



วารสาร

สารานุกรมสุขและสุขภาพศึกษา

Thai Journal of Public Health and Health Education

ฉบับที่ 2 ปีที่ 3 พฤษภาคม - สิงหาคม 2566
ISSN 2773-9007 (Online)



วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
<https://scphub.ac.th>





วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา (Thai Journal of Public Health and Health Education)

นโยบายและขอบเขตการตีพิมพ์

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษาเป็นวารสารรับตีพิมพ์บทความทางวิชาการ และบทความวิจัยด้านการแพทย์ ด้านการสาธารณสุข ด้านการพยาบาล ด้านสุขภาพศึกษา ด้านสหวิทยาการพฤติกรรมสุขภาพ และด้านสหวิทยาการวิทยาศาสตร์สุขภาพและนวัตกรรม

กระบวนการพิจารณาบทความ

บทความทุกบทความจะต้องผ่านการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญอย่างน้อย 3 ท่านแบบผู้ทรงคุณวุฒิและผู้แต่งไม่ทราบชื่อกันและกัน (double-blind review)

ประเภทของบทความ

บทความวิจัย (Research Article)

บทความวิชาการ (Academic Article)

บทความปริทัศน์ (Review Article)

กำหนดการเผยแพร่ กำหนดการตีพิมพ์ปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

ติดต่อกองบรรณาธิการ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี 187 หมู่ 3 ถนนสถลมารค ตำบลเมืองศรีไค
อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190

โทรศัพท์มือถือ : 08-1389-9146 , 09-4520-9823 , 045-2102709 ต่อ 251

คณะกรรมการวารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา

บรรณาธิการวารสาร

ดร.ภคิน ไชยช่วย

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

รองบรรณาธิการ

อาจารย์แก้วใจ มาลีสัย

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

บรรณาธิการที่ปรึกษา

ดร.นิธิศ ธานี

ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

รองศาสตราจารย์ ดร.บุญชม ศรีสะอาด

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ พรหมสัตยพรต

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รองศาสตราจารย์ ดร.จำลอง วงษ์ประเสริฐ

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

นายแพทย์สุรพร ลอยหา

มหาวิทยาลัยมหิดล

กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์

มหาวิทยาลัยทักษิณ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ วารเดช

มหาวิทยาลัยทักษิณ

รองศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์

มหาวิทยาลัยนเรศวร

รองศาสตราจารย์ ดร.อาจันต์ สงทับ

มหาวิทยาลัยนเรศวร

รองศาสตราจารย์ ดร.ภาวนา พนมเขต

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารี บุตรสอน

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปวีณา ลิ้มปทีปการ

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ดร.อรุณ บุญสร้าง

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทันตแพทย์หญิงรัชฎา ฉายจิต

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิสากร ชีวะเกตุ

มหาวิทยาลัยบูรพา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุดา หันกลาง

มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

ดร.ภูเบศ แสงสว่าง

มหาวิทยาลัยมหิดล

ดร.นพวรรณ พินิจจรเดช

มหาวิทยาลัยมหิดล

ดร.สินีนาด แต่เจริญกุล

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ดร.มณฑิรา จันทวารีย์

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

ดร.กชพงศ์ สารการ

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

กองบรรณาธิการ

ดร.ปาริชาติ นันทราช

ดร.นุสรา ประเสริฐศรี

ดร.พงศ์พิษณุ บุญตา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรศักดิ์ พาจันทร

ดร.สุพัฒน์ อาสนะ

ดร.ปริญญา จิตอร่าม

ดร.สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พยงค์ เทพอักษร

ดร.อุไรวรรณ ศิริธรรมพันธ์

ดร.สฤณี ผาอาจ

ดร.อุบลทิพย์ ไชยแสง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เบญจวรรณ พูนธนานิวัฒน์กุล

ดร.สรรพพร วิรัตน์โกคิน

ดร.วรัญญา อรุโณทยานันท์

ดร.ณอมศักดิ์ บุญสุ

ดร.เกศินี หาญจรัสสิทธิ์

ดร.รัชชวิญญ์ เชื้อลี

ดร.กั้งแก้ว มาพงษ์

ดร.ปณิตา ครองยุทธ

ดร.ปิยะณัฐ์ จันทวารีย์

ดร.นฤมล กั้งแก้ว

ดร.ศุภชัย ยานะเรือง

อาจารย์อนุสรณ์ บุญทรง

ดร.จามรี เชื้อชัย

นายสมบัติ ชัดโพธิ์

นายไมตรี แก้วมงคล

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาอุบลราชธานี

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ

ฝ่ายสนับสนุนวารสาร

อาจารย์ศตายุ ผลแก้ว

นางสีมร โกสีย์บุตร

นายศรเพชร ไตรศรี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

บทบรรณาธิการ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ฉบับนี้เป็นฉบับที่ 2 ของปีที่ 3 ที่วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ได้จัดทำขึ้นในรูปแบบ Online มีกำหนดตีพิมพ์ปีละ 3 ฉบับ โดยมุ่งเน้นในด้านการวิชาการ ด้านการแพทย์ ด้านการสาธารณสุข ด้านการพยาบาล ด้านสุขภาพศึกษา ด้านสหวิทยาการพฤติกรรมสุขภาพ และด้านสหวิทยาการวิทยาศาสตร์สุขภาพและนวัตกรรม

กระบวนการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิปีที่ 1 ฉบับที่ 1 และ 2 มีผู้ทรงคุณวุฒิประเมินและให้คำชี้แนะในการปรับปรุงบทความเรื่องละ 2 ท่าน

เพื่อให้วารสารทันสมัย ทันเหตุการณ์ ตามประกาศ ก.พ.อ. เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการพิจารณาแต่งตั้งบุคคลให้ดำรงตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ รองศาสตราจารย์ และศาสตราจารย์ (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2564 ประกาศ ณ วันที่ 26 เมษายน 2564 ใจความสำคัญ คือ “ผลงานทางวิชาการต้องได้รับการเผยแพร่ในวารสารวิชาการระดับชาติ ซึ่งวารสารวิชาการระดับชาติต้องเป็นวารสารวิชาการที่มีคุณภาพและเป็นที่ยอมรับในวงวิชาการในสาขาวิชานั้น ๆ หรือสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง โดยวารสารวิชาการนั้นต้องมีการตีพิมพ์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 ปี และมีการตรวจสอบคุณภาพของบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบบทความ (peer reviewer) ซึ่งเป็นบุคคลภายนอกจากหลากหลายสถาบัน อย่างน้อย 3 คน ทั้งนี้วารสารวิชาการนั้นอาจเผยแพร่เป็นรูปเล่มสิ่งพิมพ์ หรือเป็นสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ที่มีกำหนดการเผยแพร่อย่างแน่นอนชัดเจน”

ดังนั้น วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษาตั้งแต่ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 เป็นต้นไป จะมีข้อกำหนดในการตรวจสอบคุณภาพของบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบบทความ (peer reviewer) ซึ่งเป็นบุคคลภายนอกจากหลากหลายสถาบัน อย่างน้อย 3 คน จึงเรียนมาเพื่อทราบ

บรรณาธิการ

สารบัญ

บทความวิจัย

หน้า

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลกุดชุมภู อำเภอบึงสามพัน จังหวัดอุบลราชธานี กฤษฎา เจริญรัตน์.....	1
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านในพื้นที่เทศบาลตำบลวิชิต อำเภอมะนัง จังหวัดน่าน วิระดา เลื่อนมาก และประภาพร สุวรรณ.....	14
ผลการรักษานิวโมไ โดยการใช้ส่งกลองทางเดินปัสสาวะในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม นิศวรร ศิริบูรณ์พัฒนา.....	32
การพัฒนารูปแบบการจัดการธนาคารขยะในชุมชน กรณีศึกษา ตำบลแก้ง อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี บุญมี เลิศฉันท.....	41
การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี ทณงค์ศักดิ์ หลีกเขต.....	62

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลกุดชุมภู อำเภอฟินลุ่มงาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

กฤษฎา เจริญรัตน์

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดชุมภู อำเภอฟินลุ่มงาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

(วันที่รับบทความ: 24 มีนาคม 2566 ; วันที่แก้ไข: 21 พฤษภาคม 2566 ; วันที่ตอบรับ: 23 พฤษภาคม 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ในการดูแลตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลกุดชุมภู อำเภอฟินลุ่มงาหาร จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 156 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ Alpha Cronbach's coefficient เท่ากับ 0.855 และ 0.774 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Pearson's correlation

ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.74 อายุ 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ 51.28 สถานภาพสมรส ร้อยละ 72.43 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 59.61 อาชีพส่วนใหญ่รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 34.61 ระยะเวลาป่วย 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 61.53 มีความรู้ทางด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.17 S.D. = .345) พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมมีการปฏิบัติเป็นประจำ ($\bar{X}$ = 4.54 S.D. = 3.11) และพบว่า ความรู้ทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน (r = .398) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value < .05)

จากผลวิจัยสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และนำไปเป็นแนวทางในการปรับปรุงระบบบริการผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลกุดชุมภู อำเภอฟินลุ่มงาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ผู้ป่วยเบาหวาน

Association between Health literacy and Self-care Behaviors among Diabetic Patients in Kutchomphu Subdistrict, Phibun Mangsahan District, Ubon Ratchathani Province

Kritsada Charoenruen

Kutchomphu Health Promoting Hospital, Phibun Mangsahan District, Ubon Ratchathani Province

Abstract

This descriptive research aimed to study health literacy, self-care behaviors, and examine the association between health literacy and self-care behaviors among Type 2 diabetic patients in Kutchomphu Subdistrict, Phibun Mangsahan District, Ubon Ratchathani Province. The samples were 154 diabetic patients which randomly selected from Kutchomphu Sub-district. The data were collected by using questionnaires which a researcher had developed to collect health literacy and self-care behaviors. The Cronbach's Alpha coefficient of health literacy was 0.855 and self-care behaviors was 0.744 respectively. The data were analyzed by statistics, namely frequency, percentage, mean and standard deviation. The relationships between health literacy and self-care behaviors diabetic patient were examined by using Pearson Correlation Coefficient.

The results found that most of samples were female (64.74 %), aged 61 years and over (51.28%), married status (72.43%), completed secondary school (59.61%). Most of them were general employees (34.61%), and most of patient's illness 5 years or more (61.53%). The overall health literacy was found in a high level (mean = 4.17 S.D. $\pm$.345). The overall Self-care behaviors was found in regularly practice (mean = 4.54 S.D. $\pm$ 3.11). In addition, health literacy was positively associated with self-care behaviors diabetic patient ($r = .398$, $p < .05$)

The results of the research can be used as a guideline for improving the health literacy of diabetic patients. Promote self-care behavior of diabetic patients and used as a guideline for improving the diabetic patient service system in Kut Chom Phu Subdistrict, Phibun Mangsahan District Ubon Ratchathani Province

Keywords: health literacy, self-care behavior, Type 2 diabetic patient

***Corresponding author :** Kritsada.k4569@gmail.com, โทร : 099-4674569

บทนำ

สถานการณ์โรคเบาหวาน จังหวัดอุบลราชธานี ตั้งแต่ปี 2558 - 2564 ยังคงมีอัตราความชุกต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้น โดยอัตราความชุกโรคเบาหวานต่อแสนประชากร เท่ากับ 4,814.29, 4,649.17, 4,771.21 และ 4,869.93 ตามลำดับ กลุ่มเสี่ยงเบาหวานจากปี 2559 จำนวน 41,215 ราย ป่วยเป็นเบาหวานรายใหม่ในปี 2560 จำนวน 869 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.11 สำหรับในปี 2561 มีกลุ่มเสี่ยงเบาหวานจากปีที่ผ่านมา จำนวน 40,187 ราย ป่วยเป็นเบาหวานรายใหม่จำนวน 523 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.30 ข้อมูลจากฐานข้อมูล HDC ณ วันที่ 10 มิถุนายน 2564 พบว่า จังหวัดอุบลราชธานี มีผลการคัดกรองเบาหวานในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ร้อยละ 93.44 กลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรองในปีที่ผ่านมา ได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำ ร้อยละ 94.30 ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจน้ำตาลสะสมในเลือด ร้อยละ 60.67 ผลการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ 29.02 จากข้อมูลผลการดำเนินงานพบว่า ทุกอำเภอในจังหวัดอุบลราชธานี มีการดำเนินงานคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 90 ของประชาชนในพื้นที่ เมื่อพิจารณาอัตราผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงในปีที่ผ่านมา 3 อันดับแรกพบว่า มีอัตราผู้ป่วยสูงที่สุดที่อำเภอพิบูลมังสาหาร ร้อยละ 4.23 อำเภอทุ่งศรีอุดม ร้อยละ 3.46 และอำเภอสิริรินทร์ ร้อยละ 3.14 (แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัดปีงบประมาณ พ.ศ. 2564)

จากสภาพปัญหาและข้อมูลที่ได้ศึกษามาในเบื้องต้น พบว่า ในพื้นที่ตำบลกุดชุมภู มีอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานสูง และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานมาที่มารับบริการการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวานปีในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 201 ราย ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 257 ราย และจากข้อมูลเบื้องต้นของตำบลกุดชุมภู พบว่า ปี พ.ศ.2564 ผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมีจำนวน 106 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.73 ของผู้ป่วยทั้งหมด ได้มีการให้บริการเยี่ยมบ้านและติดตามผู้ป่วยพร้อมกับให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพตนเอง แต่ยังไม่มีการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองมาก่อน

จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานตำบลกุดชุมภู อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาเป็นแนวทางในการวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวานให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง และจะช่วยป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานได้อย่างเหมาะสม เน้นให้ทางคลินิกโรคเบาหวานให้ความสำคัญในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยมากขึ้น และแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อลดอัตราความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานและเพื่อลดผลกระทบต่อสุขภาพทำให้ประชาชนสามารถเพิ่มความสามารถในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเองมากยิ่งขึ้น อีกทั้งมีความรู้ความเข้าใจและปฏิบัติตนที่ถูกต้องและเหมาะสมได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

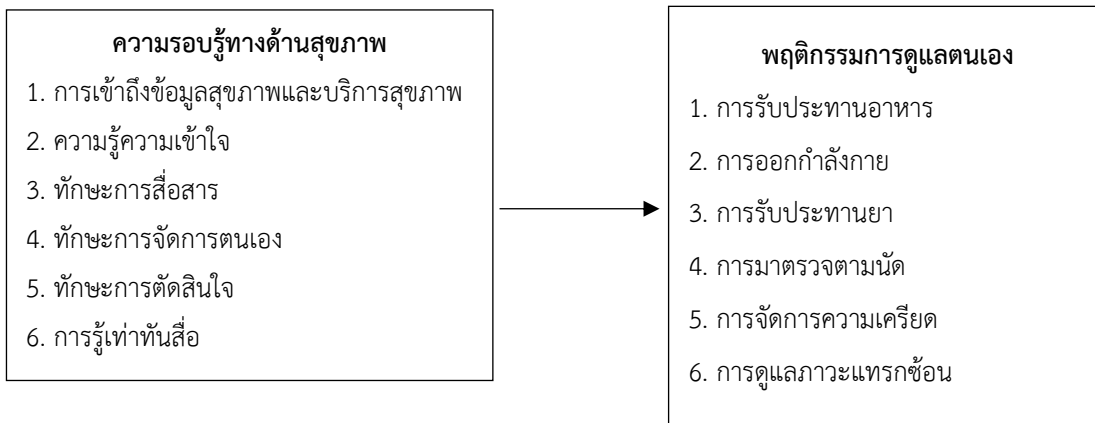
1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลกุดชุมภู อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลกุดชุมภู อำเภอบึงสามพัน จังหวัดอุบลราชธานี

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลกุดชุมภู อำเภอบึงสามพัน จังหวัดอุบลราชธานีอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้ทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพ นำมาเป็นทฤษฎีหลักในการวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน รายดังนี้



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยดำเนินการวิจัยในพื้นที่ตำบลกุดชุมภู อำเภอบึงสามพัน จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างเดือน มิถุนายน - กันยายน 2565

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การวิจัย (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มีชื่อขึ้นทะเบียนรับยาที่ รพ.สต.กุดชุมภู ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย
3. ยินดีเข้าร่วมในการศึกษา

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) ดังนี้

1. ไม่ยินดีเข้าร่วมในการศึกษา
2. ไม่สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชากร คือ ผู้ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด ในเขตพื้นที่ตำบลกุดชุมภู อำเภอบึงสามพัน จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 257 ราย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดชุมภู, 2565)
กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้วิจัยใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ของ Taro Yamane จากสูตร

$$n = \frac{N}{1+Ne^2}$$

แทนค่า

$$n = \frac{257}{1+(257)(0.05)^2}$$

$$n = 156$$

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 156 คน และผู้วิจัยได้ทำการสุ่มตัวอย่างแบบ หลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) ตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) โดยแบ่งประชากรจำแนกตามหมู่บ้าน

หมู่บ้าน	ผู้ป่วย เบาหวาน(คน)	สัดส่วนกลุ่ม ตัวอย่าง(คน)	หมู่บ้าน	ผู้ป่วยเบาหวาน (คน)	สัดส่วนกลุ่ม ตัวอย่าง(คน)
หมู่ 1	18	10	หมู่ 11	7	8
หมู่ 2	12	8	หมู่ 12	12	8
หมู่ 3	13	8	หมู่ 13	16	8
หมู่ 4	19	12	หมู่ 14	12	8
หมู่ 5	11	8	หมู่ 15	7	5
หมู่ 6	32	12	หมู่ 16	2	2
หมู่ 7	16	10	หมู่ 17	15	8
หมู่ 8	10	8	หมู่ 18	9	5
หมู่ 9	26	12	หมู่ 19	10	8
หมู่ 10	10	8	รวม	257	156

ขั้นตอนที่ 2 เมื่อได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้าน ให้ดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยจับสลากรายชื่อผู้ป่วยในแต่ละหมู่บ้านตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง (ประชากรมีโอกาสจะถูกเลือกเท่า ๆ กัน)

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังต่อไปนี้
ตอนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) มีข้อความจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาที่ป่วย

ตอนที่ 2 ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อ มีลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับตัวเลือกของ Likert (1932) โดยกำหนดน้ำหนักคะแนนและระดับความสำคัญแต่ละตัวเลือก โดยมีระดับความสำคัญทั้งหมด 5 ระดับ ดังนี้

ระดับสูงสุด	เท่ากับ 5 คะแนน
ระดับสูง	เท่ากับ 4 คะแนน
ระดับปานกลาง	เท่ากับ 3 คะแนน
ระดับน้อย	เท่ากับ 2 คะแนน
ระดับน้อยที่สุด	เท่ากับ 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมาย

การวิเคราะห์ระดับความสำคัญโดยกำหนดการใช้น้ำหนักแปลความหมายของข้อมูล ใช้เกณฑ์การแปลความหมายค่าเฉลี่ยให้สูตร Best (1989)

$$\text{ระดับค่าเฉลี่ย} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

จากการวิจัยในครั้งนี้แบ่งเป็นจำนวนชั้นระดับความสำคัญเป็น 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 5 คะแนน ต่ำที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

$$\text{แทนค่า} = \frac{5 - 1}{5}$$

$$\text{แทนค่า} = 80$$

ผลการแบ่งคะแนนเพื่อแปลความหมายตามค่าเฉลี่ย คือ

ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00	หมายถึง อยู่ในระดับมากที่สุด
ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20	หมายถึง อยู่ในระดับมาก
ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40	หมายถึง อยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60	หมายถึง อยู่ในระดับน้อย
ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.80	หมายถึง อยู่ในระดับน้อยที่สุด

ตอนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเอง ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด การจัดการความเครียด และการดูแลภาวะแทรกซ้อน มีลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับตัวเลือกของ Likert (1932) โดยกำหนดน้ำหนักคะแนนและระดับความสำคัญแต่ละตัวเลือก โดยมีระดับความสำคัญทั้งหมด 5 ระดับ ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	เท่ากับ 5 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	เท่ากับ 4 คะแนน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	เท่ากับ 3 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	เท่ากับ 2 คะแนน
ไม่เคย	เท่ากับ 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมาย

การวิเคราะห์ระดับความสำคัญโดยกำหนดการใช้น้ำหนักแปลความหมายของข้อมูล ใช้เกณฑ์การแปลความหมายค่าเฉลี่ยให้สูตร Best (1932)

$$\text{ระดับค่าเฉลี่ย} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

จากการศึกษาในครั้งนี้แบ่งเป็นจำนวนชั้นระดับความสำคัญเป็น 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 5 คะแนน ต่ำที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

$$\text{แทนค่า} = \frac{5 - 1}{5}$$

$$\text{แทนค่า} = 80$$

ผลการแบ่งคะแนนเพื่อแปลความหมายตามค่าเฉลี่ย คือ

ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00	หมายถึง ระดับปฏิบัติเป็นประจำ
ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20	หมายถึง ระดับปฏิบัติบ่อยครั้ง
ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40	หมายถึง ระดับปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง
ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60	หมายถึง ระดับปฏิบัติบางครั้ง
ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.80	หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) รายข้อ ระหว่าง 0.67 – 1.00

2. ตรวจสอบความเชื่อมั่นของข้อมูล (Reliability) โดยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไปทดลองใช้ (Try Out) ในผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีคุณลักษณะทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และ พฤติกรรมสุขภาพ ที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha Coefficient) ของ Cronbach (1984) พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของแบบสอบถาม ความรอบรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ .855 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเท่ากับ .774 ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ (Institute for Digital Research and Education, 2021)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการพิจารณาทางจริยธรรมโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดอุบลราชธานี ตามเอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่ SSJ.UB 2566-014 วันที่รับรอง 2 มีนาคม พ.ศ.2566

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล รายละเอียดตามขั้นตอน ดังนี้

1. นำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้วิจัย เสนอต่อ สาธารณสุขอำเภอพิบูลมังสาหาร และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดชุมภู เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่
2. ประสานงานกับ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจนเป็นที่เข้าใจ แล้วกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย
4. นำแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และนำเสนอผลในลักษณะการบรรยาย และพรรณนาวิเคราะห์
3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้วิธีการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Correlations Analysis)

- 3.1 เมื่อค่า r มีค่าเป็นบวก แสดงว่าตัวแปรทั้ง 2 มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน
- 3.2 เมื่อค่า r มีค่าเป็น 0 แสดงว่าตัวแปรทั้ง 2 ไม่มีความสัมพันธ์กันเลย
- 3.3 เมื่อค่า r มีค่าเป็นลบ แสดงว่าตัวแปรทั้ง 2 มีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้าม

การแปลผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r) แปลความหมายดังนี้

- 0.10-0.19 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก
- 0.20-0.39 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
- 0.40-0.59 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
- 0.60-0.79 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับสูง
- 0.80-1.00 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 แสดงค่าจำนวนและร้อยละ คุณลักษณะทางประชากร ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลกุดชุมภู อำเภอฟิบล่มงสาร จังหวัดอุบลราชธานี

ปัจจัยส่วนบุคคล (มากที่สุด)	จำนวน (คน) $n = 156$	ร้อยละ
เพศ หญิง	101	64.74
อายุ 61 ปีขึ้นไป	80	51.28
สถานภาพ สมรส	113	72.43
การศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย	93	59.61
อาชีพ รับจ้างทั่วไป	54	34.61
ระยะเวลาที่ป่วย 5 ปีขึ้นไป	96	61.53

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีคุณลักษณะทางประชากร ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.74 อายุ 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ 51.28 สถานภาพสมรส สมรส ร้อยละ 72.43 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 59.61 อาชีพส่วนใหญ่เป็นรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 34.61 ระยะเวลาที่ป่วย 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 61.53

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลกุดชุมภู อำเภอฟิบล่มงสาร จังหวัดอุบลราชธานี

ความรู้ทางด้านสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความรู้
1. ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	3.27	.863	ปานกลาง
2. ด้านความรู้ความเข้าใจ	4.60	.521	มากที่สุด
3. ด้านทักษะการสื่อสาร	4.13	.551	มาก
4. ด้านทักษะการจัดการตนเอง	4.45	.536	มากที่สุด

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลกุดชุมภู อำเภอฟิบุลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี (ต่อ)

ความรู้ทางด้านสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความรู้
5. ด้านทักษะการตัดสินใจ	4.50	.508	มากที่สุด
6. ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	4.09	.589	มาก
รวม	4.17	.345	มาก

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีความรู้ทางด้านสุขภาพ โดยรวม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.17 อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านความรู้ความเข้าใจ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.60 อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมา คือ ด้านทักษะการตัดสินใจ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.50 อยู่ในระดับมากที่สุด ถัดมา คือ ด้านทักษะการจัดการตนเอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.45 อยู่ในระดับมากที่สุด ต่อมา คือ ด้านทักษะการสื่อสาร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.13 อยู่ในระดับมาก และ ด้านการรู้เท่าทันสื่อ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.09 อยู่ในระดับมาก และต่ำที่สุด คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.27 อยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลกุดชุมภู อำเภอฟิบุลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	$\bar{X}$	S.D.	ระดับปฏิบัติ
1. ด้านการรับประทานอาหาร	4.67	.447	เป็นประจำ
2. ด้านการออกกำลังกาย	4.46	.604	เป็นประจำ
3. ด้านการรับประทานยา	4.22	.788	เป็นประจำ
4. ด้านการมาตรวจตามนัด	4.67	.506	เป็นประจำ
5. ด้านการจัดการความเครียด	4.62	.481	เป็นประจำ
6. ด้านการดูแลภาวะแทรกซ้อน	4.60	.505	เป็นประจำ
รวม	4.54	.311	เป็นประจำ

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยรวม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.54 มีการปฏิบัติเป็นประจำ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการมาตรวจตามนัด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.67 มีการปฏิบัติเป็นประจำ รองลงมา คือ ด้านการจัดการความเครียด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.62 มีการปฏิบัติเป็นประจำ ถัดมา คือ ด้านการดูแลภาวะแทรกซ้อน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.60 มีการปฏิบัติเป็นประจำ ต่อมา คือ ด้านการออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.46 มีการปฏิบัติเป็นประจำ และต่ำที่สุด คือ ด้านการรับประทานยา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.22 มีการปฏิบัติเป็นประจำ ตามลำดับ

ตารางที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ทางด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลกุดชุมภู อำเภอฟิบุลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	r	Sig	แปลผล
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	.156	.012	มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก
ด้านความรู้ความเข้าใจ	.180	.003	มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก
ด้านทักษะการสื่อสาร	.285	.000	มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ
ด้านทักษะการจัดการตนเอง	.317	.000	มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ
ด้านทักษะการตัดสินใจ	.252	.000	มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ
ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	.240	.000	มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ
รวม	.398	.000	มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง

จากตารางที่ 4 จากผลการวิจัยพบว่าความรอบรู้ทางด้านสุขภาพโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวก หมายถึง เมื่อมีความรอบรู้มาก พฤติกรรมการดูแลตนเองจะดีมากตามไปด้วย ซึ่งในภาพรวมมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ($r=.398, p < .05$) เมื่อพิจารณารายด้าน ด้านทักษะการจัดการตนเองมีค่าความสัมพันธ์มากที่สุดกว่าทุกด้าน ($r=.317, p < .05$) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์น้อยที่สุด ($r=.156, p < .05$)

อภิปรายผล

1. ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยพบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก ผลการวิจัยครั้งนี้ ไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยของ กิตติษฐา โพธิ์ละเตา (2563) ที่ทำการวิจัยในพื้นที่เขตเมืองและเขตชนบทของอำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยของ มนตรี นรสิงห์ และสุทธิพันธ์ ฅนอมพันธ์ (2562) ที่ทำวิจัยที่โรงพยาบาลนครพิงค์ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการเป็นนักศึกษาในต่างพื้นที่กันนโยบายด้านการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานของจังหวัดอุบลราชธานีอาจแตกต่างจากของจังหวัดอุดรธานี ผลการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับปานกลาง คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ อาจเป็นเพราะผู้ป่วยเบาหวานยังได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับข้อมูลและบริการสุขภาพไม่เพียงพอ

