วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
JCCPH
OURNAL OF COUNCIL OF COMMUNITY-PUBLIC HEALTH

ปีที่ 5 ฉบับที่ 1
มกราคม - เมษายน 2566
Vol. 5 No. 1
January - April 2023

ISSN 2697-5653 ( Online)
ISSN 2730-1729 ( Print )

**วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน**
**Journal of Council of Community Public Health**

**ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2566**

**วัตถุประสงค์**

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

**สำนักงาน :**

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

**ที่พิมพ์ :**

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

**เลขจดแจ้งการพิมพ์ สสช.18/2563**
**ISSN 2697-5653 (Online)**
**ISSN 2730-1729 (Print)**

**วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน**
Journal of Council of Community Public Health: JCCPH
**ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2566**

**ที่ปรึกษา**
ดร.ไพศาล บางชวด
ศาสตราจารย์ ดร.นพ.สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล
ศาสตราจารย์(คุณวุฒิ) ดร.นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์
ศาสตราจารย์(เกียรติคุณ) ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ
ศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร
รองศาสตราจารย์ (พิเศษ) ภก. กิตติ พิทักษ์นิตินันท์
นายมานะ เปาทุย

**บรรณาธิการ**
ดร.ปริญญา จิตอร่าม

**กองจัดการ**
นางสาวสวยบะห์ หาแว
นายริซกี สาร๊ะ
นายกฤตย์ติวัฒน์ ฉัตรทอง
นายนรภัทร ศรีชุม
นายศักดิ์สิทธ์ คำเกาะ

**กองบรรณาธิการ**
ศาสตราจารย์ ดร.สถิรกร พงศ์พานิช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสุมน พฤฒิภิญโญ มหาวิทยาลัยมหิดล
ศาสตราจารย์ ดร.วงศา เล้าหศิริวงศ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ศาสตราจารย์ ดร.นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ศาสตราจารย์ ดร.อนามัย เทศกะทึก มหาวิทยาลัยบูรพา
รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
รองศาสตราจารย์ ดร.สสิธร เทพตระการพร มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
รองศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ ศิวะเดชาเทพ มหาวิทยาลัยสยาม
รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รองศาสตราจารย์ ดร.ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์ มหาวิทยาลัยทักษิณ
รองศาสตราจารย์ ดร.นพรัตน์ ส่งเสริม มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
รองศาสตราจารย์ ดร. ทรงพล ต่อนี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
รองศาสตราจารย์ ดร.วสุธร ตันวัฒนกุล มหาวิทยาลัยบูรพา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศพร ชูศักดิ์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวลักษณ์ ลักษมีจรัลกุล มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทพ.ณัฐวุธ แก้วสุทธา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร.สมตระกูล ราศิริ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
อาจารย์ ดร.พิทยา ศรีเมือง วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
อาจารย์ ดร.จิรนันท์ ตุลชาติ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
อาจารย์ ดร.สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
อาจารย์ ดร. กิตติพร เนาว์สุวรรณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดสงขลา

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

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ จำนวน 2-3 ท่านต่อบทความ และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือสภาการสาธารณสุขชุมชน ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

# บทบรรณาธิการวารสาร

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนฉบับนี้เป็นฉบับประจำปีที่ 5 ฉบับที่ 1 ซึ่งเป็นฉบับปีพุทธศักราช 2566 ยังคงมีเนื้อหาและสาระทางวิชาการที่เข้มข้น ทุกบทความได้ผ่านการกลั่นกรองจากกองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้วารสารมีความน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับในวงวิชาการ

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนได้ส่งข้อมูลให้ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวาสารไทย (ศูนย์ TCI) เพื่อดำเนินการพิจารณาคุณภาพวารสารเพื่อเข้าสู่ฐานข้อมูล TCI และจัดกลุ่มคุณภาพวารสารประจำปี พ.ศ.2564 เมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2564 ทางศูนย์ TCI ได้ประกาศผล ซึ่งวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนได้ถูกจัดให้เป็น วารสารกลุ่มที่ 2

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน ขอขอบคุณทุกท่านที่ติดตามอ่านวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนมาอย่างต่อเนื่อง ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เขียนบทความทุกท่านที่ได้ตรวจสอบคุณภาพอย่างเข้มข้นเพื่อให้วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนคงมาตรฐาน เนื้อหาถูกต้องตามหลักวิชาการ

หากท่านมีความประสงค์จะส่งผลงานวิจัย/วิชาการมาเผยแพร่ในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน หรือมีข้อเสนอแนะประการใด สามารถดูรายละเอียดของการส่งได้ที่ท้ายเล่มและขอเรียนเชิญสมาชิกทุกท่านช่วยประชาสัมพันธ์และบอกกล่าวท่านผู้สนใจ

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เนื้อหาสาระของบทความที่วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนได้นำเสนอไปนั้น จะเป็นประโยชน์ต่อท่านผู้อ่านเพื่อเป็นมุมมอง แนวคิดในการศึกษาวิจัยต่อไปในอนาคต

ปริญญา จิตอร่าม
บรรณาธิการ

# สารบัญ

หน้า

**บรรณาธิการ**

กองบรรณาธิการ

บทบรรณาธิการวารสาร

**บทความวิจัย (Original Article) :**

**องค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อ.น้ำโสม จ.อุดรธานี** ..... 1

Factor Analysis on New Normal of Medical Services during COVID-19's Outbreak among Out Patient Department in Health Care Provider under Ministry of Public Health

พรทิพา โยธาวงศ์

**ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของบุคลากรการแพทย์แผนไทย ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข** ..... 14

Factors Affecting Stress of Thai Traditional Medicine Personnel in Tambon Health Promoting Hospital, Health Region IV, Ministry of Public Health

สัณณ์ภณ ตะพังพินิจการ; สุดาวันย์ ธัญชาติไพศาล, อรวรรณ นาทองห่อ และสุทธิศักดิ์ สุริรักษ์

**การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของประชาชนวัยทำงานในพื้นที่หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 6** ..... 27

Factors Affecting COVID-19 Vaccine Third Dose the People in Area of Lumlong District, Na Thawi District, Songkhla Province

ณฐกร นิลเนตร และเพ็ญวิภา นิลเนตร

**ผลของการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ร่วมกับการประยุกต์หลักโหราศาสตร์ต่อระดับความเครียดในกลุ่มวัยทำงานจังหวัดพัทลุง ภายใต้สถานการณ์ระบาดโรคโควิด-19** ..... 39

The Effectiveness of a Mental Health Care Experiment in Phatthalung Community: Using Astrology to Reduce Stress Level during the COVID-19 Pandemic

พานิตย์ นพรัตน์, กิตติพร เนาว์สุวรรณ และนภชา สิงห์วีรธรรม

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสมุทรสงคราม** ..... 47

The Factors Related to Herbal Using Behaviors of Diabetic Patient type 2 in Primary Care Unit, Samut Songkhram Province

ธรรมศักดิ์ สายแก้ว, สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์, สุนันทา ศรีศิริ และสมฤดี สายหยุดทอง

**สารบัญ (ต่อ)**

**หน้า**

**บทความวิจัย (Original Article) :**
**การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการปัญหาน้ำเสีย ตำบลดอนไก่ดี อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร**..... 58
Public Participation on Wasted Water Management in Donkaidee Sub-district, Kratumban District, Samutsakhon Province
ธรรมนูญ โนนแซ็ง และศริศักดิ์ สุนทรไชย 70
**คำแนะนำการส่งบทความ**

# องค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อ.น้ำโสม จ.อุดรธานี

# The Components and Indicators of Competency in community Mental Health Care of Village Health Volunteers (VHVs) in Nam Som District, Udon Thani Province

**พรทิพา โยธาวงศ์**
Porntipa Yothawong
**โรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี**
Namsom Hospital, Udontani Province

(Received: *January 6*, 22023; Revised: *January 29*, 2023; Accepted: *April 30*, 2023)

**บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงปริมาณนี้เพื่อศึกษาองค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อ.น้ำโสม จ.อุดรธานี กลุ่มตัวอย่างได้แก่ อสม. ในอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี จำนวน 310 คน ใช้วิธีสุ่มแบบชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเองผ่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ระหว่าง .67 – 1.00 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ .960 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis : EFA) สกัดปัจจัยด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบหลักใช้วิธีหมุนแกนองค์ประกอบแบบออโธโกนอลด้วยวิธีแวริแมกซ์ ผลการวิจัยพบว่า

องค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อ.น้ำโสม จ.อุดรธานี ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ 29 ตัวบ่งชี้ ประกอบด้วย 1) สมรรถนะด้านสมรรถนะด้านคุณลักษณะเฉพาะมี 8 ตัวบ่งชี้ 2) สมรรถนะด้านการการดูแลสุขภาพจิตบุคคล มี 11 ตัวบ่งชี้ 3) สมรรถนะด้านการดำเนินงานเชิงรุกในชุมชน มี 6 ตัวบ่งชี้ และ 4) สมรรถนะด้านการประชาสัมพันธ์และประเมินชุมชน มี 4 ตัวบ่งชี้ โดยทั้ง 4 องค์ประกอบสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของตัวบ่งชี้ 29 ตัวบ่งชี้ ได้ร้อยละ 66.27 โดยมีค่าไอเกน เท่ากับ 51.20, 7.79, 3.94 และ 3.35 ตามลำดับ

ดังนั้นควรนำองค์ประกอบที่ได้จากการวิจัยไปใช้ในการประเมินสมรรถนะการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนตามบทบาทของ อสม. และจัดทำรูปแบบหรือวิธีการพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม

**คำสำคัญ**: สมรรถนะ, การดูแลสุขภาพจิตในชุมชน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: aon_aon946@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 042-287260)

## Abstract

This quantitative research aimed to study the components and indicators of competency in community mental health care of village health volunteers (VHVs) in Nam Som District, Udon Thani Province. The sample was 310 VHVs in Nam Som District. Udonthani Province using stratified random sampling. The research tool was a questionnaire constructed by the researcher that was validated for content validity; the Index of item objective congruence (IOC) was ranged from .67 – 1.00. The Cronbach's alpha coefficient of the entire questionnaire was equal to .960. Data were analyzed by Exploratory Factor Analysis (EFA) with Varimax rotation.

The results showed that the components and indicators for the competency in community mental health care of the village health volunteers consisted of 4 components, and 29 indicators. There were 8 indicators of competency in specific characteristics, 11 indicators of competency in personal mental health care, 6 indicators of competency in proactive actions in the community, and 4 indicators of competency in public relations and community assessment. All 4 components together could explain the variance of the 29 indicators at 66.27% with Eigen values of 51.20, 7.79, 3.94 and 3.35 respectively.

Therefore, related agencies should use the research findings as guidelines for the assessment and development of VHVs in order to concretely and continuously monitor and prevent mental health problems in the community.


**Keywords:** Competency, Community Mental Health Care, Village Health Volunteers

## บทนำ

สมรรถนะหมายถึงคุณลักษณะและพฤติกรรมที่บ่งชี้ถึงความสามารถ ความชำนาญในการใช้ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะที่มีอยู่อย่างเชี่ยวชาญ รวมทั้งรู้วิธีการที่ทำงานให้สำเร็จ โดยนำมาใช้ในการพัฒนาวัดและประเมินผลด้วย ซึ่งมีความสำคัญต่อการพัฒนาตนเองให้เป็นไปตามสมรรถนะที่กำหนดได้อย่างชัดเจนมีเป้าหมาย รวมทั้งเป็นเครื่องมือในการผลักดัน (Driver) ให้องค์กรบรรลุวิสัยทัศน์ พันธกิจ วัฒนธรรมองค์กรหรือ ยุทธศาสตร์ขององค์กร (ราชบัณฑิตยสถาน, 2555)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็น ตัวแทนของภาคประชาชนในระดับหมู่บ้าน เกิดขึ้นจาก แนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐาน ตั้งแต่แผนพัฒนาการ เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2521) ที่ได้รับ การพัฒนาให้มีบทบาทเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ ในการ “แก้ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ชี้บริการประสานงาน สาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน และดำรงตนเป็นตัวอย่าง ที่ดี” การพัฒนาบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่อง ราชกิจจานุเบกษา (2554) ประกาศให้ อสม. มีบทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบประกอบด้วย ปฏิบัติตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข dkiเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ การจัดการรณรงค์ การให้ความรู้ทางด้านสาธารณสุขมูลฐาน การจัดกิจกรรมเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของท้องถิ่น เป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพ การประสานแผนและการทำงานเพื่อสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและแหล่งอื่นๆ เป็นต้น ปัจจุบัน อสม. ได้รับการพัฒนาเพื่อเพิ่มศักยภาพในกทำงานหลาย ๆ หลักสูตร เช่น การพัฒนา อสม.ตามหลักสูตร อสม. เชี่ยวชาญ การพัฒนา อสม.ตามหลักสูตร อสม.นักจัดการสุขภาพชุมชน การพัฒนา อสม.4.0 (Borrisut, 2020) และการส่งเสริมองค์กร อสม. สร้างสุขภาพ ลดเสี่ยง ลดโรค (วิเชียร เทียนจารุวัฒนา, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, สายสมร วชิระประพันธ์, 2564ก)

งานสุขภาพจิตสุขภาพเป็นอีกงานหนึ่งตามบทบาทของ อสม.ซึ่งเป็นพลังที่จะช่วยให้คนใน ชุมชนของตนมีสุขภาพจิตดีละอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ทำให้ชุมชนตนเองเป็นชุมชนสุขภาพจิตดีโดยยึดหลักการ ทำงาน คือ “สอดส่องมองหา ใส่ใจรับฟัง ส่งต่อเชื่อมโยง” โดย 1) การสอดส่อง มองหา (Look) เป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต โดยการค้นหาและเข้าถึงผู้ที่เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน 2) ใส่ใจรับฟัง (Listen) เป็นการดูแลด้านจิตใจคนในชุมชน ได้แก่ การบรรเทา หรือแก้ไขปัญหา และการส่งเสริมให้ความรู้ด้าน สุขภาพจิต โดยการรับฟัง ให้คำปรึกษา แนะนำ ให้ข้อคิดเตือนใจแก่คนที่ทุกข์ใจ ปลอบโยนให้กำลังใจ เยี่ยมเยือนถามไถ่อาการ ส่วนการงเสริมให้ความรู้เรื่องการดูจิตใจตนเอง ครอบครัว ชุมชน อาจสื่อสารผ่านหอกระจายข่าวหรือวิทยุชุมชน และ 3) ส่งต่อเชื่อมโยง (Link) การช่วยให้ได้รับการรักษาต่อเนื่อง โดยการพูดคุยกับผู้ป่วย และญาติให้เห็นความสำคัญของการกินยาหรือปฏิบัติตัวตามหมอสั่ง การประสานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการส่งต่อ การติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การสื่อสารให้คนในชุมชนรับทราบ บริการสายด่วนกรมสุขภาพจิต 1323 บริการ 24 ชั่วโมง (นันทาวดี วรวสุวัส, 2560) ในขณะที่บทบาทหน้าที่ของ อสม.เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตชุมชน ประกอบด้วย 1) ด้านการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น 2) ด้านการส่งเสริม สนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวโดย อสม. และ 3) ด้านการป้องกันและค้นหาผู้ป่วยใหม่โดย อสม. (พรสุดา แสงสุกวาว, 2558) นอกจากนี้จากกการศึกษาของ เจนจิรา เกียรติสินทรัพย์, สาริณี โต๊ะทอง (2564) พบว่าบทบาทหน้าที่ของ อสม. ด้านสุขภาพจิตชุมชนในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ประกอบด้วย การประเมินคัดกรองภาวะสุขภาพจิตเบื้องต้น การปฐมพยาบาลทางจิตใจเบื้องต้นภายใต้หลัก 3 ส คือ สอดส่องค้นหากลุ่มเสี่ยง ใส่ใจรับฟังปัญหา และส่งต่อ การให้คำแนะนำการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตด้วยตนเอง และการดำเนินงานเรื่องวัคซีนสุขภาพจิต โดยบุคคลได้รับวัคซีน อึด ฮึด สู้ ในขณะที่วัคซีนครอบครัวคือ พลังบวก พลังยืดหยุ่น พลังร่วมมือ และวัคซีนชุมชนคือ ความปลอดภัย ความสงบ ความหวัง การเข้าใจและให้โอกาส ภายใต้การใช้ศักยภาพชุมชนและสัมพันธภาพในชุมชน และการศึกษาของยุพิน หงษ์วะชิน, อำนวย ปาอ้าย, เพ็ญนภา กุลนภาดล, วรางค์ภรณ์ ไตรติลานันท์ (2556) พบว่าสมรรถนะของ อสม.ในการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน ได้แก่ สมรรถนะหลัก ประกอบด้วยด้านความรู้ ความตระหนักในบทบาทหน้าที่เกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต สมรรถนะเชิงเทคนิคในการให้คำปรึกษา ประกอบด้วย การสอนสุขภาพจิตศึกษา และการใช้แบบประเมินทางสุขภาพจิต สมรรถนะบริหาร ประกอบด้วย การทำงานเป็นทีม การมีภาวะผู้นำ การให้แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ทั้งนี้ในบริบทอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี อสม. ส่วนใหญ่ยังขาดความชัดเจนและทิศทางที่เป็นรูปธรรมในการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน อสม.บางส่วนยังไม่สามารถคัดกรองกลุ่มเสี่ยงได้และดำเนินงานตามบทบาทได้

จากที่กล่าวมาจะเห็นว่าได้ว่า อสม. มีบทบาทสำคัญมากขึ้นเรื่อย ๆ ในการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน แต่ยังขาดความชัดเจนในการประเมินและพัฒนาสมรรถนะการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม หากได้มีการประเมินสมรรถนะอย่างเป็นรูปธรรมแล้วจะช่วยให้ง่ายต่อการจัดหลักสูตรอบรมเพื่อการฝึกและพัฒนาศักยภาพ (Sasida, Alfes, Shantz, 2016) ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการค้นหาองค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อ.น้ำโสม จ.อุดรธานี อสม. อันจะเกิดประโยชน์ต่อประเมินสมรรถะการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนส่งผลต่อการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ให้สามารถดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรม

## วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาองค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อ.น้ำโสม จ.อุดรธานี

## กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดบทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบ ของ อสม.ในการดำเนินงานในชุมชนตามราชกิจจา-นุเบกษา (2554) ได้แก่ ปฏิบัติตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ การจัดการรณรงค์ การให้ความรู้ทางด้านสาธารณสุขมูลฐาน การจัดกิจกรรมเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของท้องถิ่น เป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพ การประสานแผนและการทำงานเพื่อสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและแหล่งอื่นๆ เป็นต้น และแนวคิดบทบาทการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชนตามหลัก 3 ส. ประกอบด้วย 1) การสอดส่อง มองหา (Look) เป็นการค้นหาและเข้าถึงผู้ที่เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน 2) ใส่ใจรับฟัง (Listen) เป็นการดูแลด้านจิตใจคนในชุมชนโดยการรับฟัง ให้คำปรึกษา แนะนำ ให้ข้อคิดเตือนใจแก่คนที่ทุกข์ใจ ปลอบโยนให้กำลังใจ เยี่ยมเยือนถามไถ่อาการ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และ 3) ส่งต่อเชื่อมโยง (Link) การช่วยให้ได้รับการรักษาต่อเนื่อง การประสานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการส่งต่อ การติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การประชาสัมพันธ์สายด่วนกรมสุขภาพจิต 1323 บริการ 24 ชั่วโมง (นันทาวดี วรวสุวัส, 2560)

## วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีเชิงพรรณนา (Descriptive Study)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี จำนวนทั้งสิ้น 1,206 คน

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี จำนวนทั้งสิ้น 310 คน กำหนดโดยยึดหลัก 10 เท่าของตัวบ่งชี้ ตามแนวคิดของ แฮร์และคณะ (Hair et al, 2019) อย่างน้อย 5-10 เท่าของตัวบ่งชี้ สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ มีตัวแปรที่ต้องการวิเคราะห์หรือตัวแปรที่สังเกตได้ จำนวน 31 ตัวแปร การได้มาของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มแบบชั้นภูมิตามสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) ของตำบลในอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ดังนี้

| ตำบล | ประชากร | กลุ่มตัวอย่าง |
|---|---|---|
| นางัว | 164 | 42 |
| น้ำโสม | 288 | 74 |
| บ้านหยวก | 199 | 51 |
| ศรีสำราญ | 149 | 38 |
| สามัคคี | 126 | 32 |
| โสมเยี่ยม | 93 | 24 |
| หนองแวง | 187 | 48 |
| **รวม** | **1,206** | **310** |

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 3 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 การยินยอมให้ข้อมูล ตอนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย เพศ อายุ และระยะเวลาการเป็น อสม. และตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นของ อสม.ต่อสมรรถนะการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนของ อสม. อ.น้ำโสม จ.อุดรธานี ประกอบด้วยสมรรถนะด้านการการดูแลสุขภาพจิตบุคคล จำนวน 11 ข้อ ด้านการการดูแลสุขภาพจิตชุมชน จำนวน 12 ข้อ และสมรรถนะคุณลักษณะ 8 ข้อ รวมทั้งสิ้น 31 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นข้อคำถามโดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามพิจารณาให้คะแนนซึ่ง แต่ละคะแนนมีช่วงคะแนนที่เท่ากันจากคะแนนเต็ม 5 ถึงคะแนนน้อยที่สุด 1 คะแนน ในแต่ละตัวบ่งชี้

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเพื่อหาองค์ประกอบ และพัฒนาตัวบ่งชี้ตามองค์ประกอบที่กำหนดขึ้นเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ 1 ท่าน นักวิชาการสาธารณสุข 1 ท่าน และพยาบาลจิตเวช 2 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ระหว่าง .67 – 1.00

สำหรับการหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาไปทดลองใช้ (Try Out) กับ อสม. ในอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟ่าของครอนบาคของแบบสอบถามสมรรถนะด้านการดูแลสุขภาพจิตบุคคลเท่ากับ .910 สมรรถนะการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน เท่ากับ .907 คุณลักษณะเฉพาะท่ากับ .902 และภาพรวมทั้งฉบับเท่ากับ .960

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

ผู้วิจัยทำหนังสือเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเข้าร่วมเป็นทีมวิจัยและเก็บข้อมูล จากนั้นประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การสุ่มตัวอย่าง แก่ผู้ช่วยวิจัย ก่อนดำเนินการแจกแบบสอบถาม โดยให้เวลาทำคนละ 20 – 30 นาที ก่อนเก็บคืน จากนั้นจึงตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล พบว่ามีข้อมูลได้รับกลับคืนมาและมีความสมบูรณ์จำนวน 310 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis : EFA) สกัดปัจจัย (Factor Extraction) ด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principal Component Analysis : PCA) ใช้วิธีหมุนแกนองค์ประกอบ (Factor Rotation) แบบออโธโกนอล (Orthogonal Rotation) ด้วยวิธีแวริแมกซ์ (Varimax) และกำหนดน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading) มากกว่า .50 ทั้งนี้ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2019) โดยการทดสอบแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) ของข้อมูลโดยพิจารณาจากกราฟ Normal Probability Plot พบว่าข้อมูลส่วนใหญ่จะอยู่รอบ ๆ เส้นตรง ดังนั้นสรุปได้ว่า ลักษณะของข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ และผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติวิเคราะห์องค์ประกอบ โดยความเหมาะสมของข้อมูลจากค่าดัชนีไคเซอร์ - เมเยอร์ – ออลกิน (The Kaiser – Mayer – Olkin Measure of Sampling Adequacy : (MSA)) พบว่ามีค่าเท่ากับ .952 ซึ่งมีค่าสูงกว่า .50 และค่าเข้าใกล้ 1 แสดงว่าข้อมูลมีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก และค่าไควสแควร์ ที่ได้จาก Bartlett's Test of Sphericity มีค่าเท่ากับ 7710.565 ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สรุปได้ว่าเมทริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กัน ดังนั้นจึงมีความเหมาะสมในการนำข้อมูลไปวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ

**จริยธรรมวิจัย**

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เลขที่ UDREC2566 ลงวันที่ 25 มกราคม 2566 และในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียด ครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

**ผลการวิจัย**

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า อสม.เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.4 เป็นเพศชายร้อยละ 12.6 มีอายุเฉลี่ย 49.40 ปี (SD= 8.35) อายุต่ำสุด 20 ปี อายุสูงสุด 73 ปี ประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 13.36 ปี (SD= 8.66) ประสบการณ์ต่ำสุด 1 ปี ประสบการณ์สูงสุด 40 ปี

2. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อ.น้ำโสม จ.อุดรธานี ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ 29 ตัวบ่งชี้ สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของตัวบ่งชี้ 29 ตัวบ่งชี้ ได้ร้อยละ 66.27 โดยมีค่าไอเกน เท่ากับ 51.20, 7.79, 3.94 และ 3.35 ตามลำดับ ทั้งนี้ความแปรปรวนสมรรถนะด้านสมรรถนะด้านคุณลักษณะเฉพาะมีค่าสูงสุด ร้อยละ 51.20 รองลงมาเป็นสมรรถนะด้านการการดูแลสุขภาพจิตบุคคล มีค่าแปรปรวน ร้อยละ 7.79 และสมรรถนะด้านการประชาสัมพันธ์และประเมินชุมชนมีค่าต่ำสุดร้อยละ 3.35 (ตารางที่ 1) สำหรับค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้แต่ละตัวบ่งชี้ในองค์ประกอบสมรรถนะการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนของ อสม. อ.น้ำโสม จ.อุดรธานี ดังนี้ (ตารางที่ 2)

องค์ประกอบที่ 1 สมรรถนะด้านสมรรถนะด้านคุณลักษณะเฉพาะมี 8 ตัวบ่งชี้ โดยมีค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้ตั้งแต่ .835 - .681 โดยตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้สูงสุดได้แก่ เคารพศักดิ์ศรีอย่างเสมอภาค (.835) ส่วนตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้ต่ำสุดได้แก่ ประสานความร่วมมือ (.681)

องค์ประกอบที่ 2 สมรรถนะด้านการดูแลสุขภาพจิตบุคคล มี 11 ตัวบ่งชี้ โดยมีค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้ตั้งแต่ .773 - .529 โดยตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้สูงสุด ได้แก่ รับฟังปัญหาอย่างใส่ใจและให้ระบายความรู้สึก(.773) ส่วนตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้ต่ำสุดได้แก่ คัดกรองผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต (.529)

องค์ประกอบที่ 3 สมรรถนะด้านการดำเนินงานเชิงรุกในชุมชน มี 6 ตัวบ่งชี้ โดยมีค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้ตั้งแต่ .709 - .461 โดยตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้สูงสุดได้แก่ สร้างพลังให้ชุมชน (.709) ส่วนตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้ต่ำสุดได้แก่ สร้างเครือข่ายกับ อสม.ด้วยกัน (.461)

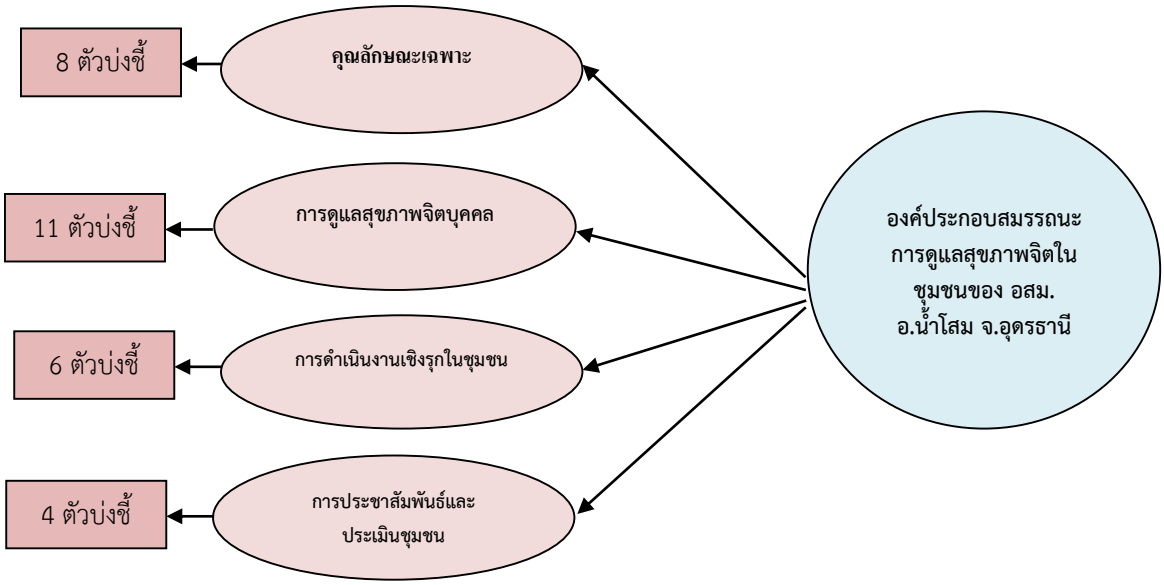
องค์ประกอบที่ 4 สมรรถนะด้านการประชาสัมพันธ์และประเมินชุมชน มี 4 ตัวบ่งชี้ โดยมีค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้ตั้งแต่ .811 - .635 โดยตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้สูงสุด ได้แก่ ประชาสัมพันธ์ให้คนในชุมชนรู้จักและเข้าถึงบริการสายด่วนกรมสุขภาพจิต 1323 (.811) และตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้ต่ำสุด ได้แก่ วิเคราะห์ชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ (.635)

**ตาราง 1** ค่าไอเกน ร้อยละของความแปรปรวนและร้อยละสะสมของความแปรปรวนองค์ประกอบสมรรถนะการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนของ อสม. อ.น้ำโสม จ.อุดรธานี

| องค์ประกอบ | ค่าไอเกน | ร้อยละของความแปรปรวน | ร้อยละสะสมของความแปรปรวน |
|---|---|---|---|
| สมรรถนะด้านคุณลักษณะเฉพาะ | 15.87 | 51.20 | 51.20 |
| สมรรถนะด้านการดูแลสุขภาพจิตบุคคล | 2.41 | 7.79 | 58.98 |
| สมรรถนะด้านการดำเนินงานเชิงรุกในชุมชน | 1.22 | 3.94 | 62.92 |
| สมรรถนะด้านการประชาสัมพันธ์และประเมินชุมชน | 1.04 | 3.35 | 66.27 |

**ตาราง 2** ค่าน้ำหนักองค์ประกอบสมรรถนะการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนของ อสม. อ.น้ำโสม จ.อุดรธานี

| ลำดับ | ตัวบ่งชี้ | ค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้ |
|---|---|---|
| | **องค์ประกอบสมรรถนะด้านคุณลักษณะเฉพาะ** | |
| 1 | เคารพศักดิ์ศรีอย่างเสมอภาค | .835 |
| 2 | เคารพในความแตกต่างระหว่างบุคคล | .791 |
| 3 | อดทน เสียสละเพื่อส่วนร่วม | .770 |
| 4 | ใจรักในการทำงาน | .756 |
| 5 | ยอมรับความแตกต่างทางวัฒนธรรม | .737 |
| 6 | ฝึกฝนตนเองอยู่เสมอ | .750 |
| 7 | เป็นแบบอย่างที่ดี | .729 |
| 8 | ประสานความร่วมมือ | .681 |
| | **สมรรถนะด้านการดูแลสุขภาพจิตบุคคล** | |
| 1 | รับฟังปัญหาอย่างใส่ใจและให้ระบายความรู้สึก | .773 |
| 2 | ปลอบโยน ให้กำลังใจ | .744 |
| 3 | ส่งสริมให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเอง | .696 |
| 4 | ให้คำปรึกษาหรือให้คำแนะนำเบื้องต้น | .691 |
| 5 | กระตุ้นให้กินยาหรือปฏิบัติตามแผนการรักษา | .686 |
| 6 | ให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง | .657 |
| 7 | เข้าถึงผู้ที่เสี่ยงหรือผู้ป่วยด้วยท่าทีที่เหมาะสม | .634 |
| 8 | ส่งต่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข | .609 |
| 9 | รายงานผลการดำเนินงาน | .588 |
| 10 | แนะนำแหล่งประโยชน์เพื่อการรักษา | .543 |
| 11 | คัดกรองผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต | .529 |
| | **สมรรถนะด้านการดำเนินงานเชิงรุกในชุมชน** | |
| 1 | สร้างพลังให้ชุมชน | .709 |
| 2 | การส่งเสริมให้สร้างความร่วมมือของคนในชุมชน | .657 |
| 3 | แลกเปลี่ยนเรียนรู้และระดมความคิด | .610 |
| 4 | เยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่ | .546 |
| 5 | ส่งเสริมมีการแสดงออกของพฤติกรรมที่ดีต่อกัน | .515 |
| 6 | สร้างเครือข่ายกับ อสม.ด้วยกัน | .461 |
| | **สมรรถนะด้านการประชาสัมพันธ์และประเมินชุมชน** | |
| 1 | ประชาสัมพันธ์ให้คนในชุมชนรู้จักและเข้าถึงบริการสายด่วนกรมสุขภาพจิต 1323 | .811 |
| 2 | ให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตเบื้องต้นแก่ประชาชน | .680 |
| 3 | สำรวจและคัดกรองผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนโดยใช้แบบคัดกรองของกรมสุขภาพจิต | .643 |
| 4 | วิเคราะห์ชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ | .635 |




**ภาพ 1** องค์ประกอบสมรรถนะการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนของ อสม. อ.น้ำโสม จ.อุดรธานี

## อภิปรายผล

องค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อ.น้ำโสม จ.อุดรธานี ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ 29 ตัวบ่งชี้ ประกอบด้วย สมรรถนะด้านคุณลักษณะเฉพาะ สมรรถนะด้านการการดูแลสุขภาพจิตบุคคล สมรรถนะด้านการดำเนินงานเชิงรุกในชุมชนและสมรรถนะด้านการประชาสัมพันธ์และประเมินชุมชน โดยสมรรถนะคุณลักษณะเฉพาะ เช่น การเคารพและยอมรับในความแตกต่าง การเสียสละ การเป็นแบบอย่างที่ดี การประสานงาน ฯลฯ มีค่าไอเกนมากที่สุดทั้งนี้เนื่องจาก อสม. เป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากหมู่บ้านหรือชุมชน และผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่คณะกรรมการกลางกำหนดภายใต้คุณสมบัติสำคัญคือจะเข้ามาทำงานด้วยความทมสมัครใจ เสียสละ ต้องการพัฒนาชุมชน มีความประพฤติอยู่ในกรอบศีลธรรมอันดี มีสุขภาพดีทั้งกายและใจ และมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่เป็นแบบอย่าง ตลอดจนมีเวลาให้กับการทำงานในบทบาท อสม. (ราชกิจจานุเบกษา, 2554) ในขณะที่การทำงานจิตเวชในชุมชนตามบทบาทของ อสม.นั้นเป็นงานที่ต้องใช้ความอดทน การเป็นผู้ฟังที่ดี เข้าใจและยอมรับฟังปัญหาของผู้ป่วยและผู้ดูแล ภายใต้หลัก 3 ส. คือ การ “สอดส่องมองหา ใส่ใจรับฟัง ส่งต่อเชื่อมโยง” (นันทาวดี วรวสุวัส, 2560) ดังนั้นการมีสมรรถนะคุณลักษณะเฉพาะในตัวบุคคล เช่น การเสียสละ อดทน ยอมรับความแตกต่าง การรับฟังที่ดี จึงเป็นสิ่งจำเป็นและสิ่งสำคัยต่อการทำงานสุขภาพในชุมชนของ อสม. ซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์ด่านแรกในการรับฟังปัญหาและดูแลเบื้องต้นให้กับประชาชนในชุมชนตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาแนวทางการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คุณภาพเพื่อสนับสนุนกำลังคนสาธารณสุขสำหรับระบบสุขภาพในอนาคตของวิเชียร เทียนจารุวัฒนา, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, สายสมร วชิระประพันธ์ (2564ข) พบว่า อสม.คุณภาพต้องมีคุณสมบัติการเป็นผู้มีจิตอาสา (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562) เต็มใจทำงาน เสียสละ ไม่หวังผลตอบแทนเป็นเงินหรือสิ่งของ มีความเข้าใจและความปรารถนาดีกับทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน เป็นที่พึ่งของคนในชุมชน กล้าหาญในการทำสิ่งที่ถูกต้อง ไม่ฝักใฝ่การเมือง การทุ่มเทให้การทำงาน การรักษาระเบียบวินัย การมีจรรยาบรรณ อสม. การประพฤติตนเป็นแบบอย่างที่ดี ตลอดจนสามารถใช้เทคโนโลยีดิจิทัลได้และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562) นอกจากนี้ Paula, Laura, Alessandro, Alessandra, Francesca, Luisa. (2018) พบว่าภาวะผู้นำทางจริยธรรมส่งผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครในองค์การที่ไม่หวังกำไร

