



กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

HPC10Journal

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

Regional Health Promotion Center 10 Journal

ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม-มิถุนายน 2565



Vol. 10 No.1 January-June 2022

ISSN 2774-1362 (Online)

3 อ. 2 ส. 1 ข.
รหัสป้องกันโรค

อ. อาหาร
รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสหวานมัน เค็ม มากเกินไป

อ. ออกกำลังกาย
เคลื่อนไหวร่างกาย และออกกำลังกายเป็นประจำ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน วันละ 30 นาที

อ. อารมณ์
มีการจัดการกับอารมณ์ ฝึกสมาธิ และผ่อนคลายความเครียด เช่น ฟังเพลง ทำงานอดิเรก พบปะเพื่อน

ส. ไม่สูบบุหรี่
ลด ละ เลิก การสูบบุหรี่ เพราะเป็นอันตรายทั้งต่อตนเองและผู้นรอบข้าง

ส. ไม่ดื่มสุรา
หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

ข. งดใช้ยาเสพติด
เพราะส่งผลต่อสุขภาพและอาจก่อให้เกิดโรคภัยต่าง ๆ

ข. งดใช้ยา
หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

VISION: วิสัยทัศน์

กรมอนามัยเป็นองค์กรหลักของประเทศในการอภิบาล* ระบบส่งเสริมสุขภาพและระบบอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อประชาชนสุขภาพดี

* ดูแล ปกป้อง ค้ำครอง

MISSION: พันธกิจ

ทำหน้าที่ในการสังเคราะห์ใช้ความรู้และดูภาพรวมเพื่อกำหนดนโยบายและออกแบบระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมโดยการประสานงานสร้างร่วมมือและกำกับดูแลเพื่อให้เกิดความรับผิดชอบต่อการทำงาน

วัฒนธรรมองค์กร กรมอนามัย

วัฒนธรรมที่เข้มแข็งหรืออ่อนแอซึ่งจะขึ้นอยู่กับระดับของการเห็นพ้องต้องกัน (ConsensusหรือAgreement)การยึดเหนี่ยวกัน(Cohesiveness)และการผูกพัน (Commitment) ของสมาชิกต่อวัฒนธรรมองค์กรนั้น ๆ

H	• Health Model : เป็นต้นแบบสุขภาพ
E	• Ethics : มีจริยธรรม
A	• Achievement : มุ่งผลสัมฤทธิ์
L	• Learning : เรียนรู้ร่วมกัน
T	• Trust : เคารพและเชื่อมั่น
H	• Harmony : เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

Regional Health Promotion Center 10 Journal



ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม-มิถุนายน 2565

Vol. 10 No.1 January-June 2022

ISSN 2774-1362 (Online)

■ วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัย นวัตกรรมด้านการสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพ การจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านโภชนาการ อาชีวอนามัย รวมทั้งงานวิจัยสาขาต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ของบุคลากรทั้งภายในและภายนอกศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

■ กำหนดการออกวารสาร: ออกปีละ 2 ฉบับ ได้แก่

- ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม – มิถุนายน
- ฉบับที่ 2 เดือน กรกฎาคม – ธันวาคม

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

Regional Health Promotion Center 10 Journal

คณะผู้จัดทำ

ที่ปรึกษา	นายแพทย์ปกรณ์ ตุงคะเสรีรักษ์ นายแพทย์ประวิ อ่ำพันธุ์	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี คณบดีวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก	ดร.กุลธิดา กุลประทีปปัญญา ดร.พรพักตร์ สุร่าไพนิธิพร ดร.ไพรินทร์ ยอดสุบัน ดร.อรรถพงษ์ ฤทธิพิศ ผศ.ดร.เมธีรัตน์ มั่นวงศ์ ผศ.ดร.นิยม จันทร์นวล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผู้ทรงคุณวุฒิภายใน	นางจุฬาร ธานี นางสาวมนฤดี แสงวงษ์ นางสาวรัชดาพร จันทบุตร นางสาวฐิติรัตน์ ภาวะสุทธิพงษ์ นางไฉไล ช่างดำ	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
บรรณาธิการ กองบรรณาธิการวิชาการ	ดร.กุลธิดา กุลประทีปปัญญา ดร.พรพักตร์ สุร่าไพนิธิพร ดร.ไพรินทร์ ยอดสุบัน ดร.อรรถพงษ์ ฤทธิพิศ ดร.เรืองอุไร อมรไชย ผศ.ดร.เมธีรัตน์ มั่นวงศ์ ผศ.ดร.นิยม จันทร์นวล	รองผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

Regional Health Promotion Center 10 Journal

คณะผู้จัดทำ

ผู้จัดทำ	นางจุฬาร ธานี	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
	นางสาวนภัชชล รอดเที่ยง	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
	นางอุมาพร สังข์ฤกษ์	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
	นายศตวรรษ ศรีพรหม	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
	นางสาวสุกานดา แก้วล้อมบึง	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
	นางสาวมณฑิ์ แสงวงษ์	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
	นายบุญเกิด เชื้อธรรม	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
	นางสาวรัชดาพร จันทบุตร	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
	นายอนุสรณ์ ส่องแสง	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
	นางปณิตดา เหมือนมาตย์	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
	นางสาวอนุธิดา บุญยีน	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
	นายชยกร พิมพานนท์	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
	ผู้ช่วยบรรณาธิการ	นางกัญญนัท ธิปโน
นางสาวฐิติรัตน์ ภาวะสุทธิพงษ์		ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
นางสาวศศิธร บุญสุข		ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
สำนักงาน	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 45 หมู่ 4 ถนนสถลมารค ตำบลธาตุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190	
	โทรศัพท์ 045-251267	
เว็บไซต์	https://hpc10.anamai.moph.go.th/th/journal-of-health-center-10	

ข้อกำหนดและคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ การเสนอผลงานตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี จัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของนักวิชาการ นักวิจัย ผู้ที่สนใจในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องในด้านสุขภาพ โดยเนื้อหา บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ในวารสารนี้ ถือเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนเท่านั้น ทางบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยเสมอไป กำหนดการออกวารสารปีละ 2 ฉบับ ได้แก่ ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม – มิถุนายน และฉบับที่ 2 เดือน กรกฎาคม – ธันวาคม รูปแบบ E-Book สามารถเข้าถึงได้ที่ Website: <https://hpc10.anamai.moph.go.th/th/journal-of-health-center-10>

การตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานีมีข้อกำหนดดังต่อไปนี้

1. เป็นผลงานวิชาการในสาขาส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม การสาธารณสุข หรือสาขาที่เกี่ยวข้องเขียนด้วยภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ
2. เป็นผลงานวิชาการที่ไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน หรือไม่อยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น
3. หากผลงานวิจัย มีการวิจัยในมนุษย์ (คน) หรือในสัตว์ทดลอง ผู้วิจัยต้องแนบหนังสือรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หรือในสัตว์ทดลองแล้วแต่กรณี โดยระบุหมายเลขหรือรหัสการรับรองลงในเนื้อหาในส่วนของ “การพิจารณาด้านจริยธรรม”
4. กองบรรณาธิการจะแจ้งผลการพิจารณาการลงตีพิมพ์ในวารสารภายหลังจากกองบรรณาธิการได้พิจารณาผลงานวิชาการในเบื้องต้นแล้ว
5. หากผลงานวิชาการใดได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ เจ้าของผลงานวิชาการจะต้องแก้ไขต้นฉบับให้เสร็จและส่งคืนกองบรรณาธิการภายในเวลาที่กำหนด มิฉะนั้น จะถือว่าสละสิทธิ์การตีพิมพ์

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ มีดังนี้

ประเภทบทความที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิจัย (Research article)
2. บทความพิเศษ (Special articles)
3. บทความปริทัศน์ (Review article)

การพิจารณาบทความ (Peer review process)

บทความที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์จะได้รับการพิจารณาและตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทางการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมหรือสาขาที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 2 ท่านต่อ 1 บทความ โดยมีการดำเนินการปกปิดแบบทางเดียว (Single blinded)

การเตรียมต้นฉบับบทความที่จะตีพิมพ์

1. พิมพ์ต้นฉบับด้วยโปรแกรมไมโครซอฟเวิร์ด (Microsoft word) โดยใช้อักษร TH SarabunPSK ขนาดและลักษณะอักษรกำหนดตามตารางที่ 1 ทั้งอักษรภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์หน้าเดียว 1 คอลัมน์ ระยะห่างบรรทัด 1 เท่า (Single space) การจัดแนวข้อความใช้กระจายแบบไทยและชิดซ้าย พิมพ์บนกระดาษสีขาวขนาดกระดาษ A4 โดยเว้นระยะขอบกระดาษ บน 2 ซม. ล่าง 3 ซม. ขวา 2.54 ซม. และซ้าย 3 ซม. รวมอ้างอิงต้องไม่เกินจำนวนตามที่กำหนดของแต่ละประเภทบทความ และการใช้ภาษาอังกฤษในเนื้อหาให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะ และอักษรตัวแรก

2. ข้อกำหนดของบทความที่จะตีพิมพ์

2.1 บทความวิจัย (Research article) เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้าวิจัยของผู้เขียน ซึ่งไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่น เนื้อหารวมเอกสารอ้างอิงจำนวน 10-20 หน้า ควรประกอบด้วยหัวเรื่องตามลำดับต่อไปนี้

ชื่อเรื่อง (Title) ต้องระบุทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ความยาวไม่ควรเกิน 120 ตัวอักษร

ชื่อผู้เขียน (Author name) ต้องระบุชื่อผู้เขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษไม่ใส่ยศ หรือตำแหน่งวิชาการ ในกรณีที่ผู้เขียนมากกว่า 1 คนให้เรียงชื่อตามลำดับตามการมีส่วนร่วม โดยให้ใส่เครื่องหมาย ^{1,2} ตามลำดับ พร้อมทั้งระบุหน่วยงานสังกัดของผู้เขียนทุกคนขณะทำการวิจัย และ สำหรับผู้รับผิดชอบหลักบทความ (Corresponding author) ให้ระบุ e-mail ด้วย นำดอกจันทร์ (*) ไปต่อคำสำคัญส่วนท้ายกระดาษ

บทคัดย่อ (Abstract) เขียนเนื้อหาของบทความได้แก่ ความสำคัญ วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ โดยใช้ภาษาที่เหมาะสมและสื่อความหมายได้ชัดเจนอย่างกระชับ เขียนแยกภาษาในภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยบทคัดย่อภาษาไทยไม่ควรเกิน 350 คำ และบทคัดย่อภาษาอังกฤษไม่ควรเกิน 350 คำ

คำสำคัญ (Keywords) ระบุคำแต่ละภาษารวมจำนวนไม่ควรเกิน 5 คำ เรียงลำดับตามอักษร

เนื้อหาของบทความวิจัย ประกอบด้วย

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัตถุประสงค์การวิจัย

คำถามการวิจัย/สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย (ถ้ามี)

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การพิจารณาด้านจริยธรรม (ถ้ามี)

ผลการวิจัย

การอภิปรายผล

ข้อเสนอแนะ

เอกสารอ้างอิง

รายละเอียดดังนี้

ชื่อเรื่อง ควรสั้นกะทัดรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน ภาษาไทย (ไม่ใช่คำย่อ) และสถาบันที่ทำงานอยู่

บทคัดย่อ คือการย่อเนื้อหาสำคัญเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขสถิติเฉพาะที่สำคัญ เขียนเป็นภาษาไทยร้อยแก้ว ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ ไม่แบ่งเป็นข้อ ๆ โดยให้ครอบคลุมถึงวัตถุประสงค์ วิธีการ ผลการศึกษา วิเคราะห์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย การศึกษาค้นคว้า ที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

ผลการวิจัย อธิบายผลที่ได้จากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานข้อมูลอย่างเป็นระบบ พร้อมแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์ แล้วสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

การอภิปรายผล ควรเขียนอภิปรายผลว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎี หรือผลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

สรุป (ถ้ามี) ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัยอย่างสั้น ๆ รวมทั้งผลการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น)

ข้อเสนอแนะ ข้อเสนอที่อาจนำผลการวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะ ประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้ สำหรับการวิจัยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง
2. การอ้างอิงเอกสาร ให้ใช้ระบบการอ้างอิงแบบตัวเลข (The numerical arrangement system) ตามระบบแวนคูเวอร์ คือ ใส่ตัวเลขยกกำกับไว้ท้ายข้อความหรือชื่อบุคคลที่อ้างถึงข้อความในบทความ โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงเอกสารซ้ำ ให้ใช้หมายเลขเดิม

2.2 บทความพิเศษ (Special articles) ได้แก่ บทความวิชาการ ถอดบทเรียน เรื่องที่กำลังเป็นที่สนใจของมวลชนเป็นพิเศษ เกี่ยวข้องในด้านการแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกรรม พยาบาล วิทยาศาสตร์การแพทย์ สาธารณสุข ที่เป็นด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ลักษณะใช้การวิเคราะห์และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียน สังกัด บทนำ (Introduction) เนื้อหา (Content) สรุปผล (Conclusions) เอกสารอ้างอิง แบบ Vancouver ความยาวไม่เกิน 15 หน้าพิมพ์

2.3 บทความปริทัศน์ (Review article) ได้แก่ บทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยนำมาเรียบเรียงและวิเคราะห์รวมถึงวิจารณ์เพื่อให้เกิดความเข้าใจในเรื่องนั้นยิ่งขึ้น ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียน สังกัด บทนำ (Introduction) เนื้อหา (Content) สรุปผล (Conclusions) เอกสารอ้างอิง แบบ Vancouver ความยาวไม่เกิน 5 หน้าพิมพ์

ตารางที่ 1 ขนาดและลักษณะของตัวอักษร TH SarabunPSK สำหรับบทความตีพิมพ์

ส่วนประกอบ	ขนาด	ลักษณะ	ส่วนประกอบ	ขนาด	ลักษณะ
ชื่อเรื่อง	16	ตัวหนา/กึ่งกลาง	คำสำคัญ	16	ตัวปกติ
ชื่อผู้เขียน	14	ตัวปกติ/ชิดขวา	หัวข้อหลัก	16	ตัวหนา
สังกัด	12	ตัวปกติ/*ชิดซ้าย	หัวข้อรอง	16	ตัวหนา
e-mail	12	ตัวปกติ/*ชิดซ้าย	เนื้อหา	16	ตัวปกติ
บทคัดย่อ	16	ตัวปกติ	เอกสารอ้างอิง	16	ตัวปกติ

3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

3.1 ผู้เขียนต้องรับผิดชอบความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง และเอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 10 ปี ยกเว้นหนังสือ ตำรา บางประเภทที่เป็นทฤษฎีหรือปรัชญา

3.2 การอ้างอิงเอกสาร ให้ใช้การอ้างอิงแบบระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style)

3.2.1 การอ้างอิงแบบแทรกในเนื้อหา ระบบแวนคูเวอร์ การอ้างอิงจะเขียนตามหลังข้อความหรือชื่อเจ้าของบทความ หน่วยงาน รวมถึงองค์กร ที่ได้มีการอ้างอิงจะใส่ตัวเลขอารบิกในวงเล็บ ต่อท้ายและเป็นตัวยกโดยจะเริ่มต้นด้วยหมายเลข [1] ในการอ้างอิงอันดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับที่ได้มีการอ้างอิงไว้ สำหรับกรณีการอ้างอิงซ้ำ เลขการอ้างอิงให้ใช้เลขลำดับเดิมที่ได้ระบุไว้ ส่วนการอ้างอิงท้ายบทความนั้น จะจัดเรียงตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิงที่ได้ระบุไว้ในเนื้อหาของบทความ ตัวอย่างกรมนามย¹ กล่าวว่า

3.2.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

หมายเลข. ชื่อผู้แต่ง(Author). ชื่อหนังสือ(Title of the book). ครั้งที่พิมพ์(Edition). เมืองที่พิมพ์(Place of Publication): สำนักพิมพ์(Publisher); ปี(Year).

Number. Author(s). Title of the book. Edition. Place of Publication: Publisher; Year.

ตัวอย่าง

1. รังสรรค์ ปัญญาัญญะ. โรคติดเชื้อของระบบประสาทกลางในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2536.
2. Chalernvanichakorn T, Sithisarankul P, Hiransuthikul N. Shift work and type 2 diabetic patients' health.J Med AssocThai2008;91:1093-6

3.2.3 การอ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ใน : ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ ครั้งที่พิมพ์.

เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์ ; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย

ตัวอย่าง

1. ประสงค์ ตูจันดา. บทนำและประวัติทางการแพทย์เกี่ยวกับทารกแรกเกิด. ใน: ประพุทธ ศิริปัญญา อรุพล บุญประกอบ. บรรณาธิการ. ทารกแรกเกิด พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2533. หน้า 1-6.
2. Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

3.2.4 การอ้างอิงบทความในวารสาร

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์;เล่มที่ของวารสาร:หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. Kane RA, Kane RL. Effect of genetic testing for risk of Alzheimer's disease. N Engl J Med 2009;361:298-9.
2. จริญญา เลิศอรรมยมนิ, เอมอร รักษมณี, อนุพันธ์ ตันตวิวงศ์, กรุณา บุญสุข, อิงพร นิลประดับ, พุฒชีพรรณี วรภิโจภาคาร, และคณะ. ความเสี่ยงและประสิทธิผลของการผ่าตัดต่อมลูกหมาก. จดหมายเหตุทางแพทย์ 2545;85:1288-95.

3.2.5 ตัวอย่างการอ้างอิงอื่นๆ

บทความที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน ให้ใส่ชื่อหน่วยงาน/สถาบันในส่วนที่เป็นชื่อผู้แต่ง

1. Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington: The Institute; 1992.
2. สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทยสภาสาร 2538;24:190-204.

วิทยานิพนธ์ :

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา. จำนวนหน้า.

1. สมภพ บุญทิม. ผลทางไซโตเจเนติกของสารคดี จากไพล (Zingiber cassumunar Roxb.) ต่อโครโมโซมของมนุษย์ที่เตรียมจากลิมโฟซัยที่เพาะเลี้ยง. [วิทยานิพนธ์] เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2533. 75หน้า.
2. Cairina RB. Infrared spectroscopic studies of solid oxygen [Dissertation]. Berkeley, University of California; 1995. 156p.

อ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์

หมายเลข. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [อินเทอร์เน็ต]. ปี [เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี]; ปีที่(ฉบับที่): เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้ายของบทความ.เข้าถึงได้จาก: <http://>

1. นวลลอบ จุลพัปสาสน์. แบบแผนการเขียนเอกสารอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (The Vancouver Style) [อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ท.). [เข้าถึงเมื่อ 18 เม.ย. 2546]. เข้าถึงได้จาก <http://www.medicine.cmu.ac.th/secret/edserv/journal/vancouver.htm>
2. Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier—Dickey-Wicker in court. N Engl J Med [Internet]. 2010 [cited 2011 Jun 15];363:1687-9. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1010466>

3..2.6 หลักการอ้างอิงชื่อผู้แต่ง

1) ผู้แต่งชาวต่างประเทศ ให้ลงชื่อสกุล ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลาง (ถ้ามี) และใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นชื่อสกุลและอักษรย่อของชื่อต้นกับชื่อกลาง เช่น Reynolds, F.E.

2) ผู้แต่งชาวไทย ให้ลงชื่อก่อน แล้วตามด้วยนามสกุล เช่น เปลื้อง ณ นคร ในกรณีที่เขียนเอกสารเป็นภาษาต่างประเทศ อาจใช้แนวทางเดียวกันกับผู้แต่งชาวต่างประเทศได้

3) ผู้แต่งชาวไทยมีฐานันดรศักดิ์ บรรดาศักดิ์ ให้พิมพ์ชื่อ ตามด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และฐานันดรศักดิ์หรือบรรดาศักดิ์ เช่น ธรรมศักดิ์มนตรี, เจ้าพระยา ไม่ใส่ยศทางทหาร ตำรวจ หรือตำแหน่งทางวิชาการ/วิชาชีพ

4) ผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ลงชื่อผู้แต่งทุกคน คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) โดยใช้คำว่า “และ” (สำหรับภาษาไทย) และคำว่า “,and” (สำหรับภาษาอังกฤษ) ก่อนชื่อผู้แต่งคนสุดท้าย

5) ผู้แต่ง 7 คน ขึ้น ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) แล้วตามด้วย และคณะ (สำหรับภาษาไทย) หรือ et al.(สำหรับภาษาอังกฤษ)

6) ผู้แต่งเป็นสถาบัน ให้เขียนกลับคำนำหน้า ถ้าเป็นหน่วยงานรัฐบาล อย่างน้อยต้องอ้างถึงระดับกรม และอ้างถึงหน่วยงานระดับสูงก่อน เช่น สาธารณสุข, กระทรวง. กรมควบคุมโรค.

7) ถ้าเป็นหนังสือที่มีบรรณาธิการ และผู้อ้างอิงต้องการอ้างถึงหนังสือทั้งเล่ม ให้เขียนชื่อบรรณาธิการแทนผู้แต่ง และใส่คำว่า “บรรณาธิการ” (สำหรับภาษาไทย) และคำว่า “ed.” หรือ “eds.” แล้วแต่กรณี (สำหรับภาษาต่างประเทศ) เช่น ตีรณ พงศ์มชีพวัฒน์ และจารุมา อึ้งกุล, บรรณาธิการ. หรือ Forbes, S. M., ed.

4. การส่งบทความต้นฉบับ

4.1 ส่งในรูปแบบเอกสารพิมพ์ขนาด A4 พร้อมไฟล์ผลงาน Microsoft word 1 ชุด

4.2 ภาพประกอบ หากเป็นภาพลายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษขาว หากเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์ หรือภาพสีขนาดโปสการ์ด การเขียนคำอธิบายภาพให้เขียนแยกต่างหาก ไม่เขียนลงในภาพ และกำกับหมายเลขของภาพประกอบ เพื่อการจัดเรียงพิมพ์ที่ถูกต้อง

4.3 การส่งบทความต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ ให้ส่งต้นฉบับ พร้อมใบนำส่งหรือหนังสือราชการส่งผลงานตีพิมพ์ ระบุที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ของผู้รับผิดชอบหลัก โดยส่งเอกสารด้วยตนเอง หรือ ทางไปรษณีย์ตามที่อยู่ กองบรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี พร้อมส่งไฟล์ บทความต้นฉบับประเภทไฟล์ Microsoft word และไฟล์ภาพประกอบ(ถ้ามี) ผ่านระบบออนไลน์ ที่

<https://forms.gle/iC4WBJWvRCRehofC8> หรือ สแกน QR code ต่อไปนี้



ที่อยู่กองบรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

กองบรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
เลขที่ 45 ถนนสถลมารค หมู่ 4 ตำบลธาตุ
อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190
โทรศัพท์ 045-251-267
Email: research.hpc10@gmail.com

การติดต่อสอบถามรายละเอียด

1. กองบรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
นางกัญญาณี ธิปินโน
โทรศัพท์: 045-251-267 โทรศัพท์มือถือ 063-313-5363
2. ผู้ช่วยกองบรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
นางสาวฐิติรัตน์ ภาวะสุทธิพงษ์
โทรศัพท์: 045-251-267 โทรศัพท์มือถือ 082-992-2896
3. ผู้ช่วยกองบรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
นางสาวศศิธร บุญสุข
โทรศัพท์: 045-251-267 โทรศัพท์มือถือ 084-984-2778

คำนิยาม

สวัสดีทุกท่าน กระผมนายปกรณ์ ตุงคะเสรีรักษ์ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี รู้สึกยินดีและขอบคุณ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ตลอดจน ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ที่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี

สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีนั้น เป็นเป้าหมายที่ 3 ใน 17 เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ซึ่งสหประชาชาติร่วมกันกำหนดขึ้น เป็นวาระการพัฒนา ระดับโลกที่ต้องบรรลุให้ได้ภายในปี 2030 และในธรรมนูญสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO) ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักที่ทำงานเกี่ยวกับระบบสุขภาพโลกนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2489 ได้นิยามว่าสุขภาพ (health) คือ สภาวะความเป็นอยู่ที่ดีทั้งทางกาย จิต และสังคม โดยมีได้จำกัดอยู่เพียงแค่การปราศจากโรคและความพิการ (health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of the disease and infirmity) ซึ่งเป็นนิยามที่ครอบคลุมใน 3 มิติสำคัญของชีวิตมนุษย์ และได้เพิ่มเติมมิติอื่นๆ เข้ามา เช่น มิติทางสติปัญญา มิติทางอารมณ์ เป็นต้น ส่วนความเป็นอยู่ที่ดี (wellness) คือ ความสมดุลในทุกมิติของบุคคลหนึ่งๆ เรามีความเป็นอยู่ที่ดีได้เมื่อบุคคลดังกล่าวต้องการที่จะมีชีวิตที่สมดุลโดยเลือกทำสิ่งต่างๆ เพื่อให้เกิดสุขภาพที่สมบูรณ์ ความเป็นอยู่ที่ดีส่งผลโดยตรงกับสุขภาพโดยรวม

คำว่า สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี มักจะเขียนมาพร้อมกัน หรือใช้แทนกัน แต่ทั้งสองคำนี้ มีความหมายแตกต่างกันพอสมควร โดยสุขภาพ คือ เป้าหมาย ส่วนความเป็นอยู่ที่ดี คือ กระบวนการที่ทำให้ไปถึงเป้าหมาย สุขภาพดี คือ สภาวะที่ร่างกายปราศจากโรค ในขณะที่ความเป็นอยู่ที่ดี คือ ความสมดุลในทุกมิติ

วารสารฉบับนี้ กระผมคิดว่าเป็นเวทีในการช่วยแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ด้านวิชาการส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชน เป็นอีกช่องทางหนึ่งที่ทำให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ตลอดจน ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน นำไปใช้ประโยชน์และเป็นแนวทางในการพัฒนางานได้

สุดท้ายนี้ กระผมขอเป็นกำลังใจให้ทุกท่านตั้งใจปฏิบัติหน้าที่ของตนเอง อย่างเต็มที่เต็มความสามารถ เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มวัย สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี

นายแพทย์ปกรณ์ ตุงคะเสรีรักษ์
ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
มิถุนายน 2565

บทบรรณาธิการ

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ฉบับนี้เป็นฉบับแรกของปีที่ 10 ที่ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ได้จัดทำขึ้นมาโดยตีพิมพ์ในรูปแบบออนไลน์ ตีพิมพ์ปีละ 2 ฉบับ มีหมายเลข ISSN 2774-1362 (Online) บทความทางวิชาการที่จะตีพิมพ์ในฉบับนี้มีทั้งหมด 5 เรื่อง โดยทุกบทความได้ผ่านกระบวนการประเมินและพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จึงเป็นการประกันคุณภาพของคุณภาพของบทความและความรู้ที่ได้ในวารสารฉบับนี้ ซึ่งในวารสารฉบับนี้มีบทความที่น่าสนใจเกี่ยวกับผลการใช้ยาหอมเทพจิตรและยาชิงในการลดความปวดกล้ามเนื้อของผู้รับบริการคลินิกแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงและบทความอื่นๆที่น่าสนใจอีกหลายบทความ

ในโอกาสนี้ทางวารสารขอเชิญชวนนักวิจัยและบุคคลทั่วไปที่มีความสนใจในการเผยแพร่ผลงานวิจัยบทความวิจัยและบทความพิเศษในด้านสาธารณสุขและอนามัยสิ่งแวดล้อมส่งผลงานตีพิมพ์กับวารสารได้ที่ Website: <https://hpc10.anamai.moph.go.th/th/journal-of-health-center-10> หรือ Email: research.hpc10@gmail.com

นางไฉไล ช่างดำ
บรรณาธิการ
มิถุนายน 2565

สารบัญ

ข้อกำหนดและคำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์	6
คำนิยาม	13
บทบรรณาธิการ	14
บทความวิจัย	
● ผลการใช้ยาหอมเทพจิตรและยาชิงในการช่วยลดความปวดกล้ามเนื้อของผู้รับบริการคลินิกแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก <i>กนกกรัศม์ จันทน์สุทธิประภา วรณวิไล ฤทธิเนื่อง</i>	17
● การประเมินผลการนำสื่อความรู้ของพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด(พระ อสว.) ไปใช้เพื่อจัดมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในวัดเขตสุขภาพที่ 10 <i>วรรณสิริ ปทุมวัน นวพรรษ พลสวัสดิ์</i>	30
● การรับรู้และความคิดเห็นของประชาชนต่อการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 <i>เทียมดาว ทองโกฏ นิยม จันทร์นวล ฐิติรัตน์ ภาวะสุทธิพงษ์ รุ่งนภา มุลตรีภักดิ์ อรุณรัตน์ กาลพันธ์</i>	45
● พฤติกรรมการออกกำลังกายของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 10 <i>อนุสรณ์ ส่องแสง วราภรณ์ จันทร์พราว ดิศพล บุบผาชาติ เต๋นดวงดี ศรีสุระ</i>	62
● ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง <i>ศรินภา สายชนะ ไทศรี ตรีผลพันธ์ุ ศรีลาวลัย เพิ่มทรัพย์</i>	84

บทความวิจัย

ผลการใช้ยาหอมเทพจิตรและยาขิงในการช่วยลดความปวดกล้ามเนื้อของผู้รับบริการคลินิกแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก

Results of herbal medicine “Yahom Theppachit and Ginger” in reducing muscle pain of clients of Thai Traditional Medicine and Alternative Medicine Clinic

กนกรงค์ จันทน์สุทธิประภา^{1*} Kranokras Jansudthiprapa^{1*}
วารณวิไล ฤทธิเนื่อง² Wanwilai Richuang²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาระยะกึ่งทดลองย้อนหลัง เพื่อศึกษาระดับความปวดกล้ามเนื้อก่อนและหลังรับบริการ และศึกษาผลของการใช้ยาหอมเทพจิตรและยาขิงในการลดความปวดของกล้ามเนื้อ ในกลุ่มผู้มารับบริการที่คลินิกแพทย์แผนไทยมา ในช่วงเวลา 1 กันยายน 2561 ถึง 25 มิถุนายน 2562 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 172 คน แบ่งกลุ่มเป็นใช้ยา 86 คน และ ไม่ใช้ยา 86 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบประเมินระดับความเจ็บปวด แบบซุกอาการเจ็บปวด และการตรวจร่างกาย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์การเปรียบเทียบระดับความปวดก่อนหลัง ด้วย Pair t- test

ผลการศึกษา: ผู้รับบริการ ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 76.7 อาชีพรับราชการ/พนักงานของรัฐ ร้อยละ 72.1 อายุเฉลี่ย 50.4 ปี สาเหตุการปวดคืออยู่ในท่าเดิมต่อเนื่องนานเกิน 1 ชั่วโมง ร้อยละ 65.1 ความเครียดเป็นประจำ ร้อยละ 41.3 มีอาการปวดที่หลังส่วนบน ไหล่ ต้นคอ สะบัก ร้อยละ 82.0 ปวดมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป ร้อยละ 57.0 ตรีธาตุผิดปกติ แบบผสม ร้อยละ 43.0 แบบวาตะ ร้อยละ 32.0 และแบบปิตตะ ร้อยละ 25.0 มารักษาต่อเนื่อง เฉลี่ย 3.8 ครั้ง รักษาด้วยนวดประคบเพียงอย่างเดียว ร้อยละ 50 นวดประคบร่วมกับใช้ยาหอมเทพจิตร ร้อยละ 26.7 นวดประคบร่วมกับใช้ยาขิง ร้อยละ 14 และนวดประคบร่วมกับใช้ยาทั้ง 2 ตัว ร้อยละ 9.3 ระดับความปวดกล้ามเนื้อก่อนและหลังการรักษาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

ข้อเสนอแนะ การให้บริการนวดประคบกลุ่มผู้รับบริการที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อที่สามารถนำแนวทางการวินิจฉัยของแพทย์แผนไทยมาช่วยเพื่อพิจารณาความผิดปกติของตรีธาตุ มาเป็นแนวทางในการรักษา และนำยาหอมเทพจิตรและยาขิงมาใช้ร่วมกันตามแนวทางการรักษาที่เหมาะสม กับทั้งการนัดผู้รับบริการให้มารับการติดตามติดต่อกันอย่างน้อย 5 ครั้งขึ้นไป จะช่วยลดความปวดกล้ามเนื้อได้ดีกว่าการนวดประคบเพียงอย่างเดียว ซึ่งเมื่อนำยาหอมเทพจิตรและยาขิงมาใช้ที่เหมาะสมช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาให้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ยาหอมเทพจิตรและยาขิง ลดความปวดกล้ามเนื้อ คลินิกแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก

¹เภสัชกรชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

²แพทย์แผนไทย ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

*ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: kanokrat99@yahoo.com

Abstract

This study was retrospective quasi experiment study to explore the level of muscle pain before and after receiving the service, and studied the effects of Yahom Theppachit and ginger pills on reducing muscle pain. Among those who come to the clinic, Thai traditional medicine. During 1 September 2018 to 25 June 2019. The sample was 172 people. The group was divided into 86 drug users and 86 non-drug users. Collect data with pain level assessments, Painful questioning, and physical examination. Analyze data using descriptive statistics, i.e. percentage, average, standard deviation, and use inferential statistics to analyze comparisons of before-after pain levels with a Pair t- test.

The results of the study: The majority of service recipients were female as 76.7 %, public service occupations/government employees as 72.1%, the median age was 50.4 years, The cause of the pain was staying in the same position for more than 1 hour as 65.1 %, stress as 41.3%. Pain in the upper back, shoulders, nape, shoulder blades, shoulder blades 82.0%, pain more than 6 months 57.0%. Three Doshas anomaly as mixed 43.0%, vata 32.0%, pitta 25.0%. The average treatment was 3.8 times. Treat with compress massage 50%, compress massage combination with Yahom Theppachit 26.7%, compress massage combination with ginger pills 14.0%, and compress massage with both drugs, 9.3 percent. The level of muscle pain before and after treatment decreases was statistically significant ($P < 0.001$).

Recommendations : The massage service is used for a group of patients with muscle pain who can use the diagnostic guidelines of Thai medicine to help determine Three Doshas disorders.as a guideline for treatment and to bring medicine. Yahom Theppachit and ginger come together according to the appropriate treatment guidelines with both the appointment of service recipients to treat continuously at least 5 times or more will help reduce muscle pain. better than the massage compress alone which when taking aromatic Theppachit and ginger pills used appropriately to improve the efficiency of treatment.

Keywords: Yahom Theppachit and ginger, Muscle pain relief, Thai traditional and alternative medicine clinic

¹ Pharmacist, Professional level of Regional health promotion center 10 ubonratchathani

² Thai Traditional Medicine of Regional health promotion center 10 ubonratchathani

* Corresponding Author Email: kanokrat99@yahoo.com

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากความเปลี่ยนแปลงทั้งด้านเศรษฐกิจ ส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพของประชาชนเกี่ยวข้องกับ ความเครียด ในการทำงาน โดยเฉพาะการทำงานที่ต้องนั่งนานๆ หรือ ยืนนานๆ การใช้คอมพิวเตอร์เป็น ประจำ และติดต่อกันเป็นเวลานาน ทำให้มีอาการปวดกล้ามเนื้อหลัง ปวดกล้ามเนื้อขา ปวดกล้ามเนื้อขา ปวดข้อและกระดูก ในต่างประเทศพบ ความชุกของโรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงาน ร้อยละ 29-75 ต่อปี และประเทศไทยพบความชุกของอาการปวดหลังส่วนล่างในกลุ่มอาชีพต่างๆ ร้อยละ 23-81 ต่อปี อาการปวดเหล่านี้ ก่อให้เกิดผลเสียต่อทั้งผู้ป่วย สังคม และเศรษฐกิจ ทำให้ผู้ป่วยต้อง ขาดเรียน หรือ ขาดงานเพิ่มขึ้น และมีคุณภาพชีวิตลดลง ครอบครัวขาดรายได้ ส่งผลให้มีรายจ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการไปพบ แพทย์เพื่อรักษาโรค มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ จากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติ ของไทย ปี พ.ศ. 2552 พบว่า โรคของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อส่งผลให้ประเทศไทยสูญเสียมูลค่าทางเศรษฐกิจ ประมาณ 11,000 ล้านบาทต่อปี หากสามารถลดความชุกของ การเกิดโรคนี้นี้ลงได้ ร้อยละ 10 ช่วยลดความ สูญเสียทางเศรษฐกิจได้ประมาณ 2,500 ล้านบาทต่อปี¹

ผู้รับบริการที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ ส่วนใหญ่อาการปวดกล้ามเนื้อมักจะสัมพันธ์กับการดึงตัวของ กล้ามเนื้อ การใช้งานที่มากกว่าปกติหรือได้รับบาดเจ็บของกล้ามเนื้อจากการเล่นกีฬาหรือการทำงาน ซึ่ง สถานะนี้จะไปกระตุ้นตัวรับความเจ็บปวด (nociceptive receptors) ให้เกิดการหลั่งสารก่อการอักเสบที่ สำคัญ เช่น prostaglandin E2 (PGE2) ให้เกิดกระบวนการอักเสบ คือ ปวด บวม แดง และร้อนตามมา เมื่อมีอาการดังกล่าว จำเป็นต้องรักษามีทั้งการชื้อยาแก้ปวดมาทาน เช่น ไบโคโลฟีแนค ที่เป็นกลุ่มยาที่นิยม ใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดอักเสบ กล้ามเนื้อ แต่การใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs ยังมีข้อจำกัดเนื่องจากทำให้เกิด อาการไม่พึงประสงค์ได้หลายประการ เช่น การเกิดแผลในกระเพาะอาหาร โรคหลอดเลือด หัวใจ การ กระทบการทำงานของไต และเกร็ดเลือด แม้ว่ายาในกลุ่ม NSAIDs จะมีข้อจำกัดเรื่องการเกิดอาการ ไม่พึงประสงค์ แต่ในปัจจุบันยังคงมีการใช้กลุ่มยานี้อย่างแพร่หลาย¹ และรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อด้วย การแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก² ร่วมกัน แต่การปวดกล้ามเนื้อจากการอักเสบของกล้ามเนื้อแล้ว ตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย กล่าวว่า ความเจ็บป่วยของกล้ามเนื้อยังเกิดจากความวิปริตแปรปรวนหรือ เสียสมดุลของธาตุทั้งสี่จากลักษณะเฉพาะตัวของแต่ละคน หรือเรียกว่า ธาตุเจ้าเรือนร่างกายของมนุษย์ ทั้ง สี่ คือ ดิน น้ำ ลม ไฟ ถ้าธาตุใดธาตุหนึ่งแปรปรวนจะนำไปสู่การแปรปรวนของธาตุอื่นๆ ของธาตุทั้ง 4 บุคคลนั้นจะมีปัญหาด้านสุขภาพทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับ โดยอาการเจ็บป่วยที่ ปรากฏจะแสดงอาการให้เห็นตามธาตุต่างๆ ได้แก่ อาการปวดเมื่อยตามร่างกายเทียบเคียงโรคในตำรา แพทย์แผนไทย เช่น โรคกระษัยเส้น (อาการปวดเมื่อยเป็นๆหายๆ ทรมาน) โรคในกองลม ลมเข้าเส้น ลม จับโปง(ข้อบวม) ธาตุลมพิการ ลมเข้าเส้น เส้นพิการ เป็นต้น³ และธนาการสาระคำ⁴ “การเสียสมดุลธาตุ” สอดคล้องแนวคิดชีววิทยาระบบไหลเวียน ธาตุลมควบคุมการเคลื่อนไหวทุกชนิด เช่น ลมพัดในกระเพาะ ลมหายใจเข้าและออกเทียบได้กับการไหลเวียนเลือด จะเห็นได้ว่า แนวคิดเรื่องธาตุสอดคล้องกับหลักทาง สรีรวิทยากายวิภาคศาสตร์และชีวเคมีโดยอาการปวดกล้ามเนื้อและอักเสบเรื้อรังต้องแก้ที่ระบบภายในด้วย (ขับลมในเส้น) คือ ระบบไหลเวียนที่ติดขัด การไหลเวียนเลือดลมที่ติดขัด ระบบเลือดที่ไหลเวียนไม่ดี ระบบ ลมที่คั่งค้าง ซึ่งหลักการทางแพทย์แผนไทยอาการปวดกล้ามเนื้อเป็นความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและ กระดูก มีการรักษาด้วยการนวดรักษาเน้นไปในทางเส้นเอ็น เส้นลมปราณ เพื่อกระตุ้นให้มีการเล่นหรือการ เดินของเลือดลม และการทำงานของกล้ามเนื้อระบบไหลเวียนเลือด ระบบประสาท และระบบต่างๆ ที่รวม เรียกว่า "เส้น" โดยจะเน้นรักษาเส้นที่เกิดอาการติดขัด หรือมีปัญหาส่วนที่ต่างๆ ที่ไม่มีการเจ็บป่วย ทำให้มี การไหลเวียนสะดวก และการใช้ยาสมุนไพรมาช่วยในการปรับสมดุลสุขภาพเดิม ยาที่นิยมใช้ในการขับลม

มีหลายชนิด ได้แก่ ใช้น้ำยาหอมเทพจิตรและยาขิง โดยยาหอมเทพจิตรช่วยแก้ลม ลดอาการหน้ามืด ตาลาย สวิงสวาย อาการที่รู้สึกใจหวิววิงเวียน คลื่นไส้ ตาพร่าจะเป็นลม ใจสั่น ส่วนยาขิง จะช่วยบรรเทาอาการ ท้องอืดขับลม แน่นจุกเสียด ยาสมุนไพรทั้ง 2 ชนิด ไม่ใช่ว่ารักษาอาการโดยตรงแต่เป็นยาที่ปรับสมดุลของ ธาตุ⁵

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ให้บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ตั้งแต่ปี 2558-2560 โดยมีการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs รวมกับการรักษา มีแนวโน้มการสั่งยาเพิ่มมากขึ้น คือ 48,458 เม็ด 49,198 เม็ด และ 45,619 เม็ด เป็นมูลค่า 163,000 บาท โดยเฉพาะยา Diclofenac และ Ibuprofen หลังสถานการณ์ดังกล่าวใน ปี พ.ศ. 2561 ได้นำการตรวจวินิจฉัยตรีธาตุมาช่วยในการรักษาเพื่อใช้ยาหอมเทพจิตรและยาขิง มาปรับสมดุลในร่างกายช่วยลดระดับความปวดกล้ามเนื้อในผู้รับบริการ ซึ่งจากการ ทบทวนผลการนำสมุนไพรมาช่วยในการรักษาเพื่อลดความปวดกล้ามเนื้อยังไม่พบมีผู้ศึกษามากโดยเฉพาะ การใช้ยาหอมเทพจิตรและยาขิง ส่วนใหญ่มีเพียงการศึกษาผลการรักษาด้วยความร้อนระหว่างแผ่นประคบ ร้อนและลูกประคบสมุนไพรไทยในผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างแบบไม่ทราบสาเหตุทั้งสองวิธีสามารถลด ความปวดได้ไม่แตกต่างกัน แต่ลูกประคบสมุนไพรไทยสามารถลดอัตราการเต้นของหัวใจได้ดีกว่าแผ่น ประคบร้อนสมุนไพรไทย และกลิ่นหอมของสมุนไพรไทยที่บรรจุในลูกประคบมีผลช่วยให้เกิดการผ่อนคลาย ความเครียดได้มากกว่าแผ่นประคบร้อน⁶ และการใช้สมุนไพรในรูปแบบของแผ่นประคบร้อนไพล ผิวมะกรูด ตะไคร้ ขมิ้นชัน ใบส้มป่อย เกลือแกง การบูร และพิมเสน สามารถถ่ายเทความร้อนไปยังบริเวณที่รักษาได้ดี ต้นทุนค่าใช้จ่ายการรักษาต่ำและผลข้างเคียงน้อย⁷ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลการใช้ยาหอมเทพ จิตรและยาขิง ซึ่งเป็นยาสมุนไพรในบัญชียาการยาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี มาใช้ในการช่วยลดความปวดกล้ามเนื้อของมาผู้รับบริการคลินิกแพทย์แผนไทยและแพทย์ ทางเลือก เพื่อเป็นแนวทางและข้อเสนอแนะให้กับผู้ปฏิบัติงาน ตลอดจนเป็นทางเลือกสำหรับผู้รับบริการใน การรักษาด้วยแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกต่อไป

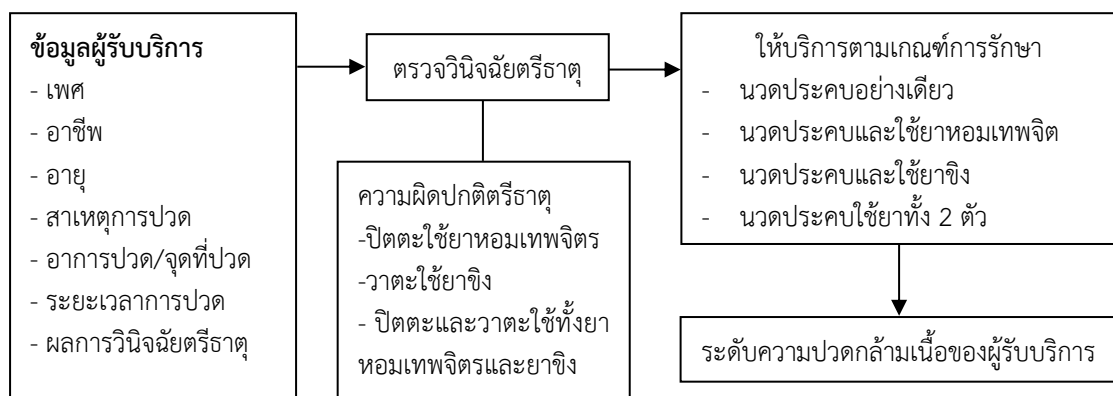
2. วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความปวดกล้ามเนื้อก่อนและหลัง ในผู้รับบริการคลินิกแพทย์แผนไทยและแพทย์ ทางเลือก
2. เพื่อศึกษาผลของยาหอมเทพจิตร และยาขิงในการลดความปวดของกล้ามเนื้อ

3. สมมติฐานการวิจัย

1. ระดับการปวดกล้ามเนื้อกลุ่มที่ใช้ยาหอมเทพจิตรหรือยาขิงดีกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้ได้ยา
2. การปวดกล้ามเนื้อหลังใช้ยาหอมเทพจิตรหรือยาขิงลดลงก่อนไม่ได้ใช้ยา

4. กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



5. วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลองโดยใช้ข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective Quasi experiment study)

5.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้มารับบริการคลินิกแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ในช่วงเวลา 1 กันยายน 2561 ถึง 25 มิถุนายน 2562

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเจาะจงโดยการนำข้อมูลของผู้มารับบริการนวดประคบอย่างเดียว จำนวน 86 คน และกลุ่มที่ได้รับการนวดประคบร่วมกับได้รับยาหอมเทพจิตร หรือยาชิง หรือใช้ยาทั้งสองตัวร่วมกัน จำนวน 86 คน รวมทั้งหมด จำนวน 172 คน

มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ดังนี้

1. เลือกข้อมูลเฉพาะผู้รับบริการที่มารับบริการคลินิกแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกทั้งหมด ที่มาในรับบริการในช่วงเวลาวันที่ 1 กันยายน 2561 ถึง 25 มิถุนายน 2562
2. เป็นผู้ที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อและไม่มีปัญหาตามข้อห้ามของการนวด ดังนี้
 - 2.1) มีไข้สูงเกิน 38.5 องศาเซลเซียส
 - 2.2) ไข้พิษ ไข้กาฬ อีสุกอีใส งูสวัด เริม
 - 2.3) โรคผิวหนัง
 - 2.4) โรคติดต่อ เช่น วัณโรค

และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา คือ

1. ผู้รับบริการที่ได้ยาแผนปัจจุบัน กลุ่มยาแก้ปวดที่มีในรพ. ในรูปแบบกิน หรือฉีด ได้แก่ Paracetamol, Arcoxia (Etoricoxib), Diclofenac, Ibuprofen, Norgestic (Paracetamol and Orphenadrine)
2. มีโรคประจำตัว ได้แก่ เก๊าท์ และรูมาตอยด์

ข้อจำกัดของการใช้ยาหอมเทพจิตรและยาชิง

เนื่องจากยาหอมเทพจิตรและยาชิง เป็นยาปรับสมดุล ทำให้ร่างกายอ่อนพอดิ การกินติดต่อกันอาจมีผลกระทบต่อธาตุได้ ดังนั้น ในวัยที่มีอายุระหว่าง 16-32 ปี เป็นวัยที่ต้องการพลังงาน ธาตุไฟต้องทำงานมากกว่าวัยอื่น จึงควรกินยาหอมเทพจิตรเมื่อมีอาการและต่อเนื่องกันประมาณ ไม่เกิน 2 สัปดาห์ หากอาการหายแล้วให้หยุดยา สำหรับคนที่วัยมากกว่า 32 ปี จัดเป็นปัจฉิมวัย ซึ่งมีการทำงานของธาตุลมไม่ดึ้นัก มักมีปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับธาตุลม โดยเฉพาะวัยสูงอายุ มากกว่า 60 ปี การกินยาหอม วันละ 2 ครั้ง ตอนเช้า และก่อนนอน จะช่วยให้ภาวะของลมดีขึ้น ทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรงขึ้น

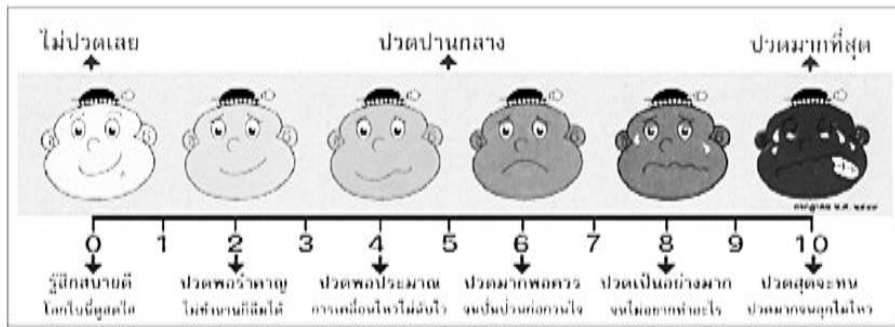
ข้อควรระวังสำหรับการใช้ยาหอม

ยาหอมเทพจิตรและยาชิงเป็นยาปรับสมดุลโดยเริ่มจากธาตุลม เพื่อไปกระตุ้นการทำงานของน้ำ และไฟ ทำให้มีการไหลเวียนสะดวก เผลอผลตามปกติ ซึ่งเป็นหลักวิธีคิดแบบองค์รวม ดังนั้น การใช้ยาหอมจะไม่ได้ให้ผลดีแบบทันทีทันควัน แต่จะทำให้สมดุลที่เบี่ยงเบนไป ค่อยๆปรับกลับสู่สภาพเดิม

ข้อควรระวังทั่วไปของยาหอม ระวังในคนที่เคยมีประวัติแพ้เกสรดอกไม้ ผู้ป่วยที่มีการใช้ยาต้านการจับตัวของเกร็ดเลือด เช่น แอสไพริน ต้องหลีกเลี่ยงการใช้ยาหอมติดต่อกันนานเกิน 1 เดือน เพราะจะเสริมฤทธิ์ ทำให้เลือดหยุดไหลยาก กรณีที่ใช้ยาหอมติดต่อกัน นานเกิน 1 เดือน หากต้องได้รับการผ่าตัด ต้องแจ้งแพทย์ เพื่อหยุดการใช้ยา

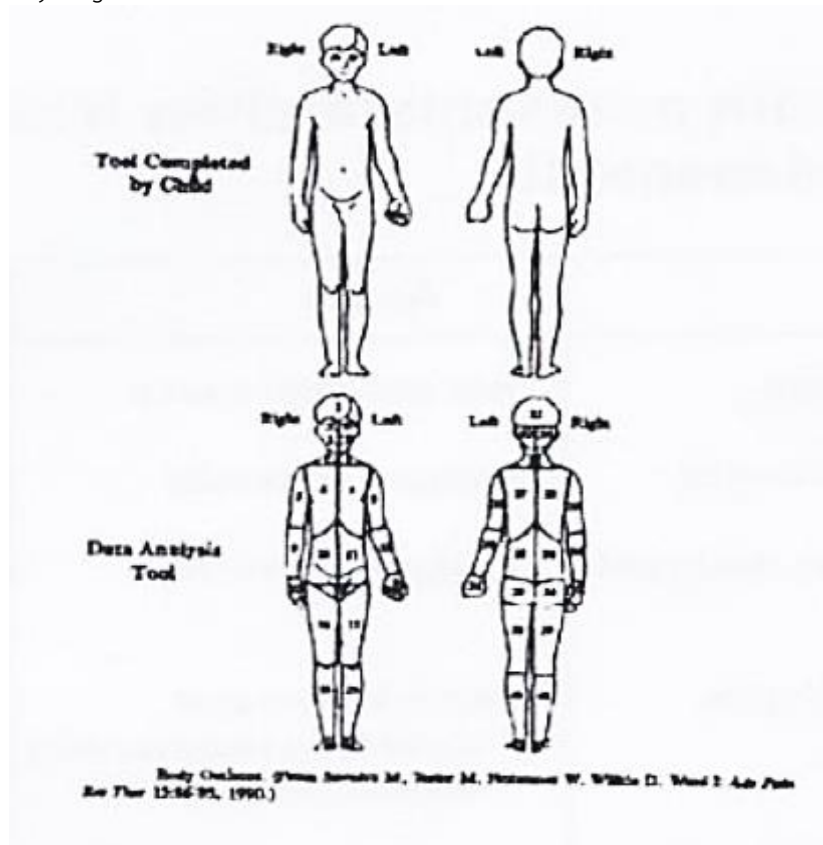
5.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- 1) ข้อมูลบันทึกการรักษาในโปรแกรม HOSxP โดยการดึงข้อมูลของผู้รับบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ได้แก่ เพศ อาชีพ อายุ สาเหตุ อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตประวัติ ครอบครัว ประวัติ จำนวนครั้งที่มารับบริการ การใช้ยาและไม่ใช้ยารักษาร่วมกับขนาดประคบ
- 2) แบบบันทึกการประเมินระดับความปวดกล้ามเนื้อก่อนและหลังรับบริการ เป็นแบบวัดระดับความปวด โดยให้คะแนนความเจ็บปวดแบบ facial scales ร่วมกับแบบ visual rating scales : VRS ดังนี้



ภาพที่ 1 การให้คะแนนความเจ็บปวดแบบ facial scales ร่วมกับแบบ visual rating scales:VRS

1. แบบบันทึกอาการเจ็บปวด ชักประวัติอาการสำคัญตำแหน่งที่ปวดแบบบอดีไดอะแกรม (bodydiagrams)



ภาพที่ 2 ตำแหน่งความปวดของกล้ามเนื้อแบบบอดีไดอะแกรม (bodydiagrams)

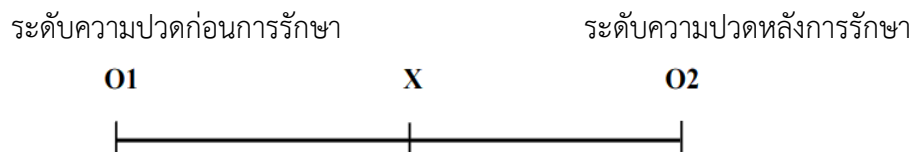
การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยร่วมกับแพทย์แผนไทยได้พัฒนาขึ้นโดยศึกษาค้นคว้าเอกสารข้อมูลทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งเครื่องมือที่ใช้ประเมินอาการปวดกล้ามเนื้อให้ผู้รับบริการประเมินความเจ็บปวดด้วยตนเองอาศัยพื้นฐานความเชื่อของลอคสโตน (Lockstone) ที่ว่าการประเมินความเจ็บปวดที่ดีที่สุด คือ การบอกเล่าของผู้รับบริการโดยให้ผู้รับบริการเป็นผู้บอกระดับความเจ็บปวดในขณะนั้นเป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับความรุนแรงและตำแหน่งของความเจ็บปวด

5.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้รับบริการที่ได้รับนัดประคบทั้งกลุ่มที่ใช้ยาและไม่ใช้ยาหอมเทพจิตร ยาขิง หรือ ใช้ยาทั้งสองตัวร่วมกัน คือ

- 1) เก็บข้อมูลก่อนให้บริการโดยใช้แบบบันทึกการรักษาและแบบสัมภาษณ์วัดระดับความเจ็บปวด (O1)
- 2) การวินิจฉัยความผิดปกติของตรี ธาตุแบบปิดตะ (ธาตุไฟหรือลมร้อน มีอาการปวดกล้ามเนื้อแข็งเป็นแผ่น สัมผัสเจอความร้อน) และแบบวาตะ (ธาตุลม หรือลมเย็น มีอาการปวดกล้ามเนื้อแข็งเป็นก้อน) เพื่อให้ยาที่เหมาะสมตามธาตุ ดังนี้

ความผิดปกติของตรีธาตุ	ใช้ยา/ไม่ใช้ยา
ปิดตะ	ยาหอมเทพจิตร
วาตะ	ยาขิง
ทั้งปิดตะและวาตะ	ทั้งยาหอมเทพจิตรและยาขิง

- 3) หากผู้รับบริการไม่สมัครใจใช้ยาจะให้บริการนัดประคบเพื่อการรักษาอย่างเดียว
- 4) เก็บข้อมูลหลังโดยใช้แบบบันทึกการรักษาและแบบสัมภาษณ์วัดระดับความเจ็บปวด (O2)



มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1) วางแผนเก็บรวบรวมข้อมูล เริ่มตั้งแต่การออกแบบการเก็บข้อมูล (Table Data) ของผู้รับบริการจากระบบ HOSxP ได้แก่ เพศ อาชีพ อายุ สาเหตุอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต จำนวนครั้ง ที่มารับบริการ การใช้ยาและไม่ใช้ยารักษา ร่วมกับหัตถการ หลังจากนั้นขอใช้ข้อมูล Secondary data จากระบบบันทึก ข้อมูลในระบบ HOSxP โดยขออนุญาตผู้บริหารเพื่อขอใช้ข้อมูลและค้นข้อมูลของผู้รับบริการคลินิกแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ในช่วงวันที่ 1 กันยายน 2561 - 25 มิถุนายน 2562 เลือกแบบเจาะจงคัดเลือกผู้มารับบริการตามเกณฑ์ คุณสมบัติตามที่กำหนด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ที่ใช้ยา จำนวน 86 คน และกลุ่มที่ไม่ใช้ยา จำนวน 86 คน รวม 172 คน

2) การเก็บข้อมูล ทั้งแบบ Secondary data จากระบบบันทึกข้อมูลในระบบ HOSxP และแบบบันทึกระดับความปวดกล้ามเนื้อก่อนและหลังการรักษาตามการวินิจฉัย และความสมัครใจในการรับยา โดยแพทย์แผนไทยเป็นผู้อธิบายระดับความปวดกล้ามเนื้อตามมาตรวัด พร้อมบันทึกการตรวจร่างกายหาจุดที่ปวดก่อนรับการรักษาซักประวัติอาการสำคัญ ตำแหน่งที่ปวด เป็นมากี่วัน ประวัติปัจจุบัน ได้แก่ ปวดร้าวไปที่ไหนบ้าง อาการชา/อ่อนแรง ช่วงเวลา ความถี่ในการปวด อาการร่วมอื่นๆ เคยรักษาด้วยวิธีการอะไรมาก่อนหรือไม่ การกิน รสอาหารที่กินเป็นประจำ การนอน การขับถ่าย ความเครียด ลักษณะการทำงาน และตรวจร่างกาย ตรวจดูความเย็น ร้อน อ่อน แข็ง บริเวณที่ปวด ตรวจดูความตึงตัวของข้อต่อ ตรวจชีพจรตรีธาตุ ลักษณะการพูด ตอบคำถาม เพื่อดูสภาวะธาตุ ดูท่า นั่ง ทำเดิน ด้วยแบบบอดีไดอาแกรม (body

diagrams) ซึ่งเก็บข้อมูลไว้ในแฟ้มเอกสารการรักษาในคลินิกแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก นำมาคัดเลือกข้อมูลตามเกณฑ์คุณสมบัติตามที่กำหนด

3) เมื่อได้ข้อมูลแล้ว นำข้อมูลที่มาตรวจสอบความถูกต้อง หากข้อมูลที่ได้มาไม่ครบถ้วนจะเข้าไปตรวจสอบอีกครั้ง หากไม่มีหรือไม่ครบถ้วนจะดำเนินการตัดข้อมูลชุดนั้นทิ้ง หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มา กำหนดค่าตัวแปรไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS นำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ มาประมวลผล สรุปผลและรายงานผล

5.4 การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis) ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมานเพื่อเปรียบเทียบระดับความปวดก่อนหลัง ด้วย Pair t- test

6. ผลการวิจัย

ผู้รับบริการ ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 76.7 อาชีพรับราชการ/พนักงานของรัฐ ร้อยละ 72.1 อายุเฉลี่ย 50.4 ปี (S.D.=11.22) มีสาเหตุการปวดมากที่สุด คือ อยู่ในท่าเดิมต่อเนื่องนานเกิน 1 ชั่วโมง ร้อยละ 65.1 ความเครียดเป็นประจำ ร้อยละ 41.3 และใช้คอมพิวเตอร์นานมากกว่า 4 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 32.6% ตามลำดับ อาการมามากที่สุด คือ ปวดหลังส่วนบน ไหล่ ต้นคอ สะบัก ร้อยละ 82.0 ปวดหลังส่วนล่าง เอว สะโพก ร้อยละ 40.7 และปวดขา เข่า ข้อเท้า เท้า ฝ่าเท้า ส้นเท้า ร้อยละ 29.7 มากกว่าครึ่งมีระยะเวลาปวดมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป ร้อยละ 57.0% ผลตรวจความผิดปกติตรวจพบมากผิดปกติแบบผสมร้อยละ 43.0 แบบวาดะ ร้อยละ 32.0 และแบบปิตตะ ร้อยละ 25.0 จำนวนครั้งที่มาต่อเนื่องเฉลี่ย 3.8 ครั้ง (S.D.=1.5) ระยะห่างมารักษาเฉลี่ยครั้งพบมา 1 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 38.4 มา 2 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 23.8% และมา 1 ครั้ง/2 สัปดาห์ ร้อยละ 12.8

การรับบริการรักษานวดประคบเพียงอย่างเดียว ร้อยละ 50 นวดประคบร่วมกับใช้ยาหอมเทพจิต ร้อยละ 26.7 นวดประคบร่วมกับใช้ยาขิง ร้อยละ 14 และนวดประคบร่วมกับใช้ยาทั้ง 2 ตัว ร้อยละ 9.3 เมื่อจำแนกระดับความปวดกล้ำเนื้อก่อนและหลังของผู้รับบริการตามการรักษา มีระดับความปวดกล้ำเนื้อก่อนหลังลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระดับความปวดกล้ำเนื้อของผู้รับบริการจำแนกตามการรักษาและจำนวนครั้งที่มา

การรักษาและจำนวนครั้งที่มา	คะแนนระดับความปวด		95% CI	p-value	
	กล้ำเนื้อ				
	ก่อน	หลัง			
นวดประคบอย่างเดียว					
ครั้งที่ 1 (n=86)	mean	5.62	3.20	21.74-2.66	< 0.001
	SD	1.90	1.80		
ครั้งที่ 2 (n=86)	mean	5.01	2.92	1.85-2.33	< 0.001
	SD	1.68	1.79		
ครั้งที่ 3 (n=57)	mean	3.30	3.90	1.77-2.43	< 0.001
	SD	0.71	0.53		
ครั้งที่ 4 (n=37)	mean	3.30	3.90	1.82-2.71	< 0.001
	SD	0.71	0.53		
ครั้งที่ 5 (n=19)	mean	3.30	3.90	1.46-2.53	< 0.001
	SD	0.71	0.53		

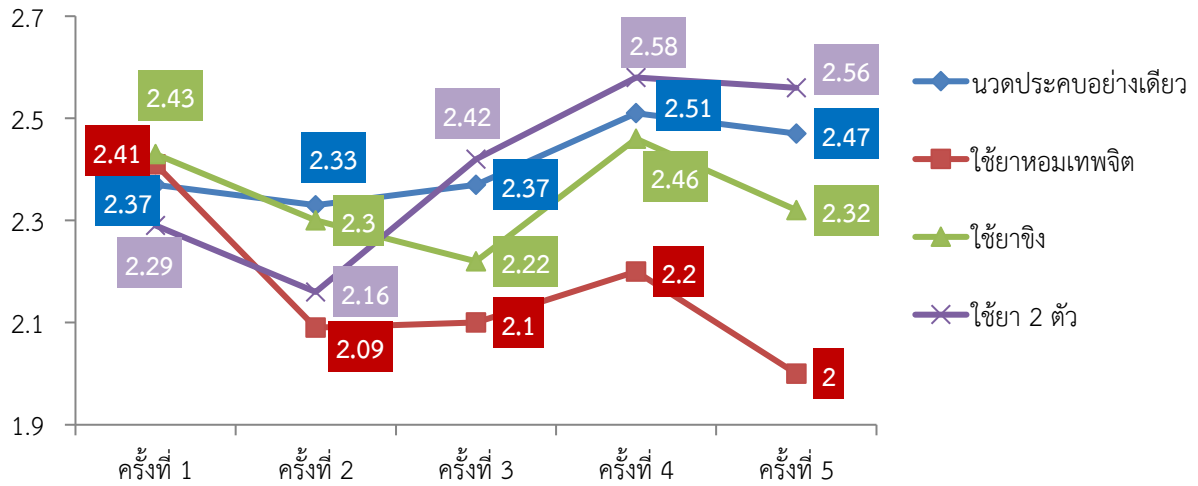
ตารางที่ 1 (ต่อ)

การรักษาและจำนวนครั้งที่มา	คะแนนระดับความปวด		95% CI	p-value	
	กล้ามเนื้อ				
	ก่อน	หลัง			
ขนาดประคบกับไช่ยาหอมเทพจิตร					
ครั้งที่ 1 (n=46)	mean	5.98	3.54	2.06-2.80	< 0.001
	SD	1.85	1.83		
ครั้งที่ 2 (n=46)	mean	5.00	2.70	1.93-2.67	< 0.001
	SD	1.78	1.61		
ครั้งที่ 3 (n=40)	mean	4.65	2.42	1.83-2.61	< 0.001
	SD	1.94	1.72		
ครั้งที่ 4 (n=26)	mean	4.80	2.35	1.83-3.08	< 0.001
	SD	1.91	1.67		
ครั้งที่ 5 (n=17)	mean	5.00	2.67	1.63-3.00	< 0.001
	SD	1.93	1.70		
ขนาดประคบกับไช่ยาชิง					
ครั้งที่ 1 (n=24)	mean	6.21	3.92	1.66-2.92	< 0.001
	SD	2.10	1.71		
ครั้งที่ 2 (n=24)	mean	5.33	3.17	1.46-2.87	< 0.001
	SD	1.85	1.58		
ครั้งที่ 3 (n=19)	mean	5.53	3.11	1.73-3.10	< 0.001
	SD	2.01	1.66		
ครั้งที่ 4 (n=17)	mean	5.00	2.41	1.59-3.58	< 0.001
	SD	1.90	1.58		
ครั้งที่ 5 (n=11)	mean	4.40	1.84	1.61-3.50	< 0.001
	SD	2.37	1.28		
ขนาดประคบกับไช่ยาทั้ง 2 ตัว					
ครั้งที่ 1 (n=16)	mean	6.38	4.06	1.59-3.03	< 0.001
	SD	1.85	1.69		
ครั้งที่ 2 (n=16)	mean	5.38	2.69	1.91-3.45	< 0.001
	SD	1.54	1.62		
ครั้งที่ 3 (n=16)	mean	5.44	2.75	1.62-3.74	< 0.001
	SD	2.30	1.80		
ครั้งที่ 4 (n=10)	mean	4.85	2.30	1.26-3.83	< 0.002
	SD	2.00	1.41		
ครั้งที่ 5 (n=7)	mean	5.28	2.57	1.55-3.87	< 0.001
	SD	1.11	0.78		

* จำนวนการมารับบริการไม่เท่ากัน เนื่องจากเก็บในช่วงเวลาที่กำหนดซึ่งผู้รับบริการยังไม่ครบตามการนัด

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนระดับความปวดของกล้ามเนื้อในกลุ่มที่นวดประคบเพียงอย่างเดียวมีความแตกต่างการลดลงของระดับความปวดกล้ามเนื้อไม่ต่างกัน แต่ในกลุ่มที่ได้รับยาร่วม พบมีความแตกต่างการลดลงของระดับความปวดกล้ามเนื้อมากขึ้นในการมารักษาครั้งที่ 2 มากที่สุดในครั้งที่ 5 โดยพบว่ากลุ่มที่ใช้ยาทั้ง 2 ตัว ช่วยลดระดับความปวดกล้ามเนื้อได้มากที่สุด ดังกราฟที่ 1

กราฟที่ 1 แนวโน้มของค่าเฉลี่ยระดับความปวดลดลงของผู้รับบริการ จำแนกตามการรักษา



เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความปวดกล้ามเนื้อของผู้รับบริการกลุ่มนวดอย่างเดียวและกลุ่มที่ได้รับยาพร้อมด้วย พบว่า การลดลงของระดับความปวดกล้ามเนื้อไม่ต่างกัน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับความปวดกล้ามเนื้อของผู้รับบริการนวดประคบระหว่างกลุ่มไม่ใช้ยากับกลุ่มใช้ยา

ครั้งที่	คะแนน	การรักษาระหว่างกลุ่ม						F	95% CI	p-value
		กลุ่มไม่ใช้ยา			กลุ่มใช้ยา					
		n	mean	SD	n	mean	SD			
ครั้งที่ 1	ก่อน	86	5.62	1.90	86	6.12	1.91	.120	1.07-0.07	0.729
	หลัง		3.20	1.80		3.74	1.77	.031	1.08-0.01	0.860
ครั้งที่ 2	ก่อน	86	5.01	1.68	86	5.16	1.75	.418	0.66-0.36	0.519
	หลัง		2.92	1.79		2.83	1.68	.223	0.43-0.61	0.637
ครั้งที่ 3	ก่อน	58	4.62	1.77	75	5.04	2.05	.808	1.09-0.25	0.371
	หลัง		2.58	1.81		2.67	1.72	.071	0.70-0.52	0.790
ครั้งที่ 4	ก่อน	37	4.75	1.89	53	4.87	1.44	0.62	0.92-0.68	0.804
	หลัง		2.49	1.44		2.36	1.57	0.68	0.51-0.77	0.795
ครั้งที่ 5	ก่อน	19	4.00	1.76	35	4.87	1.93	1.07	1.94-0.20	0.305
	หลัง		2.00	1.37		2.39	1.45	0.79	1.02-0.42	0.779

7. การอภิปรายผล

1. จากการศึกษา¹ ผู้รับบริการเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีอาชีพรับราชการและพนักงานของรัฐ อายุเฉลี่ย 50 ปี จะเห็นได้ว่า เพศหญิงมารับบริการมากกว่าเพศชาย เนื่องจากการปวดกล้ามเนื้อไม่เพียงเพราะการอักเสบของกล้ามเนื้อ แต่ทางการแพทย์แผนไทย เกิดจากความเสียสมดุลของธาตุในร่างกาย คือ ธาตุลมที่เป็นตัวช่วยไหลเวียนของโลหิต ส่งผลมากในผู้หญิงที่เริ่มหมดประจำเดือนจึงทำให้ผู้รับ บริการเพศหญิงมีอาการปวดตามกล้ามเนื้อมากกว่าเพศชาย ขณะเดียวกันการประกอบอาชีพที่ต้องทำงานติดต่อกัน นานติดต่อกันเกือบ 8 ชั่วโมงต่อวัน ทำให้มีการดึงตัวของกล้ามเนื้อการใช้งานที่มากกว่าปกติ หรือที่เรียกว่า Office Syndrome เกิดจากการที่กล้ามเนื้อทำงานมากเกินไปจนได้รับบาดเจ็บเล็กน้อยซ้ำๆ อย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลาสั้น (overuse injury) มักปวดเรื้อรังร่วมกับกล้ามเนื้อแข็งเป็นแนว (taut band) และ อาจมีจุดกดเจ็บ (trigger point) ที่ทำให้ปวดร้าวไปยังบริเวณอื่นตามแนวกล้ามเนื้อได้ ซึ่งสอดคล้องกับ สาเหตุการมารับบริการของกลุ่มตัวอย่าง ที่พบมากกว่าครึ่งหนึ่งมาจากการอยู่ในท่าเดิมต่อเนื่องนานเกิน 1 ชั่วโมง มีความเครียดเป็นประจำและใช้คอมพิวเตอร์นานมากกว่า 4 ชั่วโมงต่อวัน นอกจากนี้ ผู้รับบริการ 1 ใน 2 มีอาการเจ็บปวดเรื้อรังมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป เกิดจากการทำงานที่อยู่ท่าเดิมนานๆ และทาง การแพทย์แผนไทยถือว่าโรคที่มีอาการปวดบริเวณคอ บ่า ไหล่ เป็นโรคเกี่ยวกับทางลมชนิดหนึ่ง คือ โรคลม ปลายปิดคาคด การแปรปรวนของธาตุโดยเฉพาะธาตุลมจะนำไปสู่การแปรปรวนของธาตุเกิดภาวะเสียสมดุล ของธาตุ จะมีปัญหาด้านสุขภาพทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ง่ายโดยอาการเจ็บป่วยที่ปรากฏจะแสดงอาการให้ เห็น คือ อาการปวดเมื่อยตามร่างกายเทียบเคียงโรคในตำราแพทย์แผนไทย เช่น โรคกระษัยเส้น เป็นต้น วิธีการบำบัดของแพทย์แผนไทยห่างกัน 1 สัปดาห์มีผลลดปวด จากการศึกษา¹ พบว่า ผู้รับบริการมารับ บริการต่อเนื่องเฉลี่ย 3.8 ครั้งต่อเดือน และมีระยะห่างในการรักษาแต่ละครั้งประมาณ 1 ครั้ง/สัปดาห์ สอดคล้องกับการศึกษาของพรรณิ ปิงสุวรรณ⁶ และมธุรดา วิสัย¹ ศึกษาประสิทธิภาพและความปลอดภัย ของประสะไหลสกัดในการบรรเทาอาการปวดที่มีสาเหตุจากการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อแบบเฉียบพลันหลัง ไข้ยา 7 วัน สัดส่วนผู้ป่วยที่มีอาการปวดดีขึ้นของทั้งสองกลุ่ม และศิลา การะเกตุ⁸ การใช้โคลนสมุนไพร พอกเย็นร่วมกับการนวดแผนไทยในการลดอาการปวดเข่าในผู้สูงอายุ ภายใน 5 สัปดาห์

2. การศึกษา¹ พบว่า ระดับความปวดก่อนและหลังของผู้รับบริการทั้งที่ไข้ยาและไม่ไข้ยาหอมเทพ จิตรหรือยาขิง หรือไข้ยาทั้ง 2 ตัว มีระดับความปวดเฉลี่ยลดลง เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย คณะนระดับความปวดกล้ามเนื้อของผู้รับบริการกลุ่มนวดอย่างเดียวและกลุ่มที่ได้รับยาาร่วมด้วย พบว่า การลดลงของระดับความปวดกล้ามเนื้อไม่ต่างกัน แต่จากการศึกษาครั้งนี้ เริ่มเห็นผลชัดเจนในการรักษา เมื่อมีการมารักษาต่อเนื่องมากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป โดยระดับความปวดลดลงอย่างชัดเจนในการรักษา ติดต่อกันอย่างต่อเนื่อง 5 ครั้ง และกลุ่มที่นวดประคบร่วมกับการไข้ยาทั้ง 2 ตัว ช่วยลดระดับความปวด กล้ามเนื้อได้มากที่สุด อาจจะทำให้เกิดการปวดกล้ามเนื้อของผู้มารับบริการ เกิดจากการเสียสมดุลของธาตุใน ร่างกาย มากกว่าการเจ็บปวดจากการอักเสบของกล้ามเนื้อ เมื่อนำยาหอมเทพจิตรและยาขิงถึงแม้ยาสอง ชนิดนี้ไม่ช่วยในการลดปวดกล้ามเนื้อโดยตรงเป็นยากกลุ่มอาการทางระบบไหลเวียนโลหิต (แก้ลม) และยา ขับลม ซึ่งทางแผนแพทย์ไทยกล่าวว่า หาปรับสมดุลของธาตุในร่างกายจะสามารถช่วยลดการปวดกล้ามเนื้อ ได้ เพราะอาการปวดกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อพังผืดบริเวณคอ บ่า ไหล่ ทางแพทย์แผนไทยถือว่าเป็นโรค เกี่ยวกับทางลมชนิดหนึ่ง คือ โรคลมปลายปิดคาคด³และทฤษฎีการแพทย์แผนไทย เชื่อว่าความเจ็บป่วยเกิด จากการเสียสมดุลของธาตุ เมื่อนำยาสมุนไพรมาช่วยปรับสมดุลจะช่วยเกิดความผ่อนคลาย ลดปวด ลด อาการอักเสบ ลดอาการเกร็งของข้อและกล้ามเนื้อ เพิ่มการไหลเวียนของโลหิต ร่วมกับการนวดไทยรักษา เพิ่มสมดุลของกล้ามเนื้อทำให้เพิ่มการไหลเวียนของเลือดและการยืดเหยียดของกล้ามเนื้อการเคลื่อนไหว

สะดวกขึ้นทำให้เพิ่มประสิทธิภาพของการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ชรมะณี พลราชม⁹ ที่ว่า สมุนไพรที่มีฤทธิ์บรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อมีผลและฤทธิ์สามารถยับยั้งอาการปวดตามกล้ามเนื้อได้ ประกอบกับการนวดรักษามีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงที่สุดผ่อนคลายจากการปวดและสามารถลดจากอาการปวดได้จริง โดยเฉพาะความเจ็บป่วยเกิดจากการเสียดสีของธาตุที่ผิดปกติแบบปิดตะ (ลมร้อน) และวตะ (ลมเย็น) หรืออาจจะมีผลผิดปกติทั้ง 2 แบบ (ลมร้อนสลับลมเย็น) จากการศึกษา การศึกษาทั้ง 2 นี้ร่วมกับการหัตถการทางแผนไทยที่เหมาะสมจะเพิ่มการรักษาให้ดียิ่งขึ้น การใช้ยาที่ไม่ใช่ยาลดอาการปวดได้ไม่ต่างกันแต่เน้นการปรับสมดุลของระบบการไหลเวียนของเลือดและขับลมในร่างกายเป็นหลัก ทำให้ผู้รับบริการเกิดความผ่อนคลายและเพิ่มการไหลเวียนของโลหิตช่วยปรับสมดุลของธาตุ ช่วยให้การยึดเหนี่ยวของกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหวสะดวกขึ้นทำให้ประสิทธิภาพของการรักษา ลดปวด ลดอาการอักเสบ ลดอาการเกร็งของข้อและกล้ามเนื้อได้ดียิ่งขึ้น

8. ข้อเสนอแนะ

1. การใช้ยาหอมเทพจิตรและยาชิงที่เหมาะสมกับความผิดปกติของธาตุทั้งปิตตะและวาตะมาช่วยในการออกฤทธิ์รักษาลดอาการปวดกล้ามเนื้อ ทำให้ผู้รับบริการเกิดความผ่อนคลายและเพิ่มการไหลเวียนของโลหิตช่วยปรับสมดุลของธาตุ ทำให้ประสิทธิภาพของการรักษา ลดปวด ลดอาการอักเสบ ลดอาการเกร็งของข้อและกล้ามเนื้อได้ดียิ่งขึ้น ควรนำยาสมุนไพรทางเลือกมาใช้ร่วมกับหัตถการแผนไทยเป็นทางเลือกอีกหนึ่งทางแทนการใช้ยากลุ่ม NSAIDs ที่ยังมีข้อจำกัดเนื่องจากทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์และลดต้นทุนด้านการรักษา

2. การรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อผู้รับบริการ ควรมารับการรักษาอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ และต่อกันอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 5 ครั้ง ขึ้นไป หรือตามคำแนะนำของแผนแพทย์ไทยจะช่วยให้ประสิทธิภาพของการรักษา ลดปวด ลดอาการอักเสบ ลดอาการเกร็งของข้อและกล้ามเนื้อเห็นผลชัดเจน

3. ควรจัดทำแนวทางการตรวจร่างกายเพื่อวินิจฉัยหาความผิดปกติของธาตุทั้งปิตตะและวาตะให้เป็นแนวทางการดำเนินขยายไปยังหน่วยบริการ หรือขยายไปนาร่องทดลองใช้ในพื้นที่รับผิดชอบ

4. การพัฒนาแนวทางการใช้ยาหอมเทพจิตรและยาชิงในการช่วยลดความปวดของผู้รับบริการ คลินิกแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ให้มีความน่าเชื่อถือและรวบรวมเป็นเชิงวิชาการต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้และวิจัยในอนาคต

จากการศึกษาจะเห็นได้ว่า การใช้ยาหอมเทพจิตรและยาชิงร่วมกับหัตถการจะลดระดับความปวดได้ จึงน่าจะสามารถใช้ยาทั้งสองตัวนี้ร่วมกับหัตถการที่เหมาะสมจะเพิ่มการรักษาให้ดียิ่งขึ้น แต่การศึกษาผลการรักษาผู้รับบริการครั้งนี้ ใช้ระยะเวลาในการติดตามผลการรักษาระยะสั้น ๆ เท่านั้น ทำให้ยังไม่สามารถสรุปแน่ชัดว่าการรักษาโดยใช้ยาหอมเทพจิตรและยาชิงสามารถ ลดค่าความปวดจนหายขาดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด และมีผลข้างเคียงจากการใช้ยาในระยะยาวหรือไม่ แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษาการใช้ยาสมุนไพร เพื่อมาช่วยเป็นทางเลือกแทนการใช้ยาแผนปัจจุบัน มีแนวโน้มในทิศทางที่ดีขึ้น และในผู้ป่วยทุกรายไม่มีผลข้างเคียงจากการใช้ยาสมุนไพรในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะให้มีการศึกษาวิจัยทดลองผลการรักษาการใช้ยาหอมเทพจิตรและยาชิงที่ชัดเจนและต่อเนื่องเพื่อติดตามผลประสิทธิผล รวมทั้งศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น คำนึงถึงสัดส่วนเพศชายและเพศหญิง กลุ่มเป้าหมายในการศึกษามากขึ้น

การนำไปใช้ประโยชน์

ได้แนวทางการใช้ยาและหัตถการในรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อ ตามผลตรวจร่างกายที่พบความผิดปกติของตรีแบบปิตตะ ธาตุไฟมีปัญหาลมร้อนหรือลมร้อน เช่น อาการปวดกล้ามเนื้อแข็งเป็นแผ่น สัมผัสเจอ

ความร้อน) และความผิดปกติแบบวาดะ ชาติลุมมีปัญหา หรือลมเย็น เช่น อาการปวดกล้ามเนื้อแข็งเป็นก้อน และ กรณีมีความผิดปกติแบบผสม เพื่อลดระดับความปวดของกล้ามเนื้อสำหรับผู้รับบริการคลินิก แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี และขยายผลให้กับเครือข่ายที่มีบริการ ได้ไปใช้ไปแนวทางการดำเนินงานในพื้นที่

9. เอกสารอ้างอิง

1. มธรรดา วิสัย, พรียา ศรีผ่อง, สมศักดิ์ นวลแก้ว, ราตรี สว่างจิตร. การศึกษาเบื้องต้นถึงประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยาแคปซูลประสะไพโลสก็ดในการบรรเทาอาการปวดแบบเฉียบพลันที่มีสาเหตุจากการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ. วารสารเภสัชกรรมไทย 2562;11(1): 268-283.
2. ปัทมา ศิริวรรณ. ความรู้ ทักษะคติ การรับรู้ และการใช้ยาสมุนไพร ของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โรงพยาบาลแม่ทา อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2559.
3. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. คู่มือการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก [อินเทอร์เน็ต]. 2561. [เข้าถึงเมื่อ 16 มิ.ย. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dtam.moph.go.th/index.php/th/download/2483-dl0032.html>
4. สุระชัย โชครรรชิตชัย, บรรณาธิการ. คู่มือแนวทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกเขตสุขภาพที่ 3 [อินเทอร์เน็ต]. 2561. [เข้าถึงเมื่อ 16 มิ.ย. 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://www.ppho.go.th/webppho/dl_strat/F20181018140227.pdf
5. รุ่งระวี เต็มศิริฤกษ์กุล. จะเลือกใช้ยาหอมอย่างไรจึงจะดี [อินเทอร์เน็ต]. 2555. [เข้าถึงเมื่อ 16 มิ.ย. 2563]. เข้าถึงได้จาก: www.pharmacy.mahidol.ac.th
6. พรธณี ปิงสุวรรณ, ทกมล กมลรัตน์, วัฒนาศิริธราธิวัฒน์, ปรีดา อารยาวิชานนท์, อรวรรณ แซ่ตัน. การเปรียบเทียบผลของความร้อนระหว่างแผ่นประคบร้อนและลูกประคบสมุนไพรต่อการบรรเทาปวดและการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด 2552;21: 74-82.
7. นิชาภา พาราศิลป์, ศิรินทิพย์ คำฟู, อรรถนมน ธรรมไชย. การเปรียบเทียบผลของแผ่นประคบร้อนสมุนไพรไทยและแผ่นประคบร้อนในการรักษาผู้มี อาการปวดหลังส่วนล่าง: การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม. ศรีนครินทร์เวชสาร 2560;32(4): 372-378.
8. ศิลดา การระเกตุ, นิชกานต์ สุยะราช, พชรินทร์ ใจดี, สมบัติ กาศเมฆ, สุนทร พรหมเผ่า, ผลิตา ประวัง, และคณะ. ศึกษาเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดก่อนและหลังจากการรักษาโคลนสมุนไพรพอกเย็น ร่วมกับการนวดแผนไทยในผู้สูงอายุที่มีอาการปวดเข่า. เชียงรายเวชสาร 2560;9(2): 115-124.
9. เพ็ชรมะณี พลราชม, สมบูรณ์ วุฒิปิริยะอังกูร. การพัฒนาสมุนไพรเดี่ยวที่มีฤทธิ์บรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อเพื่อใช้เป็นยาภายนอก. [อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ป.). [เข้าถึงเมื่อ 16 มิ.ย. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://skko.moph.go.th/dward/main/index.php?module=perdev>

บทความวิจัย

การประเมินผลการนำสื่อความรู้ของพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด(พระ อสว.) ไปใช้เพื่อจัด
มาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในวัดเขตสุขภาพที่ 10

Evaluation the Use of Media Knowledge of Health Volunteer Monks to Organize the
coronavirus 2019 (COVID-19) Prevention Measures in Temples at the 10th Public
Health Region

วรุณสิริ ปทุมวัน^{1*} Varunsiri Patumwan^{1*}
นวพรรษ์ พลสวัสดิ์² Nawapun Polsawasd²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาความเข้าใจเรื่องโรค COVID-19 จากสื่อแผ่นพับ ความรู้การปฏิบัติตัวหลังจากได้รับสื่อ การใช้ช่องทางสื่อสารเพื่อเผยแพร่ความรู้ และการจัดมาตรการ ป้องกันโรค กลุ่มตัวอย่างคือ พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (พระ อสว.) จำนวน 120 รูป เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัยพบว่า ด้านความเข้าใจในสื่อความรู้ทั้ง 5 เรื่อง ส่วนใหญ่มีความเข้าใจในระดับมากถึง มากที่สุด มากกว่าร้อยละ 70 ด้านการปฏิบัติตัวพบว่า ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวโดยการทำทุกครั้งมากกว่า ร้อยละ 80 ยกเว้นการสวมหน้ากากอนามัยขณะบิดนวดบำบัดทำได้ ร้อยละ 70.7 ด้านการใช้ช่องทาง การสื่อสารเพื่อเผยแพร่ความรู้พบว่าใช้การสื่อสารโดยการพูดคุยอธิบายความรู้มากที่สุด ร้อยละ 86.67 และ น้อยที่สุดคือ เสียงตามสาย หอกระจายข่าว ร้อยละ 13.33 ด้านความพึงพอใจ พบว่ามีความพึงพอใจต่อ แผ่นพับ 5 เรื่อง ในภาพรวมระดับมากที่สุด ร้อยละ 71.47 และด้านการจัดมาตรการป้องกันโรค COVID-19 พบว่าส่วนใหญ่มีการจัดมาตรการป้องกันโรคมากกว่าร้อยละ 90 ที่พบมากที่สุด คือ การให้พระสงฆ์และ ประชาชนล้างมือด้วยน้ำและสบู่ก่อนสัมผัสอาหารและภาชนะ ร้อยละ 100 รองลงมาคือ ให้พระสงฆ์สวม หน้ากากขณะบิดนวดบำบัด ให้พระสงฆ์เว้นระยะห่างอย่างน้อย 1 เมตร ระหว่างพระสงฆ์กับผู้ติดบัตร และให้ มีการจัดที่นั่งให้พระสงฆ์โดยเว้นระยะห่างอย่างน้อย 1 เมตร ระหว่างพระสงฆ์กับผู้มาถวายภัตตาหาร ร้อยละ 98.3 และที่น้อยที่สุดคือ ให้มีการจัดสำรับให้พระฉัน 1 รูปต่อสำรับแยกกันหรือฉันในบาตร ร้อยละ 93.3

ข้อเสนอแนะของการศึกษาในครั้งนี้คือควรสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้ในด้านการป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และการอบรมหลักสูตรพระคิลานุปัฏฐาก แก่พระสงฆ์และ ขยายผลสู่ชุมชน เพิ่มรูปแบบการสื่อสารและการใช้สื่อความรู้แบบออนไลน์เพื่อให้สอดคล้องต่อการควบคุม ป้องกันโรค และทันต่อเหตุการณ์

คำสำคัญ : โควิด-19 ประเมินผล พระสงฆ์ พระ อสว. สื่อความรู้

^{1,2} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

*ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: siri.thangtong@gmail.com

Abstract

This research is a descriptive research to study the understanding of COVID-19 from the media brochures, knowledge and behavior after receiving the media, using communication channels to disseminate knowledge, and the provision of preventive measures. The sample group was 120 health promotion monks at the temple (Phra Or Sor Wor.) The instrument used in the research was a questionnaire which was directly checked by experts. Data were analyzed by descriptive statistics such as number, percentage, and mean.

The results showed that in terms of comprehension in all 5 knowledge media, most have the highest level of understanding, more than 70%. In terms of practice found that most of them acted by doing it every time, more than 80%. Except for wearing a mask while alms, 70.7%. The use of communication channels to disseminate knowledge found that communication was the most used to explain knowledge 86.67%, and the very least was the voice over the cable broadcasting tower 13.33%. Satisfaction It was found that they were satisfied with the 5 brochures at the highest level at 71.47%. In terms of preventive measures against COVID-19, it was found that most of the prevention measures were more than 90%. The most common was for monks and people to wash their hands with soap and water before touching food and utensils 100%. Followed by having monks wear masks while alms round the monks have to keep a distance of at least 1 meter between the monks and the monks, and seating arrangements for monks with a distance of at least 1 meter between monks and those who come to offer food for 98.3%, and the least is to arrange a deck for one monk per deck separately or 93.3% in the alms bowl.

The recommendation of this study is that health literacy should be created. Knowledge in the prevention of coronavirus disease 2019 (COVID-19) and training courses on monks to the monks and to expand the results to the community Increase communication patterns and use of online knowledge materials to be consistent with disease prevention control. and timely

Keywords : COVID-19, Evaluation, Monks, Phra Or Sor Wor., Media Knowledge

^{1,2} Registered Nurse, Professional Level of Regional Health Promotion Center 10 Ubonratchathani

* Corresponding Author Email: siri.thangtong@gmail.com

1.ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การระบาดของไวรัสโคโรนา พ.ศ. 2562–2563 เป็นการระบาดทั่วโลกมีสาเหตุมาจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ หรือไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยเริ่มต้นขึ้นในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 พบครั้งแรกในประเทศจีนวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 พบว่ามีผู้ติดเชื้อมากกว่า 34,185,646 คน ใน 210 ประเทศและดินแดน มีผู้เสียชีวิตมากกว่า 1,019,165 คน และมีผู้หายป่วยแล้วมากกว่า 25,446,745 คน ไวรัสมีการแพร่เชื้อในลักษณะเดียวกับไข้หวัดใหญ่ ซึ่งยังไม่มีวัคซีนในการป้องกันโรคจึงใช้มาตรการในการป้องกัน คือ การล้างมือ การเว้นระยะห่างจากบุคคลอื่น (โดยเฉพาะกับบุคคลที่ป่วย) การติดตามอาการ และกักตนเองเป็นเวลา 14 วัน ในกรณีที่สงสัยว่าตนอาจติดเชื้อ

การสาธารณสุขทั่วโลกได้มีมาตรการเพื่อลดการแพร่กระจายของเชื้อโรค เช่น จำกัดการท่องเที่ยว กักต้อน ห้ามออกจากเคหสถานเวลาค่ำคืน ยกเลิกการจัดงานที่มีการรวมกลุ่มคนจำนวนมาก มีการคัดกรองตามท่าอากาศยานและสถานีรถไฟ และมีการออกคำแนะนำเกี่ยวกับการเดินทางไปยังภูมิภาคที่มีการแพร่เชื้อในระดับประชาคม มีการปิดสถานศึกษาทั่วประเทศหรือส่วนท้องถิ่นอย่างน้อย 115 ประเทศ ทำให้เกิดความไม่มั่นคงทางสังคมและเศรษฐกิจ องค์การอนามัยโลกได้ประเมินสถานการณ์ เห็นว่าการระบาดของโรคแพร่กระจายได้อย่างรวดเร็วจนน่ากังวล ในวันที่ 30 มกราคม 2563 จึงได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ และประกาศให้เป็นโรคระบาด ในวันที่ 11 มีนาคม 2563 โดยแนะนำทุกประเทศให้เร่งรัดการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรค¹

ประเทศไทย มีการประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2563 ได้ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ.2548 จากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และได้มีข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 จำนวน 2 ฉบับ โดยฉบับที่ 1 มีผลบังคับในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร ตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม 2563 และ ฉบับที่ 2 มีผลบังคับตั้งแต่วันที่ 3 เมษายน 2563

กระทรวงสาธารณสุข ได้ออกข้อกำหนดและข้อปฏิบัติแก่ส่วนราชการและประชาชนเพื่อการคุ้มครอง ป้องกันสุขภาพของประชาชน ตลอดจนการจัดการสภาพแวดล้อมในสถานที่ต่างๆ (Setting) เพื่อให้สามารถแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินให้ยุติลงได้โดยเร็ว และป้องกันมิให้เกิดเหตุการณ์ร้ายแรงมากขึ้น โดยกรมอนามัยได้มีการปฏิบัติตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข จึงมีการกำหนดข้อแนะนำและมาตรการในการดูแลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในทุกพื้นที่โดยเฉพาะพื้นที่สาธารณะเพื่อลดความเสี่ยงของประชาชนและประชาชนในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ที่มีโรคประจำตัว ซึ่งสถานที่ที่ต้องมีการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างถูกสุขลักษณะที่มีประชาชนและประชาชนในกลุ่มเสี่ยงใช้บริการจำนวนมาก ได้แก่ วัด ซึ่งมีพระสงฆ์ สามเณร แม่ชี ผู้ประกอบพิธีทางศาสนา ผู้สูงอายุ และประชาชน ประกอบกับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์เหล่านั้นพบว่าส่วนหนึ่งยังขาดความรู้ในเรื่องสุขภาพ เมื่อเจ็บป่วยจะซื้อยามาฉีดยาเอง² อีกทั้งด้านการสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพระสงฆ์ ไม่สามารถดำเนินงานได้อย่างเต็มที่เนื่องจากข้อจำกัดของการสื่อสาร ทั้งด้านภาษาที่ไม่แน่ใจว่าจะถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ รวมถึงผู้สื่อสารความเสี่ยงไม่ทราบถึงมิติทางวัฒนธรรม และหลักในการสื่อสารกับพระสงฆ์ ทำให้พระสงฆ์ต้องการรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อสร้างเสริมสุขภาพโดยให้ครอบคลุมถึงระเบียบวิธีปฏิบัติใช้หลักพุทธศาสนาและรัฐธรรมนูญพระสงฆ์แห่งชาติ พุทธศักราช 2560 มาประยุกต์ใช้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนป้องกันโรคและภัยที่อาจเกิดขึ้นกับพระสงฆ์³ ดังนั้นเพื่อให้สอดคล้องกับ

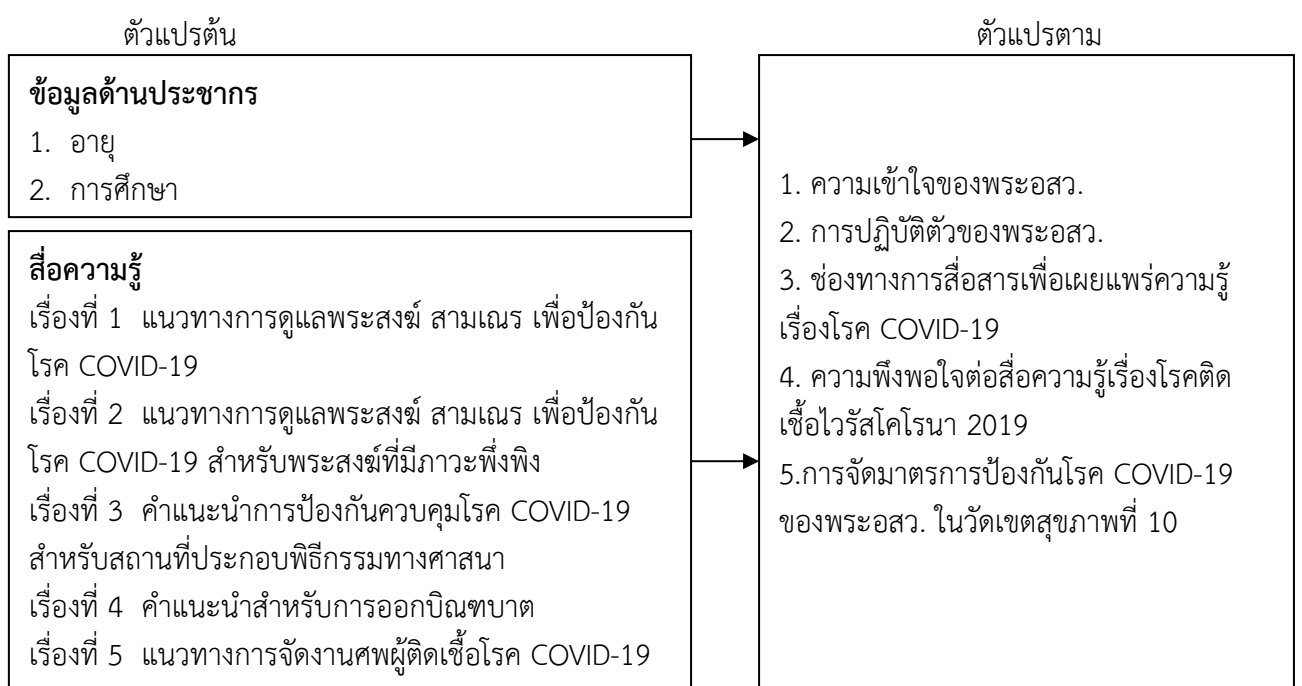
นโยบายการป้องกันเหตุฉุกเฉินด้านสาธารณสุขดังกล่าวพระสงฆ์จะต้องมีความรู้ในการจัดการด้านสถานที่ เพื่อป้องกันโรคและจัดมาตรการให้มีความเหมาะสมกับบริบทของวัดแต่ละพื้นที่ ลดการแพร่กระจายของ เชื้อโรค การป้องกันตนเอง⁴ และการดูแลสุขภาพประชาชนซึ่งถือได้ว่าเป็นหนึ่งในบทบาทของพระสงฆ์ ซึ่ง ประกอบด้วย ด้านการปกครอง ด้านศาสนศึกษา ด้านการศึกษาสงเคราะห์ ด้านการเผยแผ่พระพุทธศาสนา ด้านสาธารณูปการ ด้านสาธารณสงเคราะห์ ด้านการให้ความรู้ความเข้าใจ ด้านการเสริมสร้างเจตคติ และ ด้านการเสริมสร้างพฤติกรรม⁵

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ได้จัดทำแนวทางการให้ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) แนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค การจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และ จัดทำสื่อ ประชาสัมพันธ์ในรูปแบบแผ่นพับ จำนวน 5 เรื่อง สำหรับพระสงฆ์ ประกอบด้วย 1) แนวทางการดูแลพระสงฆ์ สามเณร เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) 2) แนวทางการดูแลพระสงฆ์ สามเณร เพื่อ ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับพระสงฆ์ที่มีภาวะพึ่งพิง 3) คำแนะนำการป้องกัน ควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับสถานที่ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา (วัด โบสถ์ มัสยิด ศาลเจ้า) 4) คำแนะนำสำหรับการออกกบิลณฑบาท และ 5) แนวทางการจัดงานศพผู้ติดเชื้อโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และได้มีการจัดส่งแผ่นพับความรู้ให้แก่กลุ่มพระสงฆ์ที่เคยอบรมหลักสูตรพระ นักร้องสุขภาพด้านอาหารและการออกกำลังกาย⁶ หรือเรียกว่าพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (พระ อสว.) ในปีงบประมาณ 2562 จำนวนทั้งสิ้น 900 รูป เพื่อนำความรู้ที่ได้รับไปจัดมาตรการในการ ป้องกันโรค การดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ และผู้ที่มาทำบุญที่วัดได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย หลังจากที่พระ อสว.ได้รับแผ่นพับความรู้แล้วจะประเมินผลว่าพระ อสว.นั้นมีความเข้าใจสื่อที่ได้รับและได้นำความรู้ไปจัด มาตรการเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นอย่างไร เพื่อนำมาเป็นข้อเสนอแนะใน การผลิตสื่อประชาสัมพันธ์เพื่อการพัฒนาการดำเนินงานต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินผลการนำสื่อความรู้ของพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (พระ อสว.) ไปใช้ เพื่อจัดมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในวัดเขตสุขภาพที่ 10

3. กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



4.วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวัดผลหลังจากให้สื่อความรู้ของพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (พระ อสว.) ซึ่งเป็นการศึกษากึ่งทดลองแบบ One-group posttest only design

4.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (พระ อสว.) จำนวน 900 รูป ที่ได้รับการอบรมหลักสูตรพระนักสื่อสารสุขภาพด้านอาหารและการออกกำลังกาย โดยศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ในปีงบประมาณ 2562

กลุ่มตัวอย่าง คือ พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (พระ อสว.) จำนวน 120 รูป

กลุ่มตัวอย่างใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากร ในกรณีทราบจำนวนของประชากรที่แน่นอน⁷ โดยคำนวณจากสูตรการประมาณขนาดตัวอย่าง ดังนี้

$$\text{สูตร } n = \frac{NP(1-P) Z_{\alpha/2}^2}{d^2 (N-1) + P(1-P) Z_{\alpha/2}^2}$$

n = จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา

$Z_{\alpha/2}$ = ค่าสัมประสิทธิ์ภายใต้โค้งปกติมาตรฐาน = 1.96

P = ค่าสัดส่วนความพึงพอใจจากการศึกษาของผู้ใช้บริการในภาพรวม⁸ = 0.90

Error (d) = ความแม่นยำของการประมาณค่าเท่ากับ 0.05

Alpha (α) = ระดับความเชื่อมั่น 95% = 0.05

จะได้ n = 120

ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) รายละเอียดดังนี้

จังหวัด	จำนวนพระ อสว. ทั้งหมด (รูป)	ร้อยละ การคำนวณตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง รายจังหวัด (รูป)
อุบลราชธานี	184	13.3	24
ศรีสะเกษ	223	13.3	30
ยโสธร	220	13.3	29
อำนาจเจริญ	130	13.3	18
มุกดาหาร	143	13.3	19
รวม	900	13.3	120

จากนั้นได้กำหนดหมายเลขของประชากร ในที่นี้จะใช้หมายเลขตามทะเบียนรายชื่อของพระ อสว. แยกรายจังหวัด โดยไม่ได้เรียงตามตัวอักษร หลังจากได้กลุ่มตัวอย่างรายจังหวัด จึงได้ดำเนินการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Sample Random Sampling) โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) หาอัตราส่วน (k) ระหว่างประชากร (N) และกลุ่มตัวอย่าง (n) จาก สูตร $k = N/n$

ดังนั้น จังหวัดอุบลราชธานี มีจำนวนพระ อสว.ทั้งหมด 184 รูป ต้องการกลุ่มตัวอย่าง 24 รูป จะได้อัตราส่วน เท่ากับ $k = 184/24 = 7.6$ หรือ 7 หมายความว่า จำนวนประชากรทุก ๆ 7 รูปจะได้รับการสุ่มเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ลำดับจากหมายเลขตามทะเบียนรายชื่อของพระ อสว. ในการสุ่มตัวอย่าง

4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านพระพุทธศาสนา ด้านสาธารณสุข และด้านการวิจัย หาความตรงตามเนื้อหาของคู่มือมีค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC อยู่ระหว่าง 0.60-1.00 แบบสอบถาม 1 ชุดแบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1

- 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามเป็นคำถามปลายปิดและปรนัยเลือกตอบรวมจำนวน 2 ข้อ
- 2) ระดับความพึงพอใจต่อสื่อความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีลักษณะเป็นปรนัยเลือกตอบ 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด จำนวน 25 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้
มากที่สุด ให้ 5 คะแนน
มาก ให้ 4 คะแนน
ปานกลาง ให้ 3 คะแนน
น้อย ให้ 2 คะแนน
น้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน
- 3) การใช้ช่องทางการสื่อสารเพื่อเผยแพร่ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำนวน 5 ข้อ เลือกตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก
- 4) กลุ่มเป้าหมายในการสื่อสารความรู้ของพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (พระ อสว.) หลังได้รับสื่อความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำนวน 5 ข้อ เลือกตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก

ส่วนที่ 2 แบบวัดความเข้าใจหลังจากได้รับสื่อความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีลักษณะเป็นปรนัยเลือกตอบ 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด จำนวน 5 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด	ให้ 5 คะแนน
มาก	ให้ 4 คะแนน
ปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
น้อย	ให้ 2 คะแนน
น้อยที่สุด	ให้ 1 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการปฏิบัติตัวหลังจากได้รับสื่อความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีลักษณะเป็นปรนัยเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ทำทุกครั้ง ทำบางครั้ง ไม่เคยทำ จำนวน 3 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ทำทุกครั้ง	ให้ 2 คะแนน
ทำบางครั้ง	ให้ 1 คะแนน
ไม่ทำ	ให้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการจัดมาตรการป้องกันโรค COVID-19 ของวัดเขตสุขภาพที่ 10 หลังจากได้รับสื่อความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีลักษณะเป็นปรนัยเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ มี ไม่มี จำนวน 5 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

มี	ให้ 1 คะแนน
ไม่มี	ให้ 0 คะแนน

4.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามไปให้พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (พระ อสว.) จำนวน 120 รูป ทางไปรษณีย์ในเดือนมิถุนายน 2563 และให้กลุ่มเป้าหมายส่งแบบสอบถามกลับมาภายในเดือนกรกฎาคม 2563 หากมีข้อสงสัยสามารถติดต่อผู้วิจัยทางโทรศัพท์

4.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ตอบเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วประมวลผล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ โดยการวิเคราะห์ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

5.ผลการวิจัย

การประเมินผลการนำสื่อความรู้ของพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (พระ อสว.) ไปใช้ เพื่อจัดมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในวัดเขตสุขภาพที่ 10 ได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้กระบวนการทางสถิติ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

พบว่า พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (พระ อสว.) ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 30 ปี ขึ้นไป โดยกลุ่มอายุที่มากที่สุดอยู่ระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 39.2 รองลงมาคือกลุ่มอายุมากกว่า 50 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 35.8 และน้อยที่สุดคือ กลุ่มอายุต่ำกว่า 30 ปี ร้อยละ 8.3 ด้านระดับการศึกษาในทางโลก มากที่สุดคือจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 38.3 รองลงมาคือระดับประถมศึกษา ร้อยละ 34.2 และน้อยที่สุดคือ ระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 5.8 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (พระ อสว.) จำแนกตามอายุ และระดับการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน) (N=120)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
< 30	10	8.3
30 – 39	20	16.7
40 - 49	47	39.2
≥ 50	43	35.8
\bar{x} = 46.62 S.D. = 11.81		
ระดับการศึกษาทางโลก		
ประถมศึกษา	41	34.2
มัธยมศึกษา	46	38.3
อนุปริญญา/ปวส.	9	7.5
ปริญญาตรี	17	14.2
ปริญญาตรีขึ้นไป	7	5.8

ส่วนที่ 2 ความเข้าใจในความรู้หลังจากได้รับสื่อความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19)

พบว่า พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (พระ อสว.) พบว่าส่วนใหญ่มีระดับความเข้าใจในระดับมากถึงมากที่สุดที่พบมากที่สุดคือ เรื่องแนวทางการดูแลพระสงฆ์ สามเณร เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เรื่องคำแนะนำการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับสถานที่ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา (วัด โบสถ์ มัสยิด ศาลเจ้า) และเรื่องคำแนะนำ

สำหรับการออกบิณฑบาต ร้อยละ 49.2 รองลงมาคือ เรื่องแนวทางการดูแลพระสงฆ์ สามเณร เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับพระสงฆ์ที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 41.7 และน้อยที่สุดคือ เรื่องแนวทางการจัดงานศพผู้ติดเชื้อ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ร้อยละ 39.2 ดังตารางที่ 2 ตารางที่ 2 ร้อยละของพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (พระ อสว.) มีความเข้าใจเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ข้อ	เรื่อง	ระดับความเข้าใจ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1	แนวทางการดูแลพระสงฆ์ สามเณร เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	25.0	49.2	20.8	3.3	1.7
2	แนวทางการดูแลพระสงฆ์ สามเณร เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับพระสงฆ์ที่มีภาวะพึ่งพิง	25.0	41.7	25.0	4.2	4.2
3	คำแนะนำการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับสถานที่ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา (วัด โบสถ์ มัสยิด ศาลเจ้า)	28.3	49.2	20.8	0.0	1.7
4	คำแนะนำสำหรับการออกบิณฑบาต	30.8	49.2	15.8	2.5	1.7
5	แนวทางการจัดงานศพผู้ติดเชื้อ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	31.7	39.2	16.7	5.8	6.7

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติตัวหลังจากได้รับสื่อความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (พระ อสว.)

พบว่า พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (พระ อสว.) มีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หลังได้รับสื่อความรู้ พบว่าส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวโดยการทำทุกครั้งมากที่สุด ที่พบมากที่สุดคือ คือการปฏิบัติตัวเรื่องการล้างมือด้วยน้ำและสบู่ก่อนสัมผัสอาหารและภาชนะการเว้นระยะห่างอย่างน้อย 1 เมตร ระหว่างพระสงฆ์กับผู้ตักบาตร และการเว้นระยะห่างอย่างน้อย 1 เมตร ระหว่างพระสงฆ์กับผู้มาถวายภัตตาหาร ร้อยละ 84.2 พบน้อยที่สุดคือ การสวมหน้ากากอนามัยขณะบิณฑบาต ร้อยละ 70.7 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ร้อยละของพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (พระ อสว.) มีการปฏิบัติตัวหลังจากได้รับสื่อความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ข้อที่	ประเด็น	การปฏิบัติตัว		
		ทำทุกครั้ง	ทำบางครั้ง	ไม่ทำ
1	การสวมหน้ากากอนามัยขณะบิณฑบาต	70.7	28.3	0.8
2	การล้างมือด้วยน้ำและสบู่ก่อนสัมผัสอาหารและภาชนะ	84.2	15.0	0.8
3	การเว้นระยะห่างอย่างน้อย 1 เมตร ระหว่างพระสงฆ์กับผู้ตักบาตร	84.2	12.5	3.3
4	การเว้นระยะห่างอย่างน้อย 1 เมตร ระหว่างพระสงฆ์กับผู้มาถวายภัตตาหาร	84.2	12.5	3.3

และพบว่า พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (พระ อสว.) ใช้การสื่อสารโดยการพูดคุยอธิบายความรู้มากที่สุด ร้อยละ 86.67 รองลงมาคือการติดสื่อเพื่อประชาสัมพันธ์ที่บอร์ดในวัด ร้อยละ 53.33 และน้อยที่สุดคือทางเสียงตามสาย หอกระจายข่าวในวัด ร้อยละ 13.33 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ร้อยละของการใช้ช่องทางการสื่อสารเพื่อเผยแพร่ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ข้อที่	ช่องทางการสื่อสาร	ร้อยละ
1	การพูดคุยอธิบายความรู้	86.67
2	การเทศนา การแสดงธรรม	26.67
3	การถ่ายภาพสื่อความรู้ส่งต่อทางสื่อออนไลน์ เช่น ไลน์ เฟสบุค	46.67
4	การติดสื่อเพื่อประชาสัมพันธ์ที่บอร์ดในวัด	53.33
5	เสียงตามสาย หอกระจายข่าวในวัด	13.33

พบว่ากลุ่มเป้าหมายในการสื่อสารความรู้ของพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (พระ อสว.) พบมากที่สุดคือพระสงฆ์ภายในวัด ร้อยละ 100 รองลงมาคือประชาชนที่มาทำบุญในวัด ร้อยละ 86.67 และน้อยที่สุดคือ มัคทายกประจำวัด ร้อยละ 20 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ร้อยละกลุ่มเป้าหมายในการสื่อสารความรู้ของพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (พระ อสว.) หลังได้รับสื่อความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ข้อที่	กลุ่มเป้าหมาย	ร้อยละ
1	พระสงฆ์ภายในวัด	100.00
2	ประชาชนที่มาทำบุญในวัด	86.67
3	พระสงฆ์ที่รู้จักภายนอกวัด	46.67
4	ประชาชนที่รู้จักภายนอกวัด	40.00
5	อื่นๆ ได้แก่ มัคทายกประจำวัด	20.00

ในเรื่องความพึงพอใจต่อสื่อความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) พบว่า พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (พระ อสว.) มีระดับความพึงพอใจต่อสื่อความรู้แบ่งเป็น 5 เรื่อง ดังนี้

เรื่องที่ 1 แนวทางการดูแลพระสงฆ์ สามเณร เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) พบว่าส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจมากที่สุด ที่พบมากที่สุดคือความน่าสนใจของเนื้อหา ตัวอักษรมีขนาดความเหมาะสมความสวยงามของแผ่นพับ และจำนวนที่จัดสรรให้มีความเหมาะสม ร้อยละ 75.00 และที่น้อยที่สุดคือขนาดของแผ่นพับมีความเหมาะสม ร้อยละ 66.67

เรื่องที่ 2 แนวทางการดูแลพระสงฆ์ สามเณร เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) พบว่าส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจมากที่สุด ที่พบมากที่สุดคือความน่าสนใจของเนื้อหา ร้อยละ 83.33 รองลงมาคือ ตัวอักษรมีขนาดเหมาะสม ร้อยละ 75.00 และน้อยที่สุดคือ ขนาดมีความเหมาะสมต่อการใช้งาน ร้อยละ 62.50

เรื่องที่ 3 คำแนะนำการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับสถานที่ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา (วัด โบสถ์ มัสยิด ศาลเจ้า) พบว่าส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจมากที่สุด ที่พบมากที่สุดคือความน่าสนใจของเนื้อหา ร้อยละ 75.00 รองลงมาคือตัวอักษรมีขนาดเหมาะสม ร้อยละ 74.17 และน้อยที่สุดคือจำนวนที่จัดสรรให้มีความเหมาะสม ร้อยละ 62.50

เรื่องที่ 4 คำแนะนำสำหรับการออกบิณฑบาต พบว่าส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจมากที่สุดที่พบมากที่สุดคือ ตัวอักษรที่มีขนาดเหมาะสม ร้อยละ 83.33 รองลงมาคือ ความสวยงามของแผ่นพับและจำนวนที่จัดสรรให้มีความเหมาะสม ร้อยละ 79.17 และน้อยที่สุดคือ ขนาดมีความเหมาะสมต่อการใช้งาน ร้อยละ 66.67

เรื่องที่ 5 แนวทางการจัดงานศพผู้ติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) พบว่าส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจมากที่สุดที่พบมากที่สุดคือ จำนวนที่จัดสรรให้มีความเหมาะสม ร้อยละ 70.83 รองลงมาคือ ความน่าสนใจของเนื้อหาและขนาดมีความเหมาะสมต่อการใช้งาน ร้อยละ 66.67 และน้อยที่สุดคือ ตัวอักษรที่มีขนาดเหมาะสม ร้อยละ 58.33

ความพึงพอใจในภาพรวม 5 เรื่อง พบว่า มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ดังตารางที่ 6 ตารางที่ 6 ร้อยละของความพึงพอใจต่อสื่อความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

เรื่อง/รายละเอียด	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.แนวทางการดูแลพระสงฆ์ สามเณร เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)					
1.1 ความน่าสนใจของเนื้อหาและตรงกับความต้องการ	75.00	16.67	8.33	0	0
1.2 ตัวอักษรที่มีขนาดเหมาะสม อ่านง่าย มองเห็นชัดเจน	75.00	16.67	8.33	0	0
1.3 ความสวยงามของแผ่นพับ	75.00	16.67	8.33	0	0
1.4 ขนาดมีความเหมาะสมต่อการใช้งาน	66.67	25.00	8.33	0	0
1.5 จำนวนที่จัดสรรให้มีความเหมาะสม	75.00	16.67	8.33	0	0
2. แนวทางการดูแลพระสงฆ์ สามเณร เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับพระสงฆ์ที่มีภาวะพึ่งพิง					
2.1 ความน่าสนใจของเนื้อหาและตรงกับความต้องการ	83.33	16.67	0	0	0
2.2 ตัวอักษรที่มีขนาดเหมาะสม อ่านง่าย มองเห็นชัดเจน	75.00	16.67	8.33	0	0
2.3 ความสวยงามของแผ่นพับ	70.83	12.50	16.67	0	0
2.4 ขนาดมีความเหมาะสมต่อการใช้งาน	62.50	25.00	12.50	0	0
2.5 จำนวนที่จัดสรรให้มีความเหมาะสม	66.67	25.00	8.33	0	0
3. คำแนะนำการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับสถานที่ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา (วัด โบสถ์ มัสยิด ศาลเจ้า)					
3.1 ความน่าสนใจของเนื้อหาและตรงกับความต้องการ	75.00	12.50	12.50	0	0
3.2 ตัวอักษรที่มีขนาดเหมาะสม อ่านง่าย มองเห็นชัดเจน	74.17	17.50	8.33	0	0
3.3 ความสวยงามของแผ่นพับ	70.83	20.83	8.33	0	0
3.4 ขนาดมีความเหมาะสมต่อการใช้งาน	70.83	12.50	16.67	0	0
3.5 จำนวนที่จัดสรรให้มีความเหมาะสม	62.50	16.67	20.83	0	0

ตารางที่ 6 (ต่อ)

เรื่อง/รายละเอียด	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
4. คำแนะนำสำหรับการออกบิณฑบาต					
4.1 ความน่าสนใจของเนื้อหาและตรงกับความต้องการ	75.00	25.00	0	0	0
4.2 ตัวอักษรขนาดเหมาะสม อ่านง่าย มองเห็นชัดเจน	83.33	16.67	0	0	0
4.3 ความสวยงามของแผ่นพับ	79.17	20.83	0	0	0
4.4 ขนาดมีความเหมาะสมต่อการใช้งาน	66.67	33.33	0	0	0
4.5 จำนวนที่จัดสรรให้มีความเหมาะสม	79.17	8.33	12.50	0	0
5. แนวทางการจัดงานศพผู้ติดเชื้อ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)					
5.1 ความน่าสนใจของเนื้อหาและตรงกับความต้องการ	66.67	16.67	16.67	0	0
5.2 ตัวอักษรขนาดเหมาะสม อ่านง่าย มองเห็นชัดเจน	58.33	16.67	25.00	0	0
5.3 ความสวยงามของแผ่นพับ	62.50	16.67	20.83	0	0
5.4 ขนาดมีความเหมาะสมต่อการใช้งาน	66.67	12.50	20.83	0	0
5.5 จำนวนที่จัดสรรให้มีความเหมาะสม	70.83	20.83	8.33	0	0
6.ความพึงพอใจในภาพรวม 5 เรื่อง	71.47	18.20	10.33	0	0

6. ข้อเสนอแนะอื่นๆ

อยากให้จัดสรรจำนวนมากๆ เพื่อนำไปแจกให้พระสงฆ์ทุกรูปในวัด ควรทำเป็นแบบโปสเตอร์ด้วย จะได้นำไปติดที่บอร์ดประชาสัมพันธ์ภายในวัด และอยากได้เป็นสื่อสำหรับเปิดเสียงตามสายในวัด

ส่วนที่ 4 การจัดการมาตรการป้องกันโรค COVID-19 ของวัดเขตสุขภาพที่ 10 หลังจากได้รับสื่อความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 (COVID-19)

ร้อยละของวัดมีการจัดการมาตรการป้องกันโรค COVID-19 พบว่า ส่วนใหญ่มีการจัดการมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่พบมากที่สุด คือการให้พระสงฆ์และประชาชนล้างมือด้วยน้ำ และสปรูก่อนสัมผัสอาหารและภาชนะ ร้อยละ 100 รองลงมาคือ ให้พระสงฆ์สวมหน้ากากขณะบิณฑบาต ให้พระสงฆ์เว้นระยะห่างอย่างน้อย 1 เมตร ระหว่างพระสงฆ์กับผู้ตักบาตร และให้มีการจัดที่นั่งให้พระสงฆ์โดยเว้นระยะห่างอย่างน้อย 1 เมตร ระหว่างพระสงฆ์กับผู้มาถวายภัตตาหาร ร้อยละ 98.3 และที่น้อยที่สุดคือให้มีการจัดสำรับให้พระฉัน 1 รูป ต่อสำรับแยกกันหรือฉันในบาตร ร้อยละ 93.3 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของวัดมีการจัดการมาตรการป้องกันโรค COVID-19

การจัดการมาตรการป้องกันโรค COVID-19	จำนวนวัด (แห่ง)	ร้อยละ
1.ให้พระสงฆ์สวมหน้ากากขณะบิณฑบาต	118	98.3
2.ให้พระสงฆ์และประชาชนล้างมือด้วยน้ำและสปรูก่อนสัมผัสอาหารและภาชนะ	120	100.0
3.ให้พระสงฆ์เว้นระยะห่างอย่างน้อย 1 เมตรระหว่างพระสงฆ์กับผู้ตักบาตร	118	98.3
4.ให้มีการจัดที่นั่งให้พระสงฆ์โดยเว้นระยะห่างอย่างน้อย 1 เมตร ระหว่างพระสงฆ์กับผู้มาถวายภัตตาหาร	118	98.3
5.ให้มีการจัดสำรับให้พระฉัน 1 รูปต่อสำรับแยกกันหรือฉันในบาตร	112	93.3

6. การอภิปรายผล

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

1. ความเข้าใจของพระ อสว. เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จากสื่อแผ่นพับ ความรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) พบว่า พระ อสว.ส่วนใหญ่มีความเข้าใจในสื่อความรู้ ระดับมาก ร้อยละ 49.2 จำนวน 3 เรื่อง คือ เรื่องแนวทางการดูแลพระสงฆ์ สามเณรเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เรื่องคำแนะนำการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับสถานที่ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา (วัด โบสถ์ มัสยิด ศาลเจ้า) และ เรื่องคำแนะนำสำหรับการออกบิณฑบาต จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าการศึกษาในทางโลกของพระ อสว. ส่วนใหญ่สูงสุด ในระดับมัธยมศึกษาชั้นเพียงพอต่อการทำความเข้าใจในเนื้อหาสื่อแผ่นพับความรู้ที่ผลิต และยังคงคล้องกับผลการศึกษาของ อลิชา ตริโรจนานนท์⁹ ที่พบว่าพระสงฆ์ที่มีการศึกษาทางโลกมากมีการรู้เท่าทันสื่อสูง และพนม คลีฉายา¹⁰ ที่พบว่าระดับการศึกษามีผลต่อการรู้เท่าทันสื่อ กล่าวคือหากบุคคลที่มีการศึกษาระดับสูงมีแนวโน้มที่จะรู้เท่าทันสื่อมากกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า

2. การปฏิบัติตัวของพระ อสว. พบว่า พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (พระ อสว.) มีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หลังได้รับสื่อความรู้ พบว่าส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวโดยการทำความสะอาดทุกครั้งมากที่สุด ที่พบมากที่สุดคือ คือการปฏิบัติตัวเรื่องการล้างมือด้วยน้ำ และสบู่มาก่อนสัมผัสอาหารและภาชนะการเว้นระยะห่างอย่างน้อย 1 เมตร ระหว่างพระสงฆ์กับผู้ตกบาตร และการเว้นระยะห่างอย่างน้อย 1 เมตร ระหว่างพระสงฆ์กับผู้มาถวายภัตตาหาร ร้อยละ 84.2 พบน้อยที่สุดคือ การสวมหน้ากากอนามัยขณะบิณฑบาต ร้อยละ 70.7 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมศรี สัจจะสกุลรัตน์¹¹ ที่พบว่าระดับการเข้าถึงข้อมูลเรื่องโควิด 19 ส่วนใหญ่ของเจ้าอาวาส ร้อยละ 66.02 มีระดับการเข้าถึงข้อมูลอยู่ในระดับปานกลาง ความรู้เบื้องต้นในการป้องกันตนเองจากโควิด19 มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำ ($r = .21, p < .05$) ระดับการเข้าถึงข้อมูลเรื่องโควิด 19 มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง ($r = .56, p < .01$) และงบประมาณช่วยเหลือมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจการสงฆ์ของเจ้าอาวาส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($c2 = 11.454, p < .01$)

3. ช่องทางการสื่อสารเพื่อเผยแพร่ความรู้เรื่องโรค COVID-19 พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (พระ อสว.) ใช้การสื่อสารโดยการพูดคุยอธิบายความรู้มากที่สุด ร้อยละ 86.67 รองลงมาคือการติดสื่อเพื่อประชาสัมพันธ์ที่บอร์ดในวัด ร้อยละ 53.33 และน้อยที่สุดคือทางเสียงตามสาย หอกระจายข่าวในวัด ร้อยละ 13.33 ซึ่งสอดคล้องกับบทความของ สุขาดา น้ำใจดี¹² ที่กล่าวว่า สื่อบุคคลทำให้เกิดองค์ความรู้ทางด้านการดำรงชีพ ด้านสังคมและวัฒนธรรมของชุมชน สามารถโน้มน้าวจิตใจ โดยได้รับการยอมรับและเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับผู้อื่นนำมาปฏิบัติตาม นำข่าวสารประชาสัมพันธ์ไปยังผู้รับสารโดยตรง การใช้สื่อสิ่งพิมพ์ประเภทแผ่นพับได้มีการศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้พบว่ามีความพึงพอใจโดยรวมในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของพบพร เอี่ยมใส¹³ เปรมศักดิ์ อาซากิจ¹⁴ และการถ่ายภาพสื่อความรู้ส่งต่อทางสื่อออนไลน์ เช่น ไลน์ เฟสบุค ของพระ อสว.พบว่ายังน้อยกว่าช่องทางอื่น เนื่องจากผู้ศึกษายังไม่ได้มีการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมว่าเพราะเหตุใดทำให้ช่องทางนี้มีการสื่อสารที่น้อยกว่าแต่ได้มีการสอบถามเพิ่มเติมกับพระ อสว. ที่ตอบแบบสอบถามว่าไม่ได้ใช้ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มพระที่มีอายุมากกว่า 50 ปี ขึ้นไป ข้อจำกัดที่พบคือไม่มีสมาร์ทโฟน ใช้ไม่เป็น และไม่เคยชินกับการใช้ช่องทางสื่อออนไลน์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแทนพันธ์ เสนาะพันธ์ บัวใหม่¹⁵ อาทิตย์ หลวงละ¹⁶ ซึ่งพบว่าการใช้สื่อเฟซบุคอาจไม่สอดคล้องกับสถานภาพและบทบาทของพระสงฆ์หากใช้งานในทางไม่เหมาะสม สดท้ายแล้วจะนำความเสื่อมเสียมาให้กับตัวผู้ใช้งาน และสถาบันทางศาสนาในภาพรวม แต่การแบ่งปันข้อมูลการดูแลสุขภาพบนเครือข่าย

สังคมออนไลน์พบว่ายังเป็นช่องทางที่มีความสำคัญ และความเชื่อมั่นในข้อมูลที่ได้รับจะเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการแบ่งปันข้อมูลการดูแลสุขภาพบนเครือข่ายสังคมออนไลน์มากที่สุด พุทธิสรณ์ ย่อมเจริญ¹⁷

4. ความพึงพอใจในสื่อแผนพับภาพรวม 5 เรื่อง พบว่า มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ร้อยละ 71.47 เมื่อแบ่งเป็นแต่ละเรื่องพบว่าส่วนใหญ่มีความพึงพอใจด้านความน่าสนใจของเนื้อหา ขนาดตัวอักษรเหมาะสม และความเหมาะสมในการจัดสรร ซึ่งสอดคล้องกับฉันทนา ปาปัดถา และพุทธิพล มณีจักร¹⁸ พบว่ามีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ในด้านกระดาศมีความเหมาะสม แผนพับมีประโยชน์ มีความโดดเด่นน่าสนใจ ด้านข้อเสนอแนะอื่นๆพบว่าพระสงฆ์ต้องการสื่อแบบโปสเตอร์เพื่อจะได้นำไปติดที่บอร์ดประชาสัมพันธ์ภายในวัด และอยากได้เป็นสื่อสำหรับเปิดเสียงตามสายในวัด ซึ่งสอดคล้องกับและจิตินัน บ.คอมมอน¹⁹ พบว่าสื่อความรู้ที่อยากได้เพิ่มเติมคือสื่อประเภทโปสเตอร์

5. ผลการจัดมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในวัดพบว่ามีการจัดมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ด้านการล้างมือด้วยน้ำและสบู่ก่อนสัมผัสอาหารและภาชนะ มากที่สุด ร้อยละ 100 รองลงมาคือการสวมหน้ากากขณะบิณฑบาต การเว้นระยะห่างอย่างน้อย 1 เมตร ระหว่างพระสงฆ์กับผู้ตักบาตร และการจัดที่นั่งโดยเว้นระยะห่างอย่างน้อย 1 เมตร ระหว่างพระสงฆ์กับผู้มาถวายภัตตาหาร ร้อยละ 98.3 จากงานวิจัยพบว่ามาตรการต่างๆที่เกิดขึ้นในวัดแต่ละแห่งอยู่ในระดับที่ดีและมีความสอดคล้องกับที่องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern) และแนะนำทุกประเทศให้เร่งรัดการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค¹ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้มีข้อเสนอแนะและมาตรการในการดูแลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในทุกพื้นที่โดยเฉพาะพื้นที่สาธารณะเพื่อลดความเสี่ยงของประชาชนและประชาชนในกลุ่มเสี่ยง⁴ ทำให้วัดต้องมีมาตรการในการป้องกันโรคดังกล่าวเพื่อสุขภาพของพระสงฆ์และประชาชนที่มาวัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จรรยา นราธรสวัสดิกุล²⁰ พบว่าระดับการศึกษาทางโลก การเข้ารับการอบรมหรือประชุมเรื่องสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ซึ่งต้องมีความเข้าใจในสื่อความรู้ต่างๆก่อนจะนำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและการจัดมาตรการในวัด และการศึกษาของพระครูบวรภิกษุคุณาธาร(อนันต์ วรปญโญ)²¹ ที่พบว่าควรจะมีการสนับสนุนด้านการอบรมให้ความรู้และสื่อประชาสัมพันธ์ที่ทันสมัยเพื่อให้พระสงฆ์มีการสื่อสารที่ถูกต้อง

7. ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการสร้างความรู้ด้านสุขภาพและความรู้ด้านการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในกลุ่มพระ อสว.และพระสงฆ์เพิ่มเติม
2. ควรส่งเสริมให้เน้นการใช้สื่อแบบออนไลน์เป็นช่องทางเสริมเพื่อให้ทันต่อเหตุการณ์ รวดเร็ว ลดการสัมผัสระหว่างกัน และการผลิตสื่อสิ่งพิมพ์ที่มีความหลากหลายมากขึ้น เช่น โปสเตอร์ คลิปสั้น เป็นต้น
3. ควรมีการศึกษาวิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมในการจัดมาตรการป้องกันโควิดในวัดทั้งเขตชนบทและเขตเมือง
4. ควรส่งเสริมให้มีการอบรมพระ อสว. เพิ่มมากขึ้นตามหลักสูตรพระคิลานุปัฏฐาก เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในวัดได้และขยายผลสู่ชุมชนเพื่อให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในพื้นที่

8.เอกสารอ้างอิง

1. วิกีพีเดีย สารานุกรมเสรี. การระบาดทั่วของไวรัสโคโรนา [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 20 พ.ย. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://th.wikipedia.org/wiki>
2. พระครูสุวิธานพัฒนบัณฑิต, ธวัชรัตน์ แดงหาญ, สรัญญา วณิชชวีธี. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่น โดยเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่าย. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น 2558;22(2):117-130.
3. กิรติภักดิ์ ยอดจันทร์, วิรัตน์ วิโรจน์. รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อสร้างเสริมสุขภาพในพระภิกษุสงฆ์ จังหวัดพิจิตร. วารสารบัณฑิตศึกษามหาจุฬาลงกรณ์ 2562;6(4):518-530.
4. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อการจัดการภาวะระบาดของโรคโควิด-19 ในข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 1) [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 20 พ.ย. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/>
5. พระบัวสอน ทองสลับ, ภักดี โพธิ์สิงห์, ยุภาพร ยุภาศ. บทบาทพระสงฆ์ต่อการส่งเสริม คุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตปกครองของคณะสงฆ์ภาค 10. วารสาร มจร อุบลปริทรรศน์ 2563;6(1):317-328.
6. ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี. หลักสูตรพระนักสื่อสารสุขภาพด้านอาหารและการออกกำลังกาย. พิมพ์ครั้งที่ 1. อุบลราชธานี: ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี; 2562.
7. Wayne, W. D.. Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences (6 th ed.). New York: John Wiley & Sons. 1995.
8. สรัญญา บุญญาวรรกุล. ความคาดหวัง การเปิดรับและความพึงพอใจที่มีต่อสื่อประชาสัมพันธ์ภายในของพนักงานโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวารสารศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2558.
9. อลิษา ตรีโรจนานนท์. การรู้เท่าทันสื่อของพระสงฆ์ในภาคเหนือของประเทศไทย. วารสารการสื่อสารมวลชน คณะการสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2562;7(1):1-24.
10. พนม คลีฉายา. การรู้เท่าทันสื่อมวลชนกระแสหลักของคนกรุงเทพมหานคร. วารสารนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2556;32(2):1-24.
11. สมศรี สัจจะสกุลรัตน์, ธาณี กล่อมใจ, พระครูพิศาลสรกิจ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจการสงฆ์ของเจ้าอาวาส ในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19. วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ 2564;22(2):125-137.
12. สุขาดา น้ำใจดี. คุณลักษณะของสื่อบุคคลกับการถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่น. วารสารชุมชนวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา 2561;12(3):1-13.
13. พบพร เอี่ยมใส, ธนกิจ โคกทอง, ศุภวิชญ์ มาสาซ้าย. การพัฒนาสื่อสิ่งพิมพ์เพื่อศูนย์การเรียนรู้เกษตรทฤษฎีใหม่ในโครงการพระราชดำริ บ้านวัดใหม่ อ.บึงสามัคคี จ.กำแพงเพชร [อินเทอร์เน็ต]. 2560. [เข้าถึงเมื่อ 20 พ.ย. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://architservice.kku.ac.th/>
14. เปรมศักดิ์ อาษากิจ, สรัญญา สุวรรณเสรีรักษ์. การพัฒนาสื่อสิ่งพิมพ์เพื่อการท่องเที่ยว บ้านสันตันเปา อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวารสารศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2558.

15. แทนพันธ์ เสนะพันธุ์ บัวใหม่. พฤติกรรมการใช้เฟซบุ๊กของพระสงฆ์ไทย. วารสารศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ 2559;8(2):188-218.
16. อาทิตย์ หลวงละ. การใช้เว็บไซต์เฟซบุ๊กทางอินเทอร์เน็ตของพระสงฆ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวารสารศาสตร์ มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2559.
17. พุฒิสรรณ ย่อมเจริญ. การแบ่งปันข้อมูลการดูแลสุขภาพบนเครือข่ายสังคมออนไลน์. วารสารระบบสารสนเทศด้านธุรกิจ (JISB) 2559;2(4):6-20.
18. สื่อเพื่อการประชาสัมพันธ์ร้านโคมงามสปา. การประชุมวิชาการมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล ครั้งที่ 9 ราชมงคลสร้างสรรค์กับนวัตกรรมที่ยั่งยืนสู่ประเทศไทย 4.0; 8-9 สิงหาคม 2560; เมืองทองธานี. 2560.
19. ฐิตินัน บ. คอมมอน. การสร้างสรรค์และประเมินผลรายการโทรทัศน์ เพื่อส่งเสริมสุขภาพแต่พระสงฆ์ “สงฆ์ไทยไกลโรค”. วารสารบริหารธุรกิจเทคโนโลยีมหานคร 2564;18(1):183-203.
20. จรรยา นราธรสวัสดิกุล, ประพันธ์ เข้มแก้ว. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดพิจิตร. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร 2563;1(1):10-23.
21. พระครูบรรณกิจคุณาธาร(อนันต์ วรปญโญ), พระปลัดระพิน พุทธิสารโร, พระมหากฤษฏา กิตติโสภโณ. การสื่อสารเพื่อการเผยแผ่พระพุทธศาสนาของพระสงฆ์ในเขตหนองจอก [วิทยานิพนธ์ปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. 2561.

บทความวิจัย

การรับรู้และความคิดเห็นของประชาชนต่อการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไข
ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559

The Perception and Opinion of People on Act for Prevention and Solution of the
Adolescent Pregnancy Problem, B.E. 2559 (2016)

เทียมดาว ทองโกฏ^{1*} Thairmdow Thongghot^{1*}

นิยม จันทร์นวล² Niyom Junnual²

ฐิติรัตน์ ภาวะสุทธิพงษ์³ Titirat Phawasuttipong³

รุ่งนภา มุลตรีภักดี⁴ Rungnapa Munthreepak⁴

อรุณรัตน์ กาลพันธา⁵ Aroonrat Kalpanta⁵

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 2) ความคิดเห็นของประชาชนต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและ 3) ความคิดเห็นต่อการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนในเขตสุขภาพที่ 10 ที่มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี จำนวน 150 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายชั้นตอน ใช้แบบสอบถามในการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาโดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบไคสแควร์

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 41.33 รับรู้ว่าการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 โดยรับรู้จากการเข้าร่วมประชุมสัมมนาต่างๆ มากที่สุด ร้อยละ 27.42 มีความคิดเห็นต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.25$, S.D.=0.64) โดยความคิดเห็นเรื่องการออกกฎหมายจะสามารถช่วยป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}=4.05$, S.D.=0.93) ส่วนความคิดเห็นต่อการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559 ภาพรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.65$, S.D.=0.81) ประเด็นที่มีความคิดเห็นว่ามีประสิทธิภาพในการดำเนินงานมากที่สุดคือ สถานบริการสุขภาพจัดให้มีบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์แก่วัยรุ่น ($\bar{X}=4.25$, S.D.=0.83) และพบว่า ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ย อาชีพ มีความสัมพันธ์กับการรับรู้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 อย่างนัยสำคัญทางสถิติ $P= .000$

คำสำคัญ : การรับรู้ ความคิดเห็น พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

^{1,3,4,5} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

* ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: T_tairmdow@yahoo.com

Abstract

This research is a Cross-sectional descriptive study aims to investigate about. 1) The factors that related to the acknowledgment of the act for prevention and solution of the adolescent pregnancy problem, B.E. 2559 (2016). 2) Society's ways of thinking about the adolescent pregnancy problem. The comments related to the process of working of the relative organizations for prevention and solution of the adolescent pregnancy problem. A sample was selected from 150 people in 10th area health with the age's range of 20-59 years old by multistage random sampling method. Rating scale questionnaire was used to collect information. Data were analyzed using descriptive statistics to include frequency, percentage, average, standard deviation, and use of inferential statistics were Chi-Square test.

The results showed that, it was concluded that just 41.33 % of samplings know that Thai government was adopt the act for prevention and solution of the adolescent pregnancy problem, B.E. 2559 (2016). Furthermore, most of samplings were informed from the participation in meetings and seminars as the percentage of 27.42. The overall opinions associated with the adolescent pregnancy problem was in a good level. (\bar{x} =3.25, S.D.=0.64) The opinion about the legislation is able to prevent and reduce the adolescent pregnancy problem. Which is the most average number of this research. (\bar{x} = 4.05, S.D.=0.93) The opinion about the process to follow the act for prevention and solution of the adolescent pregnancy problem, B.E. 2559 (2016). In overall was recognized as a good level. (\bar{x} = 3.65, S.D.=0.81) The most effective issue related to the processing is health care center could provide reproductive health services to adolescents (\bar{x} =4.25, S.D.=0.83) It was found that educational level, status, average income and occupation are associated with the perception of the act for prevention and solution of the adolescent pregnancy problem, B.E. 2559 (2016). It was statistically significant at P= .000

Keywords: Perception, Opinion, Act for Prevention and Solution of the Adolescent Pregnancy Problem, B.E. 2559 (2016)

^{1,3,4,5} Registered Nurse, Professional Level of Regional Health Promotion Center 10 Ubonratchathani

² assistant professor Ubonratchathani University

* Corresponding Author Email: T_tairmdow@yahoo.com

1.ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหญิงหรือผู้หญิงที่อายุน้อยกว่า 20 ปีมีค่าเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้นทั่วโลก อยู่ที่ 65 ต่อพันคน¹ ทวีปเอเชียอยู่ที่ 56 ต่อพันคน ซึ่งนับเป็นอันดับที่สองของโลก² และในประเทศไทยมีค่าเฉลี่ยสูงถึง 70 ต่อพันคน และเป็นกลุ่มที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมมากถึงร้อยละ 60³ สถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นพบว่าวัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยง มีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้น จากรายงานผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มนักเรียนประเทศไทยปี 2562⁴ พบอายุเฉลี่ย เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา เพศชาย 13.0 ปี และเพศหญิง 13.4 ปี โดยเพศชายเคยมีเพศสัมพันธ์มาแล้วร้อยละ 4.9 เพศหญิง ร้อยละ 3.5 ในกลุ่มนี้มีการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก เพศชาย ร้อยละ 59.1 เพศหญิง ร้อยละ 77.8 สภาพเช่นนี้จึงก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญทางสังคมวัฒนธรรม และวิถีทางเพศในสังคมไทย จนปรากฏกลายเป็นปัญหาสังคมขึ้นในปัจจุบัน และเมื่อศึกษาข้อมูลสถานการณ์การตั้งครรภ์วัยรุ่น เขตสุขภาพที่ 10⁵ พบว่า ในปี 2560-2562 อัตราการคลอดของวัยรุ่นหญิงอายุ 15-19 ปี เป็น 54.2 32.7 และ 30.0 ต่อพันคน ตามลำดับ ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ระดับเขตสุขภาพ เป็น ร้อยละ 717.8 ร้อยละ 682.5 และ ร้อยละ 713.7 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามยังพบว่า แม่วัยรุ่นที่ตั้งใจตั้งครรภ์ซ้ำมักเป็นผู้ที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการป้องกันการตั้งครรภ์แต่ไม่ป้องกัน หรือต้องการวางแผนที่จะไม่คุมกำเนิดหลังคลอดครั้งแรกเพื่อให้ตนเองได้ตั้งครรภ์ซ้ำตามความตั้งใจ⁶ ผลของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นพบว่า แม่วัยรุ่นต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ หลายด้าน ทั้งด้านสุขภาพร่างกาย และสภาพจิตใจอารมณ์ที่มีความเปราะบางอย่างมาก เนื่องจากต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน จึงทำให้แม่วัยรุ่นส่วนใหญ่มักมีความรู้สึกด้านลบต่อการตั้งครรภ์ จนอาจนำไปสู่การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยและฆ่าตัวตายได้⁷ นอกจากนี้ ผลกระทบจากการคลอดบุตรที่เกิดจากการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม ส่งผลต่อการเกิดที่ไม่มีคุณภาพ โดยพบว่าแม่วัยรุ่นคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม มากกว่าร้อยละ 10 ปัจจัยสาเหตุหลักมาจากน้ำหนักตัวมารดาขึ้นน้อยระหว่างตั้งครรภ์ และคลอดก่อนกำหนด เมื่อติดตามเด็กที่เกิดจากมารดาวัยรุ่นจะพบว่าเด็กบางส่วนมีความผิดปกติทางอารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งอาจเกิดจากการได้รับสารเสพติดระหว่างตั้งครรภ์ หรือแม่ขาดทักษะในการเลี้ยงดูบุตรหรือทอดทิ้งบุตร ส่งผลให้เด็กที่เกิดมามีการเรียนรู้ล่าช้ากว่าเด็กคนอื่น เด็บบโตมีนิสัยก้าวร้าว เมื่อเป็นวัยรุ่นจะมีความต้องการความรักสูง มีโอกาสมีเพศสัมพันธ์เร็ว และตั้งครรภ์ในขณะที่เป็นวัยรุ่นเช่นเดียวกับแม่นับเป็นวงจรของปัญหาสังคมอย่างไม่รู้จบ ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จึงเป็นหนึ่งในประเด็นปัญหาที่นานาประเทศรวมถึงประเทศไทยให้ความสำคัญยิ่ง ซึ่งการแก้ไขปัญหาดังกล่าวมีอาจทำได้เพียงหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง หรือหากจะใช้วิธีการทางกฎหมายบังคับเอาผิดทันทีเหมือนเช่นการกระทำอื่นที่ส่งผลเสียต่อสังคมก็มีอาจทำได้

ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงนำไปสู่การตราพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559⁸ (พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559) โดยพ.ร.บ. ฉบับนี้ มีสาระสำคัญ อาทิ มาตรา 5 วัยรุ่นมีสิทธิตัดสินใจด้วยตนเอง และมีสิทธิได้รับข้อมูลข่าวสารและความรู้ ได้รับการบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ได้รับการรักษาความลับและความเป็นส่วนตัว มาตรา 6 ให้สถานศึกษาดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มาตรา 7 ให้สถานบริการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มาตรา 8 ให้สถานประกอบกิจการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มาตรา 9 ให้มีการจัดสวัสดิการสังคมที่เกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มาตรา 10 ให้ข้าราชการท้องถิ่นมีอำนาจหน้าที่ดำเนินการให้วัยรุ่นในเขตราชการส่วนท้องถิ่นได้รับสิทธิตามมาตรา 5 ซึ่งประเทศไทยได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 31 มีนาคม 2559 และมีผล

บังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 29 กรกฎาคม 2559 เป็นต้นมาเพื่อขับเคลื่อนการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว และการตั้งครุฑในวัยรุ่นทั้งระบบในสังคม อย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน โดยจำเป็นต้องใช้การมีส่วนร่วมจากหน่วยงานหลากหลายภาคส่วนในหลายๆ ด้าน ในลักษณะการบูรณาการกันแก้ไขปัญหา ทั้งในเชิงการป้องกันร่วมกับการแก้ที่รากเหง้าของปัญหา ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี จึงได้ทำการขับเคลื่อน พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวในวัยรุ่น พ.ศ.2559 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 โดยผ่านกลไกการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวในวัยรุ่นระดับจังหวัด ซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่างกระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงแรงงาน ตั้งแต่ปี พ.ศ.2560 ถึงปัจจุบัน ตามมาตรา 11 ให้มีคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวในวัยรุ่นนั้นแต่ยังไม่มีผลของการขับเคลื่อน พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวในวัยรุ่น พ.ศ.2559 ทั้งนี้ จากสถิติปัญหาดังกล่าวในวัยรุ่น และการขับเคลื่อนดังกล่าวตามอำนาจหน้าที่ของกฎหมาย การเชื่อมโยงบูรณาการการดำเนินงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการลดปัญหาดังกล่าวในวัยรุ่นของเขตสุขภาพที่ 10

ทำให้คณะผู้วิจัย เห็นถึงความสำคัญที่จะศึกษาเรื่องการรับรู้และความคิดเห็นของประชาชนต่อ พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวในวัยรุ่น พ.ศ.2559 และการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวในวัยรุ่น พ.ศ.2559 เพื่อเป็นประโยชน์นำไปสู่การพัฒนาการขับเคลื่อน พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวในวัยรุ่น พ.ศ.2559 โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 5 กระทรวงและแนวทางปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวในวัยรุ่นต่อไป

2.วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวในวัยรุ่น พ.ศ. 2559
2. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของประชาชนต่อการตั้งครุฑในวัยรุ่นและพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวในวัยรุ่น พ.ศ. 2559
3. เพื่อศึกษาความคิดเห็นต่อการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวในวัยรุ่น

3.กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



4.วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับการรับรู้พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ศึกษาความคิดเห็นต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การรับรู้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และความคิดเห็นต่อความชัดเจนของหน่วยงานภาครัฐและเอกชนในการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559 ของประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ที่มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี

4.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนทั่วไปที่มีอายุ 20-59 ปี ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดยโสธร จังหวัดอำนาจเจริญ และจังหวัดมุกดาหาร จำนวน 1,792,334 คน⁹ ข้อมูล ณ ธันวาคม 2562

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนทั่วไปที่มีอายุ 20-59 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2563-มีนาคม 2564 จำนวน 150 คน คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตร ของ Thorndike¹⁰ ดังนี้

$$N = 10K + 50$$

$$K = \text{จำนวนตัวแปรต้น (ตัวแปรอิสระ)}$$

$$\text{แทนค่าดังนี้ } N = (10 \times 6) + 50 = 110$$

เพื่อความสมบูรณ์ของข้อมูลจึงเก็บเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 40 คน รวมเป็น 150 คน

วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีแบบหลายขั้นตอน การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling)

ขั้นตอนที่ 1 จับสลากตัวแทนจังหวัดละ 1 อำเภอ

ขั้นตอนที่ 2 จับสลากตัวแทนอำเภอละ 1 ตำบล

ขั้นตอนที่ 3 เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มแบบบังเอิญ (Accidental Sampling)

ตารางที่ 1 แสดงการสุ่มกลุ่มตัวอย่างของ 5 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 10

จังหวัด	อำเภอ	ตำบล	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
อุบลราชธานี	สิรินธร	ช่องเม็ก	30
ศรีสะเกษ	ขุขันธ์	กฤษณา	30
ยโสธร	เลิงนกทา	บุงคำ	30
อำนาจเจริญ	ชานุมาน	ห้วยทม	30
มุกดาหาร	นิคมคำสร้อย	หนองฮี	30
รวม			150

4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถามที่ดัดแปลงจากแบบสอบถามของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย¹¹ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้เฉลี่ย อาชีพ และการรับรู้ข้อมูล พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความคิดเห็นต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และการรับรู้ข้อมูล พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 มีลักษณะเป็นปรนัยเลือกตอบมี 5 ตัวเลือกคือ มาก ค่อนข้างมาก ค่อนข้างน้อย น้อย ไม่ทราบ จำนวน 8 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยมาก	ให้ 5 คะแนน
เห็นด้วยค่อนข้างมาก	ให้ 4 คะแนน
เห็นด้วยค่อนข้างน้อย	ให้ 3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้ 2 คะแนน
ไม่ทราบ	ให้ 1 คะแนน

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นต่อการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีลักษณะเป็นปรนัยเลือกตอบมี 5 ตัวเลือกคือ มีการดำเนินงานมากที่สุด มีการดำเนินงานมาก มีการดำเนินงานปานกลาง มีการดำเนินงานน้อย ไม่มีการดำเนินงาน มีการดำเนินงานจำนวน 12 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยว่ามีการดำเนินงานมากที่สุด	ให้ 5 คะแนน
เห็นด้วยว่ามีการดำเนินงานมาก	ให้ 4 คะแนน
เห็นด้วยว่ามีการดำเนินงานปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
เห็นด้วยว่ามีการดำเนินงานน้อย	ให้ 2 คะแนน
เห็นด้วยว่าไม่มีการดำเนินงาน	ให้ 1 คะแนน

การแปลผลระดับความคิดเห็นใช้การแบ่งคะแนนเฉลี่ยเพื่อแปลผลและอธิบายตัวแปรจากคะแนนเต็ม 5 คะแนน ต่ำสุด 1 คะแนน แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยแบ่งคะแนนเฉลี่ย (Class interval)¹² จากสูตรดังนี้

$$\text{ขนาดชั้น} = (\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) / \text{จำนวนชั้น}$$

$$\text{ขนาดชั้น} = (5-1)/5 = 0.80$$

ดังนั้นพิจารณาตามเกณฑ์การแบ่งระดับความคิดเห็นแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.79	หมายถึง น้อยที่สุด
ค่าเฉลี่ย 1.80 – 2.59	หมายถึง น้อย
ค่าเฉลี่ย 2.60 – 3.39	หมายถึง ปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 3.40 – 4.19	หมายถึง มาก
ค่าเฉลี่ย 4.20 – 5.00	หมายถึง มากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรง (validity) ผู้วิจัยได้นำเสนอแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องทางภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา (Content Validity) แล้วนำไปปรับปรุงคำถามตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะแล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้งจนเป็นที่ยอมรับ ถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาแล้วจึงนำไปใช้ในการวิจัย โดยได้ค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทดลองใช้ Try Out กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนแล้วนำแบบสอบถามทั้งหมดมาให้คะแนนและวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยคำนวณจากสูตรค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)¹³ ทั้งนี้แบบสอบถามงานวิจัยนี้ได้ค่าเฉลี่ยความเที่ยง เท่ากับ 0.71

4.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยทำหนังสือขออนุญาตกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจำนวน 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดอำนาจเจริญ จังหวัดยโสธร และจังหวัดมุกดาหาร พร้อมประสานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อติดต่อขออนุญาตและขอความ

ร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามวันและเวลาที่กำหนด ภายหลังจากได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยแนะนำตัว และชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและสัมภาษณ์ ประชาชนที่อายุ 20-59 ปีที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตัวอย่างด้วยแบบสอบถาม ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2563 - 1 มีนาคม 2564 ดังนี้

4.3.1 สุ่มตัวอย่างจากประชาชนที่ อายุ 20-59 ปีที่อาศัยอยู่ในตำบลขณะนั้นโดยใช้การสุ่มแบบบังเอิญ (Accidental Sampling)

4.3.2 ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจาก ตัวอย่าง

4.3.3 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ ของข้อมูลแล้วจึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์ตามวิธีการเชิงสถิติ

4.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ตอบเรียบร้อยแล้ว มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแล้วประมวลผล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยแบ่งกลุ่มวิเคราะห์ดังนี้

4.4.1 ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive) วิเคราะห์ ข้อมูลทั่วไป การรับรู้และความคิดเห็น นำเสนอโดยการแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.4.2 ใช้สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับการรับรู้ พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 คือสถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square Test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ คือระดับ $\alpha = 0.05$

5.การพิจารณาด้านจริยธรรม

วิจัยนี้ข้อมูลทั้งหมดจะถูกนำไปใช้ในการศึกษาเท่านั้นและจะเก็บข้อมูลเพื่อประโยชน์ในการพัฒนา งานบริการด้านอนามัยวัยรุ่นและวัยเจริญพันธุ์พื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ต่อไป และไม่ระบุชื่อผู้ให้ข้อมูลโดย เด็ดขาดสำหรับข้อมูลบางส่วนที่ไม่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาจะเก็บไว้เป็นความลับ

6.ผลการวิจัย

แบ่งออกเป็น 3 ส่วนได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไป และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ข้อมูล พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559

2. ความคิดเห็นต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และการรับรู้ข้อมูล พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559

3. ความคิดเห็นต่อความชัดเจนของหน่วยงานภาครัฐและเอกชนในการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.การ ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ข้อมูล พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559

1.1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 55.33 มีอายุเฉลี่ย 39.65 ปี มีอายุระหว่าง 30-39 ปี มากที่สุดร้อยละ 29.33 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 54.66 ระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 48.7 รายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 60.67 ประกอบอาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ลูกจ้าง ของหน่วยงานภาครัฐ ร้อยละ 39.3 แสดงดังตารางที่ 2

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่าการบังคับใช้ พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครม.ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 เพียงร้อยละ 41.33 และส่วนใหญ่รับรู้จากการเข้าร่วมประชุมสัมมนาต่างๆ ร้อยละ 27.42 รองลงมาคือทราบจากการบอกเล่าของบุคคล เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม.ร้อยละ 16.13 แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	67	44.67
หญิง	83	55.33
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 30 ปี	31	20.67
30-39 ปี	44	29.33
40-49 ปี	40	26.67
50 ปีขึ้นไป	35	23.33
$\bar{X} = 39.65$ ปี S.D.=11.33		
สถานภาพสมรส		
โสด	31	20.67
คู่	82	54.66
หม้าย/หย่า/แยก	37	24.67
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า	40	26.67
มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส. /อนุปริญญา	25	16.67
ปริญญาตรี	73	48.67
ปริญญาโท/เอก	12	8.00
รายได้เฉลี่ย		
ต่ำกว่า 10,000 บาท	91	60.67
10,000 –30,000 บาท	31	20.67
มากกว่า 30,000 บาท	28	18.67
อาชีพปัจจุบัน		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ลูกจ้างของหน่วยงานภาครัฐ	59	39.33
เกษตรกร	45	30.00
รับจ้างทั่วไป	33	22.00
อาชีพอื่นๆ	13	8.67

ตารางที่ 3 การรับรู้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาคอร์รัปชันในวัยรุ่น พ.ศ. 2559

ข้อที่	ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
1.	ผู้ที่รับรู้ว่าการป้องกันและแก้ไขปัญหาคอร์รัปชันในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 แล้ว	62	41.33
2.	ที่ยังไม่รับรู้ว่าการป้องกันและแก้ไขปัญหาคอร์รัปชันในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 แล้ว	88	58.67
3.	แหล่งข้อมูลการรับรู้ข้อมูล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
3.1	เอกสาร โปสเตอร์ แผ่นพับ	3	4.84
3.2	โทรทัศน์	8	12.90
3.3	วิทยุ	6	9.68
3.4	สื่อออนไลน์ อินเทอร์เน็ต	16	25.81
3.5	ทราบจากการบอกเล่าของบุคคล เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม.	10	16.13
3.6	การเข้าร่วมการประชุม สัมมนาต่างๆ	17	27.42

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาคอร์รัปชันในวัยรุ่น พ.ศ. 2559

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูลทั่วไปกับการรับรู้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาคอร์รัปชันในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 พบว่า ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ย อาชีพ มีความสัมพันธ์กับการรับรู้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาคอร์รัปชันในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $P < .05$ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับการรับรู้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาคอร์รัปชันในวัยรุ่น พ.ศ. 2559

ข้อมูลทั่วไป	การรับรู้ พรบ. จำนวน (คน)		P-Value
	รับรู้	ไม่รับรู้	
เพศ			.058
ชาย	22	45	
หญิง	40	43	
อายุ (ปี)			0.36
น้อยกว่า 30 ปี	19	12	
30-39 ปี	13	31	
40-49 ปี	18	22	
50 ปีขึ้นไป	12	23	
สถานภาพสมรส			.000**
โสด	29	2	
คู่	32	50	
หม้าย/หย่า/แยก	1	36	

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	การรับรู้ พรบ. จำนวน (คน)		P-Value
	รับรู้	ไม่รับรู้	
ระดับการศึกษา			.000**
ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า	2	38	
มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส. /อนุปริญญา	16	9	
ปริญญาตรี	32	41	
ปริญญาโท/เอก	12	0	
รายได้เฉลี่ย			.000**
ต่ำกว่า 10,000 บาท	16	75	
10,000 –30,000 บาท	22	9	
มากกว่า 30,000 บาท	24	4	
อาชีพปัจจุบัน			.000**
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ลูกจ้างของหน่วยงานภาครัฐ	47	12	
เกษตรกร	6	39	
รับจ้างทั่วไป	0	33	
อาชีพอื่นๆ	9	4	

หมายเหตุ : * p< .05 , ** p< .01

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นต่อการตั้งครรภในวัยรุ่น และการรับรู้ข้อมูล พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไข ปัญหาการตั้งครรภในวัยรุ่น พ.ศ. 2559

กลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นต่อการตั้งครรภในวัยรุ่น และการรับรู้ข้อมูล พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไข ปัญหาการตั้งครรภในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (\bar{X} =3.25, S.D.=0.64) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ประเด็นการออกกฎหมาย (พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไข ปัญหาการตั้งครรภในวัยรุ่น พ.ศ. 2559) จะสามารถช่วยป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภในวัยรุ่นได้ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (\bar{X} =4.05, S.D.=0.93) รองลงมา การมี พ.ร.บ. ป้องกันและแก้ไข ปัญหาการตั้งครรภในวัยรุ่นจะช่วยให้หน่วยงานต่างๆ ของภาครัฐ และเอกชนที่เกี่ยวข้องมีการดำเนินงานเพื่อไม่ให้วัยรุ่นตั้งครรภได้อย่างมีประสิทธิภาพ (\bar{X} =3.86, S.D.=0.73) และประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ รับรู้ข้อมูลใน พ.ร.บ. ป้องกันและแก้ไข ปัญหาการตั้งครรภในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 (\bar{X} =2.27, S.D.=1.17) และส่วนใหญ่วัยรุ่นอายุไม่ถึง 20 ปี มีความพร้อมในการตั้งครรภหรือเลี้ยงลูก (\bar{X} =2.60, S.D.=0.76) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ระดับความคิดเห็นต่อการตั้งครรภในวัยรุ่นและการรับรู้ข้อมูล พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไข ปัญหาการตั้งครรภในวัยรุ่น พ.ศ. 2559

ข้อที่	ข้อมูลการตั้งครรภวัยรุ่น	ค่าเฉลี่ย	ค่าส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	การแปลผล ระดับความ คิดเห็น
1.	วัยรุ่นอายุไม่ถึง 20 ปี ในประเทศไทยมีการตั้งครรภ หรือคลอดลูก	3.08	1.37	ปานกลาง
2.	ส่วนใหญ่วัยรุ่นอายุไม่ถึง 20 ปี มีความพร้อมในการ ตั้งครรภหรือเลี้ยงลูก	2.60	0.76	ปานกลาง
3.	การตั้งครรภในวัยรุ่นที่อายุไม่ถึง 20 ปี เป็นปัญหา สำคัญของประเทศ	3.65	1.08	มาก
4.	รับรู้ข้อมูลใน พ.ร.บ. ป้องกันและแก้ไขปัญหาการ ตั้งครรภในวัยรุ่น พ.ศ. 2559	2.27	1.17	ปานกลาง
5.	การออกกฎหมาย (พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไข ปัญหาการตั้งครรภในวัยรุ่น พ.ศ. 2559) จะ สามารถช่วยป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภในวัยรุ่น ได้	4.05	0.93	มาก
6.	การมี พ.ร.บ. ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ ในวัยรุ่นจะช่วยให้หน่วยงานต่างๆ ของภาครัฐ และ เอกชนที่เกี่ยวข้องมีการดำเนินงานเพื่อไม่ให้วัยรุ่น ตั้งครรภได้อย่างมีประสิทธิภาพ	3.86	0.73	มาก
ความคิดเห็นโดยภาพรวม		3.25	0.64	ปานกลาง

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นต่อความชัดเจนของหน่วยงานภาครัฐและเอกชนในการดำเนินงานตาม พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภในวัยรุ่น พ.ศ.2559

กลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นต่อความชัดเจนของหน่วยงานภาครัฐและเอกชนในการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภในวัยรุ่น พ.ศ.2559 โดยภาพรวม อยู่ในระดับมาก (\bar{X} =3.65, S.D.=0.81) เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า ประเด็นที่มีความคิดเห็นว่ามีความชัดเจนในการดำเนินงานมากที่สุดคือ สถานบริการสุขภาพจัดให้มีบริการให้คำปรึกษาและให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์แก่วัยรุ่น อย่างเป็นมิตร และมีคุณภาพ (\bar{X} =4.25, S.D.=0.83) รองลงมาคือ สถานบริการได้สุขภาพมีระบบส่งต่อ วัยรุ่นที่ตั้งครรภ/วัยรุ่นหลังคลอดที่ต้องการได้รับการดูแลช่วยเหลือทั้งระหว่างการตั้งครรภหรือหลังคลอด ให้ได้รับสวัสดิการสังคมอย่างเหมาะสม (\bar{X} =4.12, S.D.=0.92) และประเด็นที่เห็นด้วยน้อยที่สุดคือองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต./เทศบาล/ อบจ./กทม) (\bar{X} =3.24, S.D.=1.04) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความคิดเห็นต่อการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559

ข้อที่	การดำเนินงาน	ค่าเฉลี่ย	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผลระดับความคิดเห็น
1.	สถานศึกษา (โรงเรียนประถม/มัธยม/วิทยาลัย/มหาวิทยาลัย) มีการจัดการเรียนการสอนเรื่องเพศหรือเพศวิถีศึกษาที่เหมาะสมกับช่วงวัยของนักเรียน/นักศึกษา	3.84	0.96	มาก
2.	สถานศึกษามีการจัดหาหรือพัฒนาครูให้สามารถสอนเพศวิถีศึกษาและสามารถให้คำปรึกษาในเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแก่นักเรียน/นักศึกษา	3.60	0.79	มาก
3.	สถานศึกษามีการจัดให้มีระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียน/นักศึกษาที่ตั้งครรภ์ให้ได้รับการศึกษาต่อด้วยรูปแบบที่เหมาะสมและต่อเนื่อง	3.56	0.77	มาก
4.	สถานบริการสุขภาพ /สถานบริการด้านสุขภาพของรัฐบาลและเอกชน มีการให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	3.95	0.98	มาก
5.	สถานบริการสุขภาพจัดให้มีบริการให้คำปรึกษาและให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์แก่วัยรุ่นอย่างเป็นมิตร และมีคุณภาพ	4.25	0.83	มากที่สุด
6.	สถานบริการได้สุขภาพมีระบบส่งต่อวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์/วัยรุ่นหลังคลอดที่ต้องการได้รับการดูแลช่วยเหลือท้องระหว่างการตั้งครรภ์หรือหลังคลอดให้ได้รับสวัสดิการสังคมอย่างเหมาะสม	4.12	0.92	มาก
7.	สถานประกอบกิจการ (โรงงาน/บริษัท) มีการให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแก่ลูกจ้างซึ่งเป็นวัยรุ่นอย่างถูกต้อง ครบถ้วนและเพียงพอ	3.67	1.04	มาก
8.	สถานประกอบกิจการจัดหรือสนับสนุนให้ลูกจ้างซึ่งเป็นวัยรุ่นเข้าถึงการได้รับคำปรึกษาและบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างเหมาะสม	3.46	1.26	มาก

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ข้อที่	การดำเนินงาน	ค่าเฉลี่ย	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผลระดับความคิดเห็น
9.	มีแกนนำหรือสมาชิกของสภาเด็กและเยาวชนในพื้นที่เป็นแกนนำในการจัดกิจกรรมในรูปแบบต่างๆ เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	3.25	1.01	ปานกลาง
10.	หน่วยงานด้านสวัสดิการสังคมในจังหวัดดำเนินการหรือมีการประสานกับหน่วยงานเอกชนที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยเหลือวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์/หลังคลอด ที่ต้องการความช่วยเหลือ เพื่อให้แม่วัยรุ่นและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เช่น การฝึกอาชีพ การหาครอบครัวทดแทน และสวัสดิการสังคมด้านอื่นๆ	3.52	0.84	มาก
11.	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต./เทศบาล/อบจ./กทม.) มีการจัดกิจกรรมรณรงค์ ส่งเสริมความรู้เรื่องเพศ เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง	3.24	1.04	ปานกลาง
12.	หน่วยงานภาครัฐต่างๆ ในจังหวัดมีความจริงจังในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	3.32	0.79	ปานกลาง
ความคิดเห็นโดยภาพรวม		3.65	0.81	มาก

7.การอภิปรายผล

จากการศึกษาการรับรู้ พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559 ความคิดเห็นต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559 นำผลการศึกษามาอภิปรายตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559

ประชาชนส่วนใหญ่ไม่รู้ว่าประเทศไทยมีการบังคับใช้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559 ร้อยละ 58.67 สอดคล้องกับการศึกษาของกมลทิพย์ แจ่มกระจ่าง¹⁴ พบว่ามีการรับรู้ต่อ พ.ร.บ. น้อยและยังไม่สามารถนำไปขับเคลื่อนในพื้นที่ได้ ช่องทางการรับรู้มากที่สุดคือ จากการประชุม สัมมนา ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของวราวุธ พรหมทวีโชค¹⁵ พบว่าผู้บริหารธนาคารส่วนใหญ่มีความสนใจในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารทางการเมืองจากโทรทัศน์มากที่สุด

สำหรับปัจจัย ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ย อาชีพมีความสัมพันธ์กับการรับรู้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติ งามเสงี่ยม¹⁶ 2550 ผลศึกษาพบว่าประชาชนมีปัจจัยสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการรับรู้การปฏิบัติงานของตำรวจ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเอกรินทร์ จงเสรีเจริญ¹⁷ ข้าราชการทหารฯที่มีสถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและระดับชั้นยศแตกต่างกัน มีการรับรู้พระราชบัญญัติกฏอัยการศึก

ในภาพรวมไม่แตกต่างกัน ทำนองเดียวกับการศึกษาของเกศสุดา วุฒิ¹⁸ พบว่าปัจจัยเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือนที่แตกต่างกันจะมีการรับรู้ข่าวสารทางการเมืองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของกมลทิพย์ แจ่มกระจ่าง¹⁴ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้คือ ความพึงพอใจการให้บริการ ระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่น

2. ความคิดเห็นต่อการตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่นและการรับรู้ข้อมูล พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559

ระดับความคิดเห็นต่อปัญหาการตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่น และการมีและประกาศใช้ พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559 โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะประเด็นการออกกฎหมาย พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 จะสามารถช่วยป้องกันและแก้ไขการตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่นได้ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของเอกรินทร์ จงเสรีเจริญ¹⁷ พบว่าความสนใจของข้าราชการทหารต่อพระราชบัญญัติกฏอัยการศึกในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และประสบการณ์ของข้าราชการทหารฯ ต่อพระราชบัญญัติกฏอัยการศึกในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย และประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การรับรู้ข้อมูลใน พ.ร.บ. ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ซึ่งสอดคล้องกับ พีร์ พวงมะลิ¹⁹ ศึกษาการรับรู้ของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครต่อกฎหมายเกี่ยวกับการปล่อยโคมลอย โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และประชาชนส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยกับประเด็นที่ว่าวัยรุ่นอายุไม่ถึง 20 ปี มีความพร้อมในการตั้งครุภัณฑ์หรือเลี้ยงลูก ซึ่งสอดคล้องกับรายงานแผนการวางแผนการดำเนินงานในประเทศไทย ปี 2557²⁰ พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่ทำแท้งทั้งหมดในสถานพยาบาลเป็นหญิงวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี ซึ่ง 92.6% ของกลุ่มสำรวจนี้ตั้งครุภัณฑ์โดยไม่ตั้งใจ และ 95.7% ของวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 15 ปีจากจำนวนนี้ ไม่ได้คุมกำเนิด ทำนองเดียวกับกับ ยุพเยาว์ วิศพรณและสมจิต ยายใจ²¹ แม้วัยรุ่นมีอายุ 15-17 ปี ครึ่งหนึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพ ค่าใช้จ่ายไม่พอใช้ เกือบทุกคนไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม การยอมรับของสังคมอยู่ในระดับปานกลาง สูญเสียโอกาสทางการศึกษาและการทำงาน

3. ความคิดเห็นต่อความชัดเจนของหน่วยงานภาครัฐและเอกชนในการดำเนินงานตาม พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559

ระดับความคิดเห็นต่อการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง ตาม พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 โดยรวมอยู่ในระดับมาก และพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่เห็นความชัดเจนของการดำเนินงานหน่วยงานด้านสาธารณสุข เนื่องจากประชาชนคิดว่าปัญหาการตั้งครุภัณฑ์เป็นปัญหาด้านสุขภาพมากกว่าปัญหาด้านอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับ พรรษมน สุริยสาร²² พบว่า การพัฒนาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครุภัณฑ์ก่อนวัยอันควรด้วยการมีส่วนร่วมวัยรุ่นและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความพึงพอใจในระดับมาก ผลการตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่น ปี 2559-2561 ลดลง ไม่สอดคล้องกับ มาลีวัล เลิศสาครศิริ²³ ที่ว่าสถาบันการศึกษาและครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการเสนอแนะค่านิยมที่ถูกต้องและ ส่งเสริมทัศนคติที่ดีในเรื่องเพศสัมพันธ์ และความรู้ในการคุมกำเนิด ทำนองเดียวกับ สุดาภรณ์ อรุณดี, วุฒิสพร ญัฐจุโรจน์, พรรณทิพย์ กาหยา, และวรวิฑูฒิ พึ่งพัก²⁴ ให้ความเห็นเห็นว่าภาครัฐควรแสดงบทบาทส่งเสริมบทบาทสถาบันครอบครัวต่อเยาวชน พัฒนาหลักสูตร เพศศึกษา มีกระบวนการควบคุมสื่อที่ไม่เหมาะสมอย่างมีประสิทธิภาพ และปลูกฝังค่านิยมอันดีงามของเยาวชน ซึ่ง ที่เป็นเช่นนี้จะเห็นได้ว่าการป้องกันการตั้งครุภัณฑ์ไม่พร้อมของเยาวชนต้องผ่านกลไกด้านการศึกษาเป็นสิ่งสำคัญ

และประเด็นที่เห็นด้วยน้อยที่สุดคือบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการทำงานป้องกันการตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภัชญา สุนันตี²⁵ พบว่าบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่ครอบคลุมบทบาทของการสร้างเสริมสุขภาพเท่าที่ควร กิจกรรม

ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมอนามัยส่วนบุคคลและการดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต ทำนองเดียวกับ
บุญญาพร เรียมทอง²⁶ พบว่าด้านการรับรู้และด้านทัศนคติไม่มีผลต่อการตอบสนองของหน่วยงานต่อการ
ดำเนินงานตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559

8. ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีการรับรู้ข้อมูลเนื้อหาของ พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไข
ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 น้อย แต่มีความเห็นด้วยในระดับมากที่สุดกับประเด็นการออก
กฎหมาย พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 จะสามารถช่วยป้องกันและ
แก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้ค่อนข้างมาก พร้อมทั้งเห็นความชัดเจนในการทำงานของหน่วยงาน
สาธารณสุขเป็นหลักในการแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จึงขอเสนอแนะดังนี้
ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยในครั้งนี้

1. จัดทำสาระสำคัญของ พ.ร.บ.ฯ ให้เข้าใจง่าย โดยจัดทำเป็นคู่มือและนำเผยแพร่สาธารณสุขทางสื่อ
ต่างๆ อย่างแพร่หลาย และควรมีการทบทวนเรื่องการสื่อสารเรื่อง พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไข
ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ให้ทั่วถึงทุกกลุ่มวัย
2. หน่วยงานสาธารณสุขควรดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมกับหน่วยงานอื่นในการแก้ปัญหาและป้องกัน
การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เช่น การจัดอบรมให้กับวัยรุ่นและเยาวชนรวมถึงครอบครัว ชุมชน เกี่ยวกับการ
ป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
3. สถาบันศึกษาควรมีการจัดการเรียนการสอนรายวิชาเพศศึกษาแก่เยาวชนเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับ
บทบาททางเพศและวิธีการป้องกันที่ถูกต้องเหมาะสมพร้อมทั้งสอดแทรก กฎหมาย พ.ร.บ. การ
ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559
4. สร้างความเข้าใจกับผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั่วประเทศให้รับรู้และเข้าใจ เจตนารมณ์
ของ พ.ร.บ.ฯ ผ่านการประชุมทั้งในระดับประเทศ และระดับจังหวัด เพื่อสร้างความตระหนักใน
การส่งเสริมการดำเนินงานในท้องถิ่นได้อย่างจริงจัง การกำหนดบทบาทขององค์กรท้องถิ่นในการ
สนับสนุนกิจกรรมถือเป็นภารกิจหนึ่งและมีตัวชี้วัดในแบบประเมินประสิทธิภาพขององค์กร
ปกครองท้องถิ่น (Local Performance Agreement) นำไปสู่กิจกรรมที่เป็นรูปธรรมให้ประชาชน
เห็นความชัดเจนในการดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะในงานวิจัยครั้งถัดไป

1. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพหรือการศึกษาในลักษณะการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเพื่อค้นหา
ประเด็นปัจจัยอื่นที่อาจสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นและเยาวชน
2. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพให้ครบ 360 องศา ในด้านการบูรณาการดำเนินงานของทั้ง
5 กระทรวงในการแก้ปัญหาการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพื่อทราบปัจจัย
ความสำเร็จในการพัฒนางานอนามัยการเจริญพันธุ์ต่อไป

9. เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. The second decades: Improving adolescent health and
development [Internet]. 2006 [cited 2019 Sep 18]. Available from: <http://www.WHO.org>
2. ลำเจียก กำธร, จิณัฐตา ศุภศรี. ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของวัยรุ่นในจังหวัดตรัง.
ตรัง: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง. 2556.
3. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. รายงานสภาวะการมีบุตรของวัยรุ่นไทย.
กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2555.

4. ลีตีพงษ์ ยิ่งยง, วัชรพล สีนอ, สุปิยา จันทรมณ, นิรมล ปัญสุวรรณ, บรรณาธิการ. รายงานผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มนักเรียนประเทศไทยปี 2562. นนทบุรี: สำนักกระบวนศึกษา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2562
5. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ระบบสารสนเทศสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 18 มี.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://dashboard.anamai.moph.go.th/>
6. อังสนา วิศรุตเกษมพงศ์, สมจิตร เมืองพิล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจตั้งครรถ้าในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. ศรีนครินทร์ เวชสาร 2558;30(3):262-269.
7. กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง, บุญฤทธิ์ สุขรัตน์, เอกชัย โคควาวิสารัช, ประกายดาว พรหมประพัฒน์, จันทกานต์ กาญจนเวทวงศ์, บรรณาธิการ. คู่มือแนวทางปฏิบัติการดูแลแม่วัยรุ่น. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม; 2558.
8. กรมอนามัย, สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอ้างอิงใน ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560 - 2569 ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559. นนทบุรี: กรม; 2560. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย.
9. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 10. จำนวนประชาชนทั่วไปที่มีอายุ 20-59 ปี ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 18 มี.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก https://healthregion10.moph.go.th/gen_data
10. บุญใจ ศรีสถิตนรากร. ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: บริษัท ยูแอนดีไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด; 2550.
11. กรมอนามัย, สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. รายงานผลโครงการ ประเมินผลการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2562 ภายใต้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559. นนทบุรี: กรม; 2562. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย.
12. ละเอียด ศิลาน้อย, กันทิมาลย์ จินดาประเสริฐ. การใช้มาตรฐานค่าในการศึกษาวิจัยทางสังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์ การโรงแรม และการท่องเที่ยว. วารสารบริหารศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2562;8(15):112-126.
13. ประสพชัย พสุนนท์. ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในการวิจัยเชิงปริมาณ. วารสารปาริชาติ มหาวิทยาลัยทักษิณ 2557;27(1):144-163.
14. กมลทิพย์ แจ่มกระจ่าง. การรับรู้และการขับเคลื่อนพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562;28(2):189-201.
15. วรารุช พรหมทวีโชค. การรับรู้ข่าวสารทางการเมืองของผู้บริหารธนาคารพาณิชย์ในเขตอำเภอมืองเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2555.
16. กิตติ งามเสงี่ยม. การรับรู้ของประชาชนต่อการปฏิบัติงานของตำรวจตามโครงการโรงพักเพื่อประชาชน สถานีตำรวจภูธรอำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. พระนครศรีอยุธยา: มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา; 2550.

17. เอกกรินทร์ จงเสรีเจริญ. การรับรู้ของข้าราชการทหารต่อพระราชบัญญัติกฎอัยการศึก พ.ศ.2457 กรณีศึกษากองพันทหารราบในกองพลทหารราบที่ 9. วารสารสารสนเทศ 2558;14(2):47-59.
18. เกศสุตา วุฒิ. การรับรู้ข่าวสารทางการเมืองของประชาชนในพื้นที่เทศบาลนครเชียงราย [วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีรัฐประศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2552.
19. พีร์ พวงมะลิ. ทศนคติและการรับรู้ของประชาชนต่อกฎหมายเกี่ยวกับการปล่อยโคมลอย. วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ 2561;12(2):135-145.
20. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. รายงานแผนรณรงค์การทำแท้งในประเทศไทย ปี 2557. นนทบุรี:โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2559.
21. ยุพเยาว์ วิศพรณและสมจิต ยาใจ. ผลกระทบด้านสุขภาพ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ จากการจัดตั้งครรภ์ของแม่วัยรุ่น จังหวัดจันทบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2559;27:1-16.
22. พรพรรณ สุริยสาร. การพัฒนาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลจันทบุรี. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา 2562;5(2):132-145.
23. มาลีวัล เลิศสาครศิริ. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของสตรีวัยรุ่นตามการรับรู้ของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์. วารสารพยาบาลทหารบก 2557;15(1):90-98.
24. สุดาภรณ์ อรุณดี, วุฒิสพร ญัฐรุจิโรจน์, พรรณทิพย์ กาหยี และวรวิฑูมิ พึ่งพัก. ความต้องการของแม่วัยรุ่น เพื่อการแก้ไขปัญหาและการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น. วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 2559;19:276-289.
25. สุภัชญา สุนันตะ. องค์ประกอบของส่วนท้องถิ่นกับบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข 2561;4(1):98-107.
26. บุญญาพร เรียมทอง. การตอบสนองของหน่วยงานต่อการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559: กรณีศึกษาจังหวัดนครนายก. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2562.

บทความวิจัย

พฤติกรรมการออกกำลังกายของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 10

Exercise Behavior of People in The Public Health Regional 10th Area.

อนุสรณ์ ส่องแสง^{1*} Anusorn Songsang^{1*}

วรารักษ์ จันทร์พราว² Waraporn Junpraw²

ดิศพล บุปผาชาติ³ Dissaphon Boobphachart³

เด่นดวงดี ศรีสุระ⁴ Denduangdee Srisura⁴

บทคัดย่อ

การออกกำลังกายและการเคลื่อนไหวทางกายในชีวิตประจำวันของประชาชนที่ไม่เพียงพอ ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ ถึงแม้ว่าหน่วยงานภาครัฐจะมีนโยบายและกิจกรรม เพื่อสนับสนุนส่งเสริมให้ประชาชนมีการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ งานวิจัยฉบับนี้มี วัตถุประสงค์เพื่อสำรวจและค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชาชนใน เขตสุขภาพที่ 10 มาใช้เป็นข้อมูลวางแผนส่งเสริมการออกกำลังกายของประชาชนให้เหมาะสมไป

กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนอายุ 15 – 59 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 สุ่มตัวอย่างแบบ หลายขั้นตอน คำนวณขนาดตัวอย่างตามสูตรของยามานะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 400 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเรื่อง พฤติกรรมการออกกำลังกายของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 10 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ เชิงวิเคราะห์ ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับพฤติกรรมการออกกำลังกายด้วยสถิติ Chi-square Test และ Fisher's Exact Test ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ทั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงหลักปฏิบัติบนพื้นฐานของ จริยธรรมในการวิจัยในทุกขั้นตอน

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายอยู่ในระดับดีมากที่สุดร้อยละ 95.00 มีทัศนคติต่อการออกกำลังกายอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 56.00 มีปัจจัยสนับสนุนต่อการออกกำลังกาย อยู่ในระดับน้อย มากที่สุดร้อยละ 50.00 มีพฤติกรรมออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุด ร้อยละ 44.00 ด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่ามีเพียงการทำงาน/ ประกอบอาชีพ/เรียน วันอาทิตย์ และปัจจัยสนับสนุนต่อการออกกำลังกายที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ p-value 0.013, <0.001 ตามลำดับ

ผลการศึกษาว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในเรื่องการออกกำลังกายและมีทัศนคติต่อการ ออกกำลังกายอยู่ในระดับดี อันจะส่งผลให้ร่างกายมีการปรับสภาพสู่ความสมบูรณ์แข็งแรง สามารถป้องกัน หรือบรรเทาการเกิดโรคจากทางพฤติกรรมน้อยลงได้ เป็นการให้ผลที่ติดต่อกันและสุขภาพร่างกายแต่ยัง ต้องการให้ภาครัฐอุปถัมภ์เพื่อสนับสนุนการออกกำลังกายในชุมชนยังไม่เพียงพอ โดยส่วนใหญ่การออก กายที่เป็นประจำสม่ำเสมอเพื่อเป็นการผ่อนคลายร่างกายจากการทำงาน การเรียนและเป็นการ ส่งเสริมสุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรง ซึ่งพบว่าปัจจัยสนับสนุนต่อการออกกำลังกายนั้นมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อเสนอแนะ ควรส่งเสริมสุขภาพความรอบรู้ด้านการออกกำลังกายสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผ่านสื่อที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่ายร่วมกับการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อสนับสนุนการออกกำลังกายของประชาชนตามบริบทของพื้นที่ที่เหมาะสม

คำสำคัญ: การออกกำลังกาย พฤติกรรมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

³อาจารย์ประจำสาขาวิชาพลศึกษา คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

⁴อาจารย์ผู้สอน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

*ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: songsanganusorn@gmail.com

Abstract

Exercise and physical activity in people's daily lives poses a risk of developing NCDs. Although government agencies have policies for exercise and activity activities to support and encourage people to have enough exercise and physical activity.

However, the tendency of people who did not have sufficient physical activity was found to be higher. This research aims to survey and find factors related to exercise behavior of people in The Public Health Regional 10th Area. to use as information for relevant agencies to plan for people's exercise promotion to suit their needs.

The sample consisted of people aged 15-59 years living in The Public Health Regional 10th Area, multistage sampling. The sample size was calculated according to the Yamane formula for a sample size of at least 400 people. Exercise behaviors of people in The Public Health Regional 10th Area, were analyzed by descriptive data such as frequency, percentage, mean and standard deviation. and analytical statistics, including the relationship between factors and exercise behavior with statistics Chi-square Test and Fisher's Exact Test. The researcher takes into account the principles of ethical conduct in research at every step.

The results: the sample group had knowledge about exercise at the highest level, 95.0%. In each question, the sample group had the most correct knowledge of exercise to strengthen muscles. 99.25% of the sample group showed that their attitude towards exercise was at a very good level, 56.00% of the respondents found that the sample group had the strongest opinion that exercise helped to improve their mood 61.25% Supporting factors for exercise It was found that the sample group had factors supporting exercise. at a low level 50.00% of the items found that the sample group had the strongest agreement. The community/village had the promotion and support of exercise of the people in

Abstract

the community/village 30.50% in terms of exercise behavior. It was found that the sample group had moderate exercise behavior. At most 44.00%. items found that the sample group practiced regularly the most was choosing the type of exercise to suit the health condition of the age 45.50% of factors related to exercise behavior. It was found that only working/career/studying on Sundays and supporting factors for Exercise was statistically related to exercise behavior at p-value level 0.013, <0.001, respectively.

Recommendations: Health and exercise literacy should be promoted to change health behaviors through media that is easily accessible to the public, together with creating an environment to support physical exercise of the people in the context of the appropriate area.

Keywords: exercise, Health Behavior, The Public Health Regional 10th Area.

¹ Registered Nurse, Professional Level of Regional Health Promotion Center 10 Ubonratchathani

² Registered Nurse, Professional specialist Level of Regional Health Promotion Center 10 Ubonratchathani

³ Physical Education Lecturer Faculty of Education of Ubon Ratchathani Rajabhat University

⁴ instructor Faculty of Public Health of Ubon Ratchathani Rajabhat University

* Corresponding Author Email: songsanganusorn@gmail.com

1.ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การออกกำลังกายและการเคลื่อนไหวทางกายในชีวิตประจำวันของประชาชนกำลังถูกความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในปัจจุบันคุกคามอย่างมาก การมีสิ่งอำนวยความสะดวกมากขึ้นทำให้ประชาชนขาดการเคลื่อนไหวออกแรงในชีวิตประจำวันและขาดการออกกำลังกาย ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดหัวใจ มีภาวะเนื้องอกเพิ่มขึ้นจากข้อมูล 10 ปีที่ผ่านมาพบว่าคนไทย 1 ใน 3 มีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอและมีภาวะเนื้องอกสูงขึ้นเฉลี่ย 13.25 ชั่วโมง/วัน มีรายงานข้อมูลการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชาชนไทย ปี พ.ศ. 2661, 2562, และ 2663 พบการเพิ่มขึ้นของกลุ่มมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอที่ร้อยละ 25.62, 25.44, และ 45.66 ตามลำดับ และมีการออกกำลังกายใช้เวลาเฉลี่ยในการออกกำลังกายต่อสัปดาห์น้อยกว่า 150 นาทีต่อสัปดาห์ในปี พ.ศ. 2661, 2562, และ 2663 ที่ 126.24, 2.29, และ 123.86 ตามลำดับ^{1,2} ส่วนวัยทำงานมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอในระดับปานกลางอย่างน้อย 150 นาที/สัปดาห์ในปี พ.ศ. 2562 2563 และ 2564 ร้อยละ 81.92 69.90 และ 74.90 ตามลำดับ³ ซึ่งก่อให้เกิดความเจ็บป่วยนำมาสู่ความสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากสาเหตุเหล่านี้ถึงเกือบหกพันล้านบาท/ปี การขาดกิจกรรมทางกายส่งผลกระทบต่อระดับสมรรถภาพทางกายของร่างกายและมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตตามมา การป้องกันที่ดีอีกทางคือการสร้างสุขภาพดี ด้วยการออกกำลังกายหรือการทำกิจกรรมทางกายหรือการเคลื่อนไหวร่างกายเป็นประจำให้เหมาะสมและเพียงพอกับบุคคลและบริบทของชุมชนนั้น

การขับเคลื่อนนโยบายเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพกายและการออกกำลังกายของประชากร โดยมุ่งเน้นให้ประชากรมีพลาสมาดีปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ มีอายุยืนยาวอย่างมีคุณภาพ คือ เป้าหมายสำคัญในการรณรงค์และส่งเสริมมากขึ้น และถูกกำหนดให้เป็น “วาระแห่งชาติ” ด้วยเหตุนี้ รัฐบาลจึงได้มีการกำหนดแผนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแผนแม่บทเพื่อการพัฒนาการกีฬากีฬาและการออกกำลังกายของประชากร คือ แผนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2531-2539) และแผนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติฉบับอื่นตามมา⁴ โดยมีเป้าหมายของยุทธศาสตร์คือให้ประชาชนไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ได้ออกกำลังกายและเล่นกีฬาเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต และให้ประเทศไทยมีการส่งเสริมการออกกำลังกายและกีฬาเพื่อสุขภาพไปจนในระดับท้องถิ่น จะเห็นได้ว่าการกำหนดยุทธศาสตร์ของประเทศเป็นไปในลักษณะการต่อยอดการทำงานที่ค่อย ๆ พัฒนาจากฐานไปสู่ยอดของปีรามิดด้านสุขภาพของประชากรอย่างยั่งยืน ที่เริ่มต้นจากการหากิจกรรมต่างๆ เพื่อกระตุ้นให้ ประชาชนหันมาสนใจต่อการออกกำลังกาย มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการออกกำลังกายและเล่นกีฬา และในที่สุดจะนำมาซึ่งการมีสุขภาพพลาสมาดีทั้งในเขตเมือง และเขตชนบทอย่างทั่วถึง โดยคาดหวังให้ประชาชนมี ความนิยม และรักการออกกำลังกาย ทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีและรัฐบาลสามารถลดค่าใช้จ่ายการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน

กระทรวงสาธารณสุขสนองตอบยุทธศาสตร์ของประเทศด้วยการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาแผนการส่งเสริมสุขภาพทางกายในการดำเนินงานขับเคลื่อนแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ.2561-2573 โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการบูรณาการ การสร้างกลไกในการขับเคลื่อนที่เข้มแข็งเพียงพอที่จะทำให้คนไทยไม่เนือยนิ่ง สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี ครอบคลุมทั้งด้านกาย ใจ สติปัญญา และสังคม การส่งเสริมกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายช่วยให้สุขภาพร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ และสามารถร่วมปฏิบัติกันได้ทุกเพศทุกวัยในครอบครัว ขยายสู่ฐานของชุมชนให้เป็นหนึ่งในกิจวัตรประจำวัน

ของประชาชน ทั้งนี้กรมอนามัยในฐานะเลขานุการคณะกรรมการพัฒนาแผนการส่งเสริมสุขภาพทางกายในการดำเนินงานขับเคลื่อนแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ.2561-2573 ได้ศึกษาพัฒนาข้อเสนอแนะการมีกิจกรรมทางกายในประชาชนทุกกลุ่มวัยที่มีความแตกต่าง พร้อมกันนี้กรมอนามัยยังพัฒนาต่อยอดการออกกำลังกายให้เข้ากับยุคเทคโนโลยีปัจจุบันด้วยแอปพลิเคชันการออกกำลังกาย “ก้าวทำใจ” ที่ให้ประชาชนทุกวันสามารถสมัครร่วมสนุกกับการมาออกกำลังกายได้ในทุกที่ ทุกวัน ทุกเวลา และทุกการออกกำลังกาย แล้วส่งผลการออกกำลังกายเพื่อสะสมระยะทาง เวลา พลังงานที่ใช้ออกกำลังกายแล้วเปลี่ยนเป็นคะแนนสุขภาพ (Health point) ในการแลกของรางวัลสุขภาพได้ทั่วประเทศแล้วยังมีลุ้นรับรางวัลจากการสุ่มผู้โชคดีที่เข้าร่วมกิจกรรมได้อีกทาง ทั้งนี้ข้างในแอปพลิเคชัน “ก้าวทำใจ” ยังมีคลังสุขภาพไว้ให้ประชาชนเรียนรู้เพื่อเพิ่มศักยภาพขอความรู้ด้านสุขภาพสู่การปรับพฤติกรรมสู่การมีสุขภาพที่ดีที่ยั่งยืน

ถึงแม้ว่าหน่วยงานภาครัฐจะมีนโยบายและกิจกรรมเพื่อสนับสนุนส่งเสริมให้ประชาชนมีการออกกำลังกาย มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ แต่กลับพบแนวโน้มของคนที่ไม่มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอสูงขึ้น รายงานจากกรมอนามัยพบว่าประชากรวัยทำงานมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอร้อยละ 69.39 แต่มีพฤติกรรมเนือยนิ่ง 3-5 วันต่อสัปดาห์ร้อยละ 43.50 ในเขตสุขภาพที่ 10 พบว่าประชากรวัยทำงานมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอร้อยละ 69.86 งานวิจัยฉบับนี้จึงต้องการที่จะศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 10 เพื่อสำรวจและค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 10 ในการใช้เป็นข้อมูลแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปใช้วางแผนส่งเสริมการออกกำลังกายของประชาชนให้เหมาะสมกับความต้องการต่อไป

2.วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสำรวจความรู้ ทักษะคิด ปัจจัยสนับสนุนต่อการออกกำลังกายของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 10
2. เพื่อสำรวจพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 10
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 10

3.วิธีการดำเนินการวิจัย

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัย ได้แก่ ประชาชนอายุ 15–59 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ช่วงเวลาเดือนกรกฎาคม–เดือนสิงหาคม 2563

สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi Stage Sampling) คำนวณขนาดตัวอย่างตามสูตรของยามาเน่ (Yamane, 1973)⁵ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 จำนวนขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิจัยอย่างน้อย 400 คน

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้เป็นแบบสอบถาม เรื่อง พฤติกรรมการออกกำลังกายของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 10 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลพื้นฐานลักษณะทางประชากร เป็นคำถามแบบเลือกตอบและเติมข้อความลงในช่องว่าง จำนวน 11 ข้อ 2) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและการเข้าถึงการออกกำลังกาย เป็นคำถามแบบเลือกตอบจำนวน 29 ข้อ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชาชน เป็นคำถามแบบเลือกตอบจำนวน 12 ข้อ

3.2.2 เกณฑ์การให้คะแนน ในแต่ละส่วนของการตอบในแบบสอบถาม ได้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

1. ข้อคำถามเรื่องความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เป็นจริง มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตอบว่า ถูก	มีค่าคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน
ตอบว่า ผิด/ไม่ทราบ	มีค่าคะแนนเท่ากับ 0 คะแนน

 เมื่อรวบรวมข้อมูลและแจกแจงความถี่แล้วจะใช้คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมาพิจารณาระดับความรู้การออกกำลังกาย ซึ่งมีเกณฑ์ในการพิจารณา ดังนี้ (bloom, 1986)⁶

ระดับคะแนนเฉลี่ย 6.64 - 8.00 คะแนน	หมายถึง มีความรู้การออกกำลังกายในระดับดี
ระดับคะแนนเฉลี่ย 4.80 - 6.63 คะแนน	หมายถึง มีความรู้การออกกำลังกายในระดับปานกลาง
ระดับคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 4.79 คะแนน	หมายถึง มีความรู้การออกกำลังกายในระดับต่ำ

2. ข้อคำถามเรื่องทัศนคติ การรับรู้ต่อการออกกำลังกาย เป็นแบบสอบถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ ตามวิธีการของไลเกอร์ต (Likert, 1967)⁷ และมีการกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนการแปลความหมาย ดังนี้
 1. ข้อคำถามเรื่องทัศนคติ การรับรู้ต่อการออกกำลังกายที่เป็นเชิงบวก มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

1 คะแนน	หมายถึง ระดับทัศนคติไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
2 คะแนน	หมายถึง ระดับทัศนคติไม่เห็นด้วย
3 คะแนน	หมายถึง ระดับทัศนคติไม่แน่ใจ
4 คะแนน	หมายถึง ระดับทัศนคติเห็นด้วย
5 คะแนน	หมายถึง ระดับทัศนคติเห็นด้วยอย่างยิ่ง

 เมื่อรวบรวมข้อมูลและแจกแจงความถี่แล้วจะใช้คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมาพิจารณาระดับทัศนคติ การรับรู้การออกกำลังกาย ซึ่งมีเกณฑ์ในการพิจารณา ดังนี้ (bloom, 1986)⁶

ระดับคะแนน 40.00 - 50.00 คะแนน	หมายถึง มีระดับทัศนคติ การรับรู้การออกกำลังกายในระดับดีมาก
ระดับคะแนน 30.00 - 39.99 คะแนน	หมายถึง มีระดับทัศนคติ การรับรู้การออกกำลังกายในระดับปานกลาง
ระดับคะแนน 08.00 - 29.99 คะแนน	หมายถึง มีระดับทัศนคติ การรับรู้การออกกำลังกาย อยู่ในระดับไม่ดี

3. ข้อคำถามเรื่องปัจจัยสนับสนุนต่อการออกกำลังกาย มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

1 คะแนน	หมายถึง ระดับปัจจัยสนับสนุนต่อการออกกำลังกายน้อยมาก
2 คะแนน	หมายถึง ระดับปัจจัยสนับสนุนต่อการออกกำลังกายน้อย
3 คะแนน	หมายถึง ระดับปัจจัยสนับสนุนต่อการออกกำลังกายปานกลาง
4 คะแนน	หมายถึง ระดับปัจจัยสนับสนุนต่อการออกกำลังกายมาก
5 คะแนน	หมายถึง ระดับปัจจัยสนับสนุนต่อการออกกำลังกายดีมาก

 เมื่อรวบรวมข้อมูลและแจกแจงความถี่แล้วจะใช้คะแนนของกลุ่มตัวอย่างมาพิจารณาระดับปัจจัยสนับสนุนต่อการออกกำลังกาย ซึ่งมีเกณฑ์ในการพิจารณา ดังนี้ (bloom, 1986)⁶

ระดับคะแนน 48.00-60.00 คะแนน	หมายถึง มีปัจจัยสนับสนุนต่อการออกกำลังกายในระดับดีมาก
ระดับคะแนน 36.00-37.99 คะแนน	หมายถึง มีปัจจัยสนับสนุนต่อการออกกำลังกายในระดับปานกลาง
ระดับคะแนน 12.00 - 35.99 คะแนน	หมายถึง มีปัจจัยสนับสนุนต่อการออกกำลังกายในระดับน้อย

4. แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย เป็นแบบสอบถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ ตามวิธีการของไลเคิร์ต (Likert, 1967)⁷ และมีการกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนการแปลความหมาย ดังนี้

- | | |
|---------|--|
| 1 คะแนน | หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติ |
| 2 คะแนน | หมายถึง ปฏิบัตินานๆครั้ง |
| 3 คะแนน | หมายถึง ปฏิบัติบ่อยๆ |
| 4 คะแนน | หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำแต่ไม่สม่ำเสมอ |
| 5 คะแนน | หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอ |

เมื่อรวบรวมข้อมูลและแจกแจงความถี่แล้วจะใช้คะแนนของกลุ่มตัวอย่างมาพิจารณาระดับปัจจัยสนับสนุนต่อการออกกำลังกาย ซึ่งมีเกณฑ์ในการพิจารณา ดังนี้ (bloom, 1986)⁶

ระดับคะแนน 48.00 - 60.00 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมต่อการออกกำลังกายในระดับดีมาก

ระดับคะแนน 36.00 - 47.99 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมต่อการออกกำลังกายในระดับปานกลาง

ระดับคะแนน 12.00 - 35.99 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมต่อการออกกำลังกายในระดับต่ำ

คุณภาพของแบบสอบถาม

งานวิจัยฉบับนี้ใช้แบบสอบถามเรื่องพฤติกรรมและความคิดเห็นเกี่ยวกับการออกกำลังกายของประชาชนในเขตภาษีเจริญ และนำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่จำนวน 30 คน นำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค⁸ ได้เท่ากับ 0.856

3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) เตรียมการและเขียนแผนการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามและทดสอบความความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ในระหว่างเดือนมิถุนายน 2563

2) ประชุมชี้แจงทีมช่วยเก็บข้อมูล ซึ่งได้แก่ เจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการ แนวทางการเก็บข้อมูล และซักถามข้อสงสัยในข้อคำถามต่างๆในแบบสอบถาม

3) ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่เก็บข้อมูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ กระบวนการเก็บข้อมูล กลุ่มเป้าหมายและวัน เวลา สถานที่ที่ลงเก็บรวบรวมข้อมูล

4) ดำเนินการลงเก็บข้อมูลในระหว่างเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม 2563 ตามวัน เวลา สถานที่ที่นัดหมายตามกระบวนการที่ชี้แจงแก่พื้นที่ อธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในความสมัครใจตอบแบบสอบถาม โดยจะเก็บรักษาข้อมูลรายบุคคลไว้เป็นความลับ เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจดีและให้ความยินยอมแล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูลตามกระบวนการและแบบสอบถาม

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytic Statistics) ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย ด้วยสถิติ Chi-square Test และ Fisher's Exact Test ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

4. จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงหลักปฏิบัติบนพื้นฐานของจริยธรรมในการวิจัย 3 ด้าน คือ หลักในการเคารพในตัวบุคคล หลักผลประโยชน์และไม่ก่อให้เกิดอันตรายและหลักยุติธรรม มีรายละเอียด ดังนี้ 1)ผู้วิจัยแนะนำและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาให้อาสาสมัครในการวิจัยรับทราบ พร้อมอธิบายให้เข้าใจและเปิดโอกาสให้ซักถาม การตัดสินใจเข้าร่วมโครงการการศึกษาวิจัยครั้งนี้ให้เป็นไปด้วยความสมัครใจ การเข้าร่วมหรือออกจากโครงการนั้นผู้วิจัยจะขออนุญาตให้ผู้เข้าร่วมโครงการเป็นผู้ให้ข้อมูล อาจจะเป็น

การยินยอมอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษรหรือการแสดงความยินยอมด้วยวาจาและผู้วิจัยได้อธิบายถึงสิทธิที่จะถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา 2)การดำเนินการศึกษาและขั้นตอนการวิจัยจะไม่กระทบหรือก่อให้เกิดความเสียหายแก่ทางร่างกายและจิตใจของกลุ่มเป้าหมาย 3)ไม่มีการบันทึกรายชื่อและการสืบค้นข้อมูลกลับไปถึงผู้ให้ข้อมูลได้ 4)มีการรักษาความลับของผู้เข้าร่วมงานวิจัย 5)นำเสนอข้อมูลของกลุ่มเป้าหมายเป็นภาพรวม ไม่มีการเจาะจงเฉพาะบุคคล และข้อมูลที่ได้นั้นจะไม่สามารถเชื่อมโยงกลับไปหาตัวบุคคลนั้นได้

5.ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 77.50 อายุ 40-49ปีและ50-59ปี มากที่สุดร้อยละ 37.25 สถานภาพสมรส ร้อยละ 76.75 ระดับการศึกษา มัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ47.75 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 41.50 รายได้ต่อเดือน ต่ำกว่า 10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 85.50 ทำงาน/ประกอบอาชีพ/เรียน ในวันเสาร์ ร้อยละ 40.75 โดยทำงาน/ประกอบอาชีพ/เรียน ในช่วงเช้าถึงเย็น ร้อยละ 93.50 และพักอาศัยที่บ้านตนเอง ร้อยละ 86.00 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของข้อมูลทั่วไป (n=400)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	310	77.50
ชาย	90	22.50
อายุ		
< 20 ปี	11	2.75
20-29 ปี	31	7.75
30-39 ปี	59	14.75
40-49 ปี	150	37.50
50-59 ปี	149	37.25
สถานภาพสมรส		
โสด	59	14.75
สมรส	307	76.75
หย่าร้าง	21	5.25
หม้าย/แยก	13	3.25
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	7	1.75
ประถมศึกษา	153	38.25
มัธยมศึกษา/ปวช.	191	47.75
อนุปริญญา/ปวส.	19	4.75

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ปริญญาตรี	25	6.25
สูงกว่าปริญญาตรี	5	1.25
อาชีพ		
ราชการ / รัฐวิสาหกิจ	19	4.75
พนักงาน ลูกจ้างบริษัท	33	8.25
ค้าขาย / ธุรกิจ	38	9.50
นักเรียน / นักศึกษา	11	2.75
รับจ้างทั่วไป	107	26.75
แม่บ้าน / พ่อบ้าน/ เกษียณ	21	5.25
ว่างงาน	5	1.25
เกษตรกรรม	166	41.50
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 10,000 บาท/เดือน	342	85.50
10,000-14,999 บาท/เดือน	34	8.50
15,000-19,999 บาท/เดือน	10	2.50
ตั้งแต่ 20,000 บาท/เดือนขึ้นไป	14	3.50
การทำงาน/ประกอบอาชีพ/เรียน		
ในวันธรรมดา	32	8.00
ในวันเสาร์	163	40.75
ในวันอาทิตย์	154	38.5
ในช่วงเช้าถึงเย็น	374	93.50
ในช่วงบ่ายถึงค่ำ	49	12.25
ในช่วงกลางคืนถึงเช้า	35	8.75
ที่พักอาศัย		
บ้านตนเอง	344	86.00
บ้านเช่า	2	0.50
บ้านพักข้าราชการ	5	1.25
พักอาศัยกับบิดามารดา/	44	11
พักกับบุคคลอื่นๆ	5	1.25

ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายอยู่ในระดับดีมากที่สุดร้อยละ 95.00 รองลงมาคือระดับปานกลางร้อยละ 4.00 และระดับต่ำร้อยละ 2.00 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2 ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย (n=400)

ระดับความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดีมาก	380	95.00
ระดับปานกลาง	16	4.00
ระดับต่ำ	4	2.00

Min = 3, Max = 8, Mean = 7.57, S.D. 0.04

เมื่อพิจารณารายชื่อคำถามพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่ถูกต้องที่สุดคือการออกกำลังกายสม่ำเสมอทำให้กล้ามเนื้อ แข็งแรงขึ้นได้ ร้อยละ 99.25 รองลงมาการออกกำลังกายช่วยให้ท่านมีสุขภาพจิตดีได้ ร้อยละ 98.75 ส่วนความรู้ที่ตอบผิดมากที่สุดคือ การออกกำลังกายสามารถลดความรุนแรงของโรคประจำตัวของท่านได้ ร้อยละ 12.50 รองลงมาคือ การออกกำลังกายสม่ำเสมอสามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานได้ ร้อยละ 10.50 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายรายชื่อ (n=400)

ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย	คำตอบ	
	ตอบถูก (ร้อยละ)	ตอบผิด (ร้อยละ)
1.การออกกำลังกายสม่ำเสมอสามารถลดไขมันในเลือดได้	389 (97.25)	11 (2.75)
2.การออกกำลังกายสม่ำเสมอสามารถป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้	379 (94.75)	21 (5.25)
3.การออกกำลังกายสม่ำเสมอสามารถช่วยย่อยอาหารได้ดี	374 (93.50)	26 (6.50)
4.การออกกำลังกายสม่ำเสมอสามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานได้	358 (89.50)	42 (10.50)
5.การออกกำลังกายสม่ำเสมอทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้นได้	397 (99.25)	3 (0.753)
6.การออกกำลังกายช่วยให้ท่านมีสุขภาพจิตดีได้	395 (98.75)	5 (1.25)
7.การออกกำลังกายช่วยให้ท่านหลับง่ายขึ้น	386 (96.50)	14 (3.50)
8.การออกกำลังกายสามารถลดความรุนแรงของโรคประจำตัวของท่านได้	350 (87.50)	50 (12.50)

ทัศนคติต่อการออกกำลังกาย

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อการออกกำลังกายอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 56.00รองลงมาคือระดับปานกลางร้อยละ 40.75 และระดับไม่ดีร้อยละ 3.25 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4 ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของระดับทัศนคติต่อการออกกำลังกาย (n=400)

ระดับทัศนคติต่อการออกกำลังกาย	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	244	56.00
ระดับปานกลาง	163	40.75
ระดับไม่ดี	13	3.25

Min = 13, Max = 50, Mean = 39.72, S.D. 0.27

เมื่อพิจารณารายข้อคำถามพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเห็นด้วยอย่างยิ่งมากที่สุดในข้อคำถามเชิงบวก คือ การออกกำลังกายช่วยให้มีอาการดี ร้อยละ 61.25 รองลงมาคือ การออกกำลังกายต้องปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 50.50 ส่วนการเห็นด้วยอย่างยิ่งมากที่สุดในข้อคำถามเชิงลบ คือ การทำงานภายในบ้านถือว่าการออกกำลังกายแล้ว ร้อยละ 23.75 รองลงมาคือ คนที่มีสุขภาพที่ดีแล้วไม่จำเป็นต้องออกกำลังกาย ร้อยละ 9.75 ดังตารางที่ 5 ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของทัศนคติการออกกำลังกายรายข้อ (n=400)

ทัศนคติต่อการออกกำลังกาย	ระดับความคิดเห็น : จำนวน(ร้อยละ)				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1.การออกกำลังกายทำให้เป็นโรคหัวใจได้ *	27 (6.75)	14 (3.50)	50 (12.50)	76 (19.00)	233 (58.25)
2.คนที่มีสุขภาพที่ดีแล้วไม่จำเป็นต้องออกกำลังกาย *	39 (9.75)	21 (5.25)	18 (4.50)	82 (20.50)	240 (60.00)
3.การออกกำลังกายเป็นเรื่องน่าอายต่อผู้อื่น *	29 (7.25)	18 (4.50)	10 (2.50)	57 (14.25)	286 (71.50)
4.การออกกำลังกายช่วยให้มีอาการดี	245 (61.25)	154 (38.50)	32 (8.00)	19 (4.75)	4 (1.00)
5.การออกกำลังกายช่วยให้คลายเหงา	191 (47.75)	480 (36.64)	130 (9.92)	46 (3.51)	35 (2.67)
6.การออกกำลังกายต้องปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ	202 (50.50)	147 (36.75)	28 (7.00)	14 (3.50)	9 (2.25)
7.การออกกำลังกายที่ถูกต้องช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	107 (26.75)	139 (34.75)	78 (19.50)	35 (8.75)	41 (10.25)
8.การทำงานภายในบ้านถือว่าการออกกำลังกายแล้ว เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน เป็นต้น *	95 (23.75)	161 (40.25)	76 (19.00)	43 (10.75)	25 (6.25)
9.การออกกำลังกายเป็นเรื่องของนักกีฬาเท่านั้น *	36 (9.00)	21 (5.25)	22 (5.50)	80 (20.00)	241 (60.25)
10.การออกกำลังกายช่วยลดอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	127 (31.75)	160 (40.00)	60 (15.00)	31 (7.75)	22 (5.50)

* คำถามเชิงลบ

ปัจจัยสนับสนุนต่อการออกกำลังกาย

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยสนับสนุนต่อการออกกำลังกายอยู่ในระดับน้อย มากที่สุดร้อยละ 50.00 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 39.75 และระดับดีมาก ร้อยละ 10.25 ตามลำดับ ดังตารางที่ 6 ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของระดับปัจจัยสนับสนุนต่อการออกกำลังกาย (n=400)

ระดับปัจจัยสนับสนุนต่อการออกกำลังกาย	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	41	10.25
ระดับปานกลาง	159	39.75
ระดับน้อย	200	50.00
Min = 12, Max = 55, Mean = 34.82, S.D. 0.49		

เมื่อพิจารณาข้อยกเว้นข้อคำถามพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเห็นด้วยอย่างยิ่งมากที่สุด คือ ชุมชน/หมู่บ้านมีการส่งเสริมและสนับสนุนการออกกำลังกายของคนในชุมชน/หมู่บ้าน ร้อยละ 30.50 รองลงมาคือ ท่านคิดว่าแหล่งการให้บริการทางด้านออกกำลังกาย ในชุมชนอยู่ใกล้บ้านง่ายต่อการเดินทาง ร้อยละ 30.25 ส่วนการไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งมากที่สุด คือ ท่านคิดว่าการออกกำลังกายเป็นสิ่งที่ยุ่งยาก ซับซ้อน ร้อยละ 47.25 รองลงมาคือ อุปกรณ์ในการออกกำลังกายที่มีอยู่ในชุมชนหรือลานกีฬาใกล้บ้าน เพียงพอต่อการใช้งาน ร้อยละ 27.75 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของปัจจัยสนับสนุนต่อการออกกำลังกายรายข้อ (n=400)

ปัจจัยสนับสนุนต่อการออกกำลังกาย	ระดับความคิดเห็น : จำนวน(ร้อยละ)				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1.อุปกรณ์ในการออกกำลังกายที่มีอยู่ในชุมชนหรือลานกีฬาใกล้บ้าน เพียงพอต่อการใช้งาน	57 (14.25)	84 (21.00)	91 (22.75)	57 (14.25)	111 (27.75)
2.อุปกรณ์ในการออกกำลังกายที่มีอยู่ในชุมชนหรือลานกีฬาใกล้บ้านสะดวกในการใช้งาน/พร้อมต่อการใช้งานทุกครั้ง	71 (17.75)	76 (19.00)	83 (20.75)	67 (16.75)	103 (25.75)
3.การเข้ารับบริการ การใช้อุปกรณ์การออกกำลังกายในชุมชนหรือลานกีฬาใกล้บ้าน มีความสะดวกสบายและง่ายต่อการเข้ารับบริการ	86 (21.50)	97 (24.25)	77 (19.25)	58 (14.50)	82 (20.50)
4.ท่านมีความรู้ความเข้าใจ ในการใช้อุปกรณ์การออกกำลังกายเป็นอย่างดี	85 (21.25)	133 (33.25)	100 (25.00)	30 (7.50)	52 (13.00)
5.ท่านคิดว่าการออกกำลังกาย เป็นสิ่งที่ยุ่งยากซับซ้อน	46 (11.50)	34 (8.50)	39 (9.75)	91 (22.75)	189 (47.25)
6.ท่านคิดว่าแหล่งการให้บริการทางด้านออกกำลังกาย ในชุมชนอยู่ใกล้บ้านง่ายต่อการเดินทาง	121 (30.25)	124 (31.00)	54 (13.50)	46 (11.50)	55 (13.75)
7.บุคคลใกล้ชิด เช่น เพื่อน ครอบครัว มีอิทธิพลต่อการออกกำลังกายของท่าน	80 (20.00)	102 (25.50)	66 (16.50)	63 (15.75)	89 (22.25)
8.สื่อต่างๆ มีอิทธิพลต่อการออกกำลังกาย	87 (21.75)	108 (27.00)	73 (18.25)	53 (13.25)	79 (19.75)
9.สถานที่ออกกำลังกายในชุมชนมีความเหมาะสม	111 (27.75)	127 (31.75)	66 (16.50)	46 (11.50)	50 (12.50)
10.กิจกรรมการออกกำลังกายในชุมชนมีความเหมาะสม	109 (27.25)	135 (33.75)	87 (21.75)	37 (9.25)	32 (8.00)
11.ชุมชน/หมู่บ้านมีการส่งเสริมและสนับสนุนการออกกำลังกายของคนในชุมชน/หมู่บ้าน	122 (30.50)	140 (35.00)	67 (16.75)	32 (8.00)	39 (9.75)

พฤติกรรมกรออกกำลังกาย

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุดร้อยละ 44.00 รองลงมาคือระดับดี ร้อยละ 38.25 และระดับน้อย ร้อยละ 17.75 ตามลำดับ ดังตารางที่ 8 ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมกรออกกำลังกาย (n=400)

ระดับพฤติกรรมกรออกกำลังกาย	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	153	38.25
ระดับปานกลาง	176	44.00
ระดับน้อย	71	17.75

Min = 12, Max = 60, Mean = 44.31, S.D. 0.46

เมื่อพิจารณาข้อมูอคำถามพบว่ากลุ่มตัวอย่างปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอมากที่สุด คือ เลือกรประเภทของการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของวัย ร้อยละ 45.50 รองลงมาคือ ก่อนออกกำลังกายจะมีการปรับสภาพร่างกายด้วยการอบอุ่นร่างกายอย่างถูกต้อง ร้อยละ 37.75 ส่วนการไม่ปฏิบัติเลยมากที่สุด คือ การดำรงชีวิตประจำวันส่งผลกระทบต่อระยะเวลาในการออกกำลังกาย ร้อยละ 13.00 รองลงมาคือ ออกกำลังกายโดยปฏิบัติตามวิธีการปฏิบัติของอุปกรณ์นั้นๆ ร้อยละ 5.25 ดังตารางที่ 9 ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมกรออกกำลังกายรายข้อ (n=400)

พฤติกรรมกรออกกำลังกาย	ระดับความคิดเห็น : จำนวน(ร้อยละ)				
	ปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอ	ปฏิบัติเป็นประจำแต่ไม่สม่ำเสมอ	ปฏิบัติบ่อยๆ	ปฏิบัตินานๆครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
1.การดำรงชีวิตประจำวันส่งผลกระทบต่อระยะเวลาในการออกกำลังกาย	65 (16.25)	121 (30.25)	82 (20.50)	80 (20.00)	52 (13.00)
2.ออกกำลังกายทุกวันสม่ำเสมอ	93 (23.25)	122 (30.50)	93 (23.25)	81 (20.25)	11 (2.75)
3.มีการสำรวจตนเองเสมอว่าร่างกายแข็งแรงไม่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย	360 (27.48)	128 (32.00)	112 (28.00)	42 (10.50)	16 (4.00)
4.มีการวางแผนหรือจัดสรรช่วงเวลาในการออกกำลังกาย	87 (21.75)	131 (32.75)	98 (24.50)	65 (16.25)	19 (4.75)
5.เลือกกิจกรรมการออกกำลังกายที่ง่าย ถนัด และชอบเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ	148 (37.00)	146 (36.50)	62 (15.50)	36 (9.00)	8 (2.00)
6.ก่อนออกกำลังกายจะมีการปรับสภาพร่างกายด้วยการอบอุ่นร่างกายอย่างถูกต้อง	151 (37.75)	116 (29.00)	77 (19.25)	39 (9.75)	17 (4.25)

ตารางที่ 9 (ต่อ)

พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย	ระดับความคิดเห็น : จำนวน(ร้อยละ)				
	ปฏิบัติเป็นประจำ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติเป็นประจำ แต่ไม่สม่ำเสมอ	ปฏิบัติ บ่อยๆ	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
7. ออกกำลังกายโดยใช้เวลาออกกำลัง กายอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ และ สัปดาห์ละอย่างน้อย 3 วัน	110 (27.50)	129 (32.25)	88 (22.00)	55 (13.75)	18 (4.50)
8. ในแต่ละครั้งจะออกกำลังกายจน รู้สึกเหนื่อยพอสมควร	85 (21.25)	145 (36.25)	84 (21.00)	68 (17.00)	18 (4.50)
9. ออกกำลังกายโดยเริ่มต้นที่เบาๆ แล้วค่อยเพิ่มหนักขึ้น	136 (34.00)	139 (34.75)	66 (16.50)	44 (11.00)	15 (3.75)
10. ออกกำลังกายโดยปฏิบัติตาม วิธีการปฏิบัติของอุปกรณ์นั้นๆ	119 (29.75)	117 (29.25)	93 (23.25)	50 (12.50)	21 (5.25)
11. สามารถปรับเปลี่ยนประเภทของ การออกกำลังกายให้เหมาะสมกับ สถานที่และเวลาว่าง	146 (36.50)	130 (32.50)	79 (19.75)	35 (8.75)	10 (2.50)
12. เลือกประเภทของการออกกำลัง กายให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของ วัย	182 (45.50)	115 (28.75)	58 (14.50)	33 (8.25)	12 (3.00)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย

พบว่ามีความสัมพันธ์กับการทำงาน/ประกอบอาชีพ/เรียน วันอาทิตย์ (p-value 0.013) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย ด้วยสถิติ Chi-square

Test และ Fisher's Exact Test (n=400)

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย จำนวน (ร้อยละ)			χ^2	p-value
	น้อย	ปานกลาง	มาก		
เพศ				2.625	0.269
หญิง	57 (14.25)	141 (35.25)	112 (28.00)		
ชาย	14 (3.50)	35 (8.75)	41(10.25)		
อายุ				13.135	0.107
< 20 ปี	2 (0.50)	6 (1.50)	3 (0.75)		
20-29 ปี	10 (2.50)	12 (3.00)	9 (2.25)		
30-39 ปี	14 (3.50)	24 (6.00)	21 (5.25)		
40-49 ปี	24 (6.00)	75 (18.75)	51 (12.75)		

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย จำนวน (ร้อยละ)			χ^2	p-value
	น้อย	ปานกลาง	มาก		
50-59 ปี	21 (5.25)	59 (14.75)	69 (17.25)		
สถานภาพสมรส				3.834	0.699
โสด	13 (3.25)	26 (6.50)	20 (5.00)		
สมรส	50 (12.50)	136 (34.00)	121 (30.25)		
หย่าร้าง	6 (1.50)	7 (1.75)	8 (2.00)		
หม้าย/แยก	2 (0.50)	7 (1.75)	4 (1.00)		
ระดับการศึกษา*				8.388	0.570
ไม่ได้ศึกษา	1 (0.25)	4 (1.00)	2 (0.50)		
ประถมศึกษา	20 (5.00)	68 (17.00)	65 (16.26)		
มัธยมศึกษา/ปวช..	41 (10.25)	83 (20.75)	67 (16.75)		
อนุปริญญา/ปวส..	3 (0.75)	6 (1.50)	10 (2.50)		
ปริญญาตรี	5 (1.25)	13 (3.25)	7 (1.75)		
สูงกว่าปริญญาตรี	1 (0.25)	2 (0.50)	2 (0.50)		
อาชีพ*				11.782	0.624
ราชการ / รัฐวิสาหกิจ	3 (0.75)	10 (2.50)	6 (1.50)		
พนักงาน ลูกจ้างบริษัท	5 (1.25)	18 (4.50)	10 (2.50)		
ค้าขาย / ธุรกิจ	10 (2.50)	14 (3.50)	14 (3.50)		
นักเรียน / นักศึกษา	2 (0.50)	6 (1.50)	3 (0.75)		
รับจ้างทั่วไป	17 (4.25)	46 (11.50)	44 (11.00)		
แม่บ้าน / พ่อบ้าน/ เกษียณ	7 (1.75)	8 (2.00)	6 (1.50)		
ว่างงาน	2 (0.50)	2 (0.50)	1 (0.25)		
เกษตรกรกรรม	25 (6.25)	72 (18.00)	69 (17.25)		
รายได้ต่อเดือน*				6.355	0.367
ต่ำกว่า 10,000 บาท/เดือน	64 (16.00)	151 (37.75)	127 (31.75)		
10,000-14,999 บาท/ เดือน	2 (0.50)	17 (4.25)	15 (3.75)		
15,000-19,999 บาท/ เดือน	1 (0.25)	4 (1.00)	5 (1.25)		
ตั้งแต่ 20,000 บาท/เดือน ขึ้นไป	4 (1.00)	4 (1.00)	6 (1.50)		

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรมการออกกำลังกาย จำนวน (ร้อยละ)			χ^2	p-value
	น้อย	ปานกลาง	มาก		
ทำงาน/ประกอบอาชีพ/เรียน วันธรรมดา				0.140	0.932
ไม่ใช่	66 (16.50)	162 (40.50)	140 (35.00)		
ใช่	5 (1.25)	14 (3.50)	13 (3.25)		
ทำงาน/ประกอบอาชีพ/เรียน วันเสาร์				5.649	0.059
ไม่ใช่	48 (12.00)	109 (27.25)	80 (20.00)		
ใช่	23 (5.75)	67 (16.75)	73 (18.25)		
ทำงาน/ประกอบอาชีพ/เรียน วันอาทิตย์				8.656	0.013*
ไม่ใช่	53 (13.25)	110 (27.50)	83 (61.50)		
ใช่	18 (4.50)	66 (16.50)	70 (17.50)		
ทำงาน/ประกอบอาชีพ/เรียน ในช่วงเช้าถึงเย็น				0.411	0.814
ไม่ใช่	4 (1.00)	13 (3.25)	9 (2.25)		
ใช่	71 (17.75)	176 (44.00)	153 (38.25)		
ทำงาน/ประกอบอาชีพ/เรียน ในช่วงบ่ายถึงค่ำ				2.291	0.318
ไม่ใช่	59 (14.75)	154 (38.50)	138 (34.50)		
ใช่	12 (3.00)	22 (5.50)	15 (3.75)		
ทำงาน/ประกอบอาชีพ/เรียน ในช่วงกลางคืนถึงเช้า				0.454	0.797
ไม่ใช่	66 (16.50)	159 (39.75)	140 (35.00)		
ใช่	5 (1.25)	17 (4.25)	13 (3.25)		
ที่พักอาศัย*				9.674	0.914
บ้านตนเอง	60 (15.00)	153 (38.25)	131 (32.75)		
บ้านเช่า	0 (0.00)	1 (0.25)	1 (0.25)		
บ้านพักข้าราชการ	1 (0.25)	0 (0.00)	4 (1.00)		
พักอาศัยกับบิดามารดา/ พักกับบุคคลอื่นๆ	10 (2.50)	21 (5.25)	13 (3.25)		
	0 (0.00)	1 (0.25)	4 (1.00)		

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรมการออกกำลังกาย จำนวน (ร้อยละ)			χ^2	p-value
	น้อย	ปานกลาง	มาก		
เคยพบเห็นหรือได้ยินข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับเรื่อง ออกกำลังกายผ่านโทรทัศน์				0.272	0.873
ไม่ใช่	13 (3.25)	28 (7.00)	24 (6.00)		
ใช่	58 (14.50)	148 (37.00)	129 (32.25)		
เคยพบเห็นหรือได้ยินข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องออกกำลัง กายผ่านวิทยุ (สถานีวิทยุทั่วไป)				5.308	0.070
ไม่ใช่	52 (13.00)	102 (25.50)	91 (22.75)		
ใช่	19 (4.75)	74 (18.50)	62 (15.50)		
เคยพบเห็นหรือได้ยินข้อมูล ข่าวสารเกี่ยว กับเรื่อง ออกกำลังกายผ่านโซเชียลมีเดีย (Social Media) (Facebook/line เป็นต้น)				1.911	0.385
ไม่ใช่	26 (6.50)	80 (20.00)	70 (17.50)		
ใช่	45 (11.25)	96 (24.00)	83 (20.75)		
เคยพบเห็นหรือได้ยินข้อมูล ข่าวสารเกี่ยว กับเรื่องออกกำลัง กายผ่านป้ายกลางแจ้ง (ป้าย ตามร้านค้า ถนนหนทาง)				1.764	0.414
ไม่ใช่	61 (15.25)	144 (36.00)	133 (33.25)		
ใช่	10 (2.50)	32 (8.00)	20 (5.00)		
เคยพบเห็นหรือได้ยินข้อมูล ข่าวสารเกี่ยว กับเรื่องออกกำลัง กายผ่านวิทยุชุมชน หรือหอ กระจายข่าวภายในชุมชน				1.202	0.548
ไม่ใช่	56 (14.00)	127 (31.75)	114 (28.50)		
ใช่	15 (3.75)	49 (12.25)	39 (9.75)		

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรมการออกกำลังกาย จำนวน (ร้อยละ)			χ^2	p-value
	น้อย	ปานกลาง	มาก		
เคยพบเห็นหรือได้ยินข้อมูล ข่าวสารเกี่ยว กับเรื่องออกกำลังกาย ผ่านสื่อสิ่งพิมพ์ (หนังสือพิมพ์ นิตยสาร แผ่นพับ) ไม่ใช่	61 (15.25)	145 (36.25)	130 (32.50)	0.641	0.726
ใช่	10 (2.50)	31 (7.75)	23 (5.75)		
เคยพบเห็นหรือได้ยินข้อมูล ข่าวสารเกี่ยว กับเรื่องออกกำลังกาย ผ่านร้านค้า ไม่ใช่	69 (17.25)	166 (41.50)	147 (36.75)	1.159	0.560
ใช่	71 (17.75)	176 (44.00)	153 (38.25)		
เคยพบเห็นหรือได้ยินข้อมูล ข่าวสารเกี่ยว กับเรื่องออกกำลังกาย ผ่านสื่อโฆษณาเคลื่อนที่ (รถไฟฟ้า แท็กซี่ รถไฟรถเมล์) ไม่ใช่	66 (16.50)	163 (40.75)	142 (35.50)	0.010	0.995
ใช่	5 (1.25)	13 (3.25)	11 (2.75)		

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า ปัจจัยสนับสนุนต่อการออกกำลังกาย (p-value <0.001) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ด้วยสถิติ Chi-square Test และ Fisher's Exact Test

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรมการออกกำลังกาย จำนวน (ร้อยละ)			χ^2	p-value
	น้อย	ปานกลาง	มาก		
ความรู้เกี่ยวกับการ ออกกำลังกาย*				3.990	0.388
ระดับดี	61 (15.25)	155 (38.75)	140 (35.00)		
ระดับปานกลาง	8 (2.00)	20 (5.00)	12 (3.00)		
ระดับต่ำ	2 (0.50)	1 (0.25)	1 (0.25)		

ตารางที่ 11 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรมการออกกำลังกาย จำนวน (ร้อยละ)			χ^2	p-value
	น้อย	ปานกลาง	มาก		
ทัศนคติต่อการออกกำลังกาย*				2.791	0.598
ระดับดี	34 (8.50)	100 (25.00)	90 (22.50)		
ระดับปานกลาง	34 (8.50)	70 (17.50)	59 (40.75)		
ระดับไม่ดี	3 (0.75)	6 (1.50)	4 (1.00)		
ปัจจัยสนับสนุนต่อการออกกำลังกาย				62.894	<0.001*
ระดับดี	0 (0.00)	10 (2.50)	31 (7.75)		
ระดับปานกลาง	14 (3.50)	69 (17.25)	76 (19.00)		
ระดับน้อย	57 (14.25)	97 (24.25)	46 (11.50)		

* ใช้สถิติ Fisher's Exact Test

6. การอภิปรายผล

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1.1. ระดับความรู้เรื่องการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างพบว่ามีความรู้อยู่ในระดับดี และข้อที่ตอบถูกมากที่สุดคือการออกกำลังกายสม่ำเสมอทำให้กล้ามเนื้อ แข็งแรงขึ้นได้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษางวารสาร คาร์ค และคณะ⁹ เบญจวรรณ สอนอาจ¹⁰ ชลลดา บุตรีวิชา¹¹ เกียรติศักดิ์ แก้วหาญ และคณะ¹² Wong M Kin และคณะ¹³ Leah M. Walsh, Helen P Callaghan & Laura M. Keave¹⁴ ที่มีผลการศึกษาว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในเรื่องการออกกำลังกายในระดับที่ดี อธิบายได้ว่าส่วนใหญ่มีความรู้ว่าผลของการออกกำลังกายตามหลักการของการออกกำลังกายที่เป็นการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกายเพื่อให้กล้ามเนื้อลายมัดใหญ่ทำให้เกิดการใช้พลังงานเพิ่มขึ้นจากภาวะปกติอันจะส่งผลให้ร่างกายมีการปรับสภาพสู่ความสมบูรณ์แข็งแรง สามารถป้องกันหรือบรรเทาการเกิดโรคจากทางพฤติกรรมเนือยนิ่งได้ เป็นการให้ผลที่ดีต่อการดูแลสุขภาพร่างกาย ถึงแม้ว่าข้อความรู้ที่ตอบผิดมากที่สุดคือการออกกำลังกายสามารถลดความรุนแรงของโรคประจำตัวของท่านได้แต่ก็เป็นข้อที่มีระดับความรู้ที่สูงเช่นกัน ดังนั้นจะเห็นว่าประชาชนส่วนใหญ่รู้ว่าถ้าหากมีการออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอแล้วนอกจากจะเป็นการผ่อนคลายด้านจิตใจยังให้ผลดีต่อความแข็งแรงของร่างกายและช่วยป้องกันการเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้

1.2 ระดับทัศนคติต่อการออกกำลังกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเห็นด้วยอย่างยิ่งมากที่สุดในข้อคำถามเชิงบวก คือ การออกกำลังกายช่วยให้อารมณ์ดี ส่วนการเห็นด้วยอย่างยิ่งมากที่สุดในข้อคำถามเชิงลบ คือ การทำงานภายในบ้านถือว่าการออกกำลังกายแล้ว เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน เป็นต้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษางวารสาร คาร์ค และคณะ⁹ ชลลดา บุตรีวิชา¹¹ เกียรติศักดิ์ แก้วหาญ และคณะ¹² อลงกรณ์ ศรีเลิศและศราวดี แสงคำ¹⁵ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายละเอียดพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดในเรื่องการออกกำลังกายเพื่อการผ่อนคลายอารมณ์ ช่วยสร้างอารมณ์ที่สดชื่นแจ่มใสแล้วถ้าจะให้ผลเกิดผลดีต่อสุขภาพต้องมีการปฏิบัติให้สม่ำเสมอ แต่ทั้งนี้กลับ

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมองว่าการทำงานที่ออกแรงต่างๆในวิถีชีวิตก็ถือเป็นการออกกำลังกายแล้ว ซึ่งจะขัดแย้งกับคำนิยามของการออกกำลังกายที่เป็นการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างมีแบบแผน สม่่าเสมอตามวิธีการและเป้าหมายในการส่งเสริมสุขภาพหรือสมรรถภาพทางกายถึงแม้บุคคลนั้นจะมีสุขภาพที่ดีหรือมีโรคประจำตัวก็ควรส่งเสริมสุขภาพตนเองด้วยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเช่นเดียวกัน ดังนั้นควรสร้างความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชนให้ทราบความแตกต่างของกิจกรรมทางกายที่แยกสาขาออกมาในรูปแบบที่ต่างกันตามลักษณะการออกแรง เพื่อการเป็นกิจกรรมทางกายที่ประชาชนสามารถเลือกปฏิบัติเพื่อให้เกิดประโยชน์กับสุขภาพให้สูงสุด

1.3 ปัจจัยสนับสนุนต่อการออกกำลังกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมองว่าปัจจัยสนับสนุนต่อการออกกำลังกายอยู่ในระดับน้อย ในข้อนี้มีผลการศึกษที่สอดคล้องกันคือการศึกษาของอลงกรณ์ ศรีเลิศและศราวุฒิ แสงคำ¹⁵ ในเรื่องปัจจัยสนับสนุนต่อการออกกำลังกายพบว่าในรายละเอียดของผลการศึกษาพบว่าปัจจัยภายในด้านความรู้ความเข้าใจในด้านการออกกำลังกาย การเดินทางและสถานที่นั้นมีความสะดวกและอำนวยความสะดวกต่อการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างตามคะแนนที่อยู่ในระดับสูง แต่กลุ่มตัวอย่างกลับมีมุมมองว่าภาครัฐอุปสรรคเพื่อสนับสนุนการออกกำลังกายในชุมชนยังไม่เพียงพอ ในขณะที่งานวิจัยของเกียรติศักดิ์ แก้วหาญ¹² วราภรณ์ คาร์ศ และคณะ⁹ มีผลการวิจัยด้านปัจจัยสนับสนุนต่อการออกกำลังกายที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับปัจจัยสนับสนุนต่อการออกกำลังกายอยู่ในระดับสูง ความแตกต่างนี้ผู้วิจัยมองว่าเป็นปัจจัยภายนอกของแต่ละพื้นที่ที่ต่างกันระหว่างชุมชนในชนบทและเขตกรุงเทพมหานคร จึงให้ผลของระดับปัจจัยสนับสนุนต่อการออกกำลังกายและความพึงพอใจต่อปัจจัยสนับสนุนการออกกำลังกายนั้นต่างกันไป

2.2 พฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่าจะเลือกประเภทของการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของวัย และก่อนออกกำลังกายจะมีการปรับสภาพร่างกายด้วยการอบอุ่นร่างกายอย่างถูกต้อง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับเกียรติศักดิ์ แก้วหาญ และคณะ¹² ชลลดา บุตรวิษา¹¹ เบญจวรรณ สอนอาจ¹⁰ อโนทัย ผลิตนนท์เกียรติ และคณะ¹⁶ สิริไพศาล ยัมประเสริฐ¹⁷ ที่พบว่าส่วนใหญ่แล้วกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เป็นประจำสม่ำเสมอเพื่อเป็นการผ่อนคลายร่างกายจากการทำงาน การเรียนและเป็นการส่งเสริมสุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรง ส่วนข้อที่กลุ่มตัวอย่างไม่ปฏิบัติเลยมากที่สุดคือการดำรงชีวิตประจำวันส่งผลกระทบต่อระยะเวลาในการออกกำลังกาย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของอลงกรณ์ ศรีเลิศและศราวุฒิ แสงคำ¹⁵ ที่พบว่าการไม่มีเวลาให้การออกกำลังกายหรือเหน็ดเหนื่อยจากการทำงาน ไม่มีสถานที่ออกกำลังกายหรืออยู่ไกล การเดินทางไปออกกำลังกายสะดวก หรือแม้กระทั่งการไม่ชอบออกกำลังกายและความขี้เกียจก็ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างที่จะไม่ออกกำลังกายทั้งสิ้น อีกประเด็นหนึ่งที่พบในผลการวิจัยด้านพฤติกรรมการออกกำลังกายพบว่ากลุ่มตัวอย่างยังไม่มีแบบแผนการออกกำลังกายและไม่มีการกำหนดระดับของความเหนื่อยที่พอจะกระตุ้นให้ร่างกายมีการตอบสนองในทางที่ดีเพื่อการพัฒนาสู่การมีสุขภาพที่ดี ซึ่งเป็นไปได้ว่าความรู้ความเข้าใจเรื่องออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างอาจจะไม่ได้ตระหนักในด้านนี้เท่าที่ควร

2.3 ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 10 ของกลุ่มตัวอย่างพบเพียง 2 ปัจจัยคือช่วงเวลาทำงาน/ประกอบอาชีพ/วันเรียนส่วนใหญ่เป็นวันอาทิตย์ และปัจจัยสนับสนุนต่อการออกกำลังกายที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับเกียรติศักดิ์ แก้วหาญ และคณะ¹² วราภรณ์ คาร์ศ และคณะ⁹ ที่พบว่าถ้ามีปัจจัยสนับสนุนต่างๆ เช่น มีสถานที่ออกกำลังกาย มีอุปกรณ์ มีเพื่อน การเดินทางไปมาสะดวกสบาย ปัจจัยเหล่านี้จะทำให้ประชาชนสามารถออกกำลังกายได้ง่ายขึ้น และเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้

ต่อเดือนและที่พื้กาศัยแตกต่างกันกลับมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่าในปัจเจกบุคคลนั้นจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีทัศนคติที่มองเรื่องการดูแลสุขภาพในลักษณะของความจำเป็นต่อการใช้ชีวิตประจำวัน มิใช่เป็นเพียงจุดมุ่งหมายของการดำรงชีวิตเพียงเท่านั้น ดังนั้นแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เน้น “สร้างนำซ่อม” จึงยังจำเป็นในการปรับเปลี่ยนทัศนคติของประชาชนสู่การออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมสุขภาพต่อไป

7. ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1.1 สร้างความรอบรู้สุขภาพการออกกำลังกายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพสู่การปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ผ่านช่องทางสื่อที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวก ถึงแม้ระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างจะดี แต่เพื่อพิจารณาในรายละเอียดภายในจะพบว่ากลุ่มตัวอย่างยังไม่สามารถสร้างสุขภาพได้จากการออกกำลังกายได้เท่าที่ควร โดยเฉพาะความเข้าใจว่าการทำงานในอาชีพก็ถือว่าการออกกำลังกายแล้ว ดังนั้นการสร้างความรู้สุขภาพจึงถือเป็นแนวทางที่จะยกระดับพฤติกรรมสุขภาพแก่ประชาชนได้อีกทาง

1.2 สร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อตอบสนองกิจกรรมการออกกำลังกายของประชาชนตามบริบทของพื้นที่ในรูปแบบที่เป็นรูปธรรม เช่น อุปกรณ์ออกกำลังกาย สถานที่ออกกำลังกาย รวมทั้งความรู้ในการใช้อุปกรณ์การออกกำลังกายเป็นข้อที่กลุ่มตัวอย่างต้องการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้การสนับสนุน

1.3 ภาครัฐและเครือข่ายด้านการส่งเสริมสุขภาพควรให้สนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมด้านการออกกำลังกายแก่ประชาชนในทุกรูปแบบ

1.4 ประชาสัมพันธ์แอปพลิเคชัน ก้าวทำใจ เพื่อสนับสนุน ส่งเสริมการออกกำลังกาย และสร้างความรอบรู้สุขภาพแก่ประชาชน

1.5 ปรับยุทธศาสตร์และนโยบายให้สอดคล้องกับการออกกำลังกายในวิถีชีวิตของประชาชนตามบริบทในแต่ละพื้นที่

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ใกล้เคียงกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชาชน ควรมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนที่ดีของงานวิจัยให้กระจายอย่างทั่วถึงทั้งเรื่อง เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ หรือแม้กระทั่งเขตพื้นที่อยู่อาศัย

2.2 เพิ่มการเก็บข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพให้ครอบคลุมหลัก 3อ (ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์)

2.3 เพิ่มการเก็บข้อมูลยุทธศาสตร์และนโยบายในภารกิจสนับสนุนของหน่วยงานภาครัฐในระดับท้องถิ่นที่รับผิดชอบเรื่องการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการออกกำลังกายเพิ่มเติม

8. เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. โครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังติดตามพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายของประชาชนไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 30 ก.ย. 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://tpak.or.th/th/data_project/17
2. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส). เมื่อไหร่ที่ไม่ควรออกกำลังกาย [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 30 ก.ย. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaihealth.or.th/>
3. ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี. ผลการสำรวจข้อมูลเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในประชาชนกลุ่มวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 10 ด้วยแอปพลิเคชัน H4U. อุบลราชธานี: ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี; 2564.

4. กระทรวงท่องเที่ยวและกีฬา. ยุทธศาสตร์กีฬาพัฒนากีฬาชาติ (พ.ศ. 2550-2554). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การค้ำของ สกสค; 2550.
5. Taro Yamane. Statistics: An Introductory Analysis.3rdEd. New York.Harper and Row Publications; 1973.
6. Benjamin, S Bloom. Learning for mastery. Evaluation comment. Center for the study of instruction program. University of California at Los Angeles; 1986;2:47-62.
7. Likert, Rensis. The Method of Constructing and Attitude Scale. In Reading In Fishbein, M (Ed.), Attitude Theory and Measurement. New York: Wiley & Son; 1967; 90-95.
8. Cronbach, Lee J. Essential of Psychological Testing. 5th ed., New York: Harper and Row Publishers Inc; 1970.
9. วราภรณ์ คาร์ศ, พรพิมล ภูมิฤทธิกุล, ชนิดา มัททวงกูร, เพ็ญรุ่ง นวลแจ่ม, กุลธิดา จันท์เจริญ, เนตร หงส์ไกรเลิศ, นารี รมย์นุกูล,และคณะ. พฤติกรรมและการเข้าถึงการออกกำลังกาย ของประชาชนในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 30 ก.ย. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://rcfcd.com/>
10. เบญจวรรณ สอนอาจ. แนวทางการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของ ประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. [วิทยานิพนธ์หลักสูตรศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2560.
11. ชลลดา บุตรวิชา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในชมรม เสริมสร้างสุขภาพและสิ่งแวดล้อมเขตสายไหม กรุงเทพมหานคร. [วิทยานิพนธ์สาขารัฐศาสตร์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกริก; 2561.
12. เกียรติศักดิ์ แก้วหาญ และคณะ. นโยบายส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของนักศึกษา มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง. วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข 2563;6(1).
13. Wong M Kin et al. Hong Kong Chinese adults' knowledge of exercise recommendations and Attitudes towards exercise. BJGP Open 2017; DOI: 10.3399/bjgpopen17X100929; 2017.
14. Leah M. Walsh, Helen P Callaghan & Laura M. Keaver. Physical activity knowledge, Attitudes and behaviours among Irish nursing students. International Journal of Health Promotion and Education 2021;59(3).
15. อลงกรณ์ ศรีเลิศและศราวุฒิ แสงคำ. ทักษะคิด พฤติกรรม ปัจจัยที่มีผลการออกกำลังกายในบุคลากร วิทยาลัยนอร์ทเทิร์นจากและบุคคลกรโรงเรียนไฮเทคเทคโนโลยีตาก ปี 2559. มหาวิทยาลัยนอร์ทเทิร์นตาก; 2559.
16. อโนทัย ผลิตนนท์เกียรติ และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของ นักศึกษากายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. วารสาร มฉก. วิชาการ 2561;21(42).
17. สิริไพศาล ยิ้มประเสริฐ. ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการออกกำลังกายกับปัจจัยส่วนบุคคลของ นักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน นครราชสีมา. วารสารวิชาการศรี ปทุม ชลบุรี 2562;15(3).

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายใน
ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง

The Factors related to food consumption behavior and Exercise in people with
hyperlipidemia.

ศรินภา สายชนะ^{1*} sirinapa saichana^{1*}

ไพศรี ตรีผลพันธ์² paisee treephonphan²

ศิริลาวัลย์ เพิ่มทรัพย์³ Sirilawan Permsum³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายในผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีที่ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี และมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ อายุ 20 -59 ปี จำนวน 223 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามชุดเดียว แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน หาค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคของแบบสอบถามส่วนที่ 2 - 4 เท่ากับ 0.73, 0.98, 0.85 และ 0.95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยใช้สถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของวัยทำงานที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.3$, S.D. = 1.1) การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายในผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง โดยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายในผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงในผู้รับบริการตรวจสุขภาพประจำปีที่ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .479$, $p < .01$) เนื่องจากผู้รับบริการส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ อายุ 51-59 ปี (ร้อยละ 46.6) และได้รับการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 47.1)

ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายในผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ในผู้รับบริการตรวจสุขภาพประจำปีที่ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ($r = -.320$, $p < .01$)

ผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นองค์ความรู้ในการออกแบบโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายในผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงต่อไป

คำสำคัญ : พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย ภาวะไขมันในเลือดสูง

^{1,2} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีสะเกษ

*ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: hikaru.amp@gmail.com

Abstract

This research was a descriptive study which aimed to examine the correlated of perceived benefits, and barriers in food consumption behavior and exercise in people with hyperlipidemia. Samples were 223 clients who attended the Regional Health Promotion Center 10 at Ubon Ratchathani for annually health checkup were diagnosed as dyslipidemia for 20 – 59 years. The medical instruments used to collect data were questionnaires which consisted of: 1) general information 2) health promoting behaviors of working - age adults with dyslipidemia 3) perceived benefits 4) perceived barriers. The questionnaires were proved for content validities by five experts were tested for reliability by using Cronbach's alpha coefficient in part 2 - 4 resulting in 0.73, 0.98, 0.85 and 0.95 respectively. General data were analyzed by using descriptive statistics. Pearson's product moment correlation coefficient.

The results showed that the health promoting behaviors of working people with abnormal blood lipid levels were at a moderate level ($\bar{x} = 3.3$, S.D. = 1.1). And perceived obstacles Correlated with food consumption behavior and exercise in people with hyperlipidemia. By recognizing the benefits of dietary behavior practices And exercise in people with hypercholesterolemia in those who received annual health check-up at Health Center 10 Ubon Ratchathani had a statistically significant relationship with dietary and exercise behavior ($r = .479$, $p < .01$). Because most of the service recipients are adults, aged 51-59 years (46.6%) and have received a bachelor's degree or a postgraduate degree (47.1%).

Perceived barriers to health promoting behavior practice There was a negative correlation with food consumption behavior. and exercise in people with hyperlipidemia in the recipients of the annual health check-up at the 10th Health Center, Ubon Ratchathani ($r = -.320$, $p < .01$).

The results of the research can be used as knowledge in designing food supplement behavioral programs. And exercise in people with hyperlipidemia continue.

Keywords: Health Promoting Behaviors, Dyslipidemia, Working – age adults

^{1,2} Registered Nurse, Professional Level of Regional Health Promotion Center 10 Ubonratchathani

³ Registered Nurse, Professional of Sisaket Hospital

* Corresponding Author Email: hikaru.amp@gmail.com

1.ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะไขมันในเลือดสูง (Dyslipidemia) เป็นความผิดปกติของการเผาผลาญไลโปโปรตีน (lipoprotein metabolism) ของร่างกาย ส่งผลให้ระดับไขมันในเลือดเปลี่ยนแปลงไปจนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) และโรคหลอดเลือดและหัวใจในที่สุด โดยมีกลไกการเกิดที่ใช้เวลานานับ 10 ปี¹

โรคหลอดเลือดและหัวใจ (Cardiovascular diseases, CVDs) ซึ่งประกอบด้วย โรคหัวใจโคโรนารี (Coronary heart disease) โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease หรือ Stroke) และโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (Peripheral arterial disease) เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในประชากรทั่วโลก ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกพบว่าในปี พ.ศ. 2555 โรคหลอดเลือดและหัวใจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับแรกของประชากรโลก ทำให้ประชากรทั่วโลกประมาณ 17.5 ล้านคนเสียชีวิต หรือคิดเป็นร้อยละ 31 ของการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก² เช่นเดียวกัน ข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข รายงานอัตราการตายของประชากรไทยในปี 2558 จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญต่อประชากร 100,000 คน พบว่าโรคหลอดเลือดและหัวใจก็เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของประชากรไทย โดยมีประชากรไทยเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดและหัวใจทั้งหมด 58,681 คน คิดเป็นอัตราตายโรคหลอดเลือดและหัวใจ เท่ากับ 90.34 ต่อแสนประชากร หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 7 คน³ เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคที่สำคัญ คือ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมรวมถึงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ภาวะน้ำหนักเกิน การมีกิจกรรมทางกายน้อย และที่สำคัญคือ ภาวะไขมันในเลือดสูง⁴

ซึ่งราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย และ National Cholesterol Education Program (NCEP) นิยามภาวะไขมันในเลือดผิดปกติหรือต่างไปจากเกณฑ์ที่เหมาะสม คือมีระดับโคเลสเตอรอลรวม (Total cholesterol, TC) > 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และหรือแอลดีแอลโคเลสเตอรอล (LDL - cholesterol, LDL) > 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และหรือระดับไขมันเอชดีแอลโคเลสเตอรอล (HDL cholesterol, HDL) < 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในเพศชาย และ < 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในเพศหญิง และหรือไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride, TG) > 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร⁵ สาเหตุสำคัญที่ทำให้วัยทำงานมีภาวะไขมันในเลือดสูง คือพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสมรวมถึงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ภาวะน้ำหนักเกิน และการมีกิจกรรมทางกายน้อย ทำให้ประเทศไทยมีการวางแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) มีการกำหนดเป้าประสงค์คือ “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” ซึ่งข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปีพ.ศ. 2556 ประเทศไทยมีประชากรวัยทำงาน (20-59 ปี) ประมาณ 39.13 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 60 ของประชากรทั้งหมด วัยทำงานเป็นกลุ่มที่เป็นกำลังสำคัญของครอบครัวและประเทศชาติ ธรรมชาติของวัยนี้จึงมีการทำงานหนักและมีความรับผิดชอบมากที่สุดต่อครอบครัว ส่วนใหญ่ต้องเลี้ยงดูทั้งบุตรธิดา และญาติผู้ใหญ่วัยสูงอายุ การสร้างความมั่นคงและเจริญก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่การงาน การจัดสัดส่วนรายได้และรายจ่ายตลอดจนเงินออมสำหรับวัยเกษียณ ซึ่งปัญหาที่มักพบในวัยนี้นอกจากความเครียดจากภารกิจประจำวันในการประกอบอาชีพแล้ว ก็คือภาวะโรคเรื้อรังที่สั่งสมมาตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ตอนต้นและส่วนมากจะมาแสดงออกในวัยนี้ โดยเฉพาะภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ พบว่า วัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) ร้อยละ 11.4 มีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว และโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ ร้อยละ 32.4 เป็นโรคหลอดเลือดและหัวใจ และจะเป็นโรคเรื้อรังมากขึ้นในกลุ่มอายุที่มากขึ้น ดังนั้น การสร้างเสริมสุขภาพให้สามารถควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูงในกลุ่มวัยทำงานเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดและหัวใจจึงมีความสำคัญ เป็นการลด

อัตราอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดและหัวใจในกลุ่มวัยทำงานเอง รวมถึงสามารถลดอัตราอุบัติการณ์และความชุกของโรคในกลุ่มวัยสูงอายุ ซึ่งสะสมความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมามากตั้งแต่วัยทำงาน

ซึ่งข้อมูลภาวะสุขภาพของประชากรไทยโดยการตรวจร่างกายล่าสุด ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โดยเฉพาะกลุ่มวัยทำงาน (อายุ 15 – 59 ปี) ร้อยละ 43.8 มีโคเลสเตอรอลรวมสูง ร้อยละ 40.3 มีภาวะเอชดีแอลโคเลสเตอรอลต่ำ และร้อยละ 31.0 มีไตรกลีเซอไรด์สูง⁶ ข้อมูลของผู้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี เมื่อปี พ.ศ. 2561 พบมีวัยทำงานอายุ 20-59 ปี มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติจำนวน 530 คน คิดเป็นร้อยละ 67.26 ของวัยทำงาน⁷ ทำให้ประชากรกลุ่มนี้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจมากกว่าครึ่งหนึ่ง ซึ่งกำลังเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของประชากรไทย³ แต่ภาวะไขมันในเลือดสูงนี้สามารถควบคุมและป้องกันได้โดยการเสริมสร้างพฤติกรรมชีวิตประจำวันด้านการบริโภคอาหารให้ถูกต้องเหมาะสม และการเคลื่อนไหวร่างกายหรือการออกกำลังกายเพียงพอเป็นประจำและต่อเนื่อง⁸ ความรู้ที่ได้รับจากการศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของประชากรกลุ่มนี้และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จะเป็นข้อมูลสำคัญช่วยให้สามารถออกแบบการดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชากรกลุ่มนี้ได้อย่างถูกต้องต่อไป

แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์⁹ เป็นแนวคิดหนึ่งที่อธิบายถึงพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพวัยทำงานที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม⁹ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม¹⁰ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยหลักเหล่านี้ที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงาน (อายุ 20-59 ปี) ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งพบจากการมาตรวจสุขภาพประจำปีที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

2.วัตถุประสงค์การวิจัย

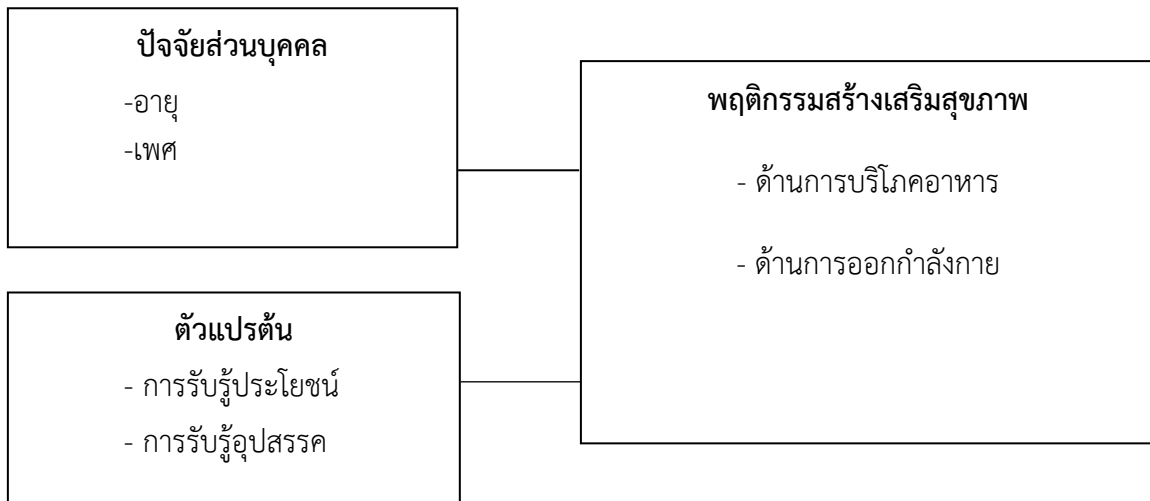
1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายในผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง

3.คำถามการวิจัย/สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงหรือไม่

4.กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ ได้มาจากการคัดเลือกตัวแปรต้นตามแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และคณะ¹⁰ ร่วมกับการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยคัดเลือกตัวแปรที่มีหลักฐานสนับสนุนความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรม และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม ส่วนตัวแปรตาม คือพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรม 2 ด้าน คือ ด้านการบริโภคอาหาร และด้านการออกกำลังกาย โดยใช้แนวคิดพฤติกรรมดำรงชีวิตเพื่อควบคุมและรักษาไขมันในเลือดผิดปกติตามข้อเสนอแนะของ Nation Cholesterol Education Program Expert Panel - Adult Treatment Panel¹² และราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย⁵ กรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพประกอบ



5.วิธีการดำเนินการวิจัย

5.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้มารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีที่ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี และมีผลการตรวจระดับภาวะไขมันในเลือดสูงตามเกณฑ์การวินิจฉัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ทั้งหมด 530 คน เมื่อปี พ.ศ. 2561

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีที่ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี และมีผลการตรวจพบภาวะไขมันในเลือดสูงตามเกณฑ์การวินิจฉัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย อายุ 20 – 59 ปี จำนวน 223 คน ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง คือ มีระดับโคเลสเตอรอลรวม (Total cholesterol, TC) > 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และหรือ มีระดับแอลดีแอลโคเลสเตอรอล (LDL-cholesterol, LDL) > 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และหรือมีระดับไตรกลีเซอไรด์ > 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และหรือมีระดับเอชดีแอลโคเลสเตอรอลในผู้ชาย < 40 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และผู้หญิง < 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร¹

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย ผู้วิจัยเลือกใช้สูตรสำเร็จรูปของ เครซีและมอร์แกน 1970 อ้างใน อังฉวี เอกะกุล, 2543 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % ได้จำนวนและขนาดตัวอย่าง 223 คน มีรายละเอียดดังนี้

$$n = \frac{\chi^2 Np(1-p)}{e^2(N-1) + \chi^2 p(1-p)}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

χ^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% ($\chi^2=3.841$)

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (ถ้าไม่ทราบให้กำหนด p = 0.5)

วิธีการคิดคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ประชากรกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด 530 คน ดังนี้

ถ้าประชากร 500 คน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 217 คน

ถ้าประชากร 550 คน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 226 คน

แสดงว่าประชากรเพิ่มขึ้น 50 คน จำนวนกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น 9 คน

ถ้าประชากรเพิ่มขึ้น 30 คน กลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น $(9 \times 30) / 50 = 5.4$

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรดังกล่าว ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน $217 + 5.4 = 222.4$ และเพื่อให้ข้อมูลมีความถูกต้องน่าเชื่อถือจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างเป็น 223 คน

ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตรของเครซีและมอร์แกน คือ 223 คน การเลือกตัวอย่างต่อจากนี้ ทำการสุ่มอย่างง่าย (Convenience sampling) จากผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีที่ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี และมีผลการตรวจพบภาวะไขมันในเลือดสูงตามเกณฑ์การวินิจฉัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย คือมีระดับโคเลสเตอรอลรวม (Total cholesterol, TC) > 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และหรือ มีระดับแอลดีแอลโคเลสเตอรอล (LDL-cholesterol, LDL) > 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และหรือมีระดับไตรกลีเซอไรด์ > 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และหรือมีระดับเอชดีแอลโคเลสเตอรอลในผู้ชาย < 40 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และผู้หญิง < 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร¹ อายุ 20 – 59 ปี และยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

5.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลตัวแปรต้น เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพวัยทำงานที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ¹² ซึ่งสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์⁹ และการทบทวนวรรณกรรม ตามโครงสร้างของเนื้อหาและประเด็นที่ต้องการศึกษา ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลตัวแปรตามสร้างขึ้น ตามแนวทางของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย⁵ และ National Cholesterol Education Program¹¹ โดยแบบสอบถามในการวิจัยแบ่งเป็น 7 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิดและแบบมีตัวเลือกให้ตอบ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามแนวทางของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย⁵ และ National Cholesterol Education Program¹¹ ซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรม 2 ด้าน ได้แก่ การบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) มี 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง รวมจำนวน 14 ข้อ ซึ่งเป็นข้อความที่แสดงทางบวก 12 ข้อ และเป็นข้อความที่แสดงทางลบ 2 ข้อ กำหนดให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบได้ตามเกณฑ์การให้คะแนน พร้อมทั้งมีการพิจารณาคะแนนดังนี้

คะแนน	ข้อความที่แสดงทางบวก	ข้อความที่แสดงทางลบ
5	ปฏิบัติเป็นประจำ(ปฏิบัติทุกครั้งหรือ 5-7 วัน/สัปดาห์)	ไม่เคยปฏิบัติเลย
4	ปฏิบัติบ่อยครั้ง (ปฏิบัติเกือบทุกครั้งหรือ 3-4 ครั้ง/สัปดาห์)	ปฏิบัตินานๆ ครั้ง
3	ปฏิบัติบางครั้ง (ปฏิบัติ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์)	ปฏิบัติบางครั้ง
2	ปฏิบัตินานๆ ครั้ง (ปฏิบัติ 1-2 ครั้ง/เดือน)	ปฏิบัติบ่อยครั้ง
1	ไม่เคยปฏิบัติเลย (ไม่เคยปฏิบัติเลย)	ปฏิบัติเป็นประจำ

การแปลผล พิจารณาตามเกณฑ์การแบ่งระดับความคิดเห็นแบ่งเป็น 5 ระดับ¹³ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึง พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพระดับดีที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึง พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพระดับดี

ค่าเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึง พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.49 หมายถึง พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 – 4 การรับรู้ประโยชน์ และแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรค เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และคณะ⁹ โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานคือ ศึกษาแนวคิดการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค ในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และทบทวนงานวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เนื้อหาที่รวบรวมได้นำมาเขียนนิยามศัพท์เฉพาะ แล้วสร้างข้อคำถามให้มีความสอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค ในการปฏิบัติพฤติกรรม ตามคำนิยามศัพท์เฉพาะ และกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัย แล้วจึงนำไปทดสอบคุณภาพเครื่องมือตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรวัดแบบลิเคิร์ต มี 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวนดังนี้

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ รวมจำนวน 12 ข้อ ซึ่งเป็นข้อความที่แสดงทางบวกทั้ง 12 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรค รวมจำนวน 13 ข้อ ซึ่งเป็นข้อความที่แสดงทางบวก 12 ข้อ และเป็นข้อความที่แสดงทางลบ 1 ข้อ

โดยส่วนที่ 3-4 กำหนดให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบได้ตามเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนน	ข้อความที่แสดงทางบวก	ข้อความที่แสดงทางลบ
5	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
4	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
3	ไม่แน่ใจ	ไม่แน่ใจ
2	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย
1	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เกณฑ์การแปลผลจะแบ่งระดับของการรับรู้ออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์คะแนนตามกลุ่ม ตามความคิดของเบสท์¹⁸ โดยใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยค่าคะแนนต่ำสุด และนำมาหารด้วยจำนวนกลุ่มหรือระดับที่ต้องการแบ่ง

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน (I)} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$\begin{aligned} \text{พิสัยของช่วงคะแนน (I)} &= \frac{5 - 1}{3} \\ &= 1.33 \end{aligned}$$

เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยการรับรู้มีช่วงคะแนนดังนี้

การรับรู้ระดับสูง	จะมีช่วงคะแนนเฉลี่ย	3.68 – 5.00
การรับรู้ระดับปานกลาง	จะมีช่วงคะแนนเฉลี่ย	2.34 – 3.67
การรับรู้ระดับต่ำ	จะมีช่วงคะแนนเฉลี่ย	1.00 – 2.33

5.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

ขั้นตอนการและเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองระหว่างเดือนเมษายน 2562 – มิถุนายน 2562 โดยผู้วิจัยแนะนำตัวเองกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการทำวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง และให้การพิทักษ์สิทธิผู้ช่วยในการที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยก็ได้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบตกลงเข้าร่วมงานวิจัย และเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการแจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างตามแนวทางที่ได้กำหนดไว้ จากนั้นเริ่มดำเนินการเก็บ

รวบรวมข้อมูล โดยให้พนักงานที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพพนักงานที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามได้เมื่อเกิดข้อสงสัย

2. นำแบบสอบถามทั้งหมดมากำหนดรหัส สร้างตัวแปร บันทึกข้อมูล ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติต่าง ๆ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์

5.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูล นำมาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป แบ่งการวิเคราะห์ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้ค่าการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพพนักงานที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

6. ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (analytical cross sectional research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายในผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีในศูนย์อนามัย 10 อุบลราชธานี ระหว่างเดือนเมษายน ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2562 และมีผลการตรวจภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ อายุ 20 – 59 ปี จำนวน 223 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยตารางประกอบคำอธิบายตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายโดยรวม และรายด้านในผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง

ส่วนที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค (ปัจจัยที่ศึกษา) กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย ในผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า พนักงานที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ส่วนใหญ่มีอายุ 51 – 59 ปี (ร้อยละ 46.6) เป็นเพศชาย (ร้อยละ 50.7) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 80.7) ประกอบอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 56.1) ได้รับการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 47.1) และมีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ (ร้อยละ 57.4) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n= 223)

ข้อมูล	กลุ่มตัวอย่าง (n = 223)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
20-30	3	1.4
31-40	32	14.3
41 – 50	84	37.7
51 – 59	104	46.6

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มตัวอย่าง (n = 223)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุเฉลี่ย 49 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 7.43		
เพศ		
ชาย	113	50.7
หญิง	110	49.3
สถานภาพสมรส		
โสด	33	14.8
คู่	180	80.7
หม้าย	9	4.0
หย่า/ แยกกันอยู่	1	0.5
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6	2.7
ประกอบอาชีพ	217	97.3
อาชีพที่ประกอบ		
เกษตรกรรม	37	16.6
รับจ้าง	35	15.6
ค้าขาย / ทำธุรกิจ	20	9.0
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	125	56.1
พนักงานมหาวิทยาลัย	6	2.7
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	3	1.3
ประถมศึกษา (ป.1 - ป.6)	56	25.1
มัธยมศึกษา (ม.1 - ม.6)	40	17.9
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง(ปวส)/ อนุปริญญา	19	8.6
ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	105	47.1

ส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายโดยรวมและรายด้านในผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง

พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายโดยรวมในผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.3$, S.D. = 1.1) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร ($\bar{X} = 3.37$, S.D. = 1.02) และด้านกิจกรรมทางกาย ($\bar{X} = 3.19$, S.D. = 1.14) อยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายโดยรวมและรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง (n = 223)

พฤติกรรม (คะแนนเต็ม 5)	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านการบริโภคอาหาร	3.37	1.02	ปานกลาง
-รับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง	2.99	.93	ปานกลาง
-หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง	3.14	.86	ปานกลาง
-รับประทานปลาชนิดที่มีไขมันน้อย	3.41	.86	ปานกลาง
-รับประทานอาหารประเภทธัญพืช หรือข้าว ถั่วชนิดต่าง ๆ	3.52	.95	ดี
-รับประทานผักปริมาณมากและผลไม้ทุกมื้อ เพื่อให้ได้ใยอาหารและวิตามินที่จำเป็น	3.50	.95	ดี
-หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันทรานส์สูง	3.34	.90	ปานกลาง
-รับประทานปริมาณหรือพลังงานอาหารต่อวันให้พอเหมาะ เพื่อควบคุมน้ำหนัก	3.59	1.14	ดี
-หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ผ่านการทอดหรือผัด	3.43	1.00	ปานกลาง
-หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารว่างหรือขนมระหว่างวัน	3.27	.96	ปานกลาง
-ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	3.47	1.22	ปานกลาง
ด้านการออกกำลังกาย	3.19	1.14	ปานกลาง
-ออกกำลังกาย เช่น วิ่งเหยาะ เดินเร็ว แกว่งแขน หรืออื่นๆ ต่อเนื่องนาน 30 นาทีต่อวัน	3.14	1.27	ปานกลาง
- หลีกเลี่ยงการนั่งหรือยืนอยู่กับที่นาน ๆ พยายามเคลื่อนไหวร่างกาย	3.65	1.11	ดี
-ออกกำลังกาย เช่น ยกน้ำหนัก พิทเนส โยคะ หรืออื่น ๆ เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ	2.9	1.21	ปานกลาง
-ออกกำลังกายเพิ่มขึ้นเมื่อน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นหรือเกินมาตรฐาน	2.99	1.14	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยรวม	3.3	1.10	ปานกลาง

ส่วนที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง ค่าเฉลี่ยรวม อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.0$, S.D. = 1.0) ดังตารางที่ 3

ตาราง 3 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง (n = 223 คน)

การรับรู้ประโยชน์ (คะแนนเต็ม 5)	\bar{x}	S.D.	การแปลผล
-การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง เช่น อาหารที่ใช้เนื้อมัน ปาล์มเป็นส่วนประกอบ ช่วยลดไขมันร้ายลง สามารถป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดได้	3.71	1.49	สูง
-การหลีกเลี่ยงอาหารจำพวกไขมันสัตว์ เครื่องในสัตว์ สมอสัตว์ ไข่แดง อาหารทะเล เช่น หอยนางรม หมึก กุ้ง เป็นต้น ช่วยให้ท่านควบคุมระดับโคเลสเตอรอลในเลือดได้	3.77	1.39	สูง
-การรับประทานปลาชนิดที่มีไขมันน้อย เช่น ปลาช่อน ปลาตาเดียว ปลาไส้ตัน ปลากระพง วันละมื้อ ช่วยให้ท่านควบคุมระดับไขมันในเลือดได้	3.83	1.32	สูง
-การรับประทานอาหารประเภทธัญพืช หรือข้าว ถั่วชนิดต่าง ๆ เป็นประจำ วันละมื้อ ช่วยให้ท่านควบคุมระดับไขมันในเลือดได้	3.89	1.19	สูง
-การรับประทานผักปริมาณมากและผลไม้ทุกมื้อ ทำให้ท่านได้ใยอาหารและวิตามินเพียงพอ และช่วยควบคุมระดับไขมันในเลือดด้วย	4.04	1.18	สูง
-การรับประทานปริมาณหรือพลังงานอาหารต่อวันให้พอเหมาะ ช่วยให้ท่านมีน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน มีผลต่อระดับไขมันในเลือด	3.92	1.34	สูง
-การหลีกเลี่ยงอาหารที่ทอดหรือผัด และรับประทานอาหารที่นิ่งหรือต้มแทน ช่วยให้ท่านควบคุมระดับไขมันในเลือดได้	3.96	1.33	สูง
-การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ช่วยให้ท่านควบคุมระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดได้	3.90	1.28	สูง
-การออกกำลังกายหนักระดับปานกลาง ได้แก่ การเดินเร็ว วิ่งเหยาะ ปั่นจักรยาน ต่อเนื่องนาน 30 นาทีต่อวัน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ช่วยท่านเพิ่มไขมันดีและป้องกันโรคหัวใจได้	3.94	1.27	สูง
-การออกกำลังกาย เช่น ยกน้ำหนัก การชิทอัพ การเล่นยิตเหยียด หรือโยคะ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ช่วยให้ท่านควบคุมระดับไขมันในเลือด	3.91	1.35	สูง
ค่าเฉลี่ยรวม	3.0	1.0	สูง

ส่วนที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ค่ารวมเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.1941$, S.D. = 1.29) ดังตารางที่ 4

ตาราง 4 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n = 223 คน)

การรับรู้อุปสรรค (คะแนนเต็ม 5)	\bar{x}	S.D.	การแปลผล
-การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง หรืออาหารทะเล เป็นเรื่องยากสำหรับท่าน ทำให้ควบคุมอาหารไม่ได้	3.29	1.30	ปานกลาง
-การรับประทานอาหารจำพวกปลา และเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ทำให้ท่านต้องเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น จึงไม่ค่อยได้รับประทาน	3.31	1.28	ปานกลาง
-ท่านสามารถหาซื้ออาหารจำพวกผัก และผลไม้มาบริโภคได้ง่าย จึงรับประทานเป็นประจำ	3.81	0.98	สูง
-การไม่ชอบรับประทานผัก หรือผลไม้ทำให้ท่านไม่สามารถรับประทานผักและผลไม้ปริมาณมากเพียงพอ	3.29	1.31	ปานกลาง
-การรับประทานอาหารประเภทธัญพืช เป็นประจำ เป็นเรื่องไม่สะดวกสำหรับท่าน ทำให้ไม่ค่อยได้บริโภค	3.27	1.25	ปานกลาง
-การมีนิสัยชอบรับประทานอาหารตามใจตัวเอง ทำให้ท่านควบคุมอาหารและน้ำหนักตัวเองไม่ได้	2.75	1.51	ปานกลาง
-ท่านมีภาระหลายอย่าง ทำให้ไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย	3.17	1.40	ปานกลาง
-การออกกำลังกาย เช่น วิ่งเหยาะ เดินเร็ว ปั่นจักรยาน แกว่งแขน ฮูล่าฮูล่า ต่อเนื่องนาน 30 นาทีต่อวัน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเรื่องยุ่งยากสำหรับท่าน ทำให้ออกกำลังกายไม่เพียงพอ	3.25	1.30	ปานกลาง
-ท่านเหนื่อยจากการทำงานประจำ ทำให้ไม่ค่อยออกกำลังกาย	2.96	1.35	ปานกลาง
-ท่านมีนิสัยชอบการนั่งอยู่กับที่นาน ๆ ทำให้ไม่ค่อยได้เคลื่อนไหวร่างกาย	3.54	1.24	สูง
-ท่านไม่มีเวลาในการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น แม้จะมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ทำให้ควบคุมระดับไขมันในเลือดไม่ได้	3.01	1.32	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยรวม	3.19	1.29	ปานกลาง

ส่วนที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายในผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง พบว่า การรับรู้ประโยชน์ ($r = .479$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และ

การรับรู้อุปสรรค ($r = -.320$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย ในผู้ที่มีความไขมันในเลือดสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังตารางที่ 5 ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ วิทยาลัยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ($n = 223$)

ปัจจัยที่ศึกษา	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	การแปลผล
1.การรับรู้ประโยชน์	.479**	ปานกลาง
2.การรับรู้อุปสรรค	-.320**	ปานกลาง

** = $p < .01$

7.การอภิปรายผล

ผลการศึกษานี้พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายในผู้ที่มีความไขมันในเลือดสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ ($r = .479$, $p < .01$) และการรับรู้อุปสรรค ($r = -.320$, $p < .01$) ปัจจัยทั้ง 2 ตัวที่ศึกษามีความสัมพันธ์กัน

อภิปรายผลการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายในผู้ที่มีความไขมันในเลือดสูงตามสมมติฐาน ได้ดังนี้

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายในผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงในผู้รับบริการตรวจสุขภาพประจำปีที่ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .479$, $p < .01$) เนื่องจากผู้รับบริการส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ อายุ 51-59 ปี (ร้อยละ 46.6) และได้รับการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 47.1) การมีประสบการณ์ชีวิตดังกล่าว ทำให้ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงมีการรับรู้ผลด้านบวกของการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมจึงมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายในผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ ยูพา โฟฟา และคณะ¹⁵ ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่ไม่สามารถควบคุมได้ ($r = 0.48$, $p < .01$) การศึกษาของปริมประภา ก้อนแก้ว¹¹ ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ที่มีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของข้าราชการที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ($r = 0.121$, $p < 0.001$) และการศึกษาของ กนกกาญจน์ สวัสดิภาพ¹⁶ ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดและหัวใจ ($r = 0.11$, $p = 0.05$) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มอื่น ๆ แต่การศึกษาของ โล และคณะ¹⁷ เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมการออกกำลังกาย และการจัดการเรื่องอาหาร ในกลุ่มเสี่ยงเมตาบอลิกซินโดรม พบว่า การรับรู้ประโยชน์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายและการจัดการเรื่องอาหาร

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความไม่พร้อม (Unavailability) ความไม่สะดวกสบาย (Inconvenience) การเสียค่าใช้จ่าย (Expense) ความยากลำบาก (Difficulty) และการเสียเวลา (Time - Consuming) ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ⁹ โดยทั่วไปการรับรู้อุปสรรค เป็นความคิด ความเข้าใจ ความคิดเห็นต่อสิ่งที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคที่เกิดขึ้นจริงหรือคาดว่าจะ

เกิดขึ้นก็ได้ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรม การบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย โดยจะเป็นตัวขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งในงานวิจัยนี้มีความสัมพันธ์ทางลบ (คือ ความสัมพันธ์ที่มีการแปรผกผันกัน หรือการแปรผกผัน กล่าวคือ ถ้าหากค่าการรับรู้อุปสรรคมีค่ามากขึ้น ค่าของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายก็จะมีแนวโน้มที่จะลดลง แต่ถ้าค่าการรับรู้อุปสรรคมีค่าน้อยลง ค่าของพฤติกรรม การบริโภคอาหารและการออกกำลังกายก็จะมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นด้วย) ต่อพฤติกรรม การบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายในผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ในผู้รับบริการตรวจสุขภาพประจำปีที่ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ($r = - .320, p < .01$) เนื่องจากผู้รับบริการกลุ่มดังกล่าวเป็นวัยทำงานที่ต้องรับผิดชอบหลักต่อครอบครัว การงานและสังคม รวมถึงมีพฤติกรรมเดิม หรือมีประสบการณ์การดำรงชีวิตมายาวนาน ดังนั้นจึงรับรู้ถึงการสูญเสียค่าใช้จ่าย การไม่มีเวลา และความยากลำบากที่จะปฏิบัติ พฤติกรรม การบริโภคอาหารและการออกกำลังกายตามคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมจึงมีความสัมพันธ์ทางลบต่อพฤติกรรม การบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ในการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาของ ปริมประภา ก้อนแก้ว¹¹ ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของข้าราชการที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ($r = - 0.314, p < 0.001$) และการศึกษาของ อรุณี สมพันธ์¹⁸ ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรม การป้องกันโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = - .59, p < .001$) แตกต่างจากการศึกษาของ กัลยา รัตน์ แก้ววันดี¹⁹ ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญ ($r = 0.128, p = 0.023$)

8. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านอื่นในกรอบแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และคณะ เช่น ความจำเป็นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้น ความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หรืออาจศึกษาพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต หรือปัจจัยส่วนบุคคลด้านชีววิทยา จิตวิทยา และสังคมวัฒนธรรม

2. ควรศึกษาวิจัยเชิงลึก ถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

9. เอกสารอ้างอิง

1. ละอองดาว คำซาตา. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรม การจัดการตนเองเส้นรอบวงเอว ระดับน้ำตาลในเลือด และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจ ในผู้ที่มีกลุ่มอาการเมตาบอลิก. พยาบาลสาร 2560;44(3):65-76.
2. World Health Organization. (1994). Definition for Health Promotion [Internet]. 2010 [cited 2011 October 15]. Available from: <http://search.who.int/search?=&definition+for+Health+Promoti>
3. นิตยา พันธุ์เวทย์, หทัยชนก ไชยวรรณ. ประเด็นสารธรรมรงค์วันหัวใจโลก ปี พ.ศ. 2558 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2558 [เข้าถึงเมื่อ 22 ก.ย. 2558] เข้าถึงได้จาก www.thaincd.com/document/hot%20news/วันหัวใจโลก%202558.pdf.
4. จุรีพร คงประเสริฐ, ธิดารัตน์ อภิญา. คู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิก NCD คุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2558.
5. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางการดูแลรักษาความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด. กรุงเทพฯ: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย. 2545.

6. วิชัย เอกพลากรและคณะ. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2559.
7. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี. สรุปผลการดำเนินงานโรงพยาบาลประจำปี. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 10; 2558.
8. จุรีพร คงประเสริฐ, นิตยา พันธุ์เวทย์, ณัฐฉิวรรณ พันธุ์มั่ง, ลินดา จำปาแก้ว. คู่มือการจัดการบริการสุขภาพกลุ่มวัยทำงานแบบบูรณาการ 2558. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกกรุงเทพฯ; 2557.
9. Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. A.,. Health Promotion in Nursing Practice. 6th edition. New jersey: Upper Saddle River; 2011.
10. ปริมประภา ก้อนแก้ว. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของข้าราชการที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ 2555;5(3): 17-28.
11. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). The Journal of the American Medical Association 2001;285(19): 2486-2496.
12. ศิริินภา สายชนะ, ปิ่นททัย ศุภเมธาพร, ฐิติอาภา ตั้งคำวานิช. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพวัยทำงานที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ. พยาบาลสาร 2561;45(3): 23-34.
13. บุญชม ศรีสะอาด. งานวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2554.
14. ยุพา โปฬา, ชฎาภา ประเสริฐทรง, วณิดา ดุรงฤทธิชัย. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือด ผิดปกติที่ไม่สามารถควบคุมได้. วารสารพยาบาลทหารบก 2558;16(1):123-130.
15. Lo, S. W. S., Chair, S. Y., & Lee, F. K. Factors associated with health-promoting behavior of people with or at high risk of metabolic syndrome: Based on the health belief model. Applied Nursing Research 2015;28(2):197-201.
16. อรุณี สมพันธ์, แสงทอง ธีระทองคำ, นพวรรณ เปี้ยชื่อ, สมนึก สกุลหงส์โสภณ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อเบาหวาน. ราชกิจพยาบาลสาร 2558;21(1): 96-109.
17. กัลยารัตน์ แก้ววันดี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองยวง อำเภอเวียงหนองล่อง จังหวัดลำพูน. รายงานสืบเนื่องจากการประชุมสัมมนาวิชาการนำเสนอผลงานวิจัยระดับนานาชาติ เครือข่ายบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏภาคเหนือ. 2558;15:13-23.
18. Best, J. W. (1981). Research in education. New jersey: Prentice-Hall.



กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

45 หมู่ 4 ถ.สถลมารค ต.ธาตุ อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี 34190

โทร 045-251267-9

Website: <https://hpc10.anamai.moph.go.th/th/journal-of-health-center-10>