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า โดยรวมมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยมีการปฏิบัติเป็นประจำ หรือระดับดีมาก เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานมีความตระหนักและเห็นความสำคัญของการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน สอดคล้องกับผลการวิจัยของ มนตรี นรสิงห์ และ สุทธิพันธ์ ฅนอมพันธ์ (2562) ที่ได้ทำการวิจัยที่โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองส่วนอยู่ในระดับดี แต่ไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยของ เนตรนภา กาบมณี (2564) ที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

เบาหวาน ตำบลโนนสูง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี อยู่ในระดับต่ำ ที่เป็นเช่นนี้เพราะนโยบายการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแตกต่างกันในแต่ละจังหวัด

3. จากผลการวิจัยพบว่าความรอบรู้ทางด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ($r=.398, p < .05$) นั้นหมายถึง เมื่อมีความรอบรู้มาก พฤติกรรมการดูแลตนเองจะดีมากขึ้นไปด้วย ไม่ว่าจะเป็นในด้านของการออกกำลังกาย การรับประทานยา การไปตรวจสุขภาพตามที่หมอนัด หรือการที่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยก็ยังสามารถมีวิธีในการรับมือกับปัญหา และดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ จิราภรณ์ อริยสิทธิ์ (2564) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับรู้พฤติกรรมการดูแลตนเอง และสอดคล้องกับงานวิจัยของ มนตรี นรสิงห์ และสุทธิพันธ์ ฅนอมพันธ์ (2562) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือความดันโลหิต กรณีศึกษาโรงพยาบาลนครพิงค์ เนื่องจากผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ จะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลายเข้าใจและสามารถเลือกข้อมูลเพื่อดูแลตนเองได้เหมาะสม สอดคล้องกับงานวิจัยของแสงเดือน กิ่งแก้ว และ นุสรุ ประเสริฐศรี (2558) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.462; p = < 0.01$)

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. จังหวัดอุดรธาธานีควรสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานและกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพให้มากยิ่งขึ้น เพื่อประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ
2. ควรทำการศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างละเอียดในกลุ่มอื่นที่มีบริบทแตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้เพื่อขยายองค์ความรู้

เอกสารอ้างอิง

- กิตินิษฐา โพธิ์ละเดา และคณะ. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเมืองและเขตชนบท อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น*. 2(1), 22-39.
- จิราภรณ์ อริยสิทธิ์. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3*. 8(2), 142-155.
- เนตรนภา กาบมณี และคณะ. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลโนนสูง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารโรงพยาบาลจังหวัดสกลนคร*. 24(1), 23-33.
- มนตรี นรสิงห์ และสุทธิพันธ์ ฅนอมพันธ์. (2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือหรือความดันโลหิต กรณีศึกษาโรงพยาบาลนครพิงค์. *วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์*. 10(1), 35-49.
- ภมร ตรุณ และประกันชัย ไกรรัตน์. (2562). ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ. *วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*. 15(3), 71-82.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดชุมภู. (2565). *แฟ้มเอกสารบันทึกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง*.
- วรรณรัตน์ รัตนวรงค์. (2562). ความฉลาดทางสุขภาพด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดชัยนาท. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*. 24(2), 34-51.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพิบูลมังสาหาร. (2565). *แฟ้มข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี 2565*.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. (2565). *คลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC)*.
<http://zone1.phoubon.in.th/hdc/main/index.php>
- แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี. ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข* 2558. 25(3), 43-5.
- Cronbach, L.J. (1984). *Essential of Psychological Testing*. Harper & Row.
<http://stats.idre.ucla.edu/spss/faq/what-does-cronbach's-alpha-mean/>

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่เทศบาลตำบลวิจิตร อำเภอเมืองภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต

วิระดา เสือมาก* และประภาเพ็ญ สุวรรณ

มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

(วันที่รับบทความ : 11 มิถุนายน 2566 ; วันที่แก้ไข : 23 มิถุนายน 2566 ; วันที่ตอบรับ : 30 มิถุนายน 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่เทศบาลตำบลวิจิตร อำเภอเมืองภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 177 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนพฤษภาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Pearson's correlations analysis

ผลการศึกษาพบว่า 1) ระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.70 2) ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงาน โดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 70.60 3) ระดับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.80 และ 4) ปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ($r=0.405$) และปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ($r=0.444$) มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลวิจัยควรดำเนินการเพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการปฏิบัติงานให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และให้การสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ปัจจัย, การปฏิบัติงาน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Factors Related to Performance According of Roles and Duties of Village Health Volunteers in Vichit Subdistrict Municipality Area, Mueang Phuket District, Phuket Province.

Wirada Suamark* and Prapapen Suwan
Western University

Abstract

The objectives of this cross-sectional research were to study: 1) the performance according to roles and duties of village health volunteers, and 2) the relationship between performance, motivation, and social support the village health volunteers received. Of 177 people were recruited in study. The data collected during April Until May 2023 by using a questionnaire that was created by researchers. The statistics used were: frequency, percentage, mean, standard deviation and Pearson's correlation analysis.

The results found that: 1) the job motivation factor was found at moderate level (66.70%), 2) the samples received social support at a high level (70.60%), 3) the overall role performance was at a moderate level (50.80%), and 4) the factors related to job motivation ($r=0.405$) and social support ($r=0.444$) were found to relate significantly at the 0.05 level with the sampler's performance.

The results of the research supported that should enhance job motivation among the village health volunteers and social support provided for them continuously.

Keyword: Factors, performance, village health volunteers

***Corresponding author:** eenzy231@gmail.com, โทร: 090-1524997

บทนำ

การดำเนินงานด้านสาธารณสุขในประเทศไทย มุ่งเน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มาตรา 78 กำหนดให้รัฐต้องมีการกระจายอำนาจทางปกครองไปให้ท้องถิ่นเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน ปัจจุบันปัญหาด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะการติดต่อของโรคระบาดที่สำคัญ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พฤติกรรมเสี่ยงเชิงสุขภาพ ล้วนเป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญของประชาชน (กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น, 2560) ประเทศไทยได้นำการสาธารณสุขมูลฐานมาเป็นกลยุทธ์หลักในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชน เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน ส่งเสริมให้ประชาชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพ โดยมีเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นผู้ให้คำแนะนำ ชี้แนะ และสนับสนุน โดยใช้กลไกภาคประชาชน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไปสร้างให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน อันนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน และเป็นกำลังคนด้านสุขภาพที่สำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิได้ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2564)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นตัวแทนประชาชนผู้ที่มีจิตอาสา เสียสละ เข้าหลักในการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขมูลฐาน มีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของชุมชนอย่างเข้มแข็ง เข้ามามีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน นับเป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญ การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ล้วนต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจการปฏิบัติที่เป็นแบบอย่าง การประสานงานที่ดี ความอดทน และความทุ่มเทเสียสละต่อส่วนรวม ส่งผลให้การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในพื้นที่เทศบาลเป็นไปด้วยดี เป็นที่ยอมรับของคนในชุมชน และเจ้าหน้าที่ อย่างไรก็ตามการที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะสามารถปฏิบัติภารกิจตามบทบาทหน้าที่ของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลนั้นมีปัจจัยหลายด้านที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาทฤษฎีเกี่ยวกับปัจจัยการรับรู้บทบาทหน้าที่ ตามแนวคิดของ Allport (2009) ปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงานตามแนวคิดของ Herzberg (1959) และปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981) ที่ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพยิ่งขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลายปัจจัย เช่น แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า การศึกษาประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิตถ์ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก และแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน ภาพรวมอยู่ในระดับมากเช่นกัน (แพรวไหม ผดุงกลิ่น, 2564) และการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด-19 อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดสุโขทัย พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีแรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับสูง (สรุทธิ เจริญนัย, 2564) ซึ่งทำให้ปัจจัยดังกล่าวมีผลต่อการการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่เทศบาลตำบลวิชิตได้

เทศบาลตำบลวิชิต อำเภอเมืองภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต ได้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพของชุมชนอย่างต่อเนื่อง และทำงานโดยอาศัยความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ถึงแม้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้านจะไม่ได้อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบโดยตรงของเทศบาลก็ตาม ซึ่งจากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า ประชาชนในบางพื้นที่เทศบาลตำบลวิเชียร อำเภอมืองภูเก็จ จังหวัดภูเก็ต ไม่ค่อยรับรู้ถึงบทบาทหน้าที่ในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเท่าที่ควร เนื่องจากเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านบางคนยังขาดการปฏิสัมพันธ์กับประชาชน อีกทั้งการให้บริการสาธารณสุขมูลฐานต่าง ๆ จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังไม่ทั่วถึง ทำให้ประชาชนไม่ได้รับประโยชน์ด้านสาธารณสุขอย่างเต็มที่ รวมถึงสภาพความเจริญเติบโตของเศรษฐกิจและชุมชนที่ขยายเพิ่มมากขึ้นในปัจจุบันได้ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพต่าง ๆ เกิดขึ้นมากมาย ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะต้องมีการปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานใหม่ เพื่อให้การบริการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและทั่วถึง มุ่งสู่เป้าหมายการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า ทำให้ผู้วิจัยเห็นความสำคัญและจำเป็นที่จะต้องพัฒนาประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่เทศบาลตำบลวิเชียร เพื่อต้องการข้อมูลในการเตรียมการพัฒนาและยกระดับศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีคุณภาพในการให้บริการ และความรู้ที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการประเมินผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในด้านส่งเสริมสุขภาพ ด้านป้องกันและควบคุมโรค ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ และด้านการคุ้มครองผู้บริโภค

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่เทศบาลตำบลวิเชียร อำเภอมืองภูเก็จ จังหวัดภูเก็ต เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนในการพัฒนา และส่งเสริมการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

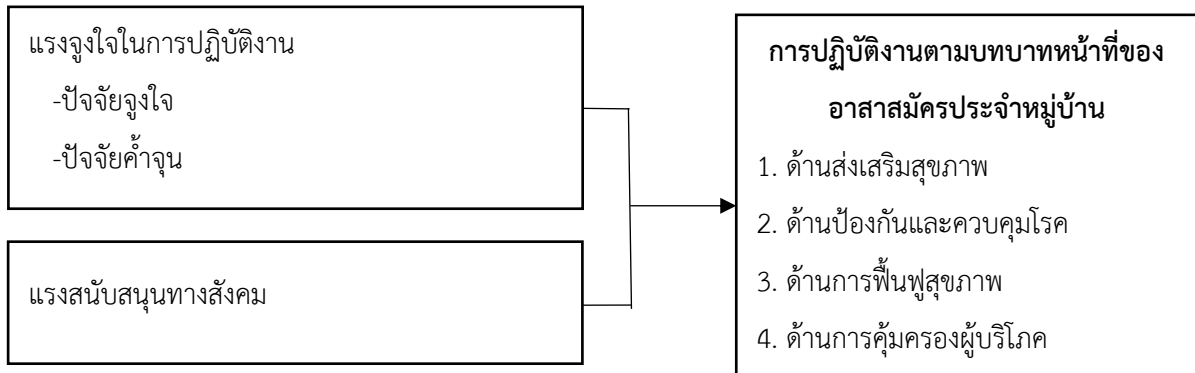
1. เพื่อศึกษาระดับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่เทศบาลตำบลวิเชียร อำเภอมืองภูเก็จ จังหวัดภูเก็ต
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่เทศบาลตำบลวิเชียร อำเภอมืองภูเก็จ จังหวัดภูเก็ต

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่เทศบาลตำบลวิเชียร อำเภอมืองภูเก็จ จังหวัดภูเก็ต

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะเกิดขึ้นได้ดีจากแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และแรงสนับสนุนทางสังคม ดังนั้นผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ ด้านส่งเสริมสุขภาพ ด้านป้องกันและควบคุมโรค ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ และด้านการคุ้มครองผู้บริโภค มาประยุกต์ใช้ในการวิจัยครั้งนี้



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบภาคตัดขวางเชิงพรรณนา (Cross-sectional Descriptive Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยดำเนินการวิจัยในพื้นที่เทศบาลตำบลวิเชียร อำเภอมะนัง จังหวัดน่าน ระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนมิถุนายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่เทศบาลตำบลวิเชียร อำเภอมะนัง จังหวัดน่าน ประจำปีงบประมาณ 2566 จำนวน 177 คน (กองสุขภาพภาคประชาชน, 2566) การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาจากประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งหมดในพื้นที่เทศบาลตำบลวิเชียร อำเภอมะนัง จังหวัดน่าน จำนวนทั้งสิ้น 177 คน

เครื่องมือการวิจัย

เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วยส่วนข้อคำถาม ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิด

2. ข้อมูลแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย ปัจจัยความสำเร็จในการปฏิบัติงาน เกี่ยวกับโอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งงาน และความรับผิดชอบ จำนวน 15 ข้อ และปัจจัยค่าจูงเกี่ยวกับเงินเดือนและค่าตอบแทน ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลในหน่วยงาน และด้านนโยบายและการบริหารงาน จำนวน 15 ข้อ โดยปรับปรุงข้อคำถามในงานวิจัยของ แพรวไหม ผดุงกลิ่น (2564) ซึ่งแบบสอบถามใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

5	หมายถึง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
4	หมายถึง	เห็นด้วย
3	หมายถึง	ไม่แน่ใจ
2	หมายถึง	ไม่เห็นด้วย
1	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เกณฑ์การประเมินแรงจูงใจในการปฏิบัติงานรายด้าน การแปลผลค่าร้อยละ โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของ John W. Best (1997) ที่กำหนดดังนี้

$$\text{อันดับภาค} = \frac{\text{ค่าพิสัย}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{\text{ค่าสูงสุด} - \text{ค่าต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{100 - 20}{3} \approx 27$$

เกณฑ์การแปลผลภาพรวมประยุกต์แนวความคิด John W. Best (1997) สามารถจัดได้ดังนี้

ช่วงคะแนน 21 – 25 คะแนน	มีแรงจูงใจ ระดับมาก
ช่วงคะแนน 13 – 20 คะแนน	มีแรงจูงใจ ระดับปานกลาง
ช่วงคะแนน 5 – 12 คะแนน	มีแรงจูงใจ ระดับน้อย

3. ข้อมูลแรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย ข้อคำถามด้านอารมณ์ ด้านการประเมินคุณค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร จำนวน 20 ข้อ โดยปรับปรุงข้อคำถามจากงานวิจัยของ ยุทธนา แยมคาย (2564) ซึ่งแบบสอบถามเป็นการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ตามเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

3	หมายถึง	เป็นประจำ
2	หมายถึง	เป็นบางครั้ง
1	หมายถึง	ไม่เคยได้รับ

เกณฑ์การประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงานรายด้าน การแปลผลค่าร้อยละ โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของ John W. Best (1997) ที่กำหนดดังนี้

$$\text{อันดับภาค} = \frac{\text{ค่าพิสัย}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{\text{ค่าสูงสุด} - \text{ค่าต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{100 - 20}{3} \approx 27$$

เกณฑ์การแปลผลภาพรวมประยুক্তแนวความคิด John W. Best (1997) สามารถจัดได้ดังนี้

ช่วงคะแนน 21 – 25 คะแนน	มีแรงจูงใจ ระดับมาก
ช่วงคะแนน 13 – 20 คะแนน	มีแรงจูงใจ ระดับปานกลาง
ช่วงคะแนน 5 – 12 คะแนน	มีแรงจูงใจ ระดับน้อย

4. ข้อมูลการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 20 ข้อ โดยประยุกต์ข้อคำถามจากงานวิจัยของ สหทัยา ถึงรัตน์ (2559) และกรมอนามัย (2560) ซึ่งแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ตามเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

4	หมายถึง	มีระดับการปฏิบัติมาก
3	หมายถึง	มีระดับการปฏิบัติค่อนข้างมาก
2	หมายถึง	มีระดับการปฏิบัติค่อนข้างน้อย
1	หมายถึง	มีระดับการปฏิบัติน้อย

เกณฑ์การประเมินการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรายด้าน การแปลผลค่าร้อยละ โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของ John W. Best (1997) ที่กำหนดดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{\text{ค่าพิสัย}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{\text{ค่าสูงสุด} - \text{ค่าต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{100 - 20}{3} \approx 27$$

เกณฑ์การแปลผลภาพรวมประยুক্তแนวความคิด John W. Best (1997) สามารถจัดได้ดังนี้

ช่วงคะแนน 21 – 25 คะแนน	มีแรงจูงใจ ระดับมาก
ช่วงคะแนน 13 – 20 คะแนน	มีแรงจูงใจ ระดับปานกลาง
ช่วงคะแนน 5 – 12 คะแนน	มีแรงจูงใจ ระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปหาความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา จำนวน 3 ท่าน โดยพิจารณาจากการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ซึ่งเป็นที่ยอมรับตามเกณฑ์

2. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา นำแบบสอบถามที่แก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญไปทดลอง (Try Out) กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่เทศบาลอำเภอเมืองภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยการคำนวณค่า Cronbach's alpha coefficient พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา ได้แก่ ปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน เท่ากับ 0.93 และปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยนำหนังสือขอความอนุเคราะห์จากคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น เพื่อไปเก็บรวบรวมข้อมูล เสนอต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดภูเก็ตสำหรับการเก็บข้อมูลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลวิชิต โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามพร้อมหนังสือขอความอนุเคราะห์ประสานงานกับประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลวิชิต เพื่อให้เป็นผู้ช่วยเก็บข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมทั้งแจ้งการนัดหมาย วัน เวลา ในการเข้าพบกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 9 หมู่ ในตำบลวิชิต โดยมีกำหนด 20 วัน ซึ่งผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นแนะนำตัว ชี้แจง วัตถุประสงค์ และขออนุญาตในการให้ตอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ จากนั้นแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองและรวบรวมแบบสอบถามคืนทันที เมื่อทำการเก็บข้อมูลครบ จำนวน 177 ชุด ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง แล้วจึงนำข้อมูลไปวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และแรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ใช้สถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่เทศบาลตำบลวิชิต อำเภอเมืองภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Correlations Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

ในวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ในการประชุมคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม เมื่อวันที่ 29 มีนาคม 2566 ตามรหัสโครงการเลขที่ HE-WTU 2566-0025 เอกสารการรับรองเลขที่ WTU 2566-0025

ผลการวิจัย

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (94.40) มีอายุระหว่าง 51-60 ปี (43.50) มีสถานภาพสมรสแล้ว (58.20) มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท (42.50) และระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระหว่าง 1-10 ปี (52.50) ตามลำดับ

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล (มากที่สุด)	จำนวน (n = 177)	ร้อยละ
เพศ หญิง	167	94.40
อายุ 51-60 ปี	77	43.50
สถานภาพสมรสแล้ว	103	58.20
รายได้ ต่ำกว่า 5,000 บาท	75	42.50
ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1-10 ปี	93	52.50

จากตารางที่ 2 พบว่า ระดับปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน โดยภาพรวม ร้อยละ 66.70 กลุ่มตัวอย่าง มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา คือ ระดับมาก (27.70) และระดับน้อย (5.60) ตามลำดับ

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานโดยรวม

ระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	จำนวน	ร้อยละ
มาก (21-25 คะแนน)	49	27.70
ปานกลาง (3-20 คะแนน)	118	66.70
น้อย (5-12 คะแนน)	10	5.60
รวม	177	100.00

จากตารางที่ 3 พบว่า ปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\mu=4.20 \pm .469$) ด้านที่มี ค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลในหน่วยงาน ($\mu=4.34 \pm .610$) รองลงมา ด้านความสำเร็จในการปฏิบัติงาน ($\mu=4.29 \pm .606$) ด้านความรับผิดชอบงาน ($\mu=4.29 \pm .597$) ด้านนโยบายและการบริหาร ($\mu=4.22 \pm .682$) ด้านโอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งงาน ($\mu=4.13 \pm .601$) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ ($\mu=3.92 \pm .746$) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำแนกรายด้าน

แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	μ	S.D	ระดับ
ด้านความสำเร็จในการปฏิบัติงาน	4.29	.606	มาก
ด้านโอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งงาน	4.13	.601	มาก
ด้านความรับผิดชอบงาน	4.29	.597	มาก
ด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ	3.92	.746	มาก
ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลในหน่วยงาน	4.34	.610	มาก
ด้านนโยบายและการบริหาร	4.22	.682	มาก
รวม	4.20	.469	มาก

จากตารางที่ 4 พบว่า ระดับปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงาน โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (70.60) รองลงมา คือ ระดับปานกลาง (28.80) และระดับน้อย (0.60) ตามลำดับ

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง แยกตามระดับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงาน

ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
มาก (21-25 คะแนน)	125	70.60
ปานกลาง (3-20 คะแนน)	51	28.80
น้อย (5-12 คะแนน)	1	0.60
รวม	177	100.00

จากตารางที่ 5 พบว่า ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงาน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\mu=2.70 \pm .472$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร ($\mu=2.74 \pm .350$) รองลงมา ด้านการประเมินคุณค่า ($\mu=2.65 \pm .386$) ด้านอารมณ์ ($\mu=2.64 \pm .390$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านทรัพยากร ($\mu=2.39 \pm .565$) ตามลำดับ

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง แยกตามแรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงาน จำแนกตามรายด้าน

แรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงาน	μ	S.D	ระดับ
ด้านอารมณ์	2.64	.390	ปานกลาง
ด้านการประเมินคุณค่า	2.65	.386	ปานกลาง
ด้านข้อมูลข่าวสาร	2.74	.350	ปานกลาง
ด้านทรัพยากร	2.39	.565	ปานกลาง
รวม	2.70	.472	ปานกลาง

จากตารางที่ 6 พบว่า ระดับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง (50.80) รองลงมา คือ ระดับมาก (44.60) และระดับน้อย (4.60) ตามลำดับ

ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแยกตามระดับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่โดยรวม

การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่	จำนวน	ร้อยละ
มาก (21-25 คะแนน)	79	44.60
ปานกลาง (3-20 คะแนน)	90	50.80
น้อย (5-12 คะแนน)	8	4.60
รวม	177	100.00

จากตารางที่ 7 พบว่า การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\mu=3.40 \pm .577$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การส่งเสริมสุขภาพ ($\mu=3.51 \pm .529$) รองลงมา การป้องกันและควบคุมโรค ($\mu=3.48 \pm .505$) การฟื้นฟูสุขภาพ ($\mu=3.27 \pm .619$) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การคุ้มครองผู้บริโภค ($\mu=3.09 \pm .773$) ตามลำดับ

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแยกตามระดับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่รายด้าน

การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่	μ	S.D	ระดับ
ด้านการส่งเสริมสุขภาพ	3.51	.529	มาก
ด้านการป้องกันและควบคุมโรค	3.48	.505	มาก
ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ	3.27	.619	ปานกลาง
ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค	3.09	.773	ปานกลาง
รวม	3.40	.577	มาก

จากตารางที่ 8 พบว่า ปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ได้แก่ ด้านความสำเร็จในการปฏิบัติงาน ด้านโอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งงาน ด้านความรับผิดชอบ ด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลในหน่วยงาน และด้านนโยบายและการบริหารงาน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และปัจจัยสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินคุณค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่เทศบาลตำบลวิจิตร อำเภอเมืองภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และปัจจัยสนับสนุนทางสังคมรายด้านและการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ปัจจัย	R	p-value	ความสัมพันธ์
ปัจจัยแรงจูงใจ	.405	<.000**	ปานกลาง
ด้านความสำเร็จในการปฏิบัติงาน	.332	<.000**	ต่ำ
ด้านโอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งงาน	.339	<.000**	ต่ำ
ด้านความรับผิดชอบ	.223	.002**	ต่ำ
ด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน	.245	.001**	ต่ำ
ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลในหน่วยงาน	.330	<.000**	ต่ำ
ด้านนโยบายและการบริหารงาน	.426	<.000**	ปานกลาง
ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม	.444	<.000**	ปานกลาง
ด้านอารมณ์	.457	<.000**	ปานกลาง
ด้านการประเมินคุณค่า	.501	<.000**	ปานกลาง
ด้านข้อมูลข่าวสาร	.414	<.000**	ปานกลาง
ด้านทรัพยากร	.349	<.000**	ต่ำ

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

อภิปรายผล

1. ผลการศึกษาระดับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และรายละเอียดของพฤติกรรมการปฏิบัติงานรายด้าน ดังนี้

1.1 ด้านการส่งเสริมสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับมาก แสดงว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้มีการกำหนดการดำเนินงานในชุมชน โดยหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการร่วมมือกับผู้นำชุมชนทำกิจกรรมรณรงค์ เช่น บ้านปลอดลูกน้ำ ยุงลาย เป็นต้น และมีการลงพื้นที่ในการพูดคุยแนะนำให้ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชน เพื่อให้ประชาชนได้เข้าใจและรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเองและครอบครัว ได้อย่างมีคุณภาพ พร้อมทั้งมีการป้องกันและรักษาได้ทันเวลา ทำให้สุขภาพของประชาชนในชุมชนดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศรายุทธ คชพงศ์ และธัญญา โรจนตระกูล (2564) ได้ทำการศึกษา การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก พบว่า การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก

1.2 ด้านการป้องกันและควบคุมโรค โดยรวมอยู่ในระดับมาก แสดงว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ทำหน้าที่ลงพื้นที่และให้ความช่วยเหลือ สำรวจปัญหาเกี่ยวกับโรคและสุขภาพของประชาชนในชุมชน พร้อมทั้งมีการแจ้งข่าวการเกิดโรคต่างๆ ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบโดยเร็ว เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้ร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขดำเนินงานแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับโรคติดต่อในชุมชน ให้ปลอดภัยจากโรคมากที่สุด ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นส่วนช่วยป้องกันและควบคุมโรคที่จะเข้าสู่ชุมชน และลดการแพร่ระบาดในชุมชนได้ ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชวลิต สุขเจริญ (2560) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตตำบลคลองนครเนื่องเขต อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา ที่พบว่า ระดับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานสุขภาพภาคประชาชนด้านการป้องกันและควบคุมโรค อยู่ในระดับมาก

1.3 ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีการปฏิสัมพันธ์กับประชาชนในการให้คำแนะนำกับประชาชนในการดูแลผู้ติดเชื้อต่าง ๆ ในชุมชน มีการสำรวจพื้นที่อย่างใกล้ชิดในการหาข้อมูลโรค เพื่อให้ชุมชนปลอดภัยจากโรคมากที่สุด และหากพบปัญหาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถให้การช่วยเหลือ และให้แนะนำแก่ผู้สูงอายุในชุมชนทันเวลาได้ ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุธิสา กรายแก้ว และคณะ (2563) ศึกษาเรื่อง บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการส่งเสริมสุขภาพประชาชน ตำบลขุนทะเล อำเภอเมืองจังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่พบว่า บทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการฟื้นฟูสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

1.4 ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้มีการดำเนินการตามหน้าที่เฝ้าระวัง และควบคุมด้านสุขลักษณะของเครื่องมือ และอุปกรณ์ในการจำหน่ายอาหารในชุมชน พื้นที่สาธารณะภายในชุมชน รักษาความสะอาดที่มีความเสี่ยงต่อโรค และเฝ้าระวัง และควบคุมคุณภาพน้ำสะอาดในชุมชนอย่างเคร่งครัด เพื่อให้สุขอนามัยของประชาชนในชุมชนมีคุณภาพและสะอาดปราศ

จากโรคต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และชุมชนมีความสุขเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ไพบุลย์ อินทมาส (2561) ซึ่งศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอขามเฒ่าลักษ์บุรี จังหวัดกำแพงเพชร ที่พบว่า การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการคุ้มครองผู้บริโภค โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

2. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่เทศบาลตำบลวิชิต อำเภอเมืองภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงานกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีการนำเสนอ ดังนี้

2.2.1 ด้านความสำเร็จในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แสดงว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านควรได้รับโอกาสในการปฏิบัติหน้าที่ตามที่ได้รับผิดชอบ ซึ่งสามารถเป็นกำลังสำคัญที่ช่วยให้งานประสบผลสำเร็จ โดยมีการให้ความช่วยเหลือกับประชาชนในพื้นที่ได้เป็นอย่างดี ซึ่งการทำงานตามหน้าที่สำเร็จตามเป้าหมาย และเวลาที่กำหนด ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการปฏิบัติงานได้ง่าย และสำเร็จผลได้เป็นอย่างดีเช่นเดียวกัน และยังส่งผลในด้านความสำเร็จในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แต่ควรจัดให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มนี้มีแรงจูงใจด้านความสำเร็จในการทำงานสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นิภาวรรณ รัชโหมาศ (2560) ที่พบว่า ปัจจัยแรงจูงใจด้านความสำเร็จในการปฏิบัติงานที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

2.2.2 ด้านโอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งงาน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แสดงว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านควรได้รับโอกาสในการพัฒนาความรู้และประสบการณ์ในงานอยู่เสมอ โดยเทศบาลตำบลวิชิตให้เจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญในด้านสาธารณสุข ชุมชนมาให้ความรู้ และปฏิบัติการกับประชาชนให้มีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ทำให้การแสดงศักยภาพในการทำงานเพิ่มสูงขึ้น และยังส่งผลในด้านโอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งงาน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Jesse A Greenspan, Shannon A McMahon and Peter J Winch (2013) ศึกษาเรื่อง แหล่งของแรงจูงใจในการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนในเขตโมโรโกโร, ประเทศแทนซาเนีย ผลการศึกษาพบว่า แหล่งของแรงจูงใจ ประกอบด้วยหลายระดับ ซึ่งองค์กรได้ให้แรงจูงใจโดยการให้เบี้ยเลี้ยง และโอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งที่จะได้ทำงานอย่างเป็นทางการขององค์กร พร้อมทั้งเป็นแนวทางการสร้างแรงจูงใจในประเทศหรือพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

2.2.3 ด้านความรับผิดชอบ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แสดงว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านควรได้รับโอกาสในการปฏิบัติงานในพื้นที่

เทศบาลตำบลวิจิตรได้รับผิดชอบการทำงานที่มีคุณภาพ โดยมีการตามช่วงเวลาที่เหมาะสมอาสาสมัครสาธารณสุขมอบหมายให้ มีการวางแผนการปฏิบัติงานเป็นขั้นตอน และสามารถทำงานในชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง และจะส่งผลในด้านความรับผิดชอบมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ แพรวไหม ผดุงกลิ่น (2564) ศึกษาเรื่อง แรงจูงใจที่มีผลต่อการเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลน้ำอ่าง อำเภอดรอน จังหวัดอุดรธานี พบว่า แรงจูงใจด้านความรับผิดชอบมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.2.4 ด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แสดงว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านควรมีการได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลอย่างเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลถึงครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้วย และจะทำให้การปฏิบัติงานในชุมชนเป็นการทำงานที่มีระเบียบวินัยเป็นอย่างมาก ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับเข็มเชิดชูเกียรติเมื่อปฏิบัติงานครบ 10 ปี ซึ่งถือเป็นรางวัลตอบแทนในการทำให้ชุมชน และประชาชนมีคุณภาพความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นไปด้วย และยังส่งผลในด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นิภาวรรณ รัชโสภา (2560) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ปัจจัยด้านเงินเดือนและค่าตอบแทนที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.2.5 ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลในหน่วยงาน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แสดงว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านควรได้รับโอกาสในการปฏิบัติงานร่วมกับผู้อื่นได้มีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคลากรอื่นในฝ่ายสาธารณสุข ความสัมพันธ์ที่ดีจะทำให้การทำงาน ความราบรื่น มีการพูดคุยกันและสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพได้ ความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลในหน่วยงานจะสามารถสร้างผลงานได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และยังส่งผลทำให้เกิดความสุขในการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สรวุฒิ เอี่ยมนัย (2564) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลกับการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด-19 อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย พบว่า แรงจูงใจด้านความสัมพันธ์กับบุคคลในหน่วยงานมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.2.6 ด้านนโยบายและการบริหารงาน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แสดงว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกคนควรได้รับการอบรม และมีการให้ความรู้เกี่ยวกับนโยบายในการปฏิบัติงานอย่างเคร่งครัด ทำให้การทำงานและการปฏิบัติมีความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายของหน่วยงานในการปฏิบัติงานได้เป็นอย่างดี ผู้บริหารควรบริหารจัดการในองค์กร เพื่อเสริมสร้างให้เกิดแรงจูงใจแก่อาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ภูรินุช เจริญสรรพ (2562) ศึกษาเรื่อง

บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการปฏิบัติงานทีมหมอกรอบครัว จังหวัดจันทบุรี พบว่า แรงจูงใจด้านนโยบายและการบริหารงาน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในทีมหมอกรอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.2 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอดังนี้

2.2.1 ด้านอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แสดงว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านควรได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์จากประชาชนในชุมชน และเพื่อนร่วมงานในการปฏิบัติงานเข้าตรวจสอบลงพื้นที่ในการสำรวจชุมชน ซึ่งจะทำให้การปฏิบัติงานได้รับความไว้วางใจจากประชาชนและสามารถปฏิบัติงานได้อย่างราบรื่น และประสิทธิภาพในการดูแลชุมชนได้เป็นอย่างดี ทำให้สอดคล้องกับงานวิจัยของ แจ่มนภา ไชคำ และคณะ (2561) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.2.2 ด้านการประเมินคุณค่า มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางและเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แสดงว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินค่าจากผู้บริหาร ผู้พิการ และประชาชนในชุมชนจากการปฏิบัติงานที่จะสามารถนำไปใช้ประเมินตนเองได้ ซึ่งทำให้สามารถปรับปรุงการปฏิบัติงานให้ดีขึ้น พร้อมทั้งศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม เพื่อพัฒนาศักยภาพของตนเองและทำให้การทำงานมีคุณภาพมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นฤมล นาสุริวงษ์ และคณะ (2561) ศึกษาเรื่อง คุณลักษณะส่วนบุคคล และแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลเชียงเครือ อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมในด้านการประเมินคุณค่าที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2.3 ด้านข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แสดงว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับข้อมูลและคำแนะนำในการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน ทำให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามแผนการที่กำหนดไว้ในการดูแลประชาชนในชุมชนได้อย่างเต็มที่ เป็นผลดีต่อพื้นที่เทศบาลวิสัยที่จะได้รับการดูแลที่ดีและทั่วถึงด้านสาธารณสุขของชุมชน และยังส่งผลในด้านข้อมูลข่าวสาร ทำให้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ไพบุลย์ อินทมาส (2561) ซึ่งศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอขามเฒ่าลักษ์บุรี จังหวัดกำแพงเพชร พบว่า การได้รับการสนับสนุนการเผยแพร่ข่าวสารด้านสาธารณสุขจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.2.4 ด้านทรัพยากร มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับน้อยกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แสดงว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านควรได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากร เช่น เอกสารในการอบรมงานบริการ และการปฏิบัติการในระดับหนึ่ง ได้รับวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือในการปฏิบัติงาน เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต โปรทวัดไข้ ทำให้การทำงานของกลุ่มตัวอย่างมีการให้บริการที่สะดวกสบายง่าย และการทำงานสามารถช่วยเหลือประชาชนในชุมชนได้อย่างมี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของธัญญาสิริ ธัญญสวัสดิ์ และคณะ (2562) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากรมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. จากผลการศึกษาที่พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการปฏิบัติงานตามหน้าที่ในระดับปานกลาง ผู้บริหารเทศบาลจังหวัดภูเก็ต ควรกำหนดนโยบายในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดภูเก็ตให้สามารถปฏิบัติงานตามหน้าที่ให้อยู่ในระดับสูงขึ้น วางแผนด้านการพัฒนาบุคลากรในกลุ่มนี้อย่างต่อเนื่อง และระยะยาว และให้การสนับสนุนด้วยงบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ให้เพียงพอ รวมถึงการจัดให้มีการติดตามประเมินผลงานอย่างต่อเนื่อง และนำข้อมูล การประเมินผลไปใช้ในการพัฒนาบุคลากรของกลุ่มนี้ในทุกพื้นที่เทศบาลตำบลของจังหวัดภูเก็ต

2. เทศบาลตำบลวิชิต ควรดำเนินการเพื่อพัฒนาการปฏิบัติงานตามหน้าที่ และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของเทศบาลตำบลวิชิต ซึ่งอาจจะดำเนินการโดยการจัดการฝึกอบรมการจัดการอบรมเพื่อปรับปรุงงานหรือหน้าที่ใหม่ ๆ ที่ได้รับมอบหมาย รวมถึงการบริหารจัดการที่ส่งเสริมแรงจูงใจให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง เช่น การให้มีส่วนร่วมในการวางแผน การให้มีความรับผิดชอบ และมอบหมายงานอย่างเท่าเทียมกัน การให้รางวัลเมื่อปฏิบัติงานได้ดี เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การนำข้อมูลไปเป็นแนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่เทศบาลตำบลวิชิต อำเภอเมืองภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต ในด้านสาธารณสุขและส่งเสริมสุขภาพของประชาชน เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองตามหลักการการส่งเสริมสุขภาพได้อย่างถูกต้อง อันจะนำมาซึ่งการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อชุมชนอย่างยั่งยืน และสามารถศึกษาปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่งานวิจัยนี้ไม่ได้ครอบคลุม เช่น ความรู้ ทักษะ ทักษะการสื่อสาร ความพึงพอใจในงาน เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น. (2560). *คู่มือมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐาน*. http://bangchalong.go.th/public/ebook_upload/backend/ebook_5_1.pdf.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2564). *แนวทางการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน ปีงบประมาณ 2564*. https://hss.moph.go.th/HssDepartment/file_reference/20210506935772122.pdf.
- กองสุขภาพภาคประชาชน. (2566). *แบบรายงานระบบฐานข้อมูล อสม.* <https://www.thaiphc.net/thaiphcweb/index.php?r=staticContent/show&id=1>.
- แจ่มนภา ไขคำ, ชลียา ศิริกาลม, ถนอมศักดิ์ บุญสู่ และแก้วใจ มาลีลัย. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 12(2), 59-68.
- ชลิต สุขเจริญ. (2560). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตตำบลคลองนครเนื่องเขต อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา* [วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ธัญญาสิริ ธนยสวัสดิ์, นิตยา จันทบุตร และใจเพชร นิลบาร์น. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิจัยและประเมินผลอุบลราชธานี*, 8(1), 1-10.
- นณมล นาสุวิงษ์, นกัสร่า สิตามาตย์, มณฑกานต์ ทาทิวัน และสุพัฒน์ อาสนะ. (2561). คุณลักษณะส่วนบุคคล และแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลเชียงเครือ อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร. *วารสารวิชาการนทรวิสัยทัศน์นวัตกรรมและเทคโนโลยีเพื่อคุณภาพชีวิตและสังคมที่ยั่งยืน*, 7(1), 1-10.
- นิภารัตน์ รัชโทมาศ. (2560). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของอำเภพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช* [วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ไพบุลย์ อินทมาศ. (2561). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอขามเฒ่าบุรี จังหวัดกำแพงเพชร* [วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- แพรวไหม ผดุงกลิ่น. (2564). *แรงจูงใจที่มีผลต่อการเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลน้ำอ่าง อำเภอดรอน จังหวัดอุดรดิษฐ์*. <https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2564/research/MA2564-002-01-0000000518-0000000447.pdf>.

เอกสารอ้างอิง

- ภูรีนุช เจริญสรรพ. (2562). บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการปฏิบัติงานที่หมอบรรอบครัว จังหวัดจันทบุรี. ใน การประชุมวิชาการเสนองานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 20 (น. 71).
ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ยุทธนา แยกคาย. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครประจำครอบครัว จังหวัดสุโขทัย. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 13(1), 34-42.
- ศรายุทธ คชพงศ์ และธนัสถา โรจนตระกูล. (2564). การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก. *วารสาร มจร พุทธปัญญาปริทรรศน์*, 6(2), 107-119.
- สัททยา ถึงรัตน์. (2559). การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตเทศบาลเมืองอ่างศิลา อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี [ปัญหาพิเศษหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต].
มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สรุทธิ เอี่ยมนัย. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด-19 อำเภอองไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย. *วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา*, 1(2), 75-90.
- สุธิดา กรายแก้ว, ภัชลดา สุวรรณนวล, สุภาภรณ์ โสภ,และพระครูธีรธรรมพิมล. (2563). บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการส่งเสริมสุขภาพประชาชน ตำบลขุนทะเล อำเภอเมืองจังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารมหาจุฬานาครธรรม*, 7(12), 69-81.
- Jesse A Greenspan, Shannon A McMahon and Peter J Winch. (2013). Sources of community health worker motivation: a qualitative study in Morogoro Region, Tanzania. Greenspan et al. *Human Resources for Health*, 1, 1-14.
- John W. Best. (1997). *Research in Education*. (3rded). Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice Hall.

ผลการรักษานิวไ้โต โดยการส่องกล้องทางเดินปัสสาวะในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

นิศาวร ศิริบุญพัฒนา

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

(วันที่รับบทความ : 31 มีนาคม 2566 ; วันที่แก้ไข : 2 มิถุนายน 2566 ; วันที่ตอบรับ : 1 กรกฎาคม 2566)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการรักษานิวไ้โต โดยการส่องกล้องทางเดินปัสสาวะในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ใช้รูปแบบการวิจัยการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective Descriptive study) เก็บข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาส่องกล้องทางเดินปัสสาวะที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ตั้งแต่ 1 สิงหาคม 2563 ถึง 31 สิงหาคม 2565 โดยสืบค้นข้อมูลย้อนหลังในระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล (HOS-XP) โดยแบบเก็บข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ข้อมูลลักษณะของนิวไ้โต ผลลัพธ์และผลสำเร็จของการรักษา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และไคสแควร์

ผลการศึกษา พบว่ามีผู้ป่วยทั้งหมด 42 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 64.30 อายุเฉลี่ย 52.60 ปี นิวไ้โตพบมีขนาดนิวไ้โตเฉลี่ย 23.00 ± 7.00 มิลลิเมตร มีขนาดใหญ่กว่า 20.00 มิลลิเมตร ร้อยละ 57.10 ตำแหน่งของนิวไ้โตพบมากที่สุดที่กรวยไต (ร้อยละ 52.40) ระยะเวลาส่องกล้องเฉลี่ยและระยะเวลาในการใช้เลเซอร์เฉลี่ย เท่ากับ 40.38 ($SD \pm 15.68$) นาที และ 26.90 ($SD \pm 14.23$) นาที ระยะเวลานอนโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย 3.24 ($SD \pm 0.62$) วัน ภาวะแทรกซ้อนที่พบคือไข้ (ร้อยละ 23.80) อัตราการหายของนิวไ้โต ในนิวไ้โตขนาด 10.00-20.00 มิลลิเมตร พบร้อยละ 61.10 และขนาดมากกว่า 20.00 มิลลิเมตร พบร้อยละ 50.00 เมื่อแบ่งกลุ่มตามตำแหน่งของนิวไ้โตพบอัตราการหายของนิวไ้โต ร้อยละ 100.00 ที่นิวไ้โตตำแหน่งขั้วไตบน, ร้อยละ 33.30 ตำแหน่งขั้วไตกลาง, ร้อยละ 25.00 ที่ขั้วไตล่าง, ร้อยละ 59.10 ที่กรวยไต, ร้อยละ 66.70 ที่รอยต่อท่อไตกับกรวยไต อัตราการหายของนิวไ้โตรวม ร้อยละ 73.80 ซึ่งขนาดของนิวไ้โตตำแหน่งของนิวไ้โต ไม่มีความสัมพันธ์ต่ออัตราการหายของนิวไ้โตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสรุปผลการศึกษานี้พบว่าการรักษานิวไ้โตโดยการส่องกล้องทางเดินปัสสาวะเป็นหัตถการที่ค่อนข้างปลอดภัย ได้ผลการรักษาที่ดี และมีภาวะแทรกซ้อนน้อย

คำสำคัญ : นิวไ้โต, การผ่าตัดนิวไ้โตโดยการส่องกล้องผ่านทางท่อไต, กล้องส่องท่อไตชนิดโค้งงอ, อัตราการหายของนิวไ้โต

The outcome of retrograde intrarenal surgery for renal stone at Detudom Royal Crown Prince hospital

Nisaworn Siriboonpipattana

Detudom Royal Crown Prince hospital, Ubon Ratchathani

Abstract

This study aimed to evaluate the outcome of Retrograde Intrarenal Surgery (RIRS) for renal stone at Detudom Royal Crown Prince Hospital. A retrospective descriptive study was conducted. The samples were the patients who underwent RIRS from 1 August 2020 to 31 August 2022. The medical record (HOS-XP) were retrospectively evaluated. Patient data included demographic data, stone characteristics, perioperative outcome and success rate. Data were analyzed based on descriptive statistics, namely percentage, mean and standard deviation.

The results found 42 patients that most of patient was male (64.30%), mean patient age was 52.60 years. The average stone sizes were 23.00 ± 7.00 mm. with 57.10% larger than 20.00 mm. The most common stone was located renal pelvis (52.40%). The average time of operation and laser were $40.38 (SD \pm 15.68)$ minutes and $26.90 (SD \pm 14.23)$ minutes respectively. The mean time of hospitalization was $3.24 (SD \pm 0.62)$ days. Fever was the most common complication after operations (23.80%). The stone free rate was 61.10% in stone size 10.00-20.00 mm. compared with 50.00 % in stone size >20.00 mm. Regarding stone location, the SFR was 100.00% in upper pole, 33.30% in middle pole, 25.00% in lower pole, 59.10% in renal pelvis and 66.70% in UPJ given the overall SFR of 73.80%. which size of the stone and stone location, there was no statistically significant correlation with the stone free rate. In conclusion, RIRS is a minimally invasive procedure with satisfactory outcomes and low complications.

Keywords: renal stone, renal calculi, retrograde intrarenal surgery, flexible ureteroscope, stone free rate

***Corresponding author:** fabrille.doc@gmail.com

บทนำ

นิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะมีอุบัติการณ์พบได้ทั่วโลก ประมาณร้อยละ 1-20 ของประชากร (Ramello, Vitale, Marangella, 2000) สำหรับในประเทศไทยพบมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเคยมีรายงานพบถึงร้อยละ 16.90 (Yanagawa et al., 1997) จากฐานข้อมูล HOS-XP ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2565 พบว่าผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมที่คลินิกเฉพาะทางระบบทางเดินปัสสาวะ นิ่วไตพบเป็นปัญหาอันดับ 1 โดยมีผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาเฉลี่ย 1,800 รายต่อปีและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ พบว่า สาเหตุส่วนใหญ่ในผู้ป่วยภาคตะวันออกเฉียงเหนือเกิดจากภาวะ hypocalcemia, potassium deficiency (Sriboonlue et al., 1991)

ผู้ป่วยบางรายอาจจะมาด้วยอาการปวด ทางเดินปัสสาวะติดขัด ภาวะไตบวม น้ำ ค่าการทำงานของไตลดลง ซึ่งล้วนแล้วแต่ต้องได้รับการรักษาอย่างทันที่ เพื่อไม่ก่อให้เกิดผลเสียต่อการทำงานของไตในระยะยาว ซึ่งถ้าการทำงานของไตลดลงเรื่อย ๆ จนเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรัง อาจจะต้องได้รับการฟอกไตไปตลอดชีวิต โดยนอกจากนิ่วในไตแล้ว นิ่วท่อไต นิ่วกระเพาะปัสสาวะ ก็พบได้บ่อยเช่นเดียวกัน

การรักษานิ่วมีได้หลายวิธี เช่น การผ่าตัดเปิด การผ่าตัดโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง การส่องกล้องทางเดินปัสสาวะ การสลายนิ่ว ซึ่งขึ้นกับปัจจัยทั้งทางด้านผู้ป่วย ตำแหน่งและขนาดของนิ่ว สำหรับนิ่วในไตขนาดน้อยกว่า 2.00 เซนติเมตร สามารถทำการรักษาได้ทั้งการส่องกล้องทางเดินปัสสาวะหรือการสลายนิ่ว โดยขึ้นกับตำแหน่งของนิ่ว ส่วนนิ่วในไตที่มีขนาดตั้งแต่ 2.00 เซนติเมตร การรักษาหลักคือการผ่าตัดโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง (Turk et al., 2020) ซึ่งมีอัตราการหายของนิ่วที่สูง (Kim, Chung, Rha, Lee, & Lee, 2020; Zengin et al., 2015) แต่มีอัตราการเสียเลือดและภาวะแทรกซ้อนที่สูงเช่นกัน (Giusti et al., 2015).

ในปัจจุบันการรักษานิ่วในไตขนาดมากกว่า 2.00 เซนติเมตรโดยการส่องกล้องทางเดินปัสสาวะ ได้เข้ามามีบทบาทและได้รับความนิยมมากขึ้น เป็นอีกหนึ่งทางเลือกแทนการผ่าตัดโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง (Giusti et al., 2015) เนื่องจากเป็นหัตถการที่ไม่มีบาดแผล ใช้ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลสั้น เสียเลือดและการติดเชื้อน้อย ได้ผลการรักษาที่ดี อัตราการหายของนิ่วสูง (Berardinelli et al., 2016; Nualyong, Sathidmangkang, Woranisarakul, Taweemonkongsap and Chotikawanich, 2019) แต่ด้วยข้อจำกัดในเรื่องของอุปกรณ์ ซึ่งต้องใช้อุปกรณ์ประกอบค่อนข้างมาก มีราคาค่อนข้างสูง รวมถึงตัวกล้องมีความบอบบาง ทำให้การรักษาโดยวิธีนี้ ยังไม่ครอบคลุมแพร่หลายในหลาย ๆ โรงพยาบาล

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ได้มีการรักษานิ่วในไต โดยการส่องกล้องทางเดินปัสสาวะ ตั้งแต่ปี 2563 โดยผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นนิ่วในไต มีตั้งแต่ขนาดเล็ก จนถึงขนาดมากกว่า 2.00 เซนติเมตร อย่างไรก็ตาม ข้อมูลเกี่ยวกับผลของการรักษาและปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ยังไม่มีการเก็บรวบรวม การวิจัยนี้จึงจัดทำขึ้น

เพื่อศึกษาผลของการรักษานิวไตโตโดยการส่องกล้อง โดยคาดหวังว่า ข้อมูลที่ได้จะสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดแผนการรักษาและลดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษานิวไตโตโดยการส่องกล้อง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลการรักษานิวไตโตโดยการส่องกล้อง
2. ได้ทราบถึงศักยภาพ และข้อจำกัดในการรักษาผู้ป่วยนิวไตโตโดยการส่องกล้อง

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective Descriptive study) ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีนิวไตโต ที่เข้ารับการรักษาโดยการส่องกล้องทางเดินปัสสาวะที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ตั้งแต่ 1 สิงหาคม 2563 ถึง 31 สิงหาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมีนิวไตโตที่เข้ารับการรักษาโดยการส่องกล้องทางเดินปัสสาวะที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยนิวไตโต 2) ได้รับการรักษาโดยการส่องกล้องทางเดินปัสสาวะ ตั้งแต่ 1 สิงหาคม 2563 ถึง 31 สิงหาคม 2565 และ 3) ได้รับการติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่ไม่ได้มาตรวจติดตามการรักษาตามนัด 2) ข้อมูลเวชระเบียนไม่สมบูรณ์

เครื่องมือการวิจัย

แบบเก็บข้อมูลจากการสืบค้นข้อมูลย้อนหลังในระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล (HOS XP) ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยนิวไตโต จากผลการตรวจ plain KUB, Renal sonography (ultrasound KUB), Intravenous Pyelogram (IVP) หรือ Computed Tomographic Urography (CT) ที่เข้ารับการรักษาโดยการส่องกล้องทางเดินปัสสาวะที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ตั้งแต่ 1 สิงหาคม 2563 ถึง 31 สิงหาคม 2565

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. สืบค้นข้อมูลย้อนหลังในระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล (HOS-XP) ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานิวไตโตที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ตั้งแต่ 1 สิงหาคม 2563 ถึง 31 สิงหาคม 2565 ที่เข้าได้กับเกณฑ์คัดเลือก โดยเก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ข้อมูลลักษณะของนิวไตโต ข้อมูลผลสำเร็จของการรักษา

2. เก็บข้อมูลในส่วนของการทำหัตถการจากบันทึกการทำผ่าตัด (Operative note) โดยมีรายละเอียดขั้นตอนการทำหัตถการ (Retrograde intrarenal surgery : RIRS) ดังนี้

ขั้นตอนการทำหัตถการ

ก่อนเริ่มทำหัตถการผู้ป่วยทุกรายได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (General Anesthesia) และได้รับยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ (Antibiotic Prophylaxis) จัดผู้ป่วยในท่า Lithotomy จากนั้นเริ่มต้นด้วยการทำ Cystoscopy เพื่อตรวจประเมินพยาธิสภาพในกระเพาะปัสสาวะและรูเปิดท่อปัสสาวะ ทำการใส่ guidewire ขึ้นไปที่ไตผ่านทางรูเปิดท่อปัสสาวะ โดยยืนยันตำแหน่งด้วย fluoroscopy เพื่อเป็น safety guidewire ส่วน guidewire อีกเส้น (stiff guidewire) จะถูกใส่ผ่าน double lumen catheter ที่ร้อยตาม safety guidewire เส้นแรก หลังจากใส่ guidewire ทั้ง 2 เส้นแล้ว จึงถอย double lumen catheter ออก ต่อมาใส่ Ureteral access sheath (UAS) ร้อยตาม stiff guidewire ให้ปลายบนอยู่ต่ำกว่ากรวยไตเล็กน้อย หรืออยู่บริเวณรอยต่อระหว่างท่อไตและกรวยไต (Ureteropelvic junction, UPJ) การใส่ UAS เพื่อช่วยให้สามารถใส่กล้องเข้าออกได้อย่างสะดวก และลดความดันภายในไตขณะทำหัตถการ (Chotikawanich, 2017)

ใส่กล้องส่องตรวจชนิดโค้งงอได้ (flexible ureteroscopy) ผ่านทาง UAS ไปยังไต ทำการตรวจดูตำแหน่งต่างๆภายในไตเริ่มจาก upper calyx, middle calyx, lower calyx โดยใช้ น้ำเกลือ (normal saline) เป็น irrigant fluid และใช้ pressure bag ป้อนเพื่อเพิ่มแรงดันน้ำอย่างเหมาะสม เมื่อพบตำแหน่งนิ่วแล้ว จะใช้เลเซอร์ชนิด Holmium YAG ในการยิงสลายนิ่ว โดยตั้งค่าพลังงานในช่วง 0.80-1.50J และค่าความถี่ในช่วง 8.00-10.00 Hz ปรับตามความแข็งของก้อนนิ่วที่ตรวจพบ ทำการยิงสลายนิ่วจนมีขนาดเล็กใกล้เคียงกับเส้นผ่านศูนย์กลางของ safety guidewire เพื่อให้สามารถเคลื่อนหลุดออกมาได้เอง หลังจากสลายนิ่วเสร็จจะถอย UAS ออกจากท่อไต โดยทำการถอยกล้องไปพร้อมๆกัน ให้ปลายกล้องอยู่สูงกว่าปลาย UAS 1.00-2.00 เซนติเมตร เพื่อสำรวจท่อไต ว่าได้รับบาดเจ็บร่วมด้วยหรือไม่ ในการศึกษาครั้งนี้ได้ใส่สายระบายท่อไตแก่ผู้ป่วยทุกราย เพื่อป้องกันการอุดตันท่อไตของเศษนิ่ว