สมรรถนะด้านการดูแลสุขภาพจิตบุคคลเป็นอีกองค์ประกอบหนึ่งของสมรรถนะการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนของ อสม. อ.น้ำโสม จ.อุดรธานีที่มีค่าไอเกนรองลงมา ซึ่งได้แก่ การรับฟังปัญหา การให้กำลังใจ การให้คำปรึกษา การส่งสริมให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเอง การกระตุ้นให้กินยา การส่งต่อ และการคัดกรอง เป็นต้นจะเห็นได้ว่าสมรรถนะดังกล่าวเป็นอีกสมรรถนะที่มีความสำคัญต่อการดำเนินสุขภาพจิตในชุมชนของ อสม. เนื่องจากการพัฒนางานสุขภาพจิตชุมชนและเป็นพลังที่จะช่วยให้คนในชุมชนของตนมีสุขภาพจิตดีและอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข (นันทาวดี วรวสุวัส, 2560) การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจิตให้ทุกคนที่อยู่ร่วมกันในชุมชนได้อย่างปกติสุข โดยมีการรู้จักการอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างสงบสุข การรู้จักปรับตัวและการรู้จักปรับใจ เพื่อเป็นต้นแบบด้านสุขภาพทางกายและสุขภาพจิต เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง ดังนั้น อสม.จึงปฏิบัติงานตามหลักการ 3L ได้แก่ การสังเกต เข้าถึงกลุ่มเสี่ยง (Look) การรับฟังปัญหาให้คำแนะนำให้ข้อคิด ปลอบใจ (Listen) และการเชื่อมโยงเพื่อการมีการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Link) (ดุษณี บุญพิทักษ์สกุล, ศิริภัททรา จุฑามณี, อรพิชา เกตุพันธ์, 2564) ประกอบกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้เกิดความเครียดและส่งผลกระทบรุนแรงในการดำเนินชีวิต อสม.จึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือดูแลด้านจิตใจของคนในชุมชนที่ตนเองรับผิดชอบโดยเชื่อมโยงกับเครือข่ายกับระบบบริการปฐมภูมิ (Dorji, 2021) รวมทั้งบทบาทหน้าที่ของ อสม.เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตชุมชนประกอบด้วย 1) ด้านการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น 2) ด้านการส่งเสริม สนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวโดย อสม. และ 3) ด้านการป้องกันและค้นหาผู้ป่วยใหม่โดย อสม. (พรสุดา แสงสุกวาว, 2558) สอดคล้องกับศึกษาของจงรักษ์ ใจจันทร์, เสด็จ ทะลือ, สุภาวดี จันทร์อินทร์, ศิริพร กุณา, จันทร์เพ็ญ คำอุ่น, เอกรินทร์ โนจิต (2562) พบว่ารูปแบบใหม่ในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยสุขภาพจิตในชุมชนในบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใน จังหวัดน่านนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับ รพ.สต.ต้องประสานความร่วมมือให้ครอบครัว ญาติ และอสม.มีการติดตามการกินยาอย่างต่อเนื่อง การคัดกรอง การประเมิน และการส่งต่อ

สำหรับสมรรถนะด้านการดำเนินงานเชิงรุกในชุมชน ประกอบด้วยตัวบ่งชี้เกี่ยวกับการสร้างพลังให้ชุมชน การเยี่ยมบ้าน การส่งเสริมให้ชุมชนเกิดความร่วมมือมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ตลอดจนการสร้างเครือข่าย ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าการดำเนินงานเชิงรุกมีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าองค์ประกอบด้านอื่นๆ เนื่องจากการดำเนินงานเชิงรุกจะเป็นกิจกรรมเพื่อเป็นการเฝ้าระวัง ค้นหากลุ่มเสี่ยง รวมกันเยียวยาในกลุ่มผู้ป่วยซึ่งยังคงใช้หลัก 3 ส. คือ การ “สอดส่องมองหา ใส่ใจรับฟัง ส่งต่อเชื่อมโยง” (นันทาวดี วรวสุวัส, 2560) มาเป็นเครื่องมือสำคัญในการดูแลเชิงรุก โดยเฉพาะในช่วงของแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 อสม.ต้องดำเนินการประเมินคัดกรองภาวะสุขภาพจิตเบื้องต้น การปฐมพยาบาลทางจิตใจเบื้องต้นภายใต้หลัก 3 ส คือ สอดส่องค้นหากลุ่มเสี่ยง ใส่ใจรับฟังปัญหา และส่งต่อ การให้คำแนะนำการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตด้วยตนเอง และการดำเนินงานเรื่องวัคซีนสุขภาพจิต โดยบุคคลได้รับวัคซีน อึด ฮึด สู้ ในขณะที่วัคซีนครอบครัวคือ พลังบวก พลังยืดหยุ่น พลังร่วมมือ และวัคซีนชุมชนคือ ความปลอดภัย ความสงบ ความหวัง การเข้าใจและให้โอกาส ภายใต้การใช้ศักยภาพชุมชนและสัมพันธภาพในชุมชน (เจนจิรา เกียรติสินทรัพย์, สาริณี โต๊ะทอง, 2564) จากการศึกษาของ กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นภชา สิงห์วีรธรรม, พยงค์ เทพอักษร (2563) พบว่าการดำเนินงานควบคุมโรคเชิงรุกเป็นองค์หนึ่งที่ทำให้เกิดความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย สอดคล้องกับการศึกษาของยุพิน หงษ์วะชิน, อำนวย ปาอ้าย, เพ็ญนภา กุลนภาดล, วรางค์ภรณ์ ไตรติลานันท์ (2556) พบว่าสมรรถนะของ อสม.ในการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน ได้แก่ การทำงานเป็นทีม การมีภาวะผู้นำ การให้แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

นอกจากนี้สมรรถนะด้านการประชาสัมพันธ์และประเมินชุมชน ประกอบด้วย ประชาสัมพันธ์ให้คนในชุมชนรู้จักและเข้าถึงบริการสายด่วนกรมสุขภาพจิต 1323 การให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต สำรวจ คัดกรองและวิเคราะห์ชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของของยุพิน หงษ์วะชิน, อำนวย ปาอ้าย, เพ็ญนภา กุลนภาดล, วรางค์ภรณ์ ไตรติลานันท์ (2556) พบว่าสมรรถนะของ อสม.ในการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน ได้แก่ สมรรถนะหลักประกอบด้วยด้านความรู้ ความตระหนักในบทบาทหน้าที่เกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต

การให้คำปรึกษา และการสอนสุขภาพจิตศึกษา ทั้งนี้เนื่องจากการให้ความรู้ทั้งความรู้ที่เกี่ยวกับสุขภาพจิตศึกษาปฏิบัติตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ หรือจัดการรณรงค์ (ราชกิจจานุเบกษา, 2554) รวมถึงสามารถใช้เทคโนโลยีดิจิทัลได้ และมีความรอบรู้ด้าน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562) เช่นเดียวกับงานสุขภาพจิตในชุมชน อสม.จะต้องมีการประเมินสุขภาพจิตของชุมชนเพื่อนำมาวิเคราะห์ปัญหาร่วมกับเจ้าหน้าที่ ก่อนนำมาวางแผนแก้ปัญหาเพื่อการดำเนินสุขภาพจิตในชุมชน (นันทาวดี วรวสุวัส, 2560; กรมสุขภาพจิต, 2563) นอกจากนี้ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 การให้ความรู้ถูกเปลี่ยนช่องทางเป็นการให้ความรู้ผ่านโทรศัพท์สมาร์ทโฟน การใช้ Application line, Facebook หรือ Twitter (Zhang, Wu, Zhao, Zhang, 2020)

**การนำผลการวิจัยไปใช้**

โรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานีและหน่วยงานที่เกี่ยวกับควรนำองค์ประกอบที่ได้จากการวิจัยไปใช้ในการประเมินสมรรถนะการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนตามบทบาทของ อสม. ก่อนนำไปจากรูปแบบหรือวิธีการพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนโดยเน้นการการพัฒนาคุณลักษณะเฉพาะส่วนบุคคลได้แก่ การเคารพและยอมรับในความแตกต่าง การเสียสละ การเป็นแบบอย่างที่ดี การประสานงาน ในด้านสมรรถนะการดูแลสุขภาพจิตบุคคลส่งเสริมให้มีความสามารถในการรับฟังปัญหา การให้กำลังใจ การให้คำปรึกษา การส่งสริมให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเอง การติดตามการกินยา การส่งต่อ และการคัดกรอง เป็นต้น สำหรับสมรรถนะด้านการดำเนินงานเชิงรุกในชุมชนเน้นการสร้างพลังให้ชุมชน การเยี่ยมบ้าน การสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ตลอดจนสมรรถนะด้านการประชาสัมพันธ์และประเมินชุมชนเร่งรัดการประชาสัมพันธ์ให้คนในชุมชนรู้จักและเข้าถึงบริการสายด่วนกรมสุขภาพจิต 1323 การให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต สำรวจ คัดกรองและวิเคราะห์ชุมชน เป็นต้น

**ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป**

ควรมีการศึกษารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนของ อสม. ภายใต้บริบทการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ ตลอดจนการประเมินผลรูปแบบอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม

**รายการอ้างอิง**


กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่เพื่อการยกระดับ อสม. เป็นหมอประจำบ้าน*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *คู่มือดูแลจิตใจประชาชนสำหรับผู้นำชุมชนและอสม. ชุมชน “หัวใจมีหู ต่อสู้ ! โควิด-19”*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นภชา สิงห์วีรธรรม, พยงค์ เทพอักษร. (2563). ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*. 7(2), ก-จ.

จงรักษ์ ใจจันทร์, เสด็จ ทะลือ, สุภาวดี จันทร์อินทร์, ศิริพร กุณา, จันทร์เพ็ญ คำอุ่น, เอกรินทร์ โนจิต (2562) การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยสุขภาพจิตในชุมชนโดยกระบวนการ AIC ในบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ่ายนาไลย อำภอเวียงสา จังหวัดน่าน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข. 28*(เพิ่มเติม), s76-s87.

เจนจิรา เกียรติสินทรัพย์, สาริณี โต๊ะทอง. (2564). อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน: บทบาทหน้าที่การดูแลสุขภาพจิตชุมชนในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 29*(2), 314-323.

ดุษณี บุญพิทักษ์สกุล, ศิริภัททรา จุฑามณี, อรพิชา เกตุพันธ์. (2564). การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนด้านสุขภาพจิต. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 29*(4), 99-110.

นันทาวดี วรวสุวัส. (2560). *คู่มือความรู้สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาสุขภาพจิตชุมชน*. ขอนแก่น: หจก.โรงพิมพ์พระธรรมขันต์.

พรสุดา แสงสุกวาว. (2558). *บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตชุมชนในการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้า: กรณีศึกษาศูนย์สุขภาพจิตที่ 7*. สารนิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ยุพิน หงษ์วะชิน, อำนวย ปาอ้าย, เพ็ญนภา กุลนภาดล, วรางค์ภรณ์ ไตรติลานันท์ (2556) สมรรถนะของ อสม. ในการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน. *วารสารพยาบาลตำรวจ. 5*(2), 61-78.

ราชกิจจานุเบกษา. (2554). *ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. ๒๕๕๔.* หน้า ๑ เล่ม ๑๒๘ ตอนพิเศษ ๓๓ ง ลงวันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๕๔.

วิเชียร เทียนจารุวัฒนา, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, สายสมร วชิระประพันธ์. (2564ก). แนวทางการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คุณภาพเพื่อสนับสนุนกำลังคนสาธารณสุขสำหรับระบบสุขภาพในอนาคต. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, *30*(2), 353 – 366.

วิเชียร เทียนจารุวัฒนา, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, สายสมร วชิระประพันธ์. (2564ข). *แนวทางการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คุณภาพเพื่อสนับสนุนกำลังคนสาธารณสุขสำหรับระบบสุขภาพในอนาคต*. นนทบุรี. รายงานวิจัย

Orrisut, N. (2020). *Development of patterns and procedures for maternal and child health operations of village health volunteers Nakhon Sawan Province*. Nakhon Sawan: Nakhon Sawan Provincial Public Health Office.

Dorji, T. (2021). The gross national happiness framework and the health system response to the COVID-19 pandemic in Bhutan. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene, 104*(2), 441.

Hair, F. J., Black, C. W., Babin, J. B., & Anderson, E. R. (2019). *Multivariate Data Analysis* (8th ed). New Jersey: Pearson Education.

Paula, B., Laura, C.D., Alessandro, C.D., Alessandra, F., Francesca, C., Luisa, M.V. (2018). Ethical Leadership as Antecedent of Job Satisfaction, Affective Organizational Commitment and Intention to Stay Among Volunteers of Non-profit Organizations. *Frontiers in Psychology, 9*, 1-17. DOI=10.3389/fpsyg.2018.02069.

Sasida, T., Alfes, K., Shantz, A. (2016). Volunteer role mastery and commitment: can HRM make a difference?. *The International Journal of Human Resource Management*. 2062-2084. doi.org/10.1080/09585192.2015.1126335

Zhang, J., Wu, W., Zhao, X., Zhang, W. (2020). Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: a model of West China Hospital. *Precis Clin Med.* 3(1), 3–8.

# ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของบุคลากรการแพทย์แผนไทย ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข

# Factors Affecting Stress of Thai Traditional Medicine Personnel in Tambon Health Promoting Hospital, Health Region IV, Ministry of Public Health

**สัณณ์ภณ ตะพังพินิจการ[1*] สุดาวันย์ ธัญชาติไพศาล[2] อรวรรณ นาทองห่อ[3] สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์[4]**

Sunnphon Taphangphinijkarn[1*] Sudawan Thunyachatpaisan[2]

Orawan Nathongho[3] Sutthisak Surirak[4]

**วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก[1*,2,3]**

**วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก[4]**

Kanchanabhisek Institute of Medical and Public Health Technology,

Faculty of Public Health and Allied Health Sciences Praboromarajchanok Institute[1*,2,3]

Sirindhorn College of Public Health Suphanburi, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences,

Praboromarajchanok Institute Ministry of Health[4]

(Received: *January 30*, 2023; Revised: *April 30*, 2023; Accepted: *April 30*, 2023)

**บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงสำรวจนี้เพื่อศึกษา 1) ระดับของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และความเครียด และ 2) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของบุคลากรการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 86 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามวัดทัศนคติ แบบสอบถามวัดบทบาทและหน้าที่ แบบสอบถามวัดสัมพันธภาพกับบุคคล แบบสอบถามวัดความก้าวหน้า แบบสอบถามวัดโครงสร้างและบรรยากาศ และแบบสอบถามวัดความเครียด ได้ค่า IOC มากกว่า 0.67 ทุกข้อ ได้ค่าเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ .890, .826, .889, .913, .910, .917 และ .929 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณาและสถิติถดถอยพหุคูณนำตัวแปรเข้าทั้งหมด ผลการวิจัยพบว่า

1. ระดับของปัจจัยนำด้านความรู้ในการปฏิบัติงานมากที่สุดอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 66.67 และด้านทัศนคติในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก (*M*=3.56, *SD*=0.85) ระดับของปัจจัยเอื้อด้านบทบาทและหน้าที่อยู่ในระดับมาก (*M*=4.00, *SD*=0.80) และด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก (*M*=4.03, *SD*=0.73) ระดับปัจจัยเสริมด้านความก้าวหน้าในหน้าที่อยู่ในระดับมาก (*M*=3.56, *SD*=0.98) และด้านโครงสร้างและบรรยากาศในองค์กรอยู่ในระดับมาก (*M*=4.07, *SD*=0.65)

2. ระดับความเครียดมากที่สุดอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 42.67 โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของบุคลากรการแพทย์แผนไทย ได้แก่ เพศ (*Beta*= .298) ปัจจัยนำด้านทัศนคติในการปฏิบัติงาน (*Beta*= -.306) และปัจจัยเสริมด้านความก้าวหน้าในหน้าที่ของบุคลากร (*Beta*= .311) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 25.50 $adj.R^2$ = .125, $p$ <.05) อย่างมีนัยสำคัญทางนัยสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีแนวทางในการพัฒนา การสนับสนุนและให้ความสำคัญเรื่องการเสริมสร้างทัศนคติในการปฏิบัติงาน การให้โอกาสความก้าวหน้าในหน้าที่ของบุคลากร การพิจารณาลักษณะงานให้เหมาะสมตามเพศ ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนเพื่อป้องกันความเครียดของบุคลากรการแพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อไป

**คำสำคัญ :** ปัจจัยความเครียด, บุคลากรการแพทย์แผนไทย, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 4

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: sunnphon.ta@kmpht.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 089-5480046)

## Abstract

This survey research aimed to study: 1) the levels of predisposing factors, enabling factors, reinforcing factors, and stress; and 2) factors affecting stress of Thai traditional medicine personnel in Tambon Health Promoting Hospitals, Health Region IV, Ministry of Public Health. The samples were 86 persons selected by simple random sampling. The reseach instrument was a set of questionnaires including knowledge, attitudes, roles and duties, relationship with others, progress in work, structure and organizational climate, and also perceived stress with the IOC > 0.67 in every item, while reliabilities shown as .890, .826, .889, .913, .910, .917 and .929 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and enter regression analysis. The results found that:

1. The levels of predisposing factors; the samples had their knowledge at a low level (66.67%), working attitudes at a high level (M=3.56, SD=0.85), roles and duties at a high level (M=4.00, SD=0.80), relationship with others at a high level (M=4.03, SD=0.73), progress in work at a high level (M=3.56, SD=0.98), as well as structure and organizational climate at a high level (M=4.07, SD=0.65).

