความเครียดของประชาชน

ความเครียด	ความเครียดการจัดการ		
	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)	ระดับความสัมพันธ์
ด้านอันตราย/ความสูญเสีย	.431*	0.000	มีความสัมพันธ์กันปานกลาง
ด้านความคุกคาม	.438*	0.000	มีความสัมพันธ์กันปานกลาง
ด้านความท้าทาย	.473*	0.000	มีความสัมพันธ์กันปานกลาง
รวม	.514*	0.000	มีความสัมพันธ์กันปานกลาง

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

ประเด็นที่ 1 ผลการวิเคราะห์ระดับความเครียดจากโรคไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (COVID-19) พบว่าในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางสอดคล้องกับงานวิจัยของเอกลักษณ์ แสงศิริรักษ์ และสิรินรัตน์ แสงศิริรักษ์[15] ศึกษาความเครียดและอารมณ์เศร้าของบุคลากรทางการแพทย์ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลการวิจัยพบว่าบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลสุรินทร์ พบว่ามีความเครียดปานกลาง และงานวิจัยของ Islam et.al.,[16] พบว่าประชาชนชาวบังกลาเทศร้อยละ 85.60 มีความเครียดจากโรคไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (COVID-19) ซึ่งส่งผลให้นอนไม่หลับ อารมณ์แปรปรวน และเกิดความวุ่นวายในครอบครัว เพราะกลัวติดเชื้อโควิด นอกจากนี้ยังทำให้เป็นอุปสรรคต่อการไปทำงานและเป็นปัญหาต่อการเงิน

ประเด็นที่ 2 ผลการวิเคราะห์ระดับการจัดการความเครียดพบว่าในภาพรวมอยู่ในระดับมาก และรายด้านก็อยู่ในระดับมากทั้งสองด้าน คือ 2.1 ด้านการจัดการความเครียดโดยมุ่งแก้ไขปัญหาโดยประชาชนวัยทำงานในกรุงเทพมหานครจะมีการจัดการความเคียดโดยมุ่งแก้ไขปัญหาด้วยการวิเคราะห์ปัญหา จากนั้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา และจะเลือกวิธีการในการแก้ปัญหาที่ดีที่คิดว่าดีที่สุด รวมถึงทำการค้นหารายละเอียดของข้อมูลข่าวสารเพื่อที่จะนำมาช่วยแก้ปัญหา และอีกวิธีการหนึ่งคือการขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นซึ่งจะต่ำกว่าวิธีการอื่น ๆ และ 2.2 ด้านการจัดการความเครียดโดยมุ่งแก้ไขอารมณ์ ประชาชนวัยทำงานในกรุงเทพมหานครจะมีการจัดการความเคียดโดยมุ่งแก้ไขอารมณ์ คือ เมื่อเกิดความเครียดก็จะหางานอดิเรกทำ เช่น อ่านหนังสือ ดูหนัง ฟังเพลง

ออกกำลังกาย หรือศึกษาธรรมะ รวมทั้งพูดคุยปรึกษาปัญหากับบุคคลในครอบครัว ส่วนเก็บปัญหาไว้คนเดียวไม่ปรึกษาใครจะปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเมื่อบุคคลเกิดความเครียดโดยเฉพาะความเครียดจากโรคไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (COVID-19) ซึ่งส่งผลต่อการดำเนินชีวิตค่อนข้างสูงทั้งในเรื่องสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม บุคคลจะมุ่งแก้ไขที่ปัญหาให้มีการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์หรือการปรับกระบวนการใหม่ และมุ่งแก้ไขอารมณ์ที่เป็นทุกข์ โดยใช้การคิดและใช้กลไกทางจิตแสดงออกด้วยการควบคุมอารมณ์ ทำจิตให้สงบ รวมทั้ง การระบายอารมณ์ออกมาทางการพูดและการกระทำ[17] และ Lazarus et.al.[18] ที่กล่าวว่าการจัดการความเครียดโดยมุ่งแก้ไขปัญหาบุคคลจะวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อหาสาเหตุและวิธีแก้ปัญหา นอกจากนี้ยังมุ่งเน้นการเน้นที่การจัดการความรู้สึกและอารมณ์เพื่อพยายามลด หรือบรรเทาความไม่สบายใจและช่วยรักษาภาวะสมดุลทางด้านจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของธนภัทร ชุมวรฐายี และกรเอก กาญจนาโภคิน[19] ศึกษาการจัดการความเครียดจากโรคไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (COVID-19) ของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีจัดการความเครียดด้วยการเตรียมพร้อมรับมือกับความเครียด การลดผลกระทบจากความเครียด การหลีกเลี่ยงความเครียด ซึ่งอยู่ในระดับมาก นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของกิ่งกาญจน์ ไทยขวัญ[20] ได้ศึกษาวิธีการจัดการความเครียดของบุคลากรการไฟฟ้า ส่วนภูมิภาคจังหวัดสุพรรณบุรี และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีวิธีการจัดการความเครียดด้วยวิธีการดูหนัง ฟังเพลง และใช้เวลาอยู่กับครอบครัว และงานวิจัยของกฤชกันทร สุวรรณพันธุ์ เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ และลำพึง วอนอก[6] ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดต่อการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (COVID-19) ของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความเครียดในระดับน้อยร้อยละ 61.52 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดต่อการระบาดของโรค COVID-19 ได้แก่ ปัจจัยระดับการรับรู้ความเสี่ยงโรค COVID- 19 ระดับปานกลาง และระดับไม่ดี (ORadj 1.56, p =.014, 95%CI [1.10, 2.23] และ ORadj 1.83, p=.010, 95%CI [1.15, 2.90] นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของธนาสิทธิ์ วิจิตราพันธ์[21] ได้ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและภาวะซึมเศร้า ของประชาชนเขตคลินิกหมอครอบครัว บ้านทุ่งเสี้ยว อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19 ผลการวิจัยพบว่าความชุกของความเครียดและภาวะซึมเศร้าของประชาชนเท่ากับร้อยละ 0.9 และ 1.5 ตามลำดับ ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและภาวะซึมเศร้า กับอายุ เพศ อาชีพ โรคประจำตัว และลักษณะการทำงานที่เสี่ยงในการติดเชื้อโควิด-19 ในขณะที่ประวัติไปในพื้นที่เสี่ยงโควิด-19 การเป็นผู้แยกสังเกตอาการ /ผู้กักกันตัว การเป็นผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค และการมีญาติเข้าเกณฑ์การสอบสวนโรค/ติดเชื้อ โควิด-19 มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบความสัมพันธ์กับความเครียด

ประเด็นที่ 3 ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่าเพศต่างกัน และระดับการศึกษาต่างกันมี

ระดับการจัดความเครียดไม่แตกต่างกัน แต่พบความแตกต่างในกาคจัดการความเครียดของประชาชนที่มีอายุต่างกันในด้านการมุ่งแก้ไขอามรมณ์ โดยประชาชนที่มีอายุ 18-25 ปี มีการจัดการความเครียดโดยมุ่งแก้ไขอามรมณ์สูงกว่าประชาชนที่มีอายุ 26-35 ปี 36-45 ปี และ 46-60 ปี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากประชาชนกลุ่มที่มีอายุ 18-25 ปี มีภาระไม่มากเป็นกลุ่มวัยรุ่นและเริ่มทำงานใหม่ ๆ มีวิธีการและเครื่องมือในการจัดการความเครียดที่หลากหลายไม่ว่าจะจากสื่อต่าง ๆ เช่นสื่อสังคมออนไลน์ รวมถึงการหางานอดิเรกทำ เช่น อ่านหนังสือ ดูหนัง ฟังเพลง ออกกำลังกาย และพูดคุยปรึกษาปัญหากับบุคคลในครอบครัว[22] ต่อมาในประเด็นของรายได้ต่อเดือนต่างกันมีระดับการจัดการความเครียดแตกต่างกันในด้านการมุ่งแก้ไขอามรมณ์โดยประชาชนที่มีรายได้ต่ำกว่า15,000บาท มีการจัดการเครียดโดยมุ่งแก้ไขอามรมณ์สูงกว่าประชาชนที่มีรายได้ต่อเดือน 15,000-25,000 บาท และมากกว่า 25,000 บาท ซึ่งสอดคล้องกันกับประเด็นในเรื่องอายุที่ประชาชนรายได้ต่ำกว่าก็จะมีรายได้ที่ต่ำกว่าจะเป็นกลุ่มประชาชนกลุ่มเดียวกัน และในประเด็นของกลุ่มอุตสาหกรรมขององค์กรที่ปฏิบัติงานต่างกันมีการจัดการความเครียดแตกต่างกันโดยประชาชนที่ทำงานในอุตสาหกรรมเกษตรและอุตสาหกรรมอาหารมีการจัดการความเครียดสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ ทั้งนี้อาจขึ้นอยู่กับบรรยากาศในการทำงานของแต่ละองค์กร

ประเด็นที่ 4 ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่าประชาชนวัยทำงานในกรุงเทพมหานครมีความเครียดและการจัดการความเครียดที่สัมพันธ์กันทางบวกและอยู่ในระดับปานกลาง หมายถึง เมื่อประชาชนมีความเครียดก็จะมีวิธีการจัดการความเครียดตามมาซึ่งเป็นความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันคือถ้าเครียดมากขึ้นก็จะมีวิธีการจัดการความเครียดที่เพิ่มขึ้นตามไปด้วย โดยพบว่าระดับความสัมพันธ์นั้นอยู่ในระดับปานกลางในทุกด้าน อธิบายได้ว่าเมื่อประชาชนวัยทำงานในกรุงเทพมหานครมีระดับความเครียดจากภาวะการระบาดของโรค COVID-19 ว่าจะทำให้เกิดอันตรายหรือความสูญเสียที่ร้ายแรงในชีวิต ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าลดลง มีศักยภาพในการทำงานที่ลดลง และสัมพันธภาพที่ดีกับคนในครอบครัวลดลง เช่นเดียวกับงานวิจัยของธงรบ เทียนสันติ์ สาวิตรี แย้มศรีบัว และวาทินี วิชัยขัทคะ[23] ได้ศึกษาการจัดการความเครียดสำหรับสถานการณ์ Covid-19 และพบว่าสถานการณ์ดังกล่าวส่งผลต่อสภาพจิตใจของประชาชนเป็นวงกว้าง โดยเฉพาะสภาพจิตใจของบุคคลที่มีความเครียดของประเทศที่พบการระบาดของโรค พบว่าบุคคลมีความเครียดตั้งแต่เล็กน้อย จนถึงระดับรุนแรง โดยความเครียดที่เกิดขึ้นมีสาเหตุมาจากความกลัวติดเชื้อความกังวลจากมาตรการปิดประเทศ (lock down) การประกาศพื้นที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ปัญหาทางเศรษฐกิจ การตกงาน และการถูกเลิกจ้าง ซึ่งสร้างความลำบากในการดำเนินชีวิตให้กับบุคคล เมื่อบุคคลไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ก็ย้อมส่งผลให้เกิดความเครียด ดังนั้นการจัดการความเครียดเป็นการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อให้เกิดความสมดุลทางจิตใจของบุคคลจึงมีความจำเป็นที่บุคคลต้องดำเนินการจัดการความเครียดให้กับตนเอง และสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังพบว่าสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค

Covid-19 เป็นภัยคุกคามทำให้สุขภาพแย่ลง กลัวความรุนแรงของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ มีอารมย์หงุดหงิด ฉุนเฉียว และมีผลกระทบต่อสถานภาพทางการเงินและสุดท้ายถึงแม้จะเกิดการระบาดของโรค COVID-19 ก็มองเป็นความท้าทาย โดยทำให้ได้มีโอกาสได้พัฒนาทักษะทางอาชีพอื่น ๆ ทำให้ได้มีโอกาสได้งานใหม่ มีความสามารถใน การดูแลตัวเองไม่ให้ติดโรคระบาดไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ และการเกิดวิกฤติโรคไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ทำให้ได้พักผ่อนมากขึ้น โดยเมื่อเกิดสิ่งเหล่านี้ขึ้นจะส่งผลให้ประชาชนมุ่งควบคุมระดับความเครียดของตนเองด้วยการมุ่งแก้ไขอามรมณ์ และมุ่งแก้ไขปัญหาของตนเองได้ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าถึงแม้ประชาชนวัยทำงานในกรุงเทพมหานครจะเกิดความเครียดจากโรคไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (COVID-19) ก็ตามแต่ก็มีความสามารถในการจัดการความเครียดได้ โดยมีการจัดการความเครียดด้วยตนเองค่อนข้างดี

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติ

1.1 ผลการวิจัยพบว่าประชาชนวัยทำงานในกรุงเทพมหานครยังคงมีความเครียดจากวิกฤติโรคไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (COVID-19) ถึงแม้ว่าจะอยู่ในระดับปานกลาง ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ และเอกชน (สถานประกอบการที่ประชาชนทำงาน) ควรมีมาตรการในการช่วยลดความเครียดให้กับประชาชนวัยทำงานในกรุงเทพมหานคร เช่น รัฐบาลควรมีโครงการต่างๆ ในการช่วยเหลือประชาชน เช่น ด้านรายได้อาจมีแนวทางในการช่วยเหลือให้มีรายได้เพิ่ม หรือการมีโครงการเพิ่มทักษะสำหรับประชาชนให้มีความพร้อมในการทำงานหรือมีทักษะฝีมือขั้นสูงสำหรับทำงาน นอกจากนี้สถานประกอบการต่าง ๆ ควรมีการพัฒนาทักษะของพนักงานของตนเองให้มีความสามารถให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและต้องมีการสื่อสารให้พนักงานของตนให้เห็นความสำคัญของการสร้างผลงานเพื่อที่จะนำพาหน่วยงานให้อยู่รอดเมื่อสถานประกอบ การมีรายได้หรือกำไรจะทำให้องค์กรอยู่ได้พนักงานก็อยู่ได้

1.2 การจัดการความเครียดสำหรับระดับครัวเรือนและระดับบุคคล โดยในระดับครัวเรือนควรมีการพูดคุยและสื่อสารกันมากขึ้นระหว่างบุคคลในครอบครัว รวมถึงการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกันเพื่อลดความเครียด สำหรับในระดับบุคคลควรมีการพัฒนาตนเองให้มีความพร้อมสำหรับการทำงานเพื่อลดความกังวลเกี่ยวกับรายได้ที่อาจจะลดลงหรือการถูกเลิกจ้างจะได้มีทักษะที่สามารถนำไปสมัครงานที่ใหม่ได้ และควรมีแหล่งรายได้มากกว่าหนึ่งแหล่ง หรือมีรายได้เสริมนอกจากเงินเดือนประจำ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนั้นเพื่อขยายขอบเขตของการวิจัยให้ลุ่มลึกมากยิ่งขึ้นควรใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพศึกษาเพิ่มเติมจากการวิจัยในครั้งนี้เพื่ออธิบายปรากฏการณ์นี้ให้ชัดเจนและลุ่มลึกขึ้น

2.2 ศึกษาในประเด็นเดียวกันนี้แต่ควรขยายกลุ่มตัวอย่างออกไปยังจังหวัดอื่นๆ ทั่วประเทศไทยเพราะเกิดโรคไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (COVID-19) ทั่วประเทศ

เอกสารอ้างอิง

[1] รุ่งตะวัน ศรีบุรี. การแพร่ระบาดแบบวง กว้างของโรคโควิด-19 โดย Covid-19 superspreader. เชียงใหม่เวชสาร 2564; 60(3): 395 – 406.

[2] กรมควบคุมโรค. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (COVID-19). [ออนไลน์]. (ม.ป.ป.) [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php

[3] สมรรจน์ สิ้มมหาคุณ. รู้หรือไหม ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่จากโรค COVID-19 และไข้หวัดใหญ่เป็นกลุ่มเดียวกัน. [ออนไลน์]. (2563). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 11 มิถุนายน 2566]. เข้าถึง ได้จาก https://www. samitivejhospitals.com/th/article/detail/COVID-19

[4] World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-2019), situation reports. [Online]. (2020). [Cited 2023 Apr 16]; Available from: https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus2019/situation-reports/

[5] จรีพร จารุกรสกุล. COVID-19 และสุขภาพจิตในที่ทำงาน. [ออนไลน์]. (ม.ป.ป.). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 11 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก https://www.wha-group.com/th/news-media /company-news/841/covid-19-

[6] กฤชกันทร สุวรรณพันธุ์เสาวลักษณ์ศรีดาเกษและลำพึง วอนอก. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดต่อการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (COVID-19) ของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2563, 4(2): 138 – 48.

[7] อภิญญา อิงอาจ ณัฐพร กาญจนภูมิ และพรพรรณ เชยจิตร. ความกังวลในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (COVID-19) ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี. วารสารบริหารธุรกิจเทคโนโลยี 2563; 17: 94 – 113.

[8] อรรถพล ทองดี. การศึกษาผลกระทบจากโรคระบาด การเปลี่ยนแปลงนโยบาย การดำเนินงาน และความเครียด ส่งผลต่อประสิทธิผลการทำงาน : กรณีศึกษากลุ่มธุรกิจค้าส่ง [วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยกรุงเทพ; 2564.

[9] Ministry of Public Health. The situation of Colona virus in Thailand. [Online]. (2020). [Cited 2020 Apr 16]. Available from: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/indworld.php.

[10] Ferrer R, Klein WM. Risk perceptions and health behavior. Curr Opin Psychol 2015; 5: 85 – 9.

[11] Brook RH, Ware JE, Jr., Davies-Avery A, Stewart AL, Donald CA, Rogers WH, et al. Overview of adult health measures fielded in Rand's health insurance study. Med care 1979; 17 (7 Suppl): 1 – 131.

[12] สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปผลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม; 2563.

[13] Yamane, Taro. Statistics, An Introductory Analysis, 2nd Ed., New York: Harper and Row; 1967.

[14] พิชิต ฤทธิ์จรูญ. ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เฮาส์ออฟเคอร์มีสท์; 2547.

[15] เอกลักษณ์ แสงศิริรักษ์ และสิรินรัตน์ แสงศิริรักษ์. ความเครียดและอารมณ์เศร้าของบุคลากรทางการแพทย์ ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2563; 65(4): 400 – 8.

[16] Islam, S. M. D., Bodrud-Doza, M., Khan, R. M., Haque, M. A., & Mamun, M. A. Exploring COVID-19 stress and its factors in Bangladesh: A perception-based study. Heliyon 2020; 6(7) : e04399.

[17] อังศินันท์ อินทรกำแหง. การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของคนไทย. วารสารพฤติกรรมศาสตร์ 2551; 14(1): 135 – 50.

[18] Lazarus, R. S., และ Folkman, S. Stress, appraisal, and coping: Springer publishing company; 1984.

[19] ธนภัทร ชุมวรฐายีและกรเอก กาญจนาโภคิน. การจัดการความเครียดภัยพิบัติโรคระบาดไวรัสโควิด – 19 ของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร. [ออนไลน์]. (ม.ป.ป.) [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 11 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก 2562-1-1_1607427300.pdf (ru.ac.th)

[20] กิ่งกาญจน์ ไทยขวัญ. ปัจจัยส่งผลกระทบต่อความเครียดและวิธีการจัดการความเครียดของบุคลากรการไฟฟ้า ส่วนภูมิภาคจังหวัดสุพรรณบุรีในสถานการณ์ โควิด-19. [วิทยานิพนธ์ บริหารธุรกิจบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2563.

[21] ธนาสิทธิ์ วิจิตราพันธ์. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19 ของประชาชนเขตคลินิกหมอครอบครัว บ้านทุ่งเสี้ยว อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2564; 29(1): 12 – 21.

[22] สืบตระกูล ตันตลานุกูล และ ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. การดูแลเฝ้าระวังวามเครียดในวัยรุ่น. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2562; 6(2): 279 – 85.

[23] ธงรบ เทียนสันติ์ สาวิตรี แย้มศรีบัว และ วาทินี วิชัยขัทคะ. การจัดการความเครียดสำหรับสถานการณ์ Covid-19. วารสารวิทยาลัยนครราชสีมา (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์) 2564; 15(3): 453 – 66.

บทความวิจัยต้นฉบับ : สัดส่วนการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ที่เข้ารับการรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้านในโรงพยาบาลตติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย

Proportion and Associated Factors with Hospital Admission Among Patients Under Home Isolation for COVID-19 in a Tertiary Care Hospital, Northeastern Thailand

คงฤทธิ์ ภิญโญวิวัฒน์[*] นวลฉวี เพิ่มทองชูชัย[**] รังสิมา บำเพ็ญบุญ[***] และนภัค ด้วงจุมพล[****]
Khongit Pinyowiwat[*] Nualchavee Permthongchoochai[**] Rangsima Bumpenboon[***]
กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา[*,***,****]
Department of Occupational Medicine, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital[*,***,****]
กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา[**]
Department of Community Nursing, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital[**]
เบอร์โทรศัพท์ 0-4423-5000; Email: na_pak@windowslive.com [****]
วันที่ 19 มิ.ย. 2566; วันที่แก้ไข 7 ส.ค. 2566; วันที่ตอบรับ 28 ส.ค. 2566

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสัดส่วนและปัจจัยที่เกี่ยวข้องการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ติดเชื้อโควิด19ที่เข้ารับการรักษาด้วยการรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน รูปแบบการศึกษาเป็นแบบ Retrospective case-control ประชากรในการศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยโควิด 19 ที่เข้ารับการรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน ในช่วงมกราคม-เมษายน พ.ศ.2565 จำนวน 6,362 ราย เก็บข้อมูลจากการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่รักษาแบบแยกกักตัวที่บ้านครบกำหนด 10 วัน จำนวน 6,262 ราย (98.43%) ส่วนน้อยเข้ารักษาต่อในโรงพยาบาล จำนวน 110 ราย (1.73%) กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 36.18 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.66) และส่วนใหญ่ (82.73%) ไม่มีโรคประจำตัว สาเหตุของการติดเชื้อหลักมาจากบุคคลในครอบครัวหรือญาติ (25.45%) และที่ทำงาน (20.73%) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วิเคราะห์โดยใช้ Multiple Logistic Regression พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรคหัวใจ (Adjusted OR = 9.54, 95%CI 2.18-41.71, p-value < 0.01) โรคเบาหวาน (Adjusted OR = 3.43, 95%CI 1.43-8.22, p-value < 0.01) อาการไข้ (Adjusted OR = 13.89, 95%CI 6.29-30.69, p-value < 0.01) และอาการเหนื่อย/หายใจไม่อิ่ม (Adjusted OR = 7.14, 95%CI 2.54 -20.04, p-value < 0.01) การศึกษานี้ ชี้ให้เห็นประโยชน์ของการรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน ในการรักษาผู้ป่วยจำนวนมากในช่วงที่มีภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ และยังไม่พบประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงควร ได้รับ

การติดตามอาการใกล้ชิดโดยแพทย์ การเตรียมพร้อมในการรับผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงมารับการรักษาในโรงพยาบาลในภาวะฉุกเฉินมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

คำสำคัญ : โควิด 19; การรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน; การเข้ารักษาในโรงพยาบาล

Abstracts

The study aimed at examining the proportion of hospital admissions and associated factors among COVID-19 patients undergoing home isolation. The study design was a retrospective case-control study. The population consisted of 6,362 COVID-19 patients in home isolation during the period from January to April 2022. Retrospective data were collected from medical records.

The findings revealed that a majority of cases, comprising 6,262 patients (98.43%), successfully completed the 10-day home quarantine, while a minority of 110 cases (1.73%) required hospitalization. The average age of the samples was 36.18 years (SD = 15.66), and a substantial proportion (82.73%) had no pre-existing medical conditions. The primary sources of infection were identified as family or relatives (25.45%) and the workplace (20.73%). Factors associated with hospital admission, analyzed using multiple logistic regression, included heart disease (Adjusted OR = 9.54, 95%CI 2.18-41.71, p-value < 0.01), diabetes mellitus (Adjusted OR = 3.43, 95%CI 1.43-8.22, p-value < 0.01), fever (Adjusted OR = 13.89, 95%CI 6.29-30.69, p-value < 0.01) and dyspnea (Adjusted OR = 7.14, 95%CI 2.54 -20.04, p-value < 0.01).

The findings underscore the critical role of home isolation in efficiently managing a large volume of patients during public health emergencies, with no reported issues regarding patient safety. However, it is essential to emphasize close medical monitoring for patients with risk factors. Adequate preparation for emergency patient transfers is also of utmost importance.

Keywords : Covid-19; Home isolation; Hospital Admission

บทนำ

การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด19(COVID-19) เกิดขึ้นครั้งแรกที่ตลาดอาหารทะเลหัวหนานในเมืองอู่ฮั่น (Wuhan Huanan Seafood Market) ในประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน โดยพบกลุ่มผู้ป่วยปอดอักเสบไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ทำงานในตลาดดังกล่าว[1] จากรายงานสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด 19 จัดทำองค์การอนามัยโลก ระบุว่าพบการแพร่ระบาดภายนอกประเทศครั้งแรก ที่ประเทศไทย วันที่ 13 มกราคม พ.ศ. 2563 โดยการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ จากนั้นพบผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อที่ประเทศญี่ปุ่นและสาธารณรัฐเกาหลี ถัดมาในเวลาไล่เลี่ยกัน โดยผู้ป่วยทั้งหมดได้รับเชื้อจาก

เมืองอู่ฮั่น[2]

โรคติดเชื้อไรรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 เป็นโรคติดเชื้อที่เกิดจากไวรัส SARS-CoV-2 ผู้ที่ติดเชื้อจะมีอาการทางเดินหายใจตั้งแต่เล็กน้อย ถึงปานกลาง สามารถหายได้เอง อย่างไรก็ตามใน ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน โรคทางเดินหายใจ เรื้อรัง มะเร็ง อาจมีโอกาสที่เกิดอาการรุนแรงกว่า คนปกติ อาการที่พบบ่อยได้แก่ ไข้ ไอ เหนื่อย จมูกไม่ได้กลิ่น/ลิ้นไม่ได้รส[3]

สำหรับประเทศไทย พบผู้ป่วยยืนยันราย แรกเมื่อวันที่ 13 มกราคม พ.ศ. 2563 โดยเป็นประเทศ แรกในโลกที่พบการติดเชื้อนอกประเทศ จีน[2] สถานการณ์ของการติดเชื้อของประเทศไทย โดย ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยสะสม 2,474,400 คน ผู้เสียชีวิตสะสม 11,073 คน ขณะที่ ในปี พ.ศ. 2566 นี้ พบผู้ป่วยสะสมตั้งแต่ 1 มกราคม-20 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 15,069 ราย เสียชีวิต 384 ราย โดยมีการฉีดวัคซีนรวม 144,951,341 โด๊ส โดยครอบคลุมผู้ที่ได้รับวัคซีน ต้านโควิด อย่างน้อย 1 เข็ม จำนวน 57,233,919 คน คิดเป็นร้อยละ 88.28 ของประชากร อย่างน้อย 2 เข็ม จำนวน 53,730,348 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.25 ของประชากร และอย่างน้อย 3 เข็ม จำนวน 33,987,074[4] และด้วยแนวโน้มสถานการณ์ ที่ดีขึ้นทั่วโลก กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ประกาศ ให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด 19 เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังตามพระราชบัญญัติ โรคติดต่อ[5] และประกาศยกเลิกจากโรคติดต่อ อันตราย[6]

เนื่องจากผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด 19 มีจำนวน มากทั่วโลก ประกอบกับข้อจำกัดด้านสาธารณสุข ทำให้มีคำแนะนำในหลายประเทศในการดูแลผู้ ป่วยกลุ่มที่มีสุขภาพแข็งแรง ไม่ใช่ผู้ที่มีโรคประจำ ตัวหรือสภาวะสุขภาพเสี่ยงในการติดเชื้อรุนแรง ให้เฝ้าสังเกตอาการที่บ้าน โดยในหลายประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา[7-9] สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์[10] อินเดีย[11] ไทย[12-18] จะมีระบบในการเฝ้าสังเกต อาการหรือติดตามอาการขณะผู้ป่วยแยกกักตัวที่ บ้าน ในบางบริบท คำว่า Home Isolation หมาย ถึง การแยกกักตัวด้วยตนเองและสังเกตอาการ ที่ บ้านด้วยตนเอง และให้ปฏิบัติตามคำแนะนำที่ กำหนด โดยมิได้มีการติดตามอาการโดยบุคลากร การแพทย์[7-9] หรือเข้าถึงการดูแลโดยบุคลากร การแพทย์ระหว่างเฝ้ากักตัวที่บ้าน[10-18] ทั้งนี้ การจัด บริการสุขภาพในรูปแบบ Home Isolation ช่วย ลดภาระด้านสาธารณสุขได้ในขณะที่ทรัพยากรมี จำกัด[14,19-20] และไม่มีผลกระทบต่อความปลอดภัย ของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ[21] นอกจากนี้ยังช่วยเพิ่ม ความพึงพอใจของผู้รับบริการ[22]

การรักษาตามคำแนะนำของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข แนะนำให้แยกกลุ่มผู้ป่วย ตามอาการ และปัจจัยเสี่ยง เพื่อพิจารณาแยกกักตัว ที่บ้านหรือสถานที่รัฐจัดให้ หรือรักษาในโรงพยาบาล ตามความเหมาะสมต่อไป[12-18] อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติ ด้วยข้อจำกัดด้านสาธารณสุข จึงไม่ สามารถให้ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง/โรคร่วมสำคัญ รักษาตัวในสถานที่รัฐจัดไว้ให้ได้ทุกรายตาม คำแนะนำของกรมการแพทย์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา

สัดส่วนการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ติดเชื้อโควิด 19 ที่เข้ารับการรักษาด้วยการรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน ซึ่งจะมีประโยชน์ด้านสาธารณสุขในการวางแผนหรือมาตรการเพื่อรับมือกับโรคระบาดที่มีผู้ป่วยจำนวนมากในช่วงเวลาเดียวกัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสัดส่วนการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ติดเชื้อโควิด 19 ที่เข้ารับการรักษาด้วยการรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ติดเชื้อโควิด 19 ที่เข้ารับการรักษาด้วยการรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้ศึกษาสัดส่วนการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ติดเชื้อโควิด 19 ที่เข้ารับการรักษาด้วยการรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน โดยวิจัยในในประชากรผู้ป่วยโควิดที่รักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน จำนวน 6,362 ราย และศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ติดเชื้อโควิด 19 ที่เข้ารับการรักษาด้วยการรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน ในกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับ การรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน โดยผู้ป่วยทั้งหมดมีภูมิลำเนาในพื้นที่อำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา เข้ารับการรักษาระหว่างเดือนมกราคม-เมษายน พ.ศ. 2565

นิยามศัพท์

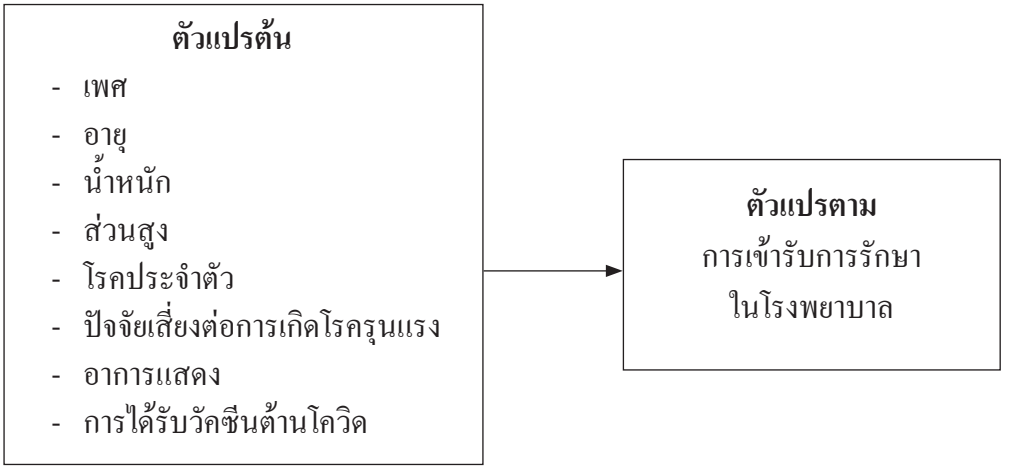
ระบบดูแลผู้ป่วยแบบแยกกักตัวที่บ้าน (home Isolation) หมายถึง การรักษาผู้ป่วยโดยผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 มาตรวจประเมินอาการและรับยาเบื้องต้นที่โรงพยาบาล จากนั้นให้ผู้ป่วยแยกกักตัวในที่พักอาศัย มีการจัดส่งยาเพิ่มเติมตามคำสั่งการรักษาของแพทย์และเวชภัณฑ์ไปยังที่พักอาศัยของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในสถานพยาบาล และมีการติดตามอาการของผู้ป่วยทางโทรศัพท์โดยบุคลากรการแพทย์เป็นระยะ

เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หมายถึง การเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในสถานพยาบาล โดยอาจเป็นภายในสถานพยาบาล หรือหอผู้ป่วยชั่วคราวในสถานที่ซึ่งสถานพยาบาลจัดไว้ เช่น โรงพยาบาลสนาม เป็นต้น

รักษาแบบแยกกักตัวที่บ้านจนครบ หมายถึง รักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน จนครบกำหนด 10 วัน ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือหายป่วย โดยทบทวนบันทึกสรุปเวชระเบียน ในช่อง discharge status ปรากฏถูกบันทึกว่า complete recovery หรือ improved

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรครุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยที่ลักษณะเข้าได้อย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ อายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรวมโรคปอดเรื้อรังอื่น ๆ โรคไตเรื้อรัง (ระดับ 3 ขึ้นไป) โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง (ไม่รวมมะเร็งที่รักษาหายแล้ว) เบาหวาน ภาวะอ้วน (น้ำหนักตั้งแต่ 90 กิโลกรัม หรือดัชนีมวลกายตั้งแต่ 30 กก./ตร.ม.) ตับแข็ง (Child-Pugh class B ขึ้นไป) ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ (เป็นโรคที่อยู่ในระหว่างได้รับยาเคมีบำบัดหรือกดภูมิ) หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวี

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นแบบย้อนหลัง (retrospective case-control study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาสัดส่วนการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ของผู้ติดเชื้อโควิด 19 ที่เข้ารับการรักษาด้วยการรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน ผู้วิจัยทบทวนบันทึกสรุปเวชระเบียนของผู้ป่วยทุกรายที่เข้าโครงการรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน

การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมในวิจัย เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ในการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาล ของผู้ติดเชื้อโควิด 19 ที่เข้ารับการรักษาด้วยการรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน โดยใช้การคำนวณโดยใช้โปรแกรมคำนวณสำเร็จรูป StatCalc[23] ของศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกา โดยกำหนด Two-side confidence level ร้อยละ 95 Power ร้อยละ 80 Ratio of control to cases เท่ากับ 4 (สัดส่วน 4 ต่อ 1) Percent of controls exposed เท่ากับ ร้อยละ 10 Odds ratio เท่ากับ 2.22 คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Kelsey formula[24] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย (cases) จำนวน 108 ราย และกลุ่มตัวอย่างควบคุม (controls) จำนวน 431 ราย โดยค่า Percent of controls exposed และ Odds ratio อ้างอิงจากงานวิจัยของ Jin Ju park และคณะ[21]

จากการทบทวนเวชระเบียนของประชากรที่เข้ารับการรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน ระหว่างช่วงเดือนมกราคม-เมษายน พ.ศ.2565 รวม 6,362 ราย เป็นกลุ่มป่วย (เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล) จำนวน 110 ราย และไม่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 6,262 ราย จึงมีความเพียงพอใน การตอบคำถามงานวิจัย

ในการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยใช้ข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารักษาในโรงพยาบาล (case) ทุกราย จำนวน 110 ราย และผู้ป่วยกลุ่มควบคุม (control) ที่ไม่ได้เข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 440 ราย โดยสุ่มแบบเป็นระบบ (systematic sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบบันทึกข้อมูลในการเก็บข้อมูล มีความยาว 3 หน้า ข้อมูลที่บันทึก ประกอบด้วย 29 ตัวแปร ได้แก่ (1) ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย รหัสผู้ป่วย ประเภทผู้ป่วย (เข้า/ไม่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล) วันที่รับการตรวจ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง โรคประจำตัว อาชีพ ประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อ บุคคลที่เกี่ยวข้องกับประวัติเสี่ยง รายละเอียดของประวัติเสี่ยงสิทธิ์การรักษา(2)อาการทางคลินิกและการรักษา ประกอบด้วย อาการที่พบ การรักษาที่ได้รับ ประวัติจำนวนและชนิดวัคซีนต้านโควิดที่เคยฉีด (3) ผลการรักษา ประกอบด้วย ผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบสอบถาม 2Q[25] ระหว่างการรักษา ผลการรักษา ข้อมูลใน การสรุปเวชระเบียน ระยะเวลารักษา สาเหตุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยทบทวนข้อมูลย้อนหลังจากฐานข้อมูลเวชระเบียน และฐานข้อมูลวัคซีนโควิด-19 (MOPH Immunization center) กระทรวงสาธารณสุข ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยและพิจารณาถึงประเด็นทางจริยธรรมที่เกี่ยวข้องตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยข้อมูลในการวิจัยของผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับทั้งในกระบวนการเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและรายงานผล ผู้วิจัยไม่ได้ให้ผลประโยชน์หรือสิ่งตอบแทนแก่ผู้ร่วมวิจัย และเก็บข้อมูลของผู้ป่วยทุกรายตามเกณฑ์คัดเข้าและออกที่ระบุไว้ชัดเจน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา สำหรับตัวแปรต่อเนื่อง นำเสนอค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ตัวแปรกลุ่ม นำเสนอค่าร้อยละ วิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้ Chi-square test หรือ Fisher's exact test สำหรับตัวแปรกลุ่ม ตัวแปรต่อเนื่องวิเคราะห์โดยใช้สถิติ two-sided unpaired t-test หรือ Mann-Whitney U test

ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พิจารณาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้ Chi-square test หรือ Fisher's exact test จากนั้นพิจารณาการเกิด multicollinearity ของตัวแปร จึงได้ทำ การตัดตัวแปร น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย โรคไขมันในเลือดผิดปกติ และอายุออก ใช้ตัวแปรต้นที่เหลือ 6 ตัวแปร ได้แก่ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน การตั้งครรภ์ การได้รับวัคซีนต้านโควิดตั้งแต่ 3 เข็มขึ้นไป อาการไข้ อาการเหนื่อย/หายใจไม่อิ่ม วิเคราะห์หา Crude Odds ratio โดยใช้ bivariate analysis และวิเคราะห์โดย Multiple Logistic Regression ด้วยวิธี enter กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่น้อยกว่า 0.05 (p-value < 0.05)

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยนี้ ได้รับการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เลขที่โครงการวิจัย 65156 ใบรับรองเลขที่ 003/2023 ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจวัตถุประสงค์การวิจัย กระบวนการดำเนินการวิจัย และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมไม่เปิดเผยข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

การศึกษาสัดส่วนการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีประชากรในการศึกษารวม 6,362 ราย และการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ของผู้ติดเชื้อโควิด 19 ที่เข้ารับการรักษาด้วยการรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน ศึกษากลุ่มตัวอย่างในการศึกษารวม 550 ราย แบ่งเป็น กลุ่มที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 110 ราย และกลุ่มรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้านจนครบ จำนวน 440 ราย ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ดังปรากฏในตารางที่ 1 พบว่าสัดส่วนเพศชายและหญิงใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเพศชาย 48 ราย (คิดเป็นร้อยละ 43.64) และเพศหญิง 62 ราย (คิดเป็นร้อยละ 56.36) ส่วนกลุ่มรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้านจนครบ เป็นเพศชาย 224 ราย (คิดเป็นร้อยละ 50.91) และเพศหญิง 216 ราย (คิดเป็นร้อยละ 49.09) อายุเฉลี่ยของกลุ่มที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 34.95 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 17.43) และกลุ่มรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้านจนครบมีอายุเฉลี่ย 36.48 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.18)

น้ำหนักเฉลี่ยของกลุ่มที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 63.78 กิโลกรัม (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 20.10) และกลุ่มรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้านจนครบมีน้ำหนักเฉลี่ย 65.33 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 17.65)

ส่วนสูงเฉลี่ยของกลุ่มที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 160.36 เซนติเมตร (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 18.41) และกลุ่มรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้านจนครบมีส่วนสูงเฉลี่ย 160.10 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 14.10)

ดัชนีมวลกายเฉลี่ยของกลุ่มที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 24.39 กิโลกรัมต่อเมตร 2 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.84) และกลุ่มรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้านจนครบมีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.78 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.05)

ข้อมูลโรคประจำตัวพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว แต่กลุ่มเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีจำนวนผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัว 83 ราย (คิดเป็นร้อยละ 75.45) น้อยกว่ากลุ่มรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้านจนครบ ซึ่งมีผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว 372 ราย (คิดเป็นร้อยละ 84.55) และเมื่อพิจารณาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรครุนแรง พบว่ากลุ่มเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีสัดส่วนผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงรุนแรง 37 ราย (ร้อยละ 33.64) มากกว่ากลุ่มรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้านจนครบ ซึ่งมีผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรครุนแรง 86 ราย (ร้อยละ 19.55)

โรคประจำตัวส่วนใหญ่ที่พบของกลุ่มที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้แก่ โรคอ้วน 22 ราย (คิดเป็นร้อยละ 20.00) โรคประจำตัวอื่น ๆ 19 ราย (คิดเป็นร้อยละ 17.27) และโรคความดันโลหิตสูง 15 ราย (คิดเป็นร้อยละ 13.64) ขณะที่กลุ่มรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้านจนครบ พบโรคประจำตัวได้แก่ โรคอ้วน 62 ราย (คิดเป็นร้อยละ 14.09) โรคความดันโลหิตสูง 35 ราย (คิดเป็นร้อยละ 7.96) และโรคเบาหวาน 16 ราย (คิดเป็นร้อยละ 3.64)

ด้านสิทธิ์การรักษา พบว่า กลุ่มเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ใช้สิทธิ์การรักษาประกันสังคม จำนวน 44 ราย (คิดเป็นร้อยละ 40.00) ส่วนกลุ่มรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้านจน

ครบ ส่วนใหญ่ใช้สิทธิ์การรักษาประกันสังคมเช่นกัน จำนวน 236 ราย แต่เป็นสัดส่วนที่มากกว่า (คิดเป็นร้อยละ 53.64)

สาเหตุของการติดเชื้อ จากข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วย ซึ่งปรากฏในเวชระเบียน พบว่า กลุ่มที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าสาเหตุติดมากบุคคลในครอบครัว จำนวน 22 ราย (คิดเป็นร้อยละ 20.00) ขณะที่กลุ่มรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้านจนครบ ส่วนใหญ่ตติดจากบุคคลในครอบครัว จำนวน 118 ราย (คิดเป็นร้อยละ 26.82) ใกล้เคียงกับการติดจากเพื่อนร่วมงานหรือสถานที่ทำงาน จำนวน 100 ราย (คิดเป็นร้อยละ 22.73) อย่างไรก็ตามเกินกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ไม่ทราบสาเหตุหรือไม่พบข้อมูลที่แสดงรายละเอียดสาเหตุการติดเชื้อ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกาย (p-value < 0.01) โรคเบาหวาน (p-value = 0.04) โรคไขมันในเลือดผิดปกติ (p-value < 0.01) โรคหัวใจ (p-value < 0.01) โรคประจำตัวอื่นๆ (p-value < 0.01) การไม่มีโรคประจำตัว (p-value = 0.02) การมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรครุนแรง (p-value = 0.02) สิทธิ์การรักษา (p-value < 0.01) และสาเหตุของการติดเชื้อ (p-value < 0.01) กับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=550)

ข้อมูล	รวม (n=550) n (%)	รักษาแบบแยกที่บ้านจนครบ (n=440) n (%)	เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (n=110) n (%)	p- value
เพศ				0.17
ชาย	272 (49.45)	224 (50.91)	48 (43.64)	
หญิง	278 (50.55)	216 (49.09)	62 (56.36)	
อายุเฉลี่ย (ปี)	36.18 (15.66)	36.48 (15.18)	34.95 (17.43)	0.10
0-9	28 (5.09)	22 (5.00)	6 (5.46)	
10-19	37 (6.73)	26 (5.91)	11 (10.00)	
20-29	125 (22.73)	100 (22.73)	25 (22.73)	
30-39	148 (26.91)	113 (25.68)	35 (31.82)	
40-49	105 (19.09)	94 (21.36)	11 (10.00)	
50-59	69 (12.55)	57 (12.95)	12 (10.91)	
≥60	38 (6.90)	28 (6.394)	10 (9.09)	
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	65.02 (18.16)	65.33 (17.65)	63.78 (20.10)	0.42
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	160.96 (15.04)	161.10 (14.10)	160.36 (18.41)	0.64

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=550) (ต่อ)

