

วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา

THE PUBLIC HEALTH JOURNAL OF BURAPHA UNIVERSITY

ปีที่ 18 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม-ธันวาคม 2566)
Vol.18 No.2 (July-December 2023)



ISSN 2821-9856 (Online)

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
Faculty of Public Health
Burapha University

วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา

The Public Health Journal of Burapha University

คณะผู้จัดทำ Production Team

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พิสมัย เสรีจรกิจเจริญ	Asst. Prof. Pisamai Serekajornkicharoen
รองศาสตราจารย์ ดร.นันทพร ภัทรพุทธ	Assoc. Prof. Dr.Nantaporn Phatarabuddha
ดร.นิภา มหารัษฎพงศ์	Dr.Nipa Maharachpong
ดร.ปาจริย์ อับดุลลาซิม	Dr.Pajaree Abdullakasim
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดนัย บวรเกียรติกุล	Asst. Prof. Dr.Danai Bawornkiatikul
Dr. Jan W. de Lind van Wijngaarden	
นงคราญ พูลหวั่ง	Nogkarn Poonwang
ญานิน สिरนนทธรณา	Yanin Siranonthana
เวสาร์ช จันทร์ใหม่	Wesarat Chanmai

บรรณาธิการ Editorial

บรรณาธิการที่ปรึกษา Advisory Editors

ศาสตราจารย์ บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์	Prof. Boontham Kijpredarborisuthi
รองศาสตราจารย์ ดร.กมลลาบ รัตนสังขธรรม	Assoc. Prof. Dr.Koolarb Rudtanasujatum
รองศาสตราจารย์ ดร.วสุธร ตันวัฒนกุล	Assoc. Prof. Dr.Vasuton Tanvatanakul
รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี รอดจากภัย	Assoc. Prof. Dr.Yuwadee Rodjarkpai

บรรณาธิการบริหาร Managing Editor

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทนงศักดิ์ ยิ่งรัตนสุข	Asst. Prof. Dr.Tanongsak Yingratanasuk
---	--

กองบรรณาธิการ Editorial Board

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.นายแพทย์ศาสตร์ เสาวกนธ์ มหาวิทยาลัยบูรพา	Prof. Dr. Sastri Saowakontha
ศาสตราจารย์ ดร.พรพิมล กองทิพย์ มหาวิทยาลัยมหิดล	Prof. Dr. Pornpimol Kongtip
ศาสตราจารย์ ดร.สมชาย ปิ่นละออ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	Prof. Dr. Somchai Pinlaor
รองศาสตราจารย์ ดร.เฉลิมชัย ชัยกิตติภรณ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	Assoc. Prof. Dr. Chalermchai Chaikittiporn
รองศาสตราจารย์ ดร.วิทยา อยู่สุข มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	Assoc. Prof. Dr. Witaya Yoosook
รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพล นธการกิจกุล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	Assoc. Prof. Dr. Surapol Natakankitkul
รองศาสตราจารย์ ดร.นิรัตน์ อิมามิ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์	Assoc. Prof. Dr. Nirat Imami
รองศาสตราจารย์ ดร.มณฑารพ ยมาภัย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	Assoc. Prof. Dr. Montarop Yamabhai
รองศาสตราจารย์ ดร.นพดล ตั้งภักดี มหาวิทยาลัยมหิดล	Assoc. Prof. Dr. Noppadon Tangpukdee
รองศาสตราจารย์ ดร.อนามัย เทศกะติก มหาวิทยาลัยบูรพา	Assoc. Prof. Dr. Anamai Thetkathuek
รองศาสตราจารย์ ดร.ปวีณา มีประดิษฐ์ มหาวิทยาลัยบูรพา	Assoc. Prof. Dr. Pravena Meepradit
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิสมัย หอมจำปา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	Asst. Prof. Dr. Pissamai Hamchampa
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารี เทเลอร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	Asst. Prof. Dr. Aree Taylor
ดร.พรทิพย์ เย็นใจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	Dr. Pornthip Yenjai

สารบัญ

ชื่อเรื่อง	หน้า
ระดับและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพของประชากรก่อนวัยสูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ The level and factors related to the preparation for entering a high-quality elderly society among the pre-aging population in Mueang District, Chaiyaphum Province ภัทรวรินทร์ ภัทราศิริสมบุรณ์, ทศพร บุญญานุสนธิ, ณัฐรดา แสคำ, ธัญรัตน์ ภูวงศ์ชัย	1-16
รูปแบบการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับกระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมของกลุ่มเพื่อน ในการทิ้งและลดยาเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี The model applying self-efficacy theory with peer participatory learning process in discarding and reducing diabetic medication among patients with type 2 diabetes, Mueang Chonburi District, Chonburi Province สมฤดี สุขอุดม	17-30
ปัจจัยการบริหารทรัพยากรสาธารณสุขที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการจัดบริการด้านสาธารณสุขให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 6 Health Resource Management Factors Affecting Effectiveness of Public Health Services for Dependent Elderly in the Community of Subdistrict Health Promotion Hospital in Health Region 6 เดือนใจ ลีลาชัย, วสุธร ตันวัฒนกุล, พัทธนา เอ็งบริบูรณ์พงศ์ ใจดี	31-44
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี Factors related to hypertension preventive behaviors according to 3E.2S. of the risk group, in a Sub-District, Kabinburi District, Prachinburi Province อติวิทย์ เข้มทอง	45-59

ชื่อเรื่อง	หน้า
ประสิทธิผลโปรแกรมการเรียนรู้โดยการกระทำต่อการรับรู้และการปฏิบัติตามสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้มีความดันโลหิตสูงในจังหวัดนครนายก The effectiveness of learning by doing in perception and practice of stroke warning signs among hypertensive people in Nakhon Nayok province สุเพ็ญลักษณ์ พวยอ้วน	60-73
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการจัดการอาหารแก่เด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี Factors related to food handling practices of the parents to the preschool children at the children development centers in a administrative organization, Kabin Buri district, Prachinburi province จิราพัชร ชิชสวัสดิ์	74-87
การพัฒนาตัวบ่งชี้คุณภาพสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลต้นแบบ The Development of environmental quality index in model hospital จำเนียร วงษ์ศรีแก้ว, บุญเลิศ วงศ์โพธิ์, วินัย วีระพัฒนานนท์ และศิริชัย จันทุม	88-101

Received: 14/05/66 Revised: 25/06/66 Accepted: 26/06/66

ระดับและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพของประชากรก่อนวัย สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

The level and factors related to the preparation for entering a high-quality elderly
society among the pre-aging population in Mueang District, Chaiyaphum Province

ภักวรินทร์ ภัทธรศิริสมบุรณ์ ^a, ทศพร บุญญานุสนธิ์*, ณัฐรดา แห่คำ*, ธัญรัตน์ ภูงศ์ชัย**

*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

^a ผู้รับผิดชอบบทความ (e-mail: phakwarin.p@rbru.ac.th)

Phakwarin Phattharasirisomboon ^a, Thodsaporn Bunyanuson*, Natrada Heakham*,
Thanyarat Phuchongchai**

*Faculty of Nursing, Rambhai Barni Rajabhat University

**Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University

^aCorresponding author (e-mail: phakwarin.p@rbru.ac.th)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีรูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการเตรียมความพร้อมและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมกับการเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพ ในอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่างคือ ประชากรก่อนวัยสูงอายุ อายุ 50 - 59 ปี จำนวน 285 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและไคสแควร์ ผลการศึกษาพบว่า การเตรียมความพร้อมโดยรวมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพ อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 81.41 รองลงมา คือ ระดับต่ำ ร้อยละ 11.92 และระดับสูงร้อยละ 6.67 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม โดยปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ รูปแบบการอยู่อาศัย ($\chi^2 = 15.104, p < .004$) โรคประจำตัว ($\chi^2 = 6.514, p < .039$) และปัจจัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ($\chi^2 = 21.193, p < .001$) ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา ควรพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพที่สัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมต่อไป

คำสำคัญ: การเตรียมความพร้อม; ประชากรก่อนวัยสูงอายุ; สังคมสูงวัย

Abstract

This cross-sectional study aimed to examine the preparedness and analyze the relationship between personal and environmental factors and the preparedness of the pre-elderly population to enter a high-quality elderly society in Mueang District, Chaiyaphum Province. The study included 285 participants aged 50-59 years. Questionnaires on social support and preparedness for entering the elderly society were used as research tools. Data analysis involved descriptive statistics and chi-square tests. The results revealed that the overall preparedness for entering the elderly society was at a moderate level, with 81.41% falling in the moderate category, 11.92% in the low category, and 6.67% in the high category. Factors related to the preparedness of the pre-elderly population to enter the elderly society were living conditions ($\chi^2 = 15.104$, $p < 0.004$), personal diseases ($\chi^2 = 6.514$, $p < 0.039$), and environmental factors such as social support ($\chi^2 = 21.193$, $p < 0.001$). Based on the study findings, it is recommended to develop a program for enhancing the preparedness of the pre-elderly population to enter a high-quality elderly society, taking into account personal and environmental factors.

Keywords: Preparation; Pre-aging population; Aging Society

บทนำ

องค์การสหประชาชาติ¹ได้ให้คำนิยามว่า ประเทศใดที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นสัดส่วนร้อยละ 10 หรืออายุ 65 ปีขึ้นไปเกินร้อยละ 7 ของจำนวนประชากรทั้งหมด ถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ นั่นหมายความว่าปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2564 มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 13,358,751 คน หรือร้อยละ 19.6 ของประชากรทั้งหมด² เช่นเดียวกับจังหวัดชัยภูมิเป็นจังหวัดที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว โดยพิจารณาจากจำนวนประชากรในปี พ.ศ. 2564 มีประชากรจำนวน 1,124,924 คน เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 212,806 คน คิดเป็น ร้อยละ 18.92 ของประชากรทั้งหมดของจังหวัด³ ทั้งนี้กระบวนการเกิดสังคมผู้สูงอายุ ส่วนหนึ่งเกิดจากการพัฒนาอย่างต่อเนื่องทางด้านเศรษฐกิจ สังคม รวมถึงการพัฒนาด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขทำให้เกิดการคิดค้นนวัตกรรมใหม่ที่เจริญก้าวหน้า ช่วยรักษาโรคภัยไข้เจ็บและโรคอื่น ๆ ที่คร่าชีวิตประชากร เมื่อประชากรมีสุขภาพอนามัยดีขึ้น ประชากรจึงมีอายุมากขึ้นตามไปด้วย โดยเพศชายมีอายุเฉลี่ยประมาณ 72 ปี ขณะที่เพศหญิงมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 79 ปี⁴

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจะมีผลกระทบต่อประเทศในหลาย ๆ ด้าน ทั้งในด้านเศรษฐกิจ ซึ่งการเป็นสังคมผู้สูงอายุทำให้โครงสร้างของประชากรเปลี่ยนไปมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากขึ้น ขณะที่วัยทำงานเท่าเดิม จะมีผลกระทบโดยตรงต่อการผลิต ทำให้การผลิตและกำลังแรงงานน้อยลง ความต้องการด้านการลงทุนและการออมของผู้สูงอายุน้อยลง เนื่องจากวัยสูงอายุขาดรายได้หรือมีรายได้น้อยลง สำหรับภาครัฐบาลต้องเพิ่มค่าใช้จ่ายทางด้านสวัสดิการมากขึ้นเพื่อบริการทางสังคมและสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ จึงทำให้การลงทุนและการออมของประเทศลดลงด้วย ด้านการคลัง ทำให้งบประมาณรายจ่ายเพิ่มขึ้น ภาครัฐบาลจำเป็นต้องเพิ่มค่าใช้จ่ายทางด้านสาธารณสุขการแพทย์แก่ผู้สูงอายุมากขึ้น ส่วนด้านสังคมจะเกิดปัญหาผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง โดยการที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทำให้ผู้ที่อยู่ในวัยทำงานต้องทำงานมากขึ้นและต้องรับภาระดูแลผู้สูงอายุใน

สัดส่วนที่เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุขาดความอบอุ่นหรืออาจถูกทอดทิ้งมากขึ้นด้วย⁵ นอกจากนี้ผลกระทบโดยตรงสำหรับผู้สูงอายุ จะพบปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน นอกจากนี้ยังพบปัญหาด้านความเสื่อมของร่างกาย ได้แก่ปัญหาด้านการมองเห็น ปัญหาด้านการได้ยิน ปัญหาอุบัติเหตุการหกล้ม ซึ่งผู้สูงอายุไทยเสียชีวิตจากการหกล้มประมาณ 3 คนต่อวัน และอัตราการเสียชีวิตจากการพลัดตก หกล้มในผู้สูงอายุสูงกว่าทุกกลุ่มอายุถึง 3 เท่า และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป⁶ จาก แนวโน้มของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ประกอบกับประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุแล้ว และสภาพปัญหาหรือผลกระทบที่กล่าวมา นั้น การเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ขึ้นกับปัจจัยหลายประการ มีทั้งปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ประชากรที่มี อายุแตกต่างกันมีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยประชากรที่มีอายุมากกว่า 35 ปี มีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมากที่สุด⁷ เพศหญิงมีการเตรียมตัวเข้าสู่วัย สูงอายุสูงกว่าเพศชาย สถานภาพสมรสที่คู่สมรสอยู่ด้วยกันมีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุสูงกว่าสถานภาพสมรสหย่า การศึกษาระดับประถมศึกษามีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุมารวมทุกด้านต่ำกว่าการศึกษาระดับปริญญาตรี ปริญญาโท การ ประกอบอาชีพจะมีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุสูงกว่าการไม่ประกอบอาชีพ อาชีพรับราชการมีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ สูงกว่าอาชีพเกษตรกรรม ค่าขาย และอื่น ๆ และคนที่มียาได้มากกว่ารายจ่ายมีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุสูงกว่าคนที่ไม่มี รายได้ กลุ่มที่มีรายได้ระหว่าง 30,001-40,000 บาท มีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ และคนที่มีการตรวจ ร่างกายประจำปีทุกปี จะมีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ สูงกว่าคนที่ไม่ตรวจร่างกายประจำปี⁸⁻⁹ นอกจากนี้รูปแบบการอยู่ อาศัยที่แตกต่างกัน จะมีระดับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุที่แตกต่างกัน กลุ่มที่อาศัยอยู่กับครอบครัว และญาติ มีระดับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ อยู่ในระดับสูงมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ตามลำพัง¹⁰ และปัจจัยสิ่งแวดล้อม เช่น การสนับสนุนทางสังคม ที่สามารถทำนายพฤติกรรมเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001¹¹ นอกจากนี้ การมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุจะมีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุมากกว่าการไม่มีประสบการณ์ในการดูแล ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุมีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุสูงกว่าผู้ที่ไม่ประสบการณ์ และ ผู้ที่มีภาระในการดูแลบุคคลอื่นมีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุสูงกว่าผู้ที่ไม่มีการดูแลบุคคลอื่น⁸

แม้ว่าจะมีการศึกษาการเตรียมความพร้อมและศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่ สังคมผู้สูงอายุในประเทศไทยแล้ว อาทิเช่น การศึกษาในประชากรก่อนวัยสูงอายุ อำเภอมะทะ จังหวัดลำปาง ที่พบว่า การเตรียมความพร้อมสู่สังคมสูงวัยในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 47.35¹² การศึกษาในเขตสายไหม กรุงเทพมหานคร ที่พบว่าประชากรมีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง⁷ การศึกษา ในวัยแรงงานเพื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุ เขตโรงงานอุตสาหกรรม อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี ที่พบว่า วัยแรงงานมีการ เตรียมความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.2¹³ และการศึกษาในประชากรก่อนวัยสูงอายุ ตำบลหนองหญ้าไซ อำเภอก หนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี ที่พบว่า ประชากรมีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุภาพรวมระดับต่ำ¹⁰ แต่อย่างไร ก็ตามปัจจัยส่วนบุคคลของประชากรและสิ่งแวดล้อมในแต่ละภูมิภาคของประเทศไทยมีความแตกต่างกัน จึงจะทำให้ผล การศึกษาการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแตกต่างกัน โดยจากการวิเคราะห์ศักยภาพการพัฒนาจังหวัดชัยภูมิ พบว่า ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทางการเกษตร เช่น ปลูกข้าว มันสำปะหลัง อ้อยโรงงาน เป็นจังหวัดที่มีวัฒนธรรมที่

หลากหลาย ที่ตั้งของจังหวัดตั้งอยู่บริเวณใจกลางของประเทศ มีโรงงานแปรรูปผลผลิตด้านการเกษตร รองรับผลผลิตทางการเกษตรอย่างเพียงพอ มีแหล่งผลิตพลังงานทดแทนที่สำคัญ ได้แก่ พลังงานลม พลังงานแสงอาทิตย์ ด้านทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อมมีสภาพป่าที่สมบูรณ์มากที่สุดแห่งหนึ่งของประเทศไทย¹⁴ ดังนั้น การศึกษาการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพของประชากรก่อนวัยสูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา¹⁵ เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ จะทำให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ที่แตกต่างกันไปจากการศึกษาที่ผ่านมา มีการเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุหรือไม่ การเตรียมตัวในด้านเศรษฐกิจ สุขภาพ ที่อยู่อาศัย และสังคมเป็นอย่างไร มีปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพ เพื่อจะได้นำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพของประชากรในพื้นที่ และในจังหวัดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพ ในอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมกับการเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพ ในอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา¹⁵ เป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย ซึ่งได้อธิบายว่าพฤติกรรมของบุคคล ไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมเพียงอย่างเดียว หากแต่จะเปลี่ยนแปลงไปตามเงื่อนไขปัจจัยภายในตัวบุคคลด้วย โดยทั้งสิ่งแวดล้อมและบุคคลต่างมีอิทธิพลต่อกันและกัน และมีความสำคัญเท่ากัน ดังนั้นจึงแบ่งปัจจัยได้เป็น 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสิ่งแวดล้อม โดยปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ รูปแบบการอยู่อาศัย โรคประจำตัว และปัจจัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ และภาระในการดูแลบุคคลอื่น

สมมติฐานของการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ รูปแบบการอยู่อาศัย โรคประจำตัว และปัจจัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ภาระในการดูแลบุคคลอื่น มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพ ในอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้มีรูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง ใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564 – กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือ ประชากรก่อนวัยสูงอายุ อายุ 50 - 59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 285 คน โดยเกณฑ์คัดเลือกเข้า คือ 1) เพศชายหรือหญิง มีอายุตั้งแต่ 50-59 ปี 2) สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทยได้ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 4) อาศัยอยู่ในพื้นที่ เขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ และเกณฑ์คัดออก คือ 1) ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สะดวกในการให้ข้อมูลหรือตอบแบบสอบถาม และ 2) บุคคลที่มีปัญหาการได้ยิน การพูด และปัญหาทางจิตเวช

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ G*Power version 3.1.9.7 กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 มี ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.30 ซึ่งเป็นค่า gold standard ของการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ เมื่อทำการทดสอบไคสแควร์ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ = 0.05 ค่าอำนาจทดสอบ = 0.80^{16} ค่าองศาอิสระของตัวแบบ (df) = 55 ที่คำนวณจากสูตร $df = NI(NI+1)/2$ เมื่อ NI คือตัวแปรสังเกตได้เท่ากับ 10 ตัว ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 285 คน

ขั้นตอนการวิจัย

1. ผู้วิจัยนำหนังสือพร้อมแบบสอบถาม ประสานงานผู้บริหารของสาธารณสุขอำเภอเมืองชัยภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ เพื่อขอข้อมูลทะเบียนราษฎร และทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยการจับสลาก จนได้ครบตามจำนวนของตัวอย่างที่กำหนดไว้ หากจับสลากได้กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน จะทำการจับสลากใหม่เพื่อไม่ให้เกิดการซ้ำกันของตัวอย่างในบ้านเดียวกัน

2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง โดยประสานงานผ่านผู้ใหญ่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยผู้วิจัยกล่าวคำแนะนำตัวเพื่อทำความรู้จัก อธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การเก็บข้อมูล พร้อมใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยต้องลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร และเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย ใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 30-40 นาที เมื่อตอบเสร็จเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยได้จัดเตรียม อาหารว่างและเครื่องดื่มให้กลุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นการตอบแทน

3. ก่อนการเก็บแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างตรวจสอบข้อมูลให้เรียบร้อยก่อน เมื่อได้รับแบบสอบถามครบถ้วนแล้วจึงนำข้อมูลไปวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนบุตร อาชีพ รายได้ ความพอเพียงของรายได้ รูปแบบการอยู่อาศัย โรคประจำตัว ประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ภาระในการดูแลบุคคลอื่น จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม โดยประยุกต์ใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม¹⁷ มีจำนวนข้อคำถาม 9 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ การได้รับการยกย่องยอมรับนับถือจากเพื่อนญาติและลูกหลาน การดูแลเอาใจ

ใส่และเย็บเย็บจากองค์การบริหารส่วนตำบล การได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน การขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ การได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆจากเสียงตามสายที่ทางองค์การบริหารส่วนตำบล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในชุมชน เป็นแบบสอบถามที่ใช้มาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ เห็นด้วยมากที่สุด คะแนน 5 เห็นด้วยมาก คะแนน 4 เห็นด้วยปานกลาง คะแนน 3 เห็นด้วยน้อย คะแนน 2 เห็นด้วยน้อยที่สุด คะแนน 1 โดยคะแนนเต็มการสนับสนุนทางสังคมภาพรวมเท่ากับ 45 คะแนน ใช้เกณฑ์ของบลูม¹⁸ แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วงดังนี้ คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (36-45 คะแนน) ระดับการสนับสนุนทางสังคมสูง คะแนนร้อยละ 60-79 (28-35 คะแนน) ระดับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (1-27 คะแนน) ระดับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ

ส่วนที่ 3 การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยประยุกต์และพัฒนาใช้แบบสอบถามการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ⁹ รวม 38 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ใช้มาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ โดยเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ปฏิบัติเป็นประจำ คะแนน 5 ปฏิบัติบ่อยครั้ง คะแนน 4 ปฏิบัติบางครั้ง คะแนน 3 ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง คะแนน 2 ปฏิบัติน้อยถึงไม่เคยเลย คะแนน 1 ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

1) ด้านเศรษฐกิจ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ การเริ่มคาดคะเนเงินรายรับ-รายจ่ายในอนาคต และนำมาวางแผนการใช้เงินให้เพียงพอในแต่ละเดือน การทำประกันชีวิต ประกันสุขภาพหรือประกันอุบัติเหตุ การออมเงินกับสถาบันทางการเงินต่างๆการมีเงินสำรองเพื่อใช้ยามฉุกเฉินในวัยผู้สูงอายุเช่น ค่ารักษาพยาบาล จำนวน 7 ข้อ

2) ด้านสุขภาพ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ การอ่านหนังสือเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ การออกกำลังกายสัปดาห์ละไม่น้อยกว่า 5 วัน แต่ละครั้งไม่น้อยกว่า 30 นาที การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพเช่นไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่ จำนวน 16 ข้อ

3) ด้านที่อยู่อาศัย เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ การวางแผนอาศัยอยู่กับใครในอนาคต เช่น บุตรหลาน ญาติพี่น้อง หรือสถานบริการของรัฐและเอกชน การวางแผนปรับปรุงบ้านให้เหมาะสมกับการใช้ชีวิตในวัยผู้สูงอายุ เช่น การจัดวางสิ่งของไม่ให้เกะกะหรือเดินชนได้ง่าย การย้ายลงมานอนชั้นล่างจะได้ไม่ลำบากในการเดินขึ้น-ลงบันได จำนวน 6 ข้อ

4) ด้านสังคม เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ การแสวงหากิจกรรมงานอดิเรกที่พึงพอใจและเหมาะสมกับตนเอง การเริ่มทำกิจกรรมหรืองานอดิเรกในเวลาว่างร่วมกับคนในครอบครัว การเริ่มสร้างสัมพันธ์ภาพและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับคนในครอบครัวมากขึ้น จำนวน 9 ข้อ

โดยคะแนนเต็มการเตรียมความพร้อมภาพรวมเท่ากับ 190 คะแนน แบ่งเป็นด้านเศรษฐกิจเท่ากับ 35 คะแนน ด้านสุขภาพเท่ากับ 80 คะแนน ด้านที่อยู่อาศัยเท่ากับ 30 คะแนน และด้านสังคมเท่ากับ 45 คะแนน การแปลผลการเตรียมความพร้อมภาพรวมและรายด้านจากคะแนนรวมของกลุ่มตัวอย่าง ใช้เกณฑ์ของบลูม¹⁸ แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วงดังนี้ คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับการเตรียมความพร้อมสูง คะแนนร้อยละ 60-79 ระดับการเตรียมความพร้อมปานกลาง คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 ระดับการเตรียมความพร้อมต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจหาความเที่ยงตรง ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงของเนื้อหาและภาษา และได้้นำเครื่องมือมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ผ่านการปรับปรุง และแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับประชากร อายุ 50-59 ปี ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ในตำบลบ้านเขว้า จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 30 คน และทำการวิเคราะห์หาค่าความ เชื่อมั่นโดยใช้คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคสำหรับแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 และแบบสอบถามการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เลขที่ HE 65-1-009 เมื่อวันที่ 6 ตุลาคม พ.ศ. 2564 ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เปิดโอกาสให้ผู้ตอบแบบสอบถามเข้าร่วมโดยสมัครใจ โดยระบุข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น การนำเสนอข้อมูลในภาพรวม จากนั้นให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม การไม่เข้าร่วมจะไม่มีผลกระทบต่อผลประโยชน์หรือสิทธิใด ๆ ที่พึงได้รับของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อมกับการเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพ ใช้สถิติไคสแควร์

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 285 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.69 เพศชาย ร้อยละ 26.31 อยู่ในช่วงอายุ 55-59 ปี ร้อยละ 73.33 สถานภาพสมรส ร้อยละ 84.91 มีจำนวนบุตร 1-2 คน ร้อยละ 65.27 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 41.75 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 99.29 ประกอบอาชีพเกษตรกร/ค้าขาย/รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 89.47 มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 60.00 รายได้ไม่เพียงพอร้อยละ 54.38 อาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 62.81 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 92.29 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง ร้อยละ 51.93 ไม่มีประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ร้อยละ 87.02 ไม่มีภาระดูแลบุคคลอื่น ร้อยละ 91.92 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=285)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	210	73.69
ชาย	75	26.31
อายุ		
50-54 ปี	76	26.67

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
55-59 ปี	209	73.33
สถานภาพการสมรส		
สมรส	242	84.91
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	26	9.12
โสด	17	5.97
จำนวนบุตร		
1 – 2 คน	186	65.27
3 คนขึ้นไป	71	24.91
ไม่มีบุตร	28	9.82
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	37	12.99
ประถมศึกษา	119	41.75
มัธยมศึกษาขึ้นไป	129	45.26
ศาสนา		
พุทธ	283	99.29
คริสต์	2	0.71
อาชีพ		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานบริษัท	21	7.37
เกษตรกร/ค้าขาย/รับจ้างทั่วไป	255	89.47
พ่อบ้านแม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน	9	3.16
รายได้		
ไม่มีรายได้	3	1.05
< 5,000 บาท	171	60.00
≥ 5,000 บาท	111	38.95
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ	155	54.38
เพียงพอ	130	45.62
รูปแบบที่อยู่อาศัย		
เจ้าของบ้าน	94	32.98
เช่าอยู่	12	4.21
อาศัยอยู่กับครอบครัว	179	62.81

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
มี	22	7.71
ไม่มี	263	92.29
การสนับสนุนทางสังคม		
ระดับสูง (36-45 คะแนน)	53	18.59
ระดับปานกลาง (28-35 คะแนน)	148	51.93
ระดับต่ำ (1-27 คะแนน)	84	29.48
ประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ		
มี	37	12.98
ไม่มี	248	87.02
ภาระในการดูแลบุคคลอื่น		
มี	23	8.08
ไม่มี	262	91.92

การศึกษาการเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพ ในอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการเตรียมความพร้อมจำแนกรายด้านและโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง (n=285)

การเตรียมความพร้อม	ระดับต่ำ		ระดับปานกลาง		ระดับสูง		$\bar{x}$	S.D.
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ด้านเศรษฐกิจ	47	16.49	157	55.08	81	28.42	25.05	3.45
ด้านสุขภาพ	77	27.02	172	60.35	36	12.63	53.68	8.47
ด้านที่อยู่อาศัย	50	17.55	144	50.53	91	31.92	21.37	3.23
ด้านสังคม	48	16.85	150	52.63	87	30.52	32.47	5.14
การเตรียมความพร้อมโดยรวม	34	11.92	232	81.41	19	6.67	132.58	14.11

จากตาราง พบว่า การเตรียมความพร้อมโดยรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 81.41 รองลงมา คือ ระดับต่ำ ร้อยละ 11.92 และระดับสูงร้อยละ 6.67 ตามลำดับ

โดยมีคะแนนเฉลี่ย 132.58 คะแนน (S.D.=4.14) คิดเป็นร้อยละ 69.77 ของคะแนนเต็ม เมื่อพิจารณาระดับการเตรียมความพร้อมรายด้านได้ดังนี้

1. ด้านเศรษฐกิจ กลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.08 รองลงมา คือ ระดับสูง ร้อยละ 28.42 และระดับต่ำร้อยละ 16.49 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$ =25.05, S.D.=3.45) ซึ่งมีการเตรียมความพร้อมในเรื่องการลดการใช้ยาที่ฟุ่มเฟือยและไม่จำเป็นมากที่สุด ($\bar{X}$ =3.95, S.D.=0.84)

2. ด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.35รองลงมา คือ ระดับต่ำ ร้อยละ 27.02 และระดับสูง ร้อยละ 12.63 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$ =53.68, S.D.=8.47) ซึ่งมีการเตรียมความพร้อมในเรื่องการเผชิญต่อเหตุการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นมากที่สุด ($\bar{X}$ =3.61, S.D.=0.70)

3. ด้านที่อยู่อาศัย กลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.53 รองลงมา คือ ระดับสูง ร้อยละ 31.92 และระดับต่ำ ร้อยละ 17.55 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$ =21.37, S.D.=3.23) ซึ่งมีการเตรียมความพร้อมในเรื่องการวางแผนปรับปรุงบ้านให้เหมาะสมกับการใช้ชีวิตในวัยผู้สูงอายุ เช่น การจัดวางสิ่งของไม่ให้เกะกะหรือเดินชนได้ง่าย การย้ายลงมานอนชั้นล่างจะได้ไม่ลำบากในการเดินขึ้น-ลงบันไดมากที่สุด ($\bar{X}$ =3.63, S.D.=0.77)

4. ด้านสังคม กลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.63รองลงมา คือ ระดับสูง ร้อยละ 30.52 และระดับต่ำ ร้อยละ 16.85 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$ =32.47, S.D.=5.14) ซึ่งมีการเตรียมความพร้อมในเรื่องการที่จะเข้าร่วมเป็นสมาชิกของกลุ่มชุมชนเมื่อสูงอายุขึ้นมากที่สุด ($\bar{X}$ =3.71, S.D.=0.71)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม โดยแบ่งการเตรียมความพร้อมของ ประชากรก่อนวัยสูงอายุเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพ เป็น 3 ระดับ คือระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม โดยปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ รูปแบบการอยู่อาศัย ($\chi^2= 15.104, p < .004$) โรคประจำตัว ($\chi^2= 6.514, p < .039$) และปัจจัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ($\chi^2= 21.193, p < .000$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม กับการเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพโดยรวม (n=285)

ปัจจัยส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม	ระดับการเตรียมความพร้อม						χ^2	p-value
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ							1.118	0.572
หญิง	23	8.07	174	61.05	13	4.57		
ชาย	11	3.85	58	20.35	6	2.11		
อายุ							4.775	0.92
50-54 ปี	6	2.11	68	23.85	2	0.71		

ปัจจัยส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม	ระดับการเตรียมความพร้อม						χ^2	p-value
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
55-59 ปี	28	9.82	164	57.54	17	5.97		
สถานภาพการสมรส							6.088	0.193
สมรส	30	10.53	193	67.71	19	6.67		
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	1	0.35	25	8.77	0	0.00		
โสด	3	1.05	14	4.92	0	0.00		
ระดับการศึกษา							8.625	0.071
ไม่ได้เรียน	8	2.81	28	9.83	1	0.35		
ประถมศึกษา	8	2.81	104	36.49	7	2.45		
มัธยมศึกษาขึ้นไป	18	6.32	100	35.09	11	3.85		
อาชีพ							4.602	0.331
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/	4	1.40	17	5.97	0	0.00		
พนักงาน	30	10.52	206	72.28	19	6.67		
เกษตรกร/ค้าขาย/รับจ้างทั่วไป	0	0.00	9	3.16	0	0.00		
พ่อบ้านแม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน							1.600	0.809
รายได้	0	0.00	3	1.05	0	0.00		
ไม่มีรายได้	23	8.07	136	47.72	12	4.21		
< 5,000 บาท	11	3.86	93	32.64	7	2.45		
≥ 5,000							15.104	0.004*
รูปแบบที่อยู่อาศัย	21	7.36	69	24.21	4	1.41		
เจ้าของบ้าน	1	0.35	10	3.51	1	0.35		
เช่าอยู่	12	4.21	153	53.68	14	4.92		
อาศัยอยู่กับครอบครัว							6.514	0.039*
โรคประจำตัว	6	2.10	16	5.61	0	0.00		
มี	28	9.83	216	75.79	19	6.67		
ไม่มี							21.193	0.000*
การสนับสนุนทางสังคม	2	0.71	8	2.80	9	3.15		
ระดับสูง (36-45 คะแนน)	64	22.46	127	44.56	41	14.39		
ระดับปานกลาง (28-35	18	6.31	13	4.57	3	1.05		
คะแนน)							1.121	0.571

ปัจจัยส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม	ระดับการเตรียมความพร้อม						χ^2	p-value
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับต่ำ (1-27 คะแนน)								
ประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้อง	5	1.76	31	10.87	1	0.35	0.232	0.890
กับผู้สูงอายุ	29	10.17	201	70.53	18	6.32		
มี								
ไม่มี	3	1.05	19	6.68	1	0.35		
ภาระในการดูแลบุคคลอื่น	31	10.87	213	74.73	18	6.32		
มี								
ไม่มี								

* มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

อภิปรายผล

1. การเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพ ในอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ การเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 81.41 เมื่อจำแนกระดับการเตรียมความพร้อมรายด้าน พบว่าทุกด้าน ทั้งด้านเศรษฐกิจ (ร้อยละ 55.08) ด้านสุขภาพ (ร้อยละ 60.35) ด้านที่อยู่อาศัย (ร้อยละ 50.53) และด้านสังคม (ร้อยละ 52.63) อยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่า ประชากรก่อนวัยสูงอายุ ในอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ มีการเตรียมความพร้อมในระดับหนึ่ง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากแผนพัฒนา จังหวัดชัยภูมิ พ.ศ. 2561 – 2565¹⁴ มีการส่งเสริมการสร้างศักยภาพคนสู่การพัฒนาจังหวัดที่ยั่งยืนโดยมีวัตถุประสงค์ ให้ ประชากรดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ซึ่งมีโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรอย่างทั่วถึงทุกกลุ่มวัย ทำให้ประชากรมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ จึงส่งผลทำให้ประชากรก่อนวัย สูงอายุมีการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางได้ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวและประกอบอาชีพเกษตรกร ค้าขาย และรับจ้างทั่วไปที่ต้องใช้แรงงาน มีสภาพร่างกายที่แข็งแรง สามารถทำงานหาเลี้ยงชีพได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประชากรก่อนวัยสูงอายุ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ที่พบว่าการ เตรียมความพร้อมสู่สังคมสูงวัยในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 47.35¹² และการศึกษาในเขตสายไหม กรุงเทพมหานคร ที่พบว่าประชากรมีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง⁷ เช่นเดียวกับ ในวัยแรงงานเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ เขตโรงงานอุตสาหกรรม อำเภออินทร์บุรี จังหวัดปทุมธานี ที่พบว่า วัยแรงงานมีการ เตรียมความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.2¹³ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในประชากรก่อนวัยสูงอายุ ตำบลหนองหญ้าไซ อำเภอหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี ที่พบว่า ประชากรมีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุภาพรวม ระดับต่ำ¹⁰ และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวและประกอบอาชีพเกษตรกร ทั้งนี้อาจเนื่องจากปัจจัยส่วนบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ มีความแตกต่างกัน จึงทำให้ผลการศึกษาศึกษาการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุแตกต่างกันได้

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม กับการเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพ ในอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม โดยแบ่งการเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพ เป็น 3 ระดับ คือระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ รูปแบบการอยู่อาศัย โรคประจำตัว และการสนับสนุนทางสังคม จะเห็นได้ว่าครอบคลุมทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา¹⁵ ซึ่งอธิบายได้ว่าเนื่องจากบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวอยู่เสมอ การเรียนรู้ จึงเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมกับบุคคล โดยทั้งสิ่งแวดล้อมและบุคคล ต่างมีอิทธิพลต่อกันและกัน ทั้งนี้ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ รูปแบบการอยู่อาศัย โรคประจำตัว และปัจจัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

รูปแบบการอยู่อาศัย มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพ ทั้งนี้เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว (ร้อยละ 62.81) ซึ่งในสังคมสูงวัยนี้ แหล่งที่เป็นที่พึ่งให้กับผู้สูงอายุได้มากที่สุดคือ ครอบครัว โดยการเกื้อหนุนหรือการแลกเปลี่ยนทางเศรษฐกิจภายในครอบครัวมีบทบาทอย่างสำคัญในการกำหนดความอยู่ดีมีสุข หรือสวัสดิภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทยโดยรูปแบบของการแลกเปลี่ยนที่สำคัญในครอบครัว คือการแลกเปลี่ยนกันของคนต่างรุ่นโดยเฉพาะระหว่างบิดามารดาสูงอายุกับบุตรที่เป็นผู้ใหญ่¹⁹ หรืออาจกล่าวได้ว่าการเตรียมความพร้อมในอนาคตต้องคอยพึ่งพาอาศัยครอบครัว มีการแลกเปลี่ยน การเกื้อหนุน คอยช่วยเหลือในยามที่ตนเองเข้าสู่วัยสูงอายุภายในครอบครัว นอกจากนี้การมีลักษณะครอบครัวที่ดีจะส่งผลดีต่อการดำเนินชีวิต การที่บุคคลอยู่ในลักษณะครอบครัวที่มีความเหมาะสม จะสามารถเพิ่มขีดความสามารถในการจัดการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพได้ดียิ่งขึ้น²⁰ ดังนั้นรูปแบบการอยู่อาศัยที่แตกต่างกัน การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพจึงแตกต่างกันด้วย สอดคล้องกับการศึกษาในประชากรก่อนวัยสูงอายุ ตำบลหนองหญ้าไซ อำเภอหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี ที่พบว่า รูปแบบการอยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุคุณภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.005$)¹⁰ แต่ไม่สอดคล้องกับการในของประชากร ตำบลหนองปลาไหล อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี ที่พบว่ารูปแบบการอยู่อาศัยที่แตกต่างกันมีการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05²¹ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว ในขณะที่การศึกษาดังกล่าวเกือบทั้งหมดอาศัยอยู่บ้านตนเอง (ร้อยละ 86.6)

โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพ ทั้งนี้เนื่องจากกรณีโรคประจำตัว ทำให้มีปัญหาในการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ เนื่องจากต้องนำเงินที่ทำงานสะสมมาได้ไปรักษาตัวเอง เวลาวางที่ใช้ในการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุก็ต้องนำไปใช้ในการเฝ้าระวังรักษาตัวเองด้วย²² ดังนั้นประชากรที่มีโรคประจำตัว จึงอาจมีการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพอยู่ในระดับต่ำได้ สอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้และการเตรียมตัวเพื่อการเข้าสู่วัยสูงอายุของประชากรไทยก่อนวัยสูงอายุ ที่พบว่าโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.000$) โดยบุคคลที่ไม่มีโรคประจำตัวมีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุสูงกว่าบุคคลที่มีโรคประจำตัว⁸ เช่นเดียวกับการศึกษาในประชากรอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์

ธานี ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 59.7) มีโอกาสที่จะเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุมากกว่ากลุ่มที่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 40.3) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็น 7.732 เท่า²³ และการศึกษาในประชากร อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ที่พบว่า ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพของประชากร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.656, p < 0.028$)²⁴

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากประชากรได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร ด้านทรัพยากร และวัสดุสิ่งของ รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ สังคม จิตใจ จากหน่วยงานทั้งภาครัฐบาลและเอกชนภายในจังหวัดชัยภูมิ จึงส่งผลให้ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนได้ปฏิบัติพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับการสนับสนุนต้องการได้กล่าวได้ว่า เมื่อประชากรส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุน คำแนะนำ และความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพจากสังคมอย่างเพียงพอ อาจส่งผลให้ประชากรมีการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพได้ดีมากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมของแคปแพลน²⁵ ที่ได้เสนอว่าสิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นทางข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางอารมณ์ ซึ่งอาจจะเป็นแรงผลักดัน หรือกำลังใจให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการได้สำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาในประชากรอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.532, p < .001$) ร่วมพหุการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ ได้ร้อยละ 68.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05²⁴ และการศึกษาในประชากร เขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายพฤติกรรมหรือการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($b = 0.18112, \beta = 0.2626$)¹¹

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาลและการศึกษาพยาบาล ควรส่งเสริมประชากรก่อนวัยสูงอายุให้มีการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพในทุก ๆ ด้าน ให้อยู่ระดับที่สูงขึ้นได้แก่ ด้านเศรษฐกิจ เช่น การจัดโครงการฝึกทักษะอาชีพเสริม โดยเน้นหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มรายได้มากขึ้น เพียงพอกับค่าใช้จ่าย และส่งเสริมการออมเพื่ออนาคตมากขึ้น ด้านสุขภาพ เช่น การจัดกิจกรรมส่งเสริมดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันไม่ให้ตนเองเจ็บป่วย เช่น การออกกำลังกายทุกวันอย่างน้อยวันละ 30 นาที การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่ ด้านที่อยู่อาศัย เช่น ให้ความรู้ในวางแผนปรับปรุงบ้านให้เหมาะสมกับการใช้ชีวิตในวัยสูงอายุ และด้านสังคม เช่น การส่งเสริมให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในรูปแบบอาสาสมัคร เป็นต้น

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวิจัยเชิงทดลองเพื่อเสริมสร้างและพัฒนาการโปรแกรมการเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพที่สัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี ตลอดจนเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล จนทำให้การวิจัยนี้บรรลุผลสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables. Working Paper. No. ESA/P/WP/248. New York: UNDESA; 2017.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2565.
3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ประชากรทะเบียนราษฎร อายุ 60 ปีขึ้นไป จำแนกรายเพศ ปีงบประมาณ 2564 ชัยภูมิ. เข้าถึงจาก: <https://dashboard.anamai.moph.go.th/population/pop-y60up/changwat?year=2022&cw=36>. (วันที่ค้นข้อมูล: 5 พฤษภาคม 2566).
4. สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. ประชากรสูงอายุไทย: ปัจจุบันและอนาคต. กรุงเทพฯ: ศูนย์เทคโนโลยีและสารสนเทศสื่อสาร; 2557.
5. ชัยพัฒน์ พุ่มซ้อน, กันตพัฒน์ พรศิริวัชรสิน. แนวทางการแก้ไขปัญหาสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย. วารสารเครือข่ายส่งเสริมการวิจัยทางมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 2561; 1(1): 25-36.
6. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากร และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.
7. อุทุมพร วานิชคาม. การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาเขตสายไหม กรุงเทพมหานคร. วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 2562; 25(1): 164-179.
8. วรณนา ชื่นวัฒนา, ชูชีพ เปียดนอก. การรับรู้และการเตรียมตัวเพื่อการเข้าสู่วัยสูงอายุของประชากรไทยก่อนวัยสูงอายุ. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี, 2555; 4(2): 197-208.
9. ดลนภา ไชยสมบัติ, บัวบาน ยะนา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมตัว เข้าสู่วัยสูงอายุของประชากรวัยก่อนสูงอายุ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 2562; 29(3): 131-143.
10. ภาณุวัฒน์ มีชนะ, นิชาภัทร ชันสาคร, ทศนีย์ ศิลารรณ, ทศนีย์ รวีวรกุล, เพ็ญศรี พิชัยสินธิ์. การเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพ ตำบลหนองหญ้าไซ อำเภอนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 2560; 11(1): 259-271.
11. วิไลพร วงศ์สิน, โรจน์ จินตนาวัฒน์, กนกพร สุคำวัง. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมของประชากรเขตเมือง จังหวัดเชียงใหม่. พยาบาลสาร, 2556; 40(4): 80-90.

12. กฤษณะพงษ์ ดวงสุภา, สยามภู ใสหา. การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมสูงวัยของประชากรก่อนวัยสูงอายุ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง. วารสารสาธารณสุขล้านนา, 2564; 17(1): 52-63.
13. อารีย์ สงวนชื่อ, พิษสุตา เดชบุญ, รัตนารณ อาษา, พิษญาวดี ศรีธนต์, ศศิธร นวนเทศ, ณัฏชา คงมัน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมของวัยแรงงานเพื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุในเขตโรงงานอุตสาหกรรม อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี. วารสารกรมการแพทย์, 2561; 43(4): 105-9.
14. สำนักงานจังหวัดชัยภูมิ กลุ่มงานยุทธศาสตร์และข้อมูลเพื่อการพัฒนาจังหวัด. แผนพัฒนาจังหวัดชัยภูมิ (พ.ศ.2561-2565) ฉบับทบทวน. เข้าถึงจาก https://www.chaiyaphum.go.th/page_other/Plan_cyp2561-2564.php. (วันที่ค้นข้อมูล: 5 พฤษภาคม 2566).
15. Bandura, A. Model of causality in social learning theory Cognition and psychotherapy (81-99): Springer; 1985.
16. Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. Multivariate data analysis: Global edition; 2010.
17. กัลยารัตน์ธีระชนชัยกุล. อิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตที่มีต่อความสุขของผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานีนนทบุรีและสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยศรีปทุม; 2563.
18. Bloom, B. S., Hasting, J. T., & Madaus, G. F. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
19. จอห์น โนเดล, นภาพร ชโยวรรณ. การสูงอายุทางประชากร และการอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุในประเทศไทย แนวโน้มอดีต สถานการณ์ปัจจุบันและความท้าทายในอนาคต. กรุงเทพฯ: กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ; 2552.
20. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: อมรินทร์ พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2558.
21. กัญญารัตน์ แข็งกสิกรณ์, ธาณินทร์ สุธิประเสริฐ, วิโรจน์ เอี่ยมมะหะซั ,สุวรรณี เนตรศรีทอง, สุภาพร บุญศิริลักษณ์ . ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อม ก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุของประชาชน ตำบล หนองปลาไหล อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 2565; 31(1): 36-47.
22. บรรลุ ศิริพานิช. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.
23. นเรศศักดิ์ แก้วห้วย, สุปรียา แก้วสวัสดิ์, เรวดี เพชรศิริสัมพันธ์, จุฑารัตน์ สติธิปัญญา. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุของประชากรอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารศูนย์อนามัย, 2565; 9(16): 172-185.
24. วาชร นพนรินทร์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพของประชาชน ในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. พิษณุโลก: สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2563.
25. Caplan, G. Support systems and community mental health. New York: Behavioral Publication; 1974

Received: 01/06/66 Revised: 28/08/66 Accepted: 04/09/66

**รูปแบบการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับกระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมของกลุ่มเพื่อน
ในการทิ้งและลดยาเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี**

**The model applying self-efficacy theory with peer participatory learning process in
discarding and reducing diabetic medication among patients with type 2 diabetes,
Mueang Chonburi District, Chonburi Province.**

สมฤดี สุขอุดม

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ผู้รับผิดชอบบทความ (e-mail: jeab.sukudom@gmail.com)

somrudee sukudom

chonburi provincial office

Corresponding author (e-mail: phakwarin.p@rbru.ac.th)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับกระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมของกลุ่มเพื่อนในการทิ้งและลดยาเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี ออกแบบการวิจัยเป็น 3 ระยะ คือ การพัฒนาโปรแกรม การทดลองโปรแกรมและประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรม โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานรับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 16 แห่ง จำนวน 204 คน สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมดำเนินโปรแกรมเป็นเวลา 3 เดือน โปรแกรมการทดลองออกแบบจากการทบทวนความสำเร็จของโรงเรียนบางระกำ โรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก (ภูวดลโมเดล) โดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองและกระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมของกลุ่มเพื่อน ประกอบด้วยกิจกรรม การบรรยายความรู้/สาธิตเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เรียนรู้จากบุคคลตัวอย่างที่ทิ้งยาเบาหวานได้ การส่งการบ้านและติดตามกำกับรายการอาหารที่รับประทานและผลการเจาะเลือดที่ปลายนิ้วผ่านกลุ่ม line สัปดาห์ละ 2 วัน โดยมีพยาบาลเป็นที่ปรึกษา แนะนำ ให้กำลังใจ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับรายการอาหารและผลการเจาะเลือดกับกลุ่มเพื่อนผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการด้วยกัน ส่วนแพทย์เป็นผู้วางแผนการรักษาและปรับลดยาเบาหวาน เมื่อเสร็จสิ้นโปรแกรม มอบเกียรติบัตรแก่ผู้ที่ทิ้งยาเบาหวานสำเร็จ เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ แบบรายงานการบันทึกผลการเจาะเลือด แบบสรุปรายงานการบันทึกการรักษาและค่ายาเบาหวาน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย สถิติ t-test และ z-test ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลองผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ความคาดหวังผลดี พฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ค่าเฉลี่ยระดับ FBS และ SGPT ต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ($p < 0.001$, $p = 0.002$) แต่ไม่พบค่าเฉลี่ย HbA1C, BUN, Cr, eGFR, SGPT, TG, TC, HDL, LDL

และ Urine microalbumin แตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ($p > 0.05$) ผู้ป่วยสามารถทิ้งและลดยาเบาหวานได้ร้อยละ 45.1 ซึ่งเกินเป้าหมายร้อยละ 30 โดยทิ้งยาร้อยละ 8.8 และลดยาร้อยละ 36.3 และลดราคาค่าเฉลี่ยยาเบาหวานต่อเดือนจาก 432.78 บาท เป็น 391.44 บาท ดังนั้น ความสำเร็จของโปรแกรมทดลองครั้งนี้สามารถนำไปขยายผลโดยประยุกต์ใช้ในเขตเมืองและเขตชนบทตามบริบทของพื้นที่ทุกอำเภอในเขตจังหวัดชลบุรี

คำสำคัญ: การวิจัยเชิงปฏิบัติการ, การประยุกต์รูปแบบภูวดลโมเดล, ความสามารถตนเอง, กลุ่มเพื่อน, การทิ้งยาเบาหวาน

Abstract

The objective of this action research was to study the effectiveness of applying self-efficacy theory with a peer participatory learning process to discard and reduce diabetic medication among patients with type 2 diabetes mellitus in the Mueang Chonburi District, Chonburi Province. The research was designed in three phases: program development, program implementation and evaluation, and program results assessment. The sample group consisted of 204 diabetic patients receiving treatment at the Sub-District Health Promoting Hospital who volunteered to participate in the program for a duration of 3 months. The experimental program was designed based on a review of the success of Bang Rakam School's program in Phitsanulok Province (Phuwadol Model). It involved applying the theory of self-efficacy and the peer participatory learning process. The activities included knowledge lectures/demonstrations about diabetes, learning from examples of people who successfully discontinued their diabetes medication, homework assignments, and monitoring of dietary intake and blood glucose levels using the Line messaging app twice a week. The program included a nurse as a consultant, providing advice, encouragement, and facilitating the exchange of knowledge regarding dietary plans and blood test results among the participants. The physician was responsible for treatment planning and reducing diabetes medication. Upon program completion, certificates were awarded to those who successfully discontinued diabetes medication. The data collection tools consisted of an interview form, a report form for recording blood collection results, and a summary report form recording treatment and diabetes medication costs. Statistical analysis using descriptive statistics, t-tests, and z-tests was conducted. The study findings revealed that after the experiment, type 2 diabetic patients had significantly higher average scores in self-efficacy, outcome expectations, and self-care behaviors in controlling blood sugar levels compared to before the experiment ($p < 0.001$). The mean values of fasting blood sugar (FBS) and serum glutamic pyruvic transaminase (SGPT) also significantly improved compared to before the program ($p < 0.001$, $p = 0.002$). However, there were no significant differences in the mean values of HbA1C, BUN, Cr, eGFR, SGPT, TG, TC, HDL, LDL, and urine microalbumin between before and after the experiment ($p > 0.05$). The patients were able to discard or reduce diabetes medication by 45.1%, exceeding the target of 30%. They discarded medication by 8.8%

and reduced medication by 36.3%, leading to a decrease in the average monthly cost of diabetes medication from 432.78 baht to 391.44 baht. Therefore, the success of this experimental program can be expanded and applied in urban and rural areas in all districts of Chonburi Province, considering the context of each specific area.

Keyword: Action Research, Application of Phuwadol Model, Self-efficacy, Peer group, Discarding diabetic medication

บทนำ

โรคเบาหวานได้กลายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ สร้างภาระไม่เพียงต่อผู้ป่วยเท่านั้นแต่รวมถึงระบบการดูแลสุขภาพของประเทศต่างๆทั่วโลก สหพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation; IDF) ประเมินการว่าปี ค.ศ. 2019 มีผู้ป่วยเบาหวาน 463 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 700 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2045¹ จากการวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานระดับประเทศและระดับเขตปี พ.ศ. 2563 สามารถคุมระดับน้ำตาลได้ร้อยละ 29.0 และร้อยละ 33.2 ตามลำดับ ส่วนจังหวัดชลบุรีข้อมูลของกลุ่มงานโรคไม่ติดต่อ, 2563² พบว่า จำนวนผู้ป่วย 65,103 ราย ได้รับการตรวจร้อยละ 57.8 คุมระดับน้ำตาลได้ดีร้อยละ 28.8 สำหรับอำเภอเมืองชลบุรีปี 2563 พบผู้ป่วยเบาหวาน 12,676 คน มากเป็นลำดับที่ 2 รองจาก อำเภอศรีราชา ผู้ป่วยคุมระดับน้ำตาลได้ดีเพียงร้อยละ 24.01 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ต่ำกว่าระดับจังหวัดระดับเขต และระดับประเทศ นอกจากนี้ยังพบมีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 12.03 จำนวนผู้ป่วยรายใหม่พบจำนวน 1,405 คน อัตราป่วย 413.72 ต่อประชากรแสนคน สถานการณ์โรคเบาหวานของอำเภอเมืองชลบุรีจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและจำเป็นต้องแก้ไขโดยเร็ว จากการทบทวนงานวิจัยการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลบางระกำ ตำบลบางระกำ อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก (ภูวดลโมเดล)³ พบว่างานวิจัยดังกล่าวให้ความสำคัญอย่างยิ่งต่อการศึกษาศาภาพปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ ด้านอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการด้านอารมณ์ เพื่อนำมาพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพภาพรวมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) มีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด HbA1C หลังเข้าโครงการ 6 เดือนลดลงต่ำกว่าหลังเข้าโครงการ 3 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และผู้วิจัยได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วยการถอดบทเรียนนักเรียน 3 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยเบาหวานของอำเภอเมืองชลบุรีที่สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมของโรงเรียนเบาหวานบางระกำ อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก และสามารถทิ้งและลดยาเบาหวานลงได้ พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จของภูวดลโมเดลคือการเข้าใจพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานภายใต้บริบทนั้นๆ และสร้างให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการเรียนรู้จากกลุ่มเพื่อนผู้ป่วยในการทิ้งหรือลดยาเบาหวานลงได้ ดังนั้นการดำเนินการวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมการทดลองสำหรับการแก้ปัญหาโรคเบาหวานของอำเภอเมืองชลบุรี ซึ่งเป็นอำเภอนำร่องในการควบคุมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยออกแบบโปรแกรมด้วยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับกระบวนการเรียนรู้ของมีส่วนร่วมของกลุ่มเพื่อน ผ่านการถอดบทเรียนความสำเร็จของโรงเรียนเบาหวานบางระกำ (ภูวดลโมเดล) เพื่อเป็นต้นแบบสำหรับพื้นที่อื่นของจังหวัดชลบุรี สำหรับวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เพื่อศึกษา

ประสิทธิผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นภายใต้บริบทพื้นที่ ในด้านการเปลี่ยนแปลงการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความคาดหวังผลดี และพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาล การเปลี่ยนแปลงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการคือ HbA1C, FBS, BUN, Cr, eGFR, SGOT, SGPT, TG, TC, HDL, LDL และ Urine microalbumin รวมถึงการเปลี่ยนแปลงการกินยาควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงต้นทุนค่ายาเบาหวาน

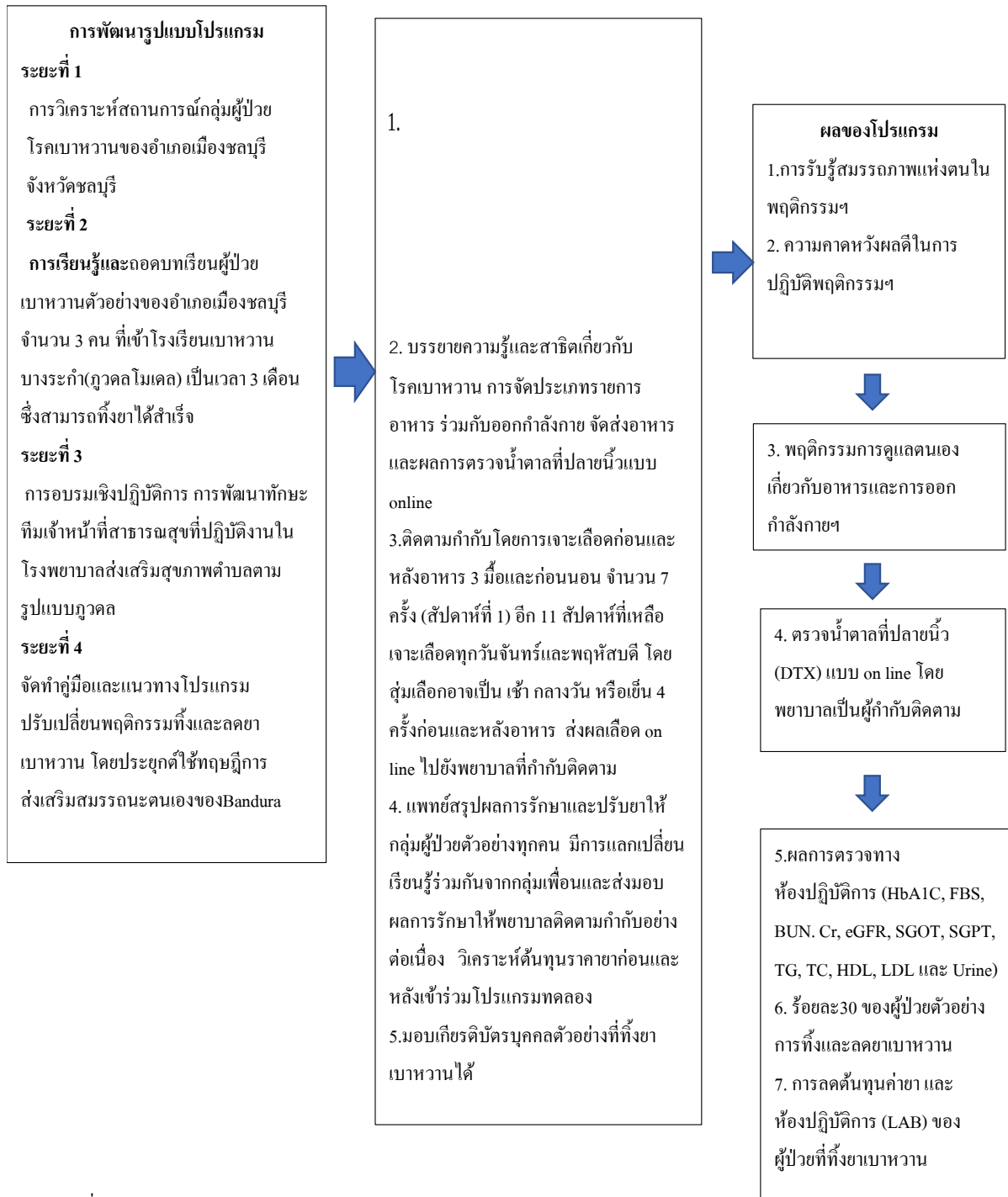
วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ดำเนินการศึกษาดูแบบโปรแกรมการทดลองด้วยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับกระบวนการเรียนรู้ซึ่งมีส่วนร่วมของกลุ่มเพื่อน สำหรับการแก้ปัญหาโรคเบาหวานของอำเภอเมืองชลบุรี ครอบคลุมเต็มพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 16 แห่ง เพื่อสร้างต้นแบบสำหรับพื้นที่อื่นๆของจังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 จำนวน 204 คน ที่เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตัวแทนของ รพ.สต.ทุกแห่งตามบริบทพื้นที่ครอบคลุมของอำเภอเมืองชลบุรี ทั้งนี้โดยไม่ได้คำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย มีคุณสมบัติ ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือหน่วยปฐมภูมิในเขตอำเภอเมืองชลบุรี สมัครใจเข้าร่วมโครงการ
2. เป็นผู้ป่วยเบาหวานทั้งชายและหญิงที่มีอายุระหว่าง 35 ปีขึ้นไป
3. มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกลุ่ม C (ระดับน้ำตาลที่ปลายนิ้ว (DTX) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 130 น้ำตาลสะสมมากกว่าหรือเท่ากับ 7) และกลุ่ม D (ระดับน้ำตาลที่ปลายนิ้ว (DTX) มากกว่า 130 น้ำตาลสะสมมากกว่าหรือเท่ากับ 7)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรม ระยะที่ 2 การดำเนินการทดลองโปรแกรม และระยะที่ 3 ผลของโปรแกรม ดังกรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในงานวิจัย



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการทดลองที่นักวิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การศึกษารูปแบบแนวทางของโรงเรียนเบาหวาน ของโรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก (ภูวดลโมเดล)³ การถอดบทเรียนจากตัวอย่างนักเรียน (ผู้ป่วย) ของอำเภอเมืองชลบุรีที่เข้าโรงเรียนเบาหวานโรงพยาบาล บางระกำที่พึ่งยาเบาหวานสำเร็จ ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการส่งเสริมสมรรถนะตนเองของ Bandura⁴ มาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในโปรแกรมประกอบด้วย

(1) บรรยายความรู้/ สาธิตเกี่ยวกับโรคเบาหวาน/ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามวิถีชีวิตเมือง/ การปรับลดยาบุคคลตัวอย่างที่พึ่งยาเบาหวานมาบรรยายประสบการณ์ที่ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตจนกระทั่งพึ่งยาเบาหวานได้สำเร็จ

(2) การส่งการบ้านการออกกำลังกายตามบริบท การรับประทานอาหาร/ การตรวจระดับน้ำตาลที่ปลายนิ้ว (DTX) ด้วยตนเอง on line

(3) การติดตามกำกับกับการรับประทานอาหารและการตรวจระดับน้ำตาลที่ปลายนิ้ว (DTX) โดยมีพยาบาลเป็นผู้แนะนำเกี่ยวกับชนิดของอาหารและแพทย์เป็นผู้ปรับลดยาเบาหวาน ผ่าน smart phone

(4) มอบเกียรติบัตรบุคคลตัวอย่างที่พึ่งยาเบาหวาน

สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการทดลอง ประกอบด้วย 4 ชิ้นคือ แบบสัมภาษณ์ แบบรายงานการบันทึกผลการตรวจเลือด แบบสรุปผลงานการบันทึกผลการรักษาและแบบรายงานการบันทึกค่ายา มีรายละเอียดดังนี้

1) แบบสัมภาษณ์ ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุปัจจุบัน สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และเป็นโรคเบาหวานมากี่ปี ส่วนที่ 2-4 คือการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความคาดหวังผลดีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และพฤติกรรมการปฏิบัติตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลการทิ้งและลดยาโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ทุกส่วนมีข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ซึ่งได้ประเมินความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ก่อนนำเครื่องมือไปทดลองใช้กลุ่มผู้ป่วยของอำเภอพนสนธิคม จังหวัดชลบุรี จำนวน 30 คน และวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Cronbach's Alpha) ของเครื่องมือ พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความคาดหวังผลดี และพฤติกรรมการปฏิบัติตนเอง ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85, 0.91 และ 0.85 ตามลำดับ

2) แบบรายงานการบันทึกผลการตรวจเลือดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมทดลองจำนวน 12 ตัวบ่งชี้ คือ HbA1C, FBS, BUN, Cr, eGFR, SGOT, SGPT, TG, TC, HDL, LDL และ Urine microalbumin

3) แบบสรุปรายงานการบันทึกผลการรักษา ได้แก่ การพึ่งยาเบาหวาน ลดยาเบาหวาน และไม่เพิ่มยารักษาเบาหวาน

4) แบบรายงานการบันทึกค่ายารักษาเบาหวานก่อนและหลังเสร็จสิ้นโครงการ

การดำเนินการวิจัย

พัฒนาโปรแกรม แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานของอำเภอเมืองชลบุรี โดยผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อ เกี่ยวกับอัตราป่วยโรคเบาหวานของอำเภอเมืองชลบุรี และอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีในผู้ป่วยเบาหวาน ปี 2561-2563 และพฤติกรรมเสี่ยงของเกิดการโรคเบาหวานในเขตอำเภอเมืองชลบุรี

ระยะที่ 2 ถอดบทเรียนผู้ป่วยเบาหวานตัวอย่างของครอบครัวกับเพื่อน 3 คน ที่เข้าโรงเรียนเบาหวานบางระกำ (ภูตลโมเดล) เป็นเวลา 3 เดือน ด้วยสมัครใจแบบonline ซึ่งสามารถทั้งยาเบาหวานได้สำเร็จ

ระยะที่ 3 จัดอบรมตามรูปแบบภูตลโมเดล เป็นการอบรมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาทักษะทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ แพทย์ พยาบาลที่รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อ เภสัชกรและนักโภชนาการ เป็นต้น

ระยะที่ 4 จัดทำคู่มือและแนวทางโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งยาและลดยาเบาหวานโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการส่งเสริมสมรรถนะตนเองของ Bandura⁴ มาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมของกลุ่มเพื่อนในการทั้งและลดยาเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

การดำเนินโปรแกรม เพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ตามโปรแกรมทดลองใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ แบ่งออกเป็น 6 กิจกรรม ดังนี้

(1) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ข้อมูลคุณลักษณะประชากร การรับรู้สมรรถนะ แห่งตน การรับรู้ความคาดหวังผลดี และพฤติกรรมมารดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลก่อนการจัดโปรแกรมทดลอง และสัปดาห์แรกส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ 12 ตัวบ่งชี้ (Marker) ได้แก่ HbA1C, FBS, BUN, Cr, eGFR, SGOT, SGPT, TG, TC, HDL, LDL และ Urine microalbumin

(2) บรรยายความรู้และการสาธิตเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การจัดการอาหาร แบบ LOW Carbohydrate Diet IF (Intermittent Fasting) ร่วมกับการออกกำลังกายตามวิถีชีวิตชุมชนเมืองสัปดาห์ละ 3-5 วัน ครั้งละประมาณ 30-60 นาที และจัดส่งอาหารและผลตรวจน้ำตาลที่ปลายนิ้ว (DTX) แบบ on line การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามวิถีชีวิตเมือง การปรับลดยาโดยแพทย์และพยาบาลให้คำแนะนำ บุคคลตัวอย่างที่ทั้งยาเบาหวานมาร่วมบรรยาย/ วิธีการส่งการบ้านโดยการเจาะเลือดตามโปรแกรมทุกสัปดาห์และการสังเกตลักษณะของกราฟด้วยตนเอง และส่งรายการอาหารที่รับประทานแต่ละมื้อเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มเพื่อนโดยมีแพทย์และพยาบาลให้คำปรึกษา พูดชมให้กำลังใจ นำผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ทั้งยาเบาหวานมาพูดคุยเล่าประสบการณ์ให้ฟัง

(3) ติดตามกำกับโดยการเจาะเลือดก่อนและหลังอาหาร 3 มื้อและก่อนนอน จำนวน 7 ครั้ง (สัปดาห์ที่ 1) และเจาะเลือดทุกจันทร์และพฤหัสบดีโดยสุ่มเลือกอาจเป็น เช้า กลางวัน หรือเย็น 4 ครั้งก่อนและหลังอาหารและส่งผล link ไปหาพยาบาลและแพทย์ที่คอยติดตามและให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล ส่งรายการอาหารและชนิดอาหารที่รับประทานแลกเปลี่ยนกับเพื่อนแต่ละวัน

(4) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ความคาดหวังผลดี และพฤติกรรม การดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลหลังการฉีดโปรแกรมทดลอง และสัปดาห์สุดท้ายส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ 12 ตัว บ่งชี้ ได้แก่ HbA1C, FBS, BUN, Cr, eGFR, SGOT, SGPT, TG, TC, HDL, LDL และ Urine microalbumin

(5) แพทย์สรุปผลการรักษาจากการปรับยาให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนจำแนกรายบุคคลและรายกลุ่ม มีการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ร่วมกันจากกลุ่มเพื่อน และส่งมอบให้พยาบาลติดตามกำกับต่อเนื่องตามการรักษาของแต่ละบุคคล พร้อมทั้งสรุปรายงาน การบันทึกผลการรักษา วิเคราะห์ต้นทุนรายค่ายาเบาหวานก่อนและหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทดลอง

(6) มอบเกียรติบัตรบุคคลตัวอย่างที่พึ่งยาเบาหวาน

ผลของโปรแกรม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายในและภายนอก การเปลี่ยนแปลงค่า น้ำตาล DTX และค่าผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การทิ้ง/ลดยาเบาหวาน และการลดต้นทุนค่ายาของผู้ป่วยเบาหวาน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ ภายหลังการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความ สมบูรณ์ความถูกต้องของข้อมูล ให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด นำไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดความเชื่อมั่นที่ ระดับ 95% สำหรับสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

(1) วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะบุคคลกลุ่มตัวอย่างด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน

(2) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ความคาดหวังผลดี และ พฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ Paired simple t-test

(3) ด้วยสถิติ Paired simple t-เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของ HbA1C, FBS, BUN, Cr, eGFR, SGOT, SGPT, TG, TC, HDL, LDL และ Urine microalbumin test

(4) เปรียบเทียบร้อยละของผู้ป่วยที่ทิ้งและลดเบาหวานหลังจบโปรแกรม ด้วยสถิติ Z-test

(5) วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยการลดต้นทุนค่ายาของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมทดลอง

การวิจัยนี้ได้รับรองจริยธรรมจาก คณะกรรมการรับรองจริยธรรมในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เลขที่โครงการวิจัย CBO Rec 63-0045 เลขที่หนังสือรับรอง 045-2563 ได้รับอนุมัติวันที่ 18 สิงหาคม 2563

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยเบาหวานตามเกณฑ์ที่สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมการทดลองจำนวน 204 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงร้อยละ 78.4 มีช่วงอายุอยู่ในช่วงอายุ 46-60 ปี และช่วงอายุ 61-75 ปี ร้อยละ 45.1 และ 43.6 ตามลำดับ สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 41.7 ส่วนระดับการศึกษา ส่วนมากจบมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 45.6 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 41.7 มีรายได้อยู่ในช่วง 5,001- 10,000 บาท ร้อยละ 45.6 ป่วยเป็นโรคเบาหวานมานาน น้อยกว่า 5 ปี และ 6-10 ปี ร้อยละ 38.7 และ 29.4 ตามลำดับ

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความคาดหวังผลดี ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาล สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความคาดหวังผลดี และพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาล ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมทดลอง (n=204)

ตัวแปร	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม		t	df	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	35.76	7.21	55.24	7.51	42.22	203	<0.001
ความคาดหวังในผลดี	38.07	8.72	57.38	8.72	41.87	203	<0.001
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	41.91	5.74	58.26	6.08	41.38	203	<0.001

ความแตกต่างภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมทดลอง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมโปรแกรมทดลอง มีค่าเฉลี่ยระดับ FBS และ SGPT ต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ($p<0.001$, $p=0.002$) แต่ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 10 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ HbA1C, BUN, Cr, eGFR, SGPT, TG, TC, HDL, LDL และ Urine microalbumin ผลการตรวจก่อนและหลังไม่มีความแตกต่างกัน ($p>0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความแตกต่างค่าเฉลี่ยผลการตรวจ HbA1C, FBS, BUN, Cr, eGFR, SGOT, SGPT, TG, TC, HDL, LDL และ Urine microalbumin ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมทดลอง (n=204)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม		t	df	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
HbA1C	8.14	1.93	7.60	4.61	1.69	203	0.093
FBS	152.65	42.02	136.34	53.44	5.28	203	<0.001
BUN	15.08	5.01	15.12	5.00	2.42	203	0.809
Cr	0.99	3.04	0.80	0.31	0.89	203	0.377
eGFR	82.24	32.79	106.57	353.19	0.98	203	0.327
SGOT	25.48	11.25	23.99	9.31	2.23	203	0.270
SGPT	24.35	15.54	21.75	12.99	3.12	203	0.002
TG	146.50	78.90	144.50	78.25	0.35	203	0.724
TC	190.18	53.14	188.67	56.40	0.62	203	0.536
HDL	52.87	13.23	53.93	13.02	1.53	203	0.129
LDL	120.30	50.91	118.29	52.83	0.74	203	0.461
Urine microalbumin	100.06	347.87	114.80	352.41	0.78	203	0.436

ความแตกต่างภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมทดลอง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถทั้งยาเบาหวานได้ร้อยละ 8.8 และลดยาเบาหวานลงได้ ร้อยละ 36.3 ซึ่งรวมกันทั้งทั้งยาและลดยาได้ร้อยละ 45.1 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ว่า ภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมผู้ป่วยตัวอย่างสามารถทั้งและลดยาเบาหวานลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 โดยสูงกว่าร้อยละ 15.1 และพบว่าสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความแตกต่างกลุ่มตัวอย่างสามารถทั้งและลดยาเบาหวาน ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมทดลอง (n=204)

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ	z-value	p-value
ผู้ป่วยไม่สามารถลดยาเบาหวาน	112	54.9	3.15	0.002
ผู้ป่วยลดยาเบาหวานลง	74	36.3		
ผู้ป่วยทั้งยาเบาหวาน	18	8.8		
เป้าหมายผู้ป่วยทั้งและลดยา		30.0		

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการทดลอง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างสามารถลดราคาค่ายาเบาหวานเฉลี่ยต่อเดือนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความแตกต่างความแตกต่างค่ายารักษาโรคเบาหวานก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมทดลอง (n=204)

ค่ายาเบาหวาน	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	432.78	522.69	6.190	<0.001
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	391.44	519.44		

อภิปรายผล

การเปลี่ยนแปลงภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทดลองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งทั้งยาและลดยาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เกิดจาก การบรรยายความรู้โรคเบาหวาน สาธิต และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามวิถีชีวิตเมือง มีตัวแบบบุคคลที่เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ทั้งยาและลดยาได้มาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์สำหรับประเด็นที่ผู้ป่วยมีระดับความมั่นใจเพิ่มมากขึ้นคือ สามารถที่จะดื่มน้ำบริสุทธิ์วันละ 8-10 แก้ว สามารถส่งผลการเจาะเลือดและรายการชนิดอาหารที่ตนเลือกรับประทานในกลุ่มไลน์ (Line group) ทำให้ได้แลกเปลี่ยนเรียนความก้าวหน้าของตนเองและเพื่อน นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารของตนเอง สอดคล้องตามที่ Bandura⁵ ให้ความหมายของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนว่า เป็นการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเพื่อจัดระเบียบและดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติที่จำเป็นเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้ นอกจากนี้โปรแกรมทดลองนี้ได้ใช้ไลน์กลุ่มเป็นช่องทางการส่งผลการเจาะเลือด รายการชนิดอาหารที่ตนเลือกรับประทาน เพื่อสร้างการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์

ระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน ได้เห็นแบบอย่างของผู้ป่วยคนอื่นที่สามารถประสบความสำเร็จ และเจ้าหน้าที่/ พยาบาล/ แพทย์สามารถใช้ไลน์กลุ่มเป็นช่องทางติดตามและแนะนำผู้ป่วยเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา ดังนั้นไลน์กลุ่มจึงเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลมาก สอดคล้องกับการวิจัยของ Zhai & Yu⁶ ซึ่งใช้โมบายแอปพลิเคชันในการจัดการเบาหวาน (diabetic management app) สำหรับรับข้อมูลจากเครื่องตรวจน้ำตาลเพื่อใช้ในการสื่อสารกับผู้ป่วยได้เรียนรู้ควบคุมระดับน้ำตาลของตน และสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลชุมชนในประเทศจีน และ Bandura^{4, 7} ได้ทำความเข้าใจว่าความเชื่อในการรับรู้สมรรถภาพแห่งตนเองของแต่ละบุคคลนั้น เกิดจากการที่ผู้ป่วยเบาหวานได้เห็นแบบอย่างความสำเร็จของผู้ป่วยคนอื่น (vicarious experiences) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมได้ประสบกับความสำเร็จด้วยตนเอง (mastery experiences) จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของตนเองแล้วแพทย์ได้ปรับลดยาลง จึงเป็น 2 แหล่งกระตุ้นการเพิ่มขึ้นของการรับรู้สมรรถภาพแห่งตนของผู้ป่วยเบาหวานเมื่อเสร็จสิ้นการทดลอง

ความแตกต่างภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทดลองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังผลดีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งและลดยาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับที่ Bandura⁵ กล่าวไว้ว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้นมีอิทธิพลต่อความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectation) ซึ่งเป็นผลที่เชื่อได้ของพฤติกรรมในอนาคตของบุคคล ดังนั้นการที่โปรแกรมทดลองครั้งนี้ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น ก็ย่อมส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังผลดีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งและลดยาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สูงขึ้นด้วย สอดคล้องการศึกษาของ Wu et al.⁸ ทำการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของประเทศไต้หวัน พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับความคาดหวังของผลลัพธ์ ($r = 0.55, p < 0.01$) สำหรับกิจกรรมของโปรแกรมที่ช่วยหนุนเสริมให้ผู้ป่วยมีความคาดหวังผลดีมากขึ้น คือ การปรับยาและให้คำปรึกษาโดยแพทย์ประจำ รพ.สต. ซึ่งพิจารณาจากการบ้านที่ผู้ป่วยแต่ละคนส่งเข้าในไลน์กลุ่ม ด้านการปฏิบัติกรออกกำลังกายตามบริบท การรับประทานอาหาร การดื่มน้ำบริสุทธิ์วันละ 2 ลิตร แทนน้ำอัดลม/น้ำหวาน/น้ำผลไม้ และการตรวจระดับน้ำตาลที่ปลายนิ้ว (DTX) ด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยแต่ละคนได้เรียนรู้ผลที่ตนเองเชื่อได้ว่าเกิดจากการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติพฤติกรรมทั้งและลดยาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งสอดคล้องกับ Feather⁹ ที่กล่าวว่า บุคคลตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรม หากพวกเขาคิดว่าการกระทำนั้นจะได้หรือเสียอะไร ดังนั้นการได้คำปรึกษาและปรับยาจึงเป็นไปตามความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่ตามมาของการปรับพฤติกรรม โดยผู้ป่วยมีคะแนนความคาดหวังผลดีเพิ่มขึ้นในประเด็นต่อไปนี้ ความคาดหวังผลดีเมื่อแพทย์และพยาบาลแนะนำข้อปฏิบัติการดูแลตนเองเพิ่มเติม ความคาดหวังผลดีของการดื่มน้ำอัดลมและน้ำผลไม้ คาดหวังผลดีของการเจาะเลือดหาระดับน้ำตาลสัปดาห์ละ 2 วันและจำนวน 4 ครั้ง และคาดหวังผลดีว่าการดื่มน้ำบริสุทธิ์วันละ 8-10 แก้วต่อวัน

ภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทดลองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับทฤษฎีปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ของ Bandura⁵ ที่อธิบาย ปฏิสัมพันธ์สามทางระหว่างปัจจัยบุคคล สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรม เป็นกลไกป้อนกลับแบบสองทิศทางแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน (triadic reciprocity) ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังผลดี เป็นตัวแปรภายในปัจจัยบุคคล ซึ่งผลคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังผลดี

ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงมีผลต่อคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลที่สูงขึ้นด้วย นอกจากนี้โปรแกรมได้ออกแบบกิจกรรมการติดตามกำกับกับการรับประทานอาหารและการตรวจระดับน้ำตาลที่ปลายนิ้ว (DTX) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (พยาบาลที่ผ่านการอบรม) และการมอบเกียรติบัตรบุคคลตัวอย่างที่ทั้งยาเบาหวานได้ กิจกรรมเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลที่สูงขึ้นหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของ Tharek et al¹⁰ วิจัยในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของประเทศมาเลเซีย พบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างระดับปานกลางระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ($r = 0.538, p < 0.001$) การศึกษาของ Wu et al⁸ ทำการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของประเทศไต้หวัน พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($r = 0.54, p < 0.01$) และความคาดหวังผลลัพธ์ ($r = 0.44, p < 0.01$) การศึกษาของธีรพล ผังติ และคณะ¹¹ ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จัดกิจกรรมเพื่อสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลดีของการออกกำลังกาย พบว่า กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงขึ้นกว่าการทดลอง ($p < 0.001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < 0.001$) และการศึกษาของบุญฤทธิ์ เอ็งไล่ และคณะ¹² ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน ด้วยการเสริมพลังและการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารและเทคนิคการฝึกปฏิบัติแก่ผู้ป่วยเบาหวาน จากนักสุขภาพ นักกายภาพบำบัด และนักโภชนาการ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นและทักษะแก่ผู้ป่วย พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านรับประทานอาหาร เครื่องดื่ม ยา การออกกำลังกาย และการมาตรวจตามนัดดีกว่าก่อนการทดลอง ($p < 0.05$)

ภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยของตัวบ่งชี้จากผลการตรวจเลือดที่ลดลงจากระยะก่อนเริ่มโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญสถิติ 2 ตัว คือ FBS และ SGPT ($p < 0.001, p = 0.002$) การลดลงของค่าเฉลี่ยตัวบ่งชี้ทั้ง 2 ค่านี้ เป็นผลมาจากการเข้าร่วมโปรแกรมของผู้ป่วยเบาหวานตลอด 12 สัปดาห์ จึงทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลดีเพิ่มสูงขึ้น นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลดีมากขึ้น อย่างไรก็ตามอีก 10 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ HbA1C, BUN, Cr, eGFR, TG, TC, HDL, LDL และ Urine microalbumin ผลการตรวจก่อนและหลังไม่มีความแตกต่างกัน ($p > 0.05$) เนื่องจากช่วงการทดลองโปรแกรมมีระยะเวลาดำเนินกิจกรรมเพียง 12 สัปดาห์ ดังนั้นแม้ว่าตัวบ่งชี้ส่วนใหญ่จะมีค่าเฉลี่ยหลังการทดลองเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้นก็ตาม แต่ช่วงเวลาดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมสั้นเกินไป จึงไม่เพียงพอที่จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) การเปลี่ยนแปลงของตัวบ่งชี้ FBS สอดคล้อง แต่ HbA1C ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Ghodrati et al¹³ ที่จัดโปรแกรมการอบรมการออกกำลังกาย 12 สัปดาห์ให้กับผู้หญิงชาวอิหร่านที่ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งพบว่าค่าเฉลี่ย FBS และค่า HbA1C ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ความแตกต่างภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมโปรแกรมสามารถทั้งและลดยาเบาหวานได้ เกินเป้าหมายที่กำหนด (ร้อยละ 30) กล่าวคือ ผู้ป่วยทั้งยาร้อยละ 8.8 (18 คน) และลดยาเบาหวานหวานร้อยละ 36.3 (74 คน) รวมเป็นร้อยละ 45.1 (92 คน) ความสำเร็จที่ผู้ป่วยเบาหวานสามารถทั้งและลดยาเบาหวานลงได้นี้เป็นผลพวงมาจากการดำเนินโปรแกรมทดลอง เพราะผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรมมีการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแล

ตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลดีมากขึ้นนั่นเอง และนำไปสู่ค่าเฉลี่ยของรายาเบาหวานต่อเดือนของผู้ป่วยที่ลดน้อยจาก 432.78 บาท เป็น 391.44 บาท ซึ่งค่ายาเบาหวานลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

- 1) ผลสำเร็จของโครงการนี้ คือได้โปรแกรมทดลองรูปแบบการประยุกต์โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งและลดยาเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ตามบริบทพื้นที่เขตเมือง ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในเขตเมือง และเขตชนบทตามบริบทของพื้นที่ ทุกอำเภอในเขตจังหวัดชลบุรี เพื่อเป็นการลดต้นทุนค่าใช้จ่ายบริการทางการแพทย์ ลดอัตราอุบัติการณ์และอัตราความชุกโรคเบาหวานที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และช่วยชะลอการล้างไต ตาเป็นต้อกระจก ลดโอกาสเกิดโรคเลือดสมองอุดตันและโรคหัวใจอีกด้วย
- 2) สำหรับบางอำเภอที่ไม่สามารถนำโปรแกรมเต็มรูปแบบไปใช้ได้ สามารถปรับรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ได้ เช่น ตัดช่วงการพัฒนาโปรแกรม ลดการตรวจทางห้องปฏิบัติเหลือเพียง 2 ตัวบ่งชี้ คือ HbA1C และ FBS โดยเลือกกลุ่มเป้าหมายที่ทำการศึกษาก่อนเป็นเริ่มป่วยเป็นเบาหวานในช่วง 1-3 ปี เน้นผู้ป่วยกลุ่ม C และกลุ่ม D
- 3) การวิเคราะห์ให้เห็นต้นทุนค่ายาที่ลดลงจากกลุ่มเป้าหมายนี้ ควรนำค่าใช้จ่ายอื่นมาใช้วิเคราะห์ด้วย เช่น ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าใช้จ่ายทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัว เช่น ค่ารถ ค่าเสียเวลาในการดูแลที่เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และรายจ่ายที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดตามในอนาคต
- 4) ศึกษาต่อยอดเพื่อเปรียบเทียบปัจจัยความสำเร็จระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิที่สามารถทำให้ผู้ป่วยทั้งยาและลดยาเบาหวานได้ กับหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่มีผู้ป่วยทั้งยาและลดยารักษาเบาหวาน

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 9th ed. Brussels:International Diabetes Federation; 2019. file:///C:/Users/Hp%20Pavilion/Downloads/IDF Atlas%202019_UK.pdf. [cited 2023 May 9].
2. กลุ่มโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. รายงานการตรวจราชการระดับจังหวัดชลบุรี พ.ศ.2563.
3. แนวคิดของโรงเรียนเบาหวานบางระกำ อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก (ภูวดลโมเดล). [เข้าถึงเมื่อ 10 ต.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.youtube.com/watch?v=z3YRoUZDMps>
4. Bandura A. Self-Efficacy: Toward Unifying Theory of Behavioral Change Psychological. Psychological Review, 1977; 84(2) 191-215.
5. Bandura A. Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory. New York: Prentice-Hall, 1986; 391.
6. Zhai Y & Yu W. A Mobile App for Diabetes Management: Impact on Self-Efficacy Among Patients with Type 2 Diabetes at a Community Hospital. Med Sci Monit, 2020; 26: e926719
7. Bandura A. Self-Efficacy. New York: W. H. Freeman and Co., 1997.

8. Wu S-FV, Courtney M, Edwards H, McDowell J, Shortridge-Baggett LM, Chang P-J. Self-efficacy, outcome expectations and self-care behaviour in people with type 2 diabetes in Taiwan J Clin Nurs, 2007; 16, 11c: 250-57.
9. Feather NT. Expectations and actions: Expectancy-value models in psychology. Hillsdale: Erlbaum, 1982: 1
10. Tharek Z, Ramli AS, Whitford DL, Ismaili Z, Zulkifli MM, Sharoni SKA and et al. Relationship between self-efficacy, self-care behaviour and glycaemic control among patients with type 2 diabetes mellitus in the Malaysian primary care setting. BMC Family Practice, 2018: 19-39.
11. ชีรพล ผังดี, ณัฐกฤตา ศิริโสภณ, ประเสริฐศักดิ์ กายนาคา, อลิสา นิติธรรม, สายสมร เฉลยกิตติ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลทหารบก, 2560; 18(1): 291-8.
12. บุญฤทธิ์ เอ็งไฉ่, กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ, วรพล แวงนอก. การพัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน. วารสารราชนครินทร์, 2559; (2): 151-60.
13. Ghodrati N, Haghighi AH, Kakhak SAH, Abbasian S, Goldfield GS. Effect of Combined Exercise Training on Physical and Cognitive Function in Women with type 2 diabetes. Can J Diabetes, 2023; (47): 162-70.

Received: 02/06/66 Revised: 15/11/66 Accepted: 15/11/66

ปัจจัยการบริหารทรัพยากรสาธารณสุขที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการจัดบริการด้านสาธารณสุขให้กับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 6

Health Resource Management Factors Affecting Effectiveness of Public Health Services for Dependent Elderly in the Community of Subdistrict Health Promotion Hospital in Health Region 6

เตือนใจ ลีลาชัย*, วสุธร ตันวัฒนกุล**, พัทธนา เฮ้งบริบูรณ์พงศ์ ใจดี**^a

*สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร

**คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

^aผู้รับผิดชอบบทความ (e-mail: patchana@buu.ac.th)

Tueanjai Leelachai*, Vasuton Tanvatanakul**, Patchana Hengboriboonpong Jaidee**^a

*Kud Bak District Public Health Office Sakon Nakhon Province

**Faculty of Public Health Burapha University

^aCorresponding Author (e-mail: patchana@buu.ac.th)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยการบริหารทรัพยากรสาธารณสุขที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการจัดบริการด้านสาธารณสุขให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามโดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนจากตัวแทนผู้จัดบริการด้านสาธารณสุขให้กับผู้สูงอายุที่ทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตสุขภาพที่ 6 จำนวน 252 คน ระหว่างสิงหาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ สถิติไครส์แคร์ การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นบันได

ผลการวิจัย พบว่า ประสิทธิภาพการจัดบริการด้านสาธารณสุขอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.96 \pm 0.54$) ส่วนปัจจัยการบริหารทรัพยากรสาธารณสุข ได้แก่ ปัจจัยด้านกระบวนการบริหาร ($\bar{x} = 3.64 \pm 0.57$) และปัจจัยด้านทรัพยากรสาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.42 \pm 0.61$) โดยปัจจัยด้านกระบวนการบริหาร ($r = 0.702$, $p < 0.001$) และปัจจัยด้านทรัพยากรสาธารณสุข (0.597 , $p < 0.001$) มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพของการจัดบริการด้านสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งปัจจัยด้านกระบวนการบริหาร ได้แก่ ด้านการวางแผน มีอิทธิพลมากที่สุดเท่ากับ 0.378 และปัจจัยด้านกระบวนการบริหารทั้งด้านการวางแผนและด้านการอำนวยความสะดวก และปัจจัยด้านทรัพยากรสาธารณสุขในด้านบุคลากร ร่วมกันทำนายประสิทธิภาพการจัดบริการได้ร้อยละ 54.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงเสนอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะเขตสุขภาพที่ 6 ควรพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในด้านการวางแผนเชิงระบบ เพื่อสนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนา

บริการด้านสาธารณสุขผ่านเครือข่ายสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อมุ่งไปสู่การจัดบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันและอนาคต

คำสำคัญ: ประสิทธิภาพการจัดบริการด้านสาธารณสุข, ปัจจัยการบริหาร, ทรัพยากรสาธารณสุข, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, เขตสุขภาพที่ 6

Abstracts

The objective of this research was to examine the factors influencing the effectiveness of healthcare services provided to the dependent elderly in the community. Data was collected through a mailed questionnaire from the representative sample of healthcare service providers who working at the Subdistrict health promotion hospital in health region 6 from August to September 2020. The sample consisted of 252 health providers by using the multi-stage random sampling. Data was analyzed using descriptive and inferential statistics, including Chi-square analysis, Pearson correlation analysis, and Stepwise multiple regression analysis.

The research findings revealed that the effectiveness of healthcare services was high level ($\bar{x} = 3.96 \pm 0.54$). Health resource management factors by the administrative factors ($\bar{x} = 3.64 \pm 0.57$) and the health resources factors ($\bar{x} = 3.42 \pm 0.61$) were at the moderate level. Both the administrative factors ($r = 0.702$, $p < 0.001$) and the health resources factors (0.597 , $p < 0.001$) were significantly correlated with the effectiveness of healthcare services. Furthermore, the most influence was the administrative factors as planning dimension was the most effect size at 0.378 and factors as administrative factors (planning, director) and health resources factors as personnel were predicting the effectiveness of healthcare services about 54.10% at the statistically significant level of 0.01. Therefore, our suggestions that the relevant organizations, particularly in Health region 6, should enhance the capabilities of their personnel in systemic planning to support the advancement of healthcare services for the dependent elderly through health network management. This aims to achieve healthcare services that align and support with current and future needs.

Keywords: effectiveness of healthcare service, health resource management factor, health resources, dependent elderly, health region 6

บทนำ

สถานการณ์ผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2564 แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ¹ ส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพต้องมีการปรับเปลี่ยนให้ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งทิศทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพนั้นเป็นไปในแนวทางที่ทำให้เกิดการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพและมุ่งไปสู่การพัฒนาคุณภาพ

ชีวิตของผู้สูงอายุ โดยการดำเนินงานตามเป้าหมายนั้นย่อมเกิดจากการออกแบบระบบบริการสุขภาพ การนำทรัพยากรและเทคโนโลยีที่มีอยู่มาสนับสนุนการดำเนินงานให้ระบบบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุด²

องค์การอนามัยโลกกำหนดชัดเจนว่า ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิถือเป็นกุญแจสำคัญในการจัดการบริการสุขภาพแบบองค์รวมที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ³ สอดคล้องกับแนวทางการทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ที่มีเป้าหมายสำคัญ คือ เพิ่มการเข้าถึงบริการในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ เพื่อจัดการอย่างต่อเนื่อง และใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ⁴

ปัจจัยสำคัญในการจัดการบริการสาธารณสุข คือ ปัจจัยทางการบริหาร ซึ่งหมายรวมถึง กระบวนการทางการบริหาร และทรัพยากรด้านสาธารณสุข^{5,6} โดยเฉพาะในการบริหารจัดการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งมีส่วนสำคัญยิ่งในการจัดระบบบริการสาธารณสุขให้กับประชาชนทุกกลุ่มวัยในเขตพื้นที่บริการ สถานการณ์ปัจจุบันของการจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุของคลินิกหมอครอบครัวในเขตสุขภาพที่ 6 ได้ชี้ชัดว่า องค์ประกอบและกลไกการขับเคลื่อนที่สำคัญ คือ บุคลากรในทีม ระบบสนับสนุนของเครือข่ายสุขภาพ การประสานงานและการสื่อสาร โดยรูปแบบการจัดการประกอบด้วย การวางแผนงาน การดำเนินการ การประสานงานและการประเมินผล ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นปัจจัยทางการบริหาร⁷

ทั้งนี้ประสิทธิผลของการจัดการบริการด้านสาธารณสุขให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตสุขภาพที่ 6 ในการศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามชุดสิทธิประโยชน์หรือผลงานของการจัดการบริการสาธารณสุขให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน⁸ ที่ประกอบด้วย การวางแผนเพื่อให้บริการดูแลด้านสาธารณสุข การบริการดูแลที่บ้านและชุมชน การประสานบริการ การเข้าถึงบริการและการประเมินผลการดูแล

คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยการบริหารทรัพยากรสาธารณสุขที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดการด้านสาธารณสุขให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 6 ประกอบด้วยจังหวัด ได้แก่ จังหวัดชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด สมุทรปราการ ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี และสระแก้ว เพื่อใช้เป็นแนวทางการจัดสรรทรัพยากรและการบริหารจัดการในการพัฒนาระบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนกับหน่วยงานงานและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกระดับต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลในการจัดการบริการด้านสาธารณสุขให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 6
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับประสิทธิผลของการจัดการบริการด้านสาธารณสุขให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 6
3. เพื่อศึกษาปัจจัยการบริหารทรัพยากรสาธารณสุขที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของการจัดการบริการด้านสาธารณสุขให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 6

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง(Cross-sectional descriptive research) มีระยะเวลาเก็บข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2563 โดยประชากรคือผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตสุขภาพที่ 6 ซึ่งมีประชากรผู้สูงอายุซึ่งมีภาวะพึ่งพิงอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบจำนวนตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป จำนวน 728 แห่ง กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของเครทซ์และมอร์แกน⁹ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 252 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) โดยสุ่มอย่างง่ายเพื่อคัดเลือกพื้นที่จังหวัดและอำเภอ จากนั้นจึงสุ่มอย่างง่ายเพื่อกำหนดตำบลแล้วคัดเลือกผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุที่อยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า ส่วนเกณฑ์การคัดเลือกออกคือผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ ลาศึกษาต่อ ป่วย ไม่สบาย หรือมีเหตุที่ทำให้ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ในเวลาจัดเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) แจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด ค่าสถิติไคว์สแควร์ (Chi-square) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) และสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นบันได (Stepwise multiple linear regression) การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากมหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี รหัสโครงการวิจัย: G-HS045/2563 เมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2563

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยประยุกต์จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและบทบาทหน้าที่ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด มี 6 ส่วนที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข อาจารย์มหาวิทยาลัยและนักวิชาการอิสระจำนวน 3 คน ผ่านการวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ด้วยค่า IOC ≥ 0.50 ขึ้นไป และการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดชลบุรี จำนวน 30 คน เพื่อวิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยค่าสถิติครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ≥ 0.70 ขึ้นไปตามเกณฑ์ของงานวิจัยเชิงสังคม¹⁰ คือ

(1) แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลของตัวแทนผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 6 จำนวน 6 ข้อ ข้อคำถามลักษณะเป็นทั้งแบบปลายเปิดและปลายปิด ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานผู้สูงอายุ ตำแหน่ง และการอบรมผู้จัดการดูแล (Care Manager)

(2) แบบสอบถามปัจจัยด้านทรัพยากรสาธารณสุข จำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และด้านองค์กร ข้อคำถามเป็นแบบประเมินความถี่ของการปฏิบัติกิจกรรมนั้น คือ ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นประจำ ให้คะแนน 5 คะแนน จนถึงปฏิบัติกิจกรรมนั้นน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน โดยแบ่งตาม Best¹¹ เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง(คะแนน 3.68-5.00) ระดับปานกลาง (คะแนน 2.34 - 3.67) ระดับต่ำ (คะแนน 1.00 - 2.33) ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้ค่า IOC 0.67-1.00 และค่าความเที่ยง 0.77

(3) แบบสอบถามปัจจัยด้านกระบวนการบริหารจัดการ จำนวน 37 ข้อ ประกอบด้วย ด้านการวางแผน ด้านการจัดองค์กร ด้านการเจ้าหน้าที่ ด้านการอำนวยความสะดวกและการประสานงาน ด้านการรายงานและการควบคุม ข้อคำถามเป็นแบบ

ประเมินความถี่ของการปฏิบัติกิจกรรมนั้น คือ ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นประจำ ให้คะแนน 5 คะแนน จนถึงปฏิบัติกิจกรรมนั้นน้อยที่สุดให้ 1 คะแนนโดยแบ่งตาม Best¹¹ เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง(คะแนน 3.68-5.00) ระดับปานกลาง (คะแนน 2.34 - 3.67) ระดับต่ำ (คะแนน 1.00 - 2.33) ได้ค่า IOC 0.67-1.00 และค่าความเที่ยง 0.83

(4) แบบสอบถามเรื่องประสิทธิผลการจัดการบริการสาธารณสุข จำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วย การประเมินและวางแผน การให้บริการดูแลด้านสาธารณสุข การบริการดูแลที่บ้านและชุมชน การประสานบริการ การเข้าถึงบริการ การประเมินผลการดูแล ข้อคำถามเป็นแบบประเมินความถี่ของการปฏิบัติกิจกรรมนั้น คือ ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นประจำ ให้คะแนน 5 คะแนน จนถึงปฏิบัติกิจกรรมนั้นน้อยที่สุดให้ 1 คะแนนโดยแบ่งตาม Best¹¹ เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง(คะแนน 3.68-5.00) ระดับปานกลาง (คะแนน 2.34 - 3.67) ระดับต่ำ (คะแนน 1.00 - 2.33) ได้ค่า IOC 0.67-1.00 และค่าความเที่ยง 0.80

ผลการศึกษา

จากแบบสอบถามที่ได้รับคืนโดยสมบูรณ์ จำนวน 252 ชุด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 90.48) มีอายุระหว่าง 41 - 50 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 40.87) มีอายุเฉลี่ย 40.22 ± 9.43 ปี เป็นพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด (ร้อยละ 73.02) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 89.68) มีประสบการณ์ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานผู้สูงอายุเฉลี่ย 7.89 ± 7.36 ปี และร้อยละ 82.14 ผ่านการอบรมผู้จัดการดูแล (Care manager) แล้ว

ตารางที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 252)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	24	9.52
หญิง	228	90.48
อายุ (ปี)		
20 - 30 ปี	57	22.62
31 - 40 ปี	57	22.62
41 - 50 ปี	103	40.87
51 - 60 ปี	35	13.89
(Mean = 40.22 , S.D. = 9.43 , Min = 23.00, Max = 60.00)		
ตำแหน่ง		
พยาบาลวิชาชีพ	184	73.02
นักวิชาการสาธารณสุข	37	14.68
	23	9.13

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	8	3.17
แพทย์แผนไทย		
ระดับการศึกษา	3	1.19
ต่ำกว่าปริญญาตรี	226	89.68
ปริญญาตรี	23	9.13
สูงกว่าปริญญาตรีขึ้นไป		
สูงกว่าปริญญาตรีขึ้นไป	138	54.76
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานผู้สูงอายุ (ปี)	62	24.60
น้อยกว่า 5 ปี	12	4.76
6 - 10 ปี	40	15.88
11 - 15 ปี		
15 ปีขึ้นไป	45	17.86
(Mean = 7.89 , Median = 5.00 , S.D. = 7.36)	207	82.14
การอบรมผู้จัดการดูแล (Care Manager)		
ไม่ผ่านการอบรม		
ผ่านการอบรม		

ส่วนที่ 2 ปัจจัยการบริหารสาธารณสุขเพื่อจัดบริการสาธารณสุขให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยทางทรัพยากรสาธารณสุขในภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.42 \pm 0.61$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านบุคลากรเป็นเพียงด้านเดียวที่อยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.68 \pm 0.70$) ส่วนด้านวัสดุอุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ด้านองค์กร/สถาบัน และด้านงบประมาณ อยู่ในระดับปานกลาง สำหรับปัจจัยด้านกระบวนการบริหารจัดการภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.64 \pm 0.57$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการจัดองค์กรและด้านการวางแผนอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.72 \pm 0.67, 3.70 \pm 0.60$ ตามลำดับ) ส่วนด้านการอำนวยความสะดวกและการประสานงาน ด้านการรายงานและการควบคุม และด้านการเจ้าหน้าที่อยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 2 ปัจจัยการบริหารสาธารณสุขเพื่อจัดบริการสาธารณสุขให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ปัจจัยการบริหารสาธารณสุข	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
ปัจจัยด้านทรัพยากรสาธารณสุข	3.42	0.61	ปานกลาง
ด้านบุคลากร	3.68	0.70	สูง
ด้านงบประมาณ	3.33	0.96	ปานกลาง
ด้านวัสดุอุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์	3.39	0.74	ปานกลาง
ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ	3.38	0.77	ปานกลาง
ด้านองค์กร/สถาบัน	3.34	0.73	ปานกลาง
ปัจจัยด้านกระบวนการบริหารจัดการ	3.64	0.57	ปานกลาง
ด้านการวางแผน	3.70	0.60	สูง
ด้านการจัดองค์กร	3.72	0.67	สูง
ด้านการเจ้าหน้าที่	3.54	0.72	ปานกลาง
ด้านการอำนวยความสะดวกและการประสานงาน	3.63	0.65	ปานกลาง
ด้านการรายงานและการควบคุม	3.62	0.64	ปานกลาง

ส่วนที่ 3 ประสิทธิภาพการจัดบริการด้านสาธารณสุขให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ภาพรวมระดับประสิทธิภาพการจัดบริการด้านสาธารณสุขให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน อยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.96 \pm 0.54$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทุกด้านอยู่ในระดับสูง ประกอบด้วย การประเมินและวางแผน ($\bar{x} = 4.21 \pm 0.64$) มีระดับสูงที่สุด รองลงมาคือการให้บริการดูแลด้านสาธารณสุข ($\bar{x} = 3.97 \pm 0.64$) และการประสานบริการ ($\bar{x} = 3.97 \pm 0.63$) และระดับน้อยที่สุด คือ ด้านการเข้าถึงบริการ ($\bar{x} = 3.82 \pm 0.68$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่ได้คะแนนมากที่สุด คือ การประเมินและวางแผนเรื่องให้ผู้สูงอายุในชุมชนได้รับการประเมินสุขภาพตามเกณฑ์ดัชนิบาร์เรลเอดีแอล (ADL) ($\bar{x} = 4.21 \pm 0.67$) และการประเมินและวางแผนเรื่องผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านติดเตียง) ในชุมชนทุกคนได้รับการจัดทำแผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล (Care plan) ($\bar{x} = 4.21 \pm 0.71$) รองลงมา คือ การเข้าถึงบริการเรื่องการที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนสามารถใช้บริการสาธารณสุขโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ($\bar{x} = 4.17 \pm 0.73$) มีเพียงการประสานบริการโดยผู้นำชุมชนและชุมชน ($\bar{x} = 3.67 \pm 0.80$) และการให้บริการดูแลด้านสาธารณสุขเรื่องการจัดบริการด้านสาธารณสุขร่วมกับสหสาขาวิชาชีพทุกครั้ง ($\bar{x} = 3.63 \pm 0.90$) อยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 3 ประสิทธิภาพการให้บริการด้านสาธารณสุขให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ประสิทธิภาพการให้บริการด้านสาธารณสุข	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
การประเมินและวางแผน	4.21	0.64	สูง
ผู้สูงอายุในชุมชนทุกคนได้รับการประเมิน ADL	4.21	0.67	สูง
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการจัดทำ Care plan	4.21	0.71	สูง
การให้บริการดูแลด้านสาธารณสุข	3.97	0.64	สูง
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการที่บ้าน	4.10	0.74	สูง
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการตาม Care plan	4.06	0.77	สูง
การจัดบริการให้ผู้สูงอายุโดยบุคลากร รพ.สต.	4.07	0.73	สูง
การจัดบริการให้ผู้สูงอายุจัดร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ	3.63	0.90	ปานกลาง
การบริการดูแลที่บ้านและชุมชน	3.92	0.62	สูง
การจัดบริการให้กับผู้สูงอายุโดยผู้ดูแล	3.87	0.76	สูง
การจัดบริการที่บ้านเป็นไปตาม Care plan	3.89	0.69	สูง
ให้ความรู้กับญาติ/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	4.00	0.65	สูง
การประสานบริการ	3.97	0.63	สูง
อสม. มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแล	4.06	0.79	สูง
อปท. มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแล	3.73	0.87	สูง
ผู้นำชุมชนและชุมชนมีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแล	3.67	0.80	ปานกลาง
การเข้าถึงบริการ	3.82	0.68	สูง
มีช่องทางพิเศษเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ	3.77	0.76	สูง
ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงใช้บริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย	4.17	0.73	สูง
การประเมินผลการดูแล	3.89	0.64	สูง
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดี	3.83	0.72	สูง
ผู้สูงอายุและญาติพึงพอใจในการจัดการบริการที่บ้าน	3.94	0.67	สูง
ภาพรวม	3.96	0.54	สูง

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับประสิทธิภาพการให้บริการด้านสาธารณสุขให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล เพศ อายุ ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา และ ประสบการณ์ที่ปฏิบัติงาน และการอบรมผู้จัดการดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการให้บริการด้านสาธารณสุขให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับประสิทธิผลการจัดบริการด้านสาธารณสุขให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับประสิทธิผลการจัดบริการด้านสาธารณสุข		χ^2	p-value
	ต่ำ-ปานกลาง (n%)	สูง (n%)		
เพศ			0.002	0.965
ชาย	8 (33.3)	16 (66.7)		
หญิง	75 (32.9)	153 (67.1)		
อายุ (ปี)			1.582	0.664
20-30 ปี	15 (26.3)	42 (73.7)		
31-40 ปี	20 (35.1)	37 (64.9)		
41-50 ปี	35 (34.0)	68 (66.0)		
51-60 ปี	13 (37.1)	22 (62.9)		
ตำแหน่ง			0.152	0.697
พยาบาลวิชาชีพและแพทย์แผนไทย	62 (32.3)	130 (67.7)		
นักวิชาการและเจ้าพนักงานสาธารณสุข	21 (35.0)	39 (65.0)		
ระดับการศึกษา			0.538	0.463
อนุปริญญาและปริญญาตรี	77 (33.6)	152 (66.4)		
สูงกว่าปริญญาตรีขึ้นไป	6 (26.1)	17 (73.9)		
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน			0.906	0.341
≤ 10 ปี	63 (31.5)	137 (68.5)		
> 11 ปี	20 (38.5)	32 (61.5)		
การอบรมผู้จัดการดูแล			3.285	0.070
ผ่านการฝึกอบรม	63 (30.4)	144 (69.6)		
ยังไม่ได้รับการอบรม	20 (44.4)	25 (55.6)		

ส่วนตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยการบริหารสาธารณสุข ได้แก่ ปัจจัยด้านกระบวนการบริหารจัดการ ($r = 0.702$, $p\text{-value} < 0.001$) และปัจจัยด้านทรัพยากรสาธารณสุข ($r = 0.597$, $p\text{-value} < 0.001$) สัมพันธ์กับประสิทธิผลการจัดบริการด้านสาธารณสุขให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการบริหารสาธารณสุขและประสิทธิผลการจัดบริการด้านสาธารณสุขให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ปัจจัยการบริหารสาธารณสุข	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน	
	r	p-value
ปัจจัยด้านทรัพยากรสาธารณสุข	0.597	<0.001
ด้านบุคลากร	0.504	<0.001
ด้านงบประมาณ	0.423	<0.001
ด้านวัสดุอุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์	0.467	<0.001
ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ	0.451	<0.001
ด้านองค์กร/สถาบัน	0.505	<0.001
ปัจจัยด้านกระบวนการบริหารจัดการ	0.702	<0.001
ด้านการวางแผน	0.686	<0.001
ด้านการจัดองค์กร	0.531	<0.001
ด้านการเจ้าหน้าที่	0.537	<0.001
ด้านการอำนวยความสะดวกและการประสานงาน	0.670	<0.001
ด้านการรายงานและการควบคุม	0.657	<0.001

ส่วนที่ 5 ปัจจัยทำนายประสิทธิผลการจัดบริการด้านสาธารณสุขให้กับผู้สูงอายุ

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดบริการด้านสาธารณสุขให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตสุขภาพที่ 6 ประกอบด้วย ปัจจัยด้านกระบวนการบริหารด้านการวางแผน ($\beta = 0.378$) และด้านการอำนวยความสะดวก ($\beta = 0.322$) และปัจจัยด้านทรัพยากรสาธารณสุขด้านบุคลากร ($\beta = 0.141$) ร่วมกันทำนายประสิทธิผลการจัดบริการด้านสาธารณสุข ได้ร้อยละ 54.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังแสดงในตาราง 6

สมการทำนายได้ดังนี้

สมการคะแนนดิบ $Y = 1.343 + 0.337$ ปัจจัยด้านกระบวนการบริหาร:การวางแผน $+0.268$ ปัจจัยด้าน

กระบวนการบริหาร:การวางแผน $+0.109$ ปัจจัยด้านทรัพยากรสาธารณสุข:

ด้านบุคลากร

สมการคะแนนมาตรฐาน $Y = 0.378$ ปัจจัยด้านกระบวนการบริหาร:การวางแผน $+0.322$ ปัจจัยด้าน

กระบวนการบริหาร:การวางแผน $+0.141$ ปัจจัยด้านทรัพยากรสาธารณสุข:

ด้านบุคลากร

ตารางที่ 6 การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการให้บริการด้านสาธารณสุขให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตสุขภาพที่ 6

ตัวแปร	B	se	Beta (β)	t	p-value
ปัจจัยด้านกระบวนการบริหาร: การวางแผน	0.337	0.057	0.378	5.872	<0.001
ปัจจัยด้านกระบวนการบริหาร: การอำนวยการ	0.268	0.053	0.322	5.032	<0.001
ปัจจัยด้านทรัพยากรสาธารณสุข: ด้านบุคลากร	0.109	0.040	0.141	2.748	0.006
Constant = 1.343 SE = 0.156 R = 0.739 R ² = 0.547 R ² adj 0.541					

อภิปรายผล

ระดับของประสิทธิภาพการให้บริการด้านสาธารณสุขให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตสุขภาพที่ 6

ประสิทธิภาพการให้บริการด้านสาธารณสุขให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน เขตสุขภาพที่ 6 อยู่ในระดับสูงทุกด้าน ($\bar{x} = 3.96 \pm 0.54$) ทั้งด้านการประเมินและวางแผน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนทุกคนจะได้รับการประเมินสุขภาพตามเกณฑ์ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) และนำมาจัดทำแผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล (Personal care plan) ด้านการให้บริการดูแลด้านสาธารณสุขกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนจะมีทีมสหสาขาวิชาชีพออกร่วมทุกครั้ง การบริการดูแลที่บ้านและชุมชน โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ผู้นำชุมชนและคนชุมชนมีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนสามารถใช้บริการสาธารณสุขโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และมีช่องทางพิเศษเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติในการติดต่อประสานเพื่อขอความช่วยเหลือ ญาติมีความพึงพอใจในการจัดการบริการด้านสาธารณสุขที่บ้าน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้รับการดูแลมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องรูปแบบของการจัดระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุของคลินิกหมอครอบครัวในเขตสุขภาพที่ 6 ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่พึงพอใจต่อการจัดการบริการสุขภาพเนื่องจากเป็นบริการที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุทั้งในสถานบริการสุขภาพและในชุมชน⁷

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับประสิทธิภาพการให้บริการด้านสาธารณสุขให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตสุขภาพที่ 6

ปัจจัยด้านกระบวนการบริหารจัดการ ($r = 0.702$, $p\text{-value} < 0.001$) และปัจจัยด้านทรัพยากรสาธารณสุข ($r = 0.597$, $p\text{-value} < 0.001$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับประสิทธิภาพการให้บริการด้านสาธารณสุขให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องมาจากหากพิจารณาตามทฤษฎีระบบ (System theory) ปัจจัยด้านทรัพยากรสาธารณสุข ถือเป็นปัจจัยนำเข้า (Input) และปัจจัยด้านกระบวนการบริหารจัดการ เปรียบเสมือนกระบวนการ (Process) ที่ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ (Output) ในการจัดการบริการด้านสาธารณสุขให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน สอดคล้องกับงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ¹² ที่ระบุว่าปัจจัยทางการบริหารทั้งเรื่องปัจจัยด้านทรัพยากรสาธารณสุขและการทำงานเพื่อเชื่อมโยงการปฏิบัติการเชิงเครือข่ายสุขภาพนั้นถือเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จของการจัดการบริการสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ปัจจัยทำนายประสิทธิผลการจัดบริการด้านสาธารณสุขให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตสุขภาพที่ 6

ตัวแปรที่สามารถพยากรณ์ประสิทธิผลการจัดบริการด้านสาธารณสุขให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ประกอบด้วย ปัจจัยด้านกระบวนการบริหารด้านการวางแผน ($\beta = 0.378$) และด้านการอำนวยความสะดวก ($\beta = 0.322$) และปัจจัยด้านทรัพยากรสาธารณสุขด้านบุคลากร ($\beta = 0.141$) ที่ร่วมกันทำนายประสิทธิผลการจัดบริการด้านสาธารณสุข ได้ร้อยละ 54.10 อธิบายได้ว่า ปัจจัยด้านกระบวนการบริหารในเรื่องการวางแผนและการอำนวยความสะดวกมีลักษณะของการวางแผนปฏิบัติงานโดยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติงานผ่านการจัดทำแผนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ มีการกำหนดระยะเวลาในการดำเนินงานที่ชัดเจน วางแผนงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ รวมถึงการวางแผนการประเมินผลงานตามแผนที่กำหนดไว้ รวมถึงนำปัจจัยด้านทรัพยากรสาธารณสุขด้านบุคลากรที่เป็นเครือข่ายสหสาขาวิชาชีพร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานให้เป็นไปตามแผนที่กำหนด เพื่อมุ่งสู่ประสิทธิผลของการจัดบริการด้านสาธารณสุขเป็นไปตามงานวิจัยของพนมวัฒน์ แก้วหิตและคณะ¹³ ที่พบว่า ทรัพยากรด้านสาธารณสุข ได้แก่ งบประมาณ บุคลากร แผนงาน วัสดุอุปกรณ์และเครือข่ายสุขภาพ ร่วมกับภาพรวมของกระบวนการดำเนินงาน ทั้งการส่งการ การควบคุมกำกับและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ เป็นปัจจัยความสำเร็จของการบริหารโครงการตำบลต้นแบบในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้

1. จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยทางทรัพยากรสาธารณสุข ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านบุคลากร อยู่ในระดับสูง ปัจจัยด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และด้านองค์กร/สถาบัน อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น จึงเสนอให้เขตสุขภาพที่ 6 กำหนดเป็นแผนพัฒนาผู้ปฏิบัติงานทั้งเจ้าหน้าที่ Care Manager และ Care Giver โดยการจัดอบรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดอัตราการขาดแคลนผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และเป็นการฟื้นฟูความรู้ในการจัดบริการสาธารณสุขที่ทันสมัยสอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบัน ผลักดันการจัดสรรงบประมาณให้เพียงพอและกำกับการโอนให้หน่วยบริการให้ทันเวลา สนับสนุนจัดตั้งกองทุนกายอุปกรณ์มีไว้ให้ยืมระดับตำบลและบริการซ่อมฟรี จัดระบบให้ความช่วยเหลือหรือให้คำปรึกษากับผู้ปฏิบัติงาน

2. จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยกระบวนการบริหารจัดการ ภาพรวมในอยู่ระดับปานกลาง ปัจจัยด้านการบริหารบุคคล ด้านการอำนวยความสะดวกและการประสานงาน ด้านการรายงานและควบคุมกำกับ อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพและบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุทั้งในครอบครัว เครือข่ายชุมชนและหน่วยงานภาครัฐ ด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน การดูแลต่อเนื่องในชุมชน การบริการเชิงรุก การบริการในสถานพยาบาล การสร้างเครือข่ายและสร้างการมีส่วนร่วม ให้คำปรึกษาให้เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงแต่ละรายและเตรียมความพร้อมรองรับผู้สูงอายุในอนาคต

3. ปัจจัยทำนายประสิทธิผลการจัดบริการด้านสาธารณสุขให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ประกอบด้วย ด้านกระบวนการบริหารด้านการวางแผนและด้านการอำนวยความสะดวกร่วมกับปัจจัยด้านทรัพยากรสาธารณสุขด้านบุคลากร ดังนั้น

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะเขตสุขภาพที่ 6 ควรพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในด้านการวางแผนงานเชิงระบบ เพื่อสนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาบริการด้านสาธารณสุขอย่างบูรณาการทั้งระยะสั้นและระยะยาวตามแผนที่กำหนดไว้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนในพื้นที่ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) เพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีความต่อเนื่องยั่งยืนและเตรียมพร้อมรองรับ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณความร่วมมือจากผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 6 และผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือเก็บข้อมูลงานวิจัย ได้แก่ อาจารย์เสรี เจตสุนทร อดีตรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี อาจารย์ ดร.วนัสรา เขาวนนิม และผู้ช่วยศาสตราจารย์พิศมัย เสรีจรกิจเจริญ ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการขับเคลื่อนระบบสุขภาพเพื่อรองรับสังคมสูงอายุ ภายใต้แนวคิด “สุขเพียงพอ ชะลอชรา ชีวียืนยาว” ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2565. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน): 2563.
2. จีราพร ทองดี และวราภรณ์ บุญเชียง. ระบบการบริการสุขภาพผู้สูงอายุกับ “โมเดลประเทศไทย 4.0”. พยาบาลสาร 2560; 44 (ฉบับพิเศษ 1): 138-150.
3. World Health Organization. Integrated care for older people: Realigning primary health care to respond to population ageing. [อินเทอร์เน็ต]. 2018 [เข้าถึงเมื่อ 7 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326295/WHO-HIS-SDS-2018.44-eng.pdf>
4. พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 [สืบค้นเมื่อ 7 เมษายน 2566]. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 136 ตอนที่ 56ก (ลงวันที่ 30 เมษายน 2562).
5. เจริญรัตน์ บุญที, ประจักษ์ บัวผัน และนพรัตน์ เสนาฮาด. ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2566; 23(2): 159-171.
6. Kabene SM, Orchard C, Howard JM, Soriano MA, and Leduc R. The importance of human resources management in health care: a global context. Human Resources for Health 2006; 4:20 doi: 10.1186/1478-4491-4-20
7. จันทนา วังคะออม. การสังเคราะห์การจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุของคลินิกหมอครอบครัวในเขตสุขภาพที่ 6. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2565; 17(2): 56-66.

8. สำนักงานหลักประกันสุขภาพ. ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2561. [อินเทอร์เน็ต]. 2061 [เข้าถึงเมื่อ 7 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nhso.go.th/storage/ownloads/main/113/%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A861-re.pdf>
9. วัลลภ รัฐฉัตรานนท์. การหาขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย: มายาคติในการใช้สูตรของทาโร ยามาเน่ และ เครทซ์ชิมอร์แกน. วารสารสหวิทยาการวิจัย ฉบับบัณฑิตศึกษา 2562; 8(1): 11-28.
10. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2560.
11. Best JW. Research in Education. New Jersey: Prentice hall. 1977.
12. Al-Hawary SIS. Human Resource Management Practices as a Success Factor of Knowledge Management Implementation at Health Care Sector in Jordan. International Journal of Business and Social Science 2015; 6(11): 83-98.
13. พนมวิวัฒน์ แก้วหืด, ศศิธร ธนะภพ และยุทธนา สุทธิธนากร. การบริหารโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ตำบลท่าช้าง อ.ท่าศาลา จ.นครศรีธรรมราช. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2559; 11(2): 1-11.

Received: 19/08/66 Revised: 05/11/66 Accepted: 15/11/66

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ตามหลัก 3อ.2ส.

ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี

Factors related to hypertension preventive behaviors according to 3E.2S.

of the risk group, in a Sub-District, Kabinburi District, Prachinburi Province

อติวิทย์ เข้มทอง^{*a}

^{*}คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา

^aผู้รับผิดชอบหลัก (e-mail: atiwit32097@gmail.com)

Atiwit Khemthong^{*a}

^{*}Faculty of Public health, St. Theresa International College

^aCorresponding author (e-mail: atiwit32097@gmail.com)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. กลุ่มตัวอย่าง คือประชาชนที่มีอายุ 35-59 ปี มีความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 120/80-139/89 mmHg. เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถาม สถิติที่ใช้วิเคราะห์ คือ ค่าเฉลี่ย ค่าโคสควอร์ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ปฏิบัติถูกต้อง 4-5 ครั้ง/ สัปดาห์) แต่ยังไม่ได้ปฏิบัติเป็นประจำ และเมื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัย พบปัจจัยนำส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ($\chi^2 = 9.10, 34.46$) ตามลำดับ ปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ประการ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ในระดับน้อยมาก ($r=0.14$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของความรุนแรงโรคมีความสัมพันธ์ในระดับน้อยมาก ($r=0.14$) การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. อย่างถูกต้องและเหมาะสม มีความสัมพันธ์ในระดับน้อย ($r=0.38, 0.22$) ตามลำดับ และปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์ในระดับน้อย ($r=0.28$) ส่วนปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r=0.59$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการวิจัยข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ที่ยังต้องมีการส่งเสริมให้มีการปฏิบัติอย่างถูกต้องเป็นประจำ ในช่วงสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เข้าสู่การเป็นโรคประจำถิ่น และทีมบริการสุขภาพสามารถพิจารณาเลือกปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละระดับ ไปปรับใช้สำหรับการจัดโครงการ หรือพัฒนาระบบสุขภาพในประเด็นที่เกี่ยวข้องได้

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันโรค, ความดันโลหิตสูง, 3อ.2ส., กลุ่มเสี่ยง

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to study the relationship of predisposing, enabling, and reinforcing factors influencing the hypertension preventive behaviors according to 3E.2S. The samples consisted of people aged 35-59 years old with their blood pressure of 120/80-139/89 mmHg. The research tool was a questionnaire. Data were analyzed by using Average, Chi-square, and Pearson Product Moment Correlation. The results showed that the overall practice of health behaviors according to 3E.2S. was at the high level (practiced correctly 4-5 times/week), but not practiced regularly. When studying the relationship of factors, the predisposing factor, the health behaviors under 3E.2S. principle ($X^2 = 9.10, 34.46$) respectively. The predisposing factor in terms of health belief model showed the Perceived Severity and the Perceived Susceptibility of hypertension were correlated at a low level ($r=0.14$). the Perceived Benefits and Barriers of the proper practice of health behaviors under the 3E.2S. principle were correlated at a low level ($r=0.38, 0.22$) respectively. The enabling factor was correlated at a low level ($r=0.28$). The reinforcing factor was correlated at a moderate level ($r=0.59$). Basing on the above findings, the risk group had the health behaviors under the 3E.2S. principle that still need to be promoted on a regular basis during the Coronavirus 2019 pandemic moving to endemic approach. In addition, the health service team can select factors that correlated with health behaviors at each level to be applied for project management or health system development on relevant issues.

Keywords: Preventive Behavior, Hypertension, 3E.2S., Risk Group

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรทั่วโลก มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1 พันล้านคนทั่วโลก พบเสียชีวิต 7.5 ล้านคน องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าจะมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกเพิ่มขึ้นถึง 1.56 พันล้านคนในปี 2568²⁴ องค์การอนามัยโลกรายงานว่า มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดมากถึง 17.9 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 32 ของจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด²⁵ เพราะการเป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานานโดยไม่ได้รับการรักษา จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ส่งผลให้เกิดความผิดปกติต่ออวัยวะที่สำคัญ เช่น หัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากภาวะที่มีความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุทำให้หลอดเลือดเกิดการเสื่อมสภาพกลายเป็นหลอดเลือดตีบหรือเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) ทำให้เลือดไม่สามารถลำเลียงสารอาหารและออกซิเจนไปเลี้ยงอวัยวะส่วนต่างๆของร่างกายได้⁴ สำหรับสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2562-2563 พบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 25.4 (เพศชาย ร้อยละ 26.7 และเพศหญิง ร้อยละ 24.2) จากร้อยละ 24.7 ในปี 2557 การเข้าถึงระบบบริการของกลุ่มที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเล็กน้อย จากร้อยละ 44.7 ในปี 2557 เป็นร้อยละ 48.8 ในปี 2563¹¹ จากสถิติการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงของจังหวัดปราจีนบุรี พบว่ามีผู้ป่วยโรคความดัน

โลหิตสูงจำนวน 77,929 คน จากประชากร จำนวน 427,325 คน คิดเป็นร้อยละ 18.21 และอำเภออินทร์บุรีมีประชากรจำนวน 129,604 คน พบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 16,382 คน คิดเป็นร้อยละ 12.64¹² โดยพบว่า อำเภอที่มีอัตราป่วยตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดคืออำเภออินทร์บุรี จำนวน 1,490 คน คิดเป็นร้อยละ 2.25¹² และจากข้อมูลจากการคัดกรองโรคไม่ติดต่อประจำปีของตำบลแห่งหนึ่ง ปี พ.ศ. 2564 พบ มีประชากรที่มีอายุ 35-59 ปีในเขตพื้นที่ตำบลแห่งหนึ่ง จำนวน 4,330 คน จากบริการตรวจคัดกรองเชิงรุกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชนในเขตพื้นที่ตำบลแห่งหนึ่ง มีประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง คือประชากรอายุ 35-59 ปี มีค่าระดับความดันโลหิต 120/80-139/89 mmHg.¹ จำนวน 453 คน คิดเป็นร้อยละ 10.46 และมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1,156 คน จากจำนวนประชากรในตำบลจำนวน 7,054 คน คิดเป็นร้อยละ 16.39 ซึ่งสูงเป็นอันดับที่หนึ่งของอำเภออินทร์บุรี¹²

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และในประเทศไทยพบผู้ป่วยรายแรกเมื่อวันที่ 13 มกราคม 2563 โดยรัฐบาลได้ประกาศการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 เป็นสถานการณ์ฉุกเฉิน²⁰ และกลุ่มที่เสี่ยงต่อการมีอาการรุนแรงเมื่อติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือกลุ่ม 608 หรือผู้ที่มีภูมิคุ้มกันหรือกลุ่มคนที่มีการทำงานของปอดไม่เท่าคนปกติ ได้แก่ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คือ โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคอ้วน โรคเบาหวาน³ ซึ่งโรคเรื้อรังดังกล่าวส่วนใหญ่มีโรคความดันโลหิตสูงเป็นพยาธิสภาพร่วมด้วย หรือเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรค จากข้อมูลผู้เสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของจังหวัดปราจีนบุรี พบว่ามีผู้เสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวนมาก และจากสถิติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดปราจีนบุรี ที่เสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคประจำตัว โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคอ้วน ตามลำดับ¹³

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคในเขตพื้นที่ตำบลแห่งหนึ่ง อำเภออินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี มีความตระหนักถึงสภาพปัญหาของโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดโรคต่างๆ นำมาสู่การเสียชีวิตและความพิการ โดยเฉพาะในสถานการณ์ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้าสู่การเป็นโรคประจำถิ่น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ในพื้นที่ตำบลแห่งหนึ่ง อำเภออินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี โดยประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE-PROCEED Framework (Green & Kreuter, 2005)¹⁷ ร่วมกับแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief model: HBM) (Rosenstock, 1988)⁹ โดยมีกลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เพราะกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว ยังอยู่ในช่วงที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดระดับค่าความความดันโลหิตได้ หรือผู้ที่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ดังเช่น ผลการวิจัยของทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์ และคณะ (2559) ที่พบว่า ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง⁵ และผลการวิจัยของ ยุพาวดี แซ่เตีย (2562) ที่พบว่า พฤติกรรมป้องกันการโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง ต้องอาศัยปัจจัยทั้ง 5 ปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง⁸ โดยแนวคิดดังกล่าวจะส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมป้องกันการโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ทั้งนี้เขตพื้นที่ตำบลแห่งหนึ่ง ยังไม่เคยมีการศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โดยนำหลัก 3อ.2ส.ตามแนวทางของกองสุขศึกษา

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ² มาประยุกต์ใช้ และนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์ถึงปัจจัยสาเหตุ เพื่อเป็นแนวทางในการจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค และพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง

สมมติฐานการวิจัย

1. ระดับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง อยู่ในระดับน้อย
2. ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง อยู่ในระดับน้อย
3. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 3อ.2ส.

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยวิจัยเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research) ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่อาศัยอยู่ในตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชากรที่มีอายุ 35-59 ปี จำนวน 453 คน ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีผลการตรวจคัดกรองโดยการตรวจวัดความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 120/80 - 139/89 mmHg. จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาศัยอยู่ในตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี

กลุ่มตัวอย่าง

ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 453 คน ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยมีขนาดกลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 184 คน จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตร (บุญชม ศรีสะอาด, 2538: 186) ดังนี้

$$n = \frac{P(1-P)}{\frac{e^2}{Z^2} + \frac{P(1-P)}{N}}$$

เมื่อ n แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ
e แทน ระดับความคลาดเคลื่อน = 0.05
P แทน สัดส่วนของประชากรที่ผู้วิจัยกำหนดจะสุ่ม

Z แทน ค่า Z ที่ระดับความเชื่อมั่นหรือระดับนัยสำคัญ

N แทน จำนวนประชากร

$$\text{แทนค่าในสูตร } n = \frac{0.3 (1-0.3)}{\frac{0.05^2}{1.96^2} + \frac{0.3 (1-0.3)}{453}}$$

$$n \approx 184$$

และเพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 10 (Little & Rubin, 2002) ได้จำนวน 18 คน ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทั้งสิ้น จำนวน 202 คน จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยการประยุกต์ทฤษฎี PRECEDE-PROCEED Framework¹⁷ และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM)⁹ แบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเสี่ยง เน้นคำถามปลายปิดและปลายเปิด จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำด้านความเชื่อตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) จำนวน 30 ข้อ เป็นข้อคำถามชนิดประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน 1	หมายถึง	เห็นด้วยน้อยมาก
คะแนน 2	หมายถึง	เห็นด้วยน้อย
คะแนน 3	หมายถึง	เห็นด้วยปานกลาง
คะแนน 4	หมายถึง	เห็นด้วยมาก
คะแนน 5	หมายถึง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เกณฑ์ในการประเมินค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นที่ได้นำมาแปลผลความหมายตามเกณฑ์ของ (บุญชม ศรีสะอาด, 2545) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 1.50	หมายถึง มีการรับรู้ในระดับน้อยที่สุด
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.51 - 2.50	หมายถึง มีการรับรู้ในระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.51 - 3.50	หมายถึง มีการรับรู้ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.51 - 4.50	หมายถึง มีการรับรู้ในระดับมาก
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.51 - 5.00	หมายถึง มีการรับรู้ในระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อ จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามชนิดประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน 1	หมายถึง	เห็นด้วยน้อยมาก
คะแนน 2	หมายถึง	เห็นด้วยน้อย
คะแนน 3	หมายถึง	เห็นด้วยปานกลาง
คะแนน 4	หมายถึง	เห็นด้วยมาก
คะแนน 5	หมายถึง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เกณฑ์ในการประเมินค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นที่ได้นำมาแปลผลความหมายตามเกณฑ์ของ (บุญชม ศรีสะอาด, 2545) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 1.50	หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับน้อยที่สุด
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.51 - 2.50	หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.51 - 3.50	หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.51 - 4.50	หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับมาก
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.51 - 5.00	หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริม จำนวน 14 ข้อ เป็นข้อคำถามชนิดประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน 1	หมายถึง	เห็นด้วยน้อยมาก
คะแนน 2	หมายถึง	เห็นด้วยน้อย
คะแนน 3	หมายถึง	เห็นด้วยปานกลาง
คะแนน 4	หมายถึง	เห็นด้วยมาก
คะแนน 5	หมายถึง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เกณฑ์ในการประเมินค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นที่ได้นำมาแปลผลความหมายตามเกณฑ์ของ (บุญชม ศรีสะอาด, 2545) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 1.50	หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับน้อยที่สุด
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.51 - 2.50	หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.51 - 3.50	หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.51 - 4.50	หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับมาก
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.51 - 5.00	หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. จำนวน 25 ข้อ เป็นข้อคำถามชนิดประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน 1	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติ
คะแนน 2	หมายถึง	ปฏิบัตินานๆครั้ง
คะแนน 3	หมายถึง	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง
คะแนน 4	หมายถึง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง

คะแนน 5 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ
เกณฑ์ในการประเมินค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นที่ได้นำมาแปลผลความหมายตามเกณฑ์ของ (บุญชม ศรีสะอาด, 2545) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 1.50	หมายถึง มีการปฏิบัติในระดับน้อยที่สุด คือไม่เคยปฏิบัติ
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.51 - 2.50	หมายถึง มีการปฏิบัติในระดับน้อย คือปฏิบัติไม่ถูกต้อง (น้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์)
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.51 - 3.50	หมายถึง มีการปฏิบัติในระดับปานกลาง คือปฏิบัติยังไม่ถูกต้อง (≤ 3 ครั้งต่อสัปดาห์)
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.51 - 4.50	หมายถึง มีการปฏิบัติในระดับมาก คือปฏิบัติถูกต้อง (4-5 ครั้งต่อสัปดาห์)
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.51 - 5.00	หมายถึง มีการปฏิบัติในระดับมากที่สุด คือปฏิบัติถูกต้องเป็นประจำ (6-7 ครั้งต่อสัปดาห์)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ในการศึกษาครั้งนี้หาคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC ได้ค่าตรวจสอบความสอดคล้องอยู่ระหว่าง .66 - 1.00 ทุกข้อ ซึ่งหมายความว่า แบบประเมินชุดนี้ มีค่าความตรงตามเนื้อหา และการหาคุณภาพด้านความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient method) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง = 0.967

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการประชุมทีมวิจัย ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการศึกษาและรายละเอียดของแบบสอบถาม ตามที่ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หมายเลขการรับรอง STIC-S 001/2022 จากวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา เมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนทำการเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการศึกษาและรายละเอียดของแบบสอบถาม พร้อมทั้งอธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างให้กลุ่มประชากรที่ทำการศึกษด้วยตนเองเพื่อให้มีความเข้าใจในการศึกษาครั้งนี้ และการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent Form)
3. ผู้วิจัยและทีมวิจัยแจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นกลุ่มประชากรในการศึกษาที่สามารถตอบแบบสอบถามได้ และถ้าหากไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้ ผู้วิจัยจะใช้วิธีการสัมภาษณ์แทน
4. ผู้วิจัยทำการรวบรวมแบบสอบถาม ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนและสมบูรณ์ ของการตอบแบบสอบถาม
5. ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และดำเนินการจัดทำรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยการใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ปัจจัยนำส่วนบุคคล ปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมป้องกันการโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส.

2. สถิติอ้างอิง (Interferential Statistics) โดยใช้ Chi-square (χ^2) และกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำส่วนบุคคลกับกับพฤติกรรมป้องกันการโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมป้องกันการโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส.

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยนำส่วนบุคคล

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยนำส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ พบประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.83 เพศชาย ร้อยละ 33.17 มีอายุระหว่าง 30-50 ปี ร้อยละ 71.29 สถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 69.31 ระดับการศึกษาไม่เกินประถมศึกษา ร้อยละ 45.54 ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปแต่ไม่เกินระดับปริญญาตรี ร้อยละ 44.06 ระดับปริญญาตรีขึ้นไป 10.40 ประกอบอาชีพใช้แรงงาน (ทำนา ทำไร่ รับจ้างทั่วไป) กับอาชีพค้าขายหรือธุรกิจ มีจำนวนใกล้เคียงกัน ร้อยละ 33.67 และร้อยละ 31.68 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย มากกว่า 5,000 บาท แต่ไม่เกิน 20,000 บาท ร้อยละ 75.24

2. ปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) พบว่า ปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=3.79) และพบว่า มีองค์ประกอบในระดับมาก 3 องค์ประกอบ คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค (ค่าเฉลี่ย=3.96) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของความรุนแรงในการป่วยเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2.19 (ค่าเฉลี่ย=3.78) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (ค่าเฉลี่ย=4.00) ในส่วนของการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เพียงองค์ประกอบเดียวที่มีระดับการรับรู้ที่ถูกต้องอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย=3.41) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าคะแนนเฉลี่ยปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงจำแนกตามองค์ประกอบ 4 ด้าน

องค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM)	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ด้านการรับรู้ความรุนแรง	3.96	1.15	มาก
2. ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง	3.78	1.27	มาก
3. ด้านการรับรู้ประโยชน์	4.00	1.25	มาก
4. ด้านการรับรู้อุปสรรค	3.41	1.40	ปานกลาง
ภาพรวมปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	3.79	1.28	มาก

3. ปัจจัยเอื้ออันเป็นทรัพยากรที่มีผลต่อการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 3.14)

4. ปัจจัยเสริมจากบุคคลอื่นที่ช่วยให้เกิดการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=3.93) โดยมีหัวข้อย่อยของปัจจัยเสริมอยู่ในระดับมากทุกหัวข้อย่อย

5. พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ผลการวิจัย พบว่า ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมการปฏิบัติ 3อ.2ส. ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=3.78) โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติพฤติกรรมในแต่ละด้านของ 3อ.2ส. คือ การบริโภคอาหารภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย=3.22) การออกกำลังกายภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=3.62) การจัดการอารมณ์หรือความเครียดภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=4.08) การสูบบุหรี่ปฏิบัติได้ถูกต้องในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=4.20) และการดื่มสุราในภาพรวมอยู่ในระดับมากแต่ค่อนข้างไปในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย=3.78) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง จำแนกตามพฤติกรรม 3อ.2ส.

พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 3อ.2ส.	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร	3.22	1.20	ปานกลาง
2. พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย	3.62	1.22	มาก
3. พฤติกรรมด้านอารมณ์	4.08	1.12	มาก
4. พฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่	4.20	1.40	มาก
5. พฤติกรรมด้านการดื่มสุรา	3.78	1.41	มาก
ภาพรวมพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส.	3.78	1.32	มาก

6. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำส่วนบุคคล กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. พบว่า ปัจจัยนำส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนตามพฤติกรรม 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เพียง 2 เรื่อง ได้แก่ เพศ และระดับการศึกษา ($\chi^2 = 9.10$, p-value = 0.02) และ ($\chi^2 = 34.46$, p-value = 0.01)

7. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. พบ ปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในภาพรวมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรม 3อ.2ส. ในระดับน้อย ($r=0.22$) แต่เมื่อพิจารณาในรายองค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนตามพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. พบ องค์ประกอบด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมีระดับความสัมพันธ์น้อยมาก ($r=0.14$) ส่วนการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ในระดับน้อย ($r=0.38$, $r=0.22$)

8. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. พบปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรม 3อ.2ส. ในระดับน้อย ($r=0.28$) และปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปฏิบัติพฤติกรรม 3อ.2ส. ในระดับปานกลาง ($r=0.59$) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง

ปัจจัย	พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส.		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยนำตาม HBM	0.22	0.04*	น้อย
ปัจจัยนำด้านการรับรู้ความรุนแรง	0.14	0.04*	น้อยมาก
ปัจจัยนำด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง	0.14	0.04*	น้อยมาก
ปัจจัยนำด้านการรับรู้ประโยชน์	0.38	0.04*	น้อย
ปัจจัยนำด้านการรับรู้อุปสรรค	0.22	0.01*	น้อย
ปัจจัยเอื้อ	0.28	0.03*	น้อย
ปัจจัยเสริม	0.59	0.001**	ปานกลาง

* ค่าระดับนัยสำคัญ น้อยกว่า 0.01

** ค่าระดับนัยสำคัญ น้อยกว่า 0.05

อภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยนำแนวคิด PRECEDE-PROCEED Framework¹⁷ และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM)⁹ มาเป็นกรอบในการศึกษาวิจัยในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 3อ.2ส. พบประเด็นการอภิปรายผล ดังนี้

1. ผลการวิจัย พบ ปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน อาจเนื่องจากประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีความเชื่อหรือการรับรู้ความรุนแรงของโรค และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงที่รุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมทั้งประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับผลการวิจัยของอินทัย ผลิตินนท์เกียรติ และคณะ (2561) ที่ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก¹⁵ และสอดคล้องกับผลการวิจัยของอมรรัตน์ ลีอนาม (2562) ที่ศึกษาระดับพฤติกรรมในการดูแลตนเองและความสามารถของปัจจัยทำนายพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มเสี่ยงมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง¹⁴ อย่างไรก็ตามประชาชนกลุ่มเสี่ยงยังมีการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นเรื่องที่จะต้องทำความเข้าใจ

เข้าใจและต้องหาวิธีการสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรนำข้อมูลที่ได้จากผลการศึกษาไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แม้ในช่วงของการเปลี่ยนแปลงจากโรคระบาดเข้าสู่การเป็นโรคประจำถิ่น

2. ผลการวิจัย พบ ปัจจัยเอื้อที่เป็นทรัพยากรที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตนตามพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน อย่างไรก็ตามยังมีทรัพยากรที่ไม่เหมาะสมหรือยังไม่เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรม 3อ.2ส. เนื่องจากปัจจัยเอื้อยังไม่เหมาะสมเท่าที่ควร จึงถือได้ว่าปัจจัยเอื้อที่มีขณะนี้ยังต้องมีการปรับปรุงแก้ไข พร้อมทั้งการให้ความรู้ความเข้าใจในเรื่องการจัดการด้านปัจจัยเอื้อแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้เกิดการปฏิบัติตนตามพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ได้อย่างเหมาะสมกับทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด สอดคล้องกับผลการวิจัยของทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์ (2559) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และพบว่า กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง มีปัจจัยเอื้ออยู่ในระดับปานกลาง⁵

3. ผลการวิจัย พบ ระดับปัจจัยเสริมให้ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน อาจเพราะปัจจัยเสริมมีต่อการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ที่เป็นการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะปัจจัยเสริมที่เป็นแรงจูงใจหรือกำลังใจที่ได้จากบุคคลในครอบครัว เพื่อน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา⁵ และพบว่า กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง มีปัจจัยเสริมอยู่ในระดับสูง

4. ผลการวิจัย พบ ระดับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน แสดงว่าการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง มีการปฏิบัติถูกต้อง แต่ยังไม่ปฏิบัติถูกต้องเป็นประจำ คือในช่วงสถานการณ์ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ควรมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. เป็นประจำเพื่อป้องกันตนเอง เพราะถ้าให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในขณะที่ตนเองมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่แล้ว ตนอาจเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และยังมีภาวะแทรกซ้อนคือการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาจทำให้เพิ่มระดับความรุนแรงและเสียชีวิตได้¹⁸ จากผลการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 5 ด้าน พบ พฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นเรื่องที่ต้องสร้างความตระหนักในเรื่องการบริโภคอาหารให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยง ส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการอารมณ์หรือความเครียด พฤติกรรมการดื่มสุรา ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง พบ อยู่ในระดับมาก และพบว่าพฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่ มีการปฏิบัติอยู่ในระดับมากเช่นกัน และมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดในการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. อาจเป็นเพราะประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เนื่องจากเพศหญิงมีความดูแลเอาใจใส่ตนเองในเรื่องของบุคลิกภาพ²¹ ทำให้อาจหลีกเลี่ยงจากการสูบบุหรี่ เพราะในบุหรี่มีสารนิโคตินที่ทำให้ความดันโลหิตซิสโตลิกสูงขึ้น 4 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูงขึ้น 3 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งพบว่าบุหรี่ส่งผลให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงและอาจมีภาวะแทรกซ้อนถึงอัมพาตได้²³ สอดคล้องกับผลการวิจัยของยุพาวดี แซ่เตีย (2562) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับดี⁸

5. ผลการวิจัย พบ ปัจจัยนำส่วนบุคคล ปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ดังนี้

5.1 ปัจจัยนำส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ได้แก่ เพศ และระดับการศึกษา แสดงว่าปัจจัยนำส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยเฉพาะเพศ และระดับการศึกษา ส่วนอายุ สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้ แม้จะแตกต่างกันก็ไม่มีผลกระทบต่อ การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งความสัมพันธ์เรื่องเพศและระดับการศึกษา สอดคล้องกับการวิจัยของวินิช สุขสถาน (2561) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบปัจจัยหนึ่งของกลุ่มเสี่ยง ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโรคความดันโลหิตสูงคือระดับการศึกษา¹⁰ และเป็นไปตามผลการวิจัยของ Prasanna Mithra Parthaje (2016) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความดันโลหิตสูงและสังคม พบ เพศชายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด²²

5.2 ปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ดังจะพบค่าความสัมพันธ์ของการรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคกับการปฏิบัติตามพฤติกรรมการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์กันน้อยมาก ทั้งองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ส่วนการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงก็มีความสัมพันธ์กันในระดับน้อยเช่นกัน สอดคล้องกับผลการวิจัยของอังคณา กันใจแก้ว (2562) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของประชาชนที่มาออกกำลังกายสวนสาธารณะหนองบวหาด และพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01¹⁶

5.3 ปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน แต่ในระดับความสัมพันธ์ที่น้อย แสดงว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีความคิดเห็นว่าทรัพยากรที่มีอยู่ในพื้นที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. แต่ทรัพยากรนั้นอาจยังไม่เพียงพอและเหมาะสมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. หรือปฏิบัติได้เป็นประจำ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา⁵ ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และพบว่า ปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.4 ปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน และปัจจัยเสริมหรือสนับสนุนที่มีความสัมพันธ์มากที่สุดของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และมีค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 0.001 เนื่องจากประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับแรงสนับสนุนจากผู้ใกล้ชิดมากที่สุดคือคนในครอบครัว รองลงมาคือเพื่อน และเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา⁵ พบว่าปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง โดยการที่บุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคนั้น ขึ้นอยู่กับ การได้รับความรู้ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมหรือบุคคลรอบข้าง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ข้อมูลปัจจัยที่ได้จากการวิจัยได้นำกรอบแนวคิดของ PRECEDE PROCEED Framework มาใช้เพื่อประเมินและวินิจฉัยสาเหตุของพฤติกรรม และนำข้อมูลที่ได้จากการทำวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นฐานข้อมูลในการจัดทำโครงการ เพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. และป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในช่วงสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้าสู่การเป็นโรค

ประจำถิ่น อย่างมีประสิทธิภาพ คือปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ได้ถูกต้องเหมาะสมกับสถานการณ์ที่จำเป็นอยู่ เนื่องจากผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นทั้งข้อมูลที่เป็นปัญหาภายในตัวบุคคล และสิ่งแวดล้อมภายนอกตัวบุคคล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการนำข้อมูลไปทำการวิจัยต่อเนื่อง โดยการเปรียบเทียบความแตกต่างของการปฏิบัติพฤติกรรม 3อ.2ส. ในแต่ละด้าน จำแนกตามปัจจัยนำส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ครั้งนี้ คือ เพศ และระดับการศึกษา

2. ควรมีการพัฒนาแบบการวิจัยโดยการนำหลักการ 3อ.2ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สดชื่น ตื่นตัว) ไปประยุกต์ใช้ในรูปแบบการวิจัยต่างๆในการส่งเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมโรค เพื่อเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
2. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสุขศึกษา. [อินเทอร์เน็ต]. 3อ.2ส.เคล็ดลับสุขภาพดีของวัยทำงาน. [เข้าถึงเมื่อ 10 กรกฎาคม 2565] เข้าถึงได้จาก: <http://www.hed.go.th/information/211>
3. กรมอนามัย. [อินเทอร์เน็ต]. กลุ่ม 608 คือกลุ่มคนที่ต้องได้รับวัคซีนป้องกันโควิด - 19 มากที่สุด. [เข้าถึงเมื่อ 10 กรกฎาคม 2565] เข้าถึงได้จาก: <https://multimedia.anamai.moph.go.th/anamai-toons/covid-vaccine-4/>
4. จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์. โรคความดันโลหิตสูง. ใน วิทยา ศรีมาตา (บ.ก.), ตำราอายุรศาสตร์ 4 (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
5. ทองทิพย์ สลวงษ์ลักษณ์, พัชรี ศรีฤดา, ขวัญภิรมย์ ชัยสงค์, พรธีรา สังคะลุน, วิชราพร แก้วกล้า, สมพร กลางนอก, สุจิตรา ละครชัย. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองไข่น้ำอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. การประชุมวิชาการและเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ครั้งที่ 3 ก้าวสู่ทศวรรษที่ 2:บูรณาการการงานวิจัย ไข้องค์ความรู้ สู่ความยั่งยืน 2559; 3(3), 378.
6. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2538.
7. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2545.
8. ยุพาวิดี แซ่เตีย. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง.วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา; 2564.
9. วรณกร พลพิชัย, และจันทรา พลพิชัย. คุณภาพชีวิต แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ชาวประมงในจังหวัดตรัง(รายงานการวิจัย). มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย; 2561.
10. วานิช สุขสถาน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรค ความดันโลหิตสูงภายใต้นโยบาย หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข 2561; 4(3), 1.

11. วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์; 2564.
12. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี. [อินเทอร์เน็ต]. รายงานการคัดกรองและเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง. [เข้าถึงเมื่อ 8 กรกฎาคม 2565] เข้าถึงได้จาก: <http://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports>
13. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี. [อินเทอร์เน็ต]. รายงานข่าวกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระลอก เมษายน 2564 จังหวัดปราจีนบุรี. [เข้าถึงเมื่อ 10 กรกฎาคม 2565] เข้าถึงได้จาก: <https://pri.moph.go.th/news/98-covid-19/771>
14. อมรรัตน์ ลือนาม. ความสัมพันธ์เชิงพื้นที่และสถานภาพเศรษฐกิจและสังคมที่มีความสัมพันธ์ต่อการป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรังในประเทศไทย. (วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2565.
15. อนันท์ ผลิตนันทเกียรติ, จิตภา ศรือธรม, นามิต้า ฉาดหลี่, ฐิติพร จันทรพร, อนงค์ จันทรเพิ่ม, ชุติพร ไชยสุนันท์ และ สมฤดี พุ่มโพธิ์ทอง. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางสมัคร อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา. บทความวิจัยสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย; 2561.
16. อังคณา กันใจแก้ว. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของประชาชนที่มาออกกำลังกายสวนสาธารณะหนองบวหาด อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. (วิทยานิพนธ์ ศีษาศาสตรมหาบัณฑิต). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2562.
17. อาภาพร เผ่าวัฒนา, สุรินทร์ กลัมพากร, สุนีย์ ละกะปิ่น และ ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ. การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. ขอนแก่น: หจก.โรงพิมพ์คลังนา นานา วิทยา; 2554.
18. Chen, N. S., Zhou, M., Dong, X., Qu, J. M., Gong, F. Y., Han, Y., Qiu, Y., Wang, J. G., Liu, Y., Wei, Y., Xia, J. A., Yu, T., Zhang, X. X., Zhang, L. [Internet]. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. 2020 [Cited 13 July 2022] Available from: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930211-7>
19. Little, R. J. A., & Rubin, D. B. Statistical analysis with missing data (2nd ed.). New York: John Wiley & Sons; 2002.
20. Ministry of Public Health. [Internet]. Prevention COVID-19: Omicron Update 6.2021 [Cited 10 July 2022] Available from: <https://moph.go.th> (in Thai).
21. Pender J. Health promotion in nursing practice. Norwalk: Appleton & Lange; 1996.
22. Prasanna Mithra Parthaje. [Internet]. Prevalence and correlates of prehypertension among adults in urban south india. 2019 [Cited 21 December 2022] Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1010539515616453>

23. Wexler, R., & Aukerman. Non-pharmacologic strategies for managing hypertension. American Family Physician; 2561, 73, 1953-1956.
24. World Health Organization. [Internet]. A global brief on hypertension Silent killer, global public health crisis. 2013 [Cited 21 July 2022] Available from: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_briefhypertension/en/
25. World Health Organization. [Internet]. Cardiovascular diseases (CVDs). 2021 [Cited 21 July 2022] Available from: [http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

Received: 22/08/66 Revised: 24/11/66 Accepted: 06/12/66

**ประสิทธิผลโปรแกรมการเรียนรู้โดยการกระทำต่อการรับรู้และการปฏิบัติตนตามสัญญาณเตือน
โรคหลอดเลือดสมอง ของผู้มีความดันโลหิตสูงในจังหวัดนครนายก**
**The effectiveness of learning by doing in perception and practice of stroke warning signs
among hypertensive people in Nakhon Nayok province**

สุเพ็ญลักษณ์ พวยอ้วน

คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา

ผู้รับผิดชอบหลัก (E-mail: 204712001@stic.ac.th)

Supenluck Pauy-oun

Faculty of Public health St. Theresa International College

Corresponding author (E-mail: 204712001@stic.ac.th)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design research) ชนิด 2 กลุ่ม (two group pre - post test design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้โดยการกระทำ (Learning by doing) ที่ทำให้เกิดการรับรู้ต่อ สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองที่ดีและถูกต้องส่งผลให้ผู้มีความดันโลหิตสูงสามารถปฏิบัติตนตามสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้มีความดันโลหิตสูง จำนวน 100 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 50 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเรียนรู้โดยการกระทำ 4 ขั้นตอน คือ 1) ประเมินผู้เรียน 2) ประชุมเชิงปฏิบัติการ 3) ตั้งเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติตนด้วยเทคนิค AIC 4) ฝึกปฏิบัติจริงจนเป็นทักษะ กลุ่มควบคุมได้รับการและสื่อต่างๆจากสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขตามปกติ สถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน pair t-test และ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 5 อาการ คือ 1) อาการชาหรืออ่อนแรงของใบหน้าแขนขา 2) อาการสับสน พูดไม่ชัด 3) อาการมองไม่ชัด ตามัว 4) อาการมึนงง เวียนศีรษะ เดินเซ 5) อาการปวดศีรษะรุนแรง อยู่ในระดับมากที่สุดเพิ่มขึ้น จาก 3.60 เป็น 4.73 และเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม ส่งผลให้กลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการตามสัญญาณเตือนได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและมีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนตามสัญญาณเตือนฯเพิ่มมากขึ้นจาก 12.08 เป็น 22.50 และเพิ่มมากกว่ากลุ่มควบคุม และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สรุปได้ว่าโปรแกรมการเรียนรู้โดยการกระทำเป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิผลเพราะทำให้ผู้มีความดันโลหิตสูงเกิดการรับรู้ที่ดีและส่งผลให้เกิดการปฏิบัติตนตามสัญญาณเตือนฯได้อย่างถูกต้องเหมาะสมจึงควรนำโปรแกรมการเรียนรู้โดยการกระทำนี้ไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของหน่วยงานสาธารณสุขต่างๆโดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

คำสำคัญ: ประสิทธิภาพ, โปรแกรมการเรียนรู้โดยการกระทำ, การรับรู้และการปฏิบัติตนตามสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง, ผู้มีความดันโลหิตสูง

Abstract

This quasi-experimental design research (two group pre-post test design) aimed to study the effectiveness of learning by doing program that caused good and accurate awareness of stroke warning signs and enable people with high-risk hypertension to properly follow the stroke warning signs. The sample consisted of 100 hypertensive people, 50 person for the experimental group and 50 person for the control group. The experimental group received a 4-step action based a learning by doing program: 1) assessing the learners, 2) conducting workshops, 3) setting goals and planning actions using AIC techniques, and 4) practicing hands-on skills. The control group received services and media from medical and public health facilities as usual. The data were analyzed by among Percentage, Average, Standard Deviation, Pair T-test, and T-test. The results of the research showed that after the experiment, hypertension people in the experimental group had an average score towards the perception on all 5 stroke warning signs (1. numbness or weakness of the face or limbs, 2. confusion or slurred speech, 3. blurry vision, 4. dizziness or staggered walking, and 5. severe headache) at a higher level from 3.60 to 4.73 and also increased more than the control group, resulting in the experimental group being able to behave properly when following the stroke warning signs and the average score increased from 12.08 to 22.50 and was more than the control group with a statistically significant of $p < 0.05$. It can be concluded that the learning by doing program was effective because it provided a good learning and an accurate following of stroke warning signs. Therefore, a learning by doing program should be applied into health promotion activities and diseases prevention of various public health agencies, especially the subdistrict health promoting hospital.

Keywords: The Effectiveness, Learning by Doing program, Perception and Practice of Stroke Warning Signs, Hypertensive people

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Diseases : CVD) หรือที่เรียกว่า สโตรก (Stroke) เป็นโรคของสมองและระบบประสาทที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมองเกิด ตีบ แดง หรือตันทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยทางระบบประสาทอย่างกะทันหันทันทีทันใดหรือเฉียบพลัน และมีอาการคงอยู่นาน 24 ชั่วโมง ซึ่งนำมาสู่การเสียชีวิตและพิการได้⁽¹⁾ จากสถิติทั่วโลก พบ โรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุการตายอันดับสอง และการพิการเป็นอันดับสาม และในปี 2563 พบมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 80 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน พบผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้นถึง 14.5 ล้านคนต่อปี 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป โดยร้อยละ 80 ของประชากรโลกมีความเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ องค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Organization) เห็นความสำคัญของปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงได้กำหนด วันที่ 29 ตุลาคมของทุกปีเป็น “วันหลอดเลือดสมองโลก หรือวันอัมพาตโลก (World Stroke Day)”⁽²⁾ อย่างไรก็ตาม โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ จึงมีการศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งปัจจัยที่สำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากทฤษฎีของการเกิดโรคและงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง⁽³⁾ ผู้ที่มี

ความดันโลหิตสูงจึงมีโอกาเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าคนปกติ นอกจากนี้ยังพบโรคประจำตัวอื่น ๆ ที่เป็นสาเหตุปัจจัยของโรคหลอดเลือดสมอง คือ เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดแดงที่คอติบ และโรคที่เกิดจากพฤติกรรมการใช้ชีวิต เช่น โรคอ้วน หรือมีพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราในปริมาณมาก การใช้สารเสพติดหรือสารกระตุ้นต่าง ๆ การขาดการออกกำลังกาย ความเครียดหรือพักผ่อนไม่เพียงพอ จากผลการวิจัยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบมีความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 82.3 รองลงมาคือภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 56.9, 27.8, 22.8 ตามลำดับ มีประวัติสูบบุหรี่ร้อยละ 32 ดื่มสุราร้อยละ 19.2 มีอาการโรคหลอดเลือดสมองขณะอยู่บ้านร้อยละ 76.7 มีผู้อื่นอยู่ด้วยขณะมีอาการร้อยละ 80 และพบว่าผู้ป่วยประเมินได้ว่าอาการที่เกิดขึ้นสงสัยว่าจะเป็นอาการรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 75.2 แต่การหาวิธีการมาโรงพยาบาลด้วยวิธีเรียกรถบริการการแพทย์ฉุกเฉินทันที มีเพียงร้อยละ 41.6 อาการผิดปกติที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดคือ แขนขาอ่อนแรง ชักไ้ชักหนึ่ง รองลงมาคือ อาการพูดไม่ชัด พูดสับสน อาการปากเบี้ยว หน้าเบี้ยว มุมปากตก ส่วนอาการรุนแรงที่ผู้ป่วยหรือผู้ช่วยเหลือประเมินได้ถูกต้องทุกรายคือ อาการหมดสติ เรียกไม่รู้สีกตัว⁽⁴⁾ ซึ่งอาการเหล่านี้ อยู่ในสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองที่รัฐได้กำหนดสัญญาณเตือนไว้ 5 อาการสำคัญ ได้แก่ 1) อาการชาหรืออ่อนแรงที่หน้า แขนหรือขาชักไ้ชักหนึ่งอย่างทันทีทันใด 2) อาการสับสน พูดไม่ชัด พูดลำบาก พูดไม่ได้อย่างทันทีทันใด 3) อาการตามัวหรือเห็น ภาพซ้อนของตาข้างใดข้างหนึ่งหรือสองข้างอย่างทันทีทันใด 4) อาการมึนงงเวียนศีรษะ เดินเซ เดินลำบาก อย่างทันทีทันใด 5) อาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงโดยไม่ทราบสาเหตุอย่างทันทีทันใด⁽⁵⁾ เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางด้านสาธารณสุขนำไป เผยแพร่เพื่อให้ประชาชนได้รับทราบ

ภายหลังการเผยแพร่สัญญาณเตือนฯ ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการตามสัญญาณเตือนฯ หรือเมื่อเกิดอาการก็สามารถจัดการในการเข้ารับการรักษได้อย่างถูกต้องและรวดเร็วเพื่อประสิทธิผลของการรักษา ดังเช่น อาณัติ วรรณะ นิภา กิมสูงเนิน และรัชณี นามจันทร์ (2563) ได้ศึกษาการรับรู้และการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนใน ผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การจัดการเพื่อป้องกันและการรับรู้ สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับดีมาก แต่การจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อนำมาหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สัญญาณเตือนกับการจัดการสัญญาณเตือน พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงได้แนะนำว่าควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองเพื่อศึกษาหาโปรแกรมที่ส่งผลต่อการจัดการในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง

จากการปฏิบัติหน้าที่ของผู้วิจัยในฐานะผู้สอนที่นำนักศึกษาทางการพยาบาลเข้าฝึกอบรมในชุมชนพบประชาชนหรือ แม้แต่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงยังไม่ตระหนักถึงอาการนำที่สำคัญก่อนการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หรือที่เรียกว่าสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง จึงทำการศึกษาวิจัยเรื่องการรับรู้สัญญาณเตือนภัยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในตำบลเขาพระ อำเภอเมือง จังหวัดนครนายก ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีอัตราการเจ็บป่วยและการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าของประเทศ โดยพบว่าตั้งแต่ปี 2560 - 2563 อัตราตายต่อประชากรแสนคนจากโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 48, 47, 53 และ 53 ตามลำดับ ส่วนจังหวัดนครนายก พบอัตราตายต่อประชากรแสนคนจากโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ปี 2560 -2563 เท่ากับ 57.84, 60.92, 81.68, และ 64.08 ตามลำดับ⁽⁶⁾ ผลการวิจัยกลับพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ต่อสัญญาณเตือนในระดับดี⁽⁷⁾ ทำให้เกิดคำถามกับผู้วิจัยว่า “ทำไมยังมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นใหม่ทุกปีและมีจำนวนไม่ลดลง” ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาหาวิธีการแก้ปัญหาเพื่อลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาวิธีการเรียนรู้ที่จะทำให้ผู้มีความดันโลหิตสูงเกิดการรับรู้ต่อสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองแล้วนำมาสู่พฤติกรรมในการจัดการการปฏิบัติตนตามสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองอย่างถูกต้องเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมของผู้มีความดันโลหิตสูงแต่ละคน เพื่อให้ผู้มีความดันโลหิตสูงสามารถดูแลตนเองในการป้องกัน

ไม่ให้ตนเองมีความดันโลหิตสูงจนมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หรือเกิดอาการตามสัญญาณเตือนๆและถ้าเกิดมีอาการตามสัญญาณเตือนๆก็สามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องเพื่อจะได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพและสามารถลดความรุนแรง ความพิการหรือการเสียชีวิตลงได้

วิธีการเรียนรู้ที่ผู้วิจัยใช้ในการจัดโปรแกรมในการเรียนรู้คือการเรียนรู้โดยการกระทำ (Learning by doing) ของ จอห์น ดิวอี้ (John Dewey) เป็นวิธีการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางและเป็นผู้กระทำในระหว่างการเรียนรู้ โดยผลของการเรียนรู้จะ นำมาสู่พฤติกรรมที่ต้องการ⁽⁸⁾ ดังเช่นผลการศึกษาของฉัตรชัย วีระเมธีกุล (2559) ได้ศึกษาเรื่องการนำวิธีการเรียนรู้ด้วยการลงมือทำ (Active learning) มาใช้เพื่อการพัฒนาคุณภาพการศึกษาของประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่าการเรียนรู้แบบการลงมือทำ ทำให้ ผู้เรียนเกิดการพัฒนาในทุกๆด้านทั้งด้านการคิด อารมณ์ จิตใจ สติปัญญา ค่านิยมและสังคม ประเทศไทยควรนำวิธีการเรียนรู้นี้มา ใช้พัฒนาการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับนโยบายของรัฐและกระทรวงศึกษาธิการในศตวรรษที่21 และการศึกษาของชลิตา มิ่ง ขวัญ (2563) ที่ศึกษาการพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้จากการปฏิบัติการในชั้นเรียนเพื่อส่งเสริมความสามารถในการออกแบบเว็บ สำหรับการศึกษาอบรมออนไลน์ของนักศึกษาปริญญาตรี พบว่า หลังการเรียนรู้จากการปฏิบัติทำให้ผู้เรียนสามารถนำความรู้ไป ออกแบบเว็บได้เป็นอย่างดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยในระดับของการปฏิบัติอยู่ในระดับดีมาก ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงทำการศึกษา เรื่อง ประสิทธิภาพโปรแกรมการเรียนรู้โดยการกระทำ (Learning by doing) ต่อการปฏิบัติตามสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้มีความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการเรียนรู้โดยการกระทำ (Learning by doing) ที่ทำให้เกิดการรับรู้และปฏิบัติตน ต่อสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาการรับรู้และการปฏิบัติตนตามสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้มีความดันโลหิตสูง
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับการรับรู้และระดับการปฏิบัติ ตนตามสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองโปรแกรมการเรียนรู้โดยการกระทำ
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับการรับรู้และระดับของการปฏิบัติตนตามสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรต้น

โปรแกรมการเรียนรู้โดยการกระทำ (Learning by doing) เรื่อง การปฏิบัติตนตามสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง 4 ขั้นตอน

1. ประเมินผู้เรียน 3 กิจกรรม: ตรวจสถานะสุขภาพ/ประเมินการรับรู้และการปฏิบัติตนตามสัญญาณเตือนฯ/สร้างความรู้จักและคุ้นเคย
2. ประชุมเชิงปฏิบัติการ 3 กิจกรรม: สถานการณ์จำลอง (Simulation)/บรรยายความรู้จากแพทย์เฉพาะทาง/สาธิตและทดลองบันทึกการตรวจสอบตนเอง
3. ตั้งเป้าหมายและวางแผนปฏิบัติตนด้วยเทคนิคAIC:
A = คิด/วิเคราะห์/กำหนดเป้าหมาย/ I = หาวิธีแก้ปัญหา/ C = วางแผนปฏิบัติตนตามสัญญาณเตือนฯ
4. ฝึกปฏิบัติจนเป็นทักษะ 3 กิจกรรม:ฝึกปฏิบัติตนตามแผน 6 สัปดาห์/ Coaching/ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ข้อมูลส่วนบุคคล

เพศ/อายุ/ศาสนา/สถานภาพ/การศึกษา/อาชีพ/รายได้/เวลาที่เป็น HT

ข้อมูลเกี่ยวกับ Stroke

ค่าความดันที่เสี่ยง/การรับรู้สัญญาณเตือนฯ /ช่องทางการรับรู้/การบอกให้คนอื่นทราบ/โรคร่วม/การรักษา HT/วิธีการตรวจHT/ผู้อาศัยในบ้านเดียวกัน

ตัวแปรตาม

การรับรู้ตามสัญญาณเตือนฯ โรคหลอดเลือดสมอง

การปฏิบัติตนตามสัญญาณเตือนฯ โรคหลอดเลือดสมอง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design research) ชนิด 2 กลุ่ม (two group pre - post test design) ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม การวัดมี 2 ระยะ คือ ระยะก่อนทดลอง และระยะหลังทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ที่ได้รับการตรวจค่าความดันโลหิต จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตอไม้แดง ตำบลเขาพระ อำเภอเมือง จังหวัดนครนายก แล้วพบว่ามีความดันโลหิตมากกว่าเกณฑ์ที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2564) กำหนดไว้ คือ ค่าความดันโลหิตมากกว่า 140/90 mmHg ในผู้มีอายุตั้งแต่ 18-60 ปี และมีค่าความดันโลหิตมากกว่า 160/90 mmHg ในผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาจเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาหรือผู้ที่ยังไม่ได้รับการรักษาแต่พบว่ามีความดันโลหิตสูงรวมทั้งผู้ที่มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ แต่ไม่อยู่ในระดับรุนแรง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่มีค่าความดันโลหิตมากกว่า 140/90 mmHg และผู้มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปที่มีค่าความดันโลหิตสูงมากกว่า 160/90 mmHg ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการตามคุณสมบัติที่กำหนด

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่มจากโปรแกรม G*power version 3.1.9.4 ดังนี้

โดยกำหนดค่า Effect size จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r) ของ รพีภัทร ชำนาญเพาะ, หทัยรัตน์ แสงจันทร์ และ ทิพมาส ชิมวงศ์ (2563) เท่ากับ 0.478 และกำหนดค่าความคลาดเคลื่อน $\alpha = 0.05$, Power (1- β error) = 0.95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 46 คน ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างไว้อีก 10 % เพื่อสำรองไว้เผื่อมีการออกจากโครงการระหว่างการทำการทดลอง จึงรวมเป็นขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 50 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่างทำโดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. สุ่มเลือก รพ.สต.ของอำเภอเมือง จ.นครนายกทั้งหมด 19 แห่ง โดยเขียนชื่อ รพ.สต.ทั้งหมดลงในกระดาษแล้วนำรายชื่อมาจับฉลาก รพ.สต.ที่จับรายชื่อขึ้นมาครั้งแรกกำหนดให้เป็น รพ.สต.กลุ่มทดลอง และจับฉลากรายชื่อต่อมา เมื่อได้รายชื่อ

รพ.สต. ชื่อที่ส่งนามาตรวจสอบให้มีลักษณะใกล้เคียงกันกับรพ.สต. กลุ่มทดลองด้วยวิธีการ Matching ตามลักษณะประชากรและพื้นที่ที่ตั้งของ รพ.สต. ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมต้องห่างกันอย่างน้อย 30 กม. เพื่อลดความลำเอียงหรือผลกระทบต่อผลของโปรแกรมที่จะทำการทดลอง เมื่อจับได้ รพ.สต. ที่มีลักษณะประชากรใกล้เคียงกัน จึงกำหนดเป็น รพ.สต. กลุ่มควบคุม

2. คัดเลือกรายชื่อผู้มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปที่มีค่าความดันโลหิตสูงเกินกว่า 140/90 mmHg และอายุมากกว่า 60 ปีที่มีค่าความดันโลหิตสูงเกินกว่า 160/90 mmHg ในแบบบันทึกผู้มีความดันโลหิตสูงของ รพ.สต. ที่เลือกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งคู่ที่เป็นผู้ป่วยและไม่เป็นผู้ป่วยของ รพ.สต. โดยคัดรายชื่อเฉพาะผู้ที่ภาวะความดันโลหิตสูงตามกำหนดอาจมีโรคร่วมก็ได้เช่น เบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด แต่มีระดับของโรคร่วมไม่รุนแรง

3. สุ่มรายชื่อผู้มีความดันโลหิตสูงเกินจากรายชื่อที่คัดเลือกไว้มาทำการสุ่มด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) จาก รพ.สต. ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างให้ได้ รพ.สต. ละ 50 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามการปฏิบัติตามสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทฤษฎีการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทฤษฎีการเรียนรู้โดยการกระทำ และในส่วนของกรรรับรูู้ใช้ของขวัญฟ้า ทาอ้นคำ (2554) ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดและปลายเปิด ประกอบด้วย 3 ส่วน จำนวน 48 ข้อ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 การรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองได้นำแบบสอบถามการรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองเป็นคำถามปลายปิดชนิดประมาณค่า (Rating Scale) เป็นคำถามการรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง 5 อาการเตือน จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติตามสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง (หลอดเลือดสมองแตก ตีบ ตัน) เป็นข้อคำถามปลายปิดและปลายเปิด มีจำนวน 12 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามการปฏิบัติตามสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง

ด้านความเชื่อมั่นหรือความเที่ยง (Reliability) ในส่วนที่ 3 ทำการตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้

การตรวจสอบค่าความสอดคล้อง จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ได้ค่าตรงความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.66 - 1.00 ทุกข้อ

ตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient method) ⁽⁹⁾ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงเท่ากับ 0.71

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1) โปรแกรมการเรียนรู้โดยการกระทำ (Learning by doing) 2) แบบบันทึกการตรวจสอบสุขภาพก่อนเข้าโปรแกรม 3) แบบบันทึกตรวจสอบอาการตามสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง

ซึ่งค่าคะแนนของโปรแกรมนี้นี้ครั้งแรกมีค่า 0.33 จึงนำไปปรับปรุงแก้ไขจนมีคะแนน = 1.00

2) แบบบันทึกการตรวจสอบสุขภาพก่อนเข้าโปรแกรม เป็นแบบบันทึก น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ค่าความดันโลหิต (BP)

3) แบบบันทึกตรวจสอบอาการตามสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง (หลอดเลือดสมองแตก ตีบ ตัน) เป็นแบบบันทึกรายการ (check list) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อให้ผู้มีความดันโลหิตสูงที่เป็นกลุ่มทดลองนำกลับไปบันทึกที่บ้านเพื่อกลับไปเฝ้าระวัง

อาการตามสัญญาณเตือนว่าเกิดขึ้นกับตัวเองหรือไม่และเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูง คือ ความดันโลหิต และน้ำหนักตัว/รอบเอว

วิธีดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบ่งการดำเนินงานเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ใช้เวลาดำเนินการ 6 สัปดาห์ โดยกลุ่มทดลองดำเนินการ 4 ขั้นตอนตามโปรแกรมการเรียนรู้โดยการกระทำ (Learning by doing) ที่ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของ จอห์น ดิวอี้ คือ 1) ประเมินผู้เรียน 2) ประชุมเชิงปฏิบัติการ 3) ตั้งเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติตนด้วยเทคนิค AIC 4) ฝึกปฏิบัติจริงจนเป็นทักษะ ส่วนกลุ่มควบคุมรับบริการและสื่อต่างๆจากสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขตามปกติ

กลุ่มควบคุม ดำเนินการ 2 ขั้นตอน

สัปดาห์ที่ 1 ของขั้นตอนที่ 1 ประเมินการปฏิบัติตามสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง มี 2 กิจกรรม

1) ตรวจสอบสถานะสุขภาพ เพื่อคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต

2) ประเมินการปฏิบัติตามสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองด้วยการตอบแบบสอบถามการปฏิบัติตามสัญญาณเตือน

สัปดาห์ที่ 6 ของขั้นตอนที่ 2 หลังขั้นตอนที่ 1 ประชุมเชิงปฏิบัติการ มี 2 กิจกรรม

1) ประเมินการปฏิบัติตามสัญญาณเตือนฯโดยการตรวจสอบสถานะสุขภาพและตอบแบบสอบถาม

2) ให้ความรู้การปฏิบัติตนที่ถูกต้องตามสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลอง ดำเนินการ 4 ขั้นตอนตามโปรแกรมการเรียนรู้โดยการกระทำ (Learning by doing) ที่ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของ จอห์น ดิวอี้ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 1 จัดกิจกรรมการเรียนรู้ของขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 คือ เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางหรือเป็นผู้กระทำและนำประสบการณ์ของตนเองมาพื้นฐานของการเรียนรู้ โดยมี 6 กิจกรรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางหรือเป็นผู้กระทำ มี 3 กิจกรรม ดังนี้

1) ตรวจสอบสถานะสุขภาพเพื่อคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต

2) ประเมินการปฏิบัติตามสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองด้วยการตอบแบบสอบถามการปฏิบัติตามสัญญาณเตือน

3) ใช้เกม “เปิดแฟ้มบุคคลสำคัญ” สร้างความรู้จักระหว่างกลุ่มทดลอง

ขั้นตอนที่ 2 นำประสบการณ์ของตนเองมาพื้นฐานของการเรียนรู้ มี 3 กิจกรรม ดังนี้

1) ใช้สถานการณ์จำลอง (Simulation) โดยให้กลุ่มทดลองแสดงบทบาทสมมุติตามสถานการณ์จำลอง ที่ผู้สอนกำหนดและให้กลุ่มทดลองร่วมกันตัดสินใจแก้ปัญหาจากการนำประสบการณ์หรือการรับรู้ของตนเองมาใช้ในการแก้ปัญหา หรือการปฏิบัติตน เมื่อเกิดอาการตามสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง

2) บรรยายความรู้จากแพทย์เฉพาะทางเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองและการปฏิบัติตามสัญญาณเตือนที่ถูกต้องทั้งขณะที่ไม่เกิดอาการและเมื่อเกิดอาการ ตามสัญญาณเตือน

3) สาธิตวิธีการบันทึกอาการตามสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และให้กลุ่มทดลองทดลองบันทึกด้วยตนเอง

สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 2 จัดกิจกรรมการเรียนรู้ของขั้นตอนที่ 3 เพื่อให้กลุ่มทดลองสามารถตั้งเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติตนด้วยตนเองในการปฏิบัติตนเมื่อเกิดสัญญาณเตือนโดยเน้นการแก้ปัญหาแบบวิทยาศาสตร์ โดยให้ผู้เรียนคิด วิเคราะห์ ตัดสิน ข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นจริงด้วยการประยุกต์ใช้เทคนิค AIC (Appreciation Influence & Control)

A = นำข้อมูลของตนเองในขั้นตอนที่ 1 มาตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติตนตามสัญญาณเตือน

I = เลือกวิธีการในการปฏิบัติตนให้ถูกต้องตามสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ความรู้ จากการบรรยายของแพทย์เฉพาะทางในขั้นตอนที่ 1 และนำวิธีการแก้ปัญหา ที่ได้จากกลุ่มในขั้นตอนที่ 2 มาคิดวิเคราะห์ ตัดสินเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับตนเอง

C = จัดทำแผนหรือกำหนดแนวทางในการควบคุมตนเองให้ปฏิบัติตนตามสัญญาณเตือนโรคได้อย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันตนเองไม่ให้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรือเกิดอาการตามสัญญาณเตือนและเมื่อเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองขึ้นขึ้นก็สามารถปฏิบัติตนตามอาการนำที่เกิดขึ้นของสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมสำหรับตนเอง

สัปดาห์ที่ 1 (วันที่ 3 ของสัปดาห์ที่ 1) ถึง สัปดาห์ที่ 6 จะเป็นขั้นตอนที่ 4 คือ ให้กลุ่มทดลองฝึกปฏิบัติจริงจนเป็นทักษะ มี 3 กิจกรรม ดังนี้

1) ฝึกปฏิบัติตนตามแผนที่วางไว้ในขั้นตอนที่ 3 โดยให้กลุ่มทดลองฝึกปฏิบัติตนตามแผนและฝึกปฏิบัติในการบันทึกตามสัญญาณเตือนด้วยแบบบันทึกการตรวจสอบอาการตามสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง (check list) ที่บ้านทุกวันเป็นเวลา 6 สัปดาห์

2) เสริมทักษะด้วยการสอนงาน (Coaching) โดยครูพี่เลี้ยงที่ผ่านการอบรมจากผู้วิจัยคอยติดตาม ชี้แนะให้คำปรึกษา ขณะที่กลุ่มทดลองฝึกปฏิบัติที่บ้าน พร้อมติดตามการปฏิบัติตนของกลุ่มทดลองในการบันทึกแบบ check list และสอบถามอาการที่กลุ่มทดลองสงสัยว่าเป็นอาการของสัญญาณเตือน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลาเป็นเวลา 6 สัปดาห์

3) จัดกิจกรรมประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประเมินผลด้วยการให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามการปฏิบัติตนตามสัญญาณเตือนฯ โดยจัดในปลายสัปดาห์ที่ 6 ของขั้นตอนที่ 4

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตามสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองภายในกลุ่มด้วย pair t-test และระหว่างกลุ่มด้วย independent t-test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. กลุ่มทดลอง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.0 มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 50.0 รองลงมาอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 32.0 อายุต่ำกว่า 50 ปี ร้อยละ 18.0 นับถือศาสนาพุทธทุกคน สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีคู่สมรส ร้อยละ 72.0 การศึกษาส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.0 ประกอบอาชีพเกษตรกร รับจ้าง และค้าขาย ร้อยละ 62.0 เป็นพ่อบ้าน แม่บ้าน ร้อยละ 34.0 มีรายได้ต่ำกว่า 4,000-8,000 บาท ร้อยละ 32.0 และมากกว่า 8,000 บาท ร้อยละ 22.0 มีความดันโลหิตสูงมาแล้ว 1-5 ปี

ร้อยละ 68.0 อยู่ระหว่าง 6-10 ปี ร้อยละ 20.0 มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 12.0 เคยทราบว่าโรคหลอดเลือดสมอง (แตก ตีบ ตัน) มักเกิดในผู้มีความดันโลหิตสูงมากกว่า 180/110 mmHg ร้อยละ 66.0 และเคยรับรู้สัญญาณเตือนก่อนเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (แตก ตีบ ตัน) เคยรับรู้ ร้อยละ 24.0 ส่วนช่องทางการรับรู้ มาจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ ร้อยละ 68.0 จากสื่อต่างๆ และหลายช่องทาง ร้อยละ 32.0 การบอกให้คนในครอบครัวทราบสัญญาณเตือนและวิธีปฏิบัติเมื่อเกิดสัญญาณเตือนฯ เคยบอกเพียง ร้อยละ 10.0

2. กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.0 อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 38.0 อยู่ระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 28.0 อายุต่ำกว่า 50 ปี ร้อยละ 34.0 นับถือศาสนาพุทธทุกคน สถานภาพสมรส สมรสแล้วอยู่เป็นคู่ร้อยละ 60.0 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.0 อาชีพเกษตรกร รับจ้าง และค้าขาย ร้อยละ 70.0 เป็นพ่อบ้าน/แม่บ้าน ร้อยละ 28.0 มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 4,000 บาท ร้อยละ 62.0 มากกว่า 4,000-8,000 บาท ร้อยละ 18.0 มากกว่า 8,000 บาท ร้อยละ 20.0 ระยะเวลาการมีความดันโลหิตสูง 1-5 ปี ร้อยละ 70.0 อยู่ระหว่าง 6-10 ปี ร้อยละ 20.0 มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 10.0 เคยทราบว่าโรคหลอดเลือดสมอง (แตก ตีบ ตัน) มักเกิดในผู้มีความดันโลหิตสูงมากกว่า 180/110 mmHg ร้อยละ 60.0 และเคยรับรู้สัญญาณเตือนก่อนเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (แตก ตีบ ตัน) เคยรับรู้ ร้อยละ 52.0 ส่วนช่องทางการรับรู้ มาจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ ร้อยละ 58.0 จากสื่อต่างๆ และมากกว่า 2 ช่องทาง ร้อยละ 42.0 เคยบอกให้คนในครอบครัวทราบสัญญาณเตือนและวิธีปฏิบัติเมื่อเกิดสัญญาณเตือนฯ เคยบอกเพียง ร้อยละ 56.0

ส่วนที่ 2 การรับรู้ตามสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง

1. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองของ *กลุ่มทดลอง* โดยรวมของ 5 อาการ *ก่อนทดลอง และ หลังทดลอง* พบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมากค่อนข้างไปในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 3.60) และหลังการทดลองอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 4.73) และเมื่อนำมาหาค่าทางสถิติก็พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ก่อนการทดลองและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.617, p = 0.000$)

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองของ *กลุ่มควบคุม* โดยรวมของ 5 อาการ *ก่อนทดลองและหลังทดลอง* พบว่า กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ตามสัญญาณเตือนฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 3.47) ส่วนหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก และเมื่อนำมาหาค่าความแตกต่างของค่าคะแนนการรับรู้ก่อนและหลังการทดลองพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ($t = -21.073, p = 0.000$)

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองพบว่าก่อนการทดลองการรับรู้ ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ของทั้ง 5 อาการตามสัญญาณเตือนฯ ไม่แตกต่างกัน คือ กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 3.60) กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 3.47) และเมื่อนำค่าคะแนนเฉลี่ยมาหาค่าความแตกต่างทางสถิติพบว่าไม่แตกต่างกัน ($t = -1.639, p = 0.105$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามรายการอาการ 5 อาการ ก่อนทดลอง

การรับรู้เรื่องสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
อาการที่ 1 อาการชาหรืออ่อนแรงที่หน้า แขนหรือขาซีกใดซีกหนึ่งอย่างทันทีทันใด	3.40	0.13	3.57	0.44	1.167	0.109
อาการที่ 2 อาการสับสน พูดไม่ชัด พูดลำบาก พูดไม่ได้อย่างทันทีทันใด	3.36	0.73	3.42	0.52	0.471	0.639
อาการที่ 3 อาการตามัวหรือเห็นภาพซ้อนของตาข้างใดข้างหนึ่งหรือสองข้างอย่างทันทีทันใด	3.74	0.42	3.16	0.70	-5.067	0.000
อาการที่ 4 อาการมึนงง เวียนศีรษะ เดินเซ เดินลำบากอย่างทันทีทันใด	4.26	0.41	3.54	0.60	-6.619	0.000
อาการที่ 5 อาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงโดยไม่ทราบสาเหตุทันทีทันใด	4.17	0.44	3.47	0.60	-6.606	0.000
ภาพรวมของ 5 อาการ	3.60	0.41	3.44	0.40	-1.639	0.105

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามรายการอาการ 5 อาการและรายชื่อ หลังทดลอง

การรับรู้เรื่องสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
อาการที่ 1 อาการชาหรืออ่อนแรงที่หน้า แขนขาซีกใดซีกหนึ่งอย่างทันทีทันใด	4.82	0.23	4.15	0.50	-8.447	0.000
อาการที่ 2 อาการสับสน พูดไม่ชัด พูดลำบาก พูดไม่ได้ทันทีทันใด	4.65	0.34	4.03	0.53	-6.972	0.000
อาการที่ 3 อาการตามัวหรือเห็นภาพซ้อนของตาข้างใดข้างหนึ่งหรือสองข้างอย่างทันทีทันใด	4.52	0.47	3.54	0.63	-8.852	0.000
อาการที่ 4 อาการมึนงง เวียนศีรษะ เดินเซ เดินลำบากอย่างทันทีทันใด	4.76	0.36	4.24	0.64	-4.932	0.000
อาการที่ 5 อาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงโดยไม่ทราบสาเหตุทันทีทันใด	4.76	0.38	4.22	0.48	-6.181	0.000
ภาพรวมของ 5 อาการ	4.73	0.22	4.05	0.41	-10.110	0.000

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อาการตามสัญญาณเตือนฯ ทั้ง 5 อาการ ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย=4.73) ส่วนกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=4.05) และเมื่อนำมาหาค่าความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุมพบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ($t = -10.110, p = 0.000$) ดังตารางที่ 2

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติตามตามสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง

1. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มทดลอง ก่อนทดลองและหลังทดลอง พบค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้อง ของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองโดยภาพรวมอยู่ในระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย=12.08, S.D. =2.46) ส่วนหลังทดลองโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=22.50, S.D. =1.50) โดยพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามสัญญาณเตือนฯ ที่ถูกต้อง ของกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง เพิ่มขึ้นทุกข้อ และเมื่อทำการเปรียบเทียบระดับการปฏิบัติตามสัญญาณเตือนฯ โดยทดสอบความแตกต่าง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มควบคุม ก่อนทดลองและหลังทดลอง พบค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้อง ของกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองโดยภาพรวมอยู่ในระดับน้อยเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง (ค่าเฉลี่ย=12.18, S.D. =3.36) ส่วนหลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยโดยภาพรวมก็ยังอยู่ในระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย=12.46, S.D. =2.73) เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของการปฏิบัติตามสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง พบกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้อง ก่อนการทดลองโดยภาพรวมอยู่ในระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย=12.08, S.D. =0.42) และกลุ่มควบคุม โดยภาพรวมอยู่ในระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย=12.18, S.D. =3.36) เช่นกัน และเมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตามสัญญาณเตือนฯ ที่ถูกต้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง พบไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของการปฏิบัติตามสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

การปฏิบัติตามสัญญาณเตือนฯ	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	t	p-value
ก่อนการทดลอง	12.08	12.18	0.170	0.866
หลังการทดลอง	22.50	12.46	-22.756	0.000

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของการปฏิบัติตามสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง พบค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังทดลอง โดยกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=22.50, S.D.=1.50) ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยภาพรวมอยู่ในระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย =12.46 ,S.D.=2.73) โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตามสัญญาณเตือนฯ ที่ถูกต้องในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมทุกข้อและเมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตามสัญญาณเตือนฯ ที่ถูกต้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังทดลอง พบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 3

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลตามสมมติฐานของการวิจัยพบ

1. ระดับการรับรู้ที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตนตามสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ผลการวิจัยพบว่าระดับการรับรู้ที่ดีอาจไม่ได้ส่งผลต่อการปฏิบัติตนตามสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมเสมอไป ซึ่งถือว่าไม่เป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัย เนื่องจากผลการรับรู้ของกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองมีการรับรู้ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย=3.47) และมีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนอยู่ในระดับที่ถูกต้องน้อย (ค่าเฉลี่ย=12.08) และหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=4.05) แต่ค่าคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติยังคงอยู่ในระดับที่ถูกต้องน้อยเช่นเดิม (ค่าเฉลี่ย =12.46) แสดงว่าการรับรู้ที่ดีขึ้นในภาพรวมทั้ง 5 อาการ อาจจะมีการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องครบทั้ง 5 อาการ ซึ่งค่าคะแนนของการรับรู้ที่เพิ่มขึ้นหลังการทดลองนี้อาจจะเกิดจากข้อมูลที่ได้รับเพิ่มขึ้นจากเจ้าหน้าที่ เพราะการเก็บข้อมูลหลังการทดลองห่างจากก่อนการทดลองประมาณ 6 สัปดาห์ อนึ่งการได้รับรู้ข้อมูลจากแบบสอบถามใช้ชุดเดิม อาจมีข้อคำถามที่ตนเองสงสัยไปสอบถามเจ้าหน้าที่ ทำให้มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเพราะกลุ่มตัวอย่างได้ตอบข้อคำถามเรื่องช่องทางการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองจากเจ้าหน้าที่ถึงร้อยละ 58 นอกจากนี้ยังได้รับทราบข้อมูลจากสื่อต่างๆด้วย แต่เมื่อศึกษาข้อมูลการปฏิบัติตนตามสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และเมื่อนำข้อมูลมาเปรียบเทียบความแตกต่างกันทางสถิติ พบว่าการรับรู้ของกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง มีการรับรู้ที่ดีขึ้น หรือมีการรับรู้ที่ถูกต้องมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในด้านการปฏิบัติตนตามสัญญาณเตือนกลับพบว่าหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองเล็กน้อย แต่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ฉะนั้น การมีการรับรู้ที่ดีก็มิได้แสดงว่าจะมีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง แม้จะมีการให้ข้อมูลข่าวสารหลายๆช่องทางแล้วก็ตาม แต่การรับรู้ขึ้นกับการตีความและสิ่งเร้าที่มากกระทบ ซึ่งเป็นไปตามกระบวนการของการรับรู้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้รับสิ่งเร้าจากสิ่งรอบตัวแล้วส่งผ่านไปยังสมองและเกิดการตีความหมายของการรู้สึกสัมผัสที่ได้รับจากสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และแปลความหมายเป็นความเข้าใจในสิ่งเร้าที่แตกต่างกันได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรู้พื้นฐานและประสบการณ์เดิมของบุคคลนั้นด้วย ตลอดจนสังคม ความเชื่อ ทัศนคติ ความคาดหวัง และจิตใจของแต่ละบุคคลที่แตกต่างออกไป จึงมีผลทำให้การรับรู้และตีความหมายแตกต่างกันออกไป⁽¹⁰⁾ ทำให้การรับรู้ข้อมูลข่าวสารสัญญาณเตือนจากโรคหลอดเลือดสมองที่ได้จากเจ้าหน้าที่ และสื่ออื่นๆของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง มีการแปลความรับรู้ที่ต่างกันไปตามสถานการณ์การปฏิบัติแตกต่างกันไป อย่างไรก็ตามถึงแม้ผลการรับรู้จะดีขึ้นแต่ความถูกต้องของการรับรู้ในกลุ่มควบคุมที่ยังไม่ชัดเจนและยังไม่มีประสบการณ์หรือมีสิ่งเร้าที่มากกระตุ้นเตือนให้เกิดพฤติกรรมใหม่ๆ ก็ทำให้ผลการปฏิบัติตนตามสัญญาณเตือนหลังการทดลองยังไม่เปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ เพียง 6 สัปดาห์ และเป็นไปตามผลการวิจัยของอาณัติ วรณะ, นิภา กิมสูงเนิน และรัชนิ นามจันทร์ (2563) ที่ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การรับรู้และการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนในผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแล้วพบว่ากลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงและการรับรู้สัญญาณเตือนอยู่ในระดับดีมาก แต่การจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อศึกษาความสัมพันธ์ก็พบว่า การรับรู้สัญญาณเตือนมีความสัมพันธ์กับการจัดการสัญญาณเตือน และเสนอแนะให้มีการจัดโปรแกรมที่ส่งผลต่อการจัดการเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง

2. โปรแกรมการเรียนรู้โดยการกระทำ (Learning by doing) ส่งผลให้ผู้มีความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ที่ดีและสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิจัยพบกลุ่มทดลองมีการรับรู้ก่อนการวิจัยในภาพรวม 5 อาการของสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=3.60) หรือมีการรับรู้ที่ตนเองแต่การปฏิบัติตนตามสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนทดลองอยู่ในระดับน้อยหรือยังปฏิบัติไม่ถูกต้องและเมื่อกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเรียนรู้โดยการกระทำ (Learning by doing) ผลปรากฏว่ามีการรับรู้ต่อสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง คือ มีค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้เพิ่มมากขึ้นก่อนการทดลอง ส่วนการปฏิบัติตนตามสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองก็สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเพิ่มมากขึ้น คือ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้นเกือบ 2 เท่า (ค่าเฉลี่ย=22.50) ซึ่งก็เป็นไปตามสมมุติฐานของการวิจัยที่ตั้งไว้ว่าโปรแกรมการเรียนรู้โดยการกระทำ (Learning by doing) ส่งผลให้ผู้มีความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ที่ถูกต้องและสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องตามสัญญาณเมื่อเกิดอาการตามสัญญาณเตือนฯทั้ง 5 อาการ นอกจากนี้ยังสามารถปฏิบัติตนในการควบคุมความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการตามสัญญาณเตือนฯ แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาจากการปฏิบัติตนของกลุ่มทดลองพบว่ายังมีคะแนนที่ถูกต้องไม่เต็มร้อย มีค่าคะแนนการปฏิบัติตนตามสัญญาณเตือนฯได้คะแนนเต็มเกือบทุกข้อ ยกเว้นข้อ 8, 9, 11, 12 ข้อ 8 คือ การปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังหรือสังเกตอาการตามสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ข้อ 9 คือการควบคุมความดันโลหิตไม่ให้มีค่าสูงเกิน 180/110 mmHg เพื่อป้องกันการเกิดอาการตามสัญญาณเตือนฯ ข้อ 11 คือถ้าเกิดอาการตามสัญญาณเตือนอาการหนึ่งอาการใดคิดว่าจะปฏิบัติตนก่อนไปโรงพยาบาล และข้อ 12 การปฏิบัติตนอย่างไรในการประเมินอาการของตนเองว่ามีอาการตามสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองแล้ว แสดงให้เห็นว่าหลังการทดลองยังมีข้อปฏิบัติในเชิงการป้องกันที่ยังปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะในเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความดันสูงขึ้นและการตรวจสอบตนเองว่ามีความดันสูงขึ้นภายหลังมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น หลังการดื่มสุรา หรือการกำกับทตนเองให้มีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการควบคุมความดันไม่ให้สูงขึ้น ได้แก่ การกำกับทตนเอง โดยไม่กินอาหาร เค็ม หวาน มันจัด การออกกำลังกายควรออกกำลังกายเป็นประจำอย่างน้อยอาทิตย์ละ 3 วันๆละ 30 นาที ไม่ใช้การออกกำลังกายเป็นบางครั้งเมื่อมีโอกาส การจัดการอารมณ์ความเครียดเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นอย่างถูกต้อง ไม่ใช้การพักผ่อนด้วยการพบปะสังสรรค์กับเพื่อนอยู่เสมอ นอกจากนี้ยังพบปัญหาการปฏิบัติตน ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ถือว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และถ้าเกิดโรคความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ความดันโลหิตสูงถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญปัจจัยหนึ่งของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งก็เป็นไปตามปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นปัจจัยที่ป้องกันได้⁽⁴⁾ และเป็นไปตามผลการวิจัยของ รพีภัทร ชำนาญเพาะ (2563) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 82.3 ฉะนั้น เรื่องการควบคุมความดันโลหิตเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้มีความดันโลหิตสูงควรเฝ้าระวัง ส่วนเรื่องการปฏิบัติตนในการประเมินอาการของตนเอง ว่าตนมีอาการตามสัญญาณเตือนฯ แล้วตามข้อ 12 นั้น ก็ถือว่าเป็นเรื่องสำคัญเช่นกัน เพราะเมื่อเกิดอาการแล้วควรที่จะต้องประเมินได้อย่างถูกต้อง ว่าตนเองมีอาการแล้วและการจัดการที่จะลดความรุนแรงตนเอง ก็ควรจะต้องบอกผู้ที่ใกล้ชิดว่าต้องดูแลเวลาเมื่อเกิดอาการและจะต้องนำส่งโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด และต้องไม่เกิน 4 ชั่วโมง ตามพยาธิสภาพ และผลการรักษาจะดีหรือไม่ดีขึ้นกับจำนวนชั่วโมงของการเกิดอาการด้วย⁽³⁾

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การวิจัยครั้งนี้ได้โปรแกรมการเรียนรู้โดยการกระทำ (Learning by doing) ที่เป็นโปรแกรมการเรียนรู้ที่ประสิทธิผลเพราะสามารถทำให้เกิดการรับรู้ที่ดีและถูกต้องและสามารถนำไปสู่การปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการตามสัญญาณเตือนฯ อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมของแต่ละคนเพราะเป็นการปฏิบัติที่เกิดจากการวางแผนของตนเอง จึงควรมีการนำโปรแกรมการเรียนรู้โดยการกระทำนี้ไปใช้ในการพัฒนาบริการ ปรับพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้มีความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะการปฏิบัติตน เพื่อควบคุมค่าความดันโลหิตสูงไม่ให้เข้าสู่ระดับรุนแรงที่เป็นสาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

2. ควรมีการศึกษาการรับรู้สัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองและการปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการตามสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองของบุคคลที่อยู่ในครอบครัวของกลุ่มผู้มีความดันโลหิตสูง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยต่อเนื่องถึงผลการปฏิบัติตนที่ถูกต้องตามสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองและติดตามผลของการบอกอาการและเมื่อเกิดอาการตามสัญญาณเตือนฯ แก่ญาติหรือผู้ที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันหรือผู้ดูแลหรือผู้ใกล้ชิด เพื่อศึกษาการรับรู้และการจัดการของคนกลุ่มนี้เมื่อพบผู้ที่มีอาการตามสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ตลอดจนพฤติกรรม การช่วยสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพราะผู้มีความดันโลหิตสูงหรือผู้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเมื่อมีอาการตามสัญญาณเตือนเกิดขึ้นแล้วอาจไม่สามารถกระทำการกิจกรรมหรือการจัดการที่ถูกต้องได้ด้วยตนเองต้องอาศัยผู้อื่นหรือคนใกล้ชิดเป็นผู้ช่วยเหลือ

เอกสารอ้างอิง

1. นิพนธ์ พวงวรจันทร์. (2544). โรคหลอดเลือดสมอง (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
2. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรค ผนวกวันโรคหลอดเลือดสมองโลก หรือวันอัมพาตโลก 2565 เน้นสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองให้กับประชาชน.[อินเทอร์เน็ต]. 2565 เข้าถึงได้จาก <https://pr.moph.go.th/print.php?url=pr/print/2/02/180623> (วันที่ค้นข้อมูล 28 สิงหาคม 2565)
3. พรชัย จุลเมตต์. (2565). การพยาบาลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. เชียงใหม่: วन्दาคารพิมพ์.
4. รพีภัทร ชำนาญเพาะ, หทัยรัตน์ แสงจันทร์ และ ทิพนาส ชินวงศ์. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ การจัดการอาการ และความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 40(1), 140-153.
5. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2552). แนวปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในการจัดบริการคัดกรองและเสริมทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในสถานบริการและในชุมชน, กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
6. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2565). แผนยุทธศาสตร์การพัฒนา ด้านสาธารณสุข จังหวัดนครนายก ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560-2579 (ทบทวนปี 2565) และแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพประจำปี 2565. วันที่ค้นข้อมูล 20 สิงหาคม 2565, เข้าถึงได้จาก <https://nayok.moph.go.th > law > uploads > 2022/08>
7. Puayun S, Jiraro P and Phusaphakdeepop J. (2022). Perception of stroke warning sign among hypertensive patients in Khao Pra Subdistrict, Mueang District, Nakhon Nakok Province. Int. j. adv. multidisc. res. stud. 2022; 2(2):62-68.
8. Dewey J. (1960). John Dewey's Theories of Education. International Socialist Review, VOL.21, No.1.
9. พงศ์เทพ จิระโร. (2564). วิจัยทางสุขภาพ. ชลบุรี: บัณฑิตเอกสาร.
10. สมชาย หิรัญกิตติ. (2560). พฤติกรรมองค์การ. กรุงเทพฯ: ธรรมสาร.

Received: 24/08/66 Revised: 10/12/66 Accepted: 12/12/66

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการจัดอาหารแก่เด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง
ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี**
**Factors related to food handling practices of the parents to the preschool children at
the children development centers in a administrative organization, kabin buri district,
prachinburi province**

จิราพัชร ชีษสวัสดิ์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา

ผู้รับผิดชอบหลัก (e-mail: first_jrp@hotmail.com)

Jirapat Chitsawat

Faculty of Public health St.Theresa International College

Corresponding author (e-mail: first_jrp@hotmail.com)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับการปฏิบัติในการจัดอาหารให้กับเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง ที่อยู่ในความดูแลของ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองที่ อาศัยอยู่บ้านเดียวกับเด็ก และมีหน้าที่ในการจัดอาหารแก่เด็กที่บ้าน จำนวน 236 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์ตามกรอบ PRECEDE Model ของ กรีนและกรูเตอร์ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ คือ การ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และไคสแควร์ ผลการวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นแม่ของเด็ก ร้อยละ 50.42 เป็นย่าและยาย ร้อยละ 32.63 มีค่าคะแนนเฉลี่ยปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}$ = 7.03) ความเชื่ออยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 3.60) ทักษะอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.16) ค่านิยม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.16) ส่วนปัจจัยเอื้ออยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 3.68) และปัจจัยเสริม อยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.89) ด้านการปฏิบัติในการจัดอาหารให้กับเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.12) เมื่อนำมาหาความสัมพันธ์พบปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ความเกี่ยวข้องกับเด็ก อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนและ ครัวเรือน ปัจจัยนำด้านความรู้ ความเชื่อ ทักษะ ค่านิยม มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการจัดอาหารให้กับเด็กก่อนวัยเรียน ของผู้ปกครอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.01 ข้อมูลความสัมพันธ์นี้สามารถนำเป็นฐานข้อมูลในการพัฒนาพฤติกรรม การปฏิบัติในการจัดอาหารให้กับเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะเป็นการวิเคราะห์ปัจจัยสาเหตุที่ ครอบคลุมทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล

คำสำคัญ: ปัจจัย; การปฏิบัติของผู้ปกครอง; การจัดอาหารให้กับเด็กก่อนวัยเรียน

Abstract

This cross-sectional survey research aimed to study the relationship between Personal factors, Predisposing factors, Enabling factors, and Reinforcing factors towards food handling practices of the parents to the preschool children under the care of the Child Development Centers in a Sub-district Administrative Organization. The samples were 236 parents who lived in the same house as the children and were responsible for handling food to the children at home. The research instrument was a questionnaire created by the researcher based on the theoretical framework of PRECEDE Model of Green and Krueter. The applied statistics were frequency distributions, percentages, means, standard deviations, Pearson correlation coefficient, and Chi-square. The results showed that the samples who were mothers of the children (50.42%), paternal grandmothers and maternal grandmothers (32.63%) had Predisposing factors in terms of knowledge at a low level ($\bar{X} = 7.03$), beliefs at a high level ($\bar{X} = 3.60$), attitudes at a moderate level ($\bar{X} = 3.16$) as well as values at a moderate level ($\bar{X} = 3.16$). Enabling factors were at a high level ($\bar{X} = 3.68$) and Reinforcing factors were at a moderate level ($\bar{X} = 2.89$). The level of food handling practices of the parents to the preschool children was moderate ($\bar{X} = 3.12$). When considering the relationship, it found that Personal factors included affiliation with children, age, education level, occupation, average monthly income and household and Predisposing factors included knowledge, beliefs, attitudes, and values had a relationship with food handling practices of the parents to the preschool children at the confidence level of 0.01. This correlation data can be used as a database to develop parents' behavior in food handling practices to the preschool children effectively because this research analyzed both internal and external causes.

Keywords: Factors; Practices of the Parents; Food Handling Practice to the Preschool Children

บทนำ

ภาวะโภชนาการมีความสำคัญต่อบุคคลทุกช่วงวัย โดยเฉพาะในเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี มีโอกาสเกิดการเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการได้ง่าย และเป็นช่วงวัยที่สมองมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว¹¹ ซึ่งประเทศไทยประสบความสำเร็จในการจัดปัญหาขาดสารอาหาร โดยมีนโยบายสนับสนุนของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ให้สถานศึกษาและ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในสังกัดดำเนินโครงการอาหารกลางวันในโรงเรียน และโครงการอาหารเสริม(นม)ในโรงเรียน เพื่อให้เด็กได้รับอาหารและนมที่มีคุณภาพ โดยมีกิจกรรมที่สนับสนุนของกระทรวงสาธารณสุข คือ โครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต แต่ยังพบเด็กมีภาวะทุพโภชนาการ เกินเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป้าหมายไว้ ให้เด็กอายุ 0-5 ปี มีภาวะโภชนาการเกินไม่เกินร้อยละ 9 และภาวะโภชนาการขาดไม่เกินร้อยละ 5 จากรายงานคลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2565 พบว่า เด็กอายุ 0-5 ปี มีภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 10.38 ภาวะโภชนาการขาดร้อยละ 5.77 และจังหวัดปราจีนบุรี พบว่ามีภาวะโภชนาการเกิน ร้อยละ 10.37 ภาวะโภชนาการขาดพบร้อยละ 4.43 โดยอำเภอบินทร์บุรี พบมีภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 13.42 ภาวะโภชนาการขาดร้อยละ 7.95 นับเป็นอัตราที่มากกว่าระดับประเทศและจังหวัด โดยเฉพาะในตำบล

แห่งหนึ่ง พบ มีภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 17.98 มากเป็นอันดับ 2 ของอำเภอบึงบอระเพ็ด และมีภาวะโภชนาการขาดร้อยละ 3.86 ถึงแม้จะมีการดำเนินงานขององค์การบริหารส่วนตำบลก็ตาม จากสถิติภาวะโภชนาการเกินและขาดของเด็ก อายุ 0-5 ปี ของตำบลแห่งหนึ่ง ทำให้องค์การบริหารส่วนตำบล ต้องพิจารณาถึงภาวะโภชนาการของเด็ก ก่อนวัยเรียน อายุ 2-3 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุหนึ่งในเด็ก 0-5 ปี เพราะพัฒนาการของเด็กวัยนี้ถือเป็นวัย ที่เริ่มต้นในการเรียนรู้การใช้ชีวิตนอกบ้าน การมีสังคมการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น²

จากผลการดำเนินงานในปี 2565 ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กฯ ที่พบภาวะทุพโภชนาการถึงร้อยละ 21.25 ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดเตรียมอาหารแก่เด็กก่อนวัยเรียนที่บ้าน ที่มีผลกระทบต่อภาวะทุพโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กฯ ดังกล่าว โดยทำการศึกษาการปฏิบัติของผู้ปกครองในการจัดอาหารให้กับเด็กก่อนวัยเรียน เพราะเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญต่อพัฒนาการและการเจริญเติบโตของเด็กเป็นอย่างมาก ในการจัดเตรียมอาหารหรือจัดทำอาหารให้แก่เด็กก่อนวัยเรียน ไม่ว่าจะทางตรงหรือทางอ้อม มีผลต่อการรับประทานอาหารของเด็กทั้งสิ้น ดังเช่นผลการวิจัยของจิราภรณ์ ปัญญารัตนโชติ และคณะ (2560) ที่พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนชั้นประถมศึกษา คือ การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ครู เพื่อน³ ดังนั้นบุคคลในครอบครัวหรือผู้ปกครอง จึงควรเป็นผู้ที่มีความรู้ ทักษะ ความเชื่อและค่านิยมที่ถูกต้องเกี่ยวกับการจัดเตรียมอาหารให้แก่เด็กวัยนี้ และผลการวิจัยของ สมสิริ รุ่งอมรรัตน์ และคณะ (2560) พบว่า สาเหตุหลักของภาวะโภชนาการเกิน คือ ผู้ปกครองขาดความรู้เกี่ยวกับโภชนาการสำหรับเด็กและการเลี้ยงดูแบบตามใจ¹⁴ ส่วนฉัตรวัลย์ เพ็งแจ่ม และคณะ (2562) พบว่า ปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารของเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกิน คือ ความรู้ ทักษะ ค่านิยม ปัจจัยเอื้อของนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน (ค่าขนมที่ได้จากผู้ปกครอง/วัน ร้านขายของชำ การกำหนดเมนูอาหารของครอบครัว) ปัจจัยเสริมของนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน (สื่อโฆษณา) ต่อพฤติกรรมบริโภคอาหาร⁽⁹⁾ ซึ่งปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมเหล่านี้มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคลตามทฤษฎีของกรีนและกรูเตอร์¹⁷ ผู้วิจัยจึงนำเอาปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมตามทฤษฎี Precede - Proceed model มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาพฤติกรรมปฏิบัติของผู้ปกครองในการจัดอาหารให้กับเด็กก่อนวัยเรียนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยนำเอาเฉพาะส่วนประกอบที่ 1 คือ ระยะของการวิเคราะห์ปัญหา เรียกว่า PRECEDE ประกอบด้วย ปัจจัย 3 ประการ ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ เป็นปัจจัยที่เป็นพื้นฐานของการเกิดพฤติกรรมของบุคคล และก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล 2) ปัจจัยเอื้อ เป็นปัจจัยที่อาศัยอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลให้เกิดพฤติกรรมโดยตรง อาจเป็นปัจจัยสนับสนุนหรือยับยั้งให้เกิดหรือไม่ให้เกิดพฤติกรรมของบุคคล และ 3) ปัจจัยเสริม เป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพนั้นได้รับการสนับสนุน เป็นผลสะท้อนที่บุคคลจะได้รับจากการแสดงพฤติกรรมนั้น ซึ่งอาจช่วยสนับสนุนหรือเป็นแรงกระตุ้นในการแสดงพฤติกรรมทางสุขภาพนั้น เป็นปัจจัยภายนอกที่มาจากบุคคล หรือกลุ่มคนที่มีอิทธิพลต่อบุคคลในเรื่องนั้น¹⁰ ดังนั้นการศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงสามารถบอกได้ว่าปัจจัยใดของผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการจัดอาหารที่บ้านแก่เด็ก อยู่ในระดับใด เพื่อนำผลการศึกษาปัจจัยเหล่านี้มาเป็นฐานข้อมูลในการพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กฯ ให้สามารถลดปัญหาของภาวะทุพโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียน และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ปกครองในการจัดอาหารแก่เด็กก่อนวัยเรียน ให้ถูกต้องเหมาะสมกับบริบทของผู้ปกครองแต่ละบุคคล ซึ่งการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมนี้จะส่งผลให้เด็กมีภาวะโภชนาการที่ดี

หรือสามารถป้องกันภาวะ ทุพโภชนาการ อันจะนำไปสู่การเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย ฉลาด สุขภาพจิตดี สร้างภูมิ
ต้านทานต่อโรค และเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ของผู้ปกครองที่มีการปฏิบัติในการจัดอาหารให้กับ
เด็กก่อนวัยเรียน ที่อยู่ในความดูแลของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กฯ
2. ศึกษาการปฏิบัติในการจัดอาหารให้กับเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง ที่อยู่ในความดูแลของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กฯ
3. ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับ การปฏิบัติในการจัด
อาหารให้กับเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง ที่อยู่ในความดูแลของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กฯ

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional survey research)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองหรือผู้ดูแล ที่รับผิดชอบจัดอาหารให้กับเด็กก่อนวัยเรียนที่บ้าน ที่อยู่ในความดูแลของ
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กฯ และมีคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนด คือ 1. เป็นผู้ปกครองที่มีเด็กอยู่ในความดูแลของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้ง 6
แห่ง ในสังกัดองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี 2. เป็นบุคคลหลักในการจัดเตรียมอาหาร
ให้เด็กก่อนวัยเรียนรับประทานที่บ้าน และ 3. ยินยอม และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ในช่วงเดือนพฤศจิกายน ถึง ธันวาคม
2565 โดยมีขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 236 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ PRECEDE Model ของกรีนและกรูเตอร์ มา
เป็นกรอบในการสร้างข้อคำถามของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ความเกี่ยวข้องกับเด็ก เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา
อาชีพ รายได้ (รายได้ของผู้ปกครองและรายได้รวมของครอบครัว) จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยนำ ประกอบด้วย 1. ความรู้ในการจัดอาหารให้กับเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง จำนวน 16 ข้อ
เป็นคำถามปลายปิด ให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ถูกหรือผิด 2. ความเชื่อในการจัดอาหารให้กับเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง
จำนวน 5 ข้อ 3. ทักษะในการจัดอาหารให้กับเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง จำนวน 10 ข้อ และ 4. ค่านิยมในการจัดอาหาร
ให้กับเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง จำนวน 5 ข้อ เป็นคำถามชนิดประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เห็น
ด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อ เกี่ยวกับการปฏิบัติในการจัดอาหารให้กับเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง จำนวน 8 ข้อ เป็นคำถาม
ชนิดประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริม เกี่ยวกับการปฏิบัติในการจัดอาหารให้กับเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง จำนวน 8 ข้อ เป็นคำถามชนิดประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 5 การปฏิบัติในการจัดอาหารให้กับเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง จำนวน 15 ข้อ เป็นคำถามชนิดประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ในการศึกษานี้หาคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง .66 - 1.00 ทุกข้อ ซึ่งหมายความว่า แบบประเมินชุดนี้ มีค่าความตรงตามเนื้อหา คุณภาพด้านความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient method) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง = 0.947

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรม โดยวิธีการสัมภาษณ์จากแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนของการศึกษารายละเอียดของแบบสอบถาม พร้อมทั้งอธิบายการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างด้วยการแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การรายงานข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวม ไม่สามารถระบุตัวบุคคลได้ จากนั้นจึงแจกแบบสอบถามให้กับผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียนที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ที่สามารถตอบแบบสอบถามได้ และถ้าหากไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้ ผู้วิจัยจะใช้วิธีการสัมภาษณ์แทนหลังการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนและสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้อธิบายคุณลักษณะของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และการปฏิบัติในการจัดอาหารให้กับเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ใช้ในการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับการปฏิบัติในการจัดอาหารให้กับเด็กก่อนวัยเรียน ของผู้ปกครอง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ และไคสแควร์ (Chi-square test) สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับเด็ก เป็นแม่ ร้อยละ 50.42 รองลงมาคือยาย ร้อยละ 18.22 และย่า ร้อยละ 14.41 ซึ่งเป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.59 ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 30 ปี ร้อยละ 92.37 โดยมีอายุระหว่าง 31-40 ปี มากที่สุด ร้อยละ 41.53 สถานภาพส่วนใหญ่สมรส ร้อยละ 61.44 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 52.13 ส่วนใหญ่ทำงานนอกบ้าน และประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด

ร้อยละ 39.83 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 1,000 - 5,000 บาท ร้อยละ 57.63 และ รายได้รวมของครอบครัว อยู่ระหว่าง 5,001 - 10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 52.11

2. ปัจจัยนำ

ปัจจัยนำด้านความรู้ ส่วนใหญ่ มีความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 63.14 รองลงมาคือ ความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 26.69 และความรู้ระดับสูง ร้อยละ 10.17 ตามลำดับ และข้อคำถามที่ตอบถูกมากที่สุด คือ เวลาจัดเตรียมอาหารไม่ควรให้เด็ก 2-3 ปี เข้ามาร่วมด้วย เพราะจะเป็นอันตราย ส่วนข้อคำถามที่ตอบผิดมากที่สุด คือ อาหารประเภทผักต่าง ๆ ยังไม่จำเป็นต้องจัดให้เด็ก 2-3 ปี รับประทาน เพราะเคี้ยวยากและย่อยยาก

ปัจจัยนำด้านความเชื่อของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า ร้อยละ 30 ขึ้นไป ตอบข้อคำถาม มีค่าเฉลี่ยสูงสุดในเรื่อง การจัดนมให้เด็กดื่มทุกวันจะทำให้เด็กตัวสูงและแข็งแรง และตอบข้อคำถาม มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดในเรื่อง การจัดอาหารจำพวกแป้งหรือข้าวให้เด็กรับประทานมาก ๆ จะทำให้เด็กอ้วน และน่ารัก

ปัจจัยนำด้านทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า ร้อยละ 40 ขึ้นไป ตอบข้อคำถาม มีค่าเฉลี่ยสูงสุดในเรื่อง การเตรียมอาหาร และทำอาหารให้เด็กรับประทานเอง จะทำให้เด็กได้รับประทานอาหารที่สดและสะอาด และมากกว่า ร้อยละ 30 ขึ้นไป ตอบข้อคำถาม มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดในเรื่อง เด็กจะรับประทาน ไม่เป็นเวลาหิวเมื่อไรก็จะรับประทาน และรับประทานอะไรก็ได้ที่เด็ก

ปัจจัยนำด้านค่านิยมของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า ร้อยละ 30 ขึ้นไป ตอบข้อคำถาม มีค่าเฉลี่ยสูงสุดในเรื่อง ปัจจุบันนิยมให้เด็กดื่มนมเป็นประจำ เพราะทำให้เด็กตัวสูง และมากกว่า ร้อยละ 40 ขึ้นไป ตอบข้อคำถามมีค่าเฉลี่ยต่ำสุดในเรื่อง การจัดอาหารให้เด็ก การทำเองเสียเวลา ไปเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูปแช่แข็ง หรือกึ่งสำเร็จรูปมารับประทานจะดีกว่า เพราะสะดวกและรวดเร็ว

3. ปัจจัยเอื้อของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า ร้อยละ 40 ขึ้นไป ตอบข้อคำถาม มีค่าเฉลี่ยสูงสุดในเรื่อง นมที่ศูนย์ฯ จัดให้ผู้ปกครองนำมาให้เด็กดื่มที่บ้านทุกวัน มีประโยชน์มาก และตอบข้อคำถาม มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดในเรื่อง ร้านขายขนมหวานหรือขนมกรุบกรอบสำหรับเด็ก มีหลากหลายให้เลือกทั้งที่ตั้งอยู่ใกล้ศูนย์ฯ และใกล้บ้าน

4. ปัจจัยเสริมของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า ร้อยละ 30 ขึ้นไป ตอบข้อคำถาม มีค่าเฉลี่ยสูงสุดในเรื่อง คนในครอบครัวทุกคนของท่านร่วมมือกันในการจัดซื้ออาหารมาเตรียมไว้ครบถ้วนทั้งเนื้อสัตว์ ไข่ นม ผัก ผลไม้ เพื่อให้ท่านจัดอาหารให้แก่เด็ก และมากกว่า ร้อยละ 50 ขึ้นไป ตอบข้อคำถาม มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดในเรื่อง เพื่อนบ้านจะคอยแนะนำและช่วยเหลือในการให้เด็กดื่มนมจากศูนย์ฯ เป็นประจำ

5. ระดับการปฏิบัติในการจัดอาหารให้กับเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 77.54 รองลงมา คือ การปฏิบัติระดับดี ร้อยละ 19.07 และการปฏิบัติระดับต่ำ ร้อยละ 3.39 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างมากกว่า ร้อยละ 30 ขึ้นไป ตอบ ข้อคำถาม มีค่าเฉลี่ยสูงสุดในเรื่อง ท่านให้เด็กดื่มนมที่ศูนย์ฯ ให้ และมากกว่า ร้อยละ 40 ขึ้นไป ตอบข้อคำถาม มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดในเรื่อง ในการจัดเตรียมอาหารเด็กท่านจะจัดซื้อและหาอุปกรณ์มาใช้เฉพาะ

6. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับการปฏิบัติในการจัดอาหารให้กับเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับการปฏิบัติ ในการจัดอาหารให้กับเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง

ปัจจัย	การปฏิบัติในการจัดอาหารให้กับเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง		
	r	p	ระดับความสัมพันธ์
1. ปัจจัยนำด้านความรู้ในการจัดอาหารสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน	0.73**	<0.001	ปานกลาง
2. ปัจจัยนำที่มีผลต่อการปฏิบัติในการจัดอาหารให้กับเด็ก			
ความเชื่อในการจัดอาหาร	0.64**	<0.001	ปานกลาง
ทัศนคติในการจัดอาหาร	0.71**	<0.001	ปานกลาง
ค่านิยมในการจัดอาหาร	0.85**	<0.001	สูง
ผลรวมปัจจัยนำด้านความเชื่อ ทัศนคติ ค่านิยม	0.81**	<0.001	สูง
3. ปัจจัยเอื้อ	0.66**	<0.001	ปานกลาง
4. ปัจจัยเสริม	0.78**	<0.001	ปานกลาง

6.1 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับ การปฏิบัติในการจัดอาหารให้กับเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง ได้แก่ ข้อมูลความเกี่ยวพันกับเด็ก อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของผู้ปกครอง และรายได้ของครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนข้อมูล สถานภาพสมรส และเพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการจัดอาหารให้กับเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง

6.2 ปัจจัยนำด้านความรู้ ความเชื่อ ทัศนคติ ค่านิยมในการจัดอาหาร และปัจจัยนำในภาพรวม มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการจัดอาหารให้กับเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.73, p < 0.001$; $r = 0.64, p < 0.001$; $r = 0.71, p < 0.001$; $r = 0.85, p < 0.001$; $r = 0.81, p < 0.001$) ตามลำดับ

6.3 ปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์เชิงบวก ระดับปานกลางกับการปฏิบัติในการจัดอาหารให้กับเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.66, p < 0.001$)

6.4 ปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์เชิงบวก ระดับปานกลางกับการปฏิบัติในการจัดอาหารให้กับเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.78, p < 0.001$)

อภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการจัดอาหารให้กับเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งหนึ่ง ในอำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี พบประเด็นการอภิปรายตามสมมุติฐาน ดังนี้

1. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และการปฏิบัติในการจัดอาหารให้กับเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง อยู่ในระดับที่ไม่ถูกต้อง

1.1 ปัจจัยนำ

- ปัจจัยนำด้านความรู้ พบผู้ปกครอง มีความรู้ในระดับต่ำ และมีการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา แสดงว่าความรู้ นำมาซึ่งการปฏิบัติที่ยังไม่ถูกต้อง เนื่องจากมีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาจากข้อมูลส่วนบุคคลยังพบอีกว่า ผู้จัดเตรียมอาหารเป็นย่าและยาย ถึงร้อยละ 32.63 เพราะ แม่ต้องทำงานนอกบ้าน ดูได้จากการประกอบอาชีพส่วนใหญ่ เป็นอาชีพที่ต้องไปทำงานนอกบ้าน ได้แก่ อาชีพรับราชการ ค่าขาย รับจ้าง ประกอบธุรกิจส่วนตัว นอกจากนี้รายได้อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับข้อขัดแย้ง เพราะผู้ปกครองมีรายได้ของตนเองต่ำกว่า 5,000 บาท และรายได้ต่อครัวเรือนต่ำกว่า 10,000 บาท และเมื่อพิจารณาข้อมูลจากข้อคำถามย่อย พบความรู้ที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อย คือ ข้อคำถามเกี่ยวกับการจัดเตรียมอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ ไข่ นม รวมทั้งแป้งข้าว ผักและผลไม้ให้เด็กรับประทานทุกวัน ซึ่งอาหารหลักจำพวกนี้ล้วนเป็นอาหารที่มีคุณค่า ราคาค่อนข้างแพง โดยเฉพาะอาหารจำพวกวิตามิน นอกจากนี้ยังมีความรู้ในเรื่องจำนวนมื้ออาหารของเด็ก 2-3 ปี ว่ามีเพียง 3 มื้อ เหมือนผู้ใหญ่ ซึ่งถือเป็นความรู้ ที่สำคัญ ที่จะทำให้เด็กได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายเด็ก เนื่องจากการจัดอาหารให้กับเด็กก่อนวัยเรียน ควรจัดให้มี 4 - 5 มื้อ ใน 1 วัน⁶ และความรู้ที่ควรระวังไม่ให้เกิดความเข้าใจผิด คือ เรื่องการให้เด็กรับประทานอาหารจำพวกแป้งและไขมัน อาหารว่างจะเป็นอาหารอะไรก็ได้ที่มีรสหวาน มัน อร่อย และเด็กชอบกิน เด็กต้องรับประทานประเภทแป้งมาก ๆ โดยเฉพาะเด็กที่ไม่ชอบดื่มนมสามารถให้ดื่มน้ำผลไม้แทนได้ เพราะให้ประโยชน์และคุณค่าอาหารเหมือนกัน ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพที่กล่าวว่า การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำ ในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ อาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ¹ และเป็นไปตามหลักการในการจัดอาหารสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน ที่กล่าวถึงสาเหตุ/ปัจจัย ของภาวะขาดโปรตีนและพลังงานในวัยเด็กว่า ระดับการศึกษาของพ่อแม่/ผู้ปกครองที่ไม่ดี ทำให้ขาดความรู้ที่ถูกต้องในการเลี้ยงดูและในการจัดอาหารให้แก่เด็ก และมีความเชื่อบางอย่างที่ห้ามกินอาหารบางชนิด¹¹ สอดคล้องกับผลการวิจัยของสมสิริ รุ่งอมรรัตน์ (2560) ที่ศึกษาการนำแนวทางการส่งเสริมโภชนาการไปใช้ในเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก แล้วพบว่า ปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากผู้ปกครองขาดความรู้เรื่องโภชนาการสำหรับเด็ก และส่วนใหญ่ให้เด็กรับประทานอาหารตามความสะดวก และไม่ทราบถึงพลังงานจากอาหารทั้งวันที่เด็กควรได้รับ¹⁴ นอกจากนี้ยังพบการ ศึกษาสถานการณ์ภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียน โดยมีครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลบ่อทราย ของจันทบุรี พร้อมมูล และคณะ (2561) พบ เด็กก่อนวัยเรียนมีน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 6.97 เริ่มอ้วน ร้อยละ 5.81 และมีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 1.16 และสรุปผลการวิจัยว่าเด็กก่อนวัยเรียนส่วนใหญ่ มีแนวโน้มไปทางน้ำหนักเกิน อ้วน ท้วม ส่วนเด็กผอม มีแนวโน้มลดลง เนื่องจากเด็กติดอาหารรสหวาน และกินอาหารหนักไปทางแป้ง ไขมัน เด็กไม่กินผัก แม้จะทำขนาดเป็นชิ้นเล็ก ๆ ชอบกินอาหารที่ไม่เป็นประโยชน์ สาเหตุของพฤติกรรมเหล่านี้ส่วนใหญ่ก็เกิดจากพฤติกรรมเลี้ยงดูของผู้ปกครอง⁵ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของวิจิตร อัมมูระ (2562) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะโภชนาการเกินของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนกรุงเทพมหานคร และความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการของมารดา ซึ่งมารดาที่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการในเด็กระดับน้อย เด็กจะมีโอกาสเกิดภาวะโภชนาการเกิน 3.19 เท่าของมารดาเด็กที่มีความรู้ระดับมาก การจัดอาหารเพื่อป้องกันภาวะโภชนาการเกิน จึงมีความสำคัญ โดยความรู้จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมของมารดา¹²

- ปัจจัยนำด้านความเชื่อ พบผู้ปกครองมีความเชื่อ ในภาพรวมที่ถูกต้องอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะในหัวข้อย่อยเรื่องการจัดนมให้เด็กดื่มทุกวันจะทำให้เด็กตัวสูงและแข็งแรง และบุคคลในครอบครัวมีความสำคัญมากในการจัดอาหารให้แก่เด็ก แต่ก็ยังมีความเชื่อที่ยังไม่ถูกต้อง เพราะมีค่าคะแนนเฉลี่ยในข้อคำถามย่อยอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ เรื่องการจัดขนมหวานให้เด็ก

รับประทานหลังมื้ออาหาร เรื่องอาหารฟาสฟู้ด เช่น ไก่ทอด มันทอด หมูทอด/ปิ้ง สามารถซื้อให้เด็กรับประทานได้ทุกวัน และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การจัดอาหารจำพวกแป้งหรือข้าวให้เด็กรับประทานมาก ๆ จะทำให้เด็กอ้วนและน่ารัก เนื่องจากตามหลักการแล้ว อาหารว่างควรเป็นอาหารที่มีประโยชน์ ไม่ควรเน้นอาหารว่างที่หวานจัด หรืออาหารที่ทอด โดยใช้น้ำมันมาก ๆ เพราะจะทำให้เด็กได้รับพลังงานมากเกินไป อาจเป็นสาเหตุทำให้เด็กอ้วนได้⁶

- ปัจจัยนำด้านทัศนคติ พบภาพรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลาง แสดงว่าผู้ปกครองยังมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องในเรื่องเด็กจะรับประทานไม่เป็นเวลา หิวเมื่อไรจะรับประทาน และรับประทานอะไรก็ได้ที่เด็กชอบ เพราะมีค่าคะแนนเฉลี่ยที่ต่ำที่สุด รองลงมาคือเรื่อง อาหารประเภทผัก-ผลไม้ เด็กมักไม่ชอบรับประทาน เวลาซื้ออาหารสำเร็จรูป เช่น ก๋วยเตี๋ยว ก็ไม่ต้องใส่ผักสุดท้ายคือเรื่อง เด็กอ้วนไม่ได้เป็นปัญหาทางภาวะโภชนาการ เพราะเป็นเด็กที่แข็งแรงสมบูรณ์ มีผลกำลัງดี และเรื่องที่ยังควรเฝ้าระวังคือเรื่อง ขนมกรุบกรอบ เช่น มันฝรั่งทอด สาหร่ายทอดหรือขนมหวาน พวกเยลลี่ เป็นขนมที่หาซื้อง่ายและเด็กชอบรับประทาน และเรื่องการจัดอาหารที่มีสีสันทตามธรรมชาติ เด็กมักไม่ชอบจึงทำให้ยุ่งยากในการจัดอาหารจะเห็นว่า เป็นเรื่องที่ยังไม่ถูกต้อง เพราะไม่เป็นไปตามหลักการจัดอาหารสำหรับเด็กเล็กคือควรจัดอาหารมื้อหลักให้ครบ 5 หมู่ ให้น้ำรับประทาน ให้อาหารมีกลิ่น สีสันทตามธรรมชาติ หลากหลายลักษณะ เช่น นุ่ม กรอบ เหลว จัดอาหารให้มี 4-5 มื้อ ต่อวัน อาหารว่างควรเป็นอาหารที่มีประโยชน์ จัดอาหารให้แปลกใหม่ รสชาติไม่จัด ให้เด็กมีส่วนร่วมในการจัดอาหาร⁶

- ปัจจัยนำด้านค่านิยม พบผู้ปกครองมีค่านิยมอยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่ายังไม่ถูกต้อง เมื่อพิจารณาจากค่าคะแนนเฉลี่ยของหัวข้อย่อย พบมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับที่ถูกต้องเพียงเรื่องเดียว คือเรื่องการนิยมนให้เด็กดื่มนมเป็นประจำ เพราะทำให้เด็กตัวสูง เพราะระดับค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ส่วนหัวข้อย่อยเรื่องอื่น ๆ เป็นเรื่องที่ควรระวังและควรปรับให้มีความนิยมที่ถูกต้อง เพราะมีระดับค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง 3 ข้อ ได้แก่ เรื่องเด็กชอบความหลากหลายจึงควรจัดอาหารหรือขนมหวานตามสื่อโฆษณา เช่น ขนมกรุบกรอบจำพวก ขนมปัง มันฝรั่ง สาหร่ายทอด น้ำผลไม้ เรื่องการจัดอาหารว่างระหว่างมื้อแก่เด็กควรเป็นขนมหวานที่แพง ๆ เช่น ขนมเค้ก ไอศกรีม เรื่องการซื้อน้ำอัดลมให้เด็กดื่มแสดงถึงความทันสมัย และค่านิยมที่ควรจะแก้ไขให้ถูกต้อง ได้แก่ การจัดอาหารให้เด็ก การทำเองเสียเวลา ไปเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูปแช่แข็งหรือกึ่งสำเร็จรูปมารับประทานจะดีกว่า เพราะสะดวกและรวดเร็ว

1.2 ปัจจัยเอื้อ พบมีทรัพยากรและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการจัดอาหาร อยู่ในระดับสูง ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐาน เพราะผู้ปกครองได้รับนมเป็นอาหารว่าง 1 กล่อง จากศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มาเป็นอาหารว่างให้เด็กรับประทานที่บ้าน จึงไม่ต้องเสียเวลาไปซื้อหา และการเข้าถึงแหล่งอาหารที่สามารถซื้อหาอาหารได้ง่ายและสะดวก สามารถเดินไปหาซื้อของเองได้ ที่สำคัญศูนย์พัฒนาเด็กเล็กก็อยู่ไม่ไกลจากบ้าน การรับนมมาให้เด็กดื่มที่บ้านจึงไม่ต้องกังวลใจในเรื่องการเก็บอาหารหรือหาวิธีการทำให้นมไม่เสีย ดังนั้นเมื่อกลับถึงบ้านก็สามารถนำนมที่ได้รับมาให้เด็กดื่มได้ทันที แต่ก็มีร้านขนมกรุบกรอบจำหน่ายใกล้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และใกล้บ้านด้วย ซึ่งปัจจัยเอื้อนี้อาจเป็นปัญหาในการจัดอาหารที่ไม่มีประโยชน์แก่เด็กได้เช่นกัน เพราะไม่เป็นไปตามหลักการจัดอาหารให้เด็กก่อนวัยเรียน เนื่องจากขนมจำพวกนี้จะทำมาจากแป้งและมีรสหวาน อาจทำให้เกิดภาวะพหุโภชนาการ¹⁵

1.3 ปัจจัยเสริม พบในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง หรือได้รับปัจจัยเสริมยังไม่ถูกต้อง จึงเป็นไปตามสมมุติฐาน เพราะมีปัจจัยเสริมที่ยังไม่เพียงพอเหมาะสมในการจัดอาหาร เนื่องจากมีผู้ปกครองที่ตอบแบบสอบถาม ว่าได้รับแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เรื่องการจัดอาหารให้แก่เด็กก่อนวัยเรียนอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การให้คำแนะนำ การคอยติดตามภาวะโภชนาการของเด็ก และการจัดอบรมให้ความรู้ถึงวิธีการจัดเตรียมอาหารให้แก่เด็กก่อนวัยเรียน และได้รับการสนับสนุนจากคนในครอบครัว

แต่การให้การสนับสนุนจากคนในครอบครัวบางเรื่องก็ไม่ถูกต้อง เช่น ชอบซื้อพวกขนมหวาน และขนมกรุบกรอบ มาให้เด็กรับประทาน อีกหนึ่งแรงสนับสนุนที่เป็นปัญหา คือ เพื่อนบ้านชอบให้ขนมหวานแก่เด็กเป็นประจำ และไม่คอยแนะนำหรือช่วยให้เด็กดื่มนมจาก ศูนย์ฯ นอกจากนี้ยังพบปัจจัยเสริมที่จะได้รับจากสื่อต่าง ๆ เช่น ความรู้เกี่ยวกับการจัดอาหารเด็ก ผู้ปกครองยังมีความต้องการอยู่ เพราะค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง เช่นกัน ซึ่งการมีปัจจัยเสริมที่ยังไม่ถูกต้องจากแรงสนับสนุนของบุคคลนี้มีผลต่อการ ปฏิบัติของผู้ปกครองในการจัดอาหารให้กับเด็กก่อนวัยเรียน เพราะปัจจัยเสริมเป็นสิ่งที่บุคคลได้รับอิทธิพลจากบุคคลอื่น เป็นปัจจัย แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติหรือพฤติกรรมสุขภาพ ได้รับการสนับสนุนหรือไม่เพียงใด¹⁶

1.4 การปฏิบัติในการจัดอาหารให้กับเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 77.54 ถือได้ ว่ายังไม่ถูกต้อง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน เพราะจากการพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยในหัวข้อย่อยพบ มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำถึง 5 หัวข้อ ได้แก่ เรื่องการจัดเตรียมอาหารเด็ก ท่านจะซื้อและหาอุปกรณ์มาใช้เฉพาะ เรื่องการป้อนข้าวและแปรง ให้เด็กรับประทานก่อนและให้ รับประทานมากกว่าพวกเนื้อสัตว์ ผักและผลไม้ เรื่องอาหารมื้อเช้าจะให้เด็กรับประทานข้าวเหนียวไก่ย่างหรือหมูปิ้ง เพราะหาซื้อ สะดวกและไม่มีเวลาทำเอง เรื่องการจัดแบ่งมื้ออาหารให้เด็ก 3 มื้อ และเสริมด้วยอาหารว่าง 2 มื้อ เรื่องสุดท้ายคือเรื่องการจัดอาหาร ที่แยกทำของคนอื่นในครอบครัวกับเด็ก ส่วนเรื่องที่ควรเฝ้าระวังและต้องสนับสนุนให้มีการปฏิบัติอย่างถูกต้อง ได้แก่ เรื่องการ จัดอาหารให้เด็กรับประทานให้ครบ 5 หมู่ การเน้นอาหารมื้อเช้าเป็นมื้อสำคัญที่จะต้องให้เด็กรับประทานก่อนส่งไปที่ศูนย์พัฒนา เด็กเล็ก ไข่ควรจัดเป็นอาหารหลักให้เด็กได้รับประทาน การแคะช่องอาหารประเภทบิงย่าง เช่น หมูปิ้ง ข้าวเหนียวให้เด็กเป็นอาหาร มื้อหลัก สุดท้ายเรื่องการซื้อน้ำอัดลมและขนมหวานหรือขนมกรุบกรอบมาเตรียมไว้ให้เด็กได้รับประทานระหว่างมื้ออาหารหรือหลัง มื้ออาหารเย็นที่บ้าน นอกจากนี้ยังมีเรื่องที่ต้องสนับสนุนให้มีพฤติกรรมที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น เพราะมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี แต่เป็นค่าคะแนนที่ค่อนข้างไปในระดับปานกลาง คือเรื่องการจัดเตรียมอาหารที่สำเร็จรูป ไว้ให้เด็กรับประทาน ควรจะซื้อที่พึ่งทำ เสร็จใหม่ ๆ จากร้าน ไม่ควรเป็นพวกบะหมี่หรือโจ๊กสำเร็จรูป การจะให้เด็กรับประทานอาหารควรเป็นอาหารที่ทำด้วยตนเอง และ ปรงสุกใหม่ และเวลาซื้ออาหารพวกเนื้อสัตว์จะเลือกซื้อที่ติดมันเยอะ ๆ มาให้เด็ก เพราะ เนื้อจะนุ่ม เด็กชอบรับประทานและ เคี้ยวง่าย ซึ่งล้วนไม่ถูกต้องตามหลักการจัดอาหารให้กับเด็กก่อนวัยเรียน⁽⁶⁾

2. ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับการปฏิบัติในการจัดอาหารให้กับเด็กก่อนวัยเรียนของ ผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์กัน

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ความเกี่ยวข้องกับเด็ก อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน รายได้รวมของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการจัดอาหารให้กับเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนเพศ และ สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ แสดงว่าการปฏิบัติได้ถูกต้องหรือไม่ขึ้นกับอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อ เดือน รายได้รวมของครอบครัว เนื่องจากมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับการปฏิบัติ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการวิเคราะห์ พฤติกรรมสุขภาพของ PRECEDE ที่กล่าวว่าปัจจัยนำ คือ ปัจจัยพื้นฐานที่ติดตัวมา และการแสดงพฤติกรรมขึ้นอยู่กับลักษณะของ บุคคล รวมถึงสภาพทางสังคมและเศรษฐกิจด้วย เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา และขนาดของครอบครัว⁽¹⁷⁾ ประกอบกับผู้ปกครอง ถือเป็นคนสำคัญในการจัดอาหารแก่เด็กก่อนวัยเรียน จึงจำเป็นที่จะต้องศึกษาถึงลักษณะส่วนบุคคลของผู้ปกครองไว้เป็นข้อมูล พื้นฐานในการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดอาหารแก่เด็กก่อนวัยเรียน เพราะเด็กในวัยนี้ถือเป็นวัยที่มีความสำคัญต่อ การเจริญเติบโตของเด็กในอนาคต และอาหารก็เป็นปัจจัยหนึ่งของชีวิต การดำเนินชีวิตจะเป็นไปด้วยดี หากร่างกายได้รับอาหารที่มี

สารอาหารครบถ้วนเหมาะสม ซึ่งความสำคัญของผู้ปกครองในการจัดเตรียมอาหารแก่เด็กนี้ ก็สอดคล้องกับงานวิจัยของ วีรวัลย์ ศิรินาม (2561) ที่สรุปว่าผู้ปกครองหรือผู้จัดเตรียมอาหารของครอบครัวเป็นหัวใจสำคัญที่จะส่งผลต่อโภชนาการที่ดีของเด็ก¹³

2.2 ปัจจัยนำด้านความรู้ ความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม พบมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการจัดอาหารให้กับเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความสัมพันธ์ด้านความรู้ในระดับปานกลาง ($r = 0.73$) ส่วนปัจจัยนำด้านความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม ภาพรวมมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง ($r = 0.81$) แต่เมื่อพิจารณารายด้านของภาพรวม พบความสัมพันธ์ของความเชื่อ อยู่ในระดับปานกลาง ($r = 0.64$) ทศนคติ อยู่ในระดับปานกลาง ($r = 0.71$) และค่านิยม อยู่ในระดับสูง ($r = 0.85$) แสดงให้เห็นว่า การที่ผู้ปกครองจะสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ขึ้นอยู่กับการมีปัจจัยนำด้านความรู้ ความเชื่อ ทศนคติ และค่านิยมอยู่ในระดับสูงหรือถูกต้อง เช่นเดียวกับผลการวิจัยของวีรวัลย์ ศิรินาม (2561) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พบส่วนใหญ่ผู้ปกครองมีความรู้ในระดับดี มีเจตคติในระดับดี ส่งผลให้การปฏิบัติในการจัดอาหารอยู่ในระดับที่ดี¹³ แต่ผลการวิจัยครั้งนี้พบความรู้ในระดับต่ำหรือมีความรู้ต่ำ คือยังมีความรู้ไม่ถูกต้องในเรื่องการจัดอาหารแก่เด็กก่อนวัยเรียนที่ต้องปฏิบัติตามหลักการจัดอาหารให้เด็ก ได้แก่ จัดอาหารให้มีคุณค่าทางโภชนาการในมื้ออาหารหลักให้ครบ 5 หมู่ จัดอาหารให้น่ารับประทาน มีสีสันตามธรรมชาติ มีลักษณะหลากหลาย จัดอาหารให้มี 4-5 มื้อใน 1 วัน จัดอาหารแปลกใหม่ที่มีประโยชน์ให้เด็กรับประทานเสมอ รสชาติไม่ให้งดเกินไป และให้เด็กมีส่วนร่วม⁶ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของวิจิตร อัมมูระ (2562) พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายภาวะโภชนาการเกินของเด็กก่อนวัยเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความรู้ของมารดา เพราะผลการวิจัยพบว่า มารดามีความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการในเด็กระดับน้อย⁽¹²⁾ ส่วนปัจจัยนำด้านความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม ของการวิจัยครั้งนี้ พบภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ถึงแม้จะมีค่าความเชื่อในระดับสูง แต่ก็ยังเป็นค่าคะแนนเฉลี่ยที่ค่อนข้างต่ำในระดับปานกลาง เนื่องจากยังมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องโดยเฉพาะเรื่องการจัดอาหารจำพวกแป้งหรือข้าวให้เด็กรับประทานมาก ๆ จะทำให้เด็กอ้วนและน่ารัก คือเป็นค่าคะแนนเฉลี่ยที่มีค่าน้อยที่สุด ซึ่งก็เป็นความเชื่อและความเข้าใจของพ่อแม่ต่อภาวะเด็กอ้วนทั่วไปที่มีมาตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน¹⁵ ส่งผลให้การปฏิบัติในการจัดอาหารของผู้ปกครอง มีการปฏิบัติยังไม่ถูกต้อง เพราะมีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ดังนั้น ปัจจัยนำด้านความเชื่อ ทศนคติ และค่านิยม ส่งผลต่อการปฏิบัติของผู้ปกครองในการจัดอาหารแก่เด็กก่อนวัยเรียนโดยมีค่าความสัมพันธ์ในระดับสูง ($r = 0.81, p = <0.001$)

2.3 ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม พบมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการจัดอาหารให้กับเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่า ยังมีความสัมพันธ์ที่มีอิทธิพลต่อกันไม่มากนัก ซึ่งการศึกษาปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมนี้เป็นสิ่งที่ต้องทำการศึกษาเฉพาะการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพนั้น ต้องศึกษาทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ตามแบบแผนทฤษฎีการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรม ที่ใช้เป็นกรอบในการวิเคราะห์ครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีของกรีนและกรูเตอร์ ที่เรียกว่า PRECEDE - PROCEED Model ในระยะของการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งมีแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับ 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม¹⁷ เช่นเดียวกับณรงค์ชัย หัตถิ (2553) ที่กล่าวถึง PRECEDE - PROCEED Model ว่าเป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพแบบสหปัจจัย เนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย และการดำเนินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพนั้น ต้องวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรม⁸ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงศึกษาปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมด้วย และพบว่า มีปัจจัยเอื้ออยู่อย่างเพียงพอ เพียงแต่ยังมีการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องในการเลือกซื้ออาหารแก่เด็ก ซึ่งดูได้จากการให้ความคิดเห็นของผู้ปกครองที่ยังไม่ถูกต้องในเรื่อง แหล่งจำหน่ายอาหารพวกขนมหวานและขนมกรุบกรอบที่อยู่ใกล้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและใกล้บ้าน เพราะมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

อย่างไรก็ตามได้รับการสนับสนุนจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ให้กับผู้ปกครองนำมาให้เด็กดื่มที่บ้าน เป็นการสนับสนุนที่ผู้ปกครองถือว่าเป็นสิ่งสนับสนุนที่ดีมาก สอดคล้องกับการวิจัยของชัยญานุช ไพรวงษ์ (2565) พบว่า ปัจจัยเอื้อเป็นปัจจัยที่อาศัยอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดพฤติกรรมโดยตรง ไม่ว่าจะเป็นร้านขายของชำ ความสะดวกต่อการเข้าถึง ระยะเวลา และทักษะการเลือกซื้อ ซึ่งเป็นปัจจัยสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง⁷ ส่วนปัจจัยเสริมพบว่า ยังมีไม่เพียงพอและต้องการแรงสนับสนุนเพิ่มทั้งจากเจ้าหน้าที่ เพื่อนบ้าน และครอบครัว เนื่องจากมีค่าคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมของปัจจัยเสริมอยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะปัจจัยเสริมจากครอบครัวมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงที่สุด คือเรื่องคนในครอบครัวทุกคนร่วมมือกันในการจัดซื้ออาหารมาเตรียมไว้ครบบ้าน เพื่อให้ผู้ปกครองจัดอาหารให้แก่เด็ก แต่ในทางตรงกันข้าม คนในครอบครัวก็เป็นแรงสนับสนุนเชิงลบคือชอบซื้อพวกขนมกรุบกรอบ มาให้เด็กรับประทานเสมอ ทางด้านเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แรงเสริมที่ได้รับจากผู้ปกครองยังมีความต้องการเพิ่มกิจกรรม เช่น การแนะนำการจัดอาหารให้แก่เด็ก การคอยติดตามภาวะโภชนาการ และการจัดอาหารให้แก่เด็กอย่างสม่ำเสมอ และต้องการเพิ่มพูนความรู้ในการจัดอาหารให้แก่เด็ก คืออยากให้มีการจัดอบรมเรื่องความรู้และวิธีการจัดเตรียมอาหาร เพราะเรื่องเหล่านี้มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนบ้านก็ต้องการให้เพื่อนบ้านมีความรู้ที่ถูกต้องในการช่วยสนับสนุนให้เด็กได้ดื่มนมจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยเฉพาะสื่อต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการจัดอาหารให้แก่เด็กก็เป็นสิ่งที่ผู้ปกครองมีความต้องการเพิ่มเติม เนื่องจากหัวข้อเหล่านี้ ผู้ปกครองแสดงความคิดเห็นในระดับปานกลางถึงระดับต่ำหรือระดับที่น้อย สอดคล้องกับผลการศึกษาของจิราภา สุวรรณกิจ (2565) ที่ศึกษาภาวะโภชนาการและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน แล้วพบว่า ปัจจัยเสริม ได้แก่ การปลูกฝังนิสัยการบริโภคอาหารให้กับเด็กวัยก่อนเรียนของครอบครัวมีความสัมพันธ์ กับภาวะโภชนาการ การปลูกฝังนิสัยการบริโภค จึงถือเป็นปัจจัยเสริมที่มีส่วนสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการและถือว่าเป็นแรงกระตุ้นในการแสดงพฤติกรรมที่เกิดจากอิทธิพลภายนอกจากบุคคล⁴ และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Hamzavi et al. (2022) ที่ศึกษาการรับรู้ และประสบการณ์ของผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยงของเด็กก่อนวัยเรียน ชาวอิหร่าน ในการควบคุมน้ำหนัก โดยใช้แบบจำลองของ PRECEDE-PROCEED Model ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยเสริม (การสนับสนุนและอิทธิพลของครอบครัว กำลังใจและอิทธิพลของครูพี่เลี้ยง อิทธิพลของเพื่อน) มีผลต่อการควบคุมน้ำหนักของเด็กก่อนวัยเรียนเป็นอย่างมาก¹⁸

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำข้อมูลทีวีเคาระห์ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ไปเป็นฐานข้อมูลในการวางแผนพัฒนาโครงการอาหารกลางวันในโรงเรียน และโครงการอาหารเสริม(นม)ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กฯ
2. นำข้อมูลความรู้ ความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม ที่ยังไม่ถูกต้องไปใช้ในการวางแผนจัดอบรมได้
3. สามารถนำข้อมูลจากการวิจัยไปหารูปแบบการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้
4. หน่วยงานอื่น ๆ ทางสาธารณสุข สามารถนำรูปแบบการวิเคราะห์แบบ Precede Model ไปใช้เพื่อหาสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดอาหารให้กับเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองได้
5. สามารถนำข้อมูลปัจจัยเสริมไปจัดโปรแกรมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในการพัฒนาศักยภาพของการให้ข้อมูลเสนอแนะหรือคำแนะนำในส่วนของเจ้าหน้าที่/เพื่อนบ้าน/ครอบครัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับสภาพปัญหาที่เป็นอยู่

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาหาโปรแกรม ในการพัฒนาภาวะโภชนาการของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ต่อจาก Precede Model

2. ควรมีการศึกษาวิจัยทั้งระยะ ของ Precede และ Proceed เพื่อให้ได้ข้อมูลสาเหตุปัจจัยการจัดเตรียมอาหารของผู้ปกครอง และของหน่วยงานในการจัดบริการ
3. ควรทำการศึกษาวิจัยเชิงทดลองเพื่อหารูปแบบการให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง เรื่องโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนที่มีประสิทธิผล
4. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอื่น ๆ สามารถนำ Precede Model ไปศึกษาหาสาเหตุพฤติกรรมการปฏิบัติในการจัดอาหารแก่เด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง และนำข้อมูลไปเป็นฐานในการพัฒนา
5. ควรมีการวิจัยประเมินผลการบริการของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในส่วนของ Proceed

เอกสารอ้างอิง

1. กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. กลยุทธ์เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์; 2561.
2. กุลนิดา เต็มขวลา. (อินเทอร์เน็ต). พัฒนาการของเด็กวัยอนุบาล ที่พ่อแม่ควรทำความเข้าใจ. (เข้าถึงเมื่อ 12 กรกฎาคม 2565) เข้าถึงได้จาก: <https://www.nakornthon.com/article/getpagepdf/326>
3. จิราภรณ์ ปัญญารัตนโชติ, ชัญญูจิตาคุชฎี, ทูลศิริ และสมสมัย รัตนกริชากุล. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนชั้นประถมศึกษาในโรงเรียนสังกัดเทศบาลเมืองสมุทรสงคราม. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2560;25(2):43-56
4. จิราภา สุวรรณกิจ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน. วารสารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองหก. 2565;31(2):81-94
5. จิรารัตน์ พร้อมมูล, ตรีทิพย์ เครือหิ, ชุตินา เฟิงใหญ่ และ วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนะ. ศึกษาสถานการณ์ภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียน โดยมีครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลบ่อทราย อำเภอมะนัง จังหวัดสงขลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2561;5(3):169-185.
6. จุไรรัตน์ วัชรอาสน์. (อินเทอร์เน็ต). โภชนาการสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน. (เข้าถึงเมื่อ 13 กรกฎาคม 2565) เข้าถึงได้จาก: <http://164.115.41.60/excellencecenter/?p=166>
7. ชัญญานุช ไพรวงษ์, ศุภรดา โมขุนทด, พรทิพย์ แก้วชิน. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากรที่มีภาวะโภชนาการเกินในตำบลโนนตูม อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี. 2565;14(2):90-20.
8. ณรงค์ชัย หัตถ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นตอนต้น อำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี. (วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2553
9. ณัฐธวัลย์ เฟิงแจ่ม, ศุภรดา โมขุนทด, วันฉัตร โสพล, วัลยา ชันพลกรัง, ดิเรก กลุ่มค่างพลู, ชลนิชา หอมสุวรรณ, ศันสนีย์ อินทะเสน, สัมฤทธิ์ หรั่งมา, พิชญานนท์ เผือกมะหิงษ์, บัณฑิตา ขุนภักณา และภารวี ตรีรัตนกุลพร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินในโรงเรียนแห่งหนึ่ง ตำบลโคกชัย อำเภอโคกชัย จังหวัดนครราชสีมา. การประชุมวิชาการระดับชาติ วิทยาลัยนครราชสีมา ครั้งที่ 6. 2562;941-949.

10. นรลักษณ์ เอื้อกิจ, ลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี. การประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE MODEL ในการสร้างเสริมสุขภาพ. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพ. 2562;12(1):38-48.
11. ประไพพิศ สิงหเสน, ศักรินทร์ สุวรรณเวหา, อติญาณ ศรีเกษตริน. การส่งเสริมโภชนาการในเด็กวัยก่อนเรียน. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2560;4(3):226-235.
12. วิจิตรา อัมมูระ, สมสมัย รัตนกรีกากุล, สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ. ปัจจัยทำนายภาวะโภชนาการเกินของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน กรุงเทพมหานคร. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2562;27(1):1-12.
13. วีรวัลย์ ศิรินาม. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัด เทศบาลตำบลบ้านกลาง อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่; 2561.
14. สมสิริ รุ่งอมรรัตน์, อาภาวรรณ หนูคง, ณัฐธิดา ไกรมงคล, รุ่งรติ พุฒิสถียร. การนำแนวทางการส่งเสริมโภชนาการไปใช้ในเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. วารสารสภาการพยาบาล. 2560;32(4):108-120.
15. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกสุขภาพเด็กดี สำหรับบุคลากรสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2558.
16. สุรีย์พันธุ์ วรพงศธร. (อินเทอร์เน็ต). PRECEDE - PROCEED Model. (เข้าถึงเมื่อ 15 กรกฎาคม 2565) เข้าถึงได้จาก: <http://hepa.or.th/assets/file/conference/...pdf>
17. Green, L.W., Krueter, M.W. Health Promotion Planning An Education and Ecological Approach. 4th ed. Toronto: Mayfield Publishing Company; 2005.
18. Hamzavi Zarghani N, Ghofranipour F, Mohammadi E, Cardon G. (Internet). Understanding the perceptions of parents and preschool principals on the determinants of weight management among Iranian preschoolers. A directed qualitative content analysis. Butler É, editor. PLOS ONE. 17(6):e0270244. (Cited 13 July 2022) Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0270244>

Received: 08/07/66 Revised: 16/11/66 Accepted: 25/12/66

การพัฒนาตัวบ่งชี้คุณภาพสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลต้นแบบ

The Development of environmental quality index in model hospital

จำเนียร วงษ์ศรีแก้ว, บุญเลิศ วงศ์โพธิ์, วินัย วีระพัฒนานนท์ และศิริชัย จันทุม^a

คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

^aผู้รับผิดชอบหลัก (e-mail: sirichai.j@ptu.ac.th)

Chamnian Wongsrikaew, Boonlert Wongpho, Winai Weerawattananont and Sirichai Junphu^a

Faculty of Allied Health Sciences Affiliation

^aCorresponding author (e-mail: sirichai.j@ptu.ac.th)

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาปัญหาและความต้องการตัวบ่งชี้คุณภาพสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลต้นแบบ 2) พัฒนาตัวบ่งชี้คุณภาพสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลต้นแบบ รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยแบบผสมวิธี กลุ่มตัวอย่าง คือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข 350 คน สำหรับการสอบถามเกี่ยวกับพัฒนาร่างเกณฑ์คุณภาพสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลต้นแบบ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 9 คน ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการบริหารโรงพยาบาล จำนวน 1 คน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุข จำนวน 1 คน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 1 คน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสิ่งแวดล้อมศึกษา จำนวน 3 คน และผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษา หรือการพัฒนาเกณฑ์การประเมิน จำนวน 3 คน สำหรับการประเมินเกณฑ์คุณภาพสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลต้นแบบจากการพัฒนามาจากมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง 16 มาตรฐาน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 3 ชนิด คือ 1) แบบบันทึกการศึกษาจากแนวคิดมาตรฐานและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) แบบบันทึกการสนทนากลุ่มย่อย 3) แบบสอบถามผู้ทรงคุณวุฒิ แบ่งระดับมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับความสำคัญของข้อคำถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ IOC เท่ากับ 0.84 และหาความเชื่อมั่นโดยใช้ Cronbach's Coefficient เท่ากับ 0.96 ในกรณีการวิจัยเชิงปริมาณ ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้วิเคราะห์เนื้อหาแล้วเขียนบรรยายเชิงพรรณนา ผลการวิจัยพบว่า จากการทบทวนมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลต้นแบบรวม 16 แหล่งข้อมูล เพื่อนำมาจัดหมวดหมู่เนื้อหาพบว่า มีข้อมูลเกี่ยวกับเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพสิ่งแวดล้อมจำนวน 8 ด้าน ดังนั้น ผลการพัฒนาตัวบ่งชี้คุณภาพสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลต้นแบบ ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) องค์ประกอบด้านการบริหารจัดการ 2) องค์ประกอบด้านกายภาพ ชีวภาพ 3) องค์ประกอบด้านการจัดการพลังงาน 4) องค์ประกอบด้านการจัดการน้ำ 5) องค์ประกอบด้านการจัดการของเสีย 6) องค์ประกอบด้านการจัดการความปลอดภัย 7) องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และ 8) องค์ประกอบด้านการมีส่วนร่วมกับชุมชน ดังนั้นภาพรวมเกณฑ์มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.73$, S.D. = .494) อย่างไรก็ตามข้อค้นพบจากงานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ในการนำไปพัฒนางานด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลให้ดีขึ้นได้

คำสำคัญ: การพัฒนา, ตัวบ่งชี้, คุณภาพสิ่งแวดล้อม, โรงพยาบาลต้นแบบ

Abstract

This article aimed to study problems and needs of environmental quality indicators for model hospitals and to development of environmental quality indexes for model hospitals. The sample size was medical and public health professional of 350 peoples. Of these studies have been 9 experts including the development of draft environmental quality criteria for the model hospital, by experts, a total of 9 people, consisting of, an expert in hospital administration, 1 people, an expert in public health, 1 people, an expert Environmental aspect, 1 people, expert in environmental studies, 3 people, and, expert in education, or development of assessment criteria, 3 people. They were selected by Three different types of research were conducted using specific selection techniques and tools, including: 1) study notes from standard concepts and related research, 2) notes from small group discussions, and 3) Questionnaire of experts of the rating scale were divided into 3 levels to allow experts to express their opinion on the importance of the questions. The data were analyzed using an IOC of 0.84 and confidence findings were determined using Cronbach's Coefficient of 0.96. Analysis data by Descriptive statistics and Content Analysis. The research results were found as follows; 1) A survey of the literature and related research on the ideas of environmental quality in model hospitals, which used 16 data sources to classify the content, revealed that it contains information on 8 different components of environmental quality indexes (EQI). 2) The results of the development of environmental quality indexes in model hospitals consisted of 8 components: 1) Management component 2) Physical and biological component 3) Energy management component 4) Water management component 5) Management component of the hospital Waste 6) Safety management component 7) Environmental component for health promotion and 8) Community engagement component. Therefore overall, of EQI were appropriated at a high level ($\bar{X} = 3.73$, S.D. = .494). However, this findings from research were usefully for developing the work, the environment quality indexes of the in all hospitals can be better.

Keywords: Development, index, environment quality index, model hospital

บทนำ

ปัญหาเรื่องสิ่งแวดล้อมเป็นปัญหาที่มีความสำคัญควบคู่กับการพัฒนาความเจริญก้าวหน้าซึ่งเป็นปัญหาร่วมกันของทุกประเทศกล่าวคือการพัฒนาที่ยั่งยืนรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม และภาวะมลพิษที่ยังก่อตัวและทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น ประเทศไทยก็เป็นประเทศหนึ่งที่กำลังประสบกับปัญหาดังกล่าวอยู่ในขณะนี้ ทั้งนี้เพราะการพัฒนาเศรษฐกิจในช่วงที่ผ่านมาได้ให้ความสำคัญกับการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจโดยการนำเอาทรัพยากรธรรมชาติมาใช้ประโยชน์แต่ไม่ได้มีการวางแผนที่เหมาะสมรองรับปัญหาที่จะเกิดขึ้น ทำให้ทรัพยากรธรรมชาติที่เหลืออยู่มีสภาพเสื่อมโทรมลง และปัญหาต่างๆ ด้านสิ่งแวดล้อมก็เพิ่มขึ้น ปัญหาเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของประชาชนและระบบนิเวศ” พระราชดำรัสพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร เมื่อวันที่ 4 กรกฎาคม 2545 ปัจจุบันโลกเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสภาพภูมิอากาศสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะเกิดปัญหาภาวะโลกร้อนและผลสืบเนื่องจากภาวะโลกร้อนที่ส่งผลกระทบต่อ

การดำเนินชีวิตของประชาชนได้¹ และปัจจุบันแนวคิดสิ่งแวดล้อมศึกษาเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Environmental Education for Sustainable Development : EESD) ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ และการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมกับการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม ซึ่งเป็นความรู้พื้นฐานในการดำรงชีวิต และการอยู่ร่วมกันของคนในชุมชน สังคมประเทศ และสังคมโลก เพื่อนำไปสู่การสร้างความตระหนัก เสริมสร้าง หรือปรับเปลี่ยนเจตคติ และพฤติกรรมไปในทางที่เกื้อกูลต่อการพัฒนาบนหลักการของการดูแลรักษาและอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน²

ความพยายามในการแก้ปัญหาสิ่งแวดล้อมเริ่มกำเนิดขึ้นจากการที่องค์การสหประชาชาติได้เสนอให้มีการประชุมเรื่องมนุษยนิเวศวิทยา ณ กรุงสต็อกโฮล์ม ประเทศสวีเดน ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2515 ซึ่งมีเหตุมาจากการเพิ่มขึ้นของพลโลกอย่างรวดเร็ว ในการประชุมเน้นบทบาทและความต้องการสิ่งแวดล้อมศึกษาที่จะเอื้อประโยชน์ต่อสาธารณะ และบุคคลเพื่อจะได้นำความรู้ และประสบการณ์ไปใช้เพื่อการพัฒนาสิ่งแวดล้อม ข้อเสนอแนะจากการประชุมครั้งนั้น ต่อมา มีการตั้งหน่วยงานขององค์การสหประชาชาติที่มีหน้าที่รับผิดชอบทางสิ่งแวดล้อม คือโครงการสิ่งแวดล้อมของสหประชาชาติ (UNEP) ในปี พ.ศ. 2515 ขึ้นในเมืองไนโรบี ประเทศเคนยา² ต่อมาองค์การสิ่งแวดล้อมสหประชาชาติ (UNEP) ได้วางกรอบของสิ่งแวดล้อมศึกษาไว้ว่าเป็นการศึกษาที่ให้เกิดความห่วงใยต่อปัญหาสิ่งแวดล้อม และเกิดความต้องการเข้าไปร่วมแก้ไขปัญหา และการฝึกอบรมเพื่อเกิดทักษะและชำนาญในการแก้ไขปัญหา หรือพัฒนาคุณภาพสิ่งแวดล้อม และต่อมาในปี พ.ศ. 2518 UNEP ได้วางรากฐานกำเนิดโครงการสิ่งแวดล้อมศึกษานานาชาติ (IEEP) ขึ้น³ ต่อจากนั้นก็มีการดำเนินกิจกรรมตลอดจนการประชุมเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมศึกษาอย่างต่อเนื่องซึ่งแสดงให้เห็นความสำคัญของสิ่งแวดล้อมศึกษาเป็นอย่างมากดังเห็นได้จากในปี พ.ศ. 2518 มีการประชุมเชิงปฏิบัติการสิ่งแวดล้อมศึกษา ที่เมืองเบลเกรด ประเทศยูโกสลาเวีย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อที่จะศึกษาและอภิปรายถึงสภาพปัจจุบันและแนวโน้มสิ่งแวดล้อมศึกษาของโลกผลจากการประชุมครั้งนี้ได้เกิดข้อตกลง เรียกว่า ปฏิญญาสากลเบลเกรดหรือกฎบัตรเบลเกรดขึ้น (The Belgrade Charter) พ.ศ. 2520 มีการประชุมเรื่องสิ่งแวดล้อมศึกษาที่เมืองทบิลิซี (Tbilisi) ประเทศสหภาพโซเวียต⁴ ปี พ.ศ. 2535 มีการประชุมว่าด้วยสิ่งแวดล้อมและการพัฒนาหรือการประชุม Earth Summit ที่เมืองริโอเดอ จาเนโร ประเทศบราซิล ได้ประกาศแผนปฏิบัติการ 21 หรือ Agenda 21 และ ปี พ.ศ. 2545 การประชุมสุดยอดโลกเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน ณ กรุงโยฮันเนสเบิร์ก ประเทศแอฟริกาใต้ โดยที่ประชุมสหประชาชาติมีมติประกาศให้ ปี พ.ศ. 2548 - 2557 เป็นทศวรรษแห่งการเรียนรู้สิ่งแวดล้อม⁵ สำหรับประเทศไทยเมื่อวันที่ 4 ธันวาคม 2540 พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร ได้มีพระราชดำรัสแก่ข้าราชการและประชาชน ที่เข้าเฝ้าถวายพระพร เนื่องในวันเฉลิมพระชนมพรรษา ถึงการแก้ไขภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจของประเทศไทย โดยให้หันมาพัฒนาเศรษฐกิจแบบพอเพียง คือการพัฒนาที่มุ่งให้ประชาชนมีกิน มีใช้เป็นเบื้องต้น ด้วยการช่วยเหลือตนเอง โดยอาศัยผลผลิตในท้องถิ่นหรือในครอบครัว เพื่อให้มีอาหารกินและมีชีวิตอยู่ในชุมชนตามควรแก่สภาพ⁶

โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข มีทั้งหมดจำนวน 10,675 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์ 33 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 83 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 780 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 9,780 แห่ง⁷ ในปี 2565 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการสำรวจ Green and Clean Hospital โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ต้นแบบนาร่อง) พบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่ประสบปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ส้วมมีกลิ่นเหม็น ร้อยละ 81.81 ไม่มีสบูสำหรับล้างมือ ร้อยละ 50 การดูแลระบบบำบัดน้ำเสีย และการดูแลเตาเผาขยะติดเชื้อขาดแคลนที่ปรึกษา หรือผู้เชี่ยวชาญในการดูแล และซ่อมบำรุงระบบ⁸ นอกจากนี้ยังพบว่าการ

ลักลอบทั้งขยะซึ่งเป็นขยะติดเชื้อ ที่เกิดจากบริการทางการแพทย์ของหน่วยงานต่างๆทางสื่อมวลชนเป็นระยะเสมอๆ โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ภาคตะวันออก มีจำนวนทั้งหมด 6 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลระยอง จังหวัดระยอง โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี โรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ และโรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา โครงสร้างการบริหารโรงพยาบาลศูนย์ แบ่งหน่วยงานภายในออกเป็น 6 กลุ่มภารกิจ คือกลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ กลุ่มภารกิจด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ กลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ และภารกิจด้านผลิตบุคลากรทางการแพทย์ โดยมีบทบาทหน้าที่ในการให้บริการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งภารกิจและกิจกรรมของดังกล่าว ทำให้โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานที่เป็นแหล่งกำเนิดปัญหาต่างๆและมลพิษด้านสิ่งแวดล้อมมากมาย⁹ เช่นขยะมูลฝอยทางการแพทย์ ซึ่งเป็นมูลฝอยที่มีเชื้อโรคปะปนอยู่เรียกว่ามูลฝอยติดเชื้อ มูลฝอยอันตราย สารเคมี สารอันตราย น้ำเสียที่ไหลออกจากกระบวนการในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย เป็นต้น นอกจากนี้พื้นที่ภาคตะวันออกยังได้รับอนุมัติให้เป็นพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษอีกด้วย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาและพัฒนาตัวบ่งชี้คุณภาพสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลต้นแบบ เนื่องจากพบว่ายังไม่มีนักวิจัย หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ทำการศึกษา วิจัยในเรื่องดังกล่าวในพื้นที่ภาคตะวันออกมาก่อน และเพื่อใช้สำหรับเป็นเกณฑ์ประเมินตัวบ่งชี้คุณภาพสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลเพื่อ พัฒนาคุณภาพสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ภาคตะวันออก รวมทั้งนำไปใช้ในการกำหนดนโยบาย กลยุทธ์ การวางแผน การบริหารจัดการด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อม ตลอดจนการประเมินผลสำเร็จของคุณภาพสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลเพื่อให้โรงพยาบาลเป็นสถานที่ ที่เป็นต้นแบบในการดูแลรักษาสุขภาพ สำหรับผู้รับบริการ ญาติ และบุคลากรของโรงพยาบาลนอกจากนี้จะส่งผลต่อการพัฒนาโรงพยาบาลให้เป็นองค์กรที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมชุมชนให้น้อยที่สุด เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง พัฒนาคุณภาพชีวิต และสามารถพัฒนาอย่างเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมสู่ความยั่งยืนต่อไป

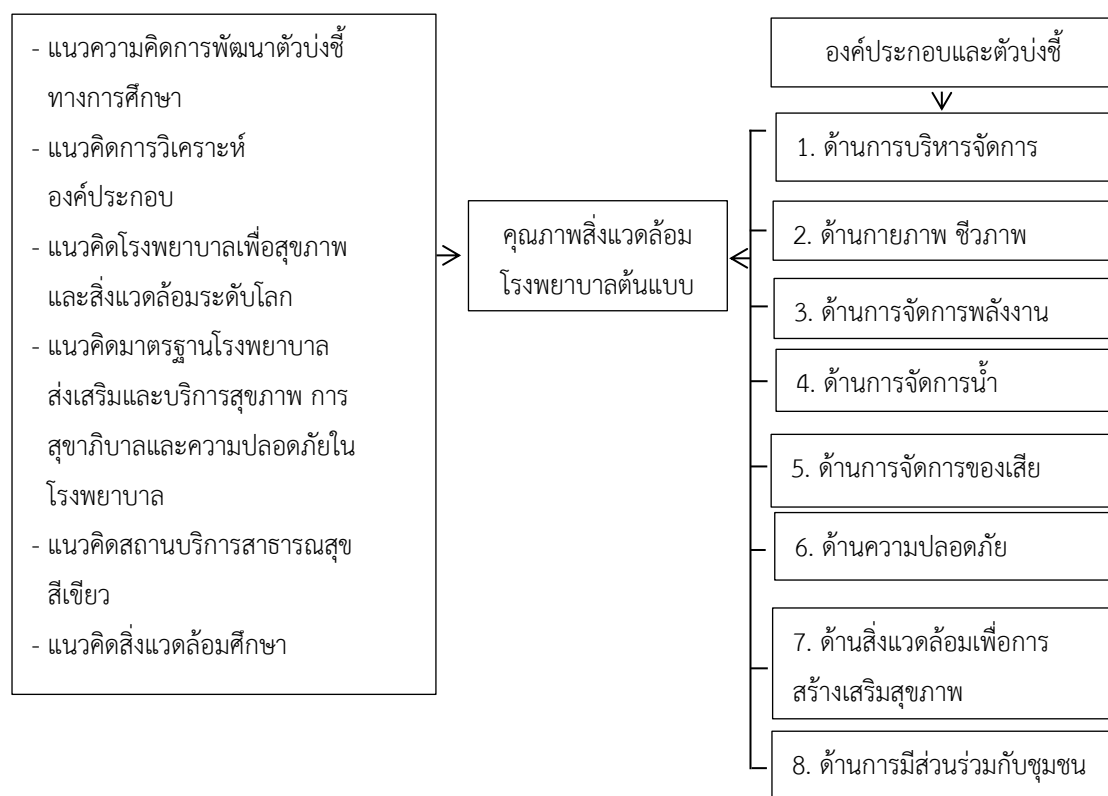
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการในการพัฒนาตัวบ่งชี้คุณภาพสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลต้นแบบ
2. เพื่อพัฒนาตัวบ่งชี้คุณภาพสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลต้นแบบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาสิ่งแวดล้อมและและความต้องการตัวบ่งชี้คุณภาพสิ่งแวดล้อม การพัฒนาตัวบ่งชี้คุณภาพสิ่งแวดล้อม การยืนยันองค์ประกอบตัวบ่งชี้คุณภาพสิ่งแวดล้อม ประเมินผลและทดสอบใช้ ตัวบ่งชี้ด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อม ของโรงพยาบาลต้นแบบ ดังนั้นผู้ศึกษา จึงได้ศึกษาแนวความคิดการพัฒนาตัวบ่งชี้ทางการศึกษาเพื่อกำหนดกรอบความคิดเชิงทฤษฎีในการพัฒนาตัวบ่งชี้ตามแนวคิดการพัฒนาตัวบ่งชี้ทางการศึกษาของ เจม จอห์นสโตน (Jame N Johnstone) ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนที่สำคัญ 6 ขั้นตอน คือกำหนดนิยามตัวบ่งชี้ คัดเลือกตัวแปรที่เป็นองค์ประกอบสิ่งที่ศึกษา กำหนดวิธีการรวมตัวแปร กำหนดน้ำหนัก ความสำคัญของตัวแปร และตรวจสอบคุณภาพของตัวบ่งชี้มาเป็นแนวทางในการพัฒนาตัวบ่งชี้ด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลต้นแบบ นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้ศึกษาแนวคิดการ

วิเคราะห์องค์ประกอบ แนวคิดเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมศึกษา แนวคิดเกี่ยวกับมาตรฐานและเกณฑ์ด้านสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลต่าง ๆ ซึ่งประกอบด้วย แนวคิดจากการประชุมว่าด้วยเรื่องโรงพยาบาลเพื่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมระดับโลก ซึ่งจัดขึ้นโดยเครือข่ายโรงพยาบาล สถานพยาบาล ระบบสุขภาพ และองค์กรด้านสุขภาพระหว่างประเทศ (Health Care Without Harm - Global) แนวคิดมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ แนวคิดมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ แนวคิดสถานบริการสาธารณสุขสีเขียว แนวคิดมาตรฐานการสุขภาพและความปลอดภัยในโรงพยาบาล และแนวคิดสิ่งแวดล้อมศึกษาโดยจัดทำเป็นกรอบแนวคิดการและตัวแปรการวิจัยไว้ ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed-method research) พื้นที่วิจัย คือ พื้นที่วิจัย คือโรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ภาคตะวันออก จำนวน 6 แห่ง กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ภาคตะวันออก จำนวน 6 แห่ง รวม 350 คน ใช้วิธีคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 3 ชนิด คือ

- 1) แบบบันทึกการศึกษาจากแนวคิดมาตรฐานและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2) แบบบันทึกการสนทนากลุ่มย่อย ได้แก่ ผู้บริหาร และคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยโรงพยาบาล จำนวน 30 คน ประเด็นเกี่ยวกับสภาพปัญหาและความต้องการด้านการพัฒนาตัวบ่งชี้คุณภาพสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล

3) แบบสอบถามผู้ทรงคุณวุฒิ มีรายละเอียดดังนี้ การพัฒนาร่างเกณฑ์คุณภาพสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลต้นแบบที่ได้เชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 9 คน และผู้เชี่ยวชาญที่เป็นคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยโรงพยาบาลพุทธโสธร จำนวน 30 คน ได้ร่างเกณฑ์ไว้ และผ่านการประเมินเกณฑ์ตัวบ่งชี้ ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 9 คน ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการบริหารโรงพยาบาล จำนวน 1 คน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุข จำนวน 1 คน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 1 คน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสิ่งแวดล้อมศึกษา จำนวน 3 คน และผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษา หรือการพัฒนาเกณฑ์การประเมิน จำนวน 3 คนจำนวน 8 องค์ประกอบ 18 องค์ประกอบย่อย 83 ตัวบ่งชี้

4) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ $IOC = 0.84$ และหาความเชื่อมั่นโดยใช้ Cronbach's Coefficient = 0.96

5) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือน มีนาคม พ.ศ. 2566 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิจัยเอกสาร วิเคราะห์เนื้อหา สังเคราะห์ข้อมูลแล้วนำมาเขียนบรรยายเชิงพรรณนา

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (สิ่งแวดล้อมศึกษา) คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อออกหนังสือขอความร่วมมือจากโรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ภาคตะวันออก จำนวน 3 แห่ง เพื่อขอจัดเก็บข้อมูลและสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง

2. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (สิ่งแวดล้อมศึกษา) คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อออกหนังสือแต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิ

3. การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ผู้ศึกษาได้กำหนดขั้นตอนเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

3.1 จัดสนทนากลุ่ม (Focus Group) ผู้บริหาร และคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยโรงพยาบาล จำนวน 30 คน เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการด้านการพัฒนาตัวบ่งชี้คุณภาพสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล

3.2 การประเมินเกณฑ์ตัวบ่งชี้คุณภาพสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล โดยการสอบถามผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 9 คน เพื่อประเมินเครื่องมือการวิจัยพร้อมข้อเสนอแนะ

4. วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้

ผลการศึกษา

จากตารางที่ 1 พบว่า บุคลากรบุคลากรโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในพื้นที่ภาคตะวันออก ที่ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 254 คน คิดเป็นร้อยละ 72.57 มีอายุระหว่าง 46 - 60 ปี จำนวน 208 คน คิดเป็นร้อยละ 59.44 มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 195 คน คิดเป็นร้อยละ 55.72 ตำแหน่งข้าราชการ จำนวน 188 คน คิดเป็นร้อยละ 53.71 มีประสบการณ์การทำงาน 21 - 30 ปี จำนวน 131 คน คิดเป็นร้อยละ 37.43

ศึกษาปัญหาและความต้องการในการพัฒนาตัวบ่งชี้คุณภาพสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลต้นแบบ ผลการวิจัยพบว่าจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเกณฑ์คุณภาพสิ่งแวดล้อม มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง คู่มือการปฏิบัติงานด้านสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล โดยวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสาร 16 มาตรฐาน ได้แก่ 1) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติ 2) ระบบการจัดการสิ่งแวดล้อม มอก. 14001 3) Eco-Hospital Award 4) การประเมินคุณภาพมูลฝอยติดเชื้อ 5) HPH PLUS 6) มาตรฐานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม 7) เกณฑ์มาตรฐานสิ่งแวดล้อมระดับประเทศ 8) การประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล 9) สถานที่ทำงานน่าอยู่ 10) เกณฑ์การประเมินสถานบริการสาธารณสุขรวมใจณรงค์ลลิตโลกพร้อมด้วยการสุขาภิบาลอย่างยั่งยืนและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม 11) การจัดการสุขาภิบาลอาหาร 12) การประเมินสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาล 13) Global Green and Healthy Hospitals 14) NSH 15) Healing Environment และ 16) อนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานพยาบาล เกณฑ์คุณภาพสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล จากเอกสาร มาตรฐาน แนวคิดด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลต้นแบบรวม 16 แหล่งข้อมูล เมื่อนำมาจัดหมวดหมู่เนื้อหาพบว่า มีข้อมูลเกี่ยวกับเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพสิ่งแวดล้อมจำนวน 8 ด้าน กระจายอยู่ในแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ดังนี้

1. ด้านการบริหารจัดการ จำนวน 8 แหล่ง ได้แก่ มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติ ระบบการจัดการสิ่งแวดล้อม มอก. 14001 Eco-Hospital Award สถานที่ทำงานน่าอยู่ Global Green and Healthy Hospitals NSH Healing Environment และอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานพยาบาล

2. ด้านกายภาพ จำนวน 12 แหล่ง ได้แก่ มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติ ระบบการจัดการสิ่งแวดล้อม มอก. 14001 Eco-Hospital Award HPH PLUS มาตรฐานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม เกณฑ์มาตรฐานสิ่งแวดล้อมระดับประเทศ การประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล สถานที่ทำงานน่าอยู่ เกณฑ์การประเมินสถานบริการสาธารณสุขรวมใจณรงค์ลลิตโลกพร้อมด้วยการสุขาภิบาลอย่างยั่งยืนและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม การประเมินสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาล Global Green and Healthy Hospitals และอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานพยาบาล

3. ด้านการจัดการด้านพลังงาน มีเกณฑ์สิ่งแวดล้อมด้านนโยบายอยู่ในแหล่งข้อมูล จำนวน 6 แหล่ง ได้แก่ มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติ ระบบการจัดการสิ่งแวดล้อม มอก. 14001 เกณฑ์การประเมินสถานบริการสาธารณสุขรวมใจณรงค์ลลิตโลกพร้อมด้วยการสุขาภิบาลอย่างยั่งยืนและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม Global Green and Healthy Hospitals NSH และ อนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานพยาบาล

4. ด้านการจัดการด้านน้ำ มีเกณฑ์สิ่งแวดล้อมด้านนโยบายอยู่ในแหล่งข้อมูล จำนวน 9 แหล่ง ได้แก่ มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติ ระบบการจัดการสิ่งแวดล้อม มอก. 14001 Eco-Hospital Award สถานที่ทำงานน่าอยู่ เกณฑ์การประเมินสถานบริการสาธารณสุขรวมใจณรงค์ลลิตโลกพร้อมด้วยการสุขาภิบาลอย่างยั่งยืนและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม การประเมินสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาล Global Green and Healthy Hospitals NSH และอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานพยาบาล

5. ด้านการจัดการของเสีย มีเกณฑ์สิ่งแวดล้อมด้านนโยบายอยู่ในแหล่งข้อมูล จำนวน 11 แหล่ง ได้แก่ มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติ ระบบการจัดการสิ่งแวดล้อม มอก. 14001 Eco-Hospital Award การประเมินคุณภาพมูลฝอยติดเชื้อ มาตรฐานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม สถานที่ทำงานน่าอยู่ เกณฑ์การประเมินสถานบริการ

สาธารณสุขรวมใจณรงค์ลดโลกร้อนด้วยการสุขภาพอย่างยั่งยืนและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม การประเมินสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาล Global Green and Healthy Hospitals NSH และอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานพยาบาล

6. ด้านการจัดการความปลอดภัย จำนวน 9 แห่ง ได้แก่ มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติ ระบบการจัดการสิ่งแวดล้อม มอก. 14001 Eco-Hospital Award HPH PLUS มาตรฐานสุขภาพสิ่งแวดล้อม การประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล สถานที่ทำงานน่าอยู่ การประเมินสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาล และอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานพยาบาล

7. ด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 9 แห่ง ได้แก่ มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติ ระบบการจัดการสิ่งแวดล้อม มอก. 14001 Eco-Hospital Award การจัดการสุขภาพอาหาร การประเมินสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาล Global Green and Healthy Hospitals NSH Healing Environment และอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานพยาบาล

8. ด้านการมีส่วนร่วมกับชุมชน จำนวน 11 แห่ง ได้แก่ มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติ ระบบการจัดการสิ่งแวดล้อม มอก. 14001 Eco-Hospital Award HPH PLUS สถานที่ทำงานน่าอยู่ เกณฑ์การประเมินสถานบริการสาธารณสุขรวมใจณรงค์ลดโลกร้อนด้วยการสุขภาพอย่างยั่งยืนและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม การจัดการสุขภาพอาหาร Global Green and Healthy Hospitals NSH Healing Environment และอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานพยาบาล

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูล จำนวน และร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (n=350)

ปัจจัยส่วนบุคคลของบุคลากรโรงพยาบาลต้นแบบ	จำนวน (คน) (n = 350)	ร้อยละ (%)
1. เพศ		
ชาย	96	27.43
หญิง	254	72.57
รวม	350	100.00
2. อายุ		
ต่ำกว่า 25 ปี	13	3.71
26 - 35 ปี	41	11.71
36 - 45 ปี	88	25.14
46 - 60 ปี	208	59.44
รวม	350	100.0
3. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	13	3.71
มัธยมศึกษา	20	5.71

ปัจจัยส่วนบุคคลของบุคลากรโรงพยาบาลต้นแบบ	จำนวน (คน) (n = 350)	ร้อยละ (%)
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	63	18.00
ปริญญาตรี	195	55.72
สูงกว่าปริญญาตรี	59	16.86
รวม	350	100.00
4. ตำแหน่ง		
ลูกจ้างชั่วคราว/ จ้างเหมาบริการ	14	4.00
ลูกจ้างประจำ	19	5.43
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	62	17.72
พนักงานราชการ	67	19.14
ข้าราชการ	188	53.71
รวม	350	100.0
5. ประสบการณ์การทำงาน		
ต่ำกว่า 10 ปี	41	11.71
11-20 ปี	71	20.29
21-30 ปี	131	37.43
31-40 ปี	107	30.57
รวม	350	100.0

ผลการศึกษาการพัฒนาตัวบ่งชี้คุณภาพสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลต้นแบบ พบว่า จากตารางที่ 2 พบว่า ข้อมูลองค์ประกอบและตัวบ่งชี้คุณภาพสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลต้นแบบ โดยภาพรวมมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.73$, S.D. = .494) และเมื่อวิเคราะห์ในรายละเอียดเป็นรายองค์ประกอบ พบว่า องค์ประกอบด้านการบริหารจัดการ อยู่ในระดับสูงที่สุด ($\bar{X} = 3.96$, S.D. = .422) รองลงมา คือ องค์ประกอบด้านการจัดการความปลอดภัย ($\bar{X} = 3.91$, S.D. = .428) และน้อยที่สุด คือ องค์ประกอบด้านการจัดการพลังงาน ($\bar{X} = 3.42$, S.D. = .801) 1. องค์ประกอบด้านนโยบายแผนงานโครงการ ประกอบด้วย 7 ตัวบ่งชี้ 2. องค์ประกอบด้านกายภาพ ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อยที่ 1 สภาพแวดล้อมภายนอกอาคารโรงพยาบาล 13 ตัวบ่งชี้ องค์ประกอบย่อยที่ 2 สภาพแวดล้อมภายในอาคารโรงพยาบาล 10 ตัวบ่งชี้ 3. องค์ประกอบด้านการอนุรักษ์พลังงาน ประกอบด้วย องค์ประกอบย่อยที่ 1 การอนุรักษ์พลังงาน พลังงานไฟฟ้า 5 ตัวบ่งชี้ และองค์ประกอบย่อยที่ 2 การอนุรักษ์พลังงาน พลังงานเชื้อเพลิง 4 ตัวบ่งชี้ 4. องค์ประกอบด้านการจัดการของเสีย ประกอบด้วย องค์ประกอบย่อยที่ 1 การจัดการของเสีย 8 ตัวบ่งชี้ องค์ประกอบย่อยที่ 2 การใช้ประโยชน์จากของเสีย 2 ตัวบ่งชี้ 5. องค์ประกอบด้านการจัดการขยะมูลฝอย ประกอบด้วย องค์ประกอบย่อยที่ 1 การจัดเก็บและทำลายขยะมูลฝอยทั่วไป 6 ตัวบ่งชี้ องค์ประกอบย่อยที่ 2 การจัดเก็บและทำลายขยะมูลฝอยติดเชื้อ 9 ตัวบ่งชี้ องค์ประกอบย่อยที่ 3 การจัดเก็บและทำลายขยะมูลฝอยอันตราย 5 ตัวบ่งชี้

องค์ประกอบย่อยที่ 4 การเคลื่อนย้าย เก็บรวบรวม สถานที่จัดเก็บขยะมูลฝอยของโรงพยาบาล 4 ตัวบ่งชี้ 6. องค์ประกอบด้านการจัดการสารเคมี ประกอบด้วย องค์ประกอบย่อยที่ 1 การเก็บสารเคมีเคมีภัณฑ์ และสารเคมีอันตรายที่ใช้ในโรงพยาบาล 2 ตัวบ่งชี้ องค์ประกอบย่อยที่ 2 การใช้สารเคมี เคมีภัณฑ์และสารเคมีอันตรายที่ใช้ในโรงพยาบาล 3 ตัวบ่งชี้ องค์ประกอบย่อยที่ 3 การทำลายสารเคมีเคมีภัณฑ์ และสารเคมีอันตรายที่ใช้ในโรงพยาบาล 1 ตัวบ่งชี้ 7. องค์ประกอบด้านห้องน้ำและห้องสุขา ประกอบด้วย องค์ประกอบย่อยที่ 1 มีห้องน้ำและห้องสุขาเพียงพอ พร้อมใช้ 3 ตัวบ่งชี้ องค์ประกอบย่อยที่ 2 มีห้องน้ำและห้องสุขาสะอาด 4 ตัวบ่งชี้ องค์ประกอบย่อยที่ 3 มีห้องน้ำและห้องสุขาที่ปลอดภัย 5 ตัวบ่งชี้ 9. องค์ประกอบด้านอาชีวอนามัย ประกอบด้วย องค์ประกอบย่อยที่ 1 การจัดการด้านอาชีวอนามัยของบุคลากร 11 ตัวบ่งชี้ 10. องค์ประกอบด้านความปลอดภัยด้านอาหาร ประกอบด้วย องค์ประกอบย่อยที่ 1 การจัดการด้านสถานที่ 5 ตัวบ่งชี้ องค์ประกอบย่อยที่ 2 การจัดการด้านผู้ปรุง ผู้เตรียมอาหาร ผู้ล้างภาชนะ หรือผู้เกี่ยวข้อง 3 ตัวบ่งชี้ องค์ประกอบย่อยที่ 3 การจัดการด้านวัสดุ อุปกรณ์และการขนส่ง 13 ตัวบ่งชี้ และ 11. องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย องค์ประกอบย่อยที่ 1 สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี 6 ตัวบ่งชี้ ดังรายละเอียด ระดับความเหมาะสมของ องค์ประกอบและตัวบ่งชี้คุณภาพสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลต้นแบบ ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความเหมาะสมขององค์ประกอบและตัวบ่งชี้คุณภาพสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลต้นแบบ (n=350)

ข้อมูลองค์ประกอบและตัวบ่งชี้คุณภาพสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลต้นแบบ	$\bar{X}$	SD	ระดับความเหมาะสม
1. องค์ประกอบด้านการบริหารจัดการ	3.96	.422	มาก
2. องค์ประกอบด้านกายภาพ ชีวภาพ	3.65	.569	มาก
3. องค์ประกอบด้านการจัดการพลังงาน	3.42	.801	มาก
4. องค์ประกอบด้านการจัดการน้ำ	3.62	.632	มาก
5. องค์ประกอบด้านการจัดการของเสีย	3.80	.607	มาก
6. องค์ประกอบด้านการจัดการความปลอดภัย	3.91	.428	มาก
7. องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	3.74	.614	มาก
8. องค์ประกอบด้านการมีส่วนร่วมกับชุมชน	3.69	.582	มาก
รวม	3.73	.494	มาก

อภิปรายผล

1. การศึกษาสภาพปัญหาการใช้เกณฑ์คุณภาพสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลต้นแบบจากการวิเคราะห์ปัญหาเกณฑ์คุณภาพสิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาล จากการทบทวนวรรณกรรมเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเกณฑ์คุณภาพสิ่งแวดล้อมมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง คู่มือการปฏิบัติงานด้านสิ่งแวดล้อม ของโรงพยาบาลรวมทั้งสิ้น 16 มาตรฐาน พบว่า มีความซ้ำซ้อนของเกณฑ์ในแต่ละมาตรฐานทำให้โรงพยาบาลต้นแบบต้องมีการดำเนินการ ตามเกณฑ์ที่ละมาตรฐาน ทำให้เมื่อนำสู่การปฏิบัติต้องมีการเตรียมการหลายครั้ง ซึ่งความซ้ำซ้อนดังกล่าวได้แก่ ด้านนโยบาย จำนวน 8 มาตรฐานด้านการจัดการด้านการจัดการ

ด้าน เคมีภัณฑ์ สารเคมีและสารอันตราย จำนวน 6 มาตรฐาน ด้านการจัดการของเสีย จำนวน 11 มาตรฐาน ด้านการจัดการด้านพลังงาน จำนวน 6 มาตรฐาน ด้านการจัดการด้านน้ำ จำนวน 9 มาตรฐาน ด้านการขนส่งผู้ป่วย จำนวน 5 มาตรฐาน ด้านการจัดการสุขาภิบาลอนามัยในเขตโรงอาหาร/โรงครัว จำนวน 9 มาตรฐาน ด้านการจัดการด้านยา ที่ใช้ในโรงพยาบาล จำนวน 4 มาตรฐาน ด้านอาคารและสิ่งก่อสร้าง จำนวน 12 มาตรฐาน ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย จำนวน 11 มาตรฐาน ด้านการดำเนินงานด้านการบริการและความเอาใจใส่ของบุคลากรภายในโรงพยาบาล จำนวน 6 มาตรฐาน นอกจากนี้ยังพบว่าในแต่ละเกณฑ์ของแต่ละมาตรฐานยังมีความแตกต่างกันของรายละเอียดภายในเกณฑ์มาตรฐานต่างๆ สอดคล้องกับโกศล จึงเสถียรทรัพย์ และโกเมธ นาควรรณกิจ¹⁰ ได้ทำการวิจัย การออกแบบสภาพแวดล้อมสถานพยาบาลให้อื้อต่อการเยียวยา มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจสภาพของสิ่งแวดล้อมและศึกษารูปแบบการออกแบบโครงสร้าง/ ภูมิสถาปัตยกรรมที่ส่งเสริมคุณภาพและความปลอดภัยของผู้รับบริการ โดยออกแบบชุดรูปแบบการประเมินคุณภาพสิ่งแวดล้อมและพัฒนาต้นแบบ สถานพยาบาลตามแนวคิดสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา ซึ่งเป็นโครงการวิจัยต่อเนื่อง 3 ปี การวิจัยปีที่ 1 ได้ออกแบบและพัฒนาเครื่องมือประเมินคุณภาพสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา ผ่านการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ ปีแรก 8 แห่ง และนำเครื่องมือประเมินที่ได้ลงพื้นที่ใช้งานในปีที่สอง โดยให้โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาพื้นที่ในหน่วยงานที่มีศักยภาพและเก็บข้อมูลทำรายงานผลการวิจัย เพื่อเป็นพื้นที่ต้นแบบในปีที่ 3 โดยผ่านกระบวนการประเมินผลจากงานวิจัยดำเนินการวิจัยโดยการบูรณาการ 3 แนวคิด คือ แนวคิดด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย แนวคิดการออกแบบสถานพยาบาลแบบอิงหลักฐาน และแนวคิดการออกแบบกับมิติทางสุนทรียภาพและจิตวิญญาณ สู่แนวคิดการออกแบบสภาพแวดล้อมสถานพยาบาลให้อื้อต่อการเยียวยา ผ่านกระบวนการการลงพื้นที่เก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา ผสานกับแบบประเมินประสบการณ์ของผู้รับบริการในการทำงานวิจัย ผลการวิจัย พบว่าการพัฒนาคุณภาพสิ่งแวดล้อมในสถานพยาบาล ต้องพิจารณาผ่านการประเมิน 5 ด้าน คือ ด้านที่ 1 หน้าที่การใช้งานและความปลอดภัย ด้านที่ 2 สุนทรียะและความสุขสบาย ด้านที่ 3 ปฏิสัมพันธ์และการสนับสนุนทางสังคม ด้านที่ 4 การเสริมพลังและอำนาจการตัดสินใจ และด้านที่ 5 คุณค่าและจิตวิญญาณ โดยเมื่อพิจารณาพื้นที่แผนกผู้ป่วยนอก พบการประเมินค่าน้ำหนักองค์ประกอบด้านที่ 1 อยู่ระหว่าง 0.835-0.793 ด้านที่ 2 อยู่ระหว่าง 0.707-0.692 ด้านที่ 3 อยู่ระหว่าง 0.829-0.743 ด้านที่ 4 อยู่ระหว่าง 0.778-0.753 และด้านที่ 5 พบค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ที่ 0.541และสอดคล้องกับ วิมลรัตน์ ภูผาสุข, สุวารี ศรีบุญณะ, และสม นาสอาน¹¹ พบว่า ผลการพัฒนาเกณฑ์ประเมินคุณภาพสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกาฬสินธุ์ ได้เกณฑ์จำนวน 12 องค์ประกอบ 35 ตัวบ่งชี้ โดยในองค์ประกอบและตัวบ่งชี้มีอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .32-.758 ค่าความเชื่อมั่นแต่ละองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .875-.903 มีความสอดคล้องต่อการปฏิบัติงานจริง และมีคุณภาพที่เหมาะสมต่อการนำไปวัดคุณภาพสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลชุมชนในระดับมาก และ (3) ผลการประเมินยืนยันเกณฑ์ประเมินคุณภาพสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้เกณฑ์การคัดเข้า พบว่า มีเกณฑ์ประเมินคุณภาพสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลที่ถูกคัดเข้ามีทั้งหมด 12 องค์ประกอบ 35 ตัวบ่งชี้

2. ผลของการพัฒนาร่างเกณฑ์คุณภาพสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลต้นแบบ ที่ได้เชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 9 คน และผู้เชี่ยวชาญที่เป็นคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยโรงพยาบาลพุทธโสธร จำนวน 30 คน ได้ร่างเกณฑ์ไว้ และผ่านการประเมินเกณฑ์ตัวบ่งชี้ ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 9 คน ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการบริหารโรงพยาบาล จำนวน 1 คน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุข จำนวน 1 คน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 1 คน

ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสิ่งแวดล้อมศึกษา จำนวน 3 คน และผู้ทรงคุณวุฒิทางการศึกษา หรือการพัฒนาเกณฑ์การประเมิน จำนวน 3 คนจำนวน 8 องค์ประกอบ 18 องค์ประกอบย่อย 83 ตัวบ่งชี้ ประกอบด้วย 1) องค์ประกอบด้านการบริหารจัดการ มี 3 องค์ประกอบย่อย 11 ตัวบ่งชี้ 2) องค์ประกอบด้านกายภาพ ชีวภาพ มี 2 องค์ประกอบย่อย 14 ตัวบ่งชี้ 3) องค์ประกอบด้านการจัดการพลังงาน มี 2 องค์ประกอบย่อย 11 ตัวบ่งชี้ 4) องค์ประกอบด้านการจัดการน้ำ มี 2 องค์ประกอบย่อย 9 ตัวบ่งชี้ 5) องค์ประกอบด้านการจัดการของเสีย มี 5 องค์ประกอบย่อย 21 ตัวบ่งชี้ 6) องค์ประกอบด้านการจัดการความปลอดภัย มี 1 องค์ประกอบย่อย 5 ตัวบ่งชี้ 7) องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ มี 1 องค์ประกอบย่อย 5 ตัวบ่งชี้ และ 8) องค์ประกอบด้านการมีส่วนร่วมกับชุมชน มี 2 องค์ประกอบย่อย 7 ตัวบ่งชี้ นับว่าเป็นการสร้างสรรคงานคุณภาพสิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับสุขภาพที่สำคัญ ซึ่งโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นหน่วยงานที่ดูแลเกี่ยวกับสุขภาพ แต่ในขณะเดียวกันก็ปล่อยมลพิษ ของเสียต่าง ๆ สู่สิ่งแวดล้อมเช่นกัน ผลกระทบจึงย้อนกลับมาที่ระบบนิเวศและสุขภาพของประชาชน ดังนั้น การพัฒนาเกณฑ์ดังกล่าว จึงเป็นสิ่งที่โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือสมควรดำเนินการอย่างยิ่ง สอดคล้องกับ Stapp (1975)¹² ที่ได้ทำการวิจัยเกณฑ์การประเมินสิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนาอาคารโรงพยาบาลของรัฐในประเทศมาเลเซีย โดยมีจุดประสงค์ เพื่อตรวจสอบเกณฑ์การประเมินสำหรับการพัฒนาอาคารสีเขียวของโรงพยาบาลรัฐ ในประเทศมาเลเซีย เพื่อรวบรวมเกณฑ์ที่จำเป็นและมีความเหมาะสมสำหรับพัฒนาระบบและจัดอันดับการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับอาคารสถานพยาบาลทั่วโลก และแสดงความแตกต่างระหว่างเกณฑ์แต่ละข้อเมื่อเปรียบเทียบกับระบบการให้คะแนนการจัดอันดับสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลรัฐในประเทศมาเลเซีย ใช้วิธีการรวบรวมข้อมูล ทำการวิเคราะห์ ทบทวน และจัดกลุ่มข้อมูลตามตัวบ่งชี้ที่มีลักษณะคล้ายกัน จัดแบ่งเป็นองค์ประกอบให้ครอบคลุมทุกด้าน ทั้งการออกแบบอาคาร การก่อสร้าง และการดำเนินงาน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้เกณฑ์การประเมินสำหรับการพัฒนาอาคารสีเขียวของโรงพยาบาลรัฐในประเทศมาเลเซีย ซึ่งใช้เป็นแนวทางในการนำไปใช้สำหรับการพัฒนาอาคารสีเขียวของโรงพยาบาลรัฐในประเทศมาเลเซีย สอดคล้องกับDhillon and Kaur (2015)¹³ ได้ศึกษาวิจัยการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ และโรงพยาบาลสิ่งแวดล้อม : ความสัมพันธ์กับปัจจุบันและอนาคตภาพ ขึ้น โดยมีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน และโรงพยาบาลซึ่งเป็นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพก็มีส่วนทำให้เกิดปรากฏการณ์นี้และในขณะเดียวกันก็ยังได้รับผลกระทบจากปรากฏการณ์นี้ด้วย เช่นกัน การทบทวนบทบาทหน้าที่การดำเนินงานและทำความเข้าใจความหมายของสิ่งแวดล้อมรอบบริเวณโรงพยาบาล หรือการทำให้เป็นโรงพยาบาลสีเขียว จึงเป็นวิธีการที่หน่วยงานต้องทบทวนและระบุถึงกิจกรรมที่มีส่วนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ โดยการสำรวจความเป็นไปได้ในการรับมือกับแนวโน้มที่ร้ายแรงนี้ โดยมีเป้าหมายสุดท้ายคือการมองหามหาวิทยาลัยที่ดูแลด้านสุขภาพที่เป็นต้นแบบการเปลี่ยนแปลง ข้อมูลสำหรับการตรวจสอบดึงมาจากแหล่งข้อมูลออนไลน์ที่ปรากฏอยู่หลายแห่งโดยใช้ PubMed, Scopus, Google Scholar, Web of Sciences เป็นเครื่องมือในการสืบค้นข้อมูล จากการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลซึ่งเป็นสถานประกอบการมีการใช้ทรัพยากรในปริมาณมาก ทั้งไฟฟ้า น้ำ อาหาร วัสดุก่อสร้าง และเครื่องมือต่างๆ เพื่อให้การดูแลสุขภาพมีคุณภาพสูงสุด นอกจากนี้ยังพบว่าสถาบันสุขภาพบางแห่งมีการใช้มาตรการที่เรียบง่าย ขาดประสิทธิภาพ และยังยืง สามารถลดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมได้อย่างมาก แต่การพัฒนาให้เป็นโรงพยาบาลสีเขียว อาจเป็นเรื่องที่ท้าทาย เมื่อพิจารณาจากสภาพที่เป็นอยู่และความคาดหวังของผู้ใช้บริการที่เพิ่มมากขึ้นสอดคล้องกับกาญจนา ปานูราช (2553)¹⁴ ได้ศึกษาการพัฒนาแบบอาหารปลอดภัยของโรงพยาบาล พบว่ารูปแบบการบริหารจัดการอาหารปลอดภัยของ

โรงพยาบาล ประกอบด้วย การบริหารจัดการอาหารปลอดภัยที่สำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านกระบวนการผลิตอาหารที่ปลอดภัย ด้านการควบคุมกำกับอาหารปลอดภัย และด้านการจัดหาวัตถุดิบที่ปลอดภัย และปัจจัยสนับสนุนให้การบริหารจัดการอาหารปลอดภัยประสบความสำเร็จ 2 ด้าน ได้แก่ นโยบายและการสนับสนุนของผู้บริหาร และทีมพัฒนาอาหารปลอดภัยของโรงพยาบาล ซึ่งทั้ง 5 ด้าน ส่งผลให้อาหารของโรงพยาบาลมีความปลอดภัยทั้งทางตรงและทางอ้อม และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Veeravatnanond & Singseewo (2010)¹⁵ พบว่าก่อให้เกิดพัฒนาสติปัญญาให้เป็นคนคิดกว้าง มีเหตุผล มีความรักและซาบซึ้งในคุณค่าสิ่งแวดล้อมและปฏิบัติตนเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1.1 ควรให้ประชาชน และบุคคลที่เป็นตัวแทนจากหน่วยงานภายนอกมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาเกณฑ์คุณภาพสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลต้นแบบ ตั้งแต่เริ่มวิเคราะห์ตัวบ่งชี้ การกำหนดตัวบ่งชี้ และการประเมินผลตัวบ่งชี้

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

- 2.1 ควรมีการประเมินผลการใช้เกณฑ์คุณภาพสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลต้นแบบ
- 2.2 ควรนำเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และผู้ทรงคุณวุฒิควรมีประสบการณ์เกี่ยวกับการทำงานหรือการบริหาร ที่เกี่ยวข้องกับงานคุณภาพโรงพยาบาล หรืองานสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยของโรงพยาบาล
- 2.3 ควรนำการพัฒนาเครื่องมือหรือแนวทางที่ใช้พิจารณาความเหมาะสมของเกณฑ์คุณภาพสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลต้นแบบไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่จังหวัดและภาคอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

1. วินัย วีระวัฒนานนท์. หลักการสอนสิ่งแวดล้อม. พิษณุโลก: การพิมพ์ต่อทคอม; 2562.
2. วินัย วีระวัฒนานนท์. คู่มือการปฏิบัติงานอาจารย์และบุคลากร. พิษณุโลก: พิษณุโลกต่อทคอม; 2555.
3. อติศักดิ์ สิงห์สีโว. พื้นฐานสิ่งแวดล้อมศึกษา. มหาสารคาม: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2554.
4. วินัย วีระวัฒนานนท์. สิ่งแวดล้อมศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์โอเดียนสโตร์; 2546.
5. อลิศรา ชูชาติ และคณะ. เทคนิคการศึกษาเพื่อการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง; 2547.
6. วินัย วีระวัฒนานนท์. สิ่งแวดล้อมและการพัฒนา ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3. นครปฐม: สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน; 2541.
7. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลพื้นฐานโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข [ออนไลน์]. 2560. [เข้าถึงเมื่อ 2565 ธันวาคม 8]. เข้าถึงได้จาก <https://dmsic.moph.go.th/index/detail/8983>

8. กรมอนามัย. เกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ปรับใหม่ (สำหรับนาร่องปีงบประมาณ 2565). [ออนไลน์]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 2565 ธันวาคม 8]. เข้าถึงได้จาก https://foodsafety.anamai.moph.go.th/th/guarantee-doc-65/download?id=86646&mid=36160&mkey=m_document&lang=th&did=26035
9. Grasung P., K. J., Cheentam S., & Junphum*, S. Trials on the Environmental Education Processes as Reducing Cholinesterase Enzyme in Blood and Residues of Chemicals in Soil with sugarcane farmers in Phetchabun Province of Thailand. *Journal of Pharmaceutical Negative Results* 2022; 13(3): 140-147.
10. โกศล จีงเสถียรทรัพย์ และโกเมธ นาควรรณกิจ. สิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. กรุงเทพมหานคร; 2562.
11. วิมลรัตน์ ภูผาสุข, สุวารีย์ ศรีปุณณะ, และสม นาสอ้าน. “การพัฒนาเกณฑ์ประเมินคุณภาพสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกาฬสินธุ์”. *Ph. D. in Social Sciences Journal*, 7.1 (2017): 152-163.
12. Stapp, W. B. Preservice Teacher Education. What makes Education Environment. USA: Rata Courier, Tnc; 1975
13. Dhillon, V. S. and Kaur, D. Green Hospital and Climate Change: Their Interrelationship and the Way Forward. *Journal of Clinical and Diagnostic* 2015; 9(12): LE01 - LE05.
14. กาญจนา ปานุราช. การพัฒนาการดำเนินงานอาหารปลอดภัยในมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม. วารสารบัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม 2564; 18(82): 125 - 137.
15. Veeravatnanond, V. and Singsewo, A. A develop Model of Environmental. Education school. *European Journal of Social Sciences* 2010; 17(3): 391-403.

คำแนะนำในการส่งผลงาน เพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา

วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพาเป็นวารสารที่จัดพิมพ์ปีละ 2 ฉบับ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการของบุคลากรด้านสาธารณสุข วิทยาศาสตร์การแพทย์ และ วิทยาศาสตร์สุขภาพ ทั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สกอ.) แล้วว่าเป็นวารสารวิชาการด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่เป็นที่ยอมรับระดับชาติผลงาน ทุกเรื่องจะผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านต่อ 1 บทความ ก่อนการเผยแพร่บทความ จึงขอเชิญชวนผู้สนใจ ส่งต้นฉบับผลงาน ผ่านเว็บไซต์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/phjbuu> โดยมีค่าใช้จ่ายในการส่งผลงานเพื่อพิจารณา จำนวนเงิน 2,000 บาท (สองพันบาทถ้วน) ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ นางสาวญาณิน สิรินนท์ธนา (ผู้ประสานงาน) เบอร์โทร. 038-102746 หรือ e-mail: yanin@go.buu.ac.th โดยเตรียมต้นฉบับดังต่อไปนี้

1. ต้นฉบับใช้ตัวอักษร Angsana New

- ชื่อเรื่องภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 16
- ชื่อผู้นิพนธ์ ขนาดตัวอักษร 14 ใส่ * ** หลังชื่อกำหนดส่วนงาน ผู้รับผิดชอบบทความ ให้ใส่ * หลัง *
- ชื่อส่วนงานภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ตัวเอน ขนาดตัวอักษร 12
- ผู้รับผิดชอบหลัก ระบุ e-mail ขนาดตัวอักษร 12
- บทคัดย่อ พิมพ์อยู่ใน 1 ย่อหน้า ความยาวไม่เกิน 250 คำ หรือประมาณ 15 บรรทัด ขนาดตัวอักษร 14
- คำสำคัญไม่เกิน 5 คำ
- เนื้อหา ขนาดตัวอักษร 14
- รูปภาพและตารางประกอบเนื้อหา ทั้งหมดไม่ควรเกิน 5 ภาพ หรือตาราง
- การอ้างอิงเอกสารให้ใช้ระบบแวนคูเวอร์ ใช้ตัวเลขเรียงลำดับการอ้างอิงตามเนื้อเรื่อง ชื่อวารสารให้ใช้คำย่อ ตามกำหนดใน Index Medicus และใส่เลขหน้าด้วย

2. ระยะห่างบรรทัด 1 เท่า และขอบกระดาษ (margin) 1 นิ้ว

3. มีลำดับเนื้อเรื่องดังนี้ชื่อเรื่องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ชื่อผู้นิพนธ์และหน่วยงาน หรือสถาบันต้นสังกัดของผู้นิพนธ์บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญภาษาไทยและ ภาษาอังกฤษ บทนำ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา อภิปรายผล กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) เอกสาร อ้างอิง รวมความยาวทั้งฉบับ ไม่ควรเกิน 12 หน้า บนกระดาษขนาด A4

4. กรณีศึกษาในคนหรือสัตว์ทดลอง ให้แนบผลการพิจารณาจริยธรรมมาด้วย

ประเภทบทความในวารสาร

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

เป็นรายงานผลการศึกษา วิจัย มีลำดับเนื้อหาประกอบด้วย บทคัดย่อ คำสำคัญ บทนำ วิธีการสืบค้นข้อมูล เนื้อหาที่ทบทวน บทวิจารณ์หรืออภิปรายผล เอกสารอ้างอิง ความยาว ของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้า

บทปฏิบัติการหรือการทบทวนวรรณกรรม (Review article)

เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ประกอบด้วย บทคัดย่อ คำสำคัญ บทนำ วิธีการสืบค้นข้อมูล เนื้อหาที่ทบทวน บทวิจารณ์หรืออภิปรายผล เอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้า

บทความพิเศษ (Special article)

เป็นบทความที่แสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวโยงกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจเป็นพิเศษ หรือเป็นบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้น ๆ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้า

รายงานเบื้องต้น (Short report or pilot study)

เป็นการนำเสนอรายงานผลการศึกษาวิจัยที่ทำเสร็จยังไม่สมบูรณ์และต้องศึกษาต่อเพื่อ เก็บข้อมูลเพิ่มเติมหรือเป็นการศึกษาเบื้องต้นที่ผลการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ในสิ่งที่ศึกษา มีลำดับเนื้อเรื่องเหมือนนิพนธ์ต้นฉบับความยาวของเรื่องประมาณ 3-5 หน้า

กรณีศึกษา (Case study)

เป็นการศึกษาสถานการณ์ที่น่าสนใจและมีผลกระทบกับสุขภาพ หรือเป็นการนำเสนอ ผู้ป่วยที่ไม่ธรรมดาหรือกลุ่มอาการ โรคใหม่ที่ไม่เคยมีรายงานมาก่อน หรือพบไม่บ่อย ความยาว ไม่เกิน 10 หน้า

วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา ใช้การเขียนเอกสารอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์(The Vancouver style) เป็นแบบแผนการเขียนเอกสารอ้างอิงทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่พัฒนารูปแบบมาตั้งแต่ปี ค.ศ.1978 โดยกลุ่มบรรณาธิการวารสารทางการแพทย์นานาชาติ(International Committee of Medical Journal Editors) ปัจจุบันแบบแผนการเขียนเอกสารอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์จะคล้ายกับแบบ การเขียนใน Index Medicus ซึ่งจัดทำโดย หอสมุดแพทย์แห่งชาติอเมริกัน (National Library of Medicine)

ปกติการให้หมายเลขลำดับการอ้างอิง จะต้องเรียงตามเนื้อหาของเรื่องที่ระบุในเนื้อเรื่อง การระบุ ลำดับเลขที่เอกสารอ้างอิง รวมทั้งการให้หมายเลข ตาราง จะต้องใช้เลขอารบิก โดยระบุเลขลำดับที่ทำเป็นตัว ลอยท้ายข้อความ เช่น ¹ รูปภาพและตารางจะต้องระบุหมายเลขภายใต้รูป หรือตารางนั้นๆ การอ้างอิง

เอกสารโดยใส่ตัวเลขไว้หลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างอิง; ใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อ ในเอกสารอ้างอิงยกเว้นชื่อวารสาร บทความที่บรรณาธิการรับผิดชอบแล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลี่ยง”ติดต่อบุคคล” มาใช้อ้างอิง เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่วไป ให้ระบุชื่อ และวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิง

ชื่อวารสารในการอ้างอิง ให้ใช้ชื่อย่อตามรูปแบบของ U.S. National Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือในเว็บไซต์ <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/ij.html> การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารวิชาการมีหลักเกณฑ์ดังนี้

1. บทความวารสาร

บทความทั่วไป (Standard journal article)

วารสารภาษาไทย ชื่อผู้พิมพ์ให้ใช้ชื่อเต็มทั้งชื่อและสกุล ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็ม ปีที่พิมพ์เป็นปีพุทธศักราช

วารสารภาษาอังกฤษใช้ชื่อสกุลก่อน ตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อตัวและชื่อรอง ถ้ามีผู้พิมพ์มากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 6 คนแรก แล้วตามด้วย et al.(วารสารภาษาอังกฤษ) หรือ และคณะ (วารสารภาษาไทย). ชื่อวารสาร ใช้ชื่อย่อตามแบบของ Index Medicus หรือตามแบบที่ใช้ในวารสาร นั้นๆ เลขหน้าสุดท้าย ใส่เฉพาะเลขท้าย (ปัจจุบัน NLM ใส่ชื่อผู้แต่งทุกคนถึง 25 คน หากเกิน 25 คน ใส่ 24 คนแรก และใช้คำว่า et al. ต่อท้าย)

ลำดับที่. // ชื่อผู้พิมพ์.// ชื่อบทความ.// ชื่อวารสาร./ปีที่พิมพ์;/ปีหรือเล่มที่(ฉบับที่): /
//////// หน้า/ เลขหน้า.

ตามตัวอย่างดังนี้

1.1 เอกสารจากวารสารวิชาการ

1. วิทยา สวัสดิวัตน์พงศ์, พัทธินันตรา, ปราณีมหาศักดิ์พันธ์, จวีวรรณ เขาวงกิตพงศ์, ยุวดี ตาทิพย์. การสำรวจความครอบคลุมและการใช้บริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกในสตรีอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปี2540. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 2541; 7(12): 20-6.
2. Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Fredl HP, Ivanov E, et al. Childhood Leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. Br J Cancer 1995; 73: 1006-12.

1.2 องค์การเป็นผู้สนับสนุน

1. คณะผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมอุรเวชแห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทยสภาสาร, 2548; 24: 190-204.

1.3 ไม่มีชื่อผู้สนับสนุน

1. Cancer in South Africa (editorial). S. Afr Med J, 1994; 84: 15.

1.4 บทความในฉบับผนวก

1. วิชัย ตันไพจิตร. สิ่งแวดล้อม โภชนาการกับสุขภาพใน: สมชัย บวรกิตติ, จอห์น ฟิโลฟทัส, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม. สารศิริราช, 2539; 48(ฉบับผนวก): 253.

1.5 ระบุประเภทของบทความ

1. บุญเรือง นิยมพร, ดำรง เพ็ชรพลาย, นันทวัน พรหมผลิน, ทวีบุญโชติ, สมชัย บวรกิตติ, ประหยัด ทศนาภรณ์. แอลกอฮอล์กับอุบัติเหตุบนท้องถนน (บทบรรณาธิการ). สารศิริราช, 2539; 48: 616-20.
2. Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease (letter). Lancet, 1996; 347: 1337.

2. หนังสือ (Books and other monographs)

2.1 หนังสือหรือตำราผู้พิมพ์เขียนทั้งเล่ม

ลำดับที่. // ชื่อผู้พิมพ์. // ชื่อหนังสือ. // ครั้งที่พิมพ์. // เมืองที่พิมพ์ / : / สำนักพิมพ์; /
//////// ปีที่พิมพ์.

ตามตัวอย่างดังนี้

- หนังสือแต่งโดยผู้พิมพ์

1. ธงชัย สันติวงษ์. องค์การและการบริหาร. ฉบับแก้ไขปรับปรุง. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช; 2535.
2. Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

- หนังสือมีบรรณาธิการ

1. วิชาญ วิทยาศัย, ประคอง วิทยาศัย, บรรณาธิการ. เวชปฏิบัติในผู้ป่วยติดเชื่อเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิเด็ก; 2545.
2. Norman IJ, Redfern SJ, editors, Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

2.2 บทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. // ชื่อผู้พิมพ์. // ชื่อเรื่องใน: // ชื่อบรรณาธิการ, / บรรณาธิการ. // ชื่อหนังสือ. // ////////// ครั้งที่พิมพ์.
// เมืองที่พิมพ์ / : / สำนักพิมพ์; / ปีที่พิมพ์. / หน้า / เลขหน้า.

ตามตัวอย่างดังนี้

1. เกรียงศักดิ์ จิระแพทย์. การให้สารน้ำ และเกลือแร่, ใน: มนตรี ตู้อินดา, วินัย สุวดี, อรุณ วงษ์จิรายุ, ประอร ขวลิตร่าง, พิกพ จริญญา, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 424-7.

2. Philipps SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd^{ed}. New York: Raven Press; 1995. p.465-78.

3. รายงานสัมมนา

ลำดับที่. // ชื่อบรรณาธิการ, / บรรณาธิการ. // ชื่อเรื่อง. // ชื่อการประชุม: / วัน เดือน ปีประชุม; / // // // // // //
สถานที่จัดประชุม. // เมืองที่พิมพ์: / สำนักพิมพ์; / ปีที่พิมพ์. / หน้า.

ตามตัวอย่างดังนี้

1. อนุวัฒน์ สุขหุดิกุล, งามจิตต์จันทร์สาธิต, บรรณาธิการ. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่2 เรื่อง ส่งเสริมสุขภาพ: บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน; 6-8 พฤษภาคม 2541; ณ โรงแรมโป๊ปเป็ทาวเวอร์. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์; 2541. หน้า 10-5.
2. Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; Oct 15-19, 1995; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

4. รายงานการวิจัย พิมพ์โดยผู้ให้ทุน

ลำดับที่. // ชื่อผู้พิมพ์. // ชื่อเรื่อง. // เมืองที่พิมพ์: / / หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน; // // // // // // //
เลขที่รายงาน.

ตามตัวอย่างดังนี้

1. สุขชัย คุณารัตนพฤกษ์, สุทธิพร พรธรรณารุโณทัย การพัฒนากลไกการจ่ายเงินที่มีประสิทธิภาพในระบบสาธารณสุขด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม. กรุงเทพมหานคร: กองโรงพยาบาลภูมิภาค/สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย. องค์การอนามัยโลก; 2540.
2. Smith P, Holladay K. Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays. Final report. Dallas (TX): Dept. of Health and Human Services (US), Office of Evaluation and Inspections; 1994. Report No.: HHSIGOEI 69200860.

5. วิทยานิพนธ์

ลำดับที่. // ชื่อผู้นิพนธ์. // ชื่อเรื่อง (ประเภทปริญญา). // ภาควิชา, / คณะ / : / เมือง / : / // // // มหาวิทยาลัย; /
ปีที่ได้รับปริญญา.

6. กฎหมาย

ตามตัวอย่างดังนี้

1. พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง 2532. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 37 พ.ศ. 2532, ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 106, ตอนที่ 129. (ลงวันที่ 15 สิงหาคม 2532).
2. Preventive Health Amend-ments of 1993, Pub L No. 103-183, 107 Stat. 2226. (Dec 14, 1993).

7. พจนานุกรม

ตามตัวอย่างดังนี้

1. พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2524. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์; 2538. หน้า 545.
2. Stedman's medical dictionary. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p.119-20.

8. วิดีทัศน์

ลำดับที่. // ชื่อเรื่อง (วีดิทัศน์). // เมืองที่ผลิต / : / แหล่งที่ผลิต; / ปีที่ผลิต.

ตามตัวอย่างดังนี้

1. HIV + / AIDS: the facts and the future (videocassette). St. Louis (MO): Mosby-year Book; 1995.

9. สื่ออิเล็กทรอนิกส์

ลำดับที่. // ชื่อผู้พิมพ์. // ชื่อเรื่อง. // [ประเภทของสื่อ]. / รายละเอียดทางการพิมพ์(ถ้ามี) // เข้าถึงได้จาก
// แหล่งสารสนเทศ.

10. ข้อมูลออนไลน์ หรือสารสนเทศบนอินเทอร์เน็ต

ลำดับที่. // ชื่อผู้พิมพ์. // ชื่อเรื่อง. // [ประเภทของสื่อ]. / รายละเอียดทางการพิมพ์(ถ้ามี) // เข้าถึงได้จาก
// แหล่งสารสนเทศ. / (วันที่ค้นข้อมูล / : / วัน เดือน ปี)