2. The stress level of the participants was at a moderate level (42.67%). There were factors influencing stress of Thai traditional medicine personnel including genders ( Beta= .298) , predisposing factors linked to working attitude (*Beta*= -.306), and reinforcing factors related to progress in work (*Beta*=.311). These factors can significantly explain 25.50% of variance ($adj.R^2$ = .125, $p$ <.05) ($p$=.05).

It could be recommened that the relevant agencies should provide guidelines for development, support and giving precedence for strengthening attitudes in work, progress in work and working promotion opportunities. In addition, the agencies should consider the working features suitable for worker genders. These guidelines can be employed for planning to prevent stress of Thai Traditional Medicine personnel in Tambon Health Promoting Hospitals.


**Keywords :** Factors of stress, Thai Traditional Medicine Personnel, Health Region IV

## บทนำ

การทำงานเป็นเรื่องสำคัญประการหนึ่งของการใช้ชีวิต ความรู้สึกในการทำงานของแต่ละคนล้วนแตกต่างกันออกไป บางคนทำด้วยความสุขและความพอใจที่จะทำงานนั้น แต่อีกหลายคนที่มีความรู้สึกอึดอัดโดยงานที่ทำไม่ตรงตามความต้องการ จึงทำให้เกิดความกังวลใจ หงุดหงิด ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้สามารถเกิดขึ้นได้กับทุก ๆ คน ตั้งแต่ผู้บริหารระดับสูงจนถึงผู้ทำงานในระดับบุคลากรทั่วไป ความเครียดในการทำงานมีอิทธิพลต่อสภาวะทางร่างกาย จิตใจ (กชพรรณ ลัภโนปกรณ์ และประสพชัย พสุนนท์, 2557) ปัญหาสุขภาพจิตวัยทำงานช่วงอายุ 20-59 ปี ที่น่าห่วง คือ ปัญหาการฆ่าตัวตาย ซึ่งพบว่าเป็นกลุ่มวัยที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุด อยู่ที่ 8.04 ต่อแสนประชากร โดยเฉพาะอายุระหว่าง 35-39 ปี มีอัตราการฆ่าตัวตายมากที่สุด อยู่ที่ 9.55 ต่อแสนประชากร และจากสถิติการขอรับบริการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตของวัยทำงานผ่านสายด่วนสุขภาพจิตในปีที่ผ่านมาพบว่า ปัญหาทางจิตเวช เป็นปัญหาสำคัญลำดับแรกที่วัยทำงานโทรศัพท์เข้ามาปรึกษามากที่สุด รองลงมาคือ ปัญหาความเครียดหรือวิตกกังวล เช่น ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพกาย โรคเรื้อรัง มีหนี้สิน เป็นต้น ปัญหาความรัก ปัญหาครอบครัว และซึมเศร้า ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2560) นอกจากนี้ยังพบว่า สภาพทางจิตวิทยาสังคมในการทำงาน เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดจากการทำงานโดยเฉพาะสภาพแวดล้อมจากการทำงานที่อาจเป็นสาเหตุของโรคสุขภาพจิต กลุ่มอาชีพที่มีความเครียดสูงอาจป่วยด้วยโรคที่เกิดจากผลกระทบของความเครียดสูงและอาจป่วยด้วยโรคที่เกิดจากผลกระทบ

ของความเครียดที่มีต่อร่างกายและจิตใจ ได้แก่ กลุ่มอาชีพด้านบริการ ลูกจ้างในโรงงานอุตสาหกรรม และบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น (รวิพรรดิ พลูลาภ, 2560)

ในสภาพสังคมปัจจุบัน มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วก่อให้เกิดผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ในทุก ๆ ด้าน ในสังคมที่ต้องเร่งรีบเพื่อความอยู่รอด แข่งขันสร้างผลผลิต เป็นปัญหาและอุปสรรคในการดำรงชีวิต ประกอบกับการปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เกิดความเครียดขึ้น ซึ่งความเครียดเป็นปัญหาสุขภาพจิต (ศริญญา จริงมาก, 2561) การมีความเครียดน้อยเกินไปและมากเกินไปไม่เป็นผลดีต่อสุขภาพ เช่น ก่อให้เกิดอาการปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ หัวใจเต้นเร็ว แน่นท้อง มือเท้าเย็น (กัญญาณัฐ ยั่งยืน และพัชราภรณ์ ชัยเจริญ, 2560) และในปัจจุบันโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการพัฒนาด้านต่าง ๆ ซึ่งมีความแตกต่างจากในอดีตมาก ยังมีการดำเนินงานเชิงรุกในชุมชนโดยมุ่งเข้าหาประชาชนและชุมชนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพเป็นหลัก รวมทั้งมุ่งจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่เป็นต้นเหตุของปัญหาสุขภาพ โดยมีบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ ทันตสาธารณสุข แพทย์แผนไทย และบุคลากรสายสนับสนุน เป็นต้น ซึ่งต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการปฏิบัติงาน มีการนำเทคโนโลยีต่าง ๆ มาใช้ในการเก็บข้อมูลและการบริการ ประกอบกับความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่จะต้องได้รับบริการที่สะดวก รวดเร็ว ปลอดภัยและหายจากโรคเร็วที่สุด ล้วนแล้วแต่เป็นสาเหตุเสริมที่ก่อให้เกิดความเครียดกับบุคลากรสาธารณสุขที่จะต้องตอบสนองต่อผู้รับบริการ (ธีระพล ปัญนาวี และวริสรา ลุวีระ, 2559)

จากการสัมภาษณ์บุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข ในเบื้องต้นพบว่า ลักษณะงานและหน้าที่ในการทำงานยังไม่ชัดเจน การทำงานไม่ตรงตามวิชาชีพ การร่วมรับผิดชอบในงานส่วนอื่น ๆ ซึ่งได้รับมอบหมายมีจำนวนมาก เช่น การเก็บรวบรวมข้อมูล งานเอกสาร การบันทึกข้อมูล การคัดกรอง การฉีดวัคซีน การทำงานตามตัวชี้วัดต่าง ๆ ที่กระทรวงกำหนดขึ้น ซึ่งจำนวนบุคลากรมีน้อยไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ยังพบว่า บางแห่งมีสถานที่และวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานไม่เพียงพอต่อการให้บริการแก่ประชาชน กรอบอัตรากำลังในการบรรจุล่าช้า เงินเดือนและค่าตอบแทนที่ยังต่ำซึ่งไม่เพียงพอต่อการครองชีพ เป็นต้น ซึ่งสาเหตุเหล่านี้อาจส่งผลต่อความเครียดของแพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาสถานการณ์หรือปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของบุคลากรการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 4 ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาให้ได้ทราบถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อความเครียดของบุคลากร และนำผลการวิจัยที่ได้มาเป็นแนวทางการเสริมสร้างในการปฏิบัติงานและการแก้ไขปัญหาเพื่อลดปัจจัยที่ก่อให้ความเครียดในการทำงานของบุคลากรให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์แผนไทยมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีมีความพร้อมในการปฏิบัติหน้าที่ ให้การสนับสนุนช่วยเหลือองค์กรอย่างเต็มความสามารถ ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนและประเทศชาติต่อไป

## วัตถุประสงค์วิจัย

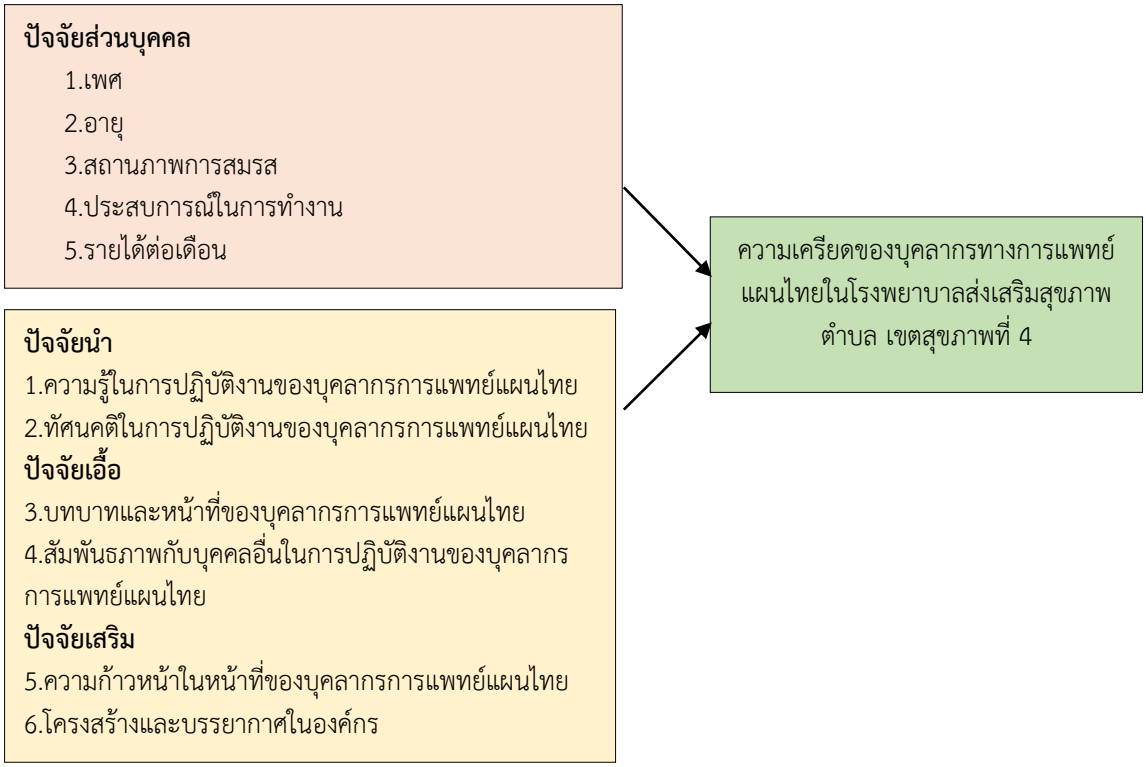
1. เพื่อศึกษาระดับของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และระดับความเครียดของบุคลากรการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของบุคลากรการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข

## สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่ศึกษา เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของบุคลากรการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข

**กรอบแนวคิดการวิจัย**

จากการทบทวนแนวคิด PRECEDE – PROCEED Model ของ กรีน และ กรูเทอร์ (Green & Krueter, 1980)โดยสาระสำคัญของ PRECEDE – PROCEED Model คือ เป็นกระบวนการวิเคราะห์โดยใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาที่มีแนวคิดว่า “พฤติกรรมบุคคลที่มีสาเหตุมาจากสหปัจจัย (Multiple Factors)” ดังนั้นจึงจะต้องมีการวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญ ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนและกำหนด กลวิธีในการดำเนินงานเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไป กระบวนการวิเคราะห์ใน PRECEDE Framework เป็นการวิเคราะห์แบบย้อนกลับโดยเริ่มจากผลลัพธ์ที่ต้องการ หรืออีกนัยหนึ่งคือคุณภาพชีวิตของบุคคลที่พึงประสงค์แล้วพิจารณาถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะสาเหตุที่เนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคล จึงได้นำปัจจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้




**ภาพ 1** กรอบแนวคิดการวิจัย

**ระเบียบวิธีวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากร คือ บุคลากรการแพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 106 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรการแพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข ได้จากการใช้ตารางของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) โดยใช้ระดับความเชื่อมั่น 95% ซึ่งกำหนดความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ที่ ระดับ 5% ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 86 คน หลังจากนั้นได้สุ่มกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนการเก็บข้อมูลโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยมีกลุ่มตัวอย่างยินดีตอบคำถาม จำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 87.21

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด มี 8 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ประสบการณ์ในการทำงาน และรายได้ต่อเดือน แบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ (Checklist) และแบบเติมข้อความ (Open-ended)

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำที่เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้ในการปฏิบัติงาน ลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ (Checklist) คือ ถูก-ผิด (True -False) จำนวน 20 ข้อ โดยเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน แล้วหาผลรวมระดับคะแนน โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับดี ระดับปานกลาง และระดับต่ำ โดยใช้วิธีการแบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์ซึ่งดัดแปลงมาจากหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินของวาสนา สิทธิกัน (2560) ดังนี้

ระดับความรู้ดี หมายถึง ได้คะแนน ร้อยละ 80-100
ระดับความรู้ปานกลาง หมายถึง ได้คะแนน ร้อยละ 60-79
ระดับความรู้ต่ำ หมายถึง ได้คะแนน ร้อยละ 0-59

ส่วนที่ 3 – 7 ได้แก่ ส่วนที่ 3 ปัจจัยนำที่เป็นคำถามเกี่ยวกับทัศนคติในการปฏิบัติงาน จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 4 ปัจจัยเอื้อที่เป็นคำถามเกี่ยวกับบทบาทและหน้าที่ของบุคลากร จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 5 ปัจจัยเอื้อที่เป็นคำถามเกี่ยวกับสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในการปฏิบัติงาน จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 6 ปัจจัยเสริมที่เป็นคำถามเกี่ยวกับความก้าวหน้าในหน้าที่ของบุคลากร จำนวน 10 ข้อ และส่วนที่ 7 ปัจจัยเสริมที่เป็นคำถามเกี่ยวกับโครงสร้างและบรรยากาศในองค์กร จำนวน 10 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามที่ผู้จัยสร้างขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวและผ่านการตรวจสอบเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบมาตรส่วนประมาณค่า (Rating Scale) กำหนดค่าน้ำหนักเป็น 5 ระดับ ตามแนวคิดทฤษฎีของเรนซีส ลิเคิร์ท (Likert R., 1932) ตั้งแต่ 1 ถึง 5 คะแนน โดยเกณฑ์การให้คะแนนคือ 5 คะแนน หมายถึง มากที่สุด 4 คะแนน หมายถึง มาก 3 คะแนน หมายถึง ปานกลาง 2 คะแนน หมายถึง น้อย และ 1 คะแนน หมายถึง น้อยที่สุด โดยกำหนดเกณฑ์การแปลความหมายคะแนนของแบบสอบถามส่วนที่ 3-7 ใช้เกณฑ์ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2560)

ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง อยู่ในระดับมากที่สุด
ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง อยู่ในระดับมาก
ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง อยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง อยู่ในระดับน้อย
ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง อยู่ในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 8 แบบวัดความเครียดของโรงพยาบาลสวนปรุง (Suanprung Stress Test) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2540) เลือกใช้แบบวัดความเครียดสวนปรุง จำนวน 20 ข้อ (SPST-20) เป็นการวัดความเครียดในภาพรวม เกณฑ์การให้คะแนน 5 คะแนน หมายถึง รู้สึกเครียดมากที่สุด 4 คะแนน หมายถึง รู้สึกเครียดมาก 3 คะแนน หมายถึง รู้สึกเครียดปานกลาง 2 คะแนน หมายถึง รู้สึกเครียดเล็กน้อย 1 คะแนน หมายถึง ไม่รู้สึกเครียด โดยแบ่งคะแนนความเครียดเป็น 4 ระดับ (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2540) ดังนี้

คะแนน 62 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความเครียดรุนแรง
คะแนนระหว่าง 42-61 คะแนน หมายถึง มีความเครียดสูง
คะแนนระหว่าง 24-41 คะแนน หมายถึง มีความเครียดปานกลาง
คะแนนระหว่าง 0-23 คะแนน หมายถึง มีความเครียดน้อย

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

1. ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถาม โดยการทดสอบตามเทคนิค index of item objective congruence (IOC) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ด้านจิตวิทยา ด้านการพยาบาล และด้านการแพทย์แผนไทย ในการตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และความครอบคลุมของเนื้อหา ผลการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือแบบสอบถาม มีค่า IOC ระหว่าง .67 – 1.00 ทุกข้อ

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับบุคลากรการแพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสมุทรปราการ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ปรากฏผลดังนี้

2.1 การคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยวิธีวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach'alpha coefficient) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปปรากฏผลดังนี้ แบบสอบถามวัดทัศนคติในการปฏิบัติงานมีค่าเท่ากับ .826 แบบสอบถามวัดบทบาทและหน้าที่มีค่าเท่ากับ .889 แบบสอบถามวัดสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในการปฏิบัติงานมีค่าเท่ากับ .913 แบบสอบถามวัดความก้าวหน้าในหน้าที่มีค่าเท่ากับ .910 แบบสอบถามวัดโครงสร้างและบรรยากาศในองค์กรมีค่าเท่ากับ .917 และแบบสอบถามวัดความเครียดมีค่าเท่ากับ .929 ส่วนการหาความเชื่อมั่นของแบบทดสอบวัดความรู้ในการปฏิบัติงานของบุคลากรการแพทย์แผนไทย โดยวิธีของ คูเดอร์ – ริชาร์ดสัน (Kuder Richarson, 1937) มีค่าเท่ากับ .890

