

วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

(Academic Journal of Community Public Health: AJCPH)

วัตถุประสงค์วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

1. เพื่อรวบรวมและเผยแพร่ความรู้ทางการสาธารณสุขชุมชน นำไปสู่การสร้างนวัตกรรมและองค์ความรู้ใหม่
2. เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนคุณภาพการวิจัยทางการสาธารณสุขชุมชน
3. เพื่อส่งเสริมการดำเนินงานทางวิชาการของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ทั้งในภาครัฐและเอกชน
4. เพื่อเป็นสื่อวิชาการด้านการสาธารณสุขชุมชน สำหรับสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพชุมชน
5. เพื่อส่งเสริมคุณค่าและอัตลักษณ์ทางวิชาการของบุคลากรในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

ขอบเขตบทความตีพิมพ์

บทความตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชนควรสอดคล้องกับขอบเขตงานด้านสาธารณสุขสำหรับศตวรรษที่ 21 ได้แก่

1. การติดตามสถานการณ์สุขภาพในชุมชนเพื่อค้นหาปัญหา
2. การวินิจฉัยปัญหา การสืบสวนปัญหาและอันตรายด้านสุขภาพ
3. การแจ้งข่าว และการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน
4. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหาสุขภาพ
5. การพัฒนานโยบายและแผน
6. กฎหมายและระเบียบเพื่อป้องกันสุขภาพ และสร้างเสริมความปลอดภัย
7. การเชื่อมประสานประชาชนกับการบริการสุขภาพ
8. การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรเพื่อให้มีความสามารถในการปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพ
9. การประเมินประสิทธิผลของโครงการ
10. การสร้างองค์ความรู้ใหม่ในการแก้ปัญหาสุขภาพ

สำนักงานกองบรรณาธิการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เลขที่ 120 หมู่ 3 ชั้น 2 - 4 อาคารรวมหน่วยงานราชการ ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา

5 ธันวาคม 2550 ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ฯ 10210

E-mail: editorial.ajcph@gmail.com Website: <http://www.ajcph.org>

คณะกรรมการวารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

คณะกรรมการที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ นพ.ประเวศ วะสี

นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ

นพ.ชูชัย ศรชำนิ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุปรีดา อดุลยานนท์

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

รองศาสตราจารย์ นพ.สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ

นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

นพ.วีระวัฒน์ พันธุ์ครุฑ

ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ทุกแห่ง

บรรณาธิการที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.นพ.ศาสตร์ เสาวคนธ์

ศาสตราจารย์ ดร.นพ.วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์

ศาสตราจารย์ ดร.สถิกร พงศ์พานิช

รองศาสตราจารย์ ดร.สุพัตรา ขาติปัญญาชัย

รองศาสตราจารย์พิพัฒน์ ลักษณะจักรกุล

รองศาสตราจารย์ ดร.เฉลิมพล ต้นสกุล

รองศาสตราจารย์ ดร.รัตนา สำโรงทอง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทร แสนไชยสุริยา

คณบดีคณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา

คณบดีสำนักวิชาสหเวชศาสตร์และสาธารณสุขศาสตร์

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

นายประพัทธ์ ธรรมวงศา

นายธาดา วรรณปิยกุล

นายมงคล เงินแจ้

นายปิ่น นันทะเสน

มหาวิทยาลัยบูรพา

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

มหาวิทยาลัยมหิดล

มหาวิทยาลัยชินวัตร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

มหาวิทยาลัยทักษิณ

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

มหาวิทยาลัยนเรศวร

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

มหาวิทยาลัยบูรพา

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ประธานชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย

ประธานมูลนิธิเครือข่ายหมออนามัย

นายกสมาคมหมออนามัย

นายกสมาคมวิชาชีพสาธารณสุข

กองบรรณาธิการ

บรรณาธิการบริหาร

รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต
อาจารย์บุญเรือง ขาวนวน
นายปริญญา ระลึก

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
มหาวิทยาลัยทักษิณ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บรรณาธิการวิชาการ

รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

กองบรรณาธิการวิชาการ

รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน
รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์
รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ วรเดช
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์
ดร.รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์
ดร.ประจวบ แผลมหลัก
ดร.พิทยา ศรีเมือง
ดร.ธีรศักดิ์ พาจันทร์
ดร.ปริญญา จิตอร่าม

ดร.กรรณิกา เรืองเดช ขาวสวนศรีเจริญ
ดร.บัณฑิต วรรณประพันธ์
ดร.อรทัย ศรีทองธรรม
ดร.นงา สิงห์วีธรรม
อาจารย์บุญเรือง ขาวนวน

มหาวิทยาลัยนเรศวร
มหาวิทยาลัยทักษิณ
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
มหาวิทยาลัยทักษิณ
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
มหาวิทยาลัยพะเยา
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดสุพรรณบุรี
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยทักษิณ

ฝ่ายจัดการ

นายปริญญา ระลึก
นายสมบัติ ชัดโพธิ์
นายขจร อินธิเสน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความ

รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน	มหาวิทยาลัยนเรศวร
รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์	มหาวิทยาลัยทักษิณ
รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตย์พรต	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ วรเดช	มหาวิทยาลัยทักษิณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประชุมพร เล่าห์ประเสริฐ	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วนิดา ไทรชมภู	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
ดร.รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
ดร.ประจวบ แผลมหลัก	มหาวิทยาลัยพะเยา
ดร.พิทยา ศรีเมือง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.ธีรศักดิ์ พาจันทร	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.สุทิน ชนະບູ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.ปริญญา จิตอร่าม	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
ดร.จิรนนท์ ขาติชัยนานนท์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
ดร.กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
ดร.ภญ. กุลนาถ มากบุญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
ดร.บัณฑิต วรรณประพันธ์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา
ดร.อรทัย ศรีทองธรรม	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี
ดร.ประยุทธ์ สุดาทิพย์	สำนักโรคติดต่ออันตรายโดยแมลง กระทรวงสาธารณสุข
ดร.นภา สิงห์วีระธรรม	สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร.จตุพร เหลืองอุบล	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บรรณาธิการแถลง

เรียน ผู้นิพนธ์ ผู้อ่าน และสมาชิกวารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชนทุกท่าน

วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน (Academic Journal of Community Public Health: AJCPH) ได้ผ่านการประเมินคุณภาพวารสารที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI รอบที่ 4 พ.ศ. 2563 – 2567 จากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย ให้อยู่ในฐานข้อมูล TCI (Thai Journal Citation Index) กลุ่มที่ 2 สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ซึ่งวารสารปีที่ 6 ฉบับที่ 1 (มกราคม - มีนาคม 2563) นี้ ได้ตีพิมพ์บทความวิชาการ บทความวิจัยที่เป็นประโยชน์ต่องานสาธารณสุขที่หลากหลาย เป็นต้นว่า บทความเกี่ยวกับความเครียด งานวิจัยเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพ การป้องกันการดูแลผู้ป่วยโรคต่าง ๆ ตลอดทั้งการวิจัยที่เกี่ยวกับการบริการสุขภาพ

ดังนั้น วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมคุณภาพการวิจัยทางสาธารณสุขชุมชนและเครือข่ายทางด้านสุขภาพ จึงเป็นอีกหนึ่งช่องทางสำหรับนักวิจัยที่จะพัฒนาและเผยแพร่องค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพให้กับประชาชนไทยในชุมชน และขอเชิญผู้วิจัยส่งผลงานวิจัยมาตีพิมพ์ในวารสารนี้ เพื่อให้ผู้อ่านมีโอกาสดำเนินการความรู้ไปสู่การสร้างนวัตกรรมสำหรับพัฒนางานด้านสาธารณสุขต่อไป โดยวารสารกำหนดตีพิมพ์ปีละ 4 ฉบับ

ขอเชิญทุกท่านส่งบทความและข้อเสนอแนะ มาได้ตามอีเมล editorial.ajcph@gmail.com และ <http://www.ajcph.org> ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้การสนับสนุนด้วยดีตลอดมา

กองบรรณาธิการ

วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

สารบัญ	หน้า Page	Contents
บทบรรณาธิการ		Editorial statement
บทความวิชาการ		Academic article
■ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน: ความเครียดและแนวทางการจัดการความเครียด ดมิสา เพชรทอง ดาราวดี รังวงศ์ นูไรดา แสสาเหตุ อาริสสา พันธุสะ สมเกียรติยศ วรเดช ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์	1	■ Health Promotion among Elderly People in Community: Stress and Stress Management Approaches Damisa Pegthong, Darawadee Rakwong, Nuraida Seasahet, Arisa Pantusah, Somkiattiyos Woradat, Bhunyahhadh Chaimay
บทความวิจัย		Research articles
● ผลการรักษาและความปลอดภัยของอาการที่พบร่วมกับหลอดเลือดดำขอดบริเวณขา ด้วยตำรับน้ำมันกาสะลัก ณ โรงพยาบาลกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ นพวรรณ บานชื่น ไพรวลัย โคศรีสุทธ์ วรวรรณ กอปรกิจงาม ธวัชชัย กมลธรรม	12	■ Effects And Safety Of Common Sign With Varicose Vein Of Leg By Kasalak Oil Formula At Kapchoeng Hospital, Surin Province Nobpawan Banchuen, Paiwan Kosisut, Worawun Kobkitngarm, Thavatchai Kamoltham
● ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพต่อการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย ในอำเภอชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช จิรนนท์ ช่วยศรีนวล ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์ สมเกียรติยศ วรเดช	22	■ Factors Associated with Health Literacy towards Obesity Prevention among Primary School Students in Cha-Uat District, Nakhon Si Thammarat Province Jiranan Chuaysrinuan, Bhunyahhadh Chaimay, Somkiattiyos Woradat

สารบัญ	หน้า Page	Contents
● ลักษณะทางระบาดวิทยาและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใส่ท่อช่วยหายใจของผู้ป่วยโรคปอดบวมที่รักษาในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งของภาคตะวันออกเฉียงเหนือประเทศไทย สิริพงษ์ แทนไธสง เกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์ พรฤทธิ์ พิสุทธิมาน	35	■ Epidemiological Characteristics and Factors Associated with Pneumonia-Intubated and Treated in a Regional Hospital, Northeastern Region of Thailand Siripong Tanthaisong, Kriangsak Veateewoetacharan, Pornrith Pisuttimarn
● ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การมีส่วนร่วมกับการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดหนองคาย พิทภรณ์ พลโคต	50	■ The Relationship between Participation Factors and Quality Improvement of personnel in Community Hospitals, Nong Khai Province Pitaporn Ponkot
● การพัฒนามาตรการควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยชุมชนมีส่วนร่วม ยุทธชัย นาดอน สุมัทนา กลางคาร ศิรินาถ ตงศิริ	60	■ The Development of Measures to Control the Dengue Hemorrhagic Fever by Community Participation Yutthachai Nadon, Sumattana Glangkarn, Sirinart Tongsi
● การมีส่วนร่วมในกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนของคณะทำงานระดับอำเภอ ในพื้นที่ 4 จังหวัดน่าน สโรจพันธ์ สุภาวรรณ	72	■ Participating in Road Safety Management Mechanism of Related Party at District Level in 4 Pilot Provinces Sarojbhan Supawan
● การพัฒนาตัวชี้วัดสมรรถนะ การแก้ปัญหา และการพัฒนาสาธารณสุขชุมชนของนักสาธารณสุขชุมชน ปริญญ์ จิตอร่าม	84	■ Development of Competency Indicators for Problem Solving skill among Community Public Health Officer Parinya Jitaram

สารบัญ	หน้า Page	Contents
ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ของผู้ประกอบการร้านค้าปลีก อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ทิพวัลย์ พรหมมร สมโภช รติโอฬาร ธีระวุธ ธรรมกุล	100	Factors Affecting Retailers' Practices on Tobacco Products Control Act of 2017 in Chiang Yuen District, Maha Sarakham Province Thipawan Phrommorn, Sompoch Ratoran, Theerawut Thammakul
ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานตำบลแม่เป็ม อำเภอเมืองจังหวัดพะเยา กฤษฎิ์ คำมาปัน	110	The Education Program and Promoting Self-Efficacy on Food Consumption Behavior of Diabetic Patients in Maepuem Sub District, Mueang District, Phayao Province Grichakhun Khammapun
ผลการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อทักษะการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ อติญาณ์ ศรีเกษตริณ วารุณี เกตุอินทร์ อัจฉรวาดี ศรียศศักดิ์ สุทธนันท์ กัลลกะ จุรีรัตน์ กิจสมพร อรชร อินทองปาน สรลรัตน์ พลอินทร์	125	The Effect of Collaboration in Multidisciplinary Teams, Learning the Roles of Multidisciplinary Team Atiya Sarakshetrin, Atcharawadee Sriyasak, Suthanan Kunlaka, Jureerat Kitsomporn, Orrachorn Intongpan
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยในมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ขวัญใจ สุกรนันท์	136	Factors Associated with Smoking Behavior of Security Officers in Mahasarakham University Kwanchai Sukaranabdana

Received: 21 Aug 2019, Revised: 18 Oct 2019

Accepted: 4 Nov 2019

บทความวิชาการ

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน: ความเครียดและแนวทางการจัดการความเครียด

ดมิสา เพชรทอง¹ ดาราวดี รักวงศ์¹ นูไรดา แสสาเหตุ¹ อาริสสา พันธุสะ¹
สมเกียรติยศ วรเดช² ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์^{2,*}

บทคัดย่อ

จากความสำเร็จของนโยบายการคุมกำเนิดและความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข ส่งผลให้ประชาชนมีอายุที่ยืนยาวขึ้น และทำให้อัตราส่วนของผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น กลุ่มผู้สูงอายุ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงระบบและกลไกการทำงานของร่างกายทำให้มีประสิทธิภาพลดลง ซึ่งส่งผล ต่อสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งปัญหาความเครียดเป็นปัญหาที่สำคัญที่บุคคลรู้สึกกดดัน วุ่นวายใจ และวิตกกังวลจากสิ่งเร้าในชีวิตประจำวัน และเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่สภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรค ต่างๆ บทความฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนความเครียดและแนวทางการจัดการความเครียดใน ผู้สูงอายุ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความเครียดเป็นภาวะการตอบสนองของร่างกายต่อ สถานการณ์ที่บุคคลได้เผชิญ และพยายามจัดการแก้ไขปัญหาดังกล่าวเพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลของ ร่างกายและจิตใจ ความเครียดจำแนกออกเป็น 4 ระดับ คือ น้อย ปานกลาง สูง และรุนแรง โดยใช้แบบ ประเมินความเครียดสวนปรง สำหรับแนวทางการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุประกอบด้วย การออก กกำลังกาย การทำสมาธิ ปฏิบัติตามหลักศาสนา และการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลรอบข้าง เป็นต้น ดังนั้น การเลือกแนวทางการจัดการความเครียดที่เหมาะสม จึงเป็นสิ่งสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพใน กลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ การส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ ความเครียด การจัดการความเครียด

¹นิสิตหลักสูตร วท.บ. สาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

²สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

*Corresponding author: bchaimay@tsu.ac.th

*Academic Article***Health Promotion among Elderly People in Community: Stress and Stress Management Approaches**

Damisa Pegthong¹, Darawadee Rakwong¹, Nuraida Seasahet¹, Arisa Pantusah¹,
Somkiattiyos Woradat², Bhunyahhadh Chaimay^{2,*}

Abstract

From the successfulness of the contraception policy and progressive of medicine and public health has resulted in long live of the population. It results the proportion of elderly people is likely to increase. In addition, the elderly has changed systems and mechanisms in the body which reduces the efficiency of performance. It effects in both physical and mental health. Stress problem is an important issue in individuals who feel stress and anxious from daily life and causes of illness. This article aims to review stress and stress management approaches in the elderly. The review found that stress is a response to the situation of encountering in individuals and solving the problems to maintain the physical and psychological balance. Stress is classified into 4 levels: low, medium and severe; and evaluated by using Suanprung Stress Test. The stress management approaches are as following: exercise, meditation, religious practices and positive interaction with surrounding people. Therefore, the selection appropriate stress management approaches are important to promote health among elderly in order to live with happiness and increasing quality of life.

Keywords: Health promotion, Elderly people, Stress, Stress management.

¹Student, B.Sc. in Public Health Program, Department of Public Health, Faculty of Health and Sports Science, Thaksin University

²Department of Public Health, Faculty of Health and Sports Science, Thaksin University

*Corresponding author: bchaimay@tsu.ac.th

บทนำ

ปัจจุบันประชากรโลกมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอย่างเห็นได้ชัดเจน โดยเฉพาะสัดส่วนของกลุ่มประชากรสูงอายุที่มีเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ประชากรแรกเกิดลดลง จากการรายงาน ในปี พ.ศ. 2558 ประชากรโลกมีจำนวนประมาณ 7,340 ล้านคน ซึ่งมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 901 ล้านคน (ร้อยละ 12.00) ของประชากรทั้งหมด¹ องค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN) คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 ประชากรสูงอายุทั่วโลกอาจมีมากถึง 1,000 ล้านคน² ซึ่งร้อยละ 19 ของประชากรสูงอายุทั่วโลกส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว³ สำหรับประเทศไทย แนวโน้มของจำนวนประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากความสำเร็จของนโยบายในการคุมกำเนิดทำให้อัตราการเกิดลดลงตั้งแต่ โดยเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2513 จนถึงปัจจุบัน ประกอบกับความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้น⁴ จากการคาดการณ์พบว่า จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 12.4 ล้านคนใน ปี พ.ศ. 2563 และในปี พ.ศ. 2579 ประชากรไทยจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุประมาณ 1 ใน 3 ของจำนวนประชากรทั้งหมด ซึ่งปัจจุบันประเทศไทยมีอัตราการพึ่งพิงของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9 เป็นร้อยละ 17.32

จากกระบวนการเสื่อมถอยของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงและข้อจำกัดด้านสุขภาพที่เกิดขึ้น อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งร่างกาย และจิตใจ ทั้งในกลุ่มที่มีสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วย⁵ ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเป็นเรื่องสำคัญ ในการดูแลผู้สูงอายุต้องมีความรู้ในการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สภาวะสมบูรณ์ ทั้งการเตรียมตัวของผู้สูงอายุเอง ตั้งแต่ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เตรียมครอบครัว ชุมชน

และสังคม สำหรับการจัดการกิจกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพทางจิตที่ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ มีความเหมาะสมกับวิถีการดำเนินชีวิตและบริบทที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล เพื่อให้สามารถรับมือกับสภาวะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ทันทั่วทั้ง โดยทั่วไปผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ถือเป็นการดำเนินชีวิตในบั้นปลาย และเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง ความเสื่อมถอยของร่างกาย ทำให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันลดลง ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง

จากพัฒนาการทางจิตของผู้สูงอายุตามทฤษฎีพัฒนาการทางบุคลิกภาพของอีริคสัน ผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่อยู่ในขั้นของพัฒนาการ เป็นช่วงวัยแห่งการทบทวนประสบการณ์ในอดีต และหากเผชิญและปรับตัวตามบทบาทของผู้สูงอายุได้ จะมีความสุขในบั้นปลายของชีวิตอย่างแน่นอน หากเผชิญกับสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ อาจส่งผลกระทบต่อความรู้สึกเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง (Despair) สิ่งเหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จากอุปบัติการณ์ของปัญหาสุขภาพจิตและโรคจิตเวชในกลุ่มผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในกลุ่มประเทศที่มีรายได้สูง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ⁶

ปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาพื้นฐานของปัญหาสุขภาพจิตและภาวะของโรคต่าง ๆ คือ ความเครียด ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่บุคคล รู้สึกกดดัน รุนแรงใจ กลัวหรือวิตกกังวล จากสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ความเครียดสามารถจำแนกได้เป็น 4 ระดับ คือ น้อย ปานกลาง สูง และรุนแรง⁷ พิจารณาการวัดระดับความเครียดโดยใช้แบบประเมินวัดความเครียดสวนปรุง ซึ่งเป็นแบบประเมินความเครียดมาตรฐานที่พัฒนาขึ้นเพื่อวัดระดับความเครียดตามมิติเชิง

ชีวภาพ จิตใจ และสังคม⁸ ปัจจุบันการศึกษาแนวทางการจัดการความเครียดในกลุ่มผู้สูงอายุมีความหลากหลายและแตกต่างกันไปตามลักษณะของการดำเนินชีวิต ขนบธรรมเนียม ประเพณี และปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุ ดังนั้นการเลือกแนวทางการจัดการความเครียดที่เหมาะสมถือเป็นสิ่งสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและแนวทางการจัดการความเครียดในกลุ่มผู้สูงอายุ

ผลการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ความเครียด และแนวทางการจัดการความเครียดในกลุ่มผู้สูงอายุสามารถจำแนกออกเป็นประเด็น 1) ความหมายของผู้สูงอายุและแนวโน้มของผู้สูงอายุ 2) ความหมายของสุขภาพจิต ความเครียด และสถานการณ์ของความเครียด 3) แนวทางการจัดการความเครียดในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) ความหมายของผู้สูงอายุและสถานการณ์ของผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ คือ บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่สิ้นสุดจากวัยกลางคนและเข้าสู่วัยผู้สูงอายุมีอายุมากกว่า 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป⁹ ผู้สูงอายุสามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม⁴ คือ 1) กลุ่มผู้สูงอายุ (Elderly; อายุระหว่าง 60 - 69 ปี) 2) กลุ่มชรา (Old; อายุระหว่าง 70-79 ปี) และ

3) กลุ่มชรามาก (Very old; อายุตั้งแต่ 80 ปี ขึ้นไป)

สำหรับการเข้าสู่สังคมสูงอายุของแต่ละประเทศอาจแตกต่างกันตามสภาพสังคมของแต่ละประเทศ องค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN)¹⁰ ได้แบ่งระดับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตามสัดส่วนจำนวนประชากรสูงอายุเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) 2) ระดับสังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) และ 3) ระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ (Super aged society) โดยที่ระดับก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ หมายถึง สังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 หรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปีมากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ ในขณะที่ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ หมายถึง ประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 หรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปี มากกว่าร้อยละ 14 ของประชากรทั้งประเทศ และระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ หมายถึง ประเทศที่มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ

สถานการณ์ของผู้สูงอายุ

ปัจจุบันประชากรโลกกำลังเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ และจำนวนประชากรผู้สูงอายุในทุกประเทศทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ใน พ.ศ. 2558 ทั่วโลกมีประชากรประมาณ 7,349 ล้านคน ซึ่งเป็นประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 901 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12.00 ของประชากรทั้งหมด และในปี พ.ศ. 2559 มีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 12.5 โดยศูนย์ความร่วมมือเศรษฐกิจในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก (Asia-Pacific Economic Cooperation: APAC) คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 ประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่ม ขึ้นเป็นร้อยละ 71.00 ของประชากร

ทั้งหมด โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศยุโรปและสแกนดิเนเวีย และกลุ่มประเทศในทวีปเอเชียบางส่วน และในอีก 40 ปี ข้างหน้า¹¹ โครงสร้างทางประชากรจะมีการเปลี่ยนแปลงไปเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์

ในกลุ่มประเทศสมาชิกในทวีปยุโรปและอเมริกาเหนือซึ่งเป็นประเทศที่พัฒนาแล้วได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ สำหรับทวีปเอเชียเป็นทวีปที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด โดยเฉพาะประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ประเทศญี่ปุ่นมีประชากรสูงอายุคิดเป็นร้อยละ 33.10 นอกจากนี้ยังมีประเทศที่กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เช่น เกาหลีใต้ สิงคโปร์ และไทย ตามลำดับ

อย่างไรก็ตามประเทศเกาหลีใต้ยังไม่มีแผนรองรับสถานการณ์ผู้สูงอายุ และพบว่าผู้สูงอายุจำนวนมากกำลังประสบกับปัญหาทางเศรษฐกิจและขาดแคลนปัจจัยยังชีพ ในขณะที่ประเทศสิงคโปร์และไทยมีอัตราส่วนของประชากรผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2556 เท่ากับ 10.50 และ 9.90 ตามลำดับ และจากการรายงานใน พ.ศ. 2559 พบว่า ประเทศเวียดนามกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเช่นกัน โดยพบว่าประเทศสิงคโปร์ ไทย และ เวียดนาม มีอัตราการเพิ่มของประชากรผู้สูงอายุเท่ากับ 18.70, 16.50 และ 10.70 ตามลำดับ นอกจากนี้ ประเทศมาเลเซียและสาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมากำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยมีจำนวนผู้สูงอายุเท่ากับ ร้อยละ 9.50 และ 9.20 ตามลำดับ¹ ทั้งนี้ ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ พ.ศ. 2548 และถูกจัดให้เป็นประเทศที่มีประชากรผู้สูงอายุมากเป็นอันดับสามของทวีปเอเชีย รองจากประเทศญี่ปุ่นและสิงคโปร์

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงวัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 6.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10.00 ของประชากรทั้งหมดจาก พ.ศ. 2548 ถึง 2550

พบว่าจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 10.40, 10.50 และ 10.70 ตามลำดับ และคาดการณ์ว่าใน พ.ศ. 2564 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์โดยมีผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 20.00 นอกจากนี้จากการคาดการณ์ พบว่า จำนวนผู้สูงอายุใน พ.ศ. 2574 และ พ.ศ. 2578 จำนวนผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 28.00 และ 30.00 ของประชากรทั้งหมด ทั้งนี้จากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ส่งผลให้โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมโดยกลุ่มวัยเด็กและวัยแรงงานมีจำนวนประชากรลดลง ขณะที่กลุ่มวัยผู้สูงอายุกลับมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น¹²

2) ความหมายของสุขภาพจิต ความเครียด และสถานการณ์ของความเครียด

ความหมายของสุขภาพจิต

สุขภาพจิตเป็นภาวะปกติสุขของบุคคลที่เข้าใจในศักยภาพของตนเอง¹³ มีความสมบูรณ์หรือความสามารถตอบสนองความต้องการของตนเอง มีความมั่นคงทางอารมณ์ สามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมหรือสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป มีการจัดการชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการแก้ไขปัญหาภายใต้ขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมของสังคม และอยู่บนพื้นฐานของการยอมรับความจริง เพื่อให้การดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข¹⁴

สุขภาพจิตและสถานการณ์ของปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุ

จากการรายงานสุขภาพจิตของคนไทยจำแนกตามกลุ่มวัย พบว่า กลุ่มวัยผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการมีปัญหาด้านสุขภาพจิตมากที่สุด (ร้อยละ 21.60) และเมื่อพิจารณาปัญหาสุขภาพจิตจำแนกเพศ พบว่า เพศชายมีสุขภาพจิตดีกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 16.30 และ 18.10 ตามลำดับ) ใน พ.ศ. 2551 ถึง พ.ศ. 2553 ได้มีการสำรวจ

สุขภาพจิตคนไทย พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุมีคะแนนสุขภาพจิตเท่ากับ 31.44, 32.89 และ 33.17 ตามลำดับ สำหรับ พ.ศ. 2554 สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ทำการสำรวจสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยของสุขภาพจิตต่ำกว่ากลุ่มคนทั่วไปโดยประมาณ 1 ใน 3¹⁵ นอกจากนี้ การรายงานสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตคนไทย พ.ศ. 2557 และ พ.ศ. 2558 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตอยู่ในระดับปกติ (เกณฑ์มาตรฐานคือ ช่วง 24.01 – 34 คะแนน) เมื่อเทียบกับกลุ่มวัยอื่น

จากสถานการณ์สุขภาพจิตผู้สูงอายุอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่น อย่างไรก็ตาม กลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตได้มากที่สุดและเป็นวัยที่มีความรู้สึกอ้างว้าง เดียวดาย หดหู่ เศร้าและเสียใจได้ง่ายกว่ากลุ่มวัยอื่น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิต (Life change) การอาศัยโดยลำพังจะมีระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชราจะมีความรู้สึกสิ้นหวัง หดหู่ใจ และไร้กำลังใจมากที่สุด¹⁶ สำหรับปัญหาสุขภาพจิตที่พบในผู้สูงอายุ ได้แก่ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ หรือปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดจากปัญหาสุขภาพ เช่น ภาวะสมองเสื่อม ปัญหาเรื่องเพศและความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง เป็นต้น และปัญหาความเครียดเป็นปัญหาที่สำคัญและเป็นต้นเหตุของภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ รวมทั้งปัญหาสุขภาพจิต¹⁷

ความหมายของความเครียด

ความเครียดเป็นปรากฏการณ์ทางอารมณ์ที่บุคคลไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ และมีผลทั้งด้านบวกและด้านลบแก่บุคคล กล่าวคือ การที่บุคคลมีความเครียดในระดับที่พอเหมาะ จะมีแรงกระตุ้น

ที่ทำให้ร่างกายเกิดการตื่นตัวเพื่อการตอบสนองหรือเตรียมรับมือกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สามารถกระทำกิจกรรมให้บรรลุเป้าหมายได้ แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลมีความเครียดมากเกินไป ไม่สามารถจัดการกับความเครียดหรือปรับลดพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเครียดได้นั้นย่อมนำไปสู่ปัญหาที่จะเกิดขึ้นในภายหลัง ทั้งในตัวบุคคลที่อาจเกิดภาวะกดดัน วุ่นวายใจ กลัว วิตกกังวล หรือในเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล บทบาทหน้าที่ในสังคม การประกอบอาชีพต่าง ๆ เป็นต้น¹⁸ โดยเฉพาะสถานการณ์ในปัจจุบันที่มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว ทำให้การดำรงชีวิตของมนุษย์มีความเร่งรีบและเกิดการแข่งขันกันมากขึ้น ประกอบกับการขาดการพักผ่อน หรือการทำกิจกรรมนันทนาการที่ทำให้รู้สึกผ่อนคลายและสร้างความสุขให้กับตนเอง จนทำให้บุคคลประสบปัญหาด้านความเครียด (Stress) เพิ่มขึ้น¹⁹

ทั้งนี้ความเครียดเป็นปฏิกิริยาที่มีการตอบสนองต่อร่างกาย จิตใจ ความคิดและพฤติกรรมของบุคคลที่มาจากสิ่งแวดล้อมหรือเหตุการณ์ที่บุคคลได้พบเจอทั้งจากเหตุการณ์เล็กๆ จนถึงเหตุการณ์สำคัญหรือเหตุการณ์ที่มีความร้ายแรงต่อชีวิตและทรัพย์สินของบุคคล²⁰ โดยแสดงออกในรูปแบบของความกดดัน ความคับข้องใจ ความขัดแย้ง ความวิตกกังวล ความทุกข์ใจ และไม่สบายใจ ทำให้บุคคลต้องมีการปรับตัวเพื่อรักษาสมดุลของตนเองไว้ หากไม่สามารถต่อสู้กับภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้น ย่อมนำไปสู่การเสียสมดุลในการดำเนินชีวิตในสังคมอย่างแน่นอน

การประเมินระดับความเครียด

ความเครียดของบุคคลสามารถวัดได้จากพฤติกรรมการตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์ โดยการแสดงออกในรูปแบบที่หลากหลายและ

แตกต่างกันออกไป ตั้งแต่สามารถควบคุมตนเองได้⁸ จนกระทั่งไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ทั้งนี้ ความเครียดสามารถจำแนกออกเป็น 4 ระดับ ตามเกณฑ์มาตรฐานของแบบประเมินความเครียดสวนปรง (Suanprung Stress Test-20: SPST-20)²¹ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) ระดับน้อย (0 – 23 คะแนน) ความเครียดขนาดเล็กน้อยและหายไปในช่วงเวลาอันสั้น เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันและไม่คุกคามต่อการดำเนินชีวิต บุคคลจะมีการปรับตัวอย่างอัตโนมัติด้วยความเคยชิน

2) ระดับปานกลาง (24 – 41 คะแนน) ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เนื่องจากมีสิ่งคุกคามหรือพบเหตุการณ์สำคัญๆ ในสังคม บุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองออกมาในลักษณะความวิตกกังวลหรือความกลัว ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติทั่วไป ไม่รุนแรงจนก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย เป็นระดับความเครียดที่ทำให้บุคคลเกิดความกระตือรือร้น

3) ระดับสูง (42 – 61 คะแนน) เป็นความเครียดที่บุคคลได้รับและก่อให้เกิดความเครียดสูง ไม่สามารถปรับตัวให้ลดความเครียดลงได้ในระยะเวลาอันสั้น และอยู่ในระดับอันตรายหากไม่ได้รับการบรรเทา นำไปสู่ความเครียดเรื้อรัง

4) ระดับรุนแรง (62 คะแนนขึ้นไป) เป็นความเครียดระดับสูงที่มีระยะเวลาดิตต่อกันอย่างต่อเนื่อง ทำให้บุคคลมีความล้มเหลวในการปรับตัวจนเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ หดแรงแควคุมตัวเองไม่ได้ ทำให้เกิดอาการทางกายหรือโรคภัย

นอกจากนี้ ยังมีแบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา จำนวน 43 ข้อ โดยแบ่งตัวชี้วัดในแบบประเมินออกเป็น 5 มิติ คือ สุขภาพ ครอบครัว เศรษฐกิจ อาชีพ และ

สังคม จำนวน 7 12 6 10 และ 8 ข้อ ตามลำดับ²² และแบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข²³ จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 3 มิติ คือ ร่างกาย จิตใจ และสังคม จำนวน 10 9 และ 1 ข้อ ตามลำดับ โดยจำแนกการประเมินระดับความเครียดออกเป็น 4 ระดับ คือ ไม่เครียด (0 คะแนน) เป็นครั้งคราว (1 คะแนน) เป็นบ่อย (2 คะแนน) และเป็นประจำ (3 คะแนน) รวม 60 คะแนน เป็นต้น

3) แนวทางการจัดการความเครียดในกลุ่มผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาแนวทางการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุสามารถสรุปเนื้อหาจำแนกออกเป็น 4 มิติ ได้แก่ มิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

มิติด้านร่างกาย เป็นพฤติกรรมที่บุคคลพึงปฏิบัติและมีผลต่อความรู้สึกของตนเอง กิจกรรมที่ส่งเสริมหรือแนวทางในการจัดการความเครียดตามมิติด้านร่างกาย ได้แก่ การดูแลสุขภาพ การทำงานอดิเรกที่ชื่นชอบ เช่น การปลูกต้นไม้ การอ่านหนังสือ¹⁷ การคลายกล้ามเนื้อ การออกกำลังกาย¹⁵ การนวด²⁴⁻²⁵ การออกกำลังกายกล้ามเนื้อขา การฝึกหายใจ²⁶ เป็นต้น

มิติด้านจิตใจ เป็นภาวะที่บุคคลให้ความรู้สึกพึงพอใจต่อสิ่งที่ตนได้กระทำ โดยมีแนวทางการจัดการความเครียดโดยมิติด้านจิตใจ ได้แก่ การทำสมาธิ¹⁷ การสวดมนต์ไหว้พระ การร้องเพลง การฟังวิทยุ²⁷ การฟังดนตรี²⁴⁻²⁵ เป็นต้น

มิติด้านสังคม เป็นมิติที่บุคคลจะมีปฏิสัมพันธ์ต่อสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อม หรือเป็นปัจจัยที่มีผลกระทบมาจากปัจจัยด้านสังคมที่บุคคลไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ซึ่งกิจกรรมที่สามารถส่งเสริมหรือลดความเครียดในผู้สูงอายุเป็นการทำกิจกรรม

ร่วมกันของบุคคลในสังคม เช่น การให้ความรู้ในการใช้ชีวิต การรับประทานอาหารร่วมกัน²⁶ การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อคนในครอบครัว¹⁷ การพูดคุยกับเพื่อนบ้านหรือเพื่อนเดียวกัน²⁷ การทำกิจกรรมร่วมกันในสังคม การติดตามการเยี่ยมบ้าน การจัดประกวดแข่งขันการออกกำลังกาย¹⁵ เป็นต้น

มิติด้านจิตวิญญาณ เป็นภาวะของจิตใจที่มาจากผลของการกระทำหรือการรับรู้จากสิ่งภายนอก จนเกิดเป็นความรู้สึก นึกคิดของตนเองจากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาที่สามารถลดความเครียดในมิติด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ การปฏิบัติติดตามหลักศาสนา หรือการมีความเชื่อในพระพุทธศาสนา¹⁷ และการยอมรับความจริง²⁴⁻²⁵ เป็นต้น

บทสรุป

โดยสรุปจากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรอย่างรวดเร็ว และมีสัดส่วนของประชากรกลุ่มวัยผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข จากการคาดการณ์ในอีก 20 ปีข้างหน้า จำนวนประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว และประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยอาจเพิ่มขึ้นประมาณ 1 ใน 3 ของจำนวนประชากรทั้งหมด ทั้งนี้จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาที่พบเจอได้บ่อยในกลุ่มวัยผู้สูงอายุ โดยเฉพาะปัญหาด้านความเครียด ซึ่งเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อทั้งเชิงบวกและเชิงลบแก่บุคคลได้ และผลกระทบที่แสดงออกอย่างเด่นชัด ได้แก่ ความวิตกกังวล ภาวะกดดัน การคับข้องใจ เป็นต้น ความเครียดของบุคคลมีตั้งแต่ระดับที่สามารถควบคุมตนเองได้ จนถึงระดับที่บุคคลไม่สามารถควบคุมตนเองได้ สามารถประเมินความเครียดด้วยแบบประเมิน

ความเครียดของสวนปรุง จำแนกออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ได้แก่ น้อย (0 - 23 คะแนน) ปานกลาง (24 - 41 คะแนน) สูง (42 - 61 คะแนน) และรุนแรง (62 คะแนนขึ้นไป)

สำหรับแนวทางการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุ จำเป็นต้องเลือกใช้แนวทางที่เหมาะสมจากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาที่เกี่ยวข้องสามารถจำแนกแนวทางการจัดการความเครียดออกเป็น 4 มิติ คือ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีรายละเอียดแต่ละมิติดังนี้ 1) มิติด้านร่างกายประกอบด้วย การดูแลสุขภาพของบุคคลหรือการทำกิจกรรมที่เป็นงานอดิเรกที่ตนเองชอบ 2) มิติด้านจิตใจเป็นภาวะที่บุคคลรู้จักการควบคุมอารมณ์และความคิดของตนเอง ประกอบด้วย การทำสมาธิ การสวดมนต์ หรือการฟังเพลง เป็นต้น 3) มิติด้านสังคมเป็นมิติช่วยให้บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง และ 4) มิติด้านจิตวิญญาณเป็นภาวะที่บุคคลเกิดความรู้สึกนึกคิด และสามารถแยกแยะความดีและความถูกต้องได้ สำหรับกิจกรรมที่เหมาะสมเกี่ยวกับมิติด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ การทำสมาธิ การปฏิบัติตามหลักศาสนา เป็นต้น อย่างไรก็ตาม เมื่อผู้สูงอายุประสบกับปัญหาความเครียดควรได้รับการดูแลที่ดีจากบุคคลรอบข้าง

ดังนั้น การเลือกแนวทางการจัดการความเครียดที่เหมาะสมจึงถือเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการดำเนินชีวิตที่เป็นสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. บรรลุ ศิริพานิช. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย. [ออนไลน์]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2561]. แหล่งข้อมูล: www.thaicentenarian.mahidol.ac.th/TECIC/index.php?option=com.task...

2. Moradi Z, Far Ajallah Nouri M, Mohammadi M, Esfandnia F, Taovsi P, Esfandnia A. Evaluation of stress factors among the elderly in the nursing homes for the elderly (Eram and Mother) in Kermanshah, in 2015. *Journal of Medicine and Life* 2015; 8 (Special Issue 3): 146-150
3. Serajil, M., Shojaeizadeh, D., Goldoost, F. Quality of life the elderly residing in Zahedan (South East of Iran). *Iranian Rehabilitation Journal* 2017; 15 (3): 215-220
4. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถานการณ์สังคมผู้สูงอายุ. [ออนไลน์]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 19 ตุลาคม 2561]. แหล่งข้อมูล: [HTTP://WWW.DOP.GO.TH/TH/KNOW/2/127?FBCLID=IWAR2GK8FHGEYLQZZRS9MDUSA9IPXS2QY9GFWRWSU1CNSOXK_NJIPNTOQBRK](http://WWW.DOP.GO.TH/TH/KNOW/2/127?FBCLID=IWAR2GK8FHGEYLQZZRS9MDUSA9IPXS2QY9GFWRWSU1CNSOXK_NJIPNTOQBRK)
5. อิตินันท์ ธาณิรัตน์, เยาวลักษณ์ พนิตอังกู, ต้นติมา ดั่งโยธา, อุบลรัตน์ จุริราช และปิยนุช กิมเสาว์. ความชุกของภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2559; 61(4): 319-330
6. ปรีทรส ศิลปกิจ และพันธุ์นภา กิตติรัตน์ ไพบูลย์. ปัจจัยกำหนดสุขภาพจิต. *กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข*; 2560.
7. สุจิตรา อุรัตนมณี และสุภาวดี เลิศสำราญ. ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นที่เตรียมตัวสอบคัดเลือกเข้ามหาวิทยาลัย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 2560; 31(2): 78-94.
8. สิริทรัพย์ สีหะวงษ์, นิชาภานต์ ผุงดี, ณัฐธิดา ยานะรมย์, ณัฏฐนรี น้อยนาง, ณัฐมล อาโนย์, ตฤภากรณ์ บุญเชิญ, ทริกา จอดนอก, ทัตตยา สุริสาร และธัญญาเรศ พ่อยันต์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. *วารสารมณฑลวิชาการ* 2561; 21(42): 93-106.
9. สมสุข นิธิอุทัย, ประทีป จินนี, และอรพินทร ชูชม. การสังเคราะห์รูปแบบการจัดการความเครียดในภาวะวิกฤตของผู้สูงอายุ. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา* 2560; 9(2): 72-92.
10. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. การแบ่งระดับผู้สูงอายุ [ออนไลน์]. 2557 [สืบค้นเมื่อ 28 ตุลาคม 2561] แหล่งข้อมูล: <http://www.stou.ac.th/stouonline/lom/data/sec/Lom12/0501.html>
11. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สถานการณ์ผู้สูงอายุ [ออนไลน์]. 2556 [สืบค้นเมื่อ 5 ตุลาคม 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsrbeta/index.aspx>
12. จุฑารัตน์ แสงทอง. สังคมผู้สูงอายุ (อย่างสมบูรณ์): ภาวะสูงวัย อย่างมีคุณภาพ. *วารสารกึ่งวิชาการ* 2560; 38(1): 6-28.
13. ขวัญสุดา บุญเทศ และชนิษฐา นันทบุตร. ความสุข ความทุกข์ และสุขภาพจิตในผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนบน ประเทศไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2560; 62(3): 257-270.

14. กันยา สุวรรณ. ความหมายของสุขภาพจิต [ออนไลน์]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 28 กันยายน 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://www.novabizz.com/NovaAce/Mental.htm>
15. ณัฐิกา ราชบุตร, จุลจิรา จันทะมุงคุณ และ จารุภา แซ่อ้อ. การศึกษาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันโรคซึมเศร้าเชิงสังคม และวัฒนธรรมในผู้สูงอายุ ตำบลดอนมนต์ อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์. วารสาร มฉก. วิชาการ 2560; 20(40): 115-125.
16. Nageswaran, K., Ray, S. Perceived stress and depression among elderly people residing at old age home. International Journal of Recent Scientific Research. 2016; 7 (6): 11608-11611.
17. ลำเจียก กำธร และจิณัฐตา ศุภสร. การสร้างเสริมสุขภาพจิตโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น ของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครตรัง จังหวัดตรัง. วารสารเทคโนโลยีภาคใต้ 2560; 10(1): 55-62.
18. รวิพรรดิ พูลลาภ. ภาวะซึมเศร้า การคิดฆ่าตัวตาย ความเครียด และการจัดการความเครียดของ ประชาชนในชุมชนน้ำจ้ำและชุมชนบ้านเด่น ตำบลเมืองพาน อำเภอเมืองพาน จังหวัดเชียงราย. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี 2560; 6(2): 72-85.
19. พนิดตา ศรีหาค้าง และศิริพันธุ์ สาสัตย์. ผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล ต่อความเครียดของผู้สูงอายุผู้สูงอายุโรคเมเร็งระยะสุดท้าย. วารสารพยาบาลตำรวจ 2559; 8(1): 1-10.
20. นงคันช เนาะแก้ว. ความเครียด ความวิตกกังวล และการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤติโรคหัวใจ. เวชบันทึก ศิริราช 2560; 10(2): 103-108.
21. สรสนเทศ รังสิยานนท์, พิริยพัฒน์ กิจตรงศิริ, ปริญญา ไกรยวงษ์, อภิขญา ลำดวน, และ กัลยรัตน์ อันทะชัย. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียดกับการเกิดโรคลิ้นแฉกที่ในนิสิตทันตแพทย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. วารสารทันตแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 2560; 10(20): 42-52.
22. โสภา ตั้งทิฆกุล, วิณา จีระแพทย์ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. ผลของโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสานต่อสภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2560; 31(1): 133-148.
23. กาญจนา บัวหอม, ศศิกันต์ กาละ และสุนันทา ยังวนิชเศรษฐ. ผลของการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับการสนับสนุนของสามีต่อความเครียดในหญิงตั้งครรภ์วัย. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2560; 9(2): 38-51.
24. อาภรณ์ สิงห์ชาดา, กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ, และสมใจ นกดี. ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความเครียดของผู้สูงอายุ. วารสาร มฉก.วิชาการ 2559 ; 19(38): 49-60.
25. สมสุข นิธิอุทัย. การพัฒนารูปแบบการจัดการความเครียดในภาวะวิกฤตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2560.

26. บุษรา เกษีสม. ผลของการใช้กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลคลองฉนวน อำเภอเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2560; 5(2): 176-193.
27. รัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาล ตำบลคลองหรี อำเภอเมืองชลบุรี. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา; 2557.

Received: 4 Jun 2019, Revised: 24 Jul 2019

Accepted: 19 Aug 2019

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลการรักษาและความปลอดภัยของอาการที่พบร่วมกับหลอดเลือดดำขอดบริเวณขา ด้วยตำรับน้ำมันกาสลัก ณ โรงพยาบาลกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์

นพวรรณ บานชื่น^{1,*} ไพรวัลย์ โคศรีสุทธ์² วรวรรณ กอปรกิจงาม² ธวัชชัย กมลธรรม³

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของอาการที่พบร่วมกับหลอดเลือดดำขอดบริเวณขาก่อนและหลังการรักษาด้วยตำรับน้ำมันกาสลัก และศึกษาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 31 คน รับการรักษา ณ กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ ระหว่างเดือนมกราคม-พฤศจิกายน พ.ศ.2561 โดยทาตำรับน้ำมันกาสลักบริเวณขาที่มีหลอดเลือดดำขอด ครั้งละ 5 หยด (เช้า กลางวัน เย็น) ติดตามผลหลังการรักษา 4 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired sample T-test ลักษณะทางคลินิกของหลอดเลือดที่พบ คือ Telangiectasia จำนวน 13 คน (ร้อยละ 41.94) Reticular vein จำนวน 16 คน (ร้อยละ 51.61) และ Varicose Vein จำนวน 2 คน (ร้อยละ 6.45) ผลก่อนการรักษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการเมื่อยเล็กน้อย ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.16 มีอาการปวดหน่วง บวม ตะคริว คันและชาในระดับไม่รุนแรง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.68, 0.58, 0.13, 0.36, 0.55 ตามลำดับ ผลหลังการรักษา 4 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการเมื่อยเล็กน้อย ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.94 มีอาการปวดหน่วง บวม ตะคริว คันและชาในระดับไม่รุนแรง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.45, 0.29, 0.07, 0.10, 0.48 ตามลำดับ ผลการเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของอาการที่พบร่วมกับหลอดเลือดดำขอดบริเวณขาก่อนและหลังการรักษา 4 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการคัน บวมและปวดหน่วง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยไม่พบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ร้อยละ 100 ผลการวิจัยที่สำคัญ คือ เมื่อทาตำรับน้ำมันกาสลักบริเวณขาที่พบหลอดเลือดดำขอดอย่างต่อเนื่อง 4 สัปดาห์ ช่วยบรรเทาอาการคัน บวมและปวดหน่วงได้

คำสำคัญ: ผลการรักษาและความปลอดภัย ระดับความรุนแรง อาการที่พบร่วมกับหลอดเลือดดำขอด ตำรับน้ำมันกาสลัก

¹ หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

² โรงพยาบาลกาบเชิง อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์

³ วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

*Corresponding author: Nobpawan.nb@gmail.com

Original Article

Effects And Safety Of Common Sign With Varicose Vein Of Leg By Kasalak Oil Formula At Kapchoeng Hospital, Surin Province

Nobpawan Banchuen^{1,*},

Paiwan Kosisut², Worawun Kobkitngarm², Thavatchai Kamoltham³

Abstract

The objectives of study were to compare severity levels of common sign with varicose vein of leg before and after treatment by Kasalak oil formula and to study adverse drug effect. Sample group were 31 people; they had treated at department of Thai Traditional and Alternative Medicine Kapchoeng hospital, Surin province between Januarys – September 2018. Kasalak oil formula used 5 drops applied to varicose vein of leg with 3 times a day (morning-midday-evening). Data analysis used Paired sample T-test statistics. Clinical of blood vessel type were Telangiectasia 13 people (41.94%), Reticular vein 16 people (51.61%) and Varicose Vein 2 people (6.45%). Results before treatment found that the sample group were fatigue at mine level ($\bar{x}$ =1.16) pain, swelling, clamp, itching and numbness at none level ($\bar{x}$ =0.68, 0.58, 0.13, 0.36, 0.55, respectively). Results after treatment 4 weeks found that the sample group were fatigue at mine level ($\bar{x}$ =0.94) pain, swelling, clamp, itching and numbness at none level ($\bar{x}$ =0.45, 0.29, 0.07, 0.10, 0.48, respectively). The comparison of severity levels of common sign with varicose vein of legs between before treatment and after treatment 4 weeks, it was found that the samples group decrease itching swelling and pain statistically significant at 0.05 without adverse drug effect (100%). Important research summary was Kasalak oil formula applied to the varicose vein in legs until 4 weeks can relieve itching swelling and pain.

Keywords: Effect And Safety, Severity Level, Common Sign With Varicose Vein, Kasalak Oil Formula

¹ Master of Science in Applied Thai Traditional Medicine Program Suan Sunandha Rajabhat University

² Kapchoenge Hospital, Kapchoenge District, Surin Province

³ College of Allied Health Science, Suan Sunandha Rajabhat University

*Corresponding author: Nobpawan.nb@gmail.com

บทนำ

หลอดเลือดขอด เป็นปัญหาที่พบบ่อยทาง ศัลยศาสตร์หลอดเลือดและพบการกลับเป็นซ้ำ หลังผ่าตัดประมาณร้อยละ 20¹⁸ พบในผู้หญิง มากกว่าผู้ชาย สาเหตุเกิดจากลิ้นของหลอดเลือดดำที่สกดกันเลือดจาก Deep system ทำงาน ผิดปกติ ทำให้เลือดไหลเข้าสู่ Superficial system มากขึ้น หรือเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดดำ (Secondary varicose vein) ทำให้ความดันเลือด ในหลอดเลือดสูงขึ้น ลักษณะของหลอดเลือดจึง โป่งพองและคดเคี้ยว เส้นผ่านศูนย์กลางมากกว่า 3 มิลลิเมตร ในท่ายืน⁴

การรักษาในปัจจุบัน ใช้การรักษาแบบ ประคับประคองและการรักษาแบบเฉพาะเจาะจง เช่น การศัลยกรรมตกแต่งหลอดเลือด การฉีด สารเคมี การใช้เลเซอร์และการใช้ไฟฟ้าจี้¹³ ผู้ป่วย มักพบปัญหาความสวยงามของขา ปวดบริเวณขา หลอดเลือดดำอักเสบ ตะคริวและขาบวม โรงพยาบาลกาบเชิง อำเภอกาบเชิง จังหวัด สุรินทร์ เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 60 เตียง ใช้การบูรณาการองค์ความรู้ทางการแพทย์แผน ปัจจุบันผสมผสานองค์ความรู้ทางการแพทย์แผน ไทยในการดูแลผู้ป่วย บทบาทการรักษาทาง การแพทย์แผนไทยที่สำคัญประการหนึ่ง คือ การ รักษาและบรรเทาอาการกลุ่มกล้ามเนื้อ ที่พบบ่อย ได้แก่ อาการปวดเมื่อย ตะคริวและกล้ามเนื้อแข็งเกร็ง เป็นต้น ในปีพ.ศ.2534 โรงพยาบาลกาบเชิง เริ่มผลิตและใช้ตำรับน้ำมันกาสลัก ซึ่งเป็นตำรับยา ที่ได้จากการถอดองค์ความรู้หมอพื้นบ้าน นายทองอ่อน สิทธิไกรพงษ์ และแพทย์แผนไทย ขณะนั้นเป็นผู้ริเริ่มนำมาใช้ให้บริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาล โดยพิจารณาจากวัตถุดิบประกอบ ตำรับเป็นพืชสมุนไพรที่หาได้ง่ายในท้องถิ่น วิธีการ เตรียมยาไม่ซับซ้อน สมุนไพรประกอบตำรับมี ความปลอดภัย สำหรับนำมาใช้เพื่อบรรเทาอาการ

ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ จากข้อมูลการส่งใช้ยาใน ระบบ HosXP ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2545 – 31 ตุลาคม 2560 พบข้อมูลการส่งจ่ายตำรับน้ำมัน กาสลักทั้งสิ้น 8,041 ครั้ง ในผู้รับบริการ 4,731 คน ตำรับน้ำมันกาสลัก ประกอบด้วย ลำโพงกา สลัก เป็นสมุนไพรหลักซึ่งมีสาระสำคัญในกลุ่ม อัลคาลอยด์ ไฮออสซีน และอะโทรปีน ในส่วนต่าง ๆ ของลำต้น ดอกและผล⁸ Atropine (Hyoscyamine) จัดเป็นยาต้นแบบของยาในกลุ่ม Antimuscarinic กลไกการออกฤทธิ์ยังไม่ทราบชัดเจน¹⁰ ปัจจุบัน นำมาใช้เป็นยาลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ ลด อาการปวดเกร็งในช่องทางเดินอาหารและบรรเทา อาการปวดเกร็งของนิ่วในไต¹¹

จากการเก็บข้อมูลในเดือนตุลาคม 2560 พบผู้รับบริการที่มีพยาธิสภาพของหลอดเลือดดำ ขอดบริเวณขา ร้อยละ 0.013 เข้ารับการรักษา ทางกายภาพแผนไทยเพื่อบรรเทาอาการปวด เมื่อย ซึ่งแพทย์แผนไทยต้องใช้ความระมัดระวังใน การกดนวด เพื่อป้องกันความดันโลหิตบริเวณ หลอดเลือดขอดสูงขึ้นและเปราะแตก อาจทำให้ เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่อผู้รับบริการ ผู้วิจัย จึงมีความสนใจศึกษาความปลอดภัยของตำรับ น้ำมันกาสลักในการบรรเทาอาการที่พบร่วมกับ หลอดเลือดดำขอดบริเวณขาของผู้ป่วยที่มารับ บริการ ณ โรงพยาบาลกาบเชิง อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ เพื่อเป็นแนวทางการรักษาผู้ป่วย กลุ่มกล้ามเนื้อที่มีพยาธิสภาพของหลอดเลือดขอด ร่วม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของ อาการที่พบร่วมกับหลอดเลือดดำขอดบริเวณขา ก่อนและหลังการรักษาด้วยตำรับน้ำมันกาสลัก

2. เพื่อศึกษาอาการไม่พึงประสงค์ของ
ตำรับน้ำมันกาสลัก ในผู้ป่วยหลอดเลือดดำขอด
บริเวณขา

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) กำหนดให้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 31 คน
ทำตำรับน้ำมันกาสลักบริเวณขาที่มีหลอดเลือดดำ
ขอด ครั้งละ 5 หยด วันละ 3 เวลา (เช้า-กลางวัน-
เย็น) ติดตามผลหลังการรักษา 4 สัปดาห์ เก็บข้อมูล
โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากร คือ ผู้ป่วยทั่วไป ที่มีอาการปวด
เมื่อยกล้ามเนื้อบริเวณขาและมีพยาธิสภาพของ
หลอดเลือดดำขอด เข้ามารับบริการที่กลุ่มงาน
แพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
โรงพยาบาลกาบเชิง ในระหว่างเดือนมกราคม –
พฤศจิกายน พ.ศ. 2561

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครที่
ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 31 คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วม
การวิจัย (Inclusion criteria)

1. เพศหญิงหรือชาย อายุไม่น้อย
กว่า 20 ปีบริบูรณ์

2. ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์แผน
ปัจจุบันว่ามีพยาธิสภาพของหลอดเลือดดำขอด
บริเวณขา ตั้งแต่ระดับ C1-C3 โดยใช้แบบประเมิน
CEAP Classification of chronic venous
disease

3. ไม่มีโรคหรือประวัติโรคประจำตัว
เกี่ยวกับการอักเสบบริเวณผิวหนังภายนอกจาก
การแพ้ที่ทราบสาเหตุและไม่ทราบสาเหตุ
โรคติดต่อทางผิวหนังหรือโรคผิวหนังที่เกิดจาก
ภาวะบกพร่องของระบบหลอดเลือดและน้ำเหลือง

4. ไม่มีโรคประจำตัวเกี่ยวกับหลอดเลือดหัวใจหรือหลอดเลือดปอดตีบอุดตัน

5. ไม่ตั้งครรภ์หรืออยู่ในช่วงให้นม
บุตร

6. ยินดีและลงนามยินยอมให้ความ
ร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์ในการคัดเลือกละเลยการวิจัย (Exclusion criteria)

1. ใช้วิธีการรักษาอื่น ที่ส่งผลต่อ
อาการที่พบร่วมกับหลอดเลือดดำขอดบริเวณขา
ระหว่างเข้าร่วมโครงการ เช่น รับประทานยาแก้
ปวด สวมถุงน่อง นวดหรือประคบสมุนไพร เป็น
ต้น

2. มีแผลเปิดหรือแผลที่มีการติดเชื้อ
บริเวณผิวหนังภายนอก

3. มีแผลเปิดบริเวณผิวหนังที่มีภาวะ
หลอดเลือดดำขอด

4. ไม่สมัครใจในการทำการรักษา
ต่อเนื่องตามระยะเวลาที่กำหนด

วิธีสุ่มตัวอย่าง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้
ในการศึกษามีลักษณะจำเพาะและจำนวนน้อย จึง
ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive
Sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนด และ
การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ไม่มีกลุ่มควบคุม เนื่องจาก
โรงพยาบาลกาบเชิง ยังไม่มีแนวทางการรักษา

หลอดเลือดดำขอตอบบริเวณขาโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง จึงไม่กำหนดกลุ่มเปรียบเทียบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ตำรับน้ำมันกาสะลัก ปริมาณสุทธิ 60 มิลลิลิตร

2. เอกสารการให้ข้อมูลและแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ประกอบด้วย

2.1 แบบฟอร์มให้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจและแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

2.2 แบบประเมินความรุนแรงของหลอดเลือดดำขอตอบบริเวณขา

2.3 แบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการที่พบร่วมกับหลอดเลือดดำขอตอบบริเวณขา

วิธีการเตรียมตำรับยา

เตรียมด้วยกรรมวิธีตามสูตรตำรับของนายทองอ่อน สิทธิไกรพงษ์ โดยใช้ลำโพงกาสะลักทั้งต้นหนัก 3 ส่วน ไพล หนัก 2 ส่วน และชุมเห็ดไทยทั้งต้น หนัก 2 ส่วน เคี้ยวจนกรอบ ในน้ำมันมะพร้าวผสมน้ำมันพืช ในอัตราส่วน 1: 1 กรองผ่านผ้าขาวบางเพื่อแยกกากและบรรจุลงบรรจุภัณฑ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ใช้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน กำหนดเกณฑ์ยอมรับค่า IOC เท่ากับ 0.50 ขึ้นไป ผลการพิจารณา พบว่า อาการที่พบร่วมกับหลอดเลือดดำขอตอบ ควรนำมาใช้เพื่อติดตามผลการรักษา มีค่า IOC เท่ากับ 1.00 จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ปวดหน่วงเมื่อย บวม ตะคริว คัน และชา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ถึงโรงพยาบาลกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

2. คณะผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2561

3. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของการบันทึกข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพื้นฐาน ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) เปรียบเทียบระดับความรุนแรงของอาการที่พบร่วมกับหลอดเลือดดำขอตอบบริเวณขาก่อนและหลังการรักษาด้วยตำรับน้ำมันกาสะลัก โดยใช้สถิติ Paired sample T-test

ผลการวิจัย

จากการศึกษาผลการรักษาและความปลอดภัยของผู้ป่วยหลอดเลือดดำขอตอบบริเวณขาด้วยตำรับน้ำมันกาสะลัก ณ โรงพยาบาลกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์สามารถสรุปประเด็นได้ดังนี้

1. ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.5 มีช่วงอายุ 35 ปี – 49 ปี ร้อยละ 58.1 มีดัชนีมวลกายสมส่วน (BMI = 18.5 - 22.9 kg/m²) ร้อยละ 45.2 อ้วนระดับที่ 1 (BMI = 23-24.9 kg/m²) ร้อยละ 45.2 และอ้วนระดับที่ 2 (BMI = 25 - 29.9 kg/m²) ร้อยละ 9.7 กลุ่มตัวอย่างส่วน

ใหญ่เดินต่อเนื่องมากกว่า 1 ชั่วโมง/วัน ร้อยละ 54.8 เดินต่อเนื่อง 1 - 2 ชั่วโมง/วัน ร้อยละ 41.9 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นั่งต่อเนื่อง 1-2 ชั่วโมง/วัน ร้อยละ 51.6 รองลงมานั่งต่อเนื่อง 3- 4 ชั่วโมง/วัน ร้อยละ 48.4 ยืนต่อเนื่องมากกว่า 1 ชั่วโมง/วัน ร้อยละ 54.8 และยืนต่อเนื่อง 1 - 2 ชั่วโมง/วัน ร้อยละ 35.5 มีประวัติการเป็นหลอดเลือดขด 1-3 ปี ร้อยละ 38.7 มีประวัติ 4-5 ปี ร้อยละ 25.8 มีประวัติ 6-10 ปี ร้อยละ 6.5 และมีประวัติมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 29.0 ดังแสดงในตารางที่ 1 เมื่อจำแนกลักษณะทางคลินิกที่พบ ตามเกณฑ์ CEAP Classification of chronic venous disease พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะ Reticular vein ร้อยละ 51.61 Telangiectasia ร้อยละ 41.94 และ Varicose vein ร้อยละ 6.45 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ ชาย	2	6.5
หญิง	29	93.5
อายุ 20 ปี - 34 ปี	1	3.2
35 ปี - 49 ปี	18	58.1
50 ปี - 64 ปี	11	35.5
65 ปีขึ้นไป	1	3.2
ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI)		
น้ำหนักปกติ (18.5-22.9 kg/m ²)	14	45.2
อ้วนระดับที่ 1 (23-24.9 kg/m ²)	14	45.2
อ้วนระดับที่ 2 (25-29.9 kg/m ²)	3	9.7
อริยาบถในการประกอบอาชีพ/ดำเนินชีวิตประจำวัน		
เดินต่อเนื่อง เป็นเวลาน้อยกว่า 1 ชั่วโมง/วัน	17	54.8
1 - 2 ชั่วโมงต่อวัน	13	41.9
3 - 4 ชั่วโมงต่อวัน	1	3.2
นั่งต่อเนื่อง เป็นเวลา 1 - 2 ชั่วโมงต่อวัน	16	51.6
3 - 4 ชั่วโมงต่อวัน	15	48.4
ยืนต่อเนื่อง เป็นเวลาน้อยกว่า 1 ชั่วโมง/วัน	17	54.8
1 - 2 ชั่วโมงต่อวัน	11	35.5
3 - 4 ชั่วโมงต่อวัน	3	9.7
ประวัติการเป็นหลอดเลือดขด		
1-3 ปี	12	38.7
4-5 ปี	8	25.8
6-10 ปี	2	6.5
มากกว่า 10 ปี	9	29.0

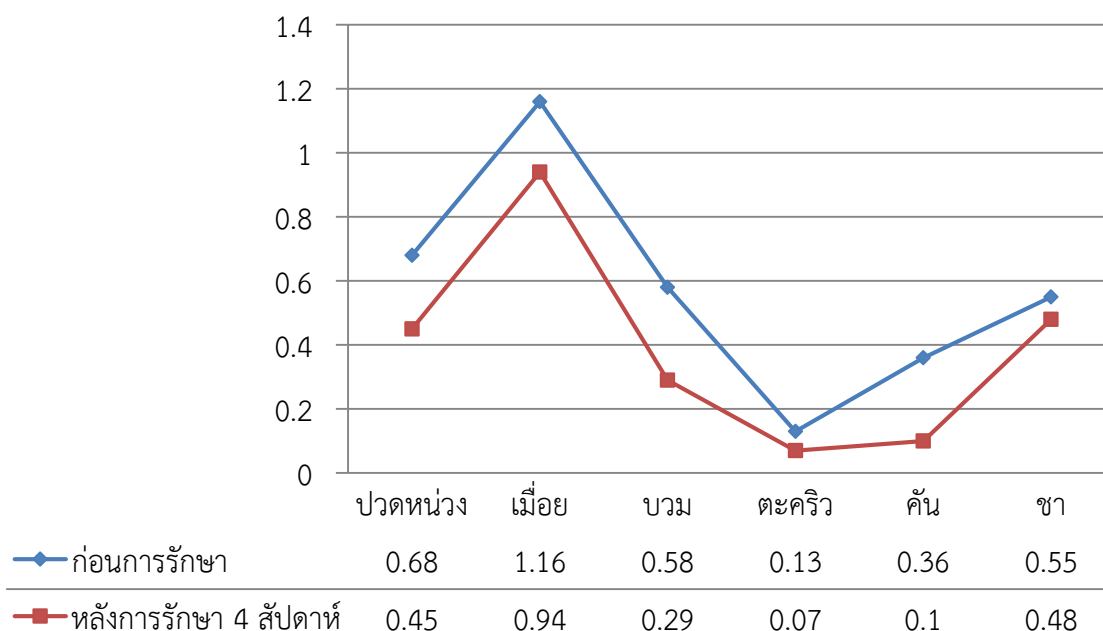
ตารางที่ 2 ลักษณะทางคลินิกของหลอดเลือดขอดที่พบ พิจารณาตามเกณฑ์ CEAP Classification of chronic venous disease

ลักษณะทางคลินิกที่พบ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
C ₁ : Telangiectasia	13	41.94
C ₁ : Reticular vein	16	51.61
C ₂ : Varicose Vein	2	6.45
รวม	31	100

2. การศึกษาความรุนแรงของอาการแสดงที่พบร่วมกับหลอดเลือดขอด

การศึกษาความรุนแรงของอาการแสดงที่พบร่วมกับหลอดเลือดขอด ก่อนการรักษา พบว่ามีอาการเมื่อยในระดับเล็กน้อย ($\bar{X}$ = 1.16, S.D. = 0.86) และมีอาการปวดหน่วง บวม ตะคริว คัน ชา ในระดับไม่รุนแรง ($\bar{X}$ = 0.68, S.D. = 0.7 $\bar{X}$ = 0.58, S.D. = 0.67, $\bar{X}$ = 0.13, S.D. = 0.43,

$\bar{X}$ = 0.36, S.D. = 0.71, $\bar{X}$ = 0.55, S.D. = 0.72 ตามลำดับ) หลังการรักษา 4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีอาการเมื่อยเล็กน้อย ($\bar{X}$ = 0.94, S.D. = 0.63) และมีอาการปวดหน่วง บวม ตะคริว คัน ชา ในระดับไม่รุนแรง ($\bar{X}$ = 0.45, S.D. = 0.57 $\bar{X}$ = 0.29, S.D. = 0.59, $\bar{X}$ = 0.07, S.D. = 0.25 $\bar{X}$ = 0.10, S.D. = 0.30, $\bar{X}$ = 0.48, S.D. = 0.77 ตามลำดับ) ดังแสดงในรูปภาพที่ 1



รูปภาพที่ 1 แสดงระดับความรุนแรงของอาการที่พบร่วมกับหลอดเลือดขอด ก่อนและหลังการรักษา 4 สัปดาห์

3. ผลการเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการแสดงที่พบร่วมกับหลอดเลือดขาด ระหว่างก่อนและหลังการรักษา 4 สัปดาห์

กลุ่มตัวอย่างมีอาการคัน บวม ปวดหน่วง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการแสดงที่พบร่วมกับหลอดเลือดขาด ก่อนและหลังการรักษา 4 สัปดาห์

อาการแสดง	Mean± S.D. ก่อนการรักษา – หลังการรักษา 4 สัปดาห์	T	df	p-value
1. ปวดหน่วง	0.68 ± 0.7 - 0.45 ± 0.57	2.038	30	0.050 *
2. เมื่อย	1.16 ± 0.86 - 0.94 ± 0.63	1.650	30	0.109
3. บวม	0.58 ± 0.67 - 0.29 ± 0.59	2.065	30	0.048 *
4. ตะคริว	0.13 ± 0.43 - 0.07 ± 0.25	0.812	30	0.423
5. คัน	0.36 ± 0.71 - 0.10 ± 0.30	2.794	30	0.009 **
6. ชา	0.55 ± 0.72 - 0.48 ± 0.77	0.701	30	0.489

4. ผลการศึกษาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

กลุ่มตัวอย่างไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ตำรับน้ำมันกาสลักทาผิวหนังบริเวณที่มีหลอดเลือดดำขาด ตลอดระยะเวลา 4 สัปดาห์ จำนวน 31 คน ร้อยละ 100

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยพบว่า หลังการใช้ตำรับน้ำมันกาสลักทาบนกล้ามเนื้อบริเวณขาที่มีหลอดเลือดดำขาด เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของอาการคัน บวม ปวดหน่วง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการรักษา จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องแสดงให้เห็นว่าฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของสมุนไพรประกอบตำรับ ได้แก่ ลำโพงกาสลัก (*Datura fastuosa* L.)¹ มีสารสำคัญในกลุ่มอัลคาลอยด์ (-)-scopolamine สูงถึงร้อยละ 75 ของสารอัลคา

ลอยด์ทั้งหมด มีฤทธิ์กดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ทางเภสัชจึงมักใช้ในการแก้ปวดอันเกิดจากการหดเกร็งของกล้ามเนื้อและเป็นองค์ประกอบของยาชา ช่วยระงับความรู้สึกในการทำหัตถการ ในปัจจุบันนิยมใช้เป็นยากันเมาเรอ เมาเร็ว อีกทั้งสารสำคัญของไพโล⁹ (*(E)*-3-(3,4-dimethoxyphenyl)-4-[(*E*)-3,4-dimethoxystyryl cyclohex-1-ene (DMPDMS) ซึ่งมีที่ช่วยลดการอักเสบและลดอาการบวมในหูและอวัยวะของหนูขาวได้ จากข้อมูลข้างต้นช่วยสนับสนุนได้ว่า สารสำคัญของลำโพงกาสลักและไพโล ซึ่งเป็นส่วนประกอบของตำรับน้ำมันกาสลัก ช่วยบรรเทาอาการบวมและปวดหน่วงของกลุ่มตัวอย่างได้ นอกจากนั้นพบรายงานการศึกษาฤทธิ์ต้านจุลชีพจากพืชสมุนไพรไทย ด้วยวิธี agar well diffusion พบว่า ชุมเห็ดไทย มีขอบเขตการออกฤทธิ์ต้านแบคทีเรียชนิดแกรมบวก 5 สายพันธุ์ แบคทีเรียชนิดแกรมลบ 6 สายพันธุ์ และรา 2 สายพันธุ์ทั้งชนิดที่ก่อโรคและเชื้อประจำถิ่น

ซึ่งฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาดังกล่าว อาจช่วยลดอาการคันบริเวณผิวหนังของกลุ่มตัวอย่างได้ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่า ระดับความรุนแรงของอาการเมื่อย ตะคริวและชา ของกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างจากก่อนการรักษา อาจเนื่องมาจากอิริยาบถในการดำเนินชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การยืน เดิน นั่งติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน และค่าดัชนีมวลกายที่มากกว่าเกณฑ์มาตรฐาน อาจมีส่งผลส่งเสริมอาการที่พบร่วมกับหลอดเลือดดำของบริเวณขาได้ ผลการศึกษาที่สำคัญสามารถสรุปได้ว่า ตำรับน้ำมันกาสลักเป็นทางเลือกหนึ่งที่สามารถนำมาใช้เพื่อบรรเทาอาการคัน บวม ปวดหน่วงบริเวณขาของผู้ป่วยหลอดเลือดดำของขาได้ โดยไม่พบอาการไม่พึงประสงค์การทาบนผิวหนังของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 100

ข้อเสนอแนะ

1. ควรศึกษาผลการรักษาอาการที่พบร่วมกับหลอดเลือดดำของบริเวณขาด้วยตำรับน้ำมันกาสลักเปรียบเทียบกับยามาตรฐาน
2. ควรศึกษาองค์ประกอบทางเคมี รวมถึงฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของตำรับยาน้ำมันกาสลัก
3. ควรศึกษาระดับความเข้มข้นของตำรับน้ำมันกาสลัก ต่อประสิทธิภาพการออกฤทธิ์ในด้านต่าง ๆ

เอกสารอ้างอิง

1. Ali Esmail Al-Snafi, (Prof Dr). Medical importance of *Datura fastuosa* (syn:Datura metel) and *Datura stramonium* - A review. IOSR Journal Of Pharmacy 2017; Volume 7 Issue 2 Version.1: 43-58
2. Ange Antoine Abena et al. Neuropsychopharmacological Effects of Leaves and Seeds Extracts of *Datura fastuosa*. Biotechnology 2004; Vol.3 Issue 23: 109-113.
3. Eberhard RABE and Felizitas PANNIER. What have we learned from the Bonn Vein Study?. PHLEBOLOGY 2006; Volume 13 Number 4: 188-194
4. F. Charles Brunicaudi et.al. Schwartz's PRINCIPAL OF SURGERY. 10thed. New York: McGraw Hill Medical 2015.
5. Feuangfoo F. and et.al. Chronic Venous Insufficiency in Occupational Medicine. Royal Thai Army Medical Journal 2017; Vol.70-2: 97-104
6. Françoise PITSCH. Results from detection surveys on chronic venous disease in Eastern Europe. PHLEBOLOGY 2010; Volume 17 Number 2: 95-98
7. Ganesh. S, Radha. R, Jayshree N. A Review on Phytochemical and Pharmacological status of *Datura fastuosa* Linn. International Journal of Multidisciplinary Research and Development 2015; Volume 2 Issue 4 : 602-605
8. Issaravanich S. Rungsihirunrat K. and Ruangrunsi N. Microscopic, Molecular and Scopolamine Content Evaluations of *Datura Metel* L. VAR. *Metel* and *Datura Metel* L. VAR. *Fastuosa*. [Internet]. 2012 [cited 2018 January 23].Chulapedia. Available from: <https://bit.ly/2JULbNZ>.

9. Kaewchoothong A. Preparation and quality control of Zingiber cassumunar extract with high-yielded anti-inflammatory active compounds [Thesis Master Degree of Science]. Songkla: Songkla University; 2009.
10. Kraivaphan N. Subject of Pharmacology for Medical Students : Lessons 3 Antimuscarinic drugs [Internet]. N.d. [cited 2018 November 7]. CMU medicine pharmacology. Available from: <http://www.med.cmu.ac.th/dept/pharmacology/pharmacology/Lesson03/03.htm>
11. Leekaew P. *Datura metel* L.: Poisonous Ornamental plants [Internet]. 2015 [cited 2018 November 7]. Mahidol University Faculty of pharmacy; Knowledge Articles. Available from: <https://bit.ly/2VM6Mvm>.
12. Leelaudomlapi S. and et.al. Preliminary Report: Initial Experience of Endovascular Laser Therapy for Varicose Veins Due To Greater Saphenous Vein Incompetence in Thailand. J Med Assoc Thai; Vol. 88 No.4: 473-477
13. Loathong N. and et.al. Varicose Vein treatment (Endo Venous Laser). Royal Thai Army Medical Journal 2007; Vol. 60 Supplement (1): 210-211
14. Michael A. Vasquez and Carolyn E. Munschauer. Venous Clinical Severity Score and quality-of-life assessment tools: application to vein practice. PHLEBOLOGY 2008; Volume 23: 259-275
15. Rajiv Mallick et.al. Treatment Patterns and Outcomes in Patients with Varicose Veins. American Health & Drug Benefits 2016; Volume 9 Number 8: 455-464
16. Ronald Melzack. The short-form McGill Pain Questionnaire. Elsevier Science Publishers B.V. 1987; Volume 30:191-197

Received: 29 Aug 2019, Revised: 10 Nov 2019

Accepted: 28 Nov 2019

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพต่อการป้องกันโรคอ้วนของ
นักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย ในอำเภอชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราชจिरนนท์ ช่วยศรีนวล^{1,*} ปุณณพัฒน์ ไชยเมธ² สมเกียรติยศ วรเดช²

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพต่อการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย ในอำเภอชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนประถมศึกษาตอนปลายที่กำลังศึกษาในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2560 จำนวน 374 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพต่อการป้องกันโรคอ้วนมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นครอนบาชแอลฟา ด้านความรู้ความเข้าใจ พฤติกรรมสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร การจัดการเงื่อนไข การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ เท่ากับ 0.76 0.82 0.74 0.79 0.79 0.82 และ 0.52 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านเพศ (OR = 1.92, 95CI: 1.19 - 3.10) อายุ (OR = 2.91, 95% CI: 1.68 - 5.01) และระดับผลการเรียน (OR = 3.64, 95% CI: 1.77 - 7.51) มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพต่อการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการศึกษานักวิชาการสาธารณสุขและครูควรกำหนดนโยบายและจัดกิจกรรมส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพ โดยเฉพาะด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ นอกจากนี้ควรเน้นกิจกรรมในกลุ่มนักเรียนหญิงที่มีอายุต่ำกว่า 10 ปี และผลการเรียนไม่ค่อยดีและพอใช้ เพื่อส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพต่อการป้องกันโรคอ้วนต่อไป

คำสำคัญ: ความฉลาดทางสุขภาพ โรคอ้วน เด็กวัยเรียน

¹ นิสิตหลักสูตร วท.ม. (การจัดการระบบสุขภาพ) คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

² อาจารย์ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

* Corresponding author: jiranan224@hotmail.com

*Original Article***Factors Associated with Health Literacy towards Obesity Prevention
among Primary School Students in Cha-Uat District,
Nakhon Si Thammarat Province****Jiranan Chuaysrinuan^{1,*}, Bhunyabhadh Chaimay², Somkiattiyos Woradet²****Abstract**

The purpose of this cross-sectional descriptive study was to determine factors associated with health literacy towards obesity prevention among primary school student in Cha-Uat District, Nakhon Si Thammarat Province. Of these, 374 primary school students who studied in the second semester of 2017 educational year were enrolled. The data was gathered by using health literacy towards obesity prevention questionnaire consisted of knowledge, health behavior, information accessibility, communication, conditional management, media literacy and decision making. The Cronbach's alpha coefficient of each questionnaire was 0.76, 0.82, 0.74, 0.79, 0.79, 0.82 and 0.52 respectively. Descriptive statistics and multiple logistic regression analysis were used to analyzed. Results revealed that sex (OR = 1.92, 95%CI: 1.19 to 3.10), age (2.91, 1.68 to 5.01) and grade point average (3.64, 1.77 to 7.51) were significant statistically associated with health literacy towards obesity prevention among primary school students. Results suggested that health professionals and teachers should established the policy and activity of enhancing health literacy, in particular, communication for enhancing an expertise, information accessibility and health service and media literacy and technology information. In addition, the activity should be emphasized in female students who aged less than 10 years and had poor and fair grade point average in order to promote health literacy towards obesity prevention.

Keywords : Health Literacy, Obesity, School Children

¹ Student in M.Sc. (Health System Management), Faculty of Health and sports Science, Thaksin University

² Lecturer, Department of Public Health, Faculty of Health and sports Science, Thaksin University

* Corresponding author: jiranan224@hotmail.com

บทนำ

ศตวรรษที่ 21 โรคอ้วน (Obesity) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งทั่วโลกกำลังให้ความสนใจและพยายามลดภาวะความรุนแรงของโรคอ้วนในเด็ก ปัจจุบันความชุกของโรคอ้วนในเด็กอายุระหว่าง 5 - 19 ปี มีแนวโน้มสูงขึ้นใน พ.ศ. 2518 มีจำนวนเด็กอ้วนจำนวน 11 ล้านคน และเพิ่มขึ้นเป็น 124 ล้านคน ใน พ.ศ. 2559¹ ประมาณ 1 ใน 3 ของเด็กที่มีประวัติอ้วนตั้งแต่วัยเด็กมีโอกาสเป็นโรคอ้วนในวัยรุ่น (ร้อยละ 75) และเป็นโรคอ้วนในผู้ใหญ่ ประมาณ 1 ใน 4 (ร้อยละ 25)² โรคอ้วนในเด็กเป็นสาเหตุของการป่วยด้วยโรคเรื้อรังในวัยผู้ใหญ่ ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวานชนิดที่ 2³ เป็นต้น และส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น⁴ การควบคุมและแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้องเกิดจากความตั้งใจในการดูแลสุขภาพ การพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อเป็นการเพิ่มพูนความฉลาดทางสุขภาพ

ความฉลาดทางสุขภาพ (Health literacy) เป็นระดับความสามารถและทักษะของบุคคลในการรับรู้ เข้าใจ คิดวิเคราะห์และปรับใช้ข้อมูลทางด้านสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมกับตนเอง นำไปสู่การตัดสินใจเลือกปฏิบัติตนและจัดการตนเองด้านสุขภาพ⁵ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยบุคคลที่มีความฉลาดทางสุขภาพต่ำย่อมส่งผลต่อการใช้ข้อมูลข่าวสารและการเข้ารับบริการสุขภาพน้อย และมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาด้านสุขภาพตั้งแต่อายุยังน้อย⁶ นอกจากนี้ ความฉลาดทางสุขภาพเป็นดัชนีชี้วัดภาพรวมของสุขภาพในระดับประเทศเช่นกัน ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับแนวคิดความฉลาดทางสุขภาพ ผ่านกระบวนการให้ความรู้ทางสุขภาพศึกษา⁷ ประกอบด้วย การมี

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูล ความสามารถในการสื่อสาร การจัดการตนเอง การตัดสินใจที่จะเลือกปฏิบัติ และการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศทางสุขภาพ นำไปสู่การปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เด็กวัยเรียนเป็นวัยแห่งการเรียนรู้ และการเตรียมพร้อมด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและสติปัญญา หากเด็กได้รับการสร้างเสริมกิจกรรมการเรียนรู้ที่เหมาะสมจะทำให้เด็กมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง⁸ และสอดคล้องกับการดำเนินงาน การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการลดภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียน ครอบคลุมพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการด้านอารมณ์⁹

จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความฉลาดทางสุขภาพในประเทศไทย พบว่า มีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความฉลาดทางสุขภาพ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่ม เช่น กลุ่มผู้ป่วย กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น ปัจจุบันพบอุบัติการณ์โรคอ้วนในเด็กวัยเรียนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และส่งผลต่อการเกิดโรคเรื้อรัง ดังนั้น การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพต่อการป้องกันโรคอ้วน ซึ่งครอบคลุมใน 6 มิติ ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร การจัดการเงื่อนไข การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจปฏิบัติที่ถูกต้องด้านสุขภาพ⁷ จึงมีความสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนลดปัญหาโรคเรื้อรังในอนาคต จากปัญหาดังกล่าว การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพต่อการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย ในอำเภอชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายและวางแผนในการจัดกิจกรรมส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพให้แก่

นักเรียน เพื่อป้องกันโรคอ้วนในนักเรียน
ประถมศึกษาตอนปลาย ต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา
ภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive
study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความ
ฉลาดทางสุขภาพต่อการป้องกันโรคอ้วนของ
นักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย ในอำเภอชะอวด
จังหวัดนครศรีธรรมราช การศึกษาครั้งนี้ผ่านการ
พิจารณาและได้รับความเห็นชอบจาก
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จาก
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช
เลขที่ 22 / 2561 ลงวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2561

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ นักเรียน
ระดับประถมศึกษาตอนปลายที่กำลังศึกษาในชั้น
ประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 ในเขตพื้นที่อำเภอชะอวด
จังหวัดนครศรีธรรมราช ในภาคการศึกษาที่ 2 ปี
การศึกษา 2560 จำนวน 3,175 คน

กลุ่มตัวอย่าง สามารถคำนวณหาขนาด
ตัวอย่างจากประชากรที่ศึกษา โดยใช้สูตร
ประมาณค่าเฉลี่ยกรณีทราบจำนวนประชากร โดย
กำหนดให้จำนวนประชากร (N) เท่ากับ 3,175
คน พื้นที่ใต้โค้งปกติ ($Z_{\alpha/2}$) เท่ากับ 1.96 ค่า
ความคลาดเคลื่อน (e) ของการศึกษาแตกต่างจาก
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานร้อยละ 10 เท่ากับ 0.08
และความแปรปรวนจากการทบทวนวรรณกรรม
(σ) เท่ากับ 0.84¹⁰ ได้ขนาดตัวอย่างไม่น้อยกว่า
374 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน
(Multistage random sampling) ขั้นตอนที่ 1
สุ่มโรงเรียนประถมศึกษาด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย
(Sample random sampling) ได้จำนวน 12
โรงเรียน จากโรงเรียนประถมศึกษาทั้งหมด
จำนวน 54 โรงเรียน ขั้นตอนที่ 2 แบ่งสัดส่วน

ขนาดตัวอย่างตามจำนวนโรงเรียนที่สุ่มได้ตาม
สัดส่วน ขนาดประชากรในโรงเรียน
(Proportional to size) และขั้นตอนที่ 3 สุ่ม
ตัวอย่างนักเรียนประถมศึกษาด้วยวิธีการสุ่มอย่าง
ง่าย (Simple random sampling) จากทะเบียน
รายชื่อนักเรียน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วย
แบบสอบถามที่ได้ประยุกต์จากแบบวัดความรู้
ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน สำหรับเด็กวัย
เรียนอายุ 9 -14 ปี กองสุศึกษา กรมสนับสนุน
บริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข¹¹ แบ่ง
ออกเป็น 5 ส่วน 1) ข้อมูลลักษณะทางประชากร
จำนวน 9 ข้อ 2) ปัจจัยด้านครอบครัวจำนวน 3
ข้อ 3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมจำนวน 3 ข้อ ซึ่งส่วน
ที่ 1 - 3 เป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบ 4)
ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. จำนวน 20
ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า
(Rating scale) 5 ระดับ และ 5) ความฉลาดทาง
สุขภาพต่อการป้องกันโรคอ้วน จำนวน 35 ข้อ
จำแนกออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ
ต่อการป้องกันโรคอ้วนจำนวน 10 ข้อ เป็น
แบบสอบถามชนิดเลือกตอบ 4 ตัวเลือก การ
เข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ การ
สื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ จำนวน 6 ข้อ การ
จัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ การรู้เท่า
ทันสื่อและสารสนเทศ จำนวน 5 ข้อ และการ
ตัดสินใจเพื่อป้องกันโรคอ้วน จำนวน 4 ข้อ
แบบสอบถามด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ
สุขภาพ การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ การ
จัดการเงื่อนไขทางสุขภาพและการรู้เท่าทันสื่อและ
สารสนเทศเป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วน
ประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

จากการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือของ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นครอนบาคแอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) ด้านพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร การจัดการเงื่อนไข การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องต่อการป้องกันโรคอ้วน เท่ากับ 0.82 0.74 0.79 0.79 0.82 และ 0.52 ตามลำดับ และความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพต่อการป้องกันโรคอ้วนมีสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นด้วยวิธีการ KR-20 เท่ากับ 0.76

ข้อมูลลักษณะทางประชากร ภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียนแบ่งตามเกณฑ์ประเมินโภชนาการของเด็กอายุ 5-19 ปี¹² โดยใช้กราฟพิจารณาจากค่า SD และได้แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ผอม ($< -2SD$) ปกติ ($-1.5SD$ ถึง $+2SD$) และเกินเกณฑ์ ($> +2SD$) สำหรับการพิจารณาจัดกลุ่มของพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. (การบริโภคอาหาร การจัดการอารมณ์ และการออกกำลังกาย) และความฉลาดทางสุขภาพต่อการป้องกันโรคอ้วนจัดกลุ่มตามเกณฑ์มาตรฐานของ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข¹³ พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. จำแนกออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ควรปรับปรุง (คะแนน < 60) พอใช้ (คะแนนระหว่าง 60 – < 80) และดีมาก (คะแนน ≥ 80) ของคะแนนเต็ม ในส่วนระดับของความฉลาดทางสุขภาพต่อการป้องกันโรคอ้วน จำแนกออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ไม่เพียงพอ (คะแนน < 60) เพียงพอ (คะแนนระหว่าง 60 – < 80) และมากเพียงพอ (คะแนน ≥ 80) ของคะแนนเต็ม เพื่ออธิบายข้อมูลในเชิงพรรณนา

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากร พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. และระดับความฉลาดทางสุขภาพต่อการป้องกันโรคอ้วนโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา จากวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพต่อการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย ตัวแปรตาม คือ ความฉลาดทางสุขภาพต่อการป้องกันโรคอ้วน ได้จำแนกเป็น 2 กลุ่ม คือ ไม่เพียงพอ (คะแนน < 60) และเพียงพอ (คะแนน ≥ 60) เป็นข้อมูลแบบแจกแจงชนิด 2 ตัวเลือก (Dichotomous outcome) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย (Simple logistic regression analysis) เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความฉลาดทางสุขภาพต่อการป้องกันโรคอ้วนเบื้องต้นที่ละปัจจัยระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม (Bivariate analysis) และพิจารณาจากตัวแปรที่มีค่า p-value ของ Wald test น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.25 เพื่อนำตัวแปรดังกล่าววิเคราะห์สถิติถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร (Multiple logistic regression analysis) พิจารณาตัวแปรออกจากสมการด้วยวิธี Backward elimination โดยตัวแปรใดที่ให้ค่า p-value มากกว่า 0.05 ให้นำออกจากสมการนำเสนอด้วยค่า Odd ratios และ 95% confident Interval

ผลการวิจัย

จากการศึกษาลักษณะทางประชากรของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ในอำเภอชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ประมาณ 2 ใน 3 เป็นเพศหญิง (60.96%) มีอายุเฉลี่ย 11.08 (SD = 0.96) ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (96.26%) และมีน้ำหนักเฉลี่ย 39.79 (SD = 10.83) กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 147.31 (SD =

9.51) เซนติเมตร นักเรียนประมาณ 3 ใน 4 มีภาวะโภชนาการปกติ (72.19%) นักเรียนส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (87.97%) ประมาณ 1 ใน 2 มีพี่น้อง 2 คน (50.80%) และมีผลการเรียนอยู่ในระดับดี (55.88%)

ส่วนข้อมูลของผู้ปกครอง พบว่า ผู้ปกครองประมาณ 1 ใน 3 จบมัธยมศึกษาตอนปลาย (30.48%) และประกอบอาชีพเกษตรกรรม/ทำสวน/ทำไร่ (37.43%) ส่วนใหญ่มีรายได้พอเพียงและมีเงินเก็บ (70.59%) มีที่ตั้งของโรงเรียนอยู่นอกเขตเทศบาล (78.34%) บุคคลที่ช่วยส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพ ได้แก่ พ่อแม่/ผู้ปกครอง (45.19%) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

(31.55%) และนักเรียนส่วนใหญ่มีคอมพิวเตอร์หรืออุปกรณ์สืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตที่บ้าน (86.10%)

ในส่วนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. ของนักเรียน พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ (76.74%, Mean $\pm$ SD : 66.84 $\pm$ 7.11) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับพอใช้ (67.38%, 44.06 $\pm$ 5.89) พฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับดีมาก (59.63%, 12.85 $\pm$ 3.95) และพฤติกรรมการจัดการด้านอารมณ์อยู่ในระดับควรปรับปรุง (91.71%, 9.56 $\pm$ 2.06) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ.ของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย

พฤติกรรมสุขภาพ	Mean	S.D.	ระดับ (ร้อยละ)		
			ดีมาก	พอใช้	ควรปรับปรุง
การบริโภคอาหาร	44.06	5.89	9.09	67.38	23.53
การออกกำลังกาย	12.85	3.95	59.63	18.72	21.66
การจัดการด้านอารมณ์	9.56	2.06	0.80	7.49	91.71
รวม	66.84	7.11	3.48	76.74	19.79

สำหรับความฉลาดทางสุขภาพต่อการป้องกันโรคอ้วน พบว่า นักเรียนมีระดับความฉลาดทางสุขภาพต่อการป้องกันโรคอ้วนโดยรวมอยู่ในระดับเพียงพอ (58.02%, 86.63 $\pm$ 13.96) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า นักเรียนมีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ (40.37%, 6.70 $\pm$ 1.76) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (51.34%, 15.25 $\pm$ 3.63) การสื่อสารเพื่อเพิ่มความ

เชี่ยวชาญ (70.32%, 16.68 $\pm$ 4.14) และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศต่อการป้องกันโรคอ้วน (49.73%, 15.47 $\pm$ 4.29) อยู่ในระดับไม่เพียงพอในส่วนการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ (41.18%, 16.76 $\pm$ 3.76) และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องต่อการป้องกันโรคอ้วน (44.12%, 11.76 $\pm$ 2.37) อยู่ในระดับเพียงพอ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความฉลาดทางสุขภาพต่อการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย

ปัจจัย	Mean	S.D.	ระดับ (ร้อยละ)		
			มากเพียงพอ	เพียงพอ	ไม่เพียงพอ
ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	6.70	1.76	36.90	22.73	40.37
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	15.25	3.63	11.50	37.17	51.34
การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ	16.68	4.14	6.42	23.62	70.32
การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ	16.76	3.76	22.73	41.18	36.10
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	15.47	4.29	8.45	31.82	49.73
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	11.76	2.37	37.17	44.12	18.72
รวม	82.63	13.96	4.28	58.02	37.70

จากการวิเคราะห์อย่างหยาบพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพต่อการป้องกันโรคอ้วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยด้านเพศ (OR = 1.55, 95%CI: 1.01 - 2.41) อายุ (2.80, 1.66 ถึง 4.75) และผลการเรียน (3.17, 1.60 - 6.26) สำหรับปัจจัยด้านภาวะโภชนาการ ภาวะสุขภาพ จำนวนพี่น้อง ระดับการศึกษาของผู้ปกครองหลัก รายได้ของ

ครอบครัว อาชีพของผู้ปกครองหลัก ที่ตั้งของโรงเรียน บุคคลที่ช่วยสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพ และการมีคอมพิวเตอร์สำหรับสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตที่บ้าน พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพต่อการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์อย่างหยาบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพต่อการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย

ปัจจัย	n	ร้อยละ	OR	95 % CI	p-value
เพศ					0.049
หญิง	228	60.96	Ref.		
ชาย	146	39.04	1.55	1.01 ถึง 2.41	
อายุ (ปี)					<0.001
≤10 ปี	117	31.28	Ref.		
11 ปี	128	34.22	2.31	1.38 ถึง 3.87	
≥12 ปี	129	34.50	2.80	1.66 ถึง 4.75	
ภาวะโภชนาการ					0.083
ผอม (น้อยกว่า - 2 SD)	22	5.88	Ref.		
ปกติ (- 1.5 SD ถึง + 2 SD)	317	84.76	2.61	1.08 ถึง 6.29	
เกินเกณฑ์ (> +2 SD)	35	9.36	1.93	0.65 ถึง 5.68	

ปัจจัย	n	ร้อยละ	OR	95 % CI	p-value
ภาวะสุขภาพ					0.196
ไม่มีโรคประจำตัว	329	87.97	Ref.		
มีโรคประจำตัว	45	12.03	1.57	0.79 ถึง 3.10	
จำนวนพี่น้อง					0.113
ลูกคนเดียว	59	15.78	Ref.		
มีพี่น้อง 2 คน	190	50.80	0.62	0.33 ถึง 1.19	
มีพี่น้อง 2 คนขึ้นไป	125	33.42	0.49	0.25 ถึง 0.96	
ผลการเรียน					0.001
พอใช้	64	17.11	Ref.		
ดี	209	55.88	1.19	0.68 ถึง 2.09	
ดีมาก	101	27.01	3.17	1.60 ถึง 6.26	
ระดับการศึกษาของผู้ปกครองหลัก					0.085
ประถมศึกษาและต่ำกว่า	92	24.60	Ref.		
มัธยมศึกษา	187	50.00	1.80	1.08 ถึง 2.99	
อนุปริญญา	23	6.12	1.79	0.69 ถึง 4.64	
ปริญญาตรีและสูงกว่า	72	19.25	2.04	1.07 ถึง 3.88	
รายได้ของครอบครัว					0.725
พอเพียงและมีเงินเก็บ	264	70.59	Ref.		
พอเพียงแต่ไม่มีเงินเก็บ	67	17.91	1.17	0.67 ถึง 2.05	
ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	43	11.50	0.85	0.44 ถึง 1.63	
อาชีพของผู้ปกครองหลัก					0.448
รับราชการ	34	9.09	Ref.		
เกษตรกร/ทำสวน/ทำไร่	140	37.43	0.79	0.35 ถึง 1.74	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	68	18.18	0.57	0.24 ถึง 1.35	
พนักงานบริษัท/รับจ้าง	132	35.29	0.89	0.40 ถึง 1.99	
ที่ตั้งของโรงเรียน					0.249
ในเขตเทศบาล	81	21.66	Ref.		
นอกเขตเทศบาล	293	78.34	0.75	0.45 ถึง 1.23	
บุคคลที่ช่วยสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพ					0.086
พ่อแม่/ผู้ปกครอง	169	45.19	Ref.		
ครู	63	16.84	1.45	0.78 ถึง 2.67	
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	118	31.55	1.36	0.83 ถึง 2.23	
ค้นหาด้วยตัวเองจากสื่อต่าง ๆ	24	6.42	0.48	0.20 ถึง 1.15	

ปัจจัย	n	ร้อยละ	OR	95 % CI	p-value
มีคอมพิวเตอร์ค้นหาข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตที่บ้าน					0.461
มี	322	86.10	Ref.		
ไม่มี	52	13.90	0.80	0.44 ถึง 1.45	
พฤติกรรมสุขภาพ (3 อ.)					0.173
ไม่ดีพอ	74	19.79	Ref.		
เพียงพอ	300	80.21	1.43	0.86 ถึง 2.40	

สำหรับการวิเคราะห์หุปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพต่อการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย พบว่าปัจจัยด้านเพศ อายุ และผลการเรียน มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพต่อการป้องกันโรคอ้วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่นักเรียนชายมีความฉลาดทางสุขภาพต่อการป้องกันโรคอ้วนมากกว่าเพศหญิงประมาณ 1.92 เท่า (1.92, 1.19 ถึง 3.10) นักเรียนที่มีอายุ 12 ปี

ขึ้นไปมีความฉลาดทางสุขภาพต่อการป้องกันโรคอ้วนมากกว่านักเรียนที่มีอายุต่ำกว่า 10 ปี ประมาณ 2.91 เท่า (2.91, 1.68 ถึง 5.01) และนักเรียนที่มีระดับผลการเรียนดีมีความฉลาดทางสุขภาพต่อการป้องกันโรคอ้วนมากกว่านักเรียนที่มีผลการเรียนระดับควรปรับปรุงและพอใช้ประมาณ 3.64 เท่า (3.64, 1.77 ถึง 7.51) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพต่อการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย

ปัจจัย	n	Crude OR (95 % CI)	Adj. OR (95 % CI)	p-value
เพศ				0.007
หญิง	228	Ref.	Ref.	
ชาย	146	1.55 (1.01 ถึง 2.41)	1.92 (1.19 ถึง 3.10)	
อายุ				<0.001
≤ 10 ปี	117	Ref.	Ref.	
11 ปี	128	2.31 (1.38 ถึง 3.87)	2.34 (1.36 ถึง 4.01)	
≥ 12 ปี	129	2.80 (1.66 ถึง 4.75)	2.91 (1.68 ถึง 5.01)	
ผลการเรียน				<0.001
ไม่ค่อยดีและพอใช้	64	Ref.	Ref.	
ดี	209	1.19 (0.68 ถึง 2.09)	1.27 (0.70 ถึง 2.32)	
ดีมาก	101	3.17 (1.60 ถึง 6.26)	3.64 (1.77 ถึง 7.51)	

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

โดยสรุป ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพต่อการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย อำเภอชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ปัจจัยด้านเพศ อายุ และผลการเรียนมีความสัมพันธ์ต่อความฉลาดทางสุขภาพต่อการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านเพศมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพต่อการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่นักเรียนเพศชายมีความฉลาดทางสุขภาพต่อการป้องกันโรคอ้วนมากกว่าเพศหญิงประมาณ 2 เท่า (OR = 1.92, 95% CI: 1.19 ถึง 3.10) เนื่องจากเด็กวัยเรียนเป็นช่วงที่กำลังเจริญเติบโตทางร่างกายและเป็นวัยแห่งการเรียนรู้¹⁴ และโรงเรียนมีการส่งเสริมกิจกรรมการเรียนรู้ที่ให้นักเรียนมีความฉลาดทางสุขภาพเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ยังพบว่า ลักษณะโครงสร้างของสมองทั้งระหว่างเพศชายและหญิงมีความแตกต่างกัน โดยที่นักเรียนชายมีความสามารถด้านการคำนวณ การเข้าใจตรรกะเชิงเหตุผล การเคลื่อนไหวร่างกาย¹⁵ อาจส่งผลให้นักเรียนเพศชายมีความฉลาดทางสุขภาพต่อการป้องกันโรคอ้วนมากกว่าเพศหญิง

การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Shih S. et al.¹⁶ ที่ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพและปัจจัยเกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนระดับ 6 ในประเทศไต้หวัน พบว่า นักเรียนชายมีความสัมพันธ์ต่อความฉลาดทางสุขภาพเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของ Iman S. et al.¹⁷ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพในเด็กที่มีน้ำหนักเกิน โดย

แบบทดสอบ Short Test of Functional Health Literacy (STOFHLA) ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า เด็กที่มีน้ำหนักเกินทั้งเพศหญิงและชายมีความฉลาดทางสุขภาพไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.100$) และการศึกษาของ กุสุมา แก้วหล้า¹⁸ ที่ศึกษาเปรียบเทียบความฉลาดทางสุขภาพในเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินพื้นที่จังหวัดสุรินทร์ ประเทศไทย และจังหวัดเสียมเรียบประเทศกัมพูชา พบว่าเพศชายและเพศหญิงมีความฉลาดทางสุขภาพไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.978$)

สำหรับปัจจัยด้านอายุ พบว่านักเรียนที่มีอายุมากกว่า 12 ปี มีความฉลาดทางสุขภาพต่อการป้องกันโรคอ้วนได้มากกว่านักเรียนที่มีอายุต่ำกว่า 10 ปี ประมาณ 3 เท่า (OR = 2.91, 95 % CI: 1.68 ถึง 5.01) เนื่องจากอายุของนักเรียนจะสอดคล้องกับการพัฒนาการเรียนรู้ที่เพิ่มขึ้น ซึ่งทำให้นักเรียนได้รับความรู้และกิจกรรมการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน ซึ่งส่งผลให้นักเรียนที่มีอายุมากกว่า 12 ปี มีความฉลาดทางสุขภาพต่อการป้องกันโรคอ้วนได้มากกว่านักเรียนที่มีอายุต่ำกว่า 10 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ Iman S. et al.¹⁷ พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับอายุ ($r = 0.452$, $p < 0.0001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ กุสุมา แก้วหล้า¹⁸ พบว่า เด็กที่อายุ 11 ปีมีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพมากกว่าเด็กที่อายุ 10 และ 12 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของ Lam, L. T. and Yang, L.¹⁹ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของเด็กที่มีความฉลาดทางสุขภาพในระดับต่ำกับภาวะการมีน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในวัยรุ่น ซึ่งเป็นศึกษาระบาดวิทยาในเด็กอายุ 12 - 16 ปี เมื่อ

หนานหนึ่ง ประเทศจีน พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

ในส่วนปัจจัยด้านผลการเรียน พบว่านักเรียนที่มีผลการเรียนในระดับดีมากมีความฉลาดทางสุขภาพต่อการป้องกันโรคอ้วนมากกว่านักเรียนที่มีผลการเรียนในระดับควรปรับปรุงและพอใช้ประมาณ 4 เท่า (OR = 3.64, 95% CI 1.77 ถึง 7.51) จากผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่านักเรียนที่มีผลการเรียนในระดับดีมากจะมีการดูแลสุขภาพที่ดี และมีความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายและจิตใจ²⁰ ซึ่งเป็นผลให้นักเรียนมีทักษะการเรียนรู้และความฉลาดทางสุขภาพต่อการป้องกันโรคอ้วนสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam D.⁷ เกี่ยวกับการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพและประสิทธิภาพในการใช้ความรู้เรื่องสุขภาพเป็นการเสริมพลังอำนาจต่อการส่งเสริมสุขภาพ อีกทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวรรณ ขอบธรรมสกุล²¹ พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.01$, $r = 0.574$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Iman S. et al.¹⁷ พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับเกรดหรือผลการเรียนที่โรงเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.452$, $p < 0.0001$)

จากการศึกษาครั้งนี้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและครูควรกำหนดนโยบายและจัดกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ต่อการป้องกันโรคอ้วนในชั่วโมงเรียน เพิ่มช่องทางการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ส่งเสริมการสร้างแกนนำหรือบุคคลต้นแบบ โดยเน้นการมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพต่อการป้องกันโรคอ้วนของเด็กนักเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยในครั้งนี้ สำเร็จสมบูรณ์ได้ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการและคณะอาจารย์ของโรงเรียนประถมศึกษาในอำเภอชะอวดทุกท่าน คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช รวมทั้งผู้สว่นเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ที่กรุณาให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จโดยราบรื่น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Taking Action on Childhood Obesity Report. World Obesity Federation London. [Internet] 2018 [cited 2018 June 18]; Available form: <https://www.who.int/end-childhood-obesity/publications/taking-action-childhood-obesity>
2. ปรียาภรณ์ มณีแดง. บทบาทพยาบาลอนามัยชุมชนในการป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2560, 35 (4), 16-24.
3. นิตยา พันธุเวทย์ และนุชรี อาบสุวรรณ. ประเด็นรณรงค์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค: กระทรวงสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต] 2561 [สืบค้นเมื่อ 20 กรกฎาคม 2561]. จาก <https://www.thaincd/document/hot%20news/diabetes.pdf>
4. World Economic Forum. The Global Burden of Non-communicable Diseases. 2011 September. [Internet] 2018 [cited 2018 June 18]; from: apps

- who.int/medicinedocs/documents/s18806en/s18806en.pdf
5. ชินตา เตชะวิจิตรจารุ. ความรอบรู้ทางสุขภาพ: ภัยสำคัญสู่พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพที่ดี. วารสารพยาบาลทหารบก 2561; 19 (พิเศษ), 1-11.
 6. National Assessment of Adult Literacy [NALL]. The Health Literacy of American Adults Results from the 2003. Washington, DC 2006: National Assessment of Adult Literacy. (1-2)
 7. Nutbeam, D. Health Literacy as a Public Health Goal: a Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into Health 21st Century. Health Promotion International 2000; 15 (8), 259-267.
 8. สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว. พัฒนาการของเด็กวัยเรียน 6 – 12 ปี. [อินเทอร์เน็ต] 2552 [สืบค้นเมื่อ 11 พฤศจิกายน 2560]; จาก <https://gotoknow.org/posts/305008>
 9. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือนักจัดการน้ำหนักเด็กวัยเรียน Smart Kids Coach. นนทบุรี: สามเจริญพาณิชย์; 2559.
 10. อังคินันท์ อินทรกำแหง. รายงานการสร้างและพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร; 2560.
 11. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. การประเมินและการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ. กรุงเทพฯ: นิทรรศการพิมพ์; 2558.
 12. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. เณฑ์อ้างอิง น้ำหนักส่วนสูง และเครื่องชี้วัดภาวะโภชนาการของประชาชนไทย. นนทบุรี. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2542.
 13. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือประเมินความรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนไทยที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. กรุงเทพฯ : กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต] 2557 [สืบค้นเมื่อ 15 กรกฎาคม 2561]; จาก <http://www.hed.go.th/linkHed/361>
 14. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. การเสริมสร้างและประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็กวัยเรียน กลุ่มวัยทำงาน. กรุงเทพฯ: นิทรรศการพิมพ์; 2559.
 15. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. สมอหงส์แตกต่างจากชายจริงหรือ, บทความด้านสุขภาพจิต. [อินเทอร์เน็ต] 2549 [สืบค้นเมื่อ 24 กันยายน 2561]; จาก <https://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=1029>
 16. Shih, S., Liu, C., Liao, L. and Osborne, R.H. Health Literacy and the Determinants of Obesity: a Population-base Survey of Six Grade School Children in Taiwan. BMC Public Health. 2016; 16(280), doi: 10.1186/s12889-016-2879-2.1-8
 17. Iman, S and Thomas J. Nemours/Alfred I. Relationship between Child Health Literacy and body Mass Index in Overweight Children. NIH Public Access Author Manuscript. 2010 79 (1): 43-48. doi: 10.1016/j.pec.2009.07.035
 18. กุสุมา แก้วหล้า. การศึกษาเปรียบเทียบความฉลาดทางสุขภาพในเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินพื้นที่จังหวัดสุรินทร์ ประเทศไทย และจังหวัดเสียมเรียบ ประเทศกัมพูชา.

- วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต.
สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์. มหาวิทยาลัยราช
ภัฏสุรินทร์; 2560.
19. Lam, L.T. and Yang, L. Is Low Health
Literacy Associated With Overweight
and Obesity in Adolescent: an
Epidemiology Study in a 12-16 Year
Old Population, Nanning, China 2012,
BioMed Central. 2014 72 (1) 11 doi:
10.1186/2049-3258-72-11.
20. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือการจัด
กิจกรรมเรียนรู้สุขบัญญัติแห่งชาติ (ชั้น
ประถมศึกษาปีที่ 4-6. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพฯ : นิเวศรรดาการพิมพ์; 2560.
21. ศิริวรรณ ขอบธรรมสกุล. ความสัมพันธ์
ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรม
การป้องกันโรคอ้วนของนักศึกษาปริญญาตรีใน
เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. วารสาร
สหวิทยาการวิจัย. 2562, 8(1), 116-123.

Received: 10 Sep 2019, Revised: 17 Oct 2019

Accepted: 12 Nov 2019

นิพนธ์ต้นฉบับ

**ลักษณะทางระบาดวิทยาและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใส่ท่อช่วยหายใจ
ของผู้ป่วยโรคปอดบวมที่รักษาในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง
ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย**

สิริพงษ์ แทนโรตง^{1*} เกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์² พรฤทธิ์ พิสุทธิมาน³

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบมีกลุ่มควบคุม (Analytical Case – Control Study) เพื่อศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยาและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใส่ท่อช่วยหายใจของผู้ป่วยโรคปอดบวมที่รักษาในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย โดยการเก็บข้อมูลด้วยแบบคัดลอกข้อมูล จากเวชระเบียนของผู้ป่วย 924 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 462 คน ได้แก่ กลุ่มศึกษาคือ ผู้ป่วยโรคปอดบวมที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจชนิด Endotracheal tube (ET tube) และกลุ่มควบคุมคือ ผู้ป่วยโรคปอดบวมที่ไม่ได้รับการใส่ ET tube แต่ให้การบำบัดรูปแบบอื่น วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยวิธีถดถอยพหุคูณโลจิสติก นำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วยค่า Adjusted odds ratio (OR_{adj}) และช่วงความเชื่อมั่น 95% ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value ≤ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดบวมที่ใส่ ET tube เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.36 อายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 66.02 ผู้ป่วยส่วนมากป่วยและเข้ารับการรักษาในฤดูฝน ร้อยละ 45.23 และฤดูหนาว ร้อยละ 33.77 เกือบทั้งหมด ร้อยละ 80.74 อาศัยอยู่นอกเขตอำเภอเมือง และผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลได้พบว่า ระดับการศึกษา (OR_{adj}=1.58, 95%CI:1.07-2.33) เขตที่อยู่อาศัย (OR_{adj}=3.24, 95%CI:2.36-4.44) ประวัติเคยนอนรักษาที่โรงพยาบาล (OR_{adj}=1.43, 95%CI:1.01-2.00) การตรวจพบเชื้อก่อโรค (OR_{adj}=2.93, 95%CI:2.01-4.26) การมีโรคประจำตัว (OR_{adj}=2.12, 95%CI:1.48-3.03) ประวัติการสูบบุหรี่ (OR_{adj}=1.86, 95%CI:1.17-2.94) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใส่ ET tube อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับค่า p= 0.019, <0.001, 0.041, <0.001, <0.001, และ 0.008 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังได้พบว่า ปัจจัยอาชีพและระยะเวลาตั้งแต่ป่วยมีอาการจนมาถึงโรงพยาบาลตั้งแต่ 48 ชั่วโมงขึ้นไป เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใส่ ET tube ในลักษณะป้องกันที่ OR_{adj}=0.70 (95%CI:0.50-0.99, p=0.042) และ OR_{adj}=0.64 (95%CI:0.47-0.83, p<0.001) ตามลำดับ ดังนั้น การให้ความสำคัญและเอาใจใส่เป็นพิเศษในผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ อาศัยอยู่นอกเขตอำเภอเมือง มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยม เคยมีประวัติเคยนอนรักษาที่โรงพยาบาลมาก่อน มีโรคประจำตัว เป็นคนสูบบุหรี่ และป่วยเป็นโรคปอดบวมในฤดูหนาวหรือฤดูฝนมาถึงโรงพยาบาลช้าเกิน 48 ชั่วโมงขึ้นไป อาจช่วยลดการใช้ ET tube ลงได้

คำสำคัญ: ระบาดวิทยา โรคปอดบวม ใส่ท่อช่วยหายใจ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลขอนแก่น

*Corresponding author: ampdaycare@gmail.com

Original Article

Epidemiological Characteristics and Factors Associated with Pneumonia-Intubated and Treated in a Regional Hospital, Northeastern Region of Thailand

Siripong Tanthaisong^{1,*}, Kriangsak Veateewoetacharan², Pornrith Pisuttimarn³

Abstract

An analytical case-control study aimed to determine the epidemiological characteristics and factors associated with pneumonia patients who underwent endotracheal intubation in a regional hospital, northeastern region of Thailand. Data was collected from 924 patient's medical records, divided equally into two groups 462 each. The study group were pneumonia patients who received endotracheal tube (ET tube) insertion; the control group were pneumonia patients who received other types of therapy without ET tube insertion. Data were analyzed by using multiple logistic regression, presented with adjusted odds ratio (OR_{adj}) and 95% confidence interval (CI) with the level of statistical significant were given at <0.05 . The result revealed that majority of pneumonia patients intubated were male (57.36%) age group of higher than 60 years old (66.02%). Mostly admitted in rainy (45.23%) and cold season (33.77%). Almost all (80.74%) lived outside the capital district area. Result also indicated that; education level ($OR_{adj} = 1.58$, 95%CI:1.07-2.33), living area ($OR_{adj} = 3.24$, 95%CI:2.36-4.44), history of previous hospitalized ($OR_{adj} = 1.43$, 95%CI:1.01-2.00), causative agent identified ($OR_{adj} = 2.93$, 95%CI:2.01-4.26), chronic underlying diseases ($OR_{adj} = 2.12$, 95%CI:1.48-3.03), and tobacco smoking ($OR_{adj} = 1.86$, 95%CI:1.17-2.94) were factors associated with the patients who underwent endotracheal intubation were the factors found significantly associated with ET tube insertion in pneumonia patients with the P-value=0.019, <0.001 , 0.041, <0.001 , <0.001 , and 0.008 respectively. The result also found that; factors of occupation and duration from breakdown to hospital arrival of 48 hours onward were associated statistical significantly with ET tube insertion in preventive manner with $OR_{adj} = 0.70$ (95%CI:0.50-0.99, $p=0.042$) and $OR_{adj} = 0.64$ (95%CI: 0.47-0.83, $p<0.001$) respectively. Therefore, awareness and giving priority to the pneumonia patients Of old age group, in rainy season, education level of lower than middle school, having underlying chronic diseases and history of smoking in the step of screening, in addition, carefully preventing of nosocomial infection during treatment in hospital might reduce the severity and the necessity of endotracheal intubation.

Keyword: Epidemiological, Pneumonia, Endotracheal Tube, Factors Associated

¹ Master of Public Health Student, Khon Kaen University

² Lecturer, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

³ Medical Physician, Khon Kaen Hospital

*Corresponding author: ampdycare@gmail.com

บทนำ

โรคปอดบวม (Pneumonia) คือสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตทั่วโลก¹ ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้กับคนทุกเพศทุกวัย และเกิดขึ้นได้ทุกฤดูกาล² นอกจากนี้โรคปอดบวมยังเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตสำหรับผู้ใหญ่ในภูมิภาคเอเชียโดยเฉพาะผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคเรื้อรัง มีการประมาณการว่าจะมีผู้ใหญ่ในเอเชียที่ป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคปอดบวมมากถึง 1 ล้านรายต่อปี³

สำหรับประเทศไทย โรคปอดบวมถือเป็นอีกปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขที่ทำให้เกิดการสูญเสียแก่ประชาชน เป็นโรคที่มีอัตราการตายค่อนข้างสูงและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี ดังนั้นประเทศไทยจึงจัดให้โรคปอดบวมเป็นโรคที่ต้องเฝ้าระวัง (Notifiable disease) ของกระทรวงสาธารณสุข⁴ สำหรับผู้ป่วยโรคปอดบวมที่มีอาการรุนแรง จะมีโอกาสเกิดภาวะระบบหายใจล้มเหลว จำเป็นต้องให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจและต่อเข้ากับเครื่องช่วยหายใจเพื่อพยุงการหายใจของผู้ป่วยและช่วยให้ร่างกายของผู้ป่วยได้รับก๊าซออกซิเจนที่เพียงพอ⁵

จากสถิติย้อนหลัง 5 ปีของผู้ป่วยในที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556 -2560 พบว่าแผนกอายุรกรรมเป็นแผนกที่มีผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมากที่สุดในทุกปีงบประมาณ โดยมีผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 2,968 ราย (ร้อยละ 58.25), 3,461 ราย (ร้อยละ 57.64), 3,803 ราย (ร้อยละ 57.92), 1,493 ราย (ร้อยละ 60.06) และ 3,980 ราย (ร้อยละ 62.22) ของจำนวนผู้ป่วยในทุกแผนกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในแต่ละปีงบประมาณตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมากที่สุดคือ ผู้ป่วยโรคปอดบวมและมีอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยโรคปอดบวม ร้อยละ 46.52,

ร้อยละ 55.67, ร้อยละ 54.69, ร้อยละ 18.77, และ ร้อยละ 52.45 ตามลำดับปีงบประมาณ⁶

จากสถิติดังกล่าว จะเห็นได้ว่า อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยโรคปอดบวมนั้นค่อนข้างสูงมาโดยตลอด และเป็นปัญหาสำหรับโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นภาระงานที่หนักมากสำหรับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ เพราะประเทศไทยยังไม่มีนักบำบัดทางระบบหายใจ (Respiratory Therapist หรือ Respiratory Care Practitioner) ดังนั้น หน้าที่ของนักบำบัดทางระบบหายใจทั้งหมดจึงต้องตกเป็นของแพทย์และพยาบาล ซึ่งทำให้เพิ่มภาระงานในขณะที่ยังให้บริการมีจำนวนไม่เพียงพอต่อผู้รับบริการ⁷ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย⁸ เมื่อจำนวนและอัตราการป่วยด้วยโรคปอดบวมมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ทำให้มีความต้องการใช้เครื่องช่วยหายใจมากขึ้น แต่เครื่องช่วยหายใจและอุปกรณ์ยังมีไม่เพียงพอต่อความต้องการเนื่องจากข้อจำกัดทางด้านงบประมาณผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือการเกิดปอดบวมที่เกี่ยวข้องกับเครื่องช่วยหายใจ (Ventilator-Associated Pneumonia; VAP)⁹ ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น ต้องใช้ยาปฏิชีวนะที่มีราคาสูงในการรักษาและผู้ป่วยต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน เช่นในสหรัฐอเมริกาจะเกิด VAP ในผู้ป่วย 1 รายหรือมากกว่า 4 รายต่อการใส่เครื่องช่วยหายใจ 1,000 วัน ซึ่งโดยเฉลี่ยผู้ป่วยจะต้องนอนรักษาตัวนานมากกว่า 10 วันและต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากกว่า 23,000 ดอลลาร์สหรัฐต่อราย⁹ นอกจากนี้ยังเกิดปัญหาการใช้ยาเกินขนาดโดยไม่จำเป็นและผู้ป่วยอาจได้รับผลข้างเคียงจากการใช้ยาในปริมาณมากเป็นเวลานาน ทำให้การรักษาไม่มีประสิทธิภาพและผู้ป่วยเสียชีวิตในที่สุด¹⁰

จากข้อมูลดังกล่าวทำให้เห็นถึงความรุนแรงและผลกระทบต่าง ๆ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น การสูญเสียชีวิตและทรัพยากรจำนวนมากไม่ได้เป็นผลมาจากการใส่ท่อช่วยหายใจโดยตรง แต่เป็นผลจากภาวะแทรกซ้อนของการใส่ท่อช่วยหายใจโดยเฉพาะการติดเชื้อที่ทำให้เกิด VAP ซึ่งเป็นเรื่องที่จะต้องป้องกันหรือบรรเทาให้เบาบางลง จึงเป็นเหตุให้ผู้วิจัยสนใจว่า มีปัจจัยอะไรบ้างที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคปอดบวมมีอาการของโรคที่รุนแรงและต้องได้รับการรักษาด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจเพิ่มมากขึ้น และนำมาสู่ประเด็นของการศึกษานี้ ถึงลักษณะทางระบาดวิทยาและปัจจัยที่สัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคปอดบวมที่ใส่ท่อช่วยหายใจและรักษาอยู่ในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคปอดบวมที่ใส่ท่อช่วยหายใจในแผนกอายุรกรรมของโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใส่ท่อช่วยหายใจของผู้ป่วยโรคปอดบวมในแผนกอายุรกรรมของโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาระยะเวลาแบบมีกลุ่มควบคุม (Analytical Case-Control Study)
2. ประชากรศึกษา ใช้ข้อมูลจากทะเบียนประวัติการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคปอดบวม และเข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรมของโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทั้งนี้ ไม่รวมผู้ป่วยที่เสียชีวิตก่อนที่จะรับไว้เป็นผู้ป่วยใน ผู้ป่วย

ที่ปฏิเสธการรักษา หรือมีการส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น

3. การแบ่งกลุ่มศึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มศึกษา (Case) หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์ได้ให้การวินิจฉัยสุดท้ายว่าเป็นโรคปอดบวม และได้รับการรักษาปกติร่วมกับการใส่ท่อช่วยหายใจชนิด Endotracheal Tube ส่วนกลุ่มควบคุม (Control) หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์ได้ให้การวินิจฉัยสุดท้ายว่าเป็นโรคปอดบวม ได้รับการรักษาปกติโดยไม่ใส่ท่อช่วยหายใจชนิด Endotracheal Tube

4. ขนาดตัวอย่างและวิธีสุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยวิธีของ Hsieh¹¹ อัตราส่วน 1:1 แล้วคำนวณจำนวนตัวอย่างที่ต้องสุ่ม ตาม สัดส่วนประชากร (Probability Proportional to Size) ของแต่ละเดือน จากนั้นสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ให้ได้กลุ่มละ 462 คน ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 924 คน

5. เครื่องมือในการวิจัย เป็นแบบคัดลอกข้อมูลจากเวชระเบียน โดยผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

6. การเก็บรวบรวมข้อมูล จากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยสุดท้ายว่าเป็นโรคปอดบวมและพักรักษาตัวในโรงพยาบาลศูนย์ที่ทำการศึกษาระหว่างวันที่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม 2560

7. จริยธรรมการวิจัย โครงการนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อ วันที่ 27 มี.ค. 2562 เลขที่ HE 622073 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลศูนย์ที่เป็นสถานที่ทำการศึกษา เมื่อวันที่ 27 มี.ค. 2562 เลขที่ KEMOU 62011

8. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้
การศึกษานี้ มีตัวแปรตาม คือ การใส่ท่อช่วยหายใจ
ในผู้ป่วยโรคปอดบวมที่ได้รับการวินิจฉัยสุดท้ายจาก
แพทย์ว่าเป็นโรคปอดบวม ทั้งที่เป็นการวินิจฉัยเดี่ยว
และวินิจฉัยร่วมกับโรคอื่นๆ ซึ่งเป็นข้อมูลแจกแจงนับ
วิเคราะห์โดยโปรแกรม Stata Version 10.1 ลิขสิทธิ์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น ก่อนทำการวิเคราะห์จะทำการ
ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วยโปรแกรม
Epi info 7 โดยทำการบันทึกข้อมูลจำนวน 2 ครั้ง
ด้วยผู้บันทึกข้อมูล 2 คน และตรวจสอบข้อมูลว่ามี
การบันทึกข้อมูลได้ถูกต้องตรงกันทั้ง 2 ครั้งหรือไม่

1) การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิง
พรรณนา นำเสนอในรูปของ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย
หรือค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง
ปัจจัย ใน ขั้นต้นใช้สถิติถดถอยลอจิสติก
อย่างง่าย (Simple logistic regression) เพื่อหา
ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ละตัวแปร โดยไม่
คำนึงถึงผลกระทบจากตัวแปรอิสระอื่นๆ นำเสนอ
ระดับความสัมพันธ์ด้วย Crude odds ratio
(OR_{crude}) ช่วงความเชื่อมั่น 95%CI ที่ระดับนัยสำคัญ
ทางสถิติ 0.05 แล้วนำตัวแปรที่มีค่า $p < 0.25$ ที่ได้
จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ขั้นต้น มา
วิเคราะห์ต่อด้วยสถิติถดถอยพหุลอจิสติก (Multiple
logistic regression) เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์
ระหว่างตัวแปรด้วยวิธีขจัดออกทีละตัวแปร
(Backward Elimination) จนไม่สามารถที่จะตัดตัว
แปรใด ๆ ออกจากโมเดลได้อีก นำเสนอระดับ
ความสัมพันธ์ด้วยค่า Adjusted odds ratio (OR_{adj})
ช่วงความเชื่อมั่น 95%CI และที่ระดับนัยสำคัญทาง
สถิติ 0.05 ซึ่งปัจจัยที่มีค่า $OR_{adj} > 1$ จะมี

ความสัมพันธ์เป็นปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยที่มีค่า $OR_{adj} < 1$ จะมีความสัมพันธ์เป็นปัจจัยป้องกัน

ผลการวิจัย

วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา

1) ด้านปัจจัยนำ พบว่ากลุ่มศึกษาและกลุ่ม
ควบคุมส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 57.36 และ
ร้อยละ 50.43 ส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ
66.02 (อายุเฉลี่ย 64.09 ปี, SD 15.09 ปี) และ ร้อย
ละ 59.74 (อายุเฉลี่ย 61.13 ปี, SD 17.86 ปี)
ตามลำดับ กว่าครึ่งของกลุ่มศึกษา (ร้อยละ 56.06)
เป็นผู้ไม่มีอาชีพหรือว่างงาน ในขณะที่กลุ่มควบคุม
ส่วนมากมีอาชีพ (53.46%) และส่วนใหญ่ของทั้งสอง
กลุ่มมีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยม ร้อยละ 83.77
และ ร้อยละ 74.24ตามลำดับ

2) ด้านปัจจัยเอื้อ พบว่าทั้งกลุ่มศึกษาและ
กลุ่มควบคุมมีโรคประจำตัว ร้อยละ 83.77 และ ร้อย
ละ 69.05 ซึ่งส่วนมากเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อ ร้อยละ
67.75 และ ร้อยละ 60.82 ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มไม่
มีประวัติเสพยาเสพติด ร้อยละ 57.14 และ ร้อยละ
69.26 และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 67.75 และ
ร้อยละ 76.19 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 61.47 และ ร้อย
ละ 74.03 ตามลำดับ ระยะเวลาตั้งแต่ป่วยจนมาถึง
โรงพยาบาลที่เกิน 48 ชั่วโมง พบในกลุ่มศึกษา ร้อย
ละ 57.79 ในขณะที่พบในกลุ่มควบคุม ร้อยละ
67.53

3) ด้านปัจจัยเสริม พบว่า ทั้งกลุ่มศึกษาและ
กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีประวัติเคยนอนรักษาที่
โรงพยาบาล ร้อยละ 78.35 และร้อยละ 70.13
ตามลำดับ เข้ารับการรักษาในช่วงฤดูฝน ร้อยละ
45.23 และร้อยละ 47.84 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่นอกเขต
อำเภอเมืองหรือนอกเขตที่ตั้งของโรงพยาบาลศูนย์
ร้อยละ 80.74 และ ร้อยละ 58.01 ตามลำดับ และ
ทั้งสองกลุ่มตรวจไม่พบเชื้อก่อโรคด้วยอัตรา ร้อยละ
71.43 และ ร้อยละ 88.10 ตามลำดับ รายละเอียดใน
ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะด้านปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมของผู้ป่วยโรคปอดบวมที่ใส่ท่อช่วยหายใจ และรักษาอยู่ในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย

ปัจจัย/ ตัวแปร		กลุ่มศึกษา (n=462)		กลุ่มควบคุม (n=462)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปัจจัยนำ					
เพศ	ชาย	265	57.36	233	50.43
	หญิง	197	42.64	229	49.57
อายุ (ปี)	60 ปีขึ้นไป	305	66.02	276	59.74
	<60 ปี	157	33.98	186	40.26
อาชีพ	อายุเฉลี่ย (SD)	64.09 (15.09)		61.13 (17.86)	
	มีงานทำ	203	43.94	247	53.46
ระดับการศึกษา	ว่างงาน	259	56.06	215	46.54
	< มัธยมศึกษา	387	83.77	343	74.24
	≥ มัธยมศึกษา	75	16.23	119	25.76
ปัจจัยเอื้อ					
ประวัติการมีโรคประจำตัว	มีโรคประจำตัว	387	83.77	319	69.05
	ไม่มีโรคประจำตัว	75	16.23	143	30.95
ประวัติดื่มแอลกอฮอล์	ดื่ม	149	32.25	110	23.81
	ไม่ดื่ม	313	67.75	352	76.19
ประวัติการสูบบุหรี่	สูบบุหรี่	178	38.53	120	25.97
	ไม่สูบบุหรี่	284	61.47	342	74.03
ประวัติเสพยาเสพติด	เสพยาเสพติด	198	42.86	142	30.74
	ไม่เสพยาเสพติด	264	57.14	320	69.26
เวลาตั้งแต่ป่วยถึงโรงพยาบาล	≥ 48 ชั่วโมง	267	57.79	312	67.53
	< 48 ชั่วโมง	195	42.21	150	32.47
ปัจจัยเสริม					
ประวัติการรักษาที่โรงพยาบาล	เคย	362	78.35	324	70.13
	ไม่เคย	100	21.65	138	29.87
ฤดูที่เข้ารับการรักษา	ฤดูฝน	209	45.23	221	47.84
	ฤดูหนาว	156	33.77	148	32.03
เขตที่อยู่อาศัย	ฤดูร้อน	97	21.00	93	20.13
	นอกอำเภอเมือง	373	80.74	268	58.01
การตรวจเชื้อก่อโรค	ในอำเภอเมือง	89	19.26	194	41.99
	พบเชื้อก่อโรค	132	28.57	55	11.90
	ไม่พบเชื้อก่อโรค	330	71.43	407	88.10

วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอ้างอิง

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใส่ท่อช่วยหายใจของผู้ป่วยโรคปอดบวม วิเคราะห์ทีละตัวแปร (Simple หรือ Bi-variate logistic regression) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ละคู่โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบจากตัวแปรอื่นๆ (Crude Analysis) พบว่า

1) กลุ่มปัจจัยนำ พบว่า ตัวแปร เพศ (ชาย) อายุ (≥ 60 ปี) อาชีพ (มีงานทำ) และระดับการศึกษา ($<$ มัธยมศึกษา) ล้วนเป็นตัวแปรที่พบมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ด้วยค่า ($OR_{crude} = 1.32$, 95% CI: 1.02-1.71), ($OR_{crude} = 1.31$, 95% CI: 1.00-1.71, ($OR_{crude} = 0.68$, 95% CI: 0.53-0.88) ($OR_{crude} = 1.79$, 95% CI: 1.30-2.47), และค่า $p = 0.035$, 0.049, <0.001 , <0.001) ตามลำดับ

2) กลุ่มปัจจัยเอื้อ พบว่า ตัวแปร โรคประจำตัว (มี) เสพยาเสพติด (เสพ) ต่อมแอลกอฮอล์ (ดื่ม) สูบบุหรี่ (สูบ) และระยะเวลาตั้งแต่ป่วยมีอาการจนถึงมารักษาที่โรงพยาบาล (≥ 48 ชั่วโมง)

ล้วนพบมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ด้วยค่า $p < 0.001$ ทุกตัวแปร และค่า ($OR_{crude} = 2.13$, 95% CI: 1.69-3.17, ($OR_{crude} = 1.69$, 95% CI: 1.29-2.21), ($OR_{crude} = 1.52$, 95% CI: 1.14-2.04), ($OR_{crude} = 1.79$, 95% CI: 1.35-2.36) และ ($OR_{crude} = 0.66$, 95% CI: 0.50-0.86) ตามลำดับ

3) กลุ่มปัจจัยเสริม มีทั้งหมด 4 ตัวแปร พบว่า มี 3 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการใส่ท่อช่วยหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ได้แก่ ตัวแปรประวัติการเคยนอนรักษาที่โรงพยาบาล (เคย) การตรวจเชื้อก่อโรค (พบเชื้อ) และเขตที่อยู่อาศัย (นอกอำเภอเมือง) ด้วยค่า $p < 0.001$ ทุกตัวแปร และด้วยค่า ($OR_{crude} = 1.54$, 95% CI: 1.14-2.08), ($OR_{crude} = 2.96$, 95% CI: 2.09-4.19), ($OR_{crude} = 3.03$, 95% CI: 2.26-4.07) ยกเว้นปัจจัยฤดูที่มารับบริการ ที่พบเป็นความสัมพันธ์แบบไม่มีนัยสำคัญทางสถิติทั้งตัวแปรฤดูหนาว ฤดูฝน และฤดูร้อน รายละเอียดตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใส่ท่อช่วยหายใจผู้ป่วยโรคปอดบวมในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย: การวิเคราะห์ทีละตัวแปร

ปัจจัย/ ตัวแปร		กลุ่มศึกษา (n=462)		กลุ่มควบคุม (n=462)		ผลการวิเคราะห์	
		จำนวน	%	จำนวน	%	OR_{crude} (95%CI)	p
ปัจจัยนำ							
เพศ	ชาย	265	57.36	233	50.43	1.32(1.02-1.71)	0.035*
	หญิง	197	42.64	229	49.57		
อายุ (ปี)	≥ 60 ปี	305	66.02	276	59.74	1.31(1.00-1.71)	0.049*
	< 60 ปี	157	33.98	186	40.26		
อาชีพ	มีงานทำ	203	43.94	247	53.46	0.68(0.53-0.88)	$< 0.001^*$
	ว่างงาน	259	56.06	215	46.54		
การศึกษา	$<$ มัธยมศึกษา	387	83.77	343	74.24	1.79(1.30-2.47)	$< 0.001^*$
	$\geq$ มัธยมศึกษา	75	16.23	119	25.76		

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใส่ท่อช่วยหายใจผู้ป่วยโรคปอดบวมในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย: การวิเคราะห์ทีละตัวแปร

ปัจจัย/ ตัวแปร		กลุ่มศึกษา(n=462)		กลุ่มควบคุม (n=462)		ผลการวิเคราะห์	
		จำนวน	%	จำนวน	%	OR _{crude} (95%CI)	p
ปัจจัยเอื้อ							
โรคประจำตัว	มี	387	83.77	319	69.05	2.13(1.69-3.17)	< 0.001*
	ไม่มี	75	16.23	143	30.95		
เสเพลสิ่งเสพติด	เสเพล	198	42.86	142	30.74	1.69(1.29-2.21)	< 0.001*
	ไม่เสเพล	264	57.14	320	69.26		
ดื่มแอลกอฮอล์	ดื่ม	149	32.25	110	23.81	1.52(1.14-2.04)	< 0.001*
	ไม่ดื่ม	313	67.75	352	76.19		
สูบบุหรี่	สูบ	178	38.53	120	25.97	1.79(1.35-2.36)	< 0.001*
	ไม่สูบ	284	61.47	342	74.03		
ระยะเวลาตั้งแต่ป่วยจนถึงรับการรักษาที่โรงพยาบาล (ชั่วโมง)							
	≥ 48 ชั่วโมง	267	57.79	312	67.53	0.66(0.50-0.86)	< 0.001*
	< 48 ชั่วโมง	195	42.21	150	32.47		
ปัจจัยเสริม							
ประวัติเคยนอนรักษาที่โรงพยาบาล							
	เคย	362	78.35	324	70.13	1.54(1.14-2.08)	< 0.001*
	ไม่เคย	100	21.65	138	29.87		
ตรวจเช็กก่อนโรค							
	พบ	132	28.57	55	11.90	2.96(2.09-4.19)	< 0.001*
	ไม่พบ	330	71.43	407	88.10		
เขตที่อยู่อาศัย	นอกอำเภอเมือง	373	80.74	268	58.01	3.03(2.26-4.07)	< 0.001*
	ในอำเภอเมือง	89	19.26	194	41.99		
ฤดูที่มารับบริการ	ฤดูฝน	209	45.23	221	47.84	0.92(0.64-1.32)	0.654
	ฤดูหนาว	156	33.77	148	32.03		
	ฤดูร้อน	97	21.00	93	20.13		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใส่ท่อช่วยหายใจของผู้ป่วยโรคปอดบวมวิเคราะห์หลายตัวแปรพร้อมกัน (ถดถอยพหุคูณโลจิสติก)

เมื่อนำตัวแปรที่มีค่า $p < 0.25$ จากตารางที่ 2 มาวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณโลจิสติก และคำนึงถึงผลกระทบจากตัวแปรอื่น พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งของภาค และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการสูบบุหรี่

1) กลุ่มปัจจัยนำ มีปัจจัยอาชีพ (มีงานทำ) และปัจจัยระดับการศึกษา (< มัธยมศึกษา) ที่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มศึกษาที่มีงานทำ มีความเสี่ยงที่จะถูกใส่ท่อช่วยหายใจเป็น 0.70 เท่าของกลุ่มที่ว่างงาน (95% CI: 0.50-0.99, $p = 0.042$) และกลุ่มศึกษาที่เป็นผู้ป่วยโรคปอดบวมที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัศึกษามีความเสี่ยงที่จะถูกใส่ท่อช่วยหายใจเป็น 1.58 เท่าของกลุ่มที่มีระดับ

การศึกษาตั้งแต่มัธยมขึ้นไป (95% CI:1.07-2.33, $p = 0.019$)

2) กลุ่มปัจจัยเอื้อ พบมี 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยโรคประจำตัว(มี) ปัจจัยประวัติการสูบบุหรี่(สูบ) และปัจจัยระยะเวลาตั้งแต่ป่วยมีอาการจนถึงมารับการรักษาที่โรงพยาบาล(≥ 48 ชั่วโมง) โดยกลุ่มศึกษาที่เป็นผู้ป่วยปอดบวมที่มีโรคประจำตัว มีความเสี่ยงที่จะถูกใส่ท่อช่วยหายใจเป็น 2.12 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัว (95%CI:1.48-3.03) $p<0.001$ กลุ่มศึกษาที่เป็นผู้ป่วยโรคปอดบวมที่สูบบุหรี่ มีความเสี่ยงที่จะถูกใส่ท่อช่วยหายใจเป็น 1.86 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่ (95% CI:1.17-2.94) $p=0.008$ และกลุ่มศึกษาที่เป็นผู้ป่วยโรคปอดบวมที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมากกว่า 48 ชั่วโมงนับตั้งแต่มีอาการ มีความเสี่ยงที่จะถูกใส่ท่อช่วยหายใจเป็น 0.64 เท่าของผู้ป่วยโรคปอดบวมที่มารับการรักษาที่

โรงพยาบาลน้อยกว่า 48 ชั่วโมง (95%CI:0.47-0.85) $p<0.001$

3) กลุ่มปัจจัยเสริม พบ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยประวัติเคยมาอนรักษที่โรงพยาบาล(เคย) ปัจจัยผลการตรวจเชื้อก่อโรค(พบ) และปัจจัยเขตที่อยู่อาศัย(นอกอำเภอเมือง) โดยผู้ป่วยโรคปอดบวมที่เป็นกลุ่มศึกษาที่มีประวัติเคยมาอนรักษที่โรงพยาบาล มีความเสี่ยงที่จะถูกใส่ท่อช่วยหายใจ 1.43 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติอนรักษที่โรงพยาบาล (95% CI: 1.01-2.00) $p=0.041$ ผู้ป่วยโรคปอดบวมที่ตรวจไม่พบเชื้อก่อโรค มีความเสี่ยงที่จะถูกใส่ท่อช่วยหายใจเป็น 2.93 เท่าของกลุ่มศึกษาที่เป็นผู้ป่วยโรคปอดบวมและตรวจพบเชื้อก่อโรค (95% CI:2.01-4.26, $p<0.001$) และผู้ป่วยโรคปอดบวมที่อาศัยอยู่นอกเขตอำเภอเมืองมีความเสี่ยงที่จะถูกใส่ท่อช่วยหายใจเป็น 3.24 เท่าของกลุ่มศึกษาที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง (95% CI:2.36-4.44, $p<0.001$) รายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใส่ท่อช่วยหายใจผู้ป่วยโรคปอดบวมในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย: การวิเคราะห์หลายตัวแปร

ปัจจัย/ ตัวแปร		กลุ่มศึกษา	กลุ่มควบคุม	OR _{crude} (95%CI)	การวิเคราะห์หลายตัวแปร	
		(n=462)	(n=462)		OR _{adj.} (95%CI)	p
ปัจจัยนำ (Predisposing Factors)						
เพศ	ชาย	265 (57.36)	233 (50.43)	1.32 (1.02-1.71)	0.90 (0.63-1.29)	0.582
	หญิง	197 (42.64)	229 (49.57)	1		
อายุ	60 ปีขึ้นไป	305 (66.02)	276 (59.74)	1.31 (1.00-1.71)	1.12 (0.78-1.61)	0.541
	< 60 ปี	157 (33.98)	186 (40.26)	1		
อาชีพ	ทำงาน	203 (43.94)	247 (53.46)	0.68 (0.53-0.88)	0.70 (0.50-0.99)	0.042*
	ไม่ได้ทำงาน	259 (56.06)	215 (46.54)	1		
ระดับการศึกษา	< มัธยมศึกษา	387 (83.77)	343 (74.24)	1.79 (1.30-2.47)	1.58 (1.07-2.33)	0.019*
	≥ มัธยมศึกษา	75 (16.23)	119 (25.76)	1		

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใส่ท่อช่วยหายใจผู้ป่วยโรคปอดบวมในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย: การวิเคราะห์หลายตัวแปร

ปัจจัย/ ตัวแปร		กลุ่มศึกษา	กลุ่มควบคุม	OR _{crude} (95%CI)	การวิเคราะห์หลายตัวแปร	
		(n=462)	(n=462)		OR _{adj.} (95%CI)	p
		จำนวน	จำนวน			
		(ร้อยละ)	(ร้อยละ)			
ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors)						
โรคประจำตัว	มี	387 (83.77)	319 (69.05)	2.13 (1.69-3.17)	2.12 (1.48-3.03)	<0.001*
	ไม่มี	75 (16.23)	143 (30.95)	1		
ประวัติดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ดื่มแอลกอฮอล์	149 (32.25)	110 (23.81)	1.52 (1.14-2.04)	1.23 (0.77-1.94)	0.393
	ไม่ดื่มแอลกอฮอล์	313 (67.75)	352 (76.19)	1		
ประวัติการสูบบุหรี่	สูบบุหรี่	178 (38.53)	120 (25.97)	1.79 (1.35-2.36)	1.86 (1.17-2.94)	0.008*
	ไม่สูบบุหรี่	284 (61.47)	342 (74.03)	1		
ระยะเวลาก่อนมารับการรักษาที่โรงพยาบาล						
	≥ 48 ชั่วโมง	267 (57.79)	312 (67.53)	0.66 (0.50-0.86)	0.64 (0.47-0.85)	<0.001*
	< 48 ชั่วโมง	195 (42.21)	150 (32.47)	1		
ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors)						
ประวัติการมารับการรักษาที่โรงพยาบาล						
	เคยนอนรักษา	362 (78.35)	324 (70.13)	1.43 (1.14-2.08)	1.43 (1.01-2.00)	0.041*
	ไม่เคยนอนรักษา	100 (21.65)	138 (29.87)	1		
การตรวจเชื้อก่อโรค						
	พบเชื้อก่อโรค	132 (28.57)	55 (11.90)	2.96 (2.09-4.19)	2.93 (2.01-4.26)	<0.001*
	ไม่พบเชื้อก่อโรค	330 (71.43)	407 (88.10)	1		
เขตที่อยู่อาศัย						
	นอกอำเภอเมือง	373 (80.74)	268 (58.01)	3.03 (2.26-4.07)	3.24 (2.36-4.44)	<0.001*
	ในอำเภอเมือง	89 (19.26)	194 (41.99)	1		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคปอดบวมที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ET tube มีลักษณะทางระบาดวิทยา คือ เป็นชายมากกว่าหญิง ส่วนมากมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และมีการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา มีโรคประจำตัว 83.77% ไม่เสพสิ่งเสพติด 57.14% ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ 67.75% และไม่สูบบุหรี่ 61.47% ส่วนมาก (80.74%) อาศัยอยู่นอกเขตอำเภอเมือง

เคยนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล 78.35% และ 57.79% มาโรงพยาบาลหลังป่วยแล้ว 48 ชั่วโมงขึ้นไป

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในเชิงเป็นปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยโรคปอดบวมต่อการใส่ท่อ ET tube คือ ระดับการศึกษาที่ต่ำกว่ามัธยม ประวัติการเคยนอนรักษาที่โรงพยาบาล การตรวจพบเชื้อก่อโรค อาศัยอยู่นอกเขตอำเภอเมือง การมีโรคประจำตัว และมีประวัติการสูบบุหรี่ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในเชิงป้องกันได้แก่ การมี

งานทำ และการมาถึงโรงพยาบาลเมื่อป่วยมากกว่า 48 ชั่วโมง

อภิปรายผลการวิจัย

1. ลักษณะทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคปอดบวมที่ใส่ท่อช่วยหายใจและรักษาอยู่ในแผนกอายุรกรรมของโรงพยาบาลศูนย์ฯ ที่ศึกษา พบว่าเป็นเพศหญิง: ชายในสัดส่วน 1:1.35 ส่วนมาก (66.02%) มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่มีงานทำน้อยกว่าผู้ที่ว่างงานด้วยสัดส่วน 1: 1.28 และส่วนใหญ่ (83.77%) มีการศึกษาต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษา ส่วนใหญ่ (83.77%) มีโรคประจำตัวไม่เสพสิ่งเสพติด 57.14% ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ 67.75% และไม่สูบบุหรี่ 61.47% เป็นผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตอำเภอเมือง 80.74% เคยนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลมาก่อน 78.35% และกว่าครึ่ง (57.79%) มาโรงพยาบาลหลังจากมีอาการไปแล้วตั้งแต่ 48 ชั่วโมงขึ้นไป

2. พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับผู้ป่วยโรคปอดบวมที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ได้แก่

1) โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งของภาคและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการสูบบุหรี่ ในกลุ่มปัจจัยนำ ได้แก่

- ตัวแปรอาชีพ ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดบวมที่มีงานทำ มีความเสี่ยงที่จะถูกใส่ท่อช่วยหายใจเป็น 0.70 เท่าของกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดบวมที่ไม่มีอาชีพ ($OR_{adj.}=0.70$, 95% CI:0.50-0.99, $p=0.042$) หมายความว่า คนที่มีอาชีพ มีงานทำมีความเสี่ยงที่จะป่วยเป็นโรคปอดบวมน้อยกว่าคนที่ไม่มีอาชีพการงาน อภิปรายได้ว่า ผู้ที่ประกอบอาชีพจะมีโอกาสได้สัมผัสกับเชื้อก่อโรคหรือปัจจัยก่อโรคอื่นๆ มากขึ้น¹² อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ในการศึกษานี้ไม่ได้ประกอบอาชีพ แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จึงอาจทำให้ร่างกายอ่อนแอและติดเชื้อก่อโรคปอดบวม

ในชุมชนได้ง่าย อีกทั้งยังมีโอกาสสุดคมเอาฝุ่นละออง ควัน หรือสารพิษจากสิ่งแวดล้อมเพิ่มมากขึ้น จากการขยายตัวของ การผลิตในภาคอุตสาหกรรมและบริการอย่างกว้างขวาง จึงก่อให้เกิดการระคายเคืองและเกิดการอักเสบของปอด¹³

- ตัวแปรระดับการศึกษา ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดบวมที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา มีความเสี่ยงที่จะถูกใส่ท่อช่วยหายใจเป็น 1.58 เท่าของผู้ป่วยโรคปอดบวมที่มีระดับการศึกษาตั้งแต่มัธยมศึกษาขึ้นไป ($OR_{adj.}=1.58$, 95% CI:1.07-2.33, $p=0.019$) สอดคล้องกับการศึกษาคุณลักษณะทางคลินิกและปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดติดเชื้อชุมชนในโรงพยาบาลอุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี ที่พบว่า ระดับการศึกษาที่ต่ำกว่ามัธยมศึกษา มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดติดเชื้อชุมชน ($OR_{adj.}=2.14$, 95% CI:1.15-3.99, $P=0.013$)¹⁴ และสอดคล้องกับตำราทางระบาดวิทยาได้ระบุว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่า เพราะมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเองรวมถึงการป้องกันโรคดีกว่านั่นเอง¹²

2) ในกลุ่มปัจจัยเชื้อ ที่พบว่า

- ผู้ป่วยโรคปอดบวมที่มีโรคประจำตัวด้วย มีความเสี่ยงที่จะถูกใส่ท่อช่วยหายใจเป็น 2.12 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัว ($OR_{adj.}=2.12$, 95% CI:1.48-3.03, $p<0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพยากรณ์โรคปอดบวมชุมชนในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งของประเทศญี่ปุ่นพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดบวมที่มีโรคประจำตัวร่วมกันหลายโรค เช่น Malignant disease, COPD มีแนวโน้มที่อาการของโรคปอดบวมจะแย่ลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁵ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรียนต์ มิ่งขวัญ และ

ปาริมอก เกิดจันทิก ที่มีการพัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดบวมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย มีโอกาสที่จะเกิดโรคปอดบวมได้มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคความดันโลหิตสูงถึง 16.95 เท่า¹⁶ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวจะส่งผลให้ร่างกายอยู่ในระยะไวต่อโรค (Stage of Susceptibility) ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อก่อโรคได้ง่าย หากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวหลายชนิดจะยิ่งเพิ่มความรุนแรงของอาการให้มากขึ้นด้วย¹²

- ประวัติการสูบบุหรี่ ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดบวมที่สูบบุหรี่ มีความเสี่ยงที่จะถูกใส่ท่อช่วยหายใจเป็น 1.86 เท่าของผู้ป่วยโรคปอดบวมที่ไม่สูบบุหรี่ ($OR_{adj.}=1.86$, 95% CI:1.17-2.94, $p=0.008$) สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับการเกิดพยาธิสภาพของปอดและโรคทางเดินหายใจ โดยพบว่า การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคปอดบวม¹⁷ เนื่องจากการสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย¹² เพราะการสูบบุหรี่จะทำให้ลายกลไกในการดักจับและกำจัดเชื้อก่อโรคตามธรรมชาติของปอด ทำให้เกิดการติดเชื้อที่ปอดได้ง่าย¹⁸ - ผู้ป่วยโรคปอดบวมที่มีระยะเวลาก่อนมารับการรักษาที่โรงพยาบาล 48 ชั่วโมงขึ้นไปนับตั้งแต่มีอาการ มีความเสี่ยงที่จะได้ใส่ท่อช่วยหายใจเป็น 0.64 เท่าของผู้ป่วยโรคปอดบวมที่มีระยะเวลาก่อนมารับการรักษาที่โรงพยาบาลน้อยกว่า 48 ชั่วโมงนับตั้งแต่มีอาการ ($OR_{adj.}=0.64$, 95%CI:0.47-0.85, $p<0.001$) เนื่องจากระยะพักตัวของโรคปอดบวมนั้นไม่แน่นอน ขึ้นอยู่กับชนิดของเชื้อก่อโรค ซึ่งอย่างรวดเร็วคือ 1-3 วัน และอย่างช้าคือ 1-4 สัปดาห์จึงจะแสดงอาการ¹⁹ ซึ่งผู้ป่วยโรคปอดบวมที่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจของการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังร่วมด้วย จึงทำให้อาการ

ของโรคมีความรุนแรงและเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน จำเป็นต้องให้การช่วยเหลือด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจอย่างเร่งด่วน ประกอบกับในปัจจุบันประเทศไทยมีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ทันสมัย มีระบบการนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินไปยังโรงพยาบาลที่รวดเร็วผ่านหมายเลขโทรศัพท์ 1669 ทำให้ประชาชนรับรู้และสามารถเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้สะดวกมากยิ่งขึ้น²⁰ จึงทำให้ผู้ป่วยโรคปอดบวมที่มีอาการรุนแรงมาถึงโรงพยาบาลในเวลาไม่นานนักและได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจอย่างทันท่วงที

3) ในกลุ่มปัจจัยเสริม ที่พบว่า

- ผู้ป่วยโรคปอดบวมที่เป็นกลุ่มศึกษาที่เคยมาอนรรักษ์หาที่โรงพยาบาลมีความเสี่ยงที่จะถูกใส่ท่อช่วยหายใจเป็น 1.43 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่เคยมาอนรรักษ์หาที่โรงพยาบาล ($OR_{adj.}=1.43$, 95%CI:1.01-2.00, $p=0.041$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jackson et al.²¹ ที่พบว่าจำนวนครั้งของการมาตรวจตามนัดที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก (OPD) เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อก่อโรคปอดบวม ซึ่งแสดงให้เห็นผู้ป่วยที่มีประวัตินอนโรงพยาบาลรวมถึงเคยมารับการตรวจที่โรงพยาบาลเป็นประจำ อาจเพิ่มโอกาสในการสัมผัสและติดเชื้อก่อโรคที่มีอยู่ในสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและมีอาการรุนแรงได้

- ปัจจัยการตรวจเชื้อก่อโรค ที่พบว่าผู้ป่วยโรคปอดบวมที่ตรวจพบเชื้อก่อโรค มีความเสี่ยงที่จะถูกใส่ท่อช่วยหายใจเป็น 2.93 เท่าของผู้ป่วยโรคปอดบวมที่ตรวจไม่พบเชื้อก่อโรค ($OR_{adj.}=2.93$, 95%CI: 2.01-4.26, $p<0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาผู้ป่วยโรคปอดบวมชนิดรุนแรง (Community Acquired Pneumonia: CAP) ในประเทศสิงคโปร์ ที่พบว่าเชื้อก่อโรคปอดบวม CAP ส่วนใหญ่ คือ *Streptococcus pneumoniae* ซึ่งเป็นเชื้อแบคทีเรีย²²

เช่นเดียวกันกับการศึกษาที่พบว่าเชื้อก่อโรคส่วนใหญ่คือเชื้อแบคทีเรีย โดยผู้ที่ติดเชื้อก่อโรคย่อมมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการที่รุนแรง และเมื่อตรวจพบเชื้อก่อโรคได้ก็คือเชื้อชนิดใดแล้ว จะทำให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะกระทำได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว

- ปัจจัยเขตที่อยู่อาศัย ที่พบว่าผู้ป่วยโรคปอดบวมที่อาศัยอยู่นอกเขตอำเภอเมืองจะมีความเสี่ยงที่จะถูกใส่ท่อช่วยหายใจเป็น 3.24 เท่าของผู้ป่วยโรคปอดบวมที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง ($OR_{adj.}=3.24$, 95%CI: 2.36-4.44, $p<0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการศึกษาสถานการณ์โรคและการเสียชีวิตจากโรคปอดอักเสบ จังหวัดชัยภูมิ โดยอาคม สมบัติหอม และคณะ²³ พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2561 พบว่า อำเภอที่มีอัตราป่วยสูงติดต่อกันตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 ถึง พ.ศ. 2561 คือ อำเภอซับใหญ่ อำเภอบำเหน็จณรงค์ ส่วนอำเภอที่มีอัตราตายสูงติดต่อกัน คือ อำเภอบำเหน็จณรงค์และอำเภอภูเขียว ซึ่งทั้งหมดนั้นเป็นอำเภอนอกเขตอำเภอเมือง ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการส่งต่อผู้ป่วยจากเขตต่างๆ เข้ามาที่โรงพยาบาลศูนย์แห่งนี้ จึงทำให้ผลรวมของผู้ป่วยที่อยู่นอกเขตอำเภอเมืองมีมากกว่าในเขตอำเภอเมือง

ข้อเสนอแนะในการนำไปปฏิบัติ

บุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงหน่วยงานทางด้านสาธารณสุข สามารถนำข้อมูลทางด้านระบาดวิทยาและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์จากการศึกษานี้ไปใช้ในการเฝ้าระวังเพื่อประเมินสถานการณ์ของโรคในพื้นที่ เพื่อนำมาสู่การวางแผนการให้บริการทางด้านสุขภาพที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาทางระบาดวิทยาคลินิกแบบภาคตัดขวางเพิ่มเติม เพื่อให้สามารถเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยหรือญาติผู้เกี่ยวข้องด้วยการสัมภาษณ์หรือแบบสอบถาม จะช่วยให้ได้

รายละเอียดที่ดีและเพียงพอยิ่งขึ้น ช่วยลดข้อจำกัดของการศึกษาแบบย้อนหลังแบบมีกลุ่มควบคุมครั้งนี้ ที่ข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยมีค่อนข้างจำกัด

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ได้อันเนื่องมาจากการได้รับคำแนะนำในการทำวิจัยจากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญ ตลอดจนได้รับความอนุเคราะห์ในการทำวิจัยจากหน่วยงานต่างๆ อย่างดียิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Pneumonia [online] 2016 [cited 2018 Sep 8]. Available from: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia>.
2. มนะพล กุลปรานีต. ปอดอักเสบในผู้มีภูมิคุ้มกันผิดปกติที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี (Pneumonia in the Immunocompromised, Non-HIV). ใน: นิธิพัฒน์ เจียรกุล, บรรณาธิการ. ตำราโรคระบบการหายใจ: ให้ระบบการหายใจปลอดภัยจากโรค. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย; 2551. หน้า 303-319.
3. Peto L, Nadjm B, Horby P, Ngan TTD, Doorn RV., Kinh NV, et al. The Bacterial Aetiology of Adult Community-Acquired Pneumonia in Asia: a Systematic Review. Oxford Journals 2014; 108(6): 326-337.
4. วิชา รักษ์พิชิตกุล. ปอดอักเสบชุมชน (Community-Acquired Pneumonia). ใน:

- นิธิพัฒน์ เจียรกุล, บรรณาธิการ. ตำราโรคระบบการหายใจ: ให้ระบบการหายใจปลอดภัยจากโรค. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย; 2551. หน้า 263-285.
5. Eckman M, Labus D, Nale P. Disease & drug consult: Respiratory disorders. China: The Organization; 2010.
6. งานจัดการสารสนเทศ กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์. สรุปรายงานสาเหตุการป่วยจำแนกรายโรคของผู้ป่วยในโรงพยาบาลขอนแก่น ปีงบประมาณ 2556-2560 [เอกสารอัดสำเนา]. ขอนแก่น: โรงพยาบาล; 2560.
7. ทนชัย บุญบุรพงค์. การบำบัดระบบหายใจ. ใน: สุนิสา ฉัตรมงคลชาติ, บรรณาธิการ. การดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ: Respiratory Care in Adult Mechanically Ventilated Patients. สงขลา: หน่วยผลิตตำรา คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2557. หน้า 1-5.
8. รุจิรากร วรรณธนาทัศน. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามกระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม [ฉบับอิเล็กทรอนิกส์]. ว.พยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2559; 26(2): 103-115.
9. Weinstein RA. Health Care Associated Infections. In: Kasper DL, Fauci AS, Editors. Harrison's Infectious Diseases. 2nd ed. China: China Translation & Printing Services Ltd; 2013. p. 159-169.
10. ภริตา บุญรักษา และคณะ. โรคปอดอักเสบจากการติดเชื้อในโรงพยาบาลในผู้ใหญ่ สาเหตุและความชุกของการดื้อยาปฏิชีวนะช่วงปี พ.ศ. 2554-2555 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2556; 7(2): 296-301.
11. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple Method for Sample Size Calculation for Linear and Logistic Regression. Statistics in medicine 1998; 17(14): 1623-1634.
12. คำนวน อึ้งชูศักดิ์, บรรณาธิการ. พื้นฐานระบาดวิทยา: Basics of Epidemiology. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แคนนากราฟฟิค; 2559.
13. นิธิพัฒน์ เจียรกุล. (บรรณาธิการ). (2551). โรคปอดจากการทำงาน: (Occupational Lung Diseases). ตำราโรคระบบการหายใจ: ให้ระบบการหายใจ ปลอดภัยจากโรค. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย. หน้า 243-254.
14. ธีรภา รัตนเสลานนท์. การศึกษาคุณลักษณะทางคลินิกและปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดติดเชื้อชุมชนในโรงพยาบาลอุทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารแพทย์เขต 4-5 2560; 36(4): 291-303.
15. Ito A, Ishida T, Tokumasu H, Washio Y, Yamazaki A, Ito Y, Tachibana H. Prognostic factors in hospitalized community-acquired pneumonia: a retrospective study of a prospective observational cohort. BMC Pulmonary Medicine 2017; 17(78): 1-10.
16. สุริยนต์ มิ่งขวัญ และปาริโมก เกิดจันทิก. การพัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอักเสบติดเชื้อในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2560; 13(3): 14-24.

17. Konopka KE, Myers JL. A Review of Smoking-Related Interstitial Fibrosis, Respiratory Bronchiolitis, and Desquamative Interstitial Pneumonia: Overlapping Histology and Confusing Terminology. Arch Pathol Lab Med 2018; 142(10): 1177-1181.
18. นนทลี ทองสง, กำพล สุวรรณพิมลกุล. Community-Acquired Pneumonia. ใน: รองพงศ์ โพธิ์ลัง และคณะ, บรรณาธิการ. Clinical Approach and Management in Respiratory Tract Infections. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555. หน้า 149-169.
19. สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง 506: Pneumonia [ออนไลน์] 2561 [อ้างเมื่อ 12 กันยายน 2561]. จาก: <http://www.boe.moph.go.th/index.php>
20. ภัฏญา วังศรี. การบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย: The EMS System in Thailand. Srinagarind Med J 2556; 28: 69-73.
21. Jackson ML, Neuzil KM, Thompson WW, Shay DK, Yu O, Hanson C, et al . The Burden of Community-Acquired Pneumonia in Seniors: Result of a Population-Based Study. Clin Infect Dis 2004; 39: 1642-50.
22. Quah J, Jiang B, Tan PC, Siau C, Tan TY. Impact of microbial Aetiology on mortality in severe community-acquired pneumonia. BMC Infectious Diseases 2018; 18(1): 1.
23. อาคม สมบัติหอม, วีรพล ความหมั่น, ชุติพร จิระพงษา, กฤชวิทย์ ปลอดดี, ชรัสพร จิตรพิระ, และคณินิจ เยื่อใย. สถานการณ์โรคและการเสียชีวิตจากโรคปอดอักเสบ จังหวัดชัยภูมิ ปี พ.ศ. 2557-2561. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2562; 50(10): 149-156.

Received: 11 Sep 2019, Revised: 6 Nov 2019

Accepted: 20 Dec 2019

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การมีส่วนร่วมกับการพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดหนองคาย

พิทกรณ์ พลโคต^{1,*}

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อศึกษา 1) ปัจจัยส่วนบุคคลของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดหนองคาย 2) ระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดหนองคาย 3) ระดับการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดหนองคาย และ 4) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การมีส่วนร่วมกับการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดหนองคาย ประชากรที่ศึกษาคือ บุคลากรทุกกลุ่มสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 4 แห่ง จำนวน 591 คน สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 257 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือแบบสอบถาม 3 ส่วน ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 190 คน ร้อยละ 74.5 อายุเฉลี่ย 37.6 ปี การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี จำนวน 178 คน ร้อยละ 70.6 ระยะเวลาปฏิบัติงานโดยเฉลี่ย 12.22 ปี ส่วนบทบาทหน้าที่ในโรงพยาบาลมากที่สุดคือกลุ่มบุคลากรด้านการรักษาพยาบาล จำนวน 138 คน ร้อยละ 54.8 ส่วนมากเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับงานคุณภาพ จำนวน 180 คน ร้อยละ 71.4 และเป็นคณะกรรมการการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล จำนวน 134 คน ร้อยละ 53.2 2) ระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.26 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.205 3) ระดับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของโรงพยาบาลชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.55 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.52 4) ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านบทบาทหน้าที่ในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดหนองคาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติและ ปัจจัยการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ การมีส่วนร่วมการพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลชุมชน

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสังคม จังหวัดหนองคาย

* taw_clinic@hotmail.com

Original Article

The Relationship between Participation Factors and Quality Improvement of personnel in Community Hospitals, Nong Khai Province

Pitaporn Ponkot^{1,*}**Abstract**

The objectives of this descriptive research were to explore 1) personal factors of in community hospitals in Nong Khai Province, 2) levels of personal's participation in community hospitals, Nong Khai Province, 3) the level of development of quality services among community hospitals in Nong Khai Province, and 4) the relationship between personal factors, personnel's participation and the developing of quality services among community hospitals in Nong Khai Province. The sample of this research were Five hundred and ninety-one professional group personnel from four community hospitals in Nong Khai Province was the population of this study. Two hundred and fifty-seven samples were selected by purposive sampling. The administered questionnaires were used as the instrument. Mean, percentage, standard deviation, correlation coefficient and multiple regression were used to analyze the data. This study found that 1) most of the sample were one hundred and nine staff female representing 74.5%. The average age was 37.6 years old, one hundred and seventy-eight graduated in bachelor's degree at 70.6%, the average of working experience was 12.22 years. One hundred and thirty-eight staff are medical service position at 54.8%, one hundred and eighty staff has the quality services educated, and one hundred and thirty-four are member of the development of quality services in the community hospitals at 53.2% 2) overall of the participation's level are in the moderate and average value of 3.26 standard deviation 2.205 3) Overall of the level of development of quality services hospital are moderate, an average value of 3.55 standard deviation 2.52 4) the personal factors related with the development of quality services with the significance. The relationship between participation of practice and benefit are related and influence within the development of quality services with a statistical significance.

Keywords: Personal factors, participation, development of quality service, community hospitals

¹ Registered Nurse, Sangkhom Hospital, Nong Khai Province

* taw_clinic@hotmail.com

บทนำ

จากสถานการณ์ในปัจจุบัน คุณภาพและความปลอดภัยเป็นสิ่งที่สังคมคาดหวังต่อระบบบริการสุขภาพในทุกประเทศ แต่ยังพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ความไม่พึงพอใจจากการให้บริการ ความขัดแย้ง ความเสี่ยง และความสูญเปล่าเกิดขึ้น¹ กระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีบทบาทสำคัญในการให้บริการด้านสุขภาพให้มีคุณภาพและความปลอดภัยเพื่อตอบสนองต่อความคาดหวังของสังคม โดยกระทรวงสาธารณสุขได้มีการกำหนดนโยบายในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพในปี 2555 - 2559 ขึ้น โดยมีทิศทางการพัฒนาในส่วนภูมิภาคในประเด็นการเพิ่มขีดความสามารถของสถานบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชน จึงมีความจำเป็นต้องมีกระบวนการพัฒนาระบบบริการเพื่อก้าวไปสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เป็นลำดับขั้นของการพัฒนาหรือบันไดสามขั้นสู่ HA ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี¹ และทุกๆ ขั้นตอนของการพัฒนา โรงพยาบาลชุมชนจะสามารถผ่านการรับรองกระบวนการพัฒนาได้ บุคลากรในโรงพยาบาลต้องมีส่วนร่วมและสนับสนุนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ การส่งเสริมปัจจัยที่ทำให้เกิดความร่วมมือของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพ และการมีส่วนร่วมของบุคลากรนั้น ประกอบด้วยขั้นตอนร่วมตัดสินใจในการพัฒนา ร่วมลงมือปฏิบัติ ร่วมประเมินผล และร่วมรับผลประโยชน์ตามแนวคิดของจอห์น โคเฮน และ นอร์แมน ออฟฮอฟ²

ดังนั้นเขตสุขภาพที่ 8 จึงได้มีการกำหนดนโยบายในการพัฒนาคุณภาพบริการ (Quality of service) ตามแผนพัฒนาคุณภาพบริการ (Service plan) โดยมีการบูรณาการการดำเนินงานของ

สถานบริการสุขภาพทุกระดับ เพื่อเอื้อต่อการเข้าถึงบริการ มีความต่อเนื่องในการบริการ ภายใต้เกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานบริการ (สรพ.) โดยในปี 2560 โรงพยาบาลที่เข้าสู่กระบวนการรับรองกระบวนการพัฒนาคุณภาพทุกโรงพยาบาลและโรงพยาบาลในเขตจังหวัดหนองคายผ่านการประเมินขั้นที่ 3 และการประเมินซ้ำ เพียงร้อยละ 65 ซึ่งน้อยกว่าเกณฑ์ คือ ร้อยละ 80³ ผู้บริหารระดับจังหวัดและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้มีการกำหนดในแผนพัฒนายุทธศาสตร์ให้โรงพยาบาลในจังหวัดหนองคายผ่านการประเมินขั้นที่ 3 หรือการประเมินซ้ำร้อยละ 100 ในปี 2561 – 2564 ซึ่งจากการสำรวจข้อมูล พบว่า โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดหนองคายมีจำนวน 8 แห่ง เป็นโรงพยาบาลที่เปิดให้บริการใหม่จำนวน 3 แห่ง เมื่อผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลโรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมาย พบว่า มีโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 4 แห่ง ที่มีการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) และใช้ระยะเวลาในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมากกว่า 10 ปี⁴ ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้างานพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดหนองคาย จึงได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการมีส่วนร่วมกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดหนองคายขึ้น เพื่อนำข้อมูลและผลการศึกษาไปปรับปรุงและกำหนดแนวทางการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยและผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน มีประสิทธิภาพและยกระดับคุณภาพบริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดหนองคายต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของบุคลากรของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดหนองคาย
2. เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดหนองคาย
3. เพื่อศึกษาระดับการพัฒนาคุณภาพของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดหนองคาย
4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การมีส่วนร่วมกับการพัฒนาคุณภาพของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดหนองคาย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การมีส่วนร่วมกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดหนองคาย ดำเนินการวิจัยเดือน มีนาคม 2561 ถึง มีนาคม 2562

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ บุคลากรทุกกลุ่มสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 4 แห่งในจังหวัดหนองคายจำนวน 591 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณ Krejcie and Morgan ได้จำนวน 233 คน มีเก็บเพิ่ม ร้อยละ 10 กรณีการตอบกลับไม่สมบูรณ์ ได้กลุ่มตัวอย่าง 257 คน และทำการสุ่มแบบเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสอบถามที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการมีส่วนร่วมกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดหนองคาย โดยแบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของ

บุคลากรโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดหนองคาย ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงาน บทบาทหน้าที่ในโรงพยาบาล ประสิทธิภาพการอบรมเกี่ยวกับงานคุณภาพ บทบาทการเป็นคณะกรรมการในการพัฒนาคุณภาพการรับรองกระบวนการคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาล ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน ตามแนวคิดของจอห์น โคเฮน และ เนอร์แมน อัฟฮอฟ² มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จากน้อยที่สุดถึงมากที่สุด ข้อคำถามแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังต่อไปนี้ ด้านที่ 1 การมีส่วนร่วมการตัดสินใจจำนวน 3 ข้อ ด้านที่ 2 การมีส่วนร่วมการปฏิบัติ จำนวน 3 ข้อ ด้านที่ 3 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล จำนวน 3 ข้อ ด้านที่ 4 การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ จำนวน 3 ข้อ รวมทั้งหมด 4 ด้าน มีข้อคำถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 12 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน ตามกรอบแนวคิดมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี¹ มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จากน้อยที่สุดถึงมากที่สุด ข้อคำถามแบ่งออกเป็น 7 ด้าน ดังต่อไปนี้ ด้านที่ 1 การนำองค์กร จำนวน 3 ข้อ ด้านที่ 2 การบริหารเชิงกลยุทธ์ จำนวน 3 ข้อ ด้านที่ 3 การมุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน จำนวน 3 ข้อ ด้านที่ 4 การวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้ จำนวน 3 ข้อ ด้านที่ 5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล จำนวน 4 ข้อ ด้านที่ 6 การจัดการกระบวนการ จำนวน 4 ข้อ และด้านที่ 7 ผลลัพธ์การดำเนินงาน จำนวน 3 ข้อ รวมทั้งหมด 7 ด้าน มีข้อคำถามเกี่ยวกับการ

พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร
โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 23 ข้อ

คุณภาพแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้ให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC) ได้เท่ากับ 0.96 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้ในกลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.96

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) คือ แง่ความถี่ (Frequency), ค่าร้อยละ (Percentage), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation), ค่าเฉลี่ย (Mean) ศึกษา ปัจจัยส่วนบุคคล ระดับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดหนองคาย และระดับการพัฒนาคุณภาพของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดหนองคาย และใช้สถิติอนุมาน (Inferential Statistics) คือ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product correlation coefficient) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสองตัวที่เป็นอิสระต่อกัน และหาความสัมพันธ์และความสามารถในการพยากรณ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการมีส่วนร่วมที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนโดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis)

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมและการรับรองการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ การวิจัยในครั้งนี้ผ่านการรับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย หมายเลขรับรอง เลขที่ 25/2561 หลังจากนั้นทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลส่งถึงโรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมายจำนวน 4 แห่ง และผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการปกป้องและคุ้มครองการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง โดยให้ตอบแบบสอบถามโดยสมัครใจภายหลังที่ได้รับคำชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม รวมถึงคำชี้แจงเป็นลายลักษณ์อักษรของแบบสอบถามว่าการตอบแบบสอบถามไม่มีผลใดๆ ต่อแบบสอบถามผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวมเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาคุณภาพ และวางแผนพัฒนาบริหารองค์กรต่อไป

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากร
โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดหนองคาย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.5 มีอายุเฉลี่ย 37.6 ปี การศึกษาจบปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 70.6 มีระยะเวลาการปฏิบัติงานเฉลี่ย 12.22 ปี ส่วนบทบาทหน้าที่ในโรงพยาบาลส่วนมากคือกลุ่มบุคลากรด้านการรักษาพยาบาล ร้อยละ 54.8 เคยมีประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับงานคุณภาพมากที่สุด ร้อยละ 71.4 มีบทบาทการเป็นคณะกรรมการในการพัฒนาคุณภาพเป็นส่วนมาก ร้อยละ 53.2 และโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างผ่านการรับรองกระบวนการพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน (HA) ร้อยละ 100 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดหนองคาย จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม (n=252)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	62	24.6
หญิง	190	74.5
2. อายุ ($\bar{x}$ = 37.6, SD = 9.99) อายุน้อยที่สุด = 20 ปี, อายุมากที่สุด = 59 ปี		
3. ระดับการศึกษา		
ระดับต่ำกว่าอนุปริญญา	37	14.7
ระดับอนุปริญญา	20	7.9
ระดับปริญญาตรี	178	70.6
สูงกว่าปริญญาตรี	17	6.7
4. ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ($\bar{x}$ = 12.22, SD = 9.78) น้อยที่สุด = 1 ปี, มากที่สุด = 38 ปี		
5. บทบาทหน้าที่ในโรงพยาบาล		
บุคลากรด้านการรักษาพยาบาล	138	54.8
บุคลากรสายสนับสนุน	114	45.2
6. ประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับงานคุณภาพ		
ไม่เคย	72	28.6
เคย	180	71.4
7. บทบาทการเป็นคณะกรรมการในการพัฒนาคุณภาพ		
ไม่เป็น	118	46.8
เป็น	134	53.2
8. การรับรองกระบวนการพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน (HA) ของโรงพยาบาล		
ไม่ผ่าน	0	0
ผ่าน	252	100

ตอนที่ 2 ระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดหนองคาย ภาพรวมระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.26, SD = 2.20) เมื่อ

พิจารณารายด้านพบว่า การมีส่วนร่วมด้านการปฏิบัติ ที่อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.69, SD = 2.36) ส่วนอีก 3 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดหนองคาย (n=252)

ปัจจัยการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดหนองคาย	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	3.13	2.95	ปานกลาง
ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ	3.69	2.36	มาก
ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล	3.17	2.81	ปานกลาง
ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์	3.08	2.04	ปานกลาง
รวม	3.26	2.20	ปานกลาง

ตอนที่ 3 ระดับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดหนองคาย โดยรวมระดับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.55$, $SD = 2.52$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการนำองค์กร โดยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.72$, $SD = 2.39$) ส่วนอีก 6 ด้านอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดหนองคาย (n=252)

ปัจจัยการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดหนองคาย	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
ด้านการนำองค์กร	3.72	2.39	มาก
ด้านการบริหารเชิงกลยุทธ์	3.54	2.30	ปานกลาง
ด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน	3.50	2.26	ปานกลาง
ด้านการวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้	3.44	2.34	ปานกลาง
ด้านการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล	3.46	3.07	ปานกลาง
ด้านการจัดการกระบวนการ	3.57	3.02	ปานกลาง
ผลลัพธ์การดำเนินงาน	3.65	2.26	ปานกลาง
โดยรวม	3.55	2.52	ปานกลาง

ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการมีส่วนร่วมกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดหนองคาย พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ อายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน บทบาทหน้าที่ในโรงพยาบาล ประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับงาน คุณภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดหนองคายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลด้านระดับการศึกษา บทบาทการเป็น คณะกรรมการในการพัฒนาคุณภาพมี

ความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการพัฒนา
คุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรในโรงพยาบาล ชุมชน จังหวัดหนองคายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ 0.05 ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรใน
โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดหนองคาย (n=252)

ปัจจัยส่วนบุคคล	การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล		
	สัมประสิทธิ์กับ สัมพันธ์ (r)	p-value	การแปล ผล
เพศ	0.00	0.97	ต่ำ
อายุ	0.05	0.42	ต่ำ
ระดับการศึกษา	-0.00	0.92	ต่ำ
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน	0.05	0.39	ต่ำ
บทบาทหน้าที่ในโรงพยาบาล	0.15	0.01	ต่ำ
ประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับงานคุณภาพ	0.07	0.24	ต่ำ
บทบาทการเป็นคณะกรรมการในการพัฒนา คุณภาพ	-0.07	0.21	ต่ำ
ระดับการรับรองกระบวนการคุณภาพมาตรฐาน (HA) ของโรงพยาบาล	-	< 0.001	

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการมีส่วนร่วม กับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของ
บุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดหนองคาย โดยรวมและรายด้าน พบว่า ปัจจัยการมีส่วนร่วม
มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัด
หนองคายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($r = 0.585$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทั้ง 4 ด้านมี
ความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางทั้งหมด
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงใน
ตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการมีส่วนร่วมโดยรวมและรายด้านต่างๆ กับการพัฒนา
คุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดหนองคาย (n=252)

ปัจจัยการมีส่วนร่วม	การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล		
	สัมประสิทธิ์กับสัมพันธ์ (r)	p-value	การแปลผล
ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	0.45	< 0.001	ปานกลาง
ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ	0.54	< 0.001	ปานกลาง
ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล	0.48	< 0.001	ปานกลาง

ปัจจัยการมีส่วนร่วม	การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล		
	สัมประสิทธิ์กับสัมพันธ (r)	p-value	การแปลผล
ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์	0.56	< 0.001	ปานกลาง
รวม	0.58	<0.001	ปานกลาง

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดหนองคาย โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วม พบว่า ด้านการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก คือ บุคลากรโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดหนองคาย มีส่วนรับผิดชอบในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายและการมีส่วนร่วมของการเป็นส่วนหนึ่งในการปฏิบัติงานตามแผนการปฏิบัติงานที่ได้กำหนดไว้ และเพิ่มการสนับสนุนให้บุคลากรมีโอกาสเข้าร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมทั้งทางตรงและทางอ้อม และเปิดโอกาสให้บุคลากรนำความรู้ ความสามารถมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะองค์กรหรือผู้บริหารมีการสนับสนุนให้บุคลากรในโรงพยาบาลได้รับการอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ทำให้บุคลากรเข้าใจและสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพให้ประสบความสำเร็จสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์⁵ สำหรับประเด็นที่ต้องนำมาเพิ่มมาตรการในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดหนองคาย คือ ประเด็นของการมีส่วนร่วมนำข้อมูลความคลาดเคลื่อนจากการปฏิบัติงานมาปรับปรุงเพื่อลดความคลาดเคลื่อนการปฏิบัติงาน โดยหน่วยงานมีการวางแผนกระบวนการทำงาน มีการกำหนด

ตัวชี้วัดเพื่อควบคุมกำกับและมีการนำกระบวนการที่ยังมีความคลาดเคลื่อนมาปรับปรุงแก้ไข จนเกิดนวัตกรรมหรือกระบวนการปฏิบัติงานใหม่ๆ ที่ดี ลดความคลาดเคลื่อนในการปฏิบัติงาน โดยใช้หลักการของ Edwards Deming⁶ ปรับปรุงระบบการปฏิบัติงาน และการให้บริการอย่างต่อเนื่อง (ใช้วงจร Deming เพื่อการปรับปรุงตามขั้นตอนวางแผน – ลองทำ – ตรวจสอบ – ลงมือปฏิบัติ และปรับปรุง ซึ่งเรียกว่า Plan Do check Act หรือ PDCA)

การมีส่วนร่วมด้านการรับผลประโยชน์จากผลการวิจัย มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด โดยอยู่ในระดับปานกลาง การนำผลการวิจัยในครั้งนี้ไปใช้ได้โดยการจัดประชุมให้มากขึ้น มีการกำหนดตัวชี้วัด โดยการเปิดโอกาสให้บุคลากรแสดงความคิดเห็นและทำให้บุคลากรได้รับทราบนโยบายหรือแนวทางการปฏิบัติในการสร้างขวัญและกำลังใจเมื่อบุคลากรมีการปฏิบัติงานเกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง เช่น การให้รางวัล ประกาศยกย่องชมเชย มอบใบเกียรติบัตร มีสวัสดิการอาหารว่างเมื่อมีการประชุม

กิตติกรรมประกาศ

การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี โดยได้รับความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษา คือ รองศาสตราจารย์ ดร.พาณี สีตกะลิน และรองศาสตราจารย์ ดร.อารยา ประเสริฐชัย ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ชี้แนะ ติดตามตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ อย่างใกล้ชิดนับตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสำเร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านอย่างยิ่ง

และขอขอบพระคุณอาจารย์นายแพทย์บรรจบ อุบลแสน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสังคม จังหวัดหนองคาย อาจารย์ ดร.สุทินันท์ สระทองหน และนางณฤดี ทิพย์สุทธิ ที่ได้กรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยให้มีความถูกต้องทั้งด้านภาษาและเนื้อหาเครื่องมืองานวิจัย สุดท้ายขอขอบพระคุณบุคลากรโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดหนองคายทุกท่านที่เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลนอกจากนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณาจารย์สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เพื่อนักศึกษาผู้ร่วมงาน และครอบครัวของผู้วิจัยเองที่ได้กรุณาให้การสนับสนุน ช่วยเหลือตลอดการศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2558.
2. Cohen, J.M. and Uphaff, N.T. Rural development participation: Concept and Measures for project design implementation and evaluation. New York: Rural Development committee center for International Studies. Cornell University, 1977.
3. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2560.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย. สรุปผลการปฏิบัติงานประจำปี 2560. หนองคาย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย; 2560.
5. กัญญาวัลย์ ศรีสวัสดิ์พงษ์. การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย. ขอนแก่น. มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554.
6. William Edwards Deming. Out of Crisis. Institute of technology center of Advance Engineering Study. Boston: The Massachusetts; 1938.

Received: 24 Sep 2019, Revised: 6 Dec 2019

Accepted: 20 Dec 2019

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนามาตรการควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยชุมชนมีส่วนร่วม

ยุทธชัย นาดอน^{1,*} สุ่มทนา กลางคาร² ศิรินาถ ตงศิริ³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนามาตรการในการควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยชุมชนมีส่วนร่วม เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามวงจร P-A-O-R กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ประกอบด้วย แกนนำชุมชนและประชาชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาไต่ ตำบลนาโสก อำเภอมือง จังหวัดมุกดาหาร จำนวน 723 คน เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ผลการวิจัยพบว่า การมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง เริ่มตั้งแต่การค้นหาปัญหา การวิเคราะห์ปัญหา การกำหนดแนวทางแก้ไขปัญห จนถึงมีกิจกรรมแก้ไขปัญหาระบาดของโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 4 โครงการ ส่งผลให้เกิดมาตรการควบคุมโรคไข้เลือดออกขึ้น ได้แก่ “มาตรการ 7 วัน สำนว่ง ใส่ ดูแล ปลอ่ย พ่น ธง ปรับ” โดย 7 วัน คือทำความสะอาดภาชนะเก็บกักน้ำทุก 7 วัน สำนว่ง คือออกสำว่งในหลังคาเรือนที่ตนเองรับผิดชอบ ใส่ คือใส่ทรายอะเบททุกภาชนะที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ทุก 3 เดือน ดูแล คือรักษาสีแฉะลอมในหมู่บ้านให้สะอาด ปลอ่ย คือ ปลอ่ยปลาในลูกน้ำในภาชนะเก็บกักน้ำ พ่น คือ พ่นสารเคมีกำจัดยุงภายในหมู่บ้าน ธง คือใช้ธงผ้าสีเขียว เหลือง แดง ตามเกณฑ์การสำว่งแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายของครัวเรือน และปรับ คือปรับภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลายภาชนะละ 5 บาท โดยครัวเรือนที่พบลูกน้ำยุงลายให้ปรับ สรุปผลการวิจัยพบว่า ประชาชนมีความรู้เจตคติ และการปฏิบัติที่ดีขึ้นจากก่อนการพัฒนา มีการจัดการสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ให้ดีขึ้น เช่น ห้องนอน ที่พักผ่อนในเวลากลางวัน แสงสว่างในบ้าน การจัดแขวนเสื้อผ้า การจัดเก็บสิ่งของในที่พัก การจัดการขยะและวัสดุที่ไม่ใช้และอาจเป็นที่ขังน้ำได้ ทำให้บริเวณบ้านไม่เป็นสถานที่เอื้อต่อการเกาะพักหรือเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ปัจจัยแห่งความสำเร็จในกระบวนการพัฒนามาตรการควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยชุมชนมีส่วนร่วมครั้งนี้คือ มีการจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานจากทุกภาคส่วน การสร้างความรู้ความเข้าใจในโครงการและกิจกรรม การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรการ เกิดการนำมาตรการไปใช้ในชุมชน

คำสำคัญ : ลูกน้ำยุงลาย การควบคุมโรค การมีส่วนร่วม

¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

² รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

* Corresponding author: saynan2559@hotmail.com

*Original Article***The Development of Measures to Control the Dengue Hemorrhagic Fever by Community Participation**Yutthachai Nadon^{1,*}, Sumattana Glangkarn², Sirinart Tongsi³**Abstract**

The purpose of this research was to develop measures to control dengue hemorrhagic fever by community participation. An action research was employed and based on the PAOR cycle. The study samples consisted of community leaders and people in the responsibility area of Ban Nado sub district hospital, Na Sok sub district, Mueang district, Mukdahan province, which were 723 people. Both quantitative and qualitative data were collected. The study found that the participation started from problem detection, problem analyses, defining problem solutions, then participated the activities. There were 4 programs for solving the problems of dengue hemorrhagic fever (DHF). As those results, the community participation established the measures for DHF control, including "7 days, survey, put in, look, release, spray, flag, fine". 7 days meant cleaning water storage containers every 7 days. Survey meant exploring the houses and put in referred to put abet sand in water retention as the common breeding places for Aedes larvae every 3 months. Look meant keeping environment clean and release meant releasing fish to water jars to control larvae. Spray meant getting rid of mosquitoes from the villages by chemical sparing. Flags were green, yellow, and red, which were used following the criteria of household survey for Aedes breeding places. Fine was to adjust household that the containers were found mosquito larvae as 5 Bahts per container. Summary, it was clear that people had improved knowledge, attitudes and practices. Community environment had been developed such as sleeping rooms, resting areas in daytimes, lighting in houses, hanging clothes, storages in houses, waste management. Therefor, household areas were not at risk for mosquito breeding. The success factors of the DHF control measures by community participation were establishing a committee from all sectors, understanding the community activities, and effectiveness of communication. Consequently, the measures had been conducted in the community.

Keywords: Aedes Larvae, Disease Control, Community Participation¹ Student in Master of Public Health, Faculty of Public Health, Mahasarakham University² Associate Professor, Faculty of Public Health, Mahasarakham University³ Assistant Professor, Faculty of Medicine, Mahasarakham University* Corresponding author: saynan2559@hotmail.com

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ ที่มีผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพของประชาชนในชุมชนในแง่การเจ็บป่วย การเสียชีวิตเนื่องจากความรุนแรงของโรค ซึ่งประชาชนทุกคนมีโอกาสหรือความเสี่ยงที่จะเป็นโรคไข้เลือดออกด้วยกันทุกคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กกลุ่มอายุต่ำกว่า 15 ปี แม้ว่าทางการแพทย์และสาธารณสุขจะมีองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกในทุก ๆ ด้านแต่ยังไม่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกให้สงบลงได้ ซึ่งสถานการณ์ของโรคไข้เลือดออกจากปี 2556-2561 ภาพรวมของประเทศ พบว่า มีรายงานอัตราป่วย 241.03, 63.25, 222.58, 96.76, 80.80 และ 129.96 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ¹ และตำบลนาโสก อำเภอมะนัง จังหวัดน่าน พบมีการระบาดของโรคไข้เลือดออกติดต่อกันทุกปีส่วนหนึ่งเป็นปัญหามาจากการดำเนินการกำจัดและควบคุมลูกน้ำยุงลายที่ไม่ได้ผลเท่าที่ควร การดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาทางตำบลได้ใช้วิธีการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายควบคุมการใส่ทรายอะเบท โดยอาสาสมัครเป็นส่วนใหญ่ และพ่นหมอกควัน เมื่อเกิดการระบาดของโรค ซึ่งการดำเนินงานที่ผ่านมายังไม่ได้ผลมากนัก โดยเฉพาะการควบคุมลูกน้ำยุงลาย ประชาชนยังไม่ให้ความสำคัญและร่วมมือมากในการกำจัดลูกน้ำยุงลายในบ้านเรือน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมในระดับที่น้อยมาก จากรายงานผลการสุ่มสำรวจค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายอำเภอมะนัง จังหวัดน่าน ในพื้นที่ช่วงก่อนระบาดและช่วงระบาดของโรคไข้เลือดออกปี 2561 ในหลายหมู่บ้านยังพบค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลาย ค่า HI ยังสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมาย ($HI < 10$)²

ในขณะที่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโสก ตำบลนาโสก อำเภอมะนัง จังหวัดน่าน มีความรับผิดชอบใน 3 หมู่บ้าน คือ หมู่ที่ 2 หมู่ที่ 6 และหมู่ที่ 12 การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกซึ่งโดยเฉลี่ยในรอบปี 2561 ในหมู่ที่ 2 หมู่ที่ 6 และหมู่ที่ 12 พบว่า ค่าดัชนี ค่า HI (House Index) เท่ากับ 21.11, 23.15 และ 22.84 ตามลำดับ, ค่า BI (Breteau Index) เท่ากับ 16.63, 17.14 และ 10.67 ตามลำดับ และค่า CI (Container Index) เท่ากับ 11.1, 15.3 และ 8.3 ตามลำดับ การควบคุมโรคไข้เลือดออกส่วนใหญ่เป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการพ่นสารเคมี และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการลงพื้นที่พูดคุยสอบถาม ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกและแจกจ่ายผลิตภัณฑ์ป้องกันยุงลายเท่านั้น ในส่วนมาตรการการควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ผ่านมา พื้นที่ดำเนินการตามข้อสั่งการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน และเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่รัฐเป็นผู้ดำเนินการ การมีส่วนร่วมของประชาชนยังไม่เห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจนนัก แม้ว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนจะเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้การป้องกัน และ ควบคุม โรคไข้เลือดออกมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น³

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา มาตรการควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยชุมชนมีส่วนร่วมในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโสก ตำบลนาโสก อำเภอมะนัง จังหวัดน่าน เพื่อใช้เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวางแผนการดำเนินงานและเป็นแนวทางในการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกให้มีประสิทธิภาพในระยะยาวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษามาตรการที่เหมาะสมในการควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยชุมชนมีส่วนร่วม ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโด้ ตำบลนาโสก อำเภอเมืองมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart⁴ เพื่อศึกษาการควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลนาโสก อำเภอเมืองมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่จะใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่

1. กลุ่มแกนนำชุมชน
2. ประชาชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโด้ ตำบลนาโสก อำเภอเมืองมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร

กลุ่มตัวอย่าง มีเกณฑ์การคัดเลือกและเกณฑ์การคัดออก ดังนี้

เกณฑ์คัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. สนใจในการร่วมดำเนินการวิจัย
2. อาศัยหรือเข้ามาปฏิบัติงานในพื้นที่อย่างน้อย 3 เดือน
3. สามารถสื่อสารได้ปกติ
4. เป็นตัวแทนในหน่วยงาน/ครัวเรือน/ชุมชน

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

กลุ่มตัวอย่างป่วยซึ่งเป็นหรือเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน

โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มแกนนำชุมชน จำนวนทั้งสิ้น 35 คน
2. ประชาชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโด้ ตำบลนาโสก อำเภอเมืองมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร จำนวน 688 คน ได้จากการคำนวณหาขนาดตัวอย่าง และการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีการจับฉลากตามเอกสารทะเบียนประชาชนจากโปรแกรม JHCIS

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบประเมินความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวโรคไข้เลือดออกสำหรับประชาชน
2. แบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม
3. แบบสำรวจค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย กอ.1/1 วิเคราะห์หาค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย HI, CI, BI
4. การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกต การสนทนากลุ่ม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป เก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารด้านประวัติศาสตร์ชุมชน สังคม เศรษฐกิจ การเมือง สิ่งแวดล้อม และข้อมูลในด้านปัญหาสุขภาพของประชาชน คณะผู้วิจัยใช้การประสานกับผู้ใหญ่บ้าน โดยนัดหมายที่จะทำการสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูล จากกลุ่มแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว เพื่อเก็บข้อมูลในด้านความคิด ความเชื่อ สังคมและวัฒนธรรม ตลอดจนข้อมูลในด้านการควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชน
2. ข้อมูลค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย โดยใช้แบบสำรวจค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย เก็บข้อมูลโดยทีมวิจัยที่

ผ่านการอบรมแล้วดำเนินการเก็บข้อมูลทุกหลังคาเรือน จำนวน 2 ครั้ง ก่อนและหลังการดำเนินการ

3. ข้อมูลความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติการป้องกันโรคไข้เลือดออก เก็บรวบรวมโดยใช้แบบสัมภาษณ์ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่สามารถอ่านออกเขียนได้จากทุกหลังคาเรือน จำนวน 2 ครั้งก่อน และหลังการดำเนินการ

4. ข้อมูลการสังเกต โดยใช้แบบสังเกตแบบมีส่วนร่วมในกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการ ขณะที่ทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามกระบวนการที่ศึกษา

5. ข้อมูลการจัดเวทีระดมความคิดเห็น เช่น การวิเคราะห์สภาพ หมู่บ้าน การสร้างภาพหมู่บ้านที่พึงปรารถนา เป็นต้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่า ความถี่ (Frequency) ค่า ร้อย ละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ขออนุมัติไปยังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยได้รับอนุมัติจริยธรรม เลขที่การรับรอง 077/2562

ผลการวิจัย

มาตรการที่เหมาะสมในการควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยชุมชนมีส่วนร่วม โดยสามารถสรุปเป็นขั้นตอนตามวงจร PAOR ดังนี้

1. ขั้นวางแผน (Planning)

การประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วม ใช้เวลาในการจัดการประชุม 1 วัน คือ มีวัตถุประสงค์การประชุม เพื่อเปิดโอกาสให้ กลุ่มแกนนำชุมชน แกนนำชุมชนประกอบไปด้วย กำนันหรือสารวัตรกำนัน ผู้ใหญ่บ้านหรือผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน ผู้นำทางศาสนา นักการเมืองท้องถิ่น ผู้ทรงคุณวุฒิ หรือผู้สูงวัย ครู เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาไค่ จำนวน 35 คน ร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์โรคไข้เลือดออก และร่วมตัดสินใจเลือกมาตรการการควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยชุมชนมีส่วนร่วม ร่วมกับเจ้าหน้าที่และทีมผู้วิจัยแล้วลงมือดำเนินงานในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคล่วงหน้า เพื่อไม่ให้เกิดโรคไข้เลือดออกซึ่งแนวทางการดำเนินงานให้สอดคล้องเหมาะสมกับวิถีชีวิตในการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วม จึงได้ร่วมกันกำหนดโครงการในการแก้ปัญหา ได้ดังนี้

โครงการที่ 1 โครงการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อการควบคุมโรคไข้เลือดออก

โครงการที่ 2 โครงการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันแก้ไขปัญหาไข้เลือดออก

โครงการที่ 3 โครงการจัดอบรมและรณรงค์ประชาสัมพันธ์ป้องกันโรคไข้เลือดออก

โครงการที่ 4 โครงการเฝ้าระวังควบคุมกำจัดยุงลายและจัดการสิ่งแวดล้อม

2. ขั้นปฏิบัติ (Action)

จัดกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาระบาดของโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนได้ 4 โครงการ ซึ่งผลการดำเนินงาน ได้จากการจดบันทึก การบันทึกเสียง การบันทึกภาพถ่าย

การสัมภาษณ์ การสังเกตระหว่างดำเนินการ และการประชุมถอดบทเรียน พบว่าแต่ละโครงการมีกระบวนการและกิจกรรมในการสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่าย และมีการกำหนดข้อตกลงร่วมของชุมชน เมื่อรวบรวมข้อตกลงร่วมกำหนดเป็นมาตรการ เพื่อประกาศใช้มาตรการควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน ได้แก่ “มาตรการ 7 วัน สำรวจ ใส่ ดูแล ปล่าย ฟัน ธง ปรับ” โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- 1) 7 วัน คือ ทำความสะอาดภาชนะเก็บกักน้ำ ทุก 7 วัน กลุ่มแกนนำในแต่ละคุ้มจะออกตรวจภาชนะเก็บกักน้ำ
- 2) สำรวจ คือ ออกสำรวจในหลังคาเรือนที่ตนเองรับผิดชอบ
- 3) ใส่ คือ ใส่ทรายอะเบททุกภาชนะที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ระยะทุก 3 เดือน
- 4) ดูแล คือ ดูแลภาชนะใส่น้ำ และสิ่งแวดล้อมในหมู่บ้าน
- 5) ปล่าย คือ ปล่ายปลาในลูกน้ำในภาชนะเก็บกักน้ำ
- 6) ฟัน คือ ฟันสารเคมีกำจัดยุงภายในหมู่บ้าน

7) ธง คือ ใช้ธงผ้าสีเขียว เหลือง แดง โดยกำหนดเกณฑ์การให้ธงในการสำรวจครัวเรือน

8) ปรับ คือ ปรับภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลาย ภาชนะละ 5 บาทและครัวเรือนที่พบลูกน้ำยุงลาย ยินดีให้ปรับ

3. ขั้นสังเกต (Observation)

การประเมินผลสรุปรวมของการศึกษาหลังเสร็จสิ้นการดำเนินงานหลังการดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนามาตรการควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยชุมชนมีส่วนร่วม ผู้วิจัยได้ประเมินความรู้ เจตคติ การปฏิบัติตัว และการจัดการสภาพแวดล้อม ทั้งก่อนและหลังดำเนินการโครงการ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามประเด็นการศึกษา ดังนี้

1. ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกภาพรวมก่อนกับหลังดำเนินการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกภาพรวมก่อนกับหลังดำเนินการศึกษา

ความรู้	Mean	SD	t	p
ความรู้ก่อนดำเนินงาน	11.45	2.23	24.42	<0.05
ความรู้หลังดำเนินงาน	16.92	1.76		

2. ด้านเจตคติต่อการควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน

ผลการศึกษา พบว่า ภาพรวมเจตคติต่อการควบคุมโรคไข้เลือดออกก่อนดำเนินการของประชาชนทั้งภาพรวมทั้ง 3 หมู่บ้าน ก่อนการ

ดำเนินงาน พบว่าส่วนใหญ่มีเจตคติอยู่ในระดับดี โดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.72 ส่วนเบี่ยงเบนเฉลี่ยเท่ากับ 0.31 โดยพบว่าเจตคติที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ในข้อ 7 การใส่ทรายอะเบทลงในน้ำใช้เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (Mean = 2.45, SD =

0.88) รองลงมาคือ ข้อ 4 ใช้เลือดออกเป็นโรคที่มีความรุนแรงถึงตายได้ และข้อ 6 การมีลูกน้ำยุงลายในบ้านและบริเวณนอกบ้านถือเป็นเรื่องปกติ (Mean = 2.54, SD = 1.14 และ Mean = 3.22, SD = 1.01 ตามลำดับ)

หลังเสร็จสิ้นการดำเนินการพัฒนามาตรการควบคุมโรคใช้เลือดออกโดยชุมชนมีส่วนร่วม พบว่า แกนนำประชาชนทั้ง 3 หมู่บ้าน ส่วนใหญ่มีเจตคติอยู่ในระดับสูง เฉลี่ยเท่ากับ 39.9 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.35 โดยพบว่าเจตคติที่มี

คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือข้อ 4 ใช้เลือดออกเป็นโรคที่มีความรุนแรงถึงตายได้ (Mean = 3.39, SD = 1.14) รองลงมาคือข้อ 5. การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายและกำจัดลูกน้ำยุงลายเป็นเรื่องของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากกว่าประชาชน และข้อ 7 การใส่ทรายอะเบทลงในน้ำใช้เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (Mean = 3.59, SD = 0.74 และ Mean = 3.60, SD = 0.84 ตามลำดับ) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับเจตคติต่อการควบคุมโรคใช้เลือดออกของประชาชนก่อนและหลังดำเนินการ

เจตคติ	ก่อนดำเนินงาน			หลังดำเนินงาน		
	Mean	SD	แปลผล	Mean	SD	แปลผล
1. การป่วยเป็นโรคใช้เลือดออกเป็นเรื่องธรรมดา ทุกคนมีโอกาสป่วยได้	4.74	0.44	ดี	4.40	0.64	ดี
2. ใช้เลือดออกเมื่อเป็นแล้วจะไม่ใช่ซ้ำอีก จึงไม่จำเป็นต้องป้องกันอีกก็ได้	4.67	0.46	ดี	4.23	0.64	ดี
3. ใช้เลือดออกเป็นกับเด็กเท่านั้น ผู้ใหญ่ไม่เป็น เพราะมีภูมิต้านทาน	3.54	0.80	ปานกลาง	4.19	0.81	ดี
4. ใช้เลือดออกเป็นโรคที่มีความรุนแรงถึงตายได้	2.58	1.14	ปานกลาง	3.39	1.14	ปานกลาง
5. การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายและ กำจัดลูกน้ำยุงลายเป็นเรื่องของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากกว่าประชาชน	3.78	1.01	ดี	3.59	0.74	ปานกลาง
6. การมีลูกน้ำยุงลายในบ้านและบริเวณ นอกบ้านถือเป็นเรื่องปกติ	3.22	1.01	ปานกลาง	4.55	0.64	ดี
7. การใส่ทรายอะเบทลงในน้ำใช้เป็นอันตรายต่อสุขภาพ	2.45	0.88	ปานกลาง	3.60	0.84	ปานกลาง
8. การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย สามารถลดการเกิดใช้เลือดออกได้	4.16	0.95	ดี	4.00	0.79	ดี
9. ชุมชนควรมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาโรคใช้เลือดออกอย่างจริงจังและต่อเนื่อง	4.39	0.80	ดี	3.89	0.87	ดี
10. การป่วยเป็นโรคใช้เลือดออกทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง	3.67	0.91	ปานกลาง	4.37	0.72	ดี
รวม	3.72	0.31	ดี	4.01	0.44	ดี

3. ด้านการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรค ใช้เลือดออกของแกนนำประชาชน

ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างด้านการปฏิบัติตัวของแกนนำประชาชนก่อนกับหลังการดำเนินการ พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการปฏิบัติตัวในการเฝ้าระวัง

ป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นจากก่อนดำเนินการ 14.70 คะแนน (95% CI = 13.58 ถึง 15.82) รายละเอียดตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนด้านการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคใช้เลือดออก
ภาพรวมก่อนกับหลังดำเนินการศึกษา

คะแนน การปฏิบัติตัว	ผลการเปรียบเทียบคะแนนด้านการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคใช้เลือดออกก่อน-หลัง								
	n	Mean	SD	d	S.D.d	95%CI of	t - test	df	p-value
ก่อนดำเนินการ	688	16.28	2.48						
				10.90	2.77	10.47 – 11.33	49.85	687	<0.001
หลังดำเนินการ	688	27.18	1.48						

4. ด้านการจัดการสภาพแวดล้อม

ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างด้านการจัดสภาพแวดล้อม เพื่อการควบคุมโรคใช้เลือดออกของแกนนำประชาชนก่อนกับหลังการดำเนินการ พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการจัดสภาพแวดล้อมบริเวณที่นอน ที่พักผ่อนในเวลากลางวันด้านแสงสว่าง การจัด

แขวนเสื้อผ้า การจัดเก็บสิ่งของในที่พัก การจัดการขยะและวัสดุที่ไม่ใช้และเป็นที่ยังน้ำได้ บริเวณรอบบ้าน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นจากก่อนดำเนินการ 2.45 คะแนน (95% CI = 2.36 ถึง 2.54) รายละเอียดตาราง 4

ตารางที่ 1 ค่าคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างด้านการจัดสภาพแวดล้อมในบ้านและรอบ ๆ บ้านของ
ประชาชนกลุ่มตัวอย่างก่อนกับหลังดำเนินการ

คะแนนการจัด สภาพแวดล้อม	ผลการเปรียบเทียบคะแนนด้านการจัดสภาพแวดล้อม ก่อน-หลัง								
	n	Mean	SD	d	S.D.d	95%CI of	t - test	df	p-value
ก่อนดำเนินการดำเนินการ	688	5.24	1.06						
				5.4	2.83	5.02 – 5.91	24.42	687	<0.001
หลังดำเนินการ	688	7.87	0.77						

4. ชั้นสะท้อนผล (Reflection)

สรุปผลการดำเนินงาน การดำเนินการพัฒนามาตรการควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยชุมชนมีส่วนร่วม

1. ด้านการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน

1.1 ก่อนพัฒนา พบว่าชุมชนไม่ทราบสถานการณ์ปัญหาโรคไข้เลือดออก ขาดองค์ความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคตามที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและ อสม. แจ้งให้ทราบ และมีการดำเนินการเฉพาะช่วงที่มีการระบาด ไม่ได้มีการวางแผนป้องกันและควบคุมไว้ล่วงหน้า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดสรรงบประมาณให้แต่ไม่ตรงความต้องการของชุมชน คือซื้อเคมีภัณฑ์อย่างเดียว แต่ไม่สามารถควบคุมได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะประชาชนส่วนใหญ่คิดว่าเป็นบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในการดำเนินการ และยังพบว่าประชาชนมีความต้องการอยากให้ชุมชนให้ความร่วมมือ มีความตระหนักในปัญหาโรคไข้เลือดออก และร่วมแก้ไขอย่างจริงจัง ไม่ใช่ทำแต่ช่วงมีการประกวดเทศบาลนำเอาปัญหาโรคไข้เลือดออกเข้าบัญชีงบประมาณ

1.2 ระหว่างดำเนินการ โดยดำเนินการตามแผนปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชน พบว่า ประชาชนเกิดความ

ตื่นตัว ในการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยได้มีการจัดกิจกรรมตามที่ได้วางแผนไว้จำนวน 4 โครงการ จนก่อให้เกิดมาตรการร่วมกันของชุมชน และได้นำมามาตรการในชุมชนมาใช้ ทั้ง 3 หมู่บ้าน

1.3 หลังดำเนินการพบว่า แกนนำชุมชนทั้ง 3 หมู่บ้าน ทราบสถานการณ์ของโรคไข้เลือดออก มีองค์ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก สาเหตุการเกิดอาการ การรักษา การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีการวางแผนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมไว้ล่วงหน้า มีการดำเนินการตามโครงการ ประชาชนให้ความสนใจเกิดความตระหนักและให้ความร่วมมือในการดำเนินงานตามกิจกรรมต่าง ๆ โดยไม่คิดว่าเป็นหน้าที่ของ อสม. หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่จะต้องเป็นผู้ดำเนินการ รวมทั้งมีการรายงานผลการสำรวจลูกน้ำยุงลายในทุกวันศุกร์ ทุกสัปดาห์ รวมทั้งสิ้นจำนวนการสุ่มสำรวจ จำนวน 16 ครั้ง ทำให้หลังดำเนินการสามารถลดค่าดัชนีครวเรือน (HI) ค่าดัชนีภาชนะ (CI) และค่าดัชนีบริโต (BI) จากก่อนดำเนินการและมีค่าอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ รายละเอียดผลการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ก่อนและหลังการดำเนินการโครงการ ซึ่งประกอบด้วย ค่า HI, CI และ ค่า BI ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายก่อนและหลังดำเนินการการมีส่วนร่วมจำแนกตามค่าดัชนีครวเรือน (HI) ดัชนีภาชนะ (CI) และ ค่าดัชนีบริโต (BI)

ครั้งที่	สัปดาห์ที่	ดัชนีครวเรือน (HI)	ดัชนีภาชนะ (CI)	ดัชนีบริโต(BI)
1	1 /มีนาคม	58.40	60.72	103.55
2	2 /มีนาคม	55.45	58.42	104.47
3	3/มีนาคม	50.41	57.41	112.24
4	4/มีนาคม	42.14	44.15	98.75
5	1/เมษายน	30.41	38.42	78.75
6	2/เมษายน	41.10	31.41	45.57

ครั้งที่	สัปดาห์ที่	ดัชนีครัวเรือน (HI)	ดัชนีภาระ (CI)	ดัชนีบริโตนี (BI)
7	3/เมษายน	5.41	20.15	44.74
8	4/เมษายน	5.14	12.14	25.52
9	1/พฤษภาคม	4.52	14.12	20.42
10	2/พฤษภาคม	3.25	10.14	10.25
11	3/พฤษภาคม	2.87	0	8.14
12	4/พฤษภาคม	3.02	0	8.54
13	1/มิถุนายน	2.41	0	6.45
14	2/มิถุนายน	2.45	0	5.78
15	3/มิถุนายน	3.20	0	5.41
16	4/มิถุนายน	2.57	0	5.33

2. ด้านความต้องการได้รับการสนับสนุนจากการประชุมถอดบทเรียนภาพรวมแกนนำทั้ง 3 หมู่บ้าน พบว่า สิ่งสนับสนุนที่ต้องการ มีดังนี้

2.1 ด้านการมีส่วนร่วม ในการพัฒนาการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน

2.2 ด้านการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากชุมชน พบว่า อยากให้ชุมชนให้ความร่วมมือ มีความตระหนักในปัญหาโรคไข้เลือดออก และร่วมแก้ไขอย่างจริงจัง ไม่ใช่ทำแต่ช่วงมีการประกวด เทศบาลตำบลนำเอาปัญหาโรคไข้เลือดออกเข้าเทศบาลตั้งงบประมาณ ไม่ใช่แค่สนับสนุนเฉพาะสารเคมีอย่างเดียว

2.3 ด้านได้รับความรู้ พบว่า ต้องการให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การควบคุมโรคโดยเฉพาะในช่วงระบาดและยุ่งพาหะนำโรคไข้เลือดออก มีความรู้เกี่ยวกับการผลิตสมุนไพรไล่ยุงเพื่อจะได้ลดการใช้สารเคมี

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. ด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน พบว่า ประชาชนมีความรู้เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนา

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิการ์ จิตรบรรเจิดกุล⁵ ที่พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก การรับรู้แบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพ ความภาคภูมิใจในตนเองพฤติกรรมกรรมกรมีส่วนร่วมในการควบคุมโรคไข้เลือดออกถูกต้องมากกว่าก่อนเข้ารับการอบรม โดยวิธีการพัฒนาการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ และโครงการพัฒนาองค์ความรู้ (โรคไข้เลือดออก) ส่งผลประชาชนมีความรู้เพิ่มสูงขึ้นจากก่อนการพัฒนา ร้อยละ 71.2 ซึ่งอยู่ในระดับสูงทุกราย

2. ด้านเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน พบว่า ประชาชนมีเจตคติความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกได้อย่างถูกต้องเหมาะสมเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิการ์ จิตรบรรเจิดกุล⁵ ที่พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก การรับรู้แบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพ ความภาคภูมิใจในตนเองพฤติกรรมกรรมกรมีส่วนร่วมในการควบคุมโรคไข้เลือดออกถูกต้องมากกว่าก่อนเข้ารับการอบรม เช่นกัน

3. ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน พบว่า ประชาชนมีการปฏิบัติที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นจากก่อน

การพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อารีย์ เชื้อสวาท⁶ ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพ ประจำครอบครัว อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น พบว่า แกนนำสุขภาพเพียงหนึ่งในสามเท่านั้น ที่มี พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับสูง แต่สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุพ พงศ์ นุ้ยรัมย์ และคณะ⁷ ที่พบว่า ประชาชนมีความตระหนักและให้ความสำคัญ ในการป้องกันและกำจัดลูกน้ำยุงลายในแหล่งเพาะพันธุ์ประเภทต่าง ๆ อภิปรายได้ว่า แม้ในระยะแรกของการดำเนินงานพบว่า ประชาชนยังไม่กระตือรือร้นเท่าที่ควร แต่เมื่อมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและเข้มข้น ประชาชนมีการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเพิ่มสูงขึ้นจากการพัฒนา ร้อยละ 87.50 นำไปสู่การควบคุมกำจัดทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย

4. ด้านการจัดการสภาพแวดล้อม เพื่อการควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน พบว่า ประชาชนมีการจัดสภาพแวดล้อมในบริเวณที่นอนที่พักผ่อนในเวลากลางวัน ด้านแสงสว่าง การจัดแขวนเสื้อผ้า การจัดเก็บสิ่งของในที่พัก การจัดการขยะและวัสดุที่ไม่ใช้และเป็นที่ขังน้ำได้ บริเวณรอบบ้านได้อย่างเหมาะสมที่ดีไม่เป็นสถานที่ที่เอื้อต่อการเกาะพักหรือเพาะพันธุ์ยุงลาย เพิ่มขึ้น จากก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ นิรุจน์ อุทธา⁸ ที่ได้ศึกษารูปแบบการควบคุมโรคและการมีส่วนร่วมของประชาชน ต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า การมีส่วนร่วมต่อการรับผลประโยชน์ ต่อการลดความเสี่ยงจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกและรับผลประโยชน์จากการกำจัดลูกน้ำยุงลาย และสอดคล้องกับการศึกษาของ นภาพรณ อินทรสิทธิ์⁹ พบว่า ประชาชนมีโอกาสรับทราบถึงสถานการณ์โรคมองเห็นถึงปัญหาและความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น ประชาชนมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก

เพิ่มขึ้น เกิดความภูมิใจที่ได้ร่วมปฏิบัติโดยการร่วมดูแลบ้านเรือนตนเองและกระตุ้นกันระหว่างครัวเรือน ให้ร่วมกันกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย มีการสำรวจลูกน้ำยุงลายในครัวเรือนและชุมชนอย่างสม่ำเสมอ ครัวเรือนปลอดลูกน้ำยุงลายลดลง

จากการพัฒนามาตรการควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยชุมชนมีส่วนร่วม ทั้ง 3 หมู่บ้านเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน หลังดำเนินการแกนนำทุกคนมีความพร้อมที่จะพัฒนาตนเอง ครอบครัวชุมชนได้ และผลการประเมินค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในชุมชน ค่า BI = 5.33, CI = 0 และค่า HI = 2.57 ลดลงจน ไม่เป็นปัญหาในการระบาดและไม่พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในชุมชน เช่นกับการศึกษาของ มานิตย์ ไชยพะยวน¹⁰ ได้ศึกษาการพัฒนาการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนเพื่อการควบคุมและกำจัดลูกน้ำยุงลายโดยการประยุกต์ใช้เทคนิคกระบวนการ AIC โดยชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ประกอบด้วย การศึกษาวิเคราะห์ปัญหา การหาแนวทางแก้ไขปัญหา การวางแผนดำเนินการแก้ไขปัญห การปฏิบัติตามแผน การประเมิน พบว่า หลังดำเนินการโดยใช้เทคนิค AIC ประชากรกลุ่ม หมายที่เข้าร่วมโครงการ มีความพึงพอใจในการพัฒนาในระดับมาก และพร้อมที่จะนำไปพัฒนาตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้ ผลการประเมินค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในโรงเรียน ค่า CI = 0 และใน ชุมชน ค่า HI = 2.57 ลดลงจนไม่เป็นปัญหาในการระบาดและไม่พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ ผู้ทรงคุณวุฒิ คณะเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาไต่ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณทีมวิจัยภาคสนาม คณะทำงานในกลุ่มแกนนำชุมชนบ้านนาไต่ ตำบลนาโสก อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหารที่ได้ร่วมดำเนินการตามกระบวนการวิจัยและมีส่วนร่วม

ในการทำให้งานวิจัยสำเร็จได้ด้วยดี สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านที่มีส่วนทำให้การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีและขอขอบคุณค่าและประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการทำวิทยานิพนธ์นี้แก่ทุกท่านที่อยู่เบื้องหลังความสำเร็จของผู้วิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคไข้เลือดออก. Retrieved October 8, 2018, from <https://ddc.moph.go.th/th/site/newsview/view/696>
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร. สรุปรายงานสถานการณ์การฟัระวังโรคและภัยสุขภาพ ปี 2561. มุกดาหาร. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร; 2561.
3. ศูนย์ระบาดวิทยา อำเภอเมืองมุกดาหาร. สรุปรายงานสถานการณ์การฟัระวังโรคและภัยสุขภาพ ปี 2561. มุกดาหาร. ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอเมืองมุกดาหาร; 2561.
4. Kemmis, S. and McTaggart, R. The Action Research Reader. 3rd ed. Geelong: Deakin University Press; 1990.
5. กรณิการ์ จิตรบรรเจิดกุล. ประสิทธิภาพของโครงการเร่งรัดการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพชุมชน จากการประยุกต์รูปแบบแนวคิดการสร้างพลัง ทฤษฎี แบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อ ป้องกันโรคไข้เลือดออก. วารสารสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 6. 2558; 12(2): 118–126.
6. อารีย์ เชื้อสวระถิ. พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพครอบครัวอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2556.
7. ยุพพงศ์ นุ้ยรัมย์, ทศนีย์ ศิลาวรรณ และจุฑาพร ทับเพชร. การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม: กรณีศึกษาหมู่บ้านแห่งหนึ่งในอำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2558.
8. นิรุจน์ อุทธา. ประสิทธิภาพการใช้ข้อกำหนดทางสังคม เพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วมของชุมชน. ขอนแก่น: โครงการบริการวิชาการและการวิจัยเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ ของประชาชนมหาวิทยาลัยขอนแก่น และหน่วยงานสาธารณสุขในเขต 6; 2557.
9. นภาพร อินทรสิทธิ์. การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่บ้านบ่อคำ ตำบลคำตากล้า อำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2556.
10. มานิตย์ ไชยพะยวน. การมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อควบคุมลูกน้ำยุงลาย อำเภอโนนน้ำอูน จังหวัดสกลนคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2556.

Received: 24 Oct 2019, Revised: 2 Dec 2019

Accepted: 19 Dec 2019

นิพนธ์ต้นฉบับ

การมีส่วนร่วมในกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนของคณะกรรมการระดับอำเภอ
ในพื้นที่ 4 จังหวัดน่านสโรชพันธุ์ สุภาวรรณ^{1,*}

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์สำคัญ 2 ประการ คือเพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนน และเปรียบเทียบความแตกต่างในคุณลักษณะทั่วไปของคณะกรรมการระดับอำเภอ ในพื้นที่ 4 จังหวัดน่าน แหล่งข้อมูลที่ใช้ศึกษา ได้จากโครงการพัฒนากลไกศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ ในพื้นที่ 4 จังหวัดน่านเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน มีผู้เข้าร่วมจากสหสาขาวิชาชีพที่มีภารกิจในการร่วมบูรณาการความร่วมมือเพื่อขับเคลื่อนความปลอดภัยทางถนนในระดับอำเภอ จำนวนทั้งสิ้น 280 คน สถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที และการทดสอบความแปรปรวนทางเดียว ผลการศึกษา พบว่า คณะทำงานส่วนมาก ร้อยละ 55.3 มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนในระดับปานกลาง ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการปฏิบัติงาน และประสบการณ์การทำงานด้านอุบัติเหตุแตกต่างกัน จะมีความแตกต่างในการมีส่วนร่วมด้านการขับเคลื่อนกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม กลไกการจัดการ ความปลอดภัยทางถนน

¹ ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน มูลนิธินโยบายถนนปลอดภัย

* Corresponding author: sarobhan@roadsafetythai.org

*Original Article***Participating in road safety management mechanism of related party at district level in 4 pilot provinces**Sarojbhan Supawan^{1,*}**Abstract**

The purposes of this study were to explore participating in road safety management mechanism and to compare the differences in related party characteristics differences in such participating. The secondary data from the project of development of road safety operating center at district level in 4 pilot provinces was employed. There were 280 cases, related party who participated in such project. Frequency, percentage, mean, standard deviation, t-test, as well as one way ANOVA were utilized for data analysis. The results indicate that 55.3 % of related parties had a moderate overall participation level in road safety management mechanism. Moreover, the differences in the position level and the work experiences on accident had significantly affected differences in participating in road safety management mechanism of related parties.

Keywords: Participation, Management mechanism, Road safety

¹ Road Safety Group Thailand, Road Safety Policy Foundation

* Corresponding author: sarojbhan@roadsafetythai.org

บทนำ

ปัญหาอุบัติเหตุทางถนนนับเป็นสาเหตุที่นำมาซึ่งการบาดเจ็บและเสียชีวิตเป็นจำนวนมากจากการรายงานขององค์การอนามัยโลก¹ บ่งชี้ว่าจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเพิ่มขึ้นเป็น 1.35 ล้านคนต่อปี หรือมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนกว่า 3,700 คนต่อวัน ในทั่วทุกภูมิภาคของโลก ขณะที่การคาดประมาณ (estimate) จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทย ก็พบว่า ในปี พ.ศ. 2559 มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุสูงถึง 22,491 คน คิดเป็น 32.7 ต่อประชากรแสนคน หรือคิดเป็น 60 คนต่อวัน ยังผลให้ประเทศไทยยังถูกจัดอันดับให้เป็นประเทศที่มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงเป็นอันดับ 9 ของโลก ทว่ารั้งอันดับ 1 ในภูมิภาคเอเชียอีกด้วย เมื่อพิจารณาถึงการรายงานจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทยจากระบบบูรณาการข้อมูลการตายจากอุบัติเหตุทางถนน² พบว่า มีความใกล้เคียงกับการคาดประมาณขององค์การอนามัยโลก โดยในปีเดียวกันนั้นประเทศไทยมีจำนวนผู้เสียชีวิตสูงถึง 21,745 คน มากไปกว่านั้น หากพิจารณาข้อมูลย้อนหลังจะพบว่า อุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทยยังคงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เมื่อจำแนกรายปี จะพบว่ามีผู้เสียชีวิตมากถึง 21,996 คน 21,603 คน 21,221 คน 20,790 คน 19,960 คน 21,745 คน และ 21,097 คน ในปี พ.ศ. 2554 พ.ศ. 2555 พ.ศ. 2556 พ.ศ. 2557 พ.ศ. 2558 พ.ศ. 2559 และ พ.ศ. 2560 ตามลำดับ³ ตามลำดับ สะท้อนให้เห็นว่าสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนยังคงทวีความรุนแรงในสังคมไทย หากแต่เป็นปัญหาที่ยังไม่สามารถแก้ไขได้อย่างเป็นรูปธรรม จึงจำเป็นต้องและตอบโจทย์เชิงผลลัพธ์ในการลดจำนวนอุบัติเหตุ ผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตลง

ประเทศไทย โดยรัฐบาลก็ได้กำหนดให้อุบัติเหตุทางถนนเป็นวาระแห่งชาติ โดยประกาศให้ปี พ.ศ. 2554 – 63 เป็นทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน สอดคล้องกับทิศทางการขับเคลื่อนขององค์การสหประชาชาติที่ตั้งเป้าหมายลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนให้น้อยกว่า 10 คนต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2563 ผ่านแนวทางการจัดการ 5 เสาหลัก ประกอบด้วย การบริหารจัดการเพื่อความปลอดภัยทางถนน การจัดการเชิงโครงสร้างกายภาพที่สนับสนุนให้เกิดความปลอดภัยทางถนน การจัดการเรื่องมาตรฐานความปลอดภัยทางการขนส่งและยานพาหนะ การปรับพฤติกรรม การขับขี่ และการจัดการภายหลังการเกิดอุบัติเหตุ

แม้ประเทศไทยจะมีการขับเคลื่อนไปตามกรอบการดำเนินงานขององค์การสหประชาชาติ ทั้งยังจัดทำแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน และบูรณาการระหว่างหน่วยงานเพื่อพัฒนาระบบบริหารจัดการด้านความปลอดภัยทางถนน ทั้งด้านนโยบาย กำหนดให้มีโครงสร้างการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนน ออกเป็น 3 ระดับ⁴ คือ ระดับนโยบาย ระดับอำนวยการ และระดับปฏิบัติการ คือ มีคณะกรรมการนโยบายการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนแห่งชาติ (คณะกรรมการ นปถ.) มีศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนส่วนกลาง (ศปถ.) ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนจังหวัด (ศปถ. จังหวัด) ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ (ศปถ. อำเภอ) และ ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ศปถ. อปท.)⁵

หากแต่แนวทางดังกล่าวยังมีช่องว่างและอุปสรรคนานัปการ กล่าวคือ มาตรการดำเนินงานถูกเน้นหนักในช่วงเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์เป็นหลัก มากไปกว่านั้นการขยายผลมาตรการนโยบาย และข้อสั่งการจากส่วนกลางยังขาดแนว

ปฏิบัติ และระบบกำกับติดตามประเมินผลที่ชัดเจน มากไปกว่านั้น จากรายงานการศึกษาที่ผ่านมา ชี้ให้เห็นว่า การมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานของคณะทำงานตามโครงสร้างยังมีอยู่อย่างจำกัด ทั้งนี้เพราะ คณะกรรมการในทุกระดับโดยมากมักมีการกิจงานหลักอื่น ๆ ตามส่วนงาน กอปรกับข้อจำกัดด้านระบบงบประมาณของราชการ ยังผลให้ไม่สามารถขับเคลื่อนงานอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ⁶ นอกจากนี้การบูรณาการระหว่างหน่วยงานยังอยู่ในรูปของข้อสั่งการและพิธีกรรมเชิงสัญลักษณ์ เป็นต้นว่าการถ่ายรูปร่วมกันในพิธีเปิดการประชุม หากแต่ในทางปฏิบัติ คณะทำงานยังคงแยกส่วนการทำงานตามองค์กรต้นสังกัด ทั้งนี้ การกำหนดตัวชี้วัด (key performance index: KPI) จากส่วนกลางที่เน้นเป้าหมายสุดท้าย (ultimate goal) เมื่อถูกผนวกเข้ากับวัฒนธรรมราชการในท้องถิ่นกลับช่องทางที่เอื้อให้เกิดการบิดเบือนข้อมูลเพื่อให้ผ่านตัวชี้วัดในระดับหน่วยงาน⁷

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนนผ่านกลไก ศปถ. ในทุกระดับยังมีข้อจำกัด นับแต่การผลักดันมาตรการจากส่วนกลางไปสู่การปฏิบัติการ มากไปกว่านั้น การขับเคลื่อนงานของคณะทำงานยังคงแยกส่วนตามหน่วยงานต้นสังกัด ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนของคณะทำงานระดับอำเภอซึ่งอยู่ภายใต้โครงการพัฒนากลไกศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ ในพื้นที่ 4 จังหวัดน่านรองเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน ผลการศึกษาที่ได้รับในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนและพัฒนากลไกการขับเคลื่อนการจัดการความปลอดภัยทางถนนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนน และเปรียบเทียบความแตกต่างในคุณลักษณะทั่วไปของคณะทำงานต่อความแตกต่างด้านการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอในพื้นที่ 4 จังหวัดน่านรอง

วิธีดำเนินการวิจัย

แหล่งข้อมูลที่ใช้

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) จากโครงการสัมมนาเชิงปฏิบัติการโครงการพัฒนาศักยภาพคณะทำงานกลไก ศปถ. อำเภอภายใต้โครงการพัฒนากลไกศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ ในพื้นที่ 4 จังหวัดน่านรองเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนสนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และมูลนิธินโยบายถนนปลอดภัย ที่จัดขึ้นในช่วงวันที่ 4 ตุลาคม – 2 พฤศจิกายน พ.ศ. 2561 มีผู้เข้าร่วมจากสาขาวิชาชีพที่มีภารกิจในการร่วมบูรณาการความร่วมมือเพื่อขับเคลื่อนความปลอดภัยทางถนนในระดับอำเภอ จำนวนทั้งสิ้น 325 คน หากแต่ในการศึกษานี้มุ่งเน้นเฉพาะผู้ตอบแบบประเมินการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ จำนวนทั้งสิ้น 280 คน

ในการศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนน ได้ใช้ข้อคำถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนกลไกความปลอดภัยทางถนนอำเภอ ได้แก่ การขับเคลื่อนกลไกด้านคณะทำงาน การจัดการข้อมูล การจัดทำแผนงาน และการกำกับติดตามประเมินผล ในการพิจารณาแบ่งการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ระดับ คือ มีส่วนร่วมมาก มีส่วนร่วมปานกลาง มีส่วนร่วมน้อย และไม่มีส่วนร่วม

สำหรับการศึกษาความแตกต่างในคุณลักษณะทั่วไปของคณะทำงานต่อความแตกต่างด้านการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ตัวแปรอิสระประกอบด้วย เพศ ช่วงอายุ ระดับการศึกษา ลักษณะตำแหน่งงาน หน่วยงานต้นสังกัด ระดับการปฏิบัติงาน และประสบการณ์การทำงานด้านอุบัติเหตุทางถนน ส่วนตัวแปรตาม คือ ระดับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ทำการวิเคราะห์และประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์ สถิติที่เลือกใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล 2 ส่วน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนแรก สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าแจกแจงความถี่ (frequency) ค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) เพื่ออธิบายคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนของคณะทำงานระดับอำเภอ ซึ่ง การวิเคราะห์การมีส่วนร่วมแต่ละข้อคำถามครอบคลุมการมีส่วนร่วมด้านคณะทำงาน การจัดการข้อมูล การจัดทำแผนงาน และการกำกับติดตามประเมินผล ซึ่งนำค่าคะแนนมาคำนวณหาค่าเฉลี่ย และกำหนดเกณฑ์ค่าเฉลี่ย 4 ระดับ ดังนี้

ค่าคะแนน 3.51 – 5.00 หมายถึง มีส่วนร่วมมาก

ค่าคะแนน 1.51 – 3.50 หมายถึง มีส่วนร่วมปานกลาง

ค่าคะแนน 1.00 – 1.50 หมายถึง มีส่วนร่วมน้อย

ค่าคะแนน 0 หมายถึง ไม่มีส่วนร่วม

ส่วนที่สอง สถิติอนุมาน ได้แก่ การทดสอบค่าที (t-test) และการทดสอบความแปรปรวนทางเดียว (one way ANOVA) เพื่อศึกษาความแตกต่างด้านคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างต่อความแตกต่างด้านการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนของคณะทำงานระดับอำเภอ และเปรียบเทียบพหุคูณ (multiple comparisons) เพื่อเทียบรายคู่โดยเลือกใช้วิธีของฟิชเชอร์ (Fisher's least significant difference: LSD)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง เพศชายคิดเป็นร้อยละ 72.9 และเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 27.1 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 41 – 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.3 รองลงมาได้แก่ ช่วงอายุ 51 – 59 ปี 30 – 40 ปี น้อยกว่า 30 ปี และมากกว่า 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 27.4 26.0 7.2 และ 1.1 ตามลำดับ ทั้งนี้อายุเฉลี่ยคือ 44.3 ปี เกินกว่าครึ่งหนึ่งคิดเป็นร้อยละ 58.1 มีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรี รองลงมาคือ สูงกว่าปริญญาตรี และต่ำกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 30.8 และ 11.1 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างกว่าร้อยละ 87.5 เป็นข้าราชการ รองลงมาคือ พนักงานราชการ ลูกจ้าง (ประจำ/ชั่วคราว) อื่น ๆ และพนักงานเอกชน คิดเป็นร้อยละ 5.0 3.9 2.2 และ 1.4 ตามลำดับ โดยร้อยละ 38.2 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข รองลงมาคือ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงมหาดไทย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน/ประชาสังคม และกระทรวงคมนาคม คิดเป็นร้อยละ 23.9 22.1 8.2 4.6 และ 2.9

ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างกว่า 3 ใน 4 หรือคิดเป็น ร้อยละ 75 อยู่ในระดับปฏิบัติการ มีเพียงร้อยละ 25 อยู่ในระดับบริหาร นอกจากนี้ ส่วนใหญ่กว่า ร้อยละ 35.1 มีประสบการณ์การทำงานด้าน อุบัติเหตุทางถนนตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป รองลงมาคือ มีประสบการณ์ 1 - 3 ปี 4 - 9 ปี และไม่มี ประสบการณ์ คิดเป็นร้อยละ 29.7 23.8 และ 11.3 ตามลำดับ แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

คุณลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	204	72.9
- หญิง	76	27.1
รวม	280	100.0
ช่วงอายุ		
- น้อยกว่า 30 ปี	20	7.2
- 30 – 40 ปี	72	26.0
- 41 – 50 ปี	106	38.3
- 51 – 59 ปี	76	27.4
- ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	3	1.1
รวม	277*	100.0
mean = 44.29, SD = 8.992		
ระดับการศึกษา		
- ต่ำกว่าปริญญาตรี	31	11.1
- ปริญญาตรี	162	58.1
- สูงกว่าปริญญาตรี	86	30.8
รวม	279*	100.0
ลักษณะตำแหน่งงาน		
- ข้าราชการ	244	87.5
- พนักงานราชการ	14	5.0
- ลูกจ้าง (ประจำ/ชั่วคราว)	11	3.9
- พนักงานเอกชน	4	1.4
- อื่น ๆ	6	2.2
รวม	279*	100.0
หน่วยงานต้นสังกัด		
- กระทรวงมหาดไทย	62	22.1
- กระทรวงสาธารณสุข	107	38.2
- กระทรวงคมนาคม	8	2.9
- สำนักงานตำรวจแห่งชาติ	67	23.9

คุณลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
- ภาคเอกชน/ประชาสังคม	13	4.6
- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	23	8.2
รวม	280	100.0
ระดับการปฏิบัติงาน		
- บริหาร	69	25.0
- ปฏิบัติการ	207	75.0
รวม	276*	100.0
ประสบการณ์การทำงานด้านอุบัติเหตุทางถนน		
- ไม่มีประสบการณ์	27	11.3
- 1 - 3 ปี	71	29.7
- 4 - 9 ปี	57	23.8
- ตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป	84	35.1
รวม	239*	100.0
mean =7.739 , SD =7.8459		

* ไม่รวมค่าของข้อมูลสูญหาย (missing value)

ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนน

จากการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนน พบว่า กลุ่มตัวอย่างสหสาขาวิชาชีพที่มีภารกิจในการร่วมบูรณาการความร่วมมือเพื่อขับเคลื่อนความปลอดภัยทางถนนในระดับอำเภอ และตอบแบบประเมินจำนวนทั้งสิ้น 280 คน เกินกว่าครึ่งหนึ่งคือ ร้อยละ 55.3 มีส่วนร่วมในภาพรวมการขับเคลื่อนกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนในระดับปานกลาง (มีส่วนร่วมเฉลี่ย 2.7581) เมื่อจำแนกการขับเคลื่อนตามองค์ประกอบการขับเคลื่อน 4 ด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วม

ในการขับเคลื่อนกลไกระบบข้อมูลมากที่สุด รองลงมาคือ กลไกคนทำงาน กลไกแผนปฏิบัติงาน และกลไกการกำกับติดตามประเมินผลตามลำดับ เมื่อพิจารณาในรายละเอียด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนกลไกระบบข้อมูลระดับปานกลาง (มีส่วนร่วมเฉลี่ย 2.9167) การขับเคลื่อนกลไกคนทำงานระดับปานกลาง (มีส่วนร่วมเฉลี่ย 2.7797) การขับเคลื่อนกลไกแผนปฏิบัติงานระดับปานกลาง (มีส่วนร่วมเฉลี่ย 2.7048) และการขับเคลื่อนกลไกการกำกับติดตามประเมินผลระดับปานกลาง (มีส่วนร่วมเฉลี่ย 2.5993) แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนน

การมีส่วนร่วม	ระดับการมีส่วนร่วม				mean	SD	แปล ความ
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มีส่วนร่วม			
1. การขับเคลื่อนกลไก คนทำงาน	76 (30.6)	173 (55.2)	23 (9.3)	12 (4.8)	2.7797	1.3196	ปานกลาง
2. การขับเคลื่อนกลไก ระบบข้อมูล	99 (38.1)	121 (46.5)	28 (10.8)	12 (4.6)	2.9167	1.3187	ปานกลาง
3. การขับเคลื่อนกลไก แผนปฏิบัติงาน	84 (32.7)	132 (51.4)	26 (10.1)	15 (5.8)	2.7048	1.2979	ปานกลาง
4. การขับเคลื่อนกลไก การกำกับติดตาม ประเมินผล	79 (29.0)	135 (49.6)	31 (11.4)	27 (9.9)	2.5993	1.3775	ปานกลาง
5. ภาพรวมการขับเคลื่อน กลไกการจัดการความ ปลอดภัยทางถนน	79 (35.0)	125 (55.3)	18 (8.0)	4 (1.8)	2.7581	1.2549	ปานกลาง

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างใน คุณลักษณะทั่วไปของคณะทำงานต่อความ แตกต่างด้านการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อน กลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนน

จากการทดสอบค่าที (t-test) และการ
ทดสอบความแปรปรวนทางเดียว (one way
ANOVA) เพื่อศึกษาความแตกต่างด้าน
คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างต่อความ
แตกต่างในการมีส่วนร่วมด้านการขับเคลื่อนกลไก
การจัดการความปลอดภัยทางถนนของ
คณะทำงานระดับอำเภอ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มี
คุณลักษณะด้านเพศ ช่วงอายุ ระดับการศึกษา

ลักษณะตำแหน่งงาน และหน่วยงานต้นสังกัด
ต่างกัน ไม่มีความแตกต่างในการมีส่วนร่วมด้าน
การขับเคลื่อนกลไกการจัดการความปลอดภัยทาง
ถนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่ากลุ่มตัวอย่าง
ที่มีระดับการปฏิบัติงานแตกต่างกัน จะมีส่วนร่วม
ด้านการขับเคลื่อนกลไกการจัดการความปลอดภัย
ทางถนนต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่ม
บริหาร มีระดับการมีส่วนร่วมด้านการขับเคลื่อน
กลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนสูงกว่า
กลุ่มปฏิบัติการ แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างในระดับการปฏิบัติงานต่อความแตกต่างด้านการมีส่วนร่วมใน
การขับเคลื่อนกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนน

คุณลักษณะทั่วไป	N	mean	S.D	t-statistic	df	p-value
ระดับการปฏิบัติงาน						
- บริหาร	60	3.0923	1.01149	2.496	250	.011
- ปฏิบัติการ	192	2.6330	1.30748			

นอกจากนี้ จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การทำงานด้านอุบัติเหตุแตกต่างกัน จะมีส่วนร่วมด้านการขับเคลื่อนกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงดังตารางที่ 4 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่

โดยวิธีของฟิชเชอร์ (least significant difference: LSD) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ระหว่าง 4 – 9 ปี มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนมากกว่ากลุ่มที่มีประสบการณ์ 1 – 3 ปี และกลุ่มที่มีประสบการณ์ตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงดังตารางที่ 5

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างในประสบการณ์การทำงานด้านอุบัติเหตุต่อความแตกต่างด้านการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนน

คุณลักษณะทั่วไป	N	mean	S.D	F-test	p-value	multiple comparison
ประสบการณ์การทำงานด้านอุบัติเหตุ						
- ไม่มีประสบการณ์	26	2.0685	1.45535	3.629	.014	(1-3 ปี**, 10 ปีขึ้นไป**)
- 1 – 3 ปี	65	2.9039	1.13002			
- 4 – 9 ปี	52	2.7820	1.36086			
- ตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป	74	2.9359	1.06614			

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบความแตกต่างในประสบการณ์การทำงานด้านอุบัติเหตุ ต่อความแตกต่างด้านการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนเป็นรายคู่

ประสบการณ์การทำงานด้านอุบัติเหตุ	ไม่มีประสบการณ์	1 – 3 ปี	4 – 9 ปี	ตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป
- ไม่มีประสบการณ์	-	-.83545**	-.713576**	-.86744**
- 1 – 3 ปี		-	.12187	-.03199
- 4 – 9 ปี			-	-.15386
- ตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป				-

** ระดับนัยสำคัญทางสถิติต่ำกว่า .05 (p-value $\leq$.05)

ตารางที่ 6 การแจกแจงประสบการณ์การทำงานด้านอุบัติเหตุตามหน่วยงานต้นสังกัด

หน่วยงาน/ประสบการณ์	ไม่มีประสบการณ์	1 – 3 ปี	4 – 9 ปี	ตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป
มหาดไทย	11	17	9	9
สาธารณสุข	9	28	20	46
สำนักงานตำรวจฯ	5	14	16	20
คมนาคม	-	3	2	1
เอกชน/ประชาสังคม	1	5	1	4

หน่วยงาน/ประสบการณ์	ไม่มีประสบการณ์	1 – 3 ปี	4 – 9 ปี	ตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป
อปท.	1	4	9	4
รวม	27	71	57	84

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนของคณะทำงานระดับอำเภอ ในพื้นที่ 4 จังหวัดน่าน พบว่าคณะทำงานร้อยละ 55.3 มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนในระดับปานกลาง ส่วน เพศ ช่วงอายุ ระดับการศึกษา ลักษณะตำแหน่งงาน และหน่วยงานต้นสังกัดที่ต่างกัน ไม่มีความแตกต่างในการมีส่วนร่วมด้านการขับเคลื่อนกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ ระดับการปฏิบัติงาน และประสบการณ์การทำงานด้านอุบัติเหตุที่ต่างกัน จะมีความแตกต่างในการมีส่วนร่วมด้านการขับเคลื่อนกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทว่า มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลบ่งชี้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการปฏิบัติงานต่างกัน มีส่วนร่วมด้านการขับเคลื่อนกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนต่างกัน โดยกลุ่มบริหาร มีระดับการมีส่วนร่วมด้านการขับเคลื่อนกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนสูงกว่ากลุ่มปฏิบัติการ ทั้งนี้ เนื่องจาก ระบบบริหารจัดการความปลอดภัยในประเทศไทยมีลักษณะของการสั่งการจากส่วนกลางลงไปยังพื้นที่แบบแนวตั้ง (directing function of management) และเป็นทางการด้วยคำสั่งตามโครงสร้าง⁵ นอกจากนี้ จะเห็นได้ว่าตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน พ.ศ.

2554 ผู้บริหารส่วนงานที่เกี่ยวข้องต้องเป็นคณะกรรมการที่มีอำนาจหน้าที่ และบทบาทหน้าที่ชัดเจนตามกฎหมาย (authority) ยังผลให้เมื่อมีข้อสั่งการ แนวนโยบายต่าง ๆ อาจจะรับรู้ในกลุ่มผู้บริหารเป็นหลัก สอดคล้องกับคำอธิบายของธนกร กรวัชรเจริญ⁸ ที่พบว่า ผู้บริหารมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานสูงกว่าตำแหน่งงานอื่น ๆ เนื่องจากผู้บริหารจำเป็นต้องมีความรับผิดชอบสูงและต้องควบคุมการปฏิบัติงานตามเป้าหมายหน่วยงานด้วย

2. ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลบ่งชี้ว่า ประสบการณ์การทำงานด้านอุบัติเหตุแตกต่างกัน มีส่วนร่วมด้านการขับเคลื่อนกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนต่างกัน โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ระหว่าง 4 – 9 ปี มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนมากกว่ากลุ่มที่มีประสบการณ์ 1 – 3 ปี และกลุ่มที่มีประสบการณ์ตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป จากงานศึกษาของอาทิตยา เหลืองมั่นคง⁹ ปฐมวงศ์ สีหาเสนา¹⁰ และนพรัตน์ กาญจนวิสุทธิเดช¹¹ พบว่า ประสบการณ์ในการทำงานมีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการทำงานมากไปว่านั้น แรงจูงใจในการทำงานมีผลอย่างสำคัญต่อการทำงานร่วมกัน¹² นอกจากนี้อธิบายได้ว่า การทำงานด้านความปลอดภัยทางถนนในประเทศไทย ภายหลังจากกำหนดโครงสร้างการบูรณาการความปลอดภัยทางถนนเมื่อปี พ.ศ. 2554 ทำให้การดำเนินงานมีแนวทางที่ค่อย ๆ ชัดเจนขึ้นในห้วงเวลา 4 -9 ปีมาแล้ว หากแต่ก่อนหน้านี้ยังมีแนวทางไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ที่มีประสบการณ์ด้านอุบัติเหตุทางถนนเกินกว่า และน้อยกว่านั้นมีส่วนร่วมน้อยกว่า ทั้งนี้ จากการแจก

แจ้งประสบการณ์การทำงานด้านอุบัติเหตุตามหน่วยงานต้นสังกัด พบว่า โดยมากของผู้ที่มีประสบการณ์ด้านอุบัติเหตุตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป จะประกอบด้วย สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีภารกิจในด้านการจราจรและการรักษาพยาบาล อาจเผชิญกับสภาวะคั่งชิน และขาดแรงจูงใจในการทำงานด้านความปลอดภัยทางถนนจึงอาจมีส่วนในการทำงานเชิงกลไกน้อย

ข้อจำกัดของงานวิจัย

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากโครงการพัฒนากลไกศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอในพื้นที่ 4 จังหวัดนำร่องเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน จึงทำให้งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดในแง่ของตัวแปรและตัวชี้วัดอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องที่มีได้เก็บรวบรวมไว้ มากไปกว่านั้น งานวิจัยครั้งนี้ เก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างคณะทำงานความปลอดภัยทางถนนในพื้นที่นำร่อง 4 จังหวัด จึงไม่สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรอื่นที่มีคุณลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างนี้ได้

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. ควรมีการเพิ่มคณะทำงานระดับปฏิบัติการของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้เข้ามามีบทบาท ภารกิจ และหน้าที่ในการขับเคลื่อนตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี มากยิ่งขึ้น โดยอาจอาศัยการจัดตั้งคณะอนุกรรมการ ตลอดจนมอบหมายบทบาทหน้าที่ตามกฎหมาย (authority) เพื่อหนุนเสริมการดำเนินงานให้เกิดความต่อเนื่อง

2. ควรนำบทเรียนจากการดำเนินงานของกลุ่มผู้ที่มีประสบการณ์ในการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป โดยเฉพาะในกลุ่มเจ้าหน้าที่ตำรวจและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มาวิเคราะห์เงื่อนไข ข้อจำกัด และปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานที่ผ่านมา เพื่อเป็น

ฐานสำคัญในการเพิ่มระดับการมีส่วนร่วมในกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนของคณะทำงานระดับอำเภอได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับความอนุเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากโครงการพัฒนากลไกศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ ในพื้นที่ 4 จังหวัดนำร่องเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และมูลนิธินโยบายถนนปลอดภัย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global status report on road safety 2018. Geneva: World Health Organization; 2018.
2. ประเทศไทยใช้การบูรณาการข้อมูลการตายจากอุบัติเหตุทางถนน โดยใช้ข้อมูลจาก 3 ฐานประกอบด้วย 1) ใบมรณบัตรที่ตรวจสอบกับหนังสือรับรองการตายจากโรงพยาบาล 2) ศีติความจากสำนักงานตำรวจแห่งชาติ และ 3) การเคลมประกันจากบริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด เพื่อป้องกันจำนวนผู้เสียชีวิตอย่างครอบคลุม
3. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. ระบบการบูรณาการข้อมูลการตายจากอุบัติเหตุทางถนน [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 28 ธันวาคม 2561] เข้าถึงได้จาก <http://rti.ddc.moph.go.th/RTDDI/Modules/Report/Report06.aspx>

4. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน พ.ศ. 2554
5. สุเมธ องกิตติกุล. โครงการติดตามและประเมินผลจากการปฏิบัติตามแผนงานด้านความปลอดภัยทางถนนเพื่อบรรลุเป้าหมายทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อพัฒนาประเทศไทย; 2558.
6. องค์การอนามัยโลก. การประเมินความปลอดภัยทางถนนในเชิงกฎหมายและเชิงสถาบันประเทศไทย. นนทบุรี: องค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย; 2559.
7. พัทยา งามหอม. อุบัติเหตุทางถนน วัฒนธรรมราชการ กับงานประเพณี. ใน สิทธิโชค ชาวไร่เงิน, บงกช เจริญรัตน์, บรรณาธิการ. งานวิจัยวัฒนธรรมกับความเสี่ยงสุขภาพ : อุบัติเหตุ ยาเสพติด. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ; 2561.
8. ธนกร กรวัชรเจริญ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมของพนักงานบริษัท ควอลิตี้เฮาส์ จำกัด (มหาชน) [การค้นคว้าอิสระ]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี; 2555.
9. อาทิตยา เหลืองมั่นคง. แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของพนักงาน : กรณีศึกษา บริษัทในเครือ สمارท์แลนด์แอสเสท กรุ๊ป [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกริก; 2559.
10. ปฐมวงศ์ สีหาเสนา. แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรเทศบาลตำบลค่ายเนินวง ตำบลบางกะจะ อำเภอเมืองจันทบุรี จังหวัดจันทบุรี [วิทยานิพนธ์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2557.
11. นพรัตน์ กาญจนวิสุทธิเดช. การศึกษาแรงจูงใจในการปฏิบัติงานข้าราชการกรมเสมียนตรา [ภาคนิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2544.
12. ณิชา คงสืบ. แรงจูงใจในการทำงานวัฒนธรรมองค์กร และพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรที่มีผลต่อการทำงานเป็นทีม กรณีศึกษา: บริษัท ลิซซิ่ง แห่งหนึ่ง เขตกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยกรุงเทพ; 2560.

Received: 22 Aug 2019, Revised: 14 Nov 2019

Accepted: 20 Dec 2019

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาตัวชี้วัดสมรรถนะ การแก้ปัญหาและการพัฒนาสาธารณสุขชุมชนของนักสาธารณสุขชุมชน

ปริญญญา จิตอร่าม^{1,*}

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาตัวชี้วัดสมรรถนะการแก้ปัญหาและการพัฒนาสาธารณสุขชุมชนของนักสาธารณสุขชุมชน ดำเนินการวิจัยโดยการวิจัยเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการแก้ปัญหาและการพัฒนาสาธารณสุขชุมชน จำนวน 21 ท่าน ผลการวิจัยพบว่า ตัวชี้วัดสมรรถนะการแก้ปัญหาและการพัฒนาสาธารณสุขชุมชนของนักสาธารณสุขชุมชน ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก คือ 1) ทักษะสำคัญในงานสาธารณสุขชุมชน ได้แก่ ด้านส่งเสริมสุขภาพ ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม การเฝ้าระวังและการควบคุมโรค ด้านบำบัดรักษาป้องกัน และ ด้านสุศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ 2) ความสามารถในการแก้ปัญหาสาธารณสุขในชุมชน ได้แก่ วิเคราะห์และประมวลปัญหาสาธารณสุข วินิจฉัยปัญหาสาธารณสุข วางแผนงานสาธารณสุข การดำเนินงานแก้ไขปัญหาสาธารณสุขและการประเมินผลการดำเนินงาน 3) คุณลักษณะเชิงวิชาการ ได้แก่ ด้านการวิจัยและการพัฒนานวัตกรรมสุขภาพ ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ ระบบคิดการเชิงสุขภาพและการสื่อสารด้านสุขภาพ 4) การบริหารจัดการงานสาธารณสุข ได้แก่ ภาวะผู้นำและการพัฒนาภาวะผู้นำ การทำงานเป็นทีมและการมีส่วนร่วมสัมพันธ์ภาพและเครือข่ายและการบริหารจัดการงานสาธารณสุข และ 5) ทักษะชีวิตนักสาธารณสุขชุมชน ได้แก่ การพัฒนาตนเองเชิงวิชาชีพ การเป็นผู้นำด้านสุขภาพ วัฒนธรรม คุณธรรมจริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ

คำสำคัญ สมรรถนะ การแก้ปัญหาและการพัฒนา นักสาธารณสุขชุมชน

¹ วิทยากรชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

* Corresponding author: dr.parinyaa@gmail.com

*Original Article***Development of Competency Indicators for Problem Solving skill among
Community Public Health Officer**Parinya Jitaram^{1,*}**Abstract**

The purpose of this research was to develop the indicators for problem solving skill among community public health officer. It was qualitative research to collect data using in-depth interviews, the samples included 21 persons who participate in solving and developing health community. The results of this research found that: the indicators on competency in solving and developing community health in community health worker consisted 5 components 1) Skills in Community Health: consisted of indicators related to Health Promotion, Environmental Health, Surveillance and Disease Control, Basic treatment and Health Education and Health Behavior Development 2) Community Health Problems Solving : consisted of indicators related to Community Health Analysis, Community Health Diagnose, Community Health Planning, Community Health Solving and Community Health Evaluation 3) Characteristics in Community Health Academic: consisted of indicators related to Research and Development of Community Health Innovations, Information Technology, Community Health Thinking System and Health communication 4) Community Health Management: consisted of indicators related to Leadership Development, Teamwork, Relationships and Networks, Public Health Management and 5) Life Skills for Community Health Workers: consisted of indicators related to Professional Development, Health Leadership, Culturalal, Moral and Ethics.

Keyword: Competency, solving problems and developing, community health worker

¹ Instructor, Sirindhorn College of Public Health Suphanburi

* Corresponding author: dr.parinyaa@gmail.com

บทนำ

สมรรถนะ (Competency) เป็นคุณลักษณะที่อยู่ในเบื้องลึกและฝังแน่นเป็นแนวพฤติกรรม¹ที่เป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกที่ซ่อนอยู่ภายในบุคคลซึ่งสามารถผลักดันให้บุคคลนำมาสู่การปฏิบัติงาน เป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อบุคลากรและองค์กร ซึ่งสมรรถนะนั้นมีประโยชน์ต่อตัวผู้ปฏิบัติงาน และต่อองค์กรหรือหน่วยงาน รวมทั้งมีประโยชน์ต่อการบริหารงานของบุคคลโดยรวม กล่าวคือ สมรรถนะเป็นตัวช่วยกำหนดเพื่อการคัดสรรบุคคลที่มีลักษณะตามที่องค์กรต้องการ ทั้งด้านความรู้ ทักษะและความสามารถ ตลอดจนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับงานขององค์กร เพื่อให้ปฏิบัติงานให้สำเร็จตามความต้องการขององค์กร² เริ่มตั้งแต่แรกเริ่มเข้ามาทำงานโดยการปฐมนิเทศ (Orientation) และจะต้องดำเนินการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรต่อไปอย่างต่อเนื่อง ตลอดเวลาที่ยังคงปฏิบัติหน้าที่ในองค์กร³ การที่องค์กรต่างๆ จะประสบความสำเร็จได้ต้องอาศัยบุคลากรในองค์กรที่มีสมรรถนะ เป็นตัวขับเคลื่อน (Drive) ที่จะนำองค์กรไปสู่การบรรลุเป้าหมายอย่างแท้จริง อีกทั้งสมรรถนะยังเป็นตัวกำกับและช่วยสะท้อนให้ผู้ปฏิบัติงานทราบถึงระดับความสามารถของตัวเองว่าอยู่ในระดับใดและจะต้องพัฒนาในเรื่องใด ซึ่งช่วยให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองมากขึ้น และสามารถใช้ประโยชน์ในการพัฒนา ผูกอบรมแก่บุคลากรในองค์กรเพื่อช่วยส่งเสริมสนับสนุนและสร้างผลการปฏิบัติงานที่ดีตามเกณฑ์ ตามที่องค์กรกำหนดไว้ในงานที่รับผิดชอบ⁴ ซึ่งอยู่ในรูปแบบของตัวชี้วัดหลักของผลงาน (Key Performance Indicators; KPIs) ให้บรรลุเป้าหมายได้เพราะสมรรถนะเป็นสิ่งที่บ่งบอกได้ว่าถ้าต้องการให้บรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัดหลัก แล้วจะต้องใช้ สมรรถนะตัวไหนบ้างและช่วยให้เกิดการหล่อหลอมไปสู่สมรรถนะขององค์กรที่ดีขึ้น

เพราะถ้าทุกคนปรับสมรรถนะของตัวเองให้เข้ากับผลงานที่องค์กรต้องการแล้ว ในระยะยาวก็จะส่งผลให้เกิดเป็นสมรรถนะเฉพาะขององค์กรนั้นๆ

ในมิติทางด้านสุขภาพนั้นสมรรถนะมีส่วนสำคัญที่หน่วยงานและองค์กรทางด้านสุขภาพต้องดำเนินการพัฒนาบุคลากรให้รองรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสังคมยุคปัจจุบัน โดยเฉพาะบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ในชุมชน ซึ่งองค์การอนามัยโลก⁵ ได้กำหนดกรอบแนวคิดระบบสุขภาพ (The WHO Health System Framework) โดยกรอบแนวคิดนี้ระบุองค์ประกอบ อย่างน้อย 6 องค์ประกอบ (six building blocks) ได้แก่ 1) ภาวะการนำและการอภิบาล 2) การเงิน 3) บุคลากรด้านสุขภาพ 4) ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี 5) สารสนเทศ และการวิจัย และ 6) การให้บริการ⁶ โดยมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่สำคัญ คือ การเข้าถึง ความครอบคลุม คุณภาพและ ความปลอดภัย และมีผลสัมฤทธิ์ ให้ประชาชนมี สุขภาพดีขึ้น ระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ เป็นธรรม ปกป้องคุ้มครองความเสี่ยงด้านสังคมและการเงิน รวมทั้งตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน ซึ่งพบว่าองค์ ประกอบที่เป็นรากฐาน 6 ประการของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับบุคลากรสาธารณสุข (Health workforce) เป็นหัวใจและเป็นรากฐานสำคัญเป็นอย่างยิ่งในระบบบริการสุขภาพ ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการศึกษาเพื่อให้ทราบถึงสมรรถนะที่จำเป็นของนักสาธารณสุขชุมชนเป็นเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นในระบบสุขภาพของประเทศไทย โดยเฉพาะในส่วนของสมรรถนะด้านการแก้ปัญหาและการพัฒนาสาธารณสุขชุมชนของนักสาธารณสุขชุมชนทั้งนี้เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนานักสาธารณสุขให้มีคุณลักษณะตามสมรรถนะที่จำเป็นต่อไป

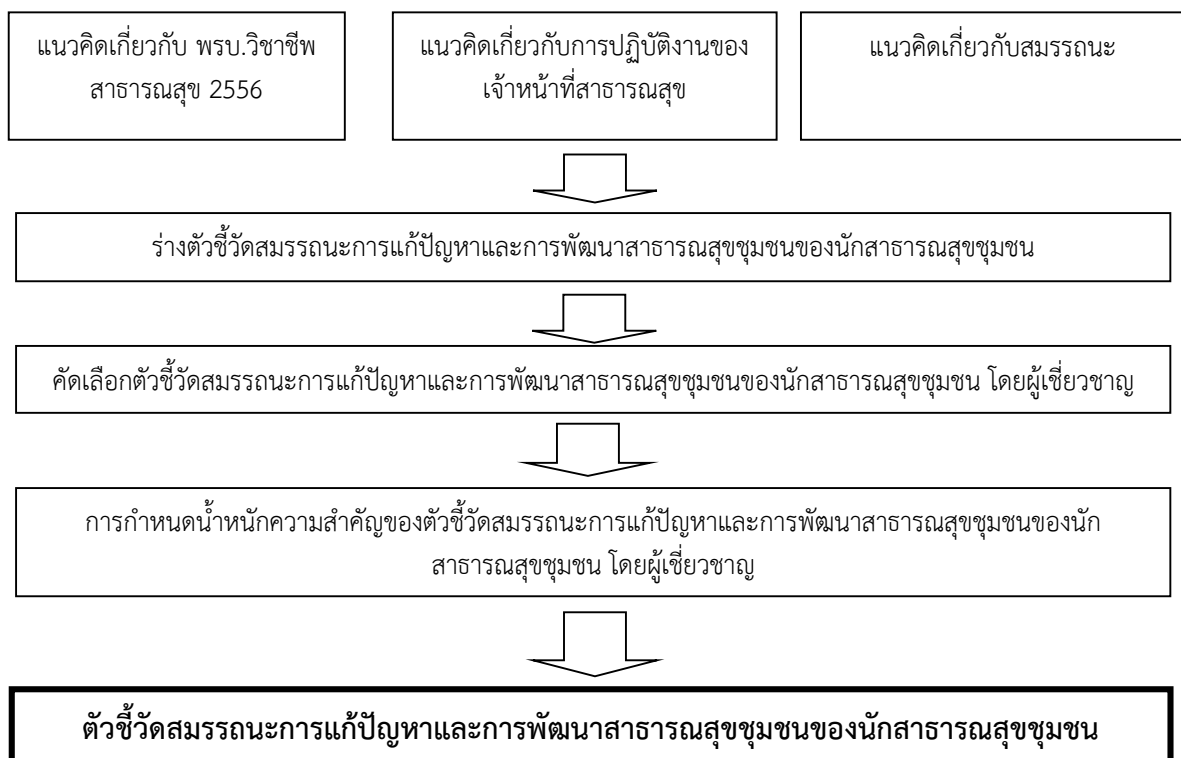
วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาตัวชี้วัดสมรรถนะการแก้ปัญหา และการพัฒนาสาธารณสุขชุมชนของนักสาธารณสุขชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัย ผู้วิจัยได้ศึกษาจากแนวคิดของ นักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญในองค์กรสาธารณสุขที่ ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับสมรรถนะ และจาก การศึกษาจากเอกสาร หนังสือตำรางานวิจัยใน

เรื่องที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดเกี่ยวกับสมรรถนะ แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของนักสาธารณสุข ในชุมชน แนวคิดเกี่ยวกับพระราชบัญญัติการ สาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 และแนวคิด เกี่ยวกับการสร้างและพัฒนาตัวชี้วัด ในการ กำหนดกรอบแนวคิดนั้นผู้วิจัยได้นำแนวคิด ดังกล่าวข้างต้นมาหลอมรวมเพื่อเป็นกรอบในการ พัฒนาตัวชี้วัดต่อไป โดยปรากฏกรอบแนวคิด เบื้องต้นของการวิจัยดังภาพประกอบ



วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนาตัวชี้วัดสมรรถนะการแก้ปัญหา และการพัฒนาสาธารณสุขชุมชนของนัก สาธารณสุขชุมชนในครั้งนี้ดำเนินการวิจัยโดยใช้ เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) กำหนด ขอบเขตการวิจัย 2 ส่วน คือ

1. ขอบเขตที่เกี่ยวข้องกับเอกสาร งานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะ แนวคิดเกี่ยวกับการ ปฏิบัติงาน ของ นัก สาธารณ สุข และ พระราชบัญญัติการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 เพื่อสร้างเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย
2. ผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย บุคลากร ทางด้านสาธารณสุขชุมชน ที่เป็นนักบริหาร

นักวิชาการและระดับปฏิบัติงานในชุมชน จำนวน 21 คน

ผู้วิจัยได้นำเอาแนวคิดของมูร์ฟีและเทอร์รี่⁷ มาประยุกต์ใช้ในกระบวนการวิจัยซึ่งได้แบ่งกระบวนการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟายออกเป็น 5 ระยะ คือ 1) การกำหนดกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ 2) การรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ 3) การกำหนดค่าความเห็นบนมาตรวัดของแบบสอบถาม ฉบับที่สอง 4) การหามิติสอดคล้องโดยเสียงข้างมาก และ 5) การวิเคราะห์และสรุปผลข้อมูล

ประชากร

ประชากรที่วิจัย คือ บุคลากรทางด้านสาธารณสุขชุมชน จำนวน 21 คน ประกอบด้วย

1. นักสาธารณสุขประเภทบริหาร จำนวน 7 คน
 2. นักสาธารณสุขประเภทวิชาการ จำนวน 7 คน
 3. นักสาธารณสุขประเภทปฏิบัติการ จำนวน 7 คน
- โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. ปฏิบัติงานในบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขชุมชน มากกว่า 10 ปี
2. วุฒิก่อนศึกษาในระดับปริญญาโทขึ้นไป
3. มีผลงานวิชาการ บทความ งานวิจัย และมีบทบาท เกี่ยวกับสมรรถนะและที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขชุมชน ภายในระยะเวลา 3 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ส่วน คือ

1. ร่างตัวชี้วัดสมรรถนะการแก้ปัญหาและการพัฒนาสาธารณสุขชุมชนของนักสาธารณสุขชุมชน ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก 23 องค์ประกอบย่อย 77 ตัวบ่งชี้

2. แบบสอบถามสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามจำนวน 3 ชุด คือ

2.1 แบบสอบถามสำหรับการคัดเลือกตัวชี้วัดสมรรถนะการแก้ปัญหาและการพัฒนาสาธารณสุขชุมชนของนักสาธารณสุขชุมชน โดยผู้เชี่ยวชาญ ครั้งที่ 1 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็น ใช้สำหรับการคัดเลือก มีลักษณะแบบตัวเลือก 2 ตัวเลือกดังนี้

คะแนน 1 เมื่อผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าตัวบ่งชี้ นั้นมีความสอดคล้อง

คะแนน 0 เมื่อผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าตัวบ่งชี้ นั้นไม่มีความสอดคล้อง

เพื่อนำมาเป็นเกณฑ์ในการคัดเลือกตัวบ่งชี้โดยกำหนดให้ตัวที่ผ่านการคัดเลือกที่มีค่าตั้งแต่ 0.75 ขึ้นไป

2.2 แบบสอบถามสำหรับกำหนดน้ำหนักความสำคัญของตัวบ่งชี้สมรรถนะการแก้ปัญหาและการพัฒนาสาธารณสุขชุมชนของนักสาธารณสุขชุมชน โดยผู้เชี่ยวชาญ ครั้งที่ 2 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญกำหนดน้ำหนักความสำคัญของตัวบ่งชี้สมรรถนะการแก้ปัญหาและการพัฒนาสาธารณสุขชุมชนของนักสาธารณสุขชุมชน ประกอบด้วย มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีค่า 5 ระดับ ระดับสูงสุด ระดับสูง ระดับปานกลาง ระดับน้อยและ ระดับน้อยที่สุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้ แบ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดองค์ประกอบและตัวชี้วัดสมรรถนะการแก้ปัญหาและการพัฒนาสาธารณสุขชุมชนของนักสาธารณสุขชุมชน

1. ทบทวนเอกสารงานวิจัย หนังสือตำราสร้างเป็นกรอบร่างตัวชี้วัดสมรรถนะการแก้ปัญหา

และการพัฒนาสาธารณสุขชุมชนของนักสาธารณสุขชุมชน

2. นำกรอบร่างตัวชี้วัดสมรรถนะการแก้ปัญหาและการพัฒนาสาธารณสุขชุมชนของนักสาธารณสุขชุมชนสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ

ขั้นตอนที่ 2 การคัดเลือกตัวชี้วัดและการกำหนดน้ำหนักความสำคัญของตัวชี้วัดสมรรถนะการแก้ปัญหาและการพัฒนาสาธารณสุขชุมชนของนักสาธารณสุขชุมชน

1.การคัดเลือกตัวชี้วัด

2.การกำหนดน้ำหนักความสำคัญของตัวชี้วัด

2. ตัวบ่งชี้ที่ผ่านเกณฑ์ต้องมีค่ามัธยฐาน 3.50 ขึ้นไป

3. ตัวบ่งชี้ที่ผ่านเกณฑ์ต้องมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile rang : TQR) ไม่เกิน 1.50

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี เลขที่ PHCSP-อจ.004

ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การคัดเลือกตัวบ่งชี้กำหนดเกณฑ์ดังนี้

1.การวิเคราะห์หาดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency ; IOC)⁸ โดยคัดเลือกตัวบ่งชี้ที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.75 ขึ้นไป

การคัดเลือกตัวชี้วัดตัวชี้วัดสมรรถนะการแก้ปัญหาและการพัฒนาสาธารณสุขชุมชนของนักสาธารณสุขชุมชน จำแนกตามองค์ประกอบแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าดัชนีความสอดคล้อง ค่ามัธยฐาน ค่าฐานนิยม และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ของตัวชี้วัดสมรรถนะการแก้ปัญหาและการพัฒนาสาธารณสุขชุมชนของนักสาธารณสุขชุมชน

ตัวบ่งชี้	IOC	Medium	Mood	TQR	ผลการคัดเลือก
1.องค์ประกอบทักษะสำคัญในงานสาธารณสุขชุมชน					
1.1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ					
1) การให้บริการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกกับกลุ่มเป้าหมายในชุมชน	0.90	5.00	5.00	1.00	ผ่านเกณฑ์
2) การให้บริการส่งเสริมสุขภาพในสถานบริการ	0.95	5.00	5.00	1.00	ผ่านเกณฑ์
3) การผสมผสานองค์ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ	0.95	5.00	5.00	0.50	ผ่านเกณฑ์
1.2 ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม					
1) การจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อสุขภาพ	0.95	5.00	5.00	1.00	ผ่านเกณฑ์
2) สนับสนุนประชาชนในการดูแลสิ่งแวดล้อม	0.95	5.00	5.00	1.00	ผ่านเกณฑ์
3) การเฝ้าระวังอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชน	0.95	5.00	5.00	1.00	ผ่านเกณฑ์
1.3 การเฝ้าระวังและการควบคุมโรค					
1) การป้องกันโรคระบาดในชุมชน	1.00	5.00	5.00	1.00	ผ่านเกณฑ์
2) การควบคุมโรคระบาดในชุมชน	1.00	5.00	5.00	0.00	ผ่านเกณฑ์
3) การเฝ้าระวังโรคระบาดในชุมชน	0.90	5.00	5.00	0.00	ผ่านเกณฑ์
1.4 ด้านบำบัดรักษาเบื้องต้น					
1) ให้การบำบัดอาการเจ็บป่วยเบื้องต้นของประชาชน	0.81	5.00	5.00	1.00	ผ่านเกณฑ์

ตัวบ่งชี้	IOC	Medium	Mood	TQR	ผลการ คัดเลือก
2) สามารถประเมินสภาพร่างกายและส่งต่อผู้ป่วย	0.86	5.00	5.00	1.00	ผ่านเกณฑ์
1.5 ด้านสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ					
1) การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ	0.95	5.00	5.00	0.00	ผ่านเกณฑ์
2) ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพกับประชาชนอย่างเหมาะสม	0.90	5.00	5.00	0.00	ผ่านเกณฑ์
2. องค์ประกอบความสามารถในการแก้ปัญหาสาธารณสุขในชุมชน					
2.1 วิเคราะห์และประมวลปัญหาสาธารณสุข					
1) ความรู้ด้านการประเมินภาวะสาธารณสุขชุมชน	1.00	5.00	5.00	1.00	ผ่านเกณฑ์
2) การรวบรวมข้อมูลสภาพปัญหาสาธารณสุข	0.95	5.00	5.00	1.00	ผ่านเกณฑ์
3) วิเคราะห์ แปลผลข้อมูลด้านสาธารณสุข	0.86	5.00	5.00	1.00	ผ่านเกณฑ์
2.2 วินิจฉัยปัญหา สาธารณสุข					
1) การสรุปประเด็นปัญหาสาธารณสุข	0.90	5.00	5.00	1.00	ผ่านเกณฑ์
2) การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสาธารณสุข	1.00	5.00	5.00	1.00	ผ่านเกณฑ์
3) การระบุสาเหตุของปัญหาสาธารณสุข	1.00	5.00	5.00	1.00	ผ่านเกณฑ์
4) การเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของปัญหาสาธารณสุขได้	0.95	5.00	5.00	1.00	ผ่านเกณฑ์
2.3 วางแผนงานสาธารณสุข					
1) วางแผนงานการแก้ปัญหาสาธารณสุขที่สอดคล้องกับการวินิจฉัยการสาธารณสุข	1.00	5.00	5.00	0.00	ผ่านเกณฑ์
2) วางแผนจัดทำโครงการแก้ปัญหาสาธารณสุขแบบองค์รวม	0.90	5.00	5.00	0.00	ผ่านเกณฑ์
3) วางแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุขกรณีฉุกเฉิน	0.81	5.00	5.00	1.00	ผ่านเกณฑ์
2.4 การดำเนินงานแก้ไขปัญหาสาธารณสุขชุมชน					
1) สามารถจัดทำโครงการแก้ปัญหาสาธารณสุขชุมชนได้อย่างเหมาะสม	0.95	5.00	5.00	1.00	ผ่านเกณฑ์
2) ขอรับสนับสนุนงบประมาณ ทรัพยากรในการดำเนินงานให้เพียงพอ ทันเวลา	0.90	5.00	5.00	1.00	ผ่านเกณฑ์
3) สามารถดำเนินกิจกรรมตามวัตถุประสงค์ของโครงการ	1.00	5.00	5.00	0.00	ผ่านเกณฑ์
2.5 ประเมินผลการดำเนินงาน					
1) กำหนดระบบและดำเนินการติดตาม ควบคุม กำกับ โครงการ แก้ปัญหาสาธารณสุขชุมชน	0.90	5.00	5.00	0.50	ผ่านเกณฑ์
2) กำหนดระบบและดำเนินการประเมินผลสำเร็จของโครงการแก้ปัญหา สาธารณสุขชุมชน	0.90	5.00	5.00	0.00	ผ่านเกณฑ์
3) กำหนดระบบและดำเนินการนิเทศงานสาธารณสุขชุมชนในกลุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุข	0.81	5.00	5.00	0.00	ผ่านเกณฑ์
3. องค์ประกอบคุณลักษณะเชิงวิชาการ					
3.1 ด้านการวิจัยและการพัฒนานวัตกรรมสุขภาพ					
1) สามารถดำเนินการวิจัยด้านสาธารณสุข	0.95	4.00	4.00	1.00	ผ่านเกณฑ์
2) มีผลงานที่เป็นนวัตกรรมสุขภาพ	0.86	5.00	5.00	1.00	ผ่านเกณฑ์
3) นำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการสาธารณสุข	1.00	5.00	5.00	1.00	ผ่านเกณฑ์
3.2 ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ					
1) ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพได้	0.90	5.00	5.00	1.00	ผ่านเกณฑ์
2) นำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการงานสาธารณสุข	1.00	4.00	4.00	1.00	ผ่านเกณฑ์
3) ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีในการจัดการระบบข้อมูลสาธารณสุขได้	0.95	4.00	4.00	1.00	ผ่านเกณฑ์

ตัวบ่งชี้	IOC	Medium	Mood	TQR	ผลการ คัดเลือก
3.3 ระบบการคิดเชิงสุขภาพ					
1) รู้จักการคิดและวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล	1.00	5.00	5.00	1.00	ผ่านเกณฑ์
2) มีความคิดริเริ่มและสร้างสรรค์	1.00	5.00	5.00	1.00	ผ่านเกณฑ์
3) เข้าใจประเด็นปัญหาและเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของปัญหาและสถานการณ์	0.95	5.00	5.00	1.00	ผ่านเกณฑ์
4) กำหนดขั้นตอนการดำเนินงานสาธารณสุขด้านต่างๆได้	0.86	5.00	5.00	1.00	ผ่านเกณฑ์
3.4 การสื่อสารด้านสุขภาพ					
1) สามารถสื่อสารในเชิงสุขภาพกับประชาชนได้	0.95	5.00	5.00	0.00	ผ่านเกณฑ์
2) สามารถพูดสื่อสารในเชิงสุขภาพในที่สาธารณะได้	0.86	5.00	5.00	1.00	ผ่านเกณฑ์
3) สามารถจัดทำสื่ออธิบายความรู้ด้านสุขภาพได้	0.95	5.00	5.00	0.00	ผ่านเกณฑ์
4) มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเชิงสุขภาพกับประชาชน	0.81	5.00	5.00	1.00	ผ่านเกณฑ์
5) สามารถสื่อสารภาษาของท้องถิ่นที่ปฏิบัติงานได้	0.76	5.00	5.00	0.00	ผ่านเกณฑ์
4.องค์ประกอบการบริหารจัดการงานสาธารณสุขชุมชน					
4.1 ภาวะผู้นำและการพัฒนาภาวะผู้นำ					
1) ความเป็นผู้นำที่ดี	0.90	5.00	5.00	1.00	ผ่านเกณฑ์
2) ความเป็นผู้ตามที่ดี	0.86	5.00	5.00	1.00	ผ่านเกณฑ์
3) ส่งเสริมการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ร่วมงาน	0.81	5.00	5.00	1.00	ผ่านเกณฑ์
4) สามารถเผชิญหน้ากับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาได้	0.86	5.00	5.00	1.00	ผ่านเกณฑ์
5) การปรับตัวทันกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมและสังคม	0.95	5.00	5.00	0.50	ผ่านเกณฑ์
4.2 การทำงานเป็นทีมและการมีส่วนร่วม					
1) มีทักษะในการทำงานเป็นทีม	1.00	5.00	5.00	0.00	ผ่านเกณฑ์
2) ยอมรับบทบาทของตนเอง	0.81	5.00	5.00	1.00	ผ่านเกณฑ์
3) มีทักษะในการประสานงานกับภาคีเครือข่ายระดับต่างๆ	0.95	5.00	5.00	1.00	ผ่านเกณฑ์
4.3 สัมพันธภาพและเครือข่าย					
1) ให้การบริการด้วยความ เต็มใจต้อนรับ	0.90	5.00	5.00	0.50	ผ่านเกณฑ์
2) ให้บริการด้วยอัธยาศัยยอันดี และสร้างความประทับใจแก่ผู้รับบริการ	0.81	5.00	5.00	0.00	ผ่านเกณฑ์
3) มีมนุษยสัมพันธ์กับบุคคลทุกระดับ	0.90	5.00	5.00	1.00	ผ่านเกณฑ์
4) สามารถปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่นได้ในทุกสถานการณ์	0.86	5.00	5.00	0.00	ผ่านเกณฑ์
4.4 การบริหารจัดการงานสาธารณสุข					
1) มีส่วนร่วมในการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจขององค์กร	0.81	5.00	5.00	1.00	ผ่านเกณฑ์
2) จัดทำแผนปฏิบัติงานประจำปีได้	0.81	4.00	4.00	1.00	ผ่านเกณฑ์
3) รู้จักบริหารเวลาและวางแผนเวลาการทำงานที่เหมาะสม	0.81	5.00	5.00	1.00	ผ่านเกณฑ์
5.องค์ประกอบทักษะชีวิตนักสาธารณสุขชุมชน					
5.1 การพัฒนาตนเองเชิงวิชาชีพ					
1) ตระหนักถึงการเรียนรู้ตลอดชีวิต	0.81	5.00	5.00	1.00	ผ่านเกณฑ์
2) สนใจเทคโนโลยีและองค์ความรู้ใหม่ๆ ในสาขาอาชีพของตน	0.81	5.00	5.00	1.00	ผ่านเกณฑ์
3) การพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง	0.90	5.00	5.00	1.00	ผ่านเกณฑ์
5.2 การเป็นผู้นำด้านสุขภาพ					
1) หลีกเลียงตนเองจากสภาวะที่เสี่ยงต่อสุขภาพ	0.86	5.00	5.00	1.00	ผ่านเกณฑ์
2) มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	0.76	5.00	5.00	1.00	ผ่านเกณฑ์

ตัวบ่งชี้	IOC	Medium	Mood	TQR	ผลการ คัดเลือก
3) มีสุนิสาในการดูแลสุขภาพที่ดี	0.76	5.00	5.00	1.00	ผ่านเกณฑ์
5.3 วัฒนธรรม					
1) ยอมรับความหลากหลายและแตกต่างในวัฒนธรรมของประชาชน	0.86	4.00	4.00	1.00	ผ่านเกณฑ์
2) สามารถให้บริการกับผู้รับบริการต่างภาษา วัฒนธรรม	0.76	4.00	4.00	1.00	ผ่านเกณฑ์
3) นำความรู้จากภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ในการงานสาธารณสุข	0.95	4.00	4.00	1.00	ผ่านเกณฑ์
5.4 คุณธรรม จริยธรรม					
1) มีความรับผิดชอบต่องานที่รับผิดชอบ และวิชาชีพ	1.00	5.00	5.00	0.00	ผ่านเกณฑ์
2) ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความซื่อสัตย์สุจริตถูกต้องทั้งตามหลักกฎหมาย จริยธรรมและระเบียบวินัย	0.86	5.00	5.00	1.00	ผ่านเกณฑ์
3) รับผิดชอบงานที่ได้รับมอบหมายและการตัดสินใจของตน	0.90	5.00	5.00	1.00	ผ่านเกณฑ์
4) มีคุณธรรมประจำใจในการดำเนินชีวิตและการกระทำ	1.00	5.00	5.00	1.00	ผ่านเกณฑ์
5.5 จรรยาบรรณวิชาชีพ					
1) ปฏิบัติงานตามหลักวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน	1.00	5.00	5.00	1.00	ผ่านเกณฑ์
2) ยกย่องให้เกียรติประชาชนทุกระดับ	0.90	5.00	5.00	1.00	ผ่านเกณฑ์
3) พึงทักท้วงข้อบกพร่องของประชาชนที่พึงได้รับ	1.00	5.00	5.00	1.00	ผ่านเกณฑ์
4) ให้แสดงความเห็นของตนตามหลักวิชาชีพอย่างเปิดเผยตรงไปตรงมา	1.00	5.00	5.00	1.00	ผ่านเกณฑ์
5) ความรักและศรัทธาในวิชาชีพ	1.00	5.00	5.00	1.00	ผ่านเกณฑ์

จากตารางที่ 1 พบว่า ตัวชี้วัดสมรรถนะการแก้ปัญหาและการพัฒนาสาธารณสุขชุมชนของนักสาธารณสุขชุมชน ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกจากผู้เชี่ยวชาญมีทั้งหมด 5 องค์ประกอบหลัก 23 องค์ประกอบย่อย 77 ตัวบ่งชี้ โดยองค์ประกอบหลัก ทั้ง 5 คือ 1) ทักษะสำคัญในงานสาธารณสุขชุมชน 2) ความสามารถในการแก้ปัญหา สาธารณสุขในชุมชน 3. คุณลักษณะเชิงวิชาชีพ 4. การบริหารจัดการงานสาธารณสุขชุมชน และ 5. ทักษะชีวิตนักสาธารณสุขชุมชน การหาค่าน้ำหนักความสำคัญตัวชี้วัดสมรรถนะการแก้ปัญหาและการพัฒนาสาธารณสุขชุมชนของนักสาธารณสุขชุมชน แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ค่าการกระจาย คะแนนตัวชี้วัดสมรรถนะการแก้ปัญหาและการพัฒนาสาธารณสุขชุมชนของนักสาธารณสุขชุมชน

ตัวบ่งชี้	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1.องค์ประกอบทักษะสำคัญในงานสาธารณสุขชุมชน			
1.1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ			
1) การให้บริการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกกับกลุ่มเป้าหมายในชุมชน	4.52	0.68	มากที่สุด
2) การให้บริการส่งเสริมสุขภาพในสถานบริการ	4.52	0.68	มากที่สุด
3) การผสมผสานองค์ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ	4.62	0.74	มากที่สุด
1.2 ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม			
1) การจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อสุขภาพ	4.56	0.75	มากที่สุด
2) สนับสนุนประชาชนในการดูแลสิ่งแวดล้อม	4.48	0.60	มาก
3) การเฝ้าระวังอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชน	4.57	0.51	มากที่สุด

ตัวบ่งชี้	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1.3 การเฝ้าระวังและการควบคุมโรค			
1) การป้องกันโรคระบาดในชุมชน	4.71	0.46	มากที่สุด
2) การควบคุมโรคระบาดในชุมชน	4.86	.035	มากที่สุด
3) การเฝ้าระวังโรคระบาดในชุมชน	4.62	0.81	มากที่สุด
1.4 ด้านบำบัดรักษาเบื้องต้น			
1) ให้การบำบัดอาการเจ็บป่วยเบื้องต้นของประชาชน	4.57	0.50	มากที่สุด
2) สามารถประเมินสภาพร่างกายและส่งต่อผู้ป่วย	4.57	0.51	มากที่สุด
1.5 ด้านสุศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ			
1) การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ	4.86	0.48	มากที่สุด
2) ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพกับประชาชนอย่างเหมาะสม	4.81	0.40	มากที่สุด
รวมองค์ประกอบทักษะสำคัญในงานสาธารณสุขชุมชน	4.63	0.27	มากที่สุด
องค์ประกอบความสามารถในการแก้ปัญหาสาธารณสุขในชุมชน			
2.1 วิเคราะห์และประมวลปัญหาสาธารณสุข			
1) ความรู้ด้านการประเมินภาวะสาธารณสุขชุมชน	4.71	0.46	มากที่สุด
2) การรวบรวมข้อมูลสภาพปัญหาสาธารณสุข	4.43	0.74	มาก
3) วิเคราะห์ แปลผลข้อมูลด้านสาธารณสุข	4.52	0.60	มากที่สุด
2.2 วินิจฉัยปัญหาสาธารณสุข			
1) การสรุปประเด็นปัญหาสาธารณสุข	4.52	0.68	มากที่สุด
2) การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสาธารณสุข	4.52	0.60	มากที่สุด
3) การระบุสาเหตุของปัญหาสาธารณสุข	4.57	0.50	มากที่สุด
4) การเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของปัญหาสาธารณสุขได้	4.57	0.51	มากที่สุด
2.3 วางแผนงานสาธารณสุข			
1) วางแผนงานการแก้ปัญหาสาธารณสุขที่สอดคล้องกับการวินิจฉัยการสาธารณสุข	4.86	0.35	มากที่สุด
2) วางแผนจัดทำโครงการแก้ปัญหาสาธารณสุขแบบองค์รวม	4.86	0.36	มากที่สุด
3) วางแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุขกรณีฉุกเฉิน	4.67	0.57	มากที่สุด
2.4 การดำเนินงานแก้ไขปัญหาสาธารณสุขชุมชน			
1) สามารถจัดทำโครงการแก้ปัญหาสาธารณสุขชุมชนได้อย่างเหมาะสม	4.71	0.46	มากที่สุด
2) ขอรับสนับสนุนงบประมาณ ทรัพยากรในการดำเนินงานให้เพียงพอทันเวลา	4.52	0.68	มากที่สุด
3) สามารถดำเนินกิจกรรมตามวัตถุประสงค์ของโครงการ	4.90	0.43	มากที่สุด
2.5 ประเมินผลการดำเนินงาน			
1) กำหนดระบบและดำเนินการติดตาม ควบคุม กำกับ โครงการแก้ปัญหาสาธารณสุขชุมชน	4.67	0.65	มากที่สุด
2) กำหนดระบบและดำเนินการประเมินผลสำเร็จของโครงการแก้ปัญหาสาธารณสุขชุมชน	4.71	0.64	มากที่สุด
3) กำหนดระบบและดำเนินการนิเทศงานสาธารณสุขชุมชนในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข	4.86	0.36	มากที่สุด
รวมองค์ประกอบความสามารถในการแก้ปัญหาสาธารณสุขในชุมชน	4.66	0.28	มากที่สุด
องค์ประกอบคุณลักษณะเชิงวิชาการ			

ตัวบ่งชี้	$\bar{X}$	SD	ระดับ
3.1 ด้านการวิจัยและการพัฒนานวัตกรรมสุขภาพ			
1) สามารถดำเนินการวิจัยด้านสาธารณสุข	4.43	0.59	มาก
2) มีผลงานที่เป็นนวัตกรรมสุขภาพ	4.43	0.75	มาก
3) นำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการสาธารณสุข	4.57	0.59	มากที่สุด
3.2 ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ			
1) ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพได้	4.38	0.74	มาก
2) นำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการงานสาธารณสุข	4.38	0.59	มาก
3) ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีในการจัดการระบบข้อมูลสาธารณสุขได้	4.43	0.59	มาก
3.3 ระบบคิดการคิดเชิงสุขภาพ			
1) รู้จักการคิดและวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล	4.71	0.46	มากที่สุด
2) มีความคิดริเริ่มและสร้างสรรค์	4.62	0.49	มากที่สุด
3) เข้าใจประเด็นปัญหา และเชื่อมโยง ความสัมพันธ์ของปัญหาและสถานการณ์	4.57	0.51	มากที่สุด
4) กำหนดขั้นตอนการดำเนินงานสาธารณสุขด้านต่างๆได้	4.48	0.68	มาก
3.4 การสื่อสารด้านสุขภาพ			
1) สามารถสื่อสารในเชิงสุขภาพกับประชาชนได้	4.71	0.64	มากที่สุด
2) สามารถพูดสื่อสารในเชิงสุขภาพในที่สาธารณะได้	4.62	0.67	มากที่สุด
3) สามารถจัดทำสื่ออธิบายความรู้ด้านสุขภาพได้	4.76	0.54	มากที่สุด
4) มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเชิงสุขภาพกับประชาชน	4.57	0.67	มากที่สุด
5) สามารถสื่อสารภาษาของท้องถิ่นที่ปฏิบัติงานได้	4.86	0.35	มากที่สุด
รวมองค์ประกอบคุณลักษณะเชิงวิชาการ	4.56	0.49	มากที่สุด
องค์ประกอบการบริหารจัดการงานสาธารณสุขชุมชน			
4.1 ภาวะผู้นำและการพัฒนาภาวะผู้นำ			
1) มีความเป็นผู้นำที่ดี	4.71	0.46	มากที่สุด
2) มีความเป็นผู้ตามที่ดี	4.62	0.66	มากที่สุด
3) ส่งเสริมการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ร่วมงาน	4.52	0.51	มากที่สุด
4) สามารถเผชิญหน้ากับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาได้	4.67	0.57	มากที่สุด
5) การปรับตัวทันกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมและสังคม	4.71	0.56	มากที่สุด
4.2 การทำงานเป็นทีมและการมีส่วนร่วม			
1) มีทักษะในการทำงานเป็นทีม	4.90	0.30	มากที่สุด
2) ยอมรับบทบาทของตนเอง	4.71	0.46	มากที่สุด
3) มีทักษะในการประสานงานกับภาคีเครือข่ายระดับต่างๆ	4.43	0.74	มาก
4.3 สัมพันธภาพและเครือข่าย			
1) ให้การบริการด้วยความ เต็มใจต้อนรับ	4.67	0.66	มากที่สุด
2) ให้บริการด้วยอัธยาศัยยินดี และสร้างความประทับใจแก่ผู้รับบริการ	4.81	0.51	มากที่สุด
3) มีมนุษยสัมพันธ์กับบุคคลทุกระดับ	4.67	0.57	มากที่สุด
4) สามารถปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่นได้ในทุกสถานการณ์	4.86	0.35	มากที่สุด
4.4 การบริหารจัดการงานสาธารณสุข			
1) มีส่วนร่วมในการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจขององค์กร	4.71	0.46	มากที่สุด
2) จัดทำแผนปฏิบัติงานประจำปีได้	4.29	0.71	มาก

ตัวบ่งชี้	$\bar{X}$	SD	ระดับ
3) รู้จักบริหารเวลาและวางแผนเวลาการทำงานที่เหมาะสม	4.67	0.48	มากที่สุด
รวมองค์ประกอบการบริหารจัดการงานสาธารณสุขชุมชน	4.66	0.27	มากที่สุด
องค์ประกอบทักษะชีวิตนักศึกษาสาธารณสุขชุมชน			
5.1 การพัฒนาตนเองเชิงวิชาชีพ			
1) ตระหนักถึงการเรียนรู้ตลอดชีวิต	4.52	0.60	มากที่สุด
2) สนใจเทคโนโลยีและองค์ความรู้ใหม่ๆ ในสาขาอาชีพของตน	4.67	0.48	มากที่สุด
3) การพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง	4.43	0.68	มาก
5.2 การเป็นผู้นำด้านสุขภาพ			
1) หลีกเลี่ยงตนเองจากสภาวะที่เสี่ยงต่อสุขภาพ	4.62	0.49	มากที่สุด
2) มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	4.71	0.46	มากที่สุด
3) มีสุนทรีย์ในการดูแลสุขภาพที่ดี	4.43	0.67	มาก
5.3 วัฒนธรรม			
1) ยอมรับความหลากหลายและแตกต่างในวัฒนธรรมของประชาชน	4.43	0.59	มาก
2) สามารถให้บริการกับผู้รับบริการต่างภาษา วัฒนธรรม	4.48	0.51	มาก
3) นำความรู้จากภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ในการงานสาธารณสุข	4.33	0.58	มาก
5.4 คุณธรรม จริยธรรม			
1) มีความรับผิดชอบต่อตนเอง หน้าที่ และวิชาชีพ	4.76	0.54	มากที่สุด
2) ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความซื่อสัตย์สุจริตถูกต้องทั้งตามหลักกฎหมาย จริยธรรมและระเบียบวินัย	4.71	0.46	มากที่สุด
3) รับผิดชอบต่องานที่ได้รับมอบหมายและการตัดสินใจของตน	4.71	0.46	มากที่สุด
4) มีคุณธรรมประจำใจในการดำเนินชีวิตและการกระทำ	4.71	0.46	มากที่สุด
5.5 จรรยาบรรณวิชาชีพ			
1) ปฏิบัติงานตามหลักวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน	4.48	0.60	มาก
2) ยกย่องให้เกียรติประชาชนทุกระดับ	4.52	0.68	มากที่สุด
3) พึงรักษาสีทึบประโยชน์ของประชาชนที่พึงได้รับ	4.71	0.46	มากที่สุด
4) ให้แสดงความคิดเห็นของตนตามหลักวิชาชีพอย่างเปิดเผยตรงไปตรงมา	4.62	0.59	มากที่สุด
5) ความรักและศรัทธาในวิชาชีพ	4.71	0.46	มากที่สุด
รวมองค์ประกอบทักษะชีวิตนักศึกษาสาธารณสุข	4.58	0.25	มากที่สุด
รวม	4.62	0.19	มากที่สุด

จากตารางที่ 2 พบว่าตัวชี้วัดสมรรถนะการแก้ปัญหาและการพัฒนาสาธารณสุขชุมชนของนักศึกษาสาธารณสุขชุมชนจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.62$, SD = 0.19) เมื่อจำแนกตามองค์ประกอบพบว่า องค์ประกอบทักษะสำคัญในงานสาธารณสุขชุมชนอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.63$, SD = 0.27) องค์ประกอบความสามารถในการแก้ปัญหา

สาธารณสุขในชุมชนอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.66$, SD = 0.28) องค์ประกอบคุณลักษณะเชิงวิชาชีพวิชาการในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.56$, SD = 0.49) องค์ประกอบการบริหารจัดการงานสาธารณสุขชุมชนอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.66$, SD = 0.27) และองค์ประกอบทักษะชีวิตนักศึกษาสาธารณสุขชุมชนอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.58$, SD = 0.25) เช่นกัน

ตาราง 3 คำนวณน้ำหนักความสำคัญขององค์ประกอบตัวชี้วัดสมรรถนะการแก้ปัญหาและการพัฒนาสาธารณสุขชุมชนของนักสาธารณสุขชุมชน

องค์ประกอบหลัก	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) (X)	สัดส่วนน้ำหนัก ความสำคัญ (W)	คะแนน (X+W)	ลำดับ
1. ทักษะสำคัญในงานสาธารณสุขชุมชน	4.63(X ₁)	0.28(W ₁)	1.29	1
2. ความสามารถในการแก้ปัญหาสาธารณสุขในชุมชน	4.66(X ₂)	0.21(W ₂)	0.99	3
3. คุณลักษณะเชิงวิชาการ	4.56(X ₃)	0.22(W ₃)	1.00	2
4. การบริหารจัดการงานสาธารณสุขชุมชน	4.66(X ₄)	0.16(W ₄)	0.75	4
5. ทักษะชีวิตนักสาธารณสุขชุมชน	4.58(X ₅)	0.13(W ₅)	0.59	5
รวม	(X ₁ W ₁ + X ₂ W ₂ + X ₃ W ₃ + X ₄ W ₄ + X ₅ W ₅)		4.62	มากที่สุด

จากตารางที่ 3 พบว่าองค์ประกอบของตัวชี้วัดสมรรถนะการแก้ปัญหาและการพัฒนาสาธารณสุขชุมชนของนักสาธารณสุขชุมชนมีค่าน้ำหนักเรียงตามลำดับตามความสำคัญของลำดับที่ 1 องค์ประกอบทักษะสำคัญในงานสาธารณสุขชุมชน ลำดับที่ 2 องค์ประกอบคุณลักษณะเชิงวิชาการ ลำดับที่ 3 องค์ประกอบความสามารถในการแก้ปัญหาสาธารณสุขในชุมชน ลำดับที่ 4 องค์ประกอบการบริหารจัดการงานสาธารณสุขชุมชนและลำดับที่ 5 องค์ประกอบทักษะชีวิตนักสาธารณสุขชุมชน

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยเพื่อการพัฒนาตัวชี้วัดสมรรถนะการแก้ปัญหาและการพัฒนาสาธารณสุขชุมชนของนักสาธารณสุขชุมชนชี้ชัดว่าประกอบด้วย องค์ประกอบหลัก 5 องค์ประกอบ ประกอบด้วย 23 องค์ประกอบย่อย 77 ตัวบ่งชี้ โดยพบว่าองค์ประกอบด้านทักษะสำคัญในงานสาธารณสุขชุมชนมีค่าน้ำหนักความสำคัญขององค์ประกอบมากที่สุด รองลงมาคือองค์ประกอบด้าน

คุณลักษณะเชิงวิชาการ องค์ประกอบด้านความสามารถในการแก้ปัญหาสาธารณสุขในชุมชน องค์ประกอบการบริหารจัดการงานสาธารณสุขชุมชน และองค์ประกอบทักษะชีวิตนักสาธารณสุขชุมชนตามลำดับ ทั้งนี้จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญกล่าวว่า นักสาธารณสุขชุมชนเป็นบุคลากรในกลุ่มวิชาชีพที่ต้องปฏิบัติงานในการประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนที่ต้องนำองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขทั้ง 5 กลุ่มความรู้ตามที่สภาการสาธารณสุขชุมชนกำหนดประกอบด้วยกลุ่มส่งเสริมสุขภาพและอนามัยชุมชน กลุ่มป้องกันโรคควบคุมโรค ระบาดวิทยา สถิติและการวิจัยทางด้านสาธารณสุข กลุ่มตรวจประเมิน การบำบัดโรคเบื้องต้น การดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพ และการส่งต่อ กลุ่มอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม และกลุ่มบริหารสาธารณสุขและกฎหมายสาธารณสุข⁹ มาเพื่อใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อการกระทำต่อบุคคลครอบครัว ชุมชน และอนามัยสิ่งแวดล้อม จึงจำเป็นต้องเป็นผู้ที่มีทักษะสำคัญในงานสาธารณสุขชุมชน ซึ่งประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การอนามัยสิ่งแวดล้อม การ

เฝ้าระวังและการควบคุมโรค การบำบัดรักษา เบื้องต้น และด้านสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรม สุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับความหมายและความสำคัญของวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนตามที่ปรากฏในพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน¹⁰ ที่กล่าวว่า “วิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน” หมายความว่า วิชาชีพที่กระทำต่อมนุษย์ และสิ่งแวดล้อมในชุมชนเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การควบคุมโรค การตรวจ ประเมินและการบำบัดโรคเบื้องต้น การดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย การฟื้นฟูสภาพ การอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อมทั้งนี้ เพื่อลดความเสี่ยงจากการเจ็บป่วยในชุมชนโดยนำหลักวิทยาศาสตร์มาประยุกต์ใช้ แต่ไม่รวมถึงการประกอบโรคศิลปะตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ หรือการประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และการสาธารณสุขอื่นตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น จึงมีผลทำให้องค์ประกอบด้านทักษะสำคัญในงานสาธารณสุขชุมชนมีน้ำหนักความสำคัญมากที่สุด

องค์ประกอบที่มีค่าน้ำหนักความสำคัญรองลงมาคือด้านคุณลักษณะเชิงวิชาการ ประกอบด้วย ด้านการวิจัยและการพัฒนานวัตกรรมสุขภาพ ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ ด้านระบบคิดการเชิงสุขภาพและการสื่อสารด้านสุขภาพ องค์ประกอบหลักด้านนี้จะเกี่ยวข้องกับการพัฒนาองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยและนวัตกรรมทางด้านการสาธารณสุขชุมชน รวมทั้งการนำเอาเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาและการพัฒนางานสาธารณสุขชุมชน อีกทั้งยังให้ความสำคัญกับการสื่อสารเชิงสุขภาพที่มีคุณภาพเพื่อสามารถอธิบาย แลกเปลี่ยนความคิด ความรู้ด้านสุขภาพกับประชาชนได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนวิสนันท์ วงศ์ประสิทธิ์ และสุปราณี จ้อยรอด¹¹ ที่ศึกษาถึงความต้องการในการพัฒนาบุคลากรทางสาธารณสุขต่อ

บทบาทของมหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ พบว่าชุมชนต้องการเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความสามารถในการเป็นนักสร้างเสริมสุขภาพที่มีทักษะการสื่อสารที่ดีกับผู้อื่น และสามารถเข้าถึงปัญหาของชุมชนได้อย่างแท้จริง ในส่วนองค์ประกอบด้านระบบคิดการเชิงสุขภาพนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติพัทธ์ เอี่ยมรอด¹² ที่ดำเนินการพัฒนาตัวชี้วัดสมรรถนะของนักวิชาการสาธารณสุขซึ่งพบว่าองค์ประกอบด้านภาวะผู้นำและการคิดอย่างเป็นระบบ เป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญในลำดับต้นๆของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ด้านความสามารถในการแก้ปัญหาสาธารณสุขในชุมชน ซึ่งประกอบด้วย องค์ประกอบย่อย 6 ด้าน คือ 1) การวิเคราะห์และประมวลปัญหาสาธารณสุข 2) การวินิจฉัยปัญหาสาธารณสุข 3) การวางแผนงานสาธารณสุข 4) การดำเนินงานแก้ไขปัญหาสาธารณสุขชุมชนและ 5) การประเมินผลการดำเนินงาน หากพิจารณาโดยชัดแจ้งแล้วจะพบว่าองค์ประกอบนี้ คือ ขั้นตอนของการดำเนินงานอนามัยชุมชนที่นักสาธารณสุขนำมาปรับและประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานด้านการแก้ปัญหาและการพัฒนางานสาธารณสุขในชุมชนอย่างต่อเนื่องอยู่แล้ว¹³ ซึ่งสมรรถนะในการวิเคราะห์และวางแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชน ซึ่งเป็นสิ่งที่พึงประสงค์ของนักสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เช่นเดียวกับ องค์ประกอบหลักด้านการบริหารจัดการงานสาธารณสุขชุมชน อันได้แก่ ภาวะผู้นำและการพัฒนาภาวะผู้นำ การทำงานเป็นทีมและการมีส่วนร่วม สัมพันธภาพและเครือข่ายและการบริหารจัดการงานสาธารณสุข นั้นสอดคล้องกับการศึกษาของสุคนทิพย์ รุ่งเรืองและคณะ¹⁴ ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสมรรถนะของ

นักวิชาการสาธารณสุข กรณีศึกษาเขตบริการสุขภาพที่ 4 พบว่า ปัจจัยภาวะผู้นำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะของนักวิชาการสาธารณสุข และสามารถร่วมกันพยากรณ์สมรรถนะของนักวิชาการสาธารณสุขได้ และท้ายสุดองค์ประกอบหลักด้านทักษะชีวิตนักสาธารณสุขชุมชน ได้แก่ การพัฒนาตนเองเชิงวิชาชีพ การเป็นผู้นำด้านสุขภาพ วัฒนธรรมคุณธรรมจริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ เป็นองค์ประกอบที่มีค่าน้ำหนักความสำคัญเป็นลำดับที่ 5 จากผลการวิจัยชี้ชัดได้ว่าการปฏิบัติงานของนักสาธารณสุขชุมชนต้องมีการพัฒนาตนเองให้เป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในเชิงวิชาชีพ เป็นผู้นำด้านสุขภาพที่มีความรู้ ความเข้าใจในความแตกต่างของวัฒนธรรม ประเพณีพื้นถิ่น และดำรงตนด้วยคุณธรรม จริยธรรม และประกอบวิชาชีพภายใต้กรอบแห่งจรรยาบรรณวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน

การนำผลการวิจัยไปใช้

นำตัวชี้วัดสมรรถนะการแก้ปัญหาและการพัฒนาสาธารณสุขชุมชนของนักสาธารณสุขชุมชนไปประเมินสภาพการปฏิบัติงานจริง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาองค์ประกอบเชิงยืนยันของตัวชี้วัดสมรรถนะการแก้ปัญหาและการพัฒนาสาธารณสุขชุมชนของนักสาธารณสุขชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. Spencer, L.M. and Spencer, S.M. Competency at Work: Models for Superior Performance. New York: John Wiley & Sons; 1993: P 9-11.
2. สุกัญญา รัศมีธรรมโชติ. แนวทางการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ด้วย Competency Based Learning. กรุงเทพฯ : อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน); 2549.
3. พรชัย เจดามาน. (2560). การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์. สืบค้นเมื่อ 20 กรกฎาคม 2562, จาก knation blog:<http://www.oknation.net/blog/jedaman/2013/03/29/entry-1>
4. McClelland, D. (1973). Testing for Competency Rather than for Intelligence. American Psychologist. 28 (1), pp. 1 - 14.
5. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). บทสังเคราะห์ข้อเสนอแนะของทบวทกระทรวงสาธารณสุขในศตวรรษที่ 21 นนทบุรี. หจก. สหพัฒนพิบูล; 2557.
6. World Health Organization. Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework; 2007.
7. Murphy, T. H., & Terry Jr, R. Adoption of CALL technologies in education; A national delphi. In Proceedings of the Forty-Fourth Annual Southern Agricultural Education Research Meeting 1998; 112-123.
8. พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ;2543.
9. ราชกิจจานุเบกษา.ข้อบังคับสภาการสาธารณสุขชุมชน ว่าด้วยการให้ความเห็นชอบหลักสูตรการศึกษาระดับปริญญาการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2562; 2562: 23-25 เล่ม 136 ตอนพิเศษ 41 ง วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2562

10. ราชกิจจานุเบกษา.พระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556; 2556 :หน้า 19-20 เล่ม 130 ตอนที่ 118 ก วันที่ 16 ธันวาคม 2556
11. นวสินธ์ วงศ์ประสิทธิ์ และ สุปราณี จ้อยรอด. ความต้องการในการพัฒนาบุคลากรทางสาธารณสุขต่อบทบาทของมหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ จังหวัดฉะเชิงเทรา กับการก้าวสู่ประชาคมอาเซียน ในวารสารราชนครินทร์ มกราคม-มิถุนายน 2560: หน้า 63-71.
12. กิตติพัทธ์ เอี่ยมรอด. การพัฒนาตัวชี้วัดสมรรถนะของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. กรุงเทพฯ : สำนักวิจัยและพัฒนาระบบงานบุคคล สำนักงาน ก.พ.; 2554.
13. ธีรศักดิ์ พาจันท์. การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้การวิจัยเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะในการวิเคราะห์และวางแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชนวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น.วารสารทันตภิบาล ปีที่ 28 ฉบับที่ 1 มกราคม –มิถุนายน 2560; 2560 : หน้าที่ 49-59.
14. สุคนทิพย์ รุ่งเรือง ฉัตรสมุน พงศ์ภิญโญ นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ และสุธี อยู่สถาพร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสมรรถนะของนักวิชาการสาธารณสุข กรณีศึกษาเขตบริการสุขภาพที่ 4 ใน วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข. ปีที่ 2, ฉบับที่ 1 (ม.ค.-เม.ย. 2559); 2559:15-29.

Received: 19 Oct 2019, Revised: 6 Nov 2019

Accepted: 16 Dec 2019

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560
ของผู้ประกอบการร้านค้าปลีก อำเภอเขียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

ทิพวัลย์ พรหมมร^{1,*} สมโภช รติโอฬาร² ธีระวุธ ธรรมกุล²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกระดับความรู้ ระดับทัศนคติระดับการปฏิบัติ และ (2) ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกอำเภอเขียงยืน จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ประกอบการร้านค้าปลีกที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ เลือกมาโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายได้ จำนวน 220 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่น ด้านความรู้ เท่ากับ 0.82 ด้านทัศนคติ และด้านการปฏิบัติ มีค่าแอลฟาเท่ากับ 0.84 และ 0.89 ตามลำดับ และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติถดถอยพหุคูณเชิงเส้นแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า (1) ผู้ประกอบการร้านค้าปลีกส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 70.5 มีความรู้เกี่ยวกับ พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 อยู่ในระดับปานกลาง มีทัศนคติเกี่ยวกับ พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 อยู่ในระดับดี มีการปฏิบัติตาม พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 อยู่ในระดับปานกลาง และ (2) ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตาม พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 ของผู้ประกอบการร้านค้าปลีก ได้แก่ ความรู้ด้านเนื้อหาตาม พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ($p=.002$) ทัศนคติเกี่ยวกับ พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ด้านผู้ประกอบการ ($p=.043$) และเพศหญิง ($p=.040$) โดยสามารถร่วมกันอธิบายการปฏิบัติตาม พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกได้ร้อยละ 38.7

คำสำคัญ: ผู้ประกอบการร้านค้าปลีก การปฏิบัติ พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560

¹ นักศึกษา ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

² อาจารย์แขนงวิชาเอกบริหารสาธารณสุข สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

* Corresponding author: mthip2311@gmail.com

*Original Article***Factors Affecting Retailers' Practices on Tobacco Products Control Act of 2017 in Chiang Yuen District, Maha Sarakham Province**Thipawan Phrommorn^{1,*}, Sompoch Rationan², Theerawut Thammakul²**Abstract**

This cross-sectional study aimed to study 1) knowledge, attitudes, and practices on the Tobacco Products Control Act of 2017 and 2) to find out factors affecting the practices of retailers on the Tobacco Products Control Act of 2017 in Chiang Yuen district, Maha Sarakham province. There were 220 tobacco product retailers selected using the simple random sampling. Data were collected by a questionnaires alpha coefficients of 0.85, 0.84 and 0.89 for the knowledge, attitude and practice aspects, respective and then data were analyzed by using with descriptive statistics and step-wise multiple regression analysis. The findings revealed that: 1) among all retailers-respondents, the majority of them were female (70.50%) with a moderate level of knowledge on the Tobacco Products Control Act of B.E.2560 , a good level of attitudes toward the Tobacco Products Control Act of B.E.2560 and a moderate level of practices on Tobacco Products Control Act of B.E.2560 and 2) the factors affecting the retailers' practices based on Tobacco Products Control Act of B.E.2560 were the knowledge about entrepreneurs under the Act, the attitudes toward entrepreneurs under the Act, and being female retailers. The combined of knowledge about entrepreneurs under the Act, the attitudes toward entrepreneurs under the Act, and being female retailers were capable of predicting 38.7% of retailers practices on Tobacco Products Control Act of B.E.2560 and knowledge about entrepreneurs under the Act was the most powerful as the most powerful predictive factor ($B=.201, p=.002$)

Keywords: retailer, practices, Tobacco Products Control Act of B.E.2560

¹ Student in Master of Public Health Program in Public Health Administration, Sukhothai Thammathirat Open University

² Lecturer, School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

* Corresponding author: mthip2311@gmail.com

บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สามารถป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นได้มากที่สุด โดยปี พ.ศ.2551 บุหรี่คร่าชีวิตผู้คนทั่วโลกมากกว่า 5 ล้านคน คาดว่าในปี พ.ศ. 2573 หากยังไม่มีมาตรการใด ๆ จะมีจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นทั้งหมด 8 ล้านคนต่อปี ทั้งนี้เนื่องจากยาสูบเป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพร้ายแรง ที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งจากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า มีผู้เสียชีวิตเนื่องจากการบริโภคยาสูบหรือการได้รับควันบุหรี่สูงถึง 6 ล้านคนต่อปีและคาดการณ์ไว้ว่าหากประเทศต่าง ๆ ไม่ได้ร่วมมือกันอย่างจริงจังในการป้องกันและควบคุมการบริโภคยาสูบ จะมีผู้เสียชีวิตเพิ่มเป็น 8 ล้านคนต่อปี ในปี พ.ศ. 2573 ดังนั้น องค์การอนามัยโลกจึงจัดให้การบริโภคยาสูบเป็นปัญหาที่สำคัญอันดับต้น ๆ ที่ทุกประเทศต้องร่วมมือกันแก้ไขอย่างเร่งด่วน¹ การบริโภคยาสูบเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับประเทศและสากล องค์การอนามัยโลกได้จัดให้การบริโภคยาสูบเป็นปัญหาที่สำคัญอันดับต้น ๆ ที่ทุกประเทศต้องร่วมมือกันแก้ไขอย่างเร่งด่วน สำหรับประเทศไทยการสูบบุหรี่นับเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะโรคสูงเป็นลำดับที่ 2 รองจากการดื่มแอลกอฮอล์²

สถานการณ์การสูบบุหรี่ของประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ.2558 พบว่าประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีผู้สูบบุหรี่ 10.9 ล้านคนการสูบบุหรี่ของเยาวชน (อายุ 15-18 ปี) ในช่วงปี 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2547-2557) พบว่าอัตราการสูบบุหรี่ของเยาวชนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.58 เป็นร้อยละ 8.25 โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนผู้หญิงมีการสูบบุหรี่โรงงานเพิ่มขึ้นจากการสำรวจครั้งล่าสุด ในปี พ.ศ.2558 เปรียบเทียบกับครั้งที่ผ่านมามีในปี พ.ศ.2557 พบว่า อัตราการบริโภคยาสูบลดลงจากร้อยละ

8.25 เป็น 7.92 แต่อายุเฉลี่ยของเยาวชนที่เริ่มสูบกกลับมีแนวโน้มลดลง อีกทั้งพบว่าเยาวชนมีการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ ๆ เพิ่มขึ้น โดยอุตสาหกรรมยาสูบ เน้นการใช้กลยุทธ์สื่อออนไลน์หรือการตลาดเชิงสังคม (social marketing) ที่เข้ามาเป็นส่วนสำคัญ ซึ่งกฎหมายปัจจุบันยังไม่สามารถดำเนินการได้ และกลุ่มเยาวชนยังขาดความเข้าใจและตระหนักถึงพิษภัยของยาสูบที่ถูกต้อง³

การเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบของเยาวชนที่เป็นผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันร้อยละ 67.4 สามารถหาซื้อบุหรี่ได้ตามร้านค้าทั่วไป ได้แก่ ร้านค้า ร้านขายของชำ ร้านค้าเร่ แผงลอย ตลาดนัด และร้านสะดวกซื้อ ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา โดยเยาวชนที่สูบบุหรี่จำนวนประมาณครึ่งหนึ่งหรือร้อยละ 54.4 สามารถหาซื้อบุหรี่ได้จากร้านค้าและร้านขายของชำ ร้อยละ 8.7 สามารถหาซื้อบุหรี่ได้จากร้านค้าเร่ แผงลอย และตลาดนัด ร้อยละ 4.3 สามารถซื้อบุหรี่ได้จากร้านสะดวกซื้อ และร้อยละ 12.8 ได้บุหรี่มาจากผู้อื่น นอกจากนี้เยาวชนผู้สูบบุหรี่เกือบครึ่งหนึ่ง หรือร้อยละ 44 สามารถซื้อบุหรี่ได้โดยไม่ได้รับการตรวจสอบอายุของผู้ซื้อ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ,2559) นอกจากนี้ ร้อยละ 30.9 ยังเคยพบเห็นการโฆษณาและการส่งเสริมการจำหน่ายบุหรี่ ณ จุดขาย และมากกว่าร้อยละ 20.0 เคยสวมใส่หรือใช้สิ่งของที่มีชื่อหรือตราสัญลักษณ์ของบริษัทยาสูบ⁴

จากพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 มีผลบังคับใช้เป็นกฎหมายตั้งแต่วันที่ 4 กรกฎาคม 2560 (ประกาศราชกิจจานุเบกษา เล่ม 134 ตอนที่ 39 ก ,2560) สืบเนื่องจากพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 ได้ยกเลิกพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 ซึ่งใช้บังคับมาเป็นเวลานานถึง 25 ปี รวมทั้งมีบทบัญญัติหลายประการที่ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน

ในด้านสถานการณ์การสูบบุหรี่ของเยาวชนในบริบทพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม จากผลการสำรวจที่ผ่านมา พบว่า มีอัตราความชุกของการสูบบุหรี่ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 20.25⁵ ซึ่งตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2558-2561 ได้ตั้งเป้าหมายกำหนดอัตราความชุกของผู้สูบบุหรี่ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ต้องไม่เกินร้อยละ 18.00 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลเป็นหน่วยงานภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานกิจกรรมต่างๆ ตามคำสั่งและนโยบายระดับจังหวัด เพื่อลดอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทย ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะนำไปสู่โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCD และเป็นการป้องกันมิให้เกิดผู้เสียชีวิตใหม่และเฝ้าระวังธุรกิจยาสูบที่มุ่งเป้าไปยังเด็กเยาวชน และนักสูบหน้าใหม่

จากสถานการณ์ปัญหาอัตราความชุกของการสูบบุหรี่ของเยาวชนในจังหวัดมหาสารคาม และยังไม่มีการศึกษาถึงการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบของผู้ประกอบการร้านค้าปลีก ในจังหวัดมหาสารคาม ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญและมีความสนใจ ที่จะศึกษาว่ามีปัจจัยใดบ้าง ที่มีผลต่อการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ของผู้ประกอบการร้านค้าปลีก ในอำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม และผู้ประกอบการร้านค้าปลีกในอำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม มีการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 หรือไม่อย่างไร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ประกอบการร้านค้าปลีก ศึกษาระดับความรู้ และระดับทัศนคติ ที่เกี่ยวกับพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ศึกษาระดับการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ของผู้ประกอบการร้านค้าปลีก และวิเคราะห์ปัจจัยที่มี

ผลต่อการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ของผู้ประกอบการร้านค้าปลีก อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งข้อมูลที่ได้จากผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และหน่วยงานของรัฐที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินตามนโยบายและเพื่อจำกัดการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบของเยาวชนไทย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยวิธีการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross – Sectional descriptive Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ประกอบการร้านค้าปลีก อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 436 ร้าน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ประกอบการร้านค้าปลีกที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 220 ร้าน ที่ได้จากการกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3 โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size f²) อยู่ในระดับปานกลาง คือ 0.15 ค่าอำนาจในการทดสอบ (Power: 1- β error probability) เท่ากับ 0.95 ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ตัวแปรทำนายจำนวน 9 ตัวแปร คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 166 ร้านค้า และเพื่อป้องกันการไม่ตอบกลับและความผิดพลาดจากการตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์จึงเพิ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 30 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ รวมจำนวนตัวอย่าง 220 ร้านค้า และคำนวณขนาดตัวอย่างในแต่ละตำบลตามสัดส่วนร้านค้าปลีกที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ จากนั้นจึงสุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบลโดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่ใส่คืน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ประกอบการร้านค้าปลีก ชนิดตอบสั้น

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ในเนื้อหาและบทกำหนดโทษตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 มีคำถามทั้งหมด 20 ข้อ มีคำตอบให้เลือก ถูกและผิด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 มีคำถามทั้งหมด 12 ข้อ เป็นลักษณะคำถามแบบลิเคิร์ตสเกล (Likert Scale) โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ

ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 มีคำถามทั้งหมด 12 ข้อ เป็นลักษณะคำถามแบบลิเคิร์ตสเกล (Likert Scale) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ประกอบด้วย 1) ตรวจสอบหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พบว่าทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม (IOC) อยู่ระหว่าง 0.6-1.0 ทุกข้อคำถาม 2) ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) ได้จากการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ประกอบการร้านค้าปลีก ตำบลหนองโน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 30 ร้านค้า พบว่า ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านความรู้ ด้วยวิธี KR-20 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' Coefficient of Alpha) ของแบบสอบถาม ด้านทัศนคติ และด้านการปฏิบัติ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 และ 0.89

ตามลำดับ ส่วนความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยนี้เก็บข้อมูลโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ที่มีกลุ่มตัวอย่าง เพราะผู้ประกอบการร้านค้าปลีกส่วนใหญ่มีความไว้วางใจและให้คำตอบที่เป็นจริงกับ อสม. ซึ่งเป็นคนในชุมชนเดียวกันมากกว่าเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย⁶ อสม.ที่เก็บข้อมูลทุกคนผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อรับรู้ถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการเก็บข้อมูล วิธีเก็บข้อมูลโดยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง และในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างอ่านหนังสือไม่ได้ อสม. จะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ฟังแล้วให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เลือกคำตอบด้วยตนเองโดยมีแบบสอบถามที่ตอบข้อคำถามครบถ้วนสมบูรณ์ จำนวน 220 ฉบับ คิดเป็นอัตราตอบกลับ (Response rate) ร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การใช้ตารางแจกแจงความถี่ แสดงผลเป็นค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเสนอคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ในจังหวัดมหาสารคาม และผ่านการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ตั้งแต่วันที่ 5 มีนาคม 2562 เลขที่ 1/2562

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.5) มีอายุระหว่าง 45 -55 ปี (ร้อยละ 35.0) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 46.4) ระยะเวลาประกอบอาชีพค้าขายส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1-10 ปี (ร้อยละ 51.8) และส่วนใหญ่เคยถูกตรวจสอบการปฏิบัติตาม พรบ.จากเจ้าหน้าที่ของรัฐ (ร้อยละ 66.4)

1.2 ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับ พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ของผู้ประกอบการร้านค้าปลีก พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีระดับความรู้เกี่ยวกับ พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=13.96 ,SD=2.949) โดยในด้านเนื้อหาตาม พรบ. พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง (Mean=9.19 ,SD=1.993) และด้านบทกำหนดโทษตาม พรบ. พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง (Mean=4.76, SD=1.374)

1.3 ข้อมูลทัศนคติต่อ พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 ของผู้ประกอบการร้านค้าปลีก พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีระดับทัศนคติเกี่ยวกับ พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 อยู่ในระดับดี (Mean=3.71, SD=0.544) โดยทัศนคติเกี่ยวกับ พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ด้านที่มีต่อผู้บริโภค (ผู้ซื้อ) โดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean=3.83 ,SD=0.673) ด้านที่มีต่อผู้ประกอบการร้านค้าปลีก(ผู้ขาย) โดยรวมมีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.58, SD=0.506)

1.4 ข้อมูลการปฏิบัติตาม พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 ของผู้ประกอบการร้านค้าปลีก พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีระดับการปฏิบัติตาม พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=2.23, SD=0.258) โดยการปฏิบัติตาม พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 ด้านการจำหน่าย อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=2.12 ,SD=0.337) ด้านการโฆษณา มีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก (Mean=2.34, SD=0.267) แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตาม พรบ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ของผู้ประกอบการร้านค้าปลีก อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

รายการ	Mean	SD	แปลผล
ความรู้เกี่ยวกับ พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560			
- ด้านเนื้อหาตาม พรบ.	9.19	1.993	ปานกลาง
- ด้านบทกำหนดโทษตาม พรบ.	4.76	1.374	ปานกลาง
ทัศนคติเกี่ยวกับ พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560			
- ด้านที่มีต่อผู้บริโภค (ผู้ซื้อ)	3.83	0.673	ดี
- ด้านที่มีต่อผู้ประกอบการร้านค้าปลีก(ผู้ขาย)	3.58	0.506	ปานกลาง
การปฏิบัติตาม พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560			
- ด้านการจำหน่าย	2.12	0.337	ปานกลาง
- ด้านการโฆษณา	2.34	0.267	มาก

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรพยากรณ์ในรูปของคะแนนดิบ (B) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณและค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจพหุคูณ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ตัวแปรพยากรณ์	B	Beta	t	Sig.
ค่าคงที่	16.679		10.258	< 0.001
ความรู้ด้านเนื้อหาตาม พรบ.	.314	.201	3.201	.002
ทัศนคติด้านที่มีต่อผู้ประกอบการ(ผู้ขาย)	.181	.177	2.034	.043
เพศหญิง	.880	.130	2.069	.040

$R = 0.423$ $R^2 = 0.387$ $SEest = 2.849$ $adjust R^2 = 0.345$ $F = 26.606$

2. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 ของผู้ประกอบการร้านค้าปลีก

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 พบว่า ความรู้เกี่ยวกับ พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ด้านเนื้อหาตาม พรบ. (Beta= 0.201) มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 ของผู้ประกอบการร้านค้าปลีก อำเภอเขียงยืน จังหวัดมหาสารคาม มากที่สุด รองลงมาคือ ทัศนคติเกี่ยวกับ พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบด้านที่มีต่อผู้ประกอบการ(ผู้ขาย) (Beta= 0.177) และ เพศหญิง (Beta= 0.130) โดยตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวแปร มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในการตัดสินใจที่มีการปรับฐานประชากรตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรอิสระ (Adjusted R²) เท่ากับ 0.345 และมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการพยากรณ์ (SEest) เท่ากับ 2.894 หมายความว่า สามารถร่วมกันอธิบายการปฏิบัติตาม พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกร้อยละ 38.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังแสดงในตารางที่ 2) และมีตัวแปรอิสระที่ไม่มีผลต่อการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติควบคุม

ผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 ได้แก่ ตัวแปรด้านอายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการประกอบอาชีพค้าขาย และการถูกตรวจสอบการปฏิบัติตาม พรบ. จากเจ้าหน้าที่ของรัฐ ส่วนตัวแปรความรู้เกี่ยวกับ พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 ด้านบทกำหนดโทษตาม พรบ. และตัวแปรทัศนคติเกี่ยวกับ พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 ด้านที่มีต่อผู้บริโภค(ผู้ซื้อ)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย ครั้งนี้สรุปได้ว่าผู้ประกอบการร้านค้าปลีก อำเภอเขียงยืน จังหวัดมหาสารคาม จำนวนมากกว่าครึ่ง ร้อยละ 61.4 มีการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 ในด้านการจำหน่าย และการโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบ อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งมีความใกล้เคียงกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าผู้ประกอบการร้านค้าปลีกในชุมชนจำนวนมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 68.9) มีพฤติกรรมการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้เยาวชน⁷ ทำให้สะท้อนให้เห็นว่าการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้กับเยาวชน ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง จากผลการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน สรุปได้ว่า มีตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการปฏิบัติตาม

พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกในชุมชน อำเภอเขียงยืน จังหวัดมหาสารคาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 3 ตัวแปร จำแนกออกเป็น 3 กลุ่มปัจจัย คือ

กลุ่มปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ประกอบการร้านค้าปลีก พบว่า ตัวแปรอิสระที่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่กำหนดไว้ 1 ตัวแปร คือ ตัวแปรด้านเพศหญิง อภิปรายได้ว่า การที่ผู้ประกอบการร้านค้าปลีกเป็นเพศหญิง จะมีความตระหนักและมีความใส่ใจต่อการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 มากกว่าเพศชาย ซึ่งเพศชายอาจเห็นว่าการกระทำบางอย่างบางอย่างเป็นการละเมิดกฎหมายสามารถทำได้ หรือไม่จำเป็นต้องปฏิบัติตามกฎหมาย โดยพฤติกรรมแล้วผู้ชายจะกล้าได้กล้าเสีย ไม่เกรงกลัว ที่สำคัญในเรื่องขาดความรับผิดชอบ ที่ผลการศึกษาออกมาเป็นเช่นนี้ส่วนหนึ่งอาจจะมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับกับผลการศึกษาถึง การสนับสนุนของประชาชน ที่มีต่อกฎหมายการห้ามขายผลิตภัณฑ์เกี่ยวกับบุหรี่ ในประเทศอังกฤษ โดยพบว่า เพศหญิงจะปฏิบัติตามกฎหมายมากกว่าเพศชาย⁸ เช่นเดียวกับการศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามกฎหมายการห้ามสูบบุหรี่ทั้งในกลุ่มผู้สูบบุหรี่ และกลุ่มไม่สูบบุหรี่ รวมทั้ง สถานที่ต่างๆ ถึงการกำหนดให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ในประเทศจีน พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามกฎหมายการห้ามสูบบุหรี่นั้นพบว่า เพศหญิงทั้งในกลุ่มที่สูบบุหรี่ และไม่สูบบุหรี่จะมีการปฏิบัติตามกฎหมาย มากกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)⁹

ความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 พบว่า ตัวแปรที่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยคือ ตัวแปรความรู้ด้านเนื้อหาตาม พรบ. อภิปรายได้ว่า การที่

ผู้ประกอบการร้านค้าปลีกมีความรู้ในเนื้อหาตาม พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ จะส่งผลให้ผู้ประกอบการมีการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 ได้เพิ่มมากขึ้น ซึ่งจากผลการศึกษาในครั้งนี้ ผู้ประกอบการร้านค้าปลีกมีระดับความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 อยู่ในระดับปานกลาง จึงส่งผลให้มีการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ในด้านการจำหน่าย และการโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบ อยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะประเด็นการไม่ตรวจสอบอายุผู้ซื้อจากบัตรประชาชนก่อนจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ และยังมี การจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้กับบุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่ผู้ประกอบการยังมีการปฏิบัติไม่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ประกอบการร้านค้าปลีกไม่สอบถามอายุของผู้ซื้อบุหรี่ปีก่อนขายจะมีพฤติกรรมขายบุหรี่ปีกให้เยาวชน คิดเป็นร้อยละ 95.2¹⁰ สอดคล้องกับผลการศึกษาในต่างประเทศที่ยืนยันว่าการไม่ตรวจสอบอายุหรือตรวจสอบบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ซื้อก่อน ขายบุหรี่ปีกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการขายบุหรี่ปีกให้เยาวชน

ทัศนคติเกี่ยวกับพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 ตัวแปรที่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยคือ ตัวแปรทัศนคติด้านที่มีต่อผู้ประกอบการ (ผู้ขาย) อภิปรายได้ว่า ทัศนคติของผู้ประกอบการด้านที่มีต่อผู้ประกอบการ (ผู้ขาย) อยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ประกอบการร้านค้าปลีก มีความกังวลต่อการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 สาเหตุอาจเนื่องมาจากมีข้อจำกัดในการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ รวมทั้งมีบทกำหนดโทษ หากไม่ปฏิบัติตาม เช่น ต้องมีการเพิ่มความระมัดระวังในการขายบุหรี่ปีกมากขึ้น มีผลกระทบต่อยรายได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า

ทัศนคติต่อร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่ ผู้ประกอบการคิดว่ามีผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ได้แก่ ต้องเพิ่มความระมัดระวังในการขายบุหรี่มากขึ้น มีบทลงโทษที่รุนแรงขึ้นรายได้จากการขายบุหรี่ลดลง¹¹

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานภาครัฐที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ หน่วยงาน ด้านสาธารณสุข หน่วยงานตำรวจ และสรรพสามิต เรงรัด พัฒนามาตรการการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ และจัดทำสื่อต่าง ๆ เช่น คู่มือโปสเตอร์ แผ่นพับ สติกเกอร์ เพื่อสร้างความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้อง รวมทั้งให้ข้อมูลในการปฏิบัติที่ถูกต้องกับผู้ประกอบการร้านค้าปลีก

2. หน่วยงานรัฐควรมีการจัดเจ้าหน้าที่ทำการสุ่มตรวจสอบการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ของผู้ประกอบการร้านค้าปลีก เป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้ผู้ประกอบการร้านค้าปลีกมีการปฏิบัติตาม พรบ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อยืนยันถึงปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 ของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกที่มีบริบททางสังคมและสิ่งแวดล้อมแตกต่างกันออกไป

2. ควรทำการศึกษาเชิงคุณภาพถึงความคิดเห็นของผู้ประกอบการร้านค้าปลีก ต่อการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 รวมทั้งปัจจัยที่เป็นปัญหาอุปสรรคต่อการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560

3. ควรทำการศึกษาเชิงทดลองเพื่อหาแนวทางในการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพเพื่อ

แก้ไขปัญหการไม่ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 ในกลุ่มผู้ประกอบการร้านค้าปลีก

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ประกอบการร้านค้าปลีกอำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ และให้ความช่วยเหลือผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ทำให้การวิจัยในครั้งนี้สำเร็จได้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organisation. WHO Report on the global tobacco epidemic, 2008: Warning about the dangers of tobacco. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008.
2. ศิริวรรณ พิทยรังษฤษฎ์, ประภาพรรณ เอี่ยมอนันต์, ปวีณา ปันกระจำง และกมลภากร สมมติ. สรุปสถานการณ์การควบคุมยาสูบของประเทศไทย พ.ศ.2557. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ :เจริญดีมั่นคงการพิมพ์; 2557.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ.2550. กรุงเทพฯ: ธนาเพลส; 2559.
4. ศิริวรรณ พิทยรังษฤษฎ์, ปานทิพย์ โชติเบจ ภาภรณ์และคณะ. สรุปสถานการณ์เฝ้าระวังเพื่อ ควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2559. กรุงเทพฯ :เจริญดีมั่นคงการพิมพ์; 2559.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ.2550. กรุงเทพฯ: ธนาเพลส; 2560.

6. จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, ปิยะรัตน์ นิยมพิทักษ์พงศ์, และศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์. แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้เยาวชนของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกในชุมชนชนบทด้วยชุมชนปฏิบัติการด้านการเรียนรู้. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต., มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก; 2557.
7. จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, อาทิตยา วัจนสินธุ์, และบุญชนัญญา พงษ์ปรีชา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขายบุหรี่ให้เยาวชนของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกในเขตสุขภาพที่ 2. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2558; 12(1): 56-70.
8. Shahab L and West R. Public support in England for a total ban on the sale of tobacco products. Tobacco Control 2010; 19: 143-7.
9. Li Q, Hyland A, O'Connor R, Zhao G, Du L, Li X, Fong GT. Support for smoke-free policies among smokers and non-smokers in six cities in China: ITC China survey. TobaccoControl 2010; Volume 19: i40-6.
10. จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, ปิยะรัตน์ นิยมพิทักษ์พงศ์. พฤติกรรมการจำหน่ายบุหรี่ของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกในชุมชนโดยรอบมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2557.; 6(2): 101-106.
11. จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, ปิยะรัตน์ นิยมพิทักษ์พงศ์, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, อรวรรณ กิตติสิโรจน์และอาทิตยา วัจนสินธุ์. ทศนคติของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกในเขตบริการสุขภาพที่ 2 ที่มีต่อเนื้อหาผลกระทบและพฤติกรรมการตอบสนองต่อร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2559; 10(3): 321-330.

Received: 5 Nov 2019, Revised: 2 Dec 2019

Accepted: 6 Dec 2019

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานตำบลแม่ปืม อำเภอมะนัง จังหวัดยะลา

กฤษฎา คำมาปัน^{1,*}

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลแม่ปืม อำเภอมะนัง จังหวัดยะลา ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน แยกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละ 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบทดสอบความรู้ สมรรถนะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลตนเองใช้ระยะเวลา 9 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent t-test และ paired t-test ผลการวิจัยพบว่าระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้ สมรรถนะ และพฤติกรรมหลังให้โปรแกรมสูงกว่าก่อนการให้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ก่อนให้โปรแกรม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน ที่ระดับ 0.05 และ หลังให้โปรแกรม ระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้ และสมรรถนะ กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนระดับพฤติกรรม กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน ที่ระดับ 0.05 จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมการให้ความรู้และส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถประยุกต์ใช้ในการส่งเสริม ด้านความรู้ และสมรรถนะการบริโภคอาหาร ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ โปรแกรม ความรู้การรับรู้สมรรถนะ แห่งตน พฤติกรรมการบริโภคอาหาร
ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี แม่ปืม จังหวัดยะลา

* Corresponding author: surawich2509@gmail.com

Original Article

The Education Program and Promoting Self-Efficacy on Food
Consumption Behavior of Diabetic Patients in Maepuem Sub District,
Mueang District, Phayao Province

Grichakhun Khammapun^{1,*}**Abstract**

This quasi-experimental research aimed to study the effects of the educational program and promote self-efficacy on food consumption behavior of diabetic patients in Maepuem sub district, Mueang district, Phayao province. The diabetic patients were separated into experimental groups and control groups of 30 people per group. Data were collected with knowledge, competency and food consumption behavior test both before and after joining the self-care program for a period of 9 weeks. Data were analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation, independent t-test and paired t-test. The results showed that the average score, knowledge, competency and behavior after giving the program was higher than before giving the program with statistical significance ($p < 0.05$) for both the experimental group and the control group. The comparison between before giving the program was showed that experimental group and control group was not different at the level of 0.05. And after giving the program, the average score of knowledge and performance of the experimental group was higher than the control group with statistical significance ($p < 0.05$) while the experimental group behavior was higher than the control group and was not different at the level of 0.05, therefore it could be concluded that the education program and promoting self-efficacy on food consumption behavior of diabetic patients could be applied in the promotion of knowledge and food consumption performance effectively.

Keywords: Knowledge of self-efficacy program, Food consumption behavior Diabetics

¹ Public Health Officer, Maepuem Queen Sirikit Health Center, Phayao Province

* Corresponding author: surawich2509@gmail.com

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยสถานการณ์ของโรคเบาหวานในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2552 ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีจำนวน 108 ล้านคน เพิ่มขึ้นเป็น 422 ล้านคนในปี พ.ศ. 2557 และเป็นสาเหตุการตายค่อนข้างสูงกล่าวคือมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานจำนวน 1.5 ล้านคน¹ สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ รายงานว่าในปี พ.ศ. 2558 ผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกมีจำนวน 415 ล้านคน และจะเพิ่มขึ้นเป็น 642 ล้านคนในปี พ.ศ. 2583 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานจำนวน 5 ล้านคน ในปัจจุบันประชากรวัยผู้ใหญ่ 1 ใน 11 คนป่วยเป็นโรคเบาหวานในอนาคต² นอกจากนี้โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพหลายระบบ ทั้ง ฟันและเหงือก ตา ไต หัวใจ สมอง และหลอดเลือดแดง รวมทั้งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตเศรษฐกิจและสังคม โดยมีการคาดการณ์ในปัจจุบันในปี 2562 ประเทศไทย พบผู้ป่วยเบาหวาน 3.5 ล้านคนและมีมูลค่าการรักษา 47,596 ล้านบาทต่อปี³

สาเหตุของโรคเบาหวานที่สำคัญคือ พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของบุคคล ซึ่งพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพดังกล่าวคือหลัก 3 อ 2 ส โดย 3 อ หมายถึง การออกกำลังกายให้เหมาะสม และเพียงพอ วันละ 30 นาที การบริโภคอาหารให้เหมาะสม ลดอาหารหวาน มัน เค็ม และการปรับอารมณ์ให้ไม่ให้เกิดเครียดมากเกินไป ส่วน 2 ส หมายถึง ลดการสูบบุหรี่และลดการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์⁴ ซึ่งการไม่ประพฤติตามหลัก

3อ2ส เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรครวมถึงเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคที่รุนแรงขึ้น ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจึงเป็นกิจกรรมในการแก้ปัญหา และกระทรวงสาธารณสุขได้ตอบสนองแนวทางการแก้ปัญหาดังกล่าวโดยมีนโยบายให้มีแผนการดำเนินงานในระดับตำบล โดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทของชุมชน และดำเนินงานโดยภาคีเครือข่ายในชุมชน สำหรับแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าทฤษฎีที่สามารถนำมาใช้ในการให้ความรู้และส่งเสริมด้านการรับประทานอาหารได้ดี คือ ทฤษฎีการดูแลตนเอง และทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ที่ผู้วิจัยจะนำมาใช้ในการดำเนินการวิจัยเพื่อให้สอดคล้องกับบริบท ทูทางสังคมและแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ที่มีอยู่ในชุมชน

จากสถานการณ์ในจังหวัดพะเยา ปี 2561 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาจำนวน 13,990 คน ในอำเภอเมืองพะเยา มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาจำนวน 3,346 คน และในตำบลแม่ปืม มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาจำนวน 520 คน ซึ่งถือว่าจำนวนที่เพิ่มขึ้นในทุกปีและอัตราการตายด้วยภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากสถิติ 3 ปีย้อนหลัง ร้อยละ 14.36, 16.87 และ 21.63 ตามลำดับ⁵ และข้อมูลจากผลการตรวจสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าอัตราการเพิ่มของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 4 ปี ย้อนหลัง ตั้งแต่ปี 2558 - 2561 คือร้อยละ 34.04, 37.50, 22.72 และ

38.43 ซึ่งปีล่าสุดมีมากที่สุดในปี ย้อนหลังซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้เป็นส่วนที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งสิ้น จึงนำไปสู่การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเอง และทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เพื่อส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเองและสร้างเสริมสุขภาพภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลแม่ปืม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

ตัวแปรต้น

โปรแกรมการให้ความรู้และส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สัปดาห์ที่ 1

ระยะการพิจารณาและตัดสินใจ

1. ให้ความรู้เรื่องอาหารและสารอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

2. ให้ความรู้เรื่องโภชนาการสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ระยะการกระทำและผลการกระทำ

1. การสาธิตการรับประทานอาหารตามโมเดลอาหาร สัปดาห์ที่ 2-9

การติดตาม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคอาหารโดยอาสาสมัคร 1 คน ต่อกลุ่มเป้าหมาย 1 คน

อาหาร ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

4. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ได้กำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยมีตัวแปรต่างๆ ที่สัมพันธ์กันดังนี้

ตัวแปรตาม

1. ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานอาหาร

ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง

1. ความสามารถในการจดจำความรู้เรื่องอาหารและสารอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

2. ความสามารถในการจดจำความรู้เรื่อง โภชนาการสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

ความคาดหวังในผลของการกระทำ

1. ความสามารถในการรับประทานอาหารที่ถูกต้องสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

2. ความสามารถในการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารหวาน มัน และเค็ม

3. พฤติกรรมการบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

ภาพ 1 แผนภูมิแสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวาน ที่รับยาที่สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี แม่ปืม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา จำนวน 61 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มาจากการศึกษา งานวิจัย ในปี 2000 ของ Likiratcharoen⁶ เรื่องการสังเคราะห์งานวิจัยการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทยด้วยการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ระหว่างปี พ.ศ. 2520-2542 และศึกษาค่าขนาดอิทธิพลและอิทธิพลของลักษณะงานวิจัยต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยจากงานวิจัยทั้งหมด 57 เรื่อง⁷ พบว่าค่า effect size เฉลี่ยของผลลัพธ์เกี่ยวกับการดูแลตนเอง คือ 1.65 นำไปเปรียบเทียบกับขนาดอิทธิพลเป็นขนาดใหญ่ เมื่อนำไปเปิดตารางที่ Power = 0.80 และ alpha = 0.05 ขนาดกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมควรมีปริมาณอย่างน้อยที่สุด 25 คน แต่จากการศึกษาในสถานการณ์จริงอาจมีโอกาสน้อยของข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ในระหว่างการศึกษาทดลอง จึงปรับเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างให้มีความเหมาะสมได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละ 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล และการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. โปรแกรมการให้ความรู้และส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเล็ม⁸ และ ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะตนเอง⁹

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัย จัดทำขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ตัวแปรประกอบด้วย อายุ เพศ รายได้ต่อเดือน ระดับการศึกษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเล็ม⁸ ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ถ้าตอบถูกได้คะแนน 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับคะแนนน้อยปานกลาง และสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลการรับรู้สมรรถนะตนเองในการบริโภคอาหาร ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะตนเอง⁹ ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 10 ข้อ มี 3 ตัวเลือก คือ รับรู้น้อย รับรู้ปานกลาง และรับรู้มาก แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือระดับการรับรู้ต่ำระดับการรับรู้ปานกลาง และระดับการรับรู้มาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคอาหารผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 10 ข้อ มี 3 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย แบ่งระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ พฤติกรรมการดูแลตนเองต่ำ พฤติกรรมการดูแลตนเองปานกลาง และพฤติกรรมการดูแลตนเองสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. นำแบบสัมภาษณ์นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) โดยพิจารณาเป็นรายข้อ ซึ่งค่า IOC ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคือมากกว่า 0.5 ทุกข้อแล้วบันทึกผลการพิจารณาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญนำไปปรับปรุง

2. นำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม จำนวน 30 คน

3. หาค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามในส่วนที่ใช้อัตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ซึ่งจะต้องมีค่า 0.7 ขึ้นไป แล้วนำไปทดสอบ โดยใช้ Kuder - Richardson 20 (KR-20)¹⁰ ในการทดสอบคำถามแบบถูกผิด ในส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ค่าที่ได้คือ 0.70 และใช้สัมประสิทธิ์คอนบราคอัลฟา (Conbachs' alpha)¹⁰ ในการทดสอบคำถามแบบเลือกตอบ โดยใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale)¹⁰ ในส่วนที่ 3 ข้อมูลการรับรู้สมรรถนะตนเองในการบริโภคอาหาร และส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารค่าที่ได้คือ 0.73 และ 0.82 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขึ้นเตรียมการ เตรียมผู้วิจัย ชุมชนเครื่องมือ และขอพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัย (เลขที่เอกสารรับรอง 11/2562, จากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา)

2. การดำเนินงานในกลุ่มทดลอง

2.1 ชี้แจงกลุ่มตัวอย่างเพื่อพหุศักยภาพและประโยชน์ในการเข้าร่วมวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างสมัครใจลงนามในใบยินยอม

2.2 ดำเนินงานส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูโรคเบาหวาน ได้แก่การให้บริการรับยาเยี่ยมบ้าน การตรวจประเมินภาวะแทรกซ้อน ตามแผนงานประจำ (Routine) ของสถานพยาบาลตามช่วงเวลาที่มีการดำเนินงานวิจัย

2.3 ขึ้นดำเนินการและประเมินผล หลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลและนำข้อมูลมาพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้และส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยใช้สื่อ วีดีโอ บอร์ด แผ่นพับ และการสาธิตประกอบการสอน ซึ่งจะให้ความรู้โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (นักโภชนาการและเภสัชกรรม) จำนวน 2 ครั้ง ตามระยะของทฤษฎี

สัปดาห์ที่ 1

วันที่ 1 ระยะการพิจารณาและตัดสินใจ

1. ให้ความรู้เรื่องอาหารและสารอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

2. ให้ความรู้เรื่องโภชนาการสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

วันที่ 2 ระยะการกระทำและผลการกระทำ

1. การสาธิตการรับประทานอาหารตามโมเดลอาหาร

สัปดาห์ที่ 2-9

การติดตาม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคอาหารโดยอาสาสมัคร 1 คน ต่อกลุ่มเป้าหมาย 1 คน เป็นระยะเวลา 2 เดือน แล้ววัดผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม ซึ่งจะมีการวัดความรู้การรับรู้สมรรถนะตนเองและการพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังการให้โปรแกรม

3. การดำเนินงานในกลุ่มควบคุม

3.1 จัดแจงกลุ่มตัวอย่างเพื่อพิทักษ์สิทธิ
และประโยชน์ในการเป็นกลุ่มควบคุมงานวิจัย

3.2 ดำเนินงานส่งเสริม ป้องกัน รักษา
และฟื้นฟูโรคเบาหวาน ได้แก่การให้บริการรับยา
เยี่ยมบ้าน การตรวจประเมินภาวะแทรกซ้อน ตาม
แผนงานประจำ (Routine) ของสถานพยาบาล
ตามช่วงเวลาที่มีการดำเนินงานวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ
ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน และสถิติ Paired sample
t- test และ Independent t – test

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากร พบว่า ในกลุ่ม
ทดลอง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชายส่วนใหญ่อายุ
น้อยกว่า 60 ปี ร้อยละ 56.67รายได้ต่อเดือนมาก
ที่สุดอยู่ที่น้อยกว่า 5,000 – 10,000บาท ร้อยละ
46.67 ระดับการศึกษา มากที่สุดประถมศึกษา
ร้อยละ 46.67 ร ในกลุ่มควบคุม พบว่าส่วนใหญ่
เป็นเพศชาย ร้อยละ 43.33 ส่วนใหญ่อายุน้อย
กว่า 60 ปี ร้อยละ 60 รายได้ต่อเดือนมากที่สุดอยู่
ที่ น้อยกว่า 5,000 – 10,000 บาท ระดับ
การศึกษามากที่สุดประถมศึกษา ร้อยละ 66.67
แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากร

ลักษณะทางประชากร	กลุ่ม	รายการ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ	กลุ่มทดลอง	ชาย	16	53.33
		หญิง	14	46.67
		รวม	30	100
	กลุ่มควบคุม	ชาย	13	43.33
		หญิง	17	56.67
		รวม	30	100
2. อายุ	กลุ่มทดลอง	น้อยกว่า 60 ปี	17	56.67
		60 ปี ขึ้นไป	13	43.33
		รวม	30	100
	กลุ่มควบคุม	น้อยกว่า 60 ปี	18	60
		60 ปี ขึ้นไป	12	40
		รวม	30	100
3. รายได้	กลุ่มทดลอง	น้อยกว่า 5,000 บาท	11	36.67
		5,000 – 10,000 บาท	14	46.67
		มากกว่า 10,000 บาท	5	16.67
		รวม	30	100
	กลุ่มควบคุม	น้อยกว่า 5,000 บาท	10	33.33
		5,000 – 10,000 บาท	17	56.67
		มากกว่า 10,000 บาท	3	10
		รวม	30	100

ลักษณะทางประชากร	กลุ่ม	รายการ	จำนวน	ร้อยละ
4.ระดับการศึกษา	กลุ่มทดลอง	รวม	30	100
		ไม่ได้ศึกษา	7	23.33
		ประถมศึกษา	14	46.67
		สูงกว่าประถมศึกษา	9	30
	กลุ่มควบคุม	รวม	30	100
		ไม่ได้ศึกษา	5	16.67
		ประถมศึกษา	20	66.67
		สูงกว่าประถมศึกษา	5	16.67
		รวม	30	100

2. การเปรียบเทียบ ความรู้ การรับรู้ และ พฤติกรรม พบว่า การทดสอบความรู้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนให้โปรแกรมในกลุ่มทดลองคือ 8.17 ในกลุ่มควบคุม คือ 8.70 มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความรู้ก่อนให้โปรแกรมในกลุ่มทดลอง คือ 2.15 ในกลุ่มควบคุมคือ 2.56 ค่า t คือ -0.87 และผลการทดสอบคะแนนความรู้ก่อนให้โปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน ที่ระดับ 0.05 ($p = 0.20$) การทดสอบการรับรู้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ก่อนให้โปรแกรมในกลุ่มทดลองคือ 14.37 และกลุ่มควบคุมคือ 14.63 มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนการรับรู้ก่อนให้โปรแกรมในกลุ่มทดลอง คือ 1.79 ใน

กลุ่มควบคุมคือ 1.54 ค่า t คือ -0.62 และผลการทดสอบคะแนนการรับรู้ก่อนให้โปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน ที่ระดับ 0.05 ($p = 0.57$) การทดสอบพฤติกรรมการรับประทานอาหารกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหารก่อนให้โปรแกรมในกลุ่มทดลองคือ 18.37 ในกลุ่มควบคุมคือ 18.97 มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหารก่อนให้โปรแกรมในกลุ่มทดลอง คือ 1.81 ในกลุ่มควบคุมคือ 1.73 ค่า t คือ -1.31 และผลการทดสอบระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหารก่อนให้โปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน ที่ระดับ 0.05 ($p = 0.73$) แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบ ความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง

การทดสอบ	กลุ่ม	จำนวน	$\bar{x}$	S.D.	t	P
ความรู้ก่อนให้โปรแกรม	กลุ่มทดลอง	30	8.17	2.15	-0.87	0.20
	กลุ่มควบคุม	30	8.70	2.56		

การทดสอบ	กลุ่ม	จำนวน	$\bar{x}$	S.D.	t	P
การรับรู้ก่อนให้โปรแกรม	กลุ่มทดลอง	30	14.37	1.79	-0.62	0.57
	กลุ่มควบคุม	30	14.63	1.54		
พฤติกรรมก่อนให้โปรแกรม	กลุ่มทดลอง	30	18.37	1.81	-1.31	0.73
	กลุ่มควบคุม	30	18.97	1.73		

3. การเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารระหว่างก่อนกับหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่า การทดสอบความรู้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน ในกลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนให้โปรแกรม คือ 8.17 หลังให้โปรแกรม คือ 13.37 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความรู้ ก่อนให้โปรแกรม คือ 2.15 หลังให้โปรแกรม คือ 1.16 ค่า t คือ -10.88 และผลการทดสอบคะแนนความรู้หลังให้โปรแกรมสูงกว่าก่อนให้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) การทดสอบการรับรู้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน ในกลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ก่อนให้โปรแกรม คือ 5.43 หลังให้โปรแกรม คือ 9.73 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนการรับรู้ก่อนให้

โปรแกรม คือ 1.70 หลังให้โปรแกรม คือ 0.52 ค่า t คือ -13.18 และผลการทดสอบคะแนนการรับรู้หลังให้โปรแกรมสูงกว่าก่อนให้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) การทดสอบพฤติกรรมการรับประทานอาหารกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ในกลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหารก่อนให้โปรแกรม คือ 18.37 หลังให้โปรแกรม คือ 23.17 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหารก่อนให้โปรแกรม คือ 1.81 หลังให้โปรแกรม คือ 1.74 ค่า t คือ -13.18 และผลการทดสอบระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหารหลังให้โปรแกรมสูงกว่าก่อนให้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารระหว่างก่อนกับหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

การทดสอบ	การให้โปรแกรม	จำนวน	$\bar{x}$	S.D.	t	P
ความรู้	ก่อนให้โปรแกรม	30	8.17	2.15	-10.88	<0.001
	หลังให้โปรแกรม	30	13.37	1.16		
การรับรู้	ก่อนให้โปรแกรม	30	14.37	1.79	-21.78	<0.001
	หลังให้โปรแกรม	30	24.43	2.09		
พฤติกรรม	ก่อนให้โปรแกรม	30	18.37	1.81	-12.77	<0.001
	หลังให้โปรแกรม	30	23.17	1.74		

4. การเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารระหว่างก่อนกับหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม พบว่า การทดสอบความรู้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน ในกลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนให้โปรแกรม คือ 8.70 หลังให้โปรแกรม คือ 9.60 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความรู้ ก่อนให้โปรแกรม คือ 2.56 หลังให้โปรแกรม คือ 2.60 ค่า t คือ 2.48 และผลการทดสอบคะแนนความรู้หลังให้โปรแกรมสูงกว่าก่อนให้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p < 0.02$) การทดสอบการรับรู้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน ในกลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ก่อนให้โปรแกรม คือ 14.63 หลังให้โปรแกรม คือ 17.50 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนการรับรู้ก่อนให้

โปรแกรม คือ 1.54 หลังให้โปรแกรม คือ 1.98 ค่า t คือ 8.00 และผลการทดสอบคะแนนการรับรู้หลังให้โปรแกรมสูงกว่าก่อนให้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) การทดสอบพฤติกรรมการรับประทานอาหารกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ในกลุ่มควบคุม ระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหารก่อนให้โปรแกรม คือ 18.97 หลังให้โปรแกรม คือ 20.40 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหารก่อนให้โปรแกรม คือ 1.73 หลังให้โปรแกรม คือ 1.79 ค่า t คือ -5.00 และผลการทดสอบคะแนนระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหารหลังให้โปรแกรมสูงกว่าก่อนให้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารระหว่างก่อนกับหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม

การทดสอบ	การให้โปรแกรม	จำนวน	$\bar{x}$	S.D.	t	P
ความรู้	ก่อนให้โปรแกรม	30	8.70	2.56	2.48	0.02
	หลังให้โปรแกรม	30	9.60	2.60		
การรับรู้	ก่อนให้โปรแกรม	30	14.63	1.54	8.00	<0.001
	หลังให้โปรแกรม	30	17.50	1.98		
พฤติกรรม	ก่อนให้โปรแกรม	30	18.97	1.73	-5.00	<0.001
	หลังให้โปรแกรม	30	20.40	1.79		

5. การเปรียบเทียบ ความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง พบว่า การทดสอบความรู้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังให้โปรแกรมในกลุ่มทดลองคือ 13.37 ในกลุ่มควบคุม คือ 9.60 มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรู้หลังให้โปรแกรมในกลุ่ม

ทดลอง คือ 1.16 ในกลุ่มควบคุมคือ 2.60 ค่า t คือ 7.62 และผลการทดสอบคะแนนความรู้หลังการให้โปรแกรมในกลุ่มทดลองสูงกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p = 0.001$) การทดสอบการรับรู้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้หลังให้โปรแกรมในกลุ่มทดลองคือ 24.43 ในกลุ่มควบคุม คือ 17.50 มีค่า

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนการรับรู้หลังให้โปรแกรมในกลุ่มทดลอง คือ 2.09 ในกลุ่มควบคุม คือ 1.97 ค่า t คือ 13.17 และผลการทดสอบคะแนนการรับรู้หลังการให้โปรแกรมในกลุ่มทดลองสูงกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) การทดสอบพฤติกรรม การรับประทานอาหารกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมรับประทานอาหาร หลังให้โปรแกรมในกลุ่มทดลองคือ 23.17 ในกลุ่ม

ควบคุม คือ 20.40 มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพฤติกรรมมารับประทานอาหารก่อนให้โปรแกรมในกลุ่มทดลอง คือ 1.74 ในกลุ่มควบคุม คือ 1.79 ค่า t คือ 6.06 และผลการทดสอบระดับ พฤติกรรมมารับประทานอาหารหลังการให้โปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน ที่ระดับ 0.05 ($p = 0.96$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบ ความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมบริโภคอาหารระหว่างกลุ่มทดลองกับ กลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

การทดสอบ	กลุ่ม	จำนวน	$\bar{x}$	S.D.	t	P
ความรู้หลังให้โปรแกรม	กลุ่มทดลอง	30	13.37	1.16	7.26	0.001
	กลุ่มควบคุม	30	9.60	2.60		
การรับรู้หลังให้โปรแกรม	กลุ่มทดลอง	30	24.43	2.09	13.17	0.001
	กลุ่มควบคุม	30	17.50	1.97		
พฤติกรรมหลังให้โปรแกรม	กลุ่มทดลอง	30	23.17	1.74	6.06	0.96
	กลุ่มควบคุม	30	20.40	1.79		

สรุปผลและอภิปรายการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ความรู้ก่อนและหลังการให้โปรแกรมของผู้ป่วยเบาหวาน ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการให้โปรแกรม ระหว่างกลุ่ม ผลการทดสอบคะแนนความรู้ก่อนให้โปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน ที่

ระดับ 0.05 ($p = 0.20$) และผลการทดสอบคะแนนความรู้หลังการให้โปรแกรมในกลุ่มทดลองสูงกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p = 0.001$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการให้โปรแกรม ในกลุ่มเดียวกันผลการทดสอบคะแนนความรู้ในกลุ่มทดลองหลังให้โปรแกรมสูงกว่าก่อนให้โปรแกรม อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) และผลการทดสอบคะแนนความรู้ในกลุ่มควบคุมหลังให้โปรแกรมสูงกว่าก่อนให้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p = 0.02$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ จุฑามาส จันทรฉาย (2555)¹¹พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการจัดการ ตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหารและ การออกกำลังกายเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ในกรณีที่หลังการให้โปรแกรมทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้มากขึ้น เป็นผลมาจากการดำเนินงานตามแผนงานประจำของทางสถานบริการ รวมถึงโครงการต่างๆของภาคีเครือข่ายในระดับตำบล

ผลการวิเคราะห์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนก่อนและหลังการให้โปรแกรมของผู้ป่วยเบาหวาน ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนก่อนและหลังการให้โปรแกรม ระหว่างกลุ่มผลการทดสอบคะแนนการรับรู้ก่อนให้โปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน ที่ระดับ 0.05 ($p = 0.57$) และผลการทดสอบคะแนนการรับรู้หลังการให้โปรแกรมในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนก่อนและหลังการให้โปรแกรมในกลุ่มเดียวกันผลการทดสอบคะแนนการรับรู้ในกลุ่มทดลองหลังให้โปรแกรมสูงกว่าก่อนให้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) และผลการทดสอบคะแนนการรับรู้

ในกลุ่มควบคุมหลังให้โปรแกรมสูงกว่าก่อนให้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ นิภาพันธ์ สุขสวัสดิ์. (2559)¹² พบว่า ในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมจะมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ ความสามารถแห่งตน ความคาดหวังผลลัพธ์ในอนาคต และพฤติกรรม การปฏิบัติตนสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ในกรณีที่หลังการให้โปรแกรมทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้มากขึ้น แต่คะแนนเฉลี่ยการรับรู้หลังการให้โปรแกรมในกลุ่มทดลองสูงกว่านั้นอาจเกิดจากการให้โปรแกรมร่วมกับการดำเนินงานแผนงานประจำของสถานพยาบาล และความหลากหลายของสถานบริการทางการแพทย์ของกลุ่มเป้าหมายในการรักษาโรคเบาหวาน

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมในการรับประทานอาหารก่อนและหลังการให้โปรแกรมของผู้ป่วยเบาหวาน ระดับพฤติกรรมในการรับประทานอาหารก่อนและหลังการให้โปรแกรมของผู้ป่วยเบาหวานระหว่างกลุ่มผลการทดสอบระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหารก่อนให้โปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน ที่ระดับ 0.05 ($p = 0.73$) และผลการทดสอบระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหารหลังการให้โปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน ที่ระดับ 0.05 ($p = 0.96$) ระดับพฤติกรรมในการรับประทานอาหารก่อนและหลังการให้โปรแกรมของผู้ป่วยเบาหวาน ในกลุ่มเดียวกันและผลการทดสอบคะแนนระดับ

พฤติกรรมมารับประทานอาหารหลังให้โปรแกรมสูงกว่าก่อนให้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุกัญจน์ อยู่คง (2558)¹³ พบว่า ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมการกำกับตนเอง มีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้รับรู้ความสามารถตนเอง ($p < 0.05$) มีความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตัวด้านการควบคุมอาหาร ($p < 0.05$) เนื่องจากอาจใช้โปรแกรมในระยะสั้น จึงมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Stages of change) ซึ่งมีทั้งหมด 5 ขั้นตอน ซึ่งระยะเวลาสั้นที่สุด ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ต้องใช้เวลา 6 เดือน (กุลธิดา พานิชกุล อ้างใน โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุข ภาพ (Transtheoretical Model: TTM) พัฒนาโดย โปรแชสกาและไดคลีเมนต์ (Prochaska & DiClemente, 1983))¹⁴

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.ประจวบ แหลมหลัก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ที่คอยให้คำปรึกษา และการช่วยเหลือในกระบวนการ ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดการทำวิจัย

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองพะเยา ที่ให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูลการทำวิจัย การเป็นผู้ทรงคุณวุฒิการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การให้คำปรึกษาตลอดจนแผนงานต่างๆ ในโครงการวิจัย

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติแม่ปืมที่ให้ความ

ช่วยเหลือด้านข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย และให้คำปรึกษาในการทำโครงการวิจัย

ขอขอบพระคุณ วิทยากร อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และกลุ่มเป้าหมายทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและความช่วยเหลือ ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดโครงการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. สถานการณ์การป่วยและการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคหัวใจและหลอดเลือด) ในประเทศไทย ในระยะ 5 ปี (2553- 2557) [ออนไลน์]. 2559. สืบค้นเมื่อ 5 กันยายน 2561
file:///C:/Users/Mirumo/Downloads/1367-1357-1-PB.pdf
- วรรณิ นิธิยานันท์. คนไทยป่วย 'เบาหวาน' พุงปวยแล้ว 5 ล้าน ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน พบป่วย 'ไตเรื้อรัง' [ออนไลน์]. 2559 . สืบค้นเมื่อ 20 กันยายน 2561
<https://www.hfocus.org/content/2016/11/12992>
- โรงพยาบาลกรุงเทพ ภูเก็ต. โรคเบาหวาน (Diabetes). [ออนไลน์]. 2562. สืบค้นเมื่อ 18 กันยายน 2561
<https://www.hfocus.org/content/2016/11/12992>
- อัญญาณ์ รวยอาจิณ. กรมควบคุมโรคลงนาม 13 อปท. ลดพฤติกรรมเสี่ยง “โรคหัวใจขาดเลือด. [ออนไลน์]. 2560. สืบค้นเมื่อ 2 กันยายน 2561

- <https://www.hfocus.org/content/2017/02/13460>
5. ระบบคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจังหวัดพะเยา. ระบบข้อมูลคลังโรคเรื้อรังจังหวัดพะเยา [ออนไลน์]. 2561. สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2561
<http://www.pyomoph.go.th/pages/index.php>
 6. Likiratcharoen, S. (2000). Meta-analysis of educative-supportive intervention research for diabetic patient in Thailand. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand. N.P.: n.p.
 7. ลิขิตรัตน์เจริญ. การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในประเทศไทยด้วยการวิเคราะห์อภิมาน. [ออนไลน์]. 2543. สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2561
http://www.tnrr.in.th/?page=result_search&record_id=306963
 8. เบญจมาศ สุขศรีเพ็ง. ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม Orem . [ออนไลน์]. 2012. สืบค้นเมื่อ 17 สิงหาคม 2561
<https://www.gotoknow.org/posts/115427>
 9. สโรชา อ่อนกลาง. การรับรู้ (Perception) . [ออนไลน์]. 2556. สืบค้นเมื่อ 17 สิงหาคม 2561 <https://prezi.com/emxwd3eysqg/perception/>
 10. ปราณี หลาเบ็ญสะ. การหาคุณภาพของเครื่องมือวัดและประเมินผลง ออนไลน์]. 2559. สืบค้นเมื่อ 17 สิงหาคม 2561
<http://edu.yru.ac.th/evaluate/attach/1465551003>
 11. จุฑามาส จันทรรณาย. เรื่องโปรแกรมการเรียนรู้เรื่องเบาหวานและการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรค เบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. [ออนไลน์]. 2555. สืบค้นเมื่อ 20 กันยายน 2561
<file:///C:/Users/Mirumo/Downloads/45595-Article%20Text-105622-1-10-20160112.pdf>
 12. นิภานันท์ สุขสวัสดิ. เรื่องผลของโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถ แห่่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการดูแลตนเองใน ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลท่าสะท้อน อำเภอฟุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. [ออนไลน์]. 2559. สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน 2561
https://home.kku.ac.th/chd/index.php?option=com_attachments&task=download&id=158&lang=th
 13. สุกาญจน์ อยู่คง. ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 . [ออนไลน์]. 2558. สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน 2561
http://ns2.ph.mahidol.ac.th/phklb/knowledgefiles/19____.pdf
 14. กุลธิดา พานิชกุล. อ่างโน โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

(Transtheoretical Model: TTM) พัฒนา
โดยโปรแชสกาและไดคลเมนเต้ (Prochaska
& DiClemente, 1983) การประยุกต์ใช้โมเดล
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Transtheoretical
Model) เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกาย). [ออนไลน์]. 2556. สืบค้นเมื่อ 20
กรกฎาคม 2562
http://journal.knc.ac.th/pdf/19_1_2556_6.pdf

Received: 10 Sep 2019, Revised: 11 Dec 2019

Accepted: 23 Dec 2019

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อทักษะการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ

อติญาณ์ ศรีเกษตริน^{1,*} วารุณี เกตุอินทร์¹ อัจฉรวดี ศรียศศักดิ์¹ สุทธนันท์ กัลละ²
จุรีรัตน์ กิจสมพร³ อรชร อินทองปาน³ สรลรัตน์ พลอินทร์¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบทักษะการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ ด้านการเรียนรู้บทบาททีมสหวิชาชีพ ด้านภาวะความเป็นผู้นำ และด้านการทำงานเป็นทีม หลังการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ประกอบด้วย นักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 จากวิทยาลัยพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 6 คน และนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏ ในสาขาวิชาที่แตกต่างกัน 4 สาขาวิชาๆ ละ 6 คน รวม 24 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ คู่มือการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม จำนวน 15 ชั่วโมงประกอบด้วย 5 กิจกรรม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามทักษะการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพในด้าน การเรียนรู้บทบาททีมสหวิชาชีพ ภาวะความเป็นผู้นำ และการทำงานเป็นทีม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติที (Paired t-test) จากผลการทดลองพบว่า ผู้เรียนมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ ด้านการเรียนรู้บทบาททีมสหวิชาชีพ ด้านภาวะความเป็นผู้นำ และด้านการทำงานเป็นทีมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังนั้นผู้สอนควรนำกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมไปใช้ในการพัฒนาทักษะนักศึกษาที่สอดคล้องกับคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์และศตวรรษที่ 21

คำสำคัญ: การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ทักษะการทำงานร่วมกัน สหสาขาวิชาชีพ นักศึกษาพยาบาล

¹ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

² วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

³ สถาบันพระบรมราชชนก

* Corresponding author: atiya_s@hotmail.com

Original Article

The Effect of Collaboration in Multidisciplinary Teams, Learning the Roles of Multidisciplinary Team

Atiya Sarakshetrin^{1,*}, Atcharawadee Sriyasak¹, Suthanan Kunlaka²
Jureerat Kitsomporn³ Orrachorn Intongpan³

Abstract

A quasi-experimental one group pretest posttest design aimed to compare collaboration in multidisciplinary teams, learning the roles of multidisciplinary team, teamwork, and leadership after participating in learning activities. The participants were 30 students from Prachomklao college of nursing and 4 differences academic discipline from Rajabhat University (6 students in each sub-group). The instrument was a participatory learning guideline which composed of 5 activities within 15 hours. Data were collected by using collaboration in multidisciplinary teams, learning the roles of multidisciplinary team, teamwork, and leadership questionnaires. Descriptive statistics and paired t-test were used to analyze the data. The results revealed that the mean scores of collaboration in multidisciplinary teams, learning the roles of multidisciplinary team, teamwork, and leadership were higher than after participating in the learning activities (p-value <0.01). The instructors should engage participatory learning processes to develop skills and characteristics of graduates of the 21st century.

Keywords: Collaboration, Multidisciplinary Teams, Nursing Student

¹ Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province

² Boromarajonani College of Nursing, Bangkok

³ Praboromarajchanok Institute

* Corresponding author: atiya_s@hotmail.com

บทนำ

การเข้าสู่ศตวรรษที่ 21 บริบททางเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม เทคโนโลยี ได้มีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ความท้าทายใหม่ๆ ทางด้านสุขภาพ ที่เกิดจากความเหลื่อมล้ำทางด้านเศรษฐกิจ จำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้น อายุขัยที่ยาวนานขึ้น ตลอดจนการติดต่อสื่อสารอย่างรวดเร็ว ทำให้เชื้อโรคแพร่กระจายจากพื้นที่หนึ่งไปยังพื้นที่อื่น ๆ ได้อย่างรวดเร็วและเป็นวงกว้าง ทั้งยังมีอุบัติการณ์ของโรคเกิดใหม่และเกิดซ้ำขึ้นอีก พยาบาลเป็นหนึ่งในวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีบทบาทสำคัญในการให้บริการสุขภาพ ทั้งมิติในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมถึงการเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านสุขภาพของชุมชน การให้บริการที่มีเป้าหมายหลักให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้ ดังนั้นการเตรียมบัณฑิตพยาบาลให้สามารถออกไปทำงานได้อย่างมีศักยภาพพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว สถาบันการศึกษาทางการแพทย์จึงต้องที่จะต้องปรับกระบวนการทศน์ของหลักสูตร รวมทั้งกระบวนการเรียนการสอน เพื่อให้ผู้เรียนเป็นผู้ที่สามารถเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงจากภายในตน โดยเริ่มจากการรู้จักและเข้าใจตนเอง อีกทั้งคิดวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ เพื่อสร้างกรอบความคิดใหม่ ๆ ที่ถูกต้องและสร้างสรรค์ สามารถเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในการดูแลสุขภาพและมีพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องอย่างรู้เท่าทัน¹

องค์การอนามัยโลกมีการทบทวนสถานการณ์การจัดการศึกษากำลังคนด้านสุขภาพ และปฏิรูปการจัดการศึกษากำลังคนด้านสุขภาพเพื่อกระจายความก้าวหน้าด้านสุขภาพ แนวทางการปฏิรูปการศึกษาที่องค์การอนามัยโลกเสนอคือ การจัดการศึกษาแบบสหวิชาชีพ

(Interprofessional Education, IPE) ซึ่งเป็นการเรียนการสอนที่เปิดโอกาสให้นักศึกษาด้านสุขภาพและสาขาที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชศาสตร์ สหเวชศาสตร์ กายภาพบำบัด เป็นต้น หรือผู้เรียนจากสองวิชาชีพขึ้นไป มีการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อให้เกิดความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพและพัฒนาผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ² อีกทั้งยังเป็นวิธีการเรียนที่ช่วยส่งเสริมการพัฒนาความสามารถในการแบ่งปันความรู้ทักษะ เสริมสร้างความเข้าใจและความร่วมมือทั้งในด้านการศึกษา การทำงาน และการวิจัยร่วมกัน ระหว่างสหวิชาชีพ และช่วยเตรียมความพร้อมให้บุคลากรทำงานแบบสหวิชาชีพซึ่งเป็นวิธีทำงานที่เหมาะสมสำหรับ การดูแลปัญหาสุขภาพของประชากรในอนาคต โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อน และได้มีการนำการเรียน การสอนแบบสหวิชาชีพไปใช้ในหลายประเทศโดยมีวิธีเริ่มต้น และวิธีดำเนินการที่หลากหลายในระดับต่าง ๆ ไม่ว่าในระดับ ของการปฏิบัติในสถานที่ปฏิบัติงาน ในชุมชน ในระดับของสถาบันการศึกษา หรือนโยบายระดับชาติ³ ผลที่คาดหวังจากประสบการณ์การเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ จะทำให้นักศึกษาที่สำเร็จการศึกษาออกไปประกอบวิชาชีพสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมืออาชีพร่วมกันเป็นทีมมีเป้าหมายร่วมกันที่มุ่งให้สุขภาพของคนไทยดีขึ้น โดยสามารถปฏิบัติงานเป็นทีมสุขภาพ (Collaborative Practice) ที่แข็งแกร่ง⁴

การจัดการศึกษาโดยใช้กระบวนการเรียนการสอนแบบบูรณาการ โดเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญเป็นวิธีการเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในการสร้างสรรค์ต่อตนเองและส่วนรวมได้ถูกต้องเหมาะสม กิจกรรมกลุ่มเป็นเทคนิคและวิธีการหนึ่งที่ทำให้สมาชิกในกลุ่มได้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยสมาชิกในกลุ่มมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้าน

พฤติกรรมรวมทั้งเกิดการพัฒนาด้านทักษะต่างๆ⁵ การจัดการเรียนการสอนให้ดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ มีผลการเรียนรู้ตามที่คาดหวังตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ กิจกรรมการเรียนรู้เป็นกลุ่มเป็นการสอนที่เน้นที่ตัวผู้เรียน ผู้เรียนมาร่วมกันเป็นกลุ่มและกระทำกิจกรรมร่วมกัน การทำงานกลุ่มทำให้มีโอกาสนอภิปรายมากขึ้น เปิดโอกาสมากขึ้นที่อย่างน้อยที่สุดสมาชิกคนหนึ่งในกลุ่มจะสามารถแก้ปัญหาเมื่อถึงเวลามีปัญหา เน้นให้สมาชิกในกลุ่มร่วมมือกันทำงาน⁶

การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนเพื่อให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม นั้น มีใช้หมายความว่าให้ผู้เรียนได้ทำกิจกรรมอะไร ๆ ก็ได้ที่ผู้เรียนชอบ เป็นกิจกรรมที่นำไปสู่การเรียนรู้ตามจุดประสงค์ที่ตั้งไว้ และช่วยให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา สังคม และอารมณ์ จึงจะสามารถทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้ดี ทิศนา ขัมมณี⁷ กล่าวว่ากิจกรรมการเรียนการสอนควรเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมทางด้านกาย (Physical Participation) ช่วยให้ผู้เรียนได้มีโอกาสเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อช่วยให้ประสาทการรับรู้ของผู้เรียนตื่นตัวพร้อมที่จะรับข้อมูลและการเรียนรู้ต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น การเคลื่อนไหวทางกายมีส่วนช่วยให้ประสาทรับรู้ตื่นตัว พร้อมที่จะรับและเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ได้ดี ดังนั้นกิจกรรมที่จัดให้ผู้เรียน จึงควรเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้เรียนได้เคลื่อนไหวในลักษณะใดลักษณะหนึ่งเป็นระยะๆ ตามความเหมาะสม เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมทางสติปัญญา (Intellectual Participation) เป็นกิจกรรมที่ทำทลายความคิดของผู้เรียน ซึ่งจะช่วยให้ผู้เรียนเกิดความจดจ่อในการคิดและสนุกที่จะคิด ดังนั้น กิจกรรมจะมีลักษณะดังกล่าวได้ ก็จะต้องมีเรื่องให้ผู้เรียนคิด โดยเรื่องนั้นจะต้องไม่ง่ายและไม่ยากเกินไปสำหรับผู้เรียน เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้เรียนมีส่วน

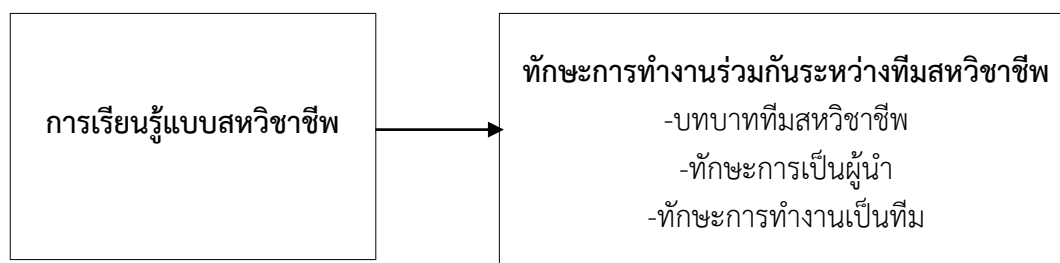
ร่วมทางสังคม (Social Participation) คือ เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมรอบตัว เนื่องจากมนุษย์เป็นสัตว์สังคม ที่อาศัยรวมกันอยู่เป็นหมู่คณะ มนุษย์โดยทั่วไปจะต้องเรียนรู้ที่จะปรับตัวเข้ากับบริบทต่างๆ การเปิดโอกาสให้ผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น จะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ทางสังคม ซึ่งจะส่งผลถึงการเรียนรู้ทางด้านอื่นๆ ด้วย ดังนั้น กิจกรรมการเรียนรู้ที่ดี จึงควรเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนได้เรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมรอบตัวด้วย และเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมทางอารมณ์ (Emotional Participation) คือ กิจกรรมที่ส่งผลต่ออารมณ์ความรู้สึกของผู้เรียน ซึ่งจะช่วยให้การเรียนรู้เกิดจากความหมายต่อตนเอง กิจกรรมที่ส่งผลต่ออารมณ์ความรู้สึกของผู้เรียนนั้น มักจะเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประสบการณ์ และความเป็นจริงของผู้เรียน จะต้องเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้เรียนโดยตรงหรือใกล้ตัวผู้เรียน

การทบทวนการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพในประเทศไทยพบว่า มีการจัดการเรียนการสอนในมหาวิทยาลัยเช่น มหาวิทยาลัยนเรศวร และมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี (มทส.) เป็นต้น ในส่วนของวิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกยังมีงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพค่อนข้างจำกัด^{8,9} ตามแนวคิดการใช้กิจกรรมกลุ่ม ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะอาจารย์ผู้สอนทางการพยาบาล จึงสนใจที่จะศึกษาการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในสาขาอื่น ๆ ของนักศึกษาปีที่ 1-4 จากพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีและนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏ เพื่อจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อให้ผู้เรียนมีการเปลี่ยนแปลงในด้านการเรียนรู้บทบาททีมสหวิชาชีพ ภาวะความเป็นผู้นำ การทำงานเป็นทีม และการสะท้อนคิดและสรุปผลการศึกษาโดยการ

สะท้อนคิด เพื่อสร้างกรอบความคิดและทักษะในการให้บริการทางสุขภาพได้สอดคล้องกับปัญหาของผู้รับบริการได้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบทักษะการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ ด้านการเรียนรู้บทบาททีมสหวิชาชีพด้านภาวะความเป็นผู้นำ และด้านการทำงานเป็นทีม หลังการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีและนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏชั้นปีที่ 1-4



วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรคือ นักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 จากวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีและนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏ ที่เข้าร่วมโครงการสัมมนาวิชาการการประกันคุณภาพการศึกษา ณ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 200 คน กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 จำนวน 30 คนโดยเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ประกอบไปด้วยนักศึกษาพยาบาลจากวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 6 คนและนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏในสาขาวิชาที่แตกต่างกัน 4 สาขาวิชา ๆ ละ 6 คน รวม 24 คน ที่เข้าร่วมโครงการสัมมนาวิชาการการประกันคุณภาพการศึกษา ณ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้ 1) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดของกรอบแนวคิดในการศึกษาทักษะการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ ได้จากการนำแนวคิดของการจัดการศึกษาแบบสหวิชาชีพ ที่เป็นการเรียนมากกว่า 2 วิชาชีพ มาเรียนรู้ร่วมกันเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้รับบริการร่วมกัน⁸ ร่วมกับการประยุกต์แนวคิดของ วณิชา ชื่นกองแก้ว³ ในด้านบทบาททีมสหวิชาชีพและทักษะการเป็นผู้นำ ทักษะการทำงานเป็นทีม ดังภาพ

2) ไม่มีความเจ็บป่วยที่เป็นอันตรายต่อการร่วมกิจกรรมกลุ่ม 3) ไม่เคยร่วมกิจกรรมการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพมาก่อน และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ คู่มือการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดการจัดการศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพร่วมกับการประยุกต์แนวคิดของวณิชา ชื่นกองแก้ว³ ตามที่กำหนดไว้ในกรอบแนวคิดการวิจัย ซึ่งเป็นคู่มือให้กับวิทยากรกลุ่ม และนักศึกษาผู้เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 15 ชั่วโมง ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมเรียนรู้แต่ละวิชาชีพ (4 ชั่วโมง) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพในแต่ละวิชาชีพ ให้ทุกคนได้รู้จักกัน และได้เรียนรู้ว่าแต่ละวิชาชีพทำอะไรได้บ้าง/มี

บทบาทอย่างไรในการทำงานร่วมกันในทีมสุขภาพ และการสะท้อนคิดสิ่งที่ได้จากกิจกรรม ประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ และกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในแต่ละวิชาชีพ

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมเข้าฐาน ฝึกทักษะภาวะผู้นำ (3 ชั่วโมง) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อฝึกทักษะความเป็นผู้นำ และการสะท้อนคิดสิ่งที่ได้จากกิจกรรม ประกอบด้วยกิจกรรมตาข่าย (ฐาน Fugitive) และ กิจกรรมเชือก (ฐาน All for One)

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมเข้าฐาน ฝึกทักษะการทำงานเป็นทีม (3 ชั่วโมง) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อฝึกทักษะการทำงานเป็นทีม และการสะท้อนคิดสิ่งที่ได้จากกิจกรรม ประกอบด้วย กิจกรรมลูกบอลหลากสี(ฐาน The Egg) กิจกรรมสร้างหอคอย (ฐาน The Tower) และกิจกรรมต่อท่อ PVC (ฐาน Water is life)

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมการปลูกป่าชายเลน (3 ชั่วโมง) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อฝึกทักษะภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีม และการสะท้อนคิดสิ่งที่ได้จากกิจกรรม โดยนักศึกษาทุกคนเข้าร่วมศึกษาปัญหาพื้นที่ป่าชายเลนและร่วมกันปลูกป่า (วิทยากรกลุ่มสังเกตการแบ่งงาน การมอบหมายงานและการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน) (3 ชั่วโมง)

กิจกรรมที่ 5 กิจกรรมสะท้อนคิด (2 ชั่วโมง) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อฝึกการสะท้อนคิด โดยนักศึกษาทุกคนที่เข้าร่วมกิจกรรมร่วมสรุปผลการเรียนรู้จากกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และสะท้อนคิดจากการดำเนินการกิจกรรมต่าง ๆ ทั้ง 4 กิจกรรมที่ผ่านมา วิทยากรกลุ่มสรุปเพิ่มเติม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของคู่มือการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการศึกษาแบบสหวิชาชีพ จำนวน 3 ท่าน พบว่าค่าความตรงเชิงเนื้อหา มีค่าระหว่าง 0.60-1.00 และให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความ

เหมาะสมของคู่มือการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยการประเมินตามเกณฑ์ของระดับความเหมาะสม พบว่าของคู่มือการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่แบบสอบถามทักษะการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพในด้านการเรียนรู้บทบาททีมสหวิชาชีพจำนวน 10 ข้อ ภาวะความเป็นผู้นำจำนวน 10 ข้อ และการทำงานเป็นทีมจำนวน 10 ข้อ โดยผู้วิจัยได้พัฒนาและปรับปรุงแบบสอบถามจากการศึกษาของวนิชา ชื่นกองแก้ว³ และ อดิญา ศรีเกษตริน อัจฉราวดี ศรียศศักดิ์ วารุณี เกตุอินทร์ และดาราวรรณ รองเมือง⁹ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จากเห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน ถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนนเป็นคำถามเชิงบวก การแปลผลคะแนนทักษะการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ โดยนำคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามมาหาค่าเฉลี่ย และนำค่าเฉลี่ยมาพิจารณาโดยพิจารณาช่วงคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.68–5.00 หมายถึง ทักษะการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ อยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.67 หมายถึง ทักษะการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33 หมายถึง ทักษะการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ อยู่ในระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยหาความตรงของเนื้อหา (Content validity) ความเหมาะสม และความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ดังนี้

การหาความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาครอบคลุมและ

เหมาะสม สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะ จากการหาค่าความตรง พบว่าค่าความตรงเชิงเนื้อหา มีค่าระหว่าง 0.60-1.00 ของเครื่องมือ และผู้วิจัยทำการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปใช้จริง

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่แก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน มาทดลองใช้ (try out) กับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต และมหาวิทยาลัยราชภัฏ ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (The Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.61

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เลขที่ PCKCN REC 13/2562 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวิธีดำเนินการวิจัย วัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย โดยข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ การนำเสนอผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวมและกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมมีสิทธิ์ยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งจะไม่ มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ในแต่ละขั้นตอน โดยขอความร่วมมือจากวิทยากรกลุ่มและผู้เกี่ยวข้อง และกลุ่มตัวอย่างที่ทำการทดลอง แล้วทำการเก็บข้อมูลก่อนการทดลองโดยให้กลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบสอบถามทักษะการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ จากนั้นดำเนินการทดลองซึ่งมีระยะเวลารวมทั้งสิ้น 15 ชั่วโมง โดยดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยชี้แจงเครื่องมือ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากวิทยากรกลุ่ม ทั้ง 5 กลุ่ม
2. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการทดลอง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยว่าจะมีการแบ่งกลุ่มออกเป็น 5 กลุ่มโดยมีการคละนักศึกษาจากหลากหลายสาขา ระยะเวลาในการทำวิจัย และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ และให้ลงนามในการตอบรับ หรือการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้
3. เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามทักษะการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ
4. ดำเนินการให้กิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ตามระยะเวลาและกิจกรรมที่กำหนดไว้
5. เก็บรวบรวมข้อมูลหลังให้กิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ผู้วิจัยโดยใช้แบบสอบถามเช่นเดียวกับก่อนการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบทักษะการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพใช้สถิติที่ (Paired t-test)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี และนักศึกษาจากมหาวิทยาลัยราชภัฏจากจำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 60.00) อายุที่พบมากที่สุด คือ 20 ปี (ร้อยละ 43.33) ชั้นปีที่ 2 พบมากที่สุด คือ 12 คน (ร้อยละ 40) แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=30)

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	หญิง	12	40.00
	ชาย	18	60.00
อายุ (ปี)	19	6	20.00
	20	13	43.33
	21	8	26.67
	22	3	10.00
	23	0	0.00
ชั้นปี	1	7	23.33
	2	12	40.00
	3	5	16.67
	4	6	20.00
สถาบัน	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี	6	20.00
	วิทยาลัยการฝึกหัดครู มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร	6	20.00
	คณะเทคโนโลยีอุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยราชภัฏกาญจนบุรี (สาขาโลจิสติกส์)	6	20.00
	คณะเทคโนโลยีอุตสาหกรรมเทคโนโลยีอุตสาหกรรม	6	20.00
	มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย	0	0.00
	คณะเทคโนโลยีอุตสาหกรรมเทคโนโลยีอุตสาหกรรม	6	20.00
	มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์	0	0.00

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทักษะบทบาทของทีมนิสิตวิชาชีพทักษะการเป็นผู้นำ และทักษะการทำงานเป็นทีมของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (n=30)

กลุ่มตัวอย่าง	M	SD	t	p-value
ระดับทักษะด้านบทบาทของทีมนิสิตวิชาชีพ				
วิชาชีพ				
ก่อนใช้รูปแบบกิจกรรมการเรียนรู้	3.63	0.54	-8.93*	<0.001*
หลังใช้รูปแบบกิจกรรมการเรียนรู้	4.37	0.37		
ระดับทักษะการเป็นผู้นำ				
ก่อนใช้รูปแบบกิจกรรมการเรียนรู้	3.66	0.47	-7.77*	<0.001*
หลังใช้รูปแบบกิจกรรมการเรียนรู้	4.37	0.31		

กลุ่มตัวอย่าง	M	SD	t	p-value
ระดับทักษะการทำงานเป็นทีม				
ก่อนใช้รูปแบบกิจกรรมการเรียนรู้	3.84	0.56	-8.41*	<0.001*
หลังใช้รูปแบบกิจกรรมการเรียนรู้	4.41	0.30		

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ย บทบาทของทีมสหวิชาชีพหลังการเข้าร่วม กิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (M=4.37, SD=0.37) สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (M=3.63, SD=0.54) อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 คะแนนเฉลี่ย ทักษะด้านการเป็นผู้นำหลังการเข้าร่วมกิจกรรม การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (M=4.37, SD=0.31) สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้แบบมี ส่วนร่วม (M=3.66, SD=0.47) อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.01 คะแนนเฉลี่ยทักษะด้านการ ทำงานเป็นทีมหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ แบบมีส่วนร่วม (M=4.41, SD=0.30) สูงกว่าก่อน การเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (M=3.84, SD=0.56) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.01

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการเปรียบเทียบทักษะการทำงาน ร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ ด้านการเรียนรู้ บทบาททีมสหวิชาชีพ ด้านภาวะความเป็นผู้นำ และ ด้านการทำงานเป็นทีม หลังการเข้าร่วมกิจกรรม การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม สูงกว่าก่อนการเข้าร่วม กิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยทักษะการ ทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ ในด้าน บทบาทของทีมสหวิชาชีพ ความเป็นผู้นำ การ ทำงานเป็นทีม อยู่ในระดับมากทุกด้าน ทั้งนี้ เนื่องจาก รูปแบบการจัดการเรียนรู้ครั้งนี้ใช้วิธีการ จัดกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมและการจัดเรียนรู้โดย

การสะท้อนคิด (Reflective thinking) ซึ่งการใช้ กิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เป็นการ จัด กลุ่มกิจกรรมให้ผู้เรียนได้มีโอกาสเรียนรู้ร่วมกันใน ลักษณะกระบวนการกลุ่ม กลุ่มสัมพันธ์ การเรียนรู้ แบบมีส่วนร่วมนี้ช่วยให้ผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ได้วางแผน ร่วมกัน และได้ฝึกการทำงานเป็นทีม ได้เรียนรู้ บทบาทและพฤติกรรมของผู้อื่น ทำให้เกิดความ เข้าใจตนเองและผู้อื่นได้มากขึ้น กิจกรรมต่าง ๆ ที่ น่าสนใจเหล่านี้ช่วยกระตุ้นนักศึกษาให้มีความ ตื่นตัวในการเรียนรู้ตลอดเวลา ช่วยพัฒนาทักษะ การสื่อสาร ทุกคนในกลุ่มต้องมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิด ความสำเร็จในการทำงานร่วมกัน ทำให้นักศึกษา ได้เข้าใจบทบาทของตนและสามารถใช้ความรู้จาก ประสบการณ์ของตนช่วยให้กลุ่มประสบ ความสำเร็จ¹⁰ ซึ่งการจัดการศึกษาดังกล่าว สอดคล้องกับแนวคิดของพระราชบัญญัติ การศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 ที่เน้นผู้เรียนเป็น บุคคลที่มีความสำคัญที่สุด การจัดการศึกษาต้อง ยึดหลักว่าผู้เรียนทุกคนมีความสามารถเรียนรู้และ พัฒนาตนเองได้ การจัดการศึกษา ต้องส่งเสริมให้ ผู้เรียนสามารถพัฒนาดนตามธรรมชาติและเต็ม ศักยภาพ จัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ให้ ผู้เรียนได้ฝึกทักษะ กระบวนการคิด การจัดการ โดยจัดเนื้อหาสาระและกิจกรรมให้สอดคล้องกับ ความต้องการความสนใจและความถนัดของ ผู้เรียน¹¹ การที่ผู้เรียนมีลักษณะเป็นสหวิชาชีพ ทำให้ได้ใช้ประสบการณ์ของตนเองตามสาขา วิชาชีพที่ตนมีความรู้ กล้าที่จะแสดงออกตาม บทบาทของตน เกิดเป็นผู้นำตามสถานการณ์ ซึ่ง ช่วยให้กลุ่มประสบผลสำเร็จในงานที่ได้รับ

มอบหมาย เพราะการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพเป็นวิธีการเรียนรู้ที่ช่วยส่งเสริมการพัฒนาความสามารถในการแบ่งปันความรู้ทักษะ เสริมสร้างความเข้าใจและความร่วมมือทั้งในด้านการศึกษาการทำงานร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพ² สอดคล้องกับการศึกษาของธวัชชัย ยืนยาว และคณะ¹² อติญาณ ศรีเกษตรินและคณะ⁸ และณัฐดนัย บุญหนุนและคณะ⁹ ที่พบว่าคะแนนการรับรู้และเข้าใจบทบาท ตามสาขาวิชาชีพเมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมการจัดการเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพและความสามารถในการทำงานเป็นทีมสูงกว่าก่อนเริ่มทำกิจกรรมร่วมกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ด้านการบริหารและพัฒนาหลักสูตร

หลักสูตรแบบสหสาขาวิชาชีพที่ศึกษาเป็นกิจกรรมนอกหลักสูตร ที่นักศึกษามีโอกาสได้เรียนรู้บทบาทการทำงานเป็นทีมร่วมกับวิชาชีพอื่น ๆ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและนักศึกษาได้ประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมอาจจะมีการนำไปพัฒนาหรือสอดแทรกเป็นกิจกรรมในหลักสูตรในบางรายวิชา

รูปแบบการจัดการเรียนการสอน

ขยายการนำรูปแบบของการจัดการเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพไปใช้กับสาขาวิชาชีพอื่นๆ ให้เพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะสาขาที่ต้องทำงานเกี่ยวข้องกันในอนาคตเมื่อต้องออกไปทำงานเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการทำงานร่วมกัน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ใช้กระบวนการเรียนรู้รูปแบบอื่น ๆ เช่น ควรทำวิจัยในลักษณะของวิจัยเชิงปฏิบัติการในรายวิชาหรือในกิจกรรมของนักศึกษาทั้งชั้นปีของหลายสถาบันพัฒนาทักษะการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ

2.2 ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อที่จะทราบว่านักศึกษา คิดอย่างไรเกี่ยวกับการเรียนรู้แบบสหสาขาแบบนอกหลักสูตร และในหลักสูตร

เอกสารอ้างอิง

1. องค์กร ประจันเขตต์. การเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง: มุมมองในการศึกษาทางการพยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก, 2557, 15(3), 179-184.
2. คณะอนุกรรมการการศึกษาแบบสหวิชาชีพ (Interprofessional Education-IPE) ปฏิรูปการสร้างความสุขภาพบูรณาการร่วม 9 วิชาชีพ. (เข้าถึงเมื่อวันที่ 2561, สิงหาคม 20). เข้าถึงได้จาก <http://www.pharmacy.mahidol.ac.th/newsfile/depdocument/20170606105805>
3. สุณี เศรษฐเสถียร. รูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ ณ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูโรงพยาบาลอุดรธานี, เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร, 2558, 25(2), 65-70.
4. วณิชา ชื่นกรองแก้ว.การศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพ.พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพมหานคร: บริษัท พี เอ ลิฟวิ่ง จำกัด; 2557
5. นุชรรัตน์ นุชประยูร. การใช้กิจกรรมกลุ่ม: คุณลักษณะและแนวทางการพัฒนาความรับผิดชอบของนักเรียน, วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี, 2558, 7(2), 84-92.
6. กระทรวงศึกษาธิการ. กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2552. (เข้าถึงเมื่อวันที่ 2561, สิงหาคม 20). เข้าถึงได้จาก <http://www.mua.go.th/users/tqf-hed/>
7. ทิศนา แคมมณี. ศาสตร์การสอน. (พิมพ์ครั้งที่ 5) กรุงเทพฯ: ด่านสุทธาการพิมพ์ จำกัด; 2552

8. อติญาณ ศรีเกษตริน อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์ วารุณี เกตุอินทร์ และดาราวรรณ รองเมือง. การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน. รายงานการวิจัย. สถาบันพระบรมราชชนก. 2561
9. ณัฐดนัย บุญหนุนและณัฐพร โขยะกุล. ผลการจัดการเรียนการสอนแบบมีส่วนร่วม Participatory Learning Process (PLP) เพื่อกระตุ้นให้นักศึกษาเข้าเรียนตรงเวลา, วารสารปัญญาวิวัฒน์, 2560.9(พิเศษ), 182-192.
10. Centre for the Advancement of Interprofessional Education. Moving the Interprofessional Education Research Agenda Beyond the Limits of Evaluating Student Satisfaction. Journal of Research in Interprofessional Practice and Education; 2016; 6(2), 1-11.
11. กระทรวงศึกษาธิการ. พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติพ.ศ. 2542 ที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2545 กรุงเทพฯ :องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์. 2545
12. ธวัชชัย ยืนยาว จุฬารัตน์ ห้าวหาญ และวรนาถ พรหมศวร. ผลการจัดการศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพต่อการรับรู้และเข้าใจบทบาทตามสาขาวิชาชีพ และความสามารถในการทำงานเป็นทีม. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา, 2562, 20(1), 137-1747.

Received: 6 Aug 2019, Revised: 11 Sep 2019

Accepted: 6 Dec 2019

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย
ในมหาวิทยาลัยมหาสารคามขวัญใจ สุกรนนท์^{1,*}

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยในมหาวิทยาลัยมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยที่สูบบุหรี่ จำนวนทั้งสิ้น 63 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 98.1 อายุเฉลี่ย 44.10 ปี อายุอยู่ในช่วง 39-48 ปี ร้อยละ 54.0 สถานภาพสมรส ร้อยละ 63.5 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 36.5 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7088.9 บาท รายได้อยู่ในช่วง 6,501-8,000 บาท ร้อยละ 77.8 รายได้มาจากอาชีพหลักอย่างเดียว ร้อยละ 85.7 มีรายได้ไม่เพียงพอและต้องกู้ยืม ร้อยละ 73.0 และ 54.0 ตามลำดับ มีบุตร ร้อยละ 66.7 และมีบุตรที่สูบบุหรี่ ร้อยละ 39.7 ปฏิบัติงานมา 10 ปีมากที่สุด ร้อยละ 20.6 สูบบุหรี่เฉลี่ย 9.16 มวนต่อวัน ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ระหว่าง 1- 10 มวนต่อวัน ร้อยละ 76.2 ความต้องการเลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 57.1 เพราะมีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 31.7 คิดว่าเขตสูบบุหรี่ไม่มีความเหมาะสม ร้อยละ 50.8 เพราะไม่มีการกำหนดเขตสูบบุหรี่ที่ชัดเจน ร้อยละ 28.6 เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับเรื่องบุหรี่ ร้อยละ 49.2 ปัจจัยด้านความรู้และทัศนคติ โดยมีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 49.2 มีทัศนคติระดับปานกลาง ร้อยละ 54.0 ปัจจัยเอื้ออยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.3 ปัจจัยเสริมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 79.4 พฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 87.3 จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมในการสูบบุหรี่กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พบว่า ปัจจัยด้านต่าง ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยสรุปผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ในเรื่องสารอันตรายในบุหรี่ที่ก่อให้เกิดโรค เข้าใจว่ากันกรองบุหรี่ช่วยลดอันตรายจากการสูบบุหรี่ได้ และกฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมยาสูบและการสูบบุหรี่ นอกจากนั้นบุหรี่ยังสามารถซื้อขายได้สะดวก รวมทั้งการโฆษณาบุหรี่ทางสื่อวิทยุ โทรทัศน์เป็นผลให้คนตัดสินใจสูบบุหรี่ จึงควรให้ความรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยของบุหรี่ รวมทั้งกฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมยาสูบและการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง และกำหนดเขตปลอดบุหรี่ให้ชัดเจน เพื่อให้มีพฤติกรรมในการลด ละ เลิก การสูบบุหรี่ในที่สุด

คำสำคัญ พฤติกรรม การสูบบุหรี่ เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

* Corresponding author: kwanchai.s@msu.ac.th

*Original Article***Factors Associated with Smoking Behavior of Security Officers
in Mahasarakham University**Kwanchai Sukaranabdana^{1,*}**Abstract**

This descriptive research aimed to study factors associated with smoking behavior of security officers in Mahasarakham University. A total of 63 samples, who were a member of a smoking family, were randomly selected. Data were collected by questionnaire. Descriptive statistics, including frequency, percentage, average, minimum, maximum, and standard deviation, and inferential statistics including Pearson's Correlation Coefficient were employed for data analyses. The research found that the majority were 98.1% female, average age 44.10 years, age range 39-48 years, 54.0% married, 63.5% completed secondary education, 36.5% having income between 6501- 8000 Baht, 77.8% income derived from primary occupations. 85.7% income was not enough and required a loan 73.0% and 54.0%, respectively. There were 66.7% was children and 39.7% of children who smoked. 20.6% work in the past 10 years, average cigarette smoking is 9.16 cigarettes per day. Smoking between 1 - 10 cigarettes per day was 76.2 %, to quit smoking 57.1 %. It was found that the smoking area was unsuitable and there was no clear smoking area at 50.8% and 28.6%, respectively. Have been trained about smoking 49.2 %. Predisposing factors to knowledge and attitudes. Have a good level of knowledge, 49.2 % attitudes at a moderate level, 54.0 %. Enabling factors and reinforcing factors at a moderate level, 60.3% and 79.4%. Smoking behavior was moderate level, 87.3% smoking behavior of security officers did not relate with predisposing factors, Enabling factors and reinforcing factors. In conclusion, most of the samples lacked knowledge, hazardous substances in cigarettes that cause disease. Understand that cigarette butts help reduce the risk of smoking, and the rules governing tobacco control and smoking. Cigarettes can also be traded easily. Including tobacco advertising on radio, television as a result, people decide to smoke. It should be educated about the risk and toxins of cigarettes, and set the non-smoking area clear in order to quit smoking.

Keywords: Behavior, Smoking, Security officers¹ Assistant Professor, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

* Corresponding author: kwanchai.s@msu.ac.th

บทนำ

การสูบบุหรี่มีโทษต่อร่างกายหลายด้านด้วยกัน นำมาซึ่งโรคร้ายต่าง ๆ หลากหลายที่ส่งผลต่อการเสียชีวิต ไม่ใช่เพียงผู้ที่สูบบุหรี่เท่านั้นที่ได้รับผลกระทบเหล่านี้ เพราะคนรอบข้างเองก็ได้รับโทษไม่น้อยเช่นกัน ในควันบุหรี่มีสารนิโคติน ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็ง เป็นหนึ่งในโรคร้ายที่ทำให้ผู้เสียชีวิตและกลายเป็นปัญหาหลัก ๆ ในการสูญเสียประชากรของสังคม นอกจากโรคมะเร็งก็ยังมีโรคร้ายอื่นๆ ที่เกิดจากควันบุหรี่ได้เช่นกัน ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคถุงลมโป่งพอง อีกทั้งยังเพิ่มความถี่ความรุนแรงให้กับอาการหอบหืด และภาวะการตายฉับพลันในทารกแรกเกิด เป็นต้น โทษของควันบุหรี่ แบ่งออกเป็น ควันบุหรี่มือหนึ่ง ควันบุหรี่มือสอง และควันบุหรี่มือสาม ควันบุหรี่มือหนึ่งคือควันที่ผู้สูบบุหรี่สูดเข้าสู่อวัยวะด้วยตนเอง ควันบุหรี่มือสองคือควันที่ผู้สูบบุหรี่พ่นออกมาและฟุ้งกระจายอยู่ในอากาศ ทำให้ผู้ที่อยู่โดยรอบที่สูดดมเข้าไปและได้รับสารพิษ ส่วนควันบุหรี่มือสามเป็นควันที่ตกค้างอยู่ตามสถานที่ต่างๆ เช่น เฟอร์นิเจอร์ สิ่งของ เสื้อผ้า และวัตถุอื่นๆ ทำให้สารพิษเกาะติดอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีการสูบบุหรี่ ส่งผลเสียต่อผู้อยู่อาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมนั้น ในเรื่องของควันบุหรี่มือสามซึ่งเป็นสารตกค้างที่อยู่ในสิ่งแวดล้อม เมื่อเกิดการทำปฏิกิริยากับอากาศและผู้อยู่อาศัยสูดดมเข้าไปก็ทำให้อันตรายต่อร่างกายได้เช่นกัน ซึ่งสารพิษจากควันบุหรี่มือสามเป็นชนิดที่เหมือนกันกับควันมือหนึ่งและมือสองทั้งหมด ที่เต็มไปด้วยสารก่อมะเร็งกว่า 200 ชนิดด้วยกัน จากการศึกษาพบว่าใน 75 ครอบครัวที่ตรวจ พบสารโคตินินในปัสสาวะเด็กสูงกว่าปกติ ซึ่งโคตินินคือตัวบ่งชี้ถึงการที่ร่างกายได้รับนิโคตินจากบุหรี่ คาดว่าไม่ได้มาจากการเดินผ่านควันบุหรี่แล้วสูดดมเข้าไป แต่เป็นการอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีการสูบบุหรี่ โดยตรวจพบร้อยละ

42 ของ 75 ครอบครัว¹ การสูบบุหรี่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย และเป็นอันตรายต่อเกือบทุกอวัยวะของร่างกาย คนไทย 1 ล้านคนที่มีชีวิตอยู่ แต่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และแต่ละคนที่เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ จะมีคนที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจากการสูบบุหรี่ ที่ยังมีชีวิตอยู่อย่างน้อย 20 คน การสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคมะเร็ง 12 ชนิด โรคหัวใจ เส้นเลือดสมอง โรคถุงลมโป่งพอง เบาหวาน เพิ่มความเสี่ยงที่จะเป็นวัณโรค ตาบอด ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง และทุกอวัยวะแก่ก่อนวัย ทำให้สมรรถภาพทางเพศเสื่อม การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตก่อนเวลาที่สามารถป้องกันได้ แต่ทำให้คนไทยเสียชีวิตปีละ 50,710 คน ซึ่งยังไม่ได้รวมคนที่เสียชีวิตจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต 1 ใน 6 ของชายไทย และ 1 ใน 30 ของหญิงไทย ทำให้คนไทยเสียชีวิตวันละ 140 คน ผู้ที่เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่อายุน้อยลง 12 ปี และป่วยหนักโดยเฉลี่ย 2.5 ปีก่อนเสียชีวิต การสูบบุหรี่ทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจหลายหมื่นล้านบาทต่อปี² จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ 2557 พบว่ากลุ่มวัยทำงาน มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด ร้อยละ 23.5 รองลงมาคือ กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มเยาวชน ร้อยละ 16.6 และ 14.7 ตามลำดับ อัตราการสูบบุหรี่ของผู้ชายมากกว่าผู้หญิง 18.4 เท่า คิดเป็นร้อยละ 40.5 และ 2.2 ตามลำดับ³

มหาวิทยาลัยมหาสารคามได้ประกาศเป็นมหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ 100% เมื่อปี พ.ศ. 2557 เพื่อเป็นการปกป้องสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ในสถานที่ห้ามสูบหรือสถานที่ปลอดบุหรี่ถือว่าเป็นความผิดตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 โดยกำหนดเขตสูบบุหรี่ที่มีมาตรฐานในพื้นที่มหาวิทยาลัย อีกทั้งยังดูแลผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ โดยจัดให้มีหน่วยบริการในมหาวิทยาลัย ตลอดจนเสริมสร้างความ

ตระหนักถึงผลเสียของการสูบบุหรี่ สนับสนุนความรู้เกี่ยวกับผู้สูบบุหรี่มือสองและพิษภัยของบุหรี่ให้กับนิสิต และบุคลากร⁴ จากการสังเกตและการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นในเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เมื่อเดือนพฤษภาคม 2560 พบว่า มีผู้สูบบุหรี่ ร้อยละ 57.5 รองลงมาคือ ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 35 และเคยสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว ร้อยละ 7.5 ซึ่งพฤติกรรม การสูบบุหรี่ เป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคมามากมาย มีหลายปัจจัยที่ทำให้มีผู้สูบบุหรี่หน้าใหม่เพิ่มขึ้นและผู้สูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง ทั้งปัจจัยนำภายในตัวเอง เช่น มีค่านิยมและความเชื่อที่ผิดหรือความอยากรอง และยังมียปัจจัยเอื้อที่เป็นปัจจัยภายนอก ที่มีอิทธิพลและเอื้อต่อการสูบบุหรี่ เช่น เพื่อนชักชวน สื่อโฆษณา ดูจากแบบอย่างที่ชอบ และปัจจัยเสริม ได้แก่ เพื่อนครอบครัว หรือกลุ่มสังคม มาตรการ กฎระเบียบ สื่อที่เสริมหรือยับยั้งการกระทำพฤติกรรม ซึ่งทั้ง 3 ปัจจัยจะนำไปสู่การกระทำพฤติกรรมสูบบุหรี่ที่ถาวร³ จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าการสูบบุหรี่ก่อให้เกิดโทษและปัญหาต่างๆมากมาย ทั้งต่อตนเอง ครอบครัว สังคม ภาพลักษณ์ รวมทั้งเศรษฐกิจของประเทศชาติ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยในมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการวางแผนและการจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการสูบบุหรี่เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยในมหาวิทยาลัยมหาสารคาม นำไปสู่การลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ เพื่อลดภาวะเสี่ยงของการเจ็บป่วยที่เป็นผลมาจากการสูบบุหรี่ทั้งต่อตัวผู้สูบบุหรี่และบุคคลอื่นๆ ที่ได้รับผลกระทบจากควันบุหรี่มือสองในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยในมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

2. วัตถุประสงค์เฉพาะเพื่อศึกษา

2.1 ข้อมูลทั่วไปของเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยในมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

2.2 ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมในการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยในมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

2.3 พฤติกรรมสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยในมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมในการสูบบุหรี่กับพฤติกรรมสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยในมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยในมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ประชากร ได้แก่ เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคามจำนวน 112 คน⁵ และคัดเลือกเฉพาะผู้ที่สูบบุหรี่ จึงได้กลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยในมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เฉพาะผู้ที่สูบบุหรี่ จำนวนทั้งสิ้น 63 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม (Questionnaires) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยศึกษาจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน แหล่งที่มาของเงิน ความเพียงพอของรายได้ การกู้ยืม จำนวนบุตร การสูบบุหรี่ของบุตร ระดับการศึกษา สถานที่ในการปฏิบัติงาน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน การสูบบุหรี่เฉลี่ยต่อวัน ความต้องการเลิกบุหรี่ และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับบุหรี่ จำนวน 16 ข้อ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) และหาค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความรู้และทัศนคติในการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยในมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ด้านความรู้ ลักษณะเป็นคำถาม 2 ตัวเลือก ให้เลือกตอบได้ 1 ตัวเลือก จำนวน 15 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน คือ

ตอบถูก จะได้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน

ตอบผิด จะได้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน

มีเกณฑ์การแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์การประเมินแบบอิงเกณฑ์⁶ ดังนี้

ระดับความรู้	ร้อยละ	คะแนน
ดี	≥ 80	12 - 15
ปานกลาง	60-79	9 - 11
ไม่ดี	< 60	0 - 8

ด้านทัศนคติ จำนวน 20 ข้อ ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale)¹⁰ ข้อคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ปรับการให้คะแนนเป็น 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ให้เลือกเพียง 1 ตัวเลือก เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
เห็นด้วย	3	1
ไม่แน่ใจ	2	2

ไม่เห็นด้วย 1 3

เกณฑ์ในการแปลความหมายด้านทัศนคติ โดยคิดค่าคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด) / จำนวนชั้น แบ่งระดับทัศนคติออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์การประเมินแบบอิงเกณฑ์⁶ ดังนี้

ระดับทัศนคติ	ค่าเฉลี่ย
ดี	2.34 – 3.00
ปานกลาง	1.67 – 2.33
ไม่ดี	1.00 – 1.66

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อในการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยในมหาวิทยาลัยมหาสารคาม จำนวน 10 ข้อ ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale)⁵ ข้อคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ปรับการให้คะแนนเป็น 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ให้เลือกเพียง 1 ตัวเลือก เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
เห็นด้วย	3	1
ไม่แน่ใจ	2	2
ไม่เห็นด้วย	1	3

เกณฑ์ในการแปลความหมายด้านปัจจัยเอื้อ โดยคิดค่าคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด) / จำนวนชั้น แบ่งระดับความคิดเห็นด้านปัจจัยเอื้อออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์การประเมินแบบอิงเกณฑ์⁶ ดังนี้

ระดับความคิดเห็น	ค่าเฉลี่ย
ดี	2.34 – 3.00
ปานกลาง	1.67 – 2.33
ไม่ดี	1.00 – 1.66

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริมในการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยในมหาวิทยาลัยมหาสารคาม จำนวน 9 ข้อ ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale)⁵ ข้อคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ปรับการให้คะแนนเป็น 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ให้เลือกเพียง 1 ตัวเลือก เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
เห็นด้วย	3	1
ไม่แน่ใจ	2	2
ไม่เห็นด้วย	1	3

เกณฑ์ในการแปลความหมายด้านปัจจัยเสริมโดยคิดค่าคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด) / จำนวนชั้น แบ่งระดับความคิดเห็นด้านปัจจัยเสริมออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์การประเมินแบบอิงเกณฑ์⁶ ดังนี้

ระดับความคิดเห็น	ค่าเฉลี่ย
ดี	2.34 – 3.00
ปานกลาง	1.67 – 2.33
ไม่ดี	1.00 – 1.66

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยในมหาวิทยาลัยมหาสารคาม จำนวน 20 ข้อ ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale)⁶ มีข้อคำถามทั้งทางด้านบวกและทางด้านลบ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบแสดงการกระทำ มี 3 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ ให้เลือกเพียง 1 ตัวเลือก มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	3	1
ปฏิบัติบางครั้ง	2	2
ไม่เคยปฏิบัติ	1	3

เกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนนด้านการปฏิบัติรายข้อโดยคิดค่าคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด) / จำนวนชั้น แบ่งระดับการปฏิบัติออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์การประเมินแบบอิงเกณฑ์⁶ ดังนี้

ระดับพฤติกรรม	ค่าเฉลี่ย
ดี	2.34 – 3.00
ปานกลาง	1.67 – 2.33
ไม่ดี	1.00 – 1.66

วิธีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ค่าที่ได้คือมากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 แล้วนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มประชากรที่มีคุณลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด จำนวน 30 คน แล้วนำไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยนำแบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับบุหรืมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR-20 (Kuder-Richardson Formula) และนำแบบสอบถามด้านทัศนคติในการสูบบุหรี่ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและพฤติกรรมในการสูบบุหรี่ มาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยได้ตัดข้อคำถามไปบางส่วนเพื่อให้ได้ค่าความเที่ยงตามเกณฑ์ที่เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไป แต่ครอบคลุมเนื้อหาครบถ้วน การวิเคราะห์ได้ค่าความเชื่อมั่นในแต่ละด้าน ดังนี้

ด้านความรู้มีค่าความเชื่อมั่น	0.76
ด้านทัศนคติมีค่าความเชื่อมั่น	0.80
ด้านปัจจัยเอื้อมีค่าความเชื่อมั่น	0.79
ด้านปัจจัยเสริมมีค่าความเชื่อมั่น	0.77
ด้านพฤติกรรมมีค่าความเชื่อมั่น	0.78

ส่วนที่ 5 หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมในการสูบบุหรี่ โดยใช้สถิติ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยเกณฑ์การแบ่งระดับความสัมพันธ์ ค่าของ r อยู่ระหว่าง -1.00 ถึง 1.00 ถ้าหากมีค่า r มากกว่า 0 แล้วจะเป็นความสัมพันธ์ทางบวก ถ้าหาก r มีค่าน้อยกว่า 0 แล้วจะเป็นค่าความสัมพันธ์ทางลบ ตัวแปรจะสัมพันธ์กันสูง ปานกลางหรือต่ำ⁷ มีเกณฑ์ดังนี้

สัมพันธ์กันสูง	$r \geq 0.80$ หรือ $r \leq -0.80$
สัมพันธ์กันปานกลาง	$0.50 < r < 0.80$

หรือ $-0.80 < r < -0.5$
สัมพันธ์กันต่ำ $-0.50 \leq r \leq 0.50$

ผลการวิจัย

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 98.1 อายุเฉลี่ย 44.10 ปี อายุอยู่ในช่วง 39 – 48 ปี ร้อยละ 54.0 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 63.5 สำเร็จการศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 36.5 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7088.9 บาท รายได้ในช่วง 6,501 – 8,000 บาท ร้อยละ 77.8 รายได้มาจากอาชีพหลัก ร้อยละ 85.7 มีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 73.0 มีการกู้ยืม ร้อยละ 54.0 มีบุตร ร้อยละ 66.7 และมีบุตรที่สูบบุหรี่ ร้อยละ 39.7 ระยะเวลาในการทำงานมากที่สุด 10 ปี ร้อยละ 20.6 การสูบบุหรี่เฉลี่ย 9.16 มวนต่อวัน ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ระหว่าง 1- 10 มวนต่อวัน ร้อยละ 76.2 ต้องการเลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 57.1 เพราะมีปัญหาสุขภาพ และต้องการประหยัด ร้อยละ 31.7

และ 28.6 ตามลำดับ คิดว่าเขตสูบบุหรี่ไม่มีความเหมาะสม ร้อยละ 50.8 เพราะไม่มีการกำหนดเขตสูบบุหรี่ที่ชัดเจน ร้อยละ 28.6 เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับเรื่องบุหรี่ ร้อยละ 49.2

ปัจจัยนำ ด้านความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดี ร้อยละ 49.2 รองลงมาคือมีความรู้ในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 38.1 และน้อยที่สุดคืออยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 12.7 รายละเอียด ดังแสดงในตารางที่ 1

ปัจจัยนำ ด้านทัศนคติในภาพรวม จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.0 รองลงมา มีทัศนคติอยู่ในระดับดี ร้อยละ 46.0 รายละเอียด ดังแสดงในตารางที่ 2

จากผลการวิเคราะห์ ด้านปัจจัยเอื้อในการสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.3 รองลงมาคือ ระดับไม่ดี ร้อยละ 33.3 น้อยที่สุดคือระดับดี ร้อยละ 6.3 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ในภาพรวม (n = 63)

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ดี (12 – 15 คะแนน)	31	49.2
ปานกลาง (9 – 11 คะแนน)	24	38.1
ไม่ดี (0 – 8 คะแนน)	8	12.7

(Mean= 10.92, S.D.=2.22, Max.=15, Min.= 5)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของทัศนคติในการสูบบุหรี่ในภาพรวม (n = 63)

ระดับทัศนคติ	จำนวน	ร้อยละ
ดี (2.34 – 3.00)	29	46.0
ปานกลาง (1.67 – 2.33)	34	54.0

(Mean=2.34, S.D.=0.21, Max.=2.80, Min.=1.95)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของปัจจัยเอื้อในการสูบบุหรี่ (n = 63)

ระดับปัจจัยเอื้อ	จำนวน	ร้อยละ
ดี (2.34 – 3.00)	4	6.3
ปานกลาง (1.67 – 2.33)	38	60.3
ไม่ดี (1.00 – 1.66)	21	33.3

(Mean=2.64, S.D.= 0.39, Max.=3, Min.=1)

จากผลการวิเคราะห์ ด้านปัจจัยเสริมในการสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 79.4 รองลงมาคือ ระดับดี ร้อยละ 20.6 ดังแสดงในตารางที่ 4

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมในการสูบบุหรี่ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 87.3 รองลงมา คือ

พฤติกรรมระดับไม่ดี ร้อยละ 9.5 และน้อยที่สุดคือพฤติกรรมในระดับดี ร้อยละ 3.2 ตามลำดับ ดังแสดงใน ตารางที่ 5

จากผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของปัจจัยเสริมในการสูบบุหรี่ (n = 63)

ระดับปัจจัยเสริม	จำนวน	ร้อยละ
ดี (2.34 – 3.00)	13	20.6
ปานกลาง (1.67 – 2.33)	50	79.4

Mean=2.23, S.D.=0.23, Max.=2.78, Min.=1.78)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมในการสูบบุหรี่ (n = 63)

ระดับพฤติกรรม	จำนวน	ร้อยละ
ดี (2.34 – 3.00)	2	3.2
ปานกลาง (1.67 – 2.33)	55	87.3
ไม่ดี (1.00 - 1.66)	6	9.5

Mean=1.92, S.D.=0.21, Max.=2.55, Min.= 1.40)

สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่เป็น เพศชาย ร้อยละ 98.1 อายุเฉลี่ย 44.10 ปี อายุอยู่ในช่วง 39 – 48 ปี ร้อยละ 54.0 สอดคล้องกับสถานการณ์และแนวโน้มปัญหาสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของ

คนไทย พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศชายสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง และมีอายุระหว่าง 31 - 45 ปี สูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ³ ซึ่งเป็นวัยทำงาน และเป็นหัวหน้าครอบครัวทำให้เกิดผลกระทบอย่างมากทั้งในด้านเศรษฐกิจและสุขภาพ ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 36.5 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7088.9 บาท รายได้อยู่ในช่วง 6,501 – 8,000 บาท ร้อยละ

77.8 รายได้มาจากอาชีพหลักอย่างเดียว ร้อยละ 85.7 มีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 73.0 มีการกู้ยืม ร้อยละ 54.0 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 63.5 ส่วนใหญ่มีบุตร ร้อยละ 66.7 สอดคล้องกับการศึกษาของ โสพิน เสาภายน, พันโทหญิง⁸ ที่ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนายทหารชั้นประทวน สังกัดศูนย์รักษาความปลอดภัย กองบัญชาการทหารสูงสุด กรุงเทพมหานคร พบว่า กลุ่มที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่มีบุตรร้อยละ 69.4 จากผลการศึกษา พบว่า มีบุตรที่สูบบุหรี่ ร้อยละ 39.7 โดยวัยรุ่นที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีผู้สูบบุหรี่ จะมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าครัวเรือนที่ไม่มีผู้สูบบุหรี่ บุคคลในครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น⁹ จากการศึกษาพบว่า ปฏิบัติงานมา 10 ปีมาที่สุด ร้อยละ 20.6 การสูบบุหรี่เฉลี่ย 9.16 มวนต่อวัน ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ระหว่าง 1- 10 มวนต่อวัน ร้อยละ 76.2 สอดคล้องกับการศึกษาของ โสพิน เสาภายน, พันโทหญิง⁸ ที่ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนายทหารชั้นประทวน สังกัดศูนย์รักษาความปลอดภัย กองบัญชาการทหารสูงสุด กรุงเทพมหานคร พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สูบบุหรี่วันละ 5-10 มวน ซึ่งงานวิจัยยืนยันว่าคนที่สูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ 1-10 มวนมีโอกาสเสียชีวิตจากมะเร็งปอดมากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ประมาณ 12 เท่า นอกจากนี้ ยังมีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตด้วยโรคเกี่ยวกับทางเดินหายใจเพิ่มขึ้นมากกว่า 6 เท่า และเสี่ยงต่อการเป็นโรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น 1.5 เท่า¹⁰ และเมื่อคิดค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่ราคาต่ำที่สุดคือ ซองละ 60 บาท¹¹ โดย 1 ซองมี 20 มวน ถ้ากลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่วันละ 10 มวนต่อวัน ต้องจ่ายค่าบุหรี่วันละ 30 บาท ดังนั้น ใน 1 เดือนต้องจ่ายค่าบุหรี่เป็นเงิน 900 บาท และ 1 ปี ต้องจ่ายเงินค่าบุหรี่ยรวม 10,800 บาท เป็นต้น ซึ่งจากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 73.0 มี

การกู้ยืม ร้อยละ 54.0 สอดคล้องกับการศึกษาของ โสพิน เสาภายน, พันโทหญิง⁸ ที่ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนายทหารชั้นประทวน สังกัดศูนย์รักษาความปลอดภัย กองบัญชาการทหารสูงสุด กรุงเทพมหานคร พบว่า กลุ่มที่สูบบุหรี่มีค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่เฉลี่ย 830.24 บาทต่อเดือน กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการเลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 57.1 ต้องการเลิก เพราะมีปัญหาสุขภาพ และต้องการประหยัด ร้อยละ 31.7 และ 8.6 ตามลำดับ คิดว่าเขตสูบบุหรี่ไม่มีความเหมาะสม ร้อยละ 50.8 เพราะไม่มีการกำหนดเขตสูบบุหรี่ที่ชัดเจน ร้อยละ 28.6 เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับเรื่องบุหรี่ ร้อยละ 49.2 ซึ่งการจัดให้ทำงานเป็นเขตปลอดบุหรี่มีผลให้ผู้สูบบุหรี่หยุดสูบบุหรี่ได้สำเร็จมากขึ้น สำหรับพนักงานที่ยังเลิกสูบบุหรี่ไม่ได้ การจัดเขตปลอดบุหรี่ในสำนักงาน ทำให้เขาต้องลดจำนวนบุหรี่ยลงและนำไปสู่การเลิกสูบบุหรี่ได้ในอนาคต สำหรับพนักงานที่ต้องการเลิกบุหรี่อยู่แล้ว ข้อจำกัดในการสูบบุหรี่นี้เป็นเหตุผลที่ดีที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่สามารถตัดสินใจเลิกบุหรี่ได้ง่ายขึ้น¹²

ปัจจัยนำด้านความรู้ จากการศึกษา พบว่ามีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 49.2 รองลงมา มีความรู้ในระดับปานกลางร้อยละ 38.1 ข้อที่ตอบถูกมากที่สุด คือ บุหรี่เป็นสิ่งเสพติดชนิดหนึ่งร้อยละ 95.2 รองลงมาคือ การสูบบุหรี่ในที่สาธารณะก่อให้เกิดความเสียหายต่อสุขภาพของบุคคลอื่นและเป็นการใช้สิทธิที่มีขอบข่ายกฎหมาย ร้อยละ 88.9 และน้อยที่สุดคือ ผู้ไม่สูบบุหรี่ไม่สามารถเรียกร้องเจ้าของสถานที่ที่ไปใช้บริการให้จัดเขตปลอดบุหรี่ได้ ร้อยละ 22.2 อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับเรื่องบุหรี่ ร้อยละ 49.2 เพราะความรู้ หมายถึง สิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้าหรือประสบการณ์ รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติและทักษะ ความเข้าใจหรือสารสนเทศที่ได้รับมาจาก

ประสบการณ์: สิ่งที่ได้มาจากการได้ยิน ได้ฟัง ได้ฝึกหรือปฏิบัติ: องค์วิชาในแต่ละสาขา เช่น ความรู้เรื่องสุขภาพ และความรู้เป็นพฤติกรรมขั้นต้นของความสามารถทางสติปัญญา ซึ่งผู้เรียนพึงจำได้ อาจโดยการนึกได้ หรือการมองเห็น ได้ยิน จำได้¹³ ซึ่งความรู้เป็นองค์ประกอบของปัจจัยนำเข้าที่ยับยั้งแรงจูงใจของบุคคลที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ¹⁴ สอดคล้องกับการศึกษาของโสพิน เสาภายน, พันโทหญิง⁸ ที่ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนายทหารชั้นประทวนสังกัดศูนย์รักษาความปลอดภัย กองบัญชาการทหารสูงสุด กรุงเทพมหานคร พบว่า มีความรู้อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 77.6 และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ มณฑิรา เกตุแก้ว¹⁵ ที่ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคลากรชายในโรงพยาบาลรามารามิบัติ พบว่า มีความรู้ในระดับปานกลาง จากผลการศึกษาในครั้งนี้ ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีความรู้ในระดับดี แต่ก็เพียงร้อยละ 49.2 เนื่องจากมีข้อที่ตอบถูกน้อยหลายข้อ เช่น กันกรองบุหรี่ช่วยลดอันตรายจากการสูบบุหรี่ได้ ร้อยละ 41.3 สารอันตรายในบุหรี่ไม่ก่อให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 28.6 และผู้ไม่สูบบุหรี่ ไม่สามารถเรียกร้องเจ้าของสถานที่ที่ไปใช้บริการให้จัดเขตปลอดบุหรี่ได้ ร้อยละ 22.2 เป็นต้น

ปัจจัยนำด้านทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.0 รองลงมา มีทัศนคติอยู่ในระดับดี ร้อยละ 46.0 ข้อที่มีทัศนคติมากที่สุดคือ ความตั้งใจที่แน่วแน่ มีจิตใจที่เข้มแข็งสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ (Mean = 2.95, S.D.= 0.21) รองลงมาคือการสูบบุหรี่ทำให้เป็นมะเร็งปอดได้ (Mean = 2.89, S.D.= 0.36) เพราะทัศนคติ หมายถึง แนวโน้มของจิตใจความรู้สึกที่คงที่มีต่อหนึ่งสิ่งใดสิ่งหนึ่งบุคคลหนึ่งบุคคลใด หรือสถานการณ์หนึ่งสถานการณ์ใด เป็นผลมาจากประสบการณ์ และความเชื่อที่สะสมกันมา และผ่านการประเมิน

คุณค่าในลักษณะของดีหรือไม่ดีโดยบุคคลนั้น ๆ แล้ว ทัศนคติทางสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในลักษณะของความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง กับสุขภาพ โดยมีการประเมินคุณค่าในเรื่องนั้น ๆ ด้วย ถ้าทัศนคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดเป็นในทิศทางใด พฤติกรรมหรือการกระทำจะเป็นไปในทิศทางนั้น¹⁴ สอดคล้องกับการศึกษาของโสพิน เสาภายน, พันโทหญิง⁸ ที่ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของนายทหารชั้นประทวน สังกัดศูนย์รักษาความปลอดภัย กองบัญชาการทหารสูงสุด กรุงเทพมหานคร พบว่า มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.02 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ มณฑิรา เกตุแก้ว¹⁵ ที่ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคลากรชายในโรงพยาบาลรามารามิบัติ พบว่า มีเจตคติอยู่ในระดับปานกลาง

ปัจจัยเอื้ออยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.3 รองลงมาคือ ระดับไม่ดี ร้อยละ 33.3 ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ยาเส้นหาได้ง่ายตามท้องตลาดทั่วไปในชุมชนและมีราคาถูกกว่าบุหรี่โรงงาน (Mean = 2.93, S.D.= 0.30) รองลงมาคือ ยาเส้นสามารถมวนได้ด้วยวัสดุที่หาง่ายจึงทำให้ง่ายต่อการสูบ (Mean = 2.87, S.D.= 0.38) และน้อยที่สุด คือ ร้านค้าใกล้บ้านไม่มีเวลาซื้อขายที่ชัดเจนทำให้ผู้สูบซื้อได้ตลอดเวลา (Mean=1.24, SD=0.61) เพราะปัจจัยเอื้อ หมายถึง ทักษะและทรัพยากรที่จำเป็นต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล รวมทั้งการหาได้ง่ายและความสามารถในการเข้าถึงบริการหรือทรัพยากรที่จำเป็นเหล่านั้น¹¹ เมื่อบุหรี่จากโรงงานมีราคาแพงขึ้นเป็น ไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างอาจจะหันมาผลิตบุหรี่สูบเองเนื่องจากยาเส้นหาได้ง่ายและสามารถมวนได้ด้วยวัสดุที่หาได้ง่าย ทำให้ประหยัดมากกว่า

ปัจจัยเสริมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 79.4 รองลงมาคือ ระดับดี ร้อยละ 20.6 ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ สื่อต่างๆ ที่ได้รับเกี่ยวกับ

บุหรี ทำให้ตระหนักถึงความสำคัญของการไม่สูบบุหรี (Mean = 2.78, S.D.= 0.52) รองลงมาคือ การมีข่าวสารที่ส่งเสริมให้คนเลิกบุหรี ทำให้คนสูบบุหรีน้อยลง (Mean=2.73, S.D.=0.54) และน้อยที่สุด คือ การโฆษณาทางสื่อวิทยุ โทรทัศน์ เกี่ยวกับบุหรี เป็นผลให้คนตัดสินใจสูบบุหรี (Mean=1.44, SD=0.67) เนื่องจากปัจจัยเสริมเป็นการเสริมหรือแรงกระตุ้นให้กระทำ เป็นปัจจัยภายนอกที่มาจากคนหรือบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อบุคคลนั้นในเรื่องการยอมรับหรือไม่ยอมรับพฤติกรรมสุขภาพนั้น เช่น การยกย่อง ชมเชย การให้กำลังใจ การเอาเป็นแบบอย่าง การดำเนินคดี การลงโทษ เป็นต้น¹² สอดคล้องกับการศึกษาของโสพิน เคาภายน, พันโทหญิง ที่ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการสูบบุหรีของนายทหารชั้นประทวน สังกัดศูนย์รักษาความปลอดภัยกองบัญชาการทหารสูงสุด กรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยเสริมอยู่ในระดับปานกลาง

พฤติกรรมการสูบบุหรีของเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยในมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 87.3 รองลงมาอยู่ในระดับไม่ดี 9.5 ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การสูบบุหรีในเขตสูบบุหรีที่หน่วยงานจัดให้ (Mean=2.69, S.D.=0.61) รองลงมา คือ จะไม่สูบบุหรีในเขตห้ามสูบบุหรี (Mean=2.59, S.D.=0.69) และน้อยที่สุดคือหลังรับประทานอาหารทุกมื้อจะสูบบุหรี (Mean=1.39, S.D.=0.61) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับดี 49.2 เจตคติระดับปานกลาง 54.0 โดยทั้งความรู้และเจตคติเป็นองค์ประกอบของปัจจัยนำซึ่งเป็นปัจจัยที่ช่วยในการสร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้นในตัวบุคคลที่จะนำไปสู่การกระทำในเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล อาจจะช่วยเหลือขัดขวางยับยั้งการเกิดหรือการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมก็ได้¹⁴ สอดคล้องกับการศึกษาของ มณทิรา เกตุแก้ว¹⁵ ที่ได้ศึกษาเรื่อง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรีของบุคลากรชายในโรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่า บุคลากรชายในโรงพยาบาลรามาริบัติมีพฤติกรรมการสูบบุหรีอยู่ในระดับปานกลาง จากผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยเอื้ออยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.3 ซึ่งปัจจัยเอื้อเป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคลจำเป็นต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ได้แก่ ยาเส้นหาได้ง่ายตามท้องตลาดทั่วไป ในชุมชน และมีราคาถูกกว่าบุหรีโรงงาน (Mean=2.93, S.D.=0.30) และยาเส้นสามารถมวนได้ด้วยวัสดุที่หาง่าย เช่น กระดาษ ใบตอง ใบจาก เป็นต้น จึงทำให้ง่ายต่อการสูบบุหรี (Mean=2.87, S.D.=0.38) ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสูบบุหรี นอกจากนั้นยังพบว่า ปัจจัยเสริมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 79.4 ได้แก่ สื่อต่างๆที่ได้รับเกี่ยวกับบุหรี ทำให้ตระหนักถึงความสำคัญของการไม่สูบบุหรี (Mean=2.78, SD=0.52) และการมีข่าวสาร สาระที่ดีๆ ที่ส่งเสริมให้คนเลิกบุหรี ทำให้คนสูบบุหรีน้อยลง (Mean=2.73, S.D.=0.54) ซึ่งปัจจัยเสริมอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมก็ได้ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอุษา ฤทธิธาดา, พันตรีหญิง¹⁶ ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรีของทหารเกณฑ์กองประจำการ : กรณีศึกษา ร้อยพลเสนา รัช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า พฤติกรรมการสูบบุหรีอยู่ในระดับต่ำ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการสูบบุหรีของเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยในมหาวิทยาลัยมหาสารคาม พบว่าปัจจัยด้านต่างๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ มณทิรา เกตุแก้ว¹⁵ ที่ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรีของบุคลากรชายในโรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับบุหรีและเจตคติต่อการสูบบุหรี

บุหรีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคลากรชายในโรงพยาบาลรามธิบดี

เอกสารอ้างอิง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาในครั้งนี้

1. ควรให้ความรู้เพิ่มเติมในเรื่องอันตรายในบุหรีที่ก่อให้เกิดโรค โทษของบุหรี และกฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมยาสูบและการสูบบุหรี่ อย่างต่อเนื่อง และกลุ่มตัวอย่างบางส่วนไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับเรื่องบุหรี เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจถึงอันตรายจากการสูบบุหรี่ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพตนเอง ครอบครัว ตลอดจนคนรอบข้าง รวมทั้งการสูบบุหรี่ทำให้สิ้นเปลืองเงินที่ต้องจ่ายค่าบุหรี

2. สถานศึกษาหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเคร่งครัดในเรื่องการงดสูบบุหรี่ในสถานที่ราชการ หรือสูบบุหรี่ในเขตสูบบุหรี่เท่านั้น เพื่อตอบสนองต่อนโยบายมหาวิทยาลัยที่ได้ประกาศเป็นมหาวิทยาลัยปลอดบุหรี 100 % เพราะมีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนเท่านั้นที่สูบบุหรี่ในเขตสูบบุหรี่ที่หน่วยงานจัดให้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ศึกษาเกี่ยวกับความเครียดของเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยที่สูบบุหรี่ เพราะกลุ่มตัวอย่างจะสูบบุหรี่ทุกครั้งเมื่อมีความเครียด

2. จัดทำโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การลด ละเลิก การสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยที่สูบบุหรี่

1. โทษของบุหรีที่มีผลต่อสุขภาพและคนรอบข้าง [10 กันยายน 2560]. Available from: URL :<https://med.mahidol.ac.th/ramachannel/home/article/%e0%b9%82%>
2. ประกิต วาทีสาธกิจ สถิติและความสูญเสียจากการสูบบุหรี่ในประเทศไทย 17 พฤษภาคม 2560
3. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่สำหรับวัยทำงาน 2558.
4. จุลสารกองกิจการนิสิต. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ประกาศเป็นมหาวิทยาลัยปลอดบุหรี 100% ปีที่ 7 ฉบับที่ 6 ประจำเดือนกรกฎาคม 2557.
5. กองอาคารและสถานที่ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. รายงานจำนวนเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2560.
6. ชวิญใจ ศุภรณันท์. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติในการบริหารตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเขตเมือง. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2555.
7. ฉัตรศิริ ปิยะพิมลสิทธิ์. การใช้ SPSS เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล. ภาควิชาการประเมินผลและวิจัย คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ; 2548.
8. โสพิณ เสาภายน, พันโทหญิง. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนายทหารชั้นประทวน สังกัดศูนย์รักษาความปลอดภัย กองบัญชาการทหารสูงสุด กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม) สาขาวิชาพัฒนาสังคม โครงการสหวิทยาระดับ

- บัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ,2551.
9. โทษของบุหรี่มีผลต่อสุขภาพและคนรอบข้าง. [10 กันยายน 2560]. Available from : URL : คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล)
10. งานวิจัยยืนยัน 'สูบบุหรี่' แค่วันละมวนก็ทำให้อายุสั้นลงได้ [10 พฤษภาคม 2560]. Available from : URL : <https://www.voathai.com/a/smoking-harm/3628314.html>.
11. โรงงานยาสูบ กระทรวงการคลัง. ประกาศกำหนดราคาขายบุหรี่ซิการ์เรต ฉบับที่ 3/2560 ลงวันที่ 18 กันยายน 2560.
12. พนักงานไม่สูบบุหรี่ลดปัญหาในสำนักงาน [10 พฤษภาคม 2560]. Available from: URL: http://www.smokefreezone.or.th/campaign_page/52/%E0%B8%9E%E0%B8%99%)
13. ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทศนคติและการจัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช; 2534
14. จุฬารัตน์ โสตะ. แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. พิมพ์ครั้งที่ 3; 2554.
15. มณฑิรา เกตุแก้ว. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคลากรชายในโรงพยาบาลรามาธิบดี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบราชสันติสาขการวิจัยการศึกษา มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2551.
16. อุษา ฤทธิธาดา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ : กรณีศึกษาร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า, 2551.

ข้อแนะนำสำหรับผู้วิจัย
วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน
(Academic Journal of Community Public Health: AJCPH)

- **หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับผู้เขียน (Instructions for the Authors)**
 - วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน (Academic Journal of Community Public Health) กำหนดตีพิมพ์ปีละ 4 ฉบับ (มกราคม-มีนาคม เมษายน-มิถุนายน กรกฎาคม-กันยายน และ ตุลาคม - ธันวาคม)
 - วารสารพิจารณาตีพิมพ์บทความวิจัยประเภทนิพนธ์ต้นฉบับ (Research article) โดยต้องเป็นงานที่ไม่เคยถูกนำไปพิมพ์เผยแพร่ในวารสารอื่นใดมาก่อน และไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาลงในวารสารใด ๆ
 - กองบรรณาธิการจะพิจารณาต้นฉบับ (Manuscript) ตามข้อกำหนดของรูปแบบวารสาร และส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขา (Peer review) จำนวน 2 คน เป็นผู้อ่าน
- **ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับ**
 - ต้นฉบับพิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษขนาด A 4 ความยาวไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ (รวมเนื้อหาทุกส่วน)
 - กว้างของข้อความ ขอบบน 1.25 นิ้ว ขอบล่าง 1.0 นิ้ว ขอบซ้าย 1.25 นิ้ว ขอบขวา 1.0 นิ้ว
 - ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 ช่วงบรรทัด
 - ตัวอักษร ใช้ TH SarabunPSK ขนาด 16 point หัวข้อใช้ขนาด 16 point ตัวหนา

การเรียงลำดับเนื้อหาต้นฉบับ

1. **ชื่อเรื่อง (Title)**
 - ภาษาไทย ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
 - ภาษาอังกฤษ ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
2. **ชื่อผู้เขียน (Authors)**
 - ชื่อผู้เขียน (ทุกคน) ภาษาไทย – ภาษาอังกฤษ ชื่ออยู่วุฒิการศึกษา ขนาด 14 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
 - ตำแหน่ง/สถานที่ปฏิบัติงาน ผู้เขียน ภาษาไทย – ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
 - E-mail address ของผู้วิจัยหลัก (Corresponding author)
3. **บทคัดย่อ (Abstract)**
 - ชื่อ “บทคัดย่อ” และ “Abstract” ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง

- ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 16 point ตัวธรรมดา กำหนดขีดขอบ ความยาวภาษาไทย ไม่เกิน 300 คำ ความยาวภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 300 คำ เขียนให้ครอบคลุมสาระสำคัญ คือ ภูมิหลัง วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุป และอภิปรายผลการศึกษา

4. **คำสำคัญ (Keyword)** ให้พิมพ์ต่อท้ายบทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 5 คำ

5. **บทนำ (Introduction)** บรรยายประเด็นปัญหาของงานวิจัยและเหตุผลในการทำวิจัย และระบุถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยในส่วนท้ายของบทนำ

6. **วิธีดำเนินการวิจัย (Methods)** ระบุรูปแบบงานวิจัย (Research design) ประชากรที่ศึกษา (Studying population) ขนาดตัวอย่าง (Sample size) และวิธีสุ่มตัวอย่าง (Sampling method) ตลอดจนวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (Collecting data) การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis) วิธีการวิเคราะห์ (Analyses) และสถิติที่ใช้ (Statistics)

7. **ผลการวิจัย (Results)** ควรนำเสนอผลการวิจัยเรียงตามลำดับให้สอดคล้องกับการตอบตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ตามลำดับ ถ้ามีการนำเสนอผลในรูปแบบตาราง กราฟ หรือรูปภาพ ควรมีการอธิบายผลที่สอดคล้องกัน

8. **สรุปและอภิปรายผลการวิจัย (Conclusion and Discussion)** การเขียนอภิปรายผลควรมุ่งไปที่ประเด็นสำคัญ ๆ ของผลการวิจัย และควรมีหลักฐานอ้างอิงประกอบด้วยเสมอ และ สรุปผลเฉพาะเนื้อหาในแง่ของผลการวิจัยที่สำคัญ ๆ ซึ่งอาจรวมถึงการนำผลการวิจัยไปใช้ด้วย

9. **กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)**

10. **เอกสารอ้างอิง (References)**

- ใช้การอ้างอิงแบบตัวเลขตามระบบ Vancouver
- การอ้างอิงในเนื้อหาใช้ตัวเลขอารบิกแทนเอกสารที่อ้างถึง โดยใส่ตัวเลขเหนือบรรทัด (Superscript) ไว้ท้ายข้อความที่ต้องการอ้างอิง
- ในส่วนเอกสารอ้างอิง (References) การอ้างอิงตัวเลขใส่ตามลำดับที่อ้างอิง ตั้งแต่เลข 1 เป็นต้นไปจนจบเอกสาร หากต้องการอ้างเอกสารที่เคยอ้างแล้วซ้ำอีก ให้ใส่หมายเลขเดิมที่เคยอ้างไว้ครั้งแรก และหมายเลขที่อ้างอิงถึงในเนื้อหานั้น จะต้องตรงกับหมายเลขที่มีการกำกับไว้ในส่วนอ้างอิงในเนื้อหา
- เอกสารที่อ้างอิงในเนื้อหาต้องตรงกับในส่วนเอกสารอ้างอิง

11. **ตาราง รูป ภาพ แผนภูมิ (Table, Figure and Diagram)**

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงในเนื้อหา

.....ผู้ป่วยเสียชีวิต 136 ราย¹ จากสถานการณ์การระบาดของโรค
ไข้เลือดออกจะเห็นว่า โรคไข้เลือดออกยังคงเป็นการจัดยุงลายซึ่งเป็นพาหะนำ
เชื้อไวรัสโรคไข้เลือดออกมาสู่คน²การป้องกันและ
ควบคุมโรคไข้เลือดออกต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน⁵

ตัวอย่างการเขียนส่วนเอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง. สถานการณ์โรคไข้เลือดออกปี 2556. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข, 2557.
 2. สำนักโรคติดต่อฯ. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกเดงกี. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข, 2554.
 3.
 4.
 5. อรุณ พิศาลสุทธิกุล, สุเมธ พรหมอินทร์ และวันชัย ธรรมสังการ. “พฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน กรณีศึกษา: หมู่บ้านในเขตตำบลคานโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดสตูล,” สงขลานครินทร์เวชสาร. 27(1) : 81-89 ; มกราคม-กุมภาพันธ์, 2552.
- **ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม**สำหรับการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ต้องคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในคน โดยได้ระบุถึงความเคารพในบุคคล (Respect to person) เช่น การขอความยินยอม ความเป็นส่วนตัว และการเก็บรักษาความลับ
 - **การส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์**
 - ให้ผู้พิมพ์ส่งไฟล์ต้นฉบับในรูปแบบ Word document มาที่กองบรรณาธิการวารสารวิชาการสาธารณสุข E-mail: editorial.ajcph@gmail.com
 - วารสารที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตีพิมพ์ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพื่อการตีพิมพ์ 3,000 บาท โดยผู้พิมพ์จะได้รับวารสารฉบับที่ตีพิมพ์จำนวน 2 เล่ม
- การชำระเงิน** โอนเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย
ชื่อบัญชี “วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน”
เลขบัญชี “955-0-13237-4”
(ให้แนบหลักฐานการโอนมาที่ E-mail: editorial.ajcph@gmail.com)