



Journal of Health Science and Community Public Health: JHSCPH

วารสาร

วิทยาศาสตร์สุขภาพ

และการสาธารณสุขชุมชน ปีที่ 2 ฉบับที่ 1

มกราคม - มิถุนายน พ.ศ. 2562

ISSN : 2651-1193



วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน
(Journal of Health Science and Community Public Health: JHSCPH)
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ อันจะนำไปสู่การสร้างนวัตกรรมและองค์ความรู้ใหม่ด้านการดูแลสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิต
2. เพื่อเป็นสื่อกลางของบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข อาจารย์และนักศึกษาในการส่งเสริมการผลิตผลงานวิชาการและงานวิจัย
3. เพื่อตอบสนองพันธกิจหลักในการสร้างองค์ความรู้และเผยแพร่ผลงานวิชาการรวมทั้งงานวิจัยของสถาบันและเครือข่าย

ขอบเขตบทความตีพิมพ์

1. การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพ การแพทย์ฉุกเฉินและคุ้มครองผู้บริโภค
2. ระบบสุขภาพและการประเมินผลโครงการด้านสุขภาพ
3. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายด้านสุขภาพ
4. ชุมชนกับการพัฒนาสุขภาพและนวัตกรรม
5. พัฒนาการจัดการเรียนการสอนด้านสุขภาพ

ประเภทของบทความ

1. บทความวิจัย (Research Article)
2. บทความวิชาการ (Academic Article)
3. บทความปริทัศน์ (Literature Review Article)

สำนักงานกองบรรณาธิการ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

90/1 หมู่ 4 ถนนอนามัย ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000

โทรศัพท์: 0-4322-1770, 0-4322-1493, 0-4322-2741 โทรสาร: 0-4322-1770 ต่อ 102

E-mail: jhscph@scphkk.ac.th

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

คณะกรรมการที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.นพ.ศาสตรี เสาวคนธ์

นพ.วินิช เลหาพันธ์

นพ.ชูชัย ศรีขำ

ผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

หัวหน้าหลักสูตรสาธารณสุขชุมชน

มหาวิทยาลัยบูรพา

ที่ปรึกษามูลนิธิหมอวินิช เลหาพันธ์

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

บรรณาธิการ

ดร.ธีรศักดิ์ พาจันท์

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

อีเมล: tphajan@gmail.com มือถือ: 098 1028159

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.วงศา เล่าศิริวงศ์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

อีเมล: drwongsa@gmail.com

โทร:087-373-1199

รศ.ดร.สงครามชัย ลีทองดี

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

อีเมล: songkramchai@gmail.com

โทร:08-0742-9991

รศ.ดร.วรพจน์ พรหมสัถยพจน์

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

อีเมล: vorapoj_p2004@hotmail.com

โทร:081-873-6864

ผศ.ดร.ณัฐพงษ์ พัฒนพงษ์

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

อีเมล: nattapong@econ.tu.ac.th

โทร:08-9761-1252

ดร.กฤษณา วุฒิสินธุ์

มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

อีเมล: kridsana.wu@ksu.ac.th

โทร:08-3023-9119

ผศ.ดร.กฤษณ์ ขุนลึก

มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

อีเมล: kris.khunluek@gmail.com

โทร:08-0421-5777

ดร.ประเสริฐ ประสมรักษ์

มหาวิทยาลัยมหิดล

อีเมล: prasert.pra@mahidol.ac.th

โทร:08-8890-1302

ดร.อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ

มหาวิทยาลัยรามคำแหง

อีเมล: mornsak1.poum@gmail.com

โทร:081-972-6118

ดร.นงษา สิงห์วีธรรม

สถาบันพระบรมราชชนก

อีเมล: noppcha@hotmail.com

โทร:061-551-3399

Dr.Mya Thandar

University of Public Health,
Yangon, Myanmar

อีเมล: myathandar72@gmail.com

โทร +9595004916

ดร.พิทยา ศรีเมือง

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดขอนแก่น

อีเมล: phitthaya12@gmail.com

โทร:092-904-1874

ดร.สุทิน ชนบุญ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดขอนแก่น

อีเมล: sutinchanabun@gmail.com

โทร:081-708-5954

ดร.ประทีป กาลเขว้า

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดขอนแก่น

อีเมล: kankhwao@hotmail.com

โทร:084-793-6265

ดร.สุพัฒน์ อาสนะ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดขอนแก่น

อีเมล: su_assana@yahoo.com

โทร:089-863-4616

ดร.กฤษกันทร สุวรรณพันธ์

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดขอนแก่น

อีเมล: kritkantorn@gmail.com

โทร:084-684-3546

ดร.วรรณศรี แวงงาม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดขอนแก่น

อีเมล: wanasri@scphkk.ac.th

โทร:085-005-8108

ดร.ลำพึง วอนอก

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดขอนแก่น

อีเมล: lampung@scphkk.ac.th

โทร:082-872-9878

ฝ่ายจัดการ

นายสุทธิพงษ์ อุพลเกียรติ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดขอนแก่น

อีเมล: suttipong.su@gmail.com

โทร:089-842-9616

น.ส.ทวิรัตน์ หาญประเสริฐ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดขอนแก่น

อีเมล: tawinan@scphkk.ac.th

โทร:080-419-2241

บรรณาธิการแถลง

สวัสดีครับ วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 ประจำเดือน มกราคม – มิถุนายน 2562 ฉบับนี้มีบทความที่น่าสนใจหลายเรื่อง เช่น การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชน การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมโดยชุมชนมีส่วนร่วม เป็นต้น ซึ่งทุกผลงานสามารถนำไปเป็นแนวทางการปฏิบัติและพัฒนางานได้เป็นอย่างดี คณะทำงานมีความมุ่งมั่นพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องและทันสมัย โดยนำบทความเข้าสู่เว็บไซต์ระบบการจัดการวารสารออนไลน์ (Thai Journals Online: ThaiJO) ผู้สนใจสามารถเข้าเว็บไซต์ <http://www.tci-thaijo.org> จากนั้นพิมพ์ชื่อ “วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน” คลิก Register เพื่อลงทะเบียนสมาชิกหรือคลิกที่ Online Submissions เพื่อส่งบทความได้อย่างสะดวก ท้ายสุด คณะทำงานต้องขอขอบพระคุณเจ้าของผลงานที่กรุณานำผลงานวิจัยมาตีพิมพ์เผยแพร่ และขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ทางวิชาการ เพื่อต่อยอดและพัฒนางานด้านสุขภาพ ต่อไป

ดร.ธีรศักดิ์ พาจันท์

บรรณาธิการ

ใบสมัครสมาชิกวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ (โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ใน ☐ ตามที่ท่านต้องการ)

- ☐ ขอสมัครสมาชิกวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน จำนวน.....ปี (ปีละ 200 บาท)
ตั้งแต่วันที่.....เดือน..... ปี พ.ศ.....ถึงวันที่เดือน..... ปี พ.ศ.....
รวมเป็นเงิน.....บาท ตัวอักษร (.....)
- ☐ ขอต่ออายุสมาชิกวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน จำนวน.....ปี (ปีละ 200 บาท)
ตั้งแต่วันที่.....เดือน..... ปี พ.ศ.....ถึงวันที่เดือน..... ปี พ.ศ.....
รวมเป็นเงิน.....บาท ตัวอักษร (.....)
- ☐ ขอตีพิมพ์บทความวิจัย/วิชาการและจ่ายค่าตีพิมพ์ รวมเป็นเงิน.....บาท
ตัวอักษร (.....)
- รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท ตัวอักษร (.....)

ที่อยู่ในการจัดส่งวารสาร

ชื่อ.....นามสกุล.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....
Email:.....

ข้อแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

1. คำแนะนำสำหรับผู้เขียน (Instructions for the Authors)

1.1. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน (Journal of Health Science and Community Public Health: JHSCPH) กำหนดตีพิมพ์ปีละ 2 ครั้ง (1 มกราคม - 30 มิถุนายน และ 1 กรกฎาคม - 31 ธันวาคม)

1.2. วารสารพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน เป็นบทความที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพ การแพทย์ฉุกเฉินและคุ้มครองผู้บริโภค ระบบสุขภาพและการประเมินผลโครงการด้านสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายด้านสุขภาพชุมชนกับการพัฒนาสุขภาพและนวัตกรรมพัฒนาการจัดการเรียนการสอนด้านสุขภาพ โดยต้องเป็นงานที่ไม่เคยถูกนำไปตีพิมพ์ในวารสารอื่นใดมาก่อน และไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาในวารสารใดๆ สามารถแบ่งได้ 3 ลักษณะดังนี้

- บทความวิจัย (Research Article) เป็นบทความทั้งวิจัยพื้นฐานและวิจัยประยุกต์
- บทความวิชาการ (Academic Article) เป็นบทความที่วิเคราะห์ประเด็นตามหลักวิชาการ โดยมีการทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์อย่างเป็นระบบเกี่ยวกับวิทยาศาสตร์สุขภาพและการเรียนการสอน
- บทความปริทัศน์ (Literature Review Article) เป็นบทความที่รวบรวมองค์ความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ที่ตีพิมพ์ในวารสารหรือหนังสือ นำมาเรียบเรียง วิเคราะห์ วิจัยให้เกิดความกระจ่างมากในประเด็นนั้นๆมากยิ่งขึ้น

1.3. กองบรรณาธิการจะพิจารณาต้นฉบับ (Manuscript) ตามข้อกำหนดของรูปแบบวารสารและส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขา (Peer review) จำนวนอย่างน้อย 2 ท่านเป็นคนอ่าน

2. ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับ

- 2.1 ต้นฉบับหน้าเดียวบนกระดาษขนาด เอ 4 ความยาวไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ (รวมเนื้อหาทุกส่วน)
- 2.2 กรอบของข้อความ ขอบบน 3.5 ซม. ขอบล่าง 2.5 ซม. ขอบซ้าย 3.5 ซม. ขอบขวา 2.5 ซม.
- 2.3 ตัวหนังสือใช้ TH Sarabun ขนาด 16 point

3. การเรียงลำดับเนื้อหา

3.1 ชื่อเรื่อง (Title)

- ภาษาไทย ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ภาษาอังกฤษ ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง

3.2 ชื่อผู้เขียน (Authors)

- ชื่อผู้เขียน (ทุกคน) ภาษาไทย –ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point ตัวธรรมดา จัดชิดขวา ได้ชื่อเรื่อง โดยระหว่างชื่อผู้เขียนคั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma ,)
- ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน ผู้เขียน ภาษาไทย –ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point ตัวธรรมดา จัดชิดซ้าย ท้ายบทความย่อ
- E-mail address ของผู้พิมพ์ประสานงาน (Corresponding author) ท้ายบทความย่อ ต่อจากตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน

3.3 บทคัดย่อ (Abstract)

- ชื่อบทคัดย่อ และ abstract ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 16 point ตัวธรรมดา กำหนดขีดขอบ ความยาวภาษาไทยไม่เกิน 300 คำ

3.4 คำสำคัญ (Keyword)

- ให้พิมพ์ต่อท้ายบทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 5 คำ ขนาด 16 point ตัวหนา (เฉพาะหัวข้อคำสำคัญ) ส่วนคำที่ใช้เป็นคำสำคัญ ตัวธรรมดา จัดชิดซ้าย

3.5 บทนำ (Introduction)

- บรรยายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้า งานวิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องวัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

3.6 วัตถุประสงค์การวิจัย (Objective)

- ระบุวัตถุประสงค์การวิจัยให้ชัดเจน สะท้อนถึงตัวแปรและความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับประเด็นที่ผู้วิจัยสนใจ

3.7 วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

- ประกอบไปด้วย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง, เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย, การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ, วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล, การวิเคราะห์ข้อมูล, สถิติที่ใช้ในการวิจัย, การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

3.8 ผลการวิจัย (Result)

- อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัยโดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบพร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์แล้วสรุปตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานที่ตั้งไว้

3.9 อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

- การเขียนอภิปรายผล ในประเด็นหลักที่ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมแสดงเหตุผลสนับสนุนผลการวิจัย
- สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะในการนำผลงานการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

3.10 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

3.11 เอกสารอ้างอิง (Reference)

- ใช้การอ้างอิงแบบตัวเลขตามระบบ Vancouver
- การอ้างอิงในเนื้อเรื่อง (In-Text citation) ใช้ตัวเลขอารบิก แทนลำดับเอกสารที่อ้างอิง โดยใส่ตัวเลขเหนือบรรทัด (Superscript) ไว้ท้ายข้อความที่ต้องการอ้างอิง โดยไม่มีวงเล็บ หากต้องการอ้างอิงเอกสารที่เคยอ้างแล้วซ้ำอีกครั้ง ให้ใส่หมายเลขเดิมที่เคยอ้างไว้ครั้งแรก

- การอ้างอิงในเอกสารท้ายบทความ (Reference citation) เรียงตัวเลขตามลำดับที่อ้างอิง ตั้งแต่เลข 1 เป็นต้นไป จนครบทุกลำดับที่มีการอ้างอิงในเนื้อหา
- เอกสารที่อ้างอิงในเนื้อหาต้องตรงกับเอกสารอ้างอิงในเอกสารท้ายบทความ

ตัวอย่างการเขียนส่วนเอกสารอ้างอิง

1. บทความจากวารสารมาตรฐาน (Standard journal article)

1.1 กรณีผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma- ,)

- แพรวพรรณ แสงทองรุ่งเจริญ, รพีพรรณ วิบูลย์วัฒนกิจ. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์. พยาบาลสาร. 2554; 4(2): 21-27.
- Phajan T, Nilvarangkul K, Settheetham D, Laohasiriwong W. Work-related musculoskeletal disorders among sugarcane farmers in north-eastern Thailand. Asia Pac J Public Health. 2014;26(3):320-327.

1.2 กรณีผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma ,) และตามด้วย et al.

- จริญญา เลิศธรรมยณีนี, เอมอร รักษมณี, อนุพันธ์ ตันติวงศ์, กรุณา บุญสุข, อิงพร นิลประดับ, พุฒติพรรณี วรกิจโกศาทร, และคณะ. ความเสี่ยงและประสิทธิผลของการผ่าตัดต่อมลูกหมาก. จดหมายเหตุทางแพทย์. 2545;85:1288-95.
- Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG, et al. The clinical course of advanced dementia. N Engl J Med. 2009;361:1529-38.

2. บทความที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization as author)

- สภาเทคนิคการแพทย์. คู่มือการเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยาและเลือด. วารสาร การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2556;36:84-91.
- World Health Organization Cancer. An overview on CALR and CSF3R mutations and a proposal for revision of WHO diagnostic criteria. Ann Oncol. 2013;24:13-17.

3. หนังสือที่ผู้แต่งเป็นบุคคล

- ยงยุทธ สหสกุล. ECG ทางคลินิก. เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เอ็น.พี. เพรส; 2552.
- Cleland JA. Netter's orthopedic clinical examination: an evidence-based approach. 2nd ed. Philadelphia: Elsevier; 2011.

4. หนังสือที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization)

- จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. Manual of medical therapeutics. กรุงเทพฯ: ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
- Association of British Theatre Technicians. Theatre buildings: a design guide. New York, NY: Routledge; 2010. –

5. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม (Conference proceeding)

- การประชุมวิชาการคณะเทคนิคการแพทย์ประจำปี, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. การประชุมวิชาการคณะเทคนิคการแพทย์ ประจำปี พ.ศ. 2553 เนื่องในโอกาสเฉลิมพระเกียรติแห่งการบรมราชาภิเษก ปีที่ 60 และการ

เฉลิมพระชนมพรรษา; วันที่ 30 พฤศจิกายน - วันที่ 3 ธันวาคม 2553; ณ โรงแรมโลตัสปางสวนแก้ว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัย; 2553.

- JSPS-NRCT Core University Exchange System on Pharmaceutical Sciences, National Research Council of Thailand. Advance in research on pharmacologically active substances from natural sources; 1992 Dec 3-5, Holiday Garden Hotel, Chiang Mai. Chiang Mai: The University; 1992.

6. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation)

- กชพร ศรีพรรณ. การพัฒนาแบบทดสอบมาตรฐานทักษะการรู้สารสนเทศสำหรับนักศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสารสนเทศศึกษา]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553.
- Napaporn Apiratmateekul. Development of high efficiency hybridoma technology for production of Monoclonal antibodies [dissertation]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2012.

7. บทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

- จิราภรณ์ จันทรจ. การเขียนรายการอ้างอิงในเอกสารวิชาการทางการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551 [เข้าถึง เมื่อ 18 ต.ค. 2554]. เข้าถึงได้จาก <http://liblog.dpu.ac.th/analyresource/wpcontent/uploads/2010/06/reference08.pdf>.
- Fanti S, Farsad M, Mansi L. Atlas of PET/CT: a quick guide to image interpretation [Internet]. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 2009 [cited 2011 Jun 15]. Available from: http://www.amazon.com/Atlas-PETCT.-QuickInterpretation/dp/3540777717#reader_3540777717.

3.12 ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม ผู้วิจัยต้องคำนึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เคารพในบุคคล (Respect to person) เช่น การขอคำยินยอม ความเป็นส่วนตัว การเก็บรักษาความลับ

3.13 การส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์

- ให้ผู้เขียน ส่ง file ต้นฉบับในรูปแบบ Word document มาที่กองบรรณาธิการวารสาร วิทยาศาสตร์สุขภาพ (Journal of Health Science and Community Public Health: JHSCPH) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น E-mail: jhscph@scphkk.ac.th

- วารสารที่ผ่านการพิจารณาจาก peer review ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพื่อการตีพิมพ์จำนวน 2,500 บาท

การติดต่อบรรณาธิการวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน

ส่งถึง บรรณาธิการ วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น 90/1 หมู่ 4 ถนนอนามัย ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000
โทรศัพท์: 0-4322-1770, 0-4322-1493, 0-4322-2741 โทรสาร: 0-4322-1770 ต่อ 102
E-mail: jhscph@scphkk.ac.th
Website: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/jhscph>
ติดต่อสอบถาม: ดร.ธีรศักดิ์ พาจันทร โทร 0-98102-8159, ดร.พิทยา ศรีเมือง โทร 0-92904-1874

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
การรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดที่มารับบริการ ที่โรงพยาบาลศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ Health Perception Factors Associated with Medication Use Behaviors Among Asthma Patients Who Attended Asthma Clinic at Sirattana Hospital, Sisaket Province โกวิทย์ ทองละมุล, อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ	1
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติกับการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชน ตำบลบางเป้า อำเภอกันทรัง จังหวัดตรัง The Association between Knowledge, Attitude and Household's Waste Management among People Who Live in Bangpao Tambon, Kantrang District, Trang สมใจ เป้าทอง, อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ, วรศกรณ์ สุตสาคร	12
คุณภาพชีวิตในการทำงานที่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปัตตานี The Association between Quality of Work Life and Organization Commitment among Health Personnel Who Practicing in Tambon Health Promoting Hospital, Pattani Province ปรีชา พุกจิ้น	23
ปัจจัยบริหารและกระบวนการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมโรคความดัน โลหิตสูง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกระบี่ An Association between Administrative Factors, Administrative Processes and Practicing for Controlling Hypertension among Health Workers Who Work in Health Promoting Hospital, Krabi Province กานต์ธีรา พรหมรักษา, อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ	38

เรื่อง	หน้า
แรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดภูเก็ต	52
An Association between Motivation Factors and The Morale for Job Performance among Registered Nurses Who Worked in Community Hospital, Phuket Province หทัยรัตน์ รังสรรค์สฤษฎี, อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุตำบลหนองไขว่ อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์	64
Factors Associated with Exercise Behaviors among Elderly People in Nongkwai Subdistrict, Lomsak District, Phetchabun Province ศตวรรษ เสือเขียว, อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ	
กิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุ ยุค 4.0	78
Physical Activity for Elderly Health in The 4.0 Era อรรณพ นักร้องตรง, ดิศพล บุปผาชาติ	
การประเมินผลความรู้ ทักษะ และทักษะของผู้เข้ารับการอบรมในหลักสูตรสำหรับพนักงานเจ้าหน้าที่ดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในระดับอำเภอ ของประเทศไทย	91
Assessment of Knowledge, Attitudes and Skills of the Participants in a Training Course for Competent Officials to Implement Consumer Protection Relating to Health Products at the District Level of Thailand คนธ์พงษ์ คนรู้ชินพงศ์, เพ็ญภา ศรีหรั่ง, สุกัญญา หมวดทอง	
การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชน	108
The Development of Health Promotion Model for Prevention and Control in Diabetes Mellitus and Hypertension of The Elderly through in Community สรวิฑูรณ์ ดันประดิษฐ์	

เรื่อง	หน้า
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ ของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น Factors Associated with Online Social Networking Behavior of Students in Sirindhorn College of Public Health Khon Khaen ศศิธร นระว้าง, สุพัฒน์ อาสนะ	123
พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น กรณีศึกษาโรงเรียนแห่งหนึ่ง ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น Smoking Behavior of Secondary A Case Study of One School in Khonkean Municipality at Mung,Khonkaen ธิตี บุทดาน้อย, สุทิน ชนะบุญ, เบญญาภา กาลเขว้า	139
การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมโดยชุมชนมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสะอาด อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น The Development of Health Care Model for the Elderly with Knee Osteoarthritis by Community Participation of Non Sa-ad Health Promoting Hospital, Nong Ruea District, Khon Kaen Province สมลักษณ์ หนูจันทร์	153
การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ตำบลวังเพลิง อำเภอโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี Perception of Stroke and Prevention Behaviors among Patients with Diabetes Mellitus and Hypertension at Wang Phloeng Sub-district, Kok Sumrong District, Lopburi Province ศักดิ์สิทธิ์ แสงสว่าง, อีร์ศักดิ์ พาจันท์	164

การรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืด ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ

โกวิทย์ ทองละมูล¹ อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ ประชากรคือผู้ป่วยโรคหืดที่มารับบริการรักษาที่คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลศรีรัตนะ ปีงบประมาณ 2561 จำนวน 184 คน โดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนของ Daniel ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 125 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 การรับรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงการรับรู้ความรุนแรงการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคส่วนที่ 3 พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดประกอบด้วย การใช้ยาให้ถูกคน ถูกชนิด ถูกขนาด ถูกวิธี ถูกเวลา และความสม่ำเสมอในการใช้ยาการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านและนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.71 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนารายงานค่าเป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติเชิงวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=2.76$, S.D.=0.423) และพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=2.83$, S.D.=0.375)การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.311$, P-value<0.001) การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าบุคลากรทางสุขภาพมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืด โดยการให้คำแนะนำ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหืดและลดอุปสรรคในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืด

คำสำคัญ: การรับรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการใช้ยา, โรคหืด

¹ เภสัชกรชำนาญการ ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ,

E-mail: kovitwpunya@gmail.com

² อาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

Corresponding author: อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ, E-mail: amornsak1.poum@gmail.com

Health Perception Factors Associated with Medication Use Behaviors Among Asthma Patients Who Attended Asthma Clinic at Sirattana Hospital, Sisaket Province

Kovit Thonglamul¹ Amornsak Poum²

Abstract

This descriptive study aimed to evaluate health perception factors associated with medication use behaviors among asthma patients who attended asthma clinic at Sirattana Hospital, Sisaket Province. There were 184 clients be cared for asthma at Sirattana Hospital during fiscal year 2018. However, 125 samples were calculated by Daniel formula and questionnaires were arranged via systematic random sampling. Three parts of questions were delivered. Part 1) general characteristics, part 2) health perception factors including; risk, severity, benefit and health barrier and part 3) medication use behaviors among asthma patients including; right patient, right drug, right dose, right method, right time, drug using continuously. Constructive questionnaires had been examined by three professional before trying out. Reliability test result by Cronbach alpha coefficient formula was 0.71. Descriptive statistics such as frequency of number, percentage and standard deviation were used for testing general characteristics whereas pearson product moment correlation coefficient was used for correlation examination.

Results of study showed mean sat score at a high level both perception factors ($\bar{X}$ =2.76, S.D.= 0.423) and medication use behavior among asthma patients ($\bar{X}$ =2.83, S.D.=0.375). Moreover, the statistical significant association between health perception factors and medication use behavior among asthma patients was found ($r=0.311$, $P\text{-value}<0.001$). In conclusion, asthma knowledge and asthmatic drug barrier should be provided by health personnel higher than the past.

Keywords: Health perception, Drug Use Behavior, Asthma

¹ Professional pharmacist, Sirattana Hospital, Sisaket Province, E-mail: kovitwpunya@gmail.com

² Lecturer of Master of Public Health Program in Public Health Administration, Faculty of Public Health, Ramkhamhaeng University.

Corresponding author: Amornsak Poum, E-mail: amornsak1.poum@gmail.com

บทนำ

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม โดยทำให้สุขภาพทางด้านร่างกายทรุดโทรมลงจากการที่ผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อย แน่นหน้าอก อ่อนเพลีย ทำให้ไม่สามารถออกกำลังกายหรือทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ และอาจเกิดโรคแทรกซ้อนขึ้นได้หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมโรคได้ ส่งผลให้เกิดอันตรายขึ้นรุนแรงถึงเสียชีวิตได้ หากไม่ได้รับการดูแลหรือการรักษาไม่ถูกต้องเหมาะสมจะทำให้เกิดปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก¹จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่าโรคหืดเป็นโรคเรื้อรังอันดับที่ 25 ของโลกสามารถพบได้ในทุกเพศทุกวัย มีความชุกร้อยละ 5-12 ของประชากร มีผู้ป่วยโรคหืดทั่วโลกประมาณ 300 ล้านคน และมีจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต 255,000 คนต่อปี และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีจำนวนผู้ป่วยโรคหืดเพิ่มมากขึ้นจากเดิมอีก 100 ล้านคน ประชากรที่ได้รับผลกระทบจากโรคหืดโดยตรงมีประมาณ 15 ล้านคนต่อปี หรือคิดเป็นร้อยละ 1 ของโรคที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการทำงานทั้งหมด²นอกจากนี้ปัญหาโรคหืดยังก่อให้เกิดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจของชาติอีกด้วย ส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินและการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยในปี พ.ศ. 2553 เท่ากับ 67,813 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2557 เท่ากับ 50,228 ครั้ง โดยลดลงกว่า 17,585 ครั้ง คิดเป็น 25.9% แต่ยังคงพบคนไข้เสียชีวิตอยู่มากเนื่องจากปัญหา

การเข้าถึงการรักษาที่ได้มาตรฐานมีเพียง 30% เท่านั้น ส่วนที่เหลืออีก 70% ยังขาดการเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐาน³

จากข้อมูลของโรงพยาบาลศรีรัตนะพบว่าในปีงบประมาณ 2561 มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหืดที่มาขึ้นทะเบียนรับบริการที่คลินิกโรคหืด มีจำนวนผู้ป่วย 184 ราย จำนวนครั้งที่มาทำการรักษา เท่ากับ 1,104 ครั้ง คิดเป็นค่าใช้จ่ายทั้งหมด 1,234,547 บาท (เฉลี่ย 1,118 บาทต่อครั้ง) จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษที่ห้องฉุกเฉิน 408 ครั้ง คิดเป็นค่าใช้จ่ายทั้งหมด 84,674 บาท (เฉลี่ย 207 บาทต่อครั้ง) ระหว่างปี พ.ศ.2556-2560 พบจำนวนผู้ป่วยโรคหืดที่เข้ามานอนรักษาตัว (Re-Admit) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เท่ากับ 9, 15 และ 25 รายตามลำดับ และการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 48 ชั่วโมง (Re-Visit) เท่ากับ 3, 6, และ 15 รายตามลำดับ จากการทบทวนและวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาดังกล่าวพบว่าในปี พ.ศ.2561 ผู้ป่วยที่มีภาวะการกำเริบเฉียบพลันของโรค (acute exacerbation), Re-Admit และ Re-Visit บ่อยเป็นผู้ป่วยรายเดิมที่มีปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการหอบจากสัมผัสสิ่งกระตุ้น ได้แก่ ควันไฟและฝุ่นละออง (44%), เกิดจากการสูบบุหรี่ของผู้ป่วย (28%), การพ่นยาไม่ถูกหลัก (15.8%) การพ่นยาไม่ต่อเนื่องหรือยาพ่นหมด (8.4%) สาเหตุอื่นๆที่ไม่ชัดเจน (3.8%) ส่งผลให้โรคหืดเกิดอาการกำเริบอย่างรุนแรงจนต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตน้อย⁴

จากการค้นคว้างานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดเกิดจากหลายๆปัจจัย ได้แก่ การรับรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาโรคหืด การรับรู้อุปสรรคในการใช้ยา⁵ จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยได้ตระหนักและเห็นความสำคัญว่าโรคหืดเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข จึงมีความสนใจศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืด และความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการใช้ยาโรคหืด เพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลในการหาแนวทางส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษาที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ รวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง และลดการสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัวและต่อประเทศชาติอีกด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืด ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีรัตน จังหวัดศรีสะเกษ

กรอบแนวคิดวิจัย

ตัวแปรอิสระในการวิจัย

- 1) การรับรู้ด้านสุขภาพโดยใช้แนวคิดของ Rosenstock⁶ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยง การเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคหืด การรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด การรับรู้ประโยชน์ของการใช้

ยา และการรับรู้อุปสรรคของการใช้ยา 2) พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืด ซึ่งการใช้ยาของผู้ป่วยที่ถูกต้องตามหลักประกันความปลอดภัยในการใช้ยา (5R) ของสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล⁷ ประกอบด้วย ถูกคน (Right patient) ถูกชนิด (Right drug) ถูกขนาด (Right dose) ถูกวิธี (Right method) ถูกเวลา (Right time) และความสม่ำเสมอในการใช้ยา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้ป่วยโรคหืดที่มารับบริการรักษาที่คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลศรีรัตนะ ปีงบประมาณ 2561 จำนวน 184 คน โดยเป็นผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหืด ที่มีอายุระหว่าง 15-70 ปี และไม่มีโรคอื่นร่วมอื่นๆ และสามารถอ่านเข้าใจภาษาไทย สามารถกรอกแบบสอบถามด้วยตนเองได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณที่ทราบประชากรแน่นอนของ Daniel⁸ โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้ เท่ากับ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 125 คน โดยใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือแบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล
ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติม
ข้อความลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 การรับรู้ด้านสุขภาพของ
Rosenstock⁶ ประกอบด้วยการรับรู้โอกาส
เสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคหืด การรับรู้
ความรุนแรงของโรคหืด การรับรู้ประโยชน์ของ
การใช้ยาและการรับรู้อุปสรรคของการใช้ยามี
ข้อคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ลักษณะ
คำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วย
อย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็น
ด้วยอย่างยิ่ง ใช้เกณฑ์การแปลผลของ Best
John W.⁹ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ การรับรู้
ระดับสูง คะแนนระหว่าง 3.67–5.00 ระดับ
ปานกลาง คะแนนระหว่าง 2.34–3.66 และ
ระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 1.00–2.33

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการใช้ยาของ
ผู้ป่วยโรคหืด ตามหลัก 5R⁷ ประกอบด้วย ถูกคน
(Right patient) ถูกชนิด (Right drug) ถูกขนาด
(Right dose) ถูกวิธี (Right method) ถูกเวลา
(Right time) และความสม่ำเสมอในการใช้ยา
ข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ ลักษณะ
คำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติมาก
ที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด การแปล
ผลตามแนวคิดของ Best J.W.¹⁰ แบ่งเป็น 3
ระดับคือ พฤติกรรมระดับสูง คะแนนระหว่าง
3.67–5.00 ระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง
2.34–3.66 และระดับต่ำ คะแนนระหว่าง
1.00–2.33

การตรวจสอบคุณภาพของ
แบบสอบถาม เพื่อหาความตรงตามเนื้อหาโดย

ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำแบบสอบถามไป
ทดลองใช้และคำนวณ ค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร
สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค¹⁰ เท่ากับ

0.71

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม
คอมพิวเตอร์สำเร็จรูป นำเสนอโดยใช้สถิติเชิง
พรรณนาและสถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์
สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product
moment correlation coefficient) โดย
กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยโรคหืดมีจำนวนเพศชาย (51.20%)
ใกล้เคียงกับเพศหญิง (48.80%) มีอายุระหว่าง
30-60 ปี (60%) ($\bar{X}=50.01$, S.D.=14.84,
Max=71, Min=15) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส
คู่/แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน (74.40%) จบการศึกษา
ระดับประถมศึกษา (60%) และจบระดับ
ปริญญาตรี (14.40%) ประกอบอาชีพ
เกษตรกรรม (61%) มีเพียงร้อยละ 13.60 ที่ไม่ได้
ประกอบอาชีพ สำหรับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่
ระหว่าง 2,000-10,000 บาท (58.40%) ($\bar{X}$
=7,522.14, S.D.=10,210.63, Median=5,000,
Max=80,000, Min=600) ระยะเวลาที่ป่วยเป็น
โรคหืด อยู่ระหว่าง 2-10 ปี (48.80%)
($\bar{X}=7.76$, S.D.=7.60, Max=42, Min=1)

ระดับการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรค
หืดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีรัตนะ
จังหวัดศรีสะเกษ ภาพรวมการรับรู้อยู่ใน
ระดับสูง ($\bar{X}=3.92$, S.D.=0.49) เมื่อพิจารณา

การรับรู้ด้านสุขภาพจำแนกรายด้านพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคหืดอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.87$, S.D.=0.46) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหืดอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.94$, S.D.=0.50) การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.05$, S.D.=0.56) การรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.82$, S.D.=0.43) ตามลำดับสำหรับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดพบว่า ภาพรวมการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.10$, S.D.=0.63)

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดจำแนกรายด้านพบว่า การใช้ยาถูกคนอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.33$, S.D.=0.69) การใช้ยาถูกชนิดอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.02$, S.D.=0.52) การใช้ยาถูกขนาดอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.01$, S.D.=0.72) การใช้ยาถูกวิธีอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.16$, S.D.=0.52) การใช้ยาถูกเวลาอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.17$, S.D.=0.56) ความสม่ำเสมอในการใช้ยาอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.93$, S.D.=0.76) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ (n=125)

ตัวแปร	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ ละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ ละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ ละ		
การรับรู้ด้านสุขภาพ	96	76.8	29	23.2	-	-	3.92	0.49
การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิด ภาวะแทรกซ้อนโรคหืด	82	65.6	43	34.4	-	-	3.87	0.46
การรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด	88	70.4	37	29.6	-	-	3.94	0.50
การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยา	94	75.2	31	24.8	-	-	4.05	0.56
การรับรู้อุปสรรคของการใช้ยา	75	60.0	50	40.0	-	-	3.82	0.43
พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรค หืด	104	83.2	21	16.8	-	-	4.10	0.63
ใช้ยาถูกคน	100	80.0	24	19.2	1	0.8	4.33	0.69
ใช้ยาถูกชนิด	98	78.4	27	21.6	-	-	4.02	0.52
ใช้ยาถูกขนาด	89	71.2	36	28.8	-	-	4.01	0.72
ใช้ยาถูกวิธี	106	84.8	19	15.2	-	-	4.16	0.52
ใช้ยาถูกเวลา	95	76.0	30	24.0	-	-	4.17	0.56
ความสม่ำเสมอในการใช้ยา	83	66.4	38	30.4	4	3.2	3.93	0.76

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีรัตน จังหวัดศรีสะเกษ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีรัตน จังหวัดศรีสะเกษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.311$, $P\text{-value}<0.001$) เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด

ภาวะแทรกซ้อนของโรคหืดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.215$) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.271$) ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยารักษาโรคหืดไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา และด้านการรับรู้อุปสรรคของการใช้ยารักษาโรคหืดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.215$) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม

การใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีรัตน จังหวัดศรีสะเกษ ($n=125$)

การรับรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืด		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
การรับรู้ด้านสุขภาพ	0.311	<0.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคหืด	0.215	0.016*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
การรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด	0.271	0.002*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยา	0.138	0.124	ไม่มีความสัมพันธ์
การรับรู้อุปสรรคของการใช้ยา	0.201	0.025*	มีความสัมพันธ์ทางบวก

* ระดับนัยสำคัญ ที่ระดับ 0.05

การอภิปรายผล

การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อน พบว่าผู้ป่วยบางส่วน (30.40%) ไม่เข้าใจว่าโรคหืดเป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลมมีผลทำให้หลอดลมของผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสารภูมิแพ้

หรือสิ่งกระตุ้นและสิ่งแวดล้อมมากกว่าคนปกติ เมื่อเจอสิ่งกระตุ้นจะเกิดหลอดลมตีบทำให้เกิดอาการไอ แน่นหน้าอก หายใจมีเสียงวี๊ดหรือหอบเหนื่อยเกิดขึ้นทันทีเมื่อได้รับสิ่งกระตุ้น แต่อาการดังกล่าวอาจหายไปเองได้หรือหายไปเมื่อได้รับยาขยายหลอดลม¹¹ผู้ป่วยโรคหืดทุก

คนควรได้รับยาควบคุมโรคที่ต้องใช้อย่างสม่ำเสมอและยาบรรเทาอาการเมื่อมีอาการ โดยมีเป้าหมายของการรักษาโรคคือ การควบคุมอาการโรคหืดในปัจจุบัน (Current control) ได้แก่ การไม่มีอาการหอบทั้งกลางวันและกลางคืน ไม่ต้องใช้ยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์เร็ว ไม่มีโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งสามารถออกกำลังกายได้ตามปกติ มีสมรรถภาพปอดปกติ และการป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต(Future risks prevention) ได้แก่ การกำเริบของโรคหืด การเสียชีวิตจากโรคหืด การลดลงของสมรรถภาพปอดจนเกิดการอุดกั้นถาวร (Airway remodeling) และอาการข้างเคียงจากการรักษา¹²

สภาเภสัชกรรม¹³กำหนดแนวทางการใช้ยาของผู้ป่วย ตามหลัก 5Rประกอบด้วย ถูกคน (Right patient) ถูกชนิด (Right drug) ถูกขนาด (Right dose) ถูกวิธี (Right method) ถูกเวลา (Right time) และความสม่ำเสมอในการใช้ยา ในภาพรวมของพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดทั้ง 6 ด้าน อยู่ในระดับสูง (83.20%) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดรายด้านจะพบว่า 1) การใช้ยาถูกคน (Right patient) มีการปฏิบัติในระดับสูง (80%) เป็นการพิจารณาอย่างละเอียดก่อนที่จะใช้ยาว่า ควรใช้ยาชนิดใดหรือใช้กับใคร เพศใด และมีอายุเท่าใด เพราะอวัยวะต่างๆในร่างกายของคนแต่ละเพศแต่ละวัยมีความแตกต่างกัน ทำให้การตอบสนองต่อการออกฤทธิ์ของยาแตกต่างกัน 2) การใช้ยาถูกชนิด (Right drug) มี

การปฏิบัติในระดับสูง (78.40%) เป็นการให้ยาให้ถูกกับโรค หมายถึงให้ยาให้ตรงกับโรคที่เป็นอยู่ ซึ่งแพทย์หรือเภสัชกรจะเป็นผู้สั่งจ่ายยาให้ เพราะหากให้ยาไม่ถูกกับโรคอาจทำให้ได้รับอันตรายจากยานั้นได้หรือไม่ได้ผลในการรักษา และยังอาจเกิดโรคอื่นแทรกซ้อนได้ เช่น การใช้ยาปฏิชีวนะทั้งที่โรคที่เป็นไม่เกี่ยวกับการติดเชื้อเลย ซึ่งทำให้เชื้อโรคเกิดการดื้อต่อยาปฏิชีวนะได้ในภายหลัง 3) การใช้ยาถูกขนาด (Right dose) มีการปฏิบัติในระดับสูง (71.20%) เนื่องจากการรับประทานให้ถูกขนาดตามที่แพทย์หรือเภสัชกรแนะนำจะให้ผลดีในการรักษาและควรใช้อุปกรณ์มาตรฐานในการตรวจยาไม่ใช้ช้อนทานข้าวหรือช้อนชงกาแฟ เพราะจะทำให้ได้ปริมาณยาที่ไม่ถูกต้อง 4) การใช้ยาถูกวิธี (Right method) มีการปฏิบัติในระดับสูง (84.80%) โดยมีการระบุลักษณะในการใช้ยา คือ ยาที่ใช้ภายนอกและยาที่ใช้ภายใน เพราะมีผลต่อการดูดซึมเข้าสู่ร่างกายในปริมาณมากน้อยแตกต่างกัน 5) การใช้ยาถูกเวลา (Right time) มีการปฏิบัติในระดับสูง (76%) หมายถึงช่วงระยะเวลาในการใช้ยา เช่น ยาที่ต้องรับประทานก่อนอาหาร และหรือหลังอาหาร ยาที่ต้องทานก่อนนอน หรือยาที่ต้องรับประทานเมื่อมีอาการ 6) ความสม่ำเสมอในการใช้ยา มีการปฏิบัติในระดับสูง (66.40%) เป็นพฤติกรรมการปฏิบัติในการใช้ยาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันอาการโรคหืดกำเริบ

การรับรู้ด้านสุขภาพ (Health perception) เป็นการรับรู้ของบุคคลเป็นข้อบ่งชี้ถึงพฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้า

ใกล้สิ่งที่ตนเองพอใจเพราะคิดว่าสิ่งนั้นๆจะก่อให้เกิดผลที่ดีต่อตนเอง รวมทั้งจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงออกจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนาและไม่พึงพอใจ เช่น การที่บุคคลใดมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันและการปฏิบัติกิจกรรมเฉพาะเจาะจงมีประโยชน์เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค สอดคล้องกับแนวคิดของ Rosenstock⁶กล่าวว่า การรับรู้ด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ของบุคคลที่ทำให้บุคคลนั้นแสดงพฤติกรรมออกมาเนื่องจากการรับรู้ด้านสุขภาพเป็นกระบวนการทางความคิดและจิตใจของมนุษย์ที่แสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจต่อสิ่งเร้าที่ผ่านเข้ามาทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือ การได้เห็น การได้ยิน การสัมผัส การลิ้มรสและการได้กลิ่นแล้วมีการแสดงพฤติกรรมออกมาอย่างมีจุดมุ่งหมายโดยมีแรงผลักดันจากความรู้และประสบการณ์เดิมผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.311$, $P\text{-value}<0.001$)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย มีความสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา^{5, 14} ได้ข้อค้นพบว่าการรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดซึ่งการรับรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย

1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคหืด(Perceived susceptibility) มีคะแนนความคิดเห็นอยู่ในระดับสูง (65.60%)เนื่องจากการรับรู้โอกาสเสี่ยงเป็นความเชื่อหรือการคาดคะเนว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นมาน้อยเพียงใด และถ้าเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยจะ หมายถึง ความเชื่อต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ และความรู้สึกของผู้ป่วยว่าตนเองง่ายต่อการป่วยเป็นโรคต่าง ๆ2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด(Perceived severity) มีคะแนนความคิดเห็นอยู่ในระดับสูง (70.40%)การรับรู้ความรุนแรงเป็นความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบากและการต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตน ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่กล่าวถึง อาจมีความแตกต่างจากความรุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคจะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (Perceived threat) ของโรคว่ามีความมาน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นส่วนที่บุคคลไม่ปรารถนา และมีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง3) การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาโรคหืด (Perceived benefits)มีคะแนนความคิดเห็นอยู่ในระดับสูง (75.20%) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับประสิทธิภาพของวิธีการรักษา

ความสามารถของแพทย์ในการรักษาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ การที่บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ความเชื่อเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และทำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอเพื่อลดภาวะการเจ็บป่วยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ และ 4) การรับรู้อุปสรรคในการใช้ยา(Perceived barriers)มีคะแนนความคิดเห็นอยู่ในระดับสูง (60%) การรับรู้อุปสรรคเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่ออาการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย เวลาในการมารับบริการสุขภาพหรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษในเรื่องต่างๆที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดหรือไม่สะดวกสบายหรือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ขัดกับการประกอบอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งก่อให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ ฉะนั้นบุคคลจึงต้องมีการประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและการกระทำพฤติกรรมอนามัยของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาและหาการแก้ไขปัญหาดังเรื่องอุปสรรคของการใช้ยาของโรคหืดเพิ่มเพื่อให้ผู้ป่วยโรคหืดได้เกิดการใช้ยาโรคหืดได้อย่างถูกต้อง และควรมีการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดในกลุ่มผู้ป่วยที่คุมอาการโรคหืดได้ (Controlled), กลุ่มผู้ป่วยที่คุมอาการโรคหืดได้บ้าง (Party controlled) และ กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถคุมอาการโรคหืดได้ (Uncontrolled) เปรียบเทียบว่ามีพฤติกรรมใช้ยาแตกต่างกันหรือไม่

เอกสารอ้างอิง

1. อรรถพรณ โพนกุล, สมบูรณ์ จันทร์สกุลพร. โรคภูมิแพ้ทางเดินหายใจในเด็ก. พระนครศรีอยุธยา: เทียนวัฒนาพรินติ้ง; 2558: 149-184.
2. World Health Organization [WHO].(2011). Astma. Retrived March 13, 2019, from <http://www.who.int/mediacentt e/factsheets/fs307/en/index.html>.
3. วชิรา บุญสวัสดิ์. โรคหืด. ใน นิธิพัฒน์ เจริญกุล (บรรณาธิการ), ตำราโรคระบบการหายใจ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์; 2561: 444-454.
4. รายงานสรุปข้อมูลด้านคลินิก, พ.ศ. 2558-2560.โรงพยาบาลศรีรัตนนะ; 2561.

5. นีราวดี พัทธนี, สมลักษณ์ เทพสุริยานนท์, อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์, ทวีศักดิ์ ศิริพรไพบุลย์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหอบหืด. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2557; 8(3): 92-103.
6. Rosenstock, Irain M. The Health Belief Model and Prevention Behavior. Health Education Monographs; 1974.
7. ปรีชา มนทกานติกุล ระบบการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา ใน: ธิดา นิงสานนท์, สุวัฒนาจุฬาวัฒนทล, ปรีชา มนทกานติกุล, บรรณาธิการ. การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย. กรุงเทพมหานคร: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย); 2547.
8. Daniel W.W. Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences (9thed). New York: John Wiley & Sons. 2010.
9. Best, John W. Research is Evaluation. (3rd ed). Englewood cliffs: N.J. Prentice Hall. 1977.
10. Cronbach, L.J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika, 1951; 16(3): 297-334.
11. Paul O'Byrne, Eric D. Bateman, Jean Bousquet, editor. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. 2006 : p. 7-9.
12. วัชรนา บุญสวัสดิ์, กมล แก้วกิตติณรงค์, ศิวศักดิ์ จุทอง, ประพาฬ ยงใจยุทธ, สุชัย เรืองรัตนกุล, อรพรรณ โพชนุกูล, แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทย สำหรับผู้ใหญ่, 2560. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร: ปิยอนซ์ เอนเตอร์ไพรส์, สมาคมองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย ; 2560.
13. อภิญญา เหมะจุฑา, ปรีชา มนทกานติกุล ความคลาดเคลื่อนในการให้ยา ใน: ธิดา นิงสานนท์,
14. สุวัฒนาจุฬาวัฒนทล, ปรีชา มนทกานติกุล, บรรณาธิการ. การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย. กรุงเทพมหานคร: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย); 2547.
15. พิชรี วัฒนชัย, พิชราภรณ์ อารีย์, สุธิศาล่ามช้าง. ความรุนแรงของโรคหืด พฤติกรรมการจัดการของครอบครัว และการควบคุมอาการของโรคหืดในเด็กของผู้ดูแลในครอบครัว. พยาบาลสาร. 2559(43): 1-12.

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติกับการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของ ประชาชนตำบลบางเป้า อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

สมใจ เป้าทอง¹ อมรศักดิ์ โพธิ์อำ² วัชรกรณ์ สุดสาคร³

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้และทัศนคติที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนตำบลบางเป้า อำเภอกันตัง จังหวัดตรังกลุ่มประชากรคือจำนวนหลังคาเรือนที่มีทะเบียนบ้านอยู่ในเขตตำบลบางเป้า อย่างน้อย 1 ปี จำนวน 3,297 หลังคาเรือน โดยเลือกหัวหน้าครัวเรือนหรือผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลครอบครัวเป็นตัวแทนในการตอบแบบสอบถาม ใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนของ Daniel ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 361 หลังคาเรือนใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ด้านความรู้ ส่วนที่ 3 ด้านทัศนคติ ส่วนที่ 4 การจัดการขยะมูลฝอยแบบ 5R การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านและนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า ความรู้ประกอบด้วย ความหมายของขยะ แหล่งที่มา ประเภทของขยะ การคัดแยกขยะ การกำจัดขยะและอันตรายของขยะ ภาพรวมมีความรู้ในระดับสูง ($\bar{X}=2.62$, S.D.=0.65) ทัศนคติ ประกอบด้วย ความสำคัญของการคัดแยกขยะ การกำจัดขยะ ประโยชน์ของการคัดแยก ปัญหาขยะภาพรวมมีทัศนคติในระดับสูง (70.1%) ($\bar{X}=2.70$, S.D.=0.45) ระดับการจัดการขยะมูลฝอยประกอบด้วย ลดการใช้ การใช้ซ้ำ การนำไปใช้ใหม่ การซ่อมแซม การไม่ทำให้เกิดปัญหาขยะ ภาพรวมมีความรู้ในระดับสูง (70.6%) ($\bar{X}=2.69$, S.D.=0.47) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนตำบลบางเป้า อำเภอกันตัง จังหวัดตรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.175$, P-value =0.001, $r=0.386$, P-value<0.001ตามลำดับ)

คำสำคัญ: การจัดการขยะ; ขยะมูลฝอยในครัวเรือน

¹ ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม, องค์การบริหารส่วนตำบลบางเป้า อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง,
E-mail: Somjai1101@hotmail.com

² อาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยรามคำแหง

³ ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลบางเป้า อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

Corresponding author: อมรศักดิ์ โพธิ์อำ, E-mail: amornsak1.poum@gmail.com

The Association between Knowledge, Attitude and Household's Waste Management among People Who Live in Bangpao Tambon, Kantrang District, Trang

Somjai Paothong¹ Amornsak Poum² Waradkorn Sudsakorn³

Abstract

This descriptive study aimed to examine the association between knowledge, attitude and household's waste management among people who live in Bangpao Tambon, Kantrang District, Trang Province. 3,297 households that registered at least 1 year with Bangpao Municipality were target population and core family representative be invited to take part in the study. 361 samples were calculated by Daniel formula and systematic random sampling was the method of participant selection. Constructive questionnaires were data collection tools which composed of four parts as follow, parts 1) general characteristics, part 2) knowledge factors, part 3) attitude factors and part 4 household's waste management. Constructive questionnaires had been examined by three professional before trying out. Reliability test result by Cronbach alpha coefficient formula was 0.917. Pearson product moment correlation coefficient was used to test an association. Study results illustrated that knowledge factors including, waste meaning, waste sources, types of waste, waste separation, waste disposal and hazardous waste, had score with high level (72.3%) ($\bar{X} = 2.62$, S.D.=0.65), attitude factors including, benefit, waste separation, waste disposal, waste sorting benefit, and problems caused by waste had score with high level (70.1%) ($\bar{X} = 2.70$, S.D.=0.45). In context of household's waste management including reuse, reduce, recycle, repair, and reject had score with high level (70.6%) ($\bar{X} = 2.69$, S.D.=0.47). Moreover, An association between knowledge, attitude and household's waste management was found a statistical significance ($r=0.175$, $P\text{-value}=0.001$, $r=0.386$, $P\text{-value}<0.001$, respectively).

Keywords: Waste management, Household's Waste

¹ Director of Public Health and Environment, Bangpao Sub district Administrative Organization, Trang Province, E-mail: Somjai1101@hotmail.com

² Lecturer of Master of Public Health Program in Public Health Administration, Faculty of Public Health, Ramkhamhaeng University.

³ Chief Administrator of the SAO, Bangpao Subdistrict Administrative Organization, Trang Province.

Corresponding author: Amornsak Poum, E-mail: amornsak1.poum@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาขยะมูลฝอยนับวันยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้นเนื่องจากการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากร การพัฒนาประเทศอย่างต่อเนื่องรวมทั้งผลผลิตเทคโนโลยีใหม่เพิ่มขึ้นทำให้เกิดวัสดุที่เหลือใช้และกลายเป็นขยะมูลฝอยเพิ่มขึ้นตามไปด้วย การขยายตัวของเมืองใหญ่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วตามความเจริญส่งผลให้จำนวนประชากรเมืองเพิ่มมากขึ้น มีการบริโภคและอุปโภคทั้งสิ่งของจำเป็นและสิ่งฟุ่มเฟือยเป็นจำนวนมากและสิ่งที่เป็นปัญหาดิตตามมาก็คือ ปริมาณขยะมูลฝอยที่เป็นของเหลือทิ้งจากขบวนการผลิตและการใช้สอยของมนุษย์สาเหตุอีกอย่างหนึ่งก็คือ การเจริญเติบโตของเมืองขนาดใหญ่อย่างรวดเร็วซึ่งอาจจะมีขยะที่มีลักษณะแตกต่างกันไปตามแหล่งกำเนิด เช่น ขยะจากบ้านเรือนส่วนใหญ่จะเป็นเศษอาหารรวมทั้งเศษกระดาษ พลาสติกและของที่ไม่ใช้แล้ว ปี พ.ศ.2559ประเทศไทยมีอัตราการเพิ่มของขยะระหว่างปี พ.ศ.2558-2559 เท่ากับ 1.13 และ 1.14 กิโลกรัมต่อคนต่อวัน โดยมีสัดส่วนของขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นในกรุงเทพมหานคร จำนวน 4.21 ล้านตัน (ร้อยละ 16) ในเทศบาลและเมืองพัทยา จำนวน 11.16 ล้านตัน (ร้อยละ 41) และในองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 11.69 ล้านตัน (ร้อยละ 43)¹ ในส่วนของปริมาณขยะมูลฝอยในจังหวัดตรัง ปี พ.ศ.2558-2559 พบว่าขยะมูลฝอยในชุมชนที่เกิดขึ้นมีปริมาณเพิ่มมากขึ้นร้อยละ 0.78 ปริมาณขยะชุมชนที่เก็บขนได้เพิ่มขึ้นร้อยละ

1.74 ขยะชุมชนที่ใช้ประโยชน์ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 17.61 และขยะชุมชนที่ตกค้างลดลงร้อยละ 4.78¹

เขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลบางเป้ามีพื้นที่รับผิดชอบ 7 หมู่บ้าน มีประชากรจำนวน 9,960 คน (3,297 ครัวเรือน) เป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทและเป็นชุมชนที่มีการขยายตัวทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างต่อเนื่องจากเหตุผลของความเจริญที่ขยายตัวทางเศรษฐกิจส่งผลให้จำนวนประชากรเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและมีแหล่งสาธารณูปโภคเพิ่มขึ้น เช่น ตลาดสด ร้านค้าและร้านขายของชำซึ่งเป็นบ่อเกิดขยะมูลฝอยทั้งสิ้น จากข้อมูลปริมาณขยะมูลฝอยเขตตำบลบางเป้า พบว่า พ.ศ.2558-2560 ตำบลบางเป้ามีปริมาณขยะมูลฝอยเพิ่มมากขึ้นทุกปี เท่ากับ 728, 780, 823 ตันตามลำดับ องค์การบริหารส่วนตำบลบางเป้ามีค่าใช้จ่ายในการจัดการขยะเฉลี่ยเดือนละ 48,750 บาท²

ปัญหาขยะมูลฝอยเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนรวมทั้งก่อให้เกิดโรคได้เช่น เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของแมลงและพาหนะนำโรค เป็นบ่อเกิดของโรค ก่อให้เกิดความรำคาญ ก่อให้เกิดมลพิษต่อสิ่งแวดล้อมทำให้เกิดการเสี่ยงต่อสุขภาพ เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจและทำให้ขาดความสง่างาม³ ในการแก้ไขปัญหาปริมาณขยะมูลฝอยที่เพิ่มขึ้นขององค์การบริหารส่วนตำบลบางเป้าได้นั้นวิธีการแก้ไขปัญหาคือต้นเหตุของปัญหา

ขยะหรือแหล่งกำเนิดของขยะ โดยในทางปฏิบัติได้ใช้หลักการ 5R ของสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย การหลีกเลี่ยง (Reject) การลดปริมาณ (Reduce) การนำมาใช้ใหม่ (Reuse) การซ่อมแซมเพื่อใช้ใหม่ (Repair) การแปรสภาพเพื่อใช้ใหม่ (Recycle)⁴ ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนตำบลบางเป้าจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนเขตตำบลบางเป้าและศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนผลที่ได้จากการวิจัยจะทำให้ทราบถึงการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนและความคิดเห็นของประชาชนที่มีต่อการจัดการขยะของประชาชนเพื่อที่จะนำข้อมูลที่ได้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ประชาชนมีการจัดการขยะมูลฝอยที่พึงประสงค์ตามหลัก 5R

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติกับการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนเขตตำบลบางเป้าอำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

กรอบแนวคิดวิจัย

ตัวแปรอิสระในการวิจัย 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ, อายุ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา, การประกอบอาชีพ, รายได้เฉลี่ยต่อเดือน, จำนวนสมาชิกในครัวเรือน, ลักษณะของบ้าน 2) ด้านความรู้ประกอบด้วย ความหมายของขยะ, แหล่งที่มาของขยะ,

ประเภทขยะ, การคัดแยกขยะ, การกำจัดขยะและอันตรายของขยะ 3) ทัศนคติประกอบด้วย ความสำคัญของการคัดแยกขยะ, การกำจัดขยะ, ประโยชน์ของการคัดแยก, ปัญหาที่เกิดจากขยะและ 4) การจัดการขยะมูลฝอย โดยใช้หลักการ 5R ของสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม⁴ ประกอบด้วย การหลีกเลี่ยง (Reject) การลดปริมาณ (Reduce) การนำมาใช้ใหม่ (Reuse) การซ่อมแซมเพื่อใช้ใหม่ (Repair) การแปรสภาพเพื่อใช้ใหม่ (Recycle)

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรคือจำนวนหลังคาเรือนที่มีทะเบียนบ้านอยู่ในเขตตำบลบางเป้าอย่างน้อยกว่า 1 ปี จำนวน 3,297 หลังคาเรือนโดยเลือกหัวหน้าครัวเรือนหรือผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลครอบครัวเป็นตัวแทนในการตอบแบบสอบถามคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณการประมาณค่าสัดส่วน ในกรณีทราบประชากรแน่นอนของ Daniel⁵ โดยการเทียบสัดส่วนที่ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อน สามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 361 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อสุ่มเลือกบ้านเลขที่ของหลังคาเรือนเป็นตัวแทนในการเก็บข้อมูลและใช้วิธีสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงในการเลือกรายชื่อตัวแทนครัวเรือนเพื่อตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ

แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ, อายุ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา, การประกอบอาชีพ, รายได้เฉลี่ยต่อเดือน, จำนวนสมาชิกในครัวเรือน, ลักษณะของบ้าน ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ด้านความรู้ประกอบด้วย ความหมายของขยะ, แหล่งที่มาของขยะ, ประเภทขยะ, การคัดแยกขยะ, การกำจัดขยะ และอันตรายของขยะ ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ใช้เกณฑ์การแปลผลของ Bloom⁶ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ความรู้ระดับสูง คะแนน $\geq 80\%$ ระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 61-79% และระดับต่ำ คะแนน $\leq 60\%$

ส่วนที่ 3 ด้านทัศนคติข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ใช้เกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง ปานกลางและต่ำเกณฑ์ การแปลผลตามแนวคิดของ Best J.W.⁷ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ความคิดเห็นระดับสูง คะแนนระหว่าง 3.67–5.00 ระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 2.34–3.66 และระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 1.00–2.33

ส่วนที่ 4 การจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่าตามระดับการปฏิบัติ 5 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W.⁷ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (คะแนน 3.66-5.00) ระดับปานกลาง (คะแนน 2.34-3.66) และระดับต่ำ (คะแนน 1.00-2.33)

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม เพื่อหาความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้และคำนวณค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค⁸ ภาพรวมของแบบสอบถามได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.917

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปใช้สถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (59%) มีอายุระหว่าง 20-59 ปี (88.64%) ($\bar{X}$ =40.34, S.D.=12.992, Max=85, Min=17) มีสถานภาพสมรสคู่/แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน (59.28%) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (37.40%) ประกอบอาชีพรับจ้าง (39.34%) และเกษตรกร (27.42%) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

จำนวน 8,000-20,000 บาท (74.24%) ($\bar{X}$ =13,586, S.D.=6,405, Max=40,000, Min=800)มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2-5 คน (79.50%) โดยส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส (81.44%)

ระดับความรู้ของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน ภาพรวมอยู่ในระดับสูง (72.30%) ($\bar{X}$ = 2.62, S.D.= 0.650) เมื่อพิจารณาความรู้จำแนกรายด้าน พบว่าความรู้ด้านความหมายของขยะมูลฝอยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =2.27, S.D.=0.859) ด้านแหล่งที่มาของขยะมูลฝอยอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}$ =1.71, S.D.=0.770) ด้านประเภทของขยะมูลฝอยอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}$ =1.71, S.D.=0.788) ด้านการคัดแยกขยะมูลฝอยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =1.97, S.D.=0.792) ด้านการกำจัดขยะมูลฝอยอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}$ =1.93, S.D.=0.832) ด้านอันตรายจากขยะมูลฝอยอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}$ =1.89, S.D.=0.864)

ด้านทัศนคติของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน ภาพรวมอยู่ในระดับสูง (70.10%) ($\bar{X}$ =2.70, S.D.=0.458) เมื่อพิจารณาทัศนคติจำแนกรายด้าน พบว่าด้านความสำคัญของการคัดแยกขยะมูลฝอยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =2.50, S.D.=0.506) ด้านประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการกำจัดขยะมูลฝอยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =2.68, S.D.=0.470) ด้านประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการกำจัดขยะมูลฝอยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =2.79, S.D.=0.406) ด้านปัญหาที่เกิดจากขยะมูลฝอยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =2.57, S.D.=0.495)

การจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน ตำบลบางเป้าภาพรวมอยู่ในระดับสูง (70.64%) ($\bar{X}$ =2.69, S.D.= 0.477)เมื่อพิจารณาการจัดการขยะมูลฝอยจำแนกรายด้าน พบว่าการลดการใช้ขยะอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =2.62, S.D.=0.501)การใช้ซ้ำอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =2.68, S.D.=0.495)การรีไซเคิลอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =2.55, S.D.=0.582)การนำวัสดุที่ชำรุดมาซ่อมแซมใช้ใหม่อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =2.79, S.D.=0.409)การหลีกเลี่ยงวัสดุที่จะสร้างปัญหาขยะมูลฝอยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =2.50, S.D.=0.606) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ ทักษะและการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนเขตตำบลบางเป้า อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง (n=132)

ตัวแปร	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ความรู้	261	72.3	66	18.3	34	9.4	2.62	0.650
ความหมายของขยะมูลฝอย	196	54.3	68	18.8	97	26.9	2.27	0.859
แหล่งที่มาของขยะมูลฝอย	70	19.4	118	32.7	173	47.9	1.71	0.770
ประเภทของขยะมูลฝอย	75	20.8	107	29.6	179	49.6	1.71	0.788
การคัดแยกขยะมูลฝอย	109	30.2	135	37.4	117	32.4	1.97	0.792
การกำจัดขยะมูลฝอย	113	31.3	110	30.5	138	38.3	1.93	0.832
อันตรายจากขยะมูลฝอย	117	32.4	88	24.4	156	43.2	1.89	0.864
ทัศนคติ	253	70.1	108	29.9	-	-	2.70	0.458
ความสำคัญการคัดแยกขยะ มูลฝอย	182	50.4	178	49.3	1	0.3	2.50	0.506
ความสำคัญการกำจัดขยะมูล ฝอย	249	68.9	111	30.8	1	0.3	2.68	0.470
ประโยชน์การกำจัดขยะมูล ฝอย	286	79.2	75	20.8	-	-	2.79	0.406
ปัญหาจากขยะมูลฝอย	207	57.3	154	42.7	-	-	2.57	0.495
การจัดการขยะมูลฝอย	255	70.6	103	28.5	3	0.8	2.69	0.477
การลดการใช้ (Reduce)	229	63.4	129	35.7	3	0.8	2.62	0.501
การใช้ซ้ำ (Reuse)	251	69.5	105	29.1	5	1.4	2.68	0.495
รีไซเคิล (Recycle)	209	57.9	125	34.6	27	7.5	2.55	0.582
การซ่อมแซมใช้ใหม่(Repair)	289	80.1	71	19.67	1	0.3	2.79	0.409
การหลีกเลี่ยงปัญหาขยะ (Reject)	204	56.5	136	37.67	21	5.8	2.50	0.606

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทศนคติ และการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนตำบลบางเป้า อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่า ความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับ

การจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนตำบลบางเป้า อำเภอกันตัง จังหวัดตรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.175$, $P\text{-value}=0.001$, $r=0.386$, $P\text{-value}<0.001$) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างความรู้ ทศนคติและการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนเขตตำบลบางเป้า อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ($n=132$)

ปัจจัยบริหาร และกระบวนการบริหาร	การจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ความรู้	0.175	0.001**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ความหมายของขยะมูลฝอย	0.108	0.041*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
แหล่งที่มาของขยะมูลฝอย	0.180	0.001**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ประเภทของขยะมูลฝอย	0.145	0.006**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
การคัดแยกขยะมูลฝอย	0.188	<0.001**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
การกำจัดขยะมูลฝอย	0.241	<0.001**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
อันตรายจากขยะมูลฝอย	0.251	<0.001**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ทัศนคติ	0.386	<0.001**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ความสำคัญการคัดแยกขยะมูลฝอย	0.099	0.059	ไม่มีความสัมพันธ์
ความสำคัญการกำจัดขยะมูลฝอย	0.332	<0.001**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ประโยชน์จากการกำจัดขยะมูลฝอย	0.291	<0.001**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ปัญหาจากขยะมูลฝอย	0.288	<0.001**	มีความสัมพันธ์ทางบวก

การอภิปรายผล

ความรู้ของประชาชนมีความสัมพันธ์กับการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนตำบลบางเป้า อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.001$)อธิบายได้ว่าความรู้เป็น

ข้อเท็จจริง (Facts) หรือความจริง (Truth) ที่มนุษย์ได้รับและเก็บรวบรวมจากประสบการณ์ต่างๆ การที่บุคคลยอมรับหรือปฏิเสธสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้อย่างมีเหตุผลบุคคลควรจะต้องรู้เกี่ยวกับสิ่งนั้นเพื่อประกอบการตัดสินใจ นั่นคือบุคคลจะต้องมีข้อเท็จจริงหรือข้อมูลต่างๆที่

สนับสนุนและให้คำตอบข้อสงสัยที่บุคคลมีอยู่ สามารถชี้แจงให้บุคคลเกิดความเข้าใจและทัศนคติที่ดีต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งรวมทั้งเกิดความตระหนัก ความเชื่อและค่านิยมต่างๆ ตรงกับความหมายของความรู้ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน¹⁰ ที่ให้ความหมายความรู้ว่า หมายถึงข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์และโครงสร้างที่เกิดขึ้นจากการศึกษาหรือค้นคว้าหรือความรู้เกี่ยวกับสถานที่ สิ่งของหรือบุคคลซึ่งได้จากการสังเกต ประสบการณ์หรือจากรายงาน การรับรู้ข้อเท็จจริงเหล่านี้ต้องชัดเจนและต้องอาศัยเวลา ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของวันวิสาข์ คงพิรุณและคณะ¹¹ ที่พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในหมู่บ้านโป่งปะ ตำบลแก่งโสภา อำเภอวังทองจังหวัดพิษณุโลก อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของวรรณภา เฉลยบุญ¹² ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติต่อพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอย ซึ่งพบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองราชบุรี จังหวัดราชบุรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แตกต่างกับการศึกษาของอัจฉรี ชัยชนะ¹³ พบว่าความรู้และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลัก 5Rs ของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติไม่มีความสัมพันธ์กัน ($p\text{-value} > 0.05$)

ทัศนคติของประชาชนมีความสัมพันธ์กับการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของ

ประชาชนตำบลบางเป้า อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) สอดคล้องกับแนวคิดของ Thurstone¹⁴ กล่าวว่าทัศนคติเป็นระดับความมากน้อยของความรู้สึกในด้านบวกและด้านลบที่มีต่อสิ่งหนึ่งซึ่งอาจเป็นอะไรได้หลายอย่าง เช่น สิ่งของ บุคคล บทบาท องค์กร ความคิดเห็น เป็นต้น ความรู้สึกเหล่านี้ผู้รู้สึกสามารถบอกความแตกต่างได้ว่า เห็นด้วยหรือไม่ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโรเจอร์ (Roger)¹⁵ ที่กล่าวถึงทัศนคติว่าเป็นดัชนีชี้ว่าบุคคลนั้นคิดและรู้สึกอย่างไรกับคนรอบข้าง วัตถุหรือสิ่งแวดล้อมตลอดจนสถานการณ์ต่างๆ โดยทัศนคตินั้นมีรากฐานมาจากความเชื่อที่อาจส่งผลถึงพฤติกรรมในอนาคตได้ ทัศนคติจึงเป็นความพร้อมที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าและเป็นมิติของการประเมินเพื่อแสดงว่าชอบหรือไม่ชอบต่อประเด็นหนึ่งๆ ซึ่งถือเป็นการสื่อสารภายในบุคคลที่เป็นผลกระทบมาจากการรับสาร อันจะมีผลต่อพฤติกรรมต่อไป ผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของวรรณภา เฉลยบุญ¹² ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติและพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองราชบุรี จังหวัดราชบุรี พบว่าทัศนคติด้านการจัดการขยะมูลฝอยอยู่ในระดับดี มีพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยส่วนใหญ่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของสมพงษ์ แก้วประยูร¹⁶ พบว่า ทัศนคติในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองควนลัง อำเภอกหาดใหญ่ จังหวัด

สงขลา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 แต่แตกต่างจากงานวิจัยของ จอมจันทร์ นทีวัฒนาและวิชัย เทียนถาวร¹⁷ ที่พบว่า ทักษะคิดไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการลดขยะของประชาชนในชุมชนแม่กาอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย ถึงแม้ว่าพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนเขตตำบลบางเป้า อำเภอกันตัง จังหวัดตรังในภาพรวมอยู่ในระดับสูง แต่ยังพบปัญหาปริมาณขยะในพื้นที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งจำเป็นจะต้องเร่งดำเนินการแก้ไขปัญหาดังนั้น องค์การบริหารส่วนตำบลบางเป้าควรมีการดำเนินกิจกรรมดังนี้

1. ควรกำหนดนโยบายให้เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานให้ความรู้กับประชาชนโดยเน้นด้านการหลีกเลี่ยงวัสดุที่จะสร้างปัญหาขยะ เนื่องจากการหลีกเลี่ยงวัสดุที่จะสร้างปัญหาขยะ มีระดับคะแนนน้อยที่สุด

2. ควรมีการส่งเสริมให้ประชาชนนำปัจจัยทั้ง 5 ด้าน มาใช้ โดยวิธี 5R ซึ่งประกอบด้วยด้านการลดการใช้ (Reduce) การใช้ซ้ำ (Reuse) การรีไซเคิล (Recycle) การนำวัสดุที่ชำรุดมาซ่อมแซมใช้ใหม่ (Repair) และการหลีกเลี่ยงวัสดุที่จะสร้างปัญหาขยะ (Reject)

3. ควรมีกิจกรรมส่งเสริมการคัดแยกขยะที่ต้นทางเพื่อลดปัญหาขยะในชุมชน

4. ควรส่งเสริมให้ประชาชนนำเศษผักและเศษผลไม้ไปหมักทำปุ๋ย

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี 2559. กรุงเทพฯ : บริษัท หัวใหญ่ จำกัด; 2560.
2. องค์การบริหารส่วนตำบลบางเป้า. สรุปรายงานค่าธรรมเนียมขยะมูลฝอยประจำปี 2560; 2561.
3. ชัชพล ทรงสุนทรวงศ์. หลักการจัดการสิ่งแวดล้อม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
4. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือวัดสะอาด ชรवास สุขใจ. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2552.
5. Daniel W.W. Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences. (9th ed). New York: John Wiley & Sons, 2010.
6. Bloom, B.S. Taxonomy of Education. David McKay Company Inc., New York; 1975.
7. Best, John W. Research is Evaluation. (3rd ed). Englewood cliffs: N.J. Prentice Hall, 1977.

8. Cronbach, L.J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 1951; 16(3): 297-334.
9. Good Carter V. Dictionary of Education. (3rd ed.) New York: McGraw-Hill Book; 1973.
10. ราชบัณฑิตยสถาน.พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542.กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์;2546.
11. วันวิสาข์ คงพิรุณ และคณะ.การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะในหมู่บ้านโป่งปะตาบลแก่งโสภา อำเภอวังทองจังหวัดพิษณุโลก. วิจัยคณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก; 2560.
12. วรณภา เฉลยบุญ. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ และทัศนคติต่อพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองราชบุรี จังหวัดราชบุรี.วิทยานิพนธ์ สาขาวิชาการจัดการภาครัฐ และภาคเอกชน มหาวิทยาลัยศิลปากร;2556.
13. อัจฉรี ชัยชนะ.ความรู้และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลัก 5Rs ของนักศึกษา. วิทยานิพนธ์คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อมมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ; 2560.
14. Thurstone, L.L. Primary Mental Abilities. Chicago: University of Chicago; 1958.
15. Hiemstra, R and Brockett, R. G. “From Behaviorism to Humanism. In Cooperating Self - Direction in Learning Concepts into the Instructional Design Process”. In. New Ideas about Self-Directed Learning. Oklahoma: Oklahoma Research Center for Continuing Professional And Higher Education of the University of Oklahoma; 1994.
16. สมพงษ์ แก้วประยูร. ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองควนลัง อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา.สารนิพนธ์หลักสูตรปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการภาครัฐและเอกชนมหาวิทยาลัยหาดใหญ่; 2558.
17. จอมจันทร์ นทีวัฒนา, วิชัย เทียนถาวร. การศึกษาความรู้และทัศนคติที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการลดขยะชุมชนแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. วิจัยสาขาสาธารณสุขศาสตร์ แขนงวิชาอนามัยสิ่งแวดล้อม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา; 2560

คุณภาพชีวิตในการทำงานที่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กรของ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปัตตานี

ปรีชา พุกจีน¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตในการทำงานที่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปัตตานี กลุ่มประชากรคือบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตจังหวัดปัตตานี ปีงบประมาณ 2561 จำนวน 694 ราย โดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนของ Daniel ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 260 ราย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลคือแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตในการทำงาน ส่วนที่ 3 ความผูกพันต่อองค์กร การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.93 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตในการทำงานประกอบด้วย ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรมด้านสถานภาพการทำงานที่มีความปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาบุคลากรด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงานด้านความสัมพันธ์ในสังคมด้านลักษณะการบริหารงานด้านความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัวและด้านความภูมิใจในองค์กร ภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (56.1%) ($\bar{X}=3.77$, S.D.0.42) สำหรับด้านความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสาธารณสุข ประกอบด้วย ด้านการยอมรับองค์กรด้านการใช้ความสามารถเพื่อองค์กรด้านความต้องการเป็นสมาชิกขององค์กรภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (61.9%) ($\bar{X}=3.81$, S.D.0.36) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าคุณภาพชีวิตในการทำงานมีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดปัตตานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.34$, $P\text{-value}<0.001$) เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตในการทำงานจำแนกรายด้านที่พบความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสาธารณสุข ประกอบด้วย ด้านสถานภาพการทำงานที่มีความปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ ($r=0.20$, $P\text{-value}0.001$) ด้านการพัฒนาบุคลากร ($r=0.43$, $P\text{-value}<0.001$) ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน ($r=0.22$, $P\text{-value}<0.001$) ด้านความสัมพันธ์ในสังคม ($r=0.16$, $P\text{-value}0.007$) ด้านลักษณะการบริหารงาน ($r=0.31$, $P\text{-value}<0.001$) ด้านความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว ($r=0.31$, $P\text{-value}<0.001$) และด้านความภูมิใจในองค์กร ($r=0.40$, $P\text{-value}<0.001$) ตามลำดับ แต่ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรมไม่พบความสัมพันธ์ ($r=0.03$, $P\text{-value}0.613$)

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตในการทำงาน, ความผูกพันต่อองค์กร

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควน อำเภอบะนัง จังหวัดปัตตานี,

E-mail: pu250905@gmail.com

The Association between Quality of Work Life and Organization Commitment among Health Personnel Who Practicing in Tambon Health Promoting Hospital, Pattani Province

Preecha Pukjeen¹

Abstract

This descriptive research aimed to determine the association between quality of work life and organizational commitment among health personnel who practicing in Tambon health promoting hospital, Pattani Province. There were 694 health personnel who work at health promoting hospital, Pattani Province during 2018 fiscal year. 260 samples were calculated by Daniel formula and systematic random sampling was used for sample selection. Questionnaires with three parts were administered to participants, parts 1) general characteristics, part 2) quality of work life and part 3) organizational commitments. These questionnaires were proved by three specialists before trying out. Cronbach's coefficient alpha test showed reliability level at 0.93. Pearson product moment correlation coefficient be used for association analysis

The result showed that quality of work life factors including, adequate and fair compensation, health and safety at workplace, opportunity for human capacity development, opportunity for job security and advancement, social integration, constitutionalism, the total work and life space, and organizational pride had mean score with high level (56.1%) ($\bar{X}=3.77$, S.D.=0.42). Moreover, organizational commitment including, the confidence and acceptance through an organization goals and values, the willingness to use their best efforts to work for the benefit of organization, the strong desire to retain its membership in an organization had mean score with high level (61.9%) ($\bar{X}=3.81$, S.D.=0.36). An association analysis found that quality of work life factors was associated with organizational commitment among health personnel who practicing in health promoting hospital, Pattani Province with statistical significant ($r=0.34$, $P\text{-value}<0.001$). Moreover, quality of work life considering were positive association with organizational commitment among health personnel including; health and safety at

¹ Public Health Technical Officer, Professional Level, Khaun Tambon Health Promoting Hospital, Panarae District, Pattani Province, E-mail: pu250905@gmail.com

workplace ($r=0.20$, $P\text{-value}0.001$), opportunity for human capacity development($r=0.43$, $P\text{-value}<0.001$), opportunity for job security and advancement ($r=0.22$, $P\text{-value}<0.001$), social integration ($r=0.16$, $P\text{-value}0.007$), constitutionalism ($r=0.31$, $P\text{-value}<0.001$), the total work and life space ($r=0.31$, $P\text{-value}<0.001$), and organizational pride ($r=0.40$, $P\text{-value}<0.001$), respectively. However, an adequate and fair compensation were not association ($r0.03$, $P\text{-value} 0.613$).

Keywords: Quality of Work Life, Organization Commitment

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขได้มีการจัดระบบบริการทางด้านสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิโดยมอบหมายให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นด่านหน้าในการให้บริการด้านสุขภาพในระดับปฐมภูมิแก่ประชาชนในระดับตำบลและหมู่บ้าน การให้บริการเชิงรุกอย่างมีคุณภาพได้มาตรฐานทั่วถึงเท่าเทียมกันและให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองจนสามารถพึ่งตนเองได้¹โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นหน่วยงานที่เป็นเครือข่ายของโรงพยาบาลแต่การบังคับบัญชาขึ้นตรงกับสาธารณสุขอำเภอและนายอำเภอ จึงได้รับผลกระทบโดยตรงจากความซับซ้อนของระบบในด้านการจัดการทรัพยากรและคุณภาพบริการ เช่น อัตราค่าจ้างของผู้ปฏิบัติงานไม่สมดุลกับผู้มาใช้บริการ ทำให้เกิดความเครียดในการปฏิบัติงาน สัมพันธภาพของเพื่อนร่วมงานส่งผลต่อการทำงาน²บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจึงต้องร่วมแรงร่วมใจกันในการใช้ความรู้ความสามารถที่จะนำพาให้องค์กรสามารถอยู่รอดได้และถ้าหากบุคลากรสาธารณสุขขาด

แรงจูงใจขาดขวัญกำลังใจในการทำงาน ซึ่งนอกจากภาระงานที่ล้นมือและความซับซ้อนของระบบงานย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ปฏิบัติงานในทุกๆระดับ³โดยบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขและแพทย์แผนไทย เป็นต้นทำหน้าที่ด้านการจัดบริการทางด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพให้กับประชาชนในพื้นที่⁴

จังหวัดปัตตานี มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอยู่ในสังกัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี จำนวน 128 แห่ง มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 715 คน ประกอบด้วย ข้าราชการ 694 คน พนักงานกระทรวง 12 คน และลูกจ้างชั่วคราว 9 คน มีลักษณะการให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสานแก่ประชาชนได้แก่ ด้านการรักษาพยาบาล ด้านสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค และด้านฟื้นฟูสภาพในระดับปฐมภูมิ จากข้อมูลผลการสำรวจความสุขของบุคลากรสาธารณสุข (Happinometer) ปี พ.ศ. 2561 พบว่า มิติที่ 1

สุขภาพกายดี (Happy body) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 70.18 มิติที่ 2 ผ่อนคลายดี (Happy relaxy) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 56.40 มิติที่ 3 น้ำใจดี (Happy heart) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 69.88 มิติที่ 4 จิตวิญญาณดี (Happy soul) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 75.80 มิติที่ 5 ครอบครัวดี (Happy family) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 69.10 มิติที่ 6 สังคมดี (Happy society) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 61.31 มิติที่ 7 ใฝ่รู้ดี (Happy brain) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 62.30 มิติที่ 8 สุขภาพการเงินดี (Happy money) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 52.35 มิติที่ 9 การงานดี (Happy work life) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 59.98 มิติที่ 10 สมดุลชีวิตกับการทำงาน (Happy life balance) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 64.35 มิติที่ 11 ความผูกพันองค์กร (Engagement) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 53.40 สรุปผลภาพรวมความสุขของบุคลากรเท่ากับ 63.19 ในขณะที่ข้อมูลสถิติจำนวนบุคลากรที่มีการเปลี่ยนงานย้อนหลัง 3 ปี พบว่าปี พ.ศ. 2559 มีบุคลากรทุกประเภทลาออกจำนวน 39 คน ให้ออก จำนวน 3 คน และโอนย้ายจำนวน 7 คน รวมจำนวนสูญเสียบุคลากรทั้งสิ้น 49 คน คิดเป็นร้อยละ 1.58 ปี พ.ศ.2560 มีบุคลากรทุกประเภทลาออกจำนวน 43 คน ให้ออก จำนวน 1 คน และโอนย้ายจำนวน 3 คน รวมจำนวนสูญเสียบุคลากรทั้งสิ้น 47 คน คิดเป็นร้อยละ 1.51 ปี พ.ศ.2561 มีบุคลากรทุกประเภทลาออกจำนวน 14 คน ให้ออก จำนวน 1 คน และโอนย้าย จำนวน 3 คน รวมจำนวนสูญเสียบุคลากรทั้งสิ้น 18 คน คิดเป็นร้อยละ 0.58 ซึ่ง

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่ายังมีอัตราการสูญเสียบุคลากรอย่างต่อเนื่อง⁵

คุณภาพชีวิตของคนในองค์กรหรือคุณภาพชีวิตในการทำงานเป็นลักษณะการทำงานที่ทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกเป็นสุขจากสภาพที่ตนเองได้รับขณะปฏิบัติงานคุณภาพชีวิตในการทำงานเกี่ยวข้องกับชีวิตในการทำงานของแต่ละบุคคลและสภาพแวดล้อมในการทำงานภายในองค์กร แต่มีเป้าหมายสำคัญร่วมกันอยู่ที่การลดความตึงเครียดทางจิตใจเพื่อเพิ่มความพึงพอใจในงานที่ทำเป็นลักษณะการทำงานที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการและความปรารถนาของบุคคลที่ปฏิบัติงานอยู่ในองค์กรในด้านต่างๆการตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจของบุคคลในการทำงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานการทำงานภายในองค์กรอย่างมีความสุข มีความพึงพอใจในงานที่ได้ปฏิบัติรวมถึงสิ่งแวดล้อมที่มีความเหมาะสมซึ่งก่อให้เกิดความพึงพอใจในงานจึงทำให้บุคลากรทำงานอย่างมีคุณภาพ ในขณะที่เดียวกันก็มีความรู้สึกว่าคุณค่าต่อองค์กรและถ้าบุคลากรสาธารณสุขสามารถผสมผสานการทำงานกับชีวิตส่วนตัวได้อย่างเหมาะสมทำให้ดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข สรุปได้ว่าคุณภาพชีวิตการทำงานเป็นสิ่งสำคัญที่ตอบสนองความต้องการของบุคคลด้านต่างๆทั้งด้านส่วนตัวและสภาพแวดล้อมในการทำงานเพื่อทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจและมีความสุขในการทำงานกล่าวได้ว่าคุณภาพชีวิตการทำงานเป็นการตอบสนองความต้องการของบุคลากรภายในที่

ทำงานหรือเป็นสิ่งผสมผสานระหว่างงานกับชีวิตไว้อย่างกลมกลืนเพื่อให้พนักงานมีความพึงพอใจในการทำงานและมีการดำเนินชีวิตที่มีความสุขซึ่งอาจจะเป็นกุญแจสำคัญที่จะนำไปสู่ประสิทธิผลของการปฏิบัติงานและบรรลุเป้าหมายแห่งความสำเร็จขององค์กรได้พร้อมๆ กันและยังมุ่งเน้นการจะสร้างความผูกพันต่อองค์กรให้เกิดขึ้นควบคู่ไปด้วยการสร้างความผูกพันต่อองค์กรให้เกิดขึ้นได้ต้องใช้ทั้งความพึงพอใจในงานและความรู้สึกมีส่วนร่วมประกอบกันฝ่ายองค์กรและฝ่ายบุคลากรที่พร้อมจะหันหน้าเข้าหากันเพื่อคิดหาแนวทางที่จะนำไปสู่เป้าหมายขององค์กร โดยที่ทั้งสองฝ่ายต่างมีความพึงพอใจด้วยกัน⁶นอกจากคุณภาพชีวิตที่ดีในการทำงานแล้วความผูกพันต่อองค์กรก็มีผลต่อความสำเร็จของงานตามที่Steers⁷กล่าวไว้ว่าบุคลากรที่มีความผูกพันต่อองค์กรจะทุ่มเทการทำงานและสร้างสรรค์ผลงานให้กับองค์กรมีความรับผิดชอบต่องานที่ได้รับมอบหมาย มีความพยายามตั้งใจที่จะพัฒนากระบวนการดำเนินงานเพื่อให้องค์กรประสบความสำเร็จแต่ในทางกลับกันถ้าบุคลากรไม่มีความผูกพันต่อองค์กรก็จะทำงานเพียงเพื่อแลกกับค่าตอบแทนเท่านั้นโดยไม่มีความตั้งใจหรือไม่ใช้ความพยายามในการทำงานเพิกเฉยต่องานที่นอกเหนือจากงานในหน้าที่ที่ตนเองรับผิดชอบซึ่งทำให้ประสิทธิภาพขององค์กรลดลง

จากสภาพการณ์ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะเป็นบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควน ซึ่งอยู่ในสังกัดของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี จึง

มีความสนใจที่จะศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตในการทำงานที่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดปัตตานี เพื่อนำเสนอข้อมูลคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรที่จะนำมาเป็นฐานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้สอดคล้องกับความต้องการของบุคลากรในองค์กรอย่างแท้จริงอันจะส่งผลต่อประสิทธิภาพและคุณภาพของบริการสุขภาพที่จะส่งมอบให้ผู้ใช้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตลอดจนเสริมสร้างคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรทุกระดับให้มีความสุขและยินดีที่จะปฏิบัติงานกับองค์กรต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตในการทำงานที่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปัตตานี

กรอบแนวคิดวิจัย

ตัวแปรอิสระในการวิจัย ประกอบด้วย 1) คุณภาพชีวิตในการทำงาน โดยใช้แนวคิดของ Walton⁶ ได้แก่ ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม ด้านสถานภาพการทำงานที่มีความปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ ด้านการพัฒนาบุคลากร ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน ด้านความสัมพันธ์ในสังคม ด้านลักษณะการบริหารงาน ด้านความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว ด้านความภูมิใจในองค์กรและ 2) ความผูกพันต่อองค์กร โดยใช้แนวคิดของ Steers⁷ ประกอบด้วย การยอมรับองค์กร การ

ใช้ความสามารถเพื่อองค์กร และความต้องการ
เป็นสมาชิกขององค์กร

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัย
เชิงพรรณนา (Descriptive research study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ
บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปัตตานีเป็น
บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานปีงบประมาณ
2561 ไม่น้อยกว่า 6 เดือน จำนวน 694 คน
คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการ
คำนวณที่ทราบประชากรแน่นอนของ Daniel⁸
โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่า
ความคลาดเคลื่อน สามารถยอมรับได้ เท่ากับ
0.05 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 260
คน เพื่อเลือกรายชื่อของบุคลากรสาธารณสุข
เป็นตัวแทนในการเก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการสุ่ม
แบบมีระบบ (Systematic random
sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ
แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล
ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับ
การศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ตำแหน่ง
ปัจจุบัน ประเภทตำแหน่ง ตำแหน่งทางการ
บริหาร ขนาดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล อายุราชการ และระยะเวลาที่ปฏิบัติ
ราชการ

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตในการทำงาน
8 ด้านตามแนวคิดของวอลตัน (Walton)⁶ ข้อ
คำตอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า
ตามระดับความคิดเห็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วย
อย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็น
ด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ
Best JohnW.⁹แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ความ
คิดเห็นระดับสูง คะแนนระหว่าง 3.67–5.00
ระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 2.34–3.66
และระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 1.00–2.33

ส่วนที่ 3 ความผูกพันต่อองค์กร 3
ด้านตามแนวคิดของสตีเยร์ (Steers)⁷
ข้อคำตอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณ
ค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่
แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์
การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับคือ ความคิดเห็น
ระดับสูง คะแนนระหว่าง 3.67–5.00 ระดับปาน
กลาง คะแนนระหว่าง 2.34–3.66 และระดับต่ำ
คะแนนระหว่าง 1.00–2.33

ส่วนที่ 4 ปัญหาอุปสรรคและ
ข้อเสนอแนะ

การตรวจสอบคุณภาพของ
แบบสอบถาม เพื่อหาความตรงตามเนื้อหาโดย
ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำแบบสอบถามไป
ทดลองใช้และคำนวณค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร
สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค¹⁰ เท่ากับ
0.93

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม
คอมพิวเตอร์สำเร็จรูปใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปัตตานีส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (77.7%) มีอายุระหว่าง 30-50 ปี (64.2%) ($\bar{X}$ =38.32, S.D.=9.37, Max=59, Min=25) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่/แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน (77.3%) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี หรือเทียบเท่า (83.5%) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 15,000 – 30,000 บาท (59.2%) ($\bar{X}$ =29,312.62 , S.D.=11,614.95, Max=63,000, Min = 10,000) เมื่อพิจารณาขนาดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) แบ่งเป็นรพ.สต.ขนาดใหญ่ (18.1%) ขนาดกลาง (58.1%) และขนาดเล็ก (23.8%) บทบาทหน้าที่ของบุคลากรในการปฏิบัติงานที่ทำหน้าที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 19.2% และเป็นระดับปฏิบัติงาน 80.8% ประเภทของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นข้าราชการ (91.9%) มีเพียง 1.2% ที่เป็นพนักงานราชการ เมื่อพิจารณาตามตำแหน่งในปัจจุบัน พบว่าส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ (39.2%) รองลงมาคือนักวิชาการสาธารณสุข (35.4%) และเจ้าพนักงานสาธารณสุข (17.3%) มีระยะเวลาการปฏิบัติงานอยู่ระหว่าง 5-10 ปี

(57.2%) ($\bar{X}$ =8.24, S.D.=6.33, Max=36, Min=1) อายุราชการในการปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 10 ปี (47.7%) และอายุราชการมากกว่า 20 ปีขึ้นไป (30.4%) ($\bar{X}$ =15.02, S.D.=10.03, Max=39, Min=1)

คุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปัตตานีภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =3.77, S.D.=0.42) เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตในการทำงานจำแนกรายด้านพบว่า ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =3.14, S.D.=0.83) ด้านสภาพการทำงานที่มีความปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =3.44, S.D.=0.66) ด้านการพัฒนาบุคลากรอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =3.83, S.D.=0.56) ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =3.35, S.D.=0.63) ด้านความสัมพันธ์ในสังคมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =4.21, S.D.=0.49) ด้านลักษณะการบริหารงานอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =3.90, S.D.= 0.88) ด้านความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัวอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =3.66, S.D.=0.51) และด้านความภูมิใจในองค์กรอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =3.86, S.D.= 0.57) (ดังตารางที่ 1)

ความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปัตตานีภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =3.81, S.D.=0.36) เมื่อพิจารณาความผูกพันต่อองค์กรจำแนกรายด้านพบว่า

ด้านการยอมรับองค์กร อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =3.79, S.D.=0.43) ด้านการใช้ความสามารถ เพื่อองค์กร อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =4.03, S.D.=0.46) ด้านความต้องการเป็นสมาชิกขององค์กร อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =3.61, S.D.=0.46) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตในการทำงาน และความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปัตตานี (n=260)

ตัวแปร	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
คุณภาพชีวิตในการทำงาน	146	56.1	113	43.5	1	0.4	3.77	0.42
1. ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอ และยุติธรรม	61	23.5	111	42.7	88	33.8	3.14	0.83
2. ด้านสภาพภาพการทำงานที่มี ความปลอดภัยและส่งเสริม สุขภาพ	107	41.2	136	52.3	17	6.5	3.44	0.66
3. ด้านการพัฒนาบุคลากร	175	67.3	82	31.5	3	1.2	3.83	0.56
4. ด้านความก้าวหน้าและความ มั่นคงในงาน	89	34.2	159	61.2	12	4.6	3.35	0.63
5. ด้านความสัมพันธ์ในสังคม	244	93.8	15	5.8	1	0.4	4.21	0.49
6. ด้านลักษณะการบริหารงาน	183	70.4	71	27.3	6	2.3	3.90	0.88
7.ด้านความสมดุลระหว่างงาน กับชีวิตส่วนตัว	148	56.9	108	41.5	4	1.6	3.66	0.51
8. ด้านความภูมิใจในองค์กร	185	71.2	70	26.9	5	1.9	3.86	0.57
ความผูกพันต่อองค์กร	161	61.9	99	38.1	-	-	3.81	0.36
1. ด้านการยอมรับองค์กร	151	58.1	109	41.9	-	-	3.79	0.43
2. ด้านการใช้ความสามารถเพื่อ องค์กร	224	86.2	36	13.8	-	-	4.03	0.44
3. ด้านความต้องการเป็น สมาชิกขององค์กร	101	38.8	157	60.4	2	0.8	3.61	0.46

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตในการทำงานและความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดปัตตานีระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่าปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดปัตตานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.34$, $P\text{-value}<0.001$) เมื่อพิจารณารายด้านที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่าด้านสถานภาพการทำงานที่มีความปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ ($r=0.20$, $P\text{-value}=0.001$)

ด้านการพัฒนาบุคลากร ($r=0.43$, $P\text{-value}<0.001$)ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน($r=0.22$, $P\text{-value}<0.001$)ด้านความสัมพันธ์ในสังคม ($r=0.16$, $P\text{-value}=0.007$)ด้านลักษณะการบริหารงาน ($r=0.31$, $P\text{-value}<0.001$)ด้านความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว ($r=0.31$, $P\text{-value}<0.001$)ด้านความภูมิใจในองค์กร ($r=0.40$, $P\text{-value}<0.001$)แต่ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรมไม่พบความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตจังหวัดปัตตานี ($r=0.03$, $P\text{-value}=0.613$) ตามลำดับ(ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่าง ด้านคุณภาพชีวิตการทำงานและความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปัตตานี

คุณภาพชีวิตในการทำงาน	ความผูกพันต่อองค์กร		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
คุณภาพชีวิตการทำงาน	0.34	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
1. ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม	0.03	0.613	ไม่พบความสัมพันธ์
2. ด้านสถานภาพการทำงานที่มีความปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ	0.20	0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
3. ด้านการพัฒนาบุคลากร	0.43	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
4. ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน	0.22	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
5. ด้านความสัมพันธ์ในสังคม	0.16	0.007	มีความสัมพันธ์ทางบวก

คุณภาพชีวิตในการทำงาน	ความผูกพันต่อองค์กร		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
6. ด้านลักษณะการบริหารงาน	0.31	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
7. ด้านความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว	0.31	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
8. ด้านความภูมิใจในองค์กร	0.40	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก

การอภิปรายผล

คุณภาพชีวิตในการทำงาน (Quality of work life: QWL) เป็นลักษณะการทำงานที่ตอบสนองความต้องการและความปรารถนาของบุคคล โดยพิจารณาคุณลักษณะแนวทางความเป็นบุคคล สถานภาพตัวบุคคลหรือสังคม เรื่องสังคมขององค์กรที่ทำให้งานประสบความสำเร็จผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าคุณภาพชีวิตในการทำงานมีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดปัตตานี (P-value<0.001) ซึ่งสอดคล้องกับคุณภาพชีวิตในการทำงานตามแนวคิดของ Walton⁶ ที่กล่าวว่า คุณภาพชีวิตในการทำงานเป็นการสร้างสรรค์บรรยากาศที่จะทำให้ผู้ใช้แรงงานได้รับความพึงพอใจในการทำงานสูงขึ้น โดยผ่านการเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาสำคัญขององค์กรซึ่งจะมีผลกระทบต่อชีวิตการทำงานผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา^{11,12} ซึ่งได้ข้อค้นพบจากงานวิจัยว่าคุณภาพชีวิตในการทำงานมีความสัมพันธ์กับความผูกพันของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในต่อ

องค์กร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่แตกต่างจากการศึกษาวิจัยของ Radja et al¹³ ได้ศึกษาผลกระทบต่อคุณภาพของชีวิตในการทำงานและความผูกพันขององค์กรในการทำงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการสาธารณะ (เมืองมาคัสซาร์) ซึ่งพบว่า คุณภาพชีวิตในการทำงานมีผลกระทบอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ต่อประสิทธิภาพการให้บริการสาธารณะและความพึงพอใจในการทำงาน ดังนั้นเมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตในการทำงานทั้ง 8 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม 2) ด้านสภาพการทำงานที่มีความปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ 3) ด้านการพัฒนาบุคลากร 4) ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน 5) ด้านความสัมพันธ์ในสังคม 6) ด้านลักษณะการบริหารงาน 7) ด้านความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว 8) ด้านความภูมิใจในองค์กร โดยสามารถอภิปรายผลคุณภาพชีวิตในการทำงานจำแนกเป็นรายด้านได้ดังนี้

สภาพการทำงานที่มีความปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสาธารณสุข

(P-value=0.001) อธิบายเหตุผลได้ว่าสภาพการทำงานที่มีความปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ เป็นสภาพแวดล้อมในการทำงานทั้งด้านเอกสาร สถานที่ เครื่องมือเครื่องใช้ อยู่ในสภาพที่มีความปลอดภัยและเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงาน ไม่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหรือเกิดอันตรายแก่ร่างกายหรือจิตใจของบุคลากรสาธารณสุข⁶ เนื่องจากบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปัตตานี มีความคิดเห็นว่าด้านสภาพการทำงานที่มีความปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (52.3%) เนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งเป็นสถานที่ปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขจะได้รับการปรับปรุงให้เป็นสถานที่ทำงานที่น่าอยู่ น่าทำงาน (76.5%) และมีการจัดและปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายนอกตัวอาคารให้มีภูมิทัศน์ที่สวยงาม (65.3%) รวมทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังมีระบบรักษาความปลอดภัยที่ดีและเพียงพอ เช่น ระบบการป้องกันอัคคีภัย ระบบการป้องกันอันตรายจากบุคคลภายนอก (39.6%) ซึ่งส่งผลให้บุคลากรสาธารณสุขมีความรู้สึกว่าการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความปลอดภัย

ด้านการพัฒนาบุคลากร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสาธารณสุข (P-value<0.001) เนื่องจากบุคลากรสาธารณสุขที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพจะเป็นการเปิดโอกาสให้บุคลากรมีโอกาสนในการพัฒนาขีดความสามารถของตนเองจากงาน

ที่ทำ โดยพิจารณาจากลักษณะงานที่ปฏิบัติ ได้แก่ งานที่ใช้ทักษะและความหลากหลาย งานที่มีความท้าทาย งานที่ผู้ปฏิบัติได้รับทราบผลการปฏิบัติ⁷ โดยบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปัตตานี มีความคิดเห็นว่าการพัฒนาบุคลากรในภาพรวมมีคะแนนอยู่ในระดับสูง (67.3%) เนื่องมาจากบุคลากรสาธารณสุขได้มีโอกาสใช้ความรู้ ความสามารถที่มีอยู่ในการปฏิบัติงานให้บริการระดับปฐมภูมิอย่างเต็มที่ (90.8%) รวมทั้งบุคลากรสาธารณสุขมีโอกาสในการที่จะได้รับการพัฒนาความรู้ความสามารถของตนเองเพื่อใช้ในการปฏิบัติงานเพิ่มเติมอยู่เสมอ (84.6%) นอกจากนี้บุคลากรสาธารณสุขมีโอกาสหรือมีส่วนร่วมในการจัดทำผลงานวิชาการประจำปี เพื่อเป็นเวทีในการนำเสนอผลงานต่างๆให้เป็นที่ประจักษ์ (61.4%)

ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสาธารณสุข (P-value<0.001) เนื่องจากบุคลากรสาธารณสุขมีความรู้สึกเชื่อมั่นต่อความเป็นไปได้ที่จะได้รับการเลื่อนขั้น เลื่อนตำแหน่งที่สูงขึ้น การรับมอบหมายงานที่มีขอบข่ายให้รับผิดชอบให้มากขึ้น มีความมั่นคงในงานและรายได้โดยจะไม่ถูกให้ออกจากงานโดยไม่เป็นธรรม⁸ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปัตตานี มีความคิดเห็นว่าการพัฒนาความก้าวหน้าและความมั่นคงในงานในภาพรวมยังอยู่ในระดับปานกลาง (61.2%) เนื่องมาจากบุคลากรสาธารณสุขมีความรู้สึกพึง

พอใจกับตำแหน่งที่ดำรงอยู่ในขณะนี้ (73%) และบุคลากรสาธารณสุขได้รับโอกาสในการฝึกอบรมศึกษาดูงานหรือสัมมนาอยู่เสมอ (59.6%) รวมทั้งบุคลากรสาธารณสุขคิดว่าการเลื่อนขึ้นเงินเดือนที่ท่านได้รับแต่ละครั้งมีความเหมาะสมแล้ว (36.2%)

ด้านความสัมพันธ์ในสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสาธารณสุข ($P\text{-value}=0.007$) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า บุคลากรสาธารณสุขมีความรู้สึกว่าได้มีโอกาสปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและเพื่อนร่วมงาน การที่สามารถเข้ากันได้และเป็นที่ยอมรับของเพื่อนร่วมงาน การสร้างบรรยากาศในการทำงานที่เป็นมิตรมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันทำให้ทุกคนมีความเท่าเทียมกันในการปฏิบัติงาน โดยบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดปัตตานีมีความคิดเห็นในด้านความสัมพันธ์ในสังคมในภาพรวมยังอยู่ในระดับสูง (93.8%) เนื่องจากบุคลากรสาธารณสุขมีความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน (97.3%) โดยส่วนใหญ่เพื่อนร่วมงานมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อบุคลากรสาธารณสุขอย่างสม่ำเสมอ (94.6%) และบุคลากรสาธารณสุขสามารถขอรับคำปรึกษาหรือความช่วยเหลือจากเพื่อนร่วมงานหรือผู้บังคับบัญชาได้เป็นอย่างดี (91.6%)

ด้านลักษณะการบริหารงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสาธารณสุข ($P\text{-value}<0.001$) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่าการได้รับการ

สนับสนุนเกื้อกูลจากผู้บังคับบัญชาจะส่งผลให้เกิดความปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะคงความเป็นสมาชิกขององค์กรขึ้นซึ่งการบริหารงานที่ดีของผู้บังคับบัญชาและมีความเป็นธรรม มีการยอมรับเคารพในศักดิ์ศรีและสิทธิของผู้ปฏิบัติงานจะทำให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้ตามนโยบายที่วางไว้ อีกทั้งหากผู้ปฏิบัติงานมีสิทธิ์และเสรีภาพในการแสดงความคิดเห็นอย่างเปิดเผย ผู้บังคับบัญชารับฟังความคิดเห็นของผู้ใต้บังคับบัญชา มีการเลื่อนขึ้นเงินเดือนและตำแหน่งอย่างยุติธรรม ไม่มีการเล่นพรรคเล่นพวกจะทำให้บุคลากรมีความรู้สึกว่าได้ได้รับความใส่ใจ รู้สึกถึงความเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรส่งผลให้บุคลากรมีการปฏิบัติงานอย่างทุ่มเท ทั้งนี้บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดปัตตานีมีความคิดเห็นในด้านลักษณะการบริหารงานในภาพรวมยังอยู่ในระดับสูง (70.4%) เนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการกำหนดและจัดโครงสร้างองค์กรที่เหมาะสม (76.2%) และบุคลากรที่ปฏิบัติงานภายในหน่วยงาน มีการบริหารงานใช้หลักการประชาธิปไตย เช่น การรับฟังเสียงส่วนใหญ่ (74.6%) การปฏิบัติของผู้บังคับบัญชาของบุคลากรสาธารณสุขทำให้บุคลากรสาธารณสุขรู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่า (75.3%)

ด้านความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสาธารณสุข ($P\text{-value}<0.001$) เพราะบุคลากรสาธารณสุขที่มี

ความรู้สึกว่าตนเองมีความสมดุลระหว่าง
ช่วงเวลาทำงานกับช่วงเวลาที่ได้อ่อนคลายจาก
การทำงาน โดยสามารถมีเวลาส่วนตัวให้กับ
สมาชิกในครอบครัว สังคมและตนเอง โดยไม่
เกิดความรู้สึกวิตกกังวลเรื่องงานจะส่งผลให้
บุคลากรสาธารณสุขเกิดความเต็มใจที่จะทุ่มเท
ความพยายามอย่างเต็มที่ในการปฏิบัติงาน
เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่องค์กร^๑ โดยบุคลากร
สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลจังหวัดปัตตานี มีความคิดเห็นว่า
ด้านความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัวใน
ภาพรวมยังอยู่ในระดับสูง (56.9%) เนื่องมาจาก
บุคลากรสาธารณสุขจะมีวิธีการผ่อนคลาย
ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการทำงาน (77.7%)
และบุคลากรสาธารณสุขสามารถลาหยุด
ราชการเพื่อไปปฏิบัติกิจธุระส่วนตัวเมื่อจำ
เป็นได้เสมอ (78.7%) รวมทั้งภาระงานที่
บุคลากรสาธารณสุขได้รับไม่ส่งผลกระทบต่อ
คุณภาพชีวิตของตนเอง (63.1%)

ด้านความภูมิใจในองค์กร มี
ความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันต่อองค์กร
ของบุคลากรสาธารณสุข (P -
value<0.001)สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า
บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดปัตตานี มีความ
คิดเห็นว่าด้านความภูมิใจในองค์กรในภาพรวม
ยังอยู่ในระดับสูง (71.2%) เนื่องมาจากบุคลากร
สาธารณสุขรู้สึกภาคภูมิใจในหน่วยงานของ
ตนเอง (85.8%) และในการปฏิบัติงานนั้น
บุคลากรสาธารณสุขได้รับความร่วมมือและ
ความช่วยเหลือจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

เสมอ (78.1%) บุคลากรสาธารณสุขคิดว่าจะอยู่
ปฏิบัติงานที่หน่วยงานแห่งนี้ตลอดไปจนกว่าจะ
ออกจากราชการ (63.5%)

ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม
เป็นคุณภาพชีวิตในการทำงานเพียงด้านเดียวที่
ไม่พบความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กร
สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า ผลตอบแทนที่
ยุติธรรมและเพียงพอทำให้บุคลากรสาธารณสุข
เกิดความพึงพอใจในการดำรงชีวิตตามอัตภาพ
และได้รับอย่างยุติธรรมเมื่อเปรียบเทียบกับ
ตำแหน่งงานอื่นที่คล้ายคลึงกัน เนื่องจาก
บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดปัตตานี ส่วนใหญ่มี
ความคิดเห็นว่าค่าตอบแทนที่ได้รับในภาพรวม
ยังอยู่ในระดับต่ำ (33.8%) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับ
ค่าตอบแทนที่ได้รับกับค่าใช้จ่ายของตนเองและ
ครอบครัวแล้วยังมีจำนวนที่ไม่เพียงพอ
(61.1%) โดยร้อยละ 43.8 ของบุคลากร
สาธารณสุขไม่เห็นด้วยกับอัตราเงินเดือน
ปัจจุบันที่ได้รับ และเกินครึ่งของบุคลากร
สาธารณสุข (57.6%) เห็นว่าการได้รับการปรับ
ขึ้นค่าตอบแทนยังไม่มีที่เหมาะสมกับ
ปริมาณงานที่ต้องรับผิดชอบและปริมาณที่ต้อง
ปฏิบัติในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษา พบว่า ด้าน
ค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม เป็น
คุณภาพชีวิตในการทำงานเพียงด้านเดียวที่ไม่มี
ความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กรของ
บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปัตตานี ดังนั้น

ผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปะนาเระควรจะให้ความช่วยเหลือด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอแม้ว่าจะเป็นเรื่องที่ค่อนข้างยากลำบากเพราะเกี่ยวข้องกับนโยบายของรัฐบาลและสถานะทางเศรษฐกิจของประเทศ แต่ทางผู้บริหารสามารถปรับปรุงเรื่องการจ่ายค่าตอบแทนให้มีความเหมาะสมกับผลการปฏิบัติงานเพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขได้รับค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรมเพิ่มขึ้น เช่น การการนำระบบการจ่ายค่าตอบแทนตามความสามารถมาใช้ (Pay for performance) เพื่อให้สอดคล้องกับความสามารถในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งต้องอาศัยวิธีการประเมินผลการปฏิบัติงานที่มีตัวชี้วัดอย่างชัดเจน (Key performance Indicators: KPI) และมีการแจ้งผลการประเมินกลับเพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขได้รับรู้ถึงค่าจ้างและค่าเงินของงาน ซึ่งจะเป็นการช่วยลดอคติ ความลำเอียงและไม่เป็นการปิดกั้นต่องานอันจะส่งผลต่อระดับความผูกพันต่อองค์กร นอกจากนี้ผู้บริหารสามารถที่จะให้ความช่วยเหลือในรูปสวัสดิการและให้กู้ยืมเงินโดยเสียดอกเบี้ยต่ำ การจัดหาทุนการศึกษาสำหรับบุตรของบุคลากรสาธารณสุข ตลอดจนมีการเร่งรัดวิธีปฏิบัติในการเบิกจ่ายเงินให้เป็นไปด้วยความรวดเร็ว เป็นต้น ซึ่งวิธีการเหล่านี้จะส่งผลทำให้บุคลากรสาธารณสุขมีความรู้สึกพึงพอใจ มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้นและจะเป็นการส่งเสริมให้เกิดความผูกพันต่อองค์กรเพิ่มขึ้นด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. ฐานข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพ. สืบค้นเมื่อ 1 มกราคม 2562 จาก <http://moc.moph.go.th/Resource/index.php>. 2553.
2. ชัท เมืองโคตร. ปัจจัยด้านบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข ศูนย์สุขภาพชุมชนในจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555.
3. ดาลัด จันทรเสนา. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข ในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดลำพูน. การศึกษาค้นคว้าอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2555.
4. วรชาติ จำเริญพัฒน์. บทบาทของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตตรวจราชการ 12. มหาวิทยาลัยบูรพา; 2554.
5. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุขสำหรับบุคลากร. สืบค้นเมื่อ 1 มกราคม 2562 จาก https://hr.moph.go.th/site/hr_moph/. 2561.

6. Walton, R.E. Improving the Quality of Work Life. Harvard Business Review; 1973: May-June.
7. Steers, R.M., Porter, L.W. Motivation and Work Behavior. 5th ed. New York: McGraw-Hill; 1977.
8. Daniel W.W. Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences. (9thed). New York: John Wiley & Sons; 2010.
9. Best, John W. Research is Evaluation. (3rd ed). Englewood cliffs: N.J. Prentice Hall; 1977.
10. Cronbach, L.J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika, 1951; 16(3): 297-334.
11. เสาวลักษณ์ รำเพยพล. ความผูกพันต่อองค์กร โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารโรงพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2556.
12. สมพงษ์ โมราฤทธิ์. คุณภาพชีวิตการทำงานและความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสาธารณสุขในศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 2556; 10(1): 34-52.
13. Radja, J. Tawe, A., Rijal, S. & Tiro, M.a. Effect Quality of Work and Organizational Commitment toward Work Satisfaction in Increasing Public Service Performance (A Study of License of Founding Building Service in Makassar City). Public Policy and Administration Research. 2013; 3(12).

ปัจจัยบริหารและกระบวนการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกระบี่

กานต์ธีรา พรหมรักษา¹ อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยบริหารและกระบวนการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกระบี่ กลุ่มประชากรคือบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปีงบประมาณ 2561 จำนวน 144 ราย คำนวณขนาดตัวอย่างได้จำนวน 116 ราย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลคือ แบบสอบถามซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านและวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามเท่ากับ 0.907 วิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยบริหารประกอบด้วยด้านกำลังคน ด้านงบประมาณและด้านวัสดุอุปกรณ์มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=2.72$, S.D.=0.44) ด้านกระบวนการบริหารประกอบด้วยด้านการวางแผน ด้านการจัดองค์กร ด้านการบังคับบัญชาสั่งการ ด้านการประสานงานและด้านการควบคุมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=2.72$, S.D.=0.44) ระดับการปฏิบัติงานการควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีค่าเฉลี่ย อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=2.72$, S.D.=0.44) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าปัจจัยบริหารและกระบวนการบริหารมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานการควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดกระบี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.385$, $p\text{-value}=0.001$, $r=0.463$, $p\text{-value}<0.001$) ตามลำดับ ดังนั้น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรให้การสนับสนุนปัจจัยการบริหารอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง รวมทั้งบุคลากรสาธารณสุขควรเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของหน่วยงาน

คำสำคัญ: ปัจจัยบริหาร กระบวนการบริหาร ความดันโลหิตสูง

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่

² อาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

Corresponding author:อมรศักดิ์โพธิ์อ่ำ, E-mail: amornsak1.poum@gmail.com

An association between Administrative Factors, Administrative Processes and practicing for controlling hypertension among health workers who work in Health Promoting Hospital, Krabi Province

Karnteera, Promraksa¹ Amornsak Poum²

Abstract

This descriptive study aimed to investigate an association between administrative factors, administrative processes and practicing for controlling hypertension among health workers who work in Health Promoting Hospital, Krabi Province. Target population were 144 health workers who worked at Health promoting hospital, Krabi Province during fiscal year 2018. Sample size calculated by Daniel formula was 116 cases, these participants were administered questionnaires by a systematic random sampling. Questions were allocated into 4 parts including, characteristics, administrative factors, administrative process, hypertension control practicing. Before trying out, questionnaires were proved validity by 3 experts and Cronbach's coefficient alpha was 0.907. Pearson product moment correlation coefficient was used for correlation test.

The result shown that administrative factors including man, money, and material had mean score with a high level ($\bar{X}=2.72$, S.D.= 0.44). In the same direction, an administrative processes including planning, organizing, directing, co-ordination, and controlling presented mean score at a high level ($\bar{X}=2.72$, S.D.=0.44). Moreover, a mean score of practicing for hypertension control was found at a high level ($\bar{X}=2.72$, S.D.=0.44). In context of an association, administrative factors and administrative process were illustrated a statistical significant association with practicing for hypertension control among health workers in Health Promoting hospital, Krabi Province ($r=0.385$,

¹ Public Health Technical Officer, Professional Level, Plaipraya District Public Health Office, Krabi Province.

² Lecturer of Master of Public Health Program in Public Health Administration, Faculty of Public Health, Ramkhamhaeng University.

Corresponding author: AmornsakPoum, E-mail: amornsak1.poum@gmail.com

p-value=0.001, $r=0.463$, p-value<0.001, respectively). Suggestion, the director of health promoting hospitals should provide continuously enough administrative factors and encourage health workers participate in health strategic planning for both prevention and control of hypertension.

Keyword: Administrative factor, Administrative process, Hypertension

บทนำ

ความดันโลหิตสูงเป็น “ฆาตกรเงียบ” (Silent killer) เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือด ตามที่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้กล่าวไว้ ถ้ามีภาวะความดันโลหิตสูงจะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 4 เท่าและความเสี่ยงของกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า ความดันโลหิตสูงยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญคาดว่าจะมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกเพิ่มขึ้นถึง 1.56 พันล้าน ในปี 2025(พ.ศ.2568) สาเหตุส่วนใหญ่มาจากปัจจัยการดำเนินชีวิต เช่น ขาดการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่มีส่วนประกอบของเกลือและไขมันสูง การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ย่านำมาสู่ภาวะโรคที่เพิ่มขึ้น¹

จากข้อมูลสภาพปัญหาของโรคความดันโลหิตสูงที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องสำหรับจังหวัดกระบี่ พบว่าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554-2558 อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยอัตราป่วยต่อแสนประชากร เป็นดังนี้ 915.31, 992.75, 1,023.15, 1,165.36, และ 1,432.97 ตามลำดับ ส่วนอัตราตายพบว่าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554-2558 อัตราตายด้วยโรคความดัน

โลหิตสูงจะลดลงในปี พ.ศ. 2555 และเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในปี พ.ศ. 2557 โดยอัตราตายต่อแสนประชากร เป็นดังนี้ 3.22, 2.26, 3.35, 6.83 และ 5.01 ตามลำดับ กระทรวงสาธารณสุขซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกระบี่ ในด้านการควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงทั้งในเชิงวิชาการหรือเกณฑ์มาตรฐานต่างๆ เช่น เกณฑ์คลินิก NCD คุณภาพเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ซึ่งเน้นการบูรณาการมาตรฐานหลักเกณฑ์รูปแบบและกลไกการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคมามากขึ้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีบทบาทสำคัญต่อการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงซึ่งจะต้องมีงบประมาณสนับสนุนที่เพียงพอ โดยเฉพาะในเรื่องของการสนับสนุนการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน การเตรียมความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงสำหรับองค์กรและบุคลากรที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการจัดทำยุทธศาสตร์ การจัดทำแผนและกิจกรรมเพื่อสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ² การดำเนินงานควบคุมโรคความดันโลหิตสูงจะดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพไม่ได้ถ้าขาดปัจจัยการบริหารซึ่งประกอบด้วย กำลังคน

(Man)งบประมาณ (Money) วัสดุอุปกรณ์ (Material) และและการบริหาร (Method) ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานของการบริหารงานต่างๆ³ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ต้องอาศัยการบริหารจัดการซึ่งได้ยึดหลักกระบวนการบริหารแบบ POCCC⁴ ซึ่งประกอบด้วย หลักในการบริหารจัดการองค์การที่ใช้กันทั้งในภาครัฐ และ เอกชนที่ผู้มีอำนาจบริหารมีหน้าที่ และ บทบาทการบริหารอยู่ 5 ประการ คือ การวางแผน (Planning) การจัดองค์กร (Organization) การบังคับบัญชาสั่งการ (Commanding) การประสานงาน (Coordinating) และการควบคุม (Controlling)จึงจะสามารถดำเนินไปสู่ความสำเร็จได้ตามวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพจากการสืบค้นข้อมูลวิจัยที่ผ่านมา ยังไม่พบรายงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยการบริหาร และกระบวนการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตจังหวัดกระบี่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาวิจัยประเด็นนี้เพื่อนำข้อมูลวิจัยที่ได้มาใช้ในการพัฒนางานควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกระบี่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยบริหารและกระบวนการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกระบี่

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยคือ บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานควบคุม และ ป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกระบี่ ปฏิบัติงานในหน้าที่มากกว่า 6 เดือนขึ้นไป ในปีงบประมาณ 2561 จำนวน 144 คน

กลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรการคำนวณที่ทราบประชากรแน่นอนของแดเนียล (Daniel)⁵โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อน สามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 116 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ปัจจัยการบริหาร ประกอบด้วย บุคลากร, งบประมาณ, วัสดุอุปกรณ์ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่าตามระดับความคิดเห็น 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของเบสท์ (Best John W.)⁶ แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยให้ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนน

ต่ำสุด แล้วนำไปหารด้วยระดับการวัดที่ต้องการ คือ

ระดับสูง (คะแนน 3.67-5.00)

ระดับปานกลาง (คะแนน 2.34 – 3.66)

ระดับต่ำ (คะแนน 1.00 – 2.33)

ส่วนที่ 3 กระบวนการบริหาร ประกอบด้วย การวางแผน, การจัดองค์กร, การอำนวยความสะดวก, การประสานงาน, การรายงาน ข้อคำตอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของเบสท์ (Best John W.)⁶ แบ่งเป็น 3 ระดับ

ระดับสูง (คะแนน 3.67-5.00)

ระดับปานกลาง (คะแนน 2.34 – 3.66)

ระดับต่ำ (คะแนน 1.00 – 2.33)

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติงานด้านการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าตามระดับการปฏิบัติ 5 ระดับคือ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของเบสท์ (Best John W.)⁶ แบ่งเป็น 3 ระดับ

ระดับสูง (คะแนน 3.67-5.00)

ระดับปานกลาง (คะแนน 2.34 – 3.66)

ระดับต่ำ (คะแนน 1.00 – 2.33)

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามเพื่อหาความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้และคำนวณค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.907

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และรายงานผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติ 1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด 2) ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ และตัวแปรตาม กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง (Ethical subject)

ผู้ศึกษาทำหนังสือขออนุญาตสาธารณสุขอำเภอทุกแห่งในจังหวัดกระบี่ เพื่อขอเก็บข้อมูลบุคลากรซึ่งประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคความดันโลหิตสูง โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม โดยมีอิสระในการตอบรับหรือปฏิเสธการให้ความร่วมมือดังกล่าวโดยจะไม่ให้รับผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น ซึ่งคำตอบของผู้ตอบแบบสอบถามจะถือเป็นความลับ และข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามทั้งหมด ผู้วิจัยจะนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อใช้ในการศึกษาวิจัยเท่านั้น จะนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมของประชากรทั้งหมด และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกระบี่ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72.40) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 71.60) มีอายุ 35-50 ปี (ร้อยละ 52.60) ($\bar{X}$ = 42.66, S.D. = 8.520, Min = 25, Max = 59) สถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 87.10) จบศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 86.20) ตำแหน่งปัจจุบันคือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ร้อยละ 50) รองลงมาคือพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 44) มีระยะเวลาการปฏิบัติงาน ระหว่าง 15-28 ปี (ร้อยละ 48.30) ($\bar{X}$ = 20.59, S.D. = 9.580, Min = 2, Max = 40) รับผิดชอบงานด้านการควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เฉลี่ย 6.53 ปี ($\bar{X}$ = 6.53, S.D. = 5.320, Min = 1, Max = 20)

ระดับปัจจัยการบริหารของผู้ปฏิบัติงานควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกระบี่ ภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 2.72, S.D. = 0.44) เมื่อพิจารณาปัจจัยการบริหารจำแนกรายด้านพบว่าด้านกำลังคนมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 2.47, S.D. = 0.44) ด้านงบประมาณมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 2.58, S.D. = 0.49) และด้านวัสดุอุปกรณ์มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 2.61, S.D. = 0.52) ตามลำดับ สำหรับปัจจัย

กระบวนการบริหาร พบว่า ภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 2.72, S.D. = 0.44) เมื่อพิจารณากระบวนการบริหารจำแนกรายด้านพบว่า ด้านการวางแผนมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 2.62, S.D. = 0.53) ด้านการจัดองค์กรมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 2.81, S.D. = 0.38) ด้านอำนาจการมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 2.73, S.D. = 0.44) ด้านการประสานงานมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 2.73, S.D. = 0.44) ด้านการรายงานมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 2.72, S.D. = 0.44) ตามลำดับสำหรับการปฏิบัติงานควบคุมโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 2.72, S.D. = 0.44) เมื่อพิจารณาการปฏิบัติงานจำแนกรายด้านพบว่า การกำหนดทิศทางและนโยบายมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 2.55, S.D. = 0.58) ด้านระบบสารสนเทศมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 2.66, S.D. = 0.54) การปรับระบบและกระบวนการบริการอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 2.64, S.D. = 0.48) ระบบการสนับสนุนการจัดการตนเองมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 2.62, S.D. = 0.58) ระบบสนับสนุนการตัดสินใจมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 2.51, S.D. = 0.56) การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชนมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 2.60, S.D. = 0.53) ตามลำดับ (ตามตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยการบริหาร กระบวนการบริหารและการควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกระบี่ (n=116)

ตัวแปร	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	(คน)	ละ	(คน)		(คน)	ละ		
1.ปัจจัยบริหาร	62	53.4	53	45.7	1	0.9	2.72	0.44
กำลังคน	59	50.9	53	45.7	4	3.4	2.47	0.44
งบประมาณ	68	58.6	48	41.4	-	-	2.58	0.49
วัสดุอุปกรณ์	73	62.9	41	35.3	2	1.7	2.61	0.52
2.กระบวนการบริหาร	95	81.9	21	18.1	-	-	2.72	0.44
การวางแผน	75	64.7	38	32.8	3	2.6	2.62	0.53
การจัดองค์การ	95	81.9	21	18.1	-	-	2.81	0.38
การบังคับบัญชาสั่งการ	85	73.3	31	26.7	-	-	2.73	0.44
การประสานงาน	85	73.3	31	26.7	-	-	2.73	0.44
การควบคุม	84	72.4	32	27.6	-		2.72	0.44
3. การปฏิบัติงานควบคุมโรคความดันโลหิตสูง	81	69.8	32	27.6	3	2.6	2.72	0.44
การกำหนดทิศทางและนโยบาย	69	59.5	42	36.2	5	4.3	2.55	0.58
ด้านระบบสารสนเทศ	81	69.8	31	26.7	4	3.4	2.66	0.54
การปรับระบบและกระบวนการบริการ	75	64.7	41	35.3	-	-	2.64	0.48
ระบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง	78	67.2	32	27.6	6	5.2	2.62	0.58
ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ	64	55.2	48	41.4	4	3.4	2.51	0.56
การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน	75	64.0	38	32.8	3	2.6	2.60	0.53

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบริหารและกระบวนการบริหารกับการปฏิบัติงานควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกระบี่ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 0.05 พบว่าปัจจัยบริหารมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดกระบี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.416$, $p\text{-value}<0.001$) กระบวนการบริหารมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกระบี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.463$, $p\text{-value}<0.001$) (แสดงตามตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่าง ปัจจัยบริหาร กระบวนการบริหาร และการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกระบี่

ปัจจัยบริหาร และกระบวนการบริหาร	ระดับการปฏิบัติงานควบคุมโรคความดันโลหิตสูง		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยบริหาร	0.416	<0.001**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
กำลังคน	0.469	<0.001**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
งบประมาณ	0.345	<0.001**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
วัสดุอุปกรณ์	0.198	0.033*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
กระบวนการบริหาร	0.463	<0.001**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านการวางแผน	0.388	<0.001**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านการจัดองค์กร	0.392	<0.001**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านการบังคับบัญชาสั่งการ	0.218	0.019*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านการประสานงาน	0.330	<0.001**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านการควบคุม	0.537	<0.001**	มีความสัมพันธ์ทางบวก

* ระดับนัยสำคัญ ที่ระดับ 0.05

** ระดับนัยสำคัญ ที่ระดับ 0.01

การอภิปรายผล

ปัจจัยการบริหารมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกระบี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) อธิบายเหตุผลได้ว่าประสิทธิภาพและ

ประสิทธิผลของการบริหารขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์และคุณภาพของปัจจัยการบริหารเป็นสิ่งสำคัญ อาจกล่าวได้ว่า การบริหารคือการดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ เนื่องจากการบริหารทุกประเภทจำเป็นต้องอาศัย กำลังคน (Man) งบประมาณ (Money) วัสดุสิ่งของ (material) และการจัดการ (Method) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้การปฏิบัติงานควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความจำเป็นที่จะต้องใช้ทรัพยากรการบริหารเข้ามาเป็นเครื่องมือในการบริหารงานให้ประสบผลสำเร็จ หรือเรียกทรัพยากรการบริหารว่า 4 M's เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยให้การบริหารงานใดๆ ให้ประสบผลสำเร็จได้โดยง่าย และสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา ได้ข้อค้นพบว่า ทรัพยากรในการบริหารหรือปัจจัยในการบริหาร (Management resources) ที่สำคัญมีอยู่ 4 ประการได้แก่คน (Man) เงิน (Money) วัสดุสิ่งของ (Material) และการบริหาร (Method) ทรัพยากรในการบริหารหรือปัจจัยในการบริหารเหล่านี้เป็นสิ่งที่จำเป็นหรือเป็นพื้นฐานในการบริหารที่จะขาดเสียมิได้ถ้าขาดเสียแล้วไม่ว่าจะเป็นการบริหารราชการหรือการบริหารธุรกิจก็ตามงานก็จะไม่สามารถดำเนินไปได้ด้วยดี⁷การบริหารเป็นการจัดการอย่างมีระเบียบแบบแผนเกี่ยวกับการใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุดและทำให้งานดำเนินไปอย่างราบรื่นมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ด้วยความร่วมมือของกลุ่มบุคคลในการทำงาน⁸ จากข้อมูลวิจัย สามารถอภิปรายจำแนกปัจจัยบริหารรายด้านได้ว่าด้านกำลังคนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลสำเร็จให้การดำเนินงานต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพเพราะกำลังคนจะต้องมีทั้งคุณภาพและปริมาณที่เพียงพอ จากผลการวิจัยพบว่า ด้านกำลังคนมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกระบี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) สามารถอธิบายได้ว่าผู้บริหารจะต้องมีการวางแผนด้านบุคลากรทั้งด้านจำนวนความรู้ความสามารถให้มีความเหมาะสมกับการปฏิบัติงานรวมทั้งการจัดให้บุคลากรสาธารณสุขได้รับการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความรู้ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องเพราะบุคลากรที่บรรจุใหม่ที่จะเข้ามาปฏิบัติงานในหน่วยงานสาธารณสุขจะต้องได้รับการปฐมนิเทศหรือได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติงานอย่างเพียงพอรวมทั้งบุคลากรสาธารณสุขควรได้รับการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานควบคุมโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁹ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศศิวิมล ปุณณาการ¹⁰ พบว่าคนเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการบริหารเพราะคนเป็นผู้ใช้ปัจจัยบริหารด้านอื่นๆ หากหน่วยงานใดหาคนที่มีความรู้และความสามารถเข้ามาปฏิบัติงานก็เป็นที่น่าพอใจได้ว่าการบริหารงานในหน่วยงานนั้นจะเจริญก้าวหน้า

และสามารถบรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพและประหยัด

ด้านงบประมาณมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) อธิบายได้ว่าบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการดำเนินการใช้จ่ายเงินบำรุงและงบประมาณอื่นๆในการปฏิบัติงานด้านการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างถูกต้องตามกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือเอกชนมีส่วนร่วมในการสนับสนุนงบประมาณเพื่อการปฏิบัติงานด้านการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา¹¹ ได้ข้อค้นพบว่า ภาพรวมของปัจจัยการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้แก่ ปัจจัยด้านงบประมาณ ซึ่งสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้านสุขภาพอาหาร ได้ร้อยละ 63.30 ดังนั้นสรุปได้ว่าเงินเป็นทรัพยากรการบริหารอีกประการหนึ่งที่ช่วยให้กลไกอื่นๆในระบบบริหารมีความคล่องตัวมากยิ่งขึ้น

ด้านวัสดุอุปกรณ์ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.033$) จากข้อมูลวิจัยพบว่า บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป (JHCIS) ที่ใช้สามารถสนับสนุนการปฏิบัติงานด้านการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้เป็นอย่างดี และมีคู่มือ

แนวทางปฏิบัติงานด้านการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงชัดเจน เข้าใจง่าย และสะดวกต่อการนำไปปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริวิมล ปุณณาการ¹⁰ ที่กล่าวว่า วัสดุอุปกรณ์เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะขาดเสียมิได้ประการหนึ่งในการบริหารงานเพราะเป็นเครื่องมือดำเนินงานไปสู่จุดหมายที่กำหนดไว้

กระบวนการบริหารมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของบุคลากรสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) เนื่องจากกระบวนการบริหารเป็นกระบวนการที่มีขั้นตอนเกี่ยวข้องต่อเนื่อง ผู้บริหารจะเป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ทรัพยากรขององค์กรเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายขององค์กรซึ่งเป็นหน้าที่ของผู้บริหารทุกคนตั้งแต่ระดับสูงสุดถึงระดับต่ำสุดสามารถดำเนินงานได้บรรลุวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพโดยกระบวนการบริหารประกอบด้วยขั้นตอนที่เรียกว่า POCCC¹² ได้แก่ 1) การวางแผน (Planning) โดยมีการจัดทำแผนการปฏิบัติงานไว้เพื่อเป็นแนวทางของการทำงาน 2) การจัดองค์การ (Organizing) ให้มีโครงสร้างของงานต่างๆและอำนาจหน้าที่ทั้งนี้เพื่อให้เครื่องจักรสิ่งของและตัวคนอยู่ในส่วนประกอบที่เหมาะสมในอันที่จะช่วยให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จได้ 3) การบังคับบัญชาสั่งการ (Commanding) โดยผู้บริหารที่จะต้องกระทำตนเป็นตัวอย่างที่ดีจะต้องเข้าใจคนงานของตนจะต้องเข้าใจถึงข้อตกลงในการทำงานของคนงานและองค์กรที่มีอยู่และรวมถึงจะต้องมีการติดต่อสื่อสารกับผู้อยู่ใต้บังคับ

บัญชาอย่างใกล้ชิดนอกจากนี้ยังต้องทำการประเมินโครงสร้างขององค์กรและผู้อยู่ใต้บังคับบัญชาของตนเป็นประจำอีกด้วยหากโครงสร้างขององค์กรที่เป็นอยู่ไม่เหมาะสมแล้วก็จำเป็นต้องปรับปรุงแก้ไขและเช่นเดียวกันหากผู้ใต้บังคับบัญชาคนใดหย่อนประสิทธิภาพการปล่อยออกเพื่อปรับปรุงกำลังคนที่มีอยู่ให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้นก็เป็นสิ่งจำเป็น4) การประสานงาน (Coordinating) การงานที่จะต้องเชื่อมโยงงานของทุกคนให้เข้ากันได้และกำกับให้ไปสู่จุดหมายเดียวกัน และ 5) การควบคุม (Controlling) กำกับให้สามารถประกันได้ว่ากิจกรรมต่างๆที่ทำไปนั้นสามารถเข้ากันได้กับแผนที่ได้วางไว้แล้วทำให้การดำเนินควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกระบี่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมา¹³ ได้ข้อค้นพบว่า กระบวนการบริหารเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.038) จากข้อมูลวิจัยสามารถอภิปรายจำแนกกระบวนการบริหารรายด้าน

ด้านการวางแผน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.388$, $p\text{-value} < 0.001$) จากข้อมูลวิจัยสามารถอภิปรายผลได้ว่า บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกระบี่ มีการปรับแผนปฏิบัติงานด้านการควบคุมโรคความดัน

โลหิตสูงให้เหมาะสมเมื่อสถานการณ์ได้เปลี่ยนแปลงไป ($\bar{X} = 3.78$, $S.D. = 0.630$) มีการกำหนดวิธีการกำกับและติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานด้านการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงชัดเจน ($\bar{X} = 3.72$, $S.D. = 0.720$) และ มีการจัดทำแผนปฏิบัติงานด้านการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไว้ล่วงหน้าเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน ($\bar{X} = 3.72$, $S.D. = 0.720$) เนื่องจากมีข้อจำกัดในปัจจัยบริหารทั้งสามด้าน ดังนั้นการวางแผนที่ดีในการใช้ทรัพยากรบริหารจะทำให้สามารถใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุดซึ่งสอดคล้องกับหลักการวางแผนของ Henri Fayol⁴ ที่ระบุว่า การวางแผนหรือวางโครงการอย่างกว้างๆว่า มีงานอะไรบ้างที่จะต้องปฏิบัติตามลำดับ พร้อมด้วยวางแผนวิธีปฏิบัติ ระบุวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติงานนั้นๆก่อนลงมือปฏิบัติการ

ด้านการจัดองค์กร มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.392$, $p\text{-value} < 0.001$) จากข้อมูลวิจัยสามารถอภิปรายผลได้ว่า บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกระบี่ ได้มอบหมายอำนาจหน้าที่ในการปฏิบัติงานให้แก่ผู้รับผิดชอบทุกกิจกรรมชัดเจน ($\bar{X} = 4.16$, $S.D. = 0.630$) และ รพ.สต.ของท่านมีการกำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบในการปฏิบัติงานไว้เป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน ($\bar{X} = 4.08$, $S.D. = 0.660$) และ ท่านมีการจัดทำแผนปฏิบัติงานด้านการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไว้ล่วงหน้าเป็นลายลักษณ์อักษรอย่าง

ชัดเจน ($\bar{X}=3.72$, $S.D.=0.720$) ซึ่งสอดคล้องกับหลักการวางแผนของ Henry Fayol⁴ ที่ระบุว่า การจัดรูปโครงสร้างหรือเค้าโครงของการบริหารขององค์กร จะต้องมีการกำหนดอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานย่อย หรือของบุคลากร ตำแหน่งต่างๆของหน่วยงานให้ชัดเจน พร้อมด้วยกำหนดลักษณะบทบาทหน้าที่ และวิธีการติดต่อประสานสัมพันธ์กันตามลำดับชั้นแห่งอำนาจหน้าที่สูงต่ำลดหลั่นกันไป

ด้านการบังคับบัญชาสั่งการ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.218$, $p\text{-value}=0.019$) จากข้อมูลวิจัยสามารถอภิปรายผลได้ว่า บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกระบี่ มีการเปิดโอกาสให้บุคลากรในหน่วยงานร่วมแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาหน่วยงาน ($\bar{X}=4.04$, $S.D.=0.550$) และรพ.สต.ของท่านมีอุปกรณ์สื่อสารเช่นวิทยุสื่อสาร หรือโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อกับสาธารณสุขอำเภอและเครือข่ายได้อย่างชัดเจน ($\bar{X}=3.96$, $S.D.=0.810$) ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของ Henry Fayol⁴ ที่ระบุว่าหน้าที่ในการสั่งงานต่างๆของผู้ที่อยู่บังคับบัญชาซึ่งจะทำให้สำเร็จผลที่ดีก็โดยผู้บริหารที่จะต้องกระทำตนเป็นตัวอย่างที่ดีจะต้องเข้าใจคนงานของตนจะต้องเข้าใจถึงข้อตกลงในการทำงานของคนงานและองค์กรที่มีอยู่และรวมถึงจะต้องมีการติดต่อสื่อสารกับผู้ที่อยู่บังคับบัญชาอย่างใกล้ชิดนอกจากนี้ยังต้องทำการประเมินโครงสร้างขององค์กรและผู้ที่อยู่บังคับบัญชา

ของตนเป็นประจำอีกด้วยหากโครงสร้างขององค์กรที่เป็นอยู่ไม่เหมาะสมแล้วก็จำเป็นต้องปรับปรุงแก้ไข และเช่นเดียวกัน หากผู้บังคับบัญชาคนใดหย่อนประสิทธิภาพการปล่อยออกเพื่อปรับปรุงกำลังคนที่มีอยู่ให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้นก็เป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องทำ

ด้านการประสานงาน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.330$, $p\text{-value}<0.001$) จากข้อมูลวิจัยสามารถอภิปรายผลได้ว่า บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกระบี่ มีการทำแผนผังและกำหนดหน้าที่ของแต่ละส่วนงานไว้อย่างชัดเจนไม่ซ้ำซ้อนกัน ($\bar{X}=3.99$, $S.D.=0.710$) และควรเปิดโอกาสให้เพื่อนร่วมงานปรึกษาและซักถามงานด้านต่างๆได้โดยตรง ด้วยวิธีการติดต่อที่มีประสิทธิภาพรวมถึงรูปแบบที่ไม่เป็นทางการ เช่น โทรศัพท์หรือวิทยุสื่อสาร และท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่าควรมีการใช้แผนงาน/โครงการ ติดตามงานต่างๆอย่างใกล้ชิดเพื่อศึกษาข้อขัดข้องในด้านการประสานงานโดยเฉพาะด้านเวลา ($\bar{X}=3.96$, $S.D.=0.710$) ซึ่งสอดคล้องกับหลักการประสานงานของ Henri Fayol⁴ ภาระหน้าที่ในการทำงานที่จะต้องเชื่อมโยงงานของทุกคนให้เข้ากันได้ และกำกับให้ไปสู่จุดหมายเดียวกัน

ด้านการควบคุม มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.537$, $p\text{-value}<0.001$) จากข้อมูลวิจัยสามารถอภิปรายผลได้ว่า บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบล จังหวัดกระบี่ ได้รับการติดตาม ประเมินผลการปฏิบัติงานด้านการควบคุมโรค ความดันโลหิตสูงจากผู้บังคับบัญชาหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ($\bar{X}$ =4.04, S.D.=0.590) ซึ่งสอดคล้องกับหลักการวางแผนของ Henri Fayol⁴ ที่ระบุว่า การควบคุม คือ ภาระหน้าที่ในการที่จะต้องกำกับให้สามารถประกันได้ว่า กิจกรรมต่างๆ ที่ทำไปนั้นสามารถเข้ากันได้กับแผนที่ได้วางไว้แล้ว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

จากผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยการบริหาร มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมโรค ความดันโลหิตสูง ของบุคลากรสาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกระบี่ มีผลการดำเนินงานอยู่ในระดับสูงแต่ยังคงต้องมีการปรับเปลี่ยนและเพิ่มเติมในบางประเด็น เพื่อให้การปฏิบัติงานเกิดการพัฒนาดียิ่งขึ้น กล่าวคือผู้บริหารจะต้องให้ความสำคัญกับการวางแผนทางด้านบุคลากร การจัดการด้านงบประมาณ การจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ที่มีความจำเป็น ให้ผู้ร่วมงานทุกคนควรมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนปฏิบัติงาน จัดให้มีโครงสร้างของงาน และอำนาจหน้าที่อย่างชัดเจนมีแนวทางในการสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ปฏิบัติงานมีการประสานงานในรูปคณะกรรมการ ในงานที่ไม่สามารถแยกผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน มีการนำเสนอปัญหา อุปสรรคและแนวทางแก้ไขของการปฏิบัติงาน มีกระบวนการการควบคุมกำกับกับการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง มีการช่วยเหลือ

สนับสนุนการแก้ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไขเพื่อร่วมกันพิจารณาในระดับอำเภอ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Hypertension fact sheet. Retrieved from <http://www.searo.who.int>. 2011.
2. ญัฐวิธรณ พันธ์มุงและคณะ. คู่มือการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.). พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์. 2556.
3. Weichrich Heinz, Koontz Harold. Manage A Global Perspective Mcgraw Hill. 1993.
4. Fayol, Henry. Industrial and General Administration. New Jersey: Clifton. 1994.
5. Daniel W.W. Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences (9 thed). New York: John Wiley & Sons. 2010.
6. Best, John W. Research is Evaluation. (3 rd ed). Englewood cliffs: N.J. Prentice Hall. 1977.
7. วิเชียร วิทย์อุดม. องค์การและการจัดการ. กรุงเทพฯ: ธนรัชการพิมพ์. 2550.

8. ประจักษ์ บัวผัน.การบริหารโครงการสุขภาพ.ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์.โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.2550.
9. อุเทน จิณโรจน์ และวิทัศน์ จันทร์โพธิ์ศรี. ลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยในการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานระบอดิทยาโรคติดต่อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดมหาสารคาม.วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น 2557, 21(1), 63-74.
10. ศศิวิมล ปุจฉาการ.องค์ประกอบการบริหารที่มีอิทธิพลต่อความต่อเนื่องและไม่ต่อเนื่องของโครงการผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยในเขตภาคกลาง.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.2534.
11. นุชนาถ ขวาทไทย. ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้านสุขาภิบาลอาหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.2557.
12. Gulick, Luther, L. Urwick. Paper on the Science of Administration. New York: Columbia University. 1939.
13. ชายนรงค์ ไชยสัตย์และอมรศักดิ์ โพธิ์อำ. ปัจจัยบริหารและกระบวนการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมุกดาหาร.วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2559; 3-4, 63-70.

แรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดภูเก็ต

หทัยรัตน์ รังสรรค์สฤษฎี¹ อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดภูเก็ต ประชากรคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดภูเก็ต ปีงบประมาณ 2560 จำนวน 159 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 124 ราย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลคือแบบสอบถาม ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.93 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยจูงใจมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=2.56$, $S.D.=0.32$) ปัจจัยค้ำจุนมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.09$, $S.D.=0.32$) ระดับขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.96$, $S.D.=0.31$) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนมีความสัมพันธ์กับขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดภูเก็ต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.285$, $p\text{-value}<0.001$ และ $r=0.374$, $p\text{-value}<0.001$) ตามลำดับข้อเสนอแนะจากผลวิจัย ควรนำข้อมูลการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหาร/ผู้บังคับบัญชาในหน่วยงาน/องค์กร ใช้ในการสร้างเสริมขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ รวมทั้งได้ตระหนักถึงปัจจัยต่างๆที่ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพขาดขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานและปรับปรุงระบบบริหารเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานและไม่คิดที่จะลาออกจากงาน

คำสำคัญ: ปัจจัยจูงใจ, ปัจจัยค้ำจุน, พยาบาลวิชาชีพ

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลป่าตอง จังหวัดภูเก็ต, E-mail: rmpatong1@gmail.com

² อาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

Corresponding author: อมรศักดิ์โพธิ์อ่ำ, E-mail: amornsak1.poum@gmail.com

An Association between Motivation Factors and The Morale for Job Performance Among Registered Nurses Who Worked in Community Hospital, Phuket Province

Hathairat Rangsansarit¹ Amornsak Pourn²

Abstract

This descriptive research aimed to study An Association between Motivation Factors and The Morale for Job Performances among Registered Nurses Who Worked in Community Hospital, Phuket Province. During fiscal year 2017, there were 159 registered nurses worked in community hospital, Phuket Province. 124 samples of these nurses were calculated by Daniel formula and arranged questionnaires by a systematic random sampling. Four parts of questions were delivered, parts 1) general characteristics, part 2) motivation factors, part 3) hygiene factors, and part 4) the morale for job performance. Before trying out, three specialists proved all questions and then reliability test result by Cronbach's coefficient alpha was 0.93. Pearson product moment correlation coefficient was used for an association analysis.

Study results showed that motivation factors had mean score with a high level ($\bar{X}=2.56$, S.D.=0.32), hygiene factors had mean score with a moderate level ($\bar{X}=2.09$, S.D.=0.32), in the same with hygiene factors, morale for job performance had mean score with moderate level ($\bar{X}=1.96$, S.D.=0.31). An association analysis found that motivation factors and hygiene factors associated with the morale for job performance among registered nurses with a statistical significance ($r=0.285$, $p\text{-value}<0.001$, $r=0.374$, $p\text{-value}<0.001$, respectively). Suggestion: Results of this study should be applied in regulation for an administrative team to promote the morale for job performance among registered nurses. In addition, be aware of various factors that affect the moral for performance in registered nurses and improve the management system for motivating the registered nurses to have moral for job performance and continue to do their work.

Keywords: Motivation factors, Hygiene factors, Registered Nurse

¹ Registered Nurse, Professional Level, Patong Hospital, Phuket Province, E-mail: mnpatong1@gmail.com

² Lecturer of Master of Public Health Program in Public Health Administration, Faculty of Public Health, Ramkhamhaeng University.

Corresponding author: Amornsak Pourn, E-mail: amornsak1.pourn@gmail.com

บทนำ

งานบริการสุขภาพเป็นงานที่ใช้ความรู้ความสามารถของกำลังคนเป็นหลัก ซึ่งไม่สามารถทดแทนได้ด้วยเครื่องมืออุปกรณ์และเทคโนโลยี พยาบาลวิชาชีพจัดเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการจัดบริการสุขภาพ เพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพของประชาชน พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ต้องทำงานเป็นเวรผลัดตลอด 24 ชั่วโมงซึ่งเป็นการทำงานที่มีวิถีชีวิตการกินอยู่ที่ไม่ปกติเหมือนวิชาชีพอื่น เป็นงานที่ต้องมีความรับผิดชอบสูง ต้องเผชิญกับความเร่งรีบและความเครียดอยู่ตลอดเวลา ต้องทำงานที่สัมผัสกับสารเคมีหรือสารอันตรายอื่นๆ รวมทั้งต้องเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงมากมายที่จะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ การติดเชื้อโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานที่ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี¹ ประกอบกับวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ขาดแคลนและทำงานหนัก ในขณะที่ความเจ็บป่วยและความต้องการในการดูแลสุขภาพประชาชนมีมากขึ้น โดยพยาบาล 1 คน ทำงานเฉลี่ยสัปดาห์ละ 54 ชั่วโมง สูงกว่าข้าราชการกลุ่มอื่นที่ทำงานสัปดาห์ละ 40 ชั่วโมง โดยเฉพาะพยาบาลกลุ่มที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปี ต้องทำงานวันละ 2 ผลัดรวม 16 ชั่วโมง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและความสัมพันธ์ในครอบครัว ทำให้พยาบาลกลุ่มนี้มีความคิดที่จะโอนย้ายและลาออกมากที่สุด²

โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดภูเก็ต มีพยาบาลลาออกเพิ่มมากขึ้น โดยปี พ.ศ.2555–

2557 พบว่า อัตราการลาออกของพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลชุมชนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเท่ากับ 4 ราย (2.44%), 7 ราย (4.24%) และ 7 ราย (4.40%) ตามลำดับ ซึ่งส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนที่มีภาระงานหนักมากขึ้น³วิธีการที่จะดำรงรักษาบุคลากรให้อยู่กับองค์กรนานที่สุดคือการบำรุงขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรให้อยู่ในระดับสูง โดยการส่งเสริมความก้าวหน้า ความมั่นคง ตลอดจนการให้ค่าตอบแทน สวัสดิการ รางวัลที่เหมาะสม หากองค์กรสามารถตอบสนองสิ่งเหล่านี้ได้ก็จะทำให้บุคลากรเกิดความรักความผูกพันกับงานองค์กรและจะสามารถดำรงรักษาบุคลากรได้นอกจากนี้ ขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานยังเกี่ยวข้องกับแรงจูงใจและความพึงพอใจในงานที่ปฏิบัติ หากบุคลากรมีระดับของความพึงพอใจและมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานสูง ย่อมส่งผลให้ระดับขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานสูงขึ้นด้วย ดังนั้นผู้บริหารจะต้องเอาใจใส่บำรุงรักษาบุคลากรของตนเองเสมอเพื่อให้ได้ทั้งผลงานและบุคลากรที่มีประสิทธิภาพอยู่ในหน่วยงานให้นานที่สุด⁴ดังนั้น การศึกษาวิจัยเรื่องนี้จะสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารในการพัฒนาระดับขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดภูเก็ต ในการวางแผนด้านอัตรากำลังและการจัดรูปแบบการบริหารบุคลากรพยาบาลที่มี

ประสิทธิภาพ ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยจุดใจและปัจจัยคำจุนที่มีความสัมพันธ์กับขวัญกำลังใจของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดภูเก็ต

กรอบแนวคิดวิจัย

ตัวแปรอิสระในการวิจัย 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ, อายุ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา, รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน, ตำแหน่งงานในปัจจุบัน, ระยะเวลาการปฏิบัติงาน, การอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง, การใช้ภาษาอังกฤษ, การมีส่วนร่วมในกิจกรรมคุณภาพ 2) ปัจจัยจุดใจ ได้แก่ ความสำเร็จในงาน การได้รับการยอมรับนับถือ ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ความรับผิดชอบ ความก้าวหน้าในหน้าที่การงานและ 3) ปัจจัยคำจุน ประกอบด้วย นโยบายและการบริหารงาน วิธีการปกครองบังคับบัญชา ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สภาพการปฏิบัติงาน เงินเดือนสวัสดิการ ความมั่นคงในงาน สถานภาพในการทำงาน โอกาสที่จะได้รับความก้าวหน้าในอนาคต ชีวิตส่วนบุคคลโดยใช้แนวคิดของ Herzberg et al.⁵ ตัวแปรตามคือ ขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย ความผูกพันองค์กร การคงอยู่ในงาน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research Study) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดภูเก็ต มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ในปีงบประมาณ 2560 จำนวน 159 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณที่ทราบประชากรแน่นอนของ Daniel⁶ โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อน สามารถยอมรับได้ เท่ากับ 0.05 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 124 คน เพื่อเลือกรายชื่อของพยาบาลวิชาชีพเป็นตัวแทนในการเก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือแบบสอบถาม ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ปัจจัยจุดใจ 5 ด้าน ส่วนที่ 3 ปัจจัยคำจุน 9 ด้าน ตามแนวคิดของ Herzberg et al.⁵ และส่วนที่ 4 ขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยแบบสอบถามส่วนที่ 2, 3, 4 ข้อคำตอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่าตามระดับความคิดเห็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W.⁷ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ปานกลางและต่ำ การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม เพื่อหาความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้และคำนวณค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร

สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค⁸ เท่ากับ 0.93

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปใช้สถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์อาสาสมัครที่เข้าร่วมงานวิจัยนี้ได้รับการอธิบายขั้นตอนการทำวิจัยและประโยชน์ที่ได้รับโดยละเอียด จากผู้วิจัยโดยตรง และได้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรตามความสมัครใจ เพื่อเข้าร่วมงานวิจัยนี้ ข้อมูลของอาสาสมัครที่เข้าร่วมงานวิจัยนี้จะถูกเก็บเป็นความลับเฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น

ผลการวิจัย

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดภูเก็ต ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (96%) มีอายุระหว่าง 30-50 ปี (68.5%) ($\bar{X}=38.56$, S.D.=8.19, Max=57, Min=23) มีสถานภาพสมรสคู่/แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน (59.5%) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (91.9%) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 25,000-60,000 บาท (76.6%) ($\bar{X}=41,961.69$, S.D.=18,034.94, Max=14,000, Min=96,000) ประเภทตำแหน่งในการปฏิบัติงานคือพยาบาลประจำการ (85.5%) มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานระหว่าง 5-20 ปี (ร้อยละ 45.20) ($\bar{X}=14.58$, S.D.=8.43, Max=34, Min=1) และร้อยละ 31.5 เคย

ได้รับการอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง, ความสามารถในการใช้ภาษาอังกฤษระดับดี มีเพียง 5.6%, การมีส่วนร่วมในกิจกรรมคุณภาพในฐานะผู้นำทีม (8.9%) และเป็นสมาชิกอยู่ในทีมต่างๆ (35.5%)

ปัจจัยจูงใจ ภาพรวมคะแนนความเห็นอยู่ในระดับสูง(56.5%) รองลงมาคือ ระดับปานกลาง (43.5%) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.56 (S.D.=0.32) เมื่อพิจารณาปัจจัยจูงใจจำแนกรายด้าน 5 ด้าน พบว่าด้านความสำเร็จในงาน อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=2.82$, S.D.=0.38)ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=2.65$, S.D.=0.48) ด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ อยู่ในระดับปานกลาง($\bar{X}=2.02$, S.D.=0.25)ด้านความรับผิดชอบ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=2.85$, S.D.=0.36)ด้านความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน อยู่ในระดับปานกลาง($\bar{X}=2.41$, S.D.=0.50) ตามลำดับ สำหรับปัจจัยค้ำจุน ภาพรวมคะแนนความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง (87.9%) รองลงมาคือระดับสูง (10.5%) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.09 (S.D.=0.32) เมื่อพิจารณาปัจจัยค้ำจุนจำแนกรายด้าน 9 ด้าน พบว่าด้านนโยบายและการบริหารงานอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.22$, S.D.=0.47)ด้านวิธีการปกครองบังคับบัญชาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.07$, S.D.=0.51)ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=2.61$, S.D.=0.51)ด้านสภาพการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.23$, S.D.=0.55)ด้านเงินเดือนสวัสดิการอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.84$, S.D.=0.50)ด้านความมั่นคงในงานอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$

=2.36, S.D.=0.48)ด้านสถานภาพในการทำงานอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =2.56, S.D.=0.50) ด้านโอกาสที่จะได้รับความก้าวหน้าในอนาคตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =2.21, S.D.=0.51) ด้านชีวิตส่วนบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =2.06, S.D.=0.45)ตามลำดับ ในส่วนของขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน ภาพรวมคะแนนความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง(90.3%)

รองลงมาคือ ระดับสูง (2.4%) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.96 (S.D.=0.31) เมื่อพิจารณาขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานจำแนกรายด้าน 2 ด้าน พบว่าความผูกพันองค์กร อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =2.52, S.D.=0.50) ความคงอยู่ในงานอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =2.03, S.D.=0.31) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของของปัจจัยจิตใจ ปัจจัยคำจุนและขวัญกำลังใจของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดภูเก็ต (n=124)

ตัวแปร	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ ละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ ละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ ละ		
ปัจจัยจิตใจ	70	56.5	54	43.5	-	-	2.56	0.32
- ด้านความสำเร็จในงาน	102	82.3	22	17.7	-	-	2.82	0.38
- ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ	81	65.3	43	34.7	-	-	2.65	0.48
- ด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ	5	4.0	116	93.5	3	2.5	2.02	0.25
- ด้านความรับผิดชอบ	105	84.7	19	15.3	-	-	2.85	0.36
- ด้านความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน	53	42.7	69	55.6	2	1.6	2.41	0.50
ปัจจัยคำจุน	13	10.5	109	87.9	1	0.8	2.09	0.32
- ด้านนโยบายและการบริหารงาน	30	24.2	91	73.4	3	2.4	2.22	0.47
- ด้านวิธีการปกครองบังคับบัญชา	21	16.9	91	73.4	12	9.7	2.07	0.51
- ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	77	62.1	46	37.1	1	0.8	2.61	0.51
- ด้านสถานภาพการปฏิบัติงาน	36	29.0	80	64.5	8	6.5	2.23	0.55
- ด้านเงินเดือนสวัสดิการ	7	5.6	90	72.6	27	21.8	1.84	0.50
- ด้านความมั่นคงในงาน	45	36.3	79	63.7	-	-	2.36	0.48

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของของปัจจัยจุดใจ ปัจจัยคำจุนและ
ขวัญกำลังใจของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดภูเก็ต (n=124)(ต่อ)

ตัวแปร	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
- ด้านสถานภาพในการทำงาน	70	56.5	54	43.5	-	-	2.56	0.50
- ด้านโอกาสที่จะได้รับ ความก้าวหน้าในอนาคต	32	25.8	86	69.4	6	4.8	2.21	0.51
- ด้านชีวิตส่วนบุคคล	16	12.9	99	79.8	9	7.3	2.06	0.45
ขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน	3	2.4	112	90.3	9	7.3	1.96	0.31
- ด้านความยึดมั่นผูกพันองค์กร	65	52.4	59	47.6	-	-	2.52	0.50
- ด้านการคงอยู่ในงาน	15	12.1	98	79.0	11	8.9	2.03	0.46

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจุดใจ ปัจจัยคำจุน และขวัญกำลังใจของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดภูเก็ตที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่าปัจจัยจุดใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับขวัญกำลังใจของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดภูเก็ต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.285$, $p\text{-value}<0.001$) เมื่อพิจารณาปัจจัยจุดใจรายด้านที่พบความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านการยอมรับ ($r=0.271$, $p\text{-value}=0.002$), ด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ ($r=0.217$, $p\text{-value}=0.015$), ปัจจัยคำจุนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับขวัญกำลังใจของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

ชุมชน จังหวัดภูเก็ต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.374$, $p\text{-value}<0.001$) เมื่อพิจารณาปัจจัยคำจุนรายด้านที่พบความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ นโยบายและการบริหารงาน ($r=0.242$, $p\text{-value}=0.007$) วิธีการปกครองบังคับบัญชา ($r=0.382$, $p\text{-value}<0.001$)สภาพการปฏิบัติงาน ($r=0.207$, $p\text{-value}=0.021$)เงินเดือนสวัสดิการ ($r=0.476$, $p\text{-value}<0.001$)ความมั่นคงในงาน ($r=0.228$, $p\text{-value}=0.011$)สถานภาพในการทำงาน ($r=0.179$, $p\text{-value}=0.046$)โอกาสที่จะได้รับความก้าวหน้าในอนาคต ($r=0.269$, $p\text{-value}=0.002$)ชีวิตส่วนบุคคล ($r=0.315$, $p\text{-value}<0.001$)ตามลำดับ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างปัจจัย जुใจ ปัจจัยค้ำจุนและขวัญกำลังใจของ
พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดภูเก็ต (n=124)

ปัจจัย	ขวัญกำลังใจของพยาบาลวิชาชีพ		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัย जुใจ	0.285	<0.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
-ด้านความสำเร็จในงาน	0.064	0.478	ไม่มีความสัมพันธ์
-ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ	0.271	0.002**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
-ด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ	0.217	0.015*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
-ด้านความรับผิดชอบ	0.152	0.093	ไม่มีความสัมพันธ์
-ด้านความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน	0.174	0.054	ไม่มีความสัมพันธ์
ปัจจัยค้ำจุน	0.374	<0.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- ด้านนโยบายและการบริหารงาน	0.242	0.007*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- ด้านวิธีการปกครองบังคับบัญชา	0.382	<0.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	0.140	0.122	ไม่มีความสัมพันธ์
- ด้านสภาพการปฏิบัติงาน	0.207	0.021*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- ด้านเงินเดือนสวัสดิการ	0.476	<0.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- ด้านความมั่นคงในงาน	0.228	0.011*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- ด้านสภาพในการทำงาน	0.179	0.046*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- ด้านโอกาสที่จะได้รับความก้าวหน้าใน อนาคต	0.269	0.002**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- ด้านชีวิตส่วนบุคคล	0.315	<0.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก

*p-value<0.05,

**p-value<0.01

การอภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (90.3%) ซึ่งส่วนใหญ่พบว่าพยาบาลวิชาชีพไม่พึงพอใจในตำแหน่งงาน การไม่ได้รับความเคารพในวิชาชีพ ต้องรับผิดชอบงานคุณภาพเพิ่มขึ้นนอกเหนือจากงานประจำ ตลอดจนไม่พึงพอใจในนโยบาย ระบบบริหารงาน และการไม่ได้รับการคุ้มครองและความรับผิดชอบจากผู้บริหาร /ผู้บังคับบัญชา ดังนั้นหากองค์กรใดมีผู้ปฏิบัติงานที่มีขวัญกำลังใจดีจะส่งผลให้การทำงานสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กรไปได้ด้วยดีทำให้ผลงานขององค์กรมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น⁹เมื่อพิจารณาขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานจำแนกรายด้าน พบว่า ความยึดมั่นผูกพันองค์กร มีระดับคะแนนอยู่ในระดับสูง (52.4%) อธิบายเหตุผลได้ว่า ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อความอยู่รอดและการบรรลุเป้าหมายหรือประสิทธิผลขององค์กร หากผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจต่อบรรยากาศองค์กร สวัสดิการ เงินเดือนค่าจ้าง ความสัมพันธ์อันดีระหว่างเพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชา มีความก้าวหน้าในวิชาชีพ ตลอดจนการมีคุณภาพชีวิตที่ดีก็จะส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานมีปฏิกริยาในเชิงบวกและความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรสูง สอดคล้องกับผลวิจัยที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนให้ความสำคัญกับการทำงานเป็นทีม และการได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานถือว่าเป็นสิ่งสำคัญเพราะจะ

ส่งผลให้การปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมายตามที่โรงพยาบาลชุมชนที่กำหนดไว้และการคงอยู่ในงานมีระดับคะแนนอยู่ในระดับสูง (12.1%) เนื่องจากผู้ปฏิบัติงานเข้าทำงานในองค์การระยะเวลาหนึ่งและยังคงทำงานในองค์การนั้นๆ จนถึงปัจจุบันและการที่บุคคลใดปฏิบัติงานในวิชาชีพนั้นๆแล้วไม่เปลี่ยนวิชาชีพหรืออาชีพที่ปฏิบัติอยู่นั้นไม่ว่าจะเป็นด้วยเหตุผลใดๆก็ตาม และมีความมุ่งมั่นที่จะประกอบวิชาชีพหรืออาชีพนั้นต่อไปด้วยความสมัครใจ¹⁰สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา¹¹พบว่า สืบเนื่องมาจากการปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้สึกพึงพอใจในตำแหน่งหน้าที่การงานของตนเอง

ปัจจัยจูงใจ (Motivator factors) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับขวัญกำลังใจของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดภูเก็ต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.285$, $p\text{-value}<0.001$) อธิบายเหตุผลได้ว่า ปัจจัยจูงใจเป็นปัจจัยภายในที่ทำให้เกิดความสุขจากการทำงาน เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความพึงพอใจ เป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้บุคคลทำงานเพิ่มมากขึ้นอันเนื่องมาจากแรงจูงใจซึ่งเป็นปัจจัยนำไปสู่การพัฒนาทัศนคติทางบวกและแรงจูงใจที่แท้จริง โดยปัจจัยจูงใจประกอบด้วย ความสำเร็จในงาน การได้รับการยอมรับนับถือ ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ความรับผิดชอบ ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน⁵เมื่อพิจารณาปัจจัยจูงใจจำแนกรายด้าน พบว่า ปัจจัยจูงใจที่พบความสัมพันธ์ทางบวกกับขวัญ

กำลังใจของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดภูเก็ต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการยอมรับนับถือ ($r=0.271$, $p\text{-value}=0.002$) อธิบายเหตุผลได้ว่าการได้รับการยอมรับนับถือ (Recognition) เป็นผลมาจากความสำเร็จในการปฏิบัติงาน การยอมรับนับถือมีหลายรูปแบบเช่นการชมเชยด้วยคำพูดหรือการเขียนเป็นลายลักษณ์อักษรการให้การเสริมแรงบ่อยๆ เป็นสิ่งจำเป็นที่จะทำให้เกิดแรงจูงใจต่อเนื่องกันไป สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานของตนเองเพราะผู้ป่วยและญาติได้แสดงออกถึงความพึงพอใจในการดูแลที่ได้รับจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนและพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ได้รับความร่วมมือจากเพื่อนร่วมงานในการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี ซึ่งเป็นสิ่งที่บ่งบอกให้เห็นถึงการได้รับการยอมรับนับถือ และ 2) ด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ ($r=0.217$, $p\text{-value}=0.015$) อธิบายเหตุได้ว่าลักษณะงานที่ปฏิบัติ (Work Itself) ทำให้เกิดความพึงพอใจในงานของบุคคลนั้นๆ เพราะลักษณะของงานที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้ปฏิบัติจะต้องท้าทายความรู้ความสามารถไม่ซ้ำซากจำเจและสร้างความรู้สึกร้าวก้าวหน้าในอาชีพการงาน สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน มีความรู้สึกว่างานที่ตนเองปฏิบัติอยู่มีความท้าทายและโรงพยาบาลมีการกระจายงานให้แก่พยาบาลวิชาชีพอย่างเหมาะสมและทำให้เกิดความเท่าเทียมกัน ผลการวิจัยสอดคล้องกับ

งานวิจัยที่ผ่านมา¹²ที่พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขภาพในการทำงานของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครชุม ได้แก่ ปัจจัยด้านลักษณะงานและการได้รับการยอมรับนับถือทำให้เกิดความสุขในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยค่าจูน (Hygiene Factors) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับขวัญกำลังใจของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดภูเก็ต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.374$, $p\text{-value}<0.001$) อธิบายเหตุผลได้ว่าปัจจัยค่าจูนเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่เป็นปัจจัยภายนอกป้องกันความไม่พึงพอใจจากการทำงาน บางครั้งอาจใช้คำว่าปัจจัยธำรงรักษาเป็นตัวป้องกันไม่ให้เกิดความไม่พึงพอใจในงานเป็นแรงจูงใจภายนอกที่เกิดจากสภาวะแวดล้อมในการทำงาน มีส่วนช่วยให้เกิดความสุขสบายในการทำงานมากขึ้น แต่ไม่ได้ทำให้เกิดความพอใจในงานความรู้สึกไม่พึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร ส่วนใหญ่มักมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับปัจจัยค่าจูน ซึ่งปัจจัยค่าจูนจะทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรที่มีอยู่ตลอดเวลาและหากองค์การไม่สามารถทำให้เกิดแรงจูงใจหรือทำให้เกิดแรงจูงใจได้แต่อยู่ในระดับที่ไม่เหมาะสมกับความต้องการของบุคลากรก็จะส่งผลกระทบต่อระดับความพึงพอใจและขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร โดยปัจจัยค่าจูนประกอบด้วย นโยบายและการบริหารงาน วิธีการปกครองบังคับบัญชา ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สภาพการปฏิบัติงาน เงินเดือน

สวัสดิการ ความมั่นคงในงาน สถานภาพในการทำงาน โอกาสที่จะได้รับความก้าวหน้าในอนาคต ชีวิตส่วนบุคคล⁵เมื่อพิจารณาปัจจัยคำจูนจำแนกรายด้าน พบว่า ปัจจัยคำจูนที่พบความสัมพันธ์ทางบวกกับขวัญกำลังใจของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดภูเก็ต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วย 8 ด้าน ได้แก่ นโยบาย และการบริหารงาน ($r=0.242$)วิธีการปกครองบังคับบัญชา ($r=0.382$)สภาพการปฏิบัติงาน ($r=0.207$)เงินเดือนสวัสดิการ ($r=0.476$)ความมั่นคงในงาน ($r=0.228$)สถานภาพในการทำงาน ($r=0.179$)โอกาสที่จะได้รับความก้าวหน้าในอนาคต ($r=0.269$)ชีวิตส่วนบุคคล ($r=0.315$)ตามลำดับ ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา¹³ทำการวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมหาสารคาม พบว่า ปัจจัยคำจูนด้านเงินเดือน ด้านนโยบายและการบริหาร ด้านสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน และด้านการปกครองบังคับบัญชา มีความสัมพันธ์กับขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.05$) และสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา¹⁴พบว่า ปัจจัยด้านเงินเดือน ด้านนโยบายและการบริหาร ด้านสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ด้านวิธีการปกครองบังคับบัญชาและด้านโอกาสที่จะได้รับความก้าวหน้าในอนาคต มีความสัมพันธ์กับขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานของข้าราชการครูวิทยาลัยในสังกัดอาชีวศึกษา

จังหวัดพิจิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ยังพบปัญหาด้านปัจจัยจูงใจรายด้านคือ ด้านความรับผิดชอบ ความสำเร็จในงานและความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ดังนั้นผู้บริหาร/ผู้บังคับบัญชา ในหน่วยงาน/องค์การสามารถนำผลการวิจัยมาใช้ประกอบในการสร้างเสริมขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร ด้วยวิธีการให้เกียรติ การยอมรับ และรับฟังความคิดเห็น เชื่อมมั่นในความสามารถ และส่งเสริมอำนวยความสะดวกให้กับพยาบาลวิชาชีพให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความภาคภูมิใจต่อวิชาชีพและต่อตนเอง รวมทั้งควรมีการมอบหมายงานและภาระงานให้เหมาะสมกับความรู้ ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพให้อิสระในการตัดสินใจและควรเปิดโอกาสให้มีการพบปะและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ได้นำเสนอผลการปฏิบัติงานหรือปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานของบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ

เอกสารอ้างอิง

1. สุรัชย์ ปัญญาฤทธิ์พงศ์. พยาบาลของชุมชน. ค้นเมื่อวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2558 จากเว็บไซต์ <http://www.doctor.or.th/taxonomy/term/916>., 2554.
2. วชิระ เพ็งจันทร์. เปิดทางก้าวหน้า พยาบาลระดับสูงกว่าหมื่นตำแหน่งสังกัด

- ลาออก. ค้นเมื่อวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2558, จากเว็บไซต์
- a. <http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9570000137912>. 2557.
3. โรงพยาบาลป่าตอง. รายงานข้อมูลบุคลากรกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลป่าตอง.2558.
4. ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์. จิตวิทยาการบริหารงานบุคคล.กรุงเทพฯ: พิมพ์ดีจำกัด, 2547.
5. Herzberg, Frederick and others. The Motivation to work. New York : John Wiley and Sons, 1967.
6. Daniel W.W. Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences (9thed). New York: John Wiley & Sons, 2010.
7. Best, John W. Research is Evaluation. (3rd ed). Englewood cliffs: N.J. Prentice Hall, 1977.
8. Cronbach, L.J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika, 1951; 16(3): 297-334.
9. ทวี จันทเพ็ชร. ขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานของพนักงานโรงงานปุ๋ยศิริจันทร์.วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจ มหาบัณฑิต,สาขาการจัดการทั่วไป, มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร.2550.
10. นันทน์ภัส โตล่า. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร คณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร. งานสารนิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิจัยและการพัฒนาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.2553.
11. บุญใจ ศรีสถิตนรากร. ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาลในศตวรรษที่ 21. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.2550.
12. มาลี เกื้อนพกุล, อรอนงค์ ทวนพรมราช, อภิญญา เพียรพิจารณา.ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ, 2552,25(1): 4-19.
13. บุญมา อัครแสง, เรืองยศ จันทรสามารถ, รังสรรค์ สิงห์เลิศ, ศักดิ์พงศ์ หอมหวล. ปัจจัยที่มีผลต่อขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม, 2552,3(2): 79-89.
14. มะลิวรรณ ศรีโพธา. ปัจจัยการเสริมสร้างขวัญที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของข้าราชการครูวิทยาลัยในสังกัดอาชีวศึกษาจังหวัดพิจิตร. สารนิพนธ์บริหารธุรกิจ มหาบัณฑิต, วิชาเอกการจัดการทั่วไป, คณะบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.2554

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

ตำบลหนองไขว่ อำเภอลำลูกเกด จังหวัดเพชรบูรณ์

ศตวรรษ เสือเขียว¹ อมรศักดิ์ โพธิ์อำ²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ตำบลหนองไขว่ อำเภอลำลูกเกด จังหวัดเพชรบูรณ์ ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือผู้สูงอายุจำนวน 1,220 คน คำนวณขนาดตัวอย่างได้กลุ่มตัวอย่าง 300 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม นำไปทดลองใช้และวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.704 วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แจกแจงข้อมูลด้วยค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลวิจัยพบว่า ด้านความรู้มีค่าเฉลี่ยในระดับต่ำ 42.33% ($\bar{X}=1.87$, S.D.=0.84) ด้านทัศนคติมีค่าเฉลี่ยในระดับสูง 90.67% ($\bar{X}=2.91$, S.D.=0.29) ปัจจัยเอื้อมีค่าเฉลี่ยในระดับสูง 94.33% ($\bar{X}=2.94$, S.D.=0.23) ปัจจัยเสริมมีค่าเฉลี่ยในระดับสูง 95.00% ($\bar{X}=2.95$, S.D.=0.21) พฤติกรรมการออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ยในระดับปานกลาง 63.67% ($\bar{X}=2.14$, S.D.=0.58) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ด้านความรู้และด้านทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.143$, p-value=0.013 และ $r = 0.133$, p-value=0.021 ตามลำดับ) ปัจจัยเอื้อไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ($r = -0.041$, p-value=0.477) และปัจจัยเสริมไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ($r = -0.001$, p-value=0.982) ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ถูกต้อง และกระตุ้นถึงความสำคัญและประโยชน์ของการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : พฤติกรรมการออกกำลังกาย ผู้สูงอายุ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม

¹ นักศึกษาโครงการสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง, E-mail: satawat26@gmail.com

² อาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง,

Corresponding author: อมรศักดิ์ โพธิ์อำ, E-mail: amornsak1.poum@gmail.com

Factors Associated with Exercise Behaviors among Elderly People in Nongkwai Subdistrict, Lomsak District, Phetchabun Province

Satawat Suekhiaw¹ Amornsak Poum²

Abstract

This descriptive research aimed to study predisposing factors, enabling factors, and reinforcing factors associated with exercise behaviors of elderly people in Nongkwai subdistrict, Lomsak district, Phetchabun province. Population for the research was 1,220 elderly people and the sample size calculating for 300 cases. Data were collected by questionnaires. Try out testing reliability by Cronbach's coefficient alpha was 0.704, and statistic analyzed by computer software used percentage, mean, standard deviation, and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

The result showed that knowledge had mean score with low level 42.33% ($\bar{X}=1.87$, S.D.=0.84). Attitude had mean score with high level 90.67% ($\bar{X}=2.91$, S.D.=0.29). Enabling factors had mean score with high level 94.33% ($\bar{X}=2.94$, S.D.=0.23). Reinforcing factors had mean score with high level 95.00% ($\bar{X}=2.95$, S.D.=0.21). Exercise behaviors had mean score with medium level 63.67% ($\bar{X}=2.14$, S.D.=0.588). Association analyzed found that predisposing factors both knowledge and attitude were positively associated with exercise behaviors with significance at 0.05 ($r = 0.143$, $p\text{-value}=0.013$ and $r = 0.133$, $p\text{-value}=0.021$, respectively). Enabling factors was not associated with exercise behaviors ($r = -0.041$, $p\text{-value}=0.477$). And reinforcing factors was not associated with exercise behaviors ($r = 0.001$, $p\text{-value}=0.982$). The suggestion from the research is officers should educate elderly people with precise knowledge and encourage them to realize an importance of exercise.

Keywords: Exercise Behavior, Elderly People, Predisposing Factor, Enabling Factor, Reinforcing Factor

¹ Master Student of Public Health Program in Public Health Administration, Faculty of Public Health, Ramkhamhaeng University, E-mail: satawat26@gmail.com

² Lecturer of Master of Public Health Program in Public Health Administration, Faculty of Public Health, Ramkhamhaeng University,

Corresponding author: Amornsak Poum, E-mail: amornsak1.poum@gmail.com

บทนำ

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2558 พบว่ากลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของคนทั่วโลก โดยมีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดประมาณ 17.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 31 ของอัตราการตายทั่วโลก¹ สำหรับประเทศไทยจากรายงานสถิติสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข พบอัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ระหว่างปี พ.ศ.2555-2559 เท่ากับ 23.4, 26.9, 27.8, 29.9 และ 32.3 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ และอัตราผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจต่อประชากร 100,000 คน ปี พ.ศ. 2554 - 2558 เท่ากับ 412.70, 427.53, 431.91, 407.70 และ 501.13 ตามลำดับ² จากข้อมูลอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ แสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดหัวใจยังคงมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น เพราะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ การมีภาวะความดันโลหิตสูง การมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ภาวะอ้วนลงพุง การสูบบุหรี่ การเป็นโรคเบาหวาน การไม่ออกกำลังกาย การไม่กินผักและผลไม้ และความเครียด²

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) เผยสาเหตุหลักของการสูญเสียสุขภาพของผู้สูงอายุ พ.ศ.2556 ในเพศชาย 3 ลำดับแรก คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง และความผิดปกติทางการรับรู้ ส่วนเพศหญิง 3 ลำดับแรก คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด ความผิดปกติทางการรับรู้ และ

โรคมะเร็ง และพบโรคที่ผู้สูงอายุตายเรียงลำดับ คือ โรคมะเร็ง หลอดเลือดสมอง ปอดอักเสบ ไต และเบาหวาน³

จังหวัดเพชรบูรณ์ซึ่งเป็นจังหวัดหนึ่งทางภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย ที่มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด 146,242 คน (ร้อยละ 14.69) สำหรับตำบลหนองไขว่ ซึ่งเป็นตำบลหนึ่งในอำเภอหล่มสักเป็นสังคมชนบทแบบเกษตรกรรม มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด 1,220 คน (ร้อยละ 15.86) ในปี พ.ศ. 2562 ซึ่งในปี พ.ศ. 2559 - 2561 มีจำนวนผู้สูงอายุ 1,116 1,162 และ 1,130 คน ตามลำดับ² จากแนวโน้มจำนวนประชากรผู้สูงอายุของตำบลหนองไขว่ที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น นำมาซึ่งภาวะเสี่ยงและปัญหาด้านสุขภาพ โดยเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือด

ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขแสดงให้เห็นถึงการเพิ่มขึ้นของอัตราป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุในเขตตำบลหนองไขว่ อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ จากปี พ.ศ.2558 - 2561 คือ ร้อยละ 2.17 2.42 2.67 และ 3.10 ตามลำดับ ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมดในเขตตำบลหนองไขว่ และอัตราป่วยดังกล่าวมีส่วนทำให้ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี (Healthy Ageing) ของปี พ.ศ. 2560 - 2562 ของผู้สูงอายุในเขตตำบลหนองไขว่ ลดลงอย่างเห็นได้ชัดจากร้อยละ 98.69, 95.85 และ 93.96 ตามลำดับ ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมดในเขตตำบลหนองไขว่² จะเห็นได้ว่าโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ซึ่งสาเหตุหนึ่งมาจากการ

ไม่ออกกำลังกาย เนื่องด้วยลักษณะทางสังคมหรือบริบทชุมชนของตำบลหนองไขว่ อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับการดำเนินชีวิตตามบริบทชุมชนมากกว่าที่จะให้ความสำคัญในเรื่องการออกกำลังกาย ซึ่งหากปัญหาเหล่านี้ไม่ได้รับการดูแลหรือแก้ไข ความรุนแรงของโรคจะรุนแรงมากขึ้น การออกกำลังกายเป็นแนวทางสำคัญแนวทางหนึ่งที่มีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ ทำให้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่เป็นโรคง่าย อีกทั้งทำให้สุขภาพจิตดี ลดความเครียด มีเพื่อนมากขึ้น สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้

ผู้วิจัยจึงตระหนักและเห็นความสำคัญของการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นประชากรที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้นจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุตำบลหนองไขว่ อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ซึ่งประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย ทักษะเกี่ยวกับการออกกำลังกาย การเข้าถึงทรัพยากรเกี่ยวกับการออกกำลังกาย การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการออกกำลังกาย และการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง เพื่อนำผลที่ได้มาเป็นข้อมูลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่สามารถป้องกันได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออก

กำลังกายของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลหนองไขว่ อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

กรอบแนวคิดวิจัย

ตัวแปรต้นในการวิจัย 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ, อายุ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษาสูงสุด, อาชีพ, และรายได้ต่อเดือน 2) ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย และทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย 3) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงทรัพยากรเกี่ยวกับการออกกำลังกาย และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการออกกำลังกาย 4) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว, การได้รับการสนับสนุนจากชุมชน, และการได้รับการสนับสนุนจากเพื่อน โดยปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมใช้แนวคิดทฤษฎี PRECEDE Model ของ Green และ Kreuter⁴ ส่วนตัวแปรตามในการวิจัย คือ พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ได้แก่ ประสิทธิภาพการออกกำลังกาย ความถี่ในการออกกำลังกาย และระยะเวลาในการออกกำลังกาย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-70 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง และอาศัยอยู่ในเขตตำบลหนองไขว่ อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 1,220 คน ซึ่งสามารถสื่อความหมาย เข้าใจได้ ตอบแบบสอบถามได้ ไม่มีความพิการ หรือไม่เป็น

อัมพาต หรือไม่เป็นโรคที่แพทย์ห้ามหรือจำกัดการออกกำลังกาย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณที่ทราบประชากรแน่นอนของ Daniel⁵ โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 300 คน เลือกรายชื่อผู้สูงอายุเป็นตัวแทนในการเก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือแบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำด้านความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย ข้อคำตอบมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ เกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ การแปลผลตามแนวคิดของ Bloom⁶ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ความรู้ระดับสูง คะแนน $\geq 80\%$ หรือ ความรู้ระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 61%-79% และความรู้ระดับต่ำ คะแนน $\leq 60\%$

ส่วนที่ 3 ปัจจัยนำด้านทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ข้อคำตอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่าตามระดับความคิดเห็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับสูง ระดับ ปานกลาง และระดับต่ำ การแปลผลตามแนวคิดของ Best J.W.⁷ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ความคิดเห็นระดับสูง คะแนนระหว่าง 3.67-5.00 ความคิดเห็นระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 2.34-3.66 และความคิดเห็นระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 1.00-2.33

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเอื้อ ข้อคำตอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่าตามระดับความคิดเห็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ การแปลผลตามแนวคิดของ Best J.W.⁷ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ความคิดเห็นระดับสูง คะแนนระหว่าง 3.67-5.00 ความคิดเห็นระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 2.34-3.66 และความคิดเห็นระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 1.00-2.33

ส่วนที่ 5 ปัจจัยเสริม ข้อคำตอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่าตามระดับความคิดเห็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ การแปลผลตามแนวคิดของ Best J.W.⁷ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ความคิดเห็นระดับสูง คะแนนระหว่าง 3.67-5.00 ความคิดเห็นระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 2.34-3.66 และความคิดเห็นระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 1.00-2.33

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการออกกำลังกาย ข้อคำตอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่าตามระดับการปฏิบัติ 5 ระดับ

ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติปานกลาง ปฏิบัติน้อย และปฏิบัติน้อยที่สุด เกณฑ์การแปลงผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ การแปลงผลตามแนวคิดของ Best J.W.⁷ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ การปฏิบัติระดับสูง คะแนนระหว่าง 3.67-5.00 การปฏิบัติระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 2.34-3.66 และการปฏิบัติระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 1.00-2.33

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม เพื่อหาความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้และคำนวณค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.704

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป นำเสนอโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยประจำสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง เอกสารรับรองเลขที่ RU-HS-RESC/xd-0005/62

ผลการวิจัย

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (52.33%) มีอายุระหว่าง 62-68 ปี (55.67%) ($\bar{X}$ = 65.16,

S.D.=3.262, Max=70, Min=60) มีสถานภาพสมรส (63.67%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (45%) ประกอบอาชีพค้าขาย/เจ้าของกิจการ (22%) และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 600-8,000 บาท ($\bar{X}$ = 5,261.39, S.D.=5,096.908, Max=30,000, Min=500)

ปัจจัยนำด้านความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 42.33 ($\bar{X}$ = 1.87, S.D.=0.840) ปัจจัยนำด้านทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 90.67 ($\bar{X}$ = 2.91, S.D.=0.291) สำหรับปัจจัยเอื้อ ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 94.33 ($\bar{X}$ = 2.94, S.D.=0.232) เมื่อพิจารณาปัจจัยเอื้อรายด้านพบว่า ด้านการเข้าถึงทรัพยากรเกี่ยวกับการออกกำลังกาย อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 2.86, S.D.=0.348) และด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการออกกำลังกาย อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 2.90, S.D.=0.316) สำหรับปัจจัยเสริม ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 95 ($\bar{X}$ = 2.95, S.D.=0.218) เมื่อพิจารณาปัจจัยเสริมรายด้านพบว่า ด้านการได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 2.97, S.D.=0.180) ด้านการได้รับการสนับสนุนจากชุมชน อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 2.94, S.D.=0.251) และด้านการได้รับการสนับสนุนจากเพื่อน ระดับสูง ($\bar{X}$ = 2.92, S.D.=0.279) สำหรับระดับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.67 ($\bar{X}$ = 2.14, S.D.=0.588) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมของผู้สูงอายุ ตำบลหนองไขว่ อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ (n=300)

ตัวแปร	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ปัจจัยนำ	-	-	-	-	-	-	-	-
ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย	89	29.7	84	28.0	127	42.3	1.87	0.840
ทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย	272	90.7	28	9.3	-	-	2.91	0.291
ปัจจัยเอื้อ	283	94.3	17	5.7	-	-	2.94	0.232
การเข้าถึงทรัพยากรเกี่ยวกับการออกกำลังกาย	258	86.0	42	14.0	-	-	2.86	0.348
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการออกกำลังกาย	270	90.0	29	9.7	1	0.3	2.90	0.316
ปัจจัยเสริม	285	95.0	15	5.0	-	-	2.95	0.218
การได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว	290	96.7	10	3.3	-	-	2.97	0.180
การได้รับการสนับสนุนจากชุมชน	283	94.3	16	5.3	1	0.3	2.94	0.251
การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อน	278	92.7	21	7.0	1	0.3	2.92	0.279

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับ พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ตำบลหนองไขว่ อำเภอลำลูกเกด จังหวัด เพชรบูรณ์ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่า ปัจจัยนำด้านความรู้และปัจจัยนำด้าน ทศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ อย่างมี นัย สำ คัญ ท ำ ง ส ถิ ติ ($r = 0.143$,

$p\text{-value}=0.013$ และ $r = 0.133$, $p\text{-value}=0.021$ ตามลำดับ) ปัจจัยเอื้อไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ของ ผู้ ส ู ง อ า ย ($r = -0.041$, $p\text{-value}=0.477$) และ ปัจจัยเสริมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ของ ผู้ ส ู ง อ า ย ($r = 0.001$, $p\text{-value}=0.982$) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับ

พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ตำบลหนองไขว่ อำเภอลำลูกเกด จังหวัดเพชรบูรณ์
($n=300$)

ปัจจัย	พฤติกรรมการออกกำลังกาย		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	$p\text{-value}$	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยนำ			
ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย	0.143	0.013*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย	0.133	0.021*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ปัจจัยเอื้อ	-0.041	0.477	ไม่มีความสัมพันธ์
การเข้าถึงทรัพยากรเกี่ยวกับการออกกำลังกาย	0.061	0.291	ไม่มีความสัมพันธ์
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการออกกำลังกาย	-0.122	0.035*	มีความสัมพันธ์ทางลบ
ปัจจัยเสริม	0.001	0.982	ไม่มีความสัมพันธ์
การได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว	0.043	0.456	ไม่มีความสัมพันธ์
การได้รับการสนับสนุนจากชุมชน	-0.012	0.833	ไม่มีความสัมพันธ์
การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อน	0.003	0.960	ไม่มีความสัมพันธ์

* ระดับนัยสำคัญ ที่ระดับ 0.05

การอภิปรายผล

ปัจจัยนำด้านความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา และปัจจัยนำด้านความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ตำบลหนองไขว่ อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ($r = 0.143$, $p\text{-value} = 0.013$) สามารถอธิบายเหตุผลได้ตามทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom⁶ ว่า การเรียนรู้ หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากเดิมไปสู่พฤติกรรมใหม่ที่ค่อนข้างถาวร และพฤติกรรมใหม่นี้เป็นผลมาจากประสบการณ์หรือการฝึกฝน พฤติกรรมที่เปลี่ยนไปจะต้องเปลี่ยนไปอย่างค่อนข้างถาวร จึงจะถือว่าเกิดการเรียนรู้ขึ้น หากเป็นการเปลี่ยนแปลงชั่วคราวก็ยังไม่ถือว่าเป็นการเรียนรู้ เมื่อบุคคลเกิดการเรียนรู้ เช่น การเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง เช่น การออกกำลังกาย จะเกิดพฤติกรรมการออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความรู้ของ Good⁸ ที่กล่าวว่า ความรู้เป็นข้อเท็จจริง ความจริงเป็นข้อมูลที่มีมนุษย์ได้รับและเก็บรวบรวมจากประสบการณ์ต่าง ๆ การที่บุคคลยอมรับหรือปฏิเสธสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้อย่างมีเหตุผล บุคคลจะต้องรู้เรื่องเกี่ยวกับสิ่งนั้น เพื่อประกอบการตัดสินใจ นั่นก็คือบุคคลจะต้องมีข้อเท็จจริงหรือข้อมูลต่าง ๆ ที่สนับสนุนและให้คำตอบข้อสงสัยที่บุคคลมีอยู่ชี้แจงให้บุคคลเกิดความเข้าใจและทัศนคติที่ดีต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่ง รวมทั้งเกิดความตระหนัก

ความเชื่อ และค่านิยมต่าง ๆ ด้วย และสอดคล้องกับทฤษฎีของ Dewey⁹ ที่แบ่งประสบการณ์เป็น 2 ประเภท คือ ประสบการณ์ปฐมภูมิคือประสบการณ์ที่ยังไม่เป็นความรู้ หรือยังไม่ได้มีการคิดไตร่ตรอง เป็นเพียงกระบวนการของการกระทำและการประสบความเปลี่ยนแปลงระหว่างอินทรีย์และสภาพแวดล้อม ส่วนประสบการณ์ทุติยภูมิเป็นประสบการณ์ประเภทที่เป็นความรู้ คือได้ผ่านกระบวนการคิดไตร่ตรองมาแล้ว เช่นเดียวกับความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุมีประสบการณ์เกี่ยวกับการออกกำลังกาย และมีการคิดไตร่ตรองถึงประโยชน์ของการออกกำลังกาย สิ่งที่มาคือ ความรู้ความเข้าใจ และการปฏิบัติอย่างถูกต้อง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสอดคล้องกับการศึกษาของสมบัติ กาวิลเครือ¹⁰ ที่ทำการศึกษปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ อำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง พบว่าความรู้เรื่องการออกกำลังกายที่ผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันระดับมาก ($r = 0.509$) แต่แตกต่างจากการศึกษาของ ธาริน สุขอนันต์ และคณะ¹¹ ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี พบว่า ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการออกกำลังกายไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

ปัจจัยนำด้านทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายอยู่ในระดับสูง เนื่องจากผู้สูงอายุมีความสนใจและความเชื่อเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการออกกำลังกาย และปัจจัยนำด้านทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ตำบลหนองไขว่ อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ($r = 0.133$, $p\text{-value} = 0.021$) สามารถอธิบายเหตุผลได้ตามทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom⁶ ที่ได้กล่าวถึงทัศนคติว่า หมายถึง ความสนใจ ความรู้สึกท่าที ความชอบในการให้คุณค่า หรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่เป็นพฤติกรรม ที่ยากแก่การอธิบายเพราะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของคน ซึ่งประกอบไปด้วย การรับหรือการให้ความสนใจ การตอบสนอง การให้ค่านิยม การจัดกลุ่มค่านิยม และการแสดงลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ และสอดคล้องกับทฤษฎีที่เกี่ยวกับทัศนคติของ Rosenberg¹² ที่ได้สรุปและอธิบายทฤษฎีความสอดคล้องระหว่างแนวคิดกับความรู้สึกว่า ทัศนคติจะได้รับผลกระทบไม่เฉพาะที่เนื่องจากอิทธิพลการโน้มน้าวเข้าสู่ภาวะสมดุล ยังขึ้นกับความรู้สึกเป็นสุขหรือทุกข์อันเนื่องจากแนวโน้มการเพิ่มผลตอบแทนสูงและลดการสูญเสียน้อยที่สุด ดังนั้น ทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จึงสัมพันธ์กับความรู้สึก และความเชื่อ หรือการรู้ของผู้สูงอายุ กับแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการออกกำลังกายในทางใดทางหนึ่งต่อเป้าหมายของทัศนคตินั้น ซึ่งเป็นไปได้ทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ทัศนคติมีผลให้มีการแสดง

พฤติกรรมออกมาจะเห็นได้ว่า ทัศนคติประกอบด้วย ความคิดที่มีผลต่ออารมณ์ และความรู้สึกนั้นออกมาโดยพฤติกรรม และแสดงให้เห็นถึงทัศนคติ หรือความรู้สึก ความเชื่อ หรือการรู้ของผู้สูงอายุ เกี่ยวกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการออกกำลังกาย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสอดคล้องกับการศึกษาของ วราภรณ์ คำรส และคณะ¹³ ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร พบว่า ทัศนคติต่อการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมและการเข้าถึงการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.001$, $r = 0.313$) แต่แตกต่างจากการศึกษาของ อโนทัย ผลิตนนท์เกียรติ และคณะ¹⁴ ที่ศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของ นักศึกษากายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ พบว่า ด้านทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษา

สำหรับปัจจัยเอื้อ ภาพรวมอยู่ในระดับสูง เนื่องจากชุมชนจัดให้มีอุปกรณ์สำหรับการออกกำลังกายพร้อมทั้งมีการโฆษณาเชิญชวนจากผู้นำชุมชน แต่ปัจจัยเอื้อไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ตำบลหนองไขว่ อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ($r = -0.041$, $p\text{-value} = 0.477$) เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลรายด้าน พบว่า ด้านการเข้าถึงทรัพยากรเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย

กายของผู้สูงอายุ ตำบลหนองไขว่ อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ($r = 0.061$, $p\text{-value} = 0.291$) แต่ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ตำบลหนองไขว่ อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ($r = -0.122$, $p\text{-value} = 0.035$) ซึ่งแนวคิดทฤษฎี PRECEDE Model ของ Green และ Kreuter⁴ กล่าวไว้ว่า ปัจจัยเอื้อ หมายถึง สิ่งที่เอื้ออำนวยให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ง่าย ซึ่งอาจจะเป็นบุคคลหรือองค์กร ได้แก่ การได้รับสื่อและข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ และการเข้าถึงแหล่งหรือสถานที่ที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ เช่น วิธีการเดินทางไปยังสถานที่ออกกำลังกาย ระยะเวลาในการเดินทางไปยังสถานที่ออกกำลังกาย การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากวิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร และอินเทอร์เน็ต เป็นต้น จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล การเข้าถึงทรัพยากรเกี่ยวกับการออกกำลังกายในพื้นที่ชุมชน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงพื้นที่สาธารณะและใช้อุปกรณ์ในการออกกำลังกายในชุมชนได้ หรือมีพื้นที่บริเวณบ้านในการออกกำลังกาย แต่ไม่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น เนื่องด้วยลักษณะทางสังคมหรือบริบทชุมชนของตำบลหนองไขว่ อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับการดำเนินชีวิตตามบริบทชุมชนมากกว่าที่จะให้ความสำคัญในเรื่องการออกกำลังกาย ด้านการ

ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.122$, $p\text{-value} = 0.035$) หมายถึง ข้อมูลข่าวสารที่ผู้สูงอายุได้รับนั้น อาจไม่ใช่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการออกกำลังกายโดยตรง จึงทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้ปฏิบัติหรือออกกำลังกายน้อยลง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสอดคล้องกับการศึกษาของ สมบัติ กาวิลเครือ¹⁰ ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ อำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารกิจกรรมการออกกำลังกายจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.012$) ในทิศทางเดียวกันในระดับต่ำ ($r = 0.148$) และแตกต่างจากการศึกษาของ อโนทัย ผลิตนนท์เกียรติ และคณะ¹⁴ ที่ศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของ นักศึกษากายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ พบว่า ปัจจัยเอื้อโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ($r = 0.20$, $p < 0.001$) ในด้านสิ่งอำนวยความสะดวก มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ($r = 0.20$, $p < 0.001$)

ปัจจัยเสริม ภาพรวมอยู่ในระดับสูง เนื่องจากผู้สูงอายุได้รับการกระตุ้นเตือนและ

การช่วยเหลือเกี่ยวกับการออกกำลังกายจากบุคคลรอบข้างอย่างสม่ำเสมอ แต่ปัจจัยเสริมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ตำบลหนองไขว่ อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ($r = 0.001$, $p\text{-value} = 0.982$) เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลรายด้าน พบว่าการได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว จากชุมชน และจากเพื่อน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ตำบลหนองไขว่ อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ($r = 0.043$, $p\text{-value} = 0.456$, $r = -0.012$, $p\text{-value} = 0.833$, และ $r = 0.003$, $p\text{-value} = 0.960$ ตามลำดับ) ซึ่งแนวคิดทฤษฎี PRECEDE Model ของ Green และ Kreuter⁴ กล่าวไว้ว่า ปัจจัยเสริมเป็นปัจจัยที่อยู่ภายนอกตัวบุคคลที่มีผลสะท้อน หรือคาดว่าจะได้รับการแสดงพฤติกรรมนั้น ซึ่งอาจจะสนับสนุนหรือยับยั้งพฤติกรรม สิ่งนี้อาจเป็นรางวัล ผลตอบแทนหรือการลงโทษ อิทธิพลของสิ่งนั้น ได้แก่ การสนับสนุนจากสังคม และการให้กำลังใจจากบุคคลในครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข เพื่อเป็นแรงขับเคลื่อนในการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง เช่น ญาติ เพื่อน แพทย์ ผู้บังคับบัญชา เป็นต้น แต่จากการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุในเขตตำบลหนองไขว่ ได้รับคำแนะนำและการสนับสนุนด้านการออกกำลังกายจากบุคคลต่าง ๆ อาทิ สมาชิกในครอบครัว ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเพื่อน แต่ไม่ได้ทำให้ผู้สูงอายุมีความสนใจหรือใส่ใจในการออกกำลังกาย

กายเพิ่มขึ้น จึงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสอดคล้องกับการศึกษาของ นวพร ศิริสม และคณะ¹⁵ ทำการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของข้าราชการสำนักที่ปฏิบัติงานภายในเขตสวนจิตรลดา พระราชวังดุสิต พบว่า ปัจจัยเสริมด้านการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา และการสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ แต่แตกต่างจากการศึกษาของ สมบัติ กาวิลเครือ¹⁰ ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ อำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง พบว่า การได้รับคำแนะนำการออกกำลังกายจากบุคลากรสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ข้อเสนอแนะ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ถูกต้อง กระตุ้นถึงความสำคัญและประโยชน์ของการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความตื่นตัวและตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่ดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Aging and Working Capacity. Geneva: World Health Organization; 1993.
2. สำนักนโยบายและแผน. สถิติสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 23 ก.พ. 2562]; เข้าถึงได้จาก: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistics60.pdf
3. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ทิศทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (2560-2564) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 23 ก.พ. 2562]; เข้าถึงได้จาก: http://www.nesdb.go.th/main.php?filename=develop_issue
4. Green L, Kreuter M. Health program planning: An educational and ecological approach. 4th Edition. New York: McGraw Hill; 2005.
5. Daniel WW. Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. New York: Wiley & Sons; 1995.
6. Bloom BS. Mastery learning. UCLA – CSEIP Evaluation Comment. Los Angeles: University of California at Los Angeles; 1968.
7. Best JW. Research in education. (3rd ed.). New Jersey: Prentice Hall; 1977.
8. Good CV. Dictionary of Education. New York: McGraw-Hill Book; 1973.
9. Dewey J. Moral Principle in Education. Boston: Houghton Mifflin Co; 1976.
10. สมบัติ กาวิลเครือ. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ อำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง. วารสารดุสิตบัณฑิตทางสังคมศาสตร์. 2560;7(3):161-173.
11. ธาริน สุขอนันต์, สุภาวัลย์ จาริยะศิลป์, ทศนันท์ ทุมมานนท์, ปิยะรัตน์ จิตรภักดี. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. 2557;9(2):66-75.
12. Rosenberg RJ, Hovland CI. Attitude Organization and Change: And Analysis of Consistency Among Attitude Components. Wesport: Greenwood Press; 1960.
13. วราภรณ์ คำรส, ชนิตา มัททพวงกูร, ชัยสิทธิ์ ทนศึก. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง ในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร. จุฬาลงกรณ์เวชสาร. 2561;1(4):359-368.

14. อโนทัย ผลิตนนท์เกียรติ, ปิยวรรณ สืบ
วิเศษ, อรพรรณ กันนัง, กนกพรรณ ศรี
สร้อย, รอยา หมาดตา, วิไลพรรณ บุญ
รอด, และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์
ต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของ
นักศึกษากายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยหัว
เฉียวเฉลิมพระเกียรติ. วารสาร มฉก.
วิชาการ . 2561;21(42):55-64.
15. นวพร ศิริสม, ประสิทธิ์ ลีระพันธ์, ธราดล
เก่งการพานิช, มณฑา เก่งการพานิช.
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการออก
กำลังกายเพื่อสุขภาพของข้าราชการสำนักที่
ปฏิบัติงานภายในเขตสวนจิตรลดา
พระราชวังดุสิต. วารสารวิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนี กรุงเทพ. 2557;30(1):34-
44.

กิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุ ยุค 4.0

อรรณพ นั้บถือตรง¹ ดิศพล บุปผาชาติ²

บทคัดย่อ

มีประชากรโลกเสียชีวิตประมาณ 3.2 ล้านคนต่อปี เนื่องจากขาดการมีกิจกรรมทางกาย ซึ่งมีผลกระทบต่อสมรรถภาพทางกายที่สัมพันธ์กับสุขภาพและการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ การเพิ่มระดับของกิจกรรมทางกายมีความสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพและการมีอายุที่ยืนยาวขึ้นของผู้สูงอายุ ซึ่งผลของการเพิ่มระดับของกิจกรรมทางกายสามารถช่วยลดการเสียชีวิตและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคต่าง ๆ ในผู้สูงอายุได้ โดยมีข้อเสนอแนะในการเพิ่มของระดับกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ คือผู้สูงอายุควรมีการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่ระดับความหนักปานกลาง เป็นเวลาอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์ และควรออกกำลังกายแบบแอโรบิกควบคู่กับการฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เป็นเวลา 2 วันต่อสัปดาห์ ซึ่งการออกกำลังกายที่ความหนักปานกลางเป็นประจำและมีประสิทธิภาพจะสามารถช่วยป้องกันการลื่นล้มและการสูญเสียทางความคิดของผู้สูงอายุได้อีกด้วย ดังนั้น ควรช่วยกันส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเพิ่มระดับของกิจกรรมทางกายและสามารถบรรลุและคงรักษาระดับของกิจกรรมทางกายเพื่อเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้สูงอายุเอง

คำสำคัญ: การเสียชีวิต ความสามารถในการทำงานของร่างกาย การออกกำลังกาย

¹ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์

² สาขาวิชาพลศึกษา คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

Corresponding author: อรรณพ นั้บถือตรง, E-mail: dr.unnop@gmail.com

Physical Activity for Elderly Health in The 4.0 Era

Unnop Napthuetrong¹ Dissaphon Boobpachart²

Abstract

The high prevalence of the world population's death rate of around 3.2 million per year is partly due to physical inactivity. Inactivity can affect elderly people's health-related fitness, which relates to physical health. Increasing physical activity in the elderly can significantly improve their health and increase their longevity. By increasing activity, mortality and risk factors that contribute to contracting diseases can be reduced. It is suggested that the elderly should practice at least 30 minutes moderate aerobic exercises five days a week and combine it with two days of muscle strength exercises a week. Regular and efficient exercises with moderate intensity can prevent the elderly from falls and cognitive impairment. Therefore, the elderly should be encouraged to increase their physical activity level to reach the appropriate intensity level and maintain it for their own good health.

Keywords: mortality, functional independence, exercise

¹ Program in Sports Science, Faculty of Education, Surindra Rajabhat University

² Program in Physical Education, Faculty of Education, Ubon Ratchathani Rajabhat University

Corresponding author: Unnop Napthuetrong, E-mail: dr.unnop@gmail.com

บทนำ

เป็นเรื่องที่ค่อนข้างชัดเจนแล้วว่าการขาดการมีกิจกรรมทางกายหรือการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ (physical inactivity) คือสาเหตุหลักของการเพิ่มการเสียชีวิตในประชากรโลก องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่าในแต่ละปีนั้นจะมีประชากรโลกเสียชีวิตประมาณ 3.2 ล้านคน เนื่องจากการขาดการมีกิจกรรมทางกาย¹ทุกประเทศทั่วโลกต่างรับรู้ถึงความสำคัญและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการขาดการมีกิจกรรมทางกาย ซึ่งจะมีผลกระทบต่อสมรรถภาพทางกายที่สัมพันธ์กับสุขภาพ (health-related fitness) และการมีสุขภาพที่ดี ด้วยเหตุนี้ จึงทำให้ทุกประเทศช่วยกันผลิตและสร้างคู่มือในการออกกำลังกายสำหรับประชาชนเพื่อให้เป็นแนวทางในการเข้าร่วมกิจกรรมทางกาย (physical activity)² เมื่อไม่นานมานี้มีรายงานว่าประชาชนส่วนใหญ่ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนาเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลายชนิดจะมีความสัมพันธ์กับการขาดการมีกิจกรรมทางกาย³ นอกจากนี้ การเพิ่มขึ้นของอายุเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น และการขาดการมีกิจกรรมทางกายมีผลให้สมรรถภาพของระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular fitness) ลดลง⁴

การเสียชีวิตของประชากรโลกมีอยู่ 5 ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ น้ำตาลในเลือดสูง การขาดการมีกิจกรรมทางกาย และโรคอ้วน⁵ และมีปัจจัยเสี่ยงที่ควรเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดคือ ความดันโลหิตสูง น้ำตาล

ในเลือดสูง และโรคอ้วน เนื่องจากโรคต่าง ๆ เหล่านี้เป็นตัวเชื่อมที่จะก่อให้เกิดการขาดการมีกิจกรรมทางกาย⁴ เมื่อประชาชนการขาดการมีกิจกรรมทางกายจะมีผลทำให้ลดการทำงานของระบบทางด้านสรีรวิทยา เช่น มวลกล้ามเนื้อลดลง การทรงตัวลดลง ความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อลดลง⁶ และความสามารถทางด้านจิตใจลดลง⁷ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทั้งหมดนี้มีผลกระทบต่อความสามารถในการทำงานของร่างกาย⁸ ดังนั้นปัจจัยที่สำคัญในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนคือการเพิ่มระดับของกิจกรรมทางกาย โดยเฉพาะในวัยผู้สูงอายุ⁹ การมีอายุที่ยืนยาวขึ้นคือปัจจัยที่สำคัญ³

การออกกำลังกาย (exercise) มักถูกใช้เพื่อแยกความแตกต่างระหว่างโปรแกรมการออกกำลังกายที่มีแบบแผนการปฏิบัติอย่างชัดเจนออกจากกิจกรรมทางกายที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เช่น งานบ้าน การทำสวน หรือไม้อาจจะนิยามกิจกรรมทางกายนั้นเป็นลำดับเหตุการณ์หรือเป็นการออกกำลังกายที่ทำให้ความสำคัญกับ ปริมาณ ความหนัก และความถี่ของกิจกรรมทางกายไม่มากนัก ดังนั้น กิจกรรมทางกาย หมายถึงกิจกรรมต่างๆ ที่ต้องใช้พลังงานของร่างกายในการปฏิบัติงาน เช่น งานบ้าน การช้อปปิ้ง การทำสวน และการออกกำลังกายที่มีแบบแผนการปฏิบัติชัดเจน เช่น โยคะ แอโรบิกในน้ำ⁸ บทความฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทางในการส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีการเพิ่มกิจกรรมทางกายและ

สามารถรักษาและคงรักษาระดับของกิจกรรมทางกายไว้เพื่อประโยชน์ต่อสุขภาพ ซึ่งมีประเด็นที่น่าสนใจและมีการนำเสนอ ดังนี้

ระดับของกิจกรรมทางกาย

องค์การอนามัยโลก (WHO) มีข้อเสนอแนะในเรื่องของกิจกรรมทางกายสำหรับประชาชนวัยผู้ใหญ่เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีขึ้นไว้ว่าการมีกิจกรรมทางกายที่ระดับความหนักปานกลางเป็นเวลาอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ เป็นกิจกรรมทางกายที่วัยผู้ใหญ่ควรต้องปฏิบัติเพื่อเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง และมีข้อเสนอแนะในเรื่องของกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ⁵ ดังนี้

1. ควรปฏิบัติกิจกรรมแบบแอโรบิกที่ระดับความหนักปานกลาง เป็นเวลาอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือควรปฏิบัติกิจกรรมแบบแอโรบิกที่ระดับความหนักสูง เป็นเวลาอย่างน้อย 75 นาทีต่อสัปดาห์ หรือปฏิบัติกิจกรรมแบบผสมผสานเท่าๆ กัน

2. ควรปฏิบัติกิจกรรมแบบแอโรบิกเป็นเวลาอย่างน้อย 10 นาทีต่อครั้ง

3. เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพมากขึ้น ควรปฏิบัติกิจกรรมแบบแอโรบิกที่ระดับความหนักปานกลาง เป็นเวลา 300 นาทีต่อสัปดาห์ หรือปฏิบัติกิจกรรมแบบแอโรบิกที่ระดับความหนักสูง เป็นเวลา 150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือปฏิบัติกิจกรรมแบบผสมผสานเท่าๆ กัน

4. สำหรับผู้สูงอายุที่มีการเคลื่อนไหวลำบาก ควรปฏิบัติกิจกรรมแบบฝึกการทรงตัว

เพื่อป้องกันการลื่นล้ม เป็นเวลา 3 วันต่อสัปดาห์ หรือมากกว่า

5. ควรปฏิบัติกิจกรรมแบบฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เป็นเวลา 2 วันต่อสัปดาห์ หรือมากกว่า

6. หากผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติในปริมาณของกิจกรรมทางกายตามข้อเสนอแนะได้เนื่องจากติดเงื่อนไขเรื่องสุขภาพ ผู้สูงอายุก็ควรที่จะกระตุ้นร่างกายเพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมให้ได้ตามข้อเสนอแนะ

ชนิดของกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย

1. การออกกำลังกายแบบแอโรบิกและการฝึกความแข็งแรง

มีหลักฐานจำนวนมากที่ให้น้ำหนักในการสนับสนุนประสิทธิภาพของการออกกำลังกายแบบแอโรบิกหรือแบบใช้ออกซิเจน (aerobic exercise) และการออกกำลังกายแบบฝึกความแข็งแรง (strength exercise) ทั้งชนิดและความหนักของการออกกำลังกายนี้มีผลต่อสุขภาพ การออกกำลังกายแบบแอโรบิกหมายถึงประเภทของกิจกรรมต่างๆ ที่ใช้การทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจและปอดขนาดใหญ่ และสามารถคงรักษาไว้ตลอดช่วงระยะเวลาของการปฏิบัติกิจกรรม เช่น การเดินเร็ว การว่ายน้ำ และการเต้น เป็นต้น⁹ โดยที่การออกกำลังกายแบบแอโรบิกนั้น ควรอยู่ที่ระดับความหนักปานกลางซึ่งผู้สูงอายุสามารถสังเกตได้จากการเพิ่มขึ้นของอัตราการเต้นของหัวใจและอัตราการหายใจของตนเอง ขณะที่การออกกำลังกาย

แบบฝึกความแข็งแรงด้วยน้ำหนัก (weight training) เป็นหลักของการทำให้กล้ามเนื้อทำงานออกแรงต้านกับน้ำหนัก ซึ่งอาจจะเป็นน้ำหนักภายนอกหรือน้ำหนักตัว (bodyweight) ก็ได้¹⁰ การฝึกความแข็งแรงด้วยน้ำหนักนี้จะมีการเพิ่มความหนักขึ้นไปเรื่อยๆ ตลอดช่วงระยะเวลาของโปรแกรมการฝึก¹¹ รูปแบบส่วนใหญ่ของการฝึกความแข็งแรงด้วยน้ำหนักเพื่อความก้าวหน้าสำหรับผู้สูงอายุ นั้นจะนิยมวิธีการฝึกความแข็งแรงที่ระดับความหนักสูง¹² ความถี่ประมาณ 8-12 ครั้งต่อการออกกำลังกายที่ทำให้กล้ามเนื้อมีความเมื่อยล้า⁸ ซึ่งโปรแกรมการฝึกเหล่านี้มักจะได้รับการออกแบบโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านการออกกำลังกาย และโดยส่วนใหญ่ใช้อุปกรณ์เครื่องมือที่มีความเฉพาะเจาะจงกับการรูปแบบของฝึกนั้นๆ ซึ่งสามารถพบเห็นได้จากในยิมส์ (Gym) หรือ ศูนย์การออกกำลังกายต่างๆ ทั่วไป

2. การออกกำลังกายแบบฝึกการ

ทรงตัว

การออกกำลังกายแบบฝึกการทรงตัว (balance exercise) ยังมีหลักฐานในการสนับสนุนไม่มากนักเมื่อเทียบกับการออกกำลังกายแบบแอโรบิกและการออกกำลังกายแบบฝึกความแข็งแรง ดังนั้น ข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกายแบบฝึกการทรงตัวนี้จึงยังคงไม่ชัดเจนมากนัก จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการฝึกเพื่อการป้องกันการลื่นล้ม (falls prevention) แสดงให้เห็นชัดเจนว่าองค์ประกอบที่สำคัญที่มีผลช่วยป้องกันการลื่นล้มได้ คือการออกกำลังกายแบบ

ฝึกการทรงตัว และการออกกำลังกายแบบฝึกความแข็งแรงของขา¹³ นอกจากนี้ มีรายงานว่าผู้สูงอายุในชุมชนที่เข้าร่วมกิจกรรมทางกาย เช่น ไทจี หรือการออกกำลังกายภายในบ้าน มีปัจจัยเสี่ยงของการลื่นล้มน้อยลง อย่างไรก็ตาม ก็ยังไม่ชัดเจนว่ารูปแบบของการฝึกเพื่อการป้องกันการลื่นล้มรูปแบบใดดีกว่ากัน¹⁴ แต่อย่างน้อยก็ทำให้มีหลักฐานสำคัญที่แสดงให้เห็นว่ารูปแบบของการฝึกเพื่อการป้องกันการลื่นล้มบางรูปแบบนั้นสามารถช่วยลดการลื่นล้มของผู้สูงอายุในชุมชนได้ และยังขาดองค์ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์ว่าในรูปแบบเหล่านั้นมีการเพิ่มระดับของกิจกรรมทางกายในแต่ละคนอย่างเพียงพอต่อการพัฒนาสุขภาพที่มีผลมาจากการฝึกความแข็งแรงและการฝึกแบบแอโรบิกได้หรือไม่ ดังนั้น การวิจัยต่อไปควรทำการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบและความหนักของออกกำลังกายแบบฝึกการทรงตัวเพื่อการป้องกันการลื่นล้ม ซึ่งอาจจะได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ

3. กิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน

กิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน คือ กิจกรรมที่สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดทั้งวันในขณะที่กำลังประกอบกิจวัตรในชีวิตประจำวัน โดยส่วนใหญ่จะมีระดับความหนักต่ำ แต่สำหรับกิจกรรมทางกายที่ระดับความหนักปานกลาง มักจะนิยมปฏิบัติเป็นครั้งๆ ช่วงๆ¹⁵ จากการศึกษาแบบ cohort ในกลุ่มประชากรที่มีอายุระหว่าง 35-65 ปี ที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันที่ระดับความหนักปานกลาง เป็นเวลา 20-30 นาทีต่อวัน พบว่า

กิจกรรมทางกายที่ระดับความหนักปานกลางมีความสัมพันธ์กับสมรรถภาพของระบบหัวใจและหลอดเลือดในระดับมากและเป็นไปในทางเดียวกัน¹⁶ อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาแบบ cohort ในกลุ่มประชากรที่มีอายุใกล้เคียงกันระหว่าง 35-69 ปี มีข้อโต้แย้งว่ากิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันไม่มีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ¹⁷ ดังนั้น ปัจจุบันนี้งานวิจัยเกี่ยวข้องกับธรรมชาติลักษณะนี้ของผู้สูงอายุยังมีจำนวนน้อย หากมีการศึกษามากขึ้นอาจจะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผลของการเพิ่มกิจกรรมทางกาย

การเพิ่มระดับของกิจกรรมทางกายถือเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุด เพราะสามารถมีผลทางบวกต่อทั้งการเสียชีวิต (mortality) และความสามารถในการทำงานของร่างกาย (functional independence) ของผู้สูงอายุ

1. การเสียชีวิต

มีการศึกษาจำนวนมากแสดงให้เห็นว่าการออกกำลังกายที่ระดับความหนักปานกลางอย่างเป็นประจำ สามารถช่วยลดการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุในประชาชนทั่วไปและผู้สูงอายุได้ และยังสามารถช่วยลดปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดการเจ็บป่วยได้อีกด้วย เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวานชนิดที่ 2¹⁸ เมื่อไม่นานมานี้มีรายงานว่า การลดระดับของกิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตและการเกิดโรคแบบเรื้อรังในประชาชนที่มีอายุมากกว่า 65 ปี เพิ่มขึ้น⁸ จาก

การศึกษาทางระบาดวิทยา (epidemiological study) แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์กับสุขภาพและการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุในระดับมากและเป็นไปในทิศทางตรงข้ามกัน นอกจากนี้ ผู้สูงอายุหญิงที่เพิ่มระดับของกิจกรรมทางกาย ร้อยละ 40-50 มีการลดลงของอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือดและทุกสาเหตุ เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุหญิงที่มีระดับของกิจกรรมทางกายลดลง¹⁹

2. ความสามารถในการทำงานของร่างกาย

ทั้งสมรรถภาพของระบบหัวใจและหลอดเลือด และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมีผลต่อความสามารถในการทำงานของร่างกาย (functional independence)²⁰ มีรายงานว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการพัฒนาความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและสมรรถภาพของระบบหัวใจและหลอดเลือดมีความสามารถในการทำงานของร่างกายดีขึ้น¹⁶ และร้อยละ 30-50 ของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมที่ระดับความหนักและความถี่ที่เหมาะสมมีปัจจัยเสี่ยงในข้อจำกัดของการทำงานและความพิการลดลง²¹ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่ได้รับการฝึกแบบแอโรบิกเพียงอย่างเดียวหรือการฝึกแบบแอโรบิกควบคู่กับการฝึกด้วยแรงต้าน (resistance training) พบว่าส่วนใหญ่มีการความสามารถในการทำงานของร่างกายดีขึ้น ขณะที่ประชาชนทั่วไปที่เป็นโรคเรื้อรังมีสุขภาพดีขึ้นหลังจากเพิ่มจำนวนในการเข้าร่วมกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย⁸ แต่เมื่อไม่นานมานี้มีรายงานว่าผู้สูงอายุที่เป็นคน

อ้วนที่เข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกาย ประกอบด้วย การออกกำลังกายด้วยแรงต้าน และการออกกำลังกายแบบแอโรบิกควบคู่กับการควบคุมอาหาร พบว่าไม่มีผลต่อการพัฒนาการเคลื่อนไหวของการทำงาน²² อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติจากโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการทำงานของร่างกายดีขึ้นหลังได้รับการพัฒนาความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและสมรรถภาพของการใช้ออกซิเจน แต่ผลยังคงไม่ชัดเจนมากนัก²³

การบรรลุถึงระดับของกิจกรรมทางกาย

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถบรรลุถึงระดับของกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายได้ตามข้อแนะนำในช่วงระยะเวลาอันสั้น ดังตัวอย่างเช่น ในประเทศอเมริกามีรายงานว่า ร้อยละ 60 ของผู้สูงอายุที่มีอายุ 50 ปี ไม่สามารถบรรลุถึงระดับของกิจกรรมทางกายตามข้อแนะนำได้ ในประเทศอังกฤษ ผู้ชายร้อยละ 20 และผู้หญิงร้อยละ 17 ของผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 65-74 ปี ที่ปฏิบัติกิจกรรมทางกายที่ระดับความหนักปานกลางถึงความหนักสูง สามารถบรรลุถึงระดับของกิจกรรมทางกายตามข้อแนะนำได้ภายใน 5 วัน หรือมากกว่า⁸ และผู้ชายร้อยละ 9 และผู้หญิงร้อยละ 6 ของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 75 ปี สามารถบรรลุถึงระดับของกิจกรรมทางกายได้ตามข้อแนะนำ²⁴ อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันนี้ผู้สูงอายุที่สามารถบรรลุถึงระดับของกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายได้ตามข้อแนะนำนั้นยังมีจำนวนไม่มากนัก

สิ่งที่น่าสนใจคือปัญหาและอุปสรรคหลายประการที่มีผลต่อการเข้าร่วมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ มีรายงานว่า ร้อยละ 87 ของผู้สูงอายุมีปัญหาและอุปสรรคในการเข้าร่วมการออกกำลังกายอย่างน้อย 1 ข้อ²⁵ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีเหตุผลที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางกายคือ สุขภาพไม่ดี เจ็บปวด และอาการบาดเจ็บ²⁶ อย่างไรก็ตาม มีข้อจำกัดของการวิจัยในเรื่องของกิจกรรมทางกายและสุขภาพนั้นคือการศึกษาส่วนใหญ่นิยมใช้แบบประเมินตนเองในการเข้าร่วมกิจกรรมทางกาย ซึ่งอาจจะบ่งชี้ได้ว่าแบบประเมินตนเองเหล่านั้นไม่สามารถให้ผลของสมรรถภาพของระบบหัวใจและหลอดเลือดที่น่าเชื่อถือได้²⁷ ซึ่งอาจจะไม่สามารถทำนายผลของสุขภาพได้ถูกต้องเที่ยงตรงเหมือนกับการตรวจวัดสมรรถภาพของระบบหัวใจและหลอดเลือดโดยใช้เครื่องมืออุปกรณ์ทางด้านสรีรวิทยา

สภาพแวดล้อมทางกายภาพในบริเวณรอบๆ ที่พักอาศัย แสดงให้เห็นว่ามีอิทธิพลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมทางกายสำหรับเด็กและผู้ใหญ่วัยกลางคนน้อย²⁸ ซึ่งปัจจัยสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมทางกายของประชาชน ได้แก่ สวนสาธารณะและสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ ทางเท้าที่ปลอดภัย และพื้นที่ปลอดภัยจากอาชญากรรม²⁶ นอกจากนี้ จากการประเมินการขนส่งสาธารณะของผู้สูงอายุในประเทศอังกฤษ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ใช้บริการการขนส่งสาธารณะไม่เพียงแค่อะไรเท่านั้นแต่ยังมีแนวโน้มที่จะเดินเท้าต่อไปมากขึ้นกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ใช้

บริการการขนส่งสาธารณะอีกด้วย²⁹ แม้ไม่รู้ว่า การเดินเท้ามีระดับความหนักเพียงพอที่จะมีผล ทำให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพได้หรือไม่ก็นั้นยังไม่ทราบ แต่อย่างน้อยก็ทำให้ผู้สูงอายุได้มี กิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น

ประโยชน์ของกิจกรรมทางกาย

1. ด้านร่างกาย

มีประโยชน์หลายประการที่ได้รับจากการออกกำลังกายซึ่งมีความสัมพันธ์กับสุขภาพที่ดีขึ้นโดยสังเกตเห็นได้จากสุขภาพที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุที่มีสภาวะสุขภาพที่ไม่ใช่โรคติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคความดันเลือด โรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคมะเร็งบางชนิด⁴ มีรายงานว่าหลังการออกกำลังกายมากกว่า 2 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ผู้สูงอายุวัย 78 ปี มีการเสียชีวิตลดลง เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่มีการเคลื่อนไหวน้อย³⁰ นอกจากนี้ การศึกษาก่อนหน้านี้แสดงให้เห็นว่าการเพิ่มกิจกรรมทางกายไม่เพียงแต่ชะลอการเริ่มลดข้อจำกัดในการทำงานของร่างกายเท่านั้น แต่ยังช่วยชะลอการลดข้อจำกัดในการทำงานของผู้สูงอายุทั่วไปและผู้สูงอายุที่พิการได้อย่างต่อเนื่องอีกด้วย³¹ การออกกำลังกายมีผลทำให้การเคลื่อนไหวและการทำงานของร่างกายในผู้สูงอายุที่ไม่แข็งแรง และกลุ่มที่มีการเคลื่อนไหวน้อยดีขึ้น³² โดยเฉพาะการออกกำลังกายที่ระดับความหนักสูงนั้นจะมีประสิทธิภาพต่อการทำงานของร่างกายมากกว่าที่ระดับความหนักต่ำ³³ และการฝึกความแข็งแรงมีความสำคัญอย่างมากต่อการพัฒนาการทำงาน

ของร่างกาย³⁴ นอกจากนี้ มีหลักฐานแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการฝึกความแข็งแรงและการฝึกแบบแอโรบิกมีผลสามารถช่วยลดการเสียชีวิตหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้ แต่ก็ยังคงไม่ชัดเจนมากนัก²³ ซึ่งเรื่องที่ยังคงไม่ชัดเจนคือชนิดและความหนักของการออกกำลังกายต้องมากเพียงใดถึงจะสามารถรักษาและการพัฒนาระดับของการทำงานของร่างกายในผู้ใหญ่ที่พิการและผู้สูงอายุที่ไม่แข็งแรงได้ ดังนั้น หากมีการศึกษาเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่น่าสนใจนี้อาจจะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้สูงอายุที่ไม่แข็งแรงได้

2. ด้านพฤติกรรม

การรับรู้ความสามารถของตนเองหรือความเชื่อมั่นในตนเอง (self-efficacy) หมายถึงความเชื่อในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงนั้นให้ประสบความสำเร็จ³⁵ เป็นแนวคิดที่เชื่อมโยงกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นอาจจะมีผลสำคัญต่อการนำโปรแกรมการออกกำลังกายไปใช้ในวงเริ่มต้นของออกกำลังกาย²⁶ ซึ่งการศึกษาก่อนหน้านี้มีการให้สิ่งล่อใจทางการเงินเพื่อส่งเสริมให้เกิดการติดขัดกับพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพเพื่อให้มีผลต่อสุขภาพที่ดีขึ้น โดยเสนอให้เงินรางวัลกับผู้สูงอายุ หากพวกเขาสามารถบรรลุถึงระดับของกิจกรรมแบบแอโรบิกด้วยการเดิน พบว่ากลุ่มที่ได้รับสิ่งล่อใจทางการเงิน มีระดับของกิจกรรมการเดินสูงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับสิ่งล่อใจทางการเงิน นอกจากนี้ ระยะเวลาที่ใช้ในการ

เดินที่ระดับความหนักนี้สามารถมีผลต่อสมรรถภาพการใช้ออกซิเจนสูงขึ้นถึงร้อยละ 79 ในกลุ่มที่ได้รับสิ่งล่อใจ และกลุ่มที่ได้รับสิ่งล่อใจทางการเงินสามารถเดินถี่ขึ้นและเดินนานขึ้นอีกด้วย ในส่วนของกลุ่มควบคุมสามารถบรรลุถึงระดับของกิจกรรมทางกายตามคำแนะนำได้เพียงแค่ร้อยละ 7 เท่านั้น ขณะที่กลุ่มที่ได้รับสิ่งล่อใจทางการเงินสามารถบรรลุถึงระดับของกิจกรรมทางกายตามคำแนะนำได้ถึงร้อยละ 38³⁶ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยในบริบทนี้ยังใหม่ซึ่งมีคำถามมากมายที่ยังคงต้องการคำตอบ ดังนั้น การดำเนินการวิจัยต่อไปอาจจะช่วยให้เกิดความชัดเจนในบทบาทของสิ่งล่อใจเพื่อสนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุมากขึ้น

3. ด้านจิตใจ

การมีกิจกรรมทางกายนอกจากจะมีประโยชน์ทางด้านร่างกายที่ทำให้มีการเจริญเติบโตของร่างกายแล้ว ก็ยังมีหลักฐานแสดงให้เห็นว่ามีประโยชน์ทางด้านจิตใจอีกด้วย จากการศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่มีต่อจิตใจของคนที่มีอายุมากกว่า 55 ปี พบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 55 มีสมาธิในฟังดีขึ้น และมีกระบวนการทางด้านความคิดรวดเร็วขึ้น³⁷ เมื่อไม่นานมานี้มีข้อเสนอว่าการศึกษาความสัมพันธ์ของการออกกำลังกายกับการสูญเสียทางความคิดนั้นจะให้ผลที่ประโยชน์หลายประการแต่ก็ยังคงไม่ชัดเจนมากนัก²¹ ซึ่งการออกกำลังกายที่ระดับความหนักปานกลางสามารถช่วยลดปัจจัยเสี่ยงของการสูญเสียทางความคิดของผู้สูงอายุได้³⁸ และผลของการออก

กำลังกายสามารถช่วยป้องกันการสูญเสียทางความคิดของประชาชนทั่วไปได้อีกด้วย³⁹ ดังนั้น ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์จากการออกกำลังกายหลายประการ และมีแนวโน้มที่จะพัฒนาทำให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น นี่จึงเป็นความท้าทายของแพทย์ พยาบาล นักสาธารณสุข นักวิทยาศาสตร์การกีฬาและการออกกำลังกาย หรือผู้ที่ให้บริการด้านสุขภาพที่จะต้องช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุหรือประชาชนทั่วไปสามารถบรรลุและคงรักษาระดับของกิจกรรมทางกายนั้นไว้เพื่อประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้สูงอายุเอง

สรุป

การขาดการมีกิจกรรมทางกายเป็นสาเหตุหลักของการเพิ่มการเสียชีวิตของประชากรโลก และทุกประเทศได้ตระหนักและรับรู้ถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการขาดการมีกิจกรรมทางกาย จึงช่วยกันผลิตคู่มือในการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุเพื่อใช้เป็นแนวทางในการเข้าร่วมกิจกรรมทางกาย ผู้สูงอายุทั่วไปมีการเคลื่อนไหวของร่างกายหรือมีกิจกรรมทางกายน้อยกว่าวัยหนุ่มสาว จึงก่อให้เกิดสภาวะสุขภาพแบบเจ็บป่วยเรื้อรังได้ง่าย ซึ่งการขาดการมีกิจกรรมทางกายจะส่งผลกระทบต่อสมรรถภาพทางกายที่สัมพันธ์กับสุขภาพ (health-related fitness) และการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุอีกด้วย และการลดระดับของกิจกรรมทางกายก็จะมีความสัมพันธ์ต่อปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นและสภาวะสุขภาพแบบเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้สูงอายุได้

อีกด้วย อย่างไรก็ตาม ปัจจัยที่สำคัญในการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ การเพิ่มระดับของกิจกรรมทางกาย เพราะการมีอายุที่ยืนยาวขึ้นคือปัจจัยสำคัญที่สุดสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งการเพิ่มระดับกิจกรรมทางกายสามารถช่วยลดการเสียชีวิตและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคต่างๆ ในผู้สูงอายุได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีการคาดการณ์ว่าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี 2564 ดังนั้น เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรงและใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข ควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการเพิ่มระดับของกิจกรรมทางกายเพื่อประโยชน์ต่อสุขภาพ โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่ระดับความหนักปานกลาง เป็นเวลาอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์ และควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายแบบแอโรบิกควบคู่กับการฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อด้วย เป็นเวลาอย่างน้อย 2 วันต่อสัปดาห์ เมื่อผู้สูงอายุสามารถบรรลุถึงระดับของการออกกำลังกายที่มีความหนักปานกลางอย่างเป็นประจำแล้ว ยังสามารถช่วยป้องกันการลื่นล้มและการสูญเสียทางความคิดของผู้สูงอายุได้อีกด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Diet and Physical Activity Factsheet. Secondary Diet and Physical Activity Factsheet. 2013.
2. Bauman A, Craig C. The place of physical activity in the WHO Global Strategy on Diet and physical activity. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2005;2:10.
3. Paterson D, Jones G, Rice C. Ageing and physical activity: evidence to develop exercise recommendations for older adults. *Appl Physiol Nutr Metab* 2007;32(Suppl 2E):S69–108.
4. Blair S, Sallis R, Hutber A, et al. Exercise therapy—the public health message. *Scand J Med Sci Sports* 2012;22:e24–8.
5. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization, 2010.
6. Sakuma K, Yamaguchi A. Sarcopenia and age-related endocrine function. *Int J Endocrinol* 2012;2012(Article ID 127362):10.
7. Salthouse TA. Memory aging from 18 to 80. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2003;17:162–7.
8. Denise T. Physical activity is medicine for older adults. *Postgrad Med J* 2014;90:26-31.
9. Chodzko-Zajko WJ, Proctor D, Fiatarone Singh M, et al. American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity

- for older adults. *Med Sci Sports Exerc* 2009;41:1510–30.
10. Ministry of Health. Guidelines on physical activity for older people (aged 65 years and over). Wellington: Ministry of Health, 2013.
11. Latham N, Liu CJ. Strength training in older adults: the benefits for osteoarthritis. *Clin Geriatr Med* 2010;26:445–59.
12. Liu C, Latham N. Progressive resistance strength training for improving physical function in older adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(3):CD002759.
13. Sherrington C, Whitney JC, Lord SR, et al. Effective exercise for the prevention of falls: a systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc* 2008;56:2234–43.
14. Taylor D, Hale L, Schluter P, et al. Effectiveness of Tai Chi as a community-based falls prevention intervention: a randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2012;60:841–8.
15. Tremblay M, Esliger D, Tremblay A, et al. Incidental movement, lifestyle-embedded activity and sleep: new frontiers in physical activity assessment. *Can J Public Health* 2007;98(Suppl 2):S208–17.
16. Ross R, McGuire KA. Incidental physical activity is positively associated with cardiorespiratory fitness. *Med Sci Sports Exerc* 2011;43:2189–94.
17. McGuire KA, Ross R. Incidental physical activity and sedentary behavior are not associated with abdominal adipose tissue in inactive adults. *Obesity* 2012;20:576–82.
18. Oguma Y, Shinoda-Tagawa T. Physical activity decreases cardiovascular disease risk in women: review and meta-analysis. *Am J Prev Med* 2004;26:407–18.
19. Gregg EW, Cauley J, Stone K, et al. Relationship of changes in physical activity and mortality among older women. *JAMA* 2003;289:2379–86.
20. Schultz A. Muscle function and mobility biomechanics in the elderly: an overview of some recent research. *J Gerontol Biol Sci Med Sci A* 1995;50:60–3.
21. Paterson D, Warburton D. Physical activity and functional limitations in older adults: a systematic review related to Canada's physical

- activity guidelines. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2010;7:38.
22. Vincent HK, Raiser SN, Vincent KR. The aging musculoskeletal system and obesity-related considerations with exercise. *Ageing Res Rev* 2012;11:361–73.
23. Brazzelli M, Saunders DH, Greig CA, et al. Physical fitness training for stroke patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(11):CD003316.
24. Townsend N, Bhatnagar P, Wickramasinghe K, et al. Physical activity statistics 2012. London: British Heart Foundation, 2012.
25. O'Neill K, Reid G. Perceived barriers to physical activity by older adults. *Can J Public Health* 1991;82:392–6.
26. Schutzer KA, Graves BS. Barriers and motivations to exercise in older adults. *Prev Med* 2004;39:1056–61.
27. Lee DC, Sui X, Ortega FB, et al. Comparisons of leisure-time physical activity and cardiorespiratory fitness as predictors of all-cause mortality in men and women. *Br J Sports Med* 2011;45:504–10.
28. Pearce JR, Maddison R. Do enhancements to the urban built environment improve physical activity levels among socially disadvantaged populations? *Int J Equity Health* 2011;10:28.
29. Coronini-Cronberg S, Millett C, Lavery A, et al. The impact of a free older persons' bus pass on active travel and regular walking in England. *Am J Public Health* 2012;102:2141–8.
30. Landi F, Cesari M, Onder G, et al. Physical activity and mortality in frail, community-living elderly patients. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004;59A:833–7.
31. Tak E, Kuiper R, Chorus A, et al. Prevention of onset and progression of basic ADL disability by physical activity in community dwelling older adults: a meta-analysis. *Ageing Res Rev* 2013;12:329–38.
32. Knight JA. Physical inactivity: associated diseases and disorders. *Ann Clin Lab Sci* 2012;42:320–37.
33. Chou CH, Hwang CL, Wu YT. Effect of exercise on physical function, daily living activities, and quality of life in the frail older adults: a meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil* 2012;93:237–44.

34. de Vries NM, van Ravensberg CD, Hobbelen JS, et al. Effects of physical exercise therapy on mobility, physical functioning, physical activity and quality of life in community-dwelling older adults with impaired mobility, physical disability and/or multi-morbidity: a meta-analysis. *Ageing Res Rev* 2012;11:136–49.
35. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1977;84:191–215.
36. Finkelstein EA, Brown DS, Brown DR, et al. A randomized study of financial incentives to increase physical activity among sedentary older adults. *Prev Med* 2008;47:182–7.
37. Angevaren M, Aufdemkampe G, Verhaar H, et al. Physical activity and enhanced fitness to improve cognitive function in older people without known cognitive impairment. *Cochrane Database of Sys Rev* 2008;(3):CD005381.
38. Geda YE, Roberts RO, Knopman DS, et al. Physical exercise, aging, and mild cognitive impairment a population-based study. *Arch Neurol* 2010;67:80–6.
39. Smith PJ, Blumenthal JA, Hoffman BM, et al. Aerobic exercise and neurocognitive performance: a meta-analytic review of randomized controlled trials. *Psychosom Med* 2010;72:239–52.

การประเมินผลความรู้ ทักษะ และทัศนคติของผู้เข้ารับการอบรมในหลักสูตรสำหรับ พนักงานเจ้าหน้าที่ดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในระดับอำเภอ ของประเทศไทย

คนธ์พงษ์ คนรู้ชินพงศ์¹, เพ็ญนภา ศรีหรั่ง¹, สุกัญญา หมวดทอง¹

บทคัดย่อ

การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยพนักงานเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอให้ประสบผลสำเร็จ ผู้ปฏิบัติงานจำเป็นต้องเข้ารับการอบรมในหลักสูตรที่มีการจัดประสบการณ์และกิจกรรมหลากหลาย เพื่อให้มีความรู้มากขึ้น มีทัศนคติที่ดี และมีทักษะในการปฏิบัติงานที่ถูกต้อง **วัตถุประสงค์:** เพื่อประเมินผลการใช้หลักสูตรอบรมพนักงานเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในระดับอำเภอของประเทศไทยที่พัฒนาขึ้นใหม่ โดยการเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และทัศนคติของพนักงานเจ้าหน้าที่ก่อนและหลังอบรม **วิธีการดำเนินการวิจัย:** การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ประเมินผลค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทักษะ ทักษะ การปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ ก่อนการอบรมเปรียบเทียบกับหลังสิ้นสุดการอบรม กลุ่มตัวอย่าง คือ สาธารณสุขอำเภอจากจังหวัดขอนแก่น สกลนคร กาฬสินธุ์ เลย นครพนม บึงกาฬ หนองคาย หนองบัวลำภู เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมโครงการประเมินตนเองก่อนและหลังสิ้นสุดการอบรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยโดยใช้ Paired Sample t-test **ผลการศึกษาวิจัย:** มีอาสาสมัครร่วมโครงการ 78 คนส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 52.9 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.39) อายุต่ำสุด 37 ปี สูงสุด 59 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป เวลาปฏิบัติราชการเฉลี่ย 27.1 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.7) ระดับชำนาญการพิเศษ ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งน้อยที่สุด 1 ปี นานที่สุด 39 ปี ผลการทดสอบพบว่า เมื่อสิ้นสุดการอบรม ผู้เข้ารับการอบรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และทัศนคติมากกว่าก่อนเข้ารับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าแอลฟา 0.05) **สรุปผลการวิจัย:** การอบรมหลักสูตรพนักงานเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่พัฒนาขึ้นใหม่ช่วยให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น มีทัศนคติที่เป็นบวกมากขึ้นต่อการปฏิบัติงาน แต่ยังไม่มีความสมรรถนะที่พัฒนาได้ถึงระดับสูงสุด ดังนั้น จึงควรมีการพัฒนาหลักสูตรอบรมต่อยอดความรู้เพื่อเพิ่มสมรรถนะทุกด้านอย่างต่อเนื่อง มีการเพิ่มแรงจูงใจ สร้างขวัญกำลังใจโดยให้รางวัล และสนับสนุนเงินค่าตอบแทนพิเศษแก่พนักงานเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงานด้านนี้ รวมทั้งควรมีการสนับสนุนให้ทำงานร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานในพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ความรู้, ทักษะ, ทัศนคติ, พนักงานเจ้าหน้าที่, ระดับอำเภอ

¹ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

Corresponding author: คนธ์พงษ์ คนรู้ชิน, E-mail: khonpong@scphkk.ac.th

Assessment of Knowledge, Attitudes and Skills of the Participants in a Training Course for Competent Officials to Implement Consumer Protection Relating to Health Products at the District Level of Thailand

Khonpong Khonroochinnapong¹, Pennapa Sriring¹, Sukanta Muadthong¹

Abstract

The implementation of consumer protection in health products by the district competent officials to be successful, the officials would be required to participate in a training course consisting of a variety of experiences to help them in obtaining advanced knowledge and positive attitude with the ability to work correctly. Objective: To assess a new training course for officials to implement in consumer protection relating to health products at the district level comparing their pre-test and post-test of knowledge, skills, and attitudes. Methods: This research was based on a Quasi-experimental research design. The pre and post average scores of knowledge, attitudes, and skills of the consumer protection relating to health products were assessed and compared. The subjects for the implementation were the public health executives from eight provinces consisted of Khon Kaen, Sakon Nakhon, Kalasin, Loei, Nakhon Phanom, Bueng Kan, Nong Khai and Nong Bua Lam Phu. The tools used consisted of a questionnaire issued to the volunteers for self-administration of the pre and post of the training. The data collected were then analysed using descriptive statistics and the difference of the average score was compared by a Paired Sample t-test. Results: Out of the 78 volunteers who participated in the research project, the majority was male. The average age was 52.9 years old (SD 4.39) with minimum were 37 years old and maximum 59 years old. Most of them graduated in master and higher degree. The average working period was 27.1 years (SD 10.7). Their position was senior professional level. Minimum and maximum working periods were between 1 and 39 years. The statistical test results showed that the average score of the post-test knowledge, attitude and skill were significantly greater than the pre-test ($\alpha = 0.05$). Conclusions: The new training program development can help increase the knowledge, attitudes and skills of the officials at the district level for the consumer protection regarding health products. The positive attitude toward the consumer protection was increased; however, all outcomes were not in the maximum level. Therefore, an advanced training program should be proposed and developed to help implementing any future training to help improve the officials' skills. The motivation should be rewarded by increasing of an income, as well help support any network collaborations within an area with great efficiency.

Keywords: Knowledge, Skills, Attitudes, Competent Officials, District Level

¹ Sirindhorn College of Public Health, KhonKaen Province, Khon Kaen 40000, Thailand

Corresponding author: Khonpong Khonroochinnapong, E-mail: khonpong@scphkk.ac.th

บทนำ (Introduction)

จากรายงานสถานการณ์การคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในประเทศไทยพบว่า พนักงานเจ้าหน้าที่ของรัฐไม่สามารถปฏิบัติงานควบคุมการผลิต โฆษณา และช่องทางการจำหน่ายที่ทำได้ง่าย เช่น การขายตรงและช่องทางออนไลน์ที่มีมาก รวดเร็ว และยากที่จะกำกับดูแลควบคุมและป้องกันปัญหาได้ทัน (Sooksriwong, 2012) โดยเฉพาะยาและอาหารมีขนาดของปัญหาหลากหลายและรุนแรงที่สุด เพราะมีผลทำให้มีผู้เสียชีวิตอย่างต่อเนื่องในระยะ 5 ปี มีผู้บริโภคเสียชีวิตเนื่องจากการรับประทานผลิตภัณฑ์อาหารเสริมลดน้ำหนักจำนวน 10 ราย (ThaiPBS, 2018) อีกทั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ เช่น สาธารณสุขอำเภอ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีสมรรถนะยังไม่เพียงพอและขาดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติงานด้านนี้ (Poonaoarat, 2013) นอกจากนี้ยังมีทัศนคติที่ลบต่องานบังคับใช้กฎหมายมาตรฐานการบังคับใช้กฎหมายในแต่ละพื้นที่ขาดงบประมาณขาดองค์ความรู้ และขาดการฝึกอบรมพัฒนา (Sooksriwong, 2012)

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพตามนโยบายของรัฐบาลเป็นภารกิจที่สำคัญของผู้ที่ดำรงตำแหน่งสาธารณสุขอำเภอ โดยได้แต่งตั้งเป็นในฐานะพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาในระดับอำเภอปฏิบัติงาน

คุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพตามพระราชบัญญัติ 8 ประเภท คือ พระราชบัญญัติ ยา อาหาร วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ยาเสพติดให้โทษ สารระเหย เครื่องสำอาง วัตถุอันตราย และเครื่องมือแพทย์ (Thailand Food and Drug Administration, 2013; 2015; 2017; Ministry of Public Health Thailand, 2013; Drug Act, 1967; Consumer protection Act, 1979, Drug Act, 1987) โดยให้เป็นภารกิจร่วมกับเภสัชกรในสังกัดโรงพยาบาลชุมชน ในการควบคุมกำกับ ดูแล ตรวจสอบเฝ้าระวัง สนับสนุนกิจกรรมให้ความรู้กับผู้ผลิต ผู้จำหน่าย และผู้บริโภค รับและจัดการเรื่องร้องเรียนจากการไม่ได้รับความเป็นธรรมในการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Pundech, 2016) แต่จากผลการสำรวจประสิทธิภาพของผู้ที่ดำรงตำแหน่งสาธารณสุขอำเภอในปี พ.ศ. 2560 พบว่า สาธารณสุขอำเภอเกือบครึ่ง (160 จากจำนวนทั้งหมด 329 คน) ยังไม่เคยได้รับการพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงาน และยังไม่มีประสิทธิภาพด้านนี้มาก่อนเลย แม้ว่า ร้อยละ 96.4 ของพนักงานเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอกลุ่มนี้จะเคยได้รับข้อมูลข่าวสาร หรือคำแนะนำเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพมาก่อนแล้ว แต่ 1 ใน 5 ของสาธารณสุขอำเภอยังคิดว่าการดำเนินงานด้านนี้เป็นเรื่องยากที่จะปฏิบัติจริง โดยจำนวน 1 ใน 3 ของสาธารณสุขอำเภอ มักจะมอบหมายให้นักวิชาการสาธารณสุข หรือผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอที่รับผิดชอบงานด้าน

คุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในระดับพื้นที่ซึ่งมิได้เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายเข้ารับการอบรมแทน (Hinsui *et.al.*, 2017) จึงควรมีการอบรมพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติยา อาหาร เครื่องสำอางอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องจะช่วยให้กระตุ้นให้งานเกิดความก้าวหน้าให้ปฏิบัติงานด้านนี้อย่างต่อเนื่องเป็นพลวัต และจะช่วยให้สามารถแสดงบทบาทในการควบคุมกำกับ ให้คำปรึกษา แนะนำการปฏิบัติงานแก่พนักงานเจ้าหน้าที่ได้เป็นอย่างดี (Poonavarat and Kanjanarach, 2013) รวมทั้งควรเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานให้มากขึ้น (Kanjanarach *et.al.*, 2014) และวางแผนร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อทำงานเป็นทีมในลักษณะรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ (Poonavarat and Kanjanarach, 2013) โดยอาศัยปัจจัยความสำเร็จของการขับเคลื่อนคือ การมีความรู้ ความสามารถ ทักษะ และทัศนคติที่เหมาะสมของผู้นำเครือข่ายในระดับอำเภอ รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขและสมาชิกเครือข่ายร่วมด้วย (Booddawong *et.al.*, 2016) การอบรมตามหลักสูตรมาตรฐานจะช่วยกระตุ้นให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนทัศนคติ มีความตระหนัก มีแรงจูงใจ และมีความเชื่อในเป้าหมายที่สูงกว่าที่เคยคาดหวังไว้ และสูงกว่าผลประโยชน์ของตน (Bass, 1985; Bass, 1994) จากบทบาสดังกล่าว เพื่อให้สามารถบรรลุภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข การอบรมตามหลักสูตรใหม่จึงเป็นยุทธศาสตร์ที่

สำคัญและจำเป็นเร่งด่วน จากรายงานศึกษาพบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญ (Thongchai, 2009) และทัศนคติมีผลต่อการปฏิบัติงาน (Schermerhorn *et.al.*, 2003) โดยมีรายงานวิจัยเกี่ยวกับ ทัศนคติต่องานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขกับความยินดีและเต็มใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งมีความสัมพันธ์กันในทางบวก โดยเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากร (Auiwattanakul, 2009) ดังนั้น สถาบันพระบรมราชชนก โดยความร่วมมือระหว่างสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข จึงได้ปรับปรุงพัฒนาหลักสูตรอบรมพนักงานเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพขึ้น คือการอบรมหลักสูตร 35 ชั่วโมง ระยะเวลา 5 วัน อบรมด้วยวิธีการบรรยาย ประชุมกลุ่ม อภิปราย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และฝึกปฏิบัติสถานการณ์จำลอง (Praboromarajchanok Institute for Health Workforce Development, 2017) มีเนื้อหา ดังนี้

หมวดที่ 1 บทนำหลักการพื้นฐาน และพฤติกรรมผู้บริโภคบรรยาย 2 ชั่วโมง และปฏิบัติ 3 ชั่วโมง

หมวดที่ 2 ความรู้พื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการทำงานบรรยาย 2 ชั่วโมง และปฏิบัติ 3 ชั่วโมง

หมวดที่ 3 อำนาจหน้าที่ตามกฎหมายของพนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พ.ร.บ. ที่เกี่ยวข้อง

กับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ
บรรยาย 2 ชั่วโมง และปฏิบัติ 2 ชั่วโมง

หมวดที่ 4 แนวทางปฏิบัติงานด้าน
การคุ้มครองผู้บริโภคบรรยาย 3 ชั่วโมง และ
ปฏิบัติ 4 ชั่วโมง

หมวดที่ 5 แนวทางการบังคับใช้
กฎหมายบรรยาย 1 ชั่วโมง และปฏิบัติ 6
ชั่วโมง

หมวดที่ 6 การพัฒนาเครือข่าย
คุ้มครองผู้บริโภคบรรยาย 2 ชั่วโมง และปฏิบัติ
5 ชั่วโมง

มีการทดลองใช้อบรมนำร่องกับ
กลุ่มเป้าหมายที่เป็นตำแหน่งสาธารณสุขอำเภอ
ซึ่งเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ ครั้งนี้
เป็นครั้งแรก เนื่องจากยังไม่เคยมีการทดลองใช้
หลักสูตรนี้มาก่อน การทบทวนวรรณกรรมจึงยัง
ไม่พบรายงานผลการประเมินเปรียบเทียบ
ผลลัพธ์ความรู้ ทักษะ และทักษะของผู้ที่ดำรง
ตำแหน่งสาธารณสุขอำเภอในการดำเนินงาน
ด้านที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้ง 8
ประเภท ที่แสดงถึงศักยภาพในการปฏิบัติงาน
ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิต
ภัณฑ์เพื่อสุขภาพ แต่พบเพียงรายงานการที่ใช้
กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่
ส่งเสริมและพัฒนาระบบการกำกับดูแล
ผลิตภัณฑ์สุขภาพในระดับชุมชน ทำงานบูรณา
การร่วมกันโดยพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมาย
จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่
ประกอบด้วย เกษีชรในสังกัดโรงพยาบาล
ชุมชนที่เป็นแม่ข่าย เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีสำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการ
อาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข ให้การ
สนับสนุนให้สามารถบังคับใช้กฎหมายได้ผลจริง
ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้าน
ผลิตภัณฑ์สุขภาพในระดับอำเภอ
(Poonaovarat, 2013; Booddawong *et. al.*,
2016) และมีรายงานการศึกษาพบว่า ความรู้
ทำให้เกิดทัศนคติที่ดีซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติหรือ
ทักษะ (Auiwattanakul, 2009) ดังนั้น การ
อบรมพัฒนาความรู้ ทักษะ และทักษะจึง
เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กัน การศึกษาวิจัยนี้มี
วัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการใช้หลักสูตร
อบรมพนักงานเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอในการ
ดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์
สุขภาพในระดับอำเภอของประเทศไทยที่
พัฒนาขึ้นใหม่ โดยการเปรียบเทียบความรู้
ทัศนคติและทักษะของพนักงานเจ้าหน้าที่ก่อน
และหลังอบรม

วิธีดำเนินการวิจัย (Methods)

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง
ดำเนินการหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรม
การวิจัยในมนุษย์แล้ว มีการจัดการกระทำคือ
การอบรมโดยใช้หลักสูตรพนักงานเจ้าหน้าที่
ระดับอำเภอในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค
ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพหลักสูตร 35 ชั่วโมง ใน
ระยะเวลา 5 วัน ประชากรคือ ผู้ที่ดำรงตำแหน่ง
สาธารณสุขอำเภอในเขตบริการสุขภาพที่ 7
และ 8 จำนวนทั้งหมด 110 คน ซึ่งเป็นเขตที่ถูก
เลือกให้เป็นเขตสุขภาพนำร่อง โดยสำนักงาน

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายให้ทุกคน
เข้ารับการอบรมในครั้งนี้

กลุ่มตัวอย่างขนาดตัวอย่างและวิธีการ เลือกตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ
สาธารณสุขอำเภอจำนวนทั้งหมดในเขตบริการ
สุขภาพที่ 7 และ 8 ที่สมัครใจเข้ารับการอบรม
หลักสูตรอบรมพนักงานเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ
ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้าน
ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ซึ่งเป็นเขตที่ถูกเลือกให้เป็น
เขตสุขภาพนำร่องจำนวนทั้งหมด 110 คน
คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของเครซีและ
มอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970) ดังนี้

$$n = \frac{\chi^2 N p (1-p)}{e^2 (N-1) + \chi^2 p (1-p)}, \text{ โดยที่ } n$$

คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

N คือ จำนวนของประชากรทั้งหมด
110 คน

χ^2 คือ ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1
และ ระดับความเชื่อมั่น 95% χ^2 เท่ากับ
3.841

P คือ สัดส่วนของสาธารณสุขอำเภอที่
สมัครเข้ารับการอบรมและเคยได้รับข้อมูล
ข่าวสารด้านการคุ้มครองผู้บริโภค จากผล
การศึกษาของ ของจารีลักษณ์ หินซุย และคณะ
(Hinsui et.al., 2016) ได้เท่ากับ ร้อยละ 96
หรือ 0.96

e คือ ความคลาดเคลื่อนของการสุ่ม
ตัวอย่างที่ยอมรับได้ กำหนดให้เท่ากับ 0.03

$$n = \frac{3.841 \times 110 \times 0.96 \times 0.04}{(0.03)^2 (110-1) + 3.841 (0.96 \times 0.04)}$$

, n เท่ากับ 68 คน เมื่อมีการรวมจำนวนบวก

เพื่อการสูญเสียระหว่างการศึกษาอีกร้อยละ 15
(คิดเป็น 10 คน) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 78 คน
เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา ทำโดยการเชิญ
สาธารณสุขอำเภอทุกคนในเขตสุขภาพที่ 7
และ 8 เข้ารับการอบรม และคัดเลือกเฉพาะผู้ที่
สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและเข้าอบรมครบ
จำนวนระยะเวลาที่กำหนด โดยไม่ขาดการ
อบรมเลย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง
การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาและรับรองการ
วิจัยในมนุษย์ ออกให้ ณ วันที่ 21 เมษายน
2560 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน
มนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์
วชิระ เลขที่ COA No. 04/2560 ก่อนรวบรวม
ข้อมูลผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความ
ร่วมมือในการวิจัย รวมทั้งให้ลงชื่อในเอกสารคำ
ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดย
สามารถยุติการเข้าร่วมได้ทุกขั้นตอน

เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลและ วิธีการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลเป็น
แบบสอบถามที่ปรับปรุงจากแบบสอบถามการ
วิจัยของ จารีลักษณ์ หินซุย และคณะ (Hinsui
et.al., 2017) ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย
เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สังกัด จังหวัด
เขตสุขภาพ ตำแหน่งปัจจุบัน ระยะเวลาปฏิบัติ
ราชการ (ปี)

ส่วนที่ 2 ความรู้ในการดำเนินงาน
คุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

แบ่งเป็น 3 ตัวเลือก คือ “ใช่” “ไม่ใช่” หรือ “ไม่แน่ใจ”

ส่วนที่ 3 ทศนคติเกี่ยวกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เป็นข้อความเกี่ยวกับ ตัวแปรทางจิตวิทยา จำนวน 5 ข้อความ ใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ทสเกล 5 ระดับ มาตราวัดเรียงจาก 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ไปจนถึง 5 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง)

ส่วนที่ 4 ทักษะการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ให้ผู้ตอบเลือกระบุว่าตนมีทักษะ การปฏิบัติงานในระดับใด ใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ทสเกล 5 ระดับ มาตราวัดเรียงจาก 1 (น้อยที่สุด) ไปจนถึง 5 (มากที่สุด)

วิธีการรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูลโดยทีมผู้วิจัยจำนวน 2 คน ในช่วงเวลา ก่อนและหลังสิ้นสุดการอบรม โดยการแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครเข้าร่วมโครงการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาตอบประมาณ 20 นาที แล้วนำส่งคืนแก่ทีมผู้วิจัย การอบรมจัดที่วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ในระหว่างวันที่ 22-26 พฤษภาคม 2560

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามตามกรอบแนวคิด ถูกตรวจสอบความถูกต้อง ความชัดเจนของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย เกษัชกรที่มีประสบการณ์ในการสอนวิชาการคุ้มครองผู้บริโภคจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น จำนวน 1 คน จากกลุ่มงาน

คุ้มครองผู้บริโภคสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 1 คน และ อาจารย์เภสัชกรจากคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 1 คน ก่อนรวบรวมข้อมูล มีการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มสาธารณสุขอำเภอที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมาย (Try out) จำนวน 30 คน นำไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ผลค่า Cronbach's Alpha ในส่วนที่เกี่ยวกับทศนคติ และทักษะการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เท่ากับ 0.725 และ 0.778 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบบันทึกข้อมูล และวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยแบ่งเป็น ตัวแปรนามบัญญัติ คือ เพศ ระดับการศึกษาสูงสุด สังกัด จังหวัด เขตสุขภาพ ระดับตำแหน่งปัจจุบัน การกระจายของคำตอบ รายชื่อของความรู้ ทศคติ และทักษะตามมาตรวัด วิเคราะห์โดยใช้ ความถี่ และค่าร้อยละ ส่วนตัวแปรต่อเนื่อง คือ อายุ (ปี) ระยะเวลาปฏิบัติราชการ (ปี) คะแนนรวมของความรู้ คะแนนเฉลี่ยของทศนคติ และทักษะ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนรวมของตัวแปรความรู้ คะแนนเฉลี่ยของทศนคติ และทักษะก่อนและหลังอบรม ในกลุ่มตัวอย่างเดียวกันแต่วัด 2 ครั้ง ทำคะแนนเป็นรายคน แล้วจึงวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Paired Sample t-test

ผลการศึกษาวิจัย (Results)

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ที่ดำรงตำแหน่งสาธารณสุขอำเภอที่สมัครเข้าร่วมโครงการทั้งหมด 78 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จากเขตสุขภาพที่ 7 และ 8 ประกอบด้วย จังหวัดขอนแก่นมีจำนวนมากที่สุด รองลงมา คือ สกลนคร กาฬสินธุ์ เลย นครพนม บึงกาฬ หนองคาย หนองบัวลำภู

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ของข้อมูลทั่วไป (n=78)

ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 52.9 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.39) อายุสูงสุด คือ 59 ปี ต่ำสุด 37 ปี ระยะเวลาปฏิบัติราชการเฉลี่ย 27.1 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.7) ระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่งสาธารณสุขอำเภอน้อยที่สุด คือ 1 ปี มากที่สุด คือ 39 ปี สำเร็จการศึกษาในระดับสูงกว่าปริญญาตรี ดำรงตำแหน่งระดับชำนาญการพิเศษ รายละเอียดข้อมูลทั่วไป (ดังตารางที่ 1)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	68 (87.2)
หญิง	10 (12.8)
ระดับการศึกษาสูงสุด	
ปริญญาตรี	20 (25.6)
สูงกว่าปริญญาตรี	58 (74.4)
ระดับตำแหน่งปัจจุบัน	
ชำนาญการ	7 (9.0)
ชำนาญการพิเศษ	65 (83.3)
เจ้าพนักงานสาธารณสุขอาวุโส	6 (7.7)
เขตสุขภาพที่	
7	34 (43.6)
8	44 (56.4)
จังหวัด	
ขอนแก่น	20 (25.6)
สกลนคร	15 (19.2)
กาฬสินธุ์	14 (18.0)
เลย	10 (12.8)
นครพนม	7 (8.9)
บึงกาฬ	4 (5.1)
หนองคาย	4 (5.1)
หนองบัวลำภู	4 (5.1)

ความรู้ในการดำเนินงานคุ้มครอง ผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

จำนวน (ร้อยละ) การกระจายของคำตอบในแต่ละข้อ จำนวนทั้งหมด 78 คน โดยส่วนใหญ่ร้อยละของคำตอบที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น หลังอบรม ยกเว้นความรู้เกี่ยวกับการเจรจาต่อรองที่จำนวนร้อยละของคำตอบที่ถูกต้องก่อนและหลังอบรมเท่ากัน เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า มีค่าร้อยละของก่อนและหลังอบรมมาก

ที่สุดคือ คำถามเกี่ยวกับเลขสารบบอาหารของน้ำดื่มและผลิตภัณฑ์ รองลงมาคือ คำถามเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ล้างจานจัดเป็นผลิตภัณฑ์วัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือน ส่วนคะแนนรวมของรายบุคคล พบว่า ก่อนอบรมกลุ่มตัวอย่างมีช่วงคะแนนต่ำสุดถึงสูงสุด อยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน หลังอบรมอยู่ระหว่าง 4-10 คะแนน ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้โดยรวมเปรียบเทียบก่อนและหลังอบรม (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การกระจายของจำนวน (ร้อยละ) ของคำตอบในแต่ละข้อ (n=78)

ข้อความ	ช่วงเวลา	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
1. สสอ.มีอำนาจตามกฎหมาย อย. ทุกฉบับ คืออำนาจในการเข้าตรวจสอบและอำนาจในการยึด	ก่อน	43(55.1)	16(20.5)	19(24.4)
	หลัง	47(60.2)	29(37.2)	2(2.6)
2. อาหารสำหรับผู้ที่ต้องการควบคุมน้ำหนักจัดเป็นอาหารที่ต้องควบคุมและกำกับดูแลอย่างเข้มงวดที่สุด	ก่อน	58(74.4)	10(12.8)	10(12.8)
	หลัง	60(76.9)	12(15.4)	6(7.7)
3. เลขสารบบอาหารของผลิตภัณฑ์ในเครื่องหมาย อย. ที่ 89-1-04151-1-0080 ตรวจสอบแล้วพบว่า เป็นเลขของผลิตภัณฑ์ของจริง	ก่อน	16(20.5)	24(30.8)	38(48.7)
	หลัง	25(32.0)	45(57.7)	8(10.3)
4. การเจรจาต่อรองต้องฟังฝ่ายตรงข้ามพูดให้มาก ยื่นข้อเสนอและตีค่าข้อเสนอโดยไม่ได้แย้งทันที	ก่อน	66(84.6)	9(11.5)	3(3.9)
	หลัง	66(84.6)	7(9.0)	5(6.4)
5. “สมุนไพรมีฤทธิ์บำรุงร่างกาย ช่วยให้มีความแข็งแรง ปังเสริมสมรรถภาพทางเพศ” จัดเป็นข้อความโฆษณาที่กฎหมายอนุญาต	ก่อน	7(9.0)	66(84.6)	5(6.4)
	หลัง	9(11.5)	68(87.2)	1(1.3)

ตารางที่ 2 การกระจายของจำนวน (ร้อยละ) ของคำตอบในแต่ละข้อ (n=78) (ต่อ)

ข้อความ	ช่วงเวลา	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
6. เครื่องสำอางต้องมีฉลากเป็นภาษาไทย	ก่อน	65(83.3)	3(3.9)	10(12.8)
	หลัง	76(97.4)	1(1.3)	1(1.3)
7. น้ำดื่มในภาชนะปิดสนิท เลขสารบบอาหาร 72-2-08545-2-0005หมายความว่าน้ำดื่มนี้ผลิตในกรุงเทพมหานคร	ก่อน	11(14.1)	19(24.4)	48(61.5)
	หลัง	6(7.7)	68(87.2)	4(5.1)
8. การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในระดับอำเภอจำเป็นต้องจัดทำและพัฒนาข้อมูลสถานประกอบการด้วยเสมอ	ก่อน	75(96.1)	2(2.6)	1(1.3)
	หลัง	77(98.7)	0(0.0)	1(1.3)
9. อำนาจในการตรวจสอบสถานที่ตาม พรบ.ของอย. ให้อำนาจในการร้องค้นได้	ก่อน	26(33.3)	32(41.0)	20(25.6)
	หลัง	43(55.1)	32(41.0)	3(3.9)
10. ผลิตภัณฑ์ล้างจานจัดเป็นผลิตภัณฑ์วัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือน	ก่อน	45(57.7)	28(35.9)	5(6.4)
	หลัง	69(88.4)	7(9.0)	2(2.6)

ข้อความ 1, 2, 4, 6, 8, 10 กลุ่มตัวอย่างที่ตอบว่า “ใช่” ได้ร้อยละ 1 คะแนน หากตอบว่า “ไม่ใช่” หรือ “ไม่แน่ใจ” ได้ร้อยละ 0 คะแนน

ข้อความ 3, 5, 7, 9 กลุ่มตัวอย่างที่ตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ร้อยละ 1 คะแนน หากตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่แน่ใจ” ได้ร้อยละ 0 คะแนน

ทัศนคติต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

การกระจายของจำนวน (ร้อยละ) ตามระดับทัศนคติรายชื่อของกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 78 คน (ดังตารางที่ 3) เมื่อนับกลุ่มที่เห็นด้วยรวมกันกลุ่มที่เห็นด้วยอย่างยิ่งหลังอบรม พบว่า ทัศนคติต่อ “ความเชื่อว่าการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพช่วยปกป้องประชาชนให้ปลอดภัย” มีมากที่สุด (มากกว่าร้อยละ 95) รองลงมาคือทัศนคติต่อ “การระวัง หรืออารักขาผู้บริโภคที่กิน เสพ จับจ่ายใช้สอย อาหาร ยา วัตถุเสพติด

เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์เป็นหน้าที่ของตนโดยตรง” ก่อนอบรม ร้อยละ 66.6 และหลังอบรมมีจำนวนมากขึ้นเป็น ร้อยละ 89.7 และ “ความรักที่จะทำงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ” คิดเป็นร้อยละ 84.6

เมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ยรายชื่อในระยะหลังอบรม พบว่า ทัศนคติต่อ “ความเชื่อว่าการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพช่วยปกป้องประชาชนให้ปลอดภัย” มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมาคือทัศนคติต่อ “การระวัง หรืออารักขา ผู้บริโภคที่กิน เสพ จับจ่ายใช้สอย อาหาร ยา วัตถุเสพติด

ติด เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์เป็นหน้าที่
ของตนโดยตรง” และ “ความรักที่จะทำงาน
คุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ”
ตามลำดับ

ตารางที่ 3 การกระจายของจำนวน (ร้อยละ) ตามระดับทัศนคติรายข้อ (n=78)

ข้อความ	ช่วง เวลา	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ข้าพเจ้ารักที่จะทำงานคุ้มครอง ผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ	ก่อน	-	1(1.3)	13(16.6)	56(71.8)	8(10.3)
	หลัง	-	-	12(15.4)	53(67.9)	13(16.7)
2. ข้าพเจ้าคิดว่าการดำเนินงาน คุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์ สุขภาพเป็นเรื่องง่ายสำหรับข้าพเจ้า	ก่อน	1(1.3)	18(23.1)	15(19.2)	41(52.6)	3(3.8)
	หลัง	2(2.6)	15(19.2)	12(15.4)	43(55.1)	6(7.7)
3. ข้าพเจ้าคิดว่าการดำเนินงาน คุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์ สุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำ	ก่อน	-	14(18.0)	15(19.2)	44(56.4)	5(6.4)
	หลัง	-	15(19.2)	7(9.0)	47(60.3)	9(11.5)
4. ข้าพเจ้าเชื่อว่าการดำเนินงาน คุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์ สุขภาพช่วยปกป้องประชาชนให้ ปลอดภัย	ก่อน	2(2.6)	-	-	23(29.5)	53(67.9)
	หลัง	-	-	3(3.8)	18(23.1)	57(73.1)
5. การระวัง หรืออารักขา ผู้บริโภคที่ กิน เสพ จับจ่ายใช้สอย อาหาร ยา วัตถุเสพติด เครื่องสำอาง เครื่องมือ แพทย์ เป็นหน้าที่ของข้าพเจ้า โดยตรง	ก่อน	3(3.9)	11(14.1)	12(15.4)	37(47.4)	15(19.2)
	หลัง	-	3(3.9)	5(6.4)	42(53.8)	28(35.9)

**ทักษะในการดำเนินงานคุ้มครอง
ผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ**

การกระจายของระดับทักษะการ
ดำเนินงานในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค
ด้านผลิตภัณฑ์ จำนวนทั้งหมด 78 คน พบว่า
กลุ่มตัวอย่างมีทักษะหลังอบรมอยู่ในระดับมาก

ถึงมากที่สุด เรียงตามลำดับ คือ ด้านการ
ปฏิบัติงานในฐานะพนักงานเจ้าหน้าที่และการ
บังคับใช้กฎหมาย ร้อยละ 75.6 รองลงมาคือ
ด้านการตรวจสอบ เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ
ร้อยละ 64.1 และด้านข้อมูลสารสนเทศ
แผนงานและบริหารจัดการงาน ร้อยละ 61.5

ตามลำดับ โดยมีคะแนนทักษะรายบุคคล สูงสุด 4 ต่ำสุด 2 คะแนน และหลังอบรมมีคะแนน สูงสุด 5 ต่ำสุด 3 คะแนน

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของทักษะรายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยทุกด้านก่อนเข้ารับการ อบรมอยู่ในช่วงระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.0 และต่ำกว่า) หลังสิ้นสุดการอบรมมี ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอยู่ในช่วง 3.6-4.0 ทักษะด้านที่

มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านการพัฒนา ศักยภาพผู้บริโภครและความเข้มแข็งของ เครือข่าย รองลงมาคือ ด้านการปฏิบัติงานใน ฐานะพนักงานเจ้าหน้าที่และการบังคับใช้ กฎหมาย ด้านข้อมูลสารสนเทศ แผนงานและ บริหารจัดการงาน และด้านการตรวจสอบ เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ ตามลำดับ (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การกระจายของระดับทักษะการดำเนินงานในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้าน ผลิตภัณฑ์ (n=78)

ทักษะการดำเนินงาน	ช่วงเวลา	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
ด้านการพัฒนาศักยภาพผู้บริโภครและความเข้มแข็งของเครือข่าย	ก่อน	1(1.3)	28(35.9)	47(60.2)	2(2.6)	-
	หลัง	1(1.3)	8(10.3)	58(74.3)	11(14.1)	-
ด้านข้อมูลสารสนเทศ แผนงานและบริหารจัดการงาน	ก่อน	2(2.6)	18(23.0)	46(59.0)	11(14.1)	1(1.3)
	หลัง	1(1.3)	3(3.8)	26(33.3)	43(55.1)	5(6.4)
ด้านการตรวจสอบ เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ	ก่อน	-	25(32.1)	38(48.7)	14(17.9)	1(1.3)
	หลัง	-	3(3.8)	25(32.1)	43(55.1)	7(9.0)
ด้านการปฏิบัติงานในฐานะพนักงานเจ้าหน้าที่และการบังคับใช้กฎหมาย	ก่อน	-	17(21.8)	44(56.4)	17(21.8)	-
	หลัง	-	1(1.3)	18(23.1)	39(50.0)	20(25.6)

การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของความรู้ ทศนคติ และทักษะก่อนและหลังการอบรม

เมื่อจัดทำคะแนนรวมของความรู้รายบุคคล รวมทั้งค่าเฉลี่ยของทัศนคติ และทักษะ แล้วทดสอบความแตกต่างก่อนและหลังการอบรม พบว่า มีความแตกต่างกันโดยหลังเข้ารับการอบรมตามหลักสูตร กลุ่มตัวอย่างมี

ค่าเฉลี่ยทุกตัวแปรมากกว่าก่อนอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $\alpha = 0.05$) รายละเอียดค่าเฉลี่ยโดยรวม ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ 95% ช่วงเชื่อมั่นความแตกต่างของค่าเฉลี่ย รวมทั้ง p-value (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ ค่าเฉลี่ยทัศนคติและทักษะรายบุคคลของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการอบรม (n=78)

ตัวแปร	ช่วงเวลา	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง ($\bar{d}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (s.d. _d)	95 % ช่วงเชื่อมั่นความแตกต่างของค่าเฉลี่ย	p-value
ความรู้	ก่อน	6.3	1.63	1.44	2.18	0.95 ถึง 1.93	<0.001
	หลัง	7.8	1.71				
ทัศนคติ	ก่อน	3.8	0.49	0.18	0.60	0.05 ถึง 0.32	0.008
	หลัง	4.0	0.53				
ทักษะ	ก่อน	3.0	0.52	0.78	0.66	0.64 ถึง 0.94	<0.001
	หลัง	3.7	0.53				

ความรู้ คะแนนเต็ม 10

ทัศนคติ ทักษะ คะแนนเต็ม 5

อภิปรายผลและสรุปผล (Discussion and Conclusion)

การวิจัยนี้แสดงผลลัพธ์ของการทดลองใช้หลักสูตรฝึกอบรมพัฒนาพนักงานเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอในรอบเป็นครั้งแรกของประเทศไทยตามความต้องการของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (Pundech, 2016) ผู้เข้าร่วมโครงการอายุเฉลี่ยมากกว่า 50 ปี และระยะเวลาปฏิบัติราชการเฉลี่ยนานเกิน 25 ปี อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการมีความรู้เพิ่มมากขึ้น มีทัศนคติที่เป็นบวกต่อการปฏิบัติงาน มีทักษะหรือความสามารถในการปฏิบัติงานด้านนี้มากขึ้นด้วยพร้อมทั้งมีความมั่นใจว่าตนเองสามารถทำได้ โดยมีการรับรู้ถึงเครือข่ายสนับสนุน แม้ว่าคะแนนเฉลี่ย

ทุกตัวแปรผลลัพธ์อยู่ในระดับดีแต่ยังต่ำกว่าร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม อย่างไรก็ตาม การอบรมช่วยให้ผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้และมีผลต่อทัศนคติที่ดี หรือมีทัศนคติเพิ่มขึ้น ได้ผลคล้ายกับในรายงานผลการศึกษาของ ลักษณะ ชูติธรรมานันท์ และคณะ (Luck *et.al.*, 2016) ที่ได้ทดลองใช้พัฒนารูปแบบการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก จังหวัดแพร่ สำหรับอบรมอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ พบว่า อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์หลังได้รับการพัฒนามีผลลัพธ์ด้านความรู้ ทัศนคติ และความสามารถดีขึ้นในทุกด้านดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม และมีความสามารถในการปฏิบัติงานสูงขึ้น ผลของทัศนคติต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสามารถอธิบายได้โดยใช้

แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรม ตามแผนโดยทัศนคติมีอิทธิพลต่อทักษะและพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคล (Ajzen, 1991) และทัศนคตินอกจากจะเชื่อมระหว่างความรู้ที่นำไปสู่การปฏิบัติแล้วยังเป็นผลจากความรู้ที่มีอยู่ในการปฏิบัติของบุคคลจะแสดงออกตามทัศนคตินั้น (Rogers, 1973) ดังนั้น เมื่อหลังสิ้นสุดการอบรม พบว่า ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้เพิ่มขึ้น ทัศนคติจึงเพิ่มขึ้นตามเช่นกัน เพราะผู้เข้าร่วมโครงการเกิดการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงตามทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม (Anderson and Krathwohl, 2001) มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านความรู้ ความเข้าใจ และความคิด อารมณ์ ความรู้สึก ทัศนคติ ค่านิยม ทำให้เกิดความชำนาญมาก เกิดพฤติกรรมที่บ่งถึงความสามารถในการปฏิบัติงานได้อย่างคล่องแคล่วชำนาญ แสดงออกมาได้ครบถ้วนทุกทักษะปฏิบัติอย่างเป็นระบบสำหรับในกลุ่มพนักงานเจ้าหน้าที่ผู้ดำรงตำแหน่งสาธารณสุขอำเภอ และสอดคล้องตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข การอบรมนำร่องนี้นับเป็นการเริ่มต้นที่จะช่วยยืนยันว่าหลักสูตรสามารถใช้อบรมได้จริงและมีความสำเร็จเป็นที่ยอมรับ แต่ควรจัดให้มีแนวทางการพัฒนาต่อยอด พื้นฟูเพิ่มเติมอย่างต่อเนื่องในอนาคตเพื่อพัฒนาทักษะที่ยังไม่บรรลุ เนื่องจากวิธีการอบรมที่ใช้ในการวิจัยนี้อาจยังไม่เพียงพอ โดยยังขาดการศึกษาดูงานสถานที่ที่เป็นแหล่งผลิต หรือโรงงานจริง ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีทัศนคติเชิงบวก และพึงพอใจต่องาน รวมทั้งยอมรับบทบาทหน้าที่นี้ แต่ยังไม่มีความรู้พื้นฐานที่แสดงถึง

ความสำเร็จของการปฏิบัติงานในพื้นที่จริงหลังสิ้นสุดโปรแกรมการอบรมในระยะที่นานขึ้น เพื่อใช้ยืนยันผลปฏิบัติงานในหน้าที่ความรับผิดชอบในพื้นที่จริงว่าสามารถปฏิบัติได้มีประสิทธิภาพมากขึ้นเพียงใด และผู้เข้าร่วมโครงการนี้ยังคงขาดแรงจูงใจในการทำงานด้านนี้ จึงเสนอให้มีการเพิ่มขวัญและกำลังใจให้แก่สาธารณสุขอำเภอ เพื่อให้เห็นคุณค่าของตนเอง เนื่องจากสาธารณสุขอำเภอต้องปฏิบัติด้านบริหารและรับผิดชอบงานหลายหน้าที่ ทำงานหนักมีความรู้ มีความสามารถอยู่ในระดับดี ประกอบด้วยประสบการณ์ของสาธารณสุขอำเภอที่ปฏิบัติงานมานาน หากไม่มีการดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งแล้ว อาจจะสูญเสียบุคลากรผู้ที่มีประสบการณ์ที่ดีในทีม เครือข่ายในระดับอำเภอซึ่งเป็นคนกลางที่ใกล้ชิดทั้งทีมผู้ปฏิบัติและประชาชน ผู้นำชุมชน รวมทั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายจากหน่วยงานอื่นๆ ในการปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ อาจมีสิ่งอำนวยความสะดวกปัญหาและอุปสรรคเกิดจากสภาพแวดล้อม หรืออาจมีสิ่งรบกวนในพื้นที่ จึงควรมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องอีกในอนาคต ควรมีการศึกษาถึงปัญหาและอุปสรรคต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้จากการเสนอแนะโดยสาธารณสุขอำเภอ จะช่วยสะท้อนถึงจุดอ่อนของการทำงานทั้งในแนวราบและแนวดิ่งเช่นเดียวกับจุดอ่อนของการดำเนินงานในรายงานผลการศึกษาของ ชะอรสิน สุขศรีวงศ์ และคณะ (Sooksriwong *et.al.*, 2012) ซึ่งอาจเพิ่มเติมกิจกรรมการศึกษาดูงาน

สถานที่ผลิตที่ผ่านการรับรองมาตรฐานการผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพ หรือศึกษาจากการถอดบทเรียนการทำงานอำเภอต้นแบบการจัดการปัญหาด้านนี้อย่างยั่งยืนของพื้นที่นาร่องอื่น ที่ได้รับรางวัลในระดับประเทศ เช่น กรณีศึกษาอำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งได้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2551 ต่อเนื่อง และมีการจัดระบบการติดตาม เฝ้าระวังอย่างจริงจังอย่างต่อเนื่องและขยายผลครอบคลุมพื้นที่ทั้งอำเภอโดยอาศัยปัจจัยการบูรณาการการมีส่วนร่วมของทีมพนักงานเจ้าหน้าที่จากทุกหน่วยงาน เจ้าของร้านค้า ผู้นำท้องถิ่นชุมชน และพัฒนาความรู้ ทักษะของ อสม. และประชาชนในพื้นที่ ช่วยให้ประสบความสำเร็จและมีประสิทธิภาพ และจัดเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญมากที่สุดในการพัฒนาการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในระดับอำเภอ (Booddawong *et. al.*, 2016) นอกจากนี้ยังมีรายงานการศึกษาที่เสนอให้มีการพัฒนา พื้นฟู ต่อยอดความรู้และทักษะที่จำเป็นในระดับสาธารณสุขอำเภอ เพื่อให้มีความสามารถในการควบคุมกำกับจัดการอบรมพัฒนา และคำแนะนำได้ดีขึ้นให้แก่บุคลากรในสังกัดที่ปฏิบัติงานในระดับรพ.สต. ซึ่งเป็นหน่วยงานในระดับย่อยในสังกัดสาธารณสุขอำเภอด้วย (Kanjanaarach *et.al.*, 2014) รวมทั้งควรกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกของตำแหน่งงานสาธารณสุขอำเภอรายใหม่ ซึ่งเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ใหม่ในอนาคต ให้เข้ารับการอบรมตามหลักสูตรพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์

สุขภาพ คู่ขนานกับการกระตุ้นทางปัญญา และธรรมาภิบาลด้านการตอบสนองในการบริหาร เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงาน ตลอดจนการกำหนดแนวทางเชิงนโยบาย ตามข้อเสนอที่ให้ใช้เป็นเกณฑ์การคัดสรรผู้ที่จะมาทำหน้าที่ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในอนาคตอย่างเป็นรูปธรรม (Theerakarn, 2016) เพื่อให้สาธารณสุขอำเภอมีความมั่นใจมากขึ้นในการปฏิบัติงานในฐานะพนักงานเจ้าหน้าที่ที่ตามตามกฎหมายโดยแท้จริง

จากผลการศึกษาสรุปได้ว่า หลักสูตรการอบรมที่พัฒนาขึ้นมาใหม่มีความเหมาะสมใช้อบรมได้ผลจริง สามารถพัฒนาศักยภาพในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยช่วยให้พนักงานเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอมีความรู้เพิ่มขึ้น มีทัศนคติที่เป็นบวกมากขึ้น มีทักษะในการปฏิบัติงานและมีความมั่นใจมากขึ้นช่วยให้พนักงานเจ้าหน้าที่ผู้เข้ารับการอบรมรู้สึกว่ามีคุณค่ามากขึ้นและสามารถทำได้จริง อย่างไรก็ตามผู้เข้าร่วมโครงการมีความกังวลเกี่ยวกับอุปสรรคที่มีอยู่ จึงควรมีการส่งเสริมในด้านจิตใจ ให้ขวัญกำลังใจและให้ค่าตอบแทนพิเศษในการปฏิบัติเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ เพื่อแสดงถึงควมมีคุณค่าต่อองค์กร จะช่วยให้มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานด้านนี้ให้มากขึ้นและต่อเนื่อง ควรมีการจัดอบรมเพิ่มเติมเพื่อให้พัฒนาสมรรถนะในทุกด้านให้ได้ถึงในระดับสูงสุด ดังนั้น ในอนาคตจึงควรศึกษาเชิงลึกเพิ่มเติมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ ปัจจัยความสำเร็จของงานและประเมินถึงประโยชน์รวมทั้งความคุ้มค่าของโครงการฝึกอบรม มีการ

ติดตามผลการฝึกอบรมในพื้นที่ปฏิบัติงานจริง หลังจากสิ้นสุดการฝึกอบรม ติดตามประเมินพฤติกรรมในการทำงาน และผลลัพธ์ต่อตัวผู้เข้าอบรมเองต่อหน่วยงานและประชาชน รวมทั้งติดตามผลพฤติกรรมในการทำงานโดยใช้แผนปฏิบัติการของผู้เข้าอบรม ด้วยวิธีการสัมภาษณ์และการสอบถามทั้งผู้บังคับบัญชาเพื่อนร่วมงานใกล้ชิดผู้ใต้บังคับบัญชาของผู้เข้าอบรมรวมถึงลูกค้าและผู้รับบริการ โดยใช้การประเมินหลากหลายวิธีเพื่อยืนยันผลการพัฒนาสมรรถนะของพนักงานเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอที่ครบถ้วนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

งานวิจัยฉบับนี้ได้รับทุนสนับสนุนการจัดอบรมจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สถาบันพระบรมราชชนก และวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ได้รับความอนุเคราะห์ทีมวิทยากรจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Ajzen I, Fishbein M, Attitude-behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological bulletin* 1997; 84(5), pp.888–918.
2. Anderson LW, Krathwohl DR. *A taxonomy for learning, teaching, and assessing: A revision of Bloom's taxonomy of educational objectives*. New York: Addison Wesley Longman, 2001.
3. Auiwattanakul P. *Practicing and attitude in health consumer protection of pharmacy technician* [Master's Thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2009.
4. Bass BM. *Leadership and performance beyond expectations*, New York: The Free Press; 1985: 256.
5. Bloom BS, Engelhart MD; Furst EJ. Hill WH. Krathwohl DR. *Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals*. Handbook I: Cognitive domain. New York: David McKay Company.1956.
6. Booddawong B, Yoongthong W. Community empowerment in the management of the problems on inappropriate drugs and health products: Case study of Nonkhun district, Sisaket Province. *TJPP*. 2016; 8 (2): 331-343.
7. Hinsui J, Sriring P, Thanhai P. *The training need for the health product consumer protection in the district*. Sponsored by Sirindhorn College of

- public health, Khon Kaen province, 2017.
8. Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement* 1970; 30(3): 607-610
9. Ministry of Public Health (Thailand). *Health product consumer protection law*, N.P., 2013.
10. Poonaovarat N. *Factors associated with job performance of public health personnel in health consumer protection at sub-district health promotion hospitals in Northeast region*. Master of pharmacy thesis in pharmacy management, Graduate school, Khon Kaen University; 2013.
11. Praboromarajchanok Institute for Health Workforce Development. *Consumer protection training program for competent officials at district area*. Sponsored by Food and Drug Administration. Bangkok, 2017.
12. Pundech A. *A study of potential and training needs for the health product consumer protection in the district*. Sponsored by Food and Drug Administration. Bangkok, 2016.
13. Rogers EM, *Communication strategies for family planning*, New York: Free Press; 1973: 49-50.
14. Sooksriwong C, Sermsinsiri V, Chanto S, et. al. *Literature review and the situation of consumer protection in health system*, Faculty of pharmacy, Mahidol University, Thailand; 2012.
15. Thailand food and drug administration. Handbook for for district competent officer to impiment the health product consumer protection. Bangkok: Rural and Local Consumer Health Product Protection and Promotion Division; 2015.
16. ThaiPBSnews. 5 years dead of slimming pill [Online]. [Cited 2018 May 26]. Availablefrom: <https://news.thaipbs.or.th/content/271945>
17. Theerakarn B. Effects of Transformational Leadership and Good Governance on District Health Office's Effectiveness: A Case Study in Health Region 3. *Journal of Health Systems Research* 2016; 10 (1): 80-91.

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชน

สรารุณี ดันประดิษฐ์¹

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชน ดำเนินการระหว่างปี 2560 - 2562 แบ่งออกเป็น 2 ระยะคือ ระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยพื้นฐานและการสังเคราะห์รูปแบบฯ กลุ่มเป้าหมายคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 21 คน และผู้สูงอายุในพื้นที่ชุมชนตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 570 คน สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่ต้องการให้พัฒนารูปแบบฯ และผู้สูงอายุดูแลตนเองได้ไม่เหมาะสม ซึ่งส่วนใหญ่มีระดับความรู้ และพฤติกรรมฯ เพียงระดับปานกลาง คิดเป็น 48.10% และ 46.14% ตามลำดับ และระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบฯ แบ่งเป็น 2 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนที่ 1 ตรวจสอบความตรงภายในรูปแบบฯ ใช้การสนทนากลุ่มโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ด้าน จำนวน 9 คน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. และคลินิกหมอครอบครัว (PCC) ขั้นตอนที่ 2 ตรวจสอบความตรงภายนอกรูปแบบฯ ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มเป้าหมายคัดเลือกแบบเจาะจง คือ ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนตำบลนาฝาย จำนวน 141 คน ผลการวิจัยพบว่า หลังการพัฒนารูปแบบฯ ในวงรอบที่ 3 (ปี 2562) ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า 1) อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน เท่ากับ 2.16 และ 2) ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้เท่ากับ 53.64% และ 66.92% ตามลำดับ ซึ่งบรรลุเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข และมีกลไกการดำเนินงานของชุมชนที่ต่อเนื่องและยั่งยืน และพบว่าภาคีเครือข่ายจำนวน 141 คน มีความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ทั้ง 5 ด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด โดยรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) เครือข่าย ประกอบด้วย (1) ท้องถิ่น, (2) ท้องที่, (3) การศึกษา, (4) ศาสนา, (5) สาธารณสุข 2) การมีส่วนร่วม ประกอบด้วย (1) การมีส่วนร่วมในการวางแผน, (2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม, (3) การมีส่วนร่วมในการใช้ประโยชน์, (4) การมีส่วนร่วมในการร่วมรับผลประโยชน์, (5) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล 3) คุณลักษณะในการทำงาน ประกอบด้วย (1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน, (2) การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน, (3) การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน, (4) การพัฒนากระบวนการส่งเสริมสุขภาพและสุขภาพในชุมชน, (5) การพัฒนาระบบบริการโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

คำสำคัญ: การป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง, ผู้สูงอายุ, ชุมชน

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

Corresponding author: สรารุณี ดันประดิษฐ์, E-mail: kaset01@hotmail.com

The Development of a Health Promotion Model for Prevention and Control of Diabetes and Hypertension among Elderly People Who Live in Rural Community

Srawut Donpradid¹

Abstract

The objective of this research is to develop a health promotion model for the prevention and control of diabetes and hypertension among the elderly who live in rural community. The study was conducted between 2017 and 2019 with a 2-phase program. First, evaluating basic factors and synthesizing model, participants were 21 health officers and 570 elderly people who live in Nafai Subdistrict, Mueang District, Chaiyaphum Province. A multi-stage random sampling was used for sample selection. Results of this phase revealed that most of health officers needed to develop the model. Whereas elderly people did an appropriate self care, close to half of samples presented a moderate level of knowledge and behaviors (48.10% and 46.14%). Second is the development of the model which was divided into 2 steps. Step 1, internal validity of the model checking, group discussion with three professional areas such as internist doctors, registered nurses and public health technical officers was done. All participants worked with health promoting hospital and primary care cluster. Step 2, action research was run for verifying the external form. 141 populations who live in Na Nafai Sub-district were taken part by a purposive selection. After developing the model in a third traverse (during the year 2019) found that diabetic incidence of risk group was 2.16 and percentage of diabetic patients and hypertension patients who had kept the disease control were 53.64% and 66.92% respectively. According to indicators of Ministry of Public Health, these rates were reached the goal. More than that, continuing and sustaining of mechanism of operation were explored. The satisfaction of 5 aspects was ranked at the highest level. Three components of developing model were 1) cooperative network which including sub-district administration organization, Village Headman, school

¹ Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Mueang District Public Health Office, Chaiyaphum Province

Corresponding author: Srawut Donpradid, E-mail: kaset01@hotmail.com

representative, religion representative and health officer. 2) Participation including planning, implementing, utilizing, benefit sharing and evaluating. 3) Working characteristics including creating public policies for the prevention and control of diabetes and hypertension, originating an environment for prevention and control, reinforcing community participation, developing health promotion and education and improving diabetic and hypertensive service.

Keywords: Prevention and control of diabetes and hypertension, Elderly people, Community

บทนำ

แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2560 – 2579)¹ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (2560 – 2564)² และยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. 2560³ ต่างให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค และการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อการนำไปสู่สภาวะที่พึงประสงค์ ทั้งนี้ ยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการดังกล่าวได้เล็งเห็นถึงสภาพสังคมไทยในอนาคตที่จะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ นอกจากนี้ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564)⁴ ได้กล่าวถึงมาตรการการให้การศึกษา และการเรียนรู้ตลอดชีวิต มาตรการส่งเสริมความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การดูแลตนเองเบื้องต้นและมาตรการสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพไว้ด้วย แสดงให้เห็นว่าการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและการมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อประเทศไทยในอนาคต

ในปี 2560 ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 11 ล้านคน คิดเป็น 17%

ของประชากรทั้งหมด 65.5 ล้านคน และคาดว่าจะอีกไม่เกิน 4 ปีข้างหน้า ประเทศไทยก็จะกลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ เมื่อมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงขึ้นถึง 20% และในอีก 20 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะมีประชากรสูงอายุมากถึง 20 ล้านคน และที่สำคัญคือกลุ่มประชากรสูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) จะเพิ่มขึ้นอย่างมากจาก 1.5 ล้านคนในปี 2560 เป็น 3.5 ล้านคนในอีก 20 ปีข้างหน้า⁵ การที่จำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุไทยได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้เกิดปัญหาที่สังคมไทยอาจตั้งรับไม่ทัน และสิ่งหนึ่งที่มาพร้อมกับจำนวนที่เพิ่มขึ้นและความยืนยาวของชีวิตที่สูงขึ้น คือ ปัญหาสุขภาพ เพราะยิ่งยืนยาวเท่าใดก็ยิ่งเผชิญกับความเจ็บป่วยมากขึ้น จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ในปี 2557 พบว่าโรคที่พบมากในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ข้ออักเสบ/ข้อเสื่อม โรคถุงลมโป่งพอง/หลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย และอัมพาต โดยมากกว่า 60% และ 10% ของผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ป่วยเป็นโรคความดันโลหิต

สูง และโรคเบาหวานตามลำดับ⁶ และจากการสำรวจสวัสดิการและอนามัย พ.ศ. 2558 พบว่า ประมาณ 56% ของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง 37% และ 42% ตามลำดับ ที่เป็นโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป⁵

ซึ่งข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่สำคัญคือ จำเป็นต้องเพิ่มประสิทธิภาพการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในวัยสูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีการเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อตามบริบทของพื้นที่⁵ สำหรับการสร้างเสริมสุขภาพในประชากรรวมถึงผู้สูงอายุ จำเป็นต้องส่งเสริมการมีวิถีชีวิตที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ การสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง และการปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพที่เน้นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคในประชากร ซึ่งที่ผ่านมาได้มีการวิจัยเพื่อทดสอบรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ มาอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามแนวโน้มต่อไปจำเป็นต้องคำนึงถึงการนำรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพไปใช้ได้ในพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านสภาพแวดล้อมและเศรษฐกิจ ให้เกิดความสมดุลระหว่างความต อ ง ก า ร ไ ช้ ท ร ั พ ย า ก ร เพื่อการพัฒนาสุขภาพกับการพัฒนาด้านอื่น ๆ⁷ ซึ่งนโยบายการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อปี 2560 ของกระทรวงสาธารณสุข ระบุว่า การจะให้บรรลุเป้าหมายลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

ด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ลดอัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานรายใหม่ ในขณะที่ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานต้องสามารถควบคุมโรคได้นั้น มาตรการสำคัญอย่างหนึ่งที่จะทำให้เป้าหมายดังกล่าวบรรลุคือการมีส่วนร่วมของชุมชน ไม่ว่าจะเป็นประชาชน ครอบครัว ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) โดยเน้นกลยุทธ์พัฒนาภาคีให้ชุมชนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วม รวมทั้งพัฒนาศักยภาพของประชาชนและชุมชน⁸

ดังนั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่ชุมชนจะได้เข้ามามีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชนในชุมชนมีความเป็นอยู่ที่ดี เป็นกำลังในการพัฒนาชุมชนต่อไป หากชุมชนเข้าใจและตระหนักถึงปัญหาผู้สูงอายุและได้ร่วมกันดูแลชุมชนให้เอื้อต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถป้องกันโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ ด้วยหลักการและเหตุผลดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจในการศึกษาและพัฒนา รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อเพิ่มคุณภาพในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชนที่ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (The Research and Development) คัดเลือกพื้นที่วิจัยแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ พื้นที่ชุมชนตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิโดยเกณฑ์ในการคัดเลือกพื้นที่วิจัยประกอบด้วย 1) พื้นที่มีสถานการณ์ปัญหาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ 2) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนมีความสนใจเข้าร่วมการวิจัย และแบ่งการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ คือ

1. ระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยพื้นฐานและความต้องการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชน แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

1.1) การศึกษาปัจจัยพื้นฐานและความต้องการพัฒนารูปแบบฯ โดยศึกษาบริบททั่วไปจากแหล่งข้อมูลเอกสารทั้งในและต่างประเทศ และศึกษาสภาพปัญหาความต้องการในการพัฒนารูปแบบฯ จากแหล่งข้อมูลบุคคลมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยพื้นฐานความต้องการในการพัฒนารูปแบบฯ จำแนกออกเป็น

1.1.1) ศึกษาสภาพปัญหาความต้องการในการพัฒนารูปแบบฯ โดยคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 21 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสำรวจสภาพปัญหาและความ

ต้องการพัฒนารูปแบบฯ ที่ผ่านการพัฒนาคุณภาพของแบบสอบถามด้วยการหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และพิจารณาค่า IOC โดยได้ค่า IOC มากกว่า 0.5 ทุกข้อ

1.1.2) ศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยศึกษาในพื้นที่ชุมชนตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งมีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 2,412 คนและคำนวณขนาดตัวอย่างได้เท่ากับ 570 คน ด้วยสูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วน กรณีทราบจำนวนประชากรดังนี้

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 p(1-p)}{(N-1)e^2 + Z_{\alpha/2}^2 p(1-p)} = 569.45$$

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่าง, $Z_{\alpha/2} = 1.96$, $N = 2,412$, $e = 0.03$, $p = 0.73^{10}$

สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling) จากทั้งหมด 19 หมู่บ้านเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ผ่านการพัฒนาคุณภาพของแบบสัมภาษณ์ด้วยการหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และพิจารณาค่า IOC โดยได้ค่า IOC มากกว่า 0.5 ทุกข้อ และการหาความเชื่อมั่น (Reliability) จากการทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน

จำนวน 30 คน โดยแบบสัมภาษณ์ความรู้ฯ คำนวณด้วยสูตรของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมฯ คำนวณด้วยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคซ์ (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น มากกว่า 0.75 ทุกข้อ ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับและเชื่อถือได้

1.2) การสังเคราะห์รูปแบบฯ วัตถุประสงค์เพื่อร่างต้นแบบของรูปแบบฯ โดยวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานและสภาพปัญหา การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง นำมาสังเคราะห์เป็นร่างรูปแบบฯ เพื่อนำเข้าสู่ระยะที่ 2 ของการวิจัย

2. ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบฯ
แบ่งเป็น 2 ขั้นตอนคือ

2.1 การตรวจสอบความตรงภายในรูปแบบฯ มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบคุณภาพภายในรูปแบบฯ ด้วยวิธีการสนทนากลุ่มจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ด้าน จำนวน 9 คน คือ ด้านผู้สูงอายุ ด้านโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ด้านวิทยาการระบาดและชีวสถิติ ประกอบด้วย อายุรแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในรพ.สต. และคลินิกหมอครอบครัว (PCC)

2.2 การตรวจสอบความตรงภายนอกรูปแบบฯ ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบฯ โดยศึกษาในพื้นที่ชุมชนตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ทั้งหมด 19 หมู่บ้าน กลุ่มเป้าหมายคัดเลือกแบบเจาะจง คือ บุคคลที่

มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) ในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย นายก อบต. 1 คน กำนัน 1 คน ผู้ใหญ่บ้าน 19 คน ผู้แทนจากโรงเรียน 6 คน ผู้แทนจากวัด 19 รูปหรือคน ตัวแทน อสม. 95 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3 คน รวมทั้งสิ้น 141 คน

เครื่องมือในการวิจัย คือ 1) แผนปฏิบัติการ (Action Plan) ตามรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชน 2) แบบเก็บรวบรวมข้อมูลตามตัวชี้วัด (KPI) ของกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงระหว่างปีงบประมาณ 2559 – 2562 ของตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิประกอบด้วย 1) อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และ 2) ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำตัวชี้วัดดังกล่าวมาประเมินคุณภาพของรูปแบบฯ ที่ได้พัฒนาขึ้น โดยนำเสนอผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่คิดจากฐานประชากรผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) และ 3) แบบเก็บรวบรวมข้อมูลการดำเนินงานและติดตามกิจกรรม/โครงการ

การวิเคราะห์ข้อมูลจำแนกเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วยจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย**ระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยพื้นฐานและความ****ต้องการพัฒนารูปแบบฯ จำแนกเป็น 2****ขั้นตอนดังนี้**

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาปัจจัยพื้นฐาน ผลการวิจัยในขั้นตอนนี้พบว่าในปัจจุบันปัญหาความต้องการดูแลสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนมีความเสื่อมถอยของร่างกายส่วนมากป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และส่วนใหญ่ไม่ไปพบแพทย์ตามนัดเนื่องจาก การเดินทางไม่สะดวกจึงทำให้ขาดยา และพบปัญหาความต้องการช่วยเหลือจากหน่วยงานต่าง ๆ ไม่เพียงพอและไม่ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุต้องการได้รับการอำนวยความสะดวกด้านการติดต่อสื่อสาร การคมนาคม ความคาดหวังต่อสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่า เน้นให้ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพ

ตารางที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (n = 570)

ระดับความรู้ฯ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความรู้ดี	99	17.36
ระดับความรู้ปานกลาง	274	48.10
ระดับความรู้น้อย	197	34.54

สุขภาพคงเดิมหรือดีขึ้น อยากให้อายุยืนยาว ช่วยเหลือตนเองได้ ป้องกันโรคแทรกซ้อน

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความรู้ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 48.10% รองลงมาคือระดับน้อย และระดับดี คิดเป็น 34.54% และ 17.36% ตามลำดับ (ดังตารางที่ 1) และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3อ. 2ส. พบว่า ตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการดูแลสุขภาพตนเองได้ปานกลางคิดเป็น 46.14% รองลงมาคือระดับไม่เหมาะสม และระดับเหมาะสม คิดเป็น 37.54% และ 16.32% ตามลำดับ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3อ. 2ส. (n = 570)

ระดับพฤติกรรมฯ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ดูแลตนเองได้เหมาะสม	93	16.32
ดูแลตนเองได้ปานกลาง	263	46.14
ดูแลตนเองได้ไม่เหมาะสม	214	37.54

จากการศึกษาสภาพปัจจุบันและความต้องการพัฒนารูปแบบฯ ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือ 1) ด้านการมีส่วนร่วมด้านคุณลักษณะในการดำเนินงานด้านทรัพยากรในการดำเนินงาน (คน/เงิน/ของ)ด้านการนำรูปแบบฯไปสู่การปฏิบัติด้านความสำเร็จในการดำเนินงานพบว่า ปัจจุบันมีรูปแบบและกิจกรรมที่เหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง และภาคีเครือข่ายที่มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder)มีความต้องการพัฒนารูปแบบฯ ในระดับมากที่สุดทุกด้าน

ขั้นตอนที่ 2 การสังเคราะห์รูปแบบฯ ผลการวิจัยพบว่าร่างรูปแบบฯ ประกอบด้วย องค์ประกอบทั้งหมด 3 องค์ประกอบ ดังนี้คือ 1) ภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย ตัวแทนภาคีเครือข่ายจาก (1) ท้องถิ่น และ (2) สาธารณสุข 2) กระบวนการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย (1) ร่วมวางแผน (2) ร่วมปฏิบัติ (3) ร่วมประเมินผล (4) ร่วมถอดบทเรียน และ (5) ร่วมรับผิดชอบ 3) คุณลักษณะในการทำงาน ประกอบด้วย (1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน (2) การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน (3) การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน (4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลและ (5) การพัฒนาระบบบริการโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบฯ จำแนกออกเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การตรวจสอบความตรงภายในรูปแบบฯ ผลการวิจัยพบว่า 1) ภาคีเครือข่าย ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่ายังไม่ครอบคลุมองค์กรที่มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน (Stakeholder) ควรเพิ่มเติม ท้องที่ ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน, ศาสนา ได้แก่ เจ้าอาวาส พระ หรือ ไวยาวัจกร ที่ได้รับมอบหมาย, โรงเรียน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงเรียน หรือ ครูที่ได้รับมอบหมาย 2) การมีส่วนร่วม ควรปรับแก้เพื่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์และนำไปสู่การแลกเปลี่ยนและสร้างความเข้าใจร่วมกันของ Stakeholder โดยแก้ไขให้มี 5 ระดับ ได้แก่ (1) การมีส่วนร่วมในการวางแผน (Participation in Planning), (2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม (Participation in Implementation), (3) การมีส่วนร่วมในการใช้ประโยชน์ (Participation in Utilization), (4) การมีส่วนร่วมในการร่วมรับผลประโยชน์ (Participation in Benefit Sharing) และ (5) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Participation in Evaluation) และ 3) คุณลักษณะในการทำงาน ควรปรับแก้คุณลักษณะที่ 4 การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล เป็นการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษาในชุมชน

ผู้วิจัยได้นำรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญสรุปได้ดังนี้คือ 1) ทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม กำหนดกิจกรรมให้สอดคล้องกับองค์ประกอบของรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น 2) จัดลำดับกิจกรรมการดำเนินงานให้มีความสอดคล้องและสัมพันธ์กันในแต่ละขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบความตรง
ภายนอกรูปแบบฯ ในขั้นตอนนี้ใช้การวิจัยเชิง
ปฏิบัติการ ผลการวิจัยในวงจรที่ 1 พิจารณา
จากผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด (KPI) ของ
กระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2560
จำนวน 2 ตัวชี้วัด พบว่า 1) อัตราผู้ป่วย
เบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน
เท่ากับ 3.26 และ 2) ร้อยละของผู้ป่วย
โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่
ควบคุมได้จำแนกออกเป็น 2.1) โรคเบาหวาน
เท่ากับ 28.42% และ 2.2) โรคความดันโลหิต
สูง เท่ากับ 37.68% สามารถสรุปได้ว่า ผลการ
ดำเนินงานในวงจรที่ 1 ไม่บรรลุเป้าหมายของ
กระทรวงสาธารณสุข ผู้วิจัยจึงได้ทำการแก้ไข
ปรับปรุงการจัดกิจกรรมตามรูปแบบฯ และ
ดำเนินงานย้อนกลับในวงจรที่ 2 (ปีงบประมาณ
2561) ผลการดำเนินงานพบว่า 1) อัตราผู้ป่วย
เบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน
เท่ากับ 2.37 และ 2) ร้อยละของผู้ป่วย
โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่
ควบคุมได้จำแนกออกเป็น 2.1) โรคเบาหวาน
เท่ากับ 38.62% และ 2.2) โรคความดันโลหิต
สูง เท่ากับ 46.53% ซึ่งพบว่าบรรลุเป้าหมาย
ของกระทรวงสาธารณสุข แต่ยังมีปัญหา
ประเด็นความยั่งยืนในการดำเนินงาน ผู้วิจัยจึง
ได้ทำการปรับปรุงการจัดกิจกรรมตามรูปแบบฯ
และดำเนินงานย้อนกลับในวงจรที่ 3 (ปี
งบประมาณ 2562) ผลการดำเนินงานพบว่า
1) อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง
เบาหวาน เท่ากับ 2.16 และ 2) ร้อยละของ
ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่

ควบคุมได้จำแนกออกเป็น 2.1) โรคเบาหวาน
เท่ากับ 53.64% และ 2.2) โรคความดันโลหิต
สูง เท่ากับ 66.92% ซึ่งพบว่าบรรลุเป้าหมาย
ของกระทรวงสาธารณสุข และมีกลไกการ
ดำเนินงานที่ต่อเนื่องและยั่งยืน ผู้วิจัยจึงสิ้นสุด
การพัฒนาในวงจรที่ 3 และผลการประเมิน
ความพึงพอใจของเครือข่ายสุขภาพที่
ประกอบด้วย ท้องถิ่น ท้องที่ การศึกษา ศาสนา
และสาธารณสุข มีความพึงพอใจ อยู่ในระดับ
มากที่สุด ทั้ง 5 ด้าน ดังแสดงในตารางที่ 5 และ
สามารถสรุปแบบฯ ได้ดังภาพที่ 1 และสามารถ
สรุปรายละเอียดของรูปแบบฯ ซึ่งประกอบด้วย
3 องค์ประกอบได้ดังต่อไปนี้

1) องค์ประกอบที่ 1 ภาวการณ์เครือข่าย
ประกอบด้วย (1) ท้องถิ่น แก่ อบต./อปท. (2)
ท้องที่ได้แก่ ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน (3)
การศึกษา ได้แก่ ครูและบุคลากรทางการศึกษา
และครู กศน. (4) ศาสนา ได้แก่ ได้แก่ เจ้า
อาวาส พระ หรือ ไวยาวัจกร สาธารณสุข ได้แก่
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. และ อสม.

2) องค์ประกอบที่ 2 การมีส่วนร่วม
ประกอบด้วย (1) การมีส่วนร่วมในการวางแผน
(Participation in Planning), (2) การมีส่วน
ร่วมในการดำเนินกิจกรรม (Participation in
Implementation), (3) การมีส่วนร่วมในการ
ใช้ประโยชน์ (Participation in Utilization),
(4) การมีส่วนร่วมในการร่วมรับผลประโยชน์
(Participation in Benefit Sharing) และ (5)
การมีส่วนร่วมในการประเมินผล
(Participation in Evaluation)

3) องค์ประกอบที่ 3 คุณลักษณะในการทำงาน ประกอบด้วย 5 คุณลักษณะดังนี้

(1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ประกอบด้วย 3 ผลผลิตได้แก่ ผลผลิตที่ 1 นโยบายป้องกันปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพ*ดำเนินกิจกรรม* 1.1 นโยบายป้องกันสุราและบุหรี่ ได้แก่ กิจกรรม 3 ลด 3 เพิ่ม 1.2 นโยบายป้องกันการบริโภคอาหารที่ไม่พึงประสงค์ได้แก่ กิจกรรมพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการอาหารในชุมชน 1.3 นโยบายส่งเสริมกิจกรรมทางกายได้แก่ การรณรงค์การออกกำลังกายทุก และการพัฒนาพื้นที่สาธารณะสุขว่างให้เป็นสวนสาธารณะเพื่อสุขภาพ ผลผลิตที่ 2 พัฒนามาตรการและกิจกรรม *ดำเนินกิจกรรมสุขภาพดีด้วย* 3 อ.และสร้างผู้นำสุขภาพ*ผลผลิตที่ 3*ส่งเสริมมาตรการ/กิจกรรม ที่เกี่ยวข้องในชุมชน*ดำเนินกิจกรรม* ชุมชนต้นแบบลดเค็ม,รพ.สต. ปลอดบุหรี่, Healthy meeting

(2) การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน*ประกอบด้วย 3 ผลผลิต ได้แก่* ผลผลิตที่ 1 ความเพียงพอและทั่วถึงในการเข้าถึงการวัดความดันโลหิตและเจาะเลือดปลายนิ้ว*ดำเนินกิจกรรม*การจัดหาและสาธิตการใช้เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือดและเครื่องวัดความดันโลหิต *ประจำที่* ศสมช. ทุกหมู่บ้าน*ผลผลิตที่ 2* ระบบการสื่อสาร*ดำเนินกิจกรรม* 2.1 กิจกรรมการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลข่าวสารสุขภาพในชุมชน ณ ศาลาประชาคม

หมู่บ้าน 2.2 แจกสถานะชุมชนด้วยปิงปอง 7 สี*ผลผลิตที่ 3* ส่งเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยง*ดำเนินกิจกรรม* 3.1 ด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการออกกำลังกายส่งเสริมการใช้รถจักรยานในชุมชนและจัดสร้างช่องทางถนนสำหรับจักรยาน 3.2 ด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการรับประทานอาหารโดยการจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้พืชสมุนไพร ผักปลอดสารพิษ และแปลงสาธิตปลูกผักปลอดสารพิษ และธนาคารพันธุ์ผัก 3.3 ด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพจิตและการผ่อนคลายความเครียดในชุมชนโดยการจัดเวทีการแสดงดนตรี ร้องเพลง รำวง การประกวดนางงาม ประกวดต้นแบบสุขภาพดี (Health Model) ในโอกาสวันสำคัญของชุมชน เพื่อให้ได้พบปะสังสรรค์

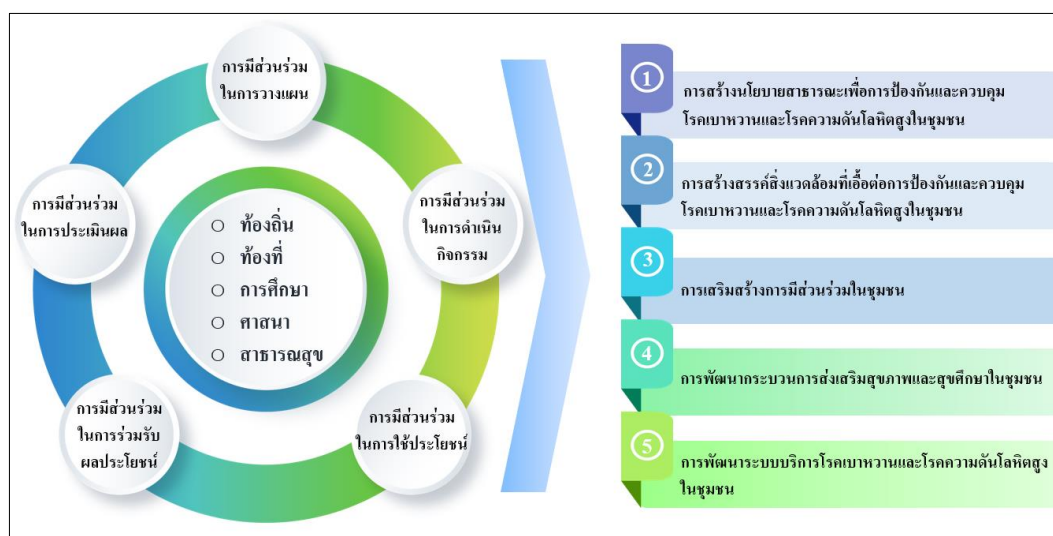
(3) การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน *ประกอบด้วย 3 ผลผลิตได้แก่* ผลผลิตที่ 1 คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน*ดำเนินกิจกรรม* 1.1 จัดตั้งคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนที่ประกอบด้วยท้องถิ่น ท้องที่การศึกษา ศาสนา และสาธารณสุข กำหนดการมีส่วนร่วม 5 ความร่วม และกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน *ผลผลิตที่ 2* แนวทางการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน*ดำเนินกิจกรรม* 2.1 การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงให้มากขึ้น 2.2 สร้างแนวทางการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวตามความเสี่ยง 2.3 จัดทำสมุดบันทึกทางสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง 2.4 ประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง 2.5 สะท้อนข้อมูลสุขภาพของ

ประชาชนในชุมชนผลผลิตที่ 3 แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนโดยการกำหนดบทบาทของกลุ่มผู้ป่วย กลุ่มสมาชิกครอบครัว และกลุ่มชุมชน

(4) การพัฒนากระบวนการส่งเสริมสุขภาพและสุศึกษาในชุมชน ประกอบด้วย 3 ผลผลิต ได้แก่ผลผลิตที่ 1 ระบบสุศึกษาที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลดำเนินการให้คำแนะนำรายบุคคล การให้คำแนะนำรายกลุ่มการจัดทำแผ่นพับ/สมุดสุขภาพ/เอกสารให้ความรู้ การจัดทำโปสเตอร์/บอร์ดความรู้/มุมความรู้/นิทรรศการในสถานบริการ และชุมชนการจัดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชน กิจกรรมเสียงตามสาย/หอกระจายข่าว การสื่อสารในระบบคอมพิวเตอร์/โทรศัพท์/อินเทอร์เน็ต ผลผลิตที่ 2 แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดำเนินกิจกรรม จัดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ผลผลิตที่ 3 แนวทางการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนโดยการจัดทำแนวทางการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

(5) การพัฒนาระบบบริการโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

ประกอบด้วย 3 ผลผลิต ได้แก่ ผลผลิตที่ 1 การจัดระบบบริการ และการส่งต่อผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ดำเนินกิจกรรมจัดทำแนวทางการคัดกรองโดยใช้รูปแบบศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) และการจัดคลินิกบริการโรคเรื้อรัง สัญจร ผลผลิตที่ 2 การนำระบบสารสนเทศมาพัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ดำเนินกิจกรรม จัดทำระบบการจัดการข้อมูล การตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนออนไลน์ และแผนที่เยี่ยมบ้านอิเล็กทรอนิกส์ผลผลิตที่ 3 การจัดการความรู้และนวัตกรรมที่เกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ดำเนินกิจกรรม 3.1 จัดมหกรรมสุขภาพ ลดเสี่ยง ลดโรคในชุมชน 3.2 ประชุมถอดบทเรียน/ปัจจัยแห่งความสำเร็จ/ค้นหาประเด็นปัญหาอุปสรรคและ 3.3 ค้นหานวัตกรรมในบริบทของชุมชน



ภาพที่ 1 รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชน

ตารางที่ 3 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดอัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานของตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ระหว่างปีงบประมาณ 2559 - 2562

วงจร	ปีงบประมาณ	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน
วงจรที่ 1	2560	3.26
วงจรที่ 2	2561	2.37
วงจรที่ 3	2562	2.16

หมายเหตุ; เกณฑ์เป้าหมาย ไม่เกิน 2.40

ตารางที่ 4 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ของตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิระหว่างปีงบประมาณ 2559 - 2562

วงจร	ปีงบประมาณ	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้	
		ร้อยละของผู้ป่วย DM/HT* ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	ร้อยละของผู้ป่วย DM/HT* ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี
วงจรที่ 1	2560	28.42	37.68
วงจรที่ 2	2561	38.62	46.53
วงจรที่ 3	2562	53.64	66.92

* DM หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน, HT หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

หมายเหตุ; เกณฑ์เป้าหมาย: โรคเบาหวาน เท่ากับ 40%, โรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 50%

ตารางที่ 5 ความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายสุขภาพต่อรูปแบบฯ (n = 141)

ที่	รายการ	ระดับการประเมิน		การแปลความหมาย
		Mean	SD	
1	ด้านการมีส่วนร่วม	4.81	0.12	มากที่สุด
2	ด้านคุณลักษณะในการดำเนินงาน	4.92	0.17	มากที่สุด
3	ด้านทรัพยากรในการดำเนินงาน (คน/เงิน/ของ)	4.97	0.19	มากที่สุด
4	ด้านการนำรูปแบบฯไปสู่การปฏิบัติ	4.88	0.14	มากที่สุด
5	ด้านความสำเร็จในการดำเนินงาน	4.86	0.13	มากที่สุด

การอภิปรายผล

รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเป็นผลมาจากการวิเคราะห์บริบทหลักการแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากนั้นนำมาสังเคราะห์ถึงความสัมพันธ์สอดคล้องซึ่งกันและกันและนำรูปแบบที่ได้ไปพัฒนา โดยทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายเพื่อศึกษาถึงความสอดคล้องสัมพันธ์กันของรูปแบบฯ โดยมีประเด็นที่นำมาสู่การอภิปรายดังนี้คือ

รูปแบบฯ ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมีทั้งหมด 3 องค์ประกอบที่มีความสอดคล้องสัมพันธ์กัน โดยพิจารณาได้จากผลการวิจัยที่เกิดขึ้น ซึ่งตรงกับข้อมูลที่นักวิจัยทางด้านสาธารณสุขหลายท่านได้กล่าวว่า องค์ประกอบที่สำคัญที่จะนำไปสู่การพัฒนาแบบฯ ที่มีคุณภาพควรประกอบไปด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน¹⁰ ภาคีเครือข่าย (Stakeholders)^{11,12} และคุณลักษณะการทำงานที่มีฐานคิดมาจาก กฎบัตรออตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter for Health Promotion) ซึ่ง มี

หลักการเชิงกลยุทธ์ที่สำคัญ 5 ประเด็น ประกอบด้วย) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Building healthy public policy) 2) การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Creating supportive environment) 3) การเสริมสร้างชุมชนที่เข้มแข็ง (Strengthening community action) 4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Developing personal skills) และ 5) การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ (Reorienting health services)¹³ ผลสำเร็จของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพมาจากการสร้างเสริมพลังอำนาจชุมชน การสร้างเสริมแรงจูงใจป้องกันโรค ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ในผู้สูงอายุจนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ควบคุมและป้องกันโรคได้ด้วยตนเองและเกิดจิตสำนึกความเป็นเจ้าของ¹⁴

ข้อเสนอแนะ

1. การสร้างเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชนต้องสร้างกลไกความ

ร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายภาครัฐและภาคประชาชนมาร่วมกันพัฒนารูปแบบซึ่งเกิดจากความต้องการที่แท้จริงของชุมชน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมเป็นเครื่องมือในการสร้างการเรียนรู้และการขับเคลื่อนการดำเนินงาน

2. บุคลากรภาครัฐซึ่งปฏิบัติงานในชุมชนควรได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มีองค์ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความ

ดันโลหิตสูง และการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อนำความรู้นี้มาขับเคลื่อน ชี้นำและผลักดันนโยบายการป้องกันโรคเรื้อรังในชุมชนต่อไป (NCD Policy Advocacy)

3. ควรมีการนำรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชนนี้ไปทดลองใช้ในพื้นที่ชุมชนอื่น เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบในชุมชนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2561 – 2580). สำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ; 2561.
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สำนักงานนายกรัฐมนตรี. กรุงเทพฯ: แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (2560 – 2564); 2560.
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560; 2560.
4. คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. กรุงเทพฯ: แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ
- ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ.2552; 2552
5. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.), สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2560; 2560
6. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2557
7. Pender, N. J. , Murdaugh, G. L. , & Parsons, M.A. Health promotion in nursing practice (5th ed). New Jersey: Parson Education, Inc. 2006.
8. การประชุมมอบนโยบายและทิศทางการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและข้อเสนอเชิงนโยบายจากงานวิจัยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประจำปี 2559, สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย และแผนงานเครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อวันที่ 19 ธันวาคม 2559 ณ โรงแรมริชมอนด์ สโตร์ริช

- คอนเวนชัน จังหวัดนนทบุรี. นนทบุรี:
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข;
2559.
9. อรุณ จิรวัดน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์
สุขภาพเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒนา;
2558
10. ศิริพรรณ บุตรศรี. การพัฒนารูปแบบการ
สร้างเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมและป้องกัน
โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานใน
ผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
[วิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรปริญญาวิทยา
ศาสตร์ดุสิตบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์การ
กีฬา]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย;
2558
11. ศรีสุดา วงศ์วิเศษกุล, พิไลพร สุขเจริญ และ
สมจิตร พยอมยงค์. รูปแบบการสร้างเสริม
สุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของ
ชุมชน เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร.
กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสวนดุสิต; 2560
12. นิตยา เพ็ญศิริรักษา, ธีระวุธ ธรรมกุล และ
กนิษฐ์ ไฉ่วศิริ. ผลของโปรแกรมการสร้าง
เสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับ
ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่
เทศบาลนครนนทบุรี [รายงานการวิจัยฉบับ
สมบูรณ์]. นนทบุรี:
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช; 2560
13. ปิยะธิดา นาคะเกษียร. กฎบัตรออกดตาวา
กับบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพของ
พยาบาลวิชาชีพ (Ottawa Charter: The
Role of the Nurses in Health
Promotion). วารสารพยาบาลวิชาชีพ
มหาวิทยาลัยมหิดล. 2558.
14. เกษมณี คำดี. การพัฒนารูปแบบการดูแล
สุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและ
ความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของ
ชุมชนบ้านฉล็ก ตำบลตรวง อำเภอสรี
ณรงค์ จังหวัดสุรินทร์. วารสารบัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์.
2559.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ ของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ศศิธร นระวัง¹ สุพัฒน์ อาสนะ² อีรศักดิ์ พาจันพร์²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ ของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น จำนวน 198 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างวันที่ 12-16 กันยายน 2559 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมานได้แก่การทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square test)

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.82 มีอายุเฉลี่ย 20 ปี (S.D.= 2.73) มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 76.77 ศึกษาอยู่ในระดับชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 39.39 มีรายรับเฉลี่ยต่อเดือน 7,446.97 บาท (S.D.= 3,662.50) ค่าที่พักเฉลี่ยต่อเดือน 1,753.28 บาท (S.D.= 1,292.76) ค่าโทรศัพท์เฉลี่ยต่อเดือน 242.86 บาท (S.D.= 229.47) ส่วนใหญ่ใช้อินเทอร์เน็ตในวิทยาลัย ร้อยละ 97.98 อุปกรณ์ที่เข้าใช้งานเครือข่ายสังคมออนไลน์ คือโทรศัพท์มือถือ ร้อยละ 97.98 โน้ตบุ๊ก ร้อยละ 85.35 เครื่องพีซี ตั้งโต๊ะ ร้อยละ 15.66 ใช้อินเทอร์เน็ตทุกวัน ร้อยละ 96.46 ระยะเวลาที่ใช้เฉลี่ยต่อครั้ง 3.11 ชั่วโมง (S.D. = 2.90) ช่วงเวลาที่เข้าใช้ คือก่อนเข้านอน ร้อยละ 94.95 และช่วงพักรับประทานอาหาร ร้อยละ 72.25 มีประสบการณ์การใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ 6.89 ปี (S.D. = 2.61) กิจกรรมที่ใช้ คือเพื่อการสนทนาและการติดต่อสื่อสาร ร้อยละ 95.45 การรับข้อมูลข่าวสารและความรู้ ร้อยละ 93.94 เพื่อความบันเทิง ร้อยละ 92.42 และเครือข่ายสังคมออนไลน์ที่ใช้มากที่สุด คือ Facebook ร้อยละ 98.99 ไลน์ (Line) ร้อยละ 94.95 และยูทูบ ร้อยละ 85.86 ในส่วนของพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 77.78 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ คือ เพศ (p-value <0.001), อายุ (p-value <0.001), ชั้นปี (p-value = 0.001) และค่าที่พัก (p-value = 0.016)

คำสำคัญ : พฤติกรรม นักศึกษา การใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, E-mail: fernsasi71@gmail.com

² วิทยากรชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น

Corresponding author: สุพัฒน์ อาสนะ, E-mail: su_assana@yahoo.com

Factors associated with online social networking behavior of students in Sirindhorn college of Public Health Khon Khaen

Sasithorn Narawang¹Supat Assana² Teerasak Phajan²

Abstract

This cross-sectional study aimed to explore using online social networking behavior and factors associated with using online social networking behavioral of students in Sirindhorn College of Public Health Khon Khaen. Participants were 198 students and selected by a multistage random sampling. Data were collected by using structured interview questionnaire between 12-16 September 2016 and analyzed by descriptive statistics, including frequency, percentage, standard deviation, maximum and minimum, and also Chi-Square test.

The results showed that 81.82 % of the participants were females, had the average age of 20 ± 2.73 years, had their domicile in the North East (76.77%), studied in year 1 (39.39%), had the average revenue of $7,446.97 \pm 3,662.50$ baht per month, expensed their money for monthly dormitory about 1,753.28 (S.D. = 1,292) baht and for mobile phone bill about 242.86 (S.D. = 229) baht per month. Most of them used the college's internet (97.98%) via their mobile phone (97.98%), computer notebook (85.35%) and desktop computer (15.66%). In terms of the duration of the internet time used, they used every day (96.46%) in average time of 3.11 ± 2.90 hours per day, used before sleeping (94.95%) and also during dining break (72.25%). They had their experiences in using social networks for 6.89 ± 2.61 years. Most of them used social networks for chatting and communication (95.45%), for searching information and knowledge (93.94%), and for entertainment (92.42%). They used social networks in terms of Facebook (98.99 %), Line (94.95%) and YouTube (85.86%). Regarding using online social networking behavior of students, it had moderate level (77.78%). Factors associated with using online social networking behavior were gender (p-value < 0.001), age (p-value < 0.001), year of study (p-value = 0.001) and money expenditure for dormitory (p-value = 0.016).

Key Word: Behavior, student, Online social networking

¹ Bachelor of Public Health (Community of Public Health), Sirindhorn College of Public Health, Khon kaen, E-mail: fernsasi71@gmail.com

² Lecturer, senior professional level, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen Province

Corresponding author: Supat Assana, E-mail: su_assana@yahoo.com

บทนำ (Introduction)

ปัจจุบันการสื่อสารผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์ ได้เข้ามามีความสำคัญและมีอิทธิพลในชีวิตประจำวันของมนุษย์มากยิ่งขึ้น เครือข่ายอินเทอร์เน็ตเป็นเทคโนโลยีสื่อสารสมัยใหม่ ที่เข้ามามีบทบาทสำคัญในด้านการศึกษา การทำงาน การติดต่อสื่อสาร ความบันเทิงและการพักผ่อนหย่อนใจ จึงส่งผลให้ทุกกลุ่มวัยมีการใช้อินเทอร์เน็ตเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ รวมถึงมีการพัฒนาระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตเกิดขึ้นมากมาย เพื่อตอบสนองต่อการใช้บริการในรูปแบบต่างๆ เช่นเว็บไซต์ในรูปแบบเครือข่ายสังคมออนไลน์ (Online Social Networking) ที่มีการใช้งานกันอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะวัยรุ่นที่เป็นกลุ่มนักศึกษา จะมีการเปิดรับเทคโนโลยีใหม่ๆ อยู่ตลอดเวลา และนิยมสื่อสารกันผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์¹ ผลการวิจัยของเซอร์รี ทักเกิล จากสถาบันเทคโนโลยีแมสซาชูเซตส์ (เอ็มไอที) ระบุว่า ความสัมพันธ์บนโลกออนไลน์นั้น อาจส่งผลกระทบต่อการดำเนินความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในโลกแห่งความเป็นจริง โดยอาจทำให้มีความรู้สึกเพิกเฉยต่อบุคคลอื่นหรือเรื่องใดๆ ก็ตามที่เราสัมผัสกับจอหน้าจอสว่างกำลังขึ้นมาในการสนทนาจริงขณะเดียวกัน การแชทออนไลน์ ยังมีเวลาคิด ที่จะพิมพ์ตอบโต้ยาวนานกว่าการสนทนาต่อหน้า ซึ่งอาจทำให้เป็นอุปสรรคต่อการสื่อสารในชีวิตจริงตามมา และในไม่ช้าก็อาจทำให้ถึงกับลืมวิธีที่จะจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ในสังคมแห่งความเป็นจริงไป นอกจากนี้ยังมีรายงานผลการวิจัย

ที่พบว่าคนที่ชอบสนทนาออนไลน์อย่างไม่รู้สึกละอายหน้านั้น จะไม่สามารถสื่อสารได้เหมือนอย่างที่เราคิดในโลกแห่งความเป็นจริง จนอาจทำให้บางคนต้องเรียนรู้วิธีที่จะคุยกันต่อหน้าแบบปกติอีกครั้ง²

ลักษณะการใช้อินเทอร์เน็ตของวัยรุ่นในปัจจุบัน เริ่มใช้สื่อสารผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์ในด้านความรุนแรง ซึ่งจะก่อให้เกิดการดำเนินชีวิตในรูปแบบใหม่ที่มีแนวโน้มหลีกเลี่ยงความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว และให้ความสนใจเฉพาะกับบุคคลอื่นที่อยู่ในสังคมออนไลน์มากกว่า ส่งผลให้เกิดช่องว่างความสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิกในครอบครัว ความรักและความผูกพันลดน้อยลง^{3,4} แต่ในขณะเดียวกันการให้บริการผ่านเว็บไซต์ต่างๆ และผ่านเครือข่ายทางสังคมออนไลน์จะช่วยตอบสนองต่อความต้องการด้านความเพลิดเพลิน และความสนุกสนานจากเกมต่างๆ รวมถึงมีการแลกเปลี่ยนข้อมูล การสื่อสารกับกลุ่มคนที่รู้จัก มีการแสดงออกได้อย่างเสรีไร้ขีดจำกัด การแสดงฐานะตัวตนที่แท้จริง รวมถึงช่วยส่งเสริมและพัฒนาด้านความรู้และระบบการศึกษาจากการสืบค้นและใช้ข้อมูลผ่านระบบอินเทอร์เน็ตและเครือข่ายสังคมออนไลน์⁵ การใช้ระบบอินเทอร์เน็ตเปรียบเสมือนดาบสองคม ที่มีทั้งผลดีและผลเสียต่อผู้ที่เข้าใช้บริการ โดยมีอิทธิพลทางด้านสังคมที่ช่วยส่งเสริมให้คนส่วนใหญ่ต้องเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของสังคมออนไลน์ ส่งผลให้มีการเผยแพร่ข้อมูลส่วนบุคคล การแสดงออกตัวตนด้านต่างๆ ซึ่ง

ข้อมูลส่วนบุคคลอาจมีการถูกละเมิดความเป็นส่วนตัว มีกิจกรรมข้อมูลหรือรูปภาพรวมถึงการเปิดเผยข้อมูลที่ปราศจากการกลั่นกรองซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อตนเอง บุคคลที่ถูกอ้างถึงหรือมีส่วนเกี่ยวข้องได้รับความเสียหาย ดังนั้นในฐานะผู้บริโภคจะต้องมีการแบ่งปันเรื่องราวที่เป็นจริงหรือเท็จออกมาให้ได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่ผู้ใช้บริการต่างทราบดีว่าการที่เข้าไปใช้ในเครือข่ายสังคมออนไลน์แล้วย่อมมีผลกระทบอย่างไร ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการที่ใช้บริการไม่ว่าจะเป็นเรื่องข้อมูลส่วนตัว การแสดงออก การนำเสนอสินค้าข้อมูลด้านการบริการ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่แต่ละบุคคลสามารถพิจารณาเลือกรับหรือไม่รับข้อมูลข่าวสารได้ทั้งที่เป็นข้อมูลที่เป็นจริงและข้อมูลที่เป็นเท็จ ซึ่งเป็นความเสี่ยงที่เกิดขึ้นต่อผู้ใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์จะสามารถรับรู้ได้ 6,7,8,9

ดังนั้น กลุ่มนักศึกษาที่เป็นวัยรุ่น และ เป็นกลุ่มที่นิยมใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์กันอย่างแพร่หลายในการดำเนินชีวิตประจำวัน ในด้านการติดต่อสื่อสาร การศึกษา นันทนาการ และข้อมูลข่าวสารด้านอื่นๆ หากมีการใช้ข้อมูลอย่างถูกต้องก็จะส่งผลกระทบในเชิงบวก หากใช้ไม่ถูกต้องหรือถูกละเมิดสิทธิ์ก็จะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งนักศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เมื่อสำเร็จการศึกษาจะเป็นบุคลากรด้านสุขภาพ และเป็นผู้นำด้านสุขภาพ จึงจำเป็นที่จะต้องมีการสำรวจสถานการณ์ และ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้

เครือข่ายสังคมออนไลน์ของนักศึกษา เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลและนำไปวางแผนพัฒนาให้นักศึกษา มีพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ อย่างถูกต้อง ต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ ของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ ของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ปีการศึกษา 2559 หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาเทคนิคเภสัชกรรม หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข และหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Across-sectional study) กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น ปีการศึกษา 2559 คำนวณขนาดกลุ่ม

ตัวอย่างโดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วน กรณีทราบขนาดของประชากร¹⁰ ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 198 คน เก็บข้อมูลโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 การใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ และส่วนที่ 3 พฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา(Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ ได้แก่การทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square test) กรณีที่ข้อมูลไม่เป็นไปตามข้อตกลง (Assumption) ตามทฤษฎี จะใช้สถิติ Fisher's exact test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาคั้งนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัด

ขอนแก่น และผู้ศึกษาได้ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างด้วยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และขอความร่วมมือในการศึกษา แจ้งให้ทราบถึงสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาแก่ผู้สูงอายุ โดยสามารถออกจากการศึกษาได้ในระหว่างดำเนินการโดยไม่เกิดผลเสียใดๆ ข้อมูลทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับและการนำข้อมูลไปอภิปราย หรือพิมพ์เผยแพร่ จะนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ทางด้านวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย (Result)

คุณลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.82 มีอายุเฉลี่ย 20.27 ปี (S.D. = 2.73) มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 76.77 ศึกษาในหลักสูตร สบ.ทันตสาธารณสุข มากที่สุดร้อยละ 40.91 ศึกษาอยู่ในระดับชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 39.39 มีรายรับเฉลี่ยต่อเดือน 7,446.97 บาท (S.D. = 3,622.50) จ่ายค่าที่พักเฉลี่ย 1,753.28 บาท (S.D. 1,292) และจ่ายค่าโทรศัพท์เฉลี่ยต่อเดือน 242.86 บาท (S.D.229.47) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล (n= 198)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	162	81.82
ชาย	36	18.18
อายุ (ปี)		
Mean = 20.27 ± 2.73, Median = 20, Min 17, Max = 40		
ภูมิลำเนา		
ภาคเหนือ	22	11.11
ภาคกลาง	24	12.12
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	152	76.77
หลักสูตร		
ปวส.ปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์	25	12.63
ปวส.เทคนิคเภสัชกรรม	30	15.15
สบ.สาธารณสุขชุมชน	62	31.31
สบ.ทันตสาธารณสุข	81	40.91
ชั้นปีการวิจัย		
ชั้นปีที่ 1	78	39.39
ชั้นปีที่ 2	46	23.23
ชั้นปีที่ 3	37	18.69
ชั้นปีที่ 4	37	18.69
รายรับเฉลี่ยต่อเดือน(บาท)		
Mean=7,446.97 ± 3,622.50, Median =6,200, Min=1,500,Max=24,000		
ค่าที่พัก(บาท)		
Mean=1,753.28±1,292.76, Median = 1,500, Min =500, Max = 6,000		
ค่าโทรศัพท์รายเดือน/ต่อเดือน(บาท)		
Mean = 242.86±229.47,Median = 200, Min =199, Max = 1,500		

การใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์

สถานที่ที่มีการใช้อินเทอร์เน็ตมากที่สุด คือในวิทยาลัย ร้อยละ 97.98 รองลงมาคือ หอพัก ร้อยละ 67.68 และที่บ้าน ร้อยละ 43.94 อุปกรณ์ที่เข้าใช้งานคือโทรศัพท์มือถือ ร้อยละ 97.98 รองลงมาคือโน้ตบุ๊ก ร้อยละ 85.35 และเครื่องพีซี ตั้งโต๊ะ ร้อยละ 15.66 มีการเข้าใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ทุกวัน ร้อยละ 96.46 มีระยะเวลาการเข้าใช้บริการ เครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อครั้งเฉลี่ย 3.11 ชั่วโมง(S.D.=2.90) ช่วงเวลาที่เข้าใช้มากที่สุด คือ เวลา 16:00 - 19:00 น. ร้อยละ 40.91 รองลงมาคือ 19:01-24.00 น.ร้อยละ 32.32

ช่วงระหว่างวันที่ใช้มากที่สุด คือช่วงก่อนเข้านอน ร้อยละ 94.95 และช่วงเวลารับประทานอาหาร ร้อยละ 75.25 มีประสบการณ์การใช้บริการเครือข่ายสังคมออนไลน์ เฉลี่ย 6.89 ปี (S.D.=2.61) เหตุผลของการใช้บริการของเครือข่ายสังคมออนไลน์ คือเพื่อการสนทนา และการติดต่อสื่อสารเพื่อเชื่อมความสัมพันธ์ ร้อยละ 95.45 เพื่อการรับข้อมูลข่าวสารและความรู้คิด ร้อยละ 93.94 เพื่อความบันเทิง ร้อยละ 92.42 เครือข่ายสังคมออนไลน์ที่เข้าใช้งานมากที่สุด คือ Facebook ร้อยละ 98.99 และ LINE ร้อยละ 94.95 และ Youtube ร้อยละ 85.86 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของนักศึกษา (n= 198)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
1. ช่องทางการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์		
1.1 สถานที่ใช้อินเทอร์เน็ต		
วิทยาลัย/สถานศึกษา	194	97.98
หอพัก	134	67.68
ที่บ้าน	87	43.94
ร้านอินเทอร์เน็ต	24	12.12
1.2 อุปกรณ์ที่เข้าใช้งานเครือข่ายสังคมออนไลน์		
โทรศัพท์มือถือ	194	97.98
โน้ตบุ๊ก,	169	85.35
เครื่องพีซี ตั้งโต๊ะ	31	15.66
ไอแพด	30	15.15
เน็ตบุ๊ก	25	12.63

ตารางที่ 2 การใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของนักศึกษา (n= 198) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
2. ความถี่ในการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์		
2.1 การเข้าใช้บริการเครือข่ายสังคมออนไลน์บ่อยเพียงใด		
ทุกวัน	191	96.46
ทุก 2-3 วัน	5	2.53
ทุกๆ 1 สัปดาห์	2	1.01
2.2 ระยะเวลาที่ใช้บริการเครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อครั้ง(ชั่วโมง)		
< 1 ชั่วโมง	58	29.29
1- 3 ชั่วโมง	2	1.01
3 - 6 ชั่วโมง	118	59.60
> 6 ชั่วโมง	20	10.10
Mean = 3.11± 2.90 , Median = 2 , min = 0.25, Max = 19		
3. ช่วงเวลาที่เข้าใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์		
3.1 ช่วงเวลาที่ใช้บริการเครือข่ายสังคมออนไลน์ระหว่างวัน		
ช่วงเวลาก่อนเข้านอน	188	94.95
ช่วงพักทานรับประทานอาหาร	149	75.25
ช่วงเวลาเข้าห้องน้ำ	69	34.85
ช่วงเวลาเรียนหนังสือ	66	33.33
ช่วงเวลานอนพักผ่อน	20	10.10
3.2 ช่วงเวลาที่เข้าใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ (นาฬิกา)		
ช่วงเช้า 05.00–11.00 น.	20	10.10
ช่วงกลางวัน 11.01–16.00 น.	27	13.64
ช่วงเย็น 16.01–19.00 น.	81	40.91
ช่วงกลางคืน 19.01–24.00 น.	64	32.32
ช่วงหลัง 24.00 น.	6	3.03
Mean = 16.78± 4.93, Median = 18 , Min = 1 , Max = 24		

ตารางที่ 2 การใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของนักศึกษา (n= 198) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
4. ระยะเวลาที่เริ่มใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์		
4.1 ประสบการณ์การใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ (ปี)		
≤ 2	1	0.51
2-4	29	14.65
4-6	66	33.33
≥ 6	102	51.52
Mean = 6.89 ± 2.61, Median = 6.2, Min = 2 , Max = 15		
5. กิจกรรมที่ทำผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์		
5.1 เหตุผลที่ใช้บริการเครือข่ายสังคมออนไลน์		
เพื่อสนทนา ติดต่อสื่อสาร เชื่อมความสัมพันธ์	189	95.45
เพื่อรับข้อมูลข่าวสาร และความรู้	186	93.94
เพื่อความบันเทิง	183	92.42
เพื่อแบ่งปันข้อมูล แชร์รูปภาพ	157	79.29
เพื่อเล่นเกมส์	109	55.05
เพื่อเลือกซื้อสินค้าออนไลน์	100	50.51
6. เครือข่ายสังคมออนไลน์ที่เข้าใช้บริการ		
6.1 เครือข่ายสังคมออนไลน์ที่นักศึกษามีบัญชีผู้ใช้งาน		
Facebook	196	98.99
LINE	188	94.95
Youtube	170	85.86
Instagram	160	80.81
Google+	148	74.75
Twitter	105	53.03
Skype	27	13.64
WhatsApp	17	8.59
Tango	17	8.59

พฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ รายด้านและภาพรวม

ภาพรวม พฤติกรรมความต้องการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของนักศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 77.78 รายด้าน พบว่าด้านความต้องการทางเพศ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 66.67 ด้านอื่นๆ ส่วนใหญ่อยู่

ในระดับปานกลาง ประกอบด้วย ด้านความต้องการความสำเร็จส่วนใหญ่ ร้อยละ 67.68 ด้านความต้องการการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ร้อยละ 72.22 และด้านความต้องการการแสดงตัวตน ร้อยละ 53.03 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 พฤติกรรมความต้องการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์โดยภาพรวม (n=198)

รายด้าน	ระดับพฤติกรรม		
	ระดับสูง	ระดับปานกลาง	ระดับต่ำ
	n (%)	n (%)	n (%)
1. ด้านความต้องการความสำเร็จ	33(16.67)	134(67.68)	31(15.66)
2. ด้านความต้องการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	9(4.55)	143(72.22)	46(23.23)
3. ด้านความต้องการแสดงตัวตน	44(22.22)	105(53.03)	49(24.75)
4. ด้านความต้องการทางเพศ	132(66.67)	48(24.24)	18(9.09)
ภาพรวม	13.13	77.78	9.09

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของนักศึกษา

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของนักศึกษา คือ เพศ (p-value <0.001), อายุ

(p-value <0.001), ชั้นปีที่ศึกษา (p-value = 0.001), รายรับเฉลี่ยต่อเดือน (p-value = 0.010) และค่าที่พัก (p-value = 0.016) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ (n=198)

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรม						χ^2	P-value
	ระดับสูง		ระดับปานกลาง		ระดับต่ำ			
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
เพศ								
ชาย	12	33.33	14	38.89	10	3.3	28.12 ^a	< 0.001
หญิง	120	74.07	34	20.99	8	14.7		
อายุ (ปี)								
≤ 19	70	82.35	10	11.76	5	5.88	22.00 ^b	< 0.001
20	32	65.31	13	26.53	4	8.16		
21	16	42.11	16	42.11	6	15.79		
> 21	14	53.85	9	34.62	3	11.54		
ภูมิภาคลำเนา								
เหนือ	16	72.73	5	22.73	1	4.55	3.06 ^b	0.69
กลาง	19	79.17	4	16.67	1	4.17		
ตะวันออกเฉียงเหนือ	97	63.82	39	25.66	16	10.53		
หลักสูตร								
ปวส.เทคนิคเภสัชกรรม	23	76.67	2	6.67	5	16.67	3.06 ^b	0.69
ปวส.ปฏิบัติการฉุกเฉิน	18	72	4	16	3	12		
การแพทย์								
สบ.สาธารณสุขชุมชน	40	64.52	18	29.03	4	6.45		
สบ.ทันตสาธารณสุข	51	62.96	24	29.63	6	7.41		

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ (n=198) (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรม						χ^2	P - value
	ระดับสูง		ระดับปานกลาง		ระดับต่ำ			
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
ชั้นปี								
ชั้นปี 1	62	79.49	13	16.67	3	3.85	22.38 ^b	0.001
ชั้นปี 2	30	65.22	8	17.39	8	17.39		
ชั้นปี 3	24	64.86	12	32.43	1	2.7		
ชั้นปี 4	16	43.24	15	40.54	6	16.22		
รายรับเฉลี่ยต่อเดือน								
< 5,000	41	75.93	10	18.52	3	5.56	8.69 ^b	0.10
5,000 - 10,000	74	63.79	33	28.45	9	7.76		
> 10,000	17	60.71	5	17.86	6	21.43		
ค่าที่พัก (บาท)								
< 1,000	71	78.02	16	17.58	4	4.4	0.01 ^a	0.016
1,000 - 2,000	18	69.23	4	15.38	4	15.38		
2,001 - 3,000	31	56.36	17	30.91	7	12.73		
> 3,000	12	46.15	11	42.31	3	11.54		
ค่าโทรศัพท์รายเดือน								
< 100	55	76.39	15	20.83	2	2.78	0.08 ^a	0.08
100 – 200	23	63.89	10	27.78	3	8.33		
> 200	54	60	23	25.56	13	14.44		

หมายเหตุ a = Chi-Square, b= Fisher's Exact Test

อภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้
เครือข่ายสังคมออนไลน์ แยกเป็นแต่ละด้าน
ดังนี้

เพศ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง
(81.82%) มีพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคม

ออนไลน์ ทุกวัน(96.46%) ใช้เพื่อสนทนาและ
ติดต่อสื่อสาร(95.45%) ความบันเทิง(92.42%)
และใช้ผ่าน Facebook(98.99%) ไลน์
(94.95%) ซึ่งเป็นพฤติกรรมปกติของกลุ่มวัยรุ่น
หญิง ที่ชอบพูดคุยเพื่อ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น
ต่างๆ กับเพื่อน แฟน และครอบครัว ผ่าน

ช่องทางต่างๆซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยอื่นๆ ที่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ ของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร¹¹ และมีงานวิจัยที่พบว่านักศึกษาที่มีเพศแตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์และพฤติกรรมการเปิดรับข่าวสารแตกต่างกัน¹² ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเพศมีอิทธิพลในการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ที่แตกต่างกัน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือเพศหญิง ร้อยละ 74.07 มีการใช้งานเครือข่ายสังคมออนไลน์เพื่อการใช้ติดต่อกับแฟน/เพื่อนต่างเพศเป็นประจำถึงบ่อยครั้งมากที่สุดร้อยละ 37.38 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาการสร้างสัมพันธ์ทางอินเทอร์เน็ต¹³ พบว่ากลุ่มตัวอย่างอายุ 21-30 ปี ส่วนใหญ่จะเป็นนักศึกษา เหตุผลในการสนทนาก็เพื่อหาเพื่อนคุย หรือเพื่อนใหม่มากที่สุด และมีการสร้างความสัมพันธ์สามขั้นตอน คือขั้นเริ่มต้นขั้นเพิ่มความใกล้ชิด และขั้นสนิทสนม หากผู้สนทนามีความสนิทสนมไว้วางใจมากเท่าไร อาจมีการพัฒนาไปสู่การสื่อสารทางโทรศัพท์และนัดพบกันได้

อายุ กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาที่อยู่ในกลุ่มวัยรุ่นตอนปลาย อายุเฉลี่ย 20 ปี เป็นช่วงวัยที่มีการปรับตัวเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ เป็นช่วงวัยที่ต้องมีการปรับตัว และเรียนรู้ในทุกๆด้าน ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยอื่นๆ ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์¹¹ และการวิจัยเรื่องพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของคนวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร¹⁴ พบว่าอายุมี

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเข้าไปค้นหาข้อมูลข่าวสารสินค้าและบริการบนเครือข่ายสังคมออนไลน์(Social network) แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยช่วงอายุ ≤ 19 ปี จะมีพฤติกรรมด้านความต้องการทางเพศในระดับสูงถึงร้อยละ 82.35 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 17-19 ปี จะเป็นกลุ่มวัยรุ่นตอนกลางถึงตอนปลาย ซึ่งวัยนี้เป็นวัยเจริญพันธุ์ มีความอยากรู้ อยากเห็นและอยากลอง เป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จึงทำให้มีการเข้าใช้งานเครือข่ายสังคมออนไลน์ มากกว่ากลุ่มอื่นๆ

ชั้นปีที่ศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาชั้นปีที่หนึ่ง(39.39%) มีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัด ต้องมีการย้ายที่พักอาศัยและสถานศึกษาใหม่ จึงส่งผลให้นักศึกษาชั้นปีที่ 1 ต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมใหม่ทั้งหมดทั้งในด้านสถานที่ สถานศึกษา ครอบครัว และเพื่อน รวมถึงการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆของวิทยาลัย ที่ให้นักศึกษาทุกชั้นปี ต้องสร้างความรู้จักเพื่อเชื่อมความสัมพันธ์กันระหว่างรุ่นพี่กับรุ่นน้อง โดยให้นักศึกษาชั้นปีที่ 1-2 ทุกคนต้องรายงานตัวผ่านเฟสบุ๊ค กับรุ่นพี่ทั้งในหลักสูตรและนอกหลักสูตร จึงส่งผลให้นักศึกษามีกิจกรรมเพื่อเข้าใช้งานเครือข่ายสังคมออนไลน์ผ่านช่องทางต่างๆที่เพิ่มมากขึ้น และใช้เพื่อติดต่อกับครอบครัว ญาติและเพื่อนๆ มากกว่าชั้นปีอื่นๆ สอดคล้องกับการวิจัยอื่นๆ^{12,15,16,17} ที่พบว่ากลุ่มวัยรุ่นที่เป็นนักศึกษาทุกชั้นปี จะมีการเข้า

ใช้งานเครือข่ายสังคมออนไลน์เพื่อทำกิจกรรมต่างๆ ด้านการเรียน การค้นคว้าข้อมูล การติดต่อสื่อสารกับเพื่อนๆ แพน ครอบครัว และญาติ

และค่าที่พัก ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ เนื่องจากนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ส่วนใหญ่อยู่ต่างจังหวัดและพักอาศัยอยู่ในวิทยาลัย จึงมีการใช้อินเตอร์เน็ตฟรีของวิทยาลัย และค่าหอพักไม่แพง ส่วนชั้นปีที่ 2-4 จะพักหอพักรอบๆ วิทยาลัย ซึ่งค่าที่พักจะแปรผันตามการจัดบริการเพื่ออำนวยความสะดวกสบายให้กับผู้พักอาศัย ค่าที่พักที่สูงขึ้นก็จะมีสิ่งอำนวยความสะดวกมากขึ้น ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าค่าที่พักเป็นปัจจัยที่สำคัญในการเข้าใช้งานเครือข่ายสังคมออนไลน์ของนักศึกษา รวมถึงช่วงเวลาที่เข้าใช้มากที่สุดคือก่อนเข้านอน (94.95%) และช่วงพักรับประทานอาหาร (72.25%) ใช้เพื่อการสนทนาและติดต่อสื่อสาร (95.45%) ซึ่งกิจกรรมที่ใช้ส่วนใหญ่จะสอดคล้องกับกิจวัตรประจำวันของนักศึกษา ที่ช่วงกลางวันจะใช้เวลาส่วนใหญ่ในวิทยาลัย และช่วงหลังเลิกเรียนจะเป็นช่วงของการพักผ่อน เพื่อทำกิจกรรมส่วนตัว จึงมีการเข้าใช้งานในช่วงนี้มากกว่าช่วงอื่นๆ และสถานที่ที่เข้าใช้ส่วนใหญ่คือที่พักอาศัย ของนักศึกษา

ข้อเสนอแนะ

1. สถานศึกษาในระดับอุดมศึกษา ควรส่งเสริมการนำเทคโนโลยีและการสื่อสารสังคมออนไลน์ ให้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการ

จัดการเรียนการสอน เพื่อให้นักศึกษามีความรู้ และทักษะที่ถูกต้องในการนำเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารสังคมออนไลน์มาประยุกต์ใช้ในการศึกษา และการดำเนินชีวิตประจำวัน

2. สถานศึกษาควรมีมาตรการที่เหมาะสมด้านช่วงเวลา และกิจกรรมที่เข้าใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของนักศึกษาอย่างเหมาะสม ในด้านการจัดการเรียนการสอน ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน การจัดกิจกรรมด้านต่างๆ เพื่อให้มีความสมดุลและเหมาะสมกับช่วงวัยของกลุ่มนักศึกษา

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบพระคุณ ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา จังหวัดขอนแก่น ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์การทดสอบเครื่องมือวิจัย ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขที่รินธร จังหวัดขอนแก่น ที่ได้อนุมัติการทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ อาจารย์ที่ปรึกษาที่ได้ให้คำปรึกษาและให้กำลังใจในการทำวิจัยจนประสบผลสำเร็จ และขอบคุณนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่นที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ และขอบคุณสมาชิกในครอบครัวของผู้วิจัย ที่คอยส่งเสริมและให้กำลังใจงานวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. บุญอยู่ ขอพรประเสริฐ. พฤติกรรมการใช้เฟสบุ๊ก (Facebook) ของนักศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารร่วมพฤษภูมิ. 2556; 32: 1-24.
2. ไทยรัฐออนไลน์. เทรนด์ใหม่วัยรุ่นทั่วโลกฮิตออนไลน์. ตั้งแต่ยังไม่เลิกจากเตียง [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 8 มกราคม 2559]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thairath.co.th/content/339373>
3. นุชรินทร์ ขวัญคำ. รูปแบบการใช้สื่ออินเทอร์เน็ตของกลุ่มวัยรุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร: ศึกษาลักษณะทางประชากรที่มีความสัมพันธ์กับลักษณะการใช้สื่ออินเทอร์เน็ตและพฤติกรรมการใช้สื่ออินเทอร์เน็ตเพื่อตอบสนองความต้องการรวมถึงศึกษารูปแบบการใช้สื่อของกลุ่มวัยรุ่น. [วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต สาขา นิเทศศาสตรสารสนเทศ]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต; 2550.
4. เมตตา วิวัฒนานุกูล. เครือข่ายสังคมออนไลน์กับการสื่อสารระหว่างวัฒนธรรมในสังคมไทย. วารสารศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่. 2557; 6: 63-78.
5. จันทรจิรา ขุนวงศ์. การใช้ประโยชน์และความพึงพอใจเครือข่ายสังคมออนไลน์ของนักศึกษา ระดับอุดมศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่. [วิทยานิพนธ์ปริญญา
6. เกษดา จารุรัตน์. พฤติกรรมการใช้และทัศนคติของผู้ใช้โซเชียลเน็ตเวิร์ค (SOCIAL NETWORK) กรณีศึกษา กูเกิลพลัส (GOOGLE+). บทความวิชาการ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีปทุม; 2557. [เข้าถึงเมื่อ 1 มีนาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.spu.ac.th/commarts/files/2014/06/บทความวิชาการ1.pdf>
7. จิราภรณ์ ศรีนาถ. การวิเคราะห์ประเภทรูปแบบเนื้อหาและการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในประเทศไทย. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการสื่อสารศึกษา]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2556.
8. ภาณุวัฒน์ กองราช. การศึกษาพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของวัยรุ่นในประเทศไทย : กรณีศึกษา Facebook. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการสื่อสารศึกษา]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2554.
9. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. วัยรุ่น : อินเทอร์เน็ต : เกมออนไลน์ [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 8 มกราคม 2559]. เข้าถึงได้จาก: http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/citizen/news/news_internet_teen.jsp

10. อรุณ จิรวรรณกุล.ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ขอนแก่น: ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.
11. เอมิกา เหมมินทร์. พฤติกรรมการใช้และความคิดเห็นเกี่ยวกับผลที่ได้จากการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร. [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสถิติประยุกต์]. กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; (2556).
12. อรุณรัตน์ ศรีชูศิลป์. พฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ ของนักศึกษาปริญญาบัณฑิต คณะครุศาสตร์ศึกษาศาสตร์ในมหาวิทยาลัยของรัฐ . [การค้นคว้าอิสระศึกษาศาตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเทคโนโลยีการศึกษา]. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2554.
13. อาทิตยา เมืองยม. การสร้างสัมพันธ์ทางอินเทอร์เน็ตของผู้ใช้การสนทนา (Chat). [วิทยานิพนธ์วารสารศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสื่อสารมวลชน]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ; 2547.
14. ปณิชา นิติพรมงคล. พฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของคนวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร. [การศึกษาค้นคว้าอิสระนิเทศศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการประชาสัมพันธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีปทุม; 2553.
15. ศศิวิมล ชูแก้ว. การศึกษารูปแบบและเนื้อหาการสื่อสารผ่านเฟซบุ๊กของมหาวิทยาลัยหอการค้าไทย. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชานิเทศศาสตร์การตลาด]. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย; 2555.
16. กมลณัฐ โตจินดา. การศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการ Social Network ของนักศึกษา. [วิทยานิพนธ์เศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์]. เชียงใหม่ :มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2556.
17. พิศมัย หาญมงคลพิพัฒน์. พฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของนิสิตหลักสูตรเทคโนโลยีสารสนเทศ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน. ใน: การประชุมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 6 มหาวิทยาลัยหาดใหญ่. สงขลา; 2558. หน้า1490-1500.

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น กรณีศึกษาโรงเรียนแห่งหนึ่ง ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

ธิตี บุทดาน้อย¹ สุทิน ชนะบุญ² เบญญาภา กาลเข้²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น กรณีศึกษาโรงเรียนแห่งหนึ่ง ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 285 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหา ทุกข้อมีค่า IOC มากกว่า 0.5 นำไปทดลองใช้และหาความเที่ยง หมาดความรู้มีค่า 0.72 หมาดทัศนคติ มีค่า 0.73 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Chi-Square Test , Odds Ratio และ 95 % CI

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนเคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 29.1 (95% CI: 23.91 to 34.77) มีการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน ร้อยละ 18.2 (95% CI: 13.93 to 23.22) มีความรู้เรื่องบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.5 โดยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.56 คะแนน (S.D.=2.11) มีทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 79.3 โดยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.98 คะแนน (S.D.= 0.47) และปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่อายุมากกว่า 15 ปี (OR=4.77, 95%CI: 2.30 to 9.78, p-value <0.001)ระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่3เทียบกับปีที่ 1(OR=3.95, 95%CI: 1.68 to 9.85, p-value = 0.002) มีบุคคลใกล้ชิดที่สูบบุหรี่(OR= 2.09, 95%CI: 1.01 to 4.62,p-value = 0.034) และ ทัศนคติที่ไม่ดีเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ (OR=2.21, 95%CI: 1.05 to 4.49,p-value = 0.018) ดังนั้น ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการสูบบุหรี่ตั้งแต่เริ่มเข้าเรียนซึ่งจะส่งผลให้นักเรียนตระหนักถึงอันตรายและมีทัศนคติที่ดี ตลอดจนการเป็นแบบอย่างที่ดีในการเลิกสูบบุหรี่ของคนใกล้ชิด

คำสำคัญ : บุหรี่ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น พฤติกรรมการสูบบุหรี่

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

² วิทยากรชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น

Corresponding author: สุทิน ชนะบุญ, E-mail: sutin@scphkk.ac.th

Smoking Behavior of secondary A Case study of one school in Khonkean Municipality at Mung,Khonkaen

Thiti Buddanoi¹ Sutin Chanaboon² Benyapa Kankhwao²

Abstract

This cross sectional descriptive study aimed to explore behavior and factors associated with smoking behavior of the lower secondary school students in one school in Khonkaen province. Participants were 285 students. Data were collected by questionnaires validated for content validity and reliability testing and analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, maximum, minimum Chi-Square Test, Odds Ratio and 95 % CI

The results revealed that 29.1 %(95% CI: 23.91 to 34.77) of students used to smoke cigarettes and 18.2 %(95% CI: 13.93 to 23.22) of them have been smoking. Participants had their knowledge of cigarette smoking was at a moderate level of 50.5 percent, with the average point of 8.56(S.D. = 2.11). Regarding their attitude toward smoking, it was at a high level of 79.3%, with the average point of 3.98 (S.D. = 0.47). In terms of the analysis of the relationship between related factors and smoking habits, there were age(OR=4.77, 95%CI: 2.30 to 9.78, p-value <0.001), education levels(OR=3.95, 95%CI: 1.68 to 9.85, p-value = 0.002), closing to smokers (OR= 2.09, 95%CI: 1.01 to 4.62,p-value = 0.034) and attitude(OR=2.21, 95%CI: 1.05 to 4.49,p-value = 0.018) of students that had significant relationship. The results of this study suggest that dangerous of smoking should be more given for students by the cooperation of health related organizations to increase the awareness of lower secondary school students.

Keywords: cigarette, lower secondary school students, smoking behavior

¹ Bachelor of Public Health (Community of Public Health), Sirindhorn College of Public Health, Khonkaen,

² Lecturer, senior professional level, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen Province

Corresponding author: Sutin Chanaboon, E-mail: sutin@scphkk.ac.th

บทนำ

บุหรี่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สามารถป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นได้มากที่สุด องค์การอนามัยโลกรายงานว่าทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ปีละเกือบ 6 ล้าน และยังเป็นสาเหตุทำให้ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ได้รับพิษจากควันบุหรี่ถึง 6 แสนคนต่อปี โดยการสูบบุหรี่ทำให้สมองได้รับสารนิโคตินภายใน 7 วินาที หากสูบบุหรี่ 1 มวน จะทำให้ผู้สูบบุหรี่มีชีวิตรอดสั้นลง 6 นาที หรือมีอายุสั้นกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่โดยเฉลี่ย 10-14 ปี แต่หากติดบุหรี่เป็นระยะเวลานานจะมีอายุสั้นลง 20-25 ปี หากไม่มีการป้องกันพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ อีกประมาณ 17 ปี ข้างหน้าทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่สูงขึ้นเป็นปีละ 8 ล้านคน และยังพบว่ามีเยาวชนอายุ 10 - 24 ปี จำนวน 1.8 พันล้านคนมีความเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่และกลายเป็นผู้สูบบุหรี่ นอกจากนี้ธนาคารโลกยังระบุว่าในแต่ละวันมีเด็กติดบุหรี่รายใหม่เพิ่มขึ้นเป็น 82,000 ถึง 99,000 ราย¹อีกทั้งบุหรี่เป็นสินค้าที่ถูกกฎหมาย แต่เป็นอันตรายต่อทุกคนทั้งที่เป็นผู้สูบบุหรี่ และผู้ไม่สูบบุหรี่ที่ได้รับควันบุหรี่ ซึ่งผลการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2558 พบว่า ในจำนวนประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ทั้งสิ้น 55.2 ล้านคน เป็นผู้สูบบุหรี่ 10.9 ล้านคน โดยในภาพรวม พบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2547-2552 อัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลง แต่กลับเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2554 เป็นร้อยละ 21.4 และลดลงเหลือร้อยละ 19.9 ในปี พ.ศ. 2556 และกลับเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 20.7 ในปี พ.ศ. 2557 แต่ในปี พ.ศ. 2558 กลับลดลงเล็กน้อยเป็นร้อยละ 19.5² ยังมีการพบจำนวนผู้สูบบุหรี่เป็น

ครั้งคราวกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534-2558 โดยปี พ.ศ. 2534 มีผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราวเพียง 590,528 คน แต่ที่ผ่านมามีเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนถึง 1,545,866 คนภายในรอบ 24 ปีจากข้อมูลดังกล่าวเป็นสัญญาณเตือนบ่งบอกให้เห็นว่ามีผู้ทดลองสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ โดยผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก 15.6 ปี พบว่าอัตราการบริโภคยาสูบของเยาวชนอายุระหว่าง 15-18 ปี ในปีพ.ศ. 2547-2558 อัตราการบริโภคยาสูบมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.58 เป็นร้อยละ 7.92 และยังพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำมีค่าใช้จ่ายเพื่อซื้อบุหรี่มาสูบเองโดยเฉลี่ยประมาณเดือนละ 423 บาท มีการพบ 25 โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่มีคนตายจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ในกลุ่มคนอายุ 30 ปี ขึ้นไปเป็น 50,737 คน จากการประมาณการความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์จากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ในปี พ.ศ. 2552 (Disease Attributed to Smoking) พบว่าค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เกิดจากความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์เท่ากับ 74,884 ล้านบาท โดยคิดเป็นค่าใช้จ่ายทางตรงทางการแพทย์เท่ากับ 11,473 ล้านบาท³

จังหวัดขอนแก่นเป็นเมืองขนาดใหญ่และเป็นเมืองเศรษฐกิจ ปัจจุบันมีประชากรอาศัยอยู่จำนวน 1,781,655 คน จากการสำรวจสถิติการสูบบุหรี่ในจังหวัดขอนแก่นของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2554 พบว่ามีอัตราการสูบบุหรี่ในปัจจุบันของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 26.72 ในจำนวนนี้เป็นผู้สูบบุหรี่เป็นประจำอยู่ ร้อยละ 24.75 และยังพบอีกว่าอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15-18 ปี มี

แนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2550 พบอัตราการสูบบุหรี่ที่ร้อยละ 6.31 แต่ในปี พ.ศ.2554 มีอัตราการสูบบุหรี่ที่ร้อยละ 16.43 โดยพบว่าอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกอยู่ที่ 14.62 ปี

จากการสัมภาษณ์คุณครูฝ่ายปกครอง โรงเรียนมัธยมศึกษาในเขตเทศบาลนครขอนแก่น แห่งหนึ่ง ซึ่งเป็นโรงเรียนขนาดใหญ่ สังกัดสำนักการศึกษาเทศบาลนครขอนแก่น มีนักเรียนตั้งแต่ชั้นอนุบาลจนถึงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย มีจำนวนนักเรียนทั้งหมด 2,711 คน พบว่า มีปัญหานักเรียนที่สูบบุหรี่ในสถานศึกษาเป็นจำนวนมาก โดยส่วนมากที่พบเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นของโรงเรียน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเรื่องพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตเทศบาลนครขอนแก่นมา โดยสนใจศึกษาว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ละเท่าใดและยังสนใจถึงปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้และทัศนคติต่อการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นหรือไม่อย่างไร ซึ่งจะต้องมีความรู้เพื่อช่วยในการป้องกันและแก้ไขการเกิดจำนวนผู้สูบบุหรี่หน้าใหม่ในลำดับต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตเทศบาลนครขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาระดับความรู้ และระดับทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตเทศบาลนครขอนแก่น

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ และทัศนคติต่อการสูบบุหรี่กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตเทศบาลนครขอนแก่น

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) เพื่อศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตเทศบาลนครขอนแก่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในโรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จำนวน 1,218 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในโรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตเทศบาลนครขอนแก่นการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนในกรณีทราบขนาดของประชากร⁴ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 285 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Sampling) จำแนกตามชั้นปี คำนวณสัดส่วนขนาดตัวอย่างของแต่ละระดับชั้นแล้วใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อใช้ในการศึกษาคั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา ซึ่งผู้ศึกษาสร้างขึ้นมาจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วยเพศ อายุ ระดับการศึกษา ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือน ที่พักอาศัยในปัจจุบัน บุคคลใกล้ชิดที่สูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิดและปลายปิด รวมจำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จาก 2 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูกได้ 1 คะแนนตอบ ผิดได้ 0 คะแนน รวมจำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 3 ทักษะการสูบบุหรี่ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า เลือกตอบ 5 ตัวเลือก จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการสูบบุหรี่มีคำถามทั้งหมด 9 ข้อ ได้แก่ เคยสูบบุหรี่หรือไม่ ช่วงเวลาการสูบบุหรี่ เหตุผลการสูบบุหรี่ สถานที่สูบบุหรี่ สถานที่ซื้อบุหรี่ สูบบุหรี่กี่มวนต่อวัน อาการแสดงเมื่อไม่ได้สูบบุหรี่ การถูกชักชวน

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(Content Validity Index: IOC) ของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านตรวจสอบความตรงครอบคลุมในเนื้อหาตลอดจนความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้มี

ความตรงเชิงเนื้อหาทุกข้อมีค่า IOC มากกว่า 0.5 นำไปทดลองใช้ หากคุณภาพแบบสอบถามพบว่าคุณภาพความเที่ยง(Reliability) หมดความรู้มีค่าเท่ากับ 0.72 และหมดทัศนคติ มีค่าเท่ากับ 0.73

การเก็บและรวบรวมข้อมูล

1. ประสานงานกับโรงเรียนที่จะทำการศึกษาในเขตเทศบาลนครขอนแก่น

2. ทำหนังสือเพื่อขอความร่วมมือถึงผู้อำนวยการโรงเรียนที่จะทำการศึกษา ขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัย

3. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการทำวิจัย วิธีการจัดเก็บข้อมูลและวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่จัดเตรียมไว้

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนและความสอดคล้อง ของข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

6. นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามไปนำเข้า ประมวลผลและวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้อธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ทักษะการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้น

มัธยมศึกษาตอนต้น ได้แก่ สถิติไคสแควร์ (Chi-Square Tests)

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ลำดับที่ 028/2561 เลขที่ HE 612018

ผลการวิจัย (Results)

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.5 มีอายุเฉลี่ย 13.63 ปี (S.D.=0.93) โดยพบว่าอายุมากที่สุด 16 ปี และน้อยที่สุด 12 ปี กำลังศึกษาอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ร้อยละ 36.8 ค่าใช้จ่ายต่อเดือน 2,501-3,500 บาท ร้อยละ 43.5 พักอาศัยอยู่ที่บ้าน ร้อยละ 84.9 มีบุคคลใกล้ชิดที่สูบบุหรี่ ร้อยละ 64.3 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไป (n =285)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	141	49.5
หญิง	144	50.5
อายุ (ปี)		
12	33	11.6
13	94	33.0
14	105	36.8
15	51	17.9
16	2	0.7
Mean = 13.63, S.D.=0.93, Min.=12, Max.=16		

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1	105	36.8
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2	95	33.4
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3	85	29.8
ค่าใช้จ่ายต่อเดือน (บาทต่อเดือน)		
ต่ำกว่า 1,501	32	11.2
1,501-2,500	109	38.2
2,501-3,500	124	43.5
มากกว่า 3,500	20	7.02
Mean = 2,615, S.D.=910, Min.= 1,000, Max.=9,000		
ที่พักอาศัย		
บ้าน	242	84.9
หอพัก อื่นๆ (บ้านญาติ ห้องเช่า)	43	15.1
บุคคลใกล้ชิดที่สูบบุหรี่		
มี	183	64.3
ประเภทของบุคคลใกล้ชิดสูบบุหรี่ (n=183) ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ		
บุคคลในครอบครัว	139	75.9
เพื่อน	59	32.2
ญาติและเพื่อนบ้าน	10	5.5

2. ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่

2.1 ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่โดย

ภาพรวม เมื่อพิจารณาความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในภาพรวม พบว่า นักเรียนมีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.5 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 36.5 และ ระดับต่ำ ร้อยละ 13.0 โดยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.56 คะแนน (S.D.=2.11) ต่ำสุด 1 คะแนน สูงสุด 12 คะแนน

2.2 ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่รายข้อ

จากการศึกษาความรู้เกี่ยวกับบุหรี่เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น กรณีศึกษาโรงเรียนแห่งหนึ่ง ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่นมีความรู้ถูกต้องมากที่สุด คือ ไรคมะเร็งปอดมีสาเหตุจากการสูบบุหรี่ ร้อยละ 93.6 รองลงมา คือ บุคคลรอบตัวผู้สูบบุหรี่มีโอกาสเป็นโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่เหมือนกับผู้สูบบุหรี่ ร้อยละ 84.2 และห้องพักส่วนตัว คือ สถานที่สามารถสูบบุหรี่ได้ ร้อยละ 82.1 ส่วนข้อที่มีความรู้ถูกต้องน้อยที่สุด คือ สารพิษที่ก่อ

มะเร็งและเป็นอันตรายที่สุดในบุหรื ทำให้ผู้สูบถึงแก่ความตาย ส่วนใหญ่เป็นผลมาจากทาร์ ร้อยละ 21.0 รองลงมา คือ การจำหน่ายบุหรืแก่บุคคลอายุต่ำกว่า 18 ปี มีโทษจำคุกไม่เกิน 1 เดือน ปรับไม่เกิน 2,000 บาทหรือทั้งจำทั้งปรับ ร้อยละ 39.3 และน้ำมันดิน (ทาร์) คือ สารเขม่าควันร้อยละ 43.5

3. ทศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรื

3.1 ทศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรืโดยภาพรวม

ทศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรืในภาพรวม พบว่า นักเรียนมีทศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรือยู่ในระดับสูง ร้อยละ 79.3 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 20.4 และ ระดับต่ำ ร้อยละ 0.3 โดยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.98 คะแนน (S.D.= 0.47) ค่าต่ำสุด 2.06 คะแนนค่าสูงสุด 5 คะแนน

3.2 ทศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรืรายข้อ

ทศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรืเมื่อพิจารณา รายข้อ พบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ทัศนคติโรงเรียนแห่งหนึ่ง ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ข้อที่มีทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรืด้านบวกมากที่สุด คือ การสูบบุหรืเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ร้อยละ 81.4 รองลงมา คือ การสูบบุหรืเป็นพฤติกรรมที่

ไม่น่าเลียนแบบ ร้อยละ 73.6 และการสูบบุหรืของวัยรุ่นเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 60.3 ข้อที่มีทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรืด้านลบมากที่สุดคือ คนที่สูบบุหรืจะเข้าสังคมได้ง่ายและมีเพื่อนมากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรื ร้อยละ 8.4 รองลงมาคือ การสูบบุหรืในปริมาณที่พอเหมาะไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ร้อยละ 7.7 และ การสูบบุหรืเป็นพฤติกรรมปกติในสังคมไทย ร้อยละ 7.3

4. พฤติกรรมการสูบบุหรื

นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ทัศนคติโรงเรียนแห่งหนึ่ง ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น เคยสูบบุหรื ร้อยละ 29.1 (95%CI: 23.91 to 34.77) การสูบบุหรืในปัจจุบัน ร้อยละ 18.2 (95%CI 13.93 to 23.22) ส่วนใหญ่สูบบุหรื 1 ปี ร้อยละ 76.9 เริ่มสูบบุหรืเพราะอยากลอง ร้อยละ 71.1 สูบบุหรืเวลาว่าง ร้อยละ 61.5 ส่วนใหญ่สูบบุหรืที่โรงเรียน ร้อยละ 42.3 โดยซื้อบุหรืจากร้านค้า ร้อยละ 65.3 นานๆ ที่สูบบุหรื ไม่ได้สูบบุหรืทุกวัน ร้อยละ 75.1 หากไม่ได้สูบบุหรืจะมีอาการหงุดหงิด ร้อยละ 23.1 ไม่เคยถูกผู้อื่นชักชวนให้สูบบุหรื ร้อยละ 61.7 รายละเอียด (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละพฤติกรรมการสูบบุหรื (n=285)

พฤติกรรมการสูบบุหรื	จำนวน	ร้อยละ
เคยสูบบุหรื		
เคย	83	29.1
ไม่เคย	202	70.9

พฤติกรรมการสูบบุหรี่	จำนวน	ร้อยละ
การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน		
สูบ	52	18.3
ไม่สูบ	233	81.7
ระยะเวลาการสูบบุหรี่ (n=52)		
1 ปี	40	76.9
2 ปี	10	19.3
3 ปี	2	3.8
เหตุผลของการสูบบุหรี่ (n=52) ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ		
อยากลอง	37	71.1
สูบบุหรี่ตามเพื่อน	21	40.4
สูบบุหรี่เพราะเกิดความเครียด	11	21.1
เห็นบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่จึงทำตาม	4	7.7
ช่วงเวลา que สูบบุหรี่บ่อยที่สุด		
เวลาว่าง	32	61.5
ขณะเข้าห้องน้ำ	17	32.7
หลังรับประทานอาหาร	3	5.8
สถานที่ที่นักเรียนสูบบุหรี่โดยส่วนใหญ่		
โรงเรียน	22	42.3
บ้านเพื่อน	18	34.6
บ้าน	8	15.4
ที่สาธารณะ (เช่น สวนสาธารณะ, ศูนย์การค้า)	4	7.7
ช่องทางที่นักเรียนซื้อบุหรี่มากที่สุด		
ซื้อจากร้านค้า	34	65.4
เพื่อนในห้องเรียน	12	23.1
ซื้อมาจากที่บ้าน	6	11.5
จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน		
นานๆ สูบ ไม่ได้สูบทุกวัน	39	75.1
1-5 มวน	10	19.2
6-10 มวน	2	3.8
11-15 มวน	1	1.9

พฤติกรรมกาสูบหรี่	จำนวน	ร้อยละ
อาการถ้าไม่ได้สูบหรี่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
หงุดหงิด	12	23.1
เครียด	10	19.2
ไม่มีสมาธิ	9	17.3
อ่อนเพลีย	7	13.5
กระวนกระวาย	2	3.8
เคยถูกคนอื่นชักชวนให้สูบหรี่		
เคย	109	38.2
ไม่เคย	176	61.8

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาสูบหรี่

5.1 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมกาสูบหรี่

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมกาสูบหรี่พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาสูบหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ (p value<0.001) โดยนักเรียนที่อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปจะสูบหรี่เป็น 4.77 เท่าของนักเรียนที่มีอายุน้อยกว่า 14 ปี (OR=4.77 , 95%CI: 2.30 to 9.78) ระดับการศึกษา (p value=0.002) โดยนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จะสูบหรี่เป็น 3.95 เท่าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 (OR=3.95 , 95%CI: 1.68 to 9.85) บุคคลใกล้ชิดที่สูบหรี่ (p value=0.034) โดยนักเรียนที่มีบุคคลใกล้ชิดที่สูบหรี่จะสูบหรี่เป็น 2.09 เท่าของนักเรียนที่ไม่มีบุคคลใกล้ชิดที่สูบหรี่ (OR=2.09 , 95%CI: 1.01 to 4.62) ส่วน เพศ รายได้ ที่พักอาศัย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาสูบหรี่

5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมกาสูบหรี่

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมกาสูบหรี่ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการสูบหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาสูบหรี่ (p value=0.529)

5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติกับพฤติกรรมกาสูบหรี่

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติกับพฤติกรรมกาสูบหรี่ พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการสูบหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาสูบหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value=0.018) โดยนักเรียนที่มีทัศนคติระดับสูงจะสูบหรี่เป็น 2.21 ของนักเรียนที่มีทัศนคติระดับต่ำและปานกลาง (OR=2.21 , 95%CI: 1.05 to 4.49) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ปัจจัย	สูบบุหรี่		ไม่สูบบุหรี่		OR	95%CI of OR	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ							0.315
ชาย	29	20.6	112	79.4	1.36	0.71 to 2.62	
หญิง	23	16.0	121	84.0	1		
อายุ(ปี)							<0.001
≥ 15 ปี	22	41.5	31	58.5	4.77	2.30 to 9.78	
≤ 14 ปี	30	12.9	202	87.1	1		
ระดับการศึกษา							0.002
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1	10	9.5	95	90.5	1		
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2	17	17.9	78	82.1	2.07	0.83 to 5.35	
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3	25	29.4	60	70.6	3.95	1.68 to 9.85	
ค่าใช้จ่าย(บาท)							0.363
≥ 3,500 บาท	5	25.0	15	75.0	1.62	0.43 to 5.02	
≤ 3,500 บาท	45	16.9	220	83.1	1		
ที่พักอาศัย							0.223
บ้าน	47	19.4	195	80.6	1.83	0.66 to 6.27	
หอพัก	5	11.6	38	88.4	1		
บุคคลใกล้ชิดที่สูบบุหรี่							0.034
มี	40	21.86	143	87.14	2.09	1.01 to 4.62	
ไม่มี	12	11.76	90	88.24	1		
ระดับความรู้							0.529
ต่ำและปานกลาง	35	19.3	146	80.7	1.22	0.62 to 2.48	
สูง	17	16.4	87	83.6	1		
ระดับทัศนคติ							0.018
ต่ำและปานกลาง	17	28.8	42	71.2	2.21	1.05 to 4.49	
สูง	35	15.5	191	84.5	1		

การอภิปรายผล

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น กรณีศึกษาโรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตเทศบาลนครขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่า เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 29.1

ปัจจุบันสูบบุหรี่อยู่ ร้อยละ 18.2 ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ 1 ปี ร้อยละ 76.9 ซึ่งมากกว่าการศึกษาของนครินทร์ ประสิทธิ์⁵ ส่วนใหญ่สูบบุหรี่มา 1 ปี ร้อยละ 61.53 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นช่วงวัยที่กำลังอยู่ในช่วงอยากรู้ อยากลองเมื่อเห็นบุคคล

รอบข้างจึงเกิดการเลียนแบบตาม และยังเป็นการให้เป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อน

ทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในภาพรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 79.3 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนครินทร์ ประสิทธิ์⁵ มีทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ระดับดีร้อยละ 80.2 เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดว่าการสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ซึ่งส่งผลเสียในหลายๆ ด้าน ทั้งผู้สูบเองและผู้รอบข้าง

เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาวิลาวัลย์ ประทีปแก้วและคณะ⁶ เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เนื่องจาก ในปัจจุบันสังคมเปิดกว้างได้มีเรื่องความเท่าเทียมทาง ทำให้ไม่ว่าจะเป็นเพศหญิงหรือชายกล้าที่จะแสดงออก มีความต้องการที่จะสูบบุหรี่อีกทั้งในกลุ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นช่วงนี้อายากรู้ยากลอง และมีการเลียนแบบพฤติกรรม

อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชนิษฐ์ชา บุญเสริม และคณะ⁷ อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือกลุ่มกลุ่มตัวอย่างที่เริ่มลองสูบบุหรี่ส่วนใหญ่จะลองเมื่อเริ่มเข้าสู่วัยรุ่นตอนต้นแต่อาจจะมีบางส่วนที่เลิกสูบไปแต่กลุ่มที่สูบเป็นประจำในปัจจุบันส่วนใหญ่จะเป็นวัยรุ่นที่มีอายุมากขึ้น

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเรณู บุญจันทร์และคณะ⁸ ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของวิลาวัลย์ ประทีปแก้วและคณะ⁶ ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในระดับที่สูงมีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่มากกว่า เนื่องจากมีความสนับสนุนแนบแน่นกับเพื่อนและเพื่อนก็มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจหรืออาจชักชวนให้สูบบุหรี่

บุคคลใกล้ชิด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชนิษฐ์ชา บุญเสริม และคณะ⁷ ปัจจัยด้านการสูบบุหรี่ของคนใกล้ชิดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชน ($p < 0.001$) และการศึกษาของณินท์ญาดา รองเดชและคณะ⁹ บุคคลใกล้ชิดมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจาก การที่มีบุคคลใกล้ชิดสูบบุหรี่ซึ่งการที่กลุ่มตัวอย่างเห็นคนรอบข้างสูบบุหรี่เป็นประจำทำให้เกิดความคุ้นเคยจะถือว่าการสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมที่ปกติและลอกเลียนแบบร่วมกับการอยากทดลองเพราะความอยากรู้อยากเห็นจึงมีการแอบนำบุหรี่ของคนในบ้านหรือซื้อมาลองสูบเองหรือลองสูบในหมู่เพื่อนๆ

ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนครินทร์ ประสิทธิ์⁵ ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเกี่ยวกับบุหรี่ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชุมพร ลับภู¹⁰ พบว่าระดับความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักเรียน เนื่องจากกลุ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะ อยากรู้อยากลอง มีความคึกคะนอง และการสูบบุหรี่ส่งผล

อันตรายที่ซ้ำ ทำให้ขาดความตระหนักอันตรายที่เกิดจากการสูบบุหรี่

ผลการวิเคราะห์ทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนครินทร์ ประสิทธิ์⁵ ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยความสำคัญทางสถิติ ($r=0.464$, $p\text{-value} < 0.01$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชุมพร ลับภู¹⁰ ระดับทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจาก แม้ว่าในปัจจุบันจะมีสื่อต่างๆหลายแขนงพยายามชักจูงให้เยาวชนหันเหความสนใจต่อการสร้างภาพลักษณ์ความเป็นผู้นำความเป็นผู้ใหญ่การเข้าสังคมแต่ก็ยังไม่สามารถทำให้เยาวชนบางกลุ่มคล้อยตามได้

สรุปผลการวิจัย

นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ทัศนคติโรงเรียนแห่งหนึ่ง ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 29.1 การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน ร้อยละ 18.2 ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ 1 ปี ร้อยละ 76.9 เริ่มสูบบุหรี่เพราะอยากลอง ร้อยละ 71.1 สูบบุหรี่เวลาว่าง ร้อยละ 61.5 ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ที่โรงเรียน ร้อยละ 42.3 โดยซื้อบุหรี่จากร้านค้า ร้อยละ 65.3 นานๆที่สูบบุหรี่ ไม่ได้สูบบุหรี่ทุกวัน ร้อยละ 75.1 หากไม่ได้สูบบุหรี่จะมีอาการหงุดหงิด ร้อยละ 23.1 ไม่เคยถูกผู้อื่นชักชวนให้สูบบุหรี่ ร้อยละ 61.7 มีความรู้เรื่องบุหรี่โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.5 นักเรียนมีทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 79.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่อายุ ($p\text{-value} < 0.001$) ระดับการศึกษา ($p\text{-value} = 0.002$) บุคคลใกล้ชิดที่สูบบุหรี่ ($p\text{-value} = 0.042$) และทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ($p\text{-value} = 0.046$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากวิจัย

1) จากผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลางควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการสูบบุหรี่เพิ่มมากยิ่งขึ้น โดยขอความร่วมมือจากหลายๆ องค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้นักเรียนมีความรู้และตระหนักถึงอันตรายจะเกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่

2) จากผลการศึกษาพบว่า บุคคลใกล้ชิดมีส่วนทำให้สูบบุหรี่ ดังนั้น บิดามารดาหรือผู้ปกครองควรให้ความดูแลเอาใจใส่ในการคบเพื่อนของนักเรียนเพราะเมื่อนักเรียนคบเพื่อนที่สูบบุหรี่อาจนำนักเรียนไปสู่การเริ่มสูบบุหรี่ได้ควรติดตามพฤติกรรมของบุตรหลานกับทางโรงเรียนอย่างสม่ำเสมอและควรมีการปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างที่ดีให้แก่เด็กนักเรียนและควรใช้เวลาดูแลเอาใจใส่ตรวจตราใกล้ชิดเรื่องการสูบบุหรี่ของลูก

3) จากผลการศึกษาพบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดังนั้นโรงเรียน ครอบครัว และชุมชนควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ เช่น การรณรงค์ การจัดบอร์ด และป้ายรณรงค์ ให้นักเรียนได้ตระหนักถึงอันตรายจะเกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่

4) จากผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ที่โรงเรียน ควรมีมาตรการเข้มงวดให้นักเรียน

ปฏิบัติตามกฎระเบียบของโรงเรียนอย่างเคร่งครัด มีการตรวจสอบแหล่งมั่วสุมเป็นประจำเพื่อป้องกันนักเรียนไม่ให้มีการสูบบุหรี่

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพในกลุ่มนักเรียนที่สูบบุหรี่โดยแยกประเด็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นเพิ่มเติมเพราะจะทำให้สามารถศึกษาในแต่ละตัวแปรได้ครอบคลุมและพบข้อเท็จจริงที่ต้องการศึกษา

2) ควรมีการศึกษาการพัฒนาแบบการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนเพื่อป้องกันการเกิดผู้สูบบุหรี่หน้าใหม่

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ คุณครูและนักเรียน วิทยาลัยศึกษาโรงเรียนแห่งหนึ่ง ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง (References)

1. ประกิต วาธิสาธกิจ. ข้อเท็จจริง: เยาวชนไทยกับการสูบบุหรี่. มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่; 2550.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปผลที่สำคัญการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราของ; 2555.
3. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. สถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ.2559[ออนไลน์][ค้นเมื่อ 6 ตุลาคม 2560].จาก <http://resource.thaihealth.or.th/library/hot/15369>; 2559.

4. อรุณ จิรวัดน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ: บริษัทวิทยพัฒน์ จำกัด; 2552.
5. นครินทร์ ประสิทธิ์. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาโรงเรียนพระทองคำวิทยา ตำบลสระพระ อำเภอพระทองคำ จังหวัดนครราชสีมา. คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2557.
6. วิลาวัณย์ ประทีปแก้วและคณะ. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนจังหวัดนนทบุรี. รายงานวิจัยจากศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ; 2552.
7. ขนิษฐา บุญเสริมและคณะ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนในจังหวัดชัยภูมิ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2552, 3(2), หน้า 6-14.
8. เรณู บุญจันทร์และคณะ. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนจังหวัดระนอง, รายงานการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดระนอง; 2552.
9. ฉันทัญญาดา รอดเดชและคณะ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนในจังหวัดตรัง. รายงานวิจัยจากศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ; 2552.
10. ชุมพร ลับภู. พฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2553

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมโดยชุมชนมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสะอาด อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น

สมลักษณ์ หนูจันทร์¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหาการดูแลสุขภาพ พัฒนาและศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมโดยชุมชนมีส่วนร่วม เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสะอาด อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย 1) ผู้สูงอายุสำหรับศึกษาสภาพปัญหา จำนวน 490 คน 2) กลุ่มผู้ร่วมพัฒนา ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน สมาชิกสภาเทศบาล (สท.) ศูนย์การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) รวม 24 คน 3) กลุ่มเป้าหมายหลัก คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม 33 คน และผู้ดูแล 33 คน รวมทั้งสิ้น 90 คน การพัฒนารูปแบบการดูแล โดยใช้กระบวนการ PAOR ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1988) จำนวน 2 วงรอบ ได้แก่ วงรอบที่ 1 ดำเนินการระหว่างเดือน มกราคม 2560 – มิถุนายน 2560 วงรอบที่ 2 ดำเนินการระหว่างเดือน กรกฎาคม 2560 ถึง มีนาคม 2561 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเปรียบเทียบอาการปวดเข่า ใช้สถิติ Paired t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาได้รูปแบบการดูแล คือ LUCKY model (L: Learning ,U: Unity ,C= Care, K= Keep in touch and Y= Yardstick) โดย L: Learning คือการส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชนและทีมวิจัย U: Unity คือการทำงานร่วมกันเป็นทีม C= Care คือมีการติดตามดูแลสังเกตการณ์ ออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ และผู้ดูแลเยี่ยมเสริมพลังให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง K: Keep in touch คือการสะท้อนผลการดำเนินงาน กระตุ้นการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และ Y: Yardstick คือการปรับปรุงพัฒนาให้ได้รูปแบบที่เป็นมาตรฐาน ผลจากการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นคือ ผู้สูงอายุมีอาการปวดเข่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยก่อนดำเนินการอาการปวดเข่าของผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมมีคะแนนของอาการปวดเข่าสูงสุดคือ 10 คะแนน และต่ำสุดคือ 4 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยคือ 7.12 คะแนน (S.D.=2.28) และหลังดำเนินการมีคะแนนสูงสุดคือ 4 คะแนนและคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยคือ 1.27 คะแนน (S.D.= 0.97) [คะแนนอาการปวดลดลง 5.85 คะแนน (95%CI: 1.07 ถึง 1.71 คะแนน; p-value < 0.001)] ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 95.5 และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดกิจกรรมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 86.4 ดังนั้น ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ รวมทั้งสนับสนุนการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการลดอาการปวดเข่าอันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, ภาวะข้อเข่าเสื่อม, การมีส่วนร่วมของชุมชน

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสะอาด อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น
E-mail: nuchansomluck04@gmail.com

The Development of Health Care Model for the Elderly with Knee Osteoarthritis by Community Participation of Non Sa-ad Health Promoting Hospital, Nong Ruea District, Khon Kaen Province

Somluck Nuchan¹

Abstract

This participatory action research aimed to investigate the contexts related to health care problems, and develop as well as evaluate health care model for the elderly with knee osteoarthritis by community participation of Non Sa-ad Health Promoting Hospital, Nong Ruea District, Khon Kaen Province. Participants: for investigating the contexts related to health care problems of the elderly, were 490 elderly persons; for developing the model, were 24 persons covering community leaders, municipal members, non-formal and informal education officers, local governors, public health officers and health village volunteers; for implementing the model, were 33 elderly persons with knee osteoarthritis and 33 their care givers. The development of health care model was developed in two circles using Plan-Act-Observe-Reflect process. Round 1 was conducted between January- June 2017 and Round 2 was conducted between July 2017 and March 2018. Quantitative data were analyzed by descriptive statistics, including frequency, percentage, mean and standard deviation and also Paired t-test. Quantitative data were analyzed by content analysis.

The results revealed that the developed model was called “LUCKY”. It included L=Learning (learning together between the community and the research team), U=Unity (working together as a team), C=Care (having follow up, home visit and continue empowerment), K=Keep in touch (reflecting the results of the implementation) and Y=Yardstick (developing the model to be standard). The effects of the developed model led to decrease knee pain of the participants significantly ($p=0.05$) after the model implementation (the highest pain score was 4 and the lowest score was 0, the average score=1.27 and S.D.=0.97), when comparing to before the model implementation (the highest score=10 and the lowest score = 4, the average score=7.12 and S.D.=2.28), the different score=5.85 (95% CI:1.07–1.71 score: p -value<0.001). In addition, the participants were highly satisfied to the model activities (95.5%) and the community participation to the

¹ Public Health Technical Officer, Professional level, Non Sa-ad Health Promoting Hospital, Nong Ruea District, Khon Kaen Province, E-mail: nuchansomluck04@gmail.com

project was at a high level (86.4%). Therefore, community participation and also using Thai local herbs to decrease pain should be recognized to provide a supportive care of the elderly with osteoarthritis for promoting their quality of life.

Keywords: Elderly, Knee Osteoarthritis, Community Participation

บทนำ

ปัจจุบันสังคมผู้สูงอายุ กำลังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุมากกว่า ร้อยละ 15 ของประชากรทั้งประเทศ คาดว่าในอีก 20 ปีข้างหน้าจะมีมากถึง ร้อยละ 30 แสดงถึงการเป็นสังคมแห่งผู้สูงอายุหรือผู้สูงอายุกำลังจะกลายเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ของประเทศ วัยผู้สูงอายุนี้ เป็นวัยแห่งความเสื่อมของร่างกายและอวัยวะต่างๆ ซึ่งเป็นผลจากพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุในหลายๆด้าน ที่สำคัญคือ การขาดการออกกำลังกาย ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ส่งผลให้มีโรคเรื้อรังหลายโรคตามมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการปวดเข่า หรือโรคข้อเข่าเสื่อม มีอาการแสดงคือ ข้อเข่าฝืด/ติด ก้าวขึ้นลงบันไดลำบาก เวลาเดินมักมีอาการปวดเข่า/ตึงเข่า จนกระทั่งเดินไม่ได้ด้วยตนเอง ซึ่งเป็นโรคที่พบได้บ่อยอีกโรคหนึ่งในผู้สูงอายุ ทำให้สูญเสีย เวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวนมาก ผู้สูงอายุหลายคนซื้อยามกินเอง และอีกหลายคนเมื่อมีอาการปวดเข่าแล้วก็จะไม่ยอมขยับข้อเข่าที่ปวดเลย ไม่กล้าเดิน ไม่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้ความสามารถในการเดินลดลง เป็นอุปสรรคในการเข้าสังคม ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง อาการปวดข้อเข่านี้สามารถที่จะบรรเทาได้โดยไม่ต้องใช้ยา อาจ

แก้ไขโดยการออกกำลังกาย การบริหารกล้ามเนื้อรอบเข่า มีผลในการเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ และข้อต่อ ทำให้บรรเทาอาการปวดได้ จะช่วยเพิ่มความสามารถในการเดิน และลดความเจ็บปวดลงได้¹ รวมทั้งการเสริมสร้างการรับรู้เรื่องการบริหารกล้ามเนื้อรอบเข่า และการพอกเข่าด้วยสมุนไพร ให้แก่ผู้สูงอายุและเครือข่ายผู้ดูแล น่าจะช่วยให้ผู้สูงอายุลดความเจ็บปวดจากอาการข้อเข่าเสื่อมลงได้

ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 – 2557 (ระบบดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง บทบาทรัฐ เอกชน ท้องถิ่น ชุมชน กระทรวงสาธารณสุข) พบว่า ผู้สูงอายุไทย 95 ใน 100 คน มีความเจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่งคือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ข้อเข่าเสื่อม ซึมเศร้า และผู้ป่วยนอนติดเตียง ซึ่งโรคข้อเข่าเสื่อม เป็นอีกโรคหนึ่งที่เกิดขึ้นได้ในผู้สูงอายุ โดยในการรักษาข้อเข่าเสื่อมมีจุดมุ่งหมายคือ ลดอาการปวด ทำให้ข้อเคลื่อนไหวดีขึ้น ป้องกันข้อติด ข้อโก่งงอผิดรูป และเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามสมควร โดยจะต้อง มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักตัวให้เหมาะสม การบริหารกล้ามเนื้อรอบเข่า ร่วมกับการใช้สมุนไพรพอกเข่า ด้านการควบคุมน้ำหนักตัวให้เหมาะสม มีความสำคัญ คือเพื่อไม่ให้เกิดภาวะน้ำหนักเกิน

ซึ่งจะนำไปสู่การปวดเข้าได้ และยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ได้แก่ ความเบื่ออาหาร ความเสื่อมของฟัน ความเสื่อมของประสาทการรับรู้ที่ทำให้กินอาหารไม่อร่อย โรคของทางเดินอาหารที่ทำให้กลืนอาหารลำบาก การดูดซึมอาหารที่ลดลงจากความเสื่อมสภาพของผนังทางเดินอาหาร ภาวะท้องผูก ท้องอืด² จึงควรแนะนำอาหารที่เหมาะสมเพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ เช่น อาหารที่มีแคลเซียมสูง ไขมันต่ำ อาหารเส้นใยสูงเพื่อลดภาวะท้องผูก และการดื่มน้ำที่สะอาดในปริมาณที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

จากการสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โนนสะอาด อำเภอนองเรือ จังหวัดขอนแก่น โดยใช้แบบประเมินผู้สูงอายุ /แบบคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งใช้ประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ และเพื่อคัดกรองโอกาสที่จะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ จากผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 7 หมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสะอาด อำเภอนองเรือ จังหวัดขอนแก่น พบว่า มีผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง จำนวน 490 คน พบผู้ที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม จำนวน 328 คน คิดเป็นร้อยละ 66.93 ของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองทั้งหมด³

ดังนั้น จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัย จึงสนใจที่จะศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม โดยชุมชนมีส่วนร่วม โดยนำการกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนมาประยุกต์ใช้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นว่า ตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติตามแนวทางเฉพาะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาภาวะข้อเข่าเสื่อม กิจกรรมการ บริหารกล้ามเนื้อรอบเข่าและพอกเข่าด้วยสมุนไพร เพื่อลดอาการปวดข้อเข่า และส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งคาดว่าจะการวิจัยครั้งนี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นตามสมควร เข้าสังคมได้ สามารถเคลื่อนไหวข้อเข่าได้ดีขึ้น และชุมชนมีความตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทสภาพปัญหาและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสะอาด อำเภอนองเรือ จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมโดยชุมชนมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสะอาด อำเภอนองเรือ จังหวัดขอนแก่น
3. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมโดยชุมชนมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสะอาด อำเภอนองเรือ จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) การพัฒนารูปแบบการดูแลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมโดยชุมชนมีส่วนร่วม โดยใช้กระบวนการ Plan Act Observe Reflect (PAOR) ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart⁴ จำนวน 2 วนรอบ ได้แก่ วนรอบที่ 1 ดำเนินการระหว่างเดือน มกราคม 2560 – มิถุนายน 2560 วนรอบที่ 2 ดำเนินการระหว่างเดือน กรกฎาคม 2560 ถึง มีนาคม 2561

ผู้ร่วมวิจัย ประกอบด้วย 1) ผู้สูงอายุสำหรับศึกษาสภาพปัญหา จำนวน 490 คน 2) กลุ่มผู้ร่วมพัฒนา ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน สมาชิกสภาเทศบาล (สท.) ศูนย์การศึกษาออกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) รวม 24 คน 3) กลุ่มเป้าหมายหลัก คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม 33 คน และผู้ดูแล 33 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเปรียบเทียบอาการปวดเข่า ใช้สถิติ Paired t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1) ขั้นเตรียมการ ประสานชุมชนและผู้เกี่ยวข้องถึงวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อวางแผนการดำเนินการวิจัย

2) ขั้นตอนการ ศึกษาสถานการณ์สำรวจปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ คัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม บริบทการดูแลตัวเองของผู้สูงอายุ สาเหตุที่เป็นความเสี่ยงต่อการปวดเข่ามาก พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมโดยชุมชนมีส่วนร่วม พัฒนาประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1.วางแผน (plan) 2. ปฏิบัติงาน (act) 3. สังเกตผลการปฏิบัติงาน (observe) 4. สะท้อนกลับผลการปฏิบัติงาน (reflect)

3) ขั้นประเมินผล ประเมินอาการปวดเข่า ความพึงพอใจต่อกิจกรรมและการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้วิธีการทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม แบบประเมินความปวด Pain scale (Numeric Rating Scale: NRS)

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบสังเกต

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ
1) ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ได้แก่ Paired t-test นำเสนอค่า Mean difference พร้อมช่วงมัน 95% Confidence interval
2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

จริยธรรมการวิจัย: ผ่านการรับรอง
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่
COA6050 KEC609

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 บริบท สภาพปัญหาและการ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีข้อเข่าเสื่อม

1) ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 490 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 80 อายุสูงสุด 84 ปี ต่ำสุด 60 ปี อายุเฉลี่ย 69.15 ปี (S.D. = 5.26) สถานะภาพสมรสคู่ ร้อยละ 72. จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 97.00 ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 97.0 โรคประจำตัว ส่วนใหญ่เป็นอาการปวดเมื่อยในผู้สูงอายุ ร้อยละ 57.6 รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 27.3 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 12.1

2) ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ จากการคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 490 คน พบผู้ที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม จำนวน 328 คน คิดเป็นร้อยละ 66.93 ระยะเวลาที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม มากสุดคือ มากกว่า 6 เดือน-1 ปี ร้อยละ 51.5 รองลงมาคือมากกว่า 1-5 ปี ร้อยละ 45.5 และเริ่มเป็นน้อยกว่า 1 เดือน ร้อยละ 3.0 ระยะเวลาที่ได้รับการรักษา มากสุดคือ มากกว่า 6 เดือน 1 ปี ร้อยละ 45.5 รองลงมาคือเริ่มรักษา น้อยกว่า 1 เดือน ร้อยละ 36.4 และมากกว่า 1 ปี – 5 ปี ร้อยละ 18.2

3) บริบทการดูแลตัวเองของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ขาดผู้ดูแล และยังมีภาระต้องรับผิดชอบ คือ เลี้ยงหลาน และเฝ้าบ้าน แต่ผู้สูงอายุบางส่วนต้องออกไปทำงาน รับจ้างในหมู่บ้านเดียวกันเพื่อนำมาเป็นค่าใช้จ่ายในครอบครัว ถ้ามีอาการเจ็บปวดบางส่วนซื้อยามากินเอง และฉีดยาตามคลินิก บางส่วนไปหาหมอนวดเพื่อบรรเทาอาการปวด การจัดการความปวด คือ ผู้สูงอายุที่มีคะแนนอาการปวด 10 คะแนน จะมีวิธีจัดการกับความปวดของตัวเองโดยการซื้อยามารับประทานเอง เช่น ยาชุด ยาพอก ยาเพียแคม ร่วมกับการฉีดยา และ การนวด สำหรับผู้สูงอายุที่มีคะแนนปวดน้อยกว่า 10 คะแนน จะจัดการกับความปวดโดยไปหาหมอที่คลินิก และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สาเหตุที่เป็นความเสี่ยงต่อการปวดเข่ามาก คือ อิริยาบถที่ไม่เหมาะสม เช่น มกนั่งพับเข่าเป็นเวลานานๆ นั่งพับเข่าบนพื้นบ้านเวลารับประทานอาหาร / ทำงานบ้าน ถูบ้าน ซักผ้า ด้ายหญ้า นั่งยองเวลาทำงานบ้านหรือเข้าห้องน้ำและมักยืนติดต่อกันเป็นเวลานานๆทำให้มีอาการปวดเข่ามากยิ่งขึ้น

ตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1.วางแผน (plan) 2. ปฏิบัติงาน (act) 3. สังเกตผลการปฏิบัติงาน (observe) 4.สะท้อนผลการปฏิบัติงาน (reflect)

ในวงรอบที่ 1 มีขั้นตอนและกิจกรรม

1. ขั้นวางแผน (plan) โดยการระดมสมองร่วมกันของทีมวิจัย เพื่อหาแนวทางไขปัญหาาร่วมกัน โดยส่งเสริมให้ใช้สมุนไพรพอกเข้า แนะนำการทำสมุนไพรพอกเข้า โดยใช้สมุนไพรพื้นบ้านที่หาง่ายในหมู่บ้าน ซึ่งเป็นสมุนไพรฤทธิ์เย็นช่วยลดอาการปวดได้ โดยอสม.และญาติ/ ผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นผู้นำออกมาจากภายในหมู่บ้าน เช่น ใบยอ ใบย่านาง และใบรางจืด โดยการนำสมุนไพรทั้ง 3 ชนิด มาคั้นน้ำผสมกับแป้งข้าวเจ้าและเกลือ (ในอัตราส่วน น้ำสมุนไพร : แป้ง : เกลือ ใช้ส่วนผสม 1 : 2.5 : 1/2 ส่วน) คลุกเคล้าเข้ากันจนได้แป้งเหนียว ร่วน นำมาใช้พอกเข้าเพื่อลดอาการปวดเข้า ซึ่งการพอกแต่ละครั้งพอกนาน 30 นาที วันละ 2 ครั้ง เข้า – เย็น ติดต่อกัน 10 วันหรือจนกว่าอาการปวดจะดีขึ้น ร่วมกับกายบริหารข้อเข้า หลังจากพอกเข้าจนอาการปวดลดลงแล้ว และร่วมกับการออกติดตามเยี่ยมบ้านเสริมพลัง

2. ขั้นปฏิบัติงาน (act) โดยการพอกเข้าด้วยสมุนไพร โดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสะอาด และ ผู้ช่วยแพทย์แผนไทยเป็นผู้ฝึกสอนให้คำแนะนำการทำสมุนไพรพอกเข้า และมีการฝึกกายบริหารเพื่อบริหารกล้ามเนื้อขาและรอบเข้า โดยได้รับการสนับสนุนวิทยากรจากนักกายภาพบำบัดโรงพยาบาลหนองเรือ

3. ขั้นสังเกตผลการปฏิบัติงาน (observe) โดยทีม อสม. ออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุเพื่อเสริมพลัง ให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล พร้อมทั้งให้ความ

ช่วยเหลือเมื่อประสบปัญหา หรือค้นหาปัญหาจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข้าเสื่อม โดยการซักถาม โดยใช้แบบสอบถามและการสังเกต

4. ขั้นสะท้อนผล (reflect) พบว่า จากการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข้าเสื่อมโดยชุมชนมีส่วนร่วม รพ.สต.โนนสะอาด อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ซึ่งผลการดำเนินงานในส่วนที่ 3 นี้ เป็นผลจากการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาใช้ในการ ดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข้าเสื่อม ดังนี้

ด้านบทบาทของผู้ร่วมวิจัย อสม. ติดตามเยี่ยมเสริมพลัง สท. ช่วยจัดหาแหล่งงบฯ กศน. ช่วยเสริมพลังให้กำลังใจแก่ผู้ดูแล ส่วนผู้นำช่วยอำนวยความสะดวก และพบว่าด้านความพึงพอใจ มีความพึงพอใจต่อกิจกรรมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 91.2 และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดกิจกรรมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 85.3

ด้านปัญหาอุปสรรคจากการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข้าเสื่อมโดยชุมชนมีส่วนร่วมที่นำไปใช้ในวงรอบที่ 1 นั้นพบว่า ปัญหาการพอกเข้าขาดความต่อเนื่อง กลุ่มผู้สูงอายุบางส่วนไม่มีคนทำยาพอกให้ บางส่วนหาสมุนไพรไม่ได้ /ไม่มีสมุนไพร และขาดความพร้อมในเรื่องของวัสดุสำหรับห่อหรือพันเข้าขณะพอก รวมทั้งสมุนไพรที่ใช้พอกเข้าแล้ว ไม่สามารถนำกลับมาใช้ซ้ำได้ เพราะแห้งติดเข้าและหล่นทิ้งไป ต้องเสียเวลาหาวัตถุดิบใหม่ทุกครั้ง จึงนำปัญหาที่ได้จากวงรอบที่ 1 มาพัฒนาต่อยอด รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมโดยชุมชนมีส่วนร่วม เป็น วงรอบที่ 2 ซึ่งมีการดำเนินการวิจัยระหว่าง เดือน ตุลาคม 2560 – มีนาคม 2561 โดยใช้ กระบวนการ PAOR ผลการวิจัยที่เกิดขึ้นใน **วงรอบที่ 2** คือ LUCKY model (L: Learning , U: Unity , C= Care, K= Keep in touch , Y= Yardstick) โดยมีขั้นตอนและกิจกรรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 (plan) คือ Learning มีการเรียนรู้ ร่วมกันของทีมวิจัย เรื่องการจัดหาถุงผ้าห่อ สมุนไพรมาใช้ โดยการใช้เศษผ้า ยางยืด และ แผ่นแปะดินตักแก มาตัดเย็บทำเป็นถุงผ้าห่อ สมุนไพรก่อนนำไปพอกเข้า หลังการพอกเสร็จ สามารถเก็บเข้าตู้เย็นและนำกลับมาใช้ซ้ำได้ ส่วนถุงผ้าใช้เสร็จนำไปซักเก็บไว้ใช้ได้อีกเช่นกัน

ขั้นตอนที่ 2 (act) คือ Unity มีการทำงาน ร่วมกันเป็นทีม โดยการฝึกและแนะนำวิธีใช้/เก็บ รักษาชุดถุงผ้ายางยืดห่อสมุนไพรเพื่อให้คง สภาพพร้อมที่จะนำกลับมาใช้พอกเข้าซ้ำได้อีก ภายใน 7 วันต่อชุดและมีเกิดทีมจิตอาสา ช่วยในการทำสมุนไพรพอกเข้าให้แก่ผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน

ขั้นตอนที่ 3 (observe) คือ Care โดยการติดตามดูแลสังเกตการณ์ ออก เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ และผู้ดูแล เยี่ยมเสริมพลังให้ กำลังใจ พร้อมกับเก็บรวบรวมข้อมูลการดำเนิน กิจกรรม และขั้นตอนที่ 4 (reflect) คือ Keep in touch จากการสะท้อนผลการใช้ถุงผ้าห่อ สมุนไพรพอกเข้า โดยการกระตุ้นให้มีการใช้ อย่างต่อเนื่อง เป็นประจำ จึงทำให้ได้รูปแบบที่เป็นมาตรฐาน (Yardstick) และสามารถ นำไปใช้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่า เสื่อมต่อไป ผลที่ได้จากการนำรูปแบบ LUCKY

model ไปใช้ พบว่า มีความสะดวกสบายยิ่งขึ้น เมื่อใช้ถุงผ้าห่อสมุนไพรพอกเข้า หลังการพอก เข้า ไม่มีรอยคราบแปดติดเข้า/ขา พอกเสร็จเก็บ ถุงผ้าห่อสมุนไพรไว้ในตู้เย็น และนำกลับมาใช้ ซ้ำได้อีก ทำให้เกิดความพึงพอใจ มีการพอกเข้า อย่างต่อเนื่อง

ตอนที่ 3 ผลการใช้รูปแบบการดูแล สุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมโดย การมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่าก่อนดำเนินการ อาการปวดเข้าของผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่า เสื่อมมีคะแนนของอาการปวดเข้าสูงสุดคือ 10 คะแนน และต่ำสุดคือ 4 คะแนน โดยมีคะแนน เฉลี่ยคือ 7.12 คะแนน (S.D.=2.28) และหลัง ดำเนินการมีคะแนนสูงสุดคือ 4 คะแนนและ คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยคือ 1.27 คะแนน (S.D.= 0.97) [คะแนนอาการ ปวดลดลง 5.85 คะแนน (95%CI: 1.07 ถึง 1.71 คะแนน; p-value < 0.001)] และพบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อกิจกรรม อยู่ใน ระดับสูง ร้อยละ 95.5 และการมีส่วนร่วมของ ชุมชนในการจัดกิจกรรมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 86.4

อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม โดยชุมชนมีส่วนร่วม ซึ่งพัฒนาขึ้น 2 วงรอบ ผลจากการใช้ รูปแบบ วงรอบที่ 1 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อ เข่าเสื่อม มีอาการปวดเข่าลดลง และการมีส่วนร่วม ของชุมชนในการจัดกิจกรรมอยู่ในระดับสูง แต่ก็ยังพบปัญหาการนำสมุนไพรพอกเข้าไปใช้ ของรูปแบบวงรอบที่ 1 คือ ปัญหาการพอกเข้า

ขาดความต่อเนื่อง ไม่มีคนทำสมุนไพรพอกเข้า ให้แก่ผู้สูงอายุ ไม่มีสมุนไพร และขาดความพร้อมในเรื่องของวัสดุสำหรับห่อหรือพันเข้าขณะพอก รวมทั้งสมุนไพรที่ใช้พอกเข้าแล้ว ไม่สามารถนำกลับมาใช้ซ้ำได้ เพราะแห้งติดเข้าและหล่นทิ้งไป ต้องเสียเวลาหาวัตถุดิบใหม่ทุกครั้ง จึงได้พัฒนาต่อยอดมาเป็น วงรอบที่ 2 และรูปแบบที่ได้ คือ LUCKY model (L: Learning ,U: Unity , C= Care, K= Keep in touch , Y= Yardstick) ซึ่งอำนวยความสะดวกสบายแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมากยิ่งขึ้น เพราะไม่ต้องเสียเวลา หาวัตถุดิบใหม่ทุกครั้ง มีชุดถุงผ้าห่อสมุนไพรพร้อมใช้ ไม่ยุ่งยาก ทำให้การพอกเข้ามีความต่อเนื่อง อาการปวดเข้าจึงลดลงมากกว่าเดิม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาปวดข้อ พบว่า อาการปวดข้อของผู้สูงอายุเกิดจากการใช้งานผิดวิธี , มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน และเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการขาดแนวทางในการดูแล ได้ใช้วิธีการประชุมระดมสมองหาแนวทาง วางแผนการดูแล และพัฒนาคู่มือการอบรม อสม. และแกนนำ ซึ่งดำเนินการโดยอบรม อสม.แกนนำ และมีการออกเยี่ยมบ้าน ให้ความรู้ และทำคู่มือการบริหารข้อ การประเมินผลหลังปฏิบัติการ 1 เดือน พบว่า ผู้สูงอายุสามารถบริหารข้อเข้าได้ด้วยตนเองและปรับวิถีชีวิตทำให้ปวดข้อเข้าลดลงและเคลื่อนไหวข้อเข้าได้ดีขึ้น⁵

จะเห็นได้ว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข้าเสื่อมโดยชุมชนมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้นนี้เป็นรูปแบบที่สามารถแก้ไข

ปัญหาอาการปวดข้อได้อย่างชัดเจนและมีการนำไปฝึกปฏิบัติ ร่วมกับมีการออกเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามผลและเยี่ยมเสริมพลังให้กำลังใจ ทำให้มีความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้อง ตลอดจนการได้กำลังใจจากผู้ดูแลและชุมชนเห็นความสำคัญส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดข้อลดลงและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สนับสนุนการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการลดอาการปวดข้อ และจัดหาวัสดุอุปกรณ์เสริมเพื่อความสะดวกในการนำไปใช้ ซึ่งหาได้ง่ายในหมู่บ้าน ราคาประหยัด และมีคุณภาพดี ตลอดจนสนับสนุนการบริการในสถานบริการระดับปฐมภูมิและเผยแพร่การใช้สมุนไพรอย่างถูกต้องและกว้างขวาง ร่วมกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมด้านอื่นๆ ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยการให้ความช่วยเหลือแนะนำของทีมาจารย์จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรขอนแก่น ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำข้อคิดเห็น ตรวจสอบ และแก้ไข งานวิจัยมาโดยตลอด ขอกราบขอบพระคุณท่านทศนีย์ ทินราช สาธารณสุขอำเภอหนองเรือ ที่กรุณาให้โอกาสและให้การสนับสนุนการดำเนินงานโครงการวิจัย ที่ได้ให้คำปรึกษาแนะนำในทุก ๆ ด้าน ตลอดจน ผู้นำชุมชน สมาชิกสภาเทศบาลตำบลโนนสะอาด ครูการศึกษาออกโรงเรียนศูนย์ตำบลโนนสะอาด ทุกท่าน ที่ให้ความสะดวก ด้านสถานที่ และการประสานงาน ในการ

ดำเนินโครงการวิจัยให้ผู้เขียนตลอดมา รวมถึงเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โนนสะอาด อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ทุกคนที่ให้ความร่วมมือ ช่วยเหลือด้านการเตรียมชุมชน

และให้กำลังใจมาโดยตลอด จนทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. .เอกชัย เพียรศรีวัชรา. ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุไทย ระบบดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิงบเทาพรรัฐเอกชน ท้องถิ่น ชุมชน, กระทรวงสาธารณสุข. 2557.
2. วิชาญ เกิดวิชัย,การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุปวดเข่า(เข่าเสื่อม จับโปงเข่า)ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย. 2559.
3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสะอาด. ทะเบียนคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ ปี 2560

4. Kemmis,S. Action research in prospect and retrospect. In S. Kemmis, C. Henry, C. Hook, & R. McTaggart (Eds.),The action research reader (pp.11–31).Geelong, Australia: Deakin University Press.1988
5. รัตนาวลี ภักดีสมัย, พนิษฐา พานิชชีวะกุล, การพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาปวดข้อเข่าของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบาก อำเภอจังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด. 2554.



วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

90/1 ถ.อนามัย อ.เมือง จ.ขอนแก่น

โทรศัพท์ : 0-4322-2741, 0-4322-3898, 0-4322-1770

โทรสาร : 0-4322-3898, 0-4322-1770 ต่อ 102

Email : jhscph@scphkk.ac.th