



วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน **JCCPH** JOURNAL OF COUNCIL OF COMMUNITY-PUBLIC HEALTH

ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2563 Vol.2 No.1 May - August 2020

ISSN 2697-5653 (Online)

ISSN 2730-1729 (Print)

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
Journal of Council of Community Public Health

ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2563

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่และส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการสาธารณสุขชุมชนและความรู้จากศาสตร์อื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์แก่วิชาชีพสาธารณสุขชุมชน
2. เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมผลงานวิจัยและเพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสาธารณสุข
3. เพื่อสร้างเครือข่ายการเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความวิชาการ และองค์ความรู้ระหว่างสภาการสาธารณสุขชุมชนกับหน่วยงานภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชน

สำนักงาน :

สำนักงานกองบรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
สภาการสาธารณสุขชุมชน
88/20 อาคาร 5 ชั้น 5 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 02-5919186, 091-8348711 โทรสาร 02-5919187
e-mail : The.JCCPH@gmail.com
web:<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JCCPH/index>

ที่พิมพ์ :

บริษัท อาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด
67 อาคารทอปส์ซูเปอร์มาร์เก็ต ชั้น 3 ถนนงามวงศ์วาน
แขวงลาดยาว เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900
โทรศัพท์ 029413677

เลขจดแจ้งการพิมพ์ สสช.18/2563

ISSN 2697-5653 (Online)

ISSN 2730-1729 (Print)

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
Journal of Council of Community Public Health: JCCPH
ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2563

ที่ปรึกษา

ดร.ไพศาล บางขวด
ศาสตราจารย์ ดร.นพ.สุรศักดิ์ ฐานิพนิชกุล
ศาสตราจารย์(คุณวุฒิ) ดร.นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์
ศาสตราจารย์(เกียรติคุณ) ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ
นายมานะ เปาอยู่
รองศาสตราจารย์ ดร.วิทยา อยู่สุข
รองศาสตราจารย์ (พิเศษ) ภก. กิตติ พิทักษ์นิตินันท์

บรรณาธิการ

ดร.ปริญญา จิตอร่าม

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร.กิตติพร นาว์สุวรรณ

กองจัดการ

อาจารย์ยุลฤดี ตันพลสิทธิ์
นางสาวสายบะห์ หาแว
นายธนกฤต ธนวงศ์โกติน

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.สัณธิกร พงศ์พานิช
ศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสมุน พงศ์ภิญโญ
รองศาสตราจารย์ ดร.วงศา เล้าหศิริวงศ์
รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทรงค์
รองศาสตราจารย์ ดร.สสิธร เทพตระการพร
รองศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ ศิวัชเดชาเทพ
รองศาสตราจารย์ ดร.สุมนัา กลางคาร
รองศาสตราจารย์ ดร.บุญพัฒน์ ไชยมะลิ
รองศาสตราจารย์ ดร.นพรัตน์ สงเสริม
รองศาสตราจารย์ ดร.ทรงพล ต่อนี้
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวลักษณ์ ลักขมัจจุรกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทพ.ณัฐวธ แก้วสุทธา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร.สมตระกูล ราศิริ
อาจารย์ ดร.พิทยา ศรีเมือง
อาจารย์ ดร.จิรนนท์ ตูลชาติ
อาจารย์ ดร.สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยสยาม
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
มหาวิทยาลัยทักษิณ
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

กำหนดออก

ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้
ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน
ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม
ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม
เจ้าของ
สภาการสาธารณสุขชุมชน

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 2 ท่านต่อบทความ และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือสภาการสาธารณสุขชุมชน ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

บทบรรณาธิการวารสาร

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนฉบับนี้เป็นฉบับประจำปีครั้งที่ 2 ฉบับที่ 2 ซึ่งเป็นฉบับปี พุทธศักราช 2563 ยังคงมีเนื้อหาและสาระทางวิชาการที่เข้มข้น ทุกบทความได้ผ่านการกลั่นกรองจากกองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้วารสารมีความน่าเชื่อถือ และเป็นที่ยอมรับในวงวิชาการ สำหรับเนื้อหาสาระในฉบับนี้ประกอบด้วย รายงาน การศึกษาวิจัย จำนวน 11 เรื่อง

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน ขอขอบคุณทุกท่านที่ติดตามอ่านวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนมาอย่างต่อเนื่อง ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เขียนบทความทุกท่านที่ได้ตรวจสอบคุณภาพอย่างเข้มข้นเพื่อให้วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนคงมาตรฐาน เนื้อหาถูกต้องตามหลักวิชาการ

หากท่านมีความประสงค์จะส่งผลงานวิจัย/วิชาการมาเผยแพร่ในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน หรือมีข้อเสนอแนะประการใด สามารถดูรายละเอียดของการส่งได้ที่ ท้ายเล่มและขอเรียนเชิญสมาชิกทุกท่านช่วยประชาสัมพันธ์และบอกกล่าวท่านผู้สนใจ

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เนื้อหาสาระของบทความที่วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนได้นำเสนอไปนั้น จะเป็นประโยชน์ต่อท่านผู้อ่านเพื่อเป็นมุมมอง แนวคิด ในการศึกษาวิจัยต่อไปในอนาคต

ปริญญา จิตอร่าม

บรรณาธิการ

บรรณาธิการ

กองบรรณาธิการ

บทบรรณาธิการวารสาร

บทความวิจัย (Original Article) :

บทบาทนักสาธารณสุขในการส่งเสริมโภชนาการของเด็กวัยเรียนในพื้นที่ห่างไกลและ ทุรกันดาร.....	1
The Role of Public Health Officer in Promoting the Nutrition of Children in Remote and Faraway Area. อนาวิน ภัทรภาคินวรกุล	
ผลของฉลากยารูปภาพต่อพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองรี ตำบลบ้านเล็ก อำเภोधุมเรศ จังหวัดราชบุรี.....	14
The Effect of Drug Label Pictures on Drug Use Behavior in the Elderly with High Blood Pressure that Cannot Blood Pressure In the Area of Ban Nong Ri Health Promotion Hospital Ban Luek Sub- district, Photharam District, Ratchaburi Province ชนิษฐา สระทองพร้อม และสุทธิศักดิ์ สุริรักษ์	
การตรวจสอบฟอร์มาลินในอาหารทะเล บริเวณพื้นที่ตลาดอำเภออุทุม จังหวัดสุพรรณบุรี.....	26
Detection of Formalin in Seafood from the Market in U Thong District, Suphan Buri Province, Thailand อินกร ฝัฒเพชร	
สมรรถนะที่จำเป็นของนักบริบาลผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาจังหวัดอุบลราชธานี	37
Essential Competency for Elderly Care Worker: Case Study in Ubon Ratchathani Province อรณพ สนธิไชย, ฌนอมศักดิ์ บุญสุ, ปณิศา ฌรองยุทธ	
ประสิทธิผลของโปรแกรมทันตสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองต่อ พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4-6 จังหวัดสุพรรณบุรี.....	49
Effectiveness of Dental Health Education Program by Application of Self-Efficacy on Dental Health Behavior of Grade 4-6 Students in Suphanburi มารุต ภูพะเนียด, ฌันทภา ฌวนกระฌ่าง, กิตติศักดิ์ หลวงพันเทาและ พัชรฌล เลิศ มาลาพงศ์	

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี.....	62
Factors Related to Self-Protective Behavior of Stroke with Controlled Hypertention Patients Who Live in Danchang District, Suphanburi Province ชูชาติ กลิ่นสาคร และ ส่วยถิ่น แซ่ตัน	
ปัจจัยทำนายพฤติกรรมจิตบริการของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล จังหวัดสงขลา.....	78
Predicting Factors of Service-Mined Behavior among Public Health Personnel in Health Promoting Hospitals, Songkhla Province ณัฐวิมล วรรณโร	
การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล จังหวัดน่าน.....	94
Performance of Public Health Officers According to Thai Traditional Medicine and Integrative Medicine Promoting Hospital Standard (TIPhS) at Sub-District Health Promoting Hospitals in Nan Province ศศิลักษณ์ ปิยะสุวรรณ	
การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตามหลักปรัชญา เศรษฐกิจพอเพียง อำเภอนายูง จังหวัดอุดรธานี.....	109
The Participation of People in Health Development the Elderly Community According to the Philosophy of Sufficiency Economy Na Yung District, Udon Thani Province เชิดชัย เชื้อบัณฑิต	
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในเขตปกครองคณะสงฆ์อำเภอพิบูลย์ รักษ์ จังหวัดอุดรธานี.....	126
The Factors Influencing Health Promotion of Monks in the Sangha District, Piboonrak District Udon Thani Province วิจิต ยศสงคราม, สุกัญญา บุญพา และ วรัชภรณ์ ขมชัยรัตน์	

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การพัฒนาแบบแหล่งเรียนรู้ในสถานศึกษาแบบรวมใจพัฒนาเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ที่ เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญและการมีทักษะชีวิตของผู้เรียน โรงเรียนเทศบาลวัดดอนไผ่ (สังวรจันทรรามวิทยาสาน)	146
The Development of the Learning Resources Model at School by APIDER Model to Encourage for Learner- centered and Life Skills at Wat Don Kai Di Municipality School ชญศญา ธรรมโสภณ	

คำแนะนำการส่งบทความ

บทบาทนักสาธารณสุขในการส่งเสริมโภชนาการของเด็กวัยเรียนในพื้นที่ ห่างไกลและทุรกันดาร

The Role of Public Health Officer in Promoting the Nutrition of Children in Remote and Faraway Area

อนาวิน ภัทรภาคินวรกุล*

Anavin Phattharaphakinworakun*

อาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน*
Lecturer, Bachelor of Public Health in Community Health, Chiang Mai Rajahat University*

(Received: April 16 2020; Revised: June 6, 2020; Accepted: July 2, 2020)

บทคัดย่อ

เด็กวัยเรียนมีการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการทางร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการเรียนรู้เป็นพื้นฐานสำคัญที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีในอนาคต อาหารจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ เพราะถ้าเด็กในวัยนี้ได้รับอาหารหรือสารอาหารที่ไม่เพียงพอหรือไม่เหมาะสม จะส่งผลให้เด็กมีร่างกายไม่แข็งแรงอาจแคะแกรนหรืออ้วน รวมทั้งสติปัญญาที่ต่ำ ไม่มีความพร้อมในการเรียน ประสิทธิภาพการเรียนและการทำงานต่าง ๆ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องส่งเสริมการบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียน ซึ่งนักสาธารณสุขเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมโภชนาการของเด็กวัยเรียนโดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลและทุรกันดาร บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอบทบาทของนักสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของเด็กวัยเรียนในพื้นที่ห่างไกลและทุรกันดาร การส่งเสริมโภชนาการควรเริ่มต้นจากการสำรวจปัญหา เพื่อให้ได้ข้อมูลนำไปสู่การวางแผนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพโดยการประเมินโภชนาการในเด็กวัยเรียนได้แก่ การซักประวัติ ตรวจร่างกายเบื้องต้น เช่น การชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง เป็นต้น ส่วนแนวทางการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการในเด็กวัยเรียนพิจารณาจากทรัพยากรที่มีอย่างจำกัดและด้านวัตถุดิบในการประกอบอาหาร ดังนั้นจึงควรส่งเสริมปัจจัยที่เป็นรากฐานของชีวิต เช่น ส่งเสริมการเลี้ยงสัตว์โปรตีนสูงเพื่อเป็นอาหาร ปลูกผักสวนครัวรั้วกินได้และปลอดภัยและน้อมนำพระราชดำริตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข ไม่เดือนร้อนและร่วมแก้ไขปัญหาค้นหาได้ในครอบครัวอันจะนำพาไปสู่ความยั่งยืนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปได้

คำสำคัญ: นักสาธารณสุข, การส่งเสริมสุขภาพ, โภชนาการ, เด็กวัยเรียน, ทุรกันดาร

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: anavin_pha@g.cmr.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 053-613263)

Abstract

School age children have their own growth and also physical and psychological development. Additionally, they have their basic ability to learn to be good for their quality of life in the future. Food is crucial for children. If the children lack their food or nutrition in terms of not enough or unsuitable, they may have malnutrition or obesity, mental dullness, as well as no readiness to learn and do things. Therefore, it is necessary to promote food or nutritional consumption in school age children. To do this task, public health professions have the vital role to promote nutrition of school age children, in particular in the remote and faraway areas. This article aims to illustrate the role of public health professions to support nutrition in school age children living in the far places from the cities. To promote this task, it should begin with exploring or surveying nutrition problem in school age children to be used for planning the practice guideline. The data surveyed should include history-taking interview and physical examination linking to weight and height measurements. The practice guideline should consider about the limited resources and raw materials or ingredients in the areas. Therefore, supporting factors, as a basis of life, related to raising high protein animals for food, planting home-grown vegetable and also applying “Sufficiency Economy Philosophy” should be considered for wellbeing. In addition, joining or participating for family problem solving may lead to sustainability and good quality of life of school age children and also people in the communities.

Keywords: Public Health, Health Promotion, Nutrition, Children, Faraway Area

บทนำ

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เด็กวัยเรียนมีสุขภาพดี คือ อาหาร ที่จะต้องบริโภคให้ครบ 3 มื้อ ในแต่ละมื้อครบทั้ง 5 หมู่ และจะต้องมีความหลากหลายและปริมาณที่พอเหมาะตามความต้องการของร่างกาย เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการตามวัย ป้องกันปัญหาทุพโภชนาการ เด็กวัยเรียนเป็นช่วงที่มีการเจริญเติบโตที่รวดเร็ว หากขาดอาหารจะมีผลกระทบต่อร่างกาย ทำให้ร่างกายเจริญเติบโตไม่เหมาะสมตามวัย มีผลต่อสมรรถนะสติปัญญา พัฒนาการ การเรียนรู้ และส่งผลต่อการสร้างภูมิคุ้มกันโรค เด็กวัยเรียน แบ่งออกเป็น 2 ช่วง คือ เด็กที่มีอายุ 7-9 ปี และ 10-12 ปี เด็กวัยนี้จะมีเจริญเติบโตและมีพัฒนาการทางร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการเรียนรู้อันเป็นพื้นฐานสำคัญที่จะนำไปสู่ชีวิตที่มีคุณภาพในอนาคต ดังนั้นอาหารจึงเป็นสิ่งที่

สำคัญ เพราะถ้าเด็กในวัยนี้ได้รับอาหารที่ไม่เพียงพอหรือไม่เหมาะสม จะส่งผลให้เด็กเกิดภาวะทุพโภชนาการหรือภาวะโภชนาการเกิน รวมทั้งสติปัญญาที่บ่มไม่มีความพร้อมในการเรียน ประสิทธิภาพการเรียนและการทำงานต่าง ๆ ลดลง (Faculty of Medicine Siriraj Hospital, 2012) เด็กวัยเรียนที่อยู่ในถิ่นทุรกันดารส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่ที่ตะเข็บชายแดนห่างไกล เดินทางไปมาลำบาก มีสภาพขาดแคลน ประสบปัญหาภัยพิบัติต่าง ๆ หรือได้รับโอกาสไม่เท่ากับเด็กปกติ ทำให้ขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เกิดปัญหาโภชนาการ การเจ็บป่วยค่อนข้างมาก เช่น การได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ น้ำหนักน้อย พัฒนาการช้า (The Institute of Nutrition, 2010)

การส่งเสริมโภชนาการของเด็กวัยเรียน เป็นการปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ เกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารอย่างถูกต้องและเหมาะสมกับความต้องการของเด็กวัยเรียน เพื่อให้ได้คุณค่าทางโภชนาการครบถ้วน ทำให้มีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง ทั้งนี้การส่งเสริมโภชนาการของเด็กควรเริ่มตั้งแต่อ่อนวัยเรียน โดยผู้ปกครอง และบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีความใกล้ชิด และมีบทบาทสำคัญมากที่สุดในการส่งเสริมโภชนาการดังกล่าว โดยเฉพาะนักสาธารณสุข ในหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ห่างไกลและทุรกันดาร

พื้นที่ห่างไกลและทุรกันดารเป็นพื้นที่ที่ยากต่อการเข้าถึงโดยเฉพาะพื้นที่ตะเข็บชายแดนของประเทศตามภูมิภาคต่าง ๆ ในภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ โดยส่วนใหญ่ยังจะต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการซึ่งเป็นส่วนสำคัญต่อการเจริญเติบโต และพัฒนาการเด็กวัยเรียน เด็กวัยเรียนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลและทุรกันดารบางแห่งมีอัตราการขาดสารอาหารสูงถึงร้อยละ 20 ส่วนเด็กในเขตเมืองจะพบปัญหาโภชนาการเกินมากกว่า ซึ่งแม้อัตราการขาดสารอาหารจะสูงกว่าพื้นที่อื่น ๆ แต่ยังพบว่ามิได้มีเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินอยู่จำนวนหนึ่ง การตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียน โดยเน้นที่การสร้างเสริมความเข้มแข็งให้กับชุมชนเหล่านี้ ให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เพื่อให้เด็กได้รับการเลี้ยงดูให้มีภาวะโภชนาการที่ดีและมีพัฒนาการตามวัย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับหน่วยงานต้นสังกัดโรงเรียนในโครงการตามพระราชดำริ หน่วยร่วมสนองงาน และผู้ปฏิบัติงานโครงการตามพระราชดำริ กพด. ขับเคลื่อนงานและเพิ่มสมรรถนะ ความรู้ ความเข้าใจแนวทางการดำเนินงาน เพื่อพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร ในแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร ตามพระราชดำริ ฉบับที่ 5 (พ.ศ.2560-2569) ตั้งเป้า 10 ปี เด็กไทยมีคุณภาพที่ดี (Thai Health Promotion Foundation, 2018) ซึ่งนักสาธารณสุขมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการจัดการปัญหาสุขภาพด้านโภชนาการของเด็กวัยเรียนในเขตพื้นที่บริการปฐมภูมิเป็นรายบุคคล จะต้องสามารถค้นหาปัญหาของเด็กวัยเรียนได้ เครื่องมือที่จะต้องนำมาใช้สำหรับการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอาหารในเด็กวัยเรียนนั้น ควรเริ่มต้นจากการสำรวจปัญหา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่าไปใช้ในการประเมินและวางแผนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ

ด้านบริโภคอาหารต่อไปได้หากจะต้องดำเนินการแก้ไขปัญหานี้ นักสาธารณสุขจะต้องประเมินภาวะโภชนาการของเด็กนักเรียนเพื่อคัดกรองเบื้องต้นในการแก้ไขได้

บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอบทบาทของนักสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของเด็กวัยเรียนในพื้นที่ห่างไกลและทุรกันดาร โดยมีสาระเกี่ยวกับภาวะโภชนาการในเด็กวัยเรียน พลังงานและสารอาหารหลัก และบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในเด็กวัยเรียน ทั้งนี้เพื่อให้เด็กวัยเรียนสามารถเลือกรับประทานอาหารได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย ร่วมกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ในการช่วยส่งเสริมโภชนาการของเด็กวัยเรียนให้มีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรง

ภาวะโภชนาการในเด็กวัยเรียน

การคำนวณความต้องการพลังงานที่จะต้องใช้ในแต่ละวันของเด็กวัยเรียนโดยจะคำนวณร่วมกับกิจกรรมที่เด็กใช้ชีวิตประจำวันของแต่ละวัน โดยคำนวณได้จากค่า REE (Resting Energy Expenditure) คือพลังงานพื้นฐานที่ร่างกายต้องการขณะพัก และ BMR (Basal Metabolic Rate) คือพลังงานที่ร่างกายต้องการในแต่ละวันสำหรับการดำรงชีวิตอยู่ ดังนั้นหากจะต้องคำนวณพลังงานที่เด็กวัยเรียนควรได้รับที่เหมาะสมมากที่สุดจากพฤติกรรมของเด็กวัยเรียนมีการเคลื่อนไหวและใช้พลังงานอยู่ตลอดเวลาไม่หยุดอยู่เฉยในแต่ละวัน ยกเว้นว่าไม่สบาย ความต้องการพลังงานของเด็ก(แคลอรี/วัน) อายุ 7-9 ปี มีความต้องการ 1,400 แคลอรี/วัน และอายุ 10 – 12 ปี มีความต้องการ 1,700 แคลอรี/วัน โดยสูตรการคำนวณที่เหมาะสมกับเด็กมากที่สุดคือ BMR (Basal Metabolic Rate) ซึ่งเป็นการคำนวณพลังงานที่ร่างกายต้องการใช้น้อยที่สุดที่ใช้ในแต่ละวันเพื่อให้ระบบต่าง ๆ ในร่างกายสามารถทำงานได้ในขณะที่เราอยู่เฉย ๆ ไม่ได้ทำกิจกรรมอะไร สามารถคำนวณได้คือ BMR สำหรับผู้ชาย = $66 + (13.7 \times \text{น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)}) + (5 \times \text{ส่วนสูง (เซนติเมตร)}) - (6.8 \times \text{อายุ})$ และ BMR สำหรับผู้หญิง = $665 + (9.6 \times \text{น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)}) + (1.8 \times \text{ส่วนสูง (เซนติเมตร)}) - (4.7 \times \text{อายุ})$ ตัวอย่างเช่น เด็กชาย ก. อายุ 7 ปี ส่วนสูง 150 เซนติเมตร น้ำหนัก 45 กิโลกรัม BMR จะเท่ากับ $66 + (13.7 \times \text{น้ำหนัก 45 กิโลกรัม}) + (5 \times \text{ส่วนสูง 150 เซนติเมตร}) - (6.8 \times \text{อายุ 7 ปี}) = 1,384.9$ กิโลแคลอรี/วัน พลังงานนี้จะเป็นกรณีที่ได้ไม่ได้ทำอะไรเลยจะต้องได้รับต่อวัน แต่หากเด็กมีกิจกรรมของแต่ละวันในแต่ละคนที่แตกต่างกัน จะต้องคำนวณหาปริมาณแคลอรีที่ใช้ในแต่ละวัน หรือค่าของพลังงานที่สามารถใช้ได้หมดในแต่ละวันของแต่ละคน เรียกว่า TDEE (Total Daily Energy Expenditure) โดยนำค่า BMR ที่คำนวณได้มาคูณกับกิจกรรมที่ทำในแต่ละวันดังค่าพื้นฐานต่อไปนี้ BMR x 1.2 (หากนั่งเล่นอยู่กับที่ หรือไม่ได้ทำกิจกรรมอะไรเลย หรือทำแต่น้อยมาก), BMR x 1.3 (ทำกิจกรรมหรือวิ่งเล่นเล็กน้อย 1-3 วันต่อสัปดาห์), BMR x 1.5 (ทำกิจกรรมหรือวิ่งเล่นปานกลาง เคลื่อนที่ตลอดเวลา 3-5 วันต่อสัปดาห์), BMR x 1.7 (ทำกิจกรรมหรือวิ่งเล่นอย่างหนักตลอดเวลา 6-7 วันต่อสัปดาห์) และ BMR x 1.9 (ทำกิจกรรมหรือวิ่งเล่น อย่างหนัก เป็นนักกีฬาซ้อมอย่าง

สม่ำเสมอใช้แรงมาก) ดังตัวอย่างข้างต้น เด็กชาย ก. จากการคำนวณ BMR ต้องการค่าพลังงาน 1,384.9 กิโลแคลอรี/วัน และมีกิจกรรมนั่งเล่นอยู่กับที่ หรือไม่ได้ทำกิจกรรมอะไรเลย หรือทำแต่น้อยมากก็จะได้ปริมาณแคลอรีที่ต้องการในหนึ่งวันเป็น $1,384.9 \times 1.2 = 1,660.8$ คือพลังงานที่เด็กชาย ก. ไม่ควรได้รับเกิน 1,660.8 กิโลแคลอรี/วัน เป็นต้น (Department of Health Ministry of Public Health, 2015) เพราะฉะนั้นเด็กวัยเรียน นอกจากพลังงานที่จะต้องได้รับตามความเหมาะสมของร่างกายแล้ว พลังงานที่ได้รับจะต้องสอดคล้องกับ ความต้องการของสารอาหารที่เหมาะสมสำหรับเด็กวัยเรียน

สารอาหารที่เหมาะสมสำหรับเด็กวัยเรียน

หากการส่งเสริมสารอาหารให้เหมาะสมกับเด็กวัยเรียนจะต้องพิจารณาเรื่องการเจริญเติบโตของร่างกายในเด็กเพื่อให้สอดคล้องกับการส่งเสริมทางโภชนาการคือ การเจริญเติบโตของเด็กวัยเรียน (อายุ 7-12 ปี) แบ่งออกเป็น 2 ช่วง คือ

1. อายุ 7-9 ปี เด็กวัยนี้ มีอัตราการเจริญเติบโตที่ใกล้เคียงกันทั้งเด็กผู้หญิง และเด็กผู้ชาย เช่น สัดส่วนของไขมัน, กล้ามเนื้อ และส่วนสูง เด็กวัยนี้จะมีส่วนสูงเพิ่มปีละประมาณ 4-5 เซนติเมตร

2. อายุ 10-12 ปี เป็นช่วงเข้าสู่วัยรุ่น

- 2.1 เด็กผู้หญิงเริ่มเข้าสู่วัยรุ่นช่วงอายุ 9-10 ปี ส่วนสูง เพิ่มมากที่สุดปีละประมาณ 6-7 เซนติเมตร น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นสูงสุดประมาณ 4.5 กิโลกรัม เริ่มมีประจำเดือน มีการสะสมไขมันเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในเนื้อเยื่อบางส่วน เช่น สะโพก เต้านม

- 2.2 เด็กผู้ชายเริ่มเข้าสู่วัยรุ่นอายุ 11-12 ปี ส่วนสูงเพิ่มมากที่สุดปีละประมาณ 8-9 เซนติเมตร ช่วงอายุ 13-14 ปี น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นสูงสุดประมาณ 5.0 กิโลกรัม

ทั้งนี้ เด็กทุกคนช่วงอายุ 7-12 ปี มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของ ร่างกาย อารมณ์ และสังคม ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลต่อพฤติกรรมบริโภคอาหาร ทำให้เด็กมีปัญหาด้านโภชนาการซึ่งมาจากการได้รับสารอาหารในปริมาณที่มากหรือน้อยที่รับประทานไป โดยปัญหาทุโภชนาการที่สำคัญคือ ภาวะขาดโปรตีนและขาดพลังงาน ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ภาวะขาดไอโอดีน และภาวะเด็กอ้วน ดังนั้นการได้รับสารอาหารอย่างเหมาะสมจึงมีความสำคัญต่อสุขภาพ และพัฒนาการของเด็ก (Langkawi, 2008) ซึ่งมีการแสดงปริมาณสารอาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของเด็ก (Department of public health, 2003) ดังตาราง 1

ตาราง 1 ปริมาณสารอาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของเด็ก

พลังงานและสารอาหาร	อายุ 7-9 ปี	อายุ 10-12 ปี
Energy (Kilocalories)	1,400	1,700
Fat (g)	47	57
Protein (g)	28	40
Vitamin A (mcg).	500	600
Vitamin b 1 (Thiamine)(mg)	0.6	0.9
Vitamin b 2 (Riboflavin)(mg)	0.6	0.9
Vitamin b 12 (mcg)	1.2	1.8
Vitamin c (mg)	40	45
Calcium (mg)	800	1,000
Iodine (mcg).	120	120
Iron (mg)	8.1	11.8
Zinc (mg)	4	5
Dietary Fiber (g)	12	16

โดยปริมาณและสารอาหารส่วนใหญ่มาจากวัตถุดิบในอาหารแต่ละชนิดซึ่งแบ่งเป็นประเภทตามอาหารที่รับประทาน (Department of Public Health, 2003) ซึ่งควรเลือกประเภทการรับประทานให้เหมาะสมตามความต้องการของสารอาหารที่ร่างกายควรได้รับ

ประเภทอาหารที่เด็กวัยเรียนควรบริโภค

เด็กวัยเรียนควรเลือกรับประทานอาหารให้ครบ 6 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มข้าว-แป้ง กลุ่มผัก กลุ่มผลไม้ กลุ่มเนื้อสัตว์ กลุ่มไขมัน และกลุ่มนม เพื่อได้รับพลังงานและสารอาหารที่ครบถ้วน ดังนี้

1. กลุ่มข้าว-แป้ง เป็นกลุ่มที่ให้พลังงานแก่ร่างกาย เช่น ข้าวสวย ข้าวเหนียว ข้าวกล้อง เส้นก๋วยเตี๋ยว วุ้นเส้น ขนมจีน ขนมปัง ข้าวโพด เผือก มันเทศ เป็นต้น ควรรับประทานข้าวกล้องหรือข้าวซ้อมมือสม่ำเสมอเพราะเป็นอาหารผ่านการขัดสีน้อยที่จะมี โปรตีน แร่ธาตุ วิตามิน และใยอาหาร มากกว่าข้าวขาว โดยรับประทานสลับกับ ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน บะหมี่ เผือก มัน ควรรับประทานอาหารกลุ่มข้าว-แป้งวันละ 7-8 ทัพพี

2. กลุ่มผัก ให้วิตามิน แร่ธาตุ และใยอาหาร รับประทานผักสดดีกว่าผักดอง หรือน้ำผัก และควรรับประทานให้ได้ผักหลากหลายสี เช่น สีเขียวเข้ม สีเหลืองส้ม สีแดง สีม่วง สีขาว เป็นต้น โดยเฉพาะ สีเขียวเข้ม สีเหลืองส้ม สีแดง ที่จะมีวิตามินเกลือแร่ที่จำเป็นมากกว่า โดยใน 1 วัน เด็กควรรับประทานผักให้ได้ 4 ทัพพี เพื่อช่วยเรื่อง การขับถ่าย มีผิวพรรณที่ดี และมีสุขภาพที่แข็งแรง

3. กลุ่มผลไม้ ให้วิตามิน แร่ธาตุ และใยอาหาร เช่นกัน ควรรับประทานผลไม้สดดีกว่าผลไม้ตากแห้ง, ดอง, หรือน้ำผลไม้ เพราะจะทำให้ได้รับวิตามินซี และกากใย/ใยอาหาร

มากกว่า นอกจากนี้ น้ำผลไม้จะมีน้ำตาลในปริมาณมาก การรับประทานผลไม้ต่าง ๆ อาจรับประทานหลังมื้ออาหารกลางวันทันที หรือเป็นอาหารมื้อว่าง โดยเฉลี่ยควรรับประทานผลไม้วันละ 3 ส่วนของอาหารทั้งหมดต่อวัน

4. กลุ่มเนื้อสัตว์ เช่น หมู ไก่ วัว ปลา เครื่องในสัตว์ สัตว์ทะเล สัตว์ตัวเล็ก เช่น กบ อังอ่าง เป็นต้น รวมทั้งไข่ ถั่วเมล็ดแห้ง และผลิตภัณฑ์ เช่น เต้าหู้ เป็นต้น ควรบริโภคเนื้อสัตว์ให้เพียงพอเพื่อให้ได้ โปรตีน, กรดไขมันจำเป็น, แคลเซียม, ธาตุเหล็ก, วิตามินเอ ซึ่งจำเป็นต่อการสร้าง เนื้อเยื่อ ภูมิคุ้มกัน และการเจริญเติบโตของเซลล์สมอง จึงควรรับประทานอาหารกลุ่มเนื้อสัตว์ เพื่อให้เด็กได้รับสารอาหารสำคัญ ดังนี้

4.1 เนื้อปลา ควรรับประทานเนื้อปลาอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน เพราะปลาเป็นโปรตีนคุณภาพดี ย่อยง่าย ไขมันต่ำ และมีกรดไขมันดี-เอช-เอ (Docosahexaenoic Acid, DHA) สูง ซึ่งมีความสำคัญต่อการพัฒนาสมองเป็นผลต่อความจำและการเรียนรู้ของเด็ก

4.2 ตับ เลือด เนื้อสัตว์โดยเฉพาะเนื้อแดง: ควรรับประทานสัปดาห์ละ 1-2 วัน เพื่อให้ได้ธาตุเหล็กซึ่งช่วยในการสร้างเม็ดเลือดแดง พัฒนาสมองและการเรียนรู้ และสร้างภูมิคุ้มกัน โดยรับประทานอาหารที่มีวิตามินซีสูงร่วมด้วย เช่น ฝรั่ง มะขามป้อม มะปรางสุก มะละกอสุก ส้ม เป็นต้น เพื่อช่วยในการดูดซึมธาตุเหล็กจากระบบทางเดินอาหารให้ได้ดียิ่งขึ้น

4.3 ไข่ ควรรับประทานสัปดาห์ละ 3-7 วัน ไข่เป็นโปรตีนคุณภาพดี ให้วิตามินและแร่ธาตุที่สำคัญหลายชนิด เช่น วิตามินเอ วิตามินบี และเลซิธิน (Lecithin) ซึ่งช่วยในการทำงานของระบบประสาทและสมอง ทำให้มีความจำ และความสามารถในการเรียนรู้ที่ดี ควรบริโภคไข่วันละ 1 ฟอง

4.4 เนื้อสัตว์ชนิดอื่น ๆ เช่น หมู ไก่ กุ้ง หมีก เป็นต้น โดยรับประทานสลับผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนในแต่ละวันถึงแม้กลุ่มเนื้อสัตว์จะมีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตของเด็ก แต่การรับประทานเนื้อสัตว์ในปริมาณที่เกินตามความต้องการของร่างกายอาจทำให้เด็กได้รับไขมันอิ่มตัวสูง เสี่ยงต่อการมีไขมันในเลือดสูง มีภาวะโรคอ้วน และโรคหลอดเลือดแดงแข็ง/หลอดเลือดตีบได้ นอกจากนี้การได้รับโปรตีนปริมาณมากไปเป็นประจำ จะเพิ่มการสลายแคลเซียมออกจากกระดูก ซึ่งมีผลต่อการสะสมมวลกระดูก เสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุน ดังนั้นเด็กที่บริโภคอาหารกลุ่มเนื้อสัตว์มากเกินไป ควรลดปริมาณให้ใกล้เคียงกับที่ได้แนะนำไว้ในตาราง 1

5. กลุ่มนม เป็นแหล่งของ โปรตีน แคลเซียม ไขมัน วิตามินเอ และวิตามินบี 2 จึงควรดื่มนมรสจืดวันละ 2-3 แก้ว เพื่อให้ได้รับแคลเซียมเพียงพอสำหรับการสะสมมวลกระดูก ทำให้กระดูกแข็งแรง ส่วนสูงเพิ่มขึ้น หากได้รับไม่เพียงพอ จะทำให้เด็กตัวเตี้ย และมีความเสี่ยงเป็นโรคกระดูกพรุนเมื่อมีอายุมากขึ้น แต่หากบริโภคในปริมาณมาก จะทำให้เด็กได้รับไขมันอิ่มตัวมากเกินไป ควรดื่มนมช่วงมื้อว่าง ไม่ควรดื่มนมหลังอาหารทันที เพราะแคลเซียม

ในนมจะขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็กจากระบบทางเดินอาหาร แหล่งแคลเซียมจากอาหารอื่นๆ นอกเหนือจากนมคือ โยเกิร์ต เนยแข็ง กะปิ เต้าหู้แข็ง เต้าหู้อ่อน ปลาเล็กปลาน้อย สัตว์ตัวเล็ก เช่น กบ เขียด อึ่งอ่าง เป็นต้น

6. กลุ่มไขมัน เป็นแหล่งพลังงาน ช่วยสร้างความอบอุ่นให้แก่ร่างกาย นอกจากนี้ยังเป็นส่วนประกอบสำคัญของสมอง และช่วยดูดซึม วิตามินเอ วิตามินอี วิตามินดี และวิตามินเค ถ้าได้รับในปริมาณมากเกินไป จะเกิดการสะสมไขมันในเนื้อเยื่อ ทำให้เกิดภาวะอ้วน ซึ่งมีผลเสียต่อสุขภาพของเด็กในอนาคตอย่างมาก เพราะช่วงนี้เป็นช่วงที่เด็กกำลังเจริญเติบโต การได้พลังงานมากเกินไปจะทำให้เซลล์ไขมันเพิ่มจำนวนขึ้น ทำให้การลดน้ำหนักทำได้ยาก เพราะไม่สามารถลดจำนวนของเซลล์ไขมันได้ แต่ถ้าได้รับน้อยไป จะทำให้ขาด วิตามินเอ วิตามินอี วิตามินดี วิตามินเค และมีภาวะผอม ไขมันมีอยู่ในรูปของน้ำมัน เนย กะทิ และยังแทรกอยู่ในอาหารกลุ่มเนื้อสัตว์ โดยเฉพาะเด็กควรได้น้ำมัน/ไขมันไม่เกินวันละ 5 ช้อนชา โดยหมุนเวียนอาหารที่ใช้น้ำมัน กะทิหรือนเนย โดยวิธีผัด ทอด ต้มที่ใช้กะทิ (ทั้งควาและหวาน) มีอยู่ 1 อย่าง ปริมาณอาหารที่ควรได้รับของเด็กวัยเรียน (Office of Nutrition, Department of Health, 2017) ดังตาราง 2

ตาราง 2 ปริมาณอาหารของเด็กวัยเรียนตามกลุ่มอายุที่ควรได้รับต่อวัน

หมวดอาหาร	ปริมาณที่ควรได้รับ		หน่วย	สารอาหาร
	อายุ 7-9 ปี	อายุ 10-12 ปี		
ข้าวแป้ง	7	8	ทัพพี	Carbohydrate
ผัก	4	4	ทัพพี	Vitamins and Minerals
ผลไม้	3	3	ส่วน	Vitamins and Minerals
เนื้อสัตว์	4	6	ช้อนโต๊ะ	Protein
นม (Tasteless) ¹	2-3	3	1 แก้ว (200 ml)	Calcium

Note: ¹Obese Children Should Drink Skim Milk

ดังนั้น การบริโภคอาหาร อาจได้รับสารอาหารบางชนิดไม่เพียงพอ เช่น ไอโอดีน และธาตุเหล็ก ซึ่งไอโอดีนเสริมอยู่ในรูปของเกลือหรือเครื่องปรุงรสเค็ม ปริมาณเกลือที่เด็กควรได้รับคือ ไม่รับประทานวันละ ½ ช้อนชาต่อคน หรือน้ำปลาไม่เกินวันละ 2 ช้อนชาต่อคน เพื่อป้องกันโรคภาวะขาดไอโอดีน และได้รับโซเดียมไม่เกินปริมาณที่กำหนด ส่วนธาตุเหล็ก อยู่ในรูปของยาเม็ดธาตุเหล็กรับประทานสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 1 เม็ดซึ่งควรต้องเป็นไปตามคำแนะนำของแพทย์ (Office of Nutrition, Department of Health, 2017) โดยรับประทานให้เหมาะสมในกิจกรรมระหว่างวันและจำนวนมื้ออาหารในแต่ละวัน

จำนวนมื้ออาหารใน 1 วันของเด็กวัยเรียน

เด็กวัยเรียนอายุ 7-12 ปี จำเป็นต้องรับประทานอาหารมื้อหลัก 3 มื้อ ได้แก่ มื้อเช้า มื้อเที่ยง และมื้อเย็น และเพิ่มอาหารว่าง 2 มื้อ คือ อาหารว่างเช้าและบ่าย โดยเป็นอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ไม่หวานจัด ไม่เค็มจัด หรือไขมันไม่สูง หากรับประทานอาหารมื้อหลักกลุ่มใดมาก มื้อกลางวันต้องรับประทานกลุ่มนั้นน้อยลง ในทางตรงกันข้าม รับประทานอาหารมื้อเช้ากลุ่มใดน้อย ต้องรับประทานอาหารกลุ่มนั้นในมื้อกลางวันมากขึ้นเพื่อให้ได้ปริมาณอาหารตามที่ได้แนะนำ อาหารเช้าเป็นมื้ออาหารที่สำคัญที่สุด การอดอาหารเช้า จะทำให้สมองและกล้ามเนื้อทำงานไม่ดี เป็นผลให้การเรียนรู้ช้า ขาดสมาธิ เฉื่อยชา หงุดหงิดง่าย และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมในอนาคต เด็กวัยนี้จึงจำเป็นต้องรับประทานอาหารเช้าที่มีคุณค่าทางโภชนาการ เพื่อให้ได้พลังงานและสารอาหารครบถ้วน เด็กวัยนี้เป็นวัยที่มีการเจริญเติบโต การเรียนรู้จดจำ (Faculty of Medicine Siriraj Hospital, 2012)

ดังนั้น เด็กวัยนี้จึงควรได้รับสารอาหารอย่างเหมาะสมตามที่ได้ระบุไว้ในบทความข้างต้น หากร่างกายได้รับพลังงานและสารอาหารต่าง ๆ ไม่เพียงพอ จะส่งผลให้เด็กมีการเจริญเติบโตไม่เต็มศักยภาพ เด็กตัวเล็ก เตี้ย กล้ามเนื้อลีบ ภูมิคุ้มกันต่ำ สติปัญญาต่าง ๆ เรียนรู้ได้ช้า แต่ถ้าได้รับพลังงานมากเกินไปและติดต่อกันนานจะทำให้มีน้ำหนักตัวมาก เกิดเป็นโรคอ้วน และโรคอื่น ๆ แทรกซ้อนตามมา ซึ่งมีผลเสียต่อสุขภาพในอนาคตของเด็กได้ และนอกจากตัวเด็กนักเรียน และผู้ปกครองที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานแล้ว หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและนักสาธารณสุขจะต้องดำเนินการแก้ไขปัญหาที่มีอยู่ในชุมชนให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

การประเมินด้านโภชนาการในเด็กวัยเรียน

การประเมินสุขภาพเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญของกระบวนการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น การเก็บรวบรวมข้อมูลต้องถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพอย่างแท้จริง อันจะนำไปสู่ข้อกำหนดวินิจฉัยสุขภาพเบื้องต้น และการวางแผนกิจกรรมที่ตอบสนองต่อความต้องการ การประเมินสุขภาพสามารถทำได้โดยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการวิเคราะห์ข้อมูล เป็นต้น การประเมินภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียนมีความจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อช่วยในการสำรวจภาวะโภชนาการ ที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเด็กวัยเรียน (Bureau of Nutrition Department of Health, 2017) โดยสามารถทำได้ดังนี้

1. การซักประวัติ การซักประวัติที่ดีจะทำให้ทราบถึงปัญหาด้านโภชนาการ ซึ่งการซักประวัติอาจทำในรูปแบบของการสอบถาม หรือการพูดคุย/สัมภาษณ์ทั้งตัวเด็กวัยเรียนและผู้ปกครอง เช่นการสัมภาษณ์อาหารที่รับประทานในแต่ละวัน ส่วนผสม และจำนวนมื้อที่รับประทาน เป็นต้น

2. การตรวจร่างกาย โดยการประเมินการเจริญเติบโต โดยการชั่งน้ำหนัก วัด ส่วนสูง นอกจากนี้ควรมีการตรวจความผิดปกติของร่างกายตั้งแต่หัวจรดเท้าเพื่อประเมิน ภาวะขาดสารอาหาร หรือภาวะโภชนาการเกินร่วมด้วย เช่น ประเมินลักษณะสีตา สีเล็บบ่งชี้ ว่ามีภาวะขาดโปรตีนหรือไม่ เป็นต้น

โดยเด็กวัยเรียนควรมีน้ำหนัก ส่วนสูงที่เหมาะสมตามวัย (Department of Public Health, 2003) ดังตาราง 3

ตาราง 3 น้ำหนัก ส่วนสูงที่เหมาะสมของเด็กวัยเรียนตามกลุ่มอายุ

Age	น้ำหนักที่เหมาะสม	ส่วนสูงที่เหมาะสม
อายุ 4-6 ปี	น้ำหนัก 16-20 กก.	ส่วนสูง 100-110 ซม.
อายุ 7-9 ปี	น้ำหนัก 22-26 กก.	ส่วนสูง 115-125 ซม.
อายุ 10 – 12 ปี	น้ำหนัก 28-32 กก.	ส่วนสูง 130-140 ซม.

หลังการประเมินต้องนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินทั้งหมดมาวิเคราะห์อย่างมี เหตุผล ซึ่งการวิเคราะห์เป็นการส่งสัญญาณว่าเด็กวัยเรียนมีภาวะโภชนาการอย่างไร มีปัญหา ต่อการส่งต่อหรือไม่ แล้วจึงนำผลการวิเคราะห์นั้นมาวางแผนการส่งเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการต่อไป

แนวทางการปฏิบัติของนักสาธารณสุขเพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการในเด็กวัยเรียน

เด็กวัยเรียน เป็นวัยที่มักจะมีปัญหาภาวะทุพโภชนาการ และปัญหาขาดสารอาหาร เพราะเป็นวัยที่ซุกซน หว่งเล่น และยังไม่รู้จักเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ใน บทบาทของนักสาธารณสุขสิ่งที่จะเป็นการกระตุ้นเด็กมากที่สุดคือให้คำแนะนำผู้ปกครองใน การรับรู้ใส่ใจในความต้องการอาหารของเด็ก และให้คำแนะนำผู้ปกครองเพื่อสามารถจัด อาหารให้เพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพตามที่ร่างกายเด็กต้องการในแต่ละมื้อแต่ละวัน ให้ เด็กได้รับอาหารที่ครบถ้วนและปลอดภัย สามารถป้องกัน แก้อา และฟื้นฟูภาวะทุพ โภชนาการของเด็กได้ (Singsam, suwanvaha, & Sonkadsarin, 2017) โดยนักสาธารณสุข แนะนำแนวทางในการปฏิบัติตามหลักขั้นพื้นฐานดังนี้

1. แนะนำโรงเรียนหรือผู้ปกครองจัดอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการครบ ทั้ง 5 หมู่ และจัดให้ มีอาหารมื้อว่าง เช่น นมสดหรือน้ำผลไม้
2. ไม่ให้อาหารว่างก่อนมื้ออาหารหลัก หรือให้อาหารบ่อยจนเด็กไม่เกิดความหิว โดยจัดอาหารว่างที่มีคุณภาพ เช่น ผลไม้ แทน น้ำหวาน เบเกอรี่ ขนมกรุบกรอบ
3. แนะนำให้ผู้ปกครองฝึกให้เด็กรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ทุกชนิด รวมถึงให้ ลองอาหารชนิดใหม่ เช่น มะเขือเทศ ผักใบเขียว โดยเริ่มให้ครั้งละน้อยๆ แล้วค่อยเพิ่ม

ปริมาณโดยไม่ควรบังคับ เพราะจะทำให้เด็กไม่ชอบอาหารชนิดนั้นและไม่ยอมรับประทานอีก และถ้าเด็กอ้วน ไม่ควรคะยั้นคะยอให้รับประทานอีก จะทำให้เด็กปฏิเสธอาหารชนิดนั้น

4. การดัดแปลงสูตร/วิธีทำ/รสชาติอาหาร ควรเน้นอาหารรสชาติอ่อน และมีการจัดอาหารให้มีลักษณะแตกต่างกัน เช่น นุ่ม กรอบ สีสัน กลิ่นหอมน่ารับประทาน เป็นต้น

5. อาหารที่จัดให้เด็กควรเป็นอาหารที่ย่อยง่าย

6. บรรยากาศและสิ่งแวดล้อมขณะรับประทานอาหาร นักสาธารณสุขควรแนะนำผู้ปกครองไม่ควรบ่นว่าหรือดุเด็กในเรื่องใด ทั้งสิ้นเพราะจะทำให้เด็กมีความรู้สึกที่ไม่ดีต่ออาหาร จัดบรรยากาศในการรับประทานอาหารเป็นเวลาที่มีความสุข โดยส่งเสริมให้เด็กรับประทานอาหารเอง

7. จัดอาหารให้ตรงเวลา ถ้าเด็กกำลังเล่นสนุกให้บอกเด็กล่วงหน้าว่าถึงเวลาอาหารให้หยุดพัก ล้างมือเตรียมรับประทานอาหาร จะทำให้เด็กรู้ตัวล่วงหน้า หยุดเล่น และเตรียมตัวรับประทานอาหาร เด็กจะได้ไม่เหนื่อยหรือตื่นเต้น ไม่อยากหยุดเล่นจนไม่ยอมรับประทานอาหาร

8. ชวนเด็กให้ช่วยคิดว่าจะรับประทานอะไร ช่วยเลือกซื้อ มีส่วนร่วมในการทำอาหาร เช่น ล้างผัก ทำให้เด็กมีความภูมิใจ อยากชิมอาหารที่ตัวเองมีส่วนร่วม

9. นักสาธารณสุขจะต้องเป็นแบบอย่างให้กับผู้ปกครอง เพื่อผู้ปกครองจะต้องเป็นตัวอย่างที่ดีในการสร้างสุขนิสัยแก่เด็ก เช่น การล้างมือก่อนรับประทานอาหาร และรับประทานอาหารเป็นเวลา อีกทั้งควรสอนให้เด็กเคี้ยวอาหารให้ละเอียด

อนึ่งในการส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารให้มีภาวะโภชนาการที่เหมาะสมตามวัยของเด็กวัยเรียนจากประสบการณ์ในการวิจัยด้านพฤติกรรม และการบริโภคอาหารของเด็กในพื้นที่ตะเข็บชายแดน โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนในพื้นที่ภาคเหนือ ของผู้เขียนบทความนี้ อ้างอิงจากการวิเคราะห์สังเคราะห์จากงานวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียน ในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน จังหวัดแม่ฮ่องสอน พบว่า การดำเนินงานด้านโภชนาการของเด็กในพื้นที่ห่างไกลและทุรกันดาร จะมีสถานที่การบริโภคอาหารอยู่ 2 แห่ง คือ 1) ที่บ้านและที่โรงเรียน ที่บ้านเด็กนักเรียนจะรับประทานอาหารตามบริบทของครอบครัวซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นอาหารที่มีวัตถุดิบมาจากการหาของป่า เช่น พืชผัก และสัตว์ป่า เป็นต้น 2) ที่โรงเรียน จำนวนร้อยละ 100.0 เด็กนักเรียนรับประทานอาหารจากการประกอบอาหารของแม่ครัวและคุณครู โดยวัตถุดิบส่วนมาจากการซื้อในตลาด การปลูกผักสวนครัวในโรงเรียน และจากผู้ปกครองของนักเรียนที่นำมาสมทบให้ ประเด็นที่ได้พบเจอในส่วนนี้หมวดอาหารที่เป็นประเภทเนื้อสัตว์ เด็กจะได้รับในปริมาณที่น้อยเนื่องจากต้นทุนในการซื้อแต่ละวันที่ทางโรงเรียนมีนั้นค่อนข้างน้อยจึงไม่สามารถซื้อในปริมาณที่เพียงพอกับเด็กนักเรียนได้ วัตถุดิบหลักส่วนใหญ่จึงมาจากผักสวนครัวที่ทางครูและนักเรียนได้ร่วมกันปลูก เพราะฉะนั้นแล้ว

คาดการณ์ได้ว่า เด็กอาจจะได้รับสารอาหารประเภทโปรตีนไม่เพียงพอต่อการของร่างกาย ซึ่งปัญหานี้จะพบกับกับที่บ้านในวัดฤดูบที่นำมาปรุงอาหาร

หากจะดำเนินการแก้ไขในการบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียนในพื้นที่ห่างไกลและทุรกันดาร นักสาธารณสุข จะต้องทราบว่าทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดนั้นมีอะไรบ้าง เช่น ยังขาดเรื่องสารอาหารประเภทโปรตีน การส่งเสริมให้เด็กได้รับโปรตีนในปริมาณที่เพียงพอได้สามารถน้อมนำพระราชดำรัส เศรษฐกิจพอเพียงของรัชการที่ 9 ที่เป็นเสมือนรากฐานของชีวิต โดยการส่งเสริมการเลี้ยงสัตว์ที่มีโปรตีนสูง เช่น ไก่ป่า หมูป่า กบ เขียด เลี้ยงได้ในพื้นที่ที่มีอยู่อย่างจำกัด อย่างเช่น บ้านและโรงเรียน และการปลูกผักสวนครัวปลอดสารพิษไว้รับประทานได้ในครัวเรือนและในโรงเรียน เป็นต้น ทั้งหมดนี้เป็นปัจจัยพื้นฐานที่ไม่อาจมองข้ามที่สามารถส่งเสริมสุขภาพในเรื่องโภชนาการให้มีความเหมาะสมให้กับนักเรียนได้อีกเช่นกัน

สรุป

การบริโภคอาหารเป็นปัจจัยหลักที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของเด็กวัยเรียน เพราะอาหารเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ทำให้ร่างกายและระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายเป็นปกติสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ การบริโภคอาหารที่ถูกหลักครบถ้วน เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายทุกมือ จะทำให้ร่างกายเด็กแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่เจ็บป่วย ทำให้การดำรงชีวิตเป็นปกติมีภาวะโภชนาการที่ดี ในทางตรงข้ามถ้าเด็กบริโภคอาหารไม่ได้สัดส่วนกับความต้องการของร่างกายในแต่ละวัน หรือไม่ได้รับสารอาหารครบถ้วน จะทำให้การทำงานของร่างกายผิดปกติหรืออาจเจ็บป่วยเป็นโรคต่าง ๆ หรือเกิดภาวะทุพโภชนาการ และถ้ารับประทานอาหารไม่เพียงพอจะทำให้ขาดสารอาหาร แต่ถ้าได้รับสารอาหารมากเกินไปจนเกินความจำเป็นของร่างกายก็จะทำให้เกิดภาวะโภชนาการเกินหรืออ้วนทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ได้ เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ ดังนั้นพ่อแม่หรือผู้ปกครองจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียน สิ่งที่ทำหายที่สุดสำหรับนักสาธารณสุขที่ต้องแก้ไขปัญหานี้ คือ ภาษาที่จะต้องเข้าถึงประชาชนให้มากที่สุด เนื่องจากส่วนใหญ่ฟังภาษาไทยไม่เข้าใจจึงมีปริมาณที่มากอยู่ และอีกปัญหาคือ ระยะเวลา ระยะทางที่จะเข้าถึงกลุ่มเด็กนักเรียนพื้นที่ห่างไกลและทุรกันดาร ที่ลำบาก และใช้เวลานาน นอกจากให้ความรู้เพิ่มเติมแล้ว จะต้องใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์มากที่สุด โดยส่งเสริมให้ประชาชนสามารถดำรงชีวิตและร่วมแก้ไขได้บนรากฐานของชีวิตได้ด้วยตนเอง เพื่อความยั่งยืนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปได้

ข้อเสนอแนะ

1. บทความนี้เป็นบทความวิชาการที่ได้รับรวบรวมเนื้อหาตามเอกสารต่าง ๆ และประสบการณ์ทำงานของผู้เขียนบทความนี้ หากได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าว การขาดสารอาหารบางชนิดในเด็กนักเรียนโดยทดสอบการวิจัยปริมาณสารอาหารและส่งเสริมโภชนาการ ที่เด็กเรียนได้ควรได้รับเพิ่มเติมด้วย
2. การแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการในเด็กวัยเรียนต้องอาศัยทรัพยากรที่มีอย่างจำกัดบนรากฐานของชีวิตให้คุ้มค่าและยั่งยืนมากที่สุด
3. ศึกษาเพิ่มเติมในปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อบทบาทการส่งเสริมโภชนาการของนักสาธารณสุขที่ประสบผลสำเร็จในพื้นที่ห่างไกลและทุรกันดาร

References

- Bureau of Nutrition, Department of Health, Ministry of Public Health. (2018). *Growth Assessment*. Retrieved June 20, 2019 from <http://nutrition.anamai.moph.go.th>.
- Department of Health Ministry of Public Health. (2015). *Concerns about 36 Percent of Obese School Children*. Retrieved June 3, 2019 from <http://www.thaihealth.or.th/Content>.
- Faculty of Medicine Siriraj Hospital. (2012). *Nutrition in School Age Children*. Retrieved June 14, 2019 from www.si.mahidol.ac.th/th/.
- Langkawi, P. (2008). *Food Consumption Patterns, Nutritional Status and Lifestyle about Health of Prathom 4 - 6 Elementary School, Khon Kaen University Demonstration School (Mor Din Daeng) Khon Kaen University*. Master's thesis of Public Health, khon kaen university. (in Thai).

ผลของฉลากยารูปภาพต่อพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
ที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลบ้านหนองรี ตำบลบ้านเล็ก อำเภोधราราม จังหวัดราชบุรี
The Effect of Drug Label Pictures on Drug Use Behavior in the
Elderly with High Blood Pressure that Cannot Blood Pressure
In the Area of Ban Nong Ri Health Promotion Hospital Ban Luek
Sub-district, Photharam District, Ratchaburi Province

ชนิษฐา สระทองพร้อม^{1*} และ สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์²

Ckhanidtha Sratongprom^{1*} and Sutthisak Suriruk²

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองรี¹, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี²

Public health Center Bannongri¹, Sirindhorn College of Public Health Suphanburi²

(Received: March 11, 2020; Revised: July 9, 2020; Accepted: July 20, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ก่อนและหลังการได้รับฉลากยารูปภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตที่รับบริการใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองรี ตำบลบ้านเล็ก อ.โพธาราม จ.ราชบุรี จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ฉลากยารูปภาพ แบบสัมภาษณ์ และแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาได้ค่าเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .80 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า

การใช้ฉลากยารูปภาพ พฤติกรรมในด้านตรงเวลาก่อนการทดลองค่าเฉลี่ย 1.46 หลังการทดลองลดลงค่าเฉลี่ย 1.10 ด้านถูกต้องก่อนการทดลองค่าเฉลี่ย 2.60 หลังการทดลองลดลงค่าเฉลี่ย 1.13 และรับประทานยาเองและถูกต้องตามฉลากยาเมื่อถูกซักถามก่อนการทดลองค่าเฉลี่ย 1.20 และหลังการทดลองเพิ่มขึ้น 2.40 หลังการได้รับฉลากยารูปภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม ($M=15.60$, $SD=3.04$) สูงกว่าก่อนได้รับฉลากยารูปภาพ ($M=11.13$, $SD=2.09$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ควรนำฉลากยาไปใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานยาที่ถูกต้อง

คำสำคัญ : ฉลากยารูปภาพ, พฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุ, โรคความดันโลหิตสูง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: nongri07956@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 061-6949893)

Abstract

This quasi-experimental research, one-group pretest - posttest design, aimed to compare drug use behavior in the elderly with uncontrolled hypertension before and after intervention using drug label pictures. Participants were 30 elderly persons with uncontrolled hypertension registered at Ban Nong Ri Health Promoting Hospital, Ban Luek Sub-district, Photharam District, Ratchaburi Province. Research tools included drug label pictures, questionnaires and drug use behavior assessment with Cronbach's alpha coefficient .08. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation and Paired t-test. The results revealed that:

The use of drug label pictures led to effect on drug use behavior of the participants, covering: the on time aspect which had mean score 1.46 before intervention and 1.10 after intervention; the complete aspect which had mean score 1.16 before intervention and 2.35 after intervention; the accurate aspect which had mean score 2.60 before intervention and 1.13 after intervention; and the consistent aspect which had mean score 1.30 before intervention and 2.03 after intervention. Regarding participants' taking medicines correctly following the drug label pictures when asking, it had mean score 1.20 before intervention and 2.40 after intervention.

When comparing drug use behavior of the participants before and after intervention, the average score of the behavior after intervention ($M = 15.60$, $SD=3.04$) was significantly higher than before intervention ($M = 11.13$, $SD= 2.09$). It could be suggested that the drug label pictures should be used continuously to improve taking the medicines of the patients in the right way.

Keywords: drug label pictures, drug use behavior in the elderly, hypertension

บทนำ

ยาถือเป็นหนึ่งในปัจจัยที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ สิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถ ใช้อย่างมีประสิทธิภาพคือการให้ยาให้ถูกต้องทั้งถูกคน ถูกโรค ถูกเวลา ถูกขนาด และถูกวิธี ซึ่งการมีความรู้ และเข้าใจในการใช้ฉลากยา ตัวอักษรหรือรูปภาพประกอบการทานยาเพื่อความปลอดภัยในการใช้ยา ดังนั้นฉลากยาจึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะช่วยให้ข้อมูลเป็นประโยชน์ทำให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยา (อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ และนิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ, 2557)

ในประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2548 และสัดส่วนประชากรในวัยเด็ก และประชากรวัยแรงงาน มีแนวโน้มลดลง ขณะที่สัดส่วนประชากรวัยสูงอายุมีแนวโน้ม เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องประกอบด้วยผู้ชาย 4.6 ล้านคน และผู้หญิง 5.7 ล้านคน (สถานการณ์ ผู้สูงอายุไทย, 2558) และพบผู้ป่วยตายด้วยโรคระบบไหลเวียนโลหิตหรือโรคหัวใจและหลอดเลือด ในปี 2557 มีอัตรา 90.3, ปี 2558 มีอัตรา 95.1, ปี 2559 มีอัตรา 107.2, ปี 2560 มีอัตรา 103.7 ซึ่งพบว่ามีอัตราการตายที่เพิ่มขึ้น (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2561) และ นโยบายกระทรวงสาธารณสุขปี 2562 ที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ คือ เมื่อประเทศเข้าสู่สังคม ผู้สูงอายุ ต้องให้ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลรักษาโรคประจำตัว ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงมีคนดูแลในครอบครัวและชุมชนและเมื่อเข้าโรงพยาบาลก็ควรได้รับการดูแลตามช่องทางที่เหมาะสม (สุชุม กาญจนพิมาย, 2561)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองรี มีผู้สูงอายุในการดูแลจำนวน 892 ราย ผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 395 ราย และไม่สามารถควบคุมค่า ความดันโลหิตได้จำนวน 257 รายคิดเป็นร้อยละ 65.06 จากผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดัน โลหิตสูงที่รักษาที่โรงพยาบาลโพธารามและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองรี และจากการสอบถามและพูดคุยกับผู้สูงอายุ พบว่า มีปัญหามองเห็นไม่ชัด อักษรตัวเล็ก ฝาดยากมักเป็นข้อความที่สั้นและกระชับมาก จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจผิด และ ตีความหมายของข้อความบนฉลาก และส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจัดทำทานยารับประทานเอง โดยจะทาน ยาตามความเข้าใจของตนเองโดยเกิดอาการหลงลืมเมื่อแพทย์ปรับปริมาณในการทานยา จึง ทำให้การทานยาผิดและไม่ตรงกับที่แพทย์ต้องการให้ผู้ป่วยรับประทานยานั้น ๆ จากปัญหาดังกล่าว ทางเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองรี จึงมีแนวคิดในการ จัดทำฉลากยารูปภาพ เพื่อแก้ไข้ปัญหาในผู้ป่วยสูงอายุซึ่งส่วนใหญ่หยาบรับประทานเอง และทานยาตามความเข้าใจของตนเอง เนื่องจากการรับรู้ทางการได้ยินน้อยลงทำให้ไม่ สามารถฟังคำอธิบายจากเภสัชกรได้อย่างชัดเจนอีกทั้งความสามารถในการมองเห็นที่ลดลง ทำให้การดูฉลากยาซึ่งมีตัวอักษรขนาดเล็ก อาจส่งผลต่อการรับประทานยาที่ถูกต้องใน ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่รับประทานยาด้วยตนเอง ซึ่งการรับประทานยาไม่ถูกต้อง ตามแพทย์สั่งจะส่งผลต่อการรักษาหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อผู้ป่วยได้

ทางผู้วิจัยจึงได้จัดทำงานวิจัยนี้ เพื่อหาทางแก้ไข้ฉลากยาให้เป็นฉลากยารูปภาพใน ผู้สูงอายุที่รับประทานยาเองเพื่อความถูกต้อง ครบถ้วน และสม่ำเสมอในทุกตัวยา และใช้ เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบ ของฉลากช่วยให้เหมาะสม และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อ ผู้ป่วยที่มาใช้บริการ

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองรี อ.โพธาราม จ.ราชบุรี ก่อนและหลังการได้รับฉลากยารูปภาพ

สมมุติฐานวิจัย

พฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองรี อ.โพธาราม จ.ราชบุรี หลังการได้รับฉลากยารูปภาพดีกว่าก่อนใช้ฉลากยารูปภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest- Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองรี ตำบลบ้านเลือก อำเภोधาทาราม จังหวัดราชบุรี จำนวน 257 คน กำหนดเกณฑ์คัดเข้าได้แก่ 1) เป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ 2) เป็นผู้ที่มิมีสัญชาติไทย เชื้อชาติไทย อ่านออกเขียนได้ 3) เข้าร่วมด้วยความสมัครใจ โดยได้รับคำบอกกล่าวอย่างเต็มใจ และ 4) เป็นผู้ที่สามารถตอบคำถามเองได้ สำหรับเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ 1) มีโรคประจำตัวอื่นนอกจากโรคความดันโลหิตสูง และ 2) ผู้เข้าร่วมวิจัยขอลอนตัว

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองรี ตำบลบ้านเลือก อำเภोधาทาราม จังหวัดราชบุรี โดยการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) สนใจที่จะสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ อาศัยอยู่กับ สหิการรักษายาบาล ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ค่าความดันโลหิต จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์ประเมินพฤติกรรมพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จำนวน 10 ข้อ ทั้งหมด 4 ประเด็น ได้แก่ ตรงเวลา ครบถ้วน ถูกต้อง และสม่ำเสมอ

แบ่งระดับพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จากการสอบถามและสังเกตจากผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองรี 3 ระดับ โดยใช้ค่าทางสถิติคะแนนเฉลี่ยเลขคณิต กำหนดช่วงวัดดังนี้ (Best, 1977)

คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00 หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในเกณฑ์ดี

คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในเกณฑ์พอใช้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66 หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรง (Validity) หาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้มีประสบการณ์ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ หาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (Content Validity Index: CVI) โดยนำมาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งชุด (S-CVI) ซึ่งจะต้องได้ค่ามากกว่า .80 (Polit, & Beck, 2012) ในครั้งนี้มีค่าเท่ากับ 0.90 แล้วปรับตามข้อเสนอแนะเพื่อความชัดเจนและข้อคำถามไม่กำกวม ตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัย

จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 มาทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ที่สมัครใจมาเข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเลือกตำบลบ้านเลือก อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

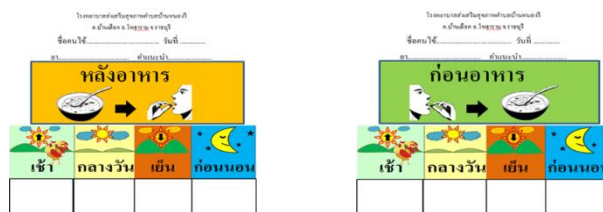
ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยติดต่อขออนุญาตทำการวิจัย โดยนำหนังสือจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองรี ไปยังฝ่ายวิชาการ โรงพยาบาลโพธาราม ซึ่งเป็นขออนุญาตในการศึกษาและเก็บข้อมูลเพื่อศึกษาวิจัยในเรื่องดังกล่าว พร้อมขอการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ รหัสโครงการวิจัยเลขที่ 05/2562 วันที่ 15 กรกฎาคม 2562

2. ผู้วิจัยอธิบายบทบาทของผู้วิจัยและวิธีการเก็บข้อมูล รวมถึงวิธีการปฏิบัติ ตลอดจนเก็บข้อมูลพื้นฐานก่อนลงมือปฏิบัติและอธิบายวิธีการทำความเข้าใจในการใช้ฉลากยาสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุเตรียมความพร้อมความเข้าใจของตนเองในการวิจัย

ขั้นการทดลอง

1. ดำเนินการเก็บข้อมูลพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ในด้าน ตรงเวลา ครบถ้วน ถูกต้องและสม่ำเสมอ แล้วเก็บรวบรวมผลการทดลองก่อน เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลและเปรียบเทียบต่อไป



2. ผู้วิจัยดำเนินการโดยกาอธิบายภาพที่ระบุอยู่บนฉลากยาสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ โดยใช้ผู้สูงอายุที่รับที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองรีและการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านเพื่อติดตามผลในพฤติกรรมและวัดความดันโลหิต โดยใช้เวลาทำการวิจัยทั้งสิ้น 3 เดือน ในการเก็บข้อมูลและสังเกตสอบถามพฤติกรรมมารับประทานยาแล้วบันทึกผล

3. เมื่อสิ้นสุดตามกำหนด ผู้วิจัยทำการทดสอบพฤติกรรมมารับประทานยาหลังการได้รับฉลากยาสุขภาพในผู้สูงอายุ แล้วเก็บรวบรวมผลการทดสอบ

ขั้นหลังการทดลอง

ผู้วิจัยนำผลที่ได้จากการทดลองพฤติกรรมเปรียบเทียบก่อนและหลังการการได้รับฉลากยาสุขภาพในผู้สูงอายุ และวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติใช้แจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. การวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ก่อนและหลังการได้รับฉลากยาสุขภาพ โดยใช้สถิติ Paired t-test

ทั้งนี้ก่อนการวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น โดยการทดสอบข้อมูลว่ามีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ หรือไม่ด้วยการทดสอบจากสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยขอจริยธรรมการวิจัย จากโรงพยาบาลโพธาราม รหัสโครงการวิจัยเลขที่ 05/2562 ลงวันที่ 15 กรกฎาคม 2562

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตาราง 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ของข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	6	20.00
หญิง	24	80.00
อายุ		
60 - 65 ปี	6	20.00
66 - 70 ปี	9	30.00
71 - 75 ปี	3	10.00
76 - 80 ปี	8	26.66
81 - 85 ปี	2	6.67
86 ปีขึ้นไป	2	6.67
การศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	1	3.33
ประถมศึกษา	23	76.67
มัธยมศึกษา	4	13.33
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	2	6.67
สถานภาพ		
โสด	2	6.67
คู่/สมรส	23	76.67
หม้าย	5	16.66

ตาราง 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ของข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	14	46.67
เกษตรกรกรรม	6	20.00
รับจ้าง	4	13.33
อื่น ๆ (แม่บ้าน ค้าขาย)	6	20.00
อาศัยอยู่ร่วมกับ		
อยู่คนเดียว	3	10.00
อยู่ร่วมกับครอบครัว	27	90.00
สิทธิการรักษา		
สิทธิราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	3	10.00
ประกันสังคม	1	3.33
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	26	86.67
ระยะเวลาที่ป่วย		
ต่ำกว่า 10 ปี	12	40.00
10 - 20 ปี	17	56.67
21 ปีขึ้นไป	1	3.33
ค่าความดันโลหิต		
ควบคุมได้ (BP ≤ 139/89mmHg.)	27	90.00
ควบคุมไม่ได้ (BP ≥ 140/90mmHg.)	3	10.00
รวม	30	100

จากตาราง 1 พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามในงานวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.00 มีอายุ 66-70 ปี ร้อยละ 73.33 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 76.66 สถานภาพสมรส ร้อยละ 76.66 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 46.66 อาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัว ร้อยละ 90.00 ใช้สิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 86.66 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นความดันโลหิตสูง 10 - 20 ปี ร้อยละ 56.66 และมีค่าความดันโลหิตที่ควบคุมได้ หลังเข้าร่วมวิจัย ร้อยละ 90.00

2. พฤติกรรมการทานยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้

ตาราง 2 พฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ก่อนและหลังการทดลอง

ข้อที่	พฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		แปลผล หลังการ ทดลอง
		M	SD	M	SD	
ตรงเวลา						
1.	ท่านปฏิบัติในการมารับยาตรงตามเวลาที่แพทย์นัด	1.23	.50	1.25	.18	ไม่ดี
2.	รับประทานยาคิดเวลา โดยทานยาคิดจากฉลากยาที่บอกไว้ เช่น มือเข้าไปทานมือกลางวัน ทานมือเย็นเป็นก่อนนอน เป็นต้น*	2.46	.57	1.10	.30	ดี*
ครบถ้วน						
3.	เมื่อรับประทานยาหมดท่านจะไปพบแพทย์ทันที	1.30	.70	2.13	.34	ดี
4.	รับประทานยาครบทุกชนิดตามเวลาที่แพทย์สั่ง	1.16	.63	2.35	.46	ดี
ถูกต้อง						
5.	ท่านทานยาลดหรือเพิ่มหรือหยุดยาเอง*	2.60	.62	1.13	.46	ดี*
6.	ตรวจสอบลักษณะของยาและมีการซักถามเมื่อลักษณะของยาที่เปลี่ยนได้รับเปลี่ยนไป	1.36	.66	1.37	.53	ไม่ดี
7.	รับประทานยาเองและสามารถตอบถูกต้องตามฉลากยาเมื่อถูกซักถาม	1.20	.40	2.40	.69	ดี
8.	เมื่อยาหมดก่อนนัดท่านจะยืมยาเพื่อนบ้านรับประทาน*	1.26	.52	1.25	.51	ไม่ดี*
สม่ำเสมอ						
9.	รับประทานยาตามแผนการรักษาที่แพทย์สั่งในทุก ๆ วันอย่างต่อเนื่อง	1.50	.50	1.73	.18	พอใช้
10.	รับประทานยาตามตรงเวลาสม่ำเสมอ	1.30	.46	2.03	.18	ดี

จากตาราง 2 หลังจากการทดลองผลของฉลากยาคุณภาพต่อพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองรี ตำบลบ้านเล็อก อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี พบว่าพฤติกรรมในด้านตรงเวลา การรับประทานยาที่ผิดเวลาโดยทานยาคิดจากฉลากยาบอกไว้ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ย 2.46 หลังการทดลองลดลงค่าเฉลี่ย 1.10 อยู่ในด้านถูกต้อง การลดหรือเพิ่มหรือหยุดยาเองก่อนการทดลองค่าเฉลี่ย 2.60 หลังการทดลองลดลงค่าเฉลี่ย 1.13 และรับประทานยาเองและถูกต้องตามฉลากยาเมื่อถูกซักถามก่อนการทดลองค่าเฉลี่ย 1.20 หลังการทดลองเพิ่มขึ้นค่าเฉลี่ย 2.40

3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ก่อนและหลังการได้รับฉลากยารูปภาพ

ตาราง 3 ตารางการวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้สูง ก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้สูง	M	SD	df	t	p-value (1-tailed)
ก่อนการทดลอง	11.13	2.09	29	-7.44	<.001
หลังการทดลอง	15.60	3.04			

จากตาราง 3 แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้สูงก่อนการทดลองมีค่า 11.13 และหลังการทดลองมีค่าเท่ากับ 15.60 เมื่อนำค่าเฉลี่ยการพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ก่อนและหลังการทดลอง มาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ Paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ภายหลังการทดลองมีค่าสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ภายหลังการทดลองมีค่าสูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งเมื่อพิจารณาจากการสำรวจปัญหาด้านการใช้ยาในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองรี พบว่ามีผู้สูงอายุที่รับประทานยาผิดวิธี ผิดเวลาและทานยาที่เสื่อมคุณภาพโดยแกะยาออกมาจากแผงจำนวนมากทำให้เม็ดยาโดนแสงเกิดความชื้นทำให้คุณภาพยาเสื่อม ซึ่งทำให้เกิดผลข้างเคียงและอาจอันตรายถึงชีวิตได้ และจากการสอบถามสาเหตุการรับประทานยาผิดพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุบอกว่า “สายตาไม่ดี ฉลากยาตัวเล็ก มองไม่เห็น อ่านหนังสือไม่ออก ผู้สูงอายุใช้วิธีการจำลักษณะของเม็ดยา ซึ่งบางตัวก็เหมือน ๆ กันบางครั้งโรงพยาบาลเปลี่ยนยาให้ใหม่ทำให้เกิดความสับสน จึงรับประทานยาผิดบ่อย ๆ” เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้นจะเกิดการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความชราภาพ (Age Related Physiologic Change) เป็นการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในทุกกระบบ และในด้านการมองเห็น ลูก ตามีขนาดเล็กลง หนึ่งตาตก รูม่านตาเล็กลง ปฏิกริยาในการตอบสนองต่อแสงของม่านตาลดลง ทำให้การปรับตัวต่อที่มีด ไม่ดี กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อมลง ทำให้สายตาวายขึ้น มองเห็นภาพใกล้ ๆ ไม่ชัดเจน และทำให้ความสามารถในการมองเห็น ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และในจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 87 ราย พบว่า ฉลากยา

รูปภาพสามารถช่วยเพิ่มความรู้ความเข้าใจ ความถูกต้องและความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังได้ (วีระพล ภิมาลย์ และภัทรพล เพียรชนะ, 2557) และนวัตกรรมฉลากยารูปภาพ เพื่อจัดการกับปัญหาการรับประทานยาผิดจากฉลากยาที่มีขนาดเล็ก ตัวอักษรไม่ชัดเจน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับประทานยาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ลดการเกิดความคาดเคลื่อนทางยา ลดภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาผิดหรือเกินขนาดได้

นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้โดยมิโดยใช้รูปภาพและสีในการอธิบายก่อนทานอาหารหลังทานอาหาร และใช้ภาพในการแสดงเวลาเช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน เพื่อให้ผู้ป่วยผู้สูงอายุที่รับประทานยาเองสามารถมองเห็นและเข้าใจได้ง่ายมากขึ้น เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการทานยาและสามารถควบคุมของภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเมื่อพิจารณาจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุประกอบด้วย ปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาทั้งด้านความสามารถในการบริหารยาและความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาประกอบด้วย ปัจจัยความสามารถของบุคคล เช่น ความรู้ ทักษะ ความจำ การมองเห็น การใช้มือหยิบจับ และปัจจัยภารกิจในชีวิตประจำวัน เช่น การทำงาน เพื่อหาเลี้ยงชีพ งานดูแลผู้อื่น งานอาสาสมัคร หรืองานสังคม และกระตุ้นให้มีการเปลี่ยนพฤติกรรมในการใช้ยา ได้แก่ การปรากฏของอาการของโรค เช่น ความรุนแรงและความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น และการตอบสนองของร่างกายต่อยา เช่น การเกิดผลข้างเคียงและผลลัพธ์เชิงการรักษา และปัจจัยปรับเปลี่ยน ปัจจัยที่ส่งผลต่อปัจจัยที่มีอยู่เดิม ปัจจัยชักนำ และพฤติกรรมการใช้ยา ได้แก่ ปัจจัยทางสังคม เช่น ครอบครัว เพื่อนบ้านและบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งสื่อต่าง ๆ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวยาที่ใช้ เช่น คุณสมบัติของยาในการรักษา ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น และความซับซ้อนของวิธีการใช้ยา (อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ และนิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ, 2557) พฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ โดยส่วนใหญ่จะพบปัญหาในการทานยาทั้งหมด 4 ประเด็น ได้แก่ ตรงเวลา ครบถ้วน ถูกต้อง สม่ำเสมอได้สอดคล้องกับวีระพล ภิมาลย์ (2557) ที่ได้ทำการศึกษาพัฒนาและประเมินระบบฉลากยารูปภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุ ใช้ในกลุ่มทดลองคือผู้ป่วยที่ได้รับฉลากยารูปภาพ ร่วมกับฉลากข้อความตัวอักษร พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความเข้าใจในการใช้ยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.027$) และมีคะแนนความถูกต้องในการใช้ยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.025$) และพบว่าฉลากยารูปภาพอาจเป็นอีกทางเลือกหนึ่งเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรใช้ฉลากยารูปภาพในการส่งเสริมการรับประทานยาที่ถูกต้องเหมาะสมในผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อที่จะป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค ผู้สูงอายุจะได้เข้าใจการทานยาจากฉลากยาที่เป็นรูปภาพ เช่น เวลาที่จะต้องรับประทานยา
2. ควรมีการศึกษาติดตามระยะยาวในการวัดความดันโลหิตและพฤติกรรมการรับประทานยาซ้ำเพื่อเป็นการ ประเมินประสิทธิผลของฉลากยารูปภาพและความคงอยู่ของพฤติกรรมการรับประทานยาที่ถูกต้อง ครบถ้วน ตรงเวลาและสม่ำเสมอ
3. มีการนำเสนอเผยแพร่และควรนำไปใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่รับประทานยาเอง ในโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการทานยาในผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีพฤติกรรมในด้านอื่น ๆ ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมที่เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและปัจจัยอื่น ๆ นอกเหนือจากการทานยา
2. ควรมีพัฒนาฉลากยาที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง อย่างเช่นปรับขนาดให้ใหญ่ขึ้น หรือภาพที่ผู้สูงอายุเข้าใจมากขึ้น เพื่อให้เกิดนวัตกรรมในงานด้านการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่รับประทานยา

References

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2561). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2561. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สุขุม กาญจนพิมาย. (2561). นโยบายปลัดกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ พ.ศ.2562. นนทบุรี: สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- วีระพล ภิบาลย์, ภัทรพล เพียรชนะ, รวีร รังสูงเนิน, ลิขิต ฤทธิยา และ วิภาดา ภัทรดุลย์ พิทักษ์ (2557). การพัฒนาและประเมินระบบฉลากยารูปภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุ. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน, 9(พิเศษ), 109-151.
- อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ และ นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ. (2557). พฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- Best, John W. (1977). Research in education. (3rd ed.). New Jersey : Prentice Hall.
- Polit DF, Beck CT.(2012).Principles and methods.(9 th ed.).Philadelphia, PA: Lippincott.

การตรวจสอบฟอร์มาลินในอาหารทะเล บริเวณพื้นที่ตลาด
อำเภออุทอง จังหวัดสุพรรณบุรี
Detection of Formalin in Seafood from the Market in
U Thong District, Suphan Buri Province, Thailand

อินกร ไผเพชร*

Thinakorn Faipet*

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี*
Sirindhorn College of Public Health Suphanburi*

(Received: May 13, 2020; Revised: July 7, 2020; Accepted: August 22, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อนำเสนอผลการตรวจวิเคราะห์หาสารฟอร์มาลินที่เจือปนในอาหารทะเลที่จำหน่ายในบริเวณตลาดอำเภออุทอง จังหวัดสุพรรณบุรี โดยทำการเก็บตัวอย่างอาหารทะเลจำนวน 48 ตัวอย่าง โดยทำการสุ่มตัวอย่างอาหารทะเล 4 ประเภท คือ ปลาหมึก กุ้ง ปลาหมึกกรอบ และแมงกะพรุนจากร้านอาหารทะเล 4 ร้าน จำนวน 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 7 วัน โดยใช้ชุดทดสอบ สารฟอร์มาลินในอาหาร ของกรมวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข นำเสนอผลการตรวจวิเคราะห์สารฟอร์มาลิน ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ

จากการสุ่มสารฟอร์มาลินตรวจจากร้านจำหน่ายอาหารทะเล 4 ร้าน รวมทั้งหมดตรวจตัวอย่าง 48 ตัวอย่าง ในอาหารทะเล ได้แก่ ปลาหมึก กุ้ง ปลาหมึกกรอบ และแมงกะพรุน โดยตรวจพบสารฟอร์มาลินจากร้านจำหน่ายอาหารทะเล 3 ใน 4 ร้าน (75%) และตรวจพบสารฟอร์มาลินในปลาหมึกกรอบ 4 ตัวอย่าง (33.33%) และ แมงกะพรุน 1 ตัวอย่าง (8.33%)

จากการตรวจพบสารฟอร์มาลินในอาหารทะเล ทำให้เล็งเห็นว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางด้านสาธารณสุขและเทศบาล จะต้องหามาตรการในการป้องกัน ปกป้องการนำอาหารทะเลที่ปนเปื้อนมาจำหน่ายให้กับประชาชน และควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับอันตรายที่ปนเปื้อนมากับอาหาร ให้กับผู้ประกอบการได้เข้าใจและขอความร่วมมือในการปฏิบัติให้ถูกต้องเพื่อความปลอดภัยของประชาชนผู้บริโภคในพื้นที่

คำสำคัญ: ฟอร์มาลิน, อาหารทะเล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: f.thinnakorn@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 084-8019133)

Abstract

This descriptive research aimed to present the detection of formalin contaminated in seafood at the market in U Thong district, Suphan Buri province. There were 48 samples in total collected from four shops at the market in every seven days for three times. The samples included squids, shrimp, preserved squids and jellyfish. Samples were examined by using the formalin test kits produced by the Department of Medical Sciences, Ministry of Public Health. The data were analyzed by descriptive statistics in terms of frequency and percentage.

The results revealed that three in four shops (75%) found formalin contaminated in seafood which four samples of preserved squids (33.33%) and one sample of preserved jellyfish (8.33%) had contamination of formalin.

According to the above findings, it could be realized that health related and municipal organizations should provide the deterrence or random check measures to prevent selling contaminated seafood of the shops for the customers. In addition, the organizations should offer the activities related to health education about food safety for the shop keepers to understand and collaborate in selling hygienic or safe foods for the customers.

Keywords: formalin, seafood

บทนำ

อาหารเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นต่อชีวิตมนุษย์เราทุกคนเพราะเป็นหนึ่งในปัจจัยสี่ที่ช่วยและยังทำให้ร่างกายมนุษย์เจริญเติบโตและยังทำให้มนุษย์ดำรงชีวิตอยู่ได้ จากการเก็บรักษาอาหารให้นานมีรูปลักษณะที่ดี จะทำให้ผู้บริโภคสนใจและต้องการเลือกซื้อ โดยมีการนำสารเคมีต่างๆ มาผสมในอาหาร ซึ่งสารเคมีบางอย่างเป็นอันตรายต่อร่างกาย บางชนิดหากบริโภคเข้าไปในปริมาณมากอาจถึงแก่ชีวิตได้ จากรายงานพบว่ามีการพบว่ามีอาหารหลายชนิดที่เรารับประทานเข้าไปมีสารเคมีปนเปื้อนอยู่ในอาหาร โดยสารเคมีที่เป็นอันตรายที่มักพบว่ามีสารปนเปื้อนในอาหาร ได้แก่ บอแรกซ์, สารกันรา (กรดซาลิซิลิก), สารฟอกขาว (โซเดียมไฮโดรซัลไฟต์), ฟอร์มาลิน และสารตกค้างยาฆ่าแมลง ฯลฯ (รัฐพงษ์ กันสุทธิ, 2553) สารเหล่านี้บางชนิดเป็นสารก่อมะเร็ง กฎหมายห้ามนำมาใส่หรือผสมในอาหาร และบางชนิดใส่ได้ปริมาณจำกัดตามมาตรฐานสากล Codex ก็ตามพบว่าผู้ผลิตอาหารบางรายใส่สารต้องห้ามเหล่านี้ในอาหาร ด้วยขาดความรู้เกี่ยวกับประโยชน์และโทษของวัตถุเจือปนแต่ละชนิดหรือขาดความรับผิดชอบต่อสังคมเห็นแต่ประโยชน์ของตนโดยไม่คำนึงถึงความปลอดภัย

ของผู้บริโภคตั้งได้ทราบข่าวจากหนังสือพิมพ์อย่างต่อเนื่องด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงมีการวิจัยหาปริมาณสารปนเปื้อนในอาหารอย่างต่อเนื่องกันมาโดยมีหน่วยงานของภาครัฐบาลที่มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงคือกองควบคุมอาหารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กระทรวงสาธารณสุขหรือกรมวิทยาศาสตร์บริการ (สุธิตา ต้นสุวรรณ และเกษม ต้นสุวรรณ, 2543)

ฟอร์มาลดีไฮด์ (Formaldehyde: CH_2O) เป็นสารเคมีสังเคราะห์ที่มีการผลิตมากเป็น 1 ใน 25 ชนิดของสารเคมีที่มีการผลิตสูงสุดในโลกของอุตสาหกรรมเคมีฟอร์มาลีนหรือสารละลายฟอร์มาลดีไฮด์หมายถึงสารละลายที่ประกอบด้วยแก๊ส ฟอร์มาลดีไฮด์ประมาณร้อยละ 37 - 40 (ในน้ำ) มีเมทานอลปนอยู่ประมาณร้อยละ 10-15 เพื่อป้องกันไม่ให้ฟอร์มาลีนเปลี่ยนรูปไปเป็นโพลิเมอร์พาราฟอร์มาลดีไฮด์ซึ่งเป็นพิษมากกว่าฟอร์มาลีนมาก (ชนิพรรณ บุตรย์, 2546) ฟอร์มาลีนเป็นสารที่นำไปใช้ประโยชน์ในทางอุตสาหกรรมเคมีภัณฑ์ พลาสติก และสิ่งทอ ดังนั้นจึงสามารถพบฟอร์มาลดีไฮด์ ซึ่งเป็นไอระเหยที่เป็นพิษได้จากวัสดุสังเคราะห์ และเครื่องใช้ไฟฟ้าต่าง ๆ เช่น กาว (วิทยาศาสตร์) ผ้าเปดานสำเร็จรูป ผ้าใยสังเคราะห์ เต้าแก๊สหุงต้ม สีทาบ้าน น้ำยาเคลือบเงาไม้ วัสดุบุผิว เฟอร์นิเจอร์ พาร์ติเคิลบอร์ด พรหมสังเคราะห์ กระดาษทิชชู น้ำยาทำความสะอาด เป็นต้น ซึ่งไอระเหยฟอร์มาลดีไฮด์นั้นจัดเป็นสารพิษในอากาศทำให้เกิดมลพิษในอากาศและถ้าพบฟอร์มาลดีไฮด์ในปริมาณมากก็อาจเป็นอันตรายกับผู้ที่ได้รับได้ (ไตรรัตน์ เนียมสุวรรณ, 2554)

ฟอร์มาลีนยังเป็นสารที่ใช้สำหรับทางการแพทย์ ในการดองศพเพื่อไม่ให้ศพเน่าเปื่อยใช้ฆ่าเชื้อโรคฆ่าเชื้อรา และทำความสะอาดห้องคนป่วยดังนั้นพ่อค้า แม่ค้าจึงนิยมนำฟอร์มาลีนมาแช่ผัก เนื้อสัตว์ และอาหารทะเลสด ทำให้อาหารต่าง ๆ สดอยู่ได้นาน โดยไม่เน่าเสียเร็ว แต่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้บริโภคได้ (กองควบคุมอาหาร สำนักอาหารและยา, 2545) ในกรณีที่ได้รับในปริมาณต่ำร่างกายสามารถกำจัดได้แต่หากได้รับในปริมาณที่สูงขึ้นหรือมีความเข้มข้นมากขึ้น ฟอร์มาลีนเปลี่ยนรูปเป็นกรดฟอร์มิก (Formic acid) มีฤทธิ์ทำลายการทำงานของเซลล์ในร่างกาย ทำให้เซลล์ตายได้ ฟอร์มาลีนมีพิษต่อระบบต่าง ๆ เกือบทั่วทั้งร่างกาย ดังนี้ ฟอร์มาลีนมีพิษต่อระบบทางเดินหายใจหากได้รับในรูปของไอระเหยของฟอร์มาลดีไฮด์ แม้ปริมาณต่ำ ๆ ถ้าถูกตาจะระคายเคืองตามาก ถ้าสูดดมเข้าไปจะทำให้หลอดลมบวม ทำให้แสบจมูกเจ็บคอ ไอ หายใจไม่ออก ปอดอักเสบ น้ำท่วมปอด ทำให้เป็นแผลหรือถึงขั้นตาบอดถ้าสูดดมเข้าไปมาก ๆ จะทำให้น้ำท่วมปอด จนหายใจไม่ออก แน่นหน้าอก และตายในที่สุด อาการเหล่านี้อาจเกิดขึ้นหลายชั่วโมงหลังจากได้รับสารโดยไม่มีการเจ็บปวดเลยก็ได้อาจได้รับปริมาณน้อยเป็นเวลานานจะมีอาการไอและหายใจติดขัดเพราะหลอดลมอักเสบ เป็นต้น (ชนิพรรณ บุตรย์, 2546)

ฟอร์มาลีนมีพิษร้ายแรงต่อระบบทางเดินอาหาร เมื่อรับประทานอาหารที่ปนเปื้อนฟอร์มาลีนในปริมาณมาก จะทำให้ปวดศีรษะอย่างรุนแรง หัวใจเต้นเร็ว แน่นหน้าอก ปากและคอแห้งคลื่นไส้อาเจียนท้องเสีย ปวดท้องอย่างรุนแรง ภาวะอาหารอักเสบเกิดแผลในกระเพาะอาหาร หากได้รับสารนี้โดยการบริโภคจะเกิดอาการพิษโดยเฉียบพลัน ซึ่งอาการมี

ตั้งแต่ปวดท้องอย่างรุนแรง อาเจียนอุจจาระร่วงปัสสาวะไม่ออก หมดสติ ถ้าปล่อยทิ้งไว้เสียชีวิตเพราะระบบหมุนเวียนเลือดล้มเหลวถ้าหากได้รับในปริมาณ 60-90 ซีซี จะทำให้การทำงานของตับ ไต หัวใจ และสมองเสื่อมลง และก่อให้เกิดการปวดแสบปวดร้อนที่คอและปาก เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อบุทางเดินหายใจ คลื่นไส้ อาเจียนปวดท้องอย่างรุนแรงหมดสติได้นอกจากนี้ยังพบว่าฟอร์มาลินเป็นสารก่อมะเร็งด้วย (JC Wakefield Formaldehyde, 2008) ฟอร์มาลินมีผลต่อผิวหนัง เมื่อสัมผัสจะเกิดการระคายเคืองต่อผิวหนังทำให้เกิดผื่นคันเป็นผื่นแดงเหมือนลมพิษ จนถึงผิวหนังไม่เปลี่ยนเป็นสีขาวได้หากสัมผัสโดยตรง (CherieBerry, 2013) ซึ่งการควบคุมตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522ฟอร์มาลินหรือสารละลายฟอร์มาลดีไฮด์จัดเป็นวัตถุห้ามใช้ในอาหารตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 151 (พ.ศ.2536) เรื่องกำหนดวัตถุที่ห้ามใช้ในอาหาร ดังนั้นผู้ผลิตหรือผู้จำหน่ายอาหารที่ใช้สารฟอร์มาลินในอาหารจัดเป็นการผลิตหรือจำหน่ายอาหารไม่บริสุทธิ์ มีโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปีหรือปรับไม่เกิน 20,000 บาทหรือทั้งจำและปรับ (กองควบคุมอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข, 2553) มีรายงานจากสำนักงานคณะกรรมการควบคุมอาหารและยาว่าเคยตรวจพบฟอร์มาลดีไฮด์ในสัตว์น้ำที่จำหน่ายในตลาด สารฟอร์มาลินนอกจากจะมาจากการฉีดโดยตรงแล้วบางครั้งอาจมาจากปุ๋ยและสารฆ่าแมลงที่ใช้ด้วย (เสาวณี หมู่อจรรพณ์, 2545) การปนเปื้อนสารฟอร์มาลดีไฮด์ในปลาหมึกกรอบ หรือปลาหมึกแช่ต่าง ในตลาดนัดในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 4 แห่ง การสำรวจพบว่าปริมาณสารฟอร์มาลดีไฮด์ในปลาหมึกกรอบจากตลาดสดชั้นสี่ พบสารฟอร์มาลดีไฮด์สูงมาก (จิรารัตน์ เทะศิลป์, 2545) ผลกระทบต่อร่างกายในระยะสั้นและระยะยาวของสารฟอร์มาลดีไฮด์ ตั้งแต่ ค.ศ.1989-2008 มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับข้อมูลในเรื่องผลกระทบของสารฟอร์มาลดีไฮด์ที่มีต่อร่างกาย ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ผลการศึกษาพบว่า สารฟอร์มาลดีไฮด์ที่พบทั่วไปในอากาศในระดับ 0.1 ppm สามารถทำให้คนที่มีอาการแพ้ง่ายเกิดการระคายเคืองตา มีน้ำตาไหล ระคายเคืองในโพรงจมูก ระคายเคืองในลำคอ ทำให้เกิดอาการไอ หายใจลำบาก มีอาการคลื่นไส้และระคายเคืองผิวหนัง จากการศึกษาในห้องปฏิบัติการของสถาบันโรคมะเร็งแห่งชาติ ของประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า การได้รับสารฟอร์มาลดีไฮด์ในระยะยาว มีผลทำให้เกิดมะเร็ง และได้มีการทดลองใช้สารฟอร์มาลดีไฮด์ในหนูทดลองพบว่า สารฟอร์มาลดีไฮด์ทำให้หนูเป็นมะเร็งในระบบทางเดินหายใจหลังจากนั้น จึงมีการศึกษาต่อยอดว่าสารฟอร์มาลดีไฮด์นี้จะมีผลทำให้เกิดมะเร็งในระบบทางเดินหายใจในมนุษย์หรือไม่ (The Nutrition Cancer Institute, 2009)

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นว่าฟอร์มาลินนั้นมีพิษต่อระบบต่าง ๆ เกือบทั่วทั้งร่างกาย และจากผลงานวิจัยที่ผ่านมา ตรวจพบสารฟอร์มาลินในอาหารทะเลแสดงว่ายังมีการลักลอบใส่สารฟอร์มาลินลงในอาหารอยู่ หากมีการใช้สารฟอร์มาลินเพื่อรักษาความสดของอาหารทะเลจึงมีโอกาสเป็นไปได้เช่นกันในพื้นที่ ตลาดอำเภออุทอง จังหวัดสุพรรณบุรีมีการจำหน่ายอาหารทะเล และพบว่าประชาชนที่บริโภคอาหารทะเลที่ซื้อจากร้านอาหารในพื้นที่ได้เกิด

อาการข้างเคียงจากการรับประทานอาหารทะเล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการการศึกษาและตรวจหาสารฟอร์มาลินในอาหารทะเลที่ขายในร้านอาหาร เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนเชิงนโยบายด้านความปลอดภัยในการบริโภคอาหารและกำหนดมาตรการตรวจสอบในพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพ และปลอดภัยกับประชาชนผู้บริโภคต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อนำเสนอผลการตรวจหาสารฟอร์มาลินที่ปนเปื้อนในอาหารทะเล บริเวณพื้นที่ตลาดอำเภออุ้มผาง จังหวัดสุพรรณบุรี

แนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำวิธีของ British Pharmacopocia (BP) เป็นปฏิกิริยาของฟอร์มาลดีไฮด์กับสารเคมี 3 ชนิด คือ ฟีนิลไฮโดรราซีน ไฮโดรคลอไรด์ (Phenylhydrazine Hydrochloride), โพแทสเซียม เฮกซะไซยาโน เฟอเรต (Potassium Hexacyanoferrate) และกรดเกลือเข้มข้น (Conc. Hydrochloride) ให้สีแดง หรือสีชมพูในเวลาทีรวดเร็ว ปฏิกิริยาเคมีสารที่รบกวนการทดสอบคือ อะลิฟาติกแอลดีไฮด์ ชุดทดสอบฟอร์มาลดีไฮด์ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์เป็นวิธีที่สามารถตรวจฟอร์มาลดีไฮด์ ในปริมาณต่ำ มาใช้ดำเนินการทำงานวิจัยในครั้งนี้

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) พื้นที่ที่ใช้ในการศึกษาวิจัย บริเวณพื้นที่ตลาดอำเภออุ้มผาง จังหวัดสุพรรณบุรี เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2561

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ตัวอย่างอาหารทะเล ที่จำหน่ายในร้านขายปลีกอาหารทะเลและร้านหมูกระทะ บริเวณพื้นที่ตลาดอำเภออุ้มผาง จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 24 ร้าน

กลุ่มตัวอย่าง

ตัวอย่างอาหารทะเล ที่มักพบสารสารเคมีปนเปื้อนในอาหารจากงานวิจัยที่ผ่านมาและอาหารทะเลที่คนนิยมบริโภคที่ได้มาจากการแจกแบบสอบถาม สืบหาความนิยมในการบริโภค ของประชาชนที่อาศัยอยู่ บริเวณพื้นที่ตลาดอำเภออุ้มผาง จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 4 ตัวอย่าง ได้แก่ ปลาหมึก กุ้ง ปลาหมึกกรอบ และแมงกะพรุน ที่ประชาชนพื้นที่ตลาดอำเภออุ้มผางจังหวัดสุพรรณบุรี นิยมบริโภคมากที่สุด โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยวิธี Purposive Sampling ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 4 ร้าน (ร้านขายปลีกอาหารทะเล 2 ร้านและร้านหมูกระทะ 2 ร้าน) การเก็บตัวอย่างจำนวน 3 ครั้ง โดยเว้นในระยะเวลาห่างกันครั้งละ 7 วัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบฟอร์ม ตรวจสอบปนเปื้อนในอาหาร การวิเคราะห์หาสารฟอर्मัลดีไฮด์ จากชุดทดสอบสารฟอर्मัลดีไฮด์ที่มีอยู่ในอาหาร ที่ผลิตโดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขใช้หลักการวิธีของ British Pharmacopacia (BP) เป็นวิธีที่สามารถตรวจสอบฟอर्मัลดีไฮด์ ในปริมาณต่ำ เป็นปฏิกิริยาของฟอर्मัลดีไฮด์กับสารเคมี 3 ชนิด คือ

1. Phynylhydrazine Hydrochloride

2. Potassiumhexacyanoferrate

3. Hydrochloric Acid เข้มข้น ให้สีแดงหรือสีชมพูในเวลาที่รวดเร็ว ถ้าพบสารฟอर्मัลดีไฮด์ในตัวอย่างอาหารที่นำมาทดสอบ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บตัวอย่างอาหารทะเลที่มีจำหน่ายบริเวณพื้นที่ตลาดอำเภออุททอง จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 4 ร้าน เก็บตัวอย่างอาหารทะเลทั้งหมด 3 ครั้ง โดยแต่ละครั้งห่างกัน 7 วัน จากนั้นนำตัวอย่าง อาหารทะเลมาตรวจสอบหาสารฟอर्मัลดีไฮด์ด้วยชุดทดสอบสารฟอर्मัลดีไฮด์ในอาหาร ผลตรวจหาตัวอย่างน้ำแช่อาหารทะเลเปลี่ยนเป็นสีชมพูเข้มถึงแดง แสดงว่าตัวอย่างอาหารทะเลนั้นมีสารฟอर्मัลดีไฮด์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ในการวิเคราะห์ข้อมูลจากการทดสอบหาสารฟอर्मัลดีไฮด์ในอาหารทะเล ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 โดยใช้สถิติพรรณนาเสนอด้วยความถี่ ร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง 3 ด้าน คือ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูล นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดในแบบสอบถาม โดยครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธ การเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

ตัวอย่างอาหารทะเลที่มีจำหน่ายบริเวณพื้นที่ตลาดอำเภออุททอง จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 4 ร้าน ได้แก่ ร้านขายอาหารทะเล 2 ร้าน และร้านหมูกระทะ 2 ร้าน

การตรวจฟอร์มาลินในอาหารทะเล ครั้งที่ 1 พบว่า ร้านที่ 1 ร้านที่ 2 ร้านที่ 3 และร้านที่ 4 ตรวจไม่พบสารฟอร์มาลินในตัวอย่างอาหารทะเล (ปลาหมึก กุ้ง แมงกะพรุน และปลาหมึกกรอบ) จากตัวอย่างอาหารทะเลทั้งหมด และเมื่อทำการตรวจฟอร์มาลินในอาหารทะเลครั้งที่ 2 ใน 1 สัปดาห์ต่อมา พบตัวอย่างอาหารทะเลที่มีสารฟอร์มาลินปนเปื้อนทั้งหมด 3 ตัวอย่าง จาก 16 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 18.75 ของตัวอย่างอาหารทะเลทั้งหมด ในแต่ละร้านที่ทำการตรวจหาสารฟอร์มาลินพบในตัวอย่างอาหารทะเลเพียงตัวอย่างเดียว คือ โดยร้านที่ 1 พบสารฟอร์มาลินในแมงกะพรุน และร้านที่ 2 และ 3 พบสารฟอร์มาลินในปลาหมึกกรอบ ส่วนร้านที่ 4 นั้นตรวจไม่พบสารฟอร์มาลินใน ตัวอย่างอาหารทะเล (ปลาหมึก กุ้ง แมงกะพรุน และปลาหมึกกรอบ)

การตรวจฟอร์มาลินในอาหารทะเลครั้งที่ 3 พบจำนวนตัวอย่างอาหารทะเลที่มีสารฟอร์มาลินปนเปื้อนทั้งหมด 2 ตัวอย่าง จากทั้งหมด 16 ตัวอย่าง คิดเป็น ร้อยละ 12.5 ของตัวอย่างอาหารทะเลทั้งหมด โดยร้านที่ 2 ร้านที่ 3 ตรวจพบสารฟอร์มาลินในตัวอย่างอาหารทะเล ซึ่งทั้งสองร้านพบสารฟอร์มาลินในตัวอย่างอาหารทะเลชนิดปลาหมึกกรอบ ส่วนร้านที่ 3 และ 4 นั้นตรวจไม่พบสาร ฟอร์มาลินในตัวอย่างอาหารทะเล (ปลาหมึก กุ้ง แมงกะพรุน และปลาหมึกกรอบ)

ตารางที่ 1 การทดสอบการตรวจหาสารฟอร์มาลินในอาหารทะเล โดยใช้ชุดทดสอบฟอร์มาลิน ในอาหาร โดยจำแนกตามร้านที่ทำการตรวจ

ร้านค้า	จำนวนตัวอย่างที่ตรวจสอบ/จำนวนตัวอย่างที่ตรวจพบฟอร์มาลิน			
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	รวม
ร้านที่1	4/0	4/1	4/0	12/1
ร้านที่2	4/0	4/1	4/1	12/2
ร้านที่3	4/0	4/1	4/1	12/2
ร้านที่4	4/0	4/0	4/0	12/0
รวม	16/0	16/3	16/2	48/5

จากการตรวจหาฟอร์มาลินในอาหารทะเลทั้ง 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 7 วัน พบสารฟอร์มาลินในอาหารทะเลเพียงแค่ 5 ตัวอย่าง จากทั้งหมด 48 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 10.42 ของตัวอย่างอาหารทะเลทั้งหมด ซึ่งร้านที่พบสารฟอร์มาลินปนเปื้อนในอาหารทะเลมากที่สุดคือ ร้านที่ 2 กับร้านที่ 3 ซึ่งพบร้านละ 2 ตัวอย่าง จากทั้งหมด 12 ตัวอย่าง ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 16.66 ของตัวอย่างอาหารทะเลทั้งหมด รองลงมาคือร้านที่ 1 พบตัวอย่าง จาก 12 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 8.33 ของตัวอย่างอาหารทะเลทั้งหมด และตัวอย่างที่ตรวจพบสารฟอร์มาลินคือ ปลาหมึกกรอบ ตรวจพบ 4 ครั้ง จากทั้งหมด 12 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 33.33 ของตัวอย่างอาหารทะเลทั้งหมด รองลงมาที่ตรวจพบ คือ แมงกะพรุน ซึ่งตรวจพบสารฟอร์มาลินจำนวน

1 ครั้ง จากทั้งหมด 12 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 8.33 ขอตัวอย่างอาหารทะเลทั้งหมด ส่วนปลาหมึกและกุ้งนั้นตรวจไม่พบสารฟอร์มาลินเลย

ตาราง 2 การทดสอบการตรวจหาสารฟอร์มาลินในอาหารทะเล โดยใช้ชุดทดสอบฟอร์มาลินในอาหาร โดยจำแนกตามชนิดอาหารทะเลที่ทำการตรวจ ครั้งที่ 1-3

ตัวอย่าง	จำนวนตัวอย่าง	จำนวนที่ตรวจพบ	ร้อยละ
ปลาหมึก	12	0	0
กุ้ง	12	0	0
แมงกะพรุน	12	1	8.33
ปลาหมึกกรอบ	12	4	33.33

หมายเหตุ: ผลรวมตัวอย่างร้านละ 12 ครั้ง (ครั้งละ 4 ร้าน X เก็บ 3 ครั้ง = 12 ตัวอย่าง)

ตาราง 3 การตรวจหาสารฟอร์มาลินในอาหารทะเล แยกตามร้านที่ตรวจโดยใช้ชุดทดสอบฟอร์มาลินในอาหาร โดยจำแนกตามชนิดอาหารทะเลที่ทำการตรวจ ครั้งที่ 1-3

ตัวอย่าง	ร้านที่ 1	ร้านที่ 2	ร้านที่ 3	ร้านที่ 4	ร้อยละ
ปลาหมึก	12	0	0	0	0
กุ้ง	12	0	0	0	0
แมงกะพรุน	12	2	2	0	30.00
ปลาหมึกกรอบ	12	1	0	0	8.33

หมายเหตุ: ผลรวมตัวอย่างร้านละ 12 ครั้ง (ครั้งละ 4 ร้าน X เก็บ 3 ครั้ง = 12 ตัวอย่าง)

อภิปรายผล

การตรวจหาสารฟอร์มาลินด้วยชุดทดสอบสารฟอร์มาลินในอาหาร พบสารฟอร์มาลินในอาหารทะเลจำนวน 5 ตัวอย่าง จาก 48 ตัวอย่างคิดเป็น ร้อยละ 10.42 สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทนา ลีสวัสดิ์ (2559) ได้ทำการศึกษาผลการแก้ไขปัญหาการปนเปื้อนฟอร์มาลินในปลาหมึกกรอบและสไปนาง โดยความร่วมมือของผู้ประกอบการจังหวัดลำปาง มักพบการลักลอบใส่ในอาหารทะเล รวมทั้งปลาหมึกกรอบและสไปนาง จากผลการตรวจสอบในจังหวัดลำปาง พบการ ปนเปื้อนฟอร์มาลินในอาหาร ร้อยละ 2.0 และ 1.4 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชูตา สมจิตร, คมสัน อยู่เย็น, ชฎารัฐ ขวัญนาถ (2559) ได้สำรวจหาสารฟอร์มาลินที่ปนเปื้อนในอาหารทะเลที่นิยมบริโภค จากตลาดสดและตลาดนัดในอำเภอเมือง อำเภอศรีบุญเรือง และอำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู พบการปนเปื้อนในปลาหมึกสด จำนวน 10 ตัวอย่าง (71.42) ในปลาหมึกกรอบจำนวน 4 ตัวอย่าง (28.57) และสอดคล้องกับ กนกพร ธีรมณีสิน (2557) ได้ศึกษาระบาดวิทยาของการปนเปื้อนฟอร์มาลินในอาหารสดในบางจังหวัด ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปีงบประมาณ 2557 ผลการวิจัย:อาหารสด 1,436 ตัวอย่างที่ทดสอบมีการปนเปื้อนฟอร์มาลิน ปลาหมึก

กรอบ (ร้อยละ 22.7) ปลาหมึกสด (ร้อยละ 4.4) การทดสอบพบอาหารสดปนเปื้อนฟอร์มาลินมากที่สุดที่จังหวัดอุดรธานี (ร้อยละ 8.5) ซึ่งร้านที่พบสารฟอร์มาลินปนเปื้อนในอาหารทะเลมากโดยเฉพาะในปลาหมึกกรอบ และแมงกะพรุน ซึ่งอาหารทะเลทั้งสองชนิดเป็นที่นิยมรับประทานกันมากในกลุ่มประชาชนที่ชอบบริโภคอาหารประเภทหมึกทะเล เนื่องจากร้านที่พบการปนเปื้อนสารฟอร์มาลินก็ซื้อสินค้าจากแหล่งอาหารทะเลแหล่งเดียวกับร้านขายปลีกอาหารทะเล ซึ่งการปนเปื้อนนี้นั้นไม่สามารถบอกได้ว่าปนเปื้อนมาตั้งแต่กระบวนการจับ หรือในระหว่างการขนส่ง หรือระหว่างการขาย แต่การผสมฟอร์มาลินในอาหารนั้นก็เพื่อถนอมอาหาร

จะเห็นว่า ร้านค้าหรือร้านขายปลีกและร้านหมูกระทะบริเวณพื้นที่ตลาดอำเภออุทอง จังหวัดสุพรรณบุรี พบการปนเปื้อนของสารฟอร์มาลินในอาหารทะเลน้อยมากเมื่อเทียบกับตัวอย่างทั้งหมดที่ได้ทำการเก็บมาทดสอบ ซึ่งการปนเปื้อนดังกล่าวก็ไม่ได้บ่งบอกว่าอาหารทะเลที่ให้ผลบวกดังกล่าวนี้มีการปนเปื้อนสารฟอร์มาลินที่มาจากการใช้เพื่อคงสภาพของอาหารทะเลไม่ให้เกิดการเน่าเปื่อยหรือเกิดจากสารฟอร์มาลินตามธรรมชาติของอาหารชนิดนั้น อย่างไรก็ตามการที่พบสารฟอร์มาลินในอาหารทะเลบริเวณพื้นที่ตลาดอำเภออุทอง จังหวัดสุพรรณบุรี นั้นเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ประชาชนที่อาศัยบริเวณพื้นที่ตลาดอำเภออุทอง จังหวัดสุพรรณบุรี ควรตระหนักในเรื่องการเลือกรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะและสะอาดถูกต้องตามหลักโภชนาการเพื่อหลีกเลี่ยงการได้รับสารพิษ ซึ่งอาจปนเปื้อนมาจากอาหารที่รับประทาน ดังนั้น ทั้งก่อนการปรุงอาหารหรือระหว่างปรุงอาหารควรคำนึงถึงหลักความปลอดภัยของอาหาร เพื่อเป็นการลดความเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชน และในส่วนของร้านค้าที่นำอาหารที่มีการปนเปื้อนฟอร์มาลินมาขายหรือจำหน่ายควรมีบทลงโทษเนื่องจากจะเห็นได้ว่าร้านที่ตรวจพบฟอร์มาลินในครั้งใดครั้งหนึ่งก็จะมีโอกาสตรวจพบฟอร์มาลินอีกครั้งได้เช่นกัน

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. การเฝ้าระวังอาหารปลอดภัยแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่อำเภออุทอง จังหวัดสุพรรณบุรี ในรูปแบบของการแต่งตั้งคณะกรรมการโดยความร่วมมือทั้งจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานด้านสาธารณสุข หน่วยงานราชการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนร้านค้า/ผู้ประกอบการ และภาคประชาชน เพื่อดำเนินการเฝ้าระวังการปนเปื้อนมิให้เพิ่มขึ้นในพื้นที่อำเภออุทอง จังหวัดสุพรรณบุรี

2. การกำหนดแนวทาง มาตรการการปฏิบัติงานด้านอาหารปลอดภัย ควรมีรูปแบบและวิธีการที่เหมาะสมกับลักษณะของพื้นที่อำเภออุทอง ทั้งในส่วนของผู้ขายและผู้บริโภค ควรเน้นการดำเนินงานเชิงรุกเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนได้รับประทานอาหารที่ปลอดภัยจากสารปนเปื้อน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยหาปริมาณสารฟอร์มาลีนในอาหารทะเลชนิดอื่น
2. ควรมีการเก็บตัวอย่างเพิ่มในร้านที่จำหน่ายในตลาดนัด เพราะประชาชนก็นิยมซื้อ อาหารทะเลจากแหล่งจำหน่ายนี้มาบริโภคเช่นกัน การใช้ชุดทดสอบฟอร์มาลีนในอาหารเป็นการทดสอบเบื้องต้นสามารถบอกได้เพียงว่ามีการปนเปื้อนสารฟอร์มาลีนในอาหารหรือไม่ หากต้องการทราบปริมาณที่แน่นอนในการตรวจสอบทุกครั้ง
3. ควรวิเคราะห์ด้วยเครื่อง UV-Spectrophotometer เพื่อหาปริมาณสารฟอร์มาลีน

เอกสารอ้างอิง

- กองควบคุมอาหาร สำนักงานอาหารและยา. (2545). อันตรายจากฟอร์มาลีนในอาหาร. *วารสารอาหารและ ยา*, 9(1), 71-2.
- กองควบคุมอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. (2553). พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522 พร้อมกฎกระทรวงและประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุง 2553). ประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 151 (พ.ศ. 2536) เรื่อง กำหนดวัตถุห้ามใช้อาหาร มีถุนายน 2553, 107.
- จิรรัตน์ เทชะศิลป์. (2545). ปัญหาสารปนเปื้อนและสารตกค้างในสัตว์น้ำ. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข.
- ชนิพรรณ บุตรย. (2546). คอลัมน์: รู้ก่อนกิน เรื่อง ฟอร์มาลีนกับอาหาร. นิตยสารหมอชาวบ้าน, 165.
- ไตรรัตน์ เนียมสุวรรณ. (2011). ข้อกำหนดและมาตรฐานในอุตสาหกรรมไม้ประกอบ. *Journal of Forest Management*, 5(9), 79-89.
- รัฐพงษ์ กันสุทธิธ. (2553). การวิเคราะห์หาปริมาณสารฟอร์มาลดีไฮด์ในอาหารทะเลที่จำหน่ายในตลาดเมืองใหม่ จังหวัดเชียงใหม่. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). เชียงใหม่:มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุติดา ตันสุวรรณ และเกษม ตันสุวรรณ. (2543). การหาปริมาณฟอร์มาลีนในอาหารทะเลโดยวิธีสเปกโตรเมตรี. งานวิจัยมหาวิทยาลัยทักษิณ.
- เสาวณี หมูขจรพันธ์. (2553). ฟอร์มาลดีไฮด์สารปนเปื้อนในอาหาร, *วารสาร For Quality*. 2546, 10(72), 34-7.
- JC Wakefield Formaldehyde, (2008). Toxicological Overview. *Health Protection Agency*, 1, 4.
- Berry, C. (2013). *A Guide to Formaldehyde*. N.C. Department of Labor. Occupational Safety and Health Program, 2013; 3.

The Nutrition Cancer Institute. (2009). *"Formaldehyde and Cancer Risk"*.

Retreived 2013 Aug 101 from: <http://www.cancer.gov/concertopic/factsheet/Risk/formaldehyde.11>

สมรรถนะที่จำเป็นของนักบริบาลผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาจังหวัดอุบลราชธานี
Essential Competency for Elderly Care Worker
: Case Study in Ubon Ratchathani Province

อรรณพ สนธิไชย¹, ถนอมศักดิ์ บุญสุ¹, ปณิตา ครองยุทธ^{1*}
Annop Sontichai¹, Thanomsak Boonsu¹, Panita Krongyuth^{1*}
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี^{1*}
Sirindhorn College of Public Health UbonRatchathani^{1*}

(Received: April 3, 2020; Revised: August 18, 2020; Accepted: : August 20, 2020)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะที่จำเป็นของนักบริบาลผู้สูงอายุ และศึกษาความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการจัดทำร่างหัวข้อหลักสูตรอบรมนักบริบาลผู้สูงอายุ ผู้ให้ข้อมูลหลักประกอบด้วยผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 5 คน และ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน จำนวน 15 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการ สทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

องค์ประกอบสมรรถนะที่จำเป็นของนักบริบาลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 สมรรถนะ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 สมรรถนะหลักของนักบริบาลผู้สูงอายุ คือ การมีจริยธรรมในการดูแลผู้สูงอายุด้วย หัวใจความเป็นมนุษย์ ซึ่งประกอบด้วย ประกอบด้วย 1) บทบาทหน้าที่และจริยธรรมของนักบริบาล ผู้สูงอายุ 2) กิจกรรมปลูกฝังคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของนักบริบาลผู้สูงอายุและการให้บริการด้วย หัวใจความเป็นมนุษย์ องค์ประกอบที่ 2 สมรรถนะการจัดการ คือ ความสามารถในการจัดการและแก้ไขปัญหา ประกอบด้วย 1) การวางแผนการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุและการจัดการ งานบ้าน 2) เทคโนโลยีที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุ 3) การบันทึกและการรายงาน และ 4) การจัดทำ กรณีศึกษา (Case Study) และองค์ประกอบที่ 3 สมรรถนะหน้าที่ คือ การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุใน ชีวิตประจำวันและในสถานการณ์ฉุกเฉิน ประกอบด้วย 1) การให้ความช่วยเหลือด้านการขับถ่ายแก่ ผู้สูงอายุ 2) การช่วยเหลือด้านอาหารแก่ผู้สูงอายุ 3) การช่วยเหลือด้านการเคลื่อนย้ายแก่ผู้สูงอายุ 4) การ ปฐมพยาบาลภาวะฉุกเฉินและการส่งต่อ 5) การช่วยเหลือพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ 6) การฟื้นฟูสมรรถนะ และ กิจกรรมคลายกังวล 7) การนวดไทยและการประคบสำหรับผู้สูงอายุ และ 8) การฟื้นฟูทางทันตสุขภาพ

การศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาศักยภาพนักบริบาลผู้สูงอายุให้มีสมรรถนะ ครบทั้ง 3 องค์ประกอบเพื่อให้มีความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: สมรรถนะ, นักบริบาลผู้สูงอายุ, การดูแลผู้สูงอายุ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: kpanita@scphub.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 081-5797585)

Abstract

This qualitative research aimed to investigate an essential competency of elderly care worker, and to examine an opinion among stakeholder related to a competency model for elderly care worker. Participants were 5 person who related with elderly care and 10 elderly care worker. The data were analyzed using content analysis.

The research finding revealed that the essential competencies components of elderly care worker was composed of three components: the first components was the core competency component of elderly care worker was human care comprised of 1.1 role and ethical values of elderly caregiver and 1.2 activities to promote a desire characteristic of elderly care worker. The second component was the managerial competencies comprised of 2.1 planning an appropriate environment and managing household for elderly, 2.2 essential technology for elderly care, 2.3 record and report and 2.4 case study. The third component was the functional competencies comprised of excretion assistance to the elderly 3.2 food assistance for the elderly, 3.3 mobility for elderly, 3.4 emergency care and referral, 3.5 special care for elderly, 3.6 brain exercise and activities for release stress, 3.7 Thai massage, and oral rehabilitation.

The results of research finding revealed that to develop the competency for elderly care worker should comprised of 3 components. It can be used efficient and appropriate care for elderly people.

Keywords: Competency, Elderly Care Worker, Elderly Care

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมสูงอายุ (Aged Society)” กล่าวคือมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 15 ใน พ.ศ. 2558 และกลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society)” สูงถึงร้อยละ 20 ของจำนวนประชากรทั้งประเทศ ในพ.ศ. 2564 (United Nations, 2015) จึงทำให้ประเทศไทย ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทั้งจำนวนและอายุขัย อีกทั้งประสบปัญหาโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพก่อให้เกิดภาวะพึ่งพิงในสังคมไทยมากขึ้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2556) จากการสำรวจของกรมกิจการผู้สูงอายุ (2561) พบว่า จำนวนผู้สูงอายุร้อยละ 95 ส่วนใหญ่จะเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตวาย นำไปสู่ภาวะทุพพลภาพ และการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นภาวะที่บั่นทอนสุขภาพ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ, 2556) ซึ่งสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการมากที่สุด

ในช่วงบั้นปลายชีวิตคือ ความสุขที่เกิดจากการมีคุณภาพชีวิตที่ดี 3 องค์ประกอบด้วยกันได้แก่ การมีสุขภาพที่ดี ทั้งร่างกายจิตใจและสังคม การดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน และครอบครัวถือได้ว่าเป็นบทบาทสำคัญในการจัดการการดูแลผู้สูงอายุ จึงจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงตามวัยผู้สูงอายุ ปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือและพึ่งพาตนเองให้ได้มากที่สุด จากการศึกษาของศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2552) ได้นำเสนอแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัว และชุมชนในชนบทไทย พบว่า การดูแลที่ดีของครอบครัวประกอบด้วยตัวชี้วัดหลัก 9 ประการ ได้แก่ การดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคล การจัดการเรื่องยา การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว การดูแลแผลกดทับ การจัดหาอาหารที่เหมาะสม การป้องกันอาหาร การดูแลด้านการขับถ่าย การสร้างความมั่นคงทางด้านอารมณ์ และการดูแลด้านอารมณ์จิตใจและจิตวิญญาณ โดยผู้ดูแลในครอบครัวเป็นองค์ประกอบแรกที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุมากที่สุด

สถานการณ์ข้อมูลผู้สูงอายุของจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2562 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี (2562) ได้มีการรวบรวมข้อมูลพบว่ามีจำนวนประชากรทั้งหมด 1,850,058 คน และพบว่าจำนวนผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2562 มีจำนวน 276,628 คน คิดเป็นร้อยละ 14.73 ของประชากรทั้งหมด และพบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุติดบ้าน 19,364 คน คิดเป็นร้อยละ 7 และ จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการพึ่งพาผู้อื่นในชีวิตประจำวันหรือกลุ่มติดเตียง จำนวน 2,766 คน คิดเป็นร้อยละ 1 สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุบลราชธานี ได้มีการกำหนดวิสัยทัศน์ร่วมกันของภาคีเครือข่ายด้านผู้สูงอายุไว้ในแผนยุทธศาสตร์ด้านผู้สูงอายุจังหวัดอุบลราชธานี ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2561-2564) ว่า “ผู้สูงวัยอยู่ดีมีสุข เข้าถึงบริการสวัสดิการสังคมโดยถ้วนหน้า มีคุณค่า คลังปัญญาเมื่อนักปราชญ์” และได้กำหนดยุทธศาสตร์เพื่อขับเคลื่อนงานไว้ 4 ยุทธศาสตร์คือ ยุทธศาสตร์ที่ 1 การเตรียมความพร้อมของประชาชนเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพยุทธศาสตร์ที่ 2 การส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุให้มีความเข้มแข็งยุทธศาสตร์ที่ 3 การส่งเสริมพัฒนาระบบคุ้มครองและบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ และ ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาการบริหารจัดการเพื่อพัฒนางานระบบการบริการด้านผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในยุทธศาสตร์ที่ 4 ที่ต้องการให้เกิดระบบการบริการด้านผู้สูงอายุที่ดีโดยมีองค์กรทั้งภาครัฐ ภาคประชาชนเข้ามาดูแลผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในชุมชน (สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุบลราชธานี, 2561) แต่จากการลงพื้นที่ของคณะผู้วิจัยเพื่อการให้บริการวิชาการแก่สังคม และการบูรณาการวิชาการกับพันธกิจด้านอื่นพบว่า จำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้งทางด้านจำนวน และคุณภาพในชุมชนมีไม่เพียงพอกับปัญหาและความต้องการที่มีอยู่จริงในปัจจุบันรวมทั้งขาดแนวทางที่จำเป็น และเหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่

แต่อย่างไรก็ตามกระทรวงสาธารณสุขเตรียมการเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ (National Health Security Office, 2015) โดยมีนโยบายเร่งดำเนินงานผลิตนักบริบาลผู้สูงอายุเพื่อให้เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ มีความปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่กลุ่มผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นและกลายเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในชีวิตประจำวัน ส่งผลให้มีจำนวน

นักบริบาลผู้สูงอายุมีจำนวนไม่พอและมีปัญหาเกี่ยวกับสมรรถนะที่ไม่มีคุณภาพและไม่ได้มาตรฐานฝีมือแรงงานแห่งชาติ อันเนื่องมาจากการไม่มีมาตรการควบคุมฝีมือแรงงาน ซึ่ง McClland (1995) ได้กล่าวว่า “ศักยภาพเป็นบุคลิกลักษณะที่ซ่อนอยู่ภายในปัจเจกบุคคลซึ่งสามารถผลักดันให้ปัจเจกบุคคลนั้นสร้างผลการปฏิบัติงานที่ดีหรือตามเกณฑ์ที่กำหนดงานที่ตนรับผิดชอบประกอบด้วยส่วนที่พัฒนาได้ง่ายได้แก่ ความรู้ (Knowledge) และส่วนที่พัฒนาได้ยากประกอบด้วย อัตมโนทัศน์ (Self-Concept) ลักษณะที่ดี (Trait) และแรงจูงใจ (Motive)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสมรรถนะที่จำเป็นของนักบริบาลผู้สูงอายุ โดยใช้สมรรถนะตามแนวคิดรูปแบบของ McClland แบ่งออกเป็น 3 รูปแบบ (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2556) ประกอบด้วย สมรรถนะหลัก (Core Competency) สมรรถนะวิชาชีพ (Professional Competency) เป็นสมรรถนะของแต่ละวิชาชีพ และ สมรรถนะเชิงเทคนิค (Technical Competency) ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้จะได้นำมาจัดทำร่างหัวข้อหลักสูตรอบรมนักบริบาลผู้สูงอายุ เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยรูปแบบการพัฒนาศักยภาพนักบริบาลผู้สูงอายุกรณีศึกษาจังหวัดอุบลราชธานี และเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะที่พึงประสงค์และมีความเป็นมืออาชีพในการดูแลผู้สูงอายุและเป็นแนวทางให้กับสถาบันดูแลผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับการดูแลผู้สูงอายุตามบริบทของสังคมไทยต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสมรรถนะที่จำเป็นของนักบริบาลผู้สูงอายุ กรณีศึกษาจังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการทำร่างหัวข้อหลักสูตรการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุตามสมรรถนะที่จำเป็น

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research Approach) มีกระบวนการดำเนินการ ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลหลักโดยใช้วิธีคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดโดยในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ ตัวแทนจากพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ตัวแทนองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และตัวแทนจากกรมกิจการผู้สูงอายุรวมจำนวน 5 คน

กลุ่มที่ 2 คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 10 คน โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานีและมีประสบการณ์อย่างน้อย 1 ปี โดยการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งรวมทั้งหมด 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยในครั้งนี้ คือ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วย ประเด็นคำถามเกี่ยวกับ 1) สมรรถนะหลักในการดูแลผู้สูงอายุคืออะไรควรประกอบด้วยอะไรบ้าง และแบบสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ คือ องค์ความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างไร และเทปบันทึกเสียง และนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบข้อมูล และนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การแยกวิเคราะห์ระหว่างผู้วิเคราะห์ข้อมูลและตรวจสอบความถูกต้องสอดคล้องของการวิเคราะห์ (Peer Debriefing) สำหรับประเด็นที่ผู้วิจัยเห็นไม่ตรงกันจะนำมาวิเคราะห์เพื่อหาข้อตกลงร่วมกันอีกครั้ง

การตรวจสอบความตรงของข้อมูล

การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยผู้ให้ข้อมูล (Key Informant Validation) โดยนำผลการวิเคราะห์ให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การศึกษาครั้งนี้ คณะผู้วิจัยร่วมสังเกตเหตุการณ์ในขณะสัมภาษณ์ เพื่อตรวจสอบข้อค้นพบที่ได้ซึ่งกันและกัน (Investigator Triangulation)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) กำหนดแก่นสาระจากการตีความ (Thematic Analysis) โดยผู้วิจัย 2 คนอย่างอิสระ ในการหาข้อสรุปของประเด็นหลักและการให้ความหมาย สำหรับประเด็นที่ผู้วิจัยที่มีความเห็นไม่ตรงกัน จะนำมาวิเคราะห์เพื่อหาข้อตกลงร่วมกันอีกครั้งหนึ่ง เพื่อให้ได้ข้อสรุปสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงความรู้ทางวิชาการและทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุ

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยการสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SCPHUB 002/2563

ผลการวิจัย

องค์ประกอบของสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ: ผลของสัมภาษณ์ของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับสมรรถนะหลักที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุพบว่า ประกอบด้วย สมรรถนะ 3 ประการดังนี้

1. สมรรถนะหลักของผู้ดูแลได้แก่ จริยธรรม หรือการให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ดังตัวอย่างข้อมูล

“.....สิ่งสำคัญที่เราต้องทำในผู้ดูแลคือ เราต้องละลายพฤติกรรมเขาก่อน ให้เขาเข้าใจความเป็นผู้สูงอายุและมีจิตสาธารณะเขาถึงจะทำงานได้.....”

“...งานดูแลผู้สูงอายุไม่สนุก ถ้าเราทำให้เข้าใจความเป็นมนุษย์ จะทำให้เขามีจิตบริการที่จะดูแลผู้สูงอายุ...”

“....ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องเข้าใจและมีจิตสาธารณะที่จะทำงานก่อนจึงจะทำงานได้อย่างมีความสุข...”

“...สิ่งแรกที่เราเห็นในดูแลผู้สูงอายุในชุมชน คือ จิตบริการ ไม่ว่ากิจกรรมอะไร เขาไปถึงบ้านผู้สูงอายุเขาก็ช่วยโดยไม่ปริปากบ่น”

2. สมรรถนะการจัดการ ได้แก่ ความสามารถจัดการ รวมไปถึงการแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจ ดังตัวอย่างข้อมูล

“.....ผู้ดูแลควรจะจัดการแก้ปัญหาได้ เพราะครอบครัวผู้สูงอายุบางรายอาจจะไม่ให้ความร่วมมือในการดูแล.....”

“....การประสานงานก็สำคัญ กรณีเจอผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ ควรจะประสานใครหรือต้องทำอะไร.....”

3. สมรรถนะหน้าที่ ได้แก่ ความสามารถในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ ผลจากการสัมภาษณ์

“....อันนี้สำคัญเคยเลย เขาต้องดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน เราควรส่งเสริมให้เขามีทักษะที่ดีเท่ากับติดอาวุธให้เขา...”

“...ผู้ดูแลควรดูแลสาย NG ได้ ประเมินได้ แต่ไม่ต้องให้ใส่อย่างน้อยพอเห็นก็ต้องบอกได้ว่าสายมันเคลื่อนแล้ว...”

“....ผู้ดูแลควรอาบน้ำหรือช่วยพาไปห้องน้ำได้นะ เวลาไปเยี่ยมบางที่ผู้สูงอายุก็ถ่ายจนเลอะ Pampers เขาจะได้ช่วย”

“....เวลาเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุนอกจากกลืนฉี่ คือ กลืนเชื้อรา เราควรจะสอนผู้ดูแลในเรื่องของการอาบน้ำแต่งตัวว่าควรจะประเมินและสังเกตอย่างไร.....”

“.....การดูแลฟันในผู้สูงอายุติดเตียงนี้สำคัญ ถ้าดูแลไม่ดี ก็ป่วยเป็น Pneumonia ได้ เราต้องสอนให้เขาทำเป็น....”

“.....การพยุงผู้ป่วยยืนในทุกวันก็สำคัญเพราะถ้าเราไม่พยุงให้เขายืนข้างเตียงผู้สูงอายุจะลืมหัดเดินแบบไหน และที่สำคัญจะเกิด foot drop ในผู้สูงอายุที่นอนนาน....”

“.....ผู้สูงอายุควรรู้ว่าถ้าเจอผู้สูงอายุใส่สายสวนปัสสาวะเขาต้องดูอะไรบ้างหรือให้คำแนะนำอย่างไร.....”

“.....ผู้ดูแลควรมีความรู้ในเรื่องของการใช้นวัตกรรมจากประเทศที่เขาเจริญแล้ว เช่น ญี่ปุ่น เพื่อช่วยในการวางแผนการดูแลในชุมชนได้.....”

“....ผู้ดูแลควรได้เรียนรู้ในเรื่องการใช้แบบประเมินต่างๆ เช่น INHOMESS, ADL, 2Q เพื่อจะได้เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุนอกจากการวัดสัญญาณชีพ.....”

“...การปฐมพยาบาลเบื้องต้นนี้สำคัญเลย ผู้ดูแลจะได้ให้การช่วยเหลือได้ทันและรู้ว่าควรจะจัดการอย่างไร.....”

ผลการศึกษาความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ในประเด็นเรื่องสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน สรุปได้ดังนี้

1. ด้านความรู้ ผู้เข้าร่วมวิจัยได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้ที่ต้องการศึกษาเพิ่มเติมในการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่

1.1 การประเมินความต้องการและการบันทึกข้อมูล ดังตัวอย่าง

“.....เวลาดูแลผู้สูงอายุ บางทีก็ไม่ว่ารู้ว่าเพียอยากได้อะไร และก็ไม่ว่าจะถามอะไร.....”

“.....เยี่ยมผู้สูงอายุเสร็จ คุณหมอก็บอกบันทึกไว้ด้วยจะได้เอาไปเบิกเงินก็ไม่ว่าจะเขียนแบบไหน...”

“...เวลาลงเยี่ยมบ้าน นอกจากวัดความดันให้ ก็อยากรู้ว่าจริงๆ ต้องดูอย่างอื่นด้วยไหมและทำอะไร...”

“.....ถ้าเราประเมินอาการได้เราก็สามารถดูแลผู้สูงอายุได้รอดพ้นอันตราย.....”

1.2 การดูแลกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ต้องการผู้ช่วยเหลือใน ความสะดวกในการขับถ่ายและชำระร่างกาย ดังตัวอย่าง

“ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน แต่เมื่อลงเยี่ยมบ้าน พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีเวลาในการทำกิจวัตร ดังคำสัมภาษณ์ “ลูกเขาต้องรีบไปทำงาน จะดูแลเช็ดตัวบางครั้งก็ทำหลังจากกลับมาจากทำงาน”

“.....ยืนอยู่หน้าบ้านได้กลิ่นฉี่เลย ลูกหลานก็ไม่อยู่ ไม่รู้จะเปลี่ยนหรือจะอาบน้ำให้แบบไหน....”

1.3 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ดังตัวอย่าง

“...ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน ถ้าเรารู้เรื่องโรคเราก็จะแนะนำได้.....”

“...ผู้สูงอายุเป็นโรคเบาหวานแต่ก็ยังชอบกินมะม่วงสุก พอไปเล่าให้คุณหมอฟังหมอบอกว่าต้องแนะนำอย่าให้กิน....ถ้าเรารู้เรื่องโรคเบาหวานเราก็จะบอกได้ว่าควรทำอะไร...”

“...ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ความดัน ต้องดูแบบไหนหนอ เวลาญาติพี่น้องถามก็ไม่ว่าจะตอบยังงี้...”

1.4 การช่วยกระตุ้นความอยากอาหาร

“...ผู้สูงอายุ เพียชอบบ่นว่าไม่ค่อยอยากกินข้าว ทำแบบไหนถึงจะอยากกินข้าว.....”

“...เวลาเจอหน้าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ก็จะบ่นว่า กินอะไรก็ไม่อร่อย ลีนมันไม่รู้รส ต้องทำแบบไหนคุณหมอ....”

1.5 การผ่อนคลายความเครียด ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดด้านความสามารถในการเคลื่อนไหว และครอบครัวก็ออกไปทำงานในตอนกลางวัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเหงา จึงต้องการเพื่อนคุยและต้องการกิจกรรม

“ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเหงา และไม่มีเพื่อน บางทีไปก็อยากรหาอะไรให้ทำพอได้คลายเหงา”

2. ทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่จำเป็น ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องดูแลผู้สูงอายุที่ผู้สูงอายุต้องการเพิ่มเติม คือ ทักษะปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ ดังตัวอย่าง

“.....ถ้าเราประเมินอาการได้เราก็สามารถดูแลผู้สูงอายุได้รอดพ้นอันตราย”

“....เราอยากฝึกเรื่องของการดูแลเบื้องต้น บางทีเราต้องช่วยผู้สูงอายุลุกนั่ง หรือ ลุกจากเตียง.....”

“.....ผู้สูงอายุเป็นแผล ถ้าเราได้ฝึกเยาะๆ ก่อนทำงานเราก็จะมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุ.....”

“.....เราอยากเรียนรู้และฝึกปฏิบัติงานเยาะขึ้น จะช่วยสร้างความมั่นใจในการทำงาน.....”

“.....ผู้สูงอายุใช้ออกซิเจน เราต้องดูแลแบบไหน อยากฝึกอยากรู้เกี่ยวกับเรื่องแบบนี้....”

“.....ผู้สูงอายุที่บ้านบางคนก็ใส่สายเยาะเยะ เราก็อยากรู้ว่าต้องดูแลแบบไหน....”

“....แต่ก่อนเราคิดว่า พวกเครื่องมือเป็นหน้าที่ของหมอ แต่พอไปทำงานจริงในพื้นที่ เราควรจะต้องรู้และดูแลเป็น....”

รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของนักบริบาลผู้สูงอายุ: องค์ประกอบของสมรรถนะของนักบริบาลผู้สูงอายุสมรรถนะของนักบริบาลผู้สูงอายุที่ได้นำมาจัดทำหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพนักบริบาลผู้สูงอายุ ดังหัวข้อที่ต้องพัฒนาดังต่อไปนี้ 1) สมรรถนะหลักของผู้ดูแล คือ การมีจริยธรรมในการดูแลผู้สูงอายุด้วยความใจความเป็นมนุษย์ ประกอบด้วย 1) บทบาทหน้าที่และจริยธรรมของนักบริบาลผู้สูงอายุ 2) กิจกรรมปลูกฝังคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของนักบริบาลผู้สูงอายุและการให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ 2) สมรรถนะการจัดการ คือ ความสามารถในการจัดการและแก้ไขปัญหา ประกอบด้วย 1) การวางแผนการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุและการจัดการงานบ้าน 2) เทคโนโลยีที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุ 3) การบันทึกและการรายงาน และ 4) การจัดทำกรณีศึกษา (Case Study) 3 สมรรถนะหน้าที่ คือ การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในชีวิตประจำวันและในสถานการณ์ฉุกเฉิน ประกอบด้วย 1) การให้ความช่วยเหลือด้านการขับถ่ายแก่ผู้สูงอายุ 2) การช่วยเหลือด้านอาหารแก่ผู้สูงอายุ 3) การช่วยเหลือด้านการเคลื่อนย้ายแก่ผู้สูงอายุ 4) การปฐมพยาบาลภาวะฉุกเฉินและการส่งต่อ 5) การช่วยเหลือพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ 6) การฟื้นฟูสมองและกิจกรรมคลายกังวล 7) การนวดไทยและการประคบสำหรับผู้สูงอายุ และ 8) การฟื้นฟูทางทันตสุขภาพ ข้อมูลที่ได้ในส่วนนี้ได้นำไปจัดทำเป็นหลักสูตรและให้ผู้ทรงคุณวุฒิได้วิพากษ์หลักสูตร ซึ่งในขณะนี้อยู่ในระหว่างการดำเนินพัฒนาหลักสูตรและทดลองใช้

อภิปรายผล

จากการศึกษาสมรรถนะของนักบริบาลผู้สูงอายุครั้งนี้ พบว่า สมรรถนะนักบริบาลผู้สูงอายุ มี 3 องค์ประกอบ คือ สมรรถนะหลัก สมรรถนะการจัดการและสมรรถนะหน้าที่ซึ่ง

สอดคล้องกับสมรรถนะของ McClland (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2556) คณะผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลการวิจัยในประเด็นต่อไปนี้

1. สมรรถนะหลักในการดูแลผู้สูงอายุ คือการมีจริยธรรมในการดูแลผู้สูงอายุด้วยความใจความเป็นมนุษย์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดหลักของสภาสังคมทางการศึกษาของสหรัฐอเมริกา (Council on Social Work Education, 2015) ได้กำหนดไว้ว่า สมรรถนะด้านค่านิยมและจริยธรรมเป็นสมรรถนะหนึ่งในการดูแลผู้สูงอายุประกอบด้วย การเคารพในสิทธิและความต้องการของผู้สูงอายุ การประยุกต์นำหลักการจริยธรรมมาใช้ในการตัดสินใจในฐานะการเป็นตัวแทนผู้รับบริการ การเคารพในความหลากหลายของผู้สูงอายุ และครอบครัวทั้งเพศอายุ เชื้อชาติ การตระหนักในความเชื่อวัฒนธรรมชาติพันธุ์และจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ การนำหลักการและทฤษฎีมาปรับใช้ การออกแบบกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหา การสนับสนุนให้บุคคลและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลและะยสุดท้าย ทั้งนี้ผู้สูงเป็นวัยที่มีการเสื่อมสภาพด้านร่างกายส่งผลให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลงการดูแลช่วยเหลือโดยคำนึงถึงสิทธิและหลักจริยธรรมจึงเป็นหัวใจสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งวียะดา รัตนสุวรรณ (2561) กล่าวว่า “จริยธรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมี 3 ประเด็นคือ 1) คุณค่าของความเป็นมนุษย์ 2) ต้องการมีอิสระในตัวเอง และ 3) ชีวิตและการตายอย่างมีศักดิ์ศรี การส่งเสริมสมรรถนะหลักผู้ดูแลผู้สูงอายุด้านจริยธรรมก็จะช่วยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีทัศนคติที่ดีแก่ผู้สูงอายุ และปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นธรรมรวมถึงเคารพในความแตกต่างระหว่างบุคคล และสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณภา กุมารจันทร์ (2559) ที่ศึกษาการให้บริการที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขุนทะเล จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ผู้สูงอายุต้องการการได้รับบริการที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุเป็นอันดับแรก รองลงมา คือด้านการเคารพและพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ และด้านการสนับสนุนความเป็นเอกลักษณ์ของผู้สูงอายุ

2. สมรรถนะการจัดการคือความสามารถในการจัดการและแก้ไขปัญหา และซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภาสกร สอนเรือง และคณะ (2559) ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือในชุมชนภายใต้นโยบายการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่าบทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุต้องมีการทำงานเป็นทีมมากขึ้นและมีแผนในการทำงานซึ่งมีรายละเอียดของผู้สูงอายุ และการศึกษาของจรัส ประสิว และวิสุทธิ์ สุกรินทร์ (2561) ศึกษาองค์ประกอบของผู้จัดการด้านสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า สมรรถนะการบริหารจัดการมีองค์ประกอบย่อยคือการจัดการสิ่งแวดล้อมต่อผู้สูงอายุ ภาวะผู้นำและการบริหารจัดการ การจัดการด้านการเงินและการตัดสินใจแก้ไขปัญหา ความเสี่ยง

3. สมรรถนะหน้าที่ คือ การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในชีวิตประจำวันและในสถานการณ์ฉุกเฉิน ซึ่งสมรรถนะหน้าที่เป็นกลุ่มสมรรถนะที่เกี่ยวกับความรู้และทักษะของกลุ่มงานหรือฝ่ายงานด้านการดูแล Campbell (1984) และ Lassey, & Lessey (2001) กล่าวว่า “ผู้ให้การดูแล (Care Worker) ทำหน้าที่คล้าย ๆ กับพนักงานผู้ช่วยทางการแพทย์และผู้ดูแลส่วนใหญ่มีหลาย

หน้าที่ทั้งทำความสะอาดพื้น การซักล้าง การเปลี่ยนผ้าอ้อม การอาบน้ำ การป้อนอาหาร และการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกุลวิณ วุฒิกร และคณะ (2559) ที่ศึกษารูปแบบการพัฒนาศมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุพบว่า สมรรถนะหน้าที่คือเทคนิควิธีในการจัดการเลือดหรือสิ่งคัดหลั่ง เทคนิคในการบำรุงรักษาเครื่องมือทางการแพทย์ การส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัยให้แก่ผู้สูงอายุและการควบคุมและพัฒนาบุคลิกภาพแก่อาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ภาสสินี แซ่ตี้ว และคณะ (2562) ศึกษาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุหลังจากอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมงของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานีพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเรื้อรังและมีทักษะการปฏิบัติในการจัดการช่วยเหลือผู้สูงอายุในระดับสูงก็จะมีคามมั่นใจมากขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านและสามารถให้คำแนะนำที่ถูกต้องรวมทั้งสามารถดูแลผู้สูงอายุให้รอดพ้นจากอันตราย

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำมาจัดทำร่างหัวข้อหลักสูตรเพื่อพัฒนาศมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ และเป็นแนวทางในการพัฒนาศมรรถนะที่พึงประสงค์ของนักบริบาลผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาแบบงานวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนาหลักสูตรที่สามารถพัฒนาศมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2561). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561*. สืบค้นเมื่อ 17 กุมภาพันธ์ 2563 จาก http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1573000096-261_0
- กุลวิณ วุฒิกร, บรรพพต วิรุณราช และอิสระ สุวรรณบล. (2559). รูปแบบการพัฒนาศมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ. *ศรีปทุมปริทัศน์ ฉบับมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 16(2), 50-60.
- จำรัส ประสิว และวิสุทธิ์ สุกรินทร์. (2561). การพัฒนาศมรรถนะของผู้จัดการระบบการดูแลระยะด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสระบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 27(5), 845-855.
- ภาสสินี แซ่ตี้ว, ชไมพร จินต์คนาพันธ์, ศราวุธ เรืองสวัสดิ์ และธนิดา ทีปะบาล. (2562). การศึกษาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุหลังจากอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมงของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(1), 200-310.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, ดวงกมล วัฒราดูล และบุปผาวัลย์ ศรีล้ำ. (บรรณาธิการ). (2556). *การพยาบาลเพื่อความปลอดภัย: สมรรถนะพยาบาล CVT*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์

- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ. (2547). *Quality in Nursing and Learning Organization*. กรุงเทพมหานคร: สุขุมวิทการพิมพ์. (2549). เส้นทางสู่การพยาบาลยอดเยี่ยม . กรุงเทพมหานคร: สุขุมวิทการพิมพ์.
- ภาสกร สอนเรือง อาณัติ วรรณศรี และสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. (2561). การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือในชุมชนภายใต้นโยบายการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 12(3), 437-435.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ. (2556). *รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2555*. นนทบุรี: เอสเอสพลัสมีเดีย.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชรเล็ก, สมบัติ ปรียานุช, โชคนวณิชย์ ธนิกานต์ ศักดาพร. (2552). ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนในชนบทไทย. *วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 10(3), 13-24..
- วิยะดา รัตนสุวรรณ. (2561). จริยธรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง: มุมมองที่แตกต่าง. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพะเยา*, 19(3), 14-24.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2556). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2556*. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. (2562) *รายงานการสำรวจจำนวนประชากรในจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2562*. อุบลราชธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี.
- สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุบลราชธานี. (2561). *แผนยุทธศาสตร์ด้านผู้สูงอายุจังหวัดอุบลราชธานี ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2561-2564)*. อุบลราชธานี: สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุบลราชธานี.
- Campbell R. (1984). Nursing Homes and Long-term Care. *Japan Pacific Affairs*, 57, 1, 78-89.
- Council on Social Work Education. (2558). *Geriatric Social Work Competency Scale II with Life-Long Leadership Skills: Social work Practice Behavior in the Field of Aging*. Retrieved January 15, 2020 from <http://www.cswe.org/>
- Lassey, W. R., & Lessey, M. L. (2001). *Japan: Challenges of Aging and Culture Change in Quality of Life for Older People: An International Perspective*. New Jersey: Prentice Hall.
- MC Clelland, D.C., (1995). *Measuring Human Motivation Studies in Motivation*. Appleton-Century-crofts.

- MG Titler, C., Kleiber, V. J., Steelman, B. A., & Rakel. (2001). *The Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care*. Critical Care Nursing Berkeley Electronic Press Selected Works.
- United Nations Population Funds. (2015). *World Population Ageing*. New York: United Nations.

ประสิทธิผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี
ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ
ของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4-6 จังหวัดสุพรรณบุรี
Effectiveness of Dental Health Education Program by
Application of Self-Efficacy on Dental Health Behavior
of Grade 4-6 Students in Suphanburi

มารุต ภูพะเนียด^{1*}, จันทภา จวนกระจำ¹, กิตติศักดิ์ หลวงพันเท¹ และ พัชรชล เลิศมาลาพงศ์¹
Marut Phoophanaiat^{1*}, Jantapa Juankrajang¹, Kittisak Luangpantao¹ and
Patcharachol Lertmalapong¹

¹วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี สถาบันพระบรมราชชนก^{1*}

¹Sirindhorn College of Public Health, Suphanburi, Praboromarajchanok Institute^{1*}

(Received: June 19, 2020; Revised: August 21, 2020; Accepted: August 22, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการทดลองเบื้องต้นดำเนินการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4-6 จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 30 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย ใช้ระยะเวลาทดลอง 5 สัปดาห์ การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ ($KR\ 20=.71$) แบบสอบถามพฤติกรรมทันตสุขภาพ (Cronbach's Alpha = .72) แบบบันทึกปริมาณคราบจุลินทรีย์ และแบบประเมินทักษะของการแปรงฟัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired Sample t-test ผลการวิจัยพบว่า

ภายหลังได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษานักเรียนมีความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ และทักษะการแปรงฟันที่ถูกต้องดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษา และมีปริมาณคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันน้อยลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$)

แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมทันตสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองในนักเรียนสามารถทำให้ความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ ทักษะการดูแลทันตสุขภาพ และอนามัยช่องปากดีขึ้น

คำสำคัญ: ความสามารถของตนเอง, พฤติกรรมทันตสุขภาพ, คราบจุลินทรีย์บนตัวฟัน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: marut.phph@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 098-3673321)

Abstract

This study was a preliminary experimental research by one group pre-test post- test design. The objective of this study was to evaluate the effectiveness of dental health education program by applying the self-efficacy theory that affects dental health behavior of primary school students grade 4-6 in Suphanburi Province. The experimental group was 30 students. The intervention for 5 weeks. Data collected by dental health knowledge questionnaires (KR 20= 71.0), dental health behavior questionnaires (Cronbach's Alpha = 0.72), oral hygiene skill assessment and plaque record. Data were analyzed by percentage, mean, standard deviation and paired sample t-test.

The results showed that after intervention, knowledge of dental health care and brushing skills of students increased more than before intervention and dental plaque reduced more than before intervention significantly ($P<0.05$).

The finding indicated that the dental health education program by applying the self-efficacy theory that may affect dental health care behavior of students has improved knowledge of dental health care, oral health care skills and oral hygiene.

Keywords: Self-Efficacy, Dental Health Care, Dental Plaque

บทนำ

เด็กวัยเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายซึ่งมีอายุระหว่าง 10-12 ปี ถือเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญเนื่องจากมีฟันแท้ขึ้นครบ 28 ซี่ ในช่องปากและมีการเจริญเติบโตของขากรรไกรเต็มที่ โดยสถานการณ์ปัญหาโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบของกลุ่มดังกล่าวยังเป็นห่วงเมื่อไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างทันตวิธี โรคจะลุกลามและเกิดการสูญเสียฟันในที่สุด ส่งผลต่อการพัฒนาการ สุขภาพ การสบฟัน การออกเสียง การเรียน และที่สำคัญคือเป็นแหล่งของการติดเชื้อ อาจแพร่กระจายสู่อวัยวะอื่น ๆ ทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้ จากรายงานการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติที่ทำการสำรวจทุก 5 ปี ใน พ.ศ. 2555 และ 2560 พบว่า เด็กอายุ 12 ปี มีฟันแท้ผุ ร้อยละ 52.3 และ 52.0 ตามลำดับ มีประสบการณ์การเป็นโรคฟันผุ ค่าเฉลี่ยฟันแท้ผุ ถอน อุด (DMFT) เท่ากับ 1.3 และ 1.4 ซี่/คน ตามลำดับ (สำนักทันตสาธารณสุข, 2556; สำนักทันตสาธารณสุข, 2561) จะเห็นได้ว่าถึงแม้จะมีอัตราฟันผุคงที่ แต่ปริมาณฟันแท้ผุต่อคนกลับเพิ่มขึ้น ทั้งนี้กลุ่มเด็กวัยรุ่นตอนต้น อายุ 10-12 ปี ถือเป็นกลุ่ม

สำคัญทางระบาดวิทยาและกลุ่มอายุ 12 ปี ยังเป็นกลุ่มอายุที่ใช้เปรียบเทียบความชุกและประสพการณ์การเกิดฟันผุระหว่างประเทศ เนื่องจากเป็นอายุที่มีฟันแท้ขึ้นครบ 28 ซี่ในช่องปาก ซึ่งอัตราการเกิดโรคฟันผุในวัยนี้จะใช้เพื่อทำนายแนวโน้มการเกิดโรคฟันผุในวัยผู้ใหญ่ นอกจากนี้แล้ว สถานการณ์ปัญหาสภาวะเหงือกอักเสบในวัยรุ่นตอนต้น ของกลุ่มดังกล่าวยังน่าเป็นห่วง โดยพบว่า มีนักเรียนเพียงร้อยละ 17.0 เท่านั้นที่มีเหงือกปกติ โดยมีเหงือกอักเสบเฉลี่ย 3.2 ส่วนจาก 6 ส่วน ทั้งนี้ ร้อยละ 31.8 จะมีหินน้ำลายร่วมด้วย (สำนักทันตสาธารณสุข, 2561) ซึ่งถือว่าเป็นปัญหา นอกจากนี้จากรายงานสภาวะช่องปากของเด็กวัยเรียนจังหวัดสุพรรณบุรี พ.ศ. 2560 ยังพบว่า เด็กอายุ 6 ปี 9 ปี และ 12 ปี มีฟันผุ ร้อยละ 9.42, 25.60 และ 44.4 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าการเกิดโรคฟันผุเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น นอกจากนั้นตั้งแต่ปี พ.ศ.2557-2559 ทุกกลุ่มอายุมีแนวโน้มของการเกิดโรคฟันผุเพิ่มขึ้นทุกปี (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี, 2561) และจากการสำรวจปัญหาฟันผุในเด็กมีสาเหตุหลักมาจากพฤติกรรมการบริโภค โดยเฉพาะเครื่องดื่มน้ำตาลและน้ำหวาน ขนมกรุบกรอบ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นค่อนข้างมาก และการใช้จ่ายเงินสำหรับขนมและเครื่องดื่มเหล่านี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นด้วย ตลอดจนพฤติกรรมการแปรงฟันที่ยังไม่มีความสม่ำเสมอ (สำนักทันตสาธารณสุข, 2556; สำนักทันตสาธารณสุข, 2561) ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวส่งผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปากมากมายทั้งโรคฟันผุ และโรคเหงือกอักเสบ (จันทร์เพ็ญ เกสรราช, นงลักษณ์ ดาวลอย และปองชัย ศิริศรีจันทร์, 2560) นอกจากส่งผลให้เกิดปัญหาโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบแล้ว ยังก่อให้เกิดปัญหาด้านโภชนาการ การเจริญเติบโต บุคลิกภาพของเด็ก และส่งผลเสียสะสมไปในระยะยาวต่อสุขภาพโดยรวมของเด็ก

จากสถิติและข้อมูลที่กำลังมาข้างหน้าจะเห็นได้ว่าพฤติกรรมการแปรงฟัน และการบริโภคอาหารของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษายังไม่ดีเท่าที่ควร ซึ่งการแก้ปัญหาทันตสุขภาพนั้นจำเป็นที่จะต้องให้เด็กเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทันตสุขภาพของตนเองมากขึ้น โดยเด็กจะต้องมีความรู้ ความคาดหวัง และการปฏิบัติที่ถูกต้อง (รัตน จันทร, 2559) การรับรู้ความสามารถของตนเองมีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคลสองคนอาจมีความสามารถไม่แตกต่างกัน แต่อาจแสดงออกแตกต่างกันได้ ถ้าพบว่าคนสองคนนี้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกัน ในคนคนเดียวก็เช่นกัน (Scott, 1996) ถ้ารับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาพการณ์ต่างกัน ก็อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกันเช่นกัน จะเห็นได้ว่าความสามารถของคนเรานั้นไม่ตายตัว หากแต่ยืดหยุ่นตามสถานการณ์ ดังนั้นประสิทธิภาพของการแสดงออกถึงขั้นกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาวะการณ์นั้น ๆ นั่นคือถ้าเรามีการรับรู้ว่าเรามีความสามารถเราก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้น คนที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถจะมีความอดทน อุทิศหา ไม่ท้อถอยและจะประสบความสำเร็จในที่สุด (Bandura, 1997) จากแนวคิดดังกล่าวมาผู้วิจัยจึงนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรมทันตสุขภาพเพื่อพัฒนาทักษะและพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4-6 ให้ดียิ่งขึ้น เพื่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดีต่อไป

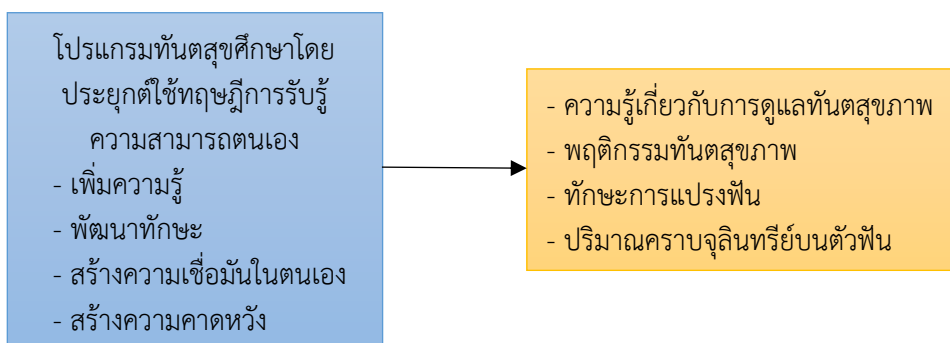
วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4-6

สมมติฐานวิจัย

1. ภายหลังการให้โปรแกรมทันตสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเองนักเรียนมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ภายหลังการให้โปรแกรมทันตสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเองนักเรียนมีพฤติกรรมทันตสุขภาพดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
3. ภายหลังการให้โปรแกรมทันตสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเองนักเรียนมีทักษะการแปรงฟันดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
4. ภายหลังการให้โปรแกรมทันตสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเองนักเรียนมีปริมาณคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบ Preliminary Experimental Research ดำเนินการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pre-test Post-test Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ นักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนวัดโบสถ์ ตำบลมะขามล้ม อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนวัดโบสถ์ ตำบลมะขามล้ม อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี โดยการสุ่มอย่างง่าย จำนวน คน 30 กำหนดเกณฑ์คัดเข้าได้แก่ 1) เป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนวัดโบสถ์ 2) เข้าร่วมด้วยความสมัครใจ โดยได้รับคำบอกกล่าวอย่างเต็มใจ และ 4) เป็นผู้ที่สามารถตอบคำถามเองได้ สำหรับเกณฑ์ในการคัดออก ได้แก่ 1) ไม่มีความผิดปกติทางด้านร่างกายและสมอง และ 2) ผู้เข้าร่วมวิจัยขอถอนตัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย คือ แบบสอบถามและแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ เพศ และอายุ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก โดยคิดคะแนนจากตอบถูกเท่ากับ 1 คะแนน ตอบผิดเท่ากับ 0 คะแนน กำหนดเกณฑ์การแปลผล 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (คะแนนเฉลี่ย 0.80 – 1.00) หมายถึง ระดับคะแนนดี

คะแนนร้อยละ 60-79 (คะแนนเฉลี่ย 0.60 – 0.79) หมายถึง ระดับคะแนนปานกลาง

คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (คะแนนเฉลี่ย 0.00 – 0.59) หมายถึง ระดับคะแนนน้อย

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมทันตสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า 5 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติทุกวัน มีคะแนน 1-5 คะแนน กำหนดเกณฑ์การแปลผล 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00 หมายถึง ระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66 หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง ระดับควรปรับปรุง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินทักษะการแปรงฟันที่ถูกวิธี (Oral Hygiene Skill Achievement Index: SAI) วิธีการแปรงฟันที่ใช้ประเมิน คือ การแปรงฟันแบบขยับปิด (Modified bass method) แบบประเมินแบ่งฟันออกเป็น 16 ส่วน และลิ้น 1 ส่วน ประเมินจากตำแหน่งการวางแปรงสีฟัน (วางแปรงถูก = 1 คะแนน วางแปรงไม่ถูก = 0 คะแนน) และวิธีการแปรงฟัน (แปรงถูก = 1 คะแนน แปรงไม่ถูก = 0 คะแนน) รวมแล้วแต่ละด้านมีคะแนน 0 – 2 คะแนน (Niederman, & Sullivans, 1981) กำหนดเกณฑ์การแปลผล 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.34 – 2.00 หมายถึง ระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 0.67 – 1.33 หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 0.00 – 0.66 หมายถึง ระดับควรปรับปรุง

ส่วนที่ 5 แบบบันทึกคราบจุลินทรีย์บนตัวฟัน (Plaque index: PI) โดยมีคะแนน 0-3 คะแนน จากการตรวจฟันจำนวน 6 ซี่ คือ ฟันซี่ 16, 11, 26, 36, 31, 46 และบันทึก

คะแนนจากด้านแก้มหรือด้านลิ้นที่มีคะแนนสูงสุด จากนั้นนำมาหาคะแนนดัชนีคราบจุลินทรีย์ ดังนี้

$$\text{คะแนนดัชนีคราบจุลินทรีย์} = \frac{\text{ผลรวมของคะแนนทั้งหมดที่ได้}}{\text{จำนวนด้านฟันที่ตรวจ}}$$

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

คุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญด้านทันตสาธารณสุข ด้านส่งเสริมสุขภาพ และด้านประเมินผล จำนวน 3 ท่าน โดยมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยการทดลองใช้เครื่องมือ (Try Out) ในโรงเรียนใกล้เคียง วิเคราะห์ความเที่ยงแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพด้วยวิธีของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (KR 20) มีค่าเท่ากับ .71 และวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) แบบสอบถามพฤติกรรมทันตสุขภาพ ได้ค่าเท่ากับ .72

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยกำหนดโปรแกรมทันตสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองในการศึกษาครั้งนี้ไว้ 5 ครั้ง ใช้เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดของกิจกรรมดำเนินการศึกษาค้นคว้าในแต่ละครั้ง ดังนี้

ขั้นก่อนการทดลอง

เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง โดยการให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบสอบถาม ลักษณะทั่วไปทางประชากร ความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ และพฤติกรรมทันตสุขภาพ จากนั้นผู้วิจัยเก็บข้อมูลทักษะการแปรงฟันที่ถูกต้อง และปริมาณคราบจุลินทรีย์บนตัวฟัน ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

ขั้นทดลอง

โปรแกรมทันตสุขภาพครั้งที่ 1 หน่วยการเรียนรู้ “ปากของเรากับหน้าที่ของฟัน” ประกอบด้วยกิจกรรมเพื่อเน้นความรู้เกี่ยวกับองค์ประกอบและหน้าที่ของฟัน เพื่อให้นักเรียนได้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลอนามัยช่องปาก จากนั้นผู้วิจัยสรุปและอภิปรายการเรียนรู้ร่วมกับนักเรียน ใช้เวลาเรียน 1 ชั่วโมง

โปรแกรมทันตสุขภาพครั้งที่ 2 หน่วยการเรียนรู้ “ฟันดี ฉันทำอะไร 1” ประกอบด้วยกิจกรรมย่อยสีคราบจุลินทรีย์ที่ตัวฟันเพื่อพัฒนาทักษะการตรวจดูคราบจุลินทรีย์ที่ถูกต้อง และพัฒนาทักษะการแปรงฟันให้ดียิ่งขึ้น ใช้เวลาเรียน 1 ชั่วโมง

โปรแกรมทันตสุขภาพครั้งที่ 3 หน่วยการเรียนรู้ “ฟันดี ฉันทำอะไร 2” เป็นกระบวนการเรียนรู้เพื่อพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลทันตสุขภาพ โดยมีกิจกรรมการแสดงบทบาทสมมติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก เพื่อให้นักเรียนได้รับรู้และมั่นใจในความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปากตนเอง และให้เห็นว่าการ

ดูแลสุขภาพช่องปากเป็นเรื่องสนุก จากนั้นผู้วิจัยสรุปและอภิปรายการเรียนรู้ร่วมกับนักเรียนใช้เวลาเรียน 1 ชั่วโมง

โปรแกรมทันตสุขศึกษาครั้งที่ 4 หน่วยการเรียนรู้ “ฟันดี ถ้ามีเป้าหมาย” เป็นกิจกรรมทันตสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างความคงทนของการมีพฤติกรรมทันตสุขภาพที่ยั่งยืน ซึ่งผู้วิจัยจะเข้าไปอภิปรายผลดีของการแปรงฟันที่ถูกรวิธี การย้อมคราบสีจุลินทรีย์ และการเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้องเพื่อห่างไกลโรคฟันผุ จากนั้นให้เด็กนักเรียนเขียนเป้าหมายที่จะทำให้ได้ในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง และนำเสนอหน้าชั้น เพื่อฝึกให้นักเรียนรู้จักตั้งเป้าหมาย ใช้เวลาเรียน 1 ชั่วโมง

โปรแกรมทันตสุขศึกษาครั้งที่ 5 หน่วยการเรียนรู้ “มาสัญญาด้วยกัน” เป็นกิจกรรมทันตสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างความคงทนของการมีพฤติกรรมทันตสุขภาพที่ยั่งยืน ผู้วิจัย ครู และนักเรียนร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและหาทางแก้ไขเมื่อนักเรียนมีพฤติกรรมที่ไม่ตรงตามเป้าหมายที่กำหนดขึ้น พร้อมทั้งให้นักเรียนทำสัญญากับตนเองในการดูแลทันตสุขภาพที่ดี และมอบรางวัลแก่นักเรียนที่มีพฤติกรรมในการดูแลทันตสุขภาพที่ดี ซึ่งเป็นการเสริมแรงใจ และให้นักเรียนฝึกควบคุมตนเอง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

ขั้นหลังการทดลอง

เก็บข้อมูลหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง โดยการให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบสอบถามลักษณะทั่วไปทางประชากร ความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ และพฤติกรรมทันตสุขภาพ จากนั้นผู้วิจัยเก็บข้อมูลทักษะการแปรงฟันที่ถูกรวิธี และปริมาณคราบจุลินทรีย์บนตัวฟัน ใช้เวลา ชั่วโมง 1

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลทั้งหมดจากแบบสอบถาม มาวิเคราะห์ทางสถิติและประมวลผล โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ทางสถิติสำเร็จรูป SPSS โดยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพ พฤติกรรมทันตสุขภาพ ทักษะการแปรงฟันที่ถูกรวิธี และปริมาณคราบจุลินทรีย์บนตัวฟัน ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยการทดสอบค่าที่ (Paired Sample t-test) ซึ่งผลทดสอบ Normality ข้อมูลเป็นโค้งปกติ

จริยธรรมวิจัย

การศึกษานี้ ผู้ศึกษาได้ยึดหลักจริยธรรมในทุกขั้นตอนโดยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี เลขที่ PHCSP นศ-พ.ศ 111 2562

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 73.10 และอายุส่วนใหญ่มีอายุ 11 ปี คิดเป็นร้อยละ 67.56

ผลการศึกษาทักษะการแปร่งฟันที่ถูกวิธีของนักเรียนพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมทันตสุขภาพ นักเรียนมีทักษะการแปร่งฟันอยู่ในระดับควรปรับปรุง (คะแนนเฉลี่ย 0.43 คะแนน) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันตสุขภาพ นักเรียนมีทักษะการแปร่งฟันอยู่ในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 1.45 คะแนน) โดยจะพบว่านักเรียนมีการทักษะแปร่งที่ควรปรับปรุงในบริเวณฟันด้านในทั้งฟันบนและฟันล่าง รายละเอียดดังตาราง 1

ตาราง 1 ทักษะการแปร่งฟันที่ถูกวิธีของนักเรียนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันตสุขภาพ

ตำแหน่งการแปร่งฟัน	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม		
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
1. ฟันบนขวา ด้านแก้ม	0.90	30.0	ปานกลาง	1.60	0.49	ดี
2. ฟันบนหน้า ด้านริมฝีปาก	0.93	25.0	ปานกลาง	1.57	0.50	ดี
3. ฟันบนซ้าย ด้านแก้ม	0.67	47.0	ปานกลาง	1.53	0.50	ดี
4. ฟันบนซ้าย ด้านเพดานปาก	0.00	00.0	ควรปรับปรุง	1.03	0.55	ปานกลาง
5. ฟันบนหน้า ด้านเพดานปาก	0.20	40.0	ควรปรับปรุง	1.03	0.71	ปานกลาง
6. ฟันบนขวา ด้านเพดานปาก	0.00	00.0	ควรปรับปรุง	1.07	0.58	ปานกลาง
7. ฟันล่างขวา ด้านแก้ม	0.60	49.0	ควรปรับปรุง	1.50	0.50	ดี
8. ฟันหน้าล่าง ด้านริมฝีปาก	0.70	46.0	ปานกลาง	1.43	0.50	ดี
9. ฟันล่างซ้าย ด้านแก้ม	0.67	47.0	ปานกลาง	1.50	0.50	ดี
10. ฟันล่างซ้าย ด้านลิ้น	0.13	34.0	ควรปรับปรุง	1.07	0.52	ปานกลาง
11. ฟันหน้าล่าง ด้านลิ้น	0.33	47.0	ควรปรับปรุง	1.07	0.78	ปานกลาง
12. ฟันล่างขวา ด้านลิ้น	0.10	0.35	ควรปรับปรุง	1.07	0.52	ปานกลาง
13. ฟันบนขวา ด้านบดเคี้ยว	0.37	0.49	ควรปรับปรุง	1.97	0.18	ดี
14. ฟันบนซ้าย ด้านบดเคี้ยว	0.40	0.49	ควรปรับปรุง	1.97	0.18	ดี
15. ฟันล่างขวา ด้านบดเคี้ยว	0.63	0.49	ควรปรับปรุง	1.97	0.18	ดี
16. ฟันล่างซ้าย ด้านบดเคี้ยว	0.57	0.50	ควรปรับปรุง	1.97	0.18	ดี
17. ลิ้น	0.10	0.30	ควรปรับปรุง	1.43	0.89	ดี
รวม	0.43	16.0	ควรปรับปรุง	1.45	28.0	ดี

ตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพ พฤติกรรมทันตสุขภาพ ทักษะการแปรงฟันที่ถูกวิธี และปริมาณคราบจุลินทรีย์บนตัวฟัน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันตสุขภาพศึกษา

ปัจจัย	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mean difference</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพ						
ก่อน	30	0.78	0.16			
หลัง	30	0.85	0.13			
พฤติกรรมทันตสุขภาพ						
ก่อน	30	3.95	0.59			
หลัง	30	4.05	0.49			
ทักษะการแปรงฟันที่ถูกวิธี						
ก่อน	30	0.43	0.16			
หลัง	30	1.45	0.28			
ปริมาณคราบจุลินทรีย์บนตัวฟัน						
ก่อน	30	1.41	0.25			
หลัง	30	0.47	0.21			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 2 พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพ นักเรียนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพ เท่ากับ 0.78 ($SD=0.16$) และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพ เท่ากับ 0.85 ($SD=0.13$) เมื่อนำไปทดสอบทางสถิติ พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพนักเรียนมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพเพิ่มขึ้นจากก่อนได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพ

พฤติกรรมทันตสุขภาพ นักเรียนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมทันตสุขภาพ เท่ากับ 3.95 ($SD=0.59$) และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมทันตสุขภาพ เท่ากับ 4.05 ($SD=0.49$) เมื่อนำไปทดสอบทางสถิติ พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพนักเรียนมีพฤติกรรมทันตสุขภาพไม่แตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพ

ทักษะการแปรงฟันที่ถูกวิธี นักเรียนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการแปรงฟันที่ถูกวิธี เท่ากับ 0.43 ($SD=0.16$) และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการแปรงฟันที่ถูกวิธี เท่ากับ 1.45 ($SD=0.28$) เมื่อนำไปทดสอบทางสถิติ พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพนักเรียนมีทักษะการแปรงฟันที่ถูกวิธีเพิ่มขึ้นจากก่อนได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพ แต่ยังคงพบว่าส่วนใหญ่เรียนยังแปรงฟันด้านเพดานปาก และด้านลิ้นไม่ดี

ปริมาณคราบจุลินทรีย์บนตัวฟัน นักเรียนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ปริมาณคราบจุลินทรีย์บนตัวฟัน เท่ากับ 1.41 ($SD=0.25$) และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์บนตัวฟัน เท่ากับ 0.47 ($SD=0.21$) เมื่อนำไปทดสอบทางสถิติ

พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษานักเรียนมีปริมาณคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันลดลง จากก่อนได้รับโปรแกรมทันตศึกษา

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า โปรแกรมทันตศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเองทำให้นักเรียนมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพ ทักษะการแปรงฟันที่ถูกวิธีขึ้น และมีปริมาณคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันน้อยลง ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพของนักเรียนดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมทันตศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 แสดงว่าโปรแกรมทันตศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเองสามารถพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพของนักเรียนได้ เนื่องจากโปรแกรมทันตศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเองมีกิจกรรมที่เสริมสร้างความรู้ซึ่งเป็นพื้นฐานของการดูแลสุขภาพช่องปาก ประกอบกับกิจกรรมการเรียนรู้แบบกลุ่ม และการได้ฝึกปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากจริง เหล่านี้จึงเป็นส่วนช่วยให้นักเรียนเกิดการเรียนรู้ได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ วงษ์ทิพ อินปิ่น (2558) ที่พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมทันตศึกษานักเรียนมีความรู้ด้านทันตสุขภาพเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับ รัตนา จันทร (2559) ที่พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทันตสุขภาพนักเรียนมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

พฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมทันตศึกษาไม่แตกต่างกัน ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 แสดงว่าโปรแกรมทันตศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเองยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทันตสุขภาพ ซึ่งได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและความสม่ำเสมอของการแปรงฟันได้ ทั้งนี้เนื่องจากการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมใดนั้นมีปัจจัยหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเองเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นอกจากนี้อาจเนื่องด้วยนักเรียนมีพฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียนที่ติดอยู่แล้วจึงทำให้ไม่มีความแตกต่างจากเดิม สอดคล้องกับ สิริลักษณ์ รสภิรมณ์, อนันต์ มลารัตน์ และจุฑามาศ เทพชัยศรี (2556) ที่พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมทันตศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเอง นักเรียนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อทันตสุขภาพไม่แตกต่างกับก่อนได้รับโปรแกรมทันตศึกษา

ทักษะการแปรงฟันของนักเรียนดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 แสดงว่าโปรแกรมทันตศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเองสามารถช่วยพัฒนาทักษะการแปรงฟันของนักเรียนให้ดีขึ้นได้ ทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมที่ให้แก่นักเรียนเน้นการฝึกทักษะการแปรงฟันที่ถูกต้อง และเสริมแรงให้เกิดความมั่นใจในตนเองต่อการปฏิบัติ รวมถึงการทำกิจกรรมกลุ่มที่ช่วยให้นักเรียนมี

กิจกรรมร่วมกันเป็นแรงผลักดันระหว่างเพื่อนพ้อง และมีการช่วยเหลือและแนะนำระหว่างกันจึงทำให้นักเรียนสามารถแปร่งฟันได้ดีขึ้น สอดคล้องกับ Bandura (1997) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมใด ๆ ได้ดีจะต้องมีความเชื่อมั่นในตนเอง และความคาดหวังต่อผลลัพธ์ สอดคล้องกับ สรวงสุตา บุษะ และสุขสมัย สมพงษ์ (2561) ที่พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันตสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองเพื่อป้องกันโรคเหงือกอักเสบ นักเรียนมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการแปร่งฟันเพิ่มขึ้น

ปริมาณคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันของนักเรียนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4 จะเห็นได้ว่าโปรแกรมทันตสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองสามารถพัฒนาขีดความสามารถของนักเรียนในเรื่องของการดูแลสุขภาพช่องปากที่เห็นได้ชัดคือเรื่องของความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ และพัฒนาทักษะการแปร่งฟัน ซึ่งการมีทักษะการแปร่งฟันที่ดีช่วยให้นักเรียนสามารถควบคุมและจัดการกับคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันได้ดีจึงเป็นผลให้นักเรียนมีปริมาณคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ วงษ์ทิพ อินัน (2558) ที่พบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพ นักเรียนปริมาณคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันลดลงจากก่อนได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ นภาพรณ์ คำพลงาม (2558) ที่พบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพนักเรียนปริมาณคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันลดลงจากก่อนได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพ และสอดคล้องกับ ชิงชัย บัวทอง, ยินดี พรหมศิริไพบุลย์ และอัจฉริยา วัชรวิวัฒน์ (2558) ที่พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากนักเรียนมีปริมาณคราบจุลินทรีย์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของอัลเบิร์ต แบนดูรา ที่กล่าวว่าบุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ดังนั้นถ้าบุคคลเชื่อว่าตนเองมีความสามารถอย่างไรก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้น คนที่มีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถจะมีความอดทน อุสาหะไม่ท้อถอยและจะประสบความสำเร็จ ดังนั้นถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงและมีความคาดหวังในผลลัพธ์สูงด้วยเช่นกัน บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมนั้นแน่นอน (Bandura, 1997) ดังนั้นเมื่อมีความรู้ที่ถูกต้องและความเชื่อมั่นในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กนักเรียนจึงสามารถแปร่งฟันได้ดี ซึ่งส่งผลให้ปริมาณคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันลดลง แต่ทั้งนี้ยังอาจสรุปได้ว่าประสิทธิภาพของการแปร่งฟันที่ถูกต้อง ซึ่งอาจเกิดจากการที่มีความรู้ที่ถูกต้องมากขึ้นสามารถช่วยลดปริมาณคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันได้ ดังจะเห็นได้จากผลการวิจัยที่พบว่านักเรียนมีความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ และทักษะการแปร่งฟันที่ถูกต้องดีขึ้น สอดคล้องกับการที่นักเรียนมีปริมาณคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันลดลง

การนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานสาธารณสุข โรงเรียน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทันตบุคลากร ครู และผู้ดูแลเด็กสามารถนำกิจกรรมหรือโปรแกรมทันตสุขภาพศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองไปใช้หรือประยุกต์ดัดแปลงเพื่อพัฒนาขีดความสามารถในการดูแลเด็กให้ดียิ่งขึ้นได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือการพัฒนาทักษะการแปรงฟัน เพราะเป็นปัจจัยหลักในการควบคุมคราบจุลินทรีย์ซึ่งเป็นต้นเหตุของการเกิดฟันผุและเหงือกอักเสบ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาในลักษณะนี้ครั้งต่อไปควรมีกุ่มเปรียบเทียบเพื่อยืนยันประสิทธิภาพของโปรแกรมทันตสุขภาพศึกษาให้ชัดเจนขึ้น รวมถึงอาจมีการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีอื่น ๆ มาพัฒนาโปรแกรมทันตสุขภาพศึกษาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

รายการอ้างอิง

- จันทร์เพ็ญ เกสรราช, นงลักษณ์ ดาวลอย และปองชัย ศิริศรีจันทร์. (2560). พฤติกรรมทันตสุขภาพและสภาวะสุขภาพช่องปากของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 จังหวัดสุรินทร์. *วารสารทันตภิบาล*, 28(2), 28-44.
- ชิงชัย บัวทอง, ยินดี พรหมศิริไพบูลย์ และอจริยา วัชรวิวัฒน์. (2558). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนบ้านบางเหียน อำเภอลำปลายพระยา จังหวัดกระบี่. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 3(2), 293-306.
- นภาพรณ คำพลงาม. (2558). ผลของโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในนักเรียนประถมศึกษา. *วารสารราชชนก*, 12(28), 179-185.
- รัตน จันทร. (2559). ผลของโปรแกรมทันตสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาในโรงเรียนสังกัดเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 33(4), 340-353.
- วงศ์ทิพ อินัน. (2558). ผลของโปรแกรมทันตสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคฟันผุของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนอนุบาลปราจีนบุรี. *วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร*, 10(1), 131-142.
- สรวงสุดา บัว และสุขสมัย สมพงษ์. (2561). ประสิทธิภาพของโปรแกรมทันตสุขภาพศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองเพื่อป้องกันโรคเหงือกอักเสบในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 อำเภอเต่างอย จังหวัดสกลนคร. *วารสารทันตภิบาล*, 29(2), 1-12

- สิริลักษณ์ รสภิรมณ์, อนันต์ มลารัตน์ และจุฑามาศ เทพชัยศรี. (2556). ประสิทธิภาพของโปรแกรมทันตสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองที่มีต่อพฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม. *วารสารคณะพลศึกษา*, 16(1), 145-157.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี. (2561). *ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุภาพช่องปาก*. สืบค้นเมื่อ 7 มิถุนายน 2561 จาก https://spb.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
- สำนักทันตสาธารณสุข. (2556). *รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 พ.ศ.2555*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักทันตสาธารณสุข. (2561). *รายงานผลการสำรวจ สภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ.2560*. กรุงเทพฯ: สามเจริญพานิชย์.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Niederman, R., & Sullivans, M.T. (1981). Oral Hygiene Skill Achievement Index. *Journal of Periodontology*, 3(52), 143-156.
- Scott, J. E. (1996). Self-Efficacy: A Key to Literacy Learning. *Reading Horizons: A Journal of Literacy and Language Arts*, 36(3), 195-213.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือด
สมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้
อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี

Factors Related to Self-Protective Behavior of Stroke with
Controlled Hypertention Patients Who Live in Danchang District,
Suphanburi Province

ชูชาติ กลิ่นสาคร^{1*} และ สุธิติน แซ่ตัน¹

Chuchart klinsakorn¹ and Suitin saetan¹

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี^{1*}

Danchang District Public Health Office Suphanburi Province^{1*}

(Received: June 23, 2020; Revised: August 22, 2020; Accepted: August 23, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยภาคตัดขวางนี้ ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองสมอง และปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความ
ดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 353 คน เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์
ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบแบบไคสแควร์
ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ป่วยร้อยละ 84.1 มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง
ภาพรวม ระดับปานกลาง

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือด
สมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ($\chi^2 = 8.268, p < .05$) ความรู้เกี่ยวกับโรค
หลอดเลือดสมอง ($\chi^2 = 3.985, p < .05$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ($\chi^2 =$
11.962, $p < .001$) การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($\chi^2 = 5.048, p < .05$) การรับรู้อุปสรรค
ของการป้องกันตนเองจากโรค ($\chi^2 = 11.684, p < .01$) และการรับรู้ความสามารถของ
ตนเองในการป้องกันโรค ($\chi^2 = 9.427, p < .01$) ส่วนเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้
ฐานะทางเศรษฐกิจ การมีโรคร่วม การรับรู้ประโยชน์ และปัจจัยกระตุ้นไม่มีความสัมพันธ์

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรให้สุขศึกษาเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเป็น
โรค ความรุนแรงของการเกิดโรค และลดการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันตนเองจากโรค
หลอดเลือดสมอง โดยจัดกิจกรรมกระตุ้นให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมด้วยตนเองให้ดีขึ้นและลด
การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนด้วย

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันตนเอง, ความดันโลหิตสูง, ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดัน
โลหิตได้

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: choo2562@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 098-7429835)

Abstract

This cross-sectional survey study aimed to examine stroke prevention behaviors and identify factors associated with stroke self-prevention behaviors in patients with controlled hypertension. Participants were 353 patients with controlled hypertension. Data were collected by questionnaires and analyzed by descriptive statistics including frequency, percentage, mean and standard deviation, as well as Chi-square test.

1. The findings revealed that the participants had the overall stroke self-prevention behaviors at a moderate level (84.1%).

2. There were significant factors associated with participants' stroke self-prevention behaviors, consisting of age ($\chi^2 = 8.268, p < .05$), knowledge about stroke ($\chi^2 = 3.985, p < .05$), stroke risk perception ($\chi^2 = 11.962, p < .001$), severe stroke perception ($\chi^2 = 5.048, p < .05$), barriers to stroke prevention perception ($\chi^2 = 11.684, p < .01$), and self-efficacy of stroke prevention perception ($\chi^2 = 9.427, p < .01$). There were no correlation between other factors and participants' stroke self-prevention behaviors, covering gender, education level, occupation, income, economic status, co-existing hypertension, perception of benefits of stroke self-prevention behaviors and encouraging factors to stroke prevention.

It could be suggested that sub-district health promoting hospitals should provide health education related to risk and severity of stroke, as well as reducing perception of barriers to stroke prevention. The activities linked to encouraging adjusting or changing self-prevention behaviors should be organized to improve proper behaviors of hypertension patients and decrease complications of stroke in community.

Keyword: Self-protection Behavior, Hypertension, Controlled hypertension patients

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะที่สมองขาดเลือดไปหล่อเลี้ยง ซึ่งเกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบ ตัน หรือแตก มาจากอาการขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง ส่งผลให้เซลล์สมองตายในที่สุด และทำให้มีอาการชาที่ใบหน้า ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขน ขา ข้างใดข้างหนึ่งอ่อน

แรง เคลื่อนไหวไม่ได้ ซึ่งแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ หลอดเลือดสมองตีบหรือตันและหลอดเลือดสมองแตก จากรายงานขององค์การอัมพาตโลก (WSO) พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก พบผู้ป่วยจำนวน 80 ล้านคน ผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน และยังพบผู้ป่วยใหม่ถึง 13.7 ล้านคนต่อปี โดย 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป และร้อยละ 60 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร นอกจากนี้ยังได้ประมาณการความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชากรโลกปี 2562 พบว่า ทุก ๆ 4 คน จะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน โดยร้อยละ 80 ของประชากรโลกที่มีความเสี่ยงสามารถป้องกันได้สำหรับประเทศไทย จากรายงานข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี ของกองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุขพบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ปี 2556-2560 มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปี 2559 พบผู้ป่วย 293,463 รายในปี 2560 พบผู้ป่วย 304,807 ราย และจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองปีละประมาณ 30,000 ราย (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2562)

องค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization : WSO) ได้ระบุปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองไว้ 8 ปัจจัยดังนี้ 1) ภาวะความดันโลหิตสูง 2) โรคเบาหวาน 3) ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูง 4) ประวัติญาติสายตรงเคยเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 5) ขาดการออกกำลังกาย 6) ภาวะน้ำหนักเกิน 7) สูบบุหรี่ 8) ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (กลุ่มป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรังในประชากร สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2557) ในประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 จากรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขพบว่า อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน ในภาพรวม ปี พ.ศ. 2557 – 2559 เท่ากับ 38.63, 43.28 และ 43.54 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นเพิ่มขึ้นทุกปี และยังพบว่า โรคหลอดเลือดสมองมีอัตราตายมากกว่าโรคเบาหวาน และโรคหัวใจขาดเลือดเป็น 1.5 – 2 เท่าตัว โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหัวใจ และหลอดเลือดสมอง ถ้ามีภาวะความดันโลหิตสูงจะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 4 เท่าและความเสี่ยงของกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2560)

เขตสุขภาพที่ 5 มีอัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร ตั้งแต่ปี 2559, 2560 และ 2561 จาก 1,688.16 1,516.40 และ 1,341.70 ตามลำดับ ถือว่าผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2561 จังหวัดที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีสามลำดับแรกของเขตสุขภาพที่ 5 คือจังหวัดกาญจนบุรี (ร้อยละ 50.98) จังหวัดราชบุรี (ร้อยละ 45.54) และจังหวัดเพชรบุรี (ร้อยละ 44.91) ซึ่งจังหวัดสุพรรณบุรี (ร้อยละ 47.7) อยู่รองลำดับสุดท้ายของผู้ป่วยความดันโลหิตที่ควบคุมระดับความดันในระดับปกติ ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายร้อยละ 50 ของตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขทำให้มีผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

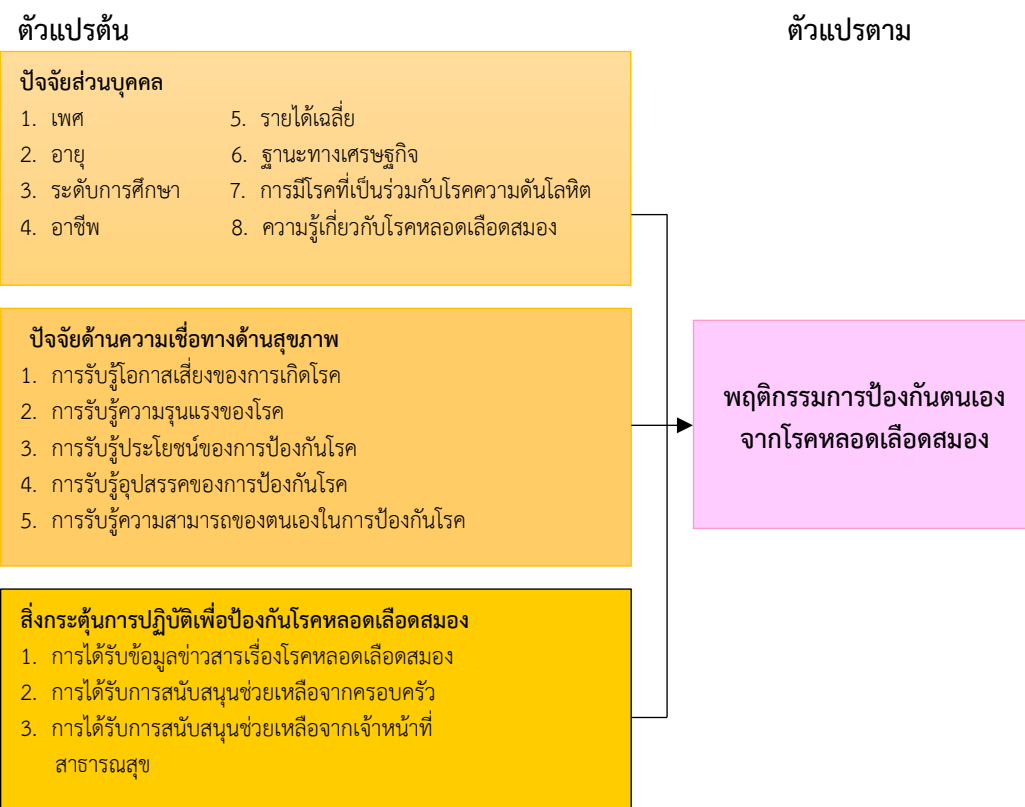
สุพรรณบุรี, 2561) จังหวัดสุพรรณบุรีพบว่าอัตราป่วยและตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรวมทั้งโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยอัตราตายจากหลอดเลือดสมองจาก 34.4 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2548 เป็น 53.3 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ.2557 และยังคงสูงกว่าระดับประเทศ อัตราตายโรคหัวใจขาดเลือดและหลอดเลือดสมอง ระดับประเทศ เท่ากับ 26.9 และ 35.9 ต่อแสนประชากร ตามลำดับและการป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ปี 2548 - 2557 พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังรวมทั้งโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งอาจจะเกิดจากภาวะโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูงถ้ามีภาวะความดันโลหิตสูงจะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี, 2561) และอำเภอด่านช้าง(ร้อยละ เป็น 3 อันดับสุดท้าย รองจากอำเภอบางปลาม้า (ร้อยละ 32.84) อำเภอสามชูก (ร้อยละ 40.76) ซึ่งจากข้อมูลปี 2562 พบว่าอำเภอด่านช้าง มีผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 7,099 คน มีผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี จำนวน 2,990 คน คิดเป็นร้อยละ 42.11 ไม่ผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอด่านช้าง, 2562)

จากข้อมูลข้างต้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Rosenstock และ Becker (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2560) ซึ่งกล่าวว่าแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ตามแนวคิดนี้จะแบ่งตัวประกอบ เป็น 7 ตัวแปร ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ประโยชน์ 4) การรับรู้อุปสรรค 5) การรับรู้ความสามารถของตนเอง 6) ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ 7) ปัจจัยร่วม ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้นำมาใช้ในการอธิบายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จะได้ลดปัจจัยเสี่ยงจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

กรอบแนวคิดวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Survey Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อายุ 35 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับบริการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี มีจำนวนทั้งหมด 16 แห่ง จำนวน 2,990 คน (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอด่านช้าง, 2561)

ผู้ป่วยคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่น้อยกว่า 2 ปี และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างน้อย 1 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใน

เขตอำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี โดยใช้สูตรคำนวณของ Taro Yamane (อ้างถึงในกัญยารัตน์ อ้วยสกุล, 2554) จำนวน 353 คน และดำเนินผู้ป่วยตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) มีจำนวน 16 แห่ง เลือกมา 7 แห่ง จากนั้นนำมาสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากในการเลือกสุ่มตัวอย่างตามรายชื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันได้ ในเขตพื้นที่อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าของผู้ป่วย (Inclusion Criteria) คือ 1) มีอายุ 35 ปีขึ้นไป 2) มารับบริการรับยาความดันโลหิตสูงและอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตพื้นที่อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี 3) สามารถควบคุมความดันโลหิตโดยมีค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวน้อยกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท หรือค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวน้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) 4) เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตพื้นที่อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี 5) สามารถตอบแบบสอบถามในการศึกษาวิจัยได้ และ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยมีเกณฑ์การคัดออกของผู้ป่วย (Exclusion Criteria) คือ 1) ผู้ป่วยย้ายจากบัญชีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 2) มีปัญหาสุขภาพจิต, สมองเสื่อม ทำให้ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ 3) ผู้ที่ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้นมาจากแบบสอบถามของวาสนา เหมือนมี (2557) และแบบสอบถามของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยร่วม แบ่งเป็น 2 ส่วน 1) แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลเป็นลักษณะของคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำในช่องว่างที่กำหนด มีจำนวนทั้งหมด 7 ข้อ 2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 10 ข้อ มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูก ได้คะแนน 1 คะแนน ตอบผิด ได้คะแนน 0 คะแนน พิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม (ดาร์ญ วงศ์อนุชิต, 2554) เมื่อรวมคะแนนแล้วจัดระดับความรู้ โดยกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ โดย ต่ำกว่าร้อยละ 59 (1-5 คะแนน) อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 60-79 (6-7 คะแนน) อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80-100 (8-10 คะแนน) อยู่ในระดับดี

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านความเชื่อทางด้านสุขภาพ จำนวน 35 ข้อ ซึ่งแบ่งออกเป็น การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 7 ข้อ เกณฑ์การแปลผล คะแนน 26-35 อยู่ในระดับสูง คะแนน 17-25 อยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 7-16 อยู่ในระดับต่ำ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 9 ข้อ เกณฑ์การแปลผล คะแนน 34-45 อยู่ในระดับสูง คะแนน 22-33 อยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 9-21 อยู่ในระดับต่ำ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง

จำนวน 9 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน คะแนน 34-45 อยู่ในระดับสูง คะแนน 22-33 อยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 9-21 อยู่ในระดับต่ำ การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 8 ข้อ เกณฑ์การแปลผล คะแนน 30-40 อยู่ในระดับสูง คะแนน 19-29 อยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 8-18 อยู่ในระดับต่ำ การรับรู้การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 12 ข้อ เกณฑ์การแปลผล คะแนน 45-60 อยู่ในระดับสูง คะแนน 29-44 อยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 12-28 อยู่ในระดับต่ำ ข้อคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบตัวเลือกในแบบมาตราวัดของของลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสร้างตามแบบการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ได้แก่ ได้รับเป็นประจำ ได้รับเป็นบางครั้ง และไม่ได้รับเลย มีข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ โดยให้เลือกตอบได้เพียง 1 คำตอบ ตัวเลือกในแบบมาตราวัดของ Best, 1977 (อ้างถึงใน เต็มศักดิ์สุขวิบูลย์, 2552) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ได้รับเป็นประจำ = 3 ได้รับเป็นบางครั้ง = 2 ไม่เคยได้รับเลย = 1 การแปลผล คะแนน 15-18 อยู่ในระดับสูง คะแนน 11-14 อยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 6-10 อยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองมีข้อคำถาม จำนวน 21 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อย ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ปฏิบัติเป็นประจำ = 4 ปฏิบัติบ่อย = 3 ปฏิบัติบางครั้ง = 2 ไม่ปฏิบัติเลย = 1 การแปลผล คะแนน 64-84 อยู่ในระดับสูง คะแนน 43-63 อยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 21-42 อยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหา ผู้เชี่ยวชาญด้านแบบสอบถาม และผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติ ได้ผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ที่มีค่าคะแนน 0.75

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญที่ได้ตรวจสอบความเที่ยงตรง ไปทดลองใช้กับกลุ่มคนที่มีลักษณะใกล้เคียง (Try Out) คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อายุ 35 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภออุทอง จังหวัดสุพรรณบุรีจำนวน 30 คน โดยแบบวัดความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ใช้สูตรแบบคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) ได้ค่าเท่ากับ 0.745 ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของการป้องกัน

ตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.756, 0.842, 0.800 0.856, 0.907, 0.762, และ 0.714 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ทำแบบสอบถามเก็บข้อมูล จากผู้ป่วยทั้งหมด 353 คน โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 15-20 นาทีโดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ และมองเห็นแบบสอบถามไม่ชัดเจน และนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของคำตอบ และรวบรวมข้อมูลเพื่อทำการวิเคราะห์ทางสถิติ

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ปัจจัยร่วมปัจจัยด้านความเชื่อส่วนบุคคล สิ่งกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยกระตุ้นใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) โดยการหาค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูง (Maximum)

2. วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistic) หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) ในการทดสอบหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมกับพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี เอกสารรับรอง เลขที่ 004/63 เมื่อวันที่ 14 มกราคม 2563

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วย จำนวน 353 คน มากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.1 มีอายุเฉลี่ยประมาณ 55 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.47 การกระจายร้อยละของช่วงอายุต่าง ๆ พบว่า ผู้ป่วยอยู่ในช่วงอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 34.6 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 28.9 มากกว่าครึ่งจบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 54.4 รองลงมาจบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 23.2 และเกือบครึ่งประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 47.3 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 29.5 รายได้ของผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 47.6 รองลงมาไม่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ

44.5 เกือบครึ่งฐานะทางเศรษฐกิจมีรายได้ไม่พอใช้ ร้อยละ 49.6 รองลงมามีรายได้พอใช้และไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 42.2 ผู้ป่วยมากกว่าครึ่งไม่มีโรคร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 52.4 มีโรคร่วมคิดเป็นร้อยละ 47.6 โดยโรคที่เป็นร่วมคือโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 29.7 รองลงมาคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 17.3

2. พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้พบว่า พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองในภาพรวมของผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนน 56.58 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อแบ่งเป็นระดับพฤติกรรม 3 ระดับ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง สูง และต่ำ ร้อยละ 84.1, 14.7 และ 1.1 ตามลำดับ

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

ปัจจัย	n	พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง		df	χ^2	p-value
		ต่ำ-ปานกลาง N (%)	สูง N (%)			
ปัจจัยส่วนบุคคล						
เพศ				1	0.056	0.813
ชาย	141	121(85.8)	20(14.2)			
หญิง	212	180(84.9)	32(15.1)			
อายุ				3	8.268	0.041*
ต่ำกว่า 40 ปี	43	42(97.7)	1(2.3)			
41-50 ปี	86	76(88.4)	10(11.6)			
51-60 ปี	102	84(82.4)	18(17.6)			
มากกว่า 60 ปี	122	99(81.1)	23(18.9)			
ระดับการศึกษา				2	4.998	0.082
ต่ำกว่าประถมศึกษา	216	178(82.4)	38(17.6)			
มัธยมศึกษาตอนต้น	82	76(92.7)	6(7.3)			
สูงกว่ามัธยมศึกษา	55	47(85.5)	8(14.5)			
ตอนปลายอาชีพ				2	2.186	0.335
เกษตรกรรม	167	1(0.6)	166(99.4)			
ข้าราชการ/ค้าขาย	141	3(2.1)	138(97.9)			
รับจ้าง/ไม่ได้ทำงาน/	45	0(0.0)	45(100.0)			
ธุรกิจส่วนตัว						

ตาราง 1 (ต่อ)

ปัจจัย	n	พฤติกรรมกำบังกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง		df	χ^2	p-value
		ต่ำ-ปานกลาง N (%)	สูง N (%)			
รายได้				2	2.189	0.342
น้อยกว่า 5,000 บาท	157	130(82.8)	27(17.2)			
5,001-10,000 บาท	168	145(86.3)	23(13.7)			
มากกว่า 10,001 บาท	28	26(92.9)	2(7.1)			
ฐานะทางเศรษฐกิจ				2	3.140	0.208
รายได้ไม่พอใช้	175	144(82.3)	31(17.7)			
พอใช้แต่ไม่มีเหลือเก็บ	148	132(89.2)	16(10.8)			
พอใช้และเหลือเก็บ	30	25(83.3)	5(16.7)			
การที่เป็นโรคร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง				1	0.459	0.498
ไม่มี	185	160(86.5)	25(13.5)			
มี	168	141(83.9)	27(16.1)			
ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง				1	3.985	0.046*
ระดับสูง	251	208(82.9)	43(17.1)			
ระดับต่ำ-ปานกลาง	102	93(91.2)	9(8.8)			
ปัจจัยด้านความเชื่อทางด้านสุขภาพ						
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง				1	11.962	0.001*
ระดับสูง	265	216(81.5)	49(18.5)			
ระดับปานกลาง	88	85(96.6)	3(3.4)			
การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง				1	5.048	0.025
ระดับสูง	295	246(83.4)	49(16.6)			
ระดับต่ำ-ปานกลาง	58	55(94.8)	3(5.2)			
การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมกำบังกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง				1	6.548	0.10*
ระดับสูง	230	188(81.7)	42(18.3)			
ระดับต่ำ-ปานกลาง	123	113(91.9)	10(8.1)			
การรับรู้อุปสรรคของการกำบังกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง				2	11.684	0.003*
ระดับสูง	44	30(68.2)	14(31.8)			
ระดับปานกลาง	187	164(87.7)	23(12.3)			
ระดับต่ำ	122	107(87.7)	15(12.3)			
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการกำบังกันโรคหลอดเลือดสมอง				1	9.427	0.002*
ระดับสูง	249	203(81.5)	46(18.5)			
ระดับต่ำ-ปานกลาง	104	98(94.2)	6(5.8)			
ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อกำบังกันโรคหลอดเลือดสมอง				1	0.046	0.830
ระดับสูง	280	3(1.1)	277(98.9)			
ระดับต่ำ-ปานกลาง	73	1(1.4)	72(98.6)			

*p-value<0.05

จากตาราง 1 ปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าอายุ ($p < .05$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ฐานะทางเศรษฐกิจ และการมีโรคที่เป็นร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง

สำหรับปัจจัยด้านความเชื่อทางสุขภาพ พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ($p < .05$), การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ($p < .001$), การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ($p < .05$), การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง ($p < .01$) และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ($p < .01$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง

นอกจากนี้ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง

อภิปรายผล

พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองในภาพรวมของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ ไม่สามารถเข้าถึงการได้รับข้อมูลข่าวสารในเรื่องโรคหลอดเลือดสมองได้สะดวกเพราะมีหลากหลายช่องทาง และการดำรงชีวิตประจำวันที่เปลี่ยนไป ได้แก่ การทำอาหารส่วนใหญ่ไม่ได้ทำอาหารรับประทานเอง สอดคล้องกับการศึกษาของพรสวรรค์ คำทิพย์ (2556) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันของผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในภาคใต้ ที่พบว่าพฤติกรรมการป้องกันของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของทิพวรรณ ประสานสอน และพรเทพ แพรขาว (2556) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเกิดโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคในบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันภาคใต้ ที่พบว่าพฤติกรรมการป้องกันของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับสูง เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีวุฒิภาวะ พร้อมทั้งจะเข้าใจและเห็นความสำคัญของการควบคุมป้องกันโรค จึงยอมรับว่าการปฏิบัติตัวเป็นสิ่งที่ดี ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกานต์ธิดา กำแพงแก้ว วิไลพรรณ และวินัส ลิฬหกุล (2558) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้อาการเตือน และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า อายุความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากหน่วยงานมีการจัดทำโครงการให้ความรู้ในกลุ่มผู้ป่วย ทำให้กลุ่มคนอายุมาก ซึ่งอาจป่วยมานานเลยได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสารที่ดีกว่ากลุ่มอื่นไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกันยารัตน์ อยู่สกุล (2554) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความรู้ ความ

เชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ภาคใต้ ที่พบว่าอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และไม่ค่อยสนใจดูแลสุขภาพ

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจาก ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้ที่มีประสบการณ์อายุเยอะ สามารถจดจำในสิ่งที่แพทย์แนะนำ และความรู้ในเรื่องโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของอุมาพร แซ่กอ (2552) ที่ศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง พบว่าความรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ที่มีอายุแตกต่างกันจะมีความรู้ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของนพดล คำภีโร (2559) ที่พบว่า ระดับความรู้อยู่ในระดับพอใช้

ปัจจัยความเชื่อทางด้านสุขภาพ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน เนื่องจากผู้ป่วยมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับสูงจะมีพฤติกรรมป้องกันตนเองอยู่ในระดับสูง กล่าวที่จะต้องเป็นภาระของครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของกษมา เชียงทอง (2554) สอดคล้องกับการศึกษาของกานต์ธิดา กำแพงแก้ว วิไลพรรณ และวินัส ลิ้มพุก (2558) ซึ่งสอดคล้องกับโรเซนสตอก (Rosenstock, 1974) ที่เชื่อว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะเป็นผลให้บุคคลนั้นแสดงพฤติกรรมในการป้องกันโรค และสอดคล้องกับเบคเกอร์ (Becker, 1990) ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะความเจ็บป่วยและได้รับการวินิจฉัยโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะแตกต่างไปจากผู้ที่มิสุขภาพดี นั่นคือ ในแต่ละบุคคลจะคาดคะเนได้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ ถ้าบุคคลนั้นเคยเจ็บป่วย และถ้าบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วย จะมีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงขึ้น และทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนมีโอกาสรู้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น

การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน เนื่องจากผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เพราะโรคหลอดเลือดทำให้เป็นอัมพฤกษ์อัมพาตได้ทำให้มีระดับการรับรู้ความรุนแรงในระดับสูงส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดในสมองในระดับสูงไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุทัสสา ทิจะยัง (2557) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับดีมากแต่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกษมา เชียงทอง (2554)

การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน เนื่องจากผู้ป่วยมีการรับรู้อุปสรรคในเรื่องการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีเส้นใยอาหารทำได้ยาก แต่ก็ทำอย่างอื่นทดแทนเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่กล่าวว่า บุคคลจะแสวงหาวิธีการปฏิบัติในการป้องกันโรค และการปฏิบัติในการรักษาตนเองให้หายจากโรค โดยบุคคลจะมีการประเมินระหว่างประโยชน์ที่ได้รับและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจปฏิบัติ บุคคลนั้นจึงเลือกที่จะปฏิบัติวิธีที่เขารับรู้ว่าจะให้ประโยชน์ต่อเขามากที่สุดและมีอุปสรรคน้อยที่สุด (Rosenstock, 1974) ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกษมา เที่ยงทอง (2554) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพการรับรู้การเตือน และพฤติกรรมจัดการโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอำเภอ ดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมจัดการโรคหลอดเลือดสมองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการโรคหลอดเลือดสมอง

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน เนื่องจากผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับสูง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมป้องกันตนเองในระดับสูง โดยเฉพาะในเรื่องสามารถหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ หรือลด ละ เลิกบุหรี่ได้ และเข้ารับการตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นประจำ สอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ที่กล่าวว่าความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกและการคาดคะเนของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะแสดงพฤติกรรมใด ๆ ให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองนี้จะทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจที่จะอดทนต่อความยากลำบากและอุปสรรค จนสามารถควบคุมสถานการณ์และสามารถสร้างผลผลิตในเชิงสร้างสรรค์ได้ (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2560)

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรส่งเสริมผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป เป็นต้นแบบในการดูแลสุขภาพในการควบคุมความดันโลหิตสูงให้อยู่ในระดับปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นและสามารถจูงใจทำให้กลุ่มอายุอื่นปฏิบัติตาม
2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรให้สุขศึกษาเน้นเนื้อหาเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และลดการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ในระดับดี ส่งผลให้ปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีขึ้นและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตในชุมชนด้วย

3. บุคลากรทางด้านสาธารณสุข ควรจัดกิจกรรมให้กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์พฤติกรรมของตนเองในการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน และส่งเสริมการดูแลสุขภาพของตนเอง กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมด้วยตนเอง จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับดี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตที่สามารถควบคุมระดับความดันไม่ได้และสามารถควบคุมระดับความดันได้ นำมาเปรียบเทียบกับระหว่างผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม และมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อหาสาเหตุเชิงลึกของปัญหาในผู้ป่วยที่เกิดและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

2. ควรการศึกษาปัจจัยร่วมที่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติในการศึกษานี้ ยังไม่ครอบคลุมไปถึง ปัจจัยด้านทางด้านสังคมและจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สังคม กลุ่มเพื่อน มีความเกี่ยวข้องบรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรม และปัจจัยทางด้านโครงสร้างพื้นฐานความรู้เรื่องโรค และประสบการณ์เกี่ยวกับโรค

รายการอ้างอิง

- เกษมา เชียงทอง. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้อาการเตือน และพฤติกรรมจัดการโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอต๋อยสะแก จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กัญยารัตน์ อุษสกุล. (2554). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ภาคใต้. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์
- กานต์ธิดา กำแพงแก้ว วิไลพรรณ และวินัส สีสกุล. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้อาการเตือนและพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง. วารสารการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 25(ฉบับที่2), 40-56.
- จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2560). พฤติกรรมสุขภาพ แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้. พิษณุโลก: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ดาร์ณ วงศ์อนุชิต. (2554). การรับรู้ภาวะเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลสหสันต์ จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

- เดิมศักดิ์ สุขวัญกุล. (2552). *ข้อคำนึงในการสร้างเครื่องมือประเภตมาตรประมาณค่า (Rating Scale) เพื่องานวิจัย*. เข้าถึงได้จาก <http://ms.src.ku.ac.th/schedule/Files/2553/Oct/1217086.doc>
- ทิพวรรณ ประสานสอน และพรเทพ แพรขาว. (2556). สถานการณ์ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนสามเหลี่ยม อำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น. *วารสารสมาคมพยาบาลภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 13(2), 36-43.
- นพดล คำภีร์. (2559). *ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลแม่ทะ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง*. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- พรสวรรค์ คำทิพย์. (2556). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันของผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในภาคใต้*. วิทยานิพนธ์การพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วาสนา เหมือนมี. (2557). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก*. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562*. วันที่ค้นหาข้อมูล 17 สิงหาคม 2563. เข้าถึงได้จาก http://www.thaiheart.org/images/column_1563846428/Thai%20HT%20Guideline%202019.pdf
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี. (2560). *ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุม ความดันโลหิตได้ดี เขตบริการสุขภาพที่ 4 จังหวัดสุพรรณบุรี ปีงบประมาณ 2559*. วันที่ค้นหาข้อมูล 12 พฤษภาคม 2561, เข้าถึงได้จาก http://203.157.115.44/hdc/reports/report_kpi.php?flag_kpi_level=8&flag_kpi_year=2016&source=pformatted/format1.php&id=2e3813337b6b5377c2f68affe247d5f9
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอด่านช้าง. (2561). *การคัดกรองความดันโลหิตสูงในประชากรไทย จำแนกกลุ่มอายุ เขตบริการสุขภาพที่ 5 จังหวัดสุพรรณบุรี อำเภอด่านช้าง ตำบลหนองห้วยโพธิ์ ปีงบประมาณ 2563*. วันที่ค้นหาข้อมูล 12 ธันวาคม 2562, เข้าถึงได้จาก http://203.157.115.44/hdc/reports/report.php?source=pformatted/ncd_screenphp&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=68e401815a64e624c286d97ef3582aa3
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2560). *คู่มือการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต)*. สำนักงานกิจการ

- โรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์. ครั้งที่ 2.
กรุงเทพฯ.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2562). ประเด็นสารรณรงค์วันอัมพาตโลก ปี 2560.
เข้าถึงได้จาก http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/_2560_.pdf
- สุทิสสา ทิจะยัง. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองใน
ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์การพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยคริส
เตียน.
- อุมาพร แซ่กอ. (2552). การศึกษาความตระหนักรู้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มเสี่ยงใน
เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาล
ศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). Sociobehavioral Determinants of
Compliance with Health and Medical Care Recommendations.
Medical Care ,13(1), 10-24.
- Rosenstock, I. M. (1974). *Historical Origins of the Health Belief Model*. In M.H.
Becker (Ed.), *The Health Belief Model: and Personal Health Behavior*.
New Jersey: Charles & Slack.

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมจิตบริการของบุคลากรสาธารณสุข

ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสงขลา

Predicting Factors of Service-Mined Behavior among Public Health Personnel in Health Promoting Hospitals, Songkhla Province

ณัฐวิมล วรรณโร*

Nattawimol Wannaro*

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา*

Songkhla Provincial Health Office*

(Received: July 7, 2020; Revised: August 22, 2020; Accepted: August 25, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมจิตบริการของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสงขลา จำนวนทั้งสิ้น 263 คน สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถาม ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามปัจจัยทำนายพฤติกรรมจิตบริการ และแบบสอบถามพฤติกรรมจิตบริการผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าความตรงระหว่าง .67 – 1.00 และได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคระหว่าง .805 - .959 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบทีละขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า

1. การยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล พฤติกรรมทางวัฒนธรรมยุคไทยแลนด์ 4.0 และสมรรถนะทางวัฒนธรรมอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนความสามารถทางการบริหาร ความสามารถในการจัดการเทคโนโลยีและความคิดสร้างสรรค์ระดับมาก สำหรับพฤติกรรมจิตบริการของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสงขลาอยู่ในระดับมากที่สุด

2. ปัจจัยด้านความสามารถทางการบริหาร การยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล ความสามารถในการจัดการเทคโนโลยี สมรรถนะทางวัฒนธรรม และพฤติกรรมทางวัฒนธรรมยุคไทยแลนด์ 4.0 สามารถทำนายพฤติกรรมจิตบริการของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสงขลา ร้อยละ 70.90 ($\text{adj. } R^2 = .709$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลาควรจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาระบบบริการด้วยจิตบริการ ตลอดจนการเรียนรู้จากสถานบริการที่มีผลงานเด่นด้านจิตบริการและด้านวิชาการ

คำสำคัญ: พฤติกรรมจิตบริการ, บุคลากรสาธารณสุข, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Pu55sk@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์: 091-0498099)

Abstract

This predictive correlational research aimed to determine predicting factors of service-mined behavior among public health personnel in health promoting hospitals, Songkhla province. Sample were 263, recruited by multi-stage sampling method. Instrument was a set of questionnaire including demographic data form, predicting factors of service- mined behavior questionnaire, and service-mined behavior questionnaire. Instruments were validated by a panel of 3 experts, yielding content validity index ranging from .67- 1.00 and Cronbach alpha coefficient ranging from .805- .959. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression. Research results revealed as follows;

1. Acceptance of individual differences, Thailand 4.0 cultural behavior, and cultural competency were at the highest level. Executive capacity, information technology management and creative thinking capacity were at a high level. Whereas service-mined behavior among public health personnel in sub-district health promoting hospitals, Songkhla province, was at the highest level.

2. Factors of executive capacity, acceptance of individual differences, information technology management capacity, cultural competency, and Thailand 4.0 cultural behavior could significantly predict service- mined behavior among public health personnel in health promoting hospitals, Songkhla province with 70.90 % ($\text{adj.}R^2 = .709$, $p < .001$).

Thus, Songkhla provincial public health office should provide activities adjusting service behavior to the best for public health personnel working in health promoting hospitals through workshops, learning from service places where have the outstanding works as well as contest for mind serviced system development.

Key Word: Service-Minded Behaviors, Public Health Personnel, Health Promoting Hospitals

บทนำ

พฤติกรรมจิตบริการเป็นการให้บริการที่เป็นมิตร มีความรักความเมตตา ใส่ใจในความทุกข์ที่เป็นปัญหาของผู้รับบริการและผู้ที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งจะให้บริการโดยคำนึงถึงประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าส่วนตน วางใจเป็นกลางในการให้บริการ โดยคำนึงถึงความเป็นเหตุ เป็นผลบนพื้นฐานของความเข้าใจคนอื่นตามความจริง (สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข, 2556) จิตบริการจึงเสมือนกุญแจสำคัญต่อการให้บริการด้านหน้าเพื่อสร้างความประทับใจและมิตรไมตรีที่ดีของบุคลากรทางสาธารณสุขแก่ผู้รับบริการ

กระทรวงสาธารณสุข (2554) ได้จัดทำแผนพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2555-2559 สาระสำคัญเน้นให้บุคลากรสาธารณสุขมีพฤติกรรมเป็นแบบอย่างของคนดี แสดงบทบาทผู้มีจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ที่สอดคล้องกับองค์กรที่บริหารด้วยหลักธรรมาภิบาล มีวัฒนธรรมองค์กรที่สนับสนุนการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การช่วยเหลือเกื้อกูล ประกอบกับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดข้อบังคับด้วยจรรยาบรรณข้าราชการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 ประกอบด้วย 7 ข้อได้แก่ 1) ซื่อสัตย์สุจริตและรับผิดชอบ 2) ยืนหยัดและยึดมั่นในสิ่งที่ถูกต้อง 3) ปฏิบัติหน้าที่อย่างเป็นธรรมเสมอภาค 4) ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความโปร่งใสและตรวจสอบได้ 5) มุ่งผลสัมฤทธิ์ของงาน 6) ดำรงชีวิตตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และ 7) ปฏิบัติตนตามค่านิยมหลักของคนไทย 10 ประการ ภายใต้กลไกการขับเคลื่อนจากผู้บริหารในรูปแบบของการเป็นแบบอย่างที่ดี การจัดอบรมส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับจรรยาบรรณ การประชาสัมพันธ์ การคัดเลือกหน่วยงานดีเด่นทางด้านจรรยา ตลอดจนการให้รางวัลและลงโทษ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ยกฐานะจากสถานีอนามัย เป็นสถานบริการสาธารณสุขระดับต้นของกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด โดยมีส่วนอำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้บังคับบัญชาของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ทันตภิบาล เป็นต้น (อาคม ปัญญาแก้ว และประจักษ์ บัวผัน, 2554) โดยบุคลากรทั้งหมดสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ภารกิจส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับการให้บริการประชาชนเป็นหลักการโดยให้สามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย มีจิตบริการด้วยอัธยาศัยที่ดี มีความรับผิดชอบไม่เลือกปฏิบัติรวม เพื่อไม่ให้เกิดข้อครหาหรือเสื่อมเสียชื่อเสียงของราชการ ส่งผลให้ประชาชนพึงได้ ไว้วางใจในการรับบริการด้านสาธารณสุข รวมทั้งมีความพึงพอใจต่อการบริการ (กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

แต่จากการศึกษาภาระงานของบุคลากรที่ปฏิบัติในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพบว่าบุคลากรใน รพ.สต. ใช้เวลาส่วนใหญ่กับงานรักษาพยาบาล (ร้อยละ 60 – 70) มากกว่างานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคซึ่งเป็นภารกิจหลักของ รพ.สต. ในภาพรวม รพ.สต. ยังมีความขาดแคลนกำลังคนเมื่อเทียบกับภาระงาน และบุคลากรทุกตำแหน่งมีการใช้

เวลากว่าร้อยละ 30 ของเวลาการทำงานทั้งหมด เพื่อทำรายงานผลงานตามตัวชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด รวมถึงการทำงานด้านบริหาร งานเอกสารอื่น ๆ เช่น งานพัสดุ การจัดซื้อจัดจ้าง การเงิน การบันทึกข้อมูล มีผลทำให้เวลาที่ให้บริการสุขภาพประชาชนลดน้อยลง ในขณะที่เดียวกันบุคลากรส่วนใหญ่รู้สึกขาดขวัญกำลังใจ ที่ทำงานหนัก แต่ไม่ได้รับค่าตอบแทนการทำงานล่วงเวลาและไม่ก้าวหน้าเท่าที่ควร (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, 2561) สำหรับจังหวัดสงขลาพบเรื่องร้องเรียนจากการให้บริการจากบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดสงขลา เช่น การพูดจาตะคอก พูดจาไม่ดี การบริการที่ไม่ดี แบ่งแยกตามฐานะ เป็นต้น (เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคภาคใต้, 2561) ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของบุคลากรสาธารณสุข

จากที่กล่าวมาจึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมจิตบริการของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสงขลา อันจะส่งผลต่อการสร้างพฤติกรรมจิตบริการของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ต่อไป ควรเกริ่นถึงตัวแปรต้นที่จะศึกษา เพื่อโยงสู่กรอบการวิจัย

วัตถุประสงค์วิจัย

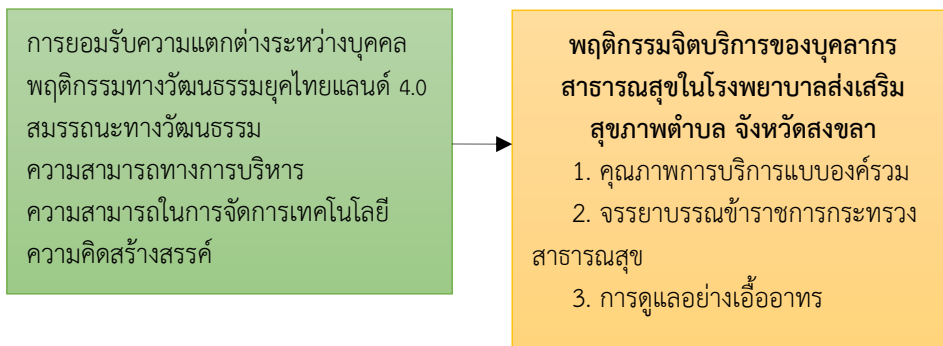
1. เพื่อศึกษาระดับการยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล พฤติกรรมทางวัฒนธรรมยุคไทยแลนด์ 4.0 สมรรถนะทางวัฒนธรรม ความสามารถในการบริหารความสามารถในการจัดการเทคโนโลยี ความคิดสร้างสรรค์ และพฤติกรรมจิตบริการของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสงขลา

2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมจิตบริการของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสงขลาได้แก่ การยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล พฤติกรรมทางวัฒนธรรมยุคไทยแลนด์ 4.0 สมรรถนะทางวัฒนธรรม ความสามารถทางการบริหาร ความสามารถในการจัดการเทคโนโลยี และความคิดสร้างสรรค์

กรอบแนวคิดวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดพฤติกรรมจิตบริการของนักศึกษาพยาบาล (กิตติพร เนาว์สุวรรณ, 2557) ประกอบด้วยคุณภาพการบริการแบบองค์รวม จรรยาบรรณข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข และการดูแลอย่างเอื้ออาทร มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งจิตบริการของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสงขลาเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัย โดยในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกปัจจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เป็น ตัวแปรที่สามารถนำมาปรับปรุงเพื่อแก้ไขปัญหาพฤติกรรมจิตบริการได้ คือ 1) การยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล (กิตติพร เนาว์สุวรรณ, 2557) 2) พฤติกรรมทางวัฒนธรรมยุคไทยแลนด์ 4.0 (นิตยา มณีวงศ์, 2560) 3) สมรรถนะทางวัฒนธรรม (ศิริพันธ์ุ ศิริพันธ์ุ และปราณีต ส่งวัฒนา, 2557) 4) ความสามารถทางการบริหาร

- 5) ความสามารถในการจัดการเทคโนโลยี (ศุภพร เพชรเรียง และคณะ, 2562) และ
6) ความคิดสร้างสรรค์ (คมกริช นันทะโรจวงศ์, ประสพชัย พสุนนท์ และธีระวัฒน์ จันทิก, 2560) (ภาพ 1)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ใช้ระเบียบวิธีวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational Predict Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน เจ้าหน้าที่งานทันตภิบาล นักวิชาการทันตสาธารณสุขชุมชน และแพทย์แผนไทย ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา จำนวนทั้งสิ้น 896 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข นักวิชาการทันตสาธารณสุขชุมชน และแพทย์แผนไทย ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา จำนวนทั้งสิ้น 269 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางเครซีและมอร์แกน (อ้างอิง) ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยสุ่มอำเภอ 2 อำเภอจากโซน 4 โซนในจังหวัดสงขลา ด้วยวิธีหยาบฉลากแบบไม่คืน จากนั้นสุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจากอำเภอที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีหยาบฉลากแบบไม่คืน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ตำแหน่ง และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวม 4 ข้อ

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามปัจจัยทำนายพฤติกรรมจิตบริการของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสงขลา ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามการยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล จำนวน 8 ข้อ และสมรรถนะทางวัฒนธรรม จำนวน 8 ข้อ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคลและสมรรถนะทางวัฒนธรรม มีอยู่ตรงกรอบการวิจัยแล้ว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความสามารถทางการบริหาร จำนวน 7 ข้อ และความสามารถในการจัดการเทคโนโลยี จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบพฤติกรรมทางวัฒนธรรมยุคไทยแลนด์ 4.0 จำนวน 10

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความคิดสร้างสรรค์ จำนวน 8 ข้อ

ทั้งนี้แบบสอบถามทั้ง 4 ส่วน ลักษณะของแบบสอบถามเป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามพิจารณาให้คะแนนซึ่ง แต่ละคะแนนมีช่วงคะแนนที่เท่ากันจากปฏิบัติเป็นประจำให้คะแนนเต็ม 5 ถึงไม่เคยปฏิบัติเลยให้คะแนนน้อยที่สุด 1 คะแนน

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมจิตบริการของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสงขลา โดยด้านคุณภาพการบริการแบบองค์รวมจำนวน 9 ข้อ และด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทรจำนวน 3 ข้อ สำหรับด้านจรรยาบรรณข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 11 ข้อ ตามข้อบังคับว่าด้วยจรรยาบรรณข้าราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2560 รวมทั้งสิ้น 23 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามพิจารณาให้คะแนนซึ่ง แต่ละคะแนนมีช่วงคะแนนที่เท่ากันจากคะแนนเต็ม 5 ถึงคะแนนน้อยที่สุด 1 คะแนน สำหรับเกณฑ์การแบ่งระดับพฤติกรรมจิตบริการและปัจจัยทำนายพฤติกรรมจิตบริการใช้เกณฑ์ของ ชูศรี วงศ์รัตน์ (2553) โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49	บุคลากรสาธารณสุขมีพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อยที่สุด
ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49	บุคลากรสาธารณสุขมีพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย
ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49	บุคลากรสาธารณสุขมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49	บุคลากรสาธารณสุขมีพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก
ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00	บุคลากรสาธารณสุขมีพฤติกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา IOC ระหว่าง .67 – 1.00

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน นำมาทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง คือบุคลากรสาธารณสุขในอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามการยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล เท่ากับ .886 พฤติกรรมทางวัฒนธรรมยุคไทยแลนด์ 4.0 เท่ากับ .814 สมรรถนะทางวัฒนธรรมเท่ากับ .806 ความสามารถทางการบริหาร เท่ากับ .848

ความสามารถในการจัดการเทคโนโลยี เท่ากับ .955 ความคิดสร้างสรรค์เท่ากับ .805 และ พฤติกรรมจิตบริการเท่ากับ .959

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสงขลาและสาธารณสุขอำเภอ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บแบบสอบถาม จากนั้นชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์แก่กลุ่มตัวอย่าง ก่อนที่ผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามด้วยตนเองโดย ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แจง วัตถุประสงค์การวิจัย ข้อคำถามในแบบสอบถาม และการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยแจก แบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่างโดยใช้ให้เวลาตอบแบบสอบถาม 1 สัปดาห์ จากนั้นเก็บ แบบสอบถามกลับคืนด้วยตนเองโดยได้รับแบบสอบถามสมบูรณ์ มาทั้งหมด 263 ชุด คิดเป็น ร้อยละ 97.77

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ตรวจสอบความสมบูรณ์แล้วไปจัดเตรียมแฟ้มข้อมูล บันทึกข้อมูลแล้วจึงวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป (ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าความ เบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าต่ำสุด (Min) และค่าสูงสุด (Max)

2. วิเคราะห์ระดับระดับการยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล พฤติกรรมทาง วัฒนธรรมยุคไทยแลนด์ 4.0 สมรรถนะทางวัฒนธรรม ความสามารถทางการบริหาร ความสามารถในการจัดการเทคโนโลยี ความคิดสร้างสรรค์ และพฤติกรรมจิตบริการของ บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสงขลา โดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าต่ำสุด (Min) และค่าสูงสุด (Max)

3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมจิตบริการของบุคลากรสาธารณสุขใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสงขลาโดยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ (Multiple Regression Analysis) โดยวิธี Stepwise ทั้งนี้ก่อนการวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) (เพอร์นอย สิงห์ช่างชัย, 2549; Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010) ประกอบด้วย ข้อมูลมีการ แจกแจงแบบปกติ ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น ตัวแปรอิสระแต่ละ ตัวต้องไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้นสูง และไม่เกิดปัญหาความคลาดเคลื่อนมี ความสัมพันธ์

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการ วิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ได้หมายเลขรับรอง 25/2563 ลงวันที่ 18 มิถุนายน 2563

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.85 ปฏิบัติงานในตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนร้อยละ 46.35 รองลงมาคือ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 37.64 มีอายุเฉลี่ย 41.50 ปี ($SD=9.83$) โดยมีอายุน้อยที่สุด 22 ปี อายุสูงสุด 59 ปี ระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ย 15 ปี ($SD=11.86$) โดยระยะเวลาปฏิบัติงานต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 38 ปี

2. ระดับการยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล พฤติกรรมทางวัฒนธรรมยุคไทยแลนด์ 4.0 สมรรถนะทางวัฒนธรรม ความสามารถทางการบริหาร ความสามารถในการจัดการเทคโนโลยี ความคิดสร้างสรรค์ และพฤติกรรมจิตบริการของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสงขลา

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล พฤติกรรมทางวัฒนธรรมยุคไทยแลนด์ 4.0 สมรรถนะทางวัฒนธรรม ความสามารถทางการบริหาร ความสามารถในการจัดการเทคโนโลยี ความคิดสร้างสรรค์และพฤติกรรมจิตบริการของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสงขลา

ตัวแปร	M	SD	ระดับ
การยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล	4.70	0.37	มากที่สุด
พฤติกรรมทางวัฒนธรรมยุคไทยแลนด์ 4.0	4.55	0.40	มากที่สุด
สมรรถนะทางวัฒนธรรม	4.47	0.43	มาก
ความสามารถทางการบริหาร	4.53	0.43	มากที่สุด
ความสามารถในการจัดการเทคโนโลยี	4.42	0.53	มาก
ความคิดสร้างสรรค์	4.19	0.61	มาก
พฤติกรรมจิตบริการ	4.65	0.37	มากที่สุด
คุณภาพการบริการแบบองค์รวม	4.64	0.33	มากที่สุด
จรรยาบรรณข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข	4.64	0.39	มากที่สุด
การดูแลแบบเอื้ออาทร	4.73	0.45	มากที่สุด

จากตาราง 1 ตัวแปรอิสระที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคลในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M=4.70$, $SD=0.37$) รองลงมาคือ พฤติกรรมทางวัฒนธรรมยุคไทยแลนด์ 4.0 ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M=4.55$, $SD=0.40$) สำหรับด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือความคิดสร้างสรรค์ ($M=4.19$, $SD=0.61$)

สำหรับระดับพฤติกรรมจิตบริการของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสงขลาในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M=4.65$, $SD=0.37$) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือการดูแลแบบเอื้ออาทร ($M=4.73$, $SD=0.45$)

3. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมจิตบริการของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสงขลา

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายพฤติกรรมจิตบริการของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสงขลา

ปัจจัยทำนาย	B	SE	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	.580				
ความสามารถทางการบริหาร	.268	.053	.310	5.065	<.001
การยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล	.316	.047	.314	6.786	<.001
ความสามารถในการจัดการเทคโนโลยี	.115	.033	.165	3.437	.001
สมรรถนะทางวัฒนธรรม	.102	.049	.120	2.089	.038
พฤติกรรมทางวัฒนธรรมยุคไทยแลนด์ 4.0	.090	.046	.098	1.973	.050

$R=.845$, $R^2=.715$, $adj.R^2=.709$, $df=1,257$, $F=128.659^{***}$, $SE_{est}=.19881$, $p-value<.001$

จากตาราง 2 พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมจิตบริการของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสงขลา หรือเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลทำนายพฤติกรรมจิตบริการ เรียงตามลำดับ ได้แก่ การยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล ($Beta=.314$) ความสามารถทางการบริหาร ($Beta=.310$) ความสามารถในการจัดการเทคโนโลยี ($Beta=.165$) สมรรถนะทางวัฒนธรรม ($Beta=.120$) และพฤติกรรมทางวัฒนธรรมยุคไทยแลนด์ 4.0 ($Beta=.098$) โดยทั้ง 5 ตัวแปรสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมจิตบริการของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสงขลา ร้อยละ 70.90 ($adj.R^2=.709$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนาย .19881 ดังแสดงในตาราง 5 โดยสามารถเขียนเป็นสมการทำนายได้ดังนี้

คะแนนดิบ

พฤติกรรมจิตบริการ = $.580 + .268(\text{ความสามารถทางการบริหาร}) + .316(\text{การยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล}) + .115(\text{ความสามารถในการจัดการเทคโนโลยี}) + .102(\text{สมรรถนะทางวัฒนธรรม}) + .090(\text{พฤติกรรมทางวัฒนธรรมยุคไทยแลนด์ 4.0})$

คะแนนมาตรฐาน

Z (พฤติกรรมจิตบริการ) = $.310(\text{ความสามารถทางการบริหาร}) + .314(\text{การยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล}) + .165(\text{ความสามารถในการจัดการเทคโนโลยี}) + .120(\text{สมรรถนะทางวัฒนธรรม}) + .098(\text{พฤติกรรมทางวัฒนธรรมยุคไทยแลนด์ 4.0})$

อภิปรายผล

ความสามารถทางการบริหาร เป็นอีกทักษะหนึ่งของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ทุกคนจะต้องบริหารจัดการงานที่ได้รับมอบหมายเพื่อให้ งานที่ตนเองรับผิดชอบสำเร็จตามเป้าหมาย สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (สำนักงาน ก.พ.) (2553) ได้กำหนดสมรรถนะทางการบริหารในภาคราชการพลเรือน ประกอบด้วย 1) สภาวะผู้นำ ซึ่งหมายถึงความสามารถหรือศักยภาพในการเป็นผู้นำของกลุ่มเพื่อกำหนดนโยบาย ทิศทาง และเป้าหมายขององค์กร 2) วิสัยทัศน์ เป็นความสามารถในการกำหนด ทิศทาง เป้าหมาย และรายละเอียดของพันธกิจที่ชัดเจน เพื่อสู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ 3) การวางกลยุทธ์ภาครัฐ เป็นการแสดงความรอบรู้มาสู่การวางกลยุทธ์เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป้นรูปธรรม 4) ศักยภาพเพื่อนำการปรับเปลี่ยน เป็นความสามารถในการคิดริเริ่ม สามารถรับมือกับความเปลี่ยนแปลงในทุกรูปแบบ 5) การควบคุมตนเอง ซึ่งเป็นความสามารถที่จะต้องควบคุมทั้งอารมณ์และพฤติกรรมของตนเอง โดยเฉพาะกับ ผู้รับบริการซึ่งเป็นประชาชน และ 6) การสอนงานและการมอบหมายงาน เป็นสอนงานแก่สมาชิกในกลุ่มหรือผู้ใต้บังคับบัญชา เพื่อให้เกิดการเรียนรู้หรือเกิดการพัฒนาดังต่อเนื่อง สมรรถนะการบริหารดังกล่าวจะส่งผลให้บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องนำมาปรับใช้ในการบริการกับประชาชนโดยเฉพาะการควบคุมตนเองให้มี พฤติกรรมตามจรรยาบรรณของบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข การดูแลให้บริการแก่ ผู้รับบริการด้วยความเอื้ออาทร สอดคล้องกับการศึกษาของนิชดา สารถวัลย์แพศย์, วนิดา ขวเจริญพันธ์, พิริยลักษณ์ ศิริศุภลักษณ์ (2559) พบว่าการใช้ระบบพี่เลี้ยงโดยการสอนงาน การนิเทศงาน การเป็นแบบอย่างที่ดี การเสริมสร้างภาวะผู้นำจะช่วยให้ นักศึกษาพยาบาลมี พฤติกรรมจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์เพิ่มขึ้นและปัจจัยด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านการจัดองค์การ และการฝึกอบรมที่เกี่ยวกับสมรรถนะ สามารถร่วมกันพยากรณ์สมรรถนะหลัก ในการปฏิบัติงานของหัวหน้าสถานีนอนามัย เขตโซนเหนือ จังหวัดขอนแก่น ได้ ร้อยละ 49.10 (อาคม ปัญญาแก้ว และประจักษ์ บัวผัน, 2554) รวมทั้งการศึกษาของศุภสิพร เพชรเรียง, กิตติพร เนาว่าสุวรรณ, นกษา สิงห์วีระธรรม, รัชยานภิศ รัชตะวรรณ (2562) พบว่าคุณลักษณะ ความสามารถทางการบริหาร ส่งผลต่ออัตลักษณ์การพยาบาลด้วยหัวใจมนุษย์ของนักศึกษา พยาบาล ตามการรับรู้ของอาจารย์พยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลศรีอยุธยาภาคใต้

การยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคลเป็นอีกตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรม จิตบริการได้เนื่องจากการยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคลพฤติกรรมที่ต้องแสดงออกถึง ความจริงใจ ไม่เสแสร้ง เปิดเผย ตระหนักในความต้องการและเข้าใจผู้รับบริการ การเคารพ ในเกียรติและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การเคารพในความเป็นบุคคลและสิทธิส่วนบุคคล ตลอดจนคำนึงถึงวัฒนธรรมของผู้รับบริการ (Kleiman, 2009) จังหวัดสงขลาเป็นอีกจังหวัด หนึ่งของภาคใต้ที่มีประชาชนบางส่วนนับถือศาสนาอิสลาม ซึ่งมีความเชื่อ วัฒนธรรม และ ขนบธรรมเนียมประเพณีที่แตกต่างกันทั้งในตัวบุคคล และลักษณะพื้นที่ บุคลากรสาธารณสุข

ซึ่งเป็นตัวแทนของระบบการภาครัฐซึ่งจำเป็นต้องเข้าใจในความแตกต่างของผู้รับบริการแต่ละบุคคลทั้งในเรื่องความเชื่อ เศรษฐฐานะ ความต้องการ เพื่อให้เกิดการบริการที่เป็นมิตรด้วยพฤติกรรมจิตบริการอันเป็นหัวใจสำคัญจรรยาบรรณข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้ความสำคัญของการส่งเสริมให้บุคลากรปฏิบัติตนตามหลักจรรยาบรรณและศีลธรรมอันดี เพื่อให้บุคลากรกระทรวงสาธารณสุขมีภาพลักษณ์ที่ดี เป็นที่ศรัทธาของประชาชน อันเป็นส่วนสำคัญในการมุ่งสู่เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” (กระทรวงสาธารณสุข, 2560) สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติพร เนาว์สุวรรณ, ประไพพิศ สิงหเสม, สีนินาฏ เนาว์สุวรรณ และอัจฉรา คำมะทิตย์ (2559) พบว่าปัจจัยด้านการยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล และสมรรถนะทางวัฒนธรรม ร่วมกันทำนายพฤติกรรมจิตบริการของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้ร้อยละ 61.90 เช่นเดียวกับการศึกษาของชมพู เนินหาด, ดาราวรรณ รองเมือง, ปาลิรัญญ์ ฐาสีรสวัสดิ์ และนุชนาถ ประกาศ (2561) พบว่า การยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคลและแรงจูงใจในการทำงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมจิตบริการ

สำหรับตัวแปรความสามารถในการจัดการเทคโนโลยี เป็นการแสวงหาความรู้จากเทคโนโลยีเพื่อให้ก้าวหน้า มีความรู้เกี่ยวกับการสืบค้นองค์ความรู้จากฐานข้อมูลที่น่าเชื่อถือ สามารถ นำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการติดต่อสื่อสารและการทำงาน ให้ความสำคัญสูงสุดต่อการพัฒนาความสามารถส่วนบุคคลด้านเทคโนโลยี และนำเทคโนโลยีมาใช้ในการปฏิบัติงานอย่างคุ้มค่า คุ่มทุน จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่สิบสอง พ.ศ. 2560 - 2564 และแนวคิดประเทศไทย 4.0 เน้นการขับเคลื่อนสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน ภายใต้การนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาระบบเศรษฐกิจที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของการใช้นวัตกรรม การปฏิรูประบบต่าง ๆ โดยเฉพาะระบบบริการเพื่อการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน (สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.), 2560) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นหน่วยงานภาครัฐหน่วยงานที่ต้องปรับเปลี่ยนระบบการทำงานเพื่อตอบสนองนโยบายภาครัฐ โดยการปรับระบบบริการให้ทันสมัย รวดเร็ว ลดระยะเวลาารอคอยในการมาสถานบริการ และที่สำคัญที่สุดการได้รับการบริการรักษาพยาบาลด้วยอุปกรณ์ทางเทคโนโลยีที่แม่นยำ ถูกต้อง บุคลากรดังกล่าวจึงจำเป็นต้องนำเทคโนโลยีมาใช้ในระบบบริการ เช่น การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศทางภูมิศาสตร์เพื่อกำหนดตรรชนิการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ส่งผลให้เกิดความสะดวกในการเดินทางเข้าถึงสถานพยาบาล ของผู้ป่วยโรคเบาหวานในจังหวัดเชียงใหม่ที่ยังเข้าถึงระบบบริการต่ำ และอาศัยในพื้นที่ห่างไกลส่งผลให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ (โชติรส นพพลกรัง, ศิรดา ศิริธร และถิรยุทธ ลิมานนท์, 2558) ไม่เกี่ยวข้องสอดคล้องกับการศึกษาของศุภิพร เพชรเรียง, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีรธรรม, รัชยานภิก รัชตะวรรณ (2562) พบว่าคุณลักษณะความสามารถในการจัดการเทคโนโลยี และ

คุณลักษณะความสามารถทางการบริหาร ส่งผลต่ออัตลักษณ์การพยาบาลด้วยหัวใจมนุษย์ ของนักศึกษาพยาบาล ตามการรับรู้ของอาจารย์พยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลเครือข่าย ภาคใต้ได้ร้อยละ 42.50

สมรรถนะทางวัฒนธรรมคือ กระบวนการไม่ใช่เหตุการณ์ เป็นบริการส่งมอบการ บริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพแก่ผู้รับบริการในบริบทของบุคคล ครอบครัวและชุมชนภายใต้หลากหลายทางวัฒนธรรม ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ 1) การ ตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม (Cultural Awareness) 2) ความรู้ทางวัฒนธรรม (Cultural Knowledge) 3) ทักษะทางวัฒนธรรม (Cultural Skill) 4) ปฏิสัมพันธ์ทางวัฒนธรรม (Cultural Encounters) และ 5) ความปรารถนามี วัฒนธรรม (Cultural Desire) (Campinha-Bacote, 2002) โดยทั้ง 5 ด้านต้องมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน ผู้ให้บริการ จำเป็นต้องปฏิบัติให้ครบทุกด้านตั้งแต่ระดับนโยบายจนถึงการปฏิบัติ ในบริบทของจังหวัด สงขลาที่มีพื้นที่บางส่วนของชาชนนับถือศาสนาอิสลามซึ่งมีความแตกต่างในบริบททาง วัฒนธรรม จำเป็นอย่างยิ่งที่หน่วยงานภาครัฐต้องเรียนรู้และเข้าใจวัฒนธรรมของพื้นที่อย่าง ลึกซึ้ง เช่นเดียวกับบุคลากรทางสาธารณสุขต้องใช้ความละเอียดอ่อนในการบริการทั้ง 4 มิติ คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนการ ดูแลแบบองค์รวมทั้งกาย จิตและจิตวิญญาณ จากการศึกษาของ Aragaw, Yigzaw, Tetemke, & G/Amlak (2015) พบว่าสมรรถนะทางวัฒนธรรมของผู้ให้บริการสุขภาพ แผนกมารดาทารกในประเทศเอธิโอเปียโดยใช้แนวคิดสมรรถนะทางวัฒนธรรมของแคมพินฮา- บาโฮท (Campinha Bacote's Model) ในภาพรวมมีร้อยละ 57.3 โดยเฉพาะความ ตระหนักในวัฒนธรรมตนเองมีมากถึงร้อยละ 73 นอกจากนี้ ร้อยละ 21.2 ไม่เข้าใจในการ ปฏิบัติศาสนกิจของผู้รับบริการ สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า มารดา และผู้ให้บริการมี ความเข้าใจต่างกันในเรื่องวัฒนธรรมทำให้มารดาไม่พึงพอใจต่อการให้บริการและการปฏิสัมพันธ์ จาก ผู้ให้บริการ แสดงให้เห็นถึงความไม่เข้าใจกันระหว่างวัฒนธรรมของผู้ให้บริการและ ผู้รับบริการส่งผลให้คุณภาพของมารดาทารกในประเทศไม่มีคุณภาพ สอดคล้องกับการศึกษา ของของ กิตติพร เนาว์สุวรรณ, ประไพพิศ สิงหเสน, สีนินาฏ เนาว์สุวรรณ และอัจฉรา คำมะ ทิตย (2559) พบว่าสมรรถนะทางวัฒนธรรม ทำนายพฤติกรรมจิตบริการของพยาบาล วิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดชายแดนภาคใต้ได้

พฤติกรรมทางวัฒนธรรมยุคไทยแลนด์ 4.0 เป็นตัวแปรตัวสุดท้ายที่สามารถทำนาย พฤติกรรมจิตบริการได้ทั้งเนื่องจาก “วัฒนธรรม” เป็นวิถีการดำเนินชีวิต ความคิด ความเชื่อ ค่านิยม จารีตประเพณี พิธีกรรม และภูมิปัญญา ซึ่งกลุ่มชนและสังคมได้ร่วมสร้างสรรค์สั่งสม ปลุกฝัง สืบทอด เรียนรู้ปรับปรุง และเปลี่ยนแปลง เพื่อให้เกิดความเจริญงอกงาม ทั้งด้าน จิตใจและวัตถุอย่างสันติสุขและยั่งยืน วัฒนธรรม (กรมส่งเสริมวัฒนธรรม กระทรวง วัฒนธรรม, 2559) การที่ประเทศไทยต้องก้าวสู่ Thailand 4.0 จำเป็นต้องขับเคลื่อน เศรษฐกิจด้วยนวัตกรรม ภายใต้การเคลื่อนไหวของทุน (Globalization) สินค้าและบริการ

อย่างเสรี มีการสื่อสารแบบไร้พรมแดน ดังนั้นวัฒนธรรมของคนไทยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งการดำรงอยู่ การดำเนินธุรกิจ การทำงาน และการเรียนรู้ อย่างเป็นรูปธรรมด้วยมารยาทการพูดอย่างสุภาพ มีกิริยาวางเรียบร้อย อ่อนโยนสุภาพ มีความสามารถของบุคคลที่สามารถควบคุม สถานการณ์ อารมณ์ ของตนเอง และละการให้บุคคลในชาติ รู้สึกสำนึกในความรับผิดชอบต่อตนเอง ต่อครอบครัว และต่อส่วนรวม (นิตยา มณีวงศ์, 2562) สำหรับบุคลากรสาธารณสุขมีวัฒนธรรมตามจรรยาบรรณข้าราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2560 (กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ได้แก่ 1) การดำเนินชีวิตตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง 2) ความตรงต่อเวลา 3) ไม่ทุจริต โดยไม่ประพฤติชั่ว ประพฤติไม่ดี ไม่ซื่อตรง คดโกง ฉ้อโกง พฤติกรรมเหล่านี้ล้วนเป็นพฤติกรรมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมจิตบริการ ทั้งสิ้นสอดคล้องกับการศึกษาของปิยาภรณ์ ทองประดิษฐ์, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล และดวงใจ รัตนธัญญา (2557) คุณลักษณะที่สอดคล้องกับหลักอิทธิบาทสี่ (ฉันทะ วิริยะ จิตะ วิมังสา) และการได้รับคำชมเชยจากผู้ให้บริการเป็นลายลักษณ์อักษร ร่วมกันทำนายทำนายพฤติกรรมบริการของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 76

ความคิดสร้างสรรค์ เป็นตัวแปรเดียวที่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมจิตบริการได้ เนื่องจาก การคิดสร้างสรรค์มีองค์ประกอบสำคัญ คือการคิดคล่อง (Fluency) การคิดยืดหยุ่น (Flexibility) การคิดละเอียดลออ (Elabolation) และการคิดต้นแบบ (Originality) ภายใต้การกำหนดเป้าหมายการคิดที่ชัดเจนและถูกต้อง การแสวงหาแนวคิดใหม่และต้องปฏิบัติได้จริงด้วยความคิดที่ใช้เหตุผล (สิริชัย ดีเลิศ, 2558) กระทรวงสาธารณสุข (2560) ให้ความสำคัญของการวิจัย การสร้างสรรค์สิ่งใหม่และพัฒนานวัตกรรมเพื่อสุขภาพ ของประชาชน ถือเป็นหน้าที่ที่บุคลากรกระทรวงสาธารณสุขพึงกระทำ และ 6) ฝึกฝนตนเองให้เป็นคนช่างสังเกต ตั้งคำถาม คิดวิเคราะห์ เพื่อนำมาพัฒนางานของตน รวมทั้งพัฒนาทักษะที่ใช้ในการต่อยอดสู่งานวิจัยต่าง ๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนมาจากการคิดสร้างสรรค์งานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของวัชร อมรโรจน์วรูดี และคณะ (2562) ศึกษารูปแบบการจัดการศึกษาบูรณาการที่เน้นกระบวนการโค้ชและการเสริมสร้าง Growth mindset เพื่อพัฒนาคุณลักษณะความเป็นพลเมืองสร้างสรรค์ของนักศึกษาพยาบาล มีกระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ การปรับกระบวนการทัศน การประยุกต์ใช้ การสะท้อนคิด และการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้เกิดคุณลักษณะพลเมืองสร้างสรรค์ 12 ด้าน หนึ่งในนั้นคือด้านจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ทั้งนี้เนื่องจากภาระงานของบุคลากรที่ปฏิบัติในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีเป็นจำนวนมาก ในภาพรวมการทำงานของบุคลากรใน รพ.สต. ใช้เวลาส่วนใหญ่กับงานรักษาพยาบาล (ร้อยละ 60 – 70) มากกว่างานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคซึ่งเป็นภารกิจหลักของรพ.สต. 2) ในภาพรวม รพ.สต. ยังมีความขาดแคลนกำลังคนเมื่อเทียบกับภาระงาน อัตราากำลังบุคลากรที่มีในปัจจุบัน ไม่สอดคล้องกับกรอบอัตรากำลังที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยเฉลี่ยบุคลากรแต่ละคนในรพ.สต. มีการทำงาน

ประมาณ 1.2 FTE และบุคลากรทุกตำแหน่งมีการใช้เวลาจํานวนน้อยกว่าร้อยละ 30 ของเวลาการทำงานทั้งหมด เพื่อทำรายงานผลงานตามตัวชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด รวมถึงการทำงานด้านบริหาร งานเอกสารอื่น ๆ เช่น งานพัสดุ การจัดซื้อจัดจ้าง การเงิน การบันทึกข้อมูล มีผลทำให้เวลาที่ให้บริการสุขภาพประชาชนลดน้อยลง ในขณะเดียวกันบุคลากรส่วนใหญ่รู้สึกขาดขวัญกำลังใจ ที่ทำงานหนัก แต่ไม่ได้รับค่าตอบแทนการทำงานล่วงเวลาและไม่ก้าวหน้าเท่าที่ควร (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, 2561) จากปัญหาที่เกิดขึ้นทำให้บุคลากรไม่มีเวลาที่จะสร้างสรรค์งานใหม่เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการส่งผลทำให้ความคิดสร้างสรรค์ไม่มีผลต่อพฤติกรรมจิตบริการ

การนำผลการวิจัยไปใช้

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลาควรดำเนินการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการสู่ความเป็นเลิศแก่บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเป็นด้านหน้าของสถานบริการกระทรวงสาธารณสุขคือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยการส่งเสริมความสามารถทางการบริหาร การสร้างความตระหนักให้เกิดการยอมรับความแตกต่างทางวัฒนธรรมและสมรรถนะทางวัฒนธรรม การพัฒนาทักษะด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ รวมทั้งการสร้างพฤติกรรมวัฒนธรรมไทยแลนด์ 4.0 ภายในรูปแบบการอบรมเชิงปฏิบัติการการเรียนรู้จากสถานบริการที่มีผลงานเด่น ตลอดจนการประกวดการะบบบริการด้วยจิตบริการ อันจะส่งผลต่อความพึงพอใจและคุณภาพการบริการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลาและกระทรวงสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำปัจจัยความสามารถทางการบริหาร การยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล ความสามารถในการจัดการเทคโนโลยี สมรรถนะทางวัฒนธรรม และพฤติกรรมทางวัฒนธรรมยุคไทยแลนด์ 4.0 มาสร้างเป็นโปรแกรมและทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมต่อพฤติกรรมจิตบริการของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

รายการอ้างอิง

- กรมส่งเสริมวัฒนธรรม กระทรวงวัฒนธรรม. (2559). *วัฒนธรรม วิถีชีวิตและภูมิปัญญา*. กรุงเทพฯ: รุ่งศิลป์การพิมพ์ (1977) จำกัด
- กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *แผนพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2555-2559*. นนทบุรี: แก้วกัลยาสิกขาลัย.

- กิตติพร เนาว์สุวรรณ, ประไพพิศ สิงหเสน, สีนีนานู เนาว์สุวรรณ และอัจฉรา คำมะทิตย์. (2559). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมจิตบริการของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดชายแดนภาคใต้. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 8(3), 51-62.
- กิตติพร เนาว์สุวรรณ. (2557). *การพัฒนาตัวบ่งชี้อัตลักษณ์ของนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. ปริญญาโทศึกษาศาสตร์ดุสิตบัณฑิต สาขาการบริหารการศึกษา, มหาวิทยาลัยมหาดไทย.*
- เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคภาคใต้. (2561). *เครือข่ายองค์กรผู้บริโภคภาคใต้ คำชี้แจงสำหรับผู้บริโภค. สืบค้นเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2563 จาก <https://www.consumersouth.org/paper/1429>.*
- ชมพู เนินหาด, ดาราวรรณ รองเมือง, ปาสีรัญญู ฐาสีรสวัสดิ์ และนุชนาด ประภาศ. (2561). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมจิตบริการของบุคลากรสายสนับสนุน วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. *วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์*, 12(3), 43-55.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. (2553). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 12. นนทบุรี: ไทเนรมิต กิจ อินเทอร์เน็ตโปรเกรสซิฟ.*
- โชติรส นพพลกรัง, ศิรตล ศิริธร และถิรยุทธ ลิมานนท์. (2558). *ตรรกะการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยโรคเบาหวานกรณีศึกษาจังหวัดเชียงใหม่. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 10(1), 77-86.
- นิขดา สารถวัลย์แพศย์, วนิดา ขวเจริญพันธ์ และพิริยลักษณ์ ศิริกุลลักษณ์. (2559). ผลของการใช้ระบบพยาบาลที่เลี้ยงต่อภาวะผู้นำ การทำงานเป็นทีม ความสุข และพฤติกรรมจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติการบริหารพยาบาล. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 10(2), 105-113.
- ปิยาภรณ์ ทองประดิษฐ์, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล และ ดวงใจ รัตนธัญญา (2557) ศึกษาปัจจัยคัดสรรคุณลักษณะที่สอดคล้องกับหลักอิทธิบาทสี่กับพฤติกรรมบริการของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชน. *วารสารสภาพการพยาบาล*, 26(4), 55-69.
- วัชร อมรโรจน์วรวุฒิ และคณะ. (2562). รูปแบบการจัดการศึกษานูเรียนการที่เน้นกระบวนการโค้ชและการเสริมสร้าง Growth mindset เพื่อพัฒนาคุณลักษณะความเป็นพลเมืองสร้างสรรค์ของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิจัยและพัฒนาหลักสูตร*, 9(2), 262-283.
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. (2561). *การศึกษาภาระงานและผลิดภาพกำลังคนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.). สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.*

- ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์ และปรานีต ส่งวัฒนา. (2557). วิธีการสอนเพื่อส่งเสริมสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล ตามแนวคิดทฤษฎีของ แคมพินฮา-บาโคท. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 6(1), 146-157.
- ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์, ลดาวัลย์ ประทีปชัยกุล, ประณีต ส่งวัฒนา และเพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2557). คุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพในพื้นที่ที่มีความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 8(2), 47-55.
- ศุสิทธิ์ เพชรเรียง, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีระธรรม, รัตยานภิศ รัชตะวรรณ. (2562). คุณลักษณะอาจารย์พยาบาลที่ส่งผลต่ออัตลักษณ์การพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ตามการรับรู้ของอาจารย์พยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคใต้. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 11(2), 71-82.
- สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *คู่มือการดำเนินการเพื่อให้เกิดอัตลักษณ์บัณฑิตสถาบันพระบรมราชชนก*. กรุงเทพฯ: ยุทธินทร์การพิมพ์ จำกัด.
- สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. (2560). *Digital Literacy คืออะไร*. สืบค้นเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2563 จาก <https://www.ocsc.go.th/DLProject/mean-dlp>.
- อาคม ปัญญาแก้ว และประจักษ์ บัวผัน. (2554). ปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหารองค์การที่มีผลต่อสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของหัวหน้าสถานื่อนามัย เขตโชนเหนือ จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัย มข*, 16(7), 855-863.
- Aragaw, A., Yigzaw, T., Tetemke, D., & G/Amlak, W. (2015). Cultural Competence among Maternal Healthcare Providers in Bahir Dar City Administration, Northwest Ethiopia: Cross Sectional Study. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 15, 227.
- Campinha-Bacote, J. (2002). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: a Model of Care. *Journal Transcultural Nursing*, 13(3), 181-184.
- Hair, F. J., Black, C. W., Babin, J. B., & Anderson, E. R. (2010). *Multivariate Data Analysis*. (7th ed). New Jersey: Pearson Education.

การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริม
และสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.)

ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดน่าน

Performance of Public Health Officers According to Thai
Traditional Medicine and Integrative Medicine Promoting
Hospital Standard (TIPhS) at Sub-District Health Promoting
Hospitals in Nan Province

ศศิลักษณ์ ปิยะสุวรรณ*

Sasilak Piyasuwan*

กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน*

Thai Traditional and Alternative Medicine Division, Nan Provincial Office of Public Health*

(Received: April 28, 2020; Revised: August 23, 2020; Accepted: August 25, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษากระบวนการบริหารงาน การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.) รวมทั้งเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลและกระบวนการบริหารงานกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามมาตรฐาน รพ.สส.พท. ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดน่าน จำนวน 77 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม มีค่าความเที่ยง 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า

1. กระบวนการบริหารงานภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M=3.73$, $SD=0.51$) สำหรับ การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามมาตรฐาน รพ.สส.พท. ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดน่าน อยู่ในระดับสูง ($M=3.80$, $SD=0.50$)

2. กระบวนการบริหารมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงมาก ($r=.814$) กับกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามมาตรฐาน รพ.สส.พท. ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดน่าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และระยะเวลาไม่มีความสัมพันธ์

ควรมีนโยบายร่วมกันในการกำหนดเป้าหมายการดำเนินงาน และทิศทางการพัฒนาในอนาคต ตลอดจนศักยภาพของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานแพทย์แผนไทย

คำสำคัญ: การปฏิบัติงาน, มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.), กระบวนการบริหาร

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: aor_sasilak@yahoo.co.th เบอร์โทรศัพท์ 0629492261)

Abstract

This descriptive survey research aimed to explore the administrative process and the performance of public health officers, as well as the relationship between personal data, administrative process and the performance of public health officers according to Thai Traditional Medicine and Integrative Medicine Promoting Hospital Standard (TIPhS) at sub-district health promoting hospitals in Nan province. Participants were 77 health personnel working at sub-district health promoting hospitals. Data were collected by questionnaire with its reliability about 0.94. Data were analyzed by descriptive statistics and Chi-square test, as well as Pearson product-moment correlation coefficient. The results showed that:

1. The overall level of the administrative process was high ($M = 3.73$, $S.D. = 0.51$). When considering about the performance of public health officers according to TIPhS, it was at a high level ($M=3.80$, $SD=0.50$).

2. The administrative process had highly significant positive relationship ($r=.814$) with the performance of public health officers according to TIPhS ($p = 0.01$). Regarding other aspects in terms of gender, age, education level, marital status and working time period, there were not relationship with the performance of public health officers according to TIPhS.

There should be a common policy for setting operational goals and future development direction As well as the potential of Thai traditional medicine practitioners

Keywords: Performance, Thai Traditional Medicine and Integrative Medicine Promoting Hospital Standard (TIPhS), Administrative Process

บทนำ

แผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ.2560-2564 ถูกจัดทำขึ้นมาเพื่อรองรับนโยบายของรัฐบาล โดยการนำของพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา ที่ตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาสมุนไพรไทย ซึ่งยุทธศาสตร์ในการบรรลุตามเป้าหมายมี 4 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมผลิตผลของสมุนไพรไทยที่มีศักยภาพตามความต้องการของตลาดทั้งในและต่างประเทศ ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาอุตสาหกรรมและการตลาดสมุนไพรให้มีคุณภาพระดับสากล ยุทธศาสตร์ที่ 3 ส่งเสริมการใช้สมุนไพรเพื่อการรักษาโรคและการสร้างเสริมสุขภาพ และยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างความ

เข้มแข็งของการบริหารและนโยบายภาครัฐเพื่อการขับเคลื่อนสมุนไพรอย่างยั่งยืน โดยในยุทธศาสตร์ที่ 4 มีมาตรการที่ 1 ได้กล่าวถึงการพัฒนาโครงสร้าง ส่งเสริมการจัดบริการและการใช้สมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุข โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีการรักษาตามแนวทางการแพทย์แผนไทยเป็นหนึ่งในกระบวนการการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยจัดให้มีคลินิกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบครบวงจร กำหนดมาตรฐานแนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาโรคทางการแพทย์แผนไทย และสร้างความเชื่อมั่นในการใช้ยาแผนไทย (โสภณ เมฆธน, 2559)

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จึงมีนโยบายผสมผสานงานการแพทย์แผนไทยสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชน ส่งผลให้ประชาชน มีสุขภาพดีลดภาระค่าใช้จ่าย ก่อให้เกิดการสร้างงานสร้างอาชีพให้กับประชาชนในชุมชน และยังส่งผลให้สามารถลดการนำเข้ายาและเวชภัณฑ์จากต่างประเทศในอนาคต เป็นการประหยัดงบประมาณของชาติในระยะยาว ตลอดจนสามารถอนุรักษ์ และพัฒนาภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยสู่คนรุ่นหลังต่อไปได้ (ไพจิตร วราจิต, 2552) ทั้งนี้ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยสถาบันการแพทย์แผนไทย ได้จัดทำมาตรฐานงานบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในระดับโรงพยาบาล และสถานอณามัย มาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2547 และปรับปรุงให้มีความเหมาะสมในปีงบประมาณ 2551 และมีการปรับปรุงอีกครั้งในปลายปีงบประมาณ 2555 ต่อเนื่องในปีงบประมาณ 2556 ได้จัดทำมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.) หรือ Thai Traditional Medicine, & Integrative Medicine Promoting Hospital Standard (TIPHS) โดยมีองค์ประกอบคือ 1) ด้านสถานที่ เครื่องมือ เครื่องใช้ สิ่งแวดล้อม 2) ด้านบุคลากร 3) ด้านการปฏิบัติงาน 4) ด้านการควบคุมคุณภาพ และ 5) ด้านการจัดบริการ ทั้งนี้ เพื่อให้หน่วยบริการในส่วนภูมิภาคสามารถจัดการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ปราโมทย์ เสถียรรัตน์, 2556) จากข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน พบว่า ปีงบประมาณ 2556 มี รพ.สต.ที่เป็น รพ.สส.พท. จำนวน 87 แห่ง มีผลการประเมินอยู่ในระดับดีเยี่ยม ระดับดีมาก และระดับดี จำนวน 54 แห่ง 24 แห่ง และ 9 แห่ง ตามลำดับ ในปีงบประมาณ 2558 มีผลการประเมินอยู่ในระดับดีเยี่ยมเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 59 แห่ง ระดับดีมาก จำนวน 21 แห่ง และระดับดี จำนวน 7 แห่ง และในปีงบประมาณ 2560 พบว่า มี รพ.สต.ที่เป็น รพ.สส.พท. จำนวน 77 แห่ง และยังไม่ได้รับการประเมินมาตรฐานประจำปี เนื่องจากกรมฯ ให้ใช้มาตรฐาน รพ.สส.พท. ของปีงบประมาณ 2558 ไปก่อน จนกว่าจะมีการจัดทำมาตรฐานฉบับใหม่ (ขวัญชัย วิศิษฐานนท์, 2560)

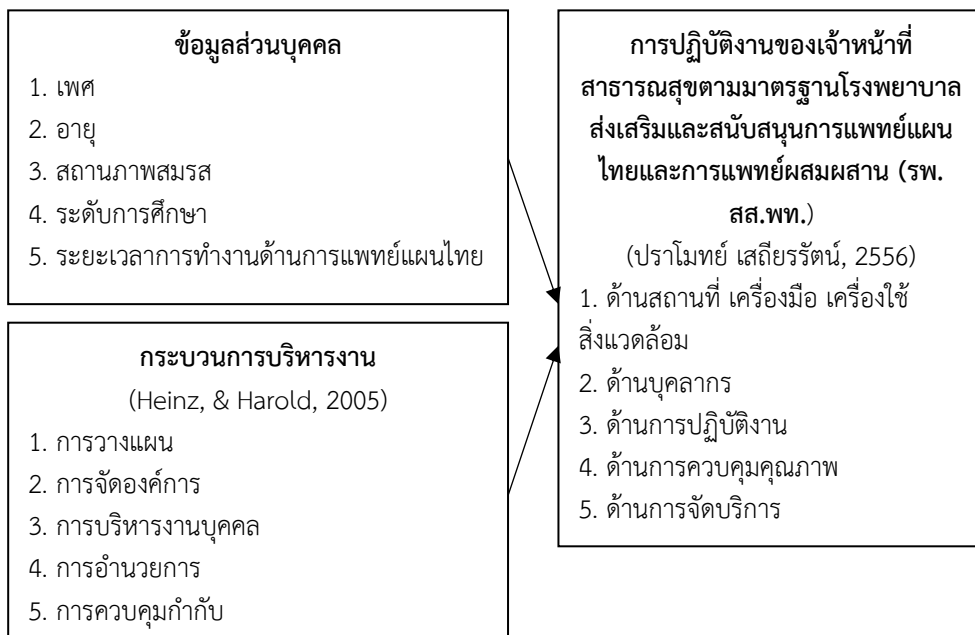
เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการรองรับการประเมินด้วยมาตรฐานฉบับใหม่ และเพื่อให้การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามมาตรฐาน รพ.สส.พท. ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดน่าน บรรลุวัตถุประสงค์และสอดคล้องกับแผน

แม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560 – 2564 ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามมาตรฐาน รพ.สส.พท. ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดน่าน โดยใช้ทฤษฎีกระบวนการบริหารงานเป็นเครื่องมือในวิจัย เนื่องจากในการบริหารการดำเนินงานด้านบริการให้บรรลุตามวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลนั้น ต้องอาศัยกระบวนการบริหารจัดการที่ดี โดยมีองค์ประกอบหลักสำคัญ 5 ประการคือ การวางแผน การจัดองค์การ การบริหารงานบุคคล การอำนวยการ และการควบคุมกำกับ (Heinz, & Harold, 2005) ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีความจำเป็นและสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานโดยตรงต่อการพัฒนาบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล และกระบวนการบริหารงานกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามมาตรฐาน รพ.สส.พท. ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดน่าน เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการให้บริการการแพทย์แผนไทยได้อย่างถูกต้อง เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด ส่งผลให้ประชาชนได้รับประโยชน์สูงสุดจากการให้บริการที่มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษากระบวนการบริหารงาน และการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามมาตรฐาน รพ.สส.พท. ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดน่าน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล และกระบวนการบริหารงานกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามมาตรฐาน รพ.สส.พท. ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดน่าน

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Descriptive Survey Study) โดยเป็นการศึกษาระยะสั้น (Cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เป็นผู้รับผิดชอบงานแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีการให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน จำนวน 77 คน เป็นการวิจัยแบบสำมะโน (Census research) โดยผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากทุก ๆ หน่วยของประชากร

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เป็นผู้รับผิดชอบงานแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีการให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน จำนวน 77 คน มีการให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ซึ่งแต่ละแห่งจะมีผู้รับผิดชอบ 1 คน โดยต้องมีความสนใจ และมีความยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ เป็นประเภทแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำรางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวบรวมความรู้ประสบการณ์ และแนวคิดมาสร้างเป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และระยะเวลาทำงานด้านการแพทย์แผนไทย รวมทั้งหมด 5 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับกระบวนการบริหารงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยผู้วิจัยสร้างขึ้น อ้างอิงหลักกระบวนการบริหาร 5 ด้าน ของ Heinz & Harold (2005) ได้แก่ การวางแผน การจัดองค์การ การบริหารงานบุคคล การอำนวยการ และการควบคุม กำกับ รวมทั้งหมด 25 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ตามมาตรฐาน รพ. สส.พท. ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอ้างอิงมาตรฐาน รพ.สส.พท. 5 ด้าน ของปรโมทย์ เสถียรรัตน์ (2556) ได้แก่ 1) ด้านสถานที่ เครื่องมือ เครื่องใช้ สิ่งแวดล้อม 2) ด้านบุคลากร 3) ด้านการปฏิบัติงาน 4) ด้านการควบคุมคุณภาพ และ 5) ด้านการจัดบริการ รวมทั้งหมด 28 ข้อ

ทั้งนี้ แบบสอบถาม ตอนที่ 2 และตอนที่ 3 มีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ตามมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert Scale) (บุญทันสมิ์น้อย, 2554) ดังต่อไปนี้

ในการแปลผลแบบสอบถามที่เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scales) ที่มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ผู้วิจัยจึงได้กำหนดเกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย เป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของเบสท์ (Best) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.68 – 5.00	หมายถึง	มีการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง
ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.67	หมายถึง	มีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33	หมายถึง	มีการปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นหัวหน้ากลุ่มงานการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ใน 3 สาขาวิชาชีพ ได้แก่ เกษษกร แพทย์แผนไทย และนักวิชาการสาธารณสุข ใช้วิธีการ IOC (Index of Item-Objective Congruence) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 และผ่านการทดลองใช้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เป็นผู้รับผิดชอบงานแพทย์แผนไทย ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีการให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน จังหวัดแพร่ จำนวน 30 คน ตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) โดยเลือกใช้วิธีการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยการคำนวณหาค่า

สัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบราค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่า ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามฉบับนี้ มีค่าเท่ากับ 0.94

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล ระหว่างเดือนสิงหาคม – เดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 โดยผู้วิจัยทำหนังสือขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรม และทำหนังสือถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีการให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน จำนวน 77 แห่ง ทั้งนี้ ได้แจ้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อขออนุญาตให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เป็นผู้รับผิดชอบงานแพทย์แผนไทย จำนวน 1 คน เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม โดยได้รับวัตถุประสงค์ รายละเอียดต่าง ๆ ไว้ในการตอบแบบสอบถาม รวมถึงวิธีการส่งแบบสอบถามกลับคืนมายังผู้วิจัย ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับคืนทั้งหมด จำนวน 77 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์กระบวนการบริหารงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามมาตรฐาน รพ. สส.พท. ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดน่าน โดยใช้ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพ และระดับการศึกษา กับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามมาตรฐาน รพ.สส.พท. ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดน่าน โดยใช้สถิติการทดสอบไคสแควร์ (Chi – Square Test)

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และระยะเวลาการทำงานด้านการแพทย์แผนไทย และกระบวนการบริหารงานกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามมาตรฐาน รพ.สส.พท. ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดน่าน ใช้สถิติการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) เนื่องจากตัวแปรที่นำมาหาความสัมพันธ์นั้นมีการแจกแจงแบบปกติ และได้ทำการทดสอบข้อตั้งมูลเบื้องต้น (Assumption) เพื่อหาหลักเกณฑ์การแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) โดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ($p=0.200$)

จริยธรรมวิจัย

เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยด้านสาธารณสุขในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน ผลการพิจารณาพบว่า ผ่านการพิจารณารับรอง เมื่อวันที่ 4 กรกฎาคม 2560 รหัส NAN REC 60 – 008

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (N = 77)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	21	27.3
หญิง	56	72.7
อายุ (ปี)		
21 - 30	16	20.8
31 - 40	12	15.6
41 - 50	27	35.1
51 - 60	22	28.5
$\bar{X}$ = 43.05, S.D. = 10.42, Max = 59, Min = 24		
สถานภาพสมรส		
โสด	20	26.0
คู่	49	63.6
หม้าย/ หย่า/ แยก	8	10.4
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	12	15.6
ปริญญาตรี	45	58.4
ปริญญาโท	18	23.4
อื่น ๆ	2	2.6
ระยะเวลาการทำงานด้านการแพทย์แผนไทย		
1 - 4 ปี	22	28.5
5 - 9 ปี	33	42.9
10 -14 ปี	9	11.7
15 ปี ขึ้นไป	13	16.9
M = 7.84, SD = 6.61, Max = 30, Min = 1		

จากตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 41 – 50 ปี ร้อยละ 35.1 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 43.05 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 63.6 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 58.4 และมีระยะเวลาการทำงานด้านการแพทย์แผนไทยระหว่าง 5 – 9 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.9 โดยเฉลี่ยเท่ากับ 7.84 ปี

2. กระบวนการบริหารงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ตาราง 2 ภาพรวมระดับกระบวนการบริหารงาน

กระบวนการบริหารงาน	M	SD	แปลผล
ด้านการวางแผน	3.80	0.53	สูง
ด้านการจัดองค์การ	4.08	0.60	สูง
ด้านการบริหารบุคคล	3.13	0.82	ปานกลาง
ด้านการอำนวยความสะดวก	3.67	0.67	ปานกลาง
ด้านการควบคุมกำกับ	3.98	0.62	สูง
ภาพรวม	3.73	0.51	สูง

จากตาราง 2 ภาพรวมกระบวนการบริหารงาน พบว่า อยู่ระดับสูง มีค่าเฉลี่ย 3.73 ($SD=0.51$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการจัดองค์การ, ด้านการควบคุมกำกับ และด้านการวางแผน อยู่ในระดับสูง ($M= 4.08, SD=0.60$), ($M=3.98, SD=0.62$) และ ($M= 3.80, SD=0.53$) ตามลำดับ

3. การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามมาตรฐาน รพ.สต.พท.ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดน่าน

ตาราง 3 ระดับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามมาตรฐาน รพ.สต.พท. ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดน่าน

การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามมาตรฐาน รพ.สต.พท.	M	SD	แปลผล
1. ด้านสถานที่ เครื่องมือ เครื่องใช้ สิ่งแวดล้อม	4.10	0.50	สูง
2. ด้านบุคลากร	3.46	0.82	ปานกลาง
3. ด้านการปฏิบัติงาน	4.10	0.65	สูง
4. ด้านการควบคุมคุณภาพ	3.81	0.64	สูง
5. ด้านการจัดบริการ	3.51	0.68	ปานกลาง
เฉลี่ยรวม	3.80	0.50	สูง

จากตาราง 3 พบว่าระดับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามมาตรฐาน รพ.สต.พท. ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดน่าน อยู่ในระดับสูง ($M=3.80, SD=0.50$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านสถานที่ เครื่องมือ เครื่องใช้ และสิ่งแวดล้อม

ด้านการปฏิบัติงาน และด้านการควบคุมคุณภาพ มีการปฏิบัติงานฯ อยู่ในระดับสูง ($M=4.10$, $SD=0.50$; $M=4.10$, $SD=0.65$ และ $M=3.81$, $SD=0.64$) ตามลำดับ

4. ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล และกระบวนการบริหารงานกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามมาตรฐาน รพ.สส.พท. ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดน่าน

ตาราง 4 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา กับ การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามมาตรฐาน รพ.สส.พท. ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดน่าน

การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามมาตรฐาน รพ.สส.พท. ด้านภาพรวม						
ข้อมูลส่วนบุคคล	N	ต่ำ		สูง		χ^2
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ						$\chi^2 = 0.664$
ชาย	21	13	61.9	8	38.1	$df = 1$
หญิง	56	27	48.2	29	51.8	$p = 0.415$
สถานภาพ						$\chi^2 < 0.001$
โสด/หม้าย/หย่า/ แยก	28	15	53.6	13	46.4	$df = 1$
คู่	49	25	51.0	24	49.0	$p = 1.000$
ระดับการศึกษา						$\chi^2 = 0.006$
ต่ำกว่าปริญญาโท	59	30	50.8	29	49.2	$df = 1$
ปริญญาโทขึ้นไป	18	10	55.6	8	44.4	$p = 0.936$

จากตาราง 4 พบว่า เพศ สถานภาพ และระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามมาตรฐาน รพ.สส.พท. ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดน่าน

ตาราง 5 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาการทำงานแพทย์แผนไทย และกระบวนการบริหารกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามมาตรฐาน รพ.สต.พ.

ข้อมูลส่วนบุคคล	การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตามมาตรฐาน รพ.สต.พ.	
	สัมประสิทธิ์	
	สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r)	p-value
อายุ	-0.120	0.300
ระยะเวลาการทำงานด้านการแพทย์แผนไทย	0.112	0.331
กระบวนการบริหาร	0.814	< 0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตาราง 5 พบว่า กระบวนการบริหารมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงมากกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามมาตรฐาน รพ.สต.พ. ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดน่าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนอายุ และระยะเวลา ไม่มีความสัมพันธ์

อภิปรายผล

1. กระบวนการบริหารงาน และการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามมาตรฐาน รพ.สต.พ. ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดน่าน พบว่า ภาพรวมกระบวนการบริหารงาน อยู่ระดับสูง โดยมีด้านการจัดองค์การ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดอาจเนื่องจากการกำหนดบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานไว้เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน มีการจัดทำแผนผังแสดงหน้าที่รับผิดชอบการปฏิบัติงานไว้อย่างชัดเจน และเหมาะสมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานแพทย์แผนไทยได้ปฏิบัติงานตามบทบาทที่ได้กำหนดไว้ในโครงสร้างขององค์กร เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานแพทย์แผนไทยได้รับการมอบหมายงานให้รับผิดชอบ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานแพทย์แผนไทย มีส่วนร่วมในการกำหนดระเบียบในการปฏิบัติงาน และพบว่า ภาพรวมระดับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามมาตรฐาน รพ.สต.พ.อยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยในระดับสูง ได้แก่ ด้านสถานที่ เครื่องมือ เครื่องใช้ และสิ่งแวดล้อมรวมทั้งด้านการปฏิบัติงาน อาจเป็นได้ว่า เจ้าหน้าที่มีการปฏิบัติตามมาตรฐาน รพ.สต.พ. ในด้านสถานที่ เครื่องมือ เครื่องใช้ และสิ่งแวดล้อมในระดับสูง เช่น มีที่พักคอยเพียงพอ และสามารถใช้งานได้ดีทั้งหมด โดยไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้มารับบริการ ในห้องนวดมีขนาดเหมาะสมกับการให้บริการนวด มีประตูที่มีขนาดความกว้างพอที่จะสามารถให้รถเข็นผู้ป่วยเข้า-ออกได้สะดวก และมีห้องเปลี่ยนเสื้อผ้าแยกชาย-หญิง หรือถ้ามีห้องเปลี่ยนเสื้อผ้า ห้อง

เดียวไม่แยกขาย ขาย-หญิง แต่สามารถบริหารจัดการเรื่องเวลาการใช้ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้าของผู้รับบริการ ชาย-หญิง ให้เหมาะสมและตรวจสอบได้ เป็นต้น และในส่วนของด้านการปฏิบัติงาน เป็นเพราะมีการกำหนดขอบเขตบทบาทหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงาน เป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน และมีการกำหนดขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติงานมาตรฐาน (SOP) ที่ชัดเจนซึ่งครอบคลุมการตรวจวินิจฉัย การรักษา และการบริหารความเสี่ยงพร้อมทั้งการให้คำแนะนำแก่ผู้รับบริการในการดูแลสุขภาพตามศาสตร์การแพทย์แผนไทยที่ชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของ เสวย อุคำพันธ์ (2556) ศึกษาแนวทางการพัฒนาการให้บริการการแพทย์แผนไทย ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กรณีศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า การจัดโครงสร้างการบริหาร และการจัดบริการ การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่สำคัญ คือ ต้องมีแผนงานโครงการที่ชัดเจน มีการมอบหมายงานที่ชัดเจน จึงจะสำเร็จ ด้านการจัดโครงสร้าง จะต้องมีการรับผิดชอบ นักการแพทย์แผนไทย มีทีมงาน ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย กำหนดภารกิจที่ชัดเจน และตัวชี้วัดงานให้ชัดเจน ภารกิจ ทั้งเชิงรับ ในหน่วยบริการ มีการจัดคลินิกที่เป็นสัดส่วน สะอาดเรียบร้อย อากาศถ่ายเทได้สะดวก สำหรับการวางระบบ การให้บริการในสถานบริการ มีการกำหนดช่องทางการรับบริการ ต้องมีการจัดคลินิก แพทย์แผนไทย และแผนปัจจุบัน เป็นสัดส่วน ชัดเจน แต่มีการกำหนดช่องทาง ส่งต่อซึ่งกันและกันได้ กรณี มารับบริการแล้ว ผ่านการคัดกรองแล้ว กลุ่มอาการที่จัดบำบัดด้วยการแพทย์แผนไทยได้ผลดี กลุ่มอาการที่บำบัดรักษาด้วยยาสมุนไพรได้ ก็คัดกรองส่งต่อมารับบริการด้านการแพทย์แผนไทย โดยมีนักการแพทย์แผนไทยเป็นผู้ดูแลตรวจวินิจฉัย และเป็นไปในแนวทางเดียวกันกับการศึกษาของ ศุมาลีน ดีจันทร์ (2562) ศึกษาแรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานแพทย์แผนไทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเลย ที่กล่าวว่าระดับการปฏิบัติงานแพทย์แผนไทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเลย ภาพรวมอยู่ในระดับมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญารัตน์ จันทร์โสม (2563) ศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่า ภาพรวมระดับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่า อยู่ในระดับมาก

2. ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล และกระบวนการบริหารงานกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามมาตรฐาน รพ.สส.พท. ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดน่าน พบว่า ข้อมูลส่วนตัวที่ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา และระยะเวลาการทำงานด้านการแพทย์แผนไทย ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.) ในด้านภาพรวม สอดคล้องใน

ประเด็นระยะเวลาการทำงานกับการศึกษาของ กัญญารัตน์ จันทร์โสม (2563) ศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลด้านระยะเวลาในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับกระบวนการบริหารงาน อันประกอบด้วย ด้านการวางแผน ด้านการจัดองค์การ ด้านการบริหารบุคคล ด้านการอำนวยความสะดวก และด้านการควบคุมกำกับ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามมาตรฐาน รพ.สส.พท. กล่าวคือ ภาพรวมกระบวนการบริหารงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงมากที่สุดกับภาพรวมของการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามมาตรฐาน รพ.สส.พท. และเมื่อพิจารณากระบวนการบริหารงานเป็นรายด้าน พบว่า กระบวนการบริหารงานรายด้านที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงมากกับภาพรวมของการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามมาตรฐาน รพ.สส.พท. ได้แก่ ด้านการจัดองค์การ ด้านการวางแผน ด้านการอำนวยความสะดวก และด้านการควบคุมกำกับ ตามลำดับ ส่วนกระบวนการบริหารงานด้านการบริหารบุคคลมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับน้อยกับภาพรวมของการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามมาตรฐาน รพ.สส.พท. ผลการศึกษานี้จึงสอดคล้องกับงานวิจัยของวรพล คนใจบุญ (2548) ศึกษาปัจจัยและกระบวนการทางการบริหารที่มีผลต่อการบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า กระบวนการบริหารปัจจัยด้านกำลังคน ด้านงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ การวางแผน การจัดองค์การ การบริหารงานบุคคล การอำนวยความสะดวก และการควบคุม มีความสัมพันธ์กับระดับการบริการอย่างมีนัยสำคัญ และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ หาญ จินดา (2548) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการบริหารกับการปฏิบัติงานด้านการบริการสาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดนครราชสีมา พบว่า กระบวนการบริหาร ได้แก่ การวางแผน การจัดองค์การ การจัดการบุคคล การอำนวยความสะดวก และการควบคุม และกระบวนการบริหารในภาพรวม มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานด้านการบริการสาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง ทำให้เห็นได้ว่ากระบวนการบริหารงาน เป็นปัจจัยทางการบริหารที่มีความสำคัญ ไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าปัจจัยการบริหารด้านอื่น ๆ เพราะผู้บริหารจะต้องนำไปใช้ในการบริหารควบคู่ไปกับปัจจัยด้านอื่น เช่น ปัจจัยการบริหารด้านกำลังคน ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ที่มีอยู่อย่างจำกัดได้อย่างเหมาะสมและก่อให้เกิดประสิทธิภาพ (ทองหล่อ เดชไทย, 2557)

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านกระบวนการบริหารงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรมีนโยบายร่วมกันในการกำหนดเป้าหมายการดำเนินงาน และทิศทางการพัฒนา

ในอนาคตว่าศักยภาพของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานแพทย์แผนไทยควรอยู่ในระดับใด เพื่อพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น

2. ด้านการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามมาตรฐาน รพ.สส.พท.

2.1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรประสานงานร่วมกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ในการสนับสนุน ส่งเสริม และผลักดันให้เกิดองค์ความรู้ร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง โดยการจัดให้มีการประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อเป็นไปตามมาตรฐาน รพ.สส.พท. เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2.2 ควรมีการคืนข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ให้กับผู้รับผิดชอบงานแพทย์แผนไทย เพื่อให้ทราบถึงการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามมาตรฐาน รพ.สส.พท. และเพื่อสร้างขวัญกำลังใจในการทำงาน และให้คงมาตรฐานการทำงานให้มีประสิทธิภาพ และคุณภาพ รองรับการแข่งขันฯ ตามแบบการแข่งขันที่จะมีการปรับปรุงขึ้นในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาถึงประเด็น หรือปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามมาตรฐาน รพ.สส.พท. เช่น บรรยากาศองค์กร ทัศนคติของผู้ปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมในชุมชน เป็นต้น

รายการอ้างอิง

- กัญญารัตน์ จันทโรสม. (2563). คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทย ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา)*, 20(2), 60-71.
- ขวัญชัย วิศิษฐานนท์. (บรรณาธิการ). (2560). *คู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ทองหล่อ เดชไทย. (2557). แนวคิดและหลักการบริหารงานสาธารณสุข. ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพ* (หน่วยที่ 4, น. 6-13). นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ปราโมทย์ เสถียรรัตน์. (บรรณาธิการ). (2556). *มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ไพจิตร วราจิต. (2552). *คู่มือบริหารจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล*. นนทบุรี: วิชาการพิมพ์.

- วรพล คนใจบุญ. (2548). ปัจจัยและกระบวนการทางการบริหารที่มีผลต่อการบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ศุมาลีน ดีจันทร์. (2562). แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานแพทย์แผนไทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเลย. วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 19(2), 166-176.
- เสวย อุคำพันธ์. (2556). แนวทางการพัฒนาการให้บริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กรณีศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอมือเกรง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกาฬสินธุ์, 2(1), 90-113.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน. (2560). ข้อมูลสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดน่าน. (ออนไลน์). สืบค้นเมื่อ 15 กรกฎาคม 2560 จาก <http://www.nno.moph.go.th/nanhealth/index.php/data-service/health-data/item/1233-hserv-2560.html>
- โสภณ เมฆธน. (บรรณาธิการ). (2559). แผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560-2564. นนทบุรี: ทีเอส อินเทอร์เน็ต.
- หาญ จินดา. (2548). ความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการบรรรกับการปฏิบัติงานด้านการบริการสาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- Heinz, W., & Harold, K. (2005). *Management A Global Perspective*. (11th ed). Singapore: Mc Graw – Hall, Inc.

การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุชุมชน
ตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง อำเภอนาเยีย จังหวัดอุตรธานี
The Participation of People in Health Development the Elderly
Community According to the Philosophy of Sufficiency
Economy Na Yung District, Udon Thani Province

เชิดชัย เชื้อบัณฑิต*

Cherdchai Chuabundit*

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาเยีย จังหวัดอุตรธานี*

Na Yung District Public health office, Udon Thani Province*

(Received: July 18, 2020; Revised: August 25, 2020; Accepted: August 26, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานนี้เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วม ปัจจัยที่มีอิทธิพล และแนวทางการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง อำเภอนาเยีย จังหวัดอุตรธานี ดำเนินการวิจัยเป็น 2 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ประชาชนผู้มีสิทธิเลือกตั้งจำนวน 367 คน สุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติถดถอยพหุแบบขั้นตอน ขั้นตอนที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ข้าราชการ องค์กรส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ภาครัฐ ในเขตอำเภอนาเยีย จังหวัดอุตรธานี จำนวน 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

1. ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงอำเภอนาเยีย จังหวัดอุตรธานีโดยรวม ตัวแปรตามทั้ง 3 ด้านโดยเรียงลำดับด้านมากไปหาน้อยได้ดังนี้ ด้านสร้างเสริมสื่อการดูแลสุขภาพ (M=3.09, SD=0.32) ด้านการประสานงานร่วมกัน (M=3.07, SD=0.17) และด้านการส่งเสริมภูมิปัญญาชาวบ้าน (M=2.98, SD=0.68) ตามลำดับ

2. ปัจจัยด้านความช่วยเหลือจากภาคีเครือข่าย ด้านบทบาทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้านการสนับสนุนจากภาครัฐ ด้านบทบาทท้องถิ่น ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน มีค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรพยากรณ์ในคะแนนดิบ (b) เท่ากับ .258, .239, .191, .187, .052 ตามลำดับ มีค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน (b) .114, .163, .471, .385, .112 ตามลำดับ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: papasky99@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 087-4373754)

3. แนวทางการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ ชุมชนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง อำเภอนาโยง คือ การประสานงานอย่างชัดเจนกับ หน่วยงานภาครัฐ การร่วมประเมินผล ตรวจสอบแก้ไขปัญหา

ควรวางแผนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแล และพัฒนาระบบ กลไกการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การวางแผนการดำรงชีวิตของประชาชนโดยการนำหลัก ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาปรับใช้ในชีวิตประจำวัน

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม, การพัฒนาสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, ชุมชน, ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

Abstract

This blended research aimed to investigate the levels of participation, factors influencing participation and people participation guideline for community health development of the elderly according to Sufficiency Economy Philosophy at Na Yung district, Udon Thani province. The research was divided into 2 parts: 1) Quantitative study which conducted with 367 electors acting as samples and selected by stratified sampling. Data were collected by questionnaire and analyzed by descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis: and 2) Qualitative study which conducted with 10 local governors and community leaders. Data were collected by in-depth interviews and analyzed by content analysis. The findings revealed that:

1) The levels of people participation for community health development of the elderly were illustrated in order in 3 aspects: health care media enhancement ($M = 3.09$, $SD = 0.32$), coordination ($M = 3.07$, $SD = 0.17$) and folk wisdom promotion ($M = 2.98$, $SD = 0.68$).

2) The beta weight of factors contributed to people participation in terms of network assistance, role of Tambon health promoting hospital, governmental support and local people role had coefficients of forecasting variables in raw score (b) about .258 .239 .191 .187 and .052 respectively. In addition, there were coefficients of forecasting variables in the standardized score (β) about .114 .163 .471 .385 and .112 respectively.

3) The people participation guideline included well organization of coordination, setting up strategic plan, encouraging community participation with local government in health care development for the elderly and

evaluation, as well as investigating and solving health care problems of the elderly.

The results of this study could be applied to plan for people participation in improving systems and functions for taking care of the elderly in community, and also to plan for ordinary living of people in community linked to Sufficiency Economy Philosophy.

Keywords: participation, health care development, elderly people, community, Sufficiency Economy Philosophy

บทนำ

ประเทศไทยเป็นประเทศที่ต้องการพัฒนา จึงทำให้โครงสร้างของประเทศยังคงต้องมีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงและจำเป็นต้องปรับตัวอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านเกษตรกรรม ด้านอุตสาหกรรม ด้านคมนาคมขนส่ง ด้านพลังงาน ด้านการศึกษา ด้านอสังหาริมทรัพย์ ด้านสุขภาพอนามัย ด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี เป็นต้น ทำให้ในระยะยาวระบบเศรษฐกิจจึงมีบทบาทอย่างยิ่งที่จะต้องอาศัยเงินทุนเป็นจำนวนมาก ซึ่งแหล่งเงินทุนที่สำคัญของประเทศมีอยู่ 2 แหล่งด้วยกัน คือ แหล่งเงินทุนภายในประเทศ และแหล่งเงินทุนจากต่างประเทศ การพึ่งพาเงินทุนจากต่างประเทศอาจได้มาจากการกู้ยืม ซึ่งจะทำให้ระบบเศรษฐกิจของประเทศขาดเสถียรภาพได้ ดังนั้น การพึ่งพาแหล่งเงินทุนภายในประเทศนั้นจะสามารถทำให้ภาครัฐมีเงินลงทุนในการพัฒนาประเทศได้อย่างยั่งยืนแม้ระบบเศรษฐกิจจะถดถอยก็ตาม แหล่งเงินทุนภายในประเทศนั้นจะสามารถทำให้ภาครัฐมีเงินลงทุนในการพัฒนาประเทศ ได้มาจากการออมของคนในประเทศ ได้แก่ การออมของครัวเรือน การออมของธุรกิจ การออมของรัฐบาลและการออมของรัฐวิสาหกิจ การออมของภาครัฐวิสาหกิจมีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาประเทศในระยะยาวเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะต่อจากนี้ไปประเทศไทยจะมีสัดส่วนของจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับประชากรกลุ่มวัยอื่นๆ ด้วยเหตุนี้ การวางแผนพัฒนาต่าง ๆ จึงต้องคำนึงถึงความเป็นสังคมผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น ไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจ สังคม หรือด้านอื่น ๆ รวมไปถึงเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุ ทำให้ต้องมีการใช้จ่ายงบประมาณด้านการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ตั้งแต่ระดับประเทศ จนถึงระดับขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐสิน, และธาดา วิมลวัตรเวที, 2553)

เศรษฐกิจพอเพียง เป็นปรัชญาบ่งชี้ถึงแนวการดำรงอยู่และปฏิบัติของประชาชนในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับครัวเรือน ระดับชุมชน จนถึงระดับรัฐ ทั้งในการพัฒนาและการบริหารประเทศให้ดำเนินไปในทิศทางสายกลาง โดยเฉพาะการพัฒนาเศรษฐกิจ เพื่อให้ก้าวทันต่อโลกยุคโลกาภิวัตน์ ความพอเพียง จึงบ่งบอกถึงความพอประมาณ ความมีเหตุผล รวมถึงความจำเป็นที่จะต้องมีการมีระบบภูมิคุ้มกันในตัวที่ดีพอสมควร อันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทั้ง

ภายนอกและภายใน จึงจำเป็นจะต้องอาศัยความรู้ ความรอบคอบ และความระมัดระวัง อย่างยิ่งในการนำวิชาการต่าง ๆ หรือศาสตร์ต่าง ๆ มาใช้เป็นแนวทางการวางแผนและ ดำเนินการให้เป็นระบบทุกขั้นตอน และในขณะเดียวกัน จำเป็นที่จะต้องเสริมสร้างพื้นฐาน จิตใจของประชากรในชาติ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ของรัฐ นักทฤษฎี และนักธุรกิจในทุกระดับ ให้มี จิตสำนึกในคุณธรรม ความซื่อสัตย์สุจริต และให้มีความรอบรู้เชี่ยวชาญที่เหมาะสมในการ ดำเนินชีวิตด้วยความอดทน ความเพียร มีสติปัญญา และความรอบคอบ เพื่อให้เกิดความ สมดุลและพร้อมต่อการรองรับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและกว้างขวาง ทั้งทางด้านวัตถุ สังคม สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมจากโลกภายนอกได้เป็นอย่างดี (สมพร เทพสิทธา, 2549)

ทศวรรษนี้การใช้ชีวิตของผู้คนในสังคม โครงสร้างของสถาบันครอบครัว การศึกษา การทำงาน การพักผ่อน ตลอดจนการดูแลสุขภาพและทั้งหลายทั้งปวงจะค่อยๆ เปลี่ยนแปลง ไป ยิ่งกว่านั้นการเป็นสังคมผู้สูงอายุจะมีผลกระทบทั้งนโยบายของภาครัฐกิจเอกชนและภาค ส่วนอื่นๆ ของสังคม ผู้สูงอายุเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณูปการอย่างยิ่งต่อประเทศชาติ ไม่ เฉพาะในแง่ของการทำงานเพื่อสังคมหรือเพื่อประเทศชาติมาอย่างยาวนาน และได้มีส่วน ร่วมพัฒนาความก้าวหน้าให้แก่ประเทศ โดยใช้ความรู้ ความสามารถ ทักษะ ประสบการณ์ รวมทั้งภูมิปัญญาเท่านั้น แต่วาทะบทในฐานะของคนที่สามารถถ่ายทอดภูมิปัญญาที่ได้สั่ง สมมา รวมไปถึงศักยภาพ แม้จะอยู่ในวัยที่สูงอายุแล้วเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากต่อ กระบวนการพัฒนาของประเทศ จึงเป็นความจำเป็นที่รัฐบาลและประชาชนจะต้องช่วยกัน ดูแลเอาใจใส่ในเรื่องของผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น ผู้สูงอายุในฐานะที่เป็นกลุ่มคนที่ยังไม่มี ความมั่นคงในการดำรงชีพเพียงพอและยังประสบปัญหาทั้งปัญหาเรื่องสุขภาพ ปัญหาทาง เศรษฐกิจอันเนื่องมาจากการขาดรายได้ ปัญหาที่อยู่อาศัย เป็นต้น การที่ผู้สูงอายุประสบ ปัญหาต่าง ๆ มากมายจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการสงเคราะห์เพื่อแก้ไขปัญหาความ เดือดร้อนของผู้สูงอายุรวมถึงการพัฒนาผู้สูงอายุให้สามารถมีศักยภาพสูงขึ้นอย่างถูกขั้นตอน ในบริการสวัสดิการสงเคราะห์จากหน่วยงานภาครัฐและองค์กรต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง (จิรพรรณ กาญจนะจิตรา, 2551)

ปัจจุบันอำเภอนายูง จังหวัดอุดรธานี แบ่งเขตการปกครองย่อยออกเป็น 4 ตำบล 42 หมู่บ้าน การปกครองส่วนท้องถิ่นอำเภอนายูงประกอบด้วยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 4 แห่ง ได้แก่เทศบาลตำบลโนนทอง ครอบคลุมพื้นที่ตำบลโนนทองทั้งตำบล เทศบาลตำบลนา ยูง ครอบคลุมพื้นที่ตำบลนายูงทั้งตำบล องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านก้อง ครอบคลุมพื้นที่ ตำบลบ้านก้องทั้งตำบล องค์การบริหารส่วนตำบลนาแค ครอบคลุมพื้นที่ตำบลนาแคทั้ง ตำบล จำนวนประชากรในอำเภอนายูง 33,549 คน จำนวนผู้สูงอายุ 3,226 คน อาชีพหลัก ทำนา ทำสวนยาง ทำไร่มันสำปะหลัง ทำสวนอ้อย และทำไร่ข้าวโพด อาชีพเสริม ทำกล้วย ตาก และทอดผ้า ซึ่งถือเป็นกระบวนการที่สอดคล้องกับปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

จากการที่สัดส่วนของผู้สูงอายุ ที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เมื่อเทียบกับประชากรใน กลุ่มวัยอื่น ๆ ทำให้เป็นภาระแก่วัยแรงงาน ในการดูแล ผู้สูงอายุบางคน ต้องอยู่เพียงลำพัง

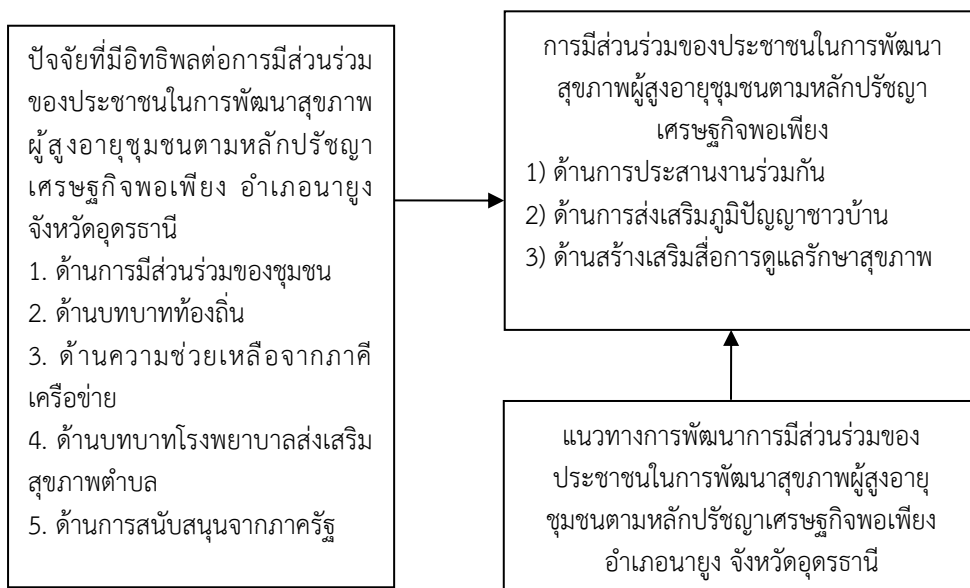
เนื่องจากลูกหลานต้องไปทำงานต่างถิ่น เพื่อหาเลี้ยงครอบครัว และผู้สูงอายุบางคน ยังคงต้องทำงานหนักเพื่อดูแลตนเองและครอบครัว จากสภาพเศรษฐกิจ และสังคมที่กล่าวมา จึงมีความจำเป็นยิ่งที่ประชาชนในชุมชนจะต้องมีส่วนร่วมพัฒนากลุ่มผู้สูงอายุร่วมกับภาคีเครือข่ายต่างๆ ตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในเขตอำเภอนายูง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่แข็งแรงอย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง อำเภอนายูง จังหวัดอุดรธานี วิถีชีวิตกับการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ โดยนำมาเชื่อมโยงกับหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุของชุมชนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง อำเภอนายูง จังหวัดอุดรธานี ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ผู้วิจัยทำงานอยู่และมีความคุ้นเคยกับชุมชน ในการวิจัยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุของชุมชนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง อำเภอนายูง จังหวัดอุดรธานี มีการดำเนินวิถีชีวิตอย่างไร มีการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงหรือไม่ ใช้วิธีการสัมภาษณ์และแจกแบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้วิจัย และผู้ช่วยผู้วิจัย ได้ไปแจกแบบสอบถามและสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล และเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทุกครั้ง

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง อำเภอนายูง จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง อำเภอนายูง จังหวัดอุดรธานี
3. เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง อำเภอนายูง จังหวัดอุดรธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ประชาชนผู้มีสิทธิเลือกตั้งในเขตอำเภอนาเยีย จังหวัดอุตรธานี ประกอบด้วย ประชาชน จำนวน 26,348 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 31 มกราคม 2563. สำนักงานสถิติประชากรตามทะเบียนราษฎร จังหวัดอุตรธานี)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ประชาชนผู้มีสิทธิเลือกตั้งในเขตอำเภอนาเยีย จังหวัดอุตรธานี ได้มาจากการนำประชากรมาหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ที่ได้มาโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ โดยกำหนดให้สมาชิกในแต่ละตำบลที่มีความคล้ายคลึงกันให้มากที่สุด และให้มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มย่อยแต่ละตำบลให้มากที่สุดเช่นเดียวกัน ที่สามารถจำแนกออกเป็นชั้นภูมิ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความครบถ้วน ครบคลุม และคำนวณหาจำนวนตัวอย่างตามสูตรทาโร ยามาเน่ (Yamane, 1973) ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชาชนผู้มีสิทธิเลือกตั้งจำนวน 367 คน (กัลยา วาณิชย์บัญชา, 2542)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลสถานภาพทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ ชุมชนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง อำเภอनाยุง จังหวัดอุดรธานี ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 3 ด้าน 21 ข้อ คือ 1) ด้านการประสานงานร่วมกัน 7 ข้อ 2) ด้านการส่งเสริมภูมิปัญญาชาวบ้าน 7 ข้อ และ 3) ด้านสร้างเสริมสื่อการดูแลรักษาสุขภาพ 7 ข้อ

ตอนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง อำเภอनाยุง จังหวัดอุดรธานี ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 5 ด้าน 25 ข้อ คือ 1) ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน 5 ข้อ 2) ด้านบทบาทท้องถิ่น 5 ข้อ 3) ด้านความช่วยเหลือจากภาคีเครือข่าย 5 ข้อ 4) ด้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5 ข้อและ 5) ด้านการสนับสนุนจากภาครัฐ 5 ข้อ

สำหรับแบบสอบถามตอนที่ 2 และ 3 แปลผลจากค่าเฉลี่ย โดยกำหนดช่วงคะแนน (Class interval) ในการวิเคราะห์ตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1977) ดังต่อไปนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.21 – 5.00	หมายถึง	ระดับมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 3.41– 4.20	หมายถึง	ระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 2.61– 3.40	หมายถึง	ระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.81– 2.60	หมายถึง	ระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.80	หมายถึง	ระดับน้อยที่สุด

ตอนที่ 4 ข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง อำเภอनाยุง จังหวัดอุดรธานี เป็นคำถามประเภทสัมภาษณ์เชิงลึกในภาคสนาม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำเครื่องมือที่สร้างขึ้น เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน จำนวน 8 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) ด้านบทบาทท้องถิ่น 3) ด้านความช่วยเหลือจากภาคีเครือข่าย 4) ด้านบทบาทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5) ด้านการสนับสนุนจากภาครัฐ 6) ด้านการประสานงานร่วมกัน 7) ด้านการส่งเสริมภูมิปัญญาชาวบ้าน 8) ด้านสร้างเสริมสื่อการดูแลรักษาสุขภาพ ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00 แล้วนำเครื่องมือที่ผ่านความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชาชนที่ไม่ถูกเลือกให้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน ที่กลุ่มประชาชนในเขตอำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี แล้วนำมาหาความเชื่อมั่น (Reliability: Rtt) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha Coefficient) ที่มีความเชื่อมั่นตั้งแต่ .82 ขึ้นไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม นำแบบสอบถามที่ผ่านการพัฒนาและปรับปรุงจนมีคุณภาพในระดับที่ยอมรับได้ ไปดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง และผู้ช่วยวิจัยซึ่งผู้วิจัยขอความร่วมมือจากประชาชนในเขตอำเภอนาโยง จังหวัดอุดรธานี ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงเกี่ยวกับรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอน และวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วนแก่ผู้ช่วยวิจัย

2. ผู้วิจัยได้นำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล นำเสนอผู้นำชุมชน แต่ละแห่งในเขตอำเภอนาโยง จังหวัดอุดรธานี เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้

3. แจกจ่ายแบบสอบถาม ไปดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง และผู้ช่วยวิจัย และเก็บแบบสอบถามจากประชากร กลุ่มตัวอย่าง เวลาทำแบบสอบถาม 45 วัน

4. รับแบบสอบถามกลับคืน ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ร้อยละ 100 แล้วไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปผู้ตอบแบบสอบถาม โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

2. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง อำเภอนาโยง จังหวัดอุดรธานี โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง อำเภอนาโยง จังหวัดอุดรธานี โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รวมทั้งนำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยาย ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณโดยใช้วิธีการคัดเลือกตัวแปรแบบเป็นลำดับขั้น (Multiple Regression Stepwise Analysis) ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วย ตัวแปรอิสระ (X) และตัวแปรตาม (Y) ต้องเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ ได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ใช้ประโยชน์ได้ 4 ประการ 1) มีความสัมพันธ์กัน 2) ขนาดความสัมพันธ์มาก 3) ทิศทางความสัมพันธ์เป็นแบบสอดคล้องกัน 4) ความแปรปรวนร่วมระหว่างตัวแปรทั้งสองมีมาก

4. แนวทางการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง อำเภอนาโยง จังหวัดอุดรธานี ผู้วิจัยได้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาโดยคัดเลือก และจำแนกข้อมูล จัดระเบียบข้อมูลให้เป็นระบบจัดทำบรรณานุกรมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นตอนที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูล

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้โดยการสัมภาษณ์ เพื่อตอบวัตถุประสงค์ได้จากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง พิจารณาจากความสามารถในการให้ความรู้ และประสบการณ์ ประกอบด้วย ข้าราชการ, องค์กรส่วนท้องถิ่น, ผู้นำชุมชน, เจ้าหน้าที่ภาครัฐ, ในเขตอำเภอनाยง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 1 กลุ่ม ๆ ละ 10 คน รวมจำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์ออกเป็น 2 ส่วน คือ การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง แบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง เพื่อใช้สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก เสริมการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อต้องการให้ได้องค์ความรู้แนวทางการมีส่วนร่วมของประชาชนของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ใช้สำหรับการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ประเด็นการสัมภาษณ์ ได้แก่ 1) ด้านการประสานงานร่วมกัน 2) ด้านการส่งเสริมภูมิปัญญาชาวบ้าน 3) ด้านสร้างเสริมสื่อการดูแลสุขภาพสุขภาพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความเที่ยงตรง โดยผู้เชี่ยวชาญพิจารณา 1) ด้านการประสานงานร่วมกัน 2) ด้านการส่งเสริมภูมิปัญญาชาวบ้าน 3) ด้านสร้างเสริมสื่อการดูแลสุขภาพสุขภาพ จำนวน 5 คน ข้อคำถามในการสัมภาษณ์ให้ครอบคลุม เนื้อหาครบถ้วน ข้อคำถามถูกต้องเหมาะสม ตรงตามโครงสร้าง และภาษาที่ใช้เหมาะสมกับผู้ให้ข้อมูล นำแบบสัมภาษณ์ที่ผู้เชี่ยวชาญเห็นชอบแล้วไปทดลองสัมภาษณ์กับ กลุ่มเป้าหมายเพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของภาษา แล้วนำไปใช้ภาคสนาม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ศึกษาข้อมูลจากเอกสาร ตำรา บทความ งานวิจัย ในลักษณะการวิจัยเอกสาร ได้แก่ ส่วนที่เป็นคำอธิบายจากเอกสาร หนังสือ ตำรา ที่เป็นแนวคิดทฤษฎี รวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยการทบทวนแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุของชุมชนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยประสานงาน เพื่อขออนุญาตกลุ่มผู้ให้ข้อมูลทางโทรศัพท์ แล้วเดินทางไปตามวันเวลาที่นัดหมาย ก่อนการสัมภาษณ์ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างความคุ้นเคยระหว่างผู้วิจัยกับผู้ถูกสัมภาษณ์ แจ้งวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ แล้วดำเนินการสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่มพูดคุยอย่างเป็นกันเองตามแนวทางการสัมภาษณ์ที่วางไว้ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ได้แสดงทัศนะของตนเองอย่างเต็มที่ โดยแยกเป็น 1 กลุ่ม เป็นจำนวน 10 คน ใช้เวลาในการสนทนากลุ่ม 30 นาที มีการจดบันทึก และบันทึกเสียง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. แนวทางการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง อำเภอนาโยง จังหวัดอุตรธานี ผู้วิจัยได้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาโดยคัดเลือก และจำแนกข้อมูล จัดระเบียบข้อมูลให้เป็นระบบจัดทำบรรณานุกรมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล แล้วนำข้อมูลไปเขียนเป็นรายงานตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยต่อไป

2. การวิเคราะห์ เอกสาร หนังสือ ตำรา โดยการทบทวนแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก จากผู้ให้ข้อมูลสำคัญมาเป็นกรอบแนวคิด ทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ โดยใช้การสรุปความ และการตีความ และนำเสนอข้อมูลโดยการพรรณนาวิเคราะห์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการศึกษาค้นคว้า โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการเก็บข้อมูล และประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับจากการเข้าร่วมโครงการ เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ และสามารถยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ทันทีโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลต่อผู้วิจัย โดยข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ และจะมีการนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมและไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใดๆ ทั้งต่อบุคคลและองค์กร

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 31-40 ปี จำนวน 155 คน คิดเป็นร้อยละ 42.2 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 231 คน คิดเป็นร้อยละ 62.9 ส่วนใหญ่สถานะไม่โสด จำนวน 265 คน คิดเป็นร้อยละ 72.2 มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ ป.4-ป.6 จำนวน 203 คน คิดเป็นร้อยละ 55.3

2. การมีส่วนร่วมของประชาชนของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง อำเภอนาโยง จังหวัดอุตรธานี

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานแสดงระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง อำเภอนายูง จังหวัดอุดรธานี ตัวแปรตามทุกด้าน

การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ	M	SD	แปลผล
ด้านการประสานงานร่วมกัน	3.07	0.17	ปานกลาง
ด้านการส่งเสริมภูมิปัญญาชาวบ้าน	2.98	0.68	น้อย
ด้านสร้างเสริมสื่อการดูแลสุขภาพ	3.09	0.32	ปานกลาง

จากตาราง 1 พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง อำเภอนายูง จังหวัดอุดรธานี ตัวแปรตามทั้ง 3 ด้าน เรียงลำดับด้านมากไปหาน้อยได้ดังนี้ ด้านสร้างเสริมสื่อการดูแลสุขภาพ ($M=3.09$, $SD=0.32$) ด้านการประสานงานร่วมกัน ($M=3.07$, $SD=0.17$) และด้านการส่งเสริมภูมิปัญญาชาวบ้าน ($M=2.98$, $SD=0.68$) ตามลำดับ

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง อำเภอนายูง จังหวัดอุดรธานี

ตาราง 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมประชาชนในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง อำเภอนายูง จังหวัดอุดรธานี โดยรวมทุกด้าน ตัวแปรต้น ทุกด้าน

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ	M	SD	แปลผล
ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน	3.71	1.01	ปานกลาง
ด้านบทบาทท้องถิ่น	2.77	0.81	ปานกลาง
ด้านความช่วยเหลือจากภาคีเครือข่าย	3.31	0.46	ปานกลาง
ด้านบทบาทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	3.04	0.55	ปานกลาง
ด้านการสนับสนุนจากภาครัฐ	2.64	0.70	น้อย
รวม	3.09	0.26	ปานกลาง

จากตาราง 2 ระดับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง อำเภอนายูง จังหวัดอุดรธานี โดยรวมและตัวแปรต้นทั้ง 5 ด้าน พบว่า ระดับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการ อยู่ในระดับ ปานกลาง ($M=3.09$, $SD=0.26$) โดยเรียงลำดับด้านมากไปหาน้อยได้ดังนี้ ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน ($M=3.71$, $SD=1.01$) ด้านความช่วยเหลือ

จากภาคีเครือข่าย ($M=3.31$, $SD=0.46$) ด้านบทบาทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ($M=3.04$, $SD=0.55$) ด้านบทบาทท้องถิ่น ($M=2.77$, $SD=0.81$) และด้านการสนับสนุนจากภาครัฐ ($M=2.6$, $SD=0.70$) ตามลำดับ

ตาราง 3 แสดงลำดับตัวแปรพยากรณ์ของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง อำเภอนายูง จังหวัดอุดรธานี โดยรวมทุกด้าน

ตัวแปร	<i>B</i>	<i>S.E.</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>P-value</i>
ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน (X_1)	.052	.004	.114	12.047	<.001
ด้านบทบาทท้องถิ่น (X_2)	.187	.014	.163	13.082	<.001
ด้านความช่วยเหลือจากภาคีเครือข่าย (X_3)	.258	.006	.471	45.498	<.001
ด้านบทบาทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (X_4)	.239	.008	.385	29.174	<.001
ด้านการสนับสนุนจากภาครัฐ (X_5)	.191	.016	.112	12.225	<.001

$SE_{est} = \pm 0.03463$, $R = .992$; $R^2 = .985$; $Adj. R^2 = .985$; $F = 4905.544$; $p\text{-value} < 0.001$

จากตาราง 3 พบว่า เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักความสำคัญของตัวแปรปัจจัยแต่ละด้านที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง อำเภอนายูง จังหวัดอุดรธานี พบว่า ด้านความช่วยเหลือจากภาคีเครือข่าย ด้านบทบาทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้านการสนับสนุนจากภาครัฐ ด้านบทบาทท้องถิ่น ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน มีค่าสัมประสิทธิ์ของตัวพยากรณ์ในคะแนนดิบ (b) เท่ากับ .258,.239,.191,.187,.052 ตามลำดับ มีค่าสัมประสิทธิ์ของตัวพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน (β) .114,.163,.471,.385,.112 โดยเขียนเป็นค่าสมการได้ดังนี้

$$\text{สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ } Y' = .236 + .258X_3 + .239X_4 + .191X_5 + .187X_2 + .052X_1$$

$$\text{สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน } Z_{Y'} = .114Z_{X3} + .163Z_{X4} + .471Z_{X5} + .385Z_{X2} + .112Z_{X1}$$

4. แนวทางการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง อำเภอนายูง จังหวัดอุดรธานี

ควรมีการวางแผนทางการประสานงานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงอย่างชัดเจน โดยมีการกำหนดการประสานงานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ประสานงานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ต่างๆ ให้คำปรึกษาหรือให้

ความใกล้ชิดให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุให้ชุมชนแบบมีส่วนร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ เพื่อพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับเศรษฐกิจพอเพียง และไปปฏิบัติร่วมกับประชาชน ผู้นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมภูมิปัญญาชาวบ้านเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ ออกติดตามประเมินนโยบายนำมาปรับปรุงแก้ไขในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ ชุมชน ส่งเสริมชุมชนและภาคีเครือข่ายร่วมประเมิน ตรวจสอบปัญหาอุปสรรค แก้ไขปัญหาในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุของชุมชนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

อภิปรายผล

ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง อำเภอนาโยง จังหวัดอุดรธานี ตัวแปรตามทั้ง 3 ด้าน โดยเรียงลำดับด้านมากไปหาน้อย พบว่า ด้านสร้างเสริมสื่อการดูแลสุขภาพ ด้านการประสานงานร่วมกัน และด้านการส่งเสริมภูมิปัญญาชาวบ้าน เนื่องจากประชาชนไม่ได้เสริมสร้างในการนำสื่อมาประยุกต์มาปรับใช้ในการรักษาสุขภาพในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ และความเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเท่าที่ควรจะเป็นในสถานการณ์ในปัจจุบัน และการประสานงานร่วมกันกับภาคีเครือข่ายและประชาชนไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการประสานงานในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเท่าที่ควร ในการด้านการส่งเสริมภูมิปัญญาชาวบ้านประชาชนไม่ค่อยให้ความสนใจในการรักษาหรือส่งเสริมเกี่ยวกับภูมิปัญญาชาวบ้าน ในการนำมาประยุกต์ใช้กับการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศรุดา ศรีสว่าง (2558) ได้ทำการศึกษาแนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดกิจกรรมนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุ ตำบลหลักหก อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี พบว่า สภาพการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการวางแผนจัดกิจกรรม ด้านการดำเนินงาน การจัดกิจกรรม ด้านการได้รับประโยชน์ และด้านการประเมินผลอยู่ในระดับน้อยในทุก ๆ ด้าน

ระดับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง อำเภอนาโยง จังหวัดอุดรธานี โดยรวมพบว่า ระดับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ อยู่ในระดับ ปานกลาง เนื่องจากสังคมไทยในปัจจุบันยังคงมีการแข่งขันกัน ตามการศึกษา รายได้ และสถานะทางสังคม ซึ่งสถานะทางสังคมสามารถเปลี่ยนแปลงจากสังคมนั้นๆ และการติดต่อประสานงานจากเครือข่ายภาคีเกิดความล่าช้า ไม่ทันต่อความต้องการของประชาชน ทั้งหน่วยงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลมีเวลาการทำงานที่จำกัด ท้องถิ่นมีการเปลี่ยนไปจากการเข้ามาบริหารของรัฐบาลชุดใหม่ ภาครัฐขาดงบประมาณในการพัฒนา หรือสนับสนุนเท่าที่ควร ดังนั้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงยังไม่มีการกระตุ้นในส่วน of ประชาชน ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของพระครูสุวิธานพัฒนบัณฑิต (2557) ได้

ทำการศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่น พบว่า ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย มีการบูรณาการแนวคิดการดูแลสุขภาพองค์รวมตามหลักการพระพุทธศาสนาเข้ากับหลักการดูแลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข พร้อมทั้งนำสถานการณ์สภาพปัญหาความต้องการด้านสุขภาพของพระสงฆ์ก่อนการพัฒนาผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่น โดยมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ได้แนวทางการดูแลสุขภาพตามระบบการสาธารณสุขว่าสถานบริการสาธารณสุขได้แบ่งการดูแลออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านการส่งเสริม การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ โดยทั้งหมดอยู่ในหลักการของการดูแลสุขภาพองค์รวม และมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงาน มีผลการดำเนินการจัดสรรระบบบริการสุขภาพในด้านต่างๆ ให้สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทพระสงฆ์ ได้แก่ ปัญหาในส่วนขาดและความต้องการของพระสงฆ์ ภายหลังจากที่ได้ดำเนินการตามแผนกระบวนการวิจัยแล้วนั้น ทั้งเวลา 6 เดือน จึงได้ทำการประเมินพฤติกรรมสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์

คำนำหน้าความสำคัญของตัวแปรปัจจัยแต่ละด้านที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี พบว่า ด้านความช่วยเหลือจากภาคีเครือข่าย ด้านบทบาทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้านการสนับสนุนจากภาครัฐ ด้านบทบาทท้องถิ่น ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน มีค่าสัมประสิทธิ์ของตัวพยากรณ์ในคะแนนดิบ (b) เท่ากับ .258, .239, .191, .187, .052 ตามลำดับ มีค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน (6) .114, .163, .471, .385, .112 ตามลำดับ เนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาจมีบทบาทในชีวิตของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ มีการส่งเสริมกลุ่มผู้สูงอายุในด้านต่างๆ การสนับสนุนจากภาครัฐในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงยังเข้าไม่ถึง ท้องถิ่นยังขาดงบประมาณในการส่งเสริมประชาชนในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุชุมชน ชุมชนขาดการประสานงานกับหน่วยงานภาครัฐ จึงทำให้การส่งเสริมประชาชนในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนเกิดความล่าช้า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของพิเชษฐพงษ์ โคตรทอง (2560) ได้ทำการศึกษา การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุตามหลักธรรมชาตินิยม พบว่า 1) ด้านความช่วยเหลือจากภาคีเครือข่าย มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ 2) ด้านบทบาทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีอิทธิพลต่อด้านโภชนาการตามสภาพพื้นบ้าน ด้านดูแลรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองโดยการสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงของร่างกาย 3) ด้านการสนับสนุนจากภาครัฐ มีอิทธิพลต่อการรับฟังข้อมูลข่าวสาร การไปตรวจสุขภาพประจำปี พัฒนาจิตใจจากหน่วยงานภาครัฐ 4) ด้านบทบาทท้องถิ่น มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตามหลักธรรมชาติ เพราะท้องถิ่นช่วยในการพัฒนาในสิ่งแวดล้อมความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ และ 5) ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน

มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในการพัฒนาคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุในยุคโลกาภิวัตน์

แนวทางการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง อำเภอนาโยง จังหวัดอุดรธานี พบว่า ควรมีการวางแผนงานประสานงานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงอย่างชัดเจน โดยมีการกำหนดการประสานงานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ประสานงานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ต่างๆ ให้คำปรึกษาหรือให้ความใกล้ชิดให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุให้ชุมชนแบบมีส่วนร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ เพื่อพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับเศรษฐกิจพอเพียง และไปปฏิบัติร่วมกับประชาชน ผู้นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมภูมิปัญญาชาวบ้านเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ออกติดตามประเมินนโยบายนำมาปรับปรุงแก้ไขในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุชุมชน ส่งเสริมชุมชนและภาคภาคีเครือข่ายร่วมประเมิน ตรวจสอบปัญหาอุปสรรคแก้ไขปัญหาในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุของชุมชนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงที่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอรพิน ปิยะสกุลเกียรติ (2561) ได้ทำการศึกษา การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลท่าแค จังหวัดลพบุรี พบว่า องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นได้เปิดโอกาส และสนับสนุน ส่งเสริมให้ประชาชนทุกภาคส่วนในตำบลท่าแคเกิดการรวมกลุ่มกัน อย่างเข้มแข็งในการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ขับเคลื่อนโดยอาศัย จิตสำนึกรับผิดชอบต่อส่วนรวมของประชาชน นำวัฒนธรรมประเพณีของท้องถิ่นที่มีความสัมพันธ์กันลักษณะเครือญาติ การเคารพผู้อาวุโสมาสร้างจุดร่วมในการตระหนัก รู้ในความห่วงใยต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผู้ร่วมดำเนินกิจกรรมต้องเป็นผู้มีจิตอาสา มี ทัศนคติในการพัฒนา มีความพร้อมในการดำเนินงาน และยินดีที่จะปฏิบัติภารกิจที่ได้รับมอบหมายให้สำเร็จลุล่วง

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการสนับสนุนฟื้นฟู ดูแล บำรุงรักษาขนบธรรมเนียม ประเพณี ศาสนา การละเล่นดนตรี ชีวิตความเป็นอยู่ และให้คงสภาพหรือปรับปรุงในส่วนที่ดิ่งงาจากสติปัญญาชาวบ้าน เพื่อแก้ปัญหาและพัฒนาการดำเนินวิถีชีวิตในท้องถิ่นของผู้สูงอายุชุมชนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนและส่งเสริมดูแลรักษา ให้มีบริการด้านการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุชุมชน รวมทั้งการนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาพัฒนาในทุก ๆ มิติ อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ชุมชนควรมีการรับฟังความคิดเห็นของผู้สูงอายุเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลที่ เป็นข้อเท็จจริง มีกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน ช่วยกันคิด ช่วยกันทำ ในการแก้ไขปัญหาในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชุมชน ท้องถิ่นควรมีการส่งเสริมสุขภาพพัฒนาสุขภาพ

ผู้สูงอายุ การจัดการบริการส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านบุคลากรสาธารณสุข ในการดูแลสุขภาพอย่างมีความรู้ความเข้าใจครบองค์ประกอบและขอความช่วยเหลือจากเครือข่ายภาคี ในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุชุมชน สร้างจิตอาสาช่วยกันรวมพลัง โดยใช้เวทีวิชาการเป็นตัวเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการประสานงานติดต่อกับภาคีเครือข่าย เพื่อร่วมกันพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุชุมชน โดยการสนับสนุนจากภาครัฐในการส่งเสริมพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนเพิ่มมากขึ้นเพื่อเสริมสร้างศักยภาพให้กับผู้สูงอายุชุมชนในการเข้าถึงการบริการ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการเข้ารับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ

3. ควรมีการใช้รูปแบบวิธีการ และนำแบบแผนที่มีโครงสร้างดำเนินการที่ชัดเจน ในการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมขององค์กรต่าง ๆ ทั้งด้านการประสานงานร่วมกัน การมีส่วนร่วมของชุมชน องค์กรภาคีเครือข่าย ท้องถิ่น ภาครัฐ ภาคีเครือข่ายต่าง ๆ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ให้มีทั้งประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ในเขตอำเภอนาโยง จังหวัดอุดรธานี ของภาครัฐ ทั้งด้านการประสานงานร่วมกัน ของเครือข่ายองค์กรภาครัฐ และภาคีเครือข่ายต่าง ๆ อย่างมีแบบแผนโครงสร้าง เพื่อพัฒนาการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุชุมชนให้มากขึ้นในครั้งต่อไป

รายการอ้างอิง

- กมลมาลย์ วรรธนะเศรษฐสิน, และธาดา วิมลวัตรเวที. (2553). การสังเคราะห์งานวิจัยด้านการบริหารจัดการองค์กรกีฬาในประเทศไทย: การประยุกต์ใช้การวิเคราะห์ชาติพันธุ์วรรณนาอภิमान. *วารสาร มทอีสาน ฉบับมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 4(2), 91-113.
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2552). สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็กเยาวชน ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ. *รายงานประจำปีงบประมาณ 2552*.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2542). *การวิเคราะห์สถิติ: สถิติเพื่อการตัดสินใจ*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์วิทยาลัย.
- จิรพรรณ กาญจนะจิตรา. (2551). *การพัฒนาชุมชน*. พิมพ์ครั้งที่ 16. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- พระครูสุวิธานพัฒนบัณฑิต. (2557). *การพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพของครอบครัวของพระสงฆ์ ในจังหวัดขอนแก่นโดยเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่าย*. งานวิจัย

ทุนอุดหนุนการวิจัยบัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
วิทยาเขตขอนแก่น.

พิเชษฐพงษ์ โคตรทอง. (2560). การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ
ของผู้สูงอายุตามหลักธรรมชาตินิยม. ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต. สาขาวิชาวิจัย
และประเมินผลการศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.

ศรุดา ศรีสว่าง. (2558). แนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดกิจกรรมนันทนาการ
สำหรับผู้สูงอายุ ตำบลหลักหก อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี. รายงานการ
ประชุมวิชาการและนำเสนอผลการวิจัยระดับชาติและนานาชาติ กลุ่มระดับชาติ
ด้านการศึกษา, 3(6), 418-427.

สมพร เทพสิทธิ์า. (2549). เศรษฐกิจพอเพียงตามแนวพระราชดำริ. กรุงเทพมหานคร:
บริษัทธรรมสาร. สำนักงานสถิติประชากรตามทะเบียนราษฎร จังหวัดอุดรธานี.
ข้อมูล ณ วันที่ 31 มกราคม 2563.

อรพิน ปิยะสกุลเกียรติ. (2561). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
ในตำบลท่าแคจังหวัดลพบุรี. วารสารร่วมพลัง มหาววิทยาลัยเกริก, 31(3), 45-65

อุษกร เหมือนเดช. (2552). ความต้องการในการได้รับสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในเขต
เทศบาลจังหวัดสมุทรปราการ. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี.

Best, J. W. (1977). *Research in Education*. (3rd ed). New Jersey: Prentice hall
Inc.

Yamane, T. (1973). *Statistics: An Introductory Analysis*. 3rd Ed. New York:
Harper and Row Publications.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในเขตปกครองคณะสงฆ์
อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี

The Factors Influencing Health Promotion of Monks in the
Sangha District, Piboonrak District Udon Thani Province

วิชิต ยศสงคราม^{1*}, สุกัญญา บุญพา² และ วรัชชรณ์ ชมชัยรัตน์³

Wichit Yossongkram^{1*}, Sukunya Boonpa² and Waruchchaporn Chromchairat³

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพิบูลย์รักษ์^{1*}, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแดง²,
โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์³

Piboonrak District Publichealth Office^{1*}, Bandang Sub District Health Promoting Hospital²,
Piboonrak Hospital³

(Received: June 29, 2020; Revised: August 22, 2020; Accepted: August 26, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์และแนวการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ใน อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี ดำเนินการวิจัยเป็น 2 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 การวิจัยเชิง ปริมาณ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พระสังฆาธิการ จำนวน 104 รูป ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ขั้นตอนที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มเป้าหมายผู้ให้ ข้อมูลในการสัมภาษณ์ พระสังฆาธิการ เจ้าหน้าทีภาครัฐ ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่ส่วน ท้องถิ่น ในเขตอำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 12 รูป/คน เครื่องมือที่ใช้ในการ วิจัย คือ แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

1. การส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในเขตปกครองคณะสงฆ์อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัด อุดรธานี รายด้านโดยรวม มีระดับการการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ ด้านตัวแปรตาม โดยรวม อยู่ในระดับ ปานกลาง ($M=3.21$, $SD=.52$) พิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าอยู่ในระดับ ปาน กลาง จำนวนทั้ง 3 ด้าน เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากที่สุดไปน้อยที่สุด ดังนี้ ด้านการนำ นโยบายการส่งเสริมสุขภาพไปปฏิบัติ ($M=3.28$, $SD=.51$) ด้านการประเมินนโยบายการ ส่งเสริมสุขภาพ ($M=3.26$, $SD=.60$) และด้านการกำหนดนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ ($M=3.08$, $SD=.51$) ตามลำดับ

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในเขตอำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัด อุดรธานี ได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชนมีค่าสัมประสิทธิ์ของตัวพยากรณ์ในคะแนนดิบ (b) เท่ากับ .516

* ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Wichityos@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 08-29086792)

3. แนวการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในเขตอำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานีควรมีการกำหนดกฎเกณฑ์การพัฒนาแนวทางการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ส่งเสริมสนับสนุนและพัฒนาวงศ์กรคณะสงฆ์และเครือข่ายพระสงฆ์นักพัฒนา การดูแลสุขภาพตนเองและพระสงฆ์ในพื้นที่รับผิดชอบ และกำหนดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์โดยการมีส่วนร่วมระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ผู้นำชุมชน สร้างแบบจำลองพฤติกรรมของพระสงฆ์ และการซักถามข้อมูล การรับฟัง การบรรยาย สรุบบทเรียนที่นำไปปฏิบัติต่อพระสงฆ์การจัดทำแผนโดยจะต้องมีความชัดเจนในการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพในทุกด้านตลอดจนค้นพบสาเหตุของปัญหาด้านสุขภาพพระสงฆ์ข้อมูลตามตัวชี้วัดที่บ่งบอกถึงการนำนโยบายไปปฏิบัติ เพื่อเกิดความสอดคล้องกับนโยบาย

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีอิทธิพล, การส่งเสริมสุขภาพ, พระสงฆ์

Abstract

This blended research aimed to explore the level of health promotion of monks, factors influencing health promotion and health promotion guideline of monks at Piboonrak district, Udon Thani province. The research was divided into 2 parts: 1) Quantitative study which conducted with 104 monk participants selected by simple random sampling. Data were collected by questionnaire and analyzed by descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis: and 2) Qualitative study which studied with 12 persons, including monks, local governors and community leaders. Data were collected by in-depth interviews and analyzed by content analysis. The findings indicated that:

1. The overall level of health promotion, dependent variable, of the participants was in the middle ($M=3.21$ $SD=.52$). When considering the levels of three aspects of health promotion, there were in the middle as well, ranked from the highest to the lowest mean, shown as follows: implementation of health promotion policies ($M= 3.28$, $SD= .51$), evaluation of health promotion policies ($M= 3.26$, $SD. = .60$) and health promotion policy formulation ($M= 3.08$ $SD= .51$).

2. There was one factor influencing health promotion of the participants and revealing as a community participation which had coefficient of forecasting variable in raw score (b) about .516.

3. The health promotion guideline of monks should include the establishment of quality health care services for monks, supporting and developing networks and self-care of monks, setting health promotion model by community participation (local government organizations and community leaders), building up behavioral model of monks, as well as talking and changing data or information with monks. The policies to be implemented for monks should be clear in situation analysis of health problems and their causes based on indicators indicating the policy implementation and compliance.

Keywords: Influence Factors, Health Promotion, Monks

บทนำ

การส่งเสริมสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งหมายรวมถึงสภาพแวดล้อมระดับอาชีวอนามัยการจัดบริการให้สังคมให้แก่ประชาชน ระบบศาสนาและความเชื่อการจัดการความช่วยเหลือสำหรับสาธารณะ การให้ความคุ้มครองทางสังคม การบรรเทาภัยพิบัติบริการที่ภาครัฐจัดสรรให้แก่ประชาชนโดยครอบคลุมถึงวงจรชีวิต ซึ่งรวมถึงเกิด แก่ เจ็บ ตาย นอกจากนี้การส่งเสริมสุขภาพยังหมายถึงการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ที่มีความเสี่ยงและการพัฒนาในระบบค่านิยมด้านสังคมและวัฒนธรรม ค่านิยมเกี่ยวกับครอบครัว ค่านิยมเกี่ยวกับเรื่องบุญคุณ และค่านิยมในเรื่องกตัญญู ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นประเด็นที่ตกผลึกในระบบค่านิยมทางสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งช่วยให้สถาบันทางสังคมมีหน้าที่จะต้องดูแลสมาชิกในสังคมกรณีของการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทยในบริบทของประชาคมสังคมและวัฒนธรรมอาเซียน การส่งเสริมสุขภาพยังรวมถึงการจัดการเรื่องการกินอยู่ที่ดีภายใต้ความหลากหลายทางสังคมและวัฒนธรรมหรือพหุนิยมทางสังคมวัฒนธรรม มีการแบ่งปันหลอมรวมเรียนรู้อยู่ด้วยกันในระดับชุมชนและท้องถิ่น ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทยในบริบทของประชาคมและวัฒนธรรมอาเซียนอาจแบ่งได้เป็นปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม ศาสนา และระบบความเชื่อในระบบสังคมและวัฒนธรรม โดยมีการส่งเสริมการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ที่มีความเสี่ยง ซึ่งเป็นค่านิยมพื้นฐานของระบบ การส่งเสริมสุขภาพ(ณรงค์ศักดิ์ สอนหนู, 2553) อย่างไรก็ตามWorld Health Organization ได้ให้คำนิยามเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ (Health) คือ ความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ สังคม และการดำรงชีวิต สุขภาพจึงมากกว่าการปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ และการดำรงชีวิตอยู่อย่างสุขสบาย สุขภาพจึงมีบทบาทมากในการดำรงอยู่ในสังคมชุมชน องค์การอนามัยโลกได้พิจารณาถึงปัญหาสุขภาพอนามัยของประชากรโลกแล้วพบว่า มีความแตกต่างด้านสุขภาพระหว่างประเทศพัฒนาแล้วกับประเทศกำลังพัฒนา หรือแม้แต่ในประเทศไทย การได้รับบริการสุขภาพที่ต่างกัน ปัญหาโรคติดต่อ ปัญหาที่อยู่อาศัย การศึกษา อาหาร และน้ำ รวมทั้งอัตรา

การตายของทารกยังอยู่ในระดับสูง สมัชชาโลกจึงตัดสินใจตั้งเป้าหมาย สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 ซึ่งสุขภาพดีถ้วนหน้าในที่นี้ คือการที่ทุกคนรู้จักเอาใจใส่สุขภาพของตนเอง ชุมชน และสังคม ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ (ดวงกมล คักดีเลิศสกุล, 2549)

การจัดกิจกรรม หรือการดำเนินงานจากการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ และภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ที่มีนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ โดยการจัดทำโครงการควรวัดแบบสงฆ์โภชนาการที่ดี ที่ช่วยทำให้สุขภาพของพระสงฆ์ไทยไกลโรค โดยการผลักดันการส่งเสริมสุขภาพ และขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ดีให้กับพระสงฆ์ที่จะมีส่วนร่วมในการกระตุ้นให้คนในสังคมหันมาให้ความสนใจ และมีส่วนร่วมในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพอย่างจริงจัง มีกิจกรรมสร้างสุข การส่งเสริม ทั้งสนับสนุนกิจกรรมทำบุญใส่บาตรของสังคม ชุมชน ได้หันมาให้ความสำคัญเอาใจใส่ในเรื่องคุณภาพอาหารที่นำมาถวายพระ หรือใส่บาตร จากความเชื่อมั่นว่า เราจะสามารถช่วยทำให้สุขภาพของพระสงฆ์ดีขึ้น ปัญหาเรื่องโภชนาการ และโรคเรื้อรังในพระสงฆ์นั้นเป็นประเด็นสุขภาพที่ได้รับความสนใจจาก สสส. ในการให้การสนับสนุนโครงการสงฆ์ไทยไกลโรคมาตั้งแต่ปี 2554 จึงได้มีการศึกษาปัญหาและพัฒนาวิธีการดูแลภาวะโภชนาการแก่พระสงฆ์อย่างยั่งยืนโดยจากการสำรวจคำรึกษาพยาบาลของพระสงฆ์ในโรงพยาบาลสงฆ์ และโรงพยาบาลของรัฐ พบว่า มีค่าใช้จ่ายสูงถึงปีละ 300 ล้านบาท ซึ่งทางโครงการได้ดำเนินการในระยะเวลา 5 ปี ในการศึกษาปัญหาภาวะโภชนาการในพระสงฆ์อย่างลึกซึ้งทั้งวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จนได้ผลจากการศึกษาพบว่า มีพระสงฆ์ป่วยด้วยโรคเบาหวานจำนวนมาก เป็นสิ่งที่บ่งชี้ปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์ได้ โดยสรุปว่าอัตราการสูงเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานเรื่องนี้ไปพร้อมกันที่จะเปลี่ยนตัวเองไปสู่การมีสุขภาพที่ดี ในเรื่องการกิน ออกกำลังกาย และการงาน การกินสร้างสมดุล อาหารเพื่อสุขภาพที่ดี ควรเป็นอาหารที่ปลอดภัย อาหารที่เหมาะสมตามวัย อาหารต้านโรคร้าย รวมไปถึงพฤติกรรมกรรมการกินสร้างสุขภาพ การกินตรงเวลา สัดส่วนของการกินตามมื้ออาหาร และลักษณะการกิน เป็นต้น(สุรเกียรติ์ อาชานภาพ, 2550)

โรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ เป็นสาเหตุหลักของการเจ็บป่วยของพระสงฆ์ และยังส่งผลสะท้อนของสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรไทยที่อยู่ในระดับต้น ๆ และยังพบว่าพระสงฆ์มีปัญหาเกี่ยวกับการเจ็บไข้ได้ป่วยจำนวนมาก ซึ่งเป็นปัญหาที่พบมากในลำดับต้น ๆ โรคเบาหวานนั้นเป็นภาวะการผิดปกติของร่างกายในการควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือด มีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ และขับออกมาทางปัสสาวะ ประเทศไทยมีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 95 เป็นเบาหวานประเภทที่พึ่งอินซูลิน สาเหตุสำคัญของการเกิดโรคเบาหวานที่เป็นปัจจัยหลักของโรค คือ เกิดจากกรรมพันธุ์ การได้รับยาบางชนิด การติดเชื้อไวรัส การตั้งครรภ์ การมีพฤติกรรมการอุปโภคบริโภคอาหารที่มีความหวานมาก และการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม ภาวะแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลัน อย่างหนึ่งที่สำคัญในผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือ ภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำ คือสาเหตุของภาวะร่างกายที่มีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำกว่า 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรกล่าวคือ สาเหตุอาจจะมาจากความไม่

สมดุลภาพทางร่างกายของการรับยา การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกได้แก่ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย มึนงง สั่น สับสน หมดสติ และ พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงที่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จะพบได้ว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีพฤติกรรม การอดอาหารหรือรับประทานอาหารที่ไม่ตรงต่อเวลา พระสงฆ์ในพระพุทธศาสนามีข้อ ประพฤติและข้อปฏิบัติอย่างหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับการขบฉันอาหาร ข้อปาจิตติย คือห้าม ขบฉันอาหารในเวลาวิกาล ซึ่งพบมากในพระสงฆ์แถบภาคอีสาน ที่ยึดหลักพระธรรมวินัย และถือทำลงไปจะทำให้ผิดกฎอาบัติ ข้อห้ามนี้พระบรมศาสดาได้บัญญัติให้พระสงฆ์ได้ยึด เป็นข้อปฏิบัติทุกรูป อันเป็นอีกหนทางหนึ่งที่จะทำให้พระสงฆ์เป็นที่เลื่อมใสศรัทธาของ พุทธศาสนิกชนผู้ได้ถือว่า เป็นนักบวชของพระพุทธศาสนา แต่สำหรับพระสงฆ์ที่เจ็บป่วยด้วย โรคเบาหวาน ถ้าหากมีข้อจำกัดเรื่องของการขบฉันอาหาร ในเวลาวิกาล ย่อมส่งผลกระทบต่อ สุขภาพพระสงฆ์เป็นอย่างมากในการปฏิบัติกิจวัตร (ประเวศ วะสี, 2551) จากการวิจัย การส่งเสริมสุขภาพนั้น ควรมีการได้รับคำแนะนำสนับสนุนนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ การ รับรู้ด้านสุขภาพ และค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพในการพัฒนารูปแบบกิจกรรมการ ส่งเสริมสุขภาพเข้าร่วมโครงการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมมีความรู้ การรับรู้และความ คาดหวังของการปฏิบัติตน ในภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเกิดปัญหาคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพจิต รู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้งจากสังคม ปัญหาคุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจ ภาระ ค่าใช้จ่ายภายในครัวเรือน ปัญหาคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยในชีวิตและ ทรัพย์สินและการเกิดอุบัติเหตุในเคสสถาน ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นในการปฏิบัติกิจของพระสงฆ์ เป็นอย่างยิ่ง (สุพัฒน์ จำปาหวาย, 2554)

สถิติที่พระสงฆ์ได้รับการรักษาพยาบาลตั้งแต่ ปี พ.ศ.2550 เป็นต้นมาคิดเป็นร้อยละ 60 ของจำนวนพระสงฆ์ทั้งหมด 3,263 รูปสาเหตุหลักพระสงฆ์ที่ป่วยเป็นโรคต่างๆ ของ พระสงฆ์ในอำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี คือ ขบฉันอาหารที่มีปริมาณน้ำตาลมาก ทาง โรงพยาบาลจึงได้จัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพตนเองขั้นพื้นฐานอย่าง ถูกต้อง เพื่อให้มีสุขภาพทางกาย สุขภาพทางจิตใจมีภูมิคุ้มกันต้านทานโรค โดยพระสงฆ์ที่เข้า รับการรักษาคาดหวังเพื่อให้เกิดแนวทางการดำเนินการส่งเสริม และระบบบริการเพื่อ การขับเคลื่อนนโยบายการดำเนินงานวัดส่งเสริมสุขภาพ และแนวทางการส่งเสริมสุขภาพ ของโรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพิบูลย์รักษ์รวมทั้งหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องในเขตอำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี

ดังนั้น ผู้วิจัยต้องการที่จะศึกษาว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ ในเขตปกครองคณะสงฆ์อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี จากการเปรียบเทียบจากข้อมูลมี พระสงฆ์ในเขตปกครองคณะสงฆ์อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี ที่มาลงทะเบียนรับการ รักษาโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ จำนวนมากกว่าพระสงฆ์ในเขตปกครองคณะสงฆ์อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานีเนื่องจากพระสงฆ์ในเขตปกครองคณะสงฆ์อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี ส่วนใหญ่มีการศึกษาเล่าเรียนและขบฉันอาหารที่ญาติโยมจัดซื้อนำมาถวาย จึงไม่สามารถ

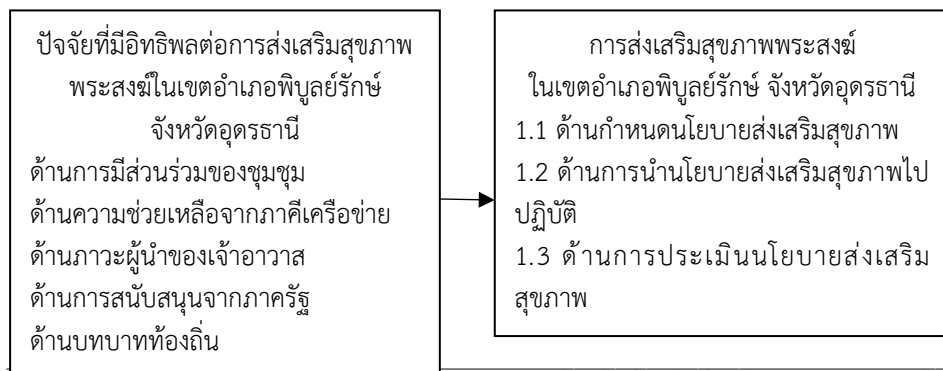
เลือกฉัน จากข้อมูลที่ได้จะเป็นข้อมูลสำคัญเพื่อส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ และเป็นสาเหตุที่ผู้วิจัยมีความสนใจจะศึกษาพระสงฆ์ในเขตปกครองคณะสงฆ์อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานีและเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในเขตปกครองคณะสงฆ์อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางนโยบายการพัฒนาการขับเคลื่อนนโยบายส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ และการบริหารจัดการนโยบายสาธารณะส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในเขตปกครองคณะสงฆ์อำเภออื่นๆให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลให้คุณภาพสุขภาพพระสงฆ์ที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในเขตอำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในเขตอำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี
3. เพื่อศึกษาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในเขตอำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

ใช้แนวคิดของBridgman & Davis.(2003เป็นเครื่องมือของการปกครอง เป็นการตัดสินใจนโยบายเป็นผลจากการแข่งขันระหว่างความคิด ตัวแปรต้นเกี่ยวข้องเกี่ยวข้องการมีส่วนร่วมในด้านต่างๆ และบริบทต่างๆในนโยบาย จากงานวิจัยของ วัชรินทร์ สุทธิชัยไชยา ยัม วิไลและวรเดช จันทรศร, 2555)



แนวทางการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในเขต
อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี

ภาพ1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงผสมผสาน โดยใช้วิจัยปริมาณนำวิจัยเชิงคุณภาพ

ขั้นตอนที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ พระสงฆ์ในเขตอำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี จำนวนทั้งหมด 140 รูป

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ พระสงฆ์ในเขตอำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานีจากการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยใช้สูตรหาโรยามาเน่ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 104 รูป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้วิจัย คือ แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลสถานภาพทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในเขตปกครองคณะสงฆ์อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในเขตปกครองคณะสงฆ์อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงคำถามในแต่ละข้อ นำเครื่องมือที่สร้างขึ้น ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา กล่าวคือ คำถามในแต่ละข้อของเครื่องมือจะต้องวัดได้ตรงตามเนื้อหา และพฤติกรรมที่ต้องการวัดโดยการนำคำถามแต่ละข้อไปตรวจสอบ เพื่อพิจารณาความสอดคล้องกับเนื้อหาว่าสอดคล้องตรงตามข้อมูล และตัวชี้วัดที่กำหนด หรือไม่ผลการให้คะแนนของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน นำไปคำนวณหาดัชนีความสอดคล้อง การแปลผล ถ้าค่า IOC มีค่ามากกว่า 1.00 ขึ้นไป แสดงว่าข้อคำถามนั้นมีความตรงตามเนื้อหาเพื่อพิจารณาความสอดคล้องนำไปคำนวณหาดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา นำเครื่องมือที่ไปทดลองใช้ (Try Out) กับพระสงฆ์ที่ไม่ถูกเลือกให้เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 รูป ที่คณะสงฆ์ในเขตอำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี แล้วนำมาหาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟ่า ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม นำแบบสอบถามที่ผ่านการพัฒนาและปรับปรุงจนมีคุณภาพในระดับที่ยอมรับได้ ไปดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง และผู้ช่วยวิจัยซึ่งผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพระสงฆ์ ที่อยู่ในวัดก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงเกี่ยวกับรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัยเครื่องมือ ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอน และวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วนแก่ผู้ช่วยวิจัย

2. การขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถาม และทำหนังสืออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากประชากรกลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยได้นำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล นำเสนอคณะสงฆ์ในเขตอำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานีเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้

4. แจกจ่ายแบบสอบถาม ไปดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง และผู้ช่วยวิจัย และเก็บแบบสอบถามจากประชากรกลุ่มตัวอย่างเวลาทำแบบสอบถาม 45 วัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปผู้ตอบแบบสอบถามโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

2. วิเคราะห์ระดับการมีส่วนร่วมการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในเขตอำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานีโดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในเขตอำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานีใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณโดยใช้วิธีการคัดเลือกตัวแปรแบบเป็นลำดับขั้น (Multiple Regression Stepwise Analysis) ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วยตัวแปรอิสระ (X) และตัวแปรตาม (Y) ต้องเป็นตัวแปรเชิงปริมาณได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ใช้ประโยชน์ได้ 4 ประการ 1) มีความสัมพันธ์กัน 2) ขนาดความสัมพันธ์มาก 3) ทิศทางความสัมพันธ์เป็นแบบสอดคล้องกัน 4) ความแปรปรวนร่วมระหว่างตัวแปรทั้งสองมีมาก

4. วิเคราะห์แนวทางการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในเขตอำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานีผู้วิจัยได้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาโดยคัดเลือก และจำแนกข้อมูล จัดระเบียบข้อมูลให้เป็นระบบ จัดทำบรรณานุกรมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นตอนที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูล

พระสังฆาธิการ เจ้าหน้าทีภาครัฐ ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่ส่วนท้องถิ่น ในเขตอำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 12 รูป/คน ในเขตอำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบการสัมภาษณ์เชิงลึกประเด็นการสัมภาษณ์ ได้แก่
1) ด้านการกำหนดนโยบายส่งเสริมสุขภาพ 2) ด้านการนำนโยบายส่งเสริมสุขภาพไปปฏิบัติ 3)
ด้านการประเมินนโยบายส่งเสริมสุขภาพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความเที่ยงตรง โดยผู้เชี่ยวชาญพิจารณา 1) ด้านการกำหนดนโยบาย
ส่งเสริมสุขภาพ 2) ด้านการนำนโยบายส่งเสริมสุขภาพไปปฏิบัติ 3) ด้านการประเมินนโยบาย
ส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 5 คน ข้อคำถามในการสัมภาษณ์ให้ครอบคลุมเนื้อหาครบถ้วน ข้อ
คำถามถูกต้องเหมาะสม ตรงตามโครงสร้าง และภาษาที่ใช้เหมาะสมกับผู้ให้ข้อมูล นำแบบ
สัมภาษณ์ที่ผู้เชี่ยวชาญเห็นชอบแล้วไปทดลองสัมภาษณ์กับกลุ่มเป้าหมายเพื่อตรวจสอบ
ความเหมาะสมของภาษาแล้วนำไปใช้ภาคสนาม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ศึกษาข้อมูลจากเอกสาร ตำรา บทความ งานวิจัย ในลักษณะการวิจัยเอกสาร
ได้แก่ ส่วนที่เป็นคำอธิบายจากเอกสาร หนังสือ ตำรา ที่เป็นแนวคิดทฤษฎี รวมถึงงานวิจัยที่
เกี่ยวข้อง โดยการทบทวนแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์
ในเขตอำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยประสานงาน เพื่อขออนุญาต
กลุ่มผู้ให้ข้อมูลทางโทรศัพท์ แล้วเดินทางไปตามวันเวลาที่นัดหมาย ก่อนการสัมภาษณ์ผู้วิจัย
แนะนำตนเอง สร้างความคุ้นเคยระหว่างผู้วิจัยกับผู้ถูกสัมภาษณ์ แจ้งวัตถุประสงค์การของ
การสัมภาษณ์ แล้วดำเนินการสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่มพูดคุยอย่างเป็นกันเองตามแนว
ทางการสัมภาษณ์ที่วางไว้ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ได้แสดงทัศนะของตนเองอย่าง
เต็มที่ โดยแยกเป็น 1 กลุ่ม เป็นจำนวน 10 คนใช้เวลาในการสนทนากลุ่ม 30 นาที มีการจด
บันทึก และบันทึกเสียง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. แนวทางการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในเขตอำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี
ผู้วิจัยได้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาโดยคัดเลือก และจำแนกข้อมูล จัดระเบียบข้อมูล
ให้เป็นระบบ จัดทำบรรณานุกรมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล แล้วนำข้อมูลไปเขียนเป็น
รายงานตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยต่อไป

2. การวิเคราะห์ เอกสาร หนังสือ ตำรา โดยการทบทวนแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับ
แนวทางการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในเขตอำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานีและสังเคราะห์
ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก จากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ มาเป็นกรอบแนวคิด ทำการ
วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ โดยใช้การสรุปความ และการตีความ และนำเสนอ
ข้อมูลโดยการพรรณนาวิเคราะห์

การตรวจสอบความถูกต้องข้อมูล

การพิสูจน์ว่า ข้อมูลผลศึกษาที่วิจัยได้มานั้น ถูกต้องหรือไม่ วิธีตรวจสอบคือการสอบแหล่งของข้อมูลแหล่งที่มา ที่จะพิจารณาในการตรวจสอบ ได้แก่ แหล่งเวลา หมายถึง ถ้าข้อมูลต่างเวลากันจะเหมือนกัน หรือไม่แหล่งสถานที่ หมายถึง ถ้าข้อมูลต่างสถานที่กันจะเหมือนกัน หรือไม่และแหล่งบุคคล หมายถึง ถ้าบุคคลผู้ให้ข้อมูลเปลี่ยนไป ข้อมูลจะเหมือนเดิมหรือไม่

การตรวจสอบสามเส้าด้านผู้ศึกษาวิจัย (Investigator Triangulation) คือการตรวจสอบว่า ผู้ศึกษาวิจัยแต่ละคนจะได้ข้อมูลต่างกันอย่างใด โดยเปลี่ยนตัวผู้สังเกตแทนที่จะใช้ผู้ศึกษาวิจัยคนเดียวกัน สังเกตตลอด

การตรวจสอบสามเส้าด้านทฤษฎี (Theory Triangulation) คือการตรวจสอบว่า ถ้าผู้ศึกษาวิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีที่ต่างไปจากเดิม จะให้การตีความข้อมูลแตกต่างกันมากน้อยเพียงใด

การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulation) คือ การใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลที่แตกต่างกัน เพื่อรวบรวมข้อมูลเรื่องเดียวกัน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ได้โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการเก็บข้อมูลและประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับจากการเข้าร่วมโครงการและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจและสามารถยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ทันทีโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลต่อผู้วิจัย โดยข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับและจะมีการนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมและไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใดๆทั้งต่อบุคคลและองค์กร

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 แสดงสถานภาพส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
20-55 ปี	31	29.8
56-60 ปี	21	20.2
61-65 ปี	29	27.9

66 ปีขึ้นไป	23	22.1
พรรษา		
ต่ำกว่า 5 พรรษา	21	20.2
5 -10 พรรษา	21	20.2
11-19 พรรษา	29	27.9
20-30 พรรษา	23	22.1
31 พรรษาขึ้นไป	10	9.6
ตำแหน่ง		
เจ้าอาวาส	44	51.9
รองเจ้าอาวาส	54	42.3
ผู้ช่วยเจ้าอาวาส	6	5.8
ระดับการศึกษาทางโลก		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	27	26.0
ปริญญาตรี	24	23.1
สูงกว่าปริญญาตรี	53	51.0
ระดับการศึกษาทางธรรม		
นักธรรมตรี	9	8.7
นักธรรมโท	49	47.1
นักธรรมเอก	46	44.2

จากตาราง 1 ผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีอายุ ตั้งแต่ 20-55 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 29.8 รองลงมา อายุ 61-65 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.1 โดยระยะการบวชมีพรรษาส่วนใหญ่ 11-19 พรรษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 27.9 รองลงมา คือ 20-30 พรรษา คิดเป็นร้อยละ 22.1 มีตำแหน่งส่วนเจ้าอาวาส มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.9 รองลงมาคือรองเจ้าอาวาส คิดเป็นร้อยละ 42.3 ส่วนระดับการศึกษาทางโลกสำเร็จสูงกว่าปริญญาตรี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.0 รองลงมาคือ ต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 26.0 มีระดับการศึกษาทางธรรมส่วนใหญ่สำเร็จระดับนักธรรมโทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.1 รองลงมา คือ นักธรรมเอก ร้อยละ 44.2 ตามลำดับ

2. การส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในเขตปกครองคณะสงฆ์อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในเขตปกครองคณะสงฆ์อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี ด้านการกำหนดนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ

การกำหนดนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ	M	SD	ระดับ
1. ได้ร่วมกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคและอาหารที่ปลอดภัย ตามที่รัฐมนตรีมีนโยบายรณรงค์	3.25	1.08	ปานกลาง
2. ได้ร่วมแนวทางกับการส่งเสริมสุขภาพของภาครัฐตามที่ได้กำหนดในการปฏิบัติ	3.21	.96	ปานกลาง
3. ได้ร่วมกำหนดแนวทางการควบคุมโรคที่มีพาหะนำเชื้อจากหน่วยงานรัฐ	3.07	1.10	ปานกลาง
4. ได้ร่วมกำหนดแนวทางการรับรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามที่รัฐบาลหน่วยงานในสังกัด ประชาสัมพันธ์	3.21	.96	ปานกลาง
5. ได้ร่วมกำหนดแนวทางการรับรู้เฝ้าระวังและป้องกันโรคภัยต่าง ๆ นโยบายรัฐบาลที่ได้ประชาสัมพันธ์ทางสื่อ	2.87	1.02	น้อย
6. ได้ร่วมสนับสนุนส่งเสริมนโยบายในภาคส่วนต่างๆ ในการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์	2.91	1.14	ปานกลาง
7. ได้ร่วมจัดให้มีสถานพยาบาลและอาสาสมัครสาธารณสุขสำหรับดูแลสุขภาวะในการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์	3.06	.83	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยรวม	3.08	.51	ปานกลาง

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในเขตปกครองคณะสงฆ์อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี ด้านการกำหนดนโยบายส่งเสริมสุขภาพ โดยภาพรวม มีระดับการส่งเสริม พบว่า อยู่ในระดับ ปานกลาง ($M=3.08$) พิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 6 ข้อ และอยู่ในระดับน้อย จำนวน 1 ข้อ โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ย จากมากที่สุดไปหาน้อยที่สุด ดังนี้ได้ร่วมกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคและอาหารที่ปลอดภัย ตามที่รัฐมนตรีมีนโยบายรณรงค์ได้ร่วมแนวทางกับการส่งเสริมสุขภาพของภาครัฐตามที่ได้กำหนดในการปฏิบัติได้ร่วมกำหนดแนวทางการรับรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามที่รัฐบาลหน่วยงานในสังกัดประชาสัมพันธ์ได้ร่วมกำหนดแนวทางการควบคุมโรคที่มีพาหะนำเชื้อ จากหน่วยงานรัฐได้ร่วมจัดให้มีสถานพยาบาลและอาสาสมัครสาธารณสุขสำหรับดูแลสุขภาวะในการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ได้ร่วมสนับสนุนส่งเสริมนโยบายในภาคส่วนต่างๆ ในการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ได้ร่วมกำหนดแนวทางการรับรู้เฝ้าระวังและป้องกันโรคภัยต่าง ๆ นโยบายรัฐบาลที่ได้ประชาสัมพันธ์ทางสื่อตามลำดับ

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในเขตปกครองคณะสงฆ์อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี ด้านการนำนโยบายการส่งเสริมสุขภาพไปปฏิบัติ

การนำนโยบายการส่งเสริมสุขภาพไปปฏิบัติ	M	SD	ระดับ
---------------------------------------	---	----	-------

1. ได้รับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติของหน่วยงานภาครัฐเกี่ยวกับนโยบายสู่การส่งเสริมสุขภาพจากภาครัฐ	3.60	1.09	ปานกลาง
2. รับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อตามฤดูกาลจากการรณรงค์ของรัฐบาลตามนโยบาย	3.28	1.08	ปานกลาง
3. ได้รับรู้เกี่ยวกับการบริการสาธารณสุข/สิทธิการรักษาพยาบาล ตามที่รัฐบาลได้มีนโยบายไว้และน่านโยบายไปปฏิบัติ	3.18	0.97	ปานกลาง
4. ได้รับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของพระภิกษุตามนโยบายที่รัฐบาลมอบหมายให้หน่วยงาน (สสส.) จัดทำ	3.25	0.97	ปานกลาง
5. ได้รับรู้เกี่ยวกับการบริการข่าวสารประชาสัมพันธ์ ที่รัฐบาลมอบหมายให้แต่ละองค์กรจัดทำ	3.28	1.33	ปานกลาง
6. ได้รับรู้เกี่ยวกับการจัดตั้งกองทุนสุขภาพพระสงฆ์ เพื่อดูแลและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์	3.12	1.15	ปานกลาง
7. ได้รับรู้เกี่ยวกับการบูรณาการระบบฐานข้อมูลพระสงฆ์ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์	3.27	1.00	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยรวม	3.28	0.61	ปานกลาง

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในเขตปกครองคณะสงฆ์อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี ด้านการน่านโยบายการส่งเสริมสุขภาพไปปฏิบัติ โดยภาพรวมมีระดับการส่งเสริม พบว่า อยู่ในระดับ ปานกลาง ($M=3.28$) พิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 7 ข้อ โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ย จากมากที่สุดไปหาน้อยที่สุด ดังนี้ได้รับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติของหน่วยงานภาครัฐเกี่ยวกับนโยบายสู่การส่งเสริมสุขภาพจากภาครัฐได้รับรู้เกี่ยวกับการบริการข่าวสารประชาสัมพันธ์ ที่รัฐบาลมอบหมายให้แต่ละองค์กรจัดทำได้รับรู้เกี่ยวกับการบูรณาการระบบฐานข้อมูลพระสงฆ์ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์รับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อตามฤดูกาลจากการรณรงค์ของรัฐบาลตามนโยบายได้รับรู้เกี่ยวกับการบูรณาการระบบฐานข้อมูลพระสงฆ์ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ได้รับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของพระภิกษุตามนโยบายที่รัฐบาลมอบหมายให้หน่วยงาน (สสส.) จัดทำได้รับรู้เกี่ยวกับการบริการสาธารณสุข/สิทธิการรักษาพยาบาล ตามที่รัฐบาลได้มีนโยบายไว้และน่านโยบายไปปฏิบัติและได้รับรู้เกี่ยวกับการจัดตั้งกองทุนสุขภาพพระสงฆ์ เพื่อดูแลและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ ตามลำดับ

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในเขตปกครอง
คณะสงฆ์อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี ด้านการประเมินนโยบายการส่งเสริม
สุขภาพ

การประเมินนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ	M	SD	ระดับ
1. ได้รับรู้เกี่ยวกับการติดตามประเมินผลกระบวนการที่สอดคล้องโดยตรงกับกลยุทธ์ จุดเน้น และมาตรฐานของการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ	3.16	0.95	ปานกลาง
2. ได้รับรู้เกี่ยวกับการจัดทำโครงการกำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมาย กิจกรรม ผลผลิต ผลลัพธ์ สอดคล้องกันอย่างชัดเจนของกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะและประเมินโครงการ	3.20	0.81	ปานกลาง
3. ได้รับรู้เกี่ยวกับการมอบหมายเจ้าหน้าที่รับผิดชอบโครงการชัดเจนในกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแล้วมีการประเมินผล	3.28	1.08	ปานกลาง
4. ได้รับรู้เกี่ยวกับการติดตาม ตรวจสอบ ประเมินผล และนิเทศการนำกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง	3.24	0.99	ปานกลาง
5. ได้รับรู้เกี่ยวกับการขับเคลื่อนนโยบายไปปฏิบัติที่มีการศึกษาสภาพปัญหา และความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย และมีการออกแบบกิจกรรม และอภิปรายผล	3.22	0.98	ปานกลาง
6. ได้รับรู้เกี่ยวกับการขับเคลื่อนนโยบายการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ต่อการประเมินผลและพัฒนาภาคีให้มีประสิทธิภาพ	3.16	0.80	ปานกลาง
7. ได้รับรู้เกี่ยวกับการวางแผนให้วัดมีบทบาทในการขับเคลื่อนนโยบายการดูแลส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์และให้ชุมชนประเมินผล	3.58	1.18	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม	3.26	.60	ปานกลาง

จากตาราง 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในเขตปกครองคณะสงฆ์อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี ด้านการประเมินนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ โดยภาพรวมมีระดับการส่งเสริม พบว่า อยู่ในระดับ ปานกลาง ($M=3.26$) พิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า อยู่ในระดับมาก จำนวน 1 ข้อ และอยู่ในระดับ ปานกลาง จำนวน 7 ข้อ โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ย จากมากที่สุดไปหาน้อยที่สุด ดังนี้ได้รับรู้เกี่ยวกับการวางแผนให้วัดมีบทบาทในการขับเคลื่อนนโยบายการดูแลส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์และให้ชุมชนประเมินผล ได้รับรู้เกี่ยวกับการมอบหมายเจ้าหน้าที่รับผิดชอบโครงการชัดเจนในกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแล้วมีการประเมินผลได้รับรู้เกี่ยวกับการติดตาม ตรวจสอบ ประเมินผล และนิเทศการนำกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องได้รับรู้เกี่ยวกับการขับเคลื่อนนโยบายไปปฏิบัติที่มีการศึกษาสภาพปัญหา และความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย และมีการออกแบบกิจกรรม และอภิปรายผลได้รับรู้เกี่ยวกับการจัดทำโครงการกำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมาย กิจกรรม ผลผลิต ผลลัพธ์ สอดคล้องกันอย่างชัดเจนของกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะและประเมินโครงการได้รับรู้เกี่ยวกับการติดตามประเมินผลกระบวนการที่สอดคล้องโดยตรงกับกลยุทธ์ จุดเน้น และมาตรฐานของ

การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะและได้รับรู้เกี่ยวกับการขับเคลื่อนนโยบายการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ต่อการประเมินผลและพัฒนาต่อไปให้มีประสิทธิภาพ ตามลำดับ

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในเขตปกครองคณะสงฆ์อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี รายด้านตัวแปรตามโดยรวมทุกด้าน

ตัวแปร	M	SD	ระดับ
การกำหนดนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ	3.08	0.51	ปานกลาง
การนํานโยบายการส่งเสริมสุขภาพไปปฏิบัติ	3.28	0.61	ปานกลาง
การประเมินนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ	3.26	0.60	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยรวม	3.21	0.52	ปานกลาง

จากตาราง 5 พบว่า รายด้านโดยรวม มีระดับการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ ด้านตัวแปรตาม โดยรวม อยู่ในระดับ ปานกลาง ($M=3.21$, $SD=0.52$) พิจารณาเป็นรายด้านพบว่า อยู่ในระดับ ปานกลาง จำนวนทั้ง 3 ด้าน เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากที่สุดไปน้อยที่สุด ดังนี้ ด้านการนํานโยบายการส่งเสริมสุขภาพไปปฏิบัติ ($M=3.28$, $SD=.51$) ด้านการประเมินนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ ($M=3.26$, $SD=.60$) และด้านการกำหนดนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ ($M=3.08$, $SD=.51$) ตามลำดับ

3. ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในเขตอำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี

ตาราง 6 ตัวแปรพยากรณ์ของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของปัจจัยแต่ละด้านที่ส่งผลต่อการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในเขตปกครองคณะสงฆ์อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานีโดยรวมทุกด้าน

ตัวแปร	B	S.E.	Beta	t	P-value
การมีส่วนร่วมของชุมชน (X_1)	.516	.067	.635	7.710	<.001
ความช่วยเหลือจากเครือข่ายภาคี (X_2)	.099	.075	.118	1.319	.190
ภาวะผู้นำของเจ้าอาวาส (X_3)	.084	.117	.056	.720	.474

การสนับสนุนจากภาครัฐ(X_4)	-0.049	.135	-0.027	-.366	.715
บทบาทท้องถิ่น (X_5)	-.058	.118	-.036	-.490	.625
$SE_{est} = \pm .28533R = .579; R^2 = .335; Adj. R^2 = .323; F = 27.467; p\text{-value} = 0.001$					

จากตาราง 6 พบว่า ค่าน้ำหนักความสำคัญของตัวแปรปัจจัยแต่ละด้านที่ส่งผลต่อของปัจจัยแต่ละด้านที่ส่งผลต่อการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในเขตปกครองคณะสงฆ์อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี โดยรวมทุกด้านพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน X_1 มีค่าสัมประสิทธิ์ของตัวพยากรณ์ในคะแนนดิบ (b) เท่ากับ .516.

3. ศึกษาแนวการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในเขตอำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี ควรมีการกำหนดกฎเกณฑ์การพัฒนาการบริการสุขภาพพระสงฆ์สนับสนุนและพัฒนาคูแลสุขภาพตนเองในพื้นที่รับผิดชอบ กำหนดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์โดยการมีส่วนร่วมระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ผู้นำชุมชน และการซักถามข้อมูล การรับฟัง การบรรยายสรุปนโยบายที่นำไปปฏิบัติต่อพระสงฆ์จัดทำแผนโดยมีความชัดเจนวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพในทุกด้านของปัญหาด้านสุขภาพพระสงฆ์ข้อมูลตามตัวชี้วัดที่บ่งบอกถึงการนำนโยบายไปปฏิบัติเพื่อเกิดความสอดคล้องกับนโยบาย

อภิปรายผล

การส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในเขตปกครองคณะสงฆ์อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี รายด้านโดยรวม มีระดับการการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ ด้านตัวแปรตาม โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง พิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า อยู่ในระดับ ปานกลาง จำนวนทั้ง 3 ด้านเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากที่สุดไปน้อยที่สุด ดังนี้ ด้านการนำนโยบายการส่งเสริมสุขภาพไปปฏิบัติ ด้านการประเมินนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ และด้านการกำหนดนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ ตามลำดับ โดยต้องกำหนดกฎเกณฑ์การพัฒนาการบริการสุขภาพพระสงฆ์สนับสนุนและพัฒนาคูแลสุขภาพตนเองในพื้นที่รับผิดชอบและการซักถามข้อมูล การรับฟัง การบรรยาย สรุปนโยบายที่นำไปปฏิบัติต่อพระสงฆ์จัดทำแผนโดยมีความชัดเจนวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพในทุกด้านซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของรัชณี มิตกิตติ (2559) ได้ทำการวิจัย การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน:บทบาทที่ท้าทายของพยาบาลในบทบาทที่ท้าทายของพยาบาลชุมชนให้นำไปประยุกต์ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในชุมชนอย่างยั่งยืน โดยมีกระบวนการวิเคราะห์ทางเลือกไปสู่การสร้างนโยบายของชุมชนบนฐานข้อมูล และความรู้ที่เกี่ยวกับสุขภาพชุมชนมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน โดยผ่านเวทีประชาคมให้ตัดสินใจร่วมกันนำไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมมีปฏิทินการทำงาน และติดตามประเมินผลร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน หน่วยงานภาครัฐ และภาควิชาการในพื้นที่มาร่วมกันลงความคิดเห็น สร้างข้อตกลงกำหนดมาตรการให้คนในชุมชนทราบ และยอมรับนำไปสู่การร่วมกันในการปฏิบัติ

ค่าน้ำหนักความสำคัญของตัวแปรปัจจัยแต่ละด้านที่ส่งผลต่อ ของปัจจัยแต่ละด้าน ที่ส่งผลต่อการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในเขตปกครองคณะสงฆ์อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี โดยรวมทุกด้าน พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน X_1 มีค่าสัมประสิทธิ์ของตัวพยากรณ์ในคะแนนดิบ (b) เท่ากับ .516 โดยกำหนดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์โดยการมีส่วนร่วมระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ผู้นำชุมชน และการชักถามข้อมูล การรับฟัง การบรรยาย สรุปนโยบายที่นำไปปฏิบัติต่อพระสงฆ์จัดทำแผนโดยมีความชัดเจนวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพในทุกด้านของปัญหาด้านสุขภาพพระสงฆ์ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของศุภณัฐทรัพย์นาวิน (2554) ได้ทำการวิจัย การนำนโยบายการบริหารสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุไปปฏิบัติ: กรณีศึกษาองค์กรบริหารส่วนตำบล 16 แห่ง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลในการนำนโยบายการบริหารสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุไปปฏิบัติในระดับองค์การบริหารส่วนตำบล ได้แก่ ความชัดเจนในเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบาย ความพร้อมและให้แก่ผู้รับผิดชอบในการนำนโยบายไปปฏิบัติ การทำความเข้าใจชี้แจงในกระบวนการนโยบายและหลักปฏิบัติ ให้แก่ผู้นำนโยบายไปปฏิบัติทราบ การกระจายอำนาจให้แก่ผู้นำนโยบายไปปฏิบัติอย่างทั่วถึง กำหนดระยะเวลาในการนำนโยบายไปปฏิบัติชัดเจน การมีส่วนร่วมของผู้บริการในกระบวนการนโยบาย การนำนโยบายไปปฏิบัติที่ครอบคลุมต่อกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การติดตามผลและการประเมินผลในการนำนโยบายไปปฏิบัติทุกด้านในภาพรวม พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง และมีความแตกต่างกัน

ค่าน้ำหนักความสำคัญของตัวแปรปัจจัยแต่ละด้านที่ส่งผลต่อ ของปัจจัยแต่ละด้าน ที่ส่งผลต่อการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในเขตปกครองคณะสงฆ์อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี โดยรวมทุกด้าน พบว่า ความช่วยเหลือจากเครือข่ายภาคี X_2 ภาวะผู้นำของเจ้าอาวาส X_3 การสนับสนุนจากภาครัฐ X_4 บทบาทท้องถิ่น X_5 มีค่าสัมประสิทธิ์ของตัวพยากรณ์ในคะแนนดิบ (b) เท่ากับ .099.084-.049-.058ตามลำดับโดยปัจจัยทั้ง 4 ด้าน ความช่วยเหลือจากเครือข่ายภาคีภาวะผู้นำของเจ้าอาวาสการสนับสนุนจากภาครัฐไม่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ อาจจะเป็นเพราะภาคีเครือข่ายไม่ให้ความร่วมมือ เจ้าอาวาสไม่มีภาวะผู้นำพอในการส่งเสริมสุขภาพ หน่วยงานภาครัฐไม่ได้เข้ามาเอาใจใส่เท่าที่ควร และหน่วยงานงานท้องถิ่นขาดงบประมาณในการส่งเสริมด้านสุขภาพให้กับพระสงฆ์ ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ พิเชษฐพงษ์ โคตรทอง (2560) ได้ศึกษาเรื่อง การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้สูงอายุตามหลักธรรมชาตินิยม 1) พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปตาม สภาพการดำรงชีวิต ได้แก่ ด้านโภชนาการตามสภาพพื้นบ้าน ด้านดูแลรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองโดยการสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงของร่างกาย การรับฟังข้อมูลข่าวสาร การไปตรวจสุขภาพประจำปี พัฒนาจิตวิหรือตลอดการพัฒนาที่ว่าพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตามหลักธรรมชาติ หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ทั้งในภาพรวม

และรายด้าน 4) ผลการประเมินการใช้ โปรแกรมในมีความคิดเห็นว่าผลการประเมินมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก

ควรมีการกำหนดกฎเกณฑ์การพัฒนาการบริการสุขภาพพระสงฆ์สนับสนุนและ พัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองในพื้นที่รับผิดชอบ กำหนดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ โดยการมีส่วนร่วมระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ผู้นำชุมชน และการชักถามข้อมูล การรับฟัง การบรรยาย สรุปนโยบายที่นำไปปฏิบัติต่อพระสงฆ์จัดทำแผนโดยมีความชัดเจนวิเคราะห์ สถานการณ์ปัญหาสุขภาพในทุกด้านของปัญหาด้านสุขภาพพระสงฆ์ข้อมูลตามตัวชี้วัดที่บ่ง บอกถึงการนำนโยบายไปปฏิบัติเพื่อเกิดความสอดคล้องกับนโยบายซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย ของนันทนา ปรีดาสวรรณ และคณะ, (2550) ได้ทำการวิจัย รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ พระสงฆ์และสามเณร:กรณีตำบลนคร อำเภอบัว จังหวัดน่าน เมืองค์ประกอบสำคัญ ดังนี้

- 1) การประเมินสภาวะสุขภาพของพระสงฆ์และสามเณรโดยคัดกรองสุขภาพ ตรวจร่างกาย และวัดสมรรถนะ ร่างกาย
- 2) จัดเวทีคืนข้อมูลให้แก่ชุมชนรวมทั้งแจ้งผลการประเมินสภาวะ สุขภาพให้แก่พระสงฆ์ สามเณรเป็นรายบุคคล
- 3) จัดทำแผนปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพ พระสงฆ์และสามเณรโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
- 4) ดำเนินงานตามแผน ติดตาม ควบคุม กำกับ
- 5) ประเมินผลและสรุปผลหลังจากนำรูปแบบดังกล่าวไปดำเนินการ พบว่าเกิดการ เปลี่ยนแปลงในด้านการถวายอาหารให้พระสงฆ์

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการกำหนดการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ไว้เป็นอันดับแรก องค์กรต่างๆ ใน ชุมชนหรือครอบครัวควรในการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ทั้งนี้เพื่อกำหนดทิศทางและ เป้าหมายเพื่อการบรรลุวัตถุประสงค์ ง่ายต่อการออกกฎระเบียบข้อบังคับในการควบคุมดูแล สุขภาพพระสงฆ์ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ที่จะปฏิบัติตาม ข้อกำหนด

2. ควรมีการตัดสินใจกำหนดนโยบายการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ที่ได้กระทำไว้ ซึ่ง อาจอยู่ในรูปของกฎหมาย คำสั่งของรัฐบาล ไปปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จ โดยมี กระบวนการการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ผ่านหน่วยงานหรือภาคีเครือข่ายอย่างมีประสิทธิภาพ

3. ควรมีกระบวนการที่ก่อให้เกิดสารสนเทศเพื่อช่วยในการบริหารการส่งเสริม สุขภาพพระสงฆ์ ซึ่งผู้บริหารสามารถใช้ในการตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นการ ตรวจสอบความก้าวหน้าของการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ ตลอดจนการพิจารณาผลสัมฤทธิ์ ของการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์อย่างมีประสิทธิภาพในการนำไปใช้กับพระสงฆ์

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาในเชิงลึกโดยการสัมภาษณ์ถึงรูปแบบวิธีการ และนำแบบแผนที่มี โครงสร้าง ที่ชัดเจนประกอบกับการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนมาประยุกต์ใช้ ในการณรงค์เรื่อง

ของการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ และศึกษาผลกระทบเกี่ยวกับสุขภาพพระสงฆ์อย่างครอบคลุม

2. ควรศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่สามารถนำนโยบายการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ อย่างมีส่วนร่วมขององค์กรต่าง ๆ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ให้มีประสิทธิภาพ

3. ควรศึกษาในการนำนโยบายส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในหน่วยงานภาครัฐทั้งการกำหนดนโยบาย การนำนโยบายไปปฏิบัติ การประเมินนโยบาย โดยการมีส่วนร่วมของประชาชนภาคีเครือข่าย ท้องถิ่น ภาครัฐเจ้าอาวาส อย่างมีแบบแผนที่รัฐกำหนดให้มากในครั้งต่อไป

รายการอ้างอิง

- ณรงค์ศักดิ์ สอนหนู. (2553). *การส่งเสริมสุขภาพในชุมชนแนวคิดและการปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดวงกมล ศักดิ์เลิศสกุล. (2549). *แผนธุรกิจของสถานบริการสุขภาพแบบองค์รวม*. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัย ขอนแก่น.
- นันทนา ปรีดาสุวรรณ และคณะ. (2550). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ และสามเณร:กรณีตำบลนคร อำเภอบัว จังหวัดน่าน. *วารสารสุขภาพภาคประชาชน ภาคเหนือ*, 20(1), 55-59
- ประเวศ วะสี. (2551). *สุขภาพะที่สมบูรณ์*. หมอชาวบ้าน. หน้า 352, 2551, สิงหาคม. กรุงเทพฯ.
- พิเชษฐพงษ์ โคตรทอง. (2560). *การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุตามหลักธรรมชาตินิยม*. ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิจัยและประเมินผลการศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.
- รัชณี มิตกิตติ. (2559). การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. *วารสารสภาการพยาบาล*, 31(3), 26-36.
- ศุภณัฐ ทรัพย์นาวิ. (2554). *การนำนโยบายการบริการสาธารณะแก่ผู้สูงอายุไปปฏิบัติ: กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบล 16 แห่ง*. ดุษฎีนิพนธ์รัฐประศาสนศาสตร์. มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- สุพัฒน์ จำปาหวาย. (2554). *การพัฒนาตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในชุมชน*. ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สุเกียรติ อาชานุภาพ. (2550). *ตำราตรวจรักษาโรคทั่วไป:โรคกับการดูแลรักษาและการป้องกัน*. พิมพ์ครั้งที่ 4 ฉบับปรับปรุง. กรุงเทพฯ: โอเอสตีพิมพ์ลิขิต.

Borqatti, S.P., & Foster, P.C. (2003). *The Network Paradigm in Organization Research: A Review and Typology*. *Journal of Management*, 29(6), 991–1013.

การพัฒนารูปแบบแหล่งเรียนรู้ในสถานศึกษาแบบรวมใจพัฒนา
เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญและการมีทักษะชีวิตของผู้เรียน
โรงเรียนเทศบาลวัดดอนไก่อติ (สังวรจันทรราชราษฎร์วิทยา)
The Development of the Learning Resources Model at School
by APIDER Model to Encourage for Learner- centered and Life
Skills at Wat Don Kai Di Municipality School

ธัญญา ธรรมโสภณ*

Thansaya Thassopon*

โรงเรียนเทศบาลวัดดอนไก่อติ (สังวรจันทรราชราษฎร์วิทยา)*

Wat Don Kai Di Municipality School*

(Received: March 25, 2020; Revised: August 26, 2020; Accepted: August 26, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบแหล่งเรียนรู้ในสถานศึกษาแบบรวมใจพัฒนา เพื่อส่งเสริมการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ และการมีทักษะชีวิตของผู้เรียน 2) พัฒนาและตรวจสอบรูปแบบแหล่งเรียนรู้ในสถานศึกษาแบบรวมใจพัฒนาเพื่อส่งเสริมการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ และการมีทักษะชีวิตของผู้เรียน 3) ทดลองใช้รูปแบบแหล่งเรียนรู้ในสถานศึกษาแบบรวมใจพัฒนา เพื่อส่งเสริมการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญและการมีทักษะชีวิตของผู้เรียน 4) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบแหล่งเรียนรู้ในสถานศึกษาแบบรวมใจพัฒนา เพื่อส่งเสริมการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญและการมีทักษะชีวิตของผู้เรียน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้บริหารสถานศึกษา นักเรียน ผู้ปกครอง และคณะกรรมการสถานศึกษา จำนวน 673 คน ใช้วิธีสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถาม แบบสังเกต แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกการประชุม และแบบประเมิน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการสังเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

รูปแบบการพัฒนาแหล่งเรียนรู้ในสถานศึกษาแบบรวมใจพัฒนา เพื่อส่งเสริมการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญและการมีทักษะชีวิตของผู้เรียน (APIDER Model) ที่พัฒนาขึ้นมี 6 องค์ประกอบ คือ 1) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ (Assessing Need: A) 2) การวางแผน (Planning: P) 3) การให้ความรู้ในการปฏิบัติงาน (Informing: I) 4) การปฏิบัติงาน (Doing: D) 5) การประเมินผล (Evaluation: E) และ 6) การรายงานผล/เผยแพร่ (Reporting: R) ประสิทธิภาพการใช้รูปแบบพบว่า การส่งเสริมการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ มีค่าเฉลี่ย ($M=4.59$, $SD=0.20$) การมีทักษะชีวิตของผู้เรียนโดยภาพรวมมี

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: watinee_prong@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 085-1965438)

ค่าเฉลี่ย ($M=4.58$, $SD=0.21$) และความพึงพอใจที่มีต่อรูปแบบฯ มีค่าเฉลี่ย ($M=4.61$, $SD=0.32$) ตามลำดับ

ควรพัฒนาการทำหลักสูตรท้องถิ่นเพื่อการพัฒนาแหล่งเรียนรู้ในและนอกสถานศึกษาควบคู่กันไปกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนและสถานศึกษา

คำสำคัญ: รูปแบบรวมใจพัฒนา, แหล่งเรียนรู้, การมีส่วนร่วม

Abstract

This study was a research and development aiming to: 1) analyze fundamental data; 2) develop model; 3) trial the model; and 4) evaluate the effectiveness of the model linking to school learning resources for encouraging learner-centered and life skills of students at Wat Don Kai Di municipality school. Participants were 673 persons selected by cluster random sampling, including school administrators, students, guardians of students and school committees. Data were collected by questionnaires, observation forms, interview guidelines, meeting notes and evaluation forms. Descriptive statistics, covering percentage, mean and standard deviation, were used to analyze quantitative data and content analysis was used to analyze qualitative data. The results revealed that:

The developed model of school learning resources for encouraging learner-centered and life skills of students at Wat Don Kai Di municipality school, called APIDER model, included 6 components: 1) Assessing needs; 2) Planning; 3) Informing; 4) Doing; 5) Evaluation; and 6) Reporting. The model was evaluated: the effectiveness of the model to promote learner-centered illustrated the mean score as 4.59 ($SD=0.20$); life skills of the students revealed the mean score as 4.58 ($SD=0.21$); and satisfaction of using the model showed the mean score as 4.61 ($SD=0.32$).

For further investigation, developing community curriculum for improving internal and external learning resources alongside the operation of action research involving community and educational organization participation should be considered

Keywords: APIDER Model, Learning Resources, Participatory

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงของสังคมโลกปัจจุบันเป็นไปอย่างรวดเร็ว มีความสลับซับซ้อน ตลอดจนมีการแข่งขันมากยิ่งขึ้น ประเทศไทยต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงจากภายในภาคส่วนต่าง ๆ ของประเทศหลากหลายรูปแบบ การที่จะพัฒนาประเทศสู่ความสมดุลอย่างยั่งยืน จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างทุนของประเทศที่มีอยู่ให้เข้มแข็ง และมีพลังเพียงพอในการขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาประเทศ โดยเฉพาะการพัฒนาคนหรือทุนมนุษย์ให้เข้มแข็ง พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงของโลกในยุคศตวรรษที่ 21 (ญาณิศา ดวงสีทอง, 2561)

ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 โดยการปฏิรูประบบความรู้ของสังคมไทยจัดการศึกษาตามแนวทางการปฏิรูปการเรียนรู้ที่ให้ความสำคัญกับผู้เรียนและมุ่งเน้นให้ผู้เรียนมีคุณลักษณะของการเป็นผู้ใฝ่รู้ใฝ่เรียน เน้นการฝึกปฏิบัติจริงจากสิ่งแวดล้อมใกล้ตัว และสามารถนำความรู้ไปบูรณาการใช้ในชีวิตรประจำวันได้ (สำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา, 2550) การพัฒนาและส่งเสริมให้มีแหล่งเรียนรู้เป็นส่วนหนึ่งของการจัดกระบวนการเรียนรู้และ สารที่กำหนดไว้ในหลักสูตรสถานศึกษา โดยมุ่งเน้นไปที่การจัดให้ผู้เรียนได้มีโอกาสเรียนรู้ จากแหล่งเรียนรู้ที่หลากหลายในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งในและนอกโรงเรียน และส่งเสริมให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ดังนั้นจึงถือได้ว่า เป็นภารกิจที่โรงเรียนต้องรับผิดชอบ โดยเริ่มจากการบริหารจัดการแหล่งเรียนรู้ให้เป็นระบบ วางแผนการใช้แหล่งเรียนรู้ จัดตั้งบุคลากรรับผิดชอบดูแล มีการควบคุมกำกับ และติดตามประเมินผลการใช้แหล่งเรียนรู้ รวมทั้งแสวงหาแหล่งเรียนรู้ใหม่ที่สอดคล้องกับความต้องการ ของผู้เรียนและความต้องการของครูในฐานะผู้อำนวยความสะดวกให้เกิดการเรียนรู้ เพื่อกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดความกระตือรือร้นในการเรียนรู้ ได้เรียนรู้จากการปฏิบัติจริง รู้จักคิด ศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมมีความเข้าใจบทเรียนดีขึ้น และมีความสุขสนุกสนานมีความสุขในการเรียนโดยใช้แหล่งเรียนรู้ในโรงเรียน (รุ่งชัชดาพร เวหะชาติ, 2551) จึงจะทำให้การจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

โรงเรียนเทศบาลวัดดอนไก่อี (สังวรจันทรรราชวรวิหาร) ตั้งอยู่ที่ตำบลตลาดกระทุ่มแบน อำเภอกะทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร เป็นโรงเรียนขยายโอกาสขนาดใหญ่ มีการจัดการศึกษาตั้งแต่ระดับปฐมวัย และระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 3 เป้าหมายของโรงเรียนคือการมุ่งพัฒนาการศึกษาให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทย และสังคมโลก สำหรับการจัดการศึกษาที่ผ่านมาของโรงเรียนเทศบาลวัดดอนไก่อี (สังวรจันทรรราชวรวิหาร) ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายของเกณฑ์มาตรฐานการศึกษาชาติกำหนด เนื่องจากมีปัจจัยหลาย ๆ ประการที่เป็นอุปสรรคและเกิดปัญหาในการจัดการศึกษาและการเรียนรู้ของผู้เรียน นับว่าเป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งที่ทางโรงเรียนต้องเร่งดำเนินการแก้ไขปรับปรุง และพัฒนาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่วนของผู้เรียนขาดประสบการณ์ตรงจากการแสวงหาความรู้จากแหล่งเรียนรู้เพื่อประยุกต์ใช้ในชีวิตรประจำวัน ผู้เรียนขาดการทำงาน

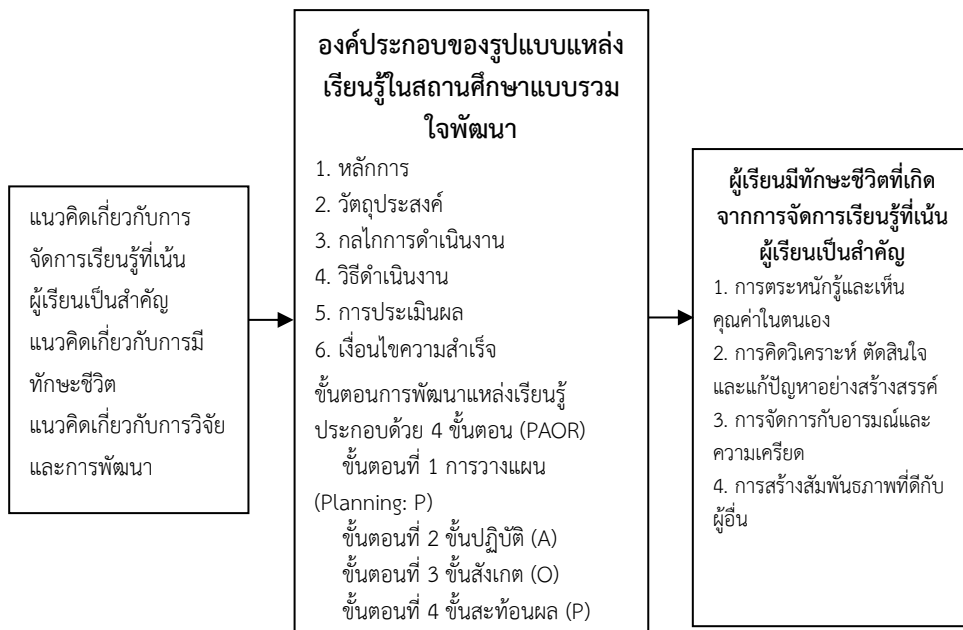
ร่วมกันเป็นทีม ขาดการวางแผนในการทำงาน ไม่เห็นประโยชน์และคุณค่าของแหล่งเรียนรู้ ในสถานศึกษา ซึ่งสถานศึกษาเองยังต้องการแหล่งเรียนรู้อีกจำนวนมาก และแหล่งเรียนรู้ที่มี อยู่ในสถานศึกษามีสภาพทรุดโทรมขาดการบำรุง ดูแล รักษา มีสภาพที่ไม่เอื้อต่อการ เรียนรู้ของผู้เรียน ที่สำคัญคือ ขาดแนวทางและวิธีการที่ชัดเจนในการพัฒนาแหล่งเรียนรู้ ตลอดจนการใช้ประโยชน์จากแหล่งเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็น สำคัญ

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารสถานศึกษาและบุคลากรในโรงเรียน เห็นสิ่งที่ เป็นปัญหาเร่งด่วนที่สุดมีความสำคัญต่อการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ เป็นอย่างมากควรพัฒนาเป็นอันดับแรก คือ แหล่งเรียนรู้ในสถานศึกษา โดยการขอความ ร่วมมือจากคณะกรรมการสถานศึกษา ผู้ปกครอง และนักเรียน เข้ามามีส่วนร่วมในการ พัฒนาแหล่งเรียนรู้ให้เป็นรูปธรรม ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงการพัฒนารูปแบบแหล่ง เรียนรู้ในโรงเรียนเทศบาลวัดดอนไก่อี (สังวรจันทรราชราษฎร์วิทยา) โดยการมีส่วนร่วมแบบ รวมใจพัฒนาเพื่อส่งเสริมการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญและการมีทักษะชีวิตของ ผู้เรียน เพื่อส่งเสริมการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ และการมีทักษะชีวิตของผู้เรียน ในการจัดกิจกรรมการพัฒนารูปแบบแหล่งเรียนรู้ในโรงเรียนให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบแหล่งเรียนรู้ในสถานศึกษาแบบ รวมใจพัฒนา เพื่อส่งเสริมการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญและการมีทักษะชีวิตของ ผู้เรียน โรงเรียนเทศบาลวัดดอนไก่อี (สังวรจันทรราชราษฎร์วิทยา)
2. เพื่อพัฒนารูปแบบแหล่งเรียนรู้ในสถานศึกษาแบบรวมใจพัฒนา เพื่อส่งเสริมการ จัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญและการมีทักษะชีวิตของผู้เรียน โรงเรียนเทศบาลวัด ดอนไก่อี (สังวรจันทรราชราษฎร์วิทยา)
3. เพื่อทดลองใช้รูปแบบแหล่งเรียนรู้ในสถานศึกษาแบบรวมใจพัฒนาเพื่อส่งเสริม การจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญและการมีทักษะชีวิตของผู้เรียนโรงเรียนเทศบาลวัด ดอนไก่อี (สังวรจันทรราชราษฎร์วิทยา)
4. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบรูปแบบแหล่งเรียนรู้ในสถานศึกษาแบบรวมใจ พัฒนาเพื่อส่งเสริมการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญและการมีทักษะชีวิตของผู้เรียน โรงเรียนเทศบาลวัดดอนไก่อี (สังวรจันทรราชราษฎร์วิทยา)

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน 2) การออกแบบและพัฒนา 3) การนำไปใช้ และ 4) การประเมินผล โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ รองผู้อำนวยการโรงเรียน จำนวน 1 คน ครูโรงเรียนเทศบาลวัดดอนไก่อี (สังวรจันทสรราชวรวิหาร) จำนวน 62 คน คณะกรรมการสถานศึกษา จำนวน 15 คน นักเรียนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาแหล่งเรียนรู้ จำนวน 1,031 คน ผู้ปกครองนักเรียนจำนวน 1,301 คน รวมจำนวน 2,141 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ

1. รองผู้อำนวยการ 1 คน ครูจำนวน 62 คน และคณะกรรมการสถานศึกษาจำนวน 15 คน ใช้กลุ่มประชากรเป็นกลุ่มตัวอย่างรวมจำนวน 79 คน สำหรับการวิจัยในขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน

2. นักเรียนและผู้ปกครองได้กลุ่มตัวอย่างมาโดยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster Random Sampling) จากนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ถึง ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ชั้นละเท่ากัน 297 คน ผู้ปกครอง 297 คน รวมกลุ่มตัวอย่าง 673 คน สำหรับการวิจัยในขั้นตอนที่ 3 การนำไปใช้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การพัฒนารูปแบบการพัฒนาแหล่งเรียนรู้ในสถานศึกษาโดยการมีส่วนร่วมแบบรวมใจพัฒนาเพื่อส่งเสริมการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญของโรงเรียนเทศบาลวัดดอนไก่ดี (สังวรจันทรราชราษฎร์วิทยา) มีลักษณะดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์ใช้สำหรับเก็บข้อมูลจากผู้บริหารสถานศึกษา รองผู้อำนวยการสถานศึกษา ครูโรงเรียนเทศบาลวัดดอนไก่ดี (สังวรจันทรราชราษฎร์วิทยา) นักเรียนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบงานวิชาการ ผู้ปกครอง และคณะกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน

2. แบบสังเกต จำนวน 2 ชุด ประกอบด้วย ชุดที่ 1 แบบสังเกตการณ์ การปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาแหล่งเรียนรู้ ชุดที่ 2 แบบสังเกต การนิเทศกำกับ ติดตาม ประเมินผลรูปแบบการพัฒนาแหล่งเรียนรู้ในสถานศึกษาแบบรวมใจพัฒนา ใช้สำหรับเก็บข้อมูลจากนักเรียน

3. แบบประเมิน จำนวน 3 ชุด ชุดที่ 1 แบบประเมินผลรูปแบบการพัฒนาแหล่งเรียนรู้ในสถานศึกษาแบบรวมใจพัฒนา เพื่อส่งเสริมการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ ชุดที่ 2 แบบประเมินผลการเกิดการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ ชุดที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจการจัดการกิจกรรมการพัฒนาแหล่งเรียนรู้ในสถานศึกษาแบบรวมใจพัฒนาเพื่อส่งเสริมการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ

4. แบบบันทึกรายงานการประชุม เพื่อบันทึกข้อมูลการประชุมจำนวน 2 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 บันทึกการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ชุดที่ 2 บันทึกการเสวนาระดมความคิดเห็น เพื่อสะท้อนผลการจัดกิจกรรมการพัฒนาแหล่งเรียนรู้ในสถานศึกษาแบบรวมใจพัฒนา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและปรับปรุงแก้ไขเพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ความถูกต้องของภาษา (Wording) และอื่นๆ ที่ผู้เชี่ยวชาญเห็นสมควรแก้ไข โดยมีเกณฑ์ในการเลือกเฉพาะข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ที่คำนวณได้มากกว่า .60 (Rovinelli and Hambleton, 1997 Cityed in Roman and Laurie, 2003) แล้วปรับตามข้อเสนอแนะเพื่อความชัดเจนและข้อคำถามไม่กำกวม ตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัย ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือพบว่าข้อคำถามแต่ละข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) มากกว่า .60

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ร่วมกับหลักการวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) ตามกรอบแนวคิดของ เคมิสและแมคแทกการ์ด (Kemmis, & McTaggart, 1988) มาใช้พัฒนารูปแบบแหล่งเรียนรู้ในสถานศึกษาแบบรวมใจพัฒนา เพื่อส่งเสริมการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญและการมีทักษะชีวิต

ของผู้เรียน โรงเรียนเทศบาลวัดดอนไก่อี (สังวรจันทรรราชวิทยาลัย) โดยมีการดำเนินการ 4 ขั้นตอน โดยดำเนินการในระหว่างวันที่ 9 พฤศจิกายน 2561 ถึง 9 พฤศจิกายน 2562 รายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน (Analysis: A) ผู้วิจัยได้ศึกษาและวิเคราะห์สภาพปัญหาความต้องการจำเป็นในการพัฒนารูปแบบแหล่งเรียนรู้ในสถานศึกษา ซึ่งประกอบด้วย 1) วิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับนโยบายการศึกษาแผนพัฒนาการศึกษาแห่งชาติ หลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช 2551 หลักสูตรสถานศึกษาโรงเรียนเทศบาลวัดดอนไก่อี (สังวรจันทรรราชวิทยาลัย) แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบแหล่งเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม แนวทางการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญและการมีทักษะชีวิตของผู้เรียน วิเคราะห์สภาพแหล่งเรียนรู้ในสถานศึกษา 2) วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การศึกษาดูงาน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบและพัฒนา (Design and Development: D and D) ผู้วิจัยดำเนินการออกแบบรูปแบบแหล่งเรียนรู้ในสถานศึกษาแบบรวมใจพัฒนา และพัฒนาเครื่องมือประกอบการใช้รูปแบบ ซึ่งได้แก่ 1) แบบประเมินผลการส่งเสริมการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญจากการใช้รูปแบบการพัฒนาแหล่งเรียนรู้ในสถานศึกษาโดยการมีส่วนร่วมแบบรวมใจพัฒนา 2) แบบประเมินผลการเกิดทักษะชีวิตของผู้เรียนจากการส่งเสริมการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ 3) แบบประเมินความพึงพอใจในการดำเนินการจัดกิจกรรม/โครงการ ตามการพัฒนารูปแบบแหล่งเรียนรู้ในสถานศึกษาแบบรวมใจพัฒนา เพื่อส่งเสริมการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญและการมีทักษะชีวิตของผู้เรียน แล้วนำรูปแบบและเครื่องมือประกอบการใช้รูปแบบไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความสอดคล้อง ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้ในการวิจัยขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 3 การนำไปใช้ (Implementation: I) ผู้วิจัยได้นำรูปแบบแหล่งเรียนรู้ในสถานศึกษาแบบรวมใจพัฒนา ไปทดลองใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) ตามกิจกรรมการพัฒนาทั้ง 6 กิจกรรม/โครงการ ตามขั้นตอนของการดำเนินงานที่กำหนดไว้ โดยมีการกำกับติดตามเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล (Evaluation: E): ผู้วิจัยประเมินประสิทธิผลของรูปแบบแหล่งเรียนรู้แบบรวมใจพัฒนา โดยการประเมินจาก 1) แบบประเมินผลการส่งเสริมการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญจากการใช้รูปแบบการพัฒนาแหล่งเรียนรู้ในสถานศึกษาโดยการมีส่วนร่วมแบบรวมใจพัฒนา 2) แบบประเมินผลการเกิดทักษะชีวิตของผู้เรียนจากการส่งเสริมการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ 3) แบบประเมินความพึงพอใจในการดำเนินการจัดกิจกรรม/โครงการ ตามการพัฒนารูปแบบแหล่งเรียนรู้ใน

สถานศึกษาแบบรวมใจพัฒนา เพื่อส่งเสริมการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญและการมีทักษะชีวิตของผู้เรียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์สถานภาพของผู้ตอบแบบสอบถามใช้ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage)

2. การวิเคราะห์การประเมินผลการส่งเสริมการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญจากการใช้รูปแบบการพัฒนาแหล่งเรียนรู้ในสถานศึกษาโดยการมีส่วนร่วมแบบรวมใจพัฒนา การประเมินผลการเกิดทักษะชีวิตของผู้เรียนจากการส่งเสริมการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ การประเมินความพึงพอใจในการดำเนินการจัดกิจกรรม/โครงการ ตามการพัฒนารูปแบบแหล่งเรียนรู้ในสถานศึกษาแบบรวมใจพัฒนา เพื่อส่งเสริมการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญและการมีทักษะชีวิตของผู้เรียนและระดับความพึงพอใจของนักเรียน ในการดำเนินการตามกิจกรรมการพัฒนารูปแบบแหล่งเรียนรู้ภายในสถานศึกษา เพื่อส่งเสริมการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญและการมีทักษะชีวิตของผู้เรียน โรงเรียนเทศบาลวัดดอนไก่อี (สังวรจันทรราชราษฎร์วิทยา) โดยใช้ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เป็นรายข้อและรายด้าน (บุญชม ศรีสะอาด, 2545) เกณฑ์การให้คะแนน กำหนดให้น้ำหนักคะแนนระดับผลสำเร็จ และระดับความพึงพอใจ โดยมีระดับคะแนนจากมากที่สุด ให้ 5 คะแนน ถึ้นน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน ใช้เกณฑ์การแปลผลข้อมูลดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง ผลสำเร็จ/ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง ผลสำเร็จ/ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง ผลสำเร็จ/ความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง ผลสำเร็จ/ความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง ผลสำเร็จ/ความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน และแนวทางการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญจากการใช้รูปแบบการพัฒนาแหล่งเรียนรู้ในสถานศึกษาโดยการมีส่วนร่วมแบบรวมใจพัฒนาพบว่ารูปแบบแหล่งเรียนรู้ทั้ง 6 กิจกรรม/โครงการ ประกอบด้วย 1) กิจกรรม/โครงการห้องสมุดมีชีวิต 2) กิจกรรม/โครงการสวนเกษตรพอเพียง 3) กิจกรรม/โครงการศูนย์การเรียนรู้ King of Thailand 4) กิจกรรม/โครงการส่งเสริมศักยภาพด้านดนตรี 5) กิจกรรม/โครงการส่งเสริมประชาธิปไตย และ 6) กิจกรรม/โครงการส่งเสริมความรู้สู่อาชีพ ในการปฏิบัติกิจกรรม มีการประเมินผล ทำการติดตาม เป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง

2. รูปแบบแหล่งเรียนรู้ที่พัฒนาขึ้นมีชื่อว่า “รูปแบบแหล่งเรียนรู้ในสถานศึกษาแบบรวมใจพัฒนา เพื่อส่งเสริมการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญและการมีทักษะชีวิตของผู้เรียน โรงเรียนเทศบาลวัดดอนไก่อี (สังวรจันทรราชราษฎร์วิทยา)” (APIDER Model)

ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ (Assesing: A) 2) การวางแผน (Planning: P) 3) การให้ความรู้ในการปฏิบัติงาน (Informing: I) 4) การปฏิบัติงานตามแผน (Doing: D) 5) การประเมินผล (Evaluation: E) และ 5) การรายงานผล/เผยแพร่ (Reporting: R)

3. ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นพบว่า การส่งเสริมการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญจากการใช้รูปแบบการพัฒนาแหล่งเรียนรู้ในสถานศึกษาโดยการมีส่วนร่วมแบบรวมใจพัฒนา การประเมินผลการเกิดทักษะชีวิตของผู้เรียนจากการส่งเสริมการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ การประเมินความพึงพอใจในการดำเนินการจัดกิจกรรม/โครงการ ตามการพัฒนาแบบแหล่งเรียนรู้ในสถานศึกษาแบบรวมใจพัฒนา เพื่อส่งเสริมการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญและการมีทักษะชีวิตของผู้เรียน นอกจากนั้นแล้วยังพบว่า ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี มีขวัญกำลังใจในการดำเนินงาน ผู้เรียนได้รับการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริงและมีทักษะชีวิตดีขึ้น และครูมีความเข้าใจขั้นตอนและสามารถดำเนินการตามรูปแบบฯ ได้เป็นอย่างดี มีแนวทางในการจัดการเรียนการสอนด้วยวิธีการที่หลากหลายที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ ผู้เรียนมีทักษะชีวิตและมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรู้สูงขึ้น

ตาราง 1 การประเมินผลการส่งเสริมการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญจากการใช้รูปแบบการพัฒนาแหล่งเรียนรู้ในสถานศึกษาโดยการมีส่วนร่วมแบบรวมใจพัฒนา
จำแนกรายด้าน

ข้อ	การส่งเสริมการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ	M	SD	แปลผล
1.	ด้านการเปิดโอกาสให้ผู้เรียนมีประสบการณ์เรียนรู้ได้ด้วยตนเอง	4.54	.21	มากที่สุด
2.	ด้านนำกระบวนการคิดมากระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้	4.52	.27	มากที่สุด

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อ	การส่งเสริมการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ	M	SD	แปลผล
3.	ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นหรือแหล่งข้อมูลอื่น	4.67	.14	มากที่สุด
4.	ด้านการสร้างภาวะกระตุ้นให้ผู้เรียนอยากเรียนรู้	4.61	.24	มากที่สุด
5.	ด้านการจัดกิจกรรมที่หลากหลาย	4.59	.20	มากที่สุด
6.	ด้านการรับรู้ผลการพัฒนาของตนเอง	4.60	.29	มากที่สุด

จากตาราง 1 การประเมินผลการส่งเสริมการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญจากการใช้รูปแบบการพัฒนาแหล่งเรียนรู้ในสถานศึกษาโดยการมีส่วนร่วมแบบรวมใจพัฒนาพบว่าสามลำดับแรกที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นหรือแหล่งข้อมูลอื่น ($M=4.67$, $SD=.14$) ด้านการสร้างภาวะกระตุ้นให้ผู้เรียนอยากเรียนรู้ ($M=4.61$, $SD=.24$) ด้านการรับรู้ผลการพัฒนาของตนเอง ($M=4.60$, $SD=.29$) ตามลำดับ

ตาราง 2 การประเมินผลการเกิดทักษะชีวิตของผู้เรียนจากการส่งเสริมการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ

ข้อ	การประเมินผลการดำเนินงาน	M	SD	แปลผล
1.	การตระหนักรู้และเห็นคุณค่าในตนเอง	4.56	0.40	มากที่สุด
2.	การคิดวิเคราะห์ ตัดสินใจ และแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์	4.58	0.49	มากที่สุด
3.	การจัดการกับอารมณ์และความเครียด	4.56	0.50	มากที่สุด
4.	การสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น	4.57	0.43	มากที่สุด

จากตาราง 2 การประเมินผลการเกิดทักษะชีวิตของผู้เรียนจากการส่งเสริมการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ พบว่า การคิดวิเคราะห์ ตัดสินใจ และแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ ($M=4.58$, $SD=.49$) มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด การจัดการกับอารมณ์และความเครียด ($M=4.56$, $SD=.50$) การตระหนักรู้และเห็นคุณค่าในตนเอง ($M=4.56$, $SD=.40$) การสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น ($M=4.57$, $SD=.43$) มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ตามลำดับ

ตาราง 3 การประเมินความพึงพอใจในการดำเนินการจัดกิจกรรม/โครงการ ตามการพัฒนาแบบแผนแหล่งเรียนรู้ในสถานศึกษาแบบรวมใจพัฒนา เพื่อส่งเสริมการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญและการมีทักษะชีวิตของผู้เรียน จำแนกรายด้าน

ข้อ	ความพึงพอใจต่อรูปแบบการพัฒนาแหล่งเรียนรู้ในสถานศึกษาโดยการมีส่วนร่วมแบบรวมใจพัฒนา	ค่าสถิติ		การแปลความหมาย
		M	SD	
1	ด้านการศึกษาสภาพปัจจุบัน	4.68	.50	มากที่สุด
2	ด้านการวางแผนการพัฒนาแหล่งเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม	4.60	.41	มากที่สุด
3	ด้านการทำความเข้าใจก่อนการปฏิบัติงาน	4.62	.61	มากที่สุด
4	ด้านการปฏิบัติการพัฒนาแหล่งเรียนรู้ในสถานศึกษา	4.58	.62	มากที่สุด
5	ด้านการประเมินผลการปฏิบัติงาน	4.61	.41	มากที่สุด

จากตาราง 3 การประเมินความพึงพอใจในการดำเนินการจัดกิจกรรม/โครงการตามการพัฒนาแบบแผนแหล่งเรียนรู้ในสถานศึกษาแบบรวมใจพัฒนา เพื่อส่งเสริมการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญและการมีทักษะชีวิตของผู้เรียน จำแนกรายด้าน พบว่า สามลำดับแรกที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านการศึกษาสภาพปัจจุบัน ($M=4.68$, $SD=.50$) ด้านการทำความเข้าใจก่อนการปฏิบัติงาน ($M=4.62$, $SD=.61$) ด้านการประเมินผลการปฏิบัติงาน ($M=4.61$, $SD=.41$) ตามลำดับ

อภิปรายผล

1. ผลการศึกษาสภาพและความคิดเห็นในการพัฒนาแหล่งเรียนรู้ในสถานศึกษาแบบรวมใจพัฒนาเพื่อส่งเสริมการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญและการมีทักษะชีวิตของผู้เรียน โรงเรียนเทศบาลวัดดอนไก่อี (สังวรจันทสราษฏรวิทยา) โดยใช้กลยุทธ์ (APIDER Model) ในการขับเคลื่อนการพัฒนาแหล่งเรียนรู้ แบ่งเป็น 1) ขั้นการศึกษาสภาพความต้องการและความจำเป็น 2) การวางแผน 3) ขั้นสร้างความรู้ความเข้าใจก่อนการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนา 4) ขั้นปฏิบัติกิจกรรม 5) ขั้นการกำกับ ติดตาม ประเมินผลและ 6) ขั้นการรายงานและการเผยแพร่ ซึ่งมีความสอดคล้องกับ เด่นวิช ชูคันหอม (2558) ที่ได้พัฒนารูปแบบการพัฒนาแหล่งเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของชุมชนของสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาขอนแก่น เขต 5 ซึ่งมีวิธีการดำเนินงานโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม 6 ขั้นตอน คือ 1) สำรวจแหล่งเรียนรู้ 2) วางแผนแบบมีส่วนร่วม 3) จัดทำข้อมูลสารสนเทศและทะเบียนแหล่งเรียนรู้ 4) ส่งเสริมสนับสนุนพัฒนาแหล่งเรียนรู้ 5) กำกับติดตามประเมินผลและสรุป 6) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และดำเนินงานจัดกิจกรรมการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม 16 กิจกรรมและเงื่อนไขความสำเร็จ ผลการประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความเป็นประโยชน์ของรูปแบบจากผู้ทรงคุณวุฒิ อยู่ในระดับมากที่สุด และสอดคล้องกับ บรรจิด มีกุล (2555) ที่ได้พัฒนารูปแบบการนำแหล่งเรียนรู้ในชุมชนมาใช้ในการจัดการศึกษาในโรงเรียนในสังกัดเทศบาลของจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่พัฒนาขึ้นโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมเช่นกันซึ่ง ประกอบด้วย 1) หลักการเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการศึกษา และการจัดเนื้อหาสาระให้สอดคล้องกับหลักสูตร 2) จุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เรียนรักท้องถิ่น มุ่งทำประโยชน์และเห็นคุณค่าในชุมชนรอบ ๆ โรงเรียน เพื่อให้ผู้เรียนนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข

2. ประสิทธิภาพการใช้รูปแบบการพัฒนาแหล่งเรียนรู้ในสถานศึกษาแบบรวมใจพัฒนาเพื่อส่งเสริมการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญและการมีทักษะชีวิตของผู้เรียน โรงเรียนเทศบาลวัดดอนไก่อี (สังวรจันทสราษฏรวิทยา) โดยเรียงลำดับสามลำดับแรกที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ดังนี้ ด้านการประเมินผลการส่งเสริมการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญจากการใช้รูปแบบการพัฒนาแหล่งเรียนรู้ในสถานศึกษาโดยการมีส่วนร่วมแบบรวมใจพัฒนา ($M = 4.59$, $SD = .53$) ด้านการประเมินผลการเกิดทักษะชีวิตของผู้เรียนจากการส่งเสริมการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.57$, $SD = .57$) ด้านการประเมินความพึงพอใจในการดำเนินการจัดกิจกรรม/โครงการ ตามการพัฒนาแบบแหล่งเรียนรู้ในสถานศึกษาแบบรวมใจพัฒนา เพื่อส่งเสริมการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญและการมีทักษะชีวิตของผู้เรียน ($M = 4.62$, $SD = .37$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของญาณิศา ดวงสีทอง (2561) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนาแหล่งเรียนรู้เพื่อสนับสนุนการจัดการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 โรงเรียนหนองไสพรเจริญวิทยา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสกลนคร เขต 2 พบว่า ผลการพัฒนาหลัง

การศึกษาดูงานและการประชุมเชิงปฏิบัติการผู้ร่วมวิจัยมีความรู้และทักษะการพัฒนาแหล่งเรียนรู้เพิ่มขึ้นให้มีความร่วมมือการพัฒนาโดย ภาพรวมระดับการพัฒนาอยู่ในระดับมากที่สุด ($M=4.87$) ระหว่างการพัฒนา กับหลังการพัฒนา มีความก้าวหน้า ร้อยละ 23.00 สถิติการเข้าใช้บริการแหล่งเรียนรู้หลังการพัฒนา เพิ่มขึ้น 3,809 ครั้งในรอบที่ 1 ระดับความพึงพอใจผู้เข้าใช้บริการแหล่งเรียนรู้โดยรวม อยู่ระดับมากที่สุด ($M=4.00$) เรียงจากมากไปหาน้อย คือ ห้องสมุดสนาม BBL และ เครื่องเล่นอนุบาล ห้องเรียนในรอบที่ 2 ระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการแหล่งเรียนรู้ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M=4.90$)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยไปครั้งต่อไป

1. ควรวิจัยและพัฒนาในเรื่องการทำหลักสูตรท้องถิ่นของสถานศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาแหล่งเรียนรู้ในสถานศึกษาและนอกสถานศึกษาควบคู่กันไปกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนารูปแบบการพัฒนาแหล่งเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของชุมชนและสถานศึกษา
2. ควรนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยเข้ามาใช้ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการประสบการณ์การพัฒนาแหล่งเรียนรู้ระหว่าง สถานศึกษา ชุมชน ท้องถิ่น ผ่านสื่อสังคมแห่งการเรียนรู้ เช่น ตามเว็บไซต์ เฟสบุ๊ก
3. ควรให้มีการนิเทศ กำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานพัฒนางานด้านการพัฒนาแหล่งเรียนรู้อย่างต่อเนื่องให้มีความยั่งยืนต่อไปในอนาคตเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการพัฒนาการศึกษาของสถานศึกษา

รายการอ้างอิง

- ฉลาด จันทรสมบัติ. (2550). *การพัฒนารูปแบบการจัดการความรู้องค์กรชุมชน*. วิทยานิพนธ์การศึกษา ดุษฎีบัณฑิต สาขาการบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ชนาธู ประทุมชาติ. (2553). *การพัฒนารูปแบบการจัดการความรู้ของศูนย์การเรียนรู้ชุมชนชุมคำ อำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย*. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ชนิดา ลือปัญญา. (2555). *รูปแบบการมีส่วนร่วมระหว่างโรงเรียนกับชุมชนในการพัฒนาศูนย์การเรียนรู้เศรษฐกิจแบบพอเพียง กรณีศึกษาตำบลนาข่า อำเภอบ้านดุง จังหวัดมหาสารคาม*. มหาสารคาม: คณะครุศาสตร์ สถาบันราชภัฏมหาสารคาม.
- ญาณิศา ดวงสีทอง. (2561). *การพัฒนาแหล่งเรียนรู้เพื่อสนับสนุนการจัดการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 โรงเรียนหนองโสนพระเจริญวิทยา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสกลนคร เขต 2*. ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร.
- เด่นวิช ชูคันหอม. (2558). *รูปแบบการพัฒนาแหล่งเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของชุมชนของสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาขอนแก่น เขต 5*.

ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาการบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยสารคาม.

บรรเจิด มีกุล. (2555). *การนำ เสนอรูปแบบการนำ แหล่งเรียนรู้ในชุมชนมาใช้ในการจัดการ
ศึกษาในโรงเรียนสังกัดเทศบาลของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา*. วิทยานิพนธ์ ค.ม.
พระนครศรีอยุธยา:มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา.

Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The Action Research Planer*. (3rd ed.).
Victoria: Deakin University.

คำแนะนำการส่งบทความ

คำแนะนำการเตรียมและส่งบทความ

กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขชุมชน (Journal of Council of Community Public Health : JCCPH) ขอเชิญสมาชิกสภาการสาธารณสุขชุมชน และผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการและวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ การสาธารณสุข การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาในวารสารอื่นและเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ผู้เขียนจะต้องสมัครเป็นสมาชิกของวารสาร เพื่อความสะดวกในการส่งบทความวิชาการและวิจัย มีข้อเสนอดังนี้

ข้อกำหนดและชนิดของเรื่องจะตีพิมพ์

1. เป็นผลงานวิชาการ ประเภทบทความ ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ ทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การสาธารณสุข การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิจัยทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การสาธารณสุข การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
3. ผลงานวิชาการและงานวิจัยจะได้รับการพิจารณาลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควรไม่น้อยกว่า 2 คน
4. ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ (ยกเว้นการตีพิมพ์ในสองปีแรก ปี พ.ศ. 2562-2563 ฟรี)
 - สมาชิกสภาการสาธารณสุขชุมชน ตีพิมพ์ เรื่องละ 2,500 บาท
 - บุคคลอื่นๆหรือไม่ได้เป็นสมาชิกสภาการสาธารณสุขชุมชน ตีพิมพ์ เรื่องละ 3,000 บาท
 - กรรมการสภาการสาธารณสุขชุมชนหรือเคยเป็นกรรมการสภาฯ ไม่เสียค่าตีพิมพ์

การเตรียมต้นฉบับ

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนได้กำหนดรูปแบบการเขียนบทความที่จะลงในวารสาร ดังนี้

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word 97/03 for Windows ขนาด 15 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14) พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ B5 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน-ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 3.17 cm. ด้านขวา 2.54 cm. จำนวน 12 หน้า (ไม่รวมรายการอ้างอิง) และรายการ อ้างอิงต้องไม่เกิน 40 รายการ รวมรายการอ้างอิง ไม่เกิน 15 หน้า
2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกตรงกลางขนาดอักษร 17

3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 14 อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ระบุ ตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรง กับชื่อผู้นิพนธ์ ทั้งนี้ เฉพาะผู้วิจัยหลักเพิ่มเบอร์โทรศัพท์และ e-mail ในส่วนล่างสุด

4. มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำ ต่อบทคัดย่อ

5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3-5 คำ)

6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16

7. การใช้ตัวเลขคำย่อและวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากล เท่านั้น การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning

8. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

8.1 บทความวิจัย (ภาษาไทย)

- บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
- บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)
- บทนำ
- วัตถุประสงค์วิจัย
- สมมติฐาน (ถ้ามี)
- กรอบแนวคิดการวิจัย
- ระเบียบวิธีวิจัย
- ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
- การเก็บรวบรวมข้อมูล
- การวิเคราะห์ข้อมูล
- จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
- ผลการวิจัย
- อภิปรายผล
- การนำผลการวิจัยไปใช้
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
- รายการอ้างอิง

8.2 บทความวิจัย (ภาษาอังกฤษ)

- Abstract (in Thai)
- Abstract
- Introduction
- Objectives

- Hypotheses (if available)
- Conceptual Framework
- Methods
- Population and Sample
- Research Instrument
- Validity and Reliability of the Research Instrument
- Data Collection
- Data Analysis
- Ethical Consideration/Informed Consent
- Results
- Discussion
- Implication of the Results
- Recommendation for Further Study
- References

9. บทความวิชาการ ประกอบด้วย

- บทคัดย่อ (Abstract)
- บทนำ (Introduction)
- เนื้อเรื่อง (Content) แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต้องการนำเสนอ

ตามลำดับ

- สรุป (Conclusion)
- ข้อเสนอแนะ (Suggestion)
- รายการอ้างอิง (References)

10. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 5th Edition

การแจ้งเตือนเกี่ยวกับลิขสิทธิ์

1. บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน ที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย
2. บทความที่ได้รับการตีพิมพ์ถือเป็นลิขสิทธิ์ของ วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

การส่งต้นฉบับ

ส่งต้นฉบับสมบูรณ์เพื่อการพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ใน “วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน” โดยส่งบทความผ่านเว็บไซต์ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JCCPH/index> และทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ ไปที่ e-mail address: The.JCCPH@gmail.com ไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ต้นฉบับในรูปแบบ word และ pdf

โดยใช้ชื่อเรื่องหรือ Subject ว่า ส่งบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ของ....(ชื่อเจ้าของบทความ
ชื่อแรก).....

สถานที่ติดต่อสอบถาม

กองบรรณาธิการวารสาร สภาการสาธารณสุขชุมชน
88/20 อาคาร 5 ชั้น 5 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 02-5919186, 091-8348711 โทรสาร 02-5919187

สมัครส่งบทความลงตีพิมพ์ ในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
(การกรอกใบสมัครโปรดใช้วิธีการพิมพ์)

เรียน บรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ชื่อ - นามสกุล.....

ตำแหน่งทางวิชาการ

☐ ศาสตราจารย์ ☐ รองศาสตราจารย์ ☐ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ☐ อาจารย์

☐ นักวิชาการสาธารณสุข ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

สถานที่ทำงาน

.....

.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail

มีความประสงค์ขอส่งผลงานบทความเรื่อง :

ชื่อบทความ

.....

.....

.....

กองบรรณาธิการสามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ที่ ☐ สถานที่ระบุข้างต้น ☐ ที่อยู่ดังต่อไปนี้

.....

.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail

กรณีที่ไม่สามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ กองบรรณาธิการสามารถติดต่อบุคคลดังต่อไปนี้

ชื่อ - นามสกุล.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail มีความเกี่ยวข้องเป็น.....

ลงชื่อ.....

(.....)

เจ้าของบทความ

ส่งใบสมัครและบทความได้ที่

กองบรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

88/20 อาคาร 5 ชั้น 5 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง

นนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 02-5919186, 091-8348711 โทรสาร 02-5919187

e-mail address: The.JCCPH@gmail.com



สภากาารสาธารณสุขชุมชน

อาคาร 5 ชั้น 5 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

<https://www.tci-thaijo.org/index.php/JCCPH/index>

 www.ccph.or.th

 [ccph.th.org](https://www.facebook.com/ccph.th.org)

 @ccph.or.th

 02-591-9186