การเก็บข้อมูล

เก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย ประวัติการรักษาที่ก่อนหน้านี้ ค่าการทำงานของไตก่อนเริ่มการรักษา ข้อมูลลักษณะของนิ่ว ได้แก่ ความทึบรังสี จำนวน ขนาด ข้าง ตำแหน่งที่เกิดนิ่ว การบวม น้ำของไตจากนิ่ว ข้อมูลการทำหัตถการ ได้แก่ ระยะเวลาส่องกล้อง ระยะเวลาที่ใช้เลเซอร์ ภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ข้อมูลผลสำเร็จของการรักษา ได้แก่ หัตถการร่วม อัตราการหายของนิ่ว

อัตราการหายของนิ่ว จะใช้การตรวจหานิ่วที่เหลือโดยการทำ plain KUB หรือ Renal sonography (ultrasound KUB) ตรวจติดตามหลังทำการรักษาที่ 1 เดือนโดยใช้เกณฑ์ขนาดของนิ่วไม่เกิน 4.00 มิลลิเมตร ถือว่ามีนิ่วเหลืออย่างไม่มีนัยสำคัญ เนื่องจากสามารถหลุดได้เอง (Nualyong et al., 2019; Osman et al., 2015)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลผ่านโปรแกรม IBM SPSS Version 21 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square test) โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 2565-224 รหัสโครงการ SSJ.UB 224

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

ผู้ป่วยทั้งหมด 42 ราย อายุเฉลี่ย 52.60 ± 10.16 ปี (อายุระหว่าง 33-73 ปี) เป็นเพศชาย 27 ราย (64.30%) เพศหญิง 15 ราย (35.70%) ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.78 ± 4.26 kg/m², ค่าการทำงานของไต (creatinine) เฉลี่ย 1.07 ± 0.81 mg/dL ค่าการกรองของไต (GFR) เฉลี่ย 86.45 ± 24.20 . ASA class I 8 ราย (19.00%), class II 30 ราย (71.40%), class III 4 ราย (9.50%) การรักษาก่อนหน้านี้โดยวิธีส่องกล้องใส่สายระบาย (DJ stent) 2 ราย (4.80%), สลายนิ่ว (ESWL) 2 ราย (4.80%), ผ่าตัดนิ่วในไต (ANL) 5 ราย (11.90%), ผ่าตัดโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง (PCNL) 2 ราย (4.80%), ส่องกล้องทางเดินปัสสาวะ (RIRS) 1 ราย (2.40%), มีภาวะไตบวมน้ำ (hydronephrosis) ระดับเล็กน้อย (mild) 4 ราย (9.50%), ระดับปานกลาง (moderate) 5 ราย (11.90%), ระดับรุนแรง (severe) 21 ราย (50.00%) ไม่มีภาวะไตบวมน้ำ 12 ราย (28.60%) รายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางแสดงข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย (n=42)

เพศ	จำนวน (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย	ค่าสูงสุด - ค่าต่ำสุด
ชาย	27 (64.30)		
หญิง	15 (35.70)		
อายุ (ปี)		52.60 $\pm$ 10.16	33-73
ดัชนีมวลกาย (kg/m ²)		24.78 $\pm$ 4.26	
ค่าการทำงานของไต (Creatinine), (mg/dL)		1.07 $\pm$ 0.81	
ค่าการกรองไต (GFR)		86.45 $\pm$ 24.20	
ASA (American association of Anesthesiologist)			
Class I	8 (19.00)		
Class II	30 (71.40)		
Class III	4 (9.50)		
การรักษาเนื้องอกก่อนหน้า			
ใส่สายท่อไต (DJ stent)	2 (4.80)		
สลายนิ่ว (ESWL)	2 (4.80)		
ผ่าตัด (ANL)	5 (11.90)		
เจาะผ่านผิวหนัง (PCNL)	2 (4.80)		
ส่องกล้อง (RIRS)	1 (2.40)		
ไม่เคย	30 (71.40)		
ภาวะไตบวม			
เล็กน้อย	4 (9.50)		
ปานกลาง	5 (11.90)		
รุนแรง	21 (50.00)		
ไม่มี	12 (28.60)		

ส่วนที่ 2 ข้อมูลลักษณะของนิ้ว

พบนิ้วที่มีลักษณะไม่ทึบรังสี 5 ราย (11.90%) ทึบรังสี 37 ราย (88.10%) นิ้วที่โตข้างซ้าย 23 ราย (54.80%) ข้างขวา 19 ราย (45.20%) ขนาดนิ้วโดยเฉลี่ย 23.00 ± 7.00 มิลลิเมตร ขนาดนิ้วระหว่าง 13.00-40.00 มิลลิเมตร นิ้วที่มีขนาด 10.00-20.00 มิลลิเมตร 18 ราย (42.90%) ขนาดมากกว่า 20 มิลลิเมตร 24 ราย (57.10%) พบนิ้วตำแหน่งข้อนิ้ว 3 ราย (7.10%) ข้อกลาง 3 ราย (7.10%) ข้อล่าง 8 ราย (19.00%) กรวยไต 22 ราย (52.40%) รอยต่อกรวยไตและท่อไต 6 ราย (14.30%) พบนิ้วก้อนเดี่ยว 38 ราย (90.50%) นิ้วหลายก้อน 4 ราย (9.50%) รายละเอียด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลลักษณะของนิ้ว (n=42)

	จำนวน (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย	ค่าสูงสุด - ค่าต่ำสุด
ความทึบรังสี			
ไม่ทึบรังสี	5 (11.90)		
ทึบรังสี	37 (88.10)		
ข้าง			
ซ้าย	23 (54.8%)		
ขวา	19 (45.20)		
ขนาด (mm)		23.00 ± 7.00	13.00-40.00
กลุ่มขนาด (mm)			
10.00-20.00	18 (42.90)		
>20.00	24 (57.10)		
ตำแหน่ง			
ข้อนิ้ว	3 (7.10)		
ข้อกลาง	3 (7.10)		
ข้อล่าง	8 (19.00)		
กรวยไต	22 (52.40)		
รอยต่อกรวยไต และท่อไต	6 (14.30)		
จำนวน			
เดี่ยว	38 (90.50)		
กลุ่ม	4 (9.50)		

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการทำหัตถการ

ระยะเวลาที่ใช้ในการทำหัตถการโดยเฉลี่ย 40.38 ± 15.68 นาที โดยใช้เวลาดังแต่ 15.00-75.00 นาที ระยะเวลาที่ใช้เลเซอร์สลายนิ่วเฉลี่ย 26.90 ± 14.23 นาที ใช้เวลาดังแต่ 5.00-60.00 นาที ระยะเวลาอนโรงพยาบาลตั้งแต่ 3.00-6.00 วัน ระยะเวลาเฉลี่ย 3.24 ± 0.62 วัน พบภาวะแทรกซ้อน 10 ราย (23.80%) โดยพบว่าทั้ง 10 ราย มีภาวะไข้ (อุณหภูมิมากกว่า 37.80 องศาเซลเซียส) ไม่มีผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บของท่อไตหรือได้รับเลือดหลัง ทำหัตถการ รายละเอียด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลการทำหัตถการ (n=42)

	จำนวน (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย	ค่าสูงสุด - ค่าต่ำสุด
ระยะเวลาทำหัตถการ (นาที)		40.38 ± 15.68	15.00-75.00
ระยะเวลาใช้เลเซอร์สลายนิ่ว (นาที)		26.90 ± 14.23	5.00-60.00
ระยะเวลานอนโรงพยาบาล (วัน)		3.24 ± 0.62	3.00-6.00
ภาวะแทรกซ้อน			
ไข้	10 (23.80)		
ท่อไตได้รับบาดเจ็บ	0		

ส่วนที่ 4 ผลสำเร็จของการรักษา

หลังจากมาตรวจติดตามการรักษาที่ 1 เดือน พบอัตราการหายของนิ่ว (first stone free rate) 54.76% โดยเมื่อแบ่งกลุ่มของนิ่วตามขนาดคือ นิ่วขนาด 10.00-20.00 มิลลิเมตรและขนาดมากกว่า 20.00 มิลลิเมตร พบอัตราการหายของนิ่ว 61.10% และ 50.00% ซึ่งพบว่าขนาดของนิ่วไม่มีความสัมพันธ์กับอัตราการหายของนิ่ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.50 ($P=0.542$) เมื่อแบ่งกลุ่มของนิ่วตามตำแหน่ง คือ นิ่วตำแหน่งขั้วไตบน ขั้วไตกลาง ขั้วไตล่าง กรวยไต รอยต่อกรวยไตและท่อไต พบอัตราการหายของนิ่ว 100.00%, 33.30%, 25.00%, 59.10%, 66.70% ตามลำดับ ซึ่งพบว่าตำแหน่งไม่มีความสัมพันธ์กับอัตราการหายของนิ่วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.50 ($P=0.171$) โดยขนาดนิ่วที่เหลือโดยเฉลี่ยเท่ากับ 9.00 ± 5.30 มิลลิเมตร มีผู้ป่วยทั้งหมด 14 ราย ที่เข้ารับการ รักษาเพิ่มเติม โดยเข้ารับการสลายนิ่ว 11 ราย ส่องกล้องท่อไต 3 ราย พบว่าอัตราการหายของนิ่วโดยรวมเท่ากับ 73.80% รายละเอียด ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลสำเร็จของการรักษา (n=42)

	ร้อยละ (จำนวน)	ค่าเฉลี่ย	P-value
อัตราการหายของนิ่ว (first stone free rate)	54.76		0.542
แบ่งตามขนาด			
10.00-20.00 มิลลิเมตร	61.10		
> 20.00 มิลลิเมตร	50.00		
แบ่งตามตำแหน่ง			0.171
ขั้วไตบน	100.00		
ขั้วไตกลาง	33.30		
ขั้วไตล่าง	25.00		
กรวยไต	59.10		
รอยต่อกรวยไตและท่อไต	66.70		
ขนาดนิ่วที่เหลือ (มิลลิเมตร)		9.00±5.30	
หัตถการเพิ่มเติม			
สลายนิ่ว	26.19 (11)		
ส่องกล้องท่อไต	7.14 (3)		
อัตราการหายของนิ่วรวม	73.80		

อภิปรายผล

การส่องกล้องทางเดินปัสสาวะเพื่อรักษานิ่วในไต (Retrograde intrarenal surgery, RIRS) กำลังได้รับความนิยมเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะนิ่วไตที่มีขนาดมากกว่า 2 เซนติเมตร สามารถให้ผลลัพธ์ที่น่าพึงพอใจ เมื่อเปรียบเทียบกับการทำ Percutaneous Nephrolithotomy (PCNL), (Zengin et al., 2015; Nualyong et al., 2019; Koyuncu et al., 2015) และเป็นหัตถการที่ปลอดภัยมากกว่าการทำ PCNL ซึ่งมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่า (Giusti et al., 2015; Akman et al., 2012) นอกจากนี้การส่องกล้องทางเดินปัสสาวะยังสามารถใช้รักษานิ่วไตในผู้ป่วยสูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Akman et al., 2012)

ในการศึกษารุ่นนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Maneesuwansin S. (2020) ทำการรักษานิ่วไตด้วยวิธี RIRS ที่โรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา ในผู้ป่วย 18 ราย ขนาดของนิ่วเฉลี่ย 23.04 ± 15.46 มิลลิเมตร อัตราหายของนิ่วรวมเท่ากับ 61.10% (45.50% สำหรับนิ่วขนาดใหญ่กว่า 20.00 มิลลิเมตร)

อีกการศึกษาของ Hansomwong et al. (2017) รายงานผลการรักษานิวไตโดยวิธี RIRS ที่โรงพยาบาลศิริราช จำนวนผู้ป่วย 111 ราย ขนาดนิวเคลียส 11.80 ± 0.60 มิลลิเมตร อัตราหายของนิว 81.10% (42.90% สำหรับนิวขนาดใหญ่กว่า 20.00 มิลลิเมตร)

สำหรับในการศึกษานี้ ขนาดของนิวเคลียสเท่ากับ 23.00 ± 7.00 มิลลิเมตร อัตราการหายของนิวครั้งแรก คือ 54.76% โดยเมื่อแบ่งกลุ่มของนิวตามขนาดคือ นิวขนาด 10.00-20.00 มิลลิเมตรและขนาดมากกว่า 20.00 มิลลิเมตร พบอัตราการหายของนิว 61.10% และ 50.00% ซึ่งขนาดของนิวไม่มีความสัมพันธ์กับอัตราการหายของนิว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.50 ($P=0.542$) เมื่อแบ่งกลุ่มของนิวตามตำแหน่ง คือ นิวตำแหน่งขั้วไตบน ขั้วไตกลาง ขั้วไตล่าง กรวยไต รอยต่อกรวยไตและท่อไต พบอัตราการหายของนิว 100.00%, 33.30%, 25.00%, 59.10%, 66.70% ตามลำดับ ซึ่งพบว่าตำแหน่งไม่มีความสัมพันธ์กับอัตราการหายของนิวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.50 ($P=0.171$) มีผู้ป่วยทั้งหมด 14 รายที่ได้รับการทำหัตถการเพิ่มเติม คือ สลายนิว 11 ราย ส่องกล้องท่อไต 3 ราย พบว่า อัตราหายของนิวรวมเท่ากับ 73.80% ขนาดของนิว ตำแหน่งของนิว ไม่มีความสัมพันธ์กับอัตราการหายของนิว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.50

Nualyong C. (2019) รายงานผลการรักษานิวไตโดยวิธี PCNL เทียบกับ RIRS ในนิวขนาดใหญ่กว่า 2.00 เซนติเมตร พบว่าอัตราการหายของนิวที่มีขนาด 20.00-29.00 มิลลิเมตร เท่ากับ 89.40% และ 84.00% อัตราการหายของนิวที่มีขนาด 30.00-39.00 มิลลิเมตร เท่ากับ 68.50% และ 56.50% พบว่าอัตราการหายของนิวลดลงเมื่อนิวมีขนาดใหญ่มากขึ้น

จากการศึกษานี้สามารถนำมาเป็นแนวทางในการรักษานิวไตที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม โดยการทำให้ RIRS เป็นอีกหนึ่งทางเลือกในการรักษานิวไตที่มีขนาดมากกว่า 20.00 มิลลิเมตร แต่ไม่เกิน 30.00 มิลลิเมตร ในทุกตำแหน่งของนิวไต สำหรับนิวที่มีขนาดมากกว่า 30.00 มิลลิเมตร การทำให้ RIRS อาจจะต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมและมีการเปรียบเทียบกับกรทำ PCNL ต่อไปในอนาคต

ระยะเวลาในการทำหัตถการเฉลี่ยในการศึกษาค้างนี้ ใกล้เคียงกับงานวิจัยที่ผ่านมา (Maneesuwansin, 2020; Hansomwong et al., 2017) สำหรับภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วย 10 ราย (23.80%) คือภาวะไข้ซึ่งตอบสนองต่อการให้ยาปฏิชีวนะ ไม่มีผู้ป่วยรายใดที่ได้รับการบาดเจ็บของท่อไต หรือได้รับส่วนประกอบของเลือดหลังทำหัตถการ

ระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 3.24 ± 0.62 วัน โดยนับจากวันแรกที่ผู้ป่วยมานอนโรงพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อม เจาะเลือด เช็คร่างกาย การวางแผนในอนาคตคิดว่าสามารถนัดผู้ป่วยมานอนในวันที่จะทำหัตถการได้เลย เพื่อลดระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วย และลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ซึ่งต้องมีการเตรียมความพร้อมในเรื่องของบุคลากร การทำงานร่วมกันของหลาย ๆ ฝ่าย โดยจะนำข้อมูลจากการศึกษาค้างนี้ไปต่อยอดเพื่อพัฒนาปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยต่อไป

แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัด เนื่องจากการเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลแห่งเดียว ร่วมกับเป็นช่วงสถานการณ์โควิด ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาค่อนข้างน้อย ลักษณะการศึกษาเป็นแบบเชิงพรรณนาย้อนหลัง ข้อมูลที่บันทึกไว้บางส่วนยังไม่สมบูรณ์ เพราะถ้ามีการบันทึกข้อมูลที่จำเป็นโดยละเอียดจะสามารถนำมาช่วยในการศึกษาได้อย่างครอบคลุมยิ่งขึ้น โดยในการศึกษานี้ยังขาดการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินอาการปวดหลังจากทำหัตถการที่ครบถ้วน และการส่งตรวจหาชนิดของนิ่ว (stone analysis) ยังไม่สามารถทำได้ เพื่อนำข้อมูลเหล่านี้มาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาแนวทางการวินิจฉัยและการรักษาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

นำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการรักษาผู้ป่วยนิ่วในไต และทราบถึงประสิทธิภาพของการรักษา เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการรักษาผู้ป่วยนิ่วในไตโดยการผ่าตัดส่องกล้องแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) ในอนาคต

โดยการศึกษาพบว่า การรักษานิ่วในไตโดยการส่องกล้อง เกิดภาวะแทรกซ้อนที่น้อย ใช้ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลที่สั้น อัตราการหายของนิ่วรวม 73.80% ซึ่งถือว่าเป็นผลลัพธ์ที่ดี

ในการศึกษานี้มีกลุ่มผู้ป่วยที่มีนิ่วขนาด 1.00-2.00 เซนติเมตร และมากกว่า 2.00 เซนติเมตร ซึ่งพบว่าผลลัพธ์ของการรักษาไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการรักษานิ่วในไตโดยการส่องกล้องถือเป็นอีกตัวเลือกหนึ่ง ในการรักษานิ่วที่มีขนาดมากกว่า 2.00 เซนติเมตร ซึ่งโดยส่วนใหญ่จะรักษาโดยการส่องกล้องผ่านรูเจาะที่ผิวหนัง (PCNL) ซึ่งเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่า ใช้ระยะเวลานอนโรงพยาบาลที่นานกว่า ซึ่งอาจจะต้องคัดเลือกรูปแบบผู้ป่วยที่เหมาะสมและทำการศึกษาเปรียบเทียบต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัด เนื่องจากการเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลแห่งเดียว ร่วมกับเป็นช่วงสถานการณ์โควิด ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาค่อนข้างน้อย ลักษณะการศึกษาเป็นแบบเชิงพรรณนาย้อนหลัง ทำให้ขาดการบันทึกการประเมินอาการปวดหลังจากทำหัตถการที่ครบถ้วน การส่งตรวจหาชนิดของนิ่ว (stone analysis) ยังไม่สามารถทำได้

การทบทวนวิจัยครั้งต่อไปควรเก็บรวบรวมข้อมูลแบบ multicenter เพื่อให้ได้จำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยที่มากขึ้น และเป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้า มีการสร้างแบบเก็บข้อมูล การประเมินความปวด (pain score) การให้ยาระงับปวด เพื่อสามารถเก็บข้อมูลได้อย่างสะดวก ครบถ้วนมากยิ่งขึ้น และในอนาคต ถ้าสามารถส่ง stone analysis ได้ เราสามารถที่จะทราบชนิดและการป้องกันการเกิดนิ่วซ้ำในผู้ป่วยแต่ละราย

สรุป

จากการศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) ของผลการรักษานิ่วไตโดยการส่องกล้องทางเดินปัสสาวะ ในช่วงระยะเวลา 2 ปี จำนวน 42 ราย พบส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ระยะเวลาอนในโรงพยาบาล 3.24 ± 0.62 วัน และ หลังมาตรวจติดตามการรักษา มีอัตราการหายของนิ่ว ร้อยละ 73.80 ซึ่งขนาดของนิ่ว ตำแหน่งของนิ่ว ไม่มีความสัมพันธ์กับอัตราการหายของนิ่วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.50 ดังนั้นผลการรักษานิ่วไตโดยการส่องกล้องทางเดินปัสสาวะ จึงเป็นอีกทางเลือกที่ควรพิจารณาในการวางแผนการรักษา เนื่องจากใช้ระยะเวลาไม่นานและมีภาวะแทรกซ้อนน้อย

เอกสารอ้างอิง

- Ramello A, Vitale C, Marangella M. (2000). Epidemiology of nephrolithiasis. *J Nephrol*, 13(3), 45-50.
- Yanagawa M, Kawamura J, Onishi T, Soga N, Kameda K, Sriboonlue P, et al. (1997). Incidence of urolithiasis in northeast Thailand. *Int J Urol*, 4, 537-40.
- Sriboonlue P, Prasongwattana V, Tungsanga K, Tosukhowong P, Phantumvanit P, Bejrputra O, et al. (1991). Blood and urinary aggregator and inhibitor composition in controls and renal-stone patients from northeastern Thailand. *Nephron*, 59, 591-596.
- Turk C, Neisius A, Seitz C, Skolarikos A, Petrik A, Thomas K, et al. (2020). EAU Guidelines on Urolithiasis, *European association of urology*, 1-87.
- Kim CH, Chung DY, Rha KH, Lee JY, Lee SH. (2020). Effectiveness of percutaneous nephrolithotomy, retrograde intrarenal surgery, and extracorporeal shock wave lithotripsy for treatment of renal stones: A systematic review and meta-analysis. *Medicina (Kaunas)*, 57(1), 1-23.
- Zengin K, Tanik S, Karakoyunlu N, Sener NC, Albayrak S, Tuygun C, et al. (2015). Retrograde intrarenal surgery versus percutaneous lithotripsy to treat renal stone 2-3 cm in diameter. *Biomed Res Int*, 2015, 1-4.
- Giusti G, Proietti S, Pescechera R, Taverna G, Sortino G, Cindolo L, et al. (2015). Sky is no limit for Ureteroscopy : extending the indications and special circumstances. *World J Urol*, 33(2), 257-273.
- Berardinelli F, Proietti S, Cindolo L, Pellegrini F, Pescechera R, Derek H, et al. (2016). A prospective multicenter European study on flexible ureterorenoscopy for the management of renal stone. *Int Braz J Urol*, 42(3), 479-486.

เอกสารอ้างอิง

- Nualyong C, Sathidmangkang S, Woranisarakul V, Taweemonkongsap T, Chotikawanich E. (2019). Comparison of the outcomes for retrograde intrarenal surgery (RIRS) and percutaneous nephrolithotomy (PCNL) in the treatment of renal stones more than 2 centimeters. *TJU*, 40(1), 9-14.
- Chotikawanich E. (2017). Retrograde intrarenal surgery (RIRS). *TJU*, 38(1), 39-44.
- Osman MM, Alfano Y, Kamp S, Haecker A, Alken P, Michel MS, Knoll T. (2005). 5-year-follow-up of patients with clinically insignificant residual fragments after extracorporeal shockwave lithotripsy. *Eur Urol*, 47(6), 860-864.
- Akman T, Binbay M, Ozgor F, Ugurlu M, Tekinarslan E, Kezer C, et al. (2012). Comparison of percutaneous nephrolithotomy and retrograde flexible nephrolithotripsy for the management of 2-4 cm stones: a matched pair analysis. *BJU Int*, 109(9), 1384-1389.
- Akman T, Binbay M, Ugurlu M, Kaba M, Akcay M, Yazici O, et al. (2012). Outcomes of retrograde intrarenal surgery compared with percutaneous nephrolithotomy in elderly patients with moderate size kidney stones: a matched-pair analysis. *J Endourol*, 26(6), 625-629.
- Koyuncu H, Yencilek F, Kalkan M, Bastug Y, Yencilek E, Ozdemir AT. (2015). Intrarenal surgery vs percutaneous nephrolithotomy in the management of lower pole stones greater than 2 cm. *Int Braz J Urol*, 41(2), 245-251.
- Maneesuwansin S. (2020). Preliminary study of outcomes of retrograde intrarenal surgery for renal stone in Phaholpolpayuhasena hospital. *Kanchanaburi Medical Journal*, 23(4), 39-50.
- Hansomwong T, Nualyong C, Taweemonkongsap T, Amornvesukit T, Phinthusophon K, Jitpraphai S, et al. (2017). Perioperative outcomes of retrograde intrarenal surgery (RIRS) Treatment of renal calculi in Siriraj Hospital. *J Med Assoc*, 100, 144-149.

การพัฒนารูปแบบการจัดการธนาคารขยะในชุมชน กรณีศึกษา ตำบลแก้ง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

บุญมี เลคะฉันท

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก้ง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

(วันที่รับบทความ : 25 พฤษภาคม 2566 ; วันที่แก้ไข : 4 กรกฎาคม 2566 ; วันที่ตอบรับ : 4 กรกฎาคม 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยผสมผสานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการธนาคารขยะในชุมชน กรณีศึกษา ตำบลแก้ง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ขั้นตอนวิจัย 1) การศึกษาสถานการณ์สภาพปัจจุบัน 2) การศึกษารูปแบบการจัดการธนาคารขยะในชุมชน 3) การพัฒนาข้อเสนอการจัดการธนาคารขยะในชุมชน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 15 ท่าน 2) ประชาชนในตำบล จำนวน 400 คน และอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 155 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และแบบสอบถาม

ผลการศึกษาพบว่า การศึกษาสถานการณ์สภาพปัจจุบันพบว่า ชุมชนมีความแออัดติดถนนหลัก มีผู้สัญจรจำนวนมากคนในชุมชนหันมาพึ่งพาตลาดนัด มีการลักลอบทิ้งขยะในพื้นที่สาธารณะ บางครอบครัวยังไม่เข้าใจในการคัดแยกขยะ ปัญหาการจัดการขยะในชุมชน ส่วนใหญ่คนมักทิ้งขยะข้างถนน/ที่ดินคนอื่น (ร้อยละ 41.91, 43.01) การจัดการขยะที่พบ 1) มีการประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าว 2) ชาวบ้านมีการคัดแยกขยะบางส่วน 3) เสนอให้ทุกหลังคาเรือนมีถังขยะทุกครัวเรือนเพื่อทิ้งขยะให้ถูกที่ 4) จัดการคัดแยกขยะและควบคุมปริมาณขยะครัวเรือนของตนเอง 5) มีการรณรงค์ใช้ถุงผ้า ตะกร้าแทนการใช้ถุงพลาสติกแต่ยังไม่ครอบคลุม 6) ส่งเสริมเรื่องการอบรมสร้างจิตสำนึกด้านสิ่งแวดล้อม 7) ให้ความรู้ความเข้าใจด้านการคัดแยกขยะ

การศึกษารูปแบบการจัดการธนาคารขยะในชุมชน มีแนวคิดให้ชาวบ้านสมัครเป็นสมาชิกธนาคารขยะ คัดแยกขยะ นำมาขายฝากกับธนาคารขยะ มีเจ้าหน้าที่องค์การบริหารตำบลแก้งออกมารับซื้อเดือนละ 1 ครั้งแล้วฝากเงินเข้าบัญชีสมาชิกเพื่อเป็นเงินสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อเสียชีวิต ปัญหาที่พบ 1) ยังมีครอบครัวยังไม่เป็นสมาชิกธนาคารขยะ 2) ยากที่จะหาขยะมาฝากแต่ละเดือน 3) สมาชิกขาดการติดต่อ 4) กำหนดการรับซื้อขยะมีการตลาดเคลื่อน 5) ราคารับซื้อต่ำกว่าผู้รับซื้อทั่วไป การประเมินรูปแบบการจัดการธนาคารขยะในชุมชน กลุ่มประชาชน และ อสม. พบว่ามีความเหมาะสมระดับมาก สอดคล้องกัน ดังนี้ 1) การจัดตั้งคณะกรรมการ 2) การกำหนดนโยบาย แผนงาน และ โครงการ 3) การออกระเบียบหลักเกณฑ์ 4) ด้านสถานที่ อุปกรณ์ 5) การประชาสัมพันธ์ 6) การดำเนินการธนาคารขยะในชุมชน และ 7) การประเมินผล

การพัฒนาข้อเสนอการจัดการธนาคารขยะในชุมชน ด้านบุคคล ส่งเสริมการให้ความรู้ การประชาสัมพันธ์ การรณรงค์เป็นสมาชิกกลุ่ม ด้านการเงิน การกำหนดราคารับซื้อ การจ่ายเงินสงเคราะห์ ด้านวัสดุอุปกรณ์ จัดหาวัสดุอุปกรณ์ให้เพียงพอ และด้านบริหารจัดการ จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินการ วางระบบการประเมินผล เพื่อการปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ, ธนาคารขยะ, การจัดการขยะในชุมชน

The Development of the Waste Bank Management Model in the Community: A Case Study of Kaeng Sub-district Detudom District Ubon Ratchathani Province

Boonmee Lekachan

Kaeng Sub-district Hospital, Det Udom District, Ubon Ratchathani Province

Abstract

This mixed method research aimed to develop of the waste bank management model in the community of Kaeng Sub-district Detudom District Ubon Ratchathani Province. There were three phases including: 1) study situation of waste bank management, 2) study current of the waste bank model in the community, and 3) developing a proposal of the waste bank model in the community. The participant in study composed 1) 15 experts, 2) 400 people of Kaeng Sub-district Detudom District, and 3) 155 Village Health Volunteer. The research tools were questionnaires and in-depth interview.

The results found that the current situation was congested on the main road. There were many commuters, people in the community turn to rely on the market. There was illegal dumping of garbage in public areas. Some families did not understand how to separate waste. Most people tended to throw garbage on the side of the road / other people's land (41.91,43.01%). Waste management were found 1) public relations through news broadcasting towers, 2) villagers sort some garbage, 3) every household to dispose of garbage in the right place, 4) sort waste of household, 5) campaign using cloth baskets, 6) promote training for awareness of the environment, and 7) provide knowledge and understanding of waste separation.

A study of waste bank management model in the community proposed ideas for villagers to become the waste bank members, sort waste and sell to the waste bank once a month and deposit money into the member's account to be a family allowance upon wellness. Problems were found 1) there were some did not waste bank members, 2) difficult to find garbage for each month, 3) lose contact, 4) unstable waste buying schedule, 5) the purchase was low price. Evaluation of the model that people and village health volunteers was appropriate and consistent at a high level as follows: 1) the establishment of a committee, 2) the formulation of policies, plans and projects, 3) the issuance of regulations, 4) location, equipment, 5) public relations, 6) implementation of waste banks in the community and 7) evaluation.

Developing a waste bank management proposal for promoting knowledge public relations people in community, campaigning recruited member, setting the purchase price, allowance payment, equipment sufficient supply of equipment and management, establishment of an action committee set up an evaluation system for improving continuous development.

Keywords : model development, waste bank, community waste management

***Corresponding author :** bumee345@gmail.com

บทนำ

ปัญหาการจัดการขยะมูลฝอย ของประเทศไทย เป็นปัญหาหนึ่งทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ แม้มีความพยายามในการจัดการขยะแล้วก็ตาม ก็ยังพบว่า มีปริมาณขยะมูลฝอยเพิ่มขึ้นทุกปี มาโดยตลอดตั้งแต่ ปี 2555 มี 24.73 ล้านตัน, ปี 2556 มี 26.77 ล้านตัน, ปี 2557 มี 26.19 ล้านตัน, ปี 2558 มี 26.85 ล้านตัน, ปี 2559 มี 27.09 ล้านตัน, ปี 2560 มี 27.37 ล้านตัน, ปี 2561 มี 27.93 ล้านตัน, ปี 2562 มี 28.71 ล้านตัน เพิ่งจะมีปริมาณขยะลดลง เนื่องจาก สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ในปี 2563 (25.37 ล้านตัน) อันเกิดจากการควบคุมจำนวนนักท่องเที่ยว อพท.หลายแห่งไม่อนุญาตให้ประชาชนเข้าไปคัดแยกสถานที่เก็บขยะเพราะเกรงการแพร่เชื้อโรค เศรษฐกิจโลกตกต่ำทำให้ร้านซื้อของเก่าปิดตัวลง (อรรถพล เจริญชันษา, 2563)

สืบเนื่องจากมติคณะรัฐมนตรีในคราวประชุมเมื่อวันที่ 3 พฤษภาคม 2559 เห็นด้วยกับแผนแม่บทการบริหารจัดการขยะมูลฝอยของประเทศ (พ.ศ. 2559 – 2564) ตามที่กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมและให้กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมร่วมกับกระทรวงมหาดไทย จัดทำแผนแม่บทการบริหารจัดการขยะมูลฝอยของประเทศระยะสั้น (พ.ศ. 2559 – 2560) ประกอบกับ พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี ได้กล่าวในรายการคืนความสุขให้คนในชาติ เมื่อวันศุกร์ที่ 27 พฤษภาคม 2559 เกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาขยะมูลฝอยอย่างเป็นรูปธรรม และได้มอบหมายให้กระทรวงมหาดไทยบูรณาการร่วมกับกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ในการจัดทำแผนปฏิบัติการประเทศไทยไร้ขยะ ตามแนวทางประชารัฐ ระยะ 1 ปี โดยใช้หลักการ 3Rs คือ การใช้น้อย ใช้ซ้ำ และนำกลับมาใช้ใหม่ โดยมีเป้าหมายเพื่อลดปริมาณการเกิดขยะมูลฝอยในภาพรวมของประเทศลดลงร้อยละ 5 จากอัตราการเกิดขยะมูลฝอยและจังหวัดอุบลราชธานี ได้จัดทำแผนปฏิบัติการระดับจังหวัด เพื่อกำหนดนโยบายและทิศทางการบริหารจัดการขยะมูลฝอยชุมชน “จังหวัดสะอาด” มีการกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัดด้านการบริหารจัดการขยะมูลฝอยชุมชน “จังหวัดสะอาด” เพื่อขยายผลสู่การปฏิบัติในระดับอำเภอ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และหมู่บ้าน/ชุมชน จัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้นแบบการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน (Best Practice) ในจังหวัดหรือจากจังหวัดอื่น (สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด, 2565) สำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัดอุบลราชธานี ได้จัดทำโครงการศึกษาดูงานการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน “จังหวัดสะอาด” ตามโครงการประสานความร่วมมือในการกำกับติดตามการดำเนินงานตามแผนการจัดการขยะมูลฝอยและของเสียอันตราย ในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ขึ้น โดยคาดหวังว่าจะเป็นการจุดประกายวิธีคิดที่นำมาพัฒนางานได้ด้วยความมีประสิทธิภาพ (สำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัดอุบลราชธานี, 2559) เจ้าหน้าที่สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาคที่ 12 ประสานความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดอุบลราชธานี ทำการสำรวจข้อมูลและให้คำแนะนำด้านการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนตามแผนปฏิบัติการโครงการเมืองสวยใส่ร่มลพิษและโครงการสนับสนุนขับเคลื่อนจังหวัดสะอาด ในระหว่างวันที่ 12-15 มีนาคม 2562 ซึ่งในภาพรวมพบว่า หน่วยงานท้องถิ่น มีกระบวนการบริหารจัดการขยะมูลฝอยชุมชนที่เป็นระบบมากยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากมาตรการเชิงนโยบาย และการรณรงค์ให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง สรุปประเด็นสำคัญ ได้ดังนี้ 1) หน่วยงานท้องถิ่นเริ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สถานที่กำจัดมูลฝอยที่ไม่ถูกต้องไปสู่การทิ้งร่วมในสถานที่กำจัดมูลฝอยที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น 2) การรณรงค์ใช้ประโยชน์ขยะอินทรีย์ ทำได้เกือบครบ

ทุกพื้นที่ 3) ส่งเสริมการคัดแยกขยะ และมีโครงการธนาคารขยะเพิ่มมากขึ้น 4) ขยะอันตรายชุมชนมีระบบการรวบรวมครอบคลุมทุกพื้นที่ ซึ่งเป็นผลมาจาก “รูปแบบการบริหารจัดการขยะอันตรายอย่างยั่งยืน” ตาม Ubon Model ที่ สสภ. 12 สร้างขึ้นเพื่อการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม โดยหน่วยงานท้องถิ่นทุกแห่งทราบ และร่วมกิจกรรม “คืนความสุขให้คนอุบล กำจัดขยะอันตรายชุมชนอย่างปลอดภัย” ทุกครั้ง (สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาคที่ 12 อุบลราชธานี, 2565)

นอกจากนั้น คณะรักษาความสงบแห่งชาติ ได้มีมติเห็นชอบ Roadmap การกำจัดขยะมูลฝอย และของเสียอันตราย ในการประชุมเมื่อวันที่ 26 สิงหาคม 2557 โดยมีนโยบายการแก้ปัญหาขยะมูลฝอย ดังนี้ 1) แก้ปัญหาขยะเก่า คือ เร่งกำจัดขยะมูลฝอยที่ตกค้างสะสมในพื้นที่ที่ต้องไม่มีขยะถูกกองทิ้งกลางแจ้ง (No more open dump) 2) ขยะมูลฝอยที่เกิดใหม่ ให้ดำเนินการจัดการขยะมูลฝอยตามรูปแบบใหม่ คือ ต้องลดการผลิตขยะและคัดแยกขยะมูลฝอยตั้งแต่บ้านเรือน 3) วางระเบียบมาตรการ ที่จะรองรับการบริหารจัดการขยะมูลฝอยและของเสียอันตราย ให้ผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้นำกับดูแลการบริหารจัดการขยะมูลฝอยในภาพรวมของจังหวัด 4) การสร้างวินัยของคนในชาติ คือ การให้ความรู้กับประชาชน และการบังคับใช้กฎหมายต่อไป

ในด้านข้อมูลทั่วไป สถานการณ์ ปัญหา การจัดการขยะมูลฝอย ตำบลบ้านแก่ง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ตำบลแก่ง เป็น 1 ใน 16 ตำบลในเขตอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี เป็นตำบลเก่าแก่ ตั้งแต่เมื่อปี พ.ศ. 2462 ตำบลแก่งมีอาณาเขตพื้นที่ ดังนี้ ทิศเหนือ จรด องค์การบริหารส่วนตำบลโนนสมบูรณ์ ทิศตะวันออก จรด องค์การบริหารส่วนตำบลบุหุ ทิศตะวันตก จรด องค์การบริหารส่วนตำบลนาเกษม อำเภอทุ่งศรีอุดม ทิศใต้ จรด องค์การบริหารส่วนตำบลยาง อำเภอน้ำยืน โดยตำบลแก่งอยู่ห่างจากที่ว่าการอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี เป็นระยะทางประมาณ 26 กิโลเมตรปัจจุบันมี 11 หมู่บ้าน มีลักษณะชุมชนและวิถีชีวิตความเป็นอยู่แบบเครือญาติ และแบบชาวชนบทอีสานทั่วไป คือ อยู่แบบพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน นับถือผู้อาวุโส รักษาขนบธรรมเนียมประเพณีที่สืบทอดกันมายาวนาน โดยเฉพาะประเพณีที่ภาคอีสานสืบทอดมาจนถึงปัจจุบัน ซึ่งในปัจจุบันหมู่บ้านในเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลแก่งมีจำนวนประชากรเพิ่มมากขึ้นการบริโภคในครัวเรือนเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ปริมาณขยะจากครัวเรือนเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย จะเห็นได้จากขยะมูลฝอยตามหมู่บ้านทั้ง 11 หมู่บ้าน มีอัตราเพิ่มขึ้นซึ่งขยะเหล่านั้นเป็นขยะที่ย่อยสลายได้ยาก เช่น กล่องโฟม ถุงพลาสติก ขวดพลาสติก และขยะอิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ ซึ่งขยะเหล่านี้ก่อให้เกิดมลภาวะ เป็นแหล่งเพาะพันธุ์เชื้อโรคต่าง ๆ ตลอดจนเป็นปัญหาสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพของคนในชุมชนจากเหตุปัจจัยดังกล่าวข้างต้น ทำให้ปัญหาเรื่องการจัดการขยะยากที่จะควบคุมได้เว้นแต่ประชาชนในหมู่บ้านซึ่งเป็นผู้บริโภค และผู้ขายจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้หีบห่อบรรจุภัณฑ์จากพลาสติก เป็นหีบห่อบรรจุภัณฑ์จากธรรมชาติ เช่น ใบตอง กระดาษที่สามารถย่อยสลายได้ง่าย ซึ่งเป็นเรื่องที่เปลี่ยนแปลงได้ยาก จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น สำนักงานปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลแก่งจึงได้จัดทำโครงการธนาคารขยะขององค์การบริหารส่วนตำบลแก่งขึ้น เพื่อให้ประชาชนในชุมชนมีเงินออมและรายได้จากการขายขยะ มีสุขภาพร่างกาย สุขภาพจิตที่ดีและมีสิ่งแวดล้อมที่ดีในหมู่บ้านชุมชนต่อไป

จากสถานการณ์ บริบท ปัญหา ขยะมูลฝอย ตั้งแต่ระดับประเทศ ระดับจังหวัดและในระดับพื้นที่ นอกจาก จะมีผลกระทบ ด้านสังคม ความสะอาด เรียบร้อย ความสวยงามของบ้านเมือง ด้านเศรษฐกิจแล้ว ผลกระทบที่สำคัญประการหนึ่ง คือ ผลกระทบด้านสุขภาพ เป็นแหล่งเพาะพันธุ์เชื้อโรค โรคไทฟอยด์ โรคฉี่หนู และที่สำคัญโรคไข้เลือดออกที่มีการระบาด

อัตราป่วย และอัตราเสียชีวิตสูง เป็นประจำทุกปี ผู้วิจัยในฐานะผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแก้ง มีหน้าที่ดูแลสุขภาพประชาชน โดยเฉพาะการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ การจัดการสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ จะทำให้ลดปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดโรคภัยต่าง ๆ ประกอบกับ ในการแก้ปัญหาของชุมชน ในการจัดการขยะมูลฝอยของชุมชน ได้จัดทำ โครงการธนาคารขยะในชุมชน ผู้วิจัยก็เป็นคณะทำงานในโครงการร่วมด้วย รวมทั้ง บุคลากรในเครือข่ายได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ก็เป็น คณะทำงานหลักในโครงการ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาโครงการธนาคารขยะในชุมชน เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการธนาคารขยะในชุมชน ให้มีประสิทธิภาพ และยั่งยืนในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์สภาพปัจจุบันในการจัดการธนาคารขยะในชุมชน ตำบลแก้ง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการธนาคารขยะในชุมชน ตำบลแก้ง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี
3. เพื่อจัดทำข้อเสนอในการพัฒนารูปแบบการจัดการธนาคารขยะในชุมชน ตำบลแก้ง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยผสมผสาน (Mix method) ทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative) และเชิงคุณภาพ (Qualitative) มีการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ตามเอกสาร รับรองที่ SSJ.UB 2566-012 ซึ่งผู้วิจัยมีการชี้แจงและทำความเข้าใจกับผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้ให้สัมภาษณ์ อย่างชัดเจนที่จะไม่เป็นการละเมิดสิทธิหรือทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูล การวิจัย ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้ 1) การศึกษาสภาพปัจจุบัน 2) การศึกษารูปแบบการจัดการธนาคารขยะในชุมชนและ 3) การพัฒนาข้อเสนอการจัดการธนาคารขยะในชุมชนโดย ทั้ง 3 ขั้นตอน มีวิธีการศึกษา ดังนี้

1) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ประกอบด้วยสำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้บริหาร ผู้นำชุมชนเจ้าหน้าที่ โดยได้คัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีความรู้ และประสบการณ์ในการจัดการธนาคารขยะในชุมชน จำนวน 15 ท่าน ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน ส.อบต.ประธาน อสม.ระดับตำบล ประธาน อสม.ระดับหมู่บ้าน ผู้รับผิดชอบโครงการธนาคารขยะใน อบต./ผอ.รพ.สต./จนท.รพ.สต./ผู้อำนวยการโรงเรียน เจ้าอาวาส เป็นต้น กับการเก็บข้อมูล 1) ลงพื้นที่นัดหมายกำหนดวันเวลาที่ตำบลแก้ง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี 2) ใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกการพัฒนา รูปแบบการจัดการธนาคารขยะในชุมชนตำบลแก้ง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 3 ข้อ 3) เตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง กล้องถ่ายรูป เป็นต้น

2) การตอบแบบสอบถาม (Questionnaire) กลุ่มที่ 1 ประชาชนในตำบลแก้งเพื่อความครอบคลุม กระจายทุกหมู่บ้าน ใช้ขนาดตัวอย่างเพิ่มเป็น 400 คน/หลังคาเรือนทั้งหมด (ตามการคำนวณ โดยใช้สูตร TARO YAMANE ค่าคลาดเคลื่อนที่ 0.05 ได้ขนาดตัวอย่าง 344 ตัวอย่าง ปรับเป็น 400 ตัวอย่าง) กระจายโควตา ให้หมู่บ้านละ 36-37 คน/หลังคา

และให้ อสม. สุ่มสำรวจ ในหมู่บ้าน/ชุมชน ตามในเขตรับผิดชอบ ตามเป้าหมายที่ได้รับการจัดสรร กลุ่มที่ 2 เป็น อสม. มีทั้งหมด จำนวน 155 คน เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อน ใช้การสำรวจ อสม. ทั้งหมดทุกคน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด คือ 1) แนวคำถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) สำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้บริหาร ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการธนาคารขยะในชุมชนมีทั้งหมด 3 หัวข้อใหญ่ แบ่งเป็นข้อย่อย จำนวน 9 ข้อ 2) แบบสอบถามใช้สำหรับสอบถามแบบเดียวกัน ทั้ง 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ประชาชนในตำบล และ กลุ่ม อสม. มีทั้งหมด 5 ส่วน

วิธีการสร้างเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการศึกษานี้ ได้ดำเนินการสร้างตามขั้นตอนจากกรอบแนวคิด ทฤษฎี และการทบทวนวรรณกรรม เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- 1) วิเคราะห์นโยบาย ทิศทาง การพัฒนารูปแบบการจัดการธนาคารขยะในชุมชน กรณีศึกษา ตำบลแก้ง อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี และนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี
- 2) ศึกษางานวิจัยต่าง ๆ บทความ ที่เกี่ยวกับ การพัฒนารูปแบบการจัดการธนาคารขยะในชุมชน กรณีศึกษา ตำบลแก้ง อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม
- 3) วิเคราะห์ และ สังเคราะห์ข้อมูล จาก ข้อ 1 และ ข้อ 2 มาจัดทำข้อคำถาม แนวทางในการ (In-depth interview)
- 4) นำแนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความสอดคล้องของ ข้อคำถามกับวัตถุประสงค์แล้วนำมาปรับปรุงตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
- 5) นำผลการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ที่เกี่ยวข้องมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ ร่วมกับข้อที่ 1 และ ข้อ 2 เป็นมาสร้างเป็นข้อคำถามในแบบสอบถาม
- 6) นำแบบสอบถาม มาให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถามกับ วัตถุประสงค์แล้ว ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและวิเคราะห์หาความสอดคล้องหรือดัชนีของ ความสอดคล้องกันระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับจุดประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence หรือ IOC) ได้ค่าเท่ากับ 1 และปรับตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ
- 7) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มประชาชน และ กลุ่ม อสม. ในเขตที่ไม่ใช่พื้นที่ศึกษา จำนวนชุดละ 30 คน เพื่อดูความเข้าใจในข้อคำถาม แล้วนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความถูกต้องเหมาะสม วิเคราะห์หาความเที่ยง โดยวิธีการของครอนบาค (Cronbach Method) ได้ค่าเท่ากับ 0.91

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย จำนวน ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum) และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย

1. การศึกษาสถานการณ์สภาพปัจจุบัน พบว่า ชุมชนมีความแออัดติดถนนหลักมีผู้คนสัญจรจำนวนมาก คนในชุมชนหันมาพึ่งพาตลาดนัด มีการลักลอบทิ้งขยะในพื้นที่สาธารณะ บางครอบครัว ยังไม่เข้าใจในการคัดแยกขยะจากการศึกษาประชาชนทั่วไป และ กลุ่ม อสม.พบว่าแหล่งกำเนิดขยะ ส่วนใหญ่มาจากตลาด (ร้อยละ 45.46, 44.9) ประเภทขยะในชุมชนส่วนใหญ่เป็นเศษอาหาร/เศษผัก/ใบไม้ (ร้อยละ 36.73, 36.51) การคัดแยกขยะ ส่วนใหญ่ขายที่ธนาคารขยะในชุมชน (ร้อยละ 70.55, 72.55) การกำจัดขยะที่ไม่สามารถคัดแยกได้ทิ้งในถังขยะ (ร้อยละ 78.24, 47.55) ปัญหาการจัดการขยะในชุมชนส่วนใหญ่คนมักทิ้งขยะข้างถนน/ที่ดินคนอื่น (ร้อยละ 41.91, 43.01) **การจัดการขยะ** 1) มีการประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าว 2) ชาวบ้านมีการคัดแยกขยะบางส่วน 3) เสนอให้ทุกหลังคาเรือนมีถังขยะทุกครัวเรือนเพื่อทิ้งขยะให้ถูกที่ 4) จัดการคัดแยกขยะและควบคุมปริมาณขยะครัวเรือนของตนเอง 5) มีการณรงค์ให้ใช้ถุงผ้าตะกร้าแทนการใช้ถุงพลาสติกแต่ยังไม่ครอบคลุม 6) ส่งเสริมเรื่องการอบรมสร้างจิตสำนึกด้านสิ่งแวดล้อม 7) ให้ความรู้ความเข้าใจด้านการคัดแยกขยะ

2. การศึกษารูปแบบการจัดการธนาคารขยะในชุมชน พบว่า

2.1 สาเหตุ ที่มาของการจัดทำธนาคารขยะในชุมชน จากการสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึก พบว่า 1) ชุมชนมีปัญหาเรื่องปริมาณขยะเพิ่มมากขึ้น และขยะที่ทิ้งบางส่วนก็อาจนำมาใช้ใหม่ได้ เพื่อสร้างประโยชน์และรายได้ 2) การบริหารจัดการขยะที่ผ่านมา ไม่มีการบูรณาการ ไม่เป็นรูปธรรม ไม่ทิศทางในการจัดการขยะร่วมกันของคนในหมู่บ้านในชุมชนทุกหมู่บ้านในเขตตำบลแก้ง 3) การแก้ไขปัญหาขยะทางองค์การบริหารส่วนตำบลแก้ง จึงร่วมกับผู้นำชุมชนทุกหมู่บ้าน ส่วนราชการทุกภาคส่วน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ได้ประชุมปรึกษาหารือเกี่ยวกับปัญหาขยะเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันจึงได้มีแนวคิดจะทำธนาคารขยะเป็นโครงการที่รณรงค์ให้ทุกหมู่บ้านทำร่วมกันโดยการทำบันทึกข้อตกลงกับองค์การบริหารส่วนตำบลแก้งร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก้ง ภายใต้ โครงการหมู่บ้านสะอาดปราศจากโรค 4) องค์การบริหารส่วนตำบลแก้ง และผู้ใหญ่บ้าน เดินทางไปศึกษาการจัดการธนาคารขยะในชุมชนที่ตำบลโพรงาม อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี เห็นว่าเป็นโครงการที่ดีในการคัดแยกขยะ จึงเริ่มเชิญชวนประชาชนในหมู่บ้าน เข้าร่วมโครงการแรก ๆ 10 กว่าหลังคาเรือน ปัจจุบันเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ แต่ยังไม่ครบทุกหลังคาเรือน 5) ผู้นำชุมชนแต่ละหมู่บ้าน แต่ละชุมชน มีการจัดประชุมชาวบ้าน ประชุมหมู่บ้าน ถึงแนวทางการจัดทำธนาคารขยะในชุมชนเพื่อหาความคิดเห็นของชาวบ้าน จึงมีการจัดตั้งธนาคารขยะขึ้นมาเพื่อกำจัดของเสียในชุมชนนำขยะที่สร้างประโยชน์สร้างรายได้ให้ประชาชนได้แยกขยะให้ถูกวิธีถูกประเภท ชุมชนสะอาดเรียบร้อยชุมชนมีรายได้เสริม 6) รูปแบบการจัดการขยะในชุมชนแบ่งประเภทขยะ ออกเป็นขยะทั่วไปขยะเปียก

ขยะรีไซเคิลขยะอันตราย 7) องค์การบริหารส่วนตำบลแก้ง มีการอบรมให้ความรู้ในการคัดแยกขยะในครัวเรือนมีรูปแบบในการนำขยะไปใช้ประโยชน์ ได้แก่ การคัดแยกขยะและการเข้ากลุ่มธนาคารขยะของอบต. เป็นต้น

2.2 รูปแบบการจัดการธนาคารขยะในชุมชน จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า 1) ชาวบ้านสมัครเป็นสมาชิกธนาคารขยะเตรียมคัดแยกขยะแต่ละอย่าง 2) นำมาขายฝากกับธนาคารขยะ โดยจะมีเจ้าหน้าที่จากองค์การบริหารตำบลแก้งดำเนินการ 3) องค์การบริหารตำบลแก้งออกมาซื้อในชุมชน หมู่บ้าน ตามศาลากลางบ้าน หรือสถานที่ที่เหมาะสมในชุมชน เดือนละ 1 ครั้งแล้วฝากเงินเข้าบัญชีสมาชิกไว้เพื่อเป็นเงินสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อเสียชีวิตเมื่อมีเงินฝากมากเกินระเบียบที่กำหนด ก็สามารถเบิกไปใช้จ่ายได้ 4) ได้แนวคิดต้นแบบมาจากตำบลโพรงน้ำที่เขาทำธนาคารขยะมาก่อนเป็นแนวทางที่ดีจึงได้นำมาประยุกต์ปรับใช้ 5) เป็นแนวทางในการบริหารจัดการขยะภายในหมู่บ้านในเขตตำบลแก้งในรูปแบบฉาบกิจสงเคราะห์คุ้มครองครอบครัวสมาชิกทั้งหมด 6) เปิดรับสมาชิกแต่ละหมู่บ้านประชาสัมพันธ์ทำความเข้าใจให้ประชาชนทราบกำหนดแผน 7) การออกรับซื้อขยะในแต่ละเดือนกำหนดการคุ้มครองด้านสิทธิในการรับผลประโยชน์เงินสงเคราะห์สมาชิก 8) ต้องคัดแยกขยะ มาขายฝากเข้ากองทุนธนาคารขยะเริ่มต้นติดต่อกันเป็นเวลา 6 เดือนเมื่อครบ 6 เดือนไปแล้ว สามารถนำขยะมาขายเดือนเว้นเดือนได้ 9) ต้องมีเงินฝากในบัญชีหรือสมุดสมาชิกไม่ต่ำกว่า 300 บาท และหากมีเงินสะสมเกิน 300 บาทสามารถเบิกถอนเงินได้ด้วยตนเองกรณีเงินสะสมไม่ถึง 300 บาทสมาชิกสามารถนำเงินมาฝากได้ถึง 300 บาทเพื่อใช้เป็นค่าใช้จ่ายหักค่าฉาบกิจสงเคราะห์กรณีสมาชิกเสียชีวิตได้ เป็นการช่วยเหลือสงเคราะห์ ซึ่งกันและกันของพี่น้องชาวตำบลแก้งปัจจุบันเงินสงเคราะห์จำนวน 17,600 บาท เรียกเก็บจากสมาชิก 20 บาท ต่อศพ จำนวนสมาชิก 883 หลังคาเรือนในอนาคตตั้งเป้าหมายอยู่ที่ 1,000 หลังคาเรือน เงินสงเคราะห์จะได้ 20,000 บาท 10) การจัดการขยะในชุมชนคือ 1.สร้างความรู้ความเข้าใจให้คนในชุมชนได้รู้จักคัดแยกประเภทของขยะแต่ละประเภท 2.จัดให้มีการนำขยะมารวมกันขาย 3.ให้ความรู้ด้านการจัดการขยะเปียกในครัวเรือน 4.ต้องมีถังขยะไว้ใส่ขยะทุก ๆ ครัวเรือน 5.การแยกขยะและมีการรับซื้อขยะที่ประชาชนแยกในแต่ละเดือน

