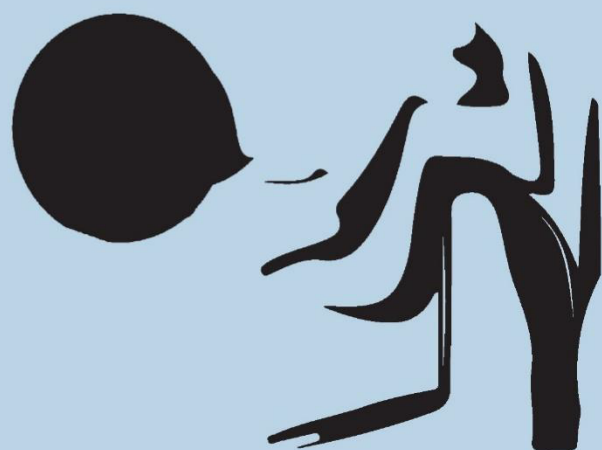




วารสารวิชาการ สาธารณสุขชุมชน

Academic
Journal of Community Public Health

Volume 11 Number 2 APRIL – JUNE 2025

ACPH

วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน Academic Journal of Community Public Health Volume 11 Number 2 APRIL – JUNE 2025

วารสารวิชาการ

สาธารณสุขชุมชน



วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน (Academic Journal of Community Public Health : AJCPH)

วัตถุประสงค์วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

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

ขอบเขตบทความตีพิมพ์

บทความตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชนควรสอดคล้องกับขอบเขตงานด้านสาธารณสุข สำหรับศตวรรษที่ 21 ได้แก่

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

สำนักงานกองบรรณาธิการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เลขที่ 120 หมู่ 3 ชั้น 2 - 4 อาคารรวมหน่วยงานราชการ ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550

ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210

E-mail: editorial.ajcph@gmail.com Website: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph>

คณะกรรมการวารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

คณะกรรมการที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ นพ.ประเวศ วะสี

นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ

นพ.ชูชัย ศรชำนิ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุปรียา อุดมยานนท์

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

รองศาสตราจารย์ นพ.สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ

นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

นพ.วีระวัฒน์ พันธุ์ครุฑ

ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

พญ.สุพัตรา ศรีวนิชชากร

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ทุกแห่ง

บรรณาธิการที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.นพ.ศาสตรี เสาวคนธ์

ศาสตราจารย์ ดร.นพ.วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์

ศาสตราจารย์ ดร.สธิกร พงศ์พานิช

รองศาสตราจารย์ ดร.สุพัตรา ขาติบุญชัย

รองศาสตราจารย์พิพัฒน์ ลักษณะจักรกุล

รองศาสตราจารย์ ดร.เฉลิมพล ดันสกุล

รองศาสตราจารย์ ดร.รัตนา สำโรงทอง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทร แสนไชยสุริยา

คณบดีคณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา

คณบดีสำนักวิชาสหเวชศาสตร์และสาธารณสุขศาสตร์

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

นายประพัทธ์ ไยบุญ

ดร.ธาดา วรธนกุล

นายสำราญ อนุกุล

นายชูวิทย์ ธาณี

มหาวิทยาลัยบูรพา

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

มหาวิทยาลัยมหิดล

มหาวิทยาลัยชินวัตร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

มหาวิทยาลัยทักษิณ

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

มหาวิทยาลัยนเรศวร

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

มหาวิทยาลัยบูรพา

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ประธานชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย

ประธานมูลนิธิเครือข่ายหมออนามัย

นายกสมาคมหมออนามัย

นายกสมาคมวิชาชีพสาธารณสุข

กองบรรณาธิการ

บรรณาธิการบริหาร

รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตย์พรต

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์บุญเรือง ขาวนวล

มหาวิทยาลัยทักษิณ

นายปริญญา ระลึก

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บรรณาธิการวิชาการ

รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

กองบรรณาธิการวิชาการ

รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน

มหาวิทยาลัยนเรศวร

รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์

มหาวิทยาลัยทักษิณ

รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตย์พรต

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รองศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ วรเดช

มหาวิทยาลัยทักษิณ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประจวบ แผลมหลัก

มหาวิทยาลัยพะเยา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิทยา ศรีเมือง

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรศักดิ์ พาจันท์

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ บุญเรือง ขาวนวล

มหาวิทยาลัยทักษิณ

ดร.รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ดร.ปริญญา จิตอร่าม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

ดร.กรรณิกา เรืองเดช ขาวสวนศรีเจริญ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

ดร.บัณฑิต วรรณประพันธ์

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา

ดร.อรทัย ศรีทองธรรม

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี

ดร.นภชา สิงห์วีระธรรม

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ฝ่ายจัดการ

ดร.ภัทรพล โพนไพรสันต์

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

นายปริญญา ระลึก

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

นายสมบัติ ชัดโพธิ์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

บรรณาธิการแถลง

เรียน ผู้นิพนธ์ ผู้อ่าน วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชนทุกท่าน

วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน ก้าวสู่ฉบับ ปีที่ 11 พร้อมเผยแพร่ผลงาน วิชาการ ผลงานวิจัยที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับเหตุการณ์ปัจจุบัน โดยฉบับนี้ ประกอบด้วยเนื้อหา เกี่ยวกับกระบวนการเตรียมความพร้อมในการจัดทำคำของบประมาณรายจ่ายประจำปีแบบบูรณาการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 การพัฒนากระบวนการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน โดยสมัชชาสุขภาพตำบลหนองเล็ง อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการของนักเรียนประถมศึกษา ในเขตพื้นที่อำเภอจุน จังหวัดพะเยา การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสมรรถนะทางกายในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลท่าศาลา อำเภอภูเรือ จังหวัดเลย การจัดการด้านความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการตามมาตรฐาน ESPReL กรณีศึกษาห้องปฏิบัติการเคมี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ด้วยเนื้อหาและบทความได้ให้ความสำคัญกับคุณภาพของบทความ ซึ่งแต่ละบทความผ่านการพิจารณา ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อให้ผลงานมีคุณภาพ สำหรับวารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน (Academic Journal of Community Public Health: AJCPH) อยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ขอขอบคุณผู้นิพนธ์ที่ให้ความไว้วางใจในการให้ทางวารสารฯ เป็นสื่อในการเผยแพร่ผลงานของท่านสู่สาธารณะ จึงขอเชิญทุกท่านส่งบทความมาตีพิมพ์เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ที่เกิดจากการวิจัยทางด้านสาธารณสุขต่อไป

กองบรรณาธิการ

วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

สารบัญ	หน้า Page	Contents
บทบรรณาธิการ		Editorial statement
1. กระบวนการเตรียมความพร้อมในการจัดทำคำขอ งบประมาณรายจ่ายประจำปีแบบบูรณาการของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดองค์การ บริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ปิยภรณ์ ภูฉลาด เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์	22	1. Process of Preparation for the Integrated Annual expenditure budget formulation of the Subdistrict Health Promoting Hospital under the Maha Sarakham Provincial Administrative Organization for the fiscal year 2025 Piyaporn Phuchalad Terdsak Promarak Surasak Thiabrithi
2. การพัฒนากระบวนการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน โดยสมัชชาสุขภาพตำบลหนองเล็ง อำเภอเมือง บึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ วนิดา พิลาดอน เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ ประชุมพร เล่าห์ประเสริฐ	35	2. The Development of Community Solid Waste Management Process By The Nong Loeng Subdistrict Health Assembly Mueang Bueng Kan District Bueng Kan Province Wanida Pilaon Theodsak Phromarak Prachumphon Laoprasert
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการของ นักเรียนประถมศึกษา ในเขตพื้นที่อำเภอจุน จังหวัด พะเยา ฐิติพร มังคลาด สมคิด จูหว่า	47	3. FACTORS ASSOCIATED WITH NUTRITIONAL STATUS OF PRIMARY SCHOOL STUDENTS IN CHUN DISTRICT, PHAYAO PROVINCE. Titiporn Mangkalad Somkid Juwa

สารบัญ	หน้า Page	Contents
4. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสมรรถนะทางกายในผู้สูงอายุ โดยการใช้มีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลท่าศาลา อำเภอรือเรื่อ จังหวัดเลย ณัฐธิดาภรณ์ เหมามูล สงครามชัย ลีทองดีสกุล สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์	62	4. Development of a Promotion Physical Fitness Model for Elderly by Community Participation, Thasala Sub-district, Phu Ruea District, Loei Province. Natthidaphon Ngaomoon Songkhamchai Leethongdissakul Surasak Thiabritthi
5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกและกล้ามเนื้อของเกษตรกร เพาะเห็ดหูหนูในกลุ่มวิสาหกิจชุมชนหมู่บ้านเชิงสะพาน จังหวัดราชบุรี อมลรดา รงค์ทอง สุธาสิณี พิชัยกาล มนัสวี จันทร์สาร มาริสา สันทวี	77	5. Factors associated with Musculoskeletal disorder prevention behavior of jelly mushroom farmers in Chong Saphan Village Community Enterprise, Ratchaburi Province. Amonrada Rongtong Suthasinee Phichaikan Manasawee Jansarn Marisa Sintawee
6. การจัดการด้านความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการตามมาตรฐาน ESPReL กรณีศึกษา ห้องปฏิบัติการเคมี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ปิยพร ศรีกงพาน ณัฐพัชร์ พิมพใจ เจนจิรา แพงจันทร์ เทพพร ดงเรืองศรี	86	6. Laboratory Safety Management in Accordance with ESPReL Standards : A case study of Chemistry Laboratory, Faculty of Public Health, Mahasarakham University Piyaporn Srikongpan Jenjira Pangjan Natthapat Pimjai Thepporn Dongruangsri

สารบัญ	หน้า Page	Contents
7. การสนับสนุนทางสังคมเพื่อการใช้ประโยชน์ภูมิปัญญาพืชสมุนไพรพื้นบ้านด้านการดูแลสุขภาพของประชาชนชุมชนสะलग – ชี้เหล็ก อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ สามารถ ใจเตี้ย ฉัตรศิริ วิภาวิน รุจีรัฐ นุภาพ	98	7. Social Support for the Utilization of Indigenous Herbal Wisdom in Health Care within the Saluang-Khilek Community, Mae Rim District, Chiang Mai Province. Samart Jitae Chatsiri wiphawin Rujeerat Nupap
8. ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา สุชาดา ทายะพิทักษ์	109	8. Effects of a self-care program combined with social support on health-promoting behaviors of pregnant women. Khlong Hoi Khong Hospital, Songkhla Province. Suchada Tayapitak
9. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ในมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร ธัญวรรณ เกิดดอนทราย นพโรจน์ วงศ์พัชรจรัส ชนินทร์พงศ์ สุขแสง	124	9. The factors associated with self-care behavior among public health students at a private university in Bangkok Thanyawan Kerddonsai Nopparote Wongpatcharajarus Chaninpong Suksawang

สารบัญ	หน้า Page	Contents
10. การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จังหวัดหนองบัวลำภู อมร ทองรักษ์	137	10. Development of long-term care system for elderly With network participation Nong Bua Lamphu Province. Amorn Thongrak
11. ผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพด้านการใช้สมุนไพรเป็นยาสามัญประจำบ้าน ของจิตอาสาในชุมชนกองขยะหนองแขม เขตหนองแขม กรุงเทพมหานคร รัชดาภรณ์ บัวมหากุล ธันวา บัวมหากุล	151	11. The Effect of the Program Development for Potential of Using Herbal Medicine as a Common Household Remedy among Volunteers in the Nong Khaem Garbage Dump Community, Nong Khaem District, Bangkok. Ratchadaphon Buamahakul Thanwa Buamahakul
12.ความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สถานีสุขภาพ จิตติศักดิ์ ศุภสกุลวัฒน์	163	12. Hypertensive patients' blood pressure at health station Thitisak Supasakulwat
13. การพัฒนาระบบการขออนุญาตจัดกิจกรรมหรือพิธีการทางสังคมตามประเพณีนิยมในสถานการณ์การระบาดโรคโควิด-19 แบบออนไลน์ ด้วย e-Signature ดำรงค์ สีระสูงเนิน อนุชา เรืองอมรวิวัฒน์ ประเสริฐ เก็มประโคน	172	13. Development of an Online Permit Request System for Traditional Social Events During the COVID-19 Pandemic Using e-Signature Damrong Seerasungnern Anucha Ruangamornwiwat Prasert Kemprakon

สารบัญ	หน้า Page	Contents
14. ปัจจัยที่มีผลต่อการลดและการแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือน ในเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลโป่งผา อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย เอกพงศ์ ภิรมย์วงศ์ ประจวบ แหลมหลัก อรรณย์ภัค พิทักษ์พงษ์	188	14. FACTORS AFFECTING HOUSEHOLD WASTE REDUCTION AND SEPARATION IN PONGPHA SUBDISTRICT, MAESAI DISTRICT, CHIANGRAI PROVINCE Aekapong Phiromvong Prachuab Lamluk Arunkpak Pitakpong

Received: 9 Oct.2024, Revised: 17 Jan. 2025

Accepted: 5 Jan. 2025

บทความวิชาการ

กระบวนการเตรียมความพร้อมในการจัดทำคำของบประมาณรายจ่ายประจำปีแบบบูรณาการ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ปิยภรณ์ ภูฉลาด^{1*}, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์², สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์³

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการเตรียมความพร้อมในการจัดทำคำของบประมาณรายจ่ายประจำปีแบบบูรณาการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคามในการจัดทำคำขอปีงบประมาณปี พ.ศ. 2568 กลุ่มเป้าหมายเลือกมาแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้รับผิดชอบจัดทำคำขอของบประมาณหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย และผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 33 คน และ 2) ผู้รับผิดชอบแผนงบประมาณ รพ.สต. จำนวน 121 คน กระบวนการวิจัยมี 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) ขั้นวางแผน 2) ขั้นปฏิบัติการ 3) ขั้นการสังเกต และ 4) ขั้นการสะท้อนผล โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Wilcoxon Matched-pairs Signed Rank และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาบริบทของการจัดเตรียมงบประมาณก่อนดำเนินการพบว่า มีปัญหาขาดข้อมูล ความรู้ ขั้นตอนแนวทาง การประสานงานยังไม่ต่อเนื่อง การสื่อสารยังไม่ชัดเจน ผลการศึกษาพัฒนาการเตรียมความพร้อมในการจัดทำงบประมาณตามแผนพบว่า มีกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดทำแผน มีการจัดทำ (ร่าง) คณะทำงาน มีการพัฒนาโดยจัดทำคู่มือ กำหนดช่วงเวลาในการดำเนินการ จัดทำแผนภูมิผังการดำเนินงานของแต่ละหน่วยงาน และมีการเพิ่มช่องทางการสื่อสาร ผลการศึกษาลงทุนพัฒนาพบว่า กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการจัดทำงบประมาณ บทบาท การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจเพิ่มขึ้น โดยผู้รับผิดชอบแผนและงบประมาณมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจแตกต่างจากก่อนพัฒนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value= 0.019) การศึกษาครั้งนี้พบว่ากระบวนการเตรียมความพร้อมในการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปีแบบบูรณาการของ รพ.สต. ประกอบด้วย 1) การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์หลัก 2) การรวบรวมข้อมูลประมาณการและสมมติฐานตามแผนภารกิจหน่วยงานแต่ละด้าน 3) การเตรียมแบบจำลองให้ผู้รับผิดชอบโดยรวมได้ปรับเปลี่ยน และ 4) การมีร่างเอกสารข้อมูลส่งให้กองยุทธศาสตร์และงบประมาณของ อบจ. โดยผลของการเตรียมความพร้อมทำให้เกิด 1) การจัดทำคำสั่งคณะทำงาน 2) มีคู่มือการดำเนินการจัดทำคำของบประมาณ และการกำหนดช่วงเวลาในการดำเนินการ 3) มีผังกำหนดขั้นตอนและเวลาดำเนินงาน และ 4) มีการแชร์แบบฟอร์มข้อมูลร่วมกันผ่านช่องทางทั้งทางจัดและออนไลน์ระหว่าง รพ.สต. กับผู้รับผิดชอบตามภารกิจ ซึ่งการศึกษานี้พบปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การมีส่วนร่วมของทุกระดับในองค์กร มีการติดตามข้อมูลเป็นระยะ และการประสานงานกันอย่างสม่ำเสมอ

คำสำคัญ : กระบวนการเตรียมความพร้อม, การจัดทำงบประมาณ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, องค์การบริหารส่วนจังหวัด

^{1*}นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

²อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

*Corresponding author E-mail: Piyapam91@gmail.com

Review Article

Process of Preparation for the Integrated Annual expenditure budget
formulation of the Subdistrict Health Promoting Hospital under the
Maha Sarakham Provincial Administrative Organization for the
fiscal year 2025

Piyaporn Phuchalad^{1*}, Terdsak Promarak², Surasak Thiabrithi³

Abstract

This participatory action research aimed to studying the process of preparation for the integrated annual expenditure budget formulation of the Subdistrict Health Promoting Hospital (SHPH) under the Maha Sarakham Provincial Administrative Organization for the budget proposal fiscal year 2025. The target groups were selected purposefully and divided into two groups: 1) the individuals responsible for preparing the budget request or those assigned to the task, and relevant stakeholders, totaling 33 people; and 2) the individuals responsible for the budget plan of the SHPH, totaling 121 people. The research process consisted of 4 steps: 1) Planning phase, 2) Action phase, 3) Observation phase, and 4) Reflection phase. Data were collected through focus group discussions and questionnaires, analyzed quantitatively using descriptive statistics and inferential statistics, including Wilcoxon Matched-pairs Signed Rank test, and qualitatively using content analysis. The study's findings on the context of budget preparation before the implementation showed that there were issues such as a lack of data, knowledge, steps, and coordination that were not continuous, and communication was unclear. The study results on the development of the preparation process according to the plan showed progress by drafting a working group, conducting knowledge-sharing activities, creating manuals, setting a timeline for implementation, adding communication channels, and creating flowcharts for the operations of each unit. After the development, the results showed that the target groups had increased mean scores in knowledge, roles, participation, and satisfaction. The individuals responsible for the plan and budget showed a statistically significant difference in satisfaction scores before the 0.05 level (p-value = 0.019). The success factors identified in this study were the involvement of all levels of the organization, regular data tracking, and consistent coordination.

Keywords: Preparation process, Budgeting, Subdistrict Health Promotion Hospitals, Provincial Administrative Organization

^{1*} Master's degree students in Public Health at Mahasarakham University.

² Lecturer, Faculty of Public Health Maha Sarakham University.

³ Asst Prof. Faculty of Public Health Maha Sarakham University.

*Corresponding author E-mail: Piyapam91@gmail.com

บทนำ

มาตรา 250 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560¹ ได้บัญญัติให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีหน้าที่และอำนาจดูแล จัดทำบริการสาธารณะและกิจกรรมสาธารณะ เพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นตามกฎหมายที่มีบทบัญญัติเกี่ยวกับกลไกและขั้นตอนในการกระจายหน้าที่และอำนาจ ตลอดจนงบประมาณ บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับหน้าที่และอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และมีประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ลงวันที่ 5 ตุลาคม พ.ศ. 2564 เพื่อให้ อบจ. มีหน้าที่ และอำนาจเกี่ยวกับการป้องกันและบำบัดโรค การส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชน การรักษาพยาบาลอย่างง่าย การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์และการคุ้มครองผู้บริโภค โดยให้ได้รับการจัดสรรงบประมาณจากรัฐอย่างเหมาะสม ไม่ก่อให้เกิดภาระทางการเงินการคลังแก่ อบจ. ซึ่งในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ได้มี อบจ. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินความพร้อมเพื่อรองรับการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. จำนวน 49 จังหวัด² โดยแนวทางการบริหารภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ แบ่งเป็นการดำเนินการด้านโครงสร้างองค์กร การดำเนินการด้านงานบุคคล การดำเนินการด้านงบประมาณการเงินและบัญชี การบริหารภารกิจด้านสาธารณสุขมูลฐานและการจัดการปฐมภูมิ การกำกับ ติดตามและประเมินผล¹

ทั้งนี้ อบจ. มหาสารคาม ได้ขอรับถ่ายโอน รพ.สต. จำนวน 128 แห่ง เมื่อปี พ.ศ. 2566 และขอรับถ่ายโอน รพ.สต. 47 แห่ง ในปีงบประมาณ 2568 มาเป็นหน่วยงานในสังกัดส่วนราชการกองสาธารณสุข อบจ. มหาสารคาม ซึ่งแหล่งรายได้การดำเนินการถ่ายโอน รพ.สต. ของ อบจ. มีส่วนหนึ่งที่เป็นงบประมาณรายจ่ายประจำปีตามกฎหมายว่าด้วยการกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) เงินอุดหนุนทั่วไปสำหรับสนับสนุนการถ่ายโอนบุคลากร (เงินเดือนและสวัสดิการ) 2) เงินอุดหนุนทั่วไปสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการให้บริการสาธารณสุขของ รพ.สต. ที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่ อบจ. อุดหนุนเป็นงบดำเนินงาน (เงินบำรุง) และ 3) เงินอุดหนุนเฉพาะกิจสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการให้บริการด้านสาธารณสุขของ รพ.สต. ที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่ อบจ. โดยเป็นงบประมาณอุดหนุนค่าครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง

เมื่อสำนักงบประมาณ แจ้งแนวทางการจัดทำงบประมาณและปฏิทินฯ การจัดทำรายละเอียดค่าของงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ตามมติที่ประชุมคณะรัฐมนตรีแล้วนั้น ฝ่ายงบประมาณและเงินอุดหนุน กองยุทธศาสตร์และงบประมาณ จะประสานงานกับส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง โดยกองสาธารณสุขมีผู้รับผิดชอบ ซึ่งเป็นคณะทำงานในการจัดทำงบประมาณเงินอุดหนุนฯ จำนวน 3 คน และเจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขร่วมกับผู้แทน รพ.สต. จะช่วยประสานขอข้อมูลในการเตรียมความพร้อมการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปี ของ รพ.สต. จากส่วนราชการที่เกี่ยวข้องใน อบจ. และจาก รพ.สต. โดยให้กรอกข้อมูลผ่าน Google Sheet และสื่อสารผ่านช่องทางแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อจะได้ดำเนินการในการจัดทำค่าของงบประมาณต่อไป แต่มีปัญหาต้องนำรายการครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้างเพิ่มเติมในแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ บรรจุในแผนพัฒนาท้องถิ่นให้ครบถ้วนและให้เกิดความครอบคลุมกับ รพ.สต. นอกจากนี้ยังมีรายละเอียดที่ รพ.สต. จะต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับบุคลากรที่เป็นปัจจุบัน ครบถ้วน ครอบคลุมปีงบประมาณที่ขอข้อมูลพื้นฐานด้านสาธารณสุข ข้อมูลอื่น ๆ ที่เป็นข้อเท็จจริงในการใช้เป็นเอกสารประกอบการพิจารณาคำขอ และข้อมูลที่ได้จากการดำเนินงานร่วมกันระหว่างส่วนราชการของ อบจ. มหาสารคาม โดยบุคลากร รพ.สต. ยังขาดความรู้ ความชัดเจนของแนวทางปฏิบัติในการเตรียมความพร้อมการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปีของ รพ.สต. ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต.³ ส่งผลกระทบให้ยังไม่สามารถดำเนินการในการจัดทำค่าขอได้ครบถ้วน สมบูรณ์ตามหลักเกณฑ์ ประกอบกับขั้นตอนการจัดเตรียมมีข้อจำกัดตามห้วงเวลาที่สำนักงบประมาณกำหนด ดังกล่าว จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการเตรียมความพร้อมในการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปีของ รพ.สต. ในสังกัด อบจ. มหาสารคาม โดยการวิจัยในครั้งนี้ มี

วัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการเตรียมความพร้อมในการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปีแบบบูรณาการของ รพ.สต. ในสังกัด อบจ. มหาสารคาม โดยผลการศึกษาที่ได้จะเป็นแนวทางในการจัดทำงบประมาณรายจ่ายขององค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคามต่อไป

วัตถุประสงค์

- 1) ศึกษาสภาพปัญหาการเตรียมความพร้อมในการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปีของ รพ.สต. ในสังกัด อบจ. มหาสารคาม
- 2) พัฒนาการเตรียมความพร้อมในการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปีแบบบูรณาการของ รพ.สต. ในสังกัด อบจ. มหาสารคาม
- 3) ศึกษาผลการเตรียมความพร้อมในการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปีแบบบูรณาการของ รพ.สต. ในสังกัด อบจ. มหาสารคาม
- 4) ศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จการเตรียมความพร้อมในการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปีแบบบูรณาการของ รพ.สต. ในสังกัด อบจ. มหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (PAOR) คือ ขั้นที่ 1 การวางแผน (Planning) ขั้นที่ 2 การปฏิบัติ (Action) ขั้นที่ 3 การสังเกตผล (Observation) ขั้นที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) มีระยะเวลาของการศึกษา ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2567 รวมระยะเวลา 1 ปี

ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

ประชากรที่ใช้เป็นกลุ่มเป้าหมาย เป็นบุคลากรในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 2 กลุ่ม ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย

1. ผู้รับผิดชอบจัดทำคำของบประมาณ/ ผู้ที่ได้รับมอบหมาย และผู้เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ผู้บริหารหัวหน้าส่วนราชการ/ หัวหน้าส่วนราชการ อบจ. มหาสารคาม, หัวหน้าฝ่าย, ผู้ปฏิบัติงาน อบจ. มหาสารคาม, อนุกรรมการด้านยุทธศาสตร์ ประกันสุขภาพ ข้อมูลสารสนเทศ และคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ รวมทั้งสิ้นจำนวน 33 คน
2. ผู้รับผิดชอบแผนและงบประมาณโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย ผู้อำนวยการสอนจำนวน 1 คน, ผู้อำนวยการ รพ.สต. รวมทั้งสิ้นจำนวน 121 คน

เกณฑ์คัดเลือกผู้ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

1. กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกเข้าในการศึกษา (Inclusion Criteria) ผู้รับผิดชอบจัดทำคำของบประมาณ/ ผู้ที่ได้รับมอบหมายและผู้เกี่ยวข้อง คือ เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน อบจ. มหาสารคาม, ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการจัดทำคำของบประมาณและอยู่ในพื้นที่วิจัย และผู้รับผิดชอบแผนงบประมาณโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือ เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. สังกัดกองสาธารณสุข อบจ. มหาสารคาม, เป็น ผอ.รพ.สต.ผู้รับผิดชอบแผนและงบประมาณ รพ.สต. และอยู่ในพื้นที่วิจัย

2. กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกรับเข้าศึกษา (Exclusion Criteria) ของกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่ม คือ ย้ายโอนไปช่วยราชการพื้นที่อื่น ลาออก ในระหว่างการการศึกษา, ไม่ยินยอมให้เก็บข้อมูลในระหว่างการการศึกษา และมีตำแหน่งซ้ำกับตำแหน่งที่ได้รับผิดชอบหลักหรือคำสั่งมอบหมาย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลการวิจัยเชิงปริมาณเป็นแบบสอบถาม จำนวน 2 ชุด ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 ใช้สำหรับผู้รับผิดชอบจัดทำคำของบประมาณ/ ผู้ที่ได้รับมอบหมาย และผู้เกี่ยวข้อง: ประกอบด้วยผู้บริหารหัวหน้าส่วนราชการ/ หัวหน้าส่วนราชการ อบจ. มหาสารคาม หัวหน้าฝ่าย ผู้ปฏิบัติงาน อบจ. มหาสารคาม อนุกรรมการด้านยุทธศาสตร์ ประกันสุขภาพ ข้อมูลสารสนเทศ และคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ โดยแบบสอบถาม เรื่อง การดำเนินการเตรียมความพร้อมในการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปีแบบบูรณาการ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ชุดนี้ ลักษณะเป็นคำถามแบบเลือกตอบ หรือคำถามปลายเปิด โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน () และเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร เป็นคำถามแบบเลือกตอบ หรือคำถามปลายเปิด จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ สถานภาพสมรส อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำคำของบประมาณ หน่วยงาน

ส่วนที่ 2 ความรู้การเตรียมความพร้อมในการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปี รพ.สต. มีลักษณะคำถามเป็นแบบปรนัย จำนวน 15 ข้อ โดยข้อคำถามมี 2 ตัวเลือก เลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดได้เพียงข้อเดียว คือ ใช่ และไม่ใช่ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-15 คะแนน

ส่วนที่ 3 บทบาทในการเตรียมความพร้อมในการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปีของ รพ.สต. จำนวน 15 ข้อ ซึ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีบทบาทในการเตรียมความพร้อมเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน 1-3 คะแนน

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการเตรียมความพร้อมในการจัดทำงบประมาณรายจ่าย ประจำปี รพ.สต. จำนวน 15 ข้อ ซึ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) การมีส่วนร่วม เป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน 1-3 คะแนน

ส่วนที่ 5 ความพึงพอใจในการเตรียมความพร้อมในการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปีของ รพ.สต. จำนวน 15 ข้อ ซึ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ความพึงพอใจ เป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน 1-3 คะแนน

ชุดที่ 2 ใช้สำหรับผู้รับผิดชอบแผนและงบประมาณโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: ประกอบด้วย ผอ.สอ.น. จำนวน 1 แห่ง และ ผอ.รพ.สต. โดยแบบสอบถาม เรื่อง การเตรียมความพร้อมในการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปีแบบบูรณาการ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ชุดนี้/ แบบสอบถามออนไลน์ Google Form ลักษณะเป็นคำถามแบบเลือกตอบ หรือคำถามปลายเปิด โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน () และเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง ประกอบด้วย 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร เป็นคำถามแบบเลือกตอบ หรือคำถามปลายเปิด จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ สถานภาพสมรส อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ประสบการณ์เกี่ยวกับงานแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่/ แผนพัฒนาท้องถิ่น และเงินอุดหนุน

ส่วนที่ 2 ความรู้การเตรียมความพร้อมในการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปี รพ.สต. มีลักษณะคำถามเป็นแบบปรนัย จำนวน 15 ข้อ โดยข้อคำถามมี 2 ตัวเลือก เลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดได้เพียงข้อเดียว คือ ใช่ และไม่ใช่ มีช่วงคะแนน 0-15 คะแนน

ส่วนที่ 3 บทบาทในการเตรียมความพร้อมในการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปีของ รพ.สต. จำนวน 15 ข้อ ซึ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) บทบาทเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน 1-3 คะแนน

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมเตรียมความพร้อมในการจัดทำงบประมาณรายจ่าย ประจำปี รพ.สต. จำนวน 15 ข้อ ซึ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) การมีส่วนร่วม เป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน 1-3 คะแนน

ส่วนที่ 5 ความพึงพอใจในการเตรียมความพร้อมในการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปีของ รพ.สต. จำนวน 15 ข้อ ซึ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ความพึงพอใจ เป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน 1-3 คะแนน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบบันทึกการประชุมเชิงปฏิบัติการ แบบบันทึกการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และแบบบันทึกการถอดบทเรียน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือเชิงปริมาณและคุณภาพมีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และทดสอบความเชื่อมั่น โดยเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างได้ผลดังนี้

ชุดที่ 1 สำหรับผู้รับผิดชอบจัดทำคำของบประมาณ/ ผู้ที่ได้รับมอบหมาย และผู้เกี่ยวข้อง ด้านความรู้การเตรียมความพร้อมในการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปี รพ.สต. มีค่าความเชื่อมั่น 0.76 ด้านบทบาทการเตรียมความพร้อมในการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปี รพ.สต. มีค่าความเชื่อมั่น 0.94 ด้านการมีส่วนร่วมเตรียมความพร้อมในการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปี รพ.สต. มีค่าความเชื่อมั่น 0.95 และความพึงพอใจการเตรียมความพร้อมในการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปี รพ.สต. มีค่าความเชื่อมั่น 0.92

ชุดที่ 2 สำหรับผู้รับผิดชอบแผนและงบประมาณโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีค่าความเชื่อมั่น 0.97 โดยด้านความรู้การเตรียมความพร้อมในการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปี รพ.สต. มีค่าความเชื่อมั่น 0.71 ด้านบทบาทการเตรียมความพร้อมในการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปี รพ.สต. มีค่าความเชื่อมั่น 0.94 ด้านการมีส่วนร่วมเตรียมความพร้อมในการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปี รพ.สต. มีค่าความเชื่อมั่น 0.97 และ ด้านความพึงพอใจการเตรียมความพร้อมในการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปี รพ.สต. มีค่าความเชื่อมั่น 0.97

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ เก็บแบบสอบถาม/ แบบสอบถามออนไลน์ Google Form จากกลุ่มเป้าหมาย ก่อนและหลังพัฒนา

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลการสนทนากลุ่มของกลุ่มเป้าหมาย จากแบบบันทึก

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยใช้ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ บทบาท การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจในการเตรียมความพร้อมในการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปี รพ.สต. ของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีการใช้สถิติที่ใช้ทดสอบ Wilcoxon Matched-pairs Signed Rank Test (กรณีแจกแจงไม่ปกติ) ก่อนและหลังการพัฒนา

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยนำข้อมูลจัดกลุ่มตามประเด็น วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) สังเคราะห์เชิงระบบ (Systematic Synthesis) และดำเนินการตรวจสอบสามเส้าของข้อมูล (Data Triangulation) เพื่อวิเคราะห์ข้อค้นพบ และสรุปสาระสำคัญ

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ ได้ดำเนินการภายใต้หลักจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ โดยได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ใบรับรองอนุมัติเลขที่ 336-358/2567 ลงวันที่ 19 มิถุนายน 2567

ผลการวิจัย

1. ผลของสภาพปัจจุบันและปัญหาการเตรียมความพร้อมในการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปีของ รพ.สต. ในสังกัด อบจ. มหาสารคาม

ส่วนราชการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเตรียมความพร้อมในการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปีของ รพ.สต. ในสังกัด อบจ. มหาสารคาม ได้แก่ 1) กองสาธารณสุข 2) กองยุทธศาสตร์และงบประมาณ 3) กองการเจ้าหน้าที่ 4) กองคลัง 5) กองช่าง และ 6) สอน., รพ.สต. สังกัดกองสาธารณสุข อบจ.มหาสารคาม รวมจำนวนทั้งสิ้น 128 แห่ง ซึ่งที่ผ่านมานั้น อบจ. มหาสารคาม ได้รับงบประมาณเงินอุดหนุนที่จัดสรรให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจากสำนักงานงบประมาณ ในการจัดทำคำขอของงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 มีจำนวน 2 รายการ ได้แก่ งบเงินเดือนและสวัสดิการ งบดำเนินงาน (เงินบำรุง) ส่วนงบครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้างยังไม่สามารถดำเนินการในการจัดทำคำขอได้ เนื่องจากต้องบรรจุในแผน พัฒนาท้องถิ่น รวมถึงจะต้องให้ข้อมูลในการจัดทำคำขอต่าง ๆ ให้ครบถ้วน สมบูรณ์เสียก่อน

ผลขั้นที่ 1 การวางแผน (Planning) ดังนี้ 1) กิจกรรมประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1 เพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหาการเตรียมความพร้อมในการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปี มีดังนี้ หน่วยรับงบประมาณ คือ อบจ. ซึ่งกองสาธารณสุข เป็นผู้ขอในระบบ BBL โดยข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลปัญหาและความต้องการต้องมาจาก รพ.สต. ซึ่งเป็นหน่วยงานย่อย แต่ยังขาดข้อมูล ข้อมูลบางส่วนไม่อัปเดต ขาดความรู้รายละเอียดประเด็นที่จะต้องจัดทำในการให้ข้อมูล ซึ่งจะต้องครบถ้วน ครบรอบคลุมปีของงบประมาณ ทันในเวลาที่จำกัด และขาดขั้นตอนแนวทาง Timeline ในการเตรียมเอกสารประกอบการพิจารณาของสำนักงานงบประมาณร่วมกับหน่วยงานของ อบจ.ที่เกี่ยวข้องให้พร้อม เช่น งบประมาณการรายการครุภัณฑ์สิ่งก่อสร้าง การเพิ่มเติมแผน และระบบประสานงานยังไม่ต่อเนื่อง การสื่อสารยังไม่ชัดเจน ขาดผู้เชี่ยวชาญช่วยแนะนำ รวมถึงยังไม่มีขั้นตอนทางการในการพิจารณาเรียงลำดับความสำคัญเร่งด่วนรายการขอเงินอุดหนุนเฉพาะกิจร่วมกัน ซึ่งเป็นหน้าที่ของทุกคนต้องร่วมกันบูรณาการ จัดเตรียม จัดหา และลงข้อมูลเพิ่มเติมช่วยกัน การสื่อสารที่ชัดเจนให้แก่ รพ.สต. ประสานงานต่าง ๆ จากเจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขแล้วจึงส่งข้อมูลเพื่อดำเนินการจัดทำคำขอเสนอออกยุทธศาสตร์ในภาพรวม อบจ. ซึ่งส่วนราชการแต่ละแห่งมีส่วนที่เกี่ยวข้องในแต่ละด้านแตกต่างกัน

ในการกิจของ รพ.สต. เช่น ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านการคลัง ด้านโครงสร้างพื้นฐานด้านการบริการ ด้านการบริหาร ด้านการอำนวยการ แต่ยังไม่เพียงพอในการใช้เป็นแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน และได้จัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกันโดยมีรูปแบบหรือวิธีการ และการจัดทำแผนงานแต่ละหน่วยงานในการเตรียมความพร้อมจัดทำงบประมาณของภารกิจ รพ.สต. ในแต่ละด้าน 2) จากกิจกรรมประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 2 การวางแผนรูปแบบหรือวิธีการ และการจัดทำแผนงาน โครงการ และกิจกรรม ที่ประชุมมีมติกำหนด 5 กิจกรรม เพื่อนำมาใช้เป็นแผนปฏิบัติการร่วมกัน และ 3) กิจกรรมวิเคราะห์ข้อมูลก่อนการพัฒนา ดังนี้ ลักษณะทางประชากรกลุ่มเป้าหมายผู้รับผิดชอบจัดทำคำขอ งบประมาณ/ ผู้ที่ได้รับมอบหมายและผู้เกี่ยวข้องส่วนใหญ่ มีเพศชาย (ร้อยละ 60.61) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 66.67) อายุ 41-50 ปี (ร้อยละ 42.43) ระดับการศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 66.67) ตำแหน่งข้าราชการ/ พนักงานท้องถิ่น ปฏิบัติงานที่ อบจ. (ร้อยละ 42.43) ระยะเวลาปฏิบัติงาน 21 ปี ขึ้นไป (ร้อยละ 48.49) เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดทำคำขอ งบประมาณ (ร้อยละ 84.85) และเป็นหน่วยงาน รพ.สต. (ร้อยละ 24.24) และกองสาธารณสุข (ร้อยละ 21.21) แลลักษณะทางประชากรกลุ่มเป้าหมายผู้รับผิดชอบแผนและงบประมาณโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนใหญ่ มีเพศหญิง (ร้อยละ 51.24) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 67.77) อายุ 51-60 ปี (ร้อยละ 54.55) ระดับการศึกษา ปริญญาตรี (ร้อยละ 73.55) ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข (ร้อยละ 50.41) ระยะเวลาปฏิบัติงาน 21 ปี ขึ้นไป (ร้อยละ 78.51) เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับงานแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่/ แผนพัฒนาท้องถิ่น และเงินอุดหนุน (ร้อยละ 98.35)

ผลขั้นที่ 2 การปฏิบัติ (Action) มี 5 กิจกรรม ดังนี้ (1) จัดตั้ง (ร่าง) คณะทำงานผู้รับผิดชอบภารกิจแต่ละด้าน และมีคณะผู้แทน รพ.สต. แต่ละอำเภอช่วยกลั่นกรอง และพิจารณาเรียงลำดับความสำคัญเร่งด่วนรายการเงินอุดหนุนเฉพาะกิจ (2) แบบฟอร์มโปรแกรม/ แบบฟอร์มออนไลน์) มาช่วยในการลงข้อมูล และแชร์ข้อมูลร่วมกัน ทำให้เกิดการบูรณาการความรู้ รวมถึงข้อมูลภารกิจของแต่ละหน่วยงาน เพื่อใช้เตรียมความพร้อมในการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปีแบบบูรณาการของ รพ.สต. ในสังกัด อบจ. มหาสารคาม (3) มีการสื่อสารทั้งทางการและไม่เป็นทางการผ่านช่องทางออนไลน์ต่าง ๆ ทำให้เกิดความชัดเจน ทัวถึง และรวดเร็ว รวมถึงสื่อสารจาก ผอ.กองสาธารณสุข เพื่อให้ รพ.สต. ทุกแห่งทราบและปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน และมีช่องทางติดต่อเพื่อปรึกษากับผู้รับผิดชอบตามภารกิจในแต่ละด้าน (4) จัดทำคู่มือให้ความรู้แก่ รพ.สต. และผู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดทำคำขอ งบประมาณ โดยมีไฟล์คู่มือให้ความรู้ และไฟล์ตัวอย่างในการนำไปปรับใช้ให้กับ รพ.สต. และผู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดทำคำขอ งบประมาณในการใช้เตรียมความพร้อมในการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปีแบบบูรณาการของ รพ.สต. ในสังกัด อบจ. มหาสารคาม (5) กิจกรรมประชุมชี้แจง/ อบรมเชิงปฏิบัติการในการให้ความรู้แก่ รพ.สต. ในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ แผนพัฒนาท้องถิ่น 5 ปี ของ อบจ.มหาสารคาม รวมถึงความรู้ที่เกี่ยวข้องกับแผนและงบประมาณ รพ.สต. อื่น ๆ ทำให้เกิดความเข้าใจในการจัดทำแผนของเจ้าหน้าที่ และความช่วยเหลือด้านการจัดทำแผนงบประมาณ ของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ใช้เวลา 1 วัน รูปแบบ Onsite ซึ่งอาจจะมีการจัดประชุมรูปแบบ Online เพิ่มเติมได้ และการจัดทำแผนงานแต่ละหน่วยงานในการเตรียมความพร้อมจัดทำงบประมาณของภารกิจ รพ.สต. ในแต่ละด้าน (Timeline และ Flowchart แผนงานแต่ละด้าน) ที่ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการเตรียมความพร้อมในการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปีแบบบูรณาการของ รพ.สต. ในสังกัด อบจ. มหาสารคาม

ผลขั้นที่ 3 การสังเกตผล (Observation) มี 2 กิจกรรม ดังนี้ 1) มีการติดตามผลกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ โดยผู้รับผิดชอบจัดทำคำขอ งบประมาณ/ ผู้ที่ได้รับมอบหมาย และผู้เกี่ยวข้อง สทนากลุ่มในการแสดงความคิดเห็นในสิ่งที่เกิดขึ้น โดยระยะก่อนดำเนินการยังพบสภาพปัญหาของการเตรียมความพร้อมในการจัดทำงบประมาณ

รายจ่ายประจำปี ระยะการดำเนินงานได้จัดทำตามแผนปฏิบัติการโดยใช้รูปแบบหรือวิธีการต่าง ๆ และมีกิจกรรมประชุมชี้แจง/อบรมให้ความรู้ และจัดทำแผนงานแต่ละหน่วยงานตามภารกิจ และระยะเสร็จสิ้นกระบวนการหรือการทำงานทำให้เข้าใจ และทราบปัญหาระหว่างหน่วยงานร่วมกัน และเข้าใจกระบวนการทำงานในการเตรียมความพร้อมจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปีแบบบูรณาการของ รพ.สต. ในสังกัด อบจ. มหาสารคามมากขึ้น และ 2) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ บทบาท การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจในการเตรียมความพร้อมในการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปี รพ.สต. ผลการศึกษาค้นคว้าการเตรียมความพร้อมพบว่าหลังการพัฒนา 2 กลุ่มเป้าหมาย พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ บทบาท การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจเพิ่มขึ้น โดยผู้รับผิดชอบแผนและงบประมาณมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจจากก่อนพัฒนาแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีการใช้สถิติที่ใช้ทดสอบ Wilcoxon Matched-pairs Signed Rank Test (กรณีแจกแจงไม่ปกติ) ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ความรู้, บทบาท, การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจของกลุ่มเป้าหมายผู้รับผิดชอบจัดทำคำของบประมาณ/ ผู้ที่ได้รับมอบหมาย และผู้เกี่ยวข้อง ก่อนและหลังพัฒนาแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value= 0.495, p-value= 0.901, p-value= 0.837 และ p-value= 0.638 ตามลำดับ) และความรู้, บทบาท และการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายผู้รับผิดชอบแผนและงบประมาณโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก่อนและหลังพัฒนาแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value= 0.105, p-value= 0.695, และ p-value= 0.466 ตามลำดับ) และมีความพึงพอใจ ก่อนและหลังวิจัยแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value= 0.019) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้ บทบาท การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจในการเตรียมความพร้อมในการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปี รพ.สต. ก่อนและหลังการพัฒนา ของกลุ่มเป้าหมาย

ตัวแปร	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		p-value*
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
ผู้รับผิดชอบจัดทำคำของบประมาณฯ (n=33)					
ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้	13.21	1.69	13.48	1.52	0.495
ค่าเฉลี่ยบทบาท	1.79	0.48	1.88	0.44	0.901
ค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วม	2.14	0.54	2.18	0.52	0.837
ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ	2.27	0.38	2.27	0.34	0.638
ผู้รับผิดชอบแผนและงบประมาณฯ (n=121)					
ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้	13.88	1.52	14.20	1.13	0.105
ค่าเฉลี่ยบทบาท	2.82	0.28	2.84	0.26	0.695
ค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วม	2.78	0.32	2.80	0.31	0.466
ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ	2.49	0.55	2.64	0.43	0.019

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05)

ผลขั้นที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) มี 2 กิจกรรม คือ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถอดบทเรียนปัญหา อุปสรรค แนวทางปรับปรุงแก้ไข ปัจจัยแห่งความสำเร็จการเตรียมความพร้อมในการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปีแบบบูรณาการของ รพ.สต.ในสังกัด อบจ.มหาสารคาม มีรายละเอียดดังนี้

1) กระบวนการเตรียมความพร้อมในการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปีแบบบูรณาการของ รพ.สต. ในสังกัด อบจ. มหาสารคาม เกิดจากการมี (1) แนวทางในการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์หลัก ด้านความรู้ (อบรม

ให้ความรู้ ชี้แจง Timeline และหลักเกณฑ์แนวทาง) ด้านข้อมูล (รับรู้ข้อมูลพื้นฐาน วางแผนเตรียมข้อมูล รวบรวมเอกสารข้อมูลตามหลักเกณฑ์แนวทางให้ครบถ้วน สมบูรณ์) ด้านบุคลากร งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ (เจ้าหน้าที่รับผิดชอบอย่างชัดเจน งบประมาณและวัสดุอุปกรณ์มีรองรับและเพียงพอในการดำเนินงานเตรียมความพร้อมฯ) และด้านการบริหารจัดการ (ร่าง) คำสั่งคณะทำงานส่วนราชการตามภารกิจทั้งโครงสร้างสายบังคับบัญชาและปฏิบัติ สื่อสารสร้างความเข้าใจที่ชัดเจนเป็นแนวทางเดียวกัน) (2) แนวทางรวบรวมข้อมูลประมาณการและสมมติฐานตามแผนภารกิจหน่วยงานแต่ละด้าน โดยมีคู่มือการเตรียมความพร้อมในการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปีแบบบูรณาการของ รพ.สต. Flowchart ตามแผนภารกิจหน่วยงานแต่ละด้าน โดย (2.1) เงินอุดหนุนทั่วไปสำหรับสนับสนุนการถ่ายโอนบุคลากร (เงินเดือนและสวัสดิการ) โดย กองการเจ้าหน้าที่ กองคลัง รพ.สต. กองสาธารณสุข (2.2) เงินอุดหนุนทั่วไปสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการให้บริการสาธารณสุขของ สอน./ รพ.สต. ที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่ อบจ. อุดหนุนเป็นงบดำเนินงาน (เงินบำรุง) โดย รพ.สต. กองสาธารณสุข และ (2.3) เงินอุดหนุนเฉพาะกิจสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการให้บริการด้านสาธารณสุขของ สอน./ รพ.สต. ที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่ อบจ. โดยเป็นงบประมาณอุดหนุนค่าครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง โดยกองช่าง กองยุทธศาสตร์และงบประมาณ รพ.สต. กองสาธารณสุข และ (3) แนวทางการเตรียมแบบจำลองให้กลุ่มที่มีความรับผิดชอบโดยรวม (กองคลัง กองสาธารณสุข) ปรับเปลี่ยนโดยรวมเพื่อให้มุมมองของผู้จัดทำแต่ละคนสอดคล้องกัน และ (4) ร่างเอกสารข้อมูลส่งให้กองยุทธศาสตร์และงบประมาณ เพื่อรองรับการจัดทำคำของบประมาณรายจ่ายประจำปี รพ.สต. ในสังกัด อบจ.มหาสารคาม ต่อไป

2) งบดำเนินงาน (เงินบำรุง) ในการจัดทำคำขอปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ได้มีการขอเปลี่ยนแปลง รพ.สต. ขนาดเล็กเป็นขนาดกลาง 1 แห่ง แต่สำนักงบประมาณใช้จัดสรรตามหลักเกณฑ์เดิมปี พ.ศ. 2566 และการจัดทำคำขอปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ตามขนาด รพ.สต. ที่แจ้งถ่ายโอนมาปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 จำนวน 47 แห่ง แต่สำนักงบประมาณจัดสรรตามฐานข้อมูล สอน., รพ.สต. จากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และจัดทำคำของบครุภัณฑ์ 7 รายการ และสิ่งก่อสร้าง 2 รายการ แต่ไม่ได้รับจัดสรรจากสำนักงบประมาณ ซึ่งมีข้อจำกัดของงบประมาณ และการจัดสรรจะพิจารณาตามการเรียงลำดับความสำคัญของหน่วยรับงบประมาณ (อบจ.)

3) ปัจจัยแห่งความสำเร็จการเตรียมความพร้อมในการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปีแบบบูรณาการของ รพ.สต. ในสังกัด อบจ. มหาสารคาม ประกอบด้วย (1) การมีส่วนร่วมของทุกระดับในองค์กรทั้งโครงสร้างสายบังคับบัญชา และโครงสร้างการปฏิบัติงาน ตั้งแต่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เจ้าหน้าที่ อบจ. ตลอดจนผู้บริหารส่วนราชการผู้บริหารท้องถิ่น ในการร่วมรับรู้ และเรียนรู้ ร่วมให้ความเห็น ร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมตัดสินใจ ในกระบวนการเตรียมความพร้อมในการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปีแบบบูรณาการของ รพ.สต. ในสังกัด อบจ. มหาสารคาม (2) มีการติดตามข้อมูลเป็นระยะ ตั้งแต่ข้อมูลพื้นฐานของ รพ.สต. ให้ครอบคลุมทุกปัญหา และความต้องการในทุกด้าน ตลอดจนข้อมูลจากการบูรณาการงานแต่ละด้านตามภารกิจ ร่วมกับหน่วยงานภายใน และหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง โดยมีความพร้อมของข้อมูลที่ต้อง ครบถ้วน และสมบูรณ์ตามหลักเกณฑ์ในการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปีแบบบูรณาการของ รพ.สต. ในสังกัด อบจ. มหาสารคาม และ (3) การประสานงานกันอย่างสม่ำเสมอ เพื่อรับทราบปัญหา อุปสรรค ในการนำมา แก้ไข ปรับปรุง ตลอดจนร่วมกันพัฒนาแนวทางการเตรียมความพร้อมในการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปีแบบบูรณาการของ รพ.สต. ในสังกัด อบจ. มหาสารคาม

อภิปรายผลการวิจัย

1. สภาพปัญหาการเตรียมความพร้อมในการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปีของ รพ.สต. ในสังกัด อบจ. มหาสารคาม

พบว่า ขาดข้อมูลในการกำหนดปัญหาความเดือดร้อนที่จำเป็นต้องนำงบประมาณมาใช้ในการแก้ไขปัญหา และทิศทางการพัฒนาตามยุทธศาสตร์/ แผนพัฒนาท้องถิ่นโดยบรรจุในแผน โดยมีทิศทางหลักเกณฑ์สอดคล้องกับ เจริญพงษ์ ศุภธีระธาดา⁶ ที่กล่าวว่า มีหลักเกณฑ์งบประมาณของ อบท. ต้องเป็นแผนงาน/ โครงการที่บรรจุใน แผนพัฒนาท้องถิ่น และสอดคล้องกับ พมพิศ คชเวช, วิภาวี พิจิตบันดาล, และปราณี ธรรมพิทักษ์⁷ ที่กล่าวว่า อบท.จะ ดำเนินการกำหนดรายจ่ายใด ๆ โครงการ และครุภัณฑ์ต่าง ๆ จะต้องบรรจุในแผนพัฒนาท้องถิ่น และพบว่า ยังขาด ข้อมูล ข้อมูลบางส่วนไม่อัปเดต ขาดความรู้รายละเอียดประเด็นที่จะต้องจัดทำในการให้ข้อมูล ซึ่งจะต้องครบถ้วน ครอบคลุมปีที่ของงบประมาณ ทันในเวลาที่กำหนด สอดคล้องกับ วรพรรณ สิงห์ทอง⁸ ที่กล่าวว่า กระบวนการกลั่นกรอง งบประมาณ ยังไม่มีความเหมาะสมเพียงพอ และมีข้อมูลที่เพียงพอในการจัดทำค่าของงบประมาณอยู่ในระดับหนึ่งแต่ยังไม่มากพอ ข้อมูลที่ยังไม่มีความทันสมัยเพียงพอขาดการบูรณาการข้อมูลกันภายในหน่วยงาน และสอดคล้องกับ อุบล กาญจน์ อมรสิน⁹ ที่กล่าวว่า กระบวนการจัดทำงบประมาณที่ประกอบทั้งด้านรายรับและด้านรายจ่ายปัญหาสำคัญคือ ความครบถ้วนของข้อมูลที่น่ามาใช้ในการจัดทำงบประมาณ โดยปัญหาหลักคือข้อมูลที่น่ามาใช้มิได้เป็นข้อมูลที่ทันสมัย

2. การพัฒนาการเตรียมความพร้อมในการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปีแบบบูรณาการของ รพ.สต. ในสังกัด อบจ. มหาสารคาม

ผลการศึกษารูปแบบการเตรียมความพร้อมในการจัดทำงบประมาณ ประกอบด้วยการจัดทำคู่มือให้ความรู้ แก่ รพ.สต. และผู้ที่เกี่ยวข้อง, มี Flowchart และกรอบระยะเวลา Timeline ของภารกิจแต่ละด้านจากกิจกรรมการจัดทำแผนงานแต่ละหน่วยงาน และแบบฟอร์มโปรแกรม/ แบบฟอร์มออนไลน์มาช่วยในการลงข้อมูล และแชร์ข้อมูล ร่วมกัน สอดคล้องกับ สายชล สู่สุข และสุริยมิตร พุ่มโพธิ์งาม¹⁰ ที่กล่าวว่า ควรจัดทำคู่มือข้อมูลพื้นฐานเน้นสาระที่ สำคัญของกฎหมาย ระเบียบ และพระราชบัญญัติต่าง ๆ ที่จำเป็น และเกี่ยวข้องกับการจัดทำค่าของงบประมาณรายจ่าย ประจำปี ให้สามารถสืบค้นได้สะดวก เข้าถึงข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว เพื่อผู้ปฏิบัติงานด้านงบประมาณสามารถเรียนรู้ได้ อย่างรวดเร็วและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องได้อย่างถูกต้อง ทันเวลา และสอดคล้องกับ ณรงค์ฤทธิ์ หอมอ่อน¹¹ ที่ กล่าวว่า 1) ควรให้มีการจัดทำคู่มือและสร้างเครื่องมือวิเคราะห์การจัดทำแผนพัฒนาจังหวัดและแผนปฏิบัติราชการ ประจำปีที่มีคุณภาพมาตรฐาน (2) จัดทำฐานข้อมูลสารสนเทศสนับสนุนการจัดทำแผนพัฒนาจังหวัด เพื่อให้ส่วน ราชการมีการเตรียมความพร้อมและสามารถดำเนินการให้เป็นไปตามนโยบายที่กำหนด เอกสารคำชี้แจงครบถ้วน และ จัดส่งได้ทันเวลา 3) นโยบายรัฐบาลและยุทธศาสตร์ทุกมิติได้รับการพิจารณาจัดสรรอย่างสอดคล้องและสมเหตุสมผล และพบว่า รูปแบบการสื่อสารแจ้งเป็นเอกสารและช่องทางออนไลน์แก่ รพ.สต. และผู้รับผิดชอบตามภารกิจให้เกิด ทิศทาง และแนวทางปฏิบัติเดียวกันที่ชัดเจน การจัดกิจกรรมประชุมชี้แจง/ อบรมเชิงปฏิบัติการในการให้ความรู้ และมี (ร่าง) คำสั่งคณะทำงาน และผู้แทน รพ.สต. แต่ละอำเภอช่วยกลั่นกรองรายการเงินอุดหนุนเฉพาะกิจ และพิจารณา เรียงลำดับความสำคัญเร่งด่วน แล้วจึงนำข้อมูลเสนอคณะกรรมการกลั่นกรองของ อบจ. ซึ่งมีแนวทางสอดคล้อง วร วรรณ สิงห์ทอง⁸ ที่กล่าวว่า หน่วยงานมีจำนวนมาก และการสื่อสารต้องชัดเจนเป็นแนวทางเดียวกัน ควรมีการบูรณาการ การจัดทำค่าของงบประมาณรวมถึงการสร้างความรู้ความเข้าใจในการจัดทำค่าของงบประมาณร่วมกันทั้งสำนักงาน โดย ใช้กลไกการจัดประชุมหรือประชุมเชิงปฏิบัติการ ที่มีผู้บริหารระดับสูงสุดรวมถึงระดับรองลงมาด้วย ควรมีการ กลั่นกรองงบประมาณในรูปแบบคณะกรรมการ

3. ผลการเตรียมความพร้อมในการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปีแบบบูรณาการของ รพ.สต. ในสังกัด อบจ. มหาสารคาม

ผลของการเตรียมความพร้อมพบว่า งบประมาณ (เงินบำรุง) ในการจัดทำคำขอปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ได้มีการขอเปลี่ยนแปลง รพ.สต. ขนาดเล็กเป็นขนาดกลาง 1 แห่ง แต่ได้รับจัดสรรจากสำนักงานงบประมาณตามหลักเกณฑ์เดิมปี พ.ศ. 2566 และการจัดทำคำขอปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 รพ.สต. ที่จะถ่ายโอนมาปีงบประมาณ 2568 จำนวน 47 แห่ง โดยใช้ฐานข้อมูล สอน., รพ.สต. จากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับ เจริญพงษ์ ศุภธีระธาดา¹² ที่กล่าวว่า มีปัญหาอุปสรรค การจัดสรรให้เป็นเงินอุดหนุนทั่วไปแบบคงที่ มีข้อดีคือ ความแน่นอนและสม่ำเสมอ แต่มีข้อจำกัดคือ มีจำนวนไม่เพียงพอกับปริมาณงานตามภารกิจ หน้าที่ และกิจกรรมนำส่งผลิตที่รับผิดชอบ รวมทั้งจำนวนผู้รับบริการในพื้นที่รับผิดชอบ และพบว่า งบครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้างมีข้อจำกัดในการจัดสรร ซึ่งมีแนวทางสอดคล้องกับ เจริญพงษ์ ศุภธีระธาดา¹² ที่กล่าวว่า การจัดสรรเงินอุดหนุนเฉพาะกิจเป็นรายจ่ายครุภัณฑ์ และสิ่งก่อสร้าง ตามคุณลักษณะเฉพาะของครุภัณฑ์และแบบรูปรายการตามแบบมาตรฐานที่กำหนด หากแต่มีจำนวนรายการและวงเงินงบประมาณจำกัด และสอดคล้องกับ วรวรรณ สิงห์ทอง⁸ ที่กล่าวว่า งบลงทุนมีรายละเอียดปลีกย่อย และรายละเอียดในเชิงเทคนิค ขั้นตอน ระเบียบข้อกฎหมายการเตรียมการ ฯลฯ แตกต่างจากประเภทงบรายจ่ายอื่น ๆ ค่อนข้างมาก

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จการเตรียมความพร้อมในการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปีแบบบูรณาการของ รพ. สต. ในสังกัด อบจ. มหาสารคาม

พบว่า (1) การมีส่วนร่วมของทุกระดับในองค์กร (2) มีการติดตามข้อมูลเป็นระยะ และ (3) การประสานงานกันอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ สายชล สู่สุข และสุริยมิตร พุ่มโพธิ์งาม¹⁰ ที่กล่าวว่า การรับรู้ข้อมูลพื้นฐาน ทศนคติ และความพร้อม มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการจัดทำคำขอของงบประมาณรายจ่ายประจำปี

ข้อเสนอแนะ

การอบรมให้ความรู้แก่บุคลากร มีคู่มือในการเตรียมความพร้อมในการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปี โดยมีกรอบระยะเวลา และแนวทางปฏิบัติในการดำเนินงาน จัดตั้งคณะทำงานให้มีบทบาท และเพิ่มการมีส่วนร่วมของบุคลากรทั้งส่วนราชการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำให้การเตรียมความพร้อมในการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปีแบบบูรณาการของ รพ.สต.ในสังกัด อบจ.มหาสารคาม มีประสิทธิภาพขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรโดยเพิ่มระยะเวลาจัดกิจกรรม และอบรมอย่างต่อเนื่องทุกปี และอบรมให้ครอบคลุมแก่บุคลากร รพ.สต. ในสังกัดทุกคน ซึ่งหน่วยงาน รพ.สต. มีจำนวนมาก

2) การพัฒนาการจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นระยะยาวให้มีประสิทธิภาพ เพื่อตอบสนองปัญหา และความ ต้องการด้านสาธารณสุข แก่ประชาชนในพื้นที่ ให้สอดคล้องและเหมาะสมในการเตรียมความพร้อมในการจัดทำ งบประมาณรายจ่ายประจำปี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษา คณะกรรมการสอบ, ผู้ทรงคุณวุฒิและบุคลากรองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม, ผู้บริหาร หัวหน้าส่วนราชการ หัวหน้าฝ่ายและบุคลากรองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม และคุณแม่ คุณพ่อ บุคลากรมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ตลอดจนทุกท่านที่ได้ให้ความเมตตากรุณา ให้ความรู้ ให้ความช่วยเหลือ ให้ความร่วมมือมาโดยตลอด จนกระทั่งงานวิจัยสำเร็จสมบูรณ์ในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี. แนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด. กรุงเทพฯ: สำนักงาน; 2565.
2. รายงานการประชุมคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครั้งที่ 6/2565; 1 ธันวาคม 2565; ห้องประชุม 108 อรรถไกรวัลที่ สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ทำเนียบรัฐบาล
3. องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม. กองสาธารณสุข. การจัดทำคำของบประมาณรายจ่ายประจำปี; 2566.
4. สุ่มัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต. หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์-สารคามเปเปอร์; 2553.
5. นิธิยุญา ประเสริฐเงินดี และบัณฑิต สวรรยาวิสุทธิ. บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย [อินเทอร์เน็ต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2558 [เข้าถึงเมื่อ 6 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://mslib.kku.ac.th/elib/multim/books/Marketing2558/NIRUNYA%20PRASERTNGOENDI/05_ch3.pdf
6. เจริญพงษ์ ศุภธีระธาดา. การศึกษาผลกระทบของพระราชบัญญัติวิธีการงบประมาณ พ.ศ. 2561 สำนักรงบประมาณของรัฐบาลสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎรที่มีต่อรูปแบบและวิธีการขอตั้งงบประมาณรายจ่ายประจำปีเพื่อสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. กรุงเทพฯ: สำนักการพิมพ์สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร; 2562.
7. พิมพ์ ศุภเวช, วิภาวี พิจิตบันดาล, ปราณี ธรรมพิทักษ์. การบริหารการเงินการคลังขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดระยอง. ว. มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2563;11:221-46
8. วรวรรณ สิงห์ทอง. ศึกษาแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการจัดทำคำของบประมาณ สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2563.
9. อุบลกาญจน์ อมรสิน. การบริหารงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุบลราชธานี. ว. สหวิทยาการนวัตกรรมการบริหาร 2565;5:91-103
10. สายชล สู้สุข และสุริยมิตร พุ่มโพธิ์งาม. ประสิทธิภาพของการจัดทำคำของบประมาณรายจ่ายประจำปีของกระทรวงสาธารณสุข. ว. สาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2564;36:48-62.
11. ณรงค์ฤทธิ์ หอมอ่อน. การพัฒนาการดำเนินงานตามกระบวนการงบประมาณของไทย. ว. สถาบันวิชาการป้องกันประเทศ 2562;10:99-108.
12. เจริญพงษ์ ศุภธีระธาดา. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายเป็นเงินอุดหนุนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามภารกิจถ่ายโอนกรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. กรุงเทพฯ: สำนักการพิมพ์สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร; 2563

Received: 9 Oct.2024, Revised: 16 Nov. 2024

Accepted: 17 Nov. 2024

บทความวิจัย**การพัฒนากระบวนการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน โดยสมัชชาสุขภาพตำบลหนองเลิง
อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ**วนิดา พิลานอน^{1*}, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์², ประชุมพร เล่าห์ประเสริฐ³**บทคัดย่อ**

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประเภทการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนากระบวนการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน โดยสมัชชาสุขภาพตำบลหนองเลิง อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย กลุ่มดำเนินงานสมัชชาสุขภาพ จำนวน 108 คน และกลุ่มอาสาสมัครท้องถิ่นรักษ์โลก (อถล.) จำนวน 1,275 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพโดยใช้แบบสอบถามแบบสัมภาษณ์ แบบทดสอบความรู้ และแบบประเมิน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ ร้อยละ และ Paired simple t-test

ผลการศึกษาพบว่า ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาข้อมูลบริบทชุมชน ทบทวน วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาขยะมูลฝอยของชุมชน 2) แต่งตั้งคณะดำเนินงานสมัชชาสุขภาพตำบลหนองเลิง 3) ประชุมเชิงปฏิบัติการ 4) ขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการสู่การปฏิบัติ 5) นิเทศติดตามการดำเนินงาน 6) ประเมินผลการดำเนินงาน เก็บรวบรวมข้อมูล 7) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ 8) ถอดบทเรียน ผลจากการใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพดังกล่าว ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายกลุ่มดำเนินงานสมัชชาสุขภาพ มีความรู้ บทบาท การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และกลุ่มอาสาสมัครท้องถิ่นรักษ์โลก (อถล.) มีความรู้ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนากระบวนการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน โดยสมัชชาสุขภาพตำบลหนองเลิง อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ ในครั้งนี้ คือ 1) นโยบาย (Policy) ผู้บริหารท้องถิ่นของเทศบาลตำบลหนองเลิง อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ ให้ความสำคัญในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน โดยกำหนดเป็นนโยบายของเทศบาลตำบลหนองเลิงในการจัดการขยะตั้งแต่ต้นทาง 2) การมีส่วนร่วม (Participation) ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ร่วมในการดำเนินงาน ร่วมในการรับผลประโยชน์ และร่วมในการประเมินผลในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนของตำบลหนองเลิง ให้ผ่านเกณฑ์การประเมินการดำเนินงานจัดการขยะมูลฝอยชุมชน “จังหวัดสะอาด” 3) การติดตามประเมินผล (Monitoring and evaluation) โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งเรียกว่า “NETWORK” จนพัฒนาเป็นรูปแบบในการพัฒนากระบวนการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนของตำบลหนองเลิง ที่เรียกว่า “NONGLOENG Model”

คำสำคัญ : การพัฒนากระบวนการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน, วิจัยเชิงปฏิบัติการ, สมัชชาสุขภาพ NONGLOENG Model

¹นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

²อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

*Corresponding author E-mail : 65011481028@gmail.com

Review Article

The Development of Community Solid Waste Management Process By The Nong Loeng Subdistrict Health Assembly Mueang Bueng Kan District Bueng Kan Province

Wanida Pilaon^{1*} Theodsak Phromarak² Prachumphon Laoprasert³

Abstract

This research is an action research in the form of participatory action research. The objective is to study the development of the community waste management process by the Nong Leng Sub-district Health Assembly, Mueang Bueng Kan District, Bueng Kan Province. The target group consists of 108 health assembly operation groups and 1,275 local volunteers who love the world (LVL). Quantitative and qualitative data were collected using an interview questionnaire, a knowledge test, and an assessment form. Data were analyzed using mean, standard deviation, frequency, percentage, and Paired simple t-test.

The results of the study found that there were 8 steps: 1) Study community context data, review, and analyze the community's waste problem situation, 2) Appoint a committee for the Nong Leng Sub-district Health Assembly operation, 3) Hold a workshop, 4) Drive the action plan into practice, 5) Supervise and monitor the operation, 6) Evaluate the operation, collect data, 7) Exchange knowledge, and 8) Extract lessons learned from using the said health assembly process. This resulted in the target group of the health assembly operation group having knowledge, roles, participation, and satisfaction in community waste management increasing significantly at the statistical level of 0.05. The local volunteer group that loves the world (LVL) had knowledge, participation, and satisfaction in community waste management increasing significantly at the statistical level of 0.05. The success factors in the development of community waste management process by the Nong Leng Subdistrict Health Assembly, Mueang Bueng Kan District, Bueng Kan Province were: 1) Policy: The local administrators of Nong Leng Subdistrict Municipality, Mueang Bueng Kan District, Bueng Kan Province emphasized community waste management. It has been set as the policy of Nong Leng Subdistrict Municipality to manage waste from the source. 2) Participation: All sectors participate in decision-making, operations, benefits, and evaluation of the results of the community waste management of Nong Leng Subdistrict to pass the evaluation criteria for community waste management. "Clean Province" 3) Monitoring and evaluation by exchanging knowledge together, called "NETWORK", until it developed into a model for developing the community waste management process of Nong Loeng Subdistrict, called the "NONGLOENG Model".

Keywords: Community waste management process development, action research, Health Assembly, NONGLOENG Model

^{1*} Graduate students, Master Degree of Public Health Program, Faculty of Public Health Mahasarakham University

² Lecturer, Faculty of Public Health Mahasarakham University

³ Assistant Professor, Public Health Mahasarakham University

*Corresponding author E-mail : 65011481028@gmail.com

บทนำ

ขยะมูลฝอยเป็นปัญหาทั้งในระดับโลกและในระดับภูมิภาค จะเห็นได้จากสถานการณ์ขยะมูลฝอยทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อันเนื่องมาจากการขยายตัวของประชากรและการบริโภคที่เพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี ส่งผลให้สถานการณ์ขยะมูลฝอยชุมชน (Municipal Solid Waste) กลายเป็นปัญหาระดับโลกที่หลายฝ่ายต่างแสดงความกังวล จากรายงานของ Waste Generation and Recycling Indices 2019 เปิดเผยถึงสถานการณ์ที่น่าเป็นห่วงเนื่องจากแต่ละปีมีขยะมูลฝอยชุมชนเกิดขึ้นมากกว่า 2.1 พันล้านตันทั่วโลก แต่มีขยะเพียงร้อยละ 16.0 หรือประมาณ 323 ล้านตันเท่านั้นที่ได้รับการบริหารจัดการอย่างเหมาะสม (Verisk Maplecroft Environment Dataset, 2019)¹

การจัดการขยะยังคงเป็นปัญหาซึ่งรัฐบาลให้ความสำคัญในการแก้ไขอย่างต่อเนื่อง มติคณะรัฐมนตรีในการประชุมเมื่อวันที่ 3 พฤษภาคม 2559 เห็นชอบกับแผนแม่บทการบริหารจัดการขยะมูลฝอยของประเทศ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2559-2564) และกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมได้ร่วมกับกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอุตสาหกรรม จังหวัด 76 จังหวัด กรุงเทพมหานคร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผนแม่บทการบริหารจัดการขยะมูลฝอยของประเทศมาจนถึงปัจจุบัน คือ แผนแม่บทการบริหารจัดการขยะมูลฝอยของประเทศ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2565-2570) เพื่อใช้เป็นกรอบและทิศทางการแก้ไขปัญหาการจัดการขยะมูลฝอยและของเสียอันตรายของประเทศ (กองจัดการกากของเสียและสารอันตราย กรมควบคุมมลพิษ, 2565)² ประกอบกับกระทรวงมหาดไทยในฐานะที่ได้รับมอบหมายให้เป็นหนึ่งในหน่วยงานผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินการบริหารจัดการขยะมูลฝอยชุมชน ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาขยะมูลฝอยชุมชนที่เกิดขึ้นในพื้นที่ในด้านต่าง ๆ จึงได้กำหนดแผนปฏิบัติการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน “จังหวัดสะอาด” ประจำปี พ.ศ. 2566 เพื่อเป็นแผนขับเคลื่อนให้ระดับจังหวัด อำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หมู่บ้านและชุมชน พร้อมทั้งรณรงค์ประชาสัมพันธ์การลดปริมาณขยะมูลฝอยและคัดแยกขยะมูลฝอยในพื้นที่ โดยใช้หลักการ 3Rs: ใช้น้อย ใช้ซ้ำ และนำกลับมาใช้ใหม่ หรือ 3Rs: Reduce Reuse Recycle ภายใต้กรอบการดำเนินงาน 3 ระยะ ได้แก่ ต้นทาง กลางทาง และปลายทาง เพื่อลดปริมาณขยะและส่งเสริมการคัดแยกขยะที่ต้นทาง จัดทำระบบเก็บขนอย่างมีประสิทธิภาพ และขยะมูลฝอยได้รับการกำจัดอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ (กระทรวงมหาดไทย, 2565)³

เทศบาลตำบลหนองเล็ง อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ ประเมินคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Environmental Health Accreditation: EHA) ด้าน EHA: 4001 การจัดการมูลฝอยทั่วไป ประจำปีงบประมาณ 2566 ทำให้ทราบถึงการจัดการขยะมูลฝอยของเทศบาลตำบลหนองเล็ง พบว่า ในพื้นที่ตำบลหนองเล็ง มีทั้งหมด 13 หมู่บ้าน มีจำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎร 6,307 คน 2,107 หลังคาเรือน มีอาสาสมัครท้องถิ่นรักษ์โลก (อถล.) ที่อาศัยอยู่จริง ครีวเรือนละ 1 คน รวมทั้งสิ้น 1,275 คน (สำนักงานเทศบาลตำบลหนองเล็ง, 2566)⁴ อัตราการผลิตมูลฝอยโดยเฉลี่ย 0.35 กิโลกรัมต่อคนต่อวัน สามารถจำแนกขยะมูลฝอยในพื้นที่ตำบลหนองเล็งได้เป็น 4 ประเภท ได้แก่ ขยะอินทรีย์ คิดเป็นร้อยละ 52.95 ขยะรีไซเคิล คิดเป็นร้อยละ 31.09 ขยะทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 15.39 และขยะอันตราย คิดเป็นร้อยละ 0.57 ซึ่งจะเห็นได้ว่าขยะอินทรีย์ จะมีปริมาณการทิ้งขยะของคนในชุมชนมากที่สุด เนื่องจากไม่มีการจัดการขยะอินทรีย์ครบทุกครัวเรือน⁴ ทั้งนี้ ปัญหาการจัดการขยะมูลฝอยของเทศบาลตำบลหนองเล็งไม่ผ่านการประเมินการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน “จังหวัดสะอาด” ในด้านยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ดังนั้น ด้านที่ 1 ด้านการจัดการขยะต้นทาง ซึ่งเทศบาลตำบลหนองเล็งไม่มีการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการนำ “ขยะบรรจุภัณฑ์” กลับมาใช้ประโยชน์อย่างน้อย 4 ครั้งต่อปี ไม่มีการรับการสุ่มตรวจทำถังขยะเปียก ลดโลกร้อน ขององค์กร

ปกครองส่วนท้องถิ่นจากจังหวัด ด้านที่ 2 ด้านการจัดการขยะกลางทาง ได้แก่ เทศบาลตำบลหนองเล็ง มีการวางระบบการเก็บขนขยะมูลฝอยแยกประเภทหรือมีประกาศมาตราการจัดการขยะมูลฝอยแบบแยกประเภทให้สอดคล้องกับพื้นที่ เพียงร้อยละ 90 แต่น้อยกว่า 100 ด้านที่ 3 ด้านการจัดการขยะปลายทาง ไม่ผ่านการประเมินในด้านขยะมูลฝอยชุมชนได้รับการจัดการอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ มากกว่าร้อยละ 70 แต่น้อยกว่าร้อยละ 80 และขยะอันตรายชุมชน ไม่ถึงร้อยละ 80 ได้รับการจัดการอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ

กระบวนการสมัชชาสุขภาพ เป็นกลไกหนึ่งการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม โดยการเชื่อมโยงการเคลื่อนไหวทางสังคมของทุกภาคส่วนเข้าด้วยกัน ทั้งภาคการเมือง ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ด้านสุขภาพ การสื่อสาร การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ร่วมคิด ร่วมวางแผนและปรับปรุงพัฒนา การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน นำไปสู่การสร้างการพัฒนาเพื่อสุขภาพของประชาชน กระบวนการสมัชชาสุขภาพจึงเป็นกระบวนการที่สำคัญในการเปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมและมีบทบาทในการดำเนินการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนมากยิ่งขึ้น ทุกภาคส่วนในพื้นที่มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันอย่างสมานฉันท์ (ณัฐวุฒิ จันทะแสง, 2566)⁵ ได้ศึกษาผลของการพัฒนาระบบการสมัชชาสุขภาพตำบลของตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ในการขับเคลื่อนการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน มีปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบลโคกสำราญ เรียกว่า “SPEC” ประกอบด้วย 1) Structure: การกำหนดโครงสร้างคณะกรรมการเครือข่ายสมัชชาสุขภาพตำบลตามบริบทของพื้นที่ 2) Participation: การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน 3) Evaluation: การประเมินผลกระบวนการแก้ปัญหาในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน 4) Communication: การสื่อสารในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน เพื่อการพัฒนาชุมชนให้เป็น “ตำบลจัดการมูลฝอยติดเชื้อยั่งยืน” ต่อไป

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัย จึงได้นำกระบวนการสมัชชาสุขภาพมาใช้ในการบวนการวิจัยเพื่อแก้ไขปัญหาขยะมูลฝอยชุมชนในการพัฒนาระบบการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน โดยสมัชชาสุขภาพตำบลหนองเล็ง อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการพัฒนาระบบการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน โดยสมัชชาสุขภาพตำบลหนองเล็ง อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาบริบท และสภาพปัญหาในการพัฒนาระบบการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน โดยสมัชชาสุขภาพตำบลหนองเล็ง อำเภอเมือง จังหวัดบึงกาฬ
2. เพื่อศึกษากระบวนการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน โดยสมัชชาสุขภาพตำบลหนองเล็ง อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ
3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน โดยสมัชชาสุขภาพตำบลหนองเล็ง อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ
4. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาระบบการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน โดยสมัชชาสุขภาพตำบลหนองเล็ง อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 - กันยายน พ.ศ. 2567

กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำแนกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 กลุ่มดำเนินงานสมัชชาสุขภาพ จำนวน 108 คน ประกอบด้วย ภาคการเมือง จำนวน 30 คน ภาควิชาการ จำนวน 39 คน และภาคประชาสังคม จำนวน 39 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

- 1) เป็นคณะดำเนินงานสมัชชาสุขภาพในการจัดการขยะมูลฝอย ในปี พ.ศ. 2567
- 2) อาศัยอยู่ในพื้นที่ตลอดระยะเวลาการทำการวิจัย
- 3) สนใจเข้าร่วมงานวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

- 1) ผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยระหว่างการวิจัยจนไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้จนครบ
- 2) ต้องการถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยระหว่างการดำเนินการวิจัย
- 3) เป็นอาสาสมัครท้องถิ่นรักษ์โลก (อถล.)

กลุ่มที่ 2 กลุ่มอาสาสมัครท้องถิ่นรักษ์โลก (อถล.) ที่อาศัยอยู่จริง ครัวเรือนละ 1 คน รวมทั้งสิ้น 1,275 คน จำนวน 13 หมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของเทศบาลตำบลหนองเล็ง อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

- 1) เป็นอาสาสมัครท้องถิ่นรักษ์โลก (อถล.) ในปี พ.ศ. 2567
- 2) อาศัยอยู่ในพื้นที่ตลอดระยะเวลาการทำการวิจัย
- 3) สนใจเข้าร่วมงานวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

- 1) ผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยระหว่างการวิจัยจนไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้จนครบ
- 2) ต้องการถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยระหว่างการดำเนินการ
- 3) อาสาสมัครท้องถิ่นรักษ์โลก (อถล.) ที่ไม่ได้อยู่ในพื้นที่ตลอดระยะเวลาการทำการวิจัย
- 4) เป็นคณะดำเนินงานสมัชชาสุขภาพในการจัดการขยะมูลฝอยพื้นที่ตำบลหนองเล็ง อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ ในปี พ.ศ. 2567

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ขั้นที่ 1 ขั้นการวางแผน (Planning)

กิจกรรมที่ 1 ศึกษาข้อมูลบริบทชุมชน สถานการณ์ปัญหาขยะมูลฝอยของชุมชนก่อนดำเนินการพัฒนาการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน โดยใช้แบบประเมินการดำเนินงานจัดการขยะมูลฝอยชุมชน “จังหวัดสะอาด” ประจำปี พ.ศ. 2566 ร่วมกับกลุ่มดำเนินงานสมัชชาสุขภาพ

กิจกรรมที่ 2 ประชุมเชิงปฏิบัติการตามแผนการดำเนินงานการพัฒนาการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนของเทศบาลตำบลหนองเล็ง โดยใช้กระบวนการดำเนินงานตามหลักสมัชชาสุขภาพ รวมทั้งคืนข้อมูลที่ได้จากการวางแผนพัฒนาร่วมกันสู่ชุมชน และได้แผนกิจกรรม 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) อบรมให้ความรู้เรื่องการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน ตามหลัก 3Rs 2) ให้ความรู้การส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากขยะบรรจุภัณฑ์ 3) การขับเคลื่อนนโยบายถึงขยะเปียก ลดโลกร้อนในชุมชน “เคาะประตูบ้าน” 4) การขับเคลื่อนนโยบายจัดให้มีถังขยะอันตรายในชุมชน และ 5) การขับเคลื่อนการดำเนินงานธนาคารขยะในชุมชน

ขั้นที่ 2 ขั้นการปฏิบัติ (Action)

กิจกรรมที่ 4 ขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการสู่การปฏิบัติการ ได้แก่ 1) อบรมให้ความรู้เรื่องการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน ตามหลัก 3Rs จัดกิจกรรมวันที่ 2 สิงหาคม 2567 2) ให้ความรู้การส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากขยะบรรจุภัณฑ์ จัดกิจกรรมวันที่ 5-14 สิงหาคม 2567 3) การขับเคลื่อนนโยบายถึงขยะเปียก ลดโลกร้อนในชุมชน “เคาะประตูบ้าน” จัดกิจกรรมวันที่ 16-23 สิงหาคม 2567 4) การขับเคลื่อนนโยบายจัดให้มีถังขยะอันตรายในชุมชน จัดกิจกรรมวันที่ 26 สิงหาคม 2567 และ 5) การขับเคลื่อนการดำเนินงานธนาคารขยะในชุมชน จัดกิจกรรมวันที่ 30 สิงหาคม 2567

ขั้นที่ 3 ขั้นการสังเกตการณ์ (Observation)

กิจกรรมที่ 5 นิเทศ ติดตามการดำเนินงานการพัฒนาการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนของเทศบาลตำบลหนองเล็ง แบบมีส่วนร่วม ในระยะก่อนดำเนินการ ระยะดำเนินการ และระยะสิ้นสุดกระบวนการของการพัฒนานากระบวนการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนตำบลหนองเล็ง อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ ซึ่งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจะสังเกตการณ์เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามในกลุ่มสมัชชาสุขภาพและกลุ่มอาสาสมัครท้องถิ่นรักษ์โลก

กิจกรรมที่ 6 ประเมินผลการดำเนินงานในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน หลังการพัฒนา

ขั้นที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection)

กิจกรรมที่ 7 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินงานการพัฒนาการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนของเทศบาลตำบลหนองเล็ง จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปรายงานปัญหา อุปสรรค ผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน เพื่อเป็นข้อมูลสะท้อนการดำเนินงานในครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 8 ถอดบทเรียน กับสิ่งที่ได้จากการดำเนินงานพัฒนา ร่วมกันวิเคราะห์หาปัจจัยแห่งความสำเร็จและรูปแบบที่เหมาะสมในการพัฒนาการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน โดยสมัชชาสุขภาพตำบลหนองเล็ง อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ปรับปรุงและดัดแปลงจากเครื่องมือที่ใช้การศึกษารูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนหนองม่วง เทศบาลเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ⁶ และการศึกษารูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยหมู่บ้านจำปา ตำบลดงเหนือ อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร⁷ ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 สำหรับกลุ่มดำเนินงานสมัชชาสุขภาพ ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 3 บทบาทในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน จำนวน

10 ข้อ ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน จำนวน 20 ข้อ ส่วนที่ 5 ความพึงพอใจในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน จำนวน 15 ข้อ

ชุดที่ 2 สำหรับกลุ่มอาสาสมัครท้องถิ่นรักษ์โลก (อถล.) ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน จำนวน 20 ข้อ ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน จำนวน 15 ข้อ

ชุดที่ 3 แบบประเมินการดำเนินงานการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน “จังหวัดสะอาด” ปี 2566

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ จำนวน 5 ชุด ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบบันทึกการประชุมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 1 ชุดที่ 2 แบบบันทึกการประชุมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 2 ชุดที่ 3 แบบบันทึกการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ชุดที่ 4 แบบบันทึกการถอดบทเรียน และชุดที่ 5 แบบบันทึกการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สะท้อนผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยค่าความเที่ยงตรงของข้อคำถาม (Index of Item Objective Congruence: IOC) สำหรับเครื่องมือชุดที่ 1 เท่ากับ 0.95 และเครื่องมือชุดที่ 2 เท่ากับ 0.94

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยการนำเครื่องมือมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราซ (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งจากการ try out⁸ เครื่องมือแบบสอบถามได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ คือ ด้านความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน วิเคราะห์ด้วยสถิติ KR-20 มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.76 ด้านการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.91 และด้านความพึงพอใจในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.94 ถือว่ามีความเที่ยงที่ยอมรับได้

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ 1) การลงรหัสข้อมูลและป้อนข้อมูลที่ได้จากแบบทดสอบความรู้ แบบสอบถาม การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยและแบบสอบถามความพึงพอใจในการจัดการขยะมูลฝอย 2) ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล 3) วิเคราะห์ข้อมูลทางประชากรของกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) พิสัย (Range) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) 4) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับความรู้ การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน ก่อนและหลังดำเนินการพัฒนา ใช้สถิติเชิงอนุมานโดยมีการใช้สถิติที่ใช้ทดสอบ Paired Samples t-test (กรณีแจกแจงปกติ) และใช้ Wilcoxon Matched-pairs Signed Rank Test (กรณีแจกแจงไม่ปกติ) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาเรียบเรียง ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล จัดกลุ่มรายละเอียดตามประเด็น และวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ได้จากผู้ให้ข้อมูลเพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในประเด็นปัญหาที่ศึกษาและบรรยายนำเสนอผลการวิจัย

จริยธรรมในการศึกษา

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ยื่นขอจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม และได้รับใบรับรองการอนุมัติเลขที่ 360-307/2567 วันที่ 19 มิถุนายน พ.ศ. 2567

ผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนากระบวนการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน โดยสมาชิกสุขภาพตำบลหนองเลิง อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ ซึ่งได้นำเอาแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของเคมมิสและแมกแทกการ์ด (Kemmis & McTaggart, 1988) ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection)

การพัฒนากระบวนการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน โดยสมาชิกสุขภาพตำบลหนองเลิง อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ พบว่า การประเมินการดำเนินงานจัดการขยะมูลฝอยชุมชน “จังหวัดสะอาด” ประจำปี พ.ศ. 2566 ตามเกณฑ์การประเมินมีประเด็นที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินอยู่ 3 ด้าน ดังนี้ ด้านที่ 1 ด้านการจัดการขยะต้นทาง มี 2 ข้อไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ได้แก่ 1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร้อยละ 100 มีการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการนำ “ขยะบรรจุภัณฑ์” กลับมาใช้ประโยชน์อย่างน้อย 4 ครั้งต่อปี 2) จังหวัดมีการสุ่มตรวจทำถังขยะเปียก ลดโลกร้อน ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้านที่ 2 ด้านการจัดการขยะกลางทาง ได้แก่ 1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร้อยละ 100 มีการวางระบบการเก็บขนขยะมูลฝอยแยกประเภทหรือมีประกาศมาตรการจัดการขยะมูลฝอยแบบแยกประเภทให้สอดคล้องกับพื้นที่ และ ด้านที่ 3 ด้านการจัดการขยะปลายทาง มี 2 ข้อที่ยังไม่ผ่านการประเมิน ได้แก่ 1) ขยะมูลฝอยชุมชนได้รับการจัดการอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ และ 2) ขยะอันตรายชุมชนได้รับการจัดการอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ ยังไม่ผ่านการประเมินเนื่องจากในตำบลหนองเลิงไม่มีจุดรองรับถังขยะอันตรายในชุมชน

1. ลักษณะทางประชากร ผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.80 และเพศหญิง ร้อยละ 47.20 มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี ร้อยละ 44.44 เป็นส่วนใหญ่ มีอายุเฉลี่ย 54.50 ปี อายุสูงสุด 62 ปี อายุต่ำสุด 12 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 59.26 มีเกษตรกรรม ร้อยละ 41.67 สถานภาพสมรสแล้ว ร้อยละ 76.85 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 20,001-30,000 บาท ร้อยละ 30.56 ส่วนใหญ่มีสมาชิกอาศัยอยู่ในครัวเรือนละ 3-4 คน ร้อยละ 55.56 อาศัยอยู่ในพื้นที่ 31 ปีขึ้นไป ร้อยละ 76.85 ระยะเวลาการอยู่อาศัยในพื้นที่ 31 ปีขึ้นไป ร้อยละ 76.85 ตำแหน่งในการดำเนินงานในการจัดการมูลฝอยชุมชน ส่วนใหญ่เป็นภาควิชาการ และภาคประชาสังคม ร้อยละ 31.11 ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย จากเทศบาลตำบลหนองเลิง ร้อยละ 62.96 และในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา เคยมีส่วนร่วมกับการพัฒนานโยบายสาธารณะ เช่น สมาชิกสุขภาพ มีการคัดแยกขยะก่อนทิ้ง ร้อยละ 100 ซึ่งมีการคัดแยกทำขยะเปียก ร้อยละ 100 การทิ้งขยะมูลฝอยอินทรีย์ สำหรับการทิ้งขยะรีไซเคิลมีการทิ้งขยะลดลง มีการทิ้งขวดน้ำดื่ม จำนวน 1-2 ชิ้นต่อวัน ร้อยละ 46.3 มีวิธีจัดการโดยเก็บแยกไว้ขายธนาคารขยะ จำนวน 1-2 ชิ้นต่อวัน ร้อยละ 55.6 การทิ้งขยะทั่วไปมีการทิ้งขยะลดลง ส่วนใหญ่มีการทิ้งถุงพลาสติก เปื้อนเศษอาหาร จำนวน 1-2 ชิ้นต่อวัน ร้อยละ 38.0 มีวิธีการจัดการขยะที่ดีขึ้นโดยทิ้งใส่ถุงขยะรวมกันกับขยะประเภทอื่น จำนวน 1-2 ชิ้นต่อวัน ลดลงร้อยละ 41.7 และการทิ้งขยะอันตราย ส่วนใหญ่มีการทิ้งหลอดไฟแบบต่างๆ สตาร์ทเตอร์ จำนวน 1-2 ชิ้นต่อวัน ร้อยละ 1.9 มีวิธีการจัดการที่ดีขึ้นโดยทิ้งลงถังขยะอันตรายตามจุดกำหนด ร้อยละ 90.7 ไม่มีการเผาขยะ เนื่องจากเทศบาลตำบลหนองเลิงมีการไม่มีการเผาขยะอันตรายในชุมชน เนื่องจากเทศบาลตำบลหนองเลิงมีการประชาสัมพันธ์ทุกเดือนให้ประชาชนทิ้งขยะอันตรายลงถังรองรับขยะอันตราย ณ ศาลประชาคมแต่ละหมู่บ้าน และเทศบาลตำบลหนองเลิงจะดำเนินการเก็บขนขยะอันตรายทุกช่วงบ่ายของวันศุกร์ และครัวเรือนทิ้งขยะแต่ละประเภทมากที่สุด คือ ถุงพลาสติกใส่อาหาร ถุงบรรจุภัณฑ์ห่ออาหาร ร้อยละ 29.6 รองลงมา คือ เศษอาหาร เศษผัก เศษผลไม้ เปลือกผลไม้ ร้อยละ 16.7 และขวดน้ำดื่ม กระป๋องเครื่องดื่ม ร้อยละ 14.8 ซึ่งมีการทิ้งขยะแต่ละประเภทลดลง

2. ความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนาของกลุ่มดำเนินงานสมาชิกสุขภาพ ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มดำเนินสมัชชาสุขภาพ จำแนกตามระดับความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนา (N=108)

ระดับความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
ระดับความรู้สูง (11-15 คะแนน)	37 (34.3)	57 (52.8)
ระดับความรู้ปานกลาง (6-10 คะแนน)	65 (60.2)	51 (47.2)
ระดับความรู้ต่ำ (0-5 คะแนน)	6 (5.6)	0 (0.0)

ก่อนการพัฒนา (Mean=2.29, SD=0.56) ,หลังการพัฒนา (Mean=2.53, SD=0.50)

3. บทบาทในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนาของกลุ่มดำเนินงานสมัชชาสุขภาพ ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และ ร้อยละ ของกลุ่มดำเนินงานสมัชชาสุขภาพ จำแนกตามระดับบทบาทในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน (N108)

ระดับบทบาทในการจัดการ ขยะมูลฝอยชุมชน	ก่อน ดำเนินการ	หลัง ดำเนินการ
ระดับบทบาทมาก	26 (24.1)	71 (65.7)
ระดับบทบาทปานกลาง	59 (54.6)	34 (31.5)
ระดับบทบาทน้อย	23 (21.3)	3 (2.8)

ก่อนการพัฒนา (Mean=2.02, SD=0.67) ,หลังการพัฒนา (Mean=2.62, SD=0.53)

4. การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนก่อนและหลังการพัฒนาของกลุ่มดำเนินงานสมัชชาสุขภาพ ตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มดำเนินงานสมัชชาสุขภาพ จำแนกตามระดับการมีส่วนร่วม ในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนา (N=108)

ระดับการมีส่วนร่วมในการจัดการ ขยะมูลฝอยชุมชน	ก่อน การพัฒนา	หลัง การพัฒนา
ระดับการมีส่วนร่วมมาก	29 (26.8)	53 (49.1)
ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง	49 (45.4)	44 (40.7)
ระดับการมีส่วนร่วมน้อย	30 (27.8)	11 (10.2)

ก่อนการพัฒนา Mean=1.99, SD=0.74 ,หลังการพัฒนา Mean=2.39, SD=0.66

5. การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนก่อนและหลังการพัฒนาของกลุ่มดำเนินงานสมัชชาสุขภาพ ตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มดำเนินงานสมัชชาสุขภาพ จำแนกตามระดับความพึงพอใจในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน (N=108)

ระดับความพึงพอใจในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
ระดับความพึงพอใจมาก	27 (25.0)	54 (50.0)
ระดับความพึงพอใจปานกลาง	59 (54.6)	50 (46.3)
ระดับความพึงพอใจน้อย	22 (20.4)	4 (3.7)

ก่อนการพัฒนา (Mean =2.05,SD=0.67) ,หลังการพัฒนา (Mean=2.43,SD=0.56)

6. การประเมินการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน “จังหวัดสะอาด” ผ่านเกณฑ์การประเมินการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน “จังหวัดสะอาด”

7. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนากระบวนการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน โดยสมัชชาสุขภาพตำบลหนองเล็ง อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ ในครั้ง คือ 1) นโยบาย (Policy) ผู้บริหารท้องถิ่นของเทศบาลตำบลหนองเล็ง อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ ให้ความสำคัญในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน โดยกำหนดเป็นนโยบายของเทศบาลตำบลหนองเล็งในการจัดการขยะตั้งแต่ต้นทาง 2) การมีส่วนร่วม (Participation) ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ ร่วมในการติดตาม และร่วมในการรับผลประโยชน์ ในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนของตำบลหนองเล็งให้ผ่านเกณฑ์การประเมินการดำเนินงานจัดการขยะมูลฝอยชุมชน “จังหวัดสะอาด” 3) การติดตามประเมินผล (Monitoring and evaluation) โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งเรียกว่า “NETWORK” จนพัฒนาเป็นรูปแบบในการพัฒนากระบวนการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนของตำบลหนองเล็ง ที่เรียกว่า “NONGLOENG Model” ซึ่งมี 9 องค์ประกอบ ดังนี้ (1) Notifying: การแจ้งเตือนสถานการณ์ปัญหาขยะมูลฝอยในชุมชน ประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้กับประชาชนเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนอย่างต่อเนื่อง (2) Organizing: การดำเนินธนาการขยะครบทุกชุมชนในพื้นที่ตำบลหนองเล็ง (3) Network: มีการทำงานร่วมกันทุกภาคส่วน (4) Garbage Management: การจัดการขยะมูลฝอย ด้วยหลัก 3Rs (5) Leader: ผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง (6) Organic Waste: เน้นการจัดการขยะอินทรีย์ (7) Empowerment: การเสริมสร้างพลังให้กับชุมชนมีส่วนร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ ร่วมติดตาม และร่วมประเมินผล (8) National Food Waste Management Campaign of Local Administrative Organization in Thailand: การจัดทำถังขยะเปียก ลดโลกร้อน และ (9) Goal: เป้าหมายการจัดการขยะตามหลัก 3Rs

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลของการพัฒนากระบวนการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน โดยสมัชชาสุขภาพตำบลหนองเล็ง อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ มีทั้งหมด 14 กิจกรรม พบว่า ผลของการวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประเภทการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ตามแนวคิดของเคมมิสและแม็คแทกการ์ท (Kemmis & McTaggart, 1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต(Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) พบรูปแบบการดำเนินการพัฒนากระบวนการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน โดยสมัชชาสุขภาพตำบลหนองเล็ง อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ คือ NONGLOENG Model โดยการมีส่วนร่วมของ 3 ภาคส่วนในการขับเคลื่อนกระบวนการจัดการขยะมูลฝอยของชุมชนในการร่วมกันวางแผนดำเนินงาน กำหนดเป้าหมาย ร่วมกัน คณะดำเนินงานสมัชชาสุขภาพได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน มีส่วนร่วมใน การรับผลประโยชน์ และมีส่วนร่วมในการประเมินผล ทำให้เกิด

ความร่วมมือร่วมใจเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ สอดคล้องกับการศึกษาของสนอง อรุณศรี⁹ ได้ศึกษาการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีสุขภาพและแกนนำครัวเรือนในการจัดการขยะบ้านปราสาทอำเภวย ตำบลเมืองฝ้าย อำเภอหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีสุขภาพและแกนนำครัวเรือนในการจัดการขยะบ้านปราสาทอำเภอย ตำบลเมืองฝ้าย อำเภอหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์ ผู้มีส่วนร่วม มี 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มภาคีสุขภาพจำนวน 7 คน 2) กลุ่มแกนนำครัวเรือน จำนวน 45 คน โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) พบว่า ประชาชนมีการแยกขยะและนำไปกำจัดให้ถูกหลักการจัดการทุกครัวเรือน รวมทั้งไม่ทิ้งขยะ ในที่สาธารณะในหมู่บ้านตำบลเมืองฝ้าย อำเภอหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์ ได้กติกากชุมชนในการจัดการขยะ จำนวน 6 ข้อ คือ 1) จะไม่เผาขยะในหมู่บ้าน 2) จะแยกขยะและนำไปกำจัดให้ถูกหลักการจัดการทุกครัวเรือน 3) จะไม่ทิ้งขยะ ในที่สาธารณะในหมู่บ้านชุมชน 4) จะดูแลทำความสะอาดในบ้าน รอบบ้านและถนนหน้าบ้านไม่ให้รกรุงรังทุกวัน 5) ขยะที่มีค่าจะนำไปใช้ประโยชน์ทุกครัวเรือน และ 6) มูลสัตว์และสิ่งโสโครกจะกำจัดให้ถูกต้องไม่ให้รบกวนผู้อื่น ผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ได้ให้ความสำคัญต่อการจัดการขยะ และเฝ้าระวังการเพิ่มของจำนวนขยะ ทั้งในครัวเรือน วัด โรงเรียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบลเมืองฝ้าย

ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จในการดำเนินการพัฒนากระบวนการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน โดยสมัชชาสุขภาพตำบลหนองเล็ง อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ คือ “NETWORK” โดยได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างสมานฉันท์และมีส่วนร่วมให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การสร้างกลไกสมัชชา 2) กลุ่มเครือข่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 3) การออกแบบกระบวนการระบบการสมัชชาสุขภาพ 4) การสรุปบทเรียนเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 5) การสื่อสารทางสังคมตลอดกระบวนการ และ 6) การบริหารจัดการที่เป็นระบบในชุมชนตำบลหนองเล็ง อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐฉา จันทะแสง⁵ ที่ได้ศึกษากระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบลของตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ผลของการพัฒนากระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบลของตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ในการขับเคลื่อนการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน มี 8 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) Situation Analysis: การศึกษาบริบทชุมชน และการวิเคราะห์ปัญหา 2) Community Planning: การจัดทำแผนปฏิบัติการชุมชน 3) Knowledge: การอบรมให้ความรู้ 4) Awareness: การสร้างความตระหนัก 5) Health Assembly: การจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนอย่างมีส่วนร่วมโดยสมัชชาสุขภาพตำบล 6) Follow-up: การเฝ้าติดตามผลการดำเนินงาน 7) Evaluation: การประเมินผล และ 8) Lesson Learned: การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน มีปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนากระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบลโคกสำราญ เรียกว่า “SPEC” ประกอบด้วย 1) Structure: การกำหนดโครงสร้างคณะกรรมการเครือข่ายสมัชชาสุขภาพตำบลตามบริบทของพื้นที่ 2) Participation: การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน 3) Evaluation: การประเมินผลกระบวนการแก้ปัญหาในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน 4) Communication: การสื่อสารในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน เพื่อการพัฒนาชุมชนให้เป็น “ตำบลจัดการมูลฝอยติดเชื้อยั่งยืน” ต่อไป

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การพัฒนาศักยภาพของคณะดำเนินงานสมัชชาสุขภาพอย่างต่อเนื่องจะทำให้การ ขับเคลื่อนการดำเนินงานการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนมีประสิทธิภาพมากขึ้น
2. การพัฒนาเป็นนวัตกรรมถังขยะเปียกลดโลกร้อน โดยการใช้ถังน้ำที่ไม่ใช้แล้วหรือถังสีเก่าที่มีฝาปิดมาทำเป็นถังขยะเปียก ลดโลกร้อน ซึ่งสามารถประหยัดงบประมาณในการจัดซื้อถังเพื่อทำถังขยะเปียก ลดโลกร้อนได้
3. การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินธนาคารขยะในชุมชนของเทศบาลตำบลหนองเล็งให้มีความเพียงพอและต่อเนื่องทุกปี เพื่อให้การดำเนินงานการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนเกิดความยั่งยืนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้เสียสละเวลาอันมีค่าในการให้คำปรึกษา ชี้แนะ แนะนำ แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆด้วยความเมตตาและเอาใจใส่อย่างดียิ่งเกี่ยวกับการทำวิทยานิพนธ์อย่างต่อเนื่อง จนเกิดความสำเร็จในครั้งนี้ที่เป็นประโยชน์งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม.สถานการณ์ขยะมูลฝอยชุมชน (Municipal Solid Waste) . ออนไลน์ได้จาก: <https://infotrash.deqp.go.th/knowledge>,2565 [สืบค้นเมื่อ 1 มิถุนายน 2566]
2. กองจัดการกากของเสียและสารอันตราย กรมควบคุมมลพิษ. แผนแม่บทการบริหารจัดการขยะมูลฝอยของประเทศ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2565-2570. กรุงเทพมหานคร: กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม, 2565 [สืบค้นเมื่อ 1 มิถุนายน 2566]
3. กระทรวงมหาดไทย. (2565). แผนปฏิบัติการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน “จังหวัดสะอาด” ประจำปี พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: กระทรวงมหาดไทย.
4. งานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม. รายงานการจัดทำการประเมินคุณภาพระบบบริการอนามัยและสิ่งแวดล้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. บึงกาฬ: สำนักงานเทศบาลตำบลหนองเล็ง; 2566
5. ญัฐภูมิ จันทะแสง. กระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบลของตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น. มหาสารคาม: คณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2566
6. บัณฑิต ปาทาน. รูปแบบการจัดการมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนหนองม่วงเทศบาลเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ. มหาสารคาม: คณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2564
7. อิศระ กุลยะณี. รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยหมู่บ้านจำปา ตำบลบงเหนือ อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 2561;6(02):112-112.
8. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2560
9. สอนอง อรุณศรี. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีสุขภาพและแกนนำครัวเรือนในการจัดการขยะบ้านปราสาทอำเภวยาย ตำบลเมืองฝ้าย อำเภอนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์. ชุมชนวิจัย, 2564;15(2):252-262.

Received: 20 Oct. 2024, Revised: 15 Nov. 2025

Accepted: 10 Dec. 2025

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการของนักเรียนประถมศึกษา
ในเขตพื้นที่อำเภอจุน จังหวัดพะเยาฐิติพร มังคลาต^{1*} สมคิด จุฬว้า²

บทคัดย่อ

ภาวะโภชนาการเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของเด็กวัยเรียน เนื่องจากส่งผลต่อการเจริญเติบโต พัฒนาการทางด้านร่างกาย สติปัญญา และสุขภาพในระยะยาว การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของนักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 4-6 ในเขตพื้นที่อำเภอจุน จังหวัดพะเยา เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ขนาดตัวอย่าง 287 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.20 อยู่ในกลุ่มอายุ 12 ปี ร้อยละ 41.50 มีระดับการศึกษา ป.6 ร้อยละ 55.10 ศึกษาในโรงเรียนรัฐบาล ร้อยละ 87.50 มีจำนวนพี่น้อง 1-2 คน ร้อยละ 69.70 และมีรายได้ต่อวันที่ได้รับน้อยกว่า 20 บาท ร้อยละ 49.50 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ระดับความรู้เกี่ยวกับโภชนาการในการบริโภคอาหาร อยู่ระดับปานกลาง ($\bar{x}=10.01$, S.D.=2.09) ทักษะเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร อยู่ระดับปานกลาง ($\bar{x}=19.40$, S.D.=3.17) ระดับปัจจัยเอื้อ การเข้าถึงแหล่งจำหน่ายอาหารภาพรวม อยู่ระดับปานกลาง ($\bar{x}=16.64$, S.D.=2.75) ปัจจัยเสริม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=2.04$, S.D.=0.60) กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=28.6$, S.D.=4.72) ผลการวิเคราะห์ภาวะโภชนาการของนักเรียนส่วนใหญ่มีภาวะทุพโภชนาการ คิดเป็นร้อยละ 74.90 และพบว่ามี 6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ ได้แก่ อายุ ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ ทักษะเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยสามารถทำนายภาวะโภชนาการของนักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 4-6 ได้ร้อยละ 67.10 ($R^2 = 0.451$)

คำสำคัญ: ภาวะโภชนาการ, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, นักเรียนประถมศึกษา

^{1*}นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

*Corresponding author : somkid.ju@up.ac.th

Original Article

FACTORS ASSOCIATED WITH NUTRITIONAL STATUS OF PRIMARY SCHOOL STUDENTS IN CHUN DISTRICT, PHAYAO PROVINCE.

Titiporn Mangkalad^{1*}, Somkid Juwa²**Abstract**

Nutritional status is a significant health issue for school-aged children as it affects their growth, physical development, cognitive abilities, and long-term health. This study aims to examine the food consumption behaviors, Predisposing factors, Enabling factors and Reinforcing factors that impact the nutritional status of primary school students in grades 4-6 in Jun District, Phayao Province. Data were collected using a questionnaire with a sample size of 287 participants, and analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis.

The research findings indicate that the majority of the participants are female (51.20%), aged 12 years (41.50%), and have a sixth-grade education (55.10%). Most study in government schools (87.50%), have 1-2 siblings (69.70%), and have a daily income of less than 20 baht (49.50%). Most of the sample have no chronic diseases. Their knowledge about nutrition is at a moderate level ($\bar{X}$ =10.01, S.D.=2.09), as is their attitude towards food consumption ($\bar{X}$ =19.40, S.D.=3.17). The overall level of enabling factors related to access to food sources is moderate ($\bar{X}$ =16.64, S.D.=2.75), as are the reinforcing factors ($\bar{X}$ =2.04, S.D.=0.60). The sample's eating behavior is at a moderate level ($\bar{X}$ =28.6, S.D.=4.72). The analysis of the nutritional status of the students reveals that the majority are malnourished, accounting for 74.90%. Six factors were found to be significantly related to nutritional status, including age, knowledge about nutrition, attitude towards food consumption, Enabling factors, Reinforcing factors, and eating behavior (p-value < 0.05). These factors can predict the nutritional status of primary school students in grades 4-6 with an accuracy of 67.10% (R^2 = 0.451).

Keywords: Nutritional status, Food consumption behaviors, Primary school students

^{1*} Master's degree students in Public Health at Phayao University.

²Asst Prof.Faculty of Public Health, University of Phayao

*Corresponding author : somkid.ju@up.ac.th

บทนำ

โภชนาการเป็นส่วนที่สำคัญต่อสุขภาพและพัฒนาการของร่างกาย การมีโภชนาการที่ดีสัมพันธ์กับพัฒนาการของทารก สุขภาพเด็กและมารดา ระบบภูมิคุ้มกัน ช่วยลดความเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น และทำให้มีอายุยืนยาวขึ้น เด็กที่มีสุขภาพดีจะส่งผลให้มีการเรียนรู้ได้ดีขึ้น ผู้ที่มีโภชนาการเพียงพอ่อมมีประสิทธิผลมากกว่าและสามารถสร้างโอกาสในการทำลายวงจรของความยากจนและความหิวโหยได้ ปัจจุบันทั่วโลกกำลังเผชิญกับภาวะทุพโภชนาการ ประกอบด้วย ภาวะขาดสารอาหาร และภาวะน้ำหนักเกิน ซึ่งภาวะทุพโภชนาการถือเป็นภัยคุกคามที่สำคัญต่อสุขภาพของมนุษย์¹ องค์การอนามัยโลกร่วมกับประเทศสมาชิก และพันธมิตรดำเนินงานตามแผนเพื่อยุติภาวะทุพโภชนาการทุกรูปแบบภายในปี 2573 ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน เพื่อให้ทุกคนได้รับการเข้าถึงอาหารที่มีโภชนาการที่เพียงพอและมีคุณภาพ นอกจากนี้การดำเนินการด้านโภชนาการของสหประชาชาติ ค.ศ. 2016–2025 เพื่อยุติภาวะทุพโภชนาการยังมีความสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับอาหารของแผนปฏิบัติการระดับโลกในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ พ.ศ. 2556–2563 ยุทธศาสตร์ระดับโลกสำหรับสตรี เด็ก และสุขภาพของวัยรุ่น พ.ศ. 2559–2573 และวาระปี พ.ศ. 2573 เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนจากสถานการณ์ภาวะโภชนาการทั่วโลก พบว่า ผู้ใหญ่ จำนวน 1.90 ล้านคน มีน้ำหนักเกินหรือเป็นโรคอ้วน และในเด็กต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 38.90 ล้านคน มีภาวะน้ำหนักเกิน ซึ่งมีอัตราการเพิ่มขึ้นในผู้ใหญ่และเด็ก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2518 ถึง พ.ศ. 2559 ความชุกของเด็กและวัยรุ่น อายุ 5–19 ปี ที่มีน้ำหนักเกินหรือเป็นโรคอ้วนเพิ่มขึ้นมากกว่าสี่เท่าจากร้อยละ 4.0 เป็น ร้อยละ 18.0 ทั่วโลก องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ภายในปี 2568 ประชากรทั่วโลก ประมาณ 167 ล้านคน ทั้งผู้ใหญ่และเด็ก จะมีสุขภาพที่แข็งแรงน้อยลง เนื่องจากมีน้ำหนักเกินหรือเป็นโรคอ้วน ซึ่งโรคอ้วนเป็นอีกหนึ่งอย่างของภาวะทุพโภชนาการ และในปัจจุบันประชากรจำนวนมากเป็นโรคอ้วนมากกว่าน้ำหนักตัวที่ต่ำกว่าเกณฑ์ในทุกภูมิภาค ยกเว้นในแถบแอฟริกาตอนใต้ของทะเลทรายซาฮาราและเอเชีย เมื่อพิจารณาว่าเป็นปัญหาเฉพาะในประเทศที่มีรายได้สูงเท่านั้น แต่น้ำหนักเกินและโรคอ้วนกำลังเพิ่มขึ้นอย่างมากในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตเมืองเด็กที่มีน้ำหนักเกิน หรือเป็นโรคอ้วน ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา มีอัตราการเพิ่มขึ้นมากกว่าประเทศที่พัฒนาแล้วถึง ร้อยละ 30.00² ซึ่งรวมถึงประเทศไทยด้วย

สถานการณ์ภาวะโภชนาการของเด็กอายุ 6–14 ปี พ.ศ. 2560–2565 ในประเทศไทย พบว่า ในปี 2561 – 2563 มีแนวโน้มสูงตีสมส่วน ค่อนข้างคงที่ และลดลงในปี 2565 เหลือร้อยละ 55.50 เมื่อเปรียบเทียบกับสถานการณ์สูงตีสมส่วนในแต่ละเขต จากปี พ.ศ. 2560–2565 พบว่า เขต 7 มีความชุกของเด็กสูงตีสมส่วนมากที่สุดอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี 2561 จนถึงปี 2565 ซึ่งมีเด็กสูงตีสมส่วนร้อยละ 64.00 ลดลงมาคือเขต 10 และเขต 9 พบเด็กสูงตีสมส่วน ร้อยละ 60.10 และ 56.90 ตามลำดับ ในปี 2565 ส่วนในเขตที่มีความชุกของเด็กสูงตีสมส่วน น้อยที่สุด คือ เขต 4 ร้อยละ 47.60 ในปี 2565 ซึ่งจากข้อมูลสถานการณ์สูงตีสมส่วนของเด็กอายุ 6–14 ปี พ.ศ. 2560–2565 เขตสุขภาพที่ 1 เป็นหนึ่งในสามเขตสุขภาพที่มีความชุกของเด็กสูงตีสมส่วนน้อยที่สุดรองจากเขตที่ 4 และเขตที่ 12 โดยมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องในปี 2562–2565 เหลือเพียงร้อยละ 51.50 ในขณะที่สถานการณ์เด็กเริ่มอ้วนและอ้วนในเขตสุขภาพที่ 1 มีความชุกของเด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน เกินค่าเป้าหมายร้อยละ 10 ของทุกปี โดยในปี 2565 พบว่า เขต 1 มีความชุกของเด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 14.90 และสถานการณ์เด็กผอมในเขต 1 จากข้อมูลปี 2560–2565 โดยพบว่า เขต 1 มีความชุกของเด็กที่มีภาวะผอม ไม่เกินค่าเป้าหมายร้อยละ 5 ทุกปี ยกเว้นปี 2562 ที่มีความชุกของเด็กที่มีภาวะผอม ร้อยละ 5.10 และในสถานการณ์เด็กเตี้ยจากการเปรียบเทียบแต่ละเขต ปี 2560–2565 พบว่า เขต 1 มีความชุกของเด็กที่มีภาวะเตี้ย เกินค่าเป้าหมายร้อยละ 5 ทุกปี โดยในปี 2565 พบว่า มีสถานการณ์เตี้ยเพิ่มขึ้นทุกเขต³

ซึ่งจังหวัดพะเยาเป็นหนึ่งจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 1 ที่มีความชุกของเด็กสูงที่สุดส่วนในปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่า สถานการณ์สูงที่สุดของเด็กอายุ 6-14 ปี จังหวัดพะเยา มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องร้อยละ 38.44, 34.40 และ 28.67 ตามลำดับ⁴

จากข้อมูลคลังข้อมูลสุขภาพจังหวัดพะเยา พบว่า เด็กอายุ 6-14 ปี มีความชุกสูงที่สุดส่วนในปี พ.ศ. 2563-2565 มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 45.11, 42.30 และ 29.19 ตามลำดับ เด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะผอม ร้อยละ 3.14, 2.26, 4.22 ไม่เกินเป้าหมายร้อยละ 5 และอ้วนจนเป็นหนึ่งในอ้วนของจังหวัดพะเยาที่มีแนวโน้มของเด็ก อายุ 6-14 ปี มีภาวะเริ่มอ้วน และอ้วนเพิ่มขึ้น ร้อยละ 13.26, 13.37, 16.29 ตามลำดับ ซึ่งจากข้อมูลภาวะเริ่มอ้วน และอ้วนมีร้อยละเกินเป้าหมายที่กำหนดไว้ ไม่เกิน ร้อยละ 10 และจากข้อมูลพบว่าตำบลที่มีปัญหาภาวะโภชนาการ เด็กอายุ 6-14 ปี มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ตำบลห้วยข้าวก่ำ ตำบลจุน และตำบลหงส์หิน⁵ การที่เด็กวัยเรียนหรือ เด็กอายุ 6-12 ปี จะมีการเจริญเติบโต และมีพัฒนาการทางด้านร่างกาย จิตใจ และการเรียนรู้ที่นำไปสู่การมีคุณภาพ ชีวิตที่ดีนั้น อาหารจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะสร้างเสริมสุขภาพร่างกายของเด็ก⁶

จากการทบทวนวรรณกรรม และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการ ของนักเรียนประถมศึกษา พบว่ามีหลากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยด้านที่ตั้งโรงเรียน ความสนใจในข้อมูลข่าวสาร ปัจจัยด้าน รายได้ ความรู้ และทัศนคติ⁷ ซึ่งเป็นทั้งปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมให้เกิดพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และ ส่งผลต่อภาวะโภชนาการ⁸ และผลการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และ ปัจจัยเสริม ตามกรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED MODE เช่น ความรู้ ทัศนคติ ค่านิยมเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ที่ร่วมกันมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเกิน ของเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกิน เป็นต้น⁹ ปัจจัยเหล่านี้สามารถนำไปสู่การการประเมินภาวะโภชนาการเกิน หรือความ ผิดปกติของภาวะโภชนาการเด็กได้¹⁰ และแนวคิด PRECEDE-PROCEED MODE ยังเป็นแนวทางช่วยค้นหาสาเหตุ เพื่อ แก้ปัญหาภาวะทุพโภชนาการในเด็กได้อีก¹¹

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ภาวะโภชนาการของนักเรียนประถมศึกษา ในเขตพื้นที่อำเภอ จุน จังหวัดพะเยา โดยประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE-PROCEED MODEL¹² เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ทั้งนี้ แนวคิดดังกล่าวเชื่อว่า พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจาก 3 ปัจจัย คือปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม โดยปัจจัย นำเป็นลักษณะของบุคคล ที่ชักนำให้เกิดพฤติกรรม ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ และเจตคติเกี่ยวกับการบริโภค อาหาร¹³ ปัจจัยเอื้อเป็นลักษณะของปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ชุมชน และโรงเรียน¹⁴ ที่เอื้อให้เกิดการกระทำหรือ พฤติกรรมต่างๆ¹⁵ ซึ่งจะเป็นตัวกระตุ้น หรือแรงเสริมให้เด็กนักเรียนมีพฤติกรรม ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งขายอาหาร การ จัดการรายได้ของนักเรียน เป็นต้น สำหรับปัจจัยเสริมเป็นสิ่งที่บุคคลได้รับ หรือคาดว่าจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพล ต่อตนเอง และมีส่วนทำให้เกิดแรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรมชัดเจนขึ้น ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการได้รับ แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ครู เพื่อน เป็นต้น¹⁶ ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นความสำคัญของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยที่เสริมสามารถนำมาวางแผนการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง ให้เด็กมีภาวะโภชนาการที่ดี และเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของนักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 4-6 ใน เขตพื้นที่อำเภอจุน จังหวัดพะเยา
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของของนักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 4-6 ในเขตพื้นที่อำเภอจุน จังหวัดพะเยา

3. เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการของนักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 4-6 ในเขตพื้นที่อำเภोजุน จังหวัดพะเยา
4. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของนักเรียนประถมศึกษา ชั้นปีที่ 4-6 ในเขตพื้นที่อำเภोजุน จังหวัดพะเยา

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตพื้นที่คือ อำเภोजุน จังหวัดพะเยา ขอบเขตประชากร คือ นักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 4-6 ที่กำลังศึกษาในโรงเรียนประถมศึกษา อำเภोजุน จังหวัดพะเยา ระยะเวลาดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม 2565 – เดือนเมษายน 2566

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการของนักเรียนประถมศึกษา ในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการของนักเรียนประถมศึกษา ในเขตพื้นที่อำเภोजุน จังหวัดพะเยา เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจำนวน 287 คน และทำการวิเคราะห์ข้อมูล สรุปผล และอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย คือ นักเรียนประถมศึกษา อายุ 10-12 ปี ในเขตพื้นที่อำเภोजุน จังหวัดพะเยา จำนวน 7 ตำบล จำนวนนักเรียนทั้งสิ้น 1,128 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนประถมศึกษา อายุ 10-12 ปี ในเขตพื้นที่อำเภोजุน จังหวัดพะเยา จากการคำนวณด้วยสูตรของเครชีและมอร์แกน¹⁷ อ้างอิง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 287 คน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง 3 ตำบลที่มีปัญหา และใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นมาจากศึกษาทบทวนแนวคิดและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเนื้อหาในแบบสอบถาม แบ่งเป็น 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยนำ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กนักเรียน ลักษณะคำถามเป็นปลายปิดแบบให้เลือกตอบและเติมข้อความลงในช่องว่าง จำนวน 9 ข้อ ประกอบ เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา, ชื่อโรงเรียน, จำนวนพี่น้อง, รายได้ต่อวันที่ได้รับ, โรคประจำตัว, น้ำหนัก และส่วนสูง

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ การเลือกรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ ลักษณะคำถามเป็นแบบทดสอบประเภทเลือกตอบ (selection type) แบบถูก-ผิด (true-false) จำนวน 15 ข้อ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ของ Bloom (1971)¹⁸

ตอนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ลักษณะคำถามเป็นปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มีมาตราในการประเมิน 3 ระดับให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว จำนวน 10 ข้อ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ของ Bloom (1971)¹⁸

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อ การเข้าถึงแหล่งจำหน่ายอาหารลักษณะคำถามเป็นปลายปิด และเป็นคำถามเชิงบวกทุกข้อ มีมาตราในการประเมิน 3 ระดับ แบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว จำนวน 8 ข้อ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ของ Bloom (1971)¹⁸

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเสริม การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อโฆษณา และการได้รับอิทธิพลจากบุคคล ลักษณะคำถามเป็นปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มีมาตราในการประเมิน 3 ระดับ ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว จำนวน 8 ข้อ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ของ Bloom (1971)¹⁸

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร โดยประยุกต์ใช้แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของเด็กอายุ 6-13 ปี ของกรมอนามัย (2564) ลักษณะคำถามเป็นปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มีมาตราในการประเมิน 3 ระดับ ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว จำนวน 15 ข้อ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ของ Bloom (1971)¹⁸

ส่วนที่ 5 ภาวะโภชนาการของนักเรียนประถมศึกษา เป็นข้อมูลน้ำหนัก ส่วนสูงที่ได้จากส่วนที่ 1 โดยคำนวณดัชนีมวลกาย (BMI) จากน้ำหนักตัว (กิโลกรัม) หารด้วยความสูง (เมตร)² ตามเกณฑ์ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข¹⁹

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาคุณภาพเครื่องมือตามขั้นตอน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) คำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ในช่วง 0.67-1.00 แบบสอบถามที่ได้รับการแก้ไขปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตร KR-20 ในแบบสอบถามส่วนที่ 1 ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของ Cronbach ในส่วนที่ 1 ตอนที่ 3 และส่วนที่ 2-4 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78, 0.81, 0.82, 0.79 และ 0.89 ตามลำดับ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา ใบรับรองเลขที่ UP-HEC 1.2/050/66 รับรองวันที่ 5 มีนาคม 2567

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในงานวิจัย

วิเคราะห์ข้อมูล และแปลผลข้อมูล ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ใช้สถิติในการศึกษา ดังนี้

1.สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยวิธีการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้ในการวิเคราะห์ส่วนข้อมูลทั่วไป

2.สถิติเชิงวิเคราะห์ ใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม
 ตารางที่ 1 แสดงการวิเคราะห์ปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม

ลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	140	48.80
หญิง	147	51.20
อายุ		
10 ปี	76	26.50
11 ปี	92	32.10
12 ปี	119	41.50
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	11.15 $\pm$ 0.81	
ต่ำสุด-สูงสุด	10-12	
ระดับการศึกษา		
ป.4	40	13.90
ป.5	89	31.00
ป.6	158	55.10
ประเภทของโรงเรียน		
โรงเรียนรัฐบาล	251	87.50
โรงเรียนเอกชน	36	12.50
จำนวนพี่น้อง		
ลูกคนเดียว	48	16.70
มีพี่น้อง 1-2 คน	200	69.70
มีพี่น้อง 3 คนขึ้นไป	39	13.90
รายได้ต่อวันที่ได้รับ		
< 20 บาท	142	49.50
20 - 40 บาท	93	32.40
41 – 60 บาท	43	15.00
61 – 80 บาท	3	1.00
> 80 บาท	6	2.10
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	30.66 $\pm$ 17.08	
ต่ำสุด-สูงสุด	10-100	
ภาวะสุขภาพ		
ไม่มีโรคประจำตัว	260	90.60
มีโรคประจำตัว	27	9.40

ลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้เกี่ยวกับโภชนาการในการบริโภคอาหารภาพรวม		
ระดับต่ำ (0-8 คะแนน)	92	32.10
ระดับปานกลาง (9-11 คะแนน)	113	39.40
ระดับสูง (12-15 คะแนน)	82	28.60
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	10.01 ± 2.09	
ต่ำสุด-สูงสุด	7-15	
ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารภาพรวม		
ระดับไม่ดี (0-17 คะแนน)	52	18.10
ระดับปานกลาง (18-23 คะแนน)	136	47.40
ระดับดี (24-30 คะแนน)	34	34.50
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	19.40 ± 3.17	
ต่ำสุด-สูงสุด	13-28	
ระดับปัจจัยเอื้อภาพรวม		
ระดับน้อย (0-14 คะแนน)	52	18.10
ระดับปานกลาง (15-19 คะแนน)	199	69.30
ระดับมาก (20-24 คะแนน)	36	12.50
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	16.64 ± 2.75	
ต่ำสุด-สูงสุด	8-24	
ระดับปัจจัยเสริมภาพรวม		
ระดับน้อย (0-14 คะแนน)	61	21.30
ระดับปานกลาง (15-19 คะแนน)	198	69.00
ระดับมาก (20-24 คะแนน)	28	9.70
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	16.25 ± 2.44	
ต่ำสุด-สูงสุด	8-23	

จากตารางที่ 1 ผลการศึกษา พบว่า ในข้อมูลของปัจจัยนำ ด้านข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.20 มีอายุเฉลี่ย 11.15 ปี โดยส่วนใหญ่ คือ กลุ่มอายุ 12 ปี ร้อยละ 41.50 มีระดับการศึกษา ป.6 ร้อยละ 55.10 และส่วนใหญ่ศึกษาในโรงเรียนรัฐบาล ร้อยละ 87.50 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีจำนวนที่ 1-2 คน ร้อยละ 69.70 และมีรายได้ต่อวันที่ได้รับเฉลี่ย 30.66 บาท โดยส่วนใหญ่ คือ รายได้ที่ได้รับอยู่ที่น้อยกว่า 20 บาท ร้อยละ 49.50 ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 90.60 ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ โภชนาการในการบริโภคอาหารภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 39.40 ด้านทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารภาพรวม ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 47.40

ผลการศึกษาพบว่า ระดับปัจจัยเอื้อ การเข้าถึงแหล่งจำหน่ายอาหารภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 69.30 รองลงมาเป็นระดับปัจจัยเอื้อ การเข้าถึงแหล่งจำหน่ายอาหารภาพรวม อยู่ระดับน้อย ร้อยละ 18.10 และระดับปัจจัยเอื้อ การเข้าถึงแหล่งจำหน่ายอาหารภาพรวม อยู่ระดับมาก ร้อยละ 12.50 ($\bar{x}=16.64$, $S.D.=2.75$ คะแนนต่ำสุดคือ 8 คะแนน และคะแนนสูงสุด คือ 24 คะแนน) ตามลำดับ

ผลการศึกษาพบว่า ระดับปัจจัยเสริม การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ โฆษณา และการได้รับอิทธิพลจากบุคคลภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 69.00 รองลงมาเป็นปัจจัยเสริมการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ โฆษณา และการได้รับอิทธิพลจากบุคคลภาพรวม อยู่ระดับน้อย ร้อยละ 21.30 และปัจจัยเสริมการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ โฆษณา และการได้รับอิทธิพลจากบุคคลภาพรวม อยู่ระดับมาก ร้อยละ 9.70 ($\bar{x}=16.25$, $S.D.=2.44$ คะแนนต่ำสุดคือ 8 คะแนน และคะแนนสูงสุด คือ 23 คะแนน) ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนประถมศึกษา

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ และระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารภาพรวม

ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารภาพรวม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับไม่ดี (0-26 คะแนน)	43	15.0
ระดับปานกลาง (27-35 คะแนน)	231	80.5
ระดับดี (36- 45 คะแนน)	13	4.5
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	28.67±4.72	
ต่ำสุด-สูงสุด	19-43	

จากตารางที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.50 รองลงมา อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 15.00 และน้อยที่สุดอยู่ในระดับดี ร้อยละ 4.50 9 ตามลำดับ ($\bar{x}=28.67$, $S.D.=4.72$ คะแนนต่ำสุดคือ 7 คะแนน และคะแนนสูงสุด คือ 15 คะแนน) ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ภาวะโภชนาการของนักเรียนประถมศึกษา

ตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์ภาวะโภชนาการของนักเรียนประถมศึกษา

ภาวะโภชนาการ	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะโภชนาการปกติ	75	26.10
ภาวะทุพโภชนาการ		
น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์	169	58.90
น้ำหนักตัวเกิน	43	15.00

จากตารางที่ 3 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะทุพโภชนาการ จำนวน 212 คน คิดเป็นร้อยละ 74.90 รองลงมามีภาวะโภชนาการปกติ จำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 26.10 เมื่อพิจารณาแยกประเภทภาวะทุพโภชนาการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ จำนวน 169 คน คิดเป็นร้อยละ 58.90 และภาวะน้ำหนักตัวเกิน จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 15.00

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของนักเรียนประถมศึกษา ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร กับภาวะโภชนาการของนักเรียนประถมศึกษา โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม พฤติกรรมการบริโภคอาหาร กับภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นประถมศึกษา

ตัวแปร	B	S.E.	Beta	P-value
ปัจจัยนำ				
ข้อมูลส่วนบุคคล				
เพศ	-0.491	0.368	-0.060	0.184
อายุ	0.477	0.232	0.095	0.041*
รายได้ต่อวันที่ได้รับ	0.011	0.011	0.047	0.318
ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ	-0.460	0.112	-0.257	0.000**
ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร	-0.161	0.064	-0.158	0.012*
ปัจจัยเอื้อ	-0.121	0.068	-0.082	0.056*
ปัจจัยเสริม	0.257	0.079	0.155	0.001*
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	-0.325	0.051	-0.388	0.000**
Constant(a) = 28.957 R=0.671 R square = 0.451 Adjusted square = 0.435 F = 28.512				
95%CI = 22.676-35.238 p-value= 0.000				

หมายเหตุ *p-value < 0.05, **p-value < 0.001

ผลการศึกษาพบว่า การวิเคราะห์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ทั้งหมด 8 ตัวแปร พบว่า มี 6 ตัวแปรที่ศึกษา คือ อายุ ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$ และ < 0.001) สามารถอธิบายการผันแปรของภาวะโภชนาการได้ ร้อยละ 67.10 ($R^2 = 0.451$) ส่วนตัวแปรเพศ และรายได้ต่อวันที่ได้รับ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

อภิปรายผลการศึกษา

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำไปสู่การอภิปรายผลดังต่อไปนี้

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม พฤติกรรมการบริโภคอาหาร กับภาวะโภชนาการของนักเรียนประถมศึกษา ในเขตพื้นที่อำเภอจุน จังหวัดพะเยา โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Multiple Regression Analysis พบว่าตัวแปรปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ และทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งจำหน่ายอาหาร ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อโฆษณา การได้รับอิทธิพลจากบุคคล และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของนักเรียนประถมศึกษา โดยมีค่าเท่ากับ ร้อยละ 67.10 ดังนี้

ปัจจัยนำ จากการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะโภชนาการของนักเรียนประถมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$ สอดคล้องกับศึกษาของจิราภา สุวรรณกิจ²⁰ ได้ทำการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$ อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่าง มีอายุช่วง 10-12 ปี อยู่ในช่วงวัยเจริญเติบโตทั้งด้านร่างกาย และสติปัญญาอย่างรวดเร็ว และเห็นได้ชัดเจน จำเป็นต้องการอาหารที่มีพลังงานสูงแต่ให้คุณค่าทางโภชนาการ

ครบถ้วน จึงจะทำให้มีน้ำหนัก และส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน หากมีการบริโภคไม่เหมาะสม ไม่เพียงพอ หรือรับประทานอาหารไม่ครบ 5 หมู่ จะทำให้มีภาวะทุพโภชนาการได้ สำหรับความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ จากการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะโภชนาการของนักเรียนประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value}<0.05$ สอดคล้องกับศึกษาของชิราวุธ ปุญณวิช และคณะ²¹ ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารในนักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 4-6 โรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร อยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 39.40 เมื่อพิจารณารายข้อคำถาม พบว่า ข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำสุด คือ 1) เนื้อปลาให้เป็นอาหารประเภทโปรตีน และมีไขมันมาก และ 2) โรคปากนกกระชอกเป็นอาการของโรคขาดวิตามินซี การขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเหล่านี้อาจส่งผลให้มีการเลือกรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม และไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ดังนั้นควรมีการให้ส่งเสริมความรู้ทางโภชนาการแก่นักเรียน และผู้ปกครอง และปลูกฝังพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะทุพโภชนาการในเด็กนักเรียนประถมศึกษา สำหรับทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร จากการศึกษาพบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะโภชนาการของนักเรียนประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value}<0.05$ สอดคล้องกับศึกษาของจาวรรรณ ไตรทิพย์สมบัติ²² ได้ทำการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน และอ้วน พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value}=0.011$ กล่าวได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร อยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 47.40 เมื่อพิจารณารายข้อคำถาม พบว่า ข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำสุด คือ 1) นักเรียนคิดว่าควรรับประทานอาหาร เมื่อรู้สึกหิวเท่านั้น และ 2) นักเรียนคิดว่าผักมีรสชาติขม และไม่อร่อย เห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อ และไม่ชอบรับประทานอาหารเช้าผัก ส่งผลให้ขาดสารอาหารที่จำเป็นต่อการเจริญเติบโตของร่างกาย ควรเน้นการส่งเสริมการบริโภคอาหารเช้าผัก และผลไม้ทุกมื้อ เพื่อให้มีภาวะโภชนาการที่ดีต่อสุขภาพทั้งในระยะสั้น และระยะยาว

ปัจจัยเอื้อ จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยเอื้อการเข้าถึงแหล่งจำหน่ายอาหารมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะโภชนาการของนักเรียนประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value}<0.05$ สอดคล้องกับศึกษาของจิราภรณ์ ปัญญารัตนโชติ และคณะ¹⁶ ได้ทำการศึกษา ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนชั้นประถมศึกษาในโรงเรียนสังกัดเทศบาลเมืองสมุทรสงคราม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับปัจจัยเอื้อการเข้าถึงแหล่งจำหน่ายอาหาร อยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 69.30 อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงแหล่งอาหารได้ง่าย สะดวกทั้งร้านค้าใน และนอกโรงเรียน ที่มีการจำหน่ายอาหาร เช่น การส่งอาหารผ่านแอปพลิเคชันออนไลน์ การส่งเดลิเวอรี่ เป็นต้น และเมื่อพิจารณารายข้อคำถาม พบว่า ข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำสุด คือนักเรียนซื้ออาหารทอดต่างๆ เช่น ไก่ทอด ลูกชิ้นทอด เฟรนช์ฟรายส์ จากร้านค้าหน้าโรงเรียน หลังเลิกเรียน ซึ่งเป็นปัจจัยที่เอื้อให้เกิดการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และส่งผลต่อภาวะทุพโภชนาการตามมาของเด็กนักเรียน สรุปได้ว่าเนื่องจากปัจจุบันการเข้าถึงแหล่งอาหารของเด็กนักเรียนได้ง่ายมากขึ้น เช่น การขนส่งสินค้า สื่อโซเชียล โฆษณาออนไลน์ เป็นต้น และการบริโภคอาหารตามกระแสค่านิยมทางสังคม เพื่อตอบสนองความต้องการที่เกินความจำเป็นของตนเอง เกิดพฤติกรรมเลียนแบบ ทำให้เด็กนักเรียนสามารถตัดสินใจสั่งซื้อสินค้ามาบริโภคได้มากขึ้น แต่ในบางครั้งยังขาดความรู้ ความเข้าใจในการเลือกซื้อสินค้า หรืออาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ จึงส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการได้เช่นกัน

ปัจจัยเสริม จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยเสริมการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อโฆษณา และการได้รับอิทธิพลจากบุคคล มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะโภชนาการของนักเรียนประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$ สอดคล้องกับศึกษาของชัยณรงค์ แก้วจันทน์¹⁰ ได้ทำการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะโภชนาการเกินของเด็กวัยเรียนในพื้นที่รับผิดชอบ เครือข่ายบริการสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช พบว่า ช่องทางการสื่อสารที่ได้เรียนรู้ด้านดูแลสุขภาพ หรือพฤติกรรมสุขภาพด้านภาวะโภชนาการเกินที่ร่วมกับตัวแปรอื่นสามารถทำนายภาวะโภชนาการเกินของเด็กวัยเรียน ได้ร้อยละ 88.20 อธิบายได้ได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะทุพโภชนาการ ถึงร้อยละ 74.90 แยกเป็นภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 58.90 และภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ ร้อยละ 15.00 อาจเป็นเพราะการมีความรู้เกี่ยวกับโภชนาการที่ไม่เพียงพอ ทำให้มีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลให้มีภาวะทุพโภชนาการ และผลการศึกษาวัยนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของจิราภา สุวรรณกิจ²⁰ พบว่า ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ อายุ ความรู้เกี่ยวกับอาหาร การจัดอาหาร และการปลูกฝังนิสัยการบริโภคอาหารให้กับเด็กวัยก่อนเรียนของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเด็กวัยก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$ อธิบายได้ได้ว่า เมื่อพิจารณารายข้อคำถาม พบว่า ข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำสุด คือ นักเรียนตัดสินใจซื้อสินค้าตามสื่อออนไลน์ในโทรศัพท์มือถือ เมื่อขาดความรู้ทำให้เด็กนักเรียนเลือกการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม และอีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับผู้ปกครองที่เป็นตา-ยาย หรือปู่-ย่า ซึ่งผู้ปกครองบางส่วนยังขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติการจัดอาหารให้เหมาะสมกับวัย ซึ่งทำให้เด็กได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย หรือได้รับสารอาหารที่เกินต่อความต้องการของร่างกาย เกิดภาวะทุพโภชนาการเพิ่มมากขึ้น

พฤติกรรมบริโภคอาหาร จากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะโภชนาการของนักเรียนประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$ สอดคล้องกับศึกษาของณัฐวัลย์ เพ็งแจ่ม และคณะ⁹ ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารของเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินในโรงเรียนแห่งหนึ่ง ตำบลโคกชัย อำเภอกอซอชัย จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ความรู้ ทักษะ ค่านิยมเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมบริโภคอาหาร ที่ร่วมกันมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารเกินของเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พฤติกรรมบริโภคอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.50 และเมื่อพิจารณารายข้อคำถาม พบว่า ข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำสุด คือ 1) ไม่เติมน้ำตาลในอาหารที่ปรุงสุกแล้ว 2) ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน น้ำปั่น น้ำผลไม้ นมเปรี้ยว เป็นต้น และ 3) ไม่กินขนมขบเคี้ยว เช่น ปลาเส้นปรุงรส มันฝรั่งทอด ขนมปังเวเฟอร์ ขนมปังแท่ง เป็นต้น แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่ดี ขอบรับประทานอาหารรสหวาน หรือเครื่องดื่มที่มีรสหวาน โดยเฉพาะน้ำอัดลม และน้ำหวาน ส่งผลให้มีภาวะน้ำหนักเกินกว่าเกณฑ์ ถึงร้อยละ 15.00 ดังนั้นการจะควบคุมภาวะโภชนาการเกินกว่าเกณฑ์มาตรฐาน หรือการควบคุมดัชนีมวลกายของนักเรียนประถมศึกษา ควรเพิ่มทักษะด้านความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร ที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนการพฤติกรรมบริโภคอาหาร เน้นการลดอาหารจำพวกแป้ง และน้ำตาลที่เกินความจำเป็น

ข้อเสนอแนะต่อการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. หน่วยงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้ที่เกี่ยวข้อง ควรมุ่งเน้นการเพิ่มโปรแกรมโดยประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE-PROCEED MODEL ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม เพื่อเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการ และอาหารหลัก 5 หมู่ ควรกระตุ้นการใช้เทคนิคการสืบค้นข้อมูลความรู้ภาวะโภชนาการจากสื่อ โฆษณาต่าง ๆ และเพิ่มทักษะการอ่านให้มากขึ้น โดยการได้รับแรงสนับสนุนจากผู้ดูแล หรือผู้ปกครอง ที่จะช่วยดูแลนักเรียนอย่างใกล้ชิดใน

การตัดสินใจเลือกบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ และเหมาะสมกับวัย แล้วจะส่งผลทำให้มีภาวะโภชนาการที่ดี และลดภาวะทุพโภชนาการได้

2. การรณรงค์ หรือจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองต่อการควบคุมภาวะโภชนาการในกลุ่มที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ โดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างความรอบรู้ สมรรถนะ เกี่ยวกับการบริโภคอาหารต่อการป้องกัน ภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ โดยเฉพาะเน้นส่งเสริมการรับประทานอาหารจำพวกโปรตีนสูง และผักชนิดต่างๆ แก่ นักเรียนประถมศึกษา เพื่อที่จะนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่ถูกต้องได้ และนำไปสู่การมีภาวะ โภชนาการที่ดีเหมาะสมกับวัย

3. หน่วยงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้ที่เกี่ยวข้อง ควรมีการวางแผนเฝ้าระวัง และติดตามนักเรียน ประถมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ และภาวะน้ำหนักเกินกว่าเกณฑ์

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. อาจพิจารณาศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับนักเรียนประถมศึกษาาร่วมด้วย เช่น ตัวแปรความรู้ของ ผู้ดูแล หรือผู้ปกครองของนักเรียนประถมศึกษา รายได้ของครอบครัว และการใช้ยา หรือผลิตภัณฑ์อาหารเสริม เป็นต้น

2. ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น พฤติกรรม การบริโภคอาหาร เพื่อนำไปค้นคว้าหา ข้อเท็จจริงในการตอบโจทย์สมมุติฐานที่ตั้งไว้ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่ดี ถูกต้องเหมาะสม กับวัย สามารถที่จะควบคุมภาวะโภชนาการให้อยู่ในภาวะปกติได้ สูงดีสมส่วนตามวัย ยังจะช่วยลดภาวะน้ำหนักต่ำกว่า เกณฑ์ และน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐานได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตพื้นที่อำเภอจุน โรงพยาบาลจุน ที่ให้การช่วยเหลือและ สนับสนุนในการวิจัยในครั้งนี้ และขอพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการวิจัยนี้จนสำเร็จลุล่วง ตามวัตถุประสงค์ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Nutrition [Internet]. 2018 [cited 2023 Jan 24]. Available from: <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/nutrition>.
2. World Health Organization. World Obesity Day 2022 – Accelerating action to stop obesity [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan 24]. Available from: <https://www.who.int/news/item/04-03-2022-world-obesity-day-2022-accelerating-action-to-stop-obesity>.
3. สำนักโภชนาการ. ผลการรายงานผลการวิเคราะห์ตามตัวชี้วัด 1.11 ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 2565 ส.ค. 6]. แหล่งข้อมูล: <https://nutrition2.anamai.moph.go.th/web-upload/6x22caac0452648c8dd1f534819ba2f16c/filecenter/file/doc/1.11AssessmentRound2-2565.pdf>.

4. กรมอนามัย. ร้อยละของนักเรียนชั้น ป.1-ป.6 สูงดีสมส่วน [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 2565 ส.ค. 6]. แหล่งข้อมูล: http://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/s_slim_sc13/cha ngwat?year=2022&kid=2101&rg=01.
5. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพจังหวัดพะเยา. ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดพะเยา [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 2565 ส.ค. 6]. แหล่งข้อมูล: <https://pyo.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>.
6. ฝายโภชนาการ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. โภชนาการสำหรับวัยรุ่น [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 2565 ส.ค. 6]. แหล่งข้อมูล: <https://www.si.mahidol.ac.th/Th/healthdetail.asp?aid=1287>.
7. ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์, นิทรา กิจธีระวุฒิมวงษ์ และชวลิต วโรตมรังสิมันต์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดพิษณุโลกที่มีภาวะโภชนาการแตกต่างกัน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2558; 33(3):80-90.
8. พัชรภักดิ์ ไชยสังข์, ปัญจกรณ์ ยะเกษม และนุชจรีรัตน์ ชูทองรัตน์. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 -6 ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา 2557; 20(1):30-43.
9. ณัฐธวัช เพ็งแจ่ม, ศุภรดา โมขุนทด, วันฉัตร โสฬส, วัลยา ชันพลกรัง, ดิเรก กลุ่มค่างพลู, ชลนิชา หอมสุวรรณ, และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินในโรงเรียนแห่งหนึ่ง ตำบลโชคชัย อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา. ใน: การประชุมวิชาการระดับชาติวิทยาลัยนครราชสีมา ครั้งที่ 6 ประจำปี พ.ศ.2562; 30 มีนาคม 2562; วิทยาลัยนครราชสีมา, จังหวัดนครราชสีมา: 2562. หน้า. 941-9.
10. ชัยณรงค์ แก้วจันทร์. ปัจจัยทำนายภาวะโภชนาการเกินของเด็กวัยเรียนในพื้นที่รับผิดชอบ เครือข่ายบริการสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2566; 17(3):1063-77.
11. นิศารัตน ชูชาญ, ภาณุวัฒน์ นิ่มนวล. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารสำหรับเด็กอนุบาลในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร. วารสารครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2565; 50(2):1-12.
12. Green, L. and Kreuter, M. Health program planning: An educational and ecological approach (4th Edition). New York: McGraw Hill; 2005.
13. จิตมา กตัญญู. ภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนที่สังกัดเทศบาลนครเชียงใหม่. ลำปางเวชสาร 2561; 39(2):62-71.
14. สุชาติ พิชัยธรรม, ยุยงค์ จันทรวิจิตร, อุมพร ทานรุ่งชโรทร. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัวและรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครองกับภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ของโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. พยาบาลสาร 2563; 47(4):88-99.
15. ถวิล สฤทธารณวงศ์, ภูเบศร์ แสงสว่าง. การดูแลบริโภคอาหารโดยผู้ปกครองกับภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียนในอำเภองาว จังหวัดลำปาง. วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ 2561; 3(2):29-38.

16. จิราภรณ์ ปัญญรัตน์โชติ, ชนัญชิตาคุษฎิ พูลศิริ, สมสมัย รัตนกริฑากุล. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนชั้นประถมศึกษาในโรงเรียนสังกัดเทศบาลเมืองสมุทรสงคราม. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2560; 25(2):43-56.
17. Krejcie, R. & Morgan, D. "Determining sample sizes for research activities." Educational and Psychological Measurement 1970; 30(3):607-610.
18. Bloom, B.S. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hall; 1971.
19. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. Know Your Numbers & Know Your Risks รู้ตัวเลข รู้ความเสี่ยงสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 2566 พ.ย. 4]. แหล่งข้อมูล: <https://www.si.mahidol.ac.th/Th/healthdetail.asp?aid=1287>.
20. จิราภา สุวรรณกิจ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี 2565; 31(2):81-94.
21. ชีราวุธ ปุณณวิช, ระวีวรรณ แสงฉาย, ล้ำศักดิ์ ขวัญชัย, พรวิภา เย็นใจ, พัฒนา มูลพฤษ, อุตมศักดิ์ คงเมือง. พฤติกรรมการบริโภคอาหารในนักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 4-6 โรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 2567 ก.ค. 25]. แหล่งข้อมูล: [http://bkkthon.ac.th/home/user_files/department/department-24/files/12.พฤติกรรมกรบริโภคอาหารในนักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่%204%20\(1\).pdf](http://bkkthon.ac.th/home/user_files/department/department-24/files/12.พฤติกรรมกรบริโภคอาหารในนักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่%204%20(1).pdf).
22. จารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ, นาฏติยา ศิลคุ้ม, มุกดา พิศจารุญ, สุธิดา พลกอง, สุนิสา สังข์สุข, สุพัตรา ขาติอดุลย์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2563; 27(2):92-102.

Received: 11 Nov.2024, Revised: 4 Dec.2024

Accepted: 8 Dec.2024

บทความวิจัย

การพัฒนาแบบการส่งเสริมสมรรถนะทางกายในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชนตำบลท่าศาลา อำเภอบึงนาราง จังหวัดพิจิตร

ณัฐธิดาภรณ์ เหมมูล^{1*}, สงครามชัย ลิทองดีสกุล² สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์³

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาแบบการส่งเสริมสมรรถนะทางกายในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลท่าศาลา อำเภอบึงนาราง จังหวัดพิจิตร กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม เป็นกลุ่มภาควิชาการ 5 คน ภาคท้องถิ่น 9 คน และภาคประชาชน 217 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่มระหว่างวันที่ 30 สิงหาคม 2567-30 กันยายน 2567 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วยการ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่ 1) กิจกรรมการถ่ายทอดความรู้สู่ชุมชน 2) กิจกรรมการส่งเสริมสมรรถนะทางกายในผู้สูงอายุ โดยใช้ PR model (Participation Rehabilitation) ผลการประเมินการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง คุณภาพชีวิตทั่วไปและคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ ความพึงพอใจของผู้สูงอายุ หลังการดำเนินงาน พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องอยู่ใน ระดับปานกลาง (Mean 3.36, S.D.=0.62) ระดับคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุอยู่ในระดับที่ดี (Mean 2.33, S.D.=0.47) ระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุอยู่ในระดับพึงพอใจมาก (Mean 4.01, S.D.=0.39) ระดับความรู้ของผู้เกี่ยวข้องอยู่ใน ระดับดี (Mean 8.39, S.D.=1.68) ระดับทักษะของผู้เกี่ยวข้องอยู่ใน ระดับมีทักษะมากที่สุด (Mean 4.57, S.D.=0.50) ระดับเจตคติของผู้เกี่ยวข้องอยู่ใน ระดับมีเจตคติที่ดีมากที่สุด (Mean 4.53, S.D.=0.50)

สรุปผลการศึกษา พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จของการศึกษานี้ประกอบด้วย 6 ปัจจัย ได้แก่ 1) มีผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง 2) องค์การบริหารส่วนตำบลมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสมรรถนะทางกาย 3) ชุมชนมีส่วนร่วมทุกกระบวนการ 4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ส่วนราชการ ให้การสนับสนุนให้กำลังใจ 5) มีทุนทางสังคม 6) การติดต่อประสานงานของเครือข่าย ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงระบบบริการ และทำให้เกิดการดำเนินงานที่มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในชุมชน

คำสำคัญ : การพัฒนาแบบ, ผู้สูงอายุ, การส่งเสริมสมรรถนะทางกายในผู้สูงอายุ

^{1*} นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

² รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

*Corresponding author Email: beenutthidaphoa@gmail.com

Original Article

Development of a Promotion Physical Fitness Model for Elderly by Community Participation, Thasala Sub-district, Phu Ruea District, Loei Province.

Natthidaphon Ngaomoon^{1*} Songkhamchai Leethongdissakul² Surasak Thiabrithi³

Abstract

This research is an action research. The objective of this research is to develop a physical fitness promotion model for the elderly through community participation in Tha Sala Subdistrict, Phu Ruea District, Loei Province. The sample group in the research was divided into 3 groups: 5 academic groups, 9 local groups, and 217 public groups. Data were collected using questionnaires, interviews, and focus group discussions between August 30, 2024 and September 30, 2024. Descriptive statistics were used, including frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and qualitative data were analyzed using content analysis.

The activities for developing health promotion for the elderly use AIC techniques to analyze data. The results of the research found that the health promotion model of Elderly in the community consists of 2 activities: 1) activities to transfer knowledge to the community and 2) activities to promote physical competency in the elderly. Results of the evaluation of the participation of relevant people General quality of life and quality of life for the elderly Elderly people's satisfaction After the operation, it was found that the level of participation of those involved was at a moderate level (Mean 3.36, S.D.=0.62), the level of quality of life for the elderly was at a good level (Mean 2.33, S.D.=0.47), the level of satisfaction of the elderly was at a very satisfied level (Mean 4.01, S.D.=0.39) The knowledge level of those involved is at a good level (Mean 8.39, S.D.=1.68). The skill level of those involved is at level has the most skills (Mean 4.57, S.D.=0.50) The attitude level of those involved is in level has the most positive attitude (Mean 4.53, S.D.=0.50)

The results of the study found that the success factors of this study consisted of 6 factors: 1) having strong community leaders, 2) the sub-district administrative organization participating in promoting physical fitness, 3) the community participating in every process, 4) the sub-district health promotion hospital/government agency providing support and encouragement, 5) having social capital, 6) network coordination, resulting in the elderly being able to access the service system and leading to operations that involve participation from all sectors in the community.

Keywords: model development, elderly, elderly health promotion

¹ Master's degree students in Public Health at Mahasarakham University.

² Assoc Prof. Faculty of Public Health Maha Sarakham University.

³ Asst Prof. Faculty of Public Health Maha Sarakham University.

*Corresponding author E-mail: beenutthidaphoa@gmail.com

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของโลกในปัจจุบัน ถือว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีความสำคัญ เนื่องจากมีอัตราการเกิดน้อย แต่มีจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้ว และประเทศที่กำลังพัฒนา ซึ่งทำให้ทั่วโลกกำลังเข้าสู่การสูงวัยมากขึ้น ดังนั้นจะเห็นได้ว่าสังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) เป็นแนวโน้มที่ทุกชาติ ทั่วโลกหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยในภูมิภาคอาเซียน พบว่า มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 11.0 ซึ่ง 7 ประเทศในภูมิภาคอาเซียนได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ เรียงลำดับจากมากที่สุด ได้แก่ ประเทศสิงคโปร์ ไทย และเวียดนาม ซึ่งสิงคโปร์เป็นประเทศแรกที่เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ มีผู้อายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20.0¹

สำหรับสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย คาดว่า ในปี 2565 มีประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 18.30 ของประชากรทั้งประเทศ เพิ่มขึ้นจากปีก่อนถึงร้อยละ 0.5 และมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 3.6 ต่อปี (คิดเป็น 400,000 คนต่อปี) จากการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (ปี 2559-2564) ในช่วง 5 ปีแรก พบว่า ปัญหาด้านความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ มีประมาณร้อยละ 3.8 มีผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม จำนวน 6.8 แสนคน และผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดเตียง จำนวน 46,779 คน และร้อยละ 18.5 หรือเกือบ 1 ใน 5 ของผู้สูงอายุเหล่านี้ขาดผู้ดูแลต้องเป็นภาระของครอบครัว และชุมชน ซึ่งพบว่า ประชากรวัยทำงาน 100 คน จะต้องรับภาระดูแลผู้สูงอายุและเด็กจำนวน 51 คน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 64 คน ในปี 2570²

ซึ่งสมรรถภาพทางกาย หมายถึง สภาวะของร่างกายที่อยู่ในสภาพที่ดีเพื่อที่จะช่วยให้บุคคลสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดอัตราความเสี่ยงของปัญหาทางสุขภาพที่เป็นสาเหตุมาจากการออกกำลังกาย สร้างความสมบูรณ์และแข็งแรงของร่างกายในการที่จะเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายได้อย่างหลากหลาย³ แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (ปี 2566-2580) ซึ่งเน้นให้เกิดการสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติและแผนแม่บท อันจะก่อให้เกิดการบูรณาการแผนในทุกระดับ และนำไปสู่การขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุและการรองรับสังคมสูงวัยของหน่วยงานต่าง ๆ อย่างมีบูรณาการ เพื่อเพิ่มคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุด้วยการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้เพิ่มพูนศักยภาพของตนเองอย่างเต็มกำลังความสามารถ ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีของประเทศไทย (ปี 2561 - 2580) ประเด็นยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ มีแผนการพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต มุ่งเน้นการพัฒนาคนเชิงคุณภาพในทุกช่วงวัย ซึ่งช่วงวัยผู้สูงอายุจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นพลังในการขับเคลื่อนประเทศ มีการทำงานหลังเกษียณ มีการสร้างเสริมสุขภาพ ฟันฟูสุขภาพ การป้องกันโรคให้แก่ผู้สูงอายุ พร้อมกับจัดสภาพแวดล้อมให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ⁴

การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) คือ การเปิดโอกาสให้ชุมชนได้ร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ ร่วมประเมินผลในทุกขั้นตอน โดยกิจกรรมใดก็ตามควรเปิดให้ประชาชนมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสิ้นโครงการ ถือเป็นแนวคิดหนึ่งของการพัฒนาชุมชนซึ่งจะประสบผลสำเร็จได้ต้องเกิดจากความร่วมมือระหว่างรัฐและชุมชน⁵ แนวคิดที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ “การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ” การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้แนวคิดของ WHOQOL Group (1995) จัดองค์ประกอบไว้ 4 ด้าน คือ ร่างกายจิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและสภาพแวดล้อมซึ่งสามารถวัดได้ครอบคลุมองค์ประกอบในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ⁶

สถานการณ์จังหวัดเลย มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นตามลำดับ จากข้อมูลประชากรจังหวัดเลย พบว่า มีประชากรผู้สูงอายุ ในปี 2564 จำนวน 108,146 คน ปี 2565 ผู้สูงอายุจำนวน 110,999 คน และปี 2566 จำนวน 114,761 คน จากการคัดกรองภาวะถดถอยทางกายในผู้สูงอายุ 9 ด้าน จังหวัดเลย พบว่า ด้านที่ผู้สูงอายุมีภาวะถดถอยมากที่สุดได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว (ร้อยละ 5.45) ด้านสุขภาพช่องปาก (ร้อยละ 4.02) และด้านการปฏิบัติ

กิจกรรมประจำวัน (ร้อยละ 4.01) ซึ่งจำนวนผู้สูงอายุอำเภอภูเรือ จังหวัดเลย พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น จากการคัดกรองภาวะถดถอยทางกายในผู้สูงอายุ 9 ด้าน พบว่า มีภาวะถดถอยทางกายอย่างน้อย 1 ด้าน ภาพรวม ร้อยละ 41.46 ซึ่งผ่านเกณฑ์ น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60.0 แต่เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่ามีด้านที่ไม่ผ่านเกณฑ์ (เกณฑ์ น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10.0) ซึ่งเกินเกณฑ์มาตรฐาน ได้แก่ด้านการเคลื่อนไหว (ร้อยละ 13.09) รองลงมาคือด้านการมองเห็น (ร้อยละ 11.98) และด้านสุขภาพช่องปาก (ร้อยละ 10.04) และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นทุกปี โดยพบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอยทางกายดังกล่าว มากที่สุดคือตำบลท่าศาลา ร้อยละ 10.62 รองลงมาคือตำบลสามัคคี ร้อยละ 8.31 และตำบลร่องจิก ร้อยละ 6.89 ตามลำดับ⁷ จากการลงพื้นที่ตำบลท่าศาลา เพื่อสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ และคนในครอบครัวถึงผลกระทบ พบว่า 1) ปัญหาทางด้านสุขภาพกาย ผู้สูงอายุไม่สามารถดูแลหรือช่วยเหลือตัวเองได้ 2) ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ทำให้ไม่มีรายได้ หรือรายได้ไม่เพียงพอ 3) ปัญหาทางด้านสังคม ผู้สูงอายุไม่ได้รับการยกย่องจากสังคมเหมือนเดิม 4) ปัญหาทางด้านจิตใจ มีความวิตกกังวลต่าง ๆ 5) ปัญหาเกี่ยวกับครอบครัว ส่งผลต่อภาวะเศรษฐกิจภายในครอบครัว ทำให้คนในครอบครัวไม่สามารถออกไปทำงานได้ ต้องอยู่บ้านดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งต้องแบกรับค่าใช้จ่ายในส่วนของการรักษาพยาบาล เป็นต้น

ซึ่งการดำเนินงานที่ผ่านมา สรุปได้ว่ารูปแบบบริการแบบเดิมในการส่งเสริมสมรรถนะทางกายผู้สูงอายุยังขาดการดำเนินงานที่ชัดเจน การดำเนินงานส่วนใหญ่เกิดจากนโยบายส่วนกลางเป็นผู้กำหนดแผน/กิจกรรม และส่งต่อสู่หน่วยงาน องค์กรและส่วนท้องถิ่น ทำให้ชุมชนขาดการมีส่วนร่วมในการคิด การวางแผนและการตัดสินใจดำเนินการ จึงทำให้การทำงานในชุมชนไม่เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนจากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษา การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสมรรถนะทางกายในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลท่าศาลา อำเภอภูเรือ จังหวัดเลย เนื่องจากมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอยทางกายมากที่สุดในอำเภอภูเรือ เพื่อชะลอการเกิดปัญหาสุขภาพอื่นที่จะตามมา และทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทและสถานการณ์ การส่งเสริมสมรรถนะทางกายในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสมรรถนะทางกายในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการส่งเสริมสมรรถนะทางกายในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
4. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการส่งเสริมสมรรถนะทางกายในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประเภทการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยผู้วิจัยได้นำเอาหลักการและขั้นตอนวิจัยของการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของเคมมิสและแม็กแท็กการ⁸ ประกอบด้วย การร่วมกันวางแผน (Planning) ร่วมกันปฏิบัติ (Action) ร่วมสังเกตผล (Observation) และ ร่วมกันสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) และดำเนินการระหว่างวันที่ 30 สิงหาคม 2567 -30 กันยายน 2567

ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายกลุ่มที่ 1 คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอยทางกายที่ตำบลท่าศาลา จำนวน 203 คน ซึ่งได้จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Krejcie และ Morgan⁹

เกณฑ์การคัดเข้า (1) ผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีภาวะถดถอยทางกาย (2) ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่ ณ วันที่สำรวจ (3) เป็นผู้สูงอายุที่มีค่า ADL ≥ 11 (4) ผู้สูงอายุสมัครใจเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก (1) ผู้สูงอายุเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ (2) อาสาสมัครสามารถออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลา

กลุ่มเป้าหมายกลุ่มที่ 2 ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 28 คน ประกอบด้วย (1) กลุ่มภาคประชาชน จำนวน 14 คน (2) กลุ่มภาคท้องถิ่น จำนวน 9 คน และ (3) กลุ่มภาควิชาการ จำนวน 5 คน

1. กรณีกลุ่มภาคประชาชน ได้แก่ ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในระดับหมู่บ้านและผู้ช่วยเหลือ

ดูแลผู้สูงอายุ (CG)

เกณฑ์คัดเข้า

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Care Giver) ต้องเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมเป็นผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลักสูตรของกรมอนามัย จำนวน 70 ชั่วโมง สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ สื่อสารกับผู้อื่นได้

2. ปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี

3. สมัครใจเข้าร่วมให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์คัดออก

1. ผู้ที่ต้องย้ายออกจากพื้นที่ในระหว่างการวิจัย

2. เป็นผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง แล้วเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในระหว่างการวิจัย

3. ผู้เข้าร่วมโครงการเสียชีวิตในระหว่างการทำวิจัย

2. กรณีกลุ่มภาคท้องถิ่น

เกณฑ์คัดเข้า

1. ผู้ที่ดำรงตำแหน่ง นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าศาลา, กำนันตำบลท่าศาลา, ผู้ใหญ่บ้าน

ในพื้นที่วิจัย

2. สมัครใจเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์คัดออก

1. ผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงที่ต้องได้รับการรักษาหรือเสียชีวิต

2. อาสาสมัครสามารถออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลา

3. กรณีกลุ่มวิชาการ

เกณฑ์คัดเข้า

1. ผู้ที่ดำรงตำแหน่ง เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข, สาธารณสุขอำเภอภูเรือ หรือผู้แทน, ผู้อำนวยการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าศาลา และพัฒนาชุมชนอำเภอภูเรือในพื้นที่ตำบลท่าศาลา อำเภอภูเรือ จังหวัดเลย

2. สมัครใจเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์คัดออก

1. ผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงหรือเสียชีวิต
2. อาสาสมัครสามารถออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม 2 ชุด ได้แก่

1) แบบสอบถามชุดที่ 1 สำหรับกลุ่มเป้าหมายภาคประชาชน กรณีผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอยทางกาย จำนวน 5 ส่วน เป็นแบบสอบถามที่มีคำถามแบบปลายปิด ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากรในผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอยทางกาย จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบประเมินสมรรถนะทางกายในผู้สูงอายุ จำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ (WHOQOL-OLD-THAI) จำนวน 24 ข้อ แบบสอบถามจะมีคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบบสอบถามจะมีตัวเลือกตอบ ระดับคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ 5 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด เกณฑ์ในการแปลผลมีดังนี้ คุณภาพชีวิตระดับไม่ดี คะแนน 24-56 คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง คะแนน 57-89 คุณภาพชีวิตระดับดี คะแนน 90-122 ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการดำเนินงานดูแลภาวะถดถอยทางกาย จำนวน 30 ข้อ แบบสอบถามจะมีคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบบสอบถามจะมีตัวเลือกตอบ ระดับคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ 5 ตัวเลือก ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด การแปล มี 5 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00–1.50 หมายถึงมีระดับน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 1.51–2.50 หมายถึง มีระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.51–3.50 หมายถึงมีระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.51–4.50 หมายถึง มีระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 4.51–5.00 หมายถึง มีระดับมากที่สุด ส่วนที่ 5 ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานดูแลภาวะถดถอยทางกายในผู้สูงอายุ

2) แบบสอบถามชุดที่ 2 สำหรับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 4 ส่วน เป็นแบบสอบถามที่มีคำถามแบบปลายปิด ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร จำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ ทักษะ และเจตคติในการส่งเสริมสมรรถนะทางกาย จำนวน 30 ข้อ ทักษะ และเจตคติ แบบสอบถามจะมีคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบบสอบถามจะมีตัวเลือกตอบ 5 ตัวเลือก ได้แก่ น้อยมาก น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด ส่วนความรู้จะเป็นการเลือกตอบ ถูก หรือ ผิด เกณฑ์การแบ่งค่าคะแนนความรู้ออกเป็น 3 ระดับดังนี้ ความรู้ระดับดี หมายถึง มีคะแนน ร้อยละ 80.0 ขึ้นไป (13 คะแนนขึ้นไป) ความรู้ระดับปานกลาง หมายถึง มีคะแนน ร้อยละ 60.0 – 79.9 (10 – 12 คะแนน) ความรู้ระดับไม่ดี หมายถึง มีคะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 60.0 (0 – 9 คะแนน) ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสมรรถนะทางกายในผู้สูงอายุ จำนวน 25 ข้อ แบบสอบถามจะมีคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบบสอบถามจะมีตัวเลือกตอบ ระดับการมีส่วนร่วม 5 ตัวเลือก ได้แก่ การมีส่วนร่วมน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด การแปลผล มี 5 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00–1.50 หมายถึง มีระดับน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 1.51–2.50 หมายถึง มีระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.51–3.50 หมายถึง มีระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.51–4.50 หมายถึง มีระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 4.51–5.00 หมายถึง มีระดับมากที่สุด ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ จำนวน 4 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในงานวิจัย

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการศึกษาดำรง เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยทำการตรวจสอบโดยนำแบบสอบถามให้อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

พิจารณาข้อคำถาม และให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 3 ท่าน หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) มีค่าความสอดคล้อง IOC เท่ากับ 0.92 หลังจากนั้นนำไปทดสอบค่าความเชื่อมั่นโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขไปปรับปรุง ทดลองใช้ (Try Out) กับพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยผักเนา ซึ่งเป็นพื้นที่ใกล้เคียงและมีลักษณะของชุมชนที่คล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน ต่อไป

ความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขไปปรับปรุง ทดลองใช้ (Try Out) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยใช้ สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งนำแบบสอบถามที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) แบบสอบถามชุดที่ 1 เท่ากับ 0.81 และแบบสอบถามชุดที่ 2 ในส่วนของการมีส่วนร่วมของชุมชน, ทักษะ และเจตคติ ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.90 ส่วนด้านความรู้ ได้ค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ 0.70

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

การดำเนินการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนการดำเนินการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ 4 ขั้นตอน ดังนี้
ระยะที่ 1 เตรียมการ

กลุ่มที่ 1 คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอยทางกาย จำนวน 203 คน โดยการใช้แบบสอบถามชุดที่ 1

กลุ่มที่ 2 คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริมสมรรถนะทางกายในผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอยทางกาย จำนวน 28 คน โดยการใช้แบบสอบถามชุดที่ 2

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning)

กลุ่มที่ดำเนินการคือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 28 คน โดยจัดประชุมกลุ่ม วิเคราะห์สถานการณ์การส่งเสริมสมรรถนะทางกายในผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอยทางกาย ด้วยการใช้ SWOT analysis¹⁰ มาช่วยวิเคราะห์ และจัดทำแผนปฏิบัติร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (Action)

1. การดำเนินการตาม การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสมรรถนะทางกายในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลท่าศาลา อำเภอกุเวร จังหวัดเลย ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 ได้โครงการ ชื่อโครงการส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ พ.ศ.2567 ดังนี้ ด้านการมองเห็น ด้านการได้ยิน ด้านการกลืนปัสสาวะ ด้านความคิดความจำ ด้านภาวะซึมเศร้า ด้านสุขภาพช่องปาก ด้านภาวะขาดสารอาหาร มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น ประชาสัมพันธ์การตรวจสุขภาพดวงตาเป็นประจำทุกปี สังเกตอาการต่าง ๆ ที่ผิดปกติ การรับประทานอาหาร เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับอสม. และพัฒนาชุมชน ลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน ประเมินสุขภาพในผู้สูงอายุ ทุกวันพุธ เวลา 09.00-17.00 น. (สัปดาห์แรกลงหมู่ที่ 1, 2 และ 3 สัปดาห์ที่ 2 ลงหมู่ที่ 4, 5, 6 และ 7) จนครบทุกคน รวมทั้งการให้ความรู้หลัก 3 อ. 2 ส. (ด้านอาหาร อารมณ์กำลังกาย การดื่มสุราและสูบบุหรี่) โดย อสม.ร่วมกับผู้นำชุมชน และประชาชนในชุมชน นำผู้สูงอายุมารวมตัวกันที่ Health Station ของแต่ละหมู่บ้าน สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมาได้ ก็จะมีการลงเยี่ยมบ้านเชิงรุกในภายหลัง

2. ด้านการเคลื่อนไหว และด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คือ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ กิจกรรมออกกำลังกายรำมวยลอง ออกกำลังกายตามความถนัดในหมู่บ้าน ทั้ง 7 หมู่บ้านในตำบลท่าศาลา ทุกวันศุกร์เวลา 17.00 น. โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอบต. เป็นผู้นำพาทำกิจกรรม มีการตรวจสุขภาพประจำปี การให้ความรู้หลัก 3 อ. 2 ส. (ด้านอาหาร อารมณ์กำลังกาย การดื่มสุราและสูบบุหรี่)

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการสังเกตผล (Observation) การติดตามและเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ติดตาม ร่วมสังเกตการณ์ในการดำเนินงาน ทั้งก่อนการดำเนินการ ระหว่างการดำเนินการ และหลังการดำเนินการตามแผน การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสมรรถนะทางกายในผู้สูงอายุ ให้คำแนะนำโดยรายงานและบันทึกผลทุกขั้นตอน

2. ประเมินผลก่อนและหลังการศึกษาวิจัย 1 สัปดาห์ และเก็บรวบรวมผลที่ได้จากการดำเนินงาน

ระยะที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection) ประชุมผู้ร่วมวิจัยเพื่อถอดบทเรียน และสรุปผล

1. ประชุมสรุปรายงานสะท้อนผลการดำเนินงานตามแผนการดำเนินงาน

2. รายงานผลการเปรียบเทียบผล ก่อนและหลังการดำเนินการตามแผน

3. ประชุมถอดบทเรียน เพื่อเป็นข้อมูลสะท้อนการดำเนินงาน

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ

1. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ แหล่งข้อมูลประกอบด้วย 2 แหล่ง คือ เอกสาร แบบสอบถามรายละเอียดของวิธีการเก็บดังนี้ 1) ข้อมูลทุติยภูมิ ได้แก่ ทะเบียนผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอยทางกาย ในฐานข้อมูล HDC จังหวัดเลย 2) แบบสอบถาม

2. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่ม และการบันทึก (Record)

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยนำเอาข้อมูลที่ต้องการศึกษาที่สามารถวัดค่าออกมาเป็นตัวเลขหรือจำนวน โดยใช้การวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD), และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ Paired Sample T-test แล้วนำเสนอข้อมูล ที่ได้วิเคราะห์แล้ว ออกมาในลักษณะของการพรรณนาและนำเสนอข้อมูลด้วยตาราง

2. การวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์แบบสรุปผล แล้วนำเสนอข้อมูลที่ได้วิเคราะห์แล้วออกมาในลักษณะของการพรรณนาและนำเสนอข้อมูลด้วยตารางข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการบันทึกการประชุม การสังเกต การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การส่งเสริมสมรรถนะทางกายในผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอยทางกาย ด้วยการใช้ SWOT analysis มาช่วยวิเคราะห์ ทำให้เกิดรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน คือ PR model จนนำไปสู่ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการส่งเสริมสมรรถนะทางกายในผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน จากจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอยทางกายทั้ง 9 ด้าน ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (เกณฑ์ $\leq$ ร้อยละ 10)

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยรับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบ อนุมัติในด้านจริยธรรมให้ทำการศึกษา เลขที่การรับรองจริยธรรม 541-193/2567 รับรองวันที่ 29 สิงหาคม 2567

ผลการวิจัย

ขั้นตอนการวางแผน (Planning)

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาบริบทชุมชน เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินการส่งเสริมสมรรถนะทางกายในผู้สูงอายุ การเก็บข้อมูลก่อนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสมรรถนะทางกาย โดยชุมชนในเรื่องการมีส่วนร่วมของ

ภาคีเครือข่าย ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1 สัปดาห์ การศึกษาสภาพปัจจุบันโดยใช้การสนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจำนวน 28 คน ประกอบด้วย ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ สาธารณสุขอำเภอภูเรือ หรือผู้แทน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าศาลา พัฒนาชุมชนอำเภอภูเรือ นักวิชาการสาธารณสุข กำนันตำบลท่าศาลา นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าศาลา ผู้ใหญ่บ้าน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในระดับหมู่บ้าน และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (CG) ผลการวิเคราะห์จากการสนทนากลุ่ม เป็นดังนี้ ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ การดำเนินการ คือ ลงพื้นที่ในการให้บริการด้านทันตกรรมตามงานประจำและครอบครัวที่กระทรวงหรือจังหวัดตั้งขึ้น ปัญหาที่พบคือ จำนวนเจ้าหน้าที่มีไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน พัฒนาชุมชน การดำเนินการที่ผ่านมาคือ ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาแนะนำ และเยี่ยมเฉพาะผู้ที่ตกเกณฑ์ จปฐ. ผู้พิการ ผู้ยากไร้เท่านั้น ด้านผู้นำชุมชนมีเพียงการสำรวจข้อมูล ส่งรายชื่อผู้สูงอายุให้อบต. เพื่อลงทะเบียนรับเบี้ยยังชีพ และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุไปรับการคัดกรองสุขภาพเท่านั้น ด้านสาธารณสุข คือ การให้บริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้การดูแลผู้สูงอายุตามงานประจำ และครอบครัวที่กระทรวงหรือจังหวัดตั้งขึ้นในปีนั้น ๆ เท่านั้น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่ทราบรูปแบบ หรือกิจกรรมการส่งเสริมสมรรถนะทางกายในผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคือ ร่วมสำรวจผู้สูงอายุร่วมกับผู้นำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รายงานจำนวนผู้สูงอายุรายใหม่ในพื้นที่รับผิดชอบเท่านั้น จากนั้นได้ดำเนินการ Swot โดยใช้กระบวนการ AIC ได้ โครงการ ชื่อโครงการส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการลงมือปฏิบัติ (Action)

โครงการส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ พ.ศ.2567 เริ่มจัดกิจกรรมระหว่างวันที่ 10 กันยายน – 24 กันยายน 2567 ดำเนินการตามระบบ PR Model (Participation Rehabilitation) ดังนี้

1. Rehabilitation การได้ยิน 2. Rehabilitation การกลืนปัสสาวะ
3. Rehabilitation การมองเห็น 4. Rehabilitation การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
5. Rehabilitation ความคิดความจำ 6. Rehabilitation ภาวะซึมเศร้า
7. Rehabilitation การเคลื่อนไหว 8. Rehabilitation สุขภาพช่องปาก

9. Rehabilitation ภาวะขาดสารอาหาร ซึ่งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร่วมกับ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเรือ ให้ความรู้คำแนะนำแก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อสร้างแกนนำผู้สูงอายุให้มีบทบาทในการให้ความรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพโดยการประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าวทุกเดือน การเพิ่มศักยภาพชุมชนให้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมสมรรถนะทางกายในผู้สูงอายุ ดังนี้ 1.ด้านการมองเห็น ด้านการได้ยิน ด้านการกลืนปัสสาวะ ด้านความคิดความจำ ด้านภาวะซึมเศร้า ด้านสุขภาพช่องปาก ด้านภาวะขาดสารอาหาร มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น ประชาสัมพันธ์การตรวจสุขภาพดวงตาเป็นประจำทุกปี สังเกตอาการต่าง ๆ ที่ผิดปกติ การรับประทานอาหาร เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับ อสม. และพัฒนาชุมชน ลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน ประเมินสุขภาพในผู้สูงอายุ ทุกวันพุธ เวลา 09.00-17.00 น. (สัปดาห์แรกลงหมู่ที่ 1, 2 และ 3 สัปดาห์ที่ 2 ลงหมู่ที่ 4, 5, 6 และ 7) จนครบทุกคน รวมทั้งการให้ความรู้หลัก 3 อ. 2 ส. (ด้านอาหาร อารมณ์กำลังกาย การดื่มสุราและสูบบุหรี่) โดย อสม.ร่วมกับผู้นำชุมชน และประชาชนในชุมชน นำผู้สูงอายุมารวมตัวกันที่ Health Station ของแต่ละหมู่บ้าน สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมาได้ ก็จะมีการลงเยี่ยมบ้านเชิงรุกในภายหลัง 2.ด้านการ เคลื่อนไหว และด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คือ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ กิจกรรมออกกำลังกายรำไม้มลอง ออกกำลังกายตามความถนัดในหมู่บ้าน ทั้ง 7 หมู่บ้านในตำบลท่าศาลา ทุกวันศุกร์เวลา 17.00 น. โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้าน และอบต. เป็นผู้นำพาทำกิจกรรม มีการตรวจสุขภาพประจำปี การให้ความรู้หลัก 3 อ. 2 ส. (ด้านอาหาร อารมณ์กำลังกาย การดื่มสุราและสูบบุหรี่)

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observation)

มีการเก็บข้อมูลการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสมรรถนะทางกายในผู้สูงอายุ ของชุมชนตำบลท่าศาลา อำเภอกูเรือ จังหวัดเลย ดังนี้

ผู้มีส่วนร่วมส่วนใหญ่มีระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 60.70 รองลงมา มีส่วนร่วมมาก จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 32.10 มีคะแนนรวมเฉลี่ยทั้งหมด 3.36 คะแนน (S.D. = 0.62) ซึ่งสามารถแปลผลได้ว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง มีระดับการมีส่วนร่วมในภาพรวมอยู่ในระดับอยู่ในระดับปานกลาง รายละเอียดแสดงตาราง 1

ตารางที่ 1 ระดับการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนร่วม (n=28)

ระดับการมีส่วนร่วม	คะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ	Mean	S.D.
มีส่วนร่วมน้อยที่สุด	1.00 – 1.80	0	0.00		
มีส่วนร่วมน้อย	1.81 – 2.60	1	3.60		
มีส่วนร่วมปานกลาง	2.61 – 3.40	17	60.70		
มีส่วนร่วมมาก	3.41 – 4.20	9	32.10		
มีส่วนร่วมมากที่สุด	4.21 – 5.00	1	3.60		
รวม		28	100	3.36	0.62

ตารางที่ 2 ระดับความรู้ของของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการส่งเสริมสมรรถนะทางกายในผู้สูงอายุก่อนและหลังดำเนินการ (n=28)

ระดับความรู้	คะแนน	ก่อน		หลัง	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ดี	≥ 9	11	39.30	19	67.85
ปานกลาง	5 – 8	17	60.70	9	32.14
ไม่ดี	0 – 4	0	0.00	0	0.00

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนดำเนินการผู้มีส่วนร่วมมีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสมรรถนะทางกายในผู้สูงอายุ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 60.70 และหลังดำเนินการ พบว่า ผู้มีส่วนร่วมมีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสมรรถนะทางกาย ภาพรวมอยู่ในระดับดี ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 67.85 สรุปได้ว่าผู้มีส่วนร่วมหลังดำเนินการมีความรู้เพิ่มขึ้น

ตารางที่ 3 ระดับคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ (WHOQOL-OLD-THAI) หลังการดำเนินการ (n=203)

ระดับคุณภาพชีวิต	คะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ	Mean	S.D.
มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	24 – 56	0	0.00		
มีคุณภาพชีวิตปานกลาง	57 – 89	98	48.30		
มีคุณภาพชีวิตที่ดี	90 – 122	105	51.70		

รวม	203	100.00	2.33	0.47
-----	-----	--------	------	------

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง ร้อยละ 48.30 มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 51.70 ซึ่งสามารถแปลผลได้ว่าผู้สูงอายุตำบลท่าศาลา มีระดับคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุหลังดำเนินการในภาพรวมอยู่ในระดับที่ดี

ตารางที่ 4 ระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอยทางกายหลังดำเนินการ (n = 203)

ระดับความพึงพอใจ	คะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ	Mean	S.D.
มีความพึงพอใจน้อยที่สุด	1.00 – 1.50	0	0.00		
มีความพึงพอใจน้อย	1.51 – 2.50	0	0.00		
มีความพึงพอใจปานกลาง	2.51 – 3.50	14	6.90		
มีความพึงพอใจมาก	3.51 – 4.50	172	84.70		
มีความพึงพอใจมากที่สุด	4.51 – 5.00	17	8.40		
รวม		203	100.00	4.01	0.39

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอยทางกายส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจมาก จำนวน 172 คน คิดเป็นร้อยละ 84.70 รองลงมา มีความพึงพอใจต่อมากที่สุด จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 8.40 มีคะแนนรวมเฉลี่ยทั้งหมด 4.01 คะแนน (S.D. = 0.39) แปลผลได้ว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอยทางกาย มีความพึงพอใจต่อโครงการในภาพรวม

หลังการดำเนินการอยู่ในระดับมาก

ขั้นตอนที่ 4 สะท้อน (Reflection)

หลังจากที่ชุมชนได้ดำเนินการตาม กิจกรรมที่ระบุไว้ในแผน ผู้วิจัยได้ลงพื้นที่ทำการสังเกตการณ์เก็บข้อมูลแล้ว ทำการนัดหมายผู้ร่วม วิจัยทุกคนมารวมสนทนากลุ่ม เพื่อสรุปผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จและศึกษาระบบการเพื่อถอดบทเรียน ผู้วิจัยได้นัดหมายกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดในวันที่ 24 กันยายน 2567 ณ ห้องประชุม องค์การบริหารส่วนตำบลท่าศาลา เวลา 13.00 น. ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการศึกษาค้นครั้งนี้ประกอบด้วย 6 ปัจจัย ได้แก่ 1) มีผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง 2) องค์การบริหารส่วนตำบลมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสมรรถนะทางกาย 3) ชุมชนมีส่วนร่วมทุกกระบวนการ 4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ส่วนราชการ ให้การสนับสนุนให้กำลังใจ 5) มีทุนทางสังคม 6) การติดต่อประสานงานของเครือข่าย

เมื่อเปรียบเทียบระบบที่เกิดขึ้นกับการทำงานระบบเดิมและระบบใหม่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับชุมชนในการส่งเสริมสมรรถนะทางกายในผู้สูงอายุมีข้อแตกต่างกันดังรายละเอียด ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบการส่งเสริมสมรรถนะทางกายในผู้สูงอายุแบบเดิมและแบบใหม่

รูปแบบก่อนการพัฒนา	รูปแบบหลังการพัฒนา	สิ่งที่ได้จากการพัฒนา
1. ระบบบริการแบบเชิงรับ	1. ระบบบริการแบบเชิงรุก	1. ผู้สูงอายุเข้าถึงระบบบริการ
2. ดำเนินงานแบบแยกส่วน	2. ดำเนินงานแบบการมีส่วนร่วม	2. การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน
3. ไม่มีรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน	3. ได้รูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจนคือ PR model (Participation Rehabilitation) ในการส่งเสริมสมรรถนะทางกายในผู้สูงอายุทั้ง 9 ด้าน	3. PR model (Participation Rehabilitation)

อภิปรายผล

มีการดำเนินงานตามขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Action) ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observation) และขั้นตอนที่ 4 สะท้อน (Reflection) พบว่า

ความรู้ของผู้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในการส่งเสริมสมรรถนะทางกายในผู้สูงอายุก่อนการพัฒนาความรู้ของผู้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง หลังการพัฒนาผู้มีส่วนร่วมมีความรู้ในการส่งเสริมสมรรถนะทางกายในผู้สูงอายุ ในระดับดี เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการส่งเสริมสมรรถนะทางกายในผู้สูงอายุ ตำบลท่าศาลา อำเภอรือเรื่อ จังหวัดเลย ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ผู้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ นิธิวดี โมลี¹¹ ได้ศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมเตรียมความพร้อมในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในตำบลนาสวรรค์ อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ พบว่า เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุผู้สูงอายุ มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนการให้ความรู้เท่ากับ 13.74 และหลังการให้ความรู้เท่ากับ 15.76 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้หลังการให้ความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับ วาสนา สิทธิกัน¹² ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบ้านโอง อำเภอบ้านโอง จังหวัดลำพูน พบว่า ระดับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ ผู้ที่มีระดับความรู้ปานกลาง (Adjusted OR 1.94, 95% CI 1.06 - 3.55) และผู้มีความรู้ระดับดี (Adjusted OR 5.43, 95% CI 1.15 - 25.53) มีพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพ มากกว่าผู้มีความรู้ต่ำ ทำให้ทราบว่า ความรู้ของผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในการส่งเสริมสมรรถนะทางกายในผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น จะช่วยให้การดูแล หรือการส่งเสริมสมรรถนะทางกายในผู้สูงอายุดีมากขึ้น

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนารูปแบบส่งเสริมสมรรถนะทางกายในผู้สูงอายุ คือการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการดำเนินงานอย่างเข้มแข็งในการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ขับเคลื่อนโดยอาศัย ความรับผิดชอบต่อส่วนรวมของประชาชน ความสัมพันธ์กันลักษณะเครือญาติ การเคารพผู้อาวุโส มาสร้างจุดร่วมในการตระหนัก รู้ในความห่วงใยต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังดำเนินการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุหลัง ดำเนินการสูงกว่า ก่อนก่อนดำเนินการ สอดคล้องกับแนวคิดของ ศราวุธ ชูสุน¹³ เรื่องการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เทศบาลตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม และ สอดคล้องกับ ทิพย์ภาดา ดาหาร และเจตสรียา ดาวราช¹⁴ เรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลหนองเหล็ก อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม สอดคล้องกับสังวาล จ้างโพธิ์¹⁵ เรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลบ้านโพธิ์อำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่การเข้าถึงรายได้สุทธิต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้สุขภาพของผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชนและการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ดังนั้นทำให้ทราบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นสิ่งสำคัญในการที่จะขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสมรรถนะทางกายในผู้สูงอายุ และควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพการปฏิบัติตัวด้านการออกกำลังกายและด้านการจัดการความเครียดให้กับผู้สูงอายุเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดี

ผลของรูปแบบการส่งเสริมสมรรถนะทางกายในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้หลักการ การดำเนินงานตามระบบ PR Model (Participation Rehabilitation) ที่นำมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 9 ประเด็นหลัก ดังนี้

- | | |
|-----------------------------------|---|
| 1. Rehabilitation การได้ยิน | 2. Rehabilitation การกลืนปัสสาวะ |
| 3. Rehabilitation การมองเห็น | 4. Rehabilitation การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน |
| 5. Rehabilitation ความคิดความจำ | 6. Rehabilitation ภาวะซึมเศร้า |
| 7. Rehabilitation การเคลื่อนไหว | 8. Rehabilitation สุขภาพช่องปาก |
| 9. Rehabilitation ภาวะขาดสารอาหาร | |

พบว่า หลังการดำเนินการตามหลักการ PR Model ปี 2567 สมรรถนะทางกายในผู้สูงอายุ 9 ด้าน ผ่านเกณฑ์ทุกด้าน (เกณฑ์น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10.0)¹⁶

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน คือ การผู้นำชุมชนมีศักยภาพและเข้มแข็ง คนในชุมชนมีความพร้อมในการดำเนินการ มีแกนนำพาทำกิจกรรมตามแผนที่กำหนดไว้อย่างสม่ำเสมอ และคนในชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง มีการลงพื้นที่ให้บริการแบบเชิงรุก ประเมินผลงานดำเนินการร่วมกัน จนบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ส่วนองค์การบริหารส่วนตำบล มีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณดำเนินการ สนับสนุนอุปกรณ์และบุคลากร ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แสวงหาเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนแนวทางที่คนในชุมชนร่วมกันจัดทำขึ้น ทำให้ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศรายุทธ ชูสุทนต์ เรื่องการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เทศบาลตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนทีจังหวัดสมุทรสงคราม สำหรับประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษาครั้งนี้คือ หน่วยงานมีรูปแบบในการดำเนินการจัดการบริการการส่งเสริมสมรรถนะทางกายในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตามหลักการ PR Model และผู้สูงอายุสามารถส่งเสริมสมรรถนะทางกายของตนเอง ร่วมกับชุมชนตำบลท่าศาลา อำเภอภูเรือ จังหวัดเลยได้

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. กิจกรรมที่ดำเนินการอาจจะเป็นการเพิ่มภาระให้กับเจ้าหน้าที่ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง จะต้องมีการกำหนดเป้าหมายในอนาคต และกำหนดวิสัยทัศน์ร่วมกันในการดำเนินงาน
2. การดำเนินงานส่งเสริมสมรรถนะทางกายในผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอยทางกาย ต้องใช้ระยะเวลาที่ต่อเนื่อง ทำงานเชิงรุกติดต่อกัน 3 เดือนขึ้นไป ซึ่งงานวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการในระยะสั้น ๆ จึงส่งผลให้ผลการดำเนินงานยังไม่ชัดเจนเท่าที่ควร

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

1. การส่งเสริมสมรรถนะทางกายในผู้สูงอายุพื้นที่ตำบลท่าศาลา ยังขาดในส่วนของผู้เจ้าหน้าที่ ที่มีความรู้ความสามารถในการนำออกกำลังกายที่ถูกต้องสำหรับผู้สูงอายุ ผู้วิจัยขอเสนอให้ อบต. ส่งบุคลากรที่มีคุณสมบัติสามารถเป็นผู้นำออกกำลังกายในพื้นที่ ที่สามารถดำเนินกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง
2. ความรู้ผู้ที่มีส่วนในการขับเคลื่อนการส่งเสริมสมรรถนะทางกายในผู้สูงอายุพื้นที่ตำบลท่าศาลา ควรจัดให้มีการพัฒนาความรู้ในเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง
3. นำผลที่ได้จากการศึกษานำมาพัฒนารูปแบบส่งเสริมสมรรถนะทางกายในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบล ท่าศาลา อำเภอภูเรือ จังหวัดเลย ไปประยุกต์ใช้กับพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทที่แตกต่างกัน

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เล่มนี้ดำเนินการสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีด้วยความอนุเคราะห์อย่างยิ่งของ อาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ความรู้คำแนะนำข้อคิดเห็นแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ และดร.ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์ ที่ได้กรุณาตรวจสอบแก้ไขความถูกต้องของเครื่องมือใน

การเก็บข้อมูลทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่ได้ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย การให้ข้อมูล ขอขอบพระคุณคณะบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคามที่ได้อนุเคราะห์ทุนอุดหนุนในการวิจัย และคณาจารย์ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้แก่ผู้วิจัย ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้การคำแนะนำและช่วยเหลือประสานงานให้งานวิจัยสำเร็จด้วยดีในการศึกษาตลอดหลักสูตร ขอขอบพระคุณ บิดา มารดา ญาติพี่น้อง และเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่เป็นกำลังใจ คุณประโยชน์ใดๆ อันพึงมีจากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ผู้วิจัยขอมอบแด่ บิดามารดา ครูอาจารย์ตลอดจนสถาบันการศึกษาที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาให้ความรู้แก่ผู้วิจัยตลอดมา

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่สำคัญของโลก พ.ศ.2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2564.
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุ พ.ศ.2566. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ; 2566.
3. สมเกียรติ คงธนจินดาสิริ และคณะ. การพัฒนารูปแบบกิจกรรมทางกายที่มีผลต่อสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ: วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มทร.สุวรรณภูมิ. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ. 2567; 8 :77-78.
4. ยุทธศาสตร์ชาติสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (ปี 2566-2580). กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2561.
5. เพชรอำไพ มงคลจิระเดช และคณะ. กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ในแผนฟื้นฟูอนุรักษ์ป่าต้นน้ำลำธารและป่าชุมชนเขื่อนศรีนครินทร์ การไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย: วารสารฉบับมนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์และศิลปะ. 2557; 7 : 5-6.
6. อรพิน ปิยะสกุลเกียรติ. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลท่าแค จังหวัดลพบุรี: วารสารร่วมพฤษภูมิ มหาวิทยาลัยเกริก. 2561; 36 : 51.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) พ.ศ.2566. เลย: กลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล; 2566.
8. Kemmis, S & McTaggart, R. The Action research Planer. 3rd ed: Victoria: Deakin University; 1988.
9. Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement, 30 (3), 607-610.
10. ธนภณ นิธิเชาวกุล. การวิเคราะห์ SWOT Analysis กับสถิติSWOT analysis with statistics: วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย. 2565; 18 : 110-111.
11. นิธิวดี โมลี. ประสิทธิภาพของโปรแกรมเตรียมความพร้อมในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ในตำบลนาสวรรค์ อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ. [วิทยานิพนธ์]. บึงกาฬ: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสวรรค์; 2566.
12. วาสนา สิทธิกัน และคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบ้านโอง อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดลำพูน. [วิทยานิพนธ์]. จังหวัดลำพูน: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่; 2560.

13. ศรายุทธ ชูสุทนต์. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เทศบาลตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม. [วิทยานิพนธ์]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2564.
14. ทิพย์ภา ดาหาร และเจทสรียา ดาวราช. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลหนองเหล็ก อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2561; 2(3) : 42 – 54.
15. สังวาล จ่างโพธิ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา: วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. 2564; 7 : 179-180.

Received: 11 Nov.2024, Revised: 12 Dec.2024

Accepted: 15 Dec.2024

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดุกและกล้ามเนื้อของเกษตรกรผู้เพาะเห็ดหูหนูในกลุ่มวิสาหกิจชุมชนหมู่บ้านเชิงสะพาน จังหวัดราชบุรี

อมลดา รงค์ทอง^{1*} สุธาสิณี พิชัยกาล^{2*} มนัสวี จันท์สาร³ มาริสา ลินทวี⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดุกและกล้ามเนื้อ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดุกและกล้ามเนื้อของเกษตรกรผู้เพาะเห็ดหูหนูในกลุ่มวิสาหกิจชุมชนหมู่บ้านเชิงสะพาน จังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ เกษตรกรผู้เพาะเห็ดหูหนูในกลุ่มวิสาหกิจชุมชนหมู่บ้านเชิงสะพาน จังหวัดราชบุรี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 20–60 ปี จำนวน 70 คน วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ทางสถิติโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับ

ผลการวิจัยพบว่า ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดุกและกล้ามเนื้อของเกษตรกรผู้เพาะเห็ดหูหนู ในกลุ่มวิสาหกิจชุมชนหมู่บ้านเชิงสะพาน จังหวัดราชบุรี โดยรวมมีระดับพฤติกรรมการป้องกันอยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{x}$ 2.96, S.D. = 0.710) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดุกและกล้ามเนื้อ ได้แก่ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ($r = 0.458$, $p\text{-value} = 0.001$) อธิบายได้ว่าเกษตรกรผู้มียรายได้สูงอาจเข้าถึงแหล่งข้อมูลวิธีการป้องกันโรคกระดุกและกล้ามเนื้อ ทำให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันโรคกระดุกและกล้ามเนื้อได้ดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ เนื่องจากมีกำลังทรัพย์เพียงพอในการซื้ออุปกรณ์อำนวยความสะดวกที่ช่วยลดความเมื่อยล้าจากการทำงาน และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคกระดุกและกล้ามเนื้อ ($r = 0.249$, $p\text{-value} = 0.037$) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่อว่าการยืดเหยียดกล้ามเนื้อก่อนหรือในขณะทำงาน และการปรับเปลี่ยนอิริยาบถ ในการทำงานให้มีความเหมาะสม จะก่อให้เกิดผลดีต่อตนเอง จึงมีพฤติกรรมการป้องกัน โรคกระดุกและกล้ามเนื้อ สอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยผลการวิจัยนี้เป็นประโยชน์ให้กับหน่วยงานด้านสาธารณสุขในการส่งเสริมให้เกษตรกรผู้เพาะเห็ดหูหนูมีพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดุกและกล้ามเนื้อมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันโรค, โรคกระดุกและกล้ามเนื้อ, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

^{1,2*} อาจารย์,สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะเทคโนโลยีอุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง

^{3,4} นักศึกษา,สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะเทคโนโลยีอุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง

*Corresponding author: Email: Suthasineephi@mcru.ac.th

Original Article

Factors associated with Musculoskeletal disorder prevention behavior of jelly mushroom farmers in Cherng Saphan Village Community Enterprise, Ratchaburi Province

Amonrada Rongtong^{1*}, Suthasinee Phichaikan^{2*},
Manasawee Jansarn³, Marisa Sintawee⁴

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to study the level of musculoskeletal disorder prevention behavior and the factors related to musculoskeletal disorder prevention behavior of jelly mushroom farmers in the community enterprise group of the Cheing Saphan village, Ratchaburi province. The sample group consisted of 70 jelly mushroom farmers in the community enterprise group of the Cheing Saphan village, Ratchaburi province, both male and female, aged 20-60 years. The sampling method was purposive sampling. Data were collected using a questionnaire. Data were analyzed by frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation. The statistical analysis of the relationship was performed using Pearson's product-moment correlation coefficient and Eta-correlation coefficient

The research results found that the level of musculoskeletal disorder prevention behavior of jelly mushroom farmers in the community enterprise group of the Cheang Saphan village, Ratchaburi province, was moderate ($\bar{x}$ 2.96, SD = 0.710). Factors related to musculoskeletal disorder prevention behavior were average monthly income ($r = 0.458$, $p\text{-value} = 0.001$). This can explain why farmers with high incomes may have access to information sources on musculoskeletal disorder prevention methods. This resulted in better compliance with the guidelines for the prevention of bone and muscle diseases than those with low incomes because they had sufficient financial resources to purchase equipment that would reduce fatigue from work. Health belief patterns included the perception of the benefits of bone and muscle disease prevention ($r = 0.249$, $p\text{-value} = 0.037$) This explains that the sample group who believed that stretching before or while working and adjusting their postures to be appropriate for their work would benefit themselves had behaviors to prevent bone and muscle diseases that were consistent with health belief patterns. The results of this study are useful in promoting more behaviors for wood ear mushroom farmers to prevent bone and muscle diseases.

Keywords: Disease prevention behavior, Musculoskeletal diseases, Health Belief Model

^{1,2*} Lecturer, Department of Occupational Health and Safety, Faculty of Industrial Technology, Muban Chombeung Rajabhat University

^{3,4} Student, Department of Occupational Health and Safety, Faculty of Industrial Technology, Muban Chombeung Rajabhat University

*Corresponding author: Email: Suthasineepi@mcru.ac.th

บทนำ

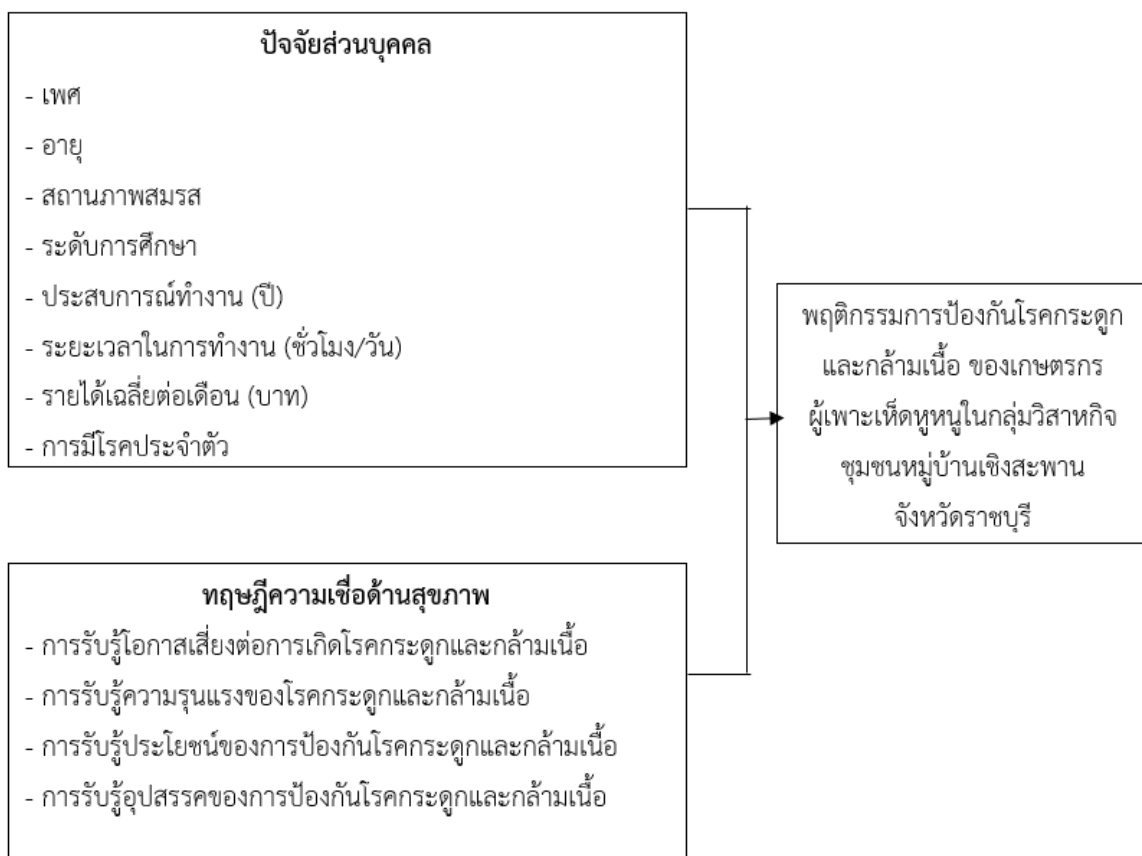
ปัจจุบันนี้อาชีพเกษตรกรรมมักได้รับสัมผัสจากปัจจัยเสี่ยงทางด้านการเกษตร คือการใช้ท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม การใช้ท่าทางในการทำงานซ้ำ ๆ เป็นระยะเวลานาน หรือการใช้ท่าทางที่ผิดธรรมชาติต่าง ๆ ก็อาจส่งผลให้เกิดโรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่มักเกิดขึ้นในเกษตรกรส่วนใหญ่³⁻⁴จากการรายงานสถานการณ์โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ พบว่าอาชีพเกษตรกรรมมีความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้ออันเนื่องมาจากการทำงานมากที่สุดถึงร้อยละ 62.34³⁻⁴โดยส่วนใหญ่จะมีสาเหตุมาจากการได้รับปัจจัยเสี่ยงทางการเกษตร เช่น การทำงานที่ต้องบิดเอี้ยวตัวไปมา การทำงานที่ต้องก้มเงยศีรษะตลอดเวลา การใช้กล้ามเนื้อแขนในการยกของหนัก การใช้อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการทำเกษตร หรือการทำงานที่ใช้ท่าทางซ้ำ ๆ เป็นระยะเวลานาน พฤติกรรมเหล่านี้ล้วนเป็นเหตุให้เกิดปัญหาสุขภาพที่ส่งผลทำให้เกิดโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ

จังหวัดราชบุรีได้มีการจัดตั้งกลุ่มวิสาหกิจชุมชนหมู่บ้านเชิงสะพาน จังหวัดราชบุรี ซึ่งเป็นโครงการภายใต้การส่งเสริมและพัฒนาของสำนักงานเกษตรและสหกรณ์จังหวัดราชบุรี⁷ โดยกลุ่มวิสาหกิจชุมชนหมู่บ้านเชิงสะพาน ตำบลเจดีย์หัก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรีมีพื้นที่สำหรับการทำการเกษตรจำนวน 65 ไร่ และประชากรในวิสาหกิจชุมชนหมู่บ้านเชิงสะพาน จังหวัดราชบุรี ประกอบอาชีพเพาะเห็ดหูหนูเป็นหลัก โดยมีผลผลิตเพื่อออกจำหน่ายไม่ต่ำกว่า 10,000 กิโลกรัมต่อเดือน⁹ ทำให้กลุ่มเกษตรกรต้องทำงานอย่างต่อเนื่องทุกวัน จึงเป็นเหตุให้เกษตรกรกลุ่มนี้ได้รับสัมผัสกับปัจจัยเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอัตราความชุกของกลุ่มอาชีพเกษตรกรรมมีอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในช่วง 7 วัน และ 12 เดือนที่ผ่านมาคิดเป็นร้อยละ 73.2 โดยเฉพาะปัจจัยเสี่ยงทางด้านการเกษตร เช่น การทำงานบนพื้นที่สูงชัน ท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม และการทำงานที่ต้องออกแรงมาก¹³

จากสถานการณ์ข้างต้นจะเห็นได้ว่าท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสมทำให้กลุ่มเกษตรกรผู้เพาะเห็ดหูหนูในกลุ่มวิสาหกิจชุมชนหมู่บ้านเชิงสะพาน จังหวัดราชบุรี ได้รับปัจจัยเสี่ยงทางการเกษตร ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่ออาการเกิดโรคกระดูกและกล้ามเนื้อของเกษตรกรในอนาคต ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกและกล้ามเนื้อของเกษตรกรผู้เพาะเห็ดหูหนูในกลุ่มวิสาหกิจชุมชนหมู่บ้านเชิงสะพาน จังหวัดราชบุรี โดยผลจากการศึกษานี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนท่าทางการทำงานในกลุ่มเกษตรกรให้มีความเหมาะสม เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ยังสามารถส่งต่อข้อมูลการวิจัยให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาโครงการที่ทำให้เกษตรกรมีสุขภาพดี มีความปลอดภัยในการทำงาน สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัยในครั้งนี้

เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ ของเกษตรกร ผู้เพาะเห็ดหูหนู ในกลุ่มวิสาหกิจชุมชนหมู่บ้านเชิงสะพาน จังหวัดราชบุรี โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) ซึ่งประชากรที่ใช้ในการวิจัยคือเกษตรกรผู้เพาะเห็ดหูหนูในกลุ่มวิสาหกิจชุมชนหมู่บ้านเชิงสะพาน ตำบลเจดีย์หัก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี จำนวน 70 คน⁸ ซึ่งใช้เกณฑ์การคัดเลือก-เกณฑ์การคัดออก เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1.เป็นเกษตรกรผู้เพาะเห็ดหูหนูในกลุ่มวิสาหกิจชุมชนหมู่บ้านเชิงสะพาน จังหวัดราชบุรีมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี และมีอายุ 20-60 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2.เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะในขณะตอบแบบสอบถามและมีความสามารถในการอ่านออก เขียนหนังสือได้ หรือตอบคำถามเป็นภาษาไทยได้ 3.มีความยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อก่อนประกอบอาชีพเพาะเห็ดหูหนู

ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเลือกเกษตรกรฯ โดยมีขั้นตอนในการสุ่มดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยทำการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างซึ่งได้จากการคำนวณหาขนาดตัวอย่าง และเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกของโครงการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายเพื่อเริ่มต้นในการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการจับฉลากรายชื่อเกษตรกรผู้เพาะเห็ดหูหนูที่ได้ข้อมูลจากวิสาหกิจชุมชนหมู่บ้านเชิงสะพาน จังหวัดราชบุรี

ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากรายชื่อเกษตรกรผู้เพาะเห็ดหูหนูในกลุ่มวิสาหกิจชุมชน หมู่บ้านเชิงสะพาน จังหวัดราชบุรี ซึ่งจะเรียงลำดับการเก็บรวบรวมข้อมูลตาม ID ที่กำหนดแทนชื่อของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการเก็บรวบรวม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาสร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าทฤษฎี และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความครอบคลุมของเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ และกรอบแนวคิดของการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ
2. แบบสอบถามวัดความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ จำนวน 20 ข้อ ประกอบไปด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ จำนวน 5 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ จำนวน 5 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ จำนวน 5 ข้อ และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Likert scale คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และความเหมาะสมเชิงภาษา จำนวน 3 ท่าน โดยกำหนดค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา มีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป หากข้อคำถามใดมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา น้อยกว่า 0.5 ผู้วิจัยนำมาปรับปรุง แก้ไขซึ่งแบบสอบถามในการศึกษานี้ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ เท่ากับ 1.00 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try - Out) กับเกษตรกรผู้เพาะเห็ดหูหนูในตำบลปากช่อง อำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี จำนวน 30 ชุด ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามมีค่ามากกว่า 0.70

การเก็บรวบรวมข้อมูล

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์หรือสัตว์ มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึงเลขที่ 004/2566 ณ วันที่ 27 ธันวาคม 2566 ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ไปยังวิสาหกิจชุมชนหมู่บ้านเชิงสะพาน จังหวัดราชบุรี ในการให้ข้อมูลและเก็บรวบรวมข้อมูลโดยได้ทำการชี้แจง ขอบเขต วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และขออนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่วิสาหกิจชุมชนหมู่บ้านเชิงสะพาน จังหวัดราชบุรี และข้อมูลที่ได้รับจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ โดยจะนำมาวิเคราะห์ ประมวลผล และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์คุณลักษณะทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์เพียร์สัน และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับ

ผลการวิจัย

1.พฤติกรรมในการป้องกันโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคกระดูกและกล้ามเนื้อของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.96$, S.D. = 0.710) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าพฤติกรรมในการป้องกันโรคกระดูกและกล้ามเนื้อที่อยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{x} = 4.81$, S.D. = 0.460) คือ ท่านจัดการความเครียดอย่างสม่ำเสมอ เช่น ดูหนัง ฟังเพลง เป็นต้น ส่วนรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x} = 2.14$, S.D. = 0.997, 1.171) คือ ท่านปรับเปลี่ยนอิริยาบถในชีวิตประจำวันให้ถูกต้อง เช่น การนั่งเก้าอี้ที่มีพนักพิง ไม่นั่งไขว่ห้าง ขณะที่ยืนต้องทิ้งน้ำหนักไปที่เท้าทั้ง 2 ข้าง

2.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ ได้แก่ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ($r = 0.458$, $p\text{-value} = 0.000$) และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ ($r = 0.249$, $p\text{-value} = 0.037$) ส่วน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงาน ระยะเวลาในการทำงาน การมีโรคประจำตัว การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ การรับรู้ความรุนแรงของโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ (ตาราง 1 และตาราง 2)

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างปัจจัยกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ ($n = 70$)

ตัวแปร	พฤติกรรมในการป้องกันโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ	
	r	p-value
อายุ	0.015	0.899
ประสบการณ์ทำงาน	0.026	0.831
ระยะเวลาในการทำงาน***	-	-
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	0.458**	<0.001
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ	-0.069	0.569
การรับรู้ความรุนแรงของโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ	-0.159	0.189
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ	0.249*	0.037
การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ	0.027	0.827

* $p\text{-value} < 0.05$ ** $p\text{-value} < 0.01$ ***ระยะเวลาในการทำงานคือ 8 ชั่วโมง/วันทุกคน

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ค่าระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับพฤติกรรม การป้องกันโรคกระดุกและกล้ามเนื้อ (n = 70)

ตัวแปร	พฤติกรรมป้องกันโรคกระดุกและกล้ามเนื้อ	
	Eta	p-value
เพศ	0.210	0.081
สถานภาพสมรส	0.159	0.422
ระดับการศึกษา	0.132	0.949
การมีโรคประจำตัว	0.010	0.938

3. ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.4 เพศชาย ร้อยละ 28.6 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 45.7 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 47.21 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.370 ปี กลุ่มตัวอย่างมีอายุน้อยที่สุดเท่ากับ 25 ปี และอายุมากที่สุดเท่ากับ 60 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 72.9 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 41.4 ส่วนใหญ่มีอายุงานอยู่ที่ 1-5 ปี ร้อยละ 38.6 มีระยะเวลาในการทำงานเท่ากันคือ 8 ชั่วโมงต่อวัน รายได้เฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 16,000 - 20,000 บาทต่อเดือน และส่วนใหญ่ไม่มี โรคประจำตัว ร้อยละ 72.9 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 27.1 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่คือโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคเบาหวาน ความดัน ไขมัน เป็นต้น

4. ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดุกและกล้ามเนื้อของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 4.47$, S.D. = 0.630) การรับรู้ความรุนแรงของโรคกระดุกและกล้ามเนื้อของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{x} = 4.70$, S.D. = 0.462) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคกระดุกและกล้ามเนื้อของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.84$, S.D. = 0.843) และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคกระดุกและกล้ามเนื้อของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 4.13$, S.D. = 0.867)

การอภิปรายผล

การอภิปรายผลของการศึกษา แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ระดับพฤติกรรมป้องกันโรคกระดุกและกล้ามเนื้อ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคกระดุกและกล้ามเนื้อของเกษตรกร ผู้เพาะเห็ดหูหนูในกลุ่มวิสาหกิจชุมชนหมู่บ้านเชิงสะพาน จังหวัดราชบุรี

1. ระดับพฤติกรรมป้องกันโรคกระดุกและกล้ามเนื้อ

จากการศึกษาพบว่า ระดับพฤติกรรมป้องกันโรคกระดุกและกล้ามเนื้อของเกษตรกรผู้เพาะเห็ดหูหนู ในกลุ่มวิสาหกิจชุมชนหมู่บ้านเชิงสะพาน จังหวัดราชบุรี โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคกระดุกและกล้ามเนื้อ จึงยังไม่ตระหนักว่าโรคกระดุกและกล้ามเนื้อเป็นโรคที่อันตราย ที่อาจส่งผลให้ประสิทธิภาพในการทำงาน ประสิทธิภาพในการเคลื่อนไหวลดลง อีกทั้งยังส่งผลให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง และอาจรับรู้พฤติกรรมป้องกันโรค เช่น ปรับเปลี่ยนอิริยาบถในชีวิตประจำวันให้ถูกต้อง

การยืดเหยียดกล้ามเนื้อก่อนหรือในขณะที่ทำเห็ดหูหนู การปรับเปลี่ยนอิริยาบถในการทำงานให้มีความเหมาะสม การออกกำลังกาย เป็นเรื่องที่เสียเวลา จึงส่งผลให้เกษตรกรผู้เพาะเห็ดหูหนูในกลุ่มวิสาหกิจชุมชนหมู่บ้านเชิงสะพาน จังหวัดราชบุรี มีระดับพฤติกรรมป้องกันการโรคกระดูกและกล้ามเนื้อในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ น้ำเงิน จันทรมณี¹¹ ที่พบว่าเกษตรกรกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมความเสี่ยงในการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของ นภมณ ยารวง และพัชรพร สุคนธสรพร¹⁰ ที่ศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานและภาวะสุขภาพของเกษตรกรชาวนาในจังหวัดเชียงราย พบว่าพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานโดยรวมของเกษตรกรกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ ได้แก่

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันการโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ สามารถอธิบายได้ว่า ผู้มีรายได้สูงจากการประกอบอาชีพเพาะเห็ดหูหนู อาจเข้าถึงแหล่งข้อมูลวิธีการป้องกันการโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ ทำให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการโรคกระดูกและกล้ามเนื้อได้ดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ เนื่องจากมีกำลังทรัพย์เพียงพอในการซื้ออุปกรณ์อำนวยความสะดวกที่ช่วยลดความเมื่อยล้าจากการทำงาน และสามารถรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ต่อกระดูกและกล้ามเนื้อ รวมถึงอาจสามารถทำกิจกรรมจัดการความเครียดอย่างสม่ำเสมอได้มากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ ส่งผลให้ผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูงมีระดับพฤติกรรมป้องกันการโรคกระดูกและกล้ามเนื้ออยู่ในระดับสูงกว่าผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรณวิมล เมฆวิมล⁶ ที่กล่าวว่า สถานภาพทางเศรษฐกิจเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพ ในการดูแลตนเองของบุคคล โดยผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจสูงจะมีรายได้สูงซึ่งเอื้อประโยชน์ให้บุคคลสามารถดูแลตนเองให้ได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ตลอดจนมีทรัพยากรที่เพียงพอต่อการซื้อสิ่งอำนวยความสะดวกมาส่งเสริมให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่อว่าการปรับเปลี่ยนอิริยาบถ ในชีวิตประจำวันให้ถูกต้อง การยืดเหยียดกล้ามเนื้อก่อนหรือในขณะที่ทำเห็ดหูหนู การปรับเปลี่ยนอิริยาบถ ในการทำงานให้มีความเหมาะสม การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อกระดูกและกล้ามเนื้อ การควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการจัดการความเครียดอย่างสม่ำเสมอ จะก่อให้เกิดผลดีต่อตนเอง จึงมีพฤติกรรมป้องกันการโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ สอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ¹ ที่กล่าวว่า ความรู้สึกของบุคคลมาจากความเชื่อในประสิทธิภาพของพฤติกรรมลดภาวะคุกคามจากโรค หรือการมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคของตนเอง และเป็นพฤติกรรมที่รับรู้ว่าจะตนเองสามารถทำได้ และก่อให้เกิดผลดี มีประโยชน์ และเหมาะสมที่สุดจะทำให้ไม่ป่วยเป็นโรค จึงเกิดความร่วมมือในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประนอม กาญจนวนิชย์⁵ ที่กล่าวว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลที่ส่งผลให้บุคคลเกิดพฤติกรรมป้องกันการโรคนั้น ๆ

ข้อเสนอแนะ

1. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า เกษตรกรผู้เพาะเห็ดหูหนูมีพฤติกรรมป้องกันการโรคกระดูกและกล้ามเนื้อในระดับปานกลาง โดยมีพฤติกรรมด้านการปรับเปลี่ยนอิริยาบถในชีวิตประจำวันให้ถูกต้อง และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอต่ำที่สุด จึงควรมีการนำเสนอผลการวิจัยนี้ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินการจัดกิจกรรมส่งเสริมให้เกษตรกรผู้เพาะเห็ดหูหนูมีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคกระดูกและกล้ามเนื้อดังกล่าวมากยิ่งขึ้น

2. จากการวิจัยครั้งนี้พบว่ารายได้เฉลี่ยต่อเดือน และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ ดังนั้น จึงควรนำเสนอข้อมูลที่ได้จาก

การศึกษารั้วนี้กำหนดหน่วยงานด้านสาธารณสุขในการเข้ามามีบทบาทในการให้สุขศึกษาเพื่อเพิ่มการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคกระดูกและกล้ามเนื้อให้แก่เกษตรกรผู้มียาได้น้อย เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกและกล้ามเนื้อของเกษตรกรผู้เพาะเห็ดหูหนูในกลุ่มวิสาหกิจชุมชนหมู่บ้านเชิงสะพาน จังหวัดราชบุรีให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Becker. The health Belief Model. Health Education Monography. 1975.
2. Choeng Saphan Village Community Enterprise, Ratchaburi Province. Report : Mushroom farmers in the Ban Cheng Saphan community enterprise group. 2022.
3. Division of Occupational and Environmental Diseases.Disease and health problems among farmers. [Internet]. 2014 [Cited in 11January, 2024]. Available from: <http://envocc.ddc.moph.go.th/contents/view/403>
4. Division of Occupational and Environmental Diseases. Report : Occupational and Environmental Disease and Health Risk. [Internet]. 2016 [Cited in 11January, 2024]. Available from: <http://envocc.ddc.moph.go.th/>
5. Kanchanawanit, P. Factors affecting self-care behavior to prevent non-communicable diseases among village health volunteers in Suphan Buri Province.Suphanburi Provincial Public Health Office. 2021.
6. Mekwimol, W. Factors related to eating behavior of the elderly in Samut Songkhram Province. Suan Sunandha Rajabhat University. 2012.
7. Ratchaburi Provincial Agriculture and Cooperatives Office. Report : General information about Ratchaburi Province. [Internet]. 2023 [Cited in 13 January, 2024]. Available from: <https://www.opsmoac.go.th/ratchaburi-home>
8. Ratchaburi Provincial Agriculture and Cooperatives Office. Report : Ratchaburi Ban Choeng Saphan mushroom farm. [Internet]. 2023 [Cited in 13 January, 2024]. Available from: <https://web.cpd.go.th/ratchaburi/>
9. Ungpansatwong, S. Sampling techniques. Faculty of Science, Khon Kaen University. 2015
10. นภณ ยารวง และพัชรพร. สุนทรียภาพพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานและภาวะสุขภาพของเกษตรกรชาวนาใน จังหวัดเชียงราย.วารสารพยาบาลทหารบก 2559; 17: 163-174.
11. น้ำเงิน จันทรมณี.ความเสี่ยงต่อสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงานของอาชีพแรงงานนอกระบบภาคเกษตรกรรม อำเภอกู่แก้ว จังหวัดพะเยา.วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2560; 11: 112-23.
12. ประภาศิต ทอนช่วย.ปัจจัยเสี่ยงทางการยศาสตร์ต่ออาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการปลูกข้าวโพดของเกษตรกรกลุ่มชาติพันธุ์ จังหวัดเชียงราย. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. 2563; 27: 27-39.

Received: 14 Nov. 2024, Revised: 2 Dec. 2024

Accepted: 8 Dec. 2024

บทความวิจัย

การจัดการด้านความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการตามมาตรฐาน ESPReL กรณีศึกษาห้องปฏิบัติการเคมี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ปิยพร ศรีกังพาน^{1*} ณัฐพัชร พิมพ์ใจ¹, เจนจิรา แพงจันทร์¹, และเทพพร ดงเรืองศรี¹

บทคัดย่อ

ความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการทำงานของผูปฏิบัติการ ดังนั้นสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติจึงได้กำหนดแนวทางการจัดการความปลอดภัยตามมาตรฐาน ESPReL ซึ่งประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การบริหารระบบการจัดการความปลอดภัย 2) ระบบการจัดการสารเคมี 3) ระบบการจัดการของเสีย 4) ลักษณะทางกายภาพของ ห้องปฏิบัติการ อุปกรณ์และเครื่องมือ 5) ระบบป้องกันและแก้ไขภัยอันตราย 6) การให้ความรู้พื้นฐาน เกี่ยวกับความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการ และ 7) การจัดการข้อมูลและเอกสาร

วัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้เป็นการประเมินความเสี่ยงและจัดการความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการเคมี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ดำเนินการยกระดับความปลอดภัยพบว่าการพัฒนาอย่างต่อเนื่องทั้ง 7 องค์ประกอบ โดยใช้ ESPReL Checklist โดยตอนเริ่มโครงการในเดือนมิถุนายน พ.ศ.2567 มีคะแนนรวมเริ่มต้นเพียงร้อยละ 23.71 และเมื่อสิ้นสุดโครงการในเดือนตุลาคม พ.ศ.2567 มีคะแนนรวมทั้ง 7 องค์ประกอบเท่ากับร้อยละ 83.43 โดยเมื่อพิจารณาคะแนนในแต่ละองค์ประกอบ พบว่าร้อยละของคะแนนขององค์ประกอบที่ 6 การให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการมีคะแนนสูงสุดร้อยละ 90 เนื่องจากเป็นองค์ประกอบที่จัดการได้ง่ายและสามารถดำเนินการก่อนที่จะยกระดับขององค์ประกอบอื่นๆ และในองค์ประกอบที่ 4 ลักษณะทางกายภาพของห้องปฏิบัติการ อุปกรณ์และเครื่องมือ มีคะแนนร้อยละ 79 ซึ่งมีคะแนนน้อยที่สุด เพราะยังมีข้อจำกัดในซ่อมแซมที่ไม่สามารถดำเนินการได้ทันที เนื่องจากต้องใช้งบประมาณและแผนงานในระยะยาวในการบริหารจัดการเพื่อดำเนินการซ่อมแซมต่อไป อย่างไรก็ตามองค์ประกอบนี้มีคะแนนเพิ่มขึ้นมากเนื่องจากการดำเนินงานตามแผนงานระยะสั้น เช่น ป้ายข้อมูลที่เป็นตัวอักษร ชื่อห้องปฏิบัติการ ผู้ดูแลห้องปฏิบัติการ รวมทั้งสัญลักษณ์สากลแสดงความเป็นอันตราย

คำสำคัญ: การจัดการความปลอดภัยห้องปฏิบัติการ, ห้องปฏิบัติการเคมี, มาตรฐาน ESPReL

^{1*} คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

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

Original Article

Laboratory Safety Management in Accordance with ESPReL Standards : A case study of Chemistry Laboratory, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

Piyaporn Srikongpan^{1*}, Jenjira Pangjan²,Natthapat Pimjai³ Thepporn Dongruangsri⁴**Abstract**

Laboratory safety is very important issue for laboratory staffs. Therefore, the National Research Council of Thailand has established safety management guidelines in accordance with the ESPReL standard, which consists of 7 components as follows: (1) system administration of safety management, (2) chemical management systems, (3) waste management system, (4) physical characteristics of the laboratory equipment and tools, (5) hazard prevention and correction system, (6) providing basic knowledge about laboratory safety and (7) data and document management.

The objectives of this research were to assess the risks and to conduct the safety management of the chemical laboratory, Faculty of Public Health, Mahasarakham University. All 7 components of ESPReL has significantly improved By ESPReL Checklist. At the beginning of this project in June, 2024, the total score was 23.71 percent and the final total score at the end of project in October, 2024 was 83.43 percent. It was found that the percentage of scores of component 6, providing basic knowledge about laboratory safety, had the highest score of 90 percent because it was an element that was easy to manage and could be implemented before upgrading other elements. In component 4, physical characteristics of the laboratory, equipment and tools, there was a score of 79 percent, which was the lowest score because there were still limitations in repairs that could not be carried out immediately because it required a budget and long-term plans for management to continue repairs. However, this element had a much higher score because it was implemented according to a short-term plan, such as textual information signs, laboratory name, laboratory supervisor, and international symbols indicating hazards.

Keywords: Laboratory safety management, Chemistry laboratory, ESPReL standards

^{1*} Faculty of Public Health Mahasarakham University

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

บทนำ

ประเทศไทยมีห้องปฏิบัติการทางวิทยาศาสตร์ที่เป็นของภาครัฐและเอกชนจำนวนมากที่มีห้องปฏิบัติการทางวิทยาศาสตร์ที่มีการดำเนินงานด้านการศึกษา วิจัย และการบริการวิชาการด้านวิทยาศาสตร์ที่ใช้อุปกรณ์ เครื่องมือ วิทยาศาสตร์ และสารเคมี ซึ่งก่อให้เกิดอันตรายและเสี่ยงต่อความปลอดภัยของอาจารย์ นิสิต นักศึกษา ผู้รับบริการ รวมทั้งพนักงานทำความสะอาด ในห้องปฏิบัติการเหล่านั้นมีการใช้สารเคมีหลากหลายชนิด สารเคมีบางชนิด เช่น สารก่อมะเร็ง สารกัดกร่อน สารเป็นพิษ สารไวไฟ สารออกซิไดซ์วัตถุระเบิด สารที่ไวต่อปฏิกิริยา สารในรูปเปอร์ออกไซด์ เป็นสารที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพที่เกิดจากกิจกรรมการวิจัยในระดับความรุนแรงที่แตกต่างกันไป (The American Chemical Society's Committee on Chemical Safety, 2019) ความปลอดภัยถือเป็นหัวใจสำคัญยิ่งของผู้ปฏิบัติงานและผู้รับบริการห้องปฏิบัติการ โดยเฉพาะห้องปฏิบัติการทางวิทยาศาสตร์ (ด้านเคมี) ที่อาจเกิดความปลอดภัยเรื่องความปลอดภัย เนื่องจากมองไม่เห็นถึงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น แต่ในความเป็นจริงความเสี่ยงสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกพื้นที่ของการใช้งานทั้งทางด้านกายภาพ สารเคมี สารก่อมะเร็ง ของเสีย รวมทั้งการบริหารจัดการด้านความปลอดภัยที่เหมาะสม นำไปสู่การเกิดอุบัติเหตุภายในห้องปฏิบัติการ ส่งผลกระทบต่อผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ นิสิต นักศึกษา ผู้ใช้บริการจากภายนอก ผู้ดูแลห้องปฏิบัติการและอาจารย์ โดยจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้ที่เกี่ยวข้องดังกล่าว โดยมาตรฐานความปลอดภัยได้ถือปฏิบัติเป็นระยะเวลานานแล้ว โดยเฉพาะในประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งมีการออกกฎหมายอย่างจริงจังเพื่อความปลอดภัยของบุคคลที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการคำนึงถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ นักวิจัยและผู้ร่วมงานเกิดความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการ แม้ว่าในปัจจุบันได้มีการกำหนดแนวทางในการพัฒนาความปลอดภัย ทั้งในด้านกระบวนการพัฒนา การมีส่วนร่วมของห้องปฏิบัติการ และการใช้เครื่องมือในการพัฒนาความปลอดภัย ได้แก่ เครื่องมือสำรวจประเมินสถานภาพความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการ (ESPreL Checklist) แต่ยังคงพบว่าห้องปฏิบัติการอีกหลายแห่งยังขาดการจัดการความปลอดภัย ดังนั้นเพื่อให้บุคลากรในห้องปฏิบัติการเกิดความปลอดภัยในขณะปฏิบัติงาน จึงควรหาแนวทางการจัดการความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพจากความสำเร็จที่กล่าวมาแล้ว⁷

งานวิจัยนี้เป็นการจัดการความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการตัวอย่าง กรณีศึกษาห้องปฏิบัติการเคมี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เนื่องจากเป็นห้องปฏิบัติที่ยังไม่มีการจัดการความปลอดภัยอย่างเป็นรูปธรรม มีการดำเนินงานภายในห้องปฏิบัติการที่ใช้สารเคมี วัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือวิทยาศาสตร์ที่หลากหลาย โดยผู้วิจัยได้ทำการประเมินสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเสี่ยงอันตรายของห้องปฏิบัติการดังกล่าว โดยสำรวจข้อมูลพื้นฐานด้านกายภาพและเคมี การเก็บข้อมูลเป็นภาพถ่ายและการสอบถามผู้ให้บริการห้องปฏิบัติการ เนื่องจากข้อมูลต่างๆ สามารถสะท้อนประเด็นของปัญหาความไม่ปลอดภัยของห้องปฏิบัติการทั้งกับผู้ปฏิบัติงาน และผู้มาใช้บริการด้านวิทยาศาสตร์ อีกทั้งผู้วิจัยได้จัดทำแบบประเมิน ESPReL Checklist และนำข้อมูลสถานการณ์ไปวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาที่ทำให้เกิดความเสี่ยงอันตราย ทำการประเมิน วิเคราะห์ และจัดการความเสี่ยง (Risk Assessment) เพื่อจัดทำแนวทางในการจัดการความปลอดภัยห้องปฏิบัติการวิจัยตัวอย่างในมหาวิทยาลัยมหาสารคามที่ถูกต้องและเป็นไปตามข้อกำหนดไว้ในมาตรฐาน ESPReL ซึ่งประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ¹ ได้แก่

- 1) การบริหารระบบการจัดการความปลอดภัย วัตถุประสงค์เพื่อประเมินความจริงจังตั้งแต่ระดับนโยบายที่เห็นความสำคัญของงานด้านความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการ

- 2) ระบบการจัดการสารเคมี เพื่อประเมินสภาพการจัดการสารเคมีในห้องปฏิบัติการ มองถึงการมีระบบการจัดการสารเคมีที่ดีภายในห้องปฏิบัติการ ทั้งระบบข้อมูล การจัดเก็บ การเคลื่อนย้ายสารเคมี และการจัดการสารที่ไม่ใช้แล้ว ที่สามารถติดตามความเคลื่อนไหวของข้อมูลสารเคมี และควบคุมความเสี่ยงจากอันตรายของสารเคมี

3) ระบบการจัดการของเสีย เป็นการประเมินสถานภาพการจัดการของเสียภายในห้องปฏิบัติการ ทั้งระบบข้อมูล การจำแนกและการจัดเก็บ เพื่อรอกการกำจัด/บำบัด ซึ่งสามารถติดตามความเคลื่อนไหวของของเสีย ข้อมูลนี้จะ เป็นประโยชน์ต่อการบริหารจัดการ การประเมินความเสี่ยงจากอันตรายของของเสีย ตลอดจนการจัดเตรียมงบประมาณ ในการกำจัด

4) ลักษณะทางกายภาพของห้องปฏิบัติการ อุปกรณ์และเครื่องมือ เป็นการประเมินถึงความสมบูรณ์เหมาะสม ของโครงสร้างพื้นฐานทางกายภาพ อุปกรณ์และเครื่องมือภายในห้องปฏิบัติการ ที่จะเอื้อต่อความปลอดภัยของ ห้องปฏิบัติการ

5) ระบบป้องกันและแก้ไขภัยอันตราย การจัดการความปลอดภัยเป็นหัวใจของการสร้างวัฒนธรรมความ ปลอดภัย ที่มีลำดับความคิดตั้งต้นจากการกำหนดได้ว่าอะไรคือปัจจัยเสี่ยง ผู้ปฏิบัติงานต้องรู้ว่าใช้สารใด คนอื่นในที่ เดียวกันกำลังทำอะไรที่เสี่ยงอยู่หรือไม่ ปัจจัยเสี่ยงด้านกายภาพคืออะไร มีการประเมินความเสี่ยงหรือไม่ จากนั้นจึงมีการ บริหารความเสี่ยงด้วยการป้องกัน หรือการลดความเสี่ยงรวมทั้งการสื่อสารความเสี่ยงที่เหมาะสม

6) การให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการ การสร้างความปลอดภัยต้องมีการพัฒนา บุคลากรทุกระดับที่เกี่ยวข้อง โดยให้ความรู้พื้นฐานที่เหมาะสม จำเป็น และอย่างต่อเนื่องต่อกลุ่มเป้าหมายที่มีบทบาท ต่างกัน ถึงแม้องค์กร/หน่วยงานมีระบบการจัดการอย่างดี หากบุคคลในองค์กร/หน่วยงานขาดความรู้และทักษะ ขาดความตระหนัก และเพิกเฉยแล้ว จะก่อให้เกิดอันตรายและความเสียหายต่าง ๆ ได้

และ 7) การจัดการข้อมูลและเอกสาร การเก็บข้อมูลและการจัดการทั้งหลายหากขาดซึ่งระบบการบันทึกและ คู่มือการปฏิบัติงาน ย่อมทำให้การปฏิบัติขาดประสิทธิภาพ เอกสารที่จัดทำขึ้นในรูปแบบรายงานต่างๆ ควรใช้เป็น บทเรียนและขยายผลได้ระบบเอกสารจะเป็นหลักฐานบันทึกที่จะส่งต่อกันได้หากมีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบและเป็นการต่อ ยอดของความรู้ในทางปฏิบัติให้การพัฒนาความปลอดภัยเป็นไปได้อย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดการจัดการห้องปฏิบัติการ ปลอดภัยที่ได้มาตรฐานซึ่งส่งผลให้เกิดความปลอดภัยต่อนักศึกษา อาจารย์ เจ้าหน้าที่ และผู้มาใช้บริการทั้งด้านการเรียน การสอน การวิจัย และการบริการวิชาการต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อสำรวจและประเมินสถานภาพความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการตามมาตรฐาน ESPrEL
2. เพื่อประเมินความเสี่ยงของห้องปฏิบัติการเคมี ที่มีผลต่อความปลอดภัยในการใช้งาน
3. เพื่อจัดการความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการให้สอดคล้องตามมาตรฐาน ESPrEL

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยใช้รูปแบบการวิจัยแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) และดำเนินการในช่วงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567 และเมื่อสิ้นสุดโครงการในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การเตรียมการ

1. แต่งตั้งคณะดำเนินงานในด้านความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการทั้งในระดับหน่วยงาน และกลุ่มดำเนินงานพัฒนา ประกอบด้วย ผู้บริหาร อาจารย์ และนักวิทยาศาสตร์ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับห้องปฏิบัติการทางวิทยาศาสตร์ .2
2. ลงทะเบียนห้องปฏิบัติการในเว็บไซต์ของกองมาตรฐานการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ URL: esprel.labsafety.nrct.go.th
3. ศึกษาข้อมูลพื้นฐานและสำรวจสภาพการดำเนินงานก่อนการพัฒนาด้วยเครื่องมือ ESPReL Checklist และการประเมินความเสี่ยงของผู้ใช้ห้องปฏิบัติการ

ระยะที่ 2 การดำเนินการ

1. การประเมินคะแนนความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการก่อนดำเนินการปรับปรุง นำข้อมูลการสำรวจห้องปฏิบัติการมาประเมินคะแนนความปลอดภัยโดยใช้ ESPReL Checklist ตามมอก .2677-2558 ทั้ง 7 องค์ประกอบ จำนวน 162 ข้อ (กองมาตรฐานการวิจัย) สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ, 2558)
2. การประเมินความเสี่ยง (Risk assessment) การประเมินความเสี่ยงแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความเสี่ยงระดับบุคคล ความเสี่ยงระดับ โครงการ และความเสี่ยงระดับห้องปฏิบัติการ⁹ ผู้วิจัยจะทำการประเมินความเสี่ยงครอบคลุม ทั้ง 3 ระดับ ตามขั้นตอนดังนี้
 1. การบ่งชี้ความเป็นอันตราย (Hazard Identification) การชี้บ่งความเป็นอันตราย (Hazard Identification) ทำโดยหัวข้อที่ต้องการตรวจสอบ ร่างเรื่องที่ต้องการตรวจสอบ พิจารณารายการปฏิบัติ ข้อกฎหมายด้านอาชีวอนามัย และความปลอดภัย และมาตรฐานความปลอดภัย จากนั้นนำแบบตรวจสอบไปใช้ตรวจสอบ ความปลอดภัย โดยสังเกตและสอบถามจากนักวิทยาศาสตร์ที่ดูแลห้องปฏิบัติการ และผู้ปฏิบัติการนำผลการตรวจสอบมาชี้บ่งอันตราย เพื่อหาแนวทางป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้น งานวิจัยนี้จะนำประเด็นต่างๆ ตาม ESPReL Checklist มาประเมินความเสี่ยงด้วยวิธี What if analysis⁴ เพื่อจัดลำดับความสำคัญและวางแผนการจัดการยกระดับความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการ โดยดำเนินการรวบรวม คำถามต่างๆ เข้าด้วยกันเป็นหมวดหมู่ตามลำดับขั้นตอน จากนั้นทำการชี้บ่งอันตรายและการประเมินความเสี่ยง ประกอบด้วย อันตรายหรือผลที่เกิดขึ้นตามมา มาตรการสำหรับการลดผลกระทบของอันตราย ข้อเสนอแนะ และสรุปข้อมูลที่ได้จากการศึกษา การวิเคราะห์ และการประเมินความเสี่ยง
 2. กำหนดความเสี่ยงและตัดสินว่าเป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้หรือไม่ การประเมินความเสี่ยงนั้นนิยมใช้แบบเมทริกซ์ โดยมีตัวแปร 2-3 ตัว ผู้วิจัยออกแบบการประเมินความเสี่ยงโดยมีตัวแปร 2 ตัว คือ “ความเป็นไปได้ที่จะเกิดเหตุการณ์นั้น” และ “ผลกระทบต่อสุขภาพ ความปลอดภัย และสิ่งแวดล้อม” โดยเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงได้ดัดแปลงจากเกณฑ์ของศูนย์บริหารความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (COSHEM) มหาวิทยาลัยมหิดล (ศูนย์บริหารความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน (COSHEM), 2560) การนิยามความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้น (Probability) ตั้งค่าเป็น 5 ระดับ แสดงระดับด้วยตัวเลข 1-5 ซึ่งแต่ละระดับแสดงค่าความเป็นไปได้ ที่จะเกิดเหตุการณ์นั้นน้อยที่สุดไปจนถึงความเป็นไปได้ที่จะเกิดเหตุการณ์นั้นมากที่สุดและการนิยามชนิดของผลกระทบต่อสุขภาพความปลอดภัย และสิ่งแวดล้อม (Severity) ตั้งค่าเป็น 5 ระดับ แสดงระดับด้วยตัวเลข 1-5 ซึ่งแต่ละระดับแสดงค่าความรุนแรงน้อยมากไปจนถึงสูงมากและในการคำนวณความเสี่ยง (Risking rating) จะนำระดับคะแนนความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้น (1-5) คูณกับระดับคะแนนความรุนแรงที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม (1-5) ซึ่งจะแสดงผลลัพธ์และระดับความเสี่ยงตั้งแต่ 1-5 (ต่ำมาก) 6-10 (ต่ำ) 11-15 (ปานกลาง) 16-20 (สูง) และ 21-25 (สูงมาก)
 3. การวางแผนจัดการความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการผู้วิจัยจะจัดทำแผนการจัดการความปลอดภัยห้องปฏิบัติการโดยจัดลำดับความสำคัญ (Set Priority) โดยการดูผลคะแนนการประเมินจาก ESPReL Checklist และ

ผลการประเมินความเสี่ยง โดยคำนึงถึง หากประเด็นนั้นมีความเสี่ยงระดับปาน “ความเป็นไปได้” และ “ความสำคัญ” กลางจะทำแผนการควบคุมความเสี่ยง สำหรับประเด็นที่มีความเสี่ยงระดับสูงถึงสูงมากจะทำแผนลดความเสี่ยง

4. การดำเนินงานตามแผนการจัดการความความปลอดภัยและตรวจติดตามประเมินผลการป้องกันและลดความเสี่ยงจากแผนการจัดการความปลอดภัย ผู้วิจัยจะดำเนินการปรับปรุงห้องปฏิบัติการตามแผนที่วางไว้และตรวจติดตามประเมินผลการป้องกัน ลดความเสี่ยงและประเมินคะแนนห้องปฏิบัติการโดยใช้ ESPReL Checklist เป็นระยะเพื่อให้ทราบความก้าวหน้าของการจัดการความปลอดภัย

ระยะที่ การตรวจประเมิน 3

1. ตรวจประเมินห้องปฏิบัติการโดยผู้ทรงคุณวุฒิ เมื่อดำเนินการตามแผนแล้วจะเชิญผู้ทรงคุณวุฒิมาตรวจประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วยหัวหน้าผู้ตรวจประเมิน ผู้ตรวจประเมิน และ/หรือผู้สังเกตการณ์

2. การพัฒนาปรับปรุงห้องปฏิบัติการหลังการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ/ ผู้วิจัยจะนำผลการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิมาวางแผนพัฒนาปรับปรุงห้องปฏิบัติการ/ ต่อจากนั้นจะทำการประเมินตนเองด้วย ESPReL checklist และมีการยืนยันผลการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของแบบประเมินด้วยการนำเสนอการ จำนวน ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 1 ส่วน ได้แก่ 2) ผลการประเมินความเสี่ยงที่ครอบคลุมห้องปฏิบัติการและ ผู้ปฏิบัติงาน และ 2) ผลการประเมินสถานภาพความปลอดภัยห้องปฏิบัติการตามมาตรฐาน ESPReL ซึ่งแสดงผลเป็นร้อยละของแต่ละองค์ประกอบและคะแนนรวมของทุกองค์ประกอบ โดยผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัย หลักๆ 2 ส่วน มีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนแรกก่อนดำเนินการ 1) ผลการประเมินตนเองตามมาตรฐาน ESPReL Checklist และ 2) ผลการประเมิน ประเมินความเสี่ยง (Risk assessment) ของผู้ใช้งานห้องปฏิบัติการ

ส่วนที่สอง หลังการดำเนินการ ผู้วิจัยได้พัฒนาด้วยมาตรฐาน ESPReL และผลการประเมินตนเองหลัง พัฒนาเองปฏิบัติการตามมาตรฐาน ESPReL

องค์ประกอบที่ 1 การบริหารระบบการจัดการ ด้านความปลอดภัย ก่อนการยกระดับมาตรฐานความปลอดภัย ของห้องปฏิบัติการ พบว่านโยบาย แผนงาน และโครงสร้างการบริหารจัดการด้านความปลอดภัยในระดับคณะและ ห้องปฏิบัติการเคมียังไม่มีการจัดทำและปฏิบัติในประเด็นดังกล่าว ส่วนการกำหนดผู้รับผิดชอบดูแลด้านความปลอดภัยยัง ไม่ได้มีการจัดทำในทุกระดับ ทั้งนี้คณะทำงานเพื่อความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการจึงได้ประชุมหารือผู้รับผิดชอบหลักในเรื่อง การรับรองมาตรฐานความปลอดภัยห้องปฏิบัติการของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อยกระดับ ความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการการเกี่ยวกับบริหารระบบการจัดการด้านความปลอดภัยให้ครอบคลุมระดับคณะและ ห้องปฏิบัติการ ตั้งแต่องค์ประกอบที่ 2 ถึง 7 หลังจากการยกระดับความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการในองค์ประกอบนี้ เกิดนโยบายด้านความปลอดภัย แผนงาน ด้านความปลอดภัย และโครงสร้างการบริหารจัดการด้านความปลอดภัย

ครอบคลุมทั้งในระดับคณะและ ห้องปฏิบัติการเคมี อีกทั้งห้องปฏิบัติการได้กำหนดผู้รับผิดชอบดูแลด้านความปลอดภัย โดยของคณะแผนองค์ประกอบที่ 1 ก่อนการยกระดับมีค่าร้อยละ 20 และหลังยกระดับมีค่าร้อยละ 82

องค์ประกอบที่ 2 ระบบการจัดการสารเคมี ก่อนการยกระดับความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการ ระบบการจัดเก็บสารเคมีในห้องปฏิบัติการมีระดับความเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อบุคคลและทรัพย์สิน เนื่องจากสารเคมีเหล่านี้กระจายอยู่ตามบริเวณต่างๆ การวางขวดสารเคมีได้อย่างล้างมือ มีการจัดเก็บสารไวไฟในระดับที่ต่ำ เมื่อทำการศึกษาข้อมูลสารเคมีจาก Safety Data Sheet (SDS) จะพบว่ามีสารเคมีในห้องปฏิบัติการเคมี ได้แก่ Sulfuric (สารทำกัดกร่อน) Ethyl Alcohol Solution (ของเหลวไวไฟ/ติดไฟ สารเป็นพิษ) Diethyl Ether (ของเหลวไวไฟ/ติดไฟ สารเป็นพิษต่ออวัยวะเป้าหมาย และระบบประสาท) Hexane (ของเหลวไวไฟ/ติดไฟ สารเป็นพิษต่ออวัยวะเป้าหมาย ระคายเคืองผิวหนังและระบบประสาท) และ Sodium hydroxy (สารกัดกร่อน สารพิษ) ซึ่งสารที่เป็นอันตรายมากที่สุดของห้องปฏิบัติการคือ Diethyl Etherเป็นอันตรายเมื่อกลืนกิน อาจทำให้ง่วงซึมหรือมีเมฆา เกิดเปอร์ออกไซด์ที่สามารถระเบิดได้ พบอยู่ที่เครื่องมือวิทยาศาสตร์ของห้องปฏิบัติการเคมี ดังนั้นจะต้องมีการจัดการที่เหมาะสมหากเกิดการปนเปื้อนภายในห้องปฏิบัติการเคมี หลังการยกระดับความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการคณะทำงานเพื่อความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการเคมี ได้มีการบันทึกข้อมูลสารเคมีในรูปแบบเอกสารและอิเล็กทรอนิกส์ ตามโครงสร้างของข้อมูลสารเคมี จัดเก็บสารเคมีแยกตามสถานะของสาร ได้แก่ สารเคมีที่เป็นของแข็ง ของเหลวและแก๊ส จัดเก็บสารเคมีแยกตามสมบัติความเป็นอันตรายของสารเคมี โดยแยกสารเคมีกลุ่มที่มีความไวต่อการเกิดปฏิกิริยาเคมี สารเคมีไวไฟและสารเคมีที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพออกจากกันอย่างชัดเจน นอกจากนี้ยังมีการจัดทำข้อมูลรายชื่อสารเคมี ชื่อผู้รับผิดชอบและสัญลักษณ์ความเป็นอันตรายหน้าตู้เก็บสารเคมี รถเคลื่อนย้ายสารเคมี การจัดเตรียม PPE จัดทำเอกสาร SDS ของสารเคมีทุกชนิดในห้องปฏิบัติการ โดยร้อยละของคณะแผนองค์ประกอบที่ 2 โดยของคณะแผนองค์ประกอบที่ 1 ก่อนการยกระดับมีค่าร้อยละ 23 และหลังยกระดับมีค่าร้อยละ 85

องค์ประกอบที่ 3 ระบบการจัดการของเสีย ก่อนการยกระดับความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการเคมี มีความเสี่ยงในด้านการเก็บของเสีย ได้แก่ ไม่มีการตรวจสอบความบกพร่องของภาชนะและฉลากของเสีย ไม่มีพื้นที่/บริเวณที่เก็บของเสียที่แน่นอน ไม่มีภาชนะรองรับขวดของเสีย ไม่มีการกำหนดปริมาณรวมสูงสุดของของเสียที่อนุญาตให้เก็บได้ในห้องปฏิบัติการ ในด้านการบำบัดและกำจัดของเสีย ได้แก่ ไม่มีการบำบัดของเสียก่อนทิ้ง โดยมักทิ้งโดยตรงกับอ่างล้างมือ ไม่มีระบบการจัดการของเสียในห้องปฏิบัติการเคมี ของเสียที่เกิดจากห้องปฏิบัติการเคมีในรูปของความเป็นกรดโลหะหนัก สารละลายและผลิตภัณฑ์ที่ได้ที่มีต่อสภาพแวดล้อมเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องต้องตระหนัก หลังการดำเนินการยกระดับความปลอดภัยห้องปฏิบัติการเคมีได้มีระบบบันทึกข้อมูลของเสียทั้งในรูปแบบเอกสารและอิเล็กทรอนิกส์ มีการปรับข้อมูลทุก 6 เดือน มีแนวปฏิบัติในการลดการเกิดของเสีย มีการกำหนดปริมาณรวมสูงสุดและระยะเวลาเก็บของเสียที่อนุญาตให้เก็บ ได้ในห้องปฏิบัติการ ทั้งนี้ได้ประสานงานกับกองอาคารและสถานที่ในการส่งของเสียไปกำจัดกับบริษัทรับกำจัดของเสียที่ได้รับใบอนุญาต เนื่องจากของเสียที่เกิดภายในห้องปฏิบัติการมีปริมาณไม่มาก การว่าจ้างบริษัทโดยตรงอาจไม่เกิดความคุ้มค่าคุ้มทุน โดยของคณะแผนองค์ประกอบที่3 ก่อนการยกระดับมีค่าร้อยละ10 และหลังยกระดับมีค่าร้อยละ 80

องค์ประกอบที่ 4 ลักษณะทางกายภาพของห้อง ปฏิบัติการ อุปกรณ์และเครื่องมือ การสำรวจและตรวจสอบในด้านลักษณะทางกายภาพถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญตามที่กำหนดไว้ในมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม ก่อนการยกระดับความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการตรวจสอบ ไม่มีการตรวจสอบระบบน้ำของที่ล้างตา ไม่มีการตรวจสอบปริมาณแสงสว่างภายในห้องปฏิบัติการเคมี มีการต่อปลั๊กพ่วง มีม่านหน้าต่างภายในห้องปฏิบัติการเคมี หลังการดำเนินการยกระดับความปลอดภัยห้องปฏิบัติการได้แก้ไขปัญหาดังกล่าวข้างต้นทั้งหมดมีการเปลี่ยนจากผ้าม่านเป็นสติ๊กเกอร์ติดกระจกเพื่อลดการสะสมของสารเคมีที่สามารถระเหยได้มีการตรวจปริมาณแสงสว่างภายในห้องปฏิบัติการ รวมทั้งมีการตรวจสอบระบบน้ำของที่ล้างตา โดยของคณะแผนองค์ประกอบที่4 ก่อนการยกระดับมีค่าร้อยละ30 และหลังยกระดับมีค่าร้อยละ 79

องค์ประกอบที่ 5 ระบบการป้องกันและแก้ไขอันตราย ก่อนการยกระดับความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการเคมีไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับระบบการป้องกันและแก้ไขอันตรายที่ครอบคลุม การบริหารความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง การรายงานการบริหารความเสี่ยง การใช้ประโยชน์จากรายงานการบริหารความเสี่ยง หลังการดำเนินการยกระดับความปลอดภัยห้องปฏิบัติการได้มีการสำรวจความเป็นอันตรายอย่างเป็นรูปธรรมและการประเมินความเสี่ยง (Risk assessment) ในทุกองค์ประกอบทั้งระดับห้องปฏิบัติการและระดับบุคคล ซึ่งในระดับบุคคลนั้นจะแยกประเมินความเสี่ยงทั้งนิสิต นักวิทยาศาสตร์ อาจารย์ และพนักงานทำความสะอาดซึ่งเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ห้องปฏิบัติการ มีประเด็นความเสี่ยงเดียวกัน แต่ระดับความเสี่ยงที่แตกต่างกัน เช่น การสัมผัสสารเคมี พนักงานทำความสะอาดถือเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงสุด รองลงมาคือนิสิต ส่วนอาจารย์และนักวิทยาศาสตร์จะมีความเสี่ยงในระดับ

เท่ากันคือความเสี่ยงในระดับต่ำ เนื่องจากการใส่เสื้อกาวน์ยาว ผ้าปิดจมูกและถุงมือเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น นอกจากนี้ยังมีการจัดการความเสี่ยง(Risk management) ได้แก่ จัดทำคู่มือ/แนวปฏิบัติร่วมกันในการใช้ห้องปฏิบัติการ มีการสอนและการแนะนำแก่ผู้ปฏิบัติงาน และมีการสื่อสารความเสี่ยงด้วยวิธีและรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Omidvari⁷ ที่กล่าวว่า การสื่อสารความเสี่ยง (Risk communication) เป็นขั้นตอนที่องค์กรต้องถ่ายทอดข้อมูลให้ทุกคนรับทราบโดยผ่านการสื่อสารรูปแบบต่าง ๆ เช่น การติดป้ายสัญลักษณ์ต่าง ๆ การติดฉลาก เป็นต้น โดยของคณะนอองค์ประกอบที่ 5 ก่อนการยกระดับมีค่าร้อยละ 32 และหลังยกระดับมีค่าร้อยละ 88

องค์ประกอบที่ 6 การให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับด้านความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการเคมี ถึงแม้องค์กรหรือหน่วยงานจะมีระบบการบริหารจัดการดีเพียงใด แต่หากบุคคลในองค์กรหรือหน่วยงาน ขาดความรู้หรือทักษะ ขาดความตระหนักและเพิกเฉยแล้ว จะก่อให้เกิดอันตรายและความเสียหายต่าง ๆ ได้ โดยการใช้สื่อหลายรูปแบบจะสามารถสร้างความปลอดภัยได้ หลังการดำเนินการยกระดับความปลอดภัยห้องปฏิบัติการได้มีการให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับด้านความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการ ซึ่งในองค์ประกอบนี้จะเน้นการให้ความรู้พื้นฐานแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง ผู้บริหารจะเน้นในเรื่องระบบการบริหารจัดการด้านความปลอดภัยและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย หัวหน้า ห้องปฏิบัติการและผู้ปฏิบัติงานจะต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับระบบการบริหารจัดการด้านความปลอดภัย กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย รายละเอียดขององค์ประกอบทั้ง 7 ด้าน SDS และป้ายสัญลักษณ์ด้านความปลอดภัย พนักงานทำความสะอาดจะต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล และป้ายสัญลักษณ์ด้านความปลอดภัย โดยของคณะนอองค์ประกอบที่ 6 ก่อนการยกระดับมีค่าร้อยละ 49 และหลังยกระดับมีค่าร้อยละ 90

องค์ประกอบที่ 7 การจัดการข้อมูลและเอกสารข้อมูลและเอกสารด้านความปลอดภัยสามารถใช้เป็นหลักฐานบันทึกที่สามารถส่งงานต่อกันได้หากมีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบ และเป็นการต่อยอดของความรู้ในทางปฏิบัติการให้การพัฒนาความปลอดภัยเป็นไปได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ก่อนทำการยกระดับความปลอดภัย ห้องปฏิบัติการมีเพียงเอกสารและคู่มือทั่วไป แต่ขาดประสิทธิภาพ ไม่มีเอกสารที่เป็นแนวปฏิบัติ ไม่มีการควบคุมเอกสารและการปรับปรุงเอกสารที่เป็นปัจจุบัน หลังการดำเนินการยกระดับความปลอดภัย ห้องปฏิบัติการมีการจัดการข้อมูลและเอกสารให้เป็นหมวดหมู่ในแต่ละแฟ้ม มีรายการเอกสาร ไว้ที่หน้าแฟ้ม มีการบันทึกการเข้า-ออกของเอกสาร รวมทั้ง มีการปรับปรุงเอกสารให้เป็นปัจจุบันและสามารถเข้าถึงได้ง่าย โดยของคณะนอองค์ประกอบที่ 7 ก่อนการยกระดับมีค่าร้อยละ 10 และหลังยกระดับมีค่าร้อยละ 80

สรุปและอภิปรายผล

การจัดการความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการด้านวิทยาศาสตร์ในระดับมหาวิทยาลัย มีความสำคัญอย่างยิ่ง การเรียนรู้กฎหมายที่เกี่ยวข้องด้านความปลอดภัย และหลักการบริหารจัดการ ด้านความปลอดภัย รวมถึงการฝึกปฏิบัติการ ค้นหาอันตราย การป้องกันและควบคุมอันตราย จะสามารถทำให้ห้องปฏิบัติการมีการพัฒนาและยกระดับความปลอดภัยเพิ่มขึ้น ช่วยเพิ่ม ประสิทธิภาพในการเรียนการสอน การวิจัย ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุต่าง ๆ ของนิสิต อาจารย์ และผู้รับบริการทั่วไป ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ห้องปฏิบัติการเคมี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ดำเนินกิจกรรมการเรียนการสอน การวิจัย และการบริการวิชาการ ดำเนินการยกระดับความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ.2567 จนถึงเดือนตุลาคม พ.ศ.2567 โดยทำการประเมินความเสี่ยงและยกระดับความปลอดภัยห้องปฏิบัติการ ผลการประเมิน ความเสี่ยงครอบคลุม ห้องปฏิบัติการในเดือนตุลาคม พ.ศ.2567 ซึ่งเป็นช่วงเริ่มต้น พบว่า ประเด็นที่มีความเสี่ยงสูงมาก ได้แก่ ไม่มีการแยกเก็บสารเคมีตามสมบัติการเข้ากันไม่ได้ของสารเคมี วางขวดสารเคมีได้อย่างล้างมือ จัดเก็บสารไวไฟในระดับที่ต่ำและไม่จัดไว้ในตู้ที่เหมาะสม เก็บกรดไวใกล้กับตัวทำลายอินทรีย์ เช่น Alcohol ชนิดต่าง ๆ และ Ether ไม่มีการเอกสารข้อมูลความปลอดภัย (SDS) ไม่มีการระบุพื้นที่/ เก็บของเสียที่แน่นอน ไม่มีการบำบัดของเสียก่อนทิ้ง ไม่มีการแสดงข้อมูลผังพื้น ตำแหน่งเส้นทางหนีไฟและอุปกรณ์ฉุกเฉิน และยังไม่มีการสื่อสารความเสี่ยงและประเด็นที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ ไม่เก็บสารเคมีของแข็งแยกออกจากของเหลว ไม่ระบุข้อมูลสายชื่อสารเคมี ชื่อผู้รับผิดชอบดูแลตู้และสัญลักษณ์ ความเป็นอันตราย ไม่ติดฉลากภาชนะบรรจุของเสีย ไม่มีแนวปฏิบัติด้านความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการและผลการประเมินความเสี่ยง ระดับผู้ปฏิบัติงานทุกองค์ประกอบแสดงให้เห็นว่าความเสี่ยงของผู้ปฏิบัติงานทั้ง 3 กลุ่มมีความแตกต่างกัน เนื่องจากทั้ง 3 กลุ่มมีลักษณะงานที่ต่างกัน ส่งผลให้โอกาสที่และความรุนแรงแตกต่างกัน จากผลคะแนน ความเสี่ยงนำไปสู่การจัดทำแผนและมาตรการในการจัดการความปลอดภัยห้องปฏิบัติการ โดยจัดลำดับความสำคัญ (Set Priority) โดยคำนึงถึง และ "ความสำคัญ" "ความเป็นไปได้สำหรับระดับความเสี่ยงต่าง ๆ" ซึ่งนำไปสู่การยกระดับความปลอดภัย การจัดการความปลอดภัยตามมาตรฐาน ESPReL ทั้ง 7 องค์ประกอบ พบว่า มีผลของการยกระดับความปลอดภัยอย่างต่อเนื่องและเพิ่มขึ้นในแต่ละเดือน โดยก่อนดำเนินการยกระดับเดือนมิถุนายน พ.ศ.2567 มีคะแนนรวมเริ่มต้นเพียงร้อยละ 23.71 โดยเมื่อพิจารณาคะแนนในแต่ละ องค์ประกอบ พบว่าร้อยละของคะแนนขององค์ประกอบที่ 6 การให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการ มีคะแนนสูงสุดร้อยละ 49 และในองค์ประกอบที่ 3 ระบบการจัดการของเสีย มีคะแนนน้อยที่สุดที่ร้อยละ 10 เนื่องจากห้องปฏิบัติการเคมี ไม่มีการตรวจสอบความบกพร่องของภาชนะและฉลากของเสีย ไม่มีภาชนะรองรับขวดของเสีย ไม่มีการกำหนดปริมาณรวมสูงสุดของของเสียที่อนุญาตให้เก็บได้ในห้องปฏิบัติการ ไม่มีการบำบัดของเสียก่อนทิ้ง โดยมักทิ้งโดยตรงกับอ่างล้างมือ ไม่มีระบบการจัดการของเสียในห้องปฏิบัติการเคมี ภายหลังการยกระดับซึ่งประเมินในเดือนตุลาคม พ.ศ.2567 พบว่ามีคะแนนรวมทั้ง 7 องค์ประกอบ เท่ากับร้อยละ 83.43 โดยเมื่อพิจารณาคะแนนในแต่ละองค์ประกอบพบว่าร้อยละของ คะแนนขององค์ประกอบที่ 6 การให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการ มีคะแนนสูงสุดร้อยละ 90 เนื่องจากเป็นองค์ประกอบที่จัดการได้ง่ายและสามารถดำเนินการก่อนที่จะยกระดับขององค์ประกอบอื่นๆ และในองค์ประกอบที่ 4 ลักษณะทางกายภาพของห้องปฏิบัติการ อุปกรณ์และเครื่องมือ มีคะแนนร้อยละ 79 ซึ่งมีคะแนนน้อยที่สุด เพราะยังมีข้อจำกัดในซ่อมแซมที่ไม่สามารถดำเนินการได้ทันที เนื่องจากต้องใช้งบประมาณและแผนงานในระยะยาวในการบริหารจัดการเพื่อดำเนินการซ่อมแซมต่อไป แม้ว่าการดำเนินการจัดการความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการจะแสดงให้เห็นผลการยกระดับความปลอดภัยที่สูงขึ้นในทุกองค์ประกอบ แต่ก็ยังมีข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ ที่จะต้องมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

- ข้อจำกัดด้านงบประมาณ เช่น การจัดซื้อตู้จัดเก็บสารเคมีไวไฟ การจัดซื้อและติดตั้งที่ล้างตาใหม่ที่ได้มาตรฐาน การออกแบบและติดตั้งท่อระบายน้ำที่แยกระบบน้ำทิ้งทั่วไปกับระบบน้ำทิ้งปนเปื้อนสารเคมีออกจากกัน และมีระบบบำบัดที่เหมาะสมก่อนออกสู่รางระบายน้ำสาธารณะ การเข้าตรวจสอบเครื่องมือขึ้นสูงต่างๆ ของห้องปฏิบัติการ ด้วยผู้เชี่ยวชาญอย่างต่อเนื่อง การจัดซื้ออุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลให้เพียงพอและเหมาะสม เป็นต้น

- ข้อจำกัดด้านของบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับห้องปฏิบัติการเคมี พบว่ายังขาดการมีส่วนร่วมและความตระหนักในการแสวงหาความรู้ที่ทันสมัยและมีความรับผิดชอบในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ บนพื้นฐานของมาตรฐานความปลอดภัย รวมทั้งการพัฒนาปรับปรุงทุกกิจกรรมให้เกิดความปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะต้องใช้ระยะเวลาในการดำเนินการให้เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจนจนเกิดเป็นวัฒนธรรมองค์กร ทั้งนี้ข้อจำกัดต่างๆ ที่ยังคงปรากฏในขั้นตอนการยกระดับความปลอดภัย ทั้ง 7 องค์ประกอบ จึงควรมีการดำเนินการตรวจสอบ พัฒนาปรับปรุงและดำเนินการยกระดับต่อไป ภายใต้แนวปฏิบัติของการจัดการความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการที่เป็นระบบ ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่าภายใต้การได้มาซึ่งความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการจะต้องมีดำเนินการ ที่เป็นระบบภายใต้แนวปฏิบัติตามมาตรฐาน ESPReL ทั้ง 7 องค์ประกอบ โดยดำเนินการจัดการความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการครอบคลุมตั้งแต่กระบวนการวางแผน (Plan) การลงมือทำ (Do) การตรวจสอบ (Check) และการพัฒนาปรับปรุง (Act) เป็นวงจรอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรมเพื่อให้ได้แนวทางและกระบวนการจัดการความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการที่เป็นระบบ ต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ

จากการสำรวจและประเมินสถานภาพความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการเคมี โดยการใช้แบบสำรวจ ESPReL Checklist พบว่าห้องปฏิบัติการเคมี ยังไม่มีการดำเนินการด้านความปลอดภัยอย่างเป็นระบบ และไม่พบแนวปฏิบัติในการดำเนินการที่เป็นรูปธรรม เช่น พบขวดสารเคมีวางอยู่บนโต๊ะปฏิบัติการ โดยไม่มีระบบการจัดเก็บสารเคมีที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งการจัดเก็บสารเคมีเพื่อให้เกิดความปลอดภัยลำดับแรกควรจัดเก็บสารเคมีแยกตามสถานะของสาร ได้แก่ สารเคมีที่เป็นของแข็งและของเหลว จากนั้นจึงจัดเก็บสารเคมีแยกตามสมบัติความเป็นอันตรายของสารเคมี โดยแยกสารเคมีกลุ่มที่มีความไวต่อการเกิดปฏิกิริยาเคมี สารเคมีไวไฟ และสารเคมีที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพออกจากกันอย่างชัดเจน (Young, J.A., 2003) ลักษณะการปฏิบัติงานของห้องปฏิบัติการเคมี จะเน้นงานปฏิบัติการด้านการเรียนการสอน และวิจัยเป็นหลัก โดยยังขาดการประเมินความเสี่ยงของกิจกรรมที่ทำในห้องปฏิบัติการเคมี ซึ่งการประเมินความเสี่ยงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาและปรับปรุงห้องปฏิบัติการเคมีและระบบการทำงานของห้องปฏิบัติการเคมีให้เกิดความปลอดภัย สามารถใช้เป็นแนวทางป้องกันและช่วยลดความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นในห้องปฏิบัติการเคมีได้¹² ห้องปฏิบัติการเคมียังไม่มีจัดการเอกสารด้านความปลอดภัยอย่างเป็นระบบ ซึ่งเอกสารด้านความปลอดภัยสามารถใช้เป็นตัวบ่งชี้ถึงแนวปฏิบัติในการจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในห้องปฏิบัติการได้ เช่น เอกสาร SDS จะมีแนวปฏิบัติในการจัดการสารเคมีเมื่อเกิดการรั่วไหล ตลอดจนข้อควรระวังในการทำงานการสารเคมี เป็นต้น ห้องปฏิบัติการเคมียังไม่มีแนวทางการลดการเกิดของเสีย โดยใช้หลัก 3R คือ Reduce Reuse and Recycle ซึ่งจะช่วยลดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและลดงบประมาณในการกำจัดสารเคมีขององค์กรลงได้ การตรวจสอบระบบทางกายภาพยังขาดการดำเนินงานที่สม่ำเสมอ และไม่มีหลักฐานการตรวจสอบซึ่งเป็นสิ่งที่ช่วยยืนยันความเป็นมาตรฐานของห้องปฏิบัติการดังนั้นการพัฒนาการจัดการห้องปฏิบัติการให้มีความปลอดภัยจึงเป็นเรื่องที่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง จึงได้มุ่งเน้นการพัฒนาห้องปฏิบัติการโดยใช้แนวทางการพัฒนาตามคู่มือการประเมินความปลอดภัยห้องปฏิบัติการโครงการยกระดับมาตรฐานความปลอดภัยห้องปฏิบัติการวิจัย ซึ่งจะนำไปสู่กระบวนการปรับปรุงเพื่อยกระดับห้องปฏิบัติการเคมีและคิดผลผลิตที่เป็นรูปธรรม

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับสนับสนุนทุนในการวิจัยจาก งบประมาณรายได้คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ประเภทอาจารย์และบุคลากร ประจำปี 2567 ผู้วิจัยจึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยในการนำไปใช้ประโยชน์

1. ห้องปฏิบัติการควรจัดทำระบบติดตามและตรวจสอบการดำเนินงานในการยกระดับมาตรฐานความปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอจนเกิดเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำของห้องปฏิบัติการและมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จนเกิดเป็นรูปธรรมของการปฏิบัติงาน

2. แนวทางการปฏิบัติที่ดีเพื่อให้ห้องปฏิบัติการมีมาตรฐานความปลอดภัยนั้น คือการมีระบบการบริหารจัดการที่เป็นระบบกลาง ซึ่งทุกห้องปฏิบัติการสามารถยึดถือเป็นแนวปฏิบัติเดียวกันได้ เช่น การมีระบบการจัดการสารเคมีที่ใช้ร่วมกันได้ทั้งหน่วยงาน สามารถแบ่งปันข้อมูลและสารเคมีให้กันได้ การมีระบบการจัดการของเสียส่วนกลาง ที่มีเกณฑ์การคัดแยกประเภทของเสีย และรูปแบบบริหารจัดการที่ชัดเจนการร่วมกันกำหนดแบบฟอร์มต่างๆ ที่ทุกห้องปฏิบัติการสามารถนำไปใช้ร่วมกันได้

3. ห้องปฏิบัติการจะก้าวไปสู่มาตรฐานความปลอดภัยได้ช้าหรือเร็วขึ้น จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทุกคนในองค์กร ตั้งแต่ระดับผู้บริหารที่เล็งเห็นถึงความสำคัญ มอบนโยบายด้านความปลอดภัย และจัดสรรงบประมาณสนับสนุนเพื่อพัฒนาห้องปฏิบัติการและเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลงานด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งสำหรับการดำเนินงานในองค์ประกอบที่ ลักษณะทางกายภาพของห้องปฏิบัติการอุปกรณ์และเครื่อ 4 องค์ประกอบเนื่องจากเป็นองค์ประกอบที่ต้องใช้ความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านงานสถาปัตยกรรม งานวิศวกรรมโครงสร้าง และงานวิศวกรรมไฟฟ้า เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. กองมาตรฐานการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ สถาบันวิจัยสภาวะแวดล้อม จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย . 2558. คู่มือการประเมินความปลอดภัยห้องปฏิบัติการ ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม ครั้งที่ 2. สืบค้นจาก <http://esprel.labsafety.nrct.go.th/files/ESPreLBook2.pdf>
2. กาญจนา สุรีย์พิศาล. (2563). การยกระดับความปลอดภัยห้องปฏิบัติการเคมี L-210 มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตกาญจนบุรี ตามมาตรฐานความปลอดภัยห้องปฏิบัติการวิจัยในประเทศไทย. Mahidol R2R e-Journal, 8(1), 49-62.
3. จรรยา ชื่นอารมณ์. (2565). การพัฒนาสารบบสารเคมีในห้องปฏิบัติการทันตวัสดุ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. Mahidol R2R e-Journal, 9(1), 29-42.
4. นันทวรรณ จินากุล. (2560). "การป้องกันอันตรายและประเมินความเสี่ยงในห้องปฏิบัติการทางชีวภาพ. วารสารการแพทย์บูรพา, 4(2), 20-34.
5. วาทีศ วารายานนท์. (2565). การประเมินสภาพความปลอดภัยและแนวปฏิบัติที่ดีสำหรับห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ด้วย ESPreL Checklist และ BSL Checklist. Mahidol R2R e-Journal, 10(1), 1-15.
6. ปาริชาติ ภัฏญญาบุญ. (2566). การยกระดับความปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการด้านเคมีของศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 3 นครสวรรค์ สู่มาตรฐานห้องปฏิบัติการในรูปแบบ Peer evaluation. วารสารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 65(3), 209-222.
7. ปรีตนา พันธงาม. (2563). การจัดการด้านความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการตามมาตรฐาน ESPreL

- กรณีศึกษาห้องปฏิบัติการไมโครเทคนิค คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี. วิทยานิพนธ์
ภาควิชาวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
7. สิริรัตน์ โพธิ์พันธ์.) 2567(. การยกระดับความปลอดภัยห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ตามมาตรฐาน ความปลอดภัย
ห้องปฏิบัติการในประเทศไทย ของศูนย์ SIRCOP คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏ
เพชรบุรี. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 25(1), 1-9.
 8. สุนทรี สอนทับทิม.) 2567(. การพัฒนาระบบการจัดการสารเคมีของห้องปฏิบัติการกลางสถานวิทยา
ศาสตร์พรีคลินิก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 32(1), 77-88.
 9. ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมและของเสียอันตรายจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย) .2555). ความปลอดภัย
ของห้องปฏิบัติการ พัฒนาได้อย่างไร ใช้จริยธรรมสร้างความตระหนักรู้สู่ : วัฒนธรรม .สืบค้นจาก
<http://esprel.labsafety.nrct.go.th/files/ESPReLBook3.pdf>
 10. ศูนย์บริหารความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน (COSHEM). (2560). เอกสารประกอบ
โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ “เรื่อง การจัดทำแผนยกระดับความปลอดภัย ในห้องปฏิบัติการตามมาตรฐาน
ESPReL”. มหาวิทยาลัยมหิดล. สืบค้นจาก<https://coshem.mahidol.ac.th/index.php/esprel/>.
 10. American Chemical Society. (2019). *"The American Chemical Society's Committee on Chemical
Safety." Identifying and Evaluating Hazards in Research Laboratories*. Available from
[http://identifying-and-evaluating-hazards-in-research-laboratories%20\(2\).pdf](http://identifying-and-evaluating-hazards-in-research-laboratories%20(2).pdf).
 11. Young, J.A. (2003). *Safety in academic chemistry laboratories*. Washington, DC:American Chemical
Society. Available from [https://www.acs.org/content/dam/pldp/center/lab-
safety/publications/safety-in-academic-chemistry-laboratories-students.pdf](https://www.acs.org/content/dam/pldp/center/lab-safety/publications/safety-in-academic-chemistry-laboratories-students.pdf).
 12. Karapantsios, T.D., Boutskou, E.I.,Touliopoulou, E. & Mavros, P. (2008). Evaluation of chemical
laboratory safety based on student comprehension of chemicals labeling. *Education for
Chemical Engineers*, 3(1), 66-73.

Received: 23 Dec. 2024, Revised: 15 Jun. 2025

Accepted: 18 Jun. 2025

บทความวิจัย

การสนับสนุนทางสังคมเพื่อการใช้ประโยชน์ภูมิปัญญาพืชสมุนไพรพื้นบ้านด้านการดูแลสุขภาพของประชาชนชุมชนสะलग - ชีเหล็ก อำเภอแม่อริม จังหวัดเชียงใหม่

สามารถ ใจเตี้ย^{1*}, ฉัตรศิริ วิภาวิน^{2*}, รุจิรัฐ นุภาพ³

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบผสมวิธีนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการใช้ประโยชน์ภูมิปัญญาพืชสมุนไพรพื้นบ้านด้านการดูแลสุขภาพ และ 2) สังเคราะห์แนวทางส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการใช้ประโยชน์ภูมิปัญญาพืชสมุนไพรพื้นบ้านด้านการดูแลสุขภาพบนฐานการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนในชุมชนสะलग - ชีเหล็ก อำเภอแม่อริม จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 397 คน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวน 12 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ และการสนทนากลุ่มเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมเฉลี่ยระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.91 ± 0.41) และมีปัจจัยการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ($r = 0.100$) และทัศนคติต่อการอนุรักษ์ภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้านในชุมชน ($r = 0.185$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการใช้ประโยชน์ภูมิปัญญาพืชสมุนไพรพื้นบ้านด้านการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้มีข้อเสนอแนะทางส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมโดยการสนับสนุนด้านบุคคล การสนับสนุนการเพิ่มพื้นที่แหล่งพืชสมุนไพรพื้นบ้าน การดำเนินกิจกรรมในชุมชน และการพัฒนาและส่งเสริมแนวทางการอนุรักษ์ภูมิปัญญาพืชสมุนไพรพื้นบ้าน

คำสำคัญ: การสนับสนุนทางสังคม; ภูมิปัญญาพืชสมุนไพรพื้นบ้าน; การดูแลสุขภาพ

^{1*} รองศาสตราจารย์ ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

²อาจารย์ ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

³สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่

*Corresponding author E-mail: chatsiri_wip@g.cmru.ac.th

*Original Article***Social Support for the Utilization of Indigenous Herbal Wisdom in Health Care within the Saluang-Khilek Community, Mae Rim District, Chiang Mai Province.****Samart Jitae¹, Chatsiri wiphawin^{2*}, Rujeerat Nupap³****Abstract**

This mixed-methods study aimed to (1) investigate social support for utilizing indigenous herbal wisdom in healthcare and (2) synthesize guidelines for promoting social support to enhance the use of indigenous herbal wisdom in healthcare through community participation. The sample consisted of 397 households and 12 key informants from the Saluang-Khilek community in Mae Rim District, Chiang Mai Province. Data were analyzed using descriptive statistics, correlation analysis, and content analysis. The findings revealed that social support among the population was at a moderate level (mean = 1.91 ± 0.41). Factors such as participation in community activities over the past six months ($r = 0.100$) and attitudes toward the conservation of indigenous herbal wisdom in the community ($r = 0.185$) were positively correlated with social support for utilizing indigenous herbal wisdom in healthcare, with statistical significance. Recommendations included promoting social support through personal assistance, expanding areas for indigenous herbal plant cultivation, organizing community activities, and developing methods to conserve and promote indigenous herbal wisdom.

Keywords: Social support; Indigenous herbal wisdom; Healthcare

¹Assoc Prof. Department of Public Health, Faculty of Science and Technology, Chiang Mai Rajabhat University

²Lecturer, Department of Public Health, Faculty of Science and Technology, Chiang Mai Rajabhat University.

³Office of Disease Prevention and Control 1, Chiang Mai

*Corresponding author E-mail: chatsiri_wip@g.cmru.ac.th

บทนำ

พืชสมุนไพรพื้นบ้านเป็นองค์ความรู้ที่ก่อเกิดจากประสบการณ์ของผู้คนยุคก่อนและส่งผ่านสู่คนยุคปัจจุบัน ซึ่งองค์ความรู้เหล่านี้ได้นำเสนอแนวทางการใช้ประโยชน์ความหลากหลายของพืชที่ปรากฏขึ้นในแต่ละชุมชนด้วยการคัดสรรทดลองใช้ และจัดบันทึกวิธีการใช้สมุนไพรพื้นบ้านที่สะท้อนความเป็นอัตลักษณ์ของชุมชนภายใต้ปัจจัยเงื่อนไขความอุดมสมบูรณ์ของฐานทรัพยากรธรรมชาติที่ในปัจจุบันกำลังเผชิญการคุกคามจากการพัฒนาและการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ความหลากหลายของพืชสมุนไพรพื้นบ้านยังเชื่อมโยงกับแนวคิดพฤกษศาสตร์พื้นบ้านที่อธิบายการใช้ประโยชน์พืชที่สัมพันธ์กับภูมิปัญญาพื้นบ้านตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันภายใต้องค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์และสังคมศาสตร์ที่หลากหลายในแต่ละพื้นที่สอดคล้องกับรายงานการศึกษา พบว่า ในประเทศตุรกีมีการใช้พืชสมุนไพรพื้นบ้านในการเพิ่มน้ำนมในมนุษย์ 70 ชนิดและในสัตว์ 60 ชนิด ทั้งนี้ร้อยละ 20 จะใช้ส่วนใบ แต่อย่างไรก็ตามยังไม่มีหลักฐานยืนยันทางวิทยาศาสตร์ว่าสารสำคัญในพืชสมุนไพรเหล่านี้จะส่งผ่านน้ำนมหรือไม่ รวมถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับแม่และลูก¹ ส่วนในพื้นที่เมืองซูย (Shiu) พบพืชสมุนไพรที่ประชาชนใช้ประโยชน์ 505 สายพันธุ์ โดยประชาชนส่วนใหญ่จะใช้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการรักษาโรค ทั้งนี้ในพื้นที่มีภูมิปัญญาที่เกี่ยวข้องกับพืชสมุนไพรถึง 15 ภูมิปัญญาที่มีการใช้ประโยชน์มากกว่า 40 ปี² ส่วนในประเทศไทยมีการนำพืชสมุนไพรพื้นบ้านมาใช้ประโยชน์ด้านการดูแลสุขภาพที่หลากหลาย ดังเช่น ในชุมชนไทหล่มมีพืชสมุนไพรพื้นบ้านหลายชนิดที่นิยมนำมารักษาโรคหรืออาการผิดปกติของร่างกาย ทั้งนี้แต่ละชนิดที่นำมาใช้จะมีสรรพคุณหลายอย่าง³ เช่นเดียวกับประชาชนในชุมชนบ้านสวนหอมที่ใช้ประโยชน์พืชสมุนไพรพื้นบ้านในกลุ่มไม้ล้มลุก ร้อยละ 26 ซึ่งประชาชนจะนำส่วนใบและรากมาใช้ประโยชน์ทางยา ร้อยละ 24 ทั้งนี้วิธีการต้มน้ำดื่มนิยมใช้เตรียมยามากที่สุด⁴

ทั้งนี้การใช้ประโยชน์พืชสมุนไพรพื้นบ้านด้านการดูแลสุขภาพของประชาชนมีปัจจัยสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกันภายใต้สภาพปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และโครงสร้างของชุมชน ดังเช่นในชุมชนโมมานต์ ประเทศปากีสถาน ภูมิปัญญาการใช้ประโยชน์พืชสมุนไพรพื้นบ้านจำกัดอยู่กับหมอพื้นบ้านและกลุ่มผู้สูงอายุ และมีปัจจัยชุมชนทั้งความเชื่อ ทัศนคติ วัฒนธรรม และสภาพเศรษฐกิจเป็นปัจจัยพื้นฐานในการใช้พืชสมุนไพรพื้นบ้านเพื่อการดูแลสุขภาพของประชาชน⁵ เช่นเดียวกับในประเทศสโลวีเนียที่แนวทางการพัฒนาการเรียนการสอน การฝึกอบรม การพัฒนาแนวทางการใช้พืชสมุนไพรอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ เป็นแนวทางการบูรณาการการใช้ประโยชน์พืชสมุนไพรทางการแพทย์ที่เหมาะสม⁶ และยังมีรายงานการศึกษา พบว่า การได้รับข่าวสารด้านการใช้พืชสมุนไพรพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งจากสมาชิกในครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ การอ่านหนังสือ การเข้าอบรมเกี่ยวกับสมุนไพรมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁷ ถึงแม้จะมีรูปแบบการสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์พืชสมุนไพรพื้นบ้านเกิดประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ แต่องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับพืชสมุนไพรพื้นบ้านที่ถูกต้องทั้งสรรพคุณทางยาที่ผ่านการวิเคราะห์และยืนยันทางวิทยาศาสตร์และผลกระทบด้านสุขภาพยังไม่สามารถสื่อสารถึงประชาชนได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับข้อเสนอในกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องการการสนับสนุนทางสังคมผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับการใช้สมุนไพรพื้นบ้านที่ถูกต้องและเหมาะสม และควรดำเนินการในชุมชนเขตเทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่อย่างเร่งด่วนเนื่องจากการใช้สมุนไพรพื้นบ้านมีแนวโน้มการใช้เพื่อการดูแลสุขภาพมากขึ้นและมีผู้สูงอายุบางส่วนยังขาดความรู้ที่เกี่ยวข้อง⁸ รวมถึงการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการใช้พืชสมุนไพรพื้นบ้านยังจำกัดเฉพาะกลุ่มประชาชนบางกลุ่ม และมุ่งเน้นเฉพาะพืชสมุนไพรที่มีศักยภาพเชิงการค้า สวนทางกับนโยบายภาครัฐที่มุ่งเน้นให้พืชสมุนไพรพื้นบ้านเป็นทางเลือกในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัย เช่นเดียวกับพื้นที่ชุมชนสะลง - ชี้เหล็กที่ประชาชนบางส่วนจะแสวงหาสมุนไพรพื้นบ้านจากป้าธรรมชาติโดยใช้ประสบการณ์ที่ได้รับการถ่ายทอด

มาจากบรรพบุรุษ บางส่วนมีองค์ความรู้ในการปรุงตำรายาสมุนไพรเพื่อใช้บรรเทาอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย ทั้งนี้ภูมิปัญญาบางส่วนเป็นองค์ความรู้ที่มีการจดบันทึกจากประชาชนผ่านประสบการณ์ของตนเอง บางส่วนเป็นการสืบทอดจากหมอสมุนไพรพื้นบ้าน ผู้สูงอายุในชุมชน และบุคลากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งนี้ภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้านในพื้นที่กำลังเผชิญปัญหาความสับสนต่อการสูญหายจากปัจจัยการเปลี่ยนแปลงทางกายในชุมชนจากการพัฒนาเขตเมืองที่รุกเข้าสู่พื้นที่อย่างต่อเนื่อง รวมถึงการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำรงชีวิตของประชาชนที่เข้ามาแสวงหารายได้และดำรงชีวิตอยู่ในเขตเมืองเพิ่มขึ้น ซึ่งปรากฏการณ์เหล่านี้ได้ส่งผลกระทบต่อกลไกของพื้นที่ป่าสมุนไพรพื้นบ้าน (ม่อนยา) และการสืบทอดภูมิปัญญาที่ไม่มีคนสืบทอด อย่างไรก็ตามความสำคัญของพืชสมุนไพรพื้นบ้านยังคงก่อประโยชน์ให้กับชุมชนผ่านการสนับสนุนของหน่วยงานภาครัฐราชการทั้งในและนอกพื้นที่โดยเฉพาะการนำพืชสมุนไพรพื้นบ้านมาพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์สุขภาพเพื่อสร้างรายได้ การศึกษาวิจัย และการใช้ชุมชนเป็นฐานในการเรียนรู้ของนักศึกษา แต่การสนับสนุนเหล่านี้ยังขาดการดำเนินงานที่ต่อเนื่องและมีการดำเนินการเฉพาะบางพื้นที่เท่านั้น^{9,10}

ทั้งนี้การศึกษาปัจจัยสนับสนุนทางสังคมอันเป็นความสัมพันธ์ทางสังคมที่มักจะสะท้อนการสนับสนุนด้านทรัพยากรและข้อมูลข่าวสารจะช่วยให้ประชาชนในชุมชนมีการใช้ประโยชน์พืชสมุนไพรพื้นบ้านด้านการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม และยังคงความขัดแย้งในการเข้าถึงการใช้ประโยชน์ทรัพยากรที่ไม่เท่าเทียม^{11,12} ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมายังขาดการนำเสนอผลการวิจัยในลักษณะนี้ รวมถึงชุมชนในพื้นที่การศึกษาต้องการแสวงหาแนวทางในการใช้ประโยชน์ภูมิปัญญาพืชสมุนไพรพื้นบ้านที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านกายภาพและสังคม การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการใช้ประโยชน์พืชสมุนไพรพื้นบ้านเพื่อการดูแลสุขภาพของประชาชน และสังเคราะห์แนวทางส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการใช้ประโยชน์พืชสมุนไพรพื้นบ้านด้านการดูแลสุขภาพบนฐานการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งข้อมูลจากการศึกษานี้จะนำไปสู่แนวทางการพัฒนากลไกชุมชนบนฐานการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนเพื่อให้การประโยชน์พืชสมุนไพรพื้นบ้านมีความสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Methods) โดยใช้กระบวนการเก็บข้อมูลแบบผสมผสานทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ตามขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการใช้ประโยชน์พืชสมุนไพรพื้นบ้านเพื่อการดูแลสุขภาพของประชาชน ใช้การศึกษาเชิงสำรวจชนิดการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross Sectional Study) ตามขั้นตอน ดังนี้

1.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนสะลง – ชี้เหล็ก จำนวน 16 หมู่บ้าน 5,858 ครัวเรือน คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรคำนวณขนาดตัวอย่างของ Daniel¹³ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 397 ครัวเรือน หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอนเพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างในระดับหมู่บ้าน ร้อยละ 50 โดยการจับฉลากแบบไม่กลับคืน การคัดเลือกตัวแทนครัวเรือนแต่ละหมู่บ้านมาศึกษาใช้ตารางสุ่มตามสัดส่วนของจำนวนครัวเรือนในแต่ละหมู่บ้าน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ประกอบด้วย ตัวแทนครัวเรือนที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย ยินดีเข้าร่วมในการศึกษา และอาศัยอยู่ในพื้นที่ศึกษาไม่น้อยกว่า 6 เดือน ก่อนการเก็บข้อมูล ส่วนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัยประกอบด้วย ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยในช่วงเวลาที่กำหนดและตอบข้อคำถามไม่ครบ ส่วนกลุ่มตัวอย่างในการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากตัวแทนประชาชน จำนวน 4 คน ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 2 คน และตัวแทนหมอสมุนไพรพื้นบ้าน จำนวน 1 คน

1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบสอบถามทั้งปลายปิดและปลายเปิด ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป การสนับสนุนทางสังคมเพื่อการใช้ประโยชน์พืชสมุนไพรพื้นบ้านด้านการดูแลสุขภาพของประชาชน ครอบคลุมประเด็นการรับข้อมูลข่าวสารจากบุคคล การรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อเฉพาะกิจ การดำเนินกิจกรรมการฝึกอบรมจากหน่วยงานในพื้นที่ และการส่งเสริมการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรพื้นบ้าน จำนวน 18 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ แบบสอบถามแต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 1 - 3 คะแนน แปลผลค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00 - 1.67 การสนับสนุนทางสังคมเพื่อการใช้ประโยชน์พืชสมุนไพรพื้นบ้านด้านการดูแลสุขภาพน้อยที่สุด ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.68 - 2.32 การสนับสนุนทางสังคมเพื่อการใช้ประโยชน์พืชสมุนไพรพื้นบ้านด้านการดูแลสุขภาพปานกลาง และค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 2.33 - 3.00 การสนับสนุนทางสังคมเพื่อการใช้ประโยชน์พืชสมุนไพรพื้นบ้านด้านการดูแลสุขภาพมาก¹⁴ ทั้งนี้แบบสอบถามส่วนนี้มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.84¹⁵

1.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล การศึกษานี้ ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 4 สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยผู้วิจัยได้ทำการอบรม ชี้แจงรายละเอียดของข้อคำถาม และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยหัวหน้าคณะผู้วิจัย เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อคำถาม และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลไปในทางเดียวกัน

1.4 การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป การสนับสนุนทางสังคมเพื่อการใช้ประโยชน์พืชสมุนไพรพื้นบ้านเพื่อการดูแลสุขภาพของประชาชน วิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนการใช้ประโยชน์พืชสมุนไพรพื้นบ้านด้านการดูแลสุขภาพของประชาชน ใช้การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นแบบพหุ ส่วนข้อมูลจากข้อคำถามปลายเปิดและการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ระยะที่ 2 การสังเคราะห์แนวทางส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการใช้ประโยชน์พืชสมุนไพรพื้นบ้านด้านการดูแลสุขภาพบนฐานการมีส่วนร่วมของชุมชน ใช้การสัมมนาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ดังนี้

2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเจาะจงจากประชาชนและเจ้าหน้าที่ภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับการใช้ประโยชน์พืชสมุนไพรพื้นบ้านในชุมชนสะลง - ชีเหล็ก อำเภอแม่อริม จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 12 คน ประกอบด้วยตัวแทนประชาชน จำนวน 8 คน ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 2 คน ตัวแทนหมอสมุนไพรพื้นบ้าน จำนวน 1 คน และตัวแทนเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 1 คน

2.2 ขั้นตอนการสัมมนาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วยการบรรยายผลการศึกษาจากระยะที่ 1 และร่วมกันการจัดลำดับความสำคัญของปัจจัยสนับสนุนทางสังคมเพื่อการใช้ประโยชน์พืชสมุนไพรพื้นบ้านเพื่อการดูแลสุขภาพของประชาชน และร่วมกันสังเคราะห์แนวทางส่งเสริมปัจจัยสนับสนุนทางสังคมเพื่อการใช้ประโยชน์พืชสมุนไพรพื้นบ้านด้านการดูแลสุขภาพบนฐานการมีส่วนร่วมของชุมชน

2.3 เครื่องมือการวิจัย เป็นแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม

2.4 การรวบรวมข้อมูล ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการจดบันทึกและการบันทึกเสียง โดย ผู้วิจัย และผู้ช่วยนักวิจัยในพื้นที่ (นักศึกษาระดับปริญญาตรีสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ชั้นปีที่ 4)

2.5 การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์แบบอุปนัย (Analytic induction) โดยการตีความสร้างข้อสรุปข้อมูลจากปรากฏการณ์ในพื้นที่ศึกษา¹⁶

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ ตามเลขรับรองที่ IRBCMRU 2023/245.30.06 เมื่อวันที่ 6 กรกฎาคม 2566

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 67.67) อายุเฉลี่ย 62.15 ± 12.10 ปี ระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 69.77) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 69.27) ประกอบอาชีพหลัก รับจ้าง (ร้อยละ 28.72) จำนวนสมาชิกในครัวเรือนเฉลี่ยเท่ากับ 3.18 ± 1.45 คน รายได้ทั้งหมดในครัวเรือนเฉลี่ยต่อปี $103,731.99 \pm 138,662.92$ บาท ประชาชนอาศัยอยู่ในหมู่บ้านเฉลี่ย 52.92 ± 18.95 ปี มีการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนเฉลี่ย 2.26 ± 2.87 ครั้งในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา และภาวะสุขภาพในปัจจุบันส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 52.39) และประชาชนมีทัศนคติต่อการอนุรักษ์ภูมิปัญญาพืชสมุนไพรพื้นบ้านในชุมชนระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.26 ± 0.46)

ส่วนที่ 2 การสนับสนุนทางสังคมเพื่อการใช้ประโยชน์ภูมิปัญญาพืชสมุนไพรพื้นบ้านด้านการดูแลสุขภาพ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยภาพรวมระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.91 ± 0.41) โดยมีการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้านจากบุคคลระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 2.02 ± 0.50) การส่งเสริมการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรพื้นบ้านระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.96 ± 0.57) การรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้านจากสื่อเฉพาะกิจระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.86 ± 0.50) และการดำเนินกิจกรรมการฝึกอบรมเกี่ยวกับภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้านของหน่วยงานในพื้นที่ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.80 ± 0.54)

ตารางที่ 3 การสนับสนุนทางสังคมเพื่อการใช้ประโยชน์พืชสมุนไพรพื้นบ้านด้านการดูแลสุขภาพ (n=397)

การสนับสนุนทางสังคม	ค่าเฉลี่ย	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับการสนับสนุน
การรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้านจากบุคคล	2.02	0.50	ปานกลาง
การรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้านจากสื่อเฉพาะกิจ	1.86	0.50	ปานกลาง
การดำเนินกิจกรรมการฝึกอบรมเกี่ยวกับภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้านของหน่วยงานในพื้นที่	1.80	0.54	ปานกลาง
การส่งเสริมการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรพื้นบ้าน	1.96	0.57	ปานกลาง
โดยรวมเฉลี่ย	1.91	0.41	ปานกลาง

การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการยังสรุปได้ว่า ในพื้นที่มีการดำเนินการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ภูมิปัญญาพืชสมุนไพรพื้นบ้านทั้งการสำรวจความหลากหลายของชนิดพันธุ์ การพัฒนารูปแบบปลูกพืชสมุนไพรพื้นบ้านเชิงการค้าซึ่งจะมุ่งเน้นเฉพาะที่มีความต้องการของตลาด และการพัฒนาผลิตภัณฑ์จากพืชสมุนไพรในครัวเรือน ซึ่งกระบวนการวิจัยเหล่านี้เป็นการสนับสนุนให้ชุมชนเปิดรับและนำพืชสมุนไพรพื้นบ้านมาประยุกต์ใช้ได้อย่างถูกต้อง โดยประชาชนท่านหนึ่งกล่าวว่า “การเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมการวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาผลิตภัณฑ์ยาหม่องจากโพลเหลียงได้ประโยชน์อย่างมาก และมีความรู้เกี่ยวกับโพลเพิ่มขึ้น” (สัมภาษณ์ประชาชน เมื่อวันที่ 26 พฤศจิกายน 2566)

เช่นเดียวกับหมอฟันบ้านด้านสมุนไพรที่กล่าวว่า “พืชสมุนไพรพื้นบ้านมีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง การที่มึงานวิจัยมาสนับสนุนข้อมูลด้านวิชาการจะช่วยให้การใช้แต่ละชนิดมีความถูกต้อง และจะส่งผลต่อการนำพืชสมุนไพรพื้นบ้านมาใช้ประโยชน์ในชุมชนเพิ่มขึ้น” (สัมภาษณ์หมอฟันบ้าน เมื่อวันที่ 28 พฤศจิกายน 2566) ในชุมชนยังมีความพยายามจากภาคประชาชนและหน่วยงานราชการในพื้นที่ในการส่งเสริมให้เยาวชนมีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการอนุรักษ์พื้นที่ป่าชุมชนอันเป็นแหล่งผลิตที่สำคัญ

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการใช้ประโยชน์ภูมิปัญญาพืชสมุนไพรพื้นบ้านด้านการดูแลสุขภาพ พบว่า มีปัจจัยการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ($r = 0.10$) มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการใช้ประโยชน์ภูมิปัญญาพืชสมุนไพรพื้นบ้านด้านการดูแลสุขภาพของประชาชนที่นัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($p - \text{value} = 0.046$) ส่วนปัจจัยทัศนคติต่อการอนุรักษ์ภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้านในชุมชน ($r = 0.185$) มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการใช้ประโยชน์ภูมิปัญญาพืชสมุนไพรพื้นบ้านด้านการดูแลสุขภาพของประชาชนที่นัยสำคัญทางสถิติ 0.01 ($p - \text{value} = 0.000$)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการใช้ประโยชน์ภูมิปัญญาพืชสมุนไพรพื้นบ้านด้านการดูแลสุขภาพของประชาชน

ตัวแปร	ค่าความสัมพันธ์ (r)	p - value
อายุ (ค่าเฉลี่ย)	0.110	0.340
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน (คน)	0.023	0.654
ระยะเวลาการอยู่อาศัยในชุมชน (ปี)	0.057	0.285
การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา (ครั้ง)	0.100	0.046*
ทัศนคติต่อการอนุรักษ์ภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้านในชุมชน (ค่าเฉลี่ย)	0.185	0.000**

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ส่วนที่ 3 แนวทางส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการใช้ประโยชน์พืชสมุนไพรพื้นบ้านด้านการดูแลสุขภาพบนฐานการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ภูมิปัญญาพืชสมุนไพรพื้นบ้านเป็นภูมิปัญญาที่ทุกภาคส่วนในชุมชนต้องให้ความสำคัญและต้องร่วมกันผลักดันให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาสนับสนุนทรัพยากรที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้การสัมมนาเชิงปฏิบัติการสรุปได้ว่า

1. การสนับสนุนด้านบุคคล ในชุมชนมีหมอฟันบ้านและผู้สูงอายุที่มีองค์ความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับพืชสมุนไพรพื้นบ้านที่พร้อมจะถ่ายทอดภูมิปัญญาสู่คนรุ่นหลัง ทั้งนี้บุคคลเหล่านี้ยังมีสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจที่ดี บุคคลเหล่านี้ยังเป็นที่เคารพและนับถือของชาวบ้านอันจะส่งผลต่อรูปแบบการประยุกต์ใช้กิจกรรมการเรียนรู้ที่จะส่งผ่านจากการบอกเล่าผ่านประสบการณ์ของบุคคล

2. การสนับสนุนการเพิ่มพื้นที่แหล่งพืชสมุนไพรพื้นบ้าน ด้วยสภาพทางกายภาพของพื้นที่ในชุมชนโดยเฉพาะพื้นที่สูงยังคงสภาพความสมบูรณ์ของพื้นที่ป่าธรรมชาติอันเป็นแหล่งผลิตสมุนไพรพื้นบ้านที่สำคัญอย่างยิ่งยวด นอกจากนี้ประชาชนยังมีการปลูกพืชสมุนไพรพื้นบ้านที่ใช้เป็นอาหารในพื้นที่ครัวเรือนและพื้นที่การเกษตร รวมถึงการใช้ประโยชน์

พื้นที่สาธารณะประโยชน์ในชุมชนในการพัฒนาแหล่งเรียนรู้การปลูกพืชสมุนไพรพื้นบ้าน ปัจจัยเหล่านี้จะเป็นการหนุนเสริมให้เกิดการเข้าถึงความรู้ภูมิปัญญาพืชสมุนไพรพื้นบ้านได้เพิ่มขึ้น

3. การสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมชุมชน ด้วยประชาชนบางส่วนยังไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับภูมิปัญญาพืชสมุนไพรพื้นบ้านได้อย่างครบถ้วน และในชุมชนถึงแม้จะมีความหลากหลายของชนิดพันธุ์พืชสมุนไพรแต่ประชาชนยังขาดความรู้ที่ถูกต้องในการใช้ประโยชน์โดยเฉพาะด้านการดูแลสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลเหล่านี้ยังสัมพันธ์กับความนิยมและความสนใจของคนรุ่นใหม่ที่ยังนิยมใช้การแพทย์สมัยใหม่มากกว่าการใช้สมุนไพรพื้นบ้าน ทั้งนี้กิจกรรมชุมชนต้องก่อเกิดจากความต้องการและพัฒนาจากการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างแท้จริง

4. การพัฒนาและส่งเสริมแนวทางการอนุรักษ์ภูมิปัญญาพืชสมุนไพรพื้นบ้าน โดยในพื้นที่ที่มีสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาที่ขยายพื้นที่การจัดการเรียนการสอนเข้ามาในพื้นที่ ซึ่งปัจจัยนี้มีความสำคัญต่อการสนับสนุนข้อมูลความรู้ด้านวิชาการจากการดำเนินการวิจัยด้านภูมิปัญญาพืชสมุนไพรพื้นบ้าน การดำเนินการโครงการพัฒนาเชิงพื้นที่และการส่งเสริมการพัฒนาผลิตภัณฑ์ชุมชนจากพืชสมุนไพรพื้นบ้าน การประสานงานและร่วมกันดำเนินกิจกรรมจะเป็นการสร้างการรับรู้การใช้ประโยชน์และการอนุรักษ์ภูมิปัญญาพืชสมุนไพรพื้นบ้านได้อย่างเหมาะสม

อย่างไรก็ตามการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวควรบูรณาการศักยภาพของชุมชนทั้งด้านบุคคล สภาพพื้นที่ และความเชี่ยวชาญของนักวิชาการร่วมกันภายใต้ระบบและกลไกที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน รวมถึงการให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นกำลังสำคัญในการเผยแพร่ข้อมูลการใช้ประโยชน์ภูมิปัญญาพืชสมุนไพรพื้นบ้านที่ถูกต้อง

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การสนับสนุนทางสังคมเพื่อการใช้ประโยชน์ภูมิปัญญาพืชสมุนไพรพื้นบ้านด้านการดูแลสุขภาพโดยภาพรวมระดับปานกลาง อาจเป็นไปได้ว่าปัจจัยสนับสนุนการใช้ประโยชน์ภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้านโดยภาพรวมระดับปานกลาง อาจเป็นไปได้ว่าภูมิปัญญาพืชสมุนไพรพื้นบ้านมีการใช้ประโยชน์เฉพาะประชาชนบางกลุ่มเท่านั้น โดยผู้สูงอายุจะเป็นผู้ใช้ประโยชน์หลัก และประชาชนกลุ่มนี้ยังมีความสำคัญต่อการรับรู้ข่าวสารการกระจายข่าวสาร และการดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ประโยชน์ภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้านอย่างยั่งยืนอันสะท้อนจากการสนับสนุนทางสังคมด้านการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้านจากบุคคลที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ในชุมชนยังมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลจากประสบการณ์ส่วนบุคคลผ่านการบอกเล่าทั้งในกลุ่มสมาชิกในครัวเรือนที่สะท้อนจากแหล่งเรียนรู้ภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้านที่มาจากบิดา - มารดามากที่สุด สอดคล้องกับรายงานการศึกษาการได้รับการสนับสนุนทางสังคมและข้อมูลข่าวสารจากบุคคลต่างมีส่วนช่วยในการตัดสินใจในการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะบุคคลใกล้ชิดทั้งบุคคลในครอบครัว ญาติ และเพื่อนจะเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้สมุนไพร^{17,18} และการเปิดรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองจากสื่อบุคคลยังมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน¹⁹ ในส่วนของปัจจัยเชิงบวกทั้งการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมาอาจเป็นโอกาสการปฏิสัมพันธ์ในเชิงของการบอกเล่าเหตุการณ์การใช้ประโยชน์ภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้านที่ตนเองประสบในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา ซึ่งปรากฏการณ์นี้มีความสำคัญต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นผลลัพธ์ของการใช้ประโยชน์ภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้านอย่างยิ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์สมุนไพรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁰ ส่วนปัจจัยที่สนับสนุนต่อการอนุรักษ์ภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้านในชุมชนอาจเป็นการสะท้อนความต้องการการอนุรักษ์ภูมิปัญญา

ที่กำลังเสี่ยงต่อการสูญหายไปจากชุมชนถึงแม้กลไกของหน่วยงานด้านสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะกิจกรรมการสร้างความรู้ด้านการใช้ประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพและการถ่ายทอดความรู้ที่เกี่ยวข้องแต่ผลลัพธ์ยังไม่ปรากฏอย่างเด่นชัด สอดคล้องกับรายงานการศึกษาที่พบว่า แนวทางพัฒนาการถ่ายทอดภูมิปัญญาการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการดำรงชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมในชุมชน จังหวัดสระแก้ว โดยการฝึกทักษะ การสร้างความรู้ และทัศนคติในการอนุรักษ์สมุนไพรพื้นบ้านเพื่อความหลากหลายทางชีวภาพของชุมชนและมีการดูแลรักษาพื้นที่ป่าที่เป็นแหล่งสมุนไพร²¹

ในส่วนแนวทางส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการใช้ประโยชน์ภูมิปัญญาพืชสมุนไพรพื้นบ้านด้านการดูแลสุขภาพบนฐานการมีส่วนร่วมของชุมชนทั้งการสนับสนุนด้านบุคคล การสนับสนุนการเพิ่มพื้นที่แหล่งพืชสมุนไพรพื้นบ้าน การดำเนินกิจกรรมในชุมชน และการพัฒนาและส่งเสริมแนวทางการอนุรักษ์ภูมิปัญญาพืชสมุนไพรพื้นบ้าน แนวทางเหล่านี้จะเป็นการสนับสนุนกลไกในชุมชนที่ดำเนินการอยู่และยังเป็นแนวทางที่สะท้อนความต้องการของประชาชนในการเข้ามาดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับภูมิปัญญาพืชสมุนไพรพื้นบ้านร่วมกับหน่วยงานภาครัฐภายใต้สถานการณ์ความเสี่ยงต่อการสูญหายและการลดคุณค่าภูมิปัญญาของคนรุ่นใหม่ส่วนใหญ่เป็นวัยทำงานและใช้ชีวิตอยู่ในเขตเมือง ทั้งนี้มีรายงานการศึกษา พบว่าการปรับทัศนคติ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และค่านิยมทางสังคมมีอิทธิพลต่อการใช้พืชสมุนไพรพื้นบ้านในประชาชนกลุ่มนี้¹⁸ แต่อย่างไรก็ตามการดำเนินงานเชิงนโยบายของภาครัฐที่เกี่ยวข้องก็ยังเป็นผลบวกต่อการใช้ประโยชน์ภูมิปัญญาพืชสมุนไพรพื้นบ้านโดยนโยบายการส่งเสริมการใช้สมุนไพรเป็นการสร้างการรับรู้ของประชาชนที่เผยแพร่ผ่านสื่อในรูปแบบต่าง ๆ ถึงประโยชน์ แนวทางและข้อพึงระวังในการใช้สมุนไพร²² ทั้งนี้แนวทางสนับสนุนทางสังคมเหล่านี้ควรจะต้องได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของการดำเนินกิจกรรมภายใต้แต่ละแนวทาง และหน่วยงานราชการไม่ควรสนับสนุนเพียงแค่ทรัพยากรที่เป็นเงินงบประมาณเท่านั้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยในครั้งนี้

ควรมีการติดตามผลกระทบของการสนับสนุนทางสังคมต่อการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในระยะยาว เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์ที่ได้จากโครงการหรือกิจกรรมในครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการใช้ประโยชน์พืชสมุนไพรพื้นบ้านด้านการดูแลสุขภาพของประชาชน หน่วยงานราชการและกลุ่มเครือข่ายในชุมชนสามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อการสนับสนุนและปรับปรุงกิจกรรมภายใต้กลไกการใช้ประโยชน์ การฟื้นฟู และการอนุรักษ์ภูมิปัญญาพืชสมุนไพรพื้นบ้านที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน ส่วนแนวทางส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการใช้ประโยชน์ภูมิปัญญาพืชสมุนไพรพื้นบ้านด้านการดูแลสุขภาพบนฐานการมีส่วนร่วมของชุมชนอาจจะเป็นข้อมูลเพื่อพัฒนานโยบายการใช้ประโยชน์ภูมิปัญญาพืชสมุนไพรพื้นบ้านที่เหมาะสมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดีด้วยความอนุเคราะห์และการสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสำหรับการสนับสนุนข้อมูลและทรัพยากรที่จำเป็นต่อการดำเนินงานวิจัย ตลอดจนการให้ความช่วยเหลือในด้านการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ ขอขอบคุณชุมชนสะลอง-ชีเหล็ก อำเภอมะริม จังหวัดเชียงใหม่ ที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่ง ทั้งการตอบแบบสอบถาม การเข้าร่วมกิจกรรม และการแบ่งปันข้อมูลอันมีค่า ความร่วมมือและการต้อนรับอย่างอบอุ่นจากทุกท่านมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการทำให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลงได้ หวังเป็นอย่างยิ่งว่า

งานวิจัยฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อวิชาการ การพัฒนาชุมชน และการต่อยอดงานในด้านการดูแลสุขภาพโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น และขอขอบคุณทุกท่านอีกครั้ง

เอกสารอ้างอิง

1. Erarslan Z.B., Kültür Ş. Medicinal plants traditionally used to increase breast milk in Turkey: an ethnobotanical review. *Journal of Herbal Medicine* 2024; 44: 100849.
2. Liu S., Zhang B., Lei Q., Zhou J., Ali M., Long C. Diversity and traditional knowledge of medicinal plants used by Shui people in Southwest China. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine* 2023; 19: 20.
3. สุรางค์รัตน์ พันแสง และพวงผกา แก้วกรม. ข้อมูลพฤกษศาสตร์และการตรวจสอบหาสารต้านอนุมูลอิสระที่สำคัญบางชนิดของต้นหญ้านางแดง (*Bauhinia strychnifolia*). *วารสารวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา* 2567; 9(1): 27 – 32.
4. บุญเลี้ยง สุพิมพ์, อรทัย ปานเพชร, มธุรส ชลามาตย์, นรุตวรรณ อยู่สำราญ, ปิยะพงษ์ ชุมศรี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเลือกใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนบ้านสวนหอม ตำบลปวนพ อำเภอนองหิน จังหวัดเลย. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี* 2566; 12(2): 36 – 46.
5. Aziz M.A., Adnan M., Khan, A.H., Shahat A A., Al-Said M.S., Ullah R. Traditional uses of medicinal plants practiced by the indigenous communities at Mohmand Agency, FATA, Pakistan. *Journal Ethnobiology Ethnomedicine* 2018; 14, 2.
6. Krsnik S., Erjavec K. Factors influencing use of medicinal herbs. *Journal of Patient Experience* 2023; 11:23743735241241181.
7. ปาลิกา เวชกุล, วิริญญา เมืองช้าง, จุฑารัตน์ ภูบรรทัด. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลแม่ไร่ อำเภอมะจัน จังหวัดเชียงราย. *วารสารวิจัยราชภัฏเชียงใหม่* 2564; 22(3): 159 - 173.
8. สามารถ ใจเตี้ย, ณัฏฐ์ สุขสีทอง, น้ามื่น นุ่มมีศรี. การสนับสนุนทางสังคมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยภูมิปัญญาพื้นบ้านและข้อเสนอเชิงนโยบาย เทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม* 2565; 16(1): 65 – 74.
9. สามารถ ใจเตี้ย, ชัชชญา สมมณี, วรุดิ จินะสุข, ปัทมา ธรรมใจ. การใช้ประโยชน์ และข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการอนุรักษ์สมุนไพรพื้นบ้าน: กรณีศึกษาชุมชนสะลง – ชี้เหล็ก อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิจัยราชภัฏเชียงใหม่* 2564; 22(2): 90 - 102.
10. ชัชชญา สมมณี , สามารถ ใจเตี้ย. การใช้ประโยชน์ของพืชสมุนไพรพื้นบ้านเพื่อการรักษาโรคของประชาชนชุมชนสะลง – ชี้เหล็ก อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก* 2564; 19(2): 508 - 522.
11. Rogers C.R. *Psychotherapy and personality change*. Chicago. University of Chicago Press; 1974.
12. López M.L., Cooper L. *Social support measures review*. National Center for Latino Child & Family Research. Los Angeles; 2011.

13. Daniel WW. Biostatistics: Basic concepts and methodology for the health; 2010.
14. Anderson J.C., Gerbing D.W. Structural equation modeling in practice: A review and recommended two-step approach. *Psychological Bulletin* 1988; 103(3), 411- 423.
15. Cronbach L. J. Essentials of psychological testing (5thed.). New York: Harper Collins Publisher; 1990.
16. Miles M.B., Huberman A.M. Qualitative data analysis: An expanded sourcebook. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1994.
17. ประรณนา เอนกปัญญากุล, สุภินดา ศิริลักษณ์, ภัทรวีร์ ตามี. พฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพของประชาชน ที่มารับบริการในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร. วารสารวิชาการ ปชมท. 2563; 9(2): 76 - 90.
18. Prasittichok P, Duangchan P, Prapasiri S, Intarakamhang U. Causal model of herb use behavior among working-age adults in Thailand. *Journal of Preventive Medicine & Public Health* 2024; 57(4):399 - 406.
19. วิริยญา เมืองช้าง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต] กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559. 161 หน้า.
20. ชนิดา มัททวงกูร, ขวัญเรือน ก้าววิตุ, สุธิดา ดีหนู, สิริณัฐ สนิวรรณก. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของประชาชนในเขตภาษีเจริญ. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม 2562; 20(39), 99 – 109.
21. สุภรชต์ อินทรเทพ, สุวารีย์ ศรีปุณณะ, ผมหอม เชิดโกทา. สภาพปัญหาและแนวทางการถ่ายทอดภูมิปัญญาการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการดำรงชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมในชุมชน จังหวัดสระแก้ว วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์; 2560;12(3): 221 – 231.
22. ภิชณี วิจันทิก. ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของประชาชนบ้านหนองบัวศาลา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562; 28(2): 244 - 254.

Received: 17 Oct. 2024, Revised: 25 Jun. 2025

Accepted: 29 Jun. 2025

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา

สุชาดา ทายะพิทักษ์^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา จำนวน 30 คน กลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด 6 สัปดาห์ เครื่องมือวิจัย คือ 1) โปรแกรมการดูแลตนเอง 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบทดสอบและแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติ paired t-test และโดยใช้การทดสอบแบบ Independent t-test

ผลการวิจัย พบว่า 1) การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ภายในกลุ่มทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และ 2) การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

สรุปผลการวิจัย คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ สูงกว่ากลุ่มควบคุม ดังนั้น ควรส่งเสริมให้มีโปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อเพิ่มพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์และใช้เป็นแนวทางพัฒนาสำหรับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับกลุ่มอื่นต่อไป

คำสำคัญ : การดูแลตนเอง, แรงสนับสนุนทางสังคม, พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์

^{1*}โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง

* E-mail: Beeland@hotmail.com

*Original Article***Effects of a self-care program combined with social support on health-promoting behaviors of pregnant women. Khlong Hoi Khong Hospital, Songkhla Province.**Suchada Tayapitak^{1*}**Abstract**

This research is quasi-experimental research and is for the purpose of studying the benefits of the self-care program, physical support, and health promotion of Khlong Hoi Khong Hospital, Songkhla Province. The sample group was pregnant women who received antenatal care services at the antenatal clinic. Khlong Hoi Khong Hospital, Songkhla Province, 30 people, purposive sample group. The total duration of the research was 6 weeks. The research tools were 1) a self-care program 2) data collection tools such as tests and questionnaires. Data were analyzed using statistics: percentage, mean, and standard deviation. and test the hypotheses using paired t-test statistics and by using independent t-test.

The results of the research found that 1) The comparison of the difference in mean scores on health promotion behaviors of pregnant women. within the experimental group was higher than before the experiment Statistically significant ($P < .05$). and 2) comparing and contrasting the mean scores on health behaviors of pregnant women. Between the experimental group and the control group, it was found that after the experiment, the experimental group had an average score of health promoting behaviors of pregnant women. Statistically significantly higher than the control group ($P < .05$).

Summary of research results the average score of health promoting behaviors of pregnant women was higher than the control group. Therefore, self-care programs should be encouraged together with social support. To increase the self-care behavior of pregnant women and use it as a guideline for developing health promotion programs for other groups in the future.

Keywords: Self-care, Social support, Health-promoting behaviors of pregnant women

^{1*}Khlong Hoi Khong Hospital

*E-mail: Beeland@hotmail.com

บทนำ

การตั้งครรภ์ เป็นระยะพัฒนาการปกติของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การตั้งครรภ์ แบ่งออกเป็นไตรมาส 3 ไตรมาส คือ 1) การตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 1 อายุครรภ์ น้อยกว่า 17 สัปดาห์ ส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์ มีความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายต่อการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้น อาจรู้สึกดีใจหรือวิตกกังวลต่อการตั้งครรภ์ กังวลกับความรับผิดชอบในบทบาทการเป็นมารดา ความไม่สุขสบายจากอาการแพ้ท้อง บางรายอาจรู้สึกตื่นเต้น ดีใจ บางครั้งมีอาการคลื่นไส้และรื่องให้ง่ายโดยไม่มีเหตุผล ส่วนหนึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนในระยะตั้งครรภ์ ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดระยะการตั้งครรภ์ ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ควรมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โดยให้ความสนใจหรือเอาใจใส่ต่อสุขภาพและยอมรับในความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง มีการค้นหาข้อมูล เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ อาจสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ เพื่อการดูแลตนเองป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองและทารกในครรภ์ ป้องกันภาวะเลือดออก ภาวะแท้งบุตร ด้านกิจกรรมทางกาย ในไตรมาสที่หญิงตั้งครรภ์บางรายอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน การปฏิบัติกิจกรรมทางกายหรือการรับประทานอาหาร อาจรับประทานได้น้อยลง มีการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและการพัฒนาทางจิตวิญญาณในไตรมาสที่นี้อาจมีความเครียดเกิดขึ้นได้ โดยเฉพาะในสตรีบางรายที่ยังไม่พร้อมต่อการตั้งครรภ์ 2) การตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 2 อายุครรภ์ 17 - 29 สัปดาห์ หญิงตั้งครรภ์จะยอมรับการตั้งครรภ์ได้มากขึ้น เนื่องจากร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดขึ้น ประกอบกับมดลูกที่มีขนาดใหญ่ขึ้น รับรู้การดิ้นของทารกและได้ยินเสียงหัวใจทารกหญิงตั้งครรภ์จะใส่ใจกับการเรียนรู้ บทบาทการเป็นมารดาและการใส่ใจกับการปฏิบัติตัวเพื่อสุขภาพของทารกในครรภ์ เช่น รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ แต่งกายเหมาะสม การพักผ่อนอย่างเพียงพอและหาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์ บางรายรู้สึกพอใจต่อ ภาวะลักษณะของตน เพราะคิดว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่บอกว่าทารกมีการเจริญเติบโต 3) การตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 3 อายุครรภ์ มากกว่า 29 สัปดาห์ ขนาดของหน้าท้องที่ขยายใหญ่ขึ้นประกอบกับความรู้สึกไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นใน ไตรมาสนี้มีปวดหลัง มีความเหนื่อยล้า อึดอัด กลัวการเจ็บครรภ์และการคลอด มีการเตรียมตัวเพื่อการคลอด เตรียมของ ใช้ทารกไตรมาสที่นี้อาจมีความเครียดได้ เนื่องจากเป็นระยะใกล้คลอดหญิงตั้งครรภ์จึงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้าน ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โดยค้นคว้าหาความรู้เกี่ยวกับการคลอด การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด การเลี้ยงดู บุตรในระยะหลังคลอดหรือมีการสอบถามข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ แต่งกายเหมาะสม มีการเตรียมตัวเพื่อการคลอดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็นต้น ดังนั้น พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์จึงมีความจำเป็นในแต่ละไตรมาสของการตั้งครรภ์จากที่กล่าว มา หากหญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีก็จะส่งผลดีต่อสุขภาพทั้งมารดาและทารก หากมีพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพไม่เหมาะสม อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอดได้

ในปีงบประมาณ 2564-2566 โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา พบว่ามีหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ ทั้งหมด 214, 212, 246 คน ตามลำดับ จากการศึกษาข้อมูลเวชระเบียน คลินิกฝากครรภ์ และเวชระเบียน โรงพยาบาล คลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา พบว่า ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์คุณภาพของ โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา ร้อยละ 75.00, 87.50 และ 75.00 ตามลำดับ ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 7.48, 8.00 และ 12.23 ตามลำดับ¹ จากการทบทวนพบว่า สาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้เกิดการคลอด ก่อนกำหนดและทารกแรกเกิดมีน้ำหนักตัวน้อย มาจากสุขภาพแม่ขณะตั้งครรภ์ เช่น การติดเชื้อของระบบทางเดิน ปัสสาวะ มีภาวะโลหิตจาง ภาวะโภชนาการไม่ดี มีโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคเลือด โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สูบ บุหรี่จัด หรือดื่มเหล้ามาก หากหญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลสุขภาพอย่างถูกต้อง จากบุคลากรทางการแพทย์ หรือ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะช่วยลดปัญหา ดังกล่าวลงได้ ทั้งนี้การไปฝากครรภ์และได้รับการตรวจครรภ์อย่างสม่ำเสมอ พร้อมทั้งปฏิบัติตัวให้ถูกต้องเหมาะสม เป็นสิ่งที่จำเป็นและควรปฏิบัติของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้การตั้งครรภ์ดำเนินไปด้วยดีจนกระทั่งคลอด และได้ทารกที่มีสุขภาพดี²

จากการวิเคราะห์ปัญหาและแนวทางการดำเนินงาน ควรมีการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีขึ้น แต่การให้คำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา เป็นการให้คำแนะนำเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ การสนับสนุนให้ครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดเข้ารับฟังคำแนะนำยังมีน้อย อีกทั้งหญิงตั้งครรภ์มักจะละเลยต่อการปฏิบัติตัวหรือการใส่ใจดูแลตนเอง จึงทำให้ยากต่อการควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพิ่มความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลรักษาและมีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นหลายเท่า ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ จึงศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา โดยนำแนวคิดการดูแลตนเอง และแนวคิดสนับสนุนทางสังคมของ House³ มาเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ จากแนวคิดของการสนับสนุนทางสังคมของ House ได้กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง แรงสนับสนุนทางด้านสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้าน อารมณ์ ทั้งความรัก ความเชื่อใจ ด้านข้อมูล ข่าวสาร การสนับสนุนด้านเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ และ การสนับสนุนด้านการประเมินใช้ข้อมูลย้อนกลับต่าง ๆ จากบุคคลรอบข้าง ทำให้บุคคลประสบผลสำเร็จในการสร้าง พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงวิถีความเป็นอยู่ และการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และที่สำคัญที่สุดคือ เกิดผลลัพธ์ที่ดีจากการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว ทำให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีทั้งของมารดาและทารกต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ของกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐาน

1. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม หญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิด

โปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ครั้งที่ 1

- 1.1 การบรรยายเกี่ยวกับการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์
- 1.2 การบรรยายประกอบ สไลด์ วีดีโอเทป ภาพพลิก
- 1.3 สนทนากลุ่ม (Information support)
- 1.4 ประโยชน์ของฝากครรภ์คุณภาพ
- 1.5 แจกคู่มือ"การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์" อภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนและการป้องกัน

กิจกรรมที่ 2 ครั้งที่ 2

- 2.1 แบ่งกลุ่มเข้าฐานเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อละลายพฤติกรรม กิจกรรม “แม่ลูกออกกำลัง”
- 2.2 นำเสนอตัวแบบหญิงตั้งครรภ์ที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างถูกต้อง เล่าประสบการณ์ สูตรสำเร็จในการเป็นแม่
- 2.3 สรุปประเด็นและสิ่งที่ได้รับการเข้าฐาน

กิจกรรมที่ 3 ครั้งที่ 3

- 3.1 การบรรยายเรื่องอาหารแลกเปลี่ยน การควบคุมอาหาร และ วิธีการใช้ยา อาการข้างเคียงจากการใช้ยาหญิงตั้งครรภ์

กิจกรรมที่ 4 ครั้งที่ 4

- 4.1 สาธิตและฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายที่เหมาะสมและสาธิต พร้อมฝึกปฏิบัติร่วมกับสามีหรือบุคคลในครอบครัว
- 4.2 พร้อมฝึกปฏิบัติวิธีการใช้สมาธิบำบัดจัดการความเครียด

กิจกรรมที่ 5 ครั้งที่ 5

- 5.1 แสดงบทบาทสมมติ เตรียมความพร้อมสู่การคลอด

กิจกรรมที่ 6 ครั้งที่ 6

- 6.1 สรุปผลการทำกิจกรรม เปิดโอกาสให้ซักถามสะท้อนความคิดเห็นและ มอบของที่ระลึก

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วย 8 ด้าน ได้แก่

- 1) การดูแลตนเองโดยทั่วไป
- 2) การปฏิบัติตนด้านโภชนาการ
- 3) การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน
- 4) การนอนหลับ
- 5) การจัดการความเครียด
- 6) ความตระหนักในคุณค่าของตนเอง
- 7) การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต
- 8) การควบคุมสิ่งแวดล้อม

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research design) แบบ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง (Two-Group Pre-test Post-test Control Group Design) ทำการศึกษาที่โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง อำเภอลำดวน จังหวัดสงขลา ระหว่างเดือน ตุลาคม 2566 ถึง เดือน ธันวาคม 2566 ใช้เวลาทั้งหมด 6 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา จำนวน 248 คน¹

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา ซึ่งกำหนดขนาดตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูป (Power Table) ค่าขนาดอิทธิพลของ งานวิจัยแบบทดลองและกึ่งทดลอง โดยประมาณค่าขนาดอิทธิพลจากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม คำนวณได้จาก สูตรของโคเฮน (Cohen)⁴ อ้างในบุญใจ ศรีสถิตนรากร⁵ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คนต่อกลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 15 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 15 คน รวมผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งสิ้น จำนวน 30 คน กลุ่มทดลอง คือกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่จับสลากได้เลขคู่ กลุ่มควบคุม ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่จับสลากได้เลขคี่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล รายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ 1) สมุดบันทึกสุขภาพมารดาทารก ใช้ศึกษาประวัติการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์การมาตรวจตามนัด การเพิ่มของน้ำหนักระหว่างตั้งครรภ์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โรคประจำตัวและภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย (1) แผนการสอนเรื่องพฤติกรรมสุขภาพขณะตั้งครรภ์ (2) คู่มือการดูแลตนเองสำหรับหญิงตั้งครรภ์ (3) ภาพพลิกประกอบเนื้อหาส่งเสริมสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์ (4) บัตรคำอาหารที่เหมาะสมกับหญิงตั้งครรภ์ (5) วิดีทัศน์, power point ประกอบเนื้อหาส่งเสริมสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (6) ตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพขณะตั้งครรภ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว (บาท/เดือน) บุคคลในครอบครัวที่ท่านอาศัยอยู่ด้วย จำนวนบุตรที่คลอดและมีชีวิตการตั้งครรภ์ครั้งที่ ความพร้อมในการมีบุตรในการตั้งครรภ์ครั้งนี้ ผู้แนะนำให้ท่านมารับการฝากครรภ์คุณภาพ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ผู้วิจัยดัดแปลงจาก แบบประเมินของรภิพร ประกอบทรัพย์⁶ และดารณี สุภาพ⁷ ที่สร้างขึ้นจากแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health promoting lifestyle profile) ของวอล์คเกอร์, ซีคริสตและเพนเดอร์ (Walker, Sechrist & Pender)⁸ ตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender)⁹ ประกอบด้วยแบบแผนการดำเนินชีวิต 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) ด้านกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย 3) ด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย 4) ด้านสมพันธภาพระหว่างบุคคล

5) ด้านการจัดการกับความเครียด 6) ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ลักษณะของคำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ มีข้อคำถามรวม 42 ข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1) ขั้นเตรียมการ

1) แจ้งผู้บังคับบัญชาเพื่อขอรับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัยและระยะเวลาที่ดำเนินการ

2) จัดทำกำหนดการ เตรียมเอกสาร, อุปกรณ์ที่ใช้ในการจัดกิจกรรม

3) ดำเนินการประชุมเจ้าหน้าที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา ขั้นตอนการดำเนินงาน การจัดกิจกรรม

4) จัดเตรียมสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ เอกสารและสื่อที่ใช้ในการจัดกิจกรรม

5) เก็บข้อมูลก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2) ขั้นทดลองดำเนินการทดลองกับกลุ่มทดลอง

โดยมีกิจกรรมที่จัดขึ้นคือโปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา จำนวน 6 สัปดาห์ ซึ่งดำเนินการในช่วงเดือนสิงหาคม 2567 – กันยายน 2567 โดยแผนการจัดกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมี ดังนี้

การดำเนินการกับกลุ่มทดลอง

กิจกรรมครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 (X1) (นัดหมายหญิงตั้งครรภ์และสามี ครั้งที่1) จัดกิจกรรมโปรแกรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ให้เกิดความรู้และเกิดการรับรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ระหว่างผู้วิจัยกับหญิงตั้งครรภ์ ใช้เวลา 1.30 ชั่วโมง เวลา 08.00 – 09.30 น.

1. กิจกรรม แนะนำตัวทำความรู้จักสร้างสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยกับหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว ใช้เวลา 30 นาที (08.00 – 08.30 น.)

2. โปรแกรมการดูแลตนเองประกอบด้วย แจกคู่มือส่งเสริมสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์ การบรรยายประกอบภาพพลิก วิดีโอเทป ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ เปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวได้มีโอกาสซักถาม ใช้เวลา 30 นาที (08.30 – 09.00 น.)

หัวข้อ “พฤติกรรมดูแลสุขภาพขณะตั้งครรภ์” หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 1 - 13 สัปดาห์

“เตรียมตัวเป็น แม่” หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 14 – 28 สัปดาห์

“สัญญาณอันตรายที่ต้องรีบไปพบแพทย์” หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 29 - 40 สัปดาห์

3. สรุปประเด็นความคิดเห็นปัญหาและความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ และครอบครัวเกี่ยวกับการตั้งครรภ์เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติตัว ใช้เวลา 30 นาที (09.00 – 09.30 น.)

กิจกรรมครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 (X2)

1. กิจกรรมเพื่อละลายพฤติกรรม กิจกรรม “แม่ลูกออกกำลัง” โดยให้ครอบครัว (สามี) เข้าร่วมการออกกำลังกาย ใช้เวลา 30 นาที (08.00 – 08.30 น.)

2. นำเสนอตัวแบบหญิงตั้งครรภ์ที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีเล่าประสบการณ์ “สูตรสำเร็จในการเป็นแม่” แลกเปลี่ยนประสบการณ์พูดคุยกัน ใช้เวลา 30 นาที (08.20 – 08.50 น.)

3. ผู้วิจัยมอบรางวัลให้แก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดี โดย การศึกษาจากสมุดฝากครรภ์ โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

3.1 การมารับบริการฝากครรภ์ตามนัดทุกครั้ง

3.2 ขณะตั้งครรภ์น้ำหนักของหญิงตั้งครรภ์เพิ่มตามไตรมาส

3.3 ระดับความเข้มข้นของเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

3.4 สังเกตจากการปฏิบัติพฤติกรรมขณะมาฝากครรภ์ การเข้าไปซักถาม จากสามีหรือมารดาในเรื่องของพฤติกรรมของหญิงตั้งครรภ์

4. สรุปประเด็นและสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้จากการบรรยาย

กิจกรรมครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 3 (X3) (นัดหมายหญิงตั้งครรภ์และสามี ครั้งที่ 3)

1. กิจกรรมการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัยกับหญิงตั้งครรภ์และ ครอบครัว ใช้เวลา 10 นาที (08.00 – 08.10 น.)

2. ผู้วิจัยบรรยายประกอบภาพ “อาหารเพื่อสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์” ใช้เวลา 20 นาที (08.20– 08.40 น.)

3. ฝึกปฏิบัติในการเลือกรับประทานอาหารที่มีในท้องถิ่น โดยผู้วิจัยยกตัวอย่าง อาหารแต่ละหมู่ขึ้นมาและให้หญิงตั้งครรภ์หรือครอบครัวช่วยกันตอบว่าสามารถเลือกอาหารที่มีอยู่ในท้องถิ่นที่สามารถรับประทานแทนกันได้ ผู้ใดตอบได้เร็วและถูกต้อง รับรางวัลจากผู้วิจัย ใช้เวลา 30 นาที (09.00 – 09.30 น.)

กิจกรรมครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 4 (X4) (นัดหมายหญิงตั้งครรภ์และสามีครั้งที่ 4)

1. กิจกรรมการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัยกับหญิงตั้งครรภ์และ ครอบครัว ใช้เวลา 20 นาที (08.00 – 08.20 น.)

2. สาธิตและฝากปฏิบัติการออกกำลังกายที่เหมาะสมและสาธิตพร้อมฝึกปฏิบัติร่วมกับสามีหรือบุคคลในครอบครัว พร้อมฝึกปฏิบัติวิธีการใช้สมาธิบำบัดขจัดความเครียด

กิจกรรมครั้งที่ 5 สัปดาห์ที่ 5 (X5) (นัดหมายหญิงตั้งครรภ์และสามี ครั้งที่ 5)

1. การแสดงบทบาทสมมติจากทีมผู้วิจัย “เตรียมตัวอย่างไรเมื่อมาคลอด” โดย ให้สามีหรือญาติเข้ามารับบทบาทเป็นสามีที่ภรรยาตนเองใกล้จะคลอด

2. หลังจากนั้นให้ทุกคนร่วมกัน อภิปรายสิ่งที่ได้เห็นจากการแสดงบทบาทสมมติ เพื่อสามารถนำไปปรับใช้ให้เข้ากับบริบทของแต่ละ ครอบครัวใช้เวลา 40 นาที (08.20 – 09.00 น.)

3. กิจกรรม “เตรียมความพร้อมสู่การคลอด” โดยผู้วิจัยได้อธิบายขั้นตอนการมารับบริการที่ โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา ใช้เวลา 60 นาที (09.00 – 10.00 น.)

กิจกรรมครั้งที่ 5 สัปดาห์ที่ 6 (X6) (นัดหมายหญิงตั้งครรภ์และสามี ครั้งที่ 6)

1. สรุปผลการทำกิจกรรมให้แก่หญิงตั้งครรภ์ เปิดโอกาสให้ซักถามและสะท้อนความคิดเห็นข้อเสนอแนะของหญิงตั้งครรภ์ ใช้เวลา 30 นาที (08.20 – 08.50 น.)

2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยแบบสอบถามชุดเดิมเก็บรวบรวมข้อมูล

3. มอบของที่ระลึกให้แก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวที่เข้าร่วมกิจกรรม

การดำเนินการกับกลุ่มควบคุม

เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการ

1. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการวิจัย
2. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป และข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา
3. กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากเจ้าหน้าที่คลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา
4. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลอีกครั้งภายหลังสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 6 โดยใช้แบบสอบถามชุดเดิม ภายหลังสิ้นสุดการวิจัยแล้วกลุ่มควบคุมจะได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

3) ขั้นตอนผลการทดลอง

- 1) หลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 5 เป็นการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ เพื่อถ่ายทอดประสบการณ์จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้เห็นผลลัพธ์จากดูแลตนเอง และประเมิน เพื่อวัดผลหลังการทดลอง พร้อมแจ้งการสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรม
- 2) สัปดาห์ที่ 6 ทำการเก็บข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อประเมินโปรแกรมการดูแลตนเอง หลังการเก็บข้อมูลเสร็จสิ้นแล้วผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ โดยนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์หาค่าสถิติ ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
2. วิเคราะห์ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ โดยนำข้อมูลที่รวบรวมมาวิเคราะห์หาค่าสถิติ ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ด้วยการใช้สถิติการทดสอบแบบ pair t -test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05
4. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการใช้สถิติการทดสอบแบบอิสระ (Independent t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยฉบับนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา หมายเลขรับรอง 081/2567 ลงวันที่ 16 กรกฎาคม 2567 ซึ่งก่อนดำเนินการศึกษา ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบอย่างละเอียดถึงข้อมูลจากการศึกษาจะเก็บไว้เป็นความลับ จะนำเสนอผลการศึกษาออกมาในลักษณะของภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา

ผลการศึกษา

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

พบว่า ลักษณะกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง มีอายุอยู่ช่วงระหว่าง 26-30 ปี ร้อยละ 40.0 อายุเฉลี่ย 27.46 ปี ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.ร้อยละ 40.0 สถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 73.3 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 40.0 รายได้อยู่ช่วงระหว่าง 5,000 -10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 40.0 รายได้เฉลี่ย 12,866.66 บาทต่อเดือน อาศัยอยู่กับสามี ร้อยละ 53.3 มีบุตรที่คลอดและมีชีวิต ≤ 2 คน ร้อยละ 76.7 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 1-2 ร้อยละ 80.0 มีความพร้อมในการมีบุตรในการตั้งครรภ์ครั้งนี้ ร้อยละ 80.0 และสามีเป็นผู้แนะนำให้มารับการฝากครรภ์คุณภาพ ร้อยละ 33.3

ลักษณะกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม มีอายุอยู่ช่วงระหว่าง 18 - 25 ปี ร้อยละ 53.3 อายุเฉลี่ย 26.60 ปี ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.ร้อยละ 46.7 สถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 86.7 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 46.7 รายได้อยู่ช่วงระหว่าง 5,000 -10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 46.7 รายได้เฉลี่ย 12,133.33 บาทต่อเดือน อาศัยอยู่กับสามี ร้อยละ 53.3 มีบุตรที่คลอดและมีชีวิต ≤ 2 คน ร้อยละ 66.7 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 1-2 ร้อยละ 80.0 มีความพร้อมในการมีบุตรในการตั้งครรภ์ครั้งนี้ ร้อยละ 80.0 และสามีเป็นผู้แนะนำให้มารับการฝากครรภ์คุณภาพ ร้อยละ 46.7

2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2.1 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง (n = 15)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์	กลุ่มทดลอง			
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.
1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	3.63	.48	4.33	.30
2. ด้านกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย	3.56	.53	4.13	.51
3. ด้านโภชนาการ	3.00	.37	3.83	.67
4. ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	3.46	.54	3.73	.59
5. ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ	3.40	.33	4.03	.54
6. ด้านการจัดการกับความเครียด	2.70	.41	3.63	.51
รวม	3.16	.22	3.98	.37

จากตารางที่ 1 พบว่า ก่อนการทดลอง หญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองมีระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมมีคะแนนรวม เฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.16, S.D.= .22) เมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน ก่อนการทดลอง พบด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Mean = 3.63, S.D.= .48) รองลงมา ด้านกิจกรรมทางกาย

และการออกกำลังกาย (Mean = 3.56, S.D.= .53) และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านการจัดการกับความเครียด (Mean = 2.70, S.D.= .41)

หลังการทดลอง หญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองมีระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.98, S.D.= .37) เมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน หลังการทดลอง พบด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Mean = 4.33, S.D.= .48) รองลงมา ด้านกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย (Mean = 4.13, S.D.= .51) และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านการจัดการกับความเครียด (Mean = 3.63, S.D.= .51)

2.2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง (n = 15)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์	กลุ่มควบคุม			
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.
1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	3.80	.81	3.50	.96
2. ด้านกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย	3.43	.62	3.73	.82
3. ด้านโภชนาการ	3.70	.70	3.46	.66
4. ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	3.50	.73	3.33	.93
5. ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ	3.73	.62	3.76	.49
6. ด้านการจัดการกับความเครียด	2.90	.71	3.23	.92
รวม	3.35	.33	3.41	.65

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนการทดลอง หญิงตั้งครรภ์กลุ่มควบคุมมีระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมมีคะแนนรวม เฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.35, S.D.= .33) เมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน ก่อนการทดลอง พบด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Mean = 3.80, S.D.= .81) รองลงมา ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Mean = 3.73, S.D.= .62) และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านการจัดการกับความเครียด (Mean = 2.90, S.D.= .71)

หลังการทดลอง หญิงตั้งครรภ์กลุ่มควบคุมมีระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.41, S.D.= .65) เมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน หลังการทดลอง พบด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Mean = 3.76, S.D.= .49) รองลงมา ด้านกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย (Mean = 3.73, S.D.= .82) และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยในลำดับสุดท้าย คือ ด้านการจัดการกับความเครียด (Mean = 3.23, S.D.= .92)

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์

3.1. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์				t-test	p-value
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง			
	Mean	SD	Mean	SD		
กลุ่มทดลอง	3.16	.22	3.98	.37	6.507	.000*
กลุ่มควบคุม	3.35	.52	3.41	.65	.405	.691

* $p\text{-value} < .05$

จากตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ภายในกลุ่มทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ภายในกลุ่มควบคุม พบว่าก่อนและหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ไม่แตกต่างกัน

3.2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ($n = 30$)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์	กลุ่มตัวอย่าง				t-test	p-value
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม			
	Mean	SD	Mean	SD		
ก่อนการทดลอง	3.16	.22	3.35	.52	1.244	.224
หลังการทดลอง	3.98	.37	3.41	.65	2.923	.008*

* $p\text{-value} < 0.05$

จากตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ไม่แตกต่างกัน

การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา หลังการทดลอง พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีความรู้สามารถในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ผ่านกระบวนการทำกิจกรรม การให้ความรู้ให้คำแนะนำ ฝึกทักษะ มีแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในการกระตุ้น จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมดูแล

ตนเองดีขึ้น สอดคล้องกับจริยาวัตร คมพัยค์¹⁰ ได้ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก ผลการวิจัยพบว่า 1) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < .001$ 2) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < .05$ อีกทั้งมีการแจกคู่มือส่งเสริมสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์ การบรรยายประกอบภาพพลิก วิดีโอเทป ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ เปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวได้มีโอกาสซักถาม ซึ่งจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ มีการดูแลตนเองและมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีขึ้น สอดคล้องกับปิยะมาพร เลหาดีรานนท์¹¹ ได้ศึกษาเรื่อง การประยุกต์ใช้โปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาลนิคมคำสร้อย จังหวัดมุกดาหาร พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนการทดลองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการทดลองคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี เพิ่มขึ้นทั้งรายด้านและภาพรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ $p\text{-value} < .05$ สอดคล้องกับสุธิพร หรพิลิต¹² ได้ศึกษาเรื่อง การประยุกต์ใช้โปรแกรมพฤติกรรมการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขวาสีอุบล อำเภอกะปง จังหวัดศรีสะเกษ ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้และพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น นอกจากนี้ ยังพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความรู้และพฤติกรรมด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับเพ็ญ พงศ์ ตา ระกา¹³ ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรกผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้ 1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม 2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สอดคล้องกับอารมย์ โคกแก้ว¹⁴ ได้ศึกษาเรื่อง ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น หลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ (Mean = 13.40, S.D. = 1.42) สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม (Mean = 14.90, S.D. = 0.30) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่.00 ($t = -6.04, p < .000, df = 29$) คะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น หลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ (Mean = 2.40, S.D. = 0.20) สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ (Mean = 2.81, S.D. = 0.07) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.00 ($t = -9.98, p < .001, df = 29$) จากผลการวิจัย คะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง ดังนั้น ควรส่งเสริมให้มีการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อเพิ่มความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและใช้เป็นแนวทางพัฒนาสำหรับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับกลุ่มอื่นต่อไป

สรุปผล

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ภายในกลุ่มทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง
2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ สูงกว่ากลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำผลการวิจัยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รายชื่อที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลอง คือ ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ด้านกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย และด้านการจัดการกับความเครียด มาเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ให้มีปฏิบัติกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม และมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด ได้อย่างเหมาะสม

2. ควรส่งเสริมสนับสนุนให้พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขนำโปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดูแลกลุ่มหญิงตั้งครรภ์รายอื่นๆ เพื่อให้มีความรู้และพฤติกรรมที่เหมาะสมกับสถานการณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มอื่นๆ เช่น หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี หรือกลุ่มที่มีโรคแทรกซ้อน เป็นต้น

2. ควรศึกษาและพัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์จนถึงระยะคลอดและหลังคลอด เพื่อติดตามความคงทนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง. สถิติหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง ข้อมูลปีงบประมาณ 2566 ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2566. โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง ; 2566.
2. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. การเฝ้าระวังการตายมารดาไทย ปีงบประมาณ 2563. กลุ่มงานอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ; 2560.
3. House, J. S., Work Stress and Social Support. London: Addison-Wesley; 1981.
4. Cohen, J. (1992). Quantitative Methods in Psychology: A Power Primer. Psychological Bulletin, 1992; 112, 155-159.
5. บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ:คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.
6. รวิพร ประกอบทรัพย์. "การสนับสนุนทางสังคมจากสามี การสนับสนุนทางสังคมจากมารดาและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น". วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.
7. ดาริณี สุวภาพ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคณานสตรีตั้งครรภ์ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมที่มารับบริการที่หน่วยฝากครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.กรุงเทพมหานคร; 2542.
8. Walker, S. N., Volkan, L., Sechrist, K. R., &Pender, N. J., Health lifestyle of older adults: Comparison with young and middle - aged adults, correlates and pattern. Advances in Nursing Science, 1988; 11, 76 - 90.

9. Pender, N.J., Murdaugh, C.L., Parson, M.A., The Health Promotion Model Manual. University of Michigan; 2011.
10. จริยาวัตร คมพยัคฆ์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ; 2556. 31(4), 54-60.
11. ปิยะมาพร เลหาติรานนท์. การประยุกต์ใช้โปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาลนิคมคำสร้อยจังหวัดมุกดาหาร. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน; 2562, 5(4), 73-82.
12. สุธิพร หรเพิลิต. การประยุกต์ใช้โปรแกรมพฤติกรรมดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขวาคะคลอง อำเภอกะเปอร์ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน; 2562, 5(2), 52-67.
13. เพ็ญพงค์ ตาระกา. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก. วารสารแพทยนาวิ; 2562, 4(46), 319-335.
14. อารมย์ โคกแก้ว. ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. วารสารมหาจุฬานาครพรรณ์; 2565, 9(8), 17-31.

Received: 23 Dec. 2024, Revised: 10 Feb. 2025

Accepted: 16 Feb. 2025

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของนักศึกษา
คณะสาธารณสุขศาสตร์ ในมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร

ธัญวรรณ เกิดดอนทราย^{1*} นพโรจน์ วงศ์พัชรจรัส² ชนินทร์พงศ์ สุขแสง³

บทคัดย่อ

การดูแลสุขภาพตนเองเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ โดยเฉพาะนักศึกษาที่อยู่ในช่วงวัยเรียนซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างมากสำหรับนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ การมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีไม่เพียงแต่ส่งผลดีต่อตนเองเท่านั้น แต่ยังเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับชุมชนและสังคมต่อไป วัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ ในมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง ประชากร คือ นักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2566 จำนวน 336 คน กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 110 คน สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม วิเคราะห์โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และ Multiple Logistic Regression

ผลการวิจัย: 1) ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.8 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ ระดับความสัมพันธ์น้อย ได้แก่ ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ($r=0.193$) ทักษะคิดต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ($r=0.189$) ปัจจัยเอื้อ ($r=0.092$) ได้แก่ การได้รับนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพของสถานศึกษา และการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ ปัจจัยเสริม ($r=0.282$) ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากบุคคลต่างๆ และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ และ 3) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ เรียงตามลำดับจากมากไปน้อย คือ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากบุคคลต่างๆ และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ การรับรู้ประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ทักษะคิดต่อการดูแลสุขภาพตนเอง และปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การได้รับนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพของสถานศึกษา และการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ ซึ่งร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้ร้อยละ 38.6

สรุป: นักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์มักจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีเพื่อเป็นแบบอย่างและเตรียมความพร้อมในการทำงานในสายงานด้านสุขภาพในอนาคต

คำสำคัญ: ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

¹ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

* Corresponding author : E-mail: thanyawan1134@gmail.com

Original Article

The factors associated with self-care behavior among public health students at a private university in Bangkok

Thanyawan Kerddonsai ^{1*} Nopparote Wongpatcharajarus²Chaninpong Suksawang³

Abstract

Background: Self-care is crucial for everyone, especially for students who are in a phase of significant physical and mental changes. For students in the Faculty of Public Health, maintaining good self-care habits not only benefits their own well-being but also sets a positive example for the community and society.

Objectives: To study the factors associated with self-care behaviors among students of the Faculty of Public Health at a private university in Bangkok.

Methods: This research is an analytical cross-sectional study. The population consists of 336 students from the Faculty of Public Health at a private university in Bangkok for the academic year 2023. The sample group includes 110 students, selected through simple random sampling. The data collection tool is a questionnaire. The analysis is conducted using frequency, percentage, mean, standard deviation, chi-square, Pearson's correlation coefficient, and stepwise multiple regression.

Results: 1) The level of self-care behaviors among students of the Faculty of Public Health is moderate, at 61.8%. 2) Factors that have a minor relationship with self-care behaviors among these students include predisposing factors, such as knowledge about self-care behaviors and attitudes toward self-care. Enabling factors include receiving health promotion policies from educational institutions and having access to health services. Reinforcing factors: receiving advice from various individuals and information from different media sources. 3) The factors influencing self-care behaviors, in descending order, are Reinforcing factors: receiving advice from various individuals and information from different media sources. Perceived benefits of self-care. Knowledge about self-care behaviors. Attitudes toward self-care. Enabling factors: receiving health promotion policies from the educational institution and access to health services. These factors collectively predict 38.6% of the self-care behaviors among students of the Faculty of Public Health.

Conclusions: Students in the Faculty of Public Health often exhibit positive health behaviors to serve as role models and prepare for future careers in the health sector.

Keywords: Facilitating Factors, Enhancing Factors, self-care behaviors

¹ Faculty of Public Health Bangkokthonburi University

Corresponding Author E-mail: thanyawan1134@gmail.com

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs ประมาณ 41 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง¹ มีอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรสูงถึงร้อยละ 85 สำหรับประเทศไทย จากรายงานสถานการณ์โรค NCDs พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยใน พ.ศ. 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs จำนวน 392,249 คน หรือคิดเป็น 417.5 ต่อประชากรแสนคน² โรค NCDs ที่เป็นปัญหาสำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงร่วมที่สำคัญคือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การขาดกิจกรรมทางกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์¹ นอกจากนี้ยังพบว่าความเครียดและการพักผ่อนไม่เพียงพอ

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566–2570) เป็นการพัฒนาสุขภาพของไทยจัดให้มีมาตรการสร้างเสริมสุขภาพโดยมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการป่วยตาย และผลกระทบจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยจัดให้มีนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจัดให้มีการสื่อสารสาธารณะของรัฐเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ความรู้ป้องกันโรคเพื่อการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ และการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน การให้บริการเชิงรุกตลอดจนคุ้มครองผู้บริโภค ด้านสุขภาพ และส่งเสริมให้ประชาชนทุกระดับมีโอกาสออกกำลังกาย และเล่นกีฬาเพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่ดีสร้างนิสัยความมีน้ำใจเป็นนักกีฬา และใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์เพื่อหลีกเลี่ยงการหมกมุ่นกับสื่อโซเชียลมีเดียและยาเสพติด³ การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของทั้งบุคคลและชุมชน คือ การดำเนินการผ่านกระบวนการทางการศึกษา ซึ่งสถาบันการศึกษาเป็นสถานที่ที่นักศึกษาใช้ชีวิตอยู่ในแต่ละวันเป็นเวลานาน หากสถาบันการศึกษาให้ความสนใจในการบริหารจัดการเกี่ยวกับเรื่องโปรแกรมสุขภาพในสถาบันอย่างถูกต้องด้วยกระบวนการที่เหมาะสมและประสิทธิภาพ เช่น จัดให้มีการเรียนการสอนเรื่องสุขภาพจัดบริการสุขภาพ รวมทั้งจัดสถานที่สภาพแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนักศึกษาได้จะเป็นการช่วยแก้ปัญหาสุขภาพของนักศึกษาและชุมชนได้เป็นอย่างมาก⁴ จากการศึกษาปัญหาของนิสิตหรือนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน พบว่า นิสิตหรือนักศึกษามีปัญหาหลายด้าน รวมทั้งด้านสุขภาพ เช่น จากการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรวิทยาดอนเมืองในจังหวัดอุบลราชธานี⁵ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = .279, S.D. = 0.37) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง 3 ด้าน อันดับแรก คือ ด้านการรับประทานอาหาร ($\bar{X}$ = 91.2, S.D. = 0.59) รองลงมา คือ ด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ($\bar{X}$ = 2.68, S.D. = 0.63) และด้านการสูบบุหรี่และการใช้สารคาเฟอีน ($\bar{X}$ = 2.61, S.D. = 0.65) ตามลำดับ และการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยเกริก⁶ ผลการวิจัยพบว่า มีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.08 มีทัศนคติการดูแลสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.61 มีการรับรู้เรื่องประโยชน์การดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.06 มีนโยบายการส่งเสริมสุขภาพในสถานศึกษา และการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 90.13 และการได้รับคำแนะนำจากบุคคลต่างๆ และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.76

สถาบันการศึกษาจึงเป็นองค์กรที่มีความสำคัญ และมีบทบาทที่จะส่งเสริมและพัฒนาเยาวชนรวมถึงประชากรวัยศึกษาในระดับต่างๆ ให้เจริญเติบโตในทุกด้าน เพื่อเป็นประชาชนที่มีภาวะสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์แข็งแรง สิ่งที่สำคัญเป็นการปลูกฝังให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองให้เกิดเป็นค่านิยมที่ถูกต้องทางสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแบบจำลอง PRECEDE-PROCEED Model⁷ การวางแผนการให้การช่วยเหลือด้านความรู้ ความเข้าใจ เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลตนเอง หรือสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองได้ส่วนการส่งเสริมสุขภาพนั้นจะหมายถึงทั้งการให้ความรู้ด้านสุขภาพ และการ

มุ่งผลสัมฤทธิ์ในการยกระดับคุณภาพของชีวิตของประชาชนรวมทั้งปัจจัยด้านต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคลในการวางแผนสุขภาพจะแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) และปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะช่วยให้สามารถวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาสุขภาพ และนำไปสู่การออกแบบกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป เนื่องจากสถาบันการศึกษามีความใกล้ชิดกับเยาวชน จึงมีบทบาทสำคัญในฐานะ "ปัจจัยเสริม" ที่ช่วยส่งเสริมและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลได้เป็นอย่างดี ผ่านการจัดสภาพแวดล้อมและบรรยากาศที่เอื้อต่อการเรียนรู้ การเป็นแบบอย่าง ตลอดจนการกำหนดนโยบายที่สนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง เขตกรุงเทพมหานคร โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับโลกและประเทศไทย พบว่า นิสิตหรือนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษามีปัญหาสุขภาพด้านพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพในระดับปานกลาง เช่น การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ ใช้สารคาเฟอีน เป็นต้น นิสิตนักศึกษามีความรู้ ทักษะ ทักษะ การรับรู้ประโยชน์การดูแลสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนทางนโยบายและการเข้าถึงบริการสุขภาพเพียงระดับปานกลาง โดยสถาบันการศึกษเป็นองค์กรสำคัญที่มีบทบาทในการส่งเสริมและพัฒนาเยาวชนให้มีสุขภาพดี โดยเฉพาะนิสิตคณะสาธารณสุขศาสตร์ที่จะต้องเป็นตัวอย่างและสนับสนุนการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ จึงจะเป็นผู้ให้บริการสุขภาพในอนาคต ควรมีพฤติกรรมที่เป็นแบบอย่างให้สังคม หากสามารถปลูกฝังให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีตั้งแต่ในช่วงการศึกษา ก็จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการสุขภาพต่อประชาชนได้ เพื่อเป็นองค์ความรู้กำหนดนโยบายและการวางแผนพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาให้ถูกต้องและนำไปใช้ในชีวิตประจำวันให้เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

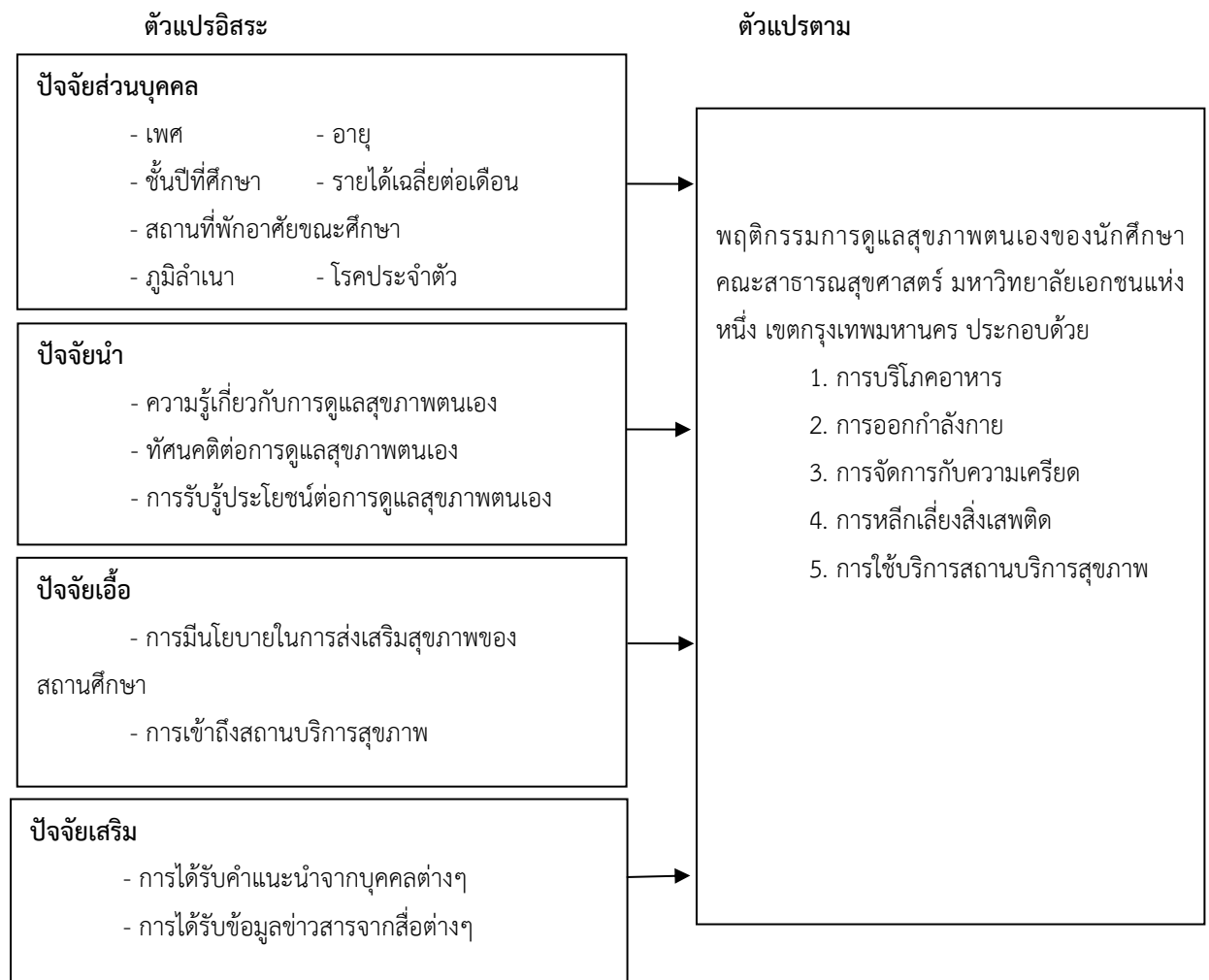
เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง เขตกรุงเทพมหานคร

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง เขตกรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง เขตกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ สำหรับองค์ประกอบของปัจจัยที่นำมาศึกษา ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ ชั้นปีที่ศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานที่พักอาศัยขณะศึกษา ภูมิสำเนา และโรคประจำตัว) ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ทักษะต่อการดูแลสุขภาพตนเอง และการรับรู้ประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมีนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพของสถานศึกษา และการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากบุคคลต่างๆ และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ ในมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง เขต กรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2566 จำนวน 336 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง เขตกรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2566 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร Daniel ⁸ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย

การหาขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตร ดังนี้

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 NP(1-P)}{Z_{\alpha/2}^2 P(1-P) + (N-1)d^2}$$

เมื่อ n = กลุ่มตัวอย่าง

N = นักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี จำนวน 336 คน

$Z_{\alpha/2}$ = ค่าสถิติมาตรฐานภายใต้พื้นที่โค้งปกติ กำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($Z_{\alpha/2} = 1.96$)

P = สัดส่วนของประชากรในการศึกษา อ้างอิงจากงานวิจัยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์⁹ เท่ากับ 0.30 ตามลำดับ

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ผู้วิจัยยอมรับได้สูงสุดเท่ากับ 0.05

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{(1.96)^2 (336) (0.30)^2}{(1.96)^2 (0.30)^2 + (336-1) (0.05)^2}$$

n = 98 คน

จากการคำนวณจะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 98 คน เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในขณะเก็บรวบรวมข้อมูลและลดปัญหาการตอบกลับของแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์หรือน้อยกว่าที่กำหนดหรือมีข้อมูลสูญหาย (Missing data) ซึ่งคาดว่าจะเกิดขึ้นร้อยละ 10 (12 คน) ผู้วิจัยจึงปรับขนาดตัวอย่างใหม่เป็น 110 คน

เกณฑ์การคัดตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยมี ดังนี้ (1) นักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง เขตกรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2566 (2) สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยได้รับการบอกข้อมูลโครงการวิจัยอย่างครบถ้วน

เกณฑ์การคัดตัวอย่างออกจากโครงการวิจัยมี ดังนี้ (1) ไม่สนใจตอบแบบสอบถาม (2) มีอาการไม่สบายหรือเจ็บป่วยกะทันหัน (3) ไม่ใช่ นักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ ในมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง เขตกรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2566

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี เอกสารรับรอง 25/2567 รหัสโครงการเลขที่ 15/2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ชั้นปีที่ศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานที่พักอาศัยขณะศึกษา ภูมิลำเนา และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยนำ

2.1 ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

2.2 ทักษะการดูแลสุขภาพตนเอง

2.3. การรับรู้ประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพตนเอง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การได้รับนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพของสถานศึกษา และการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากบุคคลต่างๆ และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ ประกอบด้วย การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด และการใช้บริการสถานบริการสุขภาพ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม และนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแล้วเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา (Content Validity)
2. ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในการเก็บรวบรวมข้อมูลถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในเขตพื้นที่รับผิดชอบ
3. จัดหาผู้ช่วยวิจัยในการเก็บข้อมูล
4. ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม
5. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) โดยทดสอบนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสถิติวิเคราะห์หาค่าถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) โดยทดสอบนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ผลการศึกษาพบว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.0 เพศชาย ร้อยละ 10.0 อายุ 21-23 ปี ร้อยละ 61.8 โดยมีอายุน้อยสุด 19 ปี และอายุสูงสุด 25 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 21.3 (SD = 19.5) ชั้นปีที่ศึกษา 4 ร้อยละ 46.4 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มากกว่า 4,000 บาท ร้อยละ 56.3 สถานที่พักอาศัยขณะศึกษา หอพักเอกชนมากที่สุด ร้อยละ 45.5 ภูมิลำเนาจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด ร้อยละ 34.5 โรคประจำตัว ไม่มี ร้อยละ 95.5 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง n = 110

ลักษณะปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน(ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	11 (10.0)
หญิง	99 (90.0)
อายุ(ปี)	
18-20	29 (26.4)
21-23	68 (61.8)
≥ 24	13 (11.8)

ลักษณะปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน(ร้อยละ)
$\bar{X} = 21.3, SD = 19.5, Min = 19, Max = 25$	
ชั้นปีที่ศึกษา	
ชั้นปีที่ศึกษา 1	11 (10.0)
ชั้นปีที่ศึกษา 2	20 (18.2)
ชั้นปีที่ศึกษา 3	28 (25.5)
ชั้นปีที่ศึกษา 4	51 (46.4)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน(บาท)	
น้อยกว่า 2,000	14 (12.7)
2,001-3,000	17 (15.5)
3,001-4,000	17 (15.5)
มากกว่า 4,000	62 (56.3)
สถานที่พักอาศัยขณะศึกษา	
หอพักมหาวิทยาลัย	36 (32.7)
หอพักเอกชน	50 (45.5)
บ้านญาติ	7 (6.3)
บ้านตนเอง	17 (15.5)
ภูมิลำเนา	
ภาคเหนือ	28 (25.5)
ภาคกลาง	30 (27.3)
ภาคใต้	12 (10.9)
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	38 (34.5)
กทม-ปริมณฑล	2 (1.8)
โรคประจำตัว	
มี เช่น	5 (4.5)
ไม่มี	105 (95.5)

2. ระดับปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ทักษะคิดต่อการดูแลสุขภาพตนเอง การรับรู้ประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์

ผลการศึกษาพบว่า ระดับปัจจัยนำเข้า ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับมาก ส่วนปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การได้รับนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพของสถานศึกษา และการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากบุคคลต่างๆ และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ อยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ทักษะคิดต่อการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับน้อย

3. พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.8 จำแนกรายด้านเรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ 1) การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด ร้อยละ 75.5 2) การออกกำลังกาย ร้อยละ 54.5 3) การบริโภคอาหาร ร้อยละ 49.1 4) การ

จัดการกับความเครียด ร้อยละ 47.3 และ 5) การใช้บริการสถานบริการสุขภาพ ร้อยละ 41.8 โดยทุกด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง

6. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและไคสแควร์ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ทักษะการดูแลสุขภาพตนเอง ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การได้รับนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพของสถานศึกษา และการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากบุคคลต่างๆ และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ (ดังตาราง 2)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ (n=110)

ตัวแปร	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง		ระดับความสัมพันธ์
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value	
ปัจจัยนำ			
- ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	0.193	0.044	น้อย
- ทักษะการดูแลสุขภาพตนเอง	0.189	0.048	น้อย
ปัจจัยเอื้อ ได้แก่	0.092	0.047	น้อย
การได้รับนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพของสถานศึกษา			
การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ			
ปัจจัยเสริม ได้แก่	0.282	0.003	น้อย
การได้รับคำแนะนำจากบุคคลต่างๆ			
การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ			

* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

7. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ตัวแปรที่ศึกษามีดังนี้

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ ชั้นปีที่ศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานที่พักอาศัยขณะศึกษา ภูมิลำเนา โรคประจำตัว แต่เนื่องจากตัวแปรเพศ อายุ ชั้นปีที่ศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานที่พักอาศัยขณะศึกษา ภูมิลำเนา โรคประจำตัว เป็นตัวแปรที่ไม่ได้วัดอยู่ในระดับอันตรภาค (Interval Scale) หรือระดับมาตราส่วน (Ratio Scale) จึงได้แปลงให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variable) โดยตัวแปรหุ่นแต่ละตัวมีค่า 0 กับ 1 เช่น ตัวแปร เพศ กำหนดให้ค่า 0 เมื่อตัวอย่างเป็นเพศชาย และ 1 เมื่อตัวอย่างเป็นเพศหญิง เป็นต้น

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์

ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ ดังนี้ ทดสอบภาวะ Multicollinearity โดยใช้ Collinearity statistic ได้ค่า Tolerance อยู่ระหว่าง 0.412-0.959 ถ้าค่า Tolerance เข้าใกล้ 1 แสดงว่าตัวแปรเป็นอิสระจากกัน และได้ค่า VIF (Variance Inflation Factors) อยู่ระหว่าง 1.042-2.429 ถ้าค่า VIF > 10 แสดงว่า มีสหสัมพันธ์ของตัวแปรทำนายมากหรือมีภาวะร่วมของตัวแปรสูง ผลการทดสอบจึงสรุปได้ว่า ไม่มีภาวะ Multicollinearity ตัวแปรเป็นอิสระจากกันผลของการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า คุณภาพการมารับบริการคลินิกฝังเข็ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05 เมื่อพิจารณาจากค่า beta เรียงตามลำดับอิทธิพลจากมากไปน้อย คือ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากบุคคลต่างๆ และการได้รับข้อมูลข่าวสาร

จากสื่อต่างๆ (Beta=0.355), การรับรู้ประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพตนเอง (Beta=0.168) ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง (Beta=0.123) ทักษะการดูแลสุขภาพตนเอง (Beta=0.098), และปัจจัยอื่น ได้แก่ การได้รับนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพของสถานศึกษา และการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ (Beta= -0.273) ดังแสดงในตารางที่ 3 ซึ่งร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้ร้อยละ 38.6 (ดังตาราง 3)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์

ตัวแปรพยากรณ์	B	SE _B	Beta	t	p-value
ปัจจัยเสริม ได้แก่	0.428	0.157	0.355	2.734	0.007
การได้รับคำแนะนำจากบุคคลต่างๆ					
การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ					
ปัจจัยนำ ได้แก่					
- การรับรู้ประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพตนเอง	0.192	0.141	0.168	1.361	0.176
- ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง	0.130	0.113	0.123	1.151	0.252
- ทักษะการดูแลสุขภาพตนเอง bb	0.100	0.108	0.098	0.920	0.360
ปัจจัยอื่น ได้แก่	-0.331	0.173	-0.273	-1.915	0.058
การได้รับนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพของสถานศึกษา					
การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ					
- ค่าคงที่	0.725	0.402		1.804	0.074

อภิปรายผล

พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด อยู่ในระดับมาก เนื่องจากนักศึกษาอาจมีความรอบรู้จากการเรียนเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา หรือสารเสพติดต่างๆ ที่เป็นส่วนหนึ่งของการเกิดโรคต่างๆ ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของสรารุณี พงษ์พิพัฒน์ และคณะ¹⁰ ส่วนการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การจัดการกับความเครียด และการใช้บริการสถานบริการสุขภาพ โดยทุกด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากนักศึกษามีการทำงานระหว่างเรียนทำให้ไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย และมีวิถีชีวิตแบบสังคมเมือง การบริโภคอาหารเป็นไปอย่างเร่งรีบ สอดคล้องกับงานวิจัยของชื่นนภา บุตติวงศ์¹¹

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยอื่น และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์

ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ทักษะการดูแลสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ระดับน้อย แสดงให้เห็นว่าความรู้เป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเองต่อการแสดงพฤติกรรมแต่ความรู้ไม่ได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสมอไป ซึ่งต้องมีปัจจัยอื่นๆ ประกอบเพื่อให้เกิดการแสดงกิจกรรมสอดคล้องกับแนวคิดของ Green and Kreuter (1991) เกี่ยวกับแบบจำลอง PRECEDE ในเรื่องปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของนักศึกษาหรือในอีกด้าน

หนึ่งปัจจัยนี้จะเป็นความพอใจของนักศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา เกตุคำพันธ์, วัฒน บัญกอบ, จันทร์จาร์ เกตุมาโร และเกษม ชูรัตน์¹² และฐปรัตน์ รักษ์ภาณุสิทธิ์, นฤมล จินเมือง, และนันทยา ไชยนิ่ง¹³

ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การได้รับนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพของสถานศึกษา และการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ระดับน้อย สามารถอธิบายได้ว่า การมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพของสถานศึกษาอย่างเป็นรูปธรรม โดยผ่านทั้งการเรียนและกิจกรรมโครงการทำให้นักศึกษาได้ เข้าร่วมกิจกรรมตามความสมัครใจจะส่งผลให้นักศึกษามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของ Green and Kreuter¹⁴ เกี่ยวกับแบบจำลอง PRECEDE เกี่ยวกับพฤติกรรมจะเกิดขึ้นเมื่อมีการสนับสนุนด้านทักษะและนโยบาย เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการและสถานบริการสุขภาพในการเข้าถึงบริการที่มีความยากง่าย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของฐปรัตน์ รักษ์ภาณุสิทธิ์ คณะ¹³ และไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของจินตนา เกตุคำพันธ์ และคณะ¹²

ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากบุคคลต่างๆ และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ระดับน้อย สามารถอธิบายได้ว่า การได้รับคำแนะนำและข่าวสารด้านสุขภาพจากแหล่งข้อมูลและสื่อต่างๆ โดยเฉพาะอินเทอร์เน็ตมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับแนวคิดของ Green and Kreuter¹⁴ เกี่ยวกับแบบจำลอง PRECEDE เกี่ยวกับปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพนั้นได้รับการสนับสนุนเป็นผลสะท้อนที่นักศึกษาจะได้รับจากการแสดงถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งอาจช่วยสนับสนุนหรือเป็นแรงกระตุ้นในการแสดงพฤติกรรมทางสุขภาพเป็นปัจจัยภายนอกที่มาจากนักศึกษาหรือกลุ่มอาจารย์ที่มีอิทธิพลต่อนักศึกษาในเรื่องการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของอภิชาติ อภิชาติพร⁶ และไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของจินตนา เกตุคำพันธ์ และคณะ¹²

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p\text{-value} < 0.05$) เมื่อพิจารณาจากค่า beta เรียงตามลำดับอิทธิพลจากมากไปน้อย คือ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากบุคคลต่างๆ และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ, การรับรู้ประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพตนเอง, ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง, ทักษะติดต่อการดูแลสุขภาพตนเอง, และปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การได้รับนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพของสถานศึกษา และการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ ซึ่งร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้ร้อยละ 38.6 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากบุคคลต่างๆ และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ ผลการศึกษาพบว่า การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากอาจารย์หรือที่ปรึกษาในคณะสามารถดูแลสุขภาพสามารถเป็นตัวอย่างและให้คำแนะนำในการเลือกกิจกรรมหรือการออกกำลังกายที่เหมาะสม รวมทั้งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการใช้ชีวิตที่ดีทางสุขภาพ หรือบทความในเว็บไซต์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาสุขภาพสามารถมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของนักศึกษาในการเลือกที่จะดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอภิชาติ อภิชาติพร⁶และไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของจินตนา เกตุคำพันธ์ และคณะ¹²

ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ทักษะติดต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพตนเอง เมื่อนักศึกษารับรู้ถึงประโยชน์ที่มีจากการดูแลสุขภาพอย่างถูกต้อง เช่น การมีสุขภาพดีช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรค, ช่วยให้มีความแข็งแรงทางกายและจิตใจที่ดี นักศึกษาจะมีแรงบันดาลใจในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพวกเขาเปลี่ยนไปในทางที่ดี ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง: การมีความรู้ที่เพียงพอเกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง เช่น การทานอาหารที่มีประโยชน์, การออกกำลังกายเป็นประจำ, การนอนพักผ่อนที่เพียงพอ นักศึกษาจะมีความมั่นใจและมีแนวทางที่ชัดเจนในการดำเนินพฤติกรรมเหล่านี้ในชีวิตประจำวัน รวมทั้งทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองที่เชื่อมั่นใน

ความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเองสามารถมีผลต่อการตัดสินใจและพฤติกรรมของนักศึกษาในการดูแลสุขภาพ เช่น นักศึกษาที่มีทัศนคติบวกต่อการออกกำลังกายอาจมีความสนใจและเข้าไปในกิจกรรมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอหรือที่ นักศึกษามีทัศนคติเชื่อว่าการบริโภคอาหารที่ดีช่วยให้มีสุขภาพดีอาจจะมีแนวโน้มที่จะเลือกทานอาหารที่มีประโยชน์มากขึ้น ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา เกตุคำพันธ์ และคณะ¹² และฐปรัตน์ รักษภานุสิทธิ์ และคณะ¹³

ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การได้รับนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพของสถานศึกษา และการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ ผล การศึกษาพบว่า การสนับสนุนการศึกษาเรื่องสุขภาพ การมีการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพที่ถูกต้องและเชื่อถือได้ให้แก่ นักศึกษา เช่น การจัดอบรมเรื่องของการจัดการสุขภาพจิต, การจัดโครงการเรียนรู้การจัดการอาหาร, หรือการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่เป็นประจำในหลักสูตรการศึกษา ส่วนการให้บริการทางการแพทย์และสุขภาพ การมีบริการที่มีคุณภาพและเหมาะสมกับความต้องการของนักศึกษา เช่น การให้บริการตรวจสุขภาพประจำปี, การให้คำแนะนำเกี่ยวกับโภชนาการหรือ การให้บริการจัดการสุขภาพจิต การเข้าถึงนโยบายและบริการเหล่านี้สามารถส่งเสริมให้นักศึกษามีการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสมและมีสุขภาพที่ดีได้ และส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองในทางที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของฐปรัตน์ รักษภานุสิทธิ์ และคณะ¹³ และไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของจินตนา เกตุคำพันธ์ และคณะ¹²

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การที่จะให้นักศึกษาตระหนักรู้ถึงผลกระทบจากการดูแลสุขภาพตนเองด้วยการเรียนการสอน เพื่อการ เป็นผู้นำทางด้านสุขภาพควรจะต้องให้ความสำคัญกับการให้คำแนะนำจากบุคคลต่างๆ และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ ต่างๆ รวมทั้งการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองให้กับนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการสร้างตระหนักและส่งเสริมด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองให้มากขึ้น
2. ควรคำนึงถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้แก่ การได้รับ คำแนะนำจากบุคคลต่างๆ และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางในการทำกิจกรรมส่งเสริมและ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น เพิ่มช่องทางในการรับรู้ข่าวสารจากสื่อต่างๆให้มากขึ้น หรือนำบุคคลกรที่ มีความรู้ความชำนาญมาให้คำแนะนำแก่นักศึกษา
3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพและการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพที่สามารถ ตอบสนองความต้องการของนักศึกษาได้อย่างครอบคลุมและเพียงพอ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. monitoring health for the SDGs, 2021. เข้าถึงเมื่อ 15 พ.ย. 2567, จาก <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/342703/9789240027053-eng.pdf>.
2. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานประจำปี 2564. เข้าถึงเมื่อ 15 พ.ย. 2567, จาก <https://online.fliphtml5.com/bcbgj/flap/#p=1>.
3. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎีกา. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570). เข้าถึงเมื่อ 15 พ.ย. 2567, จาก <https://www.dop.go.th/th/know/5/1856>.

4. กองมณี สุรวงศ์ศิลป์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรสำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. 2550. เข้าถึงเมื่อ 15 พ.ย. 2567, จาก https://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve_Doi=10.14457/KU.the.2008.632
5. นัจรินทร์ เนืองเฉลิม และภคิน ไชยช่วย. พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยอาชีวศึกษาในจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารราชธานีวัฒนธรรมทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 1(2), 41-55, 2559.
6. อภิชาติ อภิชาติพร. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยเกริก. สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกริก, 2561.
7. Green, L.W. & Kreuter, M.W. Health Promotion Planning: An Educational and Environment Approach. California: Mayfield Publishing, 1991.
8. Daniel, W.W. Biostatistics : A foundation for analysis in the health sciences. New York: Wiley & Sons, 1995.
9. นาริรัตน์ สังสีแก้ว, กัลญารัตน์ นิกุลรัมย์, และอิศราภรณ์ ต้นสุ. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์. สาขาการบริหารทรัพยากรมนุษย์คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์. 2561. เข้าถึงเมื่อ 15 พ.ย. 2567, จาก <https://hrm.bru.ac.th/wp-content/uploads/2022/07/A1.pdf>.
10. สราวุฒิ พงษ์พิพัฒน์, ภัทร ยันตรกร, และธัชกร พุกกะมาน. พฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ศึกษาสาร มหาววิทยาลัยเชียงใหม่, 1(1), 2560.
11. ชื่นนภา บุตติวงศ์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร. วารสารวิทยาการจัดการ มหาววิทยาลัยราชภัฏสกลนคร, 2(3), 2565.
12. จินตนา เกตุคำพันธ์, วัณณ์ บุญกอบ, จันทรจारी เกตุมาโร และเกษม ชูรัตน์. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษาสถาบันการพลศึกษา วิทยาเขตชลบุรี ตามสุขบัญญัติแห่งชาติ. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ, 14(1), 187-197, 2565.
13. ฐปรัตน์ รักษาณูสิทธิ์, นฤมล จินเมือง, และนันทิยา ไชยนิ่ง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี. วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 29(3), 170-178, 2561.
14. Green, L. and Kreuter, M. Health promotion planning. Mayfield Publishing Co., Mountain View, 2-20, 1991.

Received: 10 Jan. 2025, Revised: 15 Feb. 2025

Accepted: 16 Feb. 2025

บทความวิจัย

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จังหวัดหนองบัวลำภู

อมร ทองรักษ์^{1*}

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุอาจมีโรคเรื้อรังที่มีพยาธิสภาพของโรคเรื้อรังไม่หาย อาจมีการกำเริบของโรคซ้ำหรือมีความทุพพลภาพ จำเป็นต้องมีระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จังหวัดหนองบัวลำภู กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 404 คน ผู้ดูแลและผู้สูงอายุ กลุ่มละ 81 คน คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ระหว่างเดือนสิงหาคม-พฤศจิกายน 2567 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา และ Paired t-test

ผลการศึกษา หลังพัฒนาได้ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายที่พัฒนา มี 5 กิจกรรม ดังนี้ กำหนดบทบาทเครือข่าย พัฒนาระบบการจัดการบริการ การสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ พัฒนาการจัดการบริการ และพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในระยะท้าย หลังพัฒนาเครือข่ายมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .005$) และมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .010$) ผู้ดูแลมีความสามารถดูแลผู้สูงอายุโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สรุป หลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ทำให้เครือข่ายมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบ, การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว, การมีส่วนร่วมของเครือข่าย

^{1*} สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู

* Corresponding author E-mail: amornrak08@gmail.com

Original Article

Development of long-term care system for elderly With network participation Nong Bua Lamphu Province

Amorn Thongrak^{1*}**Abstract**

Elderly people may have chronic diseases with incurable disease pathology. There may be relapse or disability. There was need for long-term care system. This research and development aimed to study the effects of developing long-term care system for the elderly with participation of network in Nong Bua Lamphu Province. Sample group consisted of 404 people, caregivers and elderly group consisted of 81 people in each group, selected by simple random sampling. Data collection tool was questionnaire. Between August and November 2024. Data analysis statistics used include descriptive statistics and Paired t-test.

Results: After development, there was long-term care system for elderly with network participation were 5 activities as follows: Define network roles, develop long-term service budget, support elderly clubs, develop services for elderly and develop the potential of caregivers in the end. After developing network participation in the development of overall elderly care system increased significantly ($p = .005$) and participation development of overall elderly quality of life increased with statistical significance ($p = .010$). Caregivers' overall ability for elderly care increased significantly ($p < .001$). The quality of life of elderly in daily activities increased significantly ($p < .001$).

Conclusion: After developing system for elderly long-term care with the participation of network, the network participates improving elderly quality of life and the elderly's overall quality of life increases.

Keywords: Development System, Elderly Long-Term Care, Network Participation

^{1*} Nong Bua Lamphu Provincial Health Office

*Corresponding author E-mail: amornrak08@gmail.com

บทนำ

ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุข คือระบบการดำเนินงานสาธารณสุขเชิงรุก เพื่อป้องกันและแก้ไข ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ ที่สำคัญในการติดตามสถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อหามาตรการ จัดหรือลดปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ¹ กลุ่มบุคลากรสาธารณสุขและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควรได้รับการอบรมฟื้นฟูศักยภาพ มีการสนับสนุนงบประมาณด้านการจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว² การจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ และการดูแลที่ต่อเนื่อง ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่อยู่ในภาวะพึ่งพาไม่สามารถ ช่วยเหลือตัวเองได้ถูกจัดให้เป็นกลุ่มที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาว เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีพยาธิสภาพของโรคที่ รักษาไม่หาย อาจมีการกำเริบของโรคซ้ำหรือมีความทุพพลภาพ³ แม้ผู้สูงอายุจะมีอายุยืนยาวขึ้นแต่จะมีการขยายเวลาการ เจ็บป่วย หรือช่วงเวลาที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นเช่นกัน⁴ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการ เตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ⁵

จังหวัดหนองบัวลำภู มีชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 226 ชมรม โรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 60 แห่ง สถานการณ์สุขภาพ ผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ 2564-2567 มีผู้สูงอายุ จำนวน 68,586, 72,988, 84,426 และ 88,051 คน คิดเป็นร้อยละ 16.56, 16.99, 16.59 และ 17.31 ของประชากรทั้งหมด ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2566 ผลการตรวจคัดกรอง จำนวน 27,572 คน (ร้อยละ 34.55) แบ่งเป็นกลุ่มติดสังคม จำนวน 26,354 คน (ร้อยละ 95.58) กลุ่มติดบ้าน จำนวน 1,092 คน (ร้อยละ 3.96) และกลุ่มติดเตียง จำนวน 126 คน (ร้อยละ 0.47) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 5,681 คน เรียงตาม อำเภอที่พบมากที่สุดคือ อำเภอเมืองหนองบัวลำภู จำนวน 2,011 คน รองลงมาคือ อำเภอศรีบุญเรือง จำนวน 1,252 คน และ อำเภอนากลาง จำนวน 745 คน ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า มีสภาพปัญหาสุขภาพปัญหาผลกระทบทางด้าน สาธารณสุขจากการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดหนองบัวลำภู ยังไม่มีระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวที่ไม่ ชัดเจน ไม่มีการพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ และภาคีเครือข่ายทางสังคมไม่ได้ เข้ามามีส่วนร่วมมือกันในการพัฒนาสุขภาพและไม่ได้มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ ขาดการสื่อสารข้อมูลระหว่างกันทำให้ขาดความมั่นใจ ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน⁶ ทั้งนี้ได้มีการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพครอบครัว ชุมชนและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายทางสังคม ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของจังหวัดหนองบัวลำภู ในการขับเคลื่อน งานผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อครบวงจร ซึ่งหลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จะทำให้เครือข่ายมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงได้ทำ การวิจัย การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จังหวัดหนองบัวลำภู ในครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

- เพื่อประเมินผลการพัฒนา ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จังหวัด หนองบัวลำภู

รูปแบบงานวิจัย research and development

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ

เครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและระดับตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับงานด้านผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตั้งแต่อายุ 18 ปีขึ้นไป และมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผู้สูงอายุ ในจังหวัดหนองบัวลำภู คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรประมาณค่าเฉลี่ย⁹ ดังนี้ เครือข่าย จำนวน 404 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างเครือข่ายแบบเป็นระบบ (systematic sampling) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 81 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 81 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling)

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรต้น คือ กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จังหวัดหนองบัวลำภู ประกอบด้วย 1) พัฒนาการรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2) พัฒนาการมีส่วนร่วมสนับสนุนจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชนและพัฒนาชมรมผู้สูงอายุให้เป็นโรงเรียนผู้สูงอายุ 3) พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ตัวแปรตาม คือ การประเมินผล ดังนี้

กลุ่มเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

กลุ่มผู้ดูแลสูงอายุ ได้แก่ ศักยภาพด้านบทบาทการทำงาน และ ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ

กลุ่มผู้สูงอายุ คือ การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ชุดเครื่องมือ ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา คือ แบบบันทึกข้อมูลเชิงคุณภาพกระบวนการพัฒนา เป็นกิจกรรมการดำเนินการในพื้นที่ 13 อำเภอ 5 กิจกรรม ดังนี้ 1) กำหนดบทบาทเครือข่าย 2) พัฒนาระบบการจัดการบริการระยะยาว 3) การสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ 4) พัฒนาการจัดการบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ 5) การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะท้ายของชีวิต

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีจำนวน 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับเครือข่าย ประยุกต์ตามแนวทางการศึกษาด้านการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว¹⁰ ดังนี้

ส่วนที่ 1 การรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ¹¹ คือ 1 = ไม่รับรู้ ถึง 5 = มากที่สุด การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ¹² คือ ระดับต่ำ ปานกลาง และสูง

ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จำนวน 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ¹¹ คือ 1 = ไม่มี ถึง 5 = มากที่สุด การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ¹² คือ ระดับต่ำ ปานกลาง และสูง

ส่วนที่ 3 การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของเครือข่าย จำนวน 18 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ¹¹ คือ 1 = น้อยที่สุด ถึง ระดับ 5 = มากที่สุด การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ¹² คือ ระดับต่ำ ปานกลาง และสูง

ชุดที่ 2 แบบสอบถามผู้ดูแล

ประยุกต์ตามแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว¹³

ส่วนที่ 1 ศักยภาพด้านบทบาทการทำงาน จำนวน 7 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 9 ระดับ¹¹ การตอบ 0 หมายถึง ไม่ได้ทำ จนถึงระดับ 9 หมายถึง ได้ทำงานลักษณะนั้นมากที่สุด การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ¹² คือ ต่ำ, ปานกลาง, สูง

ส่วนที่ 2 ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 29 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ¹¹ คือ 1= น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ¹² คือ ระดับต่ำ ปานกลาง และสูง

ชุดที่ 3 แบบสอบถามผู้สูงอายุ จำนวน 26 ข้อ การศึกษานี้ประยุกต์ใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต¹³⁻¹⁴ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ¹¹ ดังนี้ 1 = ไม่พึงพอใจ/ทำไม่ได้ ถึงระดับ 5 = รู้สึกพอใจ/ทำได้มากที่สุด

การแปลผลแบ่งเป็นการจัดกลุ่มคุณภาพชีวิต ดังนี้

กลุ่มคุณภาพชีวิต	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี
ด้านสุขภาพกาย (Physical)	7 -16	17-26	27-35
ด้านจิตใจ (Mental)	6 -14	15-22	23-30
ด้านสังคม (Social)	3 - 7	8 -11	12-15
ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)	8 -18	19-29	30-40
Total	26 -60	61-95	96-130

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน มีค่า CVI เท่ากับ 1 ทุกประเด็น คือ ประเด็นการพัฒนาและกิจกรรมการดำเนินการ หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) นำไปทดลองใช้ (try out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 30 คน ปรากฏค่าเชื่อมั่น (alpha) ดังนี้ การรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ เท่ากับ 0.90 ศักยภาพผู้ดูแล เท่ากับ 0.87 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้บังคับบัญชาหรือหัวหน้าหน่วยงาน และใช้การอธิบายโครงการวิจัยต่อกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยภาคสนาม จำนวน 6 คน (อำเภอละ 1 คน)
2. วิธีการเก็บข้อมูลแบบสอบถามโดยแจ้งรายละเอียดของโครงการและการเก็บข้อมูลเป็นความลับตามหลักจริยธรรมของการทำวิจัยในมนุษย์ โดยได้จัดทำใบยินยอมเข้าร่วมโครงการให้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ
3. เมื่อได้รับแบบสอบถามกลับผู้วิจัยกำหนดรหัส ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถามควบคุมคุณภาพของข้อมูล โดยทำการตรวจสอบความถูกต้อง และครบถ้วนของข้อมูล (clean data) จากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้ไปทำการวิเคราะห์ประมวลผล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test

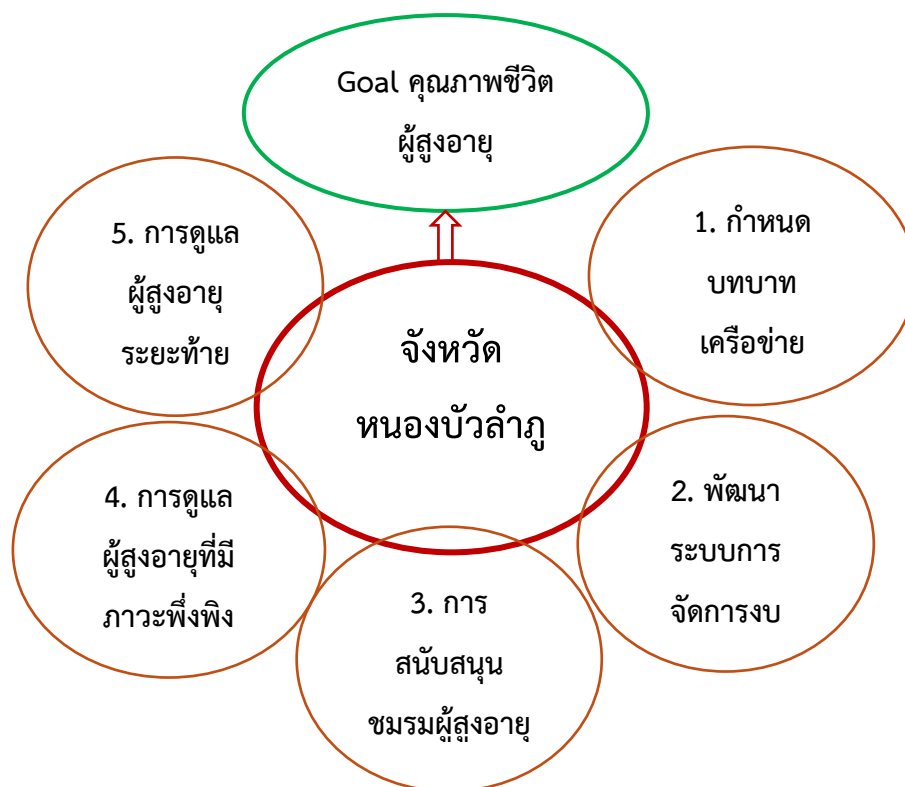
จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู รหัสโครงการ 20/2567 วันที่ 13 สิงหาคม 2567

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเครือข่าย พบว่า ส่วนใหญ่เครือข่ายเป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.1 อายุ 40 ปีขึ้นไป ร้อยละ 85.1 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 88.9 จบปริญญาตรี ร้อยละ 62.4 อาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 69.3 รายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 56.2 ระยะเวลาเข้าร่วมเครือข่ายต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 52.7 หน้าที่ในเครือข่ายเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร้อยละ 63.1

1. ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จังหวัดหนองบัวลำภู โดยใช้การขับเคลื่อนความยั่งยืนไปสู่การปฏิบัติ (implementation) ตามกระบวนการพัฒนาคุณภาพการทำงานอย่างต่อเนื่องด้วยวิธี PDCA (Plan-Do-Check-Act) ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จังหวัดหนองบัวลำภู ที่พัฒนาโดยมีเป้าหมาย (Goal) คือ ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มี 5 กิจกรรม ดังนี้ 1) กำหนดบทบาทเครือข่าย 2) พัฒนาระบบการจัดการบริการระยะยาว (long-term care: LTC) โดยความร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในการสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการ 3) การสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ 4) พัฒนาการจัดบริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ 5) พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะท้ายของชีวิต มีลักษณะเป็นเกลียวเวียนหรือวงจรต่อเนื่องกันไป (spiral of steps) ทั้ง 5 กิจกรรม ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ผังวงจร (spiral of steps) ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จังหวัดหนองบัวลำภู

2. ผลการพัฒนาเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ พบว่า การรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุหลังพัฒนาโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI: 0.31-0.82, $p < 0.001$) เพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ ด้านอุปสรรคการส่งเสริมสุขภาพ ($p < 0.001$) ด้านประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพ ($p = 0.001$) และด้านความสามารถการส่งเสริมสุขภาพ ($p = 0.001$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระดับการรับรู้ของเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้านระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา (n = 404)

ตัวแปร	ระดับ						t	p-value
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพ							-3.406	0.001*
ก่อนพัฒนา	0	0.0	15	3.7	389	96.3		
หลังพัฒนา	0	0.0	8	2.0	396	98.0		
อุปสรรคการส่งเสริมสุขภาพ							-3.610	0<.001*
ก่อนพัฒนา	16	4.0	356	88.1	32	7.9		
หลังพัฒนา	16	4.0	352	87.1	36	8.9		
ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพ							-3.215	0.001*
ก่อนพัฒนา	0	0.0	155	38.4	249	61.6		
หลังพัฒนา	0	0.0	146	36.1	258	63.9		
รวมทุกด้าน							-4.357	0<.001*
ก่อนพัฒนา	0	0.0	170	42.1	234	57.9		
หลังพัฒนา	0	0.0	154	38.1	250	61.9		

*p- value < .05, Paired t-test

การมีส่วนร่วมในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวหลังพัฒนาโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI: 0.17-0.21, $p = .005$) โดยพบว่าเครือข่ายมีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมมากที่สุดคือด้านการพัฒนาระบบบริการ ($p = 0.002$) การกระตุ้นหนุนเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ($p = 0.009$) และ การขับเคลื่อนการดำเนินการ ($p = 0.015$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมในระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้าน ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา (n= 404)

ตัวแปร	ระดับ						t	p-value
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การพัฒนาระบบบริการ							-3.078	0.002*
ก่อนพัฒนา	0	0.0	317	78.5	87	21.5		
หลังพัฒนา	0	0.0	313	77.5	91	22.5		
การกระตุ้นหนุนเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ							-2.631	0.009*
ก่อนพัฒนา	0	0.0	160	39.6	244	60.4		
หลังพัฒนา	0	0.0	154	38.1	250	61.9		
การมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจเพิ่มเติมส่วนขาด							-2.509	0.012*
ก่อนพัฒนา	0	0.0	167	41.3	237	58.7		
หลังพัฒนา	0	0.0	162	40.1	242	59.9		
การขับเคลื่อนการดำเนินการและประเมินผล							-2.441	0.015*
ก่อนพัฒนา	0	0.0	175	43.3	229	56.7		
หลังพัฒนา	0	0.0	170	42.1	234	57.9		
รวมทุกด้าน							-2.823	0.005*
ก่อนพัฒนา	0	0.0	167	41.3	237	58.7		
หลังพัฒนา	0	0.0	162	40.1	242	59.9		

*p-value < .05, Paired t-test

3. ผลการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ ค่าเฉลี่ยคะแนนศักยภาพด้านบทบาทการทำงานของผู้ดูแลพบว่า หลังพัฒนาผู้ดูแลมีศักยภาพด้านบทบาทการทำงานโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI: 1.97-2.94, $p < .001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับศักยภาพด้านบทบาทการทำงานของผู้ดูแลโดยรวม ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา (n= 81)

ตัวแปร	ระดับ						t	p-value
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ก่อนพัฒนา	0	0.0	47	58.0	34	42.0	-3.969	0< .001*
หลังพัฒนา	0	0.0	12	14.8	69	85.2		

*p - value < .05, Paired t-test

4. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวม พบว่า หลังพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI: 1.68-2.02, $p < 0.001$) คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ ด้านสุขภาพกาย ($p = 0.001$) ด้านสังคม ($p = 0.006$) และด้านจิตใจ ($p = 0.165$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้าน ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา (n= 81)

ตัวแปร	ระดับ						t	p-value
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ด้านสุขภาพกาย							-3.596	0.001*
ก่อนพัฒนา	6	7.4	12	14.8	63	77.8		
หลังพัฒนา	0	0.0	4	4.9	77	95.1		
ด้านจิตใจ							-1.402	0.165
ก่อนพัฒนา	10	12.3	60	74.1	11	13.6		
หลังพัฒนา	7	8.6	51	63.0	23	28.4		
ด้านสังคม							-2.806	0.006*
ก่อนพัฒนา	3	3.7	17	21.0	61	75.3		
หลังพัฒนา	0	0.0	3	3.7	78	96.3		
ด้านสิ่งแวดล้อม							-2.544	0.013*
ก่อนพัฒนา	3	3.7	18	22.2	60	74.1		
หลังพัฒนา	0	0.0	9	11.1	72	88.9		
รวมทุกด้าน							-3.765	0<.001*
ก่อนพัฒนา	0	0.0	22	27.2	59	72.8		
หลังพัฒนา	0	0.0	16	19.8	65	80.2		

*p- value < .05, Paired t-test

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จังหวัดหนองบัวลำภู โดยใช้การขับเคลื่อนความยั่งยืนไปสู่การปฏิบัติ (implementation) ตามกระบวนการพัฒนาคุณภาพการทำงานอย่างต่อเนื่องด้วยวิธี PDCA (Plan-Do-Check-Act) ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จังหวัดหนองบัวลำภู ที่พัฒนาโดยมีเป้าหมาย (Goal) คือ ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มี 5 กิจกรรม ดังนี้ 1) กำหนดบทบาทเครือข่าย 2) พัฒนาระบบการจัดการบริการระยะยาว (long-term care: LTC) โดยความร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในการสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการ 3) การสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ 4) พัฒนาการจัดบริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ 5) พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะท้ายของชีวิต ผลงานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในปี 2567 ผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้น อธิบายได้ว่า จุดประสงค์หลักของระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวครบวงจร จังหวัดหนองบัวลำภู แบบเกลียวเสตบทั้ง 5 กิจกรรม ทำให้เครือข่ายมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นและมีผลงานบริการผู้สูงอายุระยะยาวผ่านเกณฑ์ชีวิตเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ระบบในการดูแลผู้สูงอายุเชิงบูรณาการ ประกอบด้วย 1) ด้านครอบครัว ทั้งผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลในบริบทครอบครัว 2) อสม. มีศักยภาพในการเยี่ยมบ้านดูแลผู้สูงอายุ 3) ชมรมผู้สูงอายุ มีส่วนในการดูแลสุขภาพและช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง 4) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนงบประมาณและบุคลากร 5) ผู้นำชุมชน ร่วมจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และ 6) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สนับสนุนการก่อตั้งชมรมผู้สูงอายุ อบรม อสม. ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน¹⁵ การศึกษาของ สมิตรา วิชา และคณะ¹⁶การศึกษาเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ พบว่ารูปแบบเครือข่าย มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การประเมินสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและศักยภาพของผู้ดูแล 2) การดูแลช่วยเหลือโดยกลุ่มคนในชุมชน 3) การจัดระบบบริการสุขภาพ ระบบการดูแลต่อเนื่อง 4) การวางแผนโครงการงบประมาณจากเทศบาล และ 5) การดูแลผู้สูงอายุจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การศึกษาในประเทศเนเธอร์แลนด์ พบว่า พันธกิจหลักของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว คือ 1) การมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 2) คุณภาพการดูแล และ 3) คุณภาพระบบการดูแลระยะยาว¹⁷ และการศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย พบว่า มีองค์ประกอบ คือ 1) การปรับระบบการบริหารจัดการ 2) การวางแผนการทำงาน 3) การสื่อสาร 4) พัฒนาศักยภาพเครือข่าย และ 5) สร้างทีมปฏิบัติการ¹⁸

2. ผลการพัฒนาเครือข่ายในการมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุ พบว่า หลังพัฒนาเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุมีส่วนร่วมตามบทบาทในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่โดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าเครือข่ายมีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมมากที่สุดคือด้านการพัฒนาระบบบริการ การกระตุ้นหนุนเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และมี การขับเคลื่อนการดำเนินการและประเมินผล ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจาก เครือข่ายมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ ผู้สูงอายุทุกกลุ่มได้รับการดูแลช่วยเหลือให้มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน รองลงมา คือ ผู้สูงอายุในพื้นที่อันใจไม่ถูกทอดทิ้ง และการได้รับการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพหรือรู้เท่าทันสื่อต่างๆ โดยพบว่าเครือข่ายมีค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมากที่สุด คือ ด้านกายภาพ ด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และด้านคุณค่าและประสบการณ์ ตามลำดับ อธิบายได้ว่า หลังการพัฒนาเครือข่ายมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเพิ่มขึ้น และสนับสนุนให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต นำทรัพยากรที่มีในท้องถิ่นมาร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จึงทำให้ผู้สูงอายุในพื้นที่มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สิทธิพรธร เรือนจันทร์ และ พิภูลทิพย์ ขุนเศรษฐ¹⁹ ศึกษาการพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ พบว่า หลังพัฒนาเครือข่ายมีส่วนร่วมเตรียมความพร้อมด้านทักษะ การประสานข้อมูลและแรงจูงใจในการดูแลผู้สูงอายุและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์คือ มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ มีนโยบายและการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ ทำให้

เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการและกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น และการศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า การดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ได้แก่ การประเมินสภาพปัญหา การวางแผน ประสานความร่วมมือเป็นองค์กรร่วม และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ²⁰

3. ผลการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ดูแลได้รับสนับสนุนช่วยเหลือจากเครือข่าย และมีกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ผู้ดูแลมีศักยภาพด้านการทำงานและค่าเฉลี่ยคะแนนศักยภาพด้านบทบาทการทำงานโดยรวมเพิ่มขึ้น อธิบายได้ว่า ผลการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ ครั้งนี้ ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีศักยภาพด้านความสามารถดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมเพิ่มขึ้น จึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จูรีรัตน์ จันทกร²¹ ศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ต้องประสบปัญหาทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านจิตสังคม และด้านจิตวิญญาณ และรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านติดเตียง โดยหมอประจำครอบครัว และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ควรมุ่งเน้นไปที่การตรวจสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อตรวจคัดกรองความเสี่ยงและค้นหาโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ การอบรมผู้สูงอายุในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง การอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ กิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุเป็นไปตามเกณฑ์ของ Long term care และการศึกษาบทบาทพยาบาลในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ที่ประกอบด้วย การจัดการรายกรณี การจัดรูปแบบบริการทั้งระยะต้น ระยะกลาง ระยะยาวและต่อเนื่อง²²

4. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวมหลังพัฒนาเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ ด้านสุขภาพกาย ด้านสังคม และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นน้อยที่สุดคือด้านจิตใจ ตามลำดับ อธิบายได้ว่า คุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การมีสุขภาพดีในด้านสุขภาพกายที่ดี สุขภาพจิตที่ดี สุขภาพทางสังคมสิ่งแวดล้อมที่ดี และผู้ดูแลมีศักยภาพสูง จึงทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านความสามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติพร เนาว์สุวรรณ และ มาริสา สุวรรณราช²³ การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่าความต้องการดูแลสุขภาพ ได้แก่ ส่งเสริมชมรมและการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ พัฒนาคูณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว การศึกษาของ สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 8²⁴ ผลการพัฒนาศักยภาพใน 4 มิติ พบว่า การพัฒนาในมิติสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นที่สุดสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งมีข้อสะท้อนว่า มีความจำเป็นอย่างยิ่งต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านการหนุนเสริมความรู้ เสริมทักษะในการดูแลสุขภาพ เนื่องจากปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุจะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ และการศึกษาพบว่าหลังการพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุระยะยาว ผู้สูงอายุมีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับดีขึ้น²⁵

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำไปใช้ประโยชน์

1.1 การบริหารจัดการระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความสำเร็จของการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จังหวัดหนองบัวลำภู ครั้งนี้ หลังพัฒนาเครือข่ายมีศักยภาพและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จึงควรส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในระดับพื้นที่ชุมชน เข้ารับการอบรมเพื่อปฏิบัติหน้าที่กำหนดบทบาทให้เป็นผู้ร่วมในการจัดระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อรองรับผู้สูงอายุระยะยาวที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

1.2 ด้านระบบการจัดบริการ บุคลากรผู้ให้บริการในสถานบริการสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรส่งเสริมให้มีการจัดอบรมฟื้นฟูศักยภาพของผู้ดูแลทุกระดับ ทั้งผู้ดูแลในครอบครัว ภาคเอกชน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในสังคมชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษากระบวนการดูแลแบบระยะยาวด้านสาธารณสุข ที่ขยายการดูแลครอบคลุมทั้งผู้มีภาวะพึ่งพิง ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส ครอบคลุมทุกคน ทุกกลุ่มวัย ให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมและประชาชนกลุ่มด้อยโอกาสได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณะผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภูและขอบคุณเจ้าหน้าที่เครือข่ายระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในจังหวัดหนองบัวลำภู ที่ช่วยให้งานวิจัยสำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กองแผนงาน กรมอนามัย. โครงการเฝ้าระวังและพัฒนาสารสนเทศสุขภาพผู้สูงอายุ, 2566. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 4 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://doc.anamai.moph.go.th>
2. จันจิรา อินทจิตร, ฉัตรสมุน พลภูมิโย. การดำเนินงานผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุข กรณีศึกษา ผู้จัดการระบบ และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. วารสารพยาบาลทหารบก. 22(2): 383-392; พฤษภาคม – สิงหาคม 2564.
3. Wrotek M, Kalbarczyk M. Predictors of long-term care use - informal home care recipients versus private and public facilities residents in Poland. BMC Geriatr. 23(1): 512; December 2023. doi: 10.1186/s12877-023-04216-2.
4. Permanyer I, Villavicencio F, Trias-Llimós S. Healthy lifespan inequality: morbidity compression from a global perspective. Eur J Epidemiol. 38: 511–521; December 2023.
5. อมาวสี อัมพันศิริรัตน์, มาริสา สุวรรณราช, ภาวดี เหมทานนท์, พรฤดี นิตริรัตน์, ประกาย เพชรบุญ, กฤษณกมล รักญาติสกุล. การจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 14(3): 10-21; กันยายน-ธันวาคม 2563.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู. ข้อมูล HDC จังหวัดหนองบัวลำภู [อินเทอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 2 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.lbo.moph.go.th>
7. Kemmis S, McTaggar M, Eds. The Action Research planner. Victoria, Australia: Deakin University, 1988.
8. WHO. Thailand's leadership and innovations towards healthy ageing 2023. [Internet] [cited 2024 Jan 22]. Available from: <https://www.who.int/thailand>
9. Wayne WD. Biostatistics: A Foundations for Analysis in the Health Sciences. 6th ed. New York: Wiley & Sons, 1995.
10. ศศิพันธ์ สายแหว, วรพจน์ พรหมสัตยพรต. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 7(04): 187-197; ตุลาคม-ธันวาคม 2564.
11. Likert R. "The Method of Constructing an Attitude Scale," In M. Fishbein (Ed.). Readings in attitude theory and measurement (pp. 90–96). New York: John Wiley & Son, 1974.
12. Best JW. Research in Education. Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice Hall Inc, 1977.

13. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2558.
14. Pattanaphesaj J. Health-related quality of life measure (EQ-5D-5L): measurement property testing and its preference-based score in Thai population [Doctoral dissertation]: Mahidol University, 2014.
15. รัถยานภิศ รัชตะวรรณ, เบญจวรรณ ถนอมขยธวัช. ตัวแบบในการดูแลผู้สูงอายุเชิงบูรณาการ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 7(2): 100-113; พฤษภาคม - สิงหาคม 2563.
16. สมิตรา วิชา, ณัฏพนธ์ มานพ, สุภา ศรีรุ่งเรือง, เบญจพร เสาวภา, ศิริรัตน์ ศรีภักทรากร, ณัฐกานต์ ตาบุตรวงศ์, ธนภฤช หมั่นก้อนแก้ว. การศึกษารูปแบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง. วารสาร ม.ฉ.ก. วิชาการ. 22(43): 70-85; กรกฎาคม - ธันวาคม 2561.
17. Travers JL, Hirschman KB, Naylor MD. Adapting Andersen's expanded behavioral model of health services use to include older adults receiving long-term services and supports. BMC Geriatrics. 20(1): 58; December 2020. doi10.1186/s12877-019-1405-7
18. นลินี เกิดประสงค์, จันทิมา นวมะวัฒน์. ระบบและกลไกเพื่อรองรับสังคมสูงวัยระดับตำบล. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 30(1): 49-63; มกราคม - มีนาคม 2565.
19. สิทธิพรธร เรือนจันทร์, พิกุลทิพย์ ขุนเศรษฐ. การพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังในชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์. 29(1): 71-87; มกราคม-เมษายน 2566.
20. สุกัญญา ปวงนิยม, นงนภัทร รุ่งเนย, อุไรรัชต์ บุญแท้. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นำร่องต้นแบบจังหวัดเพชรบุรี. วารสารแพทย์เขต 4-5. 38(3): 178-195; เมษายน - มิถุนายน 2562.
21. ณัฐพร ประกอบ, ไพจิตร ล้อสกุลทอง, สมฤทธิ เนตรทิพย์, บุญถี ล้อยศ. การพัฒนาศูนย์กลางบูรณาการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้ปัวตันแบบระบบบริการการดูแลระยะยาวภายใต้บริบทของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว จังหวัดน่าน. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม. 1: 63-71; เมษายน 2561.
22. บุญญาพร ดีบุตม, รัตนภรณ์ อวีนันท์, ปิยะนารถ จาติเกตุ. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ในอำเภอเมือง จังหวัดลำพูน. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 10(2): 8-24; กรกฎาคม-ธันวาคม 2563.
23. จุริรัตน์ จันทการ. การพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยหมอประจำครอบครัวและการมีส่วนร่วมของครอบครัว ตำบลทุ่งลาน อำเภอกลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา. [อินเทอร์เน็ต] 2567. [เข้าถึงเมื่อ 13 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.skho.moph.go.th>
24. ประเสริฐ เก็มประโคน, มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์, วิไลพร คลีกร. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและเข้าถึงบริการ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9; วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 16(1): 140-55; มกราคม - เมษายน 2565.

25. Nagata C, Tsutsumi M, Kiyonaga A, Nogaki H. Evaluation of a training program for community-based end-of-life care of older people toward aging in place A mixed methods study. Nurse Educ Pract. 2021; 54:103091. doi:10.1016/j.nepr. 103091; 2021 Jul.
26. กิตติพร เนาว์สุวรรณ, มาริสา สุวรรณราช. สภาพปัญหาและความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคใต้ตอนล่าง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์. 11(2); 118-132; กรกฎาคม - ธันวาคม 2562.
27. สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 8. รายงานการวิจัยแนวทางการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุในชุมชนโดยความร่วมมือของเครือข่าย. จังหวัดอุดรดิตถ์: สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 8, 2565.
28. วัฒนา จันทร์เปรม, มยุรี บุญทด, วิสุทธิ์ โนจิตต์, ไพศาล ขุนวิเศษ. การประเมินผลการปฏิบัติตามนโยบายการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดชัยนาท กรณีศึกษา ตำบล LTC ดีเด่นระดับเขตสุขภาพที่ 3. วารสารรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ สอนสุนันทา . 6(1): 14-34; มกราคม-เมษายน 2566.

Received: 15 Jan. 2025, Revised: 6 Feb. 2025

Accepted: 16 Feb. 2025

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพด้านการใช้สมุนไพรเป็นยาสามัญประจำบ้าน
ของจิตอาสาในชุมชนกองขยะหนองแขม เขตหนองแขม กรุงเทพมหานคร

รัชดาภรณ์ บัวมะกุล^{1*}, ธันวา บัวมะกุล²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพด้านการใช้สมุนไพรเป็นยาสามัญประจำบ้าน ของจิตอาสาในชุมชนกองขยะหนองแขม เขตหนองแขม กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง คือ จิตอาสาในชุมชนกองขยะหนองแขม จำนวน 76 คน โดยเก็บข้อมูลทั้งหมด รูปแบบการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง โปรแกรมพัฒนาศักยภาพด้านการใช้สมุนไพรนี้ เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสอบถามที่ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการใช้สมุนไพรดูแลสุขภาพของจิตอาสา แบบสอบถามมีค่า IOC อยู่ในช่วง 0.89–0.97 ค่า KR-20 ของแบบสอบถามความรู้เท่ากับ 0.98 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามด้านทักษะและด้านพฤติกรรม เท่ากับ 0.95 และ 0.92 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติ paired sample t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย พบว่า หลังทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความรู้ระดับต่ำ หลังเข้าร่วมโปรแกรมระดับความรู้สูงขึ้นอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนระดับทัศนคติ และพฤติกรรมในระดับต่ำลดลง ระดับสูงเพิ่มขึ้น และมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมหลังเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมพัฒนาศักยภาพด้านการใช้สมุนไพรเป็นยาสามัญประจำบ้านนี้สามารถเพิ่มความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเป็นยาสามัญประจำบ้านได้ จึงควรนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการใช้สมุนไพรในชุมชนอื่น ๆ ให้เหมาะกับบริบทของแต่ละชุมชนต่อไป

คำสำคัญ : โปรแกรมพัฒนาศักยภาพ สมุนไพร ยาสามัญประจำบ้าน

^{1*} ศูนย์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

*Corresponding author E-mail : miuoka2@hotmail.com

*Original Article***The Effect of the Program Development for Potential of Using Herbal Medicine as a Common Household Remedy among Volunteers in the Nong Khaem Garbage Dump Community, Nong Khaem District, Bangkok.****Ratchadaphon Buamahakul^{1*} Thanwa Buamahakul²****Abstract**

This research aimed to study the effects of a potential development program on the use of herbs for health care among village health volunteers, Nong Kheam Garbage Dump Community in Nong Kheam District, Bangkok. A total of 76 village health volunteers were purposive selected. Data collection tools were knowledge, attitude, and behavior questionnaires. The IOC value of the questionnaire ranged between 0.89-0.97. The KR-20 value for the knowledge questionnaire was 0.98. The Cronbach's alpha coefficient of attitude and behavior questionnaires were 0.95 and 0.92, respectively. The statistics, including amount, frequency, percentage, mean, and standard deviation were used in this study. The data was analyzed by using paired sample t-test.

The research findings indicate that the sample group had a low level of knowledge, but after participating, their knowledge level was moderate. As for attitudes and behaviors, the low-level attitudes and behaviors decreased while the high-level ones increased. The mean scores of knowledge, attitude, and behavior regarding the uses of herbs for health care of samples were significantly higher than before participating in a program ($p < .05$). The study results show that this program for developing the potential of using herbs as common household medicine can increase knowledge, attitudes, and behaviors regarding the use of herbs as common household medicine. Therefore, this program should be adapted and applied to promote the use of herbs in other communities, tailored to the context of each community.

Keywords : Potential development program, Herbs, Common Household Remedy

¹Center of Thai Traditional and Alternative Medicine Department of Thai Traditional and Alternative Medicine

*Corresponding Author E-mail : miuoka2@hotmail.com

บทนำ

ประเทศไทยมีการนำสมุนไพรมาใช้ในการดูแลสุขภาพของประชาชนมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน¹สมุนไพรเป็นผลิตภัณฑ์ธรรมชาติที่สามารถหาได้ง่ายในท้องถิ่น จึงช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาและลดการนำเข้ายาแผนปัจจุบันจากต่างประเทศซึ่งมีราคาสูงได้² ในแผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพร ฉบับที่ 1 (2560 – 2564) ได้มีการแนะนำสมุนไพรเพื่อให้ประชาชนใช้ด้วยวิธีง่ายๆ โดยปลูกไว้ในบ้าน ประมาณ 61 ชนิด เรียกสมุนไพรในกลุ่มนี้ว่า “สมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน”³ บางชนิดได้รับการคัดเลือกให้เป็นสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งรายการสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานนั้น ได้มาจากการจัดสมมนาของนักวิชาการในองค์กรภาครัฐ ภาคเอกชน และผู้ทรงคุณวุฒิด้านสมุนไพรในองค์กรของรัฐ เอกชน และได้คัดเลือกสมุนไพรมาจำนวน 61 ชนิดนี้ โดยสำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งต่อมาได้เปลี่ยนชื่อเป็นกองสนับสนุนสุขภาพเพื่อประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้ประสานงานและกำหนดให้ใช้จนมาถึงปัจจุบัน ซึ่งในที่ประชุมได้คัดเลือกสมุนไพรเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยต่างๆโดยจำแนกตามกลุ่มโรคและอาการได้ 5 กลุ่มโรคและอาการที่สามารถนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองได้ ดังนี้

1. สมุนไพรรักษากลุ่มโรคและอาการเจ็บป่วยในทางเดินอาหาร ได้แก่ กลัวย่น้ำว้า ขมิ้นชัน ชุมเห็ดเทศ มะขามแขก มังคุด ขิง ยอ ดีปลี กานพลู กระเทียม กะเพรา พริกไทย ข่า กระชาย
2. สมุนไพรรักษากลุ่มโรคและอาการเจ็บป่วยในทางเดินหายใจ ได้แก่ ขิง มะขามป้อม มะนาว มะแว้งต้น ฟ้าทะลาย โขจร
3. สมุนไพรรักษากลุ่มโรคและอาการเจ็บป่วยระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ กระเจี๊ยบแดง อ้อยแดง ตะไคร้ เหน้้า สับปะรด
4. สมุนไพรรักษากลุ่มโรคผิวหนัง (ใช้ภายนอก) ได้แก่ ทองพันชั่ง พลู ว่าจะหางจระเข้ บัวบก พญายอ สเลดพังพอน กระเทียมสด น้ำมันมะพร้าว
5. กลุ่มโรคและอาการเจ็บป่วยอื่นๆ เช่น สมุนไพรรักษาอาการเคล็ดขัดยอก (ใช้ภายนอก) : โพล สมุนไพรรักษาอาการนอนไม่หลับ : ขี้เหล็ก สมุนไพรรักษาอาการไข้ เบื่ออาหาร : ฟ้าทะลายโจร บอระเพ็ด สมุนไพรรักษาโรคหิด เหา (ใช้ภายนอก) : ใบน้อยหน่า⁴

ข้อดีของการใช้สมุนไพรคือ เพื่อเป็นทางเลือกในการรักษาโรค เสริมสร้างสุขภาพ ลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยใช้สมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันในบางอาการที่ไม่รุนแรงและโรคสามัญที่ไม่ซับซ้อน ส่งเสริมให้ชุมชนสามารถใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาของตนเอง สืบสานภูมิปัญญาของชาติ เพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจและโอกาสในการแข่งขัน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาด้านสุขภาพและเศรษฐกิจที่ยั่งยืน ประเทศไทยเป็นประเทศที่ให้ความสำคัญกับการใช้ภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทยการดูแลสุขภาพ โดยเน้นการใช้ประโยชน์ในระบบบริการสาธารณสุข และในระบบสุขภาพของชุมชนท้องถิ่น ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทย ให้เกิดประโยชน์สูงสุด⁵ และจากการศึกษาแนวคิดการพัฒนาทรัพยากรบุคคลของ Nadler (1980) พบว่ากระบวนการพัฒนามนุษย์ให้เกิดความรู้ ทักษะ และมีเจตคติที่ดี จึงต้องมีการฝึกอบรมครบทั้ง 3 ด้าน คือ 1.การฝึกอบรม (Training) เป็นกระบวนการที่จัดขึ้นเพื่อส่งเสริมให้เกิดความรู้ ความสามารถให้แก่บุคคล 2.การศึกษา (Education) เป็นกระบวนการจัดการศึกษาเพื่อให้ผู้ทำงานได้เกิดความรู้ 3.การพัฒนา (Development) เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่เน้นให้ผู้ที่ได้รับการอบรมสามารถนำความรู้ไปแก้ปัญหาได้⁶

ชุมชนกองขยะหนองแขมเป็นชุมชนแออัด มีประชากรทั้งหมดประมาณ 500 คน มีจิตอาสาด้านสาธารณสุขประมาณ 50 คน⁷ จากการสำรวจในพื้นที่ที่มีสวนสมุนไพร ร้านขายต้นไม้ ร้านขายยาแผนโบราณในพื้นที่จำนวนมาก และจากการพบปะกับผู้นำชุมชน พบว่าประชาชนในพื้นที่มีการใช้ประโยชน์จากสมุนไพรในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เป็นการใช้ตามองค์ความรู้ที่สั่งสมกันมาหรือจากการบอกต่อจากผู้มีประสบการณ์ ที่มาของสมุนไพรส่วนใหญ่จะเป็นการนำต้นพันธุ์มาเพาะปลูก โดยเน้นสมุนไพรที่ใช้ประกอบอาหารเป็นหลัก

ศูนย์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในฐานะเป็นสถานพยาบาลต้นแบบด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก⁸ ได้มีโอกาสลงพื้นที่พบปะผู้นำชุมชน และจิตอาสาประจำชุมชน เนื่องจากทางผู้นำชุมชนได้ทำหนังสือและขอความอนุเคราะห์ในทางโรงพยาบาลไปลงพื้นที่ออกหน่วยจ่ายยาสมุนไพร เนื่องจากทางชุมชนมีความสนใจในการใช้สมุนไพรในการส่งเสริมสุขภาพดูแลตนเองประกอบกับการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยของพื้นที่นี้ ทางผู้วิจัยจึงได้นำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในวางแผนและดำเนินการจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพด้านการใช้สมุนไพรเป็นยาสามัญประจำบ้านของจิตอาสา เพื่อให้จิตอาสาเป็นสื่อกลางในการเสริมสร้างความรู้ด้านการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้มีการใช้สมุนไพรแทนยาแผนปัจจุบันในโรคที่ไม่ซับซ้อน ประชาชนสามารถรักษาตนเองได้ ด้วยสมุนไพร อันจะส่งผลต่อการมีสุขภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดี และเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างสังคมที่เข้มแข็ง จะได้เป็นเกราะป้องกันด้านสุขภาพให้แก่ชุมชนอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพด้านการใช้สมุนไพรเป็นยาสามัญประจำบ้านของจิตอาสาในชุมชนหนองแขม เขตหนองแขม กรุงเทพมหานคร

ระเบียบวิธีการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นจิตอาสาเลือกมาโดยการสุ่มอย่างง่ายจำนวน 76 คน เกณฑ์การรับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการคือ เป็นจิตอาสาประจำชุมชนกองขยะหนองแขม เขตหนองแขม กรุงเทพมหานคร ทั้งเพศชายและหญิง มีอายุ 18-60 ปี เป็นผู้มีความรู้สึปปัญญะสมบูรณ์ อ่าน ฟัง เขียน ภาษาไทยได้ มีความสนใจสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยจนเสร็จสิ้นโครงการ และยินยอมทำแบบทดสอบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ใช้รูปแบบการทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) โดยใช้โปรแกรมพัฒนาศักยภาพด้านการใช้สมุนไพรเป็นยาสามัญประจำบ้านของจิตอาสาที่ชุมชนกองขยะหนองแขมเป็นเครื่องมือในการทดลอง ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการประมาณ 6 เดือน ซึ่งรายละเอียดกิจกรรมในโปรแกรมและแบบสอบถาม ผู้วิจัยนำมาจากงานวิจัยเรื่อง ปฏิภาณ ชันธโกศล และ เนตรนา สาสังข์⁹ โดยมีการดัดแปลง และมีการศึกษาตัวแปรต่างๆ เช่น ความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมในการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพของจิตอาสา ก่อนและหลังอบรม รายละเอียดการดำเนินงานโครงการวิจัยมีดังนี้

เดือนที่ 1 มีการประชุมคณะผู้วิจัย ประสานงานกับผู้นำชุมชน

เดือนที่ 2 ประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยโปรแกรมพัฒนาศักยภาพด้านการใช้สมุนไพรเป็นยาสามัญประจำบ้านและทำการคัดเลือกอาสาสมัคร

เดือนที่ 3 ประสานงานกับอาสาสมัครที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือก ขอความยินยอม จากนั้นเก็บข้อมูลและความสนใจของอาสาสมัครในการใช้ยาสมุนไพรเป็นยาสามัญประจำบ้าน และเลือกวัน เวลา สถานที่ในการจัดกิจกรรม

เดือนที่ 4 ดำเนินกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพด้านการใช้สมุนไพรเป็นยาสามัญประจำบ้าน โดยดำเนินกิจกรรมทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้งจนครบ 1 เดือน ใช้เวลา 3 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ประกอบไปด้วย 3 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 แลกเปลี่ยนประสบการณ์การใช้ยาสมุนไพร ร่วมกับผู้มีประสบการณ์และสหวิชาชีพ ถึงประสบการณ์การใช้และผลการใช้ เป็นเวลา 1 ชั่วโมง กิจกรรมที่ 2 การเสริมสร้างความรู้และทัศนคติที่ดีในการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพดำเนินการโดยแพทย์แผนไทยและเภสัชกร โดยการใช้บรรยายแบบมีภาพประกอบ และมีสื่อความรู้เป็นสมุนไพรตัวอย่างในการให้ความรู้และมีการกระตุ้นให้ถาม-ตอบ เป็นเวลา 1 ชั่วโมง และ กิจกรรมที่ 3 อบรมเชิงปฏิบัติการในการทำลูกประคบสมุนไพร เป็นเวลา 1 ชั่วโมง

เดือนที่ 5 ลงพื้นที่เพื่อติดตาม ทบทวน สรุป และอภิปรายผลการอบรมโดยทีมผู้วิจัย แพทย์แผนไทยและสหวิชาชีพ เพื่อสร้างความคุ้นเคยและทัศนคติที่ดีต่อการใช้ยาสมุนไพร พร้อมแจกคู่มือการใช้ยาสมุนไพร

เดือนที่ 6 สำนวณพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรของอาสาสมัคร สรุปผลการวิจัย และจัดทำรายงานการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามผู้วิจัยนำมาจากงานวิจัยของปฎิภาณี ชันธโภาค และ เนตรนภา สาสังข์⁹ โดยมีการดัดแปลงเนื้อหาบางส่วนในส่วนของกิจกรรม คือ ปรับกิจกรรมจากเดิมเป็นยาหม่องสมุนไพรเป็นลูกประคบจากไพลเพื่อให้เหมาะสมกับพื้นที่ ปรับเวลา เพิ่มกิจกรรมให้เหมาะสม และมีการดัดแปลงแบบสอบถามบางส่วน

1. ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว การใช้สมุนไพรดูแลสุขภาพ ความสม่ำเสมอในการใช้สมุนไพร และแหล่งข้อมูลในการรับรู้ข่าวสารเรื่องสมุนไพร

2. ความรู้ก่อน-หลังอบรม เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ แบบเลือกตอบ โดยตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน แปลผลโดยแบ่งระดับค่าคะแนนความรู้การใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตามเกณฑ์ของ Bloom (1971)¹⁰

3. ทัศนคติต่อการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ โดยมีตัวเลือก “เห็นด้วยน้อยที่สุด” มีค่าระดับคะแนน 1 “เห็นด้วยน้อย” มีค่าระดับคะแนน 2 “เห็นด้วยปานกลาง” มีค่าระดับคะแนน 3 “เห็นด้วยมาก” มีค่าระดับคะแนน 4 และ “เห็นด้วยมากที่สุด” มีค่าระดับคะแนน 5 แปลผลโดยหาอันตรภาคชั้นโดยใช้ค่าเฉลี่ยสูงสุด (5.00) - ค่าเฉลี่ยต่ำสุด 1.00 แล้วหารด้วย จำนวนกลุ่ม เช่น 3 กลุ่ม ก็จะเป็น $5.00-1.00/3 = 1.33$ ดังนั้นจะจัดกลุ่มได้ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง ทัศนคติไม่ดี , 2.34-3.66 หมายถึง ทัศนคติพอใช้ และ ค่าเฉลี่ย 3.67-5.00 หมายถึง มีทัศนคติดี

4. แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ โดยมีตัวเลือก คือ “น้อยที่สุด” หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติ หรือปฏิบัติ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ มีค่า ระดับคะแนน 1 “น้อย” หมายถึง ปฏิบัติ 2 – 3 ครั้งต่อสัปดาห์ มีค่าระดับคะแนน 2 “ปานกลาง” หมายถึง ปฏิบัติ 4 – 5 ครั้งต่อสัปดาห์ มีค่าระดับคะแนน 3 “มาก” หมายถึง ปฏิบัติ 6 ครั้งต่อสัปดาห์ มีค่าระดับคะแนน 4 และ “มากที่สุด” หมายถึง ปฏิบัติทุกวัน มีค่าระดับคะแนน 5 แปลผลโดยแบ่งระดับค่าคะแนน พฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตามเกณฑ์ของ Best (1977)¹¹

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจำนวน 5 คน ได้ทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา แบบสอบถามมีค่า IOC อยู่ในช่วง 0.89-0.97
2. การวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยไปทดลองใช้กับชาวบ้านในชุมชนกองขยะหนองแขม จำนวน 30 คน โดยใช้สูตร KR-20 ในการวิเคราะห์ ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านความรู้ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.98 และวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านทัศนคติและพฤติกรรมด้วยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.95 และ 0.92 ตามลำดับ
3. การตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมพัฒนาศักยภาพด้านการใช้สมุนไพรเป็นยาสามัญประจำบ้านของจิตอาสาในชุมชนกองขยะหนองแขม โดยกิจกรรมที่ได้พัฒนาขึ้นได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์ จำนวน 5 คน ตรวจสอบคุณภาพ โดยตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา แผนกิจกรรมให้ความรู้ สื่อที่ใช้ในการอบรมทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ และระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม และนำไปทดลองใช้กับอาสาสมัครจิตอาสาประจำชุมชนกองขยะหนองแขม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมแบบสอบถามที่กลุ่มตัวอย่างทำเสร็จในแต่ละราย ผู้วิจัยจะตรวจสอบความครบถ้วน ความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลอีกครั้ง
2. จากนั้นจัดทำข้อมูลลงรหัสตามแบบสอบถามของโครงการวิจัย จากนั้นบันทึกไว้ในแฟ้มข้อมูล
3. ข้อมูลที่เก็บบันทึกไว้ในแฟ้มข้อมูล (Case report form) จะถูกเก็บเป็นความลับอย่างเคร่งครัด โดยเก็บรักษาความปลอดภัยในตู้จัดเก็บเอกสารที่มีความแข็งแรง มีกุญแจล็อกไว้ตลอดเวลา ในห้องที่เก็บเป็นห้องที่ล็อกได้ จำกัดบุคคลเข้าออก อยู่ภายในสำนักงาน ซึ่งมีบุคคลเพียงคนเดียวที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ คือ หัวหน้าโครงการวิจัย หรือ ผู้ที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าโครงการวิจัยเท่านั้น แบบบันทึกแฟ้มข้อมูลจะไม่มีการระบุชื่อของอาสาสมัคร จะใช้เป็นเลขรหัสที่โครงการวิจัยได้กำหนดไว้แทนเท่านั้น และหลังจากเสร็จสิ้นโครงการแล้ว เอกสารทั้งหมดจะถูกทำลายโดยเครื่องทำลายเอกสารทันที
4. ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป นำเสนอข้อมูลในรูปแบบของภาพรวม ไม่มีการระบุตัวบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน จากนั้นจัดทำรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อรวบรวมแบบบันทึกข้อมูลครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการลงรหัสในแบบบันทึกข้อมูล เปลี่ยนข้อมูลทั้งหมดที่ได้มาเป็นตัวเลข ทำการประมวลผลข้อมูล จากนั้นทำการเลือกใช้สถิติตามระดับของข้อมูลให้ถูกต้อง ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage)
2. การวิเคราะห์คะแนนความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพของ กลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. การวิเคราะห์ผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพด้านการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพโดย เปรียบเทียบคะแนนด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการอบรม ใช้สถิติ paired sample t-test

การพิทักษ์สิทธิของผู้ถูกวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคนด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ศูนย์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รหัสโครงการ T007/67 ลงวันที่ 4 พฤศจิกายน 2567 เพื่อคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยให้เซ็นใบยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยการอธิบายวัตถุประสงค์ และความสำคัญของการวิจัยในครั้งนี้ การเก็บรวบรวมข้อมูลการขออนุญาตในการตอบแบบสอบถาม การปกปิดและรักษาความลับ การวิเคราะห์ และการนำเสนอผลการศึกษา ผู้เข้าร่วมเป็นตัวอย่าง การศึกษาจะได้รับข้อมูลตลอดถึงสิทธิต่างๆดังนี้ คือ สิทธิในการถอนตัวจากการศึกษาข้อมูลต่างๆ ผู้ศึกษาจะเก็บเป็นความลับ การเผยแพร่ผลการศึกษา จะนำเสนอในทางวิชาการ และไม่มีการเปิดเผยชื่อของผู้เข้าร่วม โดยมีการชี้แจงและทำความเข้าใจถึงการพิทักษ์สิทธิต่อผู้เก็บข้อมูลอย่างครบถ้วน กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธิตำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งประโยชน์ที่จะได้รับและการคุ้มครองสิทธิของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างของจิตอาสาประจำชุมชนกองขยะหนองแขม จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 76 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างอายุค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 55.7 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ที่ 10.5 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.84 มีอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 50-59 ปี ร้อยละ 36.84 สถานภาพสมรสมากที่สุดร้อยละ 73.68 มีอาชีพรับจ้างมากที่สุดร้อยละ 42.10 ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 35.52 ระดับการศึกษาประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 35.14 เคยใช้สมุนไพรดูแลสุขภาพ ร้อยละ 56.58

ผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพด้านการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพ

พบวก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 55.26 หลังเข้าร่วมโปรแกรมแล้ว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 46.05 แต่มีความรู้ในระดับต่ำลดลง จากร้อยละ 55.26 เป็นร้อยละ 34.21 และมีความรู้ในระดับสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.53 เป็นร้อยละ 19.73 ระดับทัศนคติ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 53.95 และหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50 แต่มีทัศนคติในระดับต่ำลดลง จากร้อยละ 18.42 เป็นร้อยละ 10.53 และทัศนคติในระดับสูงเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 27.63 เป็นร้อยละ 39.47 ระดับพฤติกรรม ถึงแม้หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะยังคงมีระดับพฤติกรรม อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 77.63 แต่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 5.26 เป็นร้อยละ 21.05 และพฤติกรรมระดับต่ำลดลงจากร้อยละ 17.11 เป็นร้อยละ 3.95

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างจิตอาสาประจำชุมชนกองขยะหนองแขม เขตหนองแขม กรุงเทพฯ ส่วนใหญ่มีการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพ คิดเป็น ร้อยละ 56.58 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 55.26 มีระดับทัศนคติและพฤติกรรมการใช้สมุนไพรอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 53.95 และ 77.63 ตามลำดับ ผลการวิจัยที่ได้สอดคล้องกับงานวิจัยของบุญญพัฒน์ ไชยเมล์¹² พบว่า ที่ระดับความรู้ในระดับต่ำ และระดับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรที่อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่มีฐานะค่อนข้างไม่ดี ไม่มีเวลาศึกษาหาความรู้ และขาดการเผยแพร่ความรู้ที่ถูกต้องจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับการศึกษา ของ ขงภูธร¹³ ที่ได้

สรุปว่าการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ และการให้ข้อมูลข่าวสารกับผู้รับบริการจึงมีความจำเป็น เพื่อให้ผู้รับบริการมีพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรที่เหมาะสม เป็นไปตามเป้าหมาย และสอดคล้องกับนโยบายการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในสถานบริการสุขภาพต่อไป และสอดคล้องกับทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม (KAP)¹⁴ ที่พบว่า ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม มีความสัมพันธ์กันหลายแบบทั้งทางตรงและทางอ้อม มีผลต่อเนื่องกัน เช่น ทักษะมีผลต่อพฤติกรรม และพฤติกรรมมีผลมาจากทักษะ ซึ่งทั้งหมดจะมีพื้นฐานมาจากความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับกิจกรรมหรือหน้าที่ความรับผิดชอบ

จากโปรแกรมพัฒนาศักยภาพจะเห็นได้ว่า ในกิจกรรมที่ 2 ในเดือนที่ 4 ของโครงการวิจัย จะมีการสอดแทรกความรู้ พร้อมส่งเสริมทัศนคติที่ดีในการใช้ยาสมุนไพรคู่กันเป็นระยะๆ ทุกสัปดาห์ จนครบ 1 เดือน มีการลงพื้นที่เพื่อติดตาม ทบทวน อภิปรายความรู้และแจกคู่มือการใช้ยาสมุนไพรในเดือนที่ 5 และในเดือนที่ 6 จะมีการเก็บข้อมูลพฤติกรรมการใช้สมุนไพรหลังเข้าโปรแกรม ส่งผลให้เมื่ออาสาสมัครเข้าโปรแกรมพัฒนาศักยภาพด้านการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพแล้ว พบว่า นอกจากความรู้จะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญแล้ว ระดับทัศนคติและพฤติกรรมการใช้สมุนไพรก็เพิ่มขึ้นด้วย สอดคล้องกับงานวิจัยของวิริยญา เมืองช้าง¹⁵ ที่พบว่า ปัจจัยที่ทำให้พฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเอง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือปัจจัยด้านความรู้ ทักษะ เป็นปัจจัยนำที่สำคัญ ส่วนปัจจัยด้านการเปิดรับสื่อเกี่ยวกับการใช้สมุนไพร ก็เป็นปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพร ดังนั้นการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจอย่างถูกต้องต่อการใช้สมุนไพรในประชาชนจึงสำคัญและควรดำเนินการอย่างกว้างขวาง และสอดคล้องกับการศึกษาอัชมา วาร์ และนงลักษณ์ วุฒิปรีชา¹⁶ พบว่าหลังจากได้รับโปรแกรม ผู้สูงอายุนำมาทำขำมีความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเองด้วยสมุนไพรแตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นผลมาจากการได้รับความรู้อย่างต่อเนื่องตลอดการเข้าร่วมโปรแกรมและการได้รับคู่มือการดูแลตนเองด้วยสมุนไพร นอกจากนี้การมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องยัง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีต่อการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพอีกด้วย

เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการใช้สมุนไพร หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่ามากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมนี้ยังมีประสิทธิภาพในระดับหนึ่ง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่าง ยังได้รับการเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และได้รับคู่มือวิธีการใช้สมุนไพร ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและเป็นการเสริมสร้างความมั่นใจในการใช้สมุนไพรของกลุ่มตัวอย่างอีกด้วย

สรุปผลการวิจัย

โปรแกรมพัฒนาศักยภาพด้านการใช้สมุนไพรเป็นยาสามัญประจำบ้านนี้ให้ประสิทธิผลในการพัฒนาศักยภาพกลุ่มตัวอย่างได้ชัดเจน โดยสามารถทำให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรที่ดีขึ้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อประสิทธิภาพของโปรแกรม และบุคลากรทางด้านสาธารณสุขและผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถนำโปรแกรมนี้ไปพัฒนาต่อยอดโดยมีกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของโปรแกรม และสามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้ในการส่งเสริมการใช้สมุนไพรหรือการปรับพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่นๆต่อไปได้ด้วย

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยในครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาวิจัยโปรแกรมพัฒนาศักยภาพด้านการใช้สมุนไพรเป็นยาสามัญประจำบ้านในการดูแลสุขภาพของประชาชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชนอื่นๆ

ตารางที่ 1 : ข้อมูลทั่วไป (n=76)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n)	ร้อยละ (%)	$\bar{x}$	S.D.
เพศ				
ชาย	10	13.16		
หญิง	66	86.84		
อายุ (ปี)				
18-29	2	2.63		
30-39	3	3.94		
40-49	13	17.10		
50-59	28	36.84		
60-69	26	34.21		
70 ปีขึ้นไป	4	5.26		
			55.7	10.5
สถานภาพสมรส				
โสด	12	15.78		
คู่ (อยู่ร่วมกัน)	56	73.68		
คู่ (แยกกันอยู่)	5	6.58		
หย่าร้าง	1	1.31		
คู่สมรสเสียชีวิต	2	2.63		
อาชีพ				
รับจ้าง	32	42.10		
ค้าขาย	10	13.16		
ว่างงาน	14	18.42		
นักเรียน/นักศึกษา	1	1.32		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	9	11.84		
อื่นๆ	10	13.16		
รายได้				
น้อยกว่า 5,000 บาท	27	35.52		
5,001 – 10,000 บาท	21	27.63		
10,000 – 20,000 บาท	18	23.68		
20,001 – 30,000 บาท	5	6.58		
30,001 – 40,000 บาท	3	3.94		
40,001 – 50,000 บาท	1	1.32		
50,000 บาท ขึ้นไป	1	1.32		
ระดับการศึกษา				
ต่ำกว่าประถมศึกษา	10	13.16		

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n)	ร้อยละ (%)	$\bar{x}$	S.D.
ประถมศึกษา	26	35.14		
มัธยมศึกษา	24	31.56		
ปวช. ปวส. อนุปริญญา	14	18.42		
ปริญญาตรีและสูงกว่า	2	2.63		
การใช้สมุนไพรรักษาสุขภาพ				
เคย	43	56.58		
ไม่เคย	33	43.42		

ตารางที่ 2 การรับรู้ข่าวสารสมุนไพรจากสื่อต่างๆ

ประเภทสื่อ	เคย	ไม่เคย
สื่อมวลชน		
1. วิทยุ	27(35.5)	49(64.5)
2. โทรทัศน์	68(89.5)	8(10.5)
3. หนังสือพิมพ์	40(52.6)	36(47.4)
4. อินเทอร์เน็ต	65(85.5)	11(14.5)
5. หนังสือ	33(43.4)	43(56.6)
6. นิตยสาร / วารสาร	29(38.2)	47(61.8)
สื่อบุคคล		
7. บุคคลในครอบครัว	55(72.4)	21(27.6)
8. ครู อาจารย์	30(39.5)	46(60.5)
9. เพื่อนบ้าน	43(56.6)	33(43.4)
10. เพื่อน	50(65.8)	26(34.2)
11. เจ้าหน้าที่ภาคเอกชน	21(27.6)	55(72.4)
12. เจ้าหน้าที่ภาครัฐ	26(34.2)	50(65.8)
13. เจ้าหน้าที่ภาคประชาสังคม	19(25.0)	57(75.0)
(เช่น มูลนิธิ, สมาคม, ชมรม, กลุ่ม)		
ประเภทสื่อ		
สื่อเฉพาะกิจ		
14. แผ่นพับ / ใบปลิวเกี่ยวกับสมุนไพร	36(47.4)	40(52.6)
15. โปสเตอร์เกี่ยวกับสมุนไพร	33(43.4)	43(56.6)
16. วีดิโอเกี่ยวกับสมุนไพร	43(56.6)	33(43.4)
17. การจัดอบรม / สัมมนาเกี่ยวกับสมุนไพร	24(31.6)	52(68.4)
18. นิทรรศการเกี่ยวกับสมุนไพร	22(28.9)	54(71.1)

ตารางที่ 3 : การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ ทักษะ (n=76)

ด้าน	$\bar{x}$	S.D.	Min.	Max.	t	p-value
ความรู้						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	4.62	2.88	1.00	3.00	2.19	<0.001
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	6.81	2.64	12.00	12.00		
ทัศนคติ						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	25.47	3.77	12.00	48.00	3.16	004.*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	28.63	5.03	24.00	48.00		
พฤติกรรม						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	24.87	5.41	10.00	49.00	5.68	003.*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	30.55	4.51	19.00	52.00		

* p-value <0.05

เอกสารอ้างอิง

1. ปิพิชญา ไชยเทียม. ภูมิปัญญาท้องถิ่นกับการใช้สมุนไพร [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมวิทยาศาสตร์บริการ;2560. เข้าถึงได้จาก www.sptn.dss.go.th/otopinfo/attachments/article/
2. สุภาภรณ์ ปิติพร. ชิง ชำ ไพล สมุนไพรไทย สู่เศรษฐกิจชีวภาพ. นิตยสารเบโด [อินเทอร์เน็ต].2560; 4: [6]. เข้าถึงได้จาก: www.bedo.or.th/bedo/backend/upload/content/.pdf
3. ลลิตา วีระเสถียร และ มยุรี ตั้งเกียรติกำจาย. คู่มือสุขภาพด้วยสมุนไพรอย่างปลอดภัย ฉบับ 24 ปรับปรุง 2562. บริษัท เกร็ด อีสเทอร์น ดรีก จำกัด; [อินเทอร์เน็ต].2562.เข้าถึงได้จาก: https://herbalexpertbymayuree.com/ebook/ebook_1597487282.pdf
4. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. แผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2560 – 2564). กรุงเทพฯ : บจก.ยูเอส อินเตอร์ พรินท์; [อินเทอร์เน็ต].2559.เข้าถึงได้จาก: <http://164.115.27.97/digital/files/original/.pdf>
5. มหาวิทยาลัยมหิดล,สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. การส่งเสริมสมุนไพรไทย จากอดีตถึงปัจจุบัน ในรายงานสุขภาพคนไทย2566. [อินเทอร์เน็ต]. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์ พรินต์ติ้งแอนด์พับลิช ชิง: 2566. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaihealthreport.com/th>
6. Nadler, Leonard, and Wiggs, Garland D. Managing Human Resource Development. San Francisco: Jossey-Bass.1989.
7. เครือข่ายกองทุนแม่ของแผ่นดินกองขะหนองแขม. การพัฒนาในวิถีชีวิตของคนจนเมือง ศึกษากรณี ชุมชนแออัด เขตหนองแขม [อินเทอร์เน็ต]. วิทยานิพนธ์สังคมวิทยา มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์ สาขาสังคมวิทยา ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.[อินเทอร์เน็ต].2562. เข้าถึงได้จาก: <https://www.oncb.go.th>
8. โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน. วิสัยทัศน์และพันธกิจ [อินเทอร์เน็ต].2567. เข้าถึงได้จาก: <https://ttcmh.dtam.moph.go.th/index.php/dtamnews>

9. ปฏิภาณี ชันธโกล และ เนตรนภา สาสังข์. ผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพด้านการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลตำบลคลองจิก อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. 2565; 28:114-27
เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tcthaijo.org/index.php/CUTJ/article/view/248375>
10. Bloom. BS .Handbook on formative and summative evaluation of student learning. 7
New York: McGraw-Hill,1971.
11. Best. JW. Research in Education. New York : Prentice-Hall, Englewood Cliffs,1977.
12. ปุณณพัฒน์ ไชยเมธ. การสำรวจปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้สมุนไพรดูแลสุขภาพตนเองในตำบลแหลมโดนด อำเภอกวนขนุน จังหวัดพัทลุง. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2555;7:2.
13. ชฎาธาร สรถึง. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการรักษาบาดแผลของประชาชน ตำบลกระดังงา อำเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา. 2561
14. ปัทมา ศิริวรรณ. ความรู้ ทักษะ การรับรู้และการใช้ยาสมุนไพรของผู้ให้บริการและผู้รับบริการในโรงพยาบาลแม่ทา อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน. 2560
15. วิริญญา เมืองช้าง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา. วารสารธรรมศาสตร์ กรุงเทพมหานคร. 2559
16. อัสมา วารีย์ และ นางลักษณ์ วุฒิปรีชา. การพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองด้วยสมุนไพรในผู้สูงอายุบ้านท่าข้าม ตำบลแม่เหียะ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารพยาบาลสาร;45.2

Received: 16 Jan. 2025, Revised: 21 Feb. 2025

Accepted: 25 Feb. 2025

บทความวิจัย

ความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สถานีสุนัขภาพ

รุตติศักดิ์ ศุภสกุลวัฒน์^{1*}

บทคัดย่อ

ทีมให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสังขะ ได้มีการนำร่องให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรับยาที่สถานีสุนัขภาพ เพื่อลดความแออัด ลดเวลารอคอยและเพิ่มการเข้าถึงบริการ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระหว่างที่สถานีสุนัขภาพและหน่วยบริการปฐมภูมิ

การศึกษานี้ใช้รูปแบบ Descriptive cross-sectional study เป็นการศึกษากลุ่มเดียว โดยศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ดีจำนวน 100 คน อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ที่มีความดันในช่วง 6 เดือนก่อนเข้าร่วมวิจัยอยู่ในเกณฑ์ดี โดยใช้ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต 4 ครั้งหลังสุดของการรับยาที่หน่วยบริการปฐมภูมิ และที่สถานีสุนัขภาพ

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเข้าเกณฑ์ทั้งหมด 90 คน มีอายุเฉลี่ย 63.6 ± 10.6 ปี เป็นเพศหญิงร้อยละ 67.8 ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวเฉลี่ยที่สถานีสุนัขภาพและหน่วยบริการปฐมภูมิมีค่าเท่ากับ 128.5 ± 11.4 และ 129.3 ± 11.0 mmHg ตามลำดับ ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวเฉลี่ยที่สถานีสุนัขภาพและหน่วยบริการปฐมภูมิมีค่าเท่ากับ 76.6 ± 8.1 และ 77.9 ± 7.2 mmHg ตามลำดับ จากผลการวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้ paired t-test พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ จากผลการศึกษาคความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สถานีสุนัขภาพในกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมได้ดี พบว่าไม่มีความแตกต่างกับความดันโลหิตที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ดังนั้นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีสามารถจัดบริการการดูแลรับยาความดันโลหิตที่สถานีสุนัขภาพเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดเวลารอคอย และเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ

คำสำคัญ ความดันโลหิตสูง, สถานีสุนัขภาพ

^{1*}นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลสังขะ จังหวัดสุรินทร์

*Corresponding author E-mail: gothitisak3@gmail.com

Original Article

Hypertensive patients' blood pressure at health station

Thitisak Supasakulwat^{1*}

Abstract

Sangkha Hospital has piloted a program allowing patients with hypertension to receive medication at health stations. This initiative aims to reduce crowding, shorten waiting times, and improve service accessibility. This study aims to compare blood pressure measurements at health stations to those at primary care units to determine if there are any differences. This study is descriptive cross-sectional study, involving 100 hypertensive patients aged 35 years and older. All participants had maintained good blood pressure within the six months prior to the study. The study utilized the average blood pressure readings from the last four visits at both primary care units and health stations. A total of 90 patients met the inclusion criteria. The average age of participants were 63.6 ± 10.6 years, 67.8% female. The average systolic blood pressure (SBP) at health stations and primary care units was 128.5 ± 11.4 and 129.3 ± 11.0 mmHg, respectively. The average diastolic blood pressure (DBP) at health stations and primary care units was 76.6 ± 8.1 and 77.9 ± 7.2 mmHg, respectively. Statistical analysis using paired t-tests indicated no significant differences in blood pressure level between the two service locations.

The study found no significant differences in blood pressure levels among well-controlled hypertensive patients between health stations and primary care units. Therefore, patients with well-controlled blood pressure can receive medication at health stations, which could reduce crowding and waiting times at primary care units, improve accessibility to health services and enhance health literacy among patients.

Keyword Hypertension, Health station, Blood pressure

^{1*}Medical Physician, Sangkha hospital

*Corresponding author E-mail: gothitisak3@gmail.com

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในประเทศไทย โดยในแต่ละปีมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ได้รับผลกระทบจากภาวะนี้ ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงถึง 14 ล้านคน แต่พบว่ามีเพียง 7 ล้านคน ที่ขึ้นทะเบียนเพื่อรับการรักษาและในกลุ่มที่ได้รับการรักษานั้น มีจำนวนถึง 2.8 ล้านคนที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹ โรคความดันโลหิตสูงส่วนมากมักไม่แสดงอาการ หากผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานานและไม่ได้รับการรักษา ความรุนแรงของโรคจะเพิ่มมากขึ้น และอาจมีอาการต่างๆ ได้แก่ เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น ตาพร่ามัว เป็นลมหมดสติ จนกระทั่งเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจ โรคไตเรื้อรัง หรือโรคหลอดเลือดสมอง² นอกจากนี้การเพิ่มขึ้นของค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวทุก 20 มิลลิเมตรปรอท จะเพิ่มความเสี่ยงการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสองเท่า³

ปัญหาการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยเกิดจากปัญหาสำคัญ 3 ประการ⁴ ได้แก่

1. การขาดการรับรู้ของผู้ป่วย – พบว่าผู้ป่วยกว่าร้อยละ 45 ไม่เคยทราบมาก่อนว่าตนเองมีภาวะความดันโลหิตสูง หรือแม้เคยได้รับข้อมูลมาก่อน แต่ไม่ได้ตระหนักถึงความรุนแรงของโรค
2. อัตราการเข้ารับการรักษาต่ำ – แม้มีผู้ป่วยบางส่วนที่ทราบว่าตนเองมีภาวะความดันโลหิตสูง แต่ร้อยละ 6 ของผู้ป่วยเหล่านี้ปฏิเสธการรักษาหรือไม่ได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง อันเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านเวลาของบุคลากรทางการแพทย์ในการให้ข้อมูลและสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของโรค
3. อุปสรรคในการเข้าถึงบริการ – ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์ได้ เนื่องจากข้อจำกัดด้านภูมิฐานะ การเดินทาง ระยะเวลารอคอย รวมถึงผลข้างเคียงของยาหรือปัญหาที่ต้องใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน

ในปีงบประมาณ 2567 จังหวัดสุรินทร์มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 128,569 คน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2565 คิดเป็นร้อยละ 7.11 อย่างไรก็ตาม ในกลุ่มผู้ป่วยทั้งหมดนี้ มีเพียง ร้อยละ 61.14 เท่านั้นที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี โดยเฉพาะในอำเภอสังขะ ซึ่งเป็นอำเภอขนาดใหญ่มีประชากร 130,718 คน พบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 9,561 คน คิดเป็นร้อยละ 7.31 ของประชากรทั้งหมด⁵ แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากคลินิกความดันโลหิตสูงและหน่วยบริการปฐมภูมิ แต่ปัญหาด้านระยะเวลารอคอยและอุปสรรคในการเดินทางยังคงเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการขาดนัดติดตามอาการ และส่งผลต่อประสิทธิภาพการควบคุมระดับความดันโลหิต

อำเภอสังขะมีสถานีสุภาพครอบคลุมทุกหมู่บ้าน ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการเพิ่มการรับรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชาชน โรงพยาบาลสังขะได้เริ่มโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันได้ดีรับยาที่สถานีสุภาพในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิพระแก้วบูรณาการกับระบบบริการสุขภาพสามหมอ โดยมีจุดประสงค์เพื่อลดความแออัด ลดระยะเวลารอคอย และเพิ่มการเข้าถึงบริการให้สะดวกยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม การศึกษาเกี่ยวกับค่าความดันโลหิตที่สถานีสุภาพมียังจำกัด ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตที่สถานีสุภาพและหน่วยบริการปฐมภูมิว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับบริการระหว่างสถานีสุภาพและหน่วยบริการปฐมภูมิ

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบ Descriptive cross-sectional study โดยศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันที่เข้ารับบริการทั้งที่หน่วยบริการปฐมภูมิและสถานสุขภาพ เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตระหว่างสองสถานที่ที่ทำการศึกษา โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ที่มีความดันในช่วง 6 เดือนก่อนเข้าร่วมวิจัยอยู่ในเกณฑ์ดี (SBP < 140 mmHg และ DBP < 90 mmHg)

การศึกษาดำเนินการในเขตบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิพระแก้ว อำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ โดยใช้ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต 4 ครั้งหลังสุดของการรับยาที่หน่วยบริการปฐมภูมิ และที่สถานสุขภาพ เพื่อนำมาเปรียบเทียบและวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับความดันโลหิตระหว่างสองสถานที่

การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีอาศัยความสะดวก (Convenient sampling) โดยเลือกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับยาที่สถานสุขภาพ เขตบริการหน่วยบริการปฐมภูมิพระแก้ว อำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ ในช่วงเดือน มีนาคม 2567 ถึง ตุลาคม 2567

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

$$n = \frac{2(Z_\alpha + Z_\beta)^2 \sigma^2}{\delta^2}$$

n	=	ขนาดตัวอย่าง
α	=	α error โดยกำหนดค่าที่ 0.05
β	=	β error โดยกำหนดค่าที่ 0.2
σ	=	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
δ	=	ส่วนต่างของค่าเฉลี่ยผลลัพธ์และค่าเฉลี่ยเริ่มต้น

อ้างอิงค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (**σ**) และส่วนต่างของค่าเฉลี่ยผลลัพธ์และค่าเฉลี่ยเริ่มต้น (**δ**) จากงานวิจัยของคิตมันต์ สนธิแก้ว และสว่างจิต สุธรรมกุล ที่ทำการศึกษารื่องการวัดความดันโลหิตที่บ้านของผู้ป่วยเบาหวาน⁶ มีผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 120 คน มีค่าความดันซิสโตลิกที่บ้าน 129.47 ± 15.70 มิลลิเมตรปรอท และ ค่าความดันไดแอสโตลิก 74.66 ± 7.21 มิลลิเมตรปรอท โดยมีค่าความแตกต่างของความดันซิสโตลิก และไดแอสโตลิกที่โรงพยาบาลและที่บ้าน 12.06 และ 3.14 มิลลิเมตรปรอท

กำหนดค่า **α** error เท่ากับ 0.05 และ **β** error เท่ากับ 0.2

แทนค่าตัวแปร

$$n = \frac{2(1.96 + 0.84)^2 (7.21)^2}{(3.14)^2}$$

$$n = \frac{815.11}{9.86} = 82.67$$

คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 83 คน และคำนวณเพิ่ม 20% เพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่างได้จำนวนทั้งหมด 100 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1)ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ที่มีความดันในช่วง 6 เดือนก่อนเข้าร่วมวิจัยอยู่ในเกณฑ์ดี (SBP < 140 mmHg และ DBP < 90 mmHg) 2)ในกรณีที่มีโรคประจำตัวร่วม เช่น โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และโรคเกาต์ ต้องสามารถควบคุมโรคได้ดีตามเกณฑ์ของโรค

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1)ผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ 2)ผู้ป่วยที่มีการปรับยาความดันโลหิตในช่วงเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ 1)แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูล เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง และโรคประจำตัว 2)แบบบันทึกค่าความดันโลหิตที่หน่วยบริการปฐมภูมิและสถานีสภาพ 3)เครื่องวัดความดันโลหิตที่ผ่านการสอบเทียบ 4)อาสาสมัครสาธารณสุขประจำสถานีสภาพ (หมอคนที่ 1) ที่ได้รับการสอนการใช้เครื่องวัดความดันโลหิต และแนวทางการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้องตามแนวทางเตรียมผู้ป่วยก่อนวัดความดันโลหิต^{7,8}

ผู้วิจัยทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วย เพื่อเก็บรวบรวมและลงข้อมูลของผู้ป่วยในแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบบันทึกค่าความดันโลหิต

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. ลักษณะทางประชากร

เพศ โรคประจำตัว ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) บรรยายลักษณะข้อมูลดังกล่าวโดยใช้ร้อยละ และการแจกแจงความถี่

อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) บรรยายลักษณะข้อมูลดังกล่าวโดยใช้ร้อยละ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ค่าความดันโลหิต

การตรวจสอบการแจกแจงปกติของความดันโลหิตทั้งสองสถานที่ โดยใช้ Kolmogorov-Smirnov กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการทดสอบพบว่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวเฉลี่ยที่สถานีสภาพและหน่วยบริการปฐมภูมิมีค่า p-value 0.96 และ 0.82 ตามลำดับ ขณะที่ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวเฉลี่ยที่สถานีสภาพและหน่วยบริการปฐมภูมิมีค่า p-value 0.52 และ 0.86 ตามลำดับ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าค่าความดันโลหิตในทั้งสองสถานที่มีการแจกแจงแบบปกติ

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) บรรยายข้อมูลดังกล่าวโดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตใช้ paired t-test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยฉบับนี้ได้รับการรับรองทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม พ.ศ.2567 เลขที่อนุมัติ 38/2567

ผลการวิจัย

ลักษณะทางประชากร

การวิจัยครั้งนี้มีผู้เข้าเกณฑ์วิจัยทั้งหมด 94 คน ถูกคัดออกทั้งหมด 4 คน เนื่องจากมีการปรับยาความดันโลหิตสูง ทำให้เหลือผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 90 คน อายุเฉลี่ย 63.6 ± 10.6 ปี เป็นเพศหญิง 61 คน คิดเป็นร้อยละ 67.8 โรคประจำตัวที่พบบ่อย 5 อันดับ ได้แก่ โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 7.8 โรคเก๊าต์ ร้อยละ 4.4 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 3.3 โรคเบาหวาน ร้อยละ 2.2 และโรคต่อมลูกหมากโต ร้อยละ 2.2 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับยาที่สถานี่สุขภาพ (n = 90)

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับยาที่สถานี่สุขภาพ	
เพศ	
ชาย	29 (32.2%)
หญิง	61 (67.8%)
อายุ (ปี) (Mean $\pm$ SD)	63.6 $\pm$ 10.6
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร ²) (Mean $\pm$ SD)	23.1 $\pm$ 4.2
โรคประจำตัว	
โรคไขมันในเลือดสูง	7 (7.8%)
โรคเก๊าต์	4 (4.4%)
โรคหลอดเลือดสมอง	3 (3.3%)
โรคเบาหวาน	2 (2.2%)
โรคต่อมลูกหมากโต	2 (2.2%)
โรคไตเรื้อรังระยะที่ 2	1 (1.1%)
โรคไวรัสตับอักเสบบี	1 (1.1%)

ความดันโลหิตที่สถานี่สุขภาพและหน่วยบริการปฐมภูมิ ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวเฉลี่ยที่สถานี่สุขภาพและหน่วยบริการปฐมภูมิมีค่าเท่ากับ 128.5 ± 11.4 และ 129.3 ± 11.0 mmHg ตามลำดับ จากผลการวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้ paired t-test พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p = 0.5$ (ตารางที่ 2)

ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวเฉลี่ยที่สถานี่สุขภาพและหน่วยบริการปฐมภูมิมีค่าเท่ากับ 76.6 ± 8.1 และ 77.9 ± 7.2 mmHg ตามลำดับ จากผลการวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้ paired t-test พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p = 0.09$ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าความดันโลหิตที่สถานี่สุขภาพและหน่วยบริการปฐมภูมิ (n = 90)

	Mean $\pm$ S.D.		Meandiff $\pm$ S.D.	t	p-value
	สถานี่สุขภาพ	หน่วยบริการปฐมภูมิ			
ความดันขณะหัวใจบีบตัว	128.5 $\pm$ 11.4	129.3 $\pm$ 11.0	-0.8 $\pm$ 12.5	-0.67	0.50
ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว	76.6 $\pm$ 8.1	77.9 $\pm$ 7.2	-1.3 $\pm$ 7.6	-1.71	0.09

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ดีที่เข้ารับบริการที่สถานีสุนัขภาพและหน่วยบริการปฐมภูมิ จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ดีมีระดับความดันโลหิตที่วัดจากสถานีสุนัขภาพต่ำกว่าระดับความดันโลหิตที่หน่วยบริการปฐมภูมิ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ($p=0.5$) และค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว ($p=0.09$) จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบว่ามีการศึกษาเรื่องนี้มาก่อน แต่มีการศึกษาเกี่ยวกับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สถานีสุนัขภาพสองงานวิจัย ได้แก่ 1) การศึกษาของพัฒนาภรณ์ หาญคำภา⁹ ทำการศึกษาการพัฒนาแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานีสุนัขภาพ และการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) การศึกษาของนลัท พรชัยวรรณชาติ¹⁰ ทำการศึกษาถึงทดลองเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้ารับบริการที่สถานีสุนัขภาพและเข้ารับบริการตามปกติ ทั้งสองงานวิจัยพบว่าระดับความดันเฉลี่ยขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัวของกลุ่มที่รับบริการที่สถานีสุนัขภาพลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ สาเหตุเกิดจากกลุ่มตัวอย่างของทั้งสองการศึกษาเป็นกลุ่มที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี และไม่มีเกณฑ์คัดออกเมื่อมีการปรับยา ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตที่สถานีสุนัขภาพและหน่วยบริการปฐมภูมิแตกต่างกัน

กระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สถานีสุนัขภาพ เป็นการเพิ่มการเข้าถึงบริการและเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ผ่านระบบบริการสุขภาพสามหมอ ทำให้สามารถแก้ไขสาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้อย่างตรงจุด⁴ ส่งผลให้ผู้รับบริการที่สถานีสุนัขภาพควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น สามารถปรับลดยาได้^{9,10} และแก้ปัญหาข้อจำกัดของการวัดความดันโลหิตที่บ้านซึ่งยังไม่เหมาะสมกับบริบทของสังคมชนบทในปัจจุบัน¹¹ นอกจากนี้ยังช่วยลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับบริการที่สถานีสุนัขภาพและผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นที่รับยาที่หน่วยบริการปฐมภูมิได้อีกด้วย

จากผลการศึกษา ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สถานีสุนัขภาพในกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมได้ดี พบว่าไม่มีความแตกต่างกับความดันโลหิตที่หน่วยบริการปฐมภูมิ และจากการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยลดลงหลังเข้ารับบริการที่สถานีสุนัขภาพ ดังนั้นสรุปได้ว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถจัดการการดูแลและรับยาความดันโลหิตที่สถานีสุนัขภาพได้

ข้อเสนอแนะ

1. ขยายการจัดบริการการรับยาความดันโลหิตในผู้ป่วยที่ควบคุมได้ดีผ่านสถานีสุนัขภาพ และสามารถบูรณาการร่วมกับการจัดส่งยาที่บ้าน (Health rider)
2. ควรมีการติดตามระดับความดันโลหิตและศึกษาผลกระทบรวมถึงภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

ข้อจำกัด

1. เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ทำให้มีข้อจำกัดเรื่องปัจจัยกวน
2. ขนาดกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างเล็ก

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ หน่วยบริการปฐมภูมิพระแก้ว และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่เอื้อเฟื้อข้อมูล และร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ ทำให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ddc.moph.go.th [Internet]. กรมควบคุมโรค ผนวกวันความดันโลหิตสูงโลก ปี 2567 เน้นย้ำให้ประชาชนวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ ควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อ. [เข้าถึงเมื่อ 2024 Jul 17]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=43037&deptcode=brc&news_views=3244
2. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure: the JNC 7 report, JAMA. 2003;289(19):2560-72.
3. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, et al. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies, Lancet. 2002;360(9349):1903-13.
4. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. สาเหตุของปัญหาการควบคุมความดันโลหิตในประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (Thai Hypertension Society); 2562:2.
5. hdc.moph.go.th [Internet]. ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี [เข้าถึงเมื่อ 2024 Jul 17]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdc.moph.go.th/srn/public/standard-report-detail/2e3813337b6b5377c2f68affe247d5f9>.
6. คติมันต์ สนธิแก้ว, สว่างจิต สุรอมรกุล. การวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีรับการรักษาที่คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง 2021;65(1):37-44.
7. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. นิยามโรคความดันโลหิตสูงและการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (Thai Hypertension Society); 2562:9-12.
8. World Health Organization. Measuring BP. Who technical specifications for automated non-invasive blood pressure measuring devices with cuff. Geneva; 2020:25-9.
9. พัฒนารักษ์ ชาญคำภา. การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานีสุนัข และการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอพยุหะภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2567;8:168-84.
10. นลัท พรชัยวรรณชาติ, วรยศ ดาราสว่าง. ผลการลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการดูแลจากสถานีสุนัขชุมชนตำบลหนองตาด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์บุรีรัมย์ 2567;39(4):621-30.

11. Kronish IM, Kent S, Moise N, Shimbo D, Safford MM, Kynerd RE, et al. Barriers to conducting ambulatory and home blood pressure monitoring during hypertension screening in the United States. J AM Soc Hypertens 2017;11(10):573-80.

Received: 1 Nov. 2024, Revised: 3 Mar. 2025

Accepted: 12 Mar. 2025

บทความวิจัย

การพัฒนากระบวนการขออนุญาตจัดกิจกรรมหรือพิธีการทางสังคมตามประเพณีนิยม
ในสถานการณ์การระบาดโรคโควิด-19 แบบออนไลน์ ด้วย e-Signatureดำรงค์ สิริสูงเนิน^{1*} อนุชา เรืองอมรวิวัฒน์² ประเสริฐ เก็มประโคน³

บทคัดย่อ

จากสถานการณ์โควิด-19 และมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม กระบวนการขออนุญาตจัดกิจกรรมทางสังคมแบบเดิมในจังหวัดบุรีรัมย์ประสบปัญหาความล่าช้าและค่าใช้จ่ายที่สูง e-Signature เป็นการใช้งานออนไลน์ที่เป็นประโยชน์ต่อการทำงาน เพราะในสถานการณ์ที่ต้องพบปะ เจอหน้ากันน้อยลง แต่กระบวนการทำงาน ติดต่อยังคงอยู่เหมือนเดิม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการขออนุญาตจัดกิจกรรมหรือพิธีการทางสังคมตามประเพณีนิยม ในสถานการณ์การระบาดโรคโควิด-19 แบบออนไลน์ โดยใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ จึงมุ่งพัฒนาระบบการขออนุญาตออนไลน์ด้วย e-Signature งานวิจัยและพัฒนาแบบ 4 ขั้นตอน (วิเคราะห์ความต้องการ, ออกแบบและพัฒนาระบบ, ทดลองใช้และขยายผล, ประเมินผล) ระหว่างมิถุนายน 2563 - พฤษภาคม 2565 โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือผู้ขออนุญาต 766 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Chi-square test ($\alpha = 0.05$) พบว่า ระบบเดิมมีขั้นตอนที่ยุ่งยากและใช้เวลา 2-3 วันในการดำเนินการ ระบบ e-Signature ที่พัฒนาขึ้นช่วยลดขั้นตอน โดยใช้ Google Form ในการบันทึกข้อมูล, Google Sheet ในการบริหารจัดการข้อมูล, และ Looker Studio ในการสร้าง Dashboard เพื่อแสดงผลข้อมูล ทดลองใช้ในตำบลหนองชัยศรีและการขยายผลในอำเภอหนองหงส์ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 50.42 ปี และมีการศึกษาระดับประถมศึกษา ระบบช่วยลดระยะเวลาในการดำเนินการ และผู้ใช้งานมีความพึงพอใจในระดับสูง ความพึงพอใจของผู้ขออนุญาตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) การพัฒนาระบบนี้ช่วยให้การขออนุญาตจัดกิจกรรมเป็นไปอย่างสะดวก รวดเร็ว มีประสิทธิภาพมากขึ้น ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 จึงควรมีการพัฒนาและขยายผลไปสู่ระบบการขออนุญาตอื่น ๆ ให้สอดคล้องกับสถานการณ์และเหมาะสมกับพื้นที่ต่างไกล

คำสำคัญ : การพัฒนาระบบ, การขออนุญาตจัดกิจกรรม, e-Signature, โรคโควิด-19

^{1*} โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกระเบื้องน้อย ตำบลหนองชัยศรี อำเภอหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์² ที่ว่าการอำเภอหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์³ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

*Corresponding author E-mail: drseesmor@gmail.com

*Original Article***Development of an Online Permit Request System for Traditional Social Events During the COVID-19 Pandemic Using e-Signature**Damrong Seerasungnern¹ Anucha Ruangamornwivat²Prasert Kemprakon³**Abstract**

The COVID-19 pandemic and social distancing measures have caused delays and increased costs in the traditional process of obtaining permits for social events in Buriram Province. e-Signature technology offers a practical solution, particularly in situations where face-to-face interactions are limited while administrative procedures remain essential. This study aimed to develop an online system for requesting permits for traditional social events during the COVID-19 pandemic using information technology. The research followed a four-step research and development process: (1) needs analysis, (2) system design and development, (3) implementation and expansion, and (4) evaluation, conducted from June 2020 to May 2022. The sample consisted of 766 applicants, and data were analyzed using descriptive statistics and the Chi-square test ($\alpha = 0.05$). The findings indicated that the traditional process was complex and required 2–3 days for completion. The newly developed e-Signature system streamlined the process by utilizing Google Forms for data collection, Google Sheets for data management, and Looker Studio for dashboard visualization. The system was piloted in Nong Chai Si Subdistrict and later expanded to Nong Hong District. The majority of users were female, with an average age of 50.42 years and a primary education level. The system significantly reduced processing time and received high user satisfaction, with a statistically significant level of satisfaction among applicants ($p < 0.001$). The implementation of this system enhances the efficiency, convenience, and speed of the permit application process during the COVID-19 pandemic. Further development and expansion of similar systems for other permit applications are recommended to better serve remote areas and adapt to changing circumstances.

Keywords: System Development, Event Approval Process, e-Signature, COVID-19 Pandemic

^{1*} Ban Krabueang Noi Sub-District Health Promoting Hospital Nong Chai Si Sub-district, Nong Hong District, Buriram Province

² Nonghong District Office, Buriram Province

³ Buriram Provincial Public Health Office

*Corresponding author E-mail: drseesmor@gmail.com

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เกิดจากไวรัสโคโรนา กลุ่มอาการทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARS-CoV-2) ซึ่งเริ่มปรากฏในเดือนธันวาคม 2562 ที่นครอู่ฮั่น เมืองเอกของมณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน โดยมีการเรียกชื่อโรคติดเชื้อชนิดนี้ว่า “โควิด-19” จากนั้นได้มีการแพร่ระบาดครั้งใหญ่ไปทั่วโลกในเวลาต่อมาการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด-19 (Covid-19) ได้สร้างความหวาดกลัวและส่งผลกระทบต่อสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจของประชากร และเมื่อต้นเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 มีการระบาดใหญ่ (pandemic) ซึ่งเป็นการติดเชื้อทั่วโลกอย่างรวดเร็ว ตามประกาศขององค์การอนามัยโลก เมื่อวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563¹ จากสถิติเมื่อวันที่ 15 เมษายน พ.ศ. 2563 ประชากรทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อ 1,982,939 คน และตาย 126,761 คน โดย 5 ลำดับแรกของประเทศที่มีผู้ติดเชื้อสูงสุด ประเทศสหรัฐอเมริกา 609,516 คน เป็นอันดับหนึ่ง ตามด้วย สเปน 174,060 คน อิตาลี 162,488 คน เยอรมัน 132,362 คน และฝรั่งเศส 131,362 คน และเมื่อพิจารณา 5 ลำดับแรกของประเทศที่มีจำนวนผู้เสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ สหรัฐอเมริกา 26,057 คน อิตาลี 21,067 คน สเปน 18,255 คน ฝรั่งเศส 15,750 คน และสหราชอาณาจักร 12,129 คน²

สำหรับการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 รอบแรกในประเทศไทย พบผู้ป่วยต้องสงสัยรายแรกเมื่อวันที่ 21 มกราคม พ.ศ. 2563 เป็นนักท่องเที่ยวหญิงชาวจีน อายุ 74 ปี ซึ่งเดินทางมาถึงกรุงเทพมหานคร โดยเที่ยวบินจากนครอู่ฮั่น เมืองหลวงของมณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน และ ณ วันที่ 8 เมษายน พ.ศ. 2563 พบอัตราการติดเชื้อในประเทศไทย จำนวน 2,369 คน มีผู้เสียชีวิต 30 คน ผู้ป่วยรายใหม่ 111 คน ในกรุงเทพและจังหวัดนนทบุรี 1,250 คน ภาคตะวันออกเฉิยเหนือ 101 คน ภาคเหนือ 86 คน ภาคกลาง 332 คน และภาคใต้ 409 คน และจากสถิติเมื่อวันที่ 22 เมษายน พ.ศ. 2563 ประเทศไทยมีการระบาดและมีจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 2,826 คน จำนวนผู้รักษาหาย 2,352 คน คิดเป็นร้อยละ 83.2 ร้อยละของการรักษาหายอยู่ในลำดับที่ 2 ของโลกรองจากประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน³

ส่วนการระบาดรอบที่ 2 ในประเทศไทยนั้น เริ่มช่วงปลายเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 โดยพบหญิงไทย อายุ 67 ปี อาชีพค้าขายที่ตลาดกลางกุ้ง ตำบลมหาชัย อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร ติดเชื้อโดยไม่มีประวัติการเดินทางออกนอกประเทศ ซึ่งคาดว่าเป็นการติดเชื้อจากแรงงานชาวจีนในสมุทรสาคร ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีแรงงานชาวจีนมาอาศัยอยู่อย่างหนาแน่น โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร ได้ลงพื้นที่เพื่อทำการตรวจเชิงรุก (active case finding) และพบว่า มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่ไม่มีอาการในกลุ่มแรงงานชาวจีนมาเป็นจำนวนมาก โดยการระบาดรอบที่ 2 นี้ มีความต่างจากการระบาดระลอกแรกในหลายด้าน เช่น จำนวนผู้ติดเชื้อมีจำนวนมากกว่า มีการกระจายไปหลายจังหวัด ทำให้คาดว่าการระบาดรอบที่ 2 คงไม่หมดไปอย่างรวดเร็วเหมือนรอบแรก⁴ แม้ระบบควบคุมโรคของประเทศไทย มีการแยกผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรือเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งมีการติดตามผู้ที่สัมผัสเชื้อทุกราย และมีการตรวจเชื้อจากผู้ป่วยให้ได้อย่างรวดเร็ว แต่การระบาดในประเทศไทยก็ยังคงดำเนินอย่างต่อเนื่อง และส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของประชาชน เนื่องจากทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และการใช้เทคโนโลยี เหล่านี้ล้วนมีผลกระทบต่อตัวบุคคลทั้งสิ้น เช่น ตกงาน หรือถูกเลิกจ้าง สมาชิกครอบครัวต้องอยู่ห่างกัน และมีการรักษาระยะห่างทางสังคม (social distancing) รวมถึงสัมผัสสภาพในครอบครัวและชุมชนลดลง ทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนไป เกิดปัญหาการขาดรายได้ และชีวิตประจำวันที่ต้องปรับเปลี่ยนไป⁵ ในประเทศไทยได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด - 19) (ศบค.) ซึ่งเป็นคณะกรรมการบริหารโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 แห่งชาติ ที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ได้ประกาศภาวะฉุกเฉินของประเทศไทย โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนอยู่บ้าน (stay at home) ปฏิบัติงานที่บ้าน (Work from home: WFH) รักษาระยะห่างทางกายภาพ (physical distancing) รักษาระยะห่างทางสังคม (social distancing) สวมหน้ากากอนามัย และล้างมือบ่อย ๆ ซึ่งการประกาศภาวะฉุกเฉินส่งผลให้ประชาชนต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตทั้งหมด

สำหรับสถานการณ์การระบาดและการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 จังหวัดบุรีรัมย์ ได้มีมาตรการในการเฝ้าระวังติดตามผู้เดินทางกลับมาจากประเทศกลุ่มเสี่ยงที่มีการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 มีระบบการเฝ้าระวังป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทั้งในระดับบุคคลและกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ ได้มีการกักตัวสังเกตอาการ การตรวจคัดกรองเพื่อหาเชื้อไวรัสโควิด-19 โดยใช้ชุดทดสอบคือ Antigen test kit (ATK) วิธี RT-PCR เป็นวิธีการตรวจยืนยันเพื่อหาสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 โดยความร่วมมือทั้งจากฝ่ายปกครอง สาธารณสุข กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เฝ้าระวังในพื้นที่อย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง รัฐบาลโดยข้อเสนอของศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีโรคติดเชื้อโควิด-19 จึงมีความจำเป็นต้องเพิ่มการบังคับใช้มาตรการควบคุมแบบบูรณาการในการดำเนินงานจัดกิจกรรมที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรค จังหวัดบุรีรัมย์มีหนังสือด่วนที่สุด ที่ บร 0032/ว 6404 เรื่องการขออนุญาตจัดกิจกรรมหรือพิธีการทางสังคมตามประเพณีนิยม และมีคำสั่งจังหวัดบุรีรัมย์ ที่ 2327/2564 ลงวันที่ 10 เมษายน พ.ศ. 2564 เพื่อให้การควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในพื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์ ตามที่คณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อจังหวัดบุรีรัมย์ได้ออกคำสั่งและหนังสือสั่งการแล้วรวมทั้งข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ฉบับที่ 20 และฉบับที่ 22 และเพื่อให้การดำเนินการเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและปฏิบัติให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ให้งดการจัดกิจกรรมหรือพิธีการทางสังคมตามประเพณีนิยม ที่มีการรวมกลุ่มของบุคคลที่มีจำนวนรวมกันมากกว่าห้าสิบคน เว้นแต่การจัดกิจกรรมที่มีการรวมกลุ่มของบุคคลที่มีจำนวนรวมกันไม่เกินห้าสิบคน ให้ทำหนังสือแจ้งแผนการจัดงานหรือกิจกรรม และมาตรการสาธารณสุขที่สามารถปฏิบัติได้จริง ยื่นต่อนายอำเภอในท้องที่ และปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันควบคุมโรคที่กำหนดอย่างเคร่งครัด เนื่องจากมีการระบาดเพิ่มมากขึ้นจึงมีหนังสือชักชวนความเข้าใจการตัดกิจกรรมหรือพิธีการทางสังคมตามประเพณีนิยม เช่น การจัดงานศพ โดยได้จำกัดจำนวนคนร่วมงานลดน้อยลงเรื่อยๆ ในเดือนพฤษภาคม 2565 มากกว่าห้าสิบคน เป็นไม่เกินห้าสิบคน เดือนสิงหาคม 2565 รวมกันมากกว่ายี่สิบคน เดือนกรกฎาคม 2565 รวมกันมากกว่าหนึ่งร้อยคน และรวมกันมากกว่ายี่สิบคน ตามลำดับ โดยให้อำเภอแจ้งเทศบาลตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบลทราบด้วย⁶

e-Signature หรือ ลายมือชื่ออิเล็กทรอนิกส์ มีประวัติยาวนาน โดยเริ่มต้นจากแนวคิดของ Whitfield Diffie และ Martin Hellman ในปี ค.ศ. 1976 (พ.ศ. 2519) ซึ่งใช้หลักการ RSA และพัฒนาจนกลายเป็นซอฟต์แวร์ที่ชื่อว่า Lotus Notes 1.0 สำหรับใช้งานร่วมกับ e-Signature ในปี ค.ศ. 1988 (พ.ศ. 2531) ต่อมาในปี ค.ศ. 1999 (พ.ศ. 2542) มีการอัปเดตคุณสมบัติของไฟล์ PDF ให้สามารถฝังลายเซ็น E-Signature ลงในไฟล์ได้นอกจากนี้ ยังมีการออกพระราชบัญญัติลายเซ็นอิเล็กทรอนิกส์และการค้าแห่งชาติ (Electronic Signatures in Global and National Commerce Act หรือ ESIGN) ในปี ค.ศ. 2000 (พ.ศ. 2543) เพื่ออำนวยความสะดวกในการลงลายเซ็น e-Signature เพื่อทำการค้าระหว่างรัฐและประเทศอื่น ๆ⁷ e-Signature ต่อการวิจัยและพัฒนาการใช้งาน การเข้าสู่ยุคดิจิทัลทำให้การดำเนินธุรกรรมทางออนไลน์กลายเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับทั้งภาคเอกชนและภาครัฐ e-Signature หรือลายมือชื่ออิเล็กทรอนิกส์ เป็นหนึ่งในเทคโนโลยีที่ได้รับการพัฒนาเพื่ออำนวยความสะดวกในการลงนามเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ โดยมีจุดมุ่งหมายหลักในการยืนยันตัวตนของผู้ลงนามและรักษาความสมบูรณ์ของข้อมูล. ประวัติการพัฒนา e-Signature มีประวัติยาวนาน โดยเริ่มต้นจากแนวคิดของ Whitfield Diffie และ Martin Hellman ในปี ค.ศ. 1976 ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับการสร้างระบบเข้ารหัสลับเพื่อรักษาความปลอดภัยของข้อมูล. ต่อมาในปี ค.ศ. 2000 (พ.ศ. 2543) พระราชบัญญัติลายเซ็นอิเล็กทรอนิกส์และการค้าแห่งชาติ (ESIGN) ได้ถูกออกมาเพื่อให้การรับรองทางกฎหมายแก่การใช้งาน e-Signature ในธุรกรรมระหว่างรัฐและระหว่างประเทศ. การใช้งานในประเทศไทย, สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (องค์การมหาชน) หรือ DGA ได้มีส่วนสำคัญในการสนับสนุนการใช้งาน e-Signature ในหน่วยงานภาครัฐ เพื่อปรับปรุงกระบวนการจัดการบริการให้มีความคล่องตัวมากขึ้น⁸ หน่วยงานหลายแห่ง เช่น

กรมสรรพากร, กรมพัฒนาธุรกิจการค้า, และกรมบัญชีกลาง ได้นำ e-Signature ไปใช้ในกระบวนการต่าง ๆ เพื่อลดระยะเวลาในการทำงานและเพิ่มประสิทธิภาพ⁹ ประโยชน์และความปลอดภัย e-Signature มีคุณสมบัติที่ช่วยให้ผู้ใช้รักษาความปลอดภัยของข้อมูลได้ด้วยระบบเข้ารหัสลับและการตรวจสอบตัวตนผู้ลงนาม นอกจากนี้ ยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในการจัดเก็บเอกสารกระดาษและการเดินทางไปเซ็นเอกสารจริง ทำให้เกิดความสะดวกสบายมากขึ้นสำหรับผู้ให้บริการ^{10,11} e-Signature สามารถเป็นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์รูปแบบอื่น ๆ ได้นอกจากลายเซ็น เช่น วาจา โลโก้หรือภาพวาดที่ถูกออกแบบ หรือแม้แต่ลายเซ็นบนกระดาษที่ถูกสแกนเข้าไปในคอมพิวเตอร์ มีจุดประสงค์หลัก คือ ใช้ในการลงนามในสัญญา ข้อตกลงระหว่างบุคคลองค์กรที่ต้องใช้ลายเซ็นเป็นเครื่องยืนยัน แม้ลายเซ็น e-Signature จะตรวจสอบได้ว่าเจ้าของลายเซ็นนั้นคือใคร แต่ก็ทำได้ยากกว่าลายเซ็นดิจิทัล เนื่องจาก e-Signature เป็นลายเซ็นที่ไม่มีใบรับรองจากองค์กรที่ออกใบรับรองดิจิทัลให้ตนเอง ลายเซ็น e-Signature เป็นการใช้งานออนไลน์ที่เป็นประโยชน์ต่อการทำงาน เพราะในสถานการณ์ที่ต้องพบปะ เจอหน้ากันน้อยลง แต่กระบวนการทำงาน ติดต่องานยังคงอยู่เหมือนเดิม จึงมีวิธีการทำงานผ่านช่องทางออนไลน์ที่สะดวก รวดเร็ว และยังมีความปลอดภัยใกล้เคียงการทำงานรูปแบบเดิม และคาดว่า e-Signature จะแพร่หลายในการทำงานออนไลน์ในอนาคต

ในพื้นที่อำเภอหนองหงส์ ได้มีการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และคุมเข้มตามมาตรการมาอย่างต่อเนื่อง ในการจัดกิจกรรมหรือพิธีการทางสังคมตามประเพณีนิยมที่มีการรวมกลุ่มของบุคคลจากระบบเดิมกระบวนการขออนุญาตมี 4 ขั้นตอน คือ 1) ผู้ขอจัดกิจกรรมเขียนแบบคำขอที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2) ขอความเห็นชอบจากผู้นำชุมชน 3) รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ 4) เดินทางเพื่อไปขออนุญาตจากนายอำเภอ โดยต้องเดินทางมาติดต่อราชการด้วยตนเอง จากขั้นตอนดังกล่าวมีความยุ่งยาก ซับซ้อนต้องไปติดต่อหลายหน่วยงานซึ่งทำให้เสียเวลาและเสียค่าใช้จ่ายมาก นอกจากนั้นยังเป็นการเพิ่มความเสี่ยงในการนำเชื้อโรคจากแห่งหนึ่งไปสู่อีกแห่งหนึ่งได้เนื่องจากการจัดกิจกรรมงานศพหรืองานพิธีการต่าง ๆ ญาติอีกส่วนหนึ่งจะเดินทางมาจากนอกพื้นที่หรือต่างจังหวัด เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน โดยใช้วิธีการที่ไม่ยุ่งยาก สามารถปฏิบัติได้จริงในบริบทที่มีข้อจำกัดมากด้านเวลาและทรัพยากร ทีมวิจัยจึงได้มีการพัฒนาระบบการขออนุญาตจัดกิจกรรมหรือพิธีการทางสังคมตามประเพณีนิยม ในสถานการณ์การระบาดโรคโควิด-19 แบบออนไลน์ ด้วย e-Signature ขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการขออนุญาตจัดกิจกรรมหรือพิธีการทางสังคมตามประเพณีนิยม ในสถานการณ์การระบาดโรคโควิด-19 แบบออนไลน์ ด้วย e-Signature
2. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ขออนุญาตจัดกิจกรรมหรือพิธีการทางสังคมตามประเพณีนิยม

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2563 ถึง 31 พฤษภาคม 2565 โดยมีการปรับปรุงเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

ประชากร คือ ผู้ที่ขออนุญาตจัดกิจกรรมหรือพิธีการทางสังคมตามประเพณีนิยม ในพื้นที่อำเภอหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 776 คน เจ้าหน้าที่ที่ได้รับคำสั่งแต่งตั้งให้รับผิดชอบงานควบคุมป้องกันโรคโควิด 19 และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหนองหงส์ จำนวน 1 คน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจำนวน 2 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทุกแห่ง จำนวน 7 คน และเจ้าหน้าที่ปกครองผู้ออกใบอนุญาตประจำที่ว่าการอำเภอ จำนวน 4 คน รวมทั้งสิ้น 790 คน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยเสนอหัวข้อโครงร่างผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เอกสารรับรองเลขที่ 2020R-014 รับรองวันที่ 26 พฤษภาคม 2563 และต่ออายุโครงการ วันที่รับรอง 26 พฤษภาคม 2564 ผู้วิจัยแจ้งกลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงสิทธิในการตอบแบบสอบถามจะเก็บเป็นความลับ การนำเสนอผลการวิจัยจะเสนอในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และจะนำไปใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น ภายหลังจากการได้รับคำอธิบายแล้วเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ขอให้ลงนามในใบยินยอม จากนั้นจึงดำเนินการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลการวิจัย

มี 5 ชิ้น คือ

1. Application Google (Google Form, Google Sheets and Google Data Studio) ผู้วิจัยได้ออกแบบสอบถามตามแบบฟอร์มคำร้องขอจัดงาน/จัดประชุม หรือกิจกรรมอื่นๆ ตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ ที่คณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคจังหวัดกำหนดขึ้น โดย Application Google (Google Form, Google Sheets and Looker Studio) ผู้วิจัยได้ออกแบบสอบถามตามแบบฟอร์มคำร้องขอจัดงาน/จัดประชุม หรือกิจกรรมอื่นๆ ตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ ที่คณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคจังหวัดกำหนดขึ้น โดยได้ตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน
2. Web Site http://209.15.108.203/nongchaisri/index_EOC-Nonghong.html ผู้วิจัยได้เผยแพร่ลิงก์แบบฟอร์มการขออนุญาตจัดงาน/จัดประชุม หรือกิจกรรมอื่น ๆ ตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์
3. Application Line ตั้งชื่อไลน์กลุ่ม e-Signature-Nong Hong” ผู้วิจัยได้สร้างกลุ่มไลน์ เพื่อการสื่อสารข้อมูลและส่งไฟล์ PDF เพื่อเสนอผู้บริหารลงนามแบบเรียลไทม์
4. แบบบันทึกการประชุมกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน และผู้เกี่ยวข้อง
5. กล้องถ่ายรูป

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานความร่วมมือในการศึกษาวิจัยถึงนายอำเภอนางรอง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนางรอง สาธารณสุขอำเภอนางรอง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตพื้นที่อำเภอนางรองทุกแห่ง ทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา
2. ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง พร้อมอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอน
3. ดำเนินการวิจัยตามแนวทางการวิจัยและพัฒนา (R&D) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้
 - 3.1 ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลและกำหนดความต้องการ (need assessment) โดยการขอข้อมูลการขออนุญาตจัดกิจกรรมหรือพิธีการทางสังคมตามประเพณีนิยม ปี พ.ศ. 2563 เจ้าหน้าที่ปกครองผู้ออกใบอนุญาต เพื่อมาวิเคราะห์ข้อมูล ด้านจำนวนเอกสาร ขั้นตอนการขออนุญาต การยื่นคำขอ และรับใบอนุญาตจัดกิจกรรมหรือพิธีการทางสังคมตามประเพณีนิยม จำนวน 117 ราย ระหว่างเดือน มิถุนายน 2563 – ตุลาคม 2563 (รวม 5 เดือน)

3.2 **ขั้นตอนที่ 2** การออกแบบและพัฒนาระบบ e-Signature (design and development) เพื่อลดขั้นตอนบริการ เน้นบริการใกล้บ้าน หรือใช้บริการได้ทุกที่ ไม่ต้องเดินทางเข้าอำเภอ โดยใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาช่วยอำนวยความสะดวก และลดระยะเวลารอคอย ระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2563 – ธันวาคม 2563 (รวม 2 เดือน) โดยมีระบบที่พัฒนาขึ้น ดังนี้

3.2.1 วิเคราะห์แบบฟอร์มคำร้องขอจัดงาน/จัดประชุม หรือกิจกรรมอื่น ๆ ตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 อำเภอหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยใช้แบบฟอร์มที่คณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคโควิด 19 จังหวัดบุรีรัมย์ ได้มีมติกำหนดขึ้น

3.2.2 สร้างแบบฟอร์มด้วย Google Form

3.2.3 บริหารจัดการข้อมูลด้วย Google Sheet เตรียมข้อมูลให้เป็นสารสนเทศ

3.2.4 สร้าง Dashboard ให้เป็นสารสนเทศด้วย Looker Studio

3.3 **ขั้นตอนที่ 3** ทดลองใช้และขยายผล(try out and implementation)แบ่งการพัฒนาเป็น 2 ระยะ คือ

3.3.1 ระยะทดลองใช้ ที่ตำบลหนองชัยศรี เพื่อประเมินความสะดวก การเข้าถึงง่าย ลดขั้นตอนการเดินทาง ในการขอรับใบอนุญาต และความพึงพอใจ มีการปรับปรุงเป็นระยะ ๆ ระหว่างเดือน มกราคม - กันยายน 2564 (จำนวน 9 เดือน)

3.3.2 ขยายผลใช้ทั้งอำเภอหนองหงส์ ทำการประเมินความสะดวก ใช้งานง่าย และความพึงพอใจ ระหว่างเดือน ตุลาคม 2564 - พฤษภาคม 2565 (จำนวน 8 เดือน)

3.4 **ขั้นตอนที่ 4** ประเมินผลการพัฒนา (evaluation) โดยขยายผลการใช้ระบบทั้งอำเภอหนองหงส์เป็นปีที่ 2 และประเมินผลการพัฒนา โดยเก็บรวบรวมข้อมูล ถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาระบบ ร่วมกันระหว่างผู้แทน/ผู้ขออนุญาต เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ปกครองผู้ออกใบอนุญาต และคณะผู้วิจัย สรุปผลการพัฒนาระบบ เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา ด้านการลดระยะเวลารอคอย ด้านความพึงพอใจของผู้ขออนุญาตจัดกิจกรรมหรือพิธีการทางสังคมตามประเพณีนิยม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล โดยใช้จำนวน ร้อยละ และ เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ขออนุญาตจัดกิจกรรมหรือพิธีการทางสังคมตามประเพณีนิยม โดยใช้ Chi-square ที่ $\alpha = 0.05$ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้เทคนิคการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา มีการวิเคราะห์เนื้อหา จำแนกถ้อยคำหรือข้อความที่กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็น แล้วนำมาตีความ สังเคราะห์และวิเคราะห์ด้วยเหตุแห่งผล จากนั้นจึงสร้างข้อสรุป

ผลการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลและกำหนดความต้องการ (need assessment)

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.07 มีอายุเฉลี่ย 50.42 ปี อายุต่ำสุด 23 ปี และสูงสุด 81 ปี กลุ่มอายุ 51 ปีขึ้นไป ร้อยละ 52.99 รองลงมา กลุ่มอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 23.08 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 94.02 รองลงมา ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 4.27 จำนวนเอกสารแบบฟอร์มที่ขออนุญาต ๆ จำนวน 117 ครั้ง โดยมีขั้นตอนการขออนุญาต การยื่นคำขอต่อสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไปขอความเห็นชอบจากผู้นำชุมชน เดินทางไปขออนุญาตจากที่ว่าการอำเภอ และรับใบอนุญาตจัดกิจกรรมหรือพิธีการทางสังคมตาม

ประเพณีนิยม พบว่า ขั้นตอนการทำงานของเจ้าหน้าที่รับเรื่อง การขอเลขหนังสือราชการ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ระยะเวลาการรอคอยการอนุญาตจากนายอำเภอใช้เวลา 2-3 วัน

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบและพัฒนาระบบ e-Signature (design and development)

ผลการออกแบบและพัฒนาระบบ

1. ออกแบบฟอร์มการบันทึกข้อมูลด้วย Google Form เพื่อให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บันทึกข้อมูลเมื่อประชาชนมาขอจัดกิจกรรมฯ โดยสามารถเข้าหน้าแบบฟอร์มผ่านเว็บไซต์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกระเบื้องน้อย เมนูข้อมูลหน่วยงาน EOC_หนองหงส์ หัวข้อ ระบบการขอจัดงานออนไลน์ อนุมัติด้วย e-Signature Google Form บันทึกขออนุญาตจัดงาน โดยออกแบบระบบเพื่ออำนวยความสะดวกให้เจ้าหน้าที่ เช่น การเลือกข้อมูลจาก Drop down list อาทิเช่น หมู่ที่ ชื่อตำบล ชื่อผู้นำชุมชน ชื่อกำนัน ทุกตำบลในอำเภอหนองหงส์ เพื่อลดความผิดพลาดของข้อมูลที่จะทำเป็นหนังสือราชการ และเอกสารการขออนุญาตตามที่กำหนด ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 Google Form ระบบขออนุญาตจัดงานในสถานการณ์โควิด 19 อำเภอหนองหงส์

2. เมื่อข้อมูลถูกบันทึกในข้อที่ 2.1 จะถูกจัดเก็บข้อมูลในรูปแบบฐานข้อมูลด้วย Google Sheet เตรียมข้อมูลให้เป็นสารสนเทศ ดังภาพที่ 2

Date	Time	Person	Place	จำนวน	ชื่อ	สถานที่	วันที่
4/1/2022	10:02:33	นาง	...	55	10	11	...
4/1/2022	10:04:19	นาง	...	52	127	3	...
4/1/2022	10:12:45	นาง	...	45	6	11	...
4/1/2022	10:30:34	นางสาว	...	40	89	9	...
4/1/2022	10:47:02	นาย	...	55	148	5	...
4/1/2022	11:03:16	นาย	...	60	52	7	...
4/1/2022	11:20:21	นาย	...	62	73	7	...
4/1/2022	11:34:16	นาย	...	55	18	9	...
4/1/2022	11:40:52	นาย	...	55	18	9	...
4/1/2022	13:47:11	นาง	...	52	3	3	...
4/1/2022	15:26:40	นาง	...	50	370	2	...
5/1/2022	9:43:29	นาง	...	59	23	4	...
5/1/2022	10:31:18	นางสาว	...	38	89	19	...
5/1/2022	12:18:23	นาย	...	66	50	7	...
5/1/2022	13:47:38	นาง	...	65	65	6	...
5/1/2022	13:48:19	นาง	...	65	21	10	...
5/1/2022	14:26:10	นาง	...	48	53	4	...
5/1/2022	9:51:39	นาง	...	60	214	6	...
5/1/2022	10:05:20	นางสาว	...	58	110	9	...
5/1/2022	10:42:38	นางสาว	...	49	102	15	...
5/1/2022	11:07:44	นาง	...	65	210	6	...
5/1/2022	11:36:45	นาง	...	23	101	8	...
5/1/2022	12:04:06	นาย	...	56	99	7	...
5/1/2022	17:11:12	นาย	...	50	127	7	...
7/1/2022	9:52:17	นาง	...	46	101	15	...
7/1/2022	9:58:34	นาง	...	46	101	15	...
7/1/2022	10:06:28	นาง	...	46	101	15	...

ภาพที่ 2 Google Sheet ฐานข้อมูลที่ได้จากการบันทึกใน Google Form

3. สร้าง Dashboard ให้เป็นสารสนเทศด้วย Google Data Studio จำนวน 3 เมนู ได้แก่ เมนูทะเบียนการขออนุญาต แบบขออนุญาต/พิมพ์เอกสาร และหนังสือราชการนำส่งผู้ที่เกี่ยวข้องในการขอจัดกิจกรรม โดยมีการแชร์การใช้งานร่วมกันผ่าน web site ผ่านเว็บไซต์หน่วยงานของ รพ.สต.บ้านกระเบื้องน้อย มีกระบวนการทำงาน ดังนี้

3.1 เจ้าหน้าที่ รพ.สต. บันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มการขออนุญาตจัดงานในระบบ จาก

Google Form :

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScZbHTHhy4WlMndcO98GH6nv0T3XyOE_RfX24MI4Pq_6FCsO/formResponse ดังภาพที่ 3

ประเภท	จำนวน	วันที่	ชื่อ - สกุล ผู้จัดงาน	ชื่อสถานที่จัดงาน	ชื่อสถานที่	ชื่อสถานที่
งานอื่นๆ	95	2022-07-06	นางสาว ปัทมาภรณ์	งานแต่งงาน	093-5123349	94.2
งานแต่งงาน	85	2022-07-06	น.ส.ศิวา นนธิมา	งานแต่งงาน	097-9205649	88.27
งานแต่งงาน	80	2022-07-05	นางสาว เสกสรรค์	งานแต่งงาน	0872442098	80
งานแต่งงาน	75	2022-07-04	นาง นนทิ	งานแต่งงาน	0636596990	89
งานแต่งงาน	35	2022-07-04	นางสาว นนทิ	งานแต่งงาน	0857922701	97
งานแต่งงาน	32	2022-07-04	นางสาว นนทิ	งานแต่งงาน	0879504012	86.58
งานแต่งงาน	26	2022-07-01	นางสาว นนทิ	งานแต่งงาน	0862823161	92.25
งานแต่งงาน	26	2022-07-01	นางสาว นนทิ	งานแต่งงาน	0918289287	92.25
งานแต่งงาน	26	2022-06-30	นางสาว นนทิ	งานแต่งงาน	0834467658	96.26
งานแต่งงาน	26	2022-06-30	นางสาว นนทิ	งานแต่งงาน	0807226900	92.25
งานแต่งงาน	26	2022-06-28	นางสาว นนทิ	งานแต่งงาน	0902481569	92.5
งานแต่งงาน	26	2022-06-28	นางสาว นนทิ	งานแต่งงาน	0805417008	89
งานแต่งงาน	26	2022-06-28	นางสาว นนทิ	งานแต่งงาน	0639499717	88
งานแต่งงาน	26	2022-06-28	นางสาว นนทิ	งานแต่งงาน	098-4425544	95.1
งานแต่งงาน	26	2022-06-27	นางสาว นนทิ	งานแต่งงาน	090381430	89
งานแต่งงาน	26	2022-06-27	นางสาว นนทิ	งานแต่งงาน	096-7919895	90.1
งานแต่งงาน	26	2022-06-27	นางสาว นนทิ	งานแต่งงาน	0801746005	90

ภาพที่ 3 Looker Studio แสดงเป็น Dashboard

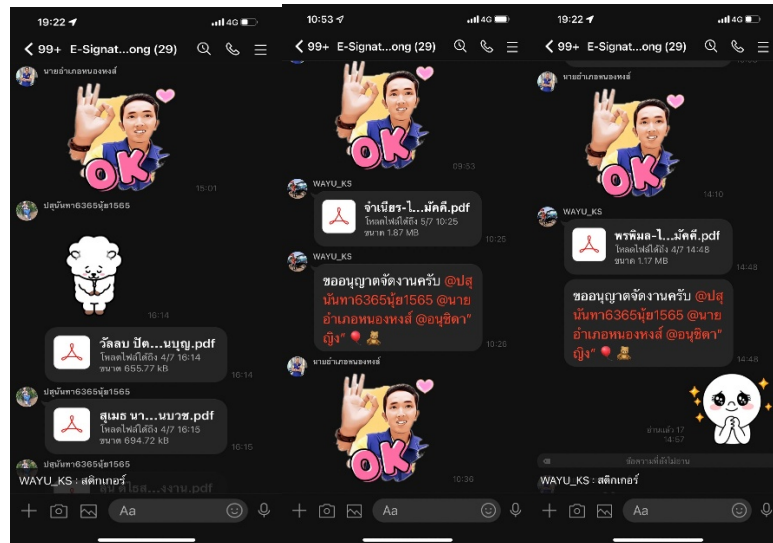
https://lookerstudio.google.com/u/1/reporting/d6fc7586-8027-4f0e-abf9-a19fd66cc290/page/p_17g08j0hqc

ในเมนูแบบขออนุญาต/พิมพ์เอกสาร ทำการพิมพ์เอกสารออกจากระบบ เพื่อให้ผู้ขออนุญาตลงนาม เสนอผู้ใหญ่บ้าน และ
 กำนันประจำตำบลลงนามตามลำดับ ดังภาพที่ 4

[illegible]

3.3 เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ให้คำแนะนำสำหรับการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามมาตรการให้
 พร้อมเอกสารคำแนะนำ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ตรวจสอบข้อมูลความถูกต้อง และความครอบคลุม
 งานนั้น ๆ พร้อมลงนามเห็นชอบ ทำการสแกนเป็นไฟล์เอกสาร PDF File ส่งเข้ากลุ่มไลน์ “e-
 ขออนุญาตจากนายอำเภอหนองหงส์

3.4 นายอำเภอหนองหงส์ รับทราบ มอบหมายให้ปลัดอำเภอ (เจ้าพนักงานปกครองชำนาญ E-Signature ส่งกลับในกลุ่มไลน์ “e-Signature-Nong Hong” อีกครั้ง ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 กลุ่มไลน์ “e-Signature-Nong Hong”

3.5 เจ้าหน้าที่ รพ.สต. โหลดเอกสาร PDF File พิมพ์เอกสารแจ้งผู้ขออนุญาตจัดกิจกรรม และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เข้าสู่ระบบ e-Doc ระบบกลาง เพื่อออกเลขหนังสือส่ง เข้าลิงค์จาก Looker Studio ตามข้อ 3.2) เลือกชื่อผู้ขอจัดงานอีกครั้ง พิมพ์หนังสือแนะนำหนังสือถึงผู้นำชุมชนเพื่อแจ้งให้ทราบในการควบคุมตามมาตรการต่อไป ดังภาพที่ 5

ผู้ขอ : []

ที่ บร 1332.1/ []

ที่ว่าการอำเภอนงนงหงส์
ถนนศรีสง่า-โนนแดง บร 31240

เรื่อง การขอจัดงานต่าง ๆ จัดประชุมสัมมนา หรือกิจกรรมอื่นๆ

เรียน ท่านนาย DEL ,ผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่ null

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบฟอร์มคำร้องการขอจัดงาน จำนวน 1 ฉบับ

ตามที่ DEL DEL บ้านเลขที่ null หมู่ที่ null
ตำบล DEL อำเภอนงนงหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์ มีความประสงค์ที่จะจัดงาน/กิจกรรม
ในวันที่ DEL สิ่ง DEL สถานที่จัดงาน DEL บ้านเลขที่ null
หมู่ที่ null ตำบล DEL อำเภอนงนงหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์

อำเภอนงนงหงส์ พิจารณาแล้วอนุญาตให้จัดงานได้ โดยการจัดงานต้องปฏิบัติตามมาตรการในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตามแบบฟอร์มและข้อตกลงการจัดงานตามสิ่งที่ส่งมาพร้อมนี้ ทั้งนี้ เพื่อให้การปฏิบัติเป็นไปตามข้อตกลง จึงมอบหมายให้ท่าน ผู้ใหญ่บ้านในพื้นที่ที่มีการจัดงานดังกล่าวออกตรวจติดตาม ควบคุมการจัดงานให้เป็นไปตามมาตรการอย่างเคร่งครัดหากพบว่าการฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามมาตรการให้ท่านในฐานะเจ้าพนักงานควบคุมโรคตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 แจ้งแจ้งรับการสั่งงาน/กิจกรรมได้ทันทีพร้อมรายงานการปฏิบัติให้ท่านอำเภอนงนงหงส์(ทางไลน์)รับทราบ

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และดำเนินการ

ภาพที่ 5 หนังสือแนะนำผู้นำชุมชน

สรุปขั้นตอนการขออนุญาตจัดกิจกรรมหรือพิธีการทางสังคมตามประเพณีนิยม ดังภาพที่ 6



ภาพที่ 6 Flow Chart รูปแบบใหม่การขออนุญาตจัดกิจกรรมหรือพิธีการทางสังคมตามประเพณีนิยม

ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้และขยายผล (try out and implementation)

ประเภทของงาน ที่ขออนุญาตกิจกรรมหรือพิธีการทางสังคมตามประเพณีนิยม ในปี พ.ศ. 2564 – 2565 พบว่า งานมงคลมากที่สุด จำนวน 319 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 48.40 รองลงมามีงานประเภทอื่น ๆ จำนวน 256 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 38.85 และงานอวมงคล จำนวน 84 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 12.75 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละการขออนุญาตกิจกรรมหรือพิธีการทางสังคมตามประเพณีนิยม ในปี พ.ศ. 2564 – 2565

ประเภทของงาน	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
งานมงคล	319	48.40
งานอวมงคล	84	12.75
งานประเพณีอื่น ๆ	256	38.85
รวม	659	100.00

ผลการวิเคราะห์ระบบงานการขออนุญาตจัดกิจกรรมหรือพิธีการทางสังคมตามประเพณีนิยม ปี พ.ศ. 2564 – 2565 พบว่าในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 257 ครั้ง และปี พ.ศ. 2565 จำนวน 402 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 659 ครั้ง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนครั้งการขออนุญาตจัดกิจกรรมฯ พ.ศ. 2564 – 2565 อำเภอหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์

ตำบล	จำนวน (ครั้ง)		
	ปี 2564	ปี 2565	รวม
เสาดิยาว	18	50	68
ไทยสามัคคี	53	73	126
ห้วยหิน	81	63	144
สระทอง	17	38	55
เมืองฝ้าย	23	49	72
หนองชัยศรี	46	69	115
สระแก้ว	19	60	79
รวม	257	402	659

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลการพัฒนา (evaluation)

ผลการเปรียบเทียบระบบการขออนุญาต ฯ แบบใหม่กับแบบเดิมหลังนำไปใช้ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระบบการขออนุญาต ฯ ก่อนและหลังพัฒนาระบบ

แบบเดิม	แบบใหม่
1) ผู้จัดกิจกรรมเขียนแบบคำขอที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	1) ขอจัดกิจกรรมแจ้งและยื่นบัตรประชาชนให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล หรือ รพ.สต. ในพื้นที่ตนเอง
2) ขอความเห็นชอบจากผู้นำชุมชน	2) เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลผ่านระบบที่พัฒนาขึ้นด้วย Google Form และปริ้นเอกสาร ให้ผู้ขออนุญาตลงนาม และไปเสนอขอความเห็นชอบจากผู้นำชุมชน
3) รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3) เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำในมาตรการควบคุมและป้องกันโรคโควิด-19
4) ผู้ขออนุญาตเดินทางเข้าอำเภอ เพื่อไปขออนุญาตจากนายอำเภอ	4) เจ้าหน้าที่สแกนเอกสารเป็นไฟล์ PDF ส่งเข้ากลุ่มไลน์ เพื่อเสนอนายอำเภอพิจารณาอนุมัติด้วย e-Signature และส่งเอกสารกลับเข้าในห้วงกลุ่มไลน์ 5) เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบปริ้นเอกสารที่ลงนามแล้วแจ้งให้ผู้จัดกิจกรรม พร้อมส่งไลน์หรือแจ้งให้ผู้นำชุมชนรับทราบและถือปฏิบัติต่อไป

ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ขออนุญาตจัดกิจกรรมหรือพิธีการทางสังคมตามประเพณีนิยม ในปี พ.ศ. 2564 กับ ปี พ.ศ. 2565 พบว่า ผู้ขออนุญาตจัดกิจกรรมหรือพิธีการทางสังคมตามประเพณีนิยม มีความพึงพอใจ เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 28.13 เป็นร้อยละ 71.87 และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.001$ ดังตาราง 4

ตาราง 4 ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ขออนุญาตจัดกิจกรรมหรือพิธีการทางสังคมตามประเพณีนิยม ก่อน-หลัง การนำระบบ ฯ ไปใช้ ปี พ.ศ. 2564 กับ ปี พ.ศ. 2565

ปี พ.ศ.	พึงพอใจ		ไม่พึงพอใจ		χ^2	df	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ก่อน (2564)	155	28.13	102	94.44	166.67	1	<0.001*
หลัง (2565)	396	71.87	6	5.56			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ระบบที่พัฒนาขึ้นและได้ผ่านการทดลองใช้จริงแล้ว 2 ปี ประกอบด้วย หลักการ/หลักวิชาการ มีโครงสร้างที่ชัดเจน มีเอกสารของระบบงานชัดเจนถึงวิธีปฏิบัติ มีคู่มือ และคำแนะนำการใช้งาน ที่ใช้ประชาชนเป็นศูนย์กลางตามแนวทางการบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดี ทำให้เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ปกครองผู้ออกใบอนุญาต ใช้เวลาในการทำงานลดลง เนื่องจากการบันทึกในระบบออนไลน์ สามารถพิมพ์แบบคำขอ และหนังสือส่งผู้เกี่ยวข้องได้ทันที

สอดคล้องกับ อร่าม สกุลแก้ว¹² กล่าวว่า บุคคลคือปัจจัยหลักของความสำเร็จที่สำคัญในการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ค่าใช้จ่ายไปติดต่อดำเนินการลดลง เนื่องจากไม่ต้องเดินทางเข้าอำเภอ เวลาในการอนุญาตจากนายอำเภอลดลง เนื่องจากการเสนอแบบคำขอแบบออนไลน์ด้วยไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ลงนามด้วย e-Signature และสอดคล้องกับ พัทธภรณ์ จิตตะคาม¹³ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้งาน การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความตั้งใจในการใช้บริการระบบลงลายมือชื่อดิจิทัลพบว่า ความไว้วางใจในเทคโนโลยี ความสะดวก และความรู้เกี่ยวกับระบบ ล้วนส่งผลอย่างมากต่อการตัดสินใจนำไปใช้ในกลุ่มต่าง ๆ โดยรวมแล้วการศึกษาเรื่องความเป็นมาของ e-Signature แสดงให้เห็นว่าการนำเทคโนโลยีนี้ไปประยุกต์ในชีวิตประจำวันสามารถปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงาน ลดระยะเวลา และเพิ่มความปลอดภัยได้อย่างมากทั้งในระดับองค์กรและระดับส่วนบุคคล ความพึงพอใจของผู้ขออนุญาตจัดกิจกรรมหรือพิธีการทางสังคมตามประเพณีนิยมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากการดำเนินการให้บริการของเจ้าหน้าที่รวดเร็วขึ้น ไม่ต้องเดินทางไปสถานที่เสี่ยงต่อการระบาดโรคโควิด-19 จึงเสนอให้มีการพัฒนาและขยายผลสู่การขออนุญาตกรณีอื่น ๆ เพื่อใช้กับประชาชนที่อยู่ห่างไกลทุรกันดาร ให้เข้าถึงบริการที่สะดวก รวดเร็วขึ้น จึงสรุปได้ว่า

1. การพัฒนาระบบนี้จึงเป็นการพัฒนาที่ตอบสนองต่อสถานการณ์ปัจจุบันและช่วยให้ประชาชนสามารถจัดกิจกรรมทางสังคมได้อย่างปลอดภัยภายใต้ข้อจำกัดที่มีอยู่ ถือเป็นการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพและส่งเสริมการพัฒนาสังคมอย่างยั่งยืนในอนาคต
2. ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการใช้ระบบออนไลน์และเทคโนโลยี e-Signature ช่วยลดระยะเวลาการดำเนินการได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยลดเวลาที่เจ้าหน้าที่ใช้ในการรับเรื่องลงจากประมาณ 30 นาที เหลือไม่เกิน 10 นาที และลดระยะเวลาการรอคอยการอนุญาตจากนายอำเภอลงจาก 2-3 วัน เหลือไม่เกิน 1 วัน
3. การศึกษาพบว่า การขออนุญาตจัดกิจกรรมทางสังคมในปี 2564-2565 มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะประเภทงานมงคลซึ่งเป็นที่ยอมรับมากที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่า ความพึงพอใจของผู้ขออนุญาตเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 28.13 ในปี 2564 เป็นร้อยละ 71.81 ในปี 2565 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของการพัฒนาระบบใหม่
4. ระบบที่พัฒนาขึ้นนี้ ลดความยุ่งยาก ซับซ้อนไม่ต้องไปติดต่อกับหลายหน่วยงานซึ่งทำให้เสียเวลาและลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง นอกจากนี้ยังเป็นการลดความเสี่ยงในการนำเชื้อโรคจากแห่งหนึ่งไปสู่อีกแห่งหนึ่งได้เนื่องจากการจัดกิจกรรมงานศพหรืองานพิธีการต่างๆ ญาติอีกส่วนหนึ่งจะเดินทางมาจากนอกพื้นที่หรือต่างจังหวัด

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์

ควรนำแนวคิด แนวทาง และ วิธีการ ที่ได้ดำเนินการในการวิจัยครั้งนี้

1. ไปเป็นบทเรียนตัวอย่างของการพัฒนาที่ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. สามารถนำไปใช้ในการวางแผนและการดำเนินการพัฒนาบุคลากร งาน หน่วยงาน องค์กร ต่าง ๆ ได้อย่างน่าภาคภูมิใจ นำไปสู่ความเจริญก้าวหน้า ของหน่วยงาน/องค์กร อย่างมั่นคง และ ยั่งยืน ยิ่งๆขึ้น
 - 1) สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ควรนำแนวคิด แนวทาง และ วิธีการ ที่ได้ดำเนินการในการวิจัยครั้งนี้ ไปเป็นบทเรียนตัวอย่าง ของการพัฒนาที่ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ได้อย่าง มีประสิทธิภาพ สามารถนำไปใช้ในการวางแผนและการดำเนินงาน ในการพัฒนาบุคลากรและงาน ทั้งหลายของหน่วยงาน ได้อย่างน่าภาคภูมิใจ นำไปสู่ความเจริญก้าวหน้าของหน่วยงาน/องค์กร ยิ่ง ๆ ขึ้น
 - 2) สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สามารถให้การสนับสนุนและส่งเสริมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในการพัฒนาต่อไปจนเป็นสิ่งที่ เป็นต้นแบบ (Prototype) ของประเทศ

3) สำหรับกระทรวงสาธารณสุข ที่ดูแลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้งประเทศ สามารถนำผลการวิจัยนี้ ไปเป็นตัวอย่าง ของการพัฒนางานตามภารกิจหลักสู่งานวิจัยที่มีประสิทธิภาพ สามารถทำได้จริงในบริบทของแต่ละพื้นที่ ที่มีลักษณะแตกต่างกัน โดยไม่ยุ่งยาก ใช้งบประมาณไม่มาก ผู้ปฏิบัติทุกคนสามารถทำได้

4) สำหรับผู้สนใจ เสนอแนะให้ศึกษาแนวคิด หลักการ และ วิธีการ ที่ใช้ในการวิจัยนี้ ให้เข้าใจอย่างถ่องแท้ถึงวิธีปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอน ก่อนนำไปประยุกต์ให้สอดคล้องกับบริบทของตน

กิตติกรรมประกาศ

ในการทำวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ นายแพทย์พิเชษฐ พิตขุนทด นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ นายสรารุจ จำปาพันธุ์ สาธารณสุขอำเภอหนองหงส์ และผู้รับบริการทุกท่าน ที่เป็นผู้ให้ข้อมูลที่ได้ให้โอกาส และให้การสนับสนุนจนประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มาตรการสาธารณสุข และปัญหาอุปสรรคการป้องกันควบคุมโรคในผู้เดินทาง พ.ศ. 2563. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 1 พ.ค. 2563]. แหล่งข้อมูล: www.//https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2017420210820025238.pdf
2. Dong, E., Du, H., & Gardner, L. An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. The Lancet Infectious Diseases, (2020): 20(5), 533-534. [cited 2022 July 22]; Available from: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S1473-3099%2820%2930120-1>
3. ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 (COVID-19). 2563; 157: 1-4.
4. สุรัชย์ โชคครรชิตไชย. โควิด-19: การระบาดระลอกใหม่ ในประเทศไทยปลายปี 2563. สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2563. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 1 ต.ค.2563]. แหล่งข้อมูล [www.// https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPMAT/article/view/247064](http://www.//https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPMAT/article/view/247064)
5. บัญชา เกติมณี, สุรัชย์ ธรรมทวีธิกุล, ญาณพิณิจ วชิรสุรงค์, บดินทร์ชาติ สุขบท, และสมบัติ ทิมทรัพย์. แนวคิดและทิศทางการแก้ไขปัญหาโควิด-19. ก้าวทันโลกวิทยาศาสตร์. 2563; 1:1-12.
6. ศาลากลางจังหวัดบุรีรัมย์ ที่ บร 0032/ว 2931 ลงวันที่ 4 พฤษภาคม 2564. เรื่อง ชักซ้อมความเข้าใจ การจัดการกิจกรรมหรือพิธีการทางสังคมตามประเพณีนิยม. 2564.
7. ประวัติความเป็นมาของ E-Signature. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 1 เม.ย. 2563]. แหล่งข้อมูล: <https://tips.thaiware.com/1598.html>
8. บทบาทของ e-Signature ในหน่วยงานภาครัฐ. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 10 เม.ย. 2563]. แหล่งข้อมูล: <https://standard.dga.or.th/article/4868/>
9. ประโยชน์ดีๆ ของ e-Signature. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 18 เม.ย. 2563]. แหล่งข้อมูล: <https://standard.dga.or.th/article/4873/>
10. ประโยชน์และความปลอดภัย. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 20 เม.ย. 2563]. แหล่งข้อมูล: <https://www.etda.or.th/th/Useful-Resource/HotHit-e-Signature-FAQ.aspx>
11. ประโยชน์ของการใช้ Digital Signature. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 20 พ.ค. 2563]. แหล่งข้อมูล: <https://www.dittothailand.com/th/dittonews/gov-what-is-digital-signature/>

12. อร่าม สกุลแก้ว. แนวทางการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารงบประมาณของกองทัพอากาศ [หลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักร รุ่นที่ 60], กรุงเทพฯ: วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร; 2561. พัทธภรณ์ จิตตะคาม. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความตั้งใจในการใช้บริการระบบลงลายมือชื่อดิจิทัลในการลงนามสัญญาของกลุ่มบุคคลทั่วไป. [ม.ป.ท.]: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2565.

Received: 8 Jan.2025, Revised: 16 Mar.2025

Accepted: 17 Mar.2025

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีผลต่อการลดและการแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือน
ในเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลโป่งผา อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

เอกพงศ์ ภิรมย์วงศ์^{1*}, ประจวบ แหลมหลัก²,
อรัญญ์ภาค พิทักษ์พงษ์²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) พฤติกรรมการลดปริมาณขยะมูลฝอยในครัวเรือน 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดการแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือน และ 3) ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการลดและการแยกขยะมูลฝอยในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลโป่งผา อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่มแบบเป็นระบบ จำนวน 403 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ไคสแควร์ และการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน

ผลการศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (54.6%) การศึกษาระดับปริญญาตรี (33.7%) อายุ 55 ปีขึ้นไป (25.3%) อาชีพรับจ้างทั่วไป (24.8%) จำนวนสมาชิกในครัวเรือน 3 คน (33.5%) ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นแบบบ้านเดี่ยว (92.1%) ภูมิลำเนาเป็นคนตำบลโป่งผาหรือแม่สายโดยกำเนิด (53.1%) เชื้อชาติไทย (77.9%) มีความรู้ระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =7.21, SD= 2.81) ทศนคติระดับสูง ($\bar{X}$ =4.08, SD=0.63) แรงจูงใจระดับสูง ($\bar{X}$ =3.98, SD=0.58) ปัจจัยเอื้อระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =3.38, SD=1.28) การได้รับข่าวสารระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =3.17, SD=0.76) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =3.60, SD=0.82) พฤติกรรมระดับสูง ($\bar{X}$ =3.99, SD=0.63) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ที่อยู่ ภูมิลำเนา เชื้อชาติ ความรู้ ทศนคติ แรงจูงใจ ปัจจัยเอื้อ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมตามลำดับ ได้แก่ ทศนคติ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ที่อยู่ การศึกษา เพศ เชื้อชาติ ปัจจัยเอื้อ และการได้รับข้อมูลข่าวสาร สามารถทำนายได้ร้อยละ 58.3 ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสามารถนำไปเป็นปัจจัยนำเข้าในการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการลดและแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือนต่อไป

คำสำคัญ : ขยะมูลฝอย ครัวเรือน องค์การบริหารส่วนตำบล

¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

* Corresponding author phiromvong27eak@gmail.com

Original Article

FACTORS AFFECTING HOUSEHOLD WASTE REDUCTION AND SEPARATION
IN PONGPHA SUBDISTRICT, MAESAI DISTRICT, CHIANGRAI PROVINCEAekapong Phiromvong^{1*}, Prachuab Lamluk²,
Arunpak Pitakpong²

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to study 1) household waste reduction behavior, 2) factors associated with household waste separation behavior, and 3) factors predicting waste reduction and separation behavior in Pong Pha Subdistrict Administrative Organization, Mae Sai District, Chiang Rai Province. Data were collected by questionnaires from a systematic random sampling sample of 403 people. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's product momentum, Chi-square, and stepwise regression analysis.

Results of the study of personal characteristics The majority were female (54.6%), had a bachelor's degree (33.7%), were 55 years old and over (25.3%), were general employees (24.8%), had 3 household members (33.5%), were living in a single house (92.1%), were originally from Pong Pha Subdistrict or Mae Sai Subdistrict (53.1%), and were Thai (77.9%). They had a moderate level of knowledge ($\bar{x}=7.21$, SD= 2.81), a high level of ($\bar{x}=4.08$, SD=0.63), a high level of motivation ($\bar{x}=3.98$, SD=0.58), a moderate level of enabling factors ($\bar{x}=3.38$, SD=1.28), a moderate level of information exposure ($\bar{x}=3.17$, SD=0.76), a moderate level of social support ($\bar{x}=3.60$, SD=0.82), and a high level of behavior ($\bar{x}=3.99$, SD=0.63). Factors that were significantly related to behavior ($P<0.05$) were gender, age, education, occupation, residence, place of birth, ethnicity, knowledge, attitude, motivation, enabling factors, information exposure, and social support. Factors that could predict behavior in order were attitude, social support, residence, education, gender, ethnicity, enabling factors, and information exposure, which could predict 58.3 percent. The results of the study can be used as inputs to develop a model for changing behaviors to reduce and separate household waste.

Keywords : Waste, household, subdistrict administrative organization

¹ Master's degree Student of Public Health, School of Public Health, University of Phayao

² Asst Prof. School of Public Health, University of Phayao

* Corresponding author phiromvong27eak@gmail.com

บทนำ

สถานการณ์ปัญหาขยะทั่วโลกกำลังทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2566 มีปริมาณขยะมูลฝอยชุมชนทั่วโลกอยู่ที่ประมาณ 2.3 พันล้านตัน และหากไม่มีการจัดการอย่างเร่งด่วน คาดว่าภายในปี พ.ศ. 2593 ปริมาณขยะจะเพิ่มขึ้นเป็น 3.8 พันล้านตัน โดยในแต่ละปี มีขยะมูลฝอยชุมชนเกิดขึ้นมากกว่า 2.1 พันล้านตัน แต่มีเพียงร้อยละ 16 หรือประมาณ 323 ล้านตันเท่านั้น ที่ถูกนำไปเข้าสู่กระบวนการรีไซเคิล¹ สถานการณ์ในภูมิภาคอาเซียนมีการผลิตขยะประมาณ 1 ใน 5 ของปริมาณขยะทั่วโลก ซึ่งการขยายตัวของเมืองและจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้นทำให้ปริมาณขยะมีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง² ประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งมีประชากรประมาณร้อยละ 4 ของจำนวนประชากรโลก ผลิตขยะมูลฝอยชุมชนสูงถึง 239 ล้านตันต่อปี หรือประมาณร้อยละ 12 ของขยะมูลฝอยของโลก โดยเฉลี่ยพลเมืองอเมริกันผลิตขยะสูงถึง 773 กิโลกรัมต่อปีต่อคน³

ในประเทศไทยมีการรายงานข้อมูลสถานการณ์ขยะมูลฝอยของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2564 พบว่า มีปริมาณขยะที่เกิดขึ้น 24.98 ล้านตันต่อปี หรือประมาณ 68,434 ตันต่อวันโดยมีอัตราการเกิดขยะมูลฝอยเมื่อเทียบกับจำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎร ปี พ.ศ. 2564 เท่ากับ 1.03 กิโลกรัมต่อคนต่อวัน โดยมีปริมาณขยะมูลฝอยที่ถูกกำจัดถูกต้อง 9.28 ล้านตัน ปริมาณขยะมูลฝอยที่ถูกกำจัดไม่ถูกต้อง 7.81 ล้านตัน และปริมาณขยะมูลฝอยตกค้าง 7.45 ล้านตัน⁴ รัฐบาลได้เห็นความสำคัญของปัญหาการจัดการมูลฝอยและของเสียอันตรายเป็นปัญหาที่ควรแก้ไขเร่งด่วน โดยเน้นการลดและการคัดแยกขยะมูลฝอยตั้งแต่ต้นทาง การจัดการขยะมูลฝอยแบบศูนย์รวมและกำจัดโดยเทคโนโลยีแบบผสมผสานเน้นการแปรรูปเป็นพลังงานหรือทำให้เกิดประโยชน์สูงสุด สร้างวินัยของคนในชาติมุ่งสู่การจัดการขยะที่ยั่งยืนเร่งดำเนินการจัดการขยะมูลฝอยตกค้างสะสม⁴ ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2566 ระบุว่า มีขยะมูลฝอยจำนวน 26.95 ล้านตัน หรือเฉลี่ย 73,840 ตันต่อวัน โดยเฉลี่ยประชากรไทยผลิตขยะวันละ 1.12 กิโลกรัมต่อคนต่อวัน ซึ่งมีขยะที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ร้อยละ 34.5 ขยะที่กำจัดถูกต้องร้อยละ 37.7 และขยะที่ไม่สามารถนำไปกำจัดได้อย่างถูกต้องมีมากถึงร้อยละ 27.7⁵

ในจังหวัดเชียงรายยังคงมีปัญหาด้านการจัดการขยะ มีการรายงานพบปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น 834 ตันต่อวัน โดยมีปริมาณขยะมูลฝอยที่ถูกกำจัดอย่างถูกต้อง 170 ตันต่อวัน และขยะมูลฝอยที่ถูกกำจัดอย่างไม่ถูกต้อง 239 ตันต่อวัน จากปัญหาการอพยพเคลื่อนย้ายของประชากรวัยแรงงานทำให้จำนวนขยะมีมากขึ้น⁶

จากการเก็บสถิติของงานสาธารณสุขของค์การบริหารส่วนตำบลโป่งผาพบว่า ในปี พ.ศ.2561 มีปริมาณขยะ 2,295.74 ตัน พ.ศ.2562 มีปริมาณขยะ 1,501.92 ตัน พ.ศ.2563 มีปริมาณขยะ 2,328.96 ตัน และ พ.ศ. 2564 มีปริมาณขยะ 2,423.56 ตัน⁶

ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 องค์การบริหารส่วนตำบลโป่งผาโดยงานสาธารณสุขได้มีการสุ่มสำรวจขยะมูลฝอยที่เก็บได้จากครัวเรือนโดยผู้ที่มีหน้าที่เก็บขยะสำรวจจากขยะที่เก็บตามบ้านเรือนจำนวน 48 หลังคาเรือน โดยให้เปิดถุงขยะเพื่อสำรวจ หมู่บ้านละ 4 หลังคาเรือนจำนวน 12 หมู่บ้าน พบว่ามีเพียง 2 หลังคาเรือนที่มีการแยกขยะคิดเป็นร้อยละ 4.17 หากพฤติกรรมในการทิ้งขยะของตำบลโป่งผาไม่มีการแยกขยะจะทำให้ทางองค์การบริหารส่วนตำบลโป่งผาขาดทุนค่ากำจัดขยะมูลฝอยเพิ่มขึ้นซึ่งส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขประโยชน์ของตำบลโป่งผาและเป็นภาระค่าใช้จ่ายของประชาชนตำบลโป่งผาที่ต้องมีการเสียค่าจัดเก็บขยะมูลฝอยเพิ่มขึ้น อีกทั้งในพื้นที่ตำบลโป่งผามีความหลากหลายทางเชื้อชาติซึ่งอาจมีผลต่อการสื่อสาร ทำความเข้าใจ รวมถึงแนวคิดในการกำจัดขยะที่ยังไม่ถูกวิธี และในพื้นที่ยังมีปัญหาการลักลอบทิ้งขยะในสาธารณะ แหล่งน้ำตามธรรมชาติ รวมถึงมีการจัดการขยะโดยวิธีการเผากลางแจ้งซึ่งเป็นการจัดการขยะแบบไม่ถูกสุขลักษณะ ส่งผลให้เกิดมลพิษในดิน น้ำ และอากาศ การสูญเสียความหลากหลายทาง

ชีวภาพ ขยะที่สะสมอาจทำให้เกิดการอุดตันในระบบระบายน้ำ ทำให้เกิดน้ำท่วมในช่วงฤดูฝน ขยะจากอาหารอาจเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของเชื้อโรคและแมลงที่เป็นพาหะของโรค ทำให้เกิดโรคติดต่อได้อีกด้วย

จากปัญหาขยะมูลฝอยที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมรวมถึงปัจจัย และทำนายพฤติกรรมการลดและการคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือน โดยประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE Model มาเป็นกรอบแนวคิดในงานวิจัยนี้ เพื่อช่วยในการแก้ไขปัญหาการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน อีกทั้งช่วยลดต้นทุนในการจัดการขยะเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของประชาชนตำบลโป่งผา ช่วยรักษาระบบนิเวศวิทยาในตำบลโป่งผา อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงรายให้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการลดปริมาณขยะมูลฝอยในครัวเรือนในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลโป่งผา อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดและการแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือนในพื้นที่เขตองค์การบริหารส่วนตำบลโป่งผา อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย
3. เพื่อทำนายพฤติกรรมการลดและการแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือนในพื้นที่เขตองค์การบริหารส่วนตำบลโป่งผา อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional survey research)

ประชากร

ประชากรที่ศึกษาคือจำนวนครัวเรือนที่มีทะเบียนบ้านอยู่ในเขตพื้นที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลโป่งผา จำนวน 7,381 ครัวเรือน

กลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดกลุ่มตัวอย่างด้วยการใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของเครซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan)⁷ โดยใช้ระดับความเชื่อมั่น 95% และสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรเท่ากับ 0.5 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 366 ครัวเรือน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างที่มีความสมบูรณ์จึงได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 10 ของจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจะเพิ่มอีก 37 ครัวเรือน รวมกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นจำนวน 403 ครัวเรือน ผู้วิจัยได้ทำการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic sampling) โดยเรียงลำดับหลังคาเรือนทุกหลังคาในตำบลจำนวน 7,381 หลังคาเรือน จากนั้นหาช่วงของการจัดลำดับ = จำนวนหลังคาเรือน/จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จับฉลากหาค่าเริ่มต้นของหมู่บ้าน จากเลข 1-12 เพื่อหาจำนวนหมู่เริ่มต้นเลือกกลุ่มตัวอย่างจากหลังคาเรือนที่กำหนดไว้ โดยเริ่มจากหมายเลขที่จับฉลากได้ แล้วนับต่อไปช่วงละ 19 หลังคาเรือน จนถึง 7,381 ให้ครบ 403 ครัวเรือน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) เป็นผู้ที่อยู่อาศัยในพื้นที่ตำบลโป่งผาและมีทะเบียนบ้านอยู่ในตำบลโป่งผามากกว่า 1 ปีขึ้นไป 3) เป็นผู้มีหน้าที่ในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน 4) เป็นผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมกระบวนการวิจัย และมีเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้มีความผิดปกติในการพูด ฟัง อ่าน เขียน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถาม ซึ่งแบ่งเป็น 5 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร เป็นแบบสอบถามให้เลือกตอบจำนวน 8 ข้อ มีเนื้อหาเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ลักษณะที่อยู่อาศัย ภูมิสำเนา และเชื้อชาติ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ แบ่งออกเป็น 3 ตอน ประกอบด้วย ตอนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับการลดและแยกขยะมูลฝอย จำนวน 11 ข้อ เป็นแบบสอบถามให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ มีเกณฑ์การให้คะแนนคือตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน แบ่งกลุ่มความรู้รวมเป็น 3 ระดับ สูง ปานกลาง และต่ำ ตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom)⁸ ตอนที่ 2 ทักษะการลดและแยกขยะมูลฝอย จำนวน 10 ข้อ และตอนที่ 3 แรงจูงใจต่อพฤติกรรมการลดและแยกขยะมูลฝอย จำนวน 7 ข้อ โดยตอนที่ 2-3 เป็นแบบสอบถามตามมาตรวัด 5 ระดับ ตามแนวคิดของลิเคิร์ต (Likert)⁹ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (ค่าระดับ 5) เห็นด้วย (ค่าระดับ 4) ไม่แน่ใจ (ค่าระดับ 3) ไม่เห็นด้วย (ค่าระดับ 2) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (ค่าระดับ 1) แบ่งระดับการแปรผลเป็น 3 ระดับ สูง ปานกลาง และต่ำ ตามแนวคิดของเบสท์ (Best)¹⁰ คือ (ค่าสูงสุด-ค่าต่ำสุด)/จำนวนชั้น

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อให้เกิดการลดและแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือน จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบสอบถามให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ มี ไม่มี และไม่ทราบ มีเกณฑ์การให้คะแนนคือตอบมี ได้ 1 คะแนน ตอบไม่มี และไม่ทราบได้ 0 คะแนน แบ่งระดับการแปรผลเป็น 3 ระดับสูง ปานกลาง และต่ำ ตามแนวคิดของเบสท์ (Best)¹⁰

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริมให้เกิดการลดและแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือน แบ่งออกเป็น 2 ตอนคือ 1) การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการลดปริมาณขยะมูลฝอย จำนวน 8 ข้อ และ 2) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 15 ข้อ ซึ่งทั้ง 2 ตอน เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ได้รับเป็นประจำ (ค่าระดับ 5) บ่อยครั้ง (ค่าระดับ 4) บางครั้ง (ค่าระดับ 3) นานๆ ครั้ง (ค่าระดับ 2) และไม่เคยเลย (ค่าระดับ 1) แบ่งระดับการแปรผลเป็น 3 ระดับสูง ปานกลางและต่ำ ตามแนวคิดของเบสท์ (Best)¹⁰

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการลดและการแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือน จำนวน 13 ข้อ เป็นแบบสอบถามตามมาตรวัด 5 ระดับ ตามแนวคิดของลิเคิร์ต (Likert scale)⁹ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (ค่าระดับ 5) เห็นด้วย (ค่าระดับ 4) ไม่แน่ใจ (ค่าระดับ 3) ไม่เห็นด้วย (ค่าระดับ 2) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (ค่าระดับ 1) แบ่งระดับการแปรผลเป็น 3 ระดับสูง ปานกลาง และต่ำ โดยประยุกต์จากแนวคิดการตัดเกรดแบบอิงกลุ่มโดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน¹¹ ซึ่งมีแนวทางในการแบ่งดังนี้ ต่ำกว่า $\bar{X}-SD$ หมายถึงระดับต่ำ $\bar{X}-SD - \bar{X}+SD$ หมายถึง ระดับปานกลาง สูงกว่า $\bar{X}+SD$ หมายถึง ระดับสูง

การหาคุณภาพเครื่องมือ

เริ่มจากการนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน แล้วนำมาประเมินค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item objective congruence; IOC)¹² ผลปรากฏว่ามีค่า IOC มากกว่า 0.5 ทุกข้อคำถาม จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาประเมินความเที่ยง (Reliability) โดยแบบวัดความรู้และวัดปัจจัยเอื้อที่มีเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 2 ข้อ ใช้สูตรของคูเดอร์ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (Kuder-Richardson Formula 20; KR-20) ได้ค่าค่าความเที่ยง 0.78 และ 0.71 ตามลำดับ ส่วนแบบวัดทัศนคติ แบบวัดแรงจูงใจ แบบวัดปัจจัยเสริม และแบบวัดพฤติกรรม ใช้วิธีหาสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)¹³ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.84, 0.92, 0.93 และ 0.88

การพิทักษ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยพะเยา เอกสารรับรองเลขที่ UP-HEC 1.2/035/66 ลงวันที่ 17 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566

การเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติอ้างอิง ได้แก่ การหาค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation) การทดสอบไคสแควร์ (chi-square test) และสถิติวิเคราะห์ปัจจัยทำนายได้แก่ การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาปัจจัยนำด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 54.6 การศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 33.7 อายุ 55 ปีขึ้นไป ร้อยละ 25.3 อาชีพรับจ้างทั่วไปร้อยละ 24.8 จำนวนสมาชิกในครัวเรือน 3 คน ร้อยละ 33.5 ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นแบบบ้านเดี่ยวร้อยละ 92.1 ภูมิลำเนาส่วนใหญ่เป็นคนตำบลโป่งผาหรือแม่สายโดยกำเนิด ร้อยละ 53.1 เชื้อชาติไทยร้อยละ 77.9 มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=7.21$, $SD=2.81$) ทักษะคิดอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.08$, $SD=0.63$) แรงจูงใจอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.98$, $SD=0.58$) ปัจจัยเอื้ออยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.38$, $SD=1.28$) การได้รับข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.17$, $SD=0.76$) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.60$, $SD=0.82$) พฤติกรรมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.99$, $SD=0.63$)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการลดและการแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือน ใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-squared) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการลดและการแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือน โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-squared) (n=403)

ตัวแปร	ระดับพฤติกรรมการลดและการแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือน			χ^2	Df	p-value
	ระดับสูง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับต่ำ จำนวน (ร้อยละ)			
1.เพศ				20.127	2	0.001
ชาย	41(22.4)	107(58.5)	35(19.1)			
หญิง	25(11.4)	174(79.1)	21(9.5)			
2.อายุ				43.957	8	0.001
18 ถึง 25 ปี	0(0.0)	25(67.6)	12(32.4)			
26 ถึง 35 ปี	18(17.6)	69(67.6)	15(14.7)			
36 ถึง 45 ปี	21(19.6)	73(68.2)	13(12.1)			
46 ถึง 55 ปี	17(30.9)	26(47.3)	12(21.8)			

ตัวแปร	ระดับพฤติกรรมกรดและการแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือน			χ^2	Df	p-value
	ระดับสูง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับต่ำ จำนวน (ร้อยละ)			
56 ปีขึ้นไป	10(9.8)	88(86.3)	4(3.9)			
3.ระดับการศึกษา				19.154	6	0.004
ไม่ได้รับการศึกษา	3(8.8)	26(76.5)	5(14.7)			
ประถมศึกษา	12(11.1)	84(77.8)	12(11.1)			
มัธยมศึกษา/อนุปริญญา	22(18.8)	68(58.1)	27(23.1)			
ปริญญาตรี/สูงกว่า	29(20.1)	103(71.5)	12(8.3)			
4.อาชีพ				45.044	6	0.001
รับจ้างทั่วไป	15(14.9)	58(57.4)	28(27.7)			
เกษตรกร	7(7.2)	83(85.6)	7(7.2)			
ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว	7(10.3)	49(72.1)	12(17.6)			
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	37(27.0)	91(66.4)	56(13.9)			
5.ประเภทที่อยู่อาศัย				8.381	2	0.002
คอนโด/ตึกแถว/ห้องแถว	0(0.0)	29(90.6)	3(9.4)			
บ้านเดี่ยว	53(14.3)	252(57.9)	53(14.3)			
6.ภูมิลำเนา				14.889	2	0.001
ย้ายมาจากถิ่นอื่น	18(9.5)	137(72.5)	34(18)			
เป็นคนโป่งผาโดยกำเนิด	48(22.4)	144(67.3)	22(10.3)			
7.เชื้อชาติ				38.01	2	0.001
ไทย	57(18.2)	231(73.6)	26(8.3)			
ไทยใหญ่/อาข่า	9(10.1)	50(56.2)	30(33.7)			

จากตารางที่ 1 พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ที่อยู่อาศัย ภูมิลำเนา และเชื้อชาติ มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการลดและการแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดและการแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือนสถิติการวิเคราะห์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation)

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยนำด้านความรู้ ทศนคติ แรงจูงใจ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับ พฤติกรรมการลดและการแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือน โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation)

ตัวแปร		ค่าสหสัมพันธ์ (r)	P-value
ปัจจัยนำ	-ความรู้	0.289	<0.001
	-ทัศนคติ	0.619	<0.001
	-แรงจูงใจ	0.333	<0.001
ปัจจัยเอื้อ		0.339	<0.001

ตัวแปร		ค่าสหสัมพันธ์ (r)	P-value
ปัจจัยเสริม	-การได้รับข่าวสาร	0.114	0.023
	-การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	0.435	<0.001

จากตารางที่ 2 พบว่าปัจจัยนำด้านรู้ ด้านทัศนคติ ด้านแรงจูงใจ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมด้านการได้รับข่าวสาร และปัจจัยเสริมด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดและการแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p<0.05$)

4. ทดสอบปัจจัยทำนายพฤติกรรมการลดและการแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือน โดยการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความสามารถในการทำนายของปัจจัยทำนายพฤติกรรมการลดและการแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือนโดยการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

ตัวแปรพยากรณ์	b	Beta	t	p-value
เพศ	0.133	0.106	3.061	0.002
ระดับการศึกษา	-0.192	-0.147	-4.028	0.001
ประเภทที่อยู่อาศัย	0.350	0.151	4.268	0.001
เชื้อชาติ	0.155	0.103	2.798	0.005
ทัศนคติ	0.583	0.584	15.821	0.001
ปัจจัยเอื้อ	0.046	0.019	2.410	0.016
การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการลดและแยกขยะมูลฝอย	-0.066	-0.080	-2.052	0.041
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	0.303	0.396	9.463	0.001

หมายเหตุ: Constant =0.134, R=0.763 ,R Square=0.583 ,Adjusted R Square=0.574, F=4.211

จากการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) สามารถเขียนเป็นสมการได้ดังนี้

พฤติกรรมการลดและการแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือน = 0.134 + 0.133 (เพศ) - 0.192 (ระดับการศึกษา) + 0.350 (ประเภทที่อยู่อาศัย) + 0.155 (เชื้อชาติ) + 0.583 (ทัศนคติ) + 0.046 (ปัจจัยเอื้อ) - 0.066 (การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการลดและแยกขยะมูลฝอย) + 0.303 (การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม)

อภิปรายผลการศึกษา

1. จากการศึกษาพฤติกรรมการลดและการแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือนในเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลโป่งผา อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ =3.99, SD=0.63) เนื่องจากมีการกระตุ้นจากทางอำเภอแม่สายและ ตามนโยบายการจัดการขยะและดำเนินงานด้านการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศของกระทรวงมหาดไทย โดยมีเป้าหมายให้ดำเนินการจัดทำถังขยะเปียกลดโลกร้อนให้ครบทุกครัวเรือน สอดคล้องกับ วิฑิตินันท์ เทียบศรี ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลสำนักท้อน อำเภอบ้านฉาง จังหวัดระยอง พบว่าพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน โดยรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.96¹⁴

2. ผลการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการขยะ พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมลดและการแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือน พบว่าเพศ ระดับการศึกษา ลักษณะที่อยู่อาศัย เชื้อชาติ ปัจจัยนำในด้านทัศนคติ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมด้านการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการลดและแยกขยะมูลฝอยและปัจจัยเสริมด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมลดและการแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.1 เพศ ผลการศึกษาพบว่าเพศมีผลต่อพฤติกรรมคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือน ซึ่งพบว่าเพศหญิงมีความละเอียดและใส่ใจในข้อบังคับของหมู่บ้านในการแยกขยะภายในครัวเรือนสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ สุธาสนี บุญมาก ที่ได้กล่าวว่าเพศหญิงเป็นเพศที่มีความใส่ใจรายละเอียดและการรักษาความสะอาดมากกว่าเพศชาย มีหน้าที่ดูแลรักษาความสะอาดของบ้านรวมถึงการจัดการขยะในครัวเรือน¹⁵

2.2 ระดับการศึกษา ผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษามีผลต่อพฤติกรรมคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือน เนื่องจาก ประชากรที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีมีความรู้เรื่องการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนได้อย่างถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ นฤมล ด้านตระกูล ที่ได้กล่าวไว้ว่า ระดับการศึกษาต่างกันทำให้มีพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยแตกต่างกัน¹⁶

2.3 ลักษณะที่อยู่อาศัย ผลการศึกษาพบว่าลักษณะที่อยู่อาศัยมีผลต่อพฤติกรรมคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ รุ่งอรุณ วงษ์อินทร์ ที่กล่าวไว้ว่า ลักษณะที่อยู่อาศัยต่างกันมีพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยต่างกัน¹⁷

2.4 เชื้อชาติ ผลการศึกษาพบว่าเชื้อชาติเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือน เนื่องจากความแตกต่างทางด้านภาษาวัฒนธรรมในการสื่อสารอาจเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติในการจัดการขยะ ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของสอดคล้องกับ อีรพรรณ บุญโทแสง และคณะ ที่ได้กล่าวไว้ว่า ชาวบ้านที่เป็นชนเผ่ามีพฤติกรรมด้านการลดการเกิดขยะมูลฝอยมากกว่าชาวบ้านในพื้นที่ราบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.05¹⁸

2.5 ปัจจัยนำด้านทัศนคติ ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยนำด้านทัศนคติเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือนเนื่องจากทัศนคติที่ถูกต้องย่อมนำไปสู่การคัดแยกขยะที่ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของศรีนทร์ทิพย์ บุญจันทร์ และจักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ ที่ได้กล่าวไว้ว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการคัดแยกขยะ มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมคัดแยกขยะของแม่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05¹⁹ รวมถึงงานวิจัยของ บุญส่ง อยู่หนู่น ที่ได้กล่าวไว้ว่าทัศนคติ ความเชื่อ ความรู้สึก ความเชื่อเป็นพฤติกรรมภายในซึ่งจะทำหน้าที่ควบคุมพฤติกรรมภายนอก²⁰ ดังนั้นแม่บ้านที่มีทัศนคติเกี่ยวกับการคัดแยกขยะที่ดีส่งผลให้เกิดพฤติกรรมคัดแยกขยะอยู่ในระดับที่ดีด้วย

2.6 ปัจจัยเอื้อ ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยเอื้อมีผลต่อพฤติกรรมคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือน การรับรู้ถึงกฎระเบียบรวมถึงความใส่ใจในข้อมูลข่าวสารในชุมชน และความเข้มแข็งของชุมชนย่อมสามารถนำไปสู่การจัดการขยะที่ดีได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ บุญส่ง อยู่หนู่น ที่ได้กล่าวไว้ว่า ปัจจัยภายนอกเช่น นโยบายภาครัฐ,การสนับสนุนจากภาคท้องถิ่น, ความเข้มแข็งภาคประชาชนและภาคีเครือข่าย เป็นกลไกที่สอดคล้องสัมพันธ์กับการขับเคลื่อนกิจกรรม การดำเนินงานจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือนและชุมชน²⁰

2.7 การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการลดและแยกขยะมูลฝอย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการลดและแยกขยะมูลฝอยเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมคัดแยกขยะในครัวเรือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ พชร ไกรแก้ว ที่กล่าวไว้ว่า การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอย เนื่องจากการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากแหล่งต่างๆ จะสามารถเป็นแรงผลักดันให้มีผลกระตุ้นต่อพฤติกรรมคัดแยกขยะ โดยเฉพาะข่าวสารที่มาจากสื่อทางโทรทัศน์ วิทยุ บุคคลต่างๆ ที่มีบทบาทในสังคม เช่น ผู้นำชุมชน องค์กรของภาครัฐ การรับรู้ข่าวสารที่มากขึ้นจะส่งผลต่อพฤติกรรมคัดแยกขยะมูลฝอยที่มากขึ้น²¹

2.8 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า บุคคลรอบข้างภายในครอบครัวรวมถึงสังคมรอบข้างมีอิทธิพลในการคัดแยกขยะได้ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ ศราวุฒิ ทับผดุง ที่ได้กล่าวไว้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเพศหญิงตอบสนองต่อแรงสนับสนุนทางสังคมได้ดีกว่าเพศชาย²²

ข้อเสนอแนะต่อการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาพบว่า ทักษะคติ สามารถทำนายพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือน ได้สูงที่สุด ดังนั้นในการรณรงค์ให้ประชาชนมีพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือนจึงควรเริ่มต้นด้วยการปรับทัศนคติของประชาชนให้ตระหนักถึงปัญหาขยะและสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นต่อการแก้ปัญหาขยะอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากความแตกต่างของเชื้อชาติมีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือน ดังนั้นการวิจัยครั้งต่อไปควรวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการกำจัดขยะให้สอดคล้องกับแต่ละกลุ่มเชื้อชาติที่มีความหลากหลายในพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายกองค์การบริหารส่วนตำบลโป่งผา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่งผา กลุ่มผู้นำหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลโป่งผา และกลุ่มประชาชนผู้ให้ข้อมูลที่มีส่วนร่วมและสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้ ทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World bank group. Global Waste to Grow by 70 Percent by 2050 Unless Urgent Action is Taken: World Bank Report[internet]. 2018. [cited 2024 Dec 15]. Available from: <https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2018/09/20/global-waste-to-grow-by-70-percent-by-2050-unless-urgent-action-is-taken-world-bank-report>
2. สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. ขยะล้นโลก ไร้การจัดการ ขยะมากถึง 1 ใน 5 ของโลกอยู่ในอาเซียน[อินเทอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 15 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.springnews.co.th/keep-the-world/environment/850750>
3. Verisk maplecroft. สหรัฐฯ รั้งอันดับหนึ่งประเทศที่ก่อให้เกิดวิกฤตขยะ ดัชนีการก่อขยะและการรีไซเคิล [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 15 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.maplecroft.com/insights/analysis/us-tops-list-of-countries-fuelling-the-mounting-waste-crisis/>
4. กรมควบคุมมลพิษ. 2564 ขยะมูลฝอยลดลง ขยะติดเชื้อและขยะอันตรายเพิ่มขึ้น บริหารจัดการอย่างถูกวิธี[อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 7 กุมภาพันธ์ 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.pcd.go.th/pcd_news/20802/
5. กรมควบคุมมลพิษ. ข้อมูลสถานการณ์ขยะมูลฝอยของประเทศ[อินเทอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 15 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://thaimsw.pcd.go.th/report_country.php

6. กรมการปกครองส่วนท้องถิ่น. ระบบสารสนเทศด้านการจัดการขยะมูลฝอยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 16 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก:
<https://waste.dla.go.th/index.jsp>
7. มารยาท โยทองยศ และปราณี สวัสดิ์สรรพ. การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อการวิจัย. ศูนย์บริการวิชาการ สถาบันส่งเสริมการวิจัยและพัฒนานวัตกรรม; 2544.
8. Bloom S. Human characteristics and school learning. New York: McGraw-Hill; 1976.
9. Likert R. The method of constructing and attitude scale. In: Fishbein M, editor. Readings in Attitude Theory and Measurement. New York: John Wiley & Sons; 1967. P.90-5.
10. Bonett DG, Wright TA. Cronbach's Alpha Reliability Interval Estimation, Hypothesis Testing, and Sample Size Planning. 2015.
11. อาภาพรหม ประทุมไทย. การวัดและประเมินผลการเรียนรู้ (learning measurement and evaluation) [อินเทอร์เน็ต]. 2562.[เข้าถึงเมื่อวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก:
<https://slideplayer.in.th/slide/14702513/>
12. พิเศษฐ์ ตันทวนิช และ พนา จินดาศรี. ความหมายที่แท้จริงของค่า IOC. วารสารวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 2561;24(2):3-12.
13. Bonett, D. G., & Wright, T. A. (2015). Cronbach's Alpha Reliability Interval Estimation, Hypothesis Testing, and Sample Size Planning.
14. จิตินันท์ เทียบศรี. พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลสำนักทอง อำเภอบ้านฉาง จังหวัดระยอง[วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2564.
15. สุธานี บุญมาก. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการคัดแยกขยะที่แหล่งกำเนิดของประชาชนในและนอกเขตเทศบาลนครนครปฐม[วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2558.
16. นฤมล ด่านตระกูล. พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในองค์การบริหารส่วนตำบลขงพระ อำเภอบางช่อง จังหวัดนครราชสีมา[วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2560.
17. รุ่งอรุณ วงษ์อินทร์. พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองอ่างศิลา อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี[งานนิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี:มหาวิทยาลัยบูรพา;2556.
18. อีรวรรณ บุญโทแสง, สุรัสวดี นางแล, ธัญวรัญญ์ บุตรสาร, นิติมา พรหมมาร์ตัน และธนายุทธ ช่างเรือนงาม. ความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการขยะของหมู่บ้านนางแลใน ตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. วารสารการวิจัยกาสะลองคำ 2562:369-78.
19. ศรีนทร์ทิพย์ บุญจันทร์ และจักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะของแม่บ้าน ในตำบลบึงพระ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์ 2561;12(1):180-90.
20. บุญส่ง อยู่หนู่น. พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชน ตำบลคูหาใต้ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสงขลา. เอกสารเผยแพร่ผลงานวิชาการ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสงขลาประจำปีงบประมาณ 2567.

21. พัชรี ไกรแก้ว. พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของแม่บ้าน กรณีศึกษา แม่บ้าน เขตเทศบาลตำบลบางปู อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ[วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต(สิ่งแวดล้อม)]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล;2550.
22. ศราวุฒิ ทับผดุง. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการลดปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลที่ไม่มีการบริหารจัดการขยะมูลฝอย[วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2553.

ข้อแนะนำสำหรับผู้วิจัย

วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน (Academic Journal of Community Public Health: AJCPH)

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับผู้เขียน (Instructions for the Authors)

1. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน (Academic Journal of Community Public Health) กำหนดตีพิมพ์ปีละ 4 ฉบับ (มกราคม – มีนาคม, เมษายน – มิถุนายน, กรกฎาคม – กันยายน และ ตุลาคม – ธันวาคม)
2. วารสารพิจารณาตีพิมพ์บทความวิจัยประเภทนิพนธ์ต้นฉบับ (Research article) โดยต้องเป็น งานที่ไม่เคยถูกนำไปพิมพ์เผยแพร่ในวารสารอื่นใดมาก่อน และไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาในวารสารใด ๆ
3. กองบรรณาธิการจะพิจารณาค้นฉบับ (Manuscript) ตามข้อกำหนดของรูปแบบวารสาร และ ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขา (Peer review) จำนวน 3 คน เป็นผู้อ่าน
4. การพิจารณาแบบ Double blind peer review ทั้งผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เขียนไม่ทราบตัวตนของกันและกัน

ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับ

- พิมพ์ในไฟล์ Word
- ต้นฉบับพิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษขนาด A 4 ความยาวไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ (รวมเนื้อหา ทุกส่วน)
- กรอบของข้อความ ขอบบน 1.25 นิ้ว ขอบล่าง 1.0 นิ้ว ขอบซ้าย 1.25 นิ้ว ขอบขวา 1.0 นิ้ว
- ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 ช่วงบรรทัด - ตัวอักษร ใช้ TH SarabunPSK ขนาด 16 point หัวข้อใช้ขนาด 16 point ตัวหนา

การเรียงลำดับเนื้อหาต้นฉบับ

1. ชื่อเรื่อง (Title)

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

2. ชื่อผู้เขียน (Authors) - ชื่อผู้เขียน (ทุกคน) ภาษาไทย

- ภาษาอังกฤษ ชื่ออยู่วุฒิการศึกษา ขนาด 14 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ตำแหน่ง/สถานที่ปฏิบัติงาน ผู้เขียน ภาษาไทย – ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point ตัวหนา จัด

กึ่งกลาง

- E-mail address ของผู้วิจัยหลัก (Corresponding author)

3. บทคัดย่อ (Abstract)

- ชื่อ “บทคัดย่อ” และ “Abstract” ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 16 point ตัวธรรมดา กำหนดขีดขอบ ความยาวภาษาไทย ไม่เกิน 300 คำ ความยาวภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 300 คำ เขียนให้ครอบคลุมสาระสำคัญ คือ ภูมิหลัง วัตถุประสงค์วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุป และอภิปรายผลการศึกษา

4. คำสำคัญ (Keyword) ให้พิมพ์ต่อท้ายบทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทยและ ภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 5 คำ

5. บทนำ (Introduction) บรรยายประเด็นปัญหาของงานวิจัยและเหตุผลในการทำวิจัย และระบุถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยในส่วนท้ายของบทนำ

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

7. ผลการวิจัย (Results) ควรนำเสนอผลการวิจัยเรียงตามลำดับให้สอดคล้องกับการตอบ ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ตามลำดับ ถ้ามีการนำเสนอผลในรูปแบบตาราง กราฟ หรือรูปภาพ ควรมีการอธิบายผลที่สอดคล้องกัน

8. สรุปและอภิปรายผลการวิจัย (Conclusion and Discussion) การเขียนอภิปรายผล ควรมุ่งไปที่ประเด็นสำคัญ ๆ ของผลการวิจัย และควรมีหลักฐานอ้างอิงประกอบด้วยเสมอ และ สรุปผลเฉพาะเนื้อหาในแง่ของการวิจัยที่สำคัญ ๆ ซึ่งอาจรวมถึงการนำผลการวิจัยไปใช้ด้วย

9. กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

10. เอกสารอ้างอิง (References)

- ใช้การอ้างอิงแบบตัวเลขตามระบบ Vancouver
- การอ้างอิงในเนื้อหาใช้ตัวเลขอารบิกแทนเอกสารที่อ้างถึง โดยใส่ตัวเลขเหนือบรรทัด (Superscript) ไว้ท้ายข้อความที่ต้องการอ้างอิง
- ในส่วนเอกสารอ้างอิง (References) การอ้างอิงตัวเลขใส่ตามลำดับที่อ้างอิง ตั้งแต่เลข 1 เป็นต้นไป จนจบเอกสาร หากต้องการอ้างเอกสารที่เคยอ้างแล้วซ้ำอีก ให้ใส่หมายเลข เดิมที่เคยอ้างไว้ครั้งแรก และหมายเลขที่อ้างอิงถึงในเนื้อหานั้น จะต้องตรงกับหมายเลข ที่มีการกำกับไว้ในส่วนอ้างอิงในเนื้อหา
- เอกสารที่อ้างอิงในเนื้อหาต้องตรงกับในส่วนเอกสารอ้างอิง

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงในเนื้อหา

.....ผู้ป่วยเสียชีวิต 136 ราย¹ จากสถานการณ์การระบาดของโรค
ไข้เลือดออกจะเห็นว่า โรคไข้เลือดออกยังคงเป็นการจัดยุงลายซึ่งเป็นพาหะนำเชื้อไวรัส
โรคไข้เลือดออกสู่คน²การป้องกันและควบคุมโรค
ไข้เลือดออกต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน⁵

ตัวอย่างการเขียนส่วนเอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง. สถานการณ์โรคไข้เลือดออกปี 2560. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2562.
2. สำนักโรคติดต่อฯ. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกเด็ก. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2554.
3.
4.
5. อรุณ พิศาลสุทธิกุล, สุเมธ พรหมอินทร์ และวันชัย ธรรมสัจการ. “พฤติกรรมป้องกัน โรคไข้เลือดออกของประชาชน กรณีศึกษา: หมู่บ้านในเขตตำบลคานโพธิ์ อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล” สงขลานครินทร์เวชสาร.27(1): 81-89; มกราคม-กุมภาพันธ์, 2552.

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

สำหรับการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ต้องคำนึงถึงหลักจริยธรรม การวิจัยในคน โดยได้ระบุถึง
เคารพในบุคคล (Respect to person) เช่น การขอความยินยอม ความเป็นส่วนตัว และการเก็บ
รักษาความลับ และต้องระบุเลขการรับรองจริยธรรมในบทความและแนบใบรับรองการได้รับอนุมัติ
จริยธรรม

การส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์

- ให้ผู้พิมพ์ส่งไฟล์ต้นฉบับในรูปแบบ Word document
- ค่าใช้จ่ายเพื่อการตีพิมพ์ 3,500 บาท การชำระเงิน โอนเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย ชื่อ
บัญชี “วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน” เลขบัญชี “955-0-13237-4” (ให้แนบหลักฐานการโอน
มาที่ e-mail: editorial.ajcph@gmail.com)