

Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)

วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

ISSN 2774 - 0250 : Print ISSN 2774 - 017X : Online

TCI Journal Information Tier 2



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
Department of Health Service Support



P
H
C
J
O
U
R
N
A
L

วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) Primary Health Care Journal (Northeastern Edition) ตีพิมพ์เผยแพร่บทความทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ การแพทย์และสาธารณสุข และเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง กำหนดจัดพิมพ์ปีละ 2 ฉบับ บทความทุกฉบับได้รับการตรวจสอบความถูกต้องตามหลักวิชาการ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) อย่างน้อย 2 ท่านขึ้นไป วารสารนี้ผ่านการประเมินคุณภาพจากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai-Journal Citation Index : TCI) โดยจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2

คณะที่ปรึกษา

นพ. สุระ วิเศษศักดิ์

ดร. นพ. ภาณุวัฒน์ ปานเกตุ

ทพ. อาคม ประดิษฐ์สุวรรณ

นพ. สามารถ ธีระศักดิ์

นายคงจักร์ บุญทัน

อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ผู้อำนวยการศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพ

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

บรรณาธิการ

นายฐณะวัฒน์ ภูมิเจริญวัฒน์

รองผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นายกฤษณชัย กิมชัย

นายภูวนรินทร์ สีสุก

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กองบรรณาธิการ

ศ. ดร. วงศา เล้าหศิริวงศ์

รศ. ดร. ธนิตา ผาติเสนะ

รศ. ดร. อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง

รศ. ดร. พรรณี ปัญชรหัตถกิจ

ผศ. ดร. นาฏนภา หีบแก้ว ปัดชาสุวรรณ

ผศ. ดร. ประภัสรา ศิริกาญจน์

ผศ. ดร. ปวีณา ลิ้มปิติปรากฏ

ผศ. ดร. ธวัชชัย เอกสันติ

ผศ. ดร. ธนกร ปัญญาใสโสภณ

ผศ. ดร. ปธานิน แสงอรุณ

ดร. นพ. ชาตรี เจริญชีวะกุล

ดร. ทพญ. ศรีวิทย์ ชาลีเครือ

ดร. ชูภาศิริ อภินันท์เดชา

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

ศูนย์บริการสาธารณสุข 6 นครราชสีมา

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

มหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น



กองบรรณาธิการ (ต่อ)

ดร. อติศร วงศ์คงเดช

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ดร. เฉลิมพร นามโยธา

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ดร. ซาลินี มานะยิ่ง

วิทยาลัยนครราชสีมา

ดร. พรทิพย์ แก้วชิน

วิทยาลัยนครราชสีมา

ดร. สุทิน ชนะบุญ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ดร. ภูวดล พลศรีประดิษฐ์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

คณะทำงานกองบรรณาธิการ

นางวิรัชชา ทรัพย์ธรรณี

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

นางสาวสิริยาภรณ์ บุญลาด

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

นางสาวจุฑารัตน์ ปาปะสา

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

นางพรพนม ปราชัยภูมิ

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

นางสาวอภิญญา วงศ์คนานุรักษ์

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

นายวีรยุทธ กิจสกุล

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

นางสาวทักษพร ทองอร่าม

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

รูปเล่มและงานศิลป์

นายภูรินทร์ สีกุด

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

นายธีรวัฒน์ หมั่นแก้วคราม

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

เจ้าของวารสาร

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

เลขที่ 89 หมู่ที่ 4 ถนนอนามัย ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000

โทร 043 224605 โทรสาร 043 221679



บทบรรณาธิการ

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นหน่วยงานส่วนภูมิภาค สังกัดกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานที่มีบทบาทในการบริหารจัดการระบบสุขภาพและระบบสุขภาพภาคประชาชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงมุ่งเน้นการพัฒนางานด้านสาธารณสุขมูลฐานเพื่อเสริมสร้างศักยภาพการแพทย์ปฐมภูมิ โดยสนับสนุนการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในฐานะหมอกคนที่ 1 ให้เป็นสมาร์ท อสม. ร่วมกับการนำพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 มาส่งเสริมการทำงานของหมอกคนที่ 2 และ 3 เพื่อการพัฒนางานด้านสาธารณสุขมูลฐานของประเทศสร้างสุขภาพดีให้ประชาชนไทยอย่างยั่งยืน

วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) Primary Health Care Journal (Northeastern Edition) ฉบับนี้เป็นปีที่ 38 ฉบับที่ 2 ประจำเดือนเมษายน ถึงเดือนกันยายน 2566 เปิดรับตีพิมพ์เผยแพร่บทความทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ การแพทย์และสาธารณสุข และสาขาที่เกี่ยวข้อง ซึ่งฉบับนี้ประกอบด้วยบทความวิจัย จำนวน 10 เรื่อง โดยมีความหลากหลายของเนื้อหาสาระทางวิชาการ

คณะกองบรรณาธิการได้รับบทความที่มีคุณค่าจากนักวิชาการ บุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข และคณาจารย์จากสถาบันการศึกษา ซึ่งล้วนแต่มีความน่าสนใจและมีความหลากหลายของเนื้อหาสาระทางวิชาการ สามารถนำไปเป็นแหล่งอ้างอิงตามหลักวิชาการ หรือนำไปประยุกต์ วางแผนในการดำเนินงานได้ คณะกองบรรณาธิการขอเชิญชวนท่านที่สนใจส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) Primary Health Care Journal (Northeastern Edition) ซึ่งเป็นแหล่งเผยแพร่ผลงานวิชาการที่มีผู้เชี่ยวชาญทรงคุณวุฒิ (Peer review journal) พิจารณากลับกรอง ตรวจสอบความถูกต้องตามหลักวิชาการ และได้รับการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 พ.ศ. 2565-2567 โดยท่านสามารถส่งต้นฉบับตามหลักเกณฑ์และคำแนะนำที่อยู่ท้ายเล่มนี้ หรือได้ที่เว็บไซต์ <https://thaidj.org/index.php/pjne> เพื่อเป็นการเผยแพร่องค์ความรู้สู่ชุมชน อันเป็นประโยชน์ให้กับผู้อ่านและผู้ที่เกี่ยวข้องสืบไป

นายฐณะวัฒน์ ภูมิเจริญวัฒน์
บรรณาธิการ



หลักเกณฑ์และคำแนะนำในการส่งบทความ เพื่อตีพิมพ์วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) Primary Health Care Journal (Northeastern Edition) ตีพิมพ์เผยแพร่บทความทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ การแพทย์และสาธารณสุข และเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง กำหนดจัดพิมพ์ปีละ 2 ฉบับ (ราย 6 เดือน) ฉบับที่ 1 (ตุลาคม-มีนาคม) และฉบับที่ 2 (เมษายน-กันยายน) ของทุกปี โดยรับบทความเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ และเผยแพร่รูปแบบออนไลน์ผ่านทางเว็บไซต์ของวารสารที่ <https://thaidj.org/index.php/pjne>

1. ประเภทบทความวารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) เปิดรับบทความวิชาการทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ การแพทย์และสาธารณสุข และเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็นประเภทต่าง ๆ ดังนี้

1.1 บทความวิชาการ (Academic Article) หมายถึง บทความที่เขียนขึ้นที่ผู้เขียนตั้งใจหยิบยกประเด็นใดประเด็นหนึ่งหรือปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในแวดวงวิชาการ วิชาชีพ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์หรือวิพากษ์ทัศนะหรือแนวคิดเดิมและ/หรือนำเสนอหรือเผยแพร่แนวคิดใหม่ เพื่อมุ่งให้ผู้อ่านเปลี่ยนหรือปรับเปลี่ยนแนวคิด ความเชื่อมาสู่ความคิดของผู้เขียน บทความวิชาการเน้นการให้ความรู้เป็นสำคัญ และต้องอาศัยข้อมูลทางวิชาการ เอกสารอ้างอิง และเหตุผลที่พิสูจน์ได้ เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือให้แก่ผู้อ่าน

1.2 บทความวิจัย (Research Article) หมายถึง บทความที่เขียนขึ้นจากงานศึกษาเชิงประจักษ์ (Empirical Study) หรือที่เรียกว่างานวิจัย สาระของบทความสะท้อนให้เห็นขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ซึ่งได้แก่การกล่าวถึงความเป็นมาของปัญหาหรือ

วัตถุประสงค์การวิจัย การดำเนินการศึกษา การแสดงข้อค้นพบหรือผลวิจัย และการบอกความหมาย และความสำคัญของผลที่ได้จากการศึกษาในทางทฤษฎีหรือปฏิบัติ เป็นการนำเสนอผลการวิจัยอย่างเป็นระบบ กล่าวถึงความ เป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีวิจัย ทฤษฎีกรอบแนวคิด ผลการวิจัย สรุปผล ข้อเสนอแนะ และการอ้างอิงข้อมูลอย่างเป็นระบบ

1.3 บทความปริทัศน์ (Review Article) หมายถึง งานวิชาการที่ประเมินสถานะล่าสุดทางวิชาการ (State of the Art) เฉพาะทางที่มีการศึกษา ค้นคว้า มีการวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้ทั้งทางกว้างและทางลึกอย่างทันสมัย โดยให้ข้อวิพากษ์ที่ชี้ให้เห็นแนวโน้มที่ควรศึกษาและพัฒนาต่อไป

2. การเตรียมต้นฉบับและคำแนะนำต่อไปนี ใช้สำหรับการเตรียมบทความทางวิชาการที่เป็นนิพนธ์ต้นฉบับ แต่หลายหัวข้อก็ใช้สำหรับบทความประเภทอื่น ๆ ด้วยเช่นกัน ผู้สนใจสามารถศึกษารูปแบบจากบทความแต่ละประเภทในวารสารฉบับที่พิมพ์เผยแพร่ไปแล้ว

ชื่อเรื่อง ควรสั้นกะทัดรัด และสื่อถึงเป้าหมายหลักของการศึกษา ไม่ใช่คำย่อ ความยาวไม่เกิน 100 ตัวอักษร ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้นิพนธ์ ชื่อผู้นิพนธ์ให้มีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) ระบุหน่วยงานหรือสถานที่ผู้นิพนธ์ทำงาน และระบุชื่อ E-mail ของผู้นิพนธ์ที่ใช้ติดต่อ

บทคัดย่อ (Abstract) เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงการสร้างของบทความ ได้แก่ บทนำ วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิจารณ์ ประมาณ 250-300 คำ ใช้ภาษารัดกุม



เป็นประโยชน์สมควร มีควมหมายในตัวเองไม่
ต้องการความหมายต่อ ไม่ควรมีคำย่อ ต้องเขียน
บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

คำสำคัญ (Keywords) ใส่ไว้ท้าย
บทคัดย่อ มีทั้งภาษาไทยและอังกฤษ เป็นหัวข้อ
เรื่องสำหรับช่วยในการค้นหาบทความ โดยใช้
Medical Subject Headings (MeSH) terms ของ
U.S. National Library of Medicine เป็นแนวทาง
การให้คำสำคัญหรือคำหลัก

บทนำ (Introduction) เป็นส่วนหนึ่ง
ของบทความที่บอกเหตุผลนำไปสู่การศึกษา
เป็นส่วนที่อธิบายให้รู้ปัญหา ลักษณะ และขนาด
เป็นการนำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัย
ให้ได้ผลเพื่อแก้ปัญหาหรือตอบคำถามที่ตั้งไว้
หากมีทฤษฎีที่จำเป็นต้องใช้ในการศึกษา อาจวาง
พื้นฐานไว้ในส่วนนี้ได้ แต่ไม่ต้องทบทวน
วรรณกรรม ที่ไม่เกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของ
การศึกษา และให้รวมวัตถุประสงค์ของการศึกษา
ในส่วนท้ายของบทนำ

วิธีดำเนินการศึกษา (Methods หรือ
Material and Methods) ระบุรูปแบบแผนการ
ศึกษา (Study design, Protocol) เช่น Randomized
double blind, Descriptive หรือ Quasi-experiment
กลุ่มตัวอย่าง วิธีการสุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่ม
ตัวอย่างแบบง่าย แบบหลายขั้นตอน วิธีหรือ
มาตรการที่ศึกษา (Interventions) เช่น รูปแบบ
การศึกษา การรักษา ชนิดและขนาดของยาที่ใช้
ถ้าเป็นมาตรการที่รู้จักทั่วไป ให้ระบุในเอกสารอ้างอิง
ถ้าเป็นวิธีใหม่ อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจแล้วนำไปใช้
ต่อได้ ให้ระบุเครื่องมือหรืออุปกรณ์และหลักการ
ที่ใช้ในการศึกษาเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพให้
ชัดเจน และกระชับ รวมถึงเครื่องมือในการเก็บ
ข้อมูล เช่น แบบสอบถาม การทดสอบความ
เชื่อถือ วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล
และสถิติที่ใช้ รวมทั้งการได้รับความเห็นชอบจาก
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
ในมนุษย์

ผลการศึกษา (Results) แสดงผล
ที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษาอย่าง
ชัดเจน ง่าย ถ้าผลไม่ซับซ้อนไม่มีตัวเลขมาก
บรรยายเป็นร้อยแก้ว แต่ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปร
มากควรใช้ตารางหรือแผนภูมิ โดยไม่ต้องอธิบาย
ตัวเลขในตารางซ้ำอีกในเรื่อง ยกเว้นข้อมูล
สำคัญๆ แปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือ
วิเคราะห์และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วาง
ไว้อย่างจำกัด

อภิปรายผล (Discussion) แสดงบท
วิจารณ์ผลการศึกษาว่าตรงกับวัตถุประสงค์หรือ
สมมติฐานของการวิจัย หรือแตกต่างไปจาก
ผลงานที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุ
ใดจึงเป็นเช่นนั้น วิเคราะห์ผลที่ไม่ตรงตามที่คาดหวัง
อย่างไม่ปิดบัง อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นตาม
ประสบการณ์หรือข้อมูลที่ตนมี เพื่ออธิบายส่วนที่
โดดเด่นแตกต่างเป็นพิเศษได้ ควรมีข้อสรุปว่า
ผลที่ได้ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่และให้
ข้อเสนอแนะที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือ
ให้ประเด็นคำถามที่ควรมีการวิจัยต่อไป

ตาราง รูปภาพ และแผนภูมิ บทความ
เรื่องหนึ่งๆ ไม่ควรมีตารางหรือรูปภาพมากเกินไป
จำนวนที่เหมาะสมคือ 1-5 ตารางหรือรูปภาพ
โดยมีลำดับที่และชื่อของตารางหรือรูปภาพอยู่
ด้านบน ภาพที่ใช้ควรเป็นที่มีความชัดเจนสูง
อาจเป็นไดอะแกรม ภาพวาด ภาพถ่าย หรือ
กราฟที่ทำจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แม้จะใส่
ภาพในบทความแล้ว ก็ควรส่งแยกเป็นไฟล์
ต่างหากพร้อมด้วย

เอกสารอ้างอิง (References) เป็น
การรวบรวมรายชื่อเอกสารที่ใช้อ้างอิงข้อความ
ในเรื่อง โดยการอ้างอิงจากระบบการอ้างอิง
แบบ American Psychological Association 6th
edition (APA) จะนำมาเรียงในส่วนของเอกสาร
อ้างอิงท้ายเรื่อง ทั้งนี้ อ้างอิงในเนื้อหาจะต้อง
สอดคล้องกับในรายการบรรณานุกรมท้าย
บทความทุกรายการ



3. รูปแบบบทความ

3.1 พิมพ์ด้วยโปรแกรม Microsoft Word ความยาวไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ A4

3.2 แบบอักษร TH SarabunPSK โดยหัวข้อใช้ขนาด 16 Point (ตัวหนา) เนื้อหาใช้ขนาด 16 Point (ปกติ)

3.3 ใช้ตัวเลขอารบิกทั้งบทความ

4. การส่งบทความ จัดส่งได้ 2 วิธี ดังนี้

4.1 ส่งบทความผ่านระบบออนไลน์ที่ <https://thaidj.org/index.php/pjne/index>

4.2 ส่งบทความแบบไฟล์ Word พร้อมแผ่นซีดี ในรูปแบบหนังสือราชการ โดยระบุชื่อที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ และอีเมลของผู้พิมพ์ให้ชัดเจน และจ่ายหน้าซองมาที่ กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เลขที่ 89 ถนนอนามัย ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น รหัสไปรษณีย์ 40000

กองบรรณาธิการจะรับพิจารณาบทความที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนดเท่านั้น และจะแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้พิมพ์ทราบหลังจากได้รับบทความแล้ว

5. ความรับผิดชอบของผู้พิมพ์

5.1 ผู้พิมพ์ ต้องมีความซื่อสัตย์ มีคุณธรรม และมีจรรยาบรรณในการดำเนินงานวิจัย และการเขียนรายงานผลการวิจัย

5.2 ผู้พิมพ์ ต้องรับรองว่าผลงานที่เขียนขึ้นได้มาจากข้อเท็จจริงจากการศึกษา ไม่บิดเบือนข้อมูลและไม่มีข้อมูลที่เป็นเท็จ

5.3 ผู้พิมพ์ ต้องอ้างอิงผลงานของผู้อื่นที่ปรากฏอยู่ในงานของตน

5.4 ผู้พิมพ์ ต้องไม่คัดลอกผลงานของบุคคลอื่น

5.5 ผู้พิมพ์ ต้องมีความรับผิดชอบต่อผลงานของตน และรับรองว่าผลงานไม่เคยถูกตีพิมพ์หรือกำลังอยู่ในระหว่างขั้นตอนการพิจารณาตีพิมพ์ที่ใด

5.6 ผู้พิมพ์ ต้องระบุชื่อผู้เป็นเจ้าของผลงานร่วมทุกคน ระบุบทบาทหน้าที่และสัดส่วนของความรับผิดชอบอย่างชัดเจนในกรณีที่ไม่ได้เขียนคนเดียว

5.7 ผู้พิมพ์ ต้องระบุแหล่งทุนที่สนับสนุนในการทำวิจัยนี้

5.8 ในกรณีที่ผู้พิมพ์ทำผิดข้อกำหนด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ข้อ 5.2, 5.3, 5.4 และ 5.5 วารสารจะตัดสิทธิ์การตีพิมพ์เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 ปี และวารสารจะแจ้งหน่วยงานที่ผู้พิมพ์สังกัดหรือผู้พิมพ์แล้วแต่กรณี

5.9 บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) ถือเป็นผลงานและความรับผิดชอบของผู้พิมพ์ มิใช่ความรับผิดชอบของกองบรรณาธิการแต่ประการใด



สารบัญ

หน้า

บทความวิจัย

- ผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรม
การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี
นันทภักดิ์ สุหงษา..... 1
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเกษตรกร
ตำบลศรีวิชัย อำเภอลี้ จังหวัดลำพูน
ณัฐทพร ปวนปันคำ และสามารถ ใจเตี้ย..... 13
- การพัฒนารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรค
COVID-19 ของประชาชนตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ
จิตรวรรณ กลางเอก..... 20
- การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา โรงพยาบาลชุมชนเขตอุดมศักดิ์
เบญจวรรณ นครพัฒน์, นันทน์ภักดิ์ กาลปักษ์ และอัญธิกา ศรีสุบัติ..... 35
- การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองโดยเครือข่าย อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ
บุญน้อม ไกรยา, นิญาพัชญ์ ศิระรัตน์วัฒน์ และยุพาวดี แซ่เตี้ย..... 52
- ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันและ
ควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา
วรัญญา หล่อพัฒนเกษม และธนิดา ผาติเสนะ 64
- ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ กับพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือด
ในสมองสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง
กุลินทร์ คำแน่น, คิวไล โพธิ์ชัย, ธนัญญา พรหมภักดี และปาลิตา พรหมเพ็ญ..... 79
- ภาวะสุขภาพจิตของตำรวจจราจรในพื้นที่อำเภอเมืองภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต
อารยา ช้อยคำ และเทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์..... 91



สารบัญ (ต่อ)

| | หน้า |
|--|------|
| ➤ ประสิทธิภาพของวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา สันติ สัมฤทธิ์มโนพร..... | 104 |
| ➤ การพัฒนารูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมของหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในจังหวัดอุดรธานี เรวัฒน์ ศิรินิกร และฐานกร คำหารพล..... | 113 |



ผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรม
การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

EFFECTS OF APPLYING PROTECTION MOTIVATION THEORY ON PREVENTION BEHAVIOR
OF THE CORONAVIRUS DISEASE 2019 AMONG VILLAGE HEALTH VOLUNTEER IN LAO
DAENG SUB-DISTRICT, DON MOT DAENG DISTRICT, UBON RATCHATHANI PROVINCE

นันทศักดิ์ สุหงษา
Nunthaphak Suhongsa

Received : 15 December 2022, Received in revised form : 10 May 2023, Accepted : 30 May 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการป้องกันโรคที่พัฒนาขึ้น จำนวน 33 คน และกลุ่มควบคุม ได้รับโปรแกรมตามปกติ จำนวน 33 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ โปรแกรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.75 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมุติฐานด้วยสถิติ t-test for Independent samples

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการป้องกันโรคที่พัฒนาขึ้น กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวัง การรับรู้ความสามารถของตนเอง และมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: แรงจูงใจในการป้องกันโรค, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, พฤติกรรมในการป้องกันโรค



ABSTRACT

The purpose of this quasi – experimental research was to study the effects of the program of applying protection with behaviors prevention of Coronavirus Disease 2019 among village health volunteers, Lao Daeng Sub-district, Don Mod Daeng District, Ubon Ratchathani Province. The experimental group consisted of 33 participate group was received a health prevention program. The control group consisted of 33non received regular health prevention program by purposive sampling. The instrument was health prevention coronavirus disease 2019program and questionnaire by researcher. The Cranach’s alpha coefficient of scores of 0.75 Percentage, mean, standard deviation and independent samples t-test were applied for data analysis.

The results of this study were as follows: After receiving the village health volunteers program the experimental group had the average knowledge score. perception of violence perceived opportunities, risks, expectations, self-efficacy and had better preventive behaviors against the novel coronavirus 2019 than the control group statistically significant at .01.

Keywords: Protection motivation, Coronavirus disease 2019, Behaviors prevention

บทนำ

การเกิดโรคอุบัติใหม่เป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญในปัจจุบันและไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตและเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในหลายประเทศทั่วโลก การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 (Coronavirus Disease 2019; COVID-19) เริ่มต้นที่ประเทศจีน ตั้งแต่วันที่ 30 ธันวาคม 2562 ต่อมาได้พบผู้ป่วยยืนยันในหลายประเทศทั่วโลก จำนวนผู้ป่วยยืนยันเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว นับตั้งแต่การระบาดระลอกเดือนเมษายน 2564 รัฐบาลได้ประกาศมาตรการล็อกดาวน์เพื่อควบคุมโรคโควิด-19 มาอย่างต่อเนื่องจนถึงวันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2564 นี้ แต่ยอดผู้เสียชีวิตยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจนสร้างสถิติใหม่หลายครั้งในช่วงที่ผ่านมา ไวรัสโคโรนาเป็นไวรัสในสัตว์ มีหลายสายพันธุ์โดยปกติไม่ก่อโรคในมนุษย์ แต่เมื่อกลายพันธุ์เป็นสายพันธุ์ใหม่ที่ก่อโรคในมนุษย์ได้ (ซึ่งมักเกิดจากการจัดการที่ผิดธรรมชาติโดยมนุษย์) ในขณะที่

ที่มนุษย์ยังไม่รู้จักและไม่มีภูมิคุ้มกันทางพันธุกรรมที่จะเกิดการระบาดของโรคในมนุษย์ เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่เกิดจากไวรัสโคโรนา ทำให้เกิดอาการ ไข้ ไอ และอาจมีปอดอักเสบ เริ่มพบผู้ป่วยครั้งแรกเมื่อเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2562 (ค.ศ. 2019) ที่เมืองอู่ฮั่น เมืองหลวงของมณฑลหูเป่ย์ ภาคกลางของประเทศจีน ซึ่งเป็นเมืองใหญ่มีผู้คนหนาแน่น จึงเกิดการระบาดใหญ่ได้รวดเร็ว การดูแลรักษาเป็นไปอย่างฉุกเฉิน มีคนป่วยหนักและตายมากเกินที่ควรจะเป็น จนประเทศจีนต้องปิดเมือง และปิดประเทศต่อมา ขณะนี้ประเทศจีนสามารถควบคุมได้ จนแทบจะไม่มีผู้ป่วยรายใหม่ แต่โดยธรรมชาติแล้วจะยังมีผู้ที่มีเชื้ออยู่ ผู้ป่วยรายแรกที่ได้รับการรักษาในประเทศไทย เมื่อวันที่ 13 มกราคม พ.ศ. 2563 เป็นคนจีนที่รับเชื้อจากการระบาดในประเทศจีน และได้เดินทางมาประเทศไทย หลังจากนั้นก็มีผู้ป่วยอีกหลายรายที่มาจากประเทศอื่น ส่วนผู้ป่วยที่ติดเชื้อในประเทศไทยรายแรก มีการรายงานเมื่อ 31 มกราคม พ.ศ. 2563 โรคนี้เกิดจากไวรัสโคโรนา



(Corona virus) ที่กลายพันธุ์ในธรรมชาติเป็นสายพันธุ์ใหม่ จากการที่ธรรมชาติถูกมนุษย์ทำร้าย โดยมีสมมุติฐานว่าไวรัสอาจจะมีแหล่งเริ่มต้น คือ ค้างคาว และกลายพันธุ์เมื่อผ่านสัตว์ตัวกลาง กลายเป็นไวรัสสายพันธุ์ใหม่ที่ก่อโรคในมนุษย์ และมนุษย์ไปรับเชื้อมาแพร่ระหว่างมนุษย์สู่มนุษย์ แต่คนที่ติดเชื้อโควิด-19 สามารถแพร่เชื้อได้ในเวลาของการติดเชื้อได้นานกว่า การระบาดจึงน่าจะกว้างขวางกว่า และควบคุมยากกว่า (กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

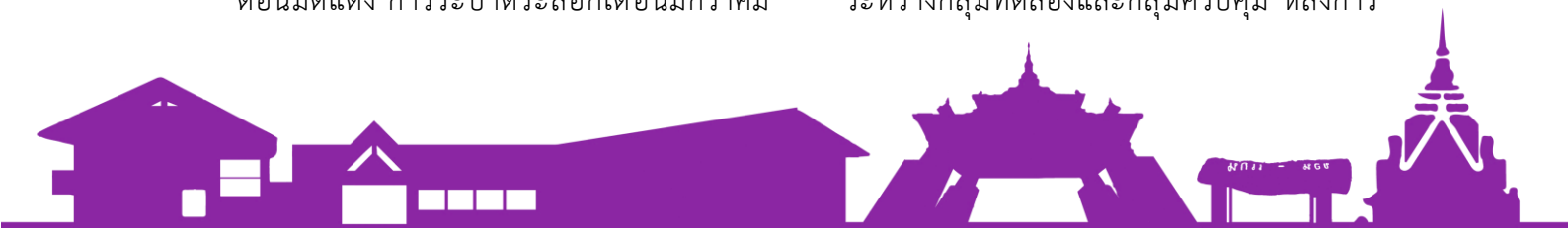
จากสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลกได้รายงาน (ข้อมูล ณ วันเสาร์ที่ 3 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 เวลา 10.00 น.) พบยอดผู้ติดเชื้อรวม 554,031,005 ราย อาการรุนแรง 36,982 ราย และเสียชีวิต 6,360,787 ราย อันดับประเทศที่มีผู้ติดเชื้อสูงสุด คือ ประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้ติดเชื้อจำนวน 89,522,328 ราย ประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ 26 ของโลก มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 72,034,815 ราย มีผู้ติดเชื้อจำนวน 4,530,105 ราย (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) สถานการณ์การติดเชื้อ COVID-19 ในประเทศ (ข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2565) ข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 2,328 ราย ผู้ป่วยยืนยันสะสม จำนวน 2,306,670 ราย เสียชีวิตสะสม จำนวน 9,002 ราย สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในจังหวัดอุบลราชธานี (ข้อมูล ณ วันที่ 2 กรกฎาคม พ.ศ. 2565) พบผู้ติดเชื้อสะสมตั้งแต่ปี 2563 จำนวน 285,357 ราย ผู้เสียชีวิตสะสมตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2564 จำนวน 466 ราย โดยมีผู้ป่วยยืนยันสะสมระลอก เดือน มกราคม พ.ศ. 2565 จำนวน 261,974 ราย และพบผู้ป่วยรายใหม่ 82 ราย เป็นการติดเชื้อภายในจังหวัดทั้ง 82 ราย (ระบบสารสนเทศติดตามผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 จังหวัดอุบลราชธานี, 2565) สถานการณ์ในอำเภอดอนมดแดง การระบาดระลอกเดือนมกราคม

พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยยืนยัน 3,456 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.70 เสียชีวิต 4 ราย เป็นผู้ป่วยยืนยันในตำบลเหล่าแดง จำนวน 918 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.13 แยกเป็นประชาชนทั่วไป จำนวน 883 ราย และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 35 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.65 (จากจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งสิ้นจำนวน 142 คน) และมีประชาชนทั่วไปเสียชีวิต 2 ราย (ระบบสารสนเทศติดตามผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดอุบลราชธานี, 2565)

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่า ยังมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลเหล่าแดงที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อและแพร่กระจายของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนั้นการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทุกคนต้องปฏิบัติโดยพร้อมเพรียงกันจึงจะสามารถหยุดการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ได้ จะเห็นได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความเสี่ยงสูงในการรับเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 นับได้ว่าเป็นบุคลากรด่านหน้าที่สำคัญในการดำเนินการเฝ้าระวังโรค ป้องกันโรคและควบคุมโรคในชุมชนที่รับผิดชอบ ทำให้มีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะสัมผัสกับผู้ป่วยได้ตลอดเวลา จึงควรสร้างการรับรู้และสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสามารถในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนั้น ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้ทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมาระยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการ



ทดลองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
4. ความคาดหวังในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
5. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
6. พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษารูปแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 33 คน เป็น อสม. ปฏิบัติหน้าที่ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าแดง และกลุ่มควบคุมจำนวน 33 คน เป็น อสม. ปฏิบัติหน้าที่ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าเมือง โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) และสมัครใจยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ปฏิบัติหน้าที่ในเขตตำบลเหล่าแดง

อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ระยะเวลาปฏิบัติหน้าที่อย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วงปี พ.ศ. 2564

2) ไม่เคยป่วยเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

3) สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยตลอดระยะเวลา 10 สัปดาห์

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1) มีอาการป่วยหรือมีโรคประจำตัวหรือได้รับอุบัติเหตุฉุกเฉินที่เป็นอุปสรรคต่อการคัดเข้าร่วมกิจกรรม

2) ย้ายออกจากพื้นที่การวิจัยในระหว่างดำเนินการ หรือไม่สามารเข้าร่วมการวิจัยได้ ตลอดระยะเวลา 10 สัปดาห์

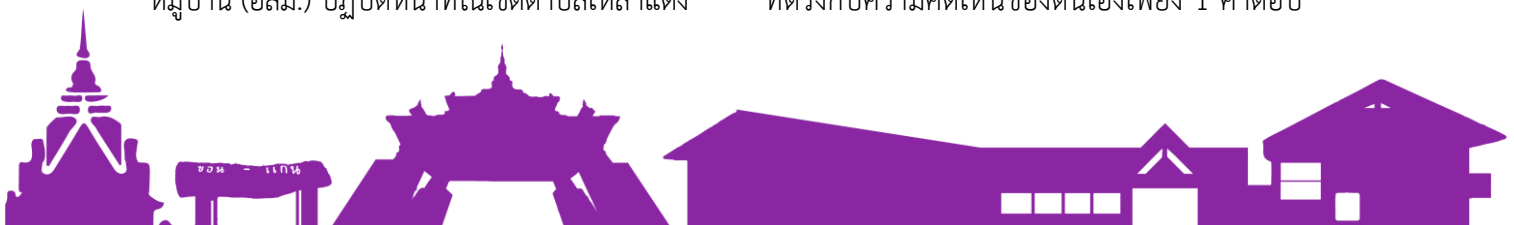
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด ดังนี้

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม. การเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความ จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลักษณะแบบทดสอบเป็นการตอบถูก/ผิด โดยให้ผู้ตอบเลือกตัวเลือกที่ตรงกับความคิดเห็นของตนเองเพียง 1 คำตอบ จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลักษณะแบบสอบถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ประกอบด้วย เห็นด้วยไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยให้ผู้ตอบเลือกตัวเลือกที่ตรงกับความคิดเห็นของตนเองเพียง 1 คำตอบ



ข้อคำถามประกอบด้วย ข้อคำถามเชิงบวก 4 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 2 ข้อ รวมทั้งสิ้นจำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 4 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ประกอบด้วย เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยให้ผู้ตอบเลือกตัวเลือกที่ตรงกับความคิดเห็นของตนเองเพียง 1 คำตอบ มีข้อคำถามเชิงบวก 6 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 3 ข้อ รวมทั้งสิ้นจำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 5 ความคาดหวังในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ประกอบด้วย เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยให้ผู้ตอบเลือกตัวเลือกที่ตรงกับความคิดเห็นของตนเองเพียง 1 คำตอบ มีข้อคำถามเชิงบวก 11 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 2 ข้อ รวมทั้งสิ้นจำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 6 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ประกอบด้วย สามารถทำได้ ไม่แน่ใจ ไม่สามารถทำได้ โดยให้ผู้ตอบเลือกตัวเลือกที่ตรงกับความคิดเห็นของตนเองเพียง 1 คำตอบ มีข้อคำถามเชิงบวก 8 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 2 ข้อ รวมทั้งสิ้นจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 7 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ประกอบด้วย ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ปฏิบัติ โดยให้ผู้ตอบเลือกตัวเลือกที่ตรงกับความคิดเห็นของตนเองเพียง 1 คำตอบ ข้อคำถามประกอบด้วย ข้อคำถามเชิงบวก 8 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 3 ข้อ รวมทั้งสิ้นจำนวน 11 ข้อ

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วย

การจัดกิจกรรม ได้แก่การบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อากาศ ภาวะแทรกซ้อนของโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 การสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การสร้างความคาดหวังในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระยะเวลา 10 สัปดาห์

3. การเก็บรวบรวมข้อมูลและขั้นตอนการทดลอง ดังนี้

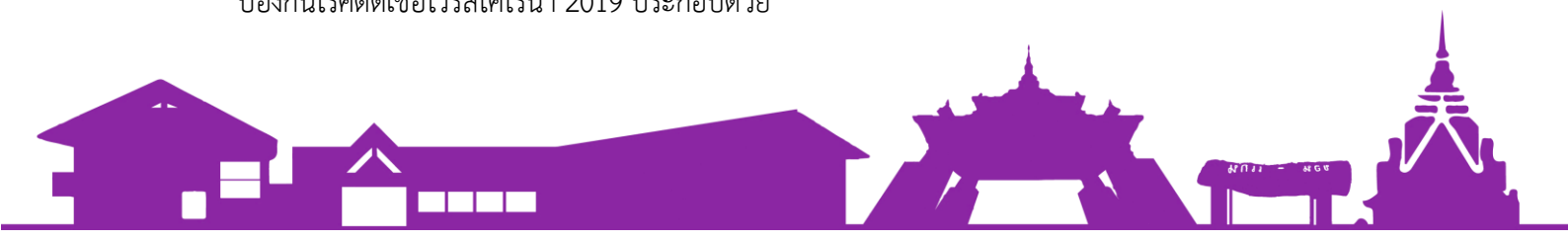
3.1 ขั้นตอนเตรียมการก่อนการวิจัย

1) ส่งโครงการวิจัยเข้ารับการพิจารณา เพื่อขอหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 2565-126 วันที่รับรอง 9 กันยายน 2565

2) เมื่อผ่านการขอรับรองจริยธรรมการวิจัย จึงจัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าเมือง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อขอความอนุเคราะห์และขอความร่วมมือดำเนินการวิจัยในพื้นที่

3) ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อชี้แจงให้ทราบวัตถุประสงค์ในการวิจัยและแผนการดำเนินกิจกรรมในพื้นที่

4) จัดเตรียมเอกสาร อุปกรณ์สถานที่ที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย โดยมีการประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่



3.2 ขั้นตอนการทดลอง

กิจกรรมสำหรับกลุ่มทดลองในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย 10 สัปดาห์ ระหว่างเดือนตุลาคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2565 อ่างอิงงานวิจัยของอรนุชชูศรี และคณะ (2561) มีวิธีการดำเนินการวิจัยและรวบรวมข้อมูล ในแต่ละสัปดาห์ ดังนี้

1) ก่อนจัดกิจกรรม ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามในด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ความคาดหวังในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง

2) จัดกิจกรรมตามโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มทดลอง ดังนี้

กิจกรรมสัปดาห์ที่ 1 สร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ โดยประเมินการรับรู้และประสบการณ์ที่ผ่านมาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบ และแบบประเมินก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม หลังจากนั้นจัดกิจกรรมสนทนากลุ่ม โดยผู้วิจัยซักถามถึงการเกิดโรค ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตนที่ผ่านมา ข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยใช้เป็นข้อมูลในการสร้างเสริมการปฏิบัติตนที่เหมาะสมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หลังจากนั้นผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้เรื่อง โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงของโรค หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและร่วมกันวิเคราะห์ สาเหตุ อากาศ และภาวะ แทรกซ้อนที่เกิดขึ้นของโรค ผู้วิจัยสรุปในแต่ละหัวข้อ ดังนี้

1) เพิ่มโอกาสในการปฏิบัติพฤติกรรมในการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2) การลดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม

3) พฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมร่วมกันอภิปรายและวิเคราะห์ถึงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตนในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร่วมแก้ไขข้อมูลหรือความเข้าใจผิด ๆ สร้างแรงจูงใจให้เกิดการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเหมาะสม

4) การสร้างแรงจูงใจ การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค กระตุ้นให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีความตั้งใจในการปฏิบัติตนในการร่วมมือในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร่วมกันหาแนวทางที่เหมาะสมในการปฏิบัติตน วางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กำหนดแนวทางที่ควรปฏิบัติอย่างชัดเจนและกระตุ้นเตือนให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม

กิจกรรมสัปดาห์ที่ 2 ทบทวนกิจกรรม ให้ความรู้ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ ปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผ่านมา สร้างแรงจูงใจด้วยการกระตุ้นอารมณ์ทางบวก ชื่นชมให้กำลังใจ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจและเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 อย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมสัปดาห์ที่ 3-9 ติดตามผล โดยผู้วิจัยโทรติดตามกลุ่มตัวอย่างเป็นระยะ โดยใช้เวลา 15-20 นาที โดยสอบถามการปฏิบัติตนที่ผ่านมา ปัญหา อุปสรรคที่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ และหาวิธีร่วมแก้ไขปัญหานั้น พร้อมทั้งสร้างกำลังใจ พุดคุยกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อกระตุ้นพฤติกรรมป้องกันอย่างต่อเนื่อง



กิจกรรมสัปดาห์ที่ 10 เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นสรุปปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไขและทำแบบสอบถามหลังการเข้าร่วมกิจกรรม หลังจากนั้นตรวจสอบความเรียบร้อยความสมบูรณ์ ก่อนนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติ

4. การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์มาใช้ประมวลผล ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

4.1 ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะของประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน การเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ค่าสูงสุด (Max) ค่าต่ำสุด (Min) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

4.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในการป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง โดยใช้การทดสอบค่าที (Independent samples t-test)

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 81.8 มีอายุระหว่าง 50 - 59 ปี จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 45.5 นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0 สถานภาพสมรส จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 84.8 มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 90.9 มีอาชีพทำสวน/เกษตรกร จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 90.9 ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น

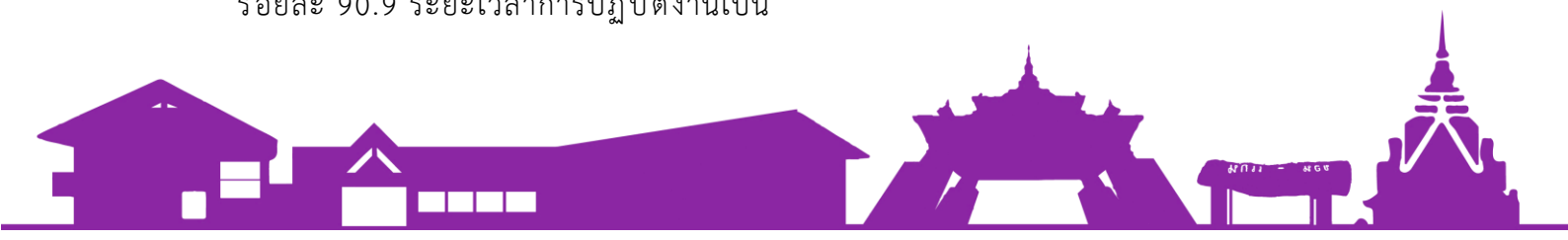
อาสาสมัครสุขภาพประจำหมู่บ้านระหว่าง 6-10 ปี จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 50.5 เคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 90.9

2. ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยของผลต่าง เท่ากับ 1.30 ช่วงเชื่อมั่น 95%CI ของค่าเฉลี่ยผลต่างอยู่ระหว่าง 0.79 ถึง 1.81

3. การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยของผลต่าง เท่ากับ 0.75 ช่วงเชื่อมั่น 95%CI ของค่าเฉลี่ยผลต่างอยู่ระหว่าง 0.20 ถึง 1.30

4. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยของผลต่าง เท่ากับ 4.43 ช่วงเชื่อมั่น 95%CI ของค่าเฉลี่ยผลต่างอยู่ระหว่าง 3.50 ถึง 5.37

5. ความคาดหวังในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความคาดหวังในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยของผลต่าง เท่ากับ 7.36 ช่วงเชื่อมั่น 95%CI ของค่าเฉลี่ยผลต่างอยู่ระหว่าง 6.35 ถึง 8.37



6. การรับรู้ความสามารถของตนเองการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเองการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยของผลต่าง เท่ากับ 5.39 ช่วงเชื่อมั่น 95%CI ของค่าเฉลี่ยผลต่างอยู่ระหว่าง 4.84 ถึง 5.94

7. พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หลังการทดลอง พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยของผลต่าง เท่ากับ 2.97 ช่วงเชื่อมั่น 95%CI ของค่าเฉลี่ยผลต่างอยู่ระหว่าง 2.13 ถึง 3.81

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงความคาดหวัง การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

| ตัวแปร | ขนาดตัวอย่าง (n) | Mean \pm SD | ค่าเฉลี่ยของผลต่าง (\bar{x}_{diff}) | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่าง (SD_{diff}) | เกณฑ์ตัวเลข = 0 ช่วงเชื่อมั่น 95% ของค่าเฉลี่ยผลต่าง (95%CI for \bar{x}_{diff}) | p-value |
|--|------------------|------------------|---|---|--|---------|
| ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคฯ | | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 33 | 11.91 \pm 0.91 | 1.30 | 0.25 | 0.79 -1.81 | < .001 |
| กลุ่มควบคุม | 33 | 10.61 \pm 1.14 | | | | |
| การรับรู้ความรุนแรงของโรคฯ | | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 33 | 11.42 \pm 1.27 | 0.75 | 0.27 | 0.20 - 1.30 | < .001 |
| กลุ่มควบคุม | 33 | 10.67 \pm 0.92 | | | | |
| การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป้องกันโรคฯ | | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 33 | 23.88 \pm 2.05 | 4.43 | 0.47 | 3.50 - 5.37 | < .001 |
| กลุ่มควบคุม | 33 | 19.45 \pm 1.75 | | | | |
| ความคาดหวังในการป้องกันโรคฯ | | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 33 | 34.09 \pm 0.88 | 7.36 | 0.51 | 6.35 - 8.37 | < .001 |
| กลุ่มควบคุม | 33 | 26.73 \pm 2.78 | | | | |
| การรับรู้ความสามารถของตนเองฯ | | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 33 | 25.15 \pm 0.97 | 5.39 | 0.28 | 4.84 - 5.94 | < .001 |
| กลุ่มควบคุม | 33 | 19.76 \pm 1.25 | | | | |
| พฤติกรรมการป้องกันโรคฯ | | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 33 | 27.58 \pm 1.93 | 2.97 | 0.42 | 2.13 - 3.81 | < .001 |
| กลุ่มควบคุม | 33 | 24.61 \pm 1.43 | | | | |

* กำหนดให้นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



อภิปรายผล

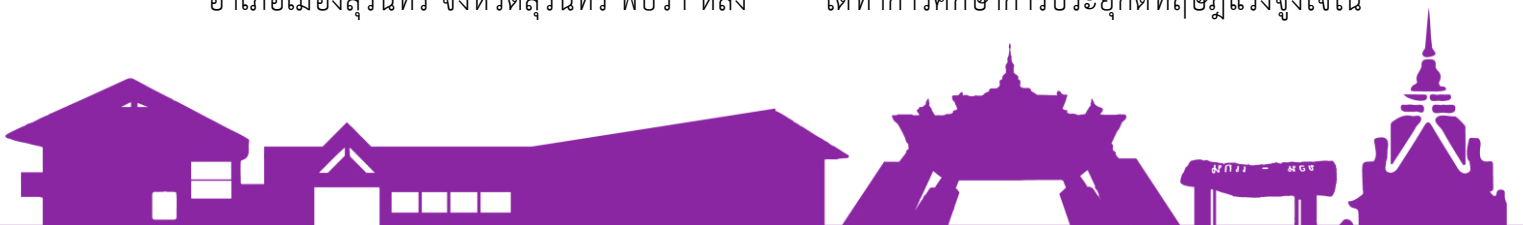
จากการศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์เทคโนโลยีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยนำมาอภิปรายผลตามสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดีกว่ากลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดีกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมการบรรยายให้ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดความเสี่ยงของโรค ทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดีกว่ากลุ่มควบคุม คล้ายคลึงกับผลการศึกษาของธนาศัคดี เปี่ยมสิน (2564) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์เทคโนโลยีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกมันสำปะหลัง ตำบลไพรนกยูง อำเภอหันคา จังหวัดชัยนาท ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในกลุ่มทดลอง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < .001) และคล้ายคลึงกับผลการศึกษาของ จุฑามาส ชุมทอง และวิทยา จันตุ (2564) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในเขตพื้นที่อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ พบว่า หลัง

การทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < .001)

สมมติฐานข้อที่ 2 ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ความคาดหวังในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดีกว่ากลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่า

1. การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า หลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการประยุกต์เทคโนโลยีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < .001) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมการบรรยายให้ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สาเหตุ อาการ และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นของโรค ทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดีกว่ากลุ่มควบคุม คล้ายคลึงกับผลการศึกษาของธนาศัคดี เปี่ยมสิน (2564) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์เทคโนโลยีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกมันสำปะหลัง ตำบลไพรนกยูง อำเภอหันคา จังหวัดชัยนาท พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < .001) และคล้ายคลึงกับผลการศึกษาของพัชราวดี คุณอุดม และคณะ (2555) ได้ทำการศึกษาการประยุกต์เทคโนโลยีแรงจูงใจใน



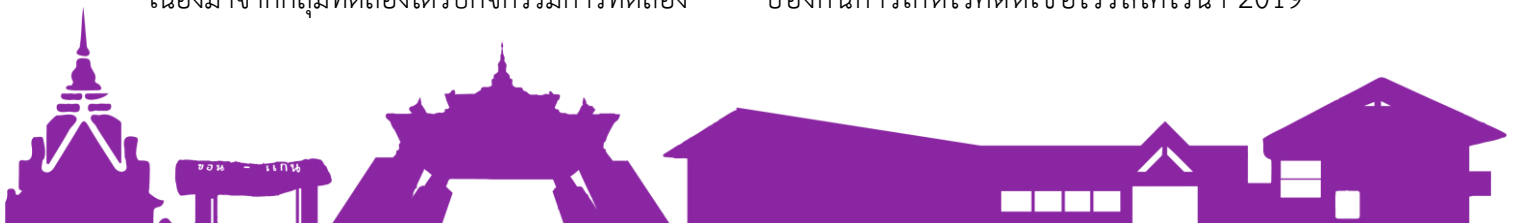
การป้องกันโรคเพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การเลี้ยงดูของมารดาที่มีบุตรอ้วน พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนในเด็กที่มีภาวะอ้วนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$)

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมการทดลอง โดยการฉายวีดิทัศน์ การอธิบาย และการอภิปรายซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับปัญหาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค โดยใช้แผ่นพับ ทำให้กลุ่มทดลองรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตีกว่ากลุ่มควบคุม คล้ายคลึงกับผลการศึกษาของธนาศักดิ์เปี่ยมสิน (2564) ได้ทำการศึกษามูลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมป้องกันการอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกมันสำปะหลังตำบลไพรนกยูง อำเภอหันคา จังหวัดชัยนาท พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) และคล้ายคลึงกับผลการศึกษาของพัชราวดี คุณอุดม และคณะ (2555) ได้ทำการศึกษากการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การเลี้ยงดูของมารดาที่มีบุตรอ้วน ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนในเด็กที่มีภาวะอ้วน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$)

3. ความคาดหวังในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมการทดลอง

มีการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรม ที่ถูกต้องต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการบรรยายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน ทำให้กลุ่มทดลองมีความคาดหวังในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตีกว่ากลุ่มควบคุม คล้ายคลึงกับผลการศึกษาของธนาศักดิ์เปี่ยมสิน (2564) ได้ทำการศึกษามูลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมป้องกันการอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกมันสำปะหลังตำบลไพรนกยูง อำเภอหันคา จังหวัดชัยนาท ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในประสิทธิผลของการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) และคล้ายคลึงกับผลการศึกษาของพัชราวดี คุณอุดม และคณะ (2555) ได้ทำการศึกษากการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การเลี้ยงดูของมารดาที่มีบุตรอ้วน ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ความคาดหวังถึงผลของการมีพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$)

4. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมการทดลอง มีการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผ่านมา และสร้างแรงจูงใจด้วยการกระตุ้นอารมณ์ทางบวก ชื่นชมให้กำลังใจ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจ และเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019



อย่างต่อเนื่อง ทำให้กลุ่มทดลองการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดีกว่ากลุ่มควบคุม คล้ายคลึงกับผลการศึกษาของธนาศัคดี เปี่ยมสิน (2564) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรม การป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกมันสำปะหลัง ตำบลไพรนกยูง อำเภอหันคา จังหวัดชัยนาท ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < .001)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

โปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจ ในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ควรนำไปประยุกต์ใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อื่น ๆ เพื่อเป็นต้นแบบในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้กับชุมชนอื่น ๆ ต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การพัฒนาและสร้างโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ควรดำเนินการพัฒนาและสร้างโปรแกรมโดยใช้รูปแบบการวิจัยอื่น ๆ เช่น การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research; PAR) การวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed methods research) เป็นต้น

2.2 ควรศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ของกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่อื่น ที่มีลักษณะบริบทคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยการใช้วิธีการวิจัยแบบรูปแบบการวิจัยแบบผสมผสานวิธีเพื่อยืนยันคุณภาพของผลการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)*. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/> (3 กรกฎาคม 2565)
- จุฑามาส ชุมทอง และวิทยา จันต. (2564). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตพื้นที่อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 39(1), 39-48.
- พัชรชาติ คุณอุดม, อาภาพร เผ่าวัฒนา, สุนีย์ ละกะปิ่น และสุธรรม นันทมงคล. (2555). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การเลี้ยงดูของมารดาที่มีบุตรอ้วน. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 26(3), 31-44.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. (2565). *สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในจังหวัดอุบลราชธานี*. เข้าถึงได้จาก <http://mis.phoubon.in.th/web/> (2 กรกฎาคม 2565)



ธนาศักดิ์ เปี่ยมสิน. (2564). ผลของโปรแกรมการ
ประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกัน
โรคต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตราย
จากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของ
เกษตรกรผู้ปลูกมันสำปะหลัง ตำบลไพร
นกยูง อำเภอหันคา จังหวัดชัยนาท
(วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตร
มหาบัณฑิต) บัณฑิตวิทยาลัย:
มหาวิทยาลัยนเรศวร.