2.4 ปัญหา เกี่ยวกับ รูปแบบ การจัดการ ธนาคารขยะในชุมชน จากการสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึก พบว่า 1) บางครอบครัวที่ยังไม่สนใจสมัครเป็นสมาชิกธนาคารขยะเพราะไม่เข้าใจสิทธิและผลประโยชน์ที่จะได้รับ 2) บางครอบครัวก็ว่ามียากที่จะหาขยะมาฝากขายแต่ละเดือนและขยะที่นำมาขายฝากได้จะไม่เป็นปัญหาจะเป็นปัญหากับขยะที่ขายไม่ได้ 3) ในส่วนปัญหาการรับซื้อขยะ ได้แก่ 1.ปัญหาเรื่อง covid-19 ต้องเลื่อนกำหนดรับซื้อที่ไม่มีกำหนดในช่วงที่ผ่านมา 2. สมาชิกขาดการติดต่อในการขายขยะตามกฎระเบียบที่กำหนด 3.การกำหนดการรับซื้อขยะที่ทางอบต. แก้งกำหนดมีการเปลี่ยนแปลงคาดเคลื่อนเช่นบางเดือนกำหนดต้นเดือนกลางเดือนปลายเดือน เป็นต้น 4.ปัญหาด้านราคาซื้อที่ต่ำกว่าผู้รับซื้อทั่วไป

3. การประเมินรูปแบบการจัดการธนาคารขยะในชุมชน โดยจาก กลุ่มประชาชน และ กลุ่ม อสม. มีรายละเอียดและผลการศึกษา จำแนกตามกลุ่ม ดังนี้

3.1 การประเมินรูปแบบการจัดการธนาคารขยะในชุมชน โดยจากกลุ่มประชาชน

3.1.1 การจัดตั้งคณะกรรมการจัดการธนาคารขยะในชุมชนที่เหมาะสม พบว่า ผลการประเมินการจัดตั้งคณะกรรมการจัดการธนาคารขยะในชุมชนมีความเหมาะสมในระดับมาก ($\bar{X}=3.95$)

3.1.2 การกำหนดนโยบาย แผนงาน และโครงการการจัดทำธนาคารขยะในชุมชน พบว่า ผลการประเมินการกำหนดนโยบาย แผนงาน และโครงการการจัดทำธนาคารขยะในชุมชนมีความเหมาะสมในระดับมาก ($\bar{X}=3.98$)

3.1.3 การออกระเบียบหลักเกณฑ์ การดำเนินงานธนาคารขยะในชุมชน พบว่า ผลการประเมินการออกระเบียบหลักเกณฑ์การดำเนินงานธนาคารขยะในชุมชนมีความเหมาะสมในระดับมาก ($\bar{X}=3.98$)

3.1.4 ด้านสถานที่ อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการดำเนินการธนาคารขยะในชุมชน พบว่า ผลการประเมินด้านสถานที่ อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการดำเนินการธนาคารขยะในชุมชนมีความเหมาะสมในระดับมาก ($\bar{X}=3.89$)

3.1.5 การประชาสัมพันธ์ของการดำเนินการธนาคารขยะในชุมชน พบว่า ผลการประเมินการประชาสัมพันธ์ของการดำเนินการธนาคารขยะในชุมชนมีความเหมาะสมในระดับมาก ($\bar{X}=4.03$)

3.1.6 การดำเนินการธนาคารขยะในชุมชน พบว่า ผลการประเมินการดำเนินการธนาคารขยะในชุมชนมีความเหมาะสมในระดับมาก ($\bar{X}=4.04$)

3.1.7 การประเมินผลการดำเนินการธนาคารขยะในชุมชน พบว่า ผลการประเมินการดำเนินการธนาคารขยะในชุมชนมีความเหมาะสมในระดับมาก ($\bar{X}=3.94$)

3.2 การประเมินรูปแบบการจัดการธนาคารขยะในชุมชน โดยจากกลุ่ม อสม.

3.2.1 การจัดตั้งคณะกรรมการจัดการธนาคารขยะในชุมชนที่เหมาะสม พบว่า ผลการประเมินการจัดตั้งคณะกรรมการจัดการธนาคารขยะในชุมชนมีความเหมาะสมในระดับมาก ($\bar{X}=4.19$)

3.2.2 การกำหนดนโยบาย แผนงาน และ โครงการ การจัดทำธนาคารขยะในชุมชน พบว่า ผลการประเมินการกำหนดนโยบาย แผนงาน และโครงการการจัดทำธนาคารขยะในชุมชนมีความเหมาะสมในระดับมาก ($\bar{X}=4.05$)

3.2.3 การออกระเบียบหลักเกณฑ์ การดำเนินงานธนาคารขยะในชุมชน พบว่า ผลการประเมินการออกระเบียบหลักเกณฑ์ การดำเนินงานธนาคารขยะในชุมชนมีความเหมาะสมในระดับมาก ($\bar{X}=4.04$)

3.2.4 ด้านสถานที่ อุปกรณ์ ที่เกี่ยวข้อง การจัดการดำเนินการธนาคารขยะในชุมชน พบว่า ผลการประเมินด้านสถานที่ อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการดำเนินการธนาคารขยะในชุมชนมีความเหมาะสมในระดับมาก ($\bar{X}=3.95$)

3.2.5 แบบสอบถามความคิดเห็นของการประชาสัมพันธ์ของการดำเนินการธนาคารขยะในชุมชน พบว่า ผลการประเมินการประชาสัมพันธ์ของการดำเนินการธนาคารขยะในชุมชนมีความเหมาะสมในระดับมาก ($\bar{X}=4.05$)

3.2.6 การดำเนินการธนาคารขยะในชุมชน พบว่า ผลการประเมินการดำเนินการธนาคารขยะในชุมชน มีความเหมาะสมในระดับมาก ($\bar{X}=4.01$)

3.2.7 การประเมินผลการดำเนินการธนาคารขยะในชุมชน พบว่า ผลการประเมินการดำเนินการธนาคารขยะในชุมชนมีความเหมาะสมในระดับมาก ($\bar{X}=3.95$)

4. การพัฒนาข้อเสนอ

4.1 ข้อเสนอการพัฒนาการจัดการธนาคารขยะในชุมชน

1. ควรจัดให้มีการอบรมให้ความรู้ความเข้าใจด้านปัญหาและการจัดการขยะในครัวเรือนและให้ความรู้ด้านการคัดแยกขยะเพื่อนำไปขาย/ฝากที่ธนาคารขยะ
2. ควรมีการประชาสัมพันธ์หลากหลายรูปแบบทุกช่องทางที่เป็นไปได้ โดยเฉพาะทางหอกระจายข่าวในหมู่บ้านเกี่ยวกับ
 - 2.1) การคัดแยกขยะประเภทขยะการทิ้งขยะการจัดการขยะ
 - 2.2) การรณรงค์เชิญชวน เข้าเป็นสมาชิกธนาคารขยะ
 - 2.3) แจ้งเกี่ยวกับการดำเนินการธนาคารขยะ อาทิ ยอดเงิน ยอดสมาชิก ยอดผู้เสียชีวิต วันเวลาเปิดรับซื้อขยะ ราคารับซื้อ กองทุนฌาปนกิจสงเคราะห์ เป็นต้นโดยมีการประชาสัมพันธ์ เป็นประจำต่อเนื่อง
3. มีการรณรงค์ให้ทุกครัวเรือนเป็นสมาชิกธนาคารขยะโดยขอความร่วมมือกับทุกครัวเรือนเพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาขยะในหมู่บ้าน และมีการประชาสัมพันธ์การสมัครเป็นสมาชิกทุกเดือนในทุกหมู่บ้าน
4. การรับซื้อขยะ
 - 4.1 กำหนดการรับซื้อขยะแต่ละเดือนให้ตรงกันในช่วงใดช่วงหนึ่งของทุกเดือน
 - 4.2 ให้มีการระบุห้วงเวลาให้ชัดเจน
 - 4.3 ขอให้เพิ่มเจ้าหน้าที่ ผู้ทำหน้าที่ รับซื้อขยะ ให้เพียงพอปริมาณการขาย
 - 4.4 สถานที่รับซื้อ หรือ ธนาคารขยะ ควรจัดสถานที่ให้เหมาะสม
 - 4.5 การกำหนดราคาซื้อที่เป็นธรรมกับสมาชิก โดยหากเป็นไปได้ ควรกำหนดราคาไม่ต่ำกว่าราคาในท้องตลาด แต่ก็ต้องพิจารณากับสวัสดิการที่เราจะจัดให้ว่ามีความเหมาะสมกันไหม
 - 4.6 การซื้อขาย ขยะ ควรจัดให้มีระบบบัตรคิวที่เป็นธรรม เท่าเทียม กับสมาชิกทุกคน
5. สมาชิกที่ขาดการติดต่อ สามารถกลับมาขายขยะได้โดยปรับกฎระเบียบ
6. การจ่ายเงินสงเคราะห์ให้กับครอบครัวสมาชิกต้องไม่เกิน 3 วันหลังจากรับการติดต่อยื่นเอกสาร
7. จัดให้มีการประชุมสมาชิกใหญ่ /ประชุมสามัญ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
8. จัดรณรงค์การทำความสะอาดในหมู่บ้านเดือนละ 1 ครั้ง (big cleaning day)
9. การจัดตั้งคณะกรรมการจัดการธนาคารขยะในชุมชนที่เหมาะสมไม่เพียงให้ความสำคัญกับประธานคณะกรรมการ เป็นลำดับแรกเท่านั้น ตำแหน่ง เลขาก็ควรให้ความสำคัญเท่า ๆ กัน

10. การกำหนดนโยบาย แผนงาน และโครงการนั้น ต้องสามารถปฏิบัติได้จริง เป็นรูปธรรม มีสถานที่วัสดุอุปกรณ์ สนับสนุน มีบุคลากร คณะทำงาน และจำเป็นต้องมีงบประมาณสนับสนุนที่ชัดเจน
 11. การออกระเบียบหลักเกณฑ์ การดำเนินงานธนาคารขยะในชุมชนให้ความสำคัญทั้ง 6 ประเด็น แต่จัดลำดับความสำคัญ โดยให้ความสำคัญเรื่องการเปิดธนาคารขยะรายเดือนละ 1 ครั้งและหากสมาชิกธนาคารขยะในชุมชน มีเงินสมทบเงินสะสมเกิน 300 บาทสามารถเบิกถอนเงินได้
 12. การจัดเตรียมสถานที่ อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ในธนาคารขยะเป็นลำดับแรก ต่อไปค่อยพิจารณาในด้านสถานที่ในการปรับสถานที่ที่มีให้เหมาะสม
 13. การประชาสัมพันธ์ของการดำเนินการธนาคารขยะในชุมชน ควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ทั่วถึงครอบคลุม เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายทางสื่อต่าง ๆ หลากหลายช่องทางให้มีการประชาสัมพันธ์อยู่เป็นประจำ และมีการประชาสัมพันธ์ให้ภาพพจน์ที่ดีของธนาคารขยะในชุมชนมีความน่าเชื่อถือ
 14. การดำเนินการธนาคารขยะในชุมชนกิจกรรมที่ให้ความสำคัญระดับต้น ๆ ควรจะเป็นเรื่องการจัดทำบัญชีที่เป็นระบบและเป็นปัจจุบัน รวมทั้งการดำเนินการให้โปร่งใส น่าเชื่อถือ เป็นไว้วางใจของสมาชิก และประเด็น การเปิดรับสมาชิกใหม่ การเปิดธนาคารขยะในชุมชน เพื่อรับฝากขยะและขายขยะ มีการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ /การจัดการสวัสดิการ ค่าฌาปนกิจศพของสมาชิกที่เสียชีวิตมีการดำเนินงานที่รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ และการอบรมให้ความรู้ กรรมการ สมาชิกและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอ
 15. การประเมินผลการดำเนินการธนาคารขยะในชุมชนควรมีการดำเนินการทั้งระบบ ทั้งการประเมินก่อนการดำเนินการ การประเมินขณะดำเนินการ และการประเมินหลังมีการดำเนินการ
- #### 4.2 ข้อเสนอการพัฒนากิจการขยะในชุมชน
1. ควรให้องค์การบริหารส่วนตำบล กำหนดมาตรการการทิ้งขยะไม่เป็นที่การนำขยะจากที่อื่น การทิ้งขยะบริเวณข้างถนน การนำขยะมาทิ้งในที่ของคนอื่นแล้ว จัดทำประกาศให้ประชาชนได้ทราบและถือปฏิบัติ
 2. ควรให้องค์การบริหารส่วนตำบลได้จัดทำแผนงานโครงการ ในการจัดหาถังขยะตามจุดต่าง ๆ ประกอบด้วย บริเวณหน้าบ้าน บริเวณประจำคุ้มหรือจุดที่เหมาะสมในการรวมขยะในแต่ละคุ้ม
 3. ส่งเสริม สนับสนุนให้แต่ละครัวเรือน มีการจัดการขยะตั้งแต่ต้นทาง ให้ชาวบ้านมีการคัดแยกขยะไปขายฝากกับธนาคารขยะขององค์การบริหารตำบลถังขยะที่เป็นอินทรีย์วัตถุ จัดทำปุ๋ยหมัก
 4. มีการกำหนดระเบียบในหมู่บ้านในการจัดการขยะในชุมชน เป็นมาตรการต่าง ๆ เป็นข้อ ๆ
 5. การจัดการอบรมประชาชนให้ความรู้ รวมทั้ง เปิดเวทีแลกเปลี่ยน เสนอแนวทางแก้ไขปัญหา รวมทั้ง มาตรการระเบียบในชุมชน หรือหมู่บ้านในการจัดการขยะและการพัฒนารูปแบบธนาคารขยะ
 6. ธนาคารขยะในชุมชน ให้ดำเนินการตามแนวทางข้อเสนอการพัฒนารูปแบบธนาคารขยะในชุมชน

7. จัดให้มีการรณรงค์ การใช้ถุงผ้าหรือตระกร้า แทนถุงพลาสติกเป็นอุปกรณ์ในการใส่สินค้า เมื่อมีการจับจ่ายซื้อขายสินค้าในส่วนตลาดชุมชนและร้านค้าชุมชนหรือในสถานที่อื่น ๆ

8. ส่งเสริมเรื่องการอบรมสร้างจิตสำนึกด้านสิ่งแวดล้อม การนำขยะมาใช้ประโยชน์ให้มีความรู้ความเข้าใจด้านขยะของชุมชนเพื่อลดปัญหา อบรมให้ความรู้ด้านการคัดแยกขยะ เป็นต้น

9. ประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าวให้แต่ละครัวเรือนจัดการขยะของตัวเองอย่างถูกวิธีตามแนวทางต่าง ๆ ที่ได้มีการกำหนดขึ้น

10. มีการติดตาม ประเมินผล กิจกรรมต่าง ๆ เป็นระยะ ๆ เพื่อเป็นข้อมูลในการปรับปรุงแก้ไขต่อไป

อภิปรายผล

สภาพปัจจุบันในการจัดการขยะในครัวเรือน/ชุมชน

ในด้านแหล่งกำเนิดขยะในชุมชน จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างพบว่ามีความสอดคล้องกันกล่าวคือ แหล่งกำเนิดขยะ ส่วนใหญ่มาจากตลาด(ร้อยละ 45.46, 44.9) สอดคล้องกับการศึกษาโครงการการศึกษาระดับพฤติกรรมด้านการจัดการขยะของคนไทย พบว่า แหล่งที่มาของขยะในบ้านมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ การทำอาหารทานเอง การนำอาหารและเครื่องดื่มมาจากนอกบ้าน และการซื้อของมาใช้ในบ้าน (ศูนย์วิจัยและอบรมด้านสิ่งแวดล้อม กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม กระทรวงทรัพยากรและการจัดการสิ่งแวดล้อม, 2561) ในด้านประเภทขยะในชุมชน จากการศึกษาพบว่า มีความสอดคล้องกัน ส่วนใหญ่เป็นเศษอาหาร/เศษผัก/ใบไม้ (ร้อยละ 36.73, 36.51) สอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิการ์ บุตรเอก สุวิมล แก้วเงา และปิยะดาว ชีระวงศกร (2555) ที่ได้ศึกษาสถานการณ์การจัดการขยะมูลฝอยของมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม มูลฝอยที่พบมากที่สุด คือ ขยะอินทรีย์ คิดเป็นร้อยละ 42.97 และการศึกษาของนพดล จานขมภู (2556) ที่การศึกษาการจัดการขยะชุมชนเทศบาลตำบลธาตุทอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ ขยะย่อยสลายได้ (ร้อยละ 42.20) แตกต่างกับการศึกษาของ อมรสิทธิ์ เทียนซุบ (2553) ได้ศึกษาการจัดการธนาคารขยะสำหรับชุมชน กรณีศึกษาชุมชนอยู่เจริญบุญมา เขตดอนเมือง กรุงเทพมหานครพบว่า ขยะที่ประชาชนทั้งส่วนใหญ่เป็นขยะรีไซเคิล มีปริมาณมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 59.20 ในด้านการคัดแยกขยะ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมี การคัดแยกขยะก่อนนำไปธนาคารขยะในชุมชน หรือการกำจัดแบบใด พบว่า มีความสอดคล้องกัน ส่วนใหญ่เป็นคัดแยกขยะไปขายที่ธนาคารขยะในชุมชน (ร้อยละ 70.55, 72.55) สอดคล้องกับการศึกษาของสนิรัตน์ ยั่งยืน และ คณะ (2557) ที่ศึกษาวิจัยแบบมีส่วนร่วมในการจัดการธนาคารขยะของชุมชน ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่ามีการคัดแยกขยะก่อนทิ้ง (ร้อยละ 77.42) ในด้านการกำจัดขยะที่ไม่สามารถคัดแยกได้ จากการศึกษา กลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีความสอดคล้องกัน ส่วนใหญ่ทิ้งขยะในถังขยะ (ร้อยละ 78.24, 47.55) สอดคล้องกับกับศึกษาโครงการการศึกษาระดับพฤติกรรมด้านการจัดการขยะของคนไทย พบว่า ส่วนใหญ่จะถูกทิ้งลงในถังขยะที่เทศบาลหรือหมู่บ้านจัดไว้ให้ (ศูนย์วิจัยและอบรมด้านสิ่งแวดล้อม กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม กระทรวงทรัพยากรและการจัดการสิ่งแวดล้อม, 2561) ในด้านปัญหาการจัดการขยะในชุมชน จากการศึกษา กลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีความสอดคล้องกันส่วนใหญ่คนมักทิ้งขยะข้างถนน/ที่ดินคนอื่น

(ร้อยละ 41.91, 43.01) สอดคล้องกับการศึกษาของ สนิรัตน์ ยั่งยืน และคณะ (2557) พบปัญหาถึงขยะไม่เพียงพอเทศบาลเก็บขนไม่สม่ำเสมอ และสอดคล้องกับกรณีการ บุตรเอก สุวิมล แก้วเงา และปิยะดา ชีระวงศกร (2555) ปัญหาขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นมีผลมาจากขาดประสิทธิภาพในการจัดการทั้งในเรื่องของปริมาณและคุณภาพถังรองรับขยะสอดคล้องกับนพดล จานขมภู (2556) สำหรับการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนยังขาดรูปแบบการจัดการขยะมูลฝอย แบบผิดวิธีอยู่จำนวนมาก โดยเฉพาะขยะประเภท ขยะย่อยสลาย ชนิดเศษอาหารเศษผักผลไม้ โดยส่วนใหญ่จะจัดการขยะโดยการทิ้งและสอดคล้องกับ ธัชพล ทิธี, จุฑามาศ พรหมสมัย และ ชลิตา แสนวิเศษ (2565) ศึกษาการจัดตั้งธนาคารขยะรีไซเคิลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านแพะดินดง ตำบลพุดแค อำเภอนิคมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรีปัญหาที่พบคือ 1. ไม่มีการคัดแยกขยะ 2. ขาดความตระหนักในการทิ้งขยะ และ 3. ไม่มีการนำขยะมูลฝอยที่มีประโยชน์กลับมาใช้ใหม่

การจัดตั้งคณะกรรมการจัดการธนาคารขยะในชุมชนที่เหมาะสม กลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีความเหมาะสมในระดับมาก ($\bar{X}=3.98, 4.05$) สอดคล้องกับ สนิรัตน์ ยั่งยืน และ คณะ (2557) พบว่าอยากให้มีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหาที่มีส่วนร่วมในการคัดเลือกคณะกรรมการธนาคารขยะการกำหนดนโยบาย แผนงาน และโครงการการจัดทำธนาคารขยะในชุมชน กลุ่มตัวอย่างมีความสอดคล้องกัน พบว่า มีความเหมาะสมในระดับมาก ($\bar{X}=3.98, 4.19$)

การออกระเบียบหลักเกณฑ์ การดำเนินงานธนาคารขยะในชุมชน พบว่ากลุ่มมีความสอดคล้องกันมีความเหมาะสมในระดับมาก ($\bar{X}=3.98, 4.40$) สอดคล้องกับ สุทาร์ตน์ ชูดอก และเขมิกา สงวนพวง (2564) ที่ศึกษาการบริหารจัดการขยะโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ศึกษากรณี องค์การบริหารส่วนตำบลโง้งธนู อำเภอมือง จังหวัดลพบุรี มีแนวทางบริหารจัดการธนาคารขยะ ดังนี้ สมาชิกสมัครได้ทุกคนในครัวเรือน แรกเกิด ถึง 65 ปี มีสวัสดิการ เสียชีวิต รายละ 85,000 บาท ต้องยอดฝาก 300 บาท ต่อเนื่อง 6 เดือน ขึ้นไป จำนวนสวัสดิการ 50 เท่า ของจำนวนสมาชิก มีสมาชิก 1,700 คน จึงเท่ากับ ประมาณ 85,000 บาท การประเมินผลด้านสถานที่ อุปกรณ์ ที่เกี่ยวกับการจัดการ

ดำเนินการธนาคารขยะในชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างประชาชนทั่วไป และกลุ่ม อสม. มีความสอดคล้องกันมีความเหมาะสมในระดับมาก ($\bar{X}=3.98, 3.95$)

การประชาสัมพันธ์ของการดำเนินการธนาคารขยะในชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ภาพรวมมีความสอดคล้องกันมีความเหมาะสมในระดับมาก ($\bar{X}=4.03, 4.05$)

การดำเนินการธนาคารขยะในชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ภาพรวมมีความสอดคล้องกันมีความเหมาะสมในระดับมาก ($\bar{X}=4.04, 4.01$)

การประเมินผลการดำเนินการธนาคารขยะในชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างภาพรวมมีความสอดคล้องกันมีความเหมาะสมในระดับมาก ($\bar{X}=3.90, 3.95$) สอดคล้องกับ สนิรัตน์ ยั่งยืน และคณะ (2557) ที่พบการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลส่วนใหญ่เคยร่วมประชุมกับคณะกรรมการ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การพัฒนาความรู้ของประชาชนในด้านการคัดแยกและการจัดการขยะในครัวเรือน
2. รูปแบบการประชาสัมพันธ์ที่เหมาะสมในการดำเนินการธนาคารขยะในชุมชน
3. การพัฒนารูปแบบการรับซื้อขยะของธนาคารขยะในชุมชน

4. การศึกษาผลกระทบการดำเนินการธนาคารขยะในชุมชนกับมิติด้านสุขภาพของประชาชน
5. การกำหนดมาตรการทางสังคมในการคัดแยกขยะและการจัดการขยะในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมมลพิษ. (2560). รายงานสถานการณ์ของเสียอันตรายจากชุมชน ปี พ.ศ. 2560.

<https://www.pcd.go.th/publication/3828>

กรมควบคุมมลพิษ. (2561). รายงานสถานการณ์ขยะมูลฝอยชุมชนของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561.

<https://www.pcd.go.th/publication/3819>

กรรณิการ์ บุตรเอก สุวิมล แก้วเงา และปิยะดาว ชีระวงศกร. (2555). สถานการณ์การจัดการขยะมูลฝอยของมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม. *Life Sciences and Environment Journal*, 12(2), 74-90.

รัชพล ทิธี, จุฑามาศ พรหมสมัย และชลิดา แสนวิเศษ. (2565). การจัดตั้งธนาคารขยะรีไซเคิลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านแพะดินแดง ตำบลพุด แอเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี. *Journal of Roi Kaensarn Academi*, 7(11), 55-70.

นพดล จานชมภู. (2556). การศึกษาการจัดการขยะชุมชนเทศบาลตำบลธาตุทอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ.

[โครงการหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.

ประยุทธ์ โพธิหอม. (2562). การวิจัยแบบมีส่วนร่วมในการจัดการธนาคารขยะของบ้านตาตใหญ่ ตำบลห้วย อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ. http://www.amno.moph.go.th/amno_new/files/088-61.pdf

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด. (2565). แผนปฏิบัติการการบริหารจัดการขยะมูลฝอยชุมชน “จังหวัดสะอาด” ประจำปี พ.ศ. 2565.

https://www.nakhonlocal.go.th/datacenter/doc_download/a_160323_164530.pdf

สุทาร์ตน์ ชูดอก และเขมิกา สงวนพวก (2564). การบริหารจัดการขยะโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ศึกษากรณีองค์การบริหารส่วนตำบลโคงธนู อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 12(2) 28-48.

วชิรวิชัย วรชิตนุพงศ์. (2560). รูปแบบการจัดการขยะชุมชนในเทศบาลตำบลดงมะตะ อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย. รายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการระดับชาติเรศวรวิจัย ครั้งที่13: วิจัยและนวัตกรรมขับเคลื่อนเศรษฐกิจและสังคม. มหาวิทยาลัยนเรศวร; 1262-1271.

ศูนย์วิจัยและฝึกอบรมด้านสิ่งแวดล้อม กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (2561). รายงานผลการวิจัย เรื่อง ศึกษาโครงการการศึกษาระดับพฤติกรรมด้านการจัดการขยะของคนไทย (เล่ม 1).

https://datacenter.deqp.go.th/media/images/2/96/Final_Report_Waste_Beh_V1_%E0%B9%80%E0%B8%A1%E0%B8%A2_2561.pdf

เอกสารอ้างอิง

- สำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัดอุบลราชธานี. (2559). *โครงการศึกษาดูงานการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน “จังหวัดสะอาด”*. <https://ubonratchathani.mnre.go.th/th/index>
- สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาคที่ 12 อุบลราชธานี. (2565). *โครงการเมืองสวยใส่ไร้มลพิษ และโครงการสนับสนุนขับเคลื่อนจังหวัดสะอาด*. <https://www.mnre.go.th/reo12/th/index>
- สำนักสิ่งแวดล้อม. (2558). *แนวคิดการจัดการขยะมูลฝอยของนานาชาติ*. กรุงเทพมหานคร. <http://www.environnet.in.th/archives/3695>
- สุนิรัตน์ ยั่งยืน และคณะ. (2557). การวิจัยแบบมีส่วนร่วมในการจัดการธนาคารขยะของชุมชน ตำบลขามเรียงอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 6(3), 158-167.
- อมรสิทธิ์ เทียนสุข. (2553). *การจัดการธนาคารขยะสำหรับชุมชน กรณีศึกษาชุมชนอยู่เจริญบุญมา เขตดอนเมือง กรุงเทพมหานคร*. [ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร.
- อรรถพล เจริญชันษา (2563). *นโยบายการลดและคัดแยก ขยะมูลฝอยในหน่วยงานภาครัฐ*. <https://www.pcd.go.th/garbage>

การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี

ทนงศักดิ์ หลักเขต

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

(วันที่รับบทความ: 9 กรกฎาคม 2566; วันที่แก้ไข: 4 สิงหาคม 2566; วันที่ตอบรับ: 21 สิงหาคม 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรค และ 3) เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 เมษายน 2566 แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์หาปัจจัยทำนายด้วยสถิติ Multiple Linear Regression ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคตามแนวคิดของ Kemmis และ Mc Taggart (PAOR) จำนวน 3 วงรอบ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการรวบรวม จัดหมวดหมู่ และการวิเคราะห์เนื้อหา ระยะที่ 3 การวิจัยกึ่งทดลองศึกษาผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีทั้งหมด 4 ตัวแปร คือ ประวัติเคยเดินทางไปสถานที่เสี่ยง ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรค ปัจจัยด้านทัศนคติต่อการป้องกันและควบคุมโรค และปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมโรค โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคได้ร้อยละ 42.50 ($R^2=0.425$) รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรค คือ PIKALCM Model ประกอบด้วย 1) นโยบาย 2) ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร 3) ความรู้และการรับรู้ 4) ความตระหนักและการมีส่วนร่วม 5) กฎหมายและการบังคับใช้ 6) การประสานงานและเครือข่าย 7) การประเมินผลและรายงาน หลังทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประชาชนมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของความรู้เรื่องโรค ทัศนคติเกี่ยวกับโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค แรงสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจ การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

คำสำคัญ: รูปแบบ, การป้องกันและควบคุมโรค, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

The Development Model for the Prevention and Control of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) among the People, Ubon Ratchathani Province

Thanongsak Lakkhet

Ubon Ratchathani Provincial Public Health Office

(Received: 9 July 2023; Revised 4 August 2023; Accepted: 21 August 2023)

Abstract

The objectives of this research and development were to: 1) study the factors influencing the prevention and control behavior, 2) develop a model for the prevention and control of infectious disease, and 3) examine the effects of the prevention and control model for Coronavirus disease 2019 (COVID-19) among the people of Ubon Ratchathani province. The sample included people of Ubon Ratchathani province. Data were collected between October 1, 2022, and April 30, 2023. The study consisted of three phases. The first phase constituted cross-sectional analytical research. Data were collected using a questionnaire. Predictive factors were analyzed using Multiple Linear Regression statistics. The second phase involved action research to develop a model for the prevention and control of disease. Following the action research concept of Kemmis and McTaggart (PAOR) with three cycles, were analyzed through data collection, categorization, and content analysis. The third phase consisted of quasi-experimental research to study the effects of the developed model. Data were analyzed by comparing mean score differences of variables within the group using Paired t-tests. The factors influencing the prevention and control behavior of Coronavirus disease 2019 comprised four variables that included history of traveling to risky places, disease knowledge, attitude towards disease prevention and control, and perceived benefits of disease prevention and control. These factors accounted for 42.50% of the variation in prevention and control behavior ($R^2=0.425$). The PIKALCM Model consists of: 1) Policy, 2) Information center, 3) Knowledge and perception, 4) Awareness and participation, 5) Law and enforcement, 6) Coordination and network, and 7) Evaluation and reporting. After trialing the developed model with the people, statistically significant differences were observed in mean scores for knowledge, attitude, risk perception, perception of violence, perceived benefits, perceived obstacles, social support, intention, self-efficacy, and prevention and control behavior of Coronavirus disease 2019.

Keywords: Model, Disease prevention and control, Coronavirus disease 2019

***Corresponding author:** ssotho2507@gmail.com

บทนำ

จากข้อมูลการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างกว้างขวางยากต่อการควบคุมประชาชนทุกคนในประเทศเสี่ยงต่อการติดโรคและเกิดผลกระทบในทุกด้าน สถานการณ์การระบาดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและคงอยู่ในระดับสูงตลอดระยะเวลา การระบาดในระลอกนี้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องยาวนานในระดับโลก (Pandemic) ประเทศไทยพบปัญหาการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังคงเป็นภาระโรคที่สำคัญ เปรียบเทียบจากจำนวนผู้ป่วย ในช่วงแรกของการประกาศภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public health emergency of international concern : PHEIC) ขององค์การอนามัยโลก พบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยสะสมเดือน 1 ตุลาคม 2565 จำนวน 2,458,697 ราย เสียชีวิต 11,073 ราย (กรมควบคุมโรค, 2565) การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลกระทบบหลายด้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และยังมีปัญหาในการป้องกันและควบคุมโรค รวมถึงการจัดการทรัพยากรในระบบการดูแลสุขภาพประชาชนเพื่อลดอัตราป่วยและลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และปัญหาที่เกิดจากผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคม จากแนวทางนโยบายการควบคุมโรคที่ส่งผลกระทบ เกิดการชะลอตัวทางเศรษฐกิจ เช่น ผลกระทบที่ด้านสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และ จิตใจ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการชะลอตัวทางด้านเศรษฐกิจ การยกเลิกหรือเลื่อนการแข่งขันกีฬา จำกัดการเดินทางทั้งในและต่างประเทศ งดกิจกรรมทางศาสนา และเทศกาลต่าง ๆ เกิดวัฒนธรรมใหม่ (New Normal) มีการเว้นระยะห่างทางสังคม มีการปิดโรงแรม ร้านอาหาร ปิดสถานบันเทิง (Haleem A, 2020) ยิ่งไปกว่านั้นยังส่งผลกระทบต่อการจัดการศึกษาครูและนักเรียนขาดสิ่งสนับสนุนในการจัดการเรียนการสอน การจัดการเรียนการสอนออนไลน์ ส่งผลต่อคุณภาพการศึกษาและเป็นปัญหาในการจัดการเรียนการสอน (Sintema EJ, 2020)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม เช่น ความรู้ ทักษะ ความตั้งใจในการปฏิบัติ และการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Wadood et al., 2020) สุวัฒน์ อุบลทัศนีย์ และ ขนิษฐา สุนพคุณศรี (2565) พบว่าความรู้ ทักษะ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พงศนาถ หาญเจริญ พิพัฒน์ และคณะ (2565) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มี 3 ปัจจัย ได้แก่ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว ลักษณะครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคม จันทร์ชนะสอน สำโรงพล และคณะ (2565) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในครัวเรือนของกลุ่มวัยทำงาน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสือเฒ่า อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ได้แก่ รายได้ต่อเดือนส่วนบุคคล ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ศศิณา สิมพงษ์ และคณะ (2564) พบว่า การสนับสนุนทางสังคม ความรู้ ทักษะ และการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

สถานการณ์ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จังหวัดอุบลราชธานี ณ วันที่ 29 มิถุนายน 2565 พบรายงานผู้ป่วยยืนยันสะสม 262,544 คน เสียชีวิตสะสม 469 ราย (ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน, 2565) ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของอำเภอเมืองอุบลราชธานี พบรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบรายงานผู้ป่วยยืนยันสะสม 35,523 คน การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาที่ผ่านมา เป็นการปฏิบัติตามมาตรการและการสั่งการของระดับจังหวัด ยังไม่มีรูปแบบการดำเนินการที่ชัดเจน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2565) จากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานีในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 31 ธันวาคม 2565 จำนวน 100 คน พบว่า มีการสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา ร้อยละ 83 มีการล้างมือด้วยสบู่และน้ำ ร้อยละ 85 หลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่คนพลุกพล่าน ร้อยละ 72 รักษาระยะห่าง ร้อยละ 78 ตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ ร้อยละ 91 และลงทะเบียน “ไทยชนะ” ร้อยละ 70 ส่วนความรู้สึกกับสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประชาชนมีความกังวลมาก ร้อยละ 40 (ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี, 2564) จากข้อมูลสถานการณ์ระบาดทั้งในระดับโลก ระดับประเทศ ผลกระทบที่เกิดจากการระบาดและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี ประชาชนจำเป็นต้องมีพฤติกรรมป้องกันตนเองและคนในครอบครัวที่ดี เพื่อให้รอดพ้นจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งการมีพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เกี่ยวข้องกับหลายปัจจัยที่ยังไม่มีการระบุถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนที่ชัดเจน และ ยังไม่มีแนวทางหรือรูปแบบที่ชัดเจนในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อรองรับการระบาดที่กำลังเกิดขึ้น และที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อใช้เป็นแนวทางในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี ให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี

2.2 เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี

2.3 เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) โดยใช้วิธีการของรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พัฒนารูปแบบตามแนวคิดการกระบวนการพัฒนาตามแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ Mc Taggart (1988) โดยเริ่มตั้งแต่การวางแผนการปฏิบัติการ การปฏิบัติการตามแผน การสังเกตผลการปฏิบัติการ การสะท้อนผลการปฏิบัติการ และประเมินผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Cross-sectional Analytical Study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี โดยศึกษาข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2565 ถึง เดือน 30 พฤศจิกายน 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 350 คน

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย 11 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากรประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และประวัติการเดินทางไปสถานที่เสี่ยง จำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 20 ข้อ ส่วนที่ 3 ทศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 4 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 5 การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 6 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 7 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 8 ปัจจัยทางด้านแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 9 ปัจจัยด้านความตั้งใจต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 10 ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตน จำนวน 10 ข้อ และส่วนที่ 11 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 15 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) การทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.0

2) ความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ชุด ที่จังหวัดศรีสะเกษ หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปด้วยวิธี Kuder-Richardson 20 (KR-20) และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 0.88 ทศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 0.78 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อ

ไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 0.80 การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 0.82 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 0.76 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 0.86 แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 0.84 ความตั้งใจต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 0.82 และการรับรู้ความสามารถของตน เท่ากับ 0.74 ตามลำดับ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์สมการทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis) แบบ Stepwise กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ Taggart (1988) เป็นการพัฒนาารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี โดยศึกษาข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2565 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2566

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมาร่วมในกระบวนการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย ผู้แทนประชาชน จำนวน 6 คน ผู้แทนสถานศึกษา จำนวน 6 แห่ง ๆ ละ 1 คน ผู้แทนจากโรงพยาบาล 6 แห่ง ๆ ละ 1 คน ผู้แทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 6 แห่ง ๆ ละ 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 6 คน ผู้แทนจากท้องถิ่นในพื้นที่ จำนวน 6 คน ท้องถิ่นจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 1 คน ผู้แทนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จำนวน 1 คน ผู้แทนจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 6 คน ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 1 คน ผู้แทนจากพัฒนาการจังหวัด 1 คน ผู้แทนจากพัฒนาสังคมจังหวัด 1 คน ผู้แทนขนส่งจังหวัด 1 คน ผู้แทนประชาสัมพันธ์จังหวัด 1 คน และผู้แทนสื่อ จำนวน 1 คน สาธารณสุขจังหวัดหรือผู้แทน 1 คน ผู้ว่าราชการจังหวัดหรือรองผู้ว่าราชการจังหวัด 1 คน รวมเป้าหมายที่ใช้พัฒนากระบวนการทั้งสิ้น 52 คน

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาบริบทการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย แบบคัดลอกข้อมูล และแบบสัมภาษณ์ผู้บริหาร
2. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย

2.1 แนวทางการสนทนากลุ่ม (Group discussion guideline) และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview guideline) ผู้ว่าราชการจังหวัด นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล และประชาชน โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย

เป็นผู้ดำเนินกระบวนการ

2.2 แนวคำถามสำหรับผู้บริหารต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี

2.3 แนวทางการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมโดยใช้แบบสังเกต (Participant observation guideline) ใช้ในการบันทึกจากการสังเกตการณ์มีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ดำเนินการบันทึกข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลมีความครบถ้วน ถูกต้อง และมีความน่าเชื่อถือของข้อมูล ความไม่มีอคติ โดยวิธีการตรวจแบบสามเส้า (Triangulations) ด้านข้อมูล (Data triangulation) ด้านผู้วิจัย (Investigator triangulation) ด้านทฤษฎี (Theory triangulation) และด้านวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (Methodology triangulation)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการประชุมกลุ่ม การระดมความคิดเห็น การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ตามประเด็นคำตอบจากผู้ให้ข้อมูลจากการจดบันทึก การสังเกต และการถอดเทปบันทึกเสียง การนำข้อมูลที่ได้มาจัดเป็นหมวดหมู่ตามแนวทางของเครื่องมือที่ใช้และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในหมวดหมู่ของคำตอบที่ได้ เพื่อให้ได้ข้อสรุปและข้อพิสูจน์ที่ถูกต้องและอยู่ในบริบทของพื้นที่ในการอธิบายปรากฏการณ์ เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี โดยการรวบรวมจัดหมวดหมู่ และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ระยะที่ 3 การศึกษาผลของรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี โดยศึกษาข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2566 ถึง 30 เมษายน 2566

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยแบ่งประชากรที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่มไม่อิสระ เป็นการศึกษาแบบ One Group Pretest-Posttest Design โดยทดลองในประชาชนอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 คน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

- 1) เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการทดลอง คือ โปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี
- 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 11 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนที่ 3 ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนที่ 4 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนที่ 5 การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนที่ 6 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนที่ 7 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนที่ 8 ปัจจัยทางด้านแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนที่ 9 ปัจจัยด้านความตั้งใจต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนที่ 10 ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตน และส่วนที่ 11 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ตรวจสอบโดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และหาความสัมพันธ์ระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1.0 และหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) หาโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30 ชุด ได้ค่าความเชื่อมั่นจากการวิจัยระยะที่ 1

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค แรงสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจ การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้สถิติ pair t-test นำเสนอด้วยค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย และช่วงเชื่อมั่น 95% CI กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.0 มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 39.04 ปี (SD=9.77 ปี) มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 63.7 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 56.6 และเคยมีประวัติการเดินทางไปสถานที่เสี่ยง ร้อยละ 35.7 ตามลำดับ
2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี มีทั้งหมด 4 ตัวแปร คือ ประวัติเคยเดินทางไปสถานที่เสี่ยง ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรค

ปัจจัยด้านทัศนคติต่อการป้องกันและควบคุมโรค และปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมโรค โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี ได้ร้อยละ 42.50 ($R^2=0.425$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยวิเคราะห์อำนาจการทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี

โมเดล วิเคราะห์	ตัวแปร	สัมประสิทธิ์		R ²	R ² _{adj}	Sr ²	R ² change
		ถดถอย					
		(Coefficient)					
		B	β				
โมเดล ที่ดีที่สุด	ประวัติเคยเดินทางไปสถานที่เสี่ยง	-2.266	-0.460	0.209	0.207	2.10	0.209
	ความรู้เกี่ยวกับโรค	0.144	0.200	0.332	0.328	1.93	0.123
	ทัศนคติต่อการป้องกันและควบคุมโรค	0.173	0.305	0.383	0.377	1.86	0.051
	การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมโรค	-0.225	-0.217	0.425	0.418	1.80	0.043
	Constant=21.34, R ² =0.425, R ² _{adj} =0.418, SE _{est} =1.80, F=63.77, p<0.001						

3. ผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี ผ่านกระบวนการจัดการคุณภาพ (PAOR) จำนวน 3 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วยขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล ได้รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี คือ Coronavirus disease 2019 Prevention and Control Patterns ดังนี้

3.1 Policy: มีการกำหนดแนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ชัดเจน มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานดำเนินงานจากทุกภาคส่วน กำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน มีการจัดตั้งทีมในการติดตามพื้นที่ มีการประสานที่ดีกับทุกภาคส่วน มีนโยบายและข้อกำหนดที่ชัดเจนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 19 ที่ทันต่อเหตุการณ์ เช่น การสวมหน้ากาก การเว้นระยะห่าง การเดินทางไปยังพื้นที่เสี่ยง ตลอดจนการมีผู้นำที่เข้าใจและกำหนดแนวทางการดำเนินงานที่เหมาะสมผสมผสานกับนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้เพื่อการป้องกันและควบคุมโรค

3.2 Information Center: มีศูนย์ข้อมูลข่าวสารเพื่อให้ข้อมูลแก่ประชาชน มีระบบการสื่อสารข้อมูล ที่ถูกต้อง รวดเร็ว ตรงตรง บุคลากร และมีประสิทธิภาพสื่อสารให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่เป็นจริง ชัดเจนไม่คลุมเครือ โดยผ่านคณะกรรมการฝ่ายสื่อสารความเสี่ยงระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน ให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้หลายช่องทาง มีระบบการตรวจสอบข่าวสาร ข่าวจริง ข่าวปลอม และเป็นข้อมูลที่ตรงกันทุกสื่อ มีเวทีสื่อสารความเข้าใจในเหตุการณ์ที่ผิดปกติที่เกิดขึ้น

3.3 Knowledge and Perception: มีกิจกรรมสร้างความรู้ที่ถูกต้องแก่ประชาชน เช่น การอบรมเชิงปฏิบัติการเพิ่มพูนความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรณรงค์สร้างความเข้าใจเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ต่าง ๆ เพื่อให้รู้เท่าทันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างถูกต้องจนสามารถดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อ โดยประชาชนต้องมียุทธศาสตร์ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค มีความเข้าใจถึงโอกาสเสี่ยงที่จะติดโรค เสี่ยงที่จะเป็นอันตรายจากการติดเชื้อ รับรู้โอกาสที่จะเกิดความสูญเสียหรืออันตรายของโรค ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรค อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรค

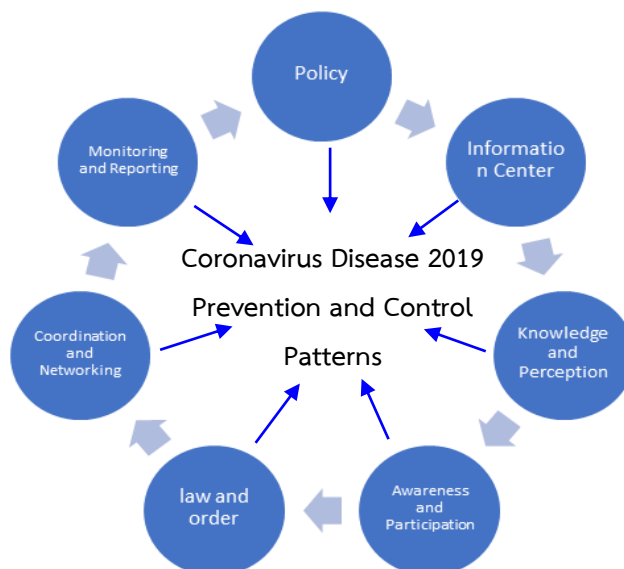
3.4 Awareness and Participation: สร้างความตระหนักและความรับผิดชอบผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค โดยการสร้างคุณค่า การระดมทุน การร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ ร่วมติดตามผลและร่วมรับประโยชน์ โดยประชาชนต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบแนวทางการดูแลตนเองและเพื่อนบ้าน เช่น การกักตัว แยกเครื่องใช้ เว้นระยะการสัมผัส การสวมหน้ากากอนามัย การจัดการขยะของตัวเอง และคนในหมู่บ้าน ชุมชน สังคม ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องคนอื่น ๆ อันจะนำไปสู่ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาาร่วมกันของชุมชน

3.5 Law and order: กฎ ระเบียบ ข้อบังคับ ประกาศ การบังคับใช้กฎหมาย มาตรการการบังคับใช้กฎหมายในกรณีที่มีผู้ฝ่าฝืนและไม่ปฏิบัติตามกฎ กติกา และกฎหมายควบคุมโรคติดต่อปี 2558 รวมถึงมาตรการของพื้นที่ตามสถานการณ์ โดยต้องยึดถืออย่างเคร่งครัด สร้างความร่วมมือและความรับผิดชอบร่วมกัน รวมถึงการตรวจสอบการปฏิบัติตามประกาศของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

3.6 Coordination and Networking: การประสานงานในทุกกลุ่มที่มีความเกี่ยวข้องเพื่อสร้างภาคีเครือข่ายในการร่วมกันจัดการการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 2019 ทั้งด้านข้อมูลข่าวสาร การสื่อสาร การเฝ้าระวัง คัดกรอง สอดส่องดูแลร่วมกันในการจัดการที่ทันทั่วถึงและความครอบคลุมพื้นที่ในการจัดการร่วมกันของทุกหน่วยงานในพื้นที่ทั้งกระทรวงสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้นำทุกระดับ และผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ รวมถึงการให้การสนับสนุนแบบบูรณาการของทุกหน่วยงาน ประสานกับหน่วยงานภายนอกให้ข้อมูลที่สนับสนุนการดำเนินงานในทุกระดับเพื่อประสิทธิภาพการดำเนินงาน

3.7 Monitoring and Reporting: การติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ รวมถึงการให้การสนับสนุนทรัพยากรเพื่อการป้องกันและควบคุมโรค ประเมินติดตามปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานทั้งคนงบประมาณ ทรัพยากร และการจัดการที่ผ่านมามีข้อบกพร่องหรือปัญหาอุปสรรคใดที่ต้องได้รับการแก้ไขเร่งด่วน เช่น การไม่ปฏิบัติตามประกาศ การไม่ให้หรือปกปิดข้อมูลของตนเอง จัดลำดับความสำคัญ รวมถึงการสร้างเสริมกำลังใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ การบันทึก การรายงานผลการดำเนินงานเป็นลำดับเพื่อนำสู่การตัดสินใจของผู้บริหารในระดับต่าง ๆ อย่างรวดเร็ว ทันเวลา และตอบสนองต่อการแก้ไขปัญหาการดำเนินงานที่เกิดประสิทธิภาพ

รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี (Coronavirus Disease 2019 Prevention and Control Patterns: PIKALCM) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี

4. ผลการทดลองใช้รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี

การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค แรงสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจ การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานีก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค แรงสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจ การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยพบว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นกลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง 11.8 คะแนน (95% CI=10.80-12.79) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนทศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง 29.27 คะแนน (95% CI=26.62-31.90) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง 18.27 คะแนน (95% CI=16.82-19.70) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง 17.90 คะแนน (95% CI=16.38-19.41)

ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง 16.97 คะแนน (95% CI=15.44-18.49) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง 18.10 คะแนน (95% CI=16.55-19.64) แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง 20.13 คะแนน (95% CI=17.72-21.73) ความตั้งใจต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง 19.64 คะแนน (95% CI=17.80-21.45) การรับรู้ความสามารถของตน หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง 20.30 คะแนน (95% CI=18.82-21.77) และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง 27.57 คะแนน (95% CI=25.57-29.56) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทศนคติ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค แรงสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจ การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนและหลังการทดลอง (n=30)

พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	ก่อน $\bar{X}$ (S.D.)	หลัง $\bar{X}$ (S.D.)	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
ความรู้เรื่องโรค	4.80(2.36)	16.6(1.94)	11.8	10.80-12.79	24.32	<0.001*
ทศนคติเกี่ยวกับโรค	14.56(4.73)	43.83(4.33)	29.27	26.62-31.90	22.68	<0.001*
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค	8.06(3.26)	26.33(3.25)	18.27	16.82-19.70	25.92	<0.001*
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	8.43(3.50)	26.33(2.60)	17.90	16.38-19.41	24.23	<0.001*
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค	8.53(3.82)	25.5(2.89)	16.97	15.44-18.49	22.77	<0.001*
การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค	7.36(3.55)	25.46(2.31)	18.10	16.55-19.64	23.90	<0.001*
แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันโรค	6.40(3.08)	26.13(3.91)	20.13	17.72-21.73	20.13	<0.001*
ความตั้งใจต่อการป้องกันและควบคุมโรค	7.46(4.24)	27.10(3.32)	19.64	17.80-21.45	21.99	<0.001*
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค	6.90(3.30)	27.20(2.59)	20.30	18.82-21.77	28.09	<0.001**
พฤติกรรมการบริหารแบบธรรมาภิบาล	12.73(3.64)	40.30(4.17)	27.57	25.57-29.56	28.26	<0.001**

* $p < 0.05$

อภิปรายผล

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี มีทั้งหมด 4 ตัวแปร คือ ประวัติเคยเดินทางไปสถานที่เสี่ยง ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทักษะคิดต่อการป้องกันและควบคุมโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมโรค สามารถอภิปรายได้ดังนี้

ประวัติเคยเดินทางไปสถานที่เสี่ยงเป็นปัจจัยทำนายหลักที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี อาจเนื่องมาจากการเดินทางไปยังสถานที่เสี่ยงมีโอกาสได้สัมผัสเชื้อโรคมมากขึ้น ได้รับการให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัว และเข้าใจวิธีการปฏิบัติมากขึ้น ดังนั้นเดินทางไปสถานที่เสี่ยงจึงเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี สอดคล้องกับการศึกษาของสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (2563) ที่ระบุว่าสถานที่เสี่ยงเป็นสถานที่เกิดการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างมากและรวดเร็ว ซึ่งเป็นสถานที่ที่มีคนมารวมตัวกันจำนวนมาก เบียดเสียด ยกต่อการควบคุมการสัมผัสเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่น ชุมชนแออัด ตลาดนัด ศาสนสถาน สถานีขนส่งผู้โดยสาร การจัดกิจกรรมรวมตัวกันหลายคน ห้างสรรพสินค้า โรงภาพยนตร์ เสริมสวย ร้านอาหารอินเทอร์เน็ต แหล่งท่องเที่ยว เป็นปัจจัยเสี่ยงของผู้ติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย โดยผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คิดเป็นร้อยละ 34 ของผู้ติดเชื้อสะสมทั้งหมด

ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี เนื่องจากความรู้เป็นสิ่งที่ช่วยให้เข้าใจถึงความเสี่ยงและความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นได้ถ้าไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ดังนั้นความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี สอดคล้องกับการศึกษาของ ธาณี กล่อมใจและคณะ (2563) พบว่า ความรู้กับพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลาง ($r=0.327$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) ธวัชชัย ยืนยาว และคณะ (2563) พบว่า ความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ทักษะคิดต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี เนื่องจากทักษะคิดที่ดีในการป้องกันและควบคุมโรคเป็นจุดเริ่มต้นของการมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ดังนั้นทักษะคิดต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเคนยาที่พบว่า ประชาชนมีความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 67.9 มีความเชื่อว่าโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้เสียชีวิตได้ ร้อยละ 39.5 มีความเชื่อว่าโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ร้อยละ 34.4 มีความกลัวตกงาน ไม่มีรายได้ ธุรกิจปิดกิจการ ร้อยละ 25.8 มีความเชื่อว่าตนเองสามารถแพร่เชื้อไปให้ผู้อื่นได้ และร้อยละ 21.8 มีความเชื่อ

ว่าโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ขาดแคลนอาหาร (Austrian K. et al, 2020) อีกทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Retnaningsih E. et al (2020) พบว่า เพศ อาชีพ ความรู้ และ ทักษะคิด เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อโรคโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับงานวิจัยของสุวัฒน์ อุบลทัศนีย์ และ ชนิษฐา สุนพคุณศรี (2565) พบว่า ความรู้ ทักษะคิด ปัจจัยอื่น และปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=0.201, 0.381, 0.182$ และ 0.299)

การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมโรค เป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี เนื่องจากการรับว่าสิ่งที่ทำเป็นโยชน์ด้านใดบ้างและมีประโยชน์กับตนเองและคนรอบข้างอย่างไร จากนั้นจะเห็นถึงคุณค่าในสิ่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเหมาะสม ดังนั้นทัศนคติต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี สอดคล้องกับการศึกษาของวิญญูทัย บุญทันและคณะ (2563) พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติอยู่ใน ระดับมาก มีค่าเฉลี่ยคะแนน เท่ากับ 2.53 (S.D.=0.47) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($r=.660, .625, .606, p=.000$) และสอดคล้องกับการศึกษาของศศิณา สิมพงษ์ และคณะ (2564) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากผลกระทบโรค ไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.676, p<0.001$) และความรู้ ทักษะคิด และการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี เป็นไปตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1988) ออกแบบกิจกรรมผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย ขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ดำเนินการเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่เนื่องจากพัฒนาภายใต้บริบทการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาเชิงสาเหตุเพื่อใช้เป็นข้อมูลตั้งต้นในการพัฒนารูปแบบ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าร่วมกระบวนการอย่างครบถ้วน ทุกส่วนมีอิสระที่จะเสนอแนวคิด จนได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมกับการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี สอดคล้องกับการศึกษาของสุเมธ อุ่นเสียม และคณะ (2566) พบว่า การพัฒนาการดำเนินงาน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) วิเคราะห์การระบาด 2) ดำเนินการตามยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย การเฝ้าระวัง การพัฒนาบุคลากร การสื่อสารความเสี่ยง และการบริหารจัดการ 3) พัฒนาระบบเฝ้าระวังชุมชนและการค้นหากลุ่มเสี่ยงให้มีความไว 4) ติดตามการดำเนินงานทุก 14 วัน 5) ประเมินผลมาตรการควบคุมโรคโดยภาคีเครือข่าย ผลการดำเนินงานด้านความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังดำเนินงานมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($p < 0.05$) นครกาญจน์ นคร และคณะ (2565) พบว่า รูปแบบการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาในตำบลเหล่ากวาง อำเภอนาคู จังหวัดศรีสะเกษ คือ DER Model ประกอบด้วย 1) D: development capacity building การพัฒนาเครือข่ายในการทำงานร่วมกัน 2) E: Effective planning ออกแบบรูปแบบการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาให้มีประสิทธิภาพ โดยสอดคล้องกับวัฒนธรรมประเพณีของชุมชน 3) E :efficiency Community calendar culture ดำเนินการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาอย่างมีประสิทธิภาพ ตามปฏิทินชุมชน 4 R : Reflection Evaluation กระสะท้อนและประเมินผลการดำเนินโดยรูปแบบที่สร้างขึ้นสามารถนำมาใช้เพื่อดำเนินการ ในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาได้อย่างมีประสิทธิภาพและ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงได้ และเกษมสุข กันชัยภูมิ (2565) พบว่า ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคระดับอำเภอ มีการกำกับ ติดตามการดำเนินงานการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประชาชนมีความรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ถูกต้อง โดยดำเนินงานตามกระบวนการวงจร POER ประกอบด้วย การวางแผนดำเนินการจากการประมวลผลข้อมูลและการปรับปรุงวางแผน ดำเนินการจัดจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) (2) โดยรูปแบบการจัดการด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1) การพัฒนาศักยภาพด้วยการสร้างเสริมความรู้ พัฒนาศักยภาพปฏิบัติงาน 2) การพัฒนาศักยภาพแบบมีส่วนร่วมโดยการสร้างข้อตกลงในการวางแผนการดำเนินงานฝ่ายวังติดตาม และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี คือ ประวัติเคยเดินทางไปสถานที่เสี่ยง ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทักษะติดต่อการป้องกันและควบคุมโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับการปฏิบัติตามมาตรการตามประกาศของคำสั่งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การสร้างทัศนคติที่ถูกต้อง รวมถึงความตระหนักรับผิดชอบต่อชุมชนและสังคม สร้างการรับรู้ที่ถูกต้องในการการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้กับประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี

2. รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานีที่มีความเหมาะสมควรพัฒนาตามบริบทและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พัฒนารูปแบบโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และศึกษาความเป็นไปได้ในการพัฒนารูปแบบ ตลอดจนรูปแบบต้องมีความยืดหยุ่นจึงจะทำให้ได้รูปแบบที่มีความเหมาะสม

3. ควรนำรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานีมาประยุกต์ใช้กับการบริหารจัดการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี อันจะนำสู่การแก้ไขปัญหาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดสอบประสิทธิภาพในพื้นที่อื่น โดยการขยายระยะเวลาการทดสอบและยืนยันประสิทธิภาพของรูปแบบพัฒนาขึ้น
2. ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี กับรูปแบบปกติ และรูปแบบอื่นเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นว่ามีประสิทธิภาพหรือไม่

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/index.php>.
- เกษมสุข กันชัยภูมิ. (2565). การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 7(3), 66-75.
- จันทร์ชนะสอน สำโรงพล, สุไวยรินทร์ ศรีชัย และ ภทรพล โพนไพรสันต์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 20 (COVID-19) ในครัวเรือนของกลุ่มวัยทำงานในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสื่อเตา อำเภอเขียงยืน จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 8(4), 85-105
- ธานี กล่อมใจ, จรรยา แก้วใจบุญ และทักษิภา ชัยวัฒน์. (2563) ความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, 21(2), 29-39.
- ธวัชชัย ยืนยาว และเพ็ญภา บุญเสริม. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะต่อการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหญิงในจังหวัดสุรินทร์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 35(3), 555-564.
- นงคราญ คันสร, อรุษา ภูมิจงรักษ์ และณัฐวรรณ พิมพ์โคตร. (2565). การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา โดยการประยุกต์ใช้ปฏิทินชุมชนตำบลเหล่ากวาง อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ*, 1(1), 63-70.
- พงศนาถ หาญเจริญพิพัฒน์, พลรัตน์ดา ดลสุข และพุทธิไกร ประมวล. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในประชาชนกลุ่มชาติพันธุ์กูย ตำบลตูม อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน*, 7(1), 116-121.

เอกสารอ้างอิง

- วิญญูทัตญญ บัญทัน, พัทธวรรณ ไหวคิด, วิภาพร สร้อยแสง, ชุตินา สร้อยนาค, ปรีศนา อัครธนพล และจริยาวัตร คมพยัคฆ์. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกัน การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 12(2), 323-337.
- ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน. (2565). *โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดอุบลราชธานี*. (ม.ป.ป.)
- ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี. (2564). *การสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษในการป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างวันที่ 23 มกราคม-20 กุมภาพันธ์ 2564*. สืบค้นจาก <https://hpc10.anamai.moph.go.th/th>
- ศศิณา สิมพงษ์ และคณะ. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ อุบลราชธานี*, 10(2), 148-158.
- สุเมธ อุ่นเสียม และวีระศักดิ์ เดชอรัญ. (2566). การพัฒนาการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. *วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา*, 3(1), 1-16.
- สุวัฒน์ อุบลทัศนีย์ และชนิษฐา สุนพคุณศรี. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ของผู้ประกอบการร้านอาหาร จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี*, 5(2), 92-109.
- สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ กระทรวงการอุดมศึกษาฯ. (2563). *ปัจจัยเสี่ยงของผู้ติดเชื้อโรคโควิดในประเทศไทย (จาก จำนวนผู้ติดเชื้อสะสม 2,568 ราย)*. <https://www.nrct.go.th/news/ปัจจัยเสี่ยงของผู้ติดเชื้อโรคโควิดในประเทศไทย-จากจำนวนผู้ติดเชื้อสะสม-2568-ราย>.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. (2565). *รายงานผลการดำเนินป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประจำเดือนสิงหาคม 2565*. สืบค้นจาก <http://demo.phoubon.in.th/>
- Austrian K, et al. (2020). *COVID-19 related knowledge, attitudes, practices and needs of households in informal settlements in Nairobi, Kenya*. Retrieved from: SSRN: <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3576785> 2020.
- Haleem, A., Javaid, M., & Vaishya, R. (2020). Effects of COVID-19 pandemic in daily life. *Current Medicine Research and Practice*, 10(2), 78-79. <https://doi.org/10.1016/j.cmrp.2020.03.011>
- Kemmis, S & McTaggart, R. (1998). *The Action Research Planer* (3rd ed.). Victoria: Deakin University.
- Retnaningsih, E, Nuryanto, N., Oktarina, R., Komalasari, O, & Maryani, S. (2020). The Effect of knowledge and attitude toward Coronavirus disease-19 transmission prevention practice in South Sumatera Province, Indonesia. *Journal of Medical Sciences*, 8(T1), 198-202. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2020.5184>

เอกสารอ้างอิง

- Sintema, E. J. (2020). Effect of COVID-19 on the Performance of Grade 12 Students: Implications for STEM Education. *Eurasia Journal of Mathematics, Science and Technology Education*, 16(7), em1851. <https://doi.org/10.29333/ejmste/7893>
- Wadood, M.A., Mamun, A., Rafi, M.A., Islam, M.K., Mohd, S., Lee L, L. et al. (2020). Knowledge, attitude, practice and perception regarding COVID-19 among students in Bangladesh: Survey in Rajshahi University. *medRxiv*.9

คำแนะนำสำหรับผู้แต่ง
วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา
(Thai Journal of Public Health and Health Education : TJPHE)

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับผู้เขียน

1. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษาเป็นวารสารรับตีพิมพ์บทความทางวิชาการ และบทความวิจัยด้านการแพทย์ ด้านการสาธารณสุข ด้านการพยาบาล ด้านสุขภาพศึกษา ด้านสหวิทยาการพฤติกรรมสุขภาพ และด้านสหวิทยาการวิทยาศาสตร์สุขภาพและนวัตกรรม
2. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษากำหนดตีพิมพ์ปีละ 3 ฉบับ ได้แก่
 - มกราคม-เมษายน
 - พฤษภาคม-สิงหาคม
 - กันยายน-ธันวาคม
3. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษาตีพิมพ์บทความทางวิชาการ และบทความวิจัย โดยต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารอื่น (หรือหากมีกรณีอธิบายในข้อความส่งถึงบรรณาธิการ)
4. กองบรรณาธิการจะพิจารณาค้นฉบับ (Manuscript) ตามข้อกำหนดของรูปแบบวารสารและส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขา (Peer review) จำนวน 3 คน เป็นผู้อ่าน

ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Word
2. จัดพิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 โดยมีระยะขอบกระดาษ ด้านบน-ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 3.17 cm. และด้านขวา 2.54 cm.
3. ตัวอักษรใช้ TH SarabunPSK
4. มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 1 หน้า
5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3 – 5 คำ)
6. รายการอ้างอิงต้องไม่เกิน 30 รายการ

การเรียงลำดับเนื้อหาบทความ

1. ชื่อเรื่อง

-ภาษาไทย พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 17 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง

-ภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 17 point จัดกึ่งกลาง

2. ชื่อผู้เขียน

-ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 14 point อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ระบุตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 12 point ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรงกับชื่อผู้พิมพ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลักเพิ่มเบอร์โทรศัพท์และ e-mail ในส่วนล่างสุด

3. บทคัดย่อ

-ชื่อ “บทคัดย่อ” และ “Abstract” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง

-ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point ความยาวไม่เกิน

1 หน้ากระดาษ

4. คำสำคัญ

-กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3 – 5 คำ ให้พิมพ์ต่อท้ายบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point

5. บทนำ (Introduction)

-ชื่อ “บทนำ (Introduction)” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา ชิดขอบ

-ข้อความบทนำ (Introduction) พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point

-บรรยายประเด็นปัญหาของงานวิจัยและเหตุผลในการทำวิจัย

6. วัตถุประสงค์การวิจัย (Objective)

-ชื่อ “วัตถุประสงค์การวิจัย (Objective)” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา ชิดขอบ

-ข้อความวัตถุประสงค์การวิจัย (Objective) พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point

7. ระเบียบวิธีวิจัย (Research methodology)

-ชื่อ “ระเบียบวิธีวิจัย (Research methodology)” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา ชิดขอบ

-ข้อความระเบียบวิธีวิจัย (Research methodology) พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point

-ระบุรูปแบบการวิจัย ประชากร เกณฑ์การคัดเลือกประชากรที่ศึกษา

8. เครื่องมือการวิจัย (Study instruments)

-ชื่อ “ระเบียบวิธีวิจัย (Research methodology)” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา ชิดขอบ

-ข้อความเครื่องมือการวิจัย (Study instruments) พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point

9. การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

- ชื่อ “การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา ชิดขอบ
- ข้อความการเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection) พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point

10. การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis)

- ชื่อ “การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis)” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา ชิดขอบ
- ข้อความการวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis) พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point

11. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

- ชื่อ “สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา ชิดขอบ
- ข้อความสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล) พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point

12. จริยธรรมการวิจัย

- ชื่อ “จริยธรรมการวิจัย” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา ชิดขอบ
- ข้อความจริยธรรมการวิจัย พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point

13. ผลการวิจัย (Result)

- ชื่อ “ผลการวิจัย (Result)” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา ชิดขอบ
- ข้อความผลการวิจัย (Result) พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point
- ตารางและข้อความในตาราง พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 14 point
- ควรนำเสนอผลการวิจัยเรียงตามลำดับให้สอดคล้องกับการตอบวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ถ้ามีการนำเสนอผล

ในรูปแบบตาราง กราฟ หรือรูปภาพ ควรมีการอธิบายผลที่สอดคล้องกัน

14. อภิปรายผล (Discussion)

- ชื่อ “อภิปรายผล (Discussion)” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา ชิดขอบ
- ข้อความอภิปรายผล (Discussion) พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point
- การเขียนอภิปรายผลควรมุ่งไปที่ประเด็นสำคัญของการวิจัย และควรมีหลักฐานการอ้างอิงประกอบด้วย และสรุปผลเฉพาะเนื้อหาในแง่ของผลการวิจัยที่สำคัญ ๆ

15. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

- ชื่อ “ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา ชิดขอบ
- ข้อความข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point

16. เอกสารอ้างอิง (References)

-ชื่อ “เอกสารอ้างอิง (References)” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา ชิดขอบ

-ข้อความเอกสารอ้างอิง (References) พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิง (References)

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงในเนื้อหา

-การอ้างอิงในเนื้อหาใช้รูปแบบการเขียนอ้างอิงแบบนาม-ปี โดยการระบุชื่อผู้เขียนและตามด้วยปีที่เขียน
เช่น

Bandura (1991) ให้นิยามว่า จริยธรรมคือ กฎสำหรับการประเมินพฤติกรรม ปัจจัยสู่ความสำเร็จของการปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ คือการพัฒนาความสามารถของประชาชนให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชนได้” (ธนสุกาญจน์, 2018)

ตัวอย่างการเขียนส่วนเอกสารอ้างอิง

1. หนังสือ

ชื่อ นามสกุลผู้แต่ง./ (ปีที่พิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)./สำนักพิมพ์.

Author, A.A./ (Year)./ *Title of the book*/(Edition ed.)/Publisher.

เช่น

จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2563). พฤติกรรมสุขภาพ : แนวคิดทฤษฎี และการประยุกต์ใช้
////// (พิมพ์ครั้งที่ 3). สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.

Schmidt, N. A., & Brown, J. M. (2017). *Evidence-based practice for nurses: Appraisal
////// and application of research* (4th ed.). Jones & Bartlett Learning, LLC.

1.1 บทความหรือบทในหนังสือ

ชื่อ นามสกุลผู้แต่ง./ (ปีพิมพ์)./ชื่อบทหรือชื่อบทความ./ใน/ชื่อบรรณาธิการ/(บ.ก.),
//////ชื่อหนังสือ/(น./xx-xxx)./สำนักพิมพ์.

Author, A. A./ (Year)./Title of the chapter./In Editor/(Eds.)/Title of the
//////book/(pp./xx-xxx)/Publisher.

เช่น

วัลลภ สุขสวัสดิ์. (2561). แนวความคิดเรื่องชนชั้นนำทางการเมืองของกิตาโน มอสก้า กับชนชั้นนำ
//////ทางการเมืองไทยในยุคมาลันไทย. ใน วัชรพล ศุภจักรวัฒนา และวัชรพล พุทธิรักษา (บ.ก.),
//////ว่าด้วยทฤษฎีรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ร่วมสมัย (พิมพ์ครั้งที่ 2). (น. 47-68).
//////สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.

1.2 หนังสือแปล

ชื่อ นามสกุลผู้แต่ง./ (ปีพิมพ์). /ชื่อเรื่องหนังสือภาษาต้นฉบับ/[ชื่อหนังสือภาษาไทย]
////////(พิมพ์ครั้งที่)./สำนักพิมพ์.

เช่น

แบร์รี สมาร์. (2555). *Michel Foucault* มิเชล ฟูก็อดต์. ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน).

1.3 E-book

1.3.1 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ไม่มี DOI

ชื่อผู้แต่งในบท./ (ปีพิมพ์). /ชื่อบท./ใน/ชื่อบรรณาธิการ/(บรรณาธิการ),/ชื่อหนังสือ
////////(พิมพ์ครั้งที่, /น./xx-xxx)./URL

Author, A. A./ (Year). /Title of the chapter./ In Editor/(Eds.), /Title of the
////////book/(Edition ed., /pp./xx-xxx)./URL

เช่น

จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2562). *พฤติกรรมสุขภาพ : แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้*.
////////(พิมพ์ครั้งที่ 3). <https://www.ookbee.com>

Haslam, S. (2003). *Research Methods and Statistics in Psychology* (SAGE
////////Foundations of Psychology series). <http://www.amazon.com>

1.3.2 บทความหรือบทในหนังสือ (Book chapter) ในรูปแบบหนังสืออิเล็กทรอนิกส์

ชื่อผู้แต่งในบท./ (ปีพิมพ์). /ชื่อบท./ใน/ชื่อบรรณาธิการ/(บรรณาธิการ),/ชื่อหนังสือ
////////(พิมพ์ครั้งที่, /น./xx-xxx)./URL

Author, A. A./ (Year). /Title of the chapter./ In Editor/(Eds.), /Title of the
////////book/(Edition ed., /pp./xx-xxx)./URL

เช่น

วัลลภ สุขสวัสดิ์. (2561). แนวความคิดเรื่องชนชั้นนำทางการเมืองของกิตาโน มอสกา กับ
////////ชนชั้นนำทางการเมืองไทยในยุคมาลามาไทย. ใน วัชรพล ศุภจักรวัฒนา และวัชรพล
////////พุทธรักษา (บ.ก.), *ว่าด้วยทฤษฎีรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ร่วมสมัย* (พิมพ์ครั้งที่
////////ที่ 2). (น. 47-68). สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.

1.3.3 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่มี DOI

ชื่อ นามสกุล./ (ปีที่พิมพ์). /ชื่อหนังสือ./ (พิมพ์ครั้งที่). /https://doi.org/xxxxxxx

Author, A. A. (Year). /Title of the book./ (Edition ed.). /https://doi.org/xxxxxxx

เช่น

Chu, Z. (2022). *People-Oriented Education Transformation*.

/////////https://doi.org/10.1007/978-981-16-6353-6

2. วิทยานิพนธ์

2.1 วิทยานิพนธ์ปริญญาคุณวุฒิปบัณฑิตและวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ที่ไม่ได้ตีพิมพ์

ชื่อ นามสกุล./ (ปีที่เผยแพร่). /ชื่อวิทยานิพนธ์/ [วิทยานิพนธ์ปริญญาคุณวุฒิปบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์
/////////หรือวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์]. /ชื่อมหาวิทยาลัย.

Author, A. A. (Year). /Title/ [Unpublished doctoral or master's thesis]. /Name of
/////////the Institution awarding the degree.

เช่น

สรญา แสงเย็นพันธ์. (2559). *การพัฒนารูปแบบการเขียนบรรณานุกรมออนไลน์* [วิทยานิพนธ์]
/////////ปริญญามหาบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยนเรศวร

Stewart, Y. (2000). *Dressing the tarot* [Unpublished master's thesis]. Auckland
/////////University of Technology.

2.2 วิทยานิพนธ์ปริญญาคุณวุฒิปบัณฑิตและวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตจากเว็บไซต์ไม่อยู่
ในฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์

ชื่อ นามสกุล./ (ปีที่เผยแพร่). /ชื่อวิทยานิพนธ์/ [วิทยานิพนธ์ปริญญาคุณวุฒิปบัณฑิต หรือ
/////////วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, /ชื่อมหาวิทยาลัย]. /ชื่อเว็บไซต์./ URL

2.3 วิทยานิพนธ์ปริญญาคุณวุฒิปบัณฑิตและวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตจากฐานข้อมูล
เชิงพาณิชย์

ชื่อ นามสกุล./ (ปีที่เผยแพร่). /ชื่อวิทยานิพนธ์/ (หมายเลข UMI หรือ เลขลำดับอื่น ๆ)
/////////[วิทยานิพนธ์ปริญญาคุณวุฒิปบัณฑิต หรือวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต,
/////////ชื่อมหาวิทยาลัย]. /ชื่อฐานข้อมูล

เช่น

Becker, J. C. (2013). *Landscape-level influences on community composition
and ecosystem function in a large river ecosystem* (Publication No.
3577776) [Doctoral dissertation, Graduate Council of Texas State
University – San Marcos]. ProQuest Dissertations and Theses Global.

3. รายงานการประชุมเชิงวิชาการที่มี proceeding

3.1 ในรูปแบบรูปเล่ม

ชื่อ นามสกุล./ (ปี)./ชื่อบทความ./ใน/ชื่อบรรณาธิการ/(บ.ก.),/ชื่อหัวข้อการประชุม./
ชื่อการประชุม/(น./เลขหน้า)./ฐานข้อมูล.

Contributor, A. & Contributor, B./ (Year)./Title./In/ Editor /(Ed. หรือ Eds.), Title of
conference./Title of conference /(pp./xx-xxx)./database.

กรณีมีเลข DOI หรือ URL ให้เติมต่อท้ายจากฐานข้อมูล ตัวอย่าง ชื่อฐานข้อมูล./https://doi.org/xxxx

เช่น

วิตะ กัลป์กลาย, อลิสา คุ่มเคี่ยม, และอมลวรรณ วีระธรรมโม. (2553). ผลการพัฒนา
บทเรียนสำเร็จรูป เรื่อง ภาษาไทยถิ่นใต้ ตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรีจังหวัด
ปัตตานี สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3. ใน มนัส สุวรรณ(บ.ก.), การจัดการ
เรียนรู้ การวิจัยและนวัตกรรมเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน. รายงานสืบเนื่องจากการประชุม
วิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 53 (น. 3-14).
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.

3.2 ในรูปแบบวารสาร

ชื่อ นามสกุล./ (ปี)./ชื่อเรื่อง:/ชื่อเรื่องย่อย./ชื่อวารสาร,/เลขของปีที่(เลขของฉบับที่),/เลขหน้า./
URL

Contributor, A. & Contributor, B./ (Year)./Title:/ Sub-title./Journal,/เลขของปีที่(เลข
ของฉบับที่),/เลขหน้า./URL

เช่น

Herculano-Houzel, S., Collins, C. E., Wong, P., Kaas, J. H., & Lent, R. (2008).
The basic nonuniformity of the cerebral cortex. *Proceedings of the National
Academy of Sciences of the United States of America*, 105(34), 12593-12598.
https://www.pnas.org/doi/full/10.1073/pnas.0805417105

4. การนำเสนองานวิจัยหรือการนำเสนอโปสเตอร์ (Paper/Poster Presentation)

ชื่อ นามสกุล./ (วัน,/เดือน/ปี)./ชื่อเอกสาร หรือโปสเตอร์/[เอกสารนำเสนอในที่ประชุม หรือ
////////โปสเตอร์นำเสนอในที่ประชุม]./ชื่อการประชุม,/สถานที่.

Presenter, A & Presenter, B./ (Year,/Month/day)./Title of conference paper or
////////poster/[Paper presentation or Poster presentation]./Conference
////////Name,/Location.

เช่น

Mason, I. & Missingham, R. (2019, October 21–25). *Research libraries, data
////////curation, and workflows* [Paper presentation]. eResearch Australasia
////////Conference, Brisbane, QLD, Australia. <https://bit.ly/2v1CjRg>

5. รายงานการประชุม/การสัมมนา/อภิปราย

ชื่อหน่วยงานที่จัดประชุม./ (ปีพิมพ์)./ชื่อเรื่องการประชุม./ชื่อการประชุม./สถานที่จัดประชุม.

เช่น

ที่ประชุมคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยของรัฐ. (2565). การประชุมสามัญที่ประชุม
////////คณบดีบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยของรัฐ และมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ.
////////การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับ.บัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 53.
////////มหาวิทยาลัยนเรศวร

6. หนังสือพิมพ์และหนังสือพิมพ์ออนไลน์

ชื่อผู้แต่ง./ (วัน/เดือน/ปี)./ชื่อคอลัมน์./ชื่อหนังสือพิมพ์,/เลขหน้า.

เช่น

ทีมวไรตี้. (21 กุมภาพันธ์ 2565). *จับตามลกระทบโควิดระลอกสามทำคนไทยหนีท่วม.*
////////เดลินิวส์. 1.

7. เว็บไซต์

ชื่อ นามสกุลผู้เขียน./ (วัน/เดือน/ปีที่เผยแพร่)./ชื่อบทความ./ชื่อเว็บไซต์./URL

Author, A. A./ (Year, Month date)./Title of the work: Subtitle./Website name./URL

เช่น

สรญา แสงเย็นพันธ์. (18 กันยายน 2561). *มาทำความเข้าใจระบบสี CMYK กับ RGB.*
////////สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร. [https://www.nupress.grad.nu.ac.th/cmyk-
////////and-rgb/](https://www.nupress.grad.nu.ac.th/cmyk-and-rgb/)

Sparks, D. (2019). *Women's wellness: Lifestyle strategies ease some bladder control problems*. Mayo Clinic. <https://newsnetwork.mayoclinic.org/discussion/womens-wellness-lifestyle-strategies-ease-some-bladder-control-problems/>

-กรณีที่ไม่มียีนที่เผยแพร่ปรากฏ ให้ใส่ (ม.ป.ป.) หรือ (n.d.)

-กรณีที่มีปรากฏเฉพาะ พ.ศ. หรือ ค.ศ. ให้ใส่แค่ (ปี) เท่านั้น

-กรณีชื่อผู้เขียนและชื่อเว็บไซต์เป็นชื่อเดียวกัน ให้ตัดชื่อเว็บไซต์ออก

7.1 เว็บไซต์ไม่ระบุปีที่เผยแพร่

เช่น

Athletics New Zealand. (n.d.). *Form a new club*. <http://www.athletics.org.nz/Clubs/Starting-a-New-Club>

7.2 Wikipedia

เช่น

Global warming. (2019, December 9). In *Wikipedia*. http://en.wikipedia.org/wiki/Global_warming

Psychometric assessment. (n.d.). In *The psychology wiki*. Retrieved January 28, 2009, from http://psychology.wikia.com/wiki/Psychometric_assessment

8. ราชกิจจานุเบกษา

ชื่อกฎหมาย/(วัน/เดือน/ปี)/ราชกิจจานุเบกษา/เล่ม/ตอนที่/หน้า/เลขหน้า.

เช่น

ประกาศ ก.พ.อ. เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการพิจารณาแต่งตั้งบุคคลให้ดำรงตำแหน่ง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ รองศาสตราจารย์ และศาสตราจารย์ พ.ศ. 2564. (7 มกราคม
2565). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 139 ตอนพิเศษ 4 ง หน้า 22-50.