

Vol 15 No 1 January-June 2024

ISSN: 1906-8557

AEE-T

Journal of Environmental Education

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา

Dr.Vinai Veeravatnanond: Editor



www.aeet.or.th

E-Mail : aeet2552@gmail.com

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา-สสศท

AEE-T Journal of Environmental Education

© 2010 The Association for Environmental Education of Thailand

ปีที่ 15 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2567



วารสารราย 6 เดือน ปีละ 2 ฉบับ

ISSN : 1906-8557

ที่ปรึกษา

ศ.ดร.สมจิตต์ สุพรรณทัศน์

Assoc.Prof.Dr.Bob Jickling

บรรณาธิการ

รศ.ดร.วินัย วีระวัฒนานนท์

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร.บุญเลิศ วงศ์โพธิ์

ดร.วิญญู สะตะ

พิสูจน์อักษร

ผศ.ดร.อนัญญา โพธิ์ประดิษฐ์

ดร.รวิวรรณ สนั่นวรเกียรติ

ประชาสัมพันธ์และงานโฆษณา

ดร.มณูญ มนุขจร

ดร.รัชชณพัฒน์ ปานพรม

เจ้าของ / สำนักงาน

สมาคมสิ่งแวดล้อมศึกษาแห่งประเทศไทย 188 หมู่ 1 ต.น้ำริด อ.เมือง จ.อุตรดิตถ์ 53000

- บทความทุกเรื่องได้ตรวจความถูกต้องทางวิชาการจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน
- ข้อความในบทความที่ลงในวารสารเป็นแนวคิดของผู้เขียน มิใช่เป็นความคิดเห็นของคณะผู้จัดทำ และมีข้อความรับผิดชอบต่อสมาคมสิ่งแวดล้อมศึกษาแห่งประเทศไทย
- สมาคมฯ ไม่สงวนสิทธิ์ในการคัดลอก แต่ให้อ้างอิงแสดงที่มา



บรรณาธิการ

ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในปัจจุบัน ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ระบบนิเวศ เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมชนชน ระบบสุขภาพ และการเมือง ต่างได้รับกันถ้วนหน้าในทุกประเทศทั่วโลก ความรุนแรงของภัยพิบัติรวมทั้งผลกระทบจากการเกิดปรากฏการณ์โลกร้อน ทำให้เกิดความร่อยหรอและความไม่มั่นคงของทรัพยากรอาหาร น้ำดื่ม น้ำใช้ และน้ำเพื่อการเกษตร ซึ่งนับจากปี ค.ศ. 2024 เป็นต้นไป นักวิทยาศาสตร์ นักวิชาการสิ่งแวดล้อม คงต้องจับตาเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในรูปแบบต่างๆ อย่างใกล้ชิด

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา ได้ผลิตครบเป็นปีที่ 15 โดยทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ ผลงานวิชาการ งานวิจัย ข้อมูลข่าวสารทางสิ่งแวดล้อมที่สมาชิกได้ส่งเข้ามาเผยแพร่อย่างต่อเนื่อง และจะยังคงมุ่งมั่นต่ออุดมการณ์ในการร่วมกันสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อม ขอให้สมาชิกทุกท่านที่มีผลงานวิชาการเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมศึกษาที่เป็นประโยชน์ ได้นำมาเผยแพร่ให้กับสังคมได้รับรู้ โดยเราจะเป็นสื่อกลางเพื่อส่งต่อองค์ความรู้ให้กับกับผู้สนใจได้นำไปเป็นข้อมูลทางวิชาการและการดำเนินชีวิตได้อย่างรู้เท่าทัน และมีส่วนร่วมในการปกป้องสิ่งแวดล้อมให้เกิดความมั่นคงและยั่งยืน ต่อไป

รองศาสตราจารย์ ดร.วินัย วีระวัฒนานนท์

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
เกี่ยวกับสมาคม Part A	
นโยบายการจัดพิมพ์	A1
คณะกรรมการร่วมกลั่นกรอง	A2
บทความวิจัย Part B	
1. ผลของการประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพด้วยหลักวิถีธรรม เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์ โดย นุชบา จิตต์ภักดี	1
2. ผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ คลินิกยาด้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลศรีเทพ โดย สาวิตรี มานะพิชิตวงษ์	15
3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหาร ภายในเขตพื้นที่เทศบาลเมืองบางรักพัฒนา จังหวัดนนทบุรี โดย ภัทรภร ทิพเสนา	29
4. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน โรคมือ เท้า ปาก ในเด็กของผู้ปกครอง เทศบาลตำบลสามชุก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี โดย พวงผกา ปัญญาวงศ์	45
5. ความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม กฎหมายสิ่งแวดล้อม และเหตุรำคาญ ของประชาชนในชุมชนบ้านเอื้ออาทร อำเภอลำลูกกา จังหวัดนครราชสีมา โดย วิษณุ ชาญเวช	60
6. การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีภาวะตกเลือดและโรคร่วมเอสแอลอี โดย จันทอม แหะชัย	76
7. รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของผู้นำชุมชน ในส่วนรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองจอก อำเภอบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี โดย รัชดาณ จันทรัตน์	94
บทความวิชาการ Part C	
1. วิวัฒนาการสิ่งแวดล้อมศึกษา โดย วินัย วีระพัฒนานนท์	110

Part A

เกี่ยวกับสมาคม

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา-สสศท

AEE-T Journal of Environmental Education

© 2010 The Association for Environmental Education of Thailand

ปีที่ 15 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2567



นโยบายการจัดพิมพ์

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาของสมาคมสิ่งแวดล้อมศึกษาแห่งประเทศไทย เป็นวารสารราย 6 เดือน จัดพิมพ์ขึ้นเพื่อเป็นการร่วมกันสร้างความรู้และแก้ปัญหาสิ่งแวดล้อม บริการด้านวิชาการ ส่งเสริมความก้าวหน้าของบุคลากร เป็นศูนย์กลางของนักสิ่งแวดล้อมศึกษา ตลอดจนการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ข้อมูล ข่าวสาร บทความทางวิชาการ งานวิจัยต่าง ๆ รวมทั้งความคิดเห็นการอนุรักษ์และร่วมแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมระดับท้องถิ่น ระดับชาติ ไปจนถึงระดับนานาชาติ

การเตรียมต้นฉบับ

บทความและงานวิจัยต้องผ่านการพิจารณาจากประธานผู้ควบคุม พิมพ์เป็นภาษาไทย หรือ ภาษาอังกฤษ ความยาวไม่เกิน 10 หน้ากระดาษเอ 4 พิมพ์ด้วยตัวอักษร Angsana New ขนาด 16 พอยต์ โดยต้องมีองค์ประกอบสำคัญ ดังนี้

1. ชื่อเรื่องบทความหรืองานวิจัย
2. ชื่อผู้เขียน และตำแหน่งทางวิชาการ (ถ้ามี) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
3. วุฒิการศึกษาขั้นสูงสุด
4. สถานที่ติดต่อ อีเมลล์ และหมายเลขโทรศัพท์

ประเภทบทความวิจัย จะต้องมีส่วนประกอบคือ บทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ความยาวไม่เกิน 250 คำ ท้ายบทคัดย่อให้กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ไว้ด้วย และมีลำดับหัวข้อดังนี้ คือ บทนำ วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ และบรรณานุกรม (Download Template ได้ที่ www.aeet.or.th)

การส่งบทความและงานวิจัย

ส่งบทความหรืองานวิจัย มาที่ สมาคมสิ่งแวดล้อมศึกษาแห่งประเทศไทย 188 หมู่ 1 ตำบลน้ำริด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี 53000 โทร. 095-7347894 หรือส่งทาง E-Mail: aeet2552@gmail.com

สิ่งที่ผู้เขียนได้รับตอบแทน

กองบรรณาธิการวารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา-สสศท อภินันทนาการวารสารฉบับที่ลงตีพิมพ์ ผลงานของผู้เขียน จำนวน 1 ฉบับ

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา-สสศท

AEE-T Journal of Environmental Education

© 2010 The Association for Environmental Education of Thailand

ปีที่ 15 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2567



คณะกรรมการร่วมกลั่นกรอง

- | | |
|--|-------------------------------------|
| 1. รองศาสตราจารย์ ดร.สุนทร โคตรบรรเทา | วิทยาลัยนครราชสีมา |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร.วิไลลักษณ์ รัตนเพียรธัมมะ | นักวิชาการสมาคมฯ |
| 3. รองศาสตราจารย์ ดร.อดิศักดิ์ สิงห์สีโว | มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |
| 4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เถลิงศก โสมทิพย์ | มหาวิทยาลัยนเรศวร |
| 5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อนัญญา โพธิ์ประดิษฐ์ | มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ฯ |
| 6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนทรี จินธรรม | มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ฯ |
| 7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัฒนา พรหมณี | สถาบันวิทยาการประกอบการแห่งไอชยา |
| 8. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวัฒน์ อินทรประไพ | มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ |
| 9. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปณิธาน กระจ่าง | มหาวิทยาลัยปทุมธานี |
| 10. ดร.จิระศักดิ์ ทัพผา | มหาวิทยาลัยปทุมธานี |
| 11. ดร.สมพงษ์ แสนชัย | มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ |
| 12. ดร.สุนทรี จินธรรม | มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ฯ |
| 13. ดร.สม นาส้ออัน | นักวิชาการสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ |
| 14. ดร.ธงชัย ปัญญรัตน์ | นักวิชาการสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ |
| 15. ดร.ศักดิ์ ดุษฎี | นักวิชาการสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ |
| 16. ดร.บรรเจิด ปานเงิน | นักวิชาการสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ |
| 17. ดร.จำเนียร วงษ์ศรีแก้ว | นักวิชาการโรงพยาบาลพุทธโสธร |
| 18. ดร.ปรัชญากุล ตูลาคม | วิทยาลัยชุมชนจังหวัดสระแก้ว |
| 19. ดร.สนอง ทองปาน | นักวิชาการสมาคมฯ |
| 20. ดร.รัตนา เจริญศรี | นักวิชาการสมาคมฯ |
| 21. ดร.สุกัญญา แก้วน้อม | นักวิชาการสมาคมฯ |
| 22. ดร.รัชชณพัฒน์ ปานพรหม | มหาวิทยาลัยปทุมธานี |
| 23. ดร.รวีวรรณ สนั่นวรเกียรติ | นักวิชาการสมาคมฯ |
| 24. ดร.ไพศาล ปันแดน | นักวิชาการสมาคมฯ |
| 25. ดร.บุญเลิศ วงศ์โพธิ์ | นักวิชาการสมาคมฯ |

Part B

บทความวิจัย



The Results of Applying the Concept of Health Promotion Using Dhamma Principles to Prevent Disease Cerebral Artery Patients with High Blood Pressure Srithep Hospital Phetchabun Province

Budsabar Jitpakdee¹, Panthip Rammasuth², Sujittra Akapoom²

¹Professional Expert nurse. Srithep Hospital, Phetchabun Province

²Teacher Faculty of Allied Health Sciences Pathumthanee University

Abstract: This research is quasi-experimental research (Quasi Experimental research) to study the results of applying the concept of health promotion using Dhamma principles. To prevent cerebrovascular disease. The sample group were patients with high blood pressure. Obtained by purposive selection of 36 people. The tools used in the research include a model for health promotion using Dhamma principles. The data collection tool was a 4-part questionnaire. The quality of the tool was checked by experts to check content validity and appropriateness of the content. The index of consistency (IOC) was equal to 0.71 and the confidence value (Reliability) for the entire version was equal to 0.957. Statistics used in data analysis include frequency, percentage, mean, and standard deviation, and Paired Samples t - test statistics.

The results of the study found that the majority of the sample were female, 80.60 percent, aged 61 years and over, 50.00 percent, most were marital status, 61.10 percent, and had most educational levels. Education at the primary school level: 63.90 percent. Most occupations are farmers (38.90 percent), and most income is between 5,001 - 10,000-baht, 38.90 percent. After the experiment, the sample group had Blood pressure values were lower than before the experiment. Statistically significant at .01 ($t=13.808$, $p<.01$) after the experiment, the sample had a higher mean score on their own health promotion behaviors than before the experiment. Statistically significant at .01 ($t=7.658$, $p<.01$) after the experiment, the sample group had an overall average score of continuously applying the principles of health promotion through Dhamma methods. It is at the level of regular practice (Mean= 3.48, S.D = 0.69) and after the experiment, the sample group was satisfied with the results of applying the concept of health promotion using Dhamma principles. To prevent cerebrovascular disease Patients with high blood pressure The overall average score of satisfaction was at the highest level (Mean =4.41, S.D.=0.25). Suggestions from research This research indicates that Promoting health through Dhamma principles The blood pressure can be controlled to a normal level. The use of to use continuously and expanded to cover other groups of chronically ill patients.

Key words : Promoting health through Dhamma principles hypertension Complications

**ผลของการประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพด้วยหลักวิถีธรรม
เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์**
บุษบา จิตต์ภักดี¹, พันธุ์ทิพย์ รามสูตร², สุจิตรา เอกภูมิ²
¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์
²อาจารย์ประจำคณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

บทคัดย่อ: การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental research) เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพด้วยหลักวิถีธรรม เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง จำนวน 36 คน เครื่องมือที่ใช้ในวิจัย ได้แก่ รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพด้วยหลักวิถีธรรม และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม จำนวน 4 ส่วน ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และมีความเหมาะสมของเนื้อหา ค่าดัชนีของความสอดคล้อง (IOC) ได้เท่ากับ 0.71 และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ทั้งฉบับ ได้เท่ากับ 0.957 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติ Paired Samples t – test

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.60 อายุระหว่าง 61 ปีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 50.00 สถานภาพส่วนใหญ่สมรส ร้อยละ 61.10 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ การศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 63.90 อาชีพส่วนใหญ่เกษตรกร ร้อยละ 38.90 และมีรายได้ส่วนใหญ่ อยู่ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท ร้อยละ 38.90 หลังทดลองกลุ่มตัวอย่างมี มีค่าความดันโลหิตลดลงต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($t=13.808, p<.01$) หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของตนเองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($t=7.658, p<.01$) หลังทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยรวมการนำหลักปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพด้วยวิถีธรรมไปใช้อย่างต่อเนื่อง อยู่ในระดับปฏิบัติประจำ ($\bar{X} = 3.48, S.D = 0.69$) และหลังทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อผลของการประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพด้วยหลักวิถีธรรม เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีคะแนนเฉลี่ยรวมความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} =4.41, S.D.=0.25$)

คำสำคัญ : การสร้างเสริมสุขภาพด้วยหลักวิถีธรรม, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง, ภาวะแทรกซ้อน

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease, stroke) หรือโรคอัมพฤกษ์อัมพาตเป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อย เป็นโรคที่มีความรุนแรงและมีแนวโน้มการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ยังเป็นโรคที่ทำให้เกิดความพิการรุนแรงและเรื้อรังซึ่งส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจและร่างกายของผู้ป่วยและครอบครัวและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศองค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization : WHO รายงานสาเหตุการตายจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ในคนอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปทั่วโลกและเป็นสาเหตุการตายอันดับ 5 ของคนอายุระหว่าง 15 - 69 ปี โดยในแต่ละปีมีประมาณ 6 ล้านคนทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง โดย 2 ใน 3 อยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง (ศุภวรรณ มโนสุนทร, 2563) โดยในประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease, stroke) หรือโรคอัมพฤกษ์ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับ 2 รองจากโรคมะเร็งตั้งแต่ปี พ.ศ.2555 ถึงปี พ.ศ. 2564 พบมีอัตราการเสียชีวิตต่อประชากร 100,000 คน เรียงลำดับดังนี้ 31.7, 35.9,38.7, 43.3, 48.7, 47.8, 47.1, 53.3, 52.8 และ 55.5 ในปี พ.ศ. 2564 (กองยุทธศาสตร์และแบบแผน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2566)

จากข้อมูลสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราการป่วยตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดเพชรบูรณ์ต่อแสนประชากรคน 100,000 คน ตั้งแต่ปี 2559-2561 มีแนวโน้มอัตราการป่วยตายเพิ่มขึ้นดังนี้ 45.28, 45.50 และ 47.43 ในปี 2561 (กองยุทธศาสตร์และแบบแผน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563) จากฐานข้อมูลโรงพยาบาลศรีเทพ (โปรแกรม Hotxp) พบว่าในอำเภอศรีเทพพบว่ามีข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2565 เรียงลำดับดังนี้ 174, 180, 203, 128 และ 208 ในปี พ.ศ.2565 และในเขตศูนย์ส่งเสริมสุขภาพชุมชน โรงพยาบาลศรีเทพมีข้อมูลผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดตั้งแต่ปี พ.ศ.2561-ปี พ.ศ. 2565 เรียงลำดับดังนี้ 32, 35, 45, 31 และ 38 ในปี พ.ศ.2565

จากการสำรวจข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลศรีเทพที่ได้รับการรักษาพบว่า เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเป็นอันดับแรก คิดเป็นร้อยละ 73 และรองลงมาเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานร้อยละ 13, โรคไตวายเรื้อรังร้อยละ 7, โรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 5 และสาเหตุอื่นๆ ร้อยละ 2 (ฐานข้อมูลโรงพยาบาลศรีเทพ, 2563) จากรายงานผลการวิจัยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ของชาวจังหวัดสุพรรณบุรี ยังพบว่า สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองอันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (สุทิสสา จิตะยัง, 2557) โดยพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในอำเภอศรีเทพ และในเขตศูนย์สุขภาพชุมชนเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 จนถึงปัจจุบัน ยังไม่มีแนวโน้มที่จะลดลงซึ่งโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดเพชรบูรณ์ จากการรายงานของสำนักงานสาธารณสุข พบว่า ปี 2559 - 2561 จังหวัดเพชรบูรณ์มีอัตราความชุกโรคเบาหวานในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 8.4, 8.8 และ 8.7 ตามลำดับ ใกล้เคียงค่า NHES5 (ร้อยละ 8.9) อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ ปี

2559-2561 อัตรา 530.77, 502.1 และ 487.0 ซึ่งมีแนวโน้มลดลงทุกปี ปี 2561 สถานการณ์การควบคุมโรคเบาหวานพบว่าจังหวัดเพชรบูรณ์ผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมได้ร้อยละ 32.83 (เทียบผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด) ไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 40 แต่มีผลงานสูงกว่าระดับประเทศ (เขต 2 ร้อยละ 35.52 ประเทศ ร้อยละ 26.91) และผ่านเกณฑ์ 2 อำเภอ แต่เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ตรวจ ตรวจ HbA1C พบว่าภาพจังหวัดคุมได้ร้อยละ 42.56 (ตรวจ HbA1C ร้อยละ 77.21) และคุมได้ผ่านเกณฑ์ได้ 6 อำเภอคือ ชนแดน หล่มสัก วิเชียรบุรี บึงสามพัน น้ำหนาว และวังโป่ง (สุประวีณ์ ปภาคากุล, 2562)

แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักวิถีธรรม วิถีไทย ได้พัฒนาขึ้นโดย อุทัย สุดสุข (2557) โดยนำหลักธรรมของพุทธศาสนาพัฒนากายและจิตให้เกิดปัญญา เพื่อให้เกิดระบบพัฒนาของชีวิตมนุษย์ เพื่อให้สุขภาพที่ดีทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา ทางสังคม โดยเน้นเรื่องศีล สมาธิ ปัญญา การดำเนินชีวิตตามหลักธรรม การยึดหลักเศรษฐกิจพอเพียงประกอบกับการผสมผสานกับหลักการแพทย์ การสาธารณสุขและการดำเนินชีวิตตามหลักนาฬิกาชีวิตเป็นกิจวัตรประจำวันสามารถนำมาป้องกันแก้ไขปัญหาทางสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม ซึ่งจะทำได้ลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลายชนิด โดยเฉพาะ โรคเรื้อรังทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม จากการศึกษาของ ลัดดา ปิยะเศรษฐ์ (2557) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการสร้างสุขภาพดีวิถีพุทธ ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรังในชุมชน : กรณีศึกษาบ้านคุดปราง อำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร สร้างสุขภาพดี วิถีธรรม วิถีไทย โดยใช้หลัก 3ส.3อ.1น (3ส. คือ สวดมนต์ สมาธิ สันทนาธรรม 3อ. คือ อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย 1น. คือ นาฬิกาชีวิต) ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้และหลังจากการเข้าร่วมโครงการมีการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพจำนวน 65 คน หลังปฏิบัติธรรม 3ส.3อ.1น. มีสุขภาพดีขึ้น จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 79.90 ซึ่งที่ผ่านมายังไม่มีการนำแนวคิดหลักการสร้างเสริมสุขภาพด้วยหลักวิถีธรรม วิถีไทย มาดำเนินการทดลองใช้ในรูปแบบของการศึกษาวิจัย

ผู้วิจัย จึงสนใจที่จะนำรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพด้วยหลักวิถีธรรม เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 3ส. คือ สวดมนต์ สมาธิ สันทนาธรรม 3อ. คือ อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย 1น. คือ นาฬิกาชีวิต มาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลศรีเทพ เนื่องจากมีสถิติการเกิดอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากปัญหาการเกิดอุบัติการณ์การเกิดโรคดังกล่าว ถ้าผู้ป่วยดูแลสุขภาพไม่เหมาะสมจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความพิการและการรักษาที่ซับซ้อนขึ้น ส่งผลถึงคุณภาพชีวิตต่อบุคคล ครอบครัวและสังคม ที่มีค่าใช้จ่ายในครัวเรือนเพิ่มมากขึ้น และภาครัฐจะต้องสูญเสียงบประมาณจำนวนมากในการดูแลรักษา การนำรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพด้วยหลักวิถีธรรม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยคาดหวังว่าจะเกิดการเปลี่ยนแปลงกับโรคความดันโลหิตสูง ในการนำหลักการสร้างเสริมสุขภาพด้วยหลักวิถีธรรม ไปปฏิบัติในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองอย่างถูกต้อง

เหมาะสมและปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถที่จะรักษาระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้ลดค่าใช้จ่ายในครัวเรือน ภาครัฐ มีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าความดันโลหิต ก่อนและหลังประยุกต์ใช้แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพด้วยหลักวิถีธรรม เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติในการสร้างเสริมสุขภาพ ก่อนและหลังประยุกต์ใช้แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพด้วยหลักวิถีธรรม เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental research) โดยมีแบบแผนการวิจัยแบบ One group pre-test – post-test Design (Tuckman 1999 : 162)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดตัวอย่าง ประมาณสัดส่วนกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปอำนาจการทดสอบ (Power of the test) G*Power 3.0 (Buchner, 2010) Type I error =0.05, Power of test $(1-\beta) = 0.09$,ค่า Effect size= 0.5 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 36 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดตัวอย่าง ประมาณสัดส่วนตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปอำนาจการทดสอบ (Power of the test) G*Power (Buchner, 2010) Type I error = 0.05, Power of test $(1-\beta) = 0.90$ และ Effect size =0.070 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 36 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) และเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงรักษาโดยการรับประทานยาต่อเนื่องที่ไม่มีภาวะโรคหัวใจ และไตวายเรื้อรัง
2. มีค่าความดันโลหิตจากการตรวจตามนัด 3 ครั้งสุดท้ายค่า systolic > 140 mm.Hg
3. เกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมตามโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพด้วยหลักวิถีธรรม จำนวน 5 ครั้งได้
4. ผู้ป่วยสมัครใจที่จะออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ชนิด คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ

1. 1. วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยในการประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดส่วนสูง เครื่องวัดความดันโลหิต

1.2 อุปกรณ์ในการดำเนินกิจกรรมในการทดลอง คู่มือในการสวดมนต์ เอกสารขั้นตอนและวิธีการเจริญสมาธิ สำหรับอาหารคาว หวานสำหรับถวายสังฆทาน ผัก 5 สี สมุนไพร อาหารชุด 5 หมู่ สำหรับและผลไม้ ข้าว 1 โถพร้อมทัพพีตักงานข้าว 6 ใบ ป้ายไว้นิสิตสีแดง เหลือง เขียว สีละ 1 แผ่น บัตรคำ เอกสารความรู้ โรคเรื้อรังบัตรคำนาฬิกาชีวิต ใบความรู้นาฬิกาชีวิต โมเดลนาฬิกาชีวิต

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ค่าความดันโลหิต เป็นแบบให้เลือกตอบ (Check List) และเติมข้อความ (Open ended) ค่าความดันโลหิต ใช้เกณฑ์มาตรฐาน (WHO) ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง เกณฑ์ในการประเมินด้านพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ใช้เกณฑ์แบ่งอัตรากาชั้น (Class Interval) อิงกลุ่มของ Best (1970, p. 124) ดังนี้

$$\text{อัตรากาชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้นที่ต้องการ}}$$

โดยการประเมินครั้งนี้ แบ่งความระดับด้านพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 5 คะแนนเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 1 คะแนน

$$\text{อัตรากาชั้น} = \frac{5 - 1}{5} = 0.80$$

การแปลผลนำคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ยรายข้อใช้หลักการแปลดังนี้ (Best, 1977) คะแนนระหว่าง 1.00 – 1.80 หมายถึง น้อยที่สุด คะแนนระหว่าง 1.81 – 2.61 หมายถึง น้อย คะแนนระหว่าง 2.62 – 3.41 หมายถึง ปานกลาง คะแนนระหว่าง 3.42 – 4.21 หมายถึง มาก คะแนนระหว่าง 4.22 – 5.00 หมายถึง มากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหา ค่าดัชนีความสอดคล้อง ได้เท่ากับ 0.71 ค่าความยากง่าย และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ทั้งฉบับได้เท่ากับ 0.957

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ แจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติ Paired Samples t – test

การพิทักษ์สิทธิ

ผู้วิจัยได้ขอจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ เลขที่รหัสโครงการ ที่พช.๐๐๓๓.๐๑๐/(บค.) ๒๕ อนุมัติเมื่อวันที่ ๓ มกราคม ๒๕๖๓

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล (n=36)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
1. ชาย	7	19.40
2. หญิง	29	80.60
อายุ (ปี)		
1. 35-50 ปี	6	16.70
2. 51-60 ปี	12	33.30
3. 61 ปีขึ้นไป	18	50.00
Mean =59.61 S.D = 7.93 Max=70 Mi=35		
สถานภาพ		
1. โสด	6	16.70
2. สมรส	22	61.10
3. หม้าย / หย่าร้าง / แยกกันอยู่	8	22.20
ระดับการศึกษา		
1. ไม่ได้เรียนหนังสือ	-	-
2. ประถมศึกษา	23	63.90
3. มัธยมศึกษา	11	30.60
4. อาชีวศึกษาหรืออนุปริญญา	-	-
5. ปริญญาตรีและสูงกว่า	2	5.60

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		

1. รับราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ	1	2.80
2. ค้าขาย	2	5.60
3. รับจ้าง	9	25.00
4. ธุรกิจส่วนตัว	1	2.80
5. แม่บ้าน / พ่อบ้าน	9	25.00
6. เกษตรกร	14	38.90
รายได้		
1. น้อยกว่า 5,000 บาท	13	36.10
2. 5,001 – 10,000 บาท	14	38.90
3. 10,001 – 15,000 บาท	8	22.20
4. มากกว่า 15,000 บาท	1	2.80
รวม	36	100.00

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.60 อายุระหว่าง 61 ปีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 50.00 สถานภาพส่วนใหญ่สมรส ร้อยละ 61.10 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ การศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 63.90 อาชีพส่วนใหญ่เกษตรกร ร้อยละ 38.90 และมีรายได้ส่วนใหญ่ อยู่ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท ร้อยละ 38.90

2. เปรียบเทียบค่าความดันโลหิต (ค่า Systolic) ก่อนและหลังทดลองผลของการประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพด้วยหลักวิถีธรรม เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าความดันโลหิต (ค่า Systolic) ก่อนและหลังทดลองผลของการประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพด้วยหลักวิถีธรรม เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n=36)

ค่าความดันโลหิตสูง	n	\bar{X}	t	df	P-values
Pre-test	36	145.47	13.808	35	.000
Post-test	36	123.83			

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 2 พบว่า หลังทดลองผลของการประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพด้วยหลักวิถีธรรม เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีค่าความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนทดลองผลของการ

ประยุกต์ใช้แนวความคิดการสร้างเสริมสุขภาพด้วยหลักวิถีธรรมชาติเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

3. เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง เฉลี่ยรวมก่อนและหลังทดลอง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง เฉลี่ยรวมก่อนและหลังทดลองผลของการประยุกต์ใช้แนวความคิดการสร้างเสริมสุขภาพด้วยหลักวิถีธรรมชาติเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n=36)

ข้อความ	พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ					
	Pre-test			Post-test		
	\bar{X}	S.D	ระดับ	\bar{X}	S.D	ระดับ
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	2.83	0.70	ปานกลาง	2.60	0.51	ปานกลาง
พฤติกรรมออกกำลังกาย	2.84	0.32	ปานกลาง	4.04	0.16	มาก
พฤติกรรมการจัดการความเครียด	3.14	0.54	ปานกลาง	4.06	0.55	มาก
พฤติกรรมการสูบบุหรี่/การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	1.44	0.72	น้อยที่สุด	1.15	0.30	น้อยที่สุด
พฤติกรรมการรับประทานยา	3.89	1.27	มาก	4.77	0.85	มากที่สุด
พฤติกรรมการไปตรวจพบแพทย์ตามนัด	4.30	0.89	มากที่สุด	4.94	0.17	มากที่สุด
เฉลี่ยรวมทุกด้าน	3.07	0.74	ปานกลาง	3.65	0.42	มาก

จากตาราง 3 พบว่า ก่อนทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยรวมพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.07$, S.D = 0.74) และหลังทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยรวมพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.65$, S.D = 0.42)

4. เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง เฉลี่ยรวมก่อนและหลังทดลอง

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของตนเองก่อนและหลังทดลอง (n=36)

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของ	n	\bar{X}	t	df	P-values
ตนเอง					
Pre-test	36	61.66	7.658	35	.000

Post-test 36 69.27

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 4 พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของตนเองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การนำหลักปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพด้วยวิถีธรรมไปใช้ อย่างต่อเนื่อง เฉลี่ยรวมก่อนและหลังทดลองผลของการประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพด้วยหลักวิถีธรรม เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n=36)

ข้อความ	พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ					
	Pre-test			Post-test		
	\bar{X}	S.D	ระดับ	\bar{X}	S.D	ระดับ
ด้านการปฏิบัติตามนาฬิกาชีวิต	3.09	0.92	บ่อยครั้ง	3.50	0.71	ประจำ
ด้านการสร้างสุขภาพ	3.06	0.87	บ่อยครั้ง	3.47	0.67	ประจำ
เฉลี่ยรวมทุกด้าน	3.07	0.89	บ่อยครั้ง	3.48	0.69	ประจำ

จากตาราง 5 พบว่า หลังทดลองผลของการประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพด้วยหลักวิถีธรรม เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยรวมการนำหลักปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพด้วยวิถีธรรมไปใช้อย่างต่อเนื่อง อยู่ในระดับปฏิบัติประจำ ($\bar{X} = 3.48, S.D = 0.69$)

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจต่อผลของการประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพด้วยหลักวิถีธรรม เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n=36)

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ		
	Post-test		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ความพึงพอใจ	4.41	0.25	มากที่สุด

จากตาราง 4.9 พบว่า หลังทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อผลของการประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพด้วยหลักวิถีธรรม เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีคะแนนเฉลี่ยรวมในระดับพึงพอใจมากที่สุด ($\bar{X} = 4.41, S.D.=0.25$)

อภิปรายผลการวิจัย

ผลของการประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพด้วยหลักวิถีธรรม เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์ ก่อนและหลังผลของการประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพด้วยหลักวิถีธรรม เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า หลังทดลองผลของการประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพด้วยหลักวิถีธรรม เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีค่าความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนทดลองผลของการประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพด้วยหลักวิถีธรรม เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดหลักวิถีธรรม (อุทัย สุขสุด, 2557) มาศึกษา ได้แก่ การสวดมนต์ หมายถึง คำพูดที่ศักดิ์สิทธิ์ที่ต้องอาศัยการสวด หรือบริกรรมพร่ำบ่น จึงจะทำให้เกิดอานุภาพในการป้องกันเหตุต่างๆ สวดมนต์เป็นการเรียนรู้พุทธธรรม หลังจากสวดมนต์ไปได้ระยะเวลาหนึ่งจิตใจจะสงบสงบลง ซึ่งเป็นจุดประสงค์ของการเจริญสมาธินั่นเอง ช่วยปลดปล่อยความเครียดและช่วยพัฒนาการใช้ชีวิตให้เป็นปกติส่งผลให้สุขภาพดีขึ้นด้วยการเจริญสมาธิ ทำให้จิตใจสงบ ใจสบายคลายทุกข์ หนักแน่น มั่นคง อารมณ์แจ่มใส นอนหลับสบาย ความจำดี ทำงานมีประสิทธิภาพ มีผลงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์ว่าการเจริญสมาธิต่อเนื่องช่วยให้ปรับสมดุลของร่างกายและสารเคมีในร่างกายสร้างสารสุขและภูมิคุ้มกันโรค สามารถสร้างสุขภาพและบำบัดโรคให้หายหรือทุเลาได้หลายชนิด การสนทนาธรรม หมายถึง การเรียนรู้ธรรมะที่เกื้อกูลต่อการสร้างสุขภาพ ป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพแล้วนำมาปฏิบัติควบคู่กับการปฏิบัติตามหลักการแพทย์และการสาธารณสุขด้วยโดยปรึกษาหรือซักถาม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์เป็นการสื่อสารสองทาง ระหว่างผู้ร่วมสนทนา ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปกับผู้มีความรู้ด้านพุทธธรรม หรือด้านการแพทย์และการสาธารณสุข รวมทั้งด้านการดำเนินชีวิตต่างๆ ซึ่งอาจเป็นพระภิกษุหรือผู้ทรงคุณวุฒิอื่นก็ได้ 30 ได้แก่ อาหารตามหลักโภชนาการ ออกกำลังกาย อารมณ์ดี อาหาร หมายถึงการรับประทานให้ครบ 5 หมู่ตามหลักโภชนาการในปริมาณพอประมาณ กล่าวคือรู้จักประมาณการในการบริโภคเพื่อหลีกเลี่ยง ซ่อมแซมส่วนที่สึกหลอให้ร่างกายเป็นปกติสุขพอเพียง มิใช่รับประทานตามความอยากหรือความอร่อยเท่านั้น ออกกำลังกาย หมายถึงการออกกำลังกายแนวพุทธ และออกกำลังกายแบบปกติอย่างสม่ำเสมอ ครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์สร้างสุขภาพ ป้องกัน และลดโรคเรื้อรัง อารมณ์ดี หมายถึง การควบคุมละปล่อยวางจิตใจ ไม่ยึดมั่น โดยไม่มีเหตุผล การยึดหลักทางสายกลางตามหลักพุทธธรรม การรู้จักคลายเครียด เมื่อมีสิ่งกระทบให้เกิดอารมณ์โดยใช้สติสัมปชัญญะ และเจริญสมาธิสม่ำเสมอ 1 น ได้แก่ นาฬิกาชีวิต นาฬิกาชีวิต หมายถึง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วย 3ส.3อ. และภาระงานในหน้าที่ของตนในการดำเนินชีวิตในช่วงเวลา 24 ชั่วโมง ตามนาฬิกาให้สัมพันธ์กับการทำงานของอวัยวะของร่างกาย จนเกิด มีวินัยและสุขนิสัยประจำวัน สรุปว่าการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพด้วยเทคนิค 3ส 3อ 1น สมพร กันทรคุชฎี – เตรียมชัยศรี (2556) ได้กล่าวว่า การปฏิบัติสมาธิ ในทางวิทยาศาสตร์ เป็นการประยุกต์รูปแบบการปฏิบัติสมาธิจากทุกศาสนามาใช้เป็นแนวทางให้บุคคลสามารถปฏิบัติสมาธิเพื่อสร้างเสริมสุขภาพได้ร่วมกัน จากการศึกษาในอดีตจนถึงปัจจุบันพบว่า การปฏิบัติสมาธิ

หลากหลายรูปแบบมีผลต่อการทำงานของร่างกายทุกระบบ ดังต่อไปนี้ 1) ผลการปฏิบัติสมาธิต่อการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด 2) การปฏิบัติสมาธิทำให้การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ (parasympathetic system) ลดลงมีผลทำให้ความดันโลหิตลดลงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเวลาปฏิบัติ 4 สัปดาห์ วันละ 2 ครั้ง 3) ลดการกระตุ้นการทำงานของร่างกาย ได้แก่ ลดอัตราการเต้นของหัวใจ ทำให้ความดันโลหิตลดลง 4) การปฏิบัติสมาธิในระยะเวลา 2 สัปดาห์ ช่วยให้ระดับโคเลสเตอรอล และการอยากสูบบุหรี่ลดลง 5) ผลของการปฏิบัติสมาธิต่อการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนและสารเคมีการปฏิบัติทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนและสารเคมีในร่างกายของคนปกติได้เช่น 6) การปฏิบัติสมาธิ 40 นาที ระดับฮอร์โมนเครียด (คอร์ติซอล) หลังออกกำลังกายหนักๆ ลดลงทำให้คลายเครียด และสารเคมีต่างๆ ในร่างกาย เช่น น้ำตาลในเลือดและอินซูลิน มีการเปลี่ยนแปลง (ช่วยในการควบคุมในผู้ป่วยเบาหวาน) 7) การปฏิบัติสมาธิทำให้อุณหภูมิร่างกายเพิ่มขึ้น และฮอร์โมนเมลาโทนิที่ผลิตจากต่อมไพเนียลในสมอง ที่ควบคุมการหลับ การตื่น ทำให้มีผลต่อการป้องกัน และ รักษาโรค ผลของการปฏิบัติสมาธิต่อการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ การปฏิบัติสมาธิทำให้ความเครียดลดลง และการทำงานของหัวใจ และจิตใจดีขึ้น และทำให้ การสร้างภูมิคุ้มกันดีขึ้น การปฏิบัติ สมาธิ เป็นวิธีหนึ่งในการรักษาความวิตกกังวล เพื่อให้กำกับ ควบคุมตนเองได้ และ เพื่อส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิต และช่วยในการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจ ลดความเครียด ทำให้พฤติกรรมดีขึ้น โดยเฉพาะการปฏิบัติสมาธิ ที่มี การออกกำลังกายร่วมด้วย เช่น โยคะ ผลการปฏิบัติสมาธิต่อสภาพร่างกายและสุขภาพของคนปกติการปฏิบัติสมาธิ และวิธีผ่อนคลายหลายรูปแบบได้มีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการลดความเครียด และโรคที่เกี่ยวข้องกับความเครียด เนื่องจากเป็นวิธีที่ง่ายในการ นำมาประยุกต์ใช้ และ วิธีการถ่ายทอดไม่ยุ่งยากซับซ้อน การปฏิบัติสมาธิโดยการสวดมนต์ และการคิดในทางบวก เป็นวิธีที่ได้รับการยอมรับเพื่อดูแลสุขภาพจิต วิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว การปฏิบัติสมาธิทำให้บุคคลที่ปฏิบัติเป็นผู้มีสติตื่นอยู่เสมอ รู้ตัวตลอดเวลา รู้สึกในภาวะจิตว่าง สามารถวางเผชิญปัญหาในชีวิตประจำวันได้ รู้จักควบคุมอารมณ์ได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ลัดดา ปิยะเศรษฐ์ (2557) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการสร้างสุขภาพดี วิถีพุทธในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรังในชุมชน: กรณีศึกษาบ้านคุยป่าร้าง อำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร โดยใช้หลักสร้างสุขภาพดี วิถีธรรม วิถีไทย 3ส.3อ 1น.3ส. คือ สวดมนต์ สมาธิ สันทนาธรรม 3อ คือ อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย 1น นาฬิกาชีวิตป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้ดี และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ และหลังเข้าร่วมโครงการกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการมีการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ จำนวน 65 คน หลังปฏิบัติกรรม 3ส 3อ1น มีสุขภาพดีขึ้น จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 79.90 และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา จงเอกวุฒิ และคณะฯ (2556) ศึกษาแนวทางการออกกำลังกายตามแนวพุทธสำหรับพระภิกษุ ผลการศึกษาสรุปดังนี้ 1) บริหารกายด้วยยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ข้อต่อในแต่ละส่วนของร่างกาย 2) ออกกำลังกายด้วยการเคลื่อนไหวร่างกายแล้วเกร็งกล้ามเนื้อ ผ่อนคลายให้เกิดความสัมพันธ์ของการบริหารลมหายใจเข้าออกตามหลักอานาปานสติภาวนา 3) ออกกำลังกายต่อเนื่องแบบอากาศนิยม 4) เดินจงกรมเพื่อการผ่อนคลาย

ก่อนยุติการออกกำลังกาย การให้พระภิกษุออกกำลังกายเป็นประจำเพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่ดีเป็นสิ่งที่ควรกระทำ

สรุปผลการวิจัย

สรุปการประยุกต์ใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสุขภาพด้วยหลักวิถีธรรม ถ้าผู้ป้วยนำหลักปฏิบัติไปใช้อย่างต่อเนื่องจะสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติได้ ซึ่งจากผลการวิจัยสามารถนำรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพด้วยหลักวิถีธรรม ไปใช้ในผู้ป่วยโรคหิครอบคลุมผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาคั้งนี้ พบว่า การประยุกต์ใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสุขภาพด้วยหลักวิถีธรรม ถ้าผู้ป้วยนำหลักปฏิบัติไปใช้อย่างต่อเนื่องจะสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติได้ ซึ่งจากผลการวิจัยสามารถนำรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพด้วยหลักวิถีธรรม ไปใช้ในผู้ป่วยโรคหิครอบคลุมผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้

2. ข้อเสนอแนะการวิจัยคั้งต่อไป

นำรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสุขภาพด้วยหลักวิถีธรรม ไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มอื่นๆ ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำแนะนำ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ช่วยเหลือในการดำเนินโครงการ และ ขอขอบคุณผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความสำคัญในการดำเนินโครงการในคั้งนี้และฝึกปฏิบัติด้วยความมุ่งมั่นตั้งใจ รวมทั้งผู้เข้าร่วมโครงการที่เสียสละเวลาในการให้ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). รายงานสถานการณ์โรค NCDs. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรรกราฟิคแอนด์ดีไซค์

กองยุทธศาสตร์และแบบแผน [ออนไลน์]. (2563). สถิติสาธารณสุข. เข้าได้ถึงจาก : http://bps.moph.go.th/new_bps/ สำนักงานประปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

- ปิยะนุช จิตตานุนท์ และคณะ. (2564). ความรู้โรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมป้องกัน ของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษาตำบลห้วยนาง จังหวัดตรัง. วารสารพยาบาลศาสตร์สงขลานครินทร์ ปีที่ 41 ฉบับที่ 2 2564. 13-25.
- ปณิธาน กระสังข์ จีระศักดิ์ ทัพผา.(2564). ผลของการประยุกต์ใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพด้วยหลักวิถีธรรม ชุมชนตำบลบ้านฉาง อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี. วารสาร มจร.วิชาการ ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 หน้า 180-195
- ลัดดา ปิยเศรษฐ์. (2557). ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการสร้างสุขภาพดี วิถีพุทธ ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรังในชุมชน : กรณีศึกษาบ้านคูยป่าร้าง อำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์. (2561). รายงานสรุปผลการดำเนินงานรายไตรมาส 2 ประจำปีงบประมาณ 2561.
- สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขและมูลนิธิอุทกภัย สุดสุข. (2557). สรุปผลการสัมมนาพัฒนารูปแบบสุขภาพที่ดี วิถีพุทธ ด้านการสร้างสุขภาพและรักษาพยาบาล ปี 2557. วันที่ 2-4 ธันวาคม 2557. นนทบุรี.
- สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขและมูลนิธิอุทกภัย สุดสุข. (2556). รูปแบบโครงการสร้างเสริมสุขภาพ วิถีพุทธ. โรงพิมพ์นิวธรรมดา. กรุงเทพฯ
- สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขและมูลนิธิอุทกภัย สุดสุข. (2556). แนวทางการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติ 3ส.3อ.1น. เพื่อสร้างสุขภาพองค์รวม. โรงพิมพ์นิวธรรมดา. กรุงเทพฯ
- Cohen J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Erlbaum;



The Effect of the HIV/AIDS Health Behavior Program on the Self-Care Behavior of HIV/AIDS Patients in Antiretroviral Therapy Clinic Srithep Hospital

Sawitree Manapichitwong

Professional Expert nurse. Srithep Hospital, Phetchabun Province

Abstract: This research is quasi-experimental research. with two groups comparing pretest and posttest design. The objectives were to 1) compare the average scores on self-care behavior of people infected with HIV/AIDS first. and after the experiment 2) Compare the average scores on self-care behavior of people living with HIV/AIDS. After the experiment between the experimental group and control group. The sample group was HIV-infected/AIDS patients. who received treatment at Srithep Hospital's antiviral AIDS clinic Obtained by purposive selection of 30 people and 30 control groups. The tools used in the research include a program to promote healthy behavior among people living with HIV/AIDS. and the data collection tool was a 3-part questionnaire. The quality of the tool was checked by experts to check content validity and appropriateness of the content. The index of consistency (IOC) was equal to 0.71 and the confidence value (Reliability) for the entire version was equal to 0.85. Statistics used in data analysis include frequency, percentage, mean, and standard deviation, and Paired Samples t - test statistics and independent sample t-test

The results of the study found that the experimental group had a high mean score for self-care behavior before and after the experiment (Mean= 32.80, S.D = 0.543) and (Mean=36.767, S.D = 0.328) self-protection and prevention behavior. Spreading infection to others at a high level both before and after the experiment (Mean = 36.233, S.D =0.585) and (Mean = 36.267, S.D = 0.570) the behavior of taking antiretroviral drugs before and after was at a high level (Mean = 15.500, S.D = 1.042). and (Mean =15.333, S.D = 1.016). Compare the mean scores on self-care behaviors of people living with HIV/AIDS. Before and after the experiment, it was found that after the experiment the experimental group had an average score of self-care behavior. higher than before the experiment Statistically significant at .01 ($t=9.044$, $p<.01$) and after the experiment, the experimental group Have an average score of self-care behavior higher than the control group Statistically significant at .01 ($t=8.50$, $p<.01$). This research indicates that the use of programs to promote healthy behavior among HIV/AIDS patients. The three aspects of self-care Protection of yourself and others Taking medicine regularly These things need to be continually promoted. Even though the infected people had a high average behavioral score. It is necessary to encourage infected people to behave correctly. To take care of yourself and prevent the spread of infection to others in order to have a good quality of life and a long life.

Key words : Health behavior promotion program, HIV-infected people, AIDS patients

ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ คลินิกยาด้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลศรีเทพ

สาวตรี มานะพิชิตวงษ์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์

บทคัดย่อ: การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental research) แบบ 2 กลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อ
1) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ก่อน และหลังการทดลอง
2) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ หลังการทดลองระหว่าง
กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกยาด้าน
ไวรัสเอดส์ของโรงพยาบาลศรีเทพ ได้มาโดยเลือกแบบเจาะจง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน เครื่องมือ
ที่ใช้ในวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และเครื่องมือในการเก็บ
รวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม จำนวน 3 ส่วน ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบ
ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และมีความเหมาะสมของเนื้อหา ค่าดัชนีของความสอดคล้อง (IOC) ได้
เท่ากับ 0.71 และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ทั้งฉบับ ได้เท่ากับ 0.83 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่
ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติ Paired Samples t – test และ Independent sample t-test

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งก่อนและหลังการทดลองอยู่ใน
ระดับสูง (Mean= 32.80, S.D =0.543) และ (Mean=36.767, S.D = 0.328) พฤติกรรมด้านการป้องกันตนเองและ
ป้องกันการแพร่เชื้อผู้อื่น ในระดับสูงทั้งก่อนและหลังทดลอง (Mean =36.233, S.D =0.585) และ (Mean = 36.267,
S.D = 0.570) พฤติกรรมการกินยาด้านไวรัสทั้งก่อนและหลังอยู่ในระดับสูง (Mean = 15.500, S.D = 1.042) และ
(Mean =15.333, S.D = 1.016) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
ก่อนและหลังทดลอง พบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนทดลอง
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($t=9.044, p<.01$) และหลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแล
ตนเอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($t=8.50, p<.01$) การวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าการใช้โปรแกรม
ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ทั้งสามด้านในการดูแลตนเอง การป้องกันตนเองและผู้อื่น
การกินยาอย่างสม่ำเสมอ สิ่งเหล่านี้จำเป็นต้องส่งเสริมอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าผู้ติดเชื้อจะมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมอยู่
ในระดับสูง จำเป็นต้องกระตุ้นเตือนให้ผู้ติดเชื้อมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง ในการดูแลตนเองและป้องกันการ
แพร่กระจายเชื้อผู้อื่นเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและยืนยาวต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์

บทนำ

เชื้อไวรัสเอชไอวี (HIV virus) ย่อมาจากคำว่า Human Immunodeficiency Virus เป็น RNA virus อยู่ใน family Retroviridae และ subfamily Lentiviridae เชื้อไวรัสเอชไอวีถูกค้นพบและรายงานครั้งแรกครั้งแรกในปี ค.ศ. 1984 โดย Dr.Luc Montagnier นักวิทยาศาสตร์ชาวฝรั่งเศส และ Dr.Robert Gallo นักวิทยาศาสตร์ชาวสหรัฐอเมริกา เมื่อไวรัสเอชไอวี เข้าสู่ร่างกายจะไปทำลายเม็ดเลือดขาว T lymphocyte CD4 (CD4), B cell, dendritic cell และ macrophage เป็นต้นเมื่อ CD4 น้อยกว่า 200 cells/mm³ จะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อฉวยโอกาส (opportunistic infections :OIs) และเข้าสู่ภาวะโรคเอดส์ (AIDS; Acquired immunodeficiency syndrome) ซึ่งเป็นระยะสุดท้ายของการติดเชื้อ การติดเชื้อเอชไอวี (HIV Infection) มีการรายงานการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกในผู้ป่วยชาวคองโก ปี ค.ศ.1981 และในผู้ป่วยชาวอูกันดา (Uganda) ปี ค.ศ.1982 ตามลำดับ จากนั้นเชื้อเอชไอวีจึงระบาดไปทั่วโลกโดยพบการระบาดมากที่สุดในทวีปแอฟริกาและในกลุ่มชายรักรายจาก รายงานสถานการณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกปี พ.ศ. 2560 พบว่ามีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี 36.7 ล้านคน หรือร้อยละ 0.8 ของประชากรทั่วโลก ในจำนวนนี้เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ประมาณ 17 ล้านคน เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ที่ประเทศแถบ Sub-Saharan Africa 1.5 ล้านคน 5 ทั้งนี้จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสมีเพียงประมาณ 17 ล้านคนหรือร้อยละ 46.32 สำหรับประเทศไทยมีการรายงานผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายแรกปีพ.ศ. 2527 ในปี พ.ศ. 2559 จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีประมาณ 423,800 คน หรือร้อยละ 1.1 ของประชากรไทย ซึ่งสูงกว่าอัตราของประชากรโลกเป็นเพศหญิงจำนวน 179,590 คน โดยเป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ทั้งหมด 6,304 คน จากจำนวนนี้เป็นเพศหญิง 1,821 คนและเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี 78 คน (UNAIDS, 2018)

โรคเอดส์ (Acquired Immunodeficiency Syndrome) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญในปัจจุบัน โรคเอดส์เกิดจากการติดเชื้อไวรัส HIV (Human Immunodeficiency Virus) ซึ่งเป็นไวรัสที่ทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย ส่งผลกระทบต่อจิตใจ และสังคม หากไม่เข้ารับการรักษาหรือรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ เมื่อภูมิคุ้มกันต่ำลง ร่างกายไม่แข็งแรงมีโอกาสติดเชื้อโรคร้ายโอกาส และหากไม่ป้องกันสามารถถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีให้แก่บุคคลอื่นๆ เกิดผลกระทบทางสังคม ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่จะปกปิดเป็นความลับ ไม่ให้คนอื่นทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากกลัวถูกรังเกียจและการตีตราจากสังคม ความรู้สึกไว้วางใจกับบุคคลหรือคู่เพศสัมพันธ์ คนในครอบครัวหายไป สาเหตุดังกล่าวจึงทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่มาตามนัดและขาดนัดทำให้การดูแลรักษาไม่ต่อเนื่อง จากสถานการณ์การระบาดของเอชไอวีในประเทศไทยปี 2565 มีจำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่ยังมีชีวิตอยู่ประมาณ 560,000 ราย กำลังรับยาต้านไวรัส จำนวน 457,133 ราย จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 9,200 ราย และจำนวนผู้ติดเชื้อที่เสียชีวิตจากเอชไอวี 11,000 ราย (กรมควบคุมโรค.,2018) ซึ่งโรคเอดส์เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีที่ทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง การดูแลรักษาโรคเอดส์นั้นประกอบด้วย 2 ส่วนใหญ่ คือ การรักษาด้วยยาและการดูแลพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่นๆ ซึ่งทั้งสองส่วนนี้จำเป็นต้องทำควบคู่กันเพื่อให้เกิดผลดีที่สุดต่อผู้ป่วย

โรงพยาบาลศรีเทพมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในคลินิกยาต้านไวรัสเอดส์ ปีงบประมาณ 2563-2566 จำนวน 196, 203, 217 และ 220 ราย ตามลำดับ พบว่าผู้ป่วยที่รับยาอยู่ในคลินิกยาต้านไวรัสเอดส์ ในปัจจุบันมีประวัติเคยป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสวัณโรคปอด (mycobacterium tuberculosis) จำนวน 26 ราย โรคปอดอักเสบจากเชื้อนิวโมซิสติสคารินาย (PCP) จำนวน 5 ราย โรคคริปโตคอคโคซิส(cryptococcosis)จำนวน 2 ราย โรคแคนดิเดียซิส (candidiasis) ของหลอด

อาหาร จำนวน 2 ราย ปี 2566 พบปัญหาผู้ป่วยที่เคยอดนอน/รับยาไม่ต่อเนื่อง จำนวน 11 ราย และผู้ป่วยที่ขาดการรักษา ต่อเนื่อง/ติดต่อกันไม่ได้ จำนวน 5 ราย ปี 2566 ผู้ป่วยที่มี Viral load > 1,000 copies จำนวน 1 ราย จากข้อมูลปัญหาดังกล่าว ข้างต้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำเป็นต้องมีความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ เพื่อลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนและโรคติดเชื้อฉวยโอกาส รวมถึงลดการเสียชีวิต ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองให้เหมาะสม ลงไว้ซึ่งการรักษาอย่างต่อเนื่องในระยะยาว รวมทั้งป้องกันปัญหาการ คือ ยา ลดการแพร่กระจายเชื้อไวรัสเอชไอวีและลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากติดเชื้อโรคฉวยโอกาส ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ก่อน และ หลังการทดลองโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ คลินิกยาด้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลศรีเทพ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ หลังการทดลองโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ คลินิกยาด้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลศรีเทพ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental research) โดยมีแบบแผนการวิจัยแบบ Two-group pre-test – post-test Design (Tuckman 1999 : 162)

กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับการรักษาและรับยาด้านไวรัสที่คลินิกยาด้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลศรีเทพ จำนวน 220 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปอำนาจการทดสอบ (Power of the test) G*Power (Buchner, 2010) Type I error = 0.05, Power of test $(1-\beta) = 0.8$ (ค่าขนาดอิทธิพล Cohen 1977) และ Effect size = 0.5 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 คน เนื่องจากการวิจัยเชิงทดลอง กลุ่มตัวอย่างอาจมีการสูญหาย ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 อีกจำนวน 3 คน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 30 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) และเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่รักษาและรับยาด้านไวรัส ณ คลินิกยาด้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลศรีเทพ
2. อายุระหว่าง 20-55 ปี
3. เป็นผู้สามารถ อ่าน เขียน ฟัง และพูดภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ติดเชื้อเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่อยู่ในระยะกำเริบ มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ได้แก่ วัณโรค ปอดบวม ปอดอักเสบ เชื้อหุ้มสมองอักเสบ
2. ผู้ติดเชื้อเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มีโรคร่วมกำเริบ เบาหวานมีภาวะ Hypoglycemia เบาหวานมีภาวะ Hyperglycemia, AKI , หลอดเลือดสมอง, หลอดเลือดหัวใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ชนิด คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ

1. โปรแกรมการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดของ ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม และ หลักการของแนวคิด Kanfer ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

2. คู่มือการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ เพศอายุ สถานภาพสมรส การศึกษา จำนวนปีที่ติดเชื้อ เหตุผลที่มาตรวจเลือดครั้งแรก สาเหตุการติดเชื้อเอชไอวี ประวัติและการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิด การใช้สารเสพติด การดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น จำนวน 15 ข้อเป็นแบบให้เลือกตอบ (Check List) และเติมข้อความ (Open ended)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ แบ่งออกเป็น 2 ตอน ได้แก่ 1) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ 10 ข้อ 2) พฤติกรรมด้านการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อ 11 ข้อ ใช้เกณฑ์แบ่งอัตรากาชั้น (Class Interval) อิงกลุ่มของ Best (1970, p. 124) ดังนี้

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert scale) วัดเป็น 4 ระดับและมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 4=ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติทุกวันในหนึ่งสัปดาห์ 3=ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 5-6 ครั้งต่อสัปดาห์ 2=ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ 1=ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลยในหนึ่งสัปดาห์

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมสุขภาพพิจารณาเป็นโดยรวมและรายด้านซึ่งใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับการให้คะแนนโดยใช้ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) กับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เป็นเกณฑ์ในการแบ่งคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่ได้ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับคือระดับสูงระดับกลางและระดับน้อยโดยการแบ่งระดับคะแนนดังกล่าวเป็น ดังนี้

ช่วงคะแนน	ระดับพฤติกรรมสุขภาพ
3.01–4.00	พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง
2.01–3.00	พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
1.00–2.00	พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหา ค่าดัชนีความสอดคล้อง ได้เท่ากับ 0.71 ค่าความยากง่าย และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ทั้งฉบับได้เท่ากับ 0.83

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ แจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired Samples t – test และ Independent sample t-test

การพิทักษ์สิทธิ์

ผู้วิจัยได้ขอจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ เลขที่รหัสโครงการ ที่พช.๐๐๓๓.๐๑๐/(บค.) ๒๗ อนุมัติเมื่อวันที่ ๓ มกราคม ๒๕๖๗

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คุณลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	12	40.00	5	16.67
หญิง	18	60.00	25	83.33
อายุ				
ต่ำกว่า 20 ปี	0	0	0	0
21-30 ปี	1	3.33	1	3.33
31-40 ปี	3	10.00	2	6.67
41-50 ปี	11	36.67	14	46.67
50 ปี ขึ้นไป	4	13.33	13	43.33
	\bar{X} =45.25, Max= 65, Mi 29		\bar{X} =47.37 Max=91, Mi= 28	
การศึกษา				
ไม่ได้ศึกษา	0	0	1	3.33
ประถมศึกษา	18	60.00	21	70.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	16.67	6	20.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย.ปวช/	5	16.67	2	6.67
อนุปริญญาตรี.ปวส/	1	3.33	0	0
ปริญญาตรีขึ้นไป	1	3.33	0	0

ตารางที่ 1 (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ				
เกษตรกร	6	20.00	9	30.00
รับจ้างทั่วไป	14	46.67	17	56.67
ผู้ให้บริการทางเพศ	0	0	0	0
แม่บ้าน	1	13.33	1	13.33
ค้าขาย	4	13.33	3	10.00
เสริมสวย	1	3.33	0	0
ว่างงาน	4	13.33	0	0
รายได้ต่อเดือน (บาท)				
<10,000	19	63.33	20	66.67
10,000-19,999	11	36.67	9	30.00
20,000-บาทขึ้นไป	0	0	1	33.33
ระยะเวลาติดเชื้อมือไข่อ้วี (ปี)				
น้อยกว่า 1 ปี	1	3.33	0	
1-5 ปี	2	6.67	4	
6-10 ปี	9	30.00	9	
มากกว่า 10 ปี	18	60.00	17	
$\bar{X}=14.2, \text{Max}=16 \text{ Mi}=1 \quad \bar{X}=9.5, \text{Max}=15, \text{Mi}=3$				
เหตุผลของการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในครั้งแรก				
- สามี/ภรรยาติดเชื้อเอชไอวี	11	36.67	12	40.00
- มีอาการคล้ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี	2	6.67	11	36.67
- มีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยง	11	36.67	4	13.33
- มีอาชีพเสี่ยงต่อการติดเชื้อ	2	6.67	1	3.33
- อื่นๆ	4	13.33	2	6.67
สาเหตุของการติดเชื้อเอชไอวี				
- การให้บริการทางเพศ	2	6.67	1	3.33
- การมีเพศสัมพันธ์แบบชายรักชาย	3	10.0	2	6.67
- การถ่ายเลือด/ รับเลือด	0	0	0	0
- การใช้เข็มฉีดยาชนิดฉีดเข้าเส้น	1	3.33	0	0
- การมีเพศสัมพันธ์ชาย/หญิง	22	73.33	26	86.67
- ไม่ทราบ	2	6.67	1	3.33

ตารางที่ 1 (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับเม็ดเลือดขาว (CD4 cell count/mm³)				
ต่ำกว่า 200	0	0	0	0
200-1000	6	20	18	60.00
มากกว่า 1000	5	16.67	3	10.00
จำไม่ได้	19	63.33	9	30.00
ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส				
น้อยกว่า 1 ปี	1	3.33	0	0
1-5 ปี	4	13.33	3	10.00
6-10 ปี	8	26.67	5	16.67
มากกว่า 10 ปี	16	53.33	21	70.00
จำไม่ได้	1	3.33	1	3.33
อาการผิดปกติในรอบปีที่ผ่านมา				
- อ่อนเพลียเหนื่อยง่ายปวดศีรษะ	6	20.00	4	13.33
- ผื่นคันตามร่างกาย	3	10.00	5	16.67
- เป็นวัณโรคที่ปอดหรือนอกปอด	1	3.33	1	3.33
- จอประสาทตาอักเสบ	1	3.33	0	0
- เป็นเชื้อรา(ฝ้าขาว)ในช่องปากหลอดอาหารหรือช่องคลอด	1	3.33	0	0
- นอนไม่หลับ	1	3.33	0	0
ไม่มีอาการ	18	60.00	22	73.33
ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์				
ไม่เคยเป็น	29	96.67	27	90.00
เคยเป็น และได้รับการรักษา	1	3.33	3	10.00
การคุมกำเนิดในปัจจุบัน				
กินยาคุมกำเนิด	2	6.67	0	0
ฉีดยาคุมกำเนิด	2	6.67	2	6.67
ทำหมัน	8	26.67	1	3.33
สวมถุงยางอนามัย	8	26.67	5	16.67
ไม่ได้คุม	9	30	20	66.67
อื่นๆ	2	6.67	2	6.67

ตารางที่ 1 (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ใช่	0	0	0	0
ไม่ใช่	30	100	30	100
การดื่มแอลกอฮอล์				
ไม่ดื่มเลย	18	60.00	19	66.33
นาน ๆ ครั้ง/เป็นครั้งคราว	12	40.00	11	36.67
ดื่มเป็นประจำ	0	0	0	0
รวม	30	100.00	30	100.00

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นหญิงคิดเป็นร้อยละ 60.00 ในกลุ่มทดลองและร้อยละ 83.33 ในกลุ่มควบคุม กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 45.2 อายุสูงสุด 54 ปี อายุต่ำสุด 29 ปี มีอายุระหว่าง 41-50 ปีมากที่สุดร้อยละ 36.67 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 50 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 13.33 อายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 10.00 และ อายุระหว่าง 21-30 ปี ร้อยละ 3.33 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 47.3 ปี อายุต่ำสุด 28 ปี อายุสูงสุด 55 ปีส่วนใหญ่มีอายุ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.67 รองลงมาคืออายุ 50 ปีขึ้นไปร้อยละ 43.33 และอายุ 31-40 ปีร้อยละ 6.67

สถานภาพสมรสกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสถานภาพอยู่ด้วยกันร้อยละ 50 รองลงมาคือสถานะหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ร้อยละ 26.67 และสถานภาพโสด ร้อยละ 23.33 ตามลำดับในกลุ่มทดลอง และในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกันร้อยละ 63.33 รองลงมาคือ หม้าย/หย่า/แยกกันร้อยละ 26.67 และสถานภาพโสด ร้อยละ 10.00

ระดับการศึกษา กลุ่มทดลองส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษาร้อยละ 60.00 รองลงมาเป็น มัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 16.67 และมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 16.67 อนุปริญญาตรี/ปวส.ร้อยละ 3.33 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษาร้อยละ 70.00 มัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 20.00 และมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.ร้อยละ 6.67

อาชีพกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีอาชีพรับจ้างทั่วไปร้อยละ 46.67 รองลงมาเป็นเกษตรกรร้อยละ 20.00 แม่บ้านร้อยละ 13.33 ค้าขายร้อยละ 13.33 เสริมสวยร้อยละ 13.33 และว่างงานร้อยละ 13.33 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่รับจ้างทั่วไปร้อยละ 56.67 รองลงมาอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 30.00 แม่บ้านร้อยละ 13.33 และ ค้าขายร้อยละ 10.00

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,000-19,999 บาท ร้อยละ 63.33 รองลงมาคือน้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 36.67 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้คือน้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือนคิดเป็นร้อยละ 66.67 รองลงมา รายได้ 10,000-19,999 บาทต่อเดือนคิดเป็นร้อยละ 30.00 และรายได้มากกว่า 20,000 บาทขึ้นไปมีเพียงร้อยละ 3.33

ระยะเวลาติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ติดเชื้อมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 60.00 รองลงมาติดเชื้อมา 6-10 ปี ร้อยละ 30 และติดเชื้อมา 1-5 ปี ร้อยละ 6.67 ตามลำดับ เช่นเดียวกันกับกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระยะเวลาติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ติดเชื้อมากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.67 รองลงมาติดเชื้อมา 6-10 ปี ร้อยละ 30.00 และติดเชื้อมา 1-5 ปี ร้อยละ 13.33

เหตุผลของการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในครั้งแรก กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ติดเชื้อจากการที่สามีหรือภรรยาติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 36.67 การเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยง ร้อยละ 36.67 ร้อยละ 6.67 ติดจากการมีอาชีพที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ และมีอาการคล้ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 6.67 กลุ่มควบคุมก็เช่นเดียวกันส่วนใหญ่เหตุผลของการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในครั้งแรก เนื่องจาก สามีหรือภรรยาติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 40.00 มีอาการคล้ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 36.67 มีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงร้อยละ 13.33 มีอาชีพเสี่ยงต่อการติดเชื้อร้อยละ 3.33 และอื่น ๆ ร้อยละ 6.67

สาเหตุของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มทดลองมีสาเหตุการติดเชื้อส่วนใหญ่จากการมีเพศสัมพันธ์ชาย/หญิง ร้อยละ 73.33 จากการมีเพศสัมพันธ์แบบชายรักชายร้อยละ 10.00 จากการให้บริการทางเพศร้อยละ 6.67 การใช้เสฟติคชนิดฉีดเข้าเส้น ร้อยละ 3.33 และไม่ทราบสาเหตุการติดเชื้อ ร้อยละ 6.67 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสาเหตุของการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มควบคุมการมีเพศสัมพันธ์ชาย/หญิง ร้อยละ 86.67 การมีเพศสัมพันธ์แบบชายรักชาย ร้อยละ 6.67 การให้บริการทางเพศร้อยละ 3.33 และไม่ทราบสาเหตุร้อยละ 3.33

ปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 ครั้งล่าสุด กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 มากกว่า 200-1000 cell count/mm³ ร้อยละ 20.00 และ CD4 มากกว่า 1000 cell count/mm³ ร้อยละ 16.67 และจำ CD4 ครั้งล่าสุดไม่ได้ถึงร้อยละ 63.33 กลุ่มควบคุมก็เช่นกันส่วนใหญ่มีปริมาณ CD4 ครั้งล่าสุดมากกว่า 1000 cell count/mm³ ร้อยละ 63.33 รองลงมา CD 4 ระหว่าง 200-1000 cell count/mm³ ร้อยละ 20.00 และมีผู้ป่วยที่จำไม่ได้ ร้อยละ 16.67

ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส กลุ่มทดลองส่วนใหญ่รับยาต้านไวรัสมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 53.33 รับยาต้าน 6-10 ปี ร้อยละ 26.67 และ 1-5 ปี ร้อยละ 13.33 น้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 3.33 และจำระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสไม่ได้ร้อยละ 3.33 กลุ่มควบคุมก็เช่นเดียวกันระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสส่วนใหญ่มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 70.00 ระยะเวลา 6-10 ปี ร้อยละ 16.67 ระยะเวลา 1-5 ปี ร้อยละ 10.00 น้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 3.33 และจำไม่ได้ร้อยละ 3.33

อาการผิดปกติในรอบปีที่ผ่านมาจากการทานยาต้านไวรัส กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่มีอาการร้อยละ 60.00 รองลงมาคือ อ่อนเพลียเหนื่อยง่ายปวดศีรษะ ร้อยละ 20.00 ผื่นคันตามร่างกายร้อยละ 10.00 เป็นวันโรคที่ปอดหรือนอกปอดร้อยละ 3.33 จอประสาทตาอักเสบร้อยละ 3.33 เป็นเชื้อรา (ฝ้าขาว) ในช่องปาก หลอดอาหารหรือช่องคลอดร้อยละ 3.33 และนอนไม่หลับร้อยละ 3.33 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอ่อนเพลียเหนื่อยง่ายปวดศีรษะ คิดเป็นร้อยละ 20.00 มีผื่นคันตามร่างกาย ร้อยละ 10.00 เป็นวันโรคที่ปอดหรือนอกปอดร้อยละ 3.33 จอประสาทตาอักเสบร้อยละ 3.33 เป็นเชื้อรา(ฝ้าขาว)ในช่องปากหลอดอาหาร หรือช่องคลอด ร้อยละ 3.33 นอนไม่หลับร้อยละ 3.33 และไม่มีอาการร้อยละ 60.00

ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กลุ่มทดลองไม่เคยเป็นร้อยละ 96.67 เคยเป็นร้อยละ 3.33 และได้รับการรักษาทั้งหมด กลุ่มควบคุมก็เช่นเดียวกันส่วนใหญ่ไม่เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร้อยละ 96.67 เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร้อยละ 3.33 และได้รับการรักษาทุกคน

วิธีการการคุมกำเนิดกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ สวมถุงยางอนามัยร้อยละ 26.67 รองลงมาคือการทำหมันร้อยละ 26.67 กินยาคุมกำเนิดร้อยละ 6.67 ฉีดยาคุมกำเนิดร้อยละ 6.67และไม่ได้คุมร้อยละ 30 ส่วนกลุ่มควบคุมมีการคุมกำเนิดวิธีการทำหมันร้อยละ 26.67 สวมถุงยางอนามัยร้อยละ 26.67 กินยาคุมกำเนิดร้อยละ 6.67 ฉีดยาคุมกำเนิดร้อยละ 6.67 ไม่ได้คุมร้อยละ 30.00

การใช้สารเสพติดชนิดฉีดกลุ่มทดลองไม่ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด ร้อยละ 100 การดื่มแอลกอฮอล์:กลุ่มทดลองไม่ดื่มเลยร้อยละ 60.00 นาน ๆ ครั้งหรือเป็นครั้งคราว ร้อยละ 40.00 ในกลุ่มควบคุมก็เช่นเดียวกันการใช้สารเสพติดชนิดฉีดไม่ใช้ร้อยละ 100.00 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ไม่ได้ดื่มเลยร้อยละ 66.33 และดื่มแอลกอฮอล์ นาน ๆ ครั้งหรือเป็นครั้งคราวร้อยละ 36.67

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลองโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=60)

	กลุ่มทดลอง n=30		กลุ่มควบคุม n=30		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
พฤติกรรมดูแลตนเอง						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	32.80	0.543	32.67	0.510	0.66	0.51
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	36.767	0.328	33.77	0.499	63.27	<0.001
การป้องกันตนเองและป้องกันการแพร่เชื้อ						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	36.233	0.585	36.267	0.570	-0.736	0.464
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	36.267	0.570	35.80	0.532	3.47	<0.001
พฤติกรรมกินยา						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	15.500	1.042	15.333	1.061	1.41	0.163
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	15.333	1.061	15.400	0.968	-0.194	0.847

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 2 พบว่า ด้านพฤติกรรมดูแลตนเองก่อนทดลองกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเอง ไม่แตกต่างกัน และหลังทดลองกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ด้านการป้องกันตนเองและป้องกันการแพร่เชื้อ ก่อนทดลองกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการป้องกันตนเองและป้องกันการแพร่เชื้อไม่แตกต่างกัน และหลังทดลองกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการป้องกันตนเองและป้องกันการแพร่เชื้อ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 พฤติกรรมกินยา กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย

พฤติกรรมกรกินยา ไม่แตกต่างกัน และหลังทดลองกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรกินยา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3. เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมกรดูแลตนเอง โดยรวมระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมโดยรวมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง (n=60)

	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	Mean	S. D	Mean	S. D		
พฤติกรรมกรดูแลตนเองโดยรวม	91.16	6.993	84.966	5.430	8.50	<0.0001

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 3 พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรดูแลตนเองโดยรวม สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผลการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ต่อพฤติกรรมกรดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และหลักฐานเชิงประจักษ์ มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในด้านการดูแลตนเอง การป้องกันตนเองและผู้อื่น และพฤติกรรมในการกินยาต้านไวรัส ซึ่งแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบริการตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริลักษณ์ ดุงทอง (ศิริลักษณ์ ดุงทอง, 2557) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมกรจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ พบว่าคะแนนพฤติกรรมกรจัดการตนเอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ น้อยปาน (2556) ได้นำแนวคิดกรจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และกาลิก-บายส์มาใช้ในการปรับพฤติกรรมกรบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่ล้างไตทางหน้าท้องแบบต่อเนื่อง เข้าร่วมโปรแกรมทั้งหมด 12 สัปดาห์ พบว่าผู้สูงอายุที่ล้างไตทางหน้าท้องแบบต่อเนื่อง มีคะแนนพฤติกรรมกรจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนีย์ ชันทอง (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนกรจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกรจัดการตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน พบว่าโปรแกรมสนับสนุนกรจัดการตนเองต่างมีผลในการพัฒนาพฤติกรรมกรจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน ได้ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

จากผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมที่จำเป็นควรส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เพื่อการดูแลตนเอง ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ที่ต้องกระทำอย่างต่อเนื่องในทุกครั้งที่มารับบริการที่คลินิกโรงพยาบาลต้านไวรัสเอดส์ทุกครั้งคือ

เพื่อกระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีการรับรู้และเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและนำไปใช้ในการดูแลตนเอง มีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการการดูแล และป้องกันตนเอง และเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้แก่ การพักผ่อน การมาพบแพทย์หรือพยาบาลเมื่อพบอาการข้างเคียงขณะรับยาต้านไวรัส การกินยาตรงเวลา การจำชื่อหรือสีขนาดของยาต้านไวรัสได้ การออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์เพื่อป้องกันตนเองและผู้อื่น

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เกี่ยวกับการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีความสามารถในการเข้าถึงบริการได้ง่าย และมีชีวิตที่ยืนยาวมากขึ้นทั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวทาง แนวคิดการจัดการตนเอง (self-management) ของแคนเฟอร์และกาลิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick Buys, 1991) เป็นวิธีหนึ่งที่ใช้ในการปรับพฤติกรรม เพื่อช่วยส่งเสริมให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ไปในทางที่ดีขึ้นและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง เพื่อแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ เรียนรู้ทักษะใหม่และจัดการสิ่งแวดล้อมของตนเอง ต่อพฤติกรรมของตนเอง และการมีส่วนร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพ โดยผ่านกระบวนการโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยตรง เพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการที่งานผู้ป่วยนอกจากผลการศึกษาผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

ข้อเสนอแนะ

1. โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มารับบริการที่งานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีเทพ มีการให้ข้อมูลและคำปรึกษาเฉพาะที่ด้าน เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อซึ่งผู้ติดเชื้อทั้งในด้านการดูแลตนเอง การป้องกันตนเองและผู้อื่น การป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการแก้ไขปัญหาในกรณีเกิดความผิดปกติจากการเฝ้าระวังและสังเกตอาการตนเองของผู้ติดเชื้อ สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยบางรายขาดโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพของตนเองจนส่งผลให้เกิดปัญหาภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตตามมาได้ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอให้ประยุกต์ใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อตอบสนองสถานการณ์เอคส์ในปัจจุบันที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีสุขภาพแข็งแรง และมีชีวิตที่ยืนยาวเช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2. การให้ข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญด้านการป้องกัน เพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ได้จากผลการวิจัยที่ผู้ติดเชื้อจำเป็นต้องส่งเสริมได้แก่ การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ การสังเกตอาการ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ควรมาพบแพทย์ ความเสี่ยงต่อภาวะคือยาต้านไวรัสและความสำคัญของการมาตรวจตามนัด การพักผ่อน การมาพบแพทย์หรือพยาบาลเมื่อพบอาการข้างเคียงขณะรับยาต้านไวรัส การกินยาตรงเวลา การจำชื่อหรือสีขนาดของยาต้านไวรัสได้ การออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นต้นถึงแม้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีการรับรู้และ

พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูงแล้วก็ตาม แต่จำเป็นต้องกระตุ้นเตือนให้ผู้ติดเชื้อมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเพื่อส่งผลต่อการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นอยู่ตลอดเวลา

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2018). **แนวทางการทดสอบ HIV และป้องกันในประเทศไทย พ.ศ. 2560 ฉบับแรก**. กรุงเทพฯ: บริษัท สหมิตรพิมพ์และพับเล็ท ข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์ ณ วันที่ 1 มกราคม 2567
- ทัศนีย์ ขันทอง. (2556). **ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน**. วารสารสภาการพยาบาล ปีที่ 28 ฉบับที่ 1 หน้า 85-98
- ศิริลักษณ์ ฤงทอง. (2557). **การปรับพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้**. วารสารพยาบาลทหารบก ปีที่ 18 ฉบับพิเศษ หน้า 17-24
- ศิริลักษณ์ น้อยปาน. (2556). **การจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และกาลิก-บายส์มาใช้ในการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่ล้างไตทางหน้าท้องแบบต่อเนื่อง**. การประชุมวิชาการหาดีใหญ่วิชาการ ครั้งที่ 4 วันที่ 10 พฤษภาคม 2556 หน้า 60-70
- Cohen J. (1988). **Statistical power analysis for the behavioral sciences**. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Erlbaum;
- UNAIDS. (2018). **UNAIDS Data 2018**. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/unaid-data-2018_en.pdf เข้าถึงเมื่อ 14/09/2566

Factors affecting food sanitation behavior among food handlers in Bangrak Pattana Municipality

Phatrapron Tipsena¹, Panitan Grasung²

¹ Master of Public Health Program Pathumthanee University

² Lecturer, Faculty of Allied Health Sciences Pathumthani University

(Received: April 14,2024 ; Revised: May 7,2024 ; Accepted: May 20,2024)

Abstract: This research has the objective of The objectives of this research are: 1) to study the knowledge, attitude, and food sanitation behavior of food handlers. 2) to study the social support of food handlers. 3) to study the relationship between knowledge, attitude, and social support and the food sanitation behavior of food handlers. The sample group were food handlers who cooked food. and served food to 202 people, obtained through specific selection. The research instrument was a 5-part questionnaire. The quality of the instrument was checked by five experts. The index of concordance (IOC) was 0.99, and the confidence value for the entire document was (reliability) equal to 0.90 Statistics used in data analysis Descriptive statistics include number, percentage, mean, and standard deviation. Inferential statistics include a stepwise multiple regression analysis.

The results of the study found that the majority of the sample were female (56.90 percent), most ages were between 41 and 50 years, and 40.60 percent had the highest educational levels. 28.80% were at the associate degree level, and most had received training 72.80 percent. Most of the sample group had knowledge. was at a high level, 70.79 percent, had the mean attitude score at the highest level (mean = 4.38, S.D = 0.65), had the mean score for food sanitation behavior at the very practical level (mean = 3.29, S.D = 0.26) and the overall average social support score was at a high level (mean = 3.62, S.D. = 0.46) and the social support factors of various resources Receiving information from various media and attitudes regarding food sanitation Can predict food sanitation behavior at 26.60 percent (25.369, $p = 0.000$) with a statistical significance of 0.05. Recommendations: There should be continuous resource support. and continuously provide information on food sanitation to food handlers.

Key words : Food sanitation, knowledge, attitude, behavior, and social support

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารภายในเขตพื้นที่
เทศบาลเมืองบางรักพัฒนา จังหวัดนนทบุรี

ภัทรภร ทิพเสนา¹, ปณิธาน กระสังข์²

¹นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยปทุมธานี

²อาจารย์ประจำคณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

บทคัดย่อ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ (1) เพื่อศึกษาความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหาร (2) เพื่อศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สัมผัสอาหาร (3) เพื่อศึกษา (ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้ ด้านเจตคติ และแรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหาร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สัมผัสอาหารที่ทำหน้าที่ปรุงอาหาร และเสิร์ฟอาหาร จำนวน 202 คน ได้มาโดยเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม จำนวน 5 ส่วน ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้องได้เท่ากับ 0.99 และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.90 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการถดถอยแบบพหุคูณ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.90 อายุส่วนใหญ่ อยู่ระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 40.60 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ อยู่ในระดับอนุปริญญา ร้อยละ 28.80 และส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรม ร้อยละ 72.80 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 70.79 มีคะแนนเฉลี่ยเจตคติอยู่ในระดับมากที่สุด (\bar{x} = 4.38) (S.D = 0.65) มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขาภิบาลอาหารอยู่ในระดับปฏิบัติมาก (\bar{x} = 3.29) (S.D = 0.26) และมีคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก (\bar{x} = 3.62, S.D. = 0.46) และปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากรต่างๆ ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ และด้านเจตคติเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหาร สามารถทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขาภิบาลอาหาร ได้ร้อยละ 26.60 (25.369, p=0.000) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ข้อเสนอแนะ ควรมีการสนับสนุนด้านทรัพยากรอย่างต่อเนื่อง และให้ข้อมูลข่าวสารด้านงานสุขาภิบาลอาหารกับผู้สัมผัสอาหารอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : การสุขาภิบาลอาหาร, ความรู้, เจตคติ, พฤติกรรม, แรงสนับสนุนทางสังคม

บทนำ

อาหารเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อมนุษย์และมีประโยชน์ต่อร่างกายเพื่อการดำรงอยู่ เสริมสร้างให้มีการเจริญเติบโตของร่างกายเป็นปัจจัยขั้นพื้นฐานที่จำเป็นและสำคัญต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ในขณะเดียวกัน หากบริโภคอาหารที่มีการปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์ก็จะส่งผลให้เกิดอันตรายต่อ

ร่างกาย เกิดโรคที่เกิดจากอาหารและน้ำเป็นสื่อ ทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง การบริโภคอาหารที่ทำให้มนุษย์มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ต้องมีความปลอดภัยจาก การปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์ก่อโรคและสิ่งปนเปื้อนต่างๆ (ชนชีพ พิรธรนิศรี และคณะ, 2558)

จากการเฝ้าระวังสถานการณ์ด้านสุขาภิบาลอาหารและน้ำ ปี พ.ศ. 2564 และ 2565 พบว่ามี อุบัติการณ์ป่วยด้วยโรคดังกล่าว 89.82 และ 108.13 ต่อประชากร แสนคน ตามลำดับ เสียชีวิต 1-2 รายต่อปีกลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ 15-24 ปีในทั้ง 2 ปีซึ่งเป็นกลุ่มวัยเรียนและวัยเริ่มทำงาน และในทุก ๆ ปีอุบัติการณ์ในช่วงต้นปี (มกราคม-กุมภาพันธ์) มัก สูงกว่าช่วงอื่น ๆ ของปี (ฐานข้อมูลระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์กรมควบคุมโรค, 2566)

เทศบาลเมืองบางรักพัฒนา ได้ทำการสำรวจโดยใช้การสังเกตผู้ที่เกี่ยวข้องกับการปรุงอาหาร เสิร์ฟอาหาร รวมถึงบุคคลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในการสัมผัสอาหาร พบว่า ไม่สวมผ้ากันเปื้อน ไม่สวมหมวกคลุมผม ไม่สวมหน้ากากอนามัย สวมรองเท้าไม่เหมาะสมในการประกอบอาหาร เล็บยาว ทาสีเล็บ ไม่มีการแยกเขียง/มีด เฉพาะอาหารสุก ดิบ และบริเวณ โต๊ะอาหาร ไม่มีถังขยะรองรับ ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม ลลนา ทองแท้ (2560) พบว่า การปฏิบัติตัวของผู้สัมผัสอาหารบางส่วนยังไม่สามารถที่จะปฏิบัติตามหลักสุขวิทยาส่วนบุคคล ซึ่งผู้สัมผัสอาหาร ที่เกี่ยวข้องกับอาหารตั้งแต่การปรุงประกอบและการนำอาหารมาให้ผู้บริโภค คือ ผู้ปรุง และผู้เสิร์ฟ ดังนั้น ถ้าผู้ปรุง ผู้เสิร์ฟ สามารถปฏิบัติตามหลักสุขวิทยาส่วนบุคคลด้านสุขาภิบาลอาหารของ ผู้สัมผัสอาหารได้อย่างถูกต้องก็สามารถลดโรคที่เกิดจากอาหารและน้ำเป็นสื่อได้ จากข้อมูลดังกล่าวผู้สัมผัสอาหารจึงจำเป็นต้องมีความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมที่เหมาะสมและถูกต้องในการปฏิบัติงาน จะเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมและป้องกันให้มีการปรุงประกอบ และจำหน่ายอาหารที่ปลอดภัย ตลอดจนยกระดับมาตรฐานของร้านจำหน่ายอาหาร และทำให้สถานการณ์ด้านสุขาภิบาลอาหารของร้านจำหน่ายอาหารมีมาตรฐาน และอาหารที่จำหน่ายมีความปลอดภัยต่อผู้บริโภคที่มารับบริการ ส่งผลให้ผู้บริโภคได้รับความปลอดภัยต่อสุขภาพ ลดอุบัติการณ์การ โรคจากอาหารและน้ำเป็นสื่อ และร้านจำหน่ายอาหารมีการดำเนินการมีมาตรฐานดีขึ้นตามลำดับ

แนวทางการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหารให้ปลอดภัยต่อผู้บริโภค โดยผู้สัมผัสอาหารและผู้มีหน้าที่ปรุงอาหาร จะต้องปฏิบัติให้ถูกต้องตามมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร เช่น การดูแลบำรุงรักษา และส่งเสริมสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงสมบูรณ์ ไม่เป็นโรค มีการป้องกันตนเองไม่ให้มีการแพร่กระจายของเชื้อโรคจากตนเองไปสู่ผู้อื่น และป้องกันการรับเชื้อ โรคหรือสิ่งปนเปื้อนจากภายนอกสู่ตนเองทั้งทางตรงและทางอ้อม (สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำเป็นสื่อ ,2567) การดำเนินการสุขาภิบาลอาหารให้ถูกสุขลักษณะของผู้ประกอบอาหารและผู้สัมผัสอาหารจำเป็นต้องให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านสุขาภิบาลอาหาร และเกิดทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านสุขาภิบาลอาหารให้ถูกหลักสุขาภิบาลอาหาร และนำไปสู่การปฏิบัติตนที่ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลอาหารจะเกิดความปลอดภัยต่อผู้บริโภค การ

การทบทวนแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ Turban (2001) อธิบายไว้ว่า ความรู้ประกอบด้วยข้อมูล หรือสารสนเทศที่ได้รับการจัดระบบและประมวลผลเพื่อนำไปสู่ความเข้าใจ ประสบการณ์ และสั่ง สมการเรียนรู้และความเชี่ยวชาญ ซึ่งสามารถนำไปใช้สำหรับการแก้ปัญหาหรือการดำเนินงานได้ และแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับเจตคติ สุชา จันท์ธรม และ สุรางค์ จันท์ธรม (2520:104) ให้ความหมายเจตคติ คือความรู้สึก หรือท่าทีของบุคคลที่มีต่อบุคคล วัตถุสิ่งของ หรือสถานการณ์ต่างๆ ความรู้สึก หรือท่าทีจะเป็นไปในทำนองที่พึงพอใจหรือไม่พอใจเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยก็ได้ และแนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ปริดานันท์ ประสิทธิ์เวช (2561) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลมีการติดต่อ สัมพันธ์กัน ได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านอารมณ์สังคม สิ่งแวดล้อม ข้อมูลข่าวสาร ทำให้รู้สึก ได้รับการยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีการศึกษาที่ผ่านมาจากปณิธาน กระสัจ และคณะฯ (2560) ได้ศึกษาสารปนเปื้อนอาหาร และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารริมทาง พบว่า ปัจจัยด้าน อายุ เพศ ความรู้ และประวัติการตรวจสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้จำหน่ายร้านอาหารริมทาง ร้อยละ 59.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชนชีพ พิระธรณิศร์ และคณะฯ (2558) ศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสภาวะการณ์สุขาภิบาลอาหาร ในเขตเทศบาลนคร จังหวัดพิษณุโลก พบว่า ผู้สัมผัสอาหารมากกว่าร้อยละ 90 มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับเห็นด้วยน้อยและระดับปานกลาง ร้อยละ 53 ของผู้สัมผัสอาหารในตลาดสดมีคะแนนการปฏิบัติตนอยู่ในระดับดี ระดับความรู้มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการปฏิบัติตน ($p < 0.001$)

ดังนั้น หากมีการดำเนินกิจกรรมการเฝ้าระวังด้านสุขาภิบาลอาหารที่เหมาะสม จะเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมและป้องกันให้มีการปรุงประกอบ และจำหน่ายอาหารที่ปลอดภัย ตลอดจนยกระดับมาตรฐานของร้านอาหาร และทำให้สภาวะการณ์ด้านสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารมีมาตรฐาน และอาหารที่จำหน่ายมีความปลอดภัยต่อผู้บริโภค โภคที่มารับบริการส่งผลให้ผู้บริโภคได้รับความปลอดภัยต่อสุขภาพ ลดอุบัติการณ์การโรคจากอาหารและน้ำเป็นสื่อ และร้านอาหารมีการดำเนินการมีมาตรฐานดีขึ้นตามลำดับ พื้นที่เทศบาลเมืองบางรักพัฒนา มีการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารไม่ถูกต้อง พบว่า ไม่สวมผ้ากันเปื้อน ร้อยละ 64.86 ไม่สวมหมวกคลุมผม ร้อยละ 78.37 ไม่สวมหน้ากากอนามัย ร้อยละ 51.35 สวมรองเท้าไม่เหมาะสมในการประกอบอาหาร ร้อยละ 21.62 เล็บยาว ทาสีเล็บ ร้อยละ 37 ไม่มีการแยกเขียง/มีด เฉพาะอาหารสุก ดิบ ร้อยละ 60 บริเวณโต๊ะอาหารไม่มีถังขยะรองรับ ร้อยละ 46.6 (เทศบาลเมืองบางรักพัฒนา)

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารภายในเขตพื้นที่เทศบาลเมืองบางรักพัฒนา จังหวัดนนทบุรี โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติตนของผู้สัมผัสอาหารด้าน

สุขาภิบาลอาหาร ความรู้เจตคติ และแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ และการได้รับการสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ มาศึกษาในครั้งนี้ ผลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติตนของร้านจำหน่ายอาหารให้ได้ตามมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร และปรับปรุงร้านอาหารให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานร้านอาหารต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหาร ในเขตเทศบาลเมืองบางรักพัฒนา จังหวัดนนทบุรี
2. เพื่อศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สัมผัสอาหาร ในเขตเทศบาลเมืองบางรักพัฒนา จังหวัดนนทบุรี
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้ ด้านเจตคติ และแรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหาร ในเขตเทศบาลเมืองบางรักพัฒนา จังหวัดนนทบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ศึกษาแบบ Cross-sectional ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้สัมผัสอาหารที่ทำหน้าที่ปรุงอาหารและเสิร์ฟอาหาร ในร้านอาหาร ในเขตเทศบาลเมืองบางรักพัฒนา จำนวน 202 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกใช้หลักความไม่น่าจะเป็นเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

- ร้านจำหน่ายอาหารประเภทอาหารตามสั่ง ข้าวมันไก่ ก๋วยเตี๋ยว และอาหารอีสาน
- ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้มีหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการสัมผัสอาหาร เท่านั้น
- สามารถฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้
- ยินดี เต็มใจที่จะเข้าร่วมทำการศึกษาในครั้งนี้
- มีที่นั่งให้บริการกับลูกค้า (โต๊ะ-เก้าอี้)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม (Questionnaires) ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และการฝึกอบรมด้านสุขาภิบาลอาหาร เป็นแบบให้เลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ด้านสุขอนามัยอาหารและโรคที่เกี่ยวข้องเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) จำนวน 15 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนการตอบแบบทดสอบวัดความรู้ คือ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนนโดยพิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971) ดังนี้

ระดับความรู้มาก ได้คะแนน ร้อยละ 80-100 (คะแนนตั้งแต่ 12 ข้อขึ้นไป)

ระดับความรู้ปานกลาง ได้คะแนน ร้อยละ 60-79 (คะแนนระหว่าง 9 - 11 คะแนน)

ระดับรู้น้อย ได้คะแนน น้อยกว่าร้อยละ 60 (คะแนนระหว่าง 0 - 8 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหาร แบบสอบถามเจตคติฉบับนี้เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแนวคิดของลิเคิร์ต (Likert) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด จำนวน 9 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนการตอบ ดังนี้

เกณฑ์ในการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติเกี่ยวกับสุขอนามัยทางอาหาร ใช้เกณฑ์แบ่งอัตรภาคชั้น (Class Interval) อิงกลุ่มของ Best (1970) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{อัตรภาคชั้นรายข้อ} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้นที่ต้องการ}} \\ &= \frac{5-1}{5} = 0.80 \end{aligned}$$

การแปลผลนำคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ยรายข้อใช้หลักการแปล ดังนี้

คะแนนระหว่าง 4.21 - 5.00 หมายถึง เจตคติอยู่ในระดับมากที่สุด

คะแนนระหว่าง 3.41 - 4.20 หมายถึง เจตคติอยู่ในระดับมาก

คะแนนระหว่าง 2.61 - 3.40 หมายถึง เจตคติอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนระหว่าง 1.81 - 2.60 หมายถึง เจตคติอยู่ในระดับน้อย

คะแนนระหว่าง 1.00 - 1.80 หมายถึง เจตคติอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร แบบสอบถามพฤติกรรมเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแนวคิดของลิเคิร์ต (Likert) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติน้อย ปฏิบัติน้อยที่สุด จำนวน 14 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนการตอบ ประเมินรวมค่ามี 4 ระดับ จำนวน 14 ข้อ

เกณฑ์ในการประเมินระดับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร ใช้เกณฑ์แบ่งอัตรภาคชั้น (Class Interval) พิจารณาตามเกณฑ์ของ Best (1970)

$$\text{อัตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้นที่ต้องการ}}$$

$$\text{อัตรภาคชั้นรายข้อ} = \frac{4-1}{4} = 0.75$$

การแปลผลนำคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ยรายข้อใช้หลักการแปลดังนี้ (Best,1977)
คะแนนระหว่าง 3.26 ขึ้นไป หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร อยู่ในระดับปฏิบัติมากที่สุด
คะแนนระหว่าง 2.51- 3.25 หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร อยู่ในระดับปฏิบัติมาก
คะแนนระหว่าง 1.76 – 2.50 หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร อยู่ในระดับปฏิบัติน้อย
คะแนนระหว่าง 1.00– 1.75 หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร อยู่ในระดับปฏิบัติที่น้อยที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร ทางด้านการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ ด้านข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ และด้านทรัพยากรต่างๆ ฉบับนี้เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแนวคิดของลิเคิร์ต (Likert) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด จำนวน 15 ข้อ

เกณฑ์ในการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร ใช้เกณฑ์แบ่งอัตรากาชั้น (Class Interval) พิจารณาตามเกณฑ์ของ Best (1970)

$$\begin{aligned} \text{อัตรากาชั้นรายข้อ} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้นที่ต้องการ}} \\ &= \frac{5-1}{5} = 0.80 \end{aligned}$$

การแปลผลนำคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ยรายข้อใช้หลักการแปล ดังนี้

คะแนนระหว่าง 4.21 - 5.00 หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด

คะแนนระหว่าง 3.41 - 4.20 หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก

คะแนนระหว่าง 2.61 - 3.40 หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

คะแนนระหว่าง 1.81 - 2.60 หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

คะแนนระหว่าง 1.00 - 1.80 หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหา ค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 0.99 ค่าความยากง่าย และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ทั้งฉบับ เท่ากับ 0.90

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

การพิทักษ์สิทธิ

ผู้วิจัยได้ขอรับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์กับคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี โดยได้รับการพิจารณารับรองโครงการวิจัยที่ 027/2566 รหัสโครงการ 021/2566 มีผลตั้งแต่วันที่ 22 มกราคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลลักษณะทางชีวสังคม

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละด้านปัจจัยคุณลักษณะทางชีวสังคม

ข้อมูลลักษณะทางชีวสังคม	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
1. หญิง	115	56.90
2. ชาย	87	43.10
อายุ		
1. ระหว่าง 18-30 ปี	14	6.90
2. ระหว่าง 31-40 ปี	47	23.30
3. ระหว่าง 41 – 50 ปี	82	40.60
4. ระหว่าง 51 – 60 ปี	42	20.80
5. 60 ปี ขึ้นไป	17	8.40
ระดับการศึกษา		
1. ไม่ได้เรียน	7	3.50
2. ประถมศึกษา	18	8.90
3. มัธยมศึกษาตอนต้น	26	12.90
4. มัธยมศึกษาตอนปลาย	53	26.20
5. อนุปริญญา/ปวช/ปวส.	58	28.70
6.ปริญญาตรี	35	17.30
7. สูงกว่าปริญญาตรี	5	2.50
ท่านเคยได้รับการฝึกอบรมด้านสุขาภิบาลอาหาร		
1. เคย	147	72.80
2. ไม่เคย	55	27.20
รวม	202	100

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.90 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41 – 50 ปี ร้อยละ 40.60 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับอนุปริญญา/ปวช/ปวส. ร้อยละ 28.70 ส่วนใหญ่เคยได้รับการฝึกอบรมด้านสุขาภิบาลอาหาร ร้อยละ 72.80

2. ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารและโรคที่เกี่ยวข้อง

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ระดับความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารและโรคที่เกี่ยวข้องของผู้สัมผัสอาหาร(n=202)

ระดับความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารและโรคที่เกี่ยวข้อง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้มาก (คะแนนระหว่าง 12- 15 คะแนน)	143	70.79
ระดับความรู้ปานกลาง (คะแนนระหว่าง 9-11 คะแนน)	53	26.24
ระดับความรู้น้อย (คะแนนระหว่าง 0 - 8 คะแนน)	6	2.97

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารและโรคที่เกี่ยวข้องอยู่ในระดับความรู้มาก ร้อยละ 70.79

3. เจตคติด้านสุขาภิบาลอาหาร

ตารางที่ 3 ระดับเจตคติเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหาร (n=202)

ระดับเจตคติเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหาร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เจตคติระดับมากที่สุด	167	83.00
เจตคติระดับมาก	35	17.00
รวม	202	100

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับเจตคติอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 83.0 รองลงมาเจตคติอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 17.00

4. พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขาภิบาลอาหาร

ตารางที่ 4 พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหาร (n=202)

พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขาภิบาลอาหาร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับปฏิบัติมากที่สุด	122	60.40
ระดับปฏิบัติมาก	79	39.10
ระดับปฏิบัติน้อย	1	0.50
ระดับปฏิบัติน้อยที่สุด	0	0
รวม	202	100

จากตาราง 4 พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขาภิบาลอาหารอยู่ในระดับปฏิบัติมากที่สุด ร้อยละ 60.40 รองลงมาปฏิบัติมาก ร้อยละ 39.10 และมีระดับปฏิบัติน้อย ร้อยละ 0.50

5. วิเคราะห์ปัจจัยเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เฉลี่ยรวมแต่ละด้านแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สัมผัสอาหาร (n=202)

ด้านที่	ปัจจัยเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม	ระดับความคิดเห็น		
		\bar{X}	S.D.	แปลผล
1	ด้านการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่	3.86	0.73	มาก
2	ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ	3.91	0.59	มาก
3	ด้านทรัพยากร ต่าง ๆ	3.09	0.53	ปานกลาง
โดยภาพรวม		3.62	0.46	มาก

จากตารางที่ 5 พบว่า ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารภายในเขตพื้นที่เทศบาลเมืองบางรักพัฒนา จังหวัดนนทบุรี โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.62 , S.D. = 0.46) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ย ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ อยู่ในระดับ มาก (Mean =3.91 , S.D. = 0.59) รองลงมาได้แก่ ด้านการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.86 , S.D. = 0.73) และด้านทรัพยากรต่างๆ อยู่ในระดับปานกลาง (Mean =3.43 , S.D. = 0.91)

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ รวมระดับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหาร (n=202)

แรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มากที่สุด	9	4.46
มาก	136	67.32
ปานกลาง	50	24.75
น้อย	5	2.48
น้อยที่สุด	2	0.99
รวม	202	100

จากตาราง 6 แรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารภายในเขตพื้นที่เทศบาลเมืองบางรักพัฒนา จังหวัดนนทบุรี โดยภาพรวม พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 67.32 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 24.75

7. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหาร ตารางที่ 7 การเปลี่ยนแปลงค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือก เข้าสู่สมการ ถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) และ ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปเมื่อสมการเปลี่ยน (R^2 change) ในการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหาร

ตัวแปรต้น (Constant)	R	R^2	Unstd.		Std.	t	p-value
			β	SE	Beta		
(Constant)			25.369	5.118		4.957	.000**
1. แรงสนับสนุนทางสังคมด้าน ทรัพยากรต่างๆ	.481	.232	.712	.118	.401	6.052	.000**
2. แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการ ได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ	.501	.251	.224	.104	.138	2.152	.033*
3. เจตคติเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหาร	.516	.266	.322	.157	.130	2.047	.042*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 7 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple linear regression) ของ พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขาภิบาลอาหาร พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขาภิบาล อาหารของผู้สัมผัสอาหารภายในเขตเทศบาลเมืองบางรักพัฒนา จังหวัดนนทบุรี ได้แก่ ปัจจัยแรงสนับสนุนทาง สังคมด้านทรัพยากรต่างๆ ถูกคัดเลือกเข้าสมการเป็นอันดับแรก สามารถทำนาย พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้าน สุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหาร ได้ร้อยละ 23.20 แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ ต่างๆ ถูกคัดเลือกเข้าสมการเป็นอันดับสอง สามารถทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขาภิบาลอาหารได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 25.10 และด้านเจตคติเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหาร ถูกคัดเลือกเข้าสมการเป็นอันดับสาม สามารถทำนาย พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหาร ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 26.60

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากรต่างๆ ปัจจัยแรงสนับสนุนทาง สังคมด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ ปัจจัยด้านเจตคติเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหารสามารถทำนาย พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารภายในเขตเทศบาลเมืองบางรักพัฒนา จังหวัดนนทบุรี ได้ร้อยละ 26.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากรต่างๆ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้าน สุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหาร ซึ่งสามารถทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้ สัมผัสอาหาร ได้ร้อยละ 23.20 จากการศึกษาในครั้งนี้ ในพื้นที่ที่ทำการศึกษามีการจัดอบรมและมีการ

สนับสนุนทรัพยากรต่างๆ เช่น ฝักกันเปื้อน หมวกคลุมผม สารปนเปื้อน ถังดักไขมัน เป็นต้น ส่งผลให้ การศึกษาในครั้งนี้มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหาร สอดคล้องกับ การศึกษาของลีลลิตทิ ครอบชื่น (2561) ศึกษาค่านิยมวิชาชีพ การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตการทำงาน ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร พบว่า การสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนด้านเครื่องมือหรือสิ่งของการสนับสนุนด้านข่าวสารและข้อมูล การสนับสนุนด้านการประเมินผล มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงาน ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตการทำงาน ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ได้ร้อยละ 50.60 ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านการประเมินผล การมีอิสระในตนเอง การสนับสนุนด้านเครื่องมือหรือสิ่งของ การสนับสนุนด้านข่าวสารและข้อมูล ความเคารพศักดิ์ศรีของบุคคล และประสบการณ์

ปัจจัยเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขาภิบาลอาหาร ซึ่งสามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหาร ได้ร้อยละ 25.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากการศึกษาในครั้งนี้ ในพื้นที่ที่ทำการศึกษามีการให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่ของรัฐ การตรวจเฝ้าระวังสุขาภิบาลอาหารเพื่อป้องกันควบคุมไม่ให้เกิดโรคอุจจาระร่วงหรืออาหารเป็นพิษอยู่ในพื้นที่อยู่เสมอ ซึ่งทำให้ส่งผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้สัมผัสอาหารในพื้นที่ และมีการแจกเอกสารแผ่นพับ ประชาสัมพันธ์ข้อมูลเกี่ยวกับสุขาภิบาลผ่านช่องทางเว็บไซต์ของทางเทศบาล สอดคล้องกับเดือนฉาย โขคอนันต์ (2564) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการร้านจำหน่ายอาหาร และแผงลอยจำหน่ายอาหาร ในเขตอำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสาร เป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการร้านจำหน่ายอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหาร ในเขตอำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา และสอดคล้องกับ Somsanook, S. Sirisophon, N., Boonchuaythanasit, K.(2016) ได้ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในท่าอากาศยานดอนเมือง พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขาภิบาลอาหารภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดย การได้รับความรู้เรื่องสุขาภิบาลอาหารจากบุคลากรด้านสาธารณสุขมากที่สุด ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขได้จัดโครงการด้านอาหารปลอดภัย เมื่อปี พ.ศ. 2561 ภายใต้ชื่อโครงการ “Clean food good test” และกระทรวงสาธารณสุขโดยกรมอนามัยได้กำหนดให้ผู้ประกอบการกิจการและผู้สัมผัสอาหารต้องผ่านการอบรมตามหลักเกณฑ์ ตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 ระบุว่า ผู้ประกอบการกิจการและผู้สัมผัสอาหารต้องผ่านการอบรมตามประกาศของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และ ประกาศของกระทรวงสาธารณสุข เรื่องหลักเกณฑ์ และวิธีการจัดการอบรมผู้ประกอบการกิจการและผู้สัมผัสอาหาร พ.ศ. 2561 การสนับสนุนการเสริมสร้างความรู้และทักษะการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนการรณรงค์

ให้มีกิจกรรมกินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือเพื่อส่งเสริมให้การดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหารกายพัฒนาอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยด้านเจตคติเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหารมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหาร ซึ่งสามารถทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหาร ได้ร้อยละ 26.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ระดับด้านเจตคติเกี่ยวกับสุขอนามัยทางอาหาร อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับ นันธิดา แดงขาว และคณะ (2565) ได้ศึกษาพฤติกรรมด้านอาหารปลอดภัยของผู้สัมผัสอาหารในครัวโรงแรม 5 ดาว เขตกรุงเทพมหานคร: กรณีศึกษา นักศึกษาฝึกงาน พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม และทัศนคติ ส่งผลต่อพฤติกรรมการสุขาภิบาลอาหารของผู้ปฏิบัติงานที่สัมผัสอาหารในโรงแรมเขตกรุงเทพมหานครได้ โดยสามารถพยากรณ์พฤติกรรมการสุขาภิบาลอาหารของผู้ปฏิบัติงานที่สัมผัสอาหารในโรงแรม เขตกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 43.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสุขาภิบาลอาหารของผู้ปฏิบัติงานที่สัมผัสอาหารมากที่สุด คือ ทัศนคติในการปฏิบัติตนตามหลักการสุขาภิบาลอาหาร และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Ko (2011) ที่ศึกษาทัศนคติ ด้านการสุขาภิบาลอาหารของพนักงานในร้านที่จำหน่ายอาหารในมหาวิทยาลัย Fu-Jen University ของประเทศ ไต้หวัน พบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์ที่ชัดเจนกับความรู้ และพฤติกรรมที่ทำพบว่า ความรู้ และทัศนคติด้านการสุขาภิบาลอาหาร สามารถพยากรณ์พฤติกรรมได้ร้อยละ 42.6 การช่วยให้พนักงานร้านอาหารมีทัศนคติที่ดีด้านการสุขาภิบาลอาหาร จึงเป็นประเด็นสำคัญที่ช่วยให้การนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงานเป็นพฤติกรรมด้านการสุขาภิบาลอาหาร ที่ดีสู่อาหารปลอดภัยได้

ตัวแปรด้านความรู้ และปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับคำแนะนำจากเจ้าพนักงานเจ้าหน้าที่ไม่มีอิทธิพลต่อการศึกษาในครั้งนี้ เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา อนุปริญญา/ปวช/ปวส. ร้อยละ 28.7 ซึ่งสามารถสืบค้นข้อมูลด้านความรู้ได้ด้วยตัวเองทำให้มีความรู้อยู่แล้วจึงทำให้ตัวแปรดังกล่าวไม่มีอิทธิพลในการศึกษาในครั้งนี้

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารภายในเขตพื้นที่เทศบาลเมืองบางรักพัฒนา จังหวัดนนทบุรี โดยพบว่า ผู้สัมผัสอาหารส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับด้านสุขาภิบาลอาหารและโรคที่เกี่ยวข้อง อยู่ในระดับมาก มีระดับเจตคติอยู่ในระดับมากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขาภิบาลอาหารอยู่ในระดับปฏิบัติมากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารอยู่ในระดับมาก และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขาภิบาลอาหาร มีจำนวน 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยแรงสนับสนุนทาง

สังคมด้านทรัพยากรต่างๆ ปัจจัยเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ ปัจจัยด้านเจตคติเกี่ยวกับสุขภาพอาหาร

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผลการศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอาหารของผู้สัมผัสอาหารภายในเขตพื้นที่เทศบาลเมืองบางรักพัฒนา จังหวัดนนทบุรี ซึ่งผู้สัมผัสอาหารมีความรู้เกี่ยวกับสุขอนามัยและโรคที่เกี่ยวข้อง เจตคติเกี่ยวกับสุขอนามัยทางอาหาร พบว่า อยู่ในระดับมาก ส่วนพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอาหารของผู้สัมผัสอาหาร อยู่ในระดับปฏิบัติเป็นประจำ และแรงสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอาหารของผู้สัมผัสอาหาร โดยรวมอยู่ในระดับมาก ทั้ง 3 ด้าน จากการศึกษาครั้งนี้ หากต้องการให้ผู้สัมผัสอาหารมีความรู้เพิ่มมากขึ้นรวมถึงเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอาหาร ต้องดำเนินการตามนโยบาย ดังนี้

1.1 เทศบาลเมืองบางรักพัฒนาควรจัดให้มีแผนการฝึกอบรม/สัมมนา /ประชุมให้ความรู้ด้านงานสุขภาพอาหารแก่ผู้สัมผัสอาหารรูปแบบผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีส่วนร่วม เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมด้านสุขภาพอาหาร เนื่องจากผู้เข้ารับฝึกอบรมมีโอกาสแสดงความคิดเห็น มีการสาธิตและฝึกปฏิบัติ สามารถจดจำขั้นตอนการปฏิบัติได้แม่นยำ และให้แบ่งกลุ่มผู้ประกอบการที่เข้ารับฝึกอบรม ตามประเภทการบริการเป็นผู้ประกอบการ อาหารหรือตามประเภทการจำหน่ายอาหาร เพื่อความเข้าใจและจะได้ปฏิบัติตามหลักสุขภาพอาหารได้ถูกต้อง

1.2 เทศบาลเมืองบางรักพัฒนา ควรมีการสนับสนุนทรัพยากร ข้อมูล ข่าวสารและพัฒนาระบบสุขภาพอาหารเพิ่มขึ้น อย่างต่อเนื่อง พัฒนาเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ด้านการสุขภาพอาหารและพัฒนาระบบ การให้บริการของรัฐ ให้มีความสะดวก รวดเร็ว ได้ตามมาตรฐาน เป็นที่พึงพอใจ แก่ผู้บริการอาหาร

1.3 เทศบาลเมืองบางรักพัฒนา ให้ความสำคัญแก่ผู้บริการอาหารอย่างต่อเนื่อง เช่น การตรวจสอบสุขลักษณะของร้านจำหน่ายอาหารรวมถึงให้คำแนะนำการปฏิบัติตนให้ถูกสุขลักษณะด้านสุขภาพอาหาร เพื่อสร้างความมั่นใจในการที่จะมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา และกระทำพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์เพื่อผลดีที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

2. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ หน่วยงานอื่นๆ ที่มีอำนาจหน้าที่ในการกำกับดูแลด้านสุขภาพอาหาร ต้องให้การสนับสนุนด้านทรัพยากรอย่างต่อเนื่อง และให้ข้อมูลข่าวสารกับผู้ประกอบการอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าการศึกษาในครั้งนี้จะเกิดพฤติกรรมส่วนใหญ่ในระดับดีอยู่แล้ว แต่จะต้องมีการกระตุ้น ติดตาม ให้เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้อง และพัฒนาให้เกิดเจตคติที่ดีต่อสุขภาพอาหาร ต่อไป

3. ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพอาหารของผู้สัมผัสอาหารให้ดียิ่งขึ้น เพื่อให้เกิดประโยชน์ที่เด่นชัดและเป็นรูปธรรม

3.2 ควรศึกษาวิจัยถึงความต้องการของผู้สัมผัสอาหารในด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากการสนับสนุนทางภาครัฐ และความต้องการเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอาหารที่ถูกต้อง

3.3 ควรมีการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพอาหารที่มีผลต่อการปฏิบัติตนของผู้สัมผัสอาหารเพิ่มเติม

เอกสารอ้างอิง

- ภักดิ์สร รัตนมณี. (2558). ความรู้และการปฏิบัติตามหลักสุขภาพอาหารของผู้สัมผัสอาหาร ในโรงเรียนมัธยมโพธิ์วิทยาชัย. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กิตติพงษ์เกิดฤทธิ์ และคณะ. (2564). ความสัมพันธ์ของความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการสุขภาพอาหารกับการปฏิบัติตนตามข้อกำหนดเกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้ประกอบการอาหารในตลาดได้รุ่งในพื้นที่ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรีที่ 12 ของไทย. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม.
- จิราภรณ์ หลาบคำ, จินตนา ศิริบุรณ์พิพัฒนา และ วิษณีย์ แก่นคง. (2560). การสุขภาพอาหารในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตตำบลเมืองศรีไค อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ปีที่ 19 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม.
- เดือนฉาย โชคอนันต์. (2564). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมด้านสุขภาพอาหารของผู้ประกอบการร้านอาหารจำหน่ายอาหาร และแผงลอยจำหน่ายอาหาร ในเขตอำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ. ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม.
- ธนชีพ พิธีธรนิษฐ์ และคณะ (2558). การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสภาวะการดูแลสุขภาพอาหารในเขตเทศบาลนครพิษณุโลกจังหวัดพิษณุโลก. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 45(3), 230- 243.
- นันทิศา แดงขาว และคณะ. (2565). พฤติกรรมด้านอาหารปลอดภัยของผู้สัมผัสอาหารในครัวโรงแรม 5 ดาว เขตกรุงเทพมหานคร: กรณีศึกษานักศึกษาฝึกงาน. วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา ปีที่ 14 ฉบับที่ 1 มกราคม.
- ปณิธาน กระสังข์ และคณะฯ (2560) สารปนเปื้อนอาหาร และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมปฏิบัติตนด้านสุขภาพอาหารของร้านอาหารริมทาง. คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม. มหาวิทยาลัยปทุมธานี.
- ปวีณภัทร นิธิตันดิวัฒน์ และวารางคณา อุดมทรัพย์. (2560). พฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นไทย ผลกระทบและแนวทางแก้ไข. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 8 (1), 122-128.

- อาจารย์ ชิบังเกิด. (2564). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยของนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน. วารสารสังคมศาสตร์วิจัย ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน.
- ไมคำ สิงหาลาด. (2566). ความรู้ด้านการสุขาภิบาลอาหารและการปฏิบัติด้านสุขลักษณะส่วนบุคคลของนักเรียนระดับมัธยม ศึกษาตอนปลาย โรงเรียนนະคອນໄຂ เมืองคำเกิด แขวงบอลิคำไซ สาธารณรัฐประชาธิปไตย
- ประชาชนลาว. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีที่ 16 ฉบับที่ 3 เดือน กรกฎาคม – กันยายน.
- ไมลา อิศระสงคราม. (2561). ความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมการสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบอาหารในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนกรุงเทพมหานคร. วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา) สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ปีที่ 6 ฉบับที่ 3: กันยายน-ธันวาคม.
- ลลนา ทองแท้. (2560). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตามหลักสุขวิทยาส่วนบุคคล ด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหาร ในเทศบาลนครรังสิต. วิทยานิพนธ์ หลักสูตร สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการการส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สืบสิทธิ์ ครอบชื่น. (2561). ศึกษาค่านิยมวิชาชีพ การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการสาธารณสุขปีที่ 27 ฉบับที่ 6 พฤศจิกายน - ธันวาคม .
- สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำเป็นสื่อ [ออนไลน์]. (2567, 21 เมษายน). แนวทางการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหารให้ปลอดภัยต่อผู้บริโภค. เข้าถึงได้จาก <https://foodsafety.anamai.moph.go.th>.
- สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ [ออนไลน์]. (2566, 30 กันยายน). การเฝ้าระวังสถานการณ์ด้านสุขาภิบาลอาหาร และน้ำ ในปี พ.ศ. 2558. เข้าถึงได้จาก <https://foodsafety.anamai.moph.go.th>.
- Bloom, B.S. Madaus, G.F. and Hastings, J.T. (1971). **Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning**. McGraw-Hill, New York.
- Ko, W. (2011). **Food Sanitation Knowledge, Attitude, and Behavior for the University Restaurants Employees**. Food and Nutrition Sciences, 2, 744-750.
- Somsanook, S. Sirisophon, N., Boonchuaythanasit, K.(2016). **Effectiveness of health education program for food sanitation behavior development on food handlers at DonMueang International Airport**. Journal of Health Science Research,10(2), 141-150. (in Thai).



Factors affecting behavior in preventing hand, foot, and mouth disease in children of parents of Sam Chuk Subdistrict Municipality. Sam Chuk District, Suphan Buri Province

Puangpaka Panyawong¹, Panitan Grasung²

¹Master of Public Health Program Pathumthanee University

²Lecturer, Faculty of Allied Health Sciences Pathumthane University

(Received: April 19,2024 ; Revised: May 7,2024 ; Accepted: May 20,2024)

Abstract: The objectives of this research are 1) to study parents' knowledge, attitude, and behavior in preventing hand, foot, and mouth disease in children; 2) to study parents' patterns of health beliefs about hand, foot, and mouth disease in children; 3) to study Relationship between knowledge, attitude, and health belief patterns and parents' behavior to prevent hand, foot, and mouth disease in children. Sample group used in research There were 230 parents whose main responsibility was to care for children, randomly selected in a systematic way. The tool used to collect data was a 5-part questionnaire. The quality of the tool was checked by 5 experts. The index of consistency (IOC) was equal to .98, the difficulty and discriminatory power were equal to .50 and .89 respectively, and the confidence value (Reliability) for the entire version was equal to .86. Statistics used to analyze data Descriptive statistics include frequency, percentage, mean, and standard deviation. and the reference statistics use stepwise multiple regression statistics.

The results of the study found that the majority of the sample were female. Accounting for 68.70%, most are between 31 - 40 years old, 45.70% have a bachelor's degree, 46.50%, most work as general contractors, 34.30%, most average monthly income is between 15,001 - 20,000 baht, 39.10%. Most had knowledge about hand, foot and mouth disease at a high level of knowledge, 49.10%. The mean score of attitudes about hand, foot, and mouth disease was at a very good level (Mean= 4.23, S.D.= 0.51). The mean score of health belief patterns about hand, foot, and mouth disease was overall at a high level (Mean = 4.19, S.D.= 0.34) and had an average score of hand, foot, and mouth disease prevention behavior at a very good practice level (Mean = 4.21, S.D.= 0.55) and factors of attitude about hand, foot and mouth disease, perception of obstacles in preventing hand, foot and mouth disease, factors of knowledge about hand, foot and mouth disease, perception of severity of hand, foot and mouth disease can predict behavior to prevent hand, foot and mouth disease. Mouth got 22.60 percent ($\beta = 22.879$, $p < .01$) with statistical significance at .05. Suggestions: Use the results of the study. Used to promote attitudes, knowledge, and belief patterns about health. to the children's parents

Key words : behavior health belief patterns hand, foot, and mouth disease

Corresponding Author: Tel. 097-4916241

**ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ในเด็กของผู้ปกครองเทศบาลตำบลสามชุก
อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี**

พวงผกา ปัญญาวงศ์¹, ปณิธาน กระสังข์²

¹นักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยปทุมธานี

²อาจารย์ประจำคณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

บทคัดย่อ: การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ในเด็กของผู้ปกครอง 2) เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก ในเด็กของผู้ปกครอง 3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ในเด็กของผู้ปกครอง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย เป็นผู้ปกครองที่มีหน้าที่หลักในการดูแลเด็ก จำนวน 230 คน ได้มาโดยการสุ่มอย่างเป็นระบบ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม จำนวน 5 ส่วน ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ได้เท่ากับ .98 ความง่ายและอำนาจจำแนก ได้เท่ากับ .50, .89 ตามลำดับ และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ทั้งฉบับ ได้เท่ากับ .86 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอ้างอิงใช้สถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 68.70 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31– 40 ปี ร้อยละ 45.70 การศึกษาปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 46.50 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 34.30 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 15,001 – 20,000 บาท ร้อยละ 39.10 ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก อยู่ในระดับมีความรู้สูง ร้อยละ 49.10 มีคะแนนเฉลี่ยทักษะเกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก อยู่ในระดับดีมาก (Mean= 4.23, S.D.= 0.51) มีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.19, S.D.= 0.34) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ระดับปฏิบัติดีมาก (Mean = 4.21, S.D.= 0.55) และปัจจัยด้านทักษะเกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมือ เท้า ปาก สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ได้ร้อยละ 22.60 ($\beta=22.879$, $p < .01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ข้อเสนอแนะ นำผลการศึกษาที่ได้ นำไปส่งเสริมทัศนคติ ความรู้ และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ให้กับผู้ปกครองเด็กต่อไป

คำสำคัญ : พฤติกรรม, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ , โรคมือ เท้า ปาก

บทนำ

โรคมือเท้าปาก (Hand Foot and Mouth Disease) เป็นกลุ่มอาการหนึ่งซึ่งประกอบด้วยกลุ่มอวัยวะที่ ลื่น เหงือก กระพุ้งแก้ม ฝ่ามือ นิ้วมือ และฝ่าเท้า มีสาเหตุจากการติดเชื้อไวรัสที่สามารถเจริญเติบโตในลำไส้ ที่เรียกว่า เอนเทอโรไวรัส (Enterovirus) ซึ่งมีหลายชนิด ที่พบบ่อยคือ ไวรัสคอกแซกกี เอ 16 (Coxsackie A16) ไวรัสคอกแซกกี เอ สายพันธุ์อื่น ๆ (Coxsackie A) ไวรัสเอนโทโรไวรัส 71 (Enterovirus 71 (EV71)) และไวรัสเอกโค (Echovirus) เป็นต้น โรคนี้พบบ่อยในเด็กทารกและเด็กเล็ก ในเขตร้อนชื้น โรคเกิดได้ ตลอดปีไม่มีฤดูกาลที่ชัดเจน ในเขตหนาวมักพบมากในช่วงฤดูร้อน และต้นฤดูใบไม้ร่วง พบการระบาดครั้ง ในปี พ.ศ. 2500 ซึ่งไม่ได้เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขมากนัก เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่รุนแรงและหายได้เอง จนกระทั่งปี พ.ศ. 2540-2541 มีการระบาดของโรคนี้ในประเทศมาเลเซีย ใต้หวันและสิงคโปร์ พบผู้ป่วย อาการรุนแรงและเสียชีวิตจำนวนมากจากภาวะสมองอักเสบ หัวใจล้มเหลว น้ำท่วมปอดอย่างเฉียบพลัน ซึ่ง ส่วนใหญ่เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ก่อให้เกิดการตื่นตระหนกทั้งในกลุ่มบุคลากรการแพทย์ รวมถึงผู้ปกครองและ ประชาชนเป็นอันมาก (สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค, 2550)

สถานการณ์การระบาดในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565 ข้อมูลจากสำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบผู้ป่วยทั้งหมด 88,713 ราย พบผู้ป่วยรายแรกวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2565 และผู้ป่วย รายสุดท้าย วันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2565 จาก 77 จังหวัด คิดเป็นอัตราป่วย 134.07 ต่อแสนประชากร ไม่พบ ผู้เสียชีวิต กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 0-4 ปี คิดเป็นร้อยละ 79.06 รองลงมาคือ อายุ 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 9.85 และอายุ 6 ปี คิดเป็นร้อยละ 4.37 (สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2566) สถานการณ์การแพร่ระบาด ในจังหวัดสุพรรณบุรี 1 มกราคม 2565 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2565 ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สุพรรณบุรี มีจำนวนทั้งสิ้น 955 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 112.85 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีรายงานผู้ป่วย เสียชีวิต อำเภอที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุดคืออำเภอดอนเจดีย์ อัตราป่วยเท่ากับ 175.68 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ อำเภอหนองหญ้าไซ, อำเภอเมือง, อำเภอสามชุก, อำเภอบางปลาม้า, อำเภอเดิมบางนางบวช, อำเภอสองพี่น้อง, อำเภออู่ทอง, อำเภอศรีประจันต์ และอำเภอด่านช้าง อัตราป่วย เท่ากับ 174.21, 159.33, 153.2, 142.04, 130.35, 108.19, 54.15, 40.39, 7.34 ราย ตามลำดับ สำหรับอำเภอ สามชุก ข้อมูลจากสาธารณสุขอำเภอสามชุก จำนวนผู้ป่วยย้อนหลัง 5 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 – 2565 พบผู้ป่วย จำนวน 20, 38, 5, 4 และ 83 คน ตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน 36.74, 69.80, 9.23, 7.38 และ 153.20 ตามลำดับ ไม่พบผู้เสียชีวิต กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 0-4 ปี รองลงมาคือ 5-6 ปี (สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอสามชุก, 2566)

สำหรับการระบาดของโรคมือเท้าปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล สาเหตุส่วนใหญ่ เกิดจากการระบาดของโรคในเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 5 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีโอกาสป่วยด้วยโรคติดต่อได้ง่าย

เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันโรคของเด็กยังทำงานได้ไม่สมบูรณ์มากนัก ประกอบกับการอยู่ร่วมกันหลายคนของเด็ก ทำให้มีโอกาสเกิดการแพร่กระจายเชื้อโรคได้ง่าย เช่น การไอ จาม การสัมผัสสิ่งคัดหลั่งของผู้ป่วยโดยตรง และการแพร่กระจายเชื้อจากสิ่งแวดล้อม เช่น การสัมผัสสิ่งของเครื่องใช้ของผู้ป่วย การสัมผัสอุปกรณ์และของใช้ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล ซึ่งมีการใช้ร่วมกัน รวมไปถึงการมีสุขนิสัยที่ไม่เหมาะสมของ ผู้ปกครอง ที่ยังมีความรู้ความเข้าใจและทัศนคติต่อโรคไม่ถูกต้องและไม่ตระหนักในการป้องกันโรค

ผลกระทบที่เกิดจากการระบาดของโรคมือ เท้า ปาก นอกจากจะมีผลทางชีวิตและร่างกายแล้ว ยังมีผลกระทบทั้งทางเศรษฐกิจ สังคมด้วย ดังนั้นจึงจำเป็นต้องศึกษาเข้าใจลักษณะการเกิดโรคของโรคมือ เท้า ปาก ตลอดจนรูปแบบการกระจายของโรค ประชากรกลุ่มเสี่ยง และเข้าใจปัจจัยเสี่ยง เพื่อนำไปสู่การพัฒนารูปแบบควบคุม ป้องกัน โรคที่มีประสิทธิภาพ เพื่อลดความสูญเสียทั้งทางร่างกาย และจิตใจต่อไป แนวทางที่จะต้องดำเนินการต่อ คือ พ่อ แม่ ผู้ปกครอง รวมทั้งครูผู้ดูแลเด็ก จะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเลี้ยงดูและการพัฒนาควบคู่ไปด้วย ชุมชนและผู้ปกครอง ควรมีกิจกรรมสร้างสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการดำเนินงาน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ระดับการศึกษา รายได้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคในการป้องกันโรค และสิ่งชักจูงและแรงจูงใจในการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค มือ เท้า ปากของผู้ปกครอง (พัชราภรณ์ บศิริฐ, 2558) รวมถึงอายุและทัศนคติต่อการป้องกันโรค ก็เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก เช่นกัน (มัลลิกา อุตตามะ, 2565) และจากปัญหาดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ในเด็กของผู้ปกครองเขตเทศบาลตำบลสามชุก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครองเด็กในเขตเทศบาลตำบลสามชุก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนบุตร/เด็กในความปกครอง และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองกับเด็ก ความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก ทัศนคติเกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงในการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ในเด็กของผู้ปกครองเขตเทศบาลตำบลสามชุก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อนำไปพัฒนาการดำเนินงานป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ให้มีประสิทธิภาพ สามารถลดอัตราการป่วยของโรคมือ เท้า ปาก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาลในเขตของเทศบาลตำบลสามชุก และเป็นแนวทางในพัฒนาการดำเนินงานป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะปัญหาคล้ายคลึงกันต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ในเด็กของผู้ปกครองเขตเทศบาลตำบลสามชุก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี
2. เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือ เท้า ปาก การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมือ เท้า ปาก การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ในเด็กของผู้ปกครองเขตเทศบาลตำบลสามชุก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี
3. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก ทักษะเกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือ เท้า ปาก การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมือ เท้า ปาก การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ในเด็กของผู้ปกครองเขตเทศบาลตำบลสามชุก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เก็บข้อมูลแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ปกครองที่มีหน้าที่ดูแลเด็กศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และโรงเรียน (เฉพาะชั้นอนุบาล) ในเขตเทศบาลตำบลสามชุก ที่มีการลงทะเบียนในปีการศึกษา พ.ศ. 2566 จำนวน 523 คน (ข้อมูลทะเบียนราษฎร์ เทศบาลตำบลสามชุก, 2566)

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดตัวอย่าง ประมาณสัดส่วนตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างตามแนวคิดของ W.G. Cochran (1988) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 230 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ทฤษฎีหลักความน่าจะเป็น (Probability Sampling) โดยสุ่มอย่างเป็นระบบใช้ทะเบียนรายชื่อนักเรียนเป็นเกณฑ์ กำหนดเกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ปกครองที่มีหน้าที่ดูแลเด็กอย่างใกล้ชิดเป็นหลัก
2. มีอายุ 18 – 60 ปี
3. สามารถอ่าน สื่อสารด้วยการพูด ฟังภาษาไทยเข้าใจ
4. ยินดีและให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล

เกณฑ์การคัดออก(Exclusion criteria)

1. ต้องการยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยระหว่างดำเนินการ
2. ไม่สะดวกให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม จำนวน 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็นคำถามแบบเลือกตอบถูกหรือผิด โดยตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

เกณฑ์ในการให้คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก โดยใช้เกณฑ์แบ่งอัตรภาคชั้น (Class Interval) ระดับความรู้โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom (1975) ดังนี้

ประเมินคะแนนตามเกณฑ์ การแปลผลคะแนน 3 ระดับ คือ

ระดับความรู้สูง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (ช่วงคะแนน 8 – 10 คะแนน)

ความรู้ปานกลาง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 – 79.99 (ช่วงคะแนน 6 – 7 คะแนน)

ความรู้ต่ำ ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (ช่วงคะแนน 0 – 5 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำถามแบบ 5 ระดับ โดยเป็นแบบสอบถามระดับความคิดเห็น ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เกณฑ์ในการประเมินทักษะคิดเกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก ใช้เกณฑ์แบ่งอัตรภาคชั้น (Class Interval) พิจารณาตามเกณฑ์ของ Best (1970)

$$\text{อัตรภาคชั้นรายข้อ} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้นที่ต้องการ}}$$

$$= \frac{5-1}{5} = 0.80$$

การแปลผลนำคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ยรายข้อใช้หลักการแปลดังนี้ (Best,1977)

คะแนนระหว่าง 1.00 – 1.80 หมายถึง ทักษะคิดอยู่ในระดับไม่ดี

คะแนนระหว่าง 1.81 – 2.60 หมายถึง ทักษะคิดอยู่ในระดับน้อย

คะแนนระหว่าง 2.61 – 3.40 หมายถึง ทักษะคิดอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนระหว่าง 3.41 – 4.20 หมายถึง ทักษะคิดอยู่ในระดับดี

คะแนนระหว่าง 4.21 – 5.00 หมายถึง ทักษะคิดอยู่ในระดับดีมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคมือ เท้า ปาก จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะคำถามแบบ 5 ระดับ โดยเป็นแบบสอบถามระดับความคิดเห็น ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่งเห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีจำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 4 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค จำนวน 5 ข้อ ตอนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค จำนวน 5 ข้อ ตอนที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค จำนวน 5 ข้อ ตอนที่ 4 การรับรู้ต่ออุปสรรคในการปฏิบัติ จำนวน 5 ข้อ

เกณฑ์ในการประเมินแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคมือ เท้า ปาก ใช้เกณฑ์แบ่งอัตรากาชั้น (Class Interval) พิจารณาตามเกณฑ์ของ Best (1970)

$$\begin{aligned} \text{อัตรากาชั้นรายข้อ} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้นที่ต้องการ}} \\ &= \frac{5-1}{5} = 0.80 \end{aligned}$$

การแปลผลนำคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ยรายข้อใช้หลักการแปลดังนี้ (Best,1977)

คะแนนระหว่าง 1.00 – 1.80 หมายถึง การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี

คะแนนระหว่าง 1.81 – 2.60 หมายถึง การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับน้อย

คะแนนระหว่าง 2.61 – 3.40 หมายถึง การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนระหว่าง 3.41 – 4.20 หมายถึง การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี

คะแนนระหว่าง 4.21 – 5.00 หมายถึง การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะคำถามแบบ 5 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติน้อยครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 5 คะแนนเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 1 คะแนน

เกณฑ์ในการประเมินระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก ใช้เกณฑ์แบ่งอัตรากาชั้น (Class Interval) พิจารณาตามเกณฑ์ของ Best (1970)

$$\begin{aligned} \text{อัตรากาชั้นรายข้อ} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้นที่ต้องการ}} \\ &= \frac{5-1}{5} = 0.80 \end{aligned}$$

การแปลผลนำคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ยรายข้อใช้หลักการแปลดังนี้ (Best,1977)

คะแนนระหว่าง 1.00 – 1.80 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปากอยู่ในระดับปฏิบัติไม่ดี

คะแนนระหว่าง 1.81–2.60 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปากอยู่ในระดับปฏิบัติน้อย
 คะแนนระหว่าง 2.61–3.40 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปากอยู่ในระดับปฏิบัติปานกลาง
 คะแนนระหว่าง 3.41–4.20 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปากอยู่ในระดับปฏิบัติดี
 คะแนนระหว่าง 4.21–5.00 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปากอยู่ในระดับปฏิบัติดีมาก
 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ค่าดัชนีความสอดคล้องได้เท่ากับ 0.98 ค่าความยากง่ายและอำนาจจำแนก ได้เท่ากับ .50.89 ตามลำดับ และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ที่จับได้เท่ากับ 0.86 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอ้างอิงใช้สถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ปกครองในเขตเทศบาลตำบลสามชุก อำเภอสามชุก จังหวัด สุพรรณบุรี (n = 230)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	72	31.30
หญิง	158	68.70
อายุ (ปี)		
21 - 30	55	23.90
31 - 40	105	45.70
41 - 50	51	22.20
51 - 60	19	8.30
$\bar{X} = 36.78, S.D. = 8.473, \text{Min} = 21, \text{Max} = 60$		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	19	8.30
มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3)	22	9.60
มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6)/ปวช.	45	19.60

อนุปริญญา/ปวส.	23	10.00
ปริญญาตรี	107	46.50
อาชีพ		
เกษตรกรรม	25	10.90
รับจ้างทั่วไป	79	34.30
พนักงานบริษัท/เอกชน	19	8.30
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	50	21.70
ค้าขาย	42	18.30
ไม่ได้ทำงาน	8	3.50
อื่นๆ	7	3.00
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ต่ำกว่า 10,000 บาท	26	11.30
10,001 – 15,000 บาท	84	36.50
15,001 – 20,000 บาท	90	39.10
20,001 บาท ขึ้นไป	30	13.00
รวม	230	100.00

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.70 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31 – 40 ปี ร้อยละ 45.70 การศึกษาปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 46.50 รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 19.60 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 34.30 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 15,001 – 20,000 บาท ร้อยละ 39.10

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก ของผู้ปกครอง (n=230)

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้สูง (ช่วงคะแนน 8 – 10 คะแนน)	113	49.10
ระดับความรู้ปานกลาง (ช่วงคะแนน 6 – 7 คะแนน)	106	46.10
ระดับความรู้ต่ำ (ช่วงคะแนน 0 – 5 คะแนน)	11	4.80

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก อยู่ในระดับมีความรู้สูง ร้อยละ 49.10 รองลงมา มีความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก อยู่ในระดับมีความรู้ปานกลาง ร้อยละ 46.10

3. ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ รวมระดับทักษะคิดเกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก ของผู้ปกครอง (n=230)

ระดับทักษะคิดเกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก ของผู้ปกครอง	จำนวน	ร้อยละ
ทักษะคิดระดับดีมาก	133	57.80
ทักษะคิดระดับดี	72	31.30
ทักษะคิดระดับปานกลาง	25	10.90
รวม	230	100.00

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับทักษะคิดอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 57.80 รองลงมา มีทักษะคิดอยู่ในระดับดี ร้อยละ 31.30

4. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก ของผู้ปกครอง (n=230)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	ระดับการรับรู้
ภาพรวมการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	4.19	0.39	ดี
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือ เท้า ปาก	4.02	0.58	ดี
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมือ เท้า ปาก	4.15	0.58	ดี
การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก	4.39	0.40	ดีมาก
การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก	4.19	0.52	ดี

จากตาราง 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมือเท้า ปาก โดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 4.19, S.D.= 0.39) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือ เท้า ปาก อยู่ในระดับดี (Mean = 4.02, S.D= 0.58) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมือ เท้า ปาก อยู่ในระดับดี (Mean = 4.15, S.D= 0.58) ด้านการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก อยู่ในระดับดีมาก (Mean = 4.39, S.D.= 0.40) และด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก อยู่ในระดับดี (Mean = 4.19, S.D.= 0.52)

5. พฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละ พฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ของผู้ปกครอง (n=230)

ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ของผู้ปกครอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับปฏิบัติดีมาก	139	60.40
ระดับปฏิบัติดี	63	27.40
ระดับปฏิบัติปานกลาง	28	12.20
รวม	230	100.00

จากตาราง 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก อยู่ในระดับปฏิบัติดีมาก ร้อยละ 60.40 รองลงมา มีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก อยู่ในระดับปฏิบัติดี ร้อยละ 27.40 และมีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก อยู่ในระดับปฏิบัติปานกลาง ร้อยละ 12.20

6. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันโรคมือ เท้า ปากในเด็กของผู้ปกครอง

ตารางที่ 6 การเปลี่ยนแปลงค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) และ ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปเมื่อสมการเปลี่ยน (R^2 change) ในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากในเด็กของ

ตัวแปรต้น	R	R^2	F	Unstd.		Std.	t	p-value
				β	SE	Beta		
(Constant)				22.879	5.243		4.363	.000**
1.ทัศนคติเกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก	.342	.117	30.298	.283	.107	.175	2.646	.009**
2.การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมือเท้าปาก	.405	.164	22.219	.370	.117	.193	3.152	.002**
3.ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก	.449	.202	19.028	1.430	.392	.234	3.649	.000**
4.การรับรู้ถึงความรุนแรงของเกิดโรคมือเท้าปาก	.476	.226	16.435	.460	.173	.163	2.667	.008**

**p-value < .01

จากตาราง 6 ผลการวิเคราะห์หัตถดอยพหุคูณแบบขั้นตอนตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่เข้าสมการ พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ในเด็กของผู้ปกครอง ได้แก่ ปัจจัยด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก ถูกคัดเลือกเข้าสมการเป็นอันดับแรก สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ในเด็กของผู้ปกครอง ได้ร้อยละ 11.70 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ถูกคัดเลือกเข้าสมการเป็นอันดับสอง สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ในเด็กของผู้ปกครอง ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 16.40 ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก ถูกคัดเลือกเข้าสมการเป็นอันดับสาม สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ในเด็กของผู้ปกครอง ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 20.20 และการรับรู้ถึงความรุนแรงของเกิดโรคมือ เท้า ปาก ถูกคัดเลือกเข้าสมการเป็นอันดับสี่ สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ในเด็กของผู้ปกครอง ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 22.60

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่ด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมือ เท้า ปาก สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ในเด็กของผู้ปกครองเขตเทศบาลตำบลสามชุก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี ได้ร้อยละ 22.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ปัจจัยด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ในเด็กของผู้ปกครองเขตเทศบาลตำบลสามชุก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี ได้ร้อยละ 11.70 โดยผู้ปกครองส่วนใหญ่เห็นว่า โรคมือ เท้า ปาก เป็นโรคติดต่ออันตรายสำหรับเด็ก จึงสมควรที่จะต้องมีการป้องกันการโรค และกังวลต่อการแพร่ระบาดของโรคมือ เท้า ปาก สอดคล้องกับนิธิพงษ์ ศรีเบญจมาศ (2560) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า ทัศนคติส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ในเด็กของผู้ปกครองเขตเทศบาลตำบลสามชุก ได้ร้อยละ 20.20 เนื่องจาก หากผู้ปกครองรับรู้ถึงอุปสรรคของการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก หากเกิดโรคขึ้น ผู้ปกครองจะตระหนักถึงผลเสียที่จะตามมาเพิ่มขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียทรัพย์สินและเวลาในการดูแลเด็กที่ป่วย ทำให้ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ของ ผู้ปกครองเขตเทศบาลตำบลสามชุก สอดคล้องกับกนกวรรณ นวนเกิด (2563) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในอำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมือเท้าปาก มีผลต่อ

พฤติกรรมกำรป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครอง เนื่องจากการที่ผู้ปกครองได้รับรู้ว่หากไม่ปฏิบัติพฤติกรรมกำรป้องกันโรค จะทำให้เด็กเจ็บป่วยเพิ่มมกขึ้น

ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก สามารถทำนายพฤติกรรมกำรป้องกันโรคมือเท้าปากในเด็กของผู้ปกครองเขตเทศบาลตำบลสามชุก ได้ร้อยละ 20.20 เนื่องจกหากผู้ปกครองได้รับความรู้ที่ถูกต้อง จะทำให้เกิดพฤติกรรมกำรป้องกันโรคที่ถูกต้องเช่นกัน เช่นเดียวกับ Bloom (1975) ที่กล่าวว่าความรู้ของบุคคลที่เกิดขึ้นจะนำไปสู่การแสดงออกของพฤติกรรม เกิดการรับรู้ ปรับแนวคิด และทัศนคติตามความรู้ความเข้าใจที่ตนเองมีอยู่ สอดคล้องกับนิธิพงศ ศรีเบญจมาศ (2560) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกำรป้องกันโรคมือเท้าปาก ของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่าความรู้เรื่องโรคมือเท้าปาก ผู้ที่มีระดับความรู้ระดับสูงมีพฤติกรรมกำรป้องกันโรคมือเท้าปาก ดีเป็น 1.88 เท่า ของผู้ที่มีความรู้ระดับต่ำ

ปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมือเท้าปาก สามารถทำนายพฤติกรรมกำรป้องกันโรคมือเท้าปาก ในเด็กของผู้ปกครอง ได้ร้อยละ 22.60 โดยหากผู้ปกครองตระหนักรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดโรคมือเท้าปาก รับรู้ถึงอันตรายหากเกิดโรคขึ้น ก็อาจทำให้เกิดแรงส่งเสริมพฤติกรรมกำรปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมกขึ้น ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อสุขภาพ กล่าวว่ เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้ว จะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรคซึ่ง สอดคล้องกับกนกวรรณ นวนเกิด (2563) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกำรป้องกันโรคมือเท้าปาก ของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในอำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก พบว่ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมือเท้าปาก มีผลต่อพฤติกรรมกำรป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครอง เนื่องจากการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค จะทำให้ผู้ปกครองทราบถึงสาเหตุ ผลกระทบและอันตรายที่จะเกิดขึ้นจกโรคมือเท้าปาก หากไม่ปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมในการป้องกันโรค

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกำรป้องกันโรคมือเท้าปากในเด็กของผู้ปกครองเขตเทศบาลตำบลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี โดยพบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก อยู่ในระดับมีความรู้สูง มีระดับทัศนคติอยู่ในระดับดีมาก มีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก โดยรวมอยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกำรป้องกันโรคมือเท้าปาก ของผู้ปกครองโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก และปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกำรป้องกันโรคมือเท้าปาก มีจำนวน 4 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมือเท้า

ปาก ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมือ เท้า ปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยสามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ได้ถึงร้อยละ 22.60

ข้อเสนอแนะ

นำผลที่ได้จากการศึกษาคือ ผู้ปกครองเขตเทศบาลตำบลสามชุก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ระดับปฏิบัติดีมาก ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ในเด็กของผู้ปกครอง ได้แก่ ปัจจัยด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก และปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมือ เท้า ปาก ดังนั้น หน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง ควรส่งเสริมการรับรู้ดังกล่าวเพิ่มขึ้นและอย่างต่อเนื่อง รวมถึงส่งเสริมให้ผู้ปกครองตระหนักถึงความรุนแรงของโรคมือ เท้า ปาก และประโยชน์ของการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ปกครองมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคที่ดีและมีประสิทธิภาพมากขึ้นกว่าเดิม และอัตราการป่วยของโรคมือ เท้า ปาก ในพื้นที่ลดลง

เอกสารอ้างอิง

- กนกวรรณ นวนเกิด. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. วิทยานิพนธ์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- นิติพงษ์ ศรีเบญจมาศ. (2560). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. PSRU Journal of Science and Technology 2(3): 9-19, 2017.
- พัชรภรณ์ บศิริรัฐ. (2554). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์เด็กเล็ก อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร. วิทยานิพนธ์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- มัลลิกา อุตตะมา. (2565). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา. การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยพะเยา.
- สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2550). แนวทางการปฏิบัติงานโรคมือเท้าปากและโรคติดต่อเอนเทอโรไวรัส 71 สำหรับบุคลากรการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามชุก. (ม.ป.ป.). **สรุปสถานการณ์โรคมือเท้าปาก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี ปี 2565 .**

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค [ออนไลน์]. (2566, 30 ตุลาคม).**สถานการณ์โรคมือเท้าปาก.** เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=11

Cohen J. (1988). **Statistical power analysis for the behavioral sciences.** 2nd ed. Hillsdale, NJ: Erlbaum;



**Knowledge Related to Environment Environmental Laws and Nuisances
In the Baan Eua-a-thon Community, Chok Chai District,
Nakhon Ratchasima Province.**

Vizanu Chanwet¹, Vinai Veeravatnanond², Bunlert Wongpho³

¹ Master of Science (Environmental Education)

^{2,3} Lecturer, Faculty of Allied Health Sciences (Environmental Education) Pathumthani University

(Received: April 10, 2024 ; Revised: May 1, 2024 ; Accepted: May 15, 2024)

Abstract: The objectives of this study were: 1) to study the residents' knowledge regarding the environment, environmental laws, and nuisances and 2) to compare the factors influencing individual knowledge on these topics. Bloom's taxonomy was utilized to structure the knowledge delivery. The research employed a quantitative methodology. The population consisted of 947 residents of the Baan Eua-a-thon community, with a sample size of 274 was determined using by Krejcie and Morgan table. The sample included one representative over the age of 18 from each family. Data collection was conducted via a questionnaire measuring knowledge of environmental issues, environmental laws, and nuisances. The data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, t-test, and F-test.

Findings revealed that 1) the residents possessed a moderate level of knowledge regarding environmental issues, environmental laws and nuisances, and 2) there was no significant difference in knowledge based on gender, age, or occupation. However, significant differences were found based on educational level, with higher education correlating with greater knowledge at level of .05. These results could inform the development of environmental management plans for the Baan Eua-a-thon community and other similar communities. The findings indicated the importance of considering environmental impacts and adhering to relevant rights, rules, regulations, and laws to enhance sustainable quality of life and community well-being.

Key words: Knowledge, Environment, Environmental Laws, Nuisances, Baan Eua-a-thon Community, Nakhon Ratchasima Province.

ความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม กฎหมายสิ่งแวดล้อม และเหตุรำคาญ
ของประชาชนในชุมชนบ้านเอื้ออาทร อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา

วิษณุ ชาญเวช¹, วินัย วีระวัฒนานนท์², บุญเลิศ วงศ์โพธิ์³

¹นักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา) มหาวิทยาลัยปทุมธานี

^{2,3}อาจารย์ คณะสหเวชศาสตร์ (สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา) มหาวิทยาลัยปทุมธานี

บทคัดย่อ การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม กฎหมายสิ่งแวดล้อม และเหตุรำคาญ ของประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านเอื้ออาทร อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา 2) เปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้สิ่งแวดล้อม กฎหมายสิ่งแวดล้อมและเหตุรำคาญ ของประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านเอื้ออาทร อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา โดยใช้กรอบแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ของบลูม มาประกอบการศึกษา ระเบียบวิธีวิจัยเป็นแบบเชิงปริมาณ ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านเอื้ออาทร อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา จำนวนทั้งสิ้น 947 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางเครซี่และมอร์แกนได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 247 คน ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากตัวแทนครอบครัวละ 1 คน ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบสอบถามวัดความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม กฎหมายสิ่งแวดล้อม และเหตุรำคาญ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที และค่าเอฟ

ผลการศึกษา พบว่า 1) ประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านเอื้ออาทร อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา มีความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม กฎหมายสิ่งแวดล้อมและเหตุรำคาญ โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง 2) ประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านเอื้ออาทร อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา ที่มีเพศ อายุ อาชีพ และระดับการศึกษา ต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม กฎหมายสิ่งแวดล้อม และเหตุรำคาญ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษานี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางหรือการจัดทำแผนการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชนบ้านเอื้ออาทร และชุมชนอื่นๆที่มีบริบทคล้ายกัน เพื่อคำนึงถึงผลกระทบทางสิ่งแวดล้อม การเคารพสิทธิ ระเบียบ ข้อบังคับ และกฎหมาย ในการดำเนินชีวิตชีวิตอยู่ร่วมกันของประชาชนในชุมชนและพัฒนาคุณภาพชีวิตให้มีความสุขและยั่งยืน

คำสำคัญ : ความรู้ สิ่งแวดล้อม กฎหมายสิ่งแวดล้อม เหตุรำคาญ

บทนำ

การมีที่อยู่อาศัย เป็นวัฒนธรรมและลักษณะสำคัญของมนุษย์ ซึ่งในปัจจุบันการเลือกที่อยู่อาศัยคำนึงถึงความสะดวกสบายของระบบสาธารณูปโภค ความร่มรื่นและสวยงามของสภาพแวดล้อม โครงการบ้านเอื้ออาทร เป็นโครงการจัดหาที่อยู่อาศัยให้แก่ผู้มีรายได้น้อย ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงพัฒนา

สังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยการรับผิดชอบของการเคหะแห่งชาติ รวมทั้งพัฒนาคุณภาพชีวิต ในทางเศรษฐกิจสังคมและสิ่งแวดล้อมด้วย (การเคหะแห่งชาติ, 2553) เพื่อสร้างชุมชนให้น่าอยู่อย่างยั่งยืน ประกอบด้วยหลักการบริหาร 5 ด้าน คือ ด้านการบริหารชุมชนด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อม ด้านการบริหาร สัญญาจัดประโยชน์ทรัพย์สินชุมชนและธุรกิจชุมชน ด้านการจัดระเบียบชุมชนด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต ของสมาชิกชุมชน โครงการบ้านเอื้ออาทรและการสร้างวัฒนธรรมเอื้ออาทร ด้านการบริหารลูกหนี้ และด้านการบริหารกิจการน้ำประปา เป็นการอำนวยความสะดวกแก่ประชาชนที่เข้ามาอาศัยอยู่เป็นชุมชนที่มาจาก หลากหลายพื้นที่ มีความแตกต่างทางสังคมและวัฒนธรรม การพัฒนาจึงต้องอาศัยผู้นำชุมชนเป็นศูนย์กลาง ในการบริหารชุมชน

หมู่บ้านเอื้ออาทรในพื้นที่ตำบลท่าอ่าง อำเภอ โชคชัย จังหวัดนครราชสีมา เป็น โครงการที่ ดำเนินการโดยการเคหะแห่งชาติ มีพื้นที่ทั้งหมด 64 ไร่ มีที่พักอาศัยจำนวน 700 หน่วย รองรับประชาชนที่ เข้าพักอาศัยได้ถึง 3,500 คน ลักษณะของที่พักอาศัยเป็นแบบบ้านเดี่ยว 2 ชั้น บนพื้นที่ก่อสร้าง 84 ตาราง เมตร เพื่อเป็นทางเลือกให้กับประชาชนที่มีรายได้ปานกลางถึงรายได้ต่ำ ให้สามารถเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย ที่มีมาตรฐานของการออกแบบโครงสร้าง ระบบสาธารณูปโภคและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการส่งเสริมกิจกรรม อื่นๆที่เน้นการมีส่วนร่วมเพื่อนำไปสู่ความเป็นชุมชนเข้มแข็งและยั่งยืน ซึ่งผู้ศึกษาได้เข้าไปสำรวจวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ของประชาชนในเบื้องต้น พบว่า ประชาชนที่เข้ามาพักอาศัยมีหลากหลายอาชีพ ทำให้เกิดความ หลากหลายในการแสดงออกทางพฤติกรรม การปฏิบัติในการอยู่ร่วมกันในสังคม รวมทั้งปัญหาที่ตามมา เช่น การทิ้งขยะมูลฝอย สิ่งปฏิกูลและของเสียอันตราย ที่ไม่ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล มลพิษทางเสียงจาก ยานพาหนะ การทะเลาะเบาะแว้ง การพุดคุยโววาย การเปิดเครื่องเสียงส่งเสียงดัง และเสียงรบกวนจากสัตว์ เลี้ยง มลพิษจากฝุ่นควันที่เกิดจากกิจกรรมของผู้อาศัยทั้งในและนอกชุมชน รวมทั้งการละเมิดสิทธิ์ การบุกรุก การต่อเติมอาคารสิ่งปลูกสร้าง และการลักขโมย เป็นต้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความรู้ เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม กฎหมายสิ่งแวดล้อมและเหตุรำคาญ ของประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านเอื้ออาทร อำเภอ โชคชัย จังหวัดนครราชสีมา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริงเสนอต่อผู้บริหารชุมชน ประยุกต์ใช้เป็น แนวทางหรือการจัดทำแผนการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชนบ้านเอื้ออาทร และชุมชนอื่นๆที่มีบริบท คล้ายกัน เพื่อคำนึงถึงผลกระทบทางสิ่งแวดล้อม การเคารพสิทธิ ระเบียบ ข้อบังคับ และกฎหมาย ในการ ดำเนินชีวิตชีวิตอยู่ร่วมกันของประชาชนในชุมชนและพัฒนาคุณภาพชีวิตให้มีความสุขและยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม กฎหมายสิ่งแวดล้อมและเหตุรำคาญ ของประชาชน ที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านเอื้ออาทร อำเภอ โชคชัย จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม กฎหมายสิ่งแวดล้อมและเหตุ รำคาญ ของประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านเอื้ออาทร อำเภอ โชคชัย จังหวัดนครราชสีมา

สมมติฐานการวิจัย

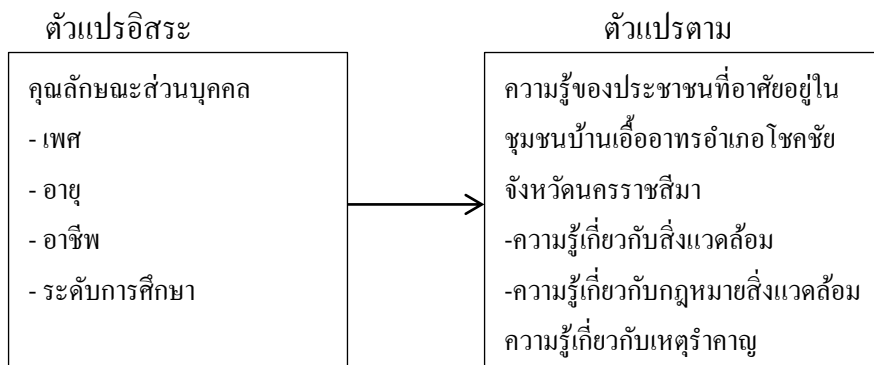
1. ประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านเอื้ออาทรอำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา ความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม กฎหมายสิ่งแวดล้อมและเหตุรำคาญ อยู่ในระดับปานกลาง
2. ประชาชนที่มีคุณลักษณะส่วนบุคคลแตกต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม กฎหมายสิ่งแวดล้อมและเหตุรำคาญ แตกต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Method) โดยใช้แบบสอบถามวัดความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม กฎหมายสิ่งแวดล้อม และเหตุรำคาญ กับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นประชาชนที่มีภูมิลำเนาทะเบียนบ้านอาศัยอยู่ในชุมชนบ้านเอื้ออาทร อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีจำนวน 307 ครัวเรือน มีประชากรจำนวนทั้งสิ้น 947 คน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี การทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ ดังนี้



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหาที่ใช้ในการสร้างแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นโดยศึกษาจากเอกสารตำรา เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม กฎหมายสิ่งแวดล้อมและเหตุรำคาญ รวมทั้งบทความ แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. ขอบเขตด้านระยะเวลา ใช้เวลาในการสร้างแบบสอบถามจนกระทั่งเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลการวิจัยและจัดทำเล่มฉบับสมบูรณ์ โดยเริ่มตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2564 ถึง เดือนมีนาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นประชาชนที่มีภูมิลำเนาทะเบียนบ้านอาศัยอยู่ในชุมชนบ้านเอื้ออาทร อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีจำนวน 307 ครัวเรือน มีประชากรจำนวนทั้งสิ้น 947 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของเครซีและมอร์แกน (Krejcie&Morgan, 1970, อ้างใน ชีรวุฒิ เอกะกุล 2543.) ในการประมาณค่าสัดส่วนของประชากรและกำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรเท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 274 คน ตามสูตรการคำนวณ ดังนี้

สูตรการคำนวณของเครซีและมอร์แกน

$$n = \frac{X^2 NP(1-P)}{e^2(N-1) + X^2 P(1-P)}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

X = ค่าไคสแควร์ ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% (X=3.841)

P = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (ถ้าไม่ทราบให้กำหนด p=0.5)

เมื่อแทนค่าตัวแปรในสมการ โดยประชากรที่ใช้ในการวิจัยมีจำนวน 947 คน ยอมรับให้เกิดความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างได้ 5% ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และสัดส่วน ของลักษณะที่สนใจในประชากรเท่ากับ 0.5 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการจึงเท่ากับ

$$\begin{aligned} n &= \frac{3.841 \times 947 \times 0.5 \times 0.5}{.05^2(947-1) + 3.841 \times 0.5 \times (1-0.5)} \\ &= 273.47 \text{ คน} \end{aligned}$$

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างไว้รวมจำนวนทั้งสิ้น 274 คน และทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย (Sample Random Sampling) จากตัวแทนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ครอบครัวยุค 1 คน เป็นผู้ตอบแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม กฎหมายสิ่งแวดล้อมและเหตุรำคาญ จนครบตามจำนวน

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1. ตัวแปรต้น ได้แก่ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านเอื้ออาทร อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา จำแนกตามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม กับกฎหมายสิ่งแวดล้อมและเหตุรำคาญ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นเครื่องมือในการวัดความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม กฎหมายสิ่งแวดล้อมและเหตุรำคาญ กับประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านเอื้ออาทร อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา โดยทำการแบ่งข้อมูลของแบบสอบถามออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกเป็น เพศ อายุ อาชีพ และระดับการศึกษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัดความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ถูก-ผิด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามวัดความรู้เกี่ยวกับกฎหมายสิ่งแวดล้อม จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ถูก-ผิด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามวัดความรู้เกี่ยวกับเหตุรำคาญ จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ถูก-ผิด

โดยเกณฑ์การประเมินแบบสอบถามวัดความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม กฎหมายสิ่งแวดล้อมและเหตุรำคาญ ถ้าตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน ประยุกต์เกณฑ์การประเมินแบบอิงเกณฑ์ ของบลูม (Bloom, 1975: 47) ดังนี้

ระดับความรู้	เกณฑ์ระดับความรู้ (ร้อยละ)
สูง	80 - 100
ปานกลาง	60 - 79.99
ต่ำ	.00 - 59.99

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตเข้าพื้นที่เก็บข้อมูลการวิจัย เสนอต่อผู้บริหารชุมชนบ้านเอื้ออาทร อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา
2. นำแบบสอบถามวัดความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม กฎหมายสิ่งแวดล้อมและเหตุรำคาญ ไปแจกให้กับตัวแทนแต่ละครัวเรือนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป จนครบจำนวน 274 ชุด และนัดเวลาเก็บรวบรวม
3. ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล และนำมาตรวจเช็คความถูกต้องสมบูรณ์ จากนั้นจัดทำรหัสและทำการบันทึกข้อมูลจากแบบสอบถามลงในคอมพิวเตอร์ แล้วทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปแปรผลทางสถิติ ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลผู้ตอบแบบสอบถามโดยการหาค่าความถี่ และค่าร้อยละ
2. วิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม กฎหมายสิ่งแวดล้อมและเหตุรำคาญ โดยหาค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำไปแปลความหมาย
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม กฎหมายสิ่งแวดล้อมและเหตุรำคาญ กับปัจจัยส่วนบุคคล แล้วนำไปแปลความหมาย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพของแบบสอบถาม
 - 1.1 ค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามศัพท์เฉพาะ (IOC: Index of item Objective Congruence) (สมนึก ภัทธิยธนี, 2546)
 - 1.2 ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามทั้งฉบับ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha coefficient) ตามวิธีของ ครอนบาค (Cronbach)
2. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) เพื่ออธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล รวมถึงระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม กฎหมายสิ่งแวดล้อมและเหตุรำคาญ จากแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง

 - 2.2 ค่าเฉลี่ย (Mean)
 - 2.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
3. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน เพศของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent Sample t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวเพื่อทดสอบตัวแปร อายุ อาชีพ และระดับการศึกษา ต่อความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม กฎหมายสิ่งแวดล้อมและเหตุรำคาญ (One-way analysis of Variance: ANOVA, F-test)

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลจำนวน และร้อยละของประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านเอืออาทร อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา โดยจำแนกตามตามลักษณะส่วนบุคคล (n=274)

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (n)	ร้อยละ (%)
1. เพศ		
1.1 ชาย	105	38.32
1.2 หญิง	169	61.68
รวม	274	100.00
2. อายุ		
2.1 18- 20 ปี	31	11.31
2.2 21 – 40 ปี	123	44.89
2.3 41 – 60 ปี	97	35.40
2.4 61 ปีขึ้นไป	23	8.39
รวม	274	100.00
3. อาชีพ		
3.1 ค้าขาย	36	13.14
3.2 รับจ้างทั่วไป	203	74.09
3.3 รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	18	6.57
3.4 เกษตรกร	17	6.20
รวม	274	100.00
4. ระดับการศึกษา		
4.1 ประถมศึกษา	78	28.47
4.2 มัธยมศึกษา	181	66.06
4.3 ปริญญาตรี	12	4.38
4.4 สูงกว่าปริญญาตรี	3	1.09
รวม	274	100.00

จากตารางที่ 1 พบว่า ประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านเอื้ออาทร อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง จำนวน 169 คน คิดเป็นร้อยละ 61.68 เพศชาย จำนวน 105 คน คิดเป็นร้อยละ 38.32 มีอายุ ระหว่าง 21 – 40 ปี จำนวน 123 คน คิดเป็นร้อยละ 44.89 รองลงมา มีอายุ 41-60 ปี จำนวน 97 คน คิดเป็นร้อยละ 35.40 มีอายุ 18- 20 ปี จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 11.31 และมีอายุ 61ปีขึ้นไป จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 8.39 มีอาชีพรับจ้างทั่วไปมากที่สุด มีจำนวน 203 คน คิดเป็นร้อยละ 74.09 รองลงมา มีอาชีพค้าขาย จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 13.14 อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 6.57 และอาชีพเกษตรกร จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 6.20 ระดับการศึกษามัธยมศึกษา มากที่สุด มีจำนวน 181 คน คิดเป็นร้อยละ 66.06 รองลงมา ระดับประถมศึกษา จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 28.47 ระดับปริญญาตรี จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 4.38 และระดับสูงกว่าปริญญาตรี จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 1.09 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม กฎหมายสิ่งแวดล้อมและเหตุรำคาญ ของประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านเอื้ออาทร อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา โดยภาพรวม ดังนี้ (n=274)

เกณฑ์ระดับความรู้ (ช่วงคะแนน)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	ระดับความรู้
ร้อยละ 80 – 100 (36 – 45 ข้อ)	28	10.22	สูง
ร้อยละ 60 – 79.99 (27 – 35 ข้อ)	203	74.09	ปานกลาง
ร้อยละ .00 - 59.99 (1 – 26 ข้อ)	43	15.69	ต่ำ

จากตารางที่ 2 พบว่า ประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านเอื้ออาทร อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา ส่วนใหญ่ มีเกณฑ์ระดับความรู้โดยภาพรวมเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม กฎหมายสิ่งแวดล้อมและเหตุรำคาญ อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 203 คน คิดเป็นร้อยละ 74.09 รองลงมา มีเกณฑ์ระดับความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม กฎหมายสิ่งแวดล้อมและเหตุรำคาญ อยู่ในระดับต่ำ จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 15.69 และมีเกณฑ์ระดับความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม กฎหมายสิ่งแวดล้อมและเหตุรำคาญ อยู่ในระดับสูง จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 10.22 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลความรู้รายด้าน เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ของประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านเอื้ออาทร อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา ดังนี้ (n=274)

เกณฑ์ระดับความรู้ (ช่วงคะแนน)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	ระดับความรู้
ร้อยละ 80 – 100 (12 – 15 ข้อ)	69	25.18	สูง
ร้อยละ 60 – 79.99 (9 – 11 ข้อ)	163	59.49	ปานกลาง
ร้อยละ .00 - 59.99 (1 – 8 ข้อ)	42	15.33	ต่ำ

จากตารางที่ 3 พบว่า ประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านเอื้ออาทร อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา ส่วนใหญ่ มีเกณฑ์ระดับความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 163 คน คิดเป็นร้อยละ 59.49 รองลงมา มีเกณฑ์ระดับความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับสูง จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 25.18 และมีเกณฑ์ระดับความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 15.33 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลความรู้รายด้าน เกี่ยวกับกฎหมายสิ่งแวดล้อม ของประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านเอื้ออาทร อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา จำแนกตามเกณฑ์ระดับความรู้ ดังนี้ (n=274)

เกณฑ์ระดับความรู้ (ช่วงคะแนน)	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ระดับความรู้
ร้อยละ 80 – 100 (12 – 15 ข้อ)	38	13.87	สูง
ร้อยละ 60 – 79.99 (9 – 11 ข้อ)	150	54.74	ปานกลาง
ร้อยละ .00 - 59.99 (1 – 8 ข้อ)	86	31.39	ต่ำ

จากตารางที่ 4 พบว่า ประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านเอื้ออาทร อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา ส่วนใหญ่ มีเกณฑ์ระดับความรู้เกี่ยวกับกฎหมายสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 150 คน คิดเป็นร้อยละ 54.74 รองลงมามีเกณฑ์ระดับความรู้เกี่ยวกับกฎหมายสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 31.39 และมีเกณฑ์ระดับความรู้เกี่ยวกับกฎหมายสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับสูง จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 13.87 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 แสดงข้อมูลความรู้รายด้าน เกี่ยวกับเหตุรำคาญ ของประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านเอื้ออาทร อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา จำแนกตามเกณฑ์ระดับความรู้ ดังนี้ (n=274)

เกณฑ์ระดับความรู้ (ช่วงคะแนน)	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ระดับความรู้
ร้อยละ 80 – 100 (12 – 15 ข้อ)	107	39.05	สูง
ร้อยละ 60 – 79.99 (9 – 11 ข้อ)	145	52.92	ปานกลาง
ร้อยละ .00 - 59.99 (1 – 8 ข้อ)	22	8.03	ต่ำ

จากตารางที่ 5 พบว่า ประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านเอื้ออาทร อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา ส่วนใหญ่ มีเกณฑ์ระดับความรู้เกี่ยวกับเหตุรำคาญอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 52.92 รองลงมามีเกณฑ์ระดับความรู้เกี่ยวกับเหตุรำคาญอยู่ในระดับสูง จำนวน 107 คน คิดเป็นร้อยละ 39.05 และมีเกณฑ์ระดับความรู้เกี่ยวกับเหตุรำคาญอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 8.03 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 แสดงผลการทดสอบเพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม กฎหมายสิ่งแวดล้อมและเหตุรำคาญ ของประชาชน ที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านเอื้ออาทร อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา จำแนกตามเพศ (n=274)

เพศ	จำนวน	\bar{X}	S.D.	t	Sig. (2-tailed)
ชาย	105	38.32		-0.918	0.359
หญิง	169	61.68			

*มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 6 พบว่า ผลการทดสอบค่าเฉลี่ยของเพศ เป็นอิสระต่อกัน (Independent Sample t-test) มีค่านัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.359 ซึ่งมากกว่า 0.05 ดังนั้น จึงยอมรับสมมติฐานหลัก(H_0) ปฏิเสธสมมติฐานรอง (H_1) หมายความว่า ประชาชนที่มีอาชีพต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม กฎหมายสิ่งแวดล้อมและเหตุรำคาญ ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

ตารางที่ 7 แสดงผลการทดสอบความแปรปรวน ความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม กฎหมายสิ่งแวดล้อมและเหตุรำคาญ ของประชาชน ที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านเอื้ออาทร อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา จำแนกตามอายุ (n=274)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig.
ระหว่างกลุ่ม	1.485	3	.495	1.946	0.122
ภายในกลุ่ม	68.693	270	.254		
รวม	70.179	273			

จากตารางที่ 7 พบว่า ประชาชนที่มีอายุอยู่ในชุมชนบ้านเอื้ออาทร อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา ที่มีอายุต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม กฎหมายสิ่งแวดล้อมและเหตุรำคาญ มีค่านัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.122 ซึ่งมากกว่า 0.05 ดังนั้น จึงยอมรับสมมติฐานหลัก(H_0) ปฏิเสธสมมติฐานรอง (H_1) หมายความว่า ประชาชนที่มีอายุต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม กฎหมายสิ่งแวดล้อมและเหตุรำคาญ ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

ตารางที่ 8 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวน ความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม กฎหมายสิ่งแวดล้อมและเหตุรำคาญ ของประชาชน ที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านเอื้ออาทร อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา จำแนกตามอาชีพ (n=274)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig.
ระหว่างกลุ่ม	1.205	3	.402	1.572	0.196
ภายในกลุ่ม	68.974	270	.255		
รวม	70.179	273			

จากตารางที่ 8 พบว่า ประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านเอื้ออาทร อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา ที่มีอาชีพต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม กฎหมายสิ่งแวดล้อมและเหตุรำคาญ มีค่านัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.196ซึ่งมากกว่า 0.05 ดังนั้น จึงยอมรับสมมติฐานหลัก(H_0) ปฏิเสธสมมติฐานรอง (H_1) หมายความว่า ประชาชนที่มีอาชีพต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม กฎหมายสิ่งแวดล้อมและเหตุรำคาญ ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

ตารางที่ 9 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวน ความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม กฎหมายสิ่งแวดล้อมและเหตุรำคาญ ของประชาชน ที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านเอื้ออาทร อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา จำแนกตามระดับการศึกษา (n=274)

ผลของความรู้	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig.
ระดับการศึกษา	ระหว่างกลุ่ม	5.438	3	1.828	7.628	0.00
	ภายในกลุ่ม	64.696	270	0.24		
	รวม	70.179	273			

จากตารางที่ 9 พบว่า ประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านเอื้ออาทร อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม กฎหมายสิ่งแวดล้อมและเหตุรำคาญ มีค่านัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.00 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐานรอง (H_1) หมายความว่า ประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านเอื้ออาทร อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม กฎหมายสิ่งแวดล้อมและเหตุรำคาญ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ดังนั้นจึงทำการ

ตารางที่ 10 แสดงผลการทดสอบเพื่อเปรียบเทียบเชิงพหุคูณ ความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม กฎหมาย สิ่งแวดล้อมและเหตุรำคาญ ของประชาชน ที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านเอื้ออาทร อำเภอโชคชัย จังหวัด นครราชสีมา โดยจำแนกตามระดับการศึกษา (n=274)

ระดับการศึกษา	\bar{X}	(1)	(2)	(3)	(4)
		2.21	2.01	2.00	1.00
(1) ประถมศึกษา	2.21		.194*		1.205*
			(.004)		(.000)
(2) มัธยมศึกษา	2.01	-.194*			1.011*
		(.004)			(.000)
(3) ปริญญาตรี	2.00				1.000*
					(.002)
(4) สูงกว่าปริญญาตรี	1.00				

*ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

จากตารางที่ 10 ผลการศึกษาเปรียบเทียบเชิงพหุคูณ ความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม กฎหมาย สิ่งแวดล้อมและเหตุรำคาญ ของประชาชน ที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านเอื้ออาทร อำเภอโชคชัย จังหวัด นครราชสีมา โดยจำแนกตามระดับการศึกษา เพื่อทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ พบว่า ประชาชนที่มี ระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม กฎหมายสิ่งแวดล้อมและเหตุรำคาญ แตกต่างกันอย่างมี ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ซึ่งมีจำนวน 3 คู่ ได้แก่ ประถมศึกษาแตกต่างจากมัธยมศึกษาและสูงกว่า ปริญญาตรี มัธยมศึกษาแตกต่างจากสูงกว่าปริญญาตรี และปริญญาตรีแตกต่างจากสูงกว่าปริญญาตรี

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการสำรวจความรู้ของประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านเอื้ออาทร อำเภอ โชคชัย จังหวัดนครราชสีมา เกี่ยวกับความรู้สิ่งแวดล้อม กฎหมายสิ่งแวดล้อมและเหตุรำคาญ โดยใช้ แบบสอบถาม จำนวน 274 ชุด แจกให้กับกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ จากนั้นทำการเก็บและรวบรวมข้อมูล นำมา วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ที่ตอบแบบสอบถามเป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.68 มีอายุ ระหว่าง 21 – 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.89 มีอาชีพรับจ้างทั่วไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 74.09 และมีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.06

ในส่วนของความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม กฎหมายสิ่งแวดล้อมและเหตุรำคาญ ของประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านเอื้ออาทร อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา โดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 74.09 เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ในด้านความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ประชาชนส่วนใหญ่ มีความรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 59.49 ในด้านกฎหมายสิ่งแวดล้อม มีความรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 54.74 และในด้านเหตุรำคาญ ประชาชนส่วนใหญ่ มีความรู้ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 52.92

เมื่อนำข้อมูลไปทดสอบเพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม กฎหมายสิ่งแวดล้อมและเหตุรำคาญ โดยจำแนกตามเพศ พบว่า ประชาชนที่มีอาชีพต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม กฎหมายสิ่งแวดล้อมและเหตุรำคาญ ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ส่วนผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม กฎหมายสิ่งแวดล้อมและเหตุรำคาญ กับอายุ พบว่า ประชาชนที่มีอายุ ต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม กฎหมายสิ่งแวดล้อมและเหตุรำคาญ ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ในส่วนของผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม กฎหมายสิ่งแวดล้อมและเหตุรำคาญ โดยจำแนกตามอาชีพ พบว่า ประชาชนที่มีอาชีพต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม กฎหมายสิ่งแวดล้อมและเหตุรำคาญ ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ และในส่วนของการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม กฎหมายสิ่งแวดล้อมและเหตุรำคาญ โดยจำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า ประชาชนที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม กฎหมายสิ่งแวดล้อมและเหตุรำคาญ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

ดังนั้น จึงทำการทดสอบความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบเชิงพหุคูณ ความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม กฎหมายสิ่งแวดล้อมและเหตุรำคาญ ที่จำแนกตามระดับการศึกษา โดยพบว่า ประชาชนที่มีระดับการศึกษา ต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม กฎหมายสิ่งแวดล้อมและเหตุรำคาญ แตกต่างกันอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ปรากฏให้เห็นจำนวน 3 คู่ ได้แก่ ประถมศึกษาแตกต่างจากมัธยมศึกษาและสูงกว่าปริญญาตรี มัธยมศึกษาแตกต่างจากสูงกว่าปริญญาตรี และปริญญาตรีแตกต่างจากสูงกว่าปริญญาตรี

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย ความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับกฎหมายสิ่งแวดล้อมและเหตุรำคาญในชุมชนบ้านเอื้ออาทร อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา ในครั้งนี้ ได้พบข้อเท็จจริงและนำมาอภิปรายได้ ดังนี้

1. สภาพปัญหาที่เกิดขึ้นภายในชุมชนบ้านเอื้ออาทรอำเภอโชคชัย เกิดจากความหลากหลายทางวัฒนธรรมและอาชีพ ของผู้คนที่เข้ามาพักอาศัย ทำให้เกิดปัญหาในการปฏิบัติร่วมกันในสังคม เช่น การ

ทั้งขยะมูลฝอย สิ่งปลูกสร้างและของเสียอันตราย ไม่ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล ก่อให้เกิดทัศนอุจาด ขาดความสะอาดและความเป็นระเบียบในการอยู่ร่วมกันในชุมชน รวมทั้งปัญหามลพิษจากการเผาขยะ มลพิษจากฝุ่นควันที่เกิดจากกิจกรรมของผู้อาศัยทั้งในและนอกชุมชน มลพิษจากเสียงของยานพาหนะที่มีเสียงดัง การเปิดเครื่องเสียงส่งเสียงดัง การทะเลาะเบาะแว้ง การพุดคุยโววาย และเสียงรบกวนจากสัตว์เลี้ยงจำพวกสุนัข ตลอดจนการละเมิดสิทธิ การบุกรุก การต่อเติมอาคารสิ่งปลูกสร้าง และการลักขโมย เป็นต้น

2. ประชาชนที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านเอื้ออาทรอำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา ที่ดำเนินการโดยการเคหะแห่งชาติ บนพื้นที่โดยรวม 64 ไร่ รูปแบบการก่อสร้างที่อยู่อาศัยเป็นแบบบ้านเดี่ยวสองชั้นบนเนื้อที่ 16 – 24 ตารางวา จำนวน 700 หน่วย รองรับประชาชนให้เข้าพักอาศัยได้ถึง 3,500 คน วัตถุประสงค์เพื่อให้คนมีรายได้น้อยถึงปานกลางได้มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง แต่ในสภาพเป็นจริง ผู้อยู่อาศัยที่มีสำเนาทะเบียนบ้านอยู่ในชุมชนบ้านเอื้ออาทรอำเภอโชคชัย มีเพียง 307 ครัวเรือน และมีจำนวนประชากรรวม 947 คน โดยส่วนใหญ่เป็นวัยแรงงาน มีอาชีพรับจ้างทั่วไป และมีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา

3. ความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม กฎหมายสิ่งแวดล้อมและเหตุรำคาญ ของประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านเอื้ออาทรอำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา ที่ผู้วิจัยทำการศึกษา พบว่า มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีอายุ และอาชีพของประชาชน เป็นสิ่งบ่งบอกชี้ชัดว่าประชาชนยังต้องได้รับการศึกษาเกี่ยวกับความสำคัญของสิ่งแวดล้อม กฎหมายสิ่งแวดล้อมรวมทั้งเหตุรำคาญต่างๆ จากผู้บริหารชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้จัดอบรมเพื่อยกระดับความรู้ ความเข้าใจ การสร้างความตระหนัก และการมีจิตสำนึกในการอยู่ร่วมกันในชุมชน เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการพัฒนาคุณภาพสิ่งแวดล้อมในชุมชนโดยรวมให้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของรุ่งทิพย์ บำรุงสุข (2555) ที่ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการสิ่งแวดล้อม กรณีศึกษา เขตลุ่มน้ำแม่กลอง อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า อาชีพ และรายได้ที่แตกต่างกัน มีผลต่อการจัดการสิ่งแวดล้อม ทั้งด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านวัฒนธรรม และด้านสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของอรอนงค์ สุชีเกตุ (2566) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งแวดล้อม เขตชุมชนรามคำแหง 53 กรุงเทพมหานคร พบว่า อายุและระดับการศึกษาต่างกัน ทำให้การมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งแวดล้อมแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยขอสรุปเป็นข้อเสนอแนะได้ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.1 การเคหะแห่งชาติ และหน่วยงานผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับปัญหาสิ่งแวดล้อมในชุมชน ควรจัดทำเป็นนโยบายการพัฒนาความรู้การพัฒนาสิ่งแวดล้อมในชุมชนบ้านเอื้ออาทร เพื่อให้ชุมชนได้รับความรู้และเข้าใจในเรื่องของความสะอาด ความเป็นระเบียบเรียบร้อยสวยงามของชุมชน รวมทั้งการได้รับ

ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายสิ่งแวดล้อมและเหตุรำคาญที่สามารถนำไปปรับใช้ในการประพฤติกฎปฏิบัติในการอยู่ร่วมกันในชุมชนได้อย่างปกติสุข

1.2 ผู้บริหารชุมชนบ้านเอื้ออาทรอำเภอโขกษัย จังหวัดนครราชสีมา ควรนำผลที่ได้จากการวิจัยนี้ ไปจัดทำเป็นแผนปฏิบัติงาน เพื่อพัฒนาชุมชนบ้านเอื้ออาทรอำเภอโขกษัย ให้เป็นชุมชนต้นแบบในการพัฒนาคุณภาพสิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิตของผู้อยู่อาศัย

2. ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการวิจัยในรูปแบบของการมีส่วนร่วม โดยให้ชุมชนบ้านเอื้ออาทรทุกภาคของประเทศ มีส่วนร่วมในการกำหนดตัวชี้วัดของชุมชนน่าอยู่อาศัย ชุมชนสีเขียว หรือชุมชนสิ่งแวดล้อม เพื่อให้การพัฒนาที่อยู่อาศัยของประชาชน ได้ตอบโจทย์ให้กับผู้ที่พักอาศัยในชุมชน ได้มีคุณภาพสิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิตที่ดี ต่อไป

บรรณานุกรม

การเคหะแห่งชาติ. (2551). รายงานการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อม. กรุงเทพฯ:

การเคหะแห่งชาติ.

ธีรวุฒิ เอกะกุล. (2543). ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 1. อุบลราชธานี: สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี.

(สมนึก ภัททิยชนี, 2546)

สมนึก ภัททิยชนี. (2546). การวัดผลการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 4. กทม. พิมพ์: ประสานการพิมพ์.

รุ่งทิพย์ บำรุงสุข. (2555). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการสิ่งแวดล้อม: กรณีศึกษา เขตลุ่มน้ำแม่กลอง อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร. การค้นคว้าอิสระ, คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี.

อรอนงค์ สุปีเกตุ. (2566). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งแวดล้อมเขตชุมชนรามคำแหง53 กรุงเทพมหานคร. การค้นคว้าอิสระ, คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

Bloom, B.S. (1971). **Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning.**

New York : McGraw - hill.



Nursing Care for Mothers After Cesarean Section Who Have Hemorrhage and SLE Comorbidities.

Junhom Haechai

Expert professional nurse, Rajavithi Hospital

(Received: April 10, 2024 ; Revised: May 16, 2024 ; Accepted: June 10, 2024)

Abstract: Nursing cared for mother after cesarean section who had hemorrhage and SLE comorbidities. Mother after cesarean section had postpartum hemorrhage, having a respiratory infection, risk of relapse of SLE and had the amniotic sac broken before birth along with opaque amniotic fluid. Baby were risked choking on amniotic fluid and may be died during and after having birth. A case studying from the first admission until the discharge of one case. This case study of a 32 years old Thai woman who was pregnant for the second time and has always received prenatal care at Rajavithi Hospital, and had SLE. She had symptoms 6 hours before coming to the hospital, such as fever, labor pains, tight stomach, no amniotic fluid pouring. The doctor diagnosed G2P0A1 GA 39wk. by LMP with Maternal SLE with anti-Ro, Anti La positive with URI with Labor pain treated by surgery. The general symptoms had normal, no fever, vital signs normal. The amniotic fluid had faded orange and little pouring, breasts were tight and flow well. An infectious disease medicine doctor came to evaluate the symptoms and was able to discharge. From the case study, this mother was at a high risk of complications during pregnancy and having birth. Because of the mother has SLE and had labor pain before the time of having birth, having a respiratory infection, after having birth, the mother still had a high fever. She was diagnosed Acquired Pneumonia, treated by antibiotics and had postpartum anemia, faded after having birth, blood transfusions and blood nourishment. Because the good treatment the patient recovered well, no serious complications, and was allowed to return home. The baby after birth had difficulty breathing and must be put on a ventilator and be transferred to receive treatment from specialized doctors and in the NICU unit where doctors and equipment were ready to save lives. The proper care of the baby's conditions, the gradually improved, take off the ventilator and was able to breathe on his own and was able to leave the NICU and went home safely. Therefore, the roles of the nurses must use knowledge and ability and specialized skills to take care both in terms of body, psychological counseling for mother and baby during the postpartum periods and the prevention of complications and recurrence of SLE in order to keep mothers and babies be safe.

Key words: Nursing, Hemorrhage, SLE Disease

การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีภาวะตกเลือดและโรคร่วมเอสแอลอี

จันทอม แห้วย

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลราชวิถี

บทคัดย่อ การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีภาวะตกเลือดและโรคร่วมเอสแอลอี มารดาหลังผ่าตัดคลอดมีภาวะตกเลือดหลังคลอด มีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เสี่ยงต่อการกำเริบของโรคเอสแอลอี และมีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนดคลอดร่วมกับมีน้ำคร่ำขุ่น ทารกเสี่ยงต่อการสำลักน้ำคร่ำและเสียชีวิตขณะและหลังคลอดได้ กรณีศึกษาตั้งแต่แรกได้รับจนจำหน่าย 1 ราย กรณีศึกษาหญิงไทยอายุ 32 ปี ตั้งครรภ์ครั้งที่สองฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลราชวิถีมาตลอดมีโรคร่วม SLE มาด้วยอาการ 6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้เจ็บครรภ์ ท้องแข็ง ไม่มีน้ำเดิน แพทย์วินิจฉัย G2P0A1 GA 39wk. by LMP with Maternal SLE with anti-Ro, Anti La positive with URI with Labor pain รักษาโดยการผ่าตัด อาการทั่วไปปกติ ไม่มีไข้ สัญญาณชีพปกติ น้ำคาวปลาสีส้มจางออกเล็กน้อย ต้านมคัดตึงไหลดี อาการทั่วไปปกติดี แพทย์อายุรกรรมโรคติดเชื้อมาประเมินอาการให้จำหน่ายได้ จากกรณีศึกษา มารดาเรื่องนี้มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์และคลอด เนื่องจากมารดาเป็นโรค SLE มีอาการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดคลอดพร้อมกับมีภาวะติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ หลังคลอดมารดายังมีไข้สูง ได้รับการวินิจฉัย Acquired Pneumonia ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ ผู้ป่วยมีภาวะช็อคหลังคลอด ได้รับการรักษาด้วยเลือดและยาบำรุงเลือด จากการได้รับการดูแลรักษาที่ดี ทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนร้ายแรง และได้รับอนุญาตให้กลับบ้าน ทารกหลังคลอดมีภาวะหายใจลำบาก ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ และย้ายไปรับการรักษาจากแพทย์เฉพาะทางและในหน่วย NICU ที่มีแพทย์ เครื่องมือพร้อมในการช่วยชีวิต ทำให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม ทารกอาการดีขึ้นเป็นลำดับ ถอดเครื่องช่วยหายใจ และสามารถหายใจเองได้ สามารถออกจาก NICU และกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย

ดังนั้นบทบาทของพยาบาล ต้องใช้ความรู้ความสามารถ ทักษะเฉพาะทางในการให้การดูแล ทั้งในด้านร่างกาย การให้คำปรึกษาด้านจิตใจ มารดาและทารกขณะหลังคลอด และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการกำเริบของโรคเอสแอลอี เพื่อให้มารดาและทารกปลอดภัย

คำสำคัญ : การพยาบาล ภาวะตกเลือด โรคเอสแอลอี

บทนำ

การตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage; PPH) คือ การเสียเลือดสะสมปริมาณตั้งแต่ 1,000 มิลลิลิตรขึ้นไป หรือ มีการเสียเลือดร่วมกับมีอาการหรืออาการแสดงของภาวะ Hypovolemia ภายใน 24

ชั่วโมงหลังคลอด โดยไม่คำนึงถึงช่องทางคลอด การตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตของมารดาหลังคลอดในหลายประเทศ โดยพบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด จากการที่มีเลือดออกมากผิดปกติ ปัจจุบัน จากสถิติขององค์การอนามัยโลก (WHO 2012) พบการตกเลือดหลังคลอดประมาณ 2% ของมารดาที่คลอดบุตร แต่พบว่าเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลกถึง 1 ใน 4 และยังคงพบอุบัติการณ์มากกว่าในกลุ่มประเทศที่ยังไม่พัฒนาเนื่องจากขาดแคลนทรัพยากรในการดูแลรักษา สำหรับประเทศไทย สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ (2545) ได้รายงานสาเหตุการตายของมารดาตั้งแต่ พ.ศ. 2533-2545 พบว่าการตกเลือดจากการตั้งครรภ์และการคลอดเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 มาตลอด ในกลุ่มผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด อาจจะมีภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น Shock , Coagulopathy , Adult respiratory distress syndrome (ARDS) , Organ Dysfunction , Fertility loss และ Pituitary necrosis (Sheehan syndrome) เป็นต้น

โรคเอสแอลอีกับการตั้งครรภ์ โรคเอสแอลอี (Systemic lupus Erythematosus: SLE) เป็นโรคในกลุ่มภูมิคุ้มกันตนเอง ที่เกิดความผิดปกติในการสร้างแอนติบอดี ต่อต้านเนื้อเยื่อของร่างกายตนเอง ทำให้เกิดพยาธิสภาพตามอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายได้หลายระบบการตั้งครรภ์ในผู้ป่วยเอสแอลอีนั้น พบว่ามีโอกาสเพิ่มความเสี่ยงของโรค โดยกลไกการเกิดยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าเกิดจากระดับ ฮอร์โมน Estrogen และ Prolactin ที่เพิ่มขึ้น (ปฐมพงษ์ ไตรวิวัฒน์, 2556) จากการศึกษาผู้ป่วยโรคเอสแอลอีที่ตั้งครรภ์ พบว่ามีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะโรคกำเริบ ร้อยละ 25.6 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 16.3 Lupus nephritis ร้อยละ 16.2 Pre-eclampsia ร้อยละ 7.6 และ Eclampsia ร้อยละ 0.8 และต้องมีการยุติการตั้งครรภ์ ร้อยละ 5.9 (Smyth A. et al, 2010) นอกจากนี้ ยังพบภาวะแทรกซ้อน ในทารก ได้แก่ คลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 39.4, ตั้งครรภ์ไม่สำเร็จ (Pregnancy loss) ร้อยละ 23.4, แท้งเอง (spontaneous abortion) ร้อยละ 16, ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (IUGR) ร้อยละ 12.7, ทารกตายคลอด (stillbirths) ร้อยละ 3.6 และ ทารกคลอดแล้วเสียชีวิต (neonatal deaths) ร้อยละ 2.5 และถ้าหากมีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและมีภาวะถุงน้ำคร่ำแตก จะมีผลทำให้ทารกมีการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติ (non-reassuring fetal status) ทารกมีความเสี่ยงมากขึ้นจากภาวะที่มีขี้เทาปนน้ำคร่ำ (thick meconium stained amniotic fluid) ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินที่สำคัญของการผ่าตัดคลอด เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนนี้ เป็นสาเหตุของภาวะทุพพลภาพและการตายของทารกได้ จากการสำลักน้ำคร่ำนี้ ในรายที่รุนแรงก็ทำให้ทารกเสียชีวิตได้

จากสถิติจำนวนมารดาคลอดโรงพยาบาลราชวิถี ปี 2564-2566 เท่ากับ 4,118, 3,107 และ 3,865 รายตามลำดับ พบมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดจำนวน 109, 98 และ 121 ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 2.65, 3.15 และ 3.13 ตามลำดับ ซึ่งในจำนวนนี้มีมารดาหลังคลอดโรคเอสแอลอีร่วมด้วย สำหรับสถิติมารดาหลังคลอดโรคเอสแอลอี พบจำนวน 11, 6 และ 9 ตามลำดับ ถึงแม้โรค SLE จะไม่พบบ่อยในหญิงตั้งครรภ์ แต่ผลกระทบที่เกิดขึ้นหากไม่มีการควบคุมโรค หรือให้การรักษาพยาบาลที่เหมาะสมจะก่อให้เกิดผลเสียต่อทั้งมารดาและทารก ซึ่งผลเสียที่ร้ายแรงที่สุด คือการสูญเสียชีวิต เพราะนอกจากภาวะกำเริบของโรคเอสแอลอี แล้วนั้น ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ทางสูติศาสตร์ที่สำคัญ ได้แก่ การตกเลือดหลังคลอด (Obstetrics

hemorrhage) ซึ่งเป็นสาเหตุอันดับแรกของการเสียชีวิตในมารดา (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 30 กันยายน 2563)

ดังนั้น จึงสนใจศึกษาเรื่อง การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีภาวะตกเลือดและโรคร่วมเอสแอลอีซึ่งการศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาและวิเคราะห์กระบวนการพยาบาลเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลมารดาเกี่ยวกับภาวะตกเลือดหลังคลอด ภาวะติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในมารดา การกำเริบของโรค เอสแอลอีในมารดา และภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนดคลอดทารกในครรภ์เกิดภาวะเครียดร่วมกับมีไข้เทาปนน้ำคร่ำและเสี่ยงต่อการสำลักน้ำคร่ำในระหว่างคลอด ให้ได้รับความปลอดภัยและเฝ้าระวังไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง กรณีศึกษารายนี้ ถือว่าเป็นภาวะฉุกเฉินและวิกฤติทางสูติศาสตร์ที่สำคัญต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องและทันเวลาที่ ซึ่งพยาบาลผู้ดูแลทุกระยะของการคลอดจะต้องมีความรู้ทักษะประสบการณ์ ความสามารถ ในการประเมินอาการและภาวะแทรกซ้อน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่อมารดาและทารก ผู้ศึกษาจึงได้ทำการคัดเลือกมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีปัญหาซับซ้อน ร่วมกับเป็นโรคเอสแอลอีดังกล่าว มาเป็นกรณีศึกษา เพื่อทบทวนกระบวนการพยาบาล และพัฒนาคุณภาพการบริการ ในการประเมิน วางแผนการค้นหาคำปรึกษา รวมทั้งการให้การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดในภาวะเสี่ยง อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อสนับสนุนให้การคลอดนั้น มีความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งมารดาและทารก รวมทั้งการเตรียมความพร้อมในการดูแลช่วยเหลือตามมาตรฐานวิชาชีพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษา วิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการด้านการดูแลสุขภาพของมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีภาวะตกเลือดและโรคร่วมเอสแอลอี
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีภาวะตกเลือดและโรคร่วมเอสแอลอี ที่เหมาะสมนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลมารดาหลังคลอดโรคเอสแอลอีที่มีภาวะแทรกซ้อนให้มีประสิทธิภาพและปลอดภัย

วิธีการศึกษา

1. เรื่องการพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีภาวะตกเลือดและโรคร่วมเอสแอลอีเป็นกรณีศึกษา เนื่องจากมีความยุ่งยากซับซ้อน โดยศึกษาประวัติผู้ป่วย ประเมินอาการ รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ประเมินสภาพมารดาหลังคลอดและติดตามเยี่ยมที่หอผู้ป่วยเป็นระยะตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายและติดตามเยี่ยมหลังจำหน่าย ระหว่างวันที่ 6 พฤศจิกายน 2566 - 24 พฤศจิกายน 2566 รวมระยะเวลาในการดูแลมารดาหลังคลอดรายนี้ทั้งสิ้น 18 วัน

2. ศึกษาค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพ ระบาดวิทยา การรักษา การพยาบาล เกณฑ์วิทยาจากเอกสาร ตำรา งานวิจัย หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่เกี่ยวข้องทั้งด้านการแพทย์และการพยาบาล

3. ศึกษากรณีศึกษาผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาล ร่วมกับประยุกต์แนวคิดทฤษฎีไอเริ่ม หลักการการพยาบาลมารดาและทารกแบบองค์รวม (Holistic Nursing of Maternal and Infant) แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนเพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นองค์รวม ครอบคลุมมิติกาย จิตใจ จิตสังคม
4. นำแผนการพยาบาล ไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษา และประเมินผล

ผลการศึกษา:

1. ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย

หญิงไทย อายุ 32 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปริญญาตรี สถานภาพสมรส คู่อาศัยพร้อมทั้ง มีภูมิลำเนาจังหวัดสมุทรปราการ

อาการสำคัญ: มีไข้ เจ็บครรภ์ ท้องแข็ง ก่อนมาโรงพยาบาล 6 ชั่วโมง

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน: มาฝากครรภ์ครั้งแรกที่โรงพยาบาลราชวิถี เมื่ออายุครรภ์ GA 17+4wk. by LMP ที่ OPD High risk ANC, LMP 5 ก.พ. 66 EDC 12 พ.ย. 66 ไม่ได้วางแผนมีบุตร ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการขณะมาฝากครรภ์ครั้งแรก ผลการตรวจ VDRL, HIV, HBsAg ปกติ, Hb: 11.4 g/dl, HCT: 34.3%, MCV: 90.8 fl, DCIP: Negative, Blood group: O Rh+, มีโรคประจำตัวเป็น SLE ตั้งแต่ พ.ศ. 2559 รักษาที่โรงพยาบาลราชวิถี อาการไม่มีผื่น ไม่มีปวดตามข้อ Onยา ASA (81) 1x1 ห. แพทย์อายุรกรรมโรคข้อได้ปรับ dose ยาเพิ่มเป็น ASA (81) 2x1 hs. เพื่อป้องกันภาวะ Preeclampsia และ plan ให้จนถึงอายุครรภ์ 36 wk. มาตรวจตามนัดทุกครั้ง

GA 38+1 wk. มาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลราชวิถี ไม่มีผื่น ไม่มีปวดตามข้อ Ultrasound ได้ GA 37+2 wk. น้ำหนักเด็ก 3,173 กรัม เด็กดีนดี ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Cr: 0.5, Normal C3, C4, Urine Protein: Negative

1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเจ็บครรภ์ท้องแข็งทุกๆ 5 นาที มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด ไม่มีน้ำเดิน เด็กดีนดี ไม่มีไข้

6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ มีน้ำมูก ไม่มีไอ ไม่มีปัสสาวะขัดหรือถ่ายอุจจาระเหลว เจ็บครรภ์ท้องแข็งทุกๆ 5 นาที ไม่มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด ไม่มีน้ำเดิน มาตรวจที่ LR แพทย์ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 1 เซนติเมตร มี Uterine contraction Interval 8 นาที Duration 50 วินาที Intensity 2+ แพทย์ให้ admitted LR

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตารางที่ 1 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตลอดระยะเวลาที่รับไว้ในความดูแล

รายการ	ค่าปกติ	ค่าที่ตรวจพบ		
		6พ.ย.66 (แรกรับ)	9พ.ย. 66 PO C/S	10ธ.ค. 66
Complete Blood count (CBC)				
WBC	4,400-11,300 cell/cumm	14,570	5,780	4,760
Hemoglobin (Hb)	13-18 กรัม/เดซิลิตร	10.4	7.4	9.0
Hematocrit (Hct)	39-54%	31.6	22.3	27.3
Platelet count	140,000-400,000 Cell/mm ³	211,000	225,000	238,000
Neutrophil	45.0-75.0%	91.5	72.6	73.3
Lymphocyte	20.0-45.0%	3.9	10.6	11.7
Clinical Chemistry				
Lactate	0.5 – 2.2 mmol/L	-	0.7	1.0
hsC-Reactive protein	0.5 mg/dl	-	7.40	3.25
Procalcitonin (PCT)	-0.500 ng/ml	-	-	0.10
LDH	125-220 U/L	-	281	-
Urinalysis				
Red Blood Cell	0-5 cell/HPF	10-20 (5พ.ย.66)	2-3	-
White Blood Cell	0-5 cell/HPF	-	0-1	-
Squamousepithelial cell	0-5 cell/HPF	0-1	0-1	-
Bacteria	Negative	Few	Few	-
Leucocyte	Negative	3+	2+	-
Erythrocyte	Negative	3+	-	--
Sputum Gram Stain				
Gram Stain	No Growth	(6 พ.ย. 66) Numerous: Epithelial Cells, Gram Positive Cocci, Gram Negative Bacilli Moderate: Gram Positive Cocci, Bacilli, Gram Negative Diplococci		
Culture				
Aerobic Culture	No Growth	No Growth	-	-

รายการ	ค่าปกติ	ค่าที่ตรวจพบ		
		6พ.ย.66 (แรกรับ)	9พ.ย. 66 PO C/S	10ธ.ค. 66
Hemoculture	No Growth	No Growth	-	-
Cervix Swab Culture	Negative	Negative		

จากตาราง 1 ผลวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ เนื่องจากมารดาหลังคลอดรายนี้มีเป็น SLE ทำให้มีภาวะซีดตั้งแต่แรกรับและในการผ่าตัดมีการสูญเสียเลือด 900 มิลลิลิตร และไม่ได้รับเลือดทดแทนและระดับ WBC=14,570 cell/cumm อยู่ในเกณฑ์สูงกว่าปกติอาจแสดงถึงการอักเสบติดเชื้อในร่างกาย

การวิเคราะห์ผล Sputum Gram Stain ในมารดา รายนี้ตรวจพบเชื้อแบคทีเรียแกรมลบ แกรมบวก เล็กน้อยอาจมีการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจส่วนบน

การวิเคราะห์ผลการตรวจ Urine analysis ตรวจพบเม็ดเลือดแดง (Erythrocyte) 3+ และเม็ดเลือดแดง (Red Blood Cell - RBC): 10-20 cells/HPF อาจแสดงถึงภาวะบาดเจ็บทางเดินปัสสาวะ หรือจากภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องจากโรค SLE ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่องจะทำให้เกิดการอักเสบ หลอดเลือดฝอยในไตแตก เลือดออกสู่ปัสสาวะได้

การวินิจฉัยโรคแรกรับ: G2P0A1 GA 39 wk. by LMP with Maternal SLE with anti-Ro, Anti La positive with URI with Labor pain

การรักษา: Cesarean section due to thick meconium with fetal non-reassuring (Blood loss 900 มิลลิลิตร)

สรุปรายงานอาการมารดาและการรักษาของแพทย์

ในห้องคลอด: รับใหม่ (5 พ.ย.66 เวลา 14.40 น.) มาด้วยอาการ มีไข้ เจ็บครรภ์ ท้องแข็ง ไม่มีน้ำเดิน ก่อนมาโรงพยาบาล 6 ชั่วโมง แพทย์วินิจฉัย G2P0A1 GA 39 wk. by LMP with Maternal SLE with anti-Ro, Anti La positive with URI with Labor pain BT 37.3 องศาเซลเซียส PR 87 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที BP 110/70 มิลลิเมตรปรอท FHS 138 ครั้ง/นาที แพทย์ Plan ให้คลอดเองขณะรอคลอด membranes ruptured มีภาวะ thick meconium with fetal non-reassuring แพทย์จึง Set Cesarean section Emergency

ในห้องผ่าตัด: ทำการผ่าตัด 6 พ.ย. 66 เวลา 7.36 น. โดยให้ยาระงับความรู้สึก Under Anesthesia ได้รับการผ่าตัด Cesarean section ใช้เวลาในการผ่าตัด 1 hr. 22 mins สูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 900 ml. ได้ Cytotec 4 tab rectal suppose, Duratocin 1 vial iv, Methergine 0.2 mg iv, transaminase 1 gm iv PR 89 ครั้ง/นาที BP 124/78 มิลลิเมตรปรอท RR 20 ครั้ง/นาที Spo2 99% นอนพักในห้องพักฟื้น 60 นาที จึงย้ายมารดา มาหอผู้ป่วยพิเศษ 5 ก

หอผู้ป่วยผู้ป่วยพิเศษ 5 ก: รับย้ายจากห้องคลอด (6 พ.ย. 66 เวลา 11.30 น.) รู้สึกตัวดี ไม่มีผื่นแดง ไม่มีปวดตามข้อ มีแผลผ่าตัดตามขวางปิด Tegaderm ไม่มีเลือดซึม คะแนนความเจ็บปวด (Pain score) เท่ากับ

6 คะแนน ให้ Morphine 3 mg iv On 5%D/NSS/2 1,000 ml + synto20 unit iv rate 120 ml/hr. On Hydrocortisone 100 mg in NSS 100 ml iv in 24 hr. มดลูกหดตัวดีกลมแข็งอยู่ได้ระดับสะดือ 1 FB น้ำคาวปลาสีแดงสด ออกซุ่มฝ้ออนามัย Retained Foley's Catheterization น้ำปัสสาวะสีเหลืองใส ปริมาณ 250 มิลลิลิตร สีแดงจาง BT 37.4 องศาเซลเซียส PR 80 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที BT 109/64 mmHg SpO₂ 97% ให้จิบน้ำได้ at 16.00 น. และ ให้รับประทานอาหารเหลว at 20.00 น. NPO ให้ยามาเชื้อ Cefazolin 1 gm iv next 4 hr. อีก 1 dose ให้ยา paracetamol (500mg) 1tab oral prn, Ferrous Fumarate 1x2 oral pc.

หลังผ่าตัดคลอด 6 ชั่วโมง (6 พ.ย. 66 เวลา 22.00 น.) มีไข้ 38.2 องศาเซลเซียส ไอ มีเสมหะ ไม่เจ็บคอ แพทย์ให้ส่ง CXR, Sputum for Gram stain และ culture, UA, U/C, H/C, CBC, BUN, Cr, AST, ALT,hs CRP และ Procalcitonin ให้ Cef-3 2 gm iv stat then OD X 3 dayผลตรวจ CBC: HCT= 31.6%, Hb=10.4 g/dl, WBC สูง = 14,570cell/cumm, Neutrophil สูง = 91.5% และ Procalcitonin สูง = 0.10 ng/ml แพทย์สงสัยมีภาวะติดเชื้อ และครบ Off Hydrocortisone เวลา 17.30 น., ให้เริ่มรับประทานยา SLE เป็น prednisolone (5mg) 3x1 pc.

หลังผ่าตัดคลอดวันที่ 1 (7 พ.ย. 66) ช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น มีไอ มีเสมหะสีขาวเหนียว รับประทานอาหารได้ กลืนไส้เล็กน้อยไม่อาเจียน แผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องไม่มีเลือดซึม มีน้ำนมไหลซึม ปวดแผลผ่าตัด Pain scale = 7/10 ได้ยา paracetamol (500mg) 1 tab oral at 9.30 น. มดลูกอยู่เหนือระดับสะดือ น้ำคาวปลาสีแดงสดเปลี่ยนpad 2 ผืนไม่ซุ่ม Off IV, Foley's Catheterization ให้เวลา 15.00 น. หลังนำสายสวนปัสสาวะออก ปัสสาวะเองได้สะดวกดี ไม่แสบขัด ออกครั้งละ 250-300 มิลลิเมตร Intake = 1,400 มิลลิลิตร Urine output = 1,000 มิลลิลิตร PR 100-120 ครั้ง/นาที RR 16-20 ครั้ง/นาที BP 106/60-130/81 mm.Hg SpO₂ 98% ยังมีไข้ BT 37.8-38.1 องศาเซลเซียส แพทย์จึงให้ยา Cef-3 1 gm iv OD และผลตรวจ SAR-CoV2: negative, Influenza A, B: negative จึงส่ง Consult ID แพทย์ ID มาประเมินอาการ Dx. Acquired Pneumonia ให้ยา Azithromycin (250mg) 2 x 1 oral pc x 5 วัน ส่งตรวจ CBC, hs CPR, Lactate, keep SpO₂>95% Room air ถ้าผล Sputum for Gram stain และ culture, U/C, H/C ออกให้รายงาน วันที่ 8 พ.ย. 66 ยังมีไข้ 37.9-38.0 องศาเซลเซียส ซีฟงรอยู่ในช่วง 80-88 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที BP 124/69 mmHg On ยา Azithromycin (250mg) 2 x 1 oral pc x 5 วัน ต่อ วันที่ 9 พ.ย. 66 มีภาวะซิด เหนื่อยอ่อนเพลียเล็กน้อย ผลตรวจ CBC พบ, HCT = 22.3%, Hb = 7.4 g/dl, WBC =2,240 cell/cumm, Neutrophil สูง = 88% แพทย์ให้ PRC 1 unit iv, เพิ่ม Ferrous Fumarate 1x3 oral pc., Repeated CBC ผลตรวจ CBC: HCT = 27.3%, Hb = 9.0 g/dl, WBC = 4,760 cell/cumm, Neutrophil 73.3% วันที่ 10 พ.ย. 66 รู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่เวียนศีรษะ ไม่มีไข้ BT 36.5 องศาเซลเซียส PR 68 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที BP 100/60 mmHg ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ H/C = No Growth, U/C = No Growth

มารดาหลังผ่าตัดคลอดวันที่ 5 (11 พ.ย. 66) อาการทั่วไปปกติ ไม่มีไข้ สัญญาณชีพปกติ น้ำคาวปลาสีส้มจางออกเล็กน้อย เต้านมคัดตึงไหลดี อาการทั่วไปปกติดีแพทย์อายุรกรรมโรคติดเชื้อมาประเมินอาการให้จำหน่ายได้ไม่นัด F/U แพทย์อายุรกรรมโรคซoonมาประเมินปรับยาให้ไปรับประทานต่อที่บ้านเป็น Hydroxychloroquine (200mg) 1x1 oral pc., Prednisolone (5mg) 2x1 oral pc., Calcium carbonate (1000mg) 1x1 oral pc., Vit D 1tab oral ทุกวันจันทร์ พุธ และศุกร์, Folic acid 1x1 oral pc. และแพทย์สูติกรรมได้

จำหน่ายมารดาออกจากหอผู้ป่วยพิเศษเดี่ยว 5 ก ในวันที่ 11 พฤศจิกายน 2566 รวมระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาล 5 วัน

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนทางการพยาบาล

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 1	
มารดามีโอกาสเกิดภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด	
ระบบพยาบาล	แบบทดแทนทั้งหมด
ข้อมูลสนับสนุน	O:- ได้รับการผ่าตัด Cesarean section, EBL900 มิลลิลิตร - มดลูกอยู่เหนือระดับสะดือมีน้ำคาวปลาออกสีแดงสด เปลี่ยนผ้าอนามัย 2-3 ผืน ไม่ชุ่ม และมารดาเป็น SLE มีความผิดปกติของหลอดเลือดผนังหลอดเลือดประบางเสี่ยงต่อการตกเลือดได้ง่าย S:-มารดาบอกรมีอาการเวียนศีรษะเล็กน้อย หน้ามืดเวลาลุกเร็ว
วัตถุประสงค์การพยาบาล	- เพื่อให้มารดาหลังคลอดปลอดภัยจากการเสียเลือดและป้องกันภาวะช็อก
เกณฑ์การประเมิน	-สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติเย็บดาไม่ซีด ผิวหนังไม่เย็นซีดความเข้มข้นเลือด (HCT) $\geq 25\%$ และมดลูกหดตัวกลมแข็ง
กิจกรรมและเหตุผลทางการพยาบาล	1. สังเกตระดับความรู้สึกตัวและอาการผิดปกติ เช่น เวียนหัว อ่อนเพลีย ปวดท้อง คลื่นไส้ เหงื่อออก ตัวเย็น ปัสสาวะออกน้อย 2. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที x 4 ครั้ง ทุก 30 นาที x 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าจะปกติ หลังจากนั้นวัดทุก 4 ชั่วโมง 3. ให้ 5%DNSS/2 1000 ml + Synto 20 unit iv rate 120 ml/hr 4. ดูแลให้ PRC 1 unit iv in 4 hrสังเกตอาการแพ้เลือดและติดตามผล CBC ในวันรุ่งขึ้น 4. ตรวจสอบการหดตัวของมดลูก และวัดระดับข้อมดลูก 5. ประเมินปริมาณเลือดออกจากแผลผ่าตัดเลือดออกจากช่องคลอด ชั่งผ้าอนามัยทุกครั้ง que เปลี่ยนใน 24 ชั่วโมงแรก 6. บันทึกจำนวนน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย เพื่อรักษาความสมดุลของน้ำและเกลือแร่ Keep urine ≥ 120 ml/4hr 7. ดูแลใส่สายสวนปัสสาวะไม่ให้หักพับงอ พร้อมบันทึกI/O 8. ดูแลความสุขสบายทั่วไป ให้ความอบอุ่น และป้องกันการสูญเสียความร้อนของร่างกาย
การประเมินผล	มดลูกหดตัวดี แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม น้ำคาวปลาออกสีแดงจาง หลังได้เลือด ผลตรวจ CBC:HCT 27.3%, Hb 9.0g/dl, PR 72-86 ครั้ง/นาที่, RR 20 ครั้ง/นาที่, BP 100/60-130/80 mmHg

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 2	
มารดามีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยาระงับความรู้สึก	
ระบบพยาบาล	แบบทดแทนทั้งหมด
ข้อมูลสนับสนุน	O:-ได้รับการดมยาสลบแบบ general anesthetic ใช้เวลาในการผ่าตัด 1 ชั่วโมง 22 นาทีเวียนศีรษะ คลื่นไส้ไม่อาเจียน ไอมีเสมหะ S:-มารดาบอกว่ามีอาการระคายเคืองในลำคอ มีความรู้สึกอยากไอ
วัตถุประสงค์การพยาบาล	-เพื่อให้มารดาปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยาระงับความรู้สึก
เกณฑ์การประเมิน	-สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน และคันตามร่างกายและ Intake Output Balance
กิจกรรมและเหตุผลทางการพยาบาล	1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย ประเมิน Sedation score ถ้ามากกว่า 1 คะแนน รายงานแพทย์ 2. ให้นอนราบไม่หนุนหมอน 6-8 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ตะแคงหน้าเพื่อข้างใดข้างหนึ่งเพื่อป้องกันการสำลัก 3. ประเมินและตรวจวัดสัญญาณชีพ Post op care 4. สังเกตอาการ ไอ หอบเหนื่อย ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน 5. สังเกตและบันทึกเกี่ยวกับสีผิว เยื่อบุตา ปากซีด เหงื่อออก ตัวเย็น และวัด SpO ₂ ทุก 4 ชั่วโมง 6. กระตุ้นให้ Deep breathing exercise 7. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพัก จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ 8. ดูแลให้มารดาได้รับจำนวนสารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์
การประเมินผล	6-7 พ.ย. 66 คลื่นไส้เล็กน้อยไม่อาเจียน ไอมีเสมหะสีขาวยุ่นเล็กน้อย มีไข้ BT 37.9-38.1 องศาเซลเซียส BP 100/60-130/70 mmHg PR 72-96 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที SpO ₂ 98-99%
วินิจฉัยการพยาบาลที่ 3	
มารดามีภาวะติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน	
ระบบการพยาบาล	แบบทดแทนบางส่วน
ข้อมูลสนับสนุน	O: -มีไข้ BT 38.2 องศาเซลเซียส PR 112 ครั้งต่อนาที (6 พ.ย. 66) -ผลตรวจทาง hsC-Reactive protein = 7.40 mmol/L, ผลตรวจ CBC: WBC 14,570 cell/cumm, Neutrophil 91.5% -แพทย์ให้ Cef-3 2 gm iv OD, Septic work up, Consult ID S: -มารดาบอกว่ามีอาการ ไอมีเสมหะสีขาวยุ่น ตัวร้อนไม่สบายตัว
วินิจฉัยการพยาบาลที่ 3(ต่อ) วัตถุประสงค์การพยาบาล	เพื่อป้องกันการติดเชื้อชนิดอื่นเพิ่มขึ้นและป้องกันการติดเชื้อเข้ากระแสเลือด

เกณฑ์การประเมิน	- สัญญาณชีพเป็นปกติและSpO2 \geq 95 % - ผลการตรวจ CBC (CBC, Lymphocyte, Neutrophil ปกติ) - ผลเพาะเชื้อจากเลือด เสมหะและปัสสาวะปกติ
กิจกรรมและเหตุผลทางการพยาบาล	1.ล้างมือด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อหรือ ก่อนและหลังการดูแลผู้ป่วยทุกครั้ง 2.ตรวจวัดสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกายวัดทุก 4 ชั่วโมง 3.ดูแลให้ยาฆ่าเชื้อด้วยยาCef-3 2 gm iv statwith OD x 3 day, Azithromycin (250mg) 2tab oral pc
	4.ดูแลให้ 5% D/NSS/2 1,000ml iv rate 120 ml/hr. 5.บันทึกIntake/Output ทุก 8 ชั่วโมง 6. แนะนำดูแลความสะอาดร่างกาย 7.ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ 8.ติดตามผล Septic work up (H/C, U/C)
การประเมินผล	-หลังผู้ป่วยได้ Antibiotic เป็น Cef-3 นีครบ 3 วัน และ Azithromycin (250mg) 2tab oral pc. ไม่มีไข้ สัญญาณชีพปกติ (9 พ.ย. 66)ผลตรวจ6 พ.ย. 66 (H/C = No growth, U/C = No growth) และมีอาการไอเสมหะลดลง
วินิจฉัยการพยาบาลที่ 4	
มารดาหลังคลอดเสี่ยงต่อภาวะการกำเริบของโรค SLE เนื่องจากมีภาวะเครียดจากการคลอดบุตร การเปลี่ยนแปลงภายหลังคลอดบุตร	
ระบบการพยาบาล	แบบทดแทนบางส่วน
ข้อมูลสนับสนุน	O:- มารดาเป็น SLE หลังคลอดมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน มีความเสี่ยงต่อการกำเริบของโรค มีสีหน้าวิตกกังวล S:-มารดาบอกว่ามีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย และเหนื่อยง่ายเวลาทำกิจกรรม บอกนอนหลับๆตื่นๆ
วัตถุประสงค์การพยาบาล	เพื่อให้มารดาปลอดภัยจากภาวะการกำเริบของโรค
เกณฑ์การประเมิน	- สัญญาณชีพเป็นปกติและSpO2 \geq 95 % - ไม่มีอาการ มีไข้ ปวดข้อ ผื่นผิวหนัง ปัสสาวะสีเหลืองใส
กิจกรรมและเหตุผลทางการพยาบาล	1. ประเมินอาการ เช่น ปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ ไข้ ผื่นตามผิวหนัง ปัสสาวะออกน้อย มีเลือดปน เหนื่อยหายใจลำบาก อารมณ์แปรปรวน ซึมเศร้า วิตกกังวลและถ้ามีอาการให้แจ้งพยาบาลทันที 2. ประเมินสัญญาณชีพต่อเนื่องทุก 4 ชั่วโมง 3. ดูแลให้ได้รับยา Hydrocortisone 100 mg in NSS 100 ml iv in 24 hr. ครบแล้วให้ต่อเป็น Prednisolone (5mg) 3x1 pc. 4. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบดูแลให้พักผ่อน ให้ญาติเข้าเยี่ยมเป็นเวลา

	<p>5. แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่</p> <p>6. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการกำเริบเช่น ภาวะเครียด การพักผ่อนน้อย และการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง</p> <p>7. พุดคุยให้กำลังใจ สนับสนุน และรับฟังปัญหาของมารดา แนะนำวิธีการผ่อนคลายความเครียด เช่น การหายใจลึกๆ</p>
การประเมินผล	<p>9 พ.ย. 66 สีหน้าสดชื่นขึ้น ไม่มีอาการกำเริบของ SLE ไม่มีปวดข้อ ไม่มีผื่น ปัสสาวะสีเหลืองใส สัญญาณชีพปกติ</p> <p>11 พ.ย. 66 แพทย์อายุรกรรมโรคข้อตรวจประเมินมารดาหลังคลอด ไม่พบอาการกำเริบของโรค SLE ให้จำหน่ายได้นัด F/U 2 WK</p>
วินิจฉัยการพยาบาลที่ 5	
มารดาหลังคลอดไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดและปวดในท้อง	
ระบบการพยาบาล	แบบทดแทนบางส่วน
ข้อมูลสนับสนุน	<p>O: - ไม่ค่อยขยับร่างกาย สีหน้าไม่สุขสบาย มดลูกอยู่ระดับสะดือ</p> <p>S:- บ่นปวดแผลผ่าตัด ปวดในท้อง Pain scale 5-7/10 คะแนน</p>
วัตถุประสงค์การพยาบาล	-เพื่อบรรเทาอาการปวดให้มารดาสุขสบายขึ้นและปวดแผลลดลง
เกณฑ์การประเมิน	<p>-มารดาปวดแผล/ปวดในท้องลดลง (Pain score) \leq 3 คะแนน</p> <p>-มารดามีสีหน้าสดชื่น แจ่มใส และนอนพักผ่อนได้</p>
กิจกรรมและเหตุผลทางการพยาบาล	<p>1. ประเมินความเจ็บปวดของอาการปวดแผลผ่าตัดทุก 4 ชั่วโมง</p> <p>2. แนะนำให้นอนในท่าที่สบายเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด เช่น นอนตะแคงเพื่อลดการดึงของแผล</p> <p>3. แนะนำให้ใช้มือ หรือหมอนประคองแผลผ่าตัดขณะไอ หรือมีการเคลื่อนไหว และแนะนำให้เคลื่อนไหวช้า</p> <p>4. สอนเทคนิคการหายใจลดปวด โดยให้หายใจเข้าทางจมูกลึกๆ และผ่อนลมหายใจออกทางปาก และเบี่ยงเบนความสนใจ</p> <p>5. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเพื่อให้มารดาได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ</p> <p>6. ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวด Morphine 3 mg iv สังเกตผลข้างเคียงของยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ หายใจช้า</p> <p>7. ดูแลให้ยาแก้ปวด Paracetamol (500 mg) 1tab oral</p> <p>8. พุดคุยให้กำลังใจ เพื่อลดความวิตกกังวล</p>
การประเมินผล	<p>6 พ.ย. 66 ปวดแผล Pain score = 7 คะแนน ให้ Morphine 3 mg iv หลังจากได้ยาลดปวดได้ปวดท้องทุเลาลง หายใจ 20 ครั้ง/นาที</p> <p>7 พ.ย. 66 ปวดแผล Pain score = 2-3 คะแนน</p>
วินิจฉัยการพยาบาลที่ 6	

มารดาหลังคลอดไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้สูง	
ระบบการพยาบาล	แบบทดแทนบางส่วน
ข้อมูลสนับสนุน	O:- มีไข้ อุณหภูมิ 38.2 องศาเซลเซียส S: มารดาบอกว่าตัวร้อน ไม่สุขสบาย ปวดตามร่างกาย เวียนศีรษะ
วัตถุประสงค์การพยาบาล	เพื่อให้มารดาสุขสบายขึ้น ไข้ลดลง
เกณฑ์การประเมิน	- BT อยู่ในช่วง 36.5-37.5 องศาเซลเซียส - ไม่มีอาการปวดตามร่างกาย พักผ่อนได้
กิจกรรมและเหตุผลทางการพยาบาล	1. วัดสัญญาณชีพและอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง 2. การเช็ดตัวลดไข้ด้วยน้ำอุ่นหรือน้ำธรรมดา โดยเฉพาะบริเวณ รักแร้ ขาหนีบ และหน้าผาก เพื่อช่วยระบายความร้อน 3. ให้ยา paracetamol แก่ผู้ป่วยตามแพทย์สั่ง เพื่อลดไข้ 4. ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำเปล่า น้ำผลไม้ 6-8 แก้วต่อวัน 5. สังเกตอาการของผู้ป่วย เช่น ชัก อาเจียน ตัวเย็น ปัสสาวะน้อย แeng แพทย์ทันทีหากมีอาการผิดปกติ
	6. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเองเมื่อมีไข้ เช่น พักผ่อน ให้เพียงพอ และจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ
การประเมินผล	9 พ.ย. 66 มีไข้ลดลง BT อยู่ในช่วง 36.5-37.3 องศาเซลเซียส พักผ่อน ได้ไม่มีปวดตามร่างกาย
วินิจฉัยการพยาบาลที่ 7	
มีโอกาสติดเชื้อหลังคลอดเนื่องจากมีแผลผ่าตัดที่หน้าท้องและในโพรงมดลูก	
ระบบการพยาบาล	ระบบทดแทนบางส่วน
ข้อมูลสนับสนุน	O-มารดาเป็น SLE มา 7 ปี มีภาวะภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องทำให้ร่างกายอ่อนแอเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย -มีแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง และแผลในโพรงมดลูกจากการคลอด -มีไข้ BT 38.2 องศาเซลเซียส PR112 ครั้งต่อนาที (6 พ.ย. 66) -ผลตรวจ hsC-Reactive protein = 7.40 mmol/L -ผลตรวจ CBC: WBC 14,570 /UL, Neutrophil 91.5% S: -บ่นปวดแผลผ่าตัดและปวดในท้อง (Pain score) 6-7 คะแนน
วัตถุประสงค์การพยาบาล	-เพื่อเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัดและในโพรงมดลูก
เกณฑ์การประเมิน	-สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ -ไม่มีไข้ ไม่ปวดแผลผ่าตัด แผลไม่มีหนอง ไม่มีสารคัดหลั่ง (Discharge) ซึม น้ำคาวปลา มีกลิ่นเหม็น
กิจกรรมและเหตุผลทางการพยาบาล	1. ประเมินสัญญาณชีพและบันทึกทุก 4 ชั่วโมง 2. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะติดเชื้อหลังคลอด เช่น มี

	<p>ใช้ แผลมีหนองมี discharge ซึม น้ำคาวปลา มีกลิ่นเหม็น</p> <p>3.ให้ยา Cef-3 2 gm iv OD ตามแผนการรักษา</p> <p>4.แนะนำทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์อย่างถูกวิธี</p> <p>5.เปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 3-4 ชั่วโมง หรือเมื่อผ้าอนามัยเปียก</p> <p>6.แนะนำรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ โดยเฉพาะอาหารที่เป็นโปรตีนสูง เช่น เนื้อ นมไข่ หรือผักผลไม้ที่มีวิตามินซีสูง</p> <p>7.แนะนำสังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ หนาวสั่น ปวดแผลผ่าตัดมาก น้ำคาวปลา มีกลิ่นเหม็น ควรแจ้งพยาบาลให้ทราบทันที</p> <p>8.แนะนำมารดาให้ดูแลแผลผ่าตัดไม่ให้แผลถูกน้ำ ไม่แกะเกาแผล</p>
การประเมินผล	<p>- ไม่มีอาการแสดงของภาวะติดเชื้อหลังคลอด ไม่มีไข้ แผลไม่บวมแดง ไม่มี discharge ซึม น้ำคาวปลาไม่มีกลิ่นเหม็นผิดปกติ</p> <p>- สัญญาณชีพปกติ, ผลตรวจ Swab cervix culture ไม่พบเชื้อ</p>
วินิจฉัยการพยาบาลที่ 8	
มารดาที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของบุตรเนื่องจากบุตรมีความผิดปกติหลังคลอดต้องได้รับการแยกไปรักษาที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วยวิกฤต	
ระบบการพยาบาล	ระบบทดแทนบางส่วน
ข้อมูลสนับสนุน	<p>O: - มารดาหลังมีสีหน้าวิตกกังวล สอบถามอาการของบุตรทุกวัน</p> <p>- เป็นบุตรคนแรก หลังคลอดมีภาวะหายใจลำบาก on ET-Tube ย้ายไป NSICU ที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี</p> <p>S: -มารดาบอกรอยกไปเยี่ยมบุตรที่นอนอยู่ NSICU และซักถามเกี่ยวกับอาการของบุตรบ่อยครั้ง</p>
วัตถุประสงค์การพยาบาล	-เพื่อให้มารดาคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของบุตร
เกณฑ์การประเมิน	<p>- สีหน้าคลายวิตกกังวลมีความเข้าใจอาการของบุตร</p> <p>- สามารถไปเยี่ยมบุตรได้</p>
กิจกรรมและเหตุผลทางการพยาบาล	<p>1.สร้างสัมพันธ์ภาพกับมารดา แสดงท่าทางเป็นมิตร และเปิดโอกาสให้มารดาซักถามหรือระบายความรู้สึก ให้กำลังใจสม่ำเสมอ</p> <p>2.รายงานแพทย์ให้ช่วยให้ข้อมูลของบุตรเป็นระยะ เพื่อให้มารดามีความมั่นใจในการรักษาของแพทย์ในการดูแลบุตร</p> <p>3.ให้มารดาบิบนมใส่ถุงนมเพื่อนำไปให้บุตรที่ NICU และช่วยพามารดานั่งรถเข็นไปเยี่ยมบุตรทุกวัน</p> <p>4.ประเมินความกังวลของมารดา โดยสังเกตภาษากาย น้ำเสียง ท่าทาง และสีหน้าของมารดาเป็นระยะและรายงานแพทย์หากพบมารดามีอาการผิดปกติ</p> <p>5.รับฟังความกังวลของมารดาอย่างตั้งใจ แสดงความเห็นอกเห็นใจ</p>

	ต่อมารดา ช่วยให้มารดาผ่อนคลายด้วยเทคนิคการหายใจ การฝึกสมาธิ หรือดนตรี
การประเมินผล	-มารดามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของบุตรและคลายวิตกกังวล และมารดาได้ไปเยี่ยมบุตรทุกวัน
วินิจฉัยการพยาบาลที่ 9	
มารดาหลังคลอดพร้อมความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านเรื่องการดูแลตนเองต่อเนื่องและการดูแลบุตรต่อที่บ้าน	
ระบบการพยาบาล	ระบบสนับสนุนและให้ความรู้
ข้อมูลสนับสนุน	O: -มารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรกไม่มีความรู้ ประสบการณ์ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดคลอด -มารดามีบุตรคนแรกไม่มีความรู้ ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตร -การประเมินตาม 11 แบบแผนของกอร์ดอน ข้อ 9. พบมีปัญหาด้านการเจริญพันธ์เนื่องจากไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ในครั้งนี้ ทำให้อาจเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกำเริบของโรค S: -มารดาสอบถามการเลี้ยงดูบุตรหลังออกจากโรงพยาบาล -มารดาบอกว่ากลัวบุตรจะเป็น SLE เหมือนตนเอง
วัตถุประสงค์การพยาบาล	-เพื่อให้มารดาหลังคลอดคลายสามารถปฏิบัติตัวถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้านและสามารถดูแลบุตรได้เหมาะสม
เกณฑ์การประเมิน	-มารดาหลังคลอดมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล
	- มารดามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดคลอด การดูแลตนเองที่เป็น SLE และดูแลบุตรต่อเนื่องที่บ้านได้ สามารถตอบคำถามย้อนกลับได้
กิจกรรมและเหตุผลทางการพยาบาล	1. ให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับ โรค SLE หลังคลอด 2. แนะนำมารดาให้รับประทานยา SLE อย่างต่อเนื่อง 3. แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติหลังคลอด ได้แก่ มีเลือดออกทางช่องคลอดมาก หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ไข้สูง หน้าวสัน ปวดแผลผ่าตัด มีหนองไหล ภาวะลิ้มเลือดอุดตันจะมีอาการปวดขา บวม แดง และภาวะซึมเศร้า เช่นมีอาการแปรปรวน ไม่อยากดูแลลูก 5. ให้ความรู้ในการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านเกี่ยวกับ การดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไป พักผ่อนอย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และครบถ้วน ดื่มน้ำ 6-8 แก้วต่อวัน ออกกำลังกายอย่างเหมาะสม หลีกเลี่ยงการยกของหนัก - ให้คำแนะนำในการดูแลทารก เรื่องการให้นมบุตรใน 6 เดือนแรก

	<p>ให้นมทุกๆ 2-3 ชั่วโมง ให้ทารกนอน 16-18 ชั่วโมงต่อวัน ดูแลความสะอาดทารกแรก เช็ดตัววันละ 2-3 ครั้ง และอาบน้ำวันละ 1 ครั้ง</p> <p>ดูแลเรื่องการขับถ่าย สังเกตอาการผิดปกติที่ต้องพาไปพบแพทย์ เช่น ไข้ ไอ หายใจลำบาก ซึม ไม่กินนม อาเจียน ท้องอืด สังเกตอาการของการของ SLE ในบุตร และพาไปพบแพทย์ตามนัด</p> <p>6. แนะนำขั้นตอนการมาตรวจตามนัด การตรวจหลังผ่าตัดคลอดบุตร โดยทั่วไปจะนัดตรวจ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด</p>
<p>การประเมินผล</p>	<p>- มารดาพึงพอใจ และสอบถามในประเด็นการเลี้ยงบุตรและการสังเกตอาการ SLE ของบุตร และสามารถทวนคำถามได้ 2-3 ข้อ มีสีหน้าคลายวิตกกังวล</p>

สรุปผลการศึกษา

กรณีศึกษาหญิงไทยอายุ 32ปี ตั้งครรภ์ครั้งที่สองฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลราชวิถีมาตลอดมีโรคร่วม SLE เป็นมาตั้งแต่ พ.ศ. 2559 รักษาที่โรงพยาบาลราชวิถีอายุครรภ์ 39สัปดาห์ by LMPกำหนดคลอด12พ.ย. 66 มาด้วยอาการ 6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ เจ็บครรภ์ ท้องแข็ง ไม่มีน้ำเดิน แพทย์วินิจฉัย G2P0A1 GA 39wk. by LMP with Maternal SLE with anti-Ro, Anti La positive with URI with Labor pain ให้ admitted LRวันที่ 5 พ.ย. 66 เวลา 14.40 น. มีUterine contractionปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร แพทย์ Plan ให้คลอดเอง ขณะรอคลอดถุงน้ำคร่ำแตกและขุนทารกมีความเสี่ยงต่อการสำลักน้ำคร่ำแพทย์จึงทำผ่าตัดคลอด Cesarean section Emergency Under GA สูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด900 mlใช้เวลาในการผ่าตัด 1 hr. 22 mins. ทารกเพศหญิง คลอดเวลา 7.56 น. น้ำหนัก 3,360 gm Apgar score นาทีที่ 1 เท่ากับ 9 นาทีที่ 5 นาทีเท่ากับ 9 และนาทีที่ 10 เท่ากับ 9 ทารกมีหายใจลำบาก จึงใส่ท่อหายใจ และย้ายไป Admitted NSICU (สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี) และย้ายมารดาไปพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยพิเศษ 5 ก

ระยะหลังคลอด หอผู้ป่วยพิเศษ 5 กรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย มีแผลผ่าตัดตามขวางไม่มีเลือดซึม หลังผ่าตัดคลอด 6 ชั่วโมง มีไข้ 38.2 องศาเซลเซียส ไอ มีเสมหะ ไม่เจ็บคอแพทย์ให้ Cef-3 2 gm iv Septic work up หลังคลอด 24 ชั่วโมงยังมีไข้อยู่ จึงส่งปรึกษาแพทย์อายุรกรรมโรคติดเชื้อ มาประเมินอาการ Dx. Acquired Pneumonia ให้ยา Azithromycin (250mg) 2x1 pc. x 5day หลังคลอดแพทย์ให้เริ่มจิบน้ำและอาหารอ่อน รับประทานได้ท้องไม่อืดถอดสายสวนปัสสาวะออก ผู้ป่วยมีปัสสาวะไม่แสบขจัดน้ำคาวปลาสีแดงสภาพร่างกายทั่วไปยังอ่อนเพลียสามารถช่วยเหลือตัวเองได้หลังคลอดวันที่ 3 ตรวจพบมีภาวะซีด HCT = 22.3%, Hb = 7.4 g/dlได้เลือดทดแทน 1 ถุง Repeat CBC: HCT = 27.3%, Hb = 9.0 g/dlขณะนอนพักรักษาตัวอาการดีขึ้นตามลำดับ ไข้เริ่มลดลง และได้พามารดาไปเยี่ยมบุตรที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติทุกวันจนจำหน่าย

มารดาหลังผ่าตัดคลอดวันที่ 5 (11 พ.ย. 66) อาการทั่วไปปกติ ไม่มีไข้ สัญญาณชีพปกติ น้ำคาวปลาสีส้มจางออกเล็กน้อย เต้านมคัดตึงไหลดี อาการทั่วไปปกติดีแพทย์อายุรกรรมโรคติดเชื้อมาประเมิน

อาการให้จำหน่ายได้ ไม่นัด F/U แพทย์อายุรกรรมโรคข้อมาประเมินปรับยาให้ไปปรับปรุทานต่อที่บ้านเป็น Hydroxychloroquine (200mg) 1x1 oral pc., Prednisolone (5mg) 2x1 oral pc., Calcium carbonate (1000mg) 1x1 oral pc., Vit D 1tab oral ทุกวัน จันทร์ พุธ และศุกร์, Folic acid 1x1 oral pc. และแพทย์สูติกรรมได้จำหน่ายมารดาออกจากหอผู้ป่วยพิเศษ 5 ก ในวันที่ 11 พฤศจิกายน 2566 รวมระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาล 5 วัน

จากกรณีศึกษา มารดารายนี้มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์และคลอด เนื่องจากมารดาเป็นโรค SLE มีอาการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดคลอดพร้อมกับมีภาวะติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ขณะคลอดมีถุงน้ำคร่ำแตก น้ำคร่ำขุ่น ซึ่งเป็นภาวะซีเทาปนในน้ำคร่ำ (Meconium stained amniotic fluid) ทำให้เกิดความเสี่ยงในการสำลักน้ำคร่ำของทารก และทารกเกิดภาวะเครียด (Fetal non-reassuring signs) ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินของการคลอด และเป็นข้อบ่งชี้สำหรับการผ่าตัดคลอด ขณะผ่าตัดผู้ป่วยสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 900 ml. ไม่ได้เลือดทดแทนทันทีเสี่ยงต่อภาวะช็อก หลังคลอด มารดายังมีไข้สูง ได้รับการวินิจฉัย Acquired Pneumonia ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ ผู้ป่วยมีภาวะซีดหลังคลอด ได้รับการรักษาด้วยเลือดและยาบำรุงเลือด จากการได้รับการดูแลรักษาที่ดี ทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนร้ายแรง และได้รับอนุญาตให้กลับบ้าน ทารกหลังคลอดมีภาวะหายใจลำบาก ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ และย้ายไปรับการรักษาจากแพทย์เฉพาะทางและในหน่วย NICU ที่มีแพทย์ เครื่องมือพร้อมในการช่วยชีวิต ทำให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม ทารกอาการดีขึ้นเป็นลำดับ ถอดเครื่องช่วยหายใจ และสามารถหายใจเองได้ สามารถออกจาก NICU และกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรค SLE ที่ตั้งครรภ์ และหลังคลอด ให้มีประสิทธิภาพ โดยพัฒนาระบบบริการแบบองค์รวม ครอบคลุมการดูแลก่อนตั้งครรภ์ ระหว่างตั้งครรภ์ หลังคลอด และติดตามผลระยะยาว

2. พยาบาลผู้ดูแลมารดาและทารก ควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค SLE การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น ไตอักเสบ ปอดอักเสบ โรคโลหิตจาง ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด มีทักษะในการประเมิน วินิจฉัย วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินซ้ำได้อย่างเหมาะสม มีทักษะการประสานงานกับแพทย์ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา และสหวิชาชีพอื่นๆ เพื่อให้มารดาและทารกได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

บรรณานุกรม

กระทรวงสาธารณสุข. สำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2557). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

- ญาคา ทองอยู่. (2558). **Surgical Management of Post partum hemorrhage (PPH)**. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 16 ก.ย. 66]. เข้าถึงได้จาก : <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturestopics/topic-review/4097/>
- ปฐมพงษ์ โตวิวัฒน์. (2556). **โรคอุ้งสัในหญิงตั้งครรภ์**. กรุงเทพฯ : ศูนย์เรียนรู้และหอสมุด มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์
- โรงพยาบาลราชวิถี. (2564). **รายงานสถิติ**. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 16 ก.ย. 66]. เข้าถึงได้จาก : https://www.rajavithi.go.th/rj/wp-content/uploads/2022/10/Medical-Records-and-Statistics_compressed.pdf
- วรรณชนก ล้อมจำรูญ. (2564). **การวิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดาไทยประจำปีงบประมาณ 2563**. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 16 ก.ย. 66]. เข้าถึงได้จาก : <https://hp.anamai.moph.go.th/th/km-research-person/download/?did=204804&id=73629&reload=>
- วิไลพรรณ สวัสดิ์พานิชย์. (2554). **การพยาบาลมารดาหลังคลอด**. (พิมพ์ครั้งที่ 7). ชลบุรี: โรงพิมพ์ศรีศิลป์การพิมพ์.
- สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ). (2545). **สถานการณ์สุขภาพของประเทศไทย**. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 16 ก.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.thaihealth.or.th>
- สุทธารัตน์ ชูรส. (2562). **การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด: บทบาทของพยาบาล**. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 16 ก.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก : https://srth-service.com/journal11/file_journal/Y33N1/15_sutharat.pdf
- Smyth A. et al. (2553). **Pregnancy outcomes in women with systemic lupus erythematosus: a systematic review and meta-analysis**. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 70(6), 983-992. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 16 ก.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3001786/>
- World Health Organization. (2012). **WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum hemorrhage**. Italy: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789241548502_eng.pdf



Empowering in Dengue Fever Prevention and Control Participation Model of Community Leaders of Nong Chok Subdistrict Health Promoting Hospital Responsibility Area, Ban Rai District, Uthai Thani Province

Ratchathan Chandratana

Public Health Technical Officer (Professional Level)., Office of Disease Prevention and Control 3,
Nakhon Sawan Province

Abstract: The objectives of this study were to examine empowering in dengue fever prevention and control participation model of community leaders of Nong Chok Subdistrict Health Promoting Hospital responsibility area, Ban Rai District, Uthai Thani Province. The 4 steps of Gibson concepts were applied for study including 1) discovering reality 2) Critical reflection 3) Taking charge, and 4) Holding on. This study methodology was action research. The population and sample were 35 community leaders of Nong Chok Subdistrict Health Promoting Hospital responsibility area, Ban Rai District, Uthai Thani, and selected by purposive random sampling. The study instrument was a community leader empowering model and a questionnaire. The data were analyzed by frequency, percentage, mean and standard deviation, t-test, and content analysis.

The study results revealed that community leaders can analyze the problem of dengue fever in the community, explain the relationship of dengue fever occurrence and summarize the concepts and methods of disease prevention and control correctly. The community leaders could write plans and implementation strategies to allow people to participate in prevent and control dengue fever activities. The community leaders were accepted by the people when they practice in the community. The people spoke highly of his community leadership. The people had increased faith in community leaders. The community leaders felt positive about the empowerment model for participation in dengue fever prevention and control. There was a greater understanding of creating the power of participation that will allow peoples to participate in community activities. After implemented an empowerment model, community leaders had higher knowledge about dengue fever prevention and control before implemented an empowerment model at a statistically significant level of .01, had the participation behavior in dengue fever prevention and control higher than before implemented an empowerment model at a statistically significant level of .01, and satisfied with the implemented an empowerment model at a high level.

Keywords: Empowerment model, Participation, Dengue fever prevention and control,
Community leader

รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน ในส่วนรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองจอก อำเภอบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี

รัชดาณ จันทร์ตัน

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์

บทคัดย่อ: การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชนในส่วนรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองจอก อำเภอบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดของกิบสัน (Gibson) 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้นำชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองจอก อำเภอบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี จำนวน 35 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้นำชุมชน และแบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน t-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า ผู้นำชุมชนสามารถวิเคราะห์ปัญหาของโรคไข้เลือดออกในชุมชนได้ อธิบายความสัมพันธ์ของการเกิดโรคไข้เลือดออกแล้วสรุปแนวคิดและวิธีการป้องกันควบคุมโรคได้อย่างถูกต้อง ผู้นำชุมชนสามารถเขียนแผนงานและกลวิธีการดำเนินงาน เพื่อให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ผู้นำชุมชนได้รับการยอมรับจากประชาชนเมื่อได้ฝึกปฏิบัติจริงในชุมชน ประชาชนกล่าวคำยกย่องชมเชยในความเป็นผู้นำชุมชน ประชาชนมีความศรัทธาในตัวผู้นำชุมชนเพิ่มมากขึ้น ผู้นำชุมชนมีความรู้สึกที่ดีต่อรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความเข้าใจมากขึ้นในการสร้างพลังการมีส่วนร่วมที่จะทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมของชุมชน หลังดำเนินรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้นำชุมชนมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกสูงกว่าก่อนดำเนินรูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก สูงกว่าก่อนดำเนินรูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีความพึงพอใจต่อการดำเนินรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในระดับพึงพอใจมาก

คำสำคัญ: รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ, การมีส่วนร่วม, การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก, ผู้นำชุมชน

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเดงกี เป็นโรคติดเชื้อไวรัสเดงกีที่มีอยู่หลายเป็นพาหะนำโรค โรคนี้ได้กลายเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก มากกว่า 100 ประเทศ และโรคนี้อยู่คู่ความต่อสุขภาพของประชากรโลกมากกว่าร้อยละ 40 (2,500 ล้านคน) โดยเฉพาะประเทศเขตร้อนและเขตอบอุ่น ซึ่งร้อยละ 70 ของผู้ป่วยทั้งหมดมาจากประเทศในภูมิภาคเอเชีย ประเทศไทยพบการระบาดครั้งแรกในปี พ.ศ. 2501 พบการระบาดใหญ่ ปีพ.ศ. 2530 มีรายงานผู้ป่วยสูงถึง 170,000 กว่าราย เสียชีวิต 1,000 กว่าราย โรคไข้เลือดออกมีลักษณะที่แปรผันตามฤดูกาล พบผู้ป่วยสูงขึ้นในเดือนเมษายนและสูงสุดในเดือนมิถุนายน - สิงหาคม ซึ่งเป็นฤดูฝน เดือนกันยายนจะเริ่มมีแนวโน้มผู้ป่วยลดลง (กรมควบคุมโรค, 2566)

สถานการณ์โรคไข้เลือดออกรวมทุกประเภท (DF,DHF,DSS) ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2566 ถึง 6 มกราคม 2567 ของจังหวัดอุทัยธานี มีรายงานผู้ป่วยสะสม จำนวน 1,021 ราย (อัตราป่วยเท่ากับ 313.38 ต่อประชากรแสนคน) ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต อำเภอที่มีอัตราป่วยสะสมสูงสุด คือ อำเภอสว่างอารมณ์ (อัตราป่วยเท่ากับ 487.17 ต่อประชากรแสนคน) รองลงมาคือ อำเภอบ้านไร่ (อัตราป่วยเท่ากับ 432.73 ต่อประชากรแสนคน), อำเภอเมืองอุทัยธานี (อัตราป่วยเท่ากับ 421.93 ต่อประชากรแสนคน), อำเภอห้วยคต (อัตราป่วยเท่ากับ 352.72 ต่อประชากรแสนคน), อำเภอลานสัก (อัตราป่วยเท่ากับ 276.21 ต่อประชากรแสนคน), อำเภอหนองขาหย่าง (อัตราป่วยเท่ากับ 268.99 ต่อประชากรแสนคน), อำเภอทัพทัน อัตราป่วยเท่ากับ 217.94 ต่อประชากรแสนคน) และอำเภอหนองฉาง (อัตราป่วยเท่ากับ 110.98 ต่อประชากรแสนคน) อำเภอบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสะสม จำนวน 236 ราย (อัตราป่วยเท่ากับ 346.25 ต่อประชากรแสนคน) ตำบลหนองจอก อำเภอบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสะสม จำนวน 13 ราย (อัตราป่วยเท่ากับ 242.63 ต่อประชากรแสนคน) (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี, 2567)

จากสถานการณ์โรคไข้เลือดออกที่เกิดขึ้นทุกปีในเขตพื้นที่ตำบลหนองจอก อำเภอบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานีนั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบลและองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุทัยธานี มีการดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคด้วยกิจกรรมตามเป้าหมายอย่างครบถ้วนมาโดยตลอด แต่ไม่สามารถดำเนินการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ยังคงพบผู้ป่วยได้ตลอดทั้งปี หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะเน้นการพ่นสารเคมีกำจัดยุงลายตัวเต็มวัย ไม่ได้เน้นการควบคุมและการจัดลูกน้ำยุงลาย การดำเนินกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นบทบาทเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ขาดการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายและรูปแบบการดำเนินงานในชุมชนก็ยังไม่ชัดเจน รวมทั้งประชาชนยังขาดความรู้ ขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่มีอยู่ จึงส่งผลให้ไม่มีความพร้อมที่จะร่วมมือในการทำกิจกรรมป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ถูกจัดขึ้นในชุมชน การดำเนินกิจกรรมจึงไม่ได้ถูกนำไปสู่การมีส่วนร่วมประชาชนอย่างแท้จริง (ฐิติพร บำรุงราษฎร์, 2563) และยังพบว่า

ผู้นำชุมชนส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง เพียงร้อยละ 39.50 มีเจตคติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 58.64 และมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชนอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 50.62 (กุนรินทร์ สีสุค, ศุภรดา โมขุนทด, และ ชาติรี เจริญชีวะกุน, 2560) จึงทำให้ผู้นำชุมชนขาดองค์ความรู้ในการที่จะสร้างเจตคติที่ถูกต้องให้กับประชาชน และขาดการสร้างพลังในการนำพาประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชนได้อย่างทั่วถึง ส่งผลให้การมีส่วนร่วมของประชาชนไม่เกิดความเข้มแข็งและขาดความยั่งยืน ดังนั้นผู้วิจัย จึงสนใจในการประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้นำชุมชนในการมีส่วนร่วมด้านการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก เพื่อให้ผู้นำชุมชนได้มีความรู้และมีเจตคติเพิ่มมากขึ้น สามารถที่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และนำพาประชาชนในชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลอย่างเข้มแข็งต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชนในส่วนรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองจอก อำเภอบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน ในส่วนรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองจอก อำเภอบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี

2.2 เพื่อกำหนดแผนกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชนในส่วนรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองจอก อำเภอบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี

2.3 เพื่อประเมินผลการดำเนินการตามแผนกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชนในส่วนรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองจอก อำเภอบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี

2.4 เพื่อศึกษาปัจจัยสู่ความสำเร็จหลังการใช้รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชนในส่วนรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองจอก อำเภอบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีขอบเขตการวิจัย ดังนี้

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา

เนื้อหาที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ได้แก่

- 1.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก
- 1.2 แนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับการสร้างเสริมพลังอำนาจ
- 1.3 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ และพฤติกรรม
- 1.4 แนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

2. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้นำชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองจอก อำเภอบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เนื่องจากมีความพร้อมในการแก้ปัญหาสูง ประกอบด้วยกำนัน จำนวน 1 คน สารวัตรกำนัน จำนวน 4 คน ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 7 คน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 7 คน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (ส.อบต.) จำนวน 16 คน รวม 35 คน

3. ขอบเขตด้านพื้นที่ในการวิจัย

พื้นที่ในการวิจัย คือ หมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองจอก อำเภอบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี

4. ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาที่ใช้ดำเนินการ ตั้งแต่ 1 เมษายน ถึง 31 กรกฎาคม 2567

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ระยะเตรียมการวิจัย

- 1.1 ศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อวิเคราะห์ สังเคราะห์ รวบรวม ความรู้แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาและสาเหตุของเรื่องที่จะทำการวิจัย
- 1.2 ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน ตำบลหนองจอก อำเภอเมือง จังหวัดอุทัยธานี
- 1.3 ส่งโครงการวิจัย เพื่อเสนอขอความเห็นชอบจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์

1.4 สร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการดำเนินงานวิจัยและเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.5 ประสานเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองจอก อำเภอบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานีและผู้นำชุมชนเพื่อร่วมโครงการ

1.6 จัดประชุมผู้นำชุมชนเพื่อชี้แจงโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย รูปแบบและขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม การประเมินผลกิจกรรม และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

2. ระยะดำเนินการวิจัย

ระยะดำเนินการวิจัย มีกระบวนการทั้งหมด 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (2 สัปดาห์)

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลและศึกษาบริบทของชุมชน

2. เตรียมความพร้อมผู้ร่วมวิจัย

3. ดำเนินการตามกระบวนการแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ โดยกระบวนการเรียนรู้แบบมี

ส่วนร่วม ดังนี้

3.1 การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกในชุมชน

3.2 การกำหนดจุดหมายปลายทาง

3.3 การสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

3.4 การนิยามเป้าประสงค์

3.5 การทำแผนปฏิบัติการ

4. ประเมินผู้ร่วมวิจัยก่อนดำเนินการ

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (4 สัปดาห์)

เป็นการปฏิบัติตามแผนงานที่วางไว้ในขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการสังเกตผล (2 สัปดาห์)

1. เข้าร่วมสังเกตการณ์ การนิเทศตรวจเยี่ยม สนับสนุน ให้คำแนะนำ เก็บรวบรวมผลที่ได้จากการแผนงานกิจกรรม โดยผู้วิจัยให้การสนับสนุน

2. ร่วมประชุมประเมินผลการดำเนินงาน

3. ประเมินความรู้ พฤติกรรม และความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชนหลังดำเนินกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นการสะท้อนผล (1 สัปดาห์)

1. จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อถอดบทเรียนการเสริมสร้างพลังอำนาจการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน
2. วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน และแนวทางการแก้ไข ปัญหาในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ และ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้แก่
 - 1.1 การประยุกต์กระบวนการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (SRM)
 - 1.2 รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้นำชุมชน ด้วยการประยุกต์ใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยการอบรมระยะเวลา 2 วัน
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่
 - 2.1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน
 - 2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน
 - 2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการดำเนินงานรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน
 - 2.4 แบบบันทึกการสังเกตการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน
 - 2.5 แบบบันทึกการสนทนากลุ่มเพื่อหาปัจจัยสู่ความสำเร็จ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป แล้วประมวลผลข้อมูล และจัดทำตารางวิเคราะห์ทางสถิติตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และจัดทำรายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล มีดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติอ้างอิง (Inferential statistics) เพื่อการทดสอบสมมติฐาน ได้แก่ สถิติ dependent paired t-test

การวิเคราะห์ข้อมูล สามารถอธิบายการใช้สถิติ ได้ดังนี้

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติจึงใช้วิเคราะห์โดยการพรรณนา ดังนี้

1. ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ
2. ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน ใช้การแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน ใช้สถิติค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)
4. ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน ใช้สถิติค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)
5. ปัจจัยสู่ความสำเร็จ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)
6. เปรียบเทียบความรู้ และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน ก่อนและหลังดำเนินการวิจัย ใช้สถิติ Dependent t-test

ผลการวิจัย

ผลการศึกษา พบว่า ผู้นำชุมชนสามารถวิเคราะห์ปัญหาของโรคไข้เลือดออกในชุมชนได้ อธิบายความสัมพันธ์ของการเกิดโรคไข้เลือดออกแล้วสรุปแนวคิดและวิธีการป้องกันควบคุมโรคได้อย่างถูกต้อง ผู้นำชุมชนสามารถเขียนแผนงานและกลวิธีการดำเนินงาน เพื่อให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ผู้นำชุมชนได้รับการยอมรับจากประชาชนเมื่อได้ฝึกปฏิบัติจริงในชุมชน ประชาชนกล่าวคำยกย่องชมเชยในความเป็นผู้นำชุมชน ประชาชนมีความศรัทธาในตัวผู้นำชุมชนเพิ่มมากขึ้น ผู้นำชุมชนมีความรู้สึกที่ดีต่อรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความเข้าใจมากขึ้นในการสร้างพลังการมีส่วนร่วมที่จะทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมของชุมชน หลังดำเนินรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้นำชุมชนมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกสูงกว่าก่อนดำเนินรูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก สูงกว่าก่อนดำเนินรูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีความพึงพอใจต่อการดำเนินรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในระดับพึงพอใจมาก

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผู้นำชุมชนมีความสามารถในการวิเคราะห์สถานการณ์การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับชุมชนได้อย่างถูกต้อง ข้อมูลที่ผู้นำชุมชนวิเคราะห์ได้ถูกนำไปเป็นข้อมูลในการสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เพื่อให้เกิดจุดหมายปลายทางที่ชัดเจนในการทำงานที่จะก้าวไปให้ถึงความสำเร็จที่เกิดขึ้นในอนาคตข้างหน้าของผู้นำชุมชน ซึ่งการดำเนินกิจกรรมป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของตำบลหนองจอกส่วนใหญ่จะเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ดำเนินการ ขาดการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการดำเนินกิจกรรม และผู้นำชุมชนไม่ได้สร้างพลังในการนำพาประชาชนให้เข้าไปมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชนได้อย่างทั่วถึง ดังนั้นการที่ผู้นำชุมชนตำบลหนองจอกได้ร่วมกันจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชน โดยผู้นำชุมชนเข้าไปมีส่วนร่วมในการสร้างและกำหนดกิจกรรมด้วยตนเองแบบคิดเอง ทำเอง และตัดสินใจเอง ส่งผลให้ผู้นำชุมชนเกิดพลังขับเคลื่อนที่ทรงอำนาจในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกได้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายประสงค์ที่กำหนดไว้ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2552)

2. แผนกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในของชุมชน ซึ่งมีกิจกรรมทั้งหมด 7 กิจกรรม ซึ่งเป็นแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ของผู้นำชุมชนที่ต้องดำเนินการให้เกิดผลสำเร็จในการทำงาน ผู้นำชุมชนจะได้ใช้ทักษะและทรัพยากรที่มีอยู่มาทำงานร่วมกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการร่วมกัน การสนับสนุนซึ่งกันและกัน ลดความขัดแย้งที่เกิดขึ้น (จันทิมา วิชกุล, 2551) และ กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1993: 267-268) จะทำให้บุคคลยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริง ทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง มีการพิจารณาอย่างมีวิจารณญาณเพื่อให้เกิดมุมมองใหม่เมื่อค้นพบปัญหาตามสภาพการณ์จริง จะช่วยให้เกิดการพัฒนาความรู้ตึกมีอำนาจในการควบคุมตนเอง ช่วยให้บุคคลมีศักยภาพในการเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมและดีที่สุด ต้องการมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง การสนับสนุนจากบุคคลต่างๆ จะช่วยให้การตัดสินใจแก้ปัญหาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อพบปัญหา ทุกคนก็จะร่วมมือกันในการแก้ไขปัญหาเพื่อให้เกิดความสำเร็จ ผู้นำชุมชนหรือประชาชนจะรู้สึกมีความมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถและจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมแก้ปัญหานั้น ซึ่งสอดคล้องกับจันทิมา วิชกุล (2551:41) ที่กล่าวถึงการสร้างพลังอำนาจให้กับผู้นำชุมชนในการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออก มีด้วยกัน 4 ด้าน ได้แก่ การสร้างพลังในการวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาโรคไข้เลือดออก การสร้างพลังในการค้นหาแนวทางหรือวิธีการดำเนินการควบคุมโรคไข้เลือดออก การสร้างพลังในการดำเนินการแก้ไขปัญหาตามแผนและวิธีการที่กำหนดขึ้นโดยชุมชน และการสร้างพลังในการประเมินหรือรับรู้ความสำเร็จของการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น รวมทั้งแนวทางแก้ไขปัญหามาของชุมชน

3. เมื่อผู้นำชุมชนทุกคนได้เข้าร่วมกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกทำให้มีความรู้ ความสามารถในการวิเคราะห์ปัญหาของโรคที่เกิดในชุมชนได้ อธิบายสาเหตุ อาการ การติดต่อ การรักษา วงจรชีวิตยุงลาย และการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ สามารถวิเคราะห์ อธิบายความสัมพันธ์ของการเกิดโรคสรุปเป็นแนวคิดและวิธีการป้องกันควบคุมโรคและนำไปสู่การปฏิบัติที่ยั่งยืนได้ ร่วมกันเขียนแผนงาน ขั้นตอน และกลวิธีการดำเนินงาน เพื่อให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม มีแผนการรณรงค์สร้างจิตสำนึกให้เกิดความตระหนักในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ผู้นำทุกคนที่เข้าร่วมกิจกรรมได้รับการอบรมความรู้ ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกทำให้เกิดทัศนคติต่อสิ่งนั้นภายหลังการรับรู้ (รัฐกรณ์ ธีระพงษ์ศักดิ์, 2558: 17) นอกจากนี้ผู้นำชุมชนได้ฝึกปฏิบัติจริงในชุมชนตามแผนกิจกรรมที่วางไว้ ทำให้เกิดทักษะในการสร้างพลังอำนาจของตนเอง ส่งผลให้ประชาชนให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม ประชาชนให้การยอมรับผู้นำชุมชนในการแสดงพลังอำนาจในการดำเนินกิจกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน ประชาชนได้กล่าวคำยกย่องชมเชยในความเป็นผู้นำของผู้นำชุมชน ประชาชนเริ่มเกิดความศรัทธาในตัวผู้นำชุมชนเพิ่มมากขึ้น เพราะพลังอำนาจของผู้นำชุมชนที่แสดงออกมา ทำให้ประชาชนได้ตระหนักและเห็นคุณค่าของผลงานที่ผู้นำชุมชนปฏิบัติ ตั้งแต่การตั้งเป้าหมาย กำหนดแนวทาง และวางแผนไปสู่การปฏิบัติเพื่อจะทำให้เกิดเจตคติที่ดีของประชาชนต่อการทำงานเป็นทีมของผู้นำชุมชน การให้อำนาจและโอกาสกับแต่ละบุคคลได้แสดงศักยภาพให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระดับองค์กรหรือชุมชน (พรจิตตา ฤทธิรอด และคณะ, 2556)

ก่อนดำเนินกิจกรรมรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน พบว่า ผู้นำชุมชนมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินกิจกรรม มีความรู้อยู่ในระดับมาก ซึ่งผู้นำชุมชนมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกสูงกว่าก่อนดำเนินกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จะเห็นได้ว่าความรู้ของผู้นำชุมชนมีความแตกต่างกันก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม เนื่องจากสิ่งที่ได้รับมาจากการได้ ยิน ได้ฟัง การคิด หรือการปฏิบัติต้องควิชา ทำให้ผู้นำชุมชนมีความรู้เพิ่มมากขึ้นหลังจากที่ได้รับการอบรมคือ ได้ฟัง ได้คิด เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกเพิ่มเติมจึงมีความรู้เพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทัศนีย์ คำชนะ และสมศักดิ์ อินทมาต (2566) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างพลังในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในแกนนำ103ครอบครัว พบว่า แกนนำ103ครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก หลังการทดลองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

ก่อนดำเนินกิจกรรมรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ผู้นำชุมชนมีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ภาพรวมอยู่ใน

ระดับปานกลาง ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการค้นหาปัญหาและสาเหตุ ด้านการวางแผน ด้านการดำเนินการ และด้านการติดตามประเมินผล หลังดำเนินกิจกรรม ผู้นำชุมชนมีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกภาพรวมอยู่ในระดับมากทั้ง 4 ด้าน ซึ่งหลังดำเนินกิจกรรม ผู้นำชุมชนมีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก สูงกว่าก่อนดำเนินกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ทั้งนี้พฤติกรรมจะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นได้จะต้องได้รับความรู้ ความคิด ความจำ การรับรู้ ความฝัน รวมถึงการรับสัมผัสต่างๆ เช่น การได้ยิน การได้กลิ่น ความรู้สึกทางผิวหนัง เป็นต้น (จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์, 2556: 2-3) เมื่อผู้นำชุมชนได้มีการรับรู้มากขึ้นจะทำให้เกิดสติปัญญา มีการคิดเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ผู้นำชุมชนมีการแสดงออกทางพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับชนิตา เตชะปั้น, สิวลี รัตนปัญญา และสามารถ ใจเดี่ยว (2562) ที่ได้ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยหลังการทดลองมีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

ผู้นำชุมชนมีความพึงพอใจต่อการดำเนินกิจกรรมรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน ภาพรวมทุกด้านอยู่ในระดับพึงพอใจมาก ทั้งด้านบริบทของพื้นที่และด้านกิจกรรม โดยมีความพึงพอใจมากที่สุดในการมีกลุ่มและแกนนำของประชาชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน รองลงมา คือ ความร่วมมือของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายในการมีส่วนร่วมดำเนินการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน รวมทั้งการสามารถสร้างหรือจัดหาวัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกขึ้นมาใช้ในชุมชนได้เอง ความพึงพอใจเกิดความรู้สึกรับ พื่อใจ เจตคติที่ดีของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งเมื่อได้รับการตอบสนองตามที่ตนเองต้องการ (สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่, 2563) เมื่อผู้นำชุมชนได้มีการเสริมสร้างพลังอำนาจการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกให้กับชุมชนหรือประชาชน แล้วประชาชนหรือผู้นำชุมชนด้วยตนเองให้การยอมรับจะส่งผลให้ผู้นำชุมชนพบความสามารถของตนเองในการแก้ไขปัญหาของโรคไข้เลือดออกในชุมชนได้เพิ่มขึ้น จะทำให้ผู้นำชุมชนมีความรู้สึกที่ตนเองมีความไม่ลำเอียงเพิ่มขึ้น (Maslow, 1970)

4. ปัจจัยที่จะสู่ความสำเร็จในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชนได้แก่ สิ่งสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ทรายกำจัดลูกน้ำยุงลายและความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการใส่ทรายกำจัดลูกน้ำยุงลาย เครื่องพ่นสารเคมีกำจัดยุงลายตัวแก่และองค์ความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการพ่นสารเคมี การใช้สารเคมีในการพ่นกำจัดยุงลาย ซึ่งวัสดุอุปกรณ์และวิธีเหล่านี้ผู้นำชุมชนจะต้องขอรับการสนับสนุนจาก

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรวมทั้งงบประมาณเพื่อการดำเนินการให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด (สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง (2551: 10) การจัดหาวัคซีนรวมทั้งในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก การฝึกอบรมความรู้ผู้นำชุมชนเกี่ยวกับการติดตามและประเมินผลการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก การให้ความรู้แก่ประชาชน และการสร้างความตระหนักให้กับประชาชน ได้รับรู้ถึงประโยชน์ของการทำกิจกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน จะส่งผลให้ชุมชนเกิดความเข้มแข็งในการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชนเอง ความสำเร็จในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกจะเกิดขึ้นตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2566, หน้า 5)

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. [ออนไลน์]. (2566, 26 กันยายน). มาตรการในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก. เข้าได้ถึงจาก http://healthdata.moph.go.th/main_html/48/support.html.
- กรมควบคุมโรค. [ออนไลน์]. (2566, 29 กันยายน). ไข้เด็งกี (Dengue). เข้าได้ถึงจาก https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=44
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2552). แผนยุทธศาสตร์กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ปี 2552 – 2554 กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- จันทิมา วิชกุล. (2551). ผลของการสร้างพลังแกนนำครอบครัวโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา.
- จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์. (2556). จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย
- ชนิดา เตชะปิ่น, ลีลวี รัตนปัญญา และสามารท ใจเตี้ย (2562). การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย. ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2562. หน้า 17- 24
- จิตติพร บำรุงราษฎร์ (2563). รูปแบบการเสริมพลังอำนาจชุมชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ตำบลสามสวน อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ. หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
- ทัศนีย์ คำชนะ และสมศักดิ์ อินทมาต. (2566). ผลของโปรแกรมการสร้างพลังในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในแกนนำ105ครอบครัว. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2566. หน้า 69-85.
- พรจิตตา ฤทธิรอด และคณะ. (2556). รูปแบบการบริหารสถานศึกษาขั้นพื้นฐานแบบเสริมพลังอำนาจ. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. ปีที่ 15 ฉบับที่ 1 : 60-69.

- กุนรินทร์ สীগูค, ศุภรดา โมขุนทด, และ ธาตรี เจริญชีวะกุน. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก. วารสารวิทยาลัยนครราชสีมา สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 หน้า 74-84.
- รัฐกรณ์ ตีระพงษ์ศักดิ์. (2558). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมต่อการใช้จักรยานของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.
- สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่. (2563). รายงานการวิจัย เรื่อง ความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตต่อการปฏิบัติงานและคุณลักษณะ ของบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาจากมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ ปีการศึกษา 2561 (เล่มปี พ.ศ. 2563). มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ (ศูนย์แม่ริม)
- สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง (2551). คู่มือการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. นนทบุรี: ม.ป.พ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี. [ออนไลน์]. (2566, 29 กันยายน). รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกประจำสัปดาห์จังหวัดอุทัยธานี ประจำสัปดาห์ที่ 53 (วันที่ 31 ธันวาคม 2566 – 6 มกราคม 2567). เข้าถึง ได้จาก <https://uthaihealth.moph.go.th>
- Gibson, C. H. (1993). A Study of empowerment in Mothers of chronically ill children, Unpublished doctoral dissertation. Boston College, Boston
- Maslow, A. H. (1970). Mativation and Personanlity. New York: Harper & Row

Part C

บทความวิชาการ

วิวัฒนาการสิ่งแวดล้อมศึกษา

วินัย วีระวัฒนานนท์¹ และบุญเลิศ วงศ์โพธิ์²

^{1,2} อาจารย์ หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

ในช่วงปี พ.ศ. 2500 ถึง 2520 ทั่วโลกได้เกิดความวิตกกังวลถึงการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรมนุษย์ ที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในขณะที่เดียวกันพืชพันธุ์ธัญญาหาร ป่าไม้ ได้ถูกนำมาใช้ในการดำรงชีวิตและประโยชน์ทางเศรษฐกิจ ได้ถูกทำลายลดลงอย่างรวดเร็ว มีความพยายามเพิ่มผลผลิตทางการเกษตร มีการใช้สารเคมีเพื่อเพิ่มผลผลิตให้เพียงพอต่อความต้องการ ทำให้มีการนำสารเคมีเข้ามาใช้ในการเพิ่มผลผลิต และเกิดการแพร่กระจายสารพิษออกไปอย่างกว้างขวาง ทั้งในห่วงโซ่อาหาร ดิน น้ำ อากาศ การเร่งนำพลังงานในรูปแบบต่างๆ ที่มีอยู่ ถูกพัฒนาและนำมาใช้อย่างรวดเร็ว เพื่อการอุตสาหกรรม การคมนาคม และความสะดวกสบายในการดำรงชีวิตของมนุษย์ การเกิดภาวะโลกร้อนเริ่มเกิดขึ้นในพื้นที่ชุมชนในเขตอุตสาหกรรม เกิดผลกระทบต่อชั้นบรรยากาศ และระบบทางเดินหายใจ

ในประเทศสหรัฐอเมริกาและยุโรป ได้เกิดความวิตกกังวลในภัยพิบัติอย่างกว้างขวางจนมีการก่อตั้งองค์การทางสิ่งแวดล้อมขึ้นครั้งแรก (United Nation Environment Program: UNEP) ขึ้นในปี 2510 และได้มีการประชุมหารือถึงการแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมโลกและพัฒนาการเป็นโครงการต่างๆตามมา ในทุกๆครั้ง ที่มีการประชุมเพื่อแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมจะต้องมีการกล่าวถึงการเร่งพัฒนาความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมให้กับประชาชนควบคู่กันไปทุกครั้ง จึงเป็นที่มาของคำว่าสิ่งแวดล้อมศึกษา (Environmental Education)

การจัดการเรียนการสอนสิ่งแวดล้อมศึกษาในประเทศไทย มีวิวัฒนาการ ดังนี้

1. การเรียนการสอนเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม การจัดการเรียนการสอนในระยะแรกมีความยากลำบากในการสรรหาอาจารย์ประจำหลักสูตรที่มีคุณวุฒิการศึกษาด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาโดยตรง จึงอาศัยผู้ที่มีวุฒิการศึกษาทางวิทยาศาสตร์ หรือทางการศึกษาเข้าร่วมเป็นอาจารย์ประจำหลักสูตร แต่ที่ยิ่งลำบากกว่านั้นคือ การเสนอสภามหาวิทยาลัยเพื่อขออนุมัติเปิดหลักสูตร จะต้องเสนอขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการชุดต่างๆ ประมาณ 3-4 ชุด โดยที่ท่านเหล่านั้น ไม่มีความรู้ในศาสตร์สิ่งแวดล้อมศึกษาโดยตรง จึงมีข้อเสนอเข้ามามากมายให้ปรับเนื้อหาสาระเพิ่มเติม โดยไม่จำเป็น

ในเบื้องต้น สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา ได้อนุมัติให้เปิดทำการเรียนการสอนครั้งสอนครั้งแรก สังกัดภาควิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ในปี พ.ศ. 2521 มีผู้เรียน 18 คนซึ่งผู้เรียนส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอาชีพเป็นครู และต่อมาได้ย้ายไปคณะสาธารณสุขศาสตร์ คณะสหเวชศาสตร์ และคณะทันตแพทย์ จนกระทั่งได้มีการย้ายสถานที่จัดการเรียนการสอนไปที่วิทยาเขตศาลายา จังหวัดนครปฐม จนกระทั่งได้ทำการพัฒนาหลักสูตรการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา โดยเปิดสอนภาคพิเศษในระดับปริญญาโท ในปี

2534 จากนั้น ได้มีการพัฒนาหลักสูตรการศึกษาคุุณยัฒนัฒนิต สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา โดยเปิดการสอนในปี พ.ศ. 2540 ซึ่งถือเป็นการกำเนิดหลักสูตรสิ่งแวดล้อมศึกษา ระดับปริญญาเอก ครั้งแรก ในประเทศไทย

จากปี พ.ศ. 2541 เป็นต้นมา หลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา ได้เปิดให้มีการเรียนการสอนในสถาบันการศึกษาตามลำดับ ดังนี้

พ.ศ. 2544 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (ประสานมิตร) ได้อนุมัติให้เปิดสอนหลักสูตรการศึกษา มหบัญฒนิต สาขาการสอนสิ่งแวดล้อม โดยสังกัดคณะศึกษาศาสตร์

พ.ศ. 2547 มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้อนุมัติให้เปิดสอนหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชา สิ่งแวดล้อม และหลักสูตรปรัชญาคุุณยัฒนัฒนิต สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา โดยสังกัดคณะสิ่งแวดล้อมและ ทรัพยากรศาสตร์

พ.ศ. 2550 มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรคิตต์ ได้อนุมัติให้เปิดสอน หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัญฒนิต และหลักสูตรปรัชญาคุุณยัฒนัฒนิต สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษาโดยสังกัดคณะวิทยาศาสตร์

พ.ศ. 2553 มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ ได้อนุมัติให้เปิดสอน หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัญฒนิต และหลักสูตรปรัชญาคุุณยัฒนัฒนิตสาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา โดยสังกัด วิทยาลัยนวัตกรรม

พ.ศ. 2561 มหาวิทยาลัยปทุมธานี ได้อนุมัติให้เปิดสอน หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัญฒนิต และ หลักสูตรปรัชญาคุุณยัฒนัฒนิตสาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา โดยสังกัดคณะสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

2. สาระของสาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา เนื้อหาสาระหรือองค์ความรู้ที่สำคัญ เพื่อนำไปจัดการ เรียนการสอน โดยจัดตามระบบ โครงสร้างหลักสูตร โดยแบ่งได้เป็นความรู้ที่จำเป็น หรือที่เรียกว่าพื้นฐาน ทั่วไไป (General Education) ความรู้เพื่อความสำเร็จวิชาญเฉพาะ (Major Subject) และความรู้ที่สนใจเฉพาะตัว ผู้เรียน (Elective Subject) โดยแต่ละสาระของความรู้ จะนำมาขยายความพอสังเขป ได้ดังนี้

2.1 ความรู้พื้นฐาน เป็นความรู้ที่เกี่ยวกับธาตุ พลังงาน ดิน น้ำ อากาศทรัพยากรธรรมชาติ มนุษย์ พืช สัตว์ ระบบนิเวศ การเปลี่ยนแปลง และผลกระทบต่อระบบ กำเนิดของโลก สิ่งมีชีวิต และไม่มีชีวิต สารพิษ และผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ฤดูกาล การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมและผลกระทบ วัฏจักรของ ธาตุพลังงาน สิ่งมีชีวิตและไม่มีชีวิตกฎของธาตุและพลังงาน ประเพณี กฎหมาย และสิ่งแวดล้อมทางสังคม วัฒนธรรม ประเพณีศาสนา กฎหมาย ค่านิยม ระเบียบ ข้อบังคับ จริยธรรมการเรียนรู้ของมนุษย์และคุณภาพ ชีวิต

2.2 ความเชี่ยวชาญเฉพาะ เป็นความรู้เกี่ยวกับหลักสูตรและการสอน การสื่อสาร การ บริหารการจัดการ นวัตกรรมและกิจกรรมการเรียนรู้ การวิจัย การวัดผลประเมินผล การเรียนรู้ การพัฒนา คุณภาพชีวิต การพัฒนาชุมชน เศรษฐกิจพอเพียง การพัฒนาที่ยั่งยืน การพัฒนาสภาพแวดล้อมขององค์กร

ของรัฐและเอกชน ผู้นำและภาวะผู้นำ การใช้ระบบสื่อสารเทคโนโลยีเพื่อการพัฒนาสังคม เศรษฐกิจ และการศึกษา

2.3 ความรู้ตามความสนใจวิชาเลือกเสรี เป็นความรู้ตามที่คุณเรียนสนใจและสนองความต้องการเฉพาะผู้เรียน อาจเลือกเรียนเพิ่มเติมจากกลุ่มวิชา ในข้อ 2.1 หรือ 2.2 หรือวิชาในสาขาวิชาอื่นหรือในสถาบันการศึกษาอื่น

3. กระบวนการเรียนและการวัดผลการเรียน การจัดการเรียนการสอนมีเป้าหมาย (Goal.) อยู่กับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือการดำรงตนที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม โดยมีจุดมุ่งหมาย (Objective) การให้ความรู้ ความคิด จิตพิสัย ความตระหนัก เจตคติ และสติปัญญา ให้เกิดการระเบิดภายในของบุคคล มวลชน วัฒนธรรม ประเพณี และลดการใช้ทรัพยากร ในการดำรงชีวิต และกระแสรักษาพัฒนาเศรษฐกิจ ให้อยู่ในดุลยภาพของสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ ที่เป็นวิกฤตการณ์สิ่งแวดล้อม รวมทั้งภัยพิบัติที่รุนแรงยิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่องตามหลักการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development) ดังนี้

3.1 กิจกรรมหรือนวัตกรรมการสอนแบบเสริมสร้างทักษะความคิดและการปฏิบัติ โดยผู้เรียนมีส่วนร่วมคิดร่วมทำและเรียนรู้ด้วยประสบการณ์ตรง ตามหลักพฤติกรรมนิยม (Behaviorism) และจิตนิยม (Intelligence)

3.2 การร่วมมือกับครอบครัว ชุมชน สถาบันทางศาสนา และป่าชุมชน ให้เกิดแรงกระเพื่อมเพื่อเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรม ประเพณี ร่วมกันส่งเสริม ปฏิบัติการ การพัฒนาอย่างยั่งยืน และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3.3 โรงเรียนและสถานศึกษา ต้องมีนโยบายในการบริหารการศึกษา โดยร่วมมือกับชุมชน และองค์กรต่างๆในชุมชน เป้าหมายเพื่อให้บุคลากร นักเรียน นักศึกษา มีความคิดกว้าง และมองการณ์ไกล รับผิดชอบต่อวิกฤตการณ์สิ่งแวดล้อม ป้องกันภัยพิบัติธรรมชาติ และมีความพร้อมที่จะเผชิญภัยธรรมชาติในทุกรูปแบบอย่างเหมาะสม

3.4 เยาวชน ประชาชน และชุมชน ต้องสร้างและเลือกสรรการดำรงชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม ตามโอกาสของคนที่มิ ด้วยการสร้างเสริมสุขภาพร่างกาย จิตใจ ที่เอื้อเพื่อ เกื้อกูลต่อบุคคลอื่น ขณะเดียวกัน ประชาชน เยาวชน ต้องกล้าและยินดีที่จะเป็นผู้นำ ที่เป็นแบบอย่างแก่ผู้อื่น ห่วงใยต่อเพื่อนมนุษย์และมีคุณภาพชีวิตที่พึงประสงค์

3.5 การวัดและประเมินผลการเรียนรู้ ด้วยการวัดผลที่พัฒนาผู้เรียนด้านความรู้ ความจำ การคิดวิเคราะห์ และพฤติกรรมเกี่ยวกับจริยธรรมสิ่งแวดล้อม การประพฤติปฏิบัติที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ชีวภาพ ครอบครั้ว ที่พักอาศัยตลอดจนบุคลิกภาพที่เหมาะสม กับการเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม และทุกสรรพสิ่ง ที่อาศัยอยู่ในโลกใบเดียวกัน

4. ศัพท์ที่สำคัญที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมศึกษา การใช้เอกสารคำศัพท์ที่บัญญัติโดยราชบัณฑิต ที่มีเรื่องราวใหม่ๆ เข้ามา โดยยังไม่มีอยู่ในบรรณานุกรม ควรจะได้ทบทวนคำศัพท์ทั้งหลายที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน ที่สามารถอธิบายให้กับประชาชนผู้เรียน ได้อย่างชัดเจน

4.1 การศึกษาสิ่งแวดล้อม (Environmental Study) หมายถึง การศึกษาเรื่องราวเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมทุกชนิด ทั้งสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ชีวภาพ สังคม วัฒนธรรมประเพณี ค่านิยม ศาสนา ความเชื่อ ระเบียบ ข้อบังคับ กฎหมาย รวมทั้งสิ่งแวดล้อมโดยรอบทั้งสิ่งมีชีวิตและไม่มีชีวิต ทั้งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม

4.2 สิ่งแวดล้อมศึกษา (Environmental Education) หมายถึง วิธีปฏิบัติในการศึกษา เรื่องราว สาระ ทางสิ่งแวดล้อม ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม และกระบวนการเรียน ที่ก่อให้เกิดความรู้ ความตระหนัก สติปัญญา และการปฏิบัติที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม

4.3 การจัดการสิ่งแวดล้อม (Environmental Management) เป็นการศึกษาเกี่ยวกับ การบริหารจัดการ การดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อม และผลกระทบที่มีต่อคุณภาพทางสิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิต ทั้งที่เป็นการป้องกันและแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อม โดยมาตรการทางวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และมาตรการทางสังคม

4.4 วิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม (Environmental Science) การเรียนรู้สาระเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมทางด้านกายภาพ ชีวภาพ สิ่งมีชีวิตและไม่มีชีวิต และเทคโนโลยีที่นำมาใช้ในการป้องกันแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อม

4.5 วิทยาศาสตร์ศึกษา (Science Education) เป็นการเรียนรู้วิทยาการทางวิทยาศาสตร์และกระบวนการเรียนการสอนที่ก่อให้เกิดความรู้และสติปัญญา นำไปใช้ประโยชน์ต่อมนุษย์ในด้านต่างๆ

สิ่งแวดล้อมกับมนุษย์

มนุษย์ พืช สัตว์ และทุกสรรพสิ่ง ยังจะต้องดำเนินต่อไปด้วย สุข ทุกข์ ความชอบ ไม่ชอบ และแม้แต่จะไม่มีชีวิตต่อไปแล้ว ชาติ และอนุของชาติต่างๆ ที่ประกอบเป็นร่างกาย ก็ยังดำรงอยู่ในวัฏจักรบนโลกใบนี้ ถึงแม้ในอนาคตอาจค้นพบโลกใหม่ในจักรวาล ที่มีสิ่งมีชีวิตอาศัยอยู่และสามารถให้มนุษย์ไปอยู่อาศัยได้ก็ตาม ก็ยังเป็นเรื่องของอนาคต ที่ยังไม่ถึง แม้ปัจจุบัน อาจจะมีวิทยาการที่สามารถสร้างมนุษย์และสิ่งมีชีวิตอื่นขึ้นมาได้ก็ตาม แต่โลกก็เต็มไปด้วยสภาพทางกาย แต่ไม่มีจิตวิญญาณ อาจสร้างความหายนะให้กับโลก และมวลมนุษยชาติ

จริยธรรม ศิลธรรม และจิตวิญญาณ ยังเป็นความรู้ขั้นสูง ที่ไม่สามารถอธิบายได้โดยวิทยาศาสตร์ แต่ต้องยอมรับว่า เป็นสาระความรู้สำคัญ ที่บุคคลทั่วไปยังเข้าใจไม่ถึง

แนะนำหนังสือ

รองศาสตราจารย์ ดร.วินัย วีระวัฒนานนท์

1. สิ่งแวดล้อมศึกษา. (2530). โอเดียนสโตร์. พิมพ์ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2530, 204 หน้า เป็นตำราสิ่งแวดล้อมศึกษา ที่ประกอบด้วยทฤษฎีและหลักการสำคัญพื้นฐานความรู้เกี่ยวกับสถานะแวดล้อมทางธรรมชาติและ การจัดการสอนตามกระบวนการเรียนรู้และการประเมินผลการเรียน
2. สิ่งแวดล้อมศึกษา (ฉบับปรับปรุง) พิมพ์ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546 จำนวน 236 หน้า เป็นตำราสิ่งแวดล้อมศึกษาปรับปรุงใหม่ ประกอบด้วยสาระของเนื้อหาโดยย่อ แต่ละบทมีความสำคัญของการเรียนรู้สิ่งแวดล้อม และพัฒนาการของสิ่งแวดล้อมศึกษาปรัชญา จิต วิญญาณ หลักสูตรนวัตกรรมการสอน และการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม
3. สิ่งแวดล้อมศึกษาในยุคโลกไร้พรมแดน พิมพ์ที่ พิษณุโลกคอตคอม พิมพ์ครั้งที่ 2 พ.ศ.2555 จำนวน 188 หน้า เป็นเนื้อหากำเนิดสิ่งแวดล้อมโลก สิ่งมีชีวิตสู่ยุควิฤตสิ่งแวดล้อมโลกไร้พรมแดน สภาพการของมนุษย์ การพัฒนาที่ยั่งยืน การศึกษาหลักสูตรและการเจริญสติ และการพัฒนาปัญญา
4. สิ่งแวดล้อมและการพัฒนาปัญญาสถาบันการพัฒนา สาธารณสุขอาเซียน พิมพ์ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2541 จำนวน 222 หน้า เนื้อหาสิ่งแวดล้อมกับชีวิต สภาพการของมนุษย์การพัฒนาที่มีผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อม การพัฒนาเศรษฐกิจอุตสาหกรรมเทคโนโลยีและการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมของมนุษย์ ไปสู่การพัฒนาที่ไม่ยั่งยืน
5. สิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม การย้อนอดีตรากหญ้าสู่ภาวะโลกร้อน โอเดียนสโตร์พิมพ์ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2553 จำนวน 116 หน้า สภาพแวดล้อมของชุมชนบางปะหันจังหวัดพระนครศรีอยุธยา วิถีชีวิตดั้งเดิมของครอบครัว การละเล่นของเด็ก ประเพณีท้องถิ่น ภาวะโลกร้อน ผลกระทบการพัฒนาเทคโนโลยีและการเน่าเสียของลำน้ำลพบุรี
6. เอกถัักษณ์ทางวัฒนธรรมที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม การเจริญสติและพัฒนาปัญญา เป็นหนังสือคู่มือหลักการเจริญสติและการทำสมาธิปฏิบัติ การลงมือปฏิบัติเข้าสู่ภาวะการเกิดปัญญา ความสุขและอานิสงส์ของการเจริญสติ
7. ชีวิตและงานครูวินัย วีระวัฒนานนท์ พิมพ์ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2549 พิมพ์ครั้งที่ 2 พ.ศ.2551 และ พิมพ์ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2555



Building Sustainable Environment