2.2 การคำนวณหาค่าความสัมพันธ์คะแนนของข้อสอบแต่ละข้อของแบบทดสอบวัดความรู้ในการปฏิบัติงานของบุคลากรการแพทย์แผนไทย โดยการตรวจสอบความยากง่าย และค่าอำนาจจำแนกของแบบทดสอบวัดความรู้ในข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ พบว่า แบบทดสอบมีค่าความยากง่ายตั้งแต่ 0.20-0.80 และมีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.00-0.40 ซึ่งอยู่ในระดับที่มีความเหมาะสมซึ่งสามารถนำไปใช้ได้

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยขอจริยธรรมจากวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก จากนั้นดำเนินการสร้างแบบสอบถามออนไลน์ (Google Form) โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่าง จากนั้นเก็บข้อมูลแบบ Online Survey โดยการส่งแบบสอบถามออนไลน์ไปยังกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้ภายหลังส่งแบบสอบถามออนไลน์ ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามเมื่อได้จำนวนแบบสอบถามครบตามที่กำหนดแล้ว ซึ่งจากการเก็บข้อมูลออนไลน์ผู้วิจัยใช้เวลา 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยจึงยุติการรับแบบสอบถาม จากการตรวจสอบพบว่าแบบสอบถามออนไลน์ที่ได้รับแบบสอบถามที่สมบูรณ์คืนมาเพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูล จำนวน 75 ชุด

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ประสบการณ์ในการทำงาน และรายได้ต่อเดือน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ

2. วิเคราะห์ระดับของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และระดับความเครียด โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (*M*) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*)

3. วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียด ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับความเครียด โดยใช้ สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณตามการเลือกตัวแปรโดยวิธีนำตัวแปรเข้าทั้งหมด (Enter Regression Analysis) ทั้งนี้ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติดังนี้

3.1 การมีข้อมูลลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) และตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linearity) โดยพิจารณาจากกราฟ Normal Probability Plot พบว่า ข้อมูลส่วนใหญ่จะอยู่รอบ ๆ เส้นตรง ดังนั้น สรุปได้ว่า ลักษณะของข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

3.2 ทดสอบความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนคงที่ต้องมีความเป็นเอกภาพ (Homoscedasticity) และข้อมูลไม่มี Outliers โดยพิจารณาจากกราฟ Scatter Plot พบว่ามีการกระจายของจุดห่างจากเส้นตรงอย่างสมมาตร และอยู่ระหว่าง ± 3

3.3 ตัวแปรอิสระแต่ละตัวไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้นสูง (Multicollinearity) โดยการพิจารณาจากค่า Tolerance ระหว่าง .586 - .721และค่า VIF ระหว่าง 1.387 – 1.978

3.4 ไม่เกิดปัญหาความคลาดเคลื่อนมีความสัมพันธ์ (Autocorrelation) โดยพิจารณาจากค่าDurbin-Watson เท่ากับ 2.115

## จริยธรรมการวิจัย

เอกสารรับรองโครงการวิจัยโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก เอกสารรับรองเลขที่ KMPHT-62020039 ลงวันที่ 1 มิถุนายน 2562

**ผลการวิจัย**

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 82.67 อายุอยู่ระหว่าง 26-32ปี จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 50.67 สถานภาพการสมรสเป็นโสด จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 85.33 ประสบการณ์ในการทำงานอยู่ระหว่าง 1-5 ปี จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 และมีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 15,000 บาท จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 57.33

2. ระดับของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และระดับความเครียดของบุคลากรการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข

**ตาราง 1** จำนวนและร้อยละของบุคลากรการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามปัจจัยนำด้านระดับความรู้ในการปฏิบัติงาน (n=75)

| ปัจจัยนำด้านระดับความรู้ในการปฏิบัติงาน | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---|---|---|
| ระดับความรู้ดี(คะแนนร้อยละ 80-100) | 1 | 1.33 |
| ระดับความรู้ปานกลาง(คะแนนร้อยละ 60-79) | 24 | 32.00 |
| ระดับความรู้ต่ำ(คะแนนร้อยละ 0-59) | 50 | 66.67 |
| **รวม** | **75** | **100.00** |

จากตารางที่ 1 พบว่า ปัจจัยนำด้านระดับความรู้ในการปฏิบัติงานมากที่สุดอยู่ในระดับความรู้ต่ำ (คะแนนร้อยละ 0-59) จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 รองลงมาคือ อยู่ในระดับความรู้ปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60-79) จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 32.00 และน้อยที่สุดอยู่ในระดับความรู้ดี (คะแนนร้อยละ 80-100) จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1.33

**ตาราง 2** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมในการปฏิบัติงานของบุคลากรการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข จำแนกเป็นรายด้านและภาพรวม (n=75)

| ปัจจัยในการปฏิบัติงาน | *M* | *SD* | แปลผล |
|---|---|---|---|
| **ปัจจัยนำ** | **3.56** | **0.85** | **มาก** |
| ด้านทัศนคติในการปฏิบัติงาน | 3.56 | 0.85 | มาก |
| **ปัจจัยเอื้อ** | **4.02** | **0.77** | **มาก** |
| ด้านบทบาทและหน้าที่ของบุคลากรการแพทย์แผนไทย | 4.00 | 0.80 | มาก |
| ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในการปฏิบัติงาน | 4.03 | 0.73 | มาก |
| **ปัจจัยเสริม** | **3.82** | **0.82** | **มาก** |
| ด้านความก้าวหน้าในหน้าที่ของบุคลากรการแพทย์แผนไทย | 3.56 | 0.98 | มาก |
| ด้านโครงสร้างและบรรยากาศในองค์กร | 4.07 | 0.65 | มาก |

จากตาราง 2 พบว่า บุคลากรการแพทย์แผนไทย มีปัจจัยนำด้านทัศนคติในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก (*M*=3.56, *SD*=0.85) ปัจจัยเอื้อ พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (*M*=4.02, *SD*=0.77) โดยรายด้านพบว่า ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในการปฏิบัติงานมีค่าเฉลี่ยสูงสุดซึ่งอยู่ในระดับมาก (*M*=4.03, *SD*=0.73) รองลงมา คือ ด้านบทบาทและหน้าที่ของบุคลากรการแพทย์แผนไทยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (*M*=4.00, *SD*=0.80) ส่วน ปัจจัยเสริม พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (*M*=3.82, *SD*=3.82) โดยรายด้านพบว่า ด้านโครงสร้างและบรรยากาศในองค์กรมีค่าเฉลี่ยสูงสุดซึ่งอยู่ในระดับมาก (*M*=4.07, *SD*=0.65) รองลงมาคือ ด้านความก้าวหน้าในหน้าที่ของบุคลากรการแพทย์แผนไทย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (*M*=3.56, *SD*=0.98)

**ตาราง 3** จำนวน และร้อยละของบุคลากรการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามระดับความเครียด (n=75)

| ระดับความเครียด | | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---|---|---|---|
| ระดับความเครียดรุนแรง | (คะแนน 62 ขึ้นไป) | 8 | 10.67 |
| ระดับความเครียดสูง | (คะแนนระหว่าง 42-61) | 31 | 41.33 |
| ระดับความเครียดปานกลาง | (คะแนนระหว่าง 24-41) | 32 | 42.67 |
| ระดับความเครียดน้อย | (คะแนนระหว่าง 0-23) | 4 | 5.33 |

จากตาราง 3 พบว่า บุคลากรการแพทย์แผนไทย มีระดับความเครียดมากที่สุด อยู่ในระดับเครียดปานกลาง (คะแนนระหว่าง 24-41) คิดเป็นร้อยละ 42.67 รองลงมาคือ มีระดับความเครียดอยู่ในระดับสูง (คะแนนระหว่าง 42-61) คิดเป็นร้อยละ 41.33 ส่วนระดับความเครียดน้อยที่สุด อยู่ในระดับความเครียดน้อย (คะแนนระหว่าง 0-23) คิดเป็นร้อยละ 5.33

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของบุคลากรการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข

**ตาราง 4** ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปจจัยส่งผลต่อความเครียดของบุคลากรการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข

| ปัจจัยทำนาย | B | SE | Beta | t | p-value |
|---|---|---|---|---|---|
| ค่าคงที่ | 4.948 | 1.063 | | 4.655 | <.001 |
| เพศ | -.583 | .241 | .298 | -2.423 | .018 |
| อายุ | -.009 | .031 | -.062 | -.277 | .783 |
| ประสบการณ์การทำงาน | .018 | .041 | .100 | .452 | .653 |
| รายได้ | -5.606E-5 | .000 | -.339 | -1.625 | .109 |
| สถานภาพการสมรส | .068 | .264 | .032 | .258 | .797 |
| ปัจจัยนำด้านความรู้ในการปฏิบัติงาน | .007 | .052 | .017 | .135 | .893 |
| ปัจจัยนำด้านทัศนคติในการปฏิบัติงาน | -.399 | .191 | -.306 | -2.092 | .040 |
| ปัจจัยเอื้อด้านบทบาทและหน้าที่ | -.112 | .160 | -.092 | -.697 | .488 |
| ปัจจัยเอื้อด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในการปฏิบัติงาน | -.192 | .178 | -.154 | -1.083 | .283 |
| ปัจจัยเสริมด้านความก้าวหน้าในหน้าที่ | .318 | .150 | .311 | 2.129 | .037 |
| ปัจจัยเสริมด้านโครงสร้างและบรรยากาศในองค์กร | .060 | .200 | .045 | .300 | .765 |

R= .505 $R^2$=.255 adj.$R^2$= .125 df=.... F= 1.958 $SE_{.est}$ = .697 p-value < .05

จากตาราง 4 พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของบุคลากรการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ปัจจัยนำด้านความรู้ในการปฏิบัติงาน (Beta= .017) ปัจจัยนำด้านทัศนคติในการปฏิบัติงาน (*Beta*= -.306) ปัจจัยเอื้อด้านบทบาทและหน้าที่ของบุคลากรการแพทย์แผนไทย (*Beta*= -.092) ปัจจัยเอื้อด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในการปฏิบัติงาน (*Beta*= -.154) ปัจจัยเสริมด้านความก้าวหน้าในหน้าที่ของบุคลากรการแพทย์แผนไทย (*Beta*= .311) และปัจจัยเสริมด้านโครงสร้างและบรรยากาศในองค์กร(*Beta*= .045) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 25.50 ($adj.R^2$ = .125, $p$ <.05) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถเขียนเป็นสมการทำนายได้ดังนี้

**คะแนนดิบ**

ความเครียดของบุคลากรการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล = 4.948 + (- 0.583) $_{(เพศ)}$ + (-0.399)$_{(ทัศนคติในการปฏิบัติงาน)}$ + 0.318$_{(ความก้าวหน้าในหน้าที่ของบุคลากรการแพทย์แผนไทย)}$

**คะแนนมาตรฐาน**

ความเครียดของบุคลากรการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล = - 0.298$_{(เพศ)}$ + (-2.09)$_{(ทัศนคติในการปฏิบัติงาน)}$ + 2.129$_{(ความก้าวหน้าในหน้าที่ของบุคลากรการแพทย์แผนไทย)}$

## อภิปรายผล

1. เพศ ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 82.7 จากการทดสอบสมมุติฐานพบว่ายอมรับสมมติฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ ดุษฎี อุดมอิทธิพงศ์ และคณะ (2560) ที่ได้ศึกษาปัจจัยเพื่อทำนายความเครียดจากการทำงานของพยาบาลชายไทย ได้อธิบายไปในแนวทางที่ว่า สังคมมักมองวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่เหมาะสมกับบทบาทของเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ทำให้มีผู้หญิงจำนวนมากในวิชาชีพพยาบาล ซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขไม่ต่างกับวิชาชีพการแพทย์แผนไทย และพบว่าเพศ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดจากการทำงานของพยาบาลชายไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. อายุ ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 26-32 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.7 จากการทดสอบสมมุติฐานพบว่า ไม่ยอมรับสมมติฐาน อาจเนื่องมาจากหน่วยงานเปิดโอกาสให้บุคลากรการแพทย์แผนไทยทุกช่วงอายุมีอิสระที่จะตัดสินใจแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้บุคลากรเกิดความภูมิใจตนเองและก่อให้เกิดความความพึงพอใจ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วชิระ เพ็ชรราม และกลางเดือน โพชนาท (2559) ได้ศึกษาความเครียดของพนักงานและปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของพนักงาน กรณีศึกษาฐานผลิตแก๊สธรรมชาตินอกฝั่งอ่าวไทย ที่พบว่า พนักงานที่มีอายุต่างกัน มีระดับความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. สถานภาพการสมรส ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพการสมรสเป็นโสด คิดเป็นร้อยละ 85.3 จากการทดสอบสมมุติฐานพบว่า ไม่ยอมรับสมมติฐาน เนื่องจากบุคลากรการแพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข ส่วนใหญ่มีสถานภาพการสมรสเป็นโสด จึงไม่มีภาระหรือพันธทางครอบครัวที่ต้องดูมากนัก สามารถปฏิบัติตามกฎระเบียบที่หน่วยงานกำหนดไว้เป็นนโยบายของแต่ละส่วนงานได้ ฉะนั้นสถานภาพการสมรสของบุคลากรการแพทย์แผนไทยจึงไม่ส่งผลต่อความเครียด ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วชิระ เพ็ชรราม และกลางเดือน โพชนาท (2559) ได้ศึกษาความเครียดของพนักงานและปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของพนักงาน กรณีศึกษาฐานผลิตแก๊สธรรมชาตินอกฝั่งอ่าวไทย ที่พบว่า พนักงานที่มีสถานภาพการสมรสต่างกัน มีระดับความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ประสบการณ์ในการทำงาน ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงานอยู่ระหว่าง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.0 และจากการทดสอบสมมุติฐานพบว่า ไม่ยอมรับสมมติฐาน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ปาณิภา เสียงเพราะ ทัศนีย์ รวิวรกุล และอรวรรณ แก้วชูใจ (2557) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงานของพยาบาล ในโรงพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็ง เขตภาคกลาง ที่พบว่า ประสบการณ์ในการทำงานเป็นปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5. รายได้ต่อเดือน ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 57.3 จากการทดสอบสมมุติฐานพบว่า ไม่ยอมรับสมมติฐาน เนื่องจากหน่วยงานหรือองค์กร มีนโยบายและมาตรฐานในการกำหนดผลตอบแทนของบุคลากรไว้อย่างชัดเจนและยุติธรรม ซึ่งไม่ได้กำหนดโครงสร้างผลตอบแทนมาจากคุณภาพงานเพียงอย่างเดียว แต่ยังมีองค์ประกอบอื่นด้วย เช่น การมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการปฏิบัติงาน หรือการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายสำเร็จลุล่วง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ดุษฎี อุดมอิทธิพงศ์ และคณะ (2560) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเครียดของพยาบาลวิชาชีพสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีภาวะเครียดร้อยละ 31.7 และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดคือความเพียงพอของรายได้ที่ต่างกัน

6. ปัจจัยนำด้านความรู้ในการปฏิบัติงานของบุคลากรการแพทย์แผนไทย ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 66.7 โดยพบว่าข้อที่ตอบถูกสูงสุดคือ พญายอ เรียกอีกชื่อว่า เสลดพังพอนตัวเมีย คิดเป็นร้อยละ 97.3 ส่วนข้อที่ตอบผิดมากที่สุดคือ ผู้ป่วยมาด้วยอาการปวดท้องอย่างแรง บริเวณสะดือหรือท้องขวาด้านล่าง สามารถใช้ยาขมิ้นชันในการรักษาโรคได้ คิดเป็นร้อยละ 86.7 จากการทดสอบสมมติฐานพบว่า ไม่ยอมรับสมมติฐาน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของงานวิจัยของ สุวพิชชา ประกอบจันทร์ และคณะ (2559) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลธาตุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่พบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

7. ปัจจัยนำด้านทัศนคติในการปฏิบัติงานของบุคลากรการแพทย์แผนไทย ผลการศึกษาพบว่า มีทัศนคติในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก โดยพบว่าลักษณะงานที่ทำอยู่สามารถใช้ความรู้และทักษะด้านการแพทย์แผนไทยอย่างเต็มความสามารถ มีค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับมาก ($M$=3.88) รองลงมาคือ หัวหน้างานมีความยุติธรรมในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ($M$=3.76) ส่วนงานด้านการแพทย์แผนไทยมีโอกาสก้าวหน้าในการทำงานมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ($M$=3.05) จากการทดสอบสมมติฐานพบว่า ยอมรับสมมติฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิโรจน์ สุวรรณประไพ (2564) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากรภาครัฐในหน่วยงานเทศบาลเมืองกระบี่ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ระดับประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากรโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ระดับทัศนคติของบุคลากรโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือด้านความจงรักภักดีด้านทัศนคติต่อองค์กร และด้านทัศนคติต่อการทำงานตามลำดับ ผลการเปรียบเทียบประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากรพบว่า ปัจจัยทัศนคติส่งผลต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากรภาครัฐในหน่วยงานเทศบาลเมืองกระบี่ โดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

8. ปัจจัยเอื้อด้านบทบาทและหน้าที่ของบุคลากรการแพทย์แผนไทย ผลการศึกษาพบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยพบว่าสามารถตรวจวินิจฉัยแยกโรคกลุ่มอาการทางกล้ามเนื้อได้ และ สามารถปฏิบัติงานเชิงรุกในชุมชนด้วยความรู้การแพทย์แผนไทย เพื่อดูแลสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต และผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะบุคลากรการแพทย์แผนไทยสามารถปฏิบัติงานได้ตามบทบาทที่ควรจะเป็น ได้แก่ ลักษณะงานที่ปฏิบัติ เป็นงานที่ส่งเสริมพัฒนาทักษะความสามารถ และเป็นความท้าทายในการปฏิบัติงานเชิงรุก ซึ่งแสดงถึงการใช้ความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่ จึงทำให้บทบาทและหน้าที่ของแพทย์แผนไทยไม่ส่งผลต่อความเครียด จากการทดสอบสมมติฐานพบว่า ไม่ยอมรับสมมติฐาน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วสิษฐ์พล รอบจังหวัด(2562) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของผู้บริหารกับการปฏิบัติงานของครูในสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 8 ซึ่งพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทของผู้บริหารกับการปฏิบัติงานของครูในสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 8 โดยภาพรวมมีความสัมพันธ์กันอยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

9. ปัจจัยเอื้อด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในการปฏิบัติงานของบุคลากรการแพทย์แผนไทย ผลการศึกษาพบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อนร่วมงานให้ความสนิทสนมเป็นกันเอง ต่างฝ่ายต่างยอมรับความสามารถของเพื่อนร่วมงาน และชมเชยผลงานด้วยความจริงใจ จากการทดสอบสมมติฐานพบว่า ไม่ยอมรับสมมติฐาน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพรรณี พุ่มแฟง และบุญใจ ศรีสถิตนรากูร (2558) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ ที่พบว่า สัมพันธภาพกับผู้ร่วมงาน เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในงานของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้เนื่องจากการที่มีสัมพันธภาพดีกับบุคคลอื่น หัวหน้างานและเพื่อนร่วมมีความเป็นกันเอง รวมถึงการยอมรับในความสามารถของท่าน จึงทำให้ปัจจัยด้านสัมพันธภาพไม่ส่งผลต่อความเครียด

10. ปัจจัยเสริมด้านความก้าวหน้าในหน้าที่ของบุคลากรการแพทย์แผนไทย ผลการศึกษาพบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะหัวหน้าและหน่วยงานเปิดโอกาสให้สร้างสรรค์ผลงานได้อย่างเต็มความสามารถ รวมถึงให้ความสำคัญกับบุคลากรการแพทย์แพทย์แผนไทย ซึ่งมีอำนาจในการตัดสินใจและมีความเชี่ยวชาญในสาย

งานที่ปฏิบัติอยู่ จากการทดสอบสมมติฐานพบว่า ยอมรับสมมติฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพรรณี พุ่มแฟง และบุญใจ ศรีสถิตนรากูร (2558) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ ที่พบว่า โอกาสความก้าวหน้าและขวัญกำลังใจ เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในงานของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ อนุรัตน์ อนันทนาธร (2559) ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาวะความเครียดและพฤติกรรมการจัดการความเครียดของข้าราชการตำรวจภูธร สังกัดตำรวจภูธร ภาค 2 ที่พบว่า ความก้าวหน้าในงาน เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับภาวะความเครียดในการปฏิบัติงานและพฤติกรรมในการจัดการความเครียดของข้าราชการตำรวจ สังกัดตำรวจภูธรภาค 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากความก้าวหน้าเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องการในชีวิต โดยเฉพาะด้านการทำงาน มีแนวโน้มที่จะทุ่มเทเพื่อให้มีความก้าวหน้า และความสำเร็จ ความก้าวหน้าจึงเป็นเหมือนสิ่งที่จำเป็นหรือสิ่งที่ทุกคนต้องการ ปัจจัยด้านความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน จึงเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดได้

11. ปัจจัยเสริมด้านโครงสร้างและบรรยากาศในองค์กร ผลการศึกษาพบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะหน่วยงานมีนโยบาย กฎระเบียบที่ชัดเจน บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องตรงตามเป้าหมาย บุคลากรจึงมีความพอใจในโยบายและการบริหารจัดการขององค์กร มีบรรยากาศในการทำงานที่ดี รับฟังความคิดเห็นของเพื่อนร่วมงานตลอดจนช่วยเหลือเกื้อกูลกันภายในหน่วยงาน จากการทดสอบสมมติฐานพบว่า ไม่ยอมรับสมมติฐาน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อนุรัตน์ อนันทนาธร (2559) ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาวะความเครียดและพฤติกรรมการจัดการความเครียดของข้าราชการตำรวจภูธร สังกัดตำรวจภูธร ภาค 2 ที่พบว่า โครงสร้างองค์กรและบรรยากาศทั่วไป เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับภาวะ ความเครียดในการปฏิบัติงานและพฤติกรรมในการจัดการความเครียดของข้าราชการตำรวจ สังกัดตำรวจภูธรภาค 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

## การนำผลวิจัยไปใช้

1. ควรให้การสนับสนุนและให้ความสำคัญกับเพศในการปฏิบัติงานมากขึ้น เพราะบุคลากรเหล่านี้มีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนองค์กร รวมถึงการให้โอกาสความก้าวหน้าในอาชีพ

2. ควรนำผลการศึกษาไปจัดอบรมเพื่อทำเข้าใจในเรื่องทัศนคติของบุคลากรการแพทย์แผนไทยในการปฏิบัติงานเ โดยพิจารณาลักษณะงาน การให้ความสำคัญของบุคลากร เพื่อเป็นแนวทางป้องกันความเครียดของบุคลากรการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3. ควรนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการวางแผนและทำความเข้าใจในเรื่องความก้าวหน้าของบุคลากรการแพทย์แผนไทยในการปฏิบัติงาน ได้แก่ โครงสร้างของค่าตอบแทนที่มีความชัดเจน ยุติธรรมและแน่นอน รวมถึงการเพิ่มผลตอบแทน ตำแหน่งงาน การมีอำนาจการตัดสินใจ การได้รับการยกย่อง เป็นต้น เพื่อเป็นแนวทางป้องกันความเครียดของบุคลากรการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

## ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยเฉพาะด้าน เช่น ด้านลักษณะของงาน ด้านนโยบายขององค์กร ด้านผลตอบแทนและความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน เป็นต้น เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมในการจัดการกับความเครียดที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานของบุคลากรการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. ควรทำการศึกษาแบบเชิงลึกโดยการจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและเข้าถึงสาเหตุที่แท้จริง ที่ส่งผลต่อความเครียดของบุคลกรการแพทย์แผนไทยในการปฏิบัติงาน

## รายการอ้างอิง

กชพรรณ ลัภโนปกรณ์, และประสพชัย พสุนนท์. (2557). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของบุคลากรมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี. *จันทรเกษมสาร*, *20*(38), 133-142.

กระทรวงสาธารณสุข. กรมสุขภาพจิต. (2560). *สุขภาพจิต"วัยทำงาน"น่าห่วง. รายงานเนื่องในวันสุขภาพจิตโลก ประจำปี 2560(World Mental Health Day 2017) ภายใต้แนวคิด "Mental health in the workplace : จิตดี๊ดี...มีสุข...สนุกกับงาน"*. สืบค้นเมื่อ 19 พฤศจิกายน 2565 จาก https://thainews.prd.go.th/th/news/detail/TNSOC6010100010051

กัญญาณัฐ ยั่งยืน, และพัชราภรณ์ ชัยเจริญ. (2560). *การเปรียบเทียบผลของการฝึกกายบริหารฤาษีดัดตนกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่มีผลต่อความเครียด ของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก จังหวัดนนทบุรี*. นนทบุรี: วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก.

ดุษฎี อุดมอิทธิพงศ์, พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ, กฤตนัย แก้วยศ, และเกยูรมาศ อยู่ถิ่น. (2560). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเครียดของพยาบาลวิชาชีพสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา*, *11*(2), 41-51.

ณัฐกร อินทุยศ. (2556). *จิตวิทยาทั่วไป.* กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ธนพล พรหมเมือง, และวัชรินทร์ สว่างศรี. (2559). *ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี*. นนทบุรี: วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก.

ธีระพล ปัญนาวี และวริสรา ลุวีระ. (2559). ความเครียดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชมหาวิทยาลัยขอนแก่น*, *4*(2), 185-197.

ปาณิภา เสียงเพราะ, ทัศนีย์ รวิวรกุล, และอรวรรณ แก้วบุญชู. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงานของพยาบาล ในโรงพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็ง เขตภาคกลาง. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 8*(1), 17-27.

โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2540). *แบบวัดความเครียดของโรงพยาบาลสวนปรุง (Suanprung Stress Test). วารสารสวนปรุง*, *32*(3), 54-67

รวิพรรดิ พลูลาภ. (2560). ภาวะซึมเศร้า การคิดฆ่าตัวตาย ความเครียด และการจัดการความเครียดของประชาชนในชุมชนน้ำจำและชุมชนบ้านเด่น ตำบลเมืองพาน อำเภอเมืองพาน จังหวัดเชียงราย. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี*, *6*(2), 72-85.

วชิระ เพ็ชรงาม และกลางเดือน โพชนา. (2259). ความเครียดของพนักงานและปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดกรณีศึกษาฐานแก๊สธรรมชาตินอกอ่าวไทย. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 18*(1), 10-20.

วสิษฐ์พล รอบจังหวัด. (2562) *บทบาทของผู้บริหารกับการปฏิบัติงานของครูในสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 8.* (วิทยานิพนธ์นี้ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา ภาควิชาการบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศิลปากร, จังหวัดนครปฐม).

วาสนา สิทธิกัน. (2560). *ปัจจัยที่มีผลลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาล ตำบลบ้านโฮ่ง อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่, เชียงใหม่).

วิโรจน์ สุวรรณประไพ. (2564). *ทัศนคติที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากรภาครัฐในหน่วยงานเทศบาลเมืองกระบี่.* (วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, จังหวัดสงขลา).

ศริญญา จริงมาก. (2561). ความเครียด และวิธีการจัดการความเครียดของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, *6*(1),43-58.

สุพรรณี พุ่มแฟง, และบุญใจ ศรีสถิตนรากูร. (2558). ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิ. วารสาร*เกื้อการุณย์*, *22*(2), 140-153.

สุวัฒน์ ศิริแก่นทราย และประจักร บัวผัน. (2555). การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของเจ้าพนักงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลชุมชนเขตสาธารณสุขที่ 12. *วาสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับ บัณฑิตศึกษา)*, *12*(4), 76-88.

สุวพิชชา ประกอบจันทร์, ศุภาพร ศรีมันตะ, ถนอมศักดิ์ บุญสู่, แก้วใจ มาลีลัย. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลธาตุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 31*(2), 43-52.

อนุรัตน์ อนันทนาธร. (2559). *ภาวะความเครียดและพฤติกรรมการจัดการความเครียดของข้าราชการตำรวจตำรวจภูธร สังกัดตำรวจภูธร ภาค 2* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี).

Green, L.W., Krueter , M.W. (1980). *Health Promotion Planning an Educational and Environment Approach. (2nd ed).* Toronto: Mayfield Publishing Company.

Hellriegel, D. Slocum. J.W. and R.W. Woodman. (1989). Organizational Behavior. Singapore : Asiapte Ltd. *Journal of Behaviour Assessment, 3*,(1): 476.

Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determination sample size for research activities. *Education and Psychology Measurement, 30*(3), 607-610.

Kuder, Frederic G. & M.W. Richardson. 1937. The Theory of the Estimation of Test Reliability. *Psychometrika, 2*, 151-160.

Likert, R. (1932). A Technique for the Measurement of Attitudes. *Archives of Psychology, 140*, 1–55.

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., Parsons, M. A. (2002). *Health Promotion in Nursing Practice.* (4th ed). Harrisonburg, VA: RR Donnelley.

# การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของประชาชนวัยทำงานในพื้นที่หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 6

# Development of a Model for Promoting Health Literacy and Health Behaviors in Accordance with the 3E. 2S. Principles of Working Population in Health Behavioral Modification Village, Health Region 6.

**เพ็ญวิภา นิลเนตร[1] และ ณฐกร นิลเนตร[2*]**

Penwipa Nilnate[1] and Nathakon Nilnate[2*]

**ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข[1], มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี[2]**

Health Service Support Department 6, Ministry of Public Health [1], Phetchaburi Rajabhat University[2]

(Received: *June 26*, 2022; Revised: *April 29*, 2023; Accepted: *April 29*, 2023)

**บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของประชาชนวัยทำงานในพื้นที่หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 6 การศึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สภาพการณ์และบริบทพื้นที่ สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนในประชาชนอายุ 15-59 ปี จำนวน 1,920 คน ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบฯ โดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวน 26 คน และระยะที่ 3 ประเมินรูปแบบฯ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ได้ค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.00 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Paired t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับดีมากร้อยละ 37.6 และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ภาพรวมอยู่ในระดับดีมากร้อยละ 59.2

2. รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ประกอบ 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) วิเคราะห์ปัญหาแบบมีส่วนร่วม คืนข้อมูลและถอดบทเรียนร่วมกัน 2) สร้างคู่มือและสื่อการสอนที่มีคุณภาพในรูปแบบรูปเล่มและสื่อออนไลน์ 3) ดำเนินการพัฒนาความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพ โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงานให้สามารถถ่ายทอดความรู้สู่กลุ่มเป้าหมายได้ 4) ติดตามความก้าวหน้าและเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานในพื้นที่พร้อมจัดระบบให้คำปรึกษา 5) สร้างพื้นที่ต้นแบบเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน

3. หลังดำเนินการพัฒนารูปแบบฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจากก่อนดำเนินการพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นจากก่อนดำเนินการพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สรุปได้ว่า รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสามารถพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้นได้

**คำสำคัญ:** การพัฒนารูปแบบ, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, ประชาชนวัยทำงาน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: best_nathakon@hotmail.co.th เบอร์โทรศัพท์ 065-9542553)

**Abstract**

This action research aimed to develop and evaluate a model for promoting health literacy and health behaviors in accordance with the principles of 3E. 2S. among working age people in the health behavioral modification village, Health District 6. The study was divided into 3 phases: Phase 1: analyzing the situation and area context by multistage random sampling among 1,920 people aged 15–59 years; Phase 2: developing the model with the participation of 26 stakeholders; and Phase 3: evaluating the developed model. The quality of research tool was evaluated by three experts and determined that the accuracy of its content was 1.00. Descriptive and inferential statistics in terms of Paired Samples T-test were used to analyze quantitative data, while content analysis was applied to analyze qualitative data. The results revealed that:

1. The participants had their health literacy at a high level (37.6%) and also their behaviors in accordance with 3E. 2S. at a high level (59.2%).

2. The model for promoting health literacy and health behaviors in accordance with 3E. 2S. consisted of five steps: 1) participatory analyzing of problem, sharing information and learning together; 2) creating high-quality manuals and instructional materials in print and online formats; 3) developing health literacy and health behaviors by organizing workshops for the responsible task groups to deliver the knowledge to the target groups; 4) monitoring the progress and visiting to strengthen the operations in the area and establishing a consulting system; and 5) creating a health literacy promoting model for exchanging knowledge and receiving guidance.

3. After the implementation of the model, the participants had a statistically significant increase in health literacy scores compared to before implementation (*Mdif*=4.176, 95%*CI*=3.427-4.925) and a statistically significant increase in health behavior scores compared to before implementation (*Mdif*=1.892, 95%*CI*=1.528-2.255).

In conclusion, the developed model of promoting health literacy and health behaviors can help improve health literacy and health behaviors of the participants.

**Keywords:** Development of a Model, Health literacy, Health behaviors, Working population

## บทนำ

วัยทำงานเป็นกลุ่มประชากรหลักที่มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนและพัฒนาประเทศรวมถึงเป็นเสาหลักสำคัญในการดูแลสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นประชากรวัยทำงานจำเป็นต้องมีร่างกายและจิตใจที่สมบูรณ์แข็งแรง พร้อมจะกระทำการต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2563 พบว่า ประชาชนวัยทำงานอายุ 15 - 59 ปี จำนวน 43.26 ล้านคน ซึ่งเป็นประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ ปัจจุบันประชากรวัยทำงานมีแนวโน้มการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือ NCDs (Non-Communicable Diseases) เพิ่มมากขึ้น (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) โรคไม่ติดต่อยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประชาชนไทยทั้งในแง่ภาระโรคและอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (ช่วงอายุ 30-69 ปี) จากการรายงานข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2557-2561 พบอัตราการเสียชีวิตอย่างหยาบที่มีสาเหตุมาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปีพ.ศ. 2561 โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นสาเหตุการตาย 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคมะเร็งรวมทุกประเภท โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจขาดเลือด คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 123.3 47.1 และ 31.8 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

เนื่องมาจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ทั้งการบริโภคอาหารที่ไม่ปลอดภัย กิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ นอนหลับไม่เพียงพอและไม่มีคุณภาพ ขาดการจัดการความเครียดที่เหมาะสม สูบบุหรี่ และดื่มสุรา ซึ่งปัจจัยดังกล่าวนี้ส่งผลต่อประสิทธิภาพของการทำงาน คุณภาพชีวิต และเศรษฐกิจของประเทศ (กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพประชาชนวัยทำงานให้มีสุขภาพดีจะทำให้ประชาชนวัยทำงานมีสมรรถนะในการทำงานได้อย่างเต็มศักยภาพ และเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนยกระดับการพัฒนาประเทศ

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) ไว้ว่า “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” โดยใช้ยุทธศาสตร์การพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ 4 ด้าน (4 Excellence) คือ 1) ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence) 2) ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4) บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) เพื่อขับเคลื่อนทุกหน่วยงานไปสู่เป้าหมาย (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2562) และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้วางเป้าประสงค์เพื่อให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐาน สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ และชุมชนจัดการสุขภาพเพื่อการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้อย่างยั่งยืน สนับสนุนให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมกับวิถีชีวิตด้วยการส่งเสริมพัฒนาและบูรณาการดำเนินงานระดับพื้นที่ ทั้งระบบจัดการสุขภาพชุมชนและระบบบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2563ข) จากการส่งเสริมให้ชุมชนดำเนินการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเสริมสร้างให้ประชาชนกลุ่มวัยทำงานและกลุ่มแกนนำสุขภาพมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ในปี พ.ศ. 2557-2562 พบว่า ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้-ดีมากซึ่งเป็นความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ยังไม่สามารถส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนได้ คิดเป็นร้อยละ 39.0, 47.1, 45.5, 50.7, 71.2 และ 52.3 ตามลำดับ และส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมสุขภาพตามประเด็น 3อ.2ส. อยู่ในระดับพอใช้-ดี คิดเป็นร้อยละ 52.7, 47.9, 56.7, 50.3, 49.19 และ 66.7 ตามลำดับ (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2562) และจากรายงานความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 6 พ.ศ. 2561-2563 พบว่าส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี-ดีมาก คิดเป็นร้อยละ 33.1, 54.8 และ 36.8 ตามลำดับ และส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพตามประเด็น 3อ.2ส. อยู่ในระดับดี-ดีมาก ร้อยละ 34.7, 69.2 และ 63.0 ตามลำดับ (ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

ประเทศไทยให้ความสนใจโดยมุ่งควบคุมปัจจัยเสี่ยงสำคัญคือตามหลัก 3อ. 2ส. ได้แก่ จัดการด้านอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ลดสูบบุหรี่ ลดดื่มสุรา เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (World Health Organization, 1998) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยกองสุขศึกษาได้ร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทั้งในระดับเขตสุขภาพและจังหวัดได้สนับสนุนการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) ให้แก่ประชาชน โดยกลุ่มประชากรวัยทำงานเป็นกลุ่มเป้าหมายหนึ่งที่มุ่งเน้นให้ความสำคัญ (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัย พบว่า หากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำย่อมจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพ กล่าวคือประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังก็จะเพิ่มขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น ต้องพึ่งพาบริการทางการแพทย์และยารักษาโรคที่มีราคาแพง โรงพยาบาลและหน่วยสุขภาพจะต้องมีภาระหนักในด้านการรักษาพยาบาล จนทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำงานส่งเสริมสุขภาพ และไม่อาจสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการอย่างสมบูรณ์ได้ (เอื้อจิต สุขพูล,และคณะ, 2562; Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern, & Crotty, 2011; Nutbeam, 2008; World Health Organization, 2009) กระบวนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพนี้เป็นการสร้างความสามารถและทักษะของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง เพื่อวิเคราะห์ประเมินข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้ผ่านสื่อต่าง ๆ ทำให้เกิดการจูงใจในการตัดสินใจเลือกดูแลและจัดการ

สุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันและคงการรักษาสุขภาพที่ดี รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนได้อย่างเหมาะสม (เอื้อจิต สุขพูล และคณะ, 2562) จนนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดี จนสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้ ชุมชนท้องถิ่นมีความเข้มแข็ง สามารถจัดการปัญหาสุขภาพได้ด้วยตนเอง

พื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 มีการดำเนินงานส่งเสริมและพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางการดำเนินงานของกองสุขศึกษา โดยการบูรณาการดำเนินงานระดับพื้นที่ผ่านการส่งเสริมให้ชุมชนดำเนินการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเสริมสร้างให้ประชาชนกลุ่มวัยทำงานและกลุ่มแกนนำสุขภาพมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. จากรายงานความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 6 ปี พ.ศ. 2561-2563 พบว่า ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามประเด็น 3อ.2ส. อยู่ในระดับดี-ดีมาก (ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ซึ่งยังไม่สามารถส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนได้ การเสริมสร้างให้บุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะส่งผลต่อการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น การดำเนินงานใช้กลวิธีส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมให้เครือข่ายมีการดำเนินงานตามกระบวนการสุขศึกษา เพื่อยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเป้าหมายให้ถูกต้อง โดยการสร้างโปรแกรมหรือพัฒนาแนวทางรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ที่นำโปรแกรมไปใช้เกิดความรู้และมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ รวมไปถึงเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและยั่งยืน

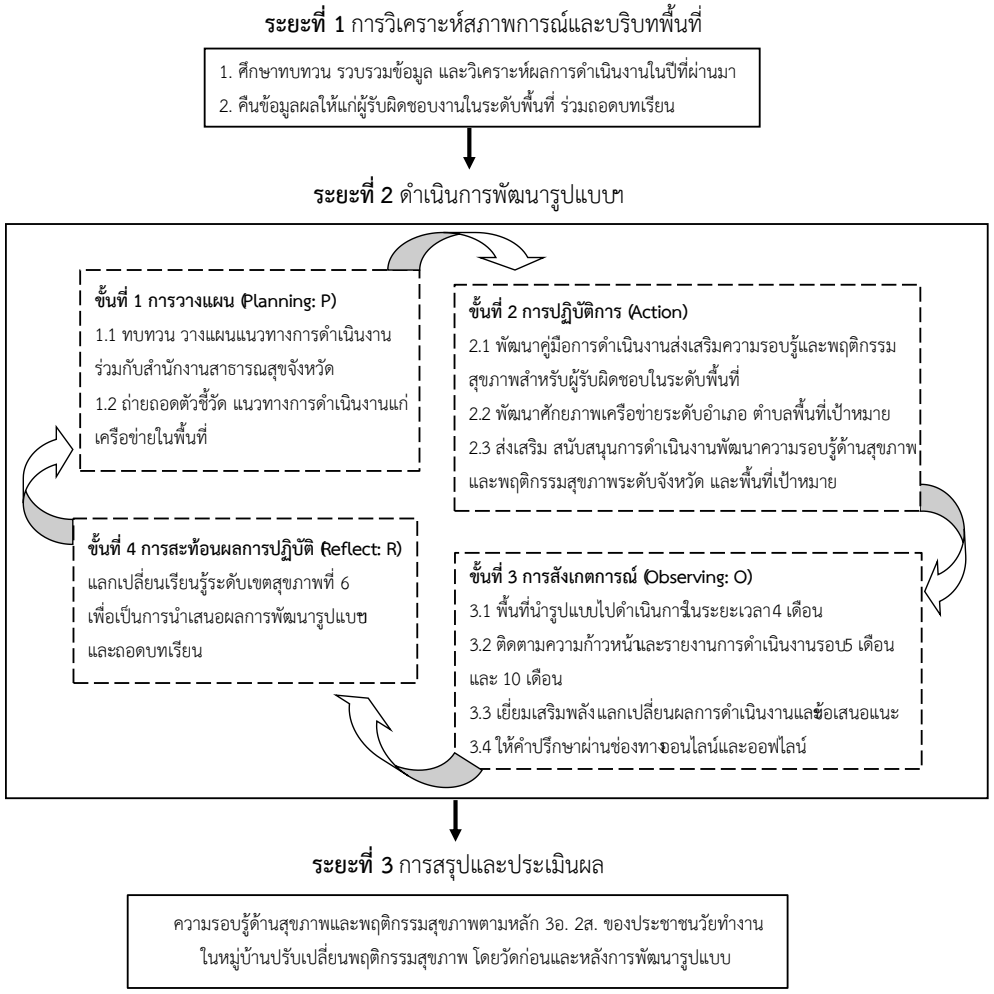
ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่มีความสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 ครอบคลุม 8 จังหวัด ได้แก่ สระแก้ว ปราจีนบุรี ฉะเชิงเทรา สมุทรปราการ ชลบุรี จันทบุรี ระยอง และตราด เพื่อเป็นรูปแบบที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยประยุกต์ใช้แนวทางการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมกับแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ของ Kemmis & Mctaggart (1988) อันจะนำไปสู่การยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนวัยทำงานในชุมชนต้นแบบให้เกิดความเข้มแข็ง สามารถดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้อย่างยั่งยืน และเป็นรูปแบบในการดำเนินงานพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและขยายผลไปยังพื้นที่อื่นต่อไป

## วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนวัยทำงานในพื้นที่หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 6
2. เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของประชาชนวัยทำงานในพื้นที่หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 6

## กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดของ Kemmis และ Mc Taggart (1988) ร่วมกับแนวคิดการพัฒนาความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกองสุขศึกษา (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561ก) การวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) การวิเคราะห์สภาพการณ์และบริบทพื้นที่ 2) ดำเนินการพัฒนารูปแบบ และ 3) การสรุปและประเมินผล และนำผลจากการศึกษาที่ได้มาร่วมกันพิจารณาเพื่อปรับปรุงพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของเขตสุขภาพที่ 6 และจัดทำเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้




**ภาพ 1** กรอบแนวคิดการวิจัย

## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง 30 กันยายน 2564 โดยการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

**ระยะที่ 1 วิเคราะห์สภาพการณ์และบริบทพื้นที่** (ระยะเวลา 3 เดือน) โดยวิเคราะห์บริบทพื้นที่ ผลการดำเนินงานพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ และคืนข้อมูล ระดมความคิดเห็นเพื่อร่วมถอดบทเรียนทบทวนปัจจัยสาเหตุผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมา เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้รับผิดชอบงานสุขศึกษาในระดับจังหวัด 8 คน ระดับอำเภอ 16 คน และระดับตำบล 16 คน ซึ่งต้องเป็นผู้รับผิดชอบงานสุขศึกษามาไม่น้อยกว่า 1 ปี ในส่วนของข้อมูลเชิงปริมาณ ได้ศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ในประชาชนวัยทำงานที่มีอายุ 15-59 ปี จำนวน 1,920 คน โดยการคำนวณหาขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนในกรณีไม่ทราบประชากร (อรุณ จิรวัฒน์กุล, 2542) สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) โดยคละเพศชายและหญิงให้เท่า ๆ กันในกลุ่มประชาชนวัยทำงานอายุ 15-59 ปี ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 จากพื้นที่ 8 จังหวัดๆ ละ 4 อำเภอๆ ละ 2 ตำบล ๆ ละ 30 คน ที่มีความเข้าใจภาษาไทย อ่านออกเขียนได้ และต้องสมัครใจให้ข้อมูล

**ระยะที่ 2 ดำเนินการพัฒนารูปแบบฯ** (ระยะเวลา 6 เดือน) ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning: P) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observing: O) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect: R) โดยผู้ร่วมพัฒนารูปแบบประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานสุขศึกษาในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข

(อสม.) และผู้รับผิดชอบงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6 จำนวน 26 คน รายละเอียดดังตาราง 1

**ตาราง 1** กิจกรรมและผลลัพธ์ตามขั้นตอนการวิจัย

| ขั้นตอน | กิจกรรม | ผลลัพธ์ |
|---|---|---|
| การวางแผน (Planning: P) | 1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้รับผิดชอบงานสุขศึกษาในระดับพื้นที่<br>2. การถ่ายทอดนโยบายในระดับส่วนกลาง/ เขตสุขภาพที่ 6 ลงสู่ระดับจังหวัด/ พื้นที่<br>3. การสร้างเครือข่ายผู้รับผิดชอบงานที่เข้มแข็ง มีระบบกำกับติดตามและให้ความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง<br>4. สร้างคู่มือฯที่ได้มาตรฐาน เข้าใจง่ายและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และพัฒนาศักยภาพแกนนำในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบลให้มีประสิทธิภาพที่สามารถถ่ายทอดความรู้สู่กลุ่มเป้าหมายได้ | 1. ได้ข้อมูลสภาพการณ์และบริบทของพื้นที่ สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงาน<br>2. ทำเนียบเครือข่ายผู้รับผิดชอบงานสุขภาพศึกษา และไลน์กลุ่มสุขศึกษา เขต 6<br>3. คู่มือการดำเนินงานพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ |
| การปฏิบัติการ (Action) | 1. พัฒนาความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพ โดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในรูปแบบปกติและออนไลน์ พร้อมสื่อการเรียนรู้ออนไลน์ย้อนหลัง<br>2. สนับสนุนนักวิชาการสาธารณสุข จากศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6 ร่วมเป็นวิทยากรถ่ายทอดความรู้แก่กลุ่มเป้าหมายตามแนวทางหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ | 1. รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของประชาชนวัยทำงานในพื้นที่หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 6 |
| การสังเกตการณ์ (Observing: O) | ติดตามความก้าวหน้า เยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานในพื้นที่ แลกเปลี่ยนผลการดำเนินงาน ข้อเสนอแนะ | ข้อเสนอแนะ แนวทางการแก้ปัญหาในพื้นที่ |
| การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect: R) | รายงานการดำเนินงานรอบ 3 เดือน และ 6 เดือน พร้อมจัดระบบให้คำปรึกษาให้กับผู้รับผิดชอบงานสุขศึกษาในพื้นที่ผ่านช่องทางไลน์กลุ่ม | กำกับ ติดตามการดำเนินงานให้เป็นไปตามรูปแบบที่วางไว้ |

**ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบ** (ระยะเวลา 3 เดือน) เพื่อสรุปการพัฒนารูปแบบฯ และประเมินผลลัพธ์ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของประชาชนวัยทำงาน

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรได้แก่ ประชาชนวัยทำงานที่มีอายุ 15-59 ปี ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 จากพื้นที่ 8 จังหวัด

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนวัยทำงานที่มีอายุ 15-59 ปี ที่อาศัยหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 จำนวน 1,920 คน ใช้วิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอนโดยสุ่มอำเภอจาก 8 จังหวัด ๆ ละ 4 อำเภอๆ ละ 2 ตำบล ๆ ละ 30 คน กำหนดเกณฑ์คัดเข้าคือที่มีความเข้าใจภาษาไทย อ่านออกเขียนได้ และสมัครใจให้ข้อมูล

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

1. รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนวัยทำงานในพื้นที่หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 6 โดยศึกษาแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวบรวมข้อมูลและผลการดำเนินงานพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของเขตสุขภาพที่ 6 ในปีที่ผ่านมา เพื่อยกร่างรูปแบบและนำรูปแบบที่ได้ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 5 คน ตรวจสอบรวมทั้งให้ข้อแนะนำเสนอแนะเพื่อปรับปรุงแก้ไข ได้ค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา CVI = 1.00

2. แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในประชาชนทั่วไปอายุ 15 ปีขึ้นไป ทั้งหมด 26 ข้อ (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2563ก) ประกอบไปด้วยความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ประเด็นหลัก จำนวน 24 ข้อ และพฤติกรรมสุขภาพ 5 ประเด็นหลัก จำนวน 22 ข้อ

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าต่ำสุด-สูงสุด และวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส. ก่อนและหลังดำเนินการโดยใช้สถิติ Paired Sample t-test

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

## การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่จะได้รับการเปิดเผยข้อมูลทั้งด้านบวกและลบของงานวิจัยสิทธิในการตัดสินใจ การได้รับการปกปิดชื่อ ไม่ให้ปรากฏ สิทธิความเป็นส่วนตัวและการรักษาความลับส่วนบุคคล สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการให้ข้อมูลโดยไม่มีผลกระทบอย่างใด ข้อมูลจะเก็บรักษาเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม

## ผลการวิจัย

1. สภาพการณ์และบริบทพื้นที่

1.1 บริบทเขตสุขภาพที่ 6 พบว่า เขตสุขภาพที่ 6 ประกอบด้วย 8 จังหวัด ได้แก่ ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด สมุทรปราการ ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี และสระแก้ว รวมทั้งหมด 69 อำเภอ 531 ตำบล 4,850 หมู่บ้าน มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้งหมด 774 แห่ง และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 70,709 คน (สำนักงานเขตสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ในปี 2564 พื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 มีการส่งเสริมดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 2,934 แห่ง ร้อยละ 60.6 ผลการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับดีเยี่ยม 56 แห่ง ระดับดีมาก 34 แห่ง ระดับดี 150 แห่ง ระดับพัฒนา 167 แห่ง และระดับกำลังพัฒนา 2,527 แห่ง (ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข, 2564) เขตสุขภาพที่ 6 มีประชากรทั้งหมด 4,803,437 คน และมีประชากรวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) จำนวน 3,181,018 คน ร้อยละ 66.2 โดยเป็นเพศชาย ร้อยละ 48.1 และเพศหญิง ร้อยละ 51.9 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความพร้อมสูงในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ

1.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของประชาชนวัยทำงานก่อนพัฒนารูปแบบฯ พบว่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 37.6 ระดับดี ร้อยละ 29.5 ระดับพอใช้ ร้อยละ 24.5 และระดับไม่ดี ร้อยละ 8.4 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ ด้านการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ และด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ประชาชนวัยทำงานส่วนมากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับดี

1.3 พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ก่อนพัฒนารูปแบบฯ พบว่า มีพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ในภาพรวม อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 59.2 ระดับดี ร้อยละ 27.0 ระดับพอใช้ ร้อยละ 11.3 และระดับไม่ดี ร้อยละ 2.2 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการสูบบุหรี่ ด้านการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ประชาชนวัยทำงานส่วนมากมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ส่วนด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียด ประชาชนวัยทำงานส่วนมากมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี

2. รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.ประกอบไปด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่

1) วิเคราะห์ปัญหาแบบมีส่วนร่วม คืนข้อมูลและถอดบทเรียนร่วมกัน เริ่มต้นจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ และคืนข้อมูลและถอดบทเรียน

ร่วมกัน ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีความตั้งใจสูงในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของประชาชนในพื้นที่ มีความเข้าใจในตัวชี้วัดเป็นอย่างดีแต่ยังไม่สามารถดำเนินการให้ได้ตามเป้าหมายทุกตัวชี้วัด *"การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของประชาชนต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน"* และส่วนใหญ่มีผู้รับผิดชอบงานสุขศึกษาในระดับจังหวัดน้อย *"ผู้รับผิดชอบงานหนึ่งถึงสองคนดูแล ติดตามและประเมินผลงานทั้งจังหวัด"* ในส่วนพื้นที่มีความต้องการความช่วยเหลือและสนับสนุนจากเขตสุขภาพและส่วนกลาง คือ การถ่ายทอดนโยบายในระดับส่วนกลาง/เขตสุขภาพที่ 6 ลงสู่ระดับจังหวัด/พื้นที่ พร้อมกับการสร้างเครือข่ายผู้รับผิดชอบงานที่เข้มแข็ง มีระบบกำกับ ติดตามและให้ความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องทั้งการลงพื้นที่เพื่อเยี่ยมเสริมพลังและการให้คำปรึกษาผ่านช่องทางออนไลน์ รวมถึงการสร้างคู่มือฯที่ได้มาตรฐาน เข้าใจง่ายและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และพัฒนาศักยภาพแกนนำในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบลให้มีประสิทธิภาพสามารถถ่ายทอดความรู้สู่กลุ่มเป้าหมายได้

2) สร้างคู่มือและสื่อการสอนที่มีคุณภาพในรูปแบบรูปเล่มและสื่อออนไลน์

2.1) พัฒนาคู่มือการดำเนินงานส่งเสริมความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้รับผิดชอบงานสุขศึกษาระดับพื้นที่ในรูปแบบรูปเล่ม และสื่อออนไลน์ ไฟล์อิเล็กทรอนิกส์

2.2) ประเมินคุณภาพคู่มือและสื่อการสอนและปรับปรุงให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่

3) ดำเนินการพัฒนาความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพ โดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในรูปแบบปกติและออนไลน์ พร้อมสื่อการเรียนรู้ออนไลน์ย้อนหลังเพื่อทบทวนความรู้แก่ประชากรวัยทำงาน โดยรับผิดชอบงานระดับตำบลที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพมาแล้ว และสนับสนุนนักวิชาการสาธารณสุข จากศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6 ร่วมเป็นวิทยากรถ่ายทอดความรู้แก่กลุ่มเป้าหมายตามแนวทางหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ แบ่งเป็น 7 ขั้นตอน ได้แก่ (1) สร้างและพัฒนาทีมแกนนำพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ (2) มีและใช้ข้อมูลพื้นฐานหมู่บ้านและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน (3) เข้าใจปัญหาและวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (4) จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน (5) เฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ (6) สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ และ (7) ประเมินผลสำเร็จและการถอดบทเรียน

4) ติดตามความก้าวหน้าและเยี่ยมเสริมพลัง โดยพื้นที่หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้นำรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของประชาชนวัยทำงานไปดำเนินการ โดยมีการติดตามความก้าวหน้า เยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานในพื้นที่ แลกเปลี่ยนผลการดำเนินงาน ข้อเสนอแนะ และรายงานการดำเนินงานรอบ 3 เดือน และ 6 เดือน พร้อมจัดระบบให้คำปรึกษาให้กับผู้รับผิดชอบงานสุขศึกษาในพื้นที่ผ่านช่องทางไลน์กลุ่ม เมื่อพื้นที่ดำเนินการได้ครบ 6 เดือน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลประเมินผลความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงานในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับเจ้าหน้าที่ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อประเมินผลหลังการพัฒนารูปแบบฯ

5) สร้างพื้นที่ต้นแบบเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยการคืนข้อมูลผลการดำเนินงานของพื้นที่ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน รวมถึงจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับเขตสุขภาพที่ 6 เพื่อเป็นการนำเสนอผลการพัฒนารูปแบบฯ ถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน และคัดเลือกพื้นที่ต้นแบบเขตสุขภาพที่ 6 ที่มีผลงานระดับดีเด่น เพื่อเชิดชูเกียรติและขยายผลให้เป็นพื้นที่ต้นแบบในการศึกษาดูงานของพื้นที่

3. ประเมินผลรูปแบบ

**ตาราง 2** เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบฯ

| ตัวแปร | *M* | *SD* | *M dif* | *95% CI* | *p-value* |
|---|---|---|---|---|---|
| **ความรอบรู้ด้านสุขภาพ** | | | | | |
| ก่อนดำเนินการ | 89.7 | 13.496 | 4.176 | 3.427-4.925 | < 0.001 |
| หลังดำเนินการ | 94.0 | 10.915 | | | |
| **พฤติกรรมสุขภาพ** | | | | | |
| ก่อนดำเนินการ | 66.7 | 5.972 | 1.892 | 1.528-2.255 | < 0.001 |
| หลังดำเนินการ | 69.5 | 5.355 | | | |

จากตาราง 2 พบว่าหลังดำเนินการพัฒนารูปแบบฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (*Mdif* =4.176, 95% *CI*=3.427-4.925; *Mdif*=1.892, 95% *CI*=1.528-2.255)

**อภิปรายผล**

1. รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของประชาชนวัยทำงานในพื้นที่หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 6 จากการศึกษาที่ได้มาร่วมกันพิจารณาเพื่อปรับปรุงพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพของเขตสุขภาพที่ 6 ให้มีความเหมาะสมเพิ่มขึ้นตามแนวคิดวิจัยเชิงปฏิบัติการณ์ ส่งผลต่อรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต่อประชาชนวัยทำงานและการทำงานร่วมกันของทีมสุขภาพอย่างเป็นระบบ จะเห็นบทบาทที่ชัดเจนของทุกคน เห็นความสำคัญของการพัฒนาทุกกระบวนการและเห็นความต่อเนื่องของการพัฒนาทั้งระบบ ทำให้เกิดกระบวนการทำงานที่มีคุณภาพ โดยมีกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นตัวขับเคลื่อน กล่าวได้ว่ากระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นวิธีการแสวงหาข้อมูล ข้อเท็จจริง หรือข้อสรุปที่ต้องการ จากนั้นจึงนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้ในการแก้ปัญหาหรือพัฒนางานที่ปฏิบัติอยู่ มุ่งพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานที่หน่วยงานหรือบุคลากรนั้นๆ ได้รับผิดชอบอยู่ โดยมีขั้นตอนที่สำคัญ คือ เริ่มต้นด้วยการวางแผน การนำแผนไปปฏิบัติ การสังเกตการณ์ และการประเมิน และสะท้อนผลการปฏิบัติ รูปแบบหรือแผนงานสามารถปรับปรุงแก้ไขได้ตลอดเวลา เพื่อให้มีความเหมาะสมกับสภาพจริงของการปฏิบัติงาน (อภิญญา เนียมเล็ก และคณะ, 2563) การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพต้องอาศัยกลวิธีและโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับความต้องการของประชาชนและชุมชน ซึ่งกลวิธีและโปรแกรมจะเป็นในลักษณะของการสร้างโอกาสให้ประชาชนได้เรียนรู้ตลอดชีวิตและแหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่ช่วยเพิ่มศักยภาพด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนได้อย่างเต็มที่และเท่าเทียมกัน ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนมีความสามารถในการควบคุมสุขภาพตนเองและสิ่งแวดล้อมและสามารถตัดสินใจเลือกทางเลือกที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561ข) และสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณศิริ นิลเนตร และวาสนา เรืองจุติโพธิ์พาน (2562) กล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกิดขึ้นได้ด้วยการพัฒนาศักยภาพบุคคลอันจะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในบุคคลทุกช่วงวัยและทุกสภาวะสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญ เมื่อบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะมีศักยภาพในการดูแลตนเองรวมทั้งยังช่วยแนะนำสิ่งที่ถูกต้องให้แก่บุคคลใกล้ชิด ครอบครัว และสังคมได้

2. ผลของรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของประชาชนวัยทำงานในพื้นที่หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 6 ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนวัยทำงานหลังดำเนินการพัฒนารูปแบบฯ มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mdif = 4.176, 95% CI =3.427-4.925, p-value <0.001) และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของประชาชนวัยทำงานหลังดำเนินการพัฒนารูปแบบฯมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mdif = 1.892, 95% CI =1.528-2.255, p-value <0.001) ทำให้สรุปได้ว่ารูปแบบฯนี้สามารถพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพได้ เนื่องจากได้พัฒนามาจากแนวคิดกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2561ข) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Kemmis และ Mc Taggart (1988) และขั้นตอนการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกองสุขศึกษา 7 ขั้นตอน (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561ข) ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวได้เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงานดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าหลังการดำเนินงานพัฒนารูปแบบและนำรูปแบบไปใช้ กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (อารยา เชียงของ, 2561; รุ่งนภา อาระหัง และคณะ, 2560; บังอร กล่ำสุวรรณ์ และคณะ (2564) กระบวนการพัฒนารูปแบบด้วยวิธีการและสถานที่ที่หลากหลายมีความสัมพันธ์

กับการเปลี่ยนแปลงระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น และส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพมีการปรับเปลี่ยนหรือได้รับการพัฒนาให้ดีขึ้นตามไปด้วย (Taggart, Williams, Dennis, Newall, Shortus, Zwar, et al., 2012)

## การนำผลวิจัยไปใช้

1. บุคลากรด้านสาธารณสุขสามารถนำรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพให้กับประชาชนวัยทำงานในชุมชน และปรับให้เหมาะสมกับบริบทของประชาชนในแต่ละพื้นที่ โดยใช้การอบรมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม หรือสร้างพื้นที่ต้นแบบเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน

2. หน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ควรจัดให้มีกิจกรรมการพัฒนาความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพให้กับประชาชนวัยทำงาน โดยเฉพาะกลุ่ม และมีการจัดกิจกรรมเป็นระยะ ๆ เพื่อให้สอดคล้องกับบริบท และความรู้ต่างๆ ที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

3. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนวัยทำงานในพื้นที่หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 6 ต้องมีการทำความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเอง และการทำงานประสานสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพ ผู้รับผิดชอบงานสุขศึกษาในระดับจังหวัด อำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรวมไปถึง อสม. ผู้นำชุมชน และแกนนำหมู่บ้านที่จะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงาน การจัดกิจกรรม การกำกับติดตามและประเมินผล

## ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในหลายกลุ่มวัย หรือกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคโดยเฉพาะเพื่อให้ได้แนวทางที่มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับบริบทของแต่ละช่วงวัยและได้รูปแบบที่เหมาะสมแต่ละกลุ่ม

2. ควรมีการขับเคลื่อนในภาพรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน และส่งเสริมด้วยการกำหนดเป็นยุทธศาสตร์ของจังหวัด เขตพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อให้เกิดความร่วมมือกันทุกภาคส่วน

## เอกสารอ้างอิง


กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *ปิรามิดประชากร เขตสุขภาพที่ 6: DOH dashboard*. ค้นเมื่อ 9 กรกฎาคม 2564 จาก https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard.

กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *รอบรู้...สุขภาพวัยทำงาน.* นนทบุรี: บริษัท คิวคัมเบอร์ (ประเทศไทย) จำกัด.

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2562.* นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2561ก). *หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด เส้นทางสู่ความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย.* กรุงเทพฯ: บริษัท สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด.

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2561ข). *การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็กและเยาวชน อายุ 7-14 ปีและกลุ่มประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป (ฉบับปรับปรุง ปี 2561).* นนทบุรี: โรงพิมพ์กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข.

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *แนวทางการดำเนินงานสุขศึกษา เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ 2563*. นนทบุรี: โรงพิมพ์กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข.

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2563ก). *เครื่องมือประเมินความรอบรู้และพฤติกรรมของประชาชนในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ.* นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2563ข). *แนวทางการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ.* กรุงเทพฯ: บริษัท 25 มีเดีย จำกัด.

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562*. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *รายงานประจำปี 2563*. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

บังอร กลิ่นสุวรรณ์ และคณะ. (2564). การพัฒนารูปแบบโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 7. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น, 28*(2), 95-105.

รุ่งนภา อาระหัง. (2560). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม. *วารสารแพทย์นาวี, 45*(3), 509-526.

วรรณศิริ นิลเนตร และวาสนา เรืองจุติโพธิ์พาน. (2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับวิชาชีพพยาบาล. *วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย, 15*(2), 1-18.

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข (2564) *รายงานผลการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6 ประจำปี 2564*. ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานเขตสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *สถิติข้อมูลพื้นฐานทั่วไป เขตสุขภาพที่ 6.* สืบค้นเมื่อ 9 กรกฎาคม 2564 จาก http://region6.cbo.moph.go.th/r6/HRP.php

อภิญญา เนียมเล็ก และคณะ. (2563). *การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ภายใต้สถานการณ์ การระบาดของเชื้อ C0VID-19*. พัทลุง: ศูนย์แพทย์ชุมชนโรงพยาบาลควนขนุน อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง.

อรุณ จิรวัฒน์กุล. (2542). *ชีวสถิติ. พิมพ์ครั้งที่ 3*. ขอนแก่น: ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อารยา เชียงของ. (2561). *ผลการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงที่มีต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน.* ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทร์วิโรฒ.

เอื้อจิต สุขพูล, ชลดา กิ่งมาลา, ภาวิณี แพงสุข, ธวัชชัย ยืนยาว และวัชรีวงค์ หวังมั่น. (2563). ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 29*(3), 419-429.

Berkman, N. D., Sheridan, S.L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine, 155*(2), 97-107.

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

Nutbeam, D. (2008). *The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine, 67*(12), 2072-2078.

Taggart J, Williams A, Dennis S, Newall A, Shortus T, Zwar N, et al. (2012). A systematic review of interventions in primary care to improve health literacy for chronic disease behavioral risk factors. *BMC Fam Pract*, *1*, 13-49.

World Health Organization. (1998*). Health Promotion Glossary. World Health Organization*. Geneva: WHO/HPR/HEP/98.1.

World Health Organization. (2009*). Health Literacy and Health Promotion. Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region. Individual Empowerment Conference Working Document. 7th Global Conference on Health Promotion Promoting Health and Development*. Nairobi, Kenya, 26-30.

# ผลของการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ร่วมกับการประยุกต์หลักโหราศาสตร์ต่อระดับความเครียดในกลุ่มวัยทำงานจังหวัดพัทลุง ภายใต้สถานการณ์ระบาดโรคโควิด-19

# The Effectiveness of a Mental Health Care Experiment in Phatthalung Community: Using Astrology to Reduce Stress Level during the COVID-19 Pandemic

**พานิตย์ นพรัตน์[1], กิตติพร เนาว์สุวรรณ[2*], นภชา สิงห์วีรธรรม[3]**

Panit Nopparat[1], Kittiporn Nawsuwan[2*], Noppcha Singweratham[3]

**อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าข้าม จังหวัดพัทลุง[1]**

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก[2*]**

**คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่[3]**

Village Health Volunteer's,Takam Health Promoting Hospital Phatthalung Province[1]

Boromarajonani College of Nursing, Songkhla , Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute[2*]

Faculty of Public Health, Chiang Mai University[3]

(Received: *January 11*, 2023; Revised: *April 30*, 2023; Accepted: *April 30*, 2023)

**บทคัดย่อ**

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนตามบทบาทของ อสม. ร่วมกับการประยุกต์หลักโหราศาสตร์ต่อระดับความเครียดในกลุ่มวัยทำงานจังหวัดพัทลุง ภายใต้สถานการณ์ระบาดโรคโควิด-19 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่กลุ่มวัยทำงานในจังหวัดพัทลุงที่มารับบริการดูโหราศาสตร์ จำนวน 27 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ การประยุกต์หลักโหราศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนตามบทบาทของ อสม. และแบบประเมินความเครียด ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณา และสถิติ Paired sample t-test ผลการวิจัยพบว่า

หลังการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนตามบทบาทของ อสม.ร่วมกับการประยุกต์หลักโหราศาสตร์ภายใต้สถานการณ์ระบาดโรคโควิด-19 กลุ่มวัยทำงานในจังหวัดพัทลุงมีระดับความเครียดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ดังนั้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรประสานกับผู้มีความรู้เกี่ยวกับหลักทางโหราศาสตร์ เพื่อนำมาสอนให้กับ อสม. และนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนตามบทบาทของ อสม. เพื่อลดความเครียดให้กับประชาชนในเขตรับผิดชอบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และจากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทางสังคม

**คำสำคัญ**: การดูแลสุขภาพจิตในชุมชน, หลักโหราศาสตร์, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ความเครียด, โรคโควิด-19

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: jock27667@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 089-7390364)

**Abstract**

This one group pretest-posttest quasi-experimental study aimed to assess the effectiveness of a mental health care experiment in the community, using astrology during the COVID-19 pandemic so to reduce the stress level among working-age people in Phatthalung Province. The sample was 27 working-age people who received astrology advices, provided by Village Health Volunteers (VHVs). The research tools were astrology principles and a stress assessment form. The consistency index of the tools was between 0.67 – 1.00. Data were analyzed using descriptive statistics and paired sample t-test.

After receiving the mental health care using astrology from the VHVs during the COVID-19 pandemic, the working age group in Phatthalung province had a statistically significant lower level of stress than before ($p<.001$).

Therefore, sub-district health promotion hospitals should coordinate with those who have knowledge about astrological principles to guide VHVs in application to mental health care in the community for stress reduction during the COVID-19 pandemic and changing society.

**Key Words:** Community Mental Health Care, Astrology, Village Health Volunteers, Stress, COVID-19

## บทนำ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้าน ในแต่ละหมู่บ้าน และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย การสื่อสารข่าวสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ ประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่างๆ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2554)

จังหวัดพัทลุงมีอัตราการมีส่วนร่วมในกำลังแรงงานของจังหวัดพัทลุง อยู่ที่ร้อยละ 72.68 อัตราการจ้างงานในภาคเกษตรของจังหวัดพัทลุง อยู่ที่อัตราร้อยละ 53.16 โดยในไตรมาสที่ 3 ปี 2563 มีอัตราการว่างงานร้อยละ 1.13 (3,498 คน) และเมื่อเทียบอัตราการว่างงานกับไตรมาสเดียวกันของปีที่ผ่านมา (3/2562) พบว่า อัตราการว่างงานเพิ่มขึ้น (สำนักงานแรงงานจังหวัดพัทลุง, 2564) ประกอบในช่วงดังกล่าวมีการระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้เกิดการจ้างงานน้อย ส่งผลต่อภาวะเครียดของประชาชนทั่วไปโดยเฉพาะวัยแรงงาน ทำให้ อสม.ซึ่งเป็นตัวแทนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำเป็นต้องค้นหา เฝ้าระวังตลอดจนให้คำแนะนำเพื่ออาการวิตกกังวล จากการศึกษาของกิตติพร เนาว์สุวรรณ, นภชา สิงห์วีรธรรม และพยงค์ เทพอักษร (2563) พบว่าองