



วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี นอร์ทเทิร์น

Journal of Science and Technology Northern

ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 ประจำเดือน มกราคม - มีนาคม 2566



วัตถุประสงค์ของการจัดพิมพ์วารสาร

1. เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้นักวิชาการ คณาจารย์ นิสิต นักศึกษา และบุคคลทั่วไป ได้เผยแพร่บทความทางวิชาการและบทความวิจัยที่มีคุณภาพ
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ด้านวิชาการ และด้านการวิจัย

ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไตรรัตน์ ยืนยง อธิการบดีวิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

บรรณาธิการ

ดร.พุดผิงศ์ มากมาย คณบดีคณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร. เดชา	ทำดี	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์	บุญเชียง	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
อาจารย์ ดร. สุภัทรา	กลางประพันธ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
ศาสตราจารย์ ดร.ศุภชัย	ยาวะประภาส	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รองศาสตราจารย์ สฤณ	พรมสายใจ	มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร
รองศาสตราจารย์ ดร.ไพโรจน์	เนียมนาถ	มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร
รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์	หนูสอน	มหาวิทยาลัยนเรศวร
รองศาสตราจารย์ ดร. ปัทมา	สุพรรณกุล	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธัช	กนกเทศ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิเศษ ดร.สมตระกูล ราศิริ		วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อานนท์	วงษ์มณี	มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิศักดิ์	ชันแก้วหล้า	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา ตาก
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัจฉรา	ดลวิทยาคุณ	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา ตาก
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษ	เคลือบวัง	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา ตาก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฐาวรี	ชั้นสำโรง	มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สำราญ	ชั้นสำโรง	ม.มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตเชียงใหม่
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนัญญา	จิระพรกุล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุพรัตน์	หลิมมงคล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เนาวรัตน์	มณีนิล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสน่ห์	แสงเงิน	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อมรศักดิ์	โพธิ์อำ	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
อาจารย์ ดร.คงศักดิ์	บุญยะประณัย	สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ ม.เชียงใหม่
อาจารย์ ดร.กิตติพัทธ์	เอี่ยมรอด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก
อาจารย์ ดร.จิระเกียรติ์	ประสานธนกุล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก
อาจารย์ ดร.พัฒนา	นาคทอง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
ภญ.ดร.ธีรยา	วรปาณี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย
อาจารย์ ดร.รชานนท์	ง่วนใจรัก	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
อาจารย์ ดร.จิระภา	ข้าพิสุทธิ์	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
อาจารย์ ดร.น.สพ.เมธี	สุทธศิลป์	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
อาจารย์ ดร.รุ่งตะวัน	เมืองมูล	มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
อาจารย์ ดร.สถาพร	สาภา	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
อาจารย์ ดร.เพชรลดา	บริหาร	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
อาจารย์ ดร.สุพัฒน์	อาสนะ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ฝ่ายจัดการและเลขานุการกองบรรณาธิการ

อาจารย์เศรษฐกุล	บุญยศศักดิ์เสรี	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
อาจารย์กล้าณรงค์	อินตะวงศ์	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
อาจารย์ธีรพัฒน์	อินทร์ธรรม	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
อาจารย์จตุพร	แพงจักร	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
อาจารย์ชนกนันท์	ฝากมิตร	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

กำหนดการเผยแพร่

ปีละ 4 ฉบับ

เจ้าของวารสาร

วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

สำนักงาน

กองบรรณาธิการวารสาร ฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น ชั้น 1
888 หมู่ 2 ถนนพหลโยธิน (แนวเก่า) ตำบลหนองบัวใต้ อำเภอเมือง จังหวัดตาก 63000
โทรศัพท์ 055-517488 ต่อ 808

พิมพ์ที่ บริษัท พีค การพิมพ์ จำกัด เลขที่ 24/9 ถนนติวานนท์ ตำบลบ้านกลาง อำเภอเมืองปทุมธานี
จังหวัดปทุมธานี 12000 โทรศัพท์ 0-297-9571-6



สารบัญ

บทความวิจัย

หน้า

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ก่อนวัยของสตรีวัยรุ่นชนเผ่าม้งในพื้นที่ตำบล รวมไทยพัฒนา อำเภอพบพระ จังหวัดตาก เมธี สุทธศิลป์ , ญัฐธิดา วิทยามุ่งมั่น และ กังปอ เพชรศรีราษฎร์.....	1
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการเคมีของ นักศึกษาปริญญาตรี วิทยาลัยแห่งหนึ่ง วาสนา วิไลวัฒน์ , ชัยสิทธิ์ ชิดหนองคู และ วิชยุตม์ ศุภพงศ์พิเชฐ.....	25
ผลของการฝึกออกกำลังกายช่องปากต่อการทำหน้าที่ของช่องปากในผู้สูงอายุ : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ปภาวี วรรณสุต และ รัชฎา ฉายจิต.....	39
แนวทางการจัดการขยะบ้านป่ารวก ตำบลดงมะตะ อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย เกวลี ดวงกำเนิด , ภิญโญ สุโรจนานันท์ , สุเวช พิมน้ำ , พยงค์ ขุนสะอาด และ ธานัท นิตยคำหาญ.....	57
การประเมินความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การ บริหารส่วนตำบลปากอ่ดำ จังหวัดเชียงราย อุทุมพร เชื้ออนคำ , ธัญลักษณ์ วงกรุ , ญัฐธิดา ยี่ภิญโญ , อาธิยา ศรีจุมปา , ชนกนันท์ ฝากมิตร และ สุเวช พิมน้ำเย็น.....	7
ความรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปัตตานี ปรีชา พุกจีน , อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ และ พุฒิพงศ์ มากมาย.....	81

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย	หน้า
ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมพลัง ปรับเปลี่ยน ลดเสี่ยง Stroke ที่ส่งผลกระทบต่อ พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์ ธนกฤต พงศ์ภูมิพัฒน์.....	92
ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วย โรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร วิฑูรย์ วิชาพร.....	116
ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของ ประชาชน อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย ทรรศนีย์ บุญมั่น.....	137



ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ก่อนวัยของสตรีวัยรุ่นชนเผ่าม้งในพื้นที่ ตำบลรวมไทยพัฒนา อำเภอบพพระ จังหวัดตาก

เมธี สุทธิศิลป์¹, ณัฐธิดา วิทยามุ่งมั่น² และ กังปอ เพชรศิริราษฎร์³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ก่อนวัยของสตรีวัยรุ่นชนเผ่าม้ง ในพื้นที่ตำบลรวมไทยพัฒนา อำเภอบพพระ จังหวัดตาก โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ก่อนวัย ซึ่งอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาล 2564 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรวมไทยพัฒนา ตำบลรวมไทยพัฒนา อำเภอบพพระ จังหวัดตาก จำนวน 55 คน เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ สถิติที่ใช้ คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสัมประสิทธิ์สหพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์และการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ก่อนวัย ($r = -.014$) ($p\text{-value} = .918$) ค่านิยมทางเพศไม่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ก่อนวัย ($r = .023$) ($p\text{-value} = .867$) สัมพันธภาพในครอบครัวไม่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ก่อนวัย ($r = .165$) ($p\text{-value} = .228$) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิดไม่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ก่อนวัย ($r = .111$) ($p\text{-value} = .418$)

คำสำคัญ : การตั้งครรภ์, วัยรุ่นชนเผ่าม้ง

¹ อาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขชุมชน คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น E-mail: mayvet_2006@hotmail.com

² พยาบาลวิชาชีพ รพ.สต.

³ นักศึกษาวิทยาลัยนอร์ทเทิร์น





Factors related to early pregnancy among Hmong adolescent women in the area Ruam Thai Phatthana Subdistrict, Phob Phra District, Tak Province

Mathee Sootthasil¹, Natthida Witthayamungman² and Kongpo Petchkhirirat³

Abstract

This research is a descriptive study to examine factors associated with early pregnancy among Hmong adolescent women. In the area of Ruam Thai Phatthana Sub-district, Phob Phra District, Tak Province, the sample group was adolescent women who were pregnant before who are under 20 years old who received antenatal care in fiscal year 2021 at Ruam Thai Phatthana Sub-district Health Promoting Hospital Ruam Thai Phatthana Sub-district, Phob Phra District, Tak Province, 55 people. The instrument used to collect data was a questionnaire created by the researcher and analyzed by a computer program. The statistics used were percentage, mean, standard deviation, and Pearson's correlation coefficient.

The results of the study found that Sexuality knowledge and pregnancy prevention were not associated with early pregnancy ($r = -.014$) ($p\text{-value} = .918$). Gender was not associated with early pregnancy ($r = .023$) ($p\text{-value} = .867$). Family relationship was not associated with early pregnancy ($r = .165$) ($p\text{-value} = .228$). Premature pregnancy ($r = .111$) ($p\text{-value} = .418$).

Keywords : Pregnancy, Hmong adolescents

¹ Lecturer, Community Public Health, Faculty of Allied Health Sciences, Northern College E-mail: mayvet_2006@hotmail.com

² Registered Nurse, Health Promoting Hospital

³ Student, Northern College

บทนำ

การตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นตามคำนิยามขององค์การอนามัยโลก (WHO: World Health Organization, 2017) หมายถึง การที่สตรีตั้งครรภ์มีอายุ 10-19 ปี ซึ่งวัยรุ่นเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่สุดในช่วงหนึ่งของชีวิตเพราะเป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม พร้อมเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนที่ส่งผลกระทบต่อด้านภาวะทางจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก ส่งผลให้อารมณ์ของวัยรุ่นแปรปรวน อ่อนไหวง่าย มีความต้องการทางเพศสัมพันธ์ตามธรรมชาติของร่างกาย และทางด้านสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ในปัจจุบัน มีลักษณะการเปิดกว้างเกี่ยวกับเรื่องเพศมากขึ้น จึงเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ได้อย่างอิสระ จึงส่งผลให้เป็นปัญหาสังคมอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งผลกระทบประการสำคัญที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น นอกจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเอดส์ คือ การตั้งครรภ์ จากรายงานประจำปี 2563 สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ ปี พ.ศ. 2560-2562 พบว่าอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10 -14 ปี มีอัตราการคลอดเท่ากับ 1.3, 1.2 และ 1.1 ต่อพัน ซึ่งลดลงจากอัตราการคลอดสูงสุดที่สุดใน พ.ศ. 2555 คือ 1.8 ต่อพัน และยังพบหญิงอายุ 15-19 ปี มีอัตราการคลอดเท่ากับ 39.6, 35.0 และ 31.3 ต่อพัน (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2563) และจากข้อมูลการคลอดมีชีพของมารดาวัยรุ่นในภาคเหนือ ปี พ.ศ. 2562-2564 พบว่าอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10 -14 ปี และหญิงอายุ 15-19 ปี มีอัตราการคลอดเท่ากับ 0.9, 0.8, 0.7 และ 20.6, 20.2 และ 16.7 ต่อพัน (กระทรวงสาธารณสุข, 2564) จะเห็นได้ว่าอัตราการคลอดในสตรีวัยรุ่นมีแนวโน้มลดลง แต่ยังคงถือว่าเป็นสถิติที่สูงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว ข้อมูลดังกล่าวถือได้ว่าเป็นข้อมูลที่ทำให้สังคมต้องตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งในการพัฒนาของประเทศจะต้องอาศัยกำลังสำคัญอย่างวัยรุ่นเพื่อเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศต่อไป

รายงานสถิติการคลอดของมารดาวัยรุ่นในจังหวัดตาก ปี พ.ศ. 2562-2564 พบว่าอัตราการคลอดของหญิงอายุ 10-14 ปี และ 15-19 ปี มีอัตราการคลอดเท่ากับ 1.2, 1.3, 0.9 และ 35.0, 33.3, 24.2 ต่อพัน (กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ซึ่งจะเห็นได้ว่าอัตราการคลอดในสตรีวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี ของจังหวัดตากโดยรวมมีแนวโน้มการคลอดลดลงอย่างเห็นได้ชัด ในเขตอำเภอพบพระรายงานสถิติการคลอดของมารดาวัยรุ่น ปี พ.ศ. 2562-2564 พบว่าอัตราการคลอดของหญิงอายุ 10-14 ปี และ 15-19 ปี มีอัตราการคลอดเท่ากับ 1.0, 1.0, 1.6 และ 49.2, 35.8, 38.7 ต่อพัน ในพื้นที่ตำบลรวมไทยพัฒนา พบอัตราการคลอดของหญิงอายุ 10-14 ปี ปี พ.ศ. 2562 และ ปี พ.ศ. 2564 มีอัตราการคลอดเท่ากับ 1.3 และ 2.5 ต่อพัน และพบอัตราการคลอดของหญิงอายุ 15-19 ปี มีอัตราการคลอดเท่ากับ 62.8, 37.8 และ 48.8 ต่อพัน (กระทรวงสาธารณสุข, 2564) จะเห็นได้ว่าในเขตอำเภอพบพระ และตำบลรวมไทยพัฒนา มีอัตราการคลอดของหญิงอายุ 10-19 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี 2563 ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรวมไทยพัฒนา ได้มีการดำเนินการจัดทำโครงการอบรมให้ความรู้เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์และฝึกทักษะการป้องกันการ

ตั้งครรภ์ แก้ววัยรุ่นและแม่วัยรุ่นในพื้นที่ทุกปีเพื่อแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัย แต่ยังคงพบปัญหาการคลอดของหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี สูงเกินเกณฑ์ทุกปี (ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขปี 2564 เกณฑ์เป้าหมายไม่เกิน 27 ต่อประชากรหญิง 15-19 ปี พันคน)

เนื่องจากตำบลรวมไทยพัฒนาเป็นตำบลหนึ่งในอำเภอพบพระที่มีประชากรส่วนใหญ่ ร้อยละ 86.7 เป็นชนเผ่าม้ง มีอาชีพเกษตรกร ด้วยวิถีชีวิตและวัฒนธรรมการนิยมมีบุตรตั้งแต่อายุน้อย และมีบุตรจำนวนหลายๆ คน โดยไม่คำนึงถึงปัจจัยด้าน อายุ การศึกษา อาชีพ และรายได้ สภาพครอบครัวมีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ บิดามารดามีการศึกษาน้อยและมักมีอาชีพรับจ้าง สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ร้อยละ 14.05 จึงไม่ต้องการเรียนต่อจึงทำให้สตรีวัยรุ่นกลุ่มดังกล่าวส่วนใหญ่ ได้ศึกษาเล่าเรียนจบเพียงชั้นมัธยมศึกษา และประถมศึกษา เนื่องจากต้องออกมาหารายได้ช่วยบิดามารดา อายุของการตั้งครรภ์ครั้งแรกน้อยกว่า หรือเท่ากับ 16 ปี ประกอบกับกลุ่มเพื่อนซึ่งถือว่าเป็นอิทธิพลต่อการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องเพศทำให้ก้าวสู่การเป็นมารดาวัยรุ่น ซึ่งพบว่าวัยรุ่นในพื้นที่เมื่อแต่งงานหรือตั้งครรภ์แล้วก็ต้องออกจากการศึกษา จึงทำให้วัยรุ่นขาดโอกาสทางการศึกษา ขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพและมีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ เช่น มีภาวะโลหิตจาง คลอดก่อนกำหนด ทารกมีน้ำหนักน้อย เป็นต้น รวมถึงการขาดความรู้การคุมกำเนิดที่ไม่ถูกต้องและไม่ต่อเนื่องทำให้เกิดการตั้งครรภ์ก่อนวัย

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ก่อนวัยของสตรีวัยรุ่นชนเผ่าม้ง ในพื้นที่ตำบลรวมไทยพัฒนา อำเภอพบพระ จังหวัดตาก เพื่อจะได้นำผลการวิจัยไปปรับใช้เป็นแบบแผนการให้บริการหรือดูแลให้ความช่วยเหลือสตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ก่อนวัย ทำให้เข้าใจถึงพฤติกรรมความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของวัยรุ่นต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม นับเป็นประโยชน์ได้โดยตรงต่อวัยรุ่น ครอบครัว ชุมชน สังคม และผู้ใกล้ชิดจะได้เข้าใจกันเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการตั้งครรภ์ก่อนวัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

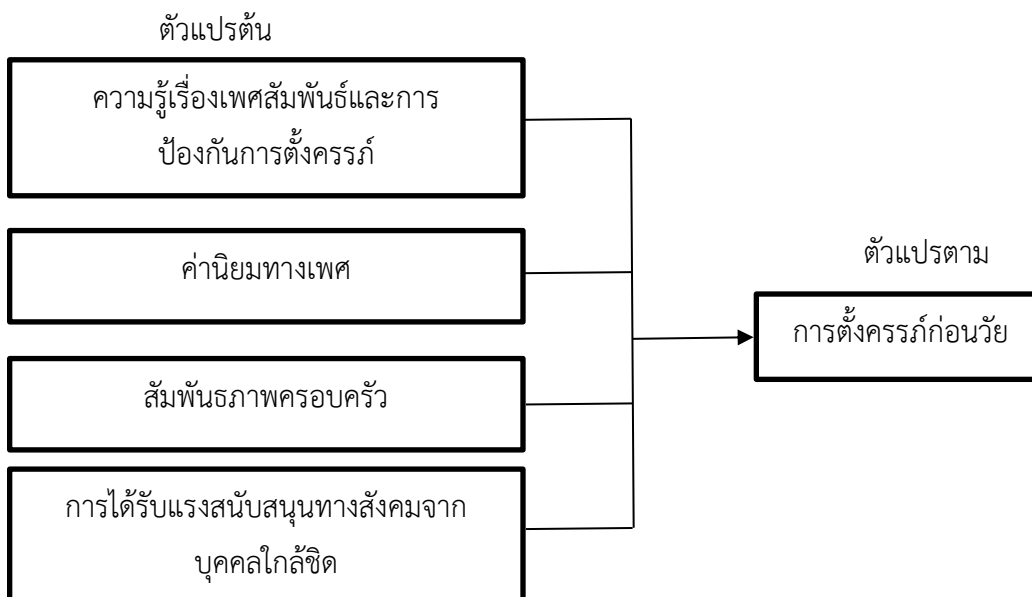
เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ก่อนวัยของสตรีวัยรุ่นชนเผ่าม้ง ในพื้นที่ตำบลรวมไทยพัฒนา อำเภอพบพระ จังหวัดตาก

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรต้น ได้แก่ ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์และการป้องกันการตั้งครรภ์ ค่านิยมทางเพศ สัมพันธภาพของครอบครัว การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด

ตัวแปรตาม ได้แก่ การตั้งครรภ์ก่อนวัย

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ทำการประเมิณหาปัจจัยที่สัมพันธ์การตั้งครรภ์ก่อนวัยของสตรีวัยรุ่นชนเผ่าม้งเพื่อหาแนวทางดำเนินการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัย ในพื้นที่ตำบลรวมไทยพัฒนา อำเภอบพพระ จังหวัดตาก ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัย โดยนำเสนอตามลำดับหัวข้อดังต่อไปนี้

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาโดยทำการเก็บข้อมูลจากประชากรเป็นสตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ก่อนวัย ซึ่งอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มารับบริการฝากครรภ์ในปีงบประมาณ 2564 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรวมไทยพัฒนา ตำบลรวมไทยพัฒนา อำเภอบพพระ จังหวัดตาก เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ก่อนวัยของสตรีวัยรุ่นชนเผ่าม้ง ในพื้นที่ตำบลรวมไทยพัฒนา อำเภอบพพระ จังหวัดตาก และระบุนความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์และการป้องกันการตั้งครรภ์ ค่านิยมทางเพศ สัมพันธภาพของครอบครัว และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิดกับการตั้งครรภ์ก่อนวัย โดยทำการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

2. ประชากรที่ทำการศึกษา

ประชากรที่ทำการศึกษา คือ สตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ก่อนวัย ซึ่งอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มารับบริการฝากครรภ์ในปีงบประมาณ 2564 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรวมไทยพัฒนา ในพื้นที่ตำบลรวมไทยพัฒนา อำเภอบพพระ จังหวัดตาก จำนวน 64 คน

3. ตัวอย่างและขนาดตัวอย่าง

3.1 การคำนวณขนาดตัวอย่าง

ตัวอย่างในการวิจัยเป็นสตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ก่อนวัย ซึ่งอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มารับบริการฝากครรภ์ในปีงบประมาณ 2564 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรวมไทยพัฒนา ในพื้นที่ตำบลรวมไทยพัฒนา อำเภอบพพระ จังหวัดตาก จำนวน 64 คน โดยขนาดตัวอย่างเป็นการคัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) และคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Taro Yamane ดังนี้

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

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

N = ขนาดของประชากร

e = ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

$$n = \frac{64}{1 + (64)(0.0025)}$$

$$n = 55.17$$

ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 55 คน

3.2 เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)

1. สตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ก่อนวัย ซึ่งอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มารับบริการฝากครรภ์ในปีงบประมาณ 2564 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรวมไทยพัฒนา ในพื้นที่ตำบลรวมไทยพัฒนา อำเภอพบพระ จังหวัดตาก ที่เป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นชนเผ่าม้ง

2. เป็นผู้ที่อ่าน และเข้าใจภาษาไทย สามารถกรอกแบบสอบถามด้วยตนเองได้
3. สม่ครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวข้อมูลโครงการวิจัยอย่างครบถ้วน

3.3 เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยออก (Exclusion criteria)

1. กลุ่มตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เป็นคนไทยและต่างด้าว
2. ไม่สนใจตอบแบบสอบถาม
3. เจ็บป่วยในช่วงที่เก็บรวบรวมข้อมูล

4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสอบถามซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการดัดแปลงมาจากการทบทวนวรรณกรรม มีเนื้อหาที่ครอบคลุมตัวแปรที่ต้องการศึกษาทั้งหมด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์และการป้องกันการตั้งครรภ์ มีลักษณะที่เป็นปรนัยชนิดเลือกตอบมี 2 ตัวเลือก ใช่ ไม่ใช่ จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามปัจจัยด้านค่านิยมทางเพศ เป็นข้อคำถามแบบประเมินค่า (Rating Sacle) มี 5 ระดับ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2549) ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ

ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นข้อคำถามแบบประเมินค่า (Rating Sacle) มี 5 ระดับ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2549) ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด เป็นข้อคำถามแบบประเมินค่า (Rating Sacle) มี 5 ระดับ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2549) ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ

5. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สร้างเครื่องมือ โดยศึกษาจากเอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และสอบถามแนวทางจากผู้ที่มีความรู้และชำนาญในเรื่องนี้ เพื่อเป็นข้อมูลในการกำหนดรูปแบบ และเนื้อหาของแบบสอบถามนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปขอคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหา นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำแบบสอบถามไปเก็บรวบรวมข้อมูลตามกลุ่มตัวอย่าง

6. การเก็บข้อมูล

ผู้เก็บข้อมูลได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามลำดับดังนี้

1. ผู้วิจัยได้พบกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้หลังจากนั้นแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตในการให้ตอบแบบสอบถาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างอนุญาต ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างพร้อมอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและอธิบายถึงวิธีการตอบคำถาม และเปิดโอกาสให้ซักถามหลังจากนั้น ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองและรวบรวมแบบสอบถามคืนทันที
2. ผู้เก็บข้อมูลได้ทำการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 2 แห่งและในชุมชน ด้วยตัวเอง
3. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในงานวิจัยตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์
4. นำข้อมูลที่ได้มาคิดคะแนนและวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติต่อไป

7. การวิเคราะห์และแปลผลข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้รับจากแบบสอบถามทั้ง 5 ส่วนที่สมบูรณ์มาวิเคราะห์ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยการใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลโดยเฉพาะเจาะจงกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยวิเคราะห์ตามแนวทางที่ได้กำหนดไว้แล้วนำเสนอโดยการพรรณนาวิเคราะห์ มีลำดับขั้นตอนดำเนินการ ดังต่อไปนี้

1. ตรวจสอบแบบสอบถามแบบสมบูรณ์
2. สถิติพรรณนาใช้อธิบายข้อมูลโดยการหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. สถิติวิเคราะห์ วิเคราะห์หาปัจจัยที่สัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

8. การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มที่จะศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ โดยจะไม่เปิดเผยชื่อ นามสกุล และที่อยู่ โดยจะมีการปรับเปลี่ยนเป็นรหัส เพื่อไม่เป็นการเปิดเผยตัวตนของกลุ่มตัวอย่าง
2. กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการศึกษาได้ทุกเมื่อต้องการ
3. ในวันเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ให้กลุ่มตัวอย่างหรือผู้ให้ข้อมูลทราบอีกครั้งเพื่อขอความร่วมมือ ในการให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ก่อนวัยของสตรีวัยรุ่นชนเผ่าม้ง ในพื้นที่ตำบลรวมไทยพัฒนา อำเภอบพพระ จังหวัดตาก เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและนำเสนอด้วยตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคล (n= 55)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. อายุ		
อายุ 14 ปี	1	1.8
อายุ 15 ปี	4	7.3
อายุ 16 ปี	8	14.5
อายุ 17 ปี	14	25.5
อายุ 18 ปี	13	23.6
อายุ 19 ปี	15	27.3
อายุเฉลี่ย = 17.4 , ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.3		

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
2. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	6	10.9
มัธยมศึกษาตอนต้น	35	63.6
มัธยมศึกษาตอนปลาย	10	18.2
ปวช./ปวส.	4	7.3
3. สถานภาพสมรส		
สมรสและอยู่ร่วมกับสามี	20	36.4
หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่	1	1.8
อยู่ร่วมกันแต่ไม่ได้สมรส	31	56.4
อื่นๆ	3	5.5
4. อาชีพ		
เกษตรกร	32	58.2
รับจ้างทั่วไป	6	10.9
ประกอบอาชีพส่วนตัว	5	9.1
ว่างงาน	12	21.8
5. รายได้ของครอบครัว		
ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน	26	47.3
3,001-5,000 บาท/เดือน	11	20.0
5,001-10,000 บาท/เดือน	13	23.6
มากกว่า 10,000 ขึ้นไป	5	9.1

จากตารางที่ 1 พบว่าอายุของผู้ตอบแบบสอบถามเป็นอายุ 19 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.3 รองลงมา คือ อายุ 17 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.5 อายุ 18 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.6 อายุ 16 ปี คิดเป็นร้อยละ 14.3 อายุ 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 7.3 และอายุ 14 ปี คิดเป็นร้อยละ 1.8 ระดับการศึกษา พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 63.6 รองลงมา คือมัธยมศึกษาตอนปลายจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 18.2 ประถมศึกษาหรือต่ำกว่าจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 10.9 ปวช./ปวส.จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 7.3 สถานภาพสมรส พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามอยู่ร่วมกันแต่ไม่ได้สมรสจำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 56.4 รองลงมา คือสมรสและอยู่ร่วมกับสามีจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 36.4 อื่นๆ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 5.5 และหย่า/หม้าย/แยกกันอยู่จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1.8 อาชีพ พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีอาชีพเกษตรกรจำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 58.2 รองลงมา คือว่างงานจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 21.8 รับจ้างทั่วไปจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 10.9 และประกอบอาชีพส่วนตัวจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 9.1 รายได้ของครอบครัว มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 47.3 รองลงมา คือ 5,001-10,000 บาท/เดือน จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 23.6 3,001-5,000 บาท/เดือน จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0 และ มากกว่า 10,000 ขึ้นไปจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 9.1

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์และการป้องกันการตั้งครรภ์

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์และการป้องกันการตั้งครรภ์ (n=55)

ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์และการป้องกันการตั้งครรภ์	ตอบถูก	
	จำนวน	ร้อยละ
<u>ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์</u>		
1. ผู้หญิงไม่สามารถตั้งครรภ์ได้ในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก	31	56.4
2. การมีเพศสัมพันธ์ ผู้หญิงจะไม่ตั้งครรภ์ถ้าไม่ถึงจุดสุดยอด	43	78.2
3. การมีเพศสัมพันธ์ผู้หญิงจะไม่ตั้งครรภ์ถ้าให้ผู้ชายหลั่งข้างนอก	19	34.5
4. เรื่องเพศเป็นเรื่องที่อายไม่ควรบอกให้พ่อแม่รู้เพราะฉะนั้นการปรึกษาเพื่อนเป็นวิธีที่ดีที่สุด	47	85.5

ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์และการป้องกันการตั้งครรภ์	ตอบถูก	
	จำนวน	ร้อยละ
5. การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกันจะทำให้ท่านเป็นโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์	46	83.6
6. การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยเช่นใส่ถุงยางอนามัยช่วยป้องกันการตั้งครรภ์และการทำแท้ง	48	87.3
7. การมีเพศสัมพันธ์มี 2 รูปแบบคือเพศสัมพันธ์แบบสอดใส่ และเพศสัมพันธ์แบบไม่สอดใส่	37	67.3
8. การช่วยเหลือตนเองหรือการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองเป็นวิธีการจัดการอารมณ์เพศ	40	72.7
9. เพศศึกษาและเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องเดียวกัน	32	58.2
10. เมื่อมีเพศสัมพันธ์ท่านจะให้คนรักหลั่งนอกเพราะเป็นวิธีคุมกำเนิดที่ดีที่สุด	24	43.6
11. ยาคุมกำเนิดชนิด 21 เม็ด และ 28 เม็ด ต้องรับประทานทุกวันก่อนการมีเพศสัมพันธ์	37	67.3
12. ยาคุมฉุกเฉินต้องกินทันที หลังการมีเพศสัมพันธ์ หรือภายใน 72 ชั่วโมง	46	83.6
13. การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกันทำให้ท่านเกิดการตั้งครรภ์	53	96.4
14. การป้องกันการตั้งครรภ์ที่วัยรุ่นนิยมใช้ คือการใส่ถุงยางอนามัยและทานยาคุม	55	100.0
15. การมีเพศสัมพันธ์ท่านไม่จำเป็นต้องป้องกันทุกครั้งเพราะไม่ทำให้ตั้งครรภ์	45	81.8

จากตารางที่ 2 โดยภาพรวม พบว่าความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์และการป้องกันการตั้งครรภ์ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงสุด ได้แก่ การป้องกันการตั้งครรภ์ที่วัยรุ่นนิยมใช้ คือการใส่ถุงยางอนามัยและทานยาคุม คิดเป็นร้อยละ 100.0 รองลงมา การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกันทำให้ท่านเกิดการตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 96.4 ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ผู้หญิงจะไม่ตั้งครรภ์ถ้าให้ผู้ชายหลั่งข้างนอก คิดเป็นร้อยละ 34.5

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนร้อยละ ของระดับความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์และการป้องกันการตั้งครรภ์

ระดับความรู้	เกณฑ์ของระดับคะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ (n=55)
ต่ำ	(0-8 คะแนน)	7	12.73
ปานกลาง	(9-11 คะแนน)	23	41.82
สูง	(12-15 คะแนน)	25	45.45

จากตารางที่ 3 พบว่าระดับความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์และการป้องกันการตั้งครรภ์อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 45.45 รองลงมาคือระดับความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์และการป้องกันการตั้งครรภ์ระดับปานกลาง ร้อยละ 41.82 และระดับความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์และการป้องกันการตั้งครรภ์ระดับต่ำ ร้อยละ 12.73

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านค่านิยมทางเพศ

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ปัจจัยด้านค่านิยมทางเพศ (n=55)

ค่านิยมทางเพศ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. การแต่งกายโชว์สัดส่วน เสื้อสายเดี่ยว เกาะอก หรือ กางเกงขาสั้น ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดอาชญากรรมทางเพศได้	3.76	.962	สูง
2. การพูดคุยทาง facebook/ line โปรแกรมแชทกับคนแปลกหน้า เป็นสาเหตุการถูกล่อลวงได้	3.71	.896	สูง
3. การอยู่ตามลำพังระหว่างชายหญิงนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ได้	3.93	.813	สูง
4. การยอมมีเพศสัมพันธ์กับคู่รักในวัยเรียนเป็นการแสดงออกที่ผิด	3.47	.940	ปานกลาง
5. การอยู่ก่อนแต่งงานมีภรรยาขณะอยู่ในวัยเรียนเป็นสิ่งที่ไม่ควรประพฤติ	3.58	1.049	สูง
6. ผู้หญิงมีสิทธิและโอกาสมากขึ้นเกี่ยวกับเรื่องเพศ เช่น การเลือก คู่ครอง การเป็นผู้นำครอบครัว เป็นต้น	3.58	.832	สูง

ค่านิยมทางเพศ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
7. สื่อจากโทรทัศน์ ภาพยนตร์ หรือข่าว เสนอพฤติกรรม ทางเพศที่ไม่เหมาะสม เช่น การกอดจูบ การมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น นำไปสู่การลอกเลียนแบบได้	3.65	.927	สูง
8. การแสดงออกอย่างเปิดเผยในเรื่องเพศ หรือ การที่วัยรุ่นหญิงบางคนตามจีบผู้ชาย เป็นสิ่งที่ไม่ควรประพฤติ	3.16	.856	ปานกลาง
9. ผู้หญิงควรรอคอยที่จะมีเพศสัมพันธ์จนกว่าจะถึงวัยและเวลาที่เหมาะสม เช่น เรียนจบหรือมีงานทำที่มั่นคง	3.64	.988	สูง
10. การยอมมีเพศสัมพันธ์เพื่อเป็นเครื่องผูกมัดฝ่ายชาย	3.69	.836	สูง
11. การกอดจูบลูบคลำระหว่างคนรักในที่สาธารณะเป็นสิ่งไม่ควรประพฤติ	3.87	1.233	สูง
12. การยอมมีเพศสัมพันธ์กับคู่รักทำให้ความสัมพันธ์ยาวนาน มั่นคง	3.51	.900	สูง
13. ผู้หญิงควรรู้จักการปฏิเสธ เช่น ไม่ หยุด อย่า เพื่อป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ	4.16	.739	สูง
14. การมีเพศสัมพันธ์ระหว่างชายหญิงเป็นการแสดงออกถึงความรัก	3.22	.786	ปานกลาง
15. การไม่มีแฟนหรือกิ๊กเป็นสิ่งที่ล้าสมัย ทำให้อายเพื่อน	3.65	.947	สูง
16. เรื่องเพศสามารถพูดคุยปรึกษากับพ่อแม่ ครูอาจารย์ได้	3.69	.858	สูง
17. ผู้หญิงต้องไม่แสดงกิริยายั่วยวน แสดงท่าทีเชื้อเชิญหรือให้โอกาสผู้ชายได้เข้ามาใกล้ชิด	3.76	.860	สูง
18. ผู้หญิงควรมองเห็นคุณค่าและรักในเกียรติและศักดิ์ศรีของตนเอง	4.40	.627	สูง
รวม	3.69	.472	สูง

จากตารางที่ 4 โดยภาพรวม พบว่าค่านิยมทางเพศอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.69$, S.D.=.472) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงสุด ได้แก่ ผู้หญิงควรมองเห็นคุณค่าและรักในเกียรติและศักดิ์ศรีของตนเอง ($\bar{X}=4.40$, S.D.=.627) รองลงมา ผู้หญิงควรรู้จักการปฏิเสธ เช่น ไม่ หยุต อย่า เพื่อป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ($\bar{X}=4.16$, S.D.=.739) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การแสดงออกอย่างเปิดเผยในเรื่องเพศ หรือ การที่วัยรุ่นหญิงบางคนตามจีบผู้ชาย เป็นสิ่งที่ไม่ควรประพฤติ ($\bar{X}=3.16$, S.D.=.856)

ส่วนที่ 4 สัมพันธภาพในครอบครัว

ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สัมพันธภาพในครอบครัว (n=55)

สัมพันธภาพในครอบครัว		$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1.	พ่อแม่เข้มงวดกวดขันท่านในทุก ๆ เรื่อง	2.93	.813	ปานกลาง
2.	ครอบครัวสามารถให้คำแนะนำปรึกษาท่านได้ทุกเรื่อง	3.73	.912	มาก
3.	ท่านรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวและมีส่วนในการแก้ปัญหา	3.00	.839	ปานกลาง
4.	ท่านได้รับคำชื่นชม สนับสนุนจากคนในครอบครัว	3.16	.877	ปานกลาง
5.	ท่านได้รับความรัก ความเข้าใจ ความอบอุ่น จากคนในครอบครัว	3.71	.936	มาก
6.	ครอบครัวยอมรับฟังความคิดเห็นและเหตุผลของท่าน	3.22	.917	ปานกลาง
7.	ท่านได้รับความห่วงใย เอาใจใส่กันและกันจากคนในครอบครัว	3.56	.938	มาก
8.	พ่อแม่ทำงานจนไม่มีเวลาวางให้กับท่าน	3.40	1.011	ปานกลาง
9.	ท่านเปิดเผยพูดคุยให้ครอบครัวทราบเกี่ยวกับเรื่องส่วนตัวรวมทั้งเรื่องความรัก	2.89	.916	ปานกลาง
10.	ท่านกับคนในครอบครัวหรือญาติพี่น้องมักทะเลาะเบาะแว้งกัน	3.78	.956	มาก
11.	สมาชิกในครอบครัวของท่านเคารพในสิทธิของกันและกัน	3.27	.891	ปานกลาง
12.	ครอบครัวให้ความช่วยเหลือด้านการเงินแก่ท่าน	3.29	.956	ปานกลาง
13.	ครอบครัวให้คำแนะนำอบรมสั่งสอนในหลักการดำเนินชีวิตรวมถึงการคบเพื่อนต่างเพศ	3.45	.997	ปานกลาง

สัมพันธภาพในครอบครัว	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
14. ท่านสามารถระบายความทุกข์ใจหรือกังวลใจกับคนในครอบครัว	3.15	1.161	ปานกลาง
15. เมื่อท่านมีปัญหา ครอบครัวและญาติพี่น้องจะอยู่เคียงข้างช่วยเหลือแก้ปัญหาให้	3.49	.979	ปานกลาง
รวม	3.33	.506	ปานกลาง

จากตารางที่ 5 โดยภาพรวม พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.33$, S.D.= .506) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงสุด ได้แก่ ท่านกับคนในครอบครัวหรือญาติพี่น้องมักทะเลาะเบาะแว้งกัน ($\bar{X}=3.78$, S.D.= .956) รองลงมา ครอบครัวสามารถให้คำแนะนำปรึกษาท่านได้ทุกเรื่อง ($\bar{X}=3.73$, S.D.= .912) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ท่านเปิดเผยพูดคุยให้ครอบครัวทราบเกี่ยวกับเรื่องส่วนตัวรวมทั้งเรื่องความรัก ($\bar{X}=2.89$, S.D.= .916)

ส่วนที่ 5 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด

ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจาก บุคคลใกล้ชิด (n=55)

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
<u>ด้านอารมณ์</u>			
1. บิดามารดาสามี / เอาใจใส่และให้การสนับสนุนท่าน ตั้งครรภ์ในช่วงวัยรุ่น	2.82	1.124	ปานกลาง
2. บิดามารดา / สามี ยินดีรับฟังปัญหาและช่วยหาวิธีแก้ไขปัญหามาให้ท่าน	3.22	.975	ปานกลาง
3. บิดามารดา / สามี ตำหนิท่านและไม่ยอมให้ท่านคุมกำเนิดในช่วงวัยรุ่น	3.87	1.072	มาก
4. เมื่อท่านเครียดท่านสามารถปรึกษาสมาชิกในครอบครัวได้	3.33	1.019	ปานกลาง
5. บิดามารดา / สามี ตำหนิท่าน เมื่อทราบว่าท่านตั้งครรภ์ในช่วงวัยรุ่น	3.16	1.229	ปานกลาง

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด		$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
6.	<u>ด้านข้อมูลข่าวสาร</u> บิดามารดา / สามี แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อการ ตั้งครรภ์	4.05	.989	มาก
7.	บิดามารดา / สามี แนะนำให้ท่านไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขเมื่อเห็นว่าทารกในครรภ์ผิดปกติ	3.96	.922	มาก
8.	บิดามารดา / สามี แนะนำท่านและพาท่านไปฝากครรภ์ทันที เมื่อรู้ว่า ตั้งครรภ์	3.93	.900	มาก
9.	บิดามารดา แนะนำวิธีการเลี้ยงลูกให้ท่าน	4.13	.982	มาก
10.	บิดามารดา / สามี แนะนำท่านให้รับประทานยาบำรุงการตั้งครรภ์ให้ ตรงเวลา	3.67	1.001	มาก
	<u>ด้านอุปกรณ์</u>	3.69	.940	มาก
11.	บิดามารดา / สามี ให้ความช่วยเหลือ เมื่อท่านต้องการใช้เงินในระยะ ตั้งครรภ์ หรือหลังคลอด			
12.	บิดามารดา / สามี ซื้อของใช้ที่จำเป็นของลูกให้ เช่น ผ้าอ้อม เสื้อผ้า และขวดนม	3.69	1.120	มาก
13.	บิดามารดา / สามี ช่วยเลี้ยงลูกให้ท่านหลังคลอด	3.60	1.065	มาก
14.	บิดามารดา / สามี ช่วยสนับสนุนยานพาหนะในการมาฝากครรภ์แก่ ท่าน	3.62	.933	มาก
15.	บิดามารดา / สามี ซื้อของใช้จำเป็นของหญิงตั้งครรภ์และ หลังคลอดให้ ท่าน เช่น เสื้อผ้า ยาสมุนไพร และเครื่องปั้นนม	3.38	1.340	ปานกลาง
รวม		3.60	.666	มาก

จากตารางที่ 6 โดยภาพรวม พบว่าการได้แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิดอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.60$, S.D. = .666) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงสุด ได้แก่ บิดามารดา แนะนำวิธีการเลี้ยงลูกให้ท่าน ($\bar{X} = 4.13$, S.D. = .982) รองลงมา บิดามารดา / สามี แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อการตั้งครรภ์ ($\bar{X} = 4.05$, S.D. = .989) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ บิดามารดา สามี / เอาใจใส่ และให้การสนับสนุนท่านตั้งครรภ์ในช่วงวัยรุ่น ($\bar{X} = 2.82$, S.D. = 1.124)

ตารางที่ 7 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ก่อนวัยโดยใช้สถิติ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ปัจจัย	การตั้งครรภ์ก่อนวัย r	p-value
ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์และการป้องกันการตั้งครรภ์	-.014	.918
ค่านิยมทางเพศ	.023	.867
สัมพันธภาพในครอบครัว	.165	.228
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด	.111	.418

จากตารางที่ 7 พบว่าความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์และการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ก่อนวัย ($r = -.014$) ($p\text{-value} = .918$) ค่านิยมทางเพศไม่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ก่อนวัย ($r = .023$) ($p\text{-value} = .867$) สัมพันธภาพในครอบครัวไม่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ก่อนวัย ($r = .165$) ($p\text{-value} = .228$) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิดไม่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ก่อนวัย ($r = .111$) ($p\text{-value} = .418$)

สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 17.4 มีระดับการศึกษาอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นคิดเป็นร้อยละ 63.6 มีสถานภาพอยู่ร่วมกันแต่ไม่ได้สมรส คิดเป็นร้อยละ 56.4 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 58.2 และมีรายได้ของครอบครัว ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 47.3 จากการศึกษาสามารถจำแนกผลการศึกษาออกเป็นด้านๆ ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาได้ดังนี้

1. ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์และการป้องกันการตั้งครรภ์

ผลการศึกษาโดยภาพรวม พบว่า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์และการป้องกันการตั้งครรภ์ของสตรีวัยรุ่นอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 45.45 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงสุด ได้แก่ การป้องกันการตั้งครรภ์ที่วัยรุ่นนิยมใช้ คือการใส่ถุงยางอนามัยและทานยาคุม คิดเป็นร้อยละ 100.0 รองลงมา การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกันทำให้ท่านเกิดการตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 96.4 ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ผู้หญิงจะไม่ตั้งครรภ์ถ้าให้ผู้ชายหลั่งข้างนอก คิดเป็นร้อยละ 34.5

2. ค่านิยมทางเพศ

ผลการศึกษาโดยภาพรวม พบว่า สตรีวัยรุ่นมีค่านิยมทางเพศอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.69$, S.D.=.472) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงสุด ได้แก่ ผู้หญิงควรมองเห็นคุณค่าและรักในเกียรติและศักดิ์ศรีของตนเอง ($\bar{X}=4.40$, S.D.=.627) รองลงมา ผู้หญิงควรรู้จักการปฏิเสธ เช่น ไม่ หยุต อย่า เพื่อป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ($\bar{X}=4.16$, S.D.=.739) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การแสดงออกอย่างเปิดเผยในเรื่องเพศ หรือ การที่วัยรุ่นหญิงบางคนตามจีบผู้ชาย เป็นสิ่งที่ไม่ควรประพฤติ ($\bar{X}=3.16$, S.D.=.856)

3. สัมพันธภาพในครอบครัว

ผลการศึกษาโดยภาพรวม พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวของสตรีวัยรุ่นอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.33$, S.D.=.506) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงสุด ได้แก่ ท่านกับคนในครอบครัวหรือญาติพี่น้องมักทะเลาะเบาะแว้งกัน ($\bar{X}=3.78$, S.D.=.956) รองลงมา ครอบครัวสามารถให้คำแนะนำปรึกษาท่านได้ทุกเรื่อง ($\bar{X}=3.73$, S.D.=.912) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ท่านเปิดเผยพูดคุยให้ครอบครัวทราบเกี่ยวกับเรื่องส่วนตัวรวมทั้งเรื่องความรัก ($\bar{X}=2.89$, S.D.=.916)

4. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด

ผลการศึกษาโดยภาพรวม พบว่า สตรีวัยรุ่นได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิดอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.60$, S.D.=.666) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงสุด ได้แก่ บิดามารดา แนะนำวิธีการเลี้ยงลูกให้ท่าน ($\bar{X}=4.13$, S.D.=.982) รองลงมา บิดามารดา / สามี แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อการตั้งครรภ์ ($\bar{X}=4.05$, S.D.=.989) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ บิดามารดา สามี / เอาใจใส่และให้

การสนับสนุนท่านตั้งครุฑในช่วงวัยรุ่น ($\bar{X}=2.82$, S.D.=1.124) การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตั้งครุฑก่อนวัยของสตรีวัยรุ่นชนเผ่าม้ง พบว่า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์และการป้องกันการตั้งครุฑ ($r = -.014$) ($p\text{-value} = .918$), ค่านิยมทางเพศ ($r = .023$) ($p\text{-value} = .867$) สัมพันธภาพในครอบครัว ($r=.165$) ($p\text{-value} = .228$) และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด ($r = .111$) ($p\text{-value} = .418$) ไม่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครุฑก่อนวัย

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์และการป้องกันการตั้งครุฑ

จากผลการศึกษา พบว่าความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์และการป้องกันการตั้งครุฑ ไม่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครุฑก่อนวัย เนื่องจากส่วนใหญ่มีความรู้และวิธีการป้องกันการตั้งครุฑอยู่ในระดับสูง แต่อาจไม่ครบถ้วน ทั้งนี้สตรีตั้งครุฑวัยรุ่นยังมีความเข้าใจว่าการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกโดยไม่ป้องกัน หรือการมีเพศสัมพันธ์โดยให้ผู้ชายหลั่งข้างนอกไม่ทำให้เกิดการตั้งครุฑได้ และคิดว่าการหลั่งข้างนอกเป็นวิธีการคุมกำเนิดที่ดี ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นตั้งครุฑก่อนวัย เพราะส่วนใหญ่สตรีตั้งครุฑวัยรุ่นจบระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จึงทำให้มีความรู้หรือการเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง และอาจด้วยวัฒนธรรมการนิยมนิบุตรหลายๆ คน รวมทั้งการนิยมนแต่งงานตั้งแต่อายุน้อยของชนเผ่าม้ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอิมอิรา อ่อนคำ (2564) ศึกษาวิถีชีวิตของกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง ผลการวิจัยพบว่า วิถีชีวิตของกลุ่มชาติพันธุ์ม้งสามารถสืบทอดวิถีชีวิตของตนเองไว้ได้โดยผ่านองค์ประกอบสำคัญคือ สมาชิกครอบครัว ความร่วมมือของชุมชน และวัฒนธรรมศิลปะบนผืนผ้าเครื่องแต่งกาย ความเชื่อพิธีกรรมประเพณี และภูมิปัญญาของชาวบ้าน ยังคงมีเอกลักษณ์เป็นของตนเองได้อย่างชัดเจน ถึงแม้สังคมจะเปลี่ยนแปลงและพัฒนาไปอย่างรวดเร็วแต่ชาติพันธุ์ม้งก็ยังรักษาและสืบทอดวิถีชีวิตของตนเองให้คงอยู่ได้ในปัจจุบัน

2. ค่านิยมทางเพศ

จากผลการศึกษา พบว่าค่านิยมทางเพศกับการตั้งครุฑก่อนวัยของสตรีวัยรุ่นชนเผ่าม้ง ไม่มีความสัมพันธ์กัน โดยภาพรวมค่านิยมทางเพศอยู่ในระดับสูง โดยพบว่าหญิงตั้งครุฑวัยรุ่นส่วนใหญ่มีค่านิยมในการมองเห็นคุณค่าและรักในเกียรติและศักดิ์ศรีของตนเอง รู้จักการปฏิเสธ เช่น ไม่ หยุต อย่า เพื่อป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ไม่อยู่ตามลำพังระหว่างชายหญิงเพราะจะนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ได้ และไม่คิดว่าการยอมมีเพศสัมพันธ์กับคู่รักเพื่อเป็นเครื่องผูกมัดหรือทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างคูรักยาวนานมั่นคง แต่พบว่ามีวัยรุ่นบางส่วนที่มีค่านิยมทางเพศ

ในทิศทางลบที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่การมีเพศสัมพันธ์ระหว่างชายหญิงเป็นการแสดงออกถึงความรัก อาจเป็นเพราะปัจจุบันสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในหลายๆด้าน โดยเฉพาะด้านการสื่อสารที่ทำให้สังคมไทยรับวัฒนธรรมต่างชาติ จึงทำให้ค่านิยมทางเพศของวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยมองเห็นเป็นเรื่องปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉัตรจงกล ตุลยนิษกะ และคณะ (2560) พบว่าค่านิยมทางเพศของสตรีวัยรุ่นมีค่านิยมทางเพศเรื่องความรัก คนรักที่ไม่ถูกต้อง เพราะเชื่อว่าการยอมมีเพศสัมพันธ์กับคนรักจะทำให้มีความรักกันมากขึ้น ไม่นอกใจสามารถยืดระยะเวลาการคบหากันได้ บางรายเพราะกลัวคนรักมีคนอื่น หรือต้องการให้ครอบครัวยอมรับการคบหาจึงยอมมีเพศสัมพันธ์จนนำไปสู่การตั้งครรภ์ และคาดหวังต่อไปว่าหากตั้งครรภ์คนรักจะมีความรักผิดชอบรักครอบครัวมากขึ้น

3. สัมพันธภาพในครอบครัว

จากผลการศึกษา พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ก่อนวัยของสตรีวัยรุ่น อาจเป็นเพราะว่าด้วยสังคมของชนเผ่าม้งที่อาศัยอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวใหญ่มีการช่วยเหลือกันในครอบครัว ญาติพี่น้องให้ความรักความเอาใจใส่ ซึ่งกันและกัน ไม่ทะเลาะเบาะแว้งกัน ดังข้อคำถามที่เห็นด้วยที่อยู่ในระดับมาก ได้แก่ครอบครัวสามารถให้คำแนะนำปรึกษาท่านได้ทุกเรื่อง ท่านได้รับความรัก ความเข้าใจ ความอบอุ่น จากคนในครอบครัว ท่านได้รับความหวังใจ เอาใจใส่กันและกันจากคนในครอบครัว ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดี จึงอธิบายได้ว่า เมื่อสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ก่อนวัยก็สามารถปรับตัวกับสภาวะที่เปลี่ยนแปลงได้ ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย ด้านจิตใจ หรือสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป เพราะได้รับความรักความเอาใจใส่จากครอบครัวและสามี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉัตรจงกล ตุลยนิษกะ และคณะ (2560) กล่าวคือ สตรีวัยรุ่นสามารถเผชิญกับผลของการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสตรีวัยรุ่นส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับสูงครอบครัวสามารถให้คำแนะนำปรึกษาได้ทุกเรื่อง และเมื่อมีปัญหาครอบครัวจะคอยช่วยเหลือและแก้ปัญหาให้ จึงทำให้สตรีวัยรุ่นสามารถปรับตัวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการตั้งครรภ์โดยไม่ได้วางแผน

4. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด

จากผลการศึกษา พบว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิดไม่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ก่อนวัยของสตรีวัยรุ่น เนื่องจากระดับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิดของสตรีวัยรุ่น พบว่า อยู่ในระดับมาก อาจเนื่องจากสตรีวัยรุ่นส่วนมากอาศัยอยู่กับบิดามารดาและสามี ซึ่งสามีจะคอยดูแลเอาใจใส่ให้การช่วยเหลือแบ่งเบาภาระงาน ให้คำปรึกษาหาข่าวสาร และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเองระยะการตั้งครรภ์

จนถึงคลอด และพาไปพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ และยังมีบิดามารดาให้คำปรึกษาแนะนำวิธีการเลี้ยงลูกหลังคลอดและช่วยเลี้ยงลูก ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของกิ่งดาว แสงจินดาและคณะ (2560) ที่ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเป็นมารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ ผลการวิจัยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว อยู่ในระดับค่อนข้างดี ($\bar{X}=61.35$, $SD=8.71$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับความรัก ความห่วงใย ความเอาใจใส่และการช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวทั้งด้านอารมณ์ ด้านวัตถุและด้านข้อมูลข่าวสารเป็นอย่างดี ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการที่กลุ่มตัวอย่างพักอาศัยอยู่กับ บิดามารดาตนเอง สามีหรือบิดามารดาสามี ทำให้ได้รับความรัก ความสนใจเอาใจใส่ เอื้ออาทร ห่วงใย ตลอดจนการได้รับกำลังใจ และการช่วยเหลือต่างๆ จากบุคคลในครอบครัว

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

จากผลการศึกษา พบว่าสตรีวัยรุ่นส่วนใหญ่สามารถเผชิญกับการตั้งครรภ์ก่อนวัยได้อย่างเหมาะสมทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์และการป้องกันการตั้งครรภ์, ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว, ด้านค่านิยมทางเพศ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด ในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัย ซึ่งสามารถทำได้โดย

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดตั้งโครงการเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ของสตรีวัยรุ่น เพื่อส่งเสริมให้เกิดความพร้อมและความเข้าใจในการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ โดยการให้ความรู้ในเรื่องการส่งเสริมดูแลสุขภาพร่างกาย เตรียมความพร้อมของหญิงวัยรุ่นที่จะเป็นสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์หรือคุณแม่วัยใส โดยเน้นให้สตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์สามารถดูแลตนเองได้ มีการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

2. จากผลการวิจัยพบว่า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์และการป้องกันการตั้งครรภ์ ของกลุ่มสตรีวัยรุ่นยังมีความเข้าใจเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์และการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่ถูกต้องและไม่ครบถ้วน หน่วยงานที่รับผิดชอบควรมีการดำเนินการจัดกิจกรรมส่งเสริมเกี่ยวกับความรู้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์และการป้องกันการตั้งครรภ์โดยวิธีที่ถูกต้องและครบถ้วน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลของการตั้งครรภ์ระหว่างหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและหญิงตั้งครรภ์ผู้ใหญ่ เพื่อเปรียบเทียบผลของการตั้งครรภ์ว่าเหมือนกันหรือต่างกันอย่างไร เพื่อการส่งเสริมดูแลสุขภาพให้กับหญิงตั้งครรภ์อย่างมีประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้น
2. ควรศึกษาเปรียบเทียบในระดับอำเภอ หรือ ระดับจังหวัด ในเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ก่อนวัยของสตรีวัยรุ่นชนเผ่าม้ง เป็นลำดับต่อไป
3. การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมและความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์และผลของการตั้งครรภ์ เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ในการส่งเสริมดูแลสุขภาพแม่วัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- กิ่งดาว แสงจินดา และคณะ. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเป็นมารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม. 18(34), 6-20.
- จรรยา สืบบุษ และ สกาวรัตน์ เทพรักษ. (2559). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ของหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี และภาวะสุขภาพของทารกหลังคลอด ในเขตสุขภาพที่ 5 (รายงานการวิจัย). ราชบุรี: ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี.
- จิรกุล ครอบสอน. (2555). ความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ฉัตรจงกล ตุลยนิษกะ, จิรัชยา เจียวกิก และ วิชุนา สัตยารักษ์. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลของการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของสตรีวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง. ใน การประชุมมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 8 22 มิถุนายน 2560 มหาวิทยาลัยมหาดใหญ่ (น.740-754). สงขลา: มหาวิทยาลัยมหาดใหญ่.
- มาลีวัล เลิศสาครศิริ. (2557). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของสตรีวัยรุ่นตามการรับรู้ของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์. วารสารพยาบาลทหารบก. 15(1), 90-98.
- ยศยง จันทรวงศา. (2558). การสนับสนุนทางสังคม ความเหมาะสมกันระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม และความผูกพันในงาน กรณีศึกษาพนักงานต้อนรับบนเครื่องบิน บนสายการบินแห่งหนึ่ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ ภาควิชาจิตวิทยา คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.



รัตติยา ชูโชติ. (2561). การรณรงค์การคุมกำเนิดในวัยรุ่น: บทบาทพยาบาลยุค 4.0. วารสารพยาบาลทหารบก. 19(ฉบับพิเศษ), 42-52.

ลัดดา สายพานิชย์, ธร สุนทรายุทธ และ ปริญญา ทองสอน. (2553). รูปแบบการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักศึกษาระดับอาชีวศึกษาในเขตภาคตะวันออก. วารสารการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา. 6(1), 157-170.

สุภาภรณ์ มีแก้ว. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดอายุต่ำกว่า 20 ปี จังหวัดราชบุรี. วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล. 3(2), 38-48.



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการเคมี ของนักศึกษาปริญญาตรี วิทยาลัยแห่งหนึ่ง

วาสนา วิไลวัฒน์¹, ชัยสิทธิ์ ชิดหนองคู² และ วิษุทธิ์ ศุภพงศ์พิเชฐ³

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงความสัมพันธ์ (Correlational Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการเคมี และ ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้และทักษะ กับพฤติกรรมความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการเคมี ของนักศึกษาปริญญาตรี ชั้นปีที่ 2 ถึง 4 ทุกคนที่ใช้ห้องปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่างทำการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 285 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่แบบทดสอบ และแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation)

ผลการวิจัยพบว่า 1) ความรู้ อยู่ระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 94 (ค่า $\bar{X} = 2.93, S.D. = 0.28$) ทักษะ อยู่ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 92.6 (ค่า $\bar{X} = 4.01, S.D. = 0.27$) พฤติกรรมด้านความปลอดภัย อยู่ระดับเหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 50.9 (ค่า $\bar{X} = 2.50, S.D. = 0.52$) และ 2) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัย พบว่าเพศ ชั้นปี ระยะเวลาในการใช้ห้องปฏิบัติการแต่ละครั้ง ความรู้ความปลอดภัย ของนักศึกษาปริญญาตรี วิทยาลัยแห่งหนึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุในห้องปฏิบัติการเคมี ทักษะ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านความปลอดภัย อาจเป็นเพราะว่า นักศึกษาที่มีทักษะที่ระดับน้อย มีความรู้ในระดับมาก ทำให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม ส่วนนักศึกษาที่เกิดอุบัติเหตุ บางคนมีพฤติกรรมที่เหมาะสม เชื้ออุปกรณ์อ่านคู่มือ สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตราย ทำให้ความรุนแรงที่เกิดจากการเกิดอุบัติเหตุลดลง

คำสำคัญ : พฤติกรรม, ความปลอดภัย

¹ อาจารย์ประจำหลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาชีวอนามัยและความปลอดภัย, วิทยาลัยนครราชสีมา

² นักศึกษา สาขาวิชาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา

E-mail: 610604110019@nmc.ac.th, เบอร์ติดต่อ 044-466-050 ต่อ 175

³ นักศึกษา สาขาวิชาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา

E-mail: 610604110016@nmc.ac.th, เบอร์ติดต่อ 044-466-050 ต่อ 175





FACTORS RELATED TO SAFETY BEHAVIOR IN CHEMISTRY LABORATORY AMONG UNDERGRADUATE STUDENTS

Wassana Wilainuwat¹, Chaiyasit Chitnongku² and Vichayud Supaphongpichat³

Abstract

This Correlational research aims to study. Knowledge level, attitude, and safety behavior in a chemical laboratory. Study the relationship between personal factor knowledge and attitude compared to safety behavior in a chemistry laboratory of the undergraduate student of College, 2nd to 4th year level, everyone who has ever used laboratory by selecting a specific sample (Purposive Sampling) of 285 people. The instrument used to collect the data was a test. and questionnaires created by the researcher The statistics used in the data analysis were frequency distribution, mean, percentage, and standard deviation. and Pearson's product-moment correlation

The results showed that 1) Knowledge was the most at the high level, equivalent to 94 percent (value $\bar{X}$ =2.93, S.D.=0.28), and attitudes the most at the moderate level, accounting for 92.6% (value $\bar{X}$ =4.01, S.D.=0.27), safety behavior

The most at the appropriate level representing 50.9% (value $\bar{X}$ =2.50, S.D.=0.52). The results of the relationship analysis found that; sex, Class year, Duration of each laboratory use, and Knowledge among undergraduate students were about safety behavior, And Experiencing accidents in a chemistry lab, attitudes among undergraduate students were not related to safety behaviors. Maybe because students with low attitude and Moderate knowledge Have proper behavior to prevent accidents The students who had an accident There is also appropriate behavior. equipment check before use, read the chemical manual, wear personal protective equipment, and reduce the severity of an accident.

Keywords : Behavior, Safety

¹ Lecturer, Occupational Health and Safety, Faculty of Allied Health Sciences, Nakhonratchasima College

² Student, Occupational Health and Safety, Faculty of Allied Health Sciences, Nakhonratchasima College

E-mail: 610604110019@nmc.ac.th, Tel. 044-466-050 - 175

³ Student, Occupational Health and Safety, Faculty of Allied Health Sciences, Nakhonratchasima College

E-mail: 610604110016@nmc.ac.th, Tel. 044-466-050 - 175

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การทำงานในห้องปฏิบัติการที่ต้องใช้สารเคมี มีสถานะที่มีความเสี่ยง ไม่ว่าจะเกิดการระเบิดของสารเคมี สารเคมีหกหล่น การเกิดเพลิงไหม้ รวมทั้งการได้รับอันตรายที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานจากสารเคมีที่มีพิษ เรื้อรังในระยะยาว ปัจจัยที่มีผลต่อความปลอดภัย ขึ้นอยู่กับลักษณะของห้องปฏิบัติการและการจัดการระบบการทำงานที่เหมาะสมหรือไม่ คุณสมบัติสารเคมีและวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ การขาดความรู้ ทักษะและความระมัดระวังในการปฏิบัติงาน (พรธิดา เทพประสิทธิ์ และ ประสพชัย พสุนนท์, 2560)

การบริหารจัดการเพื่อความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการของสถาบันการศึกษาในองค์กรของรัฐและเอกชน ในประเทศไทย ยังไม่มีการกำหนดหน้าที่ที่ชัดเจนในเรื่องความปลอดภัยในการทำงานในห้องปฏิบัติการเคมี จึงต้องอาศัย ความรู้ ความตระหนักและสำนึกของผู้เกี่ยวข้องกับห้องปฏิบัติการ เพราะในโครงสร้างของสถาบันหรือองค์กรไม่มีหน่วยงานรับผิดชอบ กำกับดูแลเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงาน (โครงการยกระดับมาตรฐานความปลอดภัยห้องปฏิบัติการวิจัยในประเทศไทย, 2555)

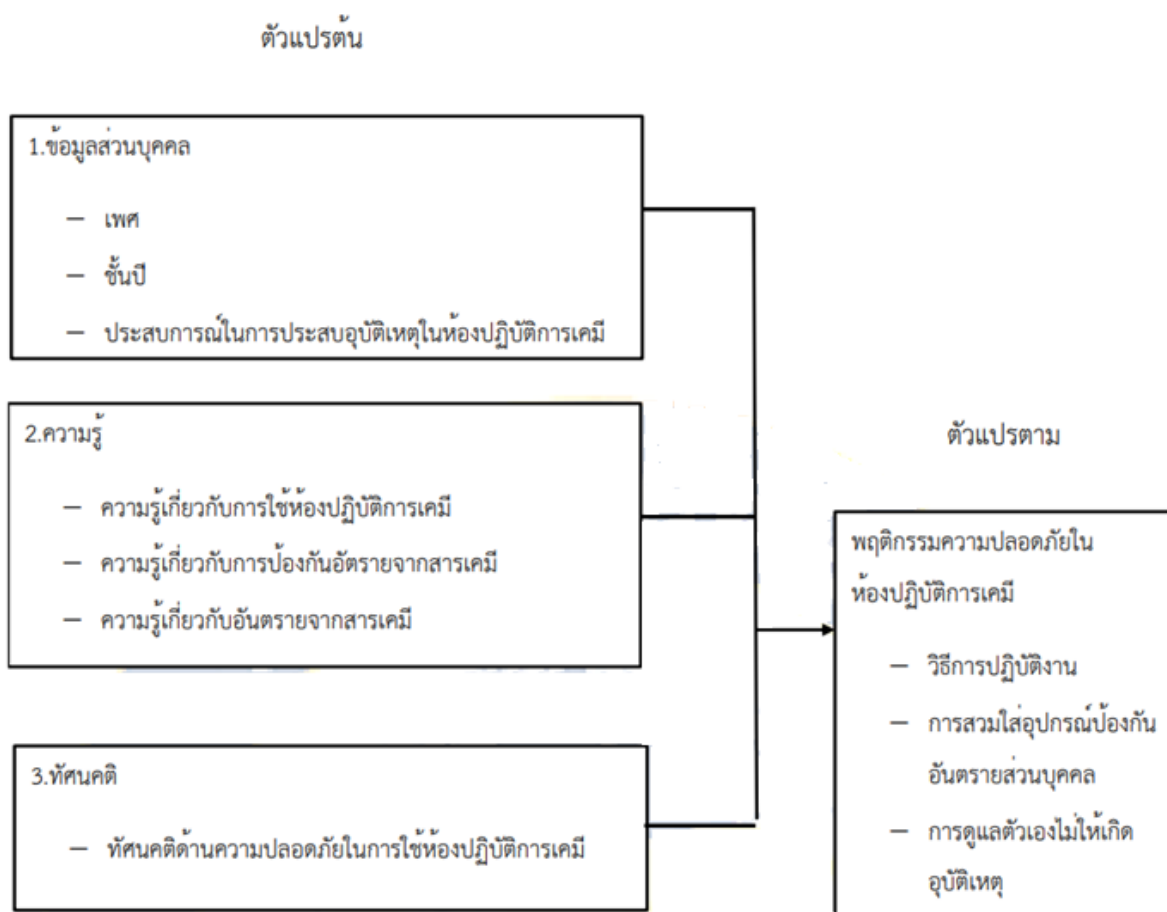
ในปัจจุบันจะให้ความสำคัญ เรื่องสุขภาพและสิ่งแวดล้อม การศึกษาค้นคว้าวิจัยใน ห้องปฏิบัติการ เพื่อ การศึกษาเรียนรู้และค้นคว้าวิจัยหาความรู้และสิ่งใหม่ๆ ทางวิทยาศาสตร์ก็ จำเป็นต้องคำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพของผู้เกี่ยวข้องและสิ่งแวดล้อมด้วย เพราะการศึกษาวิจัยจะต้องใช้สารเคมีที่มีทั้งคุณและโทษมากมายหลาย ชนิด ผู้ทำงานและผู้เกี่ยวข้องจึงได้รับผลกระทบทั้งจากการเป็นผู้ที่ใช้สารเคมีเองโดยตรงและผลกระทบทางอ้อม จากมลภาวะที่มีในห้องปฏิบัติการ (โครงการยกระดับมาตรฐานความปลอดภัยห้องปฏิบัติการวิจัยในประเทศไทย, 2555) วิทยาลัยที่ศึกษาเป็นสถาบันอุดมศึกษาที่เปิดการเรียนการสอนในรายวิชาวิทยาศาสตร์และมีการใช้ ห้องปฏิบัติการเคมี ในระดับปริญญาตรี จำเป็นต้องใช้สารเคมีซึ่งเป็นอันตราย หากมีการสัมผัสโดยตรงหรือใช้ไม่ถูกวิธี อาจทำให้เกิดการบาดเจ็บจากการสัมผัสสารเคมีหรืออุปกรณ์ที่ชำรุด จากสถิติอุบัติเหตุในห้องพยาบาล พบการ เกิดอุบัติเหตุและอุบัติการณ์ได้รับบาดเจ็บที่ไม่รุนแรงถึงขั้นส่งโรงพยาบาล แต่ว่าถ้าเกิดขึ้นบ่อยครั้งจะมีแนวโน้มทำให้เกิดอุบัติเหตุร้ายแรงได้ ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการเคมี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้,ทัศนคติและพฤติกรรมความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการเคมี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล,ความรู้และทัศนคติ กับพฤติกรรมความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการเคมี

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทาง และสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัย โดย ได้เสนอตามลำดับดังนี้ 1) ทฤษฎีการเกิดอุบัติเหตุ 2) แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ 3) งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง



ภาพประกอบที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

1.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัยนี้ คือ นักศึกษาในระดับปริญญาตรี ภาคปกติ ปีการศึกษา 2564 ของวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ระดับชั้นปีที่ 2 ถึง 4 ที่ใช้ห้องปฏิบัติการเคมีทุกคน นักศึกษาในระดับปริญญาตรี ภาคปกติ ปีการศึกษา 2564 ของวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ระดับชั้นปีที่ 2 ทั้งหมด จำนวน 99 คน ชั้นปีที่ 3 ทั้งหมด จำนวน 97 คน และชั้นปีที่ 4 ทั้งหมด จำนวน 89 คน รวมประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ทั้งหมด จำนวน 285 คน

1.1.1. เกณฑ์การคัดเข้า

1.นักศึกษาในระดับปริญญาตรี ภาคปกติ ปีการศึกษา 2564 ของวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ระดับชั้นปีที่ 2 ถึง 4 ที่ใช้ห้องปฏิบัติการเคมีทุกคน

2.นักศึกษายินยอมให้ความร่วมมือด้วยความเต็มใจ

1.1.2. เกณฑ์การคัดออก

1.นักศึกษาไม่สะดวกในการให้ข้อมูลการทำวิจัย

2.นักศึกษาที่ไม่มีประสบการณ์ในการใช้ห้องปฏิบัติการเคมีของวิทยาลัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษาในระดับปริญญาตรี ภาคปกติ ปีการศึกษา 2564 ของวิทยาลัยชั้นปีที่ 2 ถึง 4 ที่ใช้ห้องปฏิบัติการเคมีทุกคน ซึ่งประกอบไปด้วย เพศ, ชั้นปี และ ประสบการณ์ในการใช้ห้องปฏิบัติการเคมี วิทยาลัยแห่งหนึ่ง ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist)

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ของนักศึกษาในระดับปริญญาตรี ภาคปกติ ปีการศึกษา 2564 ของวิทยาลัยแห่งหนึ่งระดับชั้นปีที่ 2 ถึง 4 ที่ใช้ห้องปฏิบัติการเคมีทุกคน ซึ่งประกอบไปด้วย ความรู้เกี่ยวกับการใช้ห้องปฏิบัติการเคมี ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากสารเคมี ความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากสารเคมี มีคำถามทั้งหมด 15 ข้อมี 2 ตัวเลือก ใช่ กับ ไม่ใช่

เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าตอบ “ถูก” ให้ 1 คะแนน ถ้าตอบ “ผิด” ให้ 0 คะแนน โดยเกณฑ์ในการแปรผลคะแนนใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom (1971) มีเกณฑ์แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ความรู้ระดับสูง	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (ช่วงคะแนน 16-20 คะแนน)
ความรู้ระดับปานกลาง	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 – 79.99 (ช่วงคะแนน 12-15 คะแนน)
ความรู้ระดับต่ำ	ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (ช่วงคะแนน 0-11 คะแนน)

ตอนที่ 3 ทศนคติด้านความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการเคมี ประกอบด้วยคำถาม 15 ข้อ คะแนนเต็ม 75 คะแนน โดยมีการให้คะแนนดังนี้

คำถามเชิงบวก 15 ข้อ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	คะแนน
เห็นด้วย	4	คะแนน
ไม่แน่ใจ	3	คะแนน

ไม่เห็นด้วย	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	คะแนน

เกณฑ์การแปลผล จะแบ่งระดับของทัศนคติออกเป็น 5 ระดับ โดยใช้เกณฑ์คะแนนตามกลุ่ม ตามความคิดเห็นของเบสท์ (Best,1981:78) โดยใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยค่าคะแนนต่ำสุด และนำมาหารด้วยจำนวนกลุ่มหรือระดับที่ต้องการแบ่ง

$$\begin{aligned}
 \text{พิสัยของช่วงคะแนน (I)} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\
 &= \frac{5-1}{5} \\
 &= 0.8
 \end{aligned}$$

เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยของทัศนคติมีช่วงคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

ทัศนคติระดับสูงสุด	จะมีช่วงคะแนนเฉลี่ย	4.24 – 5.00
ทัศนคติระดับสูง	จะมีช่วงคะแนนเฉลี่ย	3.43 – 4.23
ทัศนคติระดับปานกลาง	จะมีช่วงคะแนนเฉลี่ย	2.62 – 3.42
ทัศนคติระดับต่ำ	จะมีช่วงคะแนนเฉลี่ย	1.81 – 2.61
ทัศนคติระดับต่ำสุด	จะมีช่วงคะแนนเฉลี่ย	1.00 – 1.80

ตอนที่ 4 ด้านพฤติกรรมของนักศึกษาในระดับปริญญาตรี ภาคปกติ ปีการศึกษา 2564 ของวิทยาลัยแห่งหนึ่งระดับชั้นปีที่ 2 ถึง 4 ที่ใช้ห้องปฏิบัติการเคมีทุกคน โดยกำหนดคำตอบเป็น 3 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆครั้งหรือไม่เคยปฏิบัติเลย จำนวน 20 ข้อ โดยมีข้อความเชิงบวก จำนวน 11 ข้อและข้อความเชิงลบจำนวน 9 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนนและแปลความหมายดังนี้	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
ปฏิบัติประจำ	3	1
ปฏิบัติบางครั้ง	2	2
ปฏิบัตินานๆครั้งหรือไม่เคยปฏิบัติเลย	1	3

การแปลผลคะแนน

โดยใช้เกณฑ์ในการแปลความหมาย ซึ่งผู้วิจัยกำหนดแบ่งระดับพฤติกรรมเป็น 3 ระดับ โดยมีความกว้างของชั้น ดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538 : 9)

$$\begin{aligned} \text{ความกว้างของชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวน}} \\ &= \frac{3-1}{3} \\ &= 0.66 \end{aligned}$$

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00 หมายถึง พฤติกรรมการใช้ห้องปฏิบัติการเคมีเหมาะสมดี

คะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33 หมายถึง พฤติกรรมการใช้ห้องปฏิบัติการเคมีเหมาะสมปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึง พฤติกรรมการใช้ห้องปฏิบัติการเคมีไม่เหมาะสม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านและมีค่าดัชนีความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ (index of item objective congruence: IOC) มีค่าเท่ากับ 0.60 และผ่านการทดสอบความเชื่อมั่น แบบสอบถาม ในภาพรวมทั้งฉบับ (Reliability) เท่ากับ 0.71

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผ่านทางออนไลน์ มีขั้นตอนดังนี้

1. ดำเนินการส่งแบบสอบถามออนไลน์ให้กลับคณะอาจารย์ที่ปรึกษาของนักศึกษาแต่ละชั้นปี ทุกคณะ เพื่อให้นักศึกษาที่เป็นประชากรในการทำวิจัยได้ทำแบบสอบถามครบทุกคนและส่งกลับมายังคณะผู้วิจัย
 2. นำแบบสอบถามที่ได้รับคืนมาตรวจสอบความสมบูรณ์แล้วบันทึกข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์
- ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ความรู้ และทัศนคติ วิเคราะห์ด้วยสถิติ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป ความรู้ ทัศนคติ กับพฤติกรรมความปลอดภัย วิเคราะห์ด้วยสถิติ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation)

สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปและลักษณะส่วนบุคคล ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ ระดับชั้นปี ประสบการณ์ในการประสบอุบัติเหตุในห้องปฏิบัติการเคมีและระยะเวลาที่ใช้ในห้องปฏิบัติการแต่ละครั้ง แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล	จำนวน (n)	ร้อยละ
ชาย	58	20.4
หญิง	227	79.6
ชั้นปีที่ 2	99	34.7
ชั้นปีที่ 3	97	34.0
ชั้นปีที่ 4	89	31.2
เคย	3	1.1
ไม่เคย	282	98.9
3 ชั่วโมง	285	100
4 ชั่วโมง		

จากตารางที่ 1 พบว่าข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 79.6 และเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 20.4 และมีค่า ($\bar{X}$ = 1.80 , S.D = 0.40) ชั้นปีการศึกษา ชั้นปีที่ 2 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.7 รองลงมาเป็นระดับชั้นปีที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 34.0 และระดับชั้นปีที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 31.2 และมีค่า ($\bar{X}$ = 1.96 , S.D = 0.81) ประสบการณ์การประสบอุบัติเหตุในห้องปฏิบัติการ ไม่เคยประสบอุบัติเหตุในห้องปฏิบัติการ คิดเป็นร้อยละ 98.9 เคยประสบอุบัติเหตุ คิดเป็นร้อยละ 1.1 และมีค่า ($\bar{X}$ = 1.99 , S.D = 0.10) ระยะเวลาที่ใช้ในห้องปฏิบัติการแต่ละครั้ง 3 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 100 และมีค่า ($\bar{X}$ = 3.00 , S.D = 0)

ระดับความรู้การใช้ห้องปฏิบัติการเคมี, ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากสารเคมีและความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากสารเคมี

ตารางที่ 2 ระดับความรู้

n = 285				
ข้อมูล	จำนวน (n)	ร้อยละ	$\bar{X}$	S.D
มีความรู้น้อย (ได้คะแนนระหว่าง 0-5 คะแนน)	2	0.7		
มีความรู้ปานกลาง (ได้คะแนนระหว่าง 6-8 คะแนน)	15	5.3	2.93	0.28
มีความรู้สูง (ได้คะแนนระหว่าง 9-10 คะแนน)	268	94.0		

จากตารางที่ 2 จำนวนร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ย จำแนกตามความรู้ของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า นักศึกษาระดับปริญญาตรีของวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ชั้นปีที่ 2 ชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 ที่เคยใช้ห้องปฏิบัติการเคมี มีความรู้ระดับมาก มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 94 รองลงมา มีความรู้ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 5.3 และมีความรู้ระดับน้อย น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 0.7 และมีค่า ($\bar{X}=2.93$, S.D=0.28

ระดับทัศนคติด้านความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการเคมี

ตารางที่ 3 ระดับทัศนคติด้านความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการเคมี

n = 285				
ข้อมูล	จำนวน (n)	ร้อยละ	$\bar{X}$	S.D
มีทัศนคติต่อความปลอดภัยในการทำงานอยู่ในระดับน้อย (1.00 - 2.33 คะแนน)	9	3.2		
มีทัศนคติต่อความปลอดภัยในการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง (2.34 - 3.67 คะแนน)	264	92.6	4.01	27
มีทัศนคติต่อความปลอดภัยในการทำงานอยู่ในระดับมาก (3.68 - 5.00 คะแนน)	12	4.2		

จากตารางที่ 3 จำนวนร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ย จำแนกตามทัศนคติด้านความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการเคมีพบว่า นักศึกษาระดับปริญญาตรีของวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ชั้นปีที่ 2 ชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 ที่เคยใช้ห้องปฏิบัติการเคมี มีทัศนคติด้านความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการเคมี มากที่สุดที่ระดับ ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 92.6 รองลงมามีทัศนคติระดับ มาก คิดเป็นร้อยละ 4.2 ทัศนคติน้อยที่สุดระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 3.2 และมีค่า ($\bar{X}$ = 4.01, S.D = 0.27)

ระดับพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการเคมี

ตารางที่ 4 ระดับพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการเคมี

n = 285				
ข้อมูล	จำนวน (n)	ร้อยละ	$\bar{X}$	S.D
พฤติกรรมเหมาะสมดี	145	50.9		
พฤติกรรมเหมาะสมปานกลาง	137	48.1	2.50	0.52
พฤติกรรมไม่เหมาะสม	3	1.1		

จากตารางที่ 4 จำนวนร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ย จำแนกตามพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการเคมี พบว่า นักศึกษาระดับปริญญาตรีของวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ชั้นปีที่ 2 ชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 ที่เคยใช้ห้องปฏิบัติการเคมี มากที่สุดที่ระดับเหมาะสมดี คิดเป็นร้อยละ 50.9 รองลงมามีระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 48.1 น้อยที่สุดที่ระดับ ไม่เหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 1.1 และมีค่า ($\bar{X}$ = 2.50, S.D = 0.52)

ความสัมพันธ์ของข้อมูลทั่วไป ความรู้ ทักษะกับพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการเคมี

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ของข้อมูลทั่วไป ความรู้ ทักษะกับพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการเคมี

แบบสอบถาม	Pearson Correlation (r)	P-value	ความสัมพันธ์
ข้อมูลส่วนบุคคล			
เพศ	0.44	0.000	มีความสัมพันธ์กัน
ชั้นปี	0.76	0.000	มีความสัมพันธ์กัน
ประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุในห้องปฏิบัติการเคมี	0.10	0.094	ไม่มีความสัมพันธ์กัน
ระยะเวลาในการใช้ห้องปฏิบัติการแต่ละครั้ง	1.0	0.000	มีความสัมพันธ์กัน
ทัศนคติ	0.01	0.833	ไม่มีความสัมพันธ์กัน
ความรู้	0.21	0.000	มีความสัมพันธ์กัน

***มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 5 การหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคล เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัย (ค่า $r = 0.44$, $P\text{-value} < 0.01$) ชั้นปี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัย (ค่า $r = 0.76$, $P\text{-value} < 0.01$) ประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุในห้องปฏิบัติการเคมี ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัย (ค่า $r = 0.10$, $P\text{-value} = 0.094$) ระยะเวลาในการใช้ห้องปฏิบัติการแต่ละครั้ง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัย (ค่า $r = 1.00$, $P\text{-value} < 0.01$) ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัย (ค่า $r = 0.21$, $P\text{-value} < 0.01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) และทัศนคติไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัย (ค่า $r = 0.01$, $P\text{-value} = 0.833$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} > 0.05$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการทำแบบสอบถามในบทที่ 4 สรุปผลวิจัยดังนี้

1. ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้, ความรู้การใช้ห้องปฏิบัติการเคมี, ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากสารเคมี และความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากสารเคมี มีความรู้อยู่ในระดับมาก มากที่สุด จำนวน 268 คน คิดเป็นร้อยละ 94 รองลงมา มีความรู้ในระดับปานกลาง จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 5.3 และมีความรู้ในระดับน้อย น้อยที่สุด จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.7 และมีค่า ($\bar{X} = 2.93$, $S.D = 0.28$) ข้อที่นักศึกษาตอบผิดมากที่สุดคือ การทิ้งสารละลายบัฟเฟอร์ลงในอ่างน้ำหรือท่อน้ำได้โดยตรง ควรมีการจัดถังเก็บสารละลายก่อนนำไปกำจัดหรือมีวิธีการบำบัดเบื้องต้นก่อนทิ้ง มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ(ปราณี แซ่เจ็ง และ อิสริย์ ชันทอง, 2561) ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษามีระดับการรับรู้ในทุกรายด้าน คือ ด้านการจัดการองค์กร ด้านการจัดการสภาพแวดล้อมในการทำงาน ด้านการป้องกันอุบัติเหตุในห้องปฏิบัติการ และด้านการจัดการด้านสารเคมีอยู่ในระดับมากที่สุด ในส่วนของพฤติกรรมความปลอดภัยพบว่า นักศึกษายังมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและมีความถี่ในการปฏิบัติเป็นประจำในข้อพฤติกรรมการสวมรองเท้าแตะขณะอยู่ในห้องปฏิบัติการ การใช้อุปกรณ์เครื่องแก้วที่ชำรุดในการทดลอง การนำอาหาร น้ำดื่ม เข้ามารับประทานในห้องปฏิบัติการ การเทสารเคมีที่เหลือจากการทดลองกลับคืนลงสู่ขวดเมื่อใช้ไม่หมด และการเทสารละลายอินทรีย์ลงในอ่างน้ำ

2. ทักษะด้านความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการเคมี พบว่า นักศึกษาปริญญาตรี ชั้นปีที่ 2 ถึง 4 ของวิทยาลัยแห่งหนึ่ง มีทัศนคติต่อความปลอดภัยในการใช้ห้องปฏิบัติการ อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 264 คน คิดเป็นร้อยละ 92.6 รองลงมา มีทัศนคติระดับสูง จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 4.2 ระดับน้อย น้อยที่สุด จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 3.2 และมีค่า ($\bar{X} = 4.01$, $S.D = 0.27$) นักศึกษาที่มีทัศนคติที่น้อยควรณรงค์ให้เห็นความสำคัญด้านความปลอดภัยในข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือ ห้องปฏิบัติการเคมีและบริเวณทางเดินไม่ควรวางสิ่งกีดขวาง เพราะเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินหรือเดินผ่านอาจจะชนกระแทกได้

3. พฤติกรรมด้านความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการเคมี พบว่า นักศึกษาระดับปริญญาตรีของวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ชั้นปีที่ 2 ชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 ที่ใช้ห้องปฏิบัติการเคมี มากที่สุดที่ระดับเหมาะสมดี จำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 50.9 รองลงมา มีระดับปานกลาง จำนวน 137 คน คิดเป็นร้อยละ 48.1 น้อยที่สุดที่ระดับ ไม่เหมาะสม จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 1.1 และมีค่า ($\bar{X} = 2.50$, $S.D = 0.52$)

พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมที่มีความถี่มากที่สุดคือไม่ศึกษาขั้นตอนและเครื่องมือที่ใช้ก่อนทำการปฏิบัติการ ควรมีการเน้นย้ำจากอาจารย์ผู้สอนเพิ่มเติม

เอกสารอ้างอิง

- โครงการยกระดับมาตรฐานความปลอดภัยห้องปฏิบัติการวิจัยในประเทศไทย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. (2555). **แนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการ**. กรุงเทพฯ : ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมและของเสียอันตราย.
- ดวงฤดี กิตติจารุดุล. (2557). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทัศนคติและความตระหนักด้านการบริหารจัดการความเสี่ยงกรณีศึกษา: บริษัทนำเข้าส่งออกแห่งหนึ่ง**. การค้นคว้าอิสระ ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเนชั่น.
- ธิติภาพ เกตุแก้ว. (2563). **อันตรายจากสารเคมี สัญลักษณ์และความหมายที่แสดงถึงคุณสมบัติความเป็นพิษหรือเป็นอันตรายต่อมนุษย์**. จาก https://www.skilltech.co.th/2019/08/07/chemical_danger/
- พรธิดา เทพประสิทธิ์ และ ประสพชัย พสุนนท์. (2560). **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลของนักวิทยาศาสตร์ ห้องปฏิบัติการทดสอบที่ได้รับการรับรองระบบมาตรฐานห้องปฏิบัติการ ISO / IEC – 17025 ในเขตกรุงเทพมหานคร**. วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา, 12(1), 66-75.
- วชิรา วชิรจุติพงศ์. (2548). **บทบาทของสื่อในการพัฒนาอาชีพเกษตรกรรม: กรณีศึกษาเกษตรกรในเขตปฏิรูปที่ดินป่าจอมทอง อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่**. การค้นคว้าอิสระ ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชานิเทศศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยแม่โจ้.
- วรวิทย์ จันทรสุวรรณ. (2563). **ข้อปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการ**. จาก https://web.rmutp.ac.th/woravith/?page_id=2062
- ศุภวรรณ ตันตยานนท์. (ม.ป.ป.). **อุบัติเหตุและการป้องกันอันตรายในห้องปฏิบัติการ: แนวปฏิบัติทั่วไป**. จาก <http://www.chemsafety.research.chula.ac.th/html/content.html>
- สถาบันส่งเสริมการสอนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (สสวท.). (2559). **คู่มือการจัดการห้องปฏิบัติการวิทยาศาสตร์**. กรุงเทพฯ: สถาบันส่งเสริมการสอนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (สสวท.).



ผลของการฝึกออกกำลังกายช่องปากต่อการทำหน้าที่ของช่องปากในผู้สูงอายุ : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

ปภาวี วรรณสุต¹ และ รัชฎา ฉายจิต²

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์ห่อภิมาณเพื่อศึกษาประสิทธิผลของการออกกำลังกายช่องปากต่อการทำหน้าที่ของช่องปากในผู้สูงอายุ โดยสืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูล SCOPUS, PUBMED, CENTRAL, Thai Journals online, ClinicalTrials.gov Thai clinical trials registry (TCTR), Thai library integrated system (ThaiLIS) จนถึงเดือน มิถุนายน 2564 คัดเลือกเฉพาะรูปแบบงานวิจัยแบบ randomized controlled trials (RCT) และ quasi-experimental studies ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอคติแต่ละรายงานวิจัยตามแนวทางของ Cochrane ผลการศึกษา พบ 8 รายงานวิจัยที่ผ่านเงื่อนไข ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอคติไม่ชัดเจน พบว่ากลุ่มที่ได้รับการออกกำลังกายช่องปากเพิ่มอัตราการหลั่งน้ำลายมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ออกกำลังกายช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (MD 0.17 mL/min; 95% CI 0.12 to 0.21; 3 studies; 176 participants) เพิ่มความแข็งแรงของลิ้นส่วนหน้าอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (MD 0.88 kPa; 95% CI -5.64 to 7.39; p = 0.79; 2 studies; 132 participants) เพิ่มความแข็งแรงของลิ้นส่วนหลังอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (MD -0.93 kPa; 95% CI -9.29 to 7.44; p = 0.83; 2 studies; 132 participants) และเพิ่มความแข็งแรงของริมฝีปากอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (MD 1.04 kPa; 95% CI -4.46 to 6.54; p = 0.71; 1 study; 74 participants)

สรุป การออกกำลังกายช่องปากมีผลต่อการทำหน้าที่ของช่องปากโดยเพิ่มอัตราการหลั่งน้ำลาย แต่รายงานวิจัยที่ได้ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอคติไม่ชัดเจน จำเป็นต้องมีข้อมูลที่มากพอ เพื่อสรุปผลที่ชัดเจนของผลการออกกำลังกายช่องปากต่อการทำหน้าที่ของช่องปาก

คำสำคัญ : การออกกำลังกายช่องปาก, การทำหน้าที่ของช่องปาก, ผู้สูงอายุ

¹ นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรทันตกรรมผู้สูงอายุ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น,
E-mail: paphawee_k@kkumail.com โทรศัพท์ 0824019282

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาทันตกรรมป้องกัน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น,
E-mail: rajnoi@kku.ac.th โทรศัพท์ 043202405



Effect of oral exercises on oral functions in elderly : A systematic review and meta-analysis

Paphawee Kannasoot¹ and Rajda Chaichit²

Abstract

The aim of this systematic review and meta-analysis was to summarize and to evaluate the available information on the effectiveness of oral exercises in improving oral functions in elderly. Electronic databases were searched from SCOPUS, PUBMED, CENTRAL, Thai Journals online, ClinicalTrials.gov, Thai clinical trials registry (TCTR), Thai library integrated system (ThaiLIS) up to June 2021. We include randomized control trials (RCT) and quasi experimental study reporting effect of oral exercises on oral function. We assessed risk of bias by using Cochrane risk of bias tool for experimental studies. Eight studies were included. Studies were assessed risk of bias as unclear. There was a significant increase in the saliva flow rate (MD 0.17 mL/min; 95% CI 0.12 to 0.21; 3 studies; 176 participants). Not significant in anterior tongue strength (MD 0.88 kPa; 95% CI -5.64 to 7.39; $p = 0.79$; 2 studies; 132 participants). Not significant in posterior tongue strength (MD -0.93 kPa; 95% CI -9.29 to 7.44; $p = 0.83$; 2 studies; 132 participants). Not significant in lip strength (MD 1.04 kPa; 95% CI -4.46 to 6.54; $p = 0.71$; 1 study; 74 participants).

In conclusion, oral exercises have positive effect on oral function by increasing saliva flow rate. However, almost studies had unclear risk of bias. Therefore, the results of this study cannot be conclusively concluded that oral exercise in the elderly improves oral function. More studies are needed.

keywords : Oral exercise, Oral function, Elderly

¹ Graduate student, Geriatric Dentistry, Faculty of Dentistry, Khon Kaen University,
E-mail: paphawee_k@kkumail.com Tel.0824019282

² Assistant Professor, Division of Dental Public Health, Faculty of Dentistry, Khon Kaen University,
E-mail: rajnoi@kku.ac.th Tel.043202405

บทนำ

ในปัจจุบันทั่วโลกมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านโครงสร้างของประชากร กล่าวคือกำลังก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ จากฐานข้อมูลขององค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าภายในปี 2030 จำนวนประชากร 1 ใน 6 ของประชากรโลกจะมีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.4 พันล้านในปี 2030 และ 2.1 พันล้านภายในปี 2050¹ การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุจะนำมาซึ่งปัญหาสุขภาพและความต้องการที่จะได้รับการดูแลเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ซึ่งในวัยผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพไปในทิศทางของความเสื่อมเนื่องจากกระบวนการชรา มีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ต่างๆ ในร่างกายเกิดขึ้นตามวัย อายุขัยที่เพิ่มขึ้นมีความเสี่ยงสูงขึ้นต่อการเกิดปัญหาสุขภาพหรือโรคเรื้อรังต่างๆ ทำให้สมรรถภาพและประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ลดลง เกิดได้กับทุกระบบของร่างกายรวมถึงช่องปากด้วย

การทำหน้าที่ของช่องปาก (oral function) คือ การทำหน้าที่ในการบดเคี้ยว การกลืน การหลั่งน้ำลาย การพูด รวมถึงการรับรส³ การทำหน้าที่ของช่องปากที่ลดลงนั้นดูได้จากการมีสุขอนามัยในช่องปากที่ไม่ดี ภาวะปากแห้งน้ำลายน้อย แรงบดเคี้ยวลดลง ระบบประสาทสั่งการที่ลื่นและริมฝีปากลดลง แรงดันลิ้นลดลง ประสิทธิภาพการบดเคี้ยวลดลง และการเสื่อมประสิทธิภาพของการกลืนผู้สูงอายุที่มีปัญหาการทำหน้าที่ของช่องปาก อาจทำให้เกิดปัญหาในการบดเคี้ยว การกลืนลำบาก และการพูด ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและโภชนาการ มีผลต่อการทำงานของสุขภาพทั่วไป และเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านกายภาพ ด้านจิตใจ และด้านสังคม

การออกกำลังกายช่องปาก (oral exercise) เป็นวิธีการอย่างหนึ่งที่ช่วยฟื้นฟูการทำหน้าที่ของช่องปาก โดยเริ่มนำมาใช้ในประเศญี่ปุ่นในปี 2002 ซึ่งเป็นวิธีที่ใช้สอนและสามารถปฏิบัติตามได้ง่าย ในช่องปากนั้นประกอบไปด้วยกล้ามเนื้อจำนวนมาก ในทางทฤษฎีแล้วกล้ามเนื้อรอบๆ ช่องปากจึงสามารถเสริมสร้างความแข็งแรงได้เช่นกัน การยืดคลายกล้ามเนื้อช่องปากนั้นสามารถช่วยฟื้นฟูและรักษาสภาพคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของช่องปากได้ มีการศึกษาที่รายงานว่าเมื่อใช้โปรแกรมการออกกำลังกายช่องปากที่เน้นการเพิ่มประสิทธิภาพการเคี้ยว การหลั่งน้ำลาย และการกลืน ช่วยเพิ่มการทำหน้าที่ของช่องปากได้ อีกทั้งเป็นวิธีที่ผู้สูงอายุสามารถทำตามได้ และสามารถนำไปใช้ฝึกทำด้วยตัวเองได้ง่าย ไม่มีผลข้างเคียงอันตราย ปัจจุบันมีการพัฒนาปรับหลักสูตรการฝึกออกกำลังกายช่องปากหลากหลายรูปแบบให้นำไปฝึกฝนเพื่อเพิ่มการทำหน้าที่ของช่องปากสำหรับผู้สูงอายุนอกจากนี้ยังมีการศึกษาถึงประสิทธิภาพของการออกกำลังกายช่องปากในหลายการศึกษาที่สนับสนุนว่ามีความสามารถช่วยเพิ่มการทำหน้าที่ของช่องปากได้ เช่น โปรแกรมการฝึกออกกำลังกายช่องปาก สามารถช่วยเพิ่มแรงกัด (bite force) ความสามารถในการกลืน และอัตราการหลั่งน้ำลายได้ในผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีหลังจากที่ได้รับการฝึกเป็นเวลา 6 เดือน การฝึกออกกำลังกายกล้ามเนื้อทั้งในช่องปากและนอกช่องปากในผู้สูงอายุที่อาศัยใน

สถานพยาบาลเป็นระยะเวลา 1 เดือน ส่งเสริมให้สุขภาพช่องปากดีขึ้นโดยอาการปากแห้งลดลง การทำหน้าที่ของระบบสั่งการช่องปาก (oral motor function) ดีขึ้น อัตราการหลั่งน้ำลายมากขึ้นและสามารถอ้าปากได้มากขึ้น สภาพความเป็นกรด-ด่างในช่องปากดีขึ้น กลืนปากลดลง การใช้โปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ของช่องปากด้วยการฝึกออกกำลังกายช่องปากเป็นระยะเวลา 3 เดือน ช่วยเพิ่มการทำหน้าที่ของช่องปากให้ดีขึ้น โดยความรู้สึกปากแห้งลดลง สามารถอ้าปากได้มากขึ้น อัตราการหลั่งน้ำลายและความเร็วในการพูดเพิ่มขึ้น (speaking speed) และพบว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุด้วย

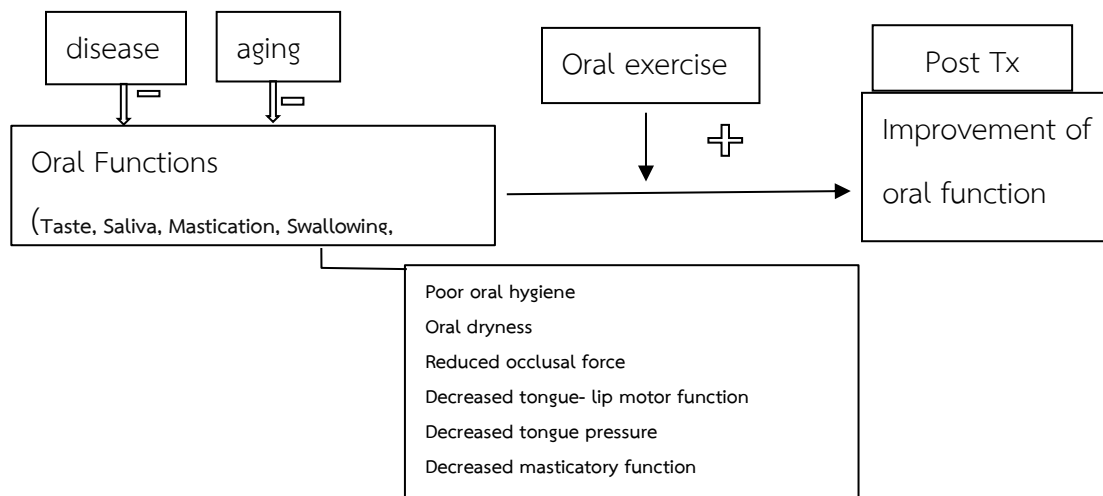
แม้ปัจจุบันพบว่ามีการวิจัยจำนวนหนึ่งแสดงให้เห็นว่าการออกกำลังกายช่องปากสามารถเพิ่มการทำหน้าที่ของช่องปากได้ เช่น การกลืน การเคี้ยว การพูด อัตราการหลั่งน้ำลาย แต่ก็ยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนในผู้สูงอายุ ดังนั้นการศึกษานี้จึงเป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์ห่อภิมาณเพื่อศึกษาผลของการออกกำลังกายช่องปากต่อการทำหน้าที่ของช่องปากในผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการออกกำลังกายช่องปากต่อการทำหน้าที่ของช่องปากในผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณในครั้งนี้ เป็นการศึกษาเพื่อศึกษาผลของการออกกำลังกายช่องปากต่อการทำหน้าที่ของช่องปากในผู้สูงอายุ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การทำหน้าที่ของช่องปากซึ่งได้แก่ การรับรส การหลั่งน้ำลาย การเคี้ยว การกลืน และการพูด ถ้ามีปัจจัยที่มีผลต่อการทำหน้าที่ของช่องปาก คือ จากอายุที่มากขึ้น และจากโรคหรือพยาธิสภาพเข้ามา ก็จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของช่องปากลดลง ซึ่งเห็นได้จาก การมีสุขอนามัยในช่องปากที่ไม่ดี ภาวะปากแห้ง น้ำลายน้อย แรงบดเคี้ยวลดลง การเคลื่อนไหวที่ลื่นและริมฝีปากลดลง แรงดันลิ้นลดลง ประสิทธิภาพการบดเคี้ยวลดลง และประสิทธิภาพของการกลืนลดลง ซึ่งก็จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ และมีผลต่อภาวะโภชนาการและคุณภาพชีวิตได้เพื่อให้เกิดการฟื้นฟูและคงสภาพหน้าที่การทำหน้าที่ของช่องปากเอาไว้ได้ การออกกำลังกายช่องปากเป็นทักษะหนึ่งที่สามารถช่วยเพิ่มการทำหน้าที่ของช่องปากได้ ดังนั้น การศึกษานี้ ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิด ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 กรอบแนวคิด ในการสังเคราะห์งานวิจัยและความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์ห่อภิมาณ (systematic review and meta-analysis) จากงานวิจัยแบบ randomized controlled trial (RCT) หรือแบบ quasi experimental study ซึ่งทำการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการได้รับการฝึกออกกำลังกายช่องปากต่อการทำหน้าที่ของช่องปากในผู้สูงอายุ เปรียบเทียบกับการไม่ได้รับการฝึกออกกำลังกายช่องปากหรือการได้รับการดูแลตามปกติ (usual care) โดยสืบค้นรายงานวิจัยจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ SCOPUS, PUBMED, CENTRAL, Thai Journals online, ClinicalTrials.gov, Thai clinical trials registry (TCTR), Thai library integrated system (ThaiLIS) และเอกสารอ้างอิงของงานวิจัยที่สืบค้นได้ ตั้งแต่เริ่มมีฐานข้อมูลจนถึงเดือน มิถุนายน 2564 โดยมีรายละเอียดการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. กำหนดเงื่อนไขการคัดเลือกรายงานวิจัย

1.1 รูปแบบของการศึกษา เป็นงานวิจัยฉบับเต็มภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่มีรูปแบบการศึกษาเชิงทดลอง (experimental study) เป็นแบบการทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial : RCT) หรือการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental study)

1.2 ประชากรที่ศึกษา เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

1.3 สิ่งที่ต้องการศึกษาหรือสิ่งแทรกแซงที่ได้รับ คือ การออกกำลังกายช่องปาก ซึ่งเป็นการบริหารกล้ามเนื้อหรือการฝึกบริเวณช่องปากเท่านั้นด้วยวิธีการต่างๆ รวมไปถึงการใช้เครื่องมือในการช่วยฝึก

1.4 สิ่งเปรียบเทียบ คือ การไม่ได้รับการฝึกออกกำลังกายช่องปากหรือการได้รับ usual care ตามปกติ

1.5 ผลลัพธ์ที่ศึกษา คือ ประเมินการทำหน้าที่ของช่องปาก ได้แก่ ภาวะปากแห้ง (oral dryness) วัดโดยใช้ objective outcome จาก saliva flow rate และ subjective outcome จากแบบสอบถาม, แรงบดเคี้ยว (occlusal force), การทำงานของระบบประสาทสั่งการที่ลิ้นและริมฝีปาก (tongue and lip motor function), ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อช่องปาก (oral muscle strength), การทำงานของระบบบดเคี้ยว (masticatory function) และการกลืน (swallowing function)

2. กลยุทธ์ที่ใช้ในการสืบค้น

ผู้วิจัยได้กำหนดคำสืบค้นโดยใช้หลัก PICO ดังนี้ 1) Population (P) หมายถึง ประชากรที่ศึกษา คำค้นที่กำหนด คือ ผู้สูงอายุ 2) Intervention (I) หมายถึง สิ่งทดลองหรือสิ่งแทรกแซงที่ให้ คำค้นที่กำหนด คือ การฝึกออกกำลังกายช่องปาก 3) Comparison (C) หมายถึง สิ่งเปรียบเทียบหรือกลุ่มควบคุม ไม่ได้กำหนดคำสืบค้น 4) Outcome (O) หมายถึง ผลลัพธ์ของการศึกษา คำค้นที่กำหนด คือ การทำหน้าที่ของช่องปาก (oral functions) ดังแสดงในตารางที่ 1 และใช้โปรแกรม Zotero ในการจัดการระเบียบงานวิจัยที่สืบค้นได้

PICO	main keywords/ คำสืบค้นหลัก	คำพ้อง /Synonyms / search terms
Population/กลุ่มประชากร	elderly	aging, aged, old, adult, geriatrics, senior, senile
Intervention(s)/สิ่งแทรกแซง/ กลุ่มทดลอง	oral exercise(s)	oral motor exercise oral motor therapy oral motor treatment oral motor technique, oral training, mouth exercise, oral movement, myofunctional therapy
Comparison(s)/สิ่งเปรียบเทียบ		ไม่กำหนดคำสืบค้น
Outcomes/ผลลัพธ์	oral function(s)	oral performance, oral task, oral motor skill, oral health

ตารางที่ 1 คำสำคัญในการสืบค้น ตามระบบ PICO

3. การคัดเลือกรายงานวิจัยและการสกัดข้อมูล

นักวิจัย 2 คนคัดเลือกรายงานวิจัยอิสระต่อกันตามเงื่อนไขการคัดเข้าจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อของรายงานวิจัยเป็นอันดับแรก จากนั้นสืบค้นบทความฉบับเต็มและคัดเลือกงานวิจัยตามเกณฑ์การคัดเลือก หากไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์จะพิจารณาคัดออก หากผลการประเมินไม่ตรงกันพิจารณาหาข้อสรุปร่วมกัน ดำเนินการโดยใช้โปรแกรม Covidence เมื่อได้งานวิจัยที่ผ่านการคัดเลือกแล้ว ทำการสกัดข้อมูลที่สำคัญของแต่ละงานวิจัยให้อยู่ในรูปแบบเดียวกัน โดยนักวิจัย 1 คน (ปภาวี วรรณสูตร) บันทึกลงในแบบฟอร์มบันทึกข้อมูล แล้วนำมาทำการสำรวจแบบสุ่มตัวอย่าง (spot check) ข้อมูลร่วมกันกับนักวิจัยคนที่ 2 (รัชฎา ฉายจิต) แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลของแต่ละงานวิจัยประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ชื่อผู้วิจัย, ปีที่ตีพิมพ์, ประเทศที่ทำงานวิจัย 2) ระเบียบวิธีการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการศึกษา, สถานที่ที่ศึกษา, ระยะเวลาการฝึก, เกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกจากการศึกษา 3) ผู้เข้าร่วมการศึกษา ได้แก่ จำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษา, อายุเฉลี่ย, เพศ, เกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก 4) การให้สิ่งแทรกแซง ได้แก่ วิธีการออกกำลังกายและวิธีการที่ใช้เปรียบเทียบ 5) การวัดผลลัพธ์ ได้แก่ วิธีการวัดการประเมินการทำหน้าที่ของช่องปาก 6) ผลลัพธ์ของการออกกำลังกายช่องปากในแต่ละการศึกษา

4. การประเมินอคติ

นักวิจัยประเมินอคติรายงานวิจัยโดยเป็นอิสระต่อกัน ในส่วนที่มีข้อคิดเห็นไม่ตรงกันได้นำมาปรึกษาร่วมกันและหาข้อตกลงร่วมกัน ประเมินอคติตามแนวทางของ the Cochrane collaboration's risk of bias tool โดยทำการประเมินในประเด็นดังนี้ คือ random sequence generation, allocation concealment, blinding of participants and personnel, blinding of outcome assessors, incomplete outcome data และ selective reporting ให้เกณฑ์การประเมินแต่ละด้านเป็นความเสี่ยงต่ำ (low risk of bias), ความเสี่ยงสูง (high risk of bias) และไม่ชัดเจน (unclear risk of bias) ในหัวข้อ blinding of participants and personnel ผู้วิจัยกำหนดให้การวัด subjective outcomes เป็น high risk ส่วน objective outcomes เป็น low risk จากนั้นให้นำแต่ละการศึกษามาสรุปผลอคติในภาพรวมเป็นดังนี้ 1) low risk of bias หากอคติที่ประเมินทุกด้านมีความเสี่ยงต่ำ 2) high risk of bias หากอคติที่ประเมินอย่างน้อยมี 1 ด้านถูกประเมินว่ามีความเสี่ยงสูง 3) unclear risk of bias หากอคติอย่างน้อยหนึ่งด้านถูกประเมินว่ามีความเสี่ยงที่ไม่ชัดเจนโดยที่ไม่ถูกประเมินว่ามีความเสี่ยงสูง

5. การสังเคราะห์ข้อมูล

5.1 ค่าสถิติที่ใช้ เนื่องจากงานวิจัยที่ถูกคัดเลือกมีเกณฑ์การวัดผลในแต่ละตัวแปรที่ต้องการศึกษาแตกต่างกัน ดังนั้นจำเป็นต้องแปลงค่าให้อยู่ในหน่วยวัดเดียวกัน วัดผลลัพธ์ในการศึกษาที่อยู่ในรูปของตัวแปรต่อเนื่องด้วย mean difference (MD) หรือ standard mean difference (SMD) วัดผลตัวแปรกลุ่มด้วย risk ratio (RR) กำหนดระดับความเชื่อมั่นเท่ากับร้อยละ 95

5.2 การประเมินความไม่เป็นเอกพันธ์ (Assessment of heterogeneity) ระหว่างงานวิจัย ประเมินว่ามี heterogeneity เมื่อ Cochrane Q statistic มีค่า $p\text{-value} < 0.10$ และค่า Percentage of inconsistency index (I^2) มากกว่าร้อยละ 50 หากพบ heterogeneity กำหนดให้มีแนวทางในการจัดการโดยค้นหาสาเหตุของความต่างแบบกันโดยวิเคราะห์กลุ่มย่อย (subgroup analysis) หากไม่สามารถหาสาเหตุของ heterogeneity ที่เกิดขึ้นได้ วิเคราะห์ผลรวมด้วยโมเดลแบบสุ่ม (random effects model)

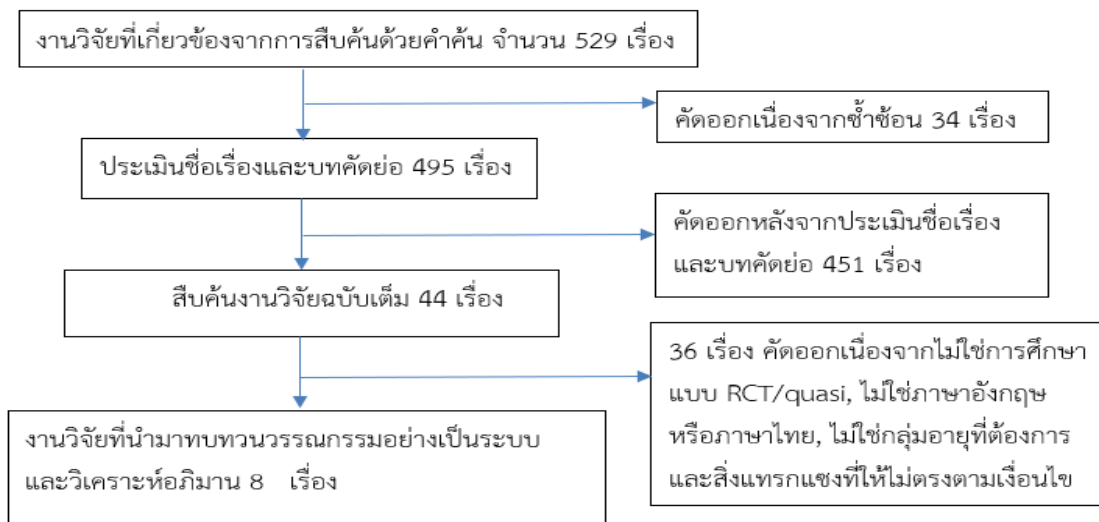
การรวมผลการวิจัยเข้าด้วยกัน (Pooled estimate) มี 2 วิธีได้แก่ 1) Fixed effects model ใช้ในการวิเคราะห์ผลการศึกษานิรภัยที่ไม่พบ heterogeneity 2) Random effects model ใช้ในการวิเคราะห์ผลการศึกษานิรภัยที่พบ heterogeneity ระหว่างการศึกษา การวิเคราะห์ที่ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Review Manager (RevMan) version 5.4

ผลการวิจัย

จากการสืบค้นพบรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 529 รายงานวิจัย และเมื่อคัดเลือกรายงานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนดพบงานวิจัยที่ผ่านการพิจารณาทั้งหมด 8 เรื่อง ดังแสดงในรูปที่ 2 รายละเอียดลักษณะของรายงานวิจัยที่ได้รับคัดเลือก แสดงในตารางที่ 2 รายงานวิจัยที่ทำการทดลองเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการออกกำลังกายช่องปาก (oral exercise) กับกลุ่มที่ไม่ได้รับการออกกำลังกายช่องปากมี 7 การศึกษา การศึกษาทำในประเทศเกาหลี 4 เรื่อง^{9,11-13} ประเทศญี่ปุ่น 3 เรื่อง^{8,14,15} และมี 1 รายงานวิจัย เป็นการศึกษาในประเทศสวีเดน 1 เรื่อง¹⁶ ทำการทดลองเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการออกกำลังกายช่องปาก (oral exercise) กับกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (usual care) ด้วยการปรับความเข้มข้นของอาหารและการให้คำแนะนำในการปรับตำแหน่งท่าทางที่เหมาะสม รูปแบบการศึกษาเป็นแบบ RCT 3 เรื่อง, quasi experimental study 4 เรื่อง และ cluster randomized controlled study 1 เรื่อง ลักษณะของผู้เข้าร่วมการศึกษาคือกลุ่มผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและเป็นผู้มีสุขภาพดี ค่าเฉลี่ยอายุของผู้เข้าร่วมการศึกษา 74.6 ปี - 89 ปี งานวิจัยทั้ง 8 ฉบับ มีความแตกต่างกันในด้านของรูปแบบการออกกำลังกายช่องปากที่ใช้ในกลุ่มทดลอง และระยะเวลาในการทำการศึกษา

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่ถูกคัดเลือกเข้าในการศึกษา

ผู้แต่ง/ปี	รูปแบบ ระยะเวลา	จำนวน ประชากร	การให้สิ่งทดลอง		การวัดผลลัพธ์	ผลการศึกษา
			กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม		
Hakuta C. 2008 ¹⁴	Quasi 3 เดือน	141 O= 79 C= 62	Oral exercise (stretching facial muscle, tongue exercise, saliva gland massage)	No intervention	Saliva flow rate, tongue function	SFR and tongue function significantly increased
Ibayashi H. 2008 ⁵	RCT 6 เดือน	54 O= 26 C= 28	Exercise for oral function (stretching expression muscle exercise, tongue exercise, saliva gland massage)	No intervention	Bite force, RSST, saliva flow rate	significantly increased in Bite force, RSST, SFR
Kim HJ. 2020 ¹³	Quasi 8 สัปดาห์	96 SOE= 38 GOE= 39 C= 19	กลุ่ม simple oral exercise (lip, tongue, cheek stretching) และ กลุ่ม simple oral exercise ร่วมกับ chewing gum	No intervention	Mastication performance, occlusal force, saliva flow rate, self report about oral function discomfort by questionnaire	SOE; significant increase in SFR, MAI, swallowing function GOE; significant increase in MAI, swallowing function
Nam. MJ. 2016 ⁹	Quasi 4 สัปดาห์	41 O= 21 C= 20	stretching intra circumoral และ extra circumoral muscle	No intervention	Salivary secretion, dry mouth symptoms	significantly decreased in dry mouth symptoms and significantly increased in SFR
Seq SY. 2020 ¹²	RCT 5 สัปดาห์	58 O=32 C=26	Oral exercise program	No intervention	Salivary flow rate, tongue and cheek strength	significantly increased in SFR and anterior tongue strength
Lee KH. 2020 ¹¹	RCT 8 สัปดาห์	74 THS =30, TPRT= 22, C=22	กลุ่ม tongue hold swallowing exercise; (THS) และกลุ่ม tongue pressure resistance training (TPRT)	No intervention	Tongue strength, lip strength, saliva secretion	THS; significantly increased ATS, PTS and SFR TPRT; significantly increased ATS and SFR
Takamoto K. 2018 ¹⁵	Quasi 4 สัปดาห์	20 O=10 C=10	lip closer training with rehab device	No intervention	Lip closer force	maximal lip closure force was significantly
HÄGGLUND P. 2019 ¹⁶	RCT 5 สัปดาห์	85 O=36 C=49	oral neuromuscular training rehab device	Usual care	Swallowing rate, sign of aspiration	Significant increased in swallowing rate and significantly reduction in aspiration signs



รูปที่ 2 ผลการคัดเลือกรงานวิจัย

ความแตกต่างกันในด้านของรูปแบบการออกกำลังกายช่องปากในกลุ่มทดลองพบว่า Ibayashi และคณะ (2008)⁸ ให้กลุ่มทดลองทำการออกกำลังกายช่องปากในส่วนกล้ามเนื้อ facial expression, ลิ้น, นวดกระตุ้นต่อมน้ำลาย และ swallowing exercise, Nam และคณะ (2016)⁹ กลุ่มทดลองทำการออกกำลังกายช่องปากในส่วน intra circumoral และ extra circumoral muscle, Takamoto และคณะ (2017)¹⁵ ให้กลุ่มทดลองออกกำลังกายช่องปากโดยใช้เครื่องมือ (lip closer training with rehab device), HÄGGLUND และคณะ (2019)¹⁶ กลุ่มทดลองออกกำลังกายช่องปากโดยใช้เครื่องมือ oral neuromuscular training rehab device นอกจากนี้มี 3 รายงานวิจัยเป็นการศึกษาแบบ 3 แขนง ที่มีกลุ่มทดลอง 2 กลุ่มทำการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดย Kim และคณะ (2020)¹³ ให้กลุ่มที่ 1 ใช้การออกกำลังกายช่องปากในส่วนริมฝีปาก ลิ้น และแก้ม กลุ่มที่ 2 ออกกำลังกายช่องปากร่วมกับเคี้ยวหมากฝรั่ง, Seo และคณะ (2020)¹² ให้กลุ่มที่ 1 ออกกำลังกายช่องปาก กลุ่มที่ 2 ออกกำลังกายช่องปากร่วมกับการออกกำลังกายทุกส่วนของร่างกาย (whole body exercise) ซึ่งในกลุ่มนี้ตัดออกจากการศึกษาเนื่องจากเป็นการออกกำลังกายส่วนอื่นนอกเหนือจากช่องปาก, Lee และคณะ (2020)¹¹ ให้กลุ่มที่ 1 ออกกำลังกายช่องปากแบบ tongue hold swallowing exercise (THS) กลุ่มที่ 2 ออกกำลังกายช่องปากแบบ tongue pressure resistance training (TPRT) ส่วนความแตกต่างของระยะเวลาในการทำการศึกษาคือ 4 สัปดาห์^{9,15}, 5 สัปดาห์¹², 8 สัปดาห์¹¹, 3 เดือน¹⁴, 6 เดือน⁸ มี 2 การศึกษาที่ได้ทำการศึกษาหลังจากสิ้นสุดการทำการทดลอง (end of treatment) คือ Kim และคณะ (2020)¹³ ศึกษาผลที่ระยะ 11 สัปดาห์ และ HÄGGLUND และคณะ (2019)¹⁶ ศึกษาผลที่ระยะ 6 เดือน

การประเมินอคติงานวิจัย

รูปที่ 10 แสดงอคติของงานวิจัยแต่ละการศึกษา พบว่าทุกการศึกษามีความเสี่ยงต่อการเกิดอคติไม่ชัดเจนในเรื่อง allocation concealment เนื่องจากในรายงานวิจัยไม่ได้กล่าวถึงรายละเอียด มีรายงานวิจัยที่เป็น high risk of bias 5 การศึกษา^{7,9,12,14,16} โดยพบว่าเป็นหัวข้อการรายงานผลลัพธ์ไม่ครบถ้วน เนื่องจากมีการขาดหายของข้อมูลมากกว่าร้อยละ 20 และหัวข้อการปกปิดผู้เข้ารับการทดลองและบุคลากรเนื่องจากการรายงานงานแบบ subjective outcome งานวิจัยที่เป็น low risk of bias 1 การศึกษา¹⁵ รูปที่ 11 แสดงอคติในภาพรวมของการศึกษา

ผลต่อภาวะปากแห้ง

ผลการวิเคราะห์ห่อภิมาณเมื่อพิจารณาจากอัตราการหลั่งน้ำลายพบว่าการออกกำลังกายช่องปากมีอัตราการหลั่งน้ำลายสูงกว่าการไม่ได้รับการออกกำลังกายช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (MD 0.17 mL/min; 95% CI 0.12 to 0.21; 3 studies; 176 participants) ผลการทดสอบความเป็นเอกพันธ์พบว่ามีความเป็นเอกพันธ์ระหว่างการศึกษา ($p = 0.64$; $I^2 =$ ร้อยละ 0 ดังแสดงในรูปที่ 3

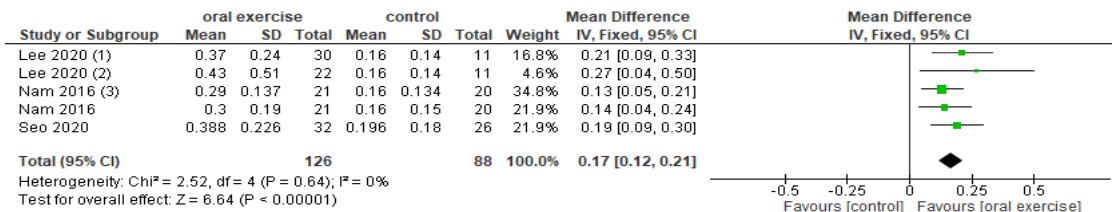
ผลการวิเคราะห์ห่อภิมาณเมื่อประเมินโดยใช้แบบสอบถาม พบว่าการออกกำลังกายช่องปากมีผลต่อการลดอาการปากแห้งเมื่อประเมินโดยใช้แบบสอบถามในหัวข้อ คุณต้องจิบของเหลวเพื่อช่วยในการกลืนอาหารแห้งหรือไม่ (OR 0.17; 95% CI 0.06 to 0.52; 1 study; 96 participants) ผลการทดสอบความเป็นเอกพันธ์ พบว่ามีความเป็นเอกพันธ์ระหว่างการศึกษ (p = 0.99; I^2 = ร้อยละ 0 ดังแสดงในรูปที่ 4 แต่เมื่อประเมินโดยใช้แบบสอบถามในหัวข้อ ปากของคุณรู้สึกแห้งเมื่อรับประทานอาหารหรือไม่ พบว่าการออกกำลังกายช่องปากไม่มีผลต่อการลดอาการปากแห้ง โดยมีค่า OR 0.90; 95% CI 0.26 to 3.10 ดังแสดงในรูปที่ 5 เช่นเดียวกับหัวข้อ คุณมีปัญหาในการกลืนอาหารหรือไม่ แต่เนื่องจากอาการภาวะปากแห้งในกลุ่มควบคุมมีจำนวนเพียง 1 เหตุการณ์ จึงได้ทำ sensitivity analysis ออกเป็น 3 แบบ แต่อย่างไรก็ตามทั้ง 3 แบบ ยังคงพบผลในทิศทางเดียวกันคือ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในรูปที่ 6

ผลต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อช่องปาก (Oral muscle strength)

ผลการวิเคราะห์ห่อภิมาณพบว่าการออกกำลังกายช่องปากมีผลเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนหน้าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (MD 0.67 kPa; 95% CI -3.80 to 5.14; p = 0.77; 2 studies; 132 participants) ดังแสดงในรูปที่ 7, มีผลเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนหลังแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (MD -1.23 kPa; 95% CI -6.15 to 3.68; p = 0.62; 2 studies; 132 participants) ดังแสดงในรูปที่ 8 และมีผลเพิ่มความแข็งแรงของริมฝีปากแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (MD 1.04 kPa; 95% CI -4.46 to 6.54; p = 0.71; 1 studies; 74 participants) ดังแสดงในรูปที่ 9 เมื่อพิจารณาความเป็นเอกพันธ์ของการศึกษา พบว่ามีเฉพาะผลลัพธ์ด้านความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนหน้าและส่วนหลังเท่านั้นที่พบความไม่เป็นเอกพันธ์ โดยมีค่า p = 0.12; I^2 = ร้อยละ 53 และ p = 0.06; I^2 = ร้อยละ 65 ตามลำดับ

มีงานวิจัยที่รายงานผลต่อความแข็งแรงของริมฝีปากโดยวัดจาก maximal lip closer force 1 รายงานวิจัย¹⁵, การทำงานของระบบประสาทสั่งการที่ลิ้นและริมฝีปากโดยวัดจากการเคลื่อนไหวของลิ้นและริมฝีปาก 1 รายงานวิจัย¹⁴, การทำงานของระบบบดเคี้ยววัดโดยใช้ mixing ability index (MAI) 1 รายงานวิจัย¹³, การกลืนโดยวัดจาก Repetitive saliva swallowing test⁸ และจำนวนคนที่ มี good swallowing function¹³ อย่างละ 1 รายงานวิจัย ทุกรายงานวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการออกกำลังกายช่องปากมีค่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการออกกำลังกายช่องปาก แต่ไม่สามารถวิเคราะห์ห่อภิมาณได้เนื่องจากมี 1 รายงานวิจัย ผลต่อแรงบดเคี้ยว (occlusal force) พบ 2 การศึกษา^{8,13} แต่มีการรายงานผลที่ไม่ใช่ค่า mean จึงไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ meta-analysis ได้ โดยมี 1 รายงานวิจัยพบว่าการออกกำลังกายช่องปากส่งผลต่อแรงบดเคี้ยวที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁸ แต่อย่างไรก็ตามมี 1 รายงานวิจัยที่พบว่าแรงบดเคี้ยว

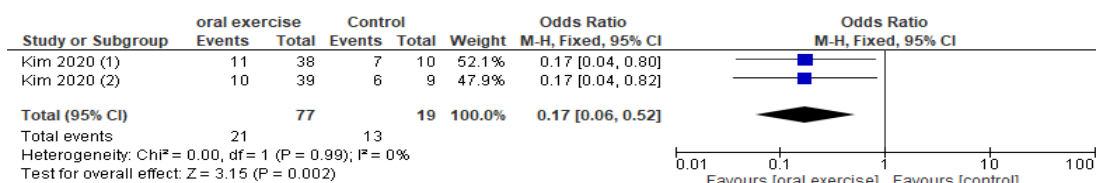
เพิ่มขึ้นไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม¹³ นอกจากนี้มี 1 รายงานวิจัย พบว่าการออกกำลังกายช่องปากมีผลต่อการกลืนที่ดีขึ้นเมื่อวัดจาก swallowing rate และพบว่ามีความรู้สึก (sign of aspiration) ลดลง แต่เนื่องจากมีเพียง 1 รายงานและมีคู่เปรียบเทียบแตกต่างกันจึงไม่สามารถนำผลการศึกษามา รวมสังเคราะห์ได้¹⁶



Footnotes

- (1) การออกกำลังกายช่องปากชนิดTSH มีการปรับหน่วยวิเคราะห์ในการศึกษาของ lee 2020 เพื่อทำการวิเคราะห์
- (2) การออกกำลังกายช่องปากชนิดTPRT มีการปรับหน่วยวิเคราะห์ในการศึกษาของ lee 2020 เพื่อทำการวิเคราะห์
- (3) adjusted mean; analysis of covariance was used to control the covariates (age and basic values of dependent variables)

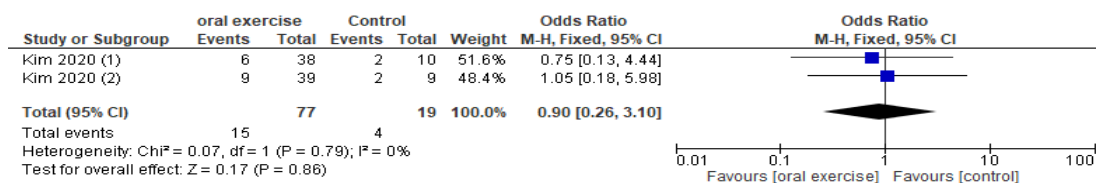
รูปที่ 3 ประสิทธิภาพของการออกกำลังกายช่องปากต่ออัตราการกลืนน้ำลาย



Footnotes

- (1) SOE
- (2) GOE

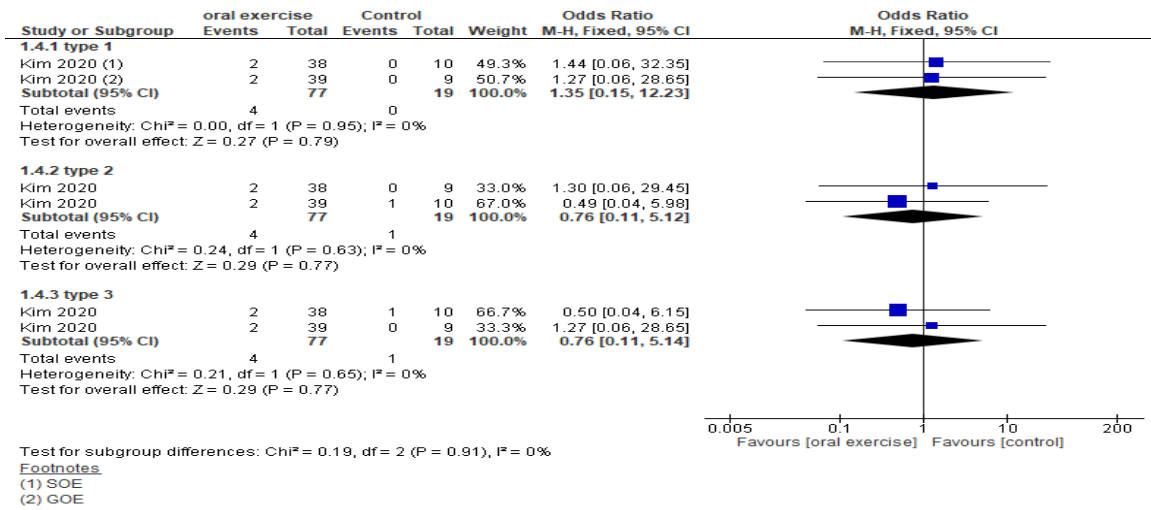
รูปที่ 4 ประสิทธิภาพของการออกกำลังกายช่องปากต่อภาวะปากแห้ง ประเมินโดยใช้แบบสอบถามหัวข้อ Needing liquids when swallowing dry foods



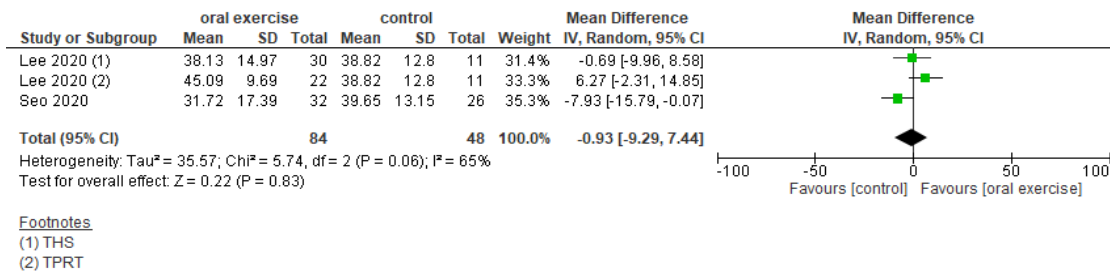
Footnotes

- (1) SOE
- (2) GOE

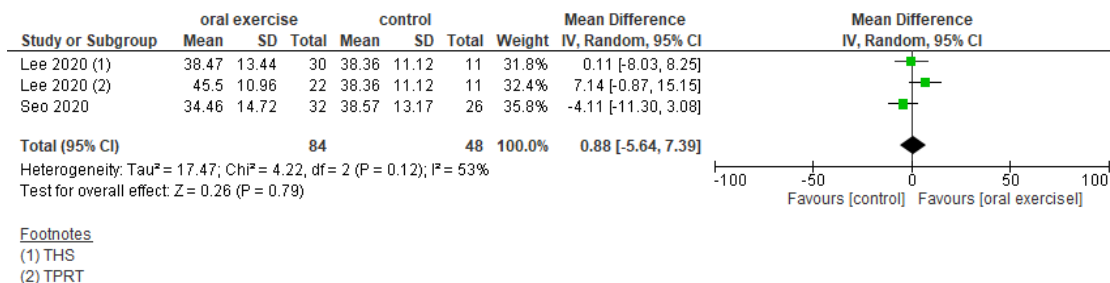
รูปที่ 5 ประสิทธิภาพของการออกกำลังกายช่องปากต่อภาวะปากแห้ง เมื่อประเมินโดยใช้แบบสอบถามหัวข้อ Feeling oral dryness when eating a meal



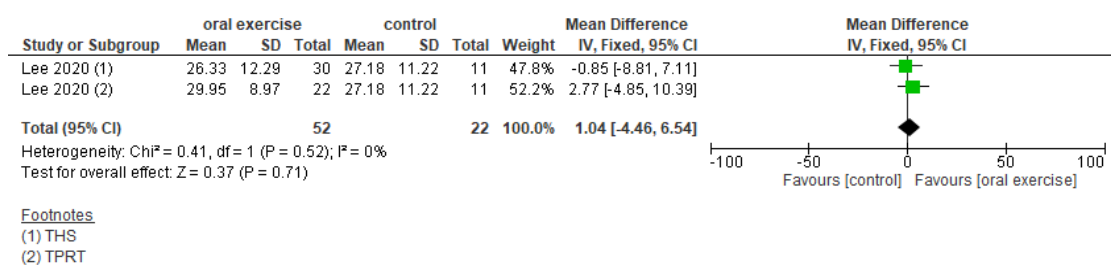
รูปที่ 6 ประสิทธิภาพของการออกกำลังกายช่องปากต่อภาวะปากแห้ง ประเมินโดยแบบสอบถามหัวข้อ Difficulties in swallowing food due to oral dryness



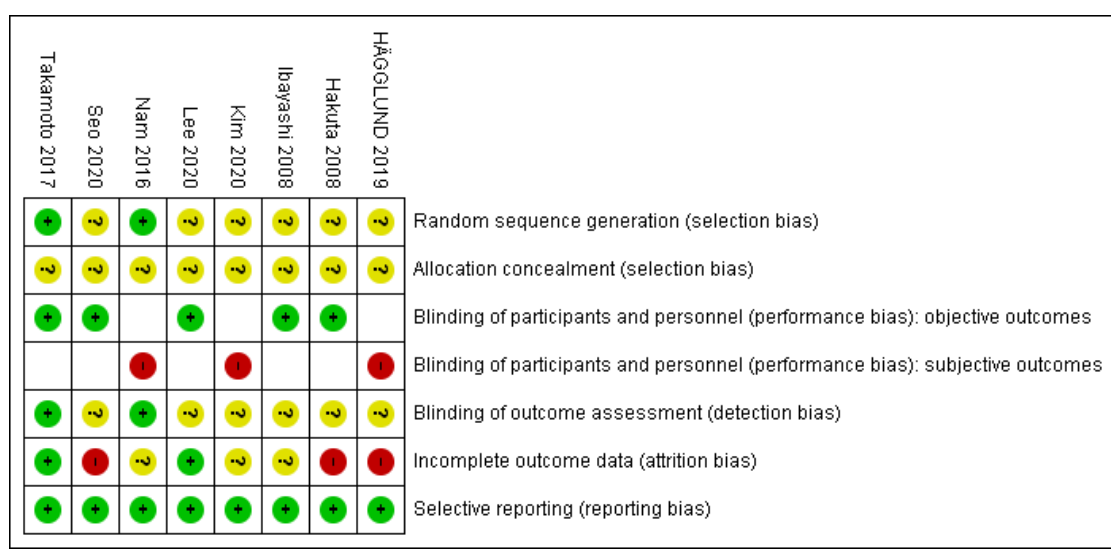
รูปที่ 7 ประสิทธิภาพของการออกกำลังกายช่องปากต่อความแข็งแรงของลิ้นส่วนหน้า (anterior tongue strength)



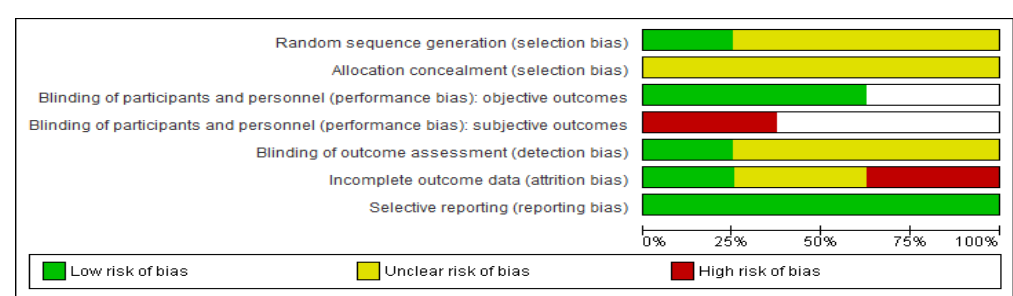
รูปที่ 8 ประสิทธิภาพของการออกกำลังกายช่องปากต่อความแข็งแรงของลิ้นส่วนหลัง (posterior tongue strength)



รูปที่ 9 ประสิทธิภาพของการออกกำลังกายช่องปากต่อความแข็งแรงของริมฝีปาก (lip strength)



รูปที่ 10 Risk of bias summary: review authors' judgements about each risk of bias item for each included study.



รูปที่ 11 Risk of bias graph: review authors' judgements about each risk of bias item presented as percentages across all included studies

อภิปรายผล

งานวิจัยทั้ง 8 ฉบับมีความแตกต่างกันในรูปแบบการออกกำลังกายที่ใช้ ซึ่งมีทั้งแบบการออกกำลังกายช่องปากอย่างง่ายด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การเคี้ยวหมากฝรั่ง หรือการใช้เครื่องมือช่วยในการฝึก ส่วนใหญ่เป็นการทดลองระยะสั้นที่มีระยะเวลาทดลองอยู่ระหว่าง 4 ถึง 8 สัปดาห์ มีเพียง 2 การศึกษาที่ทำการศึกษาระยะยาวตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป และมี 2 การศึกษาที่มีการศึกษาติดตามผลหลังการทดลองร่วมด้วย ความถี่ที่ใช้ในการฝึกมีตั้งแต่ 2 ครั้ง/เดือนไปจนถึงฝึกทุกวัน เมื่อประเมินองค์งานวิจัยในภาพรวมพบว่าไม่ชัดเจน ผลการวิเคราะห์ห่อภิมาณครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่าการออกกำลังกายช่องปากสามารถเพิ่มอัตราการหลั่งน้ำลายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกรณีที่ไม่ได้รับการออกกำลังกาย จากการศึกษาของ Coultard และคณะ (2008)¹⁹ พบว่าคนทั่วไปจะเริ่มมีอาการปากแห้งเมื่อมีค่า unstimulated salivary flow rate 0.2 mL/min ซึ่งในกลุ่มที่ได้รับการออกกำลังกายช่องปาก ทุกการศึกษาพบว่ามีความเฉลี่ยมากกว่า 0.2 mL/min เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มที่ไม่ได้ ออกกำลังกายช่องปาก ทุกการศึกษาพบว่ามีความเฉลี่ย < 0.2 mL/min ดังนั้นในกลุ่มที่ได้รับการออกกำลังกายช่องปากจะมีอาการปากแห้งลดลง และสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์ห่อภิมาณของ Seo และคณะ (2019)¹⁷ โดยศึกษาผลของการได้รับโปรแกรมสุขภาพช่องปากประกอบด้วยการให้สุขศึกษา การออกกำลังกายช่องปาก การแปรงฟัน และการนวดกระตุ้นต่อมน้ำลายต่อภาวะปากแห้งในผู้สูงอายุ พบว่าการออกกำลังกายช่องปากสามารถเพิ่มอัตราการหลั่งของน้ำลายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากได้ นอกจากนี้ยังพบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของ Smaoui และคณะ (2020)¹⁸ ซึ่งเป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบศึกษาถึงผลของ Lingual Resistance Training ต่อการกลืนในผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่ามีส่วนช่วยเพิ่มแรงดันของลิ้นและช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการกลืนได้เช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตามพบว่าวิธีการวัดผลของแต่ละรายงานวิจัยมีความแตกต่างกันในเรื่องเครื่องมือวัด การปฏิบัติ หรือระยะเวลาการวัดผล จึงอาจส่งผลต่อประสิทธิผลของการออกกำลังกายช่องปากได้ รายงานวิจัยทั้ง 8 การศึกษาที่คัดเข้ามาแต่ละการศึกษามีการประเมินการทำหน้าที่ของช่องปากแตกต่างกัน และยังมีความหลากหลายของเครื่องมือที่ใช้วัดผลลัพธ์ มีการรายงานผลโดยไม่ได้ใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทำให้ไม่สามารถวัดผลลัพธ์โดยนำข้อมูลมารวมกันได้ ทำให้มีการวิเคราะห์ห่อภิมาณผลได้เพียง 4 ผลลัพธ์เท่านั้น ผลลัพธ์อื่นๆ ไม่สามารถนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์ห่อภิมาณได้ จึงยังไม่เห็นผลของการออกกำลังกายช่องปากต่อการทำหน้าที่ของช่องปากในด้านอื่นๆ เพื่อให้สามารถยืนยันผลจากการออกกำลังกายช่องปากต่อการทำหน้าที่ของช่องปากได้ชัดเจน ควรต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมโดยใช้รายงานวิจัยที่มากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาแสดงว่าการออกกำลังกายช่องปากในผู้สูงอายุสามารถช่วยเพิ่ม unstimulated salivary flow rate ได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ออกกำลังกายช่องปาก แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ จำนวนการศึกษาที่คัดเข้ามาวิเคราะห์มีจำนวนน้อย และรายงานวิจัยที่คัดเข้ามามีความเสี่ยงต่อการเกิดอคติไม่ชัดเจน ผลการศึกษาในครั้งนี้จึงไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนว่าการออกกำลังกายช่องปากในผู้สูงอายุทำให้การทำหน้าที่ของช่องปากดีขึ้น จำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติม

เอกสารอ้างอิง

- Cho, E.-P., Hwang, S.-J., Clovis, Joanne. B., Lee, T.-Y., Paik, D.-I., & Hwang, Y.-S. (2012). Enhancing the quality of life in elderly women through a programme to improve the condition of salivary hypofunction: Oral health promotion programme and quality of life. **Gerodontology**. 29(2), e972–e980.
- Delwel, S., Scherder, E. J. A., Perez, R. S. G. M., Hertogh, C. M. P. M., Maier, A. B., & Lobbezoo, F. (2018). Oral function of older people with mild cognitive impairment or dementia. **Journal of Oral Rehabilitation**. 45(12), 990–997.
- Hakuta, C., Mori, C., Ueno, M., Shinada, K., & Kawaguchi, Y. (2009). Evaluation of an oral function promotion programme for the independent elderly in Japan. **Gerodontology**. 26(4), 250–258.
- Hägglund, P., Hägg, M., Wester, P., & Levring Jäghagen, E. (2019). Effects of oral neuromuscular training on swallowing dysfunction among older people in intermediate care—A cluster randomised, controlled trial. **Age and Ageing**. 48(4), 533–540.
- Ibayashi, H., Fujino, Y., Pham, T.-M., & Matsuda, S. (2008). Intervention Study of Exercise Program for Oral Function in Healthy Elderly People. **The Tohoku Journal of Experimental Medicine**. 215(3), 237–245.
- Kim, H.-J., Lee, J.-Y., Lee, E.-S., Jung, H.-J., Ahn, H.-J., & Kim, B.-I. (2019). Improvements in oral functions of elderly after simple oral exercise. **Clinical Interventions in Aging**. 14, 915–924.

- Kim, H.-J., Lee, J.-Y., Lee, E.-S., Jung, H.-J., Ahn, H.-J., Jung, H. I., & Kim, B.-I. (2021). Simple oral exercise with chewing gum for improving oral function in older adults. **Aging Clinical and Experimental Research**. 33(4), 1023–1031.
- Lamster, I. B., Asadourian, L., Del Carmen, T., & Friedman, P. K. (2016). The aging mouth: Differentiating normal aging from disease. **Periodontology 2000**. 72(1),96–107.
- Lee, K., Jung, E., & Choi, Y. (2020). Effects of lingual exercises on oral muscle strength and salivary flow rate in elderly adults: A randomized clinical trial. **Geriatrics & Gerontology International**. 20(7), 697–703.
- Minakuchi, S., Tsuga, K., Ikebe, K., Ueda, T., Tamura, F., Nagao, K., Furuya, J., Matsuo, K., Yamamoto, K., Kanazawa, M., Watanabe, Y., Hirano, H., Kikutani, T., & Sakurai, K. (2018). Oral hypofunction in the older population: Position paper of the Japanese Society of Gerodontology in 2016. **Gerodontology**. 35(4), 317–324.
- Morisaki, N. (2018). Effects of Oral Exercise on Oral Function among Japanese Dependent Elderly Individuals Living in Nursing Facilities. **International Journal of Nursing & Clinical Practices**. 5, 301-304.
- Nam, M., & Uhm, D. (2016). A comparative study of the effects of intra and extracircumoral exercise for older people on oral health at nursing homes: A non-equivalent trial. **Journal of Advanced Nursing**. 72(9), 2114–2123.
- Saito, M., Shimazaki, Y., Nonoyama, T., & Tadokoro, Y. (2021). Association of oral health factors related to oral function with mortality in older Japanese. **Gerodontology**. 38(2), 166–173.
- Seo, K., & Kim, H.-N. (2020). Effects of oral health programmes on xerostomia in community-dwelling elderly: A systematic review and meta-analysis. **International Journal of Dental Hygiene**. 18(1), 52–61.
- Seo, S.-Y., Choi, Y.-Y., Lee, K.-H., & Jung, E.-S. (2021). Improvement in oral function after an oral exercise program including whole-body exercises. **Journal of Korean Society of Dental Hygiene**. 21(1), 5–16.



- Smaoui, S., Langridge, A., & Steele, C. M. (2020). The Effect of Lingual Resistance Training Interventions on Adult Swallow Function: A Systematic Review. **Dysphagia**. 35(5), 745–761.
- Takamoto, K., Saitoh, T., Taguchi, T., Nishimaru, H., Urakawa, S., Sakai, S., Ono, T., & Nishijo, H. (2018). Lip closure training improves eating behaviors and prefrontal cortical hemodynamic activity and decreases daytime sleep in elderly persons. **Journal of Bodywork and Movement Therapies**. 22(3), 810–816.
- World Health Organization. (2022). **Ageing and health**. Retrieved May, 6, 2022, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>



แนวทางการจัดการขยะบ้านปารวก ตำบลดงมะตะ อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

เกวลี ดวงกำเหนิด¹, ภิญโญ สุโรจนานนท์², สุเวช พิมน้ำเย็น³,
พยงค์ ขุนสะอาด⁴ และ ธานัท นิตยคำหาญ⁵

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อหาแนวทางการจัดการขยะบ้านปารวก ตำบลดงมะตะ อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย และเพื่อประเมินแนวทางการจัดการขยะบ้านปารวก ตำบลดงมะตะ อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่างคือ ตัวแทนครัวเรือนชุมชนบ้านปารวก ตำบลดงมะตะ อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย จำนวน 82 หลังคาเรือน และคณะกรรมการการจัดการขยะบ้านปารวก ตำบลดงมะตะ อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย วิเคราะห์ข้อมูลที่ใช้ คือ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถาม โดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ผลการสนทนากลุ่ม ได้แนวทางการจัดการขยะโดยชุมชนควรจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะและนำขยะไปใช้ประโยชน์ และการรณรงค์เกี่ยวกับการคัดแยกขยะ ผลการให้ความรู้ พบว่า ก่อนทำกิจกรรมมีความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะ อยู่ในระดับปานกลาง และหลังทำกิจกรรม มีความรู้ในระดับมาก พฤติกรรมการคัดแยกขยะ พบว่า ก่อนการทำกิจกรรม มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปฏิบัติไม่ถูกต้อง และพฤติกรรมการคัดแยกขยะหลังการดำเนินการอยู่ในระดับปฏิบัติถูกต้อง

คำสำคัญ : แนวทางการจัดการขยะ, การสนทนากลุ่ม

¹ อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย E-mail: d.kewali@gmail.com

² อาจารย์ คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

³ อาจารย์ คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น E-mail: suwech1981@gmail.com

⁴ อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

⁵ อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย



The Guide Line for waste Management in Paruak Dongmada Sub-district, Maelao District, ChiangRai Province

Kewali Duangkamnerd¹, Pinyo Surojananon², Suwech Pimnumyen³,
Payong Khunsaard⁴ and Thanut Nitkumhan⁵

Abstract

The purpose of research was to 1) develop guidelines for waste management in Paruak, Dongmada Sub-district, Maelao District, ChiangRai Province 2) to assess waste management practice. Samples was a representative of households or family members responsible for waste management, one person per household living in Paruak, Dongmada Sub-district, Maelao District, ChiangRai Province, total 82 households consisting representatives from various areas in the village. Qualitative data analysis by using the information from discussion group. Data were analyzed using mean and percentage. Focus group agreed to develop guidelines for waste management to provide knowledge and giving campaign. The result found that, before the activity knowledge at a moderate level, after the activity knowledge at a high level. The garbage separation behavior, before the activity is in wrong level, after the activity it is in correct level

Keywords : The Guide Line for waste Management, Focus group

¹ Lecturer, Faculty of Public Health, Chiangrai College E-mail: d.kewali@gmail.com

² Lecturer, Faculty of Allied Health Sciences, Northern College

³ Lecturer, Faculty of Allied Health Sciences, Northern College E-mail: suwech1981@gmail.com

⁴ Lecturer, Faculty of Public Health, Chiangrai College

⁵ Lecturer, Faculty of Public Health, Chiangrai College

บทนำ

ปัจจุบันขยะเป็นปัญหาสำคัญในระดับโลกที่หลายประเทศ รวมถึงประเทศไทยที่ต้องประสบปัญหาเนื่องจากการเพิ่มขึ้นของประชากร การขยายตัวทางเศรษฐกิจ และความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยี ที่มีการประดิษฐ์และพัฒนาเทคโนโลยีมาใช้อำนวยประโยชน์ต่อมนุษย์มากขึ้นเป็นสาเหตุให้มีจำนวนขยะเพิ่มขึ้นและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งมีทั้งขยะจากภาคอุตสาหกรรม ภาคการเกษตร ครั้วเรือนและสารเคมีอันตรายเป็นเหตุให้เกิดขยะเศษสิ่งของเหลือใช้ที่มีปริมาณมากขึ้น ในทศวรรษที่ผ่านมาได้เกิดปัญหาขยะรุนแรงขึ้น ปัญหาจากของเหลือทิ้งเป็นต้นเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดปัญหาสิ่งแวดล้อมและมีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน และที่ยังไม่สามารถกำจัดได้หมด และที่ผ่านมามาประเทศไทยประสบกับปัญหาวิกฤติขยะมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่กระบวนการจัดการขยะตกค้างยังไม่ได้รับการแก้ไขและการบริหารจัดการยังไม่ถูกหลักวิชาการเท่าที่ควร (ณิชา บุณยสิงห์, 2558)

สำหรับบ้านป่ารวก ตำบลดงมะตะ อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย พื้นที่ทั้งหมดประมาณ 250 ไร่ ลักษณะทางภูมิศาสตร์เป็นที่ราบลุ่ม มีแม่น้ำลำคลองกระจายทั่วพื้นที่ประชากรทั้งหมด 466 คน จำนวนครัวเรือน 145 หลังคาเรือน ส่วนมากจะประกอบอาชีพเกษตรกรรมได้แก่ ทำนา ทำไร่ ทำสวน การปลูกพืชผัก มีการปลูกพืชล้มลุกและยาสูบ นอกจากนั้นยังมีการเลี้ยงสัตว์ได้แก่ วัว ควาย สุกร เป็นต้น จากการสำรวจพื้นที่ทั่วไปของบ้านป่ารวก ตำบลดงมะตะ อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย พบว่ามีถังขยะจำนวนมาก ซึ่งเป็นถังขยะของชุมชนบ้านป่ารวก ที่มาจากครัวเรือนบ้านป่ารวก โดยไม่มีการคัดแยกขยะก่อนนำไปทิ้ง ทำให้มีการปะปนกันทั้งขยะย่อยสลายและขยะรีไซเคิลและมีปริมาณมาก โดยทางหมู่บ้านได้จัดตั้งที่พักขยะไว้ที่หอประชุมของหมู่บ้าน ก่อนที่จะมีการนำไปกำจัด ซึ่งการนำไปกำจัดนั้นจะมีขยะจากเทศบาลมาขนขยะไปทิ้งนอกพื้นที่ และไม่มีการคัดแยกขยะก่อนที่จะนำมากำจัด เลยทำให้มีปริมาณขยะมากและเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้นตามไปด้วย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงมะตะ, 2561)

จากสภาพปัญหาการไม่คัดแยกขยะก่อนนำไปทิ้ง ทำให้เกิดปัญหาปริมาณจำนวนขยะในชุมชนเพิ่มมากขึ้นทุกวัน เป็นปัญหาที่ชุมชนจำเป็นต้องหาแนวทางในการแก้ไข ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาวิธีแก้ไขปัญหาการจัดการขยะอย่างเหมาะสมร่วมกับชุมชน โดยให้คนในชุมชนร่วมกันออกแบบ วางแผน ดำเนินการคัดแยกและจัดการขยะที่เหมาะสมตามบริบทของชุมชน เพื่อนำไปสู่การมีส่วนร่วมของชุมชนและยังเป็นการสร้างสุขนิสัยที่ดีในการคัดแยกขยะก่อนนำไปทิ้งเพื่อเป็นการลดปริมาณขยะและกำจัดขยะที่ยั่งยืนในชุมชนบ้านป่ารวกต่อไปต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อหาแนวทางการจัดการขยะบ้านป่ารวก ตำบลดงมะตะ อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อประเมินแนวทางการจัดการขยะบ้านป่ารวก ตำบลดงมะตะ อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับมูลฝอย

พระราชบัญญัติการสาธารณสุข (2535) ได้ให้ความหมายของ มูลฝอย ไว้ว่า เศษกระดาษ เศษผ้า เศษอาหาร เศษสินค้า เศษวัตถุ ถุงพลาสติก ภาชนะใส่อาหาร เถ้า มูลสัตว์ ชากสัตว์ หรือสิ่งอื่นใดที่เก็บกวาดจากถนน ตลาด ที่เลี้ยงสัตว์ หรือที่อื่น

ศรินทร์ทิพย์ กริมเขียว (2550) ได้กล่าวว่า มูลฝอย นอกจากมีความหมายตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พุทธศักราช 2535 แล้วยังความหมายครอบคลุมถึง เศษของเหลือใช้จากกิจกรรมต่างๆ ที่ถูกทิ้งจากชุมชน ซึ่งได้แก่ มูลฝอย ที่เกิดจากบ้านพักอาศัย ร้านค้า เขตพาณิชย์กรรม อาคาร สำนักงาน โรงงาน อุตสาหกรรมกลุ่มธุรกิจบริการต่างๆ และจากเขตเกษตรกรรมด้วย

สมาคมพัฒนาคุณภาพสิ่งแวดล้อม (2559) ให้ความหมายมูลฝอย ไว้ว่า หมายถึงสิ่งของเหลือทิ้งจากกระบวนการผลิตและอุปโภคซึ่งเสื่อมสภาพจนใช้การไม่ได้หรือไม่ต้องการใช้แล้ว บางชนิดเป็นของแข็งหรือกากของเสีย (Solid Waste) มีผลเสียต่อสุขภาพทางกายและจิตใจเนื่องจากความสกปรกเป็นแหล่งเพาะเชื้อโรคทำให้เกิดมลพิษและทัศนียภาพ

จากความหมายดังกล่าวผู้วิจัยสามารถสรุปได้ว่ามูลฝอยหมายถึงสิ่งของที่เหลือใช้จากการอุปโภค บริโภค อาจจะไม่ต้องการใช้หรือเสื่อมสภาพจากสถานที่ต่างๆ ทั้งบ้านเรือน สถานที่สาธารณะ โรงงาน อุตสาหกรรม หรือสิ่งอื่นใดที่เก็บกวาดจากถนน ตลาด ที่เลี้ยงสัตว์ เช่น เศษกระดาษ เศษผ้า เศษอาหาร เศษสินค้า เศษวัตถุ ถุงพลาสติก ภาชนะใส่อาหาร เถ้า รวมถึงมูลสัตว์ ชากสัตว์ และอาจทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพทางกายและจิตใจเนื่องจากความสกปรกเป็นแหล่งเพาะเชื้อโรค ทำให้เกิดมลพิษและทัศนียภาพ

แหล่งกำเนิดมูลฝอย

การจำแนกประเภทของมูลฝอยมีการจำแนกหลายลักษณะพิจารณาจากองค์ประกอบหรือแหล่งกำเนิดของมูลฝอย ในที่นี้จะอาศัยการจำแนกประเภทโดยใช้แหล่งกำเนิดเป็นเกณฑ์ในการพิจารณา ซึ่งสามารถจำแนกออกได้ 3 ประเภท คือ (กรมควบคุมมลพิษ, 2544)

1. มูลฝอยชุมชนได้แก่มูลฝอยจากสถานที่ต่างๆ ดังนี้

- (1) ที่พักอาศัย
- (2) ย่านธุรกิจการค้า
- (3) ตลาดสด
- (4) สถานที่ราชการหรือสถาบันทางการศึกษา
- (5) โรงพยาบาล

ลักษณะของมูลฝอยอาจขึ้นอยู่กับกิจกรรมต่างๆ ตามประเภทของแหล่งกำเนิด เช่น มูลฝอยจากที่พักอาศัย ตลาดสด ส่วนใหญ่ประกอบด้วย เศษอาหาร พืช ผัก ส่วนมูลฝอยจากสถานที่ราชการหรือโรงเรียน ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นเศษวัสดุเหลือใช้จากสำนักงาน เช่น กระดาษถุงพลาสติก มูลฝอย จากโรงพยาบาล เช่น เนื้อเยื่อ ชิ้นส่วนอวัยวะต่างๆ เป็นต้น

2. มูลฝอยจากการเกษตรกรรม เช่น จากฟาร์มเลี้ยงสัตว์ และจากการเพาะปลูก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสารอินทรีย์ที่พร้อมจะเน่าย่อยสลายส่งกลิ่นเหม็นรบกวน เช่น เศษพืช ผัก มูลสัตว์ เป็นต้น ในเขตเกษตรกรรมบางแห่งมีการใช้สารเคมีและวัตถุมีพิษต่างๆ ซึ่งเสี่ยงต่อการปนเปื้อนสู่สิ่งแวดล้อม

3. มูลฝอยอุตสาหกรรมได้แก่มูลฝอยจากโรงงานอุตสาหกรรมต่างๆ ทั้งจากกระบวนการผลิต หรือปนเปื้อนมากับวัตถุดิบ ลักษณะมูลฝอยแบ่งเป็นมูลฝอยทั่วไปจากกิจวัตรประจำวันหรือบ้านพักคนงานและของเสียอันตรายซึ่งเกิดจากกระบวนการผลิต เช่น คราบน้ำมัน สารละลายใช้แล้ว รวมทั้งวัตถุดิบต่างๆ ปริมาณของมูลฝอย

องค์ประกอบที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงปริมาณมูลฝอย ปริมาณมูลฝอยขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง และสามารถเปลี่ยนแปลงได้เสมอผู้มีหน้าที่ในการจัดการมูลฝอยจำเป็นต้องบันทึกปริมาณมูลฝอยไว้ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการกำจัดการเก็บขน วางแผนการปรับปรุงการปฏิบัติงาน หรือการจัดการงบประมาณตลอดจนการวางแผนการจัดการในอนาคตองค์ประกอบสำคัญที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงปริมาณของมูลฝอย มีดังนี้ (กรมควบคุมมลพิษ, 2544)

1. ลักษณะที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ของท้องถิ่น (Geographical Location) หมายถึง สถานที่ต่างกันทำให้มูลฝอยที่เกิดขึ้นต่างกัน เช่น สถานที่ตั้งริมทะเล มักพบเศษปลา เศษเปลือกหอยได้มากกว่ามูลฝอยชนิดอื่นๆ หรือสถานที่ที่มีภูมิประเทศเป็นป่าและที่ราบสูงจะพบมูลฝอยเป็นเปลือกผลไม้ เป็นต้น

2. ความหนาแน่นของประชาชน (Population Density) บริเวณที่มีอยู่อาศัยหนาแน่นจะมีปริมาณมูลฝอยมากกว่าบริเวณที่มีผู้อยู่อาศัยน้อย

3. ฤดูกาล (Season) ฤดูกาลมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงปริมาณมูลฝอยมาก เช่น ฤดูกาลที่มีผลไม้ ปริมาณมูลฝอยจำพวกเปลือกและผลไม้มาก เพราะเหลือจากการบริโภคของประชาชนและยิ่งหาราคาผลไม้ในปีนั้นๆ มีราคาถูกลงจะทำให้มีเปลือกผลไม้และเศษผลไม้เหลือทิ้งในปีนั้นๆ มากขึ้น

4. อุปนิสัยของประชาชนในชุมชน (Habit of People in Community) อุปนิสัยของประชาชนในชุมชนที่มีอุปนิสัยรักความสะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อยจะมีปริมาณมูลฝอยในการเก็บขน มากกว่าประชาชนที่มีอุปนิสัยไม่รักความเป็นระเบียบ ซึ่งจะทิ้งมูลฝอยกระจัดกระจายไม่รวบรวมนำไปทิ้งเป็นทาง ปริมาณมูลฝอยในการเก็บขนจึงน้อย แต่จะพบตามถนน แม่น้ำลำคลองที่สาธารณะ

5. สถานะเศรษฐกิจ (Economic Status) ชุมชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีย่อมมีกำลังซื้อสินค้าสูงกว่าชุมชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งทำให้มีปริมาณมูลฝอยมากกว่า

6. การบริการเก็บรวบรวมและกำจัดมูลฝอย (Collection Services and Disposal Methods) องค์ประกอบนี้มีผลอย่างมากต่อการเปลี่ยนแปลงปริมาณมูลฝอย หากการบริการเก็บขนมูลฝอยไม่สม่ำเสมอ ประชาชนก็ไม่กล้านำมูลฝอยออกมาทิ้ง ปริมาณมูลฝอยก็น้อยลง

7. กฎหมายข้อบังคับและความร่วมมือของประชาชนการบังคับใช้กฎหมายและความร่วมมือของประชาชนมีส่วนทำให้ปริมาณมูลฝอยที่เกิดขึ้นลดลง

การคัดแยกขยะ

กรมควบคุมมลพิษ (2550) ได้ให้ความหมายการคัดแยกขยะไว้ว่า การคัดแยกขยะเพื่อให้สะดวกแก่การนำไปกำจัดหรือนำไปใช้ประโยชน์ได้ใหม่ โดยทั่วไปแยกเป็น 4 ประเภท ได้แก่

1. ขยะเศษอาหาร หรือขยะที่เน่าเสียได้ เป็นขยะที่ย่อยสลายได้ง่าย มีความชื้นมากและส่งกลิ่นเหม็นได้อย่างรวดเร็ว ขยะประเภทนี้กำจัดและนำไปใช้ประโยชน์ได้โดยการหมักทำปุ๋ยใช้ในการเกษตรได้ ตัวอย่างขยะเศษอาหาร เช่น เศษผักผลไม้ เปลือกผลไม้ เนื้อสัตว์ เศษอาหาร เศษไม้ เศษใบไม้

2. ขยะอันตราย ถือเป็นขยะที่จำเป็นต้องแยกทิ้งต่างหาก เนื่องจากคุณสมบัติทางกายภาพ เคมี และชีวภาพ เช่น ติดไฟง่าย ระเบิดได้ มีสารกัดกร่อนขยะอันตราย ได้แก่ ถ่านไฟฉาย หลอดไฟ กระป๋องยาฆ่าแมลง เครื่องสำอาง น้ำมันเครื่อง ภาชนะน้ำยาทำความสะอาดสุญญากาศ

3. ขยะทั่วไป เป็นขยะที่ไม่สามารถนำมารีไซเคิลได้และไม่สามารถแยกเป็นประเภทต่างๆ ได้ ขยะทั้ง 3 ประเภทข้างต้น ทำให้ต้องทิ้งเพื่อให้รถมาเก็บขนไปทำลายหรือกำจัดต่อไป เช่น เศษกระจกแตก เปลือกลูกอม ของขนม ของบะหมี่สำเร็จรูป

4. ขยะรีไซเคิล หรือขยะยังใช้ได้ ขยะประเภทนี้ บางส่วนสามารถแยกนำมาแปรรูปกลับมาใช้ใหม่ได้ เป็นการประหยัดพลังงานและทรัพยากร ได้แก่ แก้วพลาสติกกระดาศ ขยะกระดาษ อะลูมิเนียม กระป๋องเหล็ก เศษผ้า

การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (2557) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การสนทนากลุ่ม (Focus group) หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสนทนาของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นบุคคลที่สามารถให้คำตอบในประเด็นที่ต้องการศึกษาได้ โดยจัดให้มีกลุ่มสนทนาประมาณ 6-12 คน ซึ่งกลุ่มที่จะมีลักษณะโต้ตอบโต้แย้งกันดีที่สุดคือ 7-8 คน และจะต้องมีผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) เป็นผู้คอยจุดประเด็นในการสนทนา เพื่อชักจูงให้กลุ่มเกิดแนวคิดและแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นหรือแนวทางการสนทนาอย่างกว้างขวางละเอียดลึกซึ้ง

หลักการของการสนทนากลุ่ม

วิธีเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการจัดให้คนที่เลือกจากประชากรที่ต้องการศึกษาจำนวนไม่มากนักมาร่วมวงสนทนากัน เพื่ออภิปรายพูดคุยกัน โดยมุ่งประเด็นการสนทนาไปยังเรื่องที่สนใจศึกษาในการจัดการสนทนากลุ่มอย่างเป็นระบบ อาจเลือกผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มจำนวน 7-12 คน ที่มีลักษณะบางประชากร สังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมที่คล้ายคลึงกัน ระหว่างพูดคุย มีพิธีกรเป็นผู้ดำเนินรายการ มีผู้จดบันทึกเป็นผู้ช่วยเนื้อหาการสนทนา และมีเทปบันทึกเสียงบันทึกรายละเอียดของการพูดคุย เมื่อเสร็จสิ้นการสนทนา ผู้บันทึกจะถอดรายละเอียดจากเทปที่บันทึกไว้ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวิเคราะห์ต่อไป ลักษณะสำคัญของการสนทนากลุ่ม คือ ต้องกำหนดวัตถุประสงค์เฉพาะ ขนาดสมาชิกที่เหมาะสมคือ 6-12 คน ที่ไม่รู้จักมาก่อน เลือกมาเพราะมีคุณสมบัติที่เหมาะสมกับประเด็นสนทนา กลุ่มผู้ให้สัมภาษณ์กำหนดไว้ล่วงหน้า ว่าใคร สัมภาษณ์ประเด็นอะไร

ประโยชน์ของการทำสนทนากลุ่ม

1. ใช้ในการศึกษาความคิดเห็น ทศนคติ ความรู้สึก การรับรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรม
2. ใช้ในการกำหนดสมมติฐานใหม่ๆ
3. ใช้ในการกำหนดคำถามต่างๆ ที่ใช้ในแบบสอบถาม
4. ใช้ค้นหาคำตอบที่ยังคลุมเครือ หรือยังไม่แน่ชัดของการวิจัยแบบสำรวจ เพื่อให้งานวิจัยสมบูรณ์ยิ่งขึ้น
5. ใช้ในการประเมินผลทางด้านธุรกิจ

ขั้นตอนการจัดสนทนากลุ่ม

1. กำหนดวัตถุประสงค์ (6-8 สัปดาห์ก่อนการสนทนากลุ่ม)
2. กำหนดกลุ่มเป้าหมายของผู้ให้ข้อมูล (6-8 สัปดาห์ก่อนการสนทนากลุ่ม)
3. รวบรวมที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ของผู้ร่วมงาน (6-8 สัปดาห์ก่อนการสนทนากลุ่ม)
4. ตัดสินใจว่าจะทำกี่กลุ่ม (4-5 สัปดาห์ก่อนการสนทนากลุ่ม)
5. วางแผนเรื่องระยะเวลาและตารางเวลา (4-5 สัปดาห์ก่อนการสนทนากลุ่ม)
6. ออกแบบแนวคำถาม ควรเรียงคำถามจากคำถามที่เป็นเรื่องทั่วไป เบาๆ ง่ายต่อการเข้าใจ และสร้างบรรยากาศให้คุ้นเคยกันระหว่างนักวิจัยกับผู้เข้าร่วมสนทนาแล้วจึงวกเข้าสู่คำถามหลักหรือคำถามหลักของประเด็นที่ทำการศึกษาแล้วจึงจบลงด้วยคำถามเบาๆอีกครั้ง เพื่อผ่อนคลายบรรยากาศในวงสนทนาและสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเองในช่วงท้ายอาจเติมคำถามเสริมเข้าไปแต่ต้องเป็นคำถามสั้นๆ อาจเป็นคำถามที่ไม่ได้เตรียมมาก่อน แต่เป็นคำถามที่ปรากฏขึ้นมาระหว่างการสนทนา (4-5 สัปดาห์ก่อนการสนทนากลุ่ม)
7. ทดสอบแนวคำถามที่สร้างขึ้น (4-5 สัปดาห์ก่อนการสนทนากลุ่ม)
8. ทำความเข้าใจกับผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) และผู้จดบันทึก (Note taker) (4-5 สัปดาห์ก่อนการสนทนากลุ่ม)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบผสมผสาน (mixed methods research)

ประชากรเป้าหมาย

1. ประชากรครัวเรือนในชุมชนบ้านป่ารวก ตำบลดงมะตะ อำเภอมะนัง จังหวัดเชียงราย มีจำนวน 145 หลังคาเรือน โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ ตัวแทนครัวเรือนละ 1 คนที่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ตลอดโครงการ สามารถอ่านออกเขียนภาษาไทยได้ ในเขตพื้นที่ชุมชนบ้านป่ารวก ตำบลดงมะตะ อำเภอมะนัง จังหวัดเชียงราย จำนวน 82 หลังคาเรือน

2. คณะกรรมการการจัดการขยะบ้านป่ารวก ตำบลดงมะตะ อำเภอมะนัง จังหวัดเชียงราย ประกอบด้วย

- ผู้นำชุมชน จำนวน 1 คน/ผู้ช่วยผู้นำชุมชน จำนวน 1 คน
- ตัวแทน อสม จำนวน 1 คน
- ตัวแทนจากคุ้มต่างๆ จำนวน 2 คน

รวมเป็นจำนวน 5 คน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบคำถามการทำ Focus Group ประกอบด้วยข้อคำถาม คือ จุดทิ้งขยะ สภาพขยะที่ครัวเรือนนำมาทิ้ง การจัดการขยะในชุมชน ปัญหาเกี่ยวกับขยะในชุมชนและแนวทางในการแก้ปัญหาขยะในชุมชน 2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะของครัวเรือน จำนวนทั้งหมด 10 ข้อ 3) แบบสอบถามพฤติกรรม การคัดแยกขยะ จำนวน 20 ข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. ประสานงานกับผู้นำชุมชนเพื่อขอความร่วมมือในการจัดเก็บและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความรู้และพฤติกรรม การคัดแยกขยะของคนในชุมชนก่อนดำเนินกิจกรรม
2. คณะผู้วิจัยและผู้นำชุมชนได้จัดทำสนทนากลุ่มในคณะกรรมการการจัดการขยะเพื่อค้นหาปัญหาขยะของชุมชนบ้านป่ารวก ตำบลดงมะตะ อำเภอมะนัง จังหวัดเชียงราย และแนวทางการดำเนินกิจกรรมของปัญหาขยะในชุมชน
3. ค้นหาตัวแทนครัวเรือน จำนวน 82 ครัวเรือน โดยแจ้งปัญหาขยะในชุมชนและแจกแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรม การคัดแยกขยะก่อนดำเนินกิจกรรม
4. ดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหาขยะในชุมชนบ้านป่ารวก โดยแนวทางแก้ปัญหา นำมาจากการทำสนทนา
5. เก็บแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรม การคัดแยกขยะหลังการดำเนินกิจกรรม

6. ตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการคัดแยกขยะก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรม ให้มีความสมบูรณ์ก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูล เมื่อได้ข้อมูลที่ต้องการเรียบร้อยแล้ว นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปต่อไป

สถิติที่ใช้และการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มคณะกรรมการการจัดการขยะ ในรูปแบบของการจดบันทึกตามที่ผู้วิจัยได้ตั้งประเด็นคำถาม เพื่อสรุปผลตามที่คณะกรรมการได้แสดงความคิดเห็นและเสนอแนะมุมมองของตนเองในประเด็นสภาพปัญหาปัจจุบันในการคัดแยกขยะโดยการมีส่วนร่วมของครัวเรือน การกำหนดกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะและการรณรงค์การทิ้งขยะให้ถูกต้อง

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถาม โดยการใช้คำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการคัดแยกขยะ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัย

1. การสนทนากลุ่มในคณะกรรมการ

การสนทนากลุ่ม ในกลุ่มคณะกรรมการและคณะผู้วิจัย ซึ่งสนทนาในประเด็น ดังนี้

1.1 จุดทิ้งขยะ คือ ขยะอันตรายจะมีจุดทิ้งอยู่ที่ศาลาการประชุมหมู่บ้าน ขยะทั่วไป ขยะรีไซเคิล จะมีรถเก็บขยะจากเทศบาลมาเก็บทุกวันอังคารและพฤหัสบดี

1.2 สภาพขยะที่ครัวเรือนนำมาทิ้ง คือ ส่วนมากจะเป็นขยะรีไซเคิลและขยะทั่วไป

1.3 การจัดการขยะในชุมชน คือ ขยะทั่วไป ขยะรีไซเคิล จะทิ้งให้กับรถเก็บขยะของเทศบาล ขยะอินทรีย์จะนำไปทิ้งที่จุดทิ้งขยะของหมู่บ้าน และขยะอินทรีย์ ในแต่ละหลังคาเรือนจะมีหลุมทิ้งขยะอินทรีย์และบางหลังคาเรือนจะนำขยะประเภทขยะอินทรีย์ไปเลี้ยงสัตว์และทำปุ๋ย

1.4 ปัญหาเกี่ยวกับขยะในชุมชน คือ คนในชุมชนไม่มีการคัดแยกขยะก่อนนำไปทิ้งและบางหลังคาเรือนมีการคัดแยกขยะที่ไม่ถูกต้อง บางหลังคาเรือนนำขยะอินทรีย์ใส่รวมกับขยะทั่วไปก่อนนำไปทิ้งให้กับเทศบาล บางหลังคาเรือนไม่เข้าร่วมการทิ้งขยะกับเทศบาลและนำขยะในครัวเรือนของตนไปกำจัดที่นาของตนเอง โดยมีการกำจัดขยะที่ไม่ถูกต้อง และไม่มีการนำขยะไปรีไซเคิลใช้ประโยชน์ใหม่อีกครั้ง

1.5 แนวทางในการแก้ปัญหาขยะในชุมชน คือ การจัดกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะและรณรงค์การคัดแยกขยะในชุมชน

2. ค่าเฉลี่ยของความรู้ในเรื่องของการคัดแยกขยะก่อนและหลังการให้ ความรู้และรณรงค์

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้ในเรื่องของการคัดแยกขยะก่อนหลังการให้ความรู้และรณรงค์

รายการ	ค่าเฉลี่ยก่อน การให้ความรู้	ค่าเฉลี่ยหลัง การให้ความรู้	ค่าเฉลี่ย ที่เพิ่มขึ้น
1. หลอดไฟฟ้าจัดเป็นขยะอันตรายใช่หรือไม่	6.89	9.87	2.98
2. เราต้องทิ้งเศษใบไม้ในถังขยะทั่วไป	4.87	9.63	4.76
3. เศษอาหารจัดเป็นขยะย่อยสลาย	6.70	9.75	3.05
4. ถูพลาสติก และเศษอาหารทิ้งในถังขยะเดียวกันได้	4.26	9.75	5.49
5. ขยะแห้ง เช่น ถูพลาสติก กระดาษ ขอนมม กล่องนม ต้องทิ้งในถังขยะทั่วไป	2.68	9.75	7.07
6. เศษกระดาษและถ่านไฟฉายเป็นขยะประเภทเดียวกัน	3.17	9.75	6.58
7. ผักและผลไม้ เศษอาหาร ใบไม้ นำไปทำปุ๋ยหมักได้	9.26	10.00	0.74
8. ขวดน้ำพลาสติกสามารถนำกลับมาใช้ซ้ำได้อีก	9.02	10.00	0.98
9. การคัดแยกขยะก่อนทิ้งจะช่วยลดปริมาณของขยะได้	8.53	9.75	1.22
10. ถ่านไฟฉายจัดเป็นขยะอันตราย	9.14	9.87	0.73
ค่าเฉลี่ยรวม	6.45	9.81	3.36

จากตารางที่ 1 พบว่า คนในชุมชนมีความรู้เกี่ยวกับขยะก่อนการดำเนินกิจกรรม เฉลี่ย 6.45 อยู่ในระดับมากและหลังการดำเนินกิจกรรมมีความรู้เกี่ยวกับขยะ เฉลี่ย 9.81 อยู่ในระดับมาก มีความรู้เพิ่มขึ้น เฉลี่ย 3.36 ซึ่งมีความรู้เกี่ยวกับการทิ้งขยะแห้ง เช่น ถูพลาสติก กระดาษ ขอนมม กล่องนม ต้องทิ้งในถังขยะทั่วไปเพิ่มขึ้น 7.07 อยู่ในระดับมาก รองลงมีความรู้เกี่ยวกับมาเศษกระดาษและถ่านไฟฉายเป็นขยะประเภทเดียวกันและถูพลาสติก และเศษอาหารทิ้งในถังขยะเดียวกันได้ อยู่ในระดับปานกลาง เฉลี่ย 6.58 และ 5.49 ตามลำดับ

3. พฤติกรรมการคัดแยกขยะของคนในชุมชน

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรม

ข้อที่	รายการ	ค่าเฉลี่ย ก่อน	ค่าเฉลี่ย หลัง	ค่าเฉลี่ย ที่เพิ่มขึ้น
1	ท่านนำหลอดไฟที่เสียแล้วไปทิ้งถังขยะใส่ขยะอันตรายของชุมชน	0.45	2.00	1.55
2	ท่านทิ้งเศษอาหารรวมกับขยะอื่นๆ	0.50	1.91	1.41
3	ท่านทิ้งขวดสเปรย์ยาฆ่าแมลงรวมกับขยะทั่วไป	0.45	1.95	1.50
4	ท่านนำขยะเปียก เช่น ผักผลไม้ เศษอาหาร ใบไม้ไปหมักเป็นปุ๋ย	0.56	1.91	1.35
5	ท่านทิ้งถ่านไฟฉายรวมกับขยะทั่วไป	0.56	1.93	1.37
6	ขยะที่เป็นประเภทกล่องกระดาษ หนังสือพิมพ์เก่า สมุดหนังสือของบุตรหลานที่ไม่ได้ใช้แล้ว ครอบครัวของท่านจะนำไปขายให้กับรถซาเล้งรับซื้อของเก่าหรือนำไปใช้ใหม่อีก	0.43	2.00	1.57
7	ท่านทิ้งขวดน้ำพลาสติกในถังขยะทั่วไป	0.60	0.63	0.03
8	ท่านจะบอกหรือเตือนเพื่อนบ้าน เมื่อเขาไม่แยกขยะก่อน	0.55	1.05	0.50
9	ท่านนำเศษแก้วที่แตกทิ้งในถังขยะทั่วไป	0.59	0.70	0.11
10	ท่านได้มีการคัดแยกขยะก่อนนำไปทิ้ง	0.37	1.93	1.56
11	ท่านมีการรวบรวม พลาสติกปิดแผล ผ้าก๊อซ สำลี ที่ใช้แล้วไปทิ้งที่ถังขยะ รพ.สต.	0.56	1.89	1.33
12	ท่านมีการแยกขยะเปียกและขยะแห้งออกจากกันก่อนทิ้งถังขยะ	0.50	1.93	1.43
13	ท่านจะคัดแยกขยะในบ้านของท่าน เพื่อนำขยะไปใช้ประโยชน์	0.79	1.93	1.23
14	ท่านทิ้งขยะตามถังที่ชุมชนจัดเตรียมไว้	0.38	1.99	1.61
15	ท่านมีการแยกกระดาษและถุงพลาสติกออกจากกันก่อนนำไปทิ้งถังขยะ เช่น เก็บถุงไว้ใช้ใหม่แล้วทิ้งกระดาษลงถังขยะ	0.66	1.96	1.30
16	ท่านนำกะละมังที่ไม่ได้ใช้แล้วนำมาใช้ประโยชน์อื่นๆ เช่น นำไปทำเป็นกระถางต้นไม้	0.80	1.99	1.19
17	กระจกที่แตกหรือขวดแก้วที่แตกท่านนำไปทิ้งถังขยะอันตรายของชุมชน	0.66	1.99	1.33

ข้อที่	รายการ	ค่าเฉลี่ย ก่อน	ค่าเฉลี่ย หลัง	ค่าเฉลี่ย ที่เพิ่มขึ้น
18	ท่านทยอยทิ้งรวมกันในถุงดำแล้วนำไปตั้งไว้หน้าบ้านเพื่อรอเทศบาลมาเก็บ	1.00	2.00	1.00
19	ท่านนำกระป๋องโค้ก กระป๋องเปียร์ มาทำเป็นสิ่งประดิษฐ์ต่างๆ	1.15	1.57	0.42
20	ท่านนำเสื้อผ้าที่ไม่ใส่แล้ว มาใช้เป็นผ้าเช็ดมือ เช็ดโต๊ะ หรือนำไปใช้ประโยชน์อื่นๆ	0.65	1.34	0.69
ค่าเฉลี่ยรวม		0.61	1.73	1.12

จากตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบพฤติกรรมก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมการคัดแยกขยะ ซึ่งพบว่า พฤติกรรมการคัดแยกขยะก่อนการดำเนินกิจกรรม เฉลี่ย 0.61 อยู่ในระดับปฏิบัติไม่ถูกต้อง และพฤติกรรมการคัดแยกขยะหลังการดำเนินการ เฉลี่ย 1.73 อยู่ในระดับปฏิบัติถูกต้อง ซึ่งคนในชุมชนมีพฤติกรรมการคัดแยกขยะเพิ่มขึ้น 1.12

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยนี้สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

แนวทางการจัดการขยะบ้านป่าวรรณ เกิดจากกระบวนการร่วมมือของชุมชน เห็นว่าควรมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะและนำขยะไปใช้ประโยชน์ และการรณรงค์เกี่ยวกับการคัดแยกขยะ จากนั้นจึงได้สำรวจความรู้และพฤติกรรมการคัดแยกขยะของในชุมชน ซึ่งพบว่าหลังทำกิจกรรมดังกล่าวทั้งความรู้และพฤติกรรมการคัดแยกขยะในชุมชนดีขึ้น

การที่คนในชุมชนมีความรู้และมีพฤติกรรมการคัดแยกขยะที่ดีขึ้น อาจเนื่องจากคนในชุมชนมีความร่วมมือกันในด้านของการร่วมกันคิดปัญหาของขยะในชุมชนและการร่วมกันแก้ปัญหาขยะในชุมชนซึ่งมีคณะกรรมการการคัดแยกขยะขับเคลื่อน ทำให้คนในชุมชนไม่มีความคิดว่าเป็นการถูกบังคับให้กระทำ จึงมีความร่วมมือและพึงพอใจต่อการทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะ และนำความรู้ที่ได้จากกิจกรรมไปปรับใช้ในครัวเรือนของตนเอง จึงทำให้ปัญหาขยะในชุมชนบ้านป่าวรรณ ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการมีส่วนร่วมของประชาชนในขั้นตอนการมีส่วนร่วมของประชาชน ของสำนักงานปลัดนายกรัฐมนตรี (2553) คือ การค้นหาปัญหาที่มีการของการมีส่วนร่วมของประชาชนตั้งแต่เริ่มแรก มีการวางแผนการแก้ปัญหา ทำให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนดวิธีแก้ปัญหา

และแนวทางในการดำเนินงาน มีการดำเนินการปฏิบัติที่คนชุมชนได้รับผลประโยชน์จากการดำเนินกิจกรรม และขั้นตอนการติดตามและประเมินผลที่คนชุมชนมีส่วนร่วมในการประเมินว่าการทำกิจกรรมนั้นมีความสำเร็จอย่างไร ซึ่งเป็นการให้ความสำคัญกับความคิดเห็นของประชาชน การประชาชนเข้ามามีบทบาทในทุกขั้นตอนของการตัดสินใจ คนในชุมชนจึงมีความรู้และมีพฤติกรรมการคัดแยกขยะที่ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมมลพิษ. (2544). **ประเภทของมูลฝอย แหล่งกำเนิดมูลฝอย ปริมาณของมูลฝอยและคุณสมบัติของมูลฝอย**. สืบค้นเมื่อ 23 มกราคม 2565, จาก <https://kb.pus.ac.th/psukb/bitstream/2010/9723/1/392675.pdf>
- กรมควบคุมมลพิษ. (2550). **การคัดแยกขยะมูลฝอย**. สืบค้นเมื่อ 13 สิงหาคม 2565, จาก <https://www.bondon.go.th/images/abt/pdf/319.pdf>
- ณิชา บุรณสิงห์. (2558). **การบริหารจัดการขยะ : กรณีจังหวัดสงขลาและกรุงเทพมหานคร**. กรุงเทพฯ: สำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร.
- พระราชบัญญัติการสาธารณสุข. (2535). **ความหมายของมูลฝอย**. สืบค้นเมื่อ 23 มกราคม 2565, จาก <https://scienceillustratedthailand.com/nature>
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลงมะตะ. (2561). **รายงานข้อมูลประจำปี 2561**. เชียงราย: ผู้แต่ง.
- ศรินทร์ทิพย์ กริมเขียว. (2550). **ความหมายของมูลฝอย**. สืบค้นเมื่อ 26 สิงหาคม 2564, จาก <https://kb.pus.ac.th/psukb/bitstream/2010/9723/1/392675.pdf>
- สมาคมพัฒนาคุณภาพสิ่งแวดล้อม. (2559). **ความหมายของมูลฝอย**. สืบค้นเมื่อ 11 มกราคม 2565, จาก <https://adeq.or.th/ความหมายมูลฝอย>
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. (2557). **ความหมายและระดับของการมีส่วนร่วมและระดับของการมีส่วนร่วม**. สืบค้นเมื่อ 26 สิงหาคม 2564, จาก <https://www2.opdc.go.th/special.php>
- สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี. (2553). **ขั้นตอนการมีส่วนร่วมของประชาชน**. สืบค้นเมื่อ 26 สิงหาคม 2564, จาก https://digital_collect.lib.buu.ac.th



การประเมินความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัย ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์การบริหารส่วนตำบลปากอคำ จังหวัดเชียงราย

อุทุมพร เชื้อนคำ¹, ัญญลักษณ์ วงศ์², ณัฐธิดา ยี่ภิญโญ³,
อารียา ศรีจุมปา⁴, ชนกนันท์ ฝากมิตร⁵ และ สุเวช พิมน้ำเย็น⁶

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัยนี้เพื่อประเมินความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์การบริหารส่วนตำบลปากอคำ อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย และทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ย ความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กหญิงและเด็กชาย ปีการศึกษา 2564 ประชากรเป้าหมายในการวิจัยคือ เด็กปฐมวัยที่มีอายุ 3-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลปากอคำ จำนวน 37 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ 3-5 ปี สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และค่าที (t-Test) ผลการวิจัยพบว่า เด็กปฐมวัย ส่วนมากมีความฉลาดทางอารมณ์ระดับปกติ ร้อยละ 81.1 สูงกว่าปกติ ร้อยละ 18.9 ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กหญิงและเด็กชายไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : ความฉลาดทางอารมณ์, เด็กปฐมวัย, ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

¹ ครู ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลปากอคำ อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

² ครู ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลปากอคำ อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

³ ครู ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลปากอคำ อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

⁴ ครู ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลปากอคำ อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

⁵ อาจารย์ คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

⁶ อาจารย์ คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น E-mail: suwech1981@northern.ac.th



Emotional Quotient Assessment of Early Childhood in the Child Development Center, Pakordum Subdistrict Administration Organization, Chiang Rai Province

Uthumphorn Khueankham¹, Thanyalak Wongkuru², Nattida Yeepinyo³,
Arriya Srijumpa⁴, Chanoknun Fakmit⁵ and Suwech Pimnumyen⁶

Abstract

The aim of this research was to assess emotional quotient of early childhood in the Child Development Center, Pakordum subdistrict administration organization, Mae Lao district, Chiang Rai province, Thailand. Academic year 2021. The target population for research were 37 early childhoods; 3-5 years old in the Child Development Center, Pakordum subdistrict administration organization. The research instrument was an assessment questionnaire for emotional quotient in early childhood; 3-5 years old. The statistics used for data analysis were frequency, percentage and t-Test. The results found that the emotional quotient of early childhood was at normal level (81.1%) and high level (18.9%). There is no difference in the mean emotional quotient between girls and boys with a statistical significance at 0.05 level.

Keywords : Emotional Quotient, Early Childhood, Child Development Center

¹ Teacher, Child Development Center, Pakordum Subdistrict Administration Organization, Mae Lao district, Chiang Rai province

² Teacher, Child Development Center, Pakordum Subdistrict Administration Organization, Mae Lao district, Chiang Rai province

³ Teacher, Child Development Center, Pakordum Subdistrict Administration Organization, Mae Lao district, Chiang Rai province

⁴ Teacher, Child Development Center, Pakordum Subdistrict Administration Organization, Mae Lao district, Chiang Rai province

⁵ Lecturer, Faculty of Allied Health Sciences, Northern College

⁶ Lecturer, Faculty of Allied Health Sciences, Northern College E-mail: suwech1981@northern.ac.th

บทนำ

ความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Quotient หรือ Emotional Intelligence) นิยมเรียกย่อว่า EQ หมายถึง ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ มีจิตใจที่มั่นคง การมองโลกในแง่ดี รู้จักเห็นอกเห็นใจผู้อื่น รู้จักเอาใจเขามาใส่ใจเรา มีความมุ่งมั่นแน่วแน่ มีเหตุผล มีสติ สามารถควบคุมตนเอง มีความสามารถในการรับรู้ถึงความต้องการของคนอื่น และรู้จักมารยาททางสังคม หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ คนที่มี EQ ดี จะเป็นคนที่สามารถแสดงออกทางพฤติกรรมต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมตามวัย และสามารถอยู่กับคนอื่นๆ ในสังคมได้อย่างดี (วรพันธ์ ศรียากร, 2562)

ความฉลาดทางอารมณ์ของเด็ก เป็นความพร้อมทางอารมณ์ที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างราบรื่น โดยรู้จักอารมณ์ตนเองและผู้อื่น แสดงความเห็นใจหรือปลอบใจผู้อื่น อดทนและรอคอยได้ มีน้ำใจ รู้จักให้ รู้จักแบ่งปัน รู้ว่าทำผิดหรือยอมรับผิด มีความกระตือรือร้น สนใจใฝ่รู้ และปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง พร้อมทำให้ตนเองเกิดความสุข โดยมีความพอใจ ความอบอุ่น และสนุกสนานร่าเริง (สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต, 2559) เด็กปฐมวัยถือได้ว่าเป็นช่วงที่มีความสำคัญในการวางรากฐานของชีวิต เนื่องด้วยเป็นวัยเริ่มต้นของชีวิต เป็นวัยแห่งพัฒนาการด้านต่างๆ มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว เป็นช่วงสำคัญที่ควรได้รับการพัฒนาให้ถูกต้อง การจัดการศึกษาให้กับเด็กปฐมวัยนี้จึงต้องคำนึงถึงเรื่องการส่งเสริมพัฒนาการที่ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ พัฒนาการด้านร่างกาย อารมณ์จิตใจ สังคม และสติปัญญา (อรุณญา กุฎจอมศรี, 2557)

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลปากอ่ดำ ตำบลปากอ่ดำ อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย เปิดการเรียนการสอนสำหรับเด็กปฐมวัยช่วงอายุ 2-5 ปี มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมและสนับสนุนให้เด็กได้รับการดูแลที่ถูกสุขลักษณะ ได้รับการฝึกฝนพัฒนาตามวัยและเต็มตามศักยภาพพัฒนาความพร้อมของเด็กทุกๆ ด้านแบบองค์รวมตามหลักจิตวิทยาพัฒนาการและหลักการจัดการศึกษาปฐมวัย สอดคล้องกับมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ (คณะกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ, 2562) การประเมินความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กจะช่วยให้ครูผู้ดูแลเด็กได้ทราบถึงจุดเด่นของลักษณะความฉลาดทางอารมณ์ที่ควรส่งเสริมและจุดอ่อนที่ควรพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น รวมทั้งสามารถใช้ในการติดตามเพื่อดูพัฒนาการทางอารมณ์ว่ามีความก้าวหน้ามากขึ้นเพียงใดเมื่อเด็กนั้นมีอายุเพิ่มขึ้น

การประเมินความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยยังเป็นประโยชน์ให้ครูและผู้ดูแลเด็กได้ทราบข้อมูลเด็กและนำข้อมูลมาออกแบบหรือพัฒนากิจกรรมการเรียนการสอนที่ช่วยพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของเด็ก จากความเป็นมาดังที่กล่าวมาแล้วครูและผู้ดูแลเด็กของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลปากอ่ดำจึงทำวิจัยเรื่องนี้ในปีการศึกษา 2564 เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้พัฒนาการเรียนการสอนหรือจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลปากอ่ดำ อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กหญิงและเด็กชาย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้มีขอบเขตเนื้อหาประเด็นความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัย ช่วงอายุ 3-5 ปี ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลปากอ่ดำ อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ปีการศึกษา 2564 จำนวนทั้งสิ้น 37 คน เป็นการศึกษาในประชากรเฉพาะกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ ใช้ระยะเวลา 4 เดือน (1 มกราคม พ.ศ. 2565 – 30 เมษายน พ.ศ. 2565) และประเมินความฉลาดทางอารมณ์ด้วยแบบประเมินที่ออกแบบโดย สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยจากการปฏิบัติงานประจำ (Routine to Research: R to R หรือ R2R) ครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงประเมิน (Evaluation research)

ประชากรเป้าหมาย

การวิจัยนี้ทำการศึกษาในประชากรคือเด็กปฐมวัย อายุ 3-5 ปี ซึ่งเป็นนักเรียนของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลปากอ่ดำ อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ปีการศึกษา 2564 จำนวน 37 คน เป็นประชากรเป้าหมายในการทำวิจัย เนื่องจากเป็นไปตามหลักการประเมินความฉลาดทางอารมณ์และแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ 3-5 ปี ของกรมสุขภาพจิตซึ่งนำมาใช้ประเมินได้กับเด็กที่มีอายุไม่ต่ำกว่า 3 ปี

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ 3-5 ปี (ฉบับย่อ) สำหรับครู/ผู้ดูแลเด็ก (สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต, 2559) ซึ่งเป็นแบบมาตรฐานที่ผ่านการประเมินคุณภาพและรับรองโดยกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วยคำถาม 15 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้

ด้านดี

1. แสดงความสนใจเมื่อเห็นเพื่อนหรือผู้อื่นทุกข์ร้อน เช่น บอกว่าสงสาร เข้าไปปลอบ เข้าไปช่วย
2. หยุดการกระทำที่ไม่ดีเมื่อผู้ใหญ่ห้าม
3. แบ่งปันสิ่งของให้คนอื่น ๆ เช่น ขนม ของเล่น
4. บอกขอโทษหรือแสดงท่าที่ยอมรับผิดเมื่อรู้ว่าทำผิด
5. ออดทนและรอคอยได้

ด้านเก่ง

6. อยากรู้ อยากเห็น กับของเล่นหรือสิ่งแปลกใหม่
7. สนใจ รู้สึกสนุกกับงานหรือกิจกรรมใหม่ๆ
8. ซักถามในสิ่งที่อยากรู้
9. เมื่อไม่ได้ของเล่นที่อยากได้ก็สามารถเล่นของอื่นแทน
10. ยอมรับกฎเกณฑ์หรือข้อตกลง แม้จะผิดหวัง/ไม่ได้สิ่งที่ต้องการ

ด้านสุข

11. แสดงความภาคภูมิใจเมื่อได้รับคำชมเชย เช่น บอกเล่าให้ผู้อื่นรู้
12. รู้จักหาของเล่น หรือกิจกรรมเพื่อสร้างความสนุกสนานเพลิดเพลิน
13. แสดงอารมณ์สนุกหรือร่วมสนุกตามไปกับสิ่งที่เห็น เช่น ร้องเพลง กระโดดเต้น หัวเราะเฮฮา
14. เก็บตัว ไม่เล่นสนุกสนานกับเด็กคนอื่นๆ
15. ไม่กลัวเมื่อต้องอยู่กับคนที่ไม่สนิทสนม

ข้อคำถามแต่ละข้อ มีคำตอบที่เป็นไปได้ 4 คำตอบคือ

ไม่เป็นเลย	หมายถึง	ไม่เคยปรากฏ
เป็นบางครั้ง	หมายถึง	นานๆ ครั้ง หรือทำบ้างไม่ทำบ้าง
เป็นบ่อยครั้ง	หมายถึง	ทำบ่อยๆ หรือเกือบทุกครั้ง
เป็นประจำ	หมายถึง	ทำทุกครั้งเมื่อเกิดสถานการณ์นั้น

การให้คะแนน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 ข้อ 1-13 และ 15	ไม่เป็นเลย	ให้ 1 คะแนน
	เป็นบางครั้ง	ให้ 2 คะแนน
	เป็นบ่อยครั้ง	ให้ 3 คะแนน
	เป็นประจำ	ให้ 4 คะแนน
กลุ่มที่ 2 ข้อ 14	ไม่เป็นเลย	ให้ 4 คะแนน
	เป็นบางครั้ง	ให้ 3 คะแนน
	เป็นบ่อยครั้ง	ให้ 2 คะแนน
	เป็นประจำ	ให้ 1 คะแนน

การแปลผลคะแนน แบ่งระดับความฉลาดทางอารมณ์เป็น 3 ระดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การแปลผลคะแนน จากข้อคำถามการประเมินความฉลาดทางอารมณ์

องค์ประกอบ	คะแนนเทียบกับเกณฑ์		
	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	ปกติ	สูงกว่าปกติ
ด้านดี	1-11	12-19	20
ด้านเก่ง	1-12	13-19	20
ด้านสุข	1-12	13-18	19-20
ความฉลาดทางอารมณ์ (EQ)	1-39	40-55	56-60

พื้นที่วิจัย

งานวิจัยนี้เก็บข้อมูลนักเรียนปฐมวัยและทำการประเมินที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลปากอคำ ตั้งอยู่เลขที่ 117 หมู่ที่ 1 ตำบลปากอคำ อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้ระยะเวลาในการวิจัยและรวบรวมข้อมูล 4 เดือน (มกราคม พ.ศ. 2565 - เมษายน พ.ศ. 2565) เริ่มจากการที่ครู/ผู้ดูแลเด็ก ซึ่งเป็นผู้คุ้นเคยดูแลและจัดการเรียนการสอนให้แก่เด็ก คัดเลือกเด็กที่มีอายุเต็ม 3 ปี นับถึงวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2565 และเริ่มทำการสังเกตพฤติกรรมเด็กตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2564 จนถึงวันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2565 เป็นระยะเวลา 4 เดือน แล้วทำการประเมินความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กโดยใช้แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ เด็กอายุ 3-5 ปี (ฉบับย่อ) สำหรับครู/ผู้ดูแลเด็ก (สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต, 2559) และรวบรวมข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์

สถิติที่ใช้และการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติสำหรับวิเคราะห์ข้อมูลระดับความฉลาดทางอารมณ์ ได้แก่ ความถี่ (frequency) และร้อยละ (Percentage)

สถิติสำหรับทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กหญิงและเด็กชาย คือ t-Test: Two-Sample Assuming Unequal Variances ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม Microsoft Excel

การพิทักษ์สิทธิของประชากรในงานวิจัย

ครูของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลปากอคำ ได้แจ้งและได้รับความยินยอมเห็นชอบจากผู้ปกครองเด็กนักเรียนในการศึกษาครั้งนี้ผลการการประเมินความฉลาดทางอารมณ์จะไม่นำไปเปิดเผยต่อสาธารณะในลักษณะของข้อมูลส่วนตัวหรือเผยแพร่เป็นรายบุคคล แต่จะนำไปเป็นข้อมูลเพื่อใช้ประโยชน์ในการ

ปรับปรุงพัฒนากิจกรรมการเรียนการสอน จะมีการสื่อสารแจ้งให้ผู้ปกครองของเด็กเป็นรายบุคคลเท่านั้น และผลการประเมินเป็นคะแนนของเด็กรายบุคคลนี้ จะไม่นำไปเปรียบเทียบกับเด็กอื่น หรือกล่าวต่าหานักเรียนหรือผู้ปกครองแต่อย่างใด ข้อมูลจากการวิจัยจะใช้เพื่อประโยชน์ต่อการพัฒนาการเรียนการสอนของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลปากอ่อดำ

ผลการวิจัย

ผลการประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็กปฐมวัย ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลปากอ่อดำ ในภาพรวมนั้นพบว่าเด็กปฐมวัยส่วนมากมีความฉลาดทางอารมณ์ระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 81.1 และสูงกว่าปกติ ร้อยละ 18.9 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัย แยกตามรายด้านและภาพรวม แสดงจำนวน และร้อยละ (N=37)

องค์ประกอบ	ผลการประเมินเทียบกับเกณฑ์		
	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	ปกติ	สูงกว่าปกติ
ด้านดี	1 (2.7%)	30 (81.1%)	6 (16.2%)
ด้านเก่ง	-	27 (73.0%)	10 (27.0%)
ด้านสุข	-	25 (67.6)	12 (32.4%)
ความฉลาดทางอารมณ์ (EQ)	-	30 (81.1%)	7 (18.9%)

หมายเหตุ ข้อมูลที่แสดงในตาราง เช่น 6 (16.2%) หมายถึง จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 16.2

พฤติกรรมเด็กปฐมวัยที่แสดงออกเป็นส่วนมาก โดยจำแนกตามรายด้านพบว่า ด้านดี คือ หยุดการกระทำที่ไม่ดีเมื่อผู้ใหญ่ห้าม ผลประเมิน “เป็นประจำ” ร้อยละ 62.2 (ตารางที่ 3 ข้อ 2) ด้านเก่ง คือ สนใจ รู้สึกสนุกกับงานหรือกิจกรรมใหม่ๆ ผลประเมิน “เป็นประจำ” ร้อยละ 83.8 (ตารางที่ 3 ข้อ 7) ด้านสุข คือ รู้จักหาของเล่นหรือกิจกรรมเพื่อสร้างความสนุกสนานเพลิดเพลิน ผลประเมิน “เป็นประจำ” ร้อยละ 86.5 (ตารางที่ 3 ข้อ 12) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 พฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่แสดงออก แสดงเป็นจำนวนและร้อยละของเด็ก จำแนกเป็นรายด้านและรายข้อ (N=37)

ประเด็นที่ประเมิน	พฤติกรรมของเด็กปฐมวัย			
	ไม่เป็นเลย	เป็นบางครั้ง	เป็นบ่อยครั้ง	เป็นประจำ
ด้านดี				
1. แสดงความสนใจเมื่อเห็นเพื่อนหรือผู้อื่นทำสิ่งดีๆ เช่น บอกว่าสงสาร เข้าไปปลอบหรือเข้าไปช่วย		5 (13.5%)	19 (51.4%)	13 (35.1%)
2. หยุดการกระทำที่ไม่ดีเมื่อผู้ใหญ่ห้าม		2 (5.4%)	12 (32.4%)	23 (62.2%)
3. แบ่งปันสิ่งของให้คนอื่น ๆ เช่น ขนม ของเล่น		2 (5.4%)	20 (54.0%)	15 (40.6%)
4. บอกขอโทษหรือแสดงท่าที่ยอมรับผิดเมื่อรู้ว่าทำผิด		6 (16.2%)	21 (56.8%)	10 (27.0%)
5. อดทนและรอคอยได้		2 (5.4%)	16 (16.2%)	19 (51.4%)
ด้านเก่ง				
6. อยากรู้อยากเห็นกับของเล่นหรือสิ่งแปลกใหม่			7 (18.9%)	30 (81.1%)
7. สนใจ รู้สึกสนุกกับงานหรือกิจกรรมใหม่ๆ			6 (16.2%)	31 (83.8%)
8. ซักถามในสิ่งที่อยากรู้	1 (2.7%)	6 (16.2%)	7 (18.9%)	23 (62.2%)
9. เมื่อไม่ได้ของเล่นที่อยากได้ก็สามารถเล่นของอื่นแทน		1 (2.7%)	8 (21.6%)	28 (75.7%)
10. ยอมรับกฎเกณฑ์หรือข้อตกลง แม้จะผิดหวัง/ไม่ได้สิ่งที่ต้องการ		3 (8.1%)	18 (48.7%)	16 (16.2%)
ด้านสุข				
11. แสดงความภาคภูมิใจเมื่อได้รับคำชมเชย เช่น บอกเล่าให้ผู้อื่นรู้		3 (8.1%)	8 (21.6%)	26 (70.3%)
12. รู้จักหาของเล่น หรือกิจกรรมเพื่อสร้างความสนุกสนานเพลิดเพลิน			5 (13.5%)	32 (86.5%)
13. แสดงอารมณ์สนุกหรือร่วมสนุกตามไปกับสิ่งที่เห็น เช่น ร้องเพลง กระโดดเต้น หัวเราะเฮฮา		2 (5.4%)	15 (40.6%)	20 (54.0%)
14. เก็บตัว ไม่เล่นสนุกสนานกับเด็กคนอื่น ๆ	35 (94.6%)	2 (5.4%)		
15. ไม่กลัวเมื่อต้องอยู่กับคนที่ไม่สนิทสนม		6 (16.2%)	24 (64.9%)	7 (18.9%)

หมายเหตุ ข้อมูลที่แสดงในตาราง เช่น 5 (13.5%) หมายถึง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 13.5

คะแนนความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กหญิง จำนวน 22 คน และเด็กชาย จำนวน 15 คน เรียงลำดับ มาก-น้อย แสดงให้เห็นดังตารางที่ 4 และผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กหญิงและเด็กชาย ด้วยค่า t-Test: Two-Sample Assuming Unequal Variances พบว่าคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กหญิงและเด็กชายไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 4 คะแนนความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กหญิงและชาย

เพศ	คะแนนความฉลาดทางอารมณ์ (เรียงลำดับ มาก-น้อย)	จำนวน (N)
เด็กหญิง	60, 59, 57, 57, 56, 55, 55, 54, 54, 54, 54, 54, 54, 54, 52, 52, 51, 49, 48, 48, 43	22
เด็กชาย	60, 58, 55, 54, 54, 54, 54, 53, 53, 51, 51, 49, 46, 44, 43	15

ตารางที่ 5 ผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กหญิงและเด็กชายด้วยค่า t-Test: Two-Sample Assuming Unequal Variances

t-Test: Two-Sample Assuming Unequal variances	α	β ÷
Mean	53.36363636	51.93333333
Variance	14.81385281	22.78095238
Observations	22	15
Hypothesized Mean Difference	0	
Df	26	
t Stat	0.966049	
P(T<=t) one-tail	0.171460084	
T Critical one-tail	1.70561792	
P(T<=t) two-tail	0.342920168	
T Critical two-tail	2.055529439	

หมายเหตุ $p > 0.05$ พิจารณาที่ $P(T<=t)$ two-tail 0.342920168

อภิปรายผลการวิจัย

การประเมินความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยครั้งนี้ เป็นการประเมินคุณลักษณะ 3 ด้าน คือ (1) ด้านดี เป็นความพร้อมทางอารมณ์ที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างราบรื่นโดยประเมินจากการรู้จักอารมณ์ตนเองและผู้อื่น แสดงความเห็นใจหรือปลอบใจผู้ และแสดงความเห็นใจหรือปลอบใจผู้อื่น อุดหนุนคอยได้ มีน้ำใจ รู้จักให้ แบ่งปัน รู้ว่าทำผิดหรือยอมรับผิด (2) ด้านเก่ง เป็นความพร้อมทางอารมณ์ที่จะพัฒนาตนไปสู่ความสำเร็จโดยประเมินจากความกระตือรือร้น สนใจใฝ่รู้และการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง (3) ด้านสุข เป็นความพร้อมทางอารมณ์ที่จะทำให้ตนเองเกิดความสุข โดยประเมินจากการมีความพอใจ ความอบอุ่นใจ และความสนุกสนานร่าเริง (สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต, 2559)

สาเหตุที่เลือกใช้แบบประเมินแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ เด็กอายุ 3-5 ปี (ฉบับย่อ) สำหรับครู/ผู้ดูแลเด็ก (สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต, 2559) ในงานวิจัยนี้ เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่สร้างมาเพื่อมุ่งหมายให้ครู ผู้ดูแลเด็ก ได้ใช้ประเมินและคัดกรองเบื้องต้น ประกอบกับข้อคำถามเพื่อการประเมินนั้นมีจำนวน 15 ข้อ ซึ่งเป็นจำนวนที่ไม่มากเกินไป ทำให้ครูและผู้ดูแลเด็กสามารถทำความเข้าใจได้ง่าย มองเห็นประเด็นและจัดทำประเด็นที่จะต้องสังเกตพฤติกรรมเด็ก ในช่วงเวลา 4 เดือน ได้อย่างดี ไม่ต้องกังวลกับข้อคำถามหรือประเด็นการประเมินที่มากเกินไป

จากผลการวิจัยนี้ ความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยในภาพรวม เด็กส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ และบางส่วนสูงกว่าปกติ ซึ่งกลุ่มนี้ไม่มีปัญหา ซึ่งตามข้อเสนอของกรมสุขภาพจิตนั้นกล่าวไว้ว่า เด็กที่มีความฉลาดทางอารมณ์ปกติ ควรได้รับการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ในด้านอื่นๆ ให้ดียิ่งขึ้น ครู ผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครองควรร่วมกันส่งเสริมให้เด็กมีความฉลาดทางอารมณ์ในด้านอื่นๆ อย่างต่อเนื่อง

หากพิจารณาประเด็นในภาพรวม (ตารางที่ 2) จะเห็นว่า มีเด็กที่มีระดับความฉลาดทางอารมณ์ ด้านดี ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ 1 คน (ร้อยละ 2.7) ซึ่งครู ผู้ดูแลเด็ก และผู้ปกครอง ต้องให้ความสนใจเพื่อเสริมพัฒนาการของเด็กๆ นี้

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยนี้ มีเด็กปฐมวัยจำนวนหนึ่งที่มีระดับเด็กที่มีระดับความฉลาดทางอารมณ์ ด้านดี ต่ำกว่าเกณฑ์ปกตินั้น ครู ผู้ดูแลเด็ก และผู้ปกครอง ต้องให้ความสนใจเพื่อเสริมพัฒนาการเป็นพิเศษ ตามข้อเสนอแนะของกรมสุขภาพจิตแนะนำว่าควรได้รับการประเมินซ้ำด้วยแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ฉบับสมบูรณ์ชุด 55 ข้อ ของกรมสุขภาพจิต เพื่อความชัดเจนในการแก้ไขปัญหาและต้องได้รับการเอาใจใส่พัฒนาความฉลาดทางอารมณ์อย่างสม่ำเสมอและจริงจัง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยนี้ สำหรับครู ผู้ดูแลเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลปากอ่ดำ และผู้ปกครอง ควรให้ความสำคัญและเน้นการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ ด้านดี ควรฝึกให้เด็กรู้จักอารมณ์ของตนเอง ฝึกให้เป็นคนมีน้ำใจ แบ่งปันและช่วยเหลือผู้อื่น ฝึกให้รู้ว่าอะไรถูกอะไรผิด และยอมรับผิดเมื่อทำผิด ในส่วนของด้านเก่ง และด้านสุข ก็ควรพัฒนาด้านนี้อย่างต่อเนื่องหรือให้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป อาจใช้การประเมินประเมินความฉลาดทางอารมณ์ฉบับสมบูรณ์ ชุด 55 ข้อ ของกรมสุขภาพจิต ซึ่งมีข้อคำถามการประเมินที่ละเอียดกว่าแบบประเมินซึ่งใช้ในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- คณะกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ. (2563). **มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ**. สืบค้นเมื่อ 9 พฤศจิกายน 2564, จาก http://www.dla.go.th/upload/template/tempNews/2020/4/57040_1.pdf
- วรรณัท ศรียากร. (2562). **จิตเวช : ความฉลาดทางอารมณ์**. สืบค้นเมื่อ 1 มกราคม 2565, จาก <https://www.praram9.com/จิตเวช-ความฉลาดทางอารมณ์/>
- สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต. (2559). **แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ เด็กอายุ 3-5 ปี (ฉบับย่อ) สำหรับครู/ผู้ดูแลเด็ก**. ใน “คลังความรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต” สืบค้นเมื่อ 9 พฤศจิกายน 2564, จาก <https://dmh-elibrary.org/items/show/306>
- อรัญญา กุญจอมศรี. (2557). **การพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยด้วยรูปแบบการจัดการเรียนรู้ SMILE**. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาการศึกษาศึกษาปฐมวัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.



ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปัตตานี

ปรีชา พุกจีน¹, อมรศักดิ์ โพธิ์อำ² และ พุฒิพงศ์ มากมาย³

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อการป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปัตตานี จำนวน 6,841 คน โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Daniel เท่ากับ 215 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกรายด้านที่พบความสัมพันธ์ทางบวกกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปัตตานี ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ ($r=0.310$, $P\text{-value}<0.001$) การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ ($r=0.201$, $P\text{-value}=0.003$) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ($r=0.386$, $P\text{-value}<0.001$) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ($r=0.349$, $P\text{-value}<0.001$) การจัดการตนเองให้มีความให้มีความปลอดภัย ($r=0.480$, $P\text{-value}<0.001$) ตามลำดับ แต่ด้านความรู้ความเข้าใจในการป้องกันและควบคุมโรคไม่พบความสัมพันธ์ ($r=0.117$, $P\text{-value}=0.086$)

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, โรคไข้เลือดออก, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

¹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควน อำเภอบาเจาะ จังหวัดปัตตานี, E-mail: pu250905@gmail.com

² คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, E-mail: Amornsak1.poum@gmail.com

³ คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น, E-mail: m.phutthi@gmail.com



Health Literacy Effecting to Preventing and Controlling Denque Hemorrhagic Fever Among Village Health Volunteer, Pattani Province.

Preecha Pukjeen¹, Amornsak Poum² and Phutthipong Makmai³

Abstract

This descriptive research study aimed to study health literacy effecting to preventing and controlling denque hemorrhagic fever among village health volunteer, Pattani Province. Population was 6,841 village health volunteer in Pattani Province, and the sample size calculating used Daniel formula for 215 cases, and systematic random sampling was determining. Data collected by questionnaires composed of; parts 1 characteristic, part 2 health literacy, part 3 preventing and controlling denque hemorrhagic fever. In addition to, validity was checked by 3 experts and try out testing reliability by Cronbach's coefficient alpha about 0.87, an association analysis used Pearson product moment correlation coefficient. The result showed that the factor was associated with preventing and controlling denque hemorrhagic fever with statistic significant including; access skill ($r=0.310$, $P\text{-value}<0.001$) communication skill ($r=0.201$, $P\text{-value}=0.003$) media literacy skill ($r=0.386$, $P\text{-value}<0.001$) decision skill ($r=0.349$, $P\text{-value}<0.001$) self-management skill ($r=0.480$, $P\text{-value}<0.001$), cognitive skill was not association ($r=0.117$, $P\text{-value}=0.086$), respectively.

Keywords : Health literacy, Denque hemorrhagic fever, Village health volunteer

¹ Khaun Tambon Health Promoting Hospital, Panarae District, Pattani Province, E-mail: pu250905@gmail.com

² Faculty of Public Health, Naresuan University, E-mail: Amornsak1.poum@gmail.com

³ Faculty of Allied Health Sciences, Northern College, E-mail: m.phutthi@gmail.com

บทนำ

โรคไข้เด็งกี (Dengue fever) เริ่มรู้จักครั้งแรกเมื่อประมาณสองร้อยปีที่ผ่านมามาประเทศไทยถือว่าโรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญมีการระบาดของโรคไข้เลือดออกมานานกว่า 50 ปี ประเทศไทยพบโรคไข้เลือดออกตั้งแต่ปี พ.ศ.2492 โดยในปี พ.ศ. 2501 ได้เกิดการระบาดขึ้นครั้งแรกที่กรุงเทพมหานคร (Hammon WM, Rudnik A, Sather GE., 1960) ต่อมาโรคได้กระจายไปจังหวัดใกล้เคียงกับจังหวัดกรุงเทพฯ และปัจจุบันโรคได้แพร่กระจายไปเกือบทุกพื้นที่ในทุกจังหวัด แม้กระทั่งในหมู่บ้านชนบทของประเทศไทย ประเทศไทยมีรายงานการระบาดของโรคไข้เลือดออก ในปี พ.ศ.2559-2561 จำนวนผู้ป่วย 63,310 , 53,190 และ 85,849 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 96.76, 80.80 และ 129.96 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งมีผู้เสียชีวิต 61, 63 และ 111 ราย (อัตรตาย 0.10, 0.12, 0.13 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ) หลังจากนั้นในแต่ละปีจะมีจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากโรคไข้เลือดออกเกิดขึ้นทุกปี (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562) สถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออกในจังหวัดปัตตานี ระหว่างปี พ.ศ.2559-2561 มีรายงานจำนวนและอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้นทุกปี เท่ากับ 1407, 632, 356 ตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนประชากร เท่ากับ 203.88, 89.60, 49.86 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี, 2562) จากข้อมูลดังกล่าวพบว่าอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกมีแนวโน้มลดลง แต่ยังเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญในพื้นที่ และมีอัตราป่วยสูงกว่าเกณฑ์ที่กรมควบคุมโรคกำหนดที่อัตราป่วย 50 ต่อแสนประชากร

จากสถานการณ์และข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติงานในสายงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอปาดังกระเบา จังหวัดปัตตานี ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเขตพื้นที่อำเภอปาดังกระเบา จังหวัดปัตตานี ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง อันจะก่อให้เกิดประโยชน์สำหรับการจัดทำแผนงาน/โครงการในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกและแก้ไขพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ไม่ถูกต้องและใช้ขยายผลเป็นข้อมูลในการวางแผนงานการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปัตตานี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research study) โดยกำหนดตัวแปรอิสระ ได้แก่ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของ อสม. 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) โดยใช้แนวคิดของ Nutbeam (2000) ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ ด้านกายภาพ ด้านชีวภาพ และด้านเคมี (สำนักโรคติดต่ออันตราย, 2560)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 6,841 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าศึกษาคือเป็น อสม. ที่ขึ้นทะเบียนปีงบประมาณ 2562 อาศัยอยู่ในพื้นที่จริงอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไปและปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่มาไม่น้อยกว่า 1 ปี สามารถอ่านเข้าใจภาษาไทยและสามารถกรอกแบบสอบถามด้วยตนเองได้ เกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ที่ไม่สมัครใจตอบแบบสอบถามและเจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Daniel (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 215 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic random sampling) เพื่อเลือกรายชื่อ อสม.เป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ, อายุ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา, การประกอบอาชีพหลัก, รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน, สิทธิ์ด้านการรักษาพยาบาล, ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของบุคคลในครอบครัว, การได้รับข้อมูลข่าวสาร

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบแต่ละข้อคำถามมี 3 ตัวเลือก ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวเท่านั้น คือ ใช่ ไม่แน่ใจ ไม่ใช่ เกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ปานกลาง และต่ำ การแปลผลตามแนวคิดของ Bloom (1968) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ

ความรู้ระดับสูง	คะแนน $\geq 80\%$ หรือมากกว่า
ความรู้ระดับปานกลาง	คะแนน 61%-79%
ความรู้ระดับต่ำ	คะแนน $\leq 60\%$

การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการจัดการตนเองให้มีความรู้มีความปลอดภัยลักษณะข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วน (Rating scale) 5 ระดับ ตามความถี่ในการปฏิบัติดังนี้ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆ ครั้ง ไม่ปฏิบัติ

ระดับสูง	คะแนน 3.67–5.00 คะแนน
ระดับปานกลาง	คะแนน 2.34–3.66 คะแนน
ระดับต่ำ	คะแนน 1.00–2.33 คะแนน

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้แก่ ด้านกายภาพ ด้านชีวภาพ และด้านเคมี ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W. (1977) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ

ระดับสูง	(3.67–5.00 คะแนน)
ระดับปานกลาง	(2.34–3.66 คะแนน)
ระดับต่ำ	(1.00–2.33 คะแนน)

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้คำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, 1951) เท่ากับ 0.87

สถิติวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ Pearson's Product Moment correlation coefficient

ผลการวิจัย

อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (97.21%) มีอายุระหว่าง 30–50 ปี (51.63%) ($\bar{X}$ =46.73, S.D.=10.720, Max=68, Min=19) มีสถานภาพสมรส/แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน (76.28%) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า (61.40%) การประกอบอาชีพส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน/ทำงานบ้านตนเอง (40.93%) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท (43.72%) ($\bar{X}$ =7,759.53, S.D.=6,464.51, Max=40,000, Min=0) มีระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม. มากกว่า 10 ปีขึ้นไป (62.07%) ($\bar{X}$ =13.31, S.D.=7.624, Min=1, Max=40) ในรอบปีที่ผ่าน อสม. เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก (99.07%) การได้รับข้อมูลเรื่องโรคไข้เลือดออกของ อสม. ได้รับจากแหล่งข้อมูลต่างๆ ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข (99.07%) อสม. (88.37%) อินเทอร์เน็ต (93.02%) และแผ่นพับ โปสเตอร์ (76.74%) ตามลำดับ

ระดับความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปัตตานี ในภาพรวมมีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง (80%) ($\bar{X}$ =2.79, S.D.=0.415) เมื่อพิจารณาความรู้ด้านสุขภาพของ อสม. จำแนกรายด้าน พบว่า ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพอยู่ในระดับสูง (80.47%) ($\bar{X}$ =2.20, S.D.=0.410) การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ อยู่ในระดับสูง (94.88%) ($\bar{X}$ =2.94, S.D.=0.250) การสื่อสารเพิ่ม

ความเชี่ยวชาญทางสุขภาพอยู่ในระดับสูง (73.49%) ($\bar{X}$ =2.73, S.D.=0.455) การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยอยู่ในระดับสูง (93.49%) ($\bar{X}$ =2.93, S.D.=0.273) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศอยู่ในระดับสูง (85.58%) ($\bar{X}$ =2.85, S.D.=0.386) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องอยู่ในระดับสูง (78.14%) ($\bar{X}$ =2.78, S.D.=0.428) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปัตตานี (n=215)

ความรู้ด้านสุขภาพ	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	173	80.47	41	19.07	1	0.47	2.20	0.410
2. ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ	204	94.88	10	4.65	1	0.47	2.94	0.250
3. ด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ	158	73.49	56	26.05	1	0.47	2.73	0.455
4. ด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย	201	93.49	13	6.05	1	0.47	2.93	0.273
5. ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	184	85.58	29	13.49	2	0.93	2.85	0.386
6. ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	168	78.14	46	21.40	1	0.47	2.78	0.428
ภาพรวม	172	80.00	42	19.53	1	0.47	2.79	0.415
ความรู้ด้านสุขภาพ								

พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าภาพรวมมีคะแนนการปฏิบัติส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (81.40%) ($\bar{X}$ =2.81, S.D.=0.405) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกที่มีการปฏิบัติระดับสูง ได้แก่ ด้านกายภาพ (90.23%) ($\bar{X}$ =2.90, S.D.=0.319) ด้านชีวภาพ (65.58%) ($\bar{X}$ =2.64, S.D.=0.519) ด้านเคมี (66.98%) ($\bar{X}$ =2.64, S.D.=0.546) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดออก	ระดับการปฏิบัติ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. ด้านกายภาพ	194	90.23	20	9.30	1	0.47	2.90	0.319
2. ด้านชีวภาพ	141	65.58	70	32.56	4	1.86	2.64	0.519
3. ด้านเคมี	144	66.98	64	29.77	7	3.26	2.64	0.546
ภาพรวม	175	81.40	39	18.14	1	0.47	2.81	0.405

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปัตตานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.433$, $P\text{-value}<0.001$) เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกรายด้านที่พบความสัมพันธ์ทางสถิติ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ ($r=0.310$, $P\text{-value}<0.001$) การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ ($r=0.201$, $P\text{-value}=0.003$) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ($r=0.386$, $P\text{-value}<0.001$) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ($r=0.349$, $P\text{-value}<0.001$) การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย ($r=0.480$, $P\text{-value}<0.001$) ตามลำดับ สำหรับความรู้ความเข้าใจในการป้องกันและควบคุมโรค ไม่พบความสัมพันธ์ ($r=0.117$, $P\text{-value}=0.086$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปัตตานี

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	P-value	ความสัมพันธ์
	ของเพียร์สัน (r)		
1. ความรู้ความเข้าใจในการป้องกันและควบคุมโรค	0.117	0.086	ไม่พบความสัมพันธ์
2. การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ	0.310	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
3. การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ	0.201	0.003	มีความสัมพันธ์ทางบวก

ความรู้ด้านสุขภาพ	การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (r)	P-value	ความสัมพันธ์
4. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	0.386	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
5. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	0.349	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
6. การจัดการตนเองให้มีความให้มีความปลอดภัย	0.480	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
รวม	0.433	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก

การอภิปรายผล

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นตัวแทนของกระทรวงสาธารณสุขในการให้บริการระดับปฐมภูมิในชุมชน เป็นไปตามบทบาทหน้าที่ในการแจ้งข่าวร้าย กระจายข่าวดี ชี้บริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชนมีบทบาทในการดำเนินกิจกรรมสาธารณสุขโดยทำงานร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2546) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดมาตรการในการป้องกันโรคไข้เลือดออก (กรมควบคุมโรค, 2562) ได้แก่ 1) เก็บบ้านให้สะอาด เช่น พับเก็บเสื้อผ้าใส่ตู้หรือแขวนให้เรียบร้อย เพื่อไม่ให้มีมุมอับทึบเป็นที่เกาะพักของยุง 2) เก็บขยะที่อยู่บริเวณรอบบ้าน เก็บภาชนะใส่อาหารหรือน้ำดื่มที่ทิ้งไว้ในถุงดำและนำไปทิ้งลงถังขยะ เพื่อไม่ให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง 3) เก็บน้ำ ภาชนะที่ใส่น้ำเพื่ออุปโภค บริโภค ต้องปิดฝาให้มิดชิด ล้างคว่ำภาชนะใส่น้ำและเปลี่ยนน้ำในกระถางหรือแจกันทุกสัปดาห์ ป้องกันไม่ให้ยุงวางไข่ ซึ่งจะสามารถป้องกันได้ 3 โรค คือ โรคไข้เลือดออก โรคติดเชื้อไวรัสซิกา และโรคไข้ปวดข้อยุงลายและมาตรการ 5ป. 1ข. ประกอบด้วย 1) ปิดภาชนะเก็บกักน้ำให้มิดชิด 2) เปลี่ยนน้ำในภาชนะต่างๆทุก 7 วันเพื่อตัดวงจรลูกน้ำ 3) ปล่ายปลากินลูกน้ำในภาชนะใส่น้ำถาวร 4) ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้โปร่ง 5) ปฏิบัติตามทั้ง 4 ป.เป็นประจำจนติดเป็นนิสัย 1) ชัดภาชนะล้างไขยุงลายก่อนเปลี่ยนน้ำ จากผลการวิจัยพบว่า อสม. มีระดับพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับสูง (81.40%)

ความรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปัตตานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความสัมพันธ์ในระดับสูง ($r=0.433$, $P\text{-value}<0.001$) สามารถอธิบายเหตุผลได้ตามแนวคิดของ Nutbeam (2000) กล่าวว่า 1) ความรู้

ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมทั้งการพัฒนาความรู้และทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง 2) สมรรถนะของบุคคลที่สามารถเข้าถึงเข้าใจ ประเมินใช้ความรู้ และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพตามต้องการ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต 3) ทักษะทางสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจ และความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ แสดงว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงจะส่งผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนในเรื่องการดูแลสุขภาพ เนื่องจากมีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร มีทักษะในการสื่อสารที่ดี การรู้เท่าทันสื่อ สามารถวิเคราะห์ประเมินเนื้อหาจากสื่อ ตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันและควบคุมโรค และสามารถจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคได้ดี มีการสร้างความตระหนักในการช่วยกันป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกให้แก่นคนในครอบครัว เพื่อนบ้านและชุมชนได้ ในทางกลับกันบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำมีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาสุขภาพได้มากกว่าและมักจะเกิดการเจ็บป่วยและมีสุขภาพที่แย่กว่า สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ วีระ กองสนั่น และคณะ (2563) ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับสูง 93.53% และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขเขตตำบลหนองใหญ่ อำเภอบางเสาธง จังหวัดสุรินทร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.710$, $P\text{-value}<0.001$) บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงจะส่งผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนในเรื่องการดูแลสุขภาพ เนื่องจากมีการใช้ข้อมูลข่าวสาร การรู้เท่าทันสื่อ สามารถวิเคราะห์ประเมินการตัดสินใจปฏิบัติที่ถูกต้อง สามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคลให้แก่นคนในครอบครัว เพื่อนบ้านและชุมชนได้ รวมถึงมีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาสุขภาพได้น้อยกว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำที่มักจะเกิดการเจ็บป่วยและมีสุขภาพที่แย่กว่า และสอดคล้องกับแนวคิดของ European Health Literacy Consortium (2012) กล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการอ่านออก เขียนได้ของประชาชน และเป็นตัวกำหนดกรอบความรู้ แรงจูงใจของบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ ประเมินและประยุกต์ใช้ข่าวสารด้านสุขภาพที่จะใช้ตัดสินใจต่อการตัดสินใจในการทำหรือไม่ทำอะไร ในชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการสุขภาพ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพเพื่อธำรงรักษาสุขภาพ หรือปรับปรุงสุขภาพตนเอง เพื่อให้เกิดคุณภาพที่ดีตลอดทุกช่วงวัยของชีวิต แตกต่างจากงานวิจัยของ ชมพูนุช อินทศรี (2560) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคใช้เลือดออกของประชาชนในชุมชนบ้านคลองบางนา ตำบลศิระชะจะเข้ชั้น้อย อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า ความรู้ เกี่ยวกับโรคใช้เลือดออกพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคใช้เลือดออก

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแต่มีบางประเด็นที่จะต้องเพิ่มศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจในการป้องกันและควบคุมโรคไม่พบความสัมพันธ์กับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปัตตานี ดังนั้น ผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคไข้เลือดออกแก่ อสม. ในรูปแบบต่างๆ เช่น การจัดทำช่องทางให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลการป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคที่มียุ่งกลายเป็นพาหะนำโรคในพื้นที่เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง

เอกสารอ้างอิง

- กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2562). รายงานการพยากรณ์โรค “ไข้เลือดออก”. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2546). แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงาน สุขภาพภาคประชาชน. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ชมพูช อุทศรี. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคไข้เลือดออก. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- วีระ กองสนั่น และ อมรศักดิ์ โพธิ์อำ. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตตำบลหนองใหญ่ อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน. 3(1), 35-44.
- สำนักโรคติดต่ออันตราย. (2560). คู่มืออาสาปราบยุง (โรคไข้เลือดออก โรคติดต่อไวรัสชิคา โรคไข้ปวดข้อยุงลาย). กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- Best, John W. (1977). **Research is Evaluation**. (3rd ed). Englewood Cliffs: N.J. Prentice-Hall.
- Bloom, Benjamin S., et al. (1971). **Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning**. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Cronbach, Lee J. (1951). **Essentials of Psychological Testing**. (3rd ed). New York: Harper.

- Daniel W.W. (2010). **Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences.** (9th ed). New York: John Wiley & Sons.
- HLS-EU Consortium. (2012). **Comparative report on health literacy in eight EU member states.** from www.HEALTH-LITERACY.EU.
- Hammon WM., Rudnik A., Sather GE.. (1960). Viruses associated with epidemic hemorrhagic fever of the Philippines and Thailand. **Science.** 131(11), 3.
- Nutbeam, D. (2000). Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into health 21st century. **Health Promotion International.** 15(8), 259-267.

ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมพลัง ปรับเปลี่ยน ลดเสี่ยง Stroke ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์

ชนกฤต พงศ์ภูมิพัฒน์¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมพลัง ปรับเปลี่ยน ลดเสี่ยง Stroke ที่ส่งผลต่อความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ผลดีของพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้การเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experimental research) ชนิดการวิจัยเชิงทดลองจริง (True-experimental research) รูปแบบการวิจัยแบบ randomized two group pretest-posttest design กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์ ได้จากการสุ่มตัวอย่าง (Random Selection) ด้วยวิธีแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) จำนวน 64 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Random Assignment) โดยวิธีการจับคู่ (Matching subject) ได้เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 32 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 32 คน เครื่องมือที่ใช้การทดลองคือ โปรแกรมเสริมพลังปรับเปลี่ยนลดเสี่ยง Stroke และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบทดสอบและแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Paired Simple t-test และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent Simple t-test วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม ด้วยสถิติ one-way repeated-measures ANOVA

ผลการวิจัยพบว่า 1. หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้การเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2. หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้การเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3. หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้การเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่าระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : ประสิทธิผล, โรคหลอดเลือดสมอง, โปรแกรมเสริมพลัง ปรับเปลี่ยน ลดเสี่ยง Stroke, พฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์



The Effectiveness of Empower Health Behavior Modification for Stroke Disease Program Related to Stroke Prevention Behavior of Hypertensions Disease Patients Takfa District Nakhon Sawan Province

Tanakrit Pongbhumipat¹

Abstract

This research aim to study the effectiveness of Empower Health Behavior Modification for Stroke Program which effect to knowledge of Stroke disease and health perception of Stroke disease in which perception compose of 1) perceived susceptibility of Stroke disease 2) perceived severity of Stroke disease and 3) perceived benefits, barriers, warning signs of stroke and stroke prevention behavior.

This study is experimental research in format of true-experiment research that randomized two group pretest-posttest design. The sample group done by random selection research compose of 64 patients in hypertension disease registered as patients of Tambon Health Promoting Hospital, Takfa District, Nakhon Sawan Province. The sample group is divided by stratified random sampling into 1) 32 patients random experiment and 2) 32 patients random assignment by matching subject. The tool for testing is Empower Health Behavior Modification for Stroke Program and tools for collecting data are testing and questionnaire forms. The analysis done by frequency, quantity, percentage, mean and standard deviation. The comparative differentiates analysis of testing and control inside of each group done by Paired Simple t-test. The comparative differentiates analysis of testing and control among each group done by Independent Simple t-test. Comparative analysis within the experimental group before the experiment, posttest and follow-up by one-way repeated-measures ANOVA.

The research found that 1. After experiment, the experimental group obtain knowledge of Stroke disease and health perception of Stroke disease, as well as warning signs of stroke and stroke prevention behavior better than prior testing period by the significant statistic level at .05 2. After experiment, the experimental group obtain knowledge of Stroke disease and health perception of Stroke disease as well as warning signs of stroke and stroke prevention behavior better than control group by the significant statistic level at .05 3. After experiment, the experimental group obtain knowledge of Stroke disease and health perception of Stroke disease as well as warning signs of stroke and stroke prevention behavior better than before the experiment and better than the follow-up by the significant statistic level at .05

Keywords : Effectiveness, Stroke Disease, Empower Health Behavior Modification for Stroke Program, stroke prevention behavior.

¹ Public Health Technical Officer, Professional Level, Takfa District Public Health Office, Nakhon Sawan Province

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้รายงานไว้ว่า ประชากรที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีจำนวนสูงถึง 15 ล้านคนต่อปี โดยผู้ป่วย 5 ล้านคนจะเสียชีวิตและอีก 5 ล้านคนจะเกิดความพิการอย่างถาวร และ 5 ล้านคนเหล่านั้น จะตายจากโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ของโลก จำนวนผู้เสียชีวิตทั่วโลกจะสูงขึ้นเป็น 7.8 ล้านคน ใน ค.ศ. 2030 และร้อยละ 87 ของการตายเกิดในประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง นอกจากนี้องค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization, 2022) รายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก 17 ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 6.5 ล้านคน สำหรับในประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของโรคที่ก่อให้เกิดความสูญเสียอันเนื่องมาจากการตายก่อนวัยอันควรสูงเป็นอันดับหนึ่งในเพศหญิงและสูงเป็นอันดับสองในเพศชาย (กัตติกา วังทะพันธ์, 2563) จากรายงานของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนในภาพรวม ปี พ.ศ.2555–2559 เท่ากับ 31.7, 35.9, 38.7, 43.3 และ 48.7 ต่อแสนประชากรตามลำดับ จะเห็นได้ว่าอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นเพิ่มขึ้นทุกปี ประเด็นอัตราป่วยของโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ในปี 2554–2558 พบอัตราป่วยเท่ากับ 330.60, 354.54, 366.81, 352.30 และ 425.24 ตามลำดับ (วาสนา เหมือนมี, 2558) ซึ่งยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และยังพบว่าโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการตายมากกว่าโรคเบาหวานและโรคหัวใจขาดเลือดเป็น 1.5–2 เท่าตัว นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability adjusted life years: DALYS) อันดับ 3 ในผู้ชายรองจากโรคเอดส์และอุบัติเหตุการจราจร และเป็นอันดับ 2 ในผู้หญิงรองจากโรคเอดส์ ค่าใช้จ่ายในการรักษาประมาณ 100,000-1,000,000 บาทต่อคนต่อปี ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคซึ่งนับว่าสูงมากและเป็นภาระของประเทศ (พิราลักษณ์ ลาภหลาย, 2560) สำหรับจังหวัดนครสวรรค์ ในปี พ.ศ.2561-2565 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60 - I69) ทั้งหมดจำนวน 2,403, 2,454, 2,399, 2,284, 1,982 ราย ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่า จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแนวโน้มลดลงเล็กน้อย ซึ่งแบ่งเป็นจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic Stroke) (I63-I66) จำนวน 1,211, 1,339, 1,443, 1,199 และ 827 รายตามลำดับ ในส่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic Stroke) (I60-I62) มีจำนวน 1,246, 1,070, 985, 1,045 และ 576 รายตามลำดับ สำหรับอัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) เสียชีวิตทั้งหมด ในปี 2561–2565 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) เสียชีวิต ร้อยละ 16.40, 17.63, 15.58, 19.05 และ 20.35 ตามลำดับ ซึ่งเป้าหมายกำหนดไว้ไม่เกิดร้อยละ 7 แต่เมื่อแยกเป็นประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ามีโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic Stroke) (I63-I66) เสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน โดยเสียชีวิต

ร้อยละ 7.68, 8.25, 8.04, 11.26 และ 14.15 ตามลำดับ ซึ่งเป้าหมายกำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 5 สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic Stroke) (I60-I62) เสียชีวิต มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน โดยเสียชีวิตร้อยละ 24.16, 29.96, 26.09, 28.11 และ 36.28 ตามลำดับ ซึ่งเป้าหมายกำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 25 ที่เป็นเช่นนี้เพราะผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง เบาหวาน มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม การควบคุมโรคประจำตัวไม่ดี ขาดการตรวจสุขภาพประจำปี (สำนักงานเขตสุขภาพที่ 3, 2565) อำเภอตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์ ในปี พ.ศ.2563-2565 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 47, 44 และ 54 คน ตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 185.22, 174.77 และ 216.57 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีเพิ่มมากขึ้น ถ้าไม่มีการระบบการดูแลที่เหมาะสม จะทำให้มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีจำนวนมากขึ้น และจากข้อมูลรายงานการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของอำเภอตากฟ้า ในปี 2565 พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการประเมิน CVD Risk พบกลุ่มเสี่ยงระดับ 1 ร้อยละ 82.59 กลุ่มเสี่ยงระดับ 2 ร้อยละ 15.21 กลุ่มเสี่ยงระดับ 3 ร้อยละ 1.96 กลุ่มเสี่ยงระดับ 4 ร้อยละ 0.24 และไม่พบกลุ่มเสี่ยงระดับ 5 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตากฟ้า, 2565)

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 3-7 เท่า (ประเชษฐ์ เรืองกาญจนเศรษฐ์, 2552) และจากแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย พ.ศ.2554-2563 จัดให้โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในห้าโรคหลักของโรครุณิชีวิตที่สำคัญของคนไทย และเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประเทศสหรัฐอเมริกา (ปีติกันต์ บุรณภาพ, 2552) หลักการในการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ใช้หลักการ 2 ประการ คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการใช้ยาเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและช่วยควบคุมระดับความดันโลหิต โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะต้องรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งครบทุกมื้อ ไม่ควรรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม ไขมันสูง มีแป้งและน้ำตาลมาก และควรออกกำลังกายมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยแต่ละครั้งใช้ระยะเวลา 30 นาทีขึ้นไป และในกรณีมีเรื่องไม่สบายใจ ควรปรึกษาครอบครัวหรือผู้ไว้วางใจที่ใกล้ชิด หรืออ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ปลูกต้นไม้ ลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ งดสูบบุหรี่ และควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (สถาบันประสาทวิทยา, 2554) โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้เป็นเวลานานๆ จะเกิดแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มมากขึ้น หรือมีไขมันมาเกาะตามผนังหลอดเลือดการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ของร่างกายลดลง ถ้ามีพยาธิสภาพของหลอดเลือดสมองและเนื้อเยื่อสมอง ที่ได้รับเลือดไปเลี้ยงอย่างเพียงพอ ก็จะส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งถ้าเป็นแล้วจะทำให้เกิดความผิดปกติทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ เช่น เป็นอัมพาตแขนขาอ่อนแรง เดินไม่ได้ พูดไม่ชัด บางครั้งเกิดอารมณ์ซึมเศร้าเนื่องจากมีความด้อยค่าในตนเองจากโรคที่ต้องใช้เวลาในการรักษาเป็นเวลานาน จากข้อจำกัดในการทำกิจกรรม การเปลี่ยนบทบาทใน

ครอบครัว และการรู้สึกว่าเป็นภาระของครอบครัว ส่งผลให้การเข้าสังคมลดลงและกระทบต่อการทำงาน เนื่องจากความสามารถในการประกอบอาชีพลดลง ทำให้สูญเสียรายได้และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง (จรรยา สันตยากร, 2554) ดังนั้น การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จึงมีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ซึ่งเบเกอร์ (เบญจมาศ สุขศรีเพ็ง, 2551) ได้อธิบายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) โดยแนวคิดนี้ อธิบายความเชื่อซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่มีผลต่อความเป็นไปได้ในการปฏิบัติของบุคคล ได้แก่ การรับรู้กับปัจจัยบางประการ โดยอธิบายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) โดยแนวคิดนี้ สามารถอธิบายความเชื่อซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่มีผลต่อความเป็นไปได้ในการปฏิบัติงานของบุคคล ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) ถ้าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรู้ว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง และเชื่อว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ก็จะเกิดแรงผลักดันให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (Perceived Severity) ถ้าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเชื่อว่าโรคหลอดเลือดสมองจะมีความรุนแรง และส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ต่อครอบครัว ต่อสังคมของตนเอง ก็จะก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรค (Perceived Benefits) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จะต้องมีความเชื่อว่า การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองนั้นก่อให้เกิดผลดี สามารถลดความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองได้ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรค (Perceived Barriers) โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะปฏิบัติพฤติกรรม ต้องมีความเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ก่อให้เกิดความไม่สะดวก หรือมีอุปสรรคขัดขวางน้อย โดยถ้าการรับรู้ถึงอุปสรรคมาก ก็มีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านั้น ปัจจัยร่วม (Modifying Factor) เช่น อายุ เพศ อาชีพ รายได้ และความรู้เรื่องโรค เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) ที่มากระตุ้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

โปรแกรมเสริมพลังปรับเปลี่ยน ลดเสี่ยง Stroke เป็นโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550) ซึ่งเป็นแนวคิดการดูแลตนเองด้วยกระบวนการสร้างทักษะการคิดแก้ไขปัญหา และทักษะการวางแผนจัดการปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการลดพฤติกรรมเสี่ยงของตนเองในเรื่องต่างๆ เช่น การใช้ยา การเลือกรับประทานอาหาร การปฏิบัติตัวและการออกกำลังกาย และประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และ

ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy) มาเป็นโปรแกรมการจัดการตนเอง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการเฝ้าระวังตนเอง (Self-surveillance) การจัดการพฤติกรรมตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Self-management behavior) การเสริมแรงตนเอง เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Self-Empowerment) การเรียนรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การปรับทัศนคติและความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (evaluation behavior) จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความประสงค์จะศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมพลัง ปรับเปลี่ยน ลดเสี่ยง Stroke ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อใช้เป็นแนวทางเพิ่มศักยภาพในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ให้สามารถควบคุมโรคได้ดีขึ้น และช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไปของการวิจัย มีดังนี้

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมพลัง ปรับเปลี่ยน ลดเสี่ยง Stroke ที่ส่งผลต่อความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อลดเสี่ยง การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อลดเสี่ยง การรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

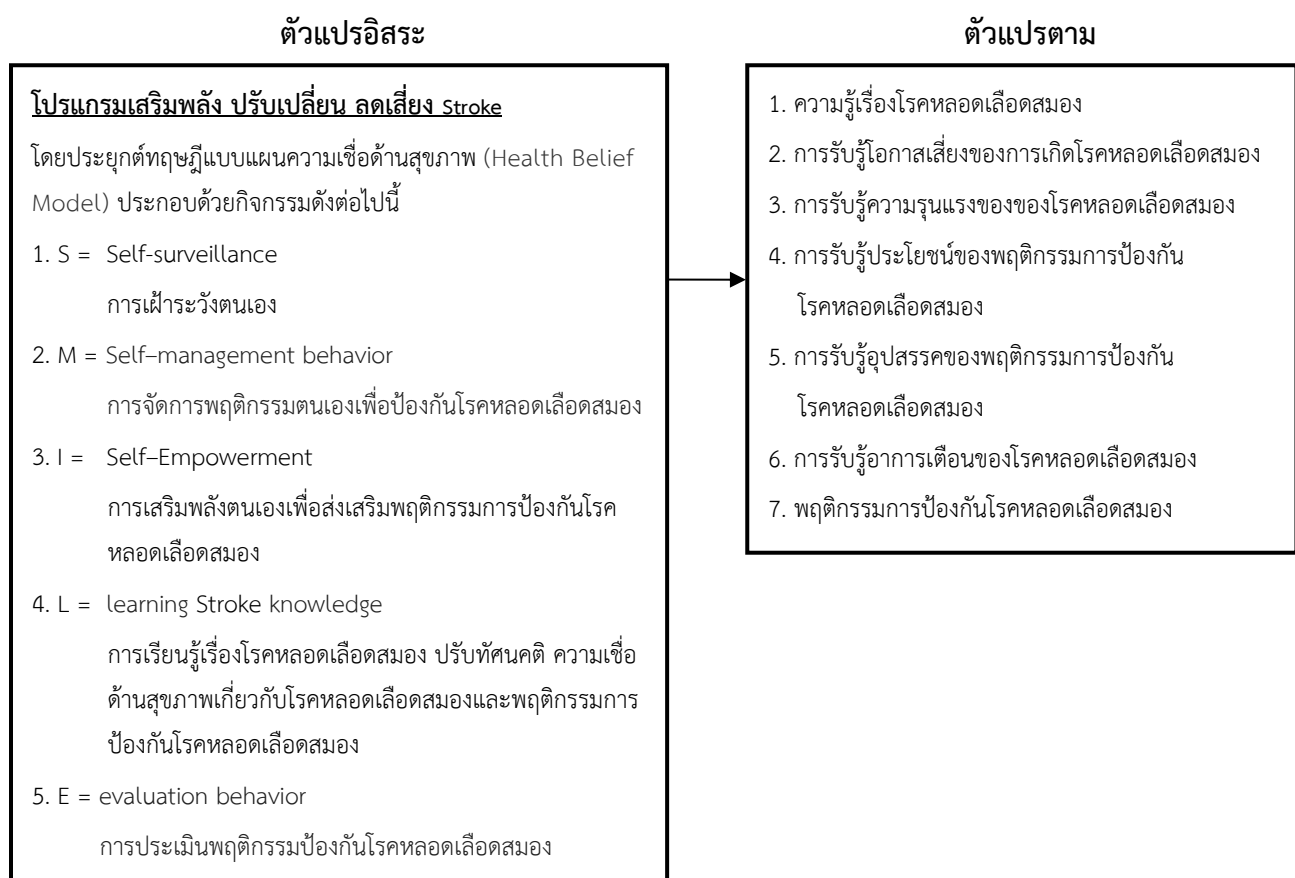
วัตถุประสงค์เฉพาะของการวิจัย มีดังนี้

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อลดเสี่ยง การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อลดเสี่ยง และการรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

4. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อลดเสี่ยง การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อลดเสี่ยง การรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมพลัง ปรับเปลี่ยน ลดเสี่ยง Stroke ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์ ในครั้งนี้เป็น การวิจัยเชิงทดลอง (experimental research) ชนิดการวิจัยเชิงทดลองจริง (True-experimental research) รูปแบบการวิจัยแบบ randomized two group pretest-posttest design มีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 6,005 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 64 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ แบ่งชั้น (Stratified random sampling) คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G-power กำหนด effect size เท่ากับ 0.50 การสุ่มตัวอย่าง (Random Selection) ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) มีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Random Assignment) โดยวิธีการจับคู่ (Matching subject) โดยจัดแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (Experimental Group) จำนวน 32 คน และกลุ่มควบคุม (Control Group) จำนวน 32 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบทดสอบและแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ตอน ได้แก่ ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล แบบวัดความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งวิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้สูตร KR-20 (Kuder Richardson) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยใช้การวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (Item content validity index, I-CVI) และดัชนีความตรงเชิง เนื้อหาทั้งฉบับ (Content validity for scale, S-CVI) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.89-1.00 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ทุก ข้อ และค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ พบว่า มีค่าเท่ากับ 0.98 ซึ่งผ่านเกณฑ์ตามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้เช่นกัน ตรวจสอบหาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยวิธีการหาความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) โดยการ วิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่า มีค่าความเที่ยงทั้งฉบับ เท่ากับ 0.82

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมเสริมพลังปรับเปลี่ยน ลดเสี่ยง Stroke ซึ่งเป็นโปรแกรมจัดการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 4 ครั้ง โดยประกอบด้วยกิจกรรม โดยประกอบด้วยกิจกรรม 1) การเฝ้าระวังตนเอง (Self-surveillance) 2) การจัดการพฤติกรรมตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Self-management behavior) 3) การเสริมพลังตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Self-Empowerment) 4) การเรียนรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ปรับทัศนคติความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และ 5) การประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (evaluation behavior) สำหรับกลุ่มทดลอง (Experimental Group) ซึ่งใช้ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม จำนวน 4 ครั้ง ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ในส่วนกลุ่มควบคุม (Control Group) ได้รับการกิจกรรมการดูแลสุขภาพตามมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบปกติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Paired Simple t-test วิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ t-test-Independent และวิเคราะห์เปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ด้วยสถิติ one-way repeated-measures ANOVA

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยแสดงดังนี้

กลุ่มทดลอง เป็นเพศหญิงและเพศชายเท่ากัน ร้อยละ 50.00 มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 61-70 ปีมากที่สุด ร้อยละ 46.88 ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 37.50 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 53.13 สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 90.63 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 3,001-5,000 บาทมากที่สุด ร้อยละ 28.13 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1-3 ปี มากที่สุด ร้อยละ 59.38 มีโรคร่วมเป็นโรคเบาหวานมากที่สุด ร้อยละ 56.25 ไม่มีประวัติครอบครัวป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 65.20

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.25 มีอายุอยู่ระหว่าง 61–70 ปีมากที่สุด ร้อยละ 43.75 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 50.00 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา มากที่สุดร้อยละ 56.25 สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 90.63 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 3,001–5,000 บาทมากที่สุด ร้อยละ 31.25 ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1–3 ปี มากที่สุด ร้อยละ 62.50 มีโรคร่วมเป็นโรคเบาหวานมากที่สุด ร้อยละ 53.13 ไม่มีประวัติครอบครัวป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 58.45

2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.06 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.04 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.53 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.04 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองพบว่า หลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง ผลการวิจัยพบว่า

การรับรู้การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.99 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.45 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.81 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.27 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบว่า หลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และเมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.15 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.40 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.92 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.22 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า หลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและเมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยพบว่าก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.54 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.28 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.93 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.21 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าหลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและเมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยพบว่าก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.65 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.35 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.79 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.15 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองพบว่าหลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและเมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.33 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.96 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.19 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองพบว่าหลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและเมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง

ผลการวิจัยพบว่าก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.61 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.32 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.85 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.21 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างพบว่าหลังการทดลองในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 1 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปรตามก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง (n = 32)		หลังการทดลอง (n = 32)		t	df
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1. ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง	5.06	1.04	7.53	1.04	-11.227*	31
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	2.99	0.45	3.81	0.27	-8.204*	31
3. การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	3.15	0.40	3.92	0.22	-10.443*	31
4. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	2.54	0.28	3.93	0.21	-21.736*	31

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	df
	(n = 32)		(n = 32)			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
5. การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	2.65	0.34	4.79	0.14	-33.681*	31
6. การรับรู้อาการเตือนของ โรคหลอดเลือดสมอง	2.62	0.33	3.96	0.19	-20.043*	31
7. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด สมอง	2.61	0.32	3.85	0.21	-14.545*	31

* P-value < .05

5. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยพบว่าความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มทดลองหลังการทดลองค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.53 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.04 หลังการทดลองกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.81 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.69 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุมและเมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการวิจัย พบว่า

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จากผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.81 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.27 หลังการทดลองกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.63 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.33 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างพบว่าหลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมและเมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.92 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.22 หลังการทดลองกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.75 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.29 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างพบว่าหลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมและเมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จากผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.93 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.21 หลังการทดลองกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.09 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.14 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างพบว่าหลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมและเมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่ามีความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จากผลการวิจัยพบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.79 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.14 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.10 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.15 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างพบว่าหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมสูงกว่าก่อนการทดลองและเมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้การเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง จากผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.96 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.19 หลังการทดลองกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.09 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.13 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างพบว่าหลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมและเมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่ามีความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่า

ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลองในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.85 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.21 หลังการทดลองกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.97 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.22 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุมเมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่ามีความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปรตามหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปรตาม	หลังการทดลอง		d	t	df	P-value
	$\bar{X}$	(SD)				
ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง						
กลุ่มทดลอง	7.53	1.04	1.72	4.884*	51.676	0.01
กลุ่มควบคุม	5.81	1.69				

ตัวแปรตาม	หลังการทดลอง		d	t	df	P-value	
	$\bar{X}$	(SD)					
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง							
กลุ่มทดลอง	3.81	0.27	1.18	15.403*	59.195	0.01	
กลุ่มควบคุม	2.63	0.33					
การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง							
กลุ่มทดลอง	3.92	0.22	1.17	18.108*	58.039	0.01	
กลุ่มควบคุม	2.75	0.29					
การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง							
กลุ่มทดลอง	3.93	0.21	0.90	18.282*	55.662	0.01	
กลุ่มควบคุม	3.09	0.14					
การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง							
กลุ่มทดลอง	4.79	0.14	1.78	45.617*	61.946	0.01	
กลุ่มควบคุม	3.01	0.15					
การรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง							
กลุ่มทดลอง	3.96	0.19	0.87	20.432*	55.827	0.01	
กลุ่มควบคุม	3.09	0.13					
พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง							
กลุ่มทดลอง	3.85	0.21	0.88	16.274*	61.832	0.01	
กลุ่มควบคุม	2.97	0.22					

* P-value < .05

8. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ภายในกลุ่มทดลอง ผลการวิจัยพบว่า

ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.06 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.04 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.53 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.04 ระยะติดตามผล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.85 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.78 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าหลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และระยะติดตามผล เมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การรับรู้การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยพบว่าก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.99 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.45 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.81 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.27 ระยะติดตามผลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.85 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.65 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบว่าหลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและระยะติดตามผล เมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.15 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.40 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.92 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.22 ระยะติดตามผลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.72 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.48 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าหลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและระยะติดตามผล เมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยพบว่าก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.54 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.28 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.93 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.21 ระยะติดตามผลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.52 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.95 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองพบว่าหลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและระยะติดตามผล เมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยพบว่าก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.65 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.35 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.79 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.15 ระยะติดตามผลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.25 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.58 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองพบว่าหลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและระยะติดตามผล เมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่ามีความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การรับรู้การเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.33 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.96 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.19 และระยะติดตามผลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.85 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.46 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้การเตือนของโรคหลอดเลือดสมองพบว่าหลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและระยะติดตามผล และเมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่ามีความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยพบว่าก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.61 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.32 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.85 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.21 ระยะติดตามผลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.59 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.57 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างพบว่าหลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและระยะติดตามผล เมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่ามีความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปรตามก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ภายในกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ระยะติดตามผล	
	(n = 32)		(n = 32)		(n = 32)	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
1. ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง	5.06	1.04	7.53	1.04	6.85	0.78
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	2.99	0.45	3.81	0.27	3.85	0.65
3. การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	3.15	0.40	3.92	0.22	3.72	0.48

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง (n = 32)		หลังการทดลอง (n = 32)		ระยะติดตามผล (n = 32)	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
4. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	2.54	0.28	3.93	0.21	3.52	0.95
5. การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	2.65	0.34	4.79	0.14	4.25	0.58
6. การรับรู้การเตือนของโรคหลอดเลือด สมอง	2.62	0.33	3.96	0.19	3.58	0.46
7. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด สมอง	2.61	0.32	3.85	0.21	3.59	0.57

* P-value < .05

ตารางที่ 4 การผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปรตามก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ภายในกลุ่มทดลองความแตกต่างภายในกลุ่มทดลอง ก่อนทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยใช้การทดสอบความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (One-Way Repeated Measure ANOVA)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P-value
ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง	28.863	1	28.863	34.507*	0.01
ปฏิสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาและความรู้เรื่องโรคหลอดเลือด สมอง	23.517	31	.840		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	4.598	1	4.598	36.392**	0.01
ปฏิสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาและการรับรู้โอกาสเสี่ยง ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	4.170	31	.135		

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P-value
การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	7.770	1	7.770	63.642*	0.01
ปฏิสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาและการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	3.787	31	.122		
การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	21.160	1	21.160	252.929*	0.01
ปฏิสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาและการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	2.600	31	.084		
การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	58.599	1	58.599	620.676*	0.01
ปฏิสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาและการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	2.928	31	0.94		
การรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง	60.334	1	60.334	627.185	0.01
ปฏิสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาและการรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง	2.982	31	.096		
พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	22.511	1	22.511	316.537*	0.01
ปฏิสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	2.205	31	0.71		

* P-value < .05

อภิปรายผล

การวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมพลัง ปรับเปลี่ยน ลดเสี่ยง Stroke ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งสามารถ วิเคราะห์ผลการศึกษาตามสมมุติฐานของการวิจัย ดังนี้

1. ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่า กลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยพบว่าความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.06 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.04 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.53 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.04 กลุ่มควบคุมหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.81 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.69 เมื่อ เปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่อง โรคหลอดเลือดสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมและเมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่ามีความสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมเสริม พลัง ปรับเปลี่ยน ลดเสี่ยง Stroke ซึ่งเป็นโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัย สร้างขึ้นโดยกลุ่มทดลองจะได้รับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง โดยการบรรยายเรื่องโรคหลอดเลือดสมองใน ประเด็นสาเหตุของการเกิดโรคอาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง จึงทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้ เรื่องโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับ การศึกษาของขจรพรรณ คงวิวัฒน์ (2560) ที่ทำการศึกษาลงมือของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือด สมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง จังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือด สมอง พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การรับรู้การรับรู้โอกาสเสี่ยงของ การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่ม ควบคุม

จากผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลอง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมเสริมพลัง ปรับเปลี่ยน ลดเสี่ยง Stroke ได้มีกิจกรรมการบรรยายเรื่องโรคหลอดเลือดสมองในประเด็นสาเหตุของการเกิดโรค อาการ และอาการแสดงของโรคและภาวะแทรกซ้อน และมีการใช้ตัวแบบด้านลบ เพื่อให้รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองแก่กลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการบรรยายประกอบภาพนิ่ง (power point) ตลอดจนให้กลุ่มตัวอย่างรับชมวิดีโอที่สั้นเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อสร้างการรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างประเมินพฤติกรรมเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นรายบุคคลโดยใช้แบบประเมินตลอดจนสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างสะท้อนปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างดำเนินการจัดการพฤติกรรมตนเองเพื่อลดเสี่ยง ทั้งด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการใช้ยาอย่างเหมาะสม มีการกำหนดเป้าหมายการของการจัดการตนเองเพื่อลดเสี่ยงและฝึกวิธีการลงบันทึกข้อมูลในแบบบันทึก มีการเสริมแรงตนเอง ตลอดจนจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของขจรพรรณ คงวิวัฒน์ (2560) ทำการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง จังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งพบว่ากลุ่มทดลอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อลดเสี่ยงหลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อลดเสี่ยง ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.61 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.32 หลังการทดลองในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.85 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.21 หลังการทดลองกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.91 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.22 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อลดเสี่ยง พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมพลัง ปรับเปลี่ยน ลดเสี่ยง Stroke ทำให้กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม

ประสบความสำเร็จ ซึ่งเป็นตัวแบบด้านบวก ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเป็นการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเห็นถึงความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีการตั้งเป้าหมายกิจกรรมการจัดการตนเองที่บ้านเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 5 พร้อมทั้งจัดบันทึกพฤติกรรมจัดการตนเองที่ผู้ป่วยปฏิบัติตามความเป็นจริง ตลอดจนมีการประเมินผลความสำเร็จตามเป้าหมายโดยการเปรียบเทียบพฤติกรรมจัดการตนเองที่ปฏิบัติกับเป้าหมายและแผนที่กำหนดไว้ในสัปดาห์ที่ผ่านมา มีการเสริมแรงตนเองทางบวกโดยการชื่นชมตนเองหรือให้รางวัลตนเอง หรือกรณีไม่สามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายจะเสริมแรงตนเองทางลบโดยการพิจารณาถึงปัจจัยสาเหตุที่ทำให้ตนเองทำไม่ได้ พิจารณาข้อบกพร่องของตนเอง และหาแนวทางแก้ไขเพื่อพัฒนาตนเอง พร้อมทั้งวางแผนการปฏิบัติในสัปดาห์ถัดไป ด้วยกิจกรรมดังกล่าวของโปรแกรมเสริมพลัง ปรับเปลี่ยน ลดเสี่ยง Stroke จึงส่งผลให้หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อลดเสี่ยงสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของรัตนภรณ์ ศิริเกตุ (2558) ที่ทำการศึกษารื่องผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งพบวากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ควรนำโปรแกรมเสริมพลัง ปรับเปลี่ยน ลดเสี่ยง Stroke ไปใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อลดเสี่ยง
2. ควรจัดทำสมุดบันทึกพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อลดเสี่ยงมาใช้เป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิดพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อลดเสี่ยงตามเป้าหมายที่ผู้ป่วยกำหนดไว้
3. ควรนำโปรแกรมเสริมพลัง ปรับเปลี่ยน ลดเสี่ยง Stroke มาปรับใช้กับคลินิกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยบุคลากรทางการแพทย์ทุกฝ่าย อาสาสมัครสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วม เน้นการดูแลในลักษณะเชิงรุกโดยการจัดกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ติดตามพฤติกรรมเสี่ยง ตรวจวัดระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยที่บ้าน (Home BP) อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะในการทำการศึกษารั้งต่อไป

1. ควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วย (Care giver) เข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรมเสริมพลัง ปรับเปลี่ยน ลดเสี่ยง Stroke เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อลดเสี่ยง
2. ควรมีการเก็บข้อมูลเชิงประจักษ์ เช่น ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่ลดลงหลังจากทำการทดลองเพื่อหาประสิทธิภาพของโปรแกรม

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมพลัง ปรับเปลี่ยน ลดเสี่ยง Stroke ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์ ได้รับเอกสารรับรองการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ หมายเลขรับรอง NSWPHOEC – 023/65 วันที่ให้การรับรอง วันที่ 6 ตุลาคม 2565 – 5 ตุลาคม 2566

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คุณนิภาพร เชลงวิทย์ สาธารณสุขอำเภอตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์ ที่สนับสนุนการวิจัยจนการศึกษาวิจัยฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อมรศักดิ์ โพธิ์อำอาจารย์ ผู้มีความรู้ความสามารถพิเศษ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก ดร.พุดิพงศ์ มากมาย คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น จังหวัดตาก และ ดร.ไพรัตน์ อันอินทร์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานพัฒนานวัตกรรมและวิจัย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก ที่กรุณาให้คำปรึกษา และให้คำแนะนำงานวิจัยสำเร็จ ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กัตติกา วังทะพันธ์, จริยาวัตร คมพัยค์ และ อรพินท์ สีขาว. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. **วารสารวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพ**. 13(1), 422-430.
- ขจรพรรณ คงวิวัฒน์. (2560). ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง จังหวัดกาญจนบุรี. **วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ**. 35(2), 129-137.
- จรรยา สันตยากร. (2554). **การจัดการดูแลโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน แนวคิด และประสบการณ์การพยาบาลในชุมชน**. พิษณุโลก: โรงพิมพ์ตระกูลไทย.
- เบญจมาศ สุขศรีเพ็ง. (2551). **ทฤษฎีทางการพยาบาลและทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์**. สืบค้นเมื่อ 12 มกราคม 2566, จาก <http://www.gotoknow.org>.
- ประเชษฐ์ เรืองกาญจนเศรษฐ์. (2552). **Hypertension และการดูแลผู้ป่วยนอกทางอายุรศาสตร์**. กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์.
- ปิติกานต์ บุรณภาพ. (2552). **คู่มือดูแลผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต และผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือเบื้องต้น**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิทย์สถาน.
- พิราลักษณ์ ลากหลาย. (2560). ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในระยะกึ่งวิกฤตต่อความก้าวหน้าในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย. **วารสารวิชาการสาธารณสุข**. 28(2), 286-296.
- รัตนภรณ์ ศิริเกตุ. (2558). ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง. **ศรีนครินทร์เวชสาร**. 30(1), 299-304.
- วาสนา เหมือนมี. (2554). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2554). **แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์**. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2550). **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม**. (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

World Stroke Organization : WSO. (2023). **Challenges of Endovascular Treatment of Acute Ischemic Stroke in Different Regions of the World–Questionnaire.** Retrieved January, 18, 2023, from <https://www.world-stroke.org/news-and-blog/news/challenges-of-endovascular-treatment-of-acute-ischemic-stroke-in-different-regions-of-the-world-questionnaire>.



ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร

วิฑูรย์ วิชาพร¹

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 293 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือในการวิจัยเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจและสังคม แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน และแบบสอบถามการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เครื่องมือในการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลแบบสอบถามโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และการวิเคราะห์ใช้สถิติถดถอยพหุคูณเชิงเส้น ด้วยวิธีการคัดเลือกตัวแบบแบบขั้นตอน กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และแบบสัมภาษณ์ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.0 มีอายุเฉลี่ย 59.87 ± 10.91 ปี จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 74.1 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 54.9 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 58.7 มีการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.1 ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ การปฏิบัติพฤติกรรม ($p\text{-value} < 0.001$, $\beta = 0.513$) ความรู้ความเข้าใจ ($p\text{-value} = 0.005$, $\beta = 0.140$) และการตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติ ในอนาคตหรือเงื่อนไขการใช้ชีวิต ($p\text{-value} = 0.043$, $\beta = 0.125$) จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการความรู้การจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานอย่างถูกวิธีผ่านการอบรมและสื่อออนไลน์รวมถึงสามารถนำไปใช้ได้จริงอย่างง่ายในชีวิตประจำวัน ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคเรื้อรังเพื่อสามารถจัดการตนเองให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, การจัดการตนเอง, ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไทรงาม อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร



Health Literacy Factors Influencing Self-management of Patients with Type 2 Diabetes at Sai Ngam District, Kamphaeng Phet Province.

Witoon Wichaporn¹

ABSTRACT

This mixed methods research was conducted to investigate the health literacy factors that impact the self-management of patients with type 2 diabetes in Sai Ngam District, Kamphaeng Phet province. A sample of 293 participants was gathered through multi-stage random sampling. Quantitative research methods included a questionnaire with three sections: a demographic, economic, and social survey; a health literacy survey; and a type 2 diabetes self-management survey. Semi-structured interviews were employed as qualitative research tools. Descriptive statistics included frequency, percentage, mean, standard deviation, and maximum and minimum values. Linear multiple regression statistics were analyzed using a stepwise selection method, with the significance level set to 0.05. Additionally, content analysis was conducted via an interview.

The results indicated that 72.0% of the sample was female, with an average age of 59.87 ± 10.91 years. Furthermore, 74.1% had primary school education, 54.9% were farmers, 58.7% possessed low health literacy, and 46.1% demonstrated self-management of patients with type 2 Diabetes. The health literacy factors influencing the self-management of type 2 diabetic patients were behavioral practices ($p\text{-value} < 0.001$, $\beta = 0.544$) cognition ($p\text{-value} = 0.029$, $\beta = 0.121$) and making the right decisions in future practices or living conditions ($p\text{-value} = 0.043$, $\beta = 0.125$). The content analysis results revealed that the sample group needed to be educated on proper diabetes self-management, with training and access to online resources, to apply the knowledge in everyday life easier. These findings can be utilized to increase health literacy among patients with diabetes and chronic illnesses, allowing them to self-manage and maintain appropriate blood sugar levels.

Keywords : health literacy, self-management, patients with type 2 diabetes

¹ Public Health Technical Officer, Professional Level, Sai Ngam District Public Health Office, Sai Ngam District, Kamphaeng Phet Province

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ถูกยอมรับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก ประมาณการความชุกของโรคเบาหวานทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นจาก 385 ล้านคนในปี 2013 เป็น 592 ล้านคนในปี 2035 (Guariguata et al., 2014) ในจำนวนนี้ร้อยละ 69 อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่รายได้ต่อหัวประชากรสูงกว่าค่ากลางรวมถึงประเทศไทย (Shaw, Sicree, & Zimmet, 2010) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทำให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลและรักษาอย่างมหาศาล เพิ่มขึ้นจาก 376 พันล้านดอลลาร์สหรัฐในปี 2010 และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 490 พันล้านดอลลาร์สหรัฐในปี 2030 (Zhang et al., 2010) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 93.64 เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น โรคหัวใจ โรคไตเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Meyes et al., 2007) อุบัติการณ์ของโรคเบาหวานในประเทศไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุก ๆ ปี โดยโรคเบาหวานส่งผลทำให้เกิดความสูญเสียทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และส่งผลเสียต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจ (International Diabetes Federation, 2014 ; American Diabetic Association, 2017) ในการบริหารจัดการผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างมหาศาลในปัจจุบัน ผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานจำเป็นต้องเข้าใจถึงปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ถูกยอมรับว่าเป็นทฤษฎีที่มีความสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี (Bailey et al., 2014) ความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นระดับความสามารถของผู้ป่วยในการแสวงหาและเข้าถึงข้อมูล เข้าใจข้อมูล และบริการสุขภาพที่จำเป็น เพื่อการตัดสินใจที่เหมาะสมสำหรับตนเองในการดูแลรักษาโรคเบาหวาน (Bailey et al., 2014)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นทักษะที่จำเป็นในการควบคุมภาวะสุขภาพซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพในโรคเบาหวาน เป็นความสามารถเฉพาะบุคคล ในการเข้าถึง เข้าใจ เลือกใช้ข้อมูล รวมถึงมีการพัฒนาความรู้ทำความเข้าใจในข้อมูลแต่ละบริบท มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคเบาหวานให้ถูกต้องเหมาะสมกับตนเอง (Nutbeam, 2000) ความรอบรู้ด้านสุขภาพแบ่งเป็น 3 ระดับ ประกอบด้วย 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพพื้นฐาน เป็นทักษะพื้นฐานในการอ่านและเขียน รับรู้ เข้าใจ และเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์/การติดต่อสื่อสาร เป็นทักษะในการพูด ฟัง การใช้ความรู้ในการสื่อสาร เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพ และ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านวิจารณ์ญาณ เป็นทักษะความสามารถในการประเมินข้อมูลสุขภาพที่ได้รับมา รู้เท่าทันสื่อ ตัดสินใจ และสามารถเลือกปฏิบัติเพื่อส่งเสริม รักษาสุขภาพของตนเองให้ได้อย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน จึงจำเป็นต้องมีทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการจัดการตนเองในการควบคุมโรค

การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการดูแลตนเองทั้งผู้ป่วย โรคเบาหวาน และผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน มีบทบาททั้งการป้องกันและรักษา โรคเบาหวาน ช่วยชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและป้องกันการเกิด โรคเบาหวานในบุคคลที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรค (Haas et al., 2014) การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง พฤติกรรมหรือความพยายามของผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด การดูแลรักษาเท้าและการจัดการเรื่องยา สมาคมโรคเบาหวาน แห่งสหรัฐอเมริกาได้กำหนดให้การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วย โรคเบาหวานที่สำคัญที่จำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน ที่จะช่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยให้สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ ซึ่งผู้ป่วยจะต้องสามารถจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การดูแลเท้า และปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม (Wagner et al., 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของปรารค์ บัวทองคำวิเศษ, ดวงกลม ปิ่นเฉลียว, และสุทธิพร มูลศาสตร์ (2560) พบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการจัดการความเครียด และด้านการรับประทานยา จะช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

จังหวัดกำแพงเพชรมีอัตราป่วยโรคเบาหวาน จากปี 2561-2565 ร้อยละ 5.51, 5.95, 6.36 , 6.78 และ 7.06 มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี มีอัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ปี 2561-2565 486.33, 515.53, 514.58, 531.97 และ 429.83 ต่อประชากรแสนคน มีแนวโน้มที่สูงขึ้น มีร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้ ในปี 2561-2565 คือ ร้อยละ 35.20 34.66 37.83 34.37 และ 35.74 ตามลำดับ ไม่ผ่านเกณฑ์ (เป้าหมายร้อยละ 40) (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร, 2565) มีแนวทางในการขับเคลื่อนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเบาหวาน คือ การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามแนวทาง 3อ. 2ส. 1น. สื่อสารความเสี่ยง ประชาสัมพันธ์ เพื่อลดเสี่ยงลดโรค การส่งเสริมความรู้เฉพาะโรค และโรคที่เกิดจากการภาวะแทรกซ้อน อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน จากปี 2561-2565 คือ 2448, 2501, 2543, 2668 และ 2,738 ราย ตามลำดับ มีแนวโน้มที่สูงขึ้น มีอัตราป่วยโรคเบาหวาน ในปี 2561-2565 คือ 7,217 ราย 7,374 ราย 7,498 ราย 7,867 ราย และ 8,073 ราย ต่อประชากรแสนคน มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ในปี 2565 จำนวนผู้ป่วย 2,740 คน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีได้เพียง 965 คน คิดเป็นร้อยละ 34.90 ไม่ผ่านเกณฑ์ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไทรงาม, 2565) จากสถานการณ์และปัญหาดังกล่าว พบว่า สถานการณ์ปัญหาสาธารณสุขสำคัญในพื้นที่คือพบผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มสูงขึ้น มีอัตราผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มสูงขึ้น และไม่สามารถควบคุมระดับ ทั้งนี้ด้วยนโยบายการขับเคลื่อนการทำงานแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ที่มุ่งเน้นการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและมุ่งให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับทีมสุขภาพ ในการวางแผนการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานแก้ไขปัญหาโรคเบาหวานในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร
2. เพื่อศึกษาระดับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร
3. เพื่อศึกษาปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ การอ่านศัพท์พื้นฐาน ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข ความสามารถในการเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ การปฏิบัติในกรณีฉุกเฉินต่าง ๆ การตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติในอนาคตหรือเงื่อนไขการใช้ชีวิต และการปฏิบัติพฤติกรรม มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ขอบเขตงานวิจัย

ขอบเขตด้านการศึกษา การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้รูปแบบวิจัยผสมระหว่างเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Mixed Method) โดยศึกษาปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร

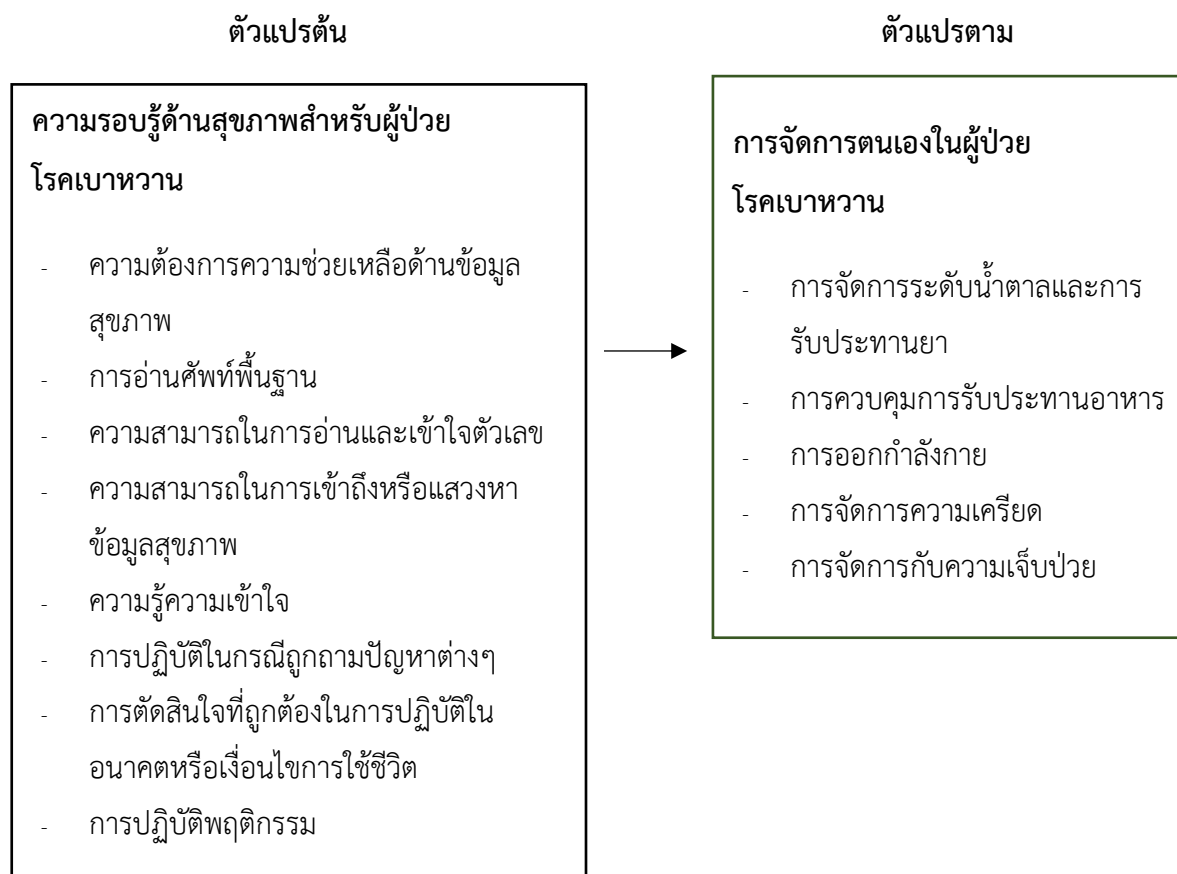
ขอบเขตด้านพื้นที่ ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของพื้นที่อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร

ขอบเขตด้านประชากร ศึกษาในประชาชน ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในหน่วยบริการสุขภาพ อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร มีประชากร จำนวนทั้งสิ้น 2,738 คน (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไทรงาม, 2565)

ขอบเขตด้านระยะเวลา

- ระยะเวลาที่ศึกษา เดือนตุลาคม 2565 – เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566
- ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล เดือนตุลาคม 2565 – เดือนธันวาคม 2565

กรอบแนวคิดในการทำวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยผสมระหว่างเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Mixed Method) กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในหน่วยบริการสุขภาพ อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร มีประชากร จำนวนทั้งสิ้น 2,738 คน (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไทรงาม, 2565) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 2) เข้ารับบริการรักษา ณ หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร มีเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) ผู้ที่อ่านหนังสือภาษาไทยไม่ออก 2) ผู้ที่เขียนหนังสือภาษาไทยไม่ได้ 3) ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่อยู่ในระยะที่เป็นอันตราย เช่น โรคไตเรื้อรังระยะท้ายๆ ก่อนการวิจัยเสร็จสิ้น

คำนวณขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยใช้สูตรการ

ประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรที่แน่นอน ของแดเนียล (Daniel, 1995) ได้จำนวน 293 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับปรุงและพัฒนาจากเครื่องมือวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ สำหรับผู้ป่วย (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2558) โดยผู้ศึกษาทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อปรับปรุงและพัฒนาเครื่องมือเพิ่มเติมแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจและสังคม จำนวน 18 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะคำถามเป็นทั้งปลายเปิดให้เติมคำและปลายปิดแบบให้เลือกตอบ

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยใช้แบบวัดความแตกฉานสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกันมหาวิทยาลัยมหิดล, 2558) จำนวน 147 ข้อ ลักษณะคำถามมีทั้งปลายปิดแบบทั้งให้เลือกตอบและแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ประกอบด้วย

ส่วนที่ 2.1 ความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ จำนวน 2 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ

ส่วนที่ 2.2 การอ่านศัพท์พื้นฐาน จำนวน 66 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นการอ่านศัพท์พื้นฐานโดยมีเจ้าหน้าที่ผู้ประเมินวัดถูกต้อง และไม่ถูกต้อง

ส่วนที่ 2.3 ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข จำนวน 8 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นการจับคู่ วัดคำตอบเป็นตอบถูกต้อง และไม่ถูกต้อง

ส่วนที่ 2.4 ความสามารถในการเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นการตอบ ใช่ และไม่ใช่

ส่วนที่ 2.5 ความรู้ความเข้าใจ จำนวน 30 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก วัดคำตอบเป็นตอบถูกต้อง และไม่ถูกต้อง

ส่วนที่ 2.6 การปฏิบัติในกรณีถูกถามปัญหาต่าง ๆ จำนวน 17 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

ส่วนที่ 2.7 การตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติในอนาคตหรือเงื่อนไขการใช้ชีวิต จำนวน 11 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก

ส่วนที่ 2.8 แบบประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2 ส จำนวน 8 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

ส่วนที่ 3 การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้วิจัยประยุกต์มาจากเครื่องมือ Diabetes Self-Management Questionnaire (DSMQ) มี 4 ด้าน คือ 1) การจัดการระดับน้ำตาลและการรับประทานยา จำนวน 4 ข้อ 2) การควบคุมการรับประทานอาหาร จำนวน 4 ข้อ 3) การออกกำลังกาย จำนวน 4 ข้อ 4) การจัดการความเครียด จำนวน 2 ข้อ 5) การจัดการความเจ็บป่วย จำนวน 2 ข้อ รวม 16 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

แบบสัมภาษณ์

แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ความต้องการช่วยเหลือในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การตัดสินใจเชื่อข้อมูลข่าวสารสุขภาพ และการนำความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานไปปฏิบัติและคำถามเกี่ยวกับการจัดการตนเอง จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ วิธีการในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แนวทางในการรับประทานยาให้ตรงตามแพทย์สั่ง รับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และจัดการความเครียด วิธีการในการจัดการกับโรคเบาหวาน และอาการเจ็บป่วยโดยมีช่องว่างสำหรับเขียนข้อความ โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ

แบบสอบถามมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงและความสอดคล้องของเนื้อหาเท่ากับ 0.67 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ทำการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) ของแบบสอบถาม โดยงานวิจัยฉบับนี้มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ ได้ค่า 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

จัดเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2565-ธันวาคม พ.ศ. 2565 โดยประสานงานกับ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อขอความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ให้กับกลุ่มตัวอย่างที่จะตอบแบบสอบถามทราบ ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ด้วยความสมัครใจ ข้อมูลที่ได้ถือเป็นความลับส่วนบุคคล และไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุข และเก็บข้อมูลกับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของแต่ละหน่วยบริการ ผู้ตอบแบบสอบถามอ่านแบบสอบถาม และต้องตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง กรณีผู้ตอบแบบสอบถามไม่สามารถอ่านหนังสือได้ จะมีเจ้าหน้าที่ที่จัดเก็บข้อมูล อ่านและอธิบายให้ฟังโดยละเอียด ส่วนแบบสัมภาษณ์ใช้การพูดคุยแบบไม่เป็นทางการและขออนุญาตบันทึกข้อมูลลงในกระดาษและเทปบันทึกเสียง จากนั้นนำแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ที่ได้ มาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน เพื่อเตรียมข้อมูลสำหรับการนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

แบบสอบถาม สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าสูงสุด (Max) ค่าต่ำสุด (Min) และการวิเคราะห์ใช้สถิติถดถอยพหุคูณเชิงเส้น (Multiple Linear Regression Analysis) ด้วยวิธีการคัดเลือกตัวแบบแบบขั้นตอน (Stepwise) กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

แบบสัมภาษณ์ ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร โครงการเลขที่ 65 03 36 ประเภทการรับรองแบบเร่งรัด (ไม่มีความเสี่ยง) รับรองเมื่อวันที่ 14 กันยายน 2565 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัยและสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย การตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยอิสระ การยุติการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตชุมชน การรักษาความลับของผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างในวันที่เริ่มเก็บข้อมูล เมื่อมีผู้สนใจยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยขอให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจและสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจและสังคมของกลุ่มตัวอย่าง (N = 293)

ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจและสังคม	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	82	28.0
หญิง	211	72.0

ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจและสังคม	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
20-29 ปี	5	1.7
30-39 ปี	12	4.1
40-49 ปี	31	10.6
50-59 ปี	115	39.2
60 ปีขึ้นไป	130	44.4
(Mean = 59.87 SD = 10.91, Median = 59.0, Min = 27.0, Max = 71.0)		
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	217	74.1
มัธยมศึกษาตอนต้น	33	11.3
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	14	4.8
ปวส./อนุปริญญา	21	7.2
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	8	2.6
สถานภาพสมรส		
โสด	18	6.1
สมรส	222	75.8
หย่า	51	17.4
หม้าย/ร้าง	2	0.7
อาชีพหลัก		
เกษตรกร	161	54.9
ค้าขาย	27	9.2
รับจ้างทั่วไป	26	8.9
ธุรกิจส่วนตัว	10	3.4
รับจ้างโรงงาน	18	6.1
ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจบำนาญ	39	13.3
ว่างงาน	12	4.1

ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจและสังคม	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน		
≤ 5 ปี	132	45.1
6-10 ปี	97	33.1
มากกว่า 10 ปีขึ้นไป	64	21.8
(Mean = 8.00 SD = 6.03, Median = 6.0, Min = 6.0, Max = 33.0)		
ประวัติสมาชิกครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน		
ไม่มี	197	67.2
มี	96	32.8
ประเภทของการรักษาโรคเบาหวาน		
ไม่ใช้ยา	5	1.7
ยาเม็ด	254	86.7
ฉีดอินซูลิน	6	2.0
ทั้งยาเม็ดและฉีดอินซูลิน	28	9.6
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	247	84.3
สูบ	30	10.2
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	16	5.5
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่ดื่ม	220	75.1
ดื่ม	42	14.3
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	31	10.6

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.0 มีอายุเฉลี่ย 59.87 ± 10.91 ปี อายุสูงสุด 71 ปี อายุต่ำสุด 27 ปี ส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 44.4 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 74.1 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 11.3 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 75.8 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 54.9 มีระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 8.00 ± 6.03 ปี ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเป็นเบาหวาน ≤ 5 ปี ไม่มีประวัติการเป็นโรคเบาหวานของสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 67.2 รักษาโรคเบาหวานโดยใช้ยาเม็ด ร้อยละ 86.7 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 84.3 และไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 75.1

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ (n = 293)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ระดับคะแนน		
	ระดับ	Mean	S.D.
1. ความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ (เต็ม 8 คะแนน)	สูง (52.2%)	5.32	1.99
2. การอ่านศัพท์พื้นฐาน (เต็ม 66 คะแนน)	สูง (60.8%)	42.92	26.10
3. ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข (เต็ม 8 คะแนน)	ต่ำ (71.0%)	4.16	2.44
4. ความสามารถในการเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพ (เต็ม 8 คะแนน)	สูง (74.4%)	7.67	2.78
5. ความรู้ความเข้าใจ (เต็ม 30 คะแนน)	ต่ำ (62.5%)	18.37	3.69
6. การปฏิบัติในกรณีถูกถามปัญหาต่างๆ (85 คะแนน)	สูง (55.6%)	62.37	8.52
7. การตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติในอนาคตหรือเงื่อนไขการใช้ชีวิต (32 คะแนน)	ต่ำ (51.2%)	23.74	3.11
8. การปฏิบัติพฤติกรรม (40คะแนน)	ต่ำ (50.5%)	27.48	6.39
ความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม (277 คะแนน) 207	ต่ำ (58.7%)	192.04	33.18

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 58.7 เฉลี่ย 192.04 ± 33.18 (เต็ม 277 คะแนน) เมื่อเป็นตามองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพระดับสูง ร้อยละ 52.2 เฉลี่ย 5.32 ± 1.99 (เต็ม 8 คะแนน) การอ่านศัพท์พื้นฐาน ระดับสูง ร้อยละ 60.8 เฉลี่ย 42.92 ± 9.31 (เต็ม 66 คะแนน) ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข ระดับต่ำ ร้อยละ 71.0 เฉลี่ย 4.16 ± 2.44 (เต็ม 8 คะแนน) ความสามารถในการเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพ ระดับสูง ร้อยละ 74.4 เฉลี่ย 7.67 ± 2.78 (เต็ม 8 คะแนน) ความรู้ความเข้าใจ ระดับต่ำ ร้อยละ 62.5 เฉลี่ย 18.37 ± 3.69 (เต็ม 30 คะแนน) การปฏิบัติในกรณีถูกถามปัญหาต่างๆ ระดับสูง ร้อยละ 55.6 เฉลี่ย 62.37 ± 8.52 (เต็ม 85 คะแนน) การตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติในอนาคตหรือเงื่อนไขการใช้ชีวิต ระดับต่ำ ร้อยละ 51.2 เฉลี่ย 23.74 ± 3.11 (เต็ม 32 คะแนน) และการปฏิบัติพฤติกรรม ระดับต่ำ ร้อยละ 50.2 เฉลี่ย 27.48 ± 6.39 (เต็ม 40 คะแนน)

ส่วนที่ 3 การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (N = 293)

การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (64 คะแนนขึ้นไป)	62	21.2
ระดับปานกลาง (48-63 คะแนน)	135	46.1
ระดับต่ำ (น้อยกว่า 48 คะแนน)	96	32.8
(Mean = 53.0 SD = 11.93, Median = 53.0, Min = 26.0, Max = 80.0)		

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.1 รองลงมา คือ ระดับต่ำ ร้อยละ 32.8 กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานเฉลี่ย 53.0 ± 11.93 คะแนน ต่ำสุด 26 คะแนน สูงสุด 80 คะแนน (คะแนนเต็ม 80 คะแนน)

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชรด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ตารางที่ 4 แสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรพยากรณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร (N = 293)

ตัวแปรพยากรณ์	b	Beta	T	p-value
การปฏิบัติพฤติกรรม	0.915	0.513	10.283	<0.001
ความรู้ความเข้าใจ	0.394	0.140	2.799	0.005
การตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติในอนาคตหรือ เงื่อนไขการใช้ชีวิต	0.253	0.125	2.688	0.043

Constant (a) = 21.694 R Square = 0.315 Adjusted R Square = 0.310 F = 66.704

P = <0.05

จากตารางที่ 4 การวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เรียงลำดับตามความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนของการจัดการตนเองจากมากไปหาน้อยได้ดังนี้ ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 1 คือ การปฏิบัติพฤติกรรม มีผลทางบวกต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เมื่อมีการปฏิบัติพฤติกรรมเพิ่มขึ้น 1 หน่วย การจัดการตนเองจะเพิ่มขึ้น 0.915 หน่วย ($p\text{-value} < 0.001$, $\beta = 0.513$) ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 2 คือ ความรู้ความเข้าใจมีผลทางบวกต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เมื่อความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้น 1 หน่วย การจัดการตนเองจะเพิ่มขึ้น 0.394 หน่วย ($p\text{-value} = 0.005$, $\beta = 0.140$) ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 3 คือ การตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติในอนาคตรหรือเงื่อนไขการใช้ชีวิตมีผลทางบวกต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เมื่อการตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติในอนาคตรหรือเงื่อนไขการใช้ชีวิตเพิ่มขึ้น 1 หน่วย การจัดการตนเองจะเพิ่มขึ้น 0.253 หน่วย ($p\text{-value} = 0.043$, $\beta = 0.125$) โดยสามารถร่วมกันทำนายการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 31.5 และสามารถเขียนสมการในการพยากรณ์การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 = $21.694 + 0.915 (\text{การปฏิบัติพฤติกรรม}) + 0.394 (\text{ความรู้ความเข้าใจ}) + 0.253 (\text{การตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติในอนาคตรหรือเงื่อนไขการใช้ชีวิต})$

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

1. ความรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการความช่วยเหลือในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเบาหวานในประเด็นวิธีการควบคุมอาหาร การรับประทานยาที่ถูกต้อง โดย “อยากให้มีการประชาสัมพันธ์ผ่านอินเทอร์เน็ต ได้แก่ เฟซบุ๊ก เสียงตามสายหมู่บ้าน โลน วีที อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข” สิ่งที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเชื่อข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ ได้แก่ “ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ได้จริง ข้อมูลที่มาจากคู่มือของโรงพยาบาล และข้อมูลจากแพทย์ที่รักษา” ความรู้ความเข้าใจที่ได้รับมากกลุ่มตัวอย่างนำมาปฏิบัติโดย “ระมัดระวังการรับประทานอาหารแบบเน้นการลดแป้ง และออกกำลังกายให้มากขึ้น”

2. การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยการ “รับประทานอาหารหวานให้น้อยลง รับประทานผักต้ม ต้มกาแฟดำ และไม่รับประทานอาหารแบบจุกจิก” มีแนวทางการรับประทานยา อาหาร ออกกำลังกาย และจัดการความเครียดคือ “ปฏิบัติตามแพทย์สั่งไม่เลือกกินยาเองไม่ดกินยาเอง การกำจัดความเครียดด้วยการรดน้ำต้นไม้ ดูดอกไม้ ทำสวนหน้าบ้าน ดูโทรทัศน์ ยูทูบ เรื่องต้นไม้ดอกไม้” “กินอาหารให้เป็นเวลาเพื่อป้องกันการลืมกินยา กินแต่พออิ่ม เคี้ยวข้าวช้าๆ เคี้ยวข้าวให้ละเอียดและนั่งสมาธิเพื่อผ่อนคลาย” มีวิธีจัดการกับโรคเบาหวานคือ “ไปพบหมอทุกครั้ง กินยาและฉีดยาตามแพทย์สั่ง”

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งหมายถึงเป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ยังไม่เพียงพอ (กองสุขศึกษา, 2558) เมื่อแยกเป็นรายองค์ประกอบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ การอ่านศัพท์พื้นฐาน ความสามารถในการเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพ และการปฏิบัติในกรณีฉุกเฉินต่าง ๆ อยู่ในระดับสูง แต่ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข ความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติในอนาคตหรือเงื่อนไขการใช้ชีวิต และการปฏิบัติพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีช่องทางการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ

แต่ยังไม่สามารถตัดสินใจเพื่อปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ได้ เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า กลุ่มตัวอย่างยังมีความต้องการในการเพิ่มข้อมูลการควบคุมอาหาร ช่องทางการรับข้อมูลข่าวสารจากอินเทอร์เน็ต อสม.และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และข้อมูลที่ได้ควรที่จะสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ จริยา นพเคราะห์, โรจน์ จินตนาวัฒน์ และ ทศพร คำผลศิริ (2563) ศึกษาเรื่องความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง เพราะเนื่องมาจากผู้สูงอายุสามารถใช้ทักษะขั้นพื้นฐาน รับรู้เข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทั้งสาเหตุ การรักษา ปัจจัยเสี่ยงจนสามารถดูแลตนเองได้

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นถึงผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความสามารถในการสร้างพฤติกรรมให้มีความเหมาะสมกับสถานการณ์การเจ็บป่วย การจัดการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้มีความเหมาะสม ตามแผนการรักษาโรคเบาหวาน อยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองได้ แต่ยังมีปัจจัยหลายด้านที่มีความเกี่ยวข้องโดยเฉพาะการควบคุมอาหารรสหวาน และการรับประทานยา เนื่องจากบริบทของพื้นที่ที่มีความชอบรับประทานขนมหวานและผลไม้ตามฤดูกาล เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานโดยการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ รับประทานอาหารรสหวานให้น้อยลง และไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา ทั้งนี้โรคเบาหวานเป็นโรคที่มีความสำคัญและจำเป็นที่จะต้องมีการจัดการตนเองที่ดี (Angboonta, 2011) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 44.4 จากงานวิจัยเรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง (สุภาพร เพ็ชรอาวุธ, 2564) พบว่า ผู้ที่มีอายุน้อยจะมีความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคได้ดีกว่า สอดคล้องกับงานวิจัยของ ไพฑูรย์ สอนทน (2562) ที่ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กรณีศึกษา

โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ สิทธานนท์ แจ่มหอม และคณะ (2564) พบว่า การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้อยู่ในระดับต่ำ

ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร ได้แก่ การปฏิบัติพฤติกรรม ความรู้ความเข้าใจ และการตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติในอนาคตหรือเงื่อนไขการใช้ชีวิต รายละเอียดดังนี้

การปฏิบัติพฤติกรรม มีผลทางบวกต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย พบว่า เมื่อการปฏิบัติพฤติกรรม เพิ่มขึ้น 1 หน่วย การจัดการตนเองจะเพิ่มขึ้น 0.915 หน่วย ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ รายชื่อมากที่สุด คือ งดสูบบุหรี่ รองลงมาคือ ไม่ดื่มสุรา น้อยที่สุดคือพฤติกรรมที่มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้ป่วยโรคเบาหวานคือ การเลือกอาหารสุขภาพและการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง อาจเพราะปัจจัยด้านอาหารมีความเกี่ยวข้องกับความต้องการและลักษณะวิถีชีวิต เช่น การรับประทานผลไม้ตามฤดูกาลและชอบรับประทานขนมหวาน จึงเชื่อมโยงไปถึงไม่สามารถจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ นริศรา แก้วบรรจกร และคณะ (2563) ศึกษาเรื่องปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงตำบลโคกสี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ทักษะการจัดการตนเองและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กัน และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ภมร ตรุณ และ ประกันชัย ไกรรัตน์ (2561) ศึกษาเรื่องปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ พบว่า ทักษะการจัดการตนเองมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

ความรู้ความเข้าใจ มีผลทางบวกต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เมื่อความรู้ความเข้าใจ เพิ่มขึ้น 1 หน่วย การจัดการตนเองจะเพิ่มขึ้น 0.915 หน่วย อาจเนื่องมาจากความรู้ความเข้าใจเป็นจุดเริ่มต้นในการนำสู่การจัดการตนเองที่ถูกต้องเป็นองค์ประกอบที่ช่วยกระตุ้นให้ประชาชนเข้าใจและนำไปสู่การปฏิบัตินั้นได้ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับต่ำ เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่า ยังไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหาร เช่น ไม่ทราบว่ามีผลไม้ชนิดใดที่ควรจำกัด หรืออาหารประเภทใดที่ควรงด อาจเนื่องมาจากความคุ้นชินและวิถีชีวิตที่เคยเป็นอยู่ รวมไปถึงวัฒนธรรมในชุมชน สอดคล้องกับงานวิจัยของ ไพฑูรย์ สอนทน (2565) ศึกษาเรื่อง ความรอบรู้สุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลของรัฐ สังกัด

กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ภูมิ ธรณ และ ประกันชัย ไกรรัตน์ (2561) ศึกษาเรื่องปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ พบว่า ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

การตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติในโรคหรือเงื่อนไขการใช้ชีวิต มีผลทางบวกต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย พบว่าเมื่อมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติ เพิ่มขึ้น 1 หน่วย การจัดการตนเองจะเพิ่มขึ้น 0.253 หน่วย จากการศึกษาพบว่า มีการตัดสินใจที่ถูกต้องอยู่ในระดับต่ำ กลุ่มตัวอย่างมีการตัดสินใจรายข้อ ถูกต้องมากที่สุด คือ หากไปถือศีล 1 เดือน (ทานอาหารได้แค่ 2 มื้อ) จะปรึกษาแพทย์เพื่อปรับระดับยาในระหว่างถือศีล ตัดสินใจไม่ถูกต้องมากที่สุดคือ เมื่อทานกินข้าวมือเย็นน้อยลง 1 ทักพี เพื่อลดน้ำหนักตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่แล้ว พบว่ารู้สึกหิวและหิวมากตอนกลางคืนท่านจะอย่างไร สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างถึงแม้จะมีความสามารถในการเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพระดับสูง แต่ยังมีความเข้าใจในตัวเลข ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับต่ำ จึงทำให้มีการตัดสินใจที่ถูกต้องอยู่ในระดับต่ำไปด้วย สอดคล้องกับงานวิจัยของ ภูมิ ธรณ และ ประกันชัย ไกรรัตน์ (2561) ศึกษาเรื่องปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ พบว่า การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ การอ่านศัพท์พื้นฐาน ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข ความสามารถในการเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพและการปฏิบัติในกรณีฉุกเฉิน ปัญหาต่าง ๆ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นหน่วยงานด้านสาธารณสุขและหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมหรือโครงการเพื่อเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยจำแนกกลุ่มเป็นผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำและสูง และจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้สอดคล้องกับความจำกัดของแต่ละบุคคลโดยเน้นความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข ความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติในอนาคตหรือเงื่อนไขการใช้ชีวิต และการปฏิบัติพฤติกรรม หลังจากนั้นควรวัดความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานทุกปี

1.2 จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรมีกิจกรรมการให้ความรู้และส่งเสริมการจัดการตนเองโดยจัดกิจกรรมในช่วงระหว่างการรอพบแพทย์ที่โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยเน้นการเพิ่มทักษะให้ผู้ป่วยสามารถเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้องและการรับประทานยาได้ตามแพทย์สั่ง

1.3 จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ การปฏิบัติพฤติกรรม ความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติในอนาคตหรือเงื่อนไขการใช้ชีวิต ดังนั้นหน่วยงานด้านสาธารณสุข หน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง และบุคลากรด้านสุขภาพ จัดให้มีกิจกรรมการสร้างความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องโดยทีมสหวิชาชีพแบบบูรณาการ แนะนำการบันทึกการรับประทานอาหารและยา ประชาสัมพันธ์ช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เช่น ไลน์กลุ่ม การสอนให้ประชาชนได้ใช้สื่อออนไลน์ให้มีประโยชน์และคัดเลือกสื่อที่มีความน่าเชื่อถือ และส่งเสริมให้มีกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน และฝึกทักษะการตัดสินใจที่ถูกต้อง

2. ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาวิจัยความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ โดยใช้เครื่องมือวัดที่มีความเจาะจงกับโรคเรื้อรังนั้น ๆ

2.2 ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการจัดการตนเองสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยจัดให้เหมาะกับบริบทพื้นที่ชุมชน และออกแบบโปรแกรมให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายทั้งในเรื่องของอายุของกลุ่มเป้าหมาย ให้มีความสำคัญกับเรื่องของสื่อโซเชียลมีเดีย เสียงตามสาย แผ่นพับเอกสาร สื่อบุคคล การจัดบริการด้านสุขภาพแก่กลุ่มเป้าหมายเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวานในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลไทรงาม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลไทรงาม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชรทุกแห่ง นายสุเทพ พงษ์ไทยสงค์ สาธารณสุขอำเภอไทรงาม นายแพทย์วีระศักดิ์ ดำรงพงษ์ แพทย์ชำนาญการพิเศษผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งโพธิ์ทะเล รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลไทรงาม ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และให้คำแนะนำแก่ผู้วิจัย ขอขอบคุณกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร กลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ เสียสละเวลาในการให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี ขอขอบคุณทุกท่านที่มีได้กล่าวนามที่มีส่วนเกี่ยวข้องในความสำเร็จครั้งนี้ ที่ให้การสนับสนุนในทุก ๆ ด้านอย่างดีที่สุดเสมอมา

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2565). **ตัวชี้วัดเพื่อกำกับติดตามคุณภาพบริการการดำเนินงานด้านโรคไม่ติดต่อ ประจำปีงบประมาณ 2565**. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค.

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2558). **โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง**. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

จริยา นพเคราะห์, โรจน์ จินตนาวัฒน์ และ ทศพร คำผลศิริ. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. **พยาบาลสาร**. 47(2), 251-261.

นริศรา แก้วบรรจกร, ประไพจิตร ชุมแวงวาปี และ กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์. (2563). ปัจจัยความรอบรู้ทางสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงตำบลโคกสี อำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น. **วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ**. 3(3), 1-15.

ปรารค์ บัวทองคำวิเศษ, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว และ สุทธิพร มูลศาสตร์. (2560). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลท่าก้อ อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย. **วารสารพยาบาลตำรวจ**. 9(1), 106-116.

ไพฑูริย์ สอนทน. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สุขภาพกับการควบคุมน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน.

วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. 50(1), 76-88.

ภมร ตรุณ และ ประกันชัย ไกรรัตน์. (2561). ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ. วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 15(3), 71-82.

สิทธิานนท์ แจ่มหอม, ทศนีย์ ศีลววรรณ, สุนีย์ ละกำป็น และ จุฑาธิป ศีลบุตร. (2564). ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมืองสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี. วารสารสุขศึกษา, 44(1), 75-86.

สุภาพร เพ็ชรอาวุธ. (2564). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน **ชนิดที่ 2**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร. (2565). รายงานประจำปี. กำแพงเพชร: ผู้แต่ง.

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไทรงาม. (2565). รายงานประจำปี. กำแพงเพชร: ผู้แต่ง.

Angboonta. (2011). Effects of a Self - management Supporting Program on Self-management Behaviors and Hemoglobin A1C Level among Elders with Diabetes Type 2. **Nursing Journal**. 39(3), 93-104.

Bailey et al. (2014). The Meaning, Antecedents and Outcomes of Employee Engagement: A Narrative Synthesis. **International Journal of Management Reviews**. 19(1), 31-53.

Daniel. (1995). **Biostatistic : A foundations for analysis in the health sciences**. New York: John Wiley.

Haas et al. (2014). Identifying classes of conjoint alcohol and marijuana use in entering freshmen. **Psychology of Addictive Behaviors**. 29(3), 620-626.

International Diabetes Federation. (2017). **IDF diabetes atlas 8th Edition**. from www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas/134-idf-diabetes-atlas-8th-edition.html.



Meyer John P., et al. (2007). Employee Commitment and Support for an Organizational Change : Test of the Three Component Model in Two Cultures” . **Journal of Occupational and Organizational Psychology**. 80(2), 185.

Nutbeam. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. **Health Promotion International**. 15(3), 259–267.

Wagner E. H, et al.. (2001). Quality improvement in chronic illness care: A collaborative approach. **Joint Commission Journal on Quality Improvement**. 27(2), 63-80.



ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส.

ของประชาชน อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย

พรรณนีย์ บุญมัน¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของประชาชน อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัยกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 432 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ และทักษะการตัดสินใจใช้ KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.72 และ 0.70 ตามลำดับ ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ใช้ค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาค มีค่าความเชื่อมั่น 0.76, 0.86, 0.80, 0.84, และ 0.78 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.0 มีอายุเฉลี่ย 39.46 ± 11.09 ปี จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.7 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 57.4 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 63.2 มีพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. 2ส. อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 78.9 ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ทักษะการสื่อสาร ($p\text{-value} < 0.001$, $\beta = 0.152$) ทักษะการจัดการตนเอง ($p\text{-value} < 0.001$, $\beta = 0.088$) ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ ($p\text{-value} < 0.001$, $\beta = 0.048$) และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ($p\text{-value} < 0.001$, $\beta = 0.059$) ผลการศึกษานี้สามารถนำข้อมูลไปพัฒนาแนวทางการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของประชาชนเพื่อบูรณาการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนได้

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส.

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย



Health Literacy Factors Influencing on Health Behaviors 3E 2S of Population in Mueang sukhothai District, Sukhothai Province.

Tatsanee Boonmun¹

ABSTRACT

The objective of this cross-sectional analytical research was to examine Health Literacy Factors Influencing on Health Behaviors 3E 2S of Population in Mueang sukhothai District, Sukhothai Province. The samples were 432 selected by multi-stage sampling including proportional and simple random techniques. The research instrument was questionnaires consisting of cognitive and Decision skill used KR-20 with a confidence value of 0.72 and 0.70 Access, Communication skill, Self management, Media literacy and Health Behavior 3E 2S. using coefficients Cronbach's Alpha with confidence values at 0.76, 0.86, 0.80, 0.84 and 0.78 respectively. The statistical analysis was number, percentage, mean, standard deviation, median, maximum, minimum, and linear multiple regression analysis.

The results showed that most of the samples were female (59.0%), average age 39.46 ± 11.09 years, Most of them were primary school, 53.7%, and 57.4 percent were engaged in agriculture. Most of them had middle level of Health Literacy (63.2%). Most of them had middle level Health Behaviors 3E 2S (78.9%). Health Literacy Factors Influencing on Health Behaviors 3E 2S were Communication skill (p-value < 0.001, $\beta = 0.152$), Self management (p-value < 0.001, $\beta = 0.088$), Cognitive (p-value < 0.001, $\beta = 0.048$) and Media literacy (p-value < 0.001, $\beta = 0.059$). The results of this study can be used to develop guidelines for enhancing health literacy and health behaviors 3E. 2S. of people in order to focus on solving non-communicable diseases in the community.

Keywords : Health Literacy, Health Behaviors 3E 2S

¹ Public Health Technical Officer (Professional Level), Sukhothai Provincial Public Health Office

บทนำ

การดำเนินงานด้านสาธารณสุขในประเทศไทย จากสถานการณ์ปัญหาการเกิดโรคที่มีมาก โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพและการเกิดโรคภัยไข้เจ็บให้ลดลงนั้น จำเป็นอย่างยิ่งในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยการส่งเสริมและพัฒนาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยภายในตัวบุคคล (ปัจจัยนำ) เช่น ความรู้ การรับรู้ ความเข้าใจและปัจจัยแวดล้อม (ปัจจัยเอื้อ, ปัจจัยเสริม) อย่างเหมาะสม ในการพัฒนาปัจจัยภายในจะต้องปลูกฝังให้ประชาชนเกิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งหมายถึง ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ ประเมินและจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพแก่บุคคลรอบครั และชุมชนได้ การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นการสร้างและพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลและเป็นการรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561) ซึ่งการมีความรู้ด้านสุขภาพระดับขั้นพื้นฐาน ต่างจะมีผลต่อการเพิ่มอัตราการเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลบ่ยขึ้นและมีอัตราการตายสูงขึ้น แต่ถ้ามีความรู้ระดับขั้นพื้นฐานสูงเพียงพอจะทำให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดี เช่น มีภาวะสุขภาพดี ลดอัตราการป่วย การเข้ารับรักษาตัวที่โรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่าย (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และ นฤมล ตรีเพชรศรีโร, 2554)

จากนโยบายของรัฐบาล กระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักถึงผลกระทบของปัญหาด้านความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน ต่อความสามารถในการดูแลสุขภาพ และต่อระบบสุขภาพของประเทศ ทั้งนี้ หากประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะส่งผลต่อความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง มีปัญหาในการแสวงหาข้อมูล และตรวจสอบข้อมูลสำหรับการดูแลสุขภาพของตนเอง ทำให้ไม่ดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคที่สามารถป้องกันได้ ไม่ไปตรวจร่างกาย รวมถึงไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ระหว่างการรักษารักษาพยาบาล ขาดความสามารถในการวิเคราะห์ผลดีผลเสีย ประสบความยากลำบากในการตัดสินใจ เกี่ยวกับทางเลือกในการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ และขาดทักษะในการเลือกรับสื่อ รวมถึงการประเมินความถูกต้องของข้อมูลที่ได้รับจากสื่อต่าง ๆ ในสังคม ทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดโรคสูงขึ้น โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของประชาชน ค่าใช้จ่ายในการรักษารักษาพยาบาลที่สูงขึ้นเป็นเงาตามตัว ตลอดจนภาระที่เพิ่มขึ้นต่อหน่วยบริการสุขภาพ

Health Literacy มีการใช้คำที่แตกต่างกันออกไป เช่น ความแตกฉานด้านสุขภาพ ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพ และความรู้ด้านสุขภาพ โดยงานวิจัยฉบับนี้จะใช้คำว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เนื่องจากมีการกำหนดขึ้นโดยคณะผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข (กองสุศึกษา, 2561) นักวิชาการด้านความรู้ด้านสุขภาพหลายท่าน ได้กำหนดองค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพไว้แตกต่างกัน สำหรับประเทศไทย กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้จำแนกองค์ประกอบ เป็น 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึง

ข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการสื่อสาร (กองสุศึกษา, 2561) พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพทั้งหลายเกิดจากความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะหรือความสามารถในการค้นหาทำความเข้าใจวิเคราะห์ ประเมิน และใช้ข้อมูลทางสุขภาพ ในการตัดสินใจได้อย่างถูกต้องเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต (Nutbeam, 2000; Pleasant & Kuruvilla, 2008) บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะประสบปัญหาในการดูแลสุขภาพของตนเองและมีสภาวะสุขภาพที่ไม่ดี มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้น และต้องใช้บริการสุขภาพหรือเข้าโรงพยาบาลบ่อยมากขึ้น (Mancuso, 2008 ; Martin et al., 2009) จากผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่อง 3อ. 2ส. ของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปในปี พ.ศ.2557 พบว่าส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่ดีพอ ร้อยละ 59.4 รองลงมาคือระดับพอใช้ร้อยละ 39.0 และระดับดีมากมีเพียงร้อยละ 1.6 (สำนักงานเลขาธิการสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ, 2559) แสดงให้เห็นว่าคนไทยส่วนใหญ่ยังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ ส่งผลให้มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพในหลาย ๆ ด้าน ทำให้คนไทยป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นจำนวนมากและมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ เป็นปัญหาสำคัญที่สังคมไทยต้องให้ความสนใจและหาแนวทางป้องกันแก้ไขต่อไป

อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย ประกอบด้วย 10 ตำบล มีจำนวนประชากรทั้งหมด 73,480 คน (ระบบข้อมูลสารสนเทศกระทรวงสาธารณสุข, 2564) เป็นประชากรในวัยทำงานขึ้นไป (อายุ 20-59 ปี) จำนวน 38,479 คน ปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของจังหวัดสุโขทัย ได้แก่ กลุ่มโรคไม่ติดต่อ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุทางท้องถนน เด็กจมน้ำ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสุโขทัย, 2564) จะเห็นได้ว่าประชาชนจังหวัดสุโขทัย มีแนวโน้มเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ โดยเฉพาะพฤติกรรม 3อ. 2ส. ที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ กินอาหารรสจัด ไขมันสูง ขาดการออกกำลังกาย มีความเครียดกังวล รวมไปถึงการดื่มสุรา และสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่าพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพดังกล่าวมีสาเหตุสำคัญจากการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำอย่างใดก็ดี ยังไม่เคยมีการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดสุโขทัย อย่างเป็นทางการ ทำให้ขาดข้อมูลที่จะสนับสนุนการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชนจังหวัดสุโขทัยอันเนื่องมาจากพฤติกรรมและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอำเภอเมืองสุโขทัย เพื่อเป็นข้อมูลที่สำคัญในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของประชาชน อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย
3. เพื่อศึกษาปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของประชาชน อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ มีอิทธิพลสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ได้

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านการศึกษา การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) โดยศึกษาปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของประชาชน อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย

ขอบเขตด้านพื้นที่ ศึกษาในเขตพื้นที่อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย ทั้งหมด 10 ตำบล ได้แก่ ตำบลธานี บ้านสวน เมืองเก่า ปากแคว ยางซ้าย บ้านกล้วย บ้านหลุม ตาลเดี่ยว ปากพระ วังทองแดง

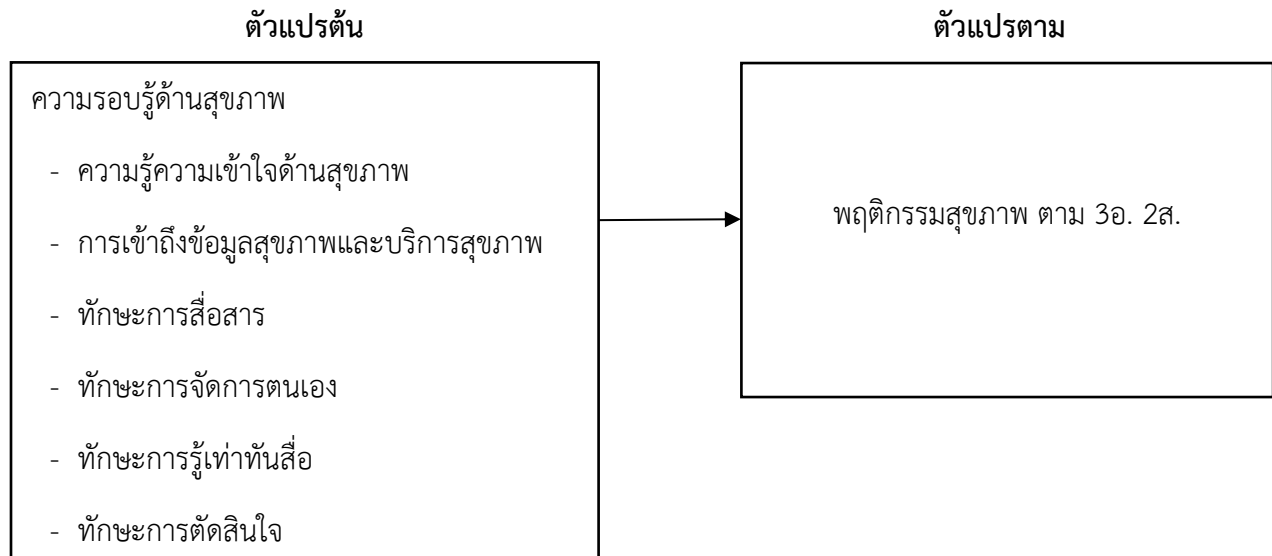
ขอบเขตด้านประชากร ศึกษาในประชาชนที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ในอำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย มาแล้วเป็นเวลาติดต่อกันไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 38,479 ราย

ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย พฤศจิกายน 2564 – เมษายน 2565

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล มกราคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2565

กรอบแนวคิดในการทำวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ ประชาชนในอำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย จำนวน 10 ตำบล จำนวน 38,479 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนในอำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ในเขตอำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย มาแล้วเป็นเวลาติดต่อกันไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) มีอายุ 20 – 59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงและผ่านเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) กลุ่มตัวอย่างย้ายไปอาศัยนอกพื้นที่อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย ก่อนการวิจัยเสร็จสิ้น 2) พูดคุยไม่รู้เรื่อง เกิดการสับสน 3) ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและคัดออก โดยคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรที่แน่นอน จากสูตรการหาขนาดตัวอย่างของแดเนียล (Daniel, 1995) ซึ่งผู้วิจัยได้นำผลการศึกษา ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. 2ส. เฉลี่ย 22.11 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.14 (ภมร ตรุณ และ ประกันชัย ไกรรัตน์, 2562) ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตร เท่ากับ 388 คน แต่อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในขณะเก็บรวบรวมข้อมูลและลดปัญหาการตอบกลับของแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์หรือน้อยกว่าที่กำหนดหรือมีข้อมูลสูญหาย (Missing data) ซึ่งคาดว่าจะเกิดขึ้น ร้อยละ 10 ดังนั้น ในการศึกษาค้นครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างไม่ต่ำกว่า 432 คน

การสุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) ผู้วิจัยมีขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) การสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) ตามสัดส่วนประชาชนของแต่ละตำบล ใช้สูตรกำหนดสัดส่วน $n_i = nN_i/N$ 2) การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ในระดับหมู่บ้าน โดยนำ หมู่บ้าน หมู่ที่ 1, 2, 3 จับสลากเลือกหมู่บ้าน จำนวน 1 หมู่บ้าน ที่เป็นตัวแทนของแต่ละตำบล 3) การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) นำรายชื่อของประชาชนในแต่ละหมู่บ้านมาสุ่มอย่างง่ายโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการสุ่มตามรายชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ในเขตอำเภอเมืองสุโขทัยครบทุกรายหมู่บ้าน รวมทั้งสิ้น 432 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยในการศึกษาค้นคว้านี้เป็นแบบสอบถามที่ปรับปรุงและพัฒนาขึ้นจากแบบสอบถามของกองสุศึกษา 2561 โดยผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นจากตำรา เอกสาร บทความวิชาการ โดยศึกษาทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีเนื้อหาในแบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) และเติมคำลงในช่องว่าง จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ

ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม หมายถึง คะแนนรวมของความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ จำนวน 9 ข้อ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ ทักษะการสื่อสาร จำนวน 20 ข้อ ทักษะการจัดการตนเอง จำนวน 15 ข้อ การรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 6 ข้อ และทักษะการตัดสินใจ จำนวน 3 ข้อ รวม 68 ข้อ พิจารณาจากคะแนนที่ได้ ซึ่งแบ่งระดับคะแนนรวมออกเป็น 4 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของกองสุศึกษา (2561) ประกอบด้วย ระดับไม่ดี น้อยกว่าร้อยละ 60 (น้อยกว่า 175 คะแนน) ระดับพอใช้ ร้อยละ 60-69 (175-204 คะแนน) ระดับดี ร้อยละ 70 -79 (205-233 คะแนน) และระดับดีมาก ร้อยละ 80 ขึ้นไป (233 คะแนนขึ้นไป) แบ่งออกเป็น 6 องค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ เรื่อง สุขภาพ 3อ. 2ส. ได้แก่ อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย สุขบุหรี่ สุรา ซึ่งมีลักษณะเป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 9 ข้อ แบ่งระดับคะแนนรวมออกเป็น 4 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของกองสุศึกษา (2561) ประกอบด้วย ระดับไม่ถูกต้อง น้อยกว่าร้อยละ 60 (ต่ำกว่า 5 คะแนน) ระดับถูกต้องบ้าง ร้อยละ 60-69 (5-6 คะแนน) ระดับถูกต้อง ร้อยละ 70 -79 (7-8 คะแนน) และระดับถูกต้องที่สุด ร้อยละ 80 ขึ้นไป (9 คะแนน) เข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ ทักษะการสื่อสาร จำนวน 20 ข้อ ทักษะการ

จัดการตนเอง จำนวน 15 ข้อ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยและน้อยที่สุด เกณฑ์การแปลผลระดับคะแนนรวม พิจารณาจากคะแนนที่ได้ ซึ่งแบ่งระดับคะแนนรวมออกเป็น 4 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของกองสุศึกษา (2561) ประกอบด้วย ระดับไม่ดี น้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับพอใช้ ร้อยละ 60-69 ระดับดี ร้อยละ 70 -79 และระดับดีมาก ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ทักษะการตัดสินใจ จำนวน 3 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก มีเกณฑ์คือคำตอบที่ถูกต้อง เท่ากับ 1 คะแนน คำตอบที่ไม่ถูกต้อง เท่ากับ 0 คะแนน กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยทักษะการตัดสินใจ เกณฑ์การแปลผลระดับคะแนนเฉลี่ยแปลผลโดยรวม พิจารณาจากคะแนนที่ได้ ซึ่งระดับคะแนนเฉลี่ย ออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของกองสุศึกษา (2561) ประกอบด้วย ระดับไม่ดี น้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับพอใช้ ร้อยละ 60-79 ระดับดีมาก ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประเมินค่า โดยมีมาตรวัด 5 หน่วย คือ ประจํา บ่อยนาน ๆ ครั้ง บางครั้ง ไม่เคย จำนวน 13 ข้อ การแปลความหมายระดับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) ดังนี้ พฤติกรรมระดับสูง ร้อยละ 80 ขึ้นไป (52 คะแนนขึ้นไป) พฤติกรรมระดับปานกลาง ร้อยละ 60-79 (39-51 คะแนน) พฤติกรรมระดับต่ำ น้อยกว่า ร้อยละ 60 (น้อยกว่า 39 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา แบบสอบถามทั้งฉบับ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านใช้ค่าดัชนีความ สอดคล้องระหว่างคำถามและวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่าระหว่าง 0.67-1.00 หลังจากนั้น ทำการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ในกลุ่มประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ อำเภอศรีสำโรง จังหวัดสุโขทัยค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพ และทักษะการตัดสินใจใช้ KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.72 และ 0.70 ตามลำดับ ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค มีค่าความเชื่อมั่น 0.76, 0.86, 0.80, 0.84, และ 0.78 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการขอเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย เพื่อพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และนำหนังสือเสนอต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้นำชุมชน และผู้รับผิดชอบงานที่เป็นพื้นที่ในการศึกษาวิจัย เพื่อขอความอนุเคราะห์ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และผู้วิจัยตรวจสอบรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง
3. ผู้วิจัยประสานผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประชุมชี้แจงและจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่ออธิบายแนวทางในการตอบแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างและขอความอนุเคราะห์ ในการตอบแบบสอบถามให้ตรงกับความเป็นจริง
4. กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง เวลาประมาณ 30 นาที โดยหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัย ซึ่งอยู่ในพื้นที่ขณะเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดเวลา โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเดือนมกราคม 2565 – เดือนกุมภาพันธ์ 2565
5. ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมแบบสอบถาม พร้อมนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

- 1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ โดยใช้สถิติจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด
- 2) วิเคราะห์ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด
- 3) วิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ 3อ2ส ใช้สถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

4) วิเคราะห์ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณเชิงเส้น (Multiple Linear Regression Analysis) ด้วยวิธีการคัดเลือกตัวแบบแบบขั้นตอน (Stepwise)

กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย โครงการเลขที่ COA No.52/2021 เอกสารรับรองเลขที่ IRB No.56/2021 รับรอง เมื่อวันที่ 27 ธันวาคม 2564 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย และสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย การตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยอิสระ การยุติการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตชุมชน การรักษาความลับของผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างในวันที่เริ่มเก็บข้อมูล เมื่อมีผู้สนใจยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยขอให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.0 มีอายุเฉลี่ย 39.46 ± 11.09 ปี อายุสูงสุด 58 ปี อายุต่ำสุด 20 ปี โดยมีช่วงอายุระหว่าง 30-39 ปี และ 40-49 ปี มากที่สุด ร้อยละ 26.4 กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง จบระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 53.7 รองลงมาจบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 38.6 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 57.4 รองลงมามีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 30.6 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 66.4 รองลงมา คือ โสด ร้อยละ 31.7 ส่วนใหญ่ มีรายได้เฉลี่ย $6,798.89 \pm 3,055.03$ บาทต่อเดือน รายได้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 68.1 รองลงมา มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 24.8 ส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัวตามการวินิจฉัยของแพทย์ ร้อยละ 50.9 รองลงมา คือ มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง ร้อยละ 26.4

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการเข้าถึงข้อมูล สุขภาพและบริการสุขภาพ (n = 432)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ระดับคะแนน		
	ระดับ	Mean	S.D.
1. ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ (เต็ม 9 คะแนน)	ดีมาก (82.4%)	8.75	0.62
2. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (เต็ม 75 คะแนน)	พอใช้ (72.9%)	41.58	4.85
3. ทักษะการสื่อสาร (เต็ม 100 คะแนน)	ดี (28.5%)	54.95	12.27
4. ทักษะการจัดการตนเอง (เต็ม 75 คะแนน)	ไม่ดี (78%)	38.39	8.56
5. ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (เต็ม 30 คะแนน)	พอใช้ (39.8%)	19.31	4.38
6. ทักษะการตัดสินใจ (เต็ม 3 คะแนน)	ดีมาก (91.4%)	2.91	0.31
ความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม (292 คะแนน)	พอใช้ (63.2%)	165.91	28.62

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 63.2 เฉลี่ย 165.91 ± 28.62 (เต็ม 292 คะแนน) เมื่อเป็นตามองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ ระดับดีมาก ร้อยละ 82.4 เฉลี่ย 8.75 ± 0.62 (เต็ม 9 คะแนน) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ระดับพอใช้ ร้อยละ 72.9 เฉลี่ย 41.58 ± 4.85 (เต็ม 75 คะแนน) ทักษะการสื่อสาร ระดับดี ร้อยละ 28.5 เฉลี่ย 54.95 ± 12.27 (เต็ม 100 คะแนน) ทักษะการจัดการตนเองระดับไม่ดี ร้อยละ 78 เฉลี่ย 38.39 ± 8.56 (เต็ม 75 คะแนน) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อระดับพอใช้ ร้อยละ 39.8 เฉลี่ย 19.31 ± 4.38 (เต็ม 30 คะแนน) และทักษะการตัดสินใจระดับดีมาก ร้อยละ 91.4 เฉลี่ย 2.91 ± 0.31 (เต็ม 3 คะแนน)

ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (N = 432)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับไม่ดี (น้อยกว่า 175 คะแนน)	124	28.7
ระดับพอใช้ (175-204 คะแนน)	273	63.2
ระดับดี (205-233 คะแนน)	27	6.3
ระดับดีมาก (233 คะแนนขึ้นไป)	8	1.9

(Mean = 165.91 SD = 28.62, Median = 166.0, Min = 93.0, Max = 255.0)

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 63.2 รองลงมา มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่ดี ร้อยละ 28.7 และน้อยที่สุด คือ ระดับมาก ร้อยละ 1.9 คะแนนเฉลี่ย 165.91 ± 28.62 คะแนน (คะแนนเต็ม 292) คะแนนต่ำสุด 93 คะแนน คะแนนสูงสุด 255 คะแนน

ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. (N = 432)

พฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส.	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (52 คะแนนขึ้นไป)	0	0
ระดับปานกลาง (39-51 คะแนน)	341	78.9
ระดับต่ำ (น้อยกว่า 39 คะแนน)	91	21.1

(Mean = 34.49 SD = 4.57, Median = 34.0, Min = 22.0, Max = 49.0)

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 78.9 รองลงมา คือ ระดับต่ำ ร้อยละ 21.1 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. เฉลี่ย 34.49 คะแนน ต่ำสุด 22 คะแนน สูงสุด 49 คะแนน (คะแนนเต็ม 65 คะแนน)

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับพฤติกรรม สุขภาพ 3อ.2ส. ของประชาชนอำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย (N = 432)

ตัวแปรพยากรณ์	b	Beta	T	p-value
ทักษะการสื่อสาร	0.057	0.152	0.403	<0.001
ทักษะการจัดการตนเอง	0.047	0.088	0.234	<0.001
ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ	0.355	0.048	0.998	<0.001
ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ	0.865	0.059	1.229	<0.001

Constant (a) = 41.412 R Square = 0.010 Adjusted R Square = 0.010 F = 0.059

P = <0.001

จากการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า มีตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของประชาชนอำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัยได้ทั้งหมด 4 ตัวแปร ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร ($p\text{-value} < 0.001$, $\beta = 0.152$) ทักษะการจัดการตนเอง ($p\text{-value} < 0.001$, $\beta = 0.088$) ความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพ ($p\text{-value} < 0.001$, $\beta = 0.048$) และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ($p\text{-value} < 0.001$, $\beta = 0.059$) โดยสามารถร่วมกันทำนาย พฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ได้ร้อยละ 10.0 และสามารถเขียนสมการในการพยากรณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

$$\text{พฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส.} = 41.412 + 0.057 (\text{ทักษะการสื่อสาร}) + 0.047 (\text{ทักษะการจัดการตนเอง}) + 0.355 (\text{ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ}) + 0.865 (\text{ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ})$$

อภิปรายผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างประชาชน อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัยมีระดับความรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งหมายถึงเป็นผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ และอาจจะมีการปฏิบัติตาม 3อ. 2ส. ได้ถูกต้อง เป็นส่วนใหญ่ แต่ไม่สม่ำเสมอ ซึ่งการปฏิบัติที่ไม่สม่ำเสมอจะมีความเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ (กองสุศึกษา, 2561) สอดคล้องกับงานวิจัยของพัชรินทร์ มณีพงศ์ และคณะ (2563) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของประชาชนจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ประชาชนมีความรอบรู้ ด้านสุขภาพระดับปานกลาง สอดคล้องกับงานวิจัยของภมร ดรฐณ และ ประกันชน ไกรรัตน์ (2562) ที่ศึกษาปัจจัย ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ พบว่า ประชาชนจังหวัดบึงกาฬมี คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้ ทั้งนี้ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของประชาชน ได้แก่ ทักษะการสื่อสารมีผลทางบวกต่อพฤติกรรม 3อ. 2ส. อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ เมื่อทักษะการสื่อสารเพิ่มขึ้น 1 หน่วย พฤติกรรม 3อ. 2ส. จะเพิ่มขึ้น 0.057 หน่วย อาจเนื่องมาจาก ทักษะการสื่อสารจะเป็นการทบทวนความเข้าใจของตนเองเพื่อสามารถช่วยอธิบายให้คนอื่นมีความเข้าใจและสามารถ นำไปปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ที่ถูกต้องได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของภมร ดรฐณ และ ประกันชัย ไกรรัตน์ (2561) ศึกษาเรื่องปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ พบว่า ทักษะสื่อสาร มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

ทักษะการจัดการตนเอง มีผลทางบวกต่อพฤติกรรม 3อ. 2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อทักษะการ จัดการตนเองเพิ่มขึ้น 1 หน่วย พฤติกรรม 3อ. 2ส. จะเพิ่มขึ้น 0.047 หน่วย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากทักษะการจัดการ ตนเองเป็นความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแผน พร้อมทั้งมีการทบทวนวิธีการ

ปฏิบัติตามเป้าหมายเพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้ถูกต้อง (กองสุศึกษา, 2561) เหตุที่เป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญเนื่องจากการวางแผนเตรียมตัวเพื่อให้ตนเองปฏิบัติตามหลักพฤติกรรม 3อ. 2ส. ให้ได้มากที่สุด สอดคล้องกับงานวิจัยของภมร ตรุณ และ ประกันชัย ไกรรัตน์ (2561) ศึกษาเรื่องปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ พบว่า ทักษะการจัดการตนเองมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพมีผลทางบวกต่อพฤติกรรม 3อ. 2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น 1 หน่วย พฤติกรรม 3อ. 2ส. จะเพิ่มขึ้น 0.355 หน่วย อาจเนื่องมาจากความรู้ความเข้าใจเป็นจุดเริ่มต้นในการนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ที่ถูกต้องเป็นองค์ประกอบที่ช่วยกระตุ้นให้ประชาชนเข้าใจและนำไปสู่การปฏิบัติได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของภมร ตรุณ และ ประกันชัย ไกรรัตน์ (2561) ศึกษาเรื่องปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ พบว่าความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ มีผลทางบวกต่อพฤติกรรม 3อ. 2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อทักษะการรู้เท่าทันสื่อเพิ่มขึ้น 1 หน่วย พฤติกรรม 3อ. 2ส. จะเพิ่มขึ้น 0.865 หน่วย อาจเนื่องมาจากทักษะการรู้เท่าทันสื่อจะช่วยคัดสรรสื่อที่มีคุณภาพมีข้อเท็จจริงสามารถเชื่อถือได้ ทำให้ประชาชนสามารถคัดเลือกและนำความรู้ที่ได้มาปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของภมร ตรุณ และ ประกันชัย ไกรรัตน์ (2561) ศึกษาเรื่องปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ พบว่าทักษะการรู้เท่าทันสื่อมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ และทักษะการตัดสินใจ ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยภมร ตรุณ และ ประกันชัย ไกรรัตน์ (2561) ศึกษาเรื่องปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ ที่พบว่า การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ และทักษะการตัดสินใจ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะการวิจัย ดังนี้

1.1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดใช้เป็นแนวทางการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของประชาชน โดยเน้นการพัฒนาทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ

1.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับควรสร้างแนวปฏิบัติ และจัดโครงการเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ในกลุ่มประชาชนทุกกลุ่มวัย

2. ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของประชาชนโดยใช้วิธีระเบียบวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ที่นอกเหนือจากการวิจัยในครั้งนี้

2.2 ควรนำปัจจัยที่พบความสัมพันธ์ในการศึกษานี้ ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ มาพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ในประชาชนทุกกลุ่มวัย

เอกสารอ้างอิง

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2561). รายงานผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ประจำปี งบประมาณ 2561. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และ นฤมล ศรีเพชรศรีอุไร. (2554). ความฉลาดทางสุขภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นิวธรรมดาการพิมพ์ จำกัด.

ภมร ตรุณ และ ประกันชัย ไกรรัตน์. (2562). ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ. วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 15(3), 71-82.

พัชรินทร์ มณีพงศ์, วลัยพร สิงห์จ้อย, สัญญา สุขขำ และ เพ็ชรน้อย ศรีผุดผ่อง. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของประชาชนจังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี. 4(1), 84-93.



สำนักงานเลขาธิการสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ. (2559). **สรุปผลการดำเนินงาน คณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านการปกครองท้องถิ่น สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ**. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร.

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสุโขทัย. (2564). **คลังข้อมูลสุขภาพ**. สืบค้นเมื่อ 20 ตุลาคม 2565, จาก <https://www.govesite.com/maungsukhothaihealth/index.php?p=1>

Bloom. (1975). **Taxonomy of Education**. New York: David McKay Company Inc.

J. M Mancuso. (2008). Health Literacy: A concept/dimensional analysis. **Nursing & Health Sciences**. 10(3), 248-255.

Nutbeam D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into health 21st century. **Health Promotion International**. 15(3), 259-267.

W.W Daniel. (1995). **Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences**. New York: Wiley & Sons.

แนวทางการเตรียมต้นฉบับบทความวิจัย/บทความวิชาการ วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในนอร์ทเทิร์น อินดิรับบทความวิจัยและบทความวิชาการทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ และวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี โดยบทความที่ส่งมาเพื่อพิจารณาตีพิมพ์จะต้องไม่เป็นผลงานวิจัย/วิชาการที่เคยได้รับการเผยแพร่ในวารสารใดมาก่อน หรือไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ของวารสารอื่น บทความทุกบทความที่ตีพิมพ์ลงในวารสารฉบับนี้มีการพิจารณาบทความแบบ double blinded โดยผู้ทรงคุณวุฒิจากหลากหลายสถาบัน อย่างน้อย 3 ท่าน และมีกำหนดออกเผยแพร่ ปีละ 4 ฉบับ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการแก้ไขต้นฉบับและการพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง โดยมีข้อเสนอแนะดังนี้

ประเภทของบทความ

1. บทความวิจัย หมายถึง การนำเสนอผลงานวิจัยอย่างเป็นระบบ กล่าวถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย และผลการวิจัย
2. บทความวิชาการ หมายถึง งานเขียนซึ่งเป็นเรื่องที่นำเสนอ เป็นความรู้ใหม่ กล่าวถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ แนวทางการแก้ไขปัญหา มีการใช้แนวคิดทฤษฎี ผลงานวิจัยจากแหล่งข้อมูล เช่น หนังสือ วารสาร อินเทอร์เน็ต ประกอบการวิเคราะห์วิจารณ์ เสนอแนวทางแก้ไข
3. บทวิจารณ์หนังสือ หมายถึง บทความที่วิพากษ์วิจารณ์ เนื้อหาสาระ คุณค่า และคุณภาพของหนังสือ บทความ หรือผลงานศิลปะ อาทิ นิทรรศการ ทัศนศิลป์ และการแสดงละครหรือดนตรี โดยใช้หลักวิชาและดุลยพินิจอันเหมาะสม
4. บทความปริทัศน์ หมายถึง งานวิชาการที่ประเมินสถานะล่าสุดทางวิชาการ (State of the Art) เฉพาะทางที่มีการศึกษาค้นคว้า มีการวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้ทั้งทางกว้าง และทางลึกอย่างทันสมัย โดยให้ข้อพิพาทที่ชี้ให้เห็นแนวโน้มที่ควรศึกษาและพัฒนาต่อไป

การเตรียมต้นฉบับ

- | | |
|--------------|--|
| ชื่อเรื่อง | ควรสั้นกะทัดรัดได้ใจความ ครอบคลุม ตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อหา |
| ชื่อผู้เขียน | พิมพ์ชื่อโดยไม่ใช้คำย่อ มีสถานที่ทำงาน หน่วยงานที่สังกัด อีเมลล์ หมายเลขโทรศัพท์ โดยอ้างอิงเชิงบรรณานุกรมหน้าแรก |

บทคัดย่อ	เป็นร้อยแก้ว เขียนเฉพาะเนื้อหาที่สำคัญ ให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย (อย่างย่อ) และต้องมีทั้งภาษาไทยและ ภาษาอังกฤษ
คำสำคัญ	ควรเลือกคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบทความ ประมาณ 3-5 คำ ใช้ตัวอักษร ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทความที่เป็นภาษาอังกฤษมีเฉพาะคำสำคัญ ภาษาอังกฤษ
บทนำ	อธิบายถึงความเป็นมาและความสำคัญที่ทำการศึกษา วิจัย ค้นคว้า ของผู้อื่นที่ เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ สมมติฐานและขอบเขตของการวิจัย
เนื้อเรื่อง	กรณีบทความที่เป็นภาษาไทยควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย กะทัดรัดและชัดเจน การใช้คำย่อต้องมีคำสมบูรณ์ไว้ในครั้งแรกก่อน
วิธีดำเนินการวิจัย	อธิบายขั้นตอนการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการใช้เครื่องมือในการศึกษาหรือการวิจัย และวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ภาษาที่เข้าใจง่าย
สรุปผลการวิจัย	อธิบายสิ่งที่ได้จากการศึกษา ไม่ควรซ้ำกับการแสดงผล แต่เป็นการสรุปประเด็น และสาระสำคัญของการวิจัยให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์
อภิปรายผล	อธิบายถึงผลที่ได้รับจากการศึกษาหรือการวิจัย ว่าเป็นไปตามสมมติฐานหรือไม่ ควรอ้างถึงทฤษฎี หรือผลการศึกษาของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบการอธิบาย
ข้อเสนอแนะ	อธิบายถึงการนำผลที่ได้จากการศึกษาไปใช้ประโยชน์ หรือข้อเสนอแนะ ปัญหา ที่พบในการศึกษา เพื่อนำไปใช้ในการศึกษาครั้งต่อไป
เอกสารอ้างอิง	ให้เขียนเอกสารอ้างอิง ใช้ระบบนาม-ปี และหน้า (APA Style) ตามรูปแบบที่ กำหนด

การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงใช้รูปแบบของ American Psychological Association (APA)

การอ้างอิงในบทความ กรณีที่ผู้เขียนต้องการการระบุแหล่งที่มาของข้อมูลในเรื่องให้ใช้วิธีการอ้างอิงในส่วนเนื้อเรื่องแบบนาม-ปี (author-date in-text citation)

การอ้างอิงท้ายบทความ เป็นการรวบรวมรายการเอกสารทั้งหมดที่ผู้เขียนบทความได้ใช้อ้างอิงในการเขียนบทความ และจัดเรียงรายการตามลำดับตัวอักษรชื่อผู้แต่ง ตัวอย่างเช่น

ชื่อผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). **ชื่อหนังสือ**. (พิมพ์ครั้งที่). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์หรือโรงพิมพ์.

ชื่อผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ใน ชื่อบรรณาธิการ, **ชื่อหนังสือ**. (เลขหน้าบทความ).

เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์หรือโรงพิมพ์.

ชื่อผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. **ชื่อวารสาร**. ปีที่พิมพ์ (ฉบับที่), เลขหน้าบทความ.

ชื่อผู้เขียนวิทยานิพนธ์. (ปีที่วิจัยสำเร็จ). **ชื่อวิทยานิพนธ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญา(ระดับ), ชื่อสาขาวิชา
สังกัดของสาขาวิชา ชื่อมหาวิทยาลัย.

ชื่อผู้แต่ง. (ปีที่เผยแพร่). **ชื่อเรื่อง**. สืบค้นเมื่อ [วัน เดือน ปี], จาก แหล่งสารสนเทศ. [หรือ URL]

การอ้างอิงในเนื้อหา

รูปแบบการอ้างอิงแบบแทรกในเนื้อหา มี 3 รูปแบบ ดังนี้

1. (ผู้แต่ง, ปีที่พิมพ์, เลขหน้า) ไว้ท้ายข้อความที่อ้างอิง เช่น (ชนะดา วีระพันธ์, 2555, 55-56)

(Peter & Waterman, 1982, pp. 498-499) (Michalska J., 2008, p. 85)

กรณีที่ไม่มีปรากฏเลขหน้าให้ลงแค่ชื่อผู้แต่งกับปีที่พิมพ์ไว้ในวงเล็บเดียวกัน เช่น

(ศิริโรจน์ วงศ์กระจ่าง, 2554)

2. ผู้แต่ง (ปีที่พิมพ์, เลขหน้า) กรณีมีการระบุชื่อผู้แต่งในเนื้อหาแล้ว ไม่ต้องระบุไว้ในวงเล็บท้ายข้อความที่อ้างอิงอีก เช่น ธนกฤต วันดีเมธ (2554, น.90) ได้ศึกษาถึง.....

Robert E. Hegel (1997, p.14) studied.....

กรณีที่ไม่มีปรากฏเลขหน้าให้ลงแค่ชื่อผู้แต่งกับปีที่พิมพ์ไว้ในวงเล็บ เช่น

(ศิริโรจน์ วงศ์กระจ่าง, 2554)

3. ปีที่พิมพ์ ผู้แต่ง (เลขหน้า) กรณีมีการระบุปีที่พิมพ์และผู้แต่งในเนื้อหาแล้ว (ปีที่พิมพ์และผู้แต่งสามารถสลับที่กันได้) ให้ระบุเฉพาะเลขหน้าที่อ้างอิงไว้ในวงเล็บเท่านั้นเช่น ในปี 2557 ศุภชัย ยาวะประภาส ได้กล่าวว่า สมรรถนะ หมายถึง ความรู้ ความสามารถที่แสดงออกถึงพฤติกรรมการบริหารงานบุคคลของผู้บริหารสถานศึกษา จนทำให้การปฏิบัติงานบริหารงานบุคคลบรรลุผลเหนือกว่าระดับปกติ (น.9)

การส่งต้นฉบับ

1. บทความมีความยาวไม่เกิน 15 หน้า กระดาษขนาด A4 ทั้งนี้รวมรูปภาพ ตาราง และเอกสารอ้างอิง
 2. การตั้งค่านำกระดาษ ให้กำหนดขอบบน 1.5 นิ้ว ขอบล่าง 1 นิ้ว ขอบซ้าย 1 นิ้ว และขอบขวา 1 นิ้ว
 3. แบบตัวอักษรใช้ TH SarabunPSK โดยกำหนดขนาด ดังนี้
 - 3.1 ชื่อบทความภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาด 18 point ตัวหนา กึ่งกลางหน้ากระดาษ
 - 3.2 ชื่อ-สกุลผู้เขียน ทุกท่านภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาด 12 point ตัวหนา ซิดซ้าย
 - 3.3 สถานที่ทำงาน หน่วยงานที่สังกัด อีเมล หมายเลขโทรศัพท์ ขนาด 12 point อ้างอิงเชิงอรรถ
 - 3.4 บทคัดย่อ ภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ควรสั้นตรงประเด็น และเป็นการสรุปผลงานอย่างรัดกุม ครอบคลุมสาระสำคัญของการวิจัย ความยาวไม่เกิน 400 ตัวอักษร
 - 3.5 คำสำคัญ ภาษาไทย และภาษาอังกฤษ เป็นการกำหนดสาระสำคัญที่สามารถนำไปใช้เป็นคำสืบค้นในระบบฐานข้อมูล ไม่ควรยาวมากเกินไป และไม่ควรมากเกิน 3-5 คำ
 - 3.6 บทนำ (ความเป็นมา ความสำคัญ และมูลเหตุที่นำไปสู่การวิจัย)
 - 3.7 วัตถุประสงค์ (มูลเหตุของการศึกษาวิจัย ซึ่งสอดคล้องกับชื่อเรื่องที่ศึกษาวิจัย)
 - 3.8 เนื้อหาที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี) เป็นการอ้างอิงแนวคิด ทฤษฎี หรือบทความที่เกี่ยวข้อง หากเป็นงานวิจัยเฉพาะทางควรมีส่วนนี้ เพื่ออธิบายข้อมูลพื้นฐานให้คนทั่วไปสามารถเข้าใจได้
 - 3.9 วิธีดำเนินการวิจัย เป็นการอธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล ควรเสนอรูปแบบและแสดงขั้นตอนอย่างกระชับและชัดเจน
 - 3.10 สรุปผลการวิจัย ควรนำเสนอผลอย่างชัดเจน น่าสนใจ ตรงประเด็น เป็นผลที่ค้นพบ โดยลำดับตามหัวข้อที่ศึกษา
 - 3.11 อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ อภิปรายสิ่งที่ได้จากการวิจัย การนำไปใช้ประโยชน์และข้อเสนอแนะต่างๆ
 - 3.12 เอกสารอ้างอิง ใช้ระบบนาม-ปี และหน้า (APA Style) ระบุแหล่งอ้างอิงเท่าที่ปรากฏในบทความ
- ผู้นำเสนอผลงานสามารถดูรายละเอียดรูปแบบการจัดทำบทความฉบับเต็ม (Full Paper) ได้ที่ www.northern.ac.th
- หากต้องการรายละเอียดเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ ฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น เลขที่ 888 หมู่ที่ 2 ตำบลหนองบัวใต้ อำเภอมือง จังหวัดตาก 63000
- โทรศัพท์ 0 5551 7488 ต่อ 808 โทรสาร 0 5551 7481 email : Journalsci@northern.ac.th

วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี นอร์ทเทิร์น

Journal of Science and Technology Northern

ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 ประจำเดือน มกราคม - มีนาคม 2566

วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

ฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

888 หมู่ที่ 2 ตำบลหนองบัวไต้ อำเภอเมือง จังหวัดตาก 63000

โทร.055-517488 ต่อ 808 www.northern.co.th