อรนุช ชูศร, ปณวัตร สันประโคน และศรีสุดา
วงศ์วิเศษกุล. (2561). ผลของโปรแกรม
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกัน
โรคหลอดเลือดหัวใจ ในผู้สูงอายุที่ป่วย
ด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนเมือง
กรุงเทพมหานคร. วารสารวิทยาลัย
พยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ, 34(3),
77-88.



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเกษตรกร ตำบลศรีวิชัย อำเภอสี จังหวัดลำพูน

FACTORS RELATED TO QUALITY OF LIFE AMONG FARMER'S IN SRIWICHAH SUB-DISTRICT, LI DISTRICT, LAMPHUN PROVINCE

ณัฐพร ปวนปันคำ^{1,*} และสามารถ ใจเตี้ย²
Nattaporn Puanpankum^{1,*} and Samart Jaitae²

Received : 19 January 2023, Received in revised form : 08 June 2023, Accepted : 31 March 2023

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจแบบตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของเกษตรกรและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเกษตรกร ตำบลศรีวิชัย อำเภอสี จังหวัดลำพูน กลุ่มตัวอย่างคือเกษตรกรในพื้นที่ตำบลศรีวิชัย อำเภอสี จังหวัดลำพูน จำนวน 280 ครัวเรือน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการประมาณค่า 95CI% วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า เกษตรกรในพื้นที่ตำบลศรีวิชัย อำเภอสี จังหวัดลำพูน มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.78$, $SD = 0.30$) ช่วงเชื่อมั่น 95%CI อยู่ระหว่าง 3.74 ถึง 3.82 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเกษตรกร ได้แก่ รายได้จากการจำหน่ายผลผลิตการเกษตร จำนวนพื้นที่ทำการเกษตร และหนี้สินของครัวเรือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{xy} = .351, .291$ และ $.128$ ตามลำดับ p -value $< .05$) เสนอแนะให้ภาครัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตของเกษตรกร โดยมุ่งเน้นปัจจัยด้านราคาผลผลิตให้เหมาะสม ส่งเสริมพื้นที่ทำการเกษตรหรือมีนโยบายเพิ่มวงเงินกู้เพื่อการเกษตร ลดอัตราดอกเบี้ย และขยายระยะเวลาการผ่อนชำระหนี้

คำสำคัญ: ปัจจัย, คุณภาพชีวิต, เกษตรกร

¹⁻² คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่, เชียงใหม่ 50300

¹⁻² Faculty of Science and Technology Chiang Mai Rajabhat University, Chiang Mai 50300

* Corresponding author; E-mail: 62143563@g.cmru.ac.th



ABSTRACT

This cross-sectional survey study the objective is to study the quality of life of agriculture and factors related to the quality of life of agriculture in Siwichai sub-district, Li district, Lamphun province. The sample group is Farmers in Sriwichai sub-district, Li district, Lamphun province, totaling 280 households. Data collected between November 2021 and October 2022. The research instrument used was a questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, including mean, standard deviation, and estimation 95%. The relationship was analyzed using the Pearson correlation coefficient.

The research results found that Farmers in Sriwichai sub-district, Li district, Lamphun province, have an overall quality of life at a high level ($\bar{X} = 3.78$, $SD = 0.30$). The confidence interval of 95% was between 3.74 to 3.82. Factors related to the quality of life of farmers include income from selling agricultural products, amount of farming land, and total household debt. Statistically significant ($r_{xy} = .351, .291, \text{ and } .128$, respectively, $p\text{-value} < .05$), it is recommended that the government or related agencies have policies to develop the quality of life of farmers. The mosquito nets emphasize the factor of appropriate price of produce. Promote agricultural areas or have policies to increase agricultural loan limits, reduce interest rates, and extend debt repayment periods.

Keywords: Factors, Quality of life, Farmers

บทนำ

ปัจจุบันภาคเกษตรนับว่ามีความสำคัญต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทยเป็นอย่างมาก จากข้อมูลการทำสำมะโนการเกษตรของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนประชากรในภาคเกษตรมากถึง 25 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 40 ของประชากรทั้งหมด ในพื้นที่ภาคเหนือมีเกษตรกรทั้งสิ้น 1.3 ล้านราย มีเนื้อที่ถือครองทำการเกษตร ประมาณ 26.7 ล้านไร่ คิดเป็นร้อยละ 8.3 ของเนื้อที่ทั้งประเทศ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561) ภาคเกษตรจึงเป็นแหล่งรองรับแรงงานที่ขนาดใหญ่ที่สุด ทั้งนี้ภาคเกษตรยังสามารถสร้างรายได้ ต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศประมาณ ร้อยละ 9 ของ GDP โดยมีผลผลิตทางการเกษตรที่สำคัญ อาทิ ข้าว ยางพารา อ้อย มันสำปะหลัง และปาล์มน้ำมัน ที่เป็นสินค้าเกษตรและมีมูลค่าการส่งออกรวมกันคิดเป็นร้อยละ 80 ของ GDP ภาคเกษตร โดยเฉพาะข้าวและยางพาราที่ไทยเป็นผู้นำในการผลิต และ

ส่งออกสูงสุดเป็นอันดับต้น ๆ ของโลก ภาคเกษตรเป็นแหล่งรองรับแรงงานที่ขนาดใหญ่ที่สุดของประเทศ และเป็นแหล่งสร้างรายได้หลักในครัวเรือนของประชากรจำนวนมาก แต่ยังคงพบปัญหาการพัฒนาทางการเกษตรของประเทศในปัจจุบัน ทั้งด้านระดับราคาผลผลิตทางการเกษตรและความผันผวนของระดับราคา ทำให้เกิดปัญหารายได้อยู่ในระดับต่ำกว่าอาชีพอื่น ๆ ซึ่งปัญหาเหล่านี้ส่งผลให้เกษตรกรส่วนใหญ่มีรายได้ที่ไม่แน่นอน และนำไปสู่ความยากจนเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาครัวเรือนเกษตรในจังหวัดเพชรบูรณ์มีสัดส่วนครัวเรือนที่ยากจนอยู่ที่ร้อยละ 11.5 และมีค่าความรุนแรงของความยากจนเท่ากับร้อยละ 4.1 ระดับคุณภาพชีวิตของครัวเรือนเกษตรส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และหากหัวหน้าครัวเรือนมีการศึกษาต่ำกว่าภาคบังคับ ประกอบอาชีพปลูกข้าวหรือข้าวโพดเลี้ยงสัตว์เป็นหลัก มีผู้พึ่งพิงในครัวเรือน



เป็นจำนวนมาก และมีรายได้จากภาคเกษตรลดลงจะมีผลทำให้ครัวเรือนเกษตรกรมีโอกาสที่ยากจนเพิ่มขึ้น (สุพิชา โชติกำจร และฐาภรณ์อนุสรณ์พานิชกุล, 2562)

ด้านคุณภาพชีวิตเกษตรกรต้องเผชิญปัญหาภาวะสุขภาพทางร่างกายเพิ่มขึ้นจากการใช้สารเคมีในการเกษตร ด้านจิตใจและสังคมจากค่าใช้จ่ายในการลงทุนเพิ่มสูงขึ้น ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครัวเรือนลดลง มีผลทำให้ครัวเรือนที่ทำการเกษตรมีโอกาสยากจนเพิ่มขึ้น (จิตาภรณ์ยกอิน และคณะ, 2561) สอดคล้องกับเกษตรกรในจังหวัดสุพรรณบุรีที่ยังต้องเผชิญกับปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพอนามัยและสิ่งแวดล้อม รวมถึงสวัสดิการและความมั่นคงของชีวิต โดยเฉพาะเรื่องหนี้สิน (ชมภูนุช หุ่นนาค, 2563) ในส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตเกษตรกร พบว่า ปัจจัยด้านอายุ ความมั่นคงทางอาชีพ การสื่อสารหรือการพูดคุยกับเกษตรกรท่านอื่น การได้รับการดูแลสุขภาพที่ดีจากหน่วยงานภาครัฐและความต้องการในการพัฒนาตนเองเพื่อความก้าวหน้าในชีวิตมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเกษตรกร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$) (จุฑาทิพย์ เณลิผล, รุจศิริ สัตยลักษณ์, จุฑามาศ โชติบาง และปณิธิ ชมภูศรี, 2563) ปัญหาคุณภาพชีวิตเกษตรกรสูงอายุที่ต้องเผชิญปัญหาความเจ็บป่วยที่เกิดจากการใช้แรงงานในการพ่นสารเคมีป้องกันกำจัดแมลงศัตรูพืชที่ต้องใช้บ่อยครั้ง ตลอดระยะเวลาการแตกใบอ่อนถึงก่อนการเก็บเกี่ยวผลผลิต รวมถึงการขาดแคลนแรงงานในช่วงการเก็บเกี่ยวผลผลิตที่บางครั้งต้องขายผลผลิตแบบเหมาสวนในราคาที่ไม่พึงพอใจเนื่องจากไม่มีแรงงานมารับจ้าง (สามารถ ใจเตี้ย, 2564)

ส่วนของเกษตรกรในพื้นที่ตำบลศรีวิชัย อำเภอลี้ จังหวัดลำพูน มีครัวเรือนที่เป็นเกษตรกรถึงร้อยละ 48.6 แต่เดิมเกษตรกรนิยมปลูกพืชล้มลุกระยะสั้น เช่น กระเทียม หอมแดง และกะหล่ำปลีควบคู่กับการปลูกไม้ผลโดยเฉพาะ

ลำไย การทำการเกษตรจะใช้สารเคมีเพื่อเร่งการเจริญเติบโตและกำจัดศัตรูพืชจำนวนมากทำให้มีต้นทุนสูง ในขณะที่บางฤดูกาลราคาผลผลิตตกต่ำซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะหนี้สิน (สำนักงานเกษตรจังหวัดลำพูน, 2561) จากปัญหาดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตของเกษตรกร จากการศึกษานี้อาจจะนำไปสู่แนวนโยบายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานราชการ และชุมชนเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเกษตรกรได้อย่างเหมาะสมต่อไป

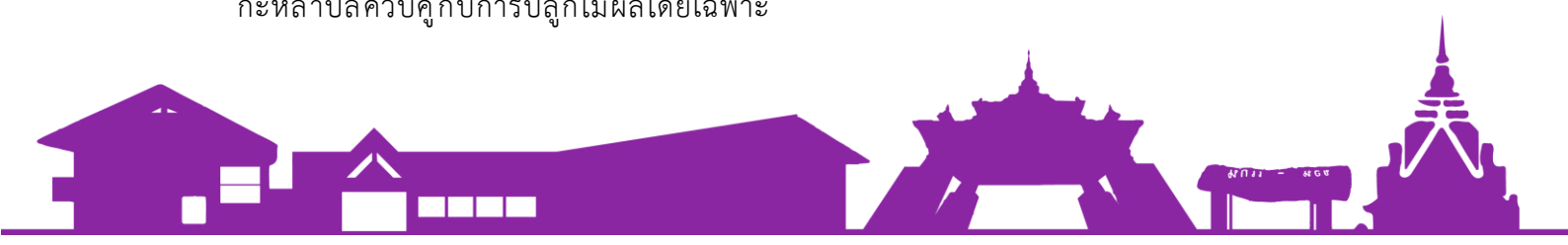
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของเกษตรกร ตำบลศรีวิชัย อำเภอลี้ จังหวัดลำพูน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเกษตรกร ตำบลศรีวิชัย อำเภอลี้ จังหวัดลำพูน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Cross-sectional study) นี้ เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของเกษตรกรและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเกษตรกร ตำบลศรีวิชัย อำเภอลี้ จังหวัดลำพูน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564 - ตุลาคม พ.ศ. 2565 มีวิธีดำเนินการศึกษา ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 - 1.1 ประชากร คือ ครัวเรือนที่ประกอบอาชีพเกษตรกรในพื้นที่ตำบลศรีวิชัย อำเภอลี้ จังหวัดลำพูน จำนวน 1,997 ครัวเรือน
 - 1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ครัวเรือนที่ประกอบอาชีพเกษตรกรในพื้นที่ตำบลศรีวิชัย อำเภอลี้ จังหวัดลำพูน จำนวน 280 ครัวเรือน ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรของ Daniel (2010) ดังนี้



$$\begin{aligned}
 n &= \frac{Nz^2\alpha/2 P(1-P)}{(N-1)d^2 + z^2\alpha/2 P(1-P)} \\
 &= \frac{(1,997)(1.96)^2 (0.30)(1-0.30)}{(1,997-1)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.30)(1-0.30)} \\
 &= \frac{(1,997) (3.84) (0.30) (0.70)}{(1,996) (0.0025) + (3.84)(0.30)(0.70)} \\
 &= \frac{1,610.3808}{5.7964} \\
 &= 277.82 \approx 280 \text{ ครั้วเรือน}
 \end{aligned}$$

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 280 ครั้วเรือน จากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลากแบบไม่กลับคืน การคัดเลือกครั้วเรือนแต่ละหมู่บ้านมาศึกษา ผู้วิจัยใช้ตารางเลขสุ่มตามสัดส่วนของจำนวนครั้วเรือนเกษตรกรในแต่ละหมู่บ้าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว จำนวนแรงงานภาคเกษตรในครั้วเรือน รายได้จากการจำหน่ายผลผลิตการเกษตรในรอบการผลิตที่ผ่านมา รายจ่ายของครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ยเดือน และหนี้สินครั้วเรือน เป็นข้อคำถามปลายปิด และเติมคำลงในช่องที่กำหนดให้

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของเกษตรกร ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 33 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตามแบบของ Likert Scale มีคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน แบบสอบถามผ่านการทดลองใช้ (Try Out) กับเกษตรกรในหมู่บ้านศรีวิชัย ตำบลศรีวิชัย อำเภอสี จังหวัดลำพูน และหาความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ

0.849 แปลค่าระดับคุณภาพชีวิตของเกษตรกรด้วยค่าคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

- คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 ระดับน้อยที่สุด
 - คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 ระดับน้อย
 - คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 ระดับปานกลาง
 - คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 ระดับมาก
 - คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 ระดับมากที่สุด
3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย คณะผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยในพื้นที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการอบรมชี้แจงรายละเอียดของข้อคำถาม และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัย เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของข้อคำถาม และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลไปในทางเดียวกัน

4. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ เลขรับรอง IRBCMRU 2022/135.30.06

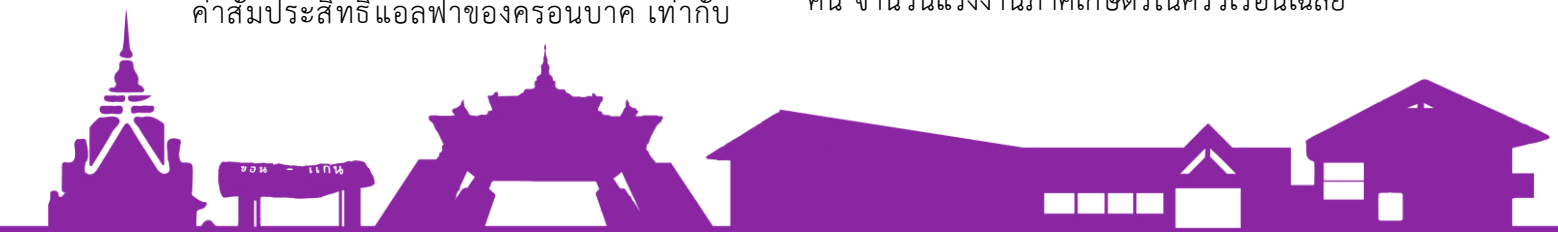
5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการประมาณค่า 95%CI

5.2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของเกษตรกร ด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient)

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของเกษตรกรพบว่า เกษตรกรส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 69.6 มีอายุเฉลี่ย 48.84 ± 7.10 ปี ระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 41.8 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 3.72 ± 1.18 คน จำนวนแรงงานภาคเกษตรในครั้วเรือนเฉลี่ย



2.40 ± 0.89 คน เกษตรกรมีลักษณะการถือครองที่ดินเป็นที่ดินของตนเองเฉลี่ย 14.68 ± 9.19 ไร่ รายได้จากการจำหน่ายผลผลิตการเกษตรในรอบการผลิตที่ผ่านมา เฉลี่ย 89,057.14 ± 88,098.98 บาท รายจ่ายของครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ยเดือนละ 5,543 ± 2,276.64 บาทต่อเดือน และเกษตรกรมีหนี้สินครัวเรือนเฉลี่ย 134,425.00 ± 122,679.06 บาท

ส่วนที่ 2 ระดับคุณภาพชีวิตของเกษตรกรพบว่า คุณภาพชีวิตของเกษตรกรโดยรวมอยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 3.78, SD = 0.30) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (\bar{X} = 3.96, SD = 0.45) และคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด (\bar{X} = 3.67, SD = 0.41) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับคุณภาพชีวิตของเกษตรกร ตำบลศรีวิชัย อำเภอสี จังหวัดลำพูน

| คุณภาพชีวิต | ขนาดตัวอย่าง (n = 280) | | ช่วงเชื่อมั่น 95%CI | ระดับ |
|-------------------------------------|------------------------|------|---------------------|-------|
| | \bar{X} | SD | | |
| คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย | 3.67 | 0.41 | 3.62 ถึง 3.72 | มาก |
| คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ | 3.68 | 0.37 | 3.64 ถึง 3.72 | มาก |
| คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม | 3.81 | 0.52 | 3.75 ถึง 3.87 | มาก |
| คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม | 3.96 | 0.45 | 3.91 ถึง 4.01 | มาก |
| คุณภาพชีวิตโดยรวม | 3.78 | 0.30 | 3.74 ถึง 3.82 | มาก |

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของเกษตรกร ได้แก่ รายได้จากการจำหน่ายผลผลิตการเกษตรในรอบการผลิตที่ผ่านมา จำนวนพื้นที่ทำการเกษตร

และหนี้สินของครัวเรือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_{xy} = .351, .291 และ .128 ตามลำดับ p-value < .05) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของเกษตรกร ตำบลศรีวิชัย อำเภอสี จังหวัดลำพูน ด้วยวิธีของเพียร์สัน (n = 280)

| ปัจจัยส่วนบุคคล | ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_{xy}) | ช่วงเชื่อมั่นที่ระดับ 95% (95%CI for r_{xy}) | p-value |
|---|--|---|---------|
| อายุ (ปี) | .015 | - .102 ถึง .132 | .802 |
| สมาชิกในครัวเรือน (คน) | .117 | - .000 ถึง .231 | .050 |
| รายจ่ายของครอบครัว (บาทต่อเดือน) | .042 | - .076 ถึง .158 | .483 |
| รายได้จากการจำหน่ายผลผลิตการเกษตรในรอบการผลิตที่ผ่านมา (บาทต่อปี) | .351 | .244 ถึง .450 | < .001* |
| หนี้สินของครัวเรือน (บาท) | .128 | .011 ถึง .242 | .032* |
| จำนวนพื้นที่ทำการเกษตร (ไร่) | .291 | .180 ถึง .395 | < .001* |

*กำหนดให้นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



อภิปรายผล

1. คุณภาพชีวิตโดยรวมของเกษตรกรอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าเกษตรกรมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี มีสุขภาพจิตที่ดีมีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน สามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุขภายใต้สภาพแวดล้อมที่ดีและมีกำลังเพียงพอที่จะทำกิจกรรมในแต่ละวัน นอกจากนี้เกษตรกรยังคำนึงถึงสุขภาพ ใส่ใจสุขภาพด้วยการตรวจสุขภาพประจำปีทุกปี อีกทั้งยังมีความภาคภูมิใจในอาชีพเกษตรกร สอดคล้องกับการศึกษาของพัชราวดี ศรีบุญเรือง, สุนทิเทพศิริพิพัฒน์กุล และชลาธร จุเจริญ (2562) พบว่าเกษตรกรมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมาก อีกทั้งยังเชื่อมั่นว่าการประกอบอาชีพเกษตรกรจะทำให้เกษตรกรมีชีวิตที่ดีขึ้น และสร้างความภาคภูมิใจในอาชีพ เช่นเดียวกับการดำเนินชีวิตตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงกับคุณภาพชีวิตของเกษตรกร และการศึกษาของณัฏฐา สุริยะ (2561) พบว่า คุณภาพชีวิตของเกษตรกรโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เนื่องมาจากสังคมของเกษตรกรมีความเป็นอยู่ที่เรียบง่าย ถึงแม้จะมีหนี้สินแต่ประเด็นด้านความสัมพันธ์ในครอบครัวยังมีความสัมพันธ์ที่ดีรวมทั้งการร่วมกิจกรรมในชุมชนมีความเอื้ออารีต่อกัน ทำให้เกษตรกรมีความพึงพอใจต่อระดับคุณภาพชีวิตที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

2. ปัจจัยหนี้สินมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของเกษตรกร อาจเป็นไปได้ว่าถึงแม้ครัวเรือนเกษตรกรมีภาระหนี้สินค่อนข้างสูงค่าใช้จ่ายอุปโภคบริโภคที่เพิ่มมากขึ้น แต่เกษตรกรมีแหล่งการกู้ยืมเงินเพื่อต่อยอดการทำเกษตรและใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน อันส่งผลต่อความพึงพอใจที่ได้รับการตอบสนองทางกายและจิตใจที่ดีไปพร้อมกัน สอดคล้องกับรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2560) พบว่าวัตถุประสงค์ของการกู้ยืมของครัวเรือนเกษตรกรที่เป็นหนี้ ส่วนใหญ่กู้ยืมเพื่อใช้ทำการเกษตรมากที่สุด รองลงมาคือ เพื่อใช้จ่ายเพื่อการอุปโภค

บริโภคในครัวเรือน ซื้อ/เช่าซื้อบ้าน/ที่ดินใช้ประกอบธุรกิจ และใช้ในการศึกษา

3. ปัจจัยจำนวนพื้นที่ทำการเกษตรมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของเกษตรกร อาจเป็นไปได้ว่า เกษตรกรที่มีพื้นที่ทำการเกษตรมากกว่า 10 ไร่ และเป็นพื้นที่ทำการเกษตรของตนเองสามารถจัดสรรพื้นที่ในการเพาะปลูกได้เป็นอย่างดี เกษตรกรสามารถใช้ประโยชน์จากพื้นที่ทำการเกษตรได้มากกว่าเกษตรกรที่มีพื้นที่ทำการเกษตรน้อย ซึ่งการได้รับการตอบสนองความต้องการของเกษตรกรนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีสอดคล้องกับการศึกษาของอรอาภา เมืองสุวรรณ (2555) พบว่า คุณภาพชีวิตของเกษตรกรตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง พบว่า พื้นที่ทำการเกษตรมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของเกษตรกร

สรุปได้ว่า ปัจจัยด้านรายได้จากการจำหน่ายผลผลิตการเกษตร จำนวนพื้นที่ทำการเกษตร และหนี้สินของครัวเรือน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของเกษตรกร เสนอแนะให้ภาครัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตของเกษตรกร โดยมุ่งเน้นปัจจัยด้านราคาจำหน่ายผลผลิตให้เหมาะสม มีการส่งเสริมพื้นที่ทำการเกษตรหรือมีนโยบายเพิ่มวงเงินกู้เพื่อการเกษตร ลดอัตราดอกเบี้ย และขยายระยะเวลาการผ่อนชำระหนี้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1.1 ยกระดับคุณภาพชีวิตของเกษตรกรให้ดีขึ้น ภาครัฐควรให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาทางการเกษตร เช่น ต้นทุนการผลิตที่สูงขึ้น ราคาผลผลิตตกต่ำ รวมถึงภาระหนี้สินในครัวเรือนเกษตรกร ภาครัฐควรส่งเสริมการเกษตรช่วยเหลือเกษตรกรที่มีรายได้น้อย โดยการให้ความรู้ การปรับปรุงวิธีการและเทคนิค



ทางการเกษตร เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการผลิตและรายได้

1.2 คุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมได้สะท้อนความพึงพอใจและความสุขในการประกอบอาชีพเกษตรกร รวมถึงความพึงพอใจต่อความเป็นอยู่ในสภาพสิ่งแวดล้อมในปัจจุบัน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้เกษตรกรทำการเกษตรแบบปลอดภัยอันจะส่งเสริมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.2 ควรศึกษารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและการป้องกันสารเคมีเพื่อคุณภาพชีวิตของเกษตรกร

2.2 ควรศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตเกษตรกรด้วยเกษตรแบบยั่งยืนในยุคเศรษฐกิจถดถอย

เอกสารอ้างอิง

จิฑาภรณ์ ยกอิน และคณะ. (2561). คุณภาพชีวิตเกษตรกรปลูกยางพาราในจังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครปฐม*, 34(1), 130-139.

จุฑาทิพย์ เฉลิมผล, รุจ ศิริสัญลักษณ์, จุฑามาศ โชติบาง และปณิธิ ชมภูศรี. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของเกษตรกรในอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารแก่นเกษตร*, 48(1), 421-428.

ชมภูนุช หุ่นนาค. (2563). คุณภาพชีวิตชาวนาไทย ศึกษากรณีจังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารสหศาสตร์*, 18(1), 75-105.

ณัทปภา สุริยะ. (2561). การดำเนินชีวิตตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงกับคุณภาพชีวิตของเกษตรกรอำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิทยาลัยนครราชสีมา*, 12(2), 71-81.

พัชราวดี ศรีบุญเรือง, สุนตีเทพ ศิริพิพัฒน์กุล และชลาธร จุเจริญ. (2562). ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของเกษตรกรผู้ปลูกยางพารา อำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง. *วารสารเกษตรพระจอมเกล้า*, 37(1), 15-22.

สามารถ ใจเตี้ย. (2564). ปัจจัยพยากรณ์คุณภาพชีวิตของเกษตรกรสูงอายุจากการผลิตลำไยนอกฤดู อำเภอบ้านโฮ้ง จังหวัดลำพูน. *วารสารงานวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ*, 8(2), 54-65.

สำนักงานเกษตรจังหวัดลำพูน. (2564). *ข้อมูลพื้นฐานการเกษตร*. เข้าถึงได้จาก <https://www.Lamphun.doae.go.th> (20 ธันวาคม 2565)

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). *หนังสือคร่าวเรือนเกษตร พ.ศ. 2558*. (ม.ป.ป.). กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2561). *ข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน*. เข้าถึงได้จาก <https://www.depa.or.th> (20 ธันวาคม 2565)

สุพิชา โชติกำจร และธัญญากร อนุสรณ์พาณิชย์กุล. (2562). ภาวะยากจนและคุณภาพชีวิตในครัวเรือนเกษตรกรจังหวัดเพชรบูรณ์. *วารสารราชภัฏเพชรบูรณ์*, 21(1), 87-93.

อรอาภา เมืองสุวรรณ. (2555). คุณภาพชีวิตของเกษตรกรตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงกรณีศึกษา : ตำบลดอยแก้ว อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่. (ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาทรัพยากรชนบท). บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยแม่โจ้.

Daniel, W. W. (2010) *Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences (9thed.)*. New York: John Wiley & Sons.



การพัฒนาแบบจำลองความรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ของประชาชนตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

DEVELOPMENT OF HEALTH LITERACY MODEL TO PROMOTE PREVENTING BEHAVIORS OF CORONAVIRUS DISEASE 2019 OF PEOPLE IN NAI MUEANG SUB-DISTRICT, MUEANG DISTRICT, CHAIYAPHUM PROVINCE

จิตรวรรณ กลางเอก
Jittrawan Klangaek

Received : 07 May 2023, Received in revised form : 25 August 2023, Accepted : 12 September 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ของประชาชนตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง 968 คน ด้วยแบบสอบถามที่สร้างและพัฒนาขึ้น ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เก็บข้อมูลกับตัวแทนชุมชน 160 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ paired sample t-test และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค COVID-19 ได้แก่ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ การรับรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ส่วนรูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ประกอบด้วย (1) การอบรมพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชน อสม. และแกนนำครัวเรือน (2) กิจกรรมมอบรางวัลชุมชนป้องกันโรค COVID-19 ดีเด่น (3) การพัฒนาระบบและช่องทางการสื่อสาร (4) การจัดตั้งสถานีสภาพชุมชน และ (5) การเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน ผลการพัฒนารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ทำให้กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรค COVID-19 พฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 และความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรค COVID-19 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา ควรมีการนำผลการศึกษานี้ไปประยุกต์เพื่อพัฒนาแนวทางการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน ข้อเสนอในการวิจัยครั้งต่อไป ควรติดตามผลการศึกษาในระยะยาวเพื่อประเมินการเข้าถึงข้อมูลและความยั่งยืนของชุดกิจกรรมต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันโรค, โรคโควิด 19

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลชัยภูมิ, ชัยภูมิ 36000
Social Medicine Group, Chaiyaphum Hospital, Chaiyaphum 36000
Corresponding author; E-mail: chaowarinaum@gmail.com



ABSTRACT

This research and development aimed to develop Health Literacy Model to promote preventing behaviors of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) of people in Tambon Nai Mueang, Mueang District, Chaiyaphum Province which was divided into 2 phases; the first phase was to study on situation and factors that effected the preventing behaviors of COVID-19. This descriptive research was a cross sectional study from the sample of 968 participants by developed questionnaire. Meanwhile the second phase was to develop the Health Literacy Model to promote preventing behaviors of COVID-19 which was action research that was collected data on focus group discussion. The target group was 160 community representatives. The quantity data was analyzed by average statistics, standard deviation, number, percentage, paired sample t-tests, multiple regression analysis and the descriptive data was content analysis.

The study found that effected factors on the preventing behaviors of COVID-19 were age, education, marriage status, income, health perception, and health behavior. In the meantime, the Health Literacy Model to promote preventing behaviors of COVID-19 included (1) potential development training of Village Health Volunteer (VHV) Leader, (2) outstanding COVID-19 prevention community award event, (3) system and communication channel development, (4) community health station establishment, and (5) supporting people's health literacy. Moreover, results of the Health Literacy Model to promote preventing behaviors of COVID-19 have increased average score of the target group on COVID-19 health perception, preventing behaviors of COVID-19, and health literacy to prevent COVID-19 significantly.

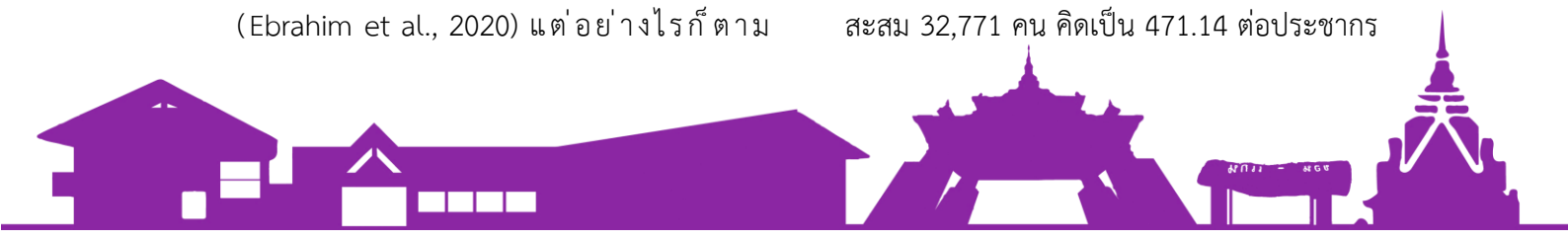
In conclusion, the study suggests that the results of this study ought to be applied to develop guidelines for promoting health literacy conform to community context. The researcher also suggested proposals for further study that long-term follow-up should be undertaken to further assess data accessibility and sustainability of the program as well.

Keywords: Health literacy, Preventing behaviors, COVID-19

บทนำ

การระบาดใหญ่ (Pandemic) ของโรค COVID-19 เป็นปัญหาสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อโครงสร้างระบบสังคม เศรษฐกิจ และสุขภาพของหลายประเทศทั่วโลก (Wilder-Smith et al., 2020) ปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อ 640,395,651 ราย และเสียชีวิต 6,618,579 ราย (World Health Organization, 2022) โดยปัจจุบันมีวัคซีนเพื่อป้องกันและหรือลดความรุนแรงจากการติดเชื้อ (Ebrahim et al., 2020) แต่อย่างไรก็ตาม

องค์การอนามัยโลก (WHO) ยังคงแนะนำและให้คงมาตรการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ป้องกันโรค COVID-19 ด้วยการสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือที่ถูกต้อง จัดให้มีระบบระบายอากาศที่ดี การเว้นระยะห่างทางกายภาพ และหลีกเลี่ยงการอยู่รวมกันเป็นกลุ่มคนจำนวนมาก (Munnoli et al., 2022) สำหรับประเทศไทย พบจำนวนผู้ป่วยสะสม 4,682,132 คน มีจำนวนผู้เสียชีวิตสะสม 32,771 คน คิดเป็น 471.14 ต่อประชากร



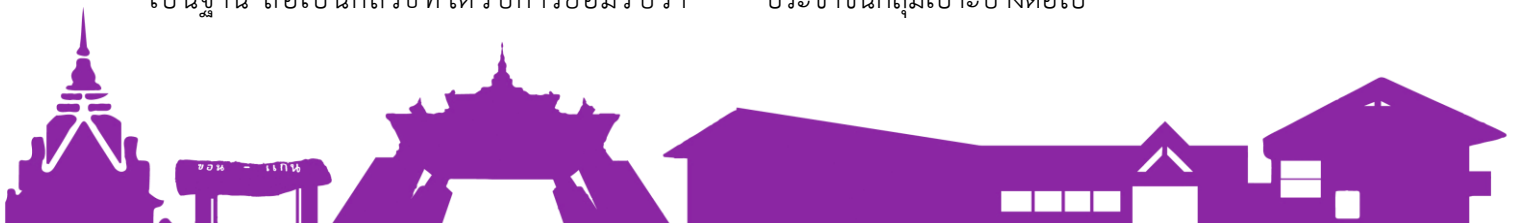
ล้านคน อัตราการป่วยตาย ร้อยละ 0.70 (กรมควบคุมโรค, 2565) มีการบริหารจัดการเพื่อรองรับการระบาด เริ่มตั้งแต่การจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) โดยกระทรวงสาธารณสุข และรัฐบาลได้ประกาศจัดตั้ง “ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19)” หรือ ศบค. (ธีระวรรณรัตน์ และคณะ, 2565) รัฐบาลประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร มีการณรงค์มาตรการ “อยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อชาติ” (จิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, 2563) ตามลำดับ

จากแนวทางการแก้ปัญหาทั้งขององค์การอนามัยโลก (WHO) และรัฐบาลไทย ข้างต้นบ่งชี้อย่างสอดคล้องกันว่ามาตรการทางด้านพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนมีประสิทธิภาพประสิทธิผลในการแก้ไขปัญหาโรค COVID-19 (Chen et al., 2020) ประกอบกับรายงานการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบบ่งชี้ว่าการเว้นระยะห่างทางกายภาพและการใส่หน้ากากอนามัยสามารถป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 (Fung and Cairncross, 2006) (Chu et al., 2020) โดยกลยุทธ์ที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพคือการเปลี่ยนแปลงความเชื่อทางด้านสุขภาพด้วยการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Hung et al., 2021) แต่อย่างไรก็ตามพบว่าข้อมูลข่าวสารในสื่อต่าง ๆ ที่มีความผิดพลาดคลาดเคลื่อนนำไปสู่การตีความหมายการสื่อสารและพฤติกรรมปฏิบัติตนที่ไม่ถูกต้อง (Rudd and Baur, 2020) ซึ่งหากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอจะทำให้ประชาชนไม่สามารถแยกแยะข้อมูลข้อเท็จจริง และส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน (Spring, 2020) ดังนั้น การมีความรู้ด้านสุขภาพอย่างเพียงพอจึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการป้องกันโรค COVID-19 ของประชาชน (Abel and McQueen, 2020) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ถือเป็นกลวิธีที่ได้รับการยอมรับว่า

สามารถเพิ่มประสิทธิภาพได้อย่างยั่งยืน (WHO, 2021; วลัยพร พัทธนฤมล และคณะ, 2563)

ดังนั้น การนำนโยบายและแนวทางการปฏิบัติที่ถูกกำหนดขึ้นทั้งองค์การระดับโลก ประเทศ และหรือจังหวัด จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องใช้กลไกการดำเนินงานในระดับชุมชน เพื่อให้เกิดการปฏิบัติและการจัดบริการโดยตรงแก่ประชาชน ประกอบกับการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพที่นำไปสู่การแก้ปัญหาสาธารณสุขในประเด็นต่าง ๆ ระดับชุมชนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ แต่ทั้งนี้ยังไม่พบการศึกษาเพื่อการพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค COVID-19 ในระดับชุมชน ที่นำไปสู่การออกแบบแนวทางการแก้ไขปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพ

จังหวัดชัยภูมิ แบ่งการปกครองออกเป็น 16 อำเภอ 124 ตำบล 1,617 หมู่บ้าน ประชากรจำนวนทั้งสิ้น 959,452 คน จากการระบาดของโรค COVID-19 ในจังหวัดชัยภูมิ มีจำนวนผู้ป่วย 32,984 คน มีจำนวนผู้เสียชีวิตสะสม 199 คน คิดเป็นอัตราการป่วยตาย ร้อยละ 0.60 (กรมควบคุมโรค, 2565) จากการวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุของการระบาดของโรค COVID-19 โดยการพิจารณาตามลักษณะทางภูมิศาสตร์และการจัดสรรทรัพยากรพบว่า อำเภอเมืองชัยภูมิเป็นพื้นที่ที่มีการเคลื่อนไหวและความหนาแน่นของประชาชนมาก เป็นพื้นที่เขตเมืองและเศรษฐกิจ ประชาชนมีการเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาดสูง เช่น กรุงเทพมหานคร และปริมณฑล เป็นต้น ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงในการระบาดของโรค COVID-19 จึงมีความจำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องการแก้ไขปัญหานี้ในพื้นที่ระดับชุมชน ด้วยกลวิธีในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรค COVID-19 ของประชาชน เพื่อนำไปสู่การลดจำนวนผู้ติดเชื้อ และป้องกันการติดเชื้อในประชาชนกลุ่มเปราะบางต่อไป



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค COVID-19 ของประชาชนตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ของประชาชนตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เก็บรวบรวมข้อมูลแบบผสมวิธีทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ – พฤษภาคม 2566 ในพื้นที่ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค COVID-19 เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง และระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค COVID-19 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ประชากรในการวิจัย ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 คือ ประชาชนอายุ 15 – 59 ปี จากทั้งหมด 25 ชุมชน จำนวน 23,022 คน และกลุ่มที่ 2 คือ แกนนำชุมชนและตัวแทนครัวเรือน และองค์กร/หน่วยงานที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่

2. กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ดังนี้

- 2.1 กลุ่มที่ 1 กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรการประมาณค่าเฉลี่ย กรณีทราบขนาดประชากร (เชษฐา งามจรัส, 2564) โดยกำหนดให้ $\alpha = 0.05$ จะได้ $Z_{0.05/2} = Z_{0.025} = 1.96$, ค่าความแปรปรวนของตัวแปรผลลัพธ์หลัก (σ^2) = 0.54^2 กำหนดจากข้อมูลในผลการศึกษาก่อนหน้า

(กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2563), ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (e) กำหนดให้เท่ากับ 0.05, ประชากร (N) = 23,022 ทั้งนี้ ผู้วิจัยคำนึงถึงกรณีที่ตัวแปรอิสระอาจมีความสัมพันธ์กันเอง จึงปรับค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณที่ 0.5 ประกอบกับในทางการปฏิบัติจริงอาจมีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ให้ข้อมูลหรือตอบแบบสัมภาษณ์ไม่ครบทุกข้อจึงเพิ่มจำนวนตัวอย่างอีก 10% ได้ขนาดตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 968 คน สุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) ประกอบด้วย (1) จัดทำบัญชีรายชื่อประชาชนอายุ 15 – 59 ปี (2) สุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ เพื่อคัดเลือกชุมชนที่ศึกษา จำนวน 12 ชุมชน จากทั้งหมด 25 ชุมชน (3) สุ่มแบบโควตา เพื่อระบุจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรแต่ละชุมชน และ (4) สุ่มแบบอย่างง่าย เพื่อคัดเลือกบุคคลที่ตอบแบบสอบถาม

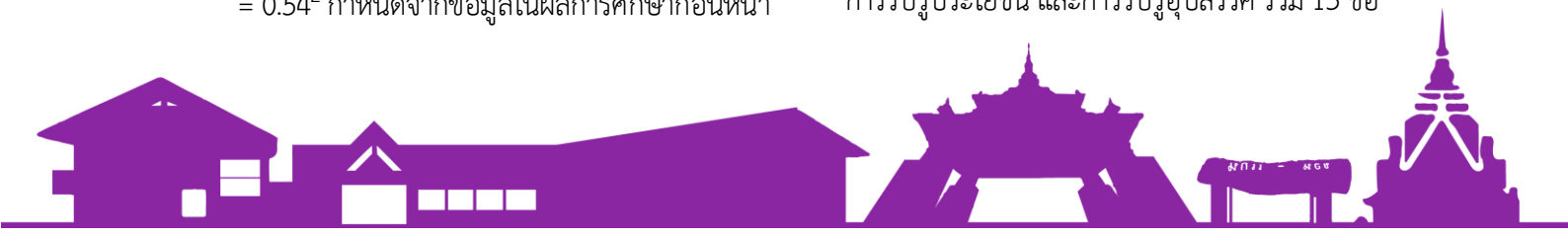
- 2.2 กลุ่มที่ 2 กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรม เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน 24 คน ตัวแทนครัวเรือน 60 คน อสม. 60 คน ผู้แทนโรงเรียน 5 คน ผู้แทนวัด 5 คน และผู้แทนสมาชิกสภาเทศบาลเมืองชัยภูมิ 6 คน รวมทั้งสิ้น 160 คน

3. เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ประเภท ดังนี้

- 3.1 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ คือ แบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค COVID-19 ของประชาชน จำแนกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ และรายได้ จำนวน 6 ข้อ

- ส่วนที่ 2 ปัจจัยการรับรู้ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรค COVID-19 ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค รวม 13 ข้อ



มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) ได้แก่ 5 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง), 4 (เห็นด้วย), 3 (ไม่แน่ใจ), 2 (ไม่เห็นด้วย), 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) แปลความหมายโดยใช้เกณฑ์ Bloom BS (1968) 3 ระดับ คือ ระดับสูง (80% ขึ้นไป หรือ 10 คะแนนขึ้นไป), ระดับปานกลาง (60% - 79% หรือ 7 - 9 คะแนน), ระดับต่ำ (น้อยกว่า 60% หรือต่ำกว่า 7 คะแนน)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) ได้แก่ 5 คือ ประจำ (ปฏิบัติ 7 ครั้งขึ้นไป/สัปดาห์), 4 คือ บ่อย (ปฏิบัติ 5-6 ครั้งขึ้นไป/สัปดาห์), 3 คือ นาน ๆ ครั้ง (ปฏิบัติ 3-4 ครั้งขึ้นไป/สัปดาห์), 2 คือ บางครั้ง (ปฏิบัติ 1-2 ครั้งขึ้นไป/สัปดาห์), 1 (ไม่ปฏิบัติเลย) แปลความหมายโดยใช้เกณฑ์ Bloom BS (1968) 3 ระดับ คือ ระดับสูง (80% ขึ้นไป หรือ 8 คะแนนขึ้นไป), ระดับปานกลาง (60% - 79% หรือ 6 - 7 คะแนน), ระดับต่ำ (น้อยกว่า 60% หรือต่ำกว่า 6 คะแนน)

ส่วนที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ และด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ ประยุกต์จากกองสุขศึกษา (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561) จำนวน 16 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) ได้แก่ 5 (ทำได้ง่ายมาก), 4 (ทำได้ง่าย), 3 (ทำได้ยาก), 2 (ทำได้ยากมาก) และ 1 (ไม่เคยทำ) แปลความหมายเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ดีมาก (80% ขึ้นไป หรือ 13 คะแนนขึ้นไป) ดี (70-79% หรือ 11-12 คะแนน) พอใช้ (60-69% หรือ 9-11 คะแนน) และไม่ดี (น้อยกว่า 60% หรือ ต่ำกว่า 9 คะแนน)

3.2 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ แนวทางการสนทนากลุ่ม สำหรับ

การประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ วางแผนการดำเนินงาน และถอดบทเรียน

4. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

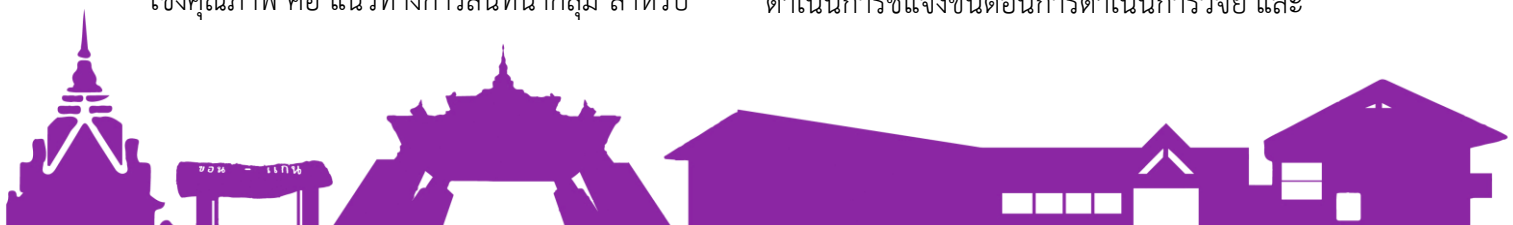
ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เสนอผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ ด้านระบาดวิทยา และด้านการวัดประเมินผล เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และสำนวนภาษา โดยพิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC (Index of item objective congruence) ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไปเป็นเกณฑ์ตัดสินรายข้อ หลังจากนั้นตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือเชิงปริมาณ ด้วยการนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน และวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -coefficient) ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach) โดยพบว่าค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามส่วนที่ 2 ส่วนที่ 3 ส่วนที่ 4 และภาพรวมเท่ากับ 0.86, 0.80, 0.95 และ 0.88 ตามลำดับ

5. ขั้นตอนดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ระยะเวลาที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลร่วมกับผู้ช่วยนักวิจัย คือ อสม. ที่ผ่านการอบรมพัฒนาศักยภาพการเก็บข้อมูลแล้ว ประสานผู้นำชุมชน เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย จัดทำทะเบียนนัดหมาย และลงพื้นที่เก็บข้อมูล

2) ตรวจสอบคุณภาพและความครบถ้วนของข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการศึกษา และวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพื้นที่ตามลำดับ

3) การวิจัยระยะที่ 2 จัดประชุมสนทนากลุ่ม เพื่อพัฒนารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรค COVID-19 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 160 คน โดยดำเนินการชี้แจงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และ



ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค COVID-19 ก่อนกระบวนการพัฒนา

4) ขั้นตอนการวางแผน (Planning) โดยการจัดประชุมสนทนากลุ่มเพื่อวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ (Situation analysis) วิเคราะห์ช่องว่าง (Gaps) จากข้อมูลของการวิจัยระยะที่ 1 และออกแบบชุดกิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน และจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ตามลำดับ

5) ขั้นตอนการปฏิบัติการ (Action) ดำเนินการปฏิบัติการตามแผนงาน/กิจกรรม ที่ได้กำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการ โดยการสื่อสารกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนเพื่อสร้างความร่วมมือในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน

6) ขั้นตอนการสังเกตการณ์ (Observation) ดำเนินการนิเทศตรวจเยี่ยม สนับสนุนให้คำแนะนำ เก็บรวบรวมผลการดำเนินงานจากแผนงาน/กิจกรรม โดยผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุนและร่วมประชุมผลการปฏิบัติงาน และประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อการป้องกันโรค COVID-19 หลังกระบวนการพัฒนา

7) ขั้นตอนการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) ดำเนินการถอดบทเรียนเพื่อเป็นข้อมูลสะท้อนผลในการพัฒนารูปแบบการดำเนินการในวงรอบการประชุมสนทนากลุ่ม

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวนและร้อยละ และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) และเปรียบเทียบคะแนนก่อน-หลังการพัฒนารูปแบบด้วยสถิติ Paired sample t-test

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อสรุปและเชื่อมโยงประเด็นที่ศึกษา

7. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลชัยภูมิ เลขที่โครงการวิจัย 007/2566 วันที่รับรอง 1 กุมภาพันธ์ 2566 ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ เพื่อนำไปใช้ทางวิชาการเท่านั้น รวมทั้งไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง หลังเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัยและข้อมูลจะทำลายทิ้งทันที

สรุปผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค COVID-19

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากการสุ่มตัวอย่างจำนวน 968 คน พบว่า เป็นเพศหญิง (57.95%) เพศชาย (42.05%) อายุเฉลี่ย 42.64 ปี ส่วนใหญ่อายุ 35-59 ปี (65.60%) ระดับการศึกษาต่ำกว่าประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) 63.74% และสำเร็จการศึกษาที่สูงกว่า ปวส. 36.26% การประกอบอาชีพ จำแนกเป็นการจ้างงานนอกระบบ (ไม่ได้ประกอบอาชีพ, เกษตรกรรม, รับจ้างทั่วไป, ค่าขาย) คิดเป็น 60.43% การจ้างงานในระบบ (ข้าราชการ, รัฐวิสาหกิจ, ลูกจ้างรัฐ, พนักงานเอกชน/โรงงาน) คิดเป็น 39.57% สถานภาพแบบไม่มีคู่ (โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่) คิดเป็น 50.52% และสมรส คิดเป็น 49.48% รายได้ของครอบครัวต่อเดือน น้อยกว่า 15,001 บาท คิดเป็น 61.47% และรายได้ 15,001 บาทขึ้นไป คิดเป็น 38.53%

2. การรับรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรค COVID-19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี (52 - 65 คะแนน) คิดเป็น 83.06% รองลงมาอยู่ในระดับน้อย (13 - 38 คะแนน) คิดเป็น 13.22% และระดับปานกลาง (39 - 51 คะแนน) คิดเป็น 3.72% ตามลำดับ เมื่อพิจารณาในภาพรวมพบว่า



มีคะแนนเฉลี่ย 56.41 คะแนน (SD = 10.53) ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ระดับดี

3. พฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย (10 - 29 คะแนน) คิดเป็น 64.36% รองลงมาอยู่ในระดับดี (40 - 50 คะแนน) คิดเป็น 20.14% และระดับปานกลาง (30 - 39 คะแนน) คิดเป็น 15.50% ตามลำดับ เมื่อพิจารณาในภาพรวมพบว่ามีคะแนนเฉลี่ย 30.10 คะแนน (SD = 9.51) ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ระดับปานกลาง

4. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค COVID-19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ระดับดีมาก (64 - 80 คะแนน) คิดเป็น 39.36% รองลงมาอยู่ในระดับดี (56 - 63 คะแนน) 26.86% ระดับพอใช้ (48 - 55 คะแนน) 18.60% และระดับไม่ดี (16 - 47 คะแนน) 15.19% ตามลำดับ เมื่อพิจารณาในภาพรวมพบว่ามีคะแนนเฉลี่ย 60.56 คะแนน (SD = 13.28) ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ระดับดี

5. ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค COVID-19 พบว่า การทดสอบ

ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค COVID-19 ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ได้แก่ การกระจายแบบปกติ (Normality) ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) ค่าความแปรปรวนคงที่ (Homoscedasticity) ความสัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปรอิสระ (Multicollinearity) และความเป็นอิสระของค่าความคลาดเคลื่อน (Autocorrelation) พบว่าไม่มีปัญหาละเมิดข้อตกลงเบื้องต้น (Violation of assumptions) ดังกล่าว

ผลการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ โดยวิธี Stepwise พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค COVID-19 ได้แก่ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ การรับรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ โดยปัจจัยดังกล่าวสามารถอธิบายความเปลี่ยนแปลงของความรอบรู้ด้านสุขภาพได้เท่ากับ ร้อยละ 86.0 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค COVID-19 ของประชาชนตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

| ตัวแปร | B | 95%CI | β | t | p-value |
|---------------------|-------|----------------|---------|-------|---------|
| อายุ | 0.053 | 0.01 to 0.05 | 0.0031 | 3.47 | <0.01 |
| การศึกษา | 0.08 | 0.08 to 0.21 | 0.14 | 4.31 | <0.01 |
| สถานภาพสมรส | 0.07 | 0.08 to 0.17 | 0.12 | 5.08 | <0.01 |
| รายได้ | 0.03 | 0.009 to 0.098 | 0.05 | 2.35 | <0.01 |
| การรับรู้ด้านสุขภาพ | 0.08 | 0.04 to 0.12 | 0.08 | 3.58 | <0.01 |
| พฤติกรรมสุขภาพ | 0.78 | 0.63 to 0.72 | 0.68 | 27.96 | <0.01 |

ค่าคงที่ (Constant) = 1.43, SE = 0.08, 95%CI : 1.28 to 1.58

R-squared = 0.86, Adj R-squared = 0.86



ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19

1. ผลการวางแผน (Planning) จากการประชุมสนทนากลุ่มเพื่อวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์รวมถึงช่องว่างการดำเนินงาน จากข้อมูลในการวิจัยระยะที่ 1 พบว่า ที่ประชุมมีมติ (1) มีความต้องการจำเป็นที่จะต้องเพิ่มการรับรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมทางด้านสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค COVID-19 ของประชาชน (2) กำหนดประเด็นเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 4 ประเด็น ได้แก่ (2.1) การพัฒนาองค์ความรู้และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (2.2) การพัฒนากลไกและกระบวนการตรวจสอบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (2.3) การพัฒนาระบบการส่งเสริมการเรียนรู้ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และ (2.4) การพัฒนาวิถีทางด้านสุขศึกษา (3) ช่องว่างการพัฒนา

(Gaps) ประกอบด้วย 5 ประเด็น ได้แก่ (3.1) การพัฒนาศักยภาพชุมชน (3.2) การเสริมพลังอำนาจให้กับชุมชน (3.3) การพัฒนาระบบและช่องทางข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่มีความถูกต้องรวดเร็ว เท่าทันสถานการณ์ (3.4) การพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ด้านสุขภาพในชุมชน (3.5) การสื่อสารและเพิ่มพูนความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน และ (4) ออกแบบชุดกิจกรรม 5 กิจกรรม ได้แก่ (4.1) การอบรมพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชน อสม. และแกนนำครัวเรือน (4.2) กิจกรรมมอบรางวัลชุมชนป้องกันโรค COVID-10 ดีเด่น (4.3) การสร้างไลน์กลุ่มเพื่อสื่อสารการประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตามสาย และการติดตั้งป้ายประชาสัมพันธ์ (4.4) การจัดตั้งสถานีสุขภาพชุมชน (4.5) การจัดตั้งทีมแกนนำชุมชนออกสื่อสารสุขภาพและให้ความรู้รายครัวเรือน (ตารางที่ 2) หลังจากนั้นนำไปจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan) เพื่อขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติต่อไป (ใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์)

ตารางที่ 2 วิเคราะห์ประเด็นพัฒนา ช่องว่างการพัฒนาและกิจกรรม

| ประเด็นพัฒนา | ช่องว่างการพัฒนา (Gap) | กิจกรรม |
|---|--|---|
| 1) การพัฒนาองค์ความรู้และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ | 1) การพัฒนาศักยภาพชุมชน 2) การเสริมพลังอำนาจให้กับชุมชน | 1) การอบรมพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชน อสม. และแกนนำครัวเรือน 2) กิจกรรมมอบรางวัลชุมชนป้องกันโรค COVID-10 ดีเด่น |
| 2) การพัฒนากลไกและกระบวนการตรวจสอบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ | 3) การพัฒนาระบบและช่องทางข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่มีความถูกต้องรวดเร็ว เท่าทันสถานการณ์ | 3) การสร้างไลน์กลุ่ม (LINE group) เพื่อสื่อสารการประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตามสาย และการติดตั้งป้ายประชาสัมพันธ์ |
| 3) การพัฒนาระบบการส่งเสริมการเรียนรู้โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน | 4) การพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ด้านสุขภาพในชุมชน | 4) การจัดตั้งสถานีสุขภาพชุมชน |
| 4) การพัฒนาวิถีทางด้านสุขศึกษา | 5) การสื่อสารและเพิ่มพูนความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน | 5) การจัดตั้งทีมแกนนำชุมชนออกสื่อสารสุขภาพและให้ความรู้รายครัวเรือน |



2. ผลการปฏิบัติการ (Action) จากการทำตามแผนปฏิบัติการ (ใช้ระยะเวลา 2 เดือน) โดยมีรายละเอียดดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การอบรมพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชน อสม. และแกนนำครัวเรือน กลุ่มเป้าหมายคือ ตัวแทนจากผู้นำชุมชน เทศบาล โรงเรียน วัด อสม. และครัวเรือน 160 คน เนื้อหาสาระแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ (1) องค์ความรู้ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการโรค COVID-19 และ (2) การบริหารและการขับเคลื่อนกิจกรรมสุขภาพในชุมชน บทบาทหน้าที่ คือ เป็นกลไกในการขับเคลื่อนและแกนนำในการจัดกิจกรรมที่ 2 - 5 สู่การปฏิบัติในชุมชน

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมมอบรางวัลชุมชนป้องกันการโรค COVID-10 ดีเด่น เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการให้สำเร็จ โดยการกำหนดคณะกรรมการและหลักเกณฑ์การให้คะแนน รวมถึงกิจกรรมมอบรางวัลเชิดชูเกียรติในที่ประชุมผู้บริหารท้องถิ่น ดำเนินการใน 12 ชุมชนที่ศึกษา ได้แก่ ชุมชนหนองหลอด เมืองเก่า โนนสาทร โนนสมอ หนองสังข์ หินตั้ง-โพรงงาม หนองปลาเฒ่า หนองบ่อ กุดแคน หัวถนน ชี้เหล็กน้อย-ปรางค์กู่ สนามบิน และชี้เหล็กน้อย-มิตรภาพ

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาระบบและช่องทางการสื่อสาร ด้วยกำหนดบทบาทผู้รับผู้ชอบ ได้แก่ (1) ผู้นำชุมชนและประธาน อสม. ชุมชน จัดสร้างไลน์กลุ่ม (LINE group) อสม. สื่อสารประชาสัมพันธ์ครัวเรือนที่รับผิดชอบ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อเข้าร่วมกลุ่มไลน์เพื่อสื่อสารและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลสุขภาพในชุมชน (2) ผู้นำชุมชน อสม. ทำหน้าที่ประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตามสายให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชน วันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที เช้า (เวลา 06.00 น.) และเย็น (เวลา 18.00 น.) (3) ติดตั้งป้ายประชาสัมพันธ์ในชุมชนตามสถานที่ต่าง ๆ เช่น ทางร่วมทางแยก ศาลากลางชุมชน

เป็นต้น และ (4) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสนับสนุนเนื้อหาความรู้ และสื่อต่าง ๆ

กิจกรรมที่ 4 การจัดตั้งสถานีสุขภาพชุมชน ด้วยการมอบหมายตัวแทน อสม. เป็นทีมบริหารจัดการในรูปแบบคณะกรรมการ มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสมาชิกเทศบาล เป็นที่ปรึกษาเพื่อสนับสนุนทรัพยากรปฏิบัติงาน และข้อมูลสุขภาพให้กับชุมชน สถานที่จัดตั้ง คือ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) บ้านประธาน อสม. ที่ทำการชุมชน เป็นต้น

กิจกรรมที่ 5 การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน ด้วยการจัดตั้งทีมแกนนำชุมชนออกสื่อสารสุขภาพและให้ความรู้รายครัวเรือน โดยการเคาะประตูบ้าน ให้สุขศึกษา รายบุคคล ผู้ปฏิบัติงานได้แก่ อสม. แกนนำชุมชน และตัวแทนครัวเรือน แบ่งพื้นที่รับผิดชอบตามหลังคาเรือน อสม.

3. การสังเกตการณ์ (Observation) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยลงพื้นที่นี้เทศตรวจเยี่ยมเสริมสร้างพลังอำนาจ สนับสนุนทรัพยากรและให้คำแนะนำเพื่อแก้ปัญหาอุปสรรคในทุกกิจกรรม ทั้งนี้ กิจกรรมที่ 1 เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการไปสู่การปฏิบัติและมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกับทุกกิจกรรม ดังนั้นเพื่อเป็นการประเมินความสำเร็จของโครงการผู้วิจัยจึงทำการเปรียบเทียบการรับรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมและความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันการโรค COVID-19 ก่อนและหลังการพัฒนา กลุ่มเป้าหมายคือ ตัวแทนจากผู้นำชุมชน เทศบาล โรงเรียน วัด อสม. และครัวเรือน 160 คน เพื่อสะท้อนความสำเร็จของโครงการ โดยมีผลการศึกษาดังนี้

3.1 การรับรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรค COVID-19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการพัฒนา 36.75 (SD = 4.04) หลังการพัฒนา 63.19 (SD = 1.37) ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 26.43 (SD = 4.10), 95%CI: 25.79 to 27.08, p<0.01)



3.2 พฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการพัฒนา 19.93 (SD = 7.02) หลังการพัฒนา 47.75 (SD = 1.48) ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 27.83 (SD = 7.14), 95%CI: 26.71 to 28.93, $p < 0.01$)

3.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรค COVID-19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการพัฒนา 43.34 (SD = 7.50) หลังการพัฒนา 76.91 (S.D. = 2.39) ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 33.56 (SD = 7.90), 95%CI: 32.32 to 34.80, $p < 0.01$) รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบการรับรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรม และความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อการป้องกันโรค COVID-19 ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 160)

| ตัวแปร | Mean (SD) | Mean diff (SD) | 95%CI | p-value |
|---|--------------|----------------|----------------|---------|
| การรับรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรค COVID-19 | | | | |
| ก่อนพัฒนา | 36.75 (4.04) | 26.43 (4.10) | 25.79 to 27.08 | <0.01 |
| หลังพัฒนา | 63.19 (1.37) | | | |
| พฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 | | | | |
| ก่อนพัฒนา | 19.93 (7.02) | 27.83 (7.14) | 26.71 to 28.93 | <0.01 |
| หลังพัฒนา | 47.75 (1.48) | | | |
| ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรค COVID-19 | | | | |
| ก่อนพัฒนา | 43.34 (7.50) | 33.56 (7.90) | 32.32 to 34.80 | <0.01 |
| หลังพัฒนา | 76.91 (2.39) | | | |

4. การสะท้อนผล (Reflection) ผู้วิจัยได้สะท้อนและสรุปผลการศึกษาด้วยการสนทนากลุ่มตัวแทนจากผู้นำชุมชน เทศบาล โรงเรียน วัด อสม. และตัวแทนครัวเรือน เพื่อรับฟังความคิดเห็น และให้ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานและชุดกิจกรรม พบว่า ชุมชนต้องการให้หน่วยงานรัฐเข้ามาสนับสนุนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพให้มากขึ้น ในด้านการพัฒนาช่องทาง (Platform) การเข้าถึงข้อมูลด้วยเทคโนโลยีสมัยใหม่ เช่น ระบบปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ แอปพลิเคชัน (Application) โซเชียลมีเดีย (Social media) เป็นต้น เนื่องจากมีความสะดวก รวดเร็ว และน่าเชื่อถือ ชุมชนเห็นประโยชน์จากการศึกษารั้งนี้ ต้องการให้มีการต่อยอด ขยายผลไปในทุกชุมชน และดำเนินการให้ต่อเนื่องและยั่งยืน (ใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์)

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้บรรลุตามวัตถุประสงค์การศึกษาที่กำหนดไว้ โดยมีประเด็นการอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

1. กระบวนการพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ดำเนินการด้วยกระบวนการวิจัยแบบผสมผสานวิธี ทั้งการศึกษาศาสนการณและปัจจัยที่ส่งต่อประเด็นที่ต้องการพัฒนา ภายใต้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในบริบทของพื้นที่ศึกษาจริง ซึ่งจะนำไปสู่การวางแผนแก้ไข ปัญหา (Solution) ที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล (บัณฑิต เกียรติจตุรงค์, 2564) ในการศึกษาเชิงปฏิบัติการ ที่มีการออกแบบอย่างเป็นระบบตามขั้นตอน PAOR โดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน

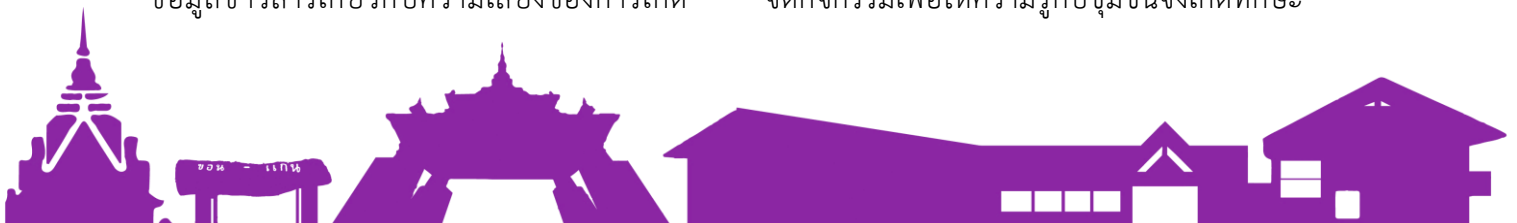


ตั้งแต่วิเคราะห์สถานการณ์ (Gaps) วางแผน ออกแบบชุดกิจกรรม ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ ประเมินผลการดำเนินงาน และถอดบทเรียน เนื่องจากกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน จะทำให้ชุมชนตระหนักและรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหา นำไปสู่การตั้งศักยภาพและทรัพยากรของชุมชน ออกมาบูรณาการทำงานร่วมกัน เพื่อขับเคลื่อน กิจกรรมการต่าง ๆ อยู่รู้คุณค่าและให้ความร่วมมือ (เกษมสุข กันชัยภูมิ, 2565) และจากการวิเคราะห์สภาพการณ์ของชุมชนทำให้ได้ชุดกิจกรรมที่ สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของชุมชน (จรงค์ สุวรรณรัตน์ และธณกร ปัญญาไสโสภณ, 2565) ซึ่งกระบวนการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า ที่บ่งชี้องค์ประกอบของการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานสู่ความสำเร็จ 3 องค์ประกอบ คือ การวางแผนอย่างเป็นระบบ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร และการเชื่อมโยงความร่วมมือขององค์กรต่าง ๆ (รัชณี เต็มอุดม และคณะ, 2564; วิไล มีทองขาว และคณะ, 2565; ประเมษฐ์ กิ่งไก่อ, 2566)

2. ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค COVID-19 ได้แก่ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ การรับรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ เมื่อพิจารณาปัจจัยทางประชากรศาสตร์ อธิบายได้ว่าบุคคลที่มีอายุและระดับการศึกษาที่สูงขึ้นจะสามารถแสวงหาและพิจารณาเลือกรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพได้ดีมากขึ้น การมีรายได้ที่สูงขึ้นจากทำให้มีศักยภาพในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้มากขึ้น และบุคคลที่มีสถานภาพสมรสแบบคู่ จะได้รับอิทธิพลทางความคิดและการดูแลเอาใจใส่จากคู่ผ่านการส่งผ่านข้อมูลทางด้านสุขภาพมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า (วิไลวรรณ ปัตตา และคณะ, 2565) และปัจจัยด้านการรับรู้ทางด้านสุขภาพ อธิบายได้ว่า โรค COVID-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารในช่องทางต่าง ๆ เมื่อบุคคลรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความเสี่ยงของการเกิด

ผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน พฤติกรรมที่จะทำให้เกิดการลดความเสี่ยง รวมถึงการลดความรุนแรงของโรค บุคคลจะมีพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยง ป้องกันจากการเป็นโรค (สุภาภรณ์ วงธิ, 2564) โดยในการศึกษารั้งนี้ ข้อมูลดังกล่าวจะเป็นข้อมูลที่บ่งชี้ถึงช่องว่างการพัฒนา ซึ่งมีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ และเพื่อนำเข้าประกอบการพิจารณาออกแบบแนวทางการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน ประกอบกับเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถอ้างอิงในบริบทของชุมชนอื่น ๆ เพื่อออกแบบการแก้ปัญหาต่อไป

3. ผลของการพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 รูปแบบการดำเนินงานที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การอบรมพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชน อสม. และแกนนำครัวเรือน (2) กิจกรรมมอบรางวัลชุมชนป้องกันโรค COVID-10 ดีเด่น (3) การพัฒนาระบบและช่องทางการสื่อสาร (4) การจัดตั้งสถานีสภาพชุมชน และ (5) การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในชุมชน (ณัฐสุดา คติชอบ และคณะ, 2566) และพบว่าหลังกระบวนการพัฒนา กลุ่มเป้าหมายซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจากผู้นำชุมชน ครัวเรือน อสม. โรงเรียน วัด สมาชิกสภาเทศบาล รวม 160 คน ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีส่วนได้เสียในชุมชน และได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพ รวมถึงมีบทบาทในการขับเคลื่อนชุดกิจกรรม มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรค COVID-19 พฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 และความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรค COVID-19 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายได้เข้าถึง (Access skill) ข้อมูลและองค์ความรู้จากการอบรมและการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตลอดการดำเนินงาน ทำให้เกิดความรู้และความเข้าใจ (Cognitive skill) ประกอบกับ ต้องจัดกิจกรรมเพื่อให้ความรู้กับชุมชนจึงเกิดทักษะ



ในการสื่อสารทางด้านสุขภาพ (Communication skill) และเมื่อดำเนินกิจกรรมต่อเนื่องหลายครั้งทำให้เกิดความชำนาญและสามารถใช้ดุลยพินิจในการตัดสินใจ (Decision skill) ต่อชุดข้อมูลและรู้เท่าทัน (Media literacy skill) แหล่งของข้อมูลที่น่าเชื่อถือ จนส่งผลให้เกิดการวางแผนจัดการสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้ (Self-management skill) สอดคล้องกับแนวคิดของนัทบีม (Nutbeam, 2000) ซึ่งนิยามว่าเป็นทักษะทางปัญญาและสังคม ที่ชี้ นำให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการจัดการสุขภาพตนเอง ทั้งยังมีการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ผ่านกิจกรรมรางวัลชุมชนดีเด่น จึงทำให้เกิดการพลังในการแข่งขันเป็นการกระตุ้นและชี้แนะทางด้านสุขภาพซึ่งกันและกันภายในชุมชน (หทัยกาญจน์ ยางศรี, 2564) ชุดกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นจึงหลอมรวมกันเป็นพลังในการส่งเสริมให้บุคคลเกิดการรับรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1.1 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 1 ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อประกอบการออกแบบแนวทางการแก้ปัญหาและการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค COVID-19 ในบริบทของชุมชนอื่น ๆ ต่อไป

1.2 ควรมีการนำประเด็นการพัฒนาทั้ง 4 ประเด็น ประกอบด้วยการพัฒนาองค์ความรู้และการเข้าถึงข้อมูล การพัฒนากลไกการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล การเสริมสร้างการเรียนรู้โดยมีส่วนร่วมของชุมชน และกลวิธีทางด้านสุขศึกษา ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน และการออกแบบ

ชุดกิจกรรมเพื่อเติมเต็มช่องว่างในประเด็นปัญหาสาธารณสุขอื่น ๆ ต่อไป

1.3 ในการพัฒนารูปแบบการแก้ปัญหาสาธารณสุขในชุมชน ควรมีการเชื่อมโยงองค์ความรู้ การมีส่วนร่วม และทรัพยากรขององค์กรต่าง ๆ ในชุมชน เข้ามาผสมผสานเพื่อสร้างความตระหนักรู้ ความเป็นเจ้าของ และความรับผิดชอบร่วมกัน ซึ่งจะนำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพและความยั่งยืนในการดำเนินงาน

1.4 เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการทางด้านสุขศึกษา ควรใช้วิธีการสื่อสารแบบสองทาง การสอนกลับ (Teach back) และ การใช้คำศัพท์ที่ง่ายต่อความเข้าใจและสอดคล้องกับบริบทและวัฒนธรรมของชุมชนเป้าหมาย

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาติดตามในระยะยาวถึงการเข้าถึงข้อมูลทางด้านสุขภาพ และการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 รวมถึงความยั่งยืนของชุดกิจกรรมที่พัฒนาขึ้น

2.2 ควรมีการวิจัยและพัฒนาคู่มือและหรือแนวทางปฏิบัติของหน่วยบริการปฐมภูมิในบริบทชุมชนเมือง เพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19

2.3 ควรมีการสร้างและพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนการเข้าถึงข้อมูลทางด้านสุขภาพผ่านระบบปฏิบัติการบนโทรศัพท์และหรือแอปพลิเคชัน (Application) ที่สะดวกต่อการรับรู้รวดเร็ว และถูกต้อง

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2565). *สถานการณ์ผู้ติดเชื้อ COVID-19 ภายในประเทศ*. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/covid19-daily-dashboard/?dashboard=province> (10 กุมภาพันธ์ 2566)



- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). รายงานผลการเฝ้าระวังสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานและพฤติกรรมดูแลสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนครั้งที่ 1. (ม.ป.ป). นนทบุรี: กองสุกศึกษา.
- กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2561). การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็กและเยาวชน (อายุ 7-14 ปี) กลุ่มประชาชนที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป ฉบับปรับปรุง ปี 2561. (ม.ป.ป). นนทบุรี: กองสุกศึกษา.
- เกษมสุข กันชัยภูมิ. (2565). การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 7(3), 66-75.
- จงรัก สุวรรณรัตน์ และธณกร ปัญญาโสโสภณ. (2565). การพัฒนารูปแบบระบบความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและค่าน้ำตาลสะสมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *Journal of Nursing and Health Care*, 40(2), 95-104.
- เชษฐา งามจรัส. (2564). การคำนวณตัวอย่างสำหรับงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 1). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ณัฐสุดา คติชอบ และคณะ. (2566). การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของวัยทำงานเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง: บทบาทพยาบาลสุขภาพชุมชน. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 46(1), 7-20.
- ธีระ วรรณรัตน์, ภัทธวิทย์ วรรณรัตน์ และอารียา จิรณานุกวัฒน์. (2565). การบริหารจัดการภาวะวิกฤตในช่วงสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ระลอกแรก. *วารสารวิจัยระบบสุขภาพ*, 16(3), 370-389.
- บัณฑิต เกียรติจตุรงค์. (2564). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) อำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น*, 3(2), 193-206.
- ปรเมษฐ์ กิ่งโก้. (2566). การพัฒนารูปแบบระบบการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉิน การระบาดของโรคโควิด 19 จังหวัดอุดรธานี. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 30(1), 1-13.
- รัชณี เต็มอุดม และคณะ. (2564). การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในจังหวัดนครพนม. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 28(1), 1-13.
- วลัยพร พัชรนฤมล, วริศา พานิชเกรียงไกร, และอังคณา เลชะกุล. (2563). การพัฒนากอบยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขเพื่อตอบสนองต่อการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประเทศไทย. *มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ*. เข้าถึงได้จาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/5275/hs2614.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (10 กุมภาพันธ์ 2566)



- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, วลัยพร พัชรนฤมล, วุฒิพันธ์ วงษ์มิ่งคล และวันวิสาห์ แก้วชั้นแข็ง. (2563). *การสังเคราะห์มาตรการและนโยบายของรัฐบาลเพื่อลดการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 จากผลการประเมินการปฏิบัติตนของประชาชนไทยต่อมาตรการต่าง ๆ. มุขนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.* เข้าถึงได้จาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/5273/hs2608.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (10 กุมภาพันธ์ 2566)
- วิไลวรรณ ปัตถา, ชนัญญา จิรพรกุล และเนาวรัตน์ มณีนิล. (2022). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของครูชั้นประถมศึกษา อำเภอมือง จังหวัดบึงกาฬ. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 8(3), 37-47.
- วิไล มีทองขาว, อติศร วงศ์คงเดช และสันติสิทธิ์ เขียวเงิน. (2022). การจัดการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลโคกขำระ อำเภอกู่ศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 29(2), 37-47.
- สุภาภรณ์ วงธิ. (2564). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย.* (ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). คณะสาธารณสุขศาสตร์: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- หทัยกาญจน์ ยางศรี, ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสุรีย์ จันทรมโกลี. (2021). การพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพในชุมชนเพื่อป้องกันการติดโรคพยาธิ ไบไม้ตับ ในจังหวัดบึงกาฬ. *วารสารควบคุมโรค*, 47(1), 848-858.
- Abel, T., & McQueen, D. (2020). Critical health literacy and the COVID-19 crisis. *Health Promotion International*, daaa040. doi.org/10.1093/heapro/daaa040
- Bloom BS. (1968). *Mastery learning.* UCLA – CSEIP evaluation comment. Losangeles: University of California at Los Angeles.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *Lancet (London, England)*, 395(10227), 912–920. doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8
- Chen, X., Ran, L., Liu, Q., Hu, Q., Du, X., & Tan, X. (2020). Hand Hygiene, Mask-Wearing Behaviors and Its Associated Factors during the COVID-19 Epidemic: A Cross-Sectional Study among Primary School Students in Wuhan, China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8), 2893. doi.org/10.3390/ijerph17082893



- Chu, D. K., Akl, E. A., Duda, S., Solo, K., Yaacoub, S., & Schünemann, H. J. (2020). Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Lancet (London, England)*, 395(10242), 1973–1987. doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31142-9
- Ebrahim, S. H., Ahmed, Q. A., Gozzer, E., Schlagenhaut, P., & Memish, Z. A. (2020). Covid-19 and community mitigation strategies in a pandemic. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 368, m1066. doi.org/10.1136/bmj.m1066
- Fung, I. C., & Cairncross, S. (2006). Effectiveness of handwashing in preventing SARS: A review. *Tropical Medicine & International Health*, 11(11), 1749–1758. doi.org/10.1111/j.1365-3156.2006.01734.x
- Hung, S.-C., Yang, S.-C., & Luo, Y.-F. (2021). New Media Literacy, Health Status, Anxiety, and Preventative Behaviors Related to COVID-19: A Cross-Sectional Study in Taiwan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11247. doi.org/10.3390/ijerph182111247
- Munnoli, P. M., Nabapure, S., & Yeshavanth, G. (2022). Post-COVID-19 precautions based on lessons learned from past pandemics: A review. *Journal of Public Health*, 30(4), 973–981. doi.org/10.1007/s10389-020-01371-3
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. doi.org/10.1093/heapro/15.3.259
- Rudd, R., & Baur, C. (2020). Health literacy and early insights during a pandemic. *Journal of Communication in Healthcare*, 13(1), 13–16. doi.org/10.1080/17538068.2020.1760622
- Spring, H. (2020). Health literacy and COVID-19. *Health Information and Libraries Journal*, 37(3), 171–172. doi.org/10.1111/hir.12322
- WHO. (2021). *COVID-19 Strategic Preparedness and Response Plan (SPRP 2021)*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-WHE-2021.02>
- Wilder-Smith, A., Chiew, C. J., & Lee, V. J. (2020). Can we contain the COVID-19 outbreak with the same measures as for SARS? *The Lancet. Infectious Diseases*, 20(5), e102–e107. doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30129-8
- World Health Organization. (2022). *Coronavirus (COVID-19) Dashboard*. <https://covid19.who.int>



การพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ THE DEVELOPMENT OF PATIENTS CARE WITH DRUG RESISTANT ORGANISMS IN CHUMPHON KHET UDOMSAKDI HOSPITAL

เบญจวรรณ นครพัฒน์^{1,*}, นันทน์ภัส กาลปักษ์² และอัญธิกา ศรีสุบัติ³
Benjawan Nakornpat^{1,*}, Nannapat Kalapak² and Anthika Srisubut³

Received: 24 May 2023, Received in revised form: 05 August 2023, Accepted: 21 August 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 112 คน และกลุ่มผู้ป่วยจำนวน 150 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่พัฒนาขึ้น จำนวน 75 คน และกลุ่มที่ได้รับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาแบบปกติ จำนวน 75 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แผนการพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาและแนวทางปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบบันทึกการปฏิบัติ แบบสอบถามความรู้แบบสอบถามความพึงพอใจและแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา, Paired t-test, Chi-square, McNemar χ^2 , การวิเคราะห์ความเสี่ยง Relative risk (RR) และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ประกอบด้วย แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา การให้ความรู้ การนิเทศและการสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องมือ ภายหลังการใช้รูปแบบฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีการปฏิบัติถูกต้องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ อยู่ในระดับมาก อุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลลดลง 0.42 เท่า อัตราการเสียชีวิตลดลง 0.38 เท่า ค่าใช้จ่ายยาต้านจุลชีพและจำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สรุป รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล ส่งผลให้บุคลากรมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่ถูกต้อง อุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลและอัตราการเสียชีวิตลดลง เสนอแนะให้หน่วยงานมีนโยบายในการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่พัฒนาขึ้น ไปใช้กับบุคลากรเพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ: การพัฒนาแบบแผน, การติดเชื้อดื้อยา, การดูแลผู้ป่วย

¹⁻³ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์, ชุมพร 86000

¹⁻³ Chumphon Khet Udomsakdi Hospital, Chumphon 86000

Corresponding author; E-mail: nakornpat37@gmail.com*



ABSTRACT

This research and development objective was to develop and study the effects of using a model of care patients with drug-resistant infections in Chumphon Khet Udomsakdi Hospital. Two groups of samples were 112 registered nurses, and a group of 150 patients were divided into a group of 75 patients who used a model of care patients with drug-resistant infections and a group of 75 patients who cared for patients with normal drug-resistant infections. Data was collected between May 2022 - May 2023. The research tools were the development plan for the care model for patients with drug-resistant infections, guidelines for prevention and control of the spread of drug-resistant infections, and collecting data with a practice record form, knowledge questionnaire, satisfaction questionnaire, and data record form for patients with drug-resistant infections. Data were analyzed by descriptive statistics, Paired t-test, Chi-square, McNemar χ^2 , relative risk (RR) analysis, and qualitative data analysis by content analysis.

The study found that the model of care for patients with drug-resistant infections consists of guidelines for the care of patients with drug-resistant infections. educating supervision and support of equipment and tools After using the format, the average knowledge score increased significantly at the.05 level, and the correctness of practice increased significantly at the.05 level. The registered nurses were satisfied with the model at a high level. The incidence of drug-resistant infections in the hospital decreased by about 0.42 times, the mortality rate decreased by about 0.38 times, and the cost of antimicrobial drugs and the number of hospitalization days decreased significantly at the.05 level. Conclusion: A model for caring for drug-resistant sepsis patients that is suitable for the context of the hospital. As a result, personnel have the knowledge to properly care for patients with drug-resistant infections. The incidence of drug-resistant infections in hospitals and death rates decreased. It is recommended that the agency have a policy to develop a form of care for patients with drug-resistant infections for personnel to increase work efficiency.

Keywords: Development model, Drug resistant organism, Patient care

บทนำ

ปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพ เป็นปัญหาสำคัญทางการแพทย์และสาธารณสุข ปัจจุบันทั่วโลกมีการเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาประมาณปีละ 700,000 คน คาดว่าในปี พ.ศ. 2593 จะมีผู้เสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้นถึง 10 ล้านคน ในประเทศไทยคาดว่าจะมีการติดเชื้อปีละ 80,000 ครั้ง เสียชีวิตจากเชื้อดื้อยา 38,000 ราย สูญเสียค่ายาต้านจุลชีพที่ใช้

ในการรักษาประมาณ 2,539-6,084 ล้านบาท สูญเสียเศรษฐกิจสูงถึงประมาณ 3.5 พันล้านบาท (สถาบันบำราศนราดูร, 2562) เชื้อดื้อยาที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เช่น *Acinetobacter baumannii* ดื้อยาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 44.5 เป็นร้อยละ 67.1 และร้อยละ 70.1 ในปี พ.ศ.2558, 2561 และ 2563 ตามลำดับ (สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์

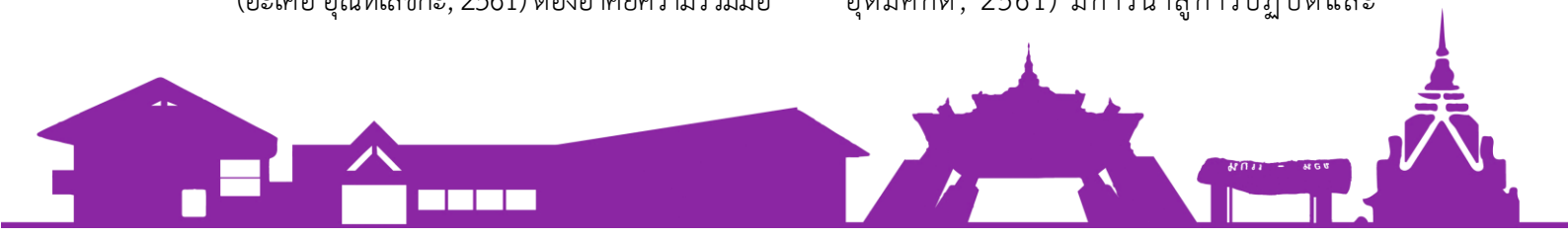


สาธารณสุข, 2564) จากรายงานการสำรวจสถานการณ์การติดเชื้อดื้อยาในประเทศไทยประจำปี พ.ศ. 2561 ใน 23 โรงพยาบาลทั่วประเทศพบว่า มีความชุกของการติดเชื้อดื้อยา ร้อยละ 60.2 (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2565) และจากการสำรวจการใช้ยาต้านจุลชีพของประเทศไทยโดยวิธี Point prevalence survey พ.ศ. 2564 ในโรงพยาบาล 41 แห่ง 12 เขตสุขภาพและกรุงเทพมหานคร พบความชุกของการดื้อยาจากสิ่งส่งตรวจร้อยละ 46.9 (สถาบันบำราศนราดูร กระทรวงสาธารณสุข, 2564) การติดเชื้อดื้อยาส่งผลกระทบต่อมากมายมีอาการรุนแรงและไม่ตอบสนองต่อการรักษา 2.38 เท่า (Maslikowska, JA. et al., 2016) และเสียชีวิตเพิ่มขึ้น 3.58 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่พบเชื้อดื้อยา (Zhen, X. et al., 2020) ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น 19 วันเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่พบเชื้อดื้อยา (Giraldi, G. et al., 2019) และเสียค่าใช้จ่ายส่วนเกินในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาหลายกลุ่มร้อยละ 45.7 ของค่าใช้จ่ายปกติและรัฐบาลต้องจ่ายเงินสมทบเฉลี่ยร้อยละ 62.3 ของค่าใช้จ่ายที่เกิน (Naghavi M, 2022)

การป้องกันและลดปัญหาเชื้อดื้อยาองค์กรต่าง ๆ ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศได้ให้ความสำคัญในการแก้ปัญหา มีการกำหนดยุทธศาสตร์ในการจัดการเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560 – 2564 ขึ้น ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ ซึ่งยุทธศาสตร์ที่ 3 เน้นการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาลและควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม (คณะกรรมการประสานและบูรณาการงานด้านการดื้อยาด้านจุลชีพ, 2560) มีการสร้างแนวทางและคู่มือในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา แต่การติดเชื้อดื้อยายังคงเป็นปัญหาในโรงพยาบาลที่ต้องหาวิธีแก้ไขอย่างต่อเนื่องเนื่องจากเป็นปัญหาที่ซับซ้อนยากต่อการแก้ไข (อะเคื่อ อุณหเลขกะ, 2561) ต้องอาศัยความร่วมมือ

จากบุคลากรทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการแก้ไขปัญหา (Hansen, S. et al., 2010) โดยเฉพาะบุคลากรที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องมากที่สุดคือพยาบาล ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยได้รับเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล ควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ลดและกำจัดปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยที่มีวัสดุอุปกรณ์อยู่ในร่างกาย เพื่อป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล (วิษณุธรรมลิขิตกุล, 2560) จากการศึกษาพบว่าพยาบาลมีการสัมผัสโดยตรงกับผู้ป่วยนานกว่า 20 นาทีต่อวันร้อยละ 67.40 ซึ่งสูงกว่าแพทย์และบุคลากรอื่น ๆ หากพยาบาลมีความรู้และมีการปฏิบัติตามแนวทางไม่ถูกต้อง ครบถ้วน ก็จะเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาได้ (English, KM. et al., 2018)

โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จังหวัดชุมพร เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 509 เตียง จากรายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 – 2564 พบว่าอุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล เท่ากับ 1.53, 2.13 และ 1.81/1,000 วันนอนโรงพยาบาลตามลำดับ เสียค่าใช้จ่ายยาด้านจุลชีพในการรักษาเชื้อดื้อยาเป็นเงิน 1,370,948, 1,324,211 และ 2,149,264 บาท ตามลำดับ โดยแผนกที่พบเชื้อดื้อยามากที่สุด ได้แก่ แผนกอายุรกรรม ร้อยละ 56.1, 62.2 และ 65.1 ตามลำดับ และรองลงมา ได้แก่ แผนกศัลยกรรม ร้อยละ 35.9, 31.7 และ 27.9 ตามลำดับ (โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์, 2564) โรงพยาบาลมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา กำหนดเป็นกลุ่มการปฏิบัติ (Care bundle) ประกอบด้วย การแยกผู้ป่วย-แยกของใช้ การทำความสะอาดมือ การสื่อสารข้อมูล การทำความสะอาดร่างกาย การใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล การให้ความรู้คำแนะนำและการจัดการสิ่งแวดล้อม (โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์, 2561) มีการนำสู่การปฏิบัติและ



สุ่มสังเกตการปฏิบัติโดยพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (Infection Control Nurse; ICN) และพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย (Infection Control Ward Nurse; ICWN) ผลจากการสุ่มสังเกตหน้างาน พบว่า มีการปฏิบัติตามแนวทางถูกต้อง ร้อยละ 62.5 ไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ คือ มากกว่าร้อยละ 80.0 มีการปฏิบัติไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน เมื่อวิเคราะห์สาเหตุพบว่า อุปกรณ์ เครื่องมือต่าง ๆ ไม่เพียงพอ ไม่พร้อมใช้ ทำให้ขาดความร่วมมือในการปฏิบัติ ได้รับการฟื้นฟูความรู้ไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ขาดการกระตุ้นเตือน ขาดการนิเทศ ติดตาม ประเมินผลจากทีมผู้บริหารทางการแพทย์ ทำให้ความร่วมมือในการปฏิบัติที่ถูกต้องไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้อุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลไม่ลดลงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาประจำเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2564 – มีนาคม พ.ศ. 2565 พบสัดส่วนเชื้อดื้อยา ร้อยละ 41.98 ของสิ่งส่งตรวจทั้งหมด ร้อยละ 93.26 เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยที่ร้อยละ 89.40 อยู่ในแผนกอายุรกรรมและแผนกศัลยกรรม (โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์, 2565)

ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารทางการแพทย์มีบทบาทหน้าที่โดยตรงในการพัฒนาองค์กรให้มีประสิทธิภาพเห็นถึงปัญหาและความสำคัญดังกล่าว จึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ โดยใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพโดยความร่วมมือของสถาบันพัฒนาการดูแลสุขภาพ (The Institute for Healthcare Improvement; IHI) มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์
2. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and development) ศึกษาในหอผู้ป่วยในและหอผู้ป่วยหนักแผนกอายุรกรรมและแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ระยะเวลาดำเนินการวิจัยเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 – มิถุนายน พ.ศ. 2566 วิธีดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์และวางแผนการวิจัย ผู้วิจัย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลอายุรกรรม หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลศัลยกรรม และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก ศึกษาสถานการณ์การติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เลือกประเด็นปัญหาการติดเชื้อดื้อยาใน 13 หอผู้ป่วย แผนกอายุรกรรมและแผนกศัลยกรรมในการพัฒนา เนื่องจากปัญหาการติดเชื้อดื้อยาส่วนใหญ่พบใน 13 หอผู้ป่วยดังกล่าวและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ผู้วิจัยศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาล ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทบทวนรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล ศึกษาการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา เพื่อนำไปพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในระยะที่ 2



ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมือเท้า ดำเนินการหลังผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและการอนุมัติของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ตามขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพโดยความร่วมมือ ดังนี้

1. เชิญผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ 1 ท่าน และพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ 2 ท่าน เข้าร่วมพัฒนารูปแบบ เป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำในการพัฒนารูปแบบ

2. จัดตั้งทีมพัฒนา ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน หัวหน้าหอผู้ป่วย 13 คน และพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย 13 คน รวม 29 คน ทีมผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ ประโยชน์ที่จะได้รับ การมีส่วนร่วมระยะเวลาและแผนการดำเนินการวิจัยและให้ทีมพัฒนาลงนามแสดงความจำนงเข้าร่วมวิจัย

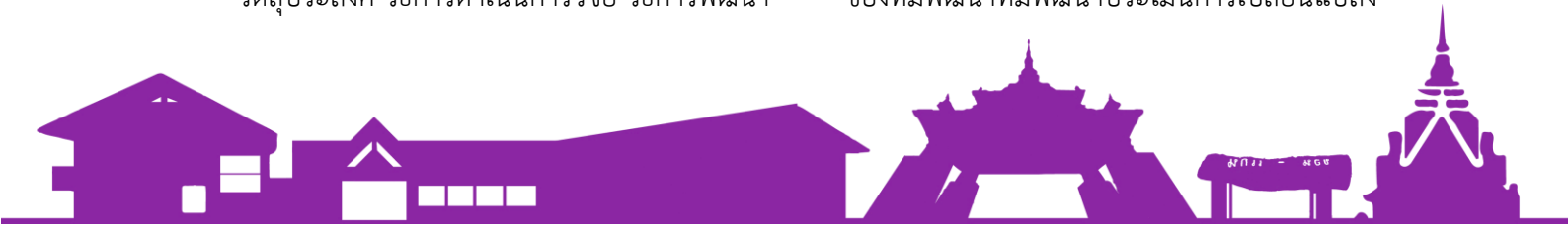
3. ประเมินความรู้ของพยาบาลวิชาชีพด้านการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในหอผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 1 โดยการตอบแบบสอบถามออนไลน์ทาง Google form ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแบบสอบถามความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในหอผู้ป่วย กำหนดตอบแบบสอบถามภายใน 1 สัปดาห์ สังเกตการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพตามแบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมือเท้า โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้สังเกตแบบมีส่วนร่วมในสัปดาห์ที่ 1 - 6 และผู้วิจัยเก็บบันทึกข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อมือเท้าที่เข้ารับการรักษาใน 13 หอผู้ป่วยโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อมือเท้าระยะเวลา 6 สัปดาห์

4. ผู้วิจัยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ 3 ครั้ง ๆ ละ 2 วัน ห่างกันครั้งละ 6 สัปดาห์เพื่อดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมือเท้า

4.1 การประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1 ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 7 ผู้วิจัย ทบทวนวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย วิธีการพัฒนา

คุณภาพโดยความร่วมมือ นำเสนอคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในหอผู้ป่วย ผลการสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมือเท้าและอุบัติการณ์การติดเชื้อมือเท้าในภาพรวมของ 13 หอผู้ป่วยใน 6 สัปดาห์ที่ผ่านมา จัดประชุม เรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในหอผู้ป่วย ผู้วิจัยนำเสนอแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมือเท้าตามแนวทางปฏิบัติในการป้องกันและควบคุม การแพร่กระจายเชื้อในหอผู้ป่วย ปี ค.ศ. 2006 (CDC, 2017) เพื่อให้ทีมนำมาใช้ประกอบ การทบทวนแนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาล ทีมพัฒนาระดมสมองพิจารณาปัญหาการติดเชื้อมือเท้าในหอผู้ป่วย หาแนวทางและวิธีการในการแก้ปัญหาที่พบในแต่ละประเด็น และร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ โดยมีผู้เชี่ยวชาญให้คำแนะนำตัวแทนทีมพัฒนานำเสนอรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมือเท้าที่ได้จากการประชุมกลุ่มย่อยให้ที่ประชุมทราบร่วมกันกำหนดในรูปแบบเดียวกัน ผู้วิจัยสรุปผลการประชุมส่งให้ทีมพัฒนาเพื่อนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมือเท้าที่ได้ไปทดลองใช้ในหอผู้ป่วย ระยะเวลา 6 สัปดาห์ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 8 - 13 ทีมพัฒนาประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

4.2 การประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 2 ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 14 โดยทีมพัฒนาแต่ละหอผู้ป่วยนำเสนอผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมือเท้าในแต่ละหอผู้ป่วย ทีมพัฒนาระดมสมองหาแนวทางแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่พบหลังจากทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมือเท้าที่พัฒนา ผู้วิจัยสรุปรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมือเท้าจากการประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 2 ทีมพัฒนานำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมือเท้าที่ได้ไปทดลองใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมือเท้าในหอผู้ป่วย ผู้วิจัยติดตามการดำเนินการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมือเท้าของทีมพัฒนาทีมพัฒนาประเมินการเปลี่ยนแปลง



ที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วยระยะเวลา 6 สัปดาห์ ตั้งแต่ สัปดาห์ที่ 15 – 20 โดยการสังเกตการปฏิบัติ ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาและ อุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาในหอผู้ป่วย

4.3 การประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 3 ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 21 โดยทีมพัฒนาแต่ละ หอผู้ป่วยนำเสนอผลการดำเนินงานหลังจากนำ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่พัฒนาขึ้น จากการประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 2 ไปทดลอง ใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในหอผู้ป่วย ทีมพัฒนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแล ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาของพยาบาลวิชาชีพ ทีมพัฒนา ระดมสมองสรุปรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ทีมพัฒนาแสดงความคิดเห็นต่อการเข้าร่วม การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ด้วยวิธีการพัฒนาคุณภาพโดยความร่วมมือ ผู้วิจัย สรุปรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่พัฒนาขึ้น จากทีมพัฒนาส่งให้ทีมพัฒนานำไปใช้

ระยะที่ 3 นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วย ติดเชื้อดื้อยาที่พัฒนาขึ้นใหม่ไปใช้จริงในสัปดาห์ ที่ 22 - 27

ระยะที่ 4 ประเมินผลการใช้รูปแบบ ดำเนินการโดยนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ ดื้อยาที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในพยาบาลวิชาชีพที่ ปฏิบัติงานใน 13 หอผู้ป่วย ที่เข้าร่วมวิจัย และ ประเมินผลการนำไปใช้ในสัปดาห์ที่ 28 – 33 สังเกตการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการดูแล ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาตามแบบบันทึกการสังเกตการ ปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติตาม แนวทาง การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา โดยผู้ช่วย วิจัยเป็นผู้สังเกตแบบมีส่วนร่วม ประเมินความรู้ ของพยาบาลวิชาชีพ ในการป้องกันและควบคุม การแพร่กระจายเชื้อดื้อยาตามแบบสอบถาม ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันและ ควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาและตอบ แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา

ที่พัฒนาขึ้น โดยการตอบแบบสอบถามออนไลน์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในสัปดาห์ที่ 33 กำหนดตอบ แบบสอบถามภายใน 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยเก็บบันทึก ข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่เข้ารับการรักษาใน 13 หอผู้ป่วยโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อ ดื้อยาระยะเวลา 6 สัปดาห์ ผู้วิจัยตรวจสอบ ความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาและสรุป ประเมินผลการใช้ เผยแพร่ผลการพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาและผลการใช้รูปแบบ การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาใหม่ที่พัฒนาขึ้น สู่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในและหอผู้ป่วยหนักแผนกอายุรกรรมและ แผนกศัลยกรรม 13 หอผู้ป่วย จำนวน 163 คน จากการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยกรณีประชากร 2 กลุ่ม ที่ไม่เป็นอิสระ ต่อกันของอรุณ จิรวัดน์กุล (2557) ได้ขนาด ตัวอย่าง จำนวน 101 คน ดังนี้

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2\sigma^2}{e^2(N-1) + Z_{\alpha/2}^2\sigma^2}$$

เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง เพื่อให้ข้อมูล เก็บได้จริงมีขนาดเล็กกว่าที่กำหนดและมีผลต่อ Standard error จึงต้องการเพิ่มขนาดตัวอย่าง โดยนำอัตราการตกสำรวจหรืออัตราการสูญหาย จากการติดตามมาใช้ในการคำนวณปรับเพิ่ม ขนาดตัวอย่างของอรุณ จิรวัดน์กุล (2548) ดังนี้

$$n_{adj} = \frac{n}{(1-d)^2}$$

ดังนั้น ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 112 คน เก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างโดยการ จับฉลากในแต่ละหอผู้ป่วย ๆ ละ 8-9 คน ตามสัดส่วน ของพยาบาลวิชาชีพในแต่ละหอผู้ป่วย



เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในและหอผู้ป่วยหนักแผนกอายุรกรรมและแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จำนวน 13 หอผู้ป่วย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในและหอผู้ป่วยหนักแผนกอายุรกรรมและแผนกศัลยกรรม ใน 13 หอผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดโครงการวิจัย

2. ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในและหอผู้ป่วยหนักแผนกอายุรกรรมและแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จำนวน 13 หอผู้ป่วย และได้รับรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาตรวจพบเชื้อดื้อยา จำนวน 150 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา จำนวน 75 คน และกลุ่มที่ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาตามปกติ ก่อนการพัฒนารูปแบบ จำนวน 75 คน ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับเปรียบเทียบค่าสัดส่วน กรณีประชากร 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระต่อกันของ Bernard, R. (2000) ดังนี้

$$n_1 = \left[\frac{z_1 - \frac{\alpha}{2} \sqrt{pq \left(1 + \frac{1}{r}\right)} + z_1 - \beta \sqrt{p_1q_1 + \frac{p_2q_2}{r}}}{\Delta} \right]^2$$

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในและหอผู้ป่วยหนักแผนกอายุรกรรมและแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จำนวน 13 หอผู้ป่วย และมีรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาตรวจพบเชื้อดื้อยา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ผู้ป่วยที่มีข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบตามตัวแปรที่กำหนดไว้ในการศึกษา

เครื่องมือในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แผนการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาของพยาบาลวิชาชีพ กำหนดกิจกรรมในการพัฒนาตามแนวคิดการพัฒนาคุณภาพ โดยความร่วมมือร่วมกับแนวทางปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล ปี ค.ศ. 2006 (CDC, 2017) ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีจำนวน 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาเป็นแบบตรวจสอบรายการ 7 หมวดกิจกรรม จำนวน 21 ข้อ ประกอบด้วย การแยกผู้ป่วย-แยกของใช้ การทำความสะอาดมือ การสื่อสารข้อมูล การทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย การใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล การให้ความรู้ คำแนะนำและการจัดการสิ่งแวดล้อม ปฏิบัติถูกต้องได้ 1 คะแนน ปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือไม่ปฏิบัติ ได้ 0 คะแนน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.96 ได้ค่าความเที่ยงของการสังเกตเท่ากับ 1

ชุดที่ 2 แบบสอบถามของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยา ลักษณะคำถามเป็นปลายปิดและปลายเปิด ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.92

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา จำนวน 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ 4 ตัวเลือกที่มีคำตอบถูกเพียงข้อเดียว ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดไม่ได้คะแนน ปรับปรุงจากแบบสอบถามความรู้ของชลทิศ บุญร่วม, อะเคื้อ อุณหเลขกะ และวันชัย เลิศวิวัฒน์ วิลาศ (2560) ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.82 ค่าความเชื่อมั่น



ตามสูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้เท่ากับ 0.97

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมือที่พัฒนาขึ้น จำนวน 11 ข้อ คำตอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ 1 – 5 คะแนน ใช้เกณฑ์การแปลผลค่าคะแนน 3 ระดับ (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2553) ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.96 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.83

ชุดที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อมือ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 17 ข้อ ค่า CVI เท่ากับ 0.96

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย
การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ เอกสารรับรองเลขที่ 029/2565 รหัสโครงการวิจัย CPH-EC032/2565 มีการจัดทำเอกสารชี้แจงและแจ้งให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้ถือเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมและไม่มีผลกระทบต่อใด ๆ กับกลุ่มตัวอย่าง

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อมือ ระหว่างก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ ในกรณีประชากร 2 กลุ่ม ที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน ด้วยสถิติ t-test แบบ dependent samples

3. เปรียบเทียบสัดส่วนการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมือ ระหว่างก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ ในกรณีประชากร 2 กลุ่ม ที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน ด้วยสถิติ McNemar χ^2

4. ประเมินระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมือที่พัฒนาขึ้น ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และช่วงเชื่อมั่น 95%

5. เปรียบเทียบสัดส่วนอุบัติการณ์การติดเชื้อมือในโรงพยาบาลและอัตราการเสียชีวิต ในกรณีศึกษาไปข้างหน้า (Prospective study) ด้วยสถิติการวิเคราะห์ความเสี่ยง Relative risk (RR)

6. เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายยาต้านจุลชีพที่ใช้ในการรักษาการติดเชื้อมือ และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย ด้วยสถิติ Chi-square test

7. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

สรุปผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมือ โดยใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพ โดยความร่วมมือ พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมือ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ประกอบด้วย แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมือ การให้ความรู้ การนิเทศ การสนับสนุนอุปกรณ์ และเครื่องมือ ดังนี้

1.1 แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมือ เป็นแนวทางปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพที่พัฒนาขึ้นจากการระดมสมองของทีมพัฒนาโดยปรับปรุงจากแนวทางปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อมือของโรงพยาบาล ซึ่งกำหนดโดยคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อมือในโรงพยาบาล ประจำปี พ.ศ. 2561 ประกอบด้วย แนวทางปฏิบัติของบุคลากรทุกตำแหน่ง โดยพัฒนาให้ทันสมัยและเหมาะสมกับบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ สรุปเป็นกระบวนการและกิจกรรมการปฏิบัติในแต่ละหมวดกิจกรรม 7 หมวด ได้แก่ 1) การแยกผู้ป่วย-แยกของใช้ 2) การทำความสะอาดมือ 3) การสื่อสารข้อมูล 4) การทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย 5) การใช้อุปกรณ์



ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล 6) การให้คำแนะนำ และ 7) การจัดการสิ่งแวดล้อม เข้าถึงได้ง่ายจากเดิม จัดเก็บไว้ในแฟ้มเอกสารเป็นจัดทำเป็นเอกสาร อิเล็กทรอนิกส์แทน

1.2 การให้ความรู้ เดิมมีการปฐมนิเทศพยาบาลวิชาชีพพบใหม่ทุกรายและมีการฟื้นฟูความรู้ในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลปีละครั้ง ปรับเปลี่ยนเป็นการกำหนดหัวข้อในการบรรยายและจัดประชุมวิชาการทุก 3 เดือนและปฐมนิเทศพยาบาลวิชาชีพใหม่ทุกรายโดยพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ ทบทวนความรู้ขณะรับและส่งเวรทุกวันอย่างน้อย 5 - 10 นาทีตามประเด็นที่พบจากการปฏิบัติงาน โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ ประจำหอผู้ป่วย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในที่ประชุมและทางไลน์กลุ่ม สาธิตและสาธิตย้อนกลับการทำมาสะอาดมือและการใส่-ถอดอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลโดยพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยทุกสัปดาห์ สลับหมุนเวียนกัน จัดทำโปสเตอร์เดือนเป็น One page โดยพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเปลี่ยนหัวข้อทุกเดือน

1.3 การนิเทศ เดิมเน้นการนิเทศในเชิงบริหารจัดการ นิเทศตามปัญหาที่พบจากพนักงาน ไม่มีการกำหนดแผนการนิเทศและเป้าหมายที่ชัดเจน ปรับเปลี่ยนเป็นการกำหนดแผนการนิเทศที่ชัดเจน กำหนดเป้าหมายในการนิเทศจะนิเทศใคร เรื่องอะไร เมื่อไรบันทึกในแบบฟอร์มการนิเทศ ส่งคืนให้ผู้รับการนิเทศผ่านหัวหน้าหอผู้ป่วยทุกครั้งที่มีการนิเทศ นัดหมายการนิเทศครั้งต่อไปเพื่อติดตามประเมินผล เยี่ยมตรวจอย่างรวดเร็ว (Quick rounds) ก่อนส่งเวรในเวรเช้าทุกวัน โดยหัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าเวรหรือพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย เยี่ยมตรวจผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา (Patient rounds) เพื่อทบทวนความรู้ สิ่งปฏิบัติ ปัญหาในการปฏิบัติพนักงาน

และเสนอวิธีการแก้ปัญหาพร้อมกันหลังรับเวรในเวรเช้าทุกวันโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยและทีมพยาบาลประชุมรายกรณี (Case conference) ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาทุกหอผู้ป่วยเดือนละครั้งหมุนเวียนไปในหอผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัยโดยผู้วิจัยและพยาบาลควบคุมการติดเชื้อและให้คำแนะนำ คำปรึกษา (Advice and counseling) เมื่อผู้ปฏิบัติงานมีปัญหาต้องการความช่วยเหลือ โดยผู้วิจัย หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลควบคุมการติดเชื้อและพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย

1.4 การสนับสนุนอุปกรณ์และเครื่องมือจากเดิมหอผู้ป่วยบริหารจัดการในการจัดหาอุปกรณ์ เครื่องมือต่าง ๆ เอง ไม่มีการดำเนินการในภาพรวมทำให้การสื่อสารข้อมูลปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นไม่เพียงพอในการตัดสินใจของผู้บริหาร เมื่อมีการดำเนินการในภาพรวม ทำให้ผู้บริหารเห็นข้อมูลขนาดใหญ่ เห็นความสำคัญของปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้น ส่งผลให้มีการสนับสนุนอุปกรณ์และเครื่องมือให้เพียงพอ มีคุณภาพ ผู้ปฏิบัติงานให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา โดยอุปกรณ์และเครื่องมือที่ได้รับการสนับสนุน ได้แก่ ผ้าเช็ดมือ กระจกเช็ดมือ ผ้าคลุมพลาสติกชนิดใช้ครั้งเดียวทิ้ง เสื้อคลุมพลาสติกชนิดใช้ครั้งเดียวทิ้ง เครื่องวัดความดันลมในท่อช่วยหายใจ หูฟัง ผ้าพันแขนวัดความดันโลหิต และฉากพลาสติกใสกั้นระหว่างเตียง

2. ผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่พัฒนาขึ้น

2.1 ด้านพยาบาลวิชาชีพผู้ให้บริการ
2.1.1 ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ฯ เพิ่มขึ้นจาก 12.50 คะแนนเป็น 18.02 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ (n = 112)

| ความรู้ | Mean ± SD | ค่าเฉลี่ย ของผลต่าง (\bar{X}_{diff}) | ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานของ ผลต่าง (SD_{diff}) | เกณฑ์ตัวเลข = 0 | p-value |
|------------------------|--------------|--|--|--|---------|
| | | | | ช่วงเชื่อมั่น 95% ของค่าเฉลี่ยผลต่าง (95%CI for \bar{X}_{diff}) | |
| ก่อนการพัฒนา รูปแบบ | 12.50 ± 2.84 | | | | |
| หลังการพัฒนา รูปแบบ | 18.02 ± 1.41 | 5.52 | 2.89 | 4.98 – 6.06 | < .001 |

* กำหนดให้นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.1.2 การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื่อดื้อยา พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบฯ มีสัดส่วนการปฏิบัติถูกต้องเพิ่มขึ้นจาก 0.59 เป็น

0.70 หรือร้อยละ 59.0 เป็น 70.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

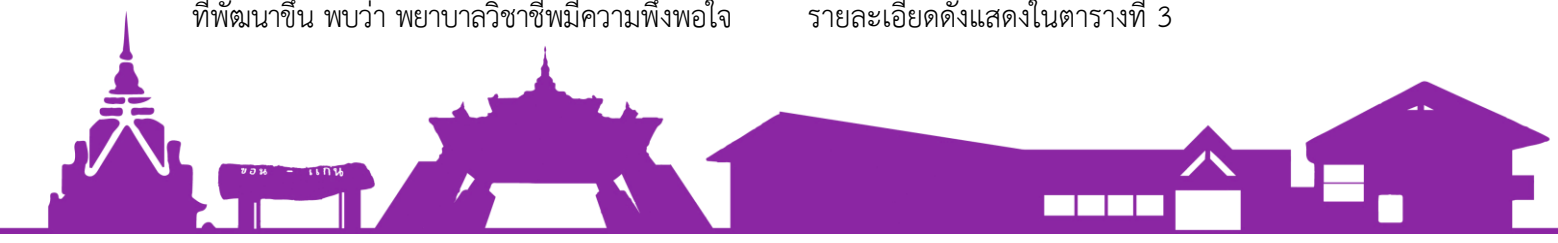
ตารางที่ 2 เปรียบเทียบสัดส่วนการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพตามแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื่อดื้อยา ระหว่างก่อนและหลังพัฒนารูปแบบฯ

| หมวดกิจกรรมการปฏิบัติ | จำนวนครั้งการปฏิบัติที่ถูกต้อง | | | | McNemar χ^2 | p-value |
|--|--------------------------------|----------------|----------------------|----------------|---------------------|---------|
| | ก่อนพัฒนา รูปแบบ* | ค่า สัดส่วน | หลังพัฒนา รูปแบบ* | ค่า สัดส่วน | | |
| การแยกผู้ป่วย-แยกของใช้ | 456/885 | 0.51 | 776/861 | 0.70 | 525.52 | < .001 |
| การทำความสะอาดมือ | 1446/2118 | 0.59 | 1925/2105 | 0.71 | 234.35 | < .001 |
| การสื่อสารข้อมูล | 810/1131 | 0.61 | 976/1077 | 0.70 | 67.84 | < .001 |
| การทำความสะอาด ร่างกายผู้ป่วย | 217/344 | 0.57 | 246/272 | 0.68 | 27.44 | < .001 |
| การใช้อุปกรณ์ป้องกัน ร่างกายส่วนบุคคล | 922/1284 | 0.62 | 935/1014 | 0.69 | 38.31 | < .001 |
| การให้คำแนะนำการปฏิบัติ | 326/611 | 0.52 | 593/625 | 0.73 | 218.77 | < .001 |
| การจัดการสิ่งแวดล้อม | 928/1190 | 0.65 | 979/1053 | 0.70 | 25.47 | < .001 |
| รวม | 5105/7563 | 0.59 | 6430/7007 | 0.70 | 705.45 | < .001 |

* ตัวเลขเศษ คือ จำนวนการปฏิบัติที่ถูกต้อง ตัวเลขส่วน คือ จำนวนครั้งการปฏิบัติทั้งหมด

2.1.3 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื่อดื้อยาที่พัฒนาขึ้น พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจ

ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 52.7 ช่วงเชื่อมั่น 95%CI อยู่ระหว่าง 48.14 ถึง 48.90 คะแนน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3



ตารางที่ 3 ระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อม้า (n= 112)

| ระดับความพึงพอใจ | จำนวน | ร้อยละ |
|------------------------------|-------|--------|
| ระดับมาก (49 คะแนน ขึ้นไป) | 59 | 52.7 |
| ระดับปานกลาง (46 - 48 คะแนน) | 44 | 39.3 |
| ระดับต่ำ (ต่ำกว่า 46 คะแนน) | 9 | 8.0 |

\bar{X} = 48.52, SD = 2.04, Max/Min = 52/43, ช่วงเชื่อมั่น 95%CI = 48.14 - 48.90

2.2 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อม้า

2.2.1 เปรียบเทียบสัดส่วนของอุบัติการณ์การติดเชื้อม้าและอัตราการเสียชีวิตระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติก่อนการพัฒนา รูปแบบพบว่า อุบัติการณ์การติดเชื้อม้าในโรงพยาบาล (HAI) ในกลุ่มที่ได้ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อม้าที่พัฒนาขึ้นเท่ากับ 0.11 และในกลุ่มที่ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อม้าตามปกติก่อนการพัฒนา รูปแบบ เท่ากับ 0.25 สรุปได้ว่า ผู้ป่วยติดเชื้อม้าที่ได้ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อม้าที่พัฒนาขึ้น มีอุบัติการณ์การติดเชื้อม้าในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มที่ปฏิบัติการดูแล

ผู้ป่วยติดเชื้อม้าตามปกติ 0.42 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อม้าในกลุ่มที่ได้ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อม้าที่พัฒนาขึ้น เท่ากับ 0.15 และกลุ่มที่ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อม้าตามปกติก่อนการพัฒนา รูปแบบฯ เท่ากับ 0.39 จึงสรุปได้ว่า ผู้ป่วยติดเชื้อม้าที่ได้ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อม้าที่พัฒนาขึ้น มีอัตราการเสียชีวิตน้อยกว่ากลุ่มที่ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อม้าตามปกติ 0.38 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบสัดส่วนของอุบัติการณ์การติดเชื้อม้าและอัตราการเสียชีวิต ระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบฯ และกลุ่มที่ดูแลตามปกติก่อนพัฒนา (n₁ = 75 และ n₂ = 75)

| ตัวแปรผลลัพธ์ | ตัวแปรปัจจัย | | RR | ช่วงเชื่อมั่น 95%CI for RR | p-value |
|-------------------------------------|--------------------|----------------|------|----------------------------|---------|
| | กลุ่มที่ใช้รูปแบบฯ | กลุ่มก่อนพัฒนา | | | |
| อุบัติการณ์ติดเชื้อม้า | | | | | |
| ติดเชื้อม้าในโรงพยาบาล (HAI) | 8 | 19 | 0.42 | 0.20 - 0.90 | .019 |
| ไม่ติดเชื้อม้าในโรงพยาบาล (Non HAI) | 67 | 56 | | | |
| อัตราการเสียชีวิต | | | | | |
| เสียชีวิต (Dead) | 11 | 29 | 0.38 | 0.20 - 0.70 | .001 |
| ดีขึ้น (Improve) | 64 | 46 | | | |



2.2.2 เปรียบเทียบสัดส่วนค่าใช้จ่ายยาต้านจุลชีพในการรักษาและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น และกลุ่มที่ดูแลตามปกติก่อนการพัฒนาแบบ พบว่า ค่าใช้จ่ายยาต้านจุลชีพในการรักษากลุ่มที่ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่พัฒนาขึ้นเฉลี่ย 2,042.27 บาท และกลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบฯ เฉลี่ย 3,955.44 บาท ซึ่งค่าใช้จ่ายยาต้านจุลชีพในการรักษาระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่พัฒนาขึ้น และกลุ่มที่ดูแล

ตามปกติก่อนการพัฒนาแบบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลกลุ่มที่ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่พัฒนาขึ้น เฉลี่ย 16.20 วัน และกลุ่มที่ดูแลตามปกติก่อนการพัฒนาแบบ เฉลี่ย 23.57 วัน ซึ่งจำนวนวันนอนโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่พัฒนาขึ้น และกลุ่มที่ดูแลตามปกติก่อนการพัฒนาแบบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบสัดส่วนค่าใช้จ่ายยาต้านจุลชีพในการรักษาและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบฯ และกลุ่มที่ดูแลตามปกติก่อนพัฒนารูปแบบ ($n_1 = 75$ และ $n_2 = 75$)

| ตัวแปร | กลุ่มที่ใช้รูปแบบฯ | | กลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบ | | χ^2 | p-value |
|----------------------------------|--------------------|-----------|----------------------|-----------|----------|---------|
| | (HAI) | (Non HAI) | (HAI) | (Non HAI) | | |
| ค่าใช้จ่ายยาต้านจุลชีพในการรักษา | | | | | | |
| ต่ำกว่า 1,000 บาท | 3 (4.0) | 31 (41.3) | 2 (2.7) | 14 (18.7) | 9.720 | .002 |
| 1,000 บาทขึ้นไป | 5 (6.7) | 36 (48.0) | 17 (22.7) | 42 (56.0) | | |
| จำนวนวันนอนโรงพยาบาล | | | | | | |
| ต่ำกว่า 15 วัน | 2 (2.7) | 42 (56.0) | 2 (2.77) | 21 (28.0) | 11.895 | .001 |
| 15 วันขึ้นไป | 6 (8.0) | 25 (33.3) | 35 (46.7) | 17 (22.7) | | |

อภิปรายผล

1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่พัฒนาโดยใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพ โดยความร่วมมือ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา การให้ความรู้ การนิเทศ และการสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องมือในการส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา โดยกิจกรรมทั้งหมดได้จากการระดมสมองจากทีมพัฒนา ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ ประจำหอผู้ป่วย นำไปทดลองใช้ ประเมินการเปลี่ยนแปลง ปรับปรุงให้เหมาะสมและนำสู่การปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิจิตย์

ทองแสน (2564) พบว่า รูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรพยาบาลตามแนวคิดการพัฒนาคุณภาพ โดยความร่วมมือ ประกอบด้วย การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ การทบทวนความรู้ การประเมินผล และให้ข้อมูลย้อนกลับ การกระตุ้นเตือน โดยใช้โปสเตอร์ การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล และอุปกรณ์การแพทย์และการรณรงค์การทำ ความสะอาดมือ สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภัสสร เดชศรี, นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล และ นงค์คราญ วิเศษกุล (2564) พบว่า กลยุทธ์หลากหลายวิธี ประกอบด้วย การอบรมให้ความรู้ การใช้โปสเตอร์เตือน การให้ข้อมูลย้อนกลับและการจัดทำกล่องบรรจุอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลเคลื่อนที่ได้ และสอดคล้องกับการศึกษา



ของวิไลลักษณ์ วงศ์จุลชาติ (2560) พบว่า กลวิธีหลากหลายประกอบด้วยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ อบรม IC Delivery การติดป้ายโปสเตอร์เตือนการจัดบอร์ด การประเมินผลและการให้ข้อมูลย้อนกลับ การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล และอุปกรณ์การแพทย์ การเพาะเชื้อในสิ่งแวดล้อม และการรณรงค์การทำความสะอาดมือ

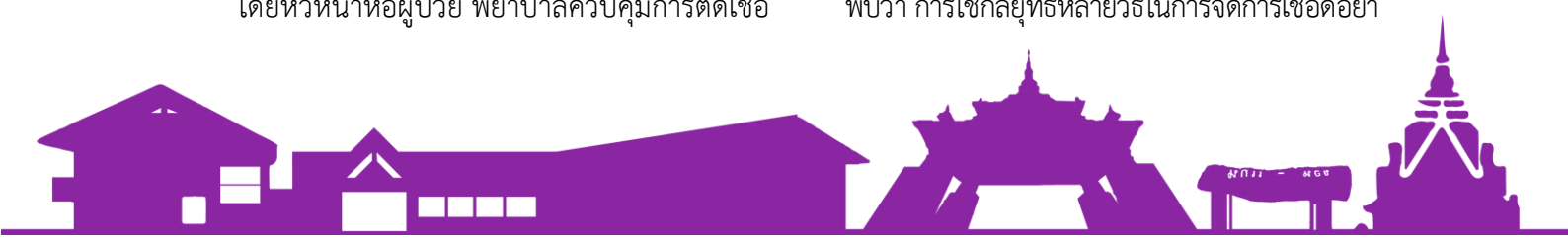
2. ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อต่อยา หลังพัฒนารูปแบบพบว่าคะแนนความรู้เฉลี่ยมากกว่าก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากการให้ความรู้ด้วยวิธีการบรรยาย ทบทวนขณะปฏิบัติงาน การสาธิตย้อนกลับ กำหนดเป้าหมายการเรียนรู้ร่วมกัน การนิเทศ การปฏิบัติ การติดโปสเตอร์เตือน การสังเกตและบันทึกในแบบบันทึกการสังเกต แสดงความคิดเห็น และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันสอดคล้องกับการศึกษาของนาตยา ปริกัมศีล, ศุภา เพ็งเลา และสมใจ สายสม (2561) พบว่า ความรู้ของบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักหลังได้รับโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียต่อยาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของประภัสสร เดชศรี, นงเยาว์ เกษตรภิบาล และนงศรัณยู วิเศษกุล (2564) พบว่า การอบรมให้ความรู้ การดูวีดิทัศน์ อภิปรายกลุ่ม การเตือนด้วยโปสเตอร์ การให้ข้อมูลย้อนกลับทำให้มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น

3. ผลการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อต่อยาหลังพัฒนารูปแบบมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติถูกต้องมากกว่าก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากแนวทางปฏิบัติที่ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติที่ทีมพัฒนาขึ้นตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ ทันสมัย เข้าถึงง่าย มีการสนับสนุนอุปกรณ์ เครื่องมือที่ส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวทางที่ครบถ้วน เพียงพอ มีการนิเทศ ติดตาม ประเมินผล โดยหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ

ประจำหอผู้ป่วยและพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ สอดคล้องกับการศึกษาของสมสมัย บุญส่อง, เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย และนุสรรา ประเสริฐศรี (2564) พบว่า การนิเทศเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาทักษะการปฏิบัติส่งผลให้พยาบาลปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียต่อยาถูกต้องสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของพรพิมล อรรถพรกุล และคณะ (2564) พบว่า หลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลส่วนใหญ่ปฏิบัติการป้องกันการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อต่อยาด้านจุลชีพได้ในระดับสูง และ สอดคล้องกับการศึกษาของนาตยา ปริกัมศีล, ศุภา เพ็งเลา และสมใจ สายสม (2561) พบว่า ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียต่อยาควบคุมพิเศษหลังได้รับโปรแกรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. พยาบาลวิชาชีพพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อต่อยาที่พัฒนาขึ้นในระดับมากเนื่องจากเป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยความร่วมมือของทีมพัฒนา เกิดจากการระดมสมอง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทดลองใช้ ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วย โดยมีผู้เชี่ยวชาญเป็นที่ปรึกษาและเมื่อนำไปใช้จริง พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เพิ่มขึ้น มีการปฏิบัติถูกต้องเพิ่มขึ้น ทำให้เห็นารูปแบบที่พัฒนาขึ้น สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง สอดคล้องกับการศึกษาของวิจิตย์ ทองแสน (2564) พบว่าบุคลากรเห็นด้วยกับรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ร้อยละ 100 เนื่องจากเป็นรูปแบบที่ช่วยให้บุคลากรมีส่วนร่วมและภายหลังใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น บุคลากรปฏิบัติถูกต้องเพิ่มขึ้น

5. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย หลังพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อต่อยา อุบัติการณ์การติดเชื้อต่อยาในโรงพยาบาลลดลง ค่าใช้จ่ายยาต้านจุลชีพที่ใช้ในการรักษาการติดเชื้อต่อยาลดลง อัตราการเสียชีวิตลดลงและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Abbata et al. (2019) พบว่า การใช้กลยุทธ์หลายวิธีในการจัดการเชื้อต่อยา



สามารถลดเชื้อดื้อยาและระยะเวลาอนในโรงพยาบาลได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลลักษณ์ วงศ์จุลชาติ (2560) พบว่า การใช้กลวิธีหลากหลายส่งผลให้ความชุกของเชื้อดื้อยาลดลง

สรุป การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา โดยแนวคิดการพัฒนาคุณภาพ โดยความร่วมมือของทีมพัฒนาทำให้ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล ได้แก่ แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่ตรงกับบทบาทหน้าที่ ทันสมัย เข้าถึงง่าย การให้ความรู้และทบทวนความรู้ตรงตามประเด็นปัญหาและความต้องการ การนิเทศที่มีแผนการนิเทศชัดเจน ติดตามประเมินผลต่อเนื่อง การมีอุปกรณ์ เครื่องมือที่ส่งเสริมการปฏิบัติงานที่เพียงพอ พร้อมใช้ ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เพิ่มขึ้น มีความมั่นใจในการปฏิบัติและปฏิบัติได้ถูกต้องเพิ่มขึ้น มีความพึงพอใจใน รูปแบบที่พัฒนาขึ้นในระดับมาก ส่งผลให้อุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลลดลง ค่าใช้จ่ายยาต้านจุลชีพที่ใช้ในการรักษาการติดเชื้อดื้อยาลดลงและอัตราการเสียชีวิตลดลง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้

1.1 ควรนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาอย่างต่อเนื่อง ทั้งองค์กรและขยายผลนำไปใช้ในโรงพยาบาลอื่น ๆ

1.2 ควรมีการประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาอย่างต่อเนื่อง

1.3 ควรมีการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ไปใช้ในการวางแผนพัฒนาคุณภาพองค์กรพยาบาลทั้งการพัฒนาคุณภาพการบริการและวิชาการ

1.4 ควรมีการเผยแพร่ผลงานการพัฒนาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาและผลของการใช้รูปแบบเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับองค์กรต่าง ๆ

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

2.1 ศึกษาความยั่งยืนของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาและศึกษาผลของการใช้รูปแบบ

2.2 ศึกษาประสิทธิผลของการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาไปใช้

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *คู่มือการประเมินการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการในโรงพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด งานพิมพ์.

คณะกรรมการประสานและบูรณาการงานด้านการดื้อยาต้านจุลชีพ. (2560). *แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564*. เข้าถึงได้จาก [http://www.fda.moph.go.th/sites/drug/Shared%20Documents/AMR%20\(1 พฤษภาคม 2565\)](http://www.fda.moph.go.th/sites/drug/Shared%20Documents/AMR%20(1%20พฤษภาคม%202565))

ชลทิศ บุญร่วม, อะเคื้อ อุณหเลขกะ และวันชัย เลิศวัฒนวิลาศ. (2560). ปัจจัยทำนายการปฏิบัติกำบังกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์. *พยาบาลสาร*, 47(2), 133-142.

ชูศรี วงศ์รัตน์นะ. (2553). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย*. (พิมพ์ครั้งที่ 12). กรุงเทพฯ: ฐานบัณฑิต.

นาตยา ปริกัมศีล, ศุภา เพ็งเลา และสมใจ สายสม. (2561). ผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาควบคุมพิเศษต่อความรู้และการปฏิบัติกรพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาควบคุมพิเศษของบุคลากรสุขภาพผู้ป่วยหนักในโรงพยาบาลโทธาราม. *วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล*, 3(2), 49-57.



- ประภัสสร เดชศรี, นางเยาว์ เกษตร์ภิบาล และ
นงศ์คราม วิเศษกุล. (2564). ผลของ
กลยุทธ์หลากหลายวิธีต่อความรู้และ
การปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจาย
เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานใน
โรงพยาบาล หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต
โรงพยาบาลศูนย์. *พยาบาลสาร*, 48(3),
154-166.
- พรพิมล อรรถพรกุล และคณะ. (2564). ผลลัพธ์
ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลใน
การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อดื้อยา
ต้านจุลชีพ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี.
วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท.,
3(3), 1-15.
- โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์. (2561).
*แนวทางปฏิบัติในการป้องกันและควบคุม
การแพร่กระจายเชื้อดื้อยา 2561*.
คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการ
ติดเชื้อในโรงพยาบาล โรงพยาบาลชุมพร
เขตรอุดมศักดิ์.
- โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์. (2564).
*รายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อใน
โรงพยาบาล 2562-2564*. คณะกรรมการ
ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน
โรงพยาบาล โรงพยาบาลชุมพรเขตร
อุดมศักดิ์.
- โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์. (2565).
*รายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
จุลชีววิทยา ตุลาคม 2564 - มีนาคม
2565*. งานจุลชีววิทยาคลินิก. โรงพยาบาล
ชุมพรเขตรอุดมศักดิ์.
- วิจิตย์ ทองแสน. (2564). การพัฒนารูปแบบการ
ส่งเสริมการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ
ดื้อยาของบุคลากรพยาบาล อำเภอโพธิ์
พิสัย จังหวัดหนองคาย. *วารสารการ
พยาบาล สุขภาพ และการศึกษา*, 4(1),
19-28.
- วิไลลักษณ์ วงศ์จุลชาติ. (2560). การใช้กลวิธี
หลากหลายเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตาม
แนวทางป้องกันและควบคุมการ
แพร่กระจายเชื้อดื้อยา ในโรงพยาบาล
วชิระภูเก็ต. *วารสารวิชาการแพทย์เขต
11*, 31(3), 411-456.
- วิชณุ ธรรมลิขิตกุล. (2560). *โครงการควบคุม
และป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพใน
ประเทศไทย. (2560). สำนักงานกองทุน
สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)*.
เข้าถึงได้จาก [https://kb.hsri.or.th/
dspace/bitstream/handle/11228/
4700/hs2339.pdf](https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/4700/hs2339.pdf). (6 พฤษภาคม 2565)
- สถาบันบำราศนราดูร. (2562). *การป้องกันการ
ติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล*.
(พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: อักษร
กราฟฟิกแอนดดีไซน์.
- สถาบันบำราศนราดูร. (2563). *คู่มือปฏิบัติการ
ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน
โรงพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ:
อักษรกราฟฟิกแอนดดีไซน์.
- สถาบันบำราศนราดูร. (2564). *การสำรวจการใช้
ยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลของ
ประเทศไทยโดยวิธี Point Prevalence
Survey พ.ศ. 2564*. นนทบุรี: สำนักงาน
พัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์
การแพทย์. (2564). *สถานการณ์ดื้อยา
ต้านจุลชีพปี 2020-2022*. เข้าถึงได้จาก
[http://narst.dmsc.moph.go.th/data/
AMR% 202000-2020-12M.pdf](http://narst.dmsc.moph.go.th/data/AMR%202000-2020-12M.pdf).
(6 พฤษภาคม 2565)



- สมถวิล อัมพรอารีกุล และสมรภัช ศิริเชตรกรรม. (2565). ผลของการใช้แนวทางปฏิบัติดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา สถาบันบำราศนราดูร. *วารสารสถาบันบำราศนราดูร*, 16(2), 60-71.
- สมสมัย บุญส่อง, เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย และ นุสรุา ประเสริฐศรี. (2564). การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยาในแผนกศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- อรุณ จิรวัดน์กุล. (2548). *ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น : ภาควิชาสถิติและประชากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อรุณ จิรวัดน์กุล. (2557). *สถิติในงานวิจัยเลือกใช้อย่างไรให้เหมาะสม*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์.
- อะเคื้อ อุนทলেখกะ, สุชาดา เหลืองอาภาพงศ์ และจิตตภากรณ์ จิตรีเชื้อ. (2557). การป้องกันการติดเชื้อดื้อยาในหออภิบาลผู้ป่วย *Prevention of Multidrug Resistant Organism Infections in Intensive Care Units*. (รายงานการวิจัย). เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อะเคื้อ อุนทলেখกะ. (2561). *แนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). เชียงใหม่ : บริษัทมิ่งเมืองนวัตน์ จำกัด (โรงพิมพ์มิ่งเมือง).
- อะเคื้อ อุนทলেখกะ. (2563). *การประยุกต์ใช้วิธีการพัฒนาคุณภาพโดยความร่วมมือในการป้องกันการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่*. (รายงานการวิจัย). เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Abbara S. et al. (2019). Impact of a multimodal strategy combining a new standard of care and restriction of carbapenems, fluoroquinolones and cephalosporins on antibiotic consumption and resistance of *Pseudomonas aeruginosa* in a French intensive care unit. *Int J Antimicrob Agents*, 53(4), 416-422.
- Bernard, R. (2000). *Fundamentals of biostatistics*. (5th ed). Duxbury: Thomson learning.
- Center for Disease Control and Prevention. (2017). *Management of multidrug-resistant organisms in healthcare settings, 2006*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/infection-control/pdf/guidelines/mdro-guidelines.pdf> (14 May 2022)
- English, KM. et al. (2018). Contact among healthcare workers in the hospital setting: Developing the evidence base for innovative approaches to infection control. *BMC Infection Disease*, 18(1), 184. DOI: 10.1186/s12879-018-3093-x
- Giraldi, G. et al. (2019). Healthcare-associated infections due to multidrug-resistant organisms: A surveillance study on extra hospital stay and direct costs. *Current Pharmaceutical Biotechnology*, 20(8), 643-652.



Hansen, S. et al. (2010). Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) in Europe: which infection control measures are taken. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 38(3), 159-164.

Institute for Healthcare Improvement. (2003). *The Breakthrough Series: IHI's Collaborative model for achieving breakthrough improvement*. Retrieved from <http://www.ihl.org/NR/rdonlyres> (2 May 2022)

Maslikowska, JA. et al. (2016). Impact of infection with extended-spectrum b-lactamase-producing *Escherichia coli* or *Klebsiella* species on outcome and hospitalization costs. *Journal of Hospital Infection*, 92(1), 33-41.

Naghavi M. (2022). Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis. *Lancet*, 399, 629–655. doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02724-0

Zhen, X. et al. (2020). Clinical and economic impact of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: A multicenter study in China. *Scientific Reports*, 10, 3900.



การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเครือข่าย อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

THE DEVELOPMENT OF MODEL ACCESS FOR EMERGENCY MEDICAL SERVICES IN STROKE PATIENTS BY NETWORKS, KANTHARALAK DISTRICT, SISAKET PROVINCE

บุญน้อม ไกรยา^{1,*}, นิญาพัชญ์ ศิระรัตนาวัตน์² และยุพาวดี แซ่เตีย³
Bunnom Kraiya^{1,*}, Niyaphat Sirarattanawat² and Yuphawadee Saetia³

Received : 19 August 2023, Received in revised form : 30 August 2023, Accepted : 25 September 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและพัฒนาการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเครือข่าย อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 65 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ให้ข้อมูลสำคัญคือ เครือข่ายชุมชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 70 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบบันทึกการประชุมเชิงปฏิบัติการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการจัดหมวดหมู่เนื้อหาและวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้รูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นำรูปแบบไปใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 40 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติอนุมาน ได้แก่ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.8 มีความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 69.2 มีทัศนคติเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 84.6 และมีความเชื่อเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 50.8 รูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเครือข่าย คือ KTL C2NFS Model ภายหลังจากทดลองใช้รูปแบบฯ พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เรื่องระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทัศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และความเชื่อเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value < .001) ซึ่งรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มประสิทธิภาพของการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเครือข่ายได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

คำสำคัญ: การพัฒนาแบบ, ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, โรคหลอดเลือดสมอง

¹⁻³ โรงพยาบาลกันทรลักษ์, ศรีสะเกษ 33110

¹⁻³ Kantharalak Hospital, Sisaket 33110

Corresponding author; E-mail: bunnomkriya@gmail.com*



ABSTRACT

This research and development objective is to study and develop a model for accessing the emergency medical service system for stroke patients through by network. Kantharalak District, Sisaket Province. The study was divided into 3 phases as follows: Phase 1 studied factors related to access to the emergency medical service system. The sample group is Patients in the group at risk for cardiovascular disease, totaling 65 people. Data was collected by questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics. Phase 2: Develop a model for accessing the emergency medical service system for stroke patients. The information is a community network of 70 people involved in access to emergency medical services for stroke patients. Data were collected by in-depth interviews and workshop recordings. Data were analyzed by content categorization and content analysis, and Phase 3 evaluated the use of the emergency medical service system access model for stroke patients, by applying the model to 40 patients with chronic diseases, who are at risk for stroke. Data were analyzed using inferential statistics, including Paired t-test.

The research results found that Most of the sample had a moderate level of knowledge about stroke, 73.8%, knowledge about the emergency medical service system was at a high level, 69.2 percent, attitudes about emergency medical services were at a fair level, 84.6%, and beliefs about emergency medical services were at a fair level, 50.8%. The Model for accessing the emergency medical service system for stroke patients by the network is the KTL C2NFS Model. After using the model was found that the average score of knowledge about stroke, Knowledge of emergency medical service systems, Attitudes about the emergency medical service system and Beliefs about the emergency medical service system was higher than before the experiment, statistically significant at the .05 level (p -value < .001). The developed model can increase the efficiency of access to the emergency medical service system for stroke patients by the network according to the set goals.

Keywords: Model development, Emergency medical service system, Stroke

บทนำ

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization) โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก มีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก 17 ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 6.5 ล้านคน (World Stroke Organization, 2022) สำหรับในประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุของโรคที่ก่อให้เกิดความสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควรสูงเป็นอันดับ 2 ทั้งในเพศหญิง

และเพศชาย (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2566) จากรายงานของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี 2562-2564 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 534,588 และ 645 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ เช่นเดียวกับอัตราการตายที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพบอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมอง ปี พ.ศ.



2562-2564 เท่ากับ 52.97, 52.80 และ 55.53 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์ และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2565) โรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการตายมากกว่าโรคเบาหวานและโรคหัวใจขาดเลือด 1.5-2 เท่า แสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นภัยที่กำลังคุกคามประชากรทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย นอกจากนี้โรคหลอดเลือดสมองจะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ แล้วยังเป็นโรคที่สามารถเกิดได้กับประชากรทุกคนและทุกวัย อีกทั้งผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจะได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมแล้ว ในผู้ป่วยบางรายเกิดความพิการกลายเป็นภาระให้กับคนในครอบครัว สูญเสียรายได้จากการไม่ได้ทำงานของผู้ป่วย ญาติพี่น้อง ครอบครัวต้องมาดูแล บางรายอาจต้องได้จ้างคนมาดูแล รวมถึงค่ารักษาพยาบาล เพราะค่าใช้จ่ายที่ใช้รักษาในระยะยาว ทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งส่วนตัว ครอบครัว และประเทศชาติ จึงเป็นปัญหาที่ทุกคนควรตระหนักและร่วมกันดูแลป้องกัน

โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะที่สมองขาดเลือดไปหล่อเลี้ยงทำให้สมองหยุดทำงานเฉียบพลันส่งผลให้เซลล์สมองตายในที่สุด ทำให้เกิดอาการชาที่ใบหน้า ปากเบี้ยว พุดไม่ชัด แขนขาข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรงเคลื่อนไหวไม่ได้หรือเคลื่อนไหวลำบากอย่างทันทีทันใดเป็นนาทีหรือเป็นชั่วโมง โรคหลอดเลือดสมองสามารถจำแนกเป็น 2 ประเภทตามลักษณะที่เกิด คือ โรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน (Ischemic stroke) และโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2554) ปัจจุบันวิธีการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้พัฒนาไปอย่างต่อเนื่อง วิธีที่ได้รับการยอมรับในปัจจุบันวิธีหนึ่งคือการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ซึ่งมีข้อจำกัดในการดำเนินการที่สำคัญคือ ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนถึงการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ

ภายใน 4.5 ชั่วโมงแรก (ไพรวลัย พรมที และคณะ, 2564) ดังนั้นเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจึงมีความสำคัญมากในการประเมิน ซึ่งจะช่วยให้ทราบเวลาเริ่มมีอาการ (Stroke Onset) ที่ชัดเจนเพื่อพิจารณาเข้าสู่ระบบทางด่วนพิเศษในโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke fast track) เพื่อไม่ให้เกิดความสูญเสียเปล่าที่จะทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสในการรักษาที่ดีที่สุด ดังนั้นการจัดการให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพและเข้าถึงระบบการดูแลอย่างรวดเร็วและปลอดภัยจึงเป็นผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วยอย่างแน่นอน โดยในส่วนของ การเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินได้จัดให้มีงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ต่าง ๆ คือ การออกให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในภาวะเร่งด่วนให้ได้รับการรักษา การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจึงมีความสำคัญต่อการเข้ารับบริการของผู้ป่วยฉุกเฉิน นอกจากจะทำให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างทันท่วงที (นันทวรรณ ทิพนบุตร, 2559)

โรงพยาบาลกันทรลักษ์ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 200 เตียง สถิติผู้ป่วย Stroke fast track ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลกันทรลักษ์ จากข้อมูลรายงานของงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลกันทรลักษ์ย้อนหลัง 3 ปี พ.ศ. 2563-2565 พบอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ต่อแสนประชากร เท่ากับ 71.5, 84.0 และ 68.5 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ส่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าระบบ Stroke fast track ได้รับการส่งต่อทันเวลาภายใน 60 นาที ร้อยละ 53.83, 57.39 และ 52.55 ตามลำดับ และได้รับยา rt-PA ภายใน 4.5 ชั่วโมงร้อยละ 26.57, 19.52 และ 21.89 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดที่มาด้วยระบบ EMS ร้อยละ 22.12, 22.94 และ 23.23 ตามลำดับ ซึ่งยังน้อยมากและอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 0.85, 0.96 และ 1.30 ตามลำดับ (โรงพยาบาลกันทรลักษ์, 2565) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่า



ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองถ้ามารับบริการได้รวดเร็วและทันเวลา ก็จะสามารถส่งต่อผู้ป่วยได้รับยา rt-PA ภายใน 4.5 ชั่วโมง ที่มาโรงพยาบาลได้ทันเวลา และจากข้อมูลผู้ป่วยที่มาเร็วและทันเวลาคือ มีญาตินำส่งเป็นส่วนใหญ่ ส่วนข้อมูลผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการไม่ทันเวลา เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีญาติหรือไม่มีรถนำส่ง และยังไม่ทราบระบบช่องทางด่วน 1669 ด้วยระบบ EMS ซึ่งพบว่ายังอยู่ต่ำกว่าที่เกณฑ์กำหนด และถือเป็นปัญหาในการเข้าถึงระบบบริการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความสำคัญต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงมีการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในอำเภอกันทรลักษ์ขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีอาการทางโรคหลอดเลือดสมองได้เข้าถึงระบบบริการได้อย่างรวดเร็ว ทันเวลาในการรักษา ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดความพิการหรือเสียชีวิต พัฒนาระบบการให้บริการและกระบวนการดูแลรักษาให้มีมาตรฐาน เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาและพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเครือข่ายอำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ระยะที่ 1 เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวกับการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

ระยะที่ 2 เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเครือข่าย อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

ระยะที่ 3 เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเครือข่าย อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) เพื่อศึกษาและพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเครือข่ายอำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือนมกราคม-สิงหาคม พ.ศ. 2566 โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวกับการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1) ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลกันทรลักษ์และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอกันทรลักษ์ และได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด CVD Risk score 3, 4 และ 5 จำนวน 87 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2566)

2) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด CVD Risk score 3, 4 และ 5 ที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลกันทรลักษ์ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอกันทรลักษ์ จำนวน 65 คน โดยการคำนวณหาขนาดตัวอย่างใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนของประชากร กรณีที่ทราบจำนวนประชากร ดังนี้

$$n = \frac{NZ^2\alpha/2 P(1-P)}{e^2 (N-1) + Z^2\alpha/2 P(1-P)}$$
$$n = \frac{87 (1.96)^2 \times 0.21 \times (1-0.21)}{(0.05)^2 \times (87-1) + (1.96)^2 \times 0.21(1-0.21)}$$
$$n = 65.011 \approx 65 \text{ คน}$$

เมื่อ

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
N = จำนวนประชากร คือ กลุ่มเสี่ยง CVD Risk Score 3,4,5 จำนวน 87 คน
e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ (ความแตกต่างของ



ค่าสัดส่วนในประชากรและค่าที่ประมาณ
กำหนดที่ 5% ค่า $e = 0.05$)

$Z =$ ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น 1.96
เมื่อกำหนดความเชื่อมั่นที่ 95%

$P =$ สัดส่วนของอุบัติการณ์ของโรค
หลอดเลือดสมอง เท่ากับ 0.21

จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่าง โดยใช้ทฤษฎี
ความน่าจะเป็น (Probability sampling) สุ่มตัวอย่าง
ด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random
sampling) โดยการสุ่มตัวอย่างแบบไม่คืนที่ และ
ทำการจับฉลาก

3) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ
แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จากการทบทวน
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผ่านการตรวจสอบ
ความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity)
โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน มีค่า IOC เท่ากับ
0.67-1 และผ่านการนำไปทดลองใช้กับประชากร
กลุ่มเสี่ยงในพื้นที่อำเภอใกล้เคียง จำนวน 30 คน
มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.7 ขึ้นไป
แบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทางประชากร
ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติ
โรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่ม
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใช้โทรศัพท์ ยานพาหนะ
ในครอบครัว การรู้จักระบบบริการการแพทย์
ฉุกเฉิน หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน
ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล และระยะเวลา
ในการเดินทางไปโรงพยาบาล จำนวน 13 ข้อ
ลักษณะข้อคำถามแบบเลือกคำตอบ จำนวน 10
ข้อ และแบบเติมตัวเลข จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวกับการเข้าถึง
ระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับ
โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 23 ข้อ ความรู้
เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน
12 ข้อ มีคำตอบให้เลือกตอบได้สองตัวเลือก คือ
“ใช่” กับ “ไม่ใช่” มีข้อคำถามที่เป็นทั้งเชิงบวก
และเชิงลบ โดยข้อคำถามเชิงบวกถ้าตอบว่า

“ใช่” จะได้ 1 คะแนน และถ้าตอบว่า “ไม่ใช่”
จะได้ 0 คะแนน และข้อคำถามเชิงลบ ถ้าตอบว่า
“ใช่” จะได้ 0 คะแนน และถ้าตอบว่า “ไม่ใช่”
จะได้ 1 คะแนน จากนั้นจัดกลุ่มคะแนนระดับ
ความรู้ โดยแบ่งกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ แบ่งออกเป็น
3 กลุ่ม คือ 1) ความรู้ระดับต่ำคะแนน น้อยกว่า
60 % 2) ความรู้ระดับปานกลาง คะแนน 60 - 80%
3) ความรู้ระดับสูง คะแนนมากกว่า 80% ทศคนติ
เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 5
ข้อ และความเชื่อเกี่ยวกับการบริการการแพทย์
ฉุกเฉิน จำนวน 5 ข้อ ลักษณะ มีข้อคำถามที่เป็น
ทั้งเชิงบวกและเชิงลบ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้
ข้อคำถามเชิงบวกตอบว่า “น้อยที่สุด” ให้ 1
คะแนน ตอบว่า “น้อย” ให้ 2 คะแนน ตอบว่า
“ปานกลาง” ให้ 3 คะแนน ตอบว่า “มาก” ให้ 4
คะแนน และตอบว่า “มากที่สุด” ให้ 5 คะแนน
และข้อคำถามเชิงลบตอบว่า “น้อยที่สุด” ให้ 5
คะแนน ตอบว่า “น้อย” ให้ 4 คะแนน ตอบว่า
“ปานกลาง” ให้ 3 คะแนน ตอบว่า “มาก” ให้ 2
คะแนน และตอบว่า “มากที่สุด” ให้ 1 คะแนน
จากนั้นจัดกลุ่มคะแนนเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์
แบ่งกลุ่มของเบสท์ (Best, 1997)

4) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้
สถิติเชิงพรรณนาใช้ในการอธิบายคุณลักษณะ
ของตัวแปร ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเข้าถึง
ระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองโดยเครือข่าย

1) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ เครือข่ายชุมชน
ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับการเข้าถึงระบบบริการ
การแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
จำนวน 70 คน ดังนี้ 1) ผู้รับผิดชอบงานบริการ
การแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาลกันทรลักษ์ 4 คน
2) ผู้รับผิดชอบงานหรือผู้แทนหน่วยกู้ชีพฉุกเฉิน
ขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขตอำเภอกันทร
ลักษ์ 20 คน 3) ผู้แทนหน่วยกู้ชีพฉุกเฉินในเขต
เทศบาลเมืองกันทรลักษ์ 5 คน 4) ผู้รับผิดชอบ



งานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลกันทรลักษ์ 1 คน 5) หัวหน้ากลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลกันทรลักษ์ 1 คน 6) พยาบาลวิชาชีพ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอกันทรลักษ์ จำนวน 34 คน และ 7) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 5 คน

2) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกในการประชุมเชิงปฏิบัติการ และแบบบันทึกรายงานการประชุม

3) การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ตามประเด็นคำตอบจากผู้ให้ข้อมูล นำข้อมูลที่ได้มาจัดหมวดหมู่เนื้อหา และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเครือข่าย

1) กลุ่มเป้าหมายในการประเมินผลการใช้รูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้นำรูปแบบไปใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการ ณ คลินิกโรคเรื้อรังของศูนย์บริการสุขภาพน้ำอ้อม (PCC น้ำอ้อม) จำนวน 40 คน

2) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย โปรแกรมการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเครือข่ายที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นชุดเดียวกับในระยะที่ 1

3) การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการเปรียบเทียบผลต่างค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองของความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และความเชื่อเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยใช้สถิติ Pair t-test

ข้อพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2023-060

สรุปผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวกับการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

1.1 คุณลักษณะทางประชากร พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.9 เพศชาย ร้อยละ 43.1 มีอายุเฉลี่ย 63.45 ปี ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 87.7 อาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 49.2 ประวัติการมีโรคประจำตัว เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 61.5 โรคเบาหวาน ร้อยละ 53.8 และไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 21.5 ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 64.6 เคยดื่มแต่ปัจจุบันเลิกดื่มแล้ว ร้อยละ 41.5 ส่วนใหญ่มีโทรศัพท์ ร้อยละ 90.8 และใช้โทรศัพท์ประจำ ร้อยละ 86.2 ในครอบครัวส่วนใหญ่มีพาหนะใช้ ร้อยละ 86.2 เป็นรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 64.6 รถยนต์ ร้อยละ 35.4 ส่วนใหญ่รู้จักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 69.2 และรับรู้ว่ามีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน ร้อยละ 53.8 ระยะทางในการเดินทางมาโรงพยาบาลเฉลี่ย 17.40 กิโลเมตร ใช้ระยะเวลาในการเดินทางเฉลี่ย 28.85 นาที

1.2 ปัจจัยที่เกี่ยวกับการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.8 มีความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 69.2 มีทัศนคติเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 84.6 และมีความเชื่อเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 50.8 รายละเอียดดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ (n = 65)

| ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-------|--------|
| ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง | | |
| ระดับต่ำ (คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60) | 2 | 3.1 |
| ระดับปานกลาง (คะแนนระหว่าง ร้อยละ 60-79) | 48 | 73.8 |
| ระดับสูง (คะแนนตั้งแต่ ร้อยละ 80 ขึ้นไป) | 15 | 23.1 |
| Mean = 17.23, SD = 1.76, Max/Min 21/13, ช่วงเชื่อมั่น 95%CI = 16.79 - 17.67 | | |
| ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน | | |
| ระดับต่ำ (คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60) | 4 | 6.2 |
| ระดับปานกลาง (คะแนนระหว่าง ร้อยละ 60-79) | 16 | 24.6 |
| ระดับสูง (คะแนนตั้งแต่ ร้อยละ 80 ขึ้นไป) | 45 | 69.2 |
| Mean = 10.05, SD = 1.71, Max/Min 12/4, ช่วงเชื่อมั่น 95%CI = 9.80 - 10.30 | | |
| ทัศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน | | |
| ระดับทัศนคติไม่ดี (คะแนน 1.00 - 2.33) | 10 | 15.4 |
| ระดับทัศนคติพอใช้ (คะแนน 2.34 - 3.66) | 55 | 84.6 |
| ระดับทัศนคติดี (คะแนน 3.67 - 5.00) | 0 | 0 |
| Mean = 2.83, SD = 0.52, Max/Min 3.6/1.0, ช่วงเชื่อมั่น 95%CI = 2.70 - 2.96 | | |
| ความเชื่อเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน | | |
| ระดับความเชื่อไม่ดี (คะแนน 1.00 - 2.33) | 1 | 1.5 |
| ระดับความเชื่อพอใช้ (คะแนน 2.34 - 3.66) | 33 | 50.8 |
| ระดับความเชื่อดี (คะแนน 3.67 - 5.00) | 31 | 47.7 |
| Mean = 3.71, SD = 0.70, Max/Min 5.0/2.2, ช่วงเชื่อมั่น 95%CI = 3.54 - 3.88 | | |

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเครือข่าย อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

2.1 จากการศึกษาปัจจัยการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผลที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการระดมสมอง การสัมภาษณ์เชิงลึก และออกแบบกิจกรรมในการพัฒนารูปแบบผ่านกระบวนการ PDCA ของ M.Edwards Deming 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน (Planning) 2) การนำไปใช้ (Do) 3) การประเมินผล (Check) และ 4) การปรับปรุงและนำไปใช้ (Act)

2.2 รูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเครือข่าย อำเภอกันทรลักษ์ คือ KTL C2NFS Model ดังนี้

- 1) Knowledge การส่งเสริมให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองแก่ประชาชนทั่วไป ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง
- 2) Teamwork การทำงานเป็นทีมที่เข้มแข็งของสหวิชาชีพในการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง ให้เกิดการดำเนินงานที่รวดเร็ว ทันเวลา
- 3) Learning การเรียนรู้การทำงานร่วมกัน มีการถอดบทเรียนเกี่ยวกับการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อปรับปรุงแก้ไข



4) Coverage มีหน่วยปฏิบัติการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ความครอบคลุมในพื้นที่ทั้งอำเภอ ครอบคลุมทุกตำบล และเพียงพอกับการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

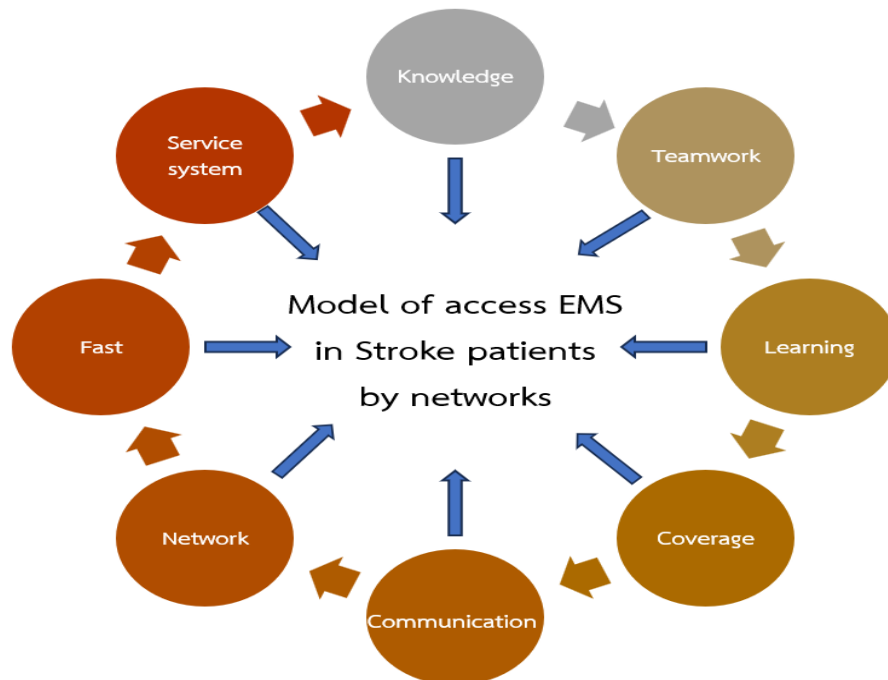
5) Communication การสื่อสารประชาสัมพันธ์ ให้ประชาชนรับทราบและเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หรือ 1669

6) Network เครือข่ายมีส่วนร่วมในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งจากภาครัฐ ภาคท้องถิ่น และภาคเอกชน ในการสนับสนุน เช่น รถที่มีความพร้อม อุปกรณ์ช่วยเหลือที่ทันสมัย

และครบถ้วน และพัฒนาบุคลากรให้มีศักยภาพในการปฏิบัติงาน

7) Fast การให้บริการที่รวดเร็วทันเวลา และปลอดภัย ผู้ป่วยได้รับยา rt-PA ภายในเวลาที่กำหนด ลดการเสียชีวิต ลดความพิการจากโรคหลอดเลือดสมอง

8) Service system การให้บริการเป็นระบบตั้งแต่เริ่มรับแจ้งเหตุไป การรับส่งต่อผู้ป่วย การให้การรักษายาบาล ณ สถานพยาบาล ตลอดจนถึงการรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลระดับต่อไป ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



ภาพที่ 1 รูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเครือข่าย KTL C2NFS Model ที่ได้จากการศึกษาของผู้วิจัย

ระยะที่ 3 การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเครือข่ายอำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

3.1 การทดลองใช้รูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเครือข่าย โดยการเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรค

หลอดเลือดสมอง ความรู้เรื่องระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และความเชื่อเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เรื่องระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และความเชื่อเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หลังการทดลองสูงกว่า



ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p -value < .001) โดยพบว่า ด้านความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองและก่อนการทดลอง 2.20 คะแนน ด้านความรู้เรื่องระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองและก่อนการทดลอง 1.375 คะแนน ด้านทัศนคติเกี่ยวกับ

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองและก่อนการทดลอง 1.265 คะแนน และด้านความเชื่อเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองและก่อนการทดลอง 0.610 คะแนน รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เรื่องระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทัศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และความเชื่อเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ระหว่างก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ (n = 40)

| ตัวแปร | ก่อน | หลัง | ค่าเฉลี่ยของผลต่าง (\bar{X}_{diff}) | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่าง (SD_{diff}) | เกณฑ์ตัวเลข = 0 | |
|---|--------------|--------------|---|---|---|---------|
| | Mean (SD) | Mean (SD) | | | ช่วงเชื่อมั่น 95% ของผลต่าง (95%CI for \bar{X}_{diff}) | p-value |
| ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง | 16.75 (1.77) | 18.95 (1.79) | 2.20 | 1.62 | 1.68 - 2.72 | < .001 |
| ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน | 8.72 (1.21) | 10.10 (.92) | 1.37 | 1.16 | 1.00 - 1.74 | < .001 |
| ทัศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน | 2.74 (.57) | 4.01 (.43) | 1.26 | 0.72 | 1.03 - 1.49 | < .001 |
| ความเชื่อเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน | 3.57 (.69) | 4.18 (.39) | 0.61 | 0.57 | 0.43 - 0.79 | < .001 |

อภิปรายผล

1. ปัจจัยที่เกี่ยวกับการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.8 สอดคล้องกับเบญจมาศ มาสิงบุญ ได้พัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอณาแก จังหวัดนครพนม พบว่า กลุ่มผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง (เบญจมาศ มาสิงบุญ, 2566) ด้านความรู้เกี่ยวกับระบบ

บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 69.2 ด้านทัศนคติเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 84.6 และด้านความเชื่อเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ส่วนใหญ่มีความเชื่ออยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 50.8 สอดคล้องกับการศึกษาของตรึงตรา โพธิ์อำมาตย์ ได้ศึกษาและพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่



มีทัศนคติและความเชื่อเกี่ยวกับการบริการ การแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับพอใช้ (ตรึงตรา โพธิ์อำมาตย์, 2562)

2. การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบ บริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองโดยเครือข่าย อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ผ่านกระบวนการ PDCA ของ M. Edwards Deming 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน (Planning) 2) การนำไปใช้ (Do) 3) การประเมินผล (Check) และ 4) การปรับปรุงและนำไปใช้ (Act) มีการวิเคราะห์ ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหา หาสาเหตุ แนวทางการแก้ไข จากนั้นก็นำมาวางแผนในการ แก้ไขปัญหากับระบบเดิมที่มีอยู่ นำไปทดลอง ปฏิบัติ และประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบ และนำรูปแบบที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ ก่อนนำรูปแบบไปใช้งานจริง ซึ่งรูปแบบการเข้าถึง ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองโดยเครือข่าย อำเภอกันทรลักษ์ นั้น ได้มาจากผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับระบบการเข้าถึง การบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาคเอกชน ท้องถิ่นและภาคประชาชน ซึ่งรูปแบบการพัฒนา ที่ช่วยกันระดมความคิดตามกระบวนการ PDCA 4 ขั้นตอนจนได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมกับ บริบทของพื้นที่อำเภอกันทรลักษ์ ซึ่งสอดคล้อง กับรกฎ จันทรพลงาม ที่ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินตำบลหัวถนน อำเภอนางรอง ในการทำให้ประชาชนได้มีส่วนร่วม และมีการรับรู้การดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉิน มากขึ้นโดยมีปัจจัยแห่งความสำเร็จ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ผู้นำชุมชนให้ความร่วมมือ ประชาชน สนใจเข้าร่วมกิจกรรม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้ความสำคัญสนับสนุนงบประมาณและเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขและผู้รับผิดชอบงานด้านการแพทย์ ฉุกเฉินคอยติดตามให้กำลังใจทำให้เกิดการสร้าง เครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ (รกฎ จันทรพลงาม, 2558)

3. ผลการทดลองใช้รูปแบบการเข้าถึง ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองโดยเครือข่าย อำเภอกันทรลักษ์ พบว่า คະแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคหลอดเลือด สมอง ความรู้เรื่องระบบบริการการแพทย์ ฉุกเฉิน ทัศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ ฉุกเฉิน และความเชื่อเกี่ยวกับระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการ ทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับผลการศึกษาของกชพรรณ ศรีท้วม ได้ศึกษารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ มีทักษะสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง (กชพรรณ ศรีท้วม, 2561) และสอดคล้องกับอังคาร ปลัดบาง พบว่า ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนากิจกรรม การประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการเข้าถึง ระบบบริการ Stroke fast track ในผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่อง โรคหลอดเลือดสมองและความรู้เรื่องระบบ บริการการแพทย์ฉุกเฉิน หลังการทดลองใช้ โปรแกรมสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง (อังคาร ปลัดบาง, 2566) และสอดคล้องกับตรึงตรา โพธิ์อำมาตย์ พบว่า หลังการพัฒนาแบบการเข้าถึง บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง มีทัศนคติและความเชื่ออยู่ในระดับดี และมีคะแนนเฉลี่ยคะแนนสูงขึ้นกว่าก่อนการ ทดลอง (ตรึงตรา โพธิ์อำมาตย์, 2562)

จากการศึกษาครั้งนี้ จะเห็นได้ว่ารูปแบบ การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง ที่เกิดจากการมีส่วนร่วม ของเครือข่ายที่ได้ร่วมกันพัฒนารูปแบบการ เข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสม กับบริบทของพื้นที่ และเพียงพอต่อความต้องการ ของพื้นที่ โดยเน้นการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมองและความรู้เกี่ยวกับการเข้าถึง บริการการแพทย์ฉุกเฉิน หรือ 1669 และนอกจากนี้



ยังให้ความสำคัญกับการทำงานที่เป็นระบบ รวดเร็ว และทันเวลา ผลจากการพัฒนารูปแบบทำให้ได้นำรูปแบบมาใช้ได้จริงและมีคุณภาพ ทำให้ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการโรคหลอดเลือดสมองเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมากขึ้น และยังคงความพิการและเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ที่ใช้บริการผ่านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้รับการรักษาทันภายในเวลา และได้รับยา rt-PA ทันเวลาภายใน 4.5 ชั่วโมง และอีกปัจจัยความสำเร็จหนึ่งของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอำเภอกันทรลักษ์ คือ เครือข่ายมีส่วนร่วมในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งภาครัฐ ภาคท้องถิ่นและภาคเอกชนในการสนับสนุนรถที่มีความพร้อมมีอุปกรณ์ช่วยเหลือที่ทันสมัยและครบถ้วน และส่งเสริมบุคลากรให้มีศักยภาพในการปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1.1 ควรมีการให้ความรู้แก่ประชาชนในเรื่องการโทรแจ้งเหตุผ่านหมายเลขโทรศัพท์ 1669 อย่างทั่วถึง และควรมีการทำนวัตกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชนได้เห็นความสำคัญของการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มโรคที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉิน

1.2 ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง มีความรอบรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองทั้งด้านปัจจัยเสี่ยง อาการสัญญาณเตือน การแจ้งขอความช่วยเหลือจาก 1669 และการดูแลเบื้องต้นก่อนส่งผู้ป่วยถึงโรงพยาบาล รวมทั้งการส่งต่อข้อมูลที่ได้จากการคัดกรองเพื่อเฝ้าระวัง โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงและเสี่ยงสูงอันตราย ให้กับหน่วยงานท้องถิ่น ได้รับทราบเพื่อร่วมกันดูแลและเฝ้าระวังผู้ป่วยในชุมชนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

1.3 ควรมีการพัฒนาสมรรถนะของผู้ให้บริการบรรเทาฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง เช่น ทักษะในการดูแลผู้ป่วยจุดเกิดเหตุ ทักษะการประสานงานระหว่างการส่งต่อ

1.4 ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้มีบริการรถ Mobile stroke Unit โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและให้การรักษาโรคสมองขาดเลือดได้อย่างรวดเร็ว รวมถึงการให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ในขณะที่นำผู้ป่วยจากจุดเกิดเหตุมาโรงพยาบาล

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาความพร้อมรับมือของเครือข่ายในบริการการแพทย์ฉุกเฉินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในด้านความรู้ความเข้าใจในภาวะฉุกเฉินและการติดต่อสื่อสาร

2.2 ควรพัฒนาการติดต่อสื่อสารในการแจ้งเหตุให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายในกรณีฉุกเฉินต่าง ๆ

2.3 ควรขยายระยะเวลาในการทดลองการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นให้นานกว่านี้

เอกสารอ้างอิง

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2565). *สรุปรายงานการป่วย ปี พ.ศ. 2564*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กชพรรณ ศรีท้วม. (2561). รูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตำบลบางระกำ อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก*, 5(3), 43-56.



- ตริงตรา โพธิ์อามาตร์. (2562). การพัฒนารูปแบบ การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตพื้นที่ ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด. (วิทยานิพนธ์ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัย มหาสารคาม.
- ธนภฤต จันท์พลนาม. (2558). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการ ดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินในเขตพื้นที่ ตำบลหัวถนน อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์. (ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ). บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัย มหาสารคาม.
- นันทวรรณ ทิพยเนตร และวชิร ชนะบุตร. (2559). ความรู้เรื่องความเสี่ยงและ อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง กรณีศึกษา โรงงานทอผ้าแห่งหนึ่งใน จังหวัดมหาสารคาม. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2554). โรคหลอดเลือด สมอง. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- เบญจมาศ มาสิงบุญ. (2566). การพัฒนารูปแบบ การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินใน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอนา แก จังหวัดนครพนม. *วารสารสุขภาพ และสิ่งแวดล้อม*, 8(1), 411-422.
- ประกายทิพย์ พรหมสูตร. (2564). การรับรู้และ ความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติต่อ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อำเภอ สระใคร จังหวัดหนองคาย. เข้าถึงจาก <http://www.sakhraihospital.com/attach/knowledge> (14 สิงหาคม 2566)
- ไพรวลัย พรหมที และคณะ. (2564). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับ ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) แผนกผู้ป่วย อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาล ขอนแก่น. *วารสารพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 39(1), 128-137.
- โรงพยาบาลกันทรลักษ์. (2565). รายงานของ ผู้รับบริการงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลกันทรลักษ์ ปี พ.ศ. 2565. ศรีสะเกษ.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่าง ประเทศ. (2566). รายงานภาระโรค และการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2562. นนทบุรี : บริษัท แฮนด์ เพรส.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2566). รายงานตัวชี้วัด NCD clinicPlus ปี 2566. เข้าถึงได้จาก https://ssk.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page_kpi.php?flag_kpi_level=&flag_kpi_year=2023 (24 กุมภาพันธ์ 2566)
- อังคาร ปลัดบาง และสุขวรรณ ชุดิวัตรพงศธร. (2566). ประสิทธิภาพของโปรแกรม พัฒนาทักษะการประเมินอาการโรค หลอดเลือดสมองของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการ เข้าถึงระบบบริการ Stroke fast track ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารโรงพยาบาลหนองคาย*. เข้าถึงได้จาก <https://www2.nkh.go.th/nkh/journal/article.php?id=30> (14 สิงหาคม 2566)
- World Stroke Organization (WTO). (2022). About World Stroke Day 2022. Retrieved from <https://www.world-stroke.org/world-stroke-day-campaign/world-stroke-day/world-stroke-day-2022-tools> (2023 Feb24)



ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุม โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

ASSOCIATION BETWEEN HEALTH LITERACY AND PREVENTING AND CONTROLLING
BEHAVIOR FOR COVID-19 PREVENTION AND CONTROL AMONG VILLAGE HEALTH
VOLUNTEERS IN MUEANG NAKHON RATCHASIMA DISTRICT,
NAKHON RATCHASIMA PROVINCE

วรัญญา หล่อพัฒนเกษม^{1,*} และธนิดา ชาติเสนะ²
Waranya Lorpattanakasem^{1,*} and Tanida Phatisena²

Received : 18 March 2023, Received in revised form : 20 August 2023, Accepted : 24 March 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 354 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติการทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และวิเคราะห์อำนาจในการทำนายด้วยสถิติการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจทักษะการจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ ทักษะการตัดสินใจ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ และทักษะการสื่อสาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .760, .756, .735, .714, .670$ และ $.420$, $p\text{-value} < .05$) ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ และสามารถอธิบายการทำนายกับพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคฯ ได้ร้อยละ 72.4 ($R^2 = .724$, $R^2\text{adj} = .721$, $B = 11.324$, $\text{Std. E} = .629$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, การป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19

¹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระฉูด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, นครราชสีมา 30000

² คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา, นครราชสีมา 30000

¹ Krachod Sub district Health Promoting Hospital, Nakhon Ratchasima 30000

² Faculty of Public Health Nakhon Ratchasima Rajabhat University, Nakhon Ratchasima 30000

Corresponding author; E-mail: tunyong.work@hotmail.com*



ABSTRACT

This cross-sectional analytical study to determine the association between health literacy and preventing and controlling behavior for covid-19 prevention and control among village health volunteers. The sample size consisted of 354 people who were village health volunteers in Mueang Nakhon Ratchasima district, Nakhon Ratchasima province. The research tool was a questionnaire, data were analyzed by statistical distribution of frequency, percentage, mean, and standard deviation, minimum and maximum values, Pearson product-moment correlation coefficients and stepwise multiple regression analysis, significance was at .05 level.

The results of the study showed that the factors that association between health literacy with the prevention and control behavior for Covid-19 among village health volunteers were cognitive skill, self-management skill, media literacy skill, decision skill, access skill and communication skill statistically significant ($r = .760, .756, .735, .714, .670$ and $.420, p\text{-value} < .05$). Factors that can collectively predict behavior in prevention and control behavior for Covid-19 include cognitive skill, self-management skill, media literacy skill and access skill, and can explain variations in the prevention and control behavior for Covid-19 was at 72.4 percent ($R^2 = .724, R^2_{adj} = .721, B = 11.324, Std. E = .629$) Statistically significant was at .05 level.

Keywords: Health literacy, Health behaviors, Prevention and control of COVID-19

บทนำ

โรคโคโรนาไวรัส 2019 (COVID 19) เป็นโรคติดต่อเกิดจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ เป็นตระกูลของไวรัสที่ก่อให้เกิดอาการป่วยตั้งแต่โรคไข้หวัดธรรมดาไปจนถึงโรคที่มีความรุนแรงมาก เช่น โรคระบบทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS-CoV) และโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARS-CoV) อาการแสดงของโรค เช่น มีไข้ ไอ เจ็บคอ ปวดเหนื่อยกล้ามเนื้อ หายใจลำบาก สูญเสียรับรสและกลิ่น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาการหรือมีอาการเพียงเล็กน้อย ในขณะที่บางรายอาจมีอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน (ARDS) ซึ่งเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ บางรายเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพในระยะยาว หลังจากป่วยด้วยโรคโควิด 19 อาจแสดงอาการอย่างน้อย 5 สัปดาห์หรือมากกว่า 12 สัปดาห์ โดยทั่วไปจะเรียกว่า กลุ่มอาการหลังโควิด 19 (Long COVID or Post-COVID 19 Syndrome)

(กรมควบคุมโรค, 2563) เมื่อวันที่ 26 พฤศจิกายน 2564 องค์การอนามัยโลกประกาศให้โรคโควิด 19 กลายพันธุ์ สายพันธุ์โอมิครอนเป็น "สายพันธุ์ที่น่ากังวล" พบจำนวนผู้ติดเชื้อโอมิครอนทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ภายใน 1 เดือน รวมทั้งพบผู้ติดเชื้อโอมิครอนในประเทศไทย ซึ่งประเทศไทยเป็นหนึ่งในเกือบ 90 ประเทศทั่วโลก ที่ยืนยันการพบผู้ติดเชื้อกลายพันธุ์ชนิดนี้ กระทรวงสาธารณสุขของไทยยืนยันการพบผู้ติดเชื้อโอมิครอนในไทยรายแรกเมื่อวันที่ 6 ธันวาคม 2564 ซึ่งผู้ติดเชื้อนั้นสัมผัสกับผู้เดินทางจากต่างประเทศ และอีกหนึ่งสัปดาห์ต่อมาพบรายงานผู้ติดเชื้อโอมิครอนเพิ่มเป็นหลักสิบ และรายงานล่าสุด ณ วันที่ 20 ธันวาคม 2564 พบเพิ่มอีก 52 ราย รวมเป็น 63 ราย อาการสำคัญ 5 ประการของผู้ติดเชื้อโอมิครอน ได้แก่ เจ็บคอ ปวดกล้ามเนื้อเล็กน้อย เหนื่อยมาก ไอแห้ง เหนื่ออกมากตอนกลางคืน



ทั้งนี้อาการดังกล่าวจะแสดงให้เห็นในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่ฉีดวัคซีนแล้ว แต่ถ้าในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่ไม่ได้ฉีดวัคซีนอาจมีอาการรุนแรงกว่านี้ได้ (สุรชัย โชคครรชิตไชย, 2564)

จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งเป็นเมืองประตูหน้าด่านสู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จึงได้รับผลกระทบการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เนื่องจากมีประชาชนเดินทางสัญจรอย่างหนาแน่น เดินทางกลับภูมิลำเนาในช่วงเทศกาลปีใหม่ จากการรายงานของสำนักป้องกันและควบคุมโรคติดต่อที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ยืนยันติดเชื้อสะสมรายใหม่ช่วงวันที่ 1 -31 มกราคม 2565 จำนวน 3,774 ราย ข้อมูล ณ วันที่ 31 มกราคม 2565 (ระลอก 3) ผู้ว่าราชการจังหวัดนครราชสีมา ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ได้กำหนดมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในเขตพื้นที่อย่างเคร่งครัดมากขึ้น เพื่อให้การดำเนินการตามมาตรการป้องกันความเสี่ยงจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของจังหวัดนครราชสีมาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงขอความร่วมมือให้ทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐและเอกชน ทำงานที่บ้านและงดจัดงานเลี้ยงสังสรรค์ ห้างสรรพสินค้า ร้านค้า งดจำหน่ายช่วงเวลา 22.00 – 05.00น. ให้ดำเนินการตามมาตรการดังกล่าวเคร่งครัด สำหรับประชาชนผู้ติดเชื้อหรือมีอาการให้แยกกักกันตัวเองจากสมาชิกในครอบครัว โดยให้อสม. และผู้นำชุมชนให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกให้กับประชาชนในพื้นที่ตนเองรับผิดชอบ

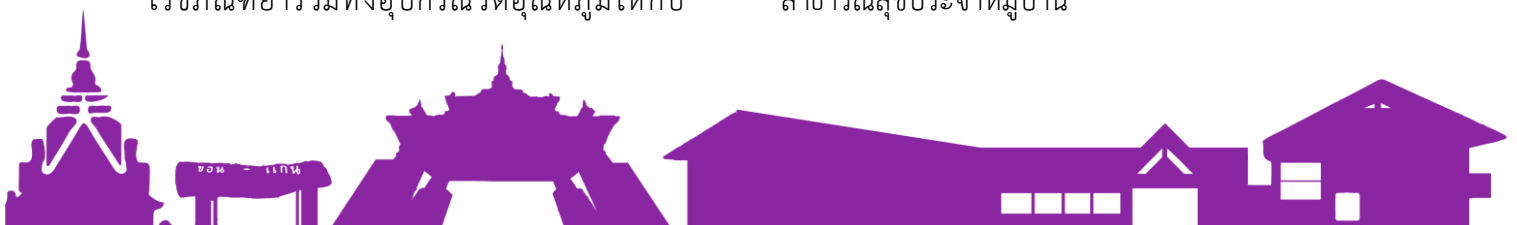
การดำเนินงานตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นกำลังหลักในการทำงานร่วมกับบุคลากรและเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุข ในการตรวจคัดกรองเชิงรุก รายงานข้อมูลทางระบาดวิทยา รับส่งอาหารและเวชภัณฑ์ยาพร้อมทั้งอุปกรณ์วัสดุอนามัยให้กับ

ผู้ป่วยในชุมชน กรณีผู้ติดเชื้อกักกันตนเอง ซึ่งเป็นบุคลากรด่านหน้าที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ อสม.ต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อมีพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคที่ถูกต้อง องค์การอนามัยโลก (WHO, 1998) ได้กล่าวไว้ว่า กระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคม ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคล จะเข้าถึงเข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมให้สุขภาพดี กองสุขาภิบาลกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2561) ได้กำหนดแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพไว้ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อ เพื่อติดตามความเคลื่อนไหวสถานการณ์ของโรคอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขและปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้เล็งเห็นปัญหาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อนำไปวางแผนและพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และหน่วยงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปพัฒนา ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน



2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมในการ ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3. เพื่อวิเคราะห์อำนาจในการทำนาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมในการ ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นรูปแบบการวิจัยเชิง วิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรม ในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน ในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัด นครราชสีมา จำนวน 354 คน เครื่องมือที่ใช้ใน การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม มีวิธีการ ศึกษา ดังนี้

1. การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขต อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 4,495 คน (กองสนับสนุนสุขภาพภาค ประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2564)

1.2 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มี รายชื่อขึ้นทะเบียนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 354 คน จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณ ค่าเฉลี่ย กรณีทราบจำนวนประชากร (เชษฐา งามจรัส, 2564) มีวิธีการคำนวณได้ ดังนี้

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

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 4,495 คน

$Z_{1-\frac{\alpha}{2}}$ = ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติที่ระดับ ความเชื่อมั่น 95% ($Z_{\alpha/2}^2$ หรือ $Z_{0.025} = 1.960$)

α = ความคลาดเคลื่อนในการประมาณ ค่าช่วงความเชื่อมั่น

σ = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปร ผลลัพธ์หลักที่ต้องการศึกษาในประชากรใน การศึกษานี้ใช้ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจากงานวิจัย เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลท่า อำเภอชนताल จังหวัดเชียงราย เท่ากับ 5.1 (พีรฉัตรย์ แจขจัด และทวิวรรณ ศรีสุขคำ, 2565)

d = ความคลาดเคลื่อนจากงานวิจัยที่ได้ จากการทบทวนวรรณกรรมของพีรฉัตรย์ แจขจัด และทวิวรรณ ศรีสุขคำ (2565) ผู้วิจัยยอมรับได้ ร้อยละ 10 เท่ากับ 0.51

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{(4,495)(5.1)^2(1.96^2)}{0.51^2(4,495 - 1) + (5.1)^2 1.96^2} = 354$$

ดังนั้น ขนาดของกลุ่มตัวอย่างต้องมีอย่างน้อย 354 คน

1.3 เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1.3.1 สามารถสื่อสาร และเข้าใจ ภาษาไทยได้ดี

1.3.2 มีความสมัครใจ และยินดีให้ ความร่วมมือในการวิจัย

1.3.3 เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน มีรายชื่อขึ้นทะเบียนสำนักงาน สาธารณสุขอำเภอเมืองนครราชสีมา



1.3.4 เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอายุไม่ต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ และอาศัยอยู่เป็นการประจำในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ประสงค์เป็น อสม. ไม่น้อยกว่า 6 เดือน

1.4 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1.4.1 มีภาวะเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุอย่างกะทันหัน ทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลได้

1.5 การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ จำนวน 354 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified randomization) จากจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน

2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยประยุกต์แบบสอบถามและนำเกณฑ์มาจาก กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2561) ที่ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ซึ่งประกอบไปด้วย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข และโรคประจำตัว จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง การตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อ แบ่งเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ตามแนวคิดของลิเกอ์ท (Likert scale)

ตอนที่ 2 ทักษะการสื่อสาร เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ เป็นแบบมาตรา

ส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ตามแนวคิดของลิเกอ์ท (Likert scale)

ตอนที่ 3 ทักษะการจัดการตนเอง ในเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ตามแนวคิดของลิเกอ์ท (Likert scale)

ตอนที่ 4 การตัดสินใจด้านสุขภาพ ในเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ตามแนวคิดของลิเกอ์ท (Likert scale)

ตอนที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อในเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ตามแนวคิดของลิเกอ์ท (Likert scale)

ส่วนที่ 3 ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 12 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว มี 3 ตัวเลือก ได้แก่ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ โดยลักษณะคำถามมีคำตอบที่ถูกเพียงคำตอบเดียวเท่านั้น ผู้ตอบแบบสอบถามจะเลือกตอบด้วยการตัดสินใจตอบเพียงข้อเดียว โดยตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 14 ข้อ โดยเป็นลักษณะคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ตามแนวการสร้างของลิเกอ์ท (Likert scale)

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม โดยผู้ทำวิจัยดำเนินการขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา แล้วนำส่งหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยไปยัง สำนักงาน



สาธารณสุขอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของแต่ละพื้นที่ในอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งในการแจกแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะแนบเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยเพื่อแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบก่อนเริ่มทำแบบสอบถามทุกครั้ง ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลตรงกับสภาพความเป็นจริงมากที่สุด

3.2 นัดหมายวัน เวลา และสถานที่ที่กับอาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อประสานขอความอนุเคราะห์ในการช่วยเหลือหรืออำนวยความสะดวกในการลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูล

3.3 ผู้วิจัยลงพื้นที่เพื่อดำเนินการรวบรวมเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยการแจกแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา และติดตามรับข้อมูลคืนด้วยตนเอง

3.4 รวบรวมและตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล โดยหากมีแบบสอบถามที่มีความไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลเพิ่มขึ้นอีก เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามจำนวนที่กำหนด

4. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดความคลาดเคลื่อนได้ไม่เกิน 5% หรือระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม R ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

4.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข และโรคประจำตัว ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

4.2 วิเคราะห์ระดับความรู้ด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยสถิติ

การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Correlation)

4.4 วิเคราะห์อำนาจในการทำนายของความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ด้วยวิธีการแบบ Stepwise Regression

5. การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับการพิจารณาการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา เลขที่ใบรับรอง HE-101-2564 ลงวันที่ 25 เดือนมีนาคม พ.ศ. 2564 ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ และใช้รหัสแทนตัวบุคคลในแบบบันทึกโดยไม่ระบุชื่อ จะนำข้อมูลไปใช้ในงานทางวิชาการเท่านั้น และจะสรุปผลเป็นภาพรวมไม่มีผลกระทบต่อใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัยจะทำลายข้อมูลทั้งหมด

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจากการสุ่มตัวอย่าง จำนวน 354 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.1 เพศชาย ร้อยละ 31.9 มีอายุเฉลี่ย 45.75 ปี ส่วนใหญ่อายุช่วง 40-49 ปี ร้อยละ 43.2 การศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 34.7 มีสถานภาพสมรส (คู่) ร้อยละ 65.7 อาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร ร้อยละ 48.6 รองลงมาคือ รับจ้าง ร้อยละ 30.5 ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเฉลี่ย 9.74 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงระยะเวลา 6-10 ปี ร้อยละ 41.5 รองลงมาคือ ช่วงระยะเวลา 11-15 ปี



ร้อยละ 30.8 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 79.1 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 20.9 เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และภาวะไตเสื่อม

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่ากลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 354 คน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 42.4 จำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก คือ

ทักษะการจัดการตนเองในเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 39.5 รองลงมา คือ การตัดสินใจด้านสุขภาพในเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรู้เท่าทันสื่อในเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทักษะการสื่อสาร ในเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ร้อยละ 39.5, 39.0, 35.3 และ 32.8 ตามลำดับ ส่วนด้านความรู้ความเข้าใจ ในเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 75.7 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
(n = 354)

| ความรอบรู้ด้านสุขภาพ | ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ | | | |
|---|---------------------------|-------------------|----------------|------------------|
| | จำนวน (ร้อยละ) | | | |
| | ไม่ดี (< 60 %) | พอใช้ (60-69%) | ดี (70-79%) | ดีมาก (≥ 80%) |
| 1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ | 93 (26.3) | 54 (15.3) | 91 (25.7) | 116 (32.8) |
| 2. ทักษะการสื่อสาร ในเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 | 79 (22.3) | 68 (19.2) | 82 (23.2) | 125 (35.3) |
| 3. ทักษะการจัดการตนเองในเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 | 77 (21.8) | 54 (15.3) | 82 (23.2) | 141 (39.8) |
| 4. การตัดสินใจด้านสุขภาพในเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 | 70 (19.8) | 68 (19.2) | 76 (21.5) | 140 (39.5) |
| 5. การรู้เท่าทันสื่อในเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 | 76 (21.5) | 57 (16.1) | 83 (23.4) | 138 (39.0) |
| 6. ความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 | 268 (75.7) | 33 (9.3) | 28 (7.9) | 25 (7.1) |
| สรุปโดยรวม | 58 (16.4) | 125 (35.3) | 150 (42.4) | 21 (5.9) |

3. พฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอ

เมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 354 คน มีพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนใหญ่อยู่ใน



ระดับพอใช้ ร้อยละ 39.0 รองลงมาคือ ระดับไม่ดี
ระดับดี และระดับดีมาก ร้อยละ 25.4, 22.9 และ
12.7 ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงในตาราง
ที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละระดับพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
(n = 354)

| พฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| ระดับดีมาก (ร้อยละ 80 ของคะแนนเต็มขึ้นไป) | 45 | 12.7 |
| ระดับดี (ร้อยละ 70 – 79 ของคะแนนเต็ม) | 81 | 22.9 |
| ระดับพอใช้ (ร้อยละ 60 – 69 ของคะแนนเต็ม) | 138 | 39.0 |
| ระดับไม่ดี (น้อยกว่า ร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม) | 90 | 25.4 |
| รวม | 354 | 100.0 |

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความ
รอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันและ
ควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะ
การสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการ
ตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ และความรู้ความเข้าใจ
ต่อพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคติด
เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
ของเพียร์สัน นำเสนอแสดงในตารางที่ 3

ตัวย่อชื่อตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้

- BHV หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันและ
ควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- HL1 หมายถึง การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและ
บริการสุขภาพ
- HL2 หมายถึง ทักษะการสื่อสาร
- HL3 หมายถึง ทักษะการจัดการตนเอง
- HL4 หมายถึง ทักษะการตัดสินใจ
- HL5 หมายถึง การรู้เท่าทันสื่อ
- HL6 หมายถึง ความรู้ความเข้าใจ

ตารางที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุม
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n = 354)

| ตัวแปร | BHV | HL1 | HL2 | HL3 | HL4 | HL5 | HL6 |
|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| BHV | 1.000 | | | | | | |
| HL1 | .670* | 1.000 | | | | | |
| HL2 | .420* | .478* | 1.000 | | | | |
| HL3 | .756* | .704* | .329* | 1.000 | | | |
| HL4 | .714* | .670* | .383* | .662* | 1.000 | | |
| HL5 | .735* | .701* | .392* | .770* | .758* | 1.000 | |
| HL6 | .760* | .595* | .429* | .620* | .743* | .679* | 1.000 |

* กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



จากตารางที่ 3 พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งหมด 6 ตัวแปร ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ และความรู้ความเข้าใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกตัวแปรมีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรงและมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ไม่เกิน 0.80 ถือว่าไม่เกิดปัญหา Multicollinearity ดังนั้นจึงสามารถนำไปวิเคราะห์การถดถอยพหุต่อไป

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุในการทำนายของความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n = 354)

| ตัวแปรอิสระ | B | Std. E | Beta | t | p-value |
|---|--------|--------|------|--------|---------|
| ค่าคงที่ (Constant) | 11.324 | .629 | | 18.007 | .001 |
| (X ₁) ความรู้ความเข้าใจ | .796 | .079 | .401 | 10.080 | .001 |
| (X ₂) ทักษะการจัดการตนเอง | .617 | .089 | .329 | 6.897 | .001 |
| (X ₃) การรู้เท่าทันสื่อ | .269 | .099 | .136 | 2.716 | .007 |
| (X ₄) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ | .172 | .070 | .105 | 2.451 | .015 |

R = .851, R² = .724, R²adj = .721, F = 228.531, p = .001

จากตารางที่ 4 พบว่า ตัวแปรอิสระที่สามารถร่วมกันทำนาย (พยากรณ์) ของความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสามารถอธิบายการผันแปรกับพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา

5. วิเคราะห์อำนาจในการทำนายของความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis) ด้วยวิธีการแบบ Stepwise Regression นำเสนอแสดงในตารางที่ 4

2019 ได้ร้อยละ 72.4 (R² = .724) สามารถเขียนสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบได้ ดังนี้
 พฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคฯ
 = 11.324 + .796 (ความรู้ความเข้าใจ)
 + .617 (ทักษะการจัดการตนเอง)
 + .269 (การรู้เท่าทันสื่อ)
 + .172 (การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ)



เขียนสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐานได้
ดังนี้

$$\hat{Y} = 11.324 + .796(X_1) + .617(X_2) + .269(X_3) + .172(X_4)$$

อภิปรายผล

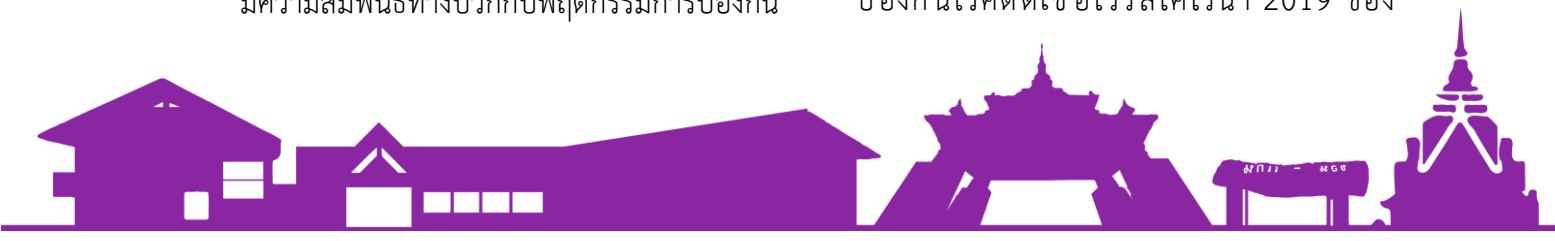
1. ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ และความรู้ความเข้าใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า

1.1 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการใช้ความสามารถในเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ รู้วิธีการในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง จะส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดีและเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ ดาวรุ่ง เยาวกุล (2565) ได้ศึกษาเรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 6 ผลการศึกษาพบว่า การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ สอดคล้องกับการศึกษาของหยาดพิรุณ ศิริ, อธิวัต อาจหาญ และนิรชร ชูติพัฒนะ (2565) ได้ศึกษาเรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคใต้ ผลการศึกษาพบว่า การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกัน

โรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.2 ทักษะการสื่อสาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากความสามารถในการสื่อสาร โดยการพูด อ่าน เขียน รวมทั้งสามารถสื่อสารและโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพดีได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดาวรุ่ง เยาวกุล (2565) ได้ศึกษาเรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 6 ผลการศึกษาพบว่า ทักษะการสื่อสาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ สอดคล้องกับการศึกษาของกัมปนาท โคตรพันธ์ และนิยม จันทน์นวล (2563) ได้ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในจังหวัดมุกดาหาร ผลการศึกษาพบว่า ทักษะการสื่อสาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.428, p\text{-value} < .001$)

1.3 ทักษะการจัดการตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติ พร้อมทั้งมีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตามเป้าหมาย เพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกัมปนาท โคตรพันธ์ และนิยม จันทน์นวล (2563) ได้ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ



ประชาชนในจังหวัดมุกดาหาร ผลการศึกษาพบว่า ทักษะการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .372$, $p\text{-value} < .001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของดาวรุ่งเยาวกุล (2565) ได้ศึกษาเรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 6 ผลการศึกษาพบว่า ทักษะการจัดการตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

1.4 ทักษะการตัดสินใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติ โดยมีการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี ผลเสีย เพื่อการปฏิเสธ/หลีกเลี่ยง พร้อมแสดงทางเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐริกา พร้อมพูน, กฤษณี เหลือง, วรางคณา คงสวัสดิ์, กฤติญา เส็งนา และภูษณิศา มินาเขตร (2565) ได้ศึกษาเรื่อง ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคโควิด-19 และพฤติกรรมสุขภาพแบบชีวิตวิถีใหม่ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า การตัดสินใจเพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพแบบชีวิตวิถีใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .42$, $p < .01$) และสอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิกา อุ่นอ้าย, พนิดา ชัยวัง, พรพิมล กรกกฎกำจร และดวงใจ ปันเจริญ (2565) ได้ศึกษาเรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในชุมชนชนบท จังหวัดเชียงราย ผลการศึกษา

พบว่า การตัดสินใจด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด -19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .342$, $p < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของวิชัย เทียนถาวร และณรงค์ ใจเที่ยง (2564) ได้ศึกษาเรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 ในกลุ่มวัยเรียนมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ผลการศึกษาพบว่า ทักษะการตัดสินใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.5 การรู้เท่าทันสื่อ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อนำเสนอ และสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งมีการประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนและสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของหยาดพิรุณ ศิริ, อธิวัต อาจหาญ และนิรชร ชูติพัฒนา (2565) ได้ศึกษาเรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคใต้ ผลการศึกษาพบว่า การรู้เท่าทันสื่อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของกัมปนาท โคตรพันธ์ และนิยม จันทน์นวล (2563) ได้ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในจังหวัดมุกดาหาร ผลการศึกษาพบว่า ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.421$, $p\text{-value} < .001$)

1.6 ความรู้ ความเข้าใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส



โคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก การมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องและการจำแนกประเด็นเนื้อหาสาระที่สำคัญเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติตัว เพื่อให้มีสุขภาพดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดาวรุ่ง เยาวกุล (2565) ได้ศึกษาเรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 6 ผลการศึกษาพบว่า ด้านความเข้าใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐริกา พริ้มพูน, กฤษณิ เหลือง, วรางคนา คงสวัสดิ์, กฤติญา เส็งนา และภูษณิศา มีนาเขตร (2565) ได้ศึกษาเรื่อง ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคโควิด-19 และพฤติกรรมสุขภาพแบบชีวิตวิถีใหม่ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคโควิด-19 ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพแบบชีวิตวิถีใหม่

2. ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ และความรู้ ความเข้าใจ สามารถร่วมกับทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีทั้งหมด 4 ตัวแปร ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ สามารถอธิบายการผันแปรกับพฤติกรรมในการป้องกันและ

ควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ร้อยละ 72.4 ($R^2 = .724$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้เพียง 4 ตัวแปรเท่านั้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความรอบรู้ด้านความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพเป็นสมรรถนะเฉพาะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และปรับใช้ข้อมูลความรู้ และบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม จากคำกล่าวที่ว่า ทักษะทางปัญญาและสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกในการแสวงหา ทำความเข้าใจ และการใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี (WHO, 1998) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญแข ดิษฐบรรจง, นงนภัทร รุ่งเนย, อัจฉรา สุขสำราญ และฉัตรทอง จารุพิสิฐไพบูลย์ (2565) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ผลการวิจัยพบว่า ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ที่ถูกต้อง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ทักษะการจัดการตนเอง และเกรดเฉลี่ยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายได้ ร้อยละ 38.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($R^2 = .383$, $p < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Kyung Jin Hong et al. (2021) ได้ศึกษาเรื่อง ผลของความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาวิชาการดูแลสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ได้แก่ ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพโดยรวมและระดับชั้นปีการศึกษาได้ ร้อยละ 14.0 ($R^2 = 0.14$, $p < .05$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้นเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของวันวิสาข์ อรพันธ์



และอารี บุตรสอน (2565) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายกับความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ ปัจจัยด้านการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ปัจจัยด้านการให้บริการเชิงรุก และปัจจัยด้านทัศนคติต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรได้ ร้อยละ 43.90 ($R^2 = 0.439$, $p < .05$)

จากการศึกษาค้นคว้านี้ แสดงให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้น ต้องส่งเสริมและพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ โดยเน้นความรู้ความเข้าใจทักษะการจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้น และในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพควรสอดแทรกเนื้อเกี่ยวกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ การให้บริการเชิงรุก และทัศนคติต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ควรได้รับการพัฒนารอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเน้นความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ทักษะการจัดการตนเองเพื่อเป็นต้นแบบของประชาชน การรู้เท่าทันสื่อต่าง ๆ ในการตรวจสอบความถูกต้องของสื่อก่อนนำไปสื่อสาร และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

1.2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ควรได้รับการพัฒนาศักยภาพการเป็นอสม.หมอบริการบ้าน หรือหมอคนที่ 1 เพื่อในการสื่อสารและส่งต่อผู้ป่วยในชุมชนตามนโยบายของรัฐบาล โดยให้ประชาชนเข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพและสถานบริการอย่างครอบคลุม

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมวิถีชีวิตใหม่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.2 ควรศึกษาการพัฒนาองค์กรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเป็นองค์กรความรู้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ

2.3 ควรศึกษาการพัฒนาศักยภาพด้านการใช้เทคโนโลยีของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการใช้สมาร์ท อสม.รายงานผลการปฏิบัติงาน

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/faq_more.php. (28 สิงหาคม 2563)
- กรมควบคุมโรค. (2563) เชื้อไวรัสโคโรนา. เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/ind_world.php (28 สิงหาคม 2563)
- กรมควบคุมโรค. (2563). การกักตัวของกลุ่มเสี่ยงเพื่อเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=12276&deptcode=brc>. (28 สิงหาคม 2563)
- กรมควบคุมโรค. (2563). รายงานสถานการณ์เฝ้าระวังโรค COVID19. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php>. (28 สิงหาคม 2563).



กรรณิกา อุ่นอ้าย, พนิดา ชัยวัง, พรภิมล กรกกฏ
กำจร และดวงใจ ปันเจริญ. (2565).
ความรู้ด้านสุขภาพและ
พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19
ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิด
ภาวะสมองเสื่อมในชุมชนชนบท
จังหวัดเชียงราย. *วารสารพยาบาล
สาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 49(1),
200-212.

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุน
บริการสุขภาพ. (2564). รายงาน
ตารางชื่อและที่อยู่ อสม. และสมาชิก
ครอบครัวทั้งหมด จำแนกตามตำบล
และอำเภอ. เข้าถึงได้จาก
[https://www.thaiphc.net/phc/phcadmin/administrator/Report/
OSMRP00002.php](https://www.thaiphc.net/phc/phcadmin/administrator/Report/OSMRP00002.php). (20 กุมภาพันธ์
2564)

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
(2561). การเสริมสร้างและประเมิน
ความรู้ด้านสุขภาพ. (พิมพ์ครั้งที่
1). บริษัทนิเวศรรมดาการพิมพ์
(ประเทศไทย) จำกัด : นนทบุรี.

กัมปนาท โคตรพันธ์ และนิยม จันทร์นวล.
(2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความ
รู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการ
ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
ของประชาชนในจังหวัดมุกดาหาร.
*การประชุมวิชาการระดับชาติ มอ.
วิจัย ครั้งที่ 14 "Research and
Innovations for All"*. (16-17
กรกฎาคม 2563) ณ มหาวิทยาลัย
อุบลราชธานี : อุบลราชธานี.

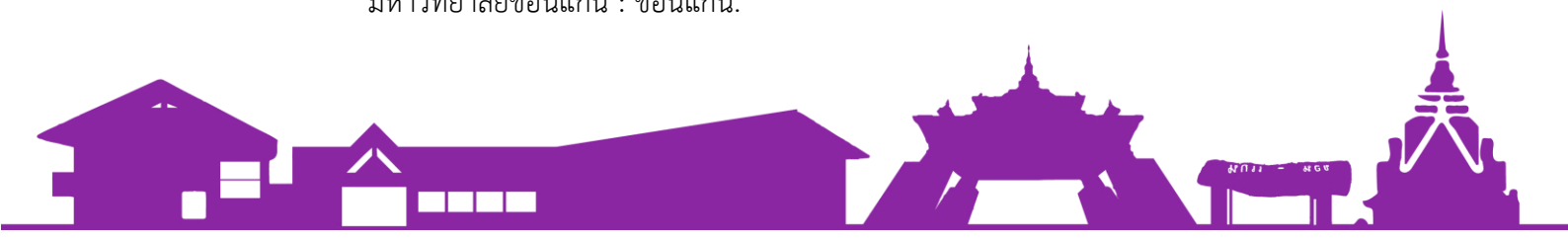
เชษฐา งามจรัส. (2564). *การคำนวณขนาด
ตัวอย่างสำหรับงานวิจัยด้าน
วิทยาศาสตร์สุขภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 1).
ศูนย์นวัตกรรมการเรียนการสอน
มหาวิทยาลัยขอนแก่น : ขอนแก่น.

ณัฐริกา พร้อมพูน, กฤชฉนิ เหลือง, วรางคณา คง
สวัสดิ์, กฤติญา เสี่ยงนา และภูษณิศรา
มีนาเขตร. (2565). ความรู้ด้านสุขภาพ
และการป้องกันโรคโควิด-19
และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบชีวิตวิถี
ใหม่ของนักศึกษาพยาบาล คณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
อุบลราชธานี. *วารสารสุขภาพและ
การพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*,
1(1), 16-27.

ดาวรุ่ง เยาวกุล. (2565). *ความรู้ด้านสุขภาพ
ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ
ไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขต
สุขภาพที่ 6*. (ปริญญาวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต สุขศึกษาและการ
ส่งเสริมสุขภาพ) มหาวิทยาลัยบูรพา.

พีรฉัตรย์ แจขจัด และทวิวรรณ ศรีสุขคำ. (2565).
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ
ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา
2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้านตำบลต้า อำเภอชน
ताल จังหวัดเชียงราย. *วารสารโรค
และภัยสุขภาพสำนักงานป้องกัน
ควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์*,
16(3), 80-94.

เพ็ญแข ดิษฐบรรจง, นงนภัทร รุ่งเนย, อัจฉรา
สุขสำราญ และฉัตรทอง จารุพิสิฐ
ไพบุลย์. (2565). ปัจจัยทำนาย
พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19
ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอน
ปลาย. *วารสารสุขภาพและการศึกษา
พยาบาล*, 28(2), e258939.



- วันวิสาข์ อรพันธ์ และอารี บุตรสอน. (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)*, 37(2), 14-23.
- วิชัย เทียนถาวร และณรงค์ ใจเที่ยง. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 ในกลุ่มวัยรุ่นมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 4(2), 126-137.
- ศูนย์โควิด19โคราช. (2563). รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาจังหวัดนครราชสีมา. เข้าถึงได้จาก <https://www.facebook.com/category/MedicalHealth/>. (25 เมษายน 2563)
- หยาดพิรุณ ศิริ, อธิวัต อัจหาญ และนิรชร ชูดีพัฒนา. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคใต้. *วารสารควบคุมโรค*, 48(3), 493-504.
- Kyung Jin Hong et al. (2021). Effect of e-Health Literacy on COVID-19 Infection-Preventive Behaviors of Undergraduate Students Majoring in Healthcare. *Healthcare*, 9(573), 10.3390/healthcare9050573
- World Health Organization. (1998). *Clinical management of severe acute respiratory infection when COVID-19 is suspected*. Switzerland [Internet]. [cited 2020 March 31]. Available from: [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected).



ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ กับพฤติกรรมเสี่ยง โรคหลอดเลือดในสมองสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง

RELATIONSHIP OF PERSONAL FACTORS KNOWLEDGE WITH RISKY BEHAVIOR ON CEREBROVASCULAR DISEASE AMONG THE ELDERLY WITH HYPERTENSION

กุลินทร คำแน่น^{1,*}, ศิวไล โปธิชัย², ธัญญา พรหมภักดี³ และปาลิตา พรหมเพ็ญ⁴
Kulinthorn Khamnan^{1,*}, Sivilai Phochai², Thananya Phromphakde³ and Palita Prompen⁴

Received : 16 April 2023, Received in revised form : 18 March 2023, Accepted : 23 March 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ กับพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดในสมองสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 476 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสุ่มแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบทดสอบความรู้และแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 และ 0.94 การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคร้สแควร์และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า จากการสุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จำนวน 476 คน มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดในสมอง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.20 (SD=0.40) มีระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดในสมอง อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.04 (SD=0.67) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดในสมองในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ญาติสายตรงที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดในสมองด้านความเครียด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดในสมองในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ความรู้, พฤติกรรม, โรคหลอดเลือดสมอง, ผู้สูงอายุ

¹⁻⁴ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา, ศรีสะเกษ 33000

¹⁻⁴ Faculty of Nursing Chalermkarnchana University, Sisaket 33000

Corresponding author; E-mail: b.kulinthorn@gmail.com*



ABSTRACT

The purposes of this cross-sectional research were to examine the relationship between personal factors knowledge with risky behavior and cerebrovascular disease among the elderly with hypertension. The sample consisted of 476 elderly people with high blood pressure collected by simple random sampling at Ban Nong Waeng Health Promoting Hospital, Phon Khwao Sub-district, Mueang District, Sisaket Province. The research instruments are knowledge tests and questionnaires by the researcher, with reliability of 0.87 and 0.94. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, chi-square, and Pearson's product moment correlation.

The research results found that from a random sample of 476 elderly people with high blood pressure, they had a level of knowledge about cerebrovascular disease at a moderate level of (72.20%) (SD = 0.40) and a level of risk behavior for cerebrovascular disease at a moderate level of mean score 2.04 (SD = 0.67). Factors associated with risky behaviors for cerebrovascular disease in elderly people with high blood pressure include gender, marital status, education level, occupation, and average monthly income. Immediate relatives suffering from chronic illnesses and knowledge about cerebrovascular disease in terms of stress, It is associated with risky behaviors associated with cerebrovascular disease in elderly people with high blood pressure. Statistically significant at the.05 level.

Keywords: Knowledge, Behavior, Stroke, Elderly

บทนำ

อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกประมาณปีละ 15 ล้านคน และเฉลี่ยทุก ๆ 6 วินาที จะมีคนเสียชีวิต จากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน ปี พ.ศ. 2563 พบว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญอันดับ 1 ส่วนใหญ่พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์บริการ, 2559) โรคหลอดเลือดสมอง หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นโรคที่พบบ่อยในวัยผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ และทำให้เกิดความพิการและการสูญเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้น (World Stroke Organization, 2017) ปัจจัยด้านอายุที่เพิ่มขึ้นส่งผลกระทบต่อผนังหลอดเลือดแดงเสื่อมลง ผนังหลอดเลือดแดงจะมีความหนาเพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อการเพิ่มความเสียหายของ

โรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากรทั่วโลก และอันดับ 2 ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป (World stroke organization, 2012)

โรคหลอดเลือดสมอง หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตเป็นโรคที่พบบ่อยในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สามารถป้องกันได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด งดการสูบบุหรี่และงดการดื่มแอลกอฮอล์ และในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจะต้องควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (ปิยนุช จิตตุนนท์ และคณะ, 2564)

สถานการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดในสมอง จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า มีอัตราผู้ป่วยในด้วยโรค



หลอดเลือดในสมองทุกกลุ่มอายุและมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเฉพาะพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ ในปี พ.ศ. 2563 มีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 40.42 ต่อประชากรแสนคน และอัตราตายเท่ากับ 65.80 ต่อบลหนองแวงเป็นพื้นที่ที่มีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยมีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 20.68 ต่อประชากรแสน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวง, 2563) จากสภาพปัญหาในพื้นที่ดังกล่าว คณะผู้วิจัยได้เข้าศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและมีความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดในสมอง และข้อมูลเชิงปริมาณจากเวชระเบียนระหว่างปี พ.ศ. 2562 - 2563 พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงประมาณ ร้อยละ 30.0 มีแนวโน้มการเกิดภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวง, 2563) จากสภาพปัญหาและแนวโน้มการเกิดโรคหลอดเลือดในสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นและเป็นปัญหาเชิงพื้นที่ปัญหาสำคัญของประชาชน คือ ไม่สามารถควบคุมได้ด้วยปัจจัยที่มีความเสี่ยงต่าง ๆ

ผู้วิจัยในฐานะอาจารย์พยาบาลจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดในสมอง กับพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดในสมอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งการที่จะทำให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพดี บุคคลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องมีความรู้สึกระหนักจากภายในของตนเองก่อน จนรู้สึกอยากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้บุคคลเกิดการตระหนักและนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน (Stretcher VJ, Rosenstock IM., 1997) ถึงแม้ว่าการศึกษาที่ผ่านมาได้ทำการศึกษาเชิงความสัมพันธ์และการทำงานพบว่า มีปัจจัยสาเหตุหลายประการ

ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แต่การจัดการเพื่อป้องกันการเกิดโรคให้มีความต่อเนื่องและยั่งยืนต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับภาวะโรคโดยเฉพาะความรู้และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรค ซึ่งจะมีความเฉพาะเจาะจงและแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้จะถูกนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และกลุ่มเสี่ยงในชุมชนต่อไป

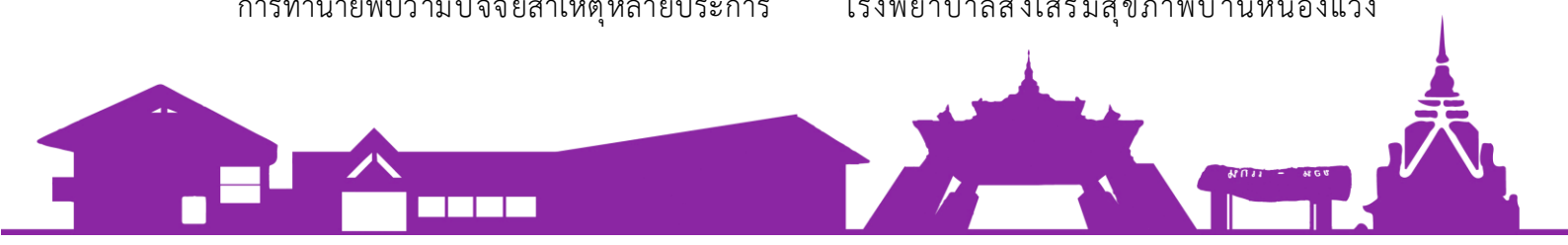
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดในสมองในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดในสมองในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดในสมอง กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดในสมองในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวางนี้ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และความรู้ กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดในสมองสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านหนองแวง ตำบลโพธิ์แขวง อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ เก็บรวบรวมข้อมูลเดือนกุมภาพันธ์ - กรกฎาคม พ.ศ.2565 มีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ประชากร คือ ประชาชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านหนองแวง



ตำบลโพนเขวา อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จำนวน 1,783 ราย (รพ.สต.บ้านหนองแวง, 2564)

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านหนองแวง โดยการสุ่มอย่างง่ายจากการจับฉลากตามสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงแต่ละหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบ โดยการเปิดตารางขนาดกลุ่มตัวอย่างในระดับความคลาดเคลื่อน $\pm 4\%$ จำนวน 476 ราย (Yamane, 1973)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดในสมอง เท่ากับ 0.87 และ 0.94 ตามลำดับ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และญาติสายตรงที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) และเติมข้อมูล จำนวน 8 ข้อ

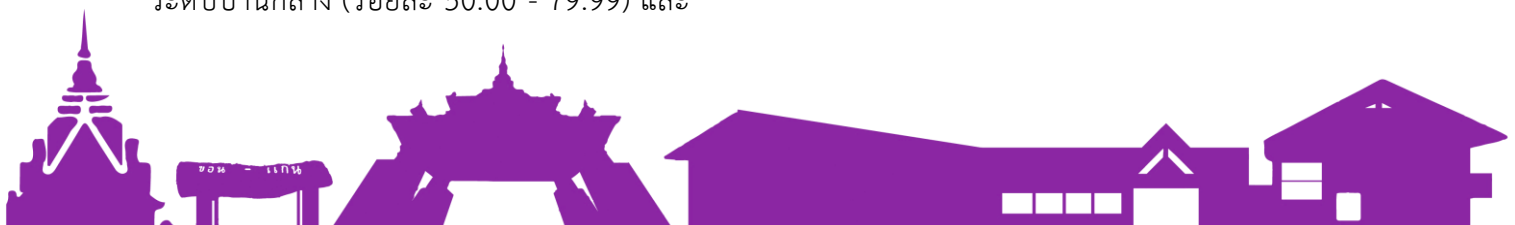
ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดในสมอง ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านการดูแลตนเอง และด้านความเครียด จำนวน 12 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ โดยตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน เกณฑ์การแปลผล ระดับดี (ร้อยละ 80.00 - 100.00) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 50.00 - 79.99) และ

ระดับปรับปรุง (ร้อยละ 0.00 - 49.99) (Bloom, 1956)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดในสมอง ประกอบด้วย การบริโภคอาหาร การรับประทานยา การตรวจตามนัด การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการจัดการความเครียด จำนวน 20 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ (5 - 7 วัน/สัปดาห์) ให้ 3 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (2 - 4 วัน/สัปดาห์) ให้ 2 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติ (0 - 1 วัน/สัปดาห์) ให้ 1 คะแนน เกณฑ์การแปลผล ระดับปรับปรุง (คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.66) ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.67 - 2.33) ระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.00) (ธณกร ปัญญาไสโสภ, 2564)

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา ไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแวง เพื่อขอความร่วมมือและประสานบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการแจกแบบสอบถาม กรณีผู้สูงอายุไม่สามารถอ่านได้ คณะผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม

5. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยต้องได้รับการพิทักษ์สิทธิ โดยได้รับความยินยอมจากผู้เข้าร่วมเป็นลายลักษณ์อักษรตามแบบฟอร์มภายหลังจากชี้แจงรายละเอียดต่าง ๆ ของการวิจัยจนเข้าใจ ผลการศึกษานำเสนอในภาพรวมและผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา เลขที่ มฉน.พย. 09/2565 ลงวันที่ 14 มกราคม 2565



6. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

6.1 วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

6.2 วิเคราะห์ข้อมูลระดับความรู้ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดในสมอง และระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดในสมอง ด้วยสถิติ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

6.3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดในสมอง ด้วยสถิติไครส์แคร์

6.4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดในสมอง กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดในสมอง ด้วยสถิติสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

สรุปผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า จากการสุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแขวง ตำบลโพนเขวา อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 476 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 50.8 เพศหญิง ร้อยละ 49.2 ช่วงอายุระหว่าง 60 - 69 ปี ร้อยละ 64.9 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 52.3 ส่วนใหญ่ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 76.1 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 45.6 มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 5,000 ร้อยละ 61.6 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเป็นโรคความดันโลหิตสูง 6 - 10 ปี ร้อยละ 43.5 และมีญาติสายตรงที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 50.0 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง (n = 476)

| ปัจจัยส่วนบุคคล | จำนวน | ร้อยละ |
|-----------------------|-------|--------|
| 1. เพศ | | |
| ชาย | 242 | 50.8 |
| หญิง | 234 | 49.2 |
| 2. อายุ | | |
| ช่วงอายุ 60-69 ปี | 309 | 64.9 |
| ช่วงอายุ 70-79 ปี | 140 | 29.4 |
| ช่วงอายุ 80-89 ปี | 22 | 4.6 |
| ช่วงอายุ 90 ปีขึ้นไป | 5 | 1.1 |
| 3. สถานภาพสมรส | | |
| โสด | 62 | 13.0 |
| สมรส | 249 | 52.3 |
| หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ | 165 | 34.7 |
| 4. ระดับการศึกษา | | |
| ประถมศึกษา | 365 | 76.7 |
| มัธยมศึกษา | 111 | 23.3 |
| ปริญญาตรี | 24 | 5.0 |



ตารางที่ 1 (ต่อ)

| ปัจจัยส่วนบุคคล | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| 5. อาชีพ | | |
| ไม่ประกอบอาชีพ | 217 | 45.6 |
| รับราชการ | 4 | 0.8 |
| ค้าขาย | 69 | 14.5 |
| รับจ้าง | 21 | 4.4 |
| ธุรกิจส่วนตัว | 27 | 5.7 |
| พ่อบ้าน/แม่บ้าน | 21 | 4.4 |
| ทำนา/ทำไร่/ทำสวน | 117 | 24.6 |
| 6. รายได้เฉลี่ย/เดือน | | |
| น้อยกว่า 5,000 บาท | 293 | 61.6 |
| 5,000-10,000 บาท | 101 | 21.2 |
| 10,001-15,000 บาท | 35 | 7.4 |
| มากกว่า 15,000 บาท | 47 | 9.8 |
| 7. ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง | | |
| 1-5 ปี | 148 | 31.1 |
| 6-10 ปี | 207 | 43.5 |
| 11-15 ปี | 77 | 16.2 |
| 16 ปีเป็นต้นไป | 44 | 9.2 |
| 8. ญาติสายตรงที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง | | |
| ไม่มี | 238 | 50.0 |
| มี | 238 | 50.0 |

2. ระดับผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวง ตำบลโพนเขวา อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดในสมอง โดยรวม ร้อยละ 72.20 (SD=0.40)

ระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดในสมอง โดยรวม คะแนนเฉลี่ย 2.04 (SD=0.67) ระดับปานกลาง รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 แสดงระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดในสมองและพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดในสมองของกลุ่มตัวอย่าง (n = 476)

| ตัวแปร | ค่าเฉลี่ย | ระดับ |
|---|-----------------|---------|
| 1. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดในสมอง | | |
| 1.1 ด้านร่างกาย | 92.60 (SD=0.30) | ดี |
| 1.2 ด้านการดูแลตนเอง | 70.60 (SD=0.36) | ปานกลาง |
| 1.3 ด้านความเครียด | 53.40 (SD=0.54) | ปานกลาง |
| \bar{X} = 72.20, SD = 0.40, Max/Min = 100.00/25.00, 95%CI = 72.16 – 72.23 | | |
| 2. พฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดในสมอง | | |
| 2.1 ด้านการบริโภคอาหาร | 2.06 (SD=0.62) | ปานกลาง |
| 2.2 ด้านการรับประทานยา | 2.06 (SD=0.77) | ปานกลาง |
| 2.3 ด้านการมาตรวจตามนัด | 2.09 (SD=0.65) | ปานกลาง |
| 2.4 ด้านการสูบบุหรี่ | 1.94 (SD=0.73) | ปานกลาง |
| 2.5 ด้านการดื่มสุรา | 2.00 (SD=0.79) | ปานกลาง |
| 2.6 ด้านการจัดการความเครียด | 1.97 (SD=0.73) | ปานกลาง |
| \bar{X} = 2.04, SD = 0.67, Max/Min = 2.60/1.60, 95% = 1.98 – 2.10 | | |

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดในสมอง พบว่า เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย/เดือน และญาติสาย

ตรงที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดในสมองของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง (n = 476)

| ปัจจัยส่วนบุคคล | ระดับพฤติกรรมเสี่ยงฯ | | | χ^2 | df | p-value |
|-----------------|----------------------|-------------------|-------------------|----------|----|---------|
| | ดี | ปานกลาง | ปรับปรุง | | | |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | | | |
| 1. เพศ | | | | 12.15 | 4 | 0.016* |
| ชาย | 10 (4.2) | 182 (75.8) | 48 (20.0) | | | |
| หญิง | 23 (9.8) | 202 (86.3) | 9 (3.8) | | | |



ตารางที่ 3 (ต่อ)

| ปัจจัยส่วนบุคคล | ระดับพฤติกรรมเสี่ยงฯ | | | χ^2 | df | p-value |
|-----------------------|----------------------|-------------------|-------------------|----------|----|---------|
| | ดี | ปานกลาง | ปรับปรุง | | | |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | | | |
| 2. อายุ | | | | 19.28 | 12 | 0.082 |
| ช่วงอายุ 60-69 ปี | 61 (19.8) | 238 (77.3) | 9 (2.9) | | | |
| ช่วงอายุ 70-79 ปี | 7 (5.0) | 123 (88.5) | 9 (6.5) | | | |
| ช่วงอายุ 80-89 ปี | 3 (13.6) | 18 (9.8) | 1 (4.5) | | | |
| ช่วงอายุ 90 ปีขึ้นไป | 0 (0.0) | 5 (100.0) | 0 (0.0) | | | |
| 3. สถานภาพสมรส | | | | 66.82 | 8 | 0.000* |
| โสด | 19 (30.6) | 43 (69.4) | 0 (0.0) | | | |
| สมรส | 47 (18.9) | 187 (75.1) | 15 (6.0) | | | |
| หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ | 5 (3.1) | 154 (94.5) | 4 (2.5) | | | |
| 4. ระดับการศึกษา | | | | 39.00 | 8 | 0.000* |
| ประถมศึกษา | 53 (14.7) | 297 (82.5) | 10 (2.8) | | | |
| มัธยมศึกษา | 11 (12.2) | 70 (77.8) | 9 (10.0) | | | |
| ปริญญาตรี | 7 (29.2) | 17 (70.8) | 0 (0.0) | | | |
| 5. อาชีพ | | | | 101.42 | 24 | 0.000* |
| ไม่ประกอบอาชีพ | 34 (15.7) | 177 (81.6) | 6 (2.8) | | | |
| รับราชการ | 0 (0.0) | 4 (100.0) | 0 (0.0) | | | |
| ค้าขาย | 8 (11.6) | 61 (3.1) | 0 (0.0) | | | |
| รับจ้าง | 10 (47.6) | 11 (52.4) | 0 (0.0) | | | |



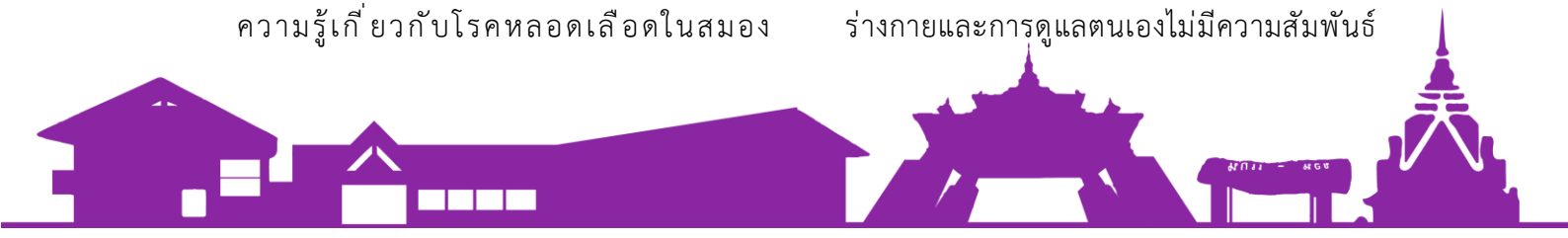
ตารางที่ 3 (ต่อ)

| ปัจจัยส่วนบุคคล | ระดับพฤติกรรมเสี่ยงฯ | | | χ^2 | df | p-value |
|--|----------------------|-------------------|-------------------|----------|----|---------|
| | ดี | ปานกลาง | ปรับปรุง | | | |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | | | |
| ธุรกิจส่วนตัว | 0 (0.0) | 18 (66.7) | 9 (33.3) | | | |
| พ่อบ้าน/แม่บ้าน | 0 (0.0) | 21 (100.0) | 0 (0.0) | | | |
| ทำนา/ทำไร่/ทำสวน | 19 (16.5) | 92 (80.0) | 4 (3.5) | | | |
| 6. รายได้เฉลี่ย/เดือน น้อยกว่า 5,000 บาท | 43 (14.7) | 240 (81.9) | 10 (3.4) | 78.47 | 12 | 0.000* |
| 5,000-10,000 บาท | 18 (18.2) | 81 (81.8) | 0 (0.0) | | | |
| 10,001-15,000 บาท | 10 (28.6) | 25 (71.4) | 0 (0.0) | | | |
| มากกว่า 15,000 บาท | 0 (0.0) | 38 (80.9) | 9 (19.1) | | | |
| 7. ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1-5 ปี | 23 (15.5) | 119 (80.4) | 6 (4.1) | | | |
| 6-10 ปี | 28 (13.5) | 172 (83.1) | 7 (3.4) | | | |
| 11-15 ปี | 15 (20.0) | 56 (74.7) | 4 (5.3) | | | |
| 16 ปีเป็นต้นไป | 5 (11.4) | 37 (84.1) | 2 (4.5) | | | |
| 8. ญาติสายตรงที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ไม่มี | 41 (17.2) | 188 (79.0) | 9 (3.8) | 21.69 | 4 | 0.000* |
| มี | 30 (12.7) | 196 (83.1) | 10 (4.2) | | | |

*กำหนดให้ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดในสมองกับพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดในสมอง พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดในสมอง

ด้านความเครียด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดในสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านร่างกายและการดูแลตนเองไม่มีความสัมพันธ์



กับพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดในสมอง
รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดในสมอง กับพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดในสมอง โดยหาความสัมพันธ์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (n = 476)

| ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดในสมอง | ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_{xy}) | ช่วงเชื่อมั่นที่ระดับ 95% (95%CI for r_{xy}) | p-value |
|------------------------------------|--|---|---------|
| ด้านร่างกาย | 0.060 | -0.030 - 0.149 | 0.436 |
| ด้านการดูแลตนเอง | 0.376 | 0.296 - 0.451 | 0.344 |
| ด้านความเครียด | 0.129 | 0.040 - 0.216 | 0.013* |
| โดยรวม | 0.188 | 0.100 - 0.273 | 0.264 |

*กำหนดให้ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย/เดือน ญาติสายตรงที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดในสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากวิถีชีวิตและบริบทความเป็นอยู่ภายใต้วัฒนธรรมที่มีลักษณะเหมือนกันที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของดวงธิดา โสดาพรม และศรีวิไล วรรณรัตน์ (2564) พบว่า การมีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความสัมพันธ์เชิงลบ สอดคล้องกับการศึกษาของอณัญญา ลาลุน และไพฑูรย์ วุฒิส (2565) พบว่า ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา หรือการมีสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของชูชาติ กลิ่นนาคร และสุ่ยฉิน แซ่ตัน (2563) พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดในสมอง ได้แก่ ด้านความเครียด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดในสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ส่วนด้านร่างกายและการจัดการตนเอง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดในสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของนิศาชล นุ่มมีชัย นิภาวรรณ สามารถกิจ และเขมรชาติ มาสิงบุญ (2560) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมอง ในญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของจตุพงษ์ พันธุ์วิไล และคณะ (2565) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ พบว่า ความรู้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Pothiban & Srat (2019) พบว่าความสัมพันธ์ระหว่าง



ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ พบว่าความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ

สรุป การพัฒนาความรู้ด้านการจัดการ ความเครียดแก่ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง หรือกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดในสมองเพื่อให้ ผู้สูงอายุหรือกลุ่มเสี่ยงลดความรุนแรงของโรค หรือลดความพิการ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1.1 ความรู้ด้านความเครียด มีความสัมพันธ์บวกกับพฤติกรรมเสี่ยงโรค หลอดเลือดในสมอง ดังนั้นควรมีการพัฒนา สื่อการสอนด้านการจัดการความเครียด ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโดยกระตุ้นให้บุคคล ในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดนำไปสอน

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัย ครั้งต่อไป

2.1 ควรดำเนินการวิจัยกึ่งทดลอง การพัฒนาสื่อการสอนด้านการบริโภคอาหาร ในการป้องกันโรคหลอดเลือดในสมองสำหรับ ผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

เอกสารอ้างอิง

จตุพงษ์ พันธุ์วิไล และคณะ. (2565). ความสัมพันธ์ ระหว่างความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรค หลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะ เสี่ยง โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 16(3), 882-895.

ชูชาติ กลิ่นนาคกร และสุ่ยถิน แซ่ตัน. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ ป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือด สมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*, 2(2), 62-77.

ดวงธิดา โสตาพรหม และศวีไลซ์ วรรณรัตน์จิตร. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองใน ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมือง อรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัด พิษณุโลก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาล พระปกเกล้า จันทบุรี*, 32(2), 98-111.

ธนกร ปัญญาไสโสภณ. (2564). *ระเบียบวิธีวิจัย สำหรับการจัดการสร้างเสริมสุขภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). นครราชสีมา: ห้าง หุ้นส่วนจำกัด เลิศศิลป์ สาส์ณ โฮลดิ้ง.

นิสาชล นุ่มมีชัย, นิภาวรรณ สามารถกิจ และ เขมรดี มาสิงบุญ. (2560). ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับการตอบสนอง ต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมอง ในญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ขาดเลือดระยะเฉียบพลัน. *วารสารการ พยาบาลและการศึกษา*, 10(3), 23-38.

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์บริการ. (2561). *แนวปฏิบัติการพยาบาลทาง คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด.

ปิยนุช จิตตสุนนท์ และคณะ. (2564). ความรู้โรค หลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการป้องกัน ของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษาตำบลห้วยนาง จังหวัดตรัง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 41(2), 13-25.



- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวง. (2563). *ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวง*. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวง อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ.
- อณัญญา ลาลุน และไพฑูรย์ วุฒิโส. (2564). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาฝาย จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารพยาบาล*, 70(2), 27-36.
- Bloom, B.S. (1956). *Taxonomy of Educational Objectives, Handbook I: The Cognitive Domain*. New York: David McKay Co Inc.
- Pothiban L, Srirat C. (2019). Association between stroke knowledge, stroke awareness, and preventive behaviors among older people: A cross-sectional study. *Nurse Health Sci*, 21(3), 399-405.
- Stretcher VJ, Rosenstock IM. (1997). *The health belief model*. In: Glanz K., Lewis F.M., & Rimer B.K., (Eds.). *Health behavior and health education: Theory, research and practice*. (2nd ed). San Francisco: Jossey-Bass.
- World Stroke Organization. (2012). *About world stroke day*. Retrieved from <http://www.worldstrokecampaign.org/media/Pages/AboutWorldStrokeDay2010.asp> (20 September 2023)
- World Stroke Organization. (2017). *What's your reason for preventing stroke*. Vienna: World Stroke Organization 2017. Retrieved from <https://www.worldstroke.org/assets/downloads/English-World Stroke Day 2017 Brochure 20170720.pdf> (16 September 2017)
- Yamane T. (1973). *Statistics: An Introductory Analysis*. (2nd Ed). New York: Harper and Row.



ภาวะสุขภาพจิตของตำรวจจราจรในพื้นที่อำเภอเมืองภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต MENTAL HEALTH STATUS AMONG TRAFFIC POLICE OF THE MUEANG PHUKET, PHUKET PROVINCE

อารยา ข้อคำ^{1*} และเทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์²
Araya Khoka^{1*} and Terdsak Promarak²

Received : 30 January 2023, Received in revised form : 20 March 2023, Accepted : 25 March 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของตำรวจจราจรในพื้นที่อำเภอเมืองภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต กลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าหน้าที่ตำรวจจราจรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่อำเภอเมืองภูเก็ต จำนวน 76 คน เลือกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตามความสะดวก เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ 55 ข้อ (TMHI-55) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นต้น

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20 - 29 ปี (ร้อยละ 44.7) คะแนนเฉลี่ยของสุขภาพจิตเท่ากับ 174.96 คะแนน (SD = 18.04) โดยระดับสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 54.0 รองลงมา คือ สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 36.8 และสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 9.2 ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิต ได้แก่ ศาสนาพุทธ ซึ่งเป็นตัวแปรพยากรณ์ที่สามารถทำนายได้สูงสุด ($\beta = -.331, p < .001$) รองลงมา คือ ระดับการศึกษาปริญญาตรี ($\beta = -.519, p < .001$) และรายได้ต่อเดือน ($\beta = -.448, p < .001$) ตามลำดับ ทั้ง 3 ตัวแปรร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพจิตได้ร้อยละ 39.00 ($R^2 = .390, p < .001$) ผลการวิจัยครั้งนี้นำมาเป็นแนวทางในวางแผนช่วยเหลือตำรวจจราจรกลุ่มเสี่ยง รวมถึงการส่งเสริมและการคงไว้ซึ่งสุขภาพจิตให้อยู่ในระดับที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: สุขภาพจิต, ตำรวจจราจร

¹ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต, ภูเก็ต 83000

² คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม 44000

¹ Faculty of Faculty of Science and Technology, Phuket Rajabhat University, Phuket 83000

² Faculty of Public Health, Mahasarakham University, Maha Sarakham 44000

Corresponding author; E-mail: arayakhoka@gmail.com*



ABSTRACT

The purposes of this descriptive research were to study the mental health status and factors influencing the mental health status of traffic police in Mueang Phuket district, Phuket province. The participants were 76 of the traffic police officers working in Mueang Phuket, recruited by convenience sampling. Data were collected using the 55 Thai Mental Health Indicators (TMHI-55) questionnaire. Descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis were used to analyze the data.

The research results showed that most of the samples were in the age range of 20 - 29 years (44.74%). The average mental health score was 174.96 points (SD = 18.04). 54.0% had a mental health level equal to the general population, 36.8% had mental health better than the general population, and 9.2% had mental health lower than the general population. The predictive factors affecting mental health were Buddhism, which was the highest predictive variable ($\beta = -.331, p < .001$), bachelor's degree ($\beta = -.519, p < .001$) and monthly income ($\beta = -.448, p < .001$) respectively. All three variables predicted mental health status at 39.0% ($R^2 = .390, p < .001$). This is used as a guideline for planning to help the traffic police reach at-risk groups. Including the promotion and maintenance of mental health at a good level.

Keywords: Mental health, Traffic police

บทนำ

สุขภาพจิตที่ดี เป็นหนึ่งในองค์ประกอบของการมีสุขภาพที่ดี สมบูรณ์ ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้ให้คำนิยามของสุขภาพ คือ สภาวะที่มีความสมบูรณ์ และความเป็นพลวัตทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ไม่ใช่เพียงการปราศจากโรคเท่านั้น (Chirico, 2016) สุขภาพจิตจึงมีความสำคัญต่อการมีสุขภาพดี เป็นความสามารถในการปรับตัวให้เหมาะสมกับสิ่งแวดล้อม และมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น บุคคลที่มีสุขภาพจิตดีนำไปสู่การดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขในทางตรงกันข้าม บุคคลที่เสียสมดุลทางสุขภาพจิต เช่น มีภาวะเครียด ซึมเศร้า หงุดหงิด วิตกกังวล เบื่อหน่าย อารมณ์ไม่มั่นคง ไม่สามารถปรับตัวได้ และโรคทางจิตอื่น ๆ ย่อมส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน รวมถึงการทำงานที่ไม่มีประสิทธิภาพ เกิดความล้มเหลวในชีวิตได้

สถานการณ์ปัจจุบันของผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตมีแนวโน้มสูงขึ้น เนื่องจากสภาพสังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ และเทคโนโลยีมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องตลอดเวลา จากการรายงานของกรมสุขภาพจิต ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 - 2562 พบว่า อัตราการฆ่าตัวตาย 3 ปีย้อนหลังมีแนวโน้มสูงขึ้น คิดเป็น 6.03, 6.32 และ 6.64 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ โดยพบอัตราสูงสุดในกลุ่มอายุ 30 - 59 ปี เมื่อแยกตามเพศ พบว่า เพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายมากกว่าเพศหญิง ประมาณ 4 เท่า (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2563) นอกจากนี้ จากรายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2563 พบผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตด้านภาวะอารมณ์เครียดหรือวิตกกังวล ได้โทรมาปรึกษาเจ้าหน้าที่ผ่านสายด่วนสุขภาพจิต 1323 จำนวน 20,549 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 43.32



ซึ่งจำนวนครั้งของการปรึกษาสูงสุดเมื่อเปรียบเทียบกับปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต, 2563) จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าบุคคลที่เสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต และมีการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็นวัยทำงาน ซึ่งมีภาระหน้าที่ความรับผิดชอบ ความเครียดสะสมจากการทำงาน และอื่น ๆ เข้ามากระทบหรือเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ต้องมีการปรับตัวหลายด้าน บุคคลจำเป็นที่จะต้องมีการปรับตัวให้เหมาะสมกับสถานการณ์ และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป หากไม่สามารถปฏิบัติได้ ย่อมส่งผลให้เกิดความเครียด วิตกกังวล จนถึงภาวะซึมเศร้า รู้สึกตนเองไร้ค่า สุดท้ายนำไปสู่การฆ่าตัวตาย

ตำรวจจราจรเป็นบุคคลวัยทำงาน ซึ่งลักษณะของงานมีความกดดันค่อนข้างสูง ทั้งจากผู้บังคับบัญชา กฎระเบียบในการทำงาน สัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน ภาระงานที่ต้องรับผิดชอบ ประชาชนผู้ใช้รถใช้ถนน ปัญหาการจราจร สภาพแวดล้อม มลพิษทางอากาศ รวมถึงสภาพอากาศขณะทำงานที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เช่น แสงแดดจัด และฝนตก เป็นต้น นอกจากนี้ ตำรวจจราจรมักประสบปัญหาด้านความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากพฤติกรรมของผู้ขับขี่ที่ไม่มีวินัย ขาดความระมัดระวัง และฝ่าฝืนกฎจราจร (เสนห์ ใจสิทธิ์, 2561) ดังนั้น ตำรวจจราจรย่อมได้รับผลกระทบจากการทำงานทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต จากการศึกษาของรัตนภรณ์ พันธุ์โพธิ์ และคณะ (2559) พบว่า ความเครียดจากการทำงานของตำรวจชั้นประทวนเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อสุขภาพจิต รวมถึงปัญหาทางด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม สภาพการทำงาน เศรษฐกิจ และการได้รับเงินเดือน และภาระหน้าที่ไม่สมดุลกัน ค่าครองชีพที่เพิ่มขึ้น ล้วนส่งผลต่อความเครียดและสุขภาพจิตของตำรวจจราจรทั้งสิ้น (เวอาซิร์ โต้ะตีเต และชนิกา แสงทองดี, 2563)

เมื่อบุคคลใดมีปัญหาสุขภาพจิต ไม่สามารถปรับตัวได้ หรือเผชิญปัญหาอย่างไม่เหมาะสม บุคคลเหล่านั้นจะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เนื่องจากคิดว่าการฆ่าตัวตายเป็นทางออกของปัญหา เป็นการหลีกเลี่ยงปัญหา และจบปัญหาทุกอย่าง จากการรายงานข่าวของ BBC ประเทศไทย โดยจิตแพทย์ผู้ชำนาญการกล่าวว่า การฆ่าตัวตายมีในทุกกลุ่มอาชีพ แต่ตำรวจมีอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จเยอะกว่า เพราะวิธีที่ใช้รุนแรงมากกว่า เนื่องจากมีปืนใกล้ตัว และทำงานใกล้ชิดกับความรุนแรง ดังนั้น หากตำรวจมีความคิดในการฆ่าตัวตาย มักประสบความสำเร็จสูงกว่าคนในอาชีพอื่น (BBC News, 2020) นอกจากนี้ จากการรายงานข่าวของวัยศกงามขำ (2563) จากสำนักข่าวโพสต์ทูเดย์ พบว่าสถิติในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ พ.ศ. 2551 - 2562 ตำรวจไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าประชากรทั่วไปมากถึง 2.32 เท่า ซึ่งนักจิตวิทยาระบุว่า ตำรวจเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง เพราะอยู่กับงานที่มีความเครียดสูงและมีอาวุธปืนครอบครอง โดยปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยหลักที่มีผลต่อสุขภาพจิตและการฆ่าตัวตาย เช่น มีบุคลิกภาพแบบเก็บตัว วิตกกังวลง่าย หุนหันพลันแล่น มีความรับผิดชอบสูง และไม่ยืดหยุ่น มีปัญหาสัมพันธภาพและการปรับตัว มีโรคประจำตัว ปัญหาภายในครอบครัว และมีปัญหาด้านการเงิน เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้ตำรวจมีการตัดสินใจฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น (วัยศกงามขำ, 2563)

จังหวัดภูเก็ตเป็นแหล่งท่องเที่ยวที่สำคัญของประเทศไทย ซึ่งมีนักท่องเที่ยวทั้งในประเทศและต่างประเทศเข้ามาท่องเที่ยวอย่างมาก ส่งผลต่อการทำงานของตำรวจจราจร โดยเฉพาะในอำเภอเมืองภูเก็ตซึ่งเป็นศูนย์กลางของจังหวัด ซึ่งปัญหาที่พบจากการทำงานของตำรวจจราจร เช่น ปัญหาการจราจรโดยตรง การเกิดอุบัติเหตุ ภาวะเศรษฐกิจ และค่าครองชีพที่ค่อนข้างสูง รวมถึงลักษณะการทำงานของตำรวจจราจร



ที่ค่อนข้างกดดันจากหลายช่องทาง ทั้งนี้ เพื่อเป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในตำรวจจราจรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่อำเภอเมืองภูเก็ต ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาระดับสุขภาพจิตของตำรวจจราจรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่อำเภอเมืองภูเก็ต และปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิต เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในวางแผนช่วยเหลือตำรวจจราจรกลุ่มเสี่ยง รวมถึงการส่งเสริมและการคงไว้ซึ่งสุขภาพจิตให้อยู่ในระดับที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะทางประชากรของตำรวจจราจรในพื้นที่อำเภอเมืองภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต
2. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของตำรวจจราจรในพื้นที่อำเภอเมืองภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของตำรวจจราจรในพื้นที่อำเภอเมืองภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของตำรวจจราจรในพื้นที่อำเภอเมืองภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดของอภิชัย มงคล และคณะ (2552) บุคคลมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีนั้น จะต้องประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ สภาพจิตใจ สมรรถภาพของจิตใจ คุณภาพจิตใจ และปัจจัยสนับสนุน เก็บข้อมูลในเดือนเมษายน พ.ศ. 2564 มีวิธีดำเนินการศึกษา ดังนี้

1. ประชากร คือ เจ้าหน้าที่ตำรวจที่ปฏิบัติงานด้านจราจร ในปี พ.ศ. 2564 สังกัดสถานีตำรวจในพื้นที่อำเภอเมืองภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต จำนวน 94 คน
2. กลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่ตำรวจที่ปฏิบัติงานด้านจราจร สังกัดสถานีตำรวจในพื้นที่อำเภอเมืองภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต ผู้วิจัย

ได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) กำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 76 คน จำแนกตามสัดส่วนประชากรจากสถานีตำรวจแต่ละแห่ง จากนั้นผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างจากสถานีตำรวจแต่ละแห่งด้วยวิธีการสุ่มตามความสะดวก (Convenience sampling)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ อายุ ศาสนา สถานภาพการสมรส อายุที่รับราชการตำรวจ ชั้นยศ จำนวนชั่วโมงที่ปฏิบัติงานบนท้องถนนโดยเฉลี่ยต่อวัน รายได้ต่อเดือน ภาระค่าใช้จ่ายที่ต้องรับผิดชอบต่อเดือน ภาระที่ต้องรับผิดชอบ ระดับการศึกษา ภูมิลำเนาเดิม โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้ยานอนหลับหรือยาคลายกังวล โดยลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความ

ส่วนที่ 2 ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์ (TMHI-55) จำนวน 55 ข้อ ของ อภิชัย มงคล และคณะ (2552) ซึ่งแบบสอบถามเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ของผู้ตอบแบบสอบถามในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน เป็นการประเมินเหตุการณ์ อากาการ ความคิดเห็น หรือความรู้สึกว่าอยู่ในระดับใด ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) โดยให้คะแนนเป็นรายข้อแบบ Likert's scale แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ “ไม่เลย” หมายถึง ไม่เคยมีเหตุการณ์ อากาการ ความรู้สึก หรือไม่เห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ “เล็กน้อย” หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อากาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ เพียงเล็กน้อย “มาก” หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อากาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ มาก หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ มาก



และ“มากที่สุด” หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ มากที่สุด หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ มากที่สุด การแปลผลมีคะแนนเต็มทั้งหมด 220 คะแนน (Good) 179 - 220 คะแนน หมายถึง มีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (Fair) 158 - 178 คะแนน หมายถึง มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (Poor) 157 คะแนนหรือน้อยกว่า หมายถึง มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

4. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นมาให้ผู้เชี่ยวชาญช่วยตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหาที่ต้องการศึกษา โดยมีผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาทำการแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำ และทำการวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ (index of consistency; IOC) และเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC มากกว่า 0.5 มาใช้เป็นข้อคำถามในแบบสอบถาม

แบบสอบถามส่วนที่ 2 แบบสอบถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ (TMHI-55) ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยมี Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.92 (อภิชัย มงคล และคณะ, 2552) ซึ่งแต่ละองค์ประกอบของสุขภาพจิตทั้ง 4 ด้าน มีค่า Cronbach's alpha coefficient ดังนี้ ด้านที่ 1 สภาพจิตใจ เท่ากับ 0.84 ด้านที่ 2 สมรรถภาพของจิตใจ เท่ากับ 0.83 ด้านที่ 3 คุณภาพของจิตใจ เท่ากับ 0.88 และด้านที่ 4 ปัจจัยสนับสนุน เท่ากับ 0.83

5. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยตามหลักจริยธรรมการวิจัยในคน ซึ่งเกี่ยวข้องกับสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยไม่มีการบังคับ กดดัน จูงใจ ไม่ละเมิดสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย และระมัดระวังผลที่เกิดขึ้น

ทางลบต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งการรักษาความลับของผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยผลจากการศึกษาครั้งนี้จะนำเสนอในภาพรวม เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ไม่มีการระบุเจาะจงเป็นรายบุคคล และจะทำลายข้อมูลทันทีหลังจากได้รายงานวิจัยที่สมบูรณ์

6. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพจิต ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของตำรวจจราจรในพื้นที่อำเภอเมืองภูเก็ต ใช้สถิติการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

สรุปผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาลักษณะทางประชากรของตำรวจจราจรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่อำเภอเมืองภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต จากการสุ่มขนาดตัวอย่างจำนวน 76 คน ดังนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20 - 29 ปี จำนวน 34 คน (ร้อยละ 44.7) นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 70 คน (ร้อยละ 92.1) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 40 คน (ร้อยละ 52.6) ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี จำนวน 50 คน (ร้อยละ 65.8) มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ภาคใต้ จำนวน 70 คน (ร้อยละ 96.1) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 74 คน (ร้อยละ 97.4) มีโรคประจำตัวเพียง 2 คน (ร้อยละ 2.6) ได้แก่ ภูมิแพ้ จำนวน 1 คน (ร้อยละ 1.3) และวิตกกังวล จำนวน 1 คน (ร้อยละ 1.3) ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ จำนวน 53 คน (ร้อยละ 69.7) ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 48 คน (ร้อยละ 63.2) และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 ไม่มีการใช้ยานอนหลับ หรือยาคลายกังวล



1.2 การปฏิบัติงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 10 ปี จำนวน 58 คน (ร้อยละ 76.3) มีชั้นยศอยู่ในชั้นประทวน จำนวน 67 คน และส่วนใหญ่ปฏิบัติงานบนท้องถนน ระหว่าง 6 - 8 ชั่วโมงต่อวัน จำนวน 39 คน (ร้อยละ 51.3)

1.3 ค่าครองชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 15,000 - 25,000 บาท จำนวน 46 คน และมีภาระ

ค่าใช้จ่ายที่ต้องรับผิดชอบต่อเดือน ระหว่าง 10,000 - 20,000 บาท จำนวน 42 คน (ร้อยละ 55.3) โดยมีภาระที่ต้องรับผิดชอบ เช่น เลี้ยงดูบิดา มารดา หรือบุตร ค่าผ่อนรถ ค่าผ่อนบ้าน ค่าอินเทอร์เน็ต และค่าโทรศัพท์ เป็นต้น รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 76)

| ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---|------------|--------|
| อายุ | | |
| 20-29 ปี | 34 | 44.7 |
| 30-39 ปี | 27 | 35.5 |
| 40-49 ปี | 9 | 11.8 |
| มากกว่า 49 ปี | 11 | 14.8 |
| (Mean = 33.54 ปี, SD = 7.86 ปี, Min = 25 ปี, Max = 56 ปี) | | |
| ศาสนา | | |
| พุทธ | 70 | 92.1 |
| อิสลาม | 6 | 7.9 |
| สถานภาพการสมรส | | |
| โสด | 34 | 44.7 |
| สมรส | 40 | 52.6 |
| แยกกันอยู่ | 1 | 1.3 |
| หย่าร้าง | 1 | 1.3 |
| อายุที่รับราชการตำรวจ | | |
| น้อยกว่า 10 ปี | 58 | 76.3 |
| 10-19 ปี | 5 | 6.6 |
| 20-29 ปี | 9 | 11.8 |
| 30-39 ปี | 4 | 5.3 |
| (Mean = 10.53 ปี, SD = 8.05 ปี, Min = 4 ปี, Max = 37 ปี) | | |
| ชั้นยศ | | |
| ชั้นสัญญาบัตร | 9 | 11.8 |
| ชั้นประทวน | 67 | 88.2 |



ตารางที่ 1 (ต่อ)

| ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|--|------------|--------|
| จำนวนชั่วโมงที่ปฏิบัติงานบนท้องถนนต่อวัน | | |
| น้อยกว่า 3 ชั่วโมง | 7 | 9.2 |
| 3 – 5 ชั่วโมง | 18 | 23.7 |
| 6 – 8 ชั่วโมง | 39 | 51.3 |
| 9 - 11 ชั่วโมง | 5 | 6.6 |
| มากกว่า 11 ชั่วโมง | 7 | 9.2 |
| (Mean = 6.68 ชั่วโมง, SD = 2.69 ชั่วโมง, Min = 1 ชั่วโมง, Max = 12 ชั่วโมง) | | |
| รายได้ต่อเดือน (บาท) | | |
| ต่ำกว่า 15,000 | 13 | 17.1 |
| 15,000 – 25,000 | 46 | 60.5 |
| 25,001 – 35,000 | 6 | 7.9 |
| 35,001 – 45,000 | 6 | 7.9 |
| มากกว่า 45,000 | 5 | 6.6 |
| (Mean = 21,903.55 บาท, SD = 10,323.53 บาท, Min = 12,500 บาท, Max = 50,000 บาท) | | |
| ภาระค่าใช้จ่ายที่ต้องรับผิดชอบต่อเดือน (บาท) | | |
| ต่ำกว่า 10,000 | 31 | 40.8 |
| 10,000 – 20,000 | 42 | 55.3 |
| 20,001 – 30,000 | 2 | 2.6 |
| มากกว่า 30,000 | 1 | 1.3 |
| (Mean = 10,723.80 บาท, SD = 5,191.25 บาท, Min = 3,000 บาท, Max = 35,000 บาท) | | |
| ภาระที่ต้องรับผิดชอบ | | |
| เลี้ยงดูบิดา มารดา บุตร | 52 | 68.4 |
| เลี้ยงดูบุคคลอื่นในครอบครัว | 2 | 2.6 |
| ค่าผ่อนรถ ผ่อนบ้าน | 45 | 59.2 |
| ค่าอินเทอร์เน็ต โทรศัพท์ | 1 | 1.3 |
| ระดับการศึกษา | | |
| ต่ำกว่าปริญญาตรี | 23 | 30.3 |
| ปริญญาตรี | 50 | 65.8 |
| สูงกว่าปริญญาตรี | 3 | 4.0 |
| ภูมิลำเนาเดิม | | |
| ภาคเหนือ | 1 | 1.3 |
| ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ | 1 | 1.3 |
| ภาคตะวันตก | 0 | 0 |
| ภาคกลาง | 1 | 1.3 |
| ภาคใต้ | 73 | 96.1 |



ตารางที่ 1 (ต่อ)

| ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---------------------------------------|------------|--------|
| โรคประจำตัว | | |
| ไม่มี | 74 | 97.4 |
| มี | 2 | 2.6 |
| - ภูมิแพ้ | 1 | 1.3 |
| - วิตกกังวล | 1 | 1.3 |
| การสูบบุหรี่ | | |
| ไม่สูบ | 53 | 69.7 |
| สูบ | 23 | 30.3 |
| - น้อยกว่า 5 มวนต่อวัน | 1 | 1.3 |
| - 5 - 10 มวนต่อวัน | 12 | 15.8 |
| - มากกว่า 10 มวนต่อวัน | 10 | 13.2 |
| การดื่มแอลกอฮอล์ | | |
| ไม่ดื่ม | 48 | 63.2 |
| ดื่ม | 28 | 36.9 |
| - น้อยกว่า 5 ครั้งต่อเดือน | 10 | 13.2 |
| - 5 - 10 ครั้งต่อเดือน | 13 | 17.1 |
| - มากกว่า 10 ครั้งต่อเดือน | 1 | 1.3 |
| การใช้ยานอนหลับหรือยาคลายกังวล | | |
| ไม่ใช้ | 76 | 100 |
| ใช้ | 0 | 0 |

2. ภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป จำนวน 41 คน (ร้อยละ 54.0) สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป จำนวน 28 คน (ร้อยละ 36.8)

และมีกลุ่มตัวอย่างเพียง 7 คนเท่านั้น ที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (ร้อยละ 9.2) โดยมีคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมเท่ากับ 174.96 คะแนน (SD = 18.1) จากคะแนนเต็ม 220 คะแนน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามภาวะสุขภาพจิต (n =76)

| ภาวะสุขภาพจิต | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|-----------------------------------|------------|------------|
| มีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (Good) | 28 | 36.8 |
| มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (Fair) | 41 | 54.0 |
| มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (Poor) | 7 | 9.2 |
| รวม | 76 | 100 |

Mean = 174.96 คะแนน, SD = 18.04 คะแนน, Min = 104 คะแนน, Max = 220 คะแนน



เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตรายข้อ พบว่า ประเด็นการประเมินที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ท่านรู้สึกกังวล หรือทุกข์ทรมานใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของท่าน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีความกังวลหรือมีเพียงเล็กน้อย (Mean = 3.89, SD = 0.31) รองลงมา คือ ท่านเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคเรื้อรัง (Mean = 3.86, SD = 0.35) ส่วนประเด็นการประเมินที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ เมื่อท่านเดือดร้อนจะมีหน่วยงานในชุมชน เช่น มูลนิธิ ชมรม สมาคม วัด และสุเหร่า เป็นต้น มาช่วยเหลือดูแลท่าน (Mean = 2.42, SD = 0.82) รองลงมา คือ ท่านรู้สึกประสบความสำเร็จ และก้าวหน้าในชีวิต (Mean = 2.70, SD = 0.65)

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิต

การวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยตัวแปรอิสระ 9 ตัวแปร ได้แก่ ศาสนา (X₁) สถานภาพการสมรส (X₂) อายุที่รับราชการตำรวจ (X₃) ชั้นยศ (X₄) จำนวนชั่วโมงที่ปฏิบัติงานบนท้องถนนโดยเฉลี่ยต่อวัน (X₅) รายได้ต่อเดือน (X₆) ภาระค่าใช้จ่ายที่ต้องรับผิดชอบต่อเดือน (X₇) ระดับการศึกษา (X₈) และโรคประจำตัว (X₉) และตัวแปรตาม 1 ตัวแปร คือ ภาวะสุขภาพจิต

(Y) ซึ่งในการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า มีเพียง 3 ตัวแปร ได้แก่ ศาสนา (X₁) ระดับการศึกษา (X₈) และรายได้ต่อเดือน (X₆) ที่สามารถร่วมกันพยากรณ์ภาวะสุขภาพจิตได้

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เมื่อเพิ่มปัจจัยทีละตัว เพื่อร่วมกันพยากรณ์ภาวะสุขภาพจิต พบว่า ศาสนา (X₁) สามารถพยากรณ์ได้ว่าเป็นปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตได้ดีที่สุด มีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เท่ากับ .160 สามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตได้ร้อยละ 16.0 โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อเพิ่มตัวแปรระดับการศึกษา (X₈) เข้าไปในสมการ ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น .241 ระดับการศึกษาส่งผลให้ค่าอำนาจในการพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 24.1 โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อเพิ่มตัวแปรรายได้ต่อเดือน (X₆) เข้าไปในสมการ ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น .390 รายได้ต่อเดือนส่งผลให้ค่าอำนาจในการพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 39.0 โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

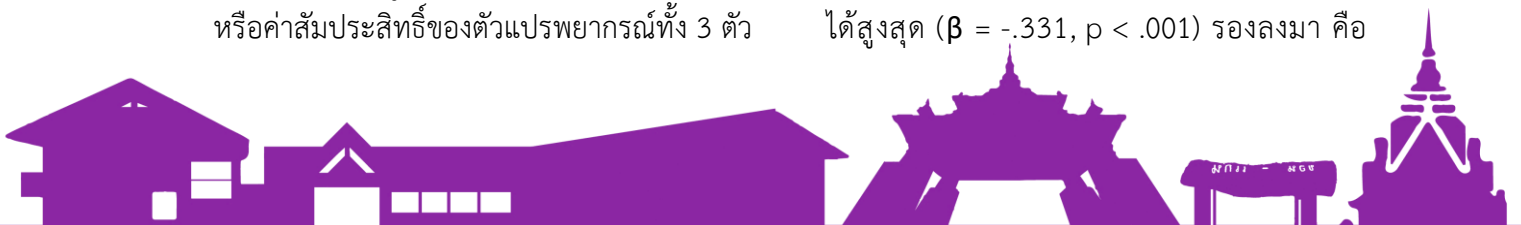
ตารางที่ 3 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เมื่อเพิ่มปัจจัยทีละตัว เพื่อร่วมกันพยากรณ์ภาวะสุขภาพจิต (n = 76)

| ชุดตัวแปรพยากรณ์ที่ดี | | Adjusted | | | | |
|-----------------------|--|----------|----------|----------|-------------------|----------|
| | | R | R Square | R Square | SE _{est} | F |
| 1 | X ₁ | .400 | .160 | .149 | 16.645 | 14.105** |
| 2 | X ₁ , X ₈ | .491 | .241 | .220 | 15.929 | 7.795** |
| 3 | X ₁ , X ₈ , X ₆ | .624 | .390 | .364 | 14.383 | 17.536** |

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการวิเคราะห์ เพื่อค้นหาตัวแปรพยากรณ์ที่ดีในการทำนายภาวะสุขภาพจิต ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาค่าน้ำหนักความสำคัญหรือค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 3 ตัว

และค่าคงที่ของสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ โดยพบว่า ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิต ได้แก่ ศาสนา ซึ่งเป็นตัวแปรพยากรณ์ที่สามารถทำนายได้สูงสุด ($\beta = -.331, p < .001$) รองลงมา คือ



ระดับการศึกษา ($\beta = -.519, p < .001$) และรายได้ต่อเดือน ($\beta = -.448, p < .001$) ตามลำดับ ทั้ง 3 ตัวแปรร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพจิตได้ร้อยละ

39.00 ($R^2 = .390, p < .001$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน โดยแสดงแต่ละปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิต ($n = 76$)

| ตัวแปรพยากรณ์ | B | SE _b | β | t | Sig |
|----------------------------|---------|-----------------|---------|--------------------------|------|
| X ₁ | -30.504 | 8.580 | -.331 | -3.555 | .001 |
| X ₈ | -19.589 | 4.084 | -.519 | -4.797 | .000 |
| X ₆ | -.001 | .000 | -.448 | -4.188 | .000 |
| Constant | 210.333 | 9.610 | | 21.887 | .000 |
| R = .624 | | R Square = .390 | | Adjusted R Square = .364 | |
| SE _{est} = 14.383 | | F = 17.536** | | p < .01 | |

ดังนั้น ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถนำมาสร้างสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (Y) และคะแนนมาตรฐาน (Z) ได้ดังนี้

ภาวะสุขภาพจิต (Y) = 210.333 - 30.504 (ศาสนาพุทธ) - 19.589 (ระดับการศึกษาปริญญาตรี) - .001 (รายได้ต่อเดือน)

ภาวะสุขภาพจิต (Z) = - .331 (Z ศาสนาพุทธ) - .519 (Z ระดับการศึกษาปริญญาตรี) - .448 (Z รายได้ต่อเดือน)

อภิปรายผล

1. ภาวะสุขภาพจิตของตำรวจจราจรในพื้นที่อำเภอเมืองภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป รองลงมา สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป และมีกลุ่มตัวอย่างเพียง 7 คนเท่านั้น ที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 9.2 ทั้งนี้ เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี จึงมีความรู้ทักษะ และความสามารถในการปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดี สามารถเผชิญความเครียดหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้ รวมถึงการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรส มีบุคคล

คอยช่วยเหลือให้คำปรึกษา คอยให้กำลังใจในการดำเนินชีวิต สมาชิกในครอบครัวมีความรักและผูกพันต่อกัน ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดี ส่งผลให้สุขภาพจิตปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของวิไลพร ขำวงษ์ และคณะ (2563) พบว่า สถานภาพการสมรสมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับการศึกษาของยุวดี ลีลัคนาวีระ และคณะ (2561) ที่พบว่า สถานภาพการสมรส และสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความเครียด นอกจากนี้ การศึกษาของสิริทรัพย์ สีหะวงษ์ และคณะ (2561) พบว่า บุคคลที่มีสัมพันธภาพไม่ราบรื่นและเกิดความรู้สึกในทางลบผู้อื่น จะเกิดความรู้สึกไม่ไว้วางใจ และมีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี ขาดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในครอบครัวและขาดการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว เหล่านี้เป็นปัจจัยด้านสัมพันธภาพที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ นอกจากนี้ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนไม่มีการใช้ยานอนหลับหรือยาคลายกังวล และไม่มีโรคประจำตัว ซึ่งข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการมีสุขภาพกายที่แข็งแรง ปราศจากโรคเรื้อรัง มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตที่ดี



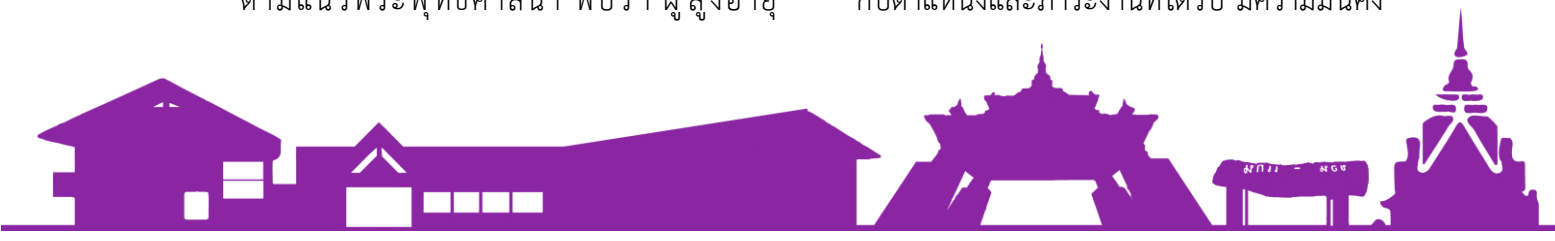
2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของตำรวจจราจรในพื้นที่อำเภอเมืองภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต จากผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิต ได้แก่ ศาสนาพุทธ (X_1) สามารถพยากรณ์ได้ว่าเป็นปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตที่ดีที่สุด สามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตได้ร้อยละ 16.0 ($\beta = -.331, p < .001$) เมื่อเพิ่มตัวแปรระดับการศึกษาปริญญาตรี (X_8) เข้าไปในสมการ ค่าอำนาจในการพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 24.10 ($\beta = -.519, p < .001$) และเมื่อเพิ่มตัวแปรรายได้ต่อเดือน (X_6) เข้าไปในสมการ ค่าอำนาจในการพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 39.0 ($\beta = -.448, p < .001$) ทั้ง 3 ตัวแปรด้วยกัน สามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตได้ร้อยละ 39.0 ($R^2 = .390, p < .001$) สามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

ศาสนาพุทธ สามารถพยากรณ์ได้ว่าเป็นปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตที่ดีที่สุด สามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตได้ร้อยละ 16.0 ($\beta = -.33, p < .001$) ศาสนา ถือเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของบุคคล เป็นหนึ่งในองค์ประกอบของสุขภาพองค์รวมด้านจิตวิญญาณ เมื่อบุคคลเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่กดดัน ก่อให้เกิดความเครียด อาจใช้ศาสนาที่พึงทางใจ เช่น การสวดมนต์ไหว้พระ การเข้าวัดทำบุญ นั่งสมาธิ ส่งผลให้จิตใจสงบ สามารถค้นหาแนวทางแก้ปัญหาหรือความเครียดนั้นให้บรรเทาลงได้ นอกจากนี้ ผลการวิจัย พบว่า ประเด็นที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ เมื่อท่านเดือดร้อนจะมีหน่วยงานในชุมชนมาช่วยเหลือดูแลท่าน เช่น มูลนิธิ ชมรม สมาคม วัด และสุเหร่า เป็นต้น (Mean = 2.42, SD = 0.82) แสดงให้เห็นว่า การได้รับการดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตด้วยวิธีการทางศาสนายังมีบทบาทน้อย ดังนั้น การสร้างการมีส่วนร่วมของหน่วยงานดังกล่าวในการดูแลสุขภาพจิตของตำรวจจราจรจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง จากการศึกษาของเจษฎา มุลยาพอ และคณะ (2563) ได้ศึกษาการพัฒนาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตามแนวพระพุทธศาสนา พบว่า ผู้สูงอายุ

ได้พัฒนาสุขภาพจิตโดยใช้วัดเป็นสถานที่ในการพัฒนาตนเอง เพราะเป็นสถานที่เงียบสงบ มีความเหมาะสมต่อการพัฒนาสุขภาพจิต การฝึกฝนทางพุทธศาสนา คือ การพัฒนาจิต ให้มีความเข้มแข็ง การมีปัญญารู้เท่าทัน การรู้จักควบคุมอารมณ์ และสามารถจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระดับการศึกษาปริญญาตรี เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลลำดับที่ 2 ที่มีผลต่อสุขภาพจิต ส่งผลให้ค่าอำนาจในการพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 24.1 ($\beta = -.519, p < .001$) ทั้งนี้ เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ระดับการศึกษาที่สูงขึ้นมีส่วนช่วยให้บุคคลมีกระบวนการคิดแก้ไขปัญหาได้ดีขึ้น รวมถึงตำรวจจราจรทุกคน ต้องผ่านการฝึกซ้อมด้านร่างกายและจิตใจ จากหน่วยฝึก เกิดความอดทนต่อสภาวะกดดันด้านต่าง ๆ มีทักษะในการดำเนินชีวิต เมื่อมาปฏิบัติงานด้านจราจรจึงส่งผลให้ความสามารถในการปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ที่กดดันได้ สอดคล้องกับการศึกษาของยุวดี ลีลัคณาวิระ และคณะ (2561) พบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับความเครียดของทหารเรือในจังหวัดนราธิวาส และสอดคล้องกับการศึกษาของสุนิสา คำชื่น และคณะ (2563) ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งบุคคลที่ได้รับการศึกษาในระดับที่สูงขึ้นจะมีความเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตลดลง และน้อยกว่าบุคคลที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ทั้งนี้ อธิบายได้ว่าการศึกษาช่วยให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ

รายได้ต่อเดือน เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลลำดับที่ 3 ที่มีผลต่อสุขภาพจิต ส่งผลให้ค่าอำนาจในการพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 39.0 ($\beta = -.448, p < .001$) การมีทรัพย์สินรายได้ที่เพียงพอต่อการดำเนินชีวิต เงินเดือนเหมาะสมกับตำแหน่งและภาระงานที่ได้รับ มีความมั่นคง



ทางเศรษฐกิจ ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจทางด้านจิตใจ มีการดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างปกติ ไม่มีอุปสรรคหรือขัดข้องทางเศรษฐกิจ ย่อมมีผลให้สุขภาพจิตเป็นไปในทางที่ดี เช่นเดียวกับการศึกษาของแวนอาซีร์ โต้ะตีเต และชนิกกา แสงทองดี (2563) พบว่า ปัจจัยด้านเศรษฐกิจมีผลต่อความเครียดของตำรวจ เนื่องมาจากเงินเดือนกับภาระหน้าที่ที่รับผิดชอบไม่สมดุลกัน ค่าครองชีพเพิ่มสูงมากขึ้น และการศึกษาของสุภาพร พันพยัคฆ์ และคณะ (2564) พบว่า สถานภาพทางการเงินมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต รวมถึงการศึกษาของสิริทรัพย์ สีหะวงษ์ และคณะ (2561) ที่พบว่า บุคคลที่มีฐานะทางการเงินไม่ดี และขาดความสามารถในการบริหารจัดการค่าครองชีพด้วยตนเอง ส่งผลให้เกิดความเครียด และมีปัญหาสุขภาพจิตตามมาได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1.1 ข้อมูลจากการวิจัยนำมาเป็นแนวทางในการออกแบบโปรแกรมหรือการจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพจิต เพื่อส่งเสริมให้ตำรวจจราจรที่มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไปหรือสูงกว่าคนทั่วไปคงไว้ซึ่งสุขภาพจิตให้อยู่ในระดับ ที่ดีต่อไป

1.2 วางแผนช่วยเหลือตำรวจจราจร กลุ่มเสี่ยง รวมถึงการค้นหาและคัดกรองสุขภาพจิตเชิงรุกในตำรวจจราจรหรือตำรวจกลุ่มสายงานอื่น

1.3 สร้างการมีส่วนร่วมของหน่วยงานในชุมชน เช่น มูลนิธิ ชมรม สมาคม วัด และสุเหร่า เป็นต้น ในการดูแลสุขภาพจิตของตำรวจจราจร และประชาชนในพื้นที่ที่หน่วยงานรับผิดชอบ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาเพิ่มเติมในประชากรตำรวจกลุ่มอื่น ๆ เช่น ตำรวจจราจรพื้นที่อื่น

หรือตำรวจในสายงานอื่น เพื่อให้ได้ผลที่ชัดเจนมากขึ้นในแต่ละกลุ่มประชากร

2.2 ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับสุขภาพจิตของกลุ่มตำรวจ เช่น การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล (In-depth interview) เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563).

รายงานจำนวนการฆ่าตัวตายของประเทศไทย: แยกตามช่วงอายุ. เข้าถึงได้จาก https://dmh.go.th/report/suicide/stat_prov.asp (11 เมษายน 2564)

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต.

(2563). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2563, คลังความรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. เข้าถึงได้จาก <https://www.dmh-elibrary.org/items/show/334> (11 เมษายน 2564)

เฉษฐา มุลยาพอ, บุญส่ง สิ้นจันทน์, สมเดช นามเกต, และพระมหาปริยญา วรญาโณ.

(2563). การพัฒนาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตามแนวพระพุทธศาสนา ในจังหวัดหนองคาย. วารสารปัญญาปณิธาน, 5(2), 207-220.

ทศพล ชัยสัมฤทธิ์ผล. (2562). จิตแพทย์ชี้หาก

ตำรวจคิดฆ่าตัวตายมักประสบความสำเร็จสูงกว่าคนในอาชีพอื่น. เข้าถึงได้จาก <https://www.bbc.com/thai/thailand-46744797> (11 เมษายน 2564)



- ยุวดี ลีลัคณาวิระ, ชัชดา หลงพิมาย และชนัญญู ชิตาดุขภูมิกุลศิริ. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของทหารเรือในจังหวัดนราธิวาส. *วารสารแพทยนาวิ*, 45(2), 399-416.
- รัตนภรณ์ พันธุ์โพธิ์, นุจรี ไชยมงคล และจิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตในตำรวจชั้นประทวน. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 22(4), 460-470.
- วิสัยศ งามขำ. (2563). *ตำรวจฆ่าตัวตายรายวัน ปัญหาใหญ่ที่ สดช.ต้องเร่งสะสาง*. เข้าถึงได้จาก <https://www.posttoday.com/social/general/612226> (11 เมษายน 2564)
- วิไลพร ขำวงษ์, จตุพร หนูสวัสดิ์, ทานตะวัน แยมบุญเรือง และญานิศา เกื้อนเจริญ. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิต กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในอำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 14(3), 131-144.
- แหวอาชีร์ โต้ะตีเต และชนิกา แสงทองดี. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของตำรวจจราจร สถานีตำรวจนครบาลสามเสน เขตดุสิตกรุงเทพฯ. *วารสารอาชญากรรมและความปลอดภัย*, 2(2), 19-28.
- สิริทรัพย์ สีหะวงษ์, นิชกานต์ ฝูงดี และณัฐจิตา ยานะรมย์. (2561). ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความเครียดของนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. *วารสาร มฉก.วิชาการ*, 21(42), 93-106.
- สุนิสา คำชื่น, หฤทัย กงมหา และวิจิตร แผ่นทอง. (2563). ภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 36(3), 150-163.
- สุภาพร พันพโยคค์, พชรินทร์ นินทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน และวิไล นาป่า. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเครียด ความแข็งแกร่งในชีวิต และแรงสนับสนุนทางสังคม กับสุขภาพจิตของตำรวจจราจรไทย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 35(2), 15-34.
- เสน่ห์ ใจสิทธิ์. (2561). ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของตำรวจจราจรบนท้องถนน อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน. *วารสารบัณฑิตแสงโคมคำ*, 3(1), 45-54.
- อภิชัย มงคล และคณะ. (2552). การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (ฉบับปี 2007). *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 54(3), 299-315.
- Francesco Chirico. (2016). Spiritual well-being in the 21st century: It is time to review the current WHO's health definition. *Journal of Health and Social Sciences*. 1(1), 11-16.
- Robert V. Krejcie, & Daryle W. Morgan. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.



ประสิทธิผลของวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา

EFFECTIVENESS OF COVID-19 VACCINE SANAMCHAIKHET DISTRICT CHACHOENGSAO PROVINCE

สันติ สัมฤทธิ์มนพร
Santi Samritmanophon

Received : 30 June 2023, Received in revised form : 22 September 2023, Accepted : 27 September 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยรูปแบบผสมผสานนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อโควิด-19 ประสิทธิภาพของวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายการเฝ้าระวังป้องกันโรคโควิด-19 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ที่โรงพยาบาลสนามชัยเขต ระหว่างเดือนเมษายน ถึงกันยายน พ.ศ. 2565 จำนวน 392 คน และผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ บุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลสนามชัยเขต จำนวน 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลผู้รับบริการฉีดวัคซีน และแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการทดสอบไค-สแควร์ สถิติการถดถอยพหุแบบโลจิสติก และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้แก่ จำนวนวัคซีนที่ได้รับ มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อวิเคราะห์ประสิทธิผลของจำนวนวัคซีนที่ได้รับ พบว่า การได้รับวัคซีน 2 เข็ม มีประสิทธิผลในการป้องกันโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้น 1.31 เท่า (95%CI = 1.108 - 1.631) และการได้รับวัคซีน 3 เข็มมีประสิทธิผลในการป้องกันโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้น 1.20 เท่า (95%CI = 1.945 - 2.231) เมื่อเปรียบเทียบกับการได้รับวัคซีน 1 เข็ม ข้อเสนอเชิงนโยบายการเฝ้าระวังป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยโรคโควิด-19 ได้แก่ 1) เพิ่มความครอบคลุมวัคซีนโควิด-19 ในทุกกลุ่มอายุ 2) พัฒนาระบบการบริหารจัดการวัคซีนโควิด-19 โดยมุ่งเน้นการเข้าถึงบริการสะดวก ลดการเดินทางและประหยัดค่าใช้จ่าย และ 3) บูรณาการความร่วมมือจากภาคเอกชนและภาคประชาสังคม เพื่อประชาสัมพันธ์การป้องกันโรคโควิด-19 ผลจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สามารถนำไปกำหนดนโยบายและวางแผนการบริหารจัดการเฝ้าระวัง ป้องกัน และดูแลรักษาโรคโควิด-19 ให้มีประสิทธิภาพสูงสุดต่อไป

คำสำคัญ: ประสิทธิภาพ, วัคซีน, โรคโควิด-19, การป้องกันโรค, ผู้ป่วยยืนยันโรคโควิด-19

โรงพยาบาลสนามชัยเขต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา, ฉะเชิงเทรา 24160

Sanamchaikhet Hospital, Chachoengsao Provincial Public Health Office, Chachoengsao 24160

Corresponding author E-mail: jaramorn@gmail.com



ABSTRACT

This Mix method research has the objective of studying the factors related to COVID-19 infection, effectiveness of the COVID-19 vaccine and prepare policy proposals for surveillance and prevention of COVID-19 disease. The sample group consists of people who received the COVID-19 vaccine. at Sanamchaikhet Hospital Between April and September 2022, there were 392 people, and the key informants were 10 public health personnel at Sanamchaikhet Hospital, tools used to collect data include vaccination service recipient information records, and group discussion recordings. The data were analyzed using Chi-square test statistics, Multiple logistic regression statistics and analyzed qualitative data by analyzing content analysis.

The results of the study found that factors related to COVID-19 infection include: the number of vaccines received is related to COVID-19 infection. Statistically significant at the .05 level. When analyzing the effectiveness of the number of vaccines received, it was found that receiving 2 vaccine doses was effective in preventing COVID-19 by 1.31 times (95% CI = 1.108–1.631) and receiving 3 vaccine doses was effective in protecting against COVID-19 by 1.20 times (95% CI = 1.945–2.231) compared to receiving 1 dose of vaccine. Policy proposals for surveillance, prevention, and care for COVID-19 patients include: 1) increasing COVID-19 vaccine coverage in all age groups. 2) Develop a COVID-19 vaccine management system. Focusing on convenient access to services Reduce travel and save costs, and 3) integrate cooperation from the private sector and civil society to promote COVID-19 disease prevention. Results from this study can be used to formulate policies and plan management of surveillance, prevention, and treatment for COVID-19 to continue to have maximum efficiency.

Keywords: Effectiveness, vaccine, COVID-19, Disease prevention, Confirmed COVID-19 patient

บทนำ

สถานการณ์ผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 ณ วันที่ 30 กันยายน 2565 องค์การอนามัยโลกพบ ผู้ติดเชื้อโควิด-19 สะสมทั่วโลก 622 ล้านคน ผู้เสียชีวิตสะสม 6.5 ล้านคน (ร้อยละ 1.05) ในขณะที่ผู้รักษาหายมีจำนวน 602 ล้านคน (ร้อยละ 96.76) สำหรับสถานการณ์การระบาดของประเทศไทย ณ ช่วงเวลาดังกล่าวพบผู้ป่วยยืนยัน สะสมอยู่ลำดับที่ 29 จำนวน 4.681 ล้านคน ผู้เสียชีวิตสะสมอยู่ลำดับ 32 ของโลก (32,764 คน) (กรมควบคุมโรค, 2565) ซึ่งในการป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 จัดให้มีการฉีดวัคซีนดังกล่าวอย่าง

เร่งด่วนเพื่อหยุดการระบาดของโรคให้เร็วที่สุด ประเทศไทยได้มีการเตรียมความพร้อมในการ จัดหาวัคซีนดังกล่าวสำหรับประชาชน โดยเริ่มฉีด วัคซีนโควิด-19 ตั้งแต่วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2564 เป็นต้นมา อย่างไรก็ตามเนื่องจากสถานการณ์ การระบาดของเชื้อสายพันธุ์เดลตา ในปัจจุบันที่ ประชุมคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติได้ กำหนดให้สามารถฉีดวัคซีนโควิด-19 เข็มที่ 1 ด้วยวัคซีน CoronaVac ของบริษัท Sinovac Biotech จำกัด และเข็มที่ 2 ด้วยวัคซีน AstraZeneca ของ บริษัท AstraZeneca จำกัด โดยมีระยะห่าง



ระหว่างเข็ม 3 - 4 สัปดาห์ หากเกินกว่าระยะห่างที่กำหนด ให้ฉีดวัคซีนโดยเร็วเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันเชื้อกลายพันธุ์สายพันธุ์เดลตา โดยจะสร้างภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสให้อยู่ในระดับที่สูงใกล้เคียงกับผู้ที่ได้รับวัคซีน AstraZeneca 2 เข็ม แต่ใช้ระยะเวลาสั้นกว่า เพื่อประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ที่มีประสิทธิภาพและทันต่อสถานการณ์ของโรคในระยที่มีวัคซีนจำนวนจำกัด โดยรูปแบบการฉีดวัคซีนในภาวะปัจจุบันที่มีการระบาดของเชื้อสายพันธุ์เดลตาเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วจึงมี 4 รูปแบบ ได้แก่ รูปแบบที่ 1: AstraZeneca 1 และ AstraZeneca 2 ห่างกัน 10 - 12 สัปดาห์ รูปแบบที่ 2: Sinovac 1 และ AstraZeneca 2 หรือ Pfizer 2 ห่างกัน 3 - 4 สัปดาห์ รูปแบบที่ 3 : Pfizer 1 และ Pfizer 2 ห่างกัน 3 สัปดาห์ และรูปแบบที่ 4 Moderna 1 และ Moderna 2 ห่างกัน 4 สัปดาห์ (กรมควบคุมโรค, 2565)

จังหวัดฉะเชิงเทราพบผู้ป่วยโรคโควิด-19 รายแรกในเดือนมีนาคม 2563 โดยสถานการณ์โควิด-19 ตั้งแต่ 1 มิถุนายน 2565 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2565 พบผู้ป่วยสะสม 1,395 ราย เสียชีวิต 33 ราย อำเภอที่พบผู้ป่วยสะสมมากที่สุด ได้แก่ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว 254 ราย รองลงมา ได้แก่ อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา 243 ราย และอำเภอบางปะกง 223 ราย จากการสำรวจความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-19 จากระบบ MOPH Immunization Center ตั้งแต่วันที่ 5 เมษายน - 13 พฤศจิกายน 2565 จังหวัดฉะเชิงเทรา มีประชากรที่ได้รับวัคซีนเข็มที่ 1 ถึง เข็มที่ 5 เท่ากับร้อยละ 87.73, 76.25, 44.06, 8.82 และ 0.59 ตามลำดับ โดยอำเภอสนามชัยเขตมีจำนวนประชากรรวมทุกกลุ่มที่ได้รับวัคซีนโควิด-19 เข็มที่ 1 ถึงเข็มที่ 3 เท่ากับร้อยละ 79.45, 72.13 และ 22.65 ประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้รับวัคซีนเข็มที่ 1 - 3 เท่ากับร้อยละ 95.63, 93.56 และ 63.36 ตามลำดับ ผู้สูงอายุได้รับวัคซีนเข็มที่ 1 - 3 เท่ากับร้อยละ

77.87, 66.48 และ 21.36 ตามลำดับ ผู้มีโรคประจำตัวได้รับวัคซีนเข็มที่ 1 - 3 เท่ากับร้อยละ 86.20, 77.78 และ 44.26 ตามลำดับ บุคลากรด่านหน้าได้รับวัคซีนเข็มที่ 1 - 3 เท่ากับร้อยละ 98.32, 95.64 และ 74.14 ตามลำดับ หญิงตั้งครรภ์ได้รับวัคซีนเข็มที่ 1-3 เท่ากับร้อยละ 100, 89.68 และ 33.78 ตามลำดับ และประชาชนทั่วไปกลุ่มอายุ 5 - 59 ปี ได้รับวัคซีนเข็มที่ 1 - 3 เท่ากับร้อยละ 78.49, 71.91 และ 38.14 ตามลำดับ ประชาชนทั่วไปกลุ่มอายุ 5 - 59 ปี 15,592 คน ร้อยละ 38.14 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา, 2565)

องค์การอนามัยโลกได้กล่าวถึงประสิทธิผลของวัคซีนโควิด-19 ไว้ ว่าคือ การลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อหรือป่วยในกลุ่มที่ได้รับวัคซีน เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีน ซึ่งขึ้นอยู่กับผลลัพธ์ว่าวัดประสิทธิผลต่อผลลัพธ์ใด ได้แก่ ลดการติดเชื้อหรือลดการป่วยที่มีอาการ หรือป้องกันการป่วยรุนแรงหรือต้องเข้า ICU หรือเสียชีวิต เป็นต้น รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิในคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อ กล่าวถึงประสิทธิภาพวัคซีนและประโยชน์จากการฉีดวัคซีนโควิด-19 ว่าวัคซีนทุกตัวมีประสิทธิผลป้องกันการเสียชีวิตและป่วยหนักได้ จึงควรณรงค์ให้ประชาชนได้รับวัคซีน (Royal Thai Government, 2022) ในขณะที่สำนักงานสถิติแห่งชาติสำรวจความคิดเห็นของประชาชนในการรับวัคซีน ในช่วงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2564 พบว่าสาเหตุที่ประชาชนไม่ต้องการวัคซีนเพราะกลัวผลข้างเคียง ไม่เชื่อมั่นว่าวัคซีนจะป้องกันได้ มีข้อจำกัดด้านร่างกาย สามารถป้องกันตัวเองได้ และไม่มีข้อมูลหรือข้อมูลไม่เพียงพอสำหรับการตัดสินใจ การวิจัยปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 ของประชากรในกรุงเทพมหานคร พบว่าความคาดหวังในประสิทธิผลส่งผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญ (Chuenjai & Punturaumporn, 2022) ในจังหวัดสมุทรปราการ



พบว่าทัศนคติต่อโรคโควิด-19 ทัศนคติต่อประสิทธิภาพของวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 และทัศนคติต่อความปลอดภัยของวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 มีผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนของประชาชน (Kajhonlit & Panthuramphorn, 2021) เช่นเดียวกับอำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา ที่พบว่าความครอบคลุมวัคซีนยังไม่ถึงร้อยละ 80 และลดลงในลำดับของการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น ซึ่งสวนทางกับจำนวนผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การศึกษาประสิทธิผลของวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อศึกษาประสิทธิผลของวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อโควิด-19 และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายการเฝ้าระวังป้องกันและดูแลรักษาโรคโควิด-19 อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา จึงมีความสำคัญเนื่องจากผลการศึกษาที่ได้จากการวิจัยสามารถนำไปกำหนดนโยบายและวางแผนการบริหารจัดการเฝ้าระวังป้องกันและดูแลรักษาโรคโควิด-19 อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา ให้มีประสิทธิภาพสูงสุดต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อโควิด-19 อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา
3. เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายการเฝ้าระวัง ป้องกัน และดูแลรักษาผู้ป่วยโรคโควิด-19 อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาประสิทธิผลของวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยรูปแบบวิธีวิจัยแบบผสมผสานทั้งเชิงคุณภาพ

และเชิงปริมาณ (Mix method) ผู้วิจัยดำเนินการเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อโควิด-19 และประสิทธิผลของวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้มารับบริการโรงพยาบาลสนามชัย อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา เก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน 2565 ถึงกันยายน 2565 จากฐานข้อมูลผู้ป่วย MOPH โรงพยาบาลสนามชัยเขต มีวิธีดำเนินการศึกษา ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร คือ ผู้มารับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ที่โรงพยาบาลสนามชัยเขต อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา ระหว่างเดือนเมษายน-เดือนกันยายน 2565 จำนวน 6,275 คน (โรงพยาบาลสนามชัยเขต, 2565)

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มารับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ที่โรงพยาบาลสนามชัยเขต อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 392 คน จากการสุ่มอย่างง่ายโดยสูตรของเครซี และมอร์แกน (Robert V.Krejcie & Earyle W.Morgan, 1970) แบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยยืนยันโรคโควิด-19 (กลุ่มสังเกต) จำนวน 200 คน และกลุ่มผู้ไม่ป่วยด้วยโรคโควิด-19 (กลุ่มควบคุม) จำนวน 192 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

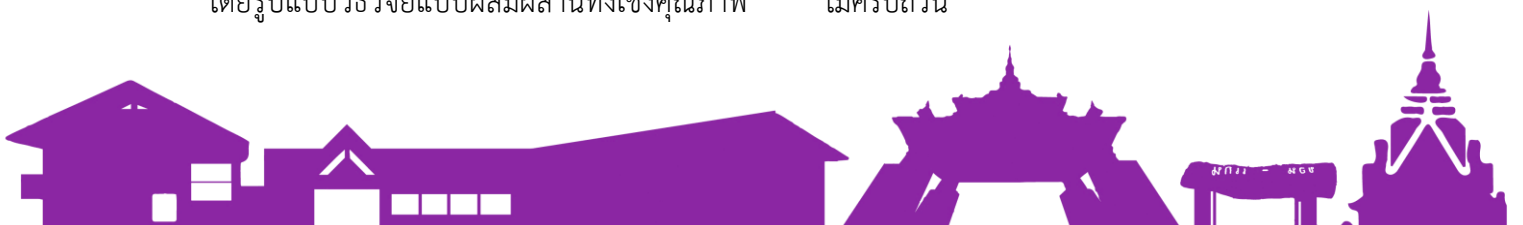
1) ผู้รับการฉีดวัคซีนโควิด-19 โรงพยาบาลสนามชัยเขต อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา ระหว่างเดือนเมษายน 2565 ถึงเดือนกันยายน 2565

2) ผู้ป่วยโควิด-19 โรงพยาบาลสนามชัยเขต ระหว่างเดือนเมษายน 2565 ถึงเดือนกันยายน 2565

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1) ผู้รับการฉีดวัคซีนโควิด-19 ที่ไม่ใช่คนไทย

2) ผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่มีข้อมูลไม่ครบถ้วน



1.2 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลผู้ที่ได้รับการฉีดวัคซีนโควิด-19 (MOPH Immunization Center) ฐานข้อมูลผู้ป่วยโควิด-19 โรงพยาบาลสนามชัยเขต เลือกเฉพาะข้อมูลที่สนใจศึกษา ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนวัคซีนโควิด-19 ที่ได้รับ และประวัติการติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 6 ข้อ ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน

ระยะที่ 2 จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย การเฝ้าระวังป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยโรคโควิด-19 อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา ด้วยวิธีสนทนากลุ่ม (Focus group) มีวิธีดำเนินการดังนี้

1. กำหนดประเด็นที่จะศึกษา ได้แก่
1) ข้อเสนอเพื่อเฝ้าระวังการป้องกันโรคโควิด-19
2) ข้อเสนอเพื่อการบริหารจัดการวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 และ 3) ข้อเสนอเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคโควิด-19

2. กำหนดและคัดเลือกผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มหรือผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants) จากตัวแทนบุคลากรโรงพยาบาลสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 166 คน คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 10 คน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักวิชาการ และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยและการเฝ้าระวังป้องกันโรคโควิด-19

3. กำหนดบุคลากรในการจัดการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย 1) ผู้ดำเนินการ (Moderator) คือ ผู้วิจัย 2) ผู้จดบันทึกคำสนทนา (Note taker) คือ ผู้ช่วยผู้วิจัย และ 3) เจ้าหน้าที่บริการทั่วไปเป็นผู้คอยดูแลอำนวยความสะดวก

4. จัดเตรียมเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม และอุปกรณ์ในการบันทึกเสียง ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง MP3 จำนวน 2 เครื่อง เพื่อป้องกันการสูญหาย และจะทำให้เสียงมีความชัดเจน

5. สถานที่จัดประชุมสนทนากลุ่ม ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลสนามชัยเขต วันที่ 20 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ใช้ระยะเวลา 3 ชม.

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทราตามรหัสโครงการวิจัย PH_CCO_REC 061/2565

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อโควิด-19 โดยใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-square) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

2. วิเคราะห์ประสิทธิผลของวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบโลจิสติกส์ (Multivariate logistic regression) โดยการวิเคราะห์แบบนำเข้า (Enter selection)

3. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มขนาดตัวอย่าง จำนวน 392 คน พบว่า เพศหญิง ร้อยละ 53.8 อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี ร้อยละ 37.0 สถานภาพโสดร้อยละ 51.3 การศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 64.8 อาชีพส่วนใหญ่รับจ้างทั่วไป/พนักงานบริษัท ร้อยละ 49.5 จำนวนวัคซีนที่ได้รับส่วนใหญ่ได้รับ 3 เข็ม ร้อยละ 46.7

2. ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้แก่ จำนวนวัคซีนที่ได้รับมีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และอาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยข้อมูลทั่วไปกับการติดเชื้อโรคโควิด-19 ของผู้รับบริการวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 (n = 392)

| ปัจจัย | กลุ่มสังเกต (n = 200) | | กลุ่มควบคุม (n = 192) | | χ^2 | df | p-value |
|--------------------------------|--------------------------|--------|--------------------------|--------|----------|----|---------|
| | จำนวน(คน) | ร้อยละ | จำนวน(คน) | ร้อยละ | | | |
| เพศ | | | | | 2.217 | 1 | .136 |
| ชาย | 85 | 42.5 | 96 | 50.0 | | | |
| หญิง | 115 | 57.5 | 96 | 50.0 | | | |
| อายุ | | | | | 0.786 | 3 | .853 |
| ≤ 30 ปี | 78 | 39.0 | 67 | 34.9 | | | |
| 31-40 ปี | 51 | 25.5 | 54 | 28.1 | | | |
| 41-50 ปี | 40 | 20.0 | 39 | 20.3 | | | |
| ≥ 51 ปีขึ้นไป | 31 | 15.5 | 32 | 16.7 | | | |
| สถานภาพสมรส | | | | | 0.519 | 2 | .772 |
| โสด | 102 | 51.0 | 99 | 51.6 | | | |
| คู่ | 56 | 28.0 | 49 | 25.5 | | | |
| หม้าย/หย่า/แยก | 42 | 21.0 | 44 | 22.9 | | | |
| ระดับการศึกษา | | | | | 2.079 | 3 | .556 |
| ต่ำกว่าปริญญาตรี | 125 | 62.5 | 129 | 67.2 | | | |
| ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า | 64 | 32.0 | 54 | 28.1 | | | |
| สูงกว่าปริญญาตรี | 4 | 2.0 | 3 | 1.6 | | | |
| ไม่ได้ศึกษา | 7 | 3.5 | 6 | 3.1 | | | |
| อาชีพ | | | | | 1.640 | 3 | .650 |
| รับจ้าง/ พนักงานบริษัท | 99 | 49.5 | 95 | 49.5 | | | |
| ข้าราชการ/พนักงาน | 41 | 20.5 | 37 | 19.3 | | | |
| รัฐวิสาหกิจ | | | | | | | |
| นักเรียน/นักศึกษา/ ในปกครอง | 55 | 27.5 | 53 | 27.6 | | | |
| ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ แม่บ้าน | 5 | 2.5 | 7 | 3.6 | | | |
| จำนวนวัคซีนที่ได้รับ | | | | | 44.604 | 4 | < .001* |
| จำนวน 1 เข็ม | 39 | 19.5 | 18 | 9.4 | | | |
| จำนวน 2 เข็ม | 93 | 46.5 | 47 | 24.5 | | | |
| จำนวน 3 เข็ม | 62 | 31.0 | 121 | 63.0 | | | |
| จำนวน 4 เข็ม | 5 | 2.5 | 3 | 1.6 | | | |
| จำนวน 5 เข็ม | 1 | 0.5 | 3 | 1.57 | | | |

*p-value <0.05



3. ผลการศึกษาประสิทธิผลของวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า การได้รับวัคซีน 2 เข็ม มีประสิทธิผลในการป้องกันโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้น 1.31 เท่า (95%CI = 1.108- 1.631) และการได้รับวัคซีน 3 เข็ม มีประสิทธิผลในการป้องกันโรคโควิด-19

เพิ่มขึ้น 1.20 เท่า (95%CI = 1.945 - 2.231) เมื่อเปรียบเทียบกับการได้รับวัคซีน 1 เข็ม สำหรับการได้รับวัคซีน 4 เข็ม และ 5 เข็มประสิทธิผลในการป้องกันโรคโควิด-19 ไม่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบกับการได้รับวัคซีน 1 เข็ม ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ประสิทธิผลของวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้รับบริการวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 (n = 392)

| ปัจจัย | Univariable analysis | | | Multivariable analysis | | | | |
|-----------------------------|----------------------|-----------------|-------|------------------------|-------------|--------|-------|---------|
| | Crude OR | 95% CI | | p-value | Adjusted OR | 95% CI | | p-value |
| | | Lower | Upper | | | Lower | Upper | |
| จำนวนวัคซีนที่ได้รับ | | | | | | | | |
| ได้รับวัคซีน 1 เข็ม | | reference group | | | | | | |
| ได้รับวัคซีน 2 เข็ม | 1.002 | 1.011 | 2.014 | <0.001 | 1.311 | 1.108 | 1.631 | < .001 |
| ได้รับวัคซีน 3 เข็ม | 1.010 | 1.011 | 2.082 | <0.001 | 1.200 | 1.945 | 2.231 | < .001 |
| ได้รับวัคซีน 4 เข็ม | 1.013 | 0.471 | 2.130 | 0.911 | - | - | - | - |
| ได้รับวัคซีน 5 เข็ม | 0.435 | 0.242 | 1.811 | 0.232 | - | - | - | - |

p-value < .05

4. ผลการศึกษาข้อเสนอเชิงนโยบายการเฝ้าระวังป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยโรคโควิด-19 อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยการสนทนากลุ่มสรุปข้อเสนอแนวทาง ดังนี้

1) ดำเนินการเร่งรัดการเพิ่มความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 สำหรับเข็มกระตุ้นในทุกกลุ่มอายุ และทุกกลุ่มเป้าหมายให้มากกว่าร้อยละ 80 ซึ่งจะสามารถลดการแพร่ระบาดของโรค ลดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคโควิด-19

2) พัฒนาระบบการบริหารจัดการวัคซีนโควิด-19 โดยมุ่งเน้นการเข้าถึงบริการให้สะดวกในการเดินทาง รวดเร็วในการให้บริการทั้งในส่วนระบบการนัดและการเข้ารับบริการ รวมถึงการสร้างเชื่อมั่นให้กับประชาชน โดยจัดระบบเฝ้าระวังติดตามอาการภายหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 ทั้งระบบเฝ้าระวังเชิงรับ ระบบติดตามความปลอดภัยเชิงรุก และการเฝ้าระวังกลุ่มอาการ

ที่อาจเกี่ยวข้องกับการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19

3) มุ่งเน้นการบูรณาการความร่วมมือจากภาคเอกชน ภาคประชาสังคมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อสังคมถึงแนวทางการดูแลผู้ป่วยทั้งที่ไม่มีอาการ มีการอาการไม่รุนแรงและมีอาการรุนแรง และเร่งรัดการประชาสัมพันธ์เพื่อการเข้ารับวัคซีนที่สามารถลดความรุนแรงของภาวะความเจ็บป่วยจากโรคโควิด-19 อย่างต่อเนื่อง

อภิปรายผล

ผลการศึกษาประสิทธิผลของวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า จำนวนวัคซีนที่ได้รับมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อโรคโควิด-19 และสำหรับปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษาและอาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อโรคโควิด-19 และการได้รับวัคซีน 2 เข็ม



มีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้น 1.31 เท่า และการได้รับวัคซีน 3 เข็ม มีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้น 1.20 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับ การได้รับวัคซีน 1 เข็ม สำหรับการได้รับวัคซีน 4 เข็ม และ 5 เข็ม พบว่า ประสิทธิภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของภาสกร ศรีทิพย์สุโข และคณะ (2565) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของวัคซีนโควิด-19 ในประเทศไทย กรณีศึกษาในสถานการณ์จริง (ปีที่ 1) ที่พบว่าประสิทธิผลการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 สายพันธุ์เดลต้าหลัง 14 วันที่ได้รับวัคซีน 2 เข็ม อยู่ในเกณฑ์ดีพอใช้คือร้อยละ 67 และประสิทธิผลการป้องกันการติดเชื้อจะสูงขึ้นอย่างมากเป็นร้อยละ 92 หลังฉีดกระตุ้นเข็มที่ 3 และการศึกษาของสุเมธรัตน์ ขนอมและเฉลียว ผจญภัย (2566) ศึกษาประสิทธิภาพของวัคซีนโควิด-19 ในการป้องกันการติดเชื้อและภาวะปอดอักเสบจากการติดเชื้อของอำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่พบว่าผู้ได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เมื่อเทียบกับที่ไม่ได้รับวัคซีนโควิด-19 มีการติดเชื้อไม่แตกต่างกัน สำหรับประสิทธิภาพในการลดภาวะการเกิดปอดอักเสบพบว่า การได้รับวัคซีน 3 เข็ม มีโอกาสลดการเกิดปอดอักเสบได้ร้อยละ 59.6 การได้รับวัคซีน 2 เข็มมีโอกาสลดการเกิดปอดอักเสบได้ร้อยละ 49.6 ทั้งนี้ อาจเนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการได้รับวัคซีนโควิด-19 เข็มที่ 2 และเข็มที่ 3 มากกว่าเข็มที่ 4 และเข็มที่ 5 รวมทั้งทุกภาคส่วนปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคอย่างเคร่งครัด จึงมีผลต่อการป่วยด้วยโรคโควิด-19

ดังนั้นจากการศึกษาสรุปได้ว่า การได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้นในเข็มที่ 2 และเข็มที่ 3 มีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้น และการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นในเข็มที่ 4 และ 5 ไม่พบความแตกต่างในการป้องกันโรคโควิด-19 ซึ่งผลการศึกษานำไปกำหนดนโยบาย และวางแผนการบริหารจัดการเฝ้าระวังป้องกัน

และดูแลรักษาโรคโควิด-19 อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยคืนข้อมูลแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และเร่งรัดเพิ่มการครอบคลุมวัคซีนเข็มที่ 2 และเข็มที่ 3 ในประชาชนทุกกลุ่มอายุเพื่อลดอัตราป่วยและการติดเชื้อโรคโควิด-19 รวมทั้งสามารถกำหนดแนวทางการเฝ้าระวังป้องกันโรคให้มีประสิทธิภาพสูงสุดต่อไปในอนาคต

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษาประสิทธิภาพของวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 มีข้อจำกัดในการศึกษา ได้แก่ จำนวนวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เข็มกระตุ้นที่ได้รับการสนับสนุนจากส่วนกลางที่มีจำนวนลดลงและการกำหนดขอบเขตของผู้ได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้นอาจส่งผลกระทบต่อจำนวนผู้ได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้นในลำดับที่ 4 และ 5

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการศึกษาไปใช้
 - 1.1 ผลการศึกษานำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
 - 1.2 ควรมีการเผยแพร่ผลการศึกษาแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในอำเภอสนามชัยเขตได้รับทราบ และตระหนักถึงการรับวัคซีนเพื่อป้องกันโรคโควิด-19
2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป
 - 2.1 ควรมีการศึกษาเพื่อติดตามประสิทธิภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ภายหลังจากได้รับวัคซีน เป็นระยะ 6 เดือนถึง 1 ปี
 - 2.2 ควรมีการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ การดูแลตนเองหลังได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เข็มกระตุ้นครบ 3 เข็มในประชาชนอำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา



เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2565). *แนวทางการให้วัคซีนโควิด 19 ในสถานการณ์การระบาดปี 2564 ของประเทศไทย*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บริษัท ทีเอส อินเตอร์พรินทร์ จำกัด.
- ธีรวุฒิ เอกะกุล. (2543). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). อุบลราชธานี : สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี.
- ภาสกร ศรีทิพย์สุโข และคณะ. (2565). *ประสิทธิผลของวัคซีนโควิด-19 ในประเทศไทย: การศึกษาในสถานการณ์จริง (ปีที่ 1)*. (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุมลรัตน์ ขนอม และเฉลียว ผจญภัย. (2566). *ประสิทธิผลของวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในการป้องกันการติดเชื้อและภาวะปอดอักเสบจากการติดเชื้อของอำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช*. *วารสารสุขภาพและการศึกษา*, 39(1), 46-57.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา. (2565). *เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ กระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2565*. เข้าถึงได้จาก <https://drive.google.com/drive/folders/1aTdHUR2fLawr1WNjrP1fdgw3uyODMmq> (13 มกราคม 2566)
- Chuenjai, K. & Punturaumporn, B. (2022). *Factors affecting the decision to vaccinate against Coronavirus (COVID-19) of the population in Bangkok*. Retrieved from <https://mmm.ru.ac.th/MMM/IS/twin-9/6214154037.pdf>. (10 May 2022)
- Kajhonlit, B. & Panthuramphorn, B. (2021). *Factors affecting the decision making on Covid-19 vaccination among the population in Samutprakam province*. Retrieved from <https://mmm.ru.ac.th/MMM/IS/sun18/6214070058.pdf>. (10 May 2022)
- Royal Thai Government. (2022). *Press release on the 2019 coronavirus infection situation*. Retrieved from <https://www.thaigov.go.th/news/contents/details/41538> (28 April 2022)



การพัฒนาารูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมของหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในจังหวัดอุดรธานี

THE DEVELOPMENT OF PARTICIPATIVE MANAGEMENT MODEL OF PRIMARY CARE UNITS, STAR-RATED SUB-DISTRICT HEALTH PROMOTING HOSPITAL IN UDONTHANI PROVINCE

เรวัตน์ ศิรินิกร^{1,*} และฐนกร คำหารพล²
Rawat Sirinikorn^{1,*} and Tanakorn Khamharpol²

Received : 18 June 2023, Received in revised form : 22 September 2023, Accepted : 28 September 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้ เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมของหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวในจังหวัดอุดรธานี ทำการศึกษา ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง กันยายน 2566 กลุ่มตัวอย่าง คือคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว จำนวน 379 คน การศึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพ ปัญหา และแนวทางการบริหารแบบมีส่วนร่วม ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วม และระยะที่ 3 ประเมินรูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วม เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถาม การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ และประชุมรับฟังความคิดเห็น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสังเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า การมีส่วนร่วมด้านการรับผลประโยชน์จากแผนงาน/โครงการ อยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.53 (SD = 0.50) และด้านการวางแผนและตัดสินใจ ด้านการดำเนินงาน อยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.43 (SD = 0.84), ค่าเฉลี่ย 4.12 (SD = 0.89) ตามลำดับ และพบว่า ด้านการประเมินผลแผนงาน/โครงการ อยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 2.87 (SD = 0.72) การพัฒนารูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วม มี 6 องค์ประกอบ คือ 1) หลักการรูปแบบ 2) วัตถุประสงค์รูปแบบ 3) ปัจจัยนำเข้า 4) กระบวนการบริหารแบบมีส่วนร่วม 5) ผลผลิตผลลัพธ์รูปแบบ 6) ปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จ ภายหลังจากใช้รูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วม พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุดทุกองค์ประกอบ ความเหมาะสม ค่าเฉลี่ย 4.20 (SD = 0.62) ความเป็นไปได้ ค่าเฉลี่ย 4.10 (SD = 0.55) และความเป็นประโยชน์ ค่าเฉลี่ย 4.24 (SD = 0.62)

คำสำคัญ: การบริหารแบบมีส่วนร่วม, หน่วยบริการปฐมภูมิ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, อุดรธานี 41000

² สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีธาตุ, อุดรธานี 41000

¹ Udon Thani Provincial Health Office, Udon Thani 41000

² Si That District Public Health Office, Udon Thani 41000

Corresponding author; E-mail: tanakorn2203@gmail.com*



ABSTRACT

This participatory action research the objective is to the development of participative management model of primary care units, star-rated sub-district health promoting hospital in Udon Thani province. The study was conducted between July and September 2023. The sample group was the star-rated sub-district health promoting hospital development committee, totaling 379 people. The study is divided into 3 phases: Phase 1 studies the conditions, problems, and approaches to participatory management; Phase 2 develops the participatory management model; and Phase 3 evaluates the participatory management model. Tools used to collect data include questionnaires, organizing workshops, and meetings to listen to opinions. The data were analyzed using percentage, mean, and standard deviation statistics. and synthesize content information.

The research results found that participation in receiving benefits from plans and projects was at the highest level, with a mean of 4.53 (SD = 0.50), and in planning and decision-making. Operational aspects were at a high level, mean 4.43 (SD = 0.84), mean 4.12 (SD = 0.89), respectively, and it was found that the plan/project evaluation aspect was at a low level, mean 2.87 (SD = 0.72). The development of a participatory management model has 6 elements: 1) model principles; 2) model objectives; 3) input factors; 4) participatory management process; 5) model outputs; and 6) success condition factors. After using the participatory management model was found that the averages were at a high level for every component, appropriateness averaged 4.20 (SD = 0.62), feasibility averaged 4.10 (SD = 0.55), and usefulness averaged 4.24 (SD = 0.62).

Keywords: Participatory management, Primary care unit, Tambon Health Promoting Hospital

บทนำ

ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 เป็นต้นไปกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายมุ่งเน้น 3 ด้านที่สำคัญ คือ ด้านประชาชนสุขภาพดี หมายถึง ลด การตายก่อนวัยอันควร (Premature Mortality) ด้านอายุคาดเฉลี่ยของคนไทยเพิ่มขึ้น เจ้าหน้าที่มีความสุข หมายถึง การมีบุคลากรที่พอเพียง โดยวัดจากดัชนีวัดความสุขด้วยตนเองของคนทำงานในองค์กร (Happinometer) ดัชนี สุขภาวะองค์กร (Happy Workplace Index) และระบบสุขภาพยั่งยืน หมายถึง การมีระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ (Efficiency) เป็นธรรม(Fairness) ยั่งยืน (Sustainability) จากนโยบายข้างต้น

หน่วยบริการปฐมภูมิ คือ กลไกสำคัญ อย่างยิ่งในการบรรลุเป้าหมายประชาชนสุขภาพดีเนื่องจากเน้นการส่งเสริมป้องกันมากกว่ารักษาและ เป็นกลไกที่คุ้มค่าในการลงทุน สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของกระทรวงสาธารณสุขคือเป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพที่รวมพลังสังคมเพื่อประชาชนสุขภาพดี นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขยังได้กำหนดนโยบาย การพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับด้วยยุทธศาสตร์ในการพัฒนาความเป็นเลิศใน 4 ด้าน คือ 1) ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (P&P Excellence) 2) ด้านระบบบริการ (Service Excellence) 3) ด้านการพัฒนาคน (People Excellence) และ 4) ด้านระบบบริหาร จัดการ (Governance Excellence)



มีการยกระดับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้มีการบริการเพิ่มมากขึ้น ในทุกด้านทั้งการ รักษา การส่งเสริม การ ป้องกัน การฟื้นฟูสุขภาพ รวมถึงงานคุ้มครองผู้บริโภค ทำให้ประชาชน ได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็นได้ ในหน่วยบริการ สุขภาพใกล้บ้านพัฒนาเครือข่ายการส่งต่อในทุก ระดับอย่างมีประสิทธิภาพ เชื่อมโยง กันทั้งภาครัฐ และเอกชน เพื่อให้ระบบหลักประกันสุขภาพมี คุณภาพอย่างเพียงพอทั่วถึง มีทางเลือก หลากหลายรูปแบบ ครอบคลุมได้ถึงการรักษา พยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วม โครงการด้วย ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขได้มีการพัฒนาเครื่องมือพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ส่งเสริม สุขภาพตำบลขึ้น คือ เกณฑ์พัฒนา คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) (สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพ ปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ซึ่งมีการ พัฒนาเกณฑ์ คุณภาพ (Approach) ที่มีเนื้อหา ผสมผสานอ้างอิงจากเกณฑ์คุณภาพ Primary Care Award และ เกณฑ์คุณภาพการบริหาร จัดการภาครัฐ (PMQA) มาเป็นกรอบแนวคิดใน การสร้างเกณฑ์เพื่อประเมิน รับรองการพัฒนา คุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิในรูปแบบของ เครือข่ายบริการ โดยมุ่งเน้นการพัฒนา คุณภาพ ระบบบริการและกระบวนการบริการสุขภาพเพื่อ ตอบสนองความต้องการและความจำเป็น ด้าน สุขภาพของประชาชนมีการจัดบริการ เพื่อดูแล สุขภาพประชาชนทุกกลุ่มแบบผสมผสานเป็นองค์ รวมอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน

กระบวนการมีส่วนร่วม คือ หัวใจสำคัญ ของการขับเคลื่อนนโยบายของกระทรวง สาธารณสุขเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติงานในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี (สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพ ปฐมภูมิ, 2562) จึงได้มีการส่งเสริมให้เกิดการมี ส่วนร่วมผ่านกลไกของคณะกรรมการพัฒนา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งมีบทบาท สำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 การสร้างความ

ร่วมมือด้านบริหารจัดการให้โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลสามารถดำเนินการได้ตามที่กำหนด เป้าหมายบริการ ด้านที่ 2 การประสาน เชื่อมต่อ กับหน่วยงานองค์กรเครือข่ายต่างๆให้การบริการ ร่วมกัน และด้านที่ 3 การสนับสนุนด้านทรัพยากร จากทุกภาคส่วน อาทิบุคลากร หรืองบประมาณ ภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กร เอกชน ชุมชน เข้ามาร่วมกันสร้างสุขภาพของ ประชาชนในเขตบริการ กระทรวงสาธารณสุขมี นโยบายการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลติด ดาว (รพ.สต.ติดดาว) ในทุกเขต สุขภาพทั่วประเทศไทย เพื่อให้ผู้บริหารและ ผู้ปฏิบัติงานมีแนวทางและ คู่มือการเดินทางตาม นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีการ จัดตั้งคณะกรรมการในระดับจังหวัด และอำเภอ เพื่อจัดทำเกณฑ์ การประเมินให้ครอบคลุม ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขให้มีความเป็น เลิศทั้ง 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) ยุทธศาสตร์ด้าน ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครอง ผู้บริโภค เป็นเลิศ (Promotion, Prevention and Protection Excellence) 2) ยุทธศาสตร์ ด้านบริการเป็น เลิศ (Service Excellence) 3) ยุทธศาสตร์ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4) ยุทธศาสตร์ด้านบริหารเป็น เลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) โดยเน้นการเชื่อมโยง กับหน่วยบริการแม่ข่าย เช่น โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน เป็นต้น เน้นการประสานความร่วมมือกับหน่วยงาน ในชุมชน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่าง ไร้รอยต่อ เป็นต้น

การดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลติดดาวของจังหวัดอุดรธานีที่ผ่านมา พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพขนาดใหญ่ที่มี จำนวน 43 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ขนาดกลาง มีจำนวน 141 แห่ง โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพขนาดเล็ก มีจำนวน 25 แห่ง มีการบริหารจัดการ ตามกรอบที่ กระทรวง สาธารณสุขกำหนด ภาคประชาสังคม คือ



กลุ่มตัวแทนชุมชน ในพื้นที่ที่เข้าร่วมในการบริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ยังไม่ค่อยมีบทบาทมากนักในการบริหารจัดการสะท้อนการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการตามระบบในแนวคิดจากหน่วยงานต้นสังกัด สู่พื้นที่และการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระดับแนวราบในพื้นที่ ยังมีข้อจำกัด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, 2565) จากสภาพปัญหาและแนวคิดต่าง ๆ ที่กล่าวมาเบื้องต้น แม้ว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดอุดรธานีจะผ่านการรับรองโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวครบทุกแห่ง แต่เมื่อพิจารณาในรายชื่อของผลการประเมิน พบว่า การมีส่วนร่วมระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังคงเป็นในระดับการสั่งการมากกว่าการมีส่วนร่วมคิดร่วมวางแผน และร่วมตัดสินใจ ส่วนการมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่ คือ ระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับ หน่วยงานต่าง ๆ และภาคี สุขภาพในพื้นที่ยังเป็นการมีส่วนร่วมในระดับที่ 2 ตามหลักการระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการ พัฒนาด้านการบริหารจัดการ 5 ระดับของสำนักงานพัฒนาระบบราชการ คือ เป็นการมีส่วนร่วมระดับที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นผู้ให้ข้อมูล แต่ยังไม่มีการร่วมปรึกษาหรือร่วมคิดร่วมให้ความเห็นและจากการทบทวนปัจจัยความสำเร็จของการ ดำเนินงานที่ผ่านมาส่วนใหญ่ที่ประสบความสำเร็จในการพัฒนามาจากศักยภาพด้านการประสานงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังนั้นจากแนวคิดหลักการเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาที่ทรงพลังยั่งยืนในสังคมประชาธิปไตยอันจากการพัฒนาที่ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนได้ร่วมคิดร่วมตัดสินใจ ร่วมแรงร่วมใจในการดำเนินการ และร่วมรับประโยชน์จากการพัฒนา นำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดอุดรธานีซึ่งมีข้อจำกัดทางการบริหารจัดการที่สำคัญในเรื่องงบประมาณรวมถึงศักยภาพของบุคลากรที่ร่วมเป็นคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีรูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมเพื่อให้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้พัฒนางานตามตัวชี้วัดจากหน่วยงานต้นสังกัดที่สอดคล้องและ ตอบปัญหาของพื้นที่อย่างไร เพื่อให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีเอกลักษณ์ของการบริหาร จัดการที่เฉพาะและสร้างการบริหารแบบมีส่วนร่วม (Participative Management) ให้เกิดระบบการบริหารจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวที่มีความยืดหยุ่น คล่องตัว มีความยั่งยืน มีประสิทธิภาพเป็นระบบที่ชุมชนร่วมสนับสนุนและรู้สึกเป็นเจ้าของผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนา รูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมของหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในจังหวัดอุดรธานี ความคาดหวัง ประโยชน์จาก การศึกษานี้จะนำไปสู่การเป็นต้นแบบของการจัดบริการด้านสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิและสร้าง ความมั่นคงยั่งยืน ในเรื่องระบบสุขภาพชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมของหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวในจังหวัดอุดรธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative Method) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Method)



ระหว่างเดือน กรกฎาคม 2566 – กันยายน 2566
แบ่งการวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพ ปัญหา และ
แนวทางการบริหารแบบมีส่วนร่วมของหน่วย
บริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ติดดาว ในจังหวัดอุดรธานี

ขั้นตอนที่ 1.1 สังเคราะห์สภาพ
การบริหารจัดการของหน่วยบริการปฐมภูมิ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว โดยใช้
เกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลติดดาวซึ่งประเมิน โดยคณะกรรมการ
ประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว
ระดับจังหวัดมาทำการสังเคราะห์ ข้อมูลในหมวด
ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการ คือ หมวดที่ 1 ถึง
หมวดที่ 3 เพื่ออธิบายข้อเท็จจริง เกี่ยวกับ
สภาพการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันของการบริหาร
จัดการเพื่อพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว จังหวัดอุดรธานี
ว่าเป็นอย่างไรและนำเสนอผลการสังเคราะห์ทั้งใน
เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อสะท้อนสภาพการ
บริหารจัดการและนำไปสู่การค้นหาปัญหาสำคัญ
ของการบริหารแบบมีส่วนร่วมของหน่วยบริการ
ปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว
จังหวัดอุดรธานี

ขั้นตอนที่ 1.2 การศึกษาปัญหา
การบริหารแบบมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนา
หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลติดดาว โดยแบบสอบถาม

ประชากรที่ใช้ในการเก็บข้อมูล
คือคณะกรรมการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ประกอบด้วย
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล ภาคีเครือข่ายสุขภาพในตำบล
ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
(อสม.) แกนนำสุขภาพ ผู้นำท้องถิ่น (กำนันหรือ
ผู้ใหญ่บ้าน) ผู้นำท้องถิ่น (นายกเทศบาลและนายก
องค์การบริหารส่วนตำบล) จำนวน 30,568 คน

(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, 2565)
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้มาจากการ
กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การเปิด
ตารางของเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan,
1970) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ตอบ
แบบสอบถาม จำนวน 379 คน จากนั้น ใช้การสุ่ม
กลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage
Sampling) (กัลยา วิณิชยปัญญา, 2550)

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภาคีเครือข่าย
สุขภาพในตำบล ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข
(อสม.) แกนนำสุขภาพ ผู้นำท้องถิ่น (กำนันหรือ
ผู้ใหญ่บ้าน)/ผู้นำท้องถิ่น (นายกเทศบาลและนายก
องค์การบริหารส่วนตำบล) ที่อาศัยอยู่ในจังหวัด
อุดรธานี

2) ผู้ที่สามารถช่วยเหลือตัวเอง
มีสติสัมปชัญญะ และไม่เป็นอุปสรรคต่อการสัมภาษณ์
3) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารได้
4) ยินยอมและสมัครใจให้ข้อมูล

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1) ผู้ที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชที่
ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้
2) ในช่วงวันของการให้ข้อมูล
อยู่ในสภาพของการเจ็บป่วยรุนแรงยกเว้นโรค
ประจำตัวซึ่งสามารถให้ข้อมูลได้ตามปกติ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการบริหาร
แบบมีส่วนร่วมของหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวในจังหวัดอุดรธานี

ขั้นตอนที่ 2.1 การร่างรูปแบบ
การบริหารแบบมีส่วนร่วมของหน่วยบริการปฐม
ภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลติดดาว
จังหวัดอุดรธานี การร่างรูปแบบการบริหารแบบมี
ส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
จังหวัดอุดรธานี โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ
(Workshop) ซึ่งมีผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้มาจากการ
เลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection) จำนวน 7 คน



ประกอบด้วย 1) ผู้บริหารหรืออดีตผู้บริหารระดับเชี่ยวชาญขึ้นไปของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี จำนวน 1 คน 2) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านการประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว จำนวน 1 คน 3) นักวิชาการในระดับมหาวิทยาลัยหรือสถาบันอุดมศึกษาและเป็นผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาเอก จำนวน 2 คน 4) ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือผู้แทน (ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) จำนวน 1 คน 5) ประธานชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย ระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 1 คน 6) ประธานชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย ระดับจังหวัด ประจำจังหวัดอุดรธานี จำนวน 1 คน และ 7) หัวหน้ากลุ่มงานประจำสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานีที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาเอก จำนวน 1 คน

ขั้นตอนที่ 2.2 ตรวจสอบร่างรูปแบบกระบวนการพัฒนารูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมของหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวในจังหวัดอุดรธานี โดยการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) แหล่งข้อมูลคือ ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบการการบริหารแบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุดรธานี จำนวน 7 คน โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

ระยะที่ 3 ประเมินกระบวนการพัฒนารูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมของหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวในจังหวัดอุดรธานี โดยการสัมภาษณ์ประชาพิจารณ์ (Public Hearings)

แหล่งข้อมูลเป็นผู้บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวในจังหวัดอุดรธานี มีวิธีการได้มา โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection) โดยการกำหนดคุณสมบัติเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง คือ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี ซึ่งเป็นผู้ที่จะใช้รูปแบบดังกล่าว จำนวน 80 คน โดยเลือกพื้นที่ 4 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โชน 1 ได้แก่ อำเภอเมืองอุดรธานี, เพ็ญ, สร้างคอม, หนองวัวซอ จำนวน 20 คน

กลุ่มที่ 2 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โชน 2 ได้แก่ อำเภอหนองแสง, กุมภวาปี, ศรีธาตุ, วังสามหมอ, โนนสะอาด, ประจักษ์ จำนวน 20 คน

กลุ่มที่ 3 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โชน 3 ได้แก่ อำเภอหนองหาน, กู่แก้ว, บ้านดุง, ทุ่งฝน, ไชยวาน, พิบูลย์รักษ์ จำนวน 20 คน

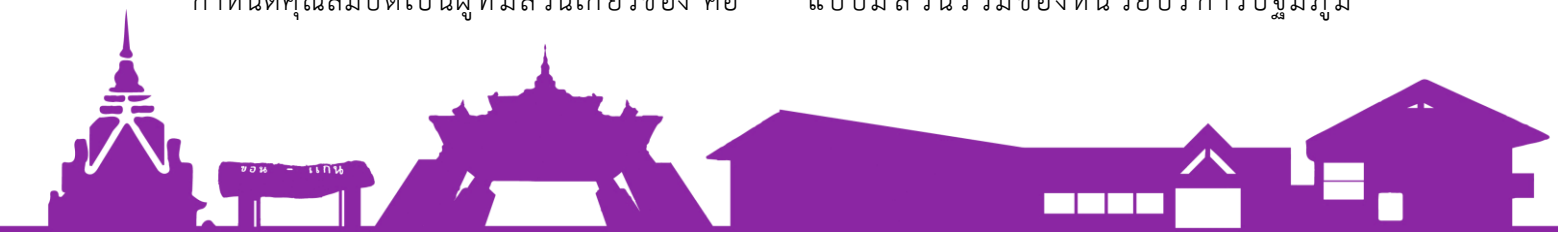
กลุ่มที่ 4 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โชน 4 ได้แก่ อำเภอบ้านผือ, น้ำโสม, นาูง, กุดจับ จำนวน 20 คน

เครื่องมือการวิจัย

1. แบบสอบถาม ประกอบไปด้วย 4 ประเด็น ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน 3) คุณลักษณะของคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4) ข้อเสนอแนะแนวทางการบริหารแบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 50 ข้อ

2. การประชุมเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย การกำหนดประเด็นคำถามความเหมาะสมและความเป็นประโยชน์ของกระบวนการพัฒนารูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมของหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในจังหวัดอุดรธานี

3. การประชุมรับฟังความคิดเห็น ดำเนินการประชุมรับฟังความคิดเห็นจาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลจังหวัดอุดรธานี ตามวันเวลาที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกำหนด ในวันประชุมประจำเดือนโดย ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้นำเสนอกระบวนการพัฒนารูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมของหน่วยบริการปฐมภูมิ



โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตามในจังหวัดอุดรธานี จากนั้นเชิญผู้เข้าร่วมประชุมร่วมแสดงความคิดเห็นและประเมินความเหมาะสมและความเป็นประโยชน์ของกระบวนการพัฒนารูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมของหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตาม ในจังหวัดอุดรธานี

คุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญประเมินความสอดคล้องของความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา จำนวน 3 คน พิจารณาความสอดคล้องของข้อความถามและวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence; IOC) ในแบบสอบถามกระบวนการพัฒนารูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมของหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตาม ในจังหวัดอุดรธานี นำคะแนนที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญมาหาค่าดัชนีความ สอดคล้องระหว่างข้อความถามกับประเด็นหลักของเนื้อหา (IOC) โดยเกณฑ์การพิจารณาเลือกข้อความถาม ที่มีค่าดัชนีความ สอดคล้องตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป (บุญชม ศรีสะอาด, 2553) ปรากฏว่าข้อความถามทุกข้อมีค่าดัชนีความ สอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.50 – 1.00

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 30 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง โดย ประสานทดลองใช้กับหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตามในจังหวัดหนองคาย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยง ของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์ของ

Cronbach's Method เพื่อหาค่า Cronbach's Alpha coefficient ในการทดสอบค่าความเที่ยงและจะต้องได้ค่าความเที่ยงที่ได้มีค่าตั้งแต่ 0.8 -9.0 ขึ้นไป จึงจะมีความเหมาะสมน่าเชื่อถือได้วิจัยพื้นฐานและวิจัยประยุกต์ (วงศา เล้าหศิริวงศ์, 2561) ปรากฏว่าค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ตอนที่ 2 – 3 มีค่าความเชื่อมั่นที่ 0.94

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) นำข้อมูลมาสรุปอธิบายปรากฏการณ์ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น ร้อยละ ค่าเฉลี่ยค่ามัธยฐาน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สรุปผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสภาพ ปัญหา และแนวทางการบริหารแบบมีส่วนร่วมของหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตาม ในจังหวัดอุดรธานี

1.1 ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 379 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.64 มีอายุเฉลี่ย 46.24 (6.69) ส่วนใหญ่ร้อยละ 38.22 อยู่ในช่วง 40 – 49 ปี ร้อยละ 78.15 มีสถานภาพสมรส (อยู่ด้วยกัน) ร้อยละ 71.80 มีระดับการศึกษาปริญญาตรี หรือสูงกว่า บุคลากรที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 43.39 ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีบทบาทหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นกรรมการ ร้อยละ 60.37 ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคลและสถานะทางเศรษฐกิจสังคม (n=379)

| คุณลักษณะส่วนบุคคล | จำนวน | ร้อยละ |
|--|--------------|--------|
| 1. เพศ | | |
| หญิง | 222 | 58.64 |
| ชาย | 157 | 41.36 |
| 2. อายุ (ปี) | | |
| < 30 | 6 | 1.46 |
| 30 – 29 | 47 | 12.29 |
| 40 – 49 | 145 | 38.22 |
| 50 – 59 | 98 | 25.87 |
| > 60 ปี | 84 | 22.16 |
| ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) | 46.24 (6.69) | |
| ค่ามัธยฐาน (ต่ำสุด : สูงสุด) | 46 (22 : 69) | |
| 3. สถานภาพสมรส | | |
| สมรส (อยู่ด้วยกัน) | 296 | 78.15 |
| แยกกันอยู่ | 31 | 8.12 |
| หม้าย/หย่า | 39 | 11.47 |
| โสด | 13 | 3.36 |
| 4. ระดับการศึกษาสูงสุด | | |
| ต่ำกว่า ปริญญาตรี | 107 | 28.20 |
| ปริญญาตรี หรือสูงกว่า | 272 | 71.80 |
| 5. บทบาทหน้าที่หลักในชุมชน | | |
| บุคลากรที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล | 164 | 43.39 |
| อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) | 66 | 17.35 |
| ผู้บริหารท้องถิ่น | 55 | 14.46 |
| กำนันผู้ใหญ่บ้าน | 37 | 9.69 |
| นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น | 24 | 6.30 |
| ภาคีสุขภาพ/ ชมรมสุขภาพ | 21 | 5.59 |
| ผู้บริหารสถานศึกษา | 12 | 3.22 |
| 6. บทบาทหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล | | |
| ประธานกรรมการฯ | 12 | 3.18 |
| รองประธานกรรมการ | 29 | 7.73 |
| กรรมการ | 229 | 60.37 |
| เลขานุการ | 49 | 12.95 |
| อนุกรรมการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง | 60 | 15.77 |



1.2 ผลการวิเคราะห์ผลการประเมินการบริหารจัดการของหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวในจังหวัดอุดรธานี ในหมวดที่ 1 ภาวะผู้นำองค์กร หมวดที่ 2 การให้ความสำคัญกับประชากร เป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้เสีย และหมวดที่ 3 ด้านการมุ่งเน้น ทรัพยากรบุคคล พบว่า ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 90 ขึ้นไป เมื่อพิจารณาหมวดพบว่า หมวดที่ 3 ซึ่งประเมินจากการความพึงพอใจของบุคลากร การพัฒนาบุคลากร ทั้งภายในองค์กรและภาคีเครือข่ายร่วมกัน รวมถึงการใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมตาม บริบทมีคะแนนเฉลี่ยภาพรวม ร้อยละ 91.76 ซึ่งน้อยกว่าหมวดที่ 1 และ 2 ที่มีค่าเฉลี่ยร้อยละ 93.76 และ 92.27

1.3 เรื่องการบริหารแบบมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว เฉลี่ยรวมทุกด้านอยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ย 3.99 (SD = 0.75) และพบว่า ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์จากแผนงาน/โครงการ อยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.53 (SD = 0.50) ส่วนด้านการวางแผนและการตัดสินใจ ด้านการดำเนินการ ด้านสรุปประเมินผลอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.43 (SD = 0.84) ค่าเฉลี่ย 4.12 (SD = 0.89) และด้านการประเมินผลแผนงาน/โครงการ อยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 2.87 (SD = 0.72) ส่วนปัญหาคุณลักษณะของคณะกรรมการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่พบ คือ การพัฒนาความรู้เรื่องสุขภาพ และโรคภัยต่าง ๆ ยังน้อยและยังไม่กล้าแสดงความคิดเห็นในการบริหาร รวมทั้งคณะกรรมการ ยังไม่รู้สึกรู้สีกมีความภาคภูมิใจที่ได้รับการแต่งตั้ง ให้เป็นกรรมการ รายละเอียดดังแสดงตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการบริหารแบบมีส่วนร่วมของหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในจังหวัดอุดรธานี แยกรายด้าน

| ที่ | ประเด็นการมีส่วนร่วม | (n = 379) | | |
|-----|---|-----------|------|-----------|
| | | Mean | SD | แปลผล |
| 1. | ด้านการวางแผนและตัดสินใจ | 4.43 | 0.84 | มาก |
| 2. | ด้านการดำเนินงาน | 4.12 | 0.89 | มาก |
| 3. | ด้านการรับผลประโยชน์จากแผนงาน / โครงการ | 4.53 | 0.50 | มากที่สุด |
| 4. | ด้านการประเมินผลแผนงาน/ โครงการ | 2.87 | 0.72 | น้อย |
| | รวมเฉลี่ย | 3.99 | 0.75 | มาก |

1.4 แนวทางการบริหารแบบมีส่วนร่วมของหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว จังหวัดอุดรธานี คือ ด้านคณะกรรมการพัฒนา ควรกำหนด จำนวนคณะกรรมการที่เหมาะสมกับภาระงานเฉพาะของพื้นที่ มีตัวแทนทุกภาคส่วนร่วมเป็นคณะกรรมการ รวมทั้งมีกระบวนการคัดเลือกบุคคลที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในด้านต่าง ๆ มาเข้าร่วมเป็น ให้การยกย่องเชิดชูเกียรติผู้ที่

เสียสละมาร่วมเป็น คณะกรรมการ ด้านกระบวนการบริหารกำหนดให้วิสัยทัศน์เป็นข้อความที่บ่งชี้เป้าหมายในการพัฒนาโดยมาตรฐานการจัดการภาครัฐด้านต่างๆ ที่เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ กำหนดกลยุทธ์การดำเนินงานทั้งในแผนงานปกติ ตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข และแผนพิเศษตามปัญหาของพื้นที่แบบต่อเนื่อง ด้านการติดตามประเมินผลใช้การนิเทศแบบกัลยาณมิตรเน้นการให้ คำแนะนำปรึกษา



แลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างต่อเนื่องเป็นระบบ และนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการประมวลผล

2. ผลการพัฒนาารูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมของหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในจังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 หลักการของรูปแบบ คือ แนวทางการบริหารแบบมีส่วนร่วมทุกระดับ รวมถึงสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ให้เป็นหน่วยบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีมาตรฐาน โดยชุมชนภาคีเครือข่ายสุขภาพมีส่วนร่วมพัฒนา และร่วมสนับสนุนการดำเนินงาน ตามภารกิจของรพ.สต. ให้เกิดระบบงานที่มีความยืดหยุ่น คล่องตัว มีประสิทธิภาพ ยั่งยืน มีการดำเนินงานสอดคล้อง เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

องค์ประกอบที่ 2 วัตถุประสงค์ของรูปแบบ คือ ใช้รูปแบบการบริหาร แบบมีส่วนร่วม เป็นแนวทางเสริมสร้างความเข้าใจร่วมกัน ของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริหารของเครือข่ายปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดอุดรธานี

องค์ประกอบที่ 3 ปัจจัยนำเข้า เป็นต้นทุนของการบริหารแบบมีส่วนร่วม ควรเลือกใช้มาตรฐานคุณภาพภาครัฐต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางหน่วยงานต้นสังกัดควรสนับสนุนปัจจัยทางการบริหาร คน เงิน วิธีการ การบริหารจัดการ การให้บริการประชาชน และขวัญกำลังใจ การบริหารงานแบบมีส่วนร่วมให้ชัดเจนและครอบคลุม มีความเหมาะสมและ ความเป็นไปได้ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ด้านปัจจัยนำเข้าของ รูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมของหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในจังหวัดอุดรธานี

| รายการ | ความเหมาะสม | | | ความเป็นไปได้ | | |
|--|-------------|------|-------|---------------|------|-------|
| | Mean | SD | แปลผล | Mean | SD | แปลผล |
| 1. ใช้แนวทางการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามมาตรฐานคุณภาพภาครัฐ | 4.17 | 0.82 | มาก | 3.85 | 0.74 | มาก |
| 2. คณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล | 4.09 | 0.86 | มาก | 4.33 | 0.66 | มาก |
| 3. ขอบข่ายของการบริหารแบบมีส่วนร่วมงานบริหารทรัพยากร (คน/เงิน/ของ) แผนงานและงบประมาณ งานพัฒนาองค์กร งานวิชาการ และงานประสานความร่วมมือจากชุมชน | 4.11 | 0.68 | มาก | 4.18 | 0.54 | มาก |
| 4. ปัจจัยการบริหาร IT & 6 M's | 4.29 | 0.68 | มาก | 4.27 | 0.71 | มาก |
| ค่าเฉลี่ยรวม | 4.17 | 0.76 | มาก | 4.16 | 0.66 | มาก |

องค์ประกอบที่ 4 กระบวนการบริหารแบบมีส่วนร่วม 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) คณะกรรมการบริหารโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีกระบวนการคัดเลือกบุคคลที่มีความรู้ความ

เชี่ยวชาญมาร่วมเป็นคณะกรรมการ 2) การวางแผนงานร่วมกัน โดยเริ่มตั้งแต่การวิเคราะห์องค์กรด้วยเทคนิคต่างๆ อาทิ การใช้เทคนิค SWOT หรือ Six Building 3) การปฏิบัติตาม



โดยนำปัจจัยทางการบริหารมาใช้เพื่อมุ่งไปสู่ผลผลิตและ ผลลัพธ์ที่ต้องการ 4) ควบคุมกำกับติดตามผลควรนำเทคโนโลยีเข้ามาใช้ประมวลผล การประเมินผลงานและเผยแพร่ผลงานและติดตามประเมินผลแบบพี่เลี้ยง 5) การปรับปรุงแก้ไข

และพัฒนาต่อยอด มุ่งเน้นสรุปผลการปฏิบัติงานแล้วให้ข้อมูลย้อนกลับถึงบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขและวางแผน โดยผลการประเมิน จากผู้ทรงเชี่ยวชาญด้านความเหมาะสมและความเป็นไปได้ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ด้านกระบวนการบริหาร แบบมีส่วนร่วมของรูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว จังหวัดอุดรธานี

| รายการ | ความเหมาะสม | | | ความเป็นไปได้ | | |
|--|-------------|------|-------|---------------|------|-------|
| | Mean | SD | แปลผล | Mean | SD | แปลผล |
| ขั้นตอนที่ 1 คณะกรรมการบริหาร | 4.12 | 0.64 | มาก | 4.03 | 0.81 | มาก |
| ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนงานร่วมกัน | 4.16 | 0.67 | มาก | 4.29 | 0.65 | มาก |
| ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติตามแผนงาน | 4.27 | 0.68 | มาก | 4.45 | 0.61 | มาก |
| ขั้นตอนที่ 4 ควบคุมกำกับติดตามผล | 4.13 | 0.66 | มาก | 4.24 | 0.63 | มาก |
| ขั้นตอนที่ 5 การปรับปรุง แก้ไข พัฒนาต่อยอด | 4.04 | 0.67 | มาก | 4.16 | 0.71 | มาก |
| ค่าเฉลี่ยรวม | 4.14 | 0.66 | มาก | 4.23 | 0.68 | มาก |

องค์ประกอบที่ 5 ผลผลิตและผลลัพธ์ผลผลิต คือ หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดอุดรธานี ทุกระดับเป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีคุณภาพและ มาตรฐาน ตรงความต้องการของชุมชนและมีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ประชาชนและหน่วยงานต่างๆ มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบสุขภาพของชุมชนใน ทุกกลุ่มวัยให้ได้คุณภาพมาตรฐานและมีความต่อเนื่องยั่งยืน

องค์ประกอบที่ 6 ปัจจัยและเงื่อนไขความสำเร็จ ปัจจัยที่สำคัญที่ส่งเสริมให้ รูปแบบการบริหารแบบมีไปสู่วิธีความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ได้แก่ สมรรถนะของคณะกรรมการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ความตระหนักของชุมชนและนโยบายความมุ่งมั่นของผู้บริหารจากหน่วยงานต้นสังกัด โดยผลการประเมินจากผู้ทรง เชี่ยวชาญด้านความเหมาะสมและความเป็นไปได้แสดงดังตารางที่ 5



ตารางที่ 5 ผลการประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ด้านปัจจัยและเงื่อนไข ความสำเร็จของรูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมของหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติตดาว ในจังหวัดอุดรธานี

| รายการ | ความเหมาะสม | | | ความเป็นไปได้ | | |
|---|-------------|------|-------|---------------|------|-------|
| | Mean | SD | แปลผล | Mean | SD | แปลผล |
| 1. สมรรถนะของคณะกรรมการ | 3.95 | 0.57 | มาก | 4.12 | 0.76 | มาก |
| 2. ความตระหนักของบุคลากรและชุมชน | 4.05 | 0.61 | มาก | 4.23 | 0.63 | มาก |
| 3. คุณภาพสารสนเทศและเทคโนโลยี | 4.21 | 0.60 | มาก | 4.25 | 0.64 | มาก |
| 4. นโยบายความมุ่งมั่นของ ผู้บริหารหน่วยงานต้นสังกัด | 4.12 | 0.63 | มาก | 4.17 | 0.63 | มาก |
| ค่าเฉลี่ยรวม | 4.08 | 0.60 | มาก | 4.19 | 0.66 | มาก |

3. ผลการประเมินรูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมของหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติตดาว โดยการสัมมนาประชาพิจารณ์ (Public Hearings) จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

จำนวน 80 คน พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ทุกองค์ประกอบมี ความเหมาะสม ค่าเฉลี่ย 4.20 (SD = 0.62) ความเป็นไปได้ ค่าเฉลี่ย 4.10 (SD = 0.55) และ ความเป็นประโยชน์ ค่าเฉลี่ย 4.24 (SD = 0.62) แสดงดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงผลการประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความเป็นประโยชน์ของ รูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมของหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี จำแนกตามองค์ประกอบ

| รายการ(องค์ประกอบ) | ความเหมาะสม | | | ความเป็นไปได้ | | | ความเป็นประโยชน์ | | |
|--------------------------|-------------|------|-------|---------------|------|-------|------------------|------|-------|
| | Mean | SD | แปลผล | Mean | SD | แปลผล | Mean | SD | แปลผล |
| 1. หลักการของรูปแบบ | 4.24 | 0.46 | มาก | 4.16 | 0.35 | มาก | 4.46 | 0.56 | มาก |
| 2. วัตถุประสงค์ของรูปแบบ | 4.23 | 0.53 | มาก | 3.79 | 0.54 | มาก | 4.12 | 0.49 | มาก |
| 3. ปัจจัยนำเข้า | 4.17 | 0.76 | มาก | 4.14 | 0.62 | มาก | 4.26 | 0.70 | มาก |
| 4. กระบวนการของรูปแบบ | 4.19 | 0.64 | มาก | 4.17 | 0.61 | มาก | 4.16 | 0.65 | มาก |
| 5. ผลผลิตและผลลัพธ์ | 4.24 | 0.62 | มาก | 4.18 | 0.57 | มาก | 4.25 | 0.63 | มาก |
| 6. เงื่อนไขความสำเร็จ | 4.13 | 0.71 | มาก | 4.14 | 0.63 | มาก | 4.17 | 0.71 | มาก |
| ค่าเฉลี่ยรวม | 4.20 | 0.62 | มาก | 4.10 | 0.55 | มาก | 4.24 | 0.62 | มาก |



อภิปรายผล

1. จากสภาพ ปัญหา และแนวทางการบริหารจัดการ คือ เรื่องการเงินและการจัดการทรัพยากร เพื่อสนับสนุนระบบบริการ แนวทางการบริหารแบบมีส่วนร่วมของหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดอุดรธานี จึงควรมีการกำหนดนโยบาย การมีส่วนร่วมให้ชัดเจนเหมาะสมกับบริบท พื้นที่ มีการติดตามประเมินผลแบบพี่เลี้ยง มีการสนับสนุนปัจจัยทางการบริหารด้วย 6M's ดังนั้นเพื่อประสิทธิภาพของการบริหารจัดการหน่วยบริการควรให้เชิงรุกทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และควบคุมโรค ในลักษณะของการเป็นภาคีเครือข่าย การนำแนวทางหลักการบริหารแบบมีส่วนร่วมมา ปรับใช้ในการดำเนินงานให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ในทุกขั้นตอนของการบริหาร ทั้งการวางแผน ดำเนินงาน ติดตาม ประเมินผล และการรับผลประโยชน์จะทำให้การบริหารมีประสิทธิภาพดีที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาปัญหาอุปสรรคการบริหารงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล อำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี คือ เงินบำรุงบุคลากร และวัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอ แนวทางการแก้ไขปัญหาคควรมีการจัดสรรงบประมาณ จัดอัตรากำลังอย่างเพียงพอและ สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ให้เหมาะสม โดยการทำงานกับชุมชนให้ชุมชนมีส่วนร่วม ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมแก้ปัญหา ร่วมรับผลประโยชน์ หาแหล่งเงินทุนจากชุมชน วิราสิริวิวิสิริวิ (2560) และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการกองทุนอยู่ในระดับปานกลางมีทุกด้าน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติการ ร่วมติดตามประเมินผล และร่วมรับผลประโยชน์ ดังนั้นแนวทางพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นมีองค์ประกอบ 3 ด้านได้แก่ การพัฒนา โครงสร้างองค์กร การพัฒนาการบริหารงบประมาณ และ

การพัฒนาการบริหารจัดการ (สุทิน อ่อนอุบล, 2556)

2. รูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมของหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว จังหวัดอุดรธานี พบว่า มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) หลักการของรูปแบบ 2) วัตถุประสงค์ของรูปแบบ 3) ปัจจัยนำเข้า 4) กระบวนการของ รูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วม 5) ขั้นตอน 6) ผลผลิตและ ผลลัพธ์ 6) เงื่อนไขความสำเร็จ สอดคล้องกับผลการศึกษารื่องการพัฒนาารูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมในสถานศึกษาสังกัด สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา พบว่า รูปแบบการที่ สร้างขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) หลักการบริหารแบบมีส่วนร่วม 2) คณะกรรมการบริหารแบบมีส่วนร่วม 3) ขอบข่ายงานการบริหารแบบมีส่วนร่วม และ 4) กระบวนการบริหารแบบมีส่วนร่วม (จิระพงษ์ หอมสุวรรณ, 2556) สอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบหมู่บ้านจัดการสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดมหาสารคาม (รัชนิภา จิตรากุล และคณะ, 2559) และการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลหนองแวง อำเภอนิคมน้ำอ้อม จังหวัดมุกดาหาร (วารุณี เปรมสิงห์ และคณะ, 2562)

3. การประเมินรูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมของหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในจังหวัดอุดรธานี โดยการสัมมนาประชาพิจารณ์ (Public Hearings) พบว่า ในภาพรวมอยู่ใน ระดับมากทุกด้าน แสดงให้เห็นถึงรูปแบบดังกล่าวมีรายละเอียดที่สมเหตุสมผล สามารถ บรรยายองค์ประกอบได้ชัดเจนทำให้น่าไปประยุกต์ใช้ได้อย่างกว้างขวาง และการประเมินได้จากการประเมินโดยผู้ปฏิบัติโดยตรงจึงเป็นรูปแบบที่มีความเหมาะสม ซึ่ง สอดคล้องกับแนวคิดของ Mescon, Michael H. et al. กล่าวถึงการพัฒนาารูปแบบไว้ว่า 1) รวบรวม ปัญหา (Problem formulation) 2) สร้างรูปแบบ



(Model Construction) 3) ทดสอบรูปแบบ (Testing the Model) 4) การนำรูปแบบไปใช้ (Implementation) 5) การปรับปรุงรูปแบบ (Model Updating) (Mescon, M. H. et al., 1985)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1.1 ควรนำข้อมูลจากการวิเคราะห์ผลการประเมินในการศึกษาระยะที่ 1 ไปพิจารณาสร้างกระบวนการที่เหมาะสม และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรผลักดันเป็นนโยบายการพัฒนา รูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมของหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติดตาม สามารถนำไปพัฒนางานให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ได้จริงเพื่อสร้างความมีเอกลักษณ์เฉพาะ และสามารถนำไปใช้เป็นต้นแบบของระบบการบริหารหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตาม ให้มีความยืดหยุ่น คล่องตัว และมีประสิทธิภาพ โดยชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมสนับสนุนและรู้สึกเป็นเจ้าของตลอดไป

1.2 ควรนำขั้นตอนการบริหารแบบมีส่วนร่วม 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) คณะกรรมการบริหารโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีกระบวนการคัดเลือก บุคคลที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญมาร่วมเป็นคณะกรรมการ 2) การวางแผนงานร่วมกัน โดยเริ่มตั้งแต่การวิเคราะห์องค์กรด้วยเทคนิคต่างๆ อาทิ การใช้เทคนิค SWOT หรือ Six Building 3) การปฏิบัติตามโดยนำปัจจัยทางการบริหารมาใช้เพื่อมุ่งไปสู่ผลผลิตและผลลัพธ์ที่ต้องการ 4) ควบคุมกำกับติดตามผล ควรนำเทคโนโลยีเข้ามาใช้ประมวลผล การประเมินผลงานและเผยแพร่ผลงานและติดตามประเมินผลแบบพี่เลี้ยง 5) การปรับปรุง แก้ไขและพัฒนาต่อยอด มุ่งเน้นสรุปผลการปฏิบัติงานแล้วให้ข้อมูล ย้อนกลับถึงบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขและวางแผน จากงานวิจัยนี้ไปประยุกต์ใช้ในการกำหนดตัวชี้วัดและเกณฑ์

ประเมินการ ปฏิบัติงานของคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและในอนาคตต เพื่อสร้างระบบสุขภาพที่ยั่งยืนต่อไป

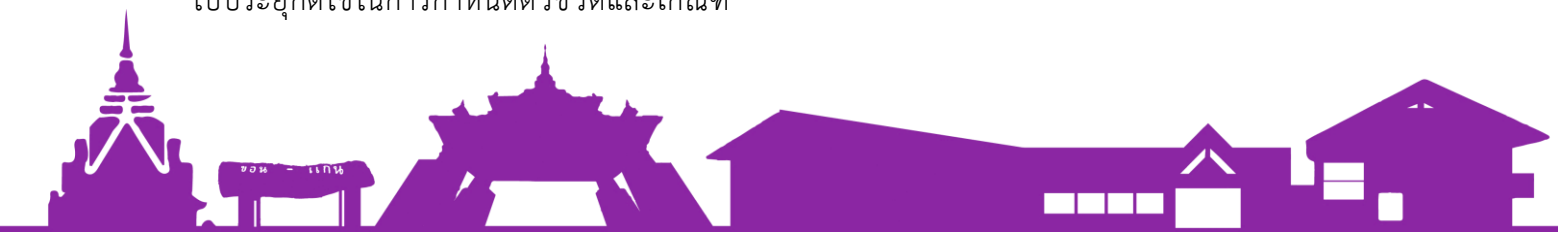
2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาการบริหารแบบ

มีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีการถ่ายโอนไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย เพื่อให้ได้ความหลากหลาย ในการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีความแตกต่างทางปัจจัยทางการบริหารและ เพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินงานสาธารณสุขที่บริหารจัดการโดยชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- กัลยา วินิชย์บัญชา. (2550). *การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล*. (พิมพ์ครั้งที่ 6). ภาควิชาสถิติ คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิระพงษ์ หอมสุวรรณ. (2556). การพัฒนารูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมในสถานศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา. *วารสารศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 15(ฉบับพิเศษ), 31-35.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2553). *การวิจัยเบื้องต้น*. (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2553). *รวมบทความวิจัย การวัดและประเมินผล*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ศรีอนันท์.
- รัชนิภา จิตรากุล และคณะ. (2559). การพัฒนารูปแบบหมู่บ้านจัดการสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารช่อพะยอม*, 26(2), 195-208.
- วงศา เล้าหศิริวงศ์. (2561). *การประเมินคุณภาพบทความวิจัยด้านสาธารณสุขและการพัฒนาโครงสร้างวิจัย*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). โรงพิมพ์คลังนานา.



วารุณี เปรมสิงห์ และคณะ. (2562). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลหนองแวง อำเภอนิคมคำสร้อย จังหวัดมุกดาหาร. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี*, 8(2), 6-12.

วิราสิริรี วสิวีรสิว. (2560). *สถานการณ์และปัญหาการบริหารงานด้านสาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี*. (วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการสาธารณสุข). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. (2565). *รายงานสรุปผลการดำเนินงานประจำปี กลุ่มงานยุทธศาสตร์*. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี.

สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *คู่มือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว*. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สุทิน อ่อนอุบล. (2556). *การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นในจังหวัดชัยภูมิ*. (ดุขฎฐินิพนธ์ศิลปศาสตรดุขฎฐิบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนาสังคม). มหาวิทยาลัยนเรศวร.

Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). *Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.

Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The Action Research Planner*. 3rd ed. Victoria: Deakin University Press.

Mescon, M. H. et al. (1985). *Management: Individual and Organizational Effectiveness*. New York: Harper & Row.



สัญลักษณ์และความหมาย การสาธารณสุขมูลฐาน (สสม.)



“ความร่วมมือ ร่วมใจ ด้วยความหนักแน่นมั่นคง เสียสละด้วยจิตใจอันบริสุทธิ์
ระหว่างประชาชน ชุมชน หน่วยงานภาครัฐและเอกชน เพื่อส่งเสริมสนับสนุน
ให้เกิดการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพของประชาชน เพื่อประชาชน”

- ภาพคนยืนซ้อนและจับมือซ้อนกัน หมายถึง ประชาชน ครอบครัว และชุมชน
- ภาพกลุ่มคนประสานมือล้อมภาพคนยืนซ้อนและจับมือซ้อนกัน หมายถึง การประสานความร่วมมือของ
องค์กรภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรธุรกิจเอกชน และองค์กรประชาชน เพื่อส่งเสริมการพึ่งตนเอง
ด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน ครอบครัว และชุมชน
- สีแดง หมายถึง เลือดเนื้อของชีวิตมนุษย์ เปรียบเสมือนการสาธารณสุขฐานซึ่งจะหล่อเลี้ยงให้ประชาชนมีสุขภาพดี
- สีน้ำเงิน หมายถึง ความยิ่งใหญ่ กว้างใหญ่ ความหนักแน่นมั่นคง