ข้อมูล	รวม (n=550) n (%)	รักษาแบบแยกที่บ้านจนครบ (n=440) n (%)	เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (n=110) n (%)	p- value
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร2)	24.70 (5.22)	24.78 (5.05)	24.39 (5.84)	<0.01*
น้อยกว่า 18.5	56 (10.18)	38 (8.64)	18 (16.36)	
18.5-22.9	160 (29.09)	121 (27.5)	39 (35.45)	
23-24.9	87 (15.82)	79 (17.95)	8 (7.27)	
25-29.9	163 (29.64)	140 (31.82)	23 (20.91)	
ตั้งแต่ 30	84 (15.27)	62 (14.09)	22 (20.00)	
โรคประจำตัว				
เบาหวาน	25 (4.55)	16 (3.64)	9 (8.18)	0.04*
ความดันโลหิตสูง	50 (9.09)	35 (7.96)	15 (13.64)	0.06
ไขมันในเลือดผิดปกติ	20 (3.64)	9 (2.05)	11 (10.00)	< 0.01*
โรคหัวใจ	9 (1.64)	3 (0.68)	6 (5.46)	< 0.01*
ต่อมไทรอยด์ทำงานผิดปกติ	6 (1.09)	5 (1.14)	1 (0.91)	1.00
โรคภูมิแพ้	17 (3.09)	13 (2.96)	4 (3.64)	0.76
โรคประจำตัวอื่น ๆ**	31 (5.64)	12 (2.73)	19 (17.27)	< 0.01*
โรคอ้วน (ดัชนีมวลกายตั้งแต่ 30 ขึ้นไป)	84 (15.27)	62 (14.09)	22 (20.00)	0.12
ตั้งครรภ์	6 (1.09)	3 (0.68)	3 (2.73)	0.10
ไม่มีโรคประจำตัว	455 (82.73)	372 (84.55)	83 (75.45)	0.02*
มีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรครุนแรง	123 (22.36)	86 (19.55)	37 (33.64)	0.02*
สิทธิ์การรักษา				< 0.01*
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	73 (13.27)	41 (9.32)	32 (29.09)	
ประกันสังคม	280 (50.91)	236 (53.64)	44 (40.00)	
จ่ายตรง	192 (34.91)	158 (35.91)	34 (30.91)	
อื่น ๆ	5 (0.91)	5 (1.14)	0 (0)	

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=550) (ต่อ)

ข้อมูล	รวม (n=550) n (%)	รักษาแบบแยกที่บ้านจนครบ (n=440) n (%)	เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (n=110) n (%)	p- value
สาเหตุของการติดเชื้อ				< 0.01*
ติดจากบุคคลในครอบครัว	140 (25.45)	118 (26.82)	22 (20.00)	
ติดจากเพื่อนหรือคนรู้จัก	33 (6.00)	29 (6.59)	4 (3.64)	
ติดจากเพื่อนร่วมงานหรือสถานที่ทำงาน	114 (20.73)	100 (22.73)	14 (12.73)	
ไม่ทราบสาเหตุ/ไม่พบข้อมูล	263 (47.82)	193 (43.86)	70 (63.64)	

*p-value < 0.05 **โรคประจำตัวอื่น ได้แก่ ติดเชื้อเอชไอวี กระดูกเสื่อม โรคลมชัก โรคจิตเวช

อาการทางคลินิกและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษา

อาการแสดงในวันแรกที่เข้ารักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน ดังแสดงในตาราง 2 พบว่า กลุ่มเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่เจ็บคอ จำนวน 71 ราย (คิดเป็นร้อยละ 64.55) ไอ จำนวน 66 ราย (คิดเป็นร้อยละ 60.00) และมีน้ำมูก จำนวน 41 ราย (คิดเป็นร้อยละ 37.27) ขณะที่กลุ่มรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้านจนครบ ส่วนใหญ่มีอาการไอ จำนวน 221 ราย (คิดเป็นร้อยละ 50.23) เจ็บคอ จำนวน 195 ราย (คิดเป็นร้อยละ 44.32) และมีน้ำมูก จำนวน 144 ราย (คิดเป็นร้อยละ 32.73) เมื่อพิจารณากลุ่มไม่มีอาการ พบว่า กลุ่มรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้านจนครบ มีผู้ป่วยที่ไม่มีอาการแสดงใด ๆ จำนวน 130 ราย (คิดเป็นร้อยละ 29.55) ซึ่งมากกว่ากลุ่มเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งมีผู้ป่วยที่ไม่มีอาการแสดงใด ๆ จำนวน 12 ราย (คิดเป็นร้อยละ 10.91)

ทบทวนข้อมูลจากฐานข้อมูลฐานข้อมูลวัคซีนโควิด-19 (MOPH Immunization center) กระทรวงสาธารณสุข พบว่าส่วนใหญ่ฉีดวัคซีนต้านโควิดแล้ว 2-3 เข็ม ในกลุ่มเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ฉีดวัคซีนต้านโควิด 3 เข็ม จำนวน 39 ราย (คิดเป็นร้อยละ 35.45) และ 2 เข็ม จำนวน 38 ราย (คิดเป็นร้อยละ 34.55) ส่วนกลุ่มรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้านจนครบ ส่วนใหญ่ฉีดวัคซีนต้านโควิด 3 เข็ม จำนวน 196 ราย (คิดเป็นร้อยละ 44.55) และ 2 เข็ม จำนวน 140 ราย (คิดเป็นร้อยละ 31.82)

การรักษาด้วยยา ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจโดยแพทย์ที่คลินิกโรคทางเดินหายใจ (ARI clinic) ก่อนลงทะเบียนรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน ทั้งนี้การจ่ายยาเป็นดุลพินิจของแพทย์ที่ปฏิบัติงาน เมื่อพิจารณาการได้รับยาต้านไวรัสโควิดหรือยาฟ้าทะลายโจร พบว่า ส่วนใหญ่ของกลุ่มเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่ได้รับยาจำนวน 81 ราย

(คิดเป็นร้อยละ 73.64) แตกต่างกับกลุ่มที่กลุ่มรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้านจนครบ ซึ่งส่วนใหญ่จำนวน 316 ราย (คิดเป็นร้อยละ 71.82) ได้รับยาต้านไวรัสโควิดหรือยาฟ้าทะลายโจร เมื่อพิจารณาชนิดยาที่ได้รับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ของทั้งสองกลุ่มได้รับยา Favipiravir

ผลการคัดกรองสุขภาพจิต โดยใช้แบบสอบถาม 2Q[25] ในการคัดกรองสุขภาพของผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่รักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน โดยสอบถามทางโทรศัพท์ พบว่า กลุ่มเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผิดปกติ 1 ราย (คิดเป็นร้อยละ 0.91) ขณะที่กลุ่มรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้านจนครบ ทั้งหมดมีผลการคัดกรองปกติ

ระยะเวลาที่อยู่ภายใต้การรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน พบว่ากลุ่มทั้งสองกลุ่มแตกต่างกัน (p-value < 0.01) โดยกลุ่มเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีค่ามัธยฐานของการรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน 2 วัน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ 1-2) ขณะที่กลุ่มรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้านจนครบ มีค่ามัธยฐานของการรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน 10 วัน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ 10-10)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางคลินิกและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษา กับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบความสัมพันธ์ระหว่างอาการไข้ (p-value <0.001) เจ็บคอ (p-value <0 .01) เหนื่อย/หายใจไม่อิ่ม (p-value < 0.01) ถ่ายเหลว (p-value = 0.04) การไม่พบอาการแสดงใด ๆ (p-value < 0.01) จำนวนวัคซีนต้านโควิดที่ได้รับ (p-value = 0.04) การรักษาด้วยยา (p-value < 0.01) กับผลการรักษา

ตาราง 2 อาการทางคลินิกและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษา

ข้อมูล	รวม (n=550) n (%)	รักษาในโครงการรักษาที่บ้านจนครบ (n=440) n (%)	รับการรักษาต่อในโรงพยาบาล (n=110)n (%)	p-value
อาการแสดงในวันแรกที่เข้ารักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน				
ไข้	35 (6.36)	10 (2.27)	25 (22.73)	< 0.01*
ไอ	287 (52.18)	221 (50.23)	66 (60.00)	0.07
เจ็บคอ	266 (48.36)	195 (44.32)	71 (64.55)	< 0.01*
ปวดกล้ามเนื้อ	66 (12.00)	53 (12.05)	13 (11.82)	0.95
น้ำมูก	185 (33.64)	144 (32.73)	41 (37.27)	0.37
มีเสมหะ	97 (17.64)	75 (17.05)	22 (20.00)	0.47
เหนื่อย/หายใจไม่อิ่ม	19 (3.46)	7 (1.59)	12 (10.91)	< 0.01*
ปวดศีรษะ	61 (11.09)	52 (11.82)	9 (10.91)	0.28
ถ่ายเหลว	19 (3.46)	11 (2.50)	8 (8.18)	0.04*

ตาราง 2 อาการทางคลินิกและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษา (ต่อ)

ข้อมูล	รวม (n=550) n (%)	รักษาในโครงการรักษาที่บ้านจนครบ (n=440) n (%)	รับการรักษาต่อในโรงพยาบาล (n=110)n (%)	p-value
จมูกไม่ได้กลิ่น/ลิ้นไม่ได้รส	1 (0.18)	0 (0)	1 (0.91)	0.20
ตาแดง	2 (0.36)	1 (0.23)	1 (0.91)	0.36
ผื่น	1 (0.18)	0 (0)	1 (0.91)	0.20
ไม่มีอาการ	142 (25.82)	130 (29.55)	12 (10.91)	< 0.01*
จำนวนวัคซีนต้านโควิดรวมที่ได้รับ				0.04*
1 เข็ม	17 (3.09)	17 (3.86)	0 (0)	
2 เข็ม	178 (32.26)	140 (31.82)	38 (34.55)	
3 เข็ม	235 (42.73)	196 (44.55)	39 (35.45)	
4 เข็ม	64 (11.64)	48 (10.91)	16 (14.55)	
5 เข็ม	1 (0.18)	1 (0.23)	0 (0)	
ไม่ได้เคยฉีดวัคซีน	55 (10.00)	38 (8.64)	17 (15.45)	
การรักษาด้วยยา				< 0.01*
ไม่ได้รับยา	205 (37.27)	124 (28.18)	81 (73.64)	
Favipiravir	264 (48.00)	239 (54.32)	25 (22.73)	
Molnupiravir	3 (0.55)	1 (0.23)	2 (1.82)	
ฟ้าทะลายโจร	78 (14.18)	76 (17.27)	2 (1.82)	
การคัดกรองสุขภาพจิตโดยแบบสอบถาม 2Q				0.20
ปกติ	549 (99.82)	440 (100)	109 (99.09)	
ผิดปกติ	1 (0.18)	0 (0.0)	1 (0.91)	
ค่ามัธยฐานของจำนวนวันที่อยู่ในความดูแลของ home isolation (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์)	10 (10-10)	10 (10-10)	2 (1-2)	< 0.01*

ตาราง 2 อาการทางคลินิกและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษา (ต่อ)

ข้อมูล	รวม (n=550) n (%)	รักษาในโครงการรักษาที่บ้านจนครบ (n=440) n (%)	รับการรักษาต่อในโรงพยาบาล (n=110)n (%)	p-value
สาเหตุที่เข้ารับการรักษาต่อในโรงพยาบาล				
อาการไม่ดีขึ้น			51 (46.36)	
สถานที่พักอาศัยไม่เหมาะสมกับการกักตัว			24 (21.82)	
รับการรักษาต่อในสถานพยาบาลอื่น			20 (18.18)	
เป็นผู้ดูแลที่ต้องติดตามผู้ป่วย			8 (7.27)	
มีอาการของโรคอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ ซึ่งต้องรับการตรวจเพิ่มเติมในโรงพยาบาล**			7 (6.36)	

*p-value < 0.05 **จำเป็นต้องรับการฟอกไต เลือดออกในทางเดินอาหาร เส้นเลือดสมองแตกเฉียบพลัน โรคทางจิตเวช

ผลการดำเนินงานโครงการรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้านและสาเหตุที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาต่อในโรงพยาบาล

การดำเนินงานโครงการรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน ตั้งแต่เดือนมกราคม-เมษายน พ.ศ.2565 มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษารวม 6,362 ราย โดยส่วนใหญ่เข้าร่วมโครงการรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้านจนครบกำหนด จำนวน 6,262 ราย (คิดเป็นร้อยละ 98.43) รับตัวมารักษาต่อในโรงพยาบาลจำนวน 110 ราย (คิดเป็นร้อยละ 1.73)

การรับตัวมารักษาต่อในโรงพยาบาล แพทย์จะซักประวัติเพื่อประเมินอาการและวางแผนการรักษาที่เหมาะสม โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสนามของโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 68 ราย (คิดเป็นร้อยละ 61.82) โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 22 ราย (จำนวน 20.00) และโรงพยาบาลอื่น จำนวน 20 ราย (คิดเป็นร้อยละ 18.18) โดยการเลือกไปรักษาต่อโรงพยาบาลอื่นของผู้ป่วยเป็นไปตามความสมัครใจของผู้ป่วย ส่วนใหญ่เนื่องจากสิทธิ์การรักษาของผู้ป่วยอยู่ที่สถานพยาบาลนั้น ๆ ดังแสดงในตาราง 3

สาเหตุที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาต่อในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่เนื่องจากอาการไม่ดีขึ้น จำนวน 51 ราย (คิดเป็นร้อยละ 46.36) สถานที่พักอาศัยไม่เหมาะสมกับการกักตัว จำนวน 24 ราย (คิดเป็นร้อยละ 21.82) เข้ารับการรักษาต่อในสถานพยาบาลอื่น จำนวน 20 ราย (คิดเป็นร้อยละ 18.18) เป็นผู้ดูแลที่ต้องติดตามผู้ป่วย จำนวน 8 ราย (คิดเป็น

ร้อยละ 7.27) และผู้ป่วยมีอาการของโรคอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ ซึ่งต้องรับ การตรวจเพิ่มเติมในโรงพยาบาล จำนวน 7 ราย (คิดเป็นร้อยละ 6.36) สาเหตุเนื่องจากจำเป็นต้องรับการฟอกไตเลือดออกในทางเดินอาหารเส้นเลือดสมองแตกเฉียบพลัน โรคทางจิตเวช แสดงในตาราง 2

ตาราง 3 ผลการดำเนินงานโครงการรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน (N=6,362)

ผลการดำเนินงาน	n (%)
เข้าร่วมโครงการรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้านจนครบกำหนด	6,262 (98.43)
รับมารักษาตัวต่อในโรงพยาบาล	110 (1.73)
โรงพยาบาลศูนย์	22 (20.00)
โรงพยาบาลสนามของโรงพยาบาลศูนย์	68 (61.82)
โรงพยาบาลอื่น	20 (18.18)

ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาต่อในสถานพยาบาล

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผลดังแสดงในตารางที่ 5 การวิเคราะห์แบบ Bivariate พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลการรักษา ได้แก่ โรคหัวใจ (Crude OR = 8.40, 95%CI 2.07-34.16, p-value < 0.01) โรคเบาหวาน (Crude OR = 2.36, 95%CI 1.02-5.50, p-value = 0.046) อาการไข้ (Crude OR = 12.65, 95%CI 5.86-27.30, p-value < 0.01) และอาการเหนื่อย/หายใจไม่อิ่ม (Crude OR = 7.57, 95%CI 2.91-19.73, p-value < 0.01) และเมื่อวิเคราะห์แบบ multivariate analysis โดยใช้ Multiple Logistic Regression พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลการรักษา ได้แก่ โรคหัวใจ (Adjusted OR = 9.54, 95%CI 2.182-41.71, p-value = 0.003) โรคเบาหวาน (Adjusted OR = 3.43, 95%CI 1.43-8.22, p-value = 0.006) อาการไข้ (Adjusted OR = 13.89, 95%CI 6.29-30.69, p-value < 0.01) และอาการเหนื่อย/หายใจไม่อิ่ม (Adjusted OR = 7.14, 95%CI 2.54 -20.04, p-value < 0.01)

ตาราง 4 ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาต่อในโรงพยาบาล

ปัจจัย	Bivariate analysis			Multivariate analysis		
	OR	95% CI	p-value	Adjusted OR	95% CI	p-value
โรคหัวใจ						
ไม่เป็น	1.00			1.00		
เป็น	8.40	2.07-34.16	< 0.01*	9.54	2.18-41.71	< 0.01*

ตาราง 4 ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาต่อในโรงพยาบาล (ต่อ)

ปัจจัย	Bivariate analysis			Multivariate analysis		
	OR	95% CI	p-value	Adjusted OR	95% CI	p-value
โรคเบาหวาน						
ไม่เป็น	1.00			1.00		
เป็น	2.36	1.01-5.50	0.046*	3.43	1.43-8.22	< 0.01*
การตั้งครรภ์						
ไม่ตั้งครรภ์	1.00			1.00		
กำลังตั้งครรภ์	4.08	0.81-20.52	0.09	4.61	0.76-27.92	0.10
การได้วัคซีนต้านโควิด						
ได้วัคซีนน้อยกว่า 3 เข็ม	1.00			1.00		
ได้วัคซีนตั้งแต่ 3 เข็มขึ้นไป	0.80	0.52-1.21	0.29	0.84	0.528-1.34	0.47
อาการแสดง ณ วันแรกที่เข้ารักษาแยกกักตัวที่บ้าน						
ไข้						
ไม่มีไข้	1.00			1.00		
มีไข้	12.65	5.90-27.30	< 0.01*	13.89	6.29-30.69	< 0.01*
เหนื่อย/หายใจไม่อิ่ม						
ไม่เหนื่อย	1.00			1.000		
มีอาการเหนื่อย	7.57	2.91-19.73	< 0.01*	7.14	2.54-20.04	< 0.01*

*p-value < 0.05

อภิปรายผล

การระบาดของโรคโควิด 19 กระจายทั่วโลกอย่างรวดเร็วและเป็นหนึ่งภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ด้วยทรัพยากรด้านสาธารณสุขที่มีอย่างจำกัด จึงไม่สามารถรับผู้ป่วยทั้งหมดเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ การรักษาในรูปแบบการรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน จึงเป็นประโยชน์ในการให้การดูแลผู้ป่วยจำนวนมาก ลดการใช้ทรัพยากรด้านสาธารณสุข[14,19-20] โดยเฉพาะอย่างยิ่งเตียงในหอผู้ป่วยวิกฤตและหอผู้ป่วยแยกโรค ซึ่งควรสงวนไว้ให้กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีความจำเป็นมากกว่าในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

โครงการรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน ตั้งแต่เดือนมกราคม-เมษายน พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษารวม 6,362 ราย โดยส่วนใหญ่เข้าร่วมโครงการรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้านจนครบกำหนดจำนวน 6,262 ราย (คิดเป็นร้อยละ 98.43) รับตัวมารักษาต่อในโรงพยาบาลจำนวน 110 ราย (คิดเป็นร้อยละ 1.73) มีอัตราการรับตัวมารักษาต่อต่ำกว่า

การจัดบริการ Home Isolation ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขในช่วงเดือนมิถุนายน-พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 ที่มีจำนวนผู้ป่วยใน Home Isolation รวม 9,180 ราย และหายส่งต่อ 781 ราย (คิดเป็นร้อยละ 8.51)[14] อย่างไรก็ตาม โครงการทั้งสองดำเนินการคนละช่วงเวลาซึ่งมีสายพันธุ์เฝ้าระวังแตกต่างกัน[26] การคัดกรองสุขภาพจิตโดยใช้แบบสอบถาม 2Q[25] ช่วยให้คัดกรองผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตระหว่างรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน และพบว่าส่วนน้อยมีปัญหาสุขภาพจิตระหว่างการรักษา แต่ปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยนั้นมีความสำคัญยิ่ง และไม่ควรถูกละเลย ซึ่งจาก การดำเนินการโครงการ พบว่ามีผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแล

สาเหตุการติดเชื้อส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อจากบุคคลในครอบครัวและจากสถานที่ทำงาน ซึ่งคล้องกับพฤติกรรมของมนุษย์ที่ใช้เวลากับบุคคลในครอบครัวและสถานที่ทำงานเป็นส่วนใหญ่[27] อย่างไรก็ตาม ข้อมูลดังกล่าวมีข้อจำกัด เนื่องจากเป็นข้อมูลได้จากผู้ป่วยโดยตรง และไม่ได้มี การสอบสวนโรคเพื่อหาสาเหตุที่แท้จริงร่วมด้วย ทั้งนี้หากการติดเชื้อโควิดจากที่ทำงาน ผู้ป่วยจะต้องใช้สิทธิการรักษาจากกองทุนเงินทดแทนตามแนวทางของสำนักงานกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม[28-30] จากข้อมูลเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลในโครงการ ไม่พบการเบิกจ่ายจากกองทุนเงินแทน ด้วยข้อจำกัดด้านสาธารณสุข

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ปัจจัยที่มีเกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน อาการไข้ และอาการเหนื่อย/หายใจไม่อิ่ม สอดคล้องกับคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย[12-18] และองค์การอนามัยโลก[3] ที่จัดให้ผู้ที่มีโรคหัวใจ และโรคเบาหวาน จัดเป็นกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรครุนแรง[12-18] และการศึกษาอื่นซึ่งพบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยโควิด 19 ที่มีโรคเบาหวานกับการเข้ารักษาในโรงพยาบาล[21]

นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขประเทศไทยขณะที่อาการไข้ (อุณหภูมิกายตั้งแต่ 390C ขึ้นไป โดยวัดได้อย่างน้อยสองครั้งห่างกัน 4 ชั่วโมง ในช่วงเวลา24 ชั่วโมง) อาการเหนื่อย/หายใจไม่อิ่ม (มีภาวะขาดออกซิเจน วัด O2Saturation ต่ำกว่า 94%) จัดเป็นอาการที่ควรพิจารณารับไว้รักษาในโรงพยาบาล[12-18] เหมือนกับคำแนะนำของประเทศอื่น ๆ ที่มีการบริการรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน ซึ่งแนะนำให้ผู้ป่วยที่อยู่ที่บ้าน เฝ้าระวังอาการดังกล่าว[14-18]

การวิเคราะห์ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการตั้งครรภ์ การรับวัคซีนต้านโควิด ตั้งแต่ 3 เข็มขึ้นไป กับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งต่างจากการศึกษาอื่น[21,31-32] จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติม

ข้อเสนอแนะ

การรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน มีประโยชน์อย่างยิ่งในโรคระบาดที่เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทโรคระบาดอื่น ๆ ได้ในอนาคต โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อทรัพยากรด้านสาธารณสุขไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วย การจัดบริการรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้านที่ผ่านมายังไม่พบประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย

การคัดกรองผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน ควรคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลการรักษาของผู้ป่วยโควิดที่รักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน ได้แก่ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน อาการไข้และอาการเหนื่อย/หายใจไม่อิ่ม ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเหล่านี้ มีแนวโน้มอาจต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และมีความเสี่ยงที่จะมีอาการรุนแรงหรือเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็ว การติดตามอาการผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทางโทรศัพท์ควรให้แพทย์เป็นผู้ติดตามและประเมินอาการ ขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ อาจให้บุคลากรสาธารณสุขช่วยติดตามอาการได้

การจัดบริการให้ผู้ป่วยโควิดแบบแยกกักตัวที่บ้าน จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับความร่วมมือจากสหวิชาชีพในการช่วยดูแลผู้ป่วย แพทย์ปฐมภูมิมีบทบาทในการคัดกรอง ติดตามและประเมินอาการเบื้องต้นของผู้ป่วย แพทย์เฉพาะทางมีบทบาทสำคัญในการรับปรึกษาและประเมินผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลง การเตรียมพร้อมในการรับส่งผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงมารับการรักษาในโรงพยาบาลมีจำเป็นอย่างยิ่ง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ คุณนงลักษณ์ ประยูรเสริฐ เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน หัวหน้างานระบบปฏิบัติการและสนับสนุนบริการ (ICT) โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา คุณอารียา ศรีคำวัง และคุณรัตนตรัย ลัดพลี นักวิชาการสาธารณสุขกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ที่ช่วยประสานงานในการสืบค้นเวชระเบียนผู้ป่วยย้อนหลัง

เอกสารอ้างอิง

[1] World Health Organization. WHO-convenedGlobalStudyofOriginsofSARS-CoV-2: China Part. [Online]. (2021). [cited 1 Oct 2022]. Available from https://www.who.int/docs/default-source /coronaviruse/final-joint-report_origins-studies-6-april201.pdf?sfvrsn=4f5e5196_ 1&download=true

[2] WorldHealthOrganization.NovelCoronavirus (2019-nCoV) Situation report -1. [Online]. (2020). [cited 1 Oct 2022]. Available from https://www.who.int /docs /default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf

[3] World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19). [Online]. (2022). [cited 12 Jun 2023]. Available from https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1

[4] กรมควบคุมโรค. สถานการณ์ผู้ติดเชื้อ COVID-19 ภายในประเทศ Interactive dashboard. [ออนไลน์]. (2565). [เข้าถึง เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2565]. เข้าถึง ได้จาก https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/

[5] กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง(ฉบับที่3).ราชกิจจานุเบกษาเล่มที่ 139 ตอนพิเศษ 223 ง. (ลงวันที่ 20 กันยายน พ.ศ.2565); 2565.

[6] กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ยกเลิกประกาศกระทรวง

สาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563 พ.ศ. 2565. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 139 ตอนพิเศษ 223 ง. (ลงวันที่ 20 กันยายน พ.ศ.2565); 2565.

[7] Center for Disease Control and Prevention. Covid 19 Isolation. [Online]. (2022). [cited 12 Jun 2023]. Available from: https:/ /www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/ your-health/isolation .htm l#:~ :text = If%20you%20test%20positive%20for,unable%20to%20wear%20a%20mask.

[8] Maricopa County Department of Public Health. General Population: Home Isolation Guidance for People Who Test COVID-19 Positive or Have Symptoms Consistent with COVID-19. [Online]. (2022). [cited 12 Jun 2023]. Available from: https://www.maricopa.gov/ Document Center/View/58863/Home-Isolation-Guidance?bidId=

[9] County of San Diego Health and Human Services Agency. Home Isolation Instructions for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). [Online]. (2022). [cited 12 Jun 2023]. Available from: https:// www.sandiegocounty.gov/content/dam/sdc/hhsa/programs/phs/Epidemiology/COVID%20Home%20Isolation%20Instructions%20for%20COVID-19.pdf

[10] Government of Dubai. Isolation Guideline for Confirmed COVID-19 Cases. [Online]. (2022). [cited 12 Jun 2023]. Available from https://www.dha.gov.ae/ar /uploads/062022/Isolation %20Guideline% 20For%20Confirmed%20Cases202235461.pdf

[11] Government of India. Revised guidelines for Home Isolation of mild /asymptomatic COVID-19 cases. [Online]. (2022). [cited 12 Jun 2023]. Available from https://www.mohfw.gov.in/pdf/Revised Illustrated GuidelinesforHomeIsolationof Mild AsymptomaticCOVID19Cases.pdf

[12] กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการให้คำแนะนำป่วยและการจัดบริการผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation ฉบับวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2564. [ออนไลน์]. (2564). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 1 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https:// ddc.Moph.go.th/viralpneumonia/file/ g_health_care/home_isolation_010764.pdf

[13] กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษาและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019(COVID-19) สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง4สิงหาคม2564.[ออนไลน์].(2564). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 1 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: http:// covid19.dms.go.th/backend/// Content//Content_File/Covid_Health/Attach/25640804171629PM_CPG_COVID_v.17_n_20210804.pdf

[14] กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. การจัดบริการ HOME ISOLATION กรมการแพทย์

กระทรวงสาธารณสุข. [ออนไลน์]. (2565). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 1 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: http:// covid19.dms.go.th/ backend/// Content//Content_File/Covid_Health/ Attach/25650105180407 M_80%E0%B8% 9B%E0%B8%B5HomeIso.pdf

[15] กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการให้คำแนะนำผู้ป่วยและการจัดบริการผู้ป่วยโควิด 19 แบบ Home Isolation ฉบับปรับปรุง วันที่ 4 มกราคม พ.ศ. 2565. [ออนไลน์]. (2565). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 1 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://covid19.dms.go.th/backend/// Content//Content_File/Covid_Health/Attach/ 25650105 175718PM_%E0%B9%81%E0%B8%99% E0%B8%A7%E0%B8%97%E0%B8% B2%E0%B8%87homeIso.pdf

[16] กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษาและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019(COVID-19) สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง 1 มีนาคม 2565. [ออนไลน์]. (2565). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 1 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://covid19.dms .go.th/ backend/// Content//Content_File/Covid_Health/ Attach /25650301194159 PM _ CPG_ COVID-19_v.20.4_N_ 20220301 .pdf

[17] กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษาและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง 22 มีนาคม 2565. [ออนไลน์]. (2565). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 1 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: http:// covid19.dms.go.th/backend///Content//Content_ File/Covid_Health/Attach /2565 0324144250PM_CPG%2022%E0%B8% A1%E0%B8%B5%E0%B8%99%E0% B8%B2.pdf

[18] กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษาและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019(COVID-19) สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง 22 เมษายน 2565. [ออนไลน์]. (2565). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 1 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก http:// covid19.dms.go.th/ backend///Content//Content_File/Covid_ Health/Attach /25650422162203PM_CPG_ COVID-19_n_v.22_20220422.pdf

[19] Phattharapornjaroen, P., Carlström, E., Sivarak, O., et al. A. Community-based response to the COVID-19 pandemic: case study of a home isolation centre using flexible surge capacity. Public Health 2022; 211: 29 – 36.

[20] Afshari P, Beheshti-Nasab M, Maraghi E, Sadeghi S, Sanjari N and Zarea K (2022) Home care in COVID-19 patients with the home-quarantined condition: A study from Iran. Front. Public Health 2022; 10 : 952618.

[21] Park JJ, Seo YB, Lee J, et al. Protocol and clinical characteristics of patients under 'at-home care' for COVID-19 in South Korea: a retrospective cohort study. BMJ Open 2022; 12 : 061765.

[22] Parven N, Abbasi M, Siddiqui E, Awan S, Akhtar MN, Sikandar R. Home Quarantine Among COVID Positive Health Professionals: A Cross-Sectional Study From Hyderabad Pakistan. Pak Armed Forces Med J 2022; 72(2): 543 – 6.

[23] Dean AG, Sullivan KM, Soe MM. OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health; 2022.

[24] Kelsey JL, Whittemore AS, Evans AS, Thompson WD. Methods in Observational Epidemiology. Oxford University Press; 1996.

[25] Arunpongpaisal S, Kongsuk T, Maneethorn N, et al. Development and validity of two-question screening test for depressive disorders in Northeastern Thai community. Asian J Psychiatr 2009; 2: 149 – 52.

[26] Center for Disease Control and Prevention. SARS-CoV-2 Variant Classifications and Definitions [Online]. (2023). [cited 12 Jun 2023]. Available from https:// www. cdc. gov/coronavirus/2019-ncov/variants / variant-classifications.html

[27] Esteban OO, Charlie G and Max R. Time Use. [Online]. (2020). [cited 12 Jun 2023]. Available from https://ourworldindata.org /time-use

[28] กระทรวงแรงงาน. พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ.2537. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 111 ตอนที่ 28 ก. (ลงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ.2537); 2537.

[29] กระทรวงแรงงาน. พระราชบัญญัติเงินทดแทน (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2561. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 135 ตอนที่ 80 ก. (ลงวันที่ 10 ตุลาคม พ.ศ.2561); 2561.

[30] กองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม. แนวปฏิบัติ กรณีลูกจ้างติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). [ออนไลน์]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 12 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: http:// www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER39/DRAWER075/GENERAL/DATA0000/00000904.PDF

[31] Havers FP, Pham H, Taylor CA, et al. COVID-19-Associated Hospitalizations Among Vaccinated and Unvaccinated Adults 18 Years or Older in 13 US States, January 2021 to April 2022. JAMA Intern Med. 2022;182(10): 1071 – 81.

[32] เชิดศักดิ์ เพิ่มปัญญาและเจนจิรา บุราคร. เปรียบเทียบผู้ป่วยโควิด-19 กลุ่มเสี่ยง (608) ที่ได้รับวัคซีนและไม่ได้รับวัคซีน ในโรงพยาบาลแก้งคร้อ. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา 2565; 8(2): 124 – 35.

บทความวิจัยต้นฉบับ :
ปัจจัยภาวะสุขภาพ การรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

Health Awareness and Health Behaviors Correlated with High Blood Pressure Among Teachers and Personnel of Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen

จุรี แสนสุข* จริยา ศิริรส** อัจฉรา ข้อยุ่น*** และแสงดาว จันทร์ดา****
Juree Sansuk* jariya Siriros** Achara Khoyun*** and Saengdao Janda***
คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น *,**,***,****
Faculty of Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Khon kaen *,**,***,****
เบอร์โทรศัพท์ : 08-1717-6764 : E-mail : juree.s@bcnkk.ac.th*
วันที่รับ 21 ก.ค.2566; วันที่แก้ไข 28 ส.ค.2566; วันที่ตอบรับ 21 ก.ย.2566

บทคัดย่อ

ปัจจัยภาวะสุขภาพ การรับรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analytical study) เก็บรวบรวบข้อมูลโดยใช้แบบวัดความรู้ การรับรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพในบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น จำนวน 65 คน ระยะเวลาในการศึกษา ระหว่างเดือน กันยายน 2565 – มีนาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงใช้การวิเคราะห์ทีละตัวแปร (univariate analysis) และการวิเคราะห์แบบคู่ (bivariate analysis) โดยใช้ตัวแบบถดถอยลอจิสติกอย่างง่าย (simple logistic regression) และการวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์แบบตัวแปร พหุนาม (multivariable analysis) โดยใช้ตัวแบบถดถอยพหุลอจิสติก (multiple logistic regression)

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ระดับไขมันในร่างกายและเส้นรอบเอว มากกกว่า 90 เซนติเมตร และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้ความรุนแรง และพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ กับภาวะความดันโลหิตสูงในบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีขอนแก่น

คำสำคัญ : ปัจจัยภาวะสุขภาพ; การรับรู้ด้านสุขภาพ; พฤติกรรมสุขภาพ; ภาวะความดันโลหิตสูง

Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to investigate the health factors, health perception, and health behaviors related to high blood pressure among the personnel of Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen. The data collection period spanned from September 2022 to March 2023,

involving a total of 65 participants.

Data were gathered through a knowledge test assessing health awareness and disease prevention behaviors, guided by the Health Belief Model. Statistical analysis included frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation to summarize the data. Furthermore, univariate and bivariate analyses were conducted using a simple logistic regression model to explore factors associated with high blood pressure prevention behaviors. To account for multifaceted relationships among variables, multivariable analysis utilized multiple logistic regression.

The study's findings indicate that high blood pressure among the personnel of Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen, is correlated with various factors. These include personal factors such as elevated body fat levels, a waist circumference exceeding 90 centimeters, and specific health belief patterns characterized by knowledge about diseases, a perception of disease severity, and preventive behaviors.

Keywords : Health Factors; Health Awareness; Healthy Behaviors; High Blood Pressure

บทนำ

องค์การอนามัยโลกกำหนดเป้าหมายความสำเร็จในการดำ เนินงานภายในปี พ.ศ. 2568 ประเด็น การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร จากโรคไม่ติดต่อ (premature mortality) คือ อัตราตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของประชากรอายุระหว่าง 30-70 ปี ลดลงร้อยละ 25 ในปี พ.ศ. 2554 องค์การสหประชาชาติได้ประกาศให้การควบคุมป้องกันปัญหา NCDs เป็นวาระสำคัญของโลก[1-2] โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง เป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases; NCDs) ที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของคน 36 ล้านคนทั่วโลก คิดเป็นร้อยละ 63 ของสาเหตุการตายทั้งหมด โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง จากรายงานสถิติสาธารณสุขของประเทศไทย พบว่า อัตราตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในปี 2559 – 2563 มีอัตราเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้หลายประเทศได้ขับเคลื่อนนโยบายเพื่อต่อสู่กับปัญหา NDCs ดังกล่าว

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น เป็นสถาบันการศึกษาเฉพาะทางสาธารณสุข มีบุคลากรที่ปฏิบัติงานทั้งในสายอาจารย์ผู้สอนและสายสนับสนุนวิชาการซึ่งบุคลากรทั้ง 2 ส่วน ถือเป็นบุคลากรสาธารณสุขด้วยเช่นกัน มีบทบาทใน การเป็นต้นแบบบุคลากรด้านการส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชน ซึ่งจำต้องมีความรู้การรับรู้การปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเองที่ถูกต้อง จากรายงานการตรวจสุขภาพประจำปีของอาจารย์และบุคลากรปีงบประมาณ 2565 พบว่าบุคลากรมีภาวะสุขภาพดี ร้อยละ 70 มีความเสี่ยงร้อยละ 30 ซึ่งได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดสูง[2] และปีงบประมาณ 2566 พบว่าบุคลากรมีอาการแสดงของภาวะเริ่มต้นของภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำหนักเกินและดัชนีมวลกายสูงขึ้น รวมทั้งภาวะไขมันในเลือดสูงเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 29 ของบุคลากรทั้งหมด[3] เมื่อวิเคราะห์แนวโน้มของภาวะสุขภาพ พบว่าแนวโน้มของการเจ็บป่วย

สูงขึ้นทุกปี หากไม่สามารถส่งเสริมและควบคุมย่อมส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น เกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง นโยบายใน การป้องกันโรคไม่ติดต่อของสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข มุ่งเน้นการเฝ้าระวังและป้องกันโรคเพื่อให้บุคลากรเกิดการตระหนักรู้และเฝ้าระวังการเกิดโรคเรื้อรัง[4] การป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดโรค ให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมและลดระดับความรุนแรงของโรค ได้แก่ ความรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ความตระหนักต่อโรค การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมและการดำเนินกิจกรรมอย่างมีส่วนร่วมและต่อเนื่อง[5] แนวคิดดังกล่าวจะมีส่วนในการส่งเสริมให้บุคคลากรสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและให้เกิดการตระหนักรู้ถึงความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

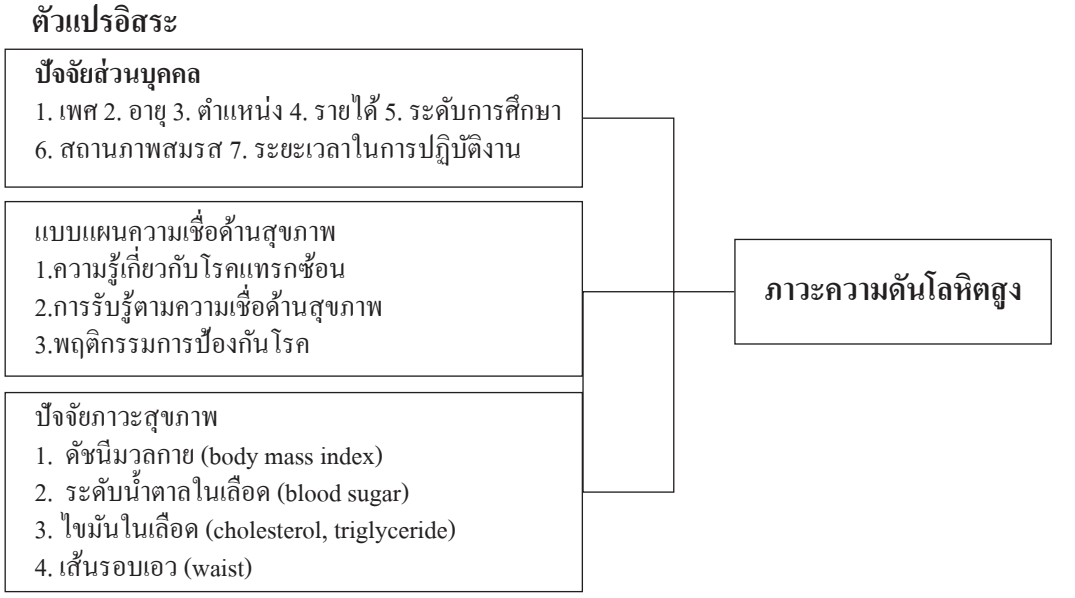
1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ การรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพกับการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analytical study) ประชากรที่ใช้ใน การศึกษาครั้งนี้คือบุคลากรที่ปฏิบัติงานในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลจำนวน 35 คน และบุคลากรสายสนับสนุนจำนวน 30 คนรวมทั้งสิ้นจำนวน 65 คน โดยทำการศึกษาระหว่างเดือน กันยายน 2565 – มีนาคม 2566

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีขอนแก่น ระยะเวลา 1 ปีขึ้นไป มีอายุตั้งแต่ 20–65 ปี เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ประกอบด้วย สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทยได้และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามกำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบเครื่องมือโดยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) การทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) การทดลองใช้ (try out) เพื่อหาคุณภาพเชิงประจักษ์ (empirical approach) ก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูล รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้ด้วยสถิติ KR20 ได้ค่าความเที่ยง .84 แบบสอบถามการรับรู้ตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของ ครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ .72 และ .82 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถาม ผู้วิจัยพัฒนาตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model)[6] ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยเพศ อายุ ศาสนา การศึกษา การสมรส สมาชิกครอบครัว รายได้ โรคประจำตัว

2) ความรู้เกี่ยวกับโรคแทรกซ้อน จำนวน 15 ข้อ การให้คะแนน ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมมีค่า 0 – 15 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ระดับสูง (12 – 15 คะแนน) ระดับปานกลาง (9 – 11 คะแนน) และระดับต่ำ (0 – 8 คะแนน)

3) การรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้าน จำนวน 15 ข้อการตอบเป็นมาตรส่วน 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วย ไม่แน่ใจไม่เห็นด้วย ให้คะแนนเป็น 3, 2 และ 1 ตามลำดับ คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 15 – 45 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (35 – 45 คะแนน) ระดับปานกลาง (25 – 34 คะแนน) และระดับต่ำ (15 – 24 คะแนน) และ 4) พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมระดับความรุนแรงของโรค จำนวน 25 ข้อ การตอบเป็นมาตรส่วน 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ ให้คะแนนเป็น 2, 1 และ 0 ตามลำดับ

คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0 – 50 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง (40 – 50 คะแนน) ระดับปานกลาง (30 – 39 คะแนน) และระดับต่ำ (0 – 29 คะแนน)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่ม ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การศึกษาวิเคราะห์วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ใช้แบบถดถอยพหุลอจิสติก (multiple logistic regression)

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีขอนแก่น วันที่ 18 กรกฎาคม 2565 เลขที่โครงการ IRB-

BCNKK-7-2022 โดยชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจและสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการหรือจะยุติการเข้าร่วมโครงการเมื่อไรก็ได้ และข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ โดยไม่เปิดเผยชื่อ สกุล การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมของการศึกษานี้เท่านั้น

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ อาจารย์และบุคลากรของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น จำนวน 65 คน โดยมีอายุเฉลี่ย 43.27 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.85 มีระดับน้ำตาลในเลือดปกติน้อยกว่า 100mg/dl ร้อยละ 83.08 มีระดับ Cholesterol และ Triglyceride อยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 50.77 และร้อยละ 60 ตามลำดับ มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกิน (BMI >23.00) จำนวน 33 ราย (ร้อยละ 50.77) รองลงมาคือ (BMI 18.5 – 23.00) จำนวน 27 ราย (ร้อยละ 41.54) ระดับความดันโลหิต Systolic blood pressure อยู่ในระดับ 120-140 mmHg มากที่สุด จำนวน 28 คน (ร้อยละ 43.08) รองลงมาคือ < 120 mmHg จำนวน 25 คน (ร้อยละ 38.46 ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=65)

คุณลักษณะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
Sex		
ชาย	17	26.15
หญิง	48	73.85
Age		
20-39 ปี	22	33.85
40-59 ปี	42	64.61
60 ปีขึ้นไป	1	1.54
Mean (±SD)	43.27 (9.47)	
Median (min : max)	44 (23:62)	
Blood sugar control (mg/dl)		
70 to 100mg/dl	54	83.08
>121 mg/dl	11	16.92
Cholesterol		
<200	33	50.77
200-240	17	26.15
>=240	15	23.08

ตาราง 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=65) (ต่อ)

คุณลักษณะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
Triglyceride		
<150	39	60.00
150-200	23	35.38
>200	3	4.62
BMI		
<18.5	5	7.69
18.5-23.00	27	41.54
>23.00	33	50.77
DBP		
<80	32	49.23
80-<100	31	47.69
>100	2	3.08
<120	25	38.46
120-140	28	43.08
>140	12	18.46

4.2 การประเมินแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

การประเมินแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแบบสอบถาม พบว่าผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคแทรกซ้อนพบว่ามีความรู้เกี่ยวกับโรคแทรกซ้อนอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด จำนวน 29 ราย (ร้อยละ 44.62) โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคแทรก 10.66 คะแนน จากคะแนนเต็ม 15 คะแนนการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง จำนวน 46 คน (ร้อยละ70.77) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ด้านสุขภาพ 36.49 คะแนน จากคะแนนเต็ม 45 คะแนน คะแนนพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมระดับความรุนแรงของโรค อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 43.08 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 41.54 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมระดับความรุนแรงของโรค 31.58 คะแนน จากคะแนนเต็ม 50 คะแนน ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 การประเมินแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ปัจจัย	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ระดับ
ความรู้เกี่ยวกับโรคแทรกซ้อน			
(0 – 8 คะแนน)	9	13.85	ระดับต่ำ
(9 – 11 คะแนน)	29	44.62	ระดับปานกลาง
(12 – 15 คะแนน)	27	41.54	ระดับสูง
Mean (±SD)	10.66 (2.41)		
Median (min:max)	11 (1:15)		
การรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพ			
(15 – 24 คะแนน)	2	3.08	ระดับต่ำ
(25 – 34 คะแนน)	17	26.15	ระดับปานกลาง
(35 – 45 คะแนน)	46	70.77	ระดับสูง
Mean (±SD)	36.49(6.09)		
Median (min:max)	38 (12:45)		
พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมระดับความรุนแรงของโรค			
(0 – 29 คะแนน)	28	43.08	ระดับต่ำ
(30 – 39 คะแนน)	27	41.54	ระดับปานกลาง
(40 – 50 คะแนน)	10	15.38	ระดับสูง
Mean (±SD)	31.58(6.20)		
Median (min:max)	31 (22:44)		

4.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง (n = 65)

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง ด้วย การวิเคราะห์ทีละคู่ (univariate analysis) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่า 0.05 (p-value <0.05) โดยใช้ตัวแบบถดถอยลอจิสติกอย่างง่าย (Simple logistic regression) ที่นำเสนอค่าขนาดความสัมพันธ์อย่างหยาบ [Crude odds ratio (OR)] และช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ของ COR และการวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์แบบตัวแปรพหุนาม (Multi variate analysis) โดยใช้ตัวแบบถดถอยพหุลอจิสติก (multiple logistic regression) ด้วยวิธีขจัดออกทีละตัว (Backward elimination) โดยนำ เสนอด้วยค่าขนาดความสัมพันธ์ที่ปรับอิทธิพลของตัวแปรอื่นแล้ว [Adjusted Odds Ratio (Adj.OR)] และช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ของ Adj.OR การวิเคราะห์ถดถอยพหุลอจิสติกเพื่ออธิบายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง เมื่อควบคุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องให้คงที่ พบว่าเส้นรอบเอวมากกว่า 80 เซนติเมตร มีความสัมพันธ์ กับการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มที่มีเส้นรอบเอวน้อยกว่า 80 เซนติเมตร Adj.OR 7.335 (95% CI : 1.32-40.76, p-value =0.023)ดังรายละเอียด ในตาราง 3

ตาราง 3 ตารางการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง (n = 65)

ปัจจัย	จำนวน	% HT	Crude OR	Adjust OR	95%CI of Adj.OR	p-value
Sex						
Male	17	58.82	1			0.736
Female	48	62.50	1.166	0.75	0.146-3.89	
Age (year)						
20-39 ปี	22	68.18	1			0.268
40 ปีขึ้นไป	43	58.14	0.648	5.550	0.267-15.175	
Body mass index (kg./m^2)						
18.50 to 22.99 kg./m^2	14	45.16	1	0.195	0.020-1.870	0.210
23.00 to 24.99kg./m^2	11	84.62	6.67	0.995	0.070-14.035	0.251
>25kg./m^2	15	71.43	3.03	0.398	0.676.-2.315	0.306
Waist						
<80 cm	17	45.95	1			0.002*
>80 cm	23	82.14	5.411	4.911	1.324-18.204	
Blood sugar control (mg/dl)						
< 70mg/dl	13	81.25	1			
70-100 mg/dl	20	50.00	0.230	0.025	0.006-0.570	0.021*
> 100mg/dl	7	77.78	0.807	0.135	0.003- 5.016	0.278
ความรู้เกี่ยวกับโรคแทรกซ้อน						
สูง (12 – 15 คะแนน)	7	77.78	1			0.536
ปานกลาง (9 – 11 คะแนน)	17	58.62	0.404	0.127	0.011- 1.431	0.095
ต่ำ (0 – 8 คะแนน)	16	59.26	0.415	0.185	0.015-2.175	0.180
การรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพ						
สูง (35 – 45 คะแนน)	29	63.04	1	0.820	0.155- 4.322	0.816
ปานกลาง (25 – 34 คะแนน)	11	64.71	1.07	0.780	0.029-1.449	0.767
พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมระดับความรุนแรงของโรค						
ต่ำ (0 – 29 คะแนน)	18	64.29	1			
ปานกลาง (30 – 3คะแนน)	16	59.26	0.808	0.649	0.072-5.840	0.770
สูง (40-50 คะแนน)	6	60.00	0.833	0.794	0.066-9.543	0.856

สรุปผลการวิจัย

1. ภาวะสุขภาพ การรับรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

ผลการวิจัยปัจจัยภาวะสุขภาพ การรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของอาจารย์และบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างจำนวน 65 คน มีอายุเฉลี่ย 43.27 ปี เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.85 ผลการตรวจร่างกาย ระดับน้ำตาลในเลือดปกติน้อยกว่า 100mg/dl ร้อยละ 83.08 ระดับ Cholesterol และ Triglyceride อยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 50.77 และร้อยละ 60 ตามลำดับ มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกิน (BMI >23.00) จำนวน 33 ราย (ร้อยละ 50.77) รองลงมาคือ (BMI 18.5-23.00) จำนวน 27 ราย (ร้อยละ 41.54) ระดับความดันโลหิต Systolic blood pressure อยู่ในระดับ 120-140 mmHg มากที่สุด จำนวน 28 คน (ร้อยละ 43.08) รองลงมาคือ < 120 mmHg จำนวน 25 คน (ร้อยละ 38.46)

การประเมินแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคแทรกซ้อนพบว่ามีความรู้เกี่ยวกับโรคแทรกซ้อนอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด จำนวน 29 ราย (ร้อยละ 44.62) โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคแทรก 10.66 คะแนน จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน การรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพ อยู่ในระดับสูง จำนวน 46 คน (ร้อยละ70.77) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ด้านสุขภาพ 36.49 คะแนน จากคะแนนเต็ม 45 คะแนน คะแนนพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมระดับความรุนแรงของโรค อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 43.08 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 41.54 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมระดับความรุนแรงของโรค 31.58 คะแนน จากคะแนนเต็ม 50 คะแนน

2. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ การรับรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

ผลการวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ การรับรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพของอาจารย์และบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น พบว่าอัตราการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 1.166 เท่า แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value= 0.736) อายุมากกว่า40ปีขึ้นไปมีอัตราการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มอายุน้อยกว่า 40 ปี 0.64 เท่า แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value= 0.268) Body mass index (BMI) กลุ่มที่มีภาวะอ้วนหรือ BMI มากกว่า 25kg./m^2 มีอัตราการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มที่มีน้ำหนักปกติ 0.398 เท่า และไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (p-value=0.306) ปัจจัยด้านระดับน้ำตาลในกระแสเลือด พบว่าระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูงมากกว่า 100 mg/dl ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มที่มีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำกว่า 100 mg/dl 0.690 เท่าแต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p- value= 0.278) สำหรับผู้ที่มีระดับน้ำตาลอยู่ระหว่าง 70-100 mg/dl มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะความดันโลหิตสูงได้ 0.025 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value =0.021) และเส้นรอบเอวมากกว่า 80 เซนติเมตร มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มที่มีเส้น

รอบเอวน้อยกว่า 80 เซนติเมตร 4.911 เท่า และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value =0.002)

ปัจจัยด้านแบบแผนการรับรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับโรคแทรก การรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันระดับความรุนแรงของโรค

ผลการศึกษาระดับความรู้ การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมระดับความรุนแรงของโรค ของบุคลากรกลุ่มที่อยู่ ในระดับสูง จะมีความสัมพันธ์ต่อการป้องกันและดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงได้ดีกว่า กลุ่มที่มีระดับความรู้การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมระดับความรุนแรงของโรคในระดับปานกลางและต่ำ

อภิปรายผล

ภาวะสุขภาพ การรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรม ราชชนนี ขอนแก่น ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคแทรก การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมระดับความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากทำการศึกษาในกลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพที่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ ชื่นกมล สิทธิยอดยิ่ง ทำการศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ($r= -0.68$, $p < 0.01$) การรับรู้ถึงผลประโยชน์การป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติตน แรงจูงใจ ด้านสุขภาพ สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ และภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ($r= 0.58, 0.45, 0.76, 0.51$ และ0.56, $p < 0.01$)[7]

สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ในการทำนายการป้องกันการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยได้[8] และปัจจัยด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับสิ่งที่เป็นอุปสรรคของการมีพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคเป็นปัจจัยที่สำคัญในการป้องกันการเกิดโรค[9] แต่พบปัจจัยส่วนบุคคลที่เป็นปัจจัยกำหนดภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ กับการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงโดยพบความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านสุขภาพส่วนบุคคลคือ เส้นรอบเอวมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากรอบเอว แสดงถึงปริมาณไขมันรอบเอวและภาวะอ้วนลงพุง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดสมองและหลอดเลือดหัวใจ[10] สอดคล้องกับงานวิจัยของ Wang และคณะ พบว่าการเปลี่ยนแปลงของรอบเอวหรือภาวะอ้วนลงพุงมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงโดยการเพิ่มขึ้นของรอบเอวในแต่ละปี 10 ซม. ในชายและหญิงมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิต Systolic 0.98 mm Hg (95% CI:

0.61-1.35) และ 0.97mm Hg (95% CI: 0.62-1.32) ตามลำดับและความดันโลหิตขณะคลายตัวเพิ่มขึ้น 1.13 มม. ปรอท (95% CI: 0.87-1.38) และ 0.74 มม. ปรอท (95% CI: 0.51-0.97) ตามลำดับ[11] ปัจจัยด้านระดับน้ำตาลในเลือด มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความดันโลหิต เนื่องจากระดับน้ำตาลจะส่งผลต่อระบบเรนินแองจิโอเทนซิน ทำให้เพิ่มระดับความดันโลหิตให้สูงขึ้นได้[12] ระดับไขมันในเลือดและโคเลสเตอรอล ทำให้หลอดเลือดเกิดการตีบแคบและมีคราบไขมันในหลอดเลือดทำให้ความยืดหยุ่นและขนาดของหลอดเลือดเล็กลง หัวใจทำงานเพิ่มขึ้นในการสูบฉีดเลือดผ่านหลอดเลือดเล็ก ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าอัตราการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงพบมากในกลุ่มที่มีสัดส่วนค่าไตรกลี เซอไรด์ต่อโคเลสเตอรอลสูงกว่ากลุ่มที่มีสัดส่วนค่าไตรกลีเซอไรด์ต่อโคเลสเตอรอลต่ำกว่า 1.21 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อัตราการเกิดความดันโลหิตสูงพบมากในเพศหญิงที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี เพิ่มขึ้นร้อยละ 30 และร้อยละ 36 ในกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี สัดส่วนค่าไตรกลีเซอไรด์ต่อโคเลสเตอรอล ส่งผลต่อการเกิดความดันโลหิตสูงโดยอ้อม 1.04 เท่า และส่งผลต่อการเกิดภาวะความดันความดันโลหิตสูงโดยตรง 1.36 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05[13]

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

1.1 นักวิจัย ผู้สนใจ โภชนากร นักกำหนดอาหาร ออกแบบโปรแกรมการกำหนดอาหารและการออกกำลังกาย ในกลุ่มผู้มีสุขภาพดีเพื่อสร้างเสริมสุขภาพบุคลากรในการป้องกันโรคเรื้อรัง

1.2 หน่วยงานหรือองค์กรสามารถนำผลการวิจัยไปพัฒนาและประยุกต์ใช้เพื่อจัดกระบวนการบริหารจัดการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะสุขภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ทำการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาข้อมูลปัจจัยกำหนดภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข

2.2 ออกแบบการวิจัยแบบผสมผสานทั้งวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ (mix method) และนำระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ (GIS) มาบูรณาการในการศึกษาเพื่อการจัดการข้อมูลเชิงระบบโครงสร้าง

เอกสารอ้างอิง

[1] อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์. รายงานสถานการณ์โลก NCDs. เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2562.

[2] ศูนย์อนามัย 7. รายงานการตรวจสุขภาพ 2565. รายงานประจำปี. ขอนแก่น : ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2565.

[3] ศูนย์อนามัย7. รายงานการตรวจสุขภาพ 2566. รายงานประจำปี. ขอนแก่น : ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2566

[4] วิชัย เทียนถาวร. ระบบเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในประเทศไทย:นโยบายสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2565.

[5] สุนทรีย์ คำเพ็ง อรธิรา บุญประดิษฐ์. ผลของการจัดโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมู่ที่ 9 ตำบลดงตะงาว อำเภอดอนพุด จังหวัดสระบุรี. Nursing Journal of The Ministry of Public Health 2013; 22(3): 112 – 23.

[6] Janz NK, Becker MH. The Health Belief Model: a decade later. Health Educ Q 1984; 11(1):1 – 47.

[7] ชื่นกมล สิทธิยอดยิ่ง. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ โรงพยาบาลนภาลัย จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา 2565; 2(2): 46 – 60.

[8] Asep S, Suharmanto. Health Belief Model and Hypertension Prevention. Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology 2021; 15(3): 2054 – 9.

[9] Joho AA. Using the Health Belief Model to Explain the Patient's Compliance to Anti-hypertensive Treatment in Three District Hospitals - Dar Es Salaam, Tanzania: A Cross Section Study. East Afr Health Res J 2021; 5(1): 50 – 8.

[10] Cheng C, Sun J-Y, Zhou Y, Xie Q-Y, Wang L-Y, Kong X-Q, et al. High waist circumference is a risk factor for hypertension in nor mal-weight or overweight individuals with normal metabolic profiles. The Journal of Clinical Hypertension 2022; 24(7): 908 – 17.

[11] Wang Y, Howard AG, Adair LS, Wang H, Avery CL, Gordon-Larsen P. Waist Circumference Change is Associated with Blood Pressure Change Independent of BMI Change. Obesity (Silver Spring) 2020; 28(1): 146 – 53.

[12] Lv Y, Yao Y, Ye J, Guo X, Dou J, Shen L, et al. Association of Blood Pressure with Fasting Blood Glucose Levels in Northeast China: A Cross-Sectional Study. Scientific reports 2018; 8(1): 7917.

[13] Liu D, Guan L, Zhao Y, Liu Y, Sun X, Li H, et al. Association of triglycerides to high-density lipoprotein-cholesterol ratio with risk of incident hypertension. Hypertens Res 2020; 43(9): 948 – 55.

บทความวิจัยต้นฉบับ : การศึกษาแบบย้อนหลังเพื่อศึกษาลักษณะของการติดเชื้อโควิด 19 ในบุคลากรของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี กรณีศึกษา ระหว่างปี 2564 - 2565

The Retrospective study to study the situation and behavior of medical personnel Suranaree University of Technology Hospital Infected COVID-19 in 2021-2022.

นันทนา พลสระคู[*] กิตติภูมิ สุวรรณโภคิน[**] และปณินันท์ ศรีนุชศาสตร์[***]
Nanthana Polsraku[*] Kittiphum Suwanaphokin[**] and Paninan Srinuchsart[***]
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี[*,**,***]
Suranaree University of Technology University Hospital[*,**,***]
โทรศัพท์ 06-1024-2686; E-mail Kittiphum.su@g.sut.ac.th,[**]
วันที่รับ 24 ส.ค. 2566; วันที่แก้ไข 17 ต.ค. 2566; วันที่ตอบรับ 13 พ.ย. 2566

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเพื่อค้นหาสถานการณ์การติดโควิด-19 ในบุคลากร และการศึกษาพฤติกรรมของบุคลากรทางการแพทย์ที่ติดเชื้อ โควิด-19 รวมถึงการได้รับวัคซีน ส่งผลต่อการติดเชื้อโควิดหรือไม่ในการศึกษาครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนทุนจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีและเก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2564 – พฤษภาคม 2565 โดยการใช้แบบคัดกรองเพื่อคัดแยกกระบวนการติดเชื้อทางเดินหายใจ

ผลการวิจัยพบว่าพบบุคลากรที่ติดเชื้อโควิด-19 ทั้งสิ้น จำนวน 285 คน ซึ่งผู้ติดส่วนมากเป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 69.7 มีช่วงอายุ 45-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 22 รวมถึงมีการติดเชื้อจากการใกล้ชิดกับครอบครัวที่ติดเชื้อ คิดเป็นร้อยละ 63.5 สถานการณ์ติดเชื้อโควิด-19 ในโรงพยาบาล อยู่ที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 6.71 รองลงมาคือแผนกศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูกและข้อ คิดเป็นร้อยละ 5.22 รองลงมาคือแผนกผู้ป่วยวิกฤตคิดเป็นร้อยละ 4.85 ซึ่งวิชาชีพที่มีการติดเชื้อ โควิด-19 มากที่สุดคือ พยาบาลคิดเป็นร้อยละ 30.59 ผู้ช่วยพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 15.67 พนักงานช่วยเหลือผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 12.68 แพทย์ คิดเป็นร้อยละ 3.73 ได้รับฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 กับการติดเชื้อโควิด-19 นั้นไม่มีความแตกต่างโดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.5 (P>0.05) โดยมีพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อมากที่สุดคือ กิจกรรมภายนอกโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 51.11 รองลงมาคือการร่วมรับประทานอาหารร่วมกันในช่วงพักกลางวัน คิดเป็นร้อยละ 27.23 รองลงมาคือ การพูดคุยกันระหว่างการทำงานโดยไม่สวมหน้ากากอนามัย คิดเป็นร้อยละ 20.52 และการปฏิบัติหน้าที่โดยการดูแลผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 1.19 พฤติกรรมเหล่านี้จึงเป็นเหตุผลให้การแพร่กระจายของเชื้อโควิด-19 สามารถแพร่กระจายได้ภายในโรงพยาบาล นอกจากนี้ พฤติกรรมที่มีความหละหลวมในการสวมหน้ากากอนามัย ยังมีการนำหน้ากาก

อนามัยลงมาอยู่ใต้จมูก ส่งผลให้การป้องกันไม่สามารถแสดงประสิทธิผลได้สูงสุด
คำสำคัญ : การติดเชื้อโควิด-19ในบุคลากร; พฤติกรรมเสี่ยง; ปัจจัยการติดเชื้อโควิด-19

Abstract

The purpose of this study is to find out the situation of COVID-19 infection from Employee's Suranaree University of Technology Hospital in 2021-2022 and studying the behavior of medical personnel infected with COVID-19. Including receiving the vaccined will affect COVID-19 infection. This study was supported by Suranaree University of Technology Hospital. This studied is collected Data personal between October 2021 – May 2022 by using a screening form A Acute Respiratory Illness Clinic.

The Infection COVID-19 Patient almost found total is 285 person. The majority of infected individuals are women, accounting for 69.7%, and are aged between 45 and 50, accounting for 22%. The Reason to Infection Infection from close contact with infected family Accounting for 63.5 %. COVID-19 infection situation in hospitals is The accident and emergency department thinks it is 6.71%. Surgery and orthopedics are the next, accounting for 5.22%. Followed by critical care department, accounting for 4.85%. The most Infection COVID-19 occupation is Nuese 30.59 % Nurse assistant 15.67% Patient support staff 12.68% Doctor 3.73 % The Employees is Vaccined compare with Infection COVID-19 Patien is not singnificant at 0.05 (P>0.05) The most Behavior to Infection is Outer behavior 51.11 % , have a lunch with colleague 27.23 ,Talk with colleague with out PPE and mask 20.52 ,patient care 1.19 These behaviors are the reason for the spread of COVID-19 can spread within hospitals. In addition, when wearing a sanitary mask, the loose behavior will also put the sanitary mask under the nose, which will lead to the failure of prevention to play its greatest role.

Keywords : Covid-19 Infection; Suranaree University of Technology Covid; Covid-19 factor Infection.

บทนำ

โรคติดเชื้ออุบัติใหม่ (emerging infectious disease) คือ โรคที่เกิดขึ้นในประชากรมนุษย์เป็นครั้งแรก หรือที่อาจมีมาก่อนแต่มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในอุบัติการณ์หรือช่วงทางภูมิศาสตร์ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ทั้งด้านสิ่งแวดล้อม ประชากรมนุษย์และสัตว์ เชื้อก่อโรค วิธีปฏิบัติทางการเกษตร ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม เช่น นิสัยการกินและความเชื่อทางศาสนาก็มีบทบาทและเป็นปัจจัยที่นำไปสู่โรคอุบัติใหม่เช่นกันดังสถานการณ์ที่ผ่านมาพบโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นและมีการระบาดทั่วโลกในหลายครั้ง เช่น โรคไข้หวัดนก โรคซาร์ส โรคเมอร์ส เป็นต้น[1]

ในปี 2562 เกิดการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus disease 2019: COVID-19) นับว่าเป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่เกิด

จากไวรัสโคโรนา (Coronavirus) และต่อมาได้พบผู้ป่วยยืนยันนอกประเทศจีนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในหลายประเทศทั่วโลกและมีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก ทำให้องค์การอนามัยโลก[2] เวลาต่อมามีการรายงานพบผู้ป่วยมากกว่า 118,000 ราย ใน 114 ประเทศและมีผู้เสียชีวิต 4,291 ราย ปีพ.ศ.2565 ยังคงมีการระบาดCOVID-19ทั่วโลก[3] และพบมากมในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ จำนวน 58,217,287 ราย โดยในประเทศไทย ได้รับการยืนยันผู้ติดเชื้อ โควิด-19 จำนวนทั้งสิ้น 4,484,863 ราย และมีผู้เสียชีวิต 30,334 ราย ซึ่งจังหวัดนครราชสีมาเองได้พบผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันทั้งสิ้นจำนวน 82,012 ราย[4] อนึ่งสาเหตุของการระบาดพบว่ามีการแพร่ระบาดในกลุ่มบุคคลที่มีการสัมผัสใกล้ชิดกัน เช่น ในครอบครัว ชุมชน รวมทั้งในโรงพยาบาล โดยสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในจังหวัดนครราชสีมานั้นทำให้อนุมานได้ว่า บุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งต้องทำงานกับผู้ป่วยจึงมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อ โควิด-19 มากกว่าประชาชนที่ไม่ได้ทำงานในสถานพยาบาล[5] จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลในระดับทุติยภูมิ พบว่า อัตราการติดเชื้อ โควิด-19 นั้นมีอัตราอยู่ที่ 4.2 หรือคิดเป็นร้อยละ 84 ซึ่งเป็นจำนวนที่สูงมาก [6] แม้ว่าบุคลากรทางการแพทย์นั้นจะมีมาตรการการป้องกันการติดเชื้อแก่บุคลากรภายในโรงพยาบาลที่เข้มงวดอยู่แล้ว

นอกจากนี้ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 250 เตียง นั้นพบผู้ป่วยยืนยันที่เข้ามารับบริการตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2563 ถึง เดือนพฤษภาคม 2565 จำนวน 7,889 ราย โดยในจำนวนนั้นมีผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 ทั้งสิ้น จำนวน 3,147 ราย ทั้งในปี 2563 ได้มีการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 และมีแนวโน้มที่แสดงความรุนแรงในการระบาดมากขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีนั้นเป็นหนึ่งในสถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยโควิด-19 ในเขตจังหวัดนครราชสีมา ในการพยาบาลและการรักษานอกจากนี้ในการรักษาโรคโควิด-19 นั้นจะต้องใช้ทรัพยากรและกำลังพลเป็นจำนวนมาก ดังนั้นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีจึงประกาศมาตรการลดความเสี่ยงในการแพร่เชื้อโควิด 19 ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี โดยให้พนักงานของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีนั้นปฏิบัติได้โดยเคร่งครัดดังนี้ (1) ใส่ MASK ตลอดเวลาขณะปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และเมื่อออกชุมชน (2) ใส่ goggle/face shield เมื่อจำเป็นต้องเข้าใกล้ผู้อื่น หรือดูแลผู้ป่วยในระยะน้อยกว่า 1 เมตร (3) ล้างมือบ่อยๆด้วยน้ำสบู่หรือแอลกอฮอลล์แฮนด์รับ ไม่สัมผัสใบหน้าโดยไม่จำเป็น เนื่องจากเป็นทางเข้าของเชื้อ (4) งดรับประทานอาหารร่วมกัน เนื่องจากมีรายงานพบว่าการรับประทานอาหารร่วมกันทำ ให้มีความเสี่ยงในการติดเชื้อระหว่างบุคลากร (5) หลีกเลี่ยงไปยังสถานที่เสี่ยง/พื้นที่เสี่ยง (6) หากมีอาการผิดปกติทางระบบทางเดินหายใจ ให้แจ้งผู้บังคับบัญชาพิจารณาหยุดงาน และรีบไปตรวจหาเชื้อ SARs-Covid-2 ที่ ARI Clinic โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี (7) หากท่านมีประวัติคนใกล้ชิดสงสัยหรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคโควิด-19 ให้แจ้งไปยังหน่วยป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ทันที เพื่อพิจารณาการตรวจหาเชื้อ และกักตัวตามมาตรการอย่างเคร่งครัด (8) ให้ผู้ป่วยทุกรายทุกแผนกทั้ง POD และ IPD ส่วมใส่ Mask ตลอดเวลาหากไม่มีข้อห้าม[7-8]

อย่างไรก็ตามแม้โรงพยาบาลจะมีการกำหนดมาตรการในการป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ โควิด-19 ภายในโรงพยาบาลที่สอดคล้องตามมาตรการของกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยและดำเนินการอย่างเคร่งครัดทั้งในการให้บริการผู้ป่วยและผู้รับบริการ รวมทั้งการปฏิบัติงานของบุคลากรจากกระบวนการที่เคร่งครัดเหล่านี้ทำให้พบว่า กระบวนการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ มีการใช้ Flow ในการปฏิบัติงานที่ครอบคลุมแล้วแต่อัตราการติดเชื้อของบุคลากรนั้นยังเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ทีมวิจัยต้องการศึกษาสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในบุคลากรโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีว่าเป็นอย่างไร รวมทั้งศึกษาถึงพฤติกรรมเกี่ยวข้องที่ทำให้บุคลากรโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีมีอัตราการติดเชื้อทีเพิ่มมากขึ้น เพื่อใช้ในการปรับมาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถปฏิบัติงานได้อย่างปลอดภัยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในบุคลากรโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อโรคโควิด 19 ของบุคลากรโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ขอบเขตของงานวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบย้อนหลัง (retrospective research) โดยมีขอบเขตของการศึกษาวิจัยดังนี้

1. ขอบเขตด้านประชากร เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีที่ติดเชื้อโควิด 19 และมีการตรวจหาเชื้อรวมถึงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึงเดือนพฤษภาคม 2565 จำนวนทั้งสิ้น 285 คน

2. ขอบเขตพื้นที่การศึกษาการวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยภายในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ตำบลสุรนารี เขตอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

3. ขอบเขตด้านระยะเวลา เก็บรวบรวมข้อมูลการติดเชื้อโควิด-19 ของบุคลากรโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2564 ถึงเดือนพฤษภาคม 2565

แนวคิดเกี่ยวกับโควิด-19

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 (Coronavirus Disease 2019(COVID-19) จัดอยู่ในกลุ่มเชื้อไวรัสโคโรนาซึ่งเป็นเชื้อไวรัสที่มีรูปร่างคล้ายมงกุฎ พบครั้งแรกกลางทศวรรษที่ 1960 แต่ยังไม่ทราบแหล่งที่มาอย่างชัดเจนว่ามาจากที่ใด เป็นไวรัสที่ สามารถติดเชื้อได้ทั้งในมนุษย์และสัตว์1 ปัจจุบันมีการค้นพบไวรัสสายพันธุ์นี้แล้วทั้งหมด 6 สายพันธุ์ ส่วนสายพันธุ์ที่กำลังแพร่ระบาดหนักทั่วโลกตอนนี้เป็นสายพันธุ์ที่ยังไม่เคยพบมาก่อน คือ สายพันธุ์ที่ 7 จึงถูกเรียกว่าเป็น “ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019” และในภายหลังถูกตั้งชื่ออย่างเป็นทางการว่า โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 หรือโรคโควิด-19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) เริ่มต้นขึ้น ในเดือน

ธันวาคม พ.ศ. 2562 แรกเริ่มถูกค้นพบจากสัตว์ โดยเป็นสัตว์ทะเลที่มีการติดเชื้อไวรัสนี้แล้ว คนที่อยู่ใกล้ชิดคลุกคลีกับสัตว์เหล่านี้ก็ติดเชื้อไวรัสมาอีกที โดยเริ่มต้นจากเมืองอู่ฮั่น เมืองหลวงของมณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน อันตรายที่ทำให้เสี่ยงถึงชีวิต จะเกิดขึ้นเมื่อระบบภูมิต้านทานโรคของเราไม่แข็งแรง หรือเชื้อ ไวรัสเข้าไปทำลายการทำงานของปอด โดยเชื้อไวรัสจะแพร่กระจายลุกลามอย่างรวดเร็วและเพิ่มมากขึ้น จนทำให้ปอดเกิดการเสียหายและสูญเสีย การทำงานหากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO)[9] ได้ประกาศให้การระบาดนี้เป็น ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ ในวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 25632 และประกาศให้เป็นโรค ระบาดทั่วไป ในวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563 และวันที่ 15 มกราคม 2564 มีผู้ติดเชื้อยืนยันแล้วมากว่า 93,612,520 คน ใน 213 ประเทศ มีผู้เสียชีวิตจากโรคระบาดแล้วมากกว่า 2,004,449 คน และมีผู้หาย ป่วยแล้วมากว่า 66,917,580 คน 2 โรคโควิด-19 มีการแพร่เชื้อระหว่างคนในลักษณะเดียวกับไข้หวัดใหญ่โดยผ่านการติดเชื้อจาก ละอองเสมหะ จากการไอ ระยะเวลาระหว่างการสัมผัสเชื้อและเริ่มมีอาการ โดยทั่วไปแล้วอยู่ที่ 5 วัน แต่มีช่วงอยู่ระหว่าง 2 ถึง 14 วัน อาการที่พบบ่อยได้แก่ มีไข้ ไอ และหายใจลำบาก ภาวะแทรกซ้อน อาจรวมไปถึงปอดบวม และกลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน โดยยังไม่มีวัคซีน ที่ได้รับอนุญาตหรือ ยาต้านไวรัสจำเพาะ แต่กำลังมีการวิจัยอยู่ขณะนี้ การรักษาจึงพยายามมุ่งเป้าไปที่ การจัดการกับอาการ และการรักษาแบบประคับประคอง มาตรการป้องกันที่มีการแนะนำคือการสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ การอยู่ห่างจากบุคคลอื่น (โดยเฉพาะกับบุคคลที่ป่วย) ติดตามอาการ และกักตนเองเป็นเวลา 14 วัน ในกรณีที่สงสัยว่าตนอาจติดเชื้อ3 ใน 2 จาก รายงานสถานการณ์โรคโควิด-19 ในประเทศไทย ที่มีการระบาดเป็นวงกว้าง กรมควบคุมโรค จึงได้ดำเนินการยกระดับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข [10]

มาตรการป้องกันโรคโควิด-19 มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีเป็นมหาวิทยาลัยที่มีการดำเนินการบริการเพื่อสร้างสุขภาวะที่ดีให้กับประชาชน และผู้ปฏิบัติงานภายในโรงพยาบาลนั้น เพื่อให้การปฏิบัติงานสามารถดำเนินการได้โดยลุล่วงและเป็นไปตามมาตรฐานความปลอดภัยตามแนวปฏิบัติของกระทรวงสาธารณะสุข โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีได้ประกาศใช้มาตรการลดความเสี่ยงในการแพร่เชื้อโควิด 19 ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี โดยให้พนักงานของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีนั้นปฏิบัติได้โดยเคร่งครัดดังนี้

1. ให้พนักงานใส่ MASK ตลอดเวลาขณะปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และเมื่อออกชุมชน

2. ใส่ goggle/face shield เมื่อจำเป็นต้องเข้าใกล้ผู้อื่น หรือดูแลผู้ป่วยในระยะน้อยกว่า 1 เมตร

3. ล้างมือบ่อย ๆ ด้วยน้ำสบู่ หรือ แอลกอฮอลล์ แฮนด์รับ ไม่สัมผัสใบหน้าโดยไม่จำเป็น เนื่องจากเป็นทางเข้าของเชื้อ

4. งดรับประทานอาหารร่วมกัน เนื่องจากมีรายงานพบว่าการรับประทานอาหารร่วมกันทำให้

มีความเสี่ยงในการติดเชื้อระหว่างบุคลากร

5. หลีกเลี่ยงไปยังสถานที่เสี่ยง/พื้นที่เสี่ยง

6. หากมีอาการผิดปกติทางระบบทางเดินหายใจ ให้แจ้งผู้บังคับบัญชาพิจารณาหยุดงาน และรีบไปตรวจหาเชื้อ SARs-Covid-2 ที่ ARI Clinic โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

7. หากท่านมีประวัติคนใกล้ชิด สงสัย หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคโควิด-19 ให้แจ้งไปยังหน่วยป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ทันที เพื่อพิจารณาการตรวจหาเชื้อ และกักตัวตามมาตรการอย่างเคร่งครัด

8. ให้ผู้ป่วยทุกรายทุกแผนก ทั้ง POD และ IPD สวมใส่ Mask ตลอดเวลา (หากไม่มีข้อห้าม)[8]
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ การตัดสินใจแต่ละคนมีความแตกต่างกันในด้านต่าง ๆ ซึ่งมีผลมาจากความแตกต่างกันของลักษณะ ทางกายภาพและสภาพแวดล้อมของแต่ละบุคคล ทำให้การตัดสินใจของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน โดย ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการการตัดสินใจของบุคคลประกอบด้วย 4 ปัจจัยโดย Philip Kotler ดังนี้ [11]

1. ปัจจัยด้านวัฒนธรรม (cultural factor) วัฒนธรรมเป็นวิธีการดำเนินชีวิตที่สังคมเชื่อถือว่าเป็นสิ่ง ดีงามและยอมรับมาปฏิบัติ เพื่อให้สังคมดำเนินและมีการพัฒนาไปได้ด้วยดี บุคคลในสังคมเดียวกันจึงต้อง ยึดถือและปฏิบัติตามวัฒนธรรม เพื่อการอยู่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม วัฒนธรรมเป็นเครื่องผูกพันบุคคลในกลุ่มไว้ ด้วยกัน วัฒนธรรมเป็นสิ่งที่กำหนดความต้องการพื้นฐานและพฤติกรรมของบุคคล โดยบุคคลจะเรียนรู้เรื่อง ค่านิยม ทัศนคติ ความชอบ การรับรู้ และมีพฤติกรรมอย่างไรนั้น จะต้องผ่านกระบวนการทางสังคมที่เกี่ยวข้อง กับครอบครัว และสถาบันต่าง ๆ ในสังคม คนที่อยู่ในวัฒนธรรมต่างกันย่อมมีพฤติกรรมการตัดสินใจที่แตกต่างกัน

2. ปัจจัยด้านสังคม (social factor) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องในชีวิตประจำวันและมีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมการการตัดสินใจ ลักษณะทางสังคมจะประกอบด้วย

2.1 กลุ่มอ้างอิง (reference group) เป็นกลุ่มที่บุคคลเข้าไปเกี่ยวข้องด้วยมีอิทธิพลต่อทัศนคติ ความคิดเห็น และค่านิยมของบุคคลในกลุ่มอ้างอิง เนื่องจากบุคคลต้องการให้เป็นที่ยอมรับของกลุ่ม จึงต้องปฏิบัติ ตามและยอมรับความคิดเห็นจากกลุ่มอ้างอิง สามารถแบ่งได้เป็น 2 ระดับ คือ กลุ่มปฐมภูมิ และ กลุ่มทุติยภูมิ

2.2 ครอบครัว (family) บุคคลในครอบครัวถือว่ามีอิทธิพลอย่างมากต่อทัศนคติ ความคิด และค่านิยมของบุคคล ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตัดสินใจของครอบครัว

2.3 บทบาทและสถานะ (roles and statuses) บุคคลจะเกี่ยวข้องกับหลายกลุ่ม เช่น ครอบครัว กลุ่มอ้างอิง องค์กรและสถาบันต่าง ๆ บุคคลจะมีสถานะที่แตกต่างกันในแต่ละกลุ่ม ฉะนั้นในการ ตัดสินใจมักจะมีบทบาทหลายบทบาทที่เกี่ยวข้องกับ การตัดสินใจของตนเองและผู้อื่นด้วย

3. ปัจจัยส่วนบุคคล (personal factor) การตัดสินใจซื้อของผู้ซื้อได้รับอิทธิพลจากลักษณะส่วนบุคคลของคนในด้านต่าง ๆ ดังนี้

3.1 อายุ (age) อายุที่แตกต่างกันจะมีความต้องการต่างกัน เช่น กลุ่มวัยรุ่นชอบทดลองสิ่ง แปลกใหม่และชอบสินค้าประเภทแฟชั่น และรายการพักผ่อนหย่อนใจ

3.2 วงจรชีวิตครอบครัว (family life cycle stage) เป็นขั้นตอนการดำรงชีวิตของบุคคลใน ลักษณะของการมีครอบครัว การดำรงชีวิตในแต่ละขั้นตอนเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อความต้องการ ทัศนคติและ ค่านิยมของบุคคล

3.3 อาชีพ (occupation) อาชีพของแต่ละบุคคลจะนำไปสู่ความจำเป็นและความต้องการสินค้าและบริการที่แตกต่างกัน

3.4 รายได้ (income) หรือโอกาสทางเศรษฐกิจ (economic circumstance) โอกาสทาง เศรษฐกิจของบุคคลจะกระทบต่อสิ่งที่เขาตัดสินใจ โอกาสเหล่านี้ประกอบด้วย รายได้ การออมสินทรัพย์ และ ทัศนคติ สิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การตัดสินใจทั้งสิ้น

3.5 การศึกษา (education) ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมีแนวโน้มการตัดสินใจที่เหมาะสมมากกว่าผู้มีการศึกษาน้อย

3.6 ค่านิยมหรือคุณค่า (value) และรูปแบบการดำรงชีวิต (lifestyle) ค่านิยมหรือคุณค่า (value) หมายถึง ความนิยมในสิ่งของหรือบุคคล หรือความคิดในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง รูปแบบการดำรงชีวิต (lifestyle) หมายถึง รูปแบบของการดำเนินชีวิตในโลกมนุษย์ โดยแสดงออกในรูปกิจกรรม (activities) ความ สนใจ (interest) ความคิดเห็น (opinions)

4. ปัจจัยด้านจิตวิทยา (psychological factor) หรือปัจจัยภายใน การตัดสินใจของบุคคลได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านจิตวิทยา ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยภายในที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตัดสินใจ ประกอบด้วย

4.1 การจูงใจ (motivation) หมายถึง พลังสิ่งกระตุ้น (drive) ที่อยู่ภายในตัวบุคคล ซึ่งกระตุ้น ให้บุคคลปฏิบัติ การจูงใจเกิดภายในตัวบุคคลแต่อาจถูกกระทบจากปัจจัยภายนอกได้ พฤติกรรมของมนุษย์เกิดขึ้นต้องมีแรงจูงใจ (motive) ซึ่งหมายถึง ความต้องการที่ได้รับการกระตุ้นจากภายในตัวบุคคลที่ต้องการแสวงหาความ พอใจด้วยพฤติกรรมที่มีเป้าหมายแรงจูงใจที่เกิดขึ้นภายในตัวมนุษย์ถือว่าเป็นความต้องการของมนุษย์

4.2 การรับรู้ (perception) เป็นกระบวนการรับรู้ของแต่ละบุคคลซึ่งขึ้นอยู่ปัจจัยภายในเช่น ความเชื่อ ประสบการณ์ ความต้องการและอารมณ์ และยังมีปัจจัยภายนอกคือ สิ่งกระตุ้น การรับรู้จะแสดงถึง ความรู้สึกจากประสาทสัมผัสทั้ง 5 การเห็น ได้ยิน ได้กลิ่น รส กาย การสัมผัส ซึ่งแต่ละคนมีการรับรู้แตกต่างกันไป

4.3 การเรียนรู้ (learning) เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งเป็นผลจากประสบการณ์ของบุคคล การเรียนรู้ของบุคคลจะเกิดขึ้น เมื่อบุคคลได้รับสิ่งกระตุ้นและเกิดการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นนั้น

4.4 ความเชื่อ (beliefs) เป็นความคิดซึ่งบุคคลยึดถือเกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งเป็นผลมาจาก ประสบการณ์ในอดีต

4.5 ทัศนคติ (attitudes) เป็นการประเมินความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจของบุคคล ความรู้สึกด้านอารมณ์และแนวโน้มการปฏิบัติที่มีผลต่อความคิดหรือสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือหมายถึงความรู้สึกนึกคิด ของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

4.6 บุคลิกภาพ (personality) เป็นรูปแบบลักษณะของบุคคลที่จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม การตอบสนอง หรืออาจหมายถึงลักษณะด้านจิตวิทยาที่มีลักษณะแตกต่างของบุคคลซึ่งนำไปสู่การตอบสนองที่ สม่ำเสมอและมีปฏิกิริยาต่อสิ่งกระตุ้น

4.7 แนวคิดของตนเอง (self-concept) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดที่บุคคลมีต่อตนเองหรือความคิดที่บุคคลคิดว่าบุคคลอื่นมีความคิดเห็นต่อตนอย่างไร แรงจูงใจในการป้องกันโรค แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (health belief model) เป็นแบบแผนหรือรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาจาก ทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคมเพื่อใช้อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยครั้งแรก ได้นำมาในการทำนายและอธิบายพฤติกรรมการป้องกัน โรค (preventive health behavior) ต่อมาภายหลังได้ มีการดัดแปลงไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรม การเจ็บป่วย (illness behavior) และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการ ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ (sick – role behavior) พัฒนาการของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพเกิดขึ้นเมื่อนักวิชาการได้หันเหมาสนใจพฤติกรรมของมนุษย์กันมากขึ้น เนื่องจากมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของ มนุษย์เป็นสิ่งที่สามารถศึกษาทำความเข้าใจ และทำการควบคุมได้โดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ สำหรับพฤติกรรม สุขภาพ ได้รับความสนใจศึกษากันมากในตอนต้นของช่วงปี ค.ศ 1950 - 1960 ซึ่งถือว่าเป็นช่วงเริ่มแรกของการพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเนื่องจากในระยะนั้นการจัดบริการด้านสาธารณสุข ที่เน้นกิจกรรมด้าน การ ป้องกันโรคมากกว่ากิจกรรมด้านการรักษาพยาบาล ไม่ได้รับความสนใจจากประชาชน คือ ประสบปัญหามี ประชาชนมารับบริการการป้องกันโรคกันน้อยลง[12] โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (perceived susceptibility) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติ และภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากันดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกัน จึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้อง ของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรคซ้ำ หรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่าง ๆ มี รายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคว่ามีความสัมพันธ์ใน ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เช่น เมื่อบุคคลป่วยเป็นโรคใดโรคหนึ่ง ความรู้สึก ของบุคคลที่ว่าตนเองจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคนั้น ๆ อีกจะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อ ป้องกันโรคไม่ให้เกิดกับตนเองอีก

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) เป็นการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของ โรคปัญหาสุขภาพ หรือผลกระทบจากการเกิดโรค ซึ่งก่อให้เกิดความพิการ หรือเสียชีวิต การประเมินความ รุนแรงนั้นอาศัยระดับต่าง ๆ ของการกระตุ้นเร้าของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งอาจจะมองความรุนแรง ของการเจ็บป่วยนั้นทำให้เกิดความพิการ หรือตายได้หรือไม่ หรือ

อาจมีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน เมื่อบุคคล เกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือ การเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนาเพื่อการป้องกัน โรค ซึ่งจากผลการวิจัยจำนวนมากพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรม การป้องกันโรคเช่น การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (perceived benefits) การรับรู้ถึงประโยชน์ ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หาย หรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ดังนั้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

4. การรับรู้ต่ออุปสรรค (perceived barriers) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจ ได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือด หรือการตรวจพิเศษทำ ให้เกิดความไม่สุขสบาย การมารับบริการ หรือพฤติกรรมอนามัยนั้นขัดกับอาชีพ หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยนี้สามารถใช้ ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้

