

2024

[HTTPS://HE02.TCI-THAIJO.ORG/INDEX.PHP/TJPH](https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJPH)

วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ

THAI JOURNAL OF PUBLIC HEALTH AND HEALTH SCIENCES



ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2567



ISSN 2672-9148 (PRINT)

ISSN 2651-1711 (ONLINE)



วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
(Thai Journal of Public Health and Health Sciences)
ผ่านการรับรองคุณภาพของ Thai Citation Index (TCI) ถึง – 31 ธันวาคม 2567

สนับสนุนการจัดพิมพ์โดย

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
(เจ้าของลิขสิทธิ์)

ขอบเขตและรายละเอียดเบื้องต้นของวารสาร

วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ(Thai Journal of Public Health and Health Sciences; TJPHS) มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการและผลงานวิจัยทางด้านสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ ขอบเขตของวารสารครอบคลุมในสาขาต่าง ๆ ได้แก่ นโยบายสุขภาพและการจัดการการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ สุขศึกษา พฤติกรรมสุขภาพ อาชีวอนามัย อนามัยสิ่งแวดล้อม พืชวิทยา สาธารณสุขชุมชน ทันตสาธารณสุข เภสัชสาธารณสุข การพยาบาล และสาขาสุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์การแพทย์ สนับสนุนโดย คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Thai Journal of Public Health and Health Sciences (TJPHS) aims to publish original articles and contributions relevant to public health and medical sciences. The scope of the journal is broad, covering health policy and management, health care and services, health promotion, health education, behavioral health, occupational health, environmental health, toxicology, community public health, dental public health, public health pharmacy, nursing and related, and other relevant health issues of public health and medical sciences. The journal is supported by Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand.

สนับสนุนการจัดพิมพ์โดย คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข (เจ้าของลิขสิทธิ์)

กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
(Thai Journal of Public Health and Health Sciences; TJPHS)

กรรมการที่ปรึกษา

ศ. (พิเศษ) ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก	
นพ.วิศิษฐ์ ตั้งนภากร	รองอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก
นพ. รายน อโรรา	รองอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก
นพ.ปภัสนร์ เจียมบุญศรี	รองอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก
รศ.ดร.วสุธร ตันวัฒนกุล	รองอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก
รศ.ดร.อรัญญา เชาวลิต	รองอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก
ศ. ร.อ. พญ. วณิชา ชื่นกองแก้ว	รองอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก
รศ.ดร.วิทยา อยู่สุข	คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
ดร.อาภาพร กฤษณพันธุ์	รองคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
ดร.นพมาศ เครือสุวรรณ	รองคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
ผศ.ดร.ณรงค์ ใจเที่ยง	รองคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
ทพ. ภาสกร ศรีไทย	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
ชัยวัฒน์ พันธุ์ศรี	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
ทพญ.จิตติมา เดียววัฒนวิวัฒน์	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
สุนทร ปรามเขต	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
ทพ.วีรชาติ ยุทธชาวิทย	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.วิชาญ ภิบาล	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
ดร. นิธิศ ธาณี	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
ผศ.ดร.เบญจวรรณ พูนอนานิวัฒน์กุล	ผู้อำนวยการวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และ สาธารณสุขกาญจนาภิเษก
ดร.ภก.บุญมี โพธิ์คำ	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

บรรณาธิการที่ปรึกษา

ศ.ดร.สฤทธกร พงศ์พานิช	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ศ.ดร.นพ. สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ศ.ดร.ดำรงศักดิ์ ฟ้างูสง	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
รศ.ดร.สุคนธา คงศีล	มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร.พญ.เนสินี ไชยเอีย	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร. ยุวดี รอดจากภัย	มหาวิทยาลัยบูรพา

บรรณาธิการที่ปรึกษานานาชาติ

Prof.Dr. Michael A. Yost	University of Washington, USA
Prof.Dr. Mark G. Robson	Rutgers, The State University of New Jersey, USA

บรรณาธิการที่ปรึกษานานาชาติด้าน linguistics

Dr. Elizabeth K.H. Thepaksorn Sirindhorn College of Public Health, Trang

บรรณาธิการ

บรรณาธิการ

ผศ.ดร.พยงค์ เทพอักษร

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร.สุขุมภรณ์ ศรีวิศิษฐ์

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

ดร.กรรณิกา เรืองเดช ขาวสวนศรีเจริญ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

ดร.บุบผา รักษานาม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.นพ.พงษ์เทพ วิวรรณเดช

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ศ.ดร.วงศา เล่าหศิริวงศ์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ศ.ดร.นพ.วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศ.ดร.อนามัย เทศกะทีก

มหาวิทยาลัยบูรพา

รศ.ดร. วาริท เจาะจิตต์

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

รศ.ดร.วัฒน์สิทธิ์ ศิริวงศ์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รศ.ดร.โยธิน แสงดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.ดร.สงวน ลือเกียรติบัณฑิต

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รศ.ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์

มหาวิทยาลัยทักษิณ

รศ.ดร. จรวย สุวรรณบำรุง

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

รศ.ดร. จำนงค์ ณะภพ

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ผศ.ดร.นพ.ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผศ.ดร. พงศ์เทพ สุธีรัฐ

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

พ.อ. ผศ. ดร. นพ. ราม รังสินธุ์

วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า

ดร.ชาคริตา พรหมสุบรรณ

มหาวิทยาลัยนเรศวร

ดร.พิมาน ธีระรัตนสุนทร

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ดร.ธงชัย อามาศบัณฑิต

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ดร.เกศรา แสนศิริวิสุข

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 ระบาดวิทยา

ดร.จตุรรัตน์ กิจสมพร

มหาวิทยาลัยชินวัตร

ผศ.(พิเศษ) ดร.สมตระกูล ราศิริ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

ดร.สุพัฒน์ อาสนะ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ดร.กมลนันทน์ ม่วงยิ้ม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

ดร.อุไรวรรณ ศิริธรรม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

ดร.ภคิน ไชยช่วย

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

ดร.ปริญญา จิตอราม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

ดร.วรัญญา อรุณยานันท์

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข

กาญจนภิเษก

วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร

สุจิตา โอภาสี



กองบรรณาธิการนานาชาติ

Prof.Dr.Richard N.Neitzel

University of Michigan, USA

Assoc.Prof.Dr.Petra von Heideken Wågert

Mälardalen University, Sweden

Dr.Tri Dung Phung

University of Queensland, Australia

Assoc.Prof.Dr. Omid Dadrad

Western Norway University of Applied Science,
Norway

ฝ่ายจัดการ

ดร.สุทัศน์ เสียมไหม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

ณวัฒน์ กิตติภัทรไพบูลย์

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

วิภาวรรณ แก้วลาย

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

บรรณาธิการแถลง

ศ.พิเศษ ดร. นพ.วิชัย เทียนถาวร อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก ผู้ริเริ่มและนำแนวคิดในการสร้างเสริมสุขภาพที่เน้น “สร้าง นำ ช่อม” มาสู่การพัฒนา โครงการผลิตแพทย์และที่มนวัตกรรมสุขภาพเพื่อเวชศาสตร์ครอบครัว ตอบสนองต่อระบบสุขภาพปฐมภูมิทั่วไทย ระยะเวลา 10 ปี ตั้งแต่ปี 2568-2577 โดยมุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (Primary care service) ผลิตบุคลากรทางการแพทย์ การพยาบาล และการสาธารณสุข เพื่อดูแลสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่น ซึ่งจะช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง รวม 9 สาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยสาธารณสุข ทันตแพทย์ เภสัชกร นักฉุกเฉินการแพทย์ และแพทย์แผนไทย ซึ่งเมื่อครบระยะเวลาโครงการจะสามารถผลิตบุคลากรทางการแพทย์ได้ 62,000 คน โดยคณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบอนุมัติงบประมาณจำนวน 37,234.48 ล้านบาท เมื่อวันที่ 20 ก.พ. 67 โดยมุ่งคัดคนในพื้นที่มาเรียนและกลับไปทำงานในระบบปฐมภูมิ ซึ่งตอบโจทย์การกระจายกำลังคนในพื้นที่ขาดแคลน สอดรับนโยบายนายกรัฐมนตรีในการเรียนการสอนมีมาตรฐานทำให้ได้ทีมหมอคุณภาพกลับไปดูแลคนในพื้นที่

โครงการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและที่มนวัตกรรมสุขภาพยังสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข ที่มุ่งลดความเหลื่อมล้ำ ให้ประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว เป็นการดำเนินการตามรัฐธรรมนูญมาตรา 258 ข ด้านอื่น (5) ที่บัญญัติให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม ตอบโจทย์นโยบาย Medical hub ของรัฐบาล และนโยบายของนายกรัฐมนตรีเรื่องระบบสุขภาพสำหรับคนไทยและประเทศไทย รวมทั้งสอดคล้องกับเป้าหมายการเพิ่มสัดส่วนของแพทย์ต่อประชาชนให้ใกล้เคียงหรือเทียบเท่ากับนานาชาติ โดยปัจจุบันประเทศไทย มีจำนวนแพทย์ต่อประชากร 1:1,305 คน ขณะที่สิงคโปร์ 1:411 คน มาเลเซีย 1:448 คน และเวียดนาม 1:1,204 คน ซึ่งจากกำลังการผลิตแพทย์ในปัจจุบันปีละ 3,386 คน หากจะให้มีความเพียงพอต่อประชากรอยู่ที่ 1:650 คน จะสามารถบรรลุเป้าหมายได้ในปี 2580 ดังนั้น ยังต้องผลิตบัณฑิตแพทย์อย่างต่อเนื่องภายใต้โครงการผลิตแพทย์เพิ่มแห่งประเทศไทย ด้วยความร่วมมือของคณะแพทยศาสตร์ในสังกัดกระทรวงการอุดมศึกษา และโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข

ในฉบับที่ 1 (เดือนมกราคม – เมษายน) ประจำปี 2567 มีบทความวิจัยและวิชาการ ที่ได้รับการตีพิมพ์ ประกอบด้วย ผลงานวิจัยและบทความวิชาการ ครอบคลุมในด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพและสาธารณสุข กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านสมาชิก คณาจารย์ นักวิจัย นักศึกษา บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ตลอดจนศิษย์เก่า และบุคคลทั่วไปที่สนใจได้รับความรู้และนำความรู้ที่ได้จากบทความดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงาน การเรียนการสอน และทำวิจัย ตลอดจนเป็นข้อมูลอ้างอิงในเชิงวิชาการต่อไปซึ่งท่านสามารถสืบค้นและดาวน์โหลดบทความในวารสารได้ที่เว็บไซต์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjph/index>

สารบัญ

เรื่อง

หน้า

บรรณาธิการ

กองบรรณาธิการ

บรรณาธิการแถลง

บทความวิจัย (Original Article)

- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนพื้นที่สูงและห่างไกล จังหวัด
เชียงใหม่ 1

Factors associated with Stress among Older Persons Living in Highland and Remote
Communities, Chiang Mai Province

ถาวร ล่อกา, ประภัสสร ธรรมเมธา, สายหยุด มูลเพ็ชร์, ศุภิสรา ดิหนองโพ, ปรีศนา นวลบุญเรือง,
ประวีดา คำแดง, พีรพรรณ อภิวงศ์วาร

- การรับรู้และความคาดหวังของผู้สูงอายุต่อระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับ
ผู้สูงอายุในตำบลบ้านท่าเนียน อำเภอกีรีรัตนนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี 14

Perceptions and Expectations of the Elderly towards Public Health Long-Term Care System in
Ban Thamniap Subdistrict, Khiri Rat Nikhom District, Surat Thani Province

เกศินี คงรักษ์, เอกพล กาละดี, อารยา ประเสริฐชัย

- ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคในสามเณรของโรงเรียนสาธิตวิทยาลัยสงฆ์พุทธชิน
ราช จังหวัดพิษณุโลก 29

Effects of a Behavior Modification Intervention on Consumption Behavior among Buddhist
Novices at Wittayalai Song Phutthachinnarat Demonstration School, Phitsanulok

จุฑามาศ พูลลาวงษ์ ชนม์สวัสดิ์ เดือนแจ่ม นิพนธ์ แก้วต่าย คมสัน เดือนแจ่ม

- ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการดำเนินชีวิตกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของ
นักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี 42

The Relationship between Lifestyle and Healthy Food Consumption Behaviors of First Year
Students at Surat Thani Rajabhat University

กรกช ปิโคอิง, กัณณวรัตน์ ชูแก้ว, กิตติยาแก้วตา, ฐาปนี ชื่นอัม, พูนศักดิ์ บุญยัง

- ประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังสถาบัน
สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ 53

Effectiveness of Wheelchair Skills Training Program of Patients with Spinal Cord Injuries in
Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute

บุญญา สุรสิทธิ์สิน, วรางคณา จันทรงค์, ธีระวุธ ธรรมกุล



คำแนะนำการส่งบทความ

70

จริยธรรมวิจัยและการตีพิมพ์

74

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนพื้นที่สูงและห่างไกล จังหวัดเชียงใหม่

Factors associated with Stress among Older Persons Living in Highland and Remote Communities, Chiang Mai Province

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received: Sept. 9, 2023

Revised: Oct. 8, 2023

Accepted: Nov. 10, 2023

Published: Nov. 20, 2023

ถาวร ล่อกา¹, ประภัสสร ธรรมเมธา¹, สายหยุด มุลเพ็ชร², ศุภิสรา ดิหนองโพ²,

ปริศนา นวนบุญเรือง¹, ประวีดา คำแดง³, พีรพรรณ อภิวงศ์วาร์¹

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน

² คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

³ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน

Thaworn Lorga¹, Prapatsorn Thammatha¹, Saiyud Moolphate², Supisara Dinorpo²,

Prissana Naunboonruang¹, Praveda Kamdaeng³, Peeraphan Apiwongworn¹

¹ Faculty of Nursing, Chiang Mai Rajabhat University, Mae Hong Son Campus

² Faculty of Science and Technology, Chiang Mai Rajabhat University

³ Faculty of Nursing, Chiang Mai Rajabhat University, Mae Hong Son Campus

บทคัดย่อ

ความเครียดส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุในกลุ่มด้อยโอกาส การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับความเครียดของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่สูงและห่างไกลในเขตพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 174 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการใช้แบบประเมินความเครียด (ST-5) และแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 71.20 (60 -100 ปี) ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่สูงและห่างไกลมีความเครียดระดับปานกลาง มาก และมากที่สุด ร้อยละ 33.33, 37.36 และ 29.31 ตามลำดับภาวะความเครียดของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่สูงและห่างไกลมีความสัมพันธ์เชิงเส้นพหุกับปัจจัยด้านเพศ อายุ รายได้ การใช้สมาร์โฟน และการเข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุ โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ปัจจัยด้านเพศ อายุ รายได้ การใช้สมาร์โฟน และการเข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุ สามารถร่วมกันทำนายภาวะความเครียดในผู้สูงอายุชาติพันธุ์ได้ร้อยละ 17 ($p < .001$) อัตราการประสบความเครียดที่สูงในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่สูงและห่างไกลบ่งชี้ถึงความจำเป็นในการศึกษาวิจัยเชิงลึกเพื่อวางแผนการจัดบริการสุขภาพและสังคมที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: ความเครียด ผู้สูงอายุ พื้นที่สูงและห่างไกล ปัจจัย

Corresponding Author: ประภัสสร ธรรมเมธา Email: prapatsorn_tha@g.cmru.ac.th

Abstract

Stress can compromise quality of life and daily living of older persons, especially among disadvantaged group. This cross-sectional analytical study aimed to assess level of stress among older persons living on highland and remote area in Chiang Mai Province and to analyse factors associated with stress. The sample consisted of 174 older persons. Data were collected using ST-5 for stress screening and a questionnaire for associated factors of stress. Descriptive statistical analysis and multiple linear regression analysis were performed.

The results showed that the mean age of the participants was 71.20 years (60 – 100 years), 33.33%, 37.36% and 29.31% of older persons living on highland and remote area experienced moderate, high, and extreme levels of stress respectively. Stress of the older dwellers of highland and remote area was associated with sex, age, income, smart phone use and group participation ($p < .05$). Together, sex, age, income, smart phone use and group participation predicted 17 % of stress score ($p\text{-value} < .001$). High rate of stress among these highland and remote older residents warranted further in-depth studies in order to better plan for responsive health and social services.

Key words: Stress, older persons, highland and remote community, factors

Corresponding Author: Prapatsorn Thammatha Email: prapatsorn_tha@g.cmru.ac.th

บทนำ

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่พบได้ทั่วโลกในยุคปัจจุบัน โดยประเทศที่พัฒนาแล้วประชากรเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ และประเทศกำลังพัฒนาประชากรมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ตามสถิติในปี พ.ศ. 2564 ประชากรของโลกมีจำนวน รวมกว่า 7,875 ล้านคน ซึ่งประกอบด้วย ผู้สูงอายุจำนวน 1,082 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด (Foundation of Thai gerontology research and development institute: TGRI, 2022) สำหรับประเทศอาเซียนมีประชากรทั้งหมด 671 ล้านคน มีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 11 ของประชากรทั้งหมด และประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุมากเป็นอันดับที่สอง รองจากประเทศสิงคโปร์ (ร้อยละ 22) โดยปี พ.ศ. 2564 ประชากรไทยมีจำนวน 66.70 ล้านคน และในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุถึง 12.50 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรไทย ปรากฏการณ์นี้เกิดขึ้นเนื่องจากอัตราการเกิดลดลงและผู้คนมีชีวิตยืนยาวขึ้น (TGRI, 2022) ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของระบบและกลไกการทำงานของร่างกายในทิศทางเสื่อมถอย ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายลดลง ส่งผลต่อสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (Pegthong, Rakwong, Seasahet, Pantusah, Woradat & Chaimay, 2020; Khamluang & Sudnongbua, 2020) การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุไม่ได้มีแต่เพียงการถดถอยในด้านร่างกายเท่านั้น แต่ยังพบการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจอีกด้วย โดยปัญหาด้านสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เช่น หงุดหงิด ซึมเศร้า หลงลืม คิดมาก คิดวนไปมา เป็นต้น (Pegthong et al., 2020) โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเครียดและความวิตกกังวล ซึ่งพบผู้สูงอายุมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูงถึงร้อยละ 77 (Seangpraw, Auttama, Kumar, Somrongthong, Tonchay & Panta, 2020)

ความเครียดเป็นปรากฏการณ์ทางอารมณ์ที่บุคคลไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ และส่งผลทั้งด้านบวกและด้านลบแก่บุคคล การที่บุคคลมีความเครียดในระดับที่พอเหมาะ จะมีแรงกระตุ้นทำให้ร่างกายเกิดการตื่นตัว เพื่อตอบสนองหรือเตรียมตัวรับมือกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้สำเร็จ แต่ในทางกลับกันถ้าบุคคลมีความเครียดมากเกินไปจนไม่สามารถจัดการกับความเครียดของตนเอง หรือลดพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเครียดนั้นได้ อาจเกิดภาวะกดดัน วุ่นวายใจ กลัว วิตกกังวล จนเกิดผลเสียต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคล บทบาทหน้าที่ในสังคม สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งถือว่าเป็นผู้ที่มีความเปราะบางทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อาจได้รับผลกระทบโดยตรงจากสถานการณ์ความผันผวนของครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว หรือจากเศรษฐกิจของครอบครัว เช่น ลูกหลานต้องไปทำงานหารายได้ในต่างถิ่น ทิ้งให้ผู้สูงอายุอาศัยอยู่บ้านคนเดียวหรือเฝ้าบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุขาดคนดูแลส่งผลต่อสภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ทำให้คุณภาพชีวิตแย่ลง ผู้สูงอายุที่ตกอยู่ในสถานการณ์ดังกล่าวอาจมีความเครียดสูงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล หรือพื้นที่สูงซึ่งมีแนวโน้มขาดแคลนปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตได้แก่ ที่อยู่อาศัยที่มั่นคงถาวร อาหารที่เพียงพอและจำเป็นต่อการมีสุขภาพที่ดี เครื่องนุ่งห่มและอุปกรณ์จำเป็นในการดำรงชีวิต รวมถึงการรักษาโรคและบริการสุขภาพ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยปกป้องไม่ให้ผู้สูงอายุประสบปัญหาความเครียด (Miguel & Vicerra, 2022) นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ยากลำบากอาจมีปัญหาในการเข้าถึงการคัดกรองภาวะสุขภาพจิตและความเครียด ไม่สามารถเข้าถึงบริการเชิงป้องกันหรือการจัดการด้านสุขภาพจิตที่เหมาะสมได้ เนื่องจากสถานบริการสุขภาพอยู่ไกล เดินทางลำบาก และขาดแคลนบุคลากรสุขภาพที่มีความรู้และทักษะด้านสุขภาพจิต การขาดผู้ดูแลสนับสนุนในครอบครัวอันเป็นผลมาจากการอพยพของสมาชิกครอบครัววัยทำงานไปทำงานในตัวเมือง ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่พบได้บ่อยในชุมชนพื้นที่สูงและห่างไกลอาจเป็นปัจจัยส่งเสริมทำให้ผู้สูงอายุประสบกับความเครียดเพิ่มขึ้น เนื่องจากรูปแบบการดูแลเปลี่ยนไปจากการดูแลโดยตรง (Direct care) เป็นการดูแลด้านการเงินและวัตถุ (Financial & Material care) -ความเครียดที่เพิ่มขึ้นอาจส่งผลกระทบด้านลบต่อผู้สูงอายุ เช่น ภาวะซึมเศร้า การเจ็บป่วย

ทางกาย การสูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการฆ่าตัวตาย (Vasunilashorn, Gleit, Weinstein & Goldman, 2013)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดหรือก่อให้เกิดความเครียดในผู้สูงอายุประกอบด้วย ปัจจัยด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และปัจจัยด้านสังคม การทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยมีแนวโน้มที่จะมีความเครียดสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี (Salleh, 2008; Seangpraw et al., 2020) ผู้สูงอายุที่ขาดการติดต่อกับครอบครัวหรือมีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัวมักจะประสบกับปัญหาความเครียดสูง (Wang, Yang, Di & Dai, 2020; Thomas, Liu & Umberson, 2017) ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยหรือไม่เพียงพอมีความเครียดสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอ (Miguel & Vicerra, 2022; Muhammad, Srivastava & Sekher, 2021) และพบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชน/สังคมมักจะมีสุขภาพจิตดีกว่าหรือมีความเครียดน้อยกว่าผู้สูงอายุที่แยกตัวจากสังคม (Thapa, Visentin, Kornhaber & Cleary, 2020; Luo, Ding, Bauman, Negin & Phongsavan, 2020) โดยผู้สูงอายุหญิงมักจะประสบกับความเครียดมากกว่าผู้สูงอายุชาย (Méndez-Chacón, 2022; Ong, Phillips & Chai, 2013) นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้สมาร์ทโฟน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท (Chai & Kalyal, 2019) อย่างไรก็ตามข้อมูลเกี่ยวกับความเครียดในผู้สูงอายุในพื้นที่สูงและห่างไกลในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่หรือใกล้เคียง รวมถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดในกลุ่มผู้สูงอายุดังกล่าวยังมีน้อยหรือไม่เลย จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความเครียดมากน้อยเพียงใด และมีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด ซึ่งข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดความสำคัญของการจัดบริการเพื่อป้องกันและจัดการความเครียด ค้นหาปัจจัยที่อาจบ่งชี้ถึงลักษณะของกลุ่มเป้าหมายย่อยที่จำเป็นต้องได้รับการจัดการ รวมถึงการวางแผนจัดการกับปัจจัยที่สามารถแก้ไขได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนพื้นที่สูงและห่างไกล
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนพื้นที่สูงและห่างไกล

สมมติฐานการวิจัย

1. เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ การมีงานทำ จำนวนสมาชิกในบ้าน การออกกำลังกาย การมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้สูงอายุ
2. การใช้สมาร์ทโฟนมีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้สูงอายุ
3. การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้สูงอายุ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษานำร่อง (Pilot Study) เรื่องความเครียดในผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่สูงและห่างไกล โดยใช้รูปแบบการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง เพื่อนำไปสู่การพัฒนาโครงการวิจัยที่มีความสมบูรณ์ในเชิงประชากร เนื้อหาและระเบียบวิธีต่อไป เก็บข้อมูลระหว่าง เดือนกันยายน ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร ในการศึกษาค้นครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปอาศัยในพื้นที่สูงและห่างไกล การสื่อสารและคมนาคมยากลำบาก ใน 4 หมู่บ้าน ของตำบลแห่งหนึ่งในเขตจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 288 คน

2) กลุ่มตัวอย่าง มีคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ดังต่อไปนี้
เกณฑ์คัดเข้า: 1) ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

2) มีสติสัมปชัญญะ สื่อสารเข้าใจ

เกณฑ์คัดออก: 1) มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน เช่น ภาวะการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษารวดด่วน ติดเชื้อเฉียบพลัน

2) มีปัญหาสุขภาพที่ไม่พร้อมจะให้การสัมภาษณ์ได้

3) ไม่ยินยอมในการให้ข้อมูล

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยใช้การคำนวณโดยใช้สูตรของ Daniel & Cross (2013) ที่ระดับความเชื่อมั่นเท่ากับร้อยละ 95 และความคลาดเคลื่อนเท่ากับร้อยละ 5 และสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรเท่ากับ 0.5 และได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 เพื่อป้องกันอัตราการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Drop out) จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยจำนวน 174 คน

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยสองส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ การทำงาน การออกกำลังกาย โรคประจำตัว การใช้สมาร์ทโฟน และการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มผู้สูงอายุ โดยประเมินดังนี้

การทำงาน ทำงาน = 1 ไม่ได้ทำงาน = 0

การออกกำลังกาย ออกกำลังกาย = 1

ไม่ได้ออกกำลังกาย = 0

โรคประจำตัว ไม่มีโรคประจำตัว = 1

มีโรคประจำตัว = 0

การใช้สมาร์ทโฟน ใช้สมาร์ทโฟน = 1

ไม่ใช้สมาร์ทโฟน = 0

เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มผู้สูงอายุ เป็นประจำ = 4 บ่อยครั้ง = 3 บางครั้ง = 2 ไม่เข้าร่วม = 1

ส่วนที่ 2 Stress Test Questionnaire-5 (ST-5) เป็นแบบคัดกรองความเครียดที่ใช้สำหรับการคัดกรองประชาชนและผู้รับบริการในการให้บริการของหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ โดยสอบถามอาการ หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลา 2-4 สัปดาห์ที่ผ่านมา (นับถึงวันที่ตอบคำถาม) ข้อคำถาม ได้แก่ 1) มีปัญหาการนอนไม่หลับหรือนอนมาก 2) มีสมาธิน้อยลง 3) หงุดหงิด กระวน กระวาย ว้าวุ่นใจ 4) รู้สึกเบื่อหน่าย เซ็ง และ 5) ไม่อยากพบปะผู้คน

การให้คะแนนแต่ละข้อมีรายละเอียดดังนี้ คะแนน 0 = แทบไม่มี คะแนน 1 = เป็นบางครั้ง คะแนน 2 = บ่อยครั้ง คะแนน 3 = เป็นประจำ แล้วทำการรวมคะแนนที่ได้ทั้งหมด

การแปลผลค่าคะแนน มีดังนี้คือ คะแนน 0-4 หมายถึง เครียดเล็กน้อย คะแนน 5-7 หมายถึง เครียดปานกลาง คะแนน 8-9 หมายถึง เครียดมาก คะแนน 10-15 หมายถึง เครียดมากที่สุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการหลังจากโครงร่างได้รับการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ เลขที่ 154/2022 หลังจากนั้นได้ทำหนังสือชี้แจงพื้นที่ขออนุญาตเก็บข้อมูลตามแบบสอบถามและแบบประเมิน โดยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดไว้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ในการศึกษา และขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูลและประเมินความเครียด กรณีที่พบกลุ่มตัวอย่าง มีความเครียดผู้วิจัยได้พูดคุยและให้คำแนะนำในการจัดการความเครียดและในกรณีที่ต้องการได้รับการจัดการเพิ่มเติม ผู้วิจัยได้แนะนำให้กลุ่มตัวอย่างไปรับบริการสถานพยาบาลใกล้บ้านตามระบบบริการต่อไป เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้นได้มีการตรวจทานความสมบูรณ์ของแบบประเมินก่อนนำข้อมูลมาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติค่าความถี่ ค่าร้อยละ ข้อมูลความเครียดของผู้สูงอายุใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หลังจากนั้นวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้ Spearman's correlation coefficient และวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดในผู้สูงอายุโดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ (Multiple linear regression analysis)

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ เลขที่ 154/2022 ก่อนการเข้าร่วมโครงการวิจัยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการและชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และมีการลงนามในเอกสารยินยอมตนในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และเพื่อเป็นการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างแบบสอบถามจะไม่มีการระบุชื่อ – สกุล ของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลความเครียดในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่สูงและห่างไกล พบว่า

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนพื้นที่สูงและห่างไกลจำนวนทั้งหมด 174 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้ชายจำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 45.98 เป็นผู้หญิง จำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 54.02 มีอายุระหว่าง 60 – 100 ปี โดยอายุเฉลี่ยเท่ากับ 71.20 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-75 ปี คิดเป็นร้อยละ 70.11 ไม่ได้รับการศึกษาจำนวน 163 คน คิดเป็นร้อยละ 93.70 ปัจจุบันยังทำงานอยู่จำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 63.20 ไม่ออกกำลังกายจำนวน 171 คน คิดเป็นร้อยละ 98.30 มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคทางเดินหายใจ และปวดเข่า จำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 63.20 ไม่ใช้สมาร์ตโฟนจำนวน 113 คน คิดเป็นร้อยละ 64.90 เข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มผู้สูงอายุเป็นบางครั้ง จำนวน 92 คน เข้าร่วมบ่อยครั้งจำนวน 62 คน เข้าร่วมเป็นประจำ 10 คน และไม่เข้าร่วมกิจกรรม 10 คน คิดเป็นร้อยละ 52.87, 35.63, 5.75 และ 5.75 ตามลำดับ

2. ภาวะความเครียดรายข้อของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่สูงและห่างไกล

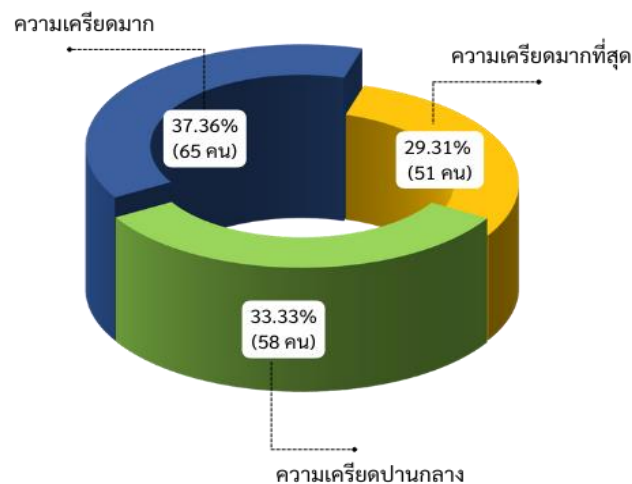
ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามความถี่ของภาวะเครียดรายข้อ

ภาวะความเครียดรายข้อ	Mean ±SD	แทบไม่มี (0) n (%)	บางครั้ง (1) n (%)	บ่อยครั้ง (2) n (%)	เป็นประจำ (3) n (%)
มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก	1.25 (0.64)	11 (6.30)	116 (66.70)	39 (22.40)	8 (4.60)
มีสมาธิน้อยลง	0.77 (0.60)	56 (32.20)	102 (58.60)	16 (9.20)	0 (0.00)
หงุดหงิด/กระวนกระวาย/ว้าวุ่นใจ	0.66 (0.65)	77 (44.30)	80 (46)	17 (9.80)	0 (0.00)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามความถี่ของภาวะเครียดรายข้อ (ต่อ)

ภาวะความเครียดรายข้อ	Mean ±SD	แทบไม่มี (0) n (%)	บางครั้ง (1) n (%)	บ่อยครั้ง (2) n (%)	เป็นประจำ (3) n (%)
รู้สึกเบื่อ เซ็ง	0.72 (0.70)	73 (42)	78 (44.80)	22 (12.60)	1 (0.60)
ไม่อยากพบปะผู้คน	0.25 (0.50)	134 (77)	37 (21.30)	2 (1.10)	1 (0.60)

3. ระดับความเครียดของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่สูงและห่างไกล



แผนภาพที่ 1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่สูงและห่างไกลจำแนกตามระดับของความเครียด

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนพื้นที่สูงและห่างไกล

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. อายุ	1.00									
2. เพศ	0.03	1.00								
3. การศึกษา	-0.25*	0.00	1.00							
4. รายได้	-0.29*	-0.10	0.13	1.00						
5. การทำงาน	-0.69*	-0.03	0.10	.35*	1.00					
6. สมาชิกครอบครัว	0.02	-0.01	0.09	-0.06	-0.06	1.00				
7. ออกกำลังกาย	-0.14	0.03	-0.03	0.13	0.10	-0.08	1.00			
8. โรคประจำตัว	.25*	0.04	-0.24*	-	-	0.02	-0.08	1.00		
9. การใช้สมาร์ทโฟน	-0.31*	-	0.06	.35*	.21*	0.02	0.09	0.04	1.00	
10. (Unlabeled)		0.24*								1.00

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (ต่อ)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. การร่วมกิจกรรมกลุ่ม	-0.33*	-0.02	0.06	.28*	.22*	-0.13	0.09	-0.10	.31*	1.00
ความเครียด	.40*	.23*	-0.14	-	-	0.00	-0.09	.19*	-0.10	-
				0.36*	0.39*					0.26*

Spearman's correlation coefficient; * $p < 0.05$ = statistically significant.

จากตารางที่ 2 การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนพื้นที่สูงและห่างไกล ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ การทำงาน การมีโรคประจำตัว และการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุ (Multiple Linear regression analysis) ในการหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่สูงและห่างไกล

ตัวแปรต้น	Unstandardized β	Standardized β	95% CI		p-value
			ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	
เพศ	0.99	0.24	0.44	1.53	0.00*
อายุ	0.05	0.23	0.01	0.09	0.02*
ระดับการศึกษา	-0.26	-0.03	-1.39	0.88	0.65
รายได้	0.00	-0.19	0.00	0.00	0.01*
ทำงาน	-0.80	-0.19	-1.60	0.00	0.49
จำนวนสมาชิกบ้าน	-0.07	-0.07	-0.18	0.05	0.25
ออกกำลังกาย	-0.38	-0.02	-2.42	1.66	0.71
โรคประจำตัว	0.19	0.04	-0.39	0.77	0.52
การใช้ Smart phone	0.83	0.19	0.19	1.47	0.01*
เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ผู้สูงอายุ	-0.46	-0.15	-0.88	-0.03	0.04*

$R = 0.59$ $R^2 = 0.17$ $F = 8.71$ $p < .001$ * มีนัยสำคัญทางสถิติ $< .05$

จากตารางที่ 3 การหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่สูงและห่างไกล โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis) แบบเข้าสมการพร้อมกันหมด (Enter Method) โดยการตรวจสอบการมีสหสัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปร (Multicollinearity) จาก Correlation Matrix (ต่ำกว่า 0.7) Variance Inflation Factor (VIF) (น้อยกว่า 5) และ Tolerance (มากกว่า 0.1) พบว่า ไม่มีสหสัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปร ในการวิเคราะห์ครั้งนี้ผู้วิจัยได้คงไว้ซึ่งตัวแปรต้นตามสมมติฐานของการวิจัยซึ่งเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดในการศึกษาที่ผ่านมา ผลการวิเคราะห์พบว่า ภาวะความเครียดในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่สูงและห่างไกลมีความสัมพันธ์เชิงเส้นพหุกับปัจจัย ด้านเพศ อายุ รายได้ การใช้สมาร์ทโฟน และการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มผู้สูงอายุ โดยมีค่าความสัมพันธ์ (standardized β) 0.24, 0.23, -0.19, 0.19 และ -0.46 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และปัจจัยด้านเพศ อายุ รายได้ การใช้สมาร์ทโฟน และ

การเข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุ สามารถร่วมกันอธิบายภาวะความเครียดในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่สูงและห่างไกลได้ร้อยละ 17 ($R^2 = 0.17$; $p < .001$)

อภิปรายผล

การศึกษาความเครียดในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่สูงและห่างไกลในตำบลแห่งหนึ่งของจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 100 ประสบกับความเครียดในช่วง 2 – 4 สัปดาห์ก่อนการเก็บข้อมูล โดยแยกเป็นเครียดระดับปานกลาง ร้อยละ 33.33 และ เครียดระดับมากและมากที่สุด ร้อยละ 66.67 ผลการศึกษาความเครียดของผู้สูงอายุในพื้นที่อื่น ๆ ของประเทศไทยพบว่าอัตราการเกิดความเครียดของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูงร้อยละ 15.15, 19.90 และ 34 ระดับปานกลาง ร้อยละ 43, 54.55 และ 76.35 ระดับต่ำร้อยละ 3.57, 18 และ 24.24 (Seangpraw et al., 2020; Khamluang, 2022; Nualsithong, Phuchongchai, Buajan & Phattarasirisomboon, 2021) แต่เนื่องจากการใช้เครื่องมือที่หลากหลายในการประเมินความเครียด ทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบผลการวิจัยครั้งนี้กับการวิจัยก่อนหน้านี้ได้อย่างตรงไปตรงมา พบว่ามีการวิจัยเพียงหนึ่งเรื่องที่ศึกษาความเครียดในผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมาโดยใช้ ST-5 พบว่าผู้สูงอายุมีความเครียดระดับน้อย ร้อยละ 83 และเครียดระดับปานกลางและมาก ร้อยละ 17 ซึ่งอาจบ่งชี้ว่าผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่สูงและห่างไกลมีอัตราการความเครียดในระดับปานกลาง มากและมากที่สุดสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง อาจเนื่องด้วยปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่อยู่ห่างไกล ทำให้ผู้สูงอายุขาดผู้ดูแล ขาดความมั่นคงทางการเงิน ไม่มีรายได้ มีความเจ็บป่วย การเข้าถึงบริการของชุมชนยากลำบาก การขาดปัจจัยดำรงชีพพื้นฐาน ซึ่งเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้สูงอายุ นำไปสู่การเกิดภาวะเครียดในผู้สูงอายุได้ (Vannini, Gagliardi, Kuppe, Dossett, Donovan, Gatchel, ... Marshall, 2021; Jang, 2020; Akila, Arvind & Isaac, 2019; Issalillah & Aisyah, 2022; Galiana, Tomás, Fernández & Oliver, 2020)

ผลการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่สูงและห่างไกล พบว่า ความเครียดของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่สูงและห่างไกลมีความสัมพันธ์เชิงเส้นพหุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กับปัจจัยด้านเพศ อายุ รายได้ การใช้สมาร์ทโฟน และการเข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุ โดยมีค่าความสัมพันธ์ (standardized β) 0.24, 0.23, -0.19, 0.19 และ -0.46 ตามลำดับ และปัจจัยด้านเพศ อายุ รายได้ การใช้สมาร์ทโฟน และการเข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุ สามารถร่วมกันทำนายภาวะความเครียดในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่สูงและห่างไกลได้ร้อยละ 17 ($R^2 = 0.17$; $p < .001$) ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

1. ปัจจัยด้านเพศ ความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มที่อาศัยอยู่ในพื้นที่สูงและห่างไกลมีความสัมพันธ์กับที่เกี่ยวข้องกับเพศ โดยพบว่าเพศหญิงมีระดับความเครียดสูงกว่าเพศชาย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชนในพื้นที่สูงและห่างไกลที่กำหนดให้ผู้หญิงมีหน้าที่รับผิดชอบภารกิจในบ้านและนอกบ้านของครอบครัว เช่น การประกอบอาหาร การดูแลทำความสะอาดบ้าน และการทำเกษตรกรรม เป็นต้น (Jaichuai, 2008; Sirichayanukul & Khutmuang, 2018) และนอกจากนี้วัฒนธรรมของครอบครัวและชุมชนอาจจะไม่ได้เปิดโอกาสให้ผู้หญิงได้แสดงออกด้านอารมณ์และความรู้สึกอย่างเต็มที่ ทำให้ผู้หญิงต้องเก็บงำความรู้สึกของตนเองไว้ ส่งผลทำให้เกิดความเครียดมากกว่าผู้ชายที่มีโอกาสได้แสดงออกทางอารมณ์และความรู้สึกอย่างเปิดเผยมากกว่า

2. ปัจจัยด้านอายุ พบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้คะแนนความเครียดสูงขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีความเสื่อมของร่างกายเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ส่งผลทำให้เกิดการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกายหรือความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ทำให้เกิดข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น การพักผ่อนนอนหลับ การดูแลตนเอง การดูแลบ้านเรือน การประกอบอาชีพ การร่วมกิจกรรมกับชุมชน



เป็นต้น และข้อจำกัดดังกล่าวอาจนำไปสู่ความเครียดได้ (da Cruz, D' Oliveira, Dominski, Diotaiuti & Andrade, 2022)

3. ปัจจัยด้านรายได้ พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยจะมีความเครียดสูง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการมีเงินน้อยหรือไม่เพียงพอเป็นปัจจัยความเครียดอย่างหนึ่ง สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ในเชิงผกผันกับความเครียด (Zhang, Qing & Zhang, 2021) กล่าวคือผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยหรือไม่เพียงพอมีแนวโน้มที่จะมีความเครียดสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้มากหรือเพียงพอ

4. ปัจจัยด้านการใช้สมาร์ทโฟน ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุที่ใช้สมาร์ทโฟนมากมีความเครียดสูงกว่าผู้สูงอายุที่ใช้สมาร์ทโฟนน้อย ซึ่งผลการวิจัยดังกล่าวตรงกันข้ามกับสมมติฐานที่ตั้งไว้สำหรับผลการวิจัยครั้งนี้ อาจอธิบายได้ว่าการใช้สมาร์ทโฟนทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงข้อมูลในหลาย ๆ ด้านได้ง่าย เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงในสังคม ความผันผวนทางเศรษฐกิจ ความขัดแย้งทางการเมือง หรือการรับข้อมูลด้านสุขภาพมากเกินไป ทำให้เกิดความเครียดได้ หรืออีกนัยหนึ่งผู้สูงอายุที่ใช้สมาร์ทโฟนมากอาจเป็นผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นที่ต้องติดต่อสื่อสารเพื่อธุรกิจการงานหรือปฏิสัมพันธ์กับสังคม ซึ่งปัจจัยดังกล่าวสามารถก่อความเครียดให้กับผู้สูงอายุ (Busch, Hausvik, Ropstad & Pettersen, 2021) การวิจัยก่อนหน้านี้พบว่าผู้สูงอายุที่ใช้สมาร์ทโฟนมากมีแนวโน้มจะมีปัญหาด้านสัมพันธภาพกับครอบครัว (Xu, Zeng, Dong, Zheng & Si, 2023) ซึ่งอาจเป็นแหล่งก่อความเครียด และนอกจากนี้การใช้สมาร์ทโฟนที่ยาวนานต่อเนื่องอาจเป็นผลให้แบบแผนการนอนหลับในผู้สูงอายุถูกรบกวน (Tian & Wang, 2023) ส่งผลให้เกิดความเครียด

5. ปัจจัยการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มของผู้สูงอายุ มักมีความเครียดน้อยกว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มน้อย การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุคนอื่นอาจเป็นช่องทางในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เรียนรู้การจัดการความเครียดและปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด รวมถึงอาจเป็นช่องทางในการระบายความเครียด

6. ปัจจัยด้านจำนวนสมาชิกครอบครัว การทำงาน การออกกำลังกาย และการมีโรคประจำตัว พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นว่าการมีโรคประจำตัวอาจไม่ได้เป็นปัจจัยก่อความเครียดสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่สูงและห่างไกล และการมีสมาชิกครอบครัวมากหรือน้อยอาจจะไม่ได้บ่งบอกถึงการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยปกป้องผู้สูงอายุจากปัญหาสุขภาพจิต (Li & Tung, 2020) นอกจากนี้การออกกำลังกายหรือไม่ออกกำลังกาย และการทำงานหรือไม่ทำงาน อาจจะไม่ใช่เป็นกระบวนการที่ใช้ในการจัดการกับความเครียดของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ซึ่งผลการวิจัยแตกต่างจากการวิจัยครั้งก่อนหน้านี้ที่พบว่าการมีสมาชิกครอบครัวมาก การออกกำลังกาย และการทำงานมีผลเชิงบวกต่อภาวะเครียดในผู้สูงอายุ (Yoon & Choi, 2022)

สรุปผลการวิจัย

ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่สูงและห่างไกลจำนวน 2 ใน 3 คน ประสบกับความเครียดในระดับมากและมากที่สุด ปัจจัยด้านเพศ อายุ รายได้ การใช้สมาร์ทโฟน และการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มของผู้สูงอายุสามารถร่วมกันอธิบายความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ (Low socioeconomic status) ได้แก่ มีอายุมาก เป็นผู้หญิง รายได้น้อย และมีส่วนร่วมทางสังคมน้อย จะมีความเครียดสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมสูง แต่ที่น่าแปลกใจ คือ การใช้สมาร์ทโฟนซึ่งบ่งบอกถึงการมีชีวิตร่วมสมัยกลับทำให้ผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่สูงและห่างไกลมีความเครียดสูงขึ้น



ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยนําร่องมีข้อจำกัดหลายประการ เช่น จำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย เนื่องจากเป็นการศึกษาในพื้นที่เฉพาะเจาะจง การเก็บข้อมูลตัวแปรยังไม่ครอบคลุมปัจจัยก่อความเครียดทุกด้าน และยังไม่ได้เก็บข้อมูลผลกระทบของความเครียด

ข้อเสนอแนะ

จากการอภิปรายผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

การประเมินโดยใช้เครื่องมือ ST-5 แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุร้อยละ 100 ประสบกับความเครียด และผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 67.67 ประสบกับความเครียดในระดับมากและมากที่สุด จึงควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุร่วมกิจกรรมในชุมชนมากขึ้น หรือสนับสนุนการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุให้มีกิจกรรมร่วมกัน เพื่อเพิ่มการรับรู้ในคุณค่าของตนเอง เพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง นำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีความเครียด

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาวิจัยต่อโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของผู้สูงอายุในพื้นที่สูงและห่างไกลครอบคลุมทุกพื้นที่ของจังหวัดเชียงใหม่

2) ควรเพิ่มเติมการเก็บข้อมูลด้านผลกระทบของความเครียด การเข้าถึงบริการสุขภาพและสังคมซึ่งอาจนำไปสู่การพัฒนาบริการในเชิงป้องกันและจัดการกับความเครียด

3) ควรพิจารณาเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามหรือเครื่องมือที่มีรายละเอียดของข้อมูลเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับความเครียด ได้แก่ การใช้สมาร์ทโฟน การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มผู้สูงอายุ

4) ควรพิจารณาใช้การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกสำหรับการอธิบายปรากฏการณ์และการออกแบบบริการที่เหมาะสมกับบริบทสังคมวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มนี้

References

- Akila, G. V., Arvind, B. A., & Isaac, A. (2019). Comparative assessment of psychosocial status of elderly in urban and rural areas, Karnataka, India. *Journal of family medicine and primary care*, 8 (9), 2870–2876.
- Busch, P.A., Hausvik, G.I., Ropstad, O.K. & Pettersen, D. (2021). Smartphone usage among older adults. *Comput Human Behav*, 121: 1-12.
- Chai, X. & Kalyal, H. (2019). Cell Phone use and happiness among Chinese older adults: does rural/urban residence status matter? *Research on Aging*, 41 (1): 85-109.
- da Cruz, W.M., D' Oliveira, A., Dominski, F.H., Diotaiuti, P. & Andrade, A. (2022). Mental health of older people in social isolation: the role of physical activity at home during the COVID-19 pandemic. *Sport Sci Health*, 18 (2): 597-602.
- Daniel, W.W. & Cross, C.L. (2013). *Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences* (10th ed.) Hoboken: JohnWiley & Sons, Inc.
- Foundation of Thai gerontology research and development institute. (2022). *Situation of the Thai older persons 2021*. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University.
- Galiana, L., Tomás, J. M., Fernández, I., & Oliver, A. (2020). Predicting well-being among the elderly: the role of coping strategies. *Frontiers in psychology*, 11, 616. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00616>
- Issalillah, F., & Aisyah, N. (2022). The elderly and the determinants of stress. *Journal of Social Science Studies*, 2(1), 9-12.
- Jaichuai, C. (2008). Lisu's gender role in daily life: A case study of Baan Paekzam, Wiang Haeng district, Chiang Mai province (Master of Science in Geosocial Based Sustainable). Chiang Mai: Maejo University. (in Thai)
- Jang, H.-Y. (2020). Factors associated with successful aging among community-dwelling older adults based on ecological system model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 3220. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093220>
- Khamluang P. (2022). *A Model of Stress Management Among Tai Lue Aging People in Nan Province by Participation of network Partners* (Thesis Doctor of Public Health). Phitsanulok: Naresuan University. (in Thai)
- Khamluang, P., Sudnongbua, S. (2020). The elderly Tai Lue ethnic group and stress that should not be overlooked. *Sukhothai Thammathirat Open University Journal*, 33(2): 19-34. (in Thai)
- Li, Y.T. & Tung, T.H. (2020). Effects of protective factors on the depressive status of elderly people in Taiwan. *Medicine*, 99(1): e18461.
- Luo, M., Ding, D., Bauman, A., Negin, J. & Phongsavan, P. (2020). Social engagement pattern, health behaviors and subjective well-being of older adults: an international perspective using WHO-SAGE survey data. *BMC Public Health*, 20:99.
- Méndez-Chacón, E. (2022). Gender differences in perceived stress and its relationship to telomere length in Costa Rican adults. *Front. Psychol.* 13:712660.
- Miguel, P. & Vicerra, M. (2022). Mental stress and well-being among low-income older adults during COVID-19 pandemic. *Asian J Soc Health Behav*, 5(3): 101-7.
- Muhammad, T., Srivastava, S. & Sekher, T.V. (2021). Association of self-perceived income status with psychological distress and subjective well-being: a cross-sectional study among older adults in India. *BMC Psychol*, 9: 1-13.

- Nualsithong, N., Phuchongchai, T., Buajan, A. & Phattarasirisomboon, P. (2021). Stress and depression of the elderly with chronic diseases in Na Siew sub-district, Muang Chaiphaphum district, Chaiphaphum province. *The public health journal of Burapha university*, 16(2): 79-89. (in Thai)
- Ong, F.S., Phillips, D.R. & Chai, S.T. (2013). Life events and stress: do older men and women in Malaysia cope differently as consumers? *J Cross Cult Gerontol*, 28: 195-210.
- Pegthong, D., Rakwong, D., Seasahet, N., Pantusah, A., Woradat, S. & Chaimay, B. (2020). Health promotion among elderly people in community: stress and stress management approaches. *Academic Journal of Community Public Health*, 6(1): 1-11. (in Thai)
- Salleh, M.R. (2008). Life event, stress and illness. *Malaysian Journal of Medical Sciences*, 15(4): 9-18.
- Seangpraw, K., Auttama, N., Kumar, R., Somrongthong, R., Tonchoy, P., Panta, P. (2020). Stress and associated risk factors among the elderly: across-sectional study from rural area of Thailand. *F1000Res*, 8:655.
- Sirichayanukul, B. & Khutmuang, S. (2018). Male-Female roles and beliefs in ethnic folktales. *Journal of Social Academic*, 11(3): 293-301. (in Thai)
- Thapa, D.K., Visentin, D.C. Kornhaber, R. & Cleary, M. (2020). Prevalence and factors associated with depression, anxiety, and stress symptoms among older adults: a cross-sectional population-based study. *Nursing and Health Sciences*, 22(4): 1139-1152.
- Thomas, P.A., Liu, H. & Umberson, D. (2017). Family relationships and well-being. *Innovation in Aging*, 1(3): 1-11.
- Tian, H. & Wang, Y. (2023). Mobile phone addiction and sleep quality among older people: The mediating roles of depression and loneliness. *Behav Sci*, 13(2):153.
- Vannini, P., Gagliardi, G. P., Kuppe, M., Dossett, M. L., Donovan, N. J., Gatchel, J. R., Quiroz, Y. T., Premnath, P. Y., Amariglio, R., Sperling, R. A., & Marshall, G. A. (2021). Stress, resilience, and coping strategies in a sample of community-dwelling older adults during COVID-19. *Journal of psychiatric research*, 138, 176-185.
- Vasunilashorn, S., Gleib, D.A., Weinstein, M. & Goldman, N. (2013). Perceived stress and mortality in a Taiwanese older adult population. *Stress*, 16(6): 600-6.
- Wang, L., Yang, L., Di, X. & Dai, X. (2020). Family support, multidimensional health, and living satisfaction among the elderly: a case from Shannxi province, China. *Int. J. Environ. Res. and Public health*, 17, 8434.
- Xu, Y., Zeng, K., Dong, L., Zheng, X., Si, Y. (2023). Understanding older adults' smartphone addiction in the digital age: empirical evidence from China. *Front Public Health*, 11:1136494.
- Yoon, S. & Choi, S. (2022). Stress-related to COVID-19, anxiety, and protective factors among middle-aged and older adults in the largest outbreak areas in South Korea. *Aging Ment Health*, 26(10): 2090-9.
- Zhang, C., Qing, N. & Zhang, S. (2021). The impact of leisure activities on the mental health of older adults: The mediating effect of social support and perceived stress. *J Healthc Eng;Article*, ID 6264447: 1-11.

การรับรู้และความคาดหวังของผู้สูงอายุต่อระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข
สำหรับผู้สูงอายุในตำบลบ้านท่าเนียน อำเภอกีรีรัตนนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี
Perceptions and Expectations of the Elderly towards Public Health Long-Term Care
System in Ban Thamniap Subdistrict, Khiri Rat Nikhom District,
Surat Thani Province

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received: Oct. 16, 2023

Revised: Dec. 22, 2023

Accepted: Dec. 27, 2023

Published: Jan. 20, 2024

เกศินี คงรักษ์, เอกพล กาละดี, อารยา ประเสริฐชัย
Kesini Khonrak, Akaphol Kaladee, Araya Prasertchai
สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการรับรู้และความคาดหวังของผู้สูงอายุต่อระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข 2) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้และความคาดหวังของผู้สูงอายุต่อระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข และ 3) เปรียบเทียบการรับรู้และความคาดหวังของผู้สูงอายุต่อระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปในตำบลบ้านท่าเนียน อำเภอกีรีรัตนนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 286 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า 1) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุต่ำกว่า 70 ปี มีโรคประจำตัว และมีระดับการรับรู้และความคาดหวังของผู้สูงอายุในภาพรวมและรายด้านในระดับมาก 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของผู้สูงอายุ คือ อายุ 70-79 ปี ($p = 0.036$) การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุแต่เข้าร่วมกิจกรรมไม่สม่ำเสมอ ($p = 0.008$) และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและเข้าร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอ ($p < 0.001$) และ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังของผู้สูงอายุ คือ การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป ($p = 0.042$) และมีรายได้ต่อเดือน 5,000-10,000 บาท ($p = 0.003$) และ 3) การรับรู้ของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.08$) แต่น้อยกว่าความคาดหวังของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.48$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

คำสำคัญ: การรับรู้ ความคาดหวัง ผู้สูงอายุ ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข

Corresponding author: เกศินี คงรักษ์ E-mail: E-mail: soawooy_@hotmail.com



Abstract

This study aimed to (1) explore perceptions and expectations, (2) identify factors related to perceptions and expectations, and (3) compare the perceptions and expectations, all of elderly people towards public health long-term care system. This study involved a sample of 286 elderly people aged 60 years and over who lived in Ban Thamniap subdistrict, Khiri Rat Nikhom district, Surat Thani province. Data were collected using a structured interview questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis.

The findings showed that: 1) most of elderly people were women aged under 70 years old, with underlying medical conditions and levels of perceptions and expectations towards the long-term care system in public health as a whole and in each aspect were at a high level, 2) The factors related to elderly people were being in the 70–79 years old ($P = 0.036$), being elderly club members with irregular group activity participation ($P = 0.008$) and being members with regular participation ($P < 0.001$). The factors related to elderly people expectations were the completion of secondary school or higher ($P = 0.042$) and a monthly income of 5,000–10,000 baht ($P = 0.003$), and 3) the elderly's perceptions were at a high level ($\bar{X} = 4.08$), which was significantly lower than the overall expectations also at a high level ($\bar{X} = 4.48$) ($P < 0.001$).

Keywords: Perception, Expectation, Elderly people, Public health long-term care system

Corresponding author: Kesini Khonrak E-mail: soawooy_@hotmail.com

บทนำ

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นทุกปี เมื่อเทียบข้อมูลประชากรตั้งแต่ พ.ศ. 2553 ถึง 2563 พบว่า สถิติผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นจากการปกครองกระทรวงมหาดไทย ผู้สูงอายุ 77 จังหวัด ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2562 มีประชากรทั้งสิ้น 66,558,935 คน และมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 11,136,059 คน คิดเป็นร้อยละ 16.73 ของประชากรทั้งประเทศ และจากสถิติผู้สูงอายุ ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2563 มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 66,186,727 คน ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 11,627,767 คน คิดเป็นร้อยละ 17.57 ของประชากรทั้งประเทศ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564)

รัฐบาลให้ความสำคัญกับการที่ประเทศก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยมีนโยบายด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุยิ่งไปกว่านั้น รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 ได้ระบุในมาตรา 54 และมาตรา 80 ถึงภารกิจที่จะต้องรับผิดชอบต่อประชากรสูงอายุ และปีพ.ศ.2542 (กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น, 2566) ได้มีการจัดทำปฏิญญาผู้สูงอายุไทยขึ้น เป็นภารกิจที่สังคม และรัฐพึงมีต่อผู้สูงอายุ โดยมีสาระสำคัญ 9 ประการ ซึ่งเป็นไปเพื่อให้ถึงเป้าหมายแห่งความมั่นคงของสังคม สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานหนึ่งที่มีภารกิจในการสังคมสงเคราะห์และการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนกระจายอำนาจให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 (กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น, 2566) และ พระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ส่วนที่ 3 อำนาจหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลมาตรา 67 ภายใต้บังคับแห่งกฎหมาย องค์การบริหารส่วนตำบล มีหน้าที่ต้องทำในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล (6) ส่งเสริมการพัฒนาสตรีเด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุและผู้พิการ ซึ่งจะเห็นได้ว่าปัจจุบันการจัดบริการสาธารณะในด้านสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ ได้มีการดำเนินการถ่ายโอนทั้งอำนาจหน้าที่งบประมาณ และบุคลากรบางส่วนจากส่วนกลางและส่วนภูมิภาคให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการ และจากการดำเนินการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2558 พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินคัดกรองสุขภาพ จำนวน 6,394,0222 คน อยู่ในกลุ่มติดสังคมประมาณ 5 ล้านคนหรือร้อยละ 79 และกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงติดบ้านติดเตียง ประมาณ 1.3 ล้านคนหรือร้อยละ 21 จึงเป็นที่มาของนโยบายของรัฐบาลที่มุ่งเน้นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งกลุ่มติดบ้านและติดเตียง โดยมีเป้าหมายคือป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงมีการเจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง และเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งกลุ่มติดบ้านและติดเตียงได้รับการดูแลที่เหมาะสม ในปี 2559 รัฐบาลจึงได้สนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากงบเหมาจ่ายรายหัวปกติจำนวน 600 ล้านบาท ให้แก่อำเภอกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ โดยมีกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมดำเนินการในการจัดบริการทางการแพทย์ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ให้แก่ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงตามชุดสิทธิประโยชน์ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), 2559) ในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ อุทัยวรรณ โคกตาทอง และคณะ (2561) ศึกษาแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 5 และตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า ความสำเร็จของการดำเนินงานระบบดูแลระยะยาว การรู้จักคนในชุมชนและความสัมพันธ์กับภาพรวมของระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนมีนัยสำคัญทางสถิติ รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ประสบความสำเร็จประกอบด้วย 1) ด้านองค์ประกอบชุมชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ แกนนำชุมชน ผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน ชมรมจิตอาสา องค์การภาครัฐและภาคเอกชนในพื้นที่ และประชาชนในชุมชน 2) ด้านกระบวนการ ได้แก่ การทำกิจกรรมเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีให้คนในชุมชน และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (อุทัยวรรณ โคกตาทอง และคณะ, 2561)

สำหรับจังหวัดสุราษฎร์ธานีถือว่าเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ เมื่อเทียบสัดส่วนของประชากรทั้งหมดและประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 15.44 อยู่ลำดับที่ 27 ของประเทศ



(กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564) และเมื่อดูสถิติผู้สูงอายุของตำบลบ้านท่าเนียน อำเภอบึงสามพัน จังหวัดสุราษฎร์ธานี เดือนเมษายน 2564 พบมีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 10,852 คน แบ่งเป็นเพศชาย 5,425 คน เพศหญิง 5,427 คน และประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 1,462 คน คิดเป็นร้อยละ 13.47 ของประชากรทั้งหมดในตำบลบ้านท่าเนียน โดยจำนวนนี้เป็นผู้ที่อยู่ในระบบการดูแลและเฝ้าระวังด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลบ้านท่าเนียน จำนวน 51 ราย (แผนพัฒนาท้องถิ่น พ.ศ. 2566-2570 องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านท่าเนียน, 2564) จากสถิติผู้สูงอายุในพื้นที่ทำให้เห็นว่าการบริหารจัดการส่วนตำบลบ้านท่าเนียนในฐานะที่เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทหน้าที่ตามระเบียบ กฎหมาย ในการจัดการบริการสาธารณะการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และเพื่อเป็นการตอบสนองนโยบายของรัฐบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านท่าเนียนได้เข้าร่วมเป็นกองทุนนาร่องเพื่อดำเนินการกองทุนสนับสนุนระบบการดูแลและเฝ้าระวังด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเมื่อวันที่ 8 มีนาคม 2559 โดยมีองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้มีการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบลและพื้นที่ ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบลท่าขนอน องค์การบริหารส่วนตำบลย่านยาว องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านยาง องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านท่าเนียน ซึ่งหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกจะคัดเลือกจากท้องถิ่นที่อยู่ในเขตโรงพยาบาลกับท้องถิ่นหรือกองทุนที่อยู่ในระดับเอ (A) ของการประเมินผลการดำเนินงานในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบลหรือพื้นที่ ซึ่งกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านท่าเนียนอยู่ในระดับเอ (A) จึงเป็นกองทุนนาร่องในการดำเนินกองทุนระบบการดูแลและเฝ้าระวังด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลบ้านท่าเนียน

ระบบการดูแลและเฝ้าระวัง คือ การจัดการบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก เนื่องมาจากสภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน มีทั้งรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เป็นบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นการฟื้นฟู บำบัด ส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง เพื่อให้คนกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้โดยอยู่บนพื้นฐานการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์หลักการสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลและเฝ้าระวัง จึงมีดังนี้ 1) ผู้มีภาวะทุพพลภาพและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดเตียงและติดบ้าน) สามารถเข้าถึงระบบการดูแลและเฝ้าระวัง ที่ได้รับได้อย่างเหมาะสมต่อเนื่อง โดยมีการเชื่อมโยงของระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่สถานพยาบาล ชุมชน และครอบครัว 2) การสนับสนุนการจัดระบบการดูแลและเฝ้าระวังในพื้นที่หรือชุมชน ไม่ไปแย่งชิงบทบาทหน้าที่การดูแลของครอบครัว โดยครอบครัวยังคงเป็นผู้ดูแลหลัก และระบบเข้าไปสนับสนุน ยกเว้นในรายที่ไม่มีผู้ดูแล โดยการสนับสนุนเป็นไปตามศักยภาพของครอบครัวในการดูแลและระดับการพึ่งพิง 3) ในการจัดระบบการดูแลและเฝ้าระวังอาศัยบุคลากรที่มีวิชาชีพเป็นหลัก เช่น ผู้ช่วยเหลือดูแล ผู้สูงอายุ โดยมีบุคลากรด้านวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เป็นผู้สนับสนุนในการจัดระบบการดูแล 4) ทุกพื้นที่ที่มีการพัฒนาระบบการดูแลและเฝ้าระวังโดยอาศัยต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัคร วัด และโรงเรียน เป็นต้น (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), 2559) ดังนั้น การออกแบบระบบการดูแลและเฝ้าระวัง จึงควรคำนึงถึงหลักการบริหาร ดังนี้ 1) เน้นบูรณาการด้านบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมในระดับพื้นที่ (ตำบล/หมู่บ้าน/ครอบครัว) 2) คำนึงถึงความยั่งยืนและเป็นไปได้ของงบประมาณระยะยาวในอนาคต 3) สนับสนุนการมีส่วนร่วมโดยให้้องการปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล) เป็นเจ้าภาพหลักในการบริหารระบบภายใต้การสนับสนุนของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ 4) พัฒนาและขยายระบบบริการดูแลและเฝ้าระวังด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ โดยมีผู้จัดการระบบการดูแลและเฝ้าระวังด้านสาธารณสุข (care manager, CM) เช่น พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ และผู้

ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (caregiver, CG) ที่ผ่านการฝึกอบรมและขึ้นทะเบียนดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเชิงรุกในพื้นที่อย่างน้อย 1 คน ต่อผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในทุกกลุ่มวัย 5-10 คน โดยได้รับค่าตอบแทนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพที่ดำเนินงานอยู่แล้วภายใต้การบริหารขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

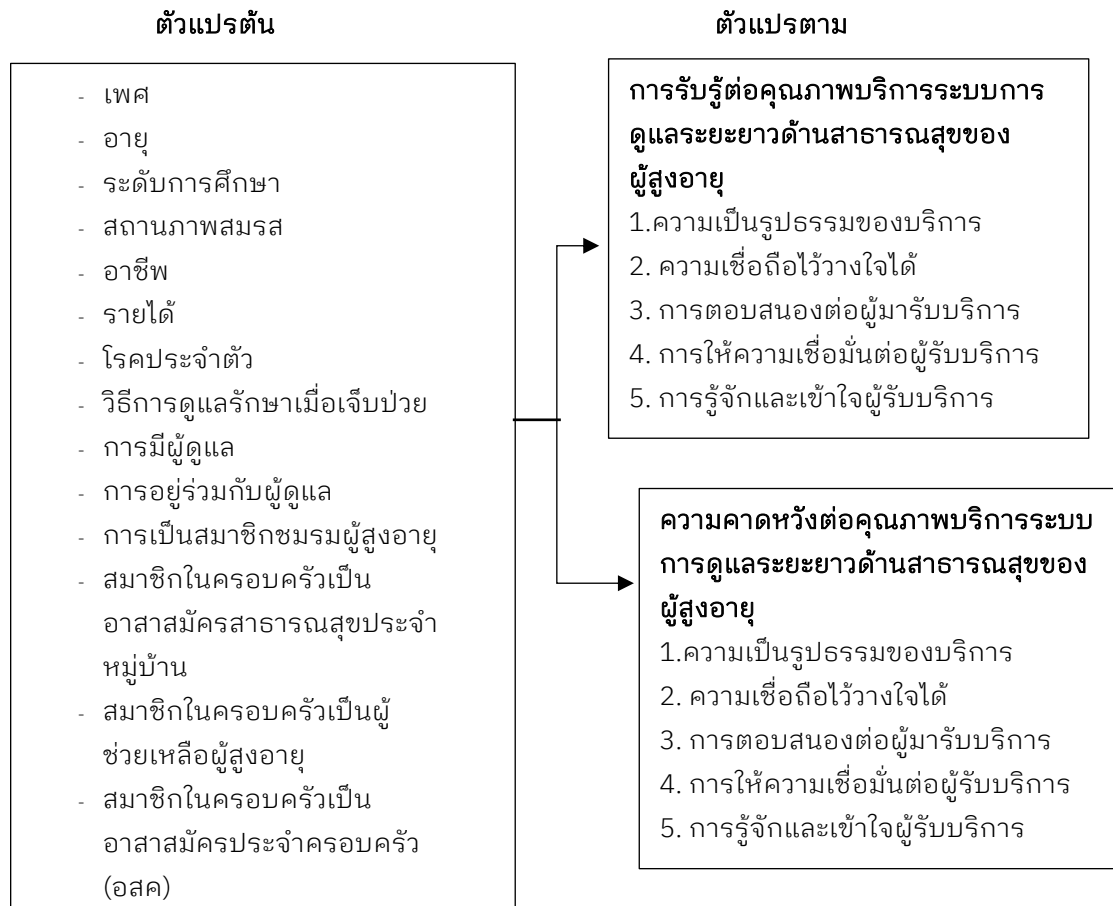
สำหรับการดำเนินงานของกองทุนสนับสนุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลบ้านท่าเนียน ได้เข้าร่วมดำเนินงานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 แต่มีการดำเนินการกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลบ้านท่าเนียน ปี พ.ศ. 2560 โดยดำเนินการตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2559 มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 27 คน โดยมีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (caregiver, CG) จำนวน 23 คน ปี 2561 : ไม่มีการดำเนินงาน , ปี 2562 : มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 51 คน โดยมีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (caregiver, CG) จำนวน 23 คน , ปี 2563 : ไม่มีการดำเนินการ , ปี 2564 : มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 44 คน โดยมีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (caregiver, CG) จำนวน 25 คน จากข้อมูลข้างต้นพบว่าการดำเนินการที่ไม่ต่อเนื่องในขณะที่มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องการได้รับการดูแลเพิ่มขึ้นทุกปี และจำนวนผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในการดำเนินงานของกองทุนสนับสนุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลบ้านท่าเนียน มีความมุ่งหวังจะพัฒนาระบบบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่เพื่อให้กลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าสู่ระบบการดูแลระยะยาวเกิดความพึงพอใจต่อระบบบริการที่องค์การบริหารส่วนตำบลจัดขึ้นให้มากที่สุด โดยที่ผ่านมายังไม่มีการประเมินอย่างเป็นรูปธรรม

สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้วิธีการประเมินความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการของพาราสุมานและคณะ (Parasuraman et al, 1990) ที่เรียกว่า เซิร์ฟคิวอล เพื่อใช้วัดความแตกต่างระหว่างบริการที่ได้รับจริงและความคาดหวังในบริการจากผู้ให้บริการ ในด้านต่างๆ 5 ด้าน คือ 1) ความเป็นรูปธรรมของบริการ 2) ความเชื่อถือไว้วางใจได้ 3) การตอบสนองต่อผู้รับบริการ 4) การให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการ 5) การรู้จักและเข้าใจผู้รับบริการหากผู้ให้บริการสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้หรือสร้างบริการที่มีระดับสูงตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการ สามารถประเมินได้ว่าระบบบริการมีคุณภาพอยู่ในระดับดีมากดังนั้น การนำเครื่องมือเซิร์ฟคิวอลมาใช้ในการสำรวจการรับรู้และความคาดหวังต่อระบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุ นำไปสู่การปรับปรุง พัฒนาคุณภาพงานบริการของกองทุนสนับสนุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลบ้านท่าเนียน ให้มีความสอดคล้องตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการมากยิ่งขึ้น ส่งเสริมให้เกิดความพึงพอใจของประชาชนในพื้นที่ต่อระบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุตำบลบ้านท่าเนียน อำเภอศรีรัตนนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้และความคาดหวังของผู้สูงอายุต่อระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในตำบลบ้านท่าเนียน อำเภอศรีรัตนนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้และความคาดหวังของผู้สูงอายุต่อระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในตำบลบ้านท่าเนียน อำเภอศรีรัตนนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี
3. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้และความคาดหวังของผู้สูงอายุต่อระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในตำบลบ้านท่าเนียน อำเภอศรีรัตนนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Analytical cross-sectional design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา คือ ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลบ้านท่าเนียน ในปี พ.ศ.2565 จำนวน 1,462 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลบ้านท่าเนียน ในปี พ.ศ.2565 จำนวน 286 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วนของแดเนียล (Deniel, 1995) สุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systemic random sampling) โดยเรียงลำดับของผู้สูงอายุตามอายุที่ได้จากทะเบียนผู้สูงอายุ ทำการคำนวณช่วงของการเลือกตัวอย่าง (sampling interval; I) จากสูตร $I = N/n$ เมื่อ N เป็นจำนวนของผู้สูงอายุทั้งหมด 1,462 คน และ n เป็นจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ 286 คน แทนค่าในสูตร $1,462/286$ เท่ากับ 5.11 ดังนั้นค่าช่วงของการเลือกตัวอย่างเท่ากับ 5 จากนั้น สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายเพื่อหาตำแหน่งเริ่มต้น (Random stat; R) ตั้งแต่ 1 ถึง 5 จากการสุ่มได้หมายเลข 2 ดังนั้น ตัวอย่างใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีลำดับชื่อที่อยู่ในตำแหน่งการจัดลำดับคิวหมายเลข 2, 7, 12,...1,462 จนครบตามจำนวน 286 คน (ฉวีวรรณ บุญสุยา, 2564) และมีเกณฑ์พิจารณาคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการได้ยิน การพูด และการมองเห็น 2) เข้าใจและสามารถ สื่อสารภาษาไทยได้ 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล และมีเกณฑ์การคัดออก คือ มีความเจ็บป่วยจนไม่สามารถตอบแบบสัมภาษณ์การวิจัยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็น แบบสัมภาษณ์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว วิธีการดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วย การมีผู้ดูแล การอยู่ร่วมกับผู้ดูแล การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัวเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุ (care giver) สมาชิกในครอบครัวเป็นอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)

ส่วนที่ 2 การรับรู้และความคาดหวังของผู้สูงอายุต่อระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุในตำบลบ้านท่าเนียบ โดยสร้างตามแนวคิดของพาราสุมานและคณะ (Parasuraman et al. 1990) โดยนำเครื่องมือที่เรียกว่า เซิร์ฟควอล (SERVQUAL) มาปรับใช้กับแบบสัมภาษณ์ จำนวน 31 ข้อ รวม 5 ด้าน คือความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) ความเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) การตอบสนองต่อผู้รับบริการ (Responsiveness) การให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการ (Assurance) และการรู้จักและเข้าใจผู้รับบริการ (Empathy)

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา แล้วคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (IOC) ได้ค่าเท่ากับ 0.67-1.00 นำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ (Try out) กับประชากรผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ใกล้เคียง จำนวน 30 คน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ทั้งฉบับเท่ากับ 0.99 โดยมีเกณฑ์การแปลความหมายของค่าคะแนนเฉลี่ยมี 3 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง การรับรู้และความคาดหวังระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66 หมายถึง การรับรู้และความคาดหวังระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00 หมายถึง การรับรู้และความคาดหวังระดับมาก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการขอรับรองการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์ หนังสือรับรองเลขที่ 015/2566 และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยนำหนังสือขออนุญาตจากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช เพื่อใช้ในการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยยื่นต่อนายกองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านท่าเนียบเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ด้วยตนเอง และผู้ช่วยนักวิจัยในพื้นที่เป็นผู้บันทึกข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป ระดับการรับรู้และคาดหวังวิเคราะห์ด้วยสถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบการรับรู้และความคาดหวังของผู้สูงอายุด้วยการวิเคราะห์สถิติที่แบบคู่ (Paired t-test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และทำนายการรับรู้และความคาดหวังของผู้สูงอายุด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบนำตัวแปรเข้าทั้งหมด (วิธีการ Enter) ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิเคราะห์ได้แปลงตัวแปรเชิงคุณภาพเป็นตัวแปรดัมมี่ (Dummy Variables) โดยกำหนดค่าให้เป็นตัวแปรย่อยหลัก มีค่าเป็น 1 ตัวแปรย่อยที่เหลือให้เป็นตัวแปรย่อยฐานมีค่าเป็น 0 และตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่ มีการแจกแจงแบบปกติ ความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรงโดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Coefficient)

ผลการวิจัย

1. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60.8 มีอายุน้อยกว่า 70 ปี ร้อยละ 50.7 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 78.3 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 69.9 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 37.8 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 62.9 เมื่อเกิดเจ็บป่วยส่วนใหญ่ใช้วิธีการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน ร้อยละ 94.5 มีระยะเวลาที่มีโรคประจำตัวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี ส่วนใหญ่มีผู้ดูแล ร้อยละ 88.8 อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ดูแล ร้อยละ 80.1 ใหญ่เป็นสมาชิกชมรม ผู้สูงอายุแต่เข้าร่วมกิจกรรมไม่สม่ำเสมอ (น้อยกว่า 8 ครั้งต่อปี) ร้อยละ 39.5 ส่วนใหญ่ไม่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุ และไม่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นอาสาสมัครประจำครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 83.2, 90.9 และ 98.3 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 286)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	174	60.8
ชาย	112	39.2
อายุ		
น้อยกว่า 70 ปี	145	50.7
70 – 79 ปี	96	33.6
80 ปีขึ้นไป	45	15.7
$\bar{X} = 70.73$, S.D. = 7.98, Median = 69, Min = 58 , Max = 96		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	224	78.3
ไม่ได้เรียนหนังสือ	31	10.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	22	7.8
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)/ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)	7	2.4
ปริญญาตรี	2	0.7
สถานภาพ		
สมรส	178	62.2
หย่าร้าง/หม้าย/แยกกันอยู่	94	32.9
โสด	14	4.9
อาชีพ		
เกษตรกร	200	69.9
ว่างงาน	48	16.8
ค้าขาย	25	8.8
รับจ้างทั่วไป	13	4.5
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท	108	37.8
5,000 - 10,000 บาท	103	36.0
มากกว่า 10,000 บาท	75	26.2
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	106	37.1
มีโรคประจำตัว	180	62.9
วิธีการรักษาเมื่อเจ็บป่วย		
แพทย์แผนปัจจุบัน	270	94.5
แพทย์ทางเลือก	11	3.9
ภูมิปัญญาชาวบ้าน	3	1.0

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
หมอ/ไสยศาสตร์	1	0.3
อื่นๆ เช่น ชี้อารมณ์ประทานเอง	1	0.3
การมีผู้ดูแล		
ไม่มีผู้ดูแล	32	11.2
มีผู้ดูแล	254	88.8
ลักษณะการอยู่อาศัยกับผู้ดูแล		
แยกกันอยู่	57	19.9
อยู่ร่วมกับผู้ดูแล	229	80.1
การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ		
ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ	111	38.8
เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุแต่เข้าร่วมกิจกรรมไม่สม่ำเสมอ (น้อยกว่า 8 ครั้งต่อปี)	113	39.5
เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและเข้าร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอ (8-12 ครั้งต่อปี)	62	21.7
สมาชิกในครอบครัวเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน		
ไม่มี	238	83.2
มี	48	16.8
สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุ		
ไม่มี	260	90.9
มี	26	9.1
สมาชิกในครอบครัวเป็นอาสาสมัครประจำครอบครัว		
ไม่มี	281	98.3
มี	5	1.7

2. ระดับการรับรู้ของผู้สูงอายุต่อระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการรู้จักและเข้าใจผู้รับบริการ (Empathy) การรับรู้ของผู้สูงอายุต่อระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขมีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมา คือ การให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการ (Assurance) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ของผู้สูงอายุต่อระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขน้อยที่สุด คือ ความเป็นรูปธรรมของการบริการ (Tangibles) และพบว่า ระดับความคาดหวังของผู้สูงอายุต่อระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการ (Assurance) และด้านการรู้จักและเข้าใจผู้รับบริการ (Empathy) ความคาดหวังของผู้สูงอายุต่อระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสูงที่สุด รองลงมา ความเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) และด้านการตอบสนองความต้องการ (Responsiveness) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยความหวังของผู้สูงอายุต่อระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขน้อยที่สุด คือ ความเป็นรูปธรรมของการบริการ (Tangibles) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้และความคาดหวังของผู้สูงอายุต่อระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (n = 286)

ระบบการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุข	การรับรู้ต่อการบริการ			ความคาดหวังต่อการบริการ		
	$\bar{X}$	S.D	ระดับ	$\bar{X}$	S.D	ระดับ
ความเป็นรูปธรรมของการบริการ (Tangibles)	3.94	0.69	มาก	4.43	0.61	มาก
ความเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability)	4.03	0.77	มาก	4.47	0.63	มาก
การตอบสนองความต้องการ (Responsiveness)	4.00	0.75	มาก	4.47	0.62	มาก
การให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการ (Assurance)	4.11	0.76	มาก	4.52	0.59	มาก
การรู้จักและเข้าใจผู้รับบริการ (Empathy)	4.12	0.72	มาก	4.52	0.58	มาก
ภาพรวม	4.03	0.68	มาก	4.48	0.56	มาก

3. จากการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณ พบว่า เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ โดยกำหนดค่า Dummy เป็น 0 พบว่า มีตัวแปรที่มีผลต่อการรับรู้ของผู้สูงอายุต่อระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งหมด 3 ตัวแปร ได้แก่ อายุ 70-79 ปี, เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุแต่เข้าร่วมกิจกรรมไม่สม่ำเสมอ และเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและเข้าร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอ (p-value = 0.036, 0.008 และ <0.001 ตามลำดับ) อย่างไรก็ตาม ตัวแปรทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายการรับรู้ของผู้สูงอายุต่อระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ได้ร้อยละ 10.5 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ถดถอยระหว่างตัวแปรปัจจัยกับการรับรู้ของผู้สูงอายุต่อระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (n = 286)

ปัจจัย	b	SE	95%CI	t	p-value
ค่าคงที่	4.53	0.40	3.73, 5.32	11.22	< 0.001
เพศชาย	-0.12	0.08	-0.29, 0.04	-1.40	0.160
70 – 79 ปี	0.19	0.09	0.01, 0.37	2.10	0.036
80 ปีขึ้นไป	0.13	0.13	-0.11, 0.39	1.06	0.290
ประถมศึกษา	-0.22	0.13	-0.48, 0.04	-1.66	0.097
มัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป	-0.18	0.17	-0.53, 0.16	-1.04	0.297
โสด	0.12	0.18	-0.24, 0.49	0.675	0.500
หย่าร้าง/หม้าย/ แยกกันอยู่	-0.06	0.09	-0.26, 0.12	-0.711	0.478
ค้าขาย	-0.17	0.14	-0.46, 0.11	-1.20	0.228
รับจ้างทั่วไป	0.13	0.19	-0.25, 0.51	0.66	0.504
ว่างงาน	-0.10	0.12	-0.35, 0.15	-0.79	0.426
น้อยกว่า 5,000	-0.02	0.11	-0.24, 0.20	-1.41	0.159
5,000 - 10,000	-0.19	0.10	-0.39, -0.01	-1.84	0.067
มีโรคประจำตัว	0.13	0.08	-0.03, 0.30	1.61	0.108
แพทย์ทางเลือกและวิธีการ อื่นๆ	-0.15	0.17	-0.35, 0.32	-0.08	0.929
มีผู้ดูแล	-0.24	0.130	-0.50, 0.02	-1.79	0.073
เป็นสมาชิกแต่เข้าร่วมไม่ สม่ำเสมอ	-0.24	0.13	-0.42, -0.06	-2.65	0.008
เป็นสมาชิกชมรมและเข้าร่วม สม่ำเสมอ	-0.52	0.11	-0.74, -0.30	-4.69	<0.001
ไม่มีสมาชิกในครอบครัวเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน	0.21	0.14	-0.106, 0.34	1.06	0.290
ไม่มีสมาชิกในครอบครัวเป็น ผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุ	0.15	0.34	-0.53, 0.84	0.44	0.656
ไม่มีสมาชิกในครอบครัวเป็น อาสาสมัครประจำครอบครัว	0.23	0.34	-0.45, 0.91	0.67	0.503

$R^2 = 0.168$, $\text{adjust } R^2 = 0.105$, $F = 2.66$, *p-value < 0.05

4. จากการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณ พบว่า เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ โดยกำหนดค่า Dummy เป็น 0 พบว่า มีตัวแปรที่มีผลต่อความคาดหวังของผู้สูงอายุต่อระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งหมด 2 ตัวแปร ได้แก่ การศึกษาระดับมัธยมศึกษา

ตอนต้นขึ้นไป และมีรายได้ต่อเดือน 5,000-10,000 บาท (p -value = 0.042 และ 0.003 ตามลำดับ) อย่างไรก็ตาม ตัวแปรทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายความคาดหวังของผู้สูงอายุต่อระบบการดูแลสุขภาพด้านสาธารณสุข ได้ร้อยละ 2.7 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความคาดหวังของผู้สูงอายุต่อระบบการดูแลสุขภาพด้านสาธารณสุข ($n = 286$)

ปัจจัย	b	SE	95%CI	t	p-value
ค่าคงที่	4.50	0.34	3.82, 5.19	12.90	< 0.001
เพศชาย	-0.00	0.07	-0.14, 0.14	-0.01	0.989
70 – 79 ปี	0.06	0.08	-0.09, 0.22	0.84	0.398
80 ปีขึ้นไป	0.07	0.11	-0.14, 0.29	0.66	0.507
ประถมศึกษา	-0.18	0.11	-0.40, 0.04	-1.57	0.116
มัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป	-0.31	0.15	-0.61, -0.01	-2.04	0.042
โสด	0.04	0.16	-0.27, 0.35	0.25	0.830
หย่าร้าง/หม้าย/ แยกกันอยู่	-0.02	0.08	-0.18, 0.14	-0.24	0.810
ค้าขาย	-0.48	0.12	-0.29, 0.20	-0.37	0.708
รับจ้างทั่วไป	0.09	0.17	-0.23, 0.43	0.58	0.563
ว่างงาน	-0.14	0.11	-0.36, 0.07	-1.30	0.194
น้อยกว่า 5,000	-0.07	0.09	-0.27, 0.11	-0.76	0.443
5,000 - 10,000	-0.27	0.09	-0.45, -0.09	-3.00	0.003
มีโรคประจำตัว	0.08	0.07	-0.06, 0.22	1.15	0.250
แพทย์ทางเลือกและวิธีการ อื่นๆ	-0.18	0.15	-0.47, 0.11	-1.21	0.227
มีผู้ดูแล	-0.18	0.11	-0.41, 0.04	-1.58	0.114
เป็นสมาชิกแต่เข้าร่วมไม่ สม่ำเสมอ	-0.08	0.07	-0.24, 0.06	-1.12	0.264
เป็นสมาชิกชมรมและเข้าร่วม สม่ำเสมอ	0.98	0.09	-0.09, 0.28	1.01	0.310
ไม่มีสมาชิกในครอบครัวเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน	0.03	0.09	-0.16, 0.22	0.34	0.734
ไม่มีสมาชิกในครอบครัวเป็น ผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุ	0.42	0.30	-0.17, 1.01	1.40	0.163
ไม่มีสมาชิกในครอบครัวเป็น อาสาสมัครประจำครอบครัว	0.44	0.29	-0.14, 1.02	1.48	0.138

$R^2 = 0.095$, $\text{adjust } R^2 = 0.027$, $F = 1.39$, $*p\text{-value} < 0.05$

5. ภาพรวมของการรับรู้ของผู้สูงอายุต่อระบบการดูแลสุขภาพด้านสาธารณสุขอยู่ในระดับมาก ซึ่งน้อยกว่าภาพรวมของความคาดหวังของผู้สูงอายุต่อระบบการดูแลสุขภาพด้านสาธารณสุขอยู่ในระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.001$ และพบผลเช่นเดียวกันในรายด้าน ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงสถิติเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้และความคาดหวังของผู้สูงอายุต่อระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในตำบลบ้านท่าเนียน อำเภอศรีรัตนนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี (n = 286)

ระบบการดูแลระยะยาว	การรับรู้ $\bar{X}$ (S.D.)	ความคาดหวัง $\bar{X}$ (S.D.)	Mean Difference (P-E)	P- value	ระดับ
1. ความเป็นรูปธรรมของการบริการ (Tangibles)	3.94(0.69)	4.43(0.61)	0.49	<0.001	มาก
2. ความเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability)	4.03(0.77)	4.47(.632)	0.44	<0.001	มาก
3. การตอบสนองความต้องการ (Responsiveness)	4.00(0.75)	4.47(0.62)	0.47	<0.001	มาก
4. การให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการ (Assurance)	4.11(0.76)	4.52(0.59)	0.41	<0.001	มาก
5. การรู้จักและเข้าใจผู้รับบริการ (Empathy)	4.12(0.72)	4.52(0.58)	0.40	<0.001	มาก
โดยรวม	4.03(0.68)	4.48(0.56)	0.45	<0.001	มาก

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถเขียนสมการทำนายได้ดังนี้

การรับรู้ของผู้สูงอายุ = $4.53 + 0.19(\text{อายุ } 70-79 \text{ ปี}) - 0.24 (\text{เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุแต่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมไม่สม่ำเสมอ}) - 0.52(\text{เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและเข้าร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอ})$

ความคาดหวังของผู้สูงอายุ = $4.50 + 0.31(\text{การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป}) - 0.27 (\text{รายได้ต่อเดือน } 5,000-10,000 \text{ บาท})$

อภิปรายผล

1. ในการศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้และความคาดหวังของผู้สูงอายุต่อระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวต่างๆ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน แสดงให้เห็นว่า ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขมีความสำคัญและจำเป็นต่อผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ประกอบกับจำนวนประชากรสูงอายุที่นับวันจะเพิ่มจำนวนมากขึ้น ดังนั้น ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข จึงมีความสำคัญเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ต่อไปในอนาคต โดยเฉพาะอย่างยิ่งกองทุนสนับสนุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลบ้านท่าเนียน นอกจากนี้ พบว่า ผู้สูงอายุมีความคาดหวังต่อระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในตำบลบ้านท่าเนียน อำเภอศรีรัตนนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี ในระดับสูงกว่าการรับรู้ทั้งภาพรวมและรายด้าน สอดคล้องกับ หัทยา แก้วกิม และคณะ (2554) และ ดนุสดา จินขาวขำ, หนองขุ วงษ์สว่าง และกัญญา ศรีตะวัน (2564) ที่พบว่า ประชาชนมีความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการอยู่ในระดับมาก และคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังมากกว่าการรับรู้ต่อคุณภาพบริการ เนื่องจากในการรับบริการด้านสุขภาพที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตให้เป็นปกติของบุคคล ทำให้บุคคลมีความคาดหวังสูงมากต่อคุณภาพการบริการ เช่น จะได้รับการบริการที่ดี ผู้ให้บริการมีความเข้าใจในตัวผู้รับบริการมากที่สุด โดยเฉพาะทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต ควรได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างดีและใกล้ชิด โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดที่เกิดจากการเจ็บป่วยมากขึ้น เช่น เดินไม่สะดวก ที่ทำให้ผู้สูงอายุอาจเกิดความคาดหวังว่าควรได้รับการบริการมากกว่าผู้ป่วยที่อ่อนวัยกว่าได้ และยังสอดคล้องกับแนวคิดคิดของ พาราซูรามาน และคณะ (Parasuraman et al, 1990) การศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุมีความคาดหวังต่อระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ในระดับสูงกว่าการรับรู้ทั้งภาพรวมและรายด้าน สอดคล้องกับการศึกษาความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการของ หัทยา แก้วกิม

และคณะ (2554) และ ดนุตา จินขาวขำ, นงนุช วงษ์สว่าง และกัญญา ศรีตะวัน (2564) เนื่องจากในการบริการด้านสุขภาพมีผลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลทำให้บุคคลมีความคาดหวังสูงมากต่อคุณภาพการบริการทางการแพทย์ที่ควรได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างดีและใกล้ชิด และยังสอดคล้องตามแนวคิดของ พาราสุรามาน และคณะ (Parasuraman et al, 1990) ที่ศึกษาคุณภาพบริการด้านต่างๆ คือ ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ (Tangibles) ผู้สูงอายุมีความคาดหวังและการรับรู้ในเรื่องการพูดจาไพเราะ เป็นกันเอง เนื่องจากผู้สูงอายุต้องการได้รับการดูแลห่วงใยและความตั้งใจจากผู้ให้บริการ ด้านความเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) ผู้สูงอายุมีความคาดหวังและการรับรู้ในเรื่องการให้บริการตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุเนื่องจากเจ้าหน้าที่ต้องสามารถให้บริการให้ตรงกับสัญญาที่ให้ไว้กับผู้รับบริการ ด้านการตอบสนองความต้องการ (Responsiveness) ผู้สูงอายุมีความคาดหวังสูงในเรื่องเจ้าหน้าที่สอบถามความต้องการของผู้สูงอายุก่อนให้บริการทุกครั้ง ขณะที่เรื่องที่ผู้สูงอายุรับรู้ คือ เจ้าหน้าที่อธิบายขั้นตอนการดูแลรักษาเข้าใจง่ายชัดเจน เนื่องจากเจ้าหน้าที่มีความพร้อมและความเต็มใจที่จะให้บริการ เข้ารับบริการได้ง่าย จะสร้างความเชื่อมั่นในการรับบริการได้มากขึ้น ด้านการให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการ (Assurance) ผู้สูงอายุมีความคาดหวังในเรื่องเจ้าหน้าที่อธิบายขั้นตอนการดูแลรักษาเข้าใจง่ายชัดเจน ขณะที่เรื่องที่ผู้สูงอายุรับรู้ คือ เจ้าหน้าที่มีความคล่องแคล่ว ว่องไว ในการดูแลผู้สูงอายุ เป็นการสร้างความเชื่อมั่นกับผู้สูงอายุได้ด้วยทักษะความรู้ ความสามารถในการให้บริการทางสุขภาพและทักษะการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และด้านการรู้จักและเข้าใจผู้รับบริการ (Empathy) ผู้สูงอายุมีความคาดหวังและการรับรู้ในเรื่องเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตั้งใจรับฟังและเข้าใจความต้องการของผู้สูงอายุ เนื่องจากเจ้าหน้าที่ต้องสามารถให้การดูแลผู้รับบริการได้ตามความต้องการที่แตกต่างกันของผู้รับบริการแต่ละคน

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้และความคาดหวังของผู้สูงอายุต่อระบบการดูแลและะยาวด้านสาธารณสุข ที่พบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อการรับรู้ของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ 70-79 ปี และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุแต่เข้าร่วมกิจกรรมไม่สม่ำเสมอและเข้าร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอ สอดคล้องกับ รมย์ธนิศา ฝ่ายหมื่นไวย และคณะ (2564) ที่ว่าเพื่อแก้ไขปัญหการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ที่แตกต่างกันที่ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านการบริหารจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นการดูแลแบบครอบครัว การจัดกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพที่หลากหลายและเหมาะสมให้แก่ผู้สูงอายุ การส่งเสริมการรวมกลุ่มและกิจกรรมของผู้สูงอายุจากภาครัฐจึงนับเป็นหัวใจของชมรมผู้สูงอายุ เพราะจะทำให้สมาชิกชมรมได้พบปะสังสรรค์ มีโอกาสได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ดังเช่น ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2552) เน้นถึงการพัฒนารูปแบบของสถานพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน คือ เน้นพัฒนารูปการเชิงรุกในชุมชน มีทีมหมอครอบครัวในการให้บริการดูแล สะท้อนให้เห็นภาพของระบบการดูแลและะยาวด้านสาธารณสุขที่มีความจำเป็นต่อชุมชนมากกว่าการมุ่งเน้นไปรักษาที่โรงพยาบาล และการดูแลผู้สูงอายุยังอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของครอบครัวเป็นหลัก อย่างไรก็ตาม แม้ว่าปัจจุบันรัฐบาลได้ดำเนินการเตรียมความพร้อมด้านการพัฒนาทักษะสำหรับผู้ดูแลผ่านความร่วมมือของหลายหน่วยงาน แต่ยังคงขาดแคลนผู้ดูแลผู้สูงอายุยังคงมีอยู่ แม้จะมีสถานดูแลผู้สูงอายุทั้งของรัฐและเอกชนยังมีจำนวนจำกัดไม่สามารถรองรับความต้องการการดูแลที่เพิ่มขึ้นได้และมีค่าใช้จ่ายสูงมาก ดังนั้น แนวคิดการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐานเป็นจะเป็นแนวทางที่จะสามารถนำมาช่วยแก้ไขปัญหากล่าว คือ การให้หน่วยงานในพื้นที่หรือชุมชนนั้นมีส่วนหรือรับผิดชอบการดำเนินการดังกล่าว เช่น องค์การปกครองส่วนถิ่น สถานพยาบาลในท้องถิ่น ทำงานร่วมกับครอบครัวของประชาชนในพื้นที่ โดยใช้หลัก “หัวใจการบริการผู้สูงอายุในชุมชน” 3 ส่วน คือ ใช้ ภาควิชาหลัก 3 ภาควิชาในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน คือ ภาควิชาบริการ ชุมชน/ท้องถิ่น ภาควิชาบริการสุขภาพ และภาควิชาบริการสังคม ลดเจตคติทางลบต่อผู้สูงอายุเสริมเจตคติทางบวกทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการเป็นพื้นฐานการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุและปรับปรุงการบริการของสถานพยาบาลในพื้นที่ โดยการเสริมสร้างเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุของผู้ให้บริการ รวมทั้งองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นควรให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุให้มากขึ้นด้วย นอกจากนี้



จากการศึกษาที่พบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อความคาดหวังของผู้สูงอายุต่อระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ได้แก่ การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป และมีรายได้ต่อเดือน 5,000-10,000 บาท สอดคล้องกับ วรรณพร ศรีอรินันท์(2557) ที่ศึกษาพบว่า คุณภาพการบริการมีความสัมพันธ์กับอายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน เนื่องจากผู้สูงอายุบางส่วน เช่น ผู้ที่มีรายได้น้อยหรือไม่มีรายได้ จะระคายเคืองบริการโดยผ่านสวัสดิการต่างๆ อาจไม่ได้คาดหวังและรับรู้การบริการตามข้อกำหนดสำหรับสวัสดิการนั้นๆ และจากที่พบว่า ตัวแปรทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายการรับรู้และความคาดหวังของผู้สูงอายุต่อระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ได้ร้อยละ 10.5 และ ร้อยละ 2.7 จะเห็นว่า การรับรู้เป็นสิ่งสำคัญเป็นสิ่งที่ผู้รับบริการรับรู้ หรือสัมผัสได้ถึงถึงการบริการของเจ้าหน้าที่ในการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขที่เกิดขึ้นจริง ขณะที่ความคาดหวังเป็นความรู้สึก ความคิดเห็น การรับรู้ การตีความ หรือการคาดการณ์ต่อเหตุการณ์ต่างๆ ที่ยังไม่เกิดขึ้น

3. การเปรียบเทียบการรับรู้และความคาดหวังของผู้สูงอายุต่อระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขใน ที่พบว่า ภาพรวมของการรับรู้ของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ซึ่งน้อยกว่าภาพรวมของความคาดหวังของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับ หัตยา แก้วกิม และคณะ (2554) ดนุลา จินขาวขำ, นงนุช วงษ์สว่าง และกัญญา ศรีตะวัน (2564) ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้สภาพความเป็นจริงของการบริการการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับมากซึ่งน้อยกว่าความคาดหวังต่อการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับมาก) และ เมื่อพิจารณาความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการ (P-E) เป็นรายด้าน พบว่า ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการมีค่าคะแนนความแตกต่างสูงสุด สอดคล้องกับ วรรณพร ศรีอรินันท์(2557) และ พรชัย ดีไพศาลสกุล (2557) ที่พบว่า การรับรู้ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าความคาดหวัง บ่งชี้ว่าเป็นด้านที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรนำมาพิจารณาปรับปรุงคุณภาพบริการเป็นลำดับแรก เนื่องจากระบบการให้บริการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขของผู้สูงอายุแตกต่างจากความคาดหวังต่อระบบการดูแล แสดงให้เห็นว่า ควรมีการปรับปรุง แก้ไขลักษณะทางกายภาพที่ปรากฏให้เห็นถึงสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ อันได้แก่ สถานที่ บุคลากร อุปกรณ์ เครื่องมือ เอกสารที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารและสัญลักษณ์ รวมทั้งสภาพแวดล้อมที่ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกได้รับการดูแล ห่วงใยและความตั้งใจจากผู้ให้บริการ บริการที่ถูกรับเสนอออกมาเป็นรูปธรรมจะทำให้ผู้รับบริการรับรู้ถึงการให้บริการนั้นๆ ได้ชัดเจนขึ้น รวมถึงแพทย์ที่มีความรู้ความสามารถ มีจรรยาบรรณ ดูแลเอาใจใส่ ให้ความรู้ความเข้าใจในแผนการรักษา ควบคู่กับการดูแลเอาใจใส่ ช่วยเหลือด้วยความจริงใจจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล เช่น พยาบาลเทคนิคการแพทย์เภสัชกร และเจ้าหน้าที่อื่นความต้องการเฉพาะของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการ คือ ต้องการความเลิศจิต และ สิ่งอำนวยความสะดวกอย่างสมบูรณ์ ชื่อเสียงของโรงพยาบาล และมาตรฐานการรับรอง)

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ควรมีการปรับปรุง แก้ไขลักษณะทางกายภาพ สิ่งอำนวยความสะดวก รวมทั้งสภาพแวดล้อมในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น จัดพื้นที่บริการเฉพาะผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรประสานความร่วมมือกับหน่วยงานสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องในการจัดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาตัวแปรต้นอื่นๆที่อาจมีผลต่อการรับรู้และความคาดหวัง เช่น ทัศนคติต่อระบบการดูแลระยะยาว นโยบายท้องถิ่นต่อระบบการดูแลระยะยาว เป็นต้น ควรศึกษาการวิจัยรูปแบบเชิงคุณภาพเกี่ยวกับอิทธิพลของสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุและเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมที่จะส่งผลต่อการรับรู้และความคาดหวังรวมทั้งศึกษาในเขตพื้นที่อื่นๆ เพื่อสามารถนำผลวิจัยที่ได้มาเปรียบเทียบสนับสนุน แก้ไขปรับปรุงและนำมาวางแผนการพัฒนาการให้บริการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุต่อไป

References

- Danulada C., Nongnuch W. and Kanya S. (2021). Perception of Real Condition and Expectation towards Health Care Services for the Older People in Tambon Don Tako, Ratchaburi Province. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, 4(1)* 170-182. (in Thai)
- Department of Older Persons, The Ministry of Social Development and Human Security. (2021). Statistics on the elderly in all 77 provinces of Thailand. Retrieved September 2, 2021, from <https://www.dop.go.th/th/know/1/275>. (in Thai)
- Department of Local Administration. (2023). Laws related to decentralization to local government organizations. Retrieved 10 Jun 2023, from https://www.dla.go.th/upload/ebook/column/2023/5/2365_6294.pdf. (in Thai)
- Hattaya K., Chawthip B. and Warangkana C. (2011). The Expectations and Perceptions of People toward Quality Service in Sub-District Health Promoting Hospital, Nakhon Si Thammarat Province. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University. (in Thai)
- National Health Security Office (NHSO). (2016). A guide to supporting the management of the public health long-term care service system for the elderly who are dependent on the national health insurance system. Bangkok: National Health Security Office. (in Thai)
- Parasuraman, A., Berry, L. L. & Zeithaml, V. A. (1990). Delivering quality service: Balancing customer perceptions and expectations. New York: The free press.
- Policy and planning analysis work, Office of the Permanent Secretary, Ban Tam Niab Subdistrict Administrative Organization. (2022). Local development plan 2023-2027 of Ban Tam Niab Subdistrict Administrative Organization. Surathani: Office of the Permanent Secretary, Ban Tam Niab Subdistrict. (in Thai)
- Romthanika F., Nipa K. and Kheamareene R. (2021). The Elderly Care Model: The Answer is The Community Health System. *Thailand journal of health promotion and environmental health, 44(3)*, 11-22. (in Thai)
- Sasipat Y., Lek S., Preeyanuch C. and Thanikarn S. (2009). Good models on the elderly care by family and community in rural areas in Thailand. Retrieved September 2, 2021, from <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/2736/hs1593.pdf?sequence=3&isAllowed=y>. (in Thai)
- Utaiwan K. et al., (2018). Community Participation Model to Implement the Health Promotion for the Ageing, the 5th health district. *Thailand Journal of Health Promotion and Environmental, 41(3)* 113-128. (in Thai)
- Wannaporn S. (2014). Customer's expectation and perception toward service quality of Pathumthani hospital. Bangkok: Srinakharinwirot University. (in Thai)



ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคในสามเณรของโรงเรียนสาธิต
วิทยาลัยสงฆ์พุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก

Effects of a Behavior Modification Intervention on Consumption Behavior among
Buddhist Novices at Wittayalai Song Phutthachinnarat Demonstration School,
Phitsanulok

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received: Oct. 6, 2023

Revised: Dec. 22, 2023

Accepted: Dec. 27, 2023

Published: Jan. 20, 2024

จุฑามาศ พุนลาวงษ์, ชนม์สวัสดิ์ เดือนแจ่ม, นิพนธ์ แก้วต่าย, คมสัน เดือนแจ่ม
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก

Juthamart Phunlawong, Chonsawat Duanjam, Nipon Kaewtai, Komsun Duanjam
Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences,
Praboromarajchanok Institute

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคในสามเณรของโรงเรียนสาธิตวิทยาลัยสงฆ์พุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก โดยกลุ่มตัวอย่างคือสามเณรอายุ 16-18 ปีที่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 และสมัครใจเข้าร่วมโครงการจำนวน 66 คน กลุ่มตัวอย่างถูกคัดเลือกและแบ่งแบบสุ่มออกเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 33 คนเท่ากัน โดยกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคในสามเณร เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ ซึ่งเป็นโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อสร้างความรับรู้เรื่องพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่เหมาะสมกับวัย และพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่ถูกต้องและเหมาะสมตามวัย โดยโปรแกรมนี้อาจมีวิธีการที่ประกอบไปด้วย การบรรยายกลุ่มย่อย สาธิตการอ่านฉลากบริโภค อภิปรายกลุ่ม เล่นเกมส์ การใช้คำพูดชักจูง และการกระตุ้นทางอารมณ์ โดยใช้เครื่องมือที่ใช้เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามและแบบบันทึกการบริโภคเครื่องดื่ม ข้อมูลที่เก็บได้ถูกวิเคราะห์โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สมมติฐานการวิจัยถูกวิเคราะห์โดยใช้สถิติ paired sample t-test และ independent t-test

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง การคาดหวังผลดีและพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่ถูกต้องตามวัยสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้งนี้เนื่องจากได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคในสามเณรส่งผลให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารเครื่องดื่มของสามเณรมีความเหมาะสมตามวัยของตนเอง ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไปควรทำการประเมินระดับน้ำตาลในเลือดร่วมกับการประเมินน้ำหนักตัวด้วย ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้คือกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือสามเณรในโรงเรียนสาธิตวิทยาลัยสงฆ์พุทธชินราชเพียงโรงเรียนเดียว เนื่องจากในเขตพื้นที่ที่ศึกษามีเพียงโรงเรียนของสามเณรเพียงแห่งเดียว

คำสำคัญ : โปรแกรมสุขศึกษา, พฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่ม, สามเณร

Corresponding author: จุฑามาศ พุนลาวงษ์ E-mail: Juthamart@scphpl.ac.th

Abstract

This study aimed to investigate the effects of an intervention for behavioral modification on consumption behavior among Buddhist novices aged 16-18 years. They were studying at the senior high school level at Wittayalai Song Phutthachinnarat Demonstration School, Phitsanulok. Sixty-six participants were voluntarily enrolled in the study and randomly allocated into the intervention and control groups, with 33 participants in each group. The intervention group underwent a behavioral modification program focused on consumption behavior in novice Buddhist monks for one week. The program aimed to educate participants about beverage consumption literacy to encourage age-appropriate beverage consumption behavior. The program included small-group lectures, label reading demonstrations, group discussions, game-playing, persuasive speeches, and emotional stimulation techniques. Data were collected using questionnaire interviews and a beverage consumption record form. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation. The hypothesis was determined using paired sample T-tests and independent T-tests.

The results showed that the intervention group had significantly greater knowledge, self-awareness, positive expectations, and age-appropriate beverage consumption behaviors compared with both baseline and the control group ($p < 0.05$). The behavioral modification program effectively improved beverage consumption behaviors among Buddhist novices. This study suggests for future study should consider evaluating blood sugar levels and body weight. A limitation of this study is that participants were only enrolled from Wittayalai Song Phutthachinnarat Demonstration School, Phitsanulok, as it is the only school for Buddhist novices in the educational region.

Keywords: Health Education Program, Beverage Consumption Behavior, Novices

Corresponding author: Juthamart Phunlawong E-mail: Juthamart@scphpl.ac.th

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ในปัจจุบันอย่างรวดเร็วให้พบภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยเรียน วัยรุ่นและวัยเรียนโดยมีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างไปจากเดิม เช่น การนิยมรับประทานอาหารจานด่วน การใช้เวลาอยู่กับสื่อออนไลน์นานเกินไป การเคลื่อนไหวร่างกายน้อย ส่งผลทำให้เกิดความไม่สมดุลในการเผาผลาญสารอาหารในร่างกาย และเกิดภาวะอ้วนตามมา ภาวะโภชนาการเกินหรือโรคอ้วนเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลกและประเทศไทย จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเด็กไทยมีแนวโน้มเข้าสู่ภาวะโภชนาการเกินเพิ่มมากขึ้น โดยเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะโภชนาการเกินอยู่ในระดับเริ่มอ้วนและอ้วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.7 ในปี 2561 เป็นร้อยละ 12.4 ในปี 2564 และมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นในทุกปี (Bureau of Nutrition, 2022) การสำรวจปัญหาโรคอ้วนในเด็ก ในปี พ.ศ. 2559 พบว่า เด็กและวัยรุ่น อายุ 5-19 ปี มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน จำนวน 340 ล้านคน (Baker N, 2022) ความชุกของโรคอ้วนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 4.0 ในปี ค.ศ. 1975 ถึง ร้อยละ 18.0 ในปี ค.ศ. 2016 และจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ครั้งที่ 6 พบว่า ร้อยละ 37.8 ในชาย และร้อยละ 46.4 ของหญิง อยู่ในเกณฑ์อ้วน ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$) สำหรับภาวะอ้วนลงพุง พบว่า มีร้อยละ 27.7 ในชาย และร้อยละ 50.4 ในหญิงไทย (Aekplakorn, Puckcharern, Satheannoppakao, 2021) ซึ่งภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน หากเกิดในวัยเรียนและวัยรุ่น จะส่งผลกระทบต่อทั้ง ด้านร่างกาย ด้านจิตใจและสังคม ด้านร่างกาย มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง ปัญหาของข้อและกระดูก ที่รับน้ำหนักมาก โดยเฉพาะข้อเข่า บางคนมีอาการนอนกรนหรือหยุดหายใจตอนกลางคืนจากภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น หากเป็นเรื้อรังอาจมีภาวะหัวใจวาย ส่วนด้านจิตใจและสังคม วัยรุ่นมักสนใจรูปร่าง หน้าตาของตนเอง ทำให้มีปัญหาบุคลิกภาพ ขาดความมั่นใจ ไม่เป็นที่ยอมรับในกลุ่มเพื่อน เกิดการแยกตัว ไม่เป็นที่สนใจของเพื่อนต่างเพศ บางคนวิตกกังวลมาก จากภาวะโภชนาการเกินของเด็กไทย มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ กระทรวงสาธารณสุข จึงได้มีนโยบายที่เน้นลดการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม โดยต้องการเห็นผู้บริโภคเด็กไทยมีสุขภาพดี ด้วยการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย

จากการศึกษาภาวะโภชนาการของสามเณรในประเทศไทยอายุระหว่าง 7-20 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยเรียนและวัยรุ่น พบว่าสามเณรน้ำหนักตัวเกินร้อยละ 35.8 (Angkhavanavanich J, 2016) และจากผลการศึกษารูปแบบตามกรอบแนวคิด 3 อ. 2 ส.ของกรมอนามัย (Department of Health, 2022) พบว่าสามเณรมีความรู้ด้านโภชนาการในระดับต่ำ โดยการฉันทอาหารแต่ละมื้อจะเลือกฉันทตามที่ชอบและฉันทตามที่ญาติโยมนำมาถวาย มีพฤติกรรมการเติมน้ำตาลทุกครั้งที่ฉันทอาหาร และฉันทน้ำปาดะที่มีปริมาณน้ำตาลและพลังงานสูง เช่น น้ำอัดลม ชาขวด น้ำผลไม้กล่อง เครื่องดื่มชูกำลัง นมเปรี้ยวและนมที่มีรสหวาน (Thai Dietetic Association, 2022)

ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลเบื้องต้น (Pilot Study) โดยใช้แบบสอบถามสามเณร ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 จำนวน 30 คน พบว่าส่วนใหญ่เลือกฉันทน้ำปาดะในประเภทน้ำอัดลม ชาขวด น้ำผลไม้กล่อง เครื่องดื่มชูกำลังในทุกช่วงเวลาที่สามารถฉันทได้เฉลี่ยวันละ 2-5 ขวด เมื่อพิจารณาตามปัจจัยที่ศึกษาพบว่า ด้านปัจจัยนำ สามเณรชอบบริโภคเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลม เครื่องดื่มชูกำลัง ชาเขียวบรรจุขวด เพราะมีรสชาติอร่อย และทำให้ร่างกายสดชื่น สามเณรขาดความรู้เกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มต่อสุขภาพตนเอง ปริมาณบริโภคเครื่องดื่มไม่เหมาะสม และสามเณรขาดความเข้าใจในการอ่านฉลากโภชนาการ ด้านปัจจัยเอื้อ พบว่า มีภายในโรงเรียนมีการจัดเครื่องดื่มประเภทน้ำปาดะปะปนกันทั้งของพระสงฆ์และสามเณร ให้สามารถฉันทได้ตามความต้องการ ส่วนด้านปัจจัยเสริม พบว่า การถวายน้ำปาดะของประชาชนต่อสามเณรที่เน้นเครื่องดื่มที่รสชาติหวาน ตามกระแสสังคม

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามียุัยที่ใกล้เคียงในการปรับพฤติกรรมบริโภคในวัยรุ่นและวัยเรียนในการเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-5 โดยมีการฉาย



วิธีทัศน์ ระดมสมอง แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้จากการบริโภคขนมขบเคี้ยว โดยให้นักเรียนช่วยกันวาดรูปร่างกายของฉันทน์ พร้อมทั้งระบุปัญหาสุขภาพและแนวทางในการป้องกันปัญหาสุขภาพที่จะเกิดขึ้นจากการบริโภคขนมขบเคี้ยว(Reungpom, Tansakul, Wattanasomboon Kaedumkoeng, 2016) ในการจัดทำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มเป็นแนวทางในดูแลตนเองจากโรคที่เกิดจากการบริโภคที่เกินความจำเป็น ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญในการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆเช่น เบาหวาน ไขมันในเลือดสูงและความดันโลหิตสูง การใช้โปรแกรมพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มนี้จะสร้างแนวทางในการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังซึ่งปัญหาใหญ่ในการดูแลสุขภาพในพระภิกษุด้วย อีกทั้งผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง(Self-Efficacy) ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่ม โดยเชื่อว่าพฤติกรรมจะเกิดขึ้นได้นั้นต้องการกำหนดปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในการบริโภค และปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดพฤติกรรม คือ การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดพฤติกรรม ร่วมกับแนวคิดการเรียนรู้โดยการสังเกต (Vicarious Experience) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotion Arousal) โดยแนวคิดในการจัดทำโปรแกรมนี้นำปัจจัยในการชักจูงจากการรับรู้ในมิติทางสังคม (Social Persuasion) โดยมีการถ่ายทอดประสบการณ์จากบุคคลอื่น ให้เกิดเป็นพลังบวกในการรับรู้ของตนเอง จากผู้วิจัย พระอาจารย์และเพื่อนสามเณรในโรงเรียน ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภค ดังนั้น ผู้วิจัย จึงจัดทำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคในสามเณรตามแนวคิดดังกล่าว เพื่อปรับเปลี่ยน พฤติกรรมบริโภคของสามเณรของโรงเรียนสาธิตวิทยาลัยสงฆ์พุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคในสามเณรของโรงเรียนสาธิตวิทยาลัยสงฆ์พุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก

สมมุติฐานในการวิจัย

1. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มที่เหมาะสมสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มที่ถูกต้องและเหมาะสมตามวัย สูงกว่าก่อนการทดลอง และ สูงกว่ากลุ่มควบคุม

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัด สองครั้ง (Two group pretest - posttest design) โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มควบคุม (Comparison group)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือสามเณรโรงเรียนสาธิตวิทยาลัยสงฆ์พุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก

กลุ่มตัวอย่าง มีคุณสมบัติคือสามเณรที่มีอายุ 15-18 ปี กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษา 4-6 สมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 66 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือกดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดค้านักเรียนกลุ่มตัวอย่าง

- 1) สามเณรที่อยู่ระดับชั้นมัธยมปีที่ 4 ขึ้นไป
- 2) สามเณรสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม

เกณฑ์การคัดออกนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง

- 1) สามเณรที่เจ็บป่วยไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ครบตามระยะเวลา
- 2) สามเณรที่ขอลอนตัวออกจากการเข้าร่วมวิจัย

จากนั้นการสุ่มแบบไม่เจาะจงเพื่อแบ่งกลุ่มควบคุม 33 คนและกลุ่มทดลอง 33 คน โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดโดยทั้งกลุ่มจะเข้ารับโปรแกรมที่แตกต่างกัน ทั้งสองกลุ่มจะพักอยู่ในหอพักคนละห้อง โดยกลุ่มทดลองจะพักอยู่ในห้องพักอาศัยชั้น 2 และกลุ่มควบคุมพักอยู่ในหอพักชั้น 3 ซึ่งทั้ง กลุ่มจะมีเวลาพบกันในช่วงเวลาฉันเพล เพียงเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่

โปรแกรมปรับปรุงพฤติกรรมบริโภคในสามเณรประกอบไปด้วย กิจกรรมการให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มที่เหมาะสมกับวัย และพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่ถูกต้องและเหมาะสมตามวัย ด้วยวิธีการบรรยายกลุ่มย่อย รวมทั้งสาธิตและสาธิตย้อนกลับการอ่านฉลากบริโภค, กิจกรรมเล่นเกมส์ การอ่านฉลากบริโภคของเครื่องดื่มชนิดต่างๆ และกิจกรรมอภิปรายกลุ่ม ประเด็นเทคนิคในการเลือกบริโภคเครื่องดื่มที่เหมาะสมตามวัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูล ประกอบด้วย

2.1) แบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ระดับชั้น ช่วงเวลาที่บริโภคเครื่องดื่ม จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่ม เป็นแบบสอบถามปรนัย

4 ตัวเลือก

โดยมีเนื้อหาประกอบด้วยประเภทของเครื่องดื่ม การอ่านฉลากบริโภคของเครื่องดื่ม สัญลักษณ์เครื่องดื่มทางเลือกสุขภาพ ปริมาณเครื่องดื่มต่อการบริโภค อันตรายต่อสุขภาพจากส่วนประกอบในเครื่องดื่ม และเครื่องดื่มทางเลือกที่เหมาะสมกับวัย จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่ม เป็นแบบสอบถามโดยใช้มาตรวัด Likert

Scale 5

ระดับ เนื้อหาประกอบด้วย การเลือก รับประทานบริโภคเครื่องดื่มและอาหาร การอ่านฉลากโภชนาการ จำนวน 5 ข้อ

2.2.) แบบบันทึกการบริโภคเครื่องดื่ม โดยสามเณรจะบันทึกการบริโภคเครื่องดื่มในแต่ละวันรวมทั้งปริมาณที่บริโภคในแต่ละครั้ง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการตรวจสอบ ความเที่ยงตรงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เท่ากับ 0.51 และทดสอบความเชื่อมั่นของเนื้อหาโดยทำการ tryout ในพื้นที่ใกล้เคียงที่มีลักษณะของชุมชนคล้ายกันจำนวน 30 ชุด มีความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ค่า Reliability (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.83

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดย ดำเนินการดังต่อไปนี้
ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานผู้อำนวยการโรงเรียนสาธิตวิทยาลัยสงฆ์พุทธชินราช จังหวัด



พิษณุโลก เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงโครงการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เตรียมความพร้อมของผู้ช่วยนักวิจัย คือ อาจารย์โรงเรียนสาธิตวิทยาลัยสงฆ์พุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 2 ท่าน

3. เตรียมสื่อการให้ความรู้ อุปกรณ์ในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม และสถานที่ในการดำเนินกิจกรรม

ขั้นตอนการ

กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมปรับพฤติกรรมบริโภคในสามเณรเพื่อสร้างความรู้เรื่อง พฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มที่เหมาะสมกับวัย และพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่ถูกต้องและเหมาะสมตามวัย รวมระยะเวลาโปรแกรม 4 สัปดาห์ติดต่อกันโดยใช้เวลาในการทำกิจกรรมครั้งละ 60 นาที

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยให้สามเณรตอบแบบสอบถามก่อนทำการทดลอง(Pre-test) และให้บันทึกการบริโภคเครื่องดื่มในแต่ละวันของตนเองลงในแบบบันทึกการบริโภคเครื่องดื่ม และจัดกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มที่เหมาะสมกับวัย และพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่ถูกต้องและเหมาะสมตามวัย ด้วยวิธีการบรรยายกลุ่มย่อย รวมทั้งสาธิตและสาธิตย้อนกลับ การอ่านฉลากบริโภค

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมเล่นเกมส์ การอ่านฉลากบริโภคของเครื่องดื่มชนิดต่างๆ พร้อมยกตัวอย่างเครื่องดื่มที่เหมาะสมกับวัย

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมระดมสมองถึงวิธีการเลือกเครื่องดื่มที่เหมาะสมตามความต้องการของตนเองในแต่ละวัน

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมอภิปรายกลุ่ม เล่าเรื่องแนวทางที่ดีของการเลือกบริโภคเครื่องดื่มในสามเณร และทำการแบบสอบถามหลังทำการทดลอง(Post-test) โดยใช้แบบทดสอบความฉับเดียวกับก่อนเรียน และเก็บรวบรวมแบบบันทึกการบริโภคเครื่องดื่ม

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 กลุ่มควบคุมผู้วิจัยให้สามเณรตอบแบบสอบถามก่อนทำการทดลอง(Pre-test) และให้บันทึกการบริโภคเครื่องดื่มในแต่ละวันของตนเองลงในแบบบันทึกการบริโภคเครื่องดื่ม พร้อมนัดหมายกิจกรรมในครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 4

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมอภิปรายกลุ่ม แนวทางที่ดีของการเลือกบริโภคเครื่องดื่มในสามเณร และทำการแบบสอบถามหลังทำการทดลอง(Post-test) โดยใช้แบบทดสอบความฉับเดียวกับก่อนเรียน และเก็บรวบรวมแบบบันทึกการบริโภคเครื่องดื่ม เช่นเดียวกับกลุ่มทดลองเพื่อเป็นแนวทางในการเลือกบริโภคเครื่องดื่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติ Paired sample t-test และ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก เอกสารรับรองที่ SCPHPL 2/2565.1.32

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 17 ปี 3 เดือน ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มอยู่ในชั้นมัธยมปีที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 45.45 และช่วงเวลาที่บริโภคเครื่องดื่มส่วนใหญ่คือเวลาพักทำกิจกรรมประจำ (14.00-15.00 น) คิดเป็นร้อยละ 48.48 ในกลุ่มทดลองและร้อยละ 57.57 ในกลุ่มควบคุมและเวลาพักผ่อนอาหารเพลคิดเป็นร้อยละ 27.27 ในกลุ่มทดลองและร้อยละ 21.21 ในกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ลักษณะส่วนบุคคลของ ทั้ง 2 กลุ่ม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=33)		กลุ่มควบคุม (n=33)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ				
11-13 ปี	6	18.19	6	18.19
14 -16 ปี	12	36.36	12	36.36
17-18 ปี	15	45.45	15	45.45
ค่าเฉลี่ย ,SD ($M \pm SD$)	17.3 $\pm$ 6.87		17.3 $\pm$ 6.87	
ระดับการศึกษา				
- ประถมศึกษาปีที่ 6	3	9.09	3	9.09
- มัธยมศึกษาปีที่ 1	3	9.09	3	9.09
- มัธยมศึกษาปีที่ 2	5	15.15	4	12.13
- มัธยมศึกษาปีที่ 3	7	21.22	8	24.24
- มัธยมศึกษาปีที่ 4	15	45.45	15	45.45
ช่วงเวลาบริโภคเครื่องดื่มประเภทต่างๆ มากที่สุด				
- เวลาพักผ่อนเพล (10.00-11.00 น)	9	27.27	7	21.21
- เวลาเพล (11.00-12.00 น)	8	24.24	7	21.21
- เวลาพักทำกิจกรรมประจำ (14.00-15.00 น)	16	48.48	19	57.57

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคเครื่องดื่ม และพฤติกรรมบริโภคก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จากการศึกษาเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการบริโภคเครื่องดื่ม พบว่าก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 8.54 (S.D =2.85) ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 14.78 (S.D =3.22) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่าหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการบริโภคเครื่องดื่ม สูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการบริโภคเครื่องดื่ม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการบริโภคเครื่องดื่มไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$)

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มที่ถูกต้องและเหมาะสม พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 10.78 (S.D =2.85) ภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 18.56 (S.D =2.60) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่าภายหลัง

ได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < 0.05$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการบริโภคเครื่องดื่มและพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่ถูกต้องและเหมาะสม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง(n=33)		t <i>p</i> -value	กลุ่มควบคุม(n=33)		t <i>p</i> -value
	M (SD)			M (SD)		
	ก่อน	หลัง		ก่อน	หลัง	
ความรู้	8.54	14.78	-1.333	9.25	10.76	0.146
เกี่ยวกับการบริโภค	(2.85)	(3.22)	(0.004)	(2.85)	(4.41)	(0.245)
เครื่องดื่ม						
พฤติกรรม	10.78	18.56	-0.340	10.43	13.43	0.780
บริโภคเครื่องดื่ม	(3.21)	(2.60)	(0.041*)	(3.87)	(4.21)	(0.074)

* $p < .05$,

อภิปรายผล

ความรู้เรื่องพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่เหมาะสมกับวัย พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการบริโภคเครื่องดื่ม ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.004$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการพฤติกรรมการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่เหมาะสมกับวัยของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองเพิ่มขึ้นเกือบสองเท่าจากคะแนน 8.54 คะแนน เป็น 14.78 คะแนน ตามลำดับ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่เหมาะสมสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพในการเพิ่มระดับความรู้กลุ่มทดลองมีความรู้ความเข้าใจและการนำไปใช้กับการบริโภคเครื่องดื่มในชีวิตประจำวันของตนเอง โดยโปรแกรมมีการสอดแทรกความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มตั้งแต่ประเภทของเครื่องดื่ม การอ่านฉลากบริโภค รวมทั้งสัญลักษณ์ของเครื่องดื่มทางเลือกที่เหมาะสมกับความต้องการด้านสารอาหารในแต่ละวันของสามเณรและไม่ขัดต่อพระธรรมวินัยคือหลักในการปฏิบัติตามพระธรรมวินัย เป็นผู้รู้จักประมาณในโภชนะ ดังพระธรรมวินัยที่กล่าวว่า ‘โภชนะมตฺตณฺณตฺตา’ ความเป็นผู้รู้ประมาณในโภชนะ คือ หลักในการฉันของพระและพระไม่มีสิทธิปฏิเสธในอาหารที่บิณฑบาตแต่พระมีสิทธิในการควบคุมปริมาณในการฉันให้พอเหมาะพอดี ส่งผลให้ไม่มีวินัยหรือความระมัดระวังในการฉันมากพอ (Dhamma study and support foundation, 2020) จากพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มในสามเณรจะแตกต่างจากเด็กในวัยเดียวกันโดยจะฉันอาหารเพียง 2 มื้อและนิยมบริโภคเครื่องดื่มเป็นมื่อว่างเสริมอีกทั้งประชาชนจะนิยมถวายเครื่องดื่มที่มีปริมาณน้ำตาลที่สูงเป็นประจำ โดยโปรแกรมใช้เทคนิคการสอนโดยวิธีการหลากหลายเช่น บรรยาย สาธิตและสาธิตย้อนกลับ ระดมสมอง/อภิปรายกลุ่ม และเล่นเกมส์ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้และสนใจในการเลือกรับประทานเครื่องดื่มที่สามเณรสามารถปฏิบัติตนเองได้เพื่อเป็นกาส่งเสริมสุขภาพของตนเองโดยการเลือกบริโภคเครื่องดื่มซึ่งมากกว่าการบริโภคอาหาร โปรแกรมนี้จะสอดคล้องกับการศึกษาของ Reungpom, Tansakul, Wattanasomboon & Kaeodumkoeng (2016) ศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 จังหวัดพิษณุโลกโดยมีการบรรยาย ฉายวีดิทัศน์ สาธิตการอ่านฉลาก อภิปรายกลุ่ม เล่นเกมส์

เรียนรู้จากประสบการณ์ความสำเร็จจากประสบการณ์การบริโภคขนมขบเคี้ยวด้วยตนเอง การใช้ตัวแบบ การใช้คำพูดชักจูง และการกระตุ้นทางอารมณ์ พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีและพฤติกรรม การบริโภคขนมขบเคี้ยวดีขึ้นสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

พฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่ถูกต้องและเหมาะสมตามวัย พบว่าหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม การรับรู้ ความสามารถของตนเองต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่ม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามลำดับ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่ถูกต้องและเหมาะสมตามวัย สูงกว่าก่อนการทดลอง และ สูงกว่ากลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นว่าการที่กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่ถูกต้องและเหมาะสมตามวัย โดยไม่ขัดกับพระธรรมวินัยที่สามเณรพึงปฏิบัติได้ (Dhamma study and support foundation, 2020) โดยผลของโปรแกรมปรับพฤติกรรมบริโภค ซึ่งได้มีการนำวิธีการทางสุขศึกษาสามวิธีมาใช้ในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ประกอบด้วย 1) การสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จผ่านการเล่นเลือกเครื่องดื่มจากฉลากบริโภคเพื่อเสริมสร้างการเรียนรู้จากการกระทำ, 2) การใช้ตัวแบบจากบุคคลจริงโดยผู้วิจัย เลือกสามเณรจากกลุ่มทดลองที่มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่ดีขึ้นมาให้ความรู้เล่าประสบการณ์แก่เพื่อนสามเณรด้วยกัน และ 3) การใช้คำพูดชักจูงในการจัดกิจกรรมทุกครั้งเมื่อถึงขั้นตอนการสรุปการเรียนรู้ผู้วิจัยจะพูดชักจูงทุกครั้งเพื่อให้กลุ่มทดลองพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองควบคู่กับการสร้างประสบการณ์จากกิจกรรม ผู้วิจัยใช้การกระตุ้นอารมณ์เพื่อพูดกระตุ้นอารมณ์ทางบวก เมื่อกลุ่มทดลองเกิดประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จในการเรียนรู้จากตัวแบบโดยชี้ให้เห็นข้อดีของการมีพฤติกรรมอย่างตัวแบบ นอกจากนี้ยังกระตุ้นอารมณ์ในทางลบ คือ ชี้ให้เห็นข้อเสียจากตัวอย่างที่กล่าวถึงโทษของพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มที่มากเกินไป ทั้งหมดนี้เป็นปัจจัยทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) เพื่อการมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่เหมาะสมตามวัย บรรลุตามการคาดหวังผลดีที่คิดไว้ ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Lalaeng, Vatanasomboon, & Sateannoppakao (2019) ผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์แนวคิดคิดการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวโดยการจัดกิจกรรมเรียนรู้ผ่านสื่อการสอนนิทาน วิดีโอ อภิปราย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และใช้การจดบันทึกพฤติกรรมกรรมการบริโภค รวมทั้งเสริมแรงในการเรียนรู้จากต้นแบบในการเลือกบริโภคจากกลุ่มเพื่อนนักเรียนด้วยกัน และแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากผู้ที่มีประสบผลสำเร็จในการเลือกบริโภคขนมขบเคี้ยว พบว่าผลการปรับพฤติกรรมภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับขนมขบเคี้ยว การรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคขนมขบเคี้ยว และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคขนมขบเคี้ยวสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีคะแนนเฉลี่ยของผลต่างคะแนนก่อนกับหลังการทดลอง มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) กลุ่มทดลองมีสัดส่วนของผู้ที่มีระดับพฤติกรรม ที่ดีขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และ ผล การ ศี ก ษ า ข อ ง Thanisa Lalaeng, Paranee Vatanasomboon, Warapone Sateannoppakao (2019) ศึกษาผลของของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โดยมีเล่นิทาน กิจกรรมฝึกทักษะการอ่านฉลากบริโภค ฉายวีดิทัศน์ อภิปรายกลุ่ม เรียนรู้จากประสบการณ์ความสำเร็จจากประสบการณ์การบริโภคขนมขบเคี้ยวด้วยตนเอง การใช้ตัวต้นแบบ การใช้คำพูดชักจูง และการกระตุ้นทางอารมณ์ พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีและพฤติกรรมกรรมการบริโภคสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และผลการศึกษาของ Theepanakorn Supphakityothin (2023) ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มรสหวานที่มีน้ำตาลของวัยรุ่นไทยโดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน โดยโปรแกรมจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้และ

เสริมสร้างความมั่นใจ 3 กิจกรรม โดยวิธีการในการระดมสมอง ชมวีดิทัศน์ร่วมกับการบรรยายประกอบ ค้นหาต้นแบบในการบริโภค กับนักเรียนมัธยมศึกษาเขตที่ 3 พบว่าผลหลังการจัดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มรสหวานที่มีน้ำตาล การคล้อยตามกลุ่มควบคุม การรับรู้ความสามารถแห่งตน ความตั้งใจในการลดการบริโภคเครื่องดื่มรสหวานที่มีน้ำตาลสูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มรสหวานที่มีน้ำตาล (ปริมาณน้ำตาล กรัม/สัปดาห์) ต่ำกว่าก่อนการจัดโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อย่างไรก็ตามโปรแกรมนี้อยู่มีข้อจำกัดในการศึกษา คืออาจจะยังไม่สามารถใช้โปรแกรมได้กับสามเณรหรือเด็กวัยรุ่นในพื้นที่อื่นได้ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างของการศึกษารังนี้ยังจำกัดอยู่ในสามเณรในโรงเรียนสาธิตวิทยาลัยสงฆ์พุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลกเท่านั้น โดยยังมีกลุ่มสามเณรในวัดที่ไม่ได้จำพรรษาอยู่ในโรงเรียนสาธิตวิทยาลัยสงฆ์แห่งนี้อีกหลายพื้นที่ เช่น วัดในเขตอำเภอต่างๆที่ไม่ได้เรียนในโรงเรียนจำเช่นนี้ เป็นต้น นอกจากนี้การเก็บข้อมูลของงานวิจัยใช้เวลาติดตามผลหลังการจัดโปรแกรมเป็นระยะเวลาเพียง 4 สัปดาห์ซึ่งอาจยังไม่เพียงพอ โดยผลการศึกษาอาจเปลี่ยนแปลงในระยะยาว 1-2 ปี จึงควรมีการติดตามผลการศึกษาต่อเนื่องเพื่อให้เห็นความคงอยู่ของพฤติกรรม ทั้งนี้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมบริโภคในสามเณรของโรงเรียนสาธิตวิทยาลัยสงฆ์พุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก มีจุดแข็งในการจัดกิจกรรมอย่างเหมาะสมกับสามเณรในวัยรุ่น โดยได้รับความสนใจและความร่วมมืออย่างเต็มที่ในทุกกิจกรรม การได้รับความรู้เรื่องพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่เหมาะสมกับวัย ในการติดตามพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มตนเองบริโภคในหนึ่งสัปดาห์ผ่านการจัดกิจกรรมของโปรแกรม และมีการจัดทำต้นแบบในการปรับพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มที่ดี ทั้งนี้หากผู้บริหารของโรงเรียนต้องการให้จัดกิจกรรมด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง อาจนำโปรแกรมมาปรับให้เหมาะสมกับช่วงเวลาในการทำกิจกรรมดูแลสุขภาพของสามเณรต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงเรียนสาธิตวิทยาลัยสงฆ์พุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ควรมีการนำโปรแกรมปรับพฤติกรรมบริโภคในสามเณร ไปใช้กับสามเณรในทุกระดับชั้นของโรงเรียน โดยการกำหนดให้มีการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการปรับพฤติกรรมบริโภคในช่วงเวลาก่อนเข้าเรียน หรือหลังจากเลิกเรียนในทุกสัปดาห์ เพื่อเป็นต้นแบบของโรงเรียนเลือกบริโภคเครื่องดื่ม(น้ำปานะ)ที่เหมาะสมตามวัย
2. โรงเรียนโรงเรียนสาธิตวิทยาลัยสงฆ์พุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก จัดกิจกรรมในการสร้างความรู้ และ ได้รับความสนใจจากสามเณรคือ การใช้ตัวแบบ โดยคัดเลือกจากสามเณรที่มีบันทึกการบริโภคเครื่องดื่ม ระดับดี เป็นตัวอย่างแลกเปลี่ยนประสบการณ์แก่ เพื่อนสามเณร และการสาธิตการอ่านฉลากบริโภค
3. โรงเรียนสาธิตวิทยาลัยสงฆ์ระดับมัธยมและโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา สามารถนำโปรแกรมปรับพฤติกรรมบริโภคในสามเณร โดยใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง(Self-Efficacy) ไปบูรณาการเนื้อหาในรายวิชาสุขศึกษาหรือเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยสอดแทรกเนื้อหาเรื่องสร้างความรู้เรื่องการบริโภคเครื่องดื่มที่ถูกต้องและเหมาะสมตามวัย ข้อมูลบนฉลากเครื่องดื่มประเภทต่างๆ รวมทั้งฉลากบริโภคของอาหารประเภทต่างๆด้วย รวมทั้งการตัดสินใจเลือกเครื่องดื่มที่เหมาะสมกับตนเอง หรือใช้การสร้างผู้นำในการจูงใจในการเลือกบริโภคเครื่องดื่มที่เหมาะสม เป็นต้น
4. นำเสนอข้อมูลต่อสำนักงานพระพุทธศาสนาและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อพัฒนานโยบายในการจัดโครงการโรงเรียนนาร่องสร้างพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่เหมาะสมกับวัยโดยให้มีการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ให้สามเณรมีพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่เหมาะสมเพิ่มมากขึ้น



ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการประเมินระดับน้ำตาลในเลือดร่วมกับการประเมินน้ำหนักตัวเพื่อให้เห็นความเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมที่แสดงออกทางร่างกายอย่างชัดเจนร่วมด้วย
2. ควรมีการพัฒนาสื่อการสอนในเรื่องการอ่านฉลากบริโภคเครื่องดื่มให้ทันสมัย เช่น การใช้แอปพลิเคชันแบบง่ายในการสอนและทดลองให้สามเณร และกระตุ้นบรรยากาศเชิงบวกในการเรียนรู้ให้เพิ่มมากยิ่งขึ้น
3. แบบบันทึกบันทึกการบริโภคเครื่องดื่มควรจัดทำให้ทันสมัยและสะดวกในการลงข้อมูลเพื่อให้สามเณรบันทึกข้อมูลได้ง่าย เช่นการทำใน Google form หรือ แอปพลิเคชันที่ใช้กับโทรศัพท์หรือแท็บเล็ต เป็นต้น

References

- Aekplakorn, W., Puckcharern, H., Satheannoppakao, W. (2019) *National health examination survey. 6th ed.* Bangkok; (in Thai)
- Angkhavanavanich J. (2016). *Situation, nutritional problems in monks, nutritional status problems in monks from the Thai Klai Krok Sangha project.* Office of the Health Promotion Fund: Bangkok; (in Thai)
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V.S. Ramachaudran (Ed.) *Encyclopedia of human behaviour* (Vol.4, pp.71-81). New York: Academic Press. Retrieved June, 2022 from :<http://www.des.emory.edu/mfp/BanEncy.htm>
- Baker N. (2022) *Childhood obesity statistics.* Retrieved May, 2022 from <https://www.childmode.com/childhood-obesity-statistics/>
- Dhamma study and support foundation. Phrasuttantapitaka Khuddakanikaya Itivuttak. [Internet]. 2008 [cited 2021 Aug 19]; Available from <https://www.dhammahom e.com/>. (in Thai).
- Gannapond , R., Tansakul, S., Wattanasomboon,R., Kaeodumkoeng, K. (2016). The Effect of Self-Efficacy Program for Changing Snack. *Journal of Health Education* 39(133), 46-59.
- Jarusan, S., Boonchai O., Kingkaew, N., Boonsong , A. (2029). Nutrition Knowledge, Stress, Physical activity, Eating Habits and People's Motivation Affecting Body Mass Index of Novices at Pariyatitam Schools in Ubon Ratchathani Province. *KKU Research Journal (Graduate Studies)*23(2), 247-260.
- Jutrakul P, Department of Health. Fit for Life: Smart Novice 4.0 [internet]. 2021 [cited 2021 Sep 18]; Available from: <https://.html> (in Thai).
- Lalaeng ,T., Vatanasomboon, P., Sateannoppakao,W. (2019). Effects of Health Education Program for Changing Snack Consumption Behavior among Grade 5 Students . *Journal of Health Education* 42(2) , 12-22.
- Panchaiyapum ,N., Uttamavatin, P. (2021). Food Preference Behaviors of HighSchool Students at Waengnoi Suksa School, Khon Kaen Province. *KKU Journal for Public Health Research*(14)1, 49-56
- Somboonnak, W. (2019). Effectiveness of the Program for Changing Food Consumption and Exercise Behavior in Primary School Students Who Are Overweight and Obesity in Angthong Province. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*43(1), 85-97.
- Srinark, A., Sompopcharoen, M., Aimyong,N., Therawiwat, M. (2021). Effects of Health Promotion Program for Healthy Eating Behavior of Grade 4Students in Nonthaburi Province. *Journal of Health and Nursing Research*37(2), 237-250.
- Srithanya ,S., Thongbai ,W., Kummabutr J. (2019). The Effects of a Planned Behavior Program onThe Eating and Physical Activity Behaviorof Overweight Late Primary School-Aged Children. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*(31)2, 85-97.
- Thai Dietetic Association. (2022) *Basic nutrition to sweet, oily and salty labels*; Jul. 148 p. (in Thai)
- Thanisa Lalaeng, Paranee Vatanasomboon, Warapone Sateannoppakao (2019). Effects of Health Education Program for Changing Snack Consumption Behavior among Grade 5 Students. *Journal of Health Education*2019 (42)2, 12-22.



The standard. Obesity monk Obesity monk classic problem Why do you eat less and still get fat and does the monk really forbid exercise. [Internet]. 2017 [cited 2022 July 19]; Available from <https://the-standard.co/lifestyle-wellness-monk-nutrition/>. (in Thai).
World Health Organization. (2022) .*Obesity and overweight* . Retrieved June, 2022 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการดำเนินชีวิตกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของ
นักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

The Relationship between Lifestyle and Healthy Food Consumption Behaviors of First Year
Students at Surat Thani Rajabhat University

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received: June 23, 2023

Revised: Dec. 22, 2023

Accepted: Dec. 27, 2023

Published: Jan. 20, 2024

กรรณช ปิโคธัง, กัณณารัตน์ ชูแก้ว, กิตติยา แก้วตา, ฐาปนี ชื่นอัม, พูนศักดิ์ บุญยัง

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

Korrakoch Peecoonthang, Kanyarat Chukaew, Kittiya Kaewta, Tapanee Chuenaim, Poonsak Boonyoung

Faculty of Science and Technology, Surat Thani Rajabhat University

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของรูปแบบการดำเนินชีวิตกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในครั้งนี้ คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี จำนวน 379 คน ที่ได้จากวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการดำเนินชีวิต กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี ส่วนใหญ่เลือกรับประทานอาหารที่ไม่มีแมลงวันตอมมากที่สุดค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.66 รองลงมา คือ เลือกรับประทานอาหารที่ใส่ภาชนะที่สะอาดและปลอดภัย ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.56 และน้อยที่สุด คือ เลือกรับประทานอาหารที่มีการแต่งสีลงไปในอาหารที่ทำให้มีความน่ารับประทาน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.72 โดยผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการดำเนินชีวิต จำแนกตามกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ พบว่ามีความสัมพันธ์กัน มีค่า r เท่ากับ .654 ($p < .001$) จำแนกตามความสนใจที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ มีค่า r เท่ากับ .482 ($p < .001$) จำแนกตามความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ มีค่า r เท่ากับ .236 ($p < .001$) การศึกษาครั้งต่อไปควรนำทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพสร้างเป็นกรอบแนวคิดด้วย ควรวิเคราะห์ข้อมูลเป็นแบบ multivariate หรือทำการศึกษาเชิงคุณภาพร่วมด้วย

คำสำคัญ : พฤติกรรมการบริโภค, อาหารเพื่อสุขภาพ, รูปแบบการดำเนินชีวิต

Corresponding author: พูนศักดิ์ บุญยัง E-mail: poonsak.boon@sru.ac.th

Abstract

This survey study aimed to assess the food consumption behaviors and to determine the relationship between lifestyle and healthy food consumption behavior among first-year students at Surat Thani Rajabhat University. A group of 379 first-year students at Surat Thani Rajabhat University was conducted using a simple random sampling method. Data were collected using questionnaires on food consumption behaviors of first-year students at Surat Thani Rajabhat University. The data were analyzed, including descriptive statistics, frequency, percentage, mean and standard deviation. The relationships between lifestyles with healthy food consumption behavior was determined using the Pearson's correlation coefficient.

The results revealed healthy food consumption behaviors of the first-year students at Surat Thani Rajabhat University as most chose to eat food was free from flies was 4.66 on average, followed by opting to eat food that was put in clean and safe containers with 4.56 on average. The least favored choice was food that had color added to it which made it more appetizing with 2.72 on average. The analysis of the relationships between lifestyles that classified by activities related to healthy food consumption, it showed there was a correlation with an r value of .654 ($p < .001$) classified by interests related to healthy food consumption with an r value of .482 ($p < .001$) classified by opinions, and related to healthy food consumption, the r value is .236 ($p < .001$). We suggest for next studies should incorporate health behavior theory into a conceptual framework. Data analysis should analyze by multivariate or a qualitative study should be performed.

Keywords: Consumption behavior, Healthy food, Life style

Corresponding author: Poonsak Boonyoung E-mail: poonsak.boon@sru.ac.th

บทนำ

การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพเป็นวิธีรับประทานอย่างหนึ่งซึ่งยึดหลักให้คล้ายคลึงกับธรรมชาติ ซึ่งเป็นวิถีที่มาจากฝั่งตะวันตก อาหารเพื่อสุขภาพเป็นวิธีการบริโภคอาหารที่เน้นความสดใหม่อยู่เสมอซึ่งก็มีหลายรูปแบบด้วยกัน โดยนิยมแบบไม่แปรรูปทั้งนี้ทั้งนั้นจะต้องเป็นวัตถุดิบโดยตรงจากธรรมชาติให้มากที่สุดที่ไม่ผ่านการแปรรูปหรือปรุงแต่งน้อย ใส่สี ใส่กลิ่นมากจนเกินไป การกินแบบเพื่อสุขภาพจะเน้นการหุงต้มให้น้อยที่สุด เช่น ผักที่รับประทานสดได้ ผลไม้ เป็นต้น จำพวกเนื้อสัตว์จะเน้นแบบไม่ผ่านความร้อนสูง อย่างการนำอาหารมาต้ม การย่างอาหารต่าง ๆ หรือการนำวัตถุดิบเหล่านั้นมาผัดแต่จะไม่นิยมคือการทอด ในน้ำมัน ปรุงสุกใหม่และปรุงแต่งน้อยจะสัมพันธ์กับหลักการโภชนาการเป็นส่วนใหญ่ มีคนหลายประเภทเชื่อว่าการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพนั้นต้องทานอาหารจำพวกผักมากแต่การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพเป็นการรับประทานให้ครบ 5 หมู่ตามสัดส่วนให้พอเหมาะต่อความต้องการพลังงานในแต่ละวันร่างกายของตนเอง การรับประทานอาหารให้ได้สารอาหารอย่างถูกต้องเหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตอย่างมากและรวดเร็ว (Siwarak Kitchanapaibun, 2016)

พฤติกรรมกรรมการบริโภคของวัยรุ่นนิยมรับประทานอาหารเช้าเป็นบางวัน ซึ่งการขาดความรู้หรือมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารจึงอาจส่งผลให้มีภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนได้เมื่ออายุมากขึ้น นักศึกษาช่วงวัยนี้จึงควรมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อป้องกันปัญหา (Kiattiphong Khuean Rop Khet, 2018) การรับประทานอาหารของคนไทยนั้นยังคงเน้นเรื่องรสชาติมากกว่าเป็นหลักจึงอยากให้ทราบประโยชน์หรือคุณค่าทางสารอาหารเพื่อสุขภาพว่ามีประโยชน์อย่างไร มีคนหลายประเภทเชื่อว่าการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพนั้นต้องทานอาหารจำพวกผักมากแต่การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพเป็นการรับประทานให้ครบ 5 หมู่ตามสัดส่วนให้พอเหมาะต่อความต้องการพลังงานในแต่ละวันร่างกายของตนเอง การรับประทานอาหารให้ได้สารอาหารอย่างถูกต้องเหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างมาก (Seri Wongmontha, 2017)

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มนักเรียนและนักศึกษาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีประชากร คือ กลุ่มเด็กนักเรียนนักศึกษาอายุ 15-21 ปี พบว่า พฤติกรรมการบริโภคของเพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมการบริโภคไม่แตกต่างกัน โดยมีการเลือกรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ เช้า กลางวัน เย็น มากที่สุด รองลงมาเป็นการเลือกซื้อโดยพิจารณาความสะดวกของร้านค้าและผู้ขายมากกว่าความอร่อย และรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ น้อยที่สุด (Manoli Sripaoraya Penphong, 2016)

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของวัยรุ่น เช่น กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับอาหารเพื่อสุขภาพ คือ ปฏิบัติการที่แสดงออกถึงการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การตรวจสุขภาพประจำปี การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ ความสนใจที่เกี่ยวข้องกับอาหารเพื่อสุขภาพ คือ ความสนใจและการดูแลสุขภาพที่ผู้บริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ได้แก่ เป้าหมายในการดำเนินชีวิตโดยการมีสุขภาพกายและใจที่ดี ต้องการมีอายุยืนยาวและสนใจในสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับอาหารเพื่อสุขภาพ คือ ทักษะในการมองเห็นตนเองและสิ่งแวดล้อมรอบตัวของบุคคลต่อสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นอันส่งผลต่อสุขภาพทั้งในด้านบวกและด้านลบ ได้แก่ การมองว่าสุขภาพจะดีหรือไม่ดีขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมและสิ่งที่เรารับประทาน (Chananya Pornsakwiat, 2017)

รูปแบบการดำเนินชีวิตในเชิงผู้บริโภค คือ รูปแบบการดำเนินชีวิต (Lifestyle) สามารถอธิบายให้เห็นถึงค่านิยมหรือรสนิยมในการดำเนินชีวิตผ่านรูปแบบของการบริโภคสินค้าต่าง ๆ โดยรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งผลต่อสุขภาพมีดังนี้ กิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ ความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ ความคิดเห็นเกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ (Paichit Warachit, 2016)

ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาวงการการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานีและศึกษาว่าทำไมถึงบริโภค ศึกษาแบบการดำเนินชีวิตของนักศึกษาของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ว่ามีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพหรือไม่ เพื่อให้ได้องค์ความรู้ในการพัฒนาและปรับปรุงพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพของนักศึกษา

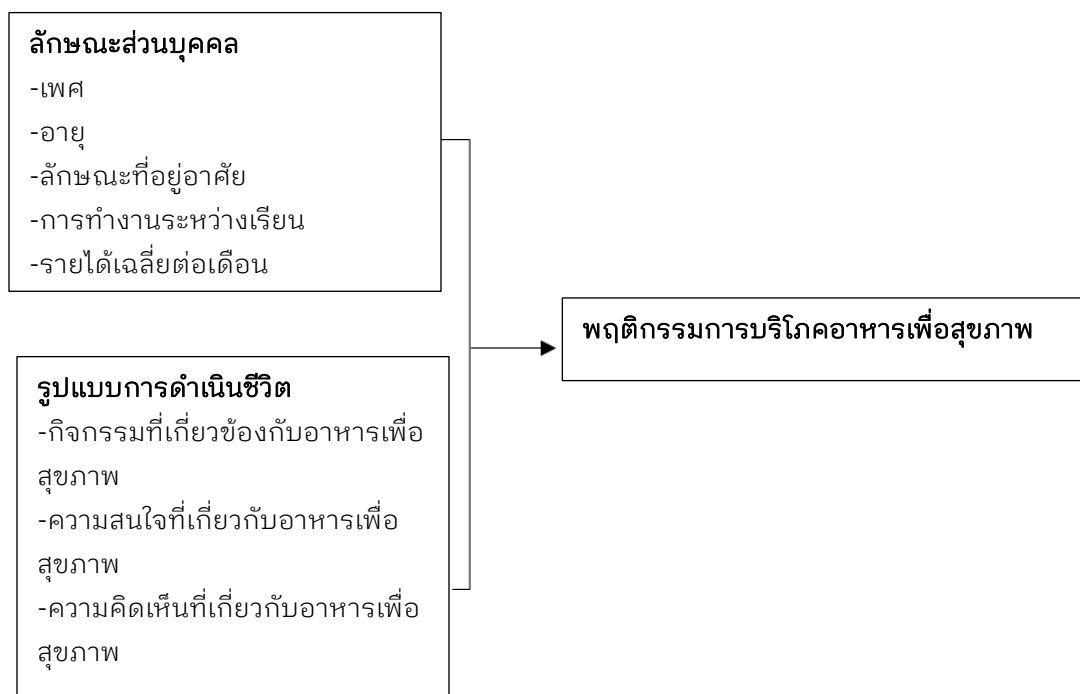
วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาวงการการบริโภคอาหารของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
- 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการดำเนินชีวิตกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

สมมุติฐาน

- 1) ลักษณะส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
- 2) รูปแบบการดำเนินชีวิตมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

กรอบแนวคิดของโครงการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจโดยใช้แบบสอบถาม (Quantitative Research) โดยมีระยะเวลาในการวิจัยตั้งแต่เดือนตุลาคม 2565 ถึงเดือนมีนาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือก

- นักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
- ไม่มีปัญหาการพูด การฟัง สามารถเข้าใจภาษาไทยและสามารถตอบแบบสอบถามได้
- มีความยินดีให้ข้อมูลในช่วงเวลาที่ทำวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

- ไม่อยู่ในระหว่างการปฏิบัติงานในช่วงการเก็บข้อมูล

ประชากร

- ประชากรที่ใช้ศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ นักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี ปีการศึกษา 2565 จำนวน 3,737 คน (Suratthani Rajabhat University. 2018)

กลุ่มตัวอย่าง

- กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาครั้งนี้ คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี ปีการศึกษา 2565 ซึ่งได้มาจากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของทาร์โรว์ ยามาเน่ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และระดับความคลาดเคลื่อน $\pm 5\%$

วิธีการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ได้มาจากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของทาร์โรว์ ยามาเน่ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และระดับความคลาดเคลื่อน $\pm 5\%$ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 361 คน เพื่อป้องกันความผิดพลาดจากการเก็บตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 379 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยมีทำฉลากสาขาทั้งหมดในมหาวิทยาลัยราชภัฏ สุราษฎร์ธานีและจับฉลากสาขาเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยกลุ่มตัวอย่างที่จับฉลากได้ จำนวน 8 สาขา ดังนี้ สาขาสารสนเทศชุมชน คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี , สาขานิติศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ , สาขาพืชศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี , สาขาภาษาไทย คณะครุศาสตร์ , สาขาคณิตศาสตร์ คณะครุศาสตร์ , สาขาสังคมศึกษา คณะครุศาสตร์ , สาขาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี , สาขาพัฒนาชุมชน คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ ซึ่งสาขานิติศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มี 7 กลุ่มเรียน จับฉลากได้กลุ่มเรียนที่ 1 และกลุ่มเรียนที่ 2 โดยมีการเก็บข้อมูลจากนักศึกษาที่มาเรียนในวันที่มีการเก็บข้อมูลและยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวนทั้งหมด 379 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นเครื่องมือในการใช้เก็บรวบรวมข้อมูล 1 ฉบับ มีเนื้อหาครอบคลุมประเด็นหลักที่ต้องการศึกษา แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งประกอบไปด้วย เพศ, อายุ, ลักษณะที่อยู่อาศัย, การทำงานระหว่างเรียน, รายได้เฉลี่ยต่อเดือน, ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของผู้บริโภค โดยเป็นลักษณะแบบสอบถามแบบปลายปิด ลักษณะของแบบสอบถามประกอบด้วยคำถามที่มีหลายคำตอบให้เลือกทั้งหมดจำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิต ได้แก่ กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับอาหารเพื่อสุขภาพและการดูแลสุขภาพความสนใจที่เกี่ยวข้องกับอาหารเพื่อสุขภาพและการดูแลสุขภาพ และความคิดเห็นทางด้านการดำเนินชีวิตของผู้บริโภคอาหารเพื่อสุขภาพเป็นแบบสอบถามชนิดคำถามปลายปิด มี 5 ระดับโดยมีเกณฑ์การให้คะแนนโดย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ตอนที่ 1 กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ

เกณฑ์การให้คะแนน ในแบบสอบถามส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 ตอนที่ 1

เป็นประจำ	เท่ากับ 5 คะแนน
บ่อยครั้ง	เท่ากับ 4 คะแนน
บางครั้ง	เท่ากับ 3 คะแนน
นาน ๆ ครั้ง	เท่ากับ 2 คะแนน
ไม่เลย	เท่ากับ 1 คะแนน

ส่วนที่ 3 ตอนที่ 2 ความสนใจที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

สนใจมากที่สุด	เท่ากับ 5 คะแนน
สนใจมาก	เท่ากับ 4 คะแนน
สนใจปานกลาง	เท่ากับ 3 คะแนน
สนใจน้อย	เท่ากับ 2 คะแนน
สนใจน้อยที่สุด	เท่ากับ 1 คะแนน

ส่วนที่ 3 ตอนที่ 3 ความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ 5 คะแนน
เห็นด้วย	เท่ากับ 4 คะแนน
เห็นไม่แน่ใจ	เท่ากับ 3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	เท่ากับ 2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ 1 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการสร้างและพัฒนาเครื่องมือ โดยดำเนินการตามลำดับขั้นตอน ผู้วิจัยค้นคว้าเอกสารแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดนิยามศัพท์เฉพาะ สร้างเครื่องมือเป็นแบบสอบถามที่มีเนื้อหาครอบคลุมตามนิยามศัพท์เฉพาะ และวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านของอาหารและโภชนาการ ด้านของสุขภาพช่วงวัยรุ่น ด้านพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตและนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC (Index of Item Objective Conruence) จากนั้นผู้วิจัยทำการคัดเลือกข้อความที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ .50 ขึ้นไป เพื่อนำไปทดลองใช้ต่อไป โดยคำถามทุกข้อผ่านเกณฑ์ จากนั้นนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นและทำการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับนักศึกษาระดับปีที่ 1 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตสุราษฎร์ธานี ซึ่ง

ไม่ใช้กลุ่มตัวอย่างจริงที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปการวิจัยทางสถิติได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในส่วนที่สอง ส่วนที่สามตอนหนึ่ง ส่วนที่สามตอนที่สอง และส่วนที่สามตอนที่ยี่สาม เท่ากับ .758 , .778 , .713 , .842 ตามลำดับ และนำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจริงต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อประสานงานกับสโมสรนักศึกษาของแต่ละคณะในมหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี ในการชี้แจงวัตถุประสงค์กำหนดเวลาในการเก็บข้อมูล
2. จัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ไปยังอาจารย์ประจำหลักสูตร/คณะบดี เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลงานวิจัย
3. หลังจากที่คณะผู้ทำการวิจัยได้สุ่มกลุ่มตัวอย่างแล้วจึงได้ทำการติดต่อไปยังหัวหน้าแต่ละกลุ่มเรียนเพื่อทำการเก็บข้อมูลวิจัย
4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
5. ผู้วิจัยอธิบายแบบสอบถามคืนด้วยตนเอง ซึ่งได้รับแบบสอบถามครบตามจำนวน 379 คน
6. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับจากการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความถูกต้องพบว่าแบบสอบถามครบถ้วนสมบูรณ์ จำนวน 379 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100
7. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาตรวจสอบให้คะแนนตามที่กำหนดไว้ แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ทำการประมวลผลวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการวิจัย ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) สำหรับข้อมูลทั่วไปนำเสนอด้วยค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ค่าต่ำสุดและสูงสุด (Max and Min)
2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) วิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการดำเนินชีวิตกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

จริยธรรมวิจัย

เอกสารรับรองวิจัยเลขที่ SRU-EC2023/003 ชื่อวิจัย การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี ประเภทการรับรอง Exemption Review วันที่รับรอง 23 มกราคม 2566 วันที่หมดอายุ 22 มกราคม 2567 จากสถาบันและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 77 และเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 23 อายุของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีอายุ 19 ปี คิดเป็นร้อยละ 68.1 ลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่อาศัยอยู่หอพัก/บ้านเช่า คิดเป็นร้อยละ 91.0 การทำงานระหว่างเรียนของผู้ตอบ

แบบสอบถาม ส่วนใหญ่ไม่ทำงานระหว่างเรียน คิดเป็นร้อยละ 94.7 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 49.9 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	87	23
หญิง	292	77
รวม	379	100.0
อายุ		
18	29	7.7
19	258	68.1
20	82	21.6
21	9	2.4
22	1	.3
รวม	379	100.0
ลักษณะที่อยู่อาศัย		
หอพัก/บ้านเช่า	345	91.0
บ้านตัวเอง	34	9.0
อื่น ๆ	-	-
รวม	379	100.0
การทำงานระหว่างเรียน		
ทำ	20	5.3
ไม่ทำ	359	94.7
รวม	379	100.0
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท	189	49.9
5,001-5,500 บาท	91	24.0
5,501-6,000 บาท	34	9.0
6,001-6,500 บาท	14	3.7
6,501-7,000 บาท	17	4.5
มากกว่า 7,000 บาท	34	9.0
รวม	379	100.0

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของผู้บริโภคของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี พบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานีมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของผู้บริโภค อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยคือ 3.54 จากการ

วิเคราะห์รูปแบบการดำเนินชีวิตข้อมูลกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี พบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานีมีรูปแบบการดำเนินชีวิตข้อมูลกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยคือ 3.71 จากการวิเคราะห์รูปแบบการดำเนินชีวิตข้อมูลความสนใจที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี พบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานีมีรูปแบบการดำเนินชีวิตข้อมูลความสนใจที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยคือ 3.69 จากการวิเคราะห์รูปแบบการดำเนินชีวิตข้อมูลความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี พบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานีมีรูปแบบการดำเนินชีวิตข้อมูลความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยคือ 4.48

ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการดำเนินชีวิต จำแนกตามกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ความสนใจที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ และความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี ($n = 379$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการดำเนินชีวิต จำแนกตามกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง ความสนใจและความคิดเห็นกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ

ตัวแปรที่ศึกษา (รูปแบบการดำเนินชีวิต)	พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ	
	r	P-value
กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ	.654	.000*
ความสนใจที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ	.482	.000**
ความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ	.236	.000**

* Correlation is P-value at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is P-value at the 0.01 level (2-tailed).

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการดำเนินชีวิต/จำแนกตามกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ความสนใจที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพและความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการดำเนินชีวิต จำแนกตามกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ รูปแบบการดำเนินชีวิต จำแนกตามกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson Correlation (r)) เท่ากับ .654 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการดำเนินชีวิต จำแนกตามความสนใจที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ มีค่า P-value เท่ากับ .000 ซึ่งน้อยกว่า 0.01 กล่าวคือ รูปแบบการดำเนินชีวิต จำแนกตามความสนใจที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson Correlation (r)) เท่ากับ .482 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการดำเนินชีวิต จำแนกตามความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ กับ

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ รูปแบบการดำเนินชีวิต จำแนกตามความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson Correlation (r)) เท่ากับ .236 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

อภิปรายผล

จากการวิเคราะห์พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี ผลการศึกษาพบว่าในภาพรวมของการตอบแบบสอบถามความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายละเอียดจากแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของผู้บริโภคจะพบว่าพฤติกรรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งตรงกับงานวิจัยของ Adisak Wanjai et al. (2019) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยหาดใหญ่ ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาสาธารณสุข มหาวิทยาลัยหาดใหญ่ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง หากพิจารณาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารแต่ละมื้อของนักศึกษาส่วนใหญ่จะรับประทานอาหารเช้าเย็นคิดเป็นร้อยละ 97.8 รับประทานอาหารรสเผ็ดคิดเป็นร้อยละ 57.3 และเลือกซื้ออาหารส่วนใหญ่คำนึงถึงรสชาติ (ปราศจากอันตราย) คิดเป็นร้อยละ 33.7 นักศึกษาที่มีเพศ ค่าใช้จ่ายต่อเดือน ที่พักอาศัย และค่าดัชนีมวลกายที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารไม่แตกต่างกัน

ความสัมพันธ์ของรูปแบบการดำเนินชีวิตกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี ผลการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการดำเนินชีวิต ได้แก่ กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพในระดับมาก ความสนใจที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพในระดับปานกลาง และความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพในระดับน้อย ซึ่งพบว่าความสัมพันธ์ของรูปแบบการดำเนินชีวิตกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานีมีความสัมพันธ์กัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Manoli Sriporaya Penphong (2016) ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มนักเรียนและนักศึกษาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีประชากร คือ กลุ่มเด็กนักเรียนนักศึกษาอายุ 15-21 ปี พบว่า พฤติกรรมการบริโภคของเพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคไม่แตกต่างกัน โดยมีการเลือกรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ เช้า กลางวัน เย็น มากที่สุด รองลงมาเป็นการเลือกซื้อโดยพิจารณาความสะอาดของร้านค้าและผู้ขายมากกว่าความอร่อยและรับประทานอาหารเช้า ดิบ ๆ น้อยที่สุด

การนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมในช่วงวัยต่อไปได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งต่อไปควรนำทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดด้วย และควรวิเคราะห์ข้อมูลเป็นแบบ multivariate หรือทำการศึกษาเชิงคุณภาพร่วมด้วย

References

- Nutrition Division, Ministry of Public Health. (2015). How to eat well for health. [Website] <https://www.thaihealth.or.th/Content/23627-9%20How%20to%20eat%20well%20for%20health%20%20.html>. (in Thai)
- Kiattiphong Khuean Rop Khet. (2018). Study of food consumption behavior of Srinakharinwirot University students. research report Srinakharinwirot University. (in Thai)
- Kachaporn Yotbut. (2015). Consumption of fruits and vegetables by students. Wat Suan Dok School Chiang Mai Province. (Online). (Master of Science) Department of Nutrition Chiang Mai University). (in Thai)
- Jiraporn Rueangying et al. (2016). Food consumption behavior of teenagers in Songkhla province. (Online). *Journal of Liberal Arts Prince of Songkla University Hat Yai Campus*. (in Thai)
- Chananya Pornsakwivat. (2017). Healthy food consumption behavior and clean food patterns among working age groups in Bangkok. (Online). (Business Economics major) University of the Thai Chamber of Commerce). (in Thai)
- Chitchanok Kankul. (2015). Food consumption behavior of students at the vocational certificate level in Sukhothai Commercial School. (Online). (Bachelor of Education Degree Health education field Srinakharinwirot University). (in Thai)
- Chirawut Punawit et al. (2016). Food consumption behavior in primary school students in grades 4-6. A school in Thawi Watthana District Bangkok. (Online). (Faculty of Public Health Bangkok Thonburi University). (in Thai)
- Pimchanok Khieokram. (2019). Healthy food consumption behavior of secondary school students at Sipakorn University Demonstration School. (Online). (Psychology and Guidance Silpakorn University). (in Thai)
- Pimrawee Thansubutr. (2011). Factors affecting the decision to choose healthy food to create a strategy for the organic food business. (Online). (Kasetsart University thesis). (in Thai)
- Paichit Warachit. (2016). Health survey results reveal more and more obese people. Post Today, p. 6. (in Thai)
- Pawanee Phitakphakorn. (2018). Corn milk consumption behavior of consumers in Bangkok. Master of Business Administration Thesis Marketing major. Bangkok: Graduate School Srinakharinwirot University. (in Thai)
- Suratthani Rajabhat University. (2018). University information. (Online). https://sru.ac.th/universityinfo/?fbclid=IwAR3XRsoaYm8AuWWt0VNVURhmuEEaH6LQIj3gin6YP3Y7uz7VLoeDJ_xHIQ. (in Thai)
- Manoli Sripaoraya Penphong. (2016). Consumption behavior. Food of students and students in Surat Thani province. (Online). *Journal of Management Science*, 3(1), 109-116. (in Thai)

- Thai)
- Wanida Bunporn. (2009). Healthy food consumption behavior of people in Bangkok. (Online). (Master of Arts Home economics for the community Ramkhamhaeng University). (in Thai)
- Siriwan Serirat. (2007). Consumer behavior. Bangkok Wisit Pattana Company Limited. (in Thai)
- Siwarak Kitchanapaibun. (2016). Incorrect weight loss behavior of Thai teenagers and youth. School of Health Sciences Mae Fah Luang University Chiang Rai Province. (online). <https://www.tci-thaijo.org/index.php/cmunursingarticlc/vicw/7371>. 12 April 2022. (in Thai)
- Seri Wongmontha. (2017). Consumer behavior analysis. Bangkok: Diamond In Business World. (in Thai)
- Adisak Wanjai et al. (2019). Food consumption behavior of community public health students. Faculty of Science and Technology Hat Yai University. (online). <http://www.hu.ac.th/conference/proceedings2020/doc/G6/G6-2-062He>. 29 April 2022. (in Thai)
- Bloom, B.S. (1971). Handbook of formative and summative evaluation of student learning. New York : McGraw-Hall.1971.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง
สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
Effectiveness of Wheelchair Skills Training Program of Patients with Spinal Cord Injuries
in Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received: Oct. 19, 2023

Revised: Dec. 22, 2023

Accepted: Dec 27, 2023

Published: Jan 20, 2024

ปญญา สุรสิทธิ์สิน, วรางคณา จันทร์คง,ธีระวุธ ธรรมกุล
สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
Punyapha Surasitsin, Warangkana Chankong, Theerawut Thammakun
Department of Health Sciences, Sukhothai Thammathirat Open University

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบทักษะการใช้รถนั่งคนพิการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังจำนวน 30 คน ใช้เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงเฉพาะ เข้ารับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน ใช้รถนั่งคนพิการแบบขับเคลื่อนด้วยแรงคน และเข้ารับการฝึกอย่างน้อย 5 ครั้งขึ้นไป เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชัดย่อฉบับภาษาไทย และแบบประเมินทักษะการใช้รถนั่งคนพิการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติแบบจับคู่

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 80.0 เป็นผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนล่าง เพศชาย มีอายุเฉลี่ย 33 ปี (20-53 ปี) ทักษะการใช้รถนั่งคนพิการก่อนและหลังฝึกมีจำนวนคนที่สามารถปฏิบัติถูกต้องทุกข้อ คือทักษะขั้นพื้นฐาน (ร้อยละ 53.3 และ 100.0) ทักษะขั้นสูง (ร้อยละ 3.3 และ 33.3) และทักษะขั้นพิเศษ (ร้อยละ 0.0 และ 3.3) ตามลำดับ คุณภาพชีวิตโดยรวมก่อนและหลังกลับบ้าน 1 เดือนอยู่ที่ระดับปานกลาง ดังนั้นเพื่อให้โปรแกรมห้มีความยั่งยืนควรมีการติดตามผลเป็นระยะๆ หลังจากผู้ป่วยกลับบ้าน ควรศึกษาเพิ่มในกรณีที่ผู้ดูแลหรือญาติมีส่วนร่วม และปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในการกลับเข้าสู่สังคมในการทำวิจัยครั้งต่อไป

คำสำคัญ โปรแกรมฝึกทักษะ, ประสิทธิภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพ, การฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการ, คุณภาพชีวิต, ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง

Corresponding Author: ปญญา สุรสิทธิ์สิน E-mail: punyaphas@gmail.com

Abstract

This study was a quasi-experimental one-group pre-test and post-test. The objective of the study aimed to assess and compare wheelchair skills and the quality of life of patients with spinal cord injuries at the Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute before and after participating in the program. Subject of 30 spinal cord injury patients, purposely selected from those who used a manual wheelchair and were able to receive wheelchair training at least five times or more. The instruments used were an interview with WHOQOL-BREF-THAI and the manual wheelchair skills test. Data was collected and analyzed using descriptive statistics and paired t-test statistics.

The results showed that the majority of the subjects were 80.0% diagnosed with paraplegia patients, male, who had an average age of 33 years (20 to 53 years). Their wheelchair skills before and after training. They were able to appropriately perform every item as follows: basic skills (53.3% and 100.0 %), advanced skills (3.3% and 33.3 %), and special skills (0.0% and 3.3%), respectively. The quality of life before participation in the program and after returning home for 1 month at a moderate level. Therefore, in order for such a program to be sustainable, we suggest they should be periodically monitored after the patient returns home, additional studies should be conducted in cases where caregivers or relatives are involved, and factors affecting the quality of life for future study.

Keywords: Training skill program, Effectiveness of rehabilitation, Wheelchair skills training, Quality of life, Spinal cord injury patients

Corresponding Author: Punyapha Surasitsin E-mail: punyaphas@gmail.com

บทนำ

ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 แบ่งความพิการออกเป็น 7 ประเภท ได้แก่ความพิการทางการมองเห็น ทาง การได้ยินหรือการสื่อความหมาย ทาง การเคลื่อนไหว ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ออทิสติก ความพิการทางสติปัญญา และความพิการทางการเรียนรู้ ซึ่งคนพิการทางการเคลื่อนไหวเป็นกลุ่มใหญ่ที่สุดที่พบ(Department of Empowerment of Persons with Disabilities. Ministry of Social Development and Human Security,2020) และด้วยความยากลำบากทางการเคลื่อนไหวนี้จึงทำให้คนพิการกลุ่มนี้มีขีดโอกาสที่จะเข้าสู่สังคม จึงทำให้คนพิการถูกเหยียดหยามสิ่งต่างๆ ไปด้วยความสงสาร และไม่สามารถเป็นบุคคลที่จะสร้างสิ่งต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความแตกต่างได้ จากทัศนคติที่เป็นลบ ประกอบกับ ความคาดหวังของสังคมที่ต่ำมาก (Suwaphan,Khotbuengkae,Heinicke-Motsc,McGlade,& Umasathian,2013) เช่นเดียวกับผู้ป่วยกลุ่มบาดเจ็บไขสันหลัง (Spinal cord injuries) ที่ถูกจัดไว้ในกลุ่มคนพิการประเภททางการเคลื่อนไหว เนื่องจากมีภาวะอ่อนแรงของทั้งแขนและขาหรือขาทั้ง 2 ข้าง ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่พบบ่อยอยู่ในวัยเรียนหรือวัยทำงาน และพบเป็นจำนวนมากที่มีบทบาทเดิมเคยเป็นผู้นำของครอบครัวเป็นเหตุให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ตนเองสูญเสียศักยภาพไม่สามารถทำอะไรได้ หรือไม่สามารถเปลี่ยนแปลงชีวิตตนเองได้อีก ทั้งยังอาจรู้สึกว่ตนเองไร้ค่า ไร้สมรรถภาพ มองตนเองไม่ดี และสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง ความรู้สึกสูญเสียศักยภาพ ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยมีวิสัยทัศน์คือ “คนพิการ ประชาชนได้รับบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ มาตรฐานวิชาชีพอย่างเสมอภาค” ซึ่งมีหน่วยงานศูนย์สาธิตอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ที่ทำหน้าที่ให้บริการด้านอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ และให้คำแนะนำด้านเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการ(Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute: SNMRI,2021) จากข้อมูลสถิติการให้บริการรถนั่งคนพิการของงานศูนย์สาธิตอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ในปีงบประมาณ 2564 ที่ผ่านมา พบว่ามีผู้มารับบริการทั้งหมด 859 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.2 ของผู้มารับบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการทั้งหมด ซึ่งแสดงให้เห็นได้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ความสำคัญต่ออุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการประเภทรถนั่งคนพิการ เพราะเชื่อว่ารถนั่งคนพิการจะช่วยให้คุณภาพชีวิตของตนเองดีขึ้น และมีผู้ที่ได้รับการฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการ(Wheelchair skills training) จำนวน125ราย รวม1,044 ครั้ง(เฉลี่ย 8 ครั้ง/ราย) ในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง จำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.4 ของผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการทั้งหมด (SNMRI,2021)

จากกระบวนการให้บริการรถนั่งคนพิการ(Wheelchair) ที่งานศูนย์สาธิตอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติให้บริการแก่ผู้ป่วยหรือคนพิการ ซึ่งปฏิบัติตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก(World Health Organization: WHO,2012) ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน ดังนี้ 1. การส่งต่อและนัดหมาย 2. การประเมิน 3. การพิจารณา/เลือก 4.การหางบประมาณ และการสั่งซื้อ 5. การจัดเตรียมผลิตภัณฑ์ 6. การทดลองอุปกรณ์ 7. การฝึกผู้ใช้รถนั่งคนพิการ 8. การดูแลรักษา ซ่อมแซม และติดตามผล จาก 8 ขั้นตอนดังกล่าวข้างต้นจะเห็นว่าการฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการอยู่ในขั้นตอนที่ 7 ของกระบวนการให้บริการรถนั่งคนพิการ ซึ่งสามารถแบ่งกระบวนการให้บริการรถนั่งคนพิการออกเป็น 3 ส่วนใหญ่ๆได้ดังนี้ **ส่วนที่ 1** คือขั้นตอนที่ 1-6 คือการเตรียมและเลือกรถนั่งคนพิการที่เหมาะสม **ส่วนที่ 2** คือขั้นตอนที่ 7 การฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการ และ**ส่วนที่ 3** คือขั้นตอนที่ 8 การดูแลรักษา ซ่อมแซม และติดตามผล ซึ่งการฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการให้ถูกต้องและปลอดภัยจะช่วยส่งเสริมทักษะการทำกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐาน นำไปสู่การเข้าสู่สังคม ประกอบอาชีพ และส่งผลให้คุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังดีขึ้นด้วย หากไม่ได้รับการฝึกทักษะดังกล่าวนี้ อาจไม่หลุดพ้นจากการเป็นผู้ป่วยติดเตียงได้ ซึ่งสอดคล้องกับ Kulpeng ,Kingkaew, Keawsawang,

Tantivess & Teerawattananon (2015) ที่ยืนยันว่าการเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการต่าง ๆ มีความสำคัญ และส่งผลให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตและความสามารถในการดำรงชีวิตที่ดี และความสามารถที่เพิ่มขึ้นจะทำให้ความมั่นใจกลับคืนมา สิ่งแวดล้อมที่อำนวยความสะดวกจะช่วยให้ศักยภาพเพิ่มขึ้น การกลับมาประกอบอาชีพได้เป็นสิ่งที่ทุกคนภาคภูมิใจตามศักยภาพ และ Kovindha (2014) กล่าวว่า “การดูแลสุขภาพตนเองและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และนักวิชาชีพจะช่วยให้มีสุขภาพดี และมีอายุยืนไม่ต่างจากคนทั่วไป” ดังนั้นการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ฝึก(นักกิจกรรมบำบัด/นักกายภาพบำบัด) ทราบถึงความสามารถที่เพิ่มขึ้นหลังจากได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับทักษะ คือ ขั้นพื้นฐาน(Basic skills) ขั้นสูง(Advance skills) และขั้นพิเศษ(Special skills)จากง่ายไปหายากตามลำดับ นอกจากนี้การศึกษาคูณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ด้านสุขภาพทางกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม จะช่วยให้ทราบถึงปัญหาของผู้ป่วยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทาง ในการกำหนดทิศทางของการให้บริการ รวมถึงการนำมาใช้เป็นแนวทางในการประเมินผลสัมฤทธิ์ของการให้บริการ (Trevittaya, 2016) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่มารับบริการฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการ ณ งานศูนย์สาธิตอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ซึ่งเดิม การให้บริการฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการไม่มีการประเมินระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก่อนได้รับการฝึกว่าอยู่ที่ระดับใด และไม่มีการติดตามประเมินระดับคุณภาพชีวิตหลังจากกลับบ้านไปใช้ชีวิตในสภาพแวดล้อมเดิม เพื่อวัดผลการฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการที่ฝึกไปว่าสามารถนำไปใช้ได้จริงหรือไม่ และสามารถช่วยให้ระดับคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นมากน้อยเพียงใด มีเพียงการประเมินระดับคะแนนความสามารถของทักษะการใช้รถนั่งคนพิการก่อนฝึก และหลังฝึกในสภาพแวดล้อมจำลองเท่านั้น ผลการประเมินระดับความสามารถก่อนและหลังฝึกในสภาพแวดล้อมจำลองแต่ละครั้งก็พบว่ามีความเพิ่มขึ้น แต่ไม่ได้นำไปใช้ได้จริง เนื่องจากไม่มีโอกาสได้นำบางทักษะไปใช้เลย เช่นการขึ้นลงบันได การพับและกางรถนั่งคนพิการ เป็นต้น หรือสภาพแวดล้อมไม่เอื้อต่อการใช้รถนั่งคนพิการ ดังนั้นการประเมินคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านดังกล่าวนั้น ทั้งก่อนและหลังในผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะช่วยให้ผู้บำบัดทราบถึงปัญหาและอุปสรรคในแต่ละด้านของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริงเพื่อนำมาใช้ในการวางแผนการให้บริการบำบัดฟื้นฟู และกำหนดเป้าหมายได้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยและการนำไปใช้จริงในส่วนของข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้สามารถที่จะนำไปพัฒนาระบบการให้บริการให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการในสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูและเครือข่ายต่อไป

วัตถุประสงค์

จุดประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

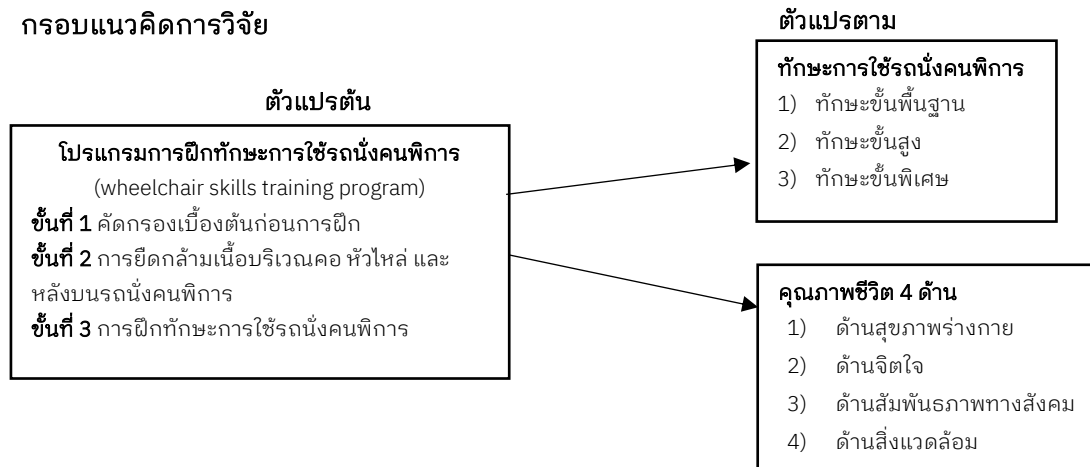
จุดประสงค์เฉพาะ

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนทักษะการใช้รถนั่งคนพิการ และคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการ

สมมติฐาน

1. คะแนนทักษะการใช้รถนั่งคนพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง หลังจากที่ได้รับการฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการเพิ่มขึ้น
2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังหลังจากมารับการฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการในสถาบันสิรินธรเพื่อ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติดีขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียว ทดสอบก่อนและหลัง เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบทักษะการใช้รถนั่งคนพิการ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) **ประชากร** ที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่แพทย์ส่งมารับการฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการ ณ งานศูนย์สาธิตอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติระหว่างเดือนกันยายน 2565 ถึง กุมภาพันธ์ 2566 จำนวน 68 คน

2) **กลุ่มตัวอย่าง** ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่แพทย์ส่งมารับการฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการ จำนวน 30 คน มีคุณสมบัติที่กำหนด ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเข้า:

- 1) ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ตั้งแต่ระดับของการบาดเจ็บที่ไขสันหลัง ระดับคอที่ C5 ลงไป
- 2) มารับการฝึกแบบผู้ป่วยใน สามารถใช้รถนั่งคนพิการแบบขับเคลื่อนด้วยแรงคนได้
- 3) อายุ 18 ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ยินดีเข้าร่วมการศึกษาค้นคว้า

เกณฑ์การคัดออก:

- 1) มีความพิการด้านอื่น ๆ ร่วมด้วย จนไม่สามารถสื่อสารได้
- 2) ได้รับการฝึกน้อยกว่า 5 ครั้ง
- 3) ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่ไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยตลอดโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. โปรแกรมการฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการ (Wheelchair Skills Training) ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามคู่มือแนวทางการฝึกทักษะการใช้งานรถนั่งคนพิการ ของงานศูนย์สาธิตอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ (Sirindhorn National

Medical Rehabilitation Center : SNMIC,2014) สอดคล้องกับแบบประเมินทักษะการใช้รถนั่งคนพิการ โดยผู้ป่วยแต่ละรายจะได้รับการฝึก 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 5-6 สัปดาห์ ตามจำนวนวันที่ผู้ป่วยเข้ามารับบริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน สามารถสรุปขั้นตอนของโปรแกรมการฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการได้ ดังนี้ (1) คัดกรองเบื้องต้นก่อนการฝึก (2) การยืดกล้ามเนื้อบริเวณคอ หัวไหล่ และหลังบนรถนั่งคนพิการ และ (3) การฝึกทักษะการใช้รถนั่ง คนพิการ ตามระดับความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย

2. ผู้ฝึกคือนักกิจกรรมบำบัดและนักกายภาพบำบัดจำนวน 4 คน ของงานศูนย์สาธิตอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการให้บริการรถนั่งคนพิการระดับพื้นฐาน (WHO,2012)

3. สถานการณ์จำลอง เป็นห้องฝึกที่จำลองสถานการณ์ต่างๆเช่น พื้นขรุขระทางลาด เป็นต้น

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ได้แก่ เพศ อายุ ประเภทของระดับการบาดเจ็บที่ไขสันหลัง ระดับการบาดเจ็บที่ไขสันหลัง ระดับความรุนแรงของพยาธิสภาพ (ASIA) ความเป็นอยู่ แนวโน้มการกลับเข้าสู่สังคม ประเภทรถนั่งคนพิการ และสิทธิการรักษาจำนวน 9 ข้อ

2. แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งเป็นแบบประเมินมาตรฐาน โดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.841 ค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.652 โดยมีข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2, 9,11 จำนวนรวมทั้งหมด 26 ข้อคำถาม ครอบคลุมคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน และคุณภาพชีวิตโดยรวม (Mahatnirunkul, Tantipiwatanaskul & Phumpaisan,2002) แบ่งข้อคำถามดังนี้ ด้านสุขภาพร่างกาย ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24 ด้านจิตใจ ได้แก่ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 23 ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ได้แก่ข้อ13, 14, 25 ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 และคุณภาพชีวิตโดยรวม แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (ratingscale) 5 ระดับ คือไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด แปลผลของระดับคะแนนคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพร่างกาย คือ 7-16 คะแนน(ไม่ดี) 17-26 คะแนน(ปานกลาง) และ 27-35คะแนน(ดี) ด้านจิตใจ คือ 6-14คะแนน(ไม่ดี) 15-22 คะแนน(ปานกลาง) และ 23-30คะแนน(ดี) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม คือ 3-7คะแนน(ไม่ดี) 8-11คะแนน(ปานกลาง) และ 12-15คะแนน(ดี) ด้านสิ่งแวดล้อม คือ 8-18คะแนน(ไม่ดี) 19-29คะแนน(ปานกลาง) และ 30-40 คะแนน(ดี) และคุณภาพชีวิตโดยรวม คือ 26-60 คะแนน(ไม่ดี) 61-95 คะแนน(ปานกลาง) และ 96-130คะแนน(ดี)

3. แบบประเมินทักษะการใช้รถนั่งคนพิการ ของงานศูนย์สาธิตอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ โดยแปลและปรับปรุงมาจาก 1) แบบประเมินขององค์การอนามัยโลก(World Health Organization) 2) แบบประเมินทักษะการใช้รถนั่งคนพิการ เวอร์ชัน 4.1(WSTP 4.1 Manual,2010) และ 3) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย/ผู้พิการที่ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ (SNMRC-Functional Assessment) สามารถแบ่งออกเป็น 3 ทักษะ ดังนี้1) ทักษะพื้นฐาน จำนวน 9 ข้อ คะแนนเต็ม 45 คะแนน 2) ทักษะขั้นสูง จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 50 คะแนน และ3) ทักษะพิเศษ จำนวน 10 ข้อคะแนนเต็ม 50 คะแนนค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha ecoefficiency) ของ Cronbach ได้ค่าความเชื่อมั่น แบ่งเป็น 3 ระดับทักษะ ดังนี้ ทักษะขั้นพื้นฐาน เท่ากับ 0.896 ทักษะขั้นสูง เท่ากับ 0.970 ทักษะพิเศษ เท่ากับ 0.881

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

1. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และดำเนินการขอจริยธรรมงานวิจัยของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือ อธิบายวิธีการใช้แบบสอบถามและแบบประเมินให้แก่ผู้ฝึกทราบถึงขั้นตอนการทำวิจัย เกณฑ์การคัดเข้า-ออกของกลุ่มตัวอย่าง วิธีการใช้แบบสอบถามและแบบประเมิน



2. ขั้นตอนเตรียมและเลือกรถนั่งคนพิการที่เหมาะสมก่อนเข้าโปรแกรมการฝึก หลังจากแพทย์ส่งฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการ ผู้ป่วยจะได้รับการให้บริการตามกระบวนการให้บริการรถนั่งคนพิการตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก(WHO) ทั้ง 8 ขั้นตอน ดังกล่าวในบทนำ ทั้งในกรณีที่มิารถนั่งคนพิการใช้อยู่แล้ว หรือยังมิเคยมีใช้มาก่อน ซึ่งขั้นตอนที่ 1-6 เป็นขั้นตอนการเตรียมและเลือกรถนั่งคนพิการที่เหมาะสมก่อนเข้าสู่ขั้นตอนที่ 7 การฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการต่อไป

ขั้นตอนทดลอง

ขั้นตอนการฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการเป็นการให้บริการในขั้นตอนที่ 7 ของกระบวนการให้บริการรถนั่งคนพิการ หลังจากผู้ป่วยมีรถนั่งคนพิการที่เหมาะสมกับตนเองแล้วจะเข้าสู่โปรแกรมการฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการโดยอธิบายให้แก่กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยต่อไปนี้

1. ผู้ฝึกประเมินแรกรับกำหนดเป้าหมายและนัดเวลาฝึกสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ในระยะเวลาประมาณ 5-6 สัปดาห์ ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ผู้ป่วยตามแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย เป็นการสัมภาษณ์ก่อนการฝึก และผู้ฝึกจะให้คะแนนตามแบบประเมินทักษะการใช้รถนั่งคนพิการจากการทดสอบความสามารถของผู้ป่วยก่อนได้รับการฝึก

2. ให้โปรแกรมการฝึกตามระดับคะแนนทักษะการใช้รถนั่งคนพิการแรกรับ และกำหนดเป้าหมายใน การฟื้นฟู ซึ่งการฝึกแต่ละครั้งจะใช้เวลา 45-60 นาที รวมเป็น 5-6 สัปดาห์โดยประมาณ ในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยมารับการฝึกจะต้องปฏิบัติ ดังนี้ตามขั้นตอน

(1) *คัดกรองเบื้องต้นก่อนการฝึก* โดย การวัดความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ และซักถามความผิดปกติเบื้องต้นของผู้ป่วย

(2) *การยืดกล้ามเนื้อบริเวณคอ หัวไหล่ และหลังบนรถนั่งคนพิการ* ก่อนการฝึกขึ้นรถนั่งคนพิการ เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับข้อต่อ และการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ

(3) *การฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการ* ตามระดับความสามารถของผู้ป่วยแต่ละรายแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ทักษะพื้นฐาน, ทักษะขั้นสูง, และทักษะพิเศษ

3. ในสัปดาห์สุดท้ายหรือสิ้นสุดโปรแกรมก่อนการจำหน่ายกลับบ้านครบจำนวน 5-6 สัปดาห์ ผู้ฝึกจะทำการประเมินให้คะแนนตามแบบประเมินทักษะการใช้รถนั่งคนพิการหลังสิ้นสุดโปรแกรมอีกครั้งเพื่อประเมินระดับความสามารถที่เพิ่มขึ้นหลังจากได้รับการฝึก เพื่อหาความก้าวหน้าของแต่ละราย

4. หลังจากผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านแล้วประมาณ 1 เดือน ผู้วิจัยจะโทรติดตามหรือส่งแบบประเมินทางไลน์ เพื่อสอบถามตามแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ ฉบับภาษาไทย ครั้งที่ 2 ประเมินหลังการฝึก เพื่อนำมาเปรียบเทียบกับคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนฝึกและหลังกลับบ้านแล้ว 1 เดือนของแต่ละราย

ขั้นหลังการทดลอง

หลังการทดลองเสร็จสิ้นแล้ว จะเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังฝึกเพื่อนำมาวัดค่าคะแนนและเปรียบเทียบคะแนนฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการ รวมถึงคะแนนคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การพรรณนาคุณภาพชีวิตและทักษะการใช้รถนั่งคนพิการ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต และทักษะการใช้รถนั่งคนพิการระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติที่แบบจับคู่ (Paired t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ลงวันที่ 8 กันยายน 2565 เลขที่ 65031

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล และข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่ได้รับการฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการ มารับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน

จากการเก็บข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่ได้รับการฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการ ณ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ มารับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน ทั้งสิ้นจำนวน 30 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 20 คน คิดเป็น ร้อยละ 80 และเพศหญิง จำนวน 10 คน ร้อยละ 20 อยู่ในช่วงอายุ 31-40 ปี เป็นส่วนใหญ่ จำนวน 11 คน ร้อยละ 36.7 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 33 ปี มีอายุสูงสุด 53 ปี และอายุต่ำสุด 20 ปี ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว เป็นจำนวน 27 คน ร้อยละ 90 และยังไม่ได้กลับไปทำงานหรือเรียนหนังสือจำนวน 17 คน ร้อยละ 56.7 โดยส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้าผู้พิการ (ท.74) จำนวน 18 คน ร้อยละ 60 ประเภทของระดับการบาดเจ็บของไขสันหลังส่วนใหญ่คือกลุ่มของอัมพาตครึ่งล่าง (Paraplegia) จำนวน 24 คน ร้อยละ 80 และใช้รถนั่งคนพิการรุ่นช่วยเหลือตนเอง (Active /Independent wheelchair) จำนวน 22 คน ร้อยละ 73.33

ส่วนที่ 2 ทักษะการใช้รถนั่งคนพิการที่สามารถปฏิบัติได้ถูกต้องตามระดับคะแนนก่อนและหลังการฝึก

จากการประเมินระดับคะแนนก่อนและหลังการฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการตามโปรแกรมที่ศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 30 คน ในระดับทักษะขั้นพื้นฐานก่อนและหลัง ดังนี้สามารถปฏิบัติถูกต้องทุกข้อจำนวนร้อยละ 56.7 (17 คน) และ ร้อยละ 100 (30 คน) ตามลำดับ สามารถปฏิบัติถูกต้องได้บางข้อจำนวนร้อยละ 36.7 (11 คน) และ ร้อยละ 100 (30 คน) ตามลำดับ และปฏิบัติไม่ถูกต้องเลยจำนวนร้อยละ 2 (6.7 คน) โดยไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติไม่ถูกต้องเลยหลังฝึก ทักษะขั้นสูงก่อนและหลัง ดังนี้สามารถปฏิบัติถูกต้องทุกข้อจำนวนร้อยละ 3.3 (1 คน) และร้อยละ 33.3 (10 คน) ตามลำดับ สามารถปฏิบัติถูกต้องได้บางข้อ จำนวนร้อยละ 56.7 (17 คน) และร้อยละ 46.7 (14 คน) ตามลำดับ และปฏิบัติไม่ถูกต้องเลยจำนวนร้อยละ 40 (12 คน) และ ร้อยละ 20 (6 คน) ตามลำดับ และขั้นพิเศษก่อนและหลัง ดังนี้ก่อนฝึกไม่มีใครสามารถปฏิบัติถูกต้องทุกข้อได้เลย แต่หลังฝึกมีจำนวนร้อยละ 3.3 (1 คน) ตามลำดับ สามารถปฏิบัติถูกต้องได้บางข้อจำนวนร้อยละ 6.7 (2 คน) และ ร้อยละ 16.7 (5 คน) ตามลำดับ และปฏิบัติไม่ถูกต้องเลยจำนวนร้อยละ 93.3 (28 คน) และร้อยละ 80.0 (24 คน) ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางแสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่สามารถปฏิบัติได้ถูกต้องตามแบบประเมินทักษะการใช้รถนั่งคนพิการก่อนและหลังการฝึก แบ่งตามระดับทักษะ

ระดับทักษะการใช้รถนั่งคนพิการ		ปฏิบัติถูกต้องทุกข้อ		ปฏิบัติได้บางข้อ		ปฏิบัติไม่ถูกต้องเลย	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ทักษะขั้นพื้นฐาน (Basic skills)	ก่อน	17	56.7	11	36.7	2	6.7
	หลัง	30	100	0	0.0	0	0.0
ทักษะขั้นสูง (Advance skills)	ก่อน	1	3.3	17	56.7	12	40
	หลัง	10	33.3	14	46.7	6	20.0
ทักษะขั้นพิเศษ (Special skills)	ก่อน	0	0	2	6.7	28	93.3
	หลัง	1	3.3	5	16.7	24	80.0

เมื่อพิจารณาตามรายชื่อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 30 คน ในระดับทักษะขั้นพื้นฐานก่อนฝึกส่วนใหญ่ข้อที่สามารถปฏิบัติได้คือข้อ 1.การลื้อค/ปลดลื้อคเบรก ข้อ 3.เข็นไปข้างหน้าบนพื้นราบ 10 เมตร ข้อ 4. เข็นถอยหลังบนพื้นราบ 10 เมตร และ ข้อ 5.เลี้ยวซ้าย/ขวา ทั้ง 4 ข้อเท่ากันคือร้อยละ 86.7 (26คน) และหลังฝึกสามารถปฏิบัติได้ทุกข้อ ร้อยละ 100 (30คน) สำหรับระดับทักษะขั้นสูงก่อนฝึกส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติได้คือข้อ 3.ลงทางลาด 10 องศา ร้อยละ 56.7 (17คน) รองลงมาคือข้อ 2. ขึ้นทางลาด 10 องศา ร้อยละ 53.3 (16คน) และหลังฝึกข้อที่สามารถปฏิบัติได้คือข้อ 2.ขึ้นทางลาด 10 องศา ข้อ 3.ลงทางลาด 10 องศา และข้อ 4. การขึ้น-ลงพื้นต่างระดับ 2 ซม.ซึ่งทั้ง 3 ข้อเท่ากันคือร้อยละ 80 (24คน) และระดับทักษะขั้นพิเศษก่อนฝึกส่วนใหญ่ข้อที่สามารถปฏิบัติได้คือ ข้อ 1. ยกน้ำหนัก 30 วินาที และข้อ 2.การหมุนรถ 180 องศาขณะยกน้ำหนัก ร้อยละ 6.7 (2คน) และหลังฝึกข้อที่คนส่วนใหญ่ปฏิบัติได้คือข้อ 1.ยกน้ำหนัก 30 วินาที ร้อยละ 20 (6คน) รองลงมาคือข้อ 2.การหมุนรถ 180 องศาขณะยกน้ำหนัก และข้อ 3.การล้มอย่างถูกวิธีทั้ง 2 ข้อเท่ากันคือร้อยละ 16.7 (5คน) ดังรายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตารางแสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่สามารถปฏิบัติได้ถูกต้องตามแบบประเมินทักษะการใช้รถนั่งคนพิการก่อนและหลังฝึกรายข้อ

ทักษะการใช้รถนั่งคนพิการหลังฝึก		กลุ่มตัวอย่าง(n=30)			
		ก่อนฝึก		หลังฝึก	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ทักษะขั้นพื้นฐาน (Basic skills)	1 การลื้อค/ปลดลื้อคเบรก	26	86.7	30	100.0
	2 ลดแรงกดทับ	25	83.3	30	100.0
	3 เข็นไปข้างหน้าบนพื้นราบ 10 เมตร	26	86.7	30	100.0
	4 เข็นถอยหลังบนพื้นราบ 10 เมตร	26	86.7	30	100.0
	5 เลี้ยวซ้าย/ขวา	26	86.7	30	100.0
	6 เคลื่อนย้ายตัวในระดับเดียวกัน	20	66.7	30	100.0
	7 ก้มหยิบของที่พื้น	20	66.7	30	100.0
	8 เอื้อมหยิบของสูงจากพื้น 1.5 เมตร	24	80	30	100.0
	9 เข็นเข้าประตูบานพับ	24	80	30	100.0
ทักษะขั้นสูง (Advance skills)	1 การพับและกางรถนั่งคนพิการ	3	10.0	15	50.0
	2 ขึ้นทางลาด 10 องศา	16	53.3	24	80.0
	3 ลงทางลาด 10 องศา	17	56.7	24	80.0
	4 การขึ้น-ลงพื้นต่างระดับ 2 ซม.	13	43.3	24	80.0
	5 การขึ้น-ลงพื้นต่างระดับ 5 ซม.	11	36.7	23	76.7
	6 การขึ้น-ลงลูกระนาดสูง 15 ซม.	11	36.7	22	73.3
	7 การเคลื่อนย้ายตัวต่างระดับ	3	10.0	14	46.7
	8 เข็นรถข้ามสิ่งกีดขวางสูง 2 ซม.	11	36.7	23	76.7
	9 เข็นผ่านทางขรุขระ	13	43.3	21	70.0
	10 เข็นผ่านพื้นอ่อน เช่น พื้นทราย	11	36.7	20	66.7
พิเศษ	1 ยกน้ำหนัก 30 วินาที	2	6.7	6	20.0
	2 การหมุนรถ 180 องศาขณะยกน้ำหนัก	2	6.7	5	16.7
	3 การล้มอย่างถูกวิธี	1	3.3	5	16.7

ทักษะการใช้รถนั่งคนพิการหลังฝึก		กลุ่มตัวอย่าง(ก=30)			
		ก่อนฝึก		หลังฝึก	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
4	ยกล้อหน้าขึ้นไปข้างหน้าบนพื้นราบ10 เมตร	1	3.3	4	13.3
5	ยกล้อหน้าขึ้นไปข้างหน้าแบบซิกแซกบนพื้นราบ 10 เมตร	1	3.3	1	3.3
6	ยกล้อหน้าขึ้นผ่านทางขรุขระ	1	3.3	1	3.3
7	ยกล้อหน้าขึ้น-ลงพื้นต่างระดับ 15 ซม.	1	3.3	1	3.3
8	ยกล้อหน้าผ่านพื้นอ่อน เช่น พื้นทราย	1	3.3	1	3.3
9	การขึ้นบันได(เข็นรถขึ้นบันได)	0	0	1	3.3
10	การลงบันได (เข็นรถลงบันได)	0	0	1	3.3

ส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิตก่อนและหลังฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการ

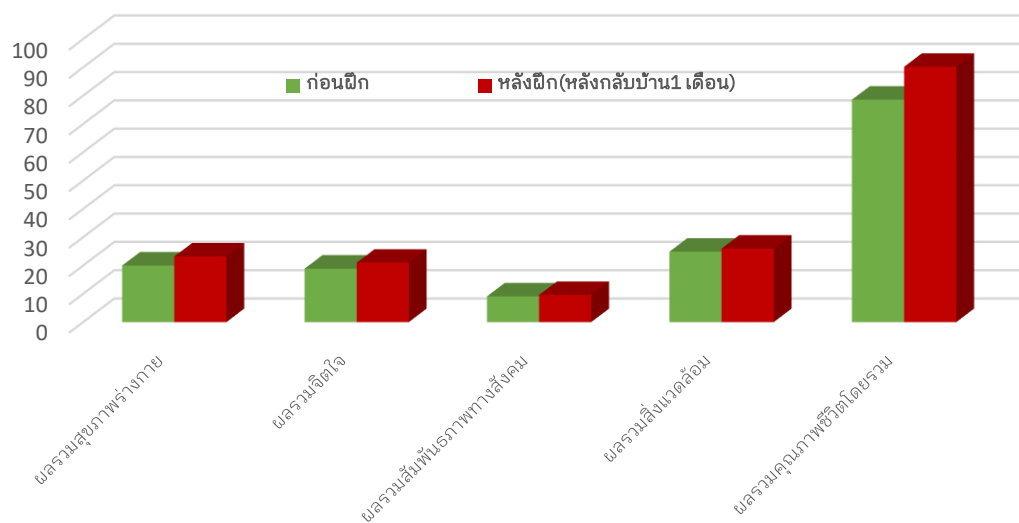
ผลการประเมินคุณภาพชีวิตแบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมจำนวน 26 ข้อคำถามของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่ฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการประเมินก่อนการฝึก พบว่าคะแนนการประเมินคุณภาพชีวิตก่อนฝึกทั้ง 4 ด้าน รวมถึงคุณภาพชีวิตโดยรวม ส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตที่ระดับปานกลาง ในขณะที่คะแนนคุณภาพชีวิตหลังจากกลับบ้าน 1 เดือน ทั้ง 4 ด้าน รวมถึงคุณภาพชีวิตโดยรวม ส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตที่ระดับปานกลางเช่นกัน รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตารางแสดงคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง

(ก=30)		ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง					
		ดี		ปานกลาง		ไม่ดี	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สุขภาพ	ก่อนฝึก	4	13.3	18	60	8	26.7
ร่างกาย	หลังกลับบ้าน1 เดือน	7	23.3	22	73.3	1	3.3
จิตใจ	ก่อนฝึก	4	13.3	22	73.3	4	13.3
	หลังกลับบ้าน1 เดือน	10	33.3	17	56.7	3	10.0
สัมพันธภาพทางสังคม	ก่อนฝึก	4	13.3	20	66.7	6	20.0
	หลังกลับบ้าน1 เดือน	9	30.0	15	50.0	6	20.0
สิ่งแวดล้อม	ก่อนฝึก	7	23.3	19	63.3	4	13.3
	หลังกลับบ้าน1 เดือน	4	13.3	25	83.3	1	3.3
	ก่อนฝึก	5	16.7	20	66.7	5	16.7

(n=30)		ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง					
		ดี		ปานกลาง		ไม่ดี	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คุณภาพ	หลังกลับบ้าน 1	7	23.3	23	76.7	0	0.0
ชีวิตโดยรวม	เดือน						

เมื่อนำผลคะแนนการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่ฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการจำนวน 26 ข้อ คำถามก่อนฝึกและหลังกลับบ้าน 1 เดือนแต่ละด้านคือด้านสุขภาพร่างกาย มีคะแนนเต็ม 35 คะแนน ด้านจิตใจมีคะแนนเต็ม 30 คะแนน ด้านสัมพันธภาพทางสังคม คะแนนเต็ม 15 คะแนน ด้านสิ่งแวดล้อมคะแนนเต็ม 40 คะแนน และคุณภาพชีวิตโดยรวมมีคะแนนเต็ม 130 คะแนน ตามลำดับ พบว่าคะแนนก่อนฝึกด้านสุขภาพร่างกาย อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยคือ (Mean=20, S.D.=5) ด้านจิตใจ อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=18.9, S.D.=5.8) ด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ระดับปานกลาง (Mean=9.1, S.D.=2.5) ด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ระดับปานกลาง (Mean=24.9, S.D.=5.2) และคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ระดับปานกลาง (Mean=78.6, S.D.=17.4) ในขณะที่คุณภาพชีวิตหลังกลับบ้าน 1 เดือน มีผลดังนี้ ด้านสุขภาพร่างกาย อยู่ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยคือ (Mean=23.2, S.D.=4.2) ด้านจิตใจ อยู่ระดับปานกลาง (Mean=21.0, S.D.=4.1) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม อยู่ระดับปานกลาง (Mean=9.6, S.D.=2.8) ด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ระดับปานกลาง (Mean=26.3, S.D.=4.8) และคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ระดับปานกลาง (Mean=90.23, S.D.=13.9) ตามลำดับ ดังแสดงในกราฟแท่งที่ 1



กราฟแท่งที่ 1 แสดงผลรวมเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังก่อนและหลังฝึก

เมื่อนำคะแนนฝึกแต่ละระดับทักษะมาเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังฝึก โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (t-test) แบบ Paired t test ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ค่าคะแนนก่อนและหลังฝึกทั้ง 3 ระดับทักษะมีค่าความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI) ดังนี้ ทักษะขั้นพื้นฐานมีค่า P-value < 0.001, ทักษะขั้นสูงมีค่า P-value < 0.001 และทักษะขั้นพิเศษ มีค่า P-value = 0.009 รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ตารางแสดงผลการเปรียบเทียบ ก่อนฝึกและหลังฝึกของแต่ละทักษะ

	ก่อนฝึก		หลังฝึก		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
ผลรวมทักษะขั้นพื้นฐาน	28.7(0,45)	13.7	38.4(7,45)	10.7	8.35	<0.001*
ผลรวมทักษะขั้นสูง	11.9(0,40)	14.2	30.4(0,50)	16.5	7.94	<0.001*
ผลรวมทักษะขั้นพิเศษ	1.3(0,28)	5.6	3.9(0,47)	9.5	2.80	0.009*

*p<0.05

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตก่อนฝึกและหลังกลับบ้าน 1 เดือนของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่ฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการ

จากผลคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่ฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการมาเปรียบเทียบคะแนนฝึกก่อนและหลังกลับบ้าน 1 เดือนในแต่ละด้าน โดยการทดสอบค่าที (t-test) แบบ Paired t test ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวม มีค่าความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(95%CI) มีค่าp-value=0.032 และเมื่อพิจารณาแต่ละด้าน พบว่ามีเพียงด้านสุขภาพร่างกายเพียงด้านเดียวที่มีค่าคะแนนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(95%CI) มีค่าp-value = 0.011 ส่วนด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม สรุปได้ว่าค่าคะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 3 ด้าน มีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(95%CI) มีค่า p-value = 0.061, p-value =0.313 และp-value =0.249 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ตารางแสดงผลการเปรียบเทียบ ก่อนฝึกและหลังฝึกในแต่ละด้าน

	ก่อนฝึก		หลังฝึก		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
ผลรวมสุขภาพร่างกาย	20.0 (10,31)	5.0	23.2 (14,34)	4.2	2.71	0.011*
ผลรวมจิตใจ	18.9(6,30)	5.8	21.0 (9,29)	4.1	1.95	0.061
ผลรวมสัมพันธภาพทางสังคม	9.1(5,15)	2.5	9.6 (3,15)	2.8	1.03	0.313
ผลรวมสิ่งแวดล้อม	24.9 (15,36)	5.2	26.0(18,40)	4.8	1.18	0.249
ผลรวมคุณภาพชีวิตโดยรวม	78.6(42,114)	17.4	90.23 (64,123)	13.9	2.25	0.032*

*p<0.05

อภิปรายผล

1. จากผลเปรียบเทียบคะแนนฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังก่อนฝึกและหลังฝึกทางสถิติที่แสดงข้างต้น สามารถอธิบายได้ดังนี้ ทักษะการใช้รถนั่งคนพิการแบ่งออกเป็น 3 ระดับ(ทักษะขั้นพื้นฐาน ทักษะขั้นสูง และทักษะพิเศษ) ซึ่งมีความง่ายไปหายากตามลำดับ ดังนั้นในระยะเวลาเพียง 5-6 สัปดาห์ระดับความสามารถก่อนฝึกและหลังฝึกของผู้ป่วยแต่ละรายอาจจะไม่เท่ากันเนื่องจากปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องได้แก่ ตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บ ระดับความรุนแรงของพยาธิสภาพ (ASIA) ระดับการบาดเจ็บของไขสันหลัง เป็นต้น(SNMRI,2017) ในการศึกษาวิจัยนี้มีผู้ป่วยแบ่งตามระดับการบาดเจ็บของไขสันหลัง ดังนี้ กลุ่มผู้ป่วยอัมพาตแขนและขาทั้ง 2 ข้าง (Tetraplegia /Quadriplegia) จะสามารถทำได้ในระดับทักษะขั้นพื้นฐานเท่านั้น อาจมีบางรายที่สามารถทำทักษะขั้นสูงในบางข้อได้ เช่น ข้อ 2.ขึ้นทางลาด 10 องศา ข้อ 3.ลงทางลาด 10 องศา ข้อ 4.การขึ้น-ลงพื้นต่างระดับ 2 ซม. ข้อ 6.การขึ้นลงลูกกระดานสูง 15 ซม.ข้อ9.เข็นผ่านทางขรุขระ เป็นต้น และกลุ่มผู้ป่วยของอัมพาตครึ่งล่าง (Paraplegia) นั้น ส่วนใหญ่จะสามารถทำได้ในระดับทักษะขั้นพื้นฐาน และทักษะขั้นสูงได้ทุก

ข้อ แต่มีเพียงบางรายเท่านั้นที่สามารถทำได้ถึงทักษะพิเศษได้บ้างข้อ เช่น ข้อ 1. ยกน้ำหนักค้างไว้ 30 วินาที ข้อ 2. การหมุนรถ 180 องศา ขณะยกน้ำหนัก และข้อ 3. การล้มอย่างถูกวิธี และอาจมีบางรายที่สามารถทำได้ทุกข้อในทักษะพิเศษซึ่งถือได้ว่าเป็นส่วนน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิภาพของรถนั่งคนพิการและทักษะการใช้รถนั่งคนพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังของ Kirby, Mitchell, Sabharwal, McCranie, & Nelson (2016) ได้อธิบายว่า “ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังจำนวนมากไม่สามารถทำทักษะหรือไม่สามารถฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการบางทักษะได้ สิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีส่วนร่วมอย่างเต็มที่มากขึ้นคือการฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการเพิ่มเติมอาจช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังได้” และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Jantharakasamjit (2011) ได้สรุปผลการทดลองไว้ดังนี้โปรแกรมฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการที่ทดลองนั้นได้นำเอาไปใช้ในการประกอบกิจกรรมการดำเนินชีวิต ทำให้รู้สึกมั่นใจมากขึ้นเมื่อนำออกสู่ชุมชน และภูมิใจที่มีความสามารถเพิ่มมากขึ้นด้วย จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้นสอดคล้องกับ หนังสือคู่มือการดูแลคนพิการบาดเจ็บไขสันหลังของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ SNMRI (2017) ที่อธิบายว่า “ระดับความสามารถ ตามระดับของการบาดเจ็บไขสันหลังจะทำให้เราทราบถึงระดับความสามารถของร่างกายที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย ส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมต่างๆ ไปจนถึงศักยภาพที่จะสามารถฟื้นฟูให้ดีขึ้นได้” และสอดคล้องกับ Kovindha (2014) แบ่งการฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการออกเป็น 2 ระดับ คือระดับทักษะขั้นพื้นฐาน เน้นใช้ภายในบ้าน และระดับขั้นสูง เน้นในกรณีที่จำเป็นต้องเข้าในชุมชน และต้องฝึกอย่างน้อย 3-5 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที จึงจะสามารถทำทักษะนั้นๆ ได้

2. การประเมินคุณภาพชีวิต แบ่ง 4 ด้าน(ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม) จำนวนทั้งหมด 26 ข้อคำถาม ในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่ฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการประเมินก่อนฝึกและหลังจากกลับบ้าน 1 เดือน พบว่า คะแนนการประเมินคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน รวมถึงคุณภาพชีวิตโดยรวม มีระดับคุณภาพชีวิตที่ระดับปานกลาง ทั้งก่อนและหลังจากกลับบ้าน 1 เดือน จากการแปลผลตามแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทยนั้น พบว่าระดับคุณภาพชีวิตไม่มีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งระยะเวลา 1 เดือนหลังจากกลับบ้านที่ติดตามถือได้ว่าเป็นระยะเวลาค่อนข้างสั้นคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงอาจจะยังไม่ชัดเจน แต่เมื่อพิจารณาแต่ละด้าน พบว่ามีเพียงด้านสุขภาพร่างกายเพียงด้านเดียว ที่มีค่าคะแนนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(95%CI) มีค่า $p\text{-value} = 0.011$ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Haisirikul (2021) ที่ศึกษาผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังตามระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไม่พบความแตกต่างทางสถิติระหว่างวันแรกที่พบ และเมื่อตามเยี่ยมบ้านครบ 6 เดือน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Kumnon (2017) ที่ทำการศึกษาก่อนคุณภาพชีวิตของคนพิการในอำเภอเทพสถิต จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 257 คน ด้วยแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของคนพิการโดยรวมอยู่ใน ระดับปานกลาง พิจารณาในแต่ละด้าน พบว่าด้านสุขภาพร่างกายมีสัดส่วนมากกว่าด้านอื่นๆ แต่ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตที่กล่าวข้างต้นนี้ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Haisirikul (2021) ที่อธิบายรายละเอียดไว้ว่า “จากการศึกษาระดับคะแนนคุณภาพชีวิตระหว่างวันแรก และเมื่อตามเยี่ยมบ้านครบ 6 เดือน ทั้ง 4 ด้าน พบว่ามีด้านสิ่งแวดล้อมด้านเดียวที่มีความแตกต่างทางสถิติ ที่ระดับ 0.033” อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกเป็นกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกัน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้จะเป็นกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่ส่วนใหญ่ผ่านการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัดเบื้องต้นมาก่อน เมื่อสมรรถภาพทางด้านร่างกายพร้อมที่จะรับโปรแกรมการฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการแล้ว หรือไม่พบภาวะแทรกซ้อน อันได้แก่ ไม่พบภาวะความดันต่ำขณะเปลี่ยนท่าทาง (Postural hypotension) แผลกดทับ(Pressure Ulcer) ภาวะระบบประสาทอัตโนมัติผิดปกติ (Autonomic Dysreflexia: AD) หรือ ปวดข้อไหล่(Shoulder pain) เป็นต้น แพทย์จึงจะพิจารณาส่งฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการควบคู่กันกับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัด ซึ่งสอดคล้องกับ Kovindha (2014) ที่อธิบายไว้ในหนังสือคู่มือสำหรับผู้บาดเจ็บ

ที่ไขสันหลัง(ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 5) อุปสรรคต่อกระบวนการฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ การไม่ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น การมีโรคแทรกหรือภาวะแทรกซ้อน และ การไม่เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้ฝึก(นักกิจกรรมบำบัด/นักกายภาพบำบัด) หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง ควรให้ความสำคัญตั้งแต่การเลือกอุปกรณ์ให้เหมาะสมก่อนที่จะให้ผู้ป่วยเข้าฝึกในโปรแกรมหรือกิจกรรมต่างๆ ไม่ใช่เน้นเพียงโปรแกรมการฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการเท่านั้น
2. สามารถนำโปรแกรมการฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการนี้ ไปใช้ฝึกหรือทำวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยหรือคนพิการประเภทอื่นๆ หรือกลุ่มผู้ใช้รถนั่งคนพิการ เช่น ผู้สูงอายุได้
3. สถานพยาบาลที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาล ศูนย์ฟื้นฟู หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางใน การให้บริการรถนั่งคนพิการ และฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการให้แก่ผู้ป่วยหรือคนพิการ รวมถึงผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นต้องใช้รถนั่งคนพิการได้
4. ผู้ฝึก(นักกิจกรรมบำบัด/นักกายภาพบำบัด) หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง สามารถนำผลการประเมินคุณภาพชีวิตก่อนและหลังฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการ เป็นแนวทางในการกำหนดทิศทางการให้บริการจากปัญหาของผู้ป่วย รวมถึงการนำมาใช้เป็นแนวทางในการประเมินผล ตั้งเป้าหมายการฝึกในครั้งต่อไปในกลุ่มผู้ป่วยที่มีแผนการฝึกครั้งต่อไปให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม และผู้ป่วยแต่ละราย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. เพื่อความยั่งยืนของโปรแกรมฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการ ควรมีการติดตามหลังจากผู้ป่วยกลับบ้านเป็นระยะ เช่น 1 เดือนหลังกลับบ้าน ทุกๆ 6 เดือน หรือทุกๆ 1 ปี เพื่อติดตามผลและให้คำแนะนำในกรณีที่มีปัญหา ส่งเสริมในผู้ป่วยและญาติเห็นความสำคัญของทักษะการใช้รถนั่งคนพิการที่ฝึกไปแล้ว
2. ศึกษาเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตสองกลุ่มตัวอย่างที่มีความพิการคล้ายคลึงกัน ในระดับเดียวกัน
3. ศึกษาเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่ได้รับการฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการแบบโปรแกรมเดิมกับโปรแกรมฝึกที่เพิ่มการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลหรือญาติ ให้มีส่วนร่วมในการทำวิจัยครั้งต่อไป
4. ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในการกลับเข้าสู่สังคม เช่น การกลับไปทำงาน หรือเรียนหนังสือของผู้บาดเจ็บไขสันหลังที่ผ่านโปรแกรมการฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการมาแล้ว

References

- Butsankot,P.& Kongklang,J.(2021).Nursing Care for Prevention Complications of Patient with Spine and Spinal Cord Injuries in Rehabilitation Phase. *Srinagarind Med J.*36(5):639-649.(in Thai)
- Davidson, G., Irvine ,R., Corman, M., Kee, F., Kelly, B., Leavey, G., & McNamee, C. (2017). Measuring the Quality of Life of People with Disabilities and their Families:Scoping Study Final Report. Department for Communities. Retrieved from: <https://www.communities-ni.gov.uk/publications/measuring-quality-life-disabled-people-and-their-families-scoping-study-final-report>
- Department of Empowerment of Persons with Disabilities. Ministry of Social Development and Human Security. (2020). Report of the disabled people in Thailand. Information on Dec.31, 2020.Retrieved 6 Apr.2022 from: <https://www.dep.go.th/images/uploads/files/situation31dec63.pdf> (in Thai)
- Haisirikul,M.(2019).Quality of Life of Traumatic Spinal Cord Injured Patients When Returning Home for Recovery. *Med J Srisaket Surin Buriram Hosp.*34(3): 385-397(in Thai)
- Haisirikul,M.(2021).Outcomes of intermediate care in spinal cord injury patients. *Med J Srisaket Surin Buriram. Hosp.*36(1): 111-119. (in Thai)
- Hosseini, S. M., Oyster, M. L., Kirby, R. L., Harrington, A. L., & Boninger, M. L. (2012). Manual wheelchair skills capacity predicts quality of life and community integration in persons with spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*, 93(12):2237-2243.
- Jantharakasamjit,S.(2011). Effects of Wheelchair Skill Training Program for People with Paraplegia Master of Science Thesis Chiang Mai University, Chiang Mai. (in Thai)
- Kovindha, A.(2014). Handbook for spinal cord injury patients (5th revised edition). Department of Rehabilitation Medicine, Faculty of Medicine, Chiang Mai University:Suthin Printing.(in Thai)
- Kamaraj, D. C., Bray, N., Rispin, K., Kankipati, P., Pearlman, J., & Borg, J. (2017). A conceptual framework to assess effectiveness in wheelchair provision. *Afr J Disabil*, 6, 355.
- Keeler, L., Kirby, R. L., Parker, K., McLean, K. D., & Hayden, J. A. (2019). Effectiveness of the Wheelchair Skills Training Program: a systematic review and meta-analysis. *Disabil Rehabil Assist Technol*, 14(4): 391-409.
- Kirby, R. L., Mitchell, D., Sabharwal, S., McCranie, M., & Nelson, A. L. (2016). Manual Wheelchair Skills Training for Community-Dwelling Veterans with Spinal Cord Injury: A Randomized Controlled Trial. *PLoS One*, 11(12).
- Kirby, R. L., Worobey, L. A., Cowan, R., Pedersen, J. P., Heinemann, A. W., Dyson-Hudson, T. A.& Boninger,M. L. (2016). Wheelchair Skills Capacity and Performance of Manual Wheelchair Users With Spinal Cord Injury. *Arch Phys Med Rehabil*, 97(10), 1761-1769.
- Kumnon,W.(2017).Quality of Life of the Disabled People in Thepsathit District, Chaiyaphum Province. *Journal of The Office of ODPC 7 Khon Kaen.*24 (3): 42-53(in Thai)
- Mahatnirunkul,S., Tantipiwatanaskul,W.&Phumpaisan,W. (2002). WHO Quality of Life Indicators, Brief Set,Thai Version (WHOQO–BREF–THAI). Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Nonthaburi. (in Thai)
- Nongthong,T.& Kachondham, P.,(2017). Quality of Life of Severely Physical Disabled. *Journal of Social Development.* :19 (2):113-131 (in Thai)
- Onsuratume,P. Promsatayaprot,V.& Srimuang , P.(2016). Quality of Life Development Process for

- the Disabled in Thatthong Sub-District, Sawangdandin District, Sakonnakhon Province.
Journal of Science & Technology MSU.36(2):184-193.(in Thai)
- Oyster, M. L., Smith, I. J., Kirby, R. L., Cooper, T. A., Groah, S. L., Pedersen, J. P., & Boninger, M. L.
(2012). Wheelchair skill performance of manual wheelchair users with spinal cord injury.
Top Spinal Cord Inj Rehabil, 18(2), 138-139.
- Oztürk, A., & Ucsular, F. D. (2011). Effectiveness of a wheelchair skills training programme for
community- living users of manual wheelchairs in Turkey: a randomized controlled
trial.Clin Rehabil, 25(5), 416-424.
- Pewnil,T.,Sangman,S. ,Kaewkoonok, K.,Wongnok,T.,Suntarat,M.,Suklueng ,S. &
Mangkan,A.(2019).Quality of Life among Students with Disabilities in
Ramkhamhaeng.*HUSO Journal of Humanities and Social Sciences*.3(1):49-72. (in Thai)
- Phiwsuwan ,M.,Suwaphan,D., Khotbuengkae,W., Heinicke-Motsc,K. ,McGlade,B.& Umasathian,P.(2013).
Community-Based Rehabilitation CBR Guidelines (World Health Organization Thai version).
Bangkok: Premium Express. Retrieved 6 Apr. 2022 from :
http://www.tdf.or.th/attachments/view/?attach_id=48345 (in Thai)
- Quality of Life Promotion and Development for Persons with Disabilities Act, B.E. 2550 (2007).
(2007,18 September). Royal Gazette,124(61A.): 8 (in Thai)
- Sirindhorn National Medical Rehabilitation Center : SNMRC, (2006). SNMRC Functional Assessment.
Department of Medical Services, Ministry of Public Health ,Nonthaburi. N.A.Rattana
Trading:9-18.(in Thai)
- Sirindhorn National Medical Rehabilitation Center :SNMRC, (2010). Guideline on the Provision of
Manual wheelchairs for health personnel. Department of Medical Services, Ministry of
Public Health ,Nonthaburi. Grand M.S. Group Company.(in Thai)
- Sirindhorn National Medical Rehabilitation Center :SNMRC, (2014).Wheelchair Training Manual.
Assistive Technology Unit. Department of Medical Services, Ministry of Public Health,
Nonthaburi. (in Thai)
- Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute :SNMRI, (2017). Manual for spinal cord injury
care for paraplegic spinal cord injury patients. Department of Medical Services, Ministry of Public
Health, Nonthaburi. Sahamit Printing and Publishing Company Limited. Retrieved6Apr.2022
from: https://www.snmri.go.th/wp-content/uploads/2021/01/04_paraplegia_book.pdf(in Thai)
- Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute :SNMRI, (2017). Manual for spinal cord injury
care for tetraplegic spinal cord injury patients. Department of Medical Services, Ministry
of Public Health ,Nonthaburi.Sahamit Printing and Publishing Company Limited.
Retrieved 6 Apr. 2022 from:[https://www.snmri.go.th/wp-](https://www.snmri.go.th/wp-content/uploads/2021/01/03_tetra.pdf)
[content/uploads/2021/01/03_tetra.pdf](https://www.snmri.go.th/wp-content/uploads/2021/01/03_tetra.pdf)(in Thai)
- Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute :SNMRI, (2020). Wheelchair Training Manual. Manual
for working at Assistive Technology Unit, Assistive Technology Unit. Department of
Medical Services, Ministry of Public Health, Nonthaburi.(in Thai)
- Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute :SNMRI,(2021).Service profile of Assistive
Technology Unit, fiscal year 2021.Department of Medical Services, Ministry of Public
Health, Nonthaburi. 4-5.(in Thai)

- Srisodsasuk,P.,Phothong,C.& Chansaeng.S.(2018).Quality of life of disability person in Suphanburi Province. *The Journal of Boromarjonani College of Nursing Suphanburi.1* (1):73-84. (in Thai)
- Tongkaew,T.& Pasunon,P., (2018). The Documentary Research to Synthesize Components of The Quality of Life of People with Disabilities in International, People with Disabilities and Occupational Contexts. *Journal of Graduate School, Pitchayatat.14* (1):29-38. (in Thai)
- Trevittaya,P.(2016) .Concepts of quality of life. Bull Chiang Mai Assoc Med Sci.49(2) :171-184.(in Thai)
- Wheelchair Skills Program (WSP) Version 4.1 :WSTP Version 4.1(2010). Wheelchair Skills Training Program (WSTP) Manual.Retrieved 6 Apr. 2022 from: https://wheelchairskillsprogram.ca/wp-content/uploads/2018/04/WSTP_Manual_4_1_41.pdf
- World Health Organization: WHO. (2012). Wheelchair Service Training Package-Basic level:1-80. Retrieved 6 Apr. 2022 from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241503471>

คำแนะนำการส่งบทความ

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ

กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Thai Journal of Public Health and Health Sciences; TJPHS) ขอเชิญสมาชิกและผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการและบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่นและเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ผู้เขียนจะต้องสมัครเป็นสมาชิกของวารสาร

ข้อกำหนดและชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. เป็นผลงานวิชาการ ประเภทบทความวิชาการ (Article) ภาษาไทย หรือ ภาษาอังกฤษ ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิจัย (Research article) ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ถ้าเป็นวิทยานิพนธ์ต้องมีหนังสือรับรองและลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และนิสิตผู้ทำวิทยานิพนธ์
3. บทความปริทัศน์ (Review article) บทความพิเศษ และปกิณกะ
4. บทความวิจารณ์หนังสือ (Book review)
5. ผลงานวิชาการจะได้รับการพิจารณาลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควรไม่น้อยกว่า 2 คน
6. ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ จำนวน 2,500 บาท

การเตรียมต้นฉบับบทความ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word 97/03 for Windows ขนาด 15 แบบอักษรใช้ IBM Plex Sans Thai Looped Light (ในตารางขนาด 9) พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน-ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 3.17 cm. ด้านขวา 2.54 cm. จำนวน 12 หน้า (ไม่รวมรายการอ้างอิง) และรายการอ้างอิงต้องไม่เกิน 30 รายการ รวมรายการอ้างอิง ไม่เกิน 15 หน้า
2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกชิดขอบขวา ขนาดอักษร 12
3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 8 อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ระบุตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 8 ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรงกับชื่อผู้นิพนธ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลักเพิ่มเบอร์โทรศัพท์และ e-mail ในส่วนล่างสุด
4. มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำต่อบทคัดย่อ
5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3 – 5 คำ)
6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 10
7. การใช้ตัวเลขคำย่อและวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น (ระบุคำเต็มไว้ในครั้งแรก) การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning
8. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้
 - บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
 - บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)
 - บทนำ
 - วัตถุประสงค์
 - สมมติฐาน (ถ้ามี)
 - กรอบแนวคิดการวิจัย(ถ้ามี)
 - ระเบียบวิธีวิจัย

- ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
- การเก็บรวบรวมข้อมูล
- การวิเคราะห์ข้อมูล
- จริยธรรมวิจัย
- ผลการวิจัย
- อภิปรายผล
- การนำผลการวิจัยไปใช้
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
- บรรณานุกรม

9. บทความวิชาการ ประกอบด้วย

- บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
- บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)
- บทนำ
- เนื้อเรื่อง (Content) แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ตรงการนำเสนอตามลำดับ
- บทสรุป
- ข้อเสนอแนะ
- บรรณานุกรม

10. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 6th Edition โดย ศึกษา รายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <http://lumenjournals.com/wp-content/uploads/2017/08/APA6thEdition.pdf> และ <http://www.journalclinicpsy.org/index.files/APA6th.pdf>

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

1. การอ้างอิงในเนื้อหา ใช้ระบบนาม- ปี (Name – year system) ชื่อผู้แต่งภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ และผู้แต่งภาษาอังกฤษ ให้เขียนเฉพาะนามสกุล ทุกคน ถ้ามากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วย et al., ดังตัวอย่าง

(Thepakorn, 2018)

(Thepakorn, Daniell & Thetkatheuk, 2018)

(Thepakorn, Koizumi, Neitzel, Pongpanich, Siri Wong, Keifer et al, 2018)

2. การคัดลอกข้อความ ใช้ระบบนาม- ปี และข้อความที่คัดลอกมาอยู่ในเครื่องหมาย “.....” กรณีชื่อผู้แต่งภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ เช่น

Bandura (1991) ให้นิยามว่า “จริยธรรมคือ กฎสำหรับการประเมินพฤติกรรม”...

“ปัจจัยสู่ความสำเร็จของการปฏิรูปความรอบรู้และการสื่อสารสุขภาพ คือการพัฒนาความสามารถของประชาชนให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชนได้” (Tanasugarn, 2018)

3. การอ้างอิงท้ายบทความ

3.1 บทความทั่วไป ชื่อผู้แต่งภาษาไทยและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ใส่ชื่อสกุลผู้ร่วมงานทุกคน ถ้าไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทั้ง 6 คน หากมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรกตามด้วยคำว่า “et al.,” สำหรับบทความ หนังสือหรือเอกสารที่เป็นภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษทั้งข้อความ และให้วงเล็บ (in Thai) ดังตัวอย่าง

Yuychim, P., Niratharadorn, M., Sirumpunkul, P., Buaboon, N. (2018). Effects of a Family Participation

Program in Managing Drug Managing Drug Use Behaviors among Older Adults with Chronic Disease in Phun Phin Community. Journal of Public Health, 48(1): 44-53.

Thepaksorn, P., Fadrihan-Camacho, V. & Siri Wong, W. (2017). Respiratory symptoms and ventilatory function defects among Para rubber wood sawmill workers in the South of Thailand. *Human and Ecological Risk Assessment: An International*, 23(4):788-797.

Fraenkel, R. J., Wallen, E. N. & Hyun, H. H. (2012). *How to Design and Evaluate Research in Education*. (8th ed.). New York: McGraw-Hill.

3.2 ผู้เขียนเป็นกลุ่มหน่วยงาน

Praboromarajchanok Institute of Health Workforce Development. (2013) *Collection of Academic Performance in Humanized Service Mind*. Nontaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)

3.3 การอ้างอิงเฉพาะบทในหนังสือ

Waite, J. (2011). "Information and Documentation. In Potter, A.P., Perry, G.A., Stockert, A.P. & Hall, A." *Basic Nursing Challenge*. (pp. 142-164). Missouri: Mosby/Elsevier.

3.4 การอ้างอิงเอกสารจากอินเทอร์เน็ต

Chen, M.W., Santos, H.M., Que, D.E., Gou, Y.Y., Tayo, L.L., Hsu, Y.C. (2018). Association between Organochlorine Pesticide Levels in Breast Milk and Their Effects on Female Reproduction in a Taiwanese Population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Retrieved 3, 2018 from <http://www.mdpi.com/1660-4601/15/5/931>.

3.5 วิทยานิพนธ์

Hom, K. E. (2018). *Association of Air Pollution with Longitudinal Changes in Arterial Stiffness and Correlated of Longitudinal Changes in Arterial Stiffness in the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA)*. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctoral of Philosophy, University of Washington.

การส่งบทความ

ต้นฉบับผลงานวิจัยและหนังสือรับรองบทความ/ผลงานวิจัยต้องส่งในระบบ online ถึงบรรณาธิการวารสารที่ <https://www.tci-thaijo.org/> หรือ <http://journal.scphtrang.ac.th/> หรือ tjph-editor@scphtrang.ac.th

สอบถามข้อมูลได้ที่

ผศ.ดร.พยงค์ เทพอักษร (บรรณาธิการ)

สำนักงานวารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

ตู้ ปณ. 174 ปทจ.ตรัง 92000

Tel. 088-7531547

tjph-editor@scphtrang.ac.th

จริยธรรมการตีพิมพ์ (Publication Ethics)
ของวารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
(Thai Journal of Public Health and Health Sciences; TJPHS)

(ปรับปรุง 3 ตุลาคม 2564)

หน้าที่และความรับผิดชอบของ ผู้เขียนบทความ หรือ ผู้นิพนธ์ บรรณาธิการ และ ผู้ประเมินบทความ ของวารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ(Thai Journal of Public Health and Health Sciences; TJPHS) เป็นไปตามมาตรฐานคณะกรรมการจริยธรรมการตีพิมพ์ (COPE) และมาตรฐานทางจริยธรรมของคณะกรรมการจริยธรรมการตีพิมพ์ (COPE Code of Conduct)

1. บทบาทและหน้าที่ของผู้เขียนบทความ หรือ ผู้นิพนธ์ (Duties of Authors) หรือ ผู้รับผิดชอบบทความ (Corresponding Author)

- 1.1 ผู้เขียนบทความต้องรับรองว่าผลงานที่เขียนขึ้นได้มาจากข้อเท็จจริงจากการศึกษาและการวิจัย ไม่ได้บิดเบือนข้อมูล และไม่มีข้อมูลที่เป็นเท็จ สามารถร้องขอ หรือ ตรวจสอบได้หากมีประเด็นหรือข้อมูลที่สงสัย
- 1.2 ผลงานของผู้เขียนบทความต้องเป็นผลงานที่ไม่เคยตีพิมพ์หรือเผยแพร่ที่ไหนมาก่อน หากมีการตรวจสอบพบระหว่างการดำเนินการ (Submission) หรือ ดำเนินการตีพิมพ์เผยแพร่ไปแล้ว (Accepted) จะมีการถอดถอนบทความจากการดำเนินการหรือการตีพิมพ์
- 1.3 ผู้เขียนบทความต้องไม่คัดลอกผลงานของผู้อื่น และต้องมีการอ้างอิงทุกครั้งเมื่อนำผลงานของผู้อื่นมาเสนอหรืออ้างอิงในเนื้อหาบทความของตนเอง ตามหลักวิชาการและอ้างอิงตามข้อกำหนดของวารสาร
- 1.4 ในกรณีที่วารสารรับทราบจากผู้เขียนบทความคัดลอกผลงาน หรือนำส่งผลงานซ้อนกับวารสารฉบับอื่นหรือผลงานอื่นๆที่เคยถูกตีพิมพ์มาก่อน วารสารขอสงวน ยกเลิกและถอดถอนบทความดังกล่าว พร้อมดำเนินการแจ้งผู้เกี่ยวข้องและ/หรือหน่วยงานต้นสังกัดของผู้เขียนบทความ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจหรือ ผลพิจารณาของบรรณาธิการ
- 1.5 ผู้เขียนบทความพิจารณาและรับรองความเกี่ยวข้องกันกับจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ และ/หรือ จริยธรรมการวิจัยด้านอื่นๆสำหรับงานวิจัยของตน
- 1.6 ผู้เขียนบทความควรแจ้งให้อ่านทราบเกี่ยวกับผู้ให้ทุนสนับสนุนงานวิจัยและบทบาทของผู้ให้ทุนวิจัยในการทำวิจัยนั้นๆ

2. บทบาทและหน้าที่ของบรรณาธิการวารสาร (Duties of Editor)

- 2.1 บรรณาธิการมีหน้าที่พิจารณาและตรวจสอบบทความที่ส่งมาเพื่อเข้ารับการพิจารณาตีพิมพ์กับวารสารทุกบทความโดยพิจารณาเนื้อหาบทความที่สอดคล้องกับเป้าหมายและขอบเขตของวารสาร รวมถึงการตรวจสอบ คัดกรองบทความ และระเบียบวิธีวิจัยที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์ด้วยหลักการทางวิชาการ ตลอดจนคุณภาพบทความในกระบวนการประเมินและคุณภาพบทความก่อนการตีพิมพ์
- 2.2 บรรณาธิการต้องใช้อยุติธรรมทางวิชาการและวิจัยในการพิจารณาบทความทุกครั้งโดยปราศจากอคติที่มีต่อบทความ และผู้เขียนบทความในด้านเชื้อชาติ เพศ ศาสนา วัฒนธรรม การเมือง และสังกัดของผู้เขียนบทความ
- 2.3 บรรณาธิการต้องให้ข้อเสนอแนะให้เกิดความกระจ่าง ตามความประสงค์ของผู้อ่านและผู้นิพนธ์ สนับสนุนอิสระทางวิชาการในการแสดงความคิดเห็นบทความวิจัย
- 2.4 บรรณาธิการมีหน้าที่ดำเนินงานวารสารให้ตรงตามวัตถุประสงค์ของวารสาร ปรับปรุง และพัฒนาวารสารให้ได้มาตรฐานอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ปรับปรุงตรวจสอบ ควบคุมและรับฟังคำชี้แนะจากกองบรรณาธิการ เพื่อพัฒนาวารสารอย่างสม่ำเสมอ คงไว้ซึ่งความถูกต้องของผลงานทางวิชาการและมาตรฐานการตีพิมพ์ของกองบรรณาธิการวารสาร รับรองคุณภาพของงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์

- 2.5 ในระหว่างการประเมินบทความ บรรณาธิการต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้เขียนบทความและผู้ประเมินบทความแก่บุคคลอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้อง
- 2.6 บรรณาธิการทำหน้าที่ประสานงานและดำเนินการจัดประชุมกองบรรณาธิการอย่างสม่ำเสมอ
- 2.7 บรรณาธิการรักษามาตรฐานการตีพิมพ์เผยแพร่บทความวิชาการและวิจัยตามข้อกำหนดของวารสารและมาตรฐานสากล
- 2.8 บรรณาธิการไม่ตีพิมพ์บทความในวารสารเพื่อป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน (Conflict of interest)

3. หน้าที่ของบรรณาธิการต่อผู้เขียนบทความ หรือ ผู้นิพนธ์

- 3.1 บรรณาธิการดำเนินการทุกอย่างเพื่อให้มั่นใจในคุณภาพของบทความที่ตีพิมพ์ เพื่อรับรองคุณภาพของงานวิจัยที่ตีพิมพ์
- 3.2 การตัดสินใจของบรรณาธิการต่อการยอมรับหรือปฏิเสธบทความวิจัยเพื่อการตีพิมพ์นั้น ขึ้นอยู่กับความถูกต้องตามหลักวิชาการ ความสำคัญ ความใหม่ ความทันสมัย และความชัดเจนของบทความวิจัยหรือบทความวิชาการ
- 3.3 บรรณาธิการมีการชี้แจงหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการตรวจสอบประเมินบทความ (peer review) ตามข้อกำหนดของวารสารและคำแนะนำการส่งบทความ
- 3.4 วารสารมีช่องทางให้ผู้นิพนธ์อุทธรณ์ได้หากผู้นิพนธ์มีความคิดเห็นแตกต่างจากการตัดสินใจของบรรณาธิการ
- 3.5 จัดพิมพ์คำแนะนำแก่ผู้นิพนธ์ในทุกประเด็นที่บรรณาธิการคาดหวัง ในทุกเรื่องที่คุณนิพนธ์ควรทราบ พร้อมทั้งควรมีการอ้างอิงหรือการเชื่อมโยงกับระเบียบดังกล่าวนี้ด้วย
- 3.6 บรรณาธิการไม่เปลี่ยนแปลงการตัดสินใจในการตอบรับบทความที่ถูกปฏิเสธการตีพิมพ์ไปแล้ว ยกเว้นมีปัญหาร้ายแรงเกิดขึ้นในระหว่างการส่งบทความมารับการพิจารณาและคำนึงถึงจริยธรรมการตีพิมพ์อย่างเคร่งครัด
- 3.7 พิจารณาผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญตรงตามสาขาของบทความและส่งบทความให้ผู้พิจารณาบทความโดยผู้พิจารณาบทความจะไม่ทราบชื่อผู้แต่งและผู้นิพนธ์จะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาบทความ (Double-blind)

4. หน้าที่ของบรรณาธิการต่อผู้ประเมินบทความ

- 4.1 ควรจัดพิมพ์คำแนะนำแก่ผู้ประเมินบทความในทุกประเด็นที่บรรณาธิการคาดหวัง และควรมีการปรับปรุงคำแนะนำให้ทันสมัยอยู่เสมอ พร้อมทั้งควรมีการอ้างอิงหรือการเชื่อมโยงกับระเบียบดังกล่าวนี้ด้วย
- 4.2 บรรณาธิการควรมีระบบที่ปกป้องข้อมูลส่วนตัวของผู้ประเมินบทความ

5. บทบาทและหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ (Duties of Reviewers)

- 5.1 ผู้ประเมินบทความต้องคำนึงถึงคุณภาพบทความเป็นหลัก พิจารณาบทความภายใต้หลักการและเหตุผลทางวิชาการ และการวิจัยโดยปราศจากอคติหรือความคิดเห็นส่วนตัว และไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้เขียนบทความ
- 5.2 ผู้ประเมินบทความต้องไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้เขียนบทความหรือเหตุผลอื่นๆ ที่ทำให้ไม่สามารถให้ข้อคิดเห็นอย่างเป็นอิสระได้ โดยผู้ประเมินบทความต้องแจ้งให้บรรณาธิการทราบและปฏิเสธการประเมินบทความนั้น
- 5.3 ผู้ประเมินบทความต้องประเมินบทความในสาขาวิชาที่ตนมีความเชี่ยวชาญ โดยพิจารณาจากคุณภาพของบทความเป็นสำคัญไม่ใช่ความคิดเห็นส่วนตัวที่ไม่มีข้อมูลทางวิชาการและวิจัยรองรับ มาเป็นเกณฑ์ในการตัดสินบทความ
- 5.4 หากผู้ประเมินบทความพบว่าบทความที่ประเมินมีส่วนหนึ่งส่วนใดที่มีความเหมือนหรือความซ้ำซ้อนกับบทความหรือ ผลงานอื่น ผู้ประเมินบทความต้องแจ้งให้บรรณาธิการทราบด้วย
- 5.5 ผู้ประเมินบทความต้องรักษาระยะเวลาการประเมินบทความตามกรอบเวลาประเมินที่วารสารกำหนด รวมถึงไม่เปิดเผยข้อมูลของบทความให้ผู้ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องได้รู้



คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก



CONTACT

075-291540-2

tjph-editor@scphtrang.ac.th