



วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี นอร์ทเทิร์น

Journal of Science and Technology Northern

ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 ประจำเดือน มกราคม-มีนาคม 2565





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 เนาวรัตน์	มณีนิล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อาจารย์ ดร.ยุพรัตน์	หลิมมงคล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อาจารย์ ดร.คงศักดิ์	บุญยะประณีต	สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ ม.เชียงใหม่
อาจารย์ ดร.กิตติพัทธ์	เอี่ยมรอด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก
อาจารย์ ดร.จีระเกียรติ	ประสานธนกกุล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก
อาจารย์ ดร.พัฒนา	นาคทอง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
ภญ.ดร.ธีรยา	วรปาณี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย
อาจารย์ ดร.เสน่ห์	แสงเงิน	มหาวิทยาลัยรามคำแหง วิทยาเขตจังหวัดสุโขทัย
อาจารย์ ดร. อมรศักดิ์	โพธิ์อ่ำ	มหาวิทยาลัยรามคำแหง วิทยาเขตจังหวัดสุโขทัย
อาจารย์ ดร.รชานนท์	ง่วนใจรัก	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
อาจารย์ ดร.จิระภา	ข้าพิสุทธิ	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
อาจารย์ ดร.น.สพ.เมธี	สุทธศิลป์	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
อาจารย์ ดร.รุ่งตะวัน	เมืองมูล	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
อาจารย์ ดร.สถาพร	สภา	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
อาจารย์ ดร.เพชรลดดา	บริหาร	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
อาจารย์ ดร.สุพรรณ	อาสนะ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ฝ่ายจัดการและเลขานุการกองบรรณาธิการ

อาจารย์ปรางทอง	นันทะการ	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
อาจารย์กล้าณรงค์	อินตะวงค์	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
อาจารย์ธีรพัฒน์	อินทร์ธรรม	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
อาจารย์จตุพร	แพงจักร	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
อาจารย์ประภาพร	คำแสนราช	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

	หน้า
บทความวิจัย	
รูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรดิษฐ์ ขวัญชัย พรหมฤทธิ์.....	1
การมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขในการบริหารงานของสาธารณสุขอำเภอใน จังหวัดสุโขทัยและความสัมพันธ์กับปัจจัยบางประการ เมธี สุทธิศิลป์, อลงกรณ์ ศรีเลิศ และ ประภาพร คำแสนราช.....	17
การเรียนรู้ออนไลน์วิชาอาชีพอนามัยและความปลอดภัยช่วงสถานการณ์แพร่ระบาด COVID-19 คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น สุเวช พิมน้ำเย็น และ นัฐพล จำปาเทศ.....	34
การออกแบบเบาเรอหนังพื้นแบบปรับระดับได้ของกลุ่มนิสิตที่เรียนออนไลน์ ชนิกานต์ กลัดใจบุญ, โชติกา นิมพะระยา, วรดา รุ่งรุ่งรัมย์, ศักดิ์อนันต์ อินทศรี, สายฝน ผุดผ่อง, พรรณวดี สิงห์แก้ว, ศุภกัญญา แก่นท้าว, ประกาศิต ทอนช่วย, น้ำเงิน จันทร์มณี, นัฐพล ปันสกุล และ ศศิวิมล บุตรสีเขียว.....	44
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ที่ฝากครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าสองยาง จังหวัดตาก ประภาพร คำแสนราช, สิทธิพร ทองสอดแสง, ปภาดา หอมจันทร์, และ เจษฎาพร สุพสอน.....	59
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุอำเภอศีรีมาศ จังหวัด สุโขทัย เมธี สุทธิศิลป์, ประภาพร คำแสนราช และ อลงกรณ์ ศรีเลิศ.....	70

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทความวิจัย	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ภูมิศึกษา หมู่ 9 บ้านผือฮี ตำบลบ้านยาง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ สุदारัตน์ ชูพันธ์.....	81
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียน ชั้นประถมศึกษาตอนปลายโรงเรียนบ้านจ้อหอ ตำบลจ้อหอ อำเภอเมือง จังหวัด นครราชสีมา สุภาพ หวังช่อกลาง.....	94
ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตอำเภอบัวเขต จังหวัดสุรินทร์ บุญนาค กระแสเทพ.....	111

รูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี

ขวัญชัย พรหมฤทธิ์¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาวิธีวัดอุปสรรคเพื่อพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สภาพปัญหาการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของสถานบริการสาธารณสุขชุมชนบ้านบ่อเปี้ย และเคยรับบริการด้านสาธารณสุข จำนวน 156 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่า ร้อยละ 64.7 เพศหญิง อายุเฉลี่ย 50.9 ปี (S.D.=12.2) ร้อยละ 67.3 สถานภาพคู่ ร้อยละ 99.4 สัญชาติไทย ร้อยละ 55.1 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 55.1 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และระดับคุณภาพการให้บริการสุขภาพชุมชน 1) ด้านสถานบริการด้านแรกในการเข้าใช้บริการ ร้อยละ 14.1 อยู่ในระดับต่ำ ความพอเพียงของการบริการ ร้อยละ 8.3 อยู่ในระดับต่ำ ความต่อเนื่องของการบริการ ร้อยละ 13.5 อยู่ในระดับต่ำ การจัดเตรียมบริการ ร้อยละ 14.8 อยู่ในระดับต่ำ ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว ด้วยการศึกษาค้นคว้าความต้องการและข้อเสนอแนะของผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยรูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชน ประกอบด้วย 1) ด้านการเข้าถึงบริการ 2) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการ 3) ด้านการบริการอย่างต่อเนื่อง 4) ด้านการบริการแบบผสมผสาน 5) ด้านการบริการแบบองค์รวม ขั้นตอนที่ 3 ทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชน พบว่า ภายหลังจากทดลองคะแนนการให้บริการสุขภาพชุมชนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) และพบว่าภายหลังจากทดลองคะแนนความพึงพอใจต่อรูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ขั้นตอนที่ 4 สรุปบทเรียนการใช้รูปแบบพบว่า ต้องมีการชี้แจง ทบทวนแนวปฏิบัติและพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่องและครอบคลุมบุคลากรของสถานบริการ

คำสำคัญ : รูปแบบ, การให้บริการสุขภาพ, ชุมชนชายแดนไทย-ลาว

¹ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านโคก



The health service model for Thai-Laos border communities, Bankhok Distric, Uttaradit Province

Kwanchai Promrith¹

Abstract

The objective of this study was to develop and examine the effectiveness of health service model for Thai-Laos border communities, Ban khok district, Uttaradit Province. The study was conducted in 4 phases. The first phase aimed to situation analysis of health service on Thai-Laos border communities. The sample were people aged 15 years old and over who live in the responsible area of the Ban Bo Bia community health service center and had received public health services. The data were collected by questionnaire and analysis by frequency percentage mean and standard deviation. The result showed that female (64.7%), average age 50.9 years old (S.D.=12.2%), married status (67.3%) Thai nationality (99.4%), primary school (55.1%), agriculture (55.1%) and quality of community health service 1) first contract (14.1%) in a low level, sufficiency of the service (8.3%) in low level, service continuity (13.5%) in low level, service provisioning (14.8%) in the low level. The second phase was to construct model which consisted of the study on needs suggested by stakeholders. The resulting model included 5 processes: 1) access 2) patient-provider relationship 3) continuity 4) service integration 5) comprehensiveness. The third phase was to evaluate effectiveness of model and it was found that there was a significant increasing in the average score of community health service and satisfaction after the intervention ($P<0.05$). The fourth phase was to lesson learn the health service model; and it was found that should be clarified, review guidelines and training health personnel team and using model must be monitoring controlling and evaluation.

Keyword : Model, Health service, Thai-Laos border communities

¹ Ban khok district of public health

บทนำ

จากกระแสโลกาภิวัตน์ การพัฒนาด้านเศรษฐกิจ นโยบายการค้าเสรี นโยบายการส่งเสริมการค้าบริเวณชายแดน การพัฒนาเศรษฐกิจ ตลอดจนนโยบายส่งเสริมการท่องเที่ยว ส่งผลให้การคมนาคม การขนส่ง และการติดต่อสื่อสารมีความสะดวกรวดเร็ว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลให้การเคลื่อนย้ายของประชากรเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบกับประเทศต่างๆ โดยเฉพาะประเทศที่มีพรมแดนติดต่อกัน ทั้งด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคมและมีผลต่อสภาวะสุขภาพของประชาชนบริเวณชายแดน (1) ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ชายแดนเป็นปัญหาหนึ่งที่มีความสำคัญในยุคโลกไร้พรมแดน (Globalization) ที่มาพร้อมกับโรคไร้พรมแดน (Diseases without border) ปัญหาหนึ่งที่สำคัญคือปัญหาสุขภาพของประชาชนชายแดนและภาระทางสาธารณสุขของรัฐที่มีหน่วยบริการสุขภาพตามแนวชายแดน (2) ความสัมพันธ์ระหว่างแรงงานข้ามชาติกับประเด็นสุขภาพในมุมมองทางสังคมวิทยาและประชากรศาสตร์นั้นมีสองประการคือ ประการแรก ถ้ามีจำนวนประชากรต่างถิ่นเข้ามาจำนวนมาก ระบบสุขภาพของประชากรในประเทศปลายทางอาจต้องเผชิญปัญหาเกี่ยวกับความเสี่ยงที่เกิดจากการแพร่กระจายโรคที่ผู้ย้ายถิ่นอาจนำมา ทุกประเทศจึงมักสร้างมาตรการการจัดการปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นในกลุ่มผู้ย้ายถิ่นข้ามชาติ (migrant border) เพื่อปกป้องสุขภาพของประชากรในประเทศตนเองรวมถึงการต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคระบาด ซึ่งมาจากฐานระบบภาษีของประชาชนประเทศปลายทาง อาทิ การใช้บริการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น การสร้างภูมิคุ้มกันโรคให้กับเด็กที่ติดตามหรือเด็กที่เกิดขึ้นในประเทศปลายทาง ประการที่สอง ในทางกลับกัน แรงงานย้ายถิ่นเองอาจประสบปัญหาสุขภาพที่มีอยู่ปลายทาง อาทิ ปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพในถิ่นปลายทาง ปัญหาการเข้าไปสู่ถิ่นปลายทางที่มีความแตกต่างในสภาวะแวดล้อมมีผลเพิ่มอัตราการติดเชื้อต่อผู้ย้ายถิ่นที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ ขณะเดียวกันผู้ย้ายถิ่นก็อาจติดโรคจากคนท้องถิ่น ปัญหาผู้ย้ายถิ่นส่วนใหญ่ต้องอยู่อาศัยในสภาพแวดล้อมที่แออัด ขาดระบบสุขอนามัยที่สะอาด และสาธารณสุขที่จำเป็น และปัญหาการมีรายได้ต่ำทำให้ผู้ย้ายถิ่นมักเผชิญปัญหาทุพโภชนาการ ที่อาจส่งผลต่อความเสี่ยงในการติดเชื้อโรคติดต่อต่างๆ ได้ง่าย (เซ็นพັນท์ วิริยะวิภาต และคณะ, 2559)

ปัจจุบันปัญหาสุขภาพชายแดนเป็นประเด็นสำคัญในเวทีสุขภาพระดับโลกเมื่ออัตราการเคลื่อนที่ของผู้คนและสินค้าเพิ่มสูงขึ้นอันเป็นผลมาจากการพัฒนาความสำคัญของการข้ามแดนและการดำเนินการด้านสุขภาพที่ไม่สามารถจำกัดเฉพาะในพื้นที่ประเทศใดประเทศหนึ่ง โดยองค์การสหประชาชาติ ได้เสนอแนวคิดในการพิจารณาสุขภาพในฐานะที่เป็นสินค้าสาธารณะร่วมกันของภูมิภาค (Regional public goods) และเสนอการดำเนินงานเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพในระดับโลก (Global health security) ที่เน้นการลดความเสี่ยงด้านสุขภาพ (เซ็นพັນท์ วิริยะวิภาต และคณะ, 2559)

จังหวัดอุตรดิตถ์เป็นจังหวัดชายแดนที่มีอาณาเขตติดกับประเทศเพื่อนสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว และมีการค้าติดต่อสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว อำเภอบ้านโคก เป็นอำเภอ 1 ใน 9 อำเภอของจังหวัดอุตรดิตถ์ ที่มีชายแดนติดกับสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ระยะทางยาวประมาณ 115 กิโลเมตร มีช่องทางเข้าออกไม่น้อยกว่า 11 ช่องทาง และสามารถเดินทางเข้ามาตามเส้นทางลำห้วย ทำให้สภาพสังคมภายในอำเภอบ้านโคก เป็นลักษณะ 2 สัญชาติ คือสัญชาติไทยและสัญชาติลาว โดยเฉพาะในพื้นที่ตำบลบ่อเปี้ย ที่มีชายแดนติดกับสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวสามารถพบครอบครัวของประชากรสัญชาติลาวกระจายอยู่ตามพื้นที่ต่างๆ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านโคก, 2563)

การจัดบริการสุขภาพที่ตอบสนองและเพิ่มการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของคนข้ามแดนมารับการรักษาและประชาชนไทยในอำเภอบ้านโคก และระบบบริการที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของแต่ละกลุ่มผู้ใช้บริการจะเป็นอย่างไร และด้วยระบบกลไกใดจึงจะสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในชุมชนและหน่วยงานด้านสุขภาพ หากระบบกลไกสามารถเป็นปัจจัยสนับสนุนการทำงานร่วมกันทั้งหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่และหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ จะส่งผลดีต่ออำเภอชายแดนคือ อำเภอบ้านโคก และชุมชนในพื้นที่ชายแดน เพราะมีระบบการรักษาพยาบาลที่รองรับการให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ระบบที่สำคัญคือระบบการจัดการสุขภาพ ระบบการจัดการ และระบบประกันสุขภาพ ซึ่งจะเชื่อมโยงกับงบประมาณที่จะมีในการดำเนินการ และสมรรถนะของบุคลากรในพื้นที่อำเภอชายแดน ด้วยเหตุผลดังกล่าว การจัดระบบบริการที่ตอบสนองคนข้ามแดนมารับการรักษาจึง จะทำให้เกิดการดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ และไม่กระทบต่อการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับประชาชนพื้นที่อำเภอบ้านโคก การสร้างระบบเชื่อมโยงในพื้นที่การจัดการสุขภาพและการดูแลสุขภาพ การให้บริการสุขภาพร่วมกันกับชุมชนชายแดน ผู้วิจัยจึงได้ศึกษารูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุตรดิตถ์ ผลที่ได้จากการศึกษาจะนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาและเตรียมการในการสนับสนุนส่งเสริมในการดูแลสุขภาพของชุมชนชายแดนภายใต้การมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหาการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุตรดิตถ์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุตรดิตถ์
3. เพื่อทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุตรดิตถ์
4. เพื่อสรุปถอดบทเรียนและพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุตรดิตถ์

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัย และพัฒนา (Research and Development) โดยผสมผสานระหว่างรูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และรูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และใช้แนวคิดการบริการปฐมภูมิของฮอกก์ (W. Hogg et al., 2007) เป็นกรอบในการพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหาการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี ระยะเวลา 1 เดือน

รูปแบบวิธีวิจัย เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม 2564

ประชากร เป็นประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของสถานบริการสาธารณสุขชุมชนบ้านบ่อเปี้ย และเคยรับบริการด้านสาธารณสุข ณ สถานบริการสาธารณสุขชุมชนบ้านบ่อเปี้ย ตำบลบ่อเปี้ย อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี จำนวน 260 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 2) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ ไม่ให้ความร่วมมือหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง 1) กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยอาศัยหลักเกณฑ์ของ เครซี และมอร์แกน (1970) กำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 156 ตัวอย่าง 2) การสุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2.1) สํารวจรายชื่อประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของสถานบริการสาธารณสุขชุมชนบ้านบ่อเปี้ย และเคยรับบริการด้านสาธารณสุข ณ สถานบริการสาธารณสุขชุมชนบ้านบ่อเปี้ย จากนั้นคำนวณสัดส่วนแต่ละหมู่บ้านเทียบกับประชากรทั้งหมด 2.2) การสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส เชื้อชาติ สัญชาติ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล โรคประจำตัวที่วินิจฉัยโดยแพทย์ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด และเติมคำในช่องว่าง 2) แบบสอบถามเกี่ยวกับทางเลือกในการดูแลสุขภาพตนเอง ประกอบด้วย การเลือกใช้สถานบริการทางการแพทย์เมื่อเจ็บป่วย เหตุผลที่เลือกใช้สถานบริการ ระยะทางการเดินทาง วิธีการเดินทาง การเลือกรักษาที่โรงพยาบาล ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด และเติมคำในช่องว่าง 3) แบบสอบถามคุณภาพการให้บริการสุขภาพชุมชนของสถานบริการสาธารณสุขชุมชนบ้านบ่อเปี้ย ซึ่งลักษณะของเครื่องมือเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ซึ่งใช้วิธีแบบลิเคิร์ต (Likert's Scale) คำตอบประเมินในการวัดระดับความคิดเห็นโดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบเพียง 1 ความเห็นต่อคำถาม และคำถามที่สร้างขึ้นมีลักษณะข้อความทั้งเชิงบวก และเชิงลบ



เกณฑ์การให้คะแนนรายข้อ คือ เห็นด้วยมากให้ 3 คะแนน เห็นด้วยปานกลางให้ 2 คะแนน เห็นด้วยน้อยให้ 1 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของ Best (1977) ดังนี้ ระดับสูงสุดเท่ากับค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.00 ระดับปานกลางเท่ากับค่าเฉลี่ย 1.67 – 2.33 และระดับต่ำเท่ากับค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.66

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ขั้นตอน 2 การพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุตรดิตถ์ ระยะเวลา 1 เดือน ดำเนินการวิจัยระหว่าง 1-30 กันยายน 2564 รายละเอียดดังนี้

รูปแบบวิธีวิจัย เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) โดยนำเสนอผลการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 ให้ผู้ให้ข้อมูลหลักรับทราบ และสนทนากลุ่มตามประเด็นเกี่ยวกับแนวคิดการบริการปฐมภูมิของฮอกก์ (W. Hogg et al., 2007)

ผู้ให้ข้อมูลหลัก 1) ผู้แทนผู้รับบริการ 2) ผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 3) ผู้แทนผู้นำท้องถิ่นท้องถิ่นที่ 4) ผู้แทนผู้ให้บริการสุขภาพ จำนวนประเภทละ 3 คน รวมจำนวน 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) ข้อมูลผลการวิจัยในขั้นตอนที่ 1 2) ประเด็นคำถามการสนทนากลุ่ม เพื่อเจาะลึกประเด็นที่สนใจ ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลักดังนี้ 1) รูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว เป็นอย่างไร 2) ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว ประกอบด้วยอะไรบ้าง 3) ความต้องการ และข้อเสนอแนะต่อรูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว มีอะไรบ้าง

การวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยการจำแนก และจัดระบบข้อมูลเพื่อจัดข้อมูลที่กระจายให้เป็นระบบ โดยจำแนกข้อมูลที่มีความคล้ายกันมารวมไว้เป็นหมวดหมู่เดียวกันให้สามารถเข้าใจได้ง่าย และมีความสัมพันธ์เชิงเหตุผล 2) วางแผนและพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว โดยบูรณาการกับผลการวิจัยในขั้นตอนที่ 1 ร่วมกับความต้องการและข้อเสนอแนะของผู้ที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอน 3 การทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุตรดิตถ์ ระยะเวลาดำเนินการ 2 เดือน โดยดำเนินการทดลองระหว่าง 1 ตุลาคม 2564-30 พฤศจิกายน 2564

รูปแบบวิธีวิจัย เป็นการวิจัยชนิดกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) โดยการวัดผลก่อนการทดลอง (O_1) หลังจากจัดกระทำตามรูปแบบ (X) วัดผลหลังการทดลอง (O_2)

ประชากร คือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของสถานบริการสาธารณสุขชุมชนบ้านบ่อเปี้ย และเป็นผู้มีบัตรนัดจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้มารับบริการด้านสาธารณสุข ณ สถานบริการสาธารณสุขชุมชนบ้านบ่อเปี้ย ตำบลบ่อเปี้ย อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุตรดิตถ์ ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 - 30 พฤศจิกายน 2564 โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป GPowerMac3.1.9.2⁽⁸⁾ โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.5 $\alpha = 0.05$ power = 0.95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 45 คน

- 2) ทำการสุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
- 2) ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา และอาศัยอยู่ในพื้นที่วิจัยระหว่างการศึกษา

วิธีดำเนินการ 1) จัดประชุมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสถานบริการสาธารณสุขชุมชนบ้านบ่อเบี้ยเพื่อชี้แจงแนวทางการพัฒนาคุณภาพการให้บริการสุขภาพชุมชน 2) คัดเลือกผู้มีบัตรนัดจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้มารับบริการด้านสาธารณสุข ณ สถานบริการสาธารณสุขชุมชนบ้านบ่อเบี้ย จำนวน 45 คนตามเกณฑ์ที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามคุณภาพการให้บริการสุขภาพชุมชน และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรดิตถ์ โดยประเมินก่อนและหลังการทดลอง 2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรดิตถ์ โดยกิจกรรมประกอบด้วย 1.1) การพัฒนาด้านการเข้าถึงบริการ 1.2) การพัฒนาด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการ 1.3) การพัฒนาด้านการบริการอย่างต่อเนื่อง 1.4) การพัฒนาด้านการบริการแบบผสมผสาน 1.5) การพัฒนาด้านการบริการแบบองค์รวม

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

ขั้นตอนที่ 4 สรุป ถอดบทเรียนการใช้รูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรดิตถ์ ระยะเวลา 1 เดือน ดำเนินการระหว่าง 1-31 ธันวาคม 2564

1. ถอดบทเรียนและพัฒนา

รูปแบบวิธีวิจัย ใช้เทคนิคการทบทวนหลังปฏิบัติงาน (After Action Review: AAR) หมายถึง เทคนิค วิธีการ ขั้นตอนในการใช้รูปแบบ ทั้งด้านความสำเร็จและปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์การใช้รูปแบบ เพื่อปรับปรุงการใช้รูปแบบให้ดีขึ้นอย่างเป็นระบบ โดยคงไว้ซึ่งวิธีการที่ได้อยู่แล้ว และแก้ปัญหาที่เคยเกิดขึ้นเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ รวมทั้งมีการบันทึก ถอดบทเรียนที่ได้รับเพื่อใช้เป็นข้อมูล ความรู้ในการใช้รูปแบบครั้งต่อไป

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้แทนผู้รับบริการที่เข้าร่วมการทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบในขั้นตอนที่ 3 ใช้การสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแนวคำถาม ดังนี้ 1) คาดหวังอะไรจากการใช้รูปแบบ 2) ได้ตามที่คาดหวังหรือไม่ เพราะอะไร 3) มีอะไรที่ไม่เป็นไปตามคาดหวังหรือพบปัญหาอะไร เพราะอะไร และจะปรับปรุงให้ดีขึ้นอย่างไร 4) มีสิ่งที่ไม่คาดหวังหรือไม่ เพราะอะไร 5) จะทำอะไรต่อไปเพื่อให้บรรลุสิ่งที่คาดหวัง หรือท่านได้รับบทเรียนอะไรที่จะช่วยปรับปรุงการทำงานครั้งต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยการจำแนก และจัดระบบข้อมูลเพื่อจัดข้อมูลที่กระจายให้เป็นระบบ โดยจำแนกข้อมูลที่มีความคล้ายกันมารวมไว้เป็นหมวดหมู่เดียวกันให้สามารถเข้าใจได้ง่าย และมีความสัมพันธ์เชิงเหตุผล และสรุปเป็นรูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรดิษฐ์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิษฐ์ เลขที่ UPHO REC 047/64 โดยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัยให้ทราบทุกราย ขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลและชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยการตอบรับหรือปฏิเสธ จากนั้นผู้วิจัยนำเสนอในภาพรวม และนำข้อมูลมาใช้เฉพาะในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้นโดยระหว่างตอบคำถาม หากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการตอบคำถาม กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการวิจัยโดยไม่ต้องบอกเหตุผล

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยขั้นตอน 1

ข้อมูลทั่วไปพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 64.7 เพศหญิง ร้อยละ 35.3 เพศชาย อายุเฉลี่ยเท่ากับ 50.9 ปี (SD=12.2) อายุน้อยสุด 20 ปี อายุมากที่สุด 82 ปี ร้อยละ 67.3 สถานภาพคู่ ร้อยละ 99.4 สัญชาติไทย ร้อยละ 55.1 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 55.1 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 35.3 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 67.3 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 26.9 มีรายได้ระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 40.4 มีรายได้ไม่เพียงพอจ่ายรายจ่าย ร้อยละ 78.8 เป็นผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 23.7 มีโรคประจำตัว 1 โรค โดยผู้ที่มีโรคประจำตัวร้อยละ 13.5 เป็นโรคความดันโลหิตสูง

ข้อมูลการเข้ารับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 57.1 เข้ารับการรักษาพยาบาลที่สถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ร้อยละ 34.6 เข้ารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลประจำอำเภอ ร้อยละ 89.7 ให้เหตุผลว่าสะดวกในการเดินทาง ร้อยละ 17.9 ให้เหตุผลว่าบริการดีและรวดเร็ว ร้อยละ 11.5 ให้เหตุผลว่ามีประวัติการรักษาโรคเรื้อรัง

ระดับคุณภาพการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาวพบว่า 1) ด้านการเข้าถึงบริการ 1.1) สถานบริการด้านแรกในการเข้าใช้บริการ ร้อยละ 14.1 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 43.6 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.3 อยู่ในระดับสูง 1.2) ความพอเพียงของการบริการ ร้อยละ 8.3 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 39.8 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.9 อยู่ในระดับสูง 1.3) ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวก ร้อยละ 3.2 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 40.4 อยู่ใน

ระดับปานกลาง ร้อยละ 56.4 อยู่ในระดับสูง 2) ความพึงพอใจระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการ 2.1) การสื่อสารระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการ ร้อยละ 1.9 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 55.8 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.3 อยู่ในระดับสูง 2.2) การคำนึงถึงสิทธิผู้รับบริการ ร้อยละ 2.6 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 53.2 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.2 อยู่ในระดับสูง 2.3) ความไว้วางใจ ร้อยละ 2.6 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 43.6 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.8 อยู่ในระดับสูง 2.4) การดูแลทุกเรื่อง ร้อยละ 5.1 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 46.2 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.7 อยู่ในระดับสูง 2.5) การเข้าใจวัฒนธรรม ร้อยละ 3.2 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 46.8 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.0 อยู่ในระดับสูง 2.6) การดูแลทั้งครอบครัว ร้อยละ 2.6 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 43.6 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.8 อยู่ในระดับสูง 2.7) การเป็นผู้สนับสนุน ร้อยละ 7.1 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 48.7 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.2 อยู่ในระดับสูง 3) การบริการอย่างต่อเนื่อง 3.1) ความต่อเนื่องของการบริการ ร้อยละ 13.5 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 37.1 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.4 อยู่ในระดับสูง 3.2) ความต่อเนื่องของข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 1.90 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 41.0 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.1 อยู่ในระดับสูง 4) การบริการแบบผสมผสาน 4.1) การเชื่อมโยงของการบริการ ร้อยละ 14.8 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 34.6 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.6 อยู่ในระดับสูง 4.2) การทำงานร่วมกัน ร้อยละ 2.6 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 57.0 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.4 อยู่ในระดับสูง 5) การบริการแบบองค์รวม 5.1) การจัดเตรียมบริการ ร้อยละ 14.8 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 34.6 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.6 อยู่ในระดับสูง 5.2) การให้บริการ ร้อยละ 2.6 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 48.1 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.3 อยู่ในระดับสูง 5.3) การมีส่วนร่วมกับประชาชน ร้อยละ 5.1 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 41.7 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.2 อยู่ในระดับสูง (ตาราง 1)

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของระดับคุณภาพการให้บริการสุขภาพชุมชน (n= 156)

องค์ประกอบคุณภาพการให้บริการสุขภาพชุมชน	ระดับ					
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ด้านการเข้าถึงบริการ						
1.1 สถานบริการด่านแรกในการเข้าใช้บริการ	22	(14.1)	68	(43.6)	66	(42.3)
1.2 ความพอเพียงของการบริการ	13	(8.3)	62	(39.8)	81	(51.9)
1.3 ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวก	5	(3.2)	63	(40.4)	88	(56.4)

องค์ประกอบคุณภาพการให้บริการ สุขภาพชุมชน	ระดับ					
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2. ความพึงพอใจระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการ						
2.1 การสื่อสารระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการ	3	(1.9)	87	(55.8)	66	(42.3)
2.1 การคำนึงถึงสิทธิผู้รับบริการ	4	(2.6)	83	(53.2)	69	(44.2)
2.3 ความไว้วางใจ	4	(2.6)	68	(43.6)	84	(53.8)
2.4 การดูแลทุกเรื่อง	8	(5.1)	72	(46.2)	76	(48.7)
2.5 การเข้าใจวัฒนธรรม	5	(3.2)	73	(46.8)	78	(50.0)
2.6 การดูแลทั้งครอบครัว	4	(2.6)	68	(43.6)	84	(53.8)
2.7 การเป็นผู้สนับสนุน	11	(7.1)	76	(48.7)	69	(44.2)
3. การบริการอย่างต่อเนื่อง						
3.1 ความต่อเนื่องของการบริการ	21	(13.5)	58	(37.1)	77	(49.4)
3.2 ความต่อเนื่องของข้อมูลข่าวสาร	3	(1.9)	64	(41.0)	89	(57.1)
4. การบริการแบบผสมผสาน						
4.1 การเชื่อมโยงของการบริการ	23	(14.8)	54	(34.6)	79	(50.6)
4.2 การทำงานร่วมกัน	4	(2.6)	89	(57.0)	63	(40.4)
5. การบริการแบบองค์รวม						
5.1 การจัดเตรียมบริการ	23	(14.8)	54	(34.6)	79	(50.6)
5.2 การให้บริการ	4	(2.6)	75	(48.1)	77	(49.3)
5.3 การมีส่วนร่วมกับประชาชน	8	(5.1)	65	(41.7)	83	(53.2)

ผลการวิจัยขั้นตอน 2 พบว่า รูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุตรดิตถ์ ประกอบด้วยประเด็นการพัฒนา (ตาราง 2)

ตาราง 2 แสดงรูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชน องค์กรประกอบและประเด็นการพัฒนา

คุณภาพการให้บริการ สุขภาพชุมชน	องค์กรประกอบ	ประเด็นการพัฒนา
1. ด้านการเข้าถึงบริการ สุขภาพชุมชน	1.1 สถานบริการด่านแรกในการเข้า ใช้บริการ 1.2 ความพอเพียงของการบริการ 1.3 ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวก	1. การเปิดให้ประชาชนในเขตรับผิดชอบสามารถรับ บริการได้แม้เป็นวันหยุดหรือนอกเวลาราชการ 2. การมีบริการพื้นฐาน ด้านทันตกรรม แพทย์แผนไทย การตรวจเบื้องต้นทางพยาธิวิทยา 3. การจัดให้มีช่องทางเพิ่มเติมอื่น เช่น อินเทอร์เน็ต เพื่อให้ประชาชนใช้ติดต่อขอรับบริการ หรือขอ คำปรึกษา เกี่ยวกับบริการได้
2. ความสัมพันธ์ระหว่าง ผู้รับและผู้ให้บริการ	2.1 การสื่อสารระหว่างผู้รับและผู้ ให้บริการ 2.1 การคำนึงถึงสิทธิผู้รับบริการ 2.3 ความไว้วางใจ 2.4 การดูแลทุกเรื่อง 2.5 การเข้าใจวัฒนธรรม 2.6 การดูแลทั้งครอบครัว 2.7 การเป็นผู้สนับสนุน	1. การลดความวิตกกังวลของผู้รับบริการ 2. การเข้าใจปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละรายและ พยายามจัดบริการที่มุ่งแก้ไขปัญหา
3. การบริการอย่าง ต่อเนื่อง	3.1 ความต่อเนื่องของการบริการ 3.2 ความต่อเนื่องของข้อมูลข่าวสาร	1. การให้บริการแก่ผู้รับบริการ โดย เจ้าหน้าที่คนเดิม หรือทีมเดิมเป็นประจำ
4. การบริการแบบ ผสมผสาน	4.1 การเชื่อมโยงของการบริการ 4.2 การทำงานร่วมกัน	1. การมีระบบให้บริการที่ร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพของ โรงพยาบาลแม่ข่าย
5. การบริการแบบองค์ รวม	5.1 การจัดเตรียมบริการ 5.2 การให้บริการ 5.3 การมีส่วนร่วมกับประชาชน	1. การสร้างนวัตกรรมการบริการสุขภาพร่วมกับ หน่วยงานอื่นหรือประชาชน 2. การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น การฟื้นฟูกำลัง กล้ามเนื้อ การฟื้นฟูสภาพหลังการเจ็บป่วยให้แก่ ประชาชนในเขตรับผิดชอบ

ผลการวิจัยขั้นตอน 3

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว ก่อนกับหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 2.16 (SD=0.41) คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองเท่ากับ 2.88 (S.D.=0.16) และพบว่าหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) (ตาราง 3)

ตาราง 3 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว ก่อนกับหลังการทดลองรูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว ($n=45$)

คุณภาพการให้บริการ สุขภาพชุมชน	n	mean	S.D.	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง	45	2.16	0.41			
หลังการทดลอง	45	2.88	0.16	-11.109*	44	<0.001

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อรูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว ก่อนกับหลังการทดลองของผู้รับบริการ พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 1.98 (S.D.=0.54) คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองเท่ากับ 2.85 (S.D.=0.19) และพบว่าหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) (ตาราง 4)

ตาราง 4 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อรูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว ก่อนกับหลังการทดลอง ($n=45$)

ความพึงพอใจต่อรูปแบบการให้บริการ สุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว	n	mean	S.D.	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง	45	1.98	0.54			
หลังการทดลอง	45	2.85	0.19	-10.219*	44	<0.001

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัยขั้นตอน 4

บทเรียนการใช้รูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี

1. ต้องมีการชี้แจง ทบทวนแนวปฏิบัติและพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่องและครอบคลุมบุคลากรของสถานบริการรูปแบบ แสดงเป็นขั้นตอน สามารถสื่อสารเข้าใจง่าย
2. มีการประเมินผล การนิเทศติดตามการปฏิบัติตามขั้นตอนอย่างต่อเนื่อง
3. บุคลากรของสถานบริการสาธารณสุขชุมชนต้องผ่านการอบรมเพื่อให้การปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ
4. ให้ความสำคัญกับการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติในการใช้บริการด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยด้านการใช้สถานบริการด่านแรกในการเข้าใช้บริการพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 57.1 เท่านั้น เข้ารับการรักษายาบาลที่สถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่และร้อยละ 14.1 มีระดับความคิดเห็นในระดับต่ำ ทั้งนี้ เนื่องจากการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบถึงวิธีการหรือขั้นตอนในการขอรับบริการทั้งในและนอกเวลาราชการไม่เพียงพอและไม่ต่อเนื่อง รวมถึงบุคลากรที่ให้บริการมีจำนวนไม่เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มุลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (2554) ที่ได้ศึกษาการประเมินการปฏิบัติตามนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า การขาดแคลนกำลังคนเป็นปัญหา และเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการตอบสนองนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสอดคล้องกับการศึกษาของศศิวิมล ชูตินันท์กุล (2547) ที่ได้ศึกษาวิเคราะห์ องค์ประกอบการวางแผนการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่า มีการวางแผนการจัดพยาบาลวิชาชีพให้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิครบทุกแห่งเพียงร้อยละ 61.7 จากผลการวิจัยด้านการสื่อสารระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการ พบว่า ร้อยละ 55.8 มีระดับความคิดเห็นในระดับปานกลางและร้อยละ 42.3 มีระดับความคิดเห็นในระดับสูง ทั้งนี้ เนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการจัดทำปฏิทินชุมชน ผังเครือญาติ มีการศึกษาประเพณี วัฒนธรรมของชุมชน รวมถึงจัดทะเบียนประวัติผู้ป่วย และทะเบียนประวัติครอบครัวของประชาชนในเขตรับผิดชอบทุกราย รวมถึงการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์บันทึกและประมวลผลสภาวะสุขภาพ ทำให้บุคลากรของสถานบริการสาธารณสุขชุมชน รู้จักผู้รับบริการ และเข้าใจประเพณี วัฒนธรรมของชุมชนเป็นอย่างดี ส่งผลให้ความสัมพันธ์พันธะระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการดีตามมาด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์ และคณะ (2551) ที่พบว่าผู้ให้บริการทุกคนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มีการบันทึกสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ และได้จัดเก็บเป็นรายครอบครัว และสอดคล้องกับการศึกษาของปิยะ ศิริลักษณ์ (2556) ที่พบว่าความสัมพันธ์พันธะระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก



จากผลการวิจัยด้านการเชื่อมโยงของการบริการพบว่า ร้อยละ 50.6 มีระดับความคิดเห็นในระดับสูงทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการจัดบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิของสถานบริการสาธารณสุขชุมชนมีการประสานความร่วมมือกับหน่วยบริการในเครือข่ายและนอกเครือข่ายเป็นอย่างดี รวมถึงนโยบายได้สนับสนุนให้มีระบบสื่อสารเชื่อมโยงกับโรงพยาบาล ผ่านระบบอินเทอร์เน็ต เพื่อขอคำแนะนำ ปรีกษาแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้มากกว่าในการให้บริการแก่ผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของปิยะ ศิริลักษณ์ (2556) ที่พบว่าบริการแบบผสมผสานส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (2554) ที่พบว่า นโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่ช่วยให้การเปลี่ยนแปลงด้านการเชื่อมโยงบริการ ข้อมูลคลินิกระหว่างแม่ข่ายกับลูกข่าย ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านบริการที่ดี 5 ด้าน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การควบคุมป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 57.1 เท่านั้นที่เข้ารับการรักษายาบาลที่สถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่และร้อยละ 14.1 มีระดับความคิดเห็นในระดับต่ำ ด้านการใช้สถานบริการด่านแรกในการเข้าใช้บริการ ดังนั้น ควรให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบถึงวิธีการหรือขั้นตอนในการขอรับบริการทั้งในและนอกเวลาราชการ และส่งเสริมให้ประชาชนในพื้นที่ใช้บริการด้านสุขภาพในสถานบริการระดับปฐมภูมิเป็นอันดับแรก
2. จากผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 55.8 มีระดับความคิดเห็นในระดับปานกลาง ด้านการสื่อสารระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการ ดังนั้น ควรให้บริการด้วยความสุภาพ เป็นมิตร อธิบายและให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพหรือบริการสุขภาพต่างๆ อย่างชัดเจน
3. จากผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 14.8 มีระดับความคิดเห็นในระดับต่ำด้านการเชื่อมโยงของการบริการ ดังนั้น ควรประสานงานในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยอย่างรวดเร็วทุกครั้งและมีระบบการให้บริการที่ร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลแม่ข่าย
4. จากผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 14.8 มีระดับความคิดเห็นในระดับต่ำด้านการจัดเตรียมบริการ ดังนั้น ควรส่งเสริมการสร้างและใช้นวัตกรรมบริการสุขภาพร่วมกับหน่วยงานอื่นหรือประชาชน
5. จากผลการวิจัย รูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรดิตถ์ ต้องให้ความสำคัญกับการนิเทศ ติดตามและประเมินผลด้วย

6. จากผลการวิจัย ภายหลังจากเสร็จสิ้นการทดลองคะแนนเฉลี่ยคุณภาพบริการสาธารณสุขชุมชน และคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อรูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ดังนั้น ควรนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กฤตยา อาชนิจกุล, พันธุ์ทิพย์ กาญจนนะ และจิตรา สายสุนทร. (2548). **คำถามและข้อท้าทายต่อนโยบายรัฐไทยในการจัดการปัญหาโรคติดต่อและสิทธิของแรงงานข้ามชาติ**. นครปฐม: สถาบันประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล.

กฤษณ์ พงศ์พิรพห์, สุพัตรา ศรีวณิชชากร และ Barbara starfielf. (2551). การประเมินบริการปฐมภูมิของประเทศไทยในมุมมองของผู้ให้บริการ. **วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข**. 2(3), 401-408.

ชื่นพันธ์ วิริยะวิภาต, ศศิธร ตั้งสวัสดิ์, สุพัตรา สิมมาทัน และบุญทนากร พรหมภักดี. (2559). การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ. **วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น**. 23(1), 112-133.

นิพัทธ์พนธ์ สนิทเหลือ, วชิรพร สาตร์เพ็ชร์ และญาติา นภาอารักษ์. (2562). การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER. **วารสารวิชาการสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ**. 5(1), 496-506.

ปิยะ ศิริลักษณ์. (2556). **การศึกษาคุณภาพการให้บริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในมุมมองของผู้ให้บริการ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.

พิษณุรักษ์ กันทวิ, ภัทรพล มากมี, ทศพล เมืองอิน และกนกวรรณ สุวรรณรงค์. (2563). การจัดการระบบสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว กรณีศึกษาบริเวณชุมชนที่มีจุดผ่อนปรน อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย. **วารสารควบคุมโรค**. 46(4), 579-594.

มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. (2554). **การประเมินการปฏิบัติตามนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล**. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านโคก. (2563). **รายงานประจำปี 2563**. อุตรดิตถ์: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านโคก.



ศศิวิมล ชุตินันทกุล. (2547). การวิเคราะห์องค์ประกอบการวางแผนการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพใน
หน่วยบริการปฐมภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการวิจัยและการพัฒนา
ระบบสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

Best, J.W. (1977). **Research in Education**. (3rd ed). New Jersey: Prentice Hall, Englewood cliffs.

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

William Hogg, Margo Rowan, Grant Russell, Robert Geneau and Laura Muldoon. (2007). Framework
for primary care organizations: the importance of a structural domain. **International
Journal for Quality in Health Care** 2008. 20(5), 308–313.

การมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขในการบริหารงานของสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดสุโขทัยและความสัมพันธ์กับปัจจัยบางประการ

เมธี สุทธิศิลป์¹, อลงกรณ์ ศรีเลิศ² และ ประภาพร คำแสนราช³

บทคัดย่อ

การมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขในการบริหารงานสาธารณสุขอำเภอเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญต่อประสิทธิผลของการบริหารงานสาธารณสุข การศึกษาวิจัยสำรวจนี้เป็นการศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในการบริหารงานสาธารณสุขระดับอำเภอในจังหวัดสุโขทัยและความสัมพันธ์กับปัจจัยบางประการ กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดสุโขทัย จำนวน 270 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามชนิดถามตอบด้วยตนเอง เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม-มีนาคม 2564 นำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปด้วยค่าสถิติเชิงพรรณนาคือ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรใช้การทดสอบค่าคะแนนที่ การทดสอบความแปรปรวนทางเดียว และนำตัวแปรกลุ่มที่พบความสัมพันธ์แปลงเป็นตัวแปรหุ่น เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 51.6 อายุระหว่าง 41-50 ปี มากที่สุด ร้อยละ 51.6 มีระดับระดับการศึกษาชั้นปริญญาตรีร้อยละ 60.2 มีรายได้ที่ 25,001-30,000 บาท เป็นร้อยละ 27.00 ปฏิบัติงานในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขร้อยละ 53.1 ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 11-15 ปี ร้อยละ 46.1 และมีประสบการณ์ในการอบรมถ่ายทอดมากกว่า 10 ครั้ง ร้อยละ 83.6 ผลการวิเคราะห์ระดับการมีส่วนร่วมรายด้านที่สำคัญพบว่าบุคลากรมีส่วนร่วมในการบริหารงานบุคคลสูงที่สุดคิดเป็นร้อยละ 72.8-76.8 รองลงมาได้แก่การมีส่วนร่วมในการวางแผนงานโครงการและดำเนินการตามแผนร้อยละ 71.0-75.3 ส่วนการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารด้านการประสานงานน้อยคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 32.5-35.2 จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับปัจจัยบางประการได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงานและประสบการณ์ในการอบรม มีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วม ดังนั้นควรพัฒนาการมีส่วนร่วมในการบริหารให้ยกระดับยิ่งขึ้นผ่านตัวแปรบางประการที่นำมาศึกษา

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วมในการบริหารงานสาธารณสุข, สาธารณสุขอำเภอ

¹ อาจารย์ประจำสาขาวิชาการจัดการสุขภาพชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น E-Mail: mayvet_2006@hotmail.com

² อาจารย์ประจำสาขาวิชาการจัดการสุขภาพชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

³ อาจารย์ประจำสาขาวิชาการจัดการสุขภาพชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น



The Participation of Public Health Personals in Administrative Processes of District Public Health Offices in Sukhothai Province and Related Factors

Mathee Sootthasil¹, Alongkorn Sarelert² and Prapaphorn Khamsaenrat³

Abstract

The participation of health personnel in the district health administrative processes is necessary and important to the effectiveness of public administration. This study explored the level of participation in the management of public health personals in district health office in Sukhothai province and related with interested of some factors. The sample consisted of health workers in Sukhothai province. Health Offices with 270. Data collection between January to March 2021 was analyzed by statistic package program. The descriptive statistics were used frequency, Percentage, mean and standard deviation. The association between factors of interest were used the Pearson correlation analysis, Independent t test and one-way analysis of variance. The correlated variables were performed into dummy variables and analyzed with the Pearson correlation coefficient later.

The results showed that Most of the sample was male, aged between 41-50 years for 51.6 percent. The education in bachelor's degree was 60.2 percent; income at 25,001 to 30,000 baths per month was 27.00 percent working in expertise positions for 53.1 percent and 46.1 percent has 11-15 years of experience. About 83.6 percent has trained in administration skills more than 10 times. The level of participation showed that the personnel administration for 72.8-76.8 percent followed the participation in the planning and implementation of the plan between 71.0- 75.3 percent. The participation in coordination was less about 32.5-35.2 percent. The associated factors included gender, age, level of education, income, job position, and the duration of the training and experience. Then, administrators should be involved in the development of administrative participation level of health personals by consider related factors.

Keywords : The Participation of Public Health Personals in Administration, Public Health Personals

¹ Lecturer, Public Health Program in Community Health Management, Faculty of Public Health, Northern College
E-Mail: mayvet_2006@hotmail.com

² Lecturer, Public Health Program in Community Health Management, Faculty of Public Health, Northern College

³ Lecturer, Public Health Program in Community Health Management, Faculty of Public Health, Northern College

บทนำ

ปัญหาสาธารณสุขในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและนับวันจะยิ่งมีความซับซ้อนเชิงสาเหตุมากยิ่งขึ้น โดยเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงแบบก้าวกระโดดของระบบการสื่อสาร เทคโนโลยีและการคมนาคมผลิตภัณฑ์ทุกประเทศเข้าสู่ยุคโลกาภิวัตน์ ปัญหาสุขภาพจึงเกิดการเปลี่ยนผ่านจากยุคของโรคติดต่อเข้าสู่ยุคปัญหาจากวิถีชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลงไป ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมส่งผลให้อุบัติการณ์โรคเรื้อรังและอุบัติภัยเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ก่อให้เกิดอัตราป่วยและตายระดับสูงในประเทศกำลังพัฒนาทั่วโลกและผลักดันการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพขนานใหญ่ (WHO, 2020) ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศกำลังพัฒนาซึ่งอยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยาดังกล่าว ดังนั้นจึงประสบกับสถานการณ์ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากปัญหาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะเสื่อมทางร่างกายของประชาชนเป็นส่วนใหญ่ ปัญหาจากโรคไม่ติดต่อที่มีสาเหตุสลับซับซ้อนเป็นปัญหาคุกคามชีวิตคนไทยในอันดับต้นๆ ในขณะที่โรคติดต่อที่กลับมาเป็นปัญหาใหม่ เช่น การติดเชื้อเอชไอวี วัณโรค มาลาเรีย ก็ก่อผลกระทบอย่างรุนแรงและคุกคามชีวิตคนไทย ปัญหาอุบัติเหตุทางถนน ปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กลายเป็นปัญหาที่ก่อภาวะสูญเสียปีสุขภาวะคนไทยในอันดับต้นๆ ของประเทศไทยเช่นกัน (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2563) ปัญหาสุขภาพเหล่านี้นับวันจะทวีขนาดและความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นทุกวัน

การจัดการปัญหาสุขภาพนั้นประเทศไทยดำเนินการขับเคลื่อนระบบสุขภาพแบบตั้งรับมาเป็นเวลานาน โดยเน้นการพัฒนาบริการสุขภาพเป็นสำคัญโดยอยู่ภายใต้การดำเนินการของหน่วยงานราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานกลยุทธ์หลักระดับประเทศ รวมทั้งเป็นผู้กำกับทิศทาง วางแผน ขับเคลื่อนและแก้ไขปัญหาสุขภาพทั้งระบบ ส่งผลให้เกิดการพัฒนาสถานพยาบาลทุกระดับอย่างกว้างขวางทั่วทั้งประเทศ เกิดระบบประกันสุขภาพเพื่อส่งเสริมสนับสนุนประชาชนให้เข้าถึงระบบบริการอย่างทั่วถึง มีประสิทธิภาพ เสมอภาคและเป็นธรรม (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2558) อย่างไรก็ตามการขับเคลื่อนระบบสุขภาพผ่านระบบราชการโดยกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยยังไม่สามารถรองรับต่อการเปลี่ยนแปลงปัญหาสุขภาพที่สลับซับซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพเนื่องจากมีความไม่คล่องตัวและมีปัญหาเกี่ยวข้องกับกฎหมายและระเบียบวิธีในการปฏิบัติงาน ปัญหาของการดำเนินงานของหน่วยงาน รวมทั้งปัญหาในด้านของการบริหารงานบุคคล เนื่องจากการบริหารงานบุคคลไม่สามารถสร้างคุณธรรมและความสามารถให้กับข้าราชการในการตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ รวมทั้งยังไม่สามารถสร้างแรงจูงใจต่อข้าราชการที่มีความสามารถให้อยู่ในระบบราชการต่อไป (วรเดช จันทรศร, 2554) นอกจากนี้ข้าราชการบางส่วนยังไม่เข้าใจและขาดการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารระบบสุขภาพส่งผลให้ขาดประสิทธิภาพในการผลักดันระบบสาธารณสุขของให้สามารถแก้ปัญหาของประเทศได้ในระดับที่ควรจะเป็น ส่งผลให้เจ้าหน้าที่ข้าราชการในกระทรวงสาธารณสุขมีความเฉื่อยชาในการทำงาน ขาดแรงจูงใจ ละเลยและเพิกเฉยต่อการปฏิบัติหน้าที่ของตนเอง (รวีภา ธรรมโชติ, 2560) ดังนั้นจึงเกิดการปรับปรุงระบบสุขภาพภายใต้การปฏิรูประบบราชการทั้งระบบเพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงปัญหาสุขภาพดังดังกล่าวและสอดคล้องกับความมุ่งหมายตามรัฐธรรมนูญที่รัฐต้อง

จัดบริการและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมระบบสุขภาพของประชาชนอย่างทั่วถึง เท่าเทียมและมีประสิทธิภาพ (2556) สำนักสาธารณสุขอำเภอ เป็นหน่วยงานบริหารสาธารณสุข ซึ่งเป็นตัวแทนของกระทรวงสาธารณสุขในระดับอำเภอและกิ่งอำเภอ มีสายการบังคับบัญชาขึ้นตรงต่อนายอำเภอหรือปลัดอำเภอที่ทำหน้าที่หัวหน้ากิ่งอำเภอ เป็นหัวหน้าส่วนราชการสาธารณสุขมีหน้าที่ทางด้านบริหาร ส่งเสริมสนับสนุน ควบคุม กำกับ ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานของสถานอนามัยและสถานบริการสาธารณสุขในอำเภอ เป็นองค์กรที่สำคัญยิ่งในระดับปลายสุดของระบบบริหารงานสาธารณสุข ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน เชื่อมต่อประชาชนกับระบบบริการสุขภาพ สาธารณสุขอำเภอจึงเป็นหน่วยงานที่รวมทั้งวิชาการสาธารณสุขและและนักบริหารสาธารณสุขในระดับอำเภอ ทำหน้าที่ประสานงานและขับเคลื่อนระบบสาธารณสุขในระดับอำเภอให้เกิดการประสานงานและตอบสนองนโยบายสุขภาพผ่านกระบวนการบริหารแผนงานและโครงการต่าง ๆ จากระดับกระทรวงสู่ระดับปฏิบัติการในพื้นที่ตั้งนั้นบทบาทหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงานในระดับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจึงครอบคลุมการดำเนินการตามกระบวนการบริหารใน 4 ภารกิจหลักในระดับพื้นที่ได้แก่ การบริหารงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การส่งเสริมป้องกันโรค การบริหารระบบการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ (ทองหล่อ เดชไชย, 2556) อย่างไรก็ตามจากการดำเนินกระบวนการบริหารที่ผ่านมาในระดับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและกิ่งอำเภอยังประสบปัญหาในการบริหารอยู่มาก โดยนักวิชาการและผู้ปฏิบัติงานยังมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารตามภารกิจดังกล่าวไม่บรรลุผลเท่าที่ควรหรือบุคลากรมีส่วนร่วมในระดับต่ำส่งผลต่อการขับเคลื่อนเพื่อการบรรลุการแก้ไขปัญหาสุขภาพขาดประสิทธิภาพและประสิทธิผลเท่าที่ควรจะเป็น (สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, 2549) ปัญหาเหล่านี้ล้วนแต่เป็นอุปสรรคต่อการบริหารงานในระดับอำเภอ ทำให้สาธารณสุขอำเภอไม่สามารถปฏิบัติงานตามแผนงานโครงการต่าง ๆ ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขได้ จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยบางประการด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคมที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมพบว่า อายุมีผลต่อการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน เช่น การปฏิบัติงานของอาสาพัฒนาชุมชน เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา ตำแหน่งงานในสำนักงานสาธารณสุข ระดับรายได้ ระยะเวลาการรับราชการ และประสบการณ์ในการฝึกอบรมหรือการเป็นวิทยากรของบุคลากร

จากประเด็นปัญหาดังกล่าวยังขาดข้อมูลจากการศึกษาในจังหวัดสุโขทัย จึงส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการบริหารงานสาธารณสุขในระดับอำเภอของจังหวัดสุโขทัย ถ้าสามารถทราบระดับการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารงานของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขระดับอำเภอในจังหวัดสุโขทัยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องแล้วจะสามารถส่งเสริมกระบวนการบริหารงานสาธารณสุขได้บรรลุเป้าหมายได้มากยิ่งขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะผู้ประสานงานพัฒนาคุณภาพการบริหารงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดสุโขทัย จึงมีความสนใจศึกษาการมีส่วนร่วมด้านการบริหารงานของบุคลากรสาธารณสุขระดับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดสุโขทัยและความสัมพันธ์กับปัจจัยบางประการ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารสาธารณสุขของบุคลากรสาธารณสุขในระดับอำเภอ ซึ่งจะส่งผลต่อการบรรลุการมีสุขภาพดีของประชาชนในโอกาสต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขในการบริหารงานสาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดสุโขทัย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขในการบริหารงานสาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดสุโขทัย

ขอบเขตการวิจัย

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้กำหนดขอบเขตในการศึกษาค้นคว้า ดังนี้

1. ประชากรในการศึกษา ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดสุโขทัย จำนวน 1,302 คน
2. ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ระหว่างเดือน มกราคม-มีนาคม 2564
3. ตัวแปรที่ศึกษา
 - 3.1 ตัวแปรอิสระ ได้แก่ สถานภาพส่วนบุคคลของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดพิษณุโลก ครอบคลุม ตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงานและประสบการณ์ในการอบรม
 - 3.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ การบริหารงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดพิษณุโลก ประกอบด้วยปัจจัย 7 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการวางแผนและดำเนินการตามแผน 2) ด้านการจัดการองค์การและมอบหมายงานที่ได้รับผิดชอบ 3) ด้านการบริหารบุคลากร 4) ด้านการติดตามควบคุมกำกับ นิเทศและประเมินผลงาน 5) ด้านประสานงาน 6) ด้านข้อมูล ข่าวสารวิชาการ 7) ด้านธุรการ การเงินและพัสดุ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้รูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive survey research) ประชากรศึกษา ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดสุโขทัย ในปีงบประมาณ 2564 จำนวน 1,302 คน ขนาดตัวอย่างในการศึกษานี้ เป็นการประมาณค่าเฉลี่ยของระดับการมีส่วนร่วมในการบริหารงานสาธารณสุข ซึ่งผู้วิจัยกำหนดให้ความคลาดเคลื่อนจากค่าเฉลี่ยมาตรฐานที่ต้องการประมาณ (d) ไม่เกินร้อยละ 10 (โดยใช้ค่าเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมในการบริหารงานสาธารณสุขจากการทดลองใช้แบบสอบถามพบความแปรปรวนประชากรเท่ากับ 0.42 (Ranking scale 1-5) ซึ่งผู้วิจัยใช้ค่าเฉลี่ยมา ประมาณความคลาดเคลื่อนจากการวัดในการวิจัยนี้ ตามสูตรในการคำนวณขนาดตัวอย่างเป็นดังนี้ (อรุณ จิรวัดน์กุล, 2556)

$$n = \frac{z_{\alpha/2}^2 N^2 \sigma^2}{z_{\alpha/2}^2 \sigma^2 + Nd^2}$$

โดยที่

- n = ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการประมาณค่าเฉลี่ยประชากรกลุ่มเดียว (คน)
- z_{α} = ค่ามาตรฐานภายใต้โค้งปกติ ซึ่งสอดคล้องกับระดับนัยสำคัญ (α) ที่กำหนด = 1.64
- d = ค่าความคาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นจากการประมาณค่าเฉลี่ยที่ต้องการ (กำหนดให้ไม่เกินร้อยละ 10)
- N = ขนาดประชากร (1,302 คน)
- σ^2 = ความแปรปรวนของประชากร (0.176)

กำหนด $\alpha .05$ ดังนั้น ขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยเท่ากับ 256 คน แต่ผู้วิจัยเพิ่มแบบสอบถามร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายได้ขนาดตัวอย่าง 270 คน ดำเนินการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายตามสัดส่วนประชากร (Proportion to size) โดย จัดเรียงรายชื่อบุคลากรสาธารณสุขในสำนักงานสาธารณสุขตามขนาดอำเภอจากเล็กไปหาขนาดใหญ่ (Systematic Random Sampling) โดยวิธีแบ่งสัดส่วน ตามหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน (Proportion to size) มีขั้นตอนดังนี้ 1) จัดเรียงลำดับหมายเลขตามรายชื่อสำนักงานสาธารณสุขอำเภอรวม 9 แห่ง เรียงลำดับหมายเลขจากน้อยไปหามากตามรายชื่อจนได้ครบตามจำนวนประชากรทั้งหมดครอบคลุมทุกหน่วยงาน 2) คำนวณหาช่วงที่จะใช้ในการสุ่มตัวอย่าง (Sampling Random) จากสูตรดังนี้

$$l = \frac{N}{n}$$

- เมื่อ l = ขนาดช่วงชั้น
- N = จำนวนประชากร
- n = ขนาดตัวอย่าง

จำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1,302 คน ต้องการเลือกตัวอย่างมาศึกษา 270 คน

แทนค่า $l = 1,302/270 = 4.82$ หรือประมาณ 5

ดังนั้น หน่วยลำดับหมายเลขกำกับบุคลากรที่จะเป็นตัวอย่างในแต่ละแห่งจะได้ลำดับดังนี้ เช่น 1,5,10,15,20,.., 1,302 ผู้ที่ได้หมายเลขตามจำนวนที่เรียงอยู่จะเป็นตัวอย่างของการวิจัยนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบสอบถามชนิดถามตอบด้วยตนเองแบ่งเป็น 2 ตอนได้แก่ ตอน ที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรสาธารณสุข ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และประสบการณ์ในการอบรม ถ่ายทอด รวม 7 ข้อ ตอนที่ 2 ข้อคำถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการบริหารงานสาธารณสุขของบุคลากรสาธารณสุขของ

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดสุโขทัย 7 ด้านรวม 38 ข้อ รายละเอียดในการตอบจะประเมินระดับการมีส่วนร่วมตามช่วงคะแนน (Rating scale) 5 ระดับดังนี้ มีส่วนร่วมในการบริหารมากที่สุดให้ 5 คะแนน มีส่วนร่วมในการบริหารมากให้ 4 คะแนน มีส่วนร่วมในการบริหารปานกลางให้ 3 คะแนน มีส่วนร่วมในการบริหารน้อยให้ 2 คะแนน และมีส่วนร่วมในการบริหารน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการประเมินความตรงด้านเนื้อหาผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านและทำการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ 3 ครั้งได้ความสอดคล้องด้านเนื้อหาร้อยละ 86 (IOC. =0.86) การตรวจสอบความเที่ยงโดยนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะประชากรใกล้เคียงกันจำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงตามวิธีการของครอนบาค ได้สัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.76

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่รวบรวมได้มาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์โดยระดับการมีส่วนร่วมในการบริหารงานสาธารณสุขและปัจจัยบางประการ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาโดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลแจกแจงและข้อมูลอันดับพรรณนาเป็นจำนวนและค่าสัดส่วน ส่วนการหาความสัมพันธ์ของระดับการมีส่วนร่วมกับปัจจัยบางประการ ดำเนินการ 2 วิธี ดังนี้ 1) ตัวแปรที่มีระดับการวัดข้อมูลตั้งแต่ข้อมูลต่อเนื่องขึ้นไปสามารถนำมาวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันได้โดยตรง 2) ข้อมูลที่มีการวัดเป็นข้อมูลแจกแจงจะใช้วิธีทดสอบความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมในภาพรวมซึ่งเป็นการวัดข้อมูลต่อเนื่อง ด้วยวิธีทดสอบค่าที ส่วนกลุ่มตัวแปรอันดับใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวถ้าตัวแปรในกลุ่มใดมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะถูกนำมาจำลองตัวแปรโดยให้ตัวแปรที่สนใจมีค่าเป็น 1 ส่วนตัวแปรที่ไม่สนใจมีค่าเป็น 0 นำเข้าสู่การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ต่อไป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ (α) 0.05

ผลการวิจัย

บุคลากรสาธารณสุขในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดสุโขทัยตอบแบบสอบถามกลับมาร้อยละ 94.8 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 132 คน คิดเป็นร้อยละ 51.6 อายุตั้งแต่ 41-50 ปี จำนวน 132 คน คิดเป็นร้อยละ 51.6 ระดับการศึกษาปริญญาตรี จำนวน 154 คน คิดเป็นร้อยละ 60.2 มีรายได้ที่ 25,001-30,000 บาท จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 27.00 ปฏิบัติงานในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 136 คน คิดเป็นร้อยละ 53.1 ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 11-15 ปี จำนวน 118 คน คิดเป็นร้อยละ 46.1 และมีประสบการณ์ในการอบรมถ่ายทอดมากกว่า 10 ครั้ง จำนวน 214 คน คิดเป็นร้อยละ 83.6 ส่วนระดับระดับการมีส่วนร่วมในการบริหารงานสาธารณสุขของบุคลากรสาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดสุโขทัยและปัจจัยศึกษาพร้อมการประมาณค่า ผู้วิจัยจะนำเสนอครอบคลุมการมีส่วนร่วมในการบริหารรายด้านต่างๆ ได้แก่ 1) ด้านการวางแผนและดำเนินการตามแผน 2) ด้านการจัดองค์การและมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบ 3) ด้านการบริหารงานบุคคล 4) ด้านติดตามควบคุมกำกับนิเทศและประเมินผล 5) ด้านการประสานงาน 6) ด้านข้อมูลข่าวสารและวิชาการ และ 7) ด้านธุรการ การเงินและพัสดุ พร้อมทั้งปัจจัยบางประการ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการประมาณค่าระดับการมีส่วนร่วมในการบริหารงาน
 สาธารณสุขด้านต่างๆ ของบุคลากรสาธารณสุขในการบริหารงานของสาธารณสุขระดับอำเภอในจังหวัดสุโขทัย
 (n = 256)

การมีส่วนร่วมในการบริหาร	คะแนน	SD	95%CI	การแปรผล
1. ด้านการวางแผนและดำเนินการ ตามแผน	6-30	22.0, 3.9	21.3-22.6	71.0-75.3
2. ด้านการจัดองค์การและ มอบหมายหน้าที่รับผิดชอบ	4-20	11.9, 24	11.6-12.4	58.0-62.0
3. ด้านการบริหารงานบุคคล	7-35	26.1, 4.1	25.5-26.9	72.8-76.8
4. ด้านติดตามควบคุมกำกับนิเทศ และประเมินผล	4-20	13.3, 2.9	12.8-13.6	64.0-68.0
5. ด้านการประสานงาน	4-20	6.8, 1.3	6.5-7.05	32.5-35.2
6. ด้านข้อมูลข่าวสารและวิชาการ	7-35	24.6, 3.4	24.1-25.2	68.8-72.0
7. ด้านธุรการ การเงินและพัสดุ	5-25	15.1, 3.1	14.6-15.6	58.4-62.4
การมีส่วนร่วมภาพรวมทั้งหมด	37-185	120.1, 18.3	117.2-123.4	64.9-66.7

จากตารางที่ 1 พบว่าบุคลากรสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการบริหารงานสาธารณสุขด้านต่างๆ พอสรุปได้
 ดังนี้ บุคลากรมีส่วนร่วมในการบริหารงานบุคคลสูงที่สุดโดยมีค่าเฉลี่ย 26.1 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.1 (95% CI
 25.5-26.9) หรือคิดเป็นร้อยละ 72.8-76.8 รองลงมาได้แก่การมีส่วนร่วมในการวางแผนงานโครงการและ
 ดำเนินการตามแผน มีค่าเฉลี่ย 22.0 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.9 (95% CI 21.3-22.6) หรือคิดเป็นร้อยละ 71.0-
 75.3 ส่วนการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารด้านการประสานงานน้อยที่สุด มีค่าเฉลี่ย 6.5 (ส่วนเบี่ยงเบน
 มาตรฐาน 1.3 (95% CI 6.5-7.05) หรือคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 32.5-35.2

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการที่เป็นข้อมูลนามบัญญัติและข้อมูลอันดับกับการมีส่วนร่วมในการบริหารงานสาธารณสุขด้านต่าง ๆ ในระดับอำเภอของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดสุโขทัย (n = 256)

ข้อมูล	ความสัมพันธ์	95% CI of r	p-value
เพศ	t=5.22*		0.001
ชาย	r=0.41*	0.27-0.52	0.001
หญิง	r=-0.40*	-0.52- - 0.27	0.001
อายุ	F= 4339.7*		0.001
21-30 ปี	r=-0.41*	-0.51- -0.32	0.001
31-40 ปี	r=-0.22*	-0.32- -0.11	0.001
41-50 ปี	r= 0.31*	0.16-0.44	0.001
51 ปีขึ้นไป	r=0.22*	0.07-0.38	0.001
ระดับการศึกษา	F=2673.1*		0.001
ประกาศนียบัตร	r=-0.02	-0.17-0.23	0.814
อนุปริญญา	r=-0.35*	-0.46- -0.23	0.001
ปริญญาตรี	r= 0.03	-0.14-0.20	0.662
ปริญญาโท ขึ้นไป	r=-0.28*	0.08-0.13	0.001
ระดับรายได้ต่อเดือน	F=3272.7*		0.001
ต่ำกว่า 15,000 บาท	- 0.37*	-0.46- -0.26	0.001
15,001-20,000 บาท	-0.17	-0.29- 0.04	0.445
20,001-25,000 บาท	0.04	-0.11-0.21	0.001
25,001-30,000 บาท	0.41*	0.27-0.56	0.001
30,001 ขึ้นไป	0.01	-0.23-0.08	0.231
ตำแหน่ง	F=2013.5*		0.001
นักวิชาการสาธารณสุข	r=-0.37*	0.22-0.51	0.001
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	r=-0.36*	-0.48- -0.22	0.001

ข้อมูล	ความสัมพันธ์	95% CI of r	p-value
เจ้าพนักงานธุรการ	r= -0.05	-0.016-0.21	0.996
พยาบาลเวชปฏิบัติจิตเวช	r=-0.05	-0.21-0.10	0.493
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	r=0.08	-0.17- 0.07	0.324
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน	F=4656.2*		0.001
1-5 ปี	r=-0.29*	-0.40- -0.15	0.001
6-10 ปี	r=-0.26*	-0.34- -0.17	0.002
11-15 ปี	r=-0.21*	-0.33- -0.06	0.015
15 ปีขึ้นไป	r=0.49*	0.37-59.6	0.001
ประสบการณ์ในการอบรม	3586.8*		0.001
1-5 ครั้ง	r=-0.32*	-0.44- -0.18	0.001
6-10 ครั้ง	r= -	-	-
10 ครั้งขึ้นไป	r=0.32*	0.18-0.44	0.001

ส่วนข้อมูลที่เป็นนามบัญญัติและข้อมูลอันดับดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการทดสอบค่าที่ ทดสอบความแปรปรวนและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตามลำดับ ผลการวิจัยพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารงานสาธารณสุขของบุคลากรสาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขในจังหวัดสุโขทัย ($t= 5.22, p\text{-value} < 0.01$) โดยเพศหญิงพบความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r= -0.40, p\text{ value} < 0.01, 95\%CI -0.52 - -0.27$) ในขณะที่เพศชายพบความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r= 0.41, p\text{ value} < 0.01, 95\%CI 0.27-0.52$) กลุ่มอายุก็พบความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารงานสาธารณสุขของบุคลากรสาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขในจังหวัดสุโขทัย ($F= 4339.7, p\text{ value} < 0.01$) โดยกลุ่มอายุยิ่งมากขึ้นจะพบความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมในการบริหาร ในขณะที่กลุ่มอายุน้อยๆ มีความสัมพันธ์เชิงลบ โดยกลุ่มอายุ 41-50 ปี พบความสัมพันธ์เชิงบวกมากที่สุด ร้อยละ 31.0 ($r=0.31, p\text{ value} < 0.01, 95\%CI 0.16-0.44$) รองลงมาได้แก่ อายุ 51 ปี ขึ้นไป พบความสัมพันธ์เชิงบวกร้อยละ 22.0 ($r=0.22, p\text{ value} < 0.01, 95\%CI 0.07-0.38$ ส่วนอายุ 21-30 ปี พบความสัมพันธ์เชิงลบ ($r= -0.41, p\text{ value} < 0.01, 95\%CI -0.51- -0.32$) ส่วนระดับการศึกษาก็พบความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมใน

การบริหารสาธารณสุข เช่นกัน ($F= 2673.1, p \text{ value}<0.01$) โดยระดับการศึกษายิ่งสูงขึ้นจะพบความสัมพันธ์มากขึ้น เช่นเดียวกับระดับรายได้ต่อเดือน ระยะเวลาปฏิบัติงานที่มากขึ้นและตำแหน่งในกลุ่มนักวิชาการรายละเอียดต่าง ๆ ทั้งหมดดังที่ได้นำเสนอในตารางที่ 2 ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารงานสาธารณสุขของบุคลากรสาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขในจังหวัดสุโขทัย ดำเนินการเก็บข้อมูล และวิเคราะห์ผลการวิจัยตามระเบียบวิธีวิจัย ซึ่งมีข้อค้นพบดังรายละเอียดที่ได้นำเสนอไปแล้วนั้นและมีข้อสรุปตามสมมติฐานการวิจัย ดังรายละเอียดในตารางที่ 3 ซึ่งจะได้นำเสนอต่อไป

ตารางที่ 3 การทดสอบสมมติฐานความสัมพันธ์ระหว่างกับการมีส่วนร่วมในการบริหารงานสาธารณสุขของบุคลากรสาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขในจังหวัดกับปัจจัยบางประการของประชาชนในจังหวัดลำพูน

สมมติฐาน	ผลการทดสอบสมมติฐาน	เหตุผล
สมมติฐานที่ 1 เพศมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารงานสาธารณสุข	จากการทดสอบคะแนนที่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารงานสาธารณสุข (ปฏิเสธสมมติฐาน)	เพศหญิงพบความสัมพันธ์เชิงลบ ($r=-0.40^*, p<0.001$) เพศชายพบความสัมพันธ์เชิงบวก ($r=0.41, p<0.001$)
สมมติฐานที่ 2 กลุ่มอายุมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารงานสาธารณสุข	จากการทดสอบความแปรปรวนพบว่ากลุ่มอายุมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารงานสาธารณสุข (ปฏิเสธสมมติฐาน)	$F=4339.7, P<0.001$, กลุ่มอายุที่พบความสัมพันธ์ได้แก่กลุ่มอายุ 41-50 ปี ($r=0.31, p \text{ value}<0.01, 95\%CI 0.16-0.44$) รวมทั้งอายุอื่น ๆ
สมมติฐานที่ 3 ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารงานสาธารณสุข	จากการทดสอบพบว่าการศึกษามีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารงานสาธารณสุข (ปฏิเสธสมมติฐาน)	($F= 2673, p \text{ value}<0.01$)

สมมติฐาน	ผลการทดสอบสมมติฐาน	เหตุผล
สมมติฐานที่ 4 ระดับรายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารงานสาธารณสุข	จากการทดสอบพบว่ากลุ่มอายุมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารงานสาธารณสุข (ปฏิเสธสมมติฐาน)	(F= 3272.7, p value<0.01)
สมมติฐานที่ 5 ตำแหน่งมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารงานสาธารณสุข	จากการทดสอบความแปรปรวนพบว่ากลุ่มอายุมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารงานสาธารณสุข (ปฏิเสธสมมติฐาน)	(F= 4656.2, p value<0.01)
สมมติฐานที่ 6 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารงานสาธารณสุข	จากการทดสอบความแปรปรวนพบว่ากลุ่มอายุมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารงานสาธารณสุข (ปฏิเสธสมมติฐาน)	(F= 4656.3, p value<0.01)
สมมติฐานที่ 7 ประสบการณ์ในการฝึกอบรมมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารงานสาธารณสุข	จากการทดสอบความแปรปรวนพบว่ากลุ่มอายุมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารงานสาธารณสุข (ปฏิเสธสมมติฐาน)	(F= 3586.8, p value<0.01)

การอภิปรายผล

บุคลากรสาธารณสุขในการบริหารงานของสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดสุโขทัย มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขในการบริหารงานของสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดสุโขทัย โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ เมธี จันทรจักรภรณ์ (2557) ที่พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในภาคกลางมีส่วนร่วมในการบริหารงานในฝ่ายหรือแผนกตนเองในระดับปานกลางเท่านั้น โดยมีส่วนร่วมในงานธุรการมากที่สุด รองลงมาได้แก่การวางแผนงาน โครงการ สอดคล้องกับข้อค้นพบของ พรพรรณ ระวังพันธ์ (2561) ที่พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยเฉพาะสาธารณสุขอำเภอมีสมรรถนะในการบริหารระดับกลางเท่านั้น ซึ่งหมายถึงมีส่วนร่วมในการบริหารในระดับกลางถึงระดับสูง ร้อยละ 75 สอดคล้องกับข้อค้นพบของ หาญ จินดา (2558) ซึ่งพบว่าเจ้าหน้าที่ในศูนย์สุขภาพชุมชนในจังหวัดนครราชสีมา มีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารงานสาธารณสุขชุมชนในระดับปานกลางเท่านี้และสอดคล้องกับผลวิจัยของ สุदारัตน์ คำวิชา (2562) ซึ่งศึกษาการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขด้านการบริหารสาธารณสุขในจังหวัดอุดรธานี ซึ่งแม้ว่าเจ้าหน้าที่จะมีส่วนร่วมในระดับสูงแต่การมีส่วนร่วมในประเด็นพบว่าอยู่ในระดับต่ำ เช่น การวางแผน การประสานงาน ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยในครั้งนี้ ส่วนปัจจัยบางประการที่ผู้วิจัยสนใจพบว่ามีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารสาธารณสุขของบุคลากรได้แก่ เพศพบว่ามีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารงานสาธารณสุขของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดสุโขทัย สอดคล้องกับผลวิจัยของ พาลาภ สิงหเสนี และคณะ (2555) พบว่าระดับของการมีส่วนร่วมจะแตกต่างกันตามเพศ กล่าวคือเพศชายมีคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมสูงกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ภััสสุรีย์ คุณกลาง (2556) ที่พบว่าเพศ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการพัฒนาโครงการเมืองน่าอยู่ในเทศบาลนครขอนแก่น ดังนั้นในการวิจัยนี้จึงพบว่าเพศชายมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารของบุคลากรสาธารณสุขในการบริหารงานของสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดสุโขทัย อายุพบว่ามีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารงานสาธารณสุขของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดสุโขทัย สอดคล้องกับการศึกษาของ ภััสสุรีย์ คุณกลาง (2556) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการพัฒนาโครงการเมืองน่าอยู่ในเทศบาลนครขอนแก่น ระดับการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารงานสาธารณสุขของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดสุโขทัย สอดคล้องกับการศึกษาของ พาลาภ สิงหเสนี และคณะ (2555) พบว่าระดับการมีส่วนร่วมจะแตกต่างกันตามระดับการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญ ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า โดยเฉพาะผู้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่ามีคะแนนการมีส่วนร่วมสูงที่สุด และมีสัดส่วนของระดับการมีส่วนร่วมสูงกว่าระดับการศึกษาอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ บัญชร แก้วส่อง (2561) ซึ่งพบว่าบุคคลที่มีสถานภาพทางการศึกษาสูงกว่าจะมีส่วนร่วม

ในกระบวนการพัฒนาสูงกว่าบุคคลที่มีสถานภาพทางการศึกษาต่ำกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ ภัตสุรียี คุณกลาง (2556) ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการพัฒนาโครงการเมืองน่าอยู่ในเทศบาลนครขอนแก่น ตำแหน่งงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพบว่ามีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารงานสาธารณสุขของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดสุโขทัย สอดคล้องกับการศึกษาของ บัญชร แก้วส่อง (2561) พบว่าสถานภาพทางสังคมสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชนรายได้ พบว่ามีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารงานสาธารณสุขของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดสุโขทัย สอดคล้องกับการศึกษาของ พาลาภ สิงหเสนี และคณะ (2555) ที่พบว่าระดับของการมีส่วนร่วมจะแตกต่างกันตามรายได้ กล่าวคือ ผู้ที่มีรายได้มากกว่า 20,000 บาท และ 5,000-10,000 บาท จะมีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 69.6 และ 50.7 ตามลำดับ) ส่วนผู้ที่มีรายได้กลุ่มอื่น ส่วนใหญ่มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ภัตสุรียี คุณกลาง (2556) ที่พบว่า ระดับรายได้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการพัฒนาโครงการเมืองน่าอยู่ในเทศบาลนครขอนแก่น ระยะเวลาการรับราชการพบว่ามีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารงานสาธารณสุขของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดสุโขทัย สอดคล้องกับการศึกษาของ พาลาภ สิงหเสนี และคณะ (2555) พบว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเป็นระยะเวลานานแตกต่างกัน ไม่ทำให้ระดับคะแนนของการมีส่วนร่วมแตกต่างกัน กล่าวคือ ทุกกลุ่มมีระดับคะแนนของการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับต่ำเป็นสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน แม้ว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเป็นระยะเวลา 11-20 ปี จะมีคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ และประสบการณ์ในการฝึกอบรมหรือการเป็นวิทยากรของบุคลากร พบว่ามีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารงานสาธารณสุขของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดสุโขทัย สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิษฐา ไชยแสนท้าว (2558) ที่พบว่า ประสบการณ์ทำงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีนอมาี่ยมขนาดใหญ่จังหวัดสุรินทร์ ดังนั้นผลการวิจัยพอสรุปได้ว่า บุคลากรสาธารณสุขในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอของจังหวัดสุโขทัย มีส่วนร่วมในการบริหารงานสาธารณสุขในระดับปานกลาง โดยมีส่วนร่วมในการบริหารงานบุคคลมากที่สุด รองลงมาได้แก่ การร่วมวางแผนงาน โครงการ และมีส่วนร่วมด้านการประสานงานน้อยที่สุด ส่วนปัจจัยบางประการที่พบความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารงานสาธารณสุขได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงานและประสบการณ์ในการอบรม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1.1 ผู้บริหารงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดสุโขทัย ควรให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขในการบริหารงานของสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดสุโขทัยในทุกด้านเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการบริหารจัดการงานสาธารณสุข ซึ่งพบว่ายังอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการประสานงานทั้งภายในและระหว่างองค์กรซึ่งอยู่ในระดับต่ำ

1.2 ผู้ที่มีบทบาทในการพัฒนาการมีส่วนร่วมในการบริหารงานสาธารณสุขของบุคลากรสาธารณสุขในสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดสุโขทัย ควรนำข้อค้นพบจากงานวิจัยนี้โดยเฉพาะปัจจัยที่พบความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมไปพัฒนากิจกรรมเพื่อส่งเสริมและยกระดับการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารสาธารณสุขในระดับอำเภอให้มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะทำให้การขับเคลื่อนระบบสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีความหลากหลายและได้รับความร่วมมือจากบุคลากรสาธารณสุขระดับอำเภอมากยิ่งขึ้น อันจะทำให้การแก้ไขปัญหาสุขภาพมีความเป็นระบบและบรรลุผลสำเร็จมากยิ่งขึ้น

1.3 ควรนำแบบประเมินระดับการมีส่วนร่วมที่ได้จากงานวิจัยนี้ไปพัฒนาแบบและระบบเฝ้าระวังการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขระดับอำเภอด้านต่างๆ เพื่อตรวจคัดกรองและยกระดับอยู่ตลอดเวลา ซึ่งจะผลักดันให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืนในระยะยาว อันจะส่งผลดีต่อการประสานงานและกระบวนการบริหารที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

ชนิษฐา ไชยแสนท้าว. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีนามัย ขนาดใหญ่ : ศึกษาเฉพาะกรณี จังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพัฒนบริหารศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

ทองหล่อ เดชไทย. (2555). หลักการบริหารงานสาธารณสุข (Principles of Public Health Administration). (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์.

บัญญัติ แก้วส่อง และคณะ. (2559). สถานการณ์และความต้องการพัฒนาวิสัยทัศน์ของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์ (รายงานการวิจัย). ขอนแก่น: ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ประภาส ศิลปรัศมี. (2561). **ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาพัฒนาชุมชน**. กรุงเทพฯ: กองวิจัยและประเมินผล กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย.
- พาลาภ สิงหเสนี และคณะ. (2555). **การมีส่วนร่วมเพื่อคุณภาพชีวิตของชุมชน และการพัฒนาที่ยั่งยืน: กรณีศึกษาการแก้ปัญหาสารพิษในนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด**. กรุงเทพฯ: อักษรโสภณ.
- พรพรรณ ระวังพันธ์. (2561). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะหลักของสาธารณสุขอำเภอในภาคกลาง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการบริหารงานสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ไพเราะ ไตรติลานันท์. (2534). **ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีอนามัย ในเขตจังหวัดฉะเชิงเทรา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภัสสุรีย์ คุณกลาง. (2556). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการชุมชนในการพัฒนาเมือง นำอยู่อย่างยั่งยืน เทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการบริหารงานสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เมธี จันทจักรุณณ์. (2557). **ปัญหาและความต้องการทางการบริหารของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในเขตภาคกลาง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพัฒนบริหารศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- รวิภา ธรรมโชติ. (2564). **สมรรถนะของผู้บริหารระดับกลางในระบบราชการไทย**. สืบค้นเมื่อ 17 มีนาคม 2564, จาก www.polpacon7.ru.ac.th/download/article/
- วันเพ็ญ ตั้งสะสม. (2562). **อิทธิพลของสถานภาพส่วนบุคคล ต่อความสามารถในการปฏิบัติงานและภาวะผู้นำที่มีต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของหัวหน้าสถานีอนามัย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรเดช จันทรศร. (2554). **การพัฒนาองค์การ: การวินิจฉัยปัญหาและแนวทางแก้ไข**. กรุงเทพฯ: คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ศิริชัย ใจศิริ. (2563). **ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานสาธารณสุขในเขตชนบทจังหวัดกาฬสินธุ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพัฒนาสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ. (2563). การสาธารณสุขไทย 2562-2563. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. (2559). ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์แนวสู่การศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 5). สมุทรปราการ: โรงพิมพ์เดชกมลออฟเซต.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). (2558). รายงานประจำปี 2557 การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี: บริษัท เอส พี เอส ฟรินติง.

หาญ จินดา. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการบริหารกับการปฏิบัติงานด้านบริการสาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อรุณ จิรวัดน์กุล และคณะ. (2556). ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานา.

Cohen , J. M. and Uphoff , N. T. (1980). **Rural Development Participation: Concept and Measures for Project Design Implementation and Evaluation.** New York: Rural Development Committee Center for International Studies, Cornell University.

World Health Organization. (2020). **Reducing risks, Promoting healthy life.** Geneva: World Health Organization.



Received: 14 Jan 2022; Revised: 28 Jan 2022

Accepted: 4 Feb 2022

การเรียนรู้ออนไลน์วิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ช่วงสถานการณ์แพร่ระบาด COVID-19 คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

สุเวช พิมน้ำเย็น¹ และ นัฐพล จำปาเทศ²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นของนักศึกษาต่อรูปแบบการเรียนรู้ออนไลน์วิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ศึกษาพฤติกรรมการเรียนออนไลน์ของนักศึกษา และประเมินอาจารย์ผู้สอนวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ภาคเรียนที่ 2/2563 สํารวจจากนักศึกษาที่ลงทะเบียนเรียน จำนวน 15 คน ด้วยแบบสอบถามทางช่องทางออนไลน์ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ผลการวิจัยพบว่า ความคิดเห็นของนักศึกษาต่อรูปแบบการเรียนรู้ออนไลน์วิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในภาพรวมอยู่ในระดับดี พฤติกรรมการเรียนของนักศึกษาส่วนใหญ่ให้ความสนใจวัตถุประสงค์ของบทเรียนและส่งแบบฝึกหัดท้ายบทครบทุกบทเรียน ผลการประเมินอาจารย์ผู้สอนมีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับดี

คำสำคัญ : การเรียนรู้, การเรียนรู้ออนไลน์, พฤติกรรมการเรียนออนไลน์

¹ อาจารย์ สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

* E-mail: suwech1981@northern.ac.th

² อาจารย์ สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

Online Learning in Occupational Health and Safety Courses, During the COVID-19 epidemic, Faculty of Public Health, Northern College

Suwech Pimnumyen¹ and Nattapol Jumpated²

Abstract

The aims of this research were to study the opinions of students on online learning in occupational health and safety courses, online learning behavior of students and evaluate to lecturer quality. Semester 1/2020. The population for research were 15 students. The research tool was online questionnaire. The statistics used to data analysis were frequency, percentage and mean. The results found that the students' opinions on the online learning were at good level, student behaviors: most of them study the purpose of the lesson and submit all the online exercises and the evaluating teacher quality was at good level.

Keywords : Learning, Online Learning, Online Learning Behavior

¹ Lecturer, Program in Occupational Health and Safety, Faculty of Public Health, Northern College

* E-mail: suwech1981@northern.ac.th

² Lecturer, Program in Occupational Health and Safety, Faculty of Public Health, Northern College



บทนำ

จากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีผลกระทบต่อกระบวนการเรียนการสอนในทุกๆระดับ รวมทั้งในระดับอุดมศึกษาด้วย ส่งผลให้สถาบันการศึกษาต้องเปลี่ยนรูปแบบการสอนเป็นลักษณะทางไกลหรือใช้รูปแบบออนไลน์ผ่านช่องทางอินเทอร์เน็ต เพื่อควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส ลดการรวมกลุ่มคนจำนวนมากเพื่อลดการสัมผัสและการแพร่กระจายของเชื้อโรค วิธีการจัดการเรียนการสอนบทเรียนออนไลน์บางสถาบันอาจจัดการเรียนการสอนแบบการเรียนรู้ในห้องเรียนควบคู่กับการใช้การเรียนการสอนบทเรียนออนไลน์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบทของสถาบันการศึกษาและสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น เป็นสถาบันอุดมศึกษาเอกชน ตั้งอยู่ในจังหวัดตาก มีการเปิดคณะสาธารณสุขศาสตร์ในสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (การจัดการสุขภาพชุมชน) วิทยาศาสตร์บัณฑิต (อาชีวอนามัยและความปลอดภัย) แพทย์แผนไทยบัณฑิต และวิทยาศาสตร์บัณฑิต (วิทยาศาสตร์การกีฬาและการออกกำลังกาย) และปริญญาโท สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต โดยในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2563 (ช่วงเดือนพฤศจิกายน 2563 - มีนาคม 2564) ได้เปิดสอนวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย เป็นวิชาระดับปริญญาตรีซึ่งเป็นกลุ่มวิชาชีพเฉพาะของหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (การจัดการสุขภาพชุมชน) และ วิทยาศาสตร์บัณฑิต (อาชีวอนามัยและความปลอดภัย)

กรณีการสอนออนไลน์ในวิชาที่ศึกษาวิจัยนี้ผู้สอนเลือกใช้ Google Classroom เนื่องจากเป็นที่นิยมดังที่มีผลการการสำรวจด้านโปรแกรมในการเรียนการสอนออนไลน์นิยมใช้ Google Classroom มากที่สุดร้อยละ 53.19 (เครือข่ายมหาวิทยาลัยราชภัฏ 38 แห่ง, 2564) ฉะนั้นการศึกษารูปแบบการเรียนรู้ออนไลน์วิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ช่วงสถานการณ์แพร่ระบาด COVID-19 นี้จะได้คำตอบที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของนักศึกษาต่อรูปแบบการเรียนรู้ออนไลน์วิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย
3. เพื่อประเมินอาจารย์ผู้สอนวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรเป้าหมาย

การศึกษาคั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ศึกษาในประชากรนักศึกษาที่ลงทะเบียนเรียนวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2563 (พฤศจิกายน 2563 - มีนาคม 2564) จำนวน 15 คน

เครื่องมือการวิจัย

รูปแบบการสอนออนไลน์ คือ ใช้ชุดการสอน วิดีโอบรรยายเนื้อหาซึ่งผู้สอนบันทึกเองแล้วนำเข้าห้องเรียนออนไลน์ มีแบบฝึกหัดท้ายบท นักศึกษาสามารถเข้าเรียนภายในกำหนดเวลา ไม่ต้องมีการโต้ตอบทันที ห้องเรียนออนไลน์ผ่านระบบ Google Classroom นักศึกษาทำแบบฝึกหัดและส่งทางออนไลน์ผ่านระบบ Google form ซึ่งผู้สอนจัดทำเนื้อหาจำนวน 15 ครั้ง (สัปดาห์) รวมทั้งการสอบกลางภาคและปลายภาคผ่านช่องทางนี้ด้วยเช่นกัน อย่างไรก็ตามรายวิชานี้ผู้สอนและนักศึกษาได้มีโอกาสเข้าเรียนแบบชั้นเรียนใน 3 ครั้งแรก ผู้สอนได้มีโอกาสชี้แจงการศึกษารายวิชานี้เป็นเบื้องต้นและต่อมาภายหลังมีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 วิทยาลัยนอร์ทเทิร์นจึงได้มีประกาศให้ทำการเรียนการสอนออนไลน์เพื่อลดการรวมกลุ่มและลดความเสี่ยงการติดเชื้อ COVID-19

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถาม สร้างโดยผู้วิจัยซึ่งเป็นอาจารย์ผู้สอนรายวิชานี้ คำถามแบ่งเป็น 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษา เป็นคำถามเกี่ยวกับ เพศ จำนวนภาคเรียนที่เคยลงทะเบียนเรียนในหลักสูตร ประสบการณ์ในการเรียนและการสอบออนไลน์ อุปกรณ์ที่ใช้เรียนและสอบออนไลน์

ตอนที่ 2 ความคิดเห็นของนักศึกษาต่อรูปแบบการสอนออนไลน์วิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย จำนวน 8 ข้อ การกำหนดค่าคะแนน แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด = 5 มาก = 4 ปานกลาง = 3 น้อย = 4 น้อยที่สุด = 1 การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 5 ระดับ เทียบเคียงกับเกณฑ์ที่นิยมใช้ในการประเมินการประกันคุณภาพการศึกษาในระดับอุดมศึกษา ดังนี้ 4.51 – 5.00 หมายถึงดีมาก 3.51-4.50 หมายถึงดี 2.51-3.51 หมายถึงพอใช้ 1.51-2.50 หมายถึงควรปรับปรุง และ 1.00-1.50 หมายถึงควรปรับปรุงอย่างยิ่ง (สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา, 2557) และข้อคำถามให้นักศึกษาเลือกรูปแบบการสอนออนไลน์ซึ่งคิดว่าเหมาะสมกับตัวเอง จำนวน 1 ข้อ

ตอนที่ 3 พฤติกรรมการเรียนออนไลน์ของนักศึกษา เป็นคำถามให้นักศึกษาประเมินตนเองจำนวน จำนวน 6 ข้อ ให้นักศึกษาประเมินตนเองว่ามีพฤติกรรมในระดับใด ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติน้อยครั้ง หรือไม่ปฏิบัติเลย

ตอนที่ 4 ประเมินอาจารย์ผู้สอน จำนวน 12 ข้อ การกำหนดค่าคะแนน แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด = 5 มาก = 4 ปานกลาง = 3 น้อย = 4 น้อยที่สุด = 1 การแปลผลคะแนน จัดแบ่งเป็น 5 ระดับ เทียบเคียงกับเกณฑ์ที่นิยมใช้ในการประเมินการประกันคุณภาพการศึกษาในระดับอุดมศึกษา ดังนี้ 4.51 – 5.00 หมายถึงดีมาก 3.51-4.50 หมายถึงดี 2.51-3.51 หมายถึงพอใช้ 1.51-2.50 หมายถึงควรปรับปรุง และ 1.00-1.50 หมายถึงควรปรับปรุงอย่างยิ่ง (สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา, 2557)



สถิติที่ใช้และการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามจะนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติ ได้แก่ ความถี่ (frequency) ร้อยละ (Percentage) และค่าเฉลี่ย (Mean)

การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการให้นักศึกษาตอบแบบสอบถามทางออนไลน์ เมื่อสิ้นภาคการศึกษา วันที่ 25-31 มีนาคม 2564 ข้อมูลจากนักศึกษาจะเป็นความลับไม่มีผลต่อการประเมินผลการเรียน (เกรด) แต่อย่างไรก็ตาม ใช้เพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้สอนในการปรับปรุงการสอนในภาคเรียนต่อไปให้ดียิ่งขึ้น

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษา

นักศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.7) เคยลงทะเบียนเรียนในหลักสูตรมาแล้ว 2 หรือ 3 ภาคเรียน (ร้อยละ 40.0) ส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์เรียน (ร้อยละ 60.0) และสอบออนไลน์ (66.7) นิยมใช้โทรศัพท์มือถือ (smartphone) เป็นอุปกรณ์ในการเรียนและสอบออนไลน์ รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตอนที่ 2 ความคิดเห็นของนักศึกษาต่อรูปแบบการสอนออนไลน์วิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย

ความคิดเห็นของนักศึกษาต่อรูปแบบการสอนออนไลน์วิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ในภาพรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายประเด็นพบว่าคะแนนเฉลี่ยสูงอยู่คือการจัดลำดับบทเรียนใน Google Classroom นักศึกษาร้อยละ 40 เลือกรูปแบบการสอนออนไลน์โดยใช้ ชุดการสอน วิดีโอ แบบฝึกหัดท้ายบท โดยไม่ต้องนัดหมาย ไม่ต้องการโต้ตอบทันที (คือวิธีการที่ผู้สอนใช้ในรายวิชานี้) แต่อย่างไรก็ตาม นักศึกษาอีกร้อยละ 40 มีความเห็นว่าการสอนโดยใช้วิธีผสมผสาน ทั้งวิธีใช้ชุดการสอนออนไลน์โดยไม่ต้องนัดหมายและสอนโดยมีการนัดหมาย มีการบรรยายโต้ตอบทันที โดยใช้โปรแกรมประชุมออนไลน์ เช่น Google Meet หรือ Zoom รายละเอียดแสดงไว้ในตารางที่ 2

ตอนที่ 3 พฤติกรรมการเรียนออนไลน์ของนักศึกษา

พฤติกรรมการเรียนของนักศึกษาส่วนใหญ่ให้ความสนใจวัตถุประสงค์ของบทเรียนแต่ละบท (ตารางที่ 3 ข้อ 1.) และส่งแบบฝึกหัดท้ายบทครบทุกบทเรียน (ตารางที่ 3 ข้อ 5.) ยังมีนักศึกษาที่ไม่รับชมวิดีโอบรรยายแต่ละบทเรียน (ตารางที่ 3 ข้อ 4.) อาจเป็นเพราะความเร็วของอินเทอร์เน็ตช้าหรือประสิทธิภาพอินเทอร์เน็ตที่ใช้ต่ำไม่สามารถดาวน์โหลดวิดีโอบรรยายได้ นักศึกษาให้ความเห็นเพิ่มเติมว่า การทำห้องเรียนออนไลน์ผ่าน Google Classroom สามารถกลับมาทบทวนเนื้อหาได้ รายละเอียดปรากฏดังตารางที่ 3

ตอนที่ 4 ประเมินอาจารย์ผู้สอน

ผลการประเมินอาจารย์ผู้สอนโดยนักศึกษา มีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับดี (4.16) เมื่อพิจารณาเป็นรายประเด็นค่าเฉลี่ยสูงสุด (4.33) คือประเด็น ข้อ 1. บอกวัตถุประสงค์ของเนื้อหาที่สอนได้ชัดเจน และ ข้อ 8. มีจรรยาบรรณ จริยธรรม บุคลิก การพูดจา และพฤติกรรมที่ดี ส่วนที่มีค่าต่ำสุดเมื่อเทียบกับข้ออื่นๆ คือ ข้อ 4. ให้คำปรึกษาและแนะนำประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์ (3.80) รายละเอียดแสดงไว้ในตารางที่ 4

อภิปรายผลการวิจัย

การสอนออนไลน์วิชานี้ผู้สอนเลือกใช้ Google Classroom เนื่องจากเป็นที่นิยม เนื่องจากมีผลการการสำรวจด้านโปรแกรมในการเรียนการสอนออนไลน์ ในทุกระดับนิยมใช้มากที่สุด ร้อยละ 53.19 คือ Google Classroom (เครือข่ายมหาวิทยาลัยราชภัฏ 38 แห่ง, 2564) นักศึกษามองว่าวิธีการสอนที่ผู้สอนใช้นี้มีการจัดลำดับเนื้อหาที่สามารถทบทวนเนื้อหาได้

นักศึกษาส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการเรียนและสอบออนไลน์มาแล้ว และนิยมใช้โทรศัพท์มือถือ (smartphone) เป็นอุปกรณ์ในการเรียนและสอบออนไลน์ มากกว่าการใช้โน้ตบุ๊ก สอดคล้องกับผลการสำรวจความคิดเห็นการเรียนการสอนออนไลน์ช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของ COVID-19 (เครือข่ายมหาวิทยาลัยราชภัฏ 38 แห่ง, 2564) สำรวจระหว่างวันที่ 24-29 มกราคม 2564 ซึ่งนักศึกษาส่วนใหญ่ใช้โทรศัพท์มือถือ (smartphone) ในการเรียนออนไลน์ (ร้อยละ 71.32)

พฤติกรรมการเรียนของนักศึกษาส่วนใหญ่ทำความเข้าใจวัตถุประสงค์ของบทเรียนแต่ละบท และส่งแบบฝึกหัดท้ายบทครบทุกบทเรียน แต่อย่างไรก็ตามยังมีนักศึกษาที่ไม่รับชมวิดีโอบรรยายแต่ละบทเรียนทั้งนี้อาจเป็นเพราะความเร็วของอินเทอร์เน็ตช้า ซึ่งมีการสำรวจ (เครือข่ายมหาวิทยาลัยราชภัฏ 38 แห่ง, 2564) พบว่า ร้อยละ 41.15 มีปัญหาเรื่องสัญญาณอินเทอร์เน็ตที่เชื่อมต่อ รongลงมาร้อยละ 31.81 คือปัญหาการเมื่อยล้าสายตาจากการใช้อุปกรณ์ที่ใช้เรียน

ผลการประเมินอาจารย์ผู้สอนโดยนักศึกษามีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับดี แต่อย่างไรก็ตามประเด็นเรื่องให้คำปรึกษาและแนะนำประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับประเด็นการประเมินอื่นๆ ซึ่งผู้สอนเห็นว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับการใช้วิธีการสอนออนไลน์ทำให้ผู้สอนพบปะกับนักศึกษาโดยตรงได้น้อย และผู้สอนอาจไม่มีเวลาให้คำปรึกษานักศึกษาเนื่องจากใช้เวลาไปในการเตรียมชุดการสอน สื่อ แบบฝึกหัด และการอัปเดตวิดีโอบรรยาย

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษา (N=15)

ประเด็น	ความถี่ (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	5	33.3
หญิง	10	66.7
2. นักศึกษาลงทะเบียนในหลักสูตรนี้มาแล้วกี่ภาคเรียน		
ลงทะเบียนมาแล้ว 1 ภาคเรียน	3	20.0
ลงทะเบียนมาแล้ว 2 ภาคเรียน	6	40.0
ลงทะเบียนมาแล้ว 3 ภาคเรียน	6	40.0
3. นักศึกษาเคยมีประสบการณ์ “เรียน” ออนไลน์หรือไม่		
เคย	9	60.0
ไม่เคย	6	40.0
4. นักศึกษาเคยมีประสบการณ์ “สอบ” ออนไลน์หรือไม่		
เคย	10	66.7
ไม่เคย	5	33.3
5. อุปกรณ์ที่นักศึกษาใช้ใน “การเรียน” ออนไลน์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
คอมพิวเตอร์ (ตั้งโต๊ะ หรือ โน้ตบุ๊ก)	6	40.0
แท็บเล็ต (หรือ ipad)	2	13.3
โทรศัพท์มือถือ (Smartphone)	13	86.7
6. อุปกรณ์ที่นักศึกษาใช้ใน “การสอบ” ออนไลน์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
คอมพิวเตอร์ (ตั้งโต๊ะ หรือ โน้ตบุ๊ก)	4	26.7
แท็บเล็ต (หรือ ipad)	1	6.7
โทรศัพท์มือถือ (Smartphone)	13	86.7

ตารางที่ 2 ความคิดเห็นของนักศึกษาต่อรูปแบบการสอนออนไลน์วิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย (N=15)

ประเด็น	ความคิดเห็นนักศึกษา แสดงความถี่ (จำนวนผู้ตอบ)					ค่าเฉลี่ย
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
1. ความเหมาะสมของ Google Classroom วิชานี้	-	-	5	7	3	3.87
2. การจัดลำดับบทเรียน ใน Google Classroom	-	1	1	7	6	4.20
3. ความเหมาะสมของเอกสาร และสื่อประกอบการสอน	-	-	3	8	4	4.06
4. วิดีโอบรรยายเนื้อหาประจำบท มีประโยชน์ ช่วยสร้างความเข้าใจในเนื้อหา	-	1	1	8	5	4.13
5. วิดีโอบรรยายเนื้อหา มีความสำคัญ	-	-	3	8	4	4.06
6. แบบฝึกหัดท้ายบทมีความเหมาะสมสอดคล้องกับเนื้อหา	-	-	3	5	7	3.87
7. วิธีการสอนออนไลน์ของวิชานี้ สามารถทบทวนบทเมื่อใดก็ได้	-	-	3	5	7	3.87
8. ท่านชอบรูปแบบการสอนออนไลน์ในรายวิชานี้	-	-	4	5	6	4.13
ค่าเฉลี่ยรวม (ช่วงคะแนน 3.51-4.50) ระดับดี						4.02
9. หากให้ท่านเลือกรูปแบบการสอนออนไลน์ที่เหมาะสมกับท่าน ท่านจะเลือกรูปแบบใด						
9.1 สอนออนไลน์โดยใช้ ชุดการสอน วิดีโอ แบบฝึกหัดท้ายบท						
โดยไม่ต้องนัดหมาย ไม่ต้องมีการโต้ตอบทันที			ความถี่ 6		คิดเป็นร้อยละ 40.0	
9.2 สอนโดยมีการนัดหมาย มีการบรรยายโต้ตอบทันที โดยใช้โปรแกรมประชุมออนไลน์						
เช่น Google Meet, zoom			ความถี่ 3		คิดเป็นร้อยละ 20.0	



ประเด็น	ความคิดเห็นนักศึกษา แสดงความถี่ (จำนวนผู้ตอบ)					ค่าเฉลี่ย
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
9.3 สอนโดยใช้วิธีผสมผสาน ทั้งวิธีใช้ชุดการสอนออนไลน์โดยไม่ต้องนัดหมายและสอนโดยมีการนัดหมาย มีการบรรยายโต้ตอบทันที โดยใช้โปรแกรมประชุมออนไลน์ เช่น Google Meet, zoom						ความถี่ 6 คิดเป็นร้อยละ 40.0

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการเรียนออนไลน์ของนักศึกษา แสดงความถี่ (จำนวนคน) และร้อยละ (N=15)

ประเด็น	พฤติกรรม แสดงความถี่ (จำนวนคน) และร้อยละ				
	ไม่เคยปฏิบัติเลย	ปฏิบัติ น้อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ เป็นประจำ
1. ทำความเข้าใจวัตถุประสงค์ของบทเรียนแต่ละบท			5 (33.3%)	7 (46.7%)	3 (20.0%)
2. ศึกษาเอกสารประกอบการสอนของแต่ละบทอย่างละเอียด ทำความเข้าใจอย่างถ่องแท้ทุกบทเรียน		1 (6.7%)	2 (13.3%)	6 (40.0%)	6 (40.0%)
3. ศึกษาเพิ่มเติม หรือชมสื่อที่แนะนำในแต่ละบทเรียน		1 (6.7%)	4 (26.7%)	6 (40.0%)	4 (26.7%)
4. ชมวิดีโอบรรยายทุกบทอย่างละเอียด ไม่มีการข้ามเนื้อหา	1 (6.7%)	1 (6.7%)	4 (26.7%)	4 (26.7%)	5 (33.3%)
5. ส่งแบบฝึกหัดท้ายบทครบทุกบทเรียน		2 (13.3%)	1 (6.7%)	5 (33.3%)	7 (46.7%)
6. ทบทวนบทเรียนก่อนสอบกลางภาค และปลายภาค		1 (6.7%)	3 (20.0%)	5 (33.3%)	6 (40.0%)
ข้อเสนอแนะ/ปัญหา/อุปสรรค ต่อรูปแบบการสอนออนไลน์ของรายวิชานี้ (ถ้ามี) โปรดระบุ					
- อินเทอร์เน็ตช้า					
- การทำเนื้อหาไว้ในกูเกิลคลาสรูมสามารถกลับมาทบทวนเนื้อหาได้					

ตารางที่ 4 ประเมินอาจารย์ผู้สอน

รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย
1. บอกวัตถุประสงค์ของเนื้อหาที่สอนได้ชัดเจน	4.33
2. แนะนำตำราเอกสารประกอบชัดเจน	4.20
3. แจ้งเกณฑ์การวัดผลชัดเจน	4.47
4. ให้คำปรึกษาและแนะนำประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์	3.80
5. สอนเนื้อหาวิชาที่กำหนดในหลักสูตรได้ครบถ้วน	4.20
6. ตรงต่อเวลาและเตรียมความพร้อมในการสอน	4.20
7. มีวิธีสอนที่ทำให้เข้าใจเนื้อหา	4.07
8. มีจรรยาบรรณ จริยธรรม บุคลิก การพูดจา และพฤติกรรมที่ดี	4.33
9. เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาด้านการเรียนทั้งในและนอกห้องเรียน	4.07
10. มีการมอบหมายงานให้ทำ และตรวจงาน ส่งคืนครบถ้วน	4.00
11. มอบหมายงานให้ทำในปริมาณที่เหมาะสม	4.20
12. มีความเอาใจใส่ต่อนักศึกษา พร้อมทั้งให้คำปรึกษาในด้านต่างๆ	4.07
ค่าเฉลี่ยรวม (ช่วงคะแนน 3.51-4.50) ระดับดี	4.16

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ผู้สอนควรใช้วิธีผสมผสาน ทั้งวิธีใช้ชุดการสอนออนไลน์โดยไม่ต้องนัดหมายและสอนโดยมีการนัดหมาย มีการบรรยายโต้ตอบทันที โดยใช้โปรแกรมประชุมออนไลน์ เช่น Google Meet หรือ Zoom ซึ่งจะเป็นการเพิ่มช่องทางการให้คำปรึกษาและแนะนำประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์

เอกสารอ้างอิง

- เครือข่ายมหาวิทยาลัยราชภัฏ 38 แห่ง. (2564). การเรียนการสอนออนไลน์ช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของ COVID-19 สัปดาห์ระหว่างวันที่ 24-29 มกราคม 2564. สืบค้นเมื่อ 30 มีนาคม 2564, จาก <https://register.kpru.ac.th/RajabhatPoll/contents/20200007/rajabhatPoll.pdf>
- สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. (2557). คู่มือการประเมินคุณภาพการศึกษาภายในระดับ อุดมศึกษา พ.ศ.2557. นนทบุรี: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์.



Received: 25 Jan 2022; Revised: 8 Feb 2022

Accepted: 15 Feb 2022

การออกแบบเบาะรองนั่งพื้นแบบปรับระดับได้ของกลุ่มนิสิตที่เรียนออนไลน์

ชนิกานต์ กลัดใจบุญ¹, โชติกา นิ่มพระยา², วรดา รุ่งรุ่งรัมย์³, ศักดิ์อนันต์ อินทศรี⁴, สายฝน ผุดผ่อง⁵, พรรณวดี สิงห์แก้ว⁶,
ศุภกาญจน์ แก่นท้าว⁷, ประภาศิต ทอนช่วย⁸, น้ำเงิน จันทรมณี⁹, นัฐพล ปันสกุล¹⁰, และศศิวิมล บุตรสีเขียว¹¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกอาการปวดของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อในการนั่งเรียนออนไลน์ คำนวณความเสี่ยงท่าทางของการนั่งเรียนออนไลน์ และเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของการนั่งพื้นเบาะรองนั่งพื้นทั่วไป และเบาะรองนั่งพื้นแบบปรับระดับได้ (90°, 110° และ 120°) ในขณะที่เรียนออนไลน์ โดยกลุ่มตัวอย่าง เป็นนิสิตที่ต้องนั่งเรียนออนไลน์ จำนวน 34 คน ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย เบาะรองนั่งพื้นแบบปรับระดับได้ 3 ระดับ (90°, 110° และ 120°) แบบประเมินความเสี่ยงท่าทางการทำงาน เพื่อประเมินท่าทางลักษณะการนั่งเรียนออนไลน์ โดยใช้แบบประเมิน (Rapid Upper Limb Assessment ; RULA) ความพึงพอใจในการใช้เบาะรองนั่งชนิดต่างๆ และแบบสัมภาษณ์ ข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง ระยะเวลาที่เรียนออนไลน์ อาการปวดของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการใช้ One-Way ANOVA ในการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความเสี่ยงท่าทางการนั่งเรียนออนไลน์ และความพึงพอใจในการนั่งเรียนออนไลน์โดยการนั่งพื้น และการใช้เบาะชนิดต่างๆ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (73.53%) ซึ่งมีอาการปวดเมื่อยในขณะที่เรียนออนไลน์ (100.00%) โดยมีอาการปวดส่วนต่าง ๆ ของร่างกายทางด้านซ้ายและด้านขวามากที่สุด คือ หลังส่วนล่าง (35.29%) ความถี่ของอาการปวดเมื่อยส่วนใหญ่ 3-4 วัน/สัปดาห์ ผลการเปรียบเทียบคะแนนความเสี่ยงท่าทางการนั่งเรียนออนไลน์เบาะรองนั่งพื้นแบบปรับระดับได้ 90°และ 110° มีคะแนนความเสี่ยงท่าทางการนั่งเรียนออนไลน์น้อยกว่าการนั่งพื้น เบาะรองนั่งพื้นแบบทั่วไป และเบาะรองนั่งพื้นแบบปรับระดับได้ 120° อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ นอกจากนี้ยัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจในการใช้เบาะรองนั่งแบบปรับระดับได้ (90° 110° และ 120°) มากกว่าการนั่งพื้นและเบาะรองนั่งพื้นทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ โดยกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อเบาะรองนั่งพื้นแบบปรับระดับได้ (90°, 110° และ 120°) มากที่สุด

ดังนั้นการใช้เบาะรองนั่งที่สามารถปรับระดับเอนหลังได้ที่ 90 และ 110 องศา สามารถลดความปวดเมื่อย และอาการบาดเจ็บในขณะที่ต้องเรียน หรือทำงานออนไลน์ได้

คำสำคัญ : เบาะรองนั่ง, เบาะรองนั่งแบบปรับระดับได้, การยศาสตร์, ออนไลน์

¹ สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

E-mail: shompoo_koy@hotmail.com

²⁻¹¹ สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

DESIGN OF AN ADJUSTABLE FLOOR SEAT IN THE ONLINE STUDENT

Chanikan Kladjaibun¹, Chotika Nimpraya², Worada Rungrungrassamhee³, Sakanan Intasri⁴,
Saifon Pudpong⁵, Pannawadee Singkaew⁶, Supakan Kantaw⁷, Prakasit Tonchoy⁸,
Namngern Chantaramanee⁹, Nattapon punsakul¹⁰ and Sasivimol Bootsikeaw¹¹

Abstract

The objectives of this quasi-experimental study were to investigate the prevalence of musculoskeletal disorders (MSDs) from the sitting during online learning, the risk score of sitting posture and also to compare the satisfaction levels among sitting on the floor, sitting on the floor seat, and sitting on the adjustable floor seat including 90°, 110°, and 120°. Thirty-four of subjects were fourth-year students who study in occupational health and safety department, University of Phayao. The risk score of sitting posture were collected by Rapid Upper Limb Assessment (RULA). All subjects were interviewed the satisfaction and basic characteristics individual such as sex, height, time of study in online, the sign and symptoms on their body, frequency of pain on their body. All data were analyzed by descriptive (numbers, percentage, mean and standard deviation) and inferential statistics (One Way-ANOVA) for comparing the risk score of sitting posture and the satisfaction during sit on the floor, sitting on the floor seat, and sitting on the adjustable floor seat including 90°, 110°, and 120°.

The results revealed that most of subjects were female (73.53%) and All of them had the pain on their body. The highest prevalence of MSDs pain found in lower back (35.29%). The frequency of pain of MSDs were 3-4 days/week. The risk score of sitting posture were assessed by RULA, we found that the risk score of sitting posture during sitting on the adjustable floor seat at 90° and 110° were lower score significance different than those at p-value <0.001. For satisfaction score, they prefer adjustable seat 90°, 110°, and 120° more than sitting on the floor without the seat.

In addition, the adjustable floor seat at 90° and 110° may relief the pain on their body of the students during online learning.

Keyword : Seat, Adjustable Seat, Ergonomics, Online

¹ Program in Occupational Health and Safety, Faculty of Public Health, University of Phayao

E-mail: shompoo_koy@hotmail.com

²⁻¹¹ Program in Occupational Health and Safety, Faculty of Public Health, University of Phayao



บทนำ

ในปัจจุบันการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเพื่อการทำงานด้านคอมพิวเตอร์ในประเทศไทยมีความสำคัญมาก เนื่องจากเทคโนโลยีด้านคอมพิวเตอร์มีประโยชน์อย่างยิ่ง ในการดำเนินชีวิตประจำวันและการทำงานสามารถประยุกต์ใช้กับงานต่าง ๆ ได้อย่างสะดวกรวดเร็วและมีประสิทธิภาพแต่ผู้ใช้งานคอมพิวเตอร์มีพฤติกรรมในการปฏิบัติงานไม่ถูกต้อง โดยลักษณะการทำงานด้านคอมพิวเตอร์มีการเคลื่อนไหวของร่างกายอย่างจำกัด เช่น การใช้สายตาเพ่งมองจอภาพและแป้นพิมพ์อยู่ตลอดเวลา การใช้ท่าทางการปฏิบัติงานที่ไม่ถูกต้องสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานที่ไม่เหมาะสมทำให้มีการสัมผัส ปัจจัยด้านการยศาสตร์ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพจึงเป็นสาเหตุสำคัญที่จะเกิดผลกระทบจากการใช้งานด้านคอมพิวเตอร์ที่เรียกว่า กลุ่มอาการคอมพิวเตอร์ซินโดรม (computer syndrome) หรือกลุ่มโรคซีเอส (CS) (ชายหาญ รุ่งศิริแสงรัตน์, 2559) ซึ่งเป็นกลุ่มอาการหนึ่งของโรคออฟฟิศซินโดรม (office syndrome) สำหรับประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติได้มีการสำรวจเกี่ยวกับจำนวนผู้ที่มีอาการโรคคอมพิวเตอร์ซินโดรมของผู้ปฏิบัติงานภายในสำนักพิมพ์แห่งหนึ่งพบว่า มีผู้ปฏิบัติงานถึงร้อยละ 60 จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 400 คน มีอาการโรคคอมพิวเตอร์ซินโดรมโดยลักษณะอาการที่พบส่วนใหญ่คือ ปวดหลังเรื้อรัง ปวดศีรษะ และอาการอักเสบของเส้นประสาท ซึ่งเกิดจากการกดทับของข้อมือเป็นผลมาจากการทำงานหรือการใช้คอมพิวเตอร์ติดต่อกันเป็นระยะเวลานานถึงวันละ 7 ชั่วโมง การมีสภาวะเครียดและพฤติกรรมการทำงานที่ไม่ถูกต้องตามหลักการยศาสตร์ (Ergonomics) (สกุณตลา แซ่เตียว และคณะ, 2561)

ภายใต้สถานการณ์ระบาดของไวรัส Covid-19 เกิดการเปลี่ยนรูปแบบและพฤติกรรมการใช้ชีวิตของคนจำนวนมาก ทำให้ทั่วโลกใช้มาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) ซึ่งในประเทศไทยได้ใช้มาตรการปิดสถานที่รวมตัวทางสังคมรวมถึงโรงเรียน มหาวิทยาลัยทุกแห่งในประเทศไทย เนื่องจากสถานการณ์ระบาดยังคงอยู่ทำให้ระบบการศึกษาต้องปรับเปลี่ยนการเรียนรู้อะไรเพื่อไม่ให้กระทบกับการเรียนของนักเรียนและนักศึกษาการเรียนการสอนผ่านระบบออนไลน์ เป็นทางเลือกหนึ่งที่ดูเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันที่ทุกคนช่วยจำกัดพื้นที่อยู่ในบริเวณที่พักอาศัยโดยใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศร่วมกับระบบทางการศึกษาในการเรียนรู้ผ่านทางระบบออนไลน์

คณะแพทยศาสตร์ สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ชั้นปีที่ 4 มหาวิทยาลัยพะเยามีการจัดระบบการเรียนการสอนแบบออนไลน์ โดยใช้มาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) จึงทำให้นิสิตที่เรียนรู้ผ่านทางระบบการเรียนการสอนทางออนไลน์มีอาการปวดเกร็ง ที่ส่งผลต่ออาการปวดระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่เกิดจากการนั่งเรียนออนไลน์เป็นระยะเวลานาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จันท์ฉวี นิลเลิศ (2560) จะพบว่าการทำงานในสำนักงานภาครัฐและเอกชนใช้เวลาในการทำงานติดต่อกันวันละหลายชั่วโมงและไม่มีการเปลี่ยนท่าทางในการนั่งเกิน 1 ชั่วโมง ส่งผลให้เกิดโรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ

นิสิตส่วนใหญ่มีการนั่งเรียนโดยการนั่งบนพื้นหรือมีการใช้เบาะรองนั่งพื้นแบบทั่วไปในการนั่งเรียนออนไลน์มีความเสี่ยงสูงจากการสัมผัสปัจจัยคุกคามสุขภาพในสภาพแวดล้อมในการนั่งเรียนออนไลน์ที่อาจก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพทั้งการบาดเจ็บและการเจ็บป่วยจากการนั่งเรียนออนไลน์โดยทางกลุ่มผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ท่าทางการนั่งเรียนออนไลน์ด้วยวิธี Rapid Upper Limb Assessment (RULA) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Patrisina, R. and Utami, S.W., (2019) ปัญหาท่าทางการทำงานของคงานที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของพนักงานสำหรับงานที่มีกระบวนการทำงานซ้ำ ๆ ยิ่งมีความเสี่ยง ต่อความผิดปกติของเยื่อและโครงกระดูก การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ท่าทางการทำงานของคงานที่ทำงานในอุตสาหกรรมสิ่งทอโดยใช้การประเมินท่าทางการทำงาน Rapid Upper Limb (RULA) เพื่อวิเคราะห์ท่าทางการทำงานของพนักงานท่าทางที่ผิดปกติ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ทางกลุ่มผู้วิจัยได้เห็นถึงปัญหาและผลกระทบจากการนั่งเรียนออนไลน์เป็นระยะเวลาอันยาวนานจึงศึกษาความชุกของอาการปวดระบบกระดูก และกล้ามเนื้อ ที่เกิดจากปัญหาการนั่งเรียนออนไลน์โดยออกแบบเบาะรองนั่งพื้นแบบปรับระดับได้ (90°, 110° และ 120°) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเสี่ยงท่าทางการนั่งเรียนออนไลน์และเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจในระหว่างการนั่งพื้นเบาะรองนั่งพื้นทั่วไป และเบาะรองนั่งพื้นแบบปรับระดับได้ (90°, 110° และ 120°) ของกลุ่มนิสิตที่นั่งเรียนออนไลน์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุกกลุ่มอาการปวดของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อในการนั่งเรียนออนไลน์ของนิสิตที่นั่งเรียนออนไลน์
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเสี่ยงท่าทางของการนั่งเรียนออนไลน์ และคะแนนความพึงพอใจในการทำงาน ระหว่างการนั่งพื้น เบาะรองนั่งพื้นแบบปรับระดับได้ (90°, 110° และ 120°)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อาการปวดหลัง คืออาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อหลังตั้งหรือมีอาการหลังแข็ง เกิดจากอวัยวะและส่วนของร่างกายบริเวณหลัง เช่น ข้อกระดูกสันหลัง หมอนรองกระดูกสันหลัง กล้ามเนื้อเส้นเอ็น เกิดภาวะเคล็ดขัดยอก เส้นเอ็นหรืออักเสบ อาการปวดหลังสามารถเกิดได้จากหลายปัจจัย เช่น กิจกรรมในชีวิตประจำวัน ยืน เดิน นั่ง การทำท่าทางที่ไม่ถูกต้องสะสมเป็นเวลานาน การยกของหนักเกินไป การกระแทก หรืออาจเกิดจากสาเหตุอื่น ๆ ตามนิยามอาการปวดหลังสามารถแบ่งได้เป็น 3 ประเภท ได้แก่ อาการปวดหลังแบบเฉียบพลัน (Acute low back pain) อาการปวด

หลังกึ่งเฉียบพลัน (Subacute low back pain) อาการปวดหลังเรื้อรัง (Chronic low back pain) (สุภารัตน์ สุขโท, 2563) ซึ่งสาเหตุของการเกิดอาการปวดหลัง เกิดจากการใช้ท่าทางอิริยาบถการเคลื่อนไหวของร่างกายและการใช้งานที่ไม่ถูกต้องเป็นระยะเวลาอันยาวนานเป็นสาเหตุของการปวดหลังที่พบได้บ่อยที่สุดในคนที่ต้องทำงานเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์นานๆ โดยเฉพาะคอมพิวเตอร์โน้ตบุ๊กหากไม่ใส่ใจกับท่าทางที่ถูกต้องหรือถูกตามหลักการยศาสตร์มักจะนั่งทำงานด้วยท่าทางแบบไหล่ห่อ หลังงอ ก้มมองเข้าหน้าจอหรือคอมพิวเตอร์ รวมถึงการยกของหนักโดยการก้มหลังน้ำหนักทั้งหมดจะผ่านไปที่กระดูกสันหลังส่วนที่กำลึงโค้งมากที่สุดซึ่งทำให้โครงสร้างของกระดูกสันหลังต้องรับน้ำหนักมากขึ้นรวมทั้งการเอี้ยวตัวอาจทำให้ปวดหลังได้ เนื่องจากกล้ามเนื้อหรือเอ็นที่ยึดบริเวณกระดูกสันหลังต้องทำงานมากเกินไปและมีการฉีกขาดของกล้ามเนื้อบางส่วนอาการปวดหลังจะเริ่มทีละเล็กละน้อยเป็นๆ หายๆ ซึ่งเป็นอันตรายที่จะเกิดการปวดแบบเรื้อรัง นอกจากนี้ปัจจัยเสี่ยงด้านร่างกาย ก็มีผลเพิ่มเติมในบุคคลที่มีรูปร่างสูงมีโอกาสปวดหลังได้มากกว่าบุคคลทั่วไป เนื่องจากขณะทรงตัวในท่าทางอิริยาบถต่าง ๆ โดยเฉพาะการยืน การนั่ง การก้มตัว กล้ามเนื้อหลัง ต้องออกแรงมากกว่าคนทั่วไปเพราะแกนของแรงต้านทานบุคคลที่มีรูปร่างอ้วนจะมีกล้ามเนื้อหน้าท้องที่อ่อนแอหน้าท้องที่ยืนทำให้จุดศูนย์ถ่วงเลื่อนมาด้านหน้ากล้ามเนื้อหลังต้องออกแรงต้านเพื่อให้เกิดสมดุล กล้ามเนื้อหลังจึงต้องทำงานหนักอยู่ตลอดเวลาเกิดอาการปวดเมื่อยได้ง่าย น้ำหนักที่มากทำให้กล้ามเนื้อและกระดูกหลังต้องรับน้ำหนักตัวมากขึ้น (เดชวิน หลายศิริเรื่องโร และคณะ, 2563) นอกจากนี้โรคคอมพิวเตอร์ซินโดรม (Computer syndrome) เป็นอาการเจ็บปวดสะสมจากการทำงานกับคอมพิวเตอร์หรือที่คนส่วนใหญ่รู้จักกันดีในชื่อที่เรียกรวมกันของกลุ่มอาการเจ็บป่วยจากการทำงานสำนักงานว่าโรคออฟฟิศซินโดรม (office syndrome) เป็นลักษณะอาการเจ็บป่วยสะสมที่เกิดจากการมีพฤติกรรมท่าทางการทำงานในอิริยาบถเดิม ๆ ของผู้ปฏิบัติงานเป็นระยะเวลาอันยาวนานมีความเครียดประกอบจากการทำงานและสภาพแวดล้อมจากการทำงานไม่เหมาะสม (ชายหาญ รุ่งศิริแสงรัตน์, 2559)

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) เพื่อศึกษาความชุกกลุ่มอาการปวดของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อในการนั่งเรียนออนไลน์ โดยเปรียบเทียบคะแนนความเสี่ยงท่าทางการนั่งเรียนออนไลน์และระดับความพึงพอใจระหว่างการนั่งพื้น เบาะรองนั่งพื้นแบบทั่วไป เบาะรองนั่งพื้นแบบปรับระดับได้ (90°, 110° และ 120°) เก็บข้อมูลแบบการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) คือ นิสิตสาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ชั้นปีที่ 4 มหาวิทยาลัยพะเยา จำนวน 34 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลากจากรายชื่อที่มีอยู่ในระบบทะเบียนนิสิต โดยวัสดุที่ใช้ในการทำเบาะรองนั่งแบบปรับระดับได้ คือ ฟองน้ำอัด (Compressed Sponge) ที่ประกอบด้วย พนักพิง มีความกว้าง 50 เซนติเมตร ความสูงของพนักพิง 40 เซนติเมตร ความกว้างของแท่งลูมิเนียม 2.5 นิ้ว ความยาวของแท่งลูมิเนียม 40 เซนติเมตร ในส่วนของเบาะรองนั่ง มีความกว้าง 50 เซนติเมตร ความหนา 2.76 นิ้ว และฐานตัวล้อคพนักพิง 60 เซนติเมตร

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

1. เบาะรองนั่งพื้นแบบปรับระดับได้ 3 ระดับ (90°, 110° และ 120°)
2. แบบประเมินความเสี่ยงท่าทางการทำงาน เพื่อประเมินท่าทางลักษณะการนั่งเรียนออนไลน์ โดยใช้แบบประเมิน (Rapid Upper Limb Assessment ; RULA)
3. แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง ระยะเวลาที่เรียนออนไลน์ อาการปวดของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ดัดแปลงแบบสอบถาม มาจาก Standardized Nordic questionnaires การประเมินคะแนนอาการปวดเมื่อย มี 4 ระดับ คือ มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) เล็กน้อย (2 คะแนน) ไม่รู้สึก (1 คะแนน) การประเมินคะแนนความถี่ของอาการปวดเมื่อย มี 3 ระดับ คือ มากกว่า 5 วัน/สัปดาห์ (3 คะแนน) 3-4 วัน/สัปดาห์ (2 คะแนน) น้อยกว่า 3 วัน/สัปดาห์ (1 คะแนน) และแบบสำรวจความพึงพอใจในการใช้เบาะรองนั่งพื้นทั่วไปกับเบาะรองนั่งพื้นแบบปรับระดับได้ (90°, 110°, 120°) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านโครงสร้าง ด้านการใช้งานด้านความพึงพอใจ/สะดวกสบายในการใช้ และด้านความปลอดภัยเกณฑ์การให้คะแนนเกี่ยวกับระดับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง มี 5 ระดับ ได้แก่ มีความพึงพอใจมากที่สุด (5 คะแนน) มีความพึงพอใจมาก (4 คะแนน) มีความพึงพอใจปานกลาง (3 คะแนน) มีความพึงพอใจน้อย (2 คะแนน) ทดสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน เพื่อให้แบบสัมภาษณ์มีความสมบูรณ์ครอบคลุมเนื้อหา ตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยมีค่า ดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1



ภาพ 1 แสดงเบาะรองนั่งพื้นแบบปรับระดับได้ (90°, 110° และ 120°)



สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 25 คน (73.53%) ส่วนใหญ่มีส่วนสูงมากกว่า 160 เซนติเมตร จำนวน 18 คน (52.96 %) โดยมีดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ จำนวน 19 คน (11.18 %) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาเฉลี่ยในการนั่งเรียนออนไลน์ 2.26 ชั่วโมงต่อวัน และในขณะที่นั่งเรียนออนไลน์กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอาการปวดเมื่อย จำนวน 34 คน (100.00 %) ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 34 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	9	26.47
หญิง	25	73.53
ส่วนสูง (เซนติเมตร)		
145-160	16	47.04
160 ขึ้นไป	18	52.96
ดัชนีมวลกาย (BMI ; กิโลกรัม/เมตร²)		
ผอม (≤ 18.5)	10	5.88
ปกติ (18.5-24.9)	19	11.18
อ้วน (≥ 25)	5	2.94
$\bar{X} = 21.38, S.D. = 12.18, \text{Min} = 15.81, \text{Max} = 31.99$		
ระยะเวลาที่นั่งเรียนออนไลน์ (ชั่วโมง/วัน)		
< 3	21	61.76
> 3	13	38.24
$\bar{X} = 2.26, S.D. = 0.44, \text{Min} = 2, \text{Max} = 3$		
อาการปวดเมื่อยขณะที่นั่งเรียนออนไลน์		
ไม่มี	0	0.00
มี	34	100.00

ความชุกของอาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อจากการนั่งเรียนออนไลน์จำแนกตาม 12 ตำแหน่งของส่วนต่าง ๆ ตามร่างกายทางด้านซ้ายและขวา พบว่า บริเวณที่มีอาการปวดเมื่อยมากที่สุด คือ หลังส่วนล่าง คิดเป็น 94.11 % และ 88.23 % ตามลำดับ รองลงมาคือ บริเวณคอ 79.41 % และ 79.41 % ตามลำดับ และไหล่ 76.47% และ 76.47 % ตามลำดับ มีระดับความถี่ของอาการปวดเมื่อย 3-4 วันต่อสัปดาห์ ทางด้านซ้ายและขวาเท่ากันมากที่สุด คือ หลังส่วนล่าง 64.71 % รองลงมาคือ หลังส่วนบน 50.00 % และ ไหล่ 41.18 % ดังตาราง 2 และ 3

ตาราง 2 ความชุก ความรุนแรง และความถี่ ของอาการปวดเมื่อยของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ จากการนั่งเรียนออนไลน์ 12 ตำแหน่ง ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายทางด้านซ้าย (n = 34 คน)

บริเวณปวดเมื่อยด้านซ้าย	ความชุก (ร้อยละ)	ความรุนแรงอาการปวดเมื่อย จำนวน(ร้อยละ)				ความถี่อาการปวดเมื่อย จำนวน(ร้อยละ)			
		ไม่รู้สึก	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	ไม่มี	<3 วัน/สัปดาห์	3-4 วัน/สัปดาห์	>5 วัน/สัปดาห์
1. คอ	79.41	7(20.59)	8(23.53)	12(35.29)	7(20.59)	7(20.59)	10(29.41)	12(35.29)	5(14.71)
2. ไหล่	76.47	8(23.53)	9(26.47)	13(38.24)	4(11.76)	7(20.59)	9(26.47)	14(41.18)	4(11.76)
3. หลังส่วนบน	73.52	9(26.47)	6(17.65)	17(50.00)	2(5.88)	9(26.47)	7(20.59)	17(50.00)	1(2.94)
4. หลังส่วนล่าง	94.11	2(5.88)	8(23.53)	12(35.29)	12(35.29)	2(5.88)	6(17.65)	22(64.71)	4(11.76)
5. แขนส่วนบน	41.17	20(58.82)	13(38.24)	0(0.00)	1(2.94)	19(55.88)	12(35.29)	3(8.82)	0(0.00)
6. ข้อศอก	11.76	30(88.24)	4(11.76)	0(0.00)	0(0.00)	29(85.29)	3(8.82)	2(5.88)	0(0.00)
7. แขนส่วนล่าง	32.35	23(67.65)	11(32.35)	0(0.00)	0(0.00)	23(67.65)	7(32.35)	4(11.76)	0(0.00)
8. มือ/ข้อมือ	47.05	18(52.94)	9(26.47)	7(20.59)	0(0.00)	18(52.94)	7(20.59)	9(26.47)	0(0.00)
9. สะโพกสันขา	61.76	13(38.24)	7(20.59)	10(29.41)	4(11.76)	13(38.24)	12(35.29)	9(26.47)	0(0.00)
10. หัวเข่า	29.41	24(74.59)	3(8.82)	4(11.76)	3(8.82)	23(67.65)	6(17.65)	4(11.76)	1(2.94)
11. น่อง	32.35	23(67.65)	8(23.53)	2(5.88)	1(2.94)	23(67.65)	7(20.59)	4(11.76)	0(0.00)
12. เท้า	38.23	21(61.76)	10(29.41)	2(5.88)	1(2.94)	20(58.82)	7(20.59)	7(20.59)	0(0.00)

ตาราง 3 ความชุก ความรุนแรง และความถี่ ของอาการปวดเมื่อยของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ จากการนั่งเรียนออนไลน์ 12 ตำแหน่ง ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายทางด้านขวา (n = 34 คน)

บริเวณปวดเมื่อยด้านขวา	ความชุก (ร้อยละ)	ความรุนแรงอาการปวดเมื่อย จำนวน(ร้อยละ)				ความถี่อาการปวดเมื่อย จำนวน(ร้อยละ)			
		ไม่รู้สึก	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	ไม่มี	<3 วัน/สัปดาห์	3-4 วัน/สัปดาห์	>5 วัน/สัปดาห์
1. คอ	79.41	7(20.59)	8(23.53)	12(35.29)	7(20.59)	7(20.59)	10(29.41)	12(35.29)	5(14.71)
2. ไหล่	76.47	8(23.53)	9(26.47)	13(38.24)	4(11.76)	7(20.59)	9(26.47)	14(41.18)	4(11.76)
3. หลังส่วนบน	73.52	9(26.47)	6(17.65)	17(50.00)	2(5.88)	9(26.47)	7(20.59)	17(50.00)	1(2.94)
4. หลังส่วนล่าง	88.23	2(5.88)	8(23.53)	12(35.29)	12(35.29)	2(5.88)	6(17.65)	22(64.71)	4(11.76)
5. แขนส่วนบน	41.17	20(58.82)	13(38.24)	0(0.00)	1(2.94)	19(55.88)	12(35.29)	3(8.82)	0(0.00)
6. ข้อศอก	11.76	30(88.24)	4(11.76)	0(0.00)	0(0.00)	29(85.29)	3(8.82)	2(5.88)	0(0.00)
7. แขนส่วนล่าง	29.41	23(67.65)	11(32.35)	0(0.00)	0(0.00)	23(67.65)	7(32.35)	4(11.76)	0(0.00)
8. มือ/ข้อมือ	50.00	18(52.94)	9(26.47)	7(20.59)	0(0.00)	18(52.94)	7(20.59)	9(26.47)	0(0.00)
9. สะโพกสันขา	61.76	13(38.24)	7(20.59)	10(29.41)	4(11.76)	13(38.24)	12(35.29)	9(26.47)	0(0.00)
10. หัวเข่า	32.35	24(74.59)	3(8.82)	4(11.76)	3(8.82)	23(67.65)	6(17.65)	4(11.76)	1(2.94)
11. น่อง	32.35	23(67.65)	8(23.53)	2(5.88)	1(2.94)	23(67.65)	7(20.59)	4(11.76)	0(0.00)
12. เท้า	35.29	21(61.76)	10(29.41)	2(5.88)	1(2.94)	20(58.82)	7(20.59)	7(20.59)	0(0.00)

คะแนนความพึงพอใจในการนั่งพื้น เบาะรองนั่งพื้นทั่วไป และเบาะรองนั่งพื้นแบบปรับระดับได้ (90°, 110° และ 120°) พบว่า ระดับความพึงพอใจของการใช้เบาะรองนั่งแบบปรับระดับได้ทั้ง 3 ระดับ คือ 90° 110° และ 120° พบว่า ระดับความพึงพอใจที่มีต่อเบาะรองนั่งพื้นแบบปรับระดับได้ทั้ง 3 ระดับ โดยภาพรวมอยู่ในระดับความพึงพอใจมาก มีค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean±S.D.) คือ 3.82±0.68 , 3.83 ±0.68 และ 3.82±0.68 ตามลำดับ ดังตาราง 4

ตาราง 4 แสดงคะแนนความพึงพอใจในการนั่งพื้น เบาะรองนั่งพื้นทั่วไป และเบาะรองนั่งพื้นแบบปรับระดับได้ (90°, 110° และ 120°) (n = 34 คน)

หัวข้อประเมิน	คะแนนความพึงพอใจ (Mean ± S.D.)				
	นั่งพื้น	เบาะรองนั่งพื้น แบบทั่วไป	เบาะรองนั่ง	เบาะรองนั่ง	เบาะรองนั่ง
			ปรับระดับได้ 90°	ปรับระดับได้ 110°	ปรับระดับได้ 120°
ด้านโครงสร้าง					
1. น้ำหนัก	3.38 ± 0.98	3.11 ± 0.53	3.11 ± 0.53	3.08 ± 0.51	3.08 ± 0.51
2. ความกว้างของที่นั่ง	1.88 ± 0.80	2.91 ± 0.90	3.94 ± 0.73	3.94 ± 0.73	3.94 ± 0.73
3. ความสูงของที่นั่ง	1.00 ± 0.00	1.05 ± 0.34	3.91 ± 0.62	3.88 ± 0.59	3.88 ± 0.59
4. ความหนาของที่รองนั่ง	1.11 ± 0.47	2.29 ± 0.87	4.41 ± 0.70	4.44 ± 0.70	4.44 ± 0.70
5. ความแข็งแรงทนทาน	1.23 ± 0.60	2.47 ± 0.78	4.20 ± 0.72	4.23 ± 0.69	4.23 ± 0.69
ด้านการใช้งาน					
6. การจัดเก็บ/เคลื่อนย้าย	1.32 ± 0.80	3.82 ± 0.79	2.67 ± 0.94	2.58 ± 0.82	2.64 ± 0.91
ด้านความสะดวกสบาย					
7. ความสวยงามของที่รองนั่ง	1.29 ± 0.79	2.73 ± 1.02	3.88 ± 0.68	3.88 ± 0.68	3.88 ± 0.68
8. ลดอาการปวดเมื่อย	1.00 ± 0.00	2.08 ± 0.96	4.05 ± 0.54	4.20 ± 0.64	4.05 ± 0.54
ด้านความปลอดภัย					
9. ความปลอดภัยในการใช้งาน	1.14 ± 0.35	2.67 ± 1.27	4.11 ± 0.64	4.11 ± 0.64	4.11 ± 0.64
10. ไม่ขัดขวางการทำงาน	1.29 ± 0.79	3.58 ± 1.01	3.97 ± 0.83	3.97 ± 0.83	3.97 ± 0.83
เฉลี่ยรวม	1.36 ± 0.51	2.68 ± 0.89	3.82 ± 0.68	3.83 ± 0.68	3.82 ± 0.68

การเปรียบเทียบชนิดของเบาะรองนั่งชนิดต่างๆ กับคะแนนความเสียหายจากการนั่งเรียนออนไลน์และคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเสียหายจากการนั่งเรียนออนไลน์ของเบาะรองนั่งพื้นชนิดต่างๆแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งพบว่า

การนั่งเรียนออนไลน์บนพื้นโดยไม่มีเบาะรองนั่งมีคะแนนความเสียหายในการนั่งเรียนออนไลน์มากกว่าคะแนนความเสียหายในการนั่งเรียนออนไลน์ โดยใช้เบาะรองนั่งแบบปรับระดับได้ 90 องศา และ 110 องศา ($p < 0.001$)



การนั่งเรียนออนไลน์โดยใช้เบาะรองนั่งพื้นทั่วไป มีคะแนนความเสี่ยงท่าทางในการนั่งเรียนออนไลน์สูงกว่า คะแนนความเสี่ยงในการนั่งเรียนออนไลน์ โดยใช้เบาะรองนั่งแบบปรับระดับได้ 90 องศา และ 110 องศา ($p < 0.001$)

การนั่งเรียนออนไลน์โดยใช้เบาะรองนั่งปรับเอนได้ 120 องศา มีคะแนนความเสี่ยงท่าทางในการนั่งเรียนออนไลน์สูงกว่า คะแนนความเสี่ยงในการนั่งเรียนออนไลน์ โดยใช้เบาะรองนั่งแบบปรับระดับได้ 90 องศา และ 110 องศา ($p < 0.001$)

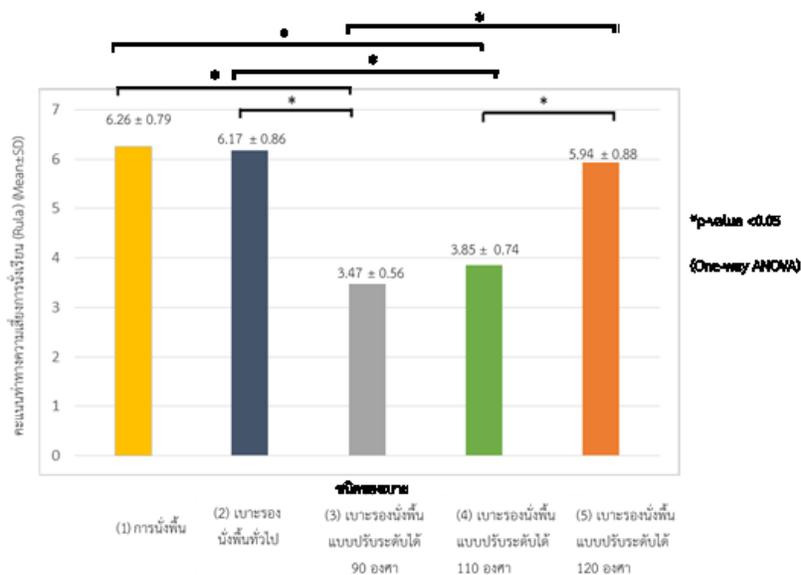
ดังนั้นการนั่งเรียนออนไลน์โดยนั่งบนพื้น เบาะรองนั่งทั่วไป และเบาะรองนั่งแบบปรับระดับได้ 120 องศา มีคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดอาการบาดเจ็บของร่างกายมากกว่า การใช้เบาะรองนั่งพื้นแบบปรับระดับได้ 90 องศา และ 110 องศา ดังแสดงในตารางที่ 5 และภาพ 2

คะแนนความพึงพอใจในการใช้เบาะนั่งชนิดต่างๆ ในขณะที่เรียนออนไลน์พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการนั่งบนเบาะชนิดต่างๆแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการนั่งพื้นในขณะที่เรียนออนไลน์ น้อยที่สุด และน้อยกว่าการนั่งเบาะชนิดอื่นๆอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจมากในการนั่งเรียนออนไลน์โดยใช้เบาะรองนั่งปรับเอน 90 ,110 และ 120 องศา ดังแสดงในตารางที่ 5 และภาพ 3

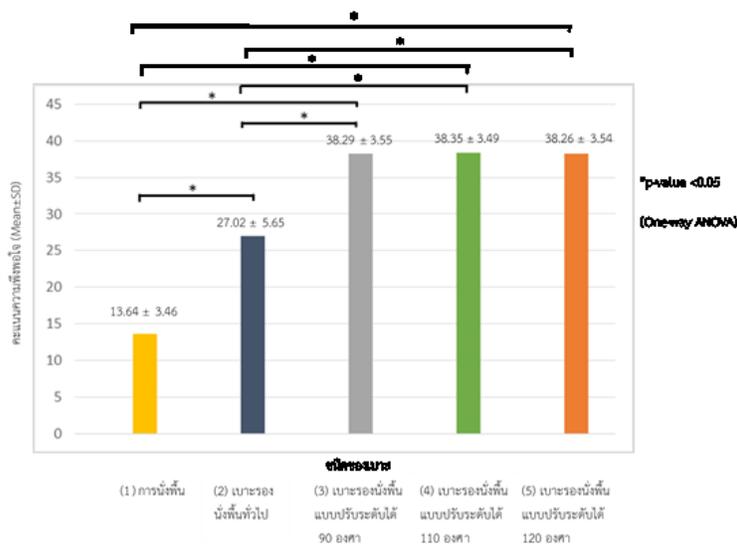
ตาราง 5 แสดงเปรียบเทียบคะแนนความเสี่ยงท่าทางในการนั่งเรียนออนไลน์และคะแนนความพึงพอใจการนั่งพื้น เบาะรองนั่งพื้นทั่วไป และเบาะรองนั่งพื้นแบบปรับระดับได้ (90°, 110° และ 120°) (n = 34 คน)

หัวข้อประเมิน	ชนิดของเบาะ (Mean ± S.D.)					p-value
	(1) นั่งพื้น	(2) เบาะรองนั่งพื้นทั่วไป	(3) เบาะรองนั่งปรับเอน 90°	(4) เบาะรองนั่งปรับเอน 110°	(5) เบาะรองนั่งปรับเอน 120°	
คะแนนความเสี่ยงท่าทาง การนั่งเรียน (Rula)	6.26 ± 0.79	6.17 ± 0.86	3.47 ± 0.56	3.85 ± 0.74	5.94 ± 0.88	<0.001* (1)-(3,4) (2)-(3,4) (5)-(3,4)
คะแนนความพึงพอใจ	13.64 ± 3.46	27.02 ± 5.65	38.29 ± 3.55	38.35 ± 3.49	38.26 ± 3.54	<0.001* (1)-(2,3,4,5) (2)-(3,4,5)

*p-value < 0.05 ; One-way ANOVA



ภาพ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความเสี่ยงท่าทางการนั้งเรียน (Rula) ในขณะนั้งเรียนออนไลน์แบบนั้งพื้นแบบมีเบาะรองนั้งพื้นทั่วไป เบาะรองนั้งพื้นแบบปรับระดับได้ ที่ 90 , 110 และ 120 องศา



ภาพ 3 การเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างขณะนั้งเรียนออนไลน์แบบนั้งพื้นแบบมีเบาะรองนั้งพื้นทั่วไป เบาะรองนั้งพื้นแบบปรับระดับได้ ที่ 90 , 110 และ 120 องศา

อภิปรายผล

จากการศึกษาความชุกอาการผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อของกลุ่มตัวอย่างจากการนั่งเรียนออนไลน์ จำแนกตาม 12 ตำแหน่งส่วนต่าง ๆ ของร่างกายทางด้านซ้ายและด้านขวา พบว่า บริเวณที่มีอาการปวดเมื่อยมากที่สุด คือ หลังส่วนล่าง รองลงมา คือ คอและไหล่ กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการนั่งเรียนออนไลน์ที่ต่อเนื่องและยาวนาน มีระดับความถี่ของอาการปวดเมื่อย 3-4 วันต่อสัปดาห์ มากที่สุด คือ หลังส่วนล่าง รองลงมา คือ หลังส่วนบน และไหล่ ตามลำดับ และใช้เวลา นั่งเรียนออนไลน์ติดต่อกันเป็นระยะเวลาหลายชั่วโมงและอาจไม่มีการเปลี่ยนท่าทางในการนั่งเกิน 1 ชั่วโมง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทมณี นิลเลิศ (2560) อาจเนื่องจากลักษณะท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม เช่น ท่าทางการทำงานที่มีการเอียงตัวไปด้านข้าง บิดเอี้ยวตัวขณะทำงานมากกว่า 1 ชั่วโมง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพานันท์ ตุ่นสังข์ และคณะ (2561) พบว่ากลุ่มนิสิตที่มีน้ำหนักเกินจะมีความเสี่ยงต่ออาการปวดหลังมากกว่ากลุ่มที่มีน้ำหนักน้อย 1.95 เท่า และสอดคล้องกับการศึกษาของ Chaiklieng, S. and Nithiamthada, R. (2016) พบว่า ผู้ที่มีดัชนีมวลกาย >18.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร โอกาสเสี่ยงต่อการปวดคอ ไหล่ หลังเป็น 2.1 เท่าของผู้ที่มีดัชนีมวลกาย <18.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร อาจเนื่องมาจากน้ำหนักที่มีมากขึ้นบวกกับพุงที่ยื่นออกมาด้านหน้าทำให้กล้ามเนื้อหลังต้องออกแรงดึงมากขึ้น ส่งผลต่ออาการผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ

ผู้วิจัยจึงออกแบบเบาะรองนั่งพื้นแบบปรับระดับได้ (90° , 110° และ 120°) เพื่อนำมาเปรียบเทียบการนั่งพื้นและการใช้เบาะรองนั่งพื้นแบบทั่วไป พบว่า ผลการประเมินท่าทางการนั่งเรียนออนไลน์ด้วยแบบประเมิน Rapid Upper Limb Assessment; RULA โดยดูจากคะแนนสุดท้ายของการนั่งพื้น เบาะรองนั่งพื้นแบบทั่วไป เบาะรองนั่งพื้นแบบปรับระดับได้ (90° , 110° และ 120°) คะแนนความเสี่ยงท่าทางการนั่งเรียนออนไลน์โดยการใช้เบาะรองนั่งพื้นแบบปรับระดับได้ระดับ 90° และ 110° ระดับความเสี่ยงต่ำกว่าคะแนนการนั่งพื้นเบาะรองนั่งพื้นแบบทั่วไป เบาะรองนั่งพื้นแบบปรับระดับได้ที่ระดับ 120° เนื่องจากการไม่มีพนักพิงทำให้มีการบิดตัวหรือก้มตัวไปด้านหน้า ซึ่งเป็นอีกปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดอาการปวดหลัง เบาะรองนั่งพื้นแบบปรับระดับได้ 90° และ 110° มีความเสี่ยงท่าทางการนั่งเรียนออนไลน์ลดลง เนื่องจากพนักพิงของเบาะรองนั่งพื้นแบบปรับระดับได้ 90° และ 110° ทำให้การปวดหลังที่เกิดจากการเกร็งกล้ามเนื้อลดลง ส่งผลต่อการนั่งเรียนออนไลน์ในระยะเวลาที่ยาวนานให้มีความสบายมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประภัสสร เส็งสุ้น และคณะ (2562) ศึกษาการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงท่าทางและความรู้ไม่สบายของร่างกายขณะนั่งเรียนด้วยโต๊ะและเก้าอี้ 2 รูปแบบ พบว่า แบบไม่มีพนักพิงและมีพนักพิงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของความรู้สึกไม่สบายของร่างกายก่อนและหลังการนั่งเรียนการประเมินระดับความพึงพอใจต่อเบาะรองนั่งพื้นแบบปรับระดับได้ (90° , 110° และ 120°)

กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ในด้านความปลอดภัยในการใช้งาน ความแข็งแรง ทนทานและการลดอาการปวดเมื่อยมากกว่าการนั่งพื้นและการใช้เบาะรองนั่งพื้นแบบทั่วไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะของผลการศึกษานี้ควรใช้เครื่องมือวัดคลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อ Electromyography (EMG) มาประเมินความเมื่อยล้าและศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เพิ่มขึ้น เช่น กลุ่มแรงงานหัตถกรรมไม้ไผ่กลุ่มแรงงานเซรามิก

เอกสารอ้างอิง

จันทน์ นิลเลิศ. (2560). การนั่งตามหลักการยศาสตร์. *วารสารเวชบันทึกศิริราช*. 10(3), 23-28.

ชายหาญ รุ่งศิริแสงรัตน์. (2559). *คอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม*. สืบค้นเมื่อ 27 กันยายน 2563, จาก <https://www.samitivejhospitals.com/th/computer-vision-syndrome/>

เดชวิน หลายศิริเรืองโร, ศิริวรรณ ยศสูงเนิน, วรวรรณ เอกบุตร และประเสริฐ สกุลศรีประเสริฐ. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความผิดปกติของความเคลื่อนไหวของหลังส่วนล่างและจำกัดพิสัยการเคลื่อนไหว. *ศรีนครินทร์เวชสาร*. 35(5), 545-551.

ทิพานันท์ ตุ่นสังข์, ภัทรพรรณ บุญศิริ, วิภาดา ศรีเจริญ, นิธิพงศ์ ศรีเบญจมาศ, กิ่งแก้ว สำรวรัตน์, เอกภพ จันทร์สุคนธ์ และคณะ. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่ออาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์แห่งหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*. 13(2), 254-266.

ประภัสสร เส็งสุน และกนต์ฤทัย สิริวรกุลศักดิ์. (2562). การเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงท่าทางและความรู้สึกไม่สบายของร่างกายขณะนั่งเรียนด้วยโต๊ะและเก้าอี้ 2 รูปแบบ. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*. 25(4), 56-66.

สกุณฑลา แซ่เตียว, ทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ และวรินทร์ลดา จันทวีเมือง. (2562). ผลของโปรแกรมให้ความรู้ต่อการรับรู้ความเสี่ยงอันตรายและพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์ซินโดรมของผู้ใช้คอมพิวเตอร์ในการปฏิบัติงานหน่วยงานราชการพื้นที่เขตเมืองสงขลา. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*. 6(29), 48-59.

สุภารัตน์ สุขโท, ปริญญาภัทร สิงห์ทอง, ภควัต ไชยชิต และวาสนา หลงชิน. (2563). ผลระยะสั้นของการนวดไทยแบบราชสำนักในผู้มีอาการของโรคปลายประสาทต้อตาคาตัญญาน 4 หลัง. *วารสารหมอยาไทยวิจัย*. 6(1), 1-20.



Chaiklieng, S. and Nithihamthada, R. (2016). Factors associated with neck, shoulder, and back pain among dental personnel of government hospitals in Khon province. **Journal of Public Health.** 46(1), 32-46.

Patrisina, R. and Utami, S.W., (2019). **Work Posture Analysis at The Spinning Department of Textile Industry using Rapid Upper Limb Assessment Method.** Retrieved October, 4, 2020, from <http://aasic.org/proc/aasic/article/viewFile>

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ที่ฝากครรภ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าสองยาง จังหวัดตาก

ประภาพร คำแสนราช¹, สิทธิพร ทองสอดแสง², ปภาดา หอมจันทร์³ และ เจษฎาพร สุพสอน⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อย ในมารดาที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าสองยาง จังหวัดตาก กลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มมารดา ที่มาฝากครรภ์และคลอดทารกน้ำหนักน้อย จำนวน 86 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามปัจจัยเสี่ยงมารดา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ร้อยละ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง เพศหญิง มีอายุน้อยกว่า 20 ปี (ร้อยละ 51.2) ประกอบอาชีพทำไร่/ทำสวน (ร้อยละ 58.1) มีรายได้มากกว่า 50,000 บาท ต่อปี (ร้อยละ 61.6) ไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 59.3) นับถือศาสนา พุทธ (ร้อยละ 95.3) ประวัติการคลอดบุตร 1 ครั้ง (ร้อยละ 54.7) ไม่เคยมีประวัติการแท้งบุตร (ร้อยละ 81.4) มี น้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์น้อยกว่า 45 กิโลกรัม (ร้อยละ 69.8) ฝากครรภ์ขณะอายุครรภ์ครั้งแรก น้อยกว่า 12 สัปดาห์ (ร้อยละ 75.6) มีการฝากครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้ง (ร้อยละ 53.5) มีอายุครรภ์ขณะคลอด น้อยกว่า 36 สัปดาห์ (ร้อยละ 54.7)

คำสำคัญ : ทารกน้ำหนักตัวน้อย

¹ อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

² อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

³ อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

⁴ อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น



Factors Related to Low Birth Weight Newborns at Health Promotion Hospital, Tha Song Yang Subdistrict, Tak province

Prapaporn Khamsaenrat¹, Suthiphon Thonsbsang², Paparda Homchan³ and Jetsadaporn Suphason⁴

ABSTRACT

This research is objective to study the factors associated with low birth weight among mothers with high antenatal care in Health Promoting Hospital, Tha Song Yang Sub-District, Tak Province. Sample group The group of 86 mothers The tools used to collect data are general inquiries and maternal risk factor questionnaires. A general information questionnaire and maternal risk factors questionnaire. The data was analyzed by using statistical distribution of frequency, percentage. The results of the study showed that the sample was female 100% Younger than 20 years 51.2% Farming /Gardening 58.1% Earn 50,000 baht per year 61.6% Uneducated 59.3% Buddhist 95.3% 1 maternity 54.7% No history of miscarriage 81.4% Pregnancy body weight less than 45 kg. 69.8% Antenatal care during the first trimester of more than 12 weeks 75.6% There are fewer than 4 pregnancy deposits. 53.5% Less than 36 weeks gestational age. 54.7%

KEYWORDS : Low birth weight infant

¹ Lecturer, Faculty of Public Health, Northern College

² Lecturer, Faculty of Public Health, Northern College

³ Lecturer, Faculty of Public Health, Northern College

⁴ Lecturer, Faculty of Public Health, Northern College

บทนำ

ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (low Birth Weight, LBW) หมายถึง ทารกที่มีน้ำหนักตัวต่ำกว่า 2,500 กรัม ซึ่งอาจจะเป็นทารกก่อนกำหนด (Preterm Infant) หรือครบกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่าอายุครรภ์ก็ได้ ซึ่งโดยปกติทารกแรกเกิดควรมีน้ำหนักแรกเกิด 2,500 กรัม ถึงประมาณ 3,800 กรัม ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยเป็นภาวะที่มีความเสี่ยงสูง เสี่ยงต่อการตายในระยะปริกำเนิดหรือแรกคลอด รวมถึงขวบปีแรกของชีวิต ซึ่งพบว่าประมาณร้อยละ 60 ของทารกที่เสียชีวิตในระยะ 28 วันแรก (Neonatal period) นอกจากนี้ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยยังเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ภาวะทุพโภชนาการ และการมีพัฒนาการล่าช้าในทุกด้านมากกว่าเด็กที่มีน้ำหนักแรกคลอดปกติ และยังส่งผลต่อสัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารก เนื่องจากทารกต้องอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลานาน น้ำหนักแรกเกิดของทารกจึงนับเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของมนุษย์ แม้ว่าปัจจุบันวิทยาการทางการแพทย์สาขาปริกำเนิดและทารกแรกเกิดก้าวหน้ามาก ทำให้ทารกแรกเกิดรอดชีวิตมากขึ้นโดยเฉพาะกลุ่มประเทศที่เศรษฐกิจสูง

ปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (low Birth Weight, LBW) จึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและของประเทศ ซึ่งประเทศไทยกำหนดเป้าหมาย LBW ไม่เกินร้อยละ 7 แต่ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายได้ ดังจะเห็นได้จากการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย (Multiple Indicators Cluster Survey: MICS) ครั้งที่ 4 (UNICEF OFFICE for Thailand, 2007) ประเทศไทยปี พ.ศ. 2548-2549 มีการคลอดทารกน้ำหนักน้อยร้อยละ 9.2 และปี พ.ศ. 2555 มีการคลอดทารกน้ำหนักน้อยร้อยละ 7.6 ปี พ.ศ.2558-2559 การคลอดทารกน้ำหนักน้อยร้อยละ 9.4 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข แผนยุทธศาสตร์, 2559) สอดคล้องกับสถิติสาธารณสุขปี พ.ศ.2560 พบว่าการคลอดทารกน้ำหนักน้อย (ตั้งแต่ 2500 กรัม ให้น้อยกว่า) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556-2560 เท่ากับร้อยละ 10.8, 10.4, 10.6, 11.1 และ 11.1 ตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560)

จังหวัดตาก ปี 2560 ยังคงพบเด็กน้ำหนักแรกเกิดน้อย ร้อยละ 7.73 ที่สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด เด็กแรกเกิดเสียชีวิตอันมีผลมาจากทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อย ทางผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยที่มาฝากครรภ์กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าสองยาง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าสองยาง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงของมารดาที่มีผลต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยที่ฝากครรภ์กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าสองยาง



สมมุติฐานของการวิจัย (ถ้ามี)

1. ปัจจัยส่วนบุคคลมีผลต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยที่ฝากครรภ์กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าสองยาง
2. ปัจจัยเสี่ยงของมารดามีผลต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยที่ฝากครรภ์กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าสองยาง

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยที่ฝากครรภ์กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าสองยาง ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการศึกษาไว้ดังนี้

ขอบเขตด้านเนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาที่มีผลต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยที่ฝากครรภ์กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าสองยาง ซึ่งจะทำให้การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าสองยาง ที่คลอดทารกน้ำหนักน้อย จำนวน 86 คน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าสองยาง ซึ่งเป็นการศึกษาแบบการวิจัยย้อนหลัง ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional retrospective) โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน ดังนี้

- 3.1 การกำหนดประชากรและเลือกตัวอย่าง
- 3.2 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย
- 3.3 การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษา ตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

3.3.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา ศาสนา

3.3.2 ปัจจัยเสี่ยงของมารดา ได้แก่

1. ประวัติการคลอดบุตรได้แก่ ไม่เคยคลอดบุตร เคยคลอดบุตร 1 ครั้ง เคยคลอดบุตรตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป
2. ประวัติการแท้งบุตร ได้แก่ ไม่เคยแท้งบุตร เคยแท้งบุตร 1 ครั้ง เคยแท้งบุตรตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป
3. น้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ น้อยกว่า 45 กิโลกรัม มากกว่าหรือเท่ากับ 45 กิโลกรัม
4. อายุครรภ์ขณะครรภ์ครั้งแรก (สัปดาห์) ได้แก่ น้อยกว่า 12 สัปดาห์ มากกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์
5. การฝากครรภ์ (ครั้ง) ได้แก่ น้อยกว่า 4 ครั้ง มากกว่าหรือเท่ากับ 4 ครั้ง
6. อายุครรภ์ขณะคลอด (สัปดาห์) ได้แก่ น้อยกว่า 36 สัปดาห์ มากกว่าหรือเท่ากับ 36 สัปดาห์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และมีผู้ช่วยในการเก็บข้อมูล 2 คน โดยขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าสองยาง เพื่อขอรายชื่อหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดทารกน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม

ภายหลังจากได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูลตามบ้านของมารดาที่คลอดบุตรมีน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม ดังนี้

1. ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากตัวอย่าง
2. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลของตัวอย่างตามแบบสอบถาม
3. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วจึงนำ

ข้อมูลมาวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้อมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ได้แก่

1. ค่าร้อยละ (percentage)
2. ค่าเฉลี่ย (mean)
3. ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation, SD)

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (N = 86)	ร้อยละ (100.0)
อายุ		
อายุต่ำกว่า 20 ปี	44	51.2
อายุ 20 ปีขึ้นไป	42	48.8
อาชีพ		
ทำไร่/ทำสวน	50	58.1
ค้าขาย	19	22.1
รับจ้างทั่วไป	17	19.8
รายได้ (ต่อปี)		
น้อยกว่า 50,000 บาท	33	38.4
มากกว่า 50,000 บาท	53	61.6
การศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	51	59.3
ป.1-ป.3	27	31.4
ป.4-ป.6	4	4.7
มัธยมขึ้นไป	4	4.7
ศาสนา		
พุทธ	82	95.3
คริสต์	2	2.3
อิสลาม	2	2.3

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง มีอายุต่ำกว่า 20 ปี (ร้อยละ 51.2) อายุมากกว่า 20 ปี (ร้อยละ 48.8) ประกอบอาชีพเกษตรทำไร่/ทำสวน (ร้อยละ 58.1) มีรายได้มากกว่า 50,000 บาทต่อปี (ร้อยละ 61.6) ไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 59.3) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 95.3)

ตารางที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงของมารดา

ปัจจัยเสี่ยงของมารดา	จำนวน (N = 86)	ร้อยละ (100.0)
ประวัติการคลอดบุตร (ครั้ง)		
ไม่เคย	0	0
1 ครั้ง	47	54.7
2 ครั้งขึ้นไป	39	45.3
ประวัติการแท้งบุตร (ครั้ง)		
ไม่เคย	70	81.4
1 ครั้ง	14	16.3
2 ครั้งขึ้นไป	2	2.3
น้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์ (กิโลกรัม)		
น้อยกว่า 45 กิโลกรัม	60	69.8
มากกว่าหรือเท่ากับ 45 กิโลกรัม	26	30.2
อายุครรภ์ขณะครรภ์ครั้งแรก (สัปดาห์)		
น้อยกว่า 12 สัปดาห์	65	75.6
มากกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	21	24.4
การฝากครรภ์ (ครั้ง)		
น้อยกว่า 4 ครั้ง	46	53.5
มากกว่าหรือเท่ากับ 4 ครั้ง	40	46.5
อายุครรภ์ขณะคลอด (สัปดาห์)		
น้อยกว่า 36 สัปดาห์	47	54.7
มากกว่าหรือเท่า 36 สัปดาห์	39	45.3



หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เคยคลอดบุตรมาแล้ว 1 ครั้ง (ร้อยละ 5.7) เคยคลอดบุตร 2 ครั้งขึ้นไป (ร้อยละ 45.3) ไม่มีประวัติการแท้งบุตร (ร้อยละ 81.4) มีประวัติการแท้งบุตร 1 ครั้ง (ร้อยละ 16.3) และมีประวัติการแท้งบุตร (ร้อยละ 2.3)

หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ส่วนใหญ่มีน้ำหนักตัวขณะฝากครรภ์ครั้งแรก น้อยกว่า 45 กิโลกรัม (ร้อยละ 69.8) มีน้ำหนักตัวมากกว่าหรือเท่ากับ 45 กิโลกรัม (ร้อยละ 30.2)

หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ น้อยกว่า 12 สัปดาห์ (ร้อยละ 75.6) มากกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ (ร้อยละ 24.4)

หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ฝากครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้ง (ร้อยละ 53.5) มากกว่าหรือเท่ากับ 4 ครั้ง (ร้อยละ 46.5)

หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีอายุครรภ์ขณะคลอด น้อยกว่า 36 สัปดาห์ (ร้อยละ 54.7) มากกว่าหรือเท่ากับ 36 (ร้อยละ 45.3)

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าสองยาง กลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาครั้งนี้คือ หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดทารกแล้วทารกมีน้ำหนักน้อยหรือต่ำกว่าเกณฑ์ ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าสองยาง จำนวนทั้งสิ้น 86 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยเก็บจากแบบสอบถามตัวอย่างจำนวน 86 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การอภิปรายผล

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ มีอายุน้อยกว่า 20 ปี (ร้อยละ 51.2) ประกอบอาชีพทำไร่/ทำสวน (ร้อยละ 58.1) มีรายได้มากกว่า 50,000 บาท ต่อปี (ร้อยละ 61.6) ไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 59.3) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 95.3) มีประวัติการคลอดบุตร 1 ครั้ง (ร้อยละ 54.7) มีประวัติคลอด 2 ครั้งขึ้นไป (ร้อยละ 45.3) ไม่เคยมีประวัติการแท้งบุตร (ร้อยละ 81.4) มีประวัติการแท้งบุตร 1 ครั้ง (ร้อยละ 16.3) มีประวัติการแท้งบุตร 2 ครั้งขึ้นไป (ร้อยละ 2.3) มีน้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์น้อยกว่า 45 กิโลกรัม (ร้อยละ 69.8) มีน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 45 กิโลกรัม (ร้อยละ 30.2) ฝากครรภ์ขณะอายุครรภ์ครั้งแรก น้อยกว่า 12 สัปดาห์ (ร้อยละ 75.6) อายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ (ร้อยละ 24.4) มีการฝากครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้ง (ร้อยละ 53.5) ฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 4 ครั้ง (ร้อยละ 46.5) มีอายุครรภ์ขณะคลอด น้อยกว่า 36 สัปดาห์ (ร้อยละ 54.7) มากกว่าหรือเท่ากับ 36 สัปดาห์ (ร้อยละ 45.3)

หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าสองยาง ในปี พ.ศ.2563 จำนวน 86 คน โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ น้ำหนักตัวเพิ่มขณะตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ อายุครรภ์ขณะคลอด น้ำหนักตัวเพิ่มขณะตั้งครรภ์ ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการเกิดทารกน้ำหนักแรกเกิดน้ำหนักน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยของมารดาที่ส่งผลต่อ น้ำหนักของทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ของสินชัย รองเดชและอนันต์ อัครสุวรรณกุล และผลการศึกษาของนางลักษณ์ ทองโตศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในประเทศไทย จึงมีความจำเป็นจะต้องเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์และขณะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะการปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์ตามหลักโภชนาการ โดยให้มีความรู้ที่เหมาะสม สอดคล้องกับวิถีชีวิตของหญิงตั้งครรภ์อย่างแท้จริง จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการเกิดทารกน้ำหนักแรกเกิดน้ำหนักน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดทารกน้ำหนักน้อยของภัทรวดี อัญชลีชไมกรม เนื่องจากมารดาที่ตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีอาชีพทำสวนยางพาราต้องกรีดยางกลางคืน กลางวันต้องนอนพัก ทำให้ไม่ได้มาฝากครรภ์ตามนัด และรวมถึงการตั้งครรภ์ของมารดาที่อายุน้อย ไม่มีความรู้และประสบการณ์ในการดูตนเองในระยะตั้งครรภ์ จากปัญหาดังกล่าวจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการให้บริการฝากครรภ์ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในชุมชน การให้ความรู้ในโรงเรียนพ่อแม่เพื่อให้มารดาเห็นความสำคัญของการฝากครรภ์อายุครรภ์ขณะคลอดในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ความสัมพันธ์กับการเกิดทารกน้ำหนักแรกเกิดน้ำหนักน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มี

ผลต่อการเกิดทารกน้ำหนักน้อยของซินชัย รองเดชและอนันต์ อัครสุวรรณกุลจึงมีความจำเป็นจะต้องเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลในระหว่างตั้งครรภ์ โดยเฉพาะการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด เช่น การสูบบุหรี่หรือสิ่งเสพติด ภาวะเครียด การใช้แรงงานขณะตั้งครรภ์ โรคแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ การติดเชื้อของระบบสืบพันธุ์ และการติดเชื้อของระบบทาง-เดินปัสสาวะ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาระบบประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและศูนย์อนามัยชุมชนให้มีการฝากครรภ์ในเชิงรุกสำรวจหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่รับผิดชอบ
2. จัดระบบให้มีการฝากครรภ์เชิงรุกจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำสองทาง โดยจัดรถหน่วยฝากครรภ์เคลื่อนที่ไปในพื้นที่ห่างไกล
3. จัดระบบติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่ผัดนัดการฝากครรภ์ รวมทั้งประสานงานกันกับเจ้าหน้าที่ในการดูแลติดตาม
4. กลุ่มเสี่ยงควรได้รับการเฝ้าระวังและติดตามอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์

เอกสารอ้างอิง

- กุลสตรี วรธนะไพสิฐ และยิ่งขวัญ อยู่รัตน์. (2562). การศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลรามาริบัติ กรุงเทพฯ. **วารสารวิชาการกระทรวงสาธารณสุข**. 29(1), 100-110.
- นงลักษณ์ ทองโต. (2553). ปัจจัยเสี่ยงต่อการให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในประเทศไทย. **วารสารประชากร**. 3(1), 53-68.
- ประคอง ตั้งสกุล. (2554). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะน้ำหนักตัวของทารกแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน. **วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา**. 6(2), 113-122.
- ปิยะนุช พรหมสาขา ณ สกลนคร. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพขณะตั้งครรภ์กับน้ำหนักตัวทารกแรกเกิด. **วารสารพยาบาลสกลนคร**. 19(1), 1-11.

- ภัทรวดี อัญชลีชไมกร. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยโรงพยาบาลเจ้าพระยา
ยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 3(1),71-79.
- วรรณญา แก้วเอี่ยม. (2563). การศึกษาปัจจัยเสี่ยงของมารดาที่มีผลต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยใน
โรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 34(3), 63-72.
- สินชัย รongเดช และอนันต์ อัครสุวรรณกุล. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยของหญิงฝากครรภ์
ในโรงพยาบาลย่านตาขาว จังหวัดตรัง. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 22(1), 113-121.
- สมเกียรติ พุทธิเสนารักษ์ และโสพิศ บุรินทรภิบาล. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยของหญิง
ตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ในโรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 29(3), 497-507.
- อรพินท์ กอสนาน. (2556). ผลต่อการเกิดทารกน้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว. วารสารศูนย์การศึกษา
แพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า. 30(4), 287-299.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุอำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย

เมธี สุทธิศิลป์¹, ประภาพร คำแสนราช² และอลงกรณ์ ศรีเลิศ³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบสำรวจภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุอำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย ในกลุ่มตัวอย่างประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย ที่มีอายุระหว่าง 60-80 ปี และเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุอำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย จำนวน 330 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้เกี่ยวกับการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุในภาพรวม การรับรู้การดำเนินกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุในภาพรวม และการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุในภาพรวม อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 100 ทศนคติเกี่ยวกับการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุในภาพรวม ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 98.2 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยใช้สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลด้านระดับการศึกษา ปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุ อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$

ผลการวิจัยนี้มีข้อเสนอแนะให้หน่วยงานที่รับผิดชอบในพื้นที่ ควรมีการส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ : การบริหารจัดการ, ชมรมผู้สูงอายุ

¹ อาจารย์ประจำสาขาวิชาการจัดการสุขภาพชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น E-Mail: mayvet_2006@hotmail.com

² อาจารย์ประจำสาขาวิชาการจัดการสุขภาพชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

³ อาจารย์ประจำสาขาวิชาการจัดการสุขภาพชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

Factors associated with management of elderly club at Lumduan district of Surin province

Mathee Sootthasil¹, Prapaphorn Khamsaenrat² and Alongkorn Sarelert³

Abstract

This research study was cross-sectional survey. To study the factors associated with the management of elderly club at Lumduan district of Surin province. Sample of residents living in the Lumduan district of Surin province aged between 60-80 years. And community members of elderly club at Lumduan district of Surin province 330 people. Derived from Sampling stratified landscape, collect data between January to March 2021. Data were analyzed by use frequency, percentage, average, standard deviation and statistical correlation coefficient of Pearson.

The results showed that the elderly are perceived to manage elderly club, recognition of the activities of the elderly club, management of elderly in overall are low. Account for 100 percent. The majority opinion about attitudes of management of elderly club is high. Account for 98.2 percent. When analyzing the relationship by Pearson's correlation coefficient was found Personal factors, the level of education. Factors perceived about the activities of elderly club relation to management of elderly club at Lumduan district of Surin province. Statistically significant p-value < 0.05

Results of this research suggest that the agency responsible for the area. Should be to promote perceived about the activities of the elderly club to be more efficient.

Keywords : management, Elderly club

¹ Lecturer, Program in Community Health System Management, Faculty of Public Health, Northern College
E-Mail: mayvet_2006@hotmail.com

² Lecturer, Program in Community Health System Management, Faculty of Public Health, Northern College

³ Lecturer, Program in Community Health System Management, Faculty of Public Health, Northern College

บทนำ

ปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุของโลกมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และกำลังก้าวเข้าสู่ภาวะการณ์ที่เรียกว่า “ประชาคมผู้สูงอายุ” (Population Aging) สำหรับประเทศไทย สัดส่วนของประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 14 ซึ่งใช้เวลาเพียง 10 ปี โดยสัดส่วนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.7 ในปี พ.ศ. 2560 และคาดว่าจะสูงขึ้นเป็นสองเท่าอีก 15 ปี ข้างหน้า (พิริศศิลป์ คำนวนศิลป์ และคณะ, 2557) จากความเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปอย่างรวดเร็วของสังคมไทย ไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การเมือง และสิ่งแวดล้อม ทำให้ปัญหาต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้นและยังส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งด้านสุขภาพ ด้านสังคม และแนวโน้มสถานการณ์ประชากรวัยสูงอายุในประเทศไทย มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องและเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ซึ่งมีทิศทางเดียวกับประชากรโลก เป็นผลอันเกิดจากปัจจัยหลัก 2 ประการ คือ การพัฒนาทางการแพทย์และสาธารณสุข นโยบายการวางแผนครอบครัวที่ทำให้อัตราการเกิดลดน้อยลงอย่างมาก ข้อมูลจากสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ ประมาณการจำนวนผู้สูงอายุของประเทศไทยในช่วงปี 2562 - 2564 ว่ามีอัตราเพิ่มโดยเฉลี่ยเกือบ 2 แสนคนต่อปี ทั้งนี้ เพราะมีการป้องกันโรค มีความสามารถในการดูแลตนเองจากโรคภัยไข้เจ็บ ทำให้มีอายุยืนยาว สำหรับปี 2562 จำนวนผู้สูงอายุมี 6,846,319 คน เพิ่มขึ้นจาก พ.ศ. 2558 จำนวน 152,839 คน (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2563) การที่ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีอายุคาดเฉลี่ยที่สูงขึ้นเช่นนี้ มิได้หมายความว่ามีความถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีหรือช่วงเวลาที่มียุคคุณภาพ ผลพวงสำคัญที่เกิดจากโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมากขึ้นของประเทศไทย สิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้เลย คือ ปัญหาความต้องการพึ่งพาของผู้สูงอายุจากสมาชิกที่อายุน้อยกว่า ในการดำเนินกิจกรรมประจำวันทีมนั้นจะสูงขึ้นตามไปด้วยเช่นกันจากภาวะดังกล่าว ย่อมก่อให้เกิดปัญหาและผลกระทบต่อกลุ่มผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นด้านการแพทย์การสาธารณสุข สวัสดิการสังคมและอื่น ๆ เนื่องจากกลุ่มประชากรวัยนี้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจอันเนื่องจากสภาพร่างกายที่เสื่อมโทรมตามธรรมชาติ เช่น ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โรคปวดข้อ โรคความดันโลหิต โรคหลอดเลือดและสมอง เป็นต้น นอกจากนี้ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ และสังคม เช่น การขาดรายได้จากการหยุดงาน การเกษียณอายุเช่นเดียวกับด้านจิตใจ ผู้สูงอายุมีความรู้สึกท้อแท้ ความเหงา ความกังวลที่ถือว่าตนอยู่ในขั้นปลายชีวิต การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวย่อมมีผลกระทบต่อเปลี่ยนสถานภาพและบทบาทใหม่ของผู้สูงอายุด้วย และเกิดภาระต่อระบบบริการตลอดจนงบประมาณด้านสุขภาพซึ่งส่งผลกระทบต่อประเทศไทยโดยรวม

การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่ "สังคมผู้สูงอายุ" กำลังได้รับความสนใจจากนานาประเทศ การศึกษาวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุมีมากขึ้น รวมทั้งประเทศไทยซึ่งพบว่า มีแนวโน้มก้าวสู่สังคมสูงอายุในเวลาทีรวดเร็วเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่น ดังนั้น ประเทศไทยจึงได้กำหนดนโยบายระดับชาติ และมีพระราชบัญญัติผู้สูงอายุที่ใช้คุ้มครองประชากรกลุ่มนี้โดยตรงควบคู่ไปกับการพัฒนาที่เน้นคุณภาพของคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา น่าจะทำให้สังคมไทยในอนาคตเป็น “สังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ” การส่งเสริมสุขภาพ

ผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) เป็นภารกิจหนึ่งที่สำคัญของการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ที่ต้องการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ จึงกำหนดเป็นนโยบายและตัวชี้วัดให้มีตำบลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวทุกจังหวัดทั่วประเทศ ครอบคลุม 6 องค์ประกอบ ในการดูแลผู้สูงอายุ

จากข้อมูลการสำรวจชมรมผู้สูงอายุของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 พบว่าในอำเภอคีรีมาศมีชมรมผู้สูงอายุจำนวน 6 ชมรม เป็นชมรม ระดับตำบล 5 ชมรม และชมรม ระดับอำเภอ 1 ชมรม สมาชิกของชมรมผู้สูงอายุระดับตำบลทุกคนเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุอำเภอคีรีมาศ แต่ในการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุอำเภอคีรีมาศ ปัจจุบันจากประสบการณ์ในการทำงานด้านชมรมผู้สูงอายุประเมิน โดยการสังเกตเห็นว่าชมรมผู้สูงอายุยังขาดกิจกรรมของชมรมอย่างต่อเนื่องและสมาชิกชมรมไม่เห็นความสำคัญของกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ จึงทำให้ชมรมผู้สูงอายุไม่สามารถเอื้อประโยชน์ให้กับผู้สูงอายุได้อย่างที่ควรเป็น ดังนั้น เพื่อที่จะหาแนวทางในการสนับสนุนและพัฒนาชมรมผู้สูงอายุให้มีการดำเนินกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ผู้วิจัยจึงสนใจและต้องการที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุอำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย อันจะทำให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์เพื่อเป็นการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุ
3. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับนโยบายการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุ
4. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านทัศนคติที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุ
5. เพื่อศึกษาการรับรู้การดำเนินกิจกรรมของชมรม ที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุ

ขอบเขตการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้กำหนดขอบเขตในการศึกษาค้นคว้า ดังนี้

1. ศึกษาประชาชนที่อยู่อาศัยในครัวเรือนพื้นที่อำเภอคีรีมาศ อายุ 60 - 80 ปี ที่สื่อสารได้ และต้องเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุอำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย
2. ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ระหว่างเดือน มกราคม-มีนาคม 2564



วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ คือประชาชนที่อยู่อาศัยในครัวเรือนพื้นที่อำเภอศรีมหาศ อายุ 60-80 ปี ที่สื่อสารได้และต้องเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุอำเภอศรีมหาศ จังหวัดสุโขทัย จำนวน 4,320 คน

ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรของ Daniel (2010) สูตรการคำนวณ ดังนี้

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

เมื่อ n = จำนวนตัวอย่างที่ต้องการ

N = ขนาดประชากร

Z α/2 = 1.96 เมื่อเท่ากับ 0.05

P = ค่าสัดส่วนประชากรของการเป็นปัญหาที่พบจากการศึกษาที่ผ่านมาหรือสำรวจเบื้องต้น

D = ความคาดเคลื่อน = 0.05

เมื่อ N = 4,320 คน

Zα/2 = 1.96

P = 0.7 ใช้ผลการศึกษาของ บรรลุ ศิริพานิช และคณะ

แทนค่าในสูตร

$$\begin{aligned} n &= \frac{(1.96)^2 (4,320)(0.7)(0.3)}{(1.96)^2 (0.7)(0.3) + (4,319) (0.05)^2} \\ &= 300 \text{ คน} \end{aligned}$$

จากการคำนวณจะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 300 คนเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง หรือความผิดพลาดจากการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจึงทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง เพิ่มอีก 10 เปอร์เซ็นต์ รวมทั้งสิ้น 330 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาและประยุกต์มาจากแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรต่าง ๆ ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับนโยบายการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 17 ข้อ เป็นคำถามแบบปรนัย ชนิดเลือกตอบ (Rating scale) มี 4 ระดับ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการบริหารจัดการผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 17 ข้อ เป็นแบบวัดชนิดมาตราส่วน (Rating scale) 4 ระดับ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้การดำเนินกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 17 ข้อ เป็นคำถามแบบปรนัย ชนิดเลือกตอบ (Rating scale) มี 4 ระดับ ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 22 ข้อ เป็นคำถามแบบปรนัย ชนิดเลือกตอบ (Rating scale) มี 4 ระดับ ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาทดลองใช้ (Try-out) จำนวน 30 คน ที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของภาษาและระยะเวลา ในการตอบแบบสอบถามก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง และนำข้อมูลจากการทดลองใช้มาวิเคราะห์ความเที่ยงตามวิธีการของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ดังนี้ สัมประสิทธิ์รายด้านได้เท่าไร? สัมประสิทธิ์แอลฟารวมเท่ากับ 0.77

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลและกำหนดระดับนัยสำคัญที่ ระดับ 0.05 มีสถิติ ใช้สถิติเชิงพรรณนาโดยการหาค่าความถี่และค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส รายได้ของครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับชมรมผู้สูงอายุ ทัศนคติต่อชมรมผู้สูงอายุ การดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ กับ การบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุ วิเคราะห์โดยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย

1. ลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุ เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 50.9 และร้อยละ 49.1 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 70.71 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 92.4 ระดับการศึกษาของประชาชนอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 87.9 รองลงมาศึกษาระดับมัธยมปลาย คิดเป็นร้อยละ 7 และระดับมัธยมต้น คิดเป็นร้อยละ 1.8 อาชีพของผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดเป็นเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 95.2 รองลงมามีอาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 3 ระยะเวลาที่เป็นสมาชิกของชมรม ส่วนใหญ่เป็นสมาชิก 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.1 ส่วน

ตำแหน่งในชมรมส่วนใหญ่แล้วเป็นสมาชิก คิดเป็นร้อยละ 94.8 การรับรู้เกี่ยวกับการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุในภาพรวม ทั้งหมดของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการศึกษา ($n = 330$) อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 100 โดยไม่มีผู้สูงอายุที่มีความคิดเห็นในระดับสูง และปานกลางเลย เมื่อพิจารณาการรับรู้เกี่ยวกับการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุในรายข้อ พบว่าผู้สูงอายุรับรู้เกี่ยวกับนโยบายของชมรมผู้สูงอายุ ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 4.5 รองลงมา รับรู้เกี่ยวกับการวางแผนการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุ ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 1.8 ทักษะคิดเกี่ยวกับการบริหารจัดการผู้สูงอายุ พบว่า ทักษะคิดเกี่ยวกับการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุในภาพรวม ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 98.2 เมื่อพิจารณาทักษะคิดเกี่ยวกับการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุแบบรายข้อ ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นว่าชมรมผู้สูงอายุควรได้รับความรู้ด้านสุขภาพ ได้รับการช่วยเหลือเรื่องรายได้ ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมา คือ ความคิดเห็นที่ว่าชมรมผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลด้านจิตใจ ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 99.7 การรับรู้การดำเนินกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุพบว่า การรับรู้การดำเนินกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุในภาพรวม ทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 100 เมื่อพิจารณาการรับรู้การดำเนินกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุในรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้การดำเนินกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุว่ามีการประชุมคัดเลือกคณะกรรมการ ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 5.2

2. การบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุ อำเภอศรีราชา จังหวัดสุโขทัย การบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุในภาพรวม พบว่า ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นต่อประเด็นการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุ ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 100 เมื่อพิจารณาในรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความคิดเห็น ต่อการบริหารจัดการ ด้านการวางแผน การบริหารบุคคล การอำนวยความสะดวก การควบคุมกำกับงาน เป็นไปในแนวทางเดียวกัน คือ ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 100 ยกเว้น การบริหารจัดการด้านการจัดองค์กร ที่มีความคิดเห็นในระดับต่ำ ปานกลาง และสูง คิดเป็นร้อยละ 76.7, 22.7 และ .6 ตามลำดับ

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุ อำเภอศรีราชา จังหวัดสุโขทัย เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุ อำเภอศรีราชา จังหวัดสุโขทัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} = 0.01$ ส่วนปัจจัยด้านอื่น ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุ อำเภอศรีราชา จังหวัดสุโขทัย ที่ $p\text{-value} > 0.05$

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับนโยบายด้านการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุกับการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุ อำเภอศรีราชา จังหวัดสุโขทัย เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับนโยบายการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุ อำเภอศรีราชา จังหวัดสุโขทัย ที่ $p\text{-value} > 0.05$

5. ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติเกี่ยวกับการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุกับการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุ อำเภอศรีมามาศ จังหวัดสุโขทัย เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ปัจจัยด้านทัศนคติเกี่ยวกับการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุ อำเภอศรีมามาศ จังหวัดสุโขทัย ที่ $p\text{-value} > 0.05$

6. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุกับการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุ อำเภอศรีมามาศ จังหวัดสุโขทัย เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุ อำเภอศรีมามาศ จังหวัดสุโขทัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.01$

การอภิปรายผล

1. การบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุพบว่าการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุในภาพรวมผู้สูงอายุมีความคิดเห็นต่อประเด็นการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 100 เมื่อพิจารณาในรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความคิดเห็น ต่อการบริหารจัดการ ด้านการวางแผน การบริหารบุคคล การอำนวยความสะดวก การควบคุมกำกับงาน เป็นไปในแนวทางเดียวกัน คือผู้สูงอายุมีความคิดเห็นในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 100 ยกเว้น การบริหารจัดการด้านการจัดองค์กร ที่มีความคิดเห็นในระดับต่ำ ปานกลาง และสูง คิดเป็นร้อยละ 76.7, 22.7 และ 0.6 ตามลำดับ

2. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลด้านระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุ อำเภอศรีมามาศ จังหวัดสุโขทัย ส่วนปัจจัยด้านอื่น ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุ อำเภอศรีมามาศ จังหวัดสุโขทัย สอดคล้องกับเรืออากาศเอกหญิงสดใส ศรีสะอาด (2560) พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา การมีชมรมผู้สูงอายุ และประสบการณ์ในพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพสอดคล้องกับสปีค, โควาร์ท และเพลเลท (Speak, Cowart, and Pellet 1989) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกับปัจจัยลักษณะประชากร ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ และปัจจัยความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน ผลการวิจัยพบว่า ผู้มีเชื้อชาติคอเคเชียน และผู้ที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่า เพศหญิง คนโสด และเชื้อชาติผิวดำ มีความสัมพันธ์กับความเชื่ออำนาจผู้อื่น และความเชื่ออำนาจทางโชคชะตาความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ

3. ปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับนโยบายการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุ ที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับนโยบายการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุ อำเภอศรีมามาศ จังหวัดสุโขทัย สอดคล้องกับพัชรารัตน์ พันธศิลาโรจน์ (2561) ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ แบ่งเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้ 1. ปัจจัยที่เกี่ยวกับตัวผู้รับรู้ แบ่งได้ 2 ด้าน คือ 1.1 ด้านกายภาพ

หมายถึง อวัยวะสัมผัส ถ้าอวัยวะสัมผัสสมบูรณ์ก็จะรับรู้ได้ดี ถ้าหย่อนสมรรถภาพ เช่น หูตึง ตาสั้น ก็จะไม่รับรู้ได้ไม่ดี

1.2 ด้านสติปัญญา คือ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ มีหลายประการ เช่น ความจำ อารมณ์ สติปัญญา ความพร้อม การสังเกตพิจารณา เป็นต้น

2. ปัจจัยทางด้านจิตวิทยา ได้แก่

2.1 ความรู้เดิม หมายถึง กระบวนการรับรู้เมื่อสัมผัสแล้ว ต้องแปลเป็นสัญลักษณ์โดยอาศัยความรู้เดิมที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่เราจะรับรู้ ฉะนั้น หากไม่มีความรู้เดิมมาก่อนก็จะทำให้การรับรู้ผิดไปจากความเป็นจริง

2.2 ลักษณะของสิ่งเร้า หมายถึง คุณสมบัติซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกที่ให้นักสนใจที่จะรับรู้ หรือทำให้การรับรู้เกิดการคลาดเคลื่อน เช่น ความคล้ายคลึง ความต่อเนื่องของสิ่งเร้า และสภาพพื้นฐานของการรับรู้ เป็นต้น ดังนั้นสามารถกล่าวได้ว่า การรับรู้ถือว่าเป็นกระบวนการแปลความหมายจากการสัมผัส การรับรู้ของแต่ละบุคคลนั้นแตกต่างกันต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่าง และปัจจัยที่สำคัญของชมรมผู้สูงอายุอำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย คือ ปัจจัยที่เกี่ยวกับตัวผู้รับรู้ อวัยวะสัมผัส ดี เช่น หูตึง สายตาสั้น ความจำ ก็จะไม่รับรู้ได้ไม่ดี จึงทำให้ปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับนโยบายการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุ

4. ปัจจัยด้านทัศนคติที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยด้านทัศนคติเกี่ยวกับการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุ อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย สอดคล้องกับการศึกษาของดารณี พานทอง (2562) คือพบว่าทัศนคติแบ่งออกเป็น 3 ประเภท 1. ทัศนคติในทางบวก คือ ความรู้สึกต่อสิ่งแวดล้อมในทางที่ดีหรือยอมรับ ความพอใจ เช่น นักศึกษาที่มีทัศนคติที่ดีต่อการโฆษณา เพราะวิชาการโฆษณเป็นการให้บุคคลได้มีอิสระทางความคิด 2. ทัศนคติในทางลบ คือ การแสดงออก หรือความรู้สึกต่อสิ่งแวดล้อมในทางที่ไม่พอใจ ไม่ดี ไม่ยอมรับ ไม่เห็นด้วย เช่น นิดไม่ชอบคนเลี้ยงสัตว์ เพราะเห็นว่าทารุณสัตว์ 3. การไม่แสดงออกทางทัศนคติ หรือมีทัศนคติเฉย ๆ คือ มีทัศนคติเป็นกลางอาจจะเพราะว่าไม่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องนั้น ๆ หรือในเรื่องนั้น ๆ เราไม่มีแนวโน้มทัศนคติอยู่เดิมหรือไม่มีแนวโน้มทางความรู้ในเรื่องนั้น ๆ มาก่อน เช่น เรามีทัศนคติที่เป็นกลางต่อตู้ไมโครเวฟ เพราะเราไม่มีความรู้เกี่ยวกับโทษหรือคุณของตู้ไมโครเวฟมาก่อน จะเห็นได้ว่าการแสดงออกของทัศนคตินั้นเกิดจากการก่อตัวของทัศนคติที่สะสมไว้เป็นความคิดและความรู้สึก จนสามารถแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ออกมาตามทัศนคติต่อสิ่งนั้น

5. การรับรู้การดำเนินกิจกรรมของชมรม ที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุ อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย สอดคล้องกับบรรลุ ศิริพานิช และคณะ (2559) กล่าวไว้ว่าการดำเนินกิจกรรม เป็นหัวใจของผู้สูงอายุ เพราะกิจกรรมจะทำให้ผู้สูงอายุ ที่เป็นสมาชิกของชมรม ได้พบปะสังสรรค์ ได้ทั้งประโยชน์ทางร่างกาย และจิตใจ อาจกล่าวได้ว่า กิจกรรมของชมรม เป็นข้อบ่งชี้ถึงความสำเร็จ ของการดำเนินงานของชมรม ก็น่าจะถูกต้อง จากการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ของชมรม จะมีคณะกรรมการชมรม ปรีกษาหรือกันว่า จะจัดกิจกรรมอะไรให้ถูกต้อง ตามความประสงค์ของสมาชิก เมื่อตกลงกันแล้วก็ดำเนินการ พบว่า กิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ มีหลากหลายชนิด ขึ้นอยู่กับความต้องการของสมาชิก ในแต่ละชมรม อาจประมวลกิจกรรมต่าง ๆ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ชมรมผู้สูงอายุ ควรมีนโยบาย แผนงาน และการประชาสัมพันธ์ข่าวสาร และควรมีแนวทางการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2557). กิจกรรมส่งเสริมและเครือข่ายผู้สูงอายุ จำนวนชมรมผู้สูงอายุ. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2562). รูปแบบการเสริมสร้างโอกาสการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในชมรมสร้างสุขภาพ (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). การออกกำลังกายทั่วไปและเฉพาะโรคผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2562). เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- พีรศิลป์ คำนวนศิลป์, ศุภวัฒน์กร วงศ์ธนวิสุ, จอร์น ไบรอัน และอารีย์ พรหมไม้. (2557). การประเมินนโยบายด้านแผนงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข. ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมชั้น.
- พิชิต ไลยน้ำเงิน. (2562). การจัดการแบบมีส่วนร่วมสำหรับการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ อำเภอโคกเจริญ จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ไพรัตน์ เดชะรินทร์. (2557). นโยบายและกลวิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนในยุทธศาสตร์การพัฒนาในปัจจุบันการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา. กรุงเทพฯ: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ระวิ แก้วสุกใส. (2555). ความเข้มแข็งของชมรมผู้สูงอายุวัดคำในอำเภอนายม จังหวัดแม่ฮ่องสอน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.



สุภาลักษณ์ เขียวขำ. (2563). การสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุอำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อนุรักษ์ บัณฑิตยชาติ และคณะ. (2542). การสำรวจภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราของรัฐในกรุงเทพมหานคร 3 แห่ง ปี พ.ศ. 2542. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

อนุชิต นิตธรรมยง และคณะ. (2545). การศึกษาพัฒนารูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการโดยใช้การมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชน กรณีศึกษาตำบลเจดีย์หัก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี (รายงานการวิจัย). ราชบุรี.

อรพินท์ สฟโชคชัย. (2563). คู่มือการจัดประชุมเพื่อการระดมความคิดในการพัฒนาหมู่บ้านโดยพลังประชาชน. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

Bloom B. (1964). *Taxonomy of educational objectives. The classification of educational goal.* New York: David Makay Co Inc.

Madkour AS, and other. (2010). Early adolescent sexual initiation as a problem behavior: A comparative study of five nations. *Journal of Adolescent Health.* 47(4), 389-98.

Wayne W Daniel. (2010). *Determination of sample size for estimating propositions.* In Wayne W Daniel (Ed.), *Biostatistics: A Foundation for analysis in the health science.* New York: John Wiley & Sons.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา หมู่ 9 บ้านผือฮี ตำบลบ้านยาง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์

สุภารัตน์ ชูพันธ์¹

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา หมู่ 9 บ้านผือฮี ตำบลบ้านยาง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นการศึกษาวิจัยแบบสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์ 1.) เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ 2.) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ 3.) เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติ กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ จำนวน 83 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 68 คน เครื่องมือใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ ที่มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและผู้เชี่ยวชาญ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นสถิติเชิงพรรณนาและอนุมาน

ผลการศึกษาวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 57.4 มีอายุระหว่าง 60-65 จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 44.1 มีน้ำหนักอยู่ระหว่าง 46-50 และ 51-55 จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 19.1 มีส่วนสูงระหว่าง 146-150 จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 30.9 มีค่า BMI อยู่ในระดับสมส่วน จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 51.5 ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 51.5 มีสถานภาพสมรส จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 57.4 มีรายได้ 500-1,000 บาท จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 91.2 อาศัยอยู่บ้านตนเอง จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 94.1 ทานดื่มสุรา ไม่ดื่ม จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 82.4 ทานสูบบุหรี่ ไม่สูบ จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 89.7 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ การบริโภคอาหาร อยู่ในระดับน้อย (\bar{X} = 1.45, S.D = .63) ด้านความรู้ พบว่าโดยรวมผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับความรู้มา (\bar{X} = 2.36, S.D = .73) ด้านทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 2.07, S.D = .26) ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับปฏิบัติทุกครั้ง (\bar{X} = 2.66, S.D = .47)

คำสำคัญ : พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ, ผู้สูงอายุ, อาหาร

¹ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยเทคโนโลยีพนมวันท์ E-mail: sudarat_042528@hotmail.com โทร.089-4242294



Factors Related to Food Consumption Behaviors among The Elderly: Case Study of Moo 9 Ban Phuehee, Ban Yang Sub-district Phutthaisong District, Buriram Province.

Sudarat Choopan¹

Abstract

The study was a survey research. The objectives were 1) to study food consumption behaviors among the elderly, 2) to study factors that were related between personal factors and food consumption behaviors, and 3) to study factors that were related between knowledge, attitude and food consumption behaviors. The subjects group consisted of 68 cases. The developed questionnaires was used as a tool to collect data. The content validity was improved and adjusted by the suggestion of the experts. Statistics were descriptive statistics and inferential statistics.

The result revealed that: the majority of subjects were female 57.4%, aged between 60-65 years old were 44.1%, weight between 46-50 kg were 19.1%, height between 146-150 cm were 30.9%, BMI asymmetry were 51.5 %, history of disease were 51.5 %, married were 57.4 %, income 500-1,000 were 91.2%, Own home were 94.1%, no alcohol drinking were 82.4%, no smoking were 89.7%, having information were low level (\bar{x} = 1.45, S.D.=.63). Knowledge factors were high level (\bar{x} = 2.36, SD=.73) Attitude factors were moderate (\bar{x} = 2.07, SD=.26), and food consumption behaviors were high level (\bar{x} = 2.66, SD=.47)

Keywords : Food Consumption Behavior, Elderly, Food

¹ Faculty of Science and Technology, Phanomwan College of Technology E-mail: sudarat_042528@hotmail.com Tel.089-4242294

บทนำ

ปัจจุบันคนไทยยังคงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสมทั้งประเภท และปริมาณ จึงมีผลกระทบต่อสุขภาพและก่อให้เกิดโรคที่กำลังเป็นปัญหาสุขภาพอันดับต้น ๆ ของประเทศไม่ว่าจะเป็น โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น และพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่ถูกต้องที่ยังเป็นปัญหา คือการบริโภคผักและผลไม้ น้อย บริโภค หวาน มัน เค็มมากเกินไปความต้องการของร่างกาย ซึ่งจากการศึกษาวิจัยแผนการลงทุนด้านสุขภาพ ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554) (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข)

โดยอายุเฉลี่ยของประชากรโลกในแต่ละประเทศต่างมีอายุเฉลี่ยเพิ่มขึ้น รวมทั้งกลุ่มประชากรผู้สูงอายุก็มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ดร.นิล บัคโฮลทซ์ แห่งสถาบันผู้สูงอายุแห่งชาติของสหรัฐ ได้กล่าวว่าประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกจะมีประชากรที่มีอายุเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น ควรมีการเตรียมรับมือไว้ตามรายงานขององค์การอนามัยโลก (ทรงพจน์ สุภาผล, 2555) ในประเทศไทยผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.8 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 14.9 ในปี 2557 เป็นผู้สูงอายุชายคิดเป็นร้อยละ 45.1 และผู้สูงอายุหญิงคิดเป็นร้อยละ 54.9 และดัชนีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 22.6 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 82.6 ในปี 2557 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557)

จากสถานการณ์ประชากรสูงอายุของไทยเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเพิ่มจากร้อยละ 6.3 ในปี พ.ศ. 2523 เป็นร้อยละ 9.50 ในปี พ.ศ. 2543 และ ร้อยละ 11.90 ใน ปี 2553 ซึ่งเป็นปีที่ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย (Aging Society) เนื่องจากสัดส่วนของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มสูงมากกว่าร้อยละ 10 ของ ประชากรทั้งประเทศ และคาดการณ์ว่าจะมีแนวโน้ม สูงขึ้นมากกว่าสองเท่าตัวเป็นร้อยละ 25 ในปี 2573 ซึ่งถือว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว (Aged society) (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2555; ชมพูนุท พรหมภักดี, 2556)

จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นเมืองแห่งความรื่นรมย์เป็นจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีทรัพยากรการท่องเที่ยวที่สำคัญน่าเที่ยว โดยเฉพาะอย่างยิ่งแหล่งโบราณสถานศิลปะแบบขอมโบราณที่มีอยู่มากมายกระจายอยู่ในพื้นที่ทั้งจังหวัด อีกทั้งยังเป็นที่ยึดมั่นในฐานะเมืองเกษตรกรรมและหัตถกรรม เพราะเป็นแหล่งปลูกข้าวหอมมะลิที่มีคุณภาพดี และเป็นแหล่งทอผ้าไหมที่สวยงามและมีชื่อเสียง นอกจากนี้ด้วยสภาพพื้นที่ตั้งมีอาณาเขตติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน จึงทำให้มีความหลากหลายของเชื้อชาติซึ่งก่อให้เกิดความหลากหลายของประเพณี วัฒนธรรม จากสถิติจำนวนประชากร มีจำนวนผู้สูงอายุที่รับเบี้ยยังชีพรายเดือนของจังหวัดบุรีรัมย์ จำแนกตามช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป 3 ปี ย้อนหลัง จะเห็นได้ว่าในปี 2558 จำนวนทั้งหมด 192,239 ราย ปี 2559 จำนวนทั้งสิ้น 209,834 ราย และในปี 2560 ได้มีมติรับทราบแนวทางการดำเนินโครงการบริจาคเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเข้ากองทุนผู้สูงอายุโดยมีผู้สูงอายุเข้าร่วมโครงการลงทะเบียนเพื่อรับสวัสดิการแห่งรัฐจำนวน 3.6 ล้านคน จะเห็นได้ว่าในแต่ละปีจำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ (สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดบุรีรัมย์)



จากข้อมูลและปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเกิดความสนใจที่จะทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้อายุ พื้นที่หมู่ 9 บ้านผือฮี ตำบลบ้านยาง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ เนื่องจากในพื้นที่อำเภอพุทไธสง มีจำนวนประชากรทั้งหมด 45,339 คน มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 5,298 คน ซึ่งในตำบล บ้านผือฮี มีประชากรทั้งหมด 647 คน จำนวนผู้สูงอายุ มีจำนวนทั้งหมด 83 คน (ข้อมูลจากทะเบียนราษฎร์หมู่บ้านผือฮี, 2563) ดังนั้นพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุจึงมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการประเมินภาวะโภชนาการ และเป็นตัวบ่งชี้ถึงปัญหาสุขภาพด้านต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุต้องพบเจอ พบว่าบ่อยครั้งที่ผู้สูงอายุเพียงแค่ว่ารับประทานอาหารเช้าเพื่อให้อิ่มท้อง หรือแค่รับประทานเข้าไปเพราะความอร่อย จะไม่ได้นึกถึงสารอาหารที่ได้รับ เข้าไปว่าจะได้ประโยชน์หรือผลเสียต่อสุขภาพ คณะผู้วิจัยจึงสนใจจะศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ และนำแนวทางการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่ถูกต้องไปเผยแพร่ให้กับกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่อื่น ๆ ที่ปฏิบัติตนในการบริโภคอาหารที่ผิดวิธีและยังเป็นแนวทางไปใช้ในชีวิตประจำวันต่อไปได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา หมู่ 9 บ้านผือฮี ตำบลบ้านยาง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ รายได้ โรคประจำตัว น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าBMI ที่อยู่อาศัย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา หมู่ 9 บ้านผือฮี ตำบลบ้านยาง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์
3. เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะชีวิต กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา หมู่ 9 บ้านผือฮี ตำบลบ้านยาง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์

ขอบเขตการวิจัยและกรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา หมู่ 9 บ้านผือฮี ตำบลบ้านยาง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดไว้ได้ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล

- เพศ
- อายุ
- สถานภาพ
- รายได้
- โรคประจำตัว
- น้ำหนัก
- ส่วนสูง
- ค่า BMI
- ที่อยู่อาศัย
- การสูบบุหรี่

ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการเลือกบริโภคอาหารที่เป็นประโยชน์ตามหลัก 5 หมู่

- การเลือกบริโภคอาหารที่เป็นประโยชน์ตามหลัก 5 หมู่
- การเลือกบริโภคอาหารที่เป็นการปรุงแต่ง เช่น หวาน มัน เค็ม ฯลฯ
- การได้รับข้อมูลข่าวสาร

ปัจจัยด้านทัศนคติ

ทัศนคติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร

พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้อายุ
โภชนบัญญัติ 9 ประการ

กินอาหารให้ครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลายและหมั่นดื่มน้ำหนักตัว

กินข้าวเป็นอาหารหลัก สลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ

กินพืชผักให้มาก และกินผลไม้เป็นประจำ

กินปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ

ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย

กินอาหารที่มีไขมัน อาหารประเภททอด ผัด และแกงกะทิแต่พอควร

หลีกเลี่ยงการกินอาหารรสหวานจัด และเค็มจัด

กินอาหารที่สะอาด

งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ วรรณศึกษา หมู่ 9 บ้านผือฮี ตำบลบ้านยาง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์

สถิติเชิงพรรณนาที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการการสุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักการความไม่น่าจะเป็นในการสุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยผู้วิจัยได้ทำการสุ่มจากข้อมูลทะเบียนราษฎรบ้านผือฮี จำนวน 83 คน โดยใช้สูตรของ ยามาเน่ (Yamane, 1973) ในการหากลุ่มตัวอย่างการลงเก็บข้อมูล จำนวน 68 คน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบไปด้วยข้อมูล เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าBMI โรคประจำตัว สถานภาพ รายได้ ที่พักอาศัย การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 การได้รับข้อมูลข่าวสารการบริโภคอาหาร ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check list) แบ่งเป็น 3 ระดับ มาก ปานกลาง และน้อย จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร โดยลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check list) แบ่งเป็น 2 ระดับ ประกอบด้วย ใช่ ไม่ใช่ จำนวน 15 ข้อ

เกณฑ์ในการประเมินระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร โดยใช้เกณฑ์แบ่งอันตรภาคชั้น (Class Interval) อ้างอิงของ Best (1970, p.124)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามด้านทัศนคติการบริโภคอาหาร โดยลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบ (Check list) แบ่งเป็น 3 ระดับ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นแบบเลือกตอบ (Check list) แบ่งเป็น 3 ระดับ ประกอบด้วย ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ จำนวน 20 ข้อ

สถิติเชิงอนุมาน ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากแบบสอบถามที่สมบูรณ์ทั้ง 5 ส่วน มาวิเคราะห์โดยใช้รูปแบบโปรแกรมทางคอมพิวเตอร์มาประมวลผล โดยกำหนดระดับมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในการทดสอบสมมติฐานสำหรับการวิจัยในครั้งนี้และดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

สถิติเชิงพรรณนาที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไป เพศ สถานภาพ โรคประจำตัว ที่อยู่อาศัย ค่าBMI การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ใช้สถิติในการหาความถี่ Frequencies และ ร้อยละ Percentage

2. อายุ รายได้ น้ำหนัก ส่วนสูง ความรู้ ทักษะ พฤติกรรม ใช้สถิติในการหา Mean, Maximum – Minimum, Standard Deviation

3. การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ใช้สถิติในการหา Mean, Maximum – Minimum, Standard Deviation

แบบสอบถามส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ สถานภาพ โรคประจำตัว ที่อยู่อาศัย ค่าBMI ใช้สถิติในการหาความถี่ โดยแจกแจงความถี่ (Frequencies) และ ร้อยละ (Percentage)

แบบสอบถามส่วนที่ 2 แบบสอบถามการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร โดยนำข้อมูลมาหาค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) การแจกแจงความถี่ (Frequencies) ร้อยละ (Percentage) Maximum – Minimum

แบบสอบถามส่วนที่ 3 แบบสอบถามระดับวัดความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร โดยนำข้อมูลมาหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) การแจกแจงความถี่ (Frequencies) ร้อยละ (Percentage) Maximum – Minimum

แบบสอบถามส่วนที่ 4 แบบสอบถามด้านทัศนคติการบริโภคอาหาร นำข้อมูลมาหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) การแจกแจงความถี่ (Frequencies) ร้อยละ (Percentage) Maximum – Minimum

แบบสอบถามส่วนที่ 5 แบบสอบถามด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร นำข้อมูลมาหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) การแจกแจงความถี่ (Frequencies) ร้อยละ (Percentage) Maximum – Minimum

สถิติเชิงอนุมาน ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่

สถิติเชิงอนุมาน ใช้ทดสอบสมมติฐานเพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม

1. การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบ เพศ โรคประจำตัว สถานภาพ ที่อยู่ อาศัย การสูบบุหรี่การดื่มสุรา ค่า BMI กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ Chi-square test

2. การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ น้ำหนัก ส่วนสูง การได้รับข้อมูลข่าวสาร กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติการทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product-Moment Correlation coefficient)

3. การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติการทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product-Moment Correlation coefficient)



ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 แสดงการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ ประกอบ เพศ สถานภาพ ที่อยู่อาศัย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ค่าBMI กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา หมู่ 9 ตำบลบ้านยาง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ (n=68)

	พฤติกรรมการบริโภคอาหารของ		χ^2	df	p-value
	ผู้สูงอายุ (จำนวนคน)				
	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ปฏิบัติทุกครั้ง			
เพศ					
หญิง	10	19	.010	1	.921
ชาย	13	26			
โรคประจำตัว					
ไม่มี	11	24	2.383	5	.794
โรคหัวใจ	2	2			
อัมพฤกษ์ อัมพาต	-	-			
เบาหวาน	7	11			
ไขมันในเลือดสูง	1	3			
ความดันโลหิตสูง	2	3			
โรคมะเร็ง	-	-			
โรคอื่น ๆ ระบุ... (ไทรอยด์,เก๊า,)	-	3			
สถานภาพสมรส					
โสด	4	2	4.016	3	.260
สมรส	11	28			
หย่าร้าง	0	1			
หม้าย	8	14			

	พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของ		χ^2	df	p-value
	ผู้สูงอายุ (จำนวนคน)				
	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ปฏิบัติทุกครั้ง			
ที่อยู่อาศัย					
บ้านตนเอง	23	44	3.219	1	.073
บ้านเช่า/ห้องเช่า	-	-			
อาศัยอยู่กับบุตร/หลาน/ญาติ	3	1			
การสูบบุหรี่					
สูบ	2	5	.096	1	.756
ไม่สูบ	21	40			
การดื่มสุรา					
ดื่ม	3	9	.507	1	.477
ไม่ดื่ม	20	36			
ค่าBMI					
ผอม	4	8	.264	3	.967
สมส่วน	11	24			
ท้วม	3	5			
อ้วน	5	8			

****มีระดับนัยสำคัญทางสถิติ P-value < .01**

จากตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ ประกอบ เพศ สถานภาพที่อยู่อาศัย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ค่า BMI กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา หมู่ 9 ตำบลบ้านยาง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ



ตารางที่ 2 แสดงการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ วิทยาลัยฯ หมู่ 9 ตำบลบ้านยาง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ (n=68)

ปัจจัย	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r)	
	พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ	P-value
อายุ	-.296	.014*
รายได้	-.106	.388
น้ำหนัก	-.047	.705
ส่วนสูง	.057	.643
การได้รับข้อมูลข่าวสาร	.318	.123

*มีระดับนัยสำคัญทางสถิติ P-value < .05

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ วิทยาลัยฯ หมู่ 9 ตำบลบ้านยาง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันเท่ากับ -.296 มีความสัมพันธ์กันในเชิงลบ

ตารางที่ 3 แสดงการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทักษะคนคิด กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ วิทยาลัยฯ หมู่ 9 ตำบลบ้านยาง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ (n=68)

ปัจจัย	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r)	
	พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ	P-value
ความรู้	.319	.008**
ทักษะคนคิด	-.275	.023*

**มีระดับนัยสำคัญทางสถิติ P-value < .01 และ .05

อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา ผลการศึกษา พบว่า ระดับความรู้เรื่องโรคและความรู้ในการดูแลตนเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 77.7 แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 48.5 และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในภาพรวมผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถดูแลตนเองได้ระดับดี ร้อยละ 55.4 และพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความรู้ในการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. ระดับทัศนคติและการได้ข่าวสาร ผลการศึกษา พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน กรณีศึกษาหมู่ 6 บ้านระกาย ตำบลจ่อหอ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ และไม่สอดคล้องกับงานวิจัยอื่นๆ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

กระทรวงสาธารณสุขควรมีการกำหนดเปรียบเทียบหรือมาตรการ ในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพทั้งในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและกลุ่มเสี่ยง เพื่อเป็นแนวทางในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานหรือให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สนใจในการดูแลสุขภาพของตน

ข้อเสนอแนะระดับปฏิบัติ

บุคลากรสาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุขควรมีการให้ความรู้คำแนะนำ ในเรื่องการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การควบคุมอาหารทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานหรือกลุ่มเสี่ยง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลตนเองและควบคุมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน หรือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

ควรมีการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยจัดโปรแกรมการให้ความรู้แก่กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและกลุ่มเสี่ยงในการดูแลสุขภาพหรือการควบคุมพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อให้มีความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมที่ดี

เอกสารอ้างอิง

- ดวงดาว ปิงสุแสน. (2555). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในตำบลทุ่งกล้วย อำเภอกู่ขวาง จังหวัดพะเยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยพะเยา.
- รินจิต เพชรชิต. (2558). พฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเคียนวา จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2(2), 15-28.
- สุวิทย์ โรจนศักดิ์โสธร. (2559). สถานการณ์โรคไม่ติดต่อ จังหวัดนครราชสีมา ปี 2559. นครราชสีมา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา.



Received: 14 Feb 2022; Revised: 28 Feb 2022

Accepted: 7 Mar 2022

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังโรคไข้เลือดออก ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายโรงเรียนบ้านจอหอ ตำบลจอหอ อำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา

สุภาพ หวังช่อกลาง¹

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกำบังโรคไข้เลือดออกของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนบ้านจอหอ ตำบลจอหอ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักเรียนจำนวน 125 คน และเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและปรับปรุงโดยผู้เชี่ยวชาญในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน

ผลการศึกษาพบว่า เป็นเพศหญิง จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 54.6 มีอายุ 10 ปี จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 27.0 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่เป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 26.5 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว คือ 5,000 บาทต่อเดือน จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 34.4 และครอบครัวของนักเรียนไม่เคยมีประวัติการรักษาโรคไข้เลือดออก จำนวน 110 คน คิดเป็น ร้อยละ 88 มีความรู้อยู่ในระดับสูง จำนวน 124 คน คิดเป็นร้อยละ 99.2 ทักษะคิดอยู่ในระดับเห็นด้วย จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 52.8 ปัจจัยเอื้ออยู่ในระดับดี จำนวน 106 คน คิดเป็นร้อยละ 84.8 ปัจจัยเสริมอยู่ในระดับดี จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 56.8 พฤติกรรมอยู่ในระดับดี จำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 74.4 และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

คำสำคัญ : การป้องกันโรคไข้เลือดออก, ไข้เลือดออก, นักเรียน

¹ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยเทคโนโลยีพนมวันท์ E-mail: 1Sup21263@gmail.com โทร.044-955121

Factors Relating to Dengue Hemorrhagic Fever Behaviors Among high School Student at Ban Cho Ho School, ban Cho Ho Sub-district, Muang District, Nakhon Ratchasima Province.

Suphap Wangkhoklang¹

Abstract

This study was a survey research. The objective was to study factors that were relate to dengue prevention behaviors on Dengue Hemorrhagic Fever among high school student. The subjects group consisted of 125 cases. The developed questionnaires were used as tool to collect data. The content validity was improved and adjusted by the suggestion of the experts. Statistics were descriptive statistics and inferential statistics.

The result revealed that: the majority of subjects were female 54.6%, aged about 10 years were 27.0%, primary school education were 26.5%, income per month 5,000 baht were 34.4%, and families had no history of disease were 88%, knowledge factors were high/moderate/low level 99.2%, Attitude factors were high/moderate/low level 52.8%, Enabling factors were high/moderate/low level 84.8%, Reinforcing factors were high/moderate/low level 56.8% also, there related between personal factors and prevention behaves an Dengue Hemorrhagic fever at significant level $p\text{-value} < 0.05$

Keywords : Prevention Behaviors on Dengue Hemorrhagic Fever, Dengue Hemorrhagic Fever, Student

¹ Faculty of Science and Technology, Phanomwan College of Technology E-mail: 1Sup21263@gmail.com Tel.044-955121

บทนำ

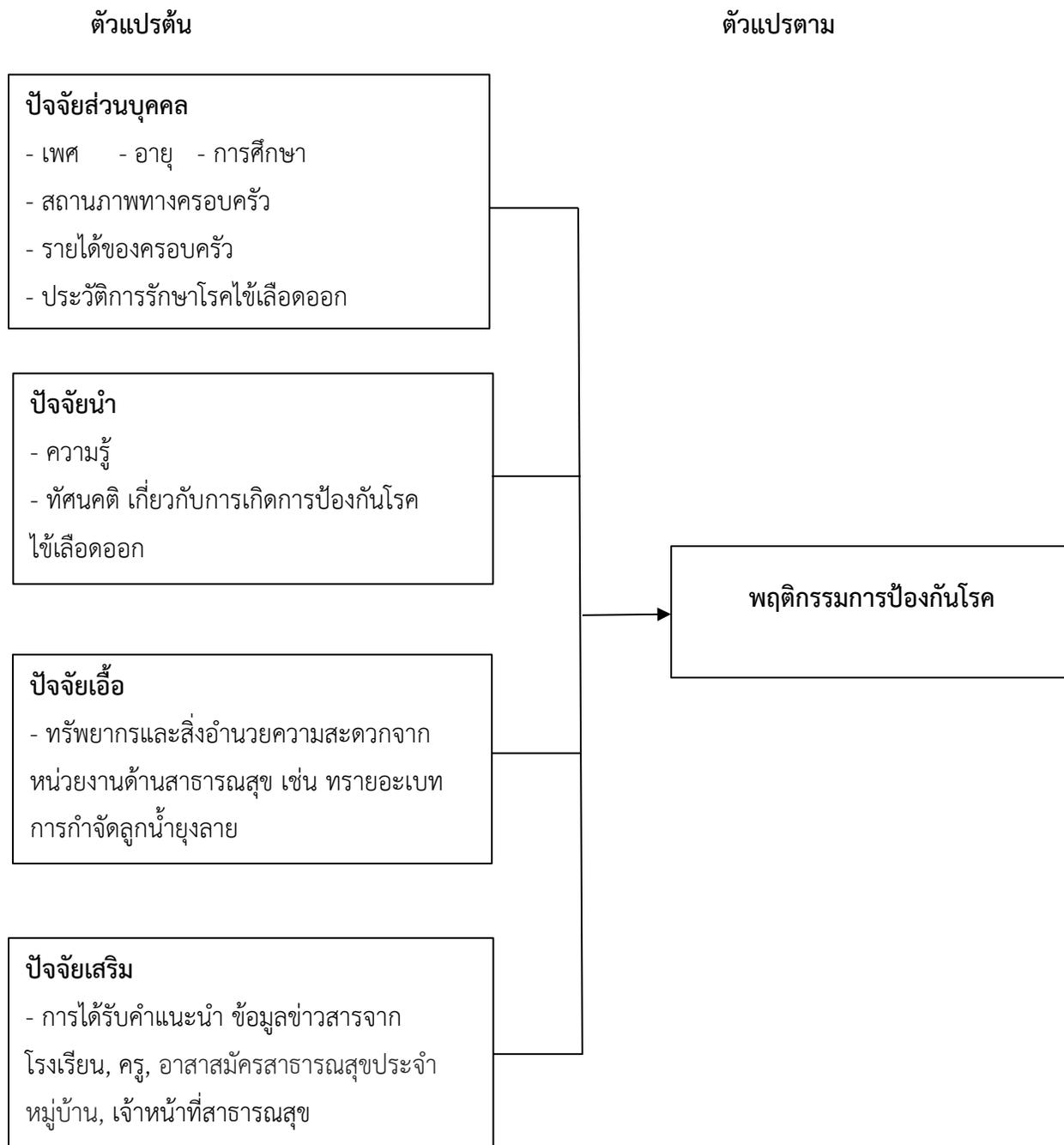
สถานการณ์โรคไข้เลือดออกปี 2558 ในภาพรวมทั้งประเทศ (ข้อมูล ณ วันที่ 20 สิงหาคม 2562) มีรายงานผู้ป่วยสะสม 64,186 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.07 ในปี 2559 มีรายงานผู้ป่วย 33,352 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.08 ในปี 2560 มีรายงานผู้ป่วยอยู่ที่ 31,512 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.14 ในปี 2561 มีรายงานผู้ป่วยอยู่ที่ 47,149 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.12 ในปี 2562 มีรายงานผู้ป่วยสะสม จำนวน 73,324 ราย (อัตราป่วยเท่ากับ 111.00 ต่อประชากรแสนคน) มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน 77 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.11 และ ณ ช่วงเวลาเดียวกัน ปี 2562 มีรายงานผู้ป่วย 73,324 ราย มากกว่า ปี 2561 : 1.6 (ระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค 506 กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2562) สำหรับสถานการณ์โรคไข้เลือดออก (DHF DF และ DSS) ในจังหวัดนครราชสีมา (ข้อมูลวันที่ 28 เดือนพฤษภาคม 2563) โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 ถึงวันที่ 20 พฤษภาคม 2563 ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก จำนวนทั้งสิ้น 972 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 36.88 ราย ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต 1 ราย อัตราตายต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 0.04 อัตราผู้ป่วย ตายเท่ากับร้อยละ 0.10 พบผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยพบเพศชาย 515 ราย เพศหญิง 457 ราย อัตราส่วนเพศชาย ต่อเพศหญิง เท่ากับ 1.13 : 1 กลุ่มอายุที่พบสูงสุดคือกลุ่มอายุ 10 - 14 ปี คิดเป็นอัตราป่วย 127.16 ต่อประชากรแสนคน (งานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 2563)

จากสถานการณ์ดังกล่าวพบว่าปัญหาโรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาที่ส่งผลต่อสุขภาพร่างกายจิตใจของผู้ป่วยและมีอัตราการเพิ่มที่สูงขึ้นเป็นทุกปี จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจะเพิ่มสูงมากขึ้นในช่วงฤดูฝนของแต่ละปี ผู้ศึกษาวิจัยจึงเห็นผลกระทบของปัญหาดังกล่าวที่ส่งผลต่อเด็กอายุ 10-14 ปี เป็นจำนวนมากซึ่งเป็นวัยที่กำลังศึกษาในโรงเรียนหรือนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกในเด็กนักเรียน ชั้นประถมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนบ้านจ้อหอ ตำบลจ้อหอ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ปัจจุบันนักเรียนอาศัยอยู่กับรายได้ของครอบครัว ประวัติการรักษาโรคไข้เลือดออก กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายโรงเรียนบ้านจ้อหอ ตำบลจ้อหอ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายโรงเรียนบ้านจ้อหอ ตำบลจ้อหอ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

กรอบแนวคิดการวิจัย





วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายโรงเรียน บ้านจอหอ ตำบลจอหอ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

ประชากรศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายโรงเรียนบ้านจอหอ ตำบลจอหอ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา มีจำนวนทั้งหมด 182 คน

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้สุ่มตัวอย่างเพื่อหาจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมจากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อจะใช้เป็นตัวแทนของประชากรในการศึกษาโดยใช้สูตรของทาโร ยามาเน่ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 125 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาจำนวน 125 คน เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างครบทุกชั้นปีผู้วิจัยจึงได้ทำการสุ่มตัวอย่างอีกครั้งโดยใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิอย่างเป็นสัดส่วนกับประชากร (Proportional stratified random sampling) และสุ่มอย่างง่ายโดยได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ชั้น	จำนวนนักเรียน (คน)
	รวม
ป.4	49
ป.5	28
ป.6	48
รวม	125

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม จำนวน 6 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามด้านข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ปัจจุบันนักเรียนอาศัยอยู่กับ รายได้ของครอบครัว ครอบครัวนักเรียนมีประวัติการรักษาโรคไข้เลือดออก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านทัศนคติของนักเรียนเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามด้านปัจจัยเอื้อต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามด้านปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การทดสอบหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีการนี้ผู้วิจัยได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือทำการปรับปรุงแก้ไขจากผู้เชี่ยวชาญที่ได้พิจารณาและนำไปทดลองใช้ (Try out) กับ กลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบคุณภาพ ความเชื่อมั่นของข้อคำถามและได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (IOC : Index of item objective congruence) มีค่าเท่ากับ 0.832

การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1) ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) สำหรับการวิเคราะห์เกี่ยวกับตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพทางครอบครัว รายได้ของครอบครัว ประวัติการรักษาโรคไข้เลือดออก

2) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสำหรับวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายโรงเรียน บ้านจอหอ ตำบลจอหอ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

สรุปผลการวิจัย

การทำวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายโรงเรียนบ้านจอหอ ตำบลจอหอ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ



ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ของนักเรียน จำแนกตาม ปัจจัยส่วนบุคคล (n=125)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	53	45.5
หญิง	72	54.6
รวม	125	100
อายุ		
9 ปี	6	4.8
10 ปี	50	40.0
11 ปี	41	32.8
12 ปี	24	19.2
13 ปี	4	3.2
รวม	125	100
ปัจจุบันนักเรียนกำลังศึกษาอยู่ในชั้น		
ประถมศึกษาปีที่ 4	49	39.2
ประถมศึกษาปีที่ 5	28	22.4
ประถมศึกษาปีที่ 6	48	38.4
รวม	125	100
ปัจจุบันนักเรียนอาศัยอยู่กับ		
บิดา - มารดา	71	56.8
บิดา	10	8
มารดา	19	15.2
ญาติ	18	14.4
อื่นๆ	7	5.6
รวม	125	100

ลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว		
5,000 บาทต่อเดือน	43	34.6
7,000 บาทต่อเดือน	21	16.8
9,000 บาทต่อเดือน	25	20.0
10,000 บาทต่อเดือน	24	19.6
15,000 บาทต่อเดือน	12	9.0
รวม	125	100
นักเรียนหรือครอบครัวของนักเรียนเคยมีประวัติการรักษาโรค		
ไข้เลือดออก		
เคย	15	12
ไม่เคย	110	88
รวม	125	100

จากตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 54.6 มีอายุช่วง 10 ปี จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 27.0 ปัจจุบันนักเรียนกำลังศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 26.5 ปัจจุบันอาศัยอยู่กับบิดา-มารดา จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 38.4 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวอยู่ที่ 5000 บาทต่อเดือน จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 34.6 และนักเรียนหรือครอบครัวของนักเรียนไม่เคยมีประวัติการรักษาโรคไข้เลือดออก จำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 88

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายโรงเรียนบ้านจ้อหอ ตำบลจ้อหอ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา (n=125)

ข้อความ	ถูก	ผิด	\bar{X}	S.D.	ระดับ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
1. โรคไข้เลือดออกติดต่อโดยมียุงลายเป็นพาหะนำโรค	(125) 100	(0) 0	1.00	.000	สูง
2. อาการสำคัญของโรคไข้เลือดออกคือมีไข้ มีน้ำมูก และมีจุดเลือดออกตามผิวหนัง อ่อนเพลีย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	(125) 100	(0) 0	1.00	0.000	สูง
3. ยุงที่เป็นพาหะนำโรคของโรคไข้เลือดออกชอบออกหากินเวลากลางวัน	(28) 22.4	(97) 77.6	0.22	0.419	ต่ำ
4. การระบาดของไข้เลือดออกเกิดจากการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายได้น้อย	(110) 88	(15) 22	0.88	0.326	สูง
5. การระบาดของโรคไข้เลือดออกถือเป็นปัญหาสำคัญที่ทุกคนต้องมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา	(125) 100	(0) 0	1.00	0.000	สูง
6. ยุงที่เป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออกชอบเกาะพักตามบริเวณพื้นที่มีตอขึ้นภายในบ้าน	(125) 100	(0) 0	1.00	0.000	สูง
7. การใช้จ่ายยุงหรือการใส่เสื้อผ้ามิดชิด เป็นการป้องกันยุงกัดได้	(120) 96	(5) 4	0.96	0.197	สูง
8. ยุงที่เป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออกมักจะวางไข่ในน้ำเน่าเสีย	(121) 96.8	(4) 3.2	0.97	0.177	สูง

ข้อความ	ถูก	ผิด	\bar{X}	S.D.	ระดับ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
9. ผู้ที่ป่วยที่เป็นโรคไข้เลือดออกไม่ควรให้ถูกยุงกัด ภายใน 5 วันแรกของโรค เพราะผู้ป่วยยังมีไวรัสอยู่ใน เลือดทำให้แพร่เชื้อไปให้คนอื่นได้	(123) 98.4	(2) 1.6	0.98	0.126	สูง
10. ผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสไข้เลือดออก ควรรับประทานยา แอสไพรินเพื่อลดไข้	(125) 100	(0) 0	1.00	0.000	สูง
เฉลี่ยรวมรายข้อ	(112.7) 90.16	(12.3) 10.84	0.901	0.124	สูง

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ จำนวน ร้อยละ ระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยรวมอยู่ในระดับสูง (\bar{X} = 0.901, S.D = 0.124)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ จำนวน ร้อยละ ระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายโรงเรียนบ้านจ้อหอ ตำบลจ้อหอ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา (n=125)

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	0	0
ระดับปานกลาง	1	0.8
ระดับสูง	124	99.2
รวม	125	100

Min= 2, Max= 3, \bar{X} = 2.99, S.D. = 0.089



จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ จำนวน ร้อยละ ระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายโรงเรียนบ้านจอหอ ตำบลจอหอ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก (\bar{X} =2.99, S.D.=0.089) และพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง จำนวน 124 คน คิดเป็นร้อยละ 99.2 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.8

ตารางที่ 4 จำนวนค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทศนคติของนักเรียนเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายโรงเรียนบ้านจอหอ ตำบลจอหอ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา (n=125)

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	\bar{X}	S.D.	ระดับ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
1. การใส่ทรายอะเบทครั้งเดียว สามารถฆ่าลูกน้ำยุงลายได้ ตลอดปี	(2) 1.6	(0) 0	(122) 97.6	(1) 0.8	(0) 0	3.02	0.268	ไม่แน่ใจ
2. การใส่ทรายอะเบทส่งผลเสีย ต่อสุขภาพร่างกาย	(0) 0	(0) 0	(94) 75.2	(31) 24.8	(0) 0	2.75	0.434	ไม่แน่ใจ
3. โรคไข้เลือดออกเป็นเฉพาะ ในเด็กเท่านั้น	(65) 52.0	(0) 0	(58) 46.4	(2) 1.6	(0) 0	4.02	1.028	เห็นด้วย
4. โรคไข้เลือดออกเป็น โรคติดต่อที่อันตรายจึงควรมี การป้องกัน	(6) 4.8	(0) 0	(93) 74.4	(26) 20.8	(0) 0	2.89	0.625	ไม่แน่ใจ
5. เมื่อนักเรียนป่วยเป็น ไข้เลือดออกไม่ควรซื้อยามา รับประทานเอง เพราะอาจเกิด อันตรายได้	(65) 52.0	(3) 2.4	(54) 43.2	(3) 2.4	(0) 0	4.04	1.027	เห็นด้วย

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	\bar{X}	S.D.	ระดับ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
6.การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ และกำจัดยุงที่เป็นพาหะนำโรค ใช้เลือดออกจะต้องทำอย่าง สม่ำเสมอจึงจะป้องกันโรค ใช้เลือดออกได้	(84) 67.2	(13) 10.4	(28) 22.4	(0) 0	(0) 0	4.45	0.837	เห็นด้วย
7. การควบคุมโรคใช้เลือดออก ควรเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขเท่านั้น	(68) 54.4	(0) 0	(41) 32.8	(16) 12.8	(0) 0	3.96	1.180	เห็นด้วย
8. การปล่อยปลากินลูกน้ำใน ภาชนะเก็บน้ำเป็นวิธีหนึ่ง ที่สามารถป้องกันโรค ใช้เลือดออก ได้ผลดี	(76) 60.8	(46) 36.8	(3) 2.4	(0) 0	(0) 0	4.58	0.542	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
9. การป้องกันและควบคุมโรค ใช้เลือดออกควรเป็นหน้าที่ของ ทุกคน	(87) 69.6	(36) 28.8	(1) 0.8	(0) 0	(1) 0.8	4.66	0.581	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
10. การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ ยุงต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง	(0) 0	(0) 0	(2) 1.6	(42) 33.6	(81) 64.8	1.37	0.516	ไม่เห็น ด้วย
เฉลี่ยรวม	(45.3)	(65.6)	(49.6)	(12.1)	(8.2)	3.57	0.70	เห็น
รายชื่อ	36.24	4.54	41.68	9.68	6.56			ด้วย

จากตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ จำนวนค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทศนคติของนักเรียนเกี่ยวกับการ
ป้องกันโรคใช้เลือดออก พบว่าคะแนนค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทศนคติของนักเรียนเกี่ยวกับการ
ป้องกันโรคใช้เลือดออกอยู่ในระดับเห็นด้วย (\bar{X} =3.57, S.D = 0.70)



ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ จำนวนค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทศนคติของนักเรียนเกี่ยวกับการป้องกันโรค ไข้เลือดออก ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายโรงเรียนบ้านจอหอ ตำบลจอหอ อำเภอเมือง จังหวัด นครราชสีมา (n=125)

ระดับทัศนคติ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับไม่แน่ใจ	59	47.2
ระดับเห็นด้วย	66	52.8
รวม	125	100

Min= 3, Max= 4 , \bar{X} = 3.52 , S.D. = 0.50

จากตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ จำนวนค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทศนคติของนักเรียนเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายโรงเรียนบ้านจอหอ ตำบลจอหอ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก (\bar{X} = 3.52, S.D.=0.52)

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปัจจัยเอื้อต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกของ นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายโรงเรียนบ้านจอหอ ตำบลจอหอ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา (n=125)

ข้อความ	ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่เคย	\bar{X}	S.D.	ระดับ
	ประจำ	บางครั้ง	ปฏิบัติ			
	จำนวน	จำนวน	จำนวน			
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)			
1. นักเรียนได้รับการสนับสนุนปลากินลูกน้ำเพื่อ ปล่อยในแหล่งกักเก็บน้ำที่บ้าน	(60)	(65)	(0)	2.48	0.502	ดี
2. นักเรียนได้รับการสนับสนุน ทรายอะเบทจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	(66)	(55)	(4)	2.50	0.563	ดี
	52.8	44.0	3.2			

ข้อความ	ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่เคย	\bar{x}	S.D.	ระดับ
	ประจำ จำนวน (ร้อยละ)	บางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)			
3. ถ้าหากนักเรียนมีอาการสงสัยว่าเป็นโรค ไข้เลือดออกนักเรียนจะไปพบครู	(78) 62.4	(45) 36.0	(2) 1.6	2.61	0.522	ดี
4. ถ้าหากนักเรียนมีอาการสงสัยว่าเป็นโรค ไข้เลือดออกนักเรียนจะไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	(71) 56.0	(49) 39.8	(5) 4.0	2.53	0.576	ดี
5. เจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขได้มีการมาฉีดพ่น สารเคมีในโรงเรียน	(56) 44.8	(69) 55.2	(0) 0	2.45	0.499	ดี
6. เจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขได้มีการมาฉีดพ่น สารเคมีที่บ้านของนักเรียน	(73) 58.4	(47) 37.6	(5) 4.0	2.54	0.575	ดี
เฉลี่ยรวมรายข้อ	(67.33) 53.73	(55) 43.96	(2.66) 2.13	2.50	0.53	ดี

จากตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปัจจัยเอื้อต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียน พบว่า โดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปฏิบัติประจำที่มีผลต่อปัจจัยเอื้อต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับดี (\bar{x} =2.50,S.D =0.53)

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายโรงเรียนบ้านจอหอ ตำบลจอหอ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา (n=125)

ข้อความ	ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่เคย	\bar{x}	S.D.	ระดับ
	ประจำ	บางครั้ง	ปฏิบัติ			
	จำนวน	จำนวน	จำนวน			
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)			
1. นักเรียนได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคไข้เลือดออกจากโทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ อินเทอร์เน็ต เสียงตามสายของโรงเรียน ฯลฯ	(63) 60.4	(59) 47.2	(3) 2.4	2.48	0.548	ดี
2. ครูของนักเรียนให้คำแนะนำในการป้องกันโรคไข้เลือดออกและกระตุ้นให้นักเรียนปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก	(50) 40.0	(74) 59.2	(1) 0.8	2.39	0.506	ดี
3. อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้ให้ข้อมูลคำแนะนำ ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	(58) 46.4	(65) 52.0	(2) 1.6	2.45	0.513	ดี
4. นักเรียนได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกจากครู	(50) 40.0	(66) 52.8	(9) 7.2	2.33	0.606	ดี
5. นักเรียนได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	(59) 47.2	(52) 41.6	(14) 11.2		0.677	ดี
6. โรงเรียนของนักเรียนมีนโยบายทำลายแหล่งเพาะพันธุ์และกำจัดลูกน้ำยุงลาย	(49) 39.2	(67) 53.6	(9) 7.2	2.32	0.604	ปานกลาง
7. โรงเรียนของนักเรียนได้รับทรายอะเบทเพียงพอในการกำจัดลูกน้ำยุงลาย	(62) 49.6	(57) 45.6	(6) 4.8	2.45	0.88	ดี
เฉลี่ยรวมรายข้อ	(55.85) 46.11	(62.85) 50.28	(11.85) 19.42	2.39	0.61	ดี

จากตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่า โดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปฏิบัติบางครั้งที่มีผลต่อปัจจัยเอื้อต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับดี (\bar{X} =2.39, S.D = 0.61)

อภิปรายผล

1. จากการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ปัจจุบันนักเรียนอาศัยอยู่กับรายได้ของครอบครัว ประวัติการรักษาโรคไข้เลือดออกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายโรงเรียนบ้านจ้อหอ ตำบลจ้อหอ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับ (วัชระ กันทะโย, 2556) การศึกษาด้านปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความพอเพียงของทรัพยากรและสิ่งอำนวยความสะดวกจากหน่วยบริการของภาครัฐในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ($p=0.00$) และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข, อสม. หรือบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว และการได้รับแรงจูงใจโดยการได้รับรางวัลจากส่วนราชการได้รับคำชมจากเจ้าหน้าที่ ($p=0.007$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่มีประสิทธิภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายโรงเรียนบ้านจ้อหอ ตำบลจ้อหอ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าไม่สัมพันธ์กับสมมติฐานที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับการศึกษา (องค์อร ประจันเขตต์, 2555) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของนักเรียนโรงเรียนเขาเพิ่มนารีผลวิทยา อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก ผลการศึกษาพบว่า ระดับความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 63.33, 82.50 และ 53.33 ตามลำดับ ดังนั้นโรงเรียนหรือหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องเช่นองค์การบริหารส่วนตำบลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมไปถึงผู้ประกอบการ ควรให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกโดยเร็ว และปลูกฝังให้นักเรียนรวมทั้งประชาชนมีทัศนคติเห็นความสำคัญของโรคไข้เลือดออก โดยชี้ให้เห็นถึงอันตรายจากโรคไข้เลือดออก ให้มีความสำคัญกับการป้องกันมากกว่าการแก้ไขเมื่อเกิดโรคแล้ว และสร้างความตระหนักในการช่วยกันกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายว่าเป็นหน้าที่ของทุกคนในชุมชนที่ต้องร่วมมือกันมีการประชุมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการควบคุมลูกน้ำยุงลายในกลุ่มของนักเรียน และประชาชนให้มากขึ้น เปิดโอกาสให้นักเรียนเป็นแกนนำในการรณรงค์ป้องกันไข้เลือดออกในชุมชนเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายนำไปสู่การป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออกในชุมชนได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งนี้

บุคลากรสาธารณสุข คุณครู อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านควรมีการให้ความรู้ คำแนะนำ ตลอดจนการแจกอุปกรณ์ในการป้องกันยุ่ง่าย เช่น ทายอะเบท และการพันสารเคมี ฯลฯ เพื่อไม่ให้นักเรียนและคนในครอบครัวเกิดโรคไข้เลือดออก

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาบริบท ความเป็นอยู่ของนักเรียนตลอดจนคนในครอบครัว ควรมีความรู้ ความเข้าใจ การดูแลตัวเอง เพื่อไม่ให้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกหรือวิธีการป้องกันตัวเองและคนในครอบครัวต่อไปได้

เอกสารอ้างอิง

- วัชร กันทะโย. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในเขตตำบลท่าเตื่อ อำเภอดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่. วารสารพิษเนศวรรสาร. 9(2), 63-79.
- วัชรพันธ์ แน่ประโคน. (2544). การป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพัฒนาสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อดุลย์ ฉายพงษ์ และสุกัญญา อินลักษ์ณ. (2562). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของเด็กวัยเรียน อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี. ปราจีนบุรี: โรงพยาบาลนำดี.
- อุษณีย์ แขวางินทร์. (2547). พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ตำบลบางโฉลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- องค์อร ประจันเขตต์. (2555). ความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของนักเรียนโรงเรียนเขาเพิ่มนารีผลวิทยา อ.บ้านนา จ.นครนายก. วารสารแพทย์ทหารบก. 65(3), 159-165.

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตอำเภอบัวเขต จังหวัดสุรินทร์

บุญนาค กระแสเทพ¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประชากรคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีรายชื่อตามทะเบียนรักษาโรคเบาหวานของคลินิกโรคเบาหวานของโรงพยาบาลบัวเขต จังหวัดสุรินทร์ ปีพ.ศ.2562 จำนวน 860 คน ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนของ Daniel ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 279 ราย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลคือแบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ระบบบริการสุขภาพ การรับรู้ด้านสุขภาพ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และพฤติกรรมการใช้ยา ทดสอบคุณภาพของแบบสอบถามโดยแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน นำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.904 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วย ผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพ การได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การได้รับการเยี่ยมบ้าน การได้รับบริการหัตถการ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะแทรกซ้อน แรงสนับสนุนภายในครอบครัว และการใช้สมุนไพรและแพทย์ทางเลือก ตามลำดับ ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย การใช้สมุนไพรและแพทย์ทางเลือก ($P\text{-value}<0.001$) การได้รับการเยี่ยมบ้าน ($P\text{-value}<0.001$) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ($P\text{-value}=0.006$) มีผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพ ($P\text{-value}=0.002$) แรงสนับสนุนภายในครอบครัว ($P\text{-value}=0.005$) การได้รับบริการหัตถการ ($P\text{-value}=0.040$) ตามลำดับ ตัวแปรอิสระทั้ง 6 ตัว ดังกล่าวนี้อาจสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 61.8 ($R^2 = 0.618$)

คำสำคัญ : พฤติกรรมการใช้ยา, การรับรู้ด้านสุขภาพ, โรคเบาหวานชนิดที่ 2

¹ เกสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลบัวเขต จังหวัดสุรินทร์ E-mail: boonarkkrasathep@gmail.com



Factors affecting to medication taking behaviors among type 2 diabetes mellitus patients in Buached District, Surin Province

Boonnark Krasathep¹

Abstract

This descriptive research study aimed to study factor affecting to medication taking behaviors among type 2 diabetes mellitus patients. Population in this study consisted of 860 type 2 diabetes mellitus patients which be registered Bauched District, Surin Province, in fiscal year 2019 and the sample size calculating used Daniel formula for 279 cases, and systematic random sampling was determined for collecting data. Data collected by questionnaire composed of 5 parts including, characteristics, health service system, health perception, cue to action, and medication taking behaviors. In addition to check questionnaire standardization, validity was checked by 3 experts and try out testing reliability by Cronbach’s coefficient alpha about 0.904. Data analyzed using statistical as Pearson product moment correlation coefficient and Stepwise multiple regression analysis.

An association analyzed found that, factor was associated with the medication taking behaviors among type 2 diabetes mellitus patients with statistic significant level 0.05 including; care giver, complication screening, health information receiving, home visiting, medical procedure receiving, perceived risk complication, perceived severity complication, perceived benefit complication, perceived barrier complication, family member support, herbal used and alternative medicine, respectively. Prediction model analyzed reported that overall selected factors accounted for 61.8% of the variance the medication taking behaviors among type 2 diabetes mellitus patients. Six selected factors including; herbal used and alternative medicine (P-value<0.001) home visiting (P-value<0.001) perceived barrier complication (P-value=0.006) care giver (P-value=0.002) family member support (P-value=0.005) medical procedure receiving (P-value=0.040), respectively. Six factors still significantly predicted the medication taking behaviors among type 2 diabetes mellitus patients

Keywords: Medication taking behaviors, Health perception, Type 2 diabetes mellitus

¹ Pharmacist, Professional Level, Pharmaceutical and Consumer Protection Division, Buached Hospital, Surin Province

E-mail: boonnarkkrasathep@gmail.com

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่ทั่วโลกให้ความสนใจ เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และสามารถถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์และมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทุกปี จากสถิติขององค์การอนามัยโลกโดย American Diabetes Association (ADA) ในปี พ.ศ.2543 พบว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกมากกว่า 171 ล้านคน คาดการณ์ว่าในอีก 20 ปีข้างหน้า (พ.ศ.2573) จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานมากถึง 438 ล้านคน พบมากในประชากรวัยทำงานและในประเทศที่ยากจนถึงปานกลางเป็นส่วนใหญ่ (World Health Organization [WHO], 2009) สำหรับประเทศไทยมีอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นทุกปี องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานจะเพิ่มขึ้นจาก 1,536,000 คน ในปี พ.ศ.2543 เป็น 2,739,000 คน ในปี พ.ศ. 2573 (World Health Organization, 2009) จากรายงานข้อมูลตามตัวชี้วัดในระบบฐานข้อมูล (Health Data Center (HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ.2560-2564 พบว่า อัตรา ด้วยโรคเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเท่ากับ 579.07, 508.29, 472.19, 470.19 และ 482.22 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานจะได้รับการบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีจะมีอัตราเพิ่มขึ้นก็ตาม แต่ยังคงพบว่าจากผลการประเมินอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เริ่มมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เท่ากับ ร้อยละ 2.45, 2.47, 2.46, 2.39 และ 3.17 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2564) จังหวัดสุรินทร์ ในช่วงปี พ.ศ.2560-2564 สถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานของประชาชนในจังหวัดสุรินทร์ พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ มีอัตราด้วยโรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้น เท่ากับ 388.61, 342.92, 373.17, 505.38 และ 342.92 ต่อแสนประชากร และยังคงพบแนวโน้มการเพิ่มสูงขึ้นของอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เท่ากับ ร้อยละ 1.50, 2.27, 2.53, 1.98 และ 2.67 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

เบาหวานเป็นกลุ่มโรคเมตาบอลิซึมในร่างกายที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ สาเหตุเนื่องมาจากการขาดฮอร์โมนอินซูลินหรือประสิทธิภาพของอินซูลินลดลง (American Diabetes Association, 1997) และหากระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลาต่างๆ จะก่อให้เกิดความผิดปกติในการทำงานต่ออวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ได้แก่ ตา ไต เส้นประสาท หัวใจและหลอดเลือด (ชัยชาญ ดีโรจน์วงศ์ และคณะ, 2546) โรคเบาหวานไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมการดำเนินของโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ โดยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด ซึ่งประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและการได้รับยารักษาเบาหวานอย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยเบาหวานมีการใช้ยาไม่ถูกต้องหรือใช้ยาไม่ต่อเนื่องจะทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับปกติ ซึ่งมีผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้ทั้งเฉียบพลันและเรื้อรังตามมา

ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานจากโรค ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวนมาก เป็นภาระต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม การศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานพบว่า มีการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องหลายประการ เช่น การใช้ยาไม่ถูกวิธี ใช้ยาผิดเวลา ลืมรับประทานยา/ฉีดยา หยุดยาเอง ปรับขนาดยาเอง ซ้ำอยากรับประทานเอง นำยาของผู้อื่นมาใช้ รวมถึงการใช้ยาสมุนไพรหรือยาแผนโบราณ และยาจากแหล่งอื่นๆ จากสภาพปัญหาของพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอบัวเขต จังหวัดสุรินทร์ ผู้รับผิดชอบงานโรคเบาหวานของโรงพยาบาลบัวเขตและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรหาวิธีการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับหลักการใช้ยาที่ถูกต้องและเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้มีความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองมากขึ้น มีความตั้งใจที่จะยอมรับการรักษาและปฏิบัติตามคำแนะนำ เช่น การทำสื่อกระตุ้นและพยายามให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ควรรักษาความสัมพันธ์อันดีระหว่างแพทย์ เจ้าหน้าที่จ่ายยา และเจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการให้ยังคงอยู่ในระดับสูงเช่นนี้ต่อไป

จากสถานการณ์ข้อมูลการป่วยด้วยโรคเบาหวานและปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่ผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตอำเภอบัวเขต จังหวัดสุรินทร์ เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้ในการพัฒนาระบบการให้บริการด้านเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและเป็นการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพแบบเชิงรุก เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาได้อย่างถูกต้อง

วิธีดำเนินการวิจัย (Materials and Methods)

การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research study) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม-พฤษภาคม พ.ศ.2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีรายชื่อขึ้นทะเบียนรักษาโรคเบาหวานของคลินิกโรคเบาหวานของโรงพยาบาลบัวเขต จังหวัดสุรินทร์ ปีงบประมาณ 2562 จำนวน 860 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าศึกษาคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ โดยมีผลการตรวจระดับน้ำตาลในพลาสมาจากหลอดเลือดดำหลังอดอาหาร มากกว่า 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรยืนยัน ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวาน ได้แก่ ตา ไต เท้า หัวใจ เกณฑ์การคัดออกคือ เจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ และมีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Daniel (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 279 คน

การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นตัวแทนในการเก็บข้อมูล โดยนำรายชื่อจากทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวานมาเรียงลำดับตามตัวอักษร ก ถึง ฮ แล้วคำนวณค่าระยะห่างของการสุ่ม เท่ากับ 3 หลังจากนั้นเริ่มสุ่มหยิบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างคนแรก แล้วหยิบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างลำดับถัดไปโดยเว้นระยะห่างของรายชื่อเท่ากับ 3 สุ่มหยิบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างไปจนครบจำนวน 279 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน สิทธิด้านการรักษาพยาบาล ระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวาน ระดับ HbA1C ประวัติญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน ผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักของครอบครัว ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ระบบบริการสุขภาพของสถานบริการสาธารณสุข ประกอบด้วย การได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน การให้สุขศึกษา การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การได้รับการเยี่ยมบ้าน การได้รับบริการหัตถการ ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิด ของ Best John W. (1997) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ความคิดเห็นระดับสูง คะแนนระหว่าง 3.67–5.00 ระดับปานกลางคะแนนระหว่าง 2.34–3.66 และระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 1.00–2.33

ส่วนที่ 3 การรับรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์การใช้ยารักษาโรคเบาหวาน การรับรู้อุปสรรคการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิด ของ Best John W. (1997) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ความคิดเห็นระดับสูง คะแนนระหว่าง 3.67–5.00 ระดับปานกลางคะแนนระหว่าง 2.34–3.66 และระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 1.00–2.33

ส่วนที่ 4 ปัจจัยสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ประกอบด้วย แรงสนับสนุนภายในครอบครัว แรงสนับสนุนจากภายนอก การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ การส่งต่อ การใช้สมุนไพรและแพทย์ทางเลือก ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิด ของ Best John W. (1997) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ความคิดเห็นระดับสูง คะแนนระหว่าง 3.67–5.00 ระดับปานกลางคะแนนระหว่าง 2.34–3.66 และระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 1.00–2.33

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย ความพึงพอใจแผนการรักษา การใช้ยาถูกชนิด การใช้ยาถูกขนาด ใช้ยาถูกวิธี ถูกเวลา ความสม่ำเสมอในการใช้ยา การรักษาคุณภาพยา และให้ความร่วมมือในการตรวจสอบการกินยา ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิด ของ Best John W. (1997) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ความคิดเห็นระดับสูง คะแนนระหว่าง 3.67–5.00 ระดับปานกลางคะแนนระหว่าง 2.34–3.66 และระดับต่ำคะแนนระหว่าง 1.00–2.33

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, 1997) เท่ากับ 0.904

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation coefficient) และการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (68.82%) มีอายุระหว่าง 50–65 ปี (53.76%) (\bar{X} =60, S.D.=9.593, Min=29, Max=91) มีสถานภาพสมรสคู่/แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน (85.66%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (78.14%) มีเพียงร้อยละ 3.23 ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ประกอบอาชีพเกษตรกร (ทำนา ทำสวน ทำไร่) (61.29%) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท (70.61%) (\bar{X} =9,055.91, S.D.=22.797.11, Max=100,000, Min=600) สำหรับระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน น้อยกว่า 5 ปี (49.82%) (\bar{X} =7.24, S.D.=4.99, Max=22, Min=1) มีระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1C) มากกว่า 7 เดซิลิตรขึ้นไป (54.84%) (\bar{X} =7.64, S.D.=1.612, Max=14, Min=4) ส่วนใหญ่ใช้สิทธิ์บัตรผู้สูงอายุ (42.29%) ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีผู้ดูแล (92.82%) ผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นหลักคือ สามีและ/หรือภรรยา (66.31%)

ระบบบริการสุขภาพของสถานบริการสาธารณสุข ประกอบด้วย การได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน การให้สุขศึกษา การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การได้รับการเยี่ยมบ้าน และการได้รับบริการหัตถการ ในภาพรวมมีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับสูง (97.13%) (\bar{X} =4.56, S.D.=2.971) การรับรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์การใช้ยารักษาโรคเบาหวานและการรับรู้อุปสรรคการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน

ในภาพรวมมีระดับการรับรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง (87.46%) (\bar{X} =4.29, S.D.=0.441) ปัจจัยสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ประกอบด้วย แรงสนับสนุนภายในครอบครัว แรงสนับสนุนจากภายนอก การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพและการส่งต่อ การใช้สมุนไพรและแพทย์ทางเลือก ในภาพรวมมีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง (56.99%) (\bar{X} =3.71, S.D.=0.448) และ พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย ความพึงพอใจแผนการรักษา การใช้ยาถูกชนิด การใช้ยาถูกขนาด ใช้ยาถูกวิธี ถูกเวลา ความสม่ำเสมอในการใช้ยา การรักษาคุณภาพยา ให้ความร่วมมือในการตรวจสอบการกินยา ในภาพรวมมีระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง (82.08%) (\bar{X} =4.21, S.D.=0.532) ตามลำดับ (ตาราง 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระบบบริการสุขภาพ การรับรู้ด้านสุขภาพ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตอำเภอบัวเขต จังหวัดสุรินทร์

ตัวแปร	ระดับ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ระบบบริการสุขภาพ	271	97.13	8	2.87	-	-	4.56	2.971
- การให้สุขศึกษา	268	96.06	11	3.94	-	-	4.69	2.960
- การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ	267	95.70	12	4.30	-	-	4.43	2.957
- การได้รับการเยี่ยมบ้าน	238	85.30	41	14.70	-	-	4.45	2.853
- การได้รับบริการหัตถการ	275	98.57	4	1.43	-	-	4.82	2.885
การรับรู้ด้านสุขภาพ	244	87.46	35	12.54	-	-	4.29	0.441
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อน	246	88.17	32	11.47	1	0.36	4.44	0.519
- การรับรู้ความรุนแรงของการเกิด ภาวะแทรกซ้อน	230	82.44	48	17.20	1	0.36	4.26	0.600
- การรับรู้ประโยชน์การใช้ยารักษา โรคเบาหวาน	271	97.13	7	2.51	1	0.36	4.65	0.447
- การรับรู้อุปสรรคการใช้ยารักษา โรคเบาหวาน	155	55.56	121	43.37	3	1.08	3.72	0.673

ตัวแปร	ระดับ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ	120	43.01	159	56.99	-	-	3.71	0.448
- แรงสนับสนุนภายในครอบครัว	111	39.78	155	55.56	13	4.66	3.78	0.823
- แรงสนับสนุนจากภายนอก	175	62.72	97	34.77	7	2.51	3.97	0.526
- การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพและ การส่งต่อ	275	98.57	4	1.43	-	-	4.78	0.569
- การใช้สมุนไพรและแพทย์ทางเลือก	42	15.05	25	8.96	212	75.99	1.81	1.246
พฤติกรรมการใช้ยา	229	82.08	50	17.92	-	-	4.21	0.532
- ความพึงพอใจแผนการรักษา	247	88.53	19	6.81	13	4.66	4.06	0.783
- การใช้ยาถูกชนิด	112	40.14	151	54.12	16	5.73	3.99	0.826
- การใช้ยาถูกขนาด	224	80.29	30	10.75	25	8.96	4.43	0.912
- การใช้ยาถูกวิธี ถูกเวลา	199	71.33	72	25.81	8	2.87	4.14	0.632
- ความสม่ำเสมอในการใช้ยา	220	78.85	44	15.77	15	5.38	4.37	0.835
- การรักษาคุณภาพยา	220	78.85	44	15.77	15	5.38	4.37	0.835
- ให้ความร่วมมือในการตรวจสอบการ กินยา	256	91.76	23	8.24	-	-	4.59	0.625

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ระบบบริการสุขภาพของสถานบริการสาธารณสุข การรับรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตอำเภอบัวเขต จังหวัดสุรินทร์ ได้แก่ มีผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพ ($r=0.264$, $P\text{-value}<0.001$) ระบบบริการสุขภาพของสถานบริการสาธารณสุข ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตอำเภอบัวเขต จังหวัดสุรินทร์ ได้แก่ การได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ($r=0.319$, $P\text{-value}<0.001$) การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ($r=0.177$, $P\text{-value}=0.003$) การได้รับการเยี่ยมบ้าน ($r=0.440$, $P\text{-value}<0.001$) การได้รับบริการหัตถการ ($r=0.179$, $P\text{-value}=0.003$) ตามลำดับ การรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตอำเภอบัวเขต จังหวัดสุรินทร์ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ($r=0.673$, $P\text{-value}<0.001$) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิด

ภาวะแทรกซ้อน ($r=0.382$, $P\text{-value}<0.001$) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ($r=0.209$, $P\text{-value}<0.001$) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ($r=0.472$, $P\text{-value}<0.001$) ตามลำดับ ปัจจัยสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตอำเภอบัวเขต จังหวัดสุรินทร์ ได้แก่ แรงสนับสนุนภายในครอบครัว ($r=0.271$, $P\text{-value}<0.001$) การใช้สมุนไพรและแพทย์ทางเลือก ($r=0.706$, $P\text{-value}<0.001$) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ระบบบริการสุขภาพ การรับรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ตัวแปรอิสระ	พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
คุณลักษณะส่วนบุคคล			
- ผู้ทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพ	0.264	<0.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ระบบบริการสุขภาพ	0.256	<0.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน	0.319	<0.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การให้สุศึกษา	0.097	0.104	ไม่มีความสัมพันธ์
- การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ	0.177	0.003*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การได้รับการเยี่ยมบ้าน	0.440	<0.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
การรับรู้ด้านสุขภาพ	0.472	<0.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน	0.673	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน	0.382	<0.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	0.209	<0.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	0.472	<0.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ปัจจัยสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ	0.255	<0.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- แรงสนับสนุนภายในครอบครัว	0.271	<0.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- แรงสนับสนุนจากภายนอก	0.050	0.403	ไม่มีความสัมพันธ์
- การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพและการส่งต่อ	0.101	0.093	ไม่มีความสัมพันธ์
- การใช้สมุนไพรและแพทย์ทางเลือก	0.706	<0.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก



ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย การใช้สมุนไพร และแพทย์ทางเลือก (P-value<0.001) การได้รับการเยี่ยมบ้าน (P-value<0.001) การรับรู้อุปสรรคของการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน (P-value=0.006) มีผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพ (P-value=0.002) แรงสนับสนุน ภายในครอบครัว (P-value=0.005) การได้รับบริการหัตถการ (P-value=0.040) ตามลำดับ ตัวแปรอิสระทั้ง 6 ตัว สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 61.8 ($R^2 = 0.618$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 เขตอำเภอบัวเขต จังหวัดสุรินทร์

ตัวแปรอิสระ (ตัวพยากรณ์)	B	S.E.	Beta	t	P-value
1. การใช้สมุนไพรและแพทย์ทางเลือก	0.282	0.022	0.540	12.673	<0.001
2. การได้รับการเยี่ยมบ้าน	0.250	0.046	0.230	5.468	<0.001
3. การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	0.091	0.033	0.123	2.782	0.006
4. มีผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพ	0.067	0.021	0.120	3.113	0.002
5. แรงสนับสนุนภายในครอบครัว	0.078	0.028	0.115	2.805	0.005
6. การได้รับบริการหัตถการ	0.264	0.128	0.082	2.069	0.040
Constant	1.823	0.370	-	4.924	<0.001

ค่าคงที่ = 0.269, F = 73.370, P-value<0.001, R = 0.786, $R^2 = 0.618$

การอภิปรายผล

ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตอำเภอบัวเขต จังหวัดสุรินทร์ประกอบด้วย การใช้สมุนไพรและแพทย์ทางเลือก การได้รับการเยี่ยมบ้าน การรับรู้อุปสรรคการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน มีผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพ แรงสนับสนุนภายในครอบครัว การได้รับบริการหัตถการ (P-value<0.001) ตามลำดับ

การใช้สมุนไพรและแพทย์ทางเลือกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (P-value<0.001) จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรและแพทย์ทางเลือกที่ได้รับอยู่ในระดับสูง (74.10%) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า พฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรของผู้ป่วยโรคเบาหวานเนื่องมาจากยาสมุนไพรเป็นยาพื้นบ้านที่นิยมใช้กันมาช้านาน บางครัวเรือนมีการ

ปลูกพืชสมุนไพรไว้ใช้เอง รวมทั้งมีการแจกจ่ายให้เพื่อนบ้านจึงทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อว่า สมุนไพรทุกชนิดมีคุณประโยชน์ต่อร่างกายไม่มีอันตราย และในปัจจุบันมีการผลิตยาสมุนไพรหลายรูปแบบ มีการโฆษณาประชาสัมพันธ์ที่มักอวดอ้างสรรพคุณในการรักษาโรคเบาหวานได้ รวมถึงการได้รับข้อมูลข่าวสารจากเพื่อนผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วยกัน ซึ่งถือว่าเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อความคิดความเชื่อ เกิดการโน้มน้าวใจและจูงใจทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการใช้สมุนไพรเพิ่มมากขึ้น และนำไปสู่การใช้สมุนไพรในการรักษาโรคเบาหวานของตนเอง อีกทั้งปัจจุบันการหาซื้อสมุนไพรสามารถหาซื้อได้ง่าย ดังนั้นผู้ป่วยโรคเบาหวานบางรายที่ป่วยมานานจึงอาจจะสนใจและเสาะแสวงหายาสมุนไพรมารับประทานควบคู่กับยาที่แพทย์สั่งให้ โดยมุ่งหวังให้อาการหรือโรคที่เป็นอยู่ดีขึ้นและเชื่อว่าจะทำให้หายจากโรคเร็วขึ้นหรืออาจมุ่งหวังเพื่อใช้ป้องกันหรือรักษาโรคอื่นๆ ที่เป็นร่วมกับโรคเรื้อรังที่ตนเองเป็นอยู่ (สุรชัย อัญเชิญ, 2543)

การได้รับการเยี่ยมบ้าน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ($P\text{-value} < 0.001$) เนื่องจากการเยี่ยมบ้านเป็นกลวิธีหนึ่งซึ่งช่วยในการดูแล การสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน โดยยึดหลักการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ในการตัดสินใจ กำหนดเป้าหมายและวางแผนการดูแลรักษา เพื่อให้มีความรู้ที่ถูกต้องเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยเฉพาะการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลาการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลทำให้ปริมาณงานและค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยลดลง ทั้งนี้การเยี่ยมบ้านปกติจะกระทำอย่างน้อยปีละครั้งต่อครอบครัว (สำนักการพยาบาล, 2556) เนื่องจากผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการเยี่ยมบ้านจากทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลบัวเขตจะเป็นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยโรคเบาหวานและบุคลากรสาธารณสุข ทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่องเพราะทีมสหวิชาชีพที่ออกเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยจะมีการประเมินอาการและการทานยารักษาโรค เมื่อทีมสหวิชาชีพมาเยี่ยมบ้านจะทำให้บุคคลในครอบครัวสามารถดูแลท่านได้อย่างมั่นใจเพิ่มขึ้นและทีมสหวิชาชีพออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานจะเป็นการสนับสนุนให้กำลังใจและเป็นการกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการใช้ยาโรคเบาหวานที่ถูกวิธี ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ อานนท์ แก้วบำรุง (2560) พบว่า ทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลถลาง ใช้รูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานที่บ้านและในชุมชน เพื่อเป็นการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเป็นการสนับสนุนให้กำลังใจและกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้



การรับรู้อุปสรรคการใช้ยารักษาโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ($P\text{-value} < 0.001$) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า การรับรู้อุปสรรคการใช้ยารักษาโรคเบาหวานเป็นปัจจัยที่ขัดขวางพฤติกรรมที่ถูกต้อง เป็นการคาดการณ์ไว้ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบเกี่ยวกับข้อเสียหรืออุปสรรคต่างๆของการปฏิบัติ ทำให้บุคคลหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรม (Becker, 1974) ซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานทราบว่าการไม่ใช้ยาให้ถูกต้องตามหลักความปลอดภัยจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานตามมา สอดคล้องกับทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2006) ที่กล่าวว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพถึงร้อยละ 79 ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ สุมาลี วัจนากร (2561) พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากผู้ป่วยสามารถเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลซึ่งอยู่ไม่ไกล สามารถเดินทางไปมาเพื่อเข้ารับบริการได้สะดวกใช้เวลาไม่นาน และมีรถประจำทาง รวมทั้งผู้ป่วยไม่ต้องกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพราะใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรับรู้อุปสรรคในระดับปานกลาง

ผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ($P\text{-value} < 0.001$) ผู้ทำหน้าที่ผู้ดูแล (Care giver) เป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่ตนเองดูแลอยู่ เพราะส่วนใหญ่เป็นสามีและ/หรือภรรยา (66.31%) ซึ่งถือว่าเป็นบุคคลที่ร่วมทุกข์ร่วมสุขด้วยกันมาตลอดทั้งชีวิต ดังนั้นผู้ดูแลกลุ่มนี้จึงมีความเข้าใจถึงความจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นคู่ชีวิต ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสมีหน้าที่ในการดูแลซึ่งกันและกัน (Beach Moloeny & O.H., 1992) นอกจากนี้ผู้ดูแล ร้อยละ 25.09% คือบุตรของผู้ป่วย ดังนั้นผู้ดูแลจึงทำหน้าที่ทั้งเป็นผู้ดูแลหลักหรือญาติผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) และผู้ดูแลรองหรือญาติผู้ดูแลรอง (Secondary Caregiver) ทำให้เกิดสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน สมาชิกในครอบครัวมีส่วนทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถปรับตัวจากการมีส่วนร่วมในการดูแลกันและกัน การสนับสนุนทางอารมณ์จากผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวจะส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถพัฒนาทักษะการปฏิบัติหน้าที่ของตนเอง สามารถจัดการปัญหาต่างๆ รวมทั้งสามารถดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ดีขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแล (ศิริพันธ์ สาสัจย์, 2544) การมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคเบาหวานในฐานะบิดา มารดา บุตร สามี ภรรยา ญาติพี่น้องหรือตอบแทนบุญคุณที่ผู้สูงอายุเคยช่วยเหลือผู้ดูแลมาก่อน การที่ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมกับผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้น ความสัมพันธ์ที่ีระหว่างผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ดูแลจะก่อให้เกิดความสนใจและสงสารที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งทำให้ผู้ดูแลมีความตั้งใจและเต็มใจในการดูแลนอกจากนั้น เหตุผลของการรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน อาจเกิดจากผู้ดูแลส่วนหนึ่งมีความผูกพันกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยเป็นสามี ภรรยา บิดาหรือมารดากับบุตรเป็นความผูกพันที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีต่อกันตั้งแต่ก่อนการเจ็บป่วย (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2548)

แรงสนับสนุนภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (P-value<0.001) พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความคิดเห็นเกี่ยวกับแรงสนับสนุนภายในครอบครัวที่ได้รับอยู่ในระดับปานกลาง (56.90%) การที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการดูแลจากครอบครัวเนื่องมาจากผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.40 ซึ่งทำหน้าที่เป็นแม่บ้าน ด้วยบทบาทของผู้ป่วยดังกล่าวจะต้องทำหน้าที่ในการดูแลสมาชิกในครอบครัวในเรื่องการจัดเตรียมอาหารสำหรับสมาชิกในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับตนเองและทำให้สมาชิกในครอบครัวมีโอกาสได้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วย ซึ่งจะเห็นได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยตัวแปรชื่อ ผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเป็นหลักคือ สามีและ/หรือภรรยา (45.70%) เนื่องจากบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานคอยเตือนผู้ป่วยให้รับประทานยาโรคเบาหวานให้ตรงเวลาและต่อเนื่อง การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Gallant และคณะ (2003) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ภณชิตา อัฐรัตน์ (1998) ที่พบว่า การสนับสนุนของครอบครัวสามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.01)

การได้รับบริการหัตถการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (P-value=0.003) จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการได้รับบริการหัตถการที่ได้รับอยู่ในระดับสูง (98.57%) เนื่องจากผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มากกว่า 70% และมีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน มากกว่า 10 ปี (21.15%) ซึ่งมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้น โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องการที่จะได้รับบริการหัตถการหลายอย่าง เช่น โรงพยาบาลบัวเขตควรมีบริการตรวจเลือดทุกครั้ง เพื่อนำมาใช้ประเมินระดับน้ำตาล เมื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานมีบาดแผลสามารถมารับบริการทำแผลที่สถานบริการสาธารณสุขได้ทุกวันจนกว่าบาดแผลจะหาย ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ (2562) พบว่าการได้รับบริการหัตถการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เทศบาลนครนครสวรรค์ (P-value=0.002)

ข้อเสนอแนะ

1. จากข้อมูลพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ถึงแม้ในภาพรวมผู้ป่วยโรคเบาหวานจะอยู่ในระดับสูง แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านแล้วจะพบว่า พฤติกรรมด้านการใช้ยาถูกชนิดยังอยู่ในระดับปานกลาง (54.12%) ในประเด็นการตรวจสอบชนิดยาให้ถูกต้องตามที่ใช้เป็นประจำหลังจากรับยาจากเภสัชกร ดังนั้น ฝ่ายเภสัชกรรมควรมีการกำหนดกลวิธีในการตรวจสอบชนิดยาให้ตรงกับรายชื่อผู้ป่วยโรคเบาหวาน และเพิ่มช่องทางการให้คำปรึกษาเรื่องการใช้ยาแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานเมื่อเกิดข้อสงสัยปัญหาในการใช้ยา

2. จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า แรงสนับสนุนภายในครอบครัวเป็นหนึ่งในหกของปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ ดังนั้น ทีมสหวิชาชีพควรส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น การทานยาที่ถูกต้อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2564). รายงานตามตัวชี้วัดกระทรวงปี 2566. สืบค้นเมื่อ 12 มกราคม 2564, จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page_kpi.php.
- ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์, กอบชัยพั่ววิไล. (2546). การวินิจฉัยและจำแนกโรคเบาหวาน. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- ภัณฑิลา อธิรัตน์. (2541). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์. 21(3), 22-31.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2548). ระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.).
- ศิริพันธ์ สาสัดย์. (2552). โครงการ การศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และมูลนิธิสถาบันและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- สุมาลี วัจนากร, ชุตติมา ผาติดำรงกุล และ ปราณี คำจันทร์. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมมารับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. สงขลานครินทร์เวชสาร. 26(6), 539-547.
- สุรชัย อัญเชิญ. (2543). การใช้ยาอย่างปลอดภัยไฮสโสดาระ 2000. จุลสารรวมสาระเรื่องยาเพื่อส่งเสริมบทบาทเภสัชกร. 1(3), 1-12.

- สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- อมรศักดิ์ โพธิ์อำ. (2563). พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดนครสวรรค์. **วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต**. 8(3), 603-614.
- อานนท์ แก้วบำรุง. (2560). ประสิทธิภาพของโปรแกรมระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบไร้รอยต่อของคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลกลาง จังหวัดภูเก็ต. **วารสารวิชาการแพทย์เขต 11**. 31(4), 745-756.
- American Diabetes Association. (1997). Standards of Medical Care in Diabetes-2014. **Diabetes Care**. 37(1), S14-S80.
- Beach, E.K., Moloney, B.H., and Arkon, O.H., (1992). The spouse: A factor in recovery after myocardial infarction. In **Heart & Lung: Journal of Clinical Care**. 1, 30-38.
- Becker, Marshall H. (1974). The Health Belief Model and Preventive Behavior. **Health Education Monographs**. 2, 324-508.
- Best, John W. (1977). **Research is Evaluation**. (3rd ed). Englewood cliffs: N.J. Prentice Hall.
- Cronbach. (1997). **Essentials of Psychological Testing**. New York: Harper and Row.
- Daniel W.W. (2010). **Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences**. (9th ed). New York: John Wiley & Sons.
- Gallant, A. R., Rossi, P. E., Touchen, G. E. (1992). Stock price and volume. **Review of Financial Studies**. 5(2), 199-242.
- Pender. NJ, Walker SN, Sechrist KR, Stromborg MF. (1990). Predicting Health-Promotion Lifestyle In the Workplace. **Nurs Res**. 39(6), 326-32.
- World Health Organization (WHO). (2009). **Diabetes : Cost**. Retrieved November 12, 2016, from <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/diabetes/en/>

บทคัดย่อ	เป็นร้อยแก้ว เขียนเฉพาะเนื้อหาที่สำคัญ ให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย (อย่างย่อ) และต้องมีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ
คำสำคัญ	ควรเลือกคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบทความ ประมาณ 3-5 คำ ใช้ตัวอักษร ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทความที่เป็นภาษาอังกฤษมีเฉพาะคำสำคัญ ภาษาอังกฤษ
บทนำ	อธิบายถึงความเป็นมาและความสำคัญที่ทำการศึกษา วิจัย ค้นคว้า ของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ สมมติฐานและขอบเขตของการวิจัย
เนื้อเรื่อง	กรณีบทความที่เป็นภาษาไทยควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย กะทัดรัดและชัดเจน การใช้คำย่อต้องมีคำสมบูรณ์ไว้ในครั้งแรกก่อน
วิธีดำเนินการวิจัย	อธิบายขั้นตอนการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการใช้เครื่องมือในการศึกษาหรือการวิจัย และวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย
สรุปผลการวิจัย	อธิบายสิ่งที่ได้จากการศึกษา ไม่ควรซ้ำกับการแสดงผล แต่เป็นการสรุป ประเด็น และสาระสำคัญของการวิจัยให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์
อภิปรายผล	อธิบายถึงผลที่ได้รับจากการศึกษาหรือการวิจัย ว่าเป็นไปตามสมมติฐานหรือไม่ ควรอ้างถึงทฤษฎี หรือผลการศึกษาของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบการอธิบาย
ข้อเสนอแนะ	อธิบายถึงการนำผลที่ได้จากการศึกษาไปใช้ประโยชน์ หรือข้อเสนอแนะ ปัญหาที่พบในการศึกษา เพื่อนำไปใช้ในการศึกษาครั้งต่อไป
เอกสารอ้างอิง	ให้เขียนเอกสารอ้างอิง ใช้ระบบนาม-ปี และหน้า (APA Style) ตามรูปแบบ ที่กำหนด

การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงใช้รูปแบบของ American Psychological Association (APA)

การอ้างอิงในบทความ กรณีที่ผู้เขียนต้องการการระบุแหล่งที่มาของข้อมูลในเรื่องให้ใช้วิธีการอ้างอิง
ในส่วนเนื้อเรื่องแบบนาม-ปี (author-date in-text citation)

การอ้างอิงท้ายบทความ เป็นการรวบรวมรายการเอกสารทั้งหมดที่ผู้เขียนบทความได้ใช้อ้างอิงในการ
เขียนบทความ 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)

กรณีที่ไม่ปรากฏเลขหน้าให้ลงแค่ชื่อผู้แต่งกับปีที่พิมพ์ไว้ในวงเล็บเดียวกัน เช่น
(ศิริโรจน์ วงศ์กระจ่าง, 2554)

2. ผู้แต่ง (ปีที่พิมพ์, เลขหน้า) กรณีมีการระบุชื่อผู้แต่งในเนื้อหาแล้ว ไม่ต้องระบุไว้ในวงเล็บท้ายข้อความที่อ้างอิง เช่น ธนกฤต วันตะเมธล์ (2554, น.90) ได้ศึกษาถึง.....

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

กรณีที่ไม่ปรากฏเลขหน้าให้ลงแค่ชื่อผู้แต่งกับปีที่พิมพ์ไว้ในวงเล็บ เช่น
(ศิริโรจน์ วงศ์กระจ่าง, 2554)

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

การส่งต้นฉบับ

1. บทความมีความยาวไม่เกิน 15 หน้า กระดาษขนาด A4 ทั้งนี้รวมรูปภาพ ตาราง และเอกสารอ้างอิง
2. การตั้งค่าน้ำกระดาษ 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 ไม่ควรรยาวมากเกินไป 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 เครื่องมือ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล 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 อำเภอเมือง 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 3 ฉบับที่ 1 ประจำเดือน มกราคม-มีนาคม 2565

วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

ฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

888 หมู่ที่ 2 ตำบลหนองบัวไต้ อำเภอเมือง จังหวัดตาก 63000

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