5. เกิดสิ่งชักนำให้การปฏิบัติ (cues to action) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา เพื่อให้แบบแผนความเชื่อมีความสมบูรณ์นั้นจะต้องพิจารณา ถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติซึ่งมี 2 ด้าน คือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (internal cues) ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรค หรือการเจ็บป่วย ส่วนสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (external cues) ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชน หรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รัก หรือ บุคคลที่นับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดามารดา เป็นต้น

6. ปัจจัยร่วม (modifying factors) ปัจจัยร่วมเป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ ได้แก่

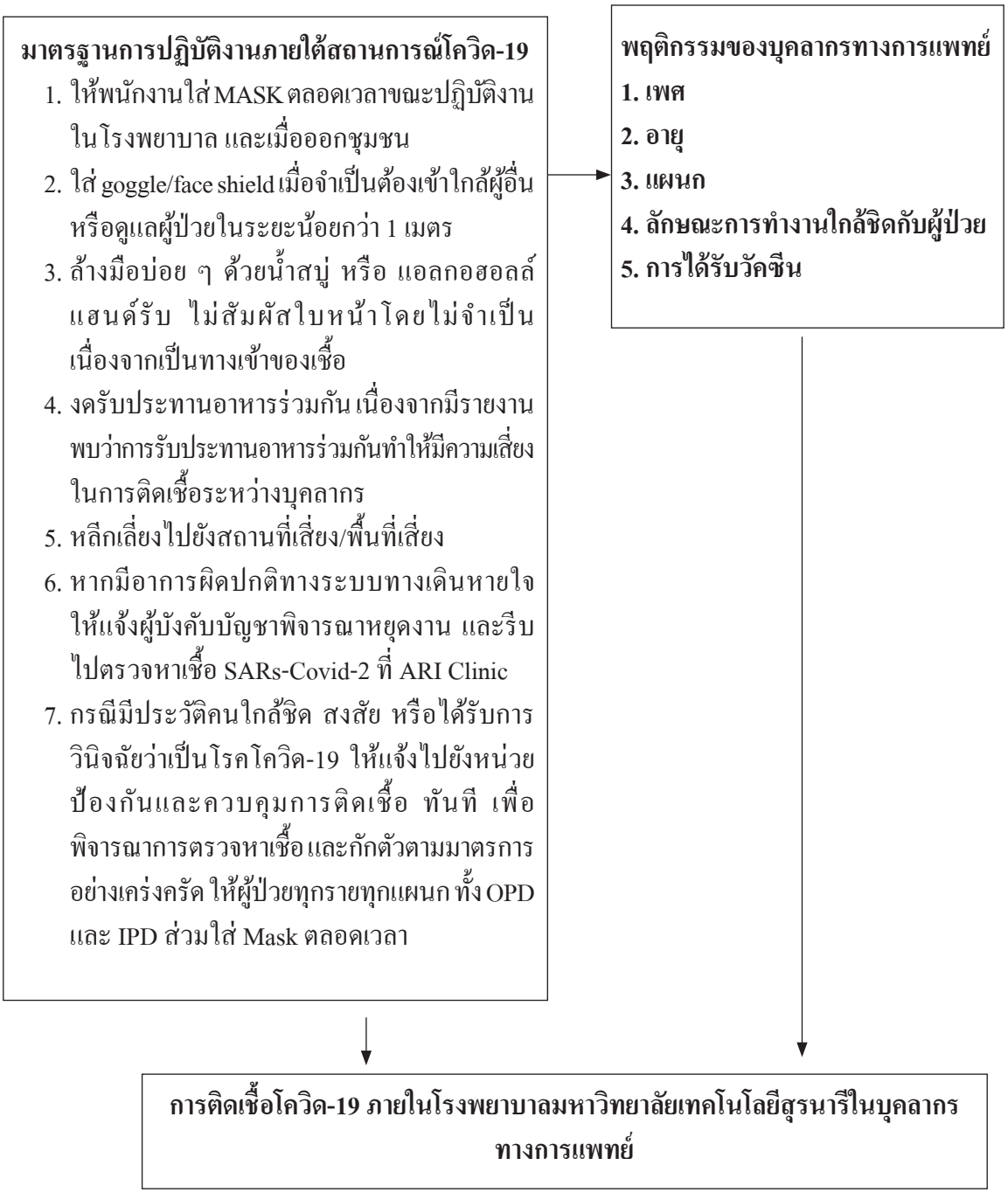
6.1 ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น

6.2 ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคมกลุ่มเพื่อนกลุ่มอ้างอิงมีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรมซึ่งเป็นพื้นฐานทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อ ป้องกันโรคที่แตกต่างกัน

6.3 ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค

7. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (health motivation) แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึงสภาพอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการถูกกระตุ้นด้วยเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ได้แก่ระดับความสนใจ ความใส่ใจทัศนคติและค่านิยมทางด้านสุขภาพ เป็นต้น

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยจากโปรแกรม Power BI และ โปรแกรม HosXp วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) นำเสนอด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติในการเปรียบเทียบแสดงผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากร คือ บุคลากรโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีทั้งหมด จำนวน 1176 คน (วันที่ 31 พฤษภาคม 2565)

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีที่ติดเชื้อโควิด 19 ตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือน พฤษภาคม 2565 จำนวนทั้งสิ้น 285 ราย

บุคลากรโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี คือ บุคลากร. Clinic และ Non-Clinic อาจารย์ที่ปฏิบัติงานโรงพยายาบาล

คำนวณจากสูตร

ไม่ได้คำนวณจากสูตรการเก็บตัวอย่างกลุ่มประชากร แต่เก็บข้อมูลจำนวนครั้งของบุคลากรโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ทั้งหมดที่ติดเชื้อ โควิด-19 ระหว่างเดือน ตุลาคม 2564 ถึง เดือนพฤษภาคม 2565

คุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง

บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2564 ถึง เดือนพฤษภาคม 2565

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (inclusion criteria)

บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีติดเชื้อโควิด-19 ที่ตรวจหาเชื้อและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

1. ได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19
2. ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยในโรงพยาบาล
3. กิจกรรมที่ก่อให้เกิดการติด COVID-19

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. โปรแกรม Power BI ใช้ในการดูยอดและจำนวนของผู้ป่วยรวมถึงดึงข้อมูลของผู้ป่วยที่มี การบันทึกเอาไว้ภายในโปรแกรม เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน เช่น เพศ อายุ วิชาชีพ

2. Application คัดกรอง COVID-19 ใช้ในการดึงข้อมูล พฤติกรรมความเสี่ยงในการติดเชื้อ โควิด-19

3. แบบฟอร์มคัดกรองข้อมูลผู้ป่วย COVID-19 ใช้เป็นตัวกรองข้อมูลพฤติกรรมความเสี่ยงของบุคลากรที่ติดเชื้อ COVID-19 ซึ่งเป็นตัวคัดกรองสำหรับใช้กับผู้ป่วยอยู่ภายในโรงพยาบาลอยู่แล้วจึงไม่ได้นำแบบฟอร์มคัดกรอง โดยมีกระบวนการและขั้นตอนในการนำกลุ่มตัวอย่างออกมาดังนี้

3.1 นำข้อมูลผู้ป่วยที่ตรงกับเกณฑ์การวิจัย คือเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานภายในโรงพยาบาลที่ได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 และปฏิบัติงานกับผู้ป่วยในโรงพยาบาลรวมทั้งประกอบกิจกรรมที่ก่อให้เกิดการติด COVID-19 จัดเรียงข้อมูลและเปลี่ยนชื่อนามสกุลของผู้ป่วยให้เป็นรหัสตัวเลข 001-285 และไม่ระบุชื่อ นามสกุล จากโปรแกรม Power BI

3.2 นำข้อมูลที่ได้เทียบกับแบบคัดกรองพฤติกรรมความเสี่ยงในคลินิกโรคผู้ป่วยทางเดินหายใจ (ARI Clinic) ที่ระบุเกี่ยวกับข้อมูล

ส่วนบุคคลและพฤติกรรมความเสี่ยงที่ทำให้เกิดการติดเชื้อ โควิด-19

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีติดเชื้อโควิด 19 ที่ตรวจหาเชื้อและเข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยี สุรนารี ตั้งแต่ เดือนมิถุนายน 2564 ถึงเดือนพฤษภาคม 2565 จากโปรแกรม BI

สถิติการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังนี้

- ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลทั่วไป ใช้การวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน

- ข้อมูลการรับวัคซีนป้องกันเชื้อโควิด 19 และการติดเชื้อโควิด-19

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้ข้อมูลสถิติใน การเปรียบเทียบ โดยโปรแกรม SPSS สถิติการหาค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์ (compare mean) โดยใช้สถิติ Pearson's Correlation

- ข้อมูลการรับวัคซีนป้องกันเชื้อโควิด 19 เปรียบเทียบการติดเชื้อโควิด-19

แบบคัดกรองที่ใช้ในการคัดเลือก

แบบคัดกรองที่ใช้ พัฒนามาจากแบบคัดกรองความเสี่ยงในคลินิกโรคผู้ป่วยทางเดินหายใจ (ARI Clinic) ที่ระบุเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลและพฤติกรรมความเสี่ยงที่ทำให้เกิดการติดเชื้อโควิด-19 โดยแบบคัดกรองนี้ถูกพัฒนาจากทีมบริหารสถานการร์ความเสี่ยงสถานการณ์โควิด-19 โดยทีมคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ประจำปี 2563 เป็นต้นแบบและพัฒนามาเป็นแบบคัดกรองข้อมูลใน การคัดเลือกผู้เข้าเกณฑ์เพื่อนำมาวิเคราะห์ประกอบไปด้วยข้อมูลดังต่อไปนี้

1. การประเมินแหล่งการติดเชื้อ แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ 0 คือ ไม่ทราบ 1 คือ ภายในโรงพยาบาล และ 2 คือ ภายนอกโรงพยาบาล
2. เพศ แบ่งออกเป็น เพศหญิง และ เพศชาย
3. ชื่อ สกุล สำหรับตรวจสอบ
4. อายุ
5. จำนวนวัคซีน ป้องกัน COVID-19 ที่ได้รับ
6. วิชาชีพ หรือ ชื่อตำแหน่ง
7. แผนกที่ทำงาน
8. พฤติกรรมการสวมใส่หน้ากากอนามัยขณะปฏิบัติงานกับคนไข้ แบ่งเป็น ใส่ กับ ไม่ใส่
9. พฤติกรรมการสวมใส่ชุด Personal Protection Equipment (PPE) แบ่งเป็น ใส่ กับ ไม่ใส่
10. กิจกรรมที่ก่อให้เกิดการติด COVID-19 0 คือไม่ทราบ 1 คือรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น
11. การซักประวัติของผู้ป่วย 3 คือ เดินทางร่วมกับผู้ป่วย 4 คือ ปฏิบัติงาน 5 คือ พูดคุยกับที่บ้าน (ติดตามบุคคลที่บ้าน) 6 คือ พูดคุยกับเพื่อนร่วมงาน[14]

6. การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยเรื่องนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี รหัส EC-65-83 ลงวันที่ 18 ตุลาคม 2565 โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจวัตถุประสงค์การวิจัย และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาแบบย้อนหลังเพื่อศึกษาลักษณะของการติดเชื้อโควิด 19 ในบุคลากรของโรง

พยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี กรณีศึกษา ระหว่างปี 2564 – 2565 เป็นการศึกษาวิจัยโดยอาศัยการนำข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อโควิด-19 ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ที่เริ่มระบาดในปี 2562 นั้นมาวิเคราะห์การติดเชื้อโควิด-19 ทำให้ทราบผลจากผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พบว่า การแพร่กระจายของเชื้อโควิด-19 เป็นการแพร่กระจายในรูปแบบ Droplet ซึ่งไม่ใช่การแพร่การะจายทางอากาศ (airborne) ดังนั้นการป้องกันโดยวิธีการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ที่เป็นมาตรการให้กับบุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติงาน ดังนี้

1. ให้พนักงานใส่ MASK ตลอดเวลาขณะปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และเมื่อออกชุมชน

2. ใส่ goggle/face shield เมื่อจำเป็นต้องเข้าใกล้ผู้อื่น หรือดูแลผู้ป่วยในระยะน้อยกว่า 1 เมตร

3. ล้างมือบ่อย ๆ ด้วยน้ำสบู่ หรือ แอลกอฮอลล์ แฮนด์รับ ไม่สัมผัสใบหน้าโดยไม่จำเป็น เนื่องจากเป็นทางเข้าของเชื้อ

4. งดรับประทานอาหารร่วมกัน เนื่องจากมีรายงานพบว่าการรับประทานอาหารร่วมกันทำให้มีความเสี่ยงในการติดเชื้อระหว่างบุคลากร

5. หลีกเลี่ยงไปยังสถานที่เสี่ยง/พื้นที่เสี่ยง

6. หากมีอาการผิดปกติทางระบบทางเดินหายใจ ให้แจ้งผู้บังคับบัญชาพิจารณาหยุดงาน และรีบไปตรวจหาเชื้อ SARs-Covid-2 ที่ ARI Clinic

7. กรณีมีประวัติคนใกล้ชิด สงสัย หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคโควิด-19 ให้แจ้งไปยังหน่วยป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ทันที เพื่อพิจารณาการตรวจหาเชื้อ และกักตัวตามมาตรการอย่างเคร่งครัด ให้ผู้ป่วยทุกรายทุกแผนกทั้ง OPD และ IPD สวมใส่ Mask ตลอดเวลานั้นมีความปลอดภัยและเพียงพอแล้วที่จะสามารถป้องการแพร่กระจายของเชื้อโควิด-19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการศึกษาและวิจัยในครั้งนี้ได้นำผลพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิดของบุคลากรจำนวน 285 คน ซึ่งเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานภายในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี และเป็นบุคลากรที่ทำงานใกล้ชิดกับผู้ป่วย ในระหว่างปี 2564-2565 โดยเมื่อนำมาวิเคราะห์โดยใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงในการติดเชื้อในโรงพยาบาลแล้ว จะพบว่าบุคลากรทางการแพทย์มีพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของโรคดังต่อไปนี้ คือ การสวมหน้ากากอนามัย การสวมใส่ชุด PPE และจำนวนวัคซีนที่ได้รับ และมีการระบุความเสี่ยงรวมถึงสาเหตุของการติดเชื้อโควิด-19 โดยจากผลการเก็บข้อมูลการติดเชื้อโควิดพบว่าการติดเชื้อมีจำนวนที่เพิ่มมากขึ้นในระหว่าง วันที่ 1 ตุลาคม 2564 - 31 พฤษภาคม 2565 มีบุคลากรที่ติดเชื้อโควิด-19 ทั้งสิ้น จำนวน 285 คน ซึ่งผู้ที่ติดเชื้อมากที่สุดเป็นเพศหญิง ร้อละ 69.7. และเป็นเพศชาย ร้อยละ 30.3 โดยกลุ่มอายุของผู้ที่ติดเชื้อมากที่สุด คือ ช่วงอายุ 45-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 22 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 25-30 คิดเป็นร้อยละ 7.3 และช่วงอายุ 31-35 คิดเป็นร้อยละ 5.7 และมีการติดเชื้อจากบุคคลใกล้ชิดที่เป็นครอบครัว มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.5 รองลงมาคือเพื่อนบุคลากรที่ปฏิบัติงานร่วมกันร้อยละ 20.8 และ ไม่ทราบสาเหตุการติด คิดเป็นร้อยละ 15.7 โดยบุคลากรภายในโรงพยาบาลนั้นได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 จำนวน 2 เข็มคิดเป็นร้อยละ 16.11 และ ได้รับวัคซีนป้องกันโตวิดจำนวน 3 เข็มคิดเป็นร้อยละ 83.99 และ

สาเหตุส่วนมาก คือ การติดจากกิจกรรมภายนอกโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 51.11 รองลงมาคือการร่วมรับประทานอาหารร่วมกันในช่วงพักกลางวัน คิดเป็นร้อยละ 27.23 รองลงมาคือการพูดคุยกันระหว่างการทำงานโดยไม่สวมหน้ากากอนามัย คิดเป็นร้อยละ 20.52 และ การปฏิบัติหน้าที่โดยการดูแลผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 1.19 นอกจากนี้ปัจจัยในการติดเชื้อโควิด – 19 ของโรงพยาบาลพบว่าการได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-192หรือ3เข็มไม่มีความแตกต่างโดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (P>0.05)และสามารถสรุปถานการร์การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ระหว่างเดือน ตุลาคม 2564 –พฤษภาคม 2565 ได้ดังนี้ แผนกที่มีการติดเชื้อมากที่สุด คือ อุบัติเหตุและฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 6.71 รองลงมาคือแผนก ศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูกและข้อ คิดเป็นร้อยละ 5.22 รองลงมาคือแผนกผู้ป่วยวิกฤตคิดเป็นร้อยละ 4.85 ซึ่งในวิชาชีพที่มีการติดเชื้อ Covid-19 มากที่สุดคือ พยาบาล คิดเป็นร้อยละ 30.59 ผู้ช่วยพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 15.67 พนักงานช่วยเหลือผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 12.68 เจ้าหน้าที่ธุรการ เภสัชกร คิดเป็นร้อยละ 4.47 เจ้าหน้าที่ธุรการคิดเป็นร้อยละ 4.47 แพทย์ คิดเป็นร้อยละ 3.73 และตำแหน่งอื่น ๆ รวมคิดเป็น ร้อยละ 28.36

อภิปรายผล

จากการศึกษาแบบย้อนหลังเพื่อศึกษาลักษณะของการติดเชื้อโควิด-19 ในบุคลากรของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี กรณีศึกษา ระหว่างปี 2564-2565 เป็นการศึกษาวิจัยโดยอาศัยการนำข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อโควิด-19 ที่เริ่มระบาดในปี 2562 โดยการติดเชื้อโควิด-19 ที่เกิดขึ้นภายในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี พบว่าบุคลากรทางการแพทย์มีพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของโรคดังต่อไปนี้ คือ การสวมหน้ากากอนามัย การสวมใส่ชุด PPE และจำนวนวัคซีนที่ได้รับ และมีการระบุความเสี่ยงรวมถึงสาเหตุของการติดเชื้อโควิด-19 โดยจากผลการเก็บข้อมูลการติดเชื้อโควิดพบว่าการติดเชื้อมีจำนวนที่เพิ่มมากขึ้นในระหว่าง วันที่ 1 ตุลาคม 2564 - 31 พฤษภาคม 2565 มีบุคลากรที่ติดเชื้อ โควิด-19 ทั้งสิ้น จำนวน 285 คน ซึ่งผู้ที่ติดเชื้อมากที่สุดเป็นเพศหญิง ร้อละ 69.7. และเป็นเพศชาย ร้อยละ 30.3 โดยกลุ่มอายุของผู้ที่ติดเชื้อมากที่สุด คือ ช่วงอายุ 45-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 22 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 25-30 คิดเป็น ร้อยละ 7.3 และ ช่วงอายุ 31-35 คิดเป็นร้อยละ 5.7 โดยเมื่อสรุปกับข้อมูลพื้นฐานรายบุคคลพบว่า สอดคล้องกับงานวิจัยของปิยะนันท์ เรือนคำ ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชากรผู้ใหญ่:กรณีศึกษาเขตจอมทองกรุงเทพมหานครเนื่องจาก จำนวนบุคลากรภายในโรงพยาบาลจำนวนบุคลากรที่มากที่สุด คือ พยาบาลโดยสาวนมาก เป็นเพศ หญิง และมีช่วงอายุระหว่าง 45-50 ปี เนื่องจาก ส่วนมาเป็นผู้มีประสบการณ์มากทำให้มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากกว่า และมีการติดเชื้อจากบุคคลใกล้ชิดที่เป็นครอบครัว มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.5 รองลงมาคือเพื่อนบุคลากรที่ปฏิบัติงานร่วมกันร้อยละ 20.8 และ ไม่ทราบสาเหตุการติด คิดเป็นร้อยละ 15.7

โดยบุคลากรภายในโรงพยาบาลนั้นได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 จำนวน 2 เข็มคิดเป็นร้อยละ

16.11 และ ได้รับวัคซีนป้องกันโตวิดจำนวน 3 เข็ม คิดเป็นร้อยละ 83.99 และสาเหตุส่วนมาก คือ การติดจากกิจกรรมภายนอกโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 51.11 รองลงมาคือการร่วมรับประทานอาหารร่วมกันในช่วงพักกลางวัน คิดเป็นร้อยละ 27.23 รองลงมาคือ การพูดคุยกันระหว่างการทำงานโดยไม่สวมหน้ากากอนามัยคิดเป็นร้อยละ 20.52 และ การปฏิบัติหน้าที่โดยการดูแลผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 1.19 นอกจากนี้ ปัจจัยในการติดเชื้อโควิด-19 ของโรงพยาบาล พบว่าการได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 2 หรือ 3 เข็ม ไม่มีความแตกต่างโดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (P>0.05) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์ ที่กล่าวว่า ผู้ที่ได้รับวัคซีน 2 เข็ม จะไม่มีผลต่อการป้องกันการติดเชื้อฯได้เหมือนก่อนหน้านี้ แต่ยังช่วยลดการตายได้กว่า 89% แต่หากได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้นหรือฉีดเข็มที่ 3 ยังสามารถช่วยป้องกันการติดเชื้อได้ประมาณ 68% (ระหว่าง 62%-78%) และยังช่วยลดการตายได้ดีมากถึง 96% โดยเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ติดเชื้อโควิด-19 แล้วพบว่า บุคลากรทั้งหมด 285 รายแม้จะได้รับวัคซีนแล้วก็ยังสามารถติดเชื้อโควิด-19 ได้ หากบุคลากรมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ นอกจากนี้ยังสามารถสรุปถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ระหว่างเดือน ตุลาคม 2564 –พฤษภาคม 2565 ได้ดังนี้ แผนกที่มีการติดเชื้อมากที่สุด คือ อุบัติเหตุและฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 6.71 รองลงมาคือแผนก ศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูกและข้อ คิดเป็นร้อยละ 5.22 รองลงมาคือแผนกผู้ป่วยวิกฤตคิดเป็นร้อยละ 4.85 ซึ่งในวิชาชีพที่มีการติดเชื้อ Covid-19 มากที่สุดคือ พยาบาล คิดเป็นร้อยละ 30.59 ผู้ช่วยพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 15.67 พนักงานช่วยเหลือผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 12.68 เจ้าหน้าที่ธุรการ เภสัชกร คิดเป็นร้อยละ 4.47 เจ้าหน้าที่ธุรการคิดเป็นร้อยละ 4.47 แพทย์ คิดเป็นร้อยละ 3.73 และตำแหน่งอื่น ๆ รวม คิดเป็นร้อยละ 28.36 โดยบุคคลที่อยู่รอบตัวบุคลากรเองนั้น จะมีปฏิสันฐานกับผู้อื่น ในสังคมตามการอยู่ร่วมกันในพหุวัฒนธรรม[10] นอกจากนี้กฎของการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในการรับประทานอาหารร่วมกันยังเป็นสิ่งที่บุคลากรภายในโรงพยาบาลไม่สามารถทำได้ครบถ้วน จึงเป็นเหตุผลให้ การแพร่กระจายของเชื้อโควิด-19 สามารถแพร่กระจายได้ภายในโรงพยาบาล นอกจากนี้ พฤติกรรมที่มีความหละหลวมในการสวมหน้ากากอนามัย ยังมีการนำหน้ากากอนามัยลงมาอยู่ใต้จมูก ส่งผลให้การป้องกันไม่สามารถแสดงประสิทธิผลได้สูงสุด

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยตัวแปรอื่น ๆ ที่อาจจะส่งผลต่อการติดเชื้อโควิด-19 เช่น ด้านความพึงพอใจ ด้านความเชื่อมั่น ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของ การรักษาและ ป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ เป็นต้น

2. ควรขยายผลให้เป็นผลการปฏิบัติมากกว่า 1 โรงพยาบาลเพื่อค้นหาปัจจัยของพฤติกรรมเพิ่มเติม

3. ในการศึกษาวิจัยครั้งถัดไปหากสามารถเพิ่มวิธีการวิเคราะห์ เช่น การวิเคราะห์โดยใช้สถิติแบบก่อนหลัง เพื่อวัดค่าความรู้ ความเข้าใจ ในการป้องกันและสะท้อนถึงสาเหตุของพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อโรคอื่น ๆ ในระดับจังหวัด เพื่อให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

[1] World Health Organization. Emerging diseases [Online]. (2021). [Cited 11 June 2022]. Auailable form http:// www.emro.who.int/health-topics/ emerging-diseases/index.html.

[2] World Health Organization. Coronavirus Disease (COVID-19) [Online]. (2022). [Cited 11 June 2022]. Auailable form https://covid19.who.int/.

[3] Global Health Security Index. COVID-19 Disease. [Online]. (2021). [Cited 11 June 2022]. Auailable form https://www.ghsindex.org/.

[4] กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ผู้ติดเชื้อ COVID-19 อัพเดทรายวัน. [ออนไลน์]. (2563). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 11 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/

[5] Nguyen LH, Drew DA, Graham MSEt al. Risk of COVID-19 among front-line health-care workers and the general community: a prospective cohort study. Lancet Public Health. [Online]. (2020). [cited 11 June 2022]. Available form https://www. Thelancet.com/journals/lanpub/article /PIIS2468-2667 (20)30164-X/fulltext

[6] รุจิภาส สิริจตุภัทร อมร ลีลารัศมี และนาวิน ห่อทองคำ. โควิด-19ในบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศไทย. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2564.

[7] คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี2565. ข้อมูลผลการตรวจพบติดเชื้อ COVID-19. การประชุมคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2565; 21 กุมภาพันธ์ 2565. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี: นครราชสีมา : มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี; 2565.

[8] ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี2564(EOC). ข้อมูลผลการตรวจพบติดเชื้อ COVID-19. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี การประชุมคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ประจำเดือน ธันวาคม 2564; 21 กรกฎาคม 2564. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี:นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี; 2564.

[9] World Health Organization. Emerging diseases. [Online]. (2021) [cited 2022 June 11]. Available form http://www.Emro.who.int/health-topics/emergingdiseases/index .html

[10] ศศภัสส์ โกมล. รายงานผลการศึกษามาตรการด้านการบริหารจัดการองค์กร ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด-19 กองโรคไม่ติดต่อ ปี พ.ศ. 2563. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. [ออนไลน์]. (2563).

[เข้าถึงเมื่อ วันที่ 14 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/publish /116982021081808 4708.pdf

[11] พระมหานภดลปุญญสุวฑฺฒโก.การอยู่ร่วมกันของคนในสังคมพหุวัฒนธรรม: กรณีศึกษาชุมชน เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร. [ปริญญานิพนธ์ ปริญญาพุทธศาสนามหาบัณฑิต]. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย; 2560.

[12] เสรีวรรณ เสรีรัตน์. การบริหารการตลาด. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์พัฒนาศึกษา; 2552.

[13] อาภาพร เผ่าวัฒนาและคณะ. การเสริมสร้างสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน : การประยุกต์แนวคิด และทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข,คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554.

[14] สุมาลี จุทอง. การจัดการภัยพิบัติโรคระบาด COVID-19 ในพื้นที่ชุมชนหมากน้อย. [ออนไลน์]. (2563). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 11 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก http://www3.ru.ac.th/mpaabstract/files/2562_1597737114_6114832048.pdf

[15] สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์. ผลการศึกษาประสิทธิผลของวัคซีนป้องกันโควิด-19 ในจังหวัดเชียงใหม่ระหว่างเดือนตุลาคม 2564 ถึง เดือนธันวาคม 2564 เปรียบเทียบกับเดือนมกราคม 2565 ที่มีการระบาดของสายพันธุ์โอไมคร่อนเป็นหลักในพื้นที่. [ออนไลน์]. (2565). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 11 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/

บทความวิจัยต้นฉบับ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารไขมันทรานส์ของประชาชน ตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

Health Literacy And Consumption Behavior Of Trans Fat Of Robvieng Sub-District Muang District, Chiang Rai Province.

นฤมล ดีกัลลา* และฐิติอาภา ตั้งค้าวานิช**
Naluemon Deekanla* and Thitiarpha Tangkahwanich
คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย*
Faculty of Public Health, Chiangrai College*
คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย**
Faculty of Nursing, Chiangrai College**
เบอร์โทรศัพท์ 08-3569-9547 ; E-mail : mn.celeb@gmail.com*
วันที่รับ 28 ส.ค. 2566; วันที่แก้ไข 7 พ.ย. 2566; วันที่ตอบรับ 12 ธ.ค. 2566

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีกรดไขมันทรานส์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีกรดไขมันทรานส์และความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีกรดไขมันทรานส์ของประชาชน ตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวน 167 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิสหสัมพันธ์เพียร์สัน ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับมัธยมศึกษาที่ 1-6 ร้อยละ 35.30 และมีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 65.30 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะ การรู้เท่าทันสื่อ ภาพรวมคะแนนเฉลี่ย 3.64 อยู่ในระดับมาก พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีกรดไขมันทรานส์ ภาพรวมคะแนนเฉลี่ย 3.51 อยู่ในระดับมาก และความรอบรู้ด้านสุขภาพพบว่าทักษะการตัดสินใจและทักษะการรู้เท่าทันสื่อมีความสัมพันธ์กันในระดับมากกับพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่มีกรดไขมันทรานส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการเข้าใจ และทักษะการจัดการตนเอง มีความสัมพันธ์กันกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีกรดไขมันทรานส์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; พฤติกรรม; ไขมันทรานส์

Abstract

The cross-sectional analytical research was aimed to study the health literacy and consumption behavior of trans fat of robvieng sub-district muang district, chiang rai province in three aspect ; level health literacy, consumption behavior status. The research was also to study the relationship of trans fat of robvieng sub-district muang district, chiang rai province. There were 167 samples. The tools used were questionnaires. The data were analyzed by using frequency, percentile, mean, and standard deviation. The statistic used was Pearson's correlation coefficient, significant level at 0.05.

The study revealed that education Level on high school 1 - 6 that 35.30%, outcome lower 10,000 bath/month that 65.30%. Health literacy has six skills that access skill, cognitive skill, communication skill, decision skill, self-management skill and media literacy skill average of 3.64 of the group had good, consumption behavior of trans fat average of 3.51 of the group had good. The study of the health literacy is decision skill and media literacy skill revealed that there was the significant relationship between the consumption behavior of trans fat at significant label of 0.05 also access skill cognitive skill communication skill self-management skill revealed that there was the non-significant relationship between the consumption behavior of trans fat at significant label of 0.05

Keyword : Health literacy; Behavior; Trans Fat

บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases : NCDs) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลกและระดับประเทศ จากรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2016 พบว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุ การเสียชีวิตของประชากรโลกมากกว่า 90,000 คน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น 41 ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ 71 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก โดยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบ การเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน จากข้อมูลองค์กรอนามัยโลกพบว่า ตลอดช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมากลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของคนไทย โดยมีคนไทยป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังถึง 14 ล้านคน เสียชีวิตกว่า 300,000 คนต่อปี และจะมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในทุกปี การป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทำได้เริ่มจากตัวเราคือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งพฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นส่วนหนึ่งของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยทำการสำรวจสถานการณ์การรับประทานอาหารของคนไทยได้รายงานผลการสำรวจการบริโภคอาหารพบว่า ประชาชนคนไทยส่วนใหญ่บริโภคอาหารที่มีไขมันสูงถึง 42% รองลงมาคือ อาหารแปรรูป 39% และดื่มน้ำหวานถี่ 34% ตามลำดับ โดยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง[1]

กรดไขมันทรานส์ (trans fats, trans-unsaturated fatty acids, trans fatty acids) กรดไขมัน

ทรานส์พบน้อยในธรรมชาติแต่จะเกิดขึ้นหลังจากที่นำน้ำมันพืชไปผ่านกระบวนการเติมไฮโดรเจนหรือปฏิกิริยาไฮโดรจิเนชัน (hydrogenation) เพื่อทำให้กรดไขมันชนิดไม่อิ่มตัวเปลี่ยนเป็นกรดไขมันชนิดอิ่มตัวมากขึ้น เพื่อทำให้น้ำมันสามารถเก็บรักษาไว้ได้นานขึ้น ไม่เหม็นหืนและไม่เป็นไขได้ง่าย และทนความร้อนได้สูงขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้เปลี่ยนน้ำมันจากของเหลวเป็นของเหลวกึ่งแข็งที่อุณหภูมิห้อง โดยในระหว่างกระบวนการเติมไฮโดรเจนบางส่วน (partial hydrogenation) จะเกิดปฏิกิริยาไอโซเมอไรเซชัน (isomerization) เปลี่ยนไขมันซีส (cis-unsaturated fats) ที่มีสายไฮโดรคาร์บอนอยู่ด้านเดียวกันของพันธะคู่เป็นไขมันทรานส์ได้ ทำให้ผลิตภัณฑ์ที่เกิดจากกระบวนการเติมไฮโดรเจนบางส่วน เช่น มาการีน หรือเนยเทียม (margarine) เนยขาว (shortening) ครีมเทียม เป็นต้น รวมถึงผลิตที่มีองค์ประกอบของผลิตภัณฑ์ดังกล่าวมีกรดไขมันชนิด ทรานส์ปนอยู่ด้วย เช่น ในขนมเบเกอรี่ นอกจากนี้กรดไขมันทรานส์ยังเกิดจากการใช้ความร้อนในการปรุงอาหาร เช่น การทอด การอบ เป็นต้น ดังนั้นจึงสามารถพบไขมันทรานส์ได้ในอาหารทอด ขนมขบเคี้ยว และขนมอบการบริโภคอาหารที่มีไขมันทรานส์ส่งผลให้ระดับ LDL-Cholesterol และ Triglycerides ในเลือดเพิ่มขึ้น และลดระดับของ HDL-Cholesterol และส่งผลต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด นอกจากนี้การบริโภคไขมันทรานส์สัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็ง ภูมิแพ้ เบาหวาน ภาวะซึมเศร้า พาร์กินสันและอัลไซเมอร์อีกด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโภชนาการของผู้บริโภคชาวไทย เพื่อศึกษาความรู้ความเข้าใจของผู้บริโภคเกี่ยวกับข้อมูลโภชนาการและไขมัน ทรานส์มีเพียงร้อยละ 8.25 เท่านั้นที่ตอบคำถามได้ถูกต้องในระดับที่มีความเข้าใจดีมาก จากคำถามทั้ง 10 ข้อ และการศึกษาแนวทางการบริโภคอาหารที่ปลอดภัยจากไขมันทรานส์ พบว่า การบริโภคอาหารที่มีไขมันทรานส์ส่งผลให้ระดับไขมันชนิดแอลดีแอลและไตรกลีเซอร์ไรด์ ในเลือดเพิ่มขึ้น ทำให้ลดไขมันชนิดเอชดีแอล และส่งผลต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด[2] การศึกษาความรู้และพฤติกรรมการบริโภคไขมันทรานส์ของนักศึกษา สาขาการโรงแรม และการท่องเที่ยว วิทยาลัยอาชีวศึกษาสันติราษฎร์ในพระอุปถัมภ์[3] พบว่ามีความรู้เกี่ยวกับ การบริโภคอาหารที่มีไขมันทรานส์อยู่ในระดับน้อย มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีกรดไขมันทรานส์เป็นบางครั้งและเพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ต่อเดือนของนักศึกษามีความสัมพันธ์กันกับการบริโภคอาหารที่มีกรดไขมันทรานส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam [4] ประกอบด้วย ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (access skill) ทักษะการเข้าใจ (cognitive) ทักษะการสื่อสาร (communication skill) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) ทักษะการจัดการตนเอง (seflmanagement Skill) และการรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) ความรอบรู้จะเกิดขึ้นได้จำเป็นต้องมีทักษะทั้ง 6 ด้าน ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญและสนใจที่จะศึกษาในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีกรดไขมันทรานส์ของวัยทำงาน ตำบลเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย มีโอกาสในการบริโภคอาหารที่มีกรดไขมันทรานส์ได้เนื่องจากเป็นชุมชนที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองมีอาหารประเภทดังกล่าวค่อนข้างมากสามารถเลือกบริโภคอาหารได้หลากหลายประเภทมากขึ้น เพื่อช่วยให้ประชาชนบริโภค

อาหารที่ดีมีประโยชน์มากขึ้น ประชาชนจึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง และสามารถนำความรู้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ อีกทั้งสามารถนำผลงานวิจัยไปเป็นแนวทางในการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพของประชาชนต่อไปได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพการบริโภคอาหารไขมันทรานส์ ของประชาชนตำบลเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารไขมันทรานส์ ของประชาชน ตำบลเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารไขมัน ทรานส์ของประชาชน ตำบลเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตเชิงพื้นที่ การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

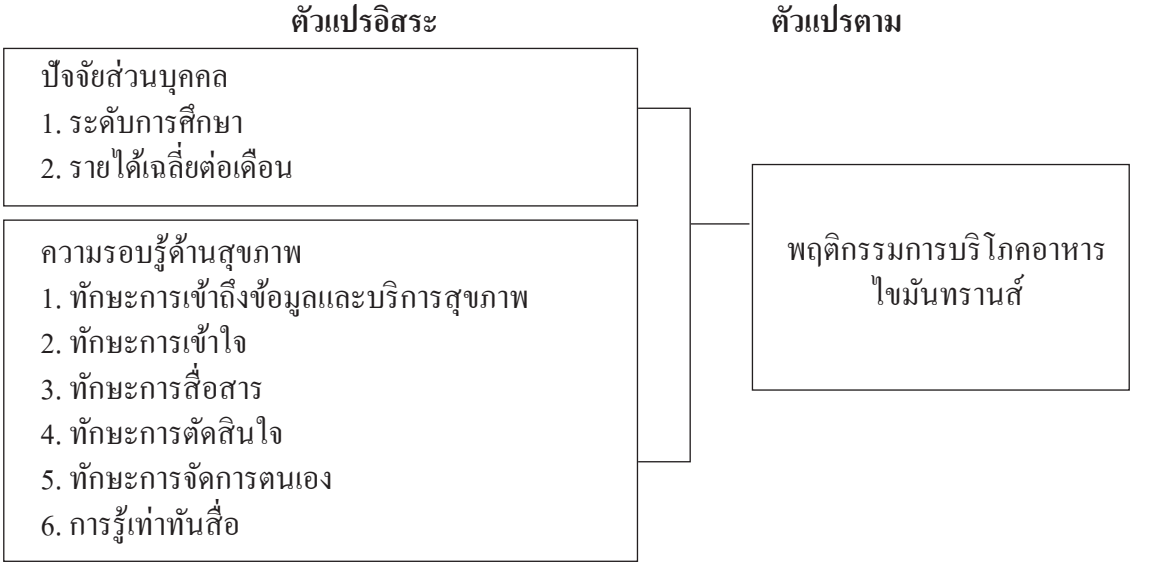
ขอบเขตเชิงประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ประชาชนตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวน 16,330 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ ประชาชนตำบลเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย กำหนดขนาดตัวอย่างใช้โปรแกรมG*Power3Cohen[5] โดยกำหนดขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.30) ซึ่งเป็นค่า gold standard ของการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำเมื่อทำการทดสอบตระกูลคอรีเลชั่นที่ยอมรับในระดับสากลนั้นได้มีการกำหนดไว้ดังนี้ ค่า effect size เท่ากับ 0.1 หมายถึงมีขนาดอิทธิพลในระดับน้อย (small) ค่า effect size เท่ากับ 0.3 หมายถึงมีขนาดอิทธิพลในระดับปานกลาง (medium) ค่า effect size เท่ากับ 0.5 หมายถึงมีขนาดอิทธิพลในระดับใหญ่ (large) ซึ่งส่วนใหญ่จะนิยมค่า effect size เท่ากับ 0.3 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 จำนวน 167 คน

ขอบเขตช่วงเวลาที่ศึกษา การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2566

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analytical study) มีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชาชน ตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวน 16,330 คน[6]

1.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้การวิจัย คือ ประชาชนวัยทำงาน ตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวน 167 คน ซึ่งได้จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมG*Power3 Cohen[5] โดยกำหนดขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.30) ซึ่งเป็นค่า gold standard ของการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำเมื่อทำการทดสอบตระกูลคอรีเลชั่นที่ยอมรับในระดับสากลนั้นได้มีการกำหนดไว้ดังนี้ ค่า effect size เท่ากับ 0.1 หมายถึงมีขนาดอิทธิพลในระดับน้อย (small) ค่า effect size เท่ากับ 0.3 หมายถึงมีขนาดอิทธิพลในระดับปานกลาง (medium) ค่า effect size เท่ากับ 0.5 หมายถึงมีขนาดอิทธิพลในระดับใหญ่ (large) ซึ่งส่วนใหญ่จะนิยมค่า effect size เท่ากับ 0.3 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 และเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนและความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 28 คน เพื่อป้องกันการความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างการเก็บข้อมูล จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 167 คน ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยอาศัยความน่าจะเป็น (probability simple random sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างคือ เป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงรายที่มีอายุตั้งแต่ 15-59 ปี ไม่เป็นผู้เป็นป่วยที่มีโรคประจำตัวและได้รับการรักษาจากแพทย์ มีสติปัญญาการรับรู้ปกติดี สามารถอ่านออกเขียนภาษาไทยได้และยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยและลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้การวิจัยเป็นแบบสอบถาม (questionnaire) ประกอบด้วย

2.1 ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน โดยเลือกคำตอบจากตัวเลือก (check List)

2.2 ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 35 ข้อ เป็นมาตราส่วนประเมินค่าแบ่งเป็น 5 ระดับของลิเคิร์ท[7] ซึ่งกำหนดน้ำหนักคะแนน ดังนี้

เป็นประจำ หมายถึงทุกวันต่อสัปดาห์
บ่อยครั้ง หมายถึง 5-6 ครั้งต่อสัปดาห์
เป็นบางครั้ง หมายถึง 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์
นาน ๆ ครั้ง หมายถึง 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์
ไม่เลย หมายถึง 0 ครั้งต่อสัปดาห์

โดยมีเกณฑ์การแปลความหมายจากค่าเฉลี่ยระดับความถี่แบ่งเป็นช่วงคะแนนมีการแปลความหมายความรอบรู้ด้านสุขภาพในการบริโภคอาหารมี 5 ระดับ ดังต่อไปนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00 แปลความว่ามากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49 แปลความว่ามาก

คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49 แปลความว่าปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49 แปลความว่าน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49 แปลความว่าน้อยที่สุด

2.3 ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีกรดไขมันทรานส์จำนวน10ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่าแบ่งเป็น5ระดับของลิเคิร์ท[7]ซึ่งกำหนดน้ำหนักคะแนน ดังนี้

เป็นประจำ หมายถึง ทุกวัน
บ่อยครั้ง หมายถึง 5-6 ครั้งต่อสัปดาห์
เป็นบางครั้ง หมายถึง 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์
นาน ๆ ครั้ง หมายถึง 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์
ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง 0 ครั้งต่อสัปดาห์

โดยเกณฑ์การแปลความหมายจากค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีกรดไขมันทรานส์แบ่งเป็นช่วงคะแนนมีการแปลความหมายพฤติกรรมการการบริโภคอาหารมี 5 ระดับ ดังต่อไปนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00 แปลความว่ามากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49 แปลความว่ามาก
คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49 แปลความว่าปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49 แปลความว่าน้อย
คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49 แปลความว่าน้อยที่สุด

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เพื่อให้แบบสอบถามมีคุณภาพ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบคุณภาพของแบบสอบถามใน 2 ด้าน คือ ความเที่ยงตรงของเนื้อหา (content validity) และความน่าเชื่อถือ (reliability) ของแบบสอบถามโดยดำเนินการ ดังนี้

การหาดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity index)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นด้วยตนเองนำเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พิจารณาและตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา ภาษาที่ใช้และข้อเสนอแนะ โดยกำหนดค่าดัชนีความสอดคล้องของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (content validity index : CVI) ใช้เกณฑ์มีค่ามากกว่า 0.8 ปรับปรุงแก้ไขก่อนนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (try out) กับประชาชนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยแบบสอบถามงานวิจัยนี้มีค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.87

การหาความเชื่อมั่น (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพการบริโภคอาหารที่มีกรดไขมันทรานส์และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีกรดไขมันทรานส์ซึ่งเป็นแบบสอบถามมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert Scale) แบบเลือกตอบและแบบมาตรประมาณค่า อย่างละจำนวน 30 ชุด ไปทำการทดสอบก่อนที่จะนำไปใช้จริง และนำข้อบกพร่องมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ไปวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือโดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ตามลำดับผ่านโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ช่วยในการวิเคราะห์โดยค่าความเชื่อมั่นจะต้องมีค่า 0.7 ขึ้นไป โดยแบบสอบถามงานวิจัยนี้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96 จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ภายหลังรวบรวมแบบสอบถาม ทำการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และนำข้อมูลที่ได้มาบันทึกลงในระบบคอมพิวเตอร์ สำหรับ

วิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานที่ตั้งไว้สถิติที่ตั้งไว้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่

1. สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ใช้การแจกแจงความถี่ (frequency) ค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความรอบรู้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีกรดไขมันทรานส์

2. การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพการบริโภคอาหารที่มีกรดไขมันทรานส์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีกรดไขมันทรานส์ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ในระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยกำหนดเกณฑ์การแปลความหมายเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.00 – 0.30 หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับต่ำมาก

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.31 – 0.50 หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.51 – 0.70 หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.71 – 0.90 หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับสูง

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.91 – 1.00 หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับสูงมาก

สำหรับทิศทางความสัมพันธ์ พิจารณาโดยถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มีค่าเป็นลบแสดงว่ามีความสัมพันธ์กันในทางลบหรือทิศทางตรงกันข้าม ถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มีค่าเป็นบวกแสดงว่ามีความสัมพันธ์กันในทางบวก

5. การปกป้องสิทธิ์กลุ่มเป้าหมาย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเชียงราย (เอกสารรับรองเลขที่ CRC.IRB No.035/2565) ลงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบและนำเสนอผลการวิจัยโดยภาพรวม

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นกลุ่มตัวอย่างประชาชน ตำบลเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวน 167 คน ผู้ศึกษาได้สอบถามสถานภาพของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับ ระดับการศึกษาและรายได้ต่อเดือน โดยนำเสนอในรูปแบบของความถี่และร้อยละ ปรากฏผลดังตารางดังนี้

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง (n=167)

สถานภาพของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
1. การศึกษาสูงสุด หรือกำลังศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	46	27.50
ประถมศึกษา หรือ ป.1-6	26	15.60
มัธยมศึกษา หรือ ม.1-ม.6	59	35.30

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง (n=167) (ต่อ)

สถานภาพของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ปวช./ปวส./อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	9	5.40
ปริญญาตรี	21	12.60
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	6	3.0
รวม	**167**	**100.0**
2. รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 10,000 บาท	109	65.30
10,001 – 15,000 บาท	20	12
15,001 – 20,000 บาท	23	13.80
20,001 – 25,000 บาท	1	9
25,001 – 30,000 บาท	0	0
30,001 ขึ้นไป	0	0
รวม	167	100.0

จากตาราง1พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน167คน ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับมัธยมศึกษาที่ 1 - 6 จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 35.30 และมีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท จำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 65.30

ตอนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพการบริโภคอาหารที่มีกรดไขมันทรานส์ของประชาชนตำบลเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

ผู้วิจัยได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพการบริโภคอาหารที่มีกรดไขมันทรานส์ของประชาชนตำบลเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ซึ่งมีปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคอาหารที่มีกรดไขมันทรานส์ของประชาชนตำบลเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ประกอบด้วย 6 ประการ คือ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ โดยภาพรวมรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ที่	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	$\bar{x}$	S.D	ระดับ
ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ				
1	ท่านสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับไขมันทรานส์ด้วยตนเองเพื่อลดปัญหาสุขภาพได้	3.61	1.09	มาก
2	ท่านสามารถค้นหาข้อมูลไขมันทรานส์ที่ถูกต้องจากหลายแหล่ง เช่น จากผู้รู้ จากสื่อสิ่งพิมพ์ จากสื่อสังคมออนไลน์	3.19	0.90	ปานกลาง

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ที่	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	$\bar{x}$	S.D	ระดับ
3	ท่านเปิดรับข้อมูลไขมันทรานส์เสมอเพื่อจะได้เป็นผู้ที่มีสุขภาพดี	4.06	0.81	มาก
4	ท่านสามารถค้นหาแหล่งบริการสุขภาพที่จะให้การช่วยเหลือในด้านความรู้ไขมันทรานส์	3.89	0.91	มาก
5	ท่านสามารถค้นหาข้อมูลไขมันทรานส์ได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งใคร	4.06	0.81	มาก
6	ท่านสามารถสืบค้นหาแหล่งบริการสุขภาพไขมันทรานส์ได้สอดคล้องกับสภาพปัญหาสุขภาพที่ท่านหรือคนในครอบครัวของท่านเป็นอยู่	3.87	0.93	มาก
7	ท่านสามารถไปพบแพทย์ บุคลากรทางสาธารณสุข หรือผู้ให้บริการสุขภาพเพื่อรับการตรวจไขมันในร่างกาย	3.39	0.98	ปานกลาง
8	ท่านมั่นในว่าแหล่งบริการสุขภาพที่ท่านเลือกใช้นั้น สามารถให้ความช่วยเหลือด้านความรู้เรื่องไขมันทรานส์ได้ตรงกับความต้องการของท่านได้	3.71	0.96	มาก
9	ท่านได้ทราบสถานบริการทางสุขภาพสามารถทำการตรวจไขมันทรานส์ได้	3.18	1.27	ปานกลาง
10	ท่านได้ทราบว่าการตรวจไขมันทรานส์สามารถตรวจฟรีกับสถานบริการทางสุขภาพ	3.33	1.45	ปานกลาง
	รวม	**3.63**	**1.01**	**มาก**
ทักษะการเข้าใจ				
11	ท่านสามารถกรอกข้อมูลเรื่องไขมันทรานส์ได้ถูกต้องตามแบบฟอร์มของแหล่งบริการสุขภาพนั้นได้	3.89	0.91	มาก
12	ท่านสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในคู่มือ เอกสารหรือแผ่นพับเกี่ยวกับไขมันทรานส์กับสุขภาพได้	3.56	0.79	มาก
13	ท่านสามารถอ่านและเข้าใจข้อมูลด้านไขมันทรานส์จากสื่อ เช่น สิ่งพิมพ์ แผ่นพับ โปสเตอร์ โปรแกรมใช้งานบนมือถือ (application) และสื่อออนไลน์ (face book, line) ได้	4.08	0.99	มาก
14	ท่านรู้และเข้าใจในข้อมูลด้านไขมันทรานส์ที่เผยแพร่ทางโทรทัศน์ วิทยุ สื่อออนไลน์ผ่านโทรศัพท์มือถือ อินเทอร์เน็ต ยูทู) (You tube)	3.89	0.91	มาก

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ที่	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	$\bar{x}$	S.D	ระดับ
15	ท่านรู้และเข้าในในคำอธิบายของผู้ให้บริการด้านไขมันทรานส์ได้	3.17	0.76	มาก
	รวม	**3.83**	**0.87**	**มาก**
ทักษะการสื่อสาร				
16	ท่านมีผู้ให้บริการสุขภาพอย่างน้อย 1 คน สามารถให้คำแนะนำเรื่องไขมันทรานส์กับท่าน	3.70	0.79	มาก
17	ท่านสามารถติดต่อสื่อสารกับบุคคลหรือกลุ่มคนที่มีความรู้ด้านไขมันทรานส์ได้	3.53	0.81	มาก
18	ท่านมั่นใจว่าผู้ให้บริการสุขภาพจะเข้าใจท่านเมื่อมีการแลกเปลี่ยนพูดคุยกับท่าน	3.51	0.86	มาก
19	ท่านสามารถแลกเปลี่ยนความรู้เรื่องไขมันทรานส์หรือแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับไขมันทรานส์กับผู้ให้บริการสุขภาพได้	3.86	0.78	มาก
ทักษะการสื่อสาร				
20	ท่านสามารถถ่ายทอดข้อมูลไขมันทรานส์ให้กับบุคคลอื่นยอมรับและเข้าใจในข้อมูลนั้นได้	3.87	0.93	มาก
	รวม	**3.69**	**0.83**	**มาก**
ทักษะการตัดสินใจ				
21	ท่านสามารถตัดสินใจเข้ารับคำแนะนำเรื่องไขมันทรานส์จากบุคลากรทางด้านสุขภาพได้เมื่อพบความผิดปกติของร่างกาย เช่น น้ำหนักขึ้น มีพุง หน้ามืด มีความดันโลหิตสูง	4.07	0.81	มาก
22	ท่านสามารถซักถามเรื่องไขมันทรานส์ที่ท่านเป็นกังวลหรือต้องการให้ผู้บริการสุขภาพในการตัดสินใจปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	4.07	0.81	มาก
23	เมื่อได้รับข้อมูลด้านไขมันทรานส์จากบุคลากรด้านสุขภาพ ท่านจะตัดสินใจปฏิบัติตามคำแนะนำทันที	3.89	0.91	มาก
24	เมื่อมีข้อมูลด้านไขมันทรานส์เข้ามา ท่านมักจะตรวจสอบความถูกต้องของแหล่งที่มาของข้อมูลนั้นก่อนที่จะตัดสินใจเชื่อหรือปฏิบัติตาม	3.71	0.76	มาก
25	ท่านจะอ่านฉลากผลิตภัณฑ์อาหารที่แจ้งส่วนประกอบของไขมันทรานส์ก่อนตัดสินใจซื้อสินค้านั้น	3.89	0.91	มาก
	รวม	**3.93**	**0.84**	**มาก**

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ที่	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	$\bar{x}$	S.D	ระดับ
ทักษะการจัดการตนเอง				
26	ท่านสามารถหลีกเลี่ยงอาหารที่มีส่วนประกอบของไขมันทรานส์ ได้แก่ ครีมเทียม เนย มาการีน	3.71	0.76	มาก
27	ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการเติมส่วนประกอบของไขมันทรานส์ลงในอาหารหรือเครื่องดื่มบางประเภทได้ เช่น ขนมเค้ก กาแฟ	3.50	0.79	มาก
28	ท่านตั้งเป้าหมายที่จะออกกำลังกายเป็นประจำ สัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 30 นาที	3.04	0.27	ปานกลาง
29	ท่านคอยหมั่นสังเกตชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว เพื่อคอยกำกับดูแลสุขภาพตนเองให้ดีขึ้น	3.04	0.27	ปานกลาง
ทักษะการจัดการตนเอง				
30	ท่านมีการตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อตรวจระดับไขมันทรานส์ในร่างกาย	3.03	1.04	ปานกลาง
	รวม	**3.93**	**0.84**	**มาก**
	ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ			
31	ท่านมักจะเปรียบเทียบข้อมูลด้านไขมันทรานส์จากหลายแหล่งเพื่อยืนยันความเข้าใจที่ถูกต้องของตนเองก่อนที่จะบอกคนอื่นต่อ	3.20	0.93	ปานกลาง
32	ท่านจะหาข้อมูลด้านไขมันทรานส์จากแหล่งข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อนำมายืนยันข้อมูลนั้นก่อนที่จะเชื่อหรือทำตาม	3.72	0.96	มาก
33	ท่านจะสอบถามหรือขอคำแนะนำจากผู้รู้หรือผู้ให้บริการทางสุขภาพเกี่ยวกับข้อปฏิบัติในด้านไขมันทรานส์ก่อนที่จะทำตาม	3.38	0.97	มาก
34	ท่านสามารถอ่านสลากผลิตภัณฑ์อาหารที่มีส่วนประกอบของไขมันทรานส์ได้	3.71	0.96	มาก
35	ท่านเลือกรับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งสื่อที่น่าเชื่อถือได้	3.71	0.76	มาก
	รวม	**3.54**	**0.92**	**มาก**
	ค่าเฉลี่ยรวม	**3.64**	**0.87**	**มาก**

จากตาราง 2 พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพการบริโภคอาหารที่มีกรดไขมันทรานส์ของประชาชนตำบลเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงรายโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.64 ทักษะการเข้าถึง

ข้อมูลและบริการสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยรวม 3.63 อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า การเปิดรับข้อมูลไขมันทรานส์เพื่อจะได้เป็นผู้ที่มีสุขภาพดีและการสามารถค้นหาข้อมูลไขมันทรานส์ได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งใครค่าเฉลี่ย 4.06 มากที่สุด รองลงมาเป็นการสามารถค้นหาแหล่งบริการสุขภาพที่จะให้การช่วยเหลือในด้านความรู้ไขมันทรานส์ ค่าเฉลี่ย 3.89 และน้อยที่สุดคือ การสามารถสืบค้นหาแหล่งบริการสุขภาพไขมัน ทรานส์ได้สอดคล้องกับสภาพปัญหาสุขภาพหรือคนในครอบครัว ค่าเฉลี่ย 3.87 ทักษะการเข้าใจ มีค่าเฉลี่ยรวม 3.83 อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ความสามารถอ่านและเข้าใจข้อมูลด้านไขมันทรานส์จากสื่อ เช่น สิ่งพิมพ์ แผ่นพับ โปสเตอร์ โปรแกรมใช้งานบนมือถือ (application) และสื่อออนไลน์ (face book, line) และการรู้และเข้าใจในข้อมูลด้านไขมันทรานส์ที่เผยแพร่ทางโทรทัศน์ วิทยุ สื่อออนไลน์ผ่านโทรศัพท์มือถือ อินเทอร์เน็ต ยูทูป (you tube) คะแนนเฉลี่ย 4.08 มากที่สุด รองลงมาการสามารถกรอกข้อมูลเรื่องไขมันทรานส์ได้ถูกต้องตามแบบฟอร์มของแหล่งบริการสุขภาพนั้นได้ คะแนนเฉลี่ย 3.89 และน้อยที่สุดคือ ท่านรู้และเข้าในในคำอธิบายของ ผู้ให้บริการด้านไขมันทรานส์ได้ ค่าเฉลี่ย 3.71 ทักษะการสื่อสาร มีค่าเฉลี่ยรวม 3.69 อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า การสามารถถ่ายทอดข้อมูลไขมันทรานส์ให้กับบุคคลอื่นยอมรับและเข้าใจในข้อมูลนั้นได้ค่าเฉลี่ย 3.87 มากที่สุด รองลงมาการสามารถแลกเปลี่ยนความรู้เรื่องไขมันทรานส์หรือแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับไขมันทรานส์กับผู้ให้บริการสุขภาพได้ค่าเฉลี่ย 3.86 และน้อยที่สุดคือ การมีผู้ให้บริการสุขภาพอย่างน้อย 1 คน สามารถให้คำแนะนำเรื่องไขมันทรานส์ ค่าเฉลี่ย 3.70 ทักษะการตัดสินใจ มีค่าเฉลี่ยรวม 3.93 อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ความสามารถตัดสินใจเข้ารับคำแนะนำเรื่องไขมันทรานส์จากบุคลากรทางด้านสุขภาพได้เมื่อพบความผิดปกติของร่างกาย เช่น น้ำหนักขึ้น มีพุง หน้ามืด มีความดันโลหิตสูง และความสามารถซักถามเรื่องไขมันทรานส์ที่ท่านเป็นกังวลหรือต้องการให้ผู้บริการสุขภาพใน การตัดสินใจปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ค่าเฉลี่ย 4.07 มากที่สุด รองลงมาการได้รับข้อมูลด้านไขมันทรานส์จากบุคลากรด้านสุขภาพท่านจะตัดสินใจปฏิบัติตามคำแนะนำทันทีและ การอ่านฉลากผลิตภัณฑ์อาหารที่แจ้งส่วนประกอบของไขมันทรานส์ก่อนตัดสินใจซื้อสินค้านั้น ค่าเฉลี่ย 3.89 และน้อยที่สุดคือ การมีข้อมูลด้านไขมันทรานส์เข้ามามักจะตรวจสอบความถูกต้องของแหล่งที่มาของข้อมูลนั้นก่อนที่จะตัดสินใจเชื่อหรือปฏิบัติตาม ค่าเฉลี่ย 3.71 ทักษะการจัดการตนเอง มีค่าเฉลี่ยรวม 3.93 อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ความสามารถหลีกเลี่ยงอาหารที่มีส่วนประกอบของไขมันทรานส์ ได้แก่ ครีมเทียม เนย มาการีน ค่าเฉลี่ย 3.71 มากที่สุด รองลงมาความสามารถหลีกเลี่ยงการเติมส่วนประกอบของไขมันทรานส์ลงในอาหารหรือเครื่องดื่มบางประเภทได้ เช่น ขนมเค้ก กาแฟ ค่าเฉลี่ย 3.50 และน้อยที่สุดคือ การตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อตรวจระดับไขมันทรานส์ในร่างกาย ค่าเฉลี่ย 3.03 ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ค่าเฉลี่ยรวม 3.64 อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า การหาข้อมูลด้านไขมันทรานส์จากแหล่งข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อนำมายืนยันข้อมูลนั้นก่อนที่จะเชื่อหรือทำตาม

ค่าเฉลี่ย 3.72 มากที่สุด รองลงมา ความสามารถอ่านสลากผลิตภัณฑ์อาหารที่มีส่วนประกอบของไขมันทรานส์ได้และการเลือกรับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งสื่อที่น่าเชื่อถือได้ ค่าเฉลี่ย 3.71 และน้อยที่สุดการสอบถามหรือขอคำแนะนำจากผู้รู้หรือผู้ให้บริการทางสุขภาพเกี่ยวกับข้อปฏิบัติในด้านไขมันทรานส์ก่อนที่จะทำตาม ค่าเฉลี่ย 3.38 ตามลำดับ

ตอนที่ 3 พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีกรดไขมันทรานส์ของประชาชนตำบลเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีกรดไขมันทรานส์ของประชาชนตำบลเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการบริโภค

ที่	พฤติกรรมการบริโภค	$\bar{x}$	S.D	ระดับ
1	ท่านรับประทานอาหารประเภท fast food ได้แก่ พิซซ่า แฮมเบอร์เกอร์	2.86	0.93	ปานกลาง
2	ท่านอ่านฉลากโภชนาการก่อนการซื้ออาหารทุกครั้ง	4.06	0.56	มาก
3	ท่านเลือกผลิตภัณฑ์น้ำมันที่มีสีใสในการปรุงอาหาร	3.53	0.57	มาก
4	ท่านใช้น้ำมันพืชที่ใช้ทอดอาหารซ้ำกันมาปรุงอาหาร	2.55	1.33	ปานกลาง
5	ท่านดื่มเครื่องดื่มประเภทชา กาแฟ โกโก้ ที่จะต้องเติมครีมเทียม วิปปิ้งครีม	2.84	0.79	ปานกลาง
6	ท่านรับประทานอาหารขนมอบประเภทเบเกอรี่ คุ้กกี้ เค้ก	3.78	0.72	ปานกลาง
7	ท่านบริโภคไขมันทรานส์เกินครึ่งช้อนชาต่อวัน	3.20	0.95	ปานกลาง
8	ท่านรับประทานอาหารจำพวกสลัดโดยใส่น้ำสลัดครีมเป็นส่วนผสม	2.82	0.96	ปานกลาง
9	ท่านรับประทานอาหารจำพวกทอด ได้แก่ กล้วยทอด ไก่ทอด ปาท่องโก๋	3.38	0.49	ปานกลาง
10	ท่านชอบรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง	3.05	0.84	ปานกลาง
	ค่าเฉลี่ยรวม	3.15	0.81	ปานกลาง

จากตาราง 3 พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีกรดไขมันทรานส์ของประชาชน ตำบลเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.51 โดยพบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีการอ่านฉลากโภชนาการก่อนการซื้ออาหารทุกครั้ง ค่าเฉลี่ย 4.06 รองลงมาการรับประทานอาหารจำพวกทอด ได้แก่ กล้วยทอด ไก่ทอด ปาท่องโก๋ ค่าเฉลี่ย 3.38 และน้อยที่สุด คือ การใช้น้ำมันพืชที่ใช้ทอดอาหารซ้ำกันมาปรุงอาหารค่าเฉลี่ย 2.55 ตามลำดับ

ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีกรดไขมันทรานส์ของประชาชน ตำบลเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

การศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีกรดไขมันทรานส์ของประชาชน ตำบลเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างง่ายของเพียร์สัน (Pearson's simple correlation coefficient) โดยใช้ปัจจัยตัวแปรต้นความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ที่ส่งผลต่อตัวแปรตามคือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีกรดไขมันทรานส์ของประชาชน ตำบลเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย โดยมีผลการวิเคราะห์ดังตาราง 4

ตาราง 4 ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีกรดไขมันทรานส์ (n=167)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการบริโภค		
	Pearson Correlation (r)	Sig.	ระดับความสัมพันธ์
ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	-.120	.121	มาก
ทักษะการเข้าใจ	.092	.239	มาก
ทักษะการสื่อสาร	.008	.923	น้อย
ทักษะการตัดสินใจ	.182*	.019	มาก
ทักษะการจัดการตนเอง	-.056	.427	มาก
ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ	-.204**	.008	มาก

จากตาราง 4 จากความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ 2 ด้าน ได้แก่ ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีกรดไขมันทรานส์ของประชาชนตำบลเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย โดยทักษะการตัดสินใจมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.182 มีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับต่ำมากกับความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีกรดไขมันทรานส์ของประชาชน ตำบลเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย อย่างมีนัยสำคัญสถิติที่ระดับ .019 และทักษะการรู้เท่าทันสื่อมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ -0.204 มีความสัมพันธ์กันทางลบในระดับสูงมากกับความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีกรดไขมันทรานส์ของประชาชน ตำบลเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .008 และพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพอีก 4 ด้าน ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร และทักษะการจัดการตนเอง มีความสัมพันธ์กัน

ทางบวกในระดับมากกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีกรดไขมันทรานส์ของประชาชน ตำบลเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

อภิปรายผล

จากการศึกษาและวิเคราะห์ผลเพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีกรดไขมันทรานส์ของประชาชนตำบลเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย สามารถอภิปรายดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพการบริโภคอาหารที่มีกรดไขมันทรานส์ โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพการบริโภคอาหารที่มีกรดไขมันทรานส์อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.64 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทักษะการตัดสินใจสามารถเข้ารับข้อมูลและบริการสุขภาพในเรื่องไขมันทรานส์จากบุคลากรทางการแพทย์ได้เมื่อมีความกังวล เช่น น้ำหนักขึ้น มีพุง หน้ามืด ภาวะความดันโลหิตสูง เพื่อเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่เหมาะสมและมีทักษะการจัดการตนเองหลีกเลี่ยงอาหารที่มีส่วนประกอบของไขมันทรานส์ เช่น ครีมเทียม เนย มาการีนลงไปในเครื่องดื่มบางประเภท เช่น กาแฟ ขนมเค้ก เป็นต้น โดยประชาชนมีทักษะความเข้าใจอ่านและเข้าใจคำอธิบายของผู้ให้บริการด้านไขมันทรานส์และข้อมูลด้านไขมันทรานส์จากสื่อ เช่น สิ่งพิมพ์ แผ่นพับ โปสเตอร์ โปรแกรมใช้งานบนมือถือ (application) และสื่อออนไลน์ (face book, line) สอดคล้องกับการศึกษาของธัญมน สุวรรณชัญ และ วรัทยา ชินกรรม[8] ทำการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโภชนาการของผู้บริโภคชาวไทยที่พบว่าช่องทางสื่อสารผ่าน Social Media เช่น Facebook ก็มีผลต่อการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวกับไขมันทรานส์ในกลุ่มตัวอย่างเป็นอย่างมาก การรู้และเข้าใจในข้อมูลด้านไขมันทรานส์ที่เผยแพร่ทางโทรทัศน์ วิทยุ สื่อออนไลน์ ผ่านโทรศัพท์มือถือ อินเทอร์เน็ต ยูทูป (you tube) สามารถกรอกข้อมูลเรื่องไขมันทรานส์ได้ถูกต้องตามแบบฟอร์มของแหล่งบริการสุขภาพนั้นได้ มีทักษะการสื่อสาร ข้อมูลไขมัน ทรานส์ให้กับบุคคลอื่นยอมรับและเข้าใจในข้อมูลนั้นได้ แลกเปลี่ยนความรู้เรื่องไขมันทรานส์หรือแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับไขมันทรานส์กับผู้ให้บริการสุขภาพได้

2. ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีกรดไขมันทรานส์ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.51 โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้มีการอ่านฉลากโภชนาการก่อนการซื้ออาหารทุกครั้งก่อนซื้อผลิตภัณฑ์บริโภค มีการรับประทานอาหารจำพวก fast food อาหารจำพวกทอด และเครื่องดื่มที่เติมครีมเทียม วิปปิ้งครีม ได้แก่ พิซซ่า แฮมเบอร์เกอร์กล้วยทอด ไก่ทอด ปาท่องโก๋ เบเกอรี่ คุ้กกี้ เค้กกาแฟ โกโก้ มีการรับประทานอาหารจำพวกไขมันสูง น้ำสลัดที่มีครีมเป็นส่วนผสม มีการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์น้ำมันที่มีสีใสในการปรุงอาหารและน้ำมันพืชที่ใช้ทอดอาหารซ้ำกันมาปรุงอาหาร โดยมีการบริโภคไขมันทรานส์เกินครึ่งซ้อนชาต่อวัน ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของติโรจน์ นวนบุญ และคณะ[9] ทำการศึกษาความสัมพันธ์ความระหว่างความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพทางโภชนาการของ อสม.ที่อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์แพทย์ (หน่วยบริการปฐมภูมิ) โรงพยาบาล

ขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่สำรวจจาก 218 คน ไม่รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ทอดมัน ไก่ทอด เป็นต้น[9]

3. ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีกรดไขมันทรานส์ พบว่าทักษะการตัดสินใจ มีค่าสัมประสิทธิสหสัมพันธ์เท่ากับ 0.182 มีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับมากกับความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีกรดไขมันทรานส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของธัญมน สุวรรณชัญ และ วรัทยา ชินกรรม[8] ทำการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโภชนาการของผู้บริโภคชาวไทย ที่พบว่าทักษะการตัดสินใจเลือกซื้ออาหารมาจากช่องทางสื่อสารผ่าน Social Media เช่น Facebook เป็นต้น และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ - 0.204 มีความสัมพันธ์กันทางลบในระดับมากกับความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีกรดไขมันทรานส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของรัตนาภรณ์ สาสีทา และคณะ[10] ทำการศึกษาความรอบรู้ด้านโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่พบว่าการรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.001$) โดยได้มีการส่งเสริมความรอบรู้ด้านโภชนาการที่ดี มหาวิทยาลัยควรเพิ่มช่องทางการให้ความรู้ด้านโภชนาการแก่นักศึกษา แนะนำช่องทางการค้นหาข้อมูลด้านโภชนาการรวมถึงกำหนดนโยบายโรงอาหารเพื่อสุขภาพ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีทักษะการรู้เท่าทันสื่อมีการเปรียบเทียบข้อมูลด้านไขมันทรานส์จากหลายแหล่งเพื่อยืนยันความเข้าใจที่ถูกต้องของตนเองก่อนที่จะบอกคนอื่นต่อ ค้นหาข้อมูลด้านไขมัน ทรานส์จากแหล่งข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อนำมายืนยันข้อมูลนั้นก่อนที่จะเชื่อหรือทำตามขอคำแนะนำจากผู้รู้หรือผู้ให้บริการทางสุขภาพเกี่ยวกับข้อปฏิบัติในด้านไขมันทรานส์ก่อนที่จะทำตามสามารถอ่านสลากผลิตภัณฑ์อาหารที่มีส่วนประกอบของไขมัน ทรานส์ได้นำไปสู่การมีทักษะการตัดสินใจเข้ารับคำแนะนำเรื่องไขมันทรานส์จากบุคลากรทางด้านสุขภาพได้เมื่อพบความผิดปกติของร่างกาย เช่น น้ำหนักขึ้น มีพุง หน้ามืด มีความดันโลหิตสูง สามารถซักถามเรื่องไขมันทรานส์ที่ท่านเป็นกังวลหรือต้องการให้ผู้บริการสุขภาพในการตัดสินใจปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อได้รับข้อมูลด้านไขมันทรานส์จากบุคลากรด้านสุขภาพท่านจะตัดสินใจปฏิบัติตามคำแนะนำทันทีตรวจสอบความถูกต้องของแหล่งที่มาของข้อมูลนั้นก่อนที่จะตัดสินใจเชื่อหรือปฏิบัติตาม และอ่านฉลากผลิตภัณฑ์อาหารที่แจ้งส่วนประกอบของไขมันทรานส์ก่อนตัดสินใจซื้อสินค้านั้น และพบว่าทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร และทักษะการจัดการตนเอง มีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับมากกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีกรดไขมันทรานส์ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของรัตนาภรณ์ สาสีทา[10] ที่ศึกษาเรื่องความรอบรู้ด้านโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาระดับปริญญาตรี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พบว่าการเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยได้มีการส่งเสริมมีการเพิ่มช่องทางและแนะนำความรอบรู้ด้านโภชนาการให้ความรู้ด้านโภชนาการแก่นักศึกษา ทักษะการเข้าใจ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาธัญมน สุวรรณชัญ และวรัทยา ชินกรรม[8] ที่ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโภชนาการของผู้บริโภคชาวไทย พบว่าทักษะ การเข้าใจเรื่องไขมันทรานส์ของกลุ่มตัวอย่างยังไม่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องไขมันทรานส์เท่าที่ควร ทักษะการสื่อสาร ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ กวินดา วิเศษแก้ว และคณะ[11] ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านโภชนาการกับการบริโภคขนมและเครื่องดื่มรสหวานของนักศึกษาระดับปริญญาตรีกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่พบว่าคะแนนความรอบรู้ด้านทักษะการสื่อสารด้านโภชนาการมีความสัมพันธ์กันทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1.1 ควรศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลเพิ่มเติม เพราะอาจจะเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีกรดไขมันทรานส์

1.2 ควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ทำงานในสำนักงานเนื่องจากเป็นผู้ที่มีความรู้อาจมีความสัมพันธ์กันกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีกรดไขมันทรานส์

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1. ศึกษาในเชิงลึกจากการไปสัมภาษณ์ผู้ประกอบอาหารในเชิงลึกในชนิดของน้ำมันทอด ทอดจำนวนกี่ครั้ง ใช้ความร้อนเท่าไร ทอดนานแค่ไหน เป็นต้น

2.2. ศึกษาปริมาณไขมันทรานส์ของน้ำมันปาล์มในเชิงของการทดลอง เนื่องจากการทอดในประเทศไทยนิยมใช้น้ำมันปาล์มซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยในต่างประเทศ

เอกสารอ้างอิง

[1] สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.รายงานการบริโภคอาหารของคนไทย ปี พ.ศ.2565. [ออนไลน์]. (2565). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก https://www.hfocus.org/content/2022/05255135

[2] โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์. ไขมันทรานส์ชาวไทย. [ออนไลน์]. (2565). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก https://www.siphhospital.com/th/news/ article/share/727

[3] การศึกษาความรู้และพฤติกรรมการบริโภคไขมันทรานส์ของนักศึกษา สาขาการโรงแรมและการท่องเที่ยว วิทยาลัยอาชีวศึกษาสันติราษฎร์ในพระอุปถัมภ์. [ออนไลน์]. (2559). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 12 พฤษภาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก https://repository.rmutp.ac.th/ bitstream/handle/123456789/2478/HEC _61_02.pdf?sequence=1&isAllowed=y

[4] Nutbeam D. The evolving concept of Health Literacy. Social Science & Medicine 2008; 67 : 2072 – 78.

[5] วีระศักดิ์ ปัญญาพรวิทยา. การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power. [ออนไลน์]. (2565)[เข้าถึงเมื่อวันที่ 11 สิงหาคม 2565].เข้าถึงได้จาก https://rid.psu.ac.th/animal/th/assets/document/GPowe r5-7.pdf

[6] สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.จำนวนประชากรปีพ.ศ. 2565. [ออนไลน์]. (2565). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 21 พฤศจิกายน2565]. เข้าถึงได้จาก https://tcnap2 tcnap.org/tcnap2/controller/dashboard /index. php?tambonId=570102

[7] Likert, R.The Method of Construction and Attitude Scale, Reading in Attitude Theory and Measurement. Wiley & Son, New York; 1999.

[8] ธัญมน สุวรรณชัญ และวรัทยา ชินกรรม. การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโภชนาการของผู้บริโภคชาวไทย.[ออนไลน์].(2565).[เข้าถึงเมื่อวันที่ 13 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก https://www.econ.cmu.ac.th/econ_paper/admin/files/paper/pdf

[9] ติโรจน์ นวนบุญ และคณะ. ความสัมพันธ์ความระหว่างความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพทางโภชนาการ ของอสม. ที่อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์แพทย์ หน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น.[ออนไลน์].(2566).[เข้าถึงเมื่อวันที่ 7 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก https://hetci-thaijo.org/index.php/ajcph/article/view/259

[10] รัตนาภรณ์ สาสีทา และคณะ.ความรอบรู้ด้านโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. [ออนไลน์]. (2565). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2565]. เข้าถึงได้จาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/phjbuu/article /view/256875

[11] กวินดา วิเศษแก้ว และคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านโภชนาการกับการบริโภคขนมและเครื่องดื่มรสหวานของนักศึกษาระดับปริญญาตรี กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. [ออนไลน์]. (2563). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2565].เข้าถึงได้จากhttps://thaidj.org/index.php/smnj /article/view/8780/8043

บทความวิจัยต้นฉบับ :
การพัฒนาหลักสูตรการจัดระบบอาหารปลอดภัยในชุมชนตำบลพุดซาอย่างยั่งยืน
The Development a Curriculum for Organizing Sustainable food safety Systems in Pudsa Communities

วลัญช์ชยา เขตบำรุง* และจิราภรณ์ ประธรรมโย**
Valanchaya Ketbumroong* and Jiraporn Prathumyo**
มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล*'**
Vongchavalitkul University*'**
เบอร์โทรศัพท์ 09-3356-2992; E-mail : Valanchaya_ket@vu.ac.th*
วันที่รับ 27 ก.ย. 2566; วันที่แก้ไข 24 พ.ย. 2566; วันที่ตอบรับ 6 ธ.ค. 2566

บทคัดย่อ

อาหารที่สะอาดและปลอดภัยจะทำให้ห่างไกลโรค ส่งผลให้สุขภาพดี การวิจัยครั้งนี้เพื่อพัฒนาหลักสูตรการจัดระบบอาหารปลอดภัยในชุมชนพุดซาอย่างยั่งยืน วัดประสิทธิภาพและผลสัมฤทธิ์ของหลักสูตร ดำเนินการวิจัยในรูปแบบการวิจัยและพัฒนา กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม (1) กลุ่มพัฒนาหลักสูตร จำนวน 10 คน (2) กลุ่มทดลองใช้หลักสูตร จำนวน 60 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย หลักสูตรฝึกอบรมและแบบทดสอบความรู้ โดยแบบทดสอบความรู้มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป นำเสนอข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์หลักสูตรด้วย paired t- test

ผลการวิจัย พบว่า หลักสูตรการจัดระบบอาหารปลอดภัยในชุมชนพุดซาอย่างยั่งยืน ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ กิจกรรมและเนื้อหาสาระสำคัญ (1) การผลิตผลผลิตทางการเกษตรให้ปลอดภัย (2) การจัดการสิ่งแวดล้อม และ (3) การปรุงประกอบอาหารที่ปลอดภัย เทคนิคการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ใช้รูปแบบการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และลงมือปฏิบัติจริง ใช้สื่อและแหล่งเรียนรู้ ประเมินผลและติดตามผล ผลอบรมประสิทธิภาพหลักสูตรมีค่าคะแนนความรู้ระหว่างการฝึกอบรม (E1) และความรู้หลังการใช้กิจกรรมฝึกอบรม (E2) เท่ากับ 85.0/98.0 การเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์หลังทดลองใช้หลักสูตรมีค่าคะแนนสูงกว่าก่อนทดลองใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การจัดระบบอาหารปลอดภัยในชุมชนมีผลประเมินสูงกว่าเกณฑ์85.0/98.0 ที่กำหนดไว้ แต่ความยั่งยืนเป็นสิ่งจำเป็นต้องติดตามและนำไปขยายผลเพิ่มขึ้น เพื่อเฝ้าระวังสารเคมี เชื้อโรคต่าง ๆ ปนเปื้อนในแหล่งผลิต สิ่งแวดล้อม และกระบวนการปรุงประกอบอาหารต่อไป

คำสำคัญ : การพัฒนาหลักสูตร; การจัดระบบอาหารปลอดภัยในชุมชนพุดซา; ยั่งยืน

Abstract

Good and safe food will provide a safe and healthy environment. The research aims to develop a sustainable community safety food system course, measure the effectiveness of the curriculum and compare the achievements of pre- and post-curricular activities. The population is 9,512 people in Pudsa Subdistrict, the sample group is divided into two groups: 1) 10-person course development group 2) 60-person course effectiveness test group with a specific randomization tool. The entire confidence is 0.85 analysis of data with ready-made computer programs. Statistics using descriptive statistics, frequency, average. Standard deviation and a comparison test of the achievement of the pared t-test course at statistical significance level (P<0.05)

The research found that the Sustainable Food System Program under the cooperation of network partners consists of purpose, activities and contents, 1) safe agricultural production, 2) environmental management and 3) safe cooking, learning techniques.Using media and learning resources, assess and monitor the results. Course effectiveness has a training knowledge score (E1) and post-training activity knowledge (E2) of 85.0/98.0. Post-trial achievement comparison has a statistically higher score than before trial at 0.05 Community safety food systems are evaluated above the thresholds, but sustainability is essential to monitor and expand their effectiveness in order to monitor chemicals, pathogens, environmental contamination and cooking processes.

Keywords: Curriculum Development; Community safe food System; Sustainable.

บทนำ

ความปลอดภัยด้านอาหารเป็นนโยบายที่กระทรวงสาธารณสุขมุ่งเน้นในปีงบประมาณ 2563 เป็นปีอาหารปลอดภัย คนไทยปลอดโรคด้วย การขับเคลื่อนงานแบบบูรณาการร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้อาหารมีความปลอดภัยแบบครบวงจร ตลอดห่วงโซ่อาหารตั้งแต่วัตถุดิบ (การเพาะปลูก/เพาะเลี้ยง) การผลิตการแปรรูปการจัดจำหน่ายจนถึงผู้บริโภค[1] ปัจจุบันแนวโน้มสถานการณ์อาหารปลอดภัยประเภทผักและผลไม้สด เช่น คะน้า ขึ้นฉ่าย ถั่วฝักยาว แครอท มะเขือเทศ ส้ม แอปเปิ้ล มันญี่ปุ่น จำนวน 21 ตัวอย่าง ตรวจพบสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชตกค้างในส้ม แอปเปิ้ล จำนวน 5 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ23.8[2] การปนเปื้อนสารเคมีกำจัดแมลงในผลิตภัณฑ์ทางการเกษตร ผักและผลไม้ยังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่ต้องเฝ้าระวัง เนื่องจากยังคงมีการใช้สารเคมีกำจัดแมลงอย่างต่อเนื่อง โดยเพาะสารเคมีในกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเนต[3] มีผลกระทบต่อสุขภาพที่แตกต่างกัน เช่น บุคคลที่ได้รับสารเคมีกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตจะเกิดขึ้นภายในเวลาไม่กี่นาทีจนถึง 2-3 ชั่วโมง และโดยทั่วไปจะออกฤทธิ์อยู่ได้นาน 1-5 วัน หากได้รับในปริมาณมาก รับการรักษาไม่ทันอาจเสียชีวิตได้ภายใน 24 ชั่วโมง สามารถก่อให้เกิดมะเร็งสมองและมะเร็งเม็ดเลือดได้ กลุ่มคาร์บาเมต เช่น คาร์บาริล (Carbaryl) และคาร์โบฟิวแรน (Carbofuran) ถ้าได้รับโดยการรับประทานจะเป็นสารก่อมะเร็ง สารพิษจะสามารถเข้าสู่ร่างกายได้จากการสัมผัส การรับประทานและมีความเป็นพิษน้อยกว่ากลุ่มออร์กาโนฟอสเฟต แต่ถ้าร่างกายได้รับ เข้าไปมากจะเกิดอาการรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตได้[4] สารเคมีกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟต (Organophosphate) และกลุ่มคาร์บาเมต

(Carbamate) มีฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์อะซิติลโคลีนเอสเตอเรสเป็นอันดับแรก และเมื่อเอนไซม์อะซิติล โคลีนเอสเตอเรสไม่สามารถทำลายสารอะซิติลโคลีนได้ ทำให้เกิดการคั่งของสารอะซิติลโคลีนในตำแหน่งต่าง ๆ จึงเกิดเป็นพิษเฉียบ พลันขึ้น หากได้รับสารเคมีในกลุ่มนี้ปริมาณน้อยจะทำให้เกิด อาการคลื่นไส้ วิงเวียน อ่อนเพลีย กล้ามเนื้อกระตุก แน่นหน้าอก อาเจียน ท้องเดิน ตาพร่า น้ำลายออกมากผิดปกติ และถ้าได้รับปริมาณมากขึ้นจะทำให้หมดสติ น้ำลายฟูมปาก กล้ามเนื้อกระตุกทั่วตัว ชัก หายใจลำบากและหยุดหายใจ [5] ขณะเดียวกันมีมาตราการควบคุมสารเคมีกำจัดแมลงในประเทศไทย แต่ยังคงพบว่า มีการนำเข้าสารเคมีกำจัดแมลงอย่างต่อเนื่อง ระหว่างปี พ.ศ. 2560 – 2564 มูลค่าการนำเข้าสารเคมีเกษตร มีอัตราเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 8.62 ต่อปี โดยปี 2560 มีมูลค่าการนำเข้าสารเคมี23,678 ล้านบาท เพิ่มขึ้นเป็น 27,098 ล้านบาท ในปี 2564 ตามแนวโน้มการเพาะปลูกที่เพิ่มขึ้น โดยการนำเข้าสารเคมีส่วนใหญ่เป็น การนำเข้าจากจีน รองลงมา ได้แก่ อินเดีย อินโดนีเซีย เยอรมนีและมาเลเซีย ตามลำดับ[6] จากสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ผู้คนในสังคม ไม่ว่าจะเป็น เกษตรกร ผู้ประกอบการร้านค้า ตลอดจนผู้บริโภค ล้วนแต่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ โดยเฉพาะพฤติกรรมผู้บริโภคเปลี่ยนรูปแบบเป็นการสั่งอาหารแบบเดลิเวอรี่ผ่านโมบาย แอปพลิเคชัน ทำให้ธุรกิจประกอบกิจการด้านอาหารและการขนส่งเติบโตขึ้นอย่างมาก และปัจจุบันพบว่า ผักผลไม้ที่นำเข้าและผลิตในประเทศมีความเสี่ยงพอ ๆ กัน โดยพบการตกค้างเกินมาตรฐานในผักผลไม้ที่ผลิตในประเทศ 54.01% จากจำนวนผักที่ส่งตรวจทั้งหมด 274 ตัวอย่าง ส่วนผักผลไม้ที่นำเข้าจากต่างประเทศพบตกค้างเกินมาตรฐาน 56.1% จากจำนวนตัวอย่างที่ทราบว่านำเข้ามาทั้งหมด 82 ตัวอย่าง ได้แก่ เห็ดหอมแห้ง พริกแห้ง แก้วมังกร พุทราจีน ส้มแมนดาริน องุ่นแดงนอก ผักชี บร็อกโคลี ขึ้นฉ่าย แครอท หัวไชเท้า และมันฝรั่ง ประเทศที่นำเข้ามากที่สุดตามลำดับ คือ จีน (46 ตัวอย่าง) ออสเตรเลีย (16 ตัวอย่าง) อเมริกา (6 ตัวอย่าง) เวียดนาม และอินเดีย (2 ตัวอย่าง) แอฟริกาใต้ (1 ตัวอย่าง) และอีก 9 ตัวอย่างเป็นสินค้านำเข้าแต่ไม่ระบุประเทศ[7] ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนได้บริโภคอาหารที่ปลอดภัย จึงต้องมีระบบการดูแลควบคุมตรวจสอบคุณภาพความปลอดภัยอาหารที่ผลิตทุกขั้นตอน ที่สอดคล้องกับกรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทยที่มุ่งเน้นด้านคุณภาพและความปลอดภัยของอาหาร คือการพัฒนาการผลิตสินค้าเกษตรขั้นต้นให้มีคุณภาพและความปลอดภัยตามมาตรฐานและคุณค่าทางโภชนาการที่เพิ่มขึ้น เพื่อให้ผู้บริโภคเข้าถึงอาหารที่ปลอดภัยและมีคุณภาพ[8] จังหวัดนครราชสีมามีพื้นที่ทำการเกษตร 8,907,219 ไร่ กระบวนการผลิตส่วนใหญ่ร้อยละ 90 มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช[9] จากรายงานการวิจัยในพื้นที่พบว่ามีการตกค้างในผลิตทางการเกษตรในผักตระกูลหอมและผลการตรวจเลือดด้วยกระดาษทดสอบโคลีนเอสเตอเรส พบมีระดับไม่ปลอดภัย คิดเป็นร้อยละ 51.51 ระดับมีความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 36.37 ซึ่งสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ใช้ทางการเกษตรในพื้นที่ คือ กลุ่มออร์กาโนฟอสเฟต ร้อยละ 69.2 กลุ่มอาการผิดปกติหลังจากการสัมผัสสารเคมี คือ กล้ามเนื้ออ่อนล้า ร้อยละ 41.3 และ เวียนศีรษะ ร้อยละ 40.2[10] จากข้อมูลเกษตรกรในพื้นที่ตำบลพุดซามีความเสี่ยงด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นในแต่ละช่วงปี เพื่อให้

ประชาชนในตำบลพุดซา ทั้งผู้ผลิตและผู้บริโภค มีความรู้เรื่องการจัดระบบอาหารปลอดภัยตั้งแต่กระบวนการผลิต การปรุง และการจำหน่าย โดยเน้นกระบวนการการเรียนรู้ร่วมกันในเรื่องการผลิตและการบริโภค ซึ่งมีกรอบการดำเนินการ 3 ส่วนคือ (1) การผลิตและตรวจสอบ (2) การตลาด และ (3) การบริโภคสู่ระบบมาตรฐานที่สอดคล้องกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะชุมชน เน้นการเชื่อมต่อไปยังทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในห่วงโซ่อาหารอย่างต่อเนื่องที่เชื่อมโยงการผลิตเข้าสู่ชุมชนอย่างเป็นระบบและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาหลักสูตรการจัดระบบอาหารปลอดภัยในชุมชนตำบลพุดซาอย่างยั่งยืน

2. เพื่อวัดประสิทธิภาพของหลักสูตรการจัดระบบอาหารปลอดภัยในชุมชนตำบลพุดซาอย่างยั่งยืนตามเกณฑ์ประสิทธิภาพ 80/80 ของชัยยงค์ พรหมวงศ์[11]

3. เพื่อเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนก่อนและหลังการใช้หลักสูตรการจัดระบบอาหารปลอดภัยในชุมชนตำบลพุดซาอย่างยั่งยืน

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้ผู้วิจัยดำเนินการตามแผนการทดลองชนิด One Group Pretest-Posttest Design กำหนดกลุ่มทดลองที่ไม่เป็นอิสระแก่กัน และดำเนินการทดลองปฏิบัติกิจกรรมในหลักสูตรด้วยรูปแบบการเรียนแบบร่วมมือ โดยใช้เทคนิคแบ่งกลุ่มผลสัมฤทธิ์ ให้ประชาชนที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการทำแบบทดสอบก่อน-หลังการปฏิบัติกิจกรรมเป็นรายบุคคลแล้วนำผลการทดลองมาวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูลพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เพื่อให้ได้บุคคลที่สามารถให้ข้อมูลตรงตามที่ต้องการและกระจายอยู่ในพื้นที่จังหวัด กลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ (1) กลุ่มพัฒนาหลักสูตร จำนวน 10 การศึกษาครั้งนี้ได้คัดเลือกตัวแทนจำนวน 10 คน ประกอบด้วย ตัวแทนจากหน่วยงานด้านการเกษตร จำนวน 2 คน ตัวแทนเกษตรกร 2 คน ตัวแทนผู้บริโภค 2 คน ตัวแทนนักวิชาการสาธารณสุข 2 คน ตัวแทนร้านค้า 2 คน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการและการสนทนากลุ่ม

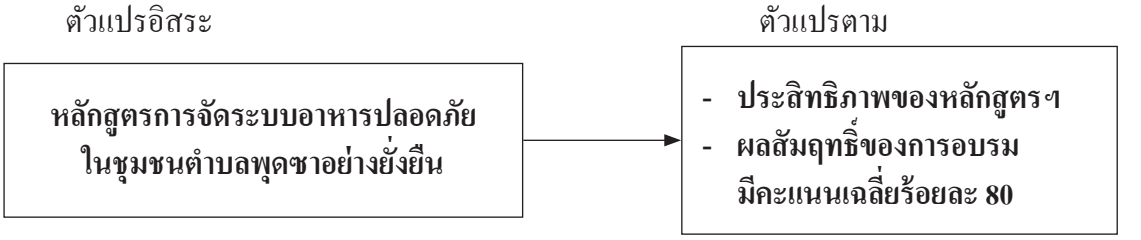
กลุ่มทดลองใช้หลักสูตร จำนวน 60 คนแบ่งกลุ่มตามคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ศึกษาไม่น้อยกว่า 3 ปี

2. สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

3. สามารถเข้าร่วมกิจกรรมโครงการได้ตลอดโครงการ

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน สภาพความเป็นจริง ดังนี้

1.1 สัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการและจัดเวทีสนทนากลุ่มย่อยจำนวน 10 คน ได้แก่ นักวิจัยตัวแทนจากหน่วยงานด้านการเกษตร ตัวแทนเกษตรกร ตัวแทนผู้บริโภค ตัวแทนนักวิชาการสาธารณสุข และตัวแทนร้านค้าตามกรอบประเด็นระบบการจัดอาหารปลอดภัยในชุมชน ด้านการเกษตร ปัญหาและอุปสรรคในกระบวนการผลิต ด้านการตลาด ปัญหาแหล่งจำหน่าย การเข้าถึงของผู้บริโภค และด้านการบริโภค ปัญหาและผลกระทบด้านสุขภาพจากการบริโภคที่ปนเปื้อนสารเคมีทางการเกษตร แบคทีเรีย รวมถึงข้อเสนอแนะใน การแก้ไขปัญหา วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ข้อมูลที่ได้นำไปจัดลำดับความสำคัญสู่การสร้างหลักสูตรการฝึกอบรม

1.2 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี ผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมาสังเคราะห์

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรม โดยนำผลจากขั้นตอนที่ 1 มาพัฒนาเป็นหลักสูตร แบ่งเป็น 3 ขั้นตอนย่อย ดังนี้

ขั้นตอนย่อยที่ 1 ยกร่างหลักสูตร โดยทำการทบทวนแนวคิด และทฤษฎีที่ใช้และนำมาประกอบกับผลการวิจัยการจัดระบบอาหารปลอดภัยในชุมชน และให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเหมาะสม แล้วปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ เพื่อนำไปพัฒนาหลักสูตรฉบับร่าง

ขั้นตอนย่อยที่ 2 พัฒนาปรับปรุงหลักสูตรครั้งที่ 2 ด้วยการนำหลักสูตรฉบับร่างที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วตามขั้นตอนที่ 1 นำเสนอในการประชุมผู้ให้ข้อมูลการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม เพื่อให้ที่ประชุมชี้แนะ จากนั้นผู้วิจัยทำการปรับปรุงฉบับร่าง

ขั้นตอนย่อยที่ 3 พัฒนาปรับปรุงหลักสูตรครั้งที่ 3 โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ตรวจสอบด้านความเหมาะสมและความสอดคล้องของส่วนประกอบหลักสูตรฉบับร่าง ดำเนินการตรวจสอบหลักสูตรฝึกอบรมฉบับร่าง ได้แก่ ด้านเนื้อหา ด้านหลักสูตรฝึกอบรม ด้านการวัดและประเมินผล ใช้รูปแบบประเมินความเหมาะสมที่มีลักษณะเป็นมาตรส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ของลิเคิร์ท เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความตรงตามโครงสร้างแนวคิด หลักการ และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง โดยใช้การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) มีเกณฑ์การพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญดังนี้[12]

ระดับคะแนน 5 หมายถึง มีความเหมาะสมมากที่สุด

ระดับคะแนน 4 หมายถึง มีความเหมาะสมมาก

ระดับคะแนน 3 หมายถึง มีความเหมาะสมปานกลาง

ระดับคะแนน 2 หมายถึง มีความเหมาะสมน้อย

ระดับคะแนน 1 หมายถึง มีความเหมาะสมน้อยที่สุด

การหาคุณภาพด้านความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของหลักสูตร พิจารณาจากเกณฑ์ใน การแปลความหมายของคะแนนเฉลี่ย ดังนี้[12]

ค่าเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึง มีความเหมาะสมมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึง มีความเหมาะสมมาก

ค่าเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึง มีความเหมาะสมปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง มีความเหมาะสมน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.49 หมายถึง มีความเหมาะสมน้อยที่สุด

เกณฑ์ในการพิจารณาค่าความสอดคล้องที่มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) มากกว่า 3.50 ขึ้นไป และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) น้อยกว่า 1.00 แสดงว่าข้อความนี้ใช้ได้ หมายถึง มีความเหมาะสม หากมีค่าไม่เป็นไปตามเกณฑ์ดังกล่าวให้ตัดทิ้งไป หรือปรับปรุงแก้ไขข้อความให้มีความเหมาะสมตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ และจัดทำหลักสูตรฝึกอบรมฉบับจริง เพื่อนำไปทดลองใช้ กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง และมีลักษณะไม่แตกต่างกับกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นนำผลที่ได้มาปรับปรุงก่อนนำไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่างจริง ที่ได้มาจากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 60 คน ที่มีความสนใจเข้าร่วมหลักสูตร

ขั้นตอนที่ 3 นำหลักสูตรไปใช้ การทดลองใช้หลักสูตร เป็นการนำหลักสูตรไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนาหลักสูตร จำนวน 60 คน โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงทดลอง มีขั้นตอนย่อย ดังนี้

ขั้นตอนย่อยที่ 1 ขั้นเตรียมการ ทำการเตรียมความพร้อมและชี้แจงวัตถุประสงค์ เนื้อหากิจกรรม บทบาทของวิทยากรและขอความคิดเห็นจากผู้ให้ข้อมูลการพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมในการวางแผนการดำเนินงาน ในส่วนของกลุ่มตัวอย่างใช้การเผยแพร่ข้อมูล โดยใช้แผ่นพับและประชุม เพื่อชี้แจงรายละเอียดก่อนเข้าร่วมโครงการ

ขั้นตอนย่อยที่ 2 ขั้นดำเนินการ นักวิจัยได้ดำเนินการตามรูปแบบที่ได้จัดกิจกรรมไว้

ขั้นตอนย่อยที่3 ขั้นการประเมินประสิทธิผลของหลักสูตร ประกอบด้วย

แบบวัดประสิทธิผลกระบวนการระหว่างการอบรม (E_1) เป็นแบบประเมินการปฏิบัติ กิจกรรมการฝึกอบรมและผลการปฏิบัติ กิจกรรมการฝึกอบรมของผู้เข้ารับการฝึกอบรมเป็นรายบุคคล และมีการประเมินตามขั้นตอนแต่ละรายการเป็นคะแนน 10 คะแนน จำนวน 10 ข้อ ตอบผิดให้0 คะแนน ตอบถูกให้ 1 คะแนน

แบบวัดประสิทธิภาพหลังการฝึกอบรม(E_2) เป็นข้อสอบแบบเลือกตอบ จำนวน 10 ข้อ ให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมแต่ละคนทำข้อสอบระหว่างทำกิจกรรม และมีการประเมินตามขั้นตอนแต่ละรายการเป็นคะแนน 10 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน ตอบถูกให้ 1 คะแนน

เครื่องมือวัดประสิทธิผลและประสิทธิภาพ คือแบบทดสอบความรู้มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85

การวิเคราะห์หาประสิทธิภาพของกิจกรรมการฝึกอบรมใช้การหาอัตราส่วนของประสิทธิภาพของกิจกรรมที่ได้รับมอบหมายต่อประสิทธิภาพของผลลัพธ์จากการสอบตามเกณฑ์มาตรฐาน E_1/E_2 (80/80) หมายถึง เกณฑ์ที่ใช้กำหนดประสิทธิภาพของหลักสูตร โดยพิจารณาจากกระบวนการเรียนรู้และผลการเรียนรู้ ดังนี้

80 ตัวแรก (E_1) หมายถึง ร้อยละคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจากการประเมินการทำแบบทดสอบหลังเรียนในแต่ละกิจกรรมมากกว่า หรือเท่ากับร้อยละ80

80 ตัวแรก (E_2) หมายถึง ร้อยละของคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจากการทำแบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80

การวัดผลสัมฤทธิ์ของผู้เข้ารับการอบรมก่อนและหลังการฝึกอบรม วัดจากแบบทดสอบก่อน-หลัง นำข้อมูลมาเปรียบเทียบความแตกต่างโดยให้ผู้เข้าอบรมทำแบบทดสอบความรู้จำนวน

10 ข้อ ตอบผิดให้ 0 คะแนน ตอบถูกให้ 1 คะแนน ทั้งนี้ได้ทำการประเมินตามขั้นตอน และทำการตรวจให้คะแนนแต่ละรายการ ประเมินผลสัมฤทธิ์กิจกรรมการฝึกอบรม โดยการวิเคราะห์เปรียบเทียบด้วยสถิติ paired t-test

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยนี้ ได้รับการรับรองการพิจารณาจริยธรรม เลขที่การรับรอง KHE-2021-063 ลงวันที่ 29 ตุลาคม 2564 จากคณะกรรมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

สรุปผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนาหลักสูตรการจัดระบบอาหารปลอดภัยในชุมชนตำบลพุดซาอย่างยั่งยืน โดยนักวิจัยร่วมกับตัวแทนจากหน่วยงานด้านการเกษตร ตัวแทนเกษตรกร ตัวแทนผู้บริโภค ตัวแทนนักวิชาการสาธารณสุข และตัวแทนร้านค้า เข้ามาการพัฒนาหลักสูตร มีรายละเอียด ดังนี้

1.1 แนวคิดหลักสูตรพื้นที่เทศบาลตำบล พุดซา มีลักษณะชุมชนเป็นเมืองกึ่งชนบท ประกอบอาชีพทำสวน ทำนาและเลี้ยงสัตว์กันเป็นจำนวนมาก อาหารที่บริโภคส่วนใหญ่มาจากการซื้อบริโภคและผลิตบริโภคเองในชุมชนมีการปนเปื้อนสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในอาหารโดยเฉพาะผักผลไม้อยู่ในระดับมาก ดังนั้นการเสริมสร้างองค์ความรู้ในหลักสูตรการจัดระบบอาหารปลอดภัยเริ่มตั้งแต่วัตถุดิบ (การเพาะปลูก/เพาะเลี้ยง) การผลิต การแปรรูป การจัดจำหน่าย จนถึงผู้บริโภค

1.2 วัตถุประสงค์ เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ ความตระหนัก และปฏิบัติการเกี่ยวกับระบบการผลิต การแปรรูป การจัดจำหน่าย อาหารที่ปลอดภัยในชุมชน

1.3 หลักสูตรการฝึกอบรม 6 ชั่วโมง ดังเสนอในตาราง 1

ตาราง 1 หลักสูตรการฝึกอบรม

กิจกรรม	เนื้อหา	วิธีการสอนและกิจกรรม	ผลลัพธ์
การผลิตผลผลิตทางการเกษตรให้ปลอดภัย (2 ชั่วโมง)	- อันตรายของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและการตรวจวิเคราะห์หาสารเคมีตกค้างในผักและผลไม้ - เครื่องหมายรับรองความปลอดภัย - เกณฑ์การรับรองผลผลิตปลอดภัยของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา	บรรยายด้วยPower point เกี่ยวกับการผลิตผลผลิตทางการเกษตรให้ปลอดภัย ได้แก่ อันตรายสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การตรวจวิเคราะห์หาสารเคมีตกค้างในผักและผลไม้ เครื่องหมายรับรองความปลอดภัย และเกณฑ์การรับรองผลผลิตปลอดภัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติการ	ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการผลิตผลผลิตทางการ เกษตรให้ปลอดภัย
การจัดการสิ่งแวดล้อม (2 ชั่วโมง)	- หลักการสุขาภิบาลอาหารและอันตรายที่เกิดจากอาหารและน้ำที่ไม่สะอาดปลอดภัย	บรรยายด้วย Power point ร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติอันตรายที่เกิดจากอาหารและน้ำที่ไม่สะอาดปลอดภัย	ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวด ล้อม

ตาราง 1 หลักสูตรการฝึกอบรม (ต่อ)

กิจกรรม	เนื้อหา	วิธีการสอนและกิจกรรม	ผลลัพธ์
การปรุงประกอบอาหารที่ปลอดภัย (2 ชั่วโมง)	- ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยด้านอาหาร - การล้างผักให้ปลอดภัย	บรรยายด้วย Power point ร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติการปรุงประกอบอาหารที่ปลอดภัย	ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปรุงประกอบอาหารที่ปลอดภัย

2. ประสิทธิผลของหลักสูตรการฝึกอบรมการจัดระบบอาหารที่ปลอดภัยในชุมชนตำบลพุดซาอย่างยั่งยืน การหาประสิทธิผลของหลักสูตรการฝึกอบรมโดยหาอัตราส่วนประสิทธิภาพกระบวนการระหว่าง การฝึกอบรม (E1) และผลของการใช้หลักสูตร (E2) (E1/E2=80/80) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากคะแนนในการทำกิจกรรมระหว่างการฝึกอบรม (E1) และผลของการใช้หลักสูตรการฝึกอบรม (E2) เท่ากับ 85.0/98.0 ทั้งนี้หลักสูตรการฝึกอบรมที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นมีประสิทธิภาพให้ค่า E1/E2 สูงกว่าเกณฑ์ 80/80 ที่กำหนดไว้ ดังตาราง 2 ประสิทธิภาพหลักสูตรการจัดระบบอาหารปลอดภัยในชุมชนตำบลพุดซาอย่างยั่งยืน

ตาราง 2 ประสิทธิภาพหลักสูตรการจัดระบบอาหารปลอดภัยในชุมชนตำบลพุดซาอย่างยั่งยืน

หลักสูตร	กลุ่มเป้าหมาย	(E1)	(E2)	E1/E2
การจัดระบบอาหารปลอดภัยในชุมชนอย่างยั่งยืน	ประชาชนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป	85.0	98.0	85.0/98.0

3. เปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์การฝึกอบรมก่อนและหลังการใช้หลักสูตรการฝึกอบรมการจัดระบบอาหารปลอดภัยในชุมชนตำบลพุดซาอย่างยั่งยืน พบว่าค่าคะแนนทดสอบความรู้เฉลี่ยหลังทดลองใช้มีค่าสูงกว่าก่อนทดลองใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตาราง 3

ตาราง 3 การเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์หลักสูตรการฝึกอบรม

ระยะเวลา	จำนวน	ค่าเฉลี่ย E_2	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่า t-test	P-value*
ก่อนการใช้หลักสูตรอบรม	60	8.85	0.89	-8.097	.000
หลังการใช้หลัก สูตรอบรม	60	9.85	0.36		

*ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา การพัฒนาหลักสูตรการจัดระบบอาหารปลอดภัยในชุมชนอย่างยั่งยืน พบว่าหลักสูตรประกอบด้วย 3 กิจกรรม/เนื้อหา ได้แก่ (1) การผลิตผลผลิตทางการเกษตรให้ปลอดภัย (เนื้อหาเกี่ยวกับอันตรายของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและการตรวจวิเคราะห์หาสารเคมีตกค้างในผักและผลไม้, เครื่องหมายรับรองความ

ปลอดภัย,เกณฑ์การรับรองผลผลิตปลอดภัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา) (2) การจัดการสิ่งแวดล้อม (เนื้อหาเกี่ยวกับหลักการสุขาภิบาลอาหารและอันตรายที่เกิดจากอาหารและน้ำที่ไม่สะอาดปลอดภัย) และ (3) การปรุงประกอบอาหารที่ปลอดภัย (เนื้อหาเกี่ยวกับความปลอดภัยด้านอาหารและการล้างผักให้ปลอดภัย) สอดคล้องกับการศึกษาของกนกพร ตันวัฒนะ และ คณิต เขียววิชัย[13] พบว่ารูปแบบชุมชนอาหารปลอดภัยของระบบการเกษตรที่สนับสนุนโดยชุมชนให้ความสำคัญกับผู้ผลิตและผู้บริโภค และสอดคล้องกับการศึกษาของพรสวรรค์ ไชยคุณ นฤมล สินสุพรรณ และสุทิน ชนะบุญ[14] พบว่า การพัฒนาการดำเนินงานอาหารปลอดภัยในตลาดสดด้วยการเฝ้าระวังอาหารปลอดภัยในตลาดสด และสอดคล้องกับการศึกษาของวิชาญ ดำรงค์กิจ พัชราภรณ์ กระต่ายทอง เดชา บัวเทศ และคณะ[15] พบว่า มีการตรวจสุขภาพผู้ประกอบการ มีการคัดเลือกวัตถุดิบที่ปลอดภัย และมีระบบสุขาภิบาลที่ปลอดภัยด้วย จากการศึกษาที่ผ่านมาจะพบว่าการจัดระบบอาหารปลอดภัยในชุมชนอย่างยั่งยืนจำเป็นต้องมีการเสริมความรู้ทั้งผู้ผลิตและผู้บริโภคอย่างต่อเนื่อง

ด้านประสิทธิภาพของหลักสูตร เท่ากับ 85.0/98.0 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ แสดงให้เห็นว่าชุมชนซึ่งประกอบไปด้วยผู้ผลิตและผู้บริโภคต่างให้ความสำคัญกับการจัดระบบอาหารปลอดภัยในชุมชนทั้งในฐานะผู้ผลิตและผู้บริโภค ซึ่งได้เห็นปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ร่วมกันทั้งด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่มาจากการใช้สารเคมีในการผลิตร่วมถึงกระบวนการปรุงประกอบอาหารที่ขาดความระมัดระวังในการปรุงประกอบอาหารให้ปลอดภัย ซึ่งเป็นห่วงโซ่ที่เกี่ยวพันกับหลากหลายมิติ ดังนั้นการจะให้เกิดความยั่งยืนชุมชนมองว่าระบบอาหารปลอดภัยต้องหนุนเสริมให้ทั้งผู้ผลิตและผู้บริโภคเกื้อกูลกัน สอดคล้องกับการศึกษาของเกศินี จุฑาวิจิตร ณรงค์ กลิ่นถือศีล ชุติมณฑน์ ศรีสุข และคณะ[16] พบว่า การสร้างความเชื่อมโยงระบบเกษตรกรรมยั่งยืนสู่การจัดการอาหารในชุมชน ทำให้คนในชุมชนทั้งเด็กเล็ก ผู้สูงอายุและผู้พิการได้รับอาหารปลอดภัย โดยการทำงานร่วมกัน อย่างเข้มแข็งของทุกภาคส่วนในการจัดการความรู้อย่างเป็นระบบและพร้อมที่จะถ่ายทอดลงสู่ชุมชน

ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนก่อนและหลังการใช้หลักสูตรค่าคะแนนทดสอบความรู้เฉลี่ยหลังทดลองใช้มีค่าสูงกว่าก่อนทดลองใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของพรสวรรค์ ไชยคุณ นฤมล สินสุพรรณ และสุทิน ชนะบุญ[14] พบว่า ผู้ร่วมวิจัยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และระดับการปฏิบัติด้านอาหารปลอดภัยหลังการพัฒนามากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้นการสร้างระบบอาหารปลอดภัยในชุมชนให้เกิดความยั่งยืน สิ่งสำคัญที่ต้องดำเนินการในพื้นที่คือการสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันในระดับพื้นที่ ด้วยการสะท้อนปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ นำปัญหามาจัดทำหลักสูตรให้เกิดการบูรณาการทุกภาคส่วนเข้ามาร่วมเป็นเจ้าภาพแก้ไขปัญหาเพื่อให้ห่วงโซ่อาหารในชุมชนมีความปลอดภัยตั้งแต่ต้นทางในการผลิต กลางทางการเก็บเกี่ยว ขนส่งและจำหน่าย และท้ายสุดปลายทางคือการปรุง ประกอบอาหาร เพื่อบริโภคที่ปลอดภัย ด้วยการเพิ่มเติมความรู้ ความตระหนัก และทักษะการปฏิบัติที่ถูกต้องอย่างครบถ้วนตามหลักสูตร สามารถสร้างความยั่งยืนในชุมชนได้ต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ประชาชนที่เข้าร่วมในหลักสูตรเป็นตัวแทนส่วนหนึ่งของประชาชนในชุมชน ดังนั้น เพื่อให้หลักสูตรที่พัฒนาขึ้นมามีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นควรผลักดันเข้าสู่โรงเรียนและหน่วยงานในพื้นที่เพื่อเผยแพร่หลักสูตรให้มีความครอบคลุมทุกกลุ่มตั้งแต่วัยเรียนจนถึงสูงอายุในชุมชน

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาพฤติกรรมของประชาชนในพื้นที่หลังจากได้เข้าร่วมหลักสูตรการจัดระบบอาหารปลอดภัยในชุมชนอย่างยั่งยืน

2.2 ควรเปรียบเทียบพฤติกรรมของประชาชนในพื้นที่ที่เข้าร่วมหลักสูตรและไม่ได้เข้าร่วมหลักสูตรเกี่ยวกับพฤติกรรมอาหารปลอดภัย

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุลวงได้ เพราะภาคีทุกภาคส่วนได้ร่วมมือร่วมใจดำเนินงานร่วมกัน ทั้ง1สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา สำนักงานสิ่งแวดล้อมและควบคุมมลพิษที่ 11 นครราชสีมา สำนักงานเกษตรอำเภอและตำบล โรงเรียนในตำบลพุดซา เทศบาลตำบลพุดซา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กลุ่มวิสาหกิจเกษตรอินทรีย์ตำบลพุดซา ปราชญ์ชุมชน มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล และขอขอบคุณโครงการพัฒนาเครือข่ายสถาบันอุดมศึกษาเพื่อการวิจัยและนวัตกรรมสำนักงานปลัดกระทรวงอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมที่ได้สนับสนุนทุนวิจัยครั้งนี้ให้เกิดผลและสามารถนำไปใช้ประโยชน์สำหรับพัฒนาชุมชนในพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

[1] กระทรวงสาธารณสุข.ประกาศวาระแห่งชาติด้านสุขภาพของคนไทยให้ปี 2563 เป็นปีอาหารปลอดภัย. [ออนไลน์].(2562). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก https://www.rajavithi.go. th/rj/wp-content/uploads/2020/01/S__ 76242987.jpg.

[2] กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. เฝ้าระวังความปลอดภัยอาหารช่วงเทศกาลกินเจ. [ออนไลน์]. (2564). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 8 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก https:// www3.dmsc.moph.go.th/post-view/1322.

[3] อรอุมา สร้อยจิตและ สุวิทย์ คล่องทะเล. การตรวจหาสารเคมีกำจัดแมลงกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมตที่ตกค้างมากับผักที่ใช้ประกอบอาหารในร้านอาหารของชุมชนใกล้มหาวิทยาลัยรังสิต ต.หลักหก อ.เมืองปทุมธานี จ.ปทุมธานีในงานประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยรังสิต ประจำปี 2562. [ออนไลน์]. (2565). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 8 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก https://rsucon.rsu.ac.th/files/proceedings/nation2019/NA19-147.pdf.

[4] วินัย วนานุกูล สุดา วรรณประสาท และจารุวรรณ ศรีอาภา. สารกำจัดแมลงกลุ่มอาร์กาโนฟอสฟอรัสและคาร์บาเมต. [ออนไลน์]. (2552). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 4 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : https://www.rama. Mahidolac.th/poisoncenter/sites/default/files/public/pdf/books/Pesticide_book-01_Organophosphorus-and-Carbamates.pdf

[5] Toxicology Information Center. Department of Medical Sciences. [Online]. (2019). [Cited in 25 January, 2020] Available from : http:// webdb. dmsc.moph.go.th/ ifc_toxic/a_tx_1_ 001c.asp?info_id=396.

[6] กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. แผนปฏิบัติการด้านการเกษตรและสหกรณ์พ.ศ.2566-2570. [ออนไลน์]. (2565). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 4 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : https: //www. opsmoac.go.th/phichit-dwl-files-442991791932.

[7] เครือข่ายเตือนภัยสารเคมีกำจัดศัตรูพืช. เปรียบเทียบสารพิษตกค้างในผักผลไม้นำเข้าและ ผลิตในประเทศ ย่ำแย่ไม่แพ้กัน. [ออนไลน์]. (2564). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 4 ธันวาคม 2566] เข้าถึงได้จาก : https:// thaipan.org/ data/2333.

[8] สำนักงานสนับสนุนและส่งเสริมอาหารปลอดภัย. การตรวจสถานที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานของสถานที่จำหน่ายอาหาร ปีงบประมาณ 2565. [ออนไลน์]. (2565). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 8 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก https://foodsafety.moph.go. th/main/ ?p=list&detail=1839.

[9] สำนักงานเกษตรจังหวัดนครราชสีมา. ข้อมูลพื้นฐานการเกษตรปี 66/67 จังหวัดนครราชสีมา. [ออนไลน์]. (2566). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 4 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก http://www.khorat.doae.go.th/ web/ attachments/article/124/ข้อมูลพื้นฐานการเกษตรOnepage-2-10-2566.pdf.

[10] วลัญช์ชยาเขตบำรุงและคณะ.การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพเกษตรกรและชุมชนจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชตำบลพุดซาอำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา. [วิจัยคณะสาธารณสุขศาสตร์]. นครราชสีมา : มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล; 2561.

[11] ชัยยงค์พรหมวงศ์.การทดสอบประสิทธิภาพสื่อหรือชุดการสอน.วารสารศิลปากรศึกษาศาสตร์วิจัย 2556; 5(1) : 16 – 30.

[12] มาเรียม นิลพันธุ์. วิธีวิจัยทางการศึกษา. นครปฐม: ภาควิชาหลักสูตรและวิธีการสอน. คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2558.

[13] กนกพรตันวัฒนะและคณิตเขียววิชัย.รูปแบบชุมชนอาหารปลอดภัยของระบบการเกษตรที่สนับสนุนโดยชุมชนในพื้นที่ภาคกลาง. วารสารเศรษฐศาสตร์การเมืองบูรพา 2562; 7(2) : 85 – 100.

[14] พรสวรรค์ ไชยคุณ นฤมล สินสุพรรณ และสุทิน ชนะบุญ. การพัฒนาการดำเนินงานอาหารปลอดภัยในตลาดสด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลเปือยน้อย อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ2563;13(2):407–13.

[15] วิชาญ ดำรงค์กิจ พัชราภรณ์ กระต่ายทอง เดชา บัวเทศ และคณะ. การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการโรงอาหารปลอดภัยในสถานประกอบการ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. Journal of Roi Kaensarn Academi 2565; 8(6) : 529 – 40.

[16] เกศินี จุฑาวิจิตร ณรงค์ กลิ่นถือศีล ชุติมณฑน์ ศรีสุข และคณะ. การจัดการอาหารปลอดภัย: บทเรียนจาก “แหลมบัว”. นครปฐม : มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม; 2556.

บทความวิจัยต้นฉบับ : สภาพปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของแม่หลังคลอดในโรงพยาบาลช่วงโควิดในประเทศไทย : การวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย

Breastfeeding Problems of Postpartum Mothers in a Hospital during the COVID-19 Pandemic in Thailand: A Qualitative Descriptive Study

นงลักษณ์ คำสวาสดิ์[*] สมทรง บุตรตะ[**] ชุติมา อันเนตร์[***]และวารินทร์ โยธาฤทธิ์[****]
Nonglak Khamsawarde[*] Somsong Butta[**] Chutima Aunnat[***] and Warin Yuthalit[****]
วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก*
Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Phraboromrajchanok Institute*
โรงพยาบาลมหาสารคาม[**,***,****]
Mahasarakham Hospital[**,***,****]
เบอร์โทรศัพท์ 08-1974-0862; E-mail: nonglakk @smnc.ac.th[*]
วันที่รับ 9 ต.ค. 2566; วันที่แก้ไข 17 ต.ค. 2566; วันที่ตอบรับ 24 พ.ย. 2566

บทคัดย่อ

นมแม่เป็นสิ่งสำคัญสำหรับทารกตั้งแต่แรกเกิดไปจนถึง 6 เดือนแรกและให้ต่อเนื่องถึง 2 ปีในประเทศไทย พ.ศ. 2562 และ 2565 มีรายงานการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนแรก ร้อยละ 14 และ 29 ตามลำดับ ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ในประเทศไทย ระบบบริการในโรงพยาบาลเปลี่ยนแปลงคือ การกำหนดเวลา การเยี่ยมของญาติและงดการเฝ้าของสมาชิกในครอบครัว จึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจว่ามารดาหลังคลอดมีปัญหาอย่างไรบ้างในระหว่างที่อยู่ในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของแม่หลังคลอดในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ของประเทศไทย เป็น การวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยายเก็บรวบรวมข้อมูลเดือนกุมภาพันธ์ 2565 ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การจดบันทึกภาคสนามและการบันทึกภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ให้ข้อมูลเป็นมารดาหลังคลอด 28 คน อายุ 18 – 38 ปีอายุเฉลี่ย 28 ปี พบปัญหามี 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ (1) การต้องแยกห่างจากสมาชิกในครอบครัว (2) การพึ่งพาพยาบาลดุจดังบุคคลในครอบครัว ประเด็นย่อย (2.1) การสนับสนุนให้มารดาหลังคลอดเริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (2.2) ความคงอยู่เพื่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง และ (3) การดูแลตนเองเพื่อประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประเด็นย่อย (3.1) การจัดท่าอุ้มลูกของแม่เพื่อให้นมลูก (3.2) การจัดท่าของลูกเพื่อดูดนมแม่ ข้อเสนอแนะ เป็นข้อมูลสำหรับพยาบาลพยาบาลผดุงครรภ์และวิชาชีพด้านสุขภาพใช้ในการวิจัย การพัฒนาปฏิบัติการพยาบาลและเป็นหลักฐาน เชิงประจักษ์เพื่อการพัฒนาโปรแกรมการดูแลสุขภาพของแม่หลังคลอด

คำสำคัญ : ปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่; แม่หลังคลอด; โควิด 19; ประเทศไทย; การวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย

Abstract

Breastfeeding is important for babies from birth to the sixth month and it should be continued for up to two years. In Thailand, the reported prevalence indexes of exclusive breastfeeding for the first 6 months 2019 and 2022 were 14 and 29 percent respectively. However, during the COVID-19 pandemic in Thailand, changes in the hospital service system took place in visiting periods for relatives, and keeping vigil over the sick by family members was not allowed. Therefore, it is interesting to know the problems postpartum mothers faced in the secondary care hospital. This study aimed to study the state of breastfeeding problems faced by postpartum mothers in a secondary care hospital in the northeastern region of Thailand. A qualitative descriptive study was conducted. Data were collected in February 2022 at a secondary care hospital of one northeastern province of Thailand., utilizing in-depth interviews, participatory observation, field notes, and photographs as data collection methods. The data analysis employed content analysis.

Results The informants were 28 postpartum mothers 18 to 38 years of age; the average age was 28 years. Breastfeeding problems of postpartum mothers indicated three themes: (1) being separated from family members, (2) reliance on nurses as family members, subthemes: 2.1) support postpartum mothers to initiate breastfeeding, 2.2) maintain breastfeeding, and (3) self-care for breastfeeding success, subthemes: 3.1) mother's position, 3.2) baby's position. The findings serve as data for nurses, midwife nurses and other healthcare professions involved in postpartum care. Additionally, they also serve as empirical evidences for developing nursing practices in development of postpartum care programs.

Keywords : Breastfeeding Problem; Postpartum Mother; COVID-19; Thailand; Qualitative Descriptive Research

Introduction

Exclusive breastfeeding is promoted by World Health Organization from birth to the first 6 months up to at least 50%.[1] Babies should be exclusively breastfed for the six months after delivery and should continue for up to two years or beyond. In Thailand, the reported prevalence indexes of exclusive breastfeeding for the first 6 months during 2019 and 2022 were 14 and 29 percent respectively.[2] In 2021, a secondary care hospital of one northeastern province of Thailand reported that it had 2,536 cases of maternal obstetric service and their target was 100 percent of exclusive breastfeeding while in hospital.[3]

There are numerous factors influencing breastfeeding such as maternal factors, social support factors, health care provider factors, and child

factors.[4] Maternal factors include breastfeeding self-efficacy, previous breastfeeding experience, employment status,[5] subjective norm, industry support,[6] social support, and knowledge about the benefits and method of exclusive breastfeeding.[7] Social support factors include industry support,[6] family support,[8] peer support, and husband support.[9] Health care provider factors include support from nurses[8] and hospital personal support.[9] Finally, child factors include such factor as baby not sucking.[9]

The breastfeeding problems involve both postpartum mother aspects and baby aspects. Real postpartum mother aspects include problems such as positioning, nipple pain, breast engorgement, delayed lactogenesis, poor attachment to the breast, mastitis, breast abscess, plugged duct, and health problems of postpartum mothers. Baby aspects include problems such as sick newborn, tongue-tie, lingual frenulum, cleft lip and palate.[10] However, during the COVID-19 pandemic in Thailand, the Ministry of Public Health of Thailand made announcements about COVID-19 that the number of infected people had increased and it was recommended that everyone refrain from eating together/ drinking liquor in public places and that everyone avoid close contact with other people.

In a study in Na Chueak District, Mahasarakham Province, it was found that teenage postpartum mothers were still concerned about their image, shape and beauty. They believed that breastfeeding would make their breasts saggy or become misshapen. They thought that breastfeeding was troublesome and disturbing. They also thought that teenage postpartum mothers had delayed lactogenesis and there was not enough milk for the baby's need, so they wanted to feed the baby with formula milk instead. That would be more convenient. Together with the belief of senior members in the family that breast milk of teenage postpartum mothers had delayed lactogenesis, they had small breasts, and milk would not be enough for the baby's needs. Therefore, they turned to feeding the baby with supplementary formular milk.[11]

In addition, a study in Mueang Roi-Et District, Roi-Et Province revealed that the biggest obstacle for breastfeeding of adolescent primiparous mothers was breastfeeding skill, followed by maternal health. The aspect with the least obstacle was social support. Regarding breastfeeding skill, the obstacles of mothers who have had caesarean section were delay breastfeeding and insufficient milk supply.[12]

Furthermore, a study in Mueang Nakhon Ratchasima District, Sung Noen District, Pak Thong Chai District, and Dan Khun Thot District, Nakhon Ratchasima Province, found that the breastfeeding problems on the mother aspect included working outside the home, lack of knowledge and experience, not doing baby breastfeeding caused by worrying about the shape of the breasts, insufficient milk supply, abnormal

nipples (inverted nipples, dimpling, and mastitis), obstruction of milk ducts, improper baby holding position, and holding the breast incorrectly. On the child problem aspect, the problems included the child not sucking or allowing the child to suck to the areola.[13]

Finally, a study in Mueang Khon Kaen District, Khon Kaen Province revealed that the mothers had the knowledge level regarding breastfeeding practice as high as 73.50 percent. The knowledge that the mothers gave most of the right answers (99.10 percent) was that breast milk can be expressed and preserved for later use. Meanwhile, the knowledge that the mothers gave least of the right answers (15.20 percent) was the appropriate length of time of keeping the milk in the freezer.[14]

Previous studies indicated that there were studies on reports when postpartum mothers were discharged from the hospital after delivery. However, during COVID-19 pandemic in Thailand, changes in the hospital service system occurred, including restrictions of visiting periods for visiting relatives and family members. Therefore, it is interesting to know the problems postpartum mothers faced in the secondary care hospital.

Objective

Aimed to study the breastfeeding problems faced by postpartum mothers in a secondary care hospital during the COVID-19 pandemic in Thailand.

Scope of Study

This is a descriptive qualitative study using multiple-case studies to describe the situation of postpartum mothers who attended the postpartum ward in a secondary care hospital in a province in the northeastern region of Thailand. The postpartum mothers spoke Thai and their postpartum period was 1-4 days. The multiple-case studies were conducted in February, 2022.

Conceptual Framework

The study's conceptual framework was constructed on the basis of a review of the relevant literature regarding exclusive breastfeeding, postpartum mothers in Thai context, including factors related to breastfeeding, breastfeeding problems of postpartum mothers and child, and multiple case studies.

Exclusive breastfeeding is promoted by World Health Organization from birth to the first 6 months up to at least 50%.[1] Babies should be exclusively breastfed for six months after delivery and should continue for up to two years or beyond. There are numerous factors influencing breastfeeding such as maternal factors, child factors, health care provider factors, and social support factors.[4] Postpartum mothers and child face many problems when they turn to exclusive breastfeeding such as positioning, nipple pain, breast engorgement, delayed lactogenesis, poor attachment to the breast, mastitis, breast abscess, plugged duct, health problems of postpartum mothers, sick newborn, tongue-tie, lingual frenulum, cleft lip and palate.[10]

This study used multiple case studies design to describe the phenomena of postpartum mothers. According to Munball et al.[15] multiple case studies are appropriate when the researcher is interested in describing the same phenomenon over multiple individuals. This study described the experience of postpartum mothers in a hospital during COVID-19 pandemic in Thailand. The outbreak of COVID-19 in Thailand has led to changes in the hospital service system, including the limitation for visiting relatives and restrictions on family members' keeping vigil. The multiple case design is particularly applicable when combined with exclusive breastfeeding during COVID-19 in Thailand and postpartum mothers who attended the postpartum ward in a secondary care hospital.

Methodology

The materials in this study consisted of (1) in-depth interviews, (2) participatory observation of the informants' environment was performed before, during and after the interview, together with noting the demographic data on the field note form. (3) field notes, and (4) photographs. A smartphone was used to take photographs of the environment before the interview.

Study Design: This study used a e qualitative descriptive approach, a pragmatic one that helps uncover the facts of a phenomenon. In addition, a qualitative description is a theoretical approach that helps researchers discover and understand a phenomenon.[16]

Study Setting and Sample: This study was conducted with the postpartum mothers attending the postpartum ward, Mahasarakham Hospital, Mahasarakham Province in Northeastern Thailand. Data were collected in February 2022. Purposive sampling was used to recruit informants based on the following inclusion criteria: the informants were breastfeeding postpartum mothers at the time of the study in the postpartum ward, able to speak and understand the Thai language. Exclusion criteria: the postpartum mothers and the child were separated. For example; the child was sick or did not live with the postpartum mothers.

Data Collection: The head of the postpartum ward introduced the principal (PI) to the postpartum mothers who were selected by using the inclusion criteria and the PI visited at the bed of the postpartum mothers in the postpartum ward and interviewed them. A field note form and an interview guide were used in the interview which lasted 15-30 minutes. Appointments were made for additional interviews until the data were saturated. The semi-structured interview was conducted using interview guides such as "Mother, is there any milk flowing?" "Try holding your baby as well" "What problem do you need the nurse to help?" This research report is a part of the research entitled Development of a Nursing Practice Model for Postpartum Mothers to Promote Breastfeeding: Action Research. It is in Step 1: Situation Analysis. This step deals with gathering evidences of the current situation.

Data analysis: Content analysis was conducted using the technique described by Creswell[17]. It consisted of data preparation, coding, and presenting the data. First, the PI

transcribed the data from Isan dialect to the Thai language and from Thai to English. The data were transcribed verbatim. Analysis started on the first day of the interviews and continued until the end of the study. Second, the coding process was conducted to classify the data into broader categories or themes. In addition, the codes provided saturation of ideas and recurring patterns when comparing the data for similar and different breastfeeding problems. As a result, the PI had to reassemble the coding categories according to the emerging themes in the data. Finally, the process of presenting the data in theme and subthemes with quotes to verify the data. The PI confirmed the data with the informants by giving them a copy of their interview to verify. Two or three visits were made to clarify interpretations and findings. Trustworthiness: Lincoln and Guba defined four criteria for assessing the trustworthiness of qualitative research, one which is triangulation.[18] Triangulation ensures the reliability of data, e.g., triangulation of time, space, and personnel. Informant data were used to verify the conclusion of this study. Temporal triangulation means collecting data about the same phenomenon over a period of time. In this study, the PI spoke with informants several times. In addition, spatial triangulation was conducted by collecting data on the same phenomenon in multiple case studies to verify consistency of data. Finally, this study triangulated individuals by using different types of informants such as age, parity, and type of delivery. The researcher used four procedures to increase the credibility of the data: prolonged engagement, sustained observation, debriefing with peers, and member checking. An audit trail technique was used to enhance through detailed field notes and participation observations during and after interviews. The PI also read through the data several times to confirm the relationship between data points, codes, and categories.

Ethical Considerations

Before this study began, the principal investigator (PI) obtained approval from The Human Research Ethics Committee of Srimahasarakham Nursing College, which was IRB SNC 13/2022, and The Human Research Ethics Committee of Mahasarakham Hospital, which was MSKH_REC 65-02-085.

Results

The data from the informants, in summary, revealed the age, gravida, and type of delivery. There were 28 families that met the study criteria for this study. The informants included 28 informants with 28 postpartum mothers. Their age ranged from 18 to 38 years with a mean age of 28 years. The largest age group was the 20-30 years with a mean age of 25.56 years (SD = 3.68), followed by the 31-40 years, with a mean age of 35.86 (SD = 1.93), and the 18-19 years with a mean age of 18.40 years (SD = 2.97), respectively. In addition, the groups of parity were parity 1 which had 18 cases (64.28%), parity 2, with 5 cases (17.86%), and parity 3, with 5 cases (17.86%). Finally, the type of delivery included normal, with 16 cases (57.14%), cesarean section, with 10 cases (35.72%), and vacuum extraction, with 2 cases (7.14%) (see Table 1).

Table 1 Informant' characteristics (N=28)

Characteristics	Number (case)	Percentage (%)
Age (years)		
18-19	5	17.86
20-30	16	57.14
31-40	7	25.00
Parity		
1	18	64.28
2	5	17.86
3	5	17.86
Type of delivery		
Normal	16	57.14
Caesarian section	10	35.72
Vacuum extraction	2	7.14

Table 2 Summary of the theme and subthemes of the breastfeeding problems

Theme	**Subthemes**
1. Being separated from family members	-
2. Reliance on nurses as family members	2.1 Support postpartum mothers to initiate breastfeeding
	2.2 Maintain breastfeeding
3. Self-care for breastfeeding success	3.1 Mother's position
	3.2 Baby's position

Theme 1: Being separated from family members

Regarding being separated from family members, the Ministry of Public Health of Thailand made announcements about COVID-19 that the number of infected people had increased and it was recommended that everyone refrain from eating together/ drinking liquor in public places and that everyone avoid close contact with other people. Such conditions forced the postpartum mothers to separate from other family members like husband, parents or relatives who kept vigil over the postpartum mothers after delivery, relatives who helped hold the baby, propped the mother up when she wanted to go to the bathroom, helped her during meals. Such assistances were barred by the COVID-19 conditions. Below are what they said.

"…My husband looked after me after the delivery. My own mother will help bring up the child…but my husband isn't here now because visiting is prohibited. I have to help myself in everything…" (M6)

"I'm from another province. I went to work there and came home for the delivery…there was the amniotic fluid breaking so I came to the hospital…My family could not visit me at the postpartum ward because it was not the visiting time…during the COVID-19 pandemic…" (M20)

Theme 2: Reliance on nurses as family members

Nurses are healthcare team members who need to be competent in promoting breastfeeding. When the COVID-19 pandemic occurred, family members were separated from the postpartum mother by restrictions on visiting time and no keeping vigil over the sick in the hospital. Therefore, the postpartum mother needs to rely on nurses' assistance and support in breastfeeding right from the child birth. The assistance is about knowing the baby's behavior when it is hungry, teaching the mother the positions of holding the baby, teaching the right way of breastfeeding, and giving breastfeeding every 2-3 hours, as well as supporting breastfeeding continuously even if the mother and the baby are separated because of the baby's sickness.

Subtheme 2.1: Support postpartum mothers to initiate breastfeeding

The process which helps bring about successful breastfeeding requires the fastest breastfeeding within 30 minutes after delivery in case of normal delivery, or as soon as the mother becomes conscious in case of cesarean section. The breastfeeding needs to last at least 1 hour, with skin-to-skin hugging. From the study, it was found that the roles of the nurses in breastfeeding promotion, apart from encouraging skin-to-skin contact, they include giving advice about how to observe the baby's behavior when it is hungry, about how to look after the baby after breastfeeding. Below are what some mothers said.

"…I don't know the baby's behavior when it is hungry…the nurse advised the mother to observe the baby' s behavior when it became hungry such as crying or sucking" (M1)

"… The baby acted as if it was about to vomit and I didn't know how to look after the baby after milk feeding …the nurse demonstrated how to hold the baby over the shoulder after milk feeding, using a doll…" (M3)

"…What should I do when my baby vomits after milk feeding...the nurses demonstrate using a doll how to hold the baby on the shoulder after the baby milk feeding" (M7)

Subtheme 2.2: Maintain breastfeeding

After delivery, some baby is needed to be separated from the mother and be sent to the sick newborn unit or the newborn intensive care unit because of sickness. When the mother and the baby are separated, breastfeeding needs to be maintained by teaching the mother how to express breast milk, keep it and send it to the baby; such teaching is a role of the nurses in helping the

postpartum mother, as some postpartum mothers mentioned below.

"My baby and I were separated because of the baby's cerebral edema from using the vacuum suction machine and observation was needed. There was teaching of how to express breast milk…" (M15)

"The doctor said I had little amniotic fluid, so a cesarean section was performed. The baby weighed 3,700 grams, having shortness of breath. The baby was sent to the sick newborn unit…I made a visit and learned that the baby was sent to newborn intensive care unit… I was taught how to express breast milk…" (M24)

Theme 3: Self-care for breastfeeding success

After delivery, the postpartum mother must begin breastfeeding right away, even if there is no relative to look after her and the baby. Looking after herself and the baby, therefore, must be done by the mother herself, be it trying to sit to breastfeed the baby, putting clothes on the baby, or wrapping the baby. Below are what some mothers said.

"…After the cesarean section of my first baby, I did not know how to hold my baby to breastfeed…putting on clothes and wrapping; the milk began to flow…" (M10)

"…I do not lie down to breastfeed because my nipples are short. When I lay the baby down, it will cry…Last night I sat to breastfeed the baby from 8:00 p.m. to 6:00 a.m.…." (M25)

Subtheme 3.1: Mother's position

Mother's position is mother's arrangement of how to hold the baby while breastfeeding that helps the baby to suck on the mother's nipples and the areola efficiently. Proper position will help the baby to suck and swallow the milk better. This study found that mothers had problems with breastfeed position. The reason was that they just had the first baby, so they lacked experience, or it had been a long time since the last time they had a baby, and they forgot how to hold the baby for breastfeeding as advised by the nurse. Below are what they said.

"I became a mother after the first childbirth. I wanted a cesarean section. I got a back block with anesthetic. I feared cradle hold. My baby vomited after drinking my milk… I tried to hold the baby for breastfeeding according to the nurse's advice, even though I didn't have my relatives to help) …" (M7)

"I forgot the correct way of holding the baby because my first child is 5 years old now… I tried to follow the nurse's advice for breastfeeding …I took care of my baby by myself because relative's visits were not allowed…" (M2)

"This child is the second one. The first one is 5. I myself have a thyroid disease as my underlying disease. I have forgotten how to hold the baby. I would like to be taught again… well, the nurse then taught me how to hold the baby for breastfeeding…I tried to do it accordingly. I was by myself because relatives were not allowed to visit patients…" (M8)

Subtheme 3.2: Baby's position

Baby's position is the way the mother helps the baby to suck the mother's nipple and areola efficiently. Proper baby holding position will help the baby to suck and swallow the milk better. The study found that mothers did not know the correct positions, but they could do it because they had experience from the previous child rearing or younger sibling rearing. Below are what they said.

"…I had my experience from rearing my first child…I never breastfed with the football hold and side lying position. I was afraid that I would fall asleep on my baby…the nurse had taught me and I tried to doit without any assistance from relatives…It's during the time of COVID-19, no relative's visit was allowed in order to keep me and baby safe from being infected…" (M27)

"…I don't know the positions of holding the baby…I won't give my advice. I have experience from rearing a younger sibling. My sibling is 5-6 months old. And I also have experience from rearing my older sister's child…I used that experience in looking after my baby when nobody else is around…" (M28)

Subtheme 3.3: Common problem in postpartum mothers; transient pain; sore nipples

Transient pain occurs during the first few days because improper position of breastfeeding during the first few days after delivery. Sore nipples often occur and cause pain in the nipples because the nipples are composed of thin tissues and sensitive nerves. When there is a wound, the mother will feel more pain. This study found postpartum mothers with short nipples who experience pain just in the first day after delivery. Below are what they said.

"…The right nipple is short, the left one is normal…" (M12)

"…I have a problem of short right nipple, and a wound on the left one…" (M22)

Discussion

The aim of this study was to study the breastfeeding problems faced by postpartum mothers in a secondary care hospital in a northeastern province of Thailand. The findings revealed that the breastfeeding problems of postpartum mothers revealed three themes: being separated from family members, reliance on nurses as family members, and self-care for breastfeeding success.

Regarding *being separated from family members,* the Ministry of Public Health of Thailand made announcements about COVID-19 that the number of infected people had increased and it was recommended that everyone refrain from eating together/ drinking liquor in public places and that everyone avoid close contact with other people. Breastfeeding promotion services were activities in close contact with other people and there were risks of being infected with COVID-19 and spread the disease. Thus, it was necessary to adjust the form of services to suit the situation. This became a challenge for nurses in helping to solve problems of breastfeeding. The

no-visit regulation for relatives in the secondary care hospital was imposed. This separated postpartum mothers from their family members, including husbands, parents or relatives who came to look after and help them in holding the baby, to prop them up when they wanted to go to the bathroom, and to help them during meals. However, the hospital allowed communication between the postpartum mothers and relatives or family members through telephone, Line, or Line Call in order for the relatives to know how the postpartum mothers were. This is consistent with previous reports that during the COVID-19 pandemic, application of technology such as telephone, video call and social media was given high priority. [19]

In terms of *Reliance on nurses as family members,* nurses are healthcare team members who need to be competent in promoting breastfeeding. According to observations, the roles of nurses in supporting breastfeeding of the postpartum mother include helping the mother to know the baby's behavior when it is hungry, teaching the mother the positions of holding the baby, teaching the mother to let the baby suck the breast milk correctly and giving breastfeeding every 2-3 hours, as well as supporting breastfeeding continuously even if the mother and the baby are separated because of the baby's sickness. The roles of the nurses in teaching and giving advice on how to do things as well as talking with the mothers to help them solve problems that occurred helped the mothers to be confident in their holding skill and in their observation when the baby was hungry. The roles of the nurses could make breastfeeding more successful when the guideline on breastfeeding practice promotion during the postpartum and before discharge was applied.[20]

Concerning *Self-care for breastfeeding success,* it was discovered that the outbreak of COVID-19 in Thailand led to changes in the hospital service system, including changes in visiting periods for relatives, and keeping vigil over the sick by family members was not allowed. The breastfeeding problems of postpartum mothers revealed 1) mother's position, 2) baby's position, and 3) common problems in postpartum mothers; transient pain; and sore nipples. These are consistent with the previous study which reported that the obstacles of breastfeeding which were found most were breastfeeding skills,[12] improper baby holding positions.[13] Observations in this study revealed that most postpartum mothers had the problem of breastfeeding, particularly baby holding skills, skills of putting the baby on the breast and having the baby leave the breast because they were mothers who just had the first child. Even for mothers who had had 2-3 children, they often forgot such skills as it was a long time in the past. And also, the skill of expressing the milk when the mother and the child have to be separated due to the child's sickness is another skill that especially needs nurse's advice in order

to keep breastfeeding going continuously when the child returns to be with her postpartum mother.

Another study related to breastfeeding during the COVID 19 pandemic is a study in Indonesia. The study is on breastfeeding experience of postpartum and lactating mothers (< 3 months) during the COVID 19 pandemic. The results indicated that the strengthening elements in breastfeeding mothers were maternal affection to their baby, support system from family and community, and having adaptive coping strategy. The weakening elements were impaired comfort, insufficient milk supply, financial problem, parenting problem and indifferent husband.[21] In addition, in the United Kingdom, the study about experiences of breastfeeding during the COVID-19 used an online. The study used online survey study examined the experiences of 1,219 women with infants under the age of 1 year to understand how the COVID-19 pandemic affected their infant feeding attitudes, choices and outcomes. The results revealed that 41.80% of mothers felt that breastfeeding was protected due to the lockdown, but 27.00% of mothers struggled to get support and had numerous barriers stemming from the lockdown with some stopped breastfeeding before they were ready. Mothers with a lower education, with more challenging living circumstances and from Black and minority ethnic backgrounds were more likely to find the impact of the lockdown challenging and stop breastfeeding.[22]

From the two studies in foreign countries, the issues consistent with this research is that postpartum mothers need support for breastfeeding from their families and society. The issue that is different is that this study took place while the postpartum mothers were in the hospital, while the studies in Indonesia and the United Kingdom were conducted while the postpartum mothers were out of the hospital. Therefore, the findings are different.

Recommendation

The findings of this study suggests that the outbreak of COVID-19 in Thailand led to changes in the hospital service system, including changes in visiting periods for relatives, and keeping vigil over the sick by family members was not allowed. Nurse practice and midwifery are important for supporting postpartum mothers as a family member. There are issues such as providing appropriate care for their postpartum mothers and encouraging them to use exclusive breastfeeding to the first 6 months and continued breastfeeding for up to 2 years.

Acknowledgement

I would like to thank those who contributed their efforts to the completion of this research. First, I would like to thank Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand for giving me valuable experiences and knowledge that helped me

conduct the research smoothly from the beginning to the end. The experiences and knowledge have been accumulated for decades by a great number of academicians and supporting personnel as well as concerned organizations. I would also like to express my greatest gratitude to the 28 postpartum mothers and their families in a secondary care hospital of one northeastern province of Thailand, who took part in the research. The completion of the research would not have been possible without their unselfish cooperation and support given to me at all times.

Reference

[1] World Health Organization (WHO). What is the WHO goal for exclusive breastfeeding by 2025?. [Online]. (2023). [cited 2023 September 9]. Available from: http://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/breastfeeding

[2] National Statistical Office of Thailand 2023. Thailand Multiple Indicator Cluster Survey 2022, Survey Finding Report. Bangkok, Thailand: National Statistical Office of Thailand; 2022.

[3] Mahasarakham Hospital, Mahasarakham Province, Thailand. Statistic reports postpartum ward 2021. Statistic reports postpartum ward, Mahasarakham Hospital, Mahasarakham Province; 2021.

[4] Nannika V, Panrat S, Nantiya W, Supinda R, Sudaporn P, Chantika C, et al. Breastfeeding. 7th ed. Bangkok: Pre-One Limited Partnership; 2014.

[5] Nittaya S, Sasitara N, Pharuhas C. Factor predicting 6-month-exclusive breastfeeding in mothers with cesarean section. Journal of Nursing Science 2017; 35(1): 14 – 22.

[6] Wanphen R, Tatirat T, Piriya S. Factors predicting exclusive breastfeeding intention for 6 months among working mothers in the industry. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University 2020; 28(3): 66 – 78. (in Thai).

[7] Mayura R, Waratip K. The study of factors predicting the duration of exclusive breastfeeding in adolescent mother who attended service at Health Promotion Hospital in Ubonratchathani Province. Journal of Nursing and Health Care 2019; 37(1): 195 – 20. (in Thai).

[8] Ing-hathai D, Sasikarn K. Factors influencing the success of a 6-month exclusive breastfeeding period among working mothers. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2021; 9(1): 107 – 20. (in Thai).

[9] Usanee J, Tiamsorn T, Lawan S. Factors associated with the duration of exclusive breastfeeding among postpartum mothers. Nursing Journal 2014; 41(1): 133 – 44. (in Thai).

[10] Pawin P, Khomkrit I, Sirinuch C, Oraporn D. Clinical practice of breastfeeding.

Nonthaburi: Beyond Enterprise Company Limited; 2016. (in Thai).

[11] Pravina P, Amornrat P. Knowledge management on promoting breastfeeding among teenage mothers with family participation. Academic Journal of Mahasarakham Provinda Public Health Office 2017; 2(3): 146 – 53.

[12] Aranya T, Kochaporn S, Umaporn K, Jaruwan K. Intention and barriers to breastfeeding among adolescent primiparous mothers. Research and Development Health System Journal 2020; 13(2): 634 – 40. (in Thai).

[13] Srikiat A, Nareelux S. Breastfeeding Sages' Lived experiences for breastfeeding promotion. Journal of Nursing and Health Care 2017; 35(1): 82 – 90. (in Thai).

[14] Pavarit A, Patiwech S, Parichat P, Phathamon J, Wannaporn A, Raweewat B, Amonrat R, Varisra L. Breastfeeding practice knowledge of mothers who delivered at Srinagarind Hospital 2013; 28(2); 163 – 69. (in Thai).

[15] Munball PL, Boyd CO, Mariano C, Beauchamp CJ. Nursing research: A qualitative perspective (2nd ed.) New York: National League for Nursing press; 1993.

[16] Turale S. A brief introduction to qualitative descriptive: a research design worth using. Pacific Rim International Journal of Nursing Research 2020; 24(3): 289 – 91.

[17] Creswell JM. Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches. Thousand Oaks: Sage; 2007.

[18] Lincoln Ys, Guba EG. Naturalistic inquiry. Newbury Park CA: Sage; 1985.

[19] Chulalak, k., Khwanjai, R, Titaree, P. Promoting breastfeeding during the COVID-19 pandemic. Thai Red Cross Nursing Journal 2022; 14(2): 50 – 62. (in Thai).

[20] Thongbai, N. Effect of implementing breast feeding promotion guideline among postpartum mothers, Fang Hospital, Chiangmai Province. Journal of the Phrase Hospital 2019; 27(1) : 25 – 37. (in Thai).

[21] Giyawati Yulilania, O. & Wahyu, R. Breastfeeding experience during COVID 19 pandemic in Indonesia: Strengthening and weakening elements. Malays Journal medical Science 2022; 29(3): 110 – 21.

[22] Amy, B. & Natalie, S. Experience of breastfeeding during COVID 19: Lessons for future practical and emotional support. Maternal & Child Nutrition 2021; 17(1): 1 – 15.

บทความวิจัยต้นฉบับ :
การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองและครอบครัว ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

The Development of Nursing Care Model for Promoting Individual and Family Self-Management of Pregnant Women with Premature labor pain in Hospital

พนิดา เชียงทอง[**] สุรัชนา พงษ์ปรสุวรรณ์[**] สมจิตร เมืองพิล[***]
ศุจิรัตน์ ปัญญาแก้ว[*] และลักขณา ไชยนอก[****]
Panida Chiangtong[*] Suratchana Pongporasuwan[**] Somjit Muangpin[***]
Sujirat Punyakaew[****] and Lakkhana Chainok[****]
โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา[**] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น[***]
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี[****]
Maharat Nakhon Ratchasima Hospital[**] Faculty of Nursing, Khon Kaen University[***]
Institute of Nursing, Suranaree University of Technology[****]
เบอร์โทรศัพท์ 08-5011-1160; E-mail: sujirat@sut.ac.th[*]
วันที่รับ 23 พ.ย. 2566; วันที่แก้ไข 12 ธ.ค. 2566; วันที่ตอบรับ 26 ธ.ค. 2566

บทคัดย่อ

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์และทารก การพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเอง ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สามารถยืดอายุครรภ์และช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองและครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ศึกษาผลลัพธ์และความพึงพอใจในการนำรูปแบบไปปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 20 ราย และหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 15 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองและครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 3) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาล และ 4) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองใน การป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม - เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบฯ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดี แต่ไม่มีความ

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p>.05) สามารถยืดอายุครรภ์ได้เพิ่ม 2 สัปดาห์ ทั้งหญิงตั้งครรภ์และพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้รูปแบบฯ มีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบส่วนใหญ่ในระดับดี ผลการวิจัยนี้เสนอแนะให้พยาบาลผดุงครรภ์ นำรูปแบบไปใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อให้สามารถตั้งครรภ์ต่อจนอายุครรภ์ครบกำหนดคลอด

คำสำคัญ : หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด; ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด; การจัดการสุขภาพตนเองและครอบครัว

Abstract

Preterm labour affects pregnant women and their babies. Nursing care for promoting self-management helps pregnant women with premature labor pain to extend their pregnancy and reduce complications that may occur. This research and development aimed to develop a nursing care model for promoting individual and family self-management of pregnant women with premature labor pain and study the results and satisfaction after implementing the model. The samples were 20 professional nurses and 15 pregnant women with premature labor pain. Instruments used in this study were; 1) a general information questionnaire, 2) a satisfaction assessment form for pregnant women with premature labor pain in the hospital, 3) a satisfaction assessment form for professional nurses and 4) a questionnaire on self-care behaviour to prevent preterm labour. The data was collected from August to October 2023 and analysed by descriptive statistics and Pair t-test.

The findings showed that after implementing the model, the pregnant women with premature labor pain showed an increase in their average score for self-care behaviour to prevent preterm labour at a good level but statistically non-significant (p>.05). The pregnancy duration could be extended by up to two weeks. The satisfaction of these women and the satisfaction of the professional nurses on implementing the model were found to be at a good level. The study suggests midwives should use the model to care for pregnant women with premature labor pain to help them carry the pregnancy to full term.

Keywords : Pregnant Women with Premature labor pain; Premature labor pain; Individual and Family Self-Management

บทนำ

การคลอดก่อนกำหนด เป็นปัญหาสำคัญทางสูติศาสตร์ที่ส่งผลกระทบรุนแรงต่อหญิงตั้งครรภ์และทารก เนื่องจากเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ทารกแรกเกิดเสียชีวิต (mortality) และเกิดภาวะทุพพลภาพ (mobility)[1] ในปัจจุบันอัตราการคลอดก่อนกำหนดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก จากการสำรวจข้อมูลล่าสุดพบอัตราการคลอดก่อนกำหนดทั่วโลกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9.8 ในปี ค.ศ. 2010 เป็นร้อยละ 9.9 ในปี ค.ศ. 2020 โดยภูมิภาคที่มีอัตรา การคลอดก่อนกำหนดสูงสุด คือ ภูมิภาคเอเชียใต้ เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และ

โอเชียเนียตามลำดับ[2] และสำหรับประเทศไทยพบอัตราการคลอดก่อนกำหนดสูงเป็นลำดับที่ 2 ของกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้[3] จากอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดที่เพิ่มขึ้น ทำให้กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) เพื่อลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด โดยมุ่งเน้นการดำเนินงานและกำหนดเป้าหมาย ให้โรงพยาบาลทุกแห่งมีอัตราการคลอดก่อนกำหนดในปีงบประมาณ 2565 ลดลงร้อยละ 5 เมื่อเทียบจากปีที่ผ่านมา หรือน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 8.5 ทำให้อัตราการคลอดก่อนกำหนดในหลาย ๆ จังหวัดมีแนวโน้มลดลง รวมถึงจังหวัดนครราชสีมาที่มีอัตราลดลงจากร้อยละ 11.02 ในปี พ.ศ. 2565 เป็นร้อยละ 9.07 ในปี พ.ศ. 2566 และโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาที่มีอัตราลดลงจากร้อยละ 16.48 ในปี พ.ศ. 2565 เหลือร้อยละ 11.96 ในปี พ.ศ. 2566[4] อย่างไรก็ตาม อัตราดังกล่าว ยังคงเป็นอัตราที่สูงกว่าระดับจังหวัดและสูงกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้

ปัจจัยและสาเหตุที่สามารถทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดแบ่งออกเป็น 4 สาเหตุหลัก[5-7] ได้แก่ (1) กระบวนการที่เกิดขึ้นเอง (idiopathic processes)[8-9] (2) กระบวนการติดเชื้อ (Inflammatory processes) เช่น การติดเชื้อแบคทีเรียในช่องคลอด (bacterial vaginosis)[10-11] (3) กระบวนการกลไกการทำงานของร่างกาย (mechanical processes) ที่ตอบสนองต่อความผิดปกติที่เกิดขึ้น ได้แก่ การมีเลือดออกทางช่องคลอดขณะตั้งครรภ์[12-13] และ (4) กระบวนการทางจิตสังคม (psychosocial processes) การตอบสนองต่อความเครียดที่เกิดขึ้นก่อนคลอด[14-15] ซึ่งสาเหตุหลักส่วนใหญ่ที่ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด เกิดมาจากพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์[12,16] นอกจากนี้จากการสอบถามข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดยังพบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ ไม่ทราบถึงวิธีการจัดการเพื่อบรรเทาหรือยับยั้งอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ไม่มีผู้ให้ความรู้หรือให้คำปรึกษาเมื่อมีอาการผิดปกติ จึงทำให้ตัดสินใจมาโรงพยาบาลล่าช้าและเกิดการคลอดก่อนกำหนด ขึ้น[17] ดังนั้นหากหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการตนเองและมีผู้ให้คำปรึกษาเมื่อมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ย่อมมีโอกาสที่จะตั้งครรภ์จนครบกำหนดคลอดได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในด้านต่าง ๆ ต่อไปนี้ (1) ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน (2) ด้านการป้องกันการติดเชื้อในร่างกาย (3) ด้านการฝากครรภ์และการมาตรวจตามนัด (4) ด้านการจัดการความเครียด และ (5) ด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพ[18] อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมเป็นสิ่งที่สามารถปรับเปลี่ยนไปได้ตามสิ่งเร้าที่เข้ามากระตุ้นหากหญิงตั้งครรภ์ไม่มีกลวิธีในการควบคุมตนเองให้อยู่ในพฤติกรรมใหม่อาจมีพฤติกรรมหวนกลับคืนไปสู่สภาพเดิมได้อยู่เสมอ ดังนั้นการที่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกัน การคลอดก่อนกำหนดได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง จึงจำเป็นต้อง

ใช้กลวิธีในการควบคุมพฤติกรรม ซึ่งกลวิธีที่เหมาะสมสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ต้องได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจจากครอบครัวคือทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว

ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (Individual and Family Self-Management Theory) เป็นทฤษฎีที่ถูกพัฒนาขึ้นโดยไรอันและซาวิน[19] เป็นอีกหนึ่งทฤษฎีที่ถูกนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัว เพื่อสร้างทักษะและความสามารถในการควบคุมตนเอง (self-regulation) เข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกทางสังคม (social facilitation) จนส่งผลต่อความสำเร็จในการปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพ โดยทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเป็นหน่วยเดียวกัน (family as a unit) และมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงกับสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัว จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในระบบครอบครัว เกิดการเกื้อหนุนให้ปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและสมาชิกทุกคนในครอบครัว ดังนั้นครอบครัวจึงเป็นศูนย์กลางในการดูแลและเป็นส่วนสำคัญ (family support) ที่จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม การจัดการตนเองที่เหมาะสมและสามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง โดยอาจจะร่วมมือกับบุคลากรทาง การแพทย์หรือไม่ก็ได้[19-21]

หน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา มีแนวทางการรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยการรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลเพื่อให้ยายับยั้งการหดรัดตัวของมดลูกและยากระตุ้นการเจริญของปอดทารก แต่ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนในการให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์สามารถจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นและยับยั้ง การคลอดก่อนกำหนดได้ ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าหอผู้คลอด จึงได้มีการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองและครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว[19] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม จัดแนวทางการส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองและครอบครัว ฝึกทักษะการจัดการสุขภาพตนเองและครอบครัว ช่วยเหลือให้หญิงตั้งครรภ์ได้มีพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และมีช่องทางการติดต่อกับบุคลากรทางสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อติดตามและส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้อย่างต่อเนื่อง ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถตั้งครรภ์ต่อได้จนอายุครรภ์ครบกำหนดคลอด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองและครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ (1) พฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ และ (2) อายุครรภ์ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ

2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการส่งเสริม

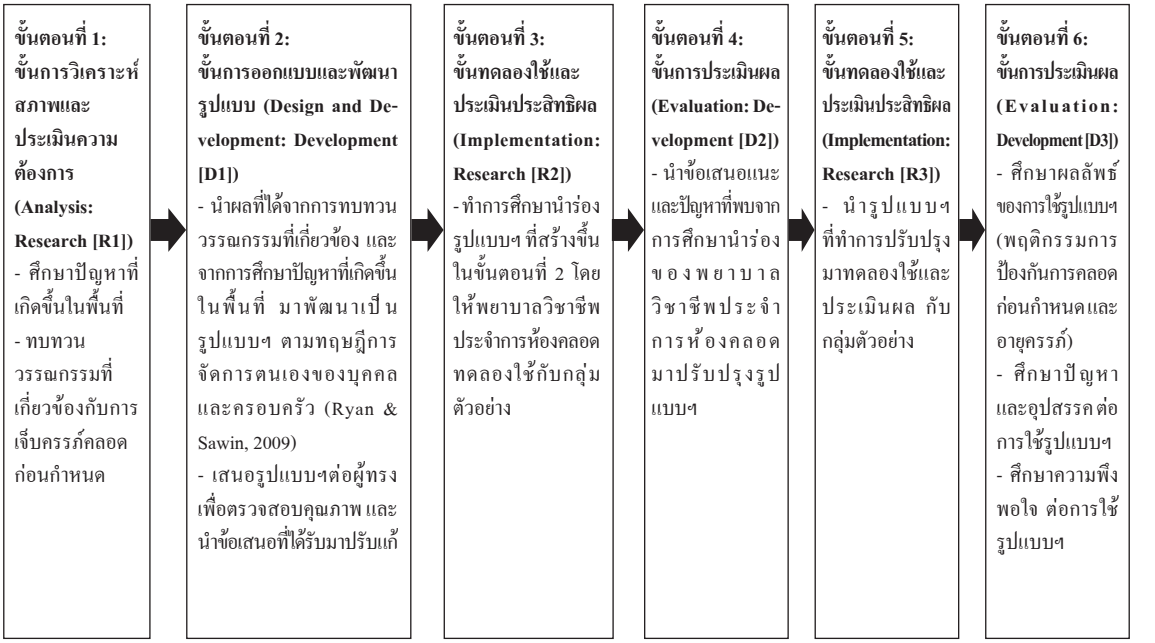
การจัดการสุขภาพตนเองและครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research & development) เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริม การจัดการสุขภาพตนเองและครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดศึกษาผลลัพธ์ ปัญหาอุปสรรคและความพึงพอใจในการนำรูปแบบไปปฏิบัติ ณ หน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนสิงหาคม - เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยนำรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (research and development: R&D) มาประยุกต์ใช้ โดยมีวงจรในการพัฒนางานที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ได้มาซึ่งรูปแบบการส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองและครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังแสดงในภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากร: ประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ (1) หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และ (2) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ หอผู้คลอด

กลุ่มตัวอย่าง: คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) คือ

1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ หอผู้คลอด โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ที่มีประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 20 ราย

2) หญิงตั้งครรภ์ที่สูติแพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและต้องเข้ารับการรักษาภาวะดังกล่าว ณ หน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จำนวน 15 ราย ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ (1) หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ 20-34 ปี (2) หญิงตั้งครรภ์เดี่ยว อายุครรภ์ 24-34 สัปดาห์ (3) ไม่มีโรคประจำตัวหรือมีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษ เบาหวาน น้ำเดิน เป็นต้น (4) ไม่มีประวัติการรักษาทางจิตหรือกำลังรักษารับยาทางจิตเวช (5) ได้รับการรักษาด้วยยายับยั้ง การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (6) สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ (7) สามารถใช้งานแอปพลิเคชันไลน์ได้ (8) ยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ (9) มีบุคคลในครอบครัวที่สามารถเข้าเยี่ยมได้ตามเวลาที่ผู้วิจัยกำหนด

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ (1) เมื่อแรกรับปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตรขึ้นไป (2) เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น ภาวะน้ำเดิน ภาวะสายสะดือย้อย ภาวะ Fetal distress เป็นต้น และ (3) ไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาวิจัยได้ครบขั้นตอน (3 วัน) เช่น คลอดก่อนกำหนด แพทย์จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นต้น สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ขอถอนตัวออกจากการวิจัยหรือไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาวิจัยได้ครบขั้นตอน ผู้วิจัยจะทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและเก็บข้อมูลใหม่จนครบตามจำนวน พร้อมทั้งมีการอภิปรายถึงผลการถอนตัว (drop-out) ของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้สำหรับสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกคัดออกจากการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะไม่ดำเนินการเก็บข้อมูลซ้ำอีก

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กำหนดด้วยวิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 0.05 กำหนดอำนาจทดสอบเท่ากับ 0.80 และการกำหนดขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (effect size) โดยคำนวณจากการศึกษาที่ผ่านมา[20] ได้ขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่างระดับใหญ่ คือ 2.90 เมื่อนำไปคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*power 3.1.9.7 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 3 ราย ผู้วิจัยจึงทำการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมพบว่า ค่าขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่างที่เหมาะสมในการศึกษาวิจัยทางการพยาบาล คือ ระดับ ปานกลาง[18] ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่างในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 0.7 จากนั้น คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power 3.1.9.7 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 15 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง

และครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประกอบด้วย คู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แผนกิจกรรมการฝึกทักษะการจัดการสุขภาพตนเองและครอบครัว โดยประยุกต์ใช้จากทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว[19] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) พิจารณาความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และการจัดลำดับเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน

การดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบฯ ใช้ระยะเวลาในการดำเนินชุดกิจกรรม 3 วัน ดำเนินกิจกรรมเป็นรายบุคคลในห้องแยกที่จัดเตรียมไว้สำหรับให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้นอนพักมีการงดเว้นการใช้เสียงดังบริเวณห้องพักและอนุญาตให้บุคคลในครอบครัว ซึ่งอาจเป็นสามีหรือญาติพี่น้องที่หญิงตั้งครรภ์เป็นผู้เลือกให้เข้าร่วมการวิจัย เข้าเยี่ยมได้เวลา 14:30 -16:00 น.ของทุกวัน (บุคคลในครอบครัวต้องสามารถเข้าร่วมได้ตลอดระยะเวลาการดำเนินการวิจัย) รายละเอียดของแผนกิจกรรมในแต่ละวัน มีดังนี้

กิจกรรมในวันที่ 1 ได้แก่ "กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพและชี้แจงขั้นตอนของโปรแกรม" (ระยะเวลา 15-20 นาที) เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และให้ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมการฝึกทักษะการจัดการสุขภาพตนเองและครอบครัว และ "กิจกรรมค้นหาความเสี่ยง" (ระยะเวลา 30 นาที) เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์และญาติได้ประเมินปัจจัยเสี่ยง (risk factor) ที่ทำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยผู้วิจัยให้ความรู้เรื่อง ความหมายและปัจจัยเสี่ยงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หลังจบการให้ข้อมูลผู้วิจัยให้หญิงตั้งครรภ์และญาติ ร่วมกันค้นหาสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

กิจกรรมในวันที่ 2 ได้แก่ "กิจกรรมเข้าใจอาการ" (ระยะเวลา 10 นาที) เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์และญาติได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนตามความเป็นจริง สามารถเข้าใจอาการของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ แผนการรักษาและกิจกรรมการพยาบาลได้อย่างชัดเจน โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการปัจจุบันของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ แผนการรักษาของแพทย์ กิจกรรมการพยาบาลที่หญิงตั้งครรภ์จะได้รับ โดยใช้คำพูดที่เข้าใจง่าย หลีกเลี่ยงศัพท์ทางการแพทย์ และเปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์และญาติได้ซักถามถึงข้อสงสัย และ **"กิจกรรมตั้งเป้าหมาย วันคลอดของฉัน"** (ระยะเวลา 15 นาที) เพื่อสร้างแรงจูงใจ ให้หญิงตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่องจนถึงเป้าหมายที่กำหนด โดยผู้วิจัยดูแลให้หญิงตั้งครรภ์และญาติ ร่วมกันกำหนดเป้าหมายอายุครรภ์ที่วางแผนจะคลอด วันที่ที่จะคลอดบุตร (ครบกำหนด) โดยอาจแบ่งเป็นเป้าหมายระยะสั้น/ เป้าหมายระยะยาว เช่น เป้าหมายระยะสั้น คือ จะคลอดบุตรเมื่ออายุครรภ์ 37 สัปดาห์ (ณ วันที่....) และเป้าหมายระยะยาว คือ จะคลอดบุตรเมื่ออายุครรภ์ 40 สัปดาห์ (ณ วันที่....)

กิจกรรมในวันที่ 3 ได้แก่ "กิจกรรมวางแผนรับมือ" (ระยะเวลา 60 นาที) เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์และญาติ มีความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างชัดเจน ทราบวิธีการประเมินการหดรัดตัวของมดลูก วิธีการจัดการเมื่อมีการหดรัดตัวของมดลูกและการปฏิบัติตัว

เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โดยผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องวิธีการประเมินการหดรัดตัวของมดลูก วิธีการปฏิบัติตัวเมื่อมีการหดรัดตัวของมดลูก และแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด 5 ประการ ได้แก่ (1) ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย การทำงาน การมีเพศสัมพันธ์และการทำความสะอาดร่างกาย (2) ด้านการป้องกันการติดเชื้อในร่างกาย ได้แก่ การป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การป้องกันการติดเชื้อในช่องคลอด การป้องกันการติดเชื้อในช่องปาก และการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ (3) ด้านการฝากครรภ์และการมาตรวจตามนัด (4) ด้านการจัดการความเครียด และ (5) ด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพ ได้แก่ การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด การหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด และการป้องกันอุบัติเหตุ และ “กิจกรรมติดตามตนเอง” (ระยะเวลา 15 นาที) เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้อย่างต่อเนื่อง โดยผู้วิจัยมีกิจกรรมย่อย ดังนี้ (1) ผู้วิจัยสอบถามวิธีการประเมินการหดรัดตัวของมดลูก วิธีการปฏิบัติตัวเมื่อมีการหดรัดตัวของมดลูก และการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดที่หญิงตั้งครรภ์และญาติได้วางแผนไว้จากนั้นสอบถามปัญหาที่หญิงตั้งครรภ์และญาติพบระหว่างปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งหากพบปัญหา ผู้วิจัยดำเนินการช่วยเหลือ วางแผนการแก้ไขปัญหา จนกว่าหญิงตั้งครรภ์จะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้ตามอายุครรภ์ที่ตั้งเป้าหมายไว้ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์ได้พูดคุยถึงความต้องการขณะพักรักษาในโรงพยาบาล ซักถามถึงข้อสงสัยรวมถึงความรู้สึกที่อาจไม่เป็นไปตามความคาดหวังและให้กำลังใจแก่หญิงตั้งครรภ์ (2) ผู้วิจัยขออนุญาตหญิงตั้งครรภ์และญาติ ขอบันทึกเบอร์โทรศัพท์ หรือ Line official เพื่อใช้ติดตามอายุครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ รวมทั้งใช้ในการส่งข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สอบถามปัญหาที่หญิงตั้งครรภ์และญาติพบในระหว่างการปฏิบัติพฤติกรรมเมื่อกลับไปอยู่บ้าน นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์สามารถปรึกษาปัญหาทางสุขภาพได้ทางโทรศัพท์ หรือ Line official

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็นแบบสอบถามที่ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ และข้อมูลด้านสูติกรรม จำนวน 5 ข้อ

2.2) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด[18] มีข้อคำถามจำนวน 31 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้าน การจัดการความเครียด ด้านการป้องกันการติดเชื้อในร่างกาย ด้านการฝากครรภ์และการมาตรวจตามนัด และด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ แปลผลค่าคะแนนของแบบสอบถาม ดังนี้ ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.01 – 4.00 แปลผลว่า มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง

อยู่ในระดับดี ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.01 – 3.00 แปลผลว่า มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.00 แปลผลว่า มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับน้อย หาค่าความเชื่อมั่นของสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค (Cronbach α coefficient) ได้เท่ากับ 0.81

2.3) แบบประเมินความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต่อการใช้รูปแบบ การส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองและครอบครัว ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ปกครอง/ ผู้บาดเจ็บต่อการใช้แนวปฏิบัติใน การดูแลผู้บาดเจ็บเพื่อลดภาวะเสี่ยงการตกเลือดจากการบาดเจ็บช่องท้อง[22] มีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ แปลผลค่าคะแนนของแบบสอบถาม ดังนี้ ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.01–4.00 แปลผลว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับดี ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.01–3.00 แปลผลว่า มีความ พึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง และค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00–2.00 แปลผลว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย หาค่าความเชื่อมั่นของสัมประสิทธิ์แอลฟ่า ครอนบาค (Cronbach α coefficient) ได้เท่ากับ 0.90

2.4) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาล ต่อการใช้รูปแบบการส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองและครอบครัว ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการพยาบาล[23] มีข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ แปลผลค่าคะแนนของแบบสอบถาม ดังนี้ ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.01–4.00 แปลผลว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับดี ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.01–3.00 แปลผลว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง และค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00–2.00 แปลผลว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย หาค่าความเชื่อมั่นของสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค (Cronbach α coefficient) ได้เท่ากับ 0.89

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

<u>ขั้นตอนที่ 1</u> ขั้นการวิเคราะห์สภาพและประเมินความต้องการ (analysis: Research [R1]) ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์สภาพและประเมินความต้องการของหน่วยงาน ดังนี้ (1) ศึกษาข้อมูลเชิงนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุขที่ได้จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) (2) ศึกษาสถานการณ์การคลอดก่อนกำหนดในประเทศไทย ในภูมิภาค ในจังหวัดนครราชสีมา และในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา (3) วิเคราะห์ข้อมูลอัตราการคลอดก่อนกำหนดของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาและ (4) ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนด

<u>ขั้นตอนที่ 2</u> ขั้นการออกแบบและพัฒนารูปแบบ (design and development: development [D1]) ผู้วิจัยนำผลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ในขั้นตอนที่ 1 มาพัฒนาเป็นรูปแบบการส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองและครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตามทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว[19] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมซึ่งประกอบด้วย คู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แผนกิจกรรม แผนการสอน และแนวทางการใช้รูปแบบฯ เสนอต่อผู้วิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content

validity) หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือดังกล่าวมาปรับปรุงแก้ไข

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นทดลองใช้และประเมินประสิทธิผล (implementation: research [R2]) ผู้วิจัยจัดประชุม ชี้แจงรูปแบบฯ แก่พยาบาลวิชาชีพประจำการห้องคลอด เพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ จากนั้นนำรูปแบบฯ ที่สร้างขึ้นในขั้นตอนที่ 2 [D1] มาทำการศึกษานำร่อง โดยพยาบาลวิชาชีพประจำการห้องคลอด

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นการประเมินผล (evaluation: development [D2]) ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะและปัญหาที่พบจากการศึกษานำร่องของพยาบาลวิชาชีพประจำการห้องคลอด มาปรับปรุง

ขั้นตอนที่ 5 ขั้นทดลองใช้และประเมินประสิทธิผล (implementation: research [R3]) ผู้วิจัยนำรูปแบบฯ ที่ทำการปรับปรุงในขั้นตอนที่ 4 [D2] มาทดลองใช้และประเมินผลกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1) พยาบาลวิชาชีพประจำการห้องคลอด จำนวน 20 ราย ที่มีประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับ การดูแลหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างน้อย 5 ปี ผู้วิจัยเข้าพบพยาบาลวิชาชีพเพื่อชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย ชี้แจงวิธีการดำเนินการวิจัย จากนั้นให้ดำเนินการวิจัย โดยให้การพยาบาลตามแนวทางการใช้รูปแบบฯ ซึ่งมีระยะเวลาในการดำเนินชุดกิจกรรม 3 วัน หลังการดำเนินชุดกิจกรรม ผู้วิจัยประเมินความพึงพอใจของพยาบาล ภายหลังการใช้รูปแบบฯ ทันที โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบการส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองและครอบครัว

2) หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 15 ราย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง โดยในวันที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบหญิงตั้งครรภ์เพื่อชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย ชี้แจงวิธีการดำเนินการวิจัย จากนั้นให้หญิงตั้งครรภ์ตอบแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและประเมินพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดด้วยตนเอง (self-report) (pre-test) จากนั้นหญิงตั้งครรภ์ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองและครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นระยะเวลา 3 วัน หลังการดำเนินชุดกิจกรรม 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยใช้ Line official ส่งข้อความให้หญิงตั้งครรภ์ เพื่อสอบถามอายุครรภ์ ทำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (post-test) และแบบประเมินความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ขั้นตอนที่ 6 ขั้นการประเมินผล (evaluation: Development [D3]) ผู้วิจัยประเมินผลตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา สรุปผลการวิจัย และประกาศใช้รูปแบบการส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองและครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยมีการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล นำข้อมูลดังกล่าวมาลงรหัส พร้อมทั้งทำการตรวจข้อมูลซ้ำเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการลงบันทึก จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้ (1) ข้อมูลส่วนบุคคล (2) อายุครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองและครอบครัว (3) คะแนนความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หลังการใช้รูปแบบฯ (4) คะแนนความพึงพอใจของพยาบาล หลังการใช้รูปแบบฯ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ (5) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ด้วยสถิติ Paired t-test ซึ่งมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติแล้วว่า ข้อมูลที่ใช้ทดสอบเป็นข้อมูลแบบต่อเนื่อง (continuous data) มีระดับการวัดแบบช่วงมาตรา (interval scale) และมีลักษณะของการกระจายของข้อมูลแบบโค้งปกติ (normal distribution)

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เลขที่ใบรับรอง 105/2023 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วม การวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตอบรับหรือปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัย หรือหากเข้าร่วมการวิจัยแล้วกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ในการยกเลิกและถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล และหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน มีอายุอยู่ระหว่าง 20-34 ปี อายุเฉลี่ย 27 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 9 คน (ร้อยละ 60) โสด จำนวน 5 คน (ร้อยละ 33.33) และแยกกันอยู่ จำนวน 1 คน (ร้อยละ 6.67) ตามลำดับ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 5 คน (ร้อยละ 33.33) มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 22,067 บาท มีลักษณะของครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว จำนวน 9 คน (ร้อยละ 60) และครอบครัวขยาย จำนวน 6 คน (ร้อยละ 40) และทุกคนความสัมพันธ์ในครอบครัวดี (ร้อยละ 100)

ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีอายุครรภ์อยู่ระหว่าง 24-34 สัปดาห์ อายุครรภ์เฉลี่ย 31 สัปดาห์ มีประวัติการคลอดก่อนกำหนดจำนวน 1 คน (ร้อยละ 6.67) ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อนการตั้งครรภ์เฉลี่ย 24.77 กก./ม.2 ส่วนใหญ่มีความตั้งใจในการมีบุตร จำนวน 11 คน (ร้อยละ 73.33) และมีจำนวนวันที่นอนโรงพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 3 วัน ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติกรรมแสดงดังตาราง 1 ดังนี้

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง (n=15)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) (mean=27 ปี, S.D=5.08)		
20-24 ปี	6	40.00
25-29 ปี	3	20.00
30-34 ปี	6	40.00
สถานภาพสมรส		
โสด	5	33.33
คู่	9	60.00
แยกกันอยู่	1	6.67
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	26.67
มัธยมศึกษาตอนปลาย	4	26.67
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)	2	13.33
ปริญญาตรี	5	33.33
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	5	33.33
แม่บ้าน	2	13.33
ค้าขาย	1	6.67
รับจ้าง	4	26.67
รับราชการ	2	13.33
เอกชน	1	6.67
รายได้ของครอบครัว (mean=22,067 บาท, S.D=14369.74)		
10,000-15,000 บาท	7	46.67
15,001-20,000 บาท	3	20.00
20,001-25,000 บาท	3	20.00
มากกว่า 25,000 บาท	2	13.33
ลักษณะของครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	9	60.00
ครอบครัวขยาย	6	40.00

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติกรรม ของกลุ่มตัวอย่าง (n=15) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ความสัมพันธ์ในครอบครัว		
ดี	15	100
ไม่ดี	0	0
อายุครรภ์ (mean=31 สัปดาห์, S.D=2.50)		
24 สัปดาห์	1	6.67
30 สัปดาห์	1	6.67
31 สัปดาห์	4	26.67
32 สัปดาห์	3	20.00
33 สัปดาห์	1	6.67
34 สัปดาห์	5	33.33
ประวัติการคลอดก่อนกำหนด		
มี	1	6.67
ไม่มี	14	93.33
ค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ (mean=24.77 กก./ม.^{2}, S.D=2.64)		
18.50-22.90 (ปกติ)	2	13.33
23.00-24.90 (น้ำหนักเกิน)	8	53.33
25.00-29.90 (อ้วนระดับที่ 1)	4	26.67
30.00 ขึ้นไป (อ้วนระดับที่ 2)	1	6.67
ความตั้งใจในการมีบุตร		
ตั้งใจ	11	73.33
ไม่ได้ตั้งใจ	4	26.67
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล (mean=3 วัน, S.D=1,12)		
3 วัน	13	86.66
5 วัน	1	6.67
7 วัน	1	6.67

2. ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองและครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

2.1 พฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ เป็นรายด้าน

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดทั้งก่อนและหลังได้รับรูปแบบฯ โดยรวมอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.38 และ 3.43 ตามลำดับ) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ทั้ง 5 ด้าน อยู่ในระดับดี โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากันมี 1 ด้านคือ ด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.66) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยหลังจากได้รับรูปแบบฯ สูงกว่า มี 3 ด้าน คือด้านการจัดการความเครียด ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน และด้านการฝากครรภ์และการมาตรวจตามนัด ตามลำดับ และพบว่ามี 1 ด้านที่ค่าเฉลี่ยหลังได้รับรูปแบบน้อยกว่าก่อนได้รับรูปแบบฯ เล็กน้อย คือ ด้านการป้องกันการติดเชื้อในร่างกาย ดังแสดงข้อมูลตามตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ของกลุ่มตัวอย่าง (n=15)

พฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (รายด้าน)	ก่อนได้รับรูปแบบฯ			หลังได้รับรูปแบบฯ		
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
1. ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน	3.23	0.29	ดี	3.32	0.19	ดี
2. ด้านการจัดการความเครียด	3.17	0.24	ดี	3.20	0.45	ดี
3. ด้านการป้องกันการติดเชื้อในร่างกาย	3.56	0.25	ดี	3.53	0.34	ดี
4. ด้านการฝากครรภ์และการมาตรวจตามนัด	3.82	0.30	ดี	3.91	0.15	ดี
5. ด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพ	3.66	0.37	ดี	3.66	0.53	ดี
โดยรวม	**3.38**	**0.20**	**ดี**	**3.43**	**0.15**	**ดี**

2.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ การส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองและครอบครัว ด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ การส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองและครอบครัว ด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า โดยรวมไม่มีความแตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p>.05) แต่เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มี 1 ด้าน ที่คะแนนพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดหลังใช้รูปแบบฯ มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p<.05) ดังแสดงข้อมูลตามตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดก่อนและหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองและครอบครัว ของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติ Paired t-test (n=15)

ตัวแปร	mean	S.D.	t	p-value
ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน				
ก่อน	3.23	0.29	-1.01	.62
หลัง	3.32	0.19		
ด้านการจัดการความเครียด				
ก่อน	3.17	0.24	-0.25	.008*
หลัง	3.20	0.45		
ด้านการป้องกันการติดเชื้อในร่างกาย				
ก่อน	3.56	0.25	0.32	.084
หลัง	3.53	0.34		
ด้านการฝากครรภ์และการมาตรวจตามนัด				
ก่อน	3.82	0.30	-1.07	.599
หลัง	3.91	0.15		
ด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพ				
ก่อน	3.66	0.37	0.00	1.00
หลัง	3.66	0.53		
พฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดโดยรวม				
ก่อน	3.38	0.37	-1.00	.18
หลัง	3.43	0.15		

* p<.05

2.3 อายุครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ

เมื่อพิจารณาอายุครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแล้วพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดทุกคน (ร้อยละ 100) สามารถตั้งครรภ์ต่อได้จนถึงระยะเวลาที่ผู้วิจัยติดตามประเมินผล (หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์) โดยไม่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ดังแสดงข้อมูลตามตาราง 4

ตาราง 4 แสดงอายุครรภ์ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองและครอบครัว ของกลุ่มตัวอย่าง

อายุครรภ์ก่อนการใช้รูปแบบฯ	อายุครรภ์หลังการใช้รูปแบบฯ (2 สัปดาห์)
24 สัปดาห์	26 สัปดาห์
30 สัปดาห์	32 สัปดาห์
31 สัปดาห์	33 สัปดาห์
32 สัปดาห์	34 สัปดาห์
33 สัปดาห์	35 สัปดาห์
34 สัปดาห์	36 สัปดาห์

3. ความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและพยาบาลวิชาชีพภายหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริม การจัดการสุขภาพตนเองและครอบครัว

ภายหลังขั้นตอนที่ 4 ขั้นการประเมินผล (evaluation: development [D2]) ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะและปัญหาที่พบจากการศึกษานำร่องของพยาบาลวิชาชีพประจำการห้องคลอด มาปรับปรุง โดยพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้รูปแบบฯ ให้ข้อเสนอแนะในส่วนของการปรับแนวทางการใช้รูปแบบให้สามารถสื่อสารและเข้าใจได้ง่าย เพิ่มเติมข้อความในรูปแบบฯ ให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น และเมื่อพิจารณาระดับความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพภายหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองและครอบครัว พบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองและครอบครัวอยู่ในระดับดี จำนวน 14 คน (ร้อยละ 93.33) และระดับปานกลาง จำนวน 1 คน (ร้อยละ 6.67) ตามลำดับ ส่วนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลหญิงตั้งครรภ์นั้น พบว่าทุกคน จำนวน 20 คน (ร้อยละ 100) มีความพึงพอใจหลังใช้รูปแบบ การส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองและครอบครัว อยู่ในระดับดี ดังแสดงข้อมูลตามตาราง 5

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของระดับความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพภายหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองและครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับความพึงพอใจ	หญิงตั้งครรภ์ (n=15)		พยาบาล (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.00-2.00)	0	0	0	0
ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.01-3.00)	1	6.67	0	0
ระดับดี (ค่าเฉลี่ย 3.01-4.00)	14	93.33	20	100
รวม	**15**	**100**	**20**	**100**

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลในประเด็นสำคัญตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองและครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในด้านพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดและอายุครรภ์ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการใช้รูปแบบฯ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดโดยรวมเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.43) จากเดิมก่อนการใช้รูปแบบฯ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.38) และหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดทุกคน(ร้อยละ 100) สามารถตั้งครรภ์ต่อได้จนถึงระยะเวลาที่ผู้วิจัยติดตามประเมินผล โดยไม่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทั้งนี้สามารถอธิบายได้จากกระบวนการในกิจกรรมที่ผู้วิจัยประยุกต์ใช้จากทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว[19] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ดังนี้ กิจกรรม “ค้นหาความเสี่ยง” และ กิจกรรม “เข้าใจอาการ” เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับรู้ความหมายของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และพิจารณาว่าภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นกับตน เกิดจากสาเหตุหรือปัจจัยใด (decision making) ซึ่งการพิจารณาค้นหาความเสี่ยงนี้ เป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความตระหนักและความเชื่อในภาวะสุขภาพ (knowledge & Belief) เกิดการยอมรับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของตน มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตน (self-efficacy) ว่าต้องประสบความสำเร็จใน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด 5 ด้าน (outcome expectancy) ซึ่งหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวส่วนใหญ่ สามารถค้นหาความเสี่ยงของตนได้ว่า เกิดจากปัจจัยใด จึงทำให้ง่ายต่อการวางแผนที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์[18,23] โดยหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ค้นพบว่า ภาวะเจ็บ

ครรภ์คลอดก่อนกำหนดของตน เกิดจากปัจจัยเสี่ยงด้านการติดเชื้อ รองลงมาคือด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน การเกิดอุบัติเหตุ ความเครียด การมีประวัติเคยคลอดบุตรก่อนกำหนดและไม่ทราบสาเหตุ ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาโดยส่วนใหญ่ที่พบว่า ปัจจัยเสี่ยงด้านการติดเชื้อเป็นสาเหตุหลักของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด[10-12,16] นอกจากนี้ การตั้งเป้าหมายกำหนดวันคลอด ในกิจกรรม “วันคลอดของฉัน” (goal setting) ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์เกิดแรงจูงใจในการวางแผนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด5ด้านตามกิจกรรม“วางแผนรับมือ” (planning and action) ให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด โดยหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ตั้งเป้าหมายระยะสั้น คือ สามารถตั้งครรภ์ต่อได้อีก 1 สัปดาห์ และเป้าหมายระยะยาว คือ เมื่ออายุครรภ์ใกล้ครบกำหนดคลอด (37-38 สัปดาห์) แต่ด้วยข้อจำกัดของระยะเวลาในการวิจัย จึงสามารถติดตามได้เพียงหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ทุกคนสามารถตั้งครรภ์ต่อได้อีก 2 สัปดาห์ โดยไม่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการวางแผนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด 5 ด้าน ที่หญิงตั้งครรภ์และญาติวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยส่วนใหญ่จะพบว่า ด้านที่ต้องมี การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากที่สุดคือ ด้านการป้องกันการติดเชื้อในร่างกาย ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการจัดการความเครียด ด้านการฝากครรภ์และการมาตรวจตามนัดตามลำดับ โดยการจัดกิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวนี้ มีส่วนช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า การจัดกิจกรรมโดยเน้นการมีส่วนร่วมหรือการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นหลักจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีได้ [24-26]

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองและครอบครัว ด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดโดยรวม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) ทั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่า รูปแบบฯ ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว[19] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน การคลอดก่อนกำหนดได้เพิ่มขึ้นจริง จากค่าคะแนนเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดที่เพิ่มขึ้น แต่ทั้งนี้ด้วยพื้นฐานของระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างที่มีพื้นฐานการศึกษาดี (ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป ร้อยละ 73.33) ประกอบกับการมีพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดเดิมอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.38) จึงส่งผลให้ไม่เกิดความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า บุคคลที่มีการศึกษาดีจะตระหนักถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหา สามารถใช้ความรู้และทักษะในการแก้ไขปัญหา มีความเข้าใจในเรื่องสุขภาพอนามัยดีขึ้น และ

สามารถป้องกันตนเองไม่ให้เจ็บป่วยได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ[23] อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดรายด้านพบว่า ด้านการจัดการความเครียดมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ภายหลังการใช้รูปแบบฯ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p<.05$) อธิบายได้ว่า การให้ข้อมูลถึงวิธีการจัดการความเครียดและการช่วยวางแผนการจัดการความเครียดจากบุคลากรทางการแพทย์ร่วมกับครอบครัว สามารถช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้ดีกว่าการจัดการความเครียดด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลอย่างมากต่อความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด[26-27]

2. ความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและพยาบาลวิชาชีพต่อ การใช้รูปแบบการส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองและครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบ การส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองและครอบครัว หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองและครอบครัวอยู่ในระดับดี จำนวน 14 คน (ร้อยละ 93.33) และระดับปานกลาง จำนวน 1 คน (ร้อยละ 6.67) ตามลำดับ ส่วนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลหญิงตั้งครรภ์นั้น พบว่าทุกคน จำนวน 20 คน (ร้อยละ 100) มีความพึงพอใจหลังใช้รูปแบบการส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองและครอบครัว อยู่ในระดับดี สามารถอธิบายได้ว่า ทั้งหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเกิดความรู้สึกทางบวกต่อการได้รับการพยาบาลตามรูปแบบฯ เช่นเดียวกันกับพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้รูปแบบฯ ที่มีแนวทางการให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ชัดเจนขึ้น สามารถนำไปปฏิบัติให้เป็นแนวทางเดียวกัน ส่งเสริมความมั่นใจในการให้การพยาบาลได้อย่างครอบคลุม

สรุปผลการวิจัย

รูปแบบการส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองและครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว[19] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม สามารถช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดที่ดีทำให้สามารถตั้งครรภ์ต่อได้โดยไม่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ข้อจำกัดในการวิจัย

ด้านระยะเวลาในการศึกษาทำให้ไม่สามารถติดตามหญิงตั้งครรภ์จนอายุครรภ์ครบกำหนดคลอดได้

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล: โรงพยาบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถนำผลที่ได้จากการวิจัยไปพัฒนาเป็นแนวทาง การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ในห้องคลอด เพื่อส่งเสริมบทบาทอิสระทางการพยาบาลผดุงครรภ์

2. ด้านการศึกษาทางการพยาบาล: เสนอแนะให้จัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร่วมกับ การส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม

3. ด้านการศึกษาวิจัย: ควรมีการศึกษาและติดตามอายุครรภ์เมื่อคลอด และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการนำรูปแบบการส่งเสริม การจัดการสุขภาพตนเองและครอบครัวในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ หรือผู้ป่วยที่ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน

เอกสารอ้างอิง

[1] World Health Organization. Preterm birth. [Online]. (2023). [cited 2023 Oct 27]. Available from: http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth.

[2] Ohuma E-O, Moller A-B, Bradley E, et al. National, regional, and global estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: a systematic analysis. Lancet. [Online]. (2023). [cited 2023 Oct 27]. Available from: doi: 10.1016/S0140-6736(23)00878-4

[3] Chawanpaiboon S, Vogel JP, Moller A-B, et al. Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. Lancet Glob Health. [Online]. (2019). [cited 2023 Oct 27]. Available from: doi:10.1016/S2214-109X(18)30451-0

[4] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. ร้อยละหญิงไทยคลอดก่อนกำหนดในปีงบประมาณ จังหวัดนครราชสีมา. [ออนไลน์]. (2566) [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 27 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https:// nma.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=ecdbfc8b4725386c34623ce99f0f4b8d

[5] Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, et al. Williams obstetrics. (25th). NY: McGraw Hill Education; 2018.

[6] Gray BA. A Ticking Uterus: How Nurses Can Identify, Treat and Prevent Preterm Labor. Nurs Womens Health 2006;10(5): 380 - 9.

[7] ศิริวรรณ แสงอินทร์. การพยาบาลมารดาที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด.[ออนไลน์]. (2557). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 27 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https:// he02.tcithaijo.org/index.php/Nubuu/article/view/50330/41650

[8] Ruiz RJ, Gennaro S, O'Connor, et al. CRH as a predictor of preterm birth in minority women. Biol Res Nurs 2016; 18(3): 316 – 21.

[9] Shah J, Baxi B. Identification of biomarkers for prediction of preterm delivery. J. Med. Soc. 2016; 30(1): 3 – 14.

[10] Afolabi BB, Moses OE. Bacterial vaginosis and pregnancy outcome in Lagos, Nigeria.

Open Forum Infect. Dis. 2016; 3(1):1 - 5.

[11] Wagura P, Wasunna A, Laving A, et al. Prevalence and factors associated with preterm birth at kenyatta national hospital. BMC Pregnancy Childbirth 2018;18(1): 1 – 8.

[12] ฐิติกานต์ ณ ปั่น รุ้งตวรรณ์ ช้อยจอหอ เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร และคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลอมก๋อย อ.อมก๋อย จ.เชียงใหม่. วารสารสาธารณสุขล้านนา 2557; 10(2): 142 – 50.

[13] Hidayat ZZ, Ajiz EA, Krisnadi SR. Risk factors associated with preterm birth at hasansadikin general hospital in 2015. Open J Obstet Gynecol 2016; 6(13) : 798 – 807.

[14] Lilliecreutz C, Larén J, Sydsjö G, et al. Effect of maternal stress during pregnancy on the risk for preterm birth. BMC Pregnancy Childbirth 2016; 16(1): 1–8.

[15] Oakes MC, Chubiz J, Passafiume O, et al. First trimester stress and depression as risk factors for preterm birth: 1125. Am J Obstet Gynecol 2020; 222(1): S692 – 3.

[16] ปิยะพร กองเงิน วิไลลักษณ์ วงศ์อายา และกาญจนา สมบัติศิรินันท์. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนดและสามีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวนของการคลอดก่อนกำหนดและทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย. [ออนไลน์]. (2558). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 27 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/ index.php/TJONC/article/view/48694

[17] โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. เวชสถิติหน่วยงานห้องคลอด: สถิติทารกคลอดก่อนกำหนด ปี 2560 - 2566. โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา; 2566.

[18] อัสมะจารู, วรางคณา ชัชเวช, สุรีย์พร กฤษเจริญ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2561; 39(1):79–92.

[19] Ryan P, Sawin KJ. The Individual and Family Self-Management Theory: background and perspectives on context, process, and outcomes. Nurs Outlook 2009; 57(4): 217 – 25.

[20] ทิพสุดา นุ้ยแม้น. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมุสลิม [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2554.

[21] ณัฐรพี ใจงาม อรนุช ชูศรี รุ่งนภา ป้องกันเกียรติชัย และคณะ. แนวคิดการจัดการภาวะสุขภาพของบุคคลและครอบครัวที่มีสมาชิกป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2560; 27(3):1 – 9.

[22] รัตนา พรหมบุตร จีราวรรณ พญารัง และวรรวิสานาวาสมุทร. ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้บาดเจ็บ เพื่อลดภาวะเสี่ยงการตกเลือดจากการบาดเจ็บ

ช่องท้อง. [ออนไลน์]. (2563). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 27 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ jhri/article/view/243301

[23] รัตนาภรณ์ปาลีนิเวศธนิษฐาสุทธิรัชนีผิวผ่องและคณะ. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2565; 37(2): 441 – 52.

[24] สุจิตต์ แสนมงคล. การรับรู้ภาวะสุขภาพแรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก จังหวัดภูเก็ต. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2559; 30(2):105 – 14.

[25] อารีรัตน์ ชำนาญ ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาลและอดิศว์ ทัศณรงค. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมฟอสฟอรัสและผลคูณแคลเซียมและฟอสฟอรัสในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วารสารสภาการพยาบาล 2564; 36(2): 50 – 65.

[26] อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์ อติญาณ์ ศรเกษตรินจินตนา ทองเพชร และคณะ. การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อจัดการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูงในบริบทคลินิกหมอครอบครัว: กรณีศึกษาในจังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2564; 15(2) : 155 – 73.

[27] สุรีพร กัฬหะสุต พนิดา เชียงทอง สุรัชนา พงษ์ปรสุวรรณ์และคณะ.ผลของโปรแกรมลดสิ่งก่อความเครียดร่วมกับ การสนับสนุนทางสังคม ต่อความเครียดและอายุครรภ์เมื่อคลอดของหญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่เข้ารับการรักษาในห้องคลอด โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2565; 16(1): 59 – 74 .

[28] จันทร์จีรากลมมาฉวีเบาทรวงและนันทพร แสนศิริพันธ์. ผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. พยาบาลสาร 2560, 44(3): 9 – 18.

ข้อกำหนดจริยธรรมการตีพิมพ์ของวารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

1. หน้าที่ความรับผิดชอบของกองบรรณาธิการ

- กองบรรณาธิการต้องประกาศวิธีปฏิบัติในการจัดเตรียมบทความวิจัยต้นฉบับ บทความวิชาการให้ผู้นิพนธ์ และผู้สนใจรับทราบ
- หากมีการเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ หรือค่าใช้จ่ายอื่น กองบรรณาธิการจะต้องมีการประกาศเงื่อนไข หลักเกณฑ์ และอัตราจัดเก็บที่ชัดเจนให้ผู้สนใจส่งบทความตีพิมพ์รับทราบ
- กองบรรณาธิการมีการตรวจสอบการพิมพ์ซ้ำซ้อน (duplication) และการลอกเลียนผลงานวิชาการ (plagiarism)
- กระบวนการประเมินคุณภาพบทความปราศจากอคติ เป็นธรรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ในสาขานั้น ๆ
- ไม่เปิดเผยข้อมูลผู้นิพนธ์และผู้ประเมินบทความแก่บุคคลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องในระหว่างที่การประเมินบทความยังดำเนินอยู่ หรือบทความนั้นยังไม่ได้รับการตีพิมพ์
- กองบรรณาธิการต้องคัดเลือกบทความที่จะตีพิมพ์ตามคุณภาพ ไม่รับตีพิมพ์บทความวิจัยเพียงเพื่อผลประโยชน์ของผู้นิพนธ์หรือวารสาร โดยไม่พิจารณาผลการประเมินคุณภาพของบทความจากผู้ประเมิน
- กองบรรณาธิการไม่ปฏิเสธการตีพิมพ์บทความเพียงเพราะสงสัยว่ามีการกระทำผิดจรรยาบรรณ แต่ต้องตรวจสอบข้อมูล หาหลักฐานให้แน่ชัดก่อน และแจ้งให้ผู้นิพนธ์ชี้แจงก่อนปฏิเสธบทความนั้น
- กองบรรณาธิการไม่มีส่วนในการตัดสินใจคัดเลือกบทความที่ตนเป็นผู้นิพนธ์หรือมีผลประโยชน์เกี่ยวข้อง
- กองบรรณาธิการต้องไม่ร้องขอให้มีการอ้างอิงผลงานใดเพื่อเพิ่มจำนวนการอ้างอิง (citation) หรือค่า impact factor ของวารสาร หรือเพื่อเพิ่มจำนวนการอ้างอิงของผลงานของตนหรือพวกพ้อง
- มีระบบแก้ไขข้อผิดพลาดร้ายแรงในบทความและถอดบทความที่พบว่าผิดจริยธรรมการวิจัย และไม่ละเลย เพิกเฉยเมื่อพบข้อผิดพลาดและการประพฤติผิดจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบทความที่ตีพิมพ์ในวารสาร

2. หน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ประเมิน

- ผู้ประเมินต้องรักษาความลับ ไม่เปิดเผยข้อมูลในบทความในระหว่างที่บทความนั้นยังไม่ได้รับการตีพิมพ์
- ผู้ประเมินต้องประเมินคุณภาพบทความด้วยความเป็นกลาง ปราศจากอคติ
- ผู้ประเมินต้องไม่เสนอแนะให้ผู้นิพนธ์อ้างอิงผลงานใดด้วยเจตนาเพิ่มจำนวนการอ้างอิงของผลงานของตนหรือพวกพ้อง

- ผู้ประเมินต้องส่งผลการประเมินตามกำหนดเวลา

- หากมีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้นิพนธ์บทความที่ประเมิน ผู้ประเมินต้องแจ้งให้กองบรรณาธิการทราบ

- หากพบว่าผู้นิพนธ์บทความกระทำผิดจรรยาบรรณ เช่น ลอกเลียนผลงานวิชาการ บิดเบือนผลการวิจัย หรือใช้ ผลการวิจัยเท็จ ต้องแจ้งให้กองบรรณาธิการทราบ

3. หน้าที่ความรับผิดชอบของผู้นิพนธ์

- ผลงานที่ส่งให้พิจารณาตีพิมพ์ในวารสารจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อนและไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาเพื่อ ตีพิมพ์ในวารสารหรือสิ่งพิมพ์ทางวิชาการอื่น

- ผลงานที่ส่งให้พิจารณาตีพิมพ์จะต้องไม่มีส่วนใดที่เป็นการลอกเลียนผลงานวิชาการ (plagiarism) ทั้งของ ตนเองและผู้อื่น และมีการอ้างอิงผลงานอย่างถูกต้องและครบถ้วน

- ผู้นิพนธ์ไม่สร้างข้อมูลเท็จหรือบิดเบือนข้อมูลในการรายงานผลการวิจัย

- ผู้นิพนธ์ต้องปฏิบัติตามจริยธรรมในเรื่องเกี่ยวกับความเป็นผู้นิพนธ์ (authorship) อย่างเคร่งครัด กล่าวคือ ชื่อผู้นิพนธ์ทุกชื่อ ที่ปรากฏในบทความจะต้องเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมอย่างสำคัญในการทำวิจัย และไม่ละเลยหรือตัดชื่อบุคคลที่มีส่วนสำคัญในการทำวิจัยคนใดออกจากบทความ

- หากมีผู้นิพนธ์หลายคน ผู้นิพนธ์ทุกคนจะต้องเห็นชอบกับต้นฉบับบทความและเห็นชอบกับการส่งต้นฉบับบทความนั้นให้วารสารพิจารณาตีพิมพ์

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

1. หลักเกณฑ์ในการพิมพ์ต้นฉบับ

1.1 ส่วนบทคัดย่อ ภาษาไทยและภาษาอังกฤษอย่างละ 1 หน้า

1.1.1 พิมพ์บนกระดาษขาวขนาด A4 รูปแบบภาษาไทยใช้ Angsana New ขนาด 16 ระยะห่าง 1 บรรทัด รูปแบบตัวอักษรภาษาอังกฤษใช้ Angsana New ขนาด 16

1.1.2 ระยะห่างของกระดาษขอบบนและขอบล่าง ขนาด 1.14 นิ้ว ซ้ายและขวา ขนาด 0.83 นิ้ว

1.1.3 ชื่อเรื่อง (Title) ชื่อภาษาไทยใช้ Angsana New ขนาด 18 และชื่อภาษาอังกฤษ Angsana New ขนาด 18

1.1.4 ชื่อผู้เขียน (Authors) ทุกคน ภาษาไทยใช้ Angsana New ขนาด 16 ภาษาอังกฤษใช้ Angsana New ขนาด 16

1.1.5 หน่วยงานของผู้เขียนทุกคน ภาษาไทยใช้ Angsana New ขนาด 14 ภาษาอังกฤษใช้ Angsana New ขนาด 14

1.1.6 บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 300 – 350 คำ

1.1.7 คำสำคัญ (Keywords) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นการกำหนดคำสำคัญที่สามารถนำไปใช้เป็นคำสืบค้นในระบบฐานข้อมูล อยู่ระหว่าง 2 – 5 คำ

1.1.8 ผู้นิพนธ์ประสานงาน (Corresponding Author) ให้ทำเครื่องหมาย* ไว้หลังนามสกุลและระบุหมายเลขโทรศัพท์และไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (e-mail)

1.1.9 รูปแบบการจัดวางเนื้อหาให้จัดเป็น 2 คอลัมน์

1.2 ส่วนเนื้อหาประกอบด้วย

1.2.1 บทนำ (Introduction) บอกความสำคัญหรือที่มาของปัญหา

1.2.2 วัตถุประสงค์การวิจัย (Objectives)

1.2.3 ขอบเขตการวิจัย (Scope of Study)

1.2.4 กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)

1.2.5 วิธีการดำเนินการวิจัย (Methodology)

1.2.6 ผลการศึกษา (Results)

1.2.7 อภิปรายผล (Discussion)

1.2.8 ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1.2.9 การปกป้องสิทธิ์กลุ่มเป้าหมาย (การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์)

1.2.10 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements) อาจมีหรือไม่มีก็ได้

1.2.11 เอกสารอ้างอิง (References) ต้องไม่น้อยกว่า 6 เรื่อง เขียนเรียงลำดับตามลำดับการอ้างอิงในเนื้อหา

1.2.12 กราฟหรือตาราง จำนวนภาพและตารางรวมกันแล้วไม่เกิน 3 – 5 ภาพ/ตาราง

1.2.13 ภาพประกอบ ควรเป็นภาพถ่ายขาว – ดำที่ชัดเจน นอกจากจำเป็นต้องใช้สี ถ้าเป็นภาพวาดลายเส้นให้วาดบนกระดาษขาวโดยใช้หมึกดำ ควรวาดให้สะอาดและลายเส้นคมชัด

1.3 ขนาดของเนื้อหา

1.3.1 บทความวิชาการ (Article) ควรอยู่ระหว่าง 10 – 15 หน้า รวมเอกสารอ้างอิง

1.3.2 บทความวิจัยต้นฉบับ (Research) ควรอยู่ระหว่าง 15 – 20 หน้า รวมเอกสารอ้างอิง

2. หลักเกณฑ์การอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้ตัวเลข “พิมพ์ตัวยก” เรียงลำดับตามการอ้างอิงในเนื้อหา ไม่เรียงลำดับตามพยัญชนะ โดยเอกสารอ้างอิงเขียนระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver) หากเรื่องที่มีผู้นิพนธ์มากกว่า 3 คนขึ้นไป ให้ใส่เฉพาะ 3 ชื่อแรกและตามด้วย “และคณะ” (et al.) ใช้ชื่อย่อของวารสารตามที่กำหนดใน List of Journals Index Medicus ใส่เลขหน้าแรกถึงหน้าสุดท้ายของเอกสาร โดยไม่ต้องเขียนเลขหน้าที่ซ้ำกัน เช่น 125 – 9, 181 – 95 เป็นต้น

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

<u>วารสาร</u>

ชื่อผู้เขียน (Author).//ชื่อบทความ (Title of article).//ชื่อวารสาร (Title of Journal) ปีที่ (Year)/;/เล่มที่/ฉบับที่ของวารสาร (Volume/(No)/:/หน้าเริ่มต้น – หน้าสุดท้าย (Page). เช่นตัวอย่างด้านล่าง

สุคนธา ปัทมสิงห์. การอักเสบจากการติดเชื้อในลูกตาหลังผ่าตัดต้อกระจกโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2542; 8: 517 – 25.

หนังสือ

อผู้เขียน (Author).//ชื่อหนังสือ (Title of the book).//ครั้งที่พิมพ์ (ตั้งแต่ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป (Edition).//สถานที่พิมพ์ (Place of Publication) : สำนักพิมพ์ (Publisher) ; ปี (Year). เช่นตัวอย่างด้านล่าง

ไพศาล เหล่าสุวรรณ. หลักพันธุศาสตร์. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช; 2535.

<u>วิทยานิพนธ์</u>

ชื่อผู้นิพนธ์.//ชื่อเรื่อง [ประเภท / ระดับปริญญา].//เมืองที่พิมพ์:มหาวิทยาลัย;ปีที่ได้รับปริญญา
ตัวอย่างด้านล่าง

อังคาร ศรีชัยรัตนกูล. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.

<u>บทความที่ตีพิมพ์ใน Website</u>

ชื่อผู้เขียน (Author).//ชื่อบทความ (Title of article).//ชื่อวารสาร (Title of Journal).//[ประเภทของสื่อ/วัสดุ].//ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่] ; ฉบับที่ : [หน้า/screen].//เข้าถึงได้จาก/ Available from URL://http//.....เช่นตัวอย่างด้านล่าง

จิราภรณ์ จันทร์จร. การเขียนรายงานอ้างอิงในเอกสารวิชาการทางการแพทย์. [ออนไลน์]. (ม.ป.ป.) [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2551]. เข้าถึงได้จาก http://161.200.96.214/guide/vancouver.pdf

3. การส่งต้นฉบับ ผู้เขียนสามารถส่งบทความวิจัยต้นฉบับ/บทความวิชาการผ่านทางเว็บไซต์ https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalkorat/
4. ผลงานจะได้รับการพิจารณา / ประเมิน จากกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่านก่อนการตีพิมพ์
5. ผลการพิจารณา / ประเมิน ผ่านหรือไม่ผ่านจะแจ้งให้ผู้เขียนทราบผ่านทางเว็บไซต์ https://he02.tci-thaijo. org/index.php/journalkorat/
6. เมื่อคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาให้ตีพิมพ์แล้ว ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับที่แก้ไขครั้งสุดท้าย พร้อมจดหมายชี้แจงการแก้ไข ผ่านทางเว็บไซต์ https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalkorat/
7. ผู้มีชื่อในผลงานทุกคนต้องลงนามยินยอมและรับทราบการส่งผลงานเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพในแบบฟอร์มใบนำส่งต้นฉบับ
8. เมื่อผลงานได้รับการตีพิมพ์ ผู้เขียนจะได้รับวารสารฉบับที่ลงพิมพ์ จำนวน 2 เล่ม
9. สามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่เว็บไซต์ https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalkorat/

วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
255 หมู่ 11 ตำบลโคกกรวด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30280
โทรศัพท์ 0-4446-5010-4 ต่อ 310-311 โทรสาร 0-4446-5250 E-mail : Journalkorat@gmail.com

ใบนำส่งบทความวิชาการ / นิพนธ์ต้นฉบับ

ชื่อเรื่อง

(ภาษาไทย).....

.....

(ภาษาอังกฤษ).....

.....

บทคัดย่อ

( ) ภาษาไทย (ไม่เกิน 300 – 350 คำ) จำนวนคำ.....

( ) ภาษาอังกฤษ (ไม่เกิน 300 – 350 คำ) จำนวนคำ.....

คำสำคัญ (กรุณาใส่เครื่องหมาย ทั้ง 2 ภาษา) ( ) ภาษาไทย ( ) ภาษาอังกฤษ

ผู้เขียน ชื่อ-นามสกุล.....ตำแหน่ง.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อ / ส่งเอกสารได้สะดวก.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

E-mail:.....มือถือ.....

จำนวนรูปภาพ (ไม่เกิน 5 ภาพ).....

จำนวนตาราง (ไม่เกิน 5 ตาราง).....

บรรณานุกรม (ใช้แบบของ Vancouver).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ( ) งานวิจัยของนิพนธ์ต้นฉบับนี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว

( ) ขอรับรองว่าต้นฉบับของบทความวิชาการ / นิพนธ์ต้นฉบับนี้ ส่งเพื่อขอรับการตีพิมพ์ในวารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพแห่งเดียวเท่านั้น ไม่เคยตีพิมพ์ในวารสาร / เอกสารการประชุมวิชาการใดมาก่อน

*หากตรวจพบการเผยแพร่ซ้ำ วารสารฯ มีสิทธิ์ไม่ตีพิมพ์ผลงานของท่านและท่านต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในกระบวนการที่ได้ดำเนินการไปแล้ว

.....	.....	.....
(.....)	(.....)	(.....)
ผู้เขียนร่วมคนที่ 1	ผู้เขียนร่วมคนที่ 2	ผู้เขียนร่วมคนที่ 3

ข้าพเจ้าขอนำส่งผลงานนี้ในประเภท ( ) บทความวิชาการ ( ) บทความวิจัยต้นฉบับ

วันที่ส่งเอกสารให้ฝ่ายจัดการ วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

เจ้าของบทความ / นิพนธ์ต้นฉบับ

กองบรรณาธิการพิจารณาแล้ว ( ) รับเรื่องส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิได้ ( ) ไม่รับ ส่งคืนผู้เขียน

.....

บรรณาธิการ

วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
255 หมู่ 11 ตำบลโคกกรวด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30280
โทรศัพท์ 0-4446-5010-4 ต่อ 310-311 โทรสาร 0-4446-5250 E-mail : Journalkorat@gmail.com

ใบสมัครสมาชิก

วันที่สมัคร..... หมายเลขสมาชิก.....
สมัครส่วนตัว (นาย/นาง/น.ส.).....(พิมพ์หรือเขียนด้วยตัวบรรจง)
หรือสมัครในนามหน่วยงานชื่อ.....
.....
ที่อยู่ (สำหรับส่งวารสาร).....
.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....E-mail:.....

มีความประสงค์ ( ) สมัครใหม่ ( ) ต่ออายุสมาชิก
ประเภทสมาชิก ( ) ราย 2 ปี 1,500 บาท
ต้องการรับวารสารฯ ตั้งแต่ปีที่..... ฉบับที่.....

การชำระเงิน

( ) เงินสด
( ) โอนผ่านชื่อบัญชี วารสารวิจัยฯ จ.นม. บัญชีเลขที่ 374-0-49482-4 ธนาคารกรุงไทย สาขาสามแยกปักธงชัย ส่งหลักฐานการโอนเงินมาที่ Journalkorat@gmail.com

ออกใบเสร็จรับเงินในนาม.....

สำนักงานติดต่อ

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
255 หมู่ 11 ตำบลโคกกรวด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30280
โทรศัพท์ 0-4446-5010-4 ต่อ 310-311 โทรสาร 0-4446-5250 E-mail : Journalkorat@gmail.com

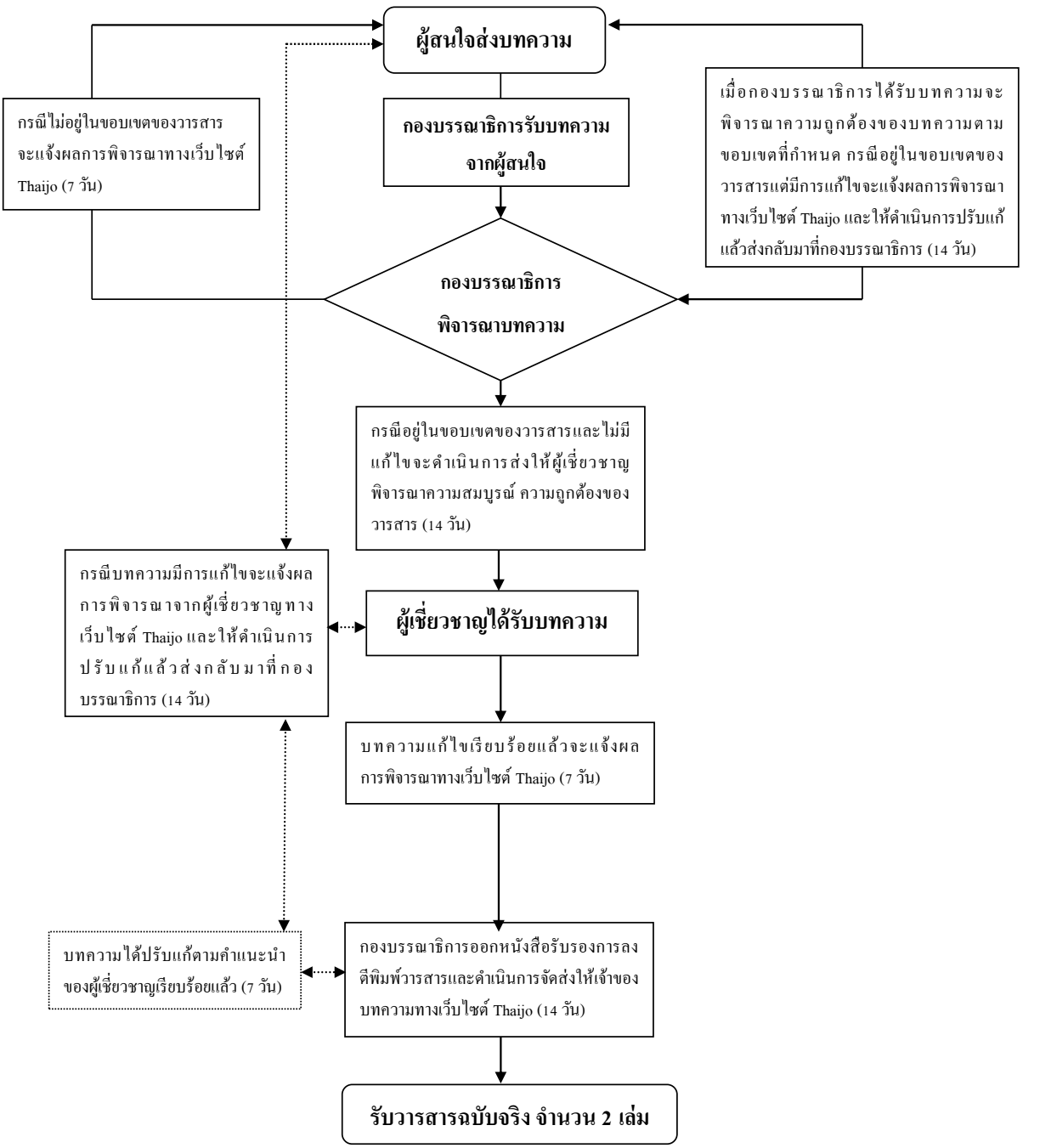
---

สำหรับเจ้าหน้าที่

ได้รับเงินแล้วจำนวน..... บาท (.....)
ออกใบเสร็จรับเงินเล่มที่.....เลขที่.....ลงวันที่.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับเงิน
(.....)

Flow chart การส่งวารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพฯ



หมายเหตุ

ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มต้นถึงขั้นตอนสุดท้ายใช้ระยะเวลาประมาณ 4 สัปดาห์ กรณีไม่มีแก้ไข และ 9 สัปดาห์ กรณีมีแก้ไข หรือช้ากว่านี้ ขึ้นอยู่กับความร่วมมือของเจ้าของบทความ

ทำเนียบผู้เชี่ยวชาญ

1. Dr. Holly Lakey	University of Oregon, USA
2. รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงชวัลญ์ญา รัตนพิทูลย์	สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
3. อาจารย์ นายแพทย์ ดร.นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล	สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงปัทมา ทองดี	สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงพรทิพย์ นิ่มขุนทด	สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัธคพัชพ รัตนพิทูลย์	สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทันตแพทย์ ดร.ไพบูลย์ จิตประเสริฐวงศ์	สำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
8. อาจารย์ ทันตแพทย์ณัฐพล ถินสถิตย์	สำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
9. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.หนึ่งหทัย ขอผลกลาง	สำนักวิชาศาสตร์และศิลป์ดิจิทัล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
10. อาจารย์ ดร.พิชญสินี กิจวัฒนาถาวร	สำนักวิชาศาสตร์และศิลป์ดิจิทัล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
11. อาจารย์ ดร.จินตนา ตาปิน	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
12. อาจารย์ ดร.ลักขณา ไชยนอก	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
13. อาจารย์ ดร.สมชาย ชัยจันทร์	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
14. อาจารย์ ดร.สุหทัย โตสังวาลย์	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
15. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เกียรติศักดิ์ บัตรสูงเนิน	สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
16. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิศมัย หอมจำปา	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
17. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อำภา คนซื่อ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
18. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เมรีรัตน์ มั่นวงศ์	วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

19. รองศาสตราจารย์ ดร.เภสัชกรพุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
20. รองศาสตราจารย์ ดร.ธนิดา ผาติเสนะ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
21. รองศาสตราจารย์ ดร.อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
22. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธวัชชัย เอกสันติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
23. อาจารย์ ดร.ฐิติมา ระย้าเพ็ชร คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
24. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. มะลิ โพธิพิมพ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
25. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วลัญช์ชยา เขตบำรุง คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
26. อาจารย์ ดร.วรารัตน์ สังวะลี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
27. อาจารย์ ดร.จุน หน่อแก้ว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
28. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธณกร ปัญญาใสโสภณ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร
29. อาจารย์ ดร.แจ่มจันทร์ เทศสิงห์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
30. อาจารย์ ดร.วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนะ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา
31. อาจารย์ ดร.อติพร สำราญบัว วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา
32. อาจารย์ ดร.ไตรมาศ พูลผล ศูนย์ SMEs ครบวงจรจังหวัดปทุมธานี สำนักงานส่งเสริมวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม
33. อาจารย์ ดร.วีระพล วงษ์ประพันธ์ ข้าราชการบำนาญ
34. อาจารย์ ดร.ปณิธาน สนพะเนา สำนักงานสาธารณสุข อำเภอเมืองนครราชสีมา
35. อาจารย์ ดร.ธีระชัย พบหิรัญ โรงพยาบาลปากช่องนานา
36. อาจารย์ ดร. ศิวะยุทธ์ สิงห์ปรุ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
37. อาจารย์ ดร.ก้อง เค็มกระโทก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
38. อาจารย์ ดร.ภัษภิษิจฐ์ พลศรีประดิษฐ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
39. อาจารย์ ดร.สิรินทรา ฟูตรกูล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
40. อาจารย์ ดร.ธนันรักษ์ วัชราธร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
41. อาจารย์จักรกฤษณ์ ศรีสุวรรณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา