



ISSN: 2730-1583

วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี นอร์ทเทิร์น

Journal of Science and Technology Northern

ปีที่ 2 ฉบับที่ 4 ประจำเดือน ตุลาคม - ธันวาคม 2564

วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีโนร์ทเทิร์น ISSN 2730-1583

Journal of Science and Technology Northern

ปีที่ 2 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2564

วัตถุประสงค์ของการจัดพิมพ์วารสาร

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

ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไตรรัตน์ ยืนยง อธิการบดีวิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

บรรณาธิการ

ดร.พุดพิงศ์ มากมาย คณบดีคณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

กองบรรณาธิการ

อาจารย์ปรางทอง	นันทะการ	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
อาจารย์ธีรพัฒน์	อินทร์ธรรม	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
อาจารย์จตุพร	แพงจักร	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
อาจารย์กล้าณรงค์	อินตะวงศ์	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณากลั่นกรองบทความ

ศาสตราจารย์ ดร.ศุภชัย	ยวาระประภาส	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รองศาสตราจารย์ สฤณ	พรมสายใจ	มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร
รองศาสตราจารย์ ดร.ไพโรจน์	เนียมนาถ	มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร
รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์	หนูสอน	มหาวิทยาลัยนเรศวร
รองศาสตราจารย์ ดร. ปัทมา	สุพรรณกุล	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธัช	กนกเทศ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิเศษ ดร.สมตระกูล ราศิริ		วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อานนท์	วงศ์มณี	มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิศักดิ์	ชั้นแก้วหล้า	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา ตาก
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัฉรา	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.จิระเกียรติ	ประสานธนกุล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก
อาจารย์ ดร.พัฒนา	นาคทอง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง
ภญ.ดร.ธีรยา	วรปาณี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย
อาจารย์ ดร.เสนห์	แสงเงิน	มหาวิทยาลัยรามคำแหง วิทยาเขตจังหวัดสุโขทัย
อาจารย์ ดร. อมรศักดิ์	โพธิ์อำ	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	สาภา	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
อาจารย์ ดร.เพชรลดา	บริหาร	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
อาจารย์ ดร.สุพัฒน์	อาสนะ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ฝ่ายจัดการและเลขานุการกองบรรณาธิการ

อาจารย์ประภาพร	คำแสนราช	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
อาจารย์จตุพร	แพ่งจักร	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	
การคำนวณขนาดตัวอย่างในการออกแบบการทดลอง วัฒนา ชยวัช และ พุทธิพงษ์ จรูญศิริพันธ์.....	1
ผลการใช้โปรแกรมสุขศึกษาป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงบ้านแม่คำตลาด อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย ประภาธิดา ศรีจันลา, เกวลี ดวงกำเนิด, จันทร์ฉาย บุญรสศักดิ์, จตุพร แพงจักร, และ สุเวช พินน้ำเย็น.....	14
ความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุตำบลสันทราย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย เกวลี ดวงกำเนิด, ประภาธิดา ศรีจันลา, จันจิรา พินิจ, รุ่งตะวัน เมืองมูล และ สุเวช พินน้ำเย็น.....	25
ความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัย ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบล ปากอคำ จังหวัดเชียงราย อุทุมพร เชื้อนคำ, ธัญลักษณ์ วงกรุ, ณัฐธิดา ยี่ภิญโญ, อาริยา ศรีจุมปา, อลงกรณ์ ศรีเลิศ และ สุเวช พินน้ำเย็น.....	34
ความปลอดภัยในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานก่อสร้างระบบจำหน่ายกรณีศึกษาการไฟฟ้า ส่วนภูมิภาคอำเภอโคกสำโรง ภิญโญ สุวรรณานนท์, ธีรพัฒน์ อินทร์ธรรม และกุลสตรี ไชยพิมพ์.....	44
ความรู้และพฤติกรรมตามหลักสุขาภิบาลอาหารของผู้ปรุงอาหารในโรงเรียนสังกัด สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเชียงราย เขต 1 ณัฐชา สักกะวัน, พลอยไพลิน ทองแก้ว, กาญจนา ปินตาคำ และ สุเวช พินน้ำเย็น.....	76

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทความวิจัย	
ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ในโรงเรียนเขตเทศบาลตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ขวัญชนก สุวรรณ, ศุภรดา โมชนท, วชิรินทร์ หวังหุ่นกลาง และคณะ.....	86
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ หมู่ 1 บ้านปะเคียบ ตำบลปะเคียบ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ กัลยาณี พลทรัพย์.....	98
แรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา นิชาภา เหมือนภาค, เขมกัญญา อนันต์ และ วชิรินทร์ จันชนท.....	110

Received: 5 Oct 2021; Revised: 19 Oct 2021

Accepted: 26 Oct 2021

การคำนวณขนาดตัวอย่างในการออกแบบการทดลอง

วัฒนา ขยธวัช¹ และ พุทธิพงษ์ จรุงสิริพันธ์²

บทคัดย่อ

การคำนวณขนาดตัวอย่างในงานวิจัยเชิงทดลองเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นสูตรที่ใช้ความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 อำนาจทดสอบ (1 - ความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2) และขนาดอิทธิพล (ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยหารด้วยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) เพื่อใช้ในการกำหนดขนาดตัวอย่างที่มาจากประชากรที่มีการกระจายแบบปกติ (Normal populations) โดยรู้ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานซึ่งไม่เปลี่ยนแปลงค่าแม้ว่าค่าเฉลี่ยของประชากรจะเปลี่ยนแปลงไป ทำให้สามารถกำหนดขนาดของความแตกต่างของค่าเฉลี่ยที่ต้องการตรวจจับความแตกต่าง (ขนาดอิทธิพล) และสามารถกำหนดความเสี่ยงตามความประสงค์กับความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 (ความเสี่ยงของผู้ผลิต) และความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 (ความเสี่ยงของผู้บริโภค) ได้ ซึ่งสามารถใช้สูตรนี้โดยใช้ค่าขนาดอิทธิพลตามข้อเสนอแนะของโคเฮน (Cohen) ที่ไม่ต้องทราบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนแต่อย่างใด การจะเลือกขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมในการตรวจจับความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจะมีขนาดเท่าใดก็ขึ้นกับงบประมาณในการทำวิจัยด้วย

คำสำคัญ : ขนาดอิทธิพล, อำนาจทดสอบ, ความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1

¹ สาขาวิชาการแพทย์แผนไทย คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี E-mail: vadhana.j@ptu.ac.th

² สาขาวิศวกรรมไฟฟ้า คณะวิศวกรรมศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยปทุมธานี E-mail: puttiphong.j@ptu.ac.th

SAMPLE SIZE CALCULATION IN DESIGN OF EXPERIMENTS

Vadhana Jayathavaj¹ and Puttiphong Jaroonsiriphan²

Abstract

Calculation of sample size in experimental research for mean comparison is formulated by using type I error, power of a test (1 - type II error) and effect size (the mean difference divided by the standard deviation). The formula is assigned to the normal population with the standard deviation. It is known and invariant even though the population mean has been changed. This makes it possible to determine the size of the mean difference for which the difference is to be detected (effect size) and the intended risks of type I error (producer's risk) and type II error (consumer's risk) can be determined. This formula can be applied effect size by Cohen's suggestions, without prior information acknowledgement of both the mean and standard deviation. Also, the choice of appropriated sample size to detect any mean difference depends on the research budget.

Keywords : Effect size, Power of a Test, Type I error

¹ Program in Thai Traditional Medicine, Faculty of Allied Health Sciences, Pathumthani University

E-mail: vadhana.j@ptu.ac.th

² Program in Electrical Engineering, Faculty of Engineering and Technology, Pathumthani University

E-mail: puttiphong.j@ptu.ac.th

บทนำ

การคำนวณขนาดตัวอย่างที่แสดงในบทความวิชาการไม่ว่าจะเป็นการวิจัยเชิงสำรวจหรือการวิจัยเชิงทดลอง มีการอ้างอิงใช้ขนาดตัวอย่างตามบทความวิจัยก่อนหน้านี้แทนที่จะอ้างอิงที่มาของสูตรดั้งเดิมพร้อมค่าที่กำหนดใช้ในการคำนวณตามสูตร เช่น สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของยามาเน (Yamane, 1967) สูตรของโคแครน (Cochran, 1977) และสูตรของเคร์จซีแอนด์มอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการขาดความเข้าใจในการคำนวณขนาดตัวอย่าง การที่จะเข้าใจสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างได้ต้องเข้าใจถึงการแจกแจงความถี่ การแจกแจงความน่าจะเป็น การแจกแจงปกติมาตรฐาน การแจกแจงของค่าเฉลี่ยของตัวอย่าง ซึ่งนำไปสู่สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง การปรับค่าขนาดตัวอย่างเมื่อรู้ขนาดประชากร สำหรับการคำนวณขนาดตัวอย่างในการออกแบบการทดลองที่ไม่ต้องระบุจำนวนประชากร แต่ใช้ความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 (Type I error) ความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 (Type II error) หรือ อำนาจทดสอบ และขนาดอิทธิพล (Effect size) ร่วมในการคำนวณด้วยแล้ว (Brainerd, n.d.) ไม่พบว่ามีกรอธิบายที่มาของสูตร อธิบายเพียงนิยามของขนาดอิทธิพล โดยไม่ได้อธิบายถึงการใช้อย่างไรจากขนาดอิทธิพลแต่อย่างใด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ทำการแสดงที่มาของสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างในการออกแบบการทดลองสำหรับการตรวจจับค่าเฉลี่ยของตัวอย่าง พร้อมทั้งอธิบายความหมายของค่าที่กำหนดขนาดตัวอย่าง ทั้งนี้ เพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้อย่างถูกต้อง

สัญลักษณ์ที่ใช้

d	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย
n	ขนาดตัวอย่าง
μ	ค่าเฉลี่ยของประชากร
μ_1	ค่าเฉลี่ยชุดที่ 1
μ_2	ค่าเฉลี่ยชุดที่ 2
α	ความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1
β	ความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2
σ	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประชากร

δ	ขนาดอิทธิพล
X	ตัวแปร
x	ค่าของตัวแปร
$\bar{x}$	ค่าเฉลี่ยของตัวแปร X
Z	ค่ามาตรฐาน
z	ค่าที่เกิดจากการแปลงเป็นค่ามาตรฐาน
$Z_{\frac{\alpha}{2}}$	ค่ามาตรฐานที่ความน่าจะเป็น $\frac{\alpha}{2}$
Z_{β}	ค่ามาตรฐานที่ความน่าจะเป็น β

ตัวแปรและการแจกแจงความถี่

ตัวแปร คือสิ่งที่สนใจศึกษา มักจะใช้ตัวย่อแทนตัวแปรว่า X มีค่าต่าง ๆ กัน $x_1, x_2, \dots, x_n$ ตามจำนวน n ที่สนใจ เมื่อนำมาทำการแจกแจงความถี่ทำการแจกแจงนับค่าที่เหมือน ๆ กันหรือใกล้เคียงกันอยู่ในกลุ่มเดียวกันก็สามารถสร้างเป็นกราฟแท่งเรียงจากค่าน้อยที่สุดไปยังค่ามากที่สุดได้

การแจกแจงปกติ (Normal Distribution)

โดยปกติเมื่อมีการรวบรวมข้อมูลจำนวนมาก ๆ ข้อมูลจะเป็นไปตามทฤษฎีแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง (the central limit theorem) การแจกแจงความถี่จะออกมาเป็นรูปร่างเป็นโค้งระฆังคว่ำ (bell-shaped) ค่าเฉลี่ย (mean) ค่ามัธยฐาน (median) และฐานนิยม (mode) อยู่ที่กึ่งกลางของการกระจาย มีโค้งเดียว (unimodal) โค้งการกระจายมีลักษณะสมมาตร เมื่อพับโดยใช้ค่าเฉลี่ยเป็นจุดกึ่งกลาง (symmetrical about the mean) (Bluman, 1998)

การแจกแจงปกติมาตรฐาน (Standard Normal Distribution)

การแจกแจงปกติมาตรฐานคือ การแจกแจงปกติที่มีค่าเฉลี่ยเป็น 0 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็น 1 โดยการแปลงค่าจากตัวแปร การแปลงค่าของตัวแปร (x) ที่มีการแจกแจงปกติด้วยสูตร

$$z = \frac{x - \mu}{\sigma}$$

เมื่อกำหนดให้

z ค่ามาตรฐาน

x ค่าของตัวแปร

μ ค่าเฉลี่ยของข้อมูล

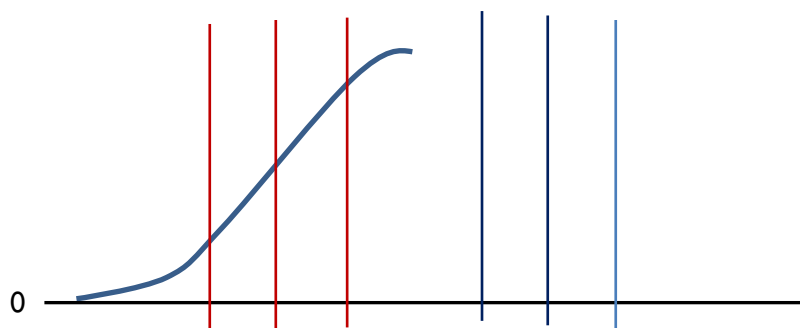
σ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูล

ภาพที่ 1 แสดงการแจกแจงปกติมาตรฐาน แกนนอนคือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แกนตั้งคือ ความน่าจะเป็น โดยในแนวนอนได้แสดงข้อให้เห็นถึงการแจกแจงปกติที่ค่าเฉลี่ย μ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน σ ไว้ด้วย

- พื้นที่ใต้โค้งระหว่าง -1 ถึง $+1$ ประมาณ 68% หรือ พื้นที่ใต้โค้งระหว่าง $\mu - 1\sigma$ ถึง $\mu + 1\sigma$ ประมาณ 68%
- พื้นที่ใต้โค้งระหว่าง -2 ถึง $+2$ ประมาณ 95% พื้นที่ใต้โค้งระหว่าง $\mu - 2\sigma$ ถึง $\mu + 2\sigma$ ประมาณ 95%
- พื้นที่ใต้โค้งระหว่าง -3 ถึง $+3$ ประมาณ 99.7% พื้นที่ใต้โค้งระหว่าง $\mu - 3\sigma$ ถึง $\mu + 3\sigma$ ประมาณ 99.7%

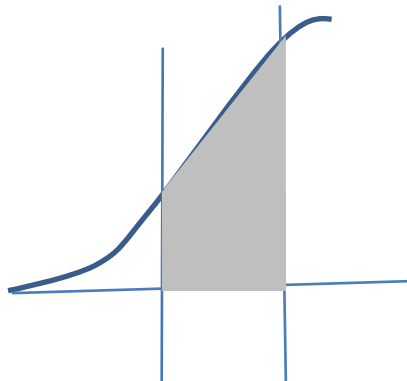
ซึ่งจาก $\mu - 3\sigma$ ถึง $\mu + 3\sigma$ นี้เองมีขนาดเท่ากับ 6σ ที่เรียกกันว่า “Six Sigma” ซึ่งเป็นช่วงความเชื่อมั่นที่ใช้กันในงานควบคุมคุณภาพ

1



-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
-3	-2	-1	μ	+1	+2	+3
σ	σ	σ		σ	σ	σ

ภาพที่ 1 การแจกแจงความน่าจะเป็นปกติมาตรฐาน (Standard Normal Distribution)



ภาพที่ 2 พื้นที่ใต้โค้งแสดงความน่าจะเป็นจากการแจกแจงความน่าจะเป็นปกติมาตรฐาน

การหาความน่าจะเป็นจากค่าของตัวแปรจาก a ถึง b ดังแสดงในภาพที่ 2 สามารถแปลงค่ามาตรฐาน z_a และ z_b แล้วหาพื้นที่แสดงขนาดของความน่าจะเป็นได้จากตารางสถิติการแจกแจงปกติมาตรฐานซึ่งแสดงในหนังสือสถิติเบื้องต้น

การกระจายการสุ่มตัวอย่างของค่าเฉลี่ยจากตัวอย่าง (Sampling Distributions of Sample Mean)

คุณสมบัติของตัวแปรที่มีการกระจายแบบโค้งปกติ คือ การนำมาตัวแปรมาบวกกลับ ตัวแปรใหม่ที่ได้จากการบวกหรือลบกันก็ยังคงมีการกระจายแบบปกติ และการคูณหรือหารตัวแปรด้วยค่าคงที่ ตัวแปรใหม่ที่ได้จากการคูณหรือหารด้วยค่าคงที่ก็ยังคงมีการกระจายแบบปกติ (Oliveira, 2020; Johnson, and Wichern, 2007) ดังนั้นเมื่อทำการสุ่มตัวอย่างจำนวน n มาหาค่าเฉลี่ยหลาย ๆ ครั้ง แล้วนำมาแจกแจงความถี่ก็จะพบว่า การแจกการสุ่มตัวอย่างของค่าเฉลี่ยจึงมีการกระจายแบบโค้งปกติด้วย

การแจกแจงตัวอย่าง (sampling distribution) คือการแจกแจงความน่าจะเป็นของตัวสถิติ เช่น การแจกแจงความน่าจะเป็นของค่าเฉลี่ยของตัวอย่างจะเรียกว่า การแจกการสุ่มตัวอย่างของค่าเฉลี่ย การแจกแจงความน่าจะเป็นของสัดส่วนของตัวอย่างจะเรียกว่า การแจกการสุ่มตัวอย่างของสัดส่วน การแจกแจงการสุ่มตัวอย่างของตัวสถิติขึ้นอยู่กับขนาดของประชากร ขนาดของตัวอย่าง และ วิธีการเลือกตัวอย่าง (Mathai, and Haubold, 2017)

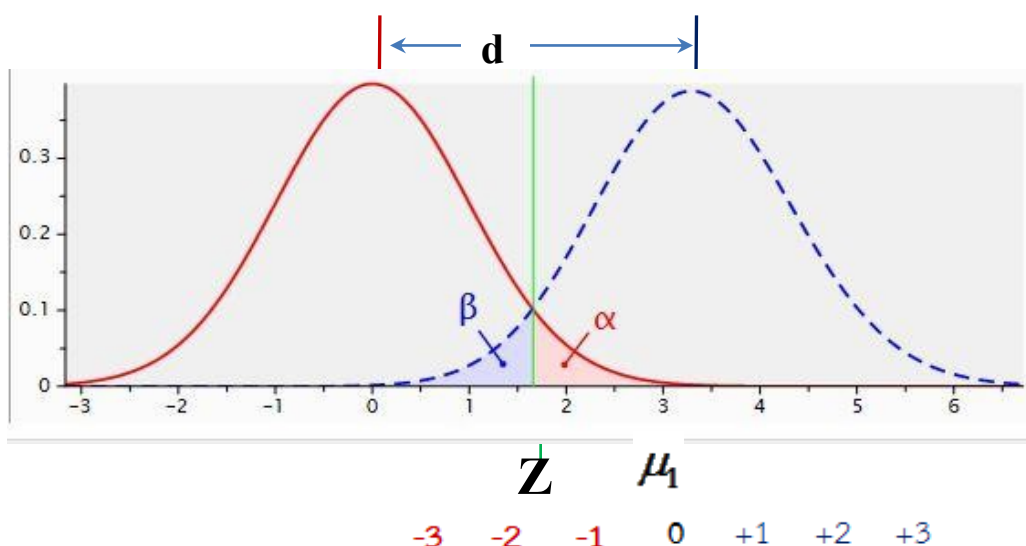
การทดสอบสมมติฐาน (tests of hypotheses)

ความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 (Type I error) หรือ α หมายถึง โอกาสที่จะปฏิเสธสมมติฐานที่เป็นจริง และ $1 - \alpha$ หมายถึง ช่วงความเชื่อมั่น (Confidence interval) หรือ โอกาสที่จะไม่ปฏิเสธ (ยอมรับ) สมมติฐานที่เป็นจริง ความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 (Type II error) หรือ β หมายถึง โอกาสที่จะไม่ปฏิเสธ (ยอมรับ) สมมติฐานที่เป็นเท็จ ($1 - \beta$) เรียกว่า อำนาจทดสอบ (Power of a test)

สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างในการออกแบบการทดลอง (Sample Size Calculation Formula in Design of Experiment)

สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างในการทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับค่าเฉลี่ยสามารถเริ่มจากสูตรการแปลงเป็นค่ามาตรฐานของค่าเฉลี่ยจากกลุ่มตัวอย่างขนาด ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีแนวโน้มนำเข้าสู่ส่วนกลาง ตามทฤษฎีแนวโน้มนำเข้าสู่ศูนย์กลาง (the central limit theorem) (Groebner, Shannon, Fry, and Smith, 2018; Bluman, 1998: 293)

คือ
$$Z = \frac{\bar{x} - \mu}{\left(\frac{\sigma}{\sqrt{n}}\right)}$$



ภาพที่ 3 ความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 และความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 กรณีสมมติฐานเส้นโค้งทึบเป็นจริง
ที่มา โปรแกรม G*POWER, 2021

เมื่อกำหนดให้เส้นโค้งทึบเป็นสมมติฐานหนึ่ง (สมมติฐานที่เป็นจริง) กับเส้นโค้งประเป็นอีกสมมติฐานหนึ่ง (สมมติฐานที่เป็นเท็จ) ถ้า μ เป็นค่าเฉลี่ยที่ถูกต้อง ค่าเฉลี่ยของการสุ่มตัวอย่าง 1 ครั้ง เมื่อแปลงเป็นค่า Z แล้วได้ค่ามากกว่า $Z_{\frac{\alpha}{2}}$ ทำการปฏิเสธค่าเฉลี่ยของสุ่มตัวอย่างว่ามีค่าเฉลี่ยต่างไปจาก μ ก็จะเกิดความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 ด้วยความน่าจะเป็น α แต่ถ้าผลการสุ่มตัวอย่าง 1 ครั้งได้ค่าเฉลี่ยมาจากประชากรที่มีค่าเฉลี่ยเป็น μ_1 แล้ว เมื่อแปลงเป็นค่า Z แล้ว มีค่าน้อยกว่า $Z_{\frac{\alpha}{2}}$ ก็สรุปว่า ไม่ปฏิเสธว่าค่าเฉลี่ยที่สุ่มมาได้ไม่แตกต่างไปจาก μ (ยอมรับว่ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ μ) กล่าวได้ว่า เป็นการยอมรับสิ่งที่ผิด ด้วยความน่าจะเป็น β ซึ่งค่า Z_β เป็นค่าจากโค้งมาตรฐานเส้นประที่ใช้สเกล 0 ที่ μ_1

จากสูตรการแปลงค่าเฉลี่ยการสุ่มตัวอย่างเป็นค่า Z สำหรับ $\bar{x}$ ที่ตำแหน่ง $Z_{\frac{\alpha}{2}}$ สามารถแปลงรูปสมการได้ดังนี้

$$Z_{\frac{\alpha}{2}} = \frac{\bar{x} - \mu_1}{\left(\frac{\sigma}{\sqrt{n}}\right)}$$

$$\bar{x} = Z_{\frac{\alpha}{2}} \left(\frac{\sigma}{\sqrt{n}}\right) + \mu \quad (1)$$

และ ค่า Z สำหรับ $\bar{x}$ ที่ตำแหน่ง Z_{β} สามารถแปลงรูปสมการได้ดังนี้

$$Z_{\beta} = \frac{\bar{x} - \mu_1}{\left(\frac{\sigma}{\sqrt{n}}\right)} = \frac{\bar{x} - (\mu + d)}{\left(\frac{\sigma}{\sqrt{n}}\right)}$$

$$\bar{x} = Z_{\beta} \left(\frac{\sigma}{\sqrt{n}}\right) + \mu + d \quad (2)$$

ดังนั้น สมการ (1) เท่ากับ สมการ (2) จะได้ว่า

$$Z_{\frac{\alpha}{2}} \left(\frac{\sigma}{\sqrt{n}}\right) + \mu = Z_{\beta} \left(\frac{\sigma}{\sqrt{n}}\right) + \mu + d$$

$$d = \left(Z_{\frac{\alpha}{2}} - Z_{\beta}\right) \left(\frac{\sigma}{\sqrt{n}}\right)$$

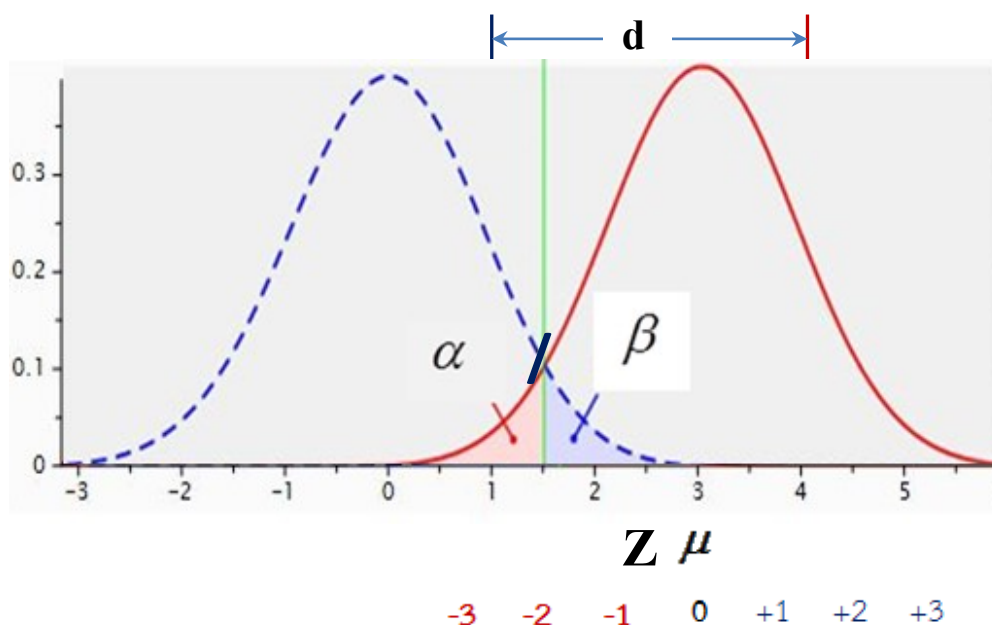
$$\sqrt{n} = \left(Z_{\frac{\alpha}{2}} - Z_{\beta}\right) \left(\frac{\sigma}{d}\right)$$

$$n = \left(Z_{\frac{\alpha}{2}} - Z_{\beta}\right)^2 \left(\frac{\sigma}{d}\right)^2$$

จากภาพที่ 3 จะเห็นว่า $Z_{\frac{\alpha}{2}}$ และ Z_{β} มีเครื่องหมายตรงกันข้าม และพจน์ $\left(Z_{\frac{\alpha}{2}} - Z_{\beta}\right)^2$ ซึ่งการที่ยกกำลังสองทำให้เป็นค่าบวกเสมอ จึงสามารถเขียนเป็น $n = \left(Z_{\frac{\alpha}{2}} - Z_{\beta}\right)^2 \left(\frac{\sigma}{d}\right)^2$ และเมื่อ $\frac{\sigma}{d}$ เขียนเป็น $\frac{d}{\sigma}$ แล้ว ก็จะได้พบสูตรที่ใช้กันโดยทั่วไป (Rosner, 2015) ดังนี้

$$n = \frac{\left(\frac{Z_{\alpha/2} - Z_{\beta}}{d}\right)^2}{\left(\frac{d}{\sigma}\right)^2} \quad (3)$$

เมื่อกำหนดให้ δ เท่ากับ $\frac{d}{\sigma}$ หมายถึงค่าขนาดอิทธิพล (effect size) คือสัดส่วนระหว่างความแตกต่างของค่าเฉลี่ยกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน



ภาพที่ 4 ความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 และความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 กรณีสมมติฐานเส้นโค้งประเป็นจริง
ที่มา ดัดแปลงภาพจากโปรแกรม G*POWER, 2021

ในทำนองเดียวกัน ตามภาพที่ 4 ถ้าผลการสุ่มตัวอย่าง 1 ครั้งได้ค่าเฉลี่ยมาจากระชากรที่มีค่าเฉลี่ยเป็น μ_2 แล้ว เมื่อแปลงเป็นค่า Z แล้ว มีค่ามากกว่า $Z_{\alpha/2}$ ก็สรุปว่า ไม่ปฏิเสธว่าค่าเฉลี่ยที่สุ่มมาได้ไม่แตกต่างไปจาก μ (ยอมรับว่ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ μ) กล่าวได้ว่า เป็นการยอมรับสิ่งที่ผิด ด้วยความน่าจะเป็น β ซึ่งค่า Z_{β} เป็นค่าจากโค้งมาตรฐานเส้นประที่ใช้สเกล 0 ที่ μ_2

$$Z_{\frac{\alpha}{2}} = \frac{\bar{x} - \mu}{\left(\frac{\sigma}{\sqrt{n}}\right)}$$

$$\bar{x} = Z_{\frac{\alpha}{2}} \left(\frac{\sigma}{\sqrt{n}}\right) + \mu \quad (4)$$

$$Z_{\beta} = \frac{\bar{x} - \mu_2}{\left(\frac{\sigma}{\sqrt{n}}\right)} = \frac{\bar{x} - (\mu + d)}{\left(\frac{\sigma}{\sqrt{n}}\right)}$$

$$\bar{x} = Z_{\beta} \left(\frac{\sigma}{\sqrt{n}}\right) + \mu - d \quad (5)$$

ดังนั้น สมการ (4) เท่ากับ สมการ (5) จะได้ว่า

$$Z_{\frac{\alpha}{2}} \left(\frac{\sigma}{\sqrt{n}}\right) + \mu = Z_{\beta} \left(\frac{\sigma}{\sqrt{n}}\right) + \mu - d$$

$$d = \left(Z_{\beta} - Z_{\frac{\alpha}{2}}\right) \left(\frac{\sigma}{\sqrt{n}}\right)$$

$$\sqrt{n} = \left(Z_{\beta} - Z_{\frac{\alpha}{2}}\right) \left(\frac{\sigma}{d}\right)$$

$$n = \left(Z_{\beta} - Z_{\frac{\alpha}{2}}\right)^2 \left(\frac{\sigma}{d}\right)^2$$

จากภาพที่ 4 จะเห็นว่า $Z_{\frac{\alpha}{2}}$ และ Z_{β} มีเครื่องหมายตรงกันข้าม และพจน์ $\left(Z_{\beta} - Z_{\frac{\alpha}{2}}\right)^2$ ซึ่งการที่ยกกำลังสอง

ทำให้เป็นค่าบวกเสมอจึงสามารถเขียนเป็น $n = \frac{\left(Z_{\beta} - Z_{\frac{\alpha}{2}}\right)^2}{\left(\frac{d}{\sigma}\right)^2}$ ได้เช่นเดียวกันกับสมการที่ (3)

ความหมายของขนาดอิทธิพล $\delta = \frac{d}{\sigma} = \frac{\mu_1 - \mu}{\sigma}$ หรือ $\delta = \frac{\mu - \mu_2}{\sigma}$ จึงหมายถึง ขนาดของความแตกต่างที่ใช้ในการตรวจจับค่าเฉลี่ยว่าแตกต่างกันหรือไม่ เป็นการวัดเชิงปริมาณของขนาดของผลการทดลอง จากสูตรตามสมการที่ (3) ที่มีค่าความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 (α) (การใช้ $\frac{\alpha}{2}$ ในภาพที่ 3 และ ภาพที่ 4 เป็นการแสดงการทดสอบ 2 ทาง ซึ่งเมื่อ $\frac{\alpha}{2} + \frac{\alpha}{2} = \alpha$ นั่นเอง) หรือ ค่า $(1 - \alpha)$ ก็คือ ช่วงความเชื่อมั่น และ ความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 (β) กำกับอยู่ด้วย ซึ่ง $(1 - \beta)$ ก็คือ อำนาจทดสอบ จะพบผลกระทบต่อขนาดตัวอย่างในการวิจัยเชิงทดลองจาก $\frac{\alpha}{2}$ β และ δ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงขนาดตัวอย่างจากการเพิ่มขึ้นหรือลดลงของความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 (α) ความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 (β) และ ขนาดอิทธิพล (δ)

เมื่อ	ผลที่ตามมา	ผลในสูตร	จำนวนขนาดตัวอย่าง n
$\frac{\alpha}{2}$ ลดลง	ช่วงความเชื่อมั่น เพิ่มขึ้น	$Z_{\frac{\alpha}{2}}$ เพิ่มขึ้น	n เพิ่มขึ้น
$\frac{\alpha}{2}$ เพิ่มขึ้น	ช่วงความเชื่อมั่น ลดลง	$Z_{\frac{\alpha}{2}}$ ลดลง	n ลดลง
β ลดลง	$(1 - \beta)$ เพิ่มขึ้น	Z_β เพิ่มขึ้น	n เพิ่มขึ้น
β เพิ่มขึ้น	$(1 - \beta)$ ลดลง	Z_β ลดลง	n ลดลง
δ		$\bar{x} - \mu$ ลดลง	n เพิ่มขึ้น
		$\bar{x} - \mu$ เพิ่มขึ้น	n ลดลง

อภิปรายผล

การใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างในการทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับค่าเฉลี่ยนี้

$$n = \frac{\left(Z_\beta - Z_{\frac{\alpha}{2}}\right)^2}{\left(\frac{d}{\sigma}\right)^2}$$

สามารถใช้กับการกำหนดตัวอย่างที่มาจากประชากรที่มีการกระจายแบบปกติ (Normal populations) ที่รู้ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและไม่เปลี่ยนแปลงแม้ค่าเฉลี่ยของประชากรจะเปลี่ยนแปลงไป ทำให้สามารถกำหนดขนาดของความแตกต่างของค่าเฉลี่ยที่ต้องการตรวจจับความแตกต่าง (ขนาดอิทธิพล) และสามารถกำหนดความ

เสียงที่ประสงค์ที่ความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 และ ความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 (อำนาจทดสอบ) ได้ ซึ่งโปรแกรมคำนวณขนาดตัวอย่าง เช่น CinCalc.com (2021) ก็ใช้ค่าเหล่านี้เป็นข้อมูลนำเข้า โดยนักวิจัยต้องใช้ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของงานวิจัยก่อนหน้ามาอ้างอิง อย่างไรก็ตาม โปรแกรม G*Power (Faul, Erdfelder, Buchner, and Lang, 2009) ได้เสนอให้ใช้ค่าขนาดอิทธิพลตามแนวทางของโคเฮน (Cohen, 1988) เฉพาะกรณีการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย กล่าวคือ ขนาดอิทธิพล น้อย กลาง และมาก เท่ากับ 0.20 0.50 และ 0.80 ตามลำดับ (Bartlett, 2021) ทำให้สามารถคำนวณขนาดตัวอย่างได้โดยไม่ต้องทราบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประชากรแต่อย่างใด การจะเลือกขนาดอิทธิพลเท่าใดหรือการเลือกขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมในการตรวจจับขนาดความแตกต่างของค่าเฉลี่ยที่กำหนดก็ขึ้นกับงบประมาณในการทำวิจัยด้วย

เอกสารอ้างอิง

- Bartlett, J. (2021). **A Guide to G*Power, jamovi, and Superpower Version 1.3 (06/07/2021)**. Retrieved November 15, 2021, from https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjh2IOD7Jr0AhVx8XMBHRVvAdQQFnoECAMQAw&url=https%3A%2F%2Fosf.io%2Fzqphw%2Fdownload&usq=AOvVaw196Jge9JYwy6HoDTA_R05T
- Brainerd, S. (n.d.). **Basic Statistics Sample size ?**. OHSU OGI Class ECE-580-DOE :Statistical Process Control and Design of Experiments. Retrieved November 15, 2021, from https://myplace.frontier.com/~stevebrainerd1/STATISTICS/ECE-580-DOE%20WEEK%203_files/Sample_size_deter.pdf
- Bluman, A.G. (1998). **Elementary Statistics**. (3rd ed). Boston: WBC McGraw-Hill.
- CinCalc.com. (2021). **Sample Size Calculator Determines the minimum number of subjects for adequate study power**. Retrieved November 15, 2021, from <https://clincalc.com/stats/samplesize.aspx>
- Cochran, W. G. (1977). **Sampling techniques**. (3rd ed). New York: John Wiley & Sons.
- Cohen, J. (1988). **Statistical power analysis for the behavioral sciences**. (2nd ed). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., and Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. **Behavior Research Methods**. 41, 1149-1160.

- Groebner, D.F., Shannon, P.W., Fry, P.C., and Smith, K.D. (2018). **Business Statistics: A Decision-Making Approach**. (10th ed). Harlow, England: Pearson.
- Krejcie, R.V., and Morgan, D.W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. **Educational and Psychological Measurement**. 30, 607-610.
- Mathai, A. and Haubold, H. (2017). **Sampling distributions**. In **Probability and Statistics: A Course for Physicists and Engineers** (pp. 259-302). Retrieved November 15, 2021, from <https://doi.org/10.1515/9783110562545-010>
- Oliveira, A.G. (2020). **Biostatics Decoded**. (2nd ed). New Jersey: Wiley.
- Johnson, R.A., and Wichern, D.W. (2007). **Applied Multivariate Statistical Analysis**. (6th ed). New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Rosner, B. (2015). **Fundamentals of Biostatistics**. (8th ed). USA: Cengage Learning.
- Walpole, R.E., Myers, R.H., Myers, S.L., and Ye, K. (2012). **Probability & Statistics for Engineers & Scientists**. (9th ed). Boston: Prentice Hall.
- Walpole, R. E. (1982). **Introduction to Statistics**. (3rd ed). New York: Macmillan Publishing Co., Inc.
- Yamane, T. (1967). **Statistics: An Introductory Analysis**. (2nd ed). New York: Harper and Row.

Received: 10 Oct 2021; Revised: 24 Oct 2021

Accepted: 31 Oct 2021

ผลการใช้โปรแกรมสุขศึกษาป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มเสี่ยงบ้านแม่คำตลาด อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย

ประภาธิตา ศรีจันลา¹, เกวลี ดวงกำเหนิด², จันทร์ฉาย บุญรสศักดิ์³,
จตุพร แพงจักร⁴ และ สุเวช พินน้ำเย็น⁵

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสุขศึกษาป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงบ้านแม่คำตลาด ตำบลแม่คำ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่าง 24 คน ได้มาจากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงโดยคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงสูง ระยะเวลาให้โปรแกรมสุขศึกษา 4 สัปดาห์ วัดความรู้ก่อน-หลังด้วยแบบทดสอบ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงหลังทดลองใช้โปรแกรมสุขศึกษาสูงกว่าก่อนที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$)

คำสำคัญ : ความรู้, โรคความดันโลหิตสูง, โปรแกรมสุขศึกษา

¹ อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

* E-mail: amp_pr.w@hotmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

³ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่คำ อ.แม่จัน จ.เชียงราย

⁴ อาจารย์ สาขาวิชาการแพทย์แผนไทย คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

⁵ อาจารย์ สาขาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

Effectiveness of the Health Education Program on Hypertension among Priority Group in Ban Maekhamtalad, Maekham Sub-District, Meachan District, Chiang Rai Province

Prabhatida Srichanla¹, Kewali Duangkamnerd², Chanchay Boonrotsak³,
Jatuporn Pangjak⁴ and Suwech Pimnumyen⁵

Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare the knowledge before and after using health education program on hypertension among priority group in Ban Maekhamtalad, Maekham Sub-District, Meachan District, Chiang Rai Province. The 24 samples were priority group by screening. The health education program was offered in 4-week sessions. Pre-test and post-test questionnaire for knowledge assessment. frequency, percentage, mean, standard deviation and Paired t-test ($\alpha=0.05$) were statistical data analysis. The results showed that the knowledge of hypertension disease after using the health education program (post-test) was significantly higher than before receiving the health education program ($p\text{-value}<0.001$).

Keywords : Knowledge, Hypertension, Health Education Program

¹ Lecturer, Faculty of Public Health, Chiangrai College

* E-mail: amp_pr.w@hotmail.com

² Assistant Professor, Faculty of Public Health, Chiangrai College

³ Director, Mae Kham Tambon Health Promotion Hospital, Chiang Rai Province

⁴ Lecturer, Program in Thai Traditional Medicine, Faculty of Public Health, Northern College

⁵ Lecturer, Program in Occupational Health and Safety, Faculty of Public Health, Northern College

บทนำ

ข้อมูลด้านสถิติจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าปี 2558 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากสาเหตุความดันโลหิตสูง เป็นจำนวน 3,664 คน สถานการณ์ป่วยและเข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุข ของกระทรวงสาธารณสุขด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกภาค พบว่า อัตราผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จาก 287.5 เป็น 1433.61 ต่อประชากรแสนคน ถือว่ามีอัตราเพิ่มขึ้น 5 เท่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงร้อยละ 60 ในชาย และ 40 ในหญิงไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อน ร้อยละ 8-9 ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รับการรักษา (กรมควบคุมโรค, 2558) สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงของจังหวัดเชียงราย ในปี 2555 – 2556 จากการคัดกรองสุขภาพประชาชนอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป พบว่าปี 2555 มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ 3,011 คน สำหรับปี 2556 มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ 5,043 คน จากการวิเคราะห์พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่เพิ่มขึ้นในทุกๆปี (สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2556) ในปี 2559 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนใหม่ ในอำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย เท่ากับ 56.46 เมื่อเทียบกับปี 2558 และในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่คำ มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนที่ยังไม่ป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 467 คน และได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 212 คน คิดเป็นร้อยละ 45.40 และสาเหตุส่วนใหญ่ของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ประการแรก ได้แก่ พฤติกรรมและการใช้ชีวิตจะส่งผลให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นได้ โดยเฉพาะการบริโภคอาหารรสเค็ม รับประทานผักและผลไม้ไม่เพียงพอ ความอ้วน ขาดการออกกำลังกาย ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาก สูบบุหรี่ และ มีภาวะเครียด ประการที่สอง คือ มีอายุที่เพิ่มขึ้น อาจส่งผลให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นได้ เป็นสาเหตุให้เกิดหัวใจล้มเหลว หลอดเลือดสมองแตกหรือตีบ (Stroke) โรคเบาหวาน และมีแนวโน้มของการเพิ่มการเป็นโรคไตวายระยะสุดท้าย และขอแนะนำถึงวิธีปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มีดังนี้ เสริมสร้างให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค รับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรค รับรู้ผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งอาจก่อให้เกิดความตั้งใจในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

จากข้อมูลสถานะสุขภาพของ ผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป บ้านแม่คำตลาด ตำบลแม่คำ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 30 ซึ่งในปี พ.ศ. 2562 ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 339 คน คิดเป็นร้อยละ 92 พบผู้ที่มีภาวะเสี่ยงจำนวน 291 คิดเป็นร้อยละ 86 และพบผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูง จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 5 ในกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยง หากไม่ได้รับการดูแล หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม อาจพัฒนาเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ในอนาคต เมื่อนำปัญหาเหล่านี้มาวิเคราะห์ พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากมีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม การไม่ออกกำลังกาย มีความเครียด การสูบบุหรี่และดื่มสุรา ดังนั้นทางโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบลแม่คำ จึงได้ดำเนินการคัดกรองในกลุ่มผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยง เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การงดสูบบุหรี่และงดดื่มสุรา เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเหล่านี้มีสุขภาพที่ดีขึ้น ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ไม่ทำให้เป็นภาระต่อสังคม เศรษฐกิจ และครอบครัวที่ต้องทำหน้าที่ดูแล

ดังนั้นการส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3อ. 2ส. คือ การบริโภคอาหารที่เหมาะสม ควบคุมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ มีการจัดการควบคุมอารมณ์ งดการสูบบุหรี่และงดดื่มสุรา ส่งผลให้มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงและช่วยลดอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่เป็นปัญหาสุขภาพของประชาชนบ้านแม่คำตลาด ตำบลแม่คำ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย ผู้วิจัยจึงได้จัดทำวิจัยเรื่องการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง บ้านแม่คำตลาด ตำบลแม่คำ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสุขศึกษาป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง บ้านแม่คำตลาด ตำบลแม่คำ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental design) วัดความรู้สองครั้งคือก่อนและหลังการทดลองให้โปรแกรมสุขศึกษา (Two-groups pretest Design with Comparison group)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชากรที่รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่คำ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย ที่ระดับความดันโลหิตมากกว่า 120/80 มิลลิเมตรปรอท แต่ไม่เกิน 139/89 มิลลิเมตรปรอท ที่อาศัยอยู่ในบ้านแม่คำตลาด ตำบลแม่คำ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย ในปี พ.ศ. 2563 จำนวน 291 คน

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ 24 คน ได้จากประชาชนที่รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่คำ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย โดยเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงทั้งชายและหญิง ที่อาศัยอยู่ในบ้านแม่คำตลาด ตำบลแม่คำ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย ที่มีระดับความดันโลหิตมากกว่า 120/80 มิลลิเมตรปรอท แต่ไม่เกิน 139/89 มิลลิเมตรปรอท เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง และใช้โปรแกรม G-power ช่วยในการคัดเลือก โดยเกณฑ์คัดเลือกประกอบด้วยดังนี้

- อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป
- เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่วิจัยอย่างน้อย 1 ปี
- ไม่มีปัญหาการมองเห็นและการได้ยิน สามารถออกกำลังกายได้
- ยินดีเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาตลอดการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ใช้โปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาตำรา เอกสาร งานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยโปรแกรมสุขศึกษา 4 ครั้ง ครั้งละประมาณ 3 ชั่วโมง รายละเอียดดังต่อไปนี้

1) โปรแกรมสุขศึกษาครั้งที่ 1 เป็นการให้สุขศึกษาเรื่อง ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุของการเกิดโรค อาการของโรคความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

2) โปรแกรมสุขศึกษา ครั้งที่ 2 เป็นการให้สุขศึกษา เรื่อง การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3 อ. 2 ส.

3) โปรแกรมสุขศึกษา ครั้งที่ 3 เป็นการให้สุขศึกษาด้านการจัดการควบคุมอารมณ์และการควบคุมการรับประทานอาหาร

4) โปรแกรมสุขศึกษา ครั้งที่ 4 ให้สุขศึกษาด้านการออกกำลังกาย ฝึกการออกกำลังกายด้วยโยคะพื้นฐานในชีวิตประจำวัน การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ภูมิปัญญาไทยและการแพทย์แผนไทยเบื้องต้นที่เป็นประโยชน์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ปรับปรุงมาจาก เพ็ญศรี สุพิมล (2552)

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

สื่อการสอนและอุปกรณ์ในการจัดกิจกรรมมีดังต่อไปนี้

- 1) เอกสารแผ่นพับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและหลัก 3อ. 2ส.
- 2) คู่มือการออกกำลังกายด้วยโยคะพื้นฐานในชีวิตประจำวันและการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ
- 3) โหมดอาหาร
- 4) แผนการสอนโปรแกรมสุขศึกษา
- 5) เครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิทัล

พื้นที่วิจัย

งานวิจัยนี้เก็บข้อมูลในเขตพื้นที่บ้านแม่คำตลาด อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย

การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล

การดำเนินการวิจัยนี้ใช้เวลาในการศึกษาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ กระบวนการจัดกิจกรรมประมาณ 3 ชั่วโมง/สัปดาห์ ดังมีรายละเอียดของการดำเนินงานดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1) ผู้วิจัยติดต่อประสานงานเพื่อขอความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอแม่จัน ในการดำเนินกิจกรรม

2) จัดประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่คำ ผู้ใหญ่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำบ้านแม่คำตลาด ตำบลแม่คำ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย เกี่ยวกับวัตถุประสงค์และรูปแบบในการดำเนินงานวิจัยตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษาและเพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย

3) คัดเลือกกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตมากกว่า 120/80 แต่ไม่เกิน 139/89 มิลลิเมตรปรอท ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป จากการตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่คำ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย ซึ่งศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง 24 คน

4) ขอความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้ช่วยสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการคัดเลือกทั้ง 24 คน โดยให้ลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการตามโปรแกรมสุขภาพที่เกิดขึ้น

5) จัดเตรียมสื่อและเครื่องมือ (แบบสอบถาม) เพื่อใช้ในการประกอบกิจกรรม ได้แก่ อุปกรณ์ประกอบการบรรยาย เช่น แผ่นพับ คู่มือการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เครื่องวัดความดันโลหิตปรอท สายวัดรอบเอว เครื่องชั่งน้ำหนัก และอุปกรณ์ในการสาธิตต่าง ๆ

6) ประชุมชี้แจงการวิจัยในคณะผู้ทำวิจัย เพื่อให้เข้าใจในรูปแบบและแนวทางการดำเนินงานวิจัยและมีความเข้าใจในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปในทิศทางเดียวกัน

2. ขั้นดำเนินงาน

ดำเนินการจัดโปรแกรมสุขภาพ ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การเก็บข้อมูลก่อนการทดลองและจัดโปรแกรมสุขภาพครั้งที่ 1

- เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง โดยใช้แบบสอบถาม ในด้านข้อมูลทั่วไปทางด้านประชากร ระดับความดันโลหิต รอบเอว น้ำหนัก ส่วนสูง และแบบสอบถามวัดการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

- ทดสอบ Pre-test

- เสริมสร้างความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

- มีกิจกรรมสนทนาการ สร้างสัมพันธภาพให้แก่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทุกคน

- ให้นักกลุ่มทดลองประเมินตัวเอง โดยทำแบบสอบถามวัดความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและแบบสอบถามการประเมินอันตรายของโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการบรรยาย

- การบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้แผ่นพับและบอร์ดวิชาการ ความรู้เรื่องโรคความดัน โลหิตสูง สาเหตุของการเกิดโรค อาการของโรคความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นประกอบการบรรยาย

- ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มทดลองในการเข้าร่วมกิจกรรมในสัปดาห์ต่อไป

สัปดาห์ที่ 2 จัดโปรแกรมสุขศึกษาครั้งที่ 2

- เสริมสร้างการรับรู้ผลลัพธ์ของการมีพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคและการส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง

- ให้นักกลุ่มทดลองประเมินตนเอง โดยทำแบบสอบถามการประเมินการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการบรรยาย

- บรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในเรื่องการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การควบคุมจัดการความเครียด การดื่มสุราและการสูบบุหรี่ โดยใช้ แผ่นพับ เรื่อง ใส่ใจ 3อ. ลด 2ส. ห่างไกลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นประกอบการบรรยาย

- ผู้วิจัยสรุปเนื้อหาและให้นักกลุ่มทดลองซักถามปัญหา

- ผู้วิจัยนัดกลุ่มทดลองให้เข้าร่วมกิจกรรมในสัปดาห์ต่อไป

สัปดาห์ที่ 3 จัดโปรแกรมสุขศึกษาครั้งที่ 3

- กลุ่มทดลองระดมความคิดและประกอบกิจกรรมร่วมกัน

- บรรยายลักษณะของการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้โมเดลอาหาร

- ให้นักกลุ่มทดลองรวมกลุ่มปรึกษาเพื่อหาวิธีการจัดการควบคุมอารมณ์และความเครียดร่วมกัน และประกอบกิจกรรมร่วมกัน

- ผู้วิจัยสรุปกิจกรรม และให้นักกลุ่มทดลองซักถาม

- ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มทดลองในการเข้าร่วมกิจกรรมในสัปดาห์ต่อไป

สัปดาห์ที่ 4 จัดโปรแกรมสุขศึกษาครั้งที่ 4

- สาธิตและฝึกปฏิบัติกิจกรรมการออกกำลังกาย มีกิจกรรม ได้แก่ ฝึกยืดเหยียดกล้ามเนื้อก่อนและหลังการออกกำลังกาย ฝึกกายบริหารโยคะพื้นฐานในชีวิตประจำวัน

- ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมและให้กำลังใจ และให้กลุ่มทดลองซักถาม
- ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มทดลองในการเข้าร่วมกิจกรรมในสัปดาห์ต่อไป

การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง

- เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในด้านการปฏิบัติป้องกันโรค

- ตรวจสอบสภาพเบื้องต้น ได้แก่ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต
- กิจกรรมสนทนาก่อสร้างสัมพันธ์ภาพให้แก่ผู้เข้าร่วมทุกคนและมอบของรางวัลเพื่อเป็นกำลังใจให้แก่ผู้เข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาครั้งนี้
- ทดสอบ Post-test

สถิติที่ใช้และการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน Paired t-test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 24 คน สรุปได้ดังนี้

1. เพศหญิง ร้อยละ 54.20 เพศชาย ร้อยละ 45.8
2. อายุ ส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 54.20 รองลงมาช่วงอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 37.50
3. น้ำหนักส่วนใหญ่ออยู่ในช่วง 60-69 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 37.50 รองลงมาอยู่ในช่วง 50-59 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 29.20
4. รอบเอว พบว่า ส่วนใหญ่มีขนาดของรอบเอวเกินเกณฑ์มาตรฐาน คิดเป็นร้อยละ 75.0 และรอบเอวอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน คิดเป็นร้อยละ 62.50
5. ค่าความดันโลหิต พบว่าส่วนใหญ่มีค่าความดันโลหิตอยู่ในช่วง 121/81 - 139/89 มิลลิเมตรปรอท คิดเป็นร้อยละ 54.20 รองลงมาอยู่ในช่วงมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท คิดเป็นร้อยละ 41.70

6. สถานภาพสมรส พบว่า ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 66.7 รองลงมาเป็นหม้าย คิดเป็นร้อยละ 20.80

7. ระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 62.50 รองลงมามีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 20.80

8. อาชีพส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 41.67 รองลงมามีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 16.67

9. รายได้ต่อเดือน อยู่ในช่วง 0 - 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 66.7 รายได้รองลงมาอยู่ในช่วง 10,001 - 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 12.5 มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 11,470.83 บาท

10. การสูบบุหรี่ พบว่าส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 87.5

11. การดื่มสุรา พบว่าดื่มร้อยละ 50 และไม่ดื่มสุราเท่ากัน ร้อยละ 50

12. ประวัติการเป็นโรคความดันโลหิตสูงของครอบครัว พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเป็นโรคความดันโลหิตสูงของครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 54.2

13. ลักษณะครอบครัว พบว่าส่วนใหญ่มีลักษณะอาศัยอยู่กัน 2-3 คน คิดเป็นร้อยละ 70.8

14. การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิต พบว่าส่วนใหญ่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตจากเจ้าหน้าที่ คิดเป็นร้อยละ 62.5 รองลงมาได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตจาก อสม. คิดเป็นร้อยละ 20.8

ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังให้โปรแกรมสุขศึกษา

ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 83.33 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.79 คะแนน (คะแนนเต็ม 10 คะแนน) หลังการทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 91.67 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.83 คะแนน (คะแนนเต็ม 10 คะแนน) ตามตารางที่ 2

เมื่อเปรียบเทียบ พบว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังให้โปรแกรมสุขศึกษา

ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง		ผู้ทดสอบความรู้ (n=24)	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ก่อนการทดลอง			
ระดับความรู้สูง	(8-10 คะแนน)	0	0
ระดับความรู้ปานกลาง	(4-7 คะแนน)	4	16.67
ระดับความรู้ต่ำ	(0-3 คะแนน)	20	83.33
หลังการทดลอง			
ระดับความรู้สูง	(8-10 คะแนน)	22	91.67
ระดับความรู้ปานกลาง	(4-7 คะแนน)	2	8.33
ระดับความรู้ต่ำ	(0-3 คะแนน)	0	0

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงก่อน (Pre-test) และหลัง (Post-test) ให้โปรแกรมสุขศึกษา

ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	n	$\bar{x}$	S.D.	95%CI	t	p-value
Pre-test	24	2.79	1.42	-5.63 ถึง -4.45	-17.66	* < 0.001
Post-test	24	7.83	0.92			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

หลังการจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน และสอดคล้องกับการศึกษาของ ขนิษฐา ทองหยด (2543) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้สูงขึ้นกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอธิการบดีวิทยาลัยเชียงราย ผศ.ดร.อินทร์ จันท์เจริญ และรองอธิการบดีฝ่ายบริหาร ผศ.ดร.จินตนา จันท์เจริญ ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย นายแพทย์สุรินทร์ สุมณาพันธุ์ คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย ผศ.งามนิตย์ ราชกิจ ที่ได้ให้การสนับสนุนดูแลแนะนำในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดีและขอขอบคุณประชาชนกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ทำการศึกษาวิจัยทุกคนที่ได้ให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามจนทำให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งใจ คณะผู้วิจัยขอขอบคุณไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2558). รายงานประจำปีสำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์องค์การสังเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- ชนิษฐา ทองหยอด. (2543). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพ็ญศรี สุพิมล. (2552). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงอายุ 35-59 ปี อำเภอสองดาว จังหวัดสกลนคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมชาติ โลจายะ. (2544). ตารารโรคหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.
- สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2556). สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงของประเทศไทย พ.ศ.2555-2556. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักระบาดวิทยา. (2551). แนวทางการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงและหัวใจขาดเลือด. สืบค้นเมื่อ 18 กุมภาพันธ์ 2563, จาก <http://epid.moph.go.th/NCDwe2/chronic/chronicSurv47701.html>

Received: 6 Oct 2021; Revised: 20 Oct 2021

Accepted: 27 Oct 2021

ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุตำบลสันทราย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

เกวลี ดวงกำเหนิด¹, ประภาธิตา ศรีจันลา², จันจิรา พินิจ³, รุ่งตะวัน เมืองมูล⁴ และ สุเวช พินน้ำเย็น⁵

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และหาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในพื้นที่ตำบลสันทราย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ทั้งหมด 340 คน เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคม-กันยายน 2563 เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และสหสัมพันธ์แบบไคสแควร์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 67.1 มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 53.8 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์กันทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

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

² อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสันทราย อ.เมือง จ.เชียงราย

⁴ อาจารย์ คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี (วท.ด)

⁵ อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

Health Literacy and Preventive Behaviors on the Coronavirus Disease 2019 of Elderly in Sansai Sub-district, Muang District, Chiang Rai Province

Kewali Duangkamnerd¹, Prabhatida Srichunla², Janjira Pinit³,
Roongtawan Muangmoon⁴ and Suwach Pimnamyen⁵

Abstract

The purpose of research was to study Health Literacy and Preventive Behaviors on the Coronavirus Disease 2019 of Elderly. Samples were 340 older people who lived in Sansai Sub-district, Muang District, Chiang Rai Province. The research instrument was the questioner covering personal information, health literacy and Preventive Behaviors on the Coronavirus Disease 2019. Data were analyzed using frequency, percentage and Chi-square statistic. The results found that the health literacy of elderly was at low level (67.1%). The Preventive Behaviors on the Coronavirus Disease 2019 were at high level (53.8%). The health literacy had significantly relationship with the Preventive Behaviors on the Coronavirus Disease 2019 ($p < 0.001$).

Keywords : Elderly, Health Literacy, Preventive Behaviors on the Coronavirus Disease 2019

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

² Lecturer, Faculty of Public Health, Chiangrai College

³ Registered Nurse, Professional Level, San Sai Tambon Health Promoting Hospital, Chiang Rai Province

⁴ Lecturer, Faculty of Allied Health Sciences, Pathumthani University (D.S.)

⁵ Lecturer, Faculty of Public Health, Northern College

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นการระบาดทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การระบาดนี้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ ในวันที่ 30 มกราคม 2563 และยกระดับให้เป็นการระบาดทั่วโลก ในวันที่ 12 มีนาคม 2563 (ศุภสิทธิ์ พรหมารุณทัต, 2563) ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ 2019 เป็นตระกูลของไวรัสที่ก่อให้เกิดอาการป่วยตั้งแต่โรคไข้หวัดธรรมดาไปจนถึงโรคที่มีความรุนแรงมาก เป็นสายพันธุ์ใหม่ที่ไม่เคยพบมาก่อนในมนุษย์ ก่อให้เกิดอาการป่วยระบบทางเดินหายใจในคนและสามารถแพร่เชื้อจากคนสู่คนได้ อาการทั่วไป ได้แก่ อาการระบบทางเดินหายใจ มีไข้ ไอ หายใจถี่ หายใจลำบาก ในกรณีที่อาการรุนแรงมาก อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม ปอดอักเสบ ไตวาย หรืออาจเสียชีวิต ส่วนใหญ่แพร่กระจายผ่านการสัมผัสกับผู้ติดเชื้อ ผ่านทางละอองเสมหะจากการไอ จาม น้ำมูก น้ำลาย ผ่านทางการพื้นผิวสัมผัสที่มีไวรัสแล้วมาสัมผัสปาก จมูกและตา (กรมควบคุมโรค, 2563)

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) คือ ระดับสมรรถนะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และปรับใช้ข้อมูลความรู้ และบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาระบุว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญที่กำหนดสถานะสุขภาพ (กรมอนามัย, 2562) ทั้งนี้พบว่าแนวโน้มของสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) ในประเทศไทยจะเกิดขึ้นภายในปี พ.ศ. 2564 ผู้สูงอายุจะกลายเป็นประชาชนกลุ่มใหญ่ที่สุดในสังคม ซึ่งส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ต้องเผชิญความเสี่ยงในเรื่องความเฉื่อยทางปัญญาอันสืบเนื่องมาจากความเสื่อมถอยของระบบร่างกาย โดยเฉพาะประสาทสัมผัสต่าง ๆ ผู้สูงอายุไม่เพียงต้องมีการตัดสินใจและจัดการเรื่องภาวะโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องเท่านั้น แต่มีการพึ่งพิงระบบบริการทางการแพทย์มากขึ้นและมีข้อจำกัดในการฟังและอ่านคำแนะนำข้อมูลสุขภาพหรือใบสั่งยาของแพทย์ อีกทั้งผู้สูงอายุจะมีภูมิคุ้มกันต่ำและมีโรคประจำตัว ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ป่วยรวมทั้งเสียชีวิตได้ง่ายกว่ากลุ่มอื่น ๆ ผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นต้องมีความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เพื่อส่งเสริมและดูแลสุขภาพของตนเอง (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล, 2558)

มาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ดีที่สุด คือ พฤติกรรมการป้องกันตนเอง โดยการหลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดผู้มีอาการป่วย รักษาระยะห่างอย่างน้อย 1 เมตร หลีกเลี่ยงการสัมผัสบริเวณตา จมูก และปาก โดยไม่ได้ล้างมือ ควรล้างมือบ่อยๆ ด้วยน้ำและสบู่หรือแอลกอฮอล์ 70% ล้างมือ ใส่หน้ากากอนามัย รวมทั้งมีความรับผิดชอบต่อสังคมกักตัว 14 วัน หากเดินทางกลับจากพื้นที่เสี่ยงหากมีไข้ ไอ หายใจลำบาก ให้ไปพบแพทย์ทันที และแจ้งประวัติการเดินทาง (กรมควบคุมโรค, 2563)

จากสถานการณ์การเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นับเป็นการแพร่ระบาดที่ประเทศไทยและทั่วโลกให้ความสำคัญ ผู้สูงอายุกลายเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง จากสถิติพบว่า ร้อยละ 45 ของผู้เสียชีวิตเป็นผู้สูงอายุ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2563) การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ จะเป็นข้อมูลสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้ และความเข้าใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติตนเอง เพื่อให้ปลอดภัยจากโรคลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุตำบลสันทราย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุตำบลสันทราย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้มีขอบเขตด้านเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ขอบเขตด้านประชากรที่ศึกษาครั้งนี้คือผู้สูงอายุผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่ตำบลสันทราย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ใช้ระยะเวลาการวิจัย 5 เดือน (พฤษภาคม-กันยายน 2563)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคม-กันยายน 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ตำบลสันทราย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวน 2,087 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 340 คน ซึ่งคำนวณจากประชากรผู้สูงอายุจำนวน 2,087 คน โดยใช้สูตรของทาโรยามาเน Taro Yamane (สิน พันธุ์พินิจ, 2549) ที่ขนาดความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 สามารถ คำนวณกลุ่มตัวอย่างประชากรได้ ดังนี้

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

โดย n แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
 N แทน จำนวนประชากรทั้งหมด
 e แทน ค่าคลาดเคลื่อนของการประมาณค่า

$$n = \frac{2087}{1+(2087)(0.05)^2}$$

ได้ขนาดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง = 340

เมื่อได้กลุ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างแล้วจึงใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ ตามสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) ในแต่ละหมู่บ้าน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 4 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 10 ข้อ โดยปรับปรุงจากกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข

นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try Out) ในกลุ่มประชากรที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จำนวน 30 คน ด้วยวิธีของคูเดอร์ – ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson method : KR-20) (สิน พันธุ์พินิจ, 2549) รอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ค่า KR-20 เท่ากับ 0.523 และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ค่า KR-20 เท่ากับ 0.530

พื้นที่วิจัย

งานวิจัยนี้เก็บข้อมูลในเขตพื้นที่ตำบลสันทราย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ เก็บข้อมูลช่วงเดือนพฤษภาคม-กันยายน 2563 ในตำบลสันทราย จำนวน 11 หมู่บ้าน โดยผู้ศึกษาและผู้ช่วยวิจัยมีการแนะนำตัวเองและพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างและอธิบายการเก็บข้อมูล ดำเนินการสัมภาษณ์จากกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นคณะผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล นำข้อมูลมาลงรหัสตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปต่อไป

สถิติที่ใช้และการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติสำหรับวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ (frequency) ร้อยละ (Percentage) และสหสัมพันธ์แบบไคสแควร์ (Chi-square)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามเป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.1 เพศชาย ร้อยละ 45.9 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 69.4 รองลงมาคือ 70-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.4 และน้อยที่สุด 80 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 3.2 ตามลำดับ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 66.2

รองลงมาคือ ไม่ได้รับการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 31.8 และน้อยที่สุดคือ มัธยมศึกษา ร้อยละ 0.9 และทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N = 340)

ประเด็นคำถาม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
หญิง	184	54.1
ชาย	156	45.9
2. อายุ		
60 - 69 ปี	236	69.4
70 - 79 ปี	93	27.4
80 ปีขึ้นไป	11	3.2
3. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	225	66.2
มัธยมศึกษา	3	0.9
อุดมศึกษา	4	1.2
ไม่ได้รับการศึกษา	108	31.8
4. ศาสนา		
พุทธ	340	100

ส่วนที่ 2 ระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และระดับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 67.1 รองลงมา คือ ระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 22.1 ระดับดี คิดเป็นร้อยละ 7.4 และระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 3.5 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 53.8 รองลงมา คือ ระดับดี คิดเป็นร้อยละ 29.7 ระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 8.5 และระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 7.9 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่ดี	228	67.1
พอใช้	75	22.1
ดี	25	7.4
ดีมาก	12	3.5

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละระดับพฤติกรรมกำรป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ระดับพฤติกรรมกำรป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่ดี	27	7.9
พอใช้	29	8.5
ดี	101	29.7
ดีมาก	183	53.8

ส่วนที่ 3 ระดับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพฤติกรรมกำรป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำรป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value 0.001) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพฤติกรรมกำรป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ระดับความรู้ด้านสุขภาพ เกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	ระดับพฤติกรรมกำรป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019				p- value
	ระดับไม่ดี	ระดับพอใช้	ระดับดี	ระดับดีมาก	
	จำนวน/ร้อยละ	จำนวน/ร้อยละ	จำนวน/ร้อยละ	จำนวน/ร้อยละ	
ไม่ดี	18/66.7	24/82.8	58/57.4	128/69.9	0.001
พอใช้	3/11.1	3/10.3	23/22.8	46/25.1	
ดี	5/18.5	0/0	12/11.9	8/4.4	
ดีมาก	1/3.7	2/6.9	8/7.9	1/0.5	
รวม	27/100	29/100	101/100	183/100	

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยนี้สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 67.1 ทั้งนี้พบว่าส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา อีกทั้งโรคไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคที่เกิดขึ้นใหม่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่ดี ประชาชนจึงจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการล้างมืออย่างถูกวิธี การไอและการจามที่ถูกวิธี การสวมใส่หน้ากากอนามัยอย่างถูกวิธี ซึ่งต้องร่วมกันรณรงค์ให้ประชาชนรับทราบถึงขั้นตอน และหลักการปฏิบัติอย่างละเอียดและถูกต้อง โดยใช้ภาษาและการสื่อสารที่เข้าใจและจดจำได้ง่าย รวมไปถึงการสร้างความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับช่องทางการแพร่กระจายของเชื้อ เพื่อให้ประชาชนสามารถป้องกันตนเองไม่ให้สัมผัสเชื้อดังกล่าวได้อย่างถูกต้อง อีกทั้งประชาชนส่วนใหญ่ยังหลงเชื่อข้อมูลและข่าวปลอมที่ได้รับการส่งต่อในโลกหรือสื่อสังคมออนไลน์ ดังนั้น จึงต้องเร่งเสริมสร้างให้ประชาชนรู้เท่าทันข่าวปลอม และสามารถเลือกใช้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือไปใช้ในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2563)

2. ระดับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่ามีระดับพฤติกรรมโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก อาจเนื่องจากในชุมชนมีการประชาสัมพันธ์การควบคุม ป้องกันและติดตามอย่างใกล้ชิดให้ประชาชนเฝ้าระวังและป้องกันตนเองทุกครั้งเวลาออกนอกสถานที่ จึงมีระดับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ดีมาก ทั้งนี้การมีระดับพฤติกรรมที่ดีมากนั้นหมายถึงมีการปฏิบัติทุกครั้ง/สม่ำเสมอ แต่อาจจะไม่สามารถสรุปได้ว่าการปฏิบัตินั้นถูกต้องหรือไม่ซึ่งเชื่อมโยงไปถึงผลการวิจัยข้อแรกที่พบว่า ประชาชนจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการล้างมืออย่างถูกวิธี การไอและการจามที่ถูกวิธี การสวมใส่หน้ากากอนามัยอย่างถูกวิธี รู้เท่าทันข่าวปลอม และสามารถเลือกใช้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือไปใช้ในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2563)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่ามีความสัมพันธ์กันทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 แม้ผลการศึกษาจะพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนาจะอยู่ในระดับไม่ดี แต่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่อยู่ในระดับดีมาก ทั้งนี้เนื่องจาก การระบาดโรค แม้จะเริ่มต้นด้วยความตื่นตระหนก แต่เมื่อเวลาผ่านไปไม่นาน ประชาชนก็เริ่มเรียนรู้ จำเป็นและจำยอมเปลี่ยนพฤติกรรมในการใช้ชีวิต รวมทั้งได้รับข้อมูลมาตรการป้องกันตนเองจากภาครัฐ จึงต้องเริ่มทำในสิ่งที่ไม่เคยทำเพื่อป้องกันตัวเอง และคนรอบข้างให้ปลอดภัย คนไทยปรับตัวจาก “การตื่นกลัว กลายเป็นการตื่นรู้” ประชาชนเกิดการเรียนรู้ครั้งใหญ่ที่จะรับมือกับการระบาดของไวรัส เรียนรู้ในการดูแลตัวเอง การเว้นระยะห่างทางสังคม หากสามารถกระทำต่อเนื่องก็จะสามารถสร้างความเข้มแข็งให้กับประชาชนได้ (อวาทิพย์ แว, 2563)

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสันทราย อ.เมือง จ.เชียงราย รวมทั้งผู้นำชุมชนและผู้สูงอายุ ตำบลสันทราย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ที่ให้ความร่วมมือเป็นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2563). **แนวทางการดูแลผู้สูงอายุในช่วงที่มีการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-2019)**. สืบค้นเมื่อ 1 มกราคม 2564, จาก <https://www.dop.go.th/th/ebook/003>
- กรมควบคุมโรค. (2563). **โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)**. สืบค้นเมื่อ 22 กันยายน 2563, จาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/faq_more.php
- กรมอนามัย. (2562). **ความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยสำคัญอย่างไร**. สืบค้นเมื่อ 22 กันยายน 2563, จาก <https://www.hfocus.org/content/2019/05/17212>
- ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล. (2558). การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงอายุ. **วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ**. 9(2), 1-8.
- ศุภสิทธิ์ พรหมนารุณทัย. (2563). จะผ่านพ้นวิกฤตโลกโควิด 19 ระบาดด้วยฐานความรู้และการปฏิบัติ Surviving Covid 19 Pandemic with Knowledge and Action. **วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข**. 14(1), 1-6.
- สิน พันธุ์พินิจ. (2549). **เทคนิคการวิจัยทางสังคมศาสตร์**. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2563). **ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันการระบาดของโรคโควิด-19**. สืบค้นเมื่อ 2 เมษายน 2564, จาก <https://www.hfocus.org/content/2020/04/18851>
- อวาทิพย์ แว. (2563). COVID-19 กับการเรียนรู้สู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในวันนี้. **วารสารสมาคมวิชาชีพสุขภาพศึกษา**. 35(1), 24-29.

Received: 11 Oct 2021; Revised: 25 Oct 2021

Accepted: 1 Nov 2021

ความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัย ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลปากอ่ดำ จังหวัดเชียงราย

อุทุมพร เชื้อนคำ¹, ธัญลักษณ์ วงกร², ณัฐธิดา ยี่ภิญโญ³, อาริยา ศรีจุมปา⁴,
อลงกรณ์ ศรีเลิศ⁵ และ สุเวช พินน้ำเย็น⁶

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัยนี้เพื่อประเมินความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลปากอ่ดำ อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ประชากรเป้าหมายในการวิจัยคือเด็กปฐมวัยที่มีอายุ 3-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลปากอ่ดำ จำนวน 38 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ 3-5 ปี สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่และร้อยละ ผลการวิจัยพบว่าเด็กปฐมวัยส่วนมากมีความฉลาดทางอารมณ์ระดับปกติ ร้อยละ 89.4 สูงกว่าปกติ ร้อยละ 5.3 และต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 5.3 ตามลำดับ ข้อมูลจากการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งนี้ต่อไป

คำสำคัญ : ความฉลาดทางอารมณ์, เด็กปฐมวัย, ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

¹ ครู ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลปากอ่ดำ อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

² ครู ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลปากอ่ดำ อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

³ ครู ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลปากอ่ดำ อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

⁴ ครู ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลปากอ่ดำ อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

⁵ เกษัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์

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

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

Uthumphorn Khueankham¹, Thanyalak Wongkuru², Nattida Yeepinyo³,
Arriya Srijumpa⁴, Alongkorn Srilerd⁵ and Suwech Pimnumyen^{6*}

Abstract

The aim of this research was to evaluate emotional quotient of early childhood in the Child Development Center, Pakordum subdistrict administration organization, Mae Lao district, Chiang Rai province, Thailand. The target population for research was early childhood; 3-5 years old in the Child Development Center, Pakordum subdistrict administration organization. The research instrument was an assessment questionnaire for emotional quotient in early childhood; 3-5 years old. The statistics used for data analysis were frequency and percentage. The results found that the emotional quotient of early childhood was at normal level (89.4%), high level (5.3%) and low level (5.3%). The information obtained from this research will be used to develop activities or teaching methods in the Child Development Center, Pakordum subdistrict administration organization.

Keywords : Emotional Quotient, Early Childhood, Child Development Center

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

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

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

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

⁵ Pharmacist, Professional Level, Health Consumer Protection and Pharmacy Department, Phetchabun Provincial Public Health Office

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

บทนำ

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

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

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลปากอ่ดำ ตำบลปากอ่ดำ อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย เปิดการเรียนการสอนสำหรับเด็กปฐมวัยช่วงอายุ 2-5 ปี มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมและสนับสนุนให้เด็กได้รับการดูแลที่ถูกสุขลักษณะ ได้รับการฝึกฝนพัฒนาตามวัยและเต็มตามศักยภาพพัฒนาความพร้อมของเด็กทุกๆ ด้านแบบองค์รวมตามหลักจิตวิทยาพัฒนาการและหลักการจัดการศึกษาปฐมวัย สอดคล้องกับมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ (คณะกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ, 2562) การประเมินความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กจะช่วยให้ครูผู้ดูแลเด็ก ได้ทราบถึงจุดเด่นของลักษณะความฉลาดทางอารมณ์ที่ควรส่งเสริมและจุดอ่อนที่ควรพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น รวมทั้งสามารถใช้ในการติดตามเพื่อดูพัฒนาการทางอารมณ์ว่ามีความก้าวหน้ามากน้อยเพียงใดเมื่อเด็กนั้นมีอายุเพิ่มขึ้น

การประเมินความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยยังเป็นประโยชน์ให้ครูและผู้ดูแลเด็กได้ทราบข้อมูลเด็กและนำข้อมูลมาออกแบบหรือพัฒนากิจกรรมการเรียนการสอนที่ช่วยพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของเด็ก จากความเป็นมาดังที่กล่าวมาแล้วครูและผู้ดูแลเด็กของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลปากอ่ดำจึงทำวิจัยเรื่องนี้ เพื่อนำข้อสังเกตจากผลการวิจัยไปใช้พัฒนาการเรียนการสอน การจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กให้เป็นไปอย่างต่อเนื่องหรือให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลปากอ่ดำ อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้มีขอบเขตเนื้อหาประเด็นความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัย ช่วงอายุ 3-5 ปี ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลปากอ่ดำ อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ปีการศึกษา 2563 จำนวนทั้งสิ้น 38 คน เป็นการศึกษาในประชากรเฉพาะกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ ใช้ระยะเวลา 4 เดือน (1 มกราคม พ.ศ.2564 – 30 เมษายน พ.ศ.2564) และประเมินความฉลาดทางอารมณ์ด้วยแบบประเมินที่ออกแบบโดย สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากรเป้าหมาย

การวิจัยนี้ทำการศึกษาในประชากรคือเด็กปฐมวัย อายุ 3-5 ปี ซึ่งเป็นนักเรียนของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลปากอ่ดำ อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย จำนวน 38 คน เป็นประชากรเป้าหมายในการทำวิจัย เนื่องจากเป็นไปตามหลักการประเมินความฉลาดทางอารมณ์และแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ เด็กอายุ 3-5 ปี ของกรมสุขภาพจิต ซึ่งนำมาใช้ประเมินได้กับเด็กที่มีอายุไม่ต่ำกว่า 3 ปี

เครื่องมือการวิจัย

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

ด้านดี

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

ด้านเก่ง

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

ด้านสุข

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

ข้อคำถามแต่ละข้อ มีคำตอบที่เป็นไปได้ 4 คำตอบคือ

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

การให้คะแนน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

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

การแปลผลคะแนน แบ่งระดับความฉลาดทางอารมณ์เป็น 3 ระดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การแปลผลคะแนน จากข้อคำถามการประเมินความฉลาดทางอารมณ์

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

พื้นที่วิจัย

งานวิจัยนี้เก็บข้อมูลนักเรียนปฐมวัยและทำการประเมินที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลปากอคำ ตั้งอยู่เลขที่ 117 หมู่ที่ 1 ตำบลปากอคำ อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

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

สถิติที่ใช้และการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติสำหรับวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ (frequency) และร้อยละ (Percentage)

การพิทักษ์สิทธิของประชากรในงานวิจัย

ผู้วิจัย คือ ครูและผู้ดูแลเด็ก ทำการแจ้งและได้รับความยินยอมเห็นชอบจากผู้ปกครองเด็กนักเรียนในการศึกษาครั้งนี้ ผลการประเมินความฉลาดทางอารมณ์จะไม่นำไปเปิดเผยต่อสาธารณะในลักษณะของข้อมูลส่วนตัวหรือเผยแพร่เป็นรายบุคคลที่จะบุชื่อ แต่จะนำไปเป็นข้อมูลสำหรับครู ผู้ดูแลเด็ก เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงพัฒนากิจกรรมการเรียนการสอน จะมีการสื่อสารแจ้งให้เฉพาะผู้ปกครองของเด็กเป็นรายบุคคลเท่านั้น และผลการประเมินเป็นคะแนนของเด็กรายบุคคลนี้ จะไม่นำไปเปรียบเทียบกับเด็กอื่น หรือกล่าวหาว่าหนีนักเรียนหรือผู้ปกครองแต่อย่างใด ข้อมูลจากการวิจัยจะใช้เพื่อประโยชน์ต่อการพัฒนาการเรียนการสอนของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลปากอคำ

ผลการวิจัย

ผลการประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็กปฐมวัย ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลปากอคำ ในภาพรวมนั้นพบว่าเด็กปฐมวัยส่วนมากมีความฉลาดทางอารมณ์ระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 89.4 และสูงกว่าปกติ ร้อยละ 5.3 ส่วนที่ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติคิดเป็นร้อยละ 5.3 ดังตารางที่ 2

หากพิจารณาพฤติกรรมที่เด็กปฐมวัยจำนวนมากแสดงออกมามากที่สุด โดยจำแนกตามรายด้านพบว่า ด้านดี คือ หยุดการกระทำที่ไม่ดีเมื่อผู้ใหญ่ห้าม ผลประเมิน “เป็นบ่อยครั้ง” คิดเป็นร้อยละ 65.8 (ตารางที่ 3 ข้อ 2.) ด้านเก่ง คือ สนใจ รู้สึกสนุกกับงานหรือกิจกรรมใหม่ๆ ผลประเมิน “เป็นประจำ” คิดเป็นร้อยละ 92.1 (ตารางที่ 3 ข้อ 7.) ด้านสุข คือ รู้จักหาของเล่น หรือกิจกรรมเพื่อสร้างความสนุกสนานเพลิดเพลิน ผลประเมิน “เป็นประจำ” คิดเป็นร้อยละ 81.6 (ตารางที่ 3 ข้อ 12.) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ผลการประเมินความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัย แยกตามรายด้านและภาพรวม แสดงจำนวนและ ร้อยละ (N=38)

องค์ประกอบ	ผลการประเมินเทียบกับเกณฑ์		
	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	ปกติ	สูงกว่าปกติ
ด้านดี	3 (7.9)	35 (92.1)	-
ด้านเก่ง	-	36 (94.7)	2 (5.3)
ด้านสุข	-	36 (94.7)	2 (5.3)
ความฉลาดทางอารมณ์ (EQ)	2 (5.3)	34 (89.4)	2 (5.3)

หมายเหตุ ข้อมูลที่แสดงในตาราง เช่น 34 (89.4) หมายถึง จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 89.4

ตารางที่ 3 พฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่แสดงออก แสดงเป็นจำนวนและร้อยละของเด็ก จำแนกเป็นรายด้านและ รายข้อ (N=38)

ประเด็นที่ประเมิน	พฤติกรรมของเด็กปฐมวัย			
	ไม่เป็นเลย	เป็นบางครั้ง	เป็นบ่อยครั้ง	เป็นประจำ
ด้านดี				
1. แสดงความสนใจเมื่อเห็นเพื่อนหรือผู้อื่นทำเรื่อง		17 (44.8)	13 (34.2)	8 (21.0)
เช่น บอกว่าสงสาร เข้าไปปลอบหรือเข้าไปช่วย				

ประเด็นที่ประเมิน	พฤติกรรมของเด็กปฐมวัย			
	ไม่เป็นเลย	เป็นบางครั้ง	เป็นบ่อยครั้ง	เป็นประจำ
2. หยุดการกระทำที่ไม่ดีเมื่อผู้ใหญ่ห้าม		4 (10.5)	25 (65.8)	9 (23.7)
3. แบ่งปันสิ่งของให้คนอื่น ๆ เช่น ขนม ของเล่น		4 (10.5)	22 (57.9)	12 (31.6)
4. บอกขอโทษหรือแสดงท่าที่ยอมรับผิดเมื่อรู้ว่าทำผิด	1 (2.6)	11 (29.0)	17 (44.8)	9 (23.6)
5. อุดทนและรอคอยได้		7 (18.4)	11 (29.0)	20 (52.6)
ด้านเก่ง				
6. อยากรู้ อยากเห็นกับของเล่นหรือสิ่งแปลกใหม่		1 (2.6)	4 (10.5)	33 (86.9)
7. สนใจ รู้สึกสนุกกับงานหรือกิจกรรมใหม่ๆ		1 (2.6)	2 (5.3)	35 (92.1)
8. ซักถามในสิ่งที่อยากรู้	1 (2.6)	10 (26.3)	11 (29.0)	16 (42.1)
9. เมื่อไม่ได้ของเล่นที่อยากได้ก็สามารถเล่นของอื่นแทน		5 (13.1)	18 (47.4)	15 (39.5)
10. ยอมรับกฎเกณฑ์หรือข้อตกลง แม้จะผิดหวัง/ไม่ได้สิ่งที่ต้องการ		7 (18.4)	21 (52.3)	10 (26.3)
ด้านสุข				
11. แสดงความภาคภูมิใจเมื่อได้รับคำชมเชย เช่น บอกเล่าให้ผู้อื่นรู้		3 (7.9)	8 (21.1)	27 (71.0)
12. รู้จักหาของเล่น หรือกิจกรรมเพื่อสร้างความสนุกสนานเพลิดเพลิน			7 (18.4)	31 (81.6)
13. แสดงอารมณ์สนุกหรือร่วมสนุกตามไปกับสิ่งที่เห็น เช่น ร้องเพลง กระโดดเต้น หัวเราะเฮฮา		4 (10.5)	22 (57.9)	12 (31.6)
14. เก็บตัว ไม่เล่นสนุกสนานกับเด็กคนอื่น ๆ	14 (36.8)	21 (53.2)	2 (5.3)	1 (2.6)
15. ไม่กลัวเมื่อต้องอยู่กับคนที่ไม่สนิทสนม		20 (52.6)	17 (44.8)	1 (2.6)

หมายเหตุ ข้อมูลที่แสดงในตาราง เช่น 8 (21.0) หมายถึง จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 21.0

อภิปรายผลการวิจัย

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

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

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

อย่างไรก็ตามยังมีเด็กจำนวนหนึ่งแม้ว่าเป็นจำนวนน้อย (2 คน จาก 38 คิดเป็นร้อยละ 5.3) มีระดับความฉลาดทางอารมณ์ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ซึ่งเป็นกลุ่มที่ครู ผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครองต้องช่วยกันพัฒนาเด็กกลุ่มนี้ และหากพิจารณาประเด็นในภาพรวม (ตารางที่ 2) จะเห็นว่า มีเด็กที่มีระดับความฉลาดทางอารมณ์ ด้านดี ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ 3 คน (ร้อยละ 7.9) ซึ่งเป็นกลุ่มที่ครู ผู้ดูแลเด็ก และผู้ปกครอง ต้องให้ความสนใจเพื่อเสริมพัฒนาการของเด็กกลุ่มนี้

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยนี้ มีเด็กปฐมวัยจำนวนหนึ่งที่มีระดับเด็กที่มีระดับความฉลาดทางอารมณ์ ด้านดี ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ซึ่งเป็นกลุ่มที่ครู ผู้ดูแลเด็ก และผู้ปกครอง ต้องให้ความสนใจเพื่อเสริมพัฒนาการเป็นพิเศษนั้น ตามข้อเสนอแนะของกรมสุขภาพจิตแนะนำให้ควรได้รับการประเมินซ้ำด้วยแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ฉบับสมบูรณ์ชุด 55 ข้อของกรมสุขภาพจิต เพื่อความชัดเจนในการแก้ไขปัญหาและต้องได้รับการเอาใจใส่พัฒนาความฉลาดทางอารมณ์อย่างสม่ำเสมอและจริงจัง

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

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป อาจใช้การประเมินประเมินความฉลาดทางอารมณ์ฉบับสมบูรณ์ชุด 55 ข้อ ของกรมสุขภาพจิต ซึ่งมีข้อคำถามการประเมินที่ละเอียดกว่าแบบประเมินซึ่งใช้ในการวิจัยครั้งนี้

กิตติกรรมประกาศ

คณะครู ผู้ดูแลเด็ก (พี่เลี้ยงเด็ก) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลปากอ่ดำขอขอบคุณผู้ปกครอง นักเรียนที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย และขอขอบคุณ คณะอาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น จังหวัดตาก ที่ให้คำปรึกษาการวิจัย Routine to Research (R to R) แนะนำและวิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งแนะนำการเขียนนิพนธ์ต้นฉบับบทความวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

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

ความปลอดภัยในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานก่อสร้างระบบจำหน่าย กรณีศึกษา การไฟฟ้าส่วนภูมิภาคอำเภอโคกสำโรง

ภิญโญ สุโรจนานนท์¹, อธิวัฒน์ อินทร์ธรรม² และ กุลสตรี ไชยพิมพ์³

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา วิเคราะห์ หามาตรฐานวิธีการปฏิบัติงานที่ปลอดภัย และถ่ายทอดความรู้กับผู้ปฏิบัติงานก่อสร้าง โดยทำการศึกษา แล้วทำการประเมินความเสี่ยงเพื่อเลือกกลุ่มประชากร หลังจากการประเมินความเสี่ยงแล้วได้กลุ่มตัวอย่าง 1 ทีม 3 งานย่อย คือ งานติดตั้งอุปกรณ์หัวเสา งานพาดสายไฟฟ้า และงานขนย้ายเสาไฟฟ้า รวมทั้งสิ้น 15 คน โดยศึกษาข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับผู้ปฏิบัติงานก่อสร้าง การเจ็บป่วยและอันตรายจากการทำงาน การสำรวจสภาพการทำงานและสภาพแวดล้อมในการทำงาน การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในงานก่อสร้างที่ศึกษา โดยการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วมด้านพฤติกรรมในการทำงาน การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และทำความเข้าใจ เกี่ยวกับปัญหาทางด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ใช้รูปแบบการเรียนรู้และการแก้ปัญหาทางด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย เพื่อให้ได้แนวทางและมาตรการในการป้องกันและแก้ไขสภาพปัญหาหรืออันตรายที่เกิดจากการทำงาน จากนั้นติดตามผลการเรียนรู้ และประเมินผลการ ดำเนินการเพื่อหาส่วนที่ต้องปรับปรุงให้เหมาะสม

ผลการศึกษาพบว่าผู้ปฏิบัติงานก่อสร้างมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานตามหน้าที่ ปฏิบัติงานด้วยความเคยชินหรือตามประสบการณ์ ในบางครั้งจะชอบการทำงานที่ทำหายและมีความเสี่ยง แทนที่จะใช้เครื่องมือ เครื่องทุ่นแรง และอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล สาเหตุเพราะผู้ปฏิบัติงานก่อสร้าง ล้วนแต่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลานาน จึงไม่ให้ความสนใจเรื่องความปลอดภัยในการทำงานเท่าที่ควร อีกทั้ง ปฏิบัติงานในสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม จึงมีอาการเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงาน เช่น ปวดต้นคอ ปวดไหล่ ปวดหลัง ปวดเอว ปวดขาเป็นต้น เกิดปัญหากับสุขภาพตา คือ อาการปวดตา ตาพร่า เกิดการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานขึ้นเป็นประจำเช่น โดนของมีคมบาด ถูกกระแทกจากของแข็ง เป็นต้น

จากการวิจัยยังพบอีกว่า สาเหตุที่สำคัญของปัญหาความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานก่อสร้าง คือ การบริหารจัดการเรื่องความปลอดภัยที่เป็นรูปธรรม มาตรการเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุในการทำงาน

คำสำคัญ : ประเมินความเสี่ยง, อุบัติเหตุ, ความเสี่ยง, ความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน

¹ นักศึกษาสาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย

² อาจารย์ประจำ สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

³ อาจารย์ประจำ สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

Occupational Safety of Distribution system construction worker A Case Study of Provincial Electricity Authority khok Samrong

Pinyo Suwarochananon¹, Teerapart Intham² and Kullasatree Chaipim³

ABSTRACT

The purpose of this research is to study, analyze, find safe operating standards and transfer knowledge to construction workers. By conducting a study Then conduct a risk assessment to select a population group After the risk assessment, a sample group was obtained from 1 team and 3 sub-tasks, namely the installation of the columnar equipment. Electrical wiring work And moving electric poles, totaling 15 people by studying the basic information about construction workers Illness and occupational hazards Survey of working conditions and working environment Qualitative data collection in the study construction. This includes engaging observations of work behavior, in-depth interviews, and understanding of occupational health and safety issues. Apply learning styles and solutions to occupational health and safety problems. To obtain guidelines and measures for prevention and remedy of problems or hazards arising from work. Then follow up on the learning results. And evaluate the results Take action to find areas that need improvement.

The results of the study showed that the construction workers were confident in performing their duties. Therefore working with habit or experience Occasionally, they prefer challenging and risky work. Instead of using tools Labor-saving machine And personal protective equipment Because of the construction workers All working for a long time Therefore, they do not pay attention to work safety as they should, and work in unsuitable environments. Therefore, there are work-related illnesses such as neck pain, flow pain, back pain, lumbar pain, leg pain, etc. There are problems with eye health such as eyestrain, blurred vision and injuries from work-related accidents on a weekly basis such as having something Cut Being hit by a solid, etc.

The research also found that A major cause of safety problems for construction workers is concrete management of safety. Measures on the prevention of occupational accidents.

Keywords : Risk Assessment, accident, Risk, Safety at work

¹ Student, Program in Occupational Health and Safety

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

³ Lecturer, Program in Occupational Health and Safety, Faculty of Public Health, Northern College

บทนำ

ในปัจจุบันการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค ได้มีการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารจัดการและการพัฒนาองค์กร ดำเนินการภายใต้นโยบาย KEEN14 กล่าวคือ “ปรับปรุงธุรกิจที่มีอยู่ต่อไปเพิ่มธุรกิจใหม่จ้างงานนวัตกรรมและเทคโนโลยีและบำรุงทรัพยากรมนุษย์” นำไปปฏิบัติโดยการพัฒนาระบบไฟฟ้ากำลังและองค์กรเพื่อช่วยเสริมสร้างธุรกิจหลักขององค์กรและสร้างการเติบโตอย่างยั่งยืนให้กับองค์กร กลยุทธ์นี้จุดมุ่งหมายเพื่อยกระดับมาตรฐานระบบไฟฟ้า และปรับปรุงระบบไฟฟ้าเพื่อความปลอดภัยและความพร้อมใช้งานสำหรับพื้นที่บริการทั้งหมด การปรับปรุง การดำเนินงานนั้น ย่อมมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดอุบัติเหตุขึ้นได้ซึ่งยังไม่มีระบบการจัดการด้านความปลอดภัยในการทำงาน ที่ชัดเจน จึงเป็นอุปสรรคในการพัฒนามาตรฐานด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยต่อผู้ปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม

การไฟฟ้าส่วนภูมิภาคอำเภอโคกสำโรงได้มีการพัฒนาปรับปรุงขยายเขตระบบจำหน่าย และสายส่งไฟฟ้า ในงานก่อสร้างนั้นมีความเสี่ยงต่อการประสบอุบัติเหตุและการบาดเจ็บได้บ่อยครั้ง แต่สถิติการเกิดอุบัติเหตุในการไฟฟ้านั้นไม่มีข้อมูลบันทึกไว้ อาจเพราะว่าเหตุการณ์ไม่ร้ายแรงส่วนใหญ่เป็นการบาดเจ็บเล็กน้อย จากการเดินชนสิ่งของ การถูกของมีคมบาด ผู้ปฏิบัติงานเดินสะดุดวัสดุที่วางไม่เป็นระเบียบ

นอกจากอุบัติเหตุข้างต้น ยังมีเหตุการณ์ร้ายแรงที่มีความเสี่ยงสูง คือ ในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563 ผู้ปฏิบัติงานก่อสร้าง ขนย้ายเสา ขณะทำการเคลื่อนย้ายถนนเป็นหลุมทำให้รถตกหลุมเสาพลิกมาทับขา ผู้ปฏิบัติงาน ขาหักและไม่นานในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 ผู้ปฏิบัติงานก่อสร้าง ตกจากเสาไฟฟ้าเนื่องจากคล้องสายกันตกกับลูกถ้วย แล้วลูกถ้วยเกิดหลุด กระตุกซี่โครงและหลังหัก จากเหตุการณ์ดังกล่าวล้วนเกิดจากความประมาททั้งสิ้น หากผู้ปฏิบัติงานมีระบบการจัดการด้านความปลอดภัยในการทำงานที่ชัดเจน และตระหนักถึงความปลอดภัยแล้วเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายก็อาจไม่เกิดขึ้น

ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาด้านความปลอดภัย และอาชีวอนามัยของผู้ปฏิบัติงานก่อสร้าง การไฟฟ้าส่วนภูมิภาคอำเภอโคกสำโรง จึงต้องการศึกษา และวิเคราะห์การเรียนรู้ ถึงการแก้ปัญหาเกี่ยวกับความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน เพื่อมาทำเป็นมาตรฐานการปฏิบัติงานที่ปลอดภัย ให้เหมาะสมกับผู้ปฏิบัติงานก่อสร้าง การไฟฟ้าส่วนภูมิภาคอำเภอโคกสำโรง ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาความปลอดภัยจากการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงานก่อสร้าง การไฟฟ้าส่วนภูมิภาคอำเภอโคกสำโรง ในครั้งนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน ของผู้ปฏิบัติงานก่อสร้าง
2. ศึกษา วิเคราะห์ และหามาตรการลดความเสี่ยง แนวทางการป้องกันของผู้ปฏิบัติงานก่อสร้าง
3. ถ่ายทอดความรู้ และหามาตรการลดความเสี่ยง แนวทางการป้องกันให้กับผู้ปฏิบัติงานก่อสร้าง

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตในเชิงปฏิบัติ เน้นที่ผู้ปฏิบัติงานด้านงานก่อสร้าง ซึ่งจากการคัดเลือกโดยวิธีการประเมินความเสี่ยงตาม มอก.18001:2554

2. ขอบเขตในเชิงเนื้อหา เน้นศึกษารูปแบบมาตรการควบคุมป้องกันอันตรายจากการทำงานแล้วนำมาวิเคราะห์พัฒนารูปแบบมาตรการควบคุมป้องกันอันตรายจากการทำงานในการแก้ปัญหาด้านความปลอดภัยและอาชีวอนามัย การนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ จากการศึกษาปัญหาและการแก้ไขปัญหา จะได้รูปแบบการเรียนรู้ มาตรการควบคุมป้องกันอันตรายจากการทำงาน เพื่อแก้ปัญหาด้านความปลอดภัยและอาชีวอนามัยที่ตรงและเหมาะสมกับงาน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบการป้องกันอันตรายของผู้ปฏิบัติงานก่อสร้าง การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค อำเภอดงหลวง เพื่อให้ทราบถึงอันตรายที่เกิดจากการทำงานของผู้ปฏิบัติงาน ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ปฏิบัติงานก่อสร้างนั้นมีความสำคัญอย่างมากในการเก็บข้อมูล ซึ่งใช้แบบสัมภาษณ์มาเป็นเครื่องในการเก็บข้อมูล จะมีเนื้อหา ด้านข้อมูลส่วนตัว ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ การเจ็บป่วยและการบาดเจ็บจากการทำงานและสภาพแวดล้อมในการทำงาน ซึ่ง แบบสัมภาษณ์จะเป็นแบบปลายเปิดเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานก่อสร้างได้แสดงความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะในการศึกษาได้ โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. ขั้นตอนการดำเนินการ
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การวิเคราะห์หาแนวทางการแก้ไข

1. การกำหนดประชากรกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

1.1 ประชากร

ประชากรที่ได้ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ปฏิบัติงานด้านระบบไฟฟ้า การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค อำเภอดงหลวง ผู้ปฏิบัติงานด้านงานก่อสร้าง มีจำนวน 15 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ได้ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ปฏิบัติงานด้านระบบไฟฟ้า การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค อำเภอดงหลวง ผู้ปฏิบัติงานด้านงานก่อสร้าง มีจำนวน 15 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะเป็นผู้กรอกแบบสอบถามและให้สัมภาษณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติงาน ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมาจากการศึกษาค้นคว้าข้อมูลและทฤษฎีต่างๆที่เกี่ยวข้องและแบบประเมินความเสี่ยงซึ่งอ้างอิงเกณฑ์จากระเบียบกรมโรงงานอุตสาหกรรมว่าด้วย หลักเกณฑ์การชี้บ่งอันตรายและการประเมินความเสี่ยงและการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยง พ.ศ. 2543 เป็นแบบสอบถามและมีการสัมภาษณ์ เพื่อวิเคราะห์ความเสี่ยงและจัดระดับความเสี่ยงให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลให้เกิดการบาดเจ็บหรือเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานโดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลอุบัติเหตุที่เกิดจากการทำงาน

ส่วนที่ 4 ข้อมูลอาการป่วยที่เกิดจากการทำงาน

แบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้เพื่อที่จะได้ครอบคลุมกับเนื้อหาและกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยได้ดำเนินการดังนี้

1. ศึกษาเอกสาร บทความและรายงานการวิจัยเป็นการค้นคว้าเกี่ยวกับทฤษฎี แนวคิด หลักการที่เกี่ยวข้องกับคุณลักษณะของบุคคล
2. กำหนดกรอบแนวคิดและขอบเขตในการสร้างเครื่องมือให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์
3. นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาสร้างเป็นแบบสัมภาษณ์
4. นำแบบสัมภาษณ์ที่ได้มาปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์
5. พิมพ์แบบสัมภาษณ์ฉบับสมบูรณ์แล้วนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด

3. ขั้นตอนการดำเนินการ

3.1 ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นจากกลุ่มตัวอย่างในการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงานก่อสร้าง การไฟฟ้าส่วนภูมิภาคอำเภอโคกสำโรง

3.2 ศึกษาข้อมูลปัญหาสุขภาพจากการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคอำเภอโคกสำโรง การลาป่วย การตรวจสุขภาพประจำปี และศึกษาเกี่ยวกับปัญหาการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง ทำการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในกลุ่มอาชีพที่ศึกษาในการสังเกตแบบไม่มีโครงสร้าง ใช้การพรรณนาในการทำการสังเกต เลือกการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการการสังเกตแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ได้รายละเอียดมากที่สุด โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล เพื่อซักถามพูดคุยกันระหว่างผู้สัมภาษณ์และผู้ให้สัมภาษณ์ถามเจาะลึกถึงคำตอบอย่างละเอียดถี่ถ้วนซึ่งต้อง ถามถึงเหตุผลของคำตอบนั้นด้วย

3.3 การวิเคราะห์ปัญหาร่วมกับกลุ่มตัวอย่างจะใช้เทคนิควิธีการปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัย (Job Safety Analysis : JSA) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา ตลอดจนแนวทางการ แก้ไขปัญหาร่วมกัน

3.4 กำหนดขั้นตอนมาตรฐานการทำงานที่ปลอดภัย (Standard Safety Operation Pocerdue) ในทุกๆ กิจกรรมย่อย

3.5 การดำเนินการโดยใช้รูปแบบการเรียนรู้และการแก้ปัญหาทางด้านอาชีวอนามัยและความ ปลอดภัย ตามทฤษฎีของทฤษฎีการเรียนรู้ 8 ขั้น ของกาเย่ (Gagne) ใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

1. การจูงใจ (Motivation Phase) การคาดหวังของกลุ่มผู้ประกอบอาชีพเป็นแรงจูงใจในการเรียนรู้
2. การรับรู้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ (Apprehending Phase) กลุ่มผู้ประกอบอาชีพจะรับรู้สิ่งที่สอดคล้องกับความตั้งใจ
3. การปรุงแต่งสิ่งที่รับรู้ไว้เป็นความจำ (Acquisition Phase) เพื่อให้เกิดความจำระยะสั้น และระยะยาว
4. ความสามารถในการจำ (Retention Phase) กลุ่มผู้ประกอบอาชีพจะจดจำในบางเรื่องที่ ปฏิบัติง่าย ใช้คำง่ายๆ ในการสอน
5. ความสามารถในการระลึกถึงสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปแล้ว (Recall Phase) กลุ่มผู้ประกอบอาชีพ จะจำได้เมื่อต้องปฏิบัติซ้ำในลักษณะเดิมหรือคล้ายคลึงกัน
6. การนำไปประยุกต์ใช้กับสิ่งที่เรียนรู้ไปแล้ว (Generalization Phase) กลุ่มผู้ประกอบ อาชีพจะรู้จักคิด และประยุกต์ด้วยวัสดุ อุปกรณ์ที่มีอยู่แทนที่ต้องซื้อในบางอย่าง
7. การแสดงออกพฤติกรรมที่เรียนรู้ (Performance Phase) กลุ่มผู้ประกอบอาชีพจะแสดงความสามารถที่ได้เรียนรู้ตามธรรมชาติเพื่อแสดงออกต่อผู้สอนและผู้ประกอบอาชีพด้วยกันเอง
8. การแสดงผลการเรียนรู้กลับไปยังผู้เรียน (Feedback Phase) กลุ่มผู้ประกอบอาชีพได้รับ ทราบผลเร็ว จะทำให้มีผลดีและประสิทธิภาพสูง

3.7 การนำไปใช้ เป็นการนำรูปแบบการเรียนรู้ การแก้ปัญหาทางด้านความปลอดภัยและอาชีวอนามัยที่ผ่านการวิเคราะห์ด้วย (JSA) ไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งอาจจะมีข้อผิดพลาดที่ต้องปรับปรุง เพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมกับการปฏิบัติงานของทุกฝ่าย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล มีวิธีดำเนินการ ดังนี้

1. ติดต่อประสานงานกับนักปฏิบัติงานเทคนิค ปฏิบัติหน้าที่ความปลอดภัยวิชาชีพ และผู้ปฏิบัติงานก่อสร้างของการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคอำเภอโคกสำโรง เพื่อขออนุญาตในการทำวิจัยและเก็บข้อมูลเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงาน

2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูลแก่นักปฏิบัติงานเทคนิค ปฏิบัติหน้าที่ความปลอดภัยวิชาชีพ และผู้ปฏิบัติงานก่อสร้าง
3. สํารวจข้อมูลการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคอำเภอโคกสำโรง
4. ศึกษาข้อมูลและทฤษฎีต่างๆที่เกี่ยวข้อง และพัฒนาแบบตรวจสอบและแบบสังเกตการณ์การทำงาน
5. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองประกอบกับการสอบถามคนงานหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง ขั้นตอนการปฏิบัติงานและบันทึกรูปภาพ โดยใช้แบบ ตรวจสอบและแบบสังเกตการณ์การทำงานที่พัฒนาขึ้น
6. นำแบบประเมินความเสี่ยงไปตรวจสอบ พื้นที่และขั้นตอนการปฏิบัติงานที่กำหนด มาดำเนินการประเมินความเสี่ยง
7. นำผลจากการตรวจสอบที่พบว่า มีข้อผิดพลาด ข้อบกพร่อง ขั้นตอน/เรื่องที่ไม่ได้ดำเนินการ หรือไม่ได้มาตรฐานมาประเมินความเสี่ยงในการทำงานต่อไป
8. สรุปผลการประเมินความเสี่ยง

การวิเคราะห์หาแนวทางการแก้ไข

เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพจึงต้องอาศัยปัจจัยสนับสนุนจากหลายด้าน โดยการ นำเอา การประเมินจากข้อมูลภาคสนาม ไม่ว่าจะเป็นประเมินจากการสังเกตพฤติกรรม ข้อมูลที่ได้จากการทำแบบสัมภาษณ์ จากกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจและตรวจวัดทางกายภาพทางด้านอาชีวอนามัย มาผนวกกันจึงสามารถที่จะได้พบกับปัญหาในระหว่างขั้นตอนการทำงานหรือสิ่งแวดล้อมในสถานที่ทำงาน ที่ส่งผลให้เกิดอันตรายแก่ตัวผู้ปฏิบัติงาน จึงนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์เพื่อให้สามารถกำหนดแนวทางการแก้ไขหรือบรรเทาการเกิดอันตรายให้น้อยลง การวิเคราะห์ข้อมูลนำ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์โดยแบบสัมภาษณ์มาสรุปในรูปแบบของตาราง ใช้สถิติเป็นค่าร้อยละ เพื่อแสดงให้เห็นถึงผลการวิจัยแล้วอธิบายเป็นความเรียงตามลำดับความสำคัญ ก่อน-หลัง หลังจากที่ได้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลและตรวจสอบความถูกต้องเรียบร้อยแล้ว จะนำแบบสอบถามที่ได้ทั้งหมดมาลงรหัส (Coding) เพื่อไปประมวลผลและคำนวณหาค่าสถิติที่ใช้ในการวิจัย โดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป คือ IBM SPSS Statistics 25 ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลภูมิหลังของผู้ปฏิบัติงานก่อสร้างระบบจำหน่าย
 2. สถานที่ในการปฏิบัติงานและปัญหาในกาปฏิบัติงาน
- จากการสัมภาษณ์
1. ขั้นตอนการปฏิบัติงานและอุบัติเหตุที่เกิดจากการทำงาน
 2. อาการเจ็บป่วยและโรคที่เกิดจากการทำงาน

ผลการวิจัย

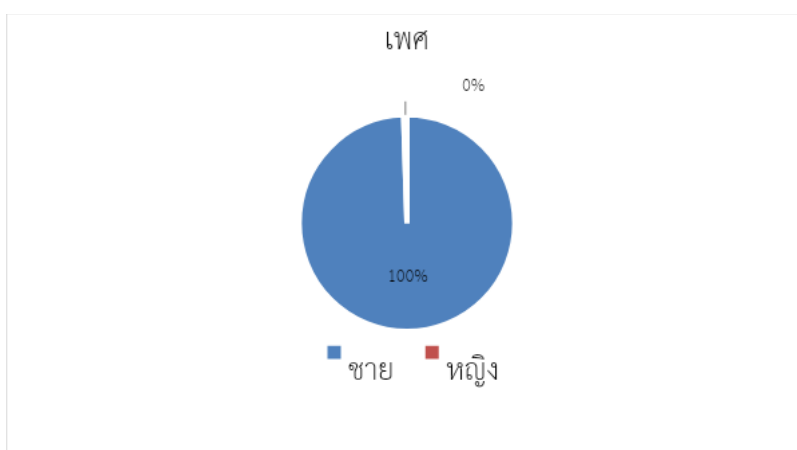
หลังจากการศึกษาค้นคว้าความปลอดภัยในการทำงานด้านงานก่อสร้างระบบจำหน่ายปัญหาที่เกิดขึ้น โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจากการสัมภาษณ์ประชากรกลุ่มตัวอย่างผู้ปฏิบัติงานก่อสร้าง จำนวน 15 คน การสำรวจตรวจวัดด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานการสังเกตการณ์ และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลครบถ้วน และผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ผลด้วยหลักสถิติและเสนอผลการวิเคราะห์ โดยผู้วิจัยได้ใช้ตารางประกอบคำบรรยายข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลภูมิหลังของผู้ปฏิบัติงานก่อสร้างระบบจำหน่าย
2. การวิเคราะห์ข้อมูลสถานที่ในการปฏิบัติงานและปัญหาในการปฏิบัติงาน
3. ขั้นตอนการปฏิบัติงานและอุบัติเหตุที่เกิดจากการทำงาน
4. การวิเคราะห์ข้อมูลอาการเจ็บป่วยและโรคที่เกิดจากการทำงาน

1. การวิเคราะห์ข้อมูลภูมิหลังของผู้ปฏิบัติงานก่อสร้างระบบจำหน่าย

ตารางที่ 1.1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามตัวแปรเพศ (n=15)

เพศ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	15	100.0
หญิง	-	-
รวม	15	100.0

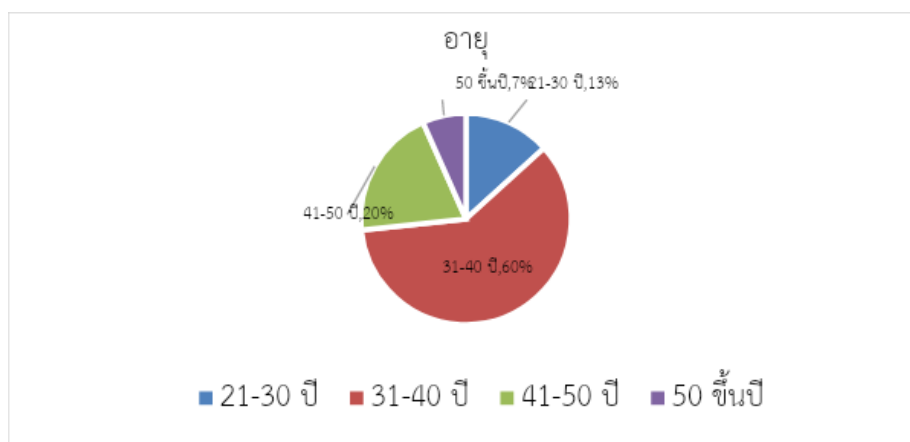


ภาพที่ 1.1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามตัวแปรเพศ (n=15)

จากตารางที่ 1.1 และภาพที่ 1.1 ผู้ปฏิบัติงานก่อสร้างการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคอำเภอโคกสำโรง พบว่า เป็นผู้ชาย ทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 100

ตารางที่ 1.2 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามตัวแปรอายุ (n=15)

อายุ	จำนวน	ร้อยละ
21-30 ปี	2	13.3
31-40 ปี	9	60.0
41-50 ปี	3	20.0
50 ปี ขึ้นไป	1	6.7
รวม	15	100.0

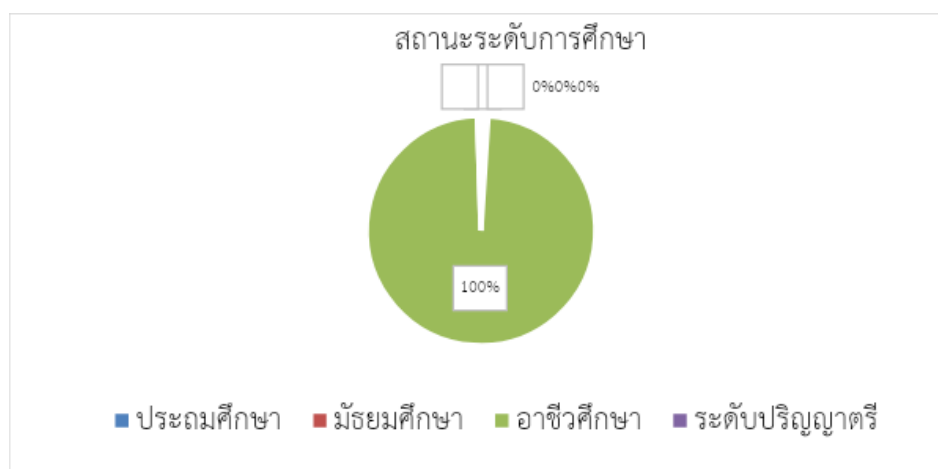


ภาพที่ 1.2 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามตัวแปรอายุ (n=15)

จากตารางที่ 1.2 และภาพที่ 1.2 ผู้ปฏิบัติงานก่อสร้างการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคอำเภอโคกสำโรง ส่วนใหญ่มีอายุ 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมาอายุ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 20 และ อายุ 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 13.3 ตามลำดับ

ตารางที่ 1.3 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามตัวแปรสถานะระดับการศึกษาของผู้ปฏิบัติก่อสร้าง (n=15)

ระดับการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ประถมศึกษา	-	-
มัธยมศึกษา	-	-
อาชีวศึกษา	15	100
ระดับปริญญาตรี	-	-
รวม	15	100.0

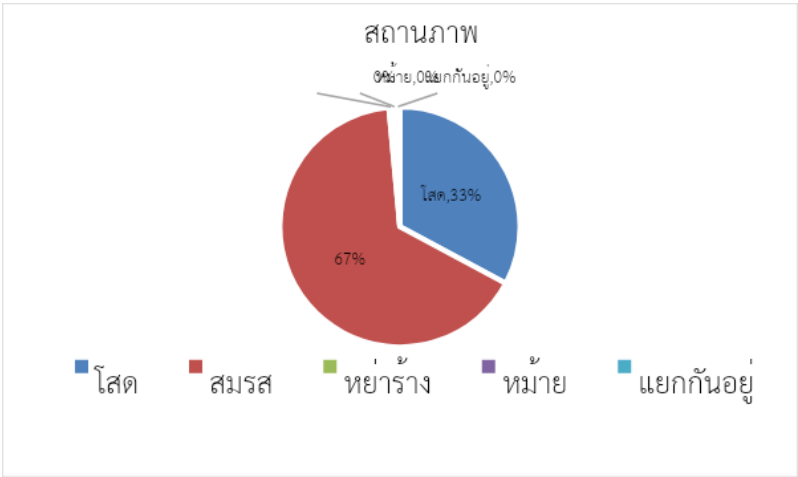


ภาพที่ 1.3 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามตัวแปรสถานะระดับการศึกษาของผู้ปฏิบัติก่อสร้าง (n=15)

จากตารางที่ 1.3 และภาพที่ 1.3 ผู้ปฏิบัติงานก่อสร้างการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคอำเภอโคกสำโรง พบว่า จบระดับการศึกษา อาชีวศึกษา ทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 100

ตารางที่ 1.4 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามตัวแปรสถานภาพ (n=15)

สถานภาพ	จำนวน	ร้อยละ
โสด	5	33.3
สมรส	10	66.7
หย่าร้าง	-	-
หม้าย	-	-
แยกกันอยู่	-	-
รวม	15	100.0



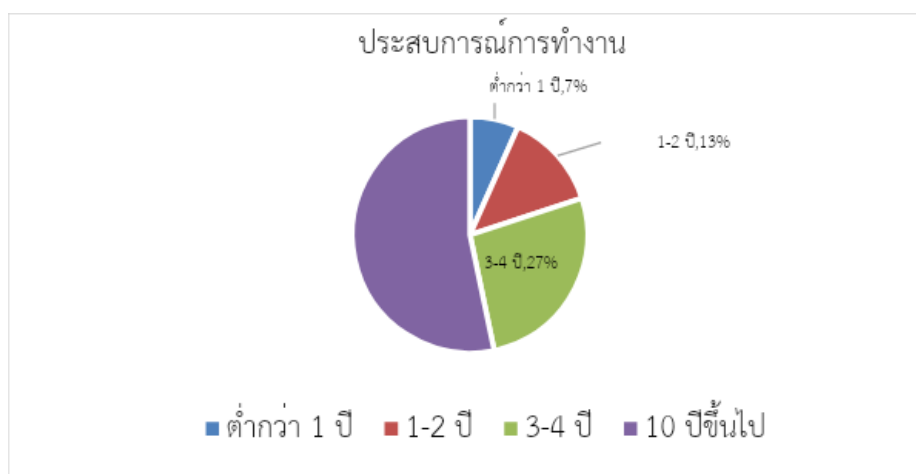
ภาพที่ 1.4 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามตัวแปรสถานภาพ (n=15)

จากตารางที่ 1.4 และภาพที่ 1.4 ผู้ปฏิบัติงานก่อสร้างการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคอำเภอโคกสำโรง ส่วนใหญ่ สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 66.7 รองลงมา โสด คิดเป็นร้อยละ 33.3

2. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติก่อสร้าง

ตารางที่ 2.1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามตัวแปรประสบการณ์การทำงานของผู้ปฏิบัติก่อสร้าง (n=15)

ประสบการณ์การทำงานของผู้ปฏิบัติก่อสร้าง	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่า 1 ปี	1	6.7
1-2 ปี	2	13.3
3-4 ปี	4	26.7
10 ปี ขึ้นไป	8	53.3
รวม	15	100.0

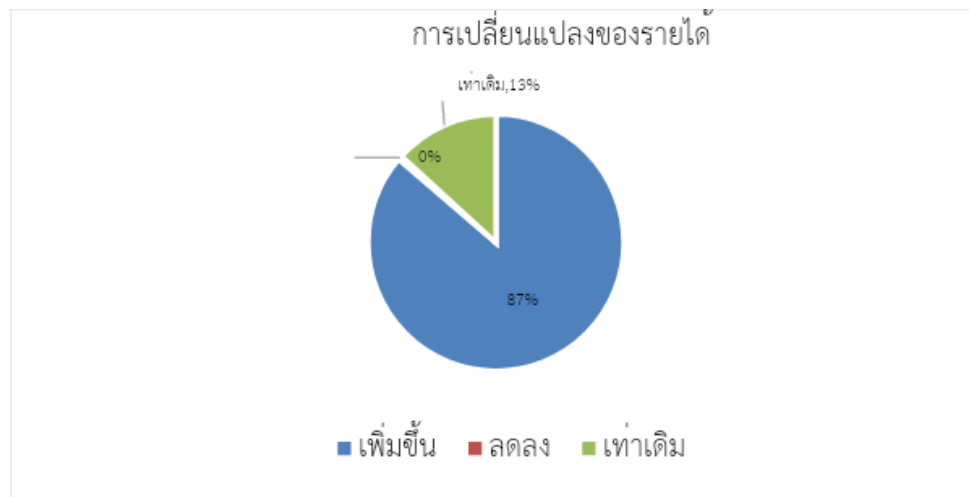


ภาพที่ 2.1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามตัวแปรประสบการณ์การทำงานของผู้ปฏิบัติก่อสร้าง (n=15)

จากตารางที่ 2.1 และภาพที่ 2.1 ผู้ปฏิบัติงานก่อสร้างการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคอำเภอโคกสำโรง ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงาน 10 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 53.3 รองลงมาประสบการณ์การทำงาน 3-4 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.7 และประสบการณ์การทำงาน 1-2 ปี คิดเป็นร้อยละ 13.3 ตามลำดับ

ตารางที่ 2.2 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามตัวแปรแสดงการเปลี่ยนแปลงของรายได้จากการทำงานต่อปีของผู้ปฏิบัติก่อสร้าง (n=15)

การเปลี่ยนแปลงของรายได้จากการทำงาน	จำนวน	ร้อยละ
เพิ่มขึ้น	13	86.7
ลดลง	-	-
เท่าเดิม	2	13.3
รวม	15	100.0

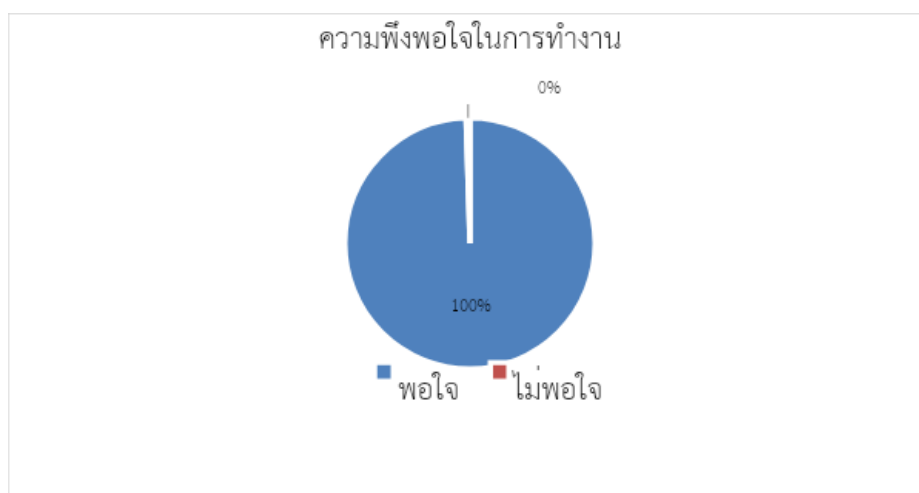


ภาพที่ 2.2 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามตัวแปรแสดงการเปลี่ยนแปลงของรายได้จากการทำงานของผู้ปฏิบัติก่อสร้าง (n=15)

จากตารางที่ 2.2 และภาพที่ 2.2 ผู้ปฏิบัติงานก่อสร้างการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคอำเภอโคกสำโรง ส่วนใหญ่ การเปลี่ยนแปลงของรายได้จากการทำงานต่อปี เพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 86.7 รองลงมา เท่าเดิม คิดเป็นร้อยละ 13.3

ตารางที่ 2.3 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามตัวแปรแสดงความพึงพอใจในการทำงานของผู้ปฏิบัติก่อสร้าง (n=15)

ความพึงพอใจในงาน	จำนวน	ร้อยละ
พอใจ	15	100
ไม่พอใจ	-	-
รวม	15	100.0

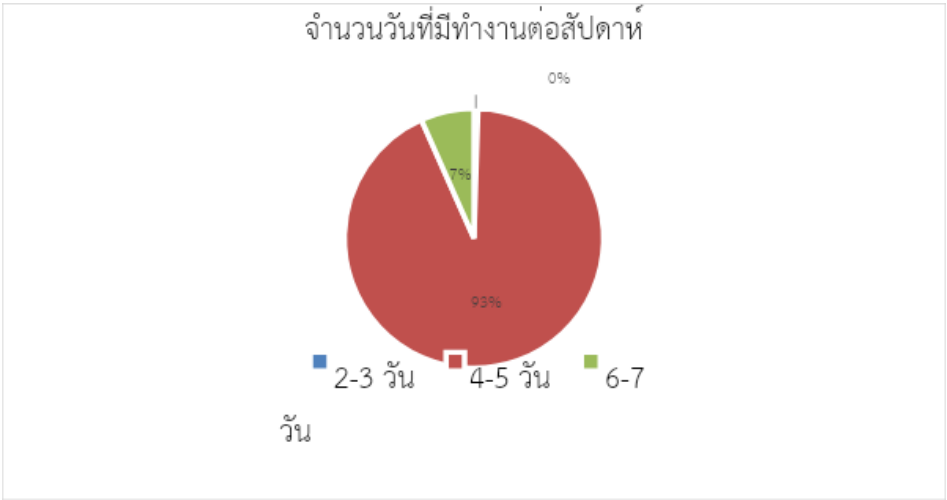


ภาพที่ 2.3 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามตัวแปรแสดงความพึงพอใจในการทำงานของผู้ปฏิบัติก่อสร้าง (n=15)

จากตารางที่ 2.3 และภาพที่ 2.3 ผู้ปฏิบัติงานก่อสร้างการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคอำเภอโคกสำโรง ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการทำงานก่อสร้าง ทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 100

ตารางที่ 2.4 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามตัวแปรแสดงจำนวนวันที่มี
ทำงานต่อสัปดาห์ของผู้ปฏิบัติก่อสร้าง (n=15)

จำนวนวันที่ทำงานต่อสัปดาห์	จำนวน	ร้อยละ
2-3 วัน	-	-
4-5 วัน	14	93.3
6-7 วัน	1	6.7
รวม	15	100.0

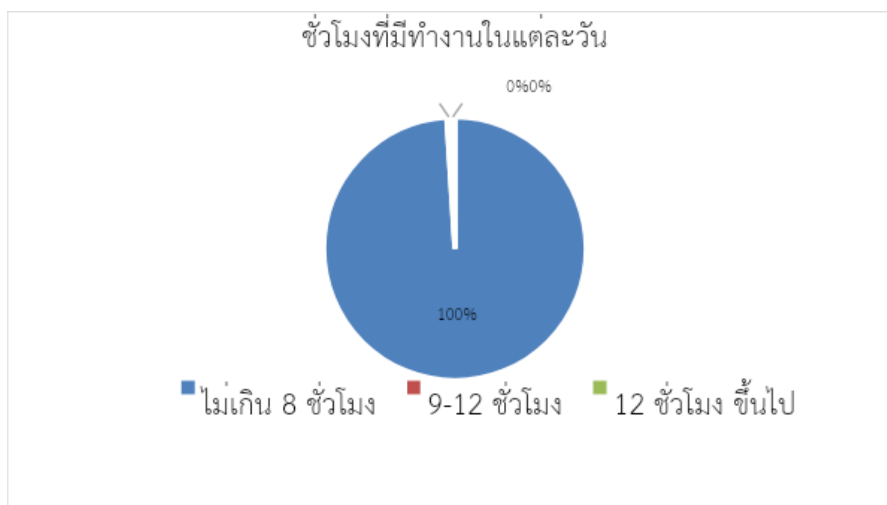


ภาพที่ 2.4 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
จำแนกตามตัวแปรแสดงจำนวนวันที่มีทำงานต่อสัปดาห์ของผู้ปฏิบัติก่อสร้าง (n=15)

จากตารางที่ 2.4 และภาพที่ 2.4 ผู้ปฏิบัติงานก่อสร้างการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคอำเภอโคกสำโรง ส่วนใหญ่
ทำงานต่อสัปดาห์ 4-5 วัน คิดเป็นร้อยละ 93.3 รองลงมาทำงานต่อสัปดาห์ 6-7 วัน คิดเป็นร้อยละ 6.7

ตารางที่ 2.5 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามตัวแปรแสดงจำนวนชั่วโมงที่มีทำงานในแต่ละวันของผู้ปฏิบัติก่อสร้าง (n=15)

จำนวนชั่วโมงที่ทำงานในแต่ละวัน	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เกิน 8 ชั่วโมง	15	100
9-12 ชั่วโมง	-	-
12 ชั่วโมง ขึ้นไป	-	-
รวม	15	100.0



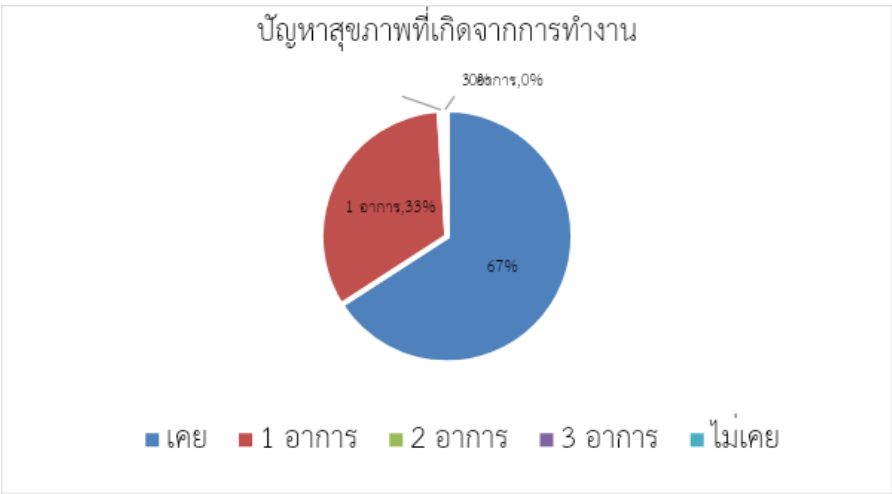
ภาพที่ 2.5 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
จำแนกตามตัวแปรแสดงจำนวนชั่วโมงที่มีทำงานในแต่ละวันของผู้ปฏิบัติก่อสร้าง (n=15)

จากตารางที่ 2.5 และภาพที่ 2.5 ผู้ปฏิบัติงานก่อสร้างการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคอำเภอโคกสำโรง ส่วนใหญ่ ชั่วโมงที่มีทำงานในแต่ละวัน ไม่เกิน 8 ชั่วโมง ทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 100

3. วิเคราะห์ข้อมูลปัญหาสุขภาพจากการทำงานและการดูแลสุขภาพ

ตารางที่ 3.1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามตัวแปรแสดงการเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการทำงานของผู้ปฏิบัติก่อสร้าง (n=15)

อาการเจ็บป่วยจากการทำงาน	จำนวน	ร้อยละ
เคย	10	66.7
1 อาการ	5	33.3
2 อาการ	-	-
3 อาการ	-	-
ไม่เคย	-	-
รวม	15	100.0

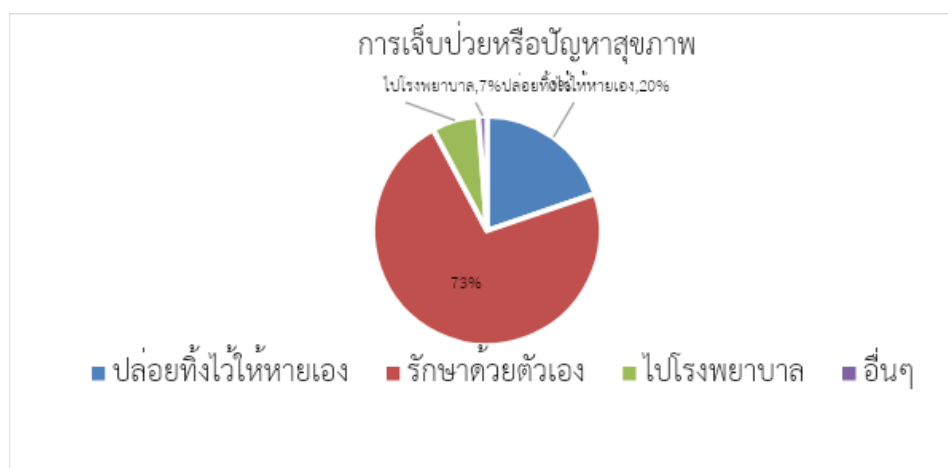


ภาพที่ 3.1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามตัวแปรแสดงการเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการทำงานของผู้ปฏิบัติก่อสร้าง (n=15)

จากตารางที่ 3.1 และภาพที่ 3.1 ผู้ปฏิบัติงานก่อสร้างการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคอำเภอโคกสำโรง พบว่า เคยมีเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการทำงาน คิดเป็นร้อยละ 66.6 รองลงมามีอาการเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการทำงานอย่างน้อย 1 อาการ คิดเป็นร้อยละ 33.3

ตารางที่ 3.2 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามตัวแปรแสดงการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพ (n=15)

การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน	จำนวน	ร้อยละ
ปล่อยทิ้งไว้ให้หายเอง	3	20
รักษาด้วยตัวเอง	11	73.3
ไปโรงพยาบาล	1	6.7
อื่นๆ	-	-
รวม	15	100.0



ภาพที่ 3.2 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
จำแนกตามตัวแปรแสดงการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพ (n=15)

จากตารางที่ 3.2 และภาพที่ 3.2 ผู้ปฏิบัติงานก่อสร้างการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคอำเภอโคกสำโรง ส่วนใหญ่ปฏิบัติตัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพมากที่สุด รักษาด้วยตัวเอง คิดเป็นร้อยละ 73.3 รองลงมาปล่อยทิ้งไว้ให้หายเอง คิดเป็นร้อยละ 20 และไปโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 6.7 ตามลำดับ

ตารางที่ 3.3 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามตัวแปรแสดงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลการเจ็บป่วยจากการทำงาน (n=15)

ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การเจ็บป่วยจากการทำงาน	จำนวน	ร้อยละ
เบิกค่ารักษา	13	86.7
สิทธิประกันสังคม	2	13.3
รวม	15	100.0



ภาพที่ 3.3 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
จำแนกตามตัวแปรแสดงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลการเจ็บป่วยจากการทำงาน (n=15)

จากตารางที่ 3.3 และภาพที่ 3.3 ผู้ปฏิบัติงานก่อสร้างการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคอำเภอโคกสำโรง ส่วนใหญ่ใช้วิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาลการเจ็บป่วยจากการทำงาน โดยเบิกค่ารักษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 86.7 รองลงมาใช้สิทธิประกันสังคม คิดเป็นร้อยละ 13.3

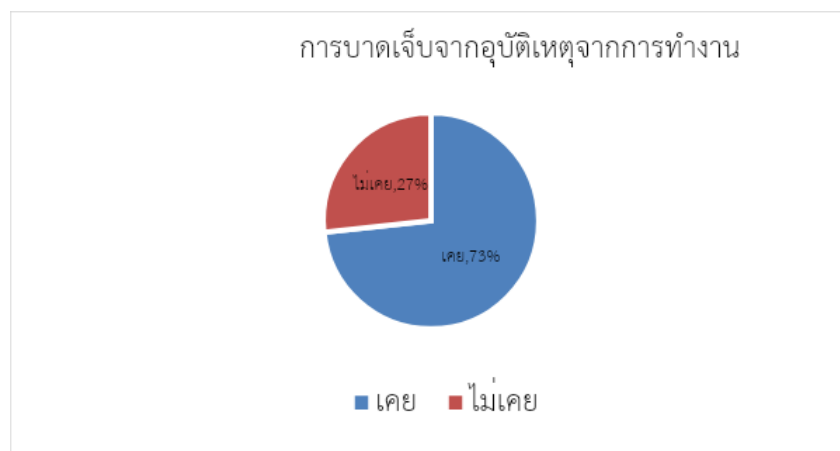
ตารางที่ 3.4 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามตัวแปรแสดงประเภทของการเจ็บป่วยจากการทำงาน ความถี่ในการเกิดและระดับความรุนแรงของผู้ปฏิบัติก่อสร้าง (n=15)

อาการ	ความถี่ในการเกิด				ระดับความรุนแรง		
	ไม่มีอาการ (0)	มีอาการ หยุดพักจะ หาย (1)	มีอาการหยุดพัก ยังมีอาการอยู่ (2)	มีอาการ ตลอดเวลา (3)	ไม่ รุนแรง (1)	รุนแรง ปานกลาง (2)	รุนแรง มาก (3)
ปวดต้นคอ	6 (40.0)	9 (60.0)	-	-	-	9 (60.0)	-
ปวดไหล่	8 (53.3)	3 (20.0)	4 (26.4)	-		4 (26.4)	3 (20.0)
ปวดหลัง	6 (40.0)	2 (13.3)	-	7 (46.7)	2 (13.3)	-	7 (46.7)
ปวดแขน	9 (60.0)	6 (40.0)	-	-	6 (40.0)	-	-
ปวดเอว	8 (53.3)	5 (33.3)	2 (13.3)	-	-	5 (33.3)	2 (13.3)
ปวดเข่า	7 (46.7)	8 (53.3)	-	-	4 (26.65)	4 (26.65)	-
ปวดขา	6 (40.0)	6 (40.0)	-	3 (20.0)	6 (40.0)	3 (20.0)	-
ปวดเมื่อย ทั้งตัว	11 (73.3)	4 (26.7)	-	-	-	4 (26.7)	-
แสบตา	15 (100.0)	-	-	-	-	-	-
ปวดตา	13 (86.7)	2 (13.3)	-	-	-	2 (13.3)	-
ตาพร่า	13 (86.7)	2 (13.3)	-	-	2 (13.3)	-	-
คันที่ผิวหนัง	15 (100.0)	-	-	-	-	-	-
อ่อนเพลีย	9 (60.0)	6 (40.0)	-	-	3 (20.0)	3 (20.0)	-
เบื่ออาหาร	15 (100.0)	-	-	-	-	-	-

จากตารางที่ 3.4 สำหรับโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงานของผู้ปฏิบัติก่อสร้าง ได้แก่ โรคปวดเมื่อยตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น ปวดต้นคอ ปวดไหล่ ปวดหลัง ปวดแขน ปวดเอว ปวดเข่าและขา เป็นต้น อาการทางตาที่พบคือ อาการปวดตา และตาพร่า เป็นต้น พบว่า ผู้ปฏิบัติก่อสร้าง ส่วนใหญ่มีความถี่ในการเกิดการผิดปกติขณะทำงานซึ่งเมื่อหยุดพักนั้นก็หาย แต่ก็ยังพบผู้ที่มีอาการที่เมื่อหยุดพักแล้วก็ยังไม่หาย จากอาการปวดไหล่คิดเป็นร้อยละ 26.4 รองลงมาปวดเมื่อยทั้งตัว คิดเป็นร้อยละ 13.3 ผู้ที่มีอาการตลอดเวลาจากอาการปวดหลัง คิดเป็นร้อยละ 46.7 และปวดขา คิดเป็นร้อยละ 20

ตารางที่ 3.5 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามตัวแปรแสดงแสดงการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากการทำงานของผู้ปฏิบัติก่อสร้าง (n=15)

การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากการทำงาน	จำนวน	ร้อยละ
เคย	11	73.3
ไม่เคย	4	26.7
รวม	15	100.0



ภาพที่ 3.4 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
จำแนกตามตัวแปรแสดงแสดงการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากการทำงานของผู้ปฏิบัติก่อสร้าง (n=15)

จากตารางที่ 3.5 และภาพที่ 3.4 ผู้ปฏิบัติงานก่อสร้างการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคอำเภอโคกสำโรง ส่วนใหญ่เคยการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากการทำงาน คิดเป็นร้อยละ 73.3 รองลงมาไม่เคยการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากการทำงาน คิดเป็นร้อยละ 26.7

ตารางที่ 3.6 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามตัวแปรแสดงประเภทของการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากการทำงาน ความถี่ที่เกิดและระดับความรุนแรงของผู้ปฏิบัติก่อสร้าง (n=15)

อาการ	ความถี่ในการเกิด				ระดับความรุนแรง		
	ไม่เคย (0)	ประจำทุก สัปดาห์ (1)	ประจำทุก เดือน (2)	นานๆ ครั้ง (3)	ไม่ รุนแรง (1)	รุนแรง ปานกลาง (2)	รุนแรง มาก (3)
โดนของมีคมบาด	-	2 (13.3)	5 (33.3)	8 (53.3)	14 (93.3)	1 (6.7)	-
วัตถุกระเด็นเข้าตา	14 (93.3)	-	-	1 (6.7)	-	1 (6.7)	-
วัตถุตกใส่	13 (86.7)	-	-	2 (13.3)	-	2 (13.3)	-
ถูกกระแทกจาก ของแข็ง	8 (53.3)	2 (13.3)	-	5 (33.3)	3 (20.0)	4 (46.6)	-
ถูกไฟฟ้าดูด	11 (73.3)	-	1 (6.7)	3 (20.0)	-	4 (36.7)	-
หกล้ม	13 (86.7)	-	-	2 (13.3)	2 (13.3)	-	-

จากตารางที่ 3.6 ประเภทของอุบัติเหตุในผู้ปฏิบัติก่อสร้างที่พบมากที่สุด คือ โดนของมีคมบาด และถูกกระแทกจากของแข็ง จะได้รับอุบัติเหตุเกิดขึ้นทุกสัปดาห์คิดเป็นร้อยละ 13.3 เท่ากัน นอกจากนี้ยังพบอุบัติเหตุที่เกิดจากวัตถุกระเด็นเข้าตา วัตถุตกใส่ ถูกไฟฟ้าดูดและหกล้ม ระดับความรุนแรงไม่รุนแรงมากถึงรุนแรงปานกลาง

4. วิเคราะห์ข้อมูลการประเมินด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามตัวแปรแสดงความเหมาะสมของแสงสว่างที่ใช้ในการทำงานของผู้ปฏิบัติก่อสร้าง (n=15)

แสงสว่างที่ใช้ในการทำงาน	จำนวน	ร้อยละ
มีปัญหา	-	-
ไม่มีปัญหา	15	100
รวม	15	100.0



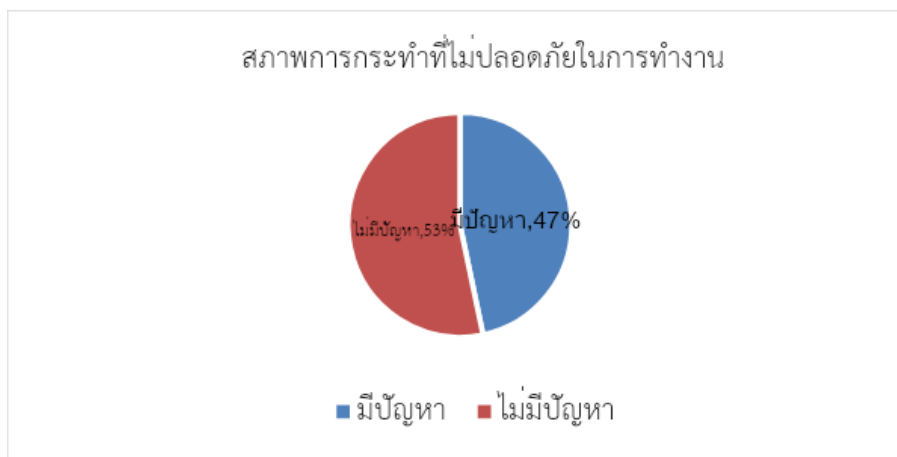
ภาพที่ 4.1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
จำแนกตามตัวแปรแสดงความเหมาะสมของแสงสว่างที่ใช้ในการทำงานของผู้ปฏิบัติก่อสร้าง (n=15)

จากตารางที่ 4.1 และภาพที่ 4.1 ผู้ปฏิบัติงานก่อสร้างการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคอำเภอโคกสำโรง พบว่าแสงสว่างในการทำงาน ไม่เป็นปัญหาต้องผู้ปฏิบัติงานก่อสร้าง ทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 100

5. วิเคราะห์ข้อมูลสภาพงานที่ไม่ปลอดภัย การป้องกันการบาดเจ็บจากการทำงาน และการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในการทำงาน

ตารางที่ 5.1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามตัวแปรแสดงผลสภาพการกระทำที่ไม่ปลอดภัยในการทำงานของผู้ปฏิบัติก่อสร้าง (n=15)

สภาพการกระทำที่ไม่ปลอดภัย	จำนวน	ร้อยละ
มีปัญหา	7	46.7
ไม่มีปัญหา	8	53.3
รวม	15	100.0

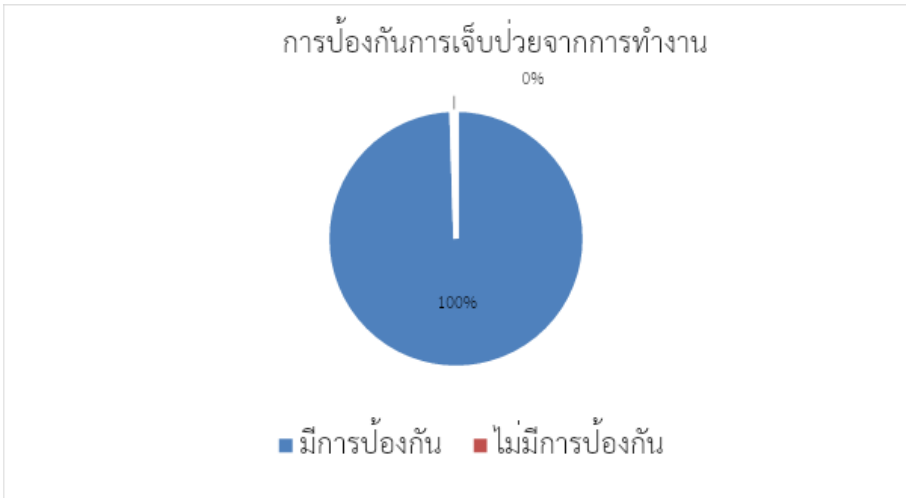


ภาพที่ 5.1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
จำแนกตามตัวแปรแสดงผลสภาพการกระทำที่ไม่ปลอดภัยในการทำงานของผู้ปฏิบัติก่อสร้าง (n=15)

จากตารางที่ 5.1 และภาพที่ 5.1 ผู้ปฏิบัติงานก่อสร้างการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคอำเภอโคกสำโรงส่วนใหญ่ ไม่มีปัญหาเรื่องสภาพการกระทำที่ไม่ปลอดภัยในการทำงาน คิดเป็นร้อยละ 53.3 รองลงมามีปัญหาเรื่องสภาพการกระทำที่ไม่ปลอดภัยในการทำงาน คิดเป็นร้อยละ 46.7

ตารางที่ 5.2 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามตัวแปรแสดงผลการป้องกันการเจ็บป่วยจากการทำงานของผู้ปฏิบัติก่อสร้าง (n=15)

การป้องกันการเจ็บป่วยจากการ ทำงาน	จำนวน	ร้อยละ
มีการป้องกัน	15	100
ไม่มีการป้องกัน	-	-
รวม	15	100.0



ภาพที่ 5.2 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
จำแนกตามตัวแปรแสดงผลการป้องกันการเจ็บป่วยจากการทำงานของผู้ปฏิบัติก่อสร้าง (n=15)

จากตารางที่ 5.2 และภาพที่ 5.2 ผู้ปฏิบัติงานก่อสร้างการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคอำเภอโคกสำโรง พบว่า การไฟฟ้าส่วนภูมิภาคอำเภอโคกสำโรง มีการป้องกันการเจ็บป่วยจากการทำงาน ทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 100

ตารางที่ 5.3 แสดงถึงความเสี่ยงและอันตรายที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการทำงาน (n=15)

ลำดับ	ภาระงาน ที่เลือก เพื่อวิเคราะห์ JSA	ลักษณะอันตราย	มาตรการการป้องกัน
1	การติดตั้งอุปกรณ์ - ตรวจสอบสภาพพื้นที่ที่หน้างานพบ เสไฟฟ้าชำรุดก่อนการปฏิบัติงาน - ตรวจสอบก่อนการปฏิบัติงาน ด้วย สายตา - ทำกิจกรรม KYT ตรวจสอบสภาพ หน่วยงาน ค้นหาจุดเสี่ยงหรือจุด อันตราย - ปีนเสาติดตั้งคอนกรีตสำหรับวาง สายสื่อสาร	- ความคมของเสาคัดมือได้รับบาดเจ็บ - คอนกรีตตกใส่ ศีรษะแตก กระดูกหัก - ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อขา จากการส่ายกัน ตกยาวเกินไป - ชันน็อตแร็คไม่แน่น ศีรษะแตก - ลูกถ้วยหล่น - พกซ้ำ - ตกจากเสา แขนหัก ขาหัก - ศีรษะแตก - ลวดทิ่มมือและตา	- สวมใส่อุปกรณ์ PPE - ไม่ยืนอยู่ด้านล่างขณะมีผู้ปฏิบัติงาน อยู่บนเสา - คล้องกันตักในระยะที่ผู้ปฏิบัติงาน ได้อย่างสบาย - ตรวจสอบความแข็งแรงในการติดตั้ง - ไม่ยืนอยู่ด้านล่างขณะมีผู้ปฏิบัติงาน อยู่บนเสา - สวมหมวกนิรภัยทุกครั้ง - ไม่ติดตั้งคอนปูนขณะที่ลมแรง

ลำดับ	ภาระงาน ที่เลือก เพื่อวิเคราะห์ JSA	ลักษณะอันตราย	มาตรการการป้องกัน
	- ติดตั้งแร็คและประกอบลูกถ้วย - ลูกกรอกสำหรับเดินสายไฟฟ้าแรงต่ำ - ติดตั้งคอนปูนบริเวณหัวเสา - ติดตั้งลูกถ้วยบนคอนหัวเสาเพื่อ - พาดสายไฟแรงสูง - ติดตั้งหม้อแปลง	- ทับมือ และเท้า - ผู้ปฏิบัติงานกระแทกกับเสา - ตกจากเสา แขนหัก ขาหัก	- สวม อุปกรณ์ PPE ทุกครั้ง - สวมหมวกนิรภัยทุกครั้ง - ม้วนลวดเป็นวงกลมเข้าหากันทั้ง 2 ด้าน - ไม่ติดตั้งหม้อแปลงขณะที่ลมแรง - ไม่ยืนมือหรือเท้าในบริเวณติดตั้ง - ตรวจสอบตะขอยกทุกครั้งก่อนใช้งาน
2	การพาดสาย - ติดตั้งสายยึดโยงก่อนการดึงสาย - ลากสาย - ปีนขึ้นเสา พาดสายจากต้นนิ่งไปยังอีกต้นนิ่ง - ใช้คัมละองประกอบกับคอฟฟิ่ง - ฮอยลิใช้ในการดึงสาย	- ศีรษะแตก เท้า - สลัดพลาดใส่ผู้ปฏิบัติงานได้รับบาดเจ็บ - เท้าบาดเจ็บ - ทับผู้ปฏิบัติงาน - ผู้ปฏิบัติงานกระตุกหัก พิกการ เสียชีวิต - หัวลากสายติดขัด-หลุด ออกรอกพาด - สายโดนผู้ปฏิบัติงาน - ขาดังรัดสายพลิกคว่ำสายไฟถูก - กระชากผู้ปฏิบัติงานถูกไฟดูด - ถูกช็อตหมดสติ - คอฟฟิ่งฮอยล์หนีมือ - เครื่องมือตกผู้ปฏิบัติงานด้านล่าง - ศีรษะแตก	- ตรวจสอบเชือกและรอกก่อนการใช้งานทุกครั้ง - ตรวจสอบ Swivel ให้อยู่ในสภาพดี - ก่อนนำมาใช้งาน - สวมรองเท้านิรภัย - จัดให้มีผู้เดินตามหัวลากสายตลอด - เวลาที่พาดสาย - ตรวจสอบน็อตยึดทุกครั้ง - ติดตั้งอุปกรณ์ป้องกันหรือนั่งร้าน - คร่อมไลน์แยกย่อย , และกันการ เข้า-ออก - บริเวณจุดปฏิบัติงาน - จัดให้มีผู้คอยดูหัวลากสายตลอด เวลา - ที่พาดสาย - ขาดังรัดต้องอยู่ในสภาพดี - เลือกพื้นที่จุดตั้งขาริลให้อยู่ในสภาพ - มั่นคงแข็งแรง - ชันแคลมป์ให้แน่นบริเวณจุดยึดโยง - ก่อนการพาด - ตรวจสอบระบบไฟฟ้าก่อนปฏิบัติทุก - ครั้ง - เมื่อปีนขึ้นถึงจุดปฏิบัติงานบนเสา ให้ - คล้องสายกันตกตัวเสาทันที - ใช้ขาปีนเสามาตรฐาน กฟภ.

ลำดับ	ภาระงาน ที่เลือก เพื่อวิเคราะห์ JSA	ลักษณะอันตราย	มาตรการการป้องกัน
			- ตรวจสอบความพร้อมของผู้ขึ้นปฏิบัติงาน - ไม่จับใกล้บริเวณจุดที่ยก - ตรวจสอบเชือกและรอกส่งของขึ้นบนเสาการใช้งานทุกครั้ง - ไม่ยืนอยู่ด้านล่างขณะที่ผู้ปฏิบัติงานอยู่บนเสา
3	การขนย้ายเสา - ใช้รถบรรทุกติดเครนพับให้การยกเสา - ขนเสา	- ผู้ปฏิบัติงาน กระตุกหลัง พิกการเสียชีวิต - เสาตกหรือสิ่งของหลุดมาทรัพย์สินเสียหาย - รถตกหลุมถนน เสาที่บรรทุกห้บขาหรือฟาดใส่ผู้ปฏิบัติงาน	- ตรวจสอบเครนตามมาตรฐาน - ตรวจสอบลวดสลิงและแกนม้วนสายสลิงก่อนนำมาใช้งาน - ตรวจสอบตะขอ ส่วนเปิด-ปิด ไม่นำตะขอที่ปิดไม่สนิทมาใช้งาน - ยกน้ำหนักไม่เกินมาตรฐานรถเครนที่กำหนด - สำรวจเส้นทางที่จะขนเสาให้ละเอียดว่ามีถนนเป็นหลุม - ผูกมัดเสา ใช้นอตยึด ขณะโดยสาร

จากตารางที่ 5.3 วิเคราะห์ข้อมูลโดย (JSA) มีการเก็บข้อมูลจากการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงานก่อสร้าง แล้วนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์ คือ ความเสี่ยงและอันตรายที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการทำงานและปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นระหว่างการทำงาน ผู้ปฏิบัติงานก่อสร้างมีกิจกรรมหลักที่สำคัญ คือ การติดตั้งอุปกรณ์ การพาดสาย และการขนย้ายเสา ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวนี้มีความเสี่ยงและอาจเกิดอันตรายและเกิดปัญหาต่อสุขภาพได้

อภิปรายผล

จากการศึกษาและวิเคราะห์การเรียนรู้ ถึงการแก้ปัญหาเกี่ยวกับความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคอำเภอโคกสำโรง เพื่อจะได้วิเคราะห์รูปแบบกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงานที่ปลอดภัย โดยการร่วมกันกับทางเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงานระดับวิชาชีพ ผู้ควบคุมงาน และผู้ปฏิบัติงานในการวิเคราะห์สภาพปัญหา และค้นหาแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย โดยใช้กระบวนการวิเคราะห์งานเพื่อความปลอดภัย (JSA) จากนั้นได้มีการกำหนดกิจกรรม/ภาระงานที่สามารถนำไปปฏิบัติเพื่อนำไปสู่รูปแบบการป้องกันอันตรายจากการปฏิบัติงาน กิจกรรม/ภาระที่ได้กำหนดขึ้นโดยกลุ่มผู้ปฏิบัติงานก่อสร้างนั้น มีกิจกรรม บางส่วนที่ผู้ปฏิบัติงานก่อสร้างสามารถนำไปดำเนินการได้เอง และในบางเรื่องต้องบรรยายความรู้ความเข้าใจเพิ่มเติม เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่สามารถป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยได้ และผู้ปฏิบัติงานก่อสร้างมีความต้องการทราบถึงวิธีการในการป้องกันอันตรายจากการทำงาน โดยเนื้อหาแท้จริงคือการป้องกันการเจ็บป่วย การปวดกล้ามเนื้อตามอวัยวะต่างๆของร่างกาย และหลังจากนั้นนักวิจัยได้เข้าไปประเมินผลการดำเนินงานในการปรับปรุงการแก้ไขปัญหาด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานก่อสร้าง ซึ่งได้ข้อมูลดังนี้

สรุปผลการวิจัย

ผู้ปฏิบัติงานก่อสร้าง เป็นชายทั้งหมด จบระดับการศึกษาอาชีวศึกษาทั้งหมด ส่วนใหญ่มีการสมรสแล้ว ประกอบอาชีพเป็นผู้ปฏิบัติงานก่อสร้าง 10 ปีขึ้นไป มีความพึงพอใจกับงานที่ทำไม่คิดที่จะเปลี่ยนงานใหม่ ทำงานสัปดาห์ละ 5-6 วัน วันละ 7-8 ชั่วโมง ส่วนใหญ่มีปัญหาความเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงานที่ทำอยู่ในปัจจุบัน เมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือมี ปัญหาสุขภาพจากการทำงานก็จะมี การปฏิบัติตนหลายวิธี เช่น ปล่อยให้หายเอง รักษาด้วยตนเอง และไปโรงพยาบาล โดยค่าใช้จ่ายในการรักษาการเจ็บป่วยนั้น ส่วนใหญ่จะใช้การเบิกจ่ายแทนการใช้สิทธิประกันสังคม สำหรับเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงานของผู้ปฏิบัติงานก่อสร้าง ได้แก่ โรคปวดเมื่อยตามส่วนต่างๆของร่างกาย เช่น ปวดต้นคอ ปวดไหล่ ปวดหลัง ปวดเอว ปวดขา เป็นต้น อาการทางตาที่พบคือ อาการปวดตา ตาพร่า และ เป็นต้น ส่วนใหญ่มีความถี่ในการเกิดการผิดปกติขณะทำงานซึ่งเมื่อหยุดพักนั้นก็จะหาย แต่ก็ยังพบผู้ที่มีอาการที่เมื่อหยุดพักแล้วยังไม่หาย จากอาการปวดไหล่ และปวดเอว นอกจากนั้นยังมีผู้ที่มีอาการตลอดเวลาจากอาการปวดหลังและปวดขา ระดับความรุนแรงไม่รุนแรงมากถึงรุนแรง พบว่าสาเหตุของอุบัติเหตุเกิดจากการปฏิบัติงานกับสภาพของงานที่ไม่ปลอดภัย ประเภทของอุบัติเหตุพบมากที่สุด คือ โดนของมีคมบาด และถูกกระแทกจากของแข็งจะได้รับอุบัติเหตุเกิดขึ้นทุกสัปดาห์นอกจากนี้ยังพบอุบัติเหตุ ที่เกิดจากวัตถุกระเด็นเข้าตา

วัตถุตกใส่ ถูกไฟฟ้าดูดและหกล้ม ระดับความรุนแรงไม่รุนแรงมากถึงรุนแรงปานกลาง และมีการปฏิบัติงานที่ก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ การวิเคราะห์งานเพื่อความปลอดภัย (JSA) มีโอกาสได้รับอันตรายและบาดเจ็บ เนื่องจากสภาพแวดล้อมการทำงาน การกระทำที่ไม่ปลอดภัยก่อให้เกิดอันตรายได้ ผู้ปฏิบัติงานต้องสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลทุกครั้ง เช่น ถุงมือหนัง ถุงมือยางทุกครั้งขณะปฏิบัติงานป้องกันการบาดเจ็บจากของมีคมบาดหรือถูกไฟฟ้าดูด ศึกษาท่าทางที่ถูกต้องก่อนปฏิบัติงาน ตรวจสอบสุขภาพชิ้นงานก่อนปฏิบัติงาน สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ต้องปฏิบัติงานด้วยความระมัดระวังและล้างทำความสะอาดอุปกรณ์และจัดเก็บเข้าที่หลังการใช้งาน

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้ปฏิบัติก่อสร้างลักษณะงานที่นำมาทำการศึกษา และวิเคราะห์การเรียนรู้ ถึงการแก้ปัญหาเกี่ยวกับความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน แบ่งเป็น 3 งาน คือ งานติดตั้งอุปกรณ์หัวเสา งานพาดสายไฟฟ้าและขนย้ายเสาไฟฟ้า จะเห็นได้ว่าลักษณะงานทั้ง 3 นั้นผู้ปฏิบัติงานล้วนแล้วจะมีเหตุที่ต้องประสบอุบัติเหตุบาดเจ็บจากขั้นตอนการทำงานที่ไม่ถูกต้อง ความเคยชิน เครื่องใช้เครื่องมือที่ไม่อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ซึ่งผู้ปฏิบัติก่อสร้างนั้นเป็นผู้ขายทั้งหมดอาจจะยิ่งทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่ายกว่า เนื่องจากผู้ขายส่วนใหญ่อาจจะมีความมั่นใจในการทำงานสูง มั่นใจในงานที่ทำมาเนิ่นนานไม่ค่อยจะเชื่อคำแนะนำของหัวหน้าหรือเพื่อนร่วมงาน และงานด้านความปลอดภัยเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนที่ส่งผลกับสุขภาพได้ง่ายอาจจะทำความเข้าใจได้ง่าย ในบางเรื่องสำหรับบางเรื่องภูมิรู้ด้านการศึกษาก็เป็นตัวแปรที่สำคัญที่ทำให้บุคคลเข้าใจ และยิ่งกว่านั้น จะทำให้บุคคลทุกคนที่ศึกษานั้นมีจิตสำนึกรักความปลอดภัยยิ่งเป็นไปได้อย่าง จะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่ผู้ปฏิบัติก่อสร้างมีการศึกษาระดับอาชีวศึกษา มีการสมรสแล้วประกอบอาชีพนี้มานาน 10 ปี ขึ้นไป จึงเป็นเรื่องยากที่จะให้ความรู้แค่ครั้งคราวแล้วผู้ปฏิบัติก่อสร้างจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ เพราะผู้ปฏิบัติก่อสร้างเหล่านั้นประกอบอาชีพมาเนิ่นนาน และพนักงานยังมีความพึงพอใจกับงานที่ทำไม่คิดที่จะเปลี่ยน งานใหม่ ทำงานสัปดาห์ละ 5-6 วัน วันละ 7-8 ชั่วโมง/วันก็ตาม ส่วนใหญ่มีปัญหาความเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงานที่ทำอยู่ในปัจจุบัน และมีทัศนคติที่ผิดในการดูแลสุขภาพเมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพจากการทำงานรักษาด้วยตัวเองโดยการซื้อยามาทายก่อน เมื่อมีอาการรุนแรงขึ้นอาการเริ่มแย่งถึงไปโรงพยาบาล โดยให้เหตุผลที่ว่าไม่อยากไปพบแพทย์เนื่องจากการเจ็บป่วยเล็กน้อย และส่วนใหญ่มื่อไปพบแพทย์ไม่หายจากอาการบาดเจ็บ

ลักษณะการปฏิบัติงานนั้น ถ้าเป็นงานติดตั้งอุปกรณ์หั่วเสา งานพาดสายไฟฟ้าและงานขนย้ายเสา จะเป็นการทำงานในลักษณะทำงานบนที่สูงมีพื้นที่ในการทำงานที่จำกัด การยืน ก้ม ลุก นั่ง เดิน ปีนขึ้น-ลง กว้างงานนั้นจะเสร็จ ในบางครั้งร่างกายต้องฝืนธรรมชาติในพื้นที่จำกัดเป็นเวลานานๆ จึงเป็นสาเหตุของอาการเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงานของผู้ปฏิบัติงานก่อสร้าง นี้ ได้แก่ โรคปวดเมื่อยตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น ปวดต้นคอ ปวดไหล่ ปวดหลัง ปวดเอว ปวดขา เป็นต้น และในการปฏิบัติงานนั้นพบว่าการปฏิบัติงานทั้งกลางแจ้งที่อากาศร้อนจัด มีฝุ่น และ เศษวัสดุฟุ้งกระจายเข้าตา แสงสว่างจ้าทำให้ผู้ปฏิบัติงานต้องหิรตาเกิดปัญหากับสุขภาพตา อาการทางตาที่พบ คือ อาการปวดตา ตาพร่า เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้เกิดขึ้นทุกครั้งที่ปฏิบัติงานเมื่อหยุดพักอาการนั้นก็หาย และถึงแม้จะมีผู้ปฏิบัติงานก่อสร้างบางคนจะมีอาการที่เมื่อหยุดพักแล้วก็ยังไม่หาย จากอาการปวดไหล่ และปวดเอว แต่ก็ต้องทนปฏิบัติงานโดยไม่หยุดงานเพื่อทำการรักษาตัว นอกจากอาการจะรุนแรงจนไม่สามารถปฏิบัติงานได้ถึงจะหยุดงานรักษาตัว และ ยังพบว่ามีผู้ปฏิบัติงานก่อสร้างที่มีอาการปวดหลังและปวดขา ตลอดเวลาและก็ยังปฏิบัติงานอยู่เป็นปกติ โดยทั่วไปแล้วพบว่าสาเหตุของอาการเจ็บป่วยนั้น มาจากการปฏิบัติงานกับสภาพของงานที่ไม่ปลอดภัย เช่น อากาศร้อนจัด ลมแรงฝุ่นละอองมาก พื้นที่ทำงานเป็นพื้นที่ที่จำกัด เป็นต้น นอกจากนี้มีสาเหตุมาจากการกระทำที่ไม่ปลอดภัยโดยที่ปฏิบัติงานโดยไม่มีเครื่องมือ เครื่องทุ่นแรง เครื่องป้องกันตัวเองหรืออุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล จนเกิดการบาดเจ็บจาก อุบัติเหตุโดนของมีคมบาดขึ้นเป็นประจำทุกสัปดาห์ เช่น เศษปูน เศษโลหะบาด

ข้อเสนอแนะ

ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายในการทำงานนั้น ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ด้านการป้องกันอันตรายในการทำงานเท่าที่ควร หรือบางครั้งอาจจะรู้แต่ไม่ปฏิบัติตามหลักความปลอดภัยในการทำงานด้วยความเคยชินทำงานลักษณะนี้มาเป็นเวลานาน เกิดความชำนาญในอาชีพ และอาจจะเป็นคนชอบความเสี่ยง ความท้าทาย และส่วนหนึ่งทางการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคอำเภอโคกสำโรงยังมีการบริหารจัดการเรื่องความปลอดภัยที่เป็นรูปธรรม มาตรการเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุในการทำงาน ผู้ปฏิบัติงานก่อสร้างบางส่วนมีทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุในด้านการทำงานค่อนข้างเป็นไปในทางลบ คิดว่าการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล จะทำให้การปฏิบัติงานไม่สะดวกหรือไม่ถนัด โดยยึดถือเอาความสะดวกสบายเป็นหลัก แต่ไม่คำนึงถึงความปลอดภัยหรืออันตรายที่จะเกิดขึ้นต่อตนเอง และ เพื่อนร่วมงาน ดังนั้น องค์กรต้องให้ความสำคัญของการบริหารความปลอดภัยในองค์กรเป็นสำคัญโดย ดำเนินการดังนี้ 5.3.1 จัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงาน ให้ปฏิบัติงานให้ถูกต้องและ

ปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานได้เกิดความเคยชินและตระหนักถึงความความภัย จนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทำงานที่ปลอดภัย 5.3.2 ให้มีการจัดหาอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลให้กับพนักงานให้เพียงพอ เพื่อดูแลความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานก่อสร้างที่มีความเสี่ยงกว่าที่ผู้ปฏิบัติงานที่อื่นๆ และเพื่อความปลอดภัยของทุกคน 5.3.3 จัดทำมาตรฐานระบบการจัดการอาชีวอนามัยและความปลอดภัย มอก.18001 เพื่อให้มีการดำเนินกิจกรรมด้านความปลอดภัยอย่างเป็นรูปธรรมต่อเนื่องต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน. (2552). **คู่มือการฝึกอบรมหลักสูตรเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงาน ระดับหัวหน้างาน**. กรุงเทพฯ: หจก. บางกอกบล๊อค
- จตุรัส ดอนรับ. (2560). **การจัดการความปลอดภัยในการก่อสร้างอาคารโรงงานอุตสาหกรรม**. สืบค้นเมื่อ 19 กุมภาพันธ์ 2564, จาก <https://e-research.siam.edu/wp-content/uploads/2019/07/M.Eng-2016-IS-Safety-Management-in-the-Construction-of-Industrial-Buildings-compressed.pdf>
- เฉลิมชัย ขวลิทธิกิจกุล. (2549). **ปรัชญาและแนวคิดเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงาน**. ใน **เอกสารการสอนชุดวิชาหลักการปลอดภัยในการทำงาน หน่วยที่ 1-8 พิมพ์ครั้งที่ 12** (น. 1-33). นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- บุญชัย สอนพรหม (2555). **การศึกษาทัศนคติของคณงานก่อสร้างต่อสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุใน อุตสาหกรรมก่อสร้าง : กรณีศึกษา บริษัท เอส ดับบลิว ที เทคโนโลยี แอนด์ คอนสตรัคชั่น จำกัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิศวกรรมศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิศวกรรมโยธา สำนักวิชาวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
- สุนิสา ชายเกลี้ยง, วิภารัตน์ โพธิ์ซี และสุตพรารณา จารุกชุมล. (2560). **การประเมินความเสี่ยงในคณงานก่อสร้าง: กรณีศึกษาบริษัทก่อสร้างที่พัทลุง**. **ศรีนครินทร์เวชสาร**. 32(1), 30-37.
- ศูนย์ความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (ร่าง) **คู่มือการข้บ่งอันตรายและการประเมินความเสี่ยง ด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัยและ สภาพแวดล้อมในการทำงานจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**. สืบค้นเมื่อ 13 มกราคม 2564, จาก <https://www.shecu.chula.ac.th/data/boards/61/RISK.pdf>

อรัญ ขวัญปาน และชนะกานต์ พงศาสนองกุล. (2555). ความปลอดภัยจากการปฏิบัติงานของช่างซ่อมบำรุง
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
เอกชัย ตรีทอง และอภิชาติ ประสิทธิ์สม. (2561). การประเมินความเสี่ยงในการดำเนินงานโครงการก่อสร้างภายใต้
การกำกับดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอปะทิว จังหวัดชุมพร. วิศวกรรมสารเกษมบัณฑิต.
8(2), 227-248.

Received: 21 Oct 2021; Revised: Nov 2021

Accepted: 11 Nov 2021

ความรู้และพฤติกรรมตามหลักสุขาภิบาลอาหารของผู้ปรุงอาหารในโรงเรียน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเชียงราย เขต 1

ณัฐชา สักกะวัน¹, พลอยไพลิน ทองแก้ว², กาญจนา ปินตาคำ³ และสุเวช พิมน้ำเย็น^{4*}

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้และพฤติกรรมตามหลักสุขาภิบาลอาหารของผู้ปรุงอาหารในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเชียงราย เขต 1 จำนวน 78 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนขนาดของโรงเรียนจำนวน 34 โรงเรียน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมตามหลักสุขาภิบาลอาหารของผู้ปรุงอาหาร วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ปรุงอาหารส่วนใหญ่ร้อยละ 92.30 มีความรู้หลักสุขาภิบาลอาหารระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมตามหลักสุขาภิบาลอาหารอยู่ในระดับดี ($\bar{X} \pm S.D. = 3.92 \pm 0.12$) ผลการศึกษารังนี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน สำหรับการควบคุมดูแลผู้ปรุงอาหารให้ปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหารในโรงเรียนต่อไป

คำสำคัญ : ความรู้, พฤติกรรม, สุขาภิบาลอาหาร, ผู้ปรุงอาหาร

¹ นักศึกษาสาขาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

² นักศึกษาสาขาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

⁴ อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

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

Knowledge and Food Sanitation Behavior of Cook in School Under Chiang Rai Primary Educational Service Area Office 1

Natcha Sakkawan¹, Poypailin Tongkaew², Kanjanar Pintakham³ and Suwech Pimnumyen⁴

Abstract

This research was the cross-sectional descriptive study. The aim of this study was to determine knowledge and food sanitation behavior of 78 cook in school under Chiang Rai primary educational service area office 1. The sample size calculation for proportion of 34 schools. The tool used were knowledge and food sanitation behavior of cook questionnaire. Data were analyzed by descriptive used frequency, percentage, mean and standard deviation. Results, this study showed that the knowledge about food sanitation of most cook was moderate level and food sanitation behavior was good level ($\bar{x} \pm S.D. = 3.92 \pm 0.12$). The results from this study can be used as basic information for control among cook to comply with food sanitation in schools

Keywords : Knowledge, Behavior, Food Sanitation, Cook

¹ Student, Program in Occupational Health and Safety, School of Health Science, Chiang Rai Rajabhat University

² Student, Program in Occupational Health and Safety, School of Health Science, Chiang Rai Rajabhat University

³ Assistant Professor, School of Health Science, Chiang Rai Rajabhat University

⁴ Lecturer, Faculty of Public Health, Northern College

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

บทนำ

โรงเรียนถือเป็นศูนย์กลางในการพัฒนากำลังคนของประเทศ โดยเฉพาะเด็กในวัยเรียนที่ต้องเตรียมความพร้อมและพื้นฐานที่ดีให้ในทุก ๆ ด้าน การจัดหลักสุขาภิบาลอาหารในโรงเรียนอย่างเหมาะสม ถือเป็นองค์ประกอบหนึ่งในการส่งเสริมและสนับสนุนให้นักเรียนมีคุณภาพชีวิตที่ดี (กรมอนามัย, 2558) ซึ่งความสะอาดและความปลอดภัยของอาหารทางโรงเรียนต้องมีการจัดตามหลักสุขาภิบาลอาหารให้แก่ผู้ปรุงอาหารภายในโรงอาหารของโรงเรียน นับเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อสุขภาพอนามัยของนักเรียน เพราะการดำเนินการด้านสุขาภิบาลอาหารนั้น ส่งผลให้นักเรียนได้รับประทานอาหารที่สะอาดและปลอดภัย จากการรายงานการเฝ้าระวังโรคจากอาหารและน้ำเป็นสื่อของสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบว่าส่วนใหญ่ของนักเรียนในโรงเรียนจะเกิดโรคอุจจาระร่วง และอาหารเป็นพิษ (สำนักกระบาดวิทยา, 2562) และจากการศึกษาข้อมูลมาตรฐานอาหารและการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมโรงอาหารในโรงเรียน ระดับประถมศึกษาในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานเขตอำเภอโคกเจิญ จำนวน 10 โรงเรียน พบว่ามีจำนวน 1 โรงเรียน ผ่านเกณฑ์ตามข้อกำหนดมาตรฐานอาหารและการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมโรงอาหารในโรงเรียน ส่วนอีก 9 โรงเรียน พบว่าไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี, 2558) ซึ่งการปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหารในโรงเรียนถือเป็นการดูแลคุณภาพชีวิตของนักเรียนตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องดูแลทุกโรงเรียนในประเทศไทย

สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเชียงราย เขต 1 มีโรงเรียนที่รับผิดชอบทั้งหมด 104 โรงเรียน (สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเชียงราย เขต 1, 2561) จากการสังเกตพบผู้ปรุงอาหารไม่สวมอุปกรณ์ป้องกันระหว่างทำอาหาร ไม่มีการแยกขยะที่ชัดเจน และสถานที่ในการดำเนินการไม่ถูกสุขลักษณะ ซึ่งการดำเนินการปรุงอาหารหากไม่ปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหารจะส่งผลกระทบต่อตัวนักเรียนโดยตรง ทำให้มีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคจากอาหาร มีผลต่อการพัฒนาการทางสมองและร่างกาย รวมถึงอาจทำให้โรงเรียนเสื่อมเสียชื่อเสียงได้

ดังนั้นจากข้อมูลดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยเกิดความสนใจและเห็นความสำคัญที่จะศึกษาระดับความรู้และระดับพฤติกรรมตามหลักสุขาภิบาลอาหารของผู้ปรุงอาหารในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเชียงราย เขต 1 เพื่อนำไปสู่การดำเนินการที่ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลอาหาร ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตที่ดีของนักเรียน และเป็นแนวทางให้โรงเรียน รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนป้องกันแก้ไขปัญหาในด้านมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของผู้ปรุงอาหารในโรงอาหารของโรงเรียนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระดับความรู้และระดับพฤติกรรมตามหลักสุขาภิบาลอาหารของผู้ปรุงอาหารในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเชียงราย เขต 1

ขอบเขตการวิจัย

งานวิจัยนี้กำหนดขอบเขตเนื้อหาในประเด็นความรู้และตามหลักสุขาภิบาลอาหารของผู้ปรุงอาหารในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเชียงราย เขต 1 ครอบคลุมพื้นที่อำเภอเมืองเชียงราย เวียงชัย และเวียงเชียงรุ้ง งานวิจัยนี้จึงเกี่ยวข้องกับ ผู้ปรุงอาหาร หลักสุขาภิบาลอาหาร ความรู้และพฤติกรรมตามหลักสุขาภิบาลอาหาร ซึ่งจะกล่าวสรุปโดยย่อต่อไปนี้

ผู้ปรุงอาหาร

เป็นผู้ที่ประกอบอาหาร เตรียมอาหาร คิดรายการอาหาร จัดหาส่วนประกอบเพื่อให้สามารถเป็นอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ มีประโยชน์ต่อร่างกาย (กองส่งเสริมการมีงานทำ กรมการจัดหางาน, 2555) ซึ่งอาจเรียกว่า "พ่อครัว" หรือ "แม่ครัว" ยกรมนานามัยได้มีการออกกฎกระทรวงฯ กำหนดผู้ประกอบการต้องอบรมหลักสูตรการสุขาภิบาลอาหาร เพื่อคุ้มครองสุขภาพผู้บริโภคและพิทักษ์สิทธิของผู้ที่ทานอาหาร ไม่ให้เกิดการปนเปื้อนเชื้อโรค สารเคมีหรือโลหะหนัก ต้องดูแลจุดเตรียมอาหาร แสงสว่าง ที่ล้างมือ ห้องน้ำ ที่กำจัดขยะและน้ำเสีย วัตถุดิบต้องมีความสด มีการจัดเก็บอย่างดี น้ำดื่มหรือน้ำที่เอามาใช้ทำอาหารก็ต้องสะอาด ส่วนน้ำแข็งที่ใช้กินห้ามเอามู เอ้าผัก หรือเอาน้ำอัดลมลงไปแช่ จาน ชาม ช้อนส้อม ต้องสะอาดและมีการฆ่าเชื้อหลังทำความสะอาด

หลักสุขาภิบาลอาหาร

คือการบริหารจัดการและควบคุมสิ่งแวดล้อมรวมทั้งบุคลากรที่เกี่ยวข้องกิจกรรมอาหารเพื่อให้อาหารสะอาดปลอดภัยปราศจากเชื้อโรค หนองพยาธิ และสารเคมีต่าง ๆ ที่อาจเป็นอันตรายต่อการเจริญเติบโตของร่างกาย สุขภาพอนามัย และ การดำรงชีวิตของผู้บริโภค (คณะทำงานเกณฑ์มาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหาร, 2549) โดยต้องมีการควบคุมป้องกันไม่ให้อาหารเป็นต้นเหตุของความเจ็บป่วยแก่ผู้บริโภค ทำให้อาหารปลอดภัยและให้ประโยชน์แก่ผู้บริโภค โดยหลักสุขาภิบาลอาหาร ประกอบด้วย 1) ความสะอาดและความปลอดภัยของอาหาร 2) อนามัยของผู้ประกอบอาหารและผู้เสิร์ฟอาหาร 3) อนามัยของการประกอบอาหารและการผู้เสิร์ฟอาหาร 4) ความสะอาดและความปลอดภัยของน้ำ 5) การเก็บรักษาอาหาร 6) การล้าง และเก็บภาชนะเครื่องใช้ในการปรุงอาหาร 7) การกำจัดเศษอาหาร น้ำทิ้ง และอื่น ๆ และ 8) การสุขาภิบาลสถานที่ประกอบอาหาร

ความรู้และพฤติกรรมตามหลักสุขาภิบาลอาหาร

มาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร เป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้ปรุงอาหารต้องทราบถึงเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย เพื่อที่จะสามารถดำเนินการได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ดังนี้ 1) สถานที่รับประทานอาหารบริเวณทั่วไป ต้องสะอาด เป็นระเบียบ และมีการระบายอากาศที่ดี 2) สถานที่เตรียม-ปรุงอาหาร ต้องความสะอาดเป็นระเบียบ ทำความสะอาด มีการระบายอากาศได้ดี ไม่เตรียมหรือปรุงอาหารบนพื้น ควบคุมวัตถุดิบให้มีคุณภาพดี ล้างทำความสะอาดและทำการจัดเก็บอย่างถูกต้อง 3) ภาชนะหรืออุปกรณ์ในการทำอาหารต้องเป็นวัสดุที่ไม่อันตราย ไม่ตกแตงสี ภาชนะสะอาด 4) การรวบรวมขยะและน้ำโสโครกต้องมิดชิด ป้องกันกลิ่นและสัตว์นำโรค 5) ห้องน้ำ ห้องส้วมบริเวณโรงอาหารต้องสะอาด ไม่ส่งกลิ่นเหม็น มีน้ำใช้อย่างเพียงพอ เพื่อไม่ให้ปนเปื้อนแหล่งเพาะพันธุ์เชื้อโรค 6) ผู้ปรุงอาหาร ผู้เสิร์ฟ ต้องแต่งกายที่รัดกุม ผูกผ้ากันเปื้อน ใส่หมวกคลุมผมสำหรับการป้องกันผมหลุดร่วงปนเปื้อนลงไปในอาหาร รวมถึงมีหลักฐานการตรวจสุขภาพ มีสุขนิสัยที่ดี

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษาระดับความรู้และระดับพฤติกรรมตามหลักสุขาภิบาลอาหารของผู้ปรุงอาหารในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเชียงราย เขต 1

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยเป็นผู้ปรุงอาหารในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเชียงราย เขต 1 จำนวน 78 คน โดยได้มาจากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงเรียนขนาดเล็ก ขนาดกลาง และขนาดใหญ่ จำนวน 34 โรงเรียน

เครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการดำเนินการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับหลักสุขาภิบาลอาหารแนวคิดจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมาสร้างเครื่องมือในการทำวิจัยในครั้งนี้เป็น แบบสอบถามการวิจัย (Questionnaire) โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปรุงอาหารในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเชียงราย เขต 1 ประกอบด้วย เพศ สถานภาพ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา โรคประจำตัว รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอในค่าใช้จ่าย ระยะเวลาในการทำงาน การเข้าอบรมเรื่องมาตรฐานอาหารและการสุขาภิบาลเรื่องสิ่งแวดล้อม จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามระดับความรู้หลักสุขภาพอาหารของผู้ปรุงอาหารในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเชียงราย เขต 1 จำนวน 15 ข้อ โดยมีข้อคำถามเชิงลบจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3,5,7,10 และ 15 ข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1,2,4,6,7,8,9,11,12,13 และ 14 สำหรับการให้คะแนน ถูกให้ 1 คะแนน ไม่ถูก 0 คะแนน

การแปลผลระดับความรู้ผู้ปรุงอาหารแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การพิจารณาความกว้างของอันตรภาคชั้น ดังนี้ (บุญเรียง ขจรศิลป์, 2543)

จำนวนข้อที่ถูก	ระดับความรู้
1-8	ระดับความรู้ต่ำ
9-11	ระดับความรู้ปานกลาง
12-15	ระดับความรู้ดี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามระดับพฤติกรรมตามหลักสุขภาพอาหาร จำนวนทั้งหมด 9 ข้อ โดยวัดระดับของพฤติกรรม ดังนี้

ระดับที่ 4 ปฏิบัติสม่ำเสมอ	หมายถึง ทุกครั้งที่ทำการปรุงอาหาร
ระดับที่ 3 ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง ปฏิบัติ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์
ระดับที่ 2 ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	หมายถึง ปฏิบัติสัปดาห์ละครั้ง
ระดับที่ 1 ไม่ปฏิบัติเลย	หมายถึง ไม่ปฏิบัติเลย

การแปลผลระดับพฤติกรรมตามหลักสุขภาพอาหาร แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับคะแนน 1.00 – 2.00	หมายถึง พฤติกรรมตามหลักสุขภาพอาหารต่ำ
ระดับคะแนน 2.01 – 3.00	หมายถึง พฤติกรรมตามหลักสุขภาพอาหารปานกลาง
ระดับคะแนน 3.01 – 4.00	หมายถึง พฤติกรรมตามหลักสุขภาพอาหารดี

พื้นที่วิจัย

งานวิจัยนี้เก็บข้อมูลในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเชียงราย เขต 1 จังหวัดเชียงราย

การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. จัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2. ผู้วิจัยทำบันทึกข้อความขอออกหนังสือราชการจากสำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ส่งไปยังสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเชียงราย เขต 1 และโรงเรียนในเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเชียงราย เขต 1 จำนวน 34 โรงเรียนเพื่อขอเก็บข้อมูลในการวิจัย

3. ผู้วิจัยประสานงาน แนะนำตัวชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์การทำวิจัย การตอบแบบสอบถามของผู้ปรุงอาหารภายในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเชียงราย เขต 1

4. ผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามและตรวจสอบความถูกต้องเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

สถิติที่ใช้และการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติสำหรับวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

ผลการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปรุงอาหารในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเชียงราย เขต 1 พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 มีอายุอยู่ระหว่าง 49 – 56 ปี ร้อยละ 34.60 สถานภาพสมรส ร้อยละ 71.80 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.40 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.40 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 88.50 ส่วนใหญ่มีอายุการทำงาน 11ปีขึ้นไป ร้อยละ 46.20 มีรายได้เฉลี่ยมากกว่า 12,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 32.10 โดยรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 72.80 และส่วนใหญ่เคยเข้าอบรมเรื่องมาตรฐานอาหารและการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 67.90

ระดับความรู้หลักสุขาภิบาลอาหารของผู้ปรุงอาหาร พบว่า ระดับความรู้ดี ร้อยละ 7.70 และระดับความรู้ปานกลาง จำนวน 72 คน ร้อยละ 92.30 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละระดับความรู้หลักสุขาภิบาลอาหารของผู้ปรุงอาหารในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเชียงราย เขต 1 (n = 78)

ระดับความรู้หลักสุขาภิบาลอาหาร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความรู้ต่ำ (1 - 8 คะแนน)	0	0
ระดับความรู้ปานกลาง (9 - 11 คะแนน)	72	92.30
ระดับความรู้ดี (12 - 15 คะแนน)	6	7.70
รวม	78	100

ระดับพฤติกรรมตามหลักสุขาภิบาลอาหารของผู้ปรุงอาหาร พบว่า โดยรวมมีพฤติกรรมตามหลักสุขาภิบาลอาหารอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 3.92 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.12 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ข้อ 3 ท่านไม่สูบบุหรี่ในขณะที่ปฏิบัติงาน ข้อที่ 5 ท่านไม่สูบบุหรี่ในขณะที่ปฏิบัติงาน และ ข้อที่ 9 ท่านมีบาดแผลที่มือจะดำเนินการปิดแผลให้มิดชิดหรือสวมถุงมือก่อนการปรุงอาหาร มีค่าเฉลี่ย 4.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.00 ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ท่านสวมหน้ากากอนามัย สวมหมวกคลุมผมและผูกผ้ากันเปื้อนเมื่อประกอบอาหาร มีค่าเฉลี่ย 3.76 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.43 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมตามหลักสุขาภิบาลอาหารของผู้ปรุงอาหารในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเชียงราย เขต 1 (n = 78)

ข้อ	ข้อความ	$\bar{x}$	SD	ระดับ
1	ท่านสวมหน้ากากอนามัย สวมหมวกคลุมผมและผูกผ้ากันเปื้อนเมื่อประกอบอาหาร	3.76	0.43	ดี
2	ท่านตัดเล็บสั้น ไม่ทาสีเล็บ	3.97	0.16	ดี
3	ท่านล้างมือก่อนและหลังสัมผัสอาหาร	4.00	0.00	ดี
4	ท่านไม่ใช้มือหยิบจับอาหารที่ปรุงสุกแล้วโดยตรง	3.99	0.11	ดี
5	ท่านไม่สูบบุหรี่ในขณะที่ปฏิบัติงาน	4.00	0.00	ดี
6	ท่านใช้ช้อนกลางในการตักชิมอาหารจากภาชนะที่ใช้ปรุงโดยตรง	3.99	0.11	ดี
7	ท่านมีการแยกขยะเมื่อปรุงอาหารเสร็จ	3.81	0.40	ดี
8	ท่านทำความสะอาดอุปกรณ์ในการปรุงอาหาร หลังการประกอบอาหารทันที	3.78	0.42	ดี
9	ท่านมีบาดแผลที่มือจะดำเนินการปิดแผลให้มิดชิดหรือสวมถุงมือก่อนการปรุงอาหาร	4.00	0.00	ดี
เฉลี่ยรวม		3.92	0.12	ดี

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาระดับความรู้ตามหลักสุขาภิบาลอาหารของผู้ปรุงอาหาร พบว่า ผู้ปรุงอาหารส่วนใหญ่มีระดับความรู้ปานกลาง ร้อยละ 92.30 และอยู่ในระดับดี ร้อยละ 7.70 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญส่ง ศรีลาวัณย์ (2549) ทำการศึกษาความรู้ ทักษะและพฤติกรรมเกี่ยวกับ สุขาภิบาล อาหารของผู้ประกอบการจำหน่ายอาหาร พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับดี โดยเฉพาะความรู้เรื่องการดูแลรักษาความสะอาดของสถานที่ปรุงหรือประกอบอาหาร และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชวันลักษณ์ ไทยทรงธรรม (2548) ทำการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ และการปฏิบัติตัวตามหลักสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในแผงลอย จำหน่ายอาหารที่ตลาดอู๋ยา เทศบาลตำบลต้นเปา อำเภอสันกำแพงจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้สัมผัสอาหารมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของความรู้ตามหลักสุขาภิบาลอาหารอยู่ในระดับดีมาก แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อมราวดี อุทัยนิล (2549) ที่ทำการศึกษาความรู้การปฏิบัติตัวและสภาวะการสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการแผงลอยจำหน่ายอาหาร ที่พบว่าส่วนมากมีความรู้อยู่ในระดับต่ำ อาจเนื่องมาจากผู้ปรุงอาหารในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา เชียงราย เขต 1 ส่วนใหญ่ได้ผ่านการอบรมการให้ความรู้หลักสุขาภิบาลอาหารของผู้ปรุงอาหาร รวมถึงส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการปรุงอาหารมากกว่า 11 ปีขึ้นไป จึงทำให้มีความรู้เกี่ยวกับหลักสุขาภิบาลอาหารได้ดี

การศึกษาพฤติกรรมตามหลักสุขาภิบาลอาหารของผู้ปรุงอาหาร พบว่าผู้ปรุงอาหารส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับ อมราวดี อุทัยนิล (2549) ได้ศึกษาความรู้การปฏิบัติตัวและสภาวะการสุขาภิบาลอาหาร ของผู้ประกอบการ แผงลอยจำหน่ายอาหารในเขต ตำบลนาภู อำเภอหางสือราช จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ผู้ประกอบการมีการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชวันลักษณ์ ไทยทรงธรรม (2548) ทำการศึกษาเกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติตัวตามหลักสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในแผงลอย จำหน่ายอาหารที่ตลาดอู๋ยา เทศบาลตำบลต้นเปา อำเภอสันกำแพงจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้สัมผัสอาหารมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของการปฏิบัติตัวตามหลักสุขาภิบาลอาหารอยู่ในระดับดี โดยเฉพาะเรื่องการตัดเล็บสั้นและสะอาด และสอดคล้องกับการศึกษาของ กัสสร รัตนมณี (2558) ทำการศึกษาความรู้และการปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในโรงเรียนนวมพורתวิทยาลย์ พบว่า การปฏิบัติตัวตามหลักสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารอยู่ในระดับดีมาก จากการสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ปรุงอาหารในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเชียงราย เขต 1 พบว่ามีการป้องกันตนเองอย่างเคร่งครัด และปฏิบัติถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลอาหาร จึงทำให้มีความเชื่อมั่นในการปรุงอาหารให้กับนักเรียนในโรงเรียนมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเชียงราย เขต 1 ที่ให้ความอนุเคราะห์เข้าเก็บแบบสอบถาม รวมถึงผู้ปรุงอาหารในโรงเรียนทั้ง 34 แห่งที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- ภักดิ์สร รัตนมณี. (2558). การศึกษาความรู้และการปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในโรงเรียนมอฟอร์ตวิทยาลัย. การค้นคว้าแบบอิสระวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กรมอนามัย สำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2558). คู่มือการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 1). นครปฐม: สำนักพิมพ์บริการวิชาการ มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- กองส่งเสริมการมีงานทำ กรมการจัดหางาน. (2555). นิยามของพ่อครัว แม่ครัว. สืบค้นเมื่อ 15 พฤษภาคม 2562, จาก <https://www.jobnorththailand.com>
- คณะทำงานเกณฑ์มาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหาร. (2549). เกณฑ์มาตรฐานงานสุขาภิบาลอาหารในสถานศึกษา. กรุงเทพฯ: กลุ่มงานประสานและอำนวยความสะดวกราชการสมอง สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- ชวนลักษณ์ ไทยทรงธรรม. (2548). การศึกษาความรู้ และการปฏิบัติตัวตามหลักสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในแผงลอยจำหน่ายอาหาร. การค้นคว้าแบบอิสระวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- บุญเรียง ขจรศิลป์. (2543). วิธีวิจัยทางการศึกษา. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: พี.เอ็น.การพิมพ์.
- บุญส่ง ศรีลาวัณย์. (2549). ความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการจำหน่ายอาหารในร้านอาหารและแผงลอยอำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเชียงราย เขต 1. (2561). ข้อมูลสารสนเทศโรงเรียน. เชียงราย: ผู้แต่ง.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี. (2558). สถิติงานระบาดวิทยาและข่าวกรอง. ลพบุรี: กลุ่มงานโรคติดต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี.
- สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). โรคอาหารเป็นพิษ. สืบค้นเมื่อ 20 พฤษภาคม 2562, จาก http://www.boe.moph.go.th/fact/Food_Poisoning.htm
- อมราวดี อุทัยนิล. (2549). ความรู้ การปฏิบัติตัวและสภาวะสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการแผงลอยจำหน่ายอาหารในเขตตำบลนาฏ อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม. การศึกษาแบบอิสระสาธารณสุขมหาบัณฑิตอิสระ, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

Received: 7 Nov 2021; Revised: 21 Nov 2021

Accepted: 28 Nov 2021

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ในโรงเรียนเขตเทศบาลตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

ขวัญชนก สุวรรณ¹, ศุภรดา โมชนก², วัชรินทร์ หวังหุ่นกลาง³

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 กลุ่มประชากรที่ศึกษา คือ นักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 จำนวน 314 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบทดสอบความรู้และแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น การวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าไคสแควร์ (Chi-square) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ผลการศึกษาพบว่า

1. นักเรียนมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 68.8 ทักษะคิดเกี่ยวกับการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 96.2 พฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 68.2
2. ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ทักษะคิดเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
3. ปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, ปัจจัย, นักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6

¹ คณะสาธารณสุข วิทยาลัยนครราชสีมา

² คณะสาธารณสุข วิทยาลัยนครราชสีมา

³ คณะสาธารณสุข วิทยาลัยนครราชสีมา

FACTORS AFFECTING FOOD CONSUMPTION BEHAVIOR OF GRADE 1-6 STUDENTS IN BAN MAI SUBDISTRICT SCHOOL MUANG DISTRICT NAKHON RATCHASIMA PROVINCE

Kwanchanok Suwan¹, Suparada Mokhunthod² and Watcharakorn Wanghunklang³

Abstract

Descriptive research has objectives. To study the factors affecting food consumption behavior of students in grades 1-6. The sample population was 314 students in grades 1-6 The information is a knowledge test and questionnaire created by the researcher. The data were analyzed by percentage, mean, standard deviation, Chi-square, Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

1. The students had moderate knowledge of food consumption. Accounted for 68.8%. Attitude about food consumption was very good. Accounted for 96.2 percent. Food consumption behavior is at a moderate level. Representing 68.2 percent.

2. Knowledge of food consumption and food consumption attitudes have no relationship with dietary behavior.

3. Factors contributing to food consumption and food additive factors have a statistically significant relationship with food consumption behavior at the 0.05 level.

Keyword : Food Consumption Behavior, Factors, Students in Grades 1-6

¹ Faculty of Public Health, Nakhonratchasima College

² Faculty of Public Health, Nakhonratchasima College

³ Faculty of Public Health, Nakhonratchasima College

บทนำ

การพัฒนาประเทศให้มีความเจริญก้าวหน้า ทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยีให้ทันยุคสมัยแห่งการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วได้จำเป็นต้องเน้นทรัพยากรมนุษย์เป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาประเทศ เด็กเป็นทรัพยากรที่สำคัญที่สุดของประเทศซึ่งต้องได้รับการพัฒนาโดยเฉพาะอย่างยิ่งตั้งแต่แรกเกิดจนถึงแปดปี เป็นช่วงระยะที่สำคัญสุดของการพัฒนาการทุกด้านทั้ง ทางร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ จิตใจ สังคม และบุคลิกภาพ และในด้านสุขภาพอนามัยการเจริญเติบโตของเด็กถือเป็นตัวชี้วัดสำคัญต่อสุขภาพโดยรวม ซึ่งตัวบ่งชี้ที่บอกถึงการเจริญเติบโตของเด็กได้ดีคือภาวะโภชนาการของเด็ก ภาวะโภชนาการที่ดีเป็นรากฐานของการมีสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต อาหารเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อสุขภาพ อาหารที่บริโภคเข้าไปนั้นจะเป็นประโยชน์ในการเสริมสร้างความเจริญเติบโตและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ของร่างกายอีกทั้งทำให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง และทำให้การทำงานของร่างกายเป็นไปตามปกติ

พฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนไทยที่เกิดจากค่านิยมในปัจจุบัน พบว่ามีหลากหลาย เช่น พฤติกรรมบริโภคนิยม ซึ่งจะมีลักษณะที่ชอบบริโภคเป็นหลัก ไม่ได้คำนึงถึงสุขภาพ ชอบรับประทานของอร่อยเกินความจำเป็น พฤติกรรมเลียนแบบต่างประเทศ เช่น วัยเด็กชอบอาหารที่มีสีสั่น วัยผู้สูงอายุเลือกรับประทานอาหารสุขภาพ เป็นต้น จากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่หลากหลายนั้น ได้ส่งผลไปยังสุขภาพที่ตามมาซึ่งเรียกว่า โรคสะสมการบริโภค คือโรคที่เกิดจากการสะสมของอาหารที่กินเกินกว่าร่างกายขับถ่ายออกได้หมดทำให้เกิดการสะสม เช่นสะสมในหลอดเลือดจนตีบตัน หรือสะสมในเซลล์อวัยวะต่างๆ จนเกิดความผิดปกติของการทำงานของเซลล์และอวัยวะต่างๆ (หมอชาวบ้าน, 2550) ทำให้เกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันผิดปกติ โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ โรคที่เกิดจากความอ้วน โรคหลอดเลือดหัวใจ (หลอดเลือดหัวใจตีบตัน ทำให้เกิดหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตาย) โรคหลอดเลือดสมอง (หลอดเลือดตีบตัน ทำให้เป็นอัมพฤกษ์อัมพาต) และมะเร็งบางชนิด เช่น มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งเต้านม เป็นต้น การจัดบริการด้านอาหารและโภชนาการของโรงเรียนจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ทางโรงเรียนควรดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษ อาหารที่ทางโรงเรียนจัดให้บริการ จะต้องคำนึงถึงความพอเพียงและความครบถ้วนของสารอาหารตามหลักโภชนาการ จากการสำรวจของโภชนาการกรมอนามัยพบว่า เด็กนักเรียนมีพฤติกรรมการบริโภคชนและอาหาร เครื่องดื่มรสหวาน มีแนวโน้มสูงขึ้นทำให้เด็กไทยต้องประสบกับภาวะโรคอ้วนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และเพื่อการส่งเสริมให้ดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพอนามัยที่ดีของเด็กในวัยเรียน จึงจำเป็นต้องได้รับอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมตามสัดส่วนอาหารที่เด็กวัยเรียนควรได้รับประทานอาหารครบทุกหมู่เพียงพอทุกวันเพื่อเสริมสร้างร่างกายให้เจริญเติบโตและเพื่อใช้ในกิจกรรมอื่นๆ โดยทั่วไปแล้วเด็กวัยนี้สามารถรับประทานอาหารต่างๆ ได้เหมือนกับผู้ใหญ่จึงเป็นระยะเวลาที่เหมาะสมที่จะฝึกนิสัยการรับประทานอาหารของเด็กให้รู้จักเลือกอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย (กรมอนามัย, 2560)

พฤติกรรมกรรมการบริโภคของอาหารของเด็กวัยเรียนพฤติกรรมกรรมการบริโภคของบุคคลเป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการ ดังนั้นการส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการและในปริมาณที่เพียงพอความต้องการของร่างกาย จึงนับได้ว่าเป็นสิ่งจำเป็นโดยเฉพาะวัยเรียน ซึ่งเป็นที่ร่างกายกำลังเจริญเติบโตมีการใช้พลังงานเพื่อกิจกรรมต่าง ๆ มากการได้รับประทานอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมจะช่วยให้ร่างกายมีการเจริญเติบโตและสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดีและมีประสิทธิภาพเด็กวัยเรียนส่วนใหญ่นิยมรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการน้อย ได้แก่ อาหารจำพวกน้ำหวาน น้ำแข็งไส น้ำอัดลม ทอฟฟี่ ลูกกวาด ดังเม นมข้นหวาน ซึ่งอาหารเหล่านี้จะเป็นอาหารที่ให้พลังงานแต่เพียงอย่างเดียว ไม่มีสารอาหารอื่นที่มีประโยชน์หรือถ้ามีก็มีในอัตราส่วนต่ำมาก ถ้ารับประทานเป็นประจำจะทำให้รู้สึกอึดอยู่ตลอดเวลา ไม่อยากรับประทานอาหารมื้อหลักซึ่งเป็นผลเสียต่อร่างกาย ทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารต่าง ๆ ไม่เพียงพอส่วนขนมกรอบต่าง ๆ เด็กได้รับอิทธิพลมาจากโฆษณาโทรทัศน์ทำให้อยากลองรับประทานรสชาติอร่อยถูกปาก และมักจะรับประทานเป็นอาหารว่างอาหารฟาสต์ฟูดหรืออาหารจานด่วน ได้แก่ แฮมเบอร์เกอร์ มันทอด เฟรนช์ฟราย มิลค์เชค นมผสมไอศกรีม ซึ่งอาหารในกลุ่มนี้มักจะขาดผักและผลไม้เป็นอาหารที่ให้พลังงานมากถ้ารับประทานบ่อย ๆ หรือรับประทานเป็นประจำอาจทำให้อ้วนได้ซึ่งในปัจจุบันพบว่าอาหารเหล่านี้กำลังเป็นที่นิยมของเด็กวัยรุ่น และวัยเรียน

จากข้อมูลที่ได้ศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในเด็กนักเรียน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ในโรงเรียนเขตเทศบาลตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เพื่อเป็นแนวทางสำหรับครูและผู้ปกครองหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการวางแผนส่งเสริมภาวะโภชนาการให้วัยนี้ตลอดจนเพื่อสร้างความตระหนักให้กับคุณครูและผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ในโรงเรียนเขตเทศบาลตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา และมีความรู้ที่ถูกต้องเพื่อการมีสุขภาพที่ดีของเด็กในวัยนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ในโรงเรียนเขตเทศบาลตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนในชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ในโรงเรียนเขตเทศบาลตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
3. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ในโรงเรียนเขตเทศบาลตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดทฤษฎี PRECEDE

PRECEDE Framework เป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่ใช้ศึกษาทั้งปัจจัยภายในและภายนอก สามารถนำไปประยุกต์เข้ากับการอธิบายถึงการเกิดพฤติกรรมและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในเรื่องอื่น ๆ อีกด้วยดังนั้นในการดำเนินงานหรือการจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพจะต้องมีการดำเนินการหลาย ๆ ด้านประกอบกัน และจะต้องวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ ก่อน จึงจะสามารถวางแผนและกำหนดวิธีการที่ต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งมี 7 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 การวินิจฉัยทางสังคม ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยทางวิทยาการระบาด ขั้นตอนที่ 3 การวินิจฉัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ทางการศึกษาได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ขั้นตอนที่ 5 การวิเคราะห์เลือกกลวิธีทางการศึกษา ขั้นตอนที่ 6 การวิเคราะห์ทางการบริหาร ขั้นตอนที่ 7 การประเมินผลการดำเนินงาน แต่อย่างไรก็ตามการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพตามกรอบ PRECEDE Framework ต้องคำนึงถึงปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อปัจจัยเสริม ซึ่งปัจจัยนำเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้ ความเชื่อ ทศนคติ และค่านิยม ส่วนปัจจัยเสริม ได้แก่ ทักษะของบุคลากร ระยะเวลาหรือการคมนาคมในการเข้าถึงบริการ ส่วนปัจจัยเสริมเป็นปัจจัยที่มีมาจากบุคคลที่มีอิทธิพล เช่น บิดา มารดา และ ผู้บังคับบัญชา สามี ภรรยา

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยในประเทศ

สายสุนีย์ อ้ายโน (2561) ศึกษาปัจจัยสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่มีผลต่ออัตราภาวะโภชนาการเกินของเด็กนักเรียนอนุบาลในกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า อัตราภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนชั้นอนุบาลปีที่ 1-3 ของกรุงเทพมหานคร เฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 12.8 (SD = 1.8) ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายอัตราภาวะโภชนาการเกินของเด็กนักเรียน อนุบาลได้ดีที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เรียงตามลำดับ ได้แก่ ทศนคติของครู อนุบาลต่อภาวะ โภชนาการเกิน ประเภทของโรงเรียนเอกชน ชนิดของอาหารกลางวันที่ให้พลังงานสูง และชนิดอาหารรอบรั้ว โรงเรียนที่ให้พลังงานสูง มีอำนาจการทำนายร้อยละ 77.3 ($R^2 = .773$) ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนแนวคิดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนมีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการเกินในเด็ก อนุบาลในโรงเรียน ดังนั้นพยาบาลชุมชนและผู้มีหน้าที่ดูแลสุขภาพเด็กในโรงเรียนสามารถนำผลการวิจัยไป ใช้ทำนายอัตราภาวะโภชนาการเกิน และพัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันภาวะโภชนาการเกินของเด็กนักเรียน อนุบาลที่เน้นการปรับเปลี่ยนทัศนคติของครูอนุบาลต่อภาวะโภชนาการเกิน และโรงเรียนควรมีการควบคุม การจัดและจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มที่ให้พลังงานสูงในโรงเรียนและรอบรั้วโรงเรียน

อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์ (2563) การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้เป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนประถมศึกษาขนาดใหญ่ในจังหวัดเพชรบุรี 3 โรงเรียน จำนวน 102 คน เลือกมาโดยสุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 1) แบบประเมินอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 2) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับฉลากโภชนาการ และ 3) แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการ GDA ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85, 0.82 และ 0.77 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการของเด็กวัยเรียนโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x}=9.52$, $SD=2.44$) อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=36.58$, $SD=4.90$) และความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการในเด็กวัยเรียนโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x}=12.55$, $SD=3.48$) ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในเด็กวัยเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=0.389$, $p<0.001$, $r=0.213$, $p=0.032$ ตามลำดับ) บุคลากรด้านสุขภาพ และโรงเรียนมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเรื่องโภชนาการให้กับเด็กวัยเรียนโดยการสอดแทรกหรือบูรณาการในการจัดการเรียนการสอนและอาจจะใช้อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการในเด็กวัยเรียน

Sandaruwana (2017) ศึกษาภาวะโภชนาการและปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมที่สัมพันธ์กันระหว่างเด็กปฐมวัยและเด็กนักเรียนในชุมชนเกษตรกรรมประเทศศรีลังกา พื้นที่ศึกษาเป็นชุมชนแออัดในเมืองไฮเดอราบาด โรงเรียนเอกชน จำนวน 5 แห่ง ผลการศึกษา พบว่า มีเด็ก 547 คน (อายุ 1-15 ปี เฉลี่ย 7.0 ± 3.6 ปีและหญิง 53%) เข้าร่วมการศึกษา 35.6%, 26.9% และ 32.9% ของเด็กมีน้ำหนักน้อยและแคระแกร็นและเสียชีวิตตามลำดับ ภาวะขาดสารอาหารเป็นเรื่องปกติในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา มารดาที่มีบุตรจำนวนมากและบุตรหญิงมีความสัมพันธ์กับการขาดสารอาหารในเด็กวัยก่อนเรียน การอาศัยอยู่ในบ้านหลังเล็ก ๆ จำนวนสมาชิกในครอบครัวรายได้ขั้นต่ำ รายเดือนและการจ้างงานของมารดา มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการต่ำในเด็กนักเรียน

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ในโรงเรียนเขตเทศบาลตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 314 คน

การสร้างเครื่องมือและตรวจสอบเครื่องมือ

เครื่องมือใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการของเด็กนักเรียนในชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 เขตเทศบาลตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง และระดับชั้นเรียน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยนำเข้าเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารนักเรียนในชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 เขตเทศบาลตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารนักเรียนในชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 เขตเทศบาลตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา โดยแบ่งเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ช่วง คะแนนตามแบบมาตราวัดแบบลิเคิร์ต (Likert's Scale) คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารนักเรียนในชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 เขตเทศบาลตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารนักเรียนในชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 เขตเทศบาลตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งเป็นข้อความข้อที่แสดงถึงการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ครู เพื่อน ต่อสื่อโฆษณา ลักษณะของแบบสอบถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ตามแบบมาตราวัดแบบลิเคิร์ต (Likert's Scale) คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของเด็กนักเรียนในชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 เขตเทศบาลตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งเป็นข้อความที่แสดงถึงการปฏิบัติตัวในการบริโภคอาหาร ได้แก่ ลักษณะของแบบสอบถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ตามแบบมาตราวัดแบบลิเคิร์ต (Likert's Scale) คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คณะผู้วิจัยติดต่อของหนังสือจากคณะสาธารณสุขศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น ถึงโรงเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 เขตเทศบาลตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

2. คณะผู้วิจัยประสานงานกับโรงเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 เขตเทศบาลตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เพื่อขอความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย

3. คณะผู้ดำเนินการวิจัยเก็บข้อมูลของนักเรียนในโรงเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 เขตเทศบาลตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

4. นำแบบสอบถามมาตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของข้อมูล และบันทึกข้อมูลลงใน โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อให้เห็นลักษณะข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารนักเรียนในชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 เขตเทศบาลตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่าไคสแควร์ (Chi-square)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารนักเรียนในชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 เขตเทศบาลตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย

ประชากรส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย จำนวน 170 คน คิดเป็นร้อยละ 54.1 รองลงมา เป็นเพศหญิงจำนวน 144 คน คิดเป็นร้อยละ 45.9 มีระดับอายุส่วนใหญ่ อายุ 10 ปี จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 20.4 รองลงมา อายุ 8 ปี จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 20.1 และน้อยที่สุด อายุ 12 ปี จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 9.9

ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ในโรงเรียนเขตเทศบาลตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 216 คน ร้อยละ 68.8 รองลงมา อยู่ในระดับดีมาก จำนวน 98 คน ร้อยละ 31.2 และน้อยที่สุดอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 0 คน คิดเป็นร้อยละ 00.0 ตามลำดับ

ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ในโรงเรียนเขตเทศบาลตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก จำนวน 302 คน คิดเป็นร้อยละ 96.2 รองลงมา อยู่ในระดับปานกลางจำนวน 12 คิดเป็นร้อยละ 3.8 และน้อยที่สุด อยู่ในระดับต่ำ จำนวน 0 คน คิดเป็นร้อยละ 00.0 ตามลำดับ

ปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

ปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ในโรงเรียนเขตเทศบาลตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก จำนวน 228 คน คิดเป็นร้อยละ 72.6 รองลงมา อยู่ในระดับปานกลางจำนวน 86 คิดเป็นร้อยละ 27.4 และน้อยที่สุด อยู่ในระดับต่ำ จำนวน 0 คน คิดเป็นร้อยละ 00.0 ตามลำดับ

ปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

ปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ในโรงเรียนเขตเทศบาลตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก จำนวน 178 คน คิดเป็นร้อยละ 55.7 รองลงมา อยู่ในระดับปานกลางจำนวน 135 คิดเป็นร้อยละ 43.9 และน้อยที่สุด อยู่ในระดับต่ำ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 00.3 ตามลำดับ

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ในโรงเรียนเขตเทศบาลตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 214 คน ร้อยละ 68.2 รองลงมา อยู่ในระดับดีมาก จำนวน 97 คน ร้อยละ 30.9 และน้อยที่สุดอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 1.0 ตามลำดับ

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

ปัจจัยทางคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ รายรับต่อวันของเด็กนักเรียน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ปัจจัยทางคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ส่วนสูง น้ำหนัก ระดับชั้น การพักอาศัย ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง อาชีพของผู้ปกครอง รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ($r=-0.077$, $p=0.175$)

ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ($r=0.055$, $p=0.329$)

ปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

ปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ($r=0.265$, $p=0.000$)

ปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

ปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ($r=0.219$, $p=0.000$)

สรุปและอภิปรายผล

ปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภค ($r=0.265$, $p=0.000$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานที่ว่าปัจจัยเอื้อ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ในโรงเรียนเขตเทศบาลตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เนื่องจากการเข้าถึงการรับประทานอาหาร เช่น แหล่งขายอาหาร การกำหนดเมนูอาหารของครอบครัว การกำหนดเมนูอาหารของโรงเรียน รวมไปถึงการรับประทานอาหารฟาสต์ฟู้ดที่ให้พลังงานสูงบ่อยครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับสายสุนีย์ อ้ายโน (2561) ศึกษาเรื่องปัจจัยสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่มีผลต่ออัตราภาวะโภชนาการเกินของเด็กนักเรียนอนุบาลในกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า การศึกษาครั้งนี้สนับสนุนแนวคิดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนมีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการเกินในเด็กอนุบาลในโรงเรียน ที่ว่า ทักษะคิดของครูอนุบาลต่อภาวะ โภชนาการเกิน ประเภทของโรงเรียนเอกชน ชนิดของอาหารกลางวันที่ให้พลังงานสูง ชนิดของอาหารว่างที่ให้พลังงานสูง และชนิดอาหารรอบรั้ว โรงเรียนที่ให้พลังงานสูง มีอำนาจการทำนายร้อยละ 77.3 ดังนั้นพยาบาลชุมชนและผู้มีหน้าที่ดูแลสุขภาพเด็กในโรงเรียนมีบทบาทสำคัญในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของเด็กนักเรียนอนุบาลที่เน้นการปรับเปลี่ยนทัศนคติของครูอนุบาลต่อภาวะโภชนาการเกิน และโรงเรียนควรมีการควบคุมการจัดและจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มที่ให้พลังงานสูงในโรงเรียนและรอบรั้วโรงเรียน

ปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ($r=0.219$, $p=0.000$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานที่ว่าปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ในโรงเรียนเขตเทศบาลตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เนื่องจากการรับประทานอาหารของนักเรียนได้รับการสนับสนุนจากบุคคลต่างๆ เช่น ครอบครัว ครู เพื่อน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญฤทธิ์ ประสิทธิ์นราพันธุ์ (2560) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 พบว่า เงินที่ได้จากผู้ปกครอง ($r = -200$, $p < 0.05$) ทักษะคิดเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ($r = 243$, $p < 0.05$) และอิทธิพลจากเพื่อน ($r = 407$ $p < .01$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ปัจจัยนำต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานที่ว่าความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ในโรงเรียนเขตเทศบาลตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เนื่องจากนักเรียนมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง เช่น นิยมรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงเป็นประจำเนื่องจาก มีความอร่อย นักเรียนรับประทานอาหารยังไม่มีหลากหลายจึงได้รับสารอาหารไม่ครบ 5 หมู่ ตามหลักโภชนาการ เป็นต้น จึงก่อให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉรวาดี

ศรียะศักดิ์ (2563) เรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการในเด็กวัยเรียน: กรณีศึกษาจังหวัดเพชรบุรี ผลการวิจัย พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการของเด็กวัยเรียนโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x}=9.52$, $SD=2.44$) โดยบุคลากรด้านสุขภาพ และโรงเรียนมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเรื่องโภชนาการให้กับเด็กวัยเรียนโดยการสอดแทรกหรือบูรณาการในการจัดการเรียนการสอน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรสร้างความตระหนักให้กับเด็กนักเรียนในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในทุกด้าน

2. ควรมีสื่อในการให้ความรู้ในเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการที่หลากหลายและครอบคลุมเพื่อให้เข้าถึงเด็กนักเรียนอย่างทั่วถึง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการ

2. ควรศึกษาโปรแกรมที่ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของเด็กให้ประสบความสำเร็จ

3. ควรศึกษาในวงกว้างและเด็กนักเรียนเปรียบเทียบกับหลายกลุ่มตัวอย่างที่มีสภาพแวดล้อมและสังคมต่างกัน เพื่อให้เห็นความแตกต่างรอบด้านอย่างชัดเจน

เอกสารอ้างอิง

_____. (2546). กลยุทธ์การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. ขอนแก่น: ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

_____. (2552). แนวคิด ทฤษฎีและการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. ขอนแก่น: ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2545). ทฤษฎีและแบบจำลองการประยุกต์ทางสุขศึกษาและวิทยาศาสตร์พฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ: ภาควิชาวิทยาศาสตร์ และพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

จุฬารัตน์ โสตะ. (2543). การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่. ขอนแก่น: ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวีน สุวรรณ (2536). **พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา**. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรรณี ปัญชรหัตถกิจ และบุญร่วม แก้วบุญเรือง. (2554). **การพัฒนาเครือข่าย สร้างเสริมสุขภาพระหว่างคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นและสาธารณสุขสิรินธร ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**.
ขอนแก่น: ภาควิชาสาธารณสุขศึกษาและคณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มัลลิกา มัติโก. (2543). **คู่มือการวิจัยพฤติกรรมสุขภาพชุดที่ 1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญดีการพิมพ์.
- สายสุนีย์ อ้ายโน, สมสมัย รัตนกริฑากุล และสุวรรณา จันทร์ประเสริฐ. (2561). ปัจจัยสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่มีผลต่ออัตราภาวะโภชนาการเกินของเด็กนักเรียนอนุบาลในกรุงเทพมหานคร. **วารสารพยาบาลสาธารณสุขสมาคมสหภาพพยาบาลสาธารณสุขไทย**. 32(1), 11-28.
- สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. (2527). **เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา**. กรุงเทพฯ: ป.สัมพันธ์ พาณิชย์.
- สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. (2536). **การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม แนวทางการศึกษาการวิเคราะห์และการวางแผน**. ขอนแก่น: ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Becker, MH, and Maiman, LA. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. **Med Care**. 13 (1), 10-24.
- Bloom, BS. (1969). **Taxonomy of Official Objectives**. Study, Head Book 1: Cognitive Domain. New York: David McKay,
- Chulapom Sota, Pannee Banjonghathakit, & Boonrod Kaewbunruang. (2011). Students health promote Life style in Faculty of Public Health, Khon Kaen University. And Sirindhorn Public Health College, Khon Kaen Province, Thailand. In **3rd International Conference on Public Health, among greater Mekong Sub-region, contries 9-10 August 2011**. Laos: Don Chan Palace Hotel, Vientiane.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ หมู่ 1 บ้านปะเคียบ ตำบลปะเคียบ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

กัลยาณี พลทรัพย์¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ หมู่ 1 ตำบลปะเคียบ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ หมู่ 1 ตำบลปะเคียบ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 96 คน เครื่องมือใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ ที่มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและผู้เชี่ยวชาญ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นสถิติเชิงพรรณนา และอนุมาน

ผลการศึกษาวิจัย พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 65.5 มีอายุระหว่าง 66-70 ปี จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 28.1 สถานภาพสมรสจำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 59.4 มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 1,000 บาทต่อเดือน จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 67.7 มีปัจจัยนำด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในระดับดี มีปัจจัยนำด้านทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ($\bar{X}$ = 2.99; S.D=0.10) ปัจจัยเอื้อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 2.76; S.D=0.42) ปัจจัยเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 2.78; S.D=0.50) และปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 1.99; S.D=0.10) และพบว่าการมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.05

คำสำคัญ : พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ผู้สูงอายุ

¹ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยเทคโนโลยีพนมวันท์

E-mail: oil-nmc@hotmail.com โทร.082-7517433

Factors related to self-care behaviors of the elderly Moo.1,
BanPa Khiap, Pa khiap Sub-district, Khu Mueang District, Buri Ram Province.

Kunlayanee Palasub¹

Abstract

The study was a survey research. The objective of the study was to study factors that related to self-care behaviors. The subject group consisted of 96 cases. The developed questionnaire was used as a tool to collect data. Statistics were descriptive and inferential statistics.

The result revealed that: the majority of subjects were female 65.5%, aged between 66-70 years old were 28.1 %, married were 59.4%, income lower than 1,000 bath/month were 67.7%, knowledge factors about self-care behavior among the elderly were high level 99.0% ($\bar{X}$ = 2.99; S.D=0.10), attitude factors, enabling factors, reinforcing factors were high level 76.0 % ($\bar{X}$ = 2.76; S.D=0.42), the factors that added to the self-care behavior of the elderly were high level 82.3% ($\bar{X}$ =2.78; S.D=0.50) And factors of self-care behavior of the elderly were at a moderate level. 99.0% ($\bar{X}$ =1.99; S.D=0.10) and there were a positive correlation between history of disease and self-care behavior at significant level < 0.05

Keywords : Self-Care Behavior, Elderly

¹ Faculty of Science and Technology, Phanomwan College of Technology
E-mail: oil-nmc@hotmail.com Tel.082-7517433

บทนำ

ประชากรผู้สูงอายุเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลกเป็นผลมาจากการที่อัตราการเกิดของประเทศต่าง ๆ ได้ลดต่ำลงในขณะที่ผู้คนมีอายุยืนยาวขึ้นองค์การสหประชาชาติได้ประเมินสถานการณ์ประชากรทั่วโลกที่กำลังมีช่วงชีวิตที่ยืนยาวขึ้นเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ที่คนส่วนใหญ่มีชีวิตอยู่ในช่วงวัย 60 ปี ซึ่งมีถึง 125 ล้านคนที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 80 ปี โดยร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุทั้งหมดมีเศรษฐกิจอยู่ในระดับต่าง ๆ (WHO, 2015) สอดคล้องกับการศึกษาของ Christian Lindmeier ที่กล่าวว่า อายุขัยของประชากร ทั่วโลกเพิ่มขึ้น โดยในปี 2020 จำนวนประชากรที่อายุ 60 ปี จะมีจำนวนมากกว่าเด็กที่มีอายุ น้อยกว่า 5 ปี และในปี 2050 ประชากรทั่วโลกที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คาดว่าจะมีรวมกันถึงราว 2,000 ล้านคน ซึ่งร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุเหล่านี้ จะอาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีพื้นฐานรายได้ต่าง ๆ จนไปถึงรายได้ปานกลางของประเทศ (WHO & Lindmeier Christian, 2014) ในภูมิภาคอาเซียนมีจำนวนประชากรทั้งสิ้นประมาณ 606 ล้านคน หรือคิดเป็น 1 ใน 10 ของประชากรโลก หากพิจารณาตามค่านิยมของสังคมสูงวัยด้วยการใช้ร้อยละเป็นตัวชี้วัดแล้วด้านโครงสร้างประชากร ในปี พ.ศ. 2556 ประเทศสิงคโปร์ ไทย และเวียดนาม ได้เข้าสู่สังคมสูงวัยแล้ว (สุชาติ ทวีสิทธิ์ และคณะ, 2556) สำหรับประเทศไทยจากผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี 2557 พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 14.9 ของประชากรทั้งหมด (กลุ่มสถิติประชากรสำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) ประกอบกับความก้าวหน้าทางการแพทย์ สาธารณสุข และเทคโนโลยี เป็นผลทำให้อายุขัยเฉลี่ยของประชากรสูงขึ้นโดยในปี พ.ศ. 2559 ประชากรไทยเพศหญิง มีอายุขัยเฉลี่ย 78.6 ปี เพศชายมีอายุขัยเฉลี่ย 71.8 ปี (มหาวิทยาลัยมหิดล, 2559)

ปัจจุบันโครงสร้างของประชากรไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงไปมากจากอดีตเนื่องจากความเจริญก้าวหน้าทางด้านเศรษฐกิจสังคมเทคโนโลยีการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขส่งผลต่อชีวิตความเป็นอยู่และสุขภาพอนามัยของประชาชนประชากรวัยเด็กมีจำนวนลดลงและประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้นส่งผลให้จำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นในอัตราที่รวดเร็วและโครงสร้างของประชากรไทยกำลังเคลื่อนเข้าสู่ระยะภาวะประชากรสูงอายุ (Population Ageing) จากการสำรวจประชากรไทยในปี 2548 ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุประมาณ 7 ล้านคนหรือร้อยละ 10.4 ของประชากรทั้งประเทศ และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 13.4 ในปี 2558 และร้อยละ 15.3 ในปี 2563 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2548)

สถานการณ์ผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ ตั้งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 23 อำเภอ 188 ตำบล 2,546 หมู่บ้าน จากการสำรวจประชากรในปี 2554 พบว่า จังหวัดบุรีรัมย์ มีประชากรจำนวนทั้งสิ้น 1,570,128 คน แบ่งเป็นเพศชาย 783,461 คน หรือร้อยละ 49.89 ของประชากรทั้งหมดและเพศหญิง 786,667 คน หรือร้อยละ 50.10 ของประชากรทั้งหมด ในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุที่ จำนวน 226,324 คน หรือร้อยละ 14.41 ของประชากร ผู้วิจัยจึงเกิดความสนใจที่จะทำการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พื้นที่หมู่ 1 บ้านปะเคียบ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ เนื่องจากในพื้นที่อำเภอคูเมือง มีจำนวนประชากร

ทั้งหมด 69,158 จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 7,124 คน ซึ่งในตำบลปะเคียบ มีประชากรทั้งหมด 11,748 คน จำนวนผู้สูงอายุ 1,301 คน และในหมู่ 1 บ้านปะเคียบ มีผู้สูงอายุ จำนวน 126 คน แสดงให้เห็นว่าโครงสร้างประชากรของจังหวัดบุรีรัมย์เปลี่ยนเป็นโครงสร้างประชากรที่มีผู้สูงอายุมากขึ้นนอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและเทคโนโลยีต่าง ๆ ที่เป็นไปอย่างรวดเร็วของสังคมโลกและประเทศไทย ส่งผลต่อชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนในจังหวัดบุรีรัมย์อิทธิพลของการสื่อสารที่สามารถเข้าถึงทุกเครื่องเรือน การเคลื่อนย้ายของประชากรวัยแรงงานในทุกพื้นที่ของจังหวัด ไปทำงานต่างถิ่นทั้งในประเทศและต่างประเทศ การรับวัฒนธรรมตะวันตกและความเป็นชุมชนเมืองที่มีความเจริญทางด้านวัตถุมากขึ้นส่งผลต่อรูปแบบการดำเนินชีวิตค่านิยมและความมั่นคงในชีวิตของประชาชนจังหวัดบุรีรัมย์ในแต่ละอำเภอ ตำบลและหมู่บ้าน โดยสมาชิกในครอบครัวใช้เวลาในการประกอบอาชีพมากขึ้นและอยู่ห่างไกลครอบครัวผู้สูงอายุในครอบครัวต้องอยู่ตามลำพังมีการเจ็บป่วยได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวน้อยลงและยังมีการละเลยดูแลบุตรหลานนอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีกิจกรรมทางสังคมน้อยลง สิ่งเหล่านี้มีผลต่อการมีความสุขและความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุ (เอกสารสรุปผลการดำเนินงานประจำปีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์, 2553)

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุมีผู้ศึกษาน้อยมากจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุซึ่งมีความคล้ายคลึงกับความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สุขภาพ ค่านิยมรสนิยม ความคิดเกี่ยวกับตนเอง การใช้เวลาว่างของผู้สูงอายุและปัญหาสุขภาพ มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ปัจจัยทางเศรษฐกิจนับว่ามีบทบาทสำคัญต่อการดำรงชีวิตที่จะสนองความต้องการในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านที่อยู่อาศัยในสภาพที่ดีอาหารที่มีคุณค่า การรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง อุปกรณ์อำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิต ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคม เมื่อเข้าสู่วัยชรา จากสภาพร่างกายที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการประกอบอาชีพ หรือจากข้อกำหนดของสังคมให้ต้องเกษียณอายุงาน ทำให้ผู้สูงอายุต้องเสียบทบาทในการทำงาน ผู้สูงอายุจึงหาบทบาทใหม่ให้กับตนเอง ด้วยการเป็นผู้ให้คำปรึกษา แนะนำ ช่วยเหลือดูแลลูกหลานภายในบ้านและในทางกลับกัน ลูกหลานในครอบครัวสามารถเป็นที่พึ่งพาทางด้านเศรษฐกิจและกำลังใจให้แก่ผู้สูงอายุด้วย ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ต้องการความรัก ความเอาใจใส่จากครอบครัว โดยเฉพาะผู้ที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลงจากปัญหาสุขภาพ ความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับบุคคลภายนอกก็มีผลต่อความมั่นคงในชีวิตญาติหรือเพื่อนที่มีความรู้สึกที่ดีต่อกัน มีความหวังดีคอยให้ความช่วยเหลือ เห็นอกเห็นใจและสามารถปรับทุกข์กันได้ทำให้ผู้สูงอายุสามารถยอมรับสภาพกับความรู้สึกที่ต้องสูญเสียสถานภาพทางสังคมเดิมหรือสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักบุคคลเหล่านี้เป็นเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยประคับประคองสภาพจิตใจของผู้สูงอายุช่วยยกระดับคุณค่าในชีวิต ตลอดจนความเชื่อมั่นในตนเองและยังเป็นการช่วยรักษาความสมดุลระหว่างจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุซึ่งจะนำไปสู่ความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุ (มารศรีนุชแสงพล, 2532) และการมีรายได้เพียงพอใช้จ่าย การร่วมกิจกรรมทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ (สุธรรมนันท มงคลชัยและคณะ, 2551)

นอกจากนี้สิ่งแวดล้อมก็มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุด้านการจัดที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมกับการอยู่อาศัยในวัยสูงอายุ มีความสะดวกสบาย ในแวดวงความอบอุ่น ของครอบครัวญาติมิตร มีสิ่งของเครื่องใช้ที่อำนวยความสะดวกในด้านการดำรงชีวิตประจำวัน ตามความจำเป็นมีความปลอดภัยจากภัยธรรมชาติและภัยจากมนุษย์ (ประมวญ พิรัชพันธุ์, 2543)

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้สูงอายุจึงเป็นบุคคลที่ควรได้รับการดูแลเอาใจใส่ ให้การช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยเฉพาะครอบครัวซึ่งเป็นหน่วยเล็กที่สุดของสถาบันสังคม ที่มีความใกล้ชิดกับสมาชิกในครอบครัวมากที่สุด ที่จะให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจสังคม เศรษฐกิจและอำนวยความสะดวกในด้านความเป็นอยู่ ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะมีปัญหาต่าง ๆ มากมายหากได้รับการดูแลช่วยเหลือเกื้อหนุนจากครอบครัว ชุมชน สังคมและอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดีก็จะมีส่วนทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขและมีความมั่นคงในชีวิต สอดคล้องกับนโยบายของสำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติที่ได้กำหนดองค์ประกอบของความอยู่ดีมีสุข และความมั่นคงในชีวิตของคนไทย ประกอบด้วย การมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ มีความรู้ มีงานทำมีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีพ มีครอบครัวที่อบอุ่น มั่นคง อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีและอยู่ภายใต้การบริหารจัดการที่ดีของรัฐ

ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ เพราะแม้ว่าปัจจุบันจะมีข้อมูลและการวิจัยด้านผู้สูงอายุจำนวนมากก็จริงแต่ข้อมูลที่มีอยู่ก็ยังไม่ทันสมัย ในสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานและนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนส่งเสริมและพัฒนาให้ผู้สูงอายุมีความเป็นอยู่ที่ดี มีความมั่นคงในชีวิตและสามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีความสุข สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัว อันจะก่อให้เกิดผลดีทั้งต่อตัวผู้สูงอายุครอบครัวและสังคมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ หมู่ 1 ตำบลปะเคียบ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ หมู่ 1 ตำบลปะเคียบ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

สมมุติฐานการวิจัย

- 1) ผู้สูงอายุ หมู่ 1 ตำบลปะเคียบ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ มีปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับที่ดี

2) ผู้สูงอายุ หมู่ 1 ตำบลปะเคียบ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับที่ดี

3) ปัจจยส่วนบุคคล ปัจจยนำ ปัจจยเอื้อ และปัจจยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ หมู่ 1 ตำบลปะเคียบ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

ขอบเขตการวิจัย

การทำวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาปัจจยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ หมู่ 1 ตำบลปะเคียบ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

ขอบเขตด้านเนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาปัจจยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ หมู่ 1 ตำบลปะเคียบ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแนวคิด Preced Framework มีความเชื่อว่าปัจจยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุมีสาเหตุมาจากหลายปัจจยร่วมกัน ได้แก่ ปัจจยนำ ปัจจยเอื้อ และปัจจยเสริม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาการปัจจยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ หมู่ 1 ตำบลปะเคียบ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยใช้เครื่องมือรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ปัจจยนำ ส่วนที่ 3 ปัจจยเอื้อ ส่วนที่ 4 ปัจจยเสริม และส่วนที่ 5 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ประชากรศึกษา

ประชากร

ที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ เป็นประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปของหมู่ 1 ตำบลปะเคียบ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวนทั้งหมด 126 คน

กลุ่มตัวอย่าง

คือผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ของหมู่ 1 ตำบลปะเคียบ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวนทั้งหมด 96 คน โดยมีขั้นตอน การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากสูตรของ ทาโร่ ยามาเน (Taro yam mane)

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ปัจจัยนำด้านทัศนคติของ หมู่ 1 ตำบลปะเคียบ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ (n = 96)

ปัจจัยนำด้านทัศนคติของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อย (เกณฑ์การให้คะแนน 0.00 – 0.33)	-	-
ระดับปานกลาง (เกณฑ์การให้คะแนน 0.34 – 0.66)	1	1.0
ระดับมาก (เกณฑ์การให้คะแนน 0.67 – 1.00)	99	99.0
รวม	96	100

($\bar{X}$ = 2.99, S.D= 0.102, min= 2, max= 3)

จากตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ปัจจัยนำด้านทัศนคติของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ หมู่ 1 ตำบลปะเคียบ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ผู้สูงอายุมีปัจจัยนำด้านทัศนคติของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับมาก จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 99.0 และระดับปานกลาง จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1.0

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ปัจจัยเอื้อของผู้สูงอายุ หมู่ 1 ตำบลปะเคียบ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ (n=96)

ปัจจัยเอื้อของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อย (เกณฑ์การให้คะแนน 1.00 – 1.66)	-	-
ระดับปานกลาง (เกณฑ์การให้คะแนน 1.67 – 2.32)	23	24.0
ระดับมาก (เกณฑ์การให้คะแนน 2.33 – 3.00)	73	76.0
รวม	96	100

($\bar{X}$ = 2.76 S.D= 0.0.429,min= 2,max= 3)

จากตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ปัจจัยเอื้อของ หมู่ 1 ตำบลปะเคียบ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ผู้สูงอายุมีปัจจัยเอื้อของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับมาก จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 76.0 รองลงมา อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 24.0

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ปัจจัยเสริมของ หมู่ 1 ตำบลปะเคียบ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ (n=96)

ปัจจัยเสริมของพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ

ตนเองของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อย (เกณฑ์การให้คะแนน 1.00 – 1.66)	4	4.2
ระดับปานกลาง (เกณฑ์การให้คะแนน 1.67 – 2.32)	13	13.5
ระดับมาก (เกณฑ์การให้คะแนน 2.33– 3.00)	79	82.3
รวม	96	100

($\bar{X}$ = 2.78, S.D= 0.507, min= 1, max= 3)

จากตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ปัจจัยเสริมของ หมู่ 1 ตำบลปะเคียบ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ผู้สูงอายุมียปัจจัยเสริมของพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับมาก จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 82.3 รองลงมา อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 13.5 และระดับน้อย จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 4.2

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ปัจจัยด้านพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง หมู่ 1 ตำบลปะเคียบ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ (n=96)

ปัจจัยด้านพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อย (เกณฑ์การให้คะแนน 1.00 – 0.66)	1	1.0
ระดับปานกลาง (เกณฑ์การให้คะแนน 01.67 – 2.32)	95	99.0
ระดับมาก (เกณฑ์การให้คะแนน 2.33 – 3.00)	-	-
รวม	96	100

($\bar{X}$ = 1.99, S.D= 0.102, min= 1, max= 2)

จากตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ปัจจัยด้านพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง หมู่ 1 ตำบลปะเคียบ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ผู้สูงอายุมียปัจจัยด้านพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 99.0 และระดับน้อย จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1.00

การทดสอบสมมติฐาน

ตารางที่ 5 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพ อาชีพ มีโรคประจำตัวของ หมู่ 1 ตำบลปะเคียบ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ (n=96)

ปัจจัย	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ				
	น้อย	ปานกลาง	χ^2	df	p-value
เพศ					
ชาย	1	32	0.741	1	0.109
หญิง	-	63			
สถานภาพ					
โสด	-	5	1.050	2	0.592
สมรส	1	56			
หย่า/หม้าย	-	34			
อาชีพ					
ไม่ได้ทำงาน	1	58	0.980	3	0.806
เกษตรกร	-	33			
รับจ้าง	-	-			
ค้าขาย	-	2			
ประกอบอาชีพอิสระ	-	-			
รับราชการ	-	2			
อื่น ๆ	-	-			
ปัจจุบันท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่					
มี	-	46	1.000	1	0.00**
ไม่มี	1	49			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$, **มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.01$

จากตารางที่ 5 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพ อาชีพ ปัจจุบัน ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจุบันท่านมีโรคประจำตัว กับพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.01$

ตารางที่ 6 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้เพียงพอ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อปัจจัยเสริมของ หมู่ 1 ตำบล ปะเคียบ อำเภอกุเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ (n=96)

ปัจจัย	สัมประสิทธิ์สัมพันธ์เพียร์สัน (r) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	p-value
อายุ	-.053	.605
รายได้	.075	.470
ปัจจัยนำด้านความรู้	.131	.204
ปัจจัยนำด้านทัศนคติ	.079	.446
ปัจจัยเอื้อ	-.132	.201
ปัจจัยเสริม	-.172	.094

จากตารางที่ 6 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้เพียงพอ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมของผู้สูงอายุหมู่ 1 ตำบลปะเคียบอำเภอกุเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า อายุ รายได้เพียงพอ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมไม่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

อภิปรายผล

สมมติฐานข้อที่ 1 ผู้สูงอายุ หมู่ 1 ตำบลปะเคียบ อำเภอกุเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ มีปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับที่ดี พบว่า ปัจจัยนำ ความรู้ ร้อยละ 94.8 ทัศนคติ ร้อยละ 99.0 ปัจจัยเอื้อ ร้อยละ 76.0 ปัจจัยเสริม ร้อยละ 82.3 การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=2.95$, $S.D=0.22$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ (ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์ และยุวดี รอดภัย, 2556) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือในประเทศไทย เนื่องจากผู้สูงอายุได้รับข่าวสารจากหลาย ๆ ด้าน เช่น การได้รับคำแนะนำจากครอบครัว หรือบุคคลใกล้ชิด อาสาสมัครสาธารณสุข การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ วิทยุ โทรทัศน์ แพทย์ พยาบาล และ

เจ้าหน้าที่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์ และยุวดี รอดจากภัย, 2556) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองมีสุขภาพดี

สมมติฐานข้อที่ 2 ผู้สูงอายุ หมู่ 1 ตำบลปะเคียบ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับที่ดี พบว่า ผู้สูงอายุ หมู่ 1 ตำบลปะเคียบ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 99.0 ($\bar{X} = 1.99$, S.D = 0.10) ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่สอดคล้องกับการศึกษาของ (เทียนแก้ว เลี่ยมสุวรรณ, 2557) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลคลองตาหุ อำเภอเมืองชลบุรี พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (กมล วิเศษงามปกรณ และวัชร ศรีทอง, 2559) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมในระดับเหมาะสมปานกลาง (พงศธร ศิลาเงิน, 2560) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 52.5 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (กัลยา มั่นล้วน และคณะ, 2562) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

สมมติฐานข้อที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ หมู่ 1 ตำบลปะเคียบ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ การมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.01$ ส่วน ปัจจัยเอื้อ, ปัจจัยเสริม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเฉพาะกลุ่ม เช่น ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพื่อทราบถึงปัญหาและหาแนวทางการแก้ไข รวมทั้งจุดแข็ง จุดอ่อนและอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพตนเองต่อไป

ควรมีการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเปรียบเทียบในกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเขตเมืองกับผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชนบท

เอกสารอ้างอิง

- กมล วิเศษงามปกรณ และวัชร ศรีทอง. (2559). **ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของตำบลไผทาโพ อำเภอฟิโรทัยตำบลขาง จังหวัดพิจิตร**. สืบค้นเมื่อ 17 สิงหาคม 2563, จาก https://northern.ac.th/north_research/
- กัลยา มั่นล้วน, วิภาดา กาญจนสิทธิ์ และนิภา สุทธิพันธ์. (2562). พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านหนองโพรง จังหวัดบุรีรัมย์. ใน **การประชุมวิชาการระดับชาติ วิทยาลัยนครราชสีมา ครั้งที่ 6 ประจำปี พ.ศ.2562** (น. 889-897). นครราชสีมา: วิทยาลัยนครราชสีมา.
- พงศธร ศิลาเงิน. (2560). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธนาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกการจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ คณะสาธนาศาสตร มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์ และยุวดี รอดจากภัย. (2556). **การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน** (รายงานการวิจัย). ชลบุรี: คณะสาธนาศาสตร มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วัชรพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว. (2557). **พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลคลองตาหรัอำเภอมืองชลบุรี**. งานนิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารทั่วไป วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.

Received: 9 Dec 2021; Revised: 23 Dec 2021

Accepted: 30 Dec 2021

แรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ อำเภอมือง จังหวัดนครราชสีมา

นิชาภา เหมือนภาค¹, เขมกัญญา อนันต์², และ วัชรินทร์ จันขุนทด³

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา เรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ อำเภอมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 192 คน โดยเก็บข้อมูลประชากรทั้งหมด ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 192 คน โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งผ่านการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ ค่าเฉลี่ยโดยรวมคุณภาพเครื่องมือทั้งฉบับเท่ากับ 0.85 นำมาวิเคราะห์ข้อมูล และประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ค่าสถิติที่ใช้ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างง่ายแบบ Pearson Product Moment Coefficient

ผลการวิจัย พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ด้านการรับรู้ภาวะแทรกซ้อนต่อการเกิดโรคของผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ด้านการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และด้านการรับรู้อุปสรรคการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

คำสำคัญ : แรงจูงใจ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้ป่วยเบาหวาน

¹ คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา E-mail: nichapha@nmc.ac.th โทร. 083-7472847

² คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา E-mail: khemkanya@nmc.ac.th โทร. 093-5461355

³ คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา E-mail: watcharinrockger11@gmail.com โทร. 098-6432837

MOTIVATION CORRELATION WITH SELF-HEALTH CARE BEHAVIOR OF DIABETICS HEALTH PROMOTING HOSPITAL BAN MAI SUBDISTRICT MUEANG DISTRICT NAKHONRATCHASIMA PROVINCE

Nichapha Muanphak¹, Khemkanya Anan², and Watcharin Jankhunthod³

Abstract

The objective of this descriptive research was to study the relationship of self-care motivation of diabetic patients and self-care behavior of diabetic patients. The sample group in this research was 192 people who were treated at Ban Mai Sub-District Health Promoting Hospital, Muang District, Nakhon Ratchasima Province. All population data were collected. Therefore, in this study, a total of 192 people were used, using a questionnaire created by the researcher which passed the quality test of tools. The average of the overall tool quality was 0.85 for data analysis. And processed with a computer program. The statistical values used were frequency, mean, percentage and standard deviation. And the relationship was analyzed by using statistics Simple Correlation Coefficient in Pearson Product Moment Coefficient.

The results of the study found that the relationship between self-care motivation of diabetic patients and self-care behavior of diabetic patients. The perception of complications to the disease of diabetic patients was positively correlated with self-care behavior of diabetic patients. Statistically, at the .05 level, the perception of disease severity in diabetic patients was not related to self-care behavior of diabetic patients. The perceived benefit of self-care behavior of diabetic patients did not correlate with self-care behavior of diabetic patients. And the perceived barriers to self-care of diabetic patients did not correlate with self-care behaviors of diabetic patients.

Keyword : Motivation, Health Promotion Behavior, Diabetics

¹ Faculty of Public Health, Nakhonratchasima College E-mail: nichapha@nmc.ac.th Tel. 083-7472847

² Faculty of Public Health, Nakhonratchasima College E-mail: khemkanya@nmc.ac.th Tel. 093-5461355

³ Faculty of Public Health, Nakhonratchasima College E-mail: watcharinrockger11@gmail.com Tel. 098-6432837

บทนำ

โรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติของร่างกายที่มีการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอหรือร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้น้ำตาลในเลือดสูง โดยข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 108 ล้านคนในปีพ.ศ. 2523 เป็น 422 ในปี พ.ศ.2557 โดยเฉพาะในประเทศที่มีรายได้ต่ำ และปานกลางพบผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งยังพบว่าปี พ.ศ. 2559 มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวาน 1.5 ล้านคน และอีก 2.2 ล้านคน เสียชีวิตเนื่องจากน้ำตาลในเลือดสูง (กรมควบคุมโรค, 2562)

สำหรับประเทศไทยพบแนวโน้มการป่วยด้วยโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2557 – 2561 ซึ่งมีจำนวนดังนี้ 5,095.9 ราย, 5,267.3 ราย, 5,344.8 ราย, 5,726.6 ราย, และ 5,981.4 รายตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุขพบแนวโน้มการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2557 – พ.ศ. 2561 เป็นร้อยละ 17.5, 19.4, 22.3, 22.0, และ 21.9 ตามลำดับ จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 มีการประมาณการในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวาน 4.8 ล้านคน ในจำนวนนี้มากถึง 2 ล้านคน ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคเบาหวาน อีกทั้งมีจำนวนผู้ที่เสี่ยงเป็นโรคเบาหวานถึง 7.7 ล้านคน โดยโรคเบาหวาน หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาตั้งแต่ระยะแรกสามารถนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนในหลายส่วนของร่างกายทั้งต่อหัวใจ หลอดเลือด ตา ไต และเส้นประสาท เกิดความเสียหายร้ายแรง และเพิ่มความเสี่ยงของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (กรมควบคุมโรค, 2562)

รายงานผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2558 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด 26,185 รายปี พ.ศ. 2559 พบผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด 26,289 ราย และปี พ.ศ. 2560 พบผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด 28,045 ราย รวมทั้งหมด 80,519 ราย และอัตราผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 2561)

จากการค้นหาผู้ป่วยโรคเบาหวาน จึงมีความสำคัญมากขึ้นในปัจจุบัน เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อย ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จึงส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน การค้นหาในระยะแรกเริ่มของโรคจึงมีความจำเป็นในการดูแลสุขภาพตนเองจากการป่วยด้วยโรคเบาหวาน จากการดำเนินการค้นหาโรคเบาหวานของประชากรในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่อำเภอมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน 192 ราย ในระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2563 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2564 (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ อำเภอมือง จังหวัดนครราชสีมา, 2563)

ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลต้องอาศัยปัจจัยกำหนดหลายปัจจัย ดังทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection motivation theory) ของโรเจอร์ (Roger R.W., 1975) กล่าวว่าแรงจูงใจที่จะทำให้บุคคลสามารถป้องกันตนเองได้ต้องเกิดจากความกลัวอันตรายที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพร่างกาย ซึ่งความกลัวของบุคคลเกิดจากการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนอง และความคาดหวังในความสามารถแห่งตน โรเจอร์แบ่งการรับรู้เป็น 2 รูปแบบ คือ การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ และการประเมินการเผชิญปัญหา การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ 2 ลักษณะ คือ การรับรู้ในความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) และการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของโรค (Perceived Susceptibility) การประเมินการเผชิญปัญหา ประกอบด้วย การรับรู้ 2 ลักษณะ คือ การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนอง (Response efficacy) และการรับรู้ความคาดหวังในความสามารถแห่งตน (Self efficacy) จาก 4 องค์ประกอบนี้ เมื่อบุคคลได้รับการกระตุ้นโดยการใช้สื่อต่าง ๆ หรือสภาพเหตุการณ์นั้น ๆ ให้เกิดความกลัวในระดับสูงสุด โดยสื่อเหล่านั้นต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานการรับรู้ของบุคคลในการประเมินอันตรายต่อสุขภาพ และการเข้าไปประเมินการเผชิญปัญหา เมื่อบุคคลเห็นว่าภาวะสุขภาพของตนอยู่ในภาวะวิกฤติ และรู้สึกว่าคุณมีความเสี่ยงด้านสุขภาพเป็นอย่างมากบุคคลจะมีการปรับตัวหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพ เพื่อปกป้องสุขภาพให้ภาวะวิกฤตินั้นหมดไป จึงได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาแรงจูงใจที่เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เพื่อใช้เป็นข้อมูลและแนวทางในการดำเนินงานดูแลสุขภาพให้กับผู้ป่วยเบาหวานต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาแรงจูงใจและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค(The Protection Motivation Theory)

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค เกิดจากการนำแนวคิด ทฤษฎีสำคัญๆ 2 ทฤษฎีมารวมกัน เพื่อให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น นั่นคือแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งนำเรื่องการรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงมารวมเป็นการประเมินการเผชิญอันตราย เพื่อการวิเคราะห์ปัญหา ผสมกับการนำแนวคิดทฤษฎี ความสามารถตนเอง ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถตนเองและการรับรู้ผลลัพธ์ของการตอบสนอง รวมเรียกว่าการประเมินการเผชิญปัญหาเพื่อนำไปสู่การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2536)

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคให้มีความสำคัญกับองค์ประกอบ 2 ประการคือ 1) การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ 2 ลักษณะ คือ การรับรู้ในความรุนแรงของโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค 2) การประเมินการเผชิญปัญหาประกอบด้วย การรับรู้ 2 ลักษณะ คือ การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนอง และการรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง จึงจะนำไปสู่ความตั้งใจในการพัฒนาพฤติกรรมซึ่งสุขภาพต่อไป (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2536)

ปัจจัยที่มีต่อผลสำเร็จของการทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคมีความเชื่อว่า จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงให้ได้ดีที่สุดเมื่อ

1. บุคคลเห็นว่าพฤติกรรมเสี่ยงเป็นอันตรายต่อสุขภาพรุนแรง
2. บุคคลมีความรู้สึกไม่มั่นคงหรือเสี่ยงต่ออันตรายนั้น
3. เชื่อว่าการตอบสนองโดยการปรับตัวทางที่ถูกต้องเป็นวิธีการที่ดีที่สุดที่จะกำจัดอันตรายนั้น
4. บุคคลมีความเชื่อมั่นใจตนเองว่าจะสามารถปรับตัวตอบสนองหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นได้อย่างดี
5. การตอบสนองด้วยการไม่ปรับตัวมีน้อย
6. อุปสรรคต่อการปรับตัวหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นมีน้อย

ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคได้แก่ เมื่อเห็นว่าอันตรายต่อสุขภาพนั้นรุนแรง เสี่ยงต่ออันตราย ต้องมีการปรับตัว หรือปรับเหตุผล จัดอุปสรรคให้น้อยลงหรือหมดไป (สิริกัลยา ศีกสิริ และ จุฬารณย์ โสติ, 2555)

สรุปทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค เกิดจากการนำแนวคิด ทฤษฎีสำคัญๆ 2 ทฤษฎีมารวมกัน เพื่อให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น นั่นคือแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งนำเรื่องการรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงมารวมเป็นการประเมินการเผชิญอันตราย เพื่อการวิเคราะห์ปัญหา ผนวกกับการนำแนวคิดทฤษฎี ความสามารถตนเอง ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถตนเองและ การรับรู้ผลลัพธ์ของการตอบสนอง รวมเรียกว่าการประเมินการเผชิญปัญหาเพื่อนำไปสู่การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในการป้องกันโรคของคุณ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยในประเทศ

นิติกุล บัวแก้ว และคณะ (2558) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจภายในกับพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีแรงจูงใจภายในและพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดโดยรวมระดับปานกลาง มีพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดด้านการใช้ยาเบาหวานระดับสูง ด้านการรับประทานอาหารและด้านการออกกำลังกายระดับปานกลาง แรงจูงใจ

ภายในมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .45$, $p < .01$) และแรงจูงใจภายในมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดด้านการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .48$, $p < .01$) แต่แรงจูงใจภายในมีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดด้านการรับประทานอาหาร ($r = .18$, $p = .09$) และไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดด้านการใช้ยาเบาหวาน ($r = .00$) ดังนั้น บุคลากรทางสุขภาพควรส่งเสริมแรงจูงใจภายในให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการออกกำลังกายตามความชอบของตนเอง และควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมควบคุมอาหารและใช้ยาเบาหวาน

เจษฎากร โนนินทร และคณะ (2559) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพลายชุมพล อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลกผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระยะเวลาการป่วยที่ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน โดยพบว่าในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพลายชุมพลมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในช่วง 6-10 ปี ร้อยละ 42.8 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกันเนื่องจากการได้รับบริการที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสุปรียา เสียงดัง (2560) ที่รายงานว่ามีผู้ป่วยที่มีระยะเวลาเป็นเบาหวาน 6-10 ปีและมากกว่า 10 ปีมีพฤติกรรมการดูแลตนเองใกล้เคียงกันและเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสิงห์นคร จำแนกตามระยะเวลาที่เป็น กลับพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระยะเวลาที่เป็นต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกันทั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลแก้งสนามนาง อำเภอแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา ของกฤษณา คาลอยฟ้า (2554) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระยะเวลาการป่วยต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สุปรียา เสียงดัง (2560) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M=2.41$, $SD=0.21$) ทั้งนี้เนื่องจาก บุคคลเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ ก็จะปรับตัวในการดูแลตนเองให้เหมาะสม พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ด้านการควบคุมอาหาร จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ด้านการออกกำลังกาย สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดโดยส่งเสริมกระบวนการใช้น้ำตาลเพิ่มความไวในการใช้อินซูลินของกล้ามเนื้อ ด้านการใช้ยา การเลือกรับประทานยา และวิธีการรับประทานยาที่ถูกต้องเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด ด้านการดูแลสุขภาพอนามัยของร่างกายตนเองจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน (Orem, 1995) สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษณา คาลอยฟ้า (2552) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลแก้งสนามนาง อำเภอแก้งสนามนาง

จังหวัดนครราชสีมา พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M=4.00, SD=0.38$) เมื่อจำแนกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเป็นรายด้าน พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการรับประทานอาหาร ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านการดูแลรักษาต่อเนื่อง อยู่ในระดับสูง

ธรรณูญพร วิชัย และคณะ (2560) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในบ้าน คานางรวรย์ ตำบลค่าน้ำแซบ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.31 มีอายุเฉลี่ย 61.73 ± 10.95 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 80.59 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 52.74 มีรายได้เฉลี่ย 5274.63 ± 10372.55 บาท และมีระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 9.40 ± 6.88 ปี ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 67.88 ± 8.04 เมื่อจำแนกพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นรายด้านคือ พฤติกรรมการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายในระดับปานกลาง ($15.15 \pm 1.98, 18.57 \pm 2.83$ ตามลำดับ) การใช้ยาและดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคลอยู่ในระดับดี ($14.70 \pm 2.90, 19.61 \pm 3.32$ ตามลำดับ) ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถใช้เป็นแนวทางให้เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพนำไปเป็นแนวทางในการคำแนะนำปรับปรุงและให้การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ดีขึ้น และทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าข้าม (2560) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลแม่เหียะ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ประชากรที่ใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พักอาศัยอยู่ในตำบลแม่เหียะ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวนทั้งสิ้น 204 คน แบ่งเป็น ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าข้าม อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ได้จำนวน 60 คน และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้จำนวน 144 คน กลุ่มตัวอย่างกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จำนวน 100 คน จากจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด 144 คน และกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จำนวน 48 คน จากจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด 60 คน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 91.9 การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเบาหวาน อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 63.5 สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ อุปสรรคของการดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 93.2 และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.4

งานวิจัยต่างประเทศ

Anne Moen และคณะ (2019) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องการศึกษากิจการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (DSME) - ผลต่อความรู้พฤติกรรมการดูแลตนเองและการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 ในประเทศเอธิโอเปีย ผลการวิจัยพบว่า ที่จุดสิ้นสุดข้อมูลจากผู้เข้าร่วมกลุ่มการแทรกแซง 78 คนและผู้เข้าร่วมกลุ่มเปรียบเทียบ 64 คนรวมอยู่ในการวิเคราะห์ขั้นสุดท้าย ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้โรคเบาหวานก่อนและหลังการแทรกแซง DSME สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มแทรกแซง ($p = 0.044$) พฤติกรรมการดูแลตนเองที่วัดได้ประกอบด้วยอาหารการออกกำลังกายการเฝ้าติดตามตนเองของน้ำตาลกลูโคสการดูแลเท้า การสูบบุหรี่หรือการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวนวันเฉลี่ยต่อสัปดาห์ที่ผู้เข้าร่วมกลุ่มแทรกแซงทำตามคำแนะนำเรื่องอาหารทั่วไปเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่สุด ($p = 0.027$) กลุ่มแทรกแซงทำตามคำแนะนำด้านอาหารเฉพาะ ($p = 0.019$) และดำเนินการดูแลเท้า ($p = 0.009$) เป็นเวลาหลายวัน ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญภายในหรือระหว่างกลุ่มในพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รายงานด้วยตนเองหรือในการรับรู้ความสามารถของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

Manfred Mayer และคณะ (2019) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องการจัดการการดูแลเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งการดูแลตนเองของผู้ป่วย multimorbid ประเภท 2 โรคเบาหวานในเครือข่ายปฐมภูมิของเยอรมัน: สุ่มทดลองควบคุม ผลการวิจัยพบว่า ไม่มีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มิฉะนั้นแล้วคะแนนรวมสำหรับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มแทรกแซงเมื่อเวลาผ่านไปแต่ไม่อยู่ในกลุ่มควบคุม เหตุผลที่เป็นไปได้คือประสิทธิภาพพื้นฐานที่สูงในตัวอย่างของเราและความเที่ยงตรงในการแทรกแซงต่ำ การพัฒนาวิธีนี้ในอนาคตควรมุ่งเน้นที่คำจำกัดความที่ใกล้ชิดของการแทรกแซงการปรับปรุงเกี่ยวกับการสื่อสารระหว่าง NCM และการปฏิบัติที่ปฏิบัติเช่นเดียวกับการมีส่วนร่วมที่เพิ่มขึ้นของเครือข่ายทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับหลักปฏิบัติเล็กดูแลการใช้การจัดการดูแลใน PCNs อาจปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

Evi Karotac และคณะ (2020) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องการใช้ทฤษฎีของคิงเพื่อปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผลการวิจัยพบว่า มีผู้ป่วย 46% ที่รับรู้ว่ามีสุขภาพดีแม้ว่าพวกเขาส่วนใหญ่จะมีอาการแทรกซ้อน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (98–100%) รายงานว่าการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อรักษาสุขภาพของพวกเขา ต่อไปนี้เป็นคำอธิบายของการตัดสินใจของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน 88% ของผู้ป่วยที่ทำก่อนเจ็บป่วย ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่สื่อสารและถ่ายทอดปัญหาโรคเบาหวานที่เผชิญกับครอบครัว (86–90%) ธุรกรรมของผู้ป่วย 96% ต้องการพูดคุยกับพยาบาลและแพทย์สำหรับโปรแกรมการรักษาและข้อมูลการบำบัด (98%)

Eun Jo Kim RN, MSc และคณะ (2020) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยแผลที่เท้าเบาหวาน ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่าการจัดการโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวประสบการณ์การศึกษาเกี่ยวกับโรคเบาหวานความเครียดการรับรู้รูปแบบการเผชิญปัญหา นอกจากนี้การดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับประสบการณ์การศึกษาโรคเบาหวานการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวและระดับซีรัมของอัตราการตกตะกอนของเม็ดเลือดแดงและฮีโมโกลบิน A1C

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา การศึกษานี้ศึกษาในกลุ่มประชากรทั้งหมดจำนวน 192 คน

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ วิทยาลัยนครราชสีมา เอกสารรับรองเลขที่ 0035/2563 รหัสโครงการวิจัย NMCEC 0035/2563

การสร้างเครื่องมือและตรวจสอบเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาจากเอกสารแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. กำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาที่จะสร้างแบบสอบถามตลอดจนตัวแปรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และเนื้อหาที่ต้องการศึกษา
3. ดำเนินการสร้างและพัฒนาแบบสอบถาม นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความตรงตามเนื้อหา และนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขก่อนที่จะนำไปทดลองใช้
4. นำแบบสอบถามที่ผ่านการพิจารณาและปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 30 คน คนที่มีลักษณะสภาพแวดล้อมที่ใกล้เคียงกัน เพื่อนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน
2. การหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม ด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) โดยได้ค่าความเชื่อมั่นไม่น้อยกว่า 0.75 แล้วจึงนำเครื่องมือที่ได้รับการตรวจสอบไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

3. นำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อ เสนอคณะกรรมการที่
ปรึกษาก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ
ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพ อาชีพ รายได้ และภาวะแทรกซ้อน โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ
และเติมคำในช่องว่าง จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 แรงจูงใจป้องกันโรคของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยลักษณะ
เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าของ ลิเคิร์ต (Likert Scale) โดยมีคำตอบให้เลือก 3 คำตอบ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ
และไม่เห็นด้วย มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ และส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย
โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าของ ลิเคิร์ต (Likert Scale) โดยมีคำตอบให้
เลือก 3 คำตอบ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 32 ข้อการ
แปลผลคะแนนใช้เกณฑ์ของ Best (1997)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ดังนี้ ผู้วิจัยส่งเอกสารการขอความ
อนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และลงพื้นที่ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา ข้อมูลเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิ
รายละเอียดแบบสอบถาม และประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา ให้กับกลุ่มตัวอย่าง และตรวจสอบความถูกต้อง
ครบถ้วนของแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า
ต่ำสุด และค่าสูงสุด เพื่ออธิบายให้เห็นลักษณะข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง และหาความสัมพันธ์ระหว่าง
แรงจูงใจป้องกันโรคกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่าง
ง่ายแบบ Pearson Product Moment Coefficient

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

จากผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.0) อายุ ระหว่าง
51 - 55 ปี (ร้อยละ 34.4) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างคือ จบมัธยมศึกษา (ร้อยละ 52.1) สถานสมรส
(ร้อยละ 60.9) เป็นเกษตรกร (ร้อยละ 47.4) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100.0) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเพียงพอต่อ
ค่าใช้จ่าย (65.5) กลุ่มตัวอย่างไม่เคยมีอาการน้ำตาลในเลือด (ร้อยละ 77.6) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงอื่นๆ
(ร้อยละ 79.7)

ข้อมูลแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

จากการศึกษาข้อมูลแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ด้านการรับรู้ภาวะแทรกซ้อนต่อการเกิดโรคของผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 53.1) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 66.1) ด้านการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนใหญ่ มีความรู้ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 65.6) ด้านการรับรู้อุปสรรคการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 57.3)

ข้อมูลพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

จากการศึกษาข้อมูลพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ด้านการควบคุมอาหาร ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในระดับปานกลาง (ร้อยละ 65.1) ด้านการช้ยา ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในระดับปานกลาง (ร้อยละ 65.6) ด้านการดูแลเท้า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.0) ด้านการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.0)

ด้านการพักผ่อน ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในระดับปานกลาง (ร้อยละ 63.0) ด้านการจัดการความเครียด ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในระดับปานกลาง (ร้อยละ 69.8) ด้านการสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในระดับปานกลาง (ร้อยละ 70.8) ด้านการดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในระดับปานกลาง (ร้อยละ 68.2)

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

จากการศึกษาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ด้านการรับรู้ภาวะแทรกซ้อนต่อการเกิดโรคของผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ว่าแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์กัน ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ว่าแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์กัน ด้านการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ว่าแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์กัน ด้านการรับรู้อุปสรรคการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ว่าแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์กัน

สรุปและอภิปรายผล

จากสรุปผลการวิจัยเรื่องแรงจูงใจที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมาซึ่งโดยรวมของด้านการรับรู้แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในระดับปานกลาง และความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน คือ ด้านการรับรู้ภาวะแทรกซ้อนต่อการเกิดโรคของผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าข้าม (2560) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลแม่เหียะ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ประชากรที่ใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พักอาศัยอยู่ในตำบลแม่เหียะ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวนทั้งสิ้น 204 คน แบ่งเป็น ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าข้าม อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ได้จำนวน 60 คน และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้จำนวน 144 คนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จำนวน 100 คน จากจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด 144 คน และกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จำนวน 48 คน จาก จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด 60 คน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 91.9 การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเบาหวาน อยู่ในระดับสูงร้อยละ 63.5 สิ่งชักนำให้ ปฏิบัติ การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ อุปสรรคของการดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 93.2 และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.4

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เข้าร่วมการศึกษาและให้ข้อมูลในครั้งนี้ และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมาที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2562). **ประเด็นสารรณรงค์วันเบาหวานปี 2562**. สืบค้นเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2562, จาก <http://www.thaincd.com/2016/news/hot-news-detail.phpid=13674&gid=18>.
- จุฬารัตน์ โสตะ. (2554). **แนวคิด ทฤษฎีและการประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ**. ขอนแก่น: ภาควิชา สุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เจษฎากร โนอินทร์ และคณะ. (2559). **พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตพื้นที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลหลายชุมพล อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก**. การค้นคว้าอิสระปริญญาวิทยาศาสตร มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัย ราชภัฏพิบูลสงคราม.
- ธรรณพพร วิชัย และคณะ. (2560). **พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในบ้านคานางรอย ตำบล คำน้ำแซบ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี**. การค้นคว้าอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตร มหาบัณฑิต, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- นิติกุล บัวแก้ว และคณะ. (2558). **ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจภายในกับพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือด ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2**. การค้นคว้าอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, คณะ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสรวง สุวรรณ. (2536). **พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา**. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าข้าม อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. (2560). **พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลแม่เหียะ อำเภอเมืองเชียงใหม่จังหวัดเชียงใหม่**. เชียงใหม่: ผู้แต่ง.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. (2562). **ทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา**. นครราชสีมา: ผู้แต่ง.
- สุปรียา เสี่ยงดัง. (2560). **พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ไม่ได้**. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา. 4(1), 191-204.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาจิต. (2536). **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค**. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. (2561). ข้อมูลทั่วไปและสถานสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา ปี 2561. สืบค้นเมื่อ 23 พฤศจิกายน 2562, จาก <http://www.korathealth.com/korathealth/download/attractfile/15154252023.pdf>.
- Anne Moen. (2019). Diabetes Self-Management Education (DSME) – Effect on Knowledge, Self-Care Behavior, and Self-Efficacy Among Type 2 Diabetes Patients in Ethiopia: A Controlled Clinical Trial. **Diabetes MetabSyndrObes** 2019. 12, 2489–2499.
- Eun Jo Kim and Kuem-Sun Han. (2020). Factors related to self-care behaviours among patients with diabetic foot ulcers. **Journal of Clinical Nursing**. 9, 1712-1722.
- Evi Karotac. (2020). **Use of King's theory to improve diabetics self-care behavior**. Retrieved November, 23, 2019, from https://www.researchgate.net/profile/Evi-Karota/publication/340838978_Use_of_King's_theory_to_improve_diabetics_self-care_behavior/links/5efb95cca6fdcc4ca44066ec/Use-of-Kings-theory-to-improve-diabetics-self-care-behavior.pdf
- Manfred Mayer, et al. (2019). Care management intervention to strengthen self-care of multimorbid patients with type 2 diabetes in a German primary care network: A randomized controlled trial. **PLOS ONE**. 14(6), e0214056.

แนวทางการเตรียมต้นฉบับบทความวิจัย/บทความวิชาการ วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในนอร์ทเทิร์น ยินดีรับบทความวิจัยและบทความวิชาการทางด้านสังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์ วิทยาศาสตร์สุขภาพ และวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี โดยบทความที่ส่งมาเพื่อพิจารณาตีพิมพ์จะต้องไม่เป็นผลงานวิจัย/วิชาการที่เคยได้รับการเผยแพร่ในวารสารใดมาก่อน หรือไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ของวารสารอื่น บทความทุกบทความที่ตีพิมพ์ลงในวารสารฉบับนี้จะต้องผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการแก้ไขต้นฉบับและการพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง โดยมีข้อเสนอแนะดังนี้

ประเภทของบทความ

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

การเตรียมต้นฉบับ

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

บทคัดย่อ	เป็นร้อยแก้ว เขียนเฉพาะเนื้อหาที่สำคัญ ให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย (อย่างย่อ) และต้องมีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ
คำสำคัญ	ควรเลือกคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบทความ ประมาณ 3-5 คำ ใช้ตัวอักษร ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทความที่เป็นภาษาอังกฤษมีเฉพาะคำสำคัญ ภาษาอังกฤษ
บทนำ	อธิบายถึงความเป็นมาและความสำคัญที่ทำการศึกษา วิจัย คำนึงว่า 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 เพื่อนำไปใช้ในการศึกษาคั้งต่อไป
เอกสารอ้างอิง	ให้เขียนเอกสารอ้างอิง ใช้ระบบนาม-ปี และหน้า (APA Style) ตามรูปแบบ ที่กำหนด

การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงใช้รูปแบบของ American Psychological Association (APA)

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

การอ้างอิงท้ายบทความ เป็นการรวบรวมรายการเอกสารทั้งหมดที่ผู้เขียนบทความได้ใช้อ้างอิงในการเขียนบทความ และจัดเรียงรายการตามลำดับตัวอักษรชื่อผู้แต่ง ตัวอย่างเช่น

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

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

เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์หรือโรงพิมพ์.

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

ชื่อผู้เขียนวิทยานิพนธ์. (ปีที่วิจัยสำเร็จ). **ชื่อวิทยานิพนธ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญา(ระดับ) ชื่อสาขาวิชา

สังกัดของสาขาวิชา ชื่อมหาวิทยาลัย.

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

การอ้างอิงในเนื้อหา

รูปแบบการอ้างอิงแบบแทรกในเนื้อหา มี 3 รูปแบบ ดังนี้

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

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

กรณีที่ไม่มีปรากฏเลขหน้าให้ลงแค่ชื่อผู้แต่งกับปีที่พิมพ์ไว้ในวงเล็บเดียวกัน เช่น

(ศิริโรจน์ วงศ์กระจ่าง, 2554)

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

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

กรณีที่ไม่มีปรากฏเลขหน้าให้ลงแค่ชื่อผู้แต่งกับปีที่พิมพ์ไว้ในวงเล็บ เช่น

(ศิริโรจน์ วงศ์กระจ่าง, 2554)

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

การส่งต้นฉบับ

1. บทความมีความยาวไม่เกิน 15 หน้า กระดาษขนาด A4 ทั้งนี้รวมรูปภาพ ตาราง และเอกสารอ้างอิง
2. การตั้งค่านำหน้ากระดาษ 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 ชิดซ้าย

3.3 สถานที่ทำงาน หน่วยงานที่สังกัด อีเมล หมายเลขโทรศัพท์ ขนาด 12 point อ้างอิงเชิงอรรถ

3.4 บทคัดย่อ ภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ควรสั้นตรงประเด็น และเป็นการสรุปผลงานอย่าง

รัดกุม ครอบคลุมสาระสำคัญของการวิจัย ความยาวไม่เกิน 400 ตัวอักษร

3.5 คำสำคัญ ภาษาไทย และภาษาอังกฤษ เป็นการกำหนดสาระสำคัญที่สามารถนำไปใช้เป็นคำสืบค้นในระบบฐานข้อมูล ไม่ควรรายาวมากเกินไป และไม่ควรมากเกิน 3-5 คำ

3.6 บทนำ (ความเป็นมา ความสำคัญ และมูลเหตุที่นำไปสู่การวิจัย)

3.7 วัตถุประสงค์ (มูลเหตุของการศึกษาวิจัย ซึ่งสอดคล้องกับชื่อเรื่องที่ศึกษาวิจัย)

3.8 เนื้อหาที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี) เป็นการอ้างอิงแนวคิด ทฤษฎี หรือบทความที่เกี่ยวข้อง หากเป็นงานวิจัยเฉพาะทางควรมีส่วนนี้ เพื่ออธิบายข้อมูลพื้นฐานให้คนทั่วไปสามารถเข้าใจได้

3.9 วิธีดำเนินการวิจัย เป็นการอธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล ควรเสนอรูปแบบและแสดงขั้นตอนอย่างกระชับและชัดเจน

3.10 สรุปผลการวิจัย ควรนำเสนอผลอย่างชัดเจน น่าสนใจ ตรงประเด็น เป็นผลที่ค้นพบ โดยลำดับตามหัวข้อที่ศึกษา

3.11 อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ อภิปรายสิ่งที่ได้จากการวิจัย การนำไปใช้ประโยชน์และข้อเสนอแนะต่างๆ

3.12 เอกสารอ้างอิง ใช้ระบบนาม-ปี และหน้า (APA Style) ระบุแหล่งอ้างอิงเท่าที่ปรากฏในบทความ

ผู้นำเสนอผลงานสามารถดูรายละเอียดรูปแบบการจัดทำบทความฉบับเต็ม (Full Paper) ได้ที่ www.northern.ac.th

หากต้องการรายละเอียดเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ ฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น เลขที่ 888 หมู่ที่ 2 ตำบลหนองบัวใต้ อำเภอมือง จังหวัดตาก 63000

โทรศัพท์ 0 5551 7488 ต่อ 808 โทรสาร 0 5551 7481 email : Journalsci@northern.ac.th

วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี นอร์ทเทิร์น

Journal of Science and Technology Northern

ปีที่ 2 ฉบับที่ 4 ประจำเดือน ตุลาคม - ธันวาคม 2564

วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

ฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

888 หมู่ 2 ตำบลหนองบัวลำภู อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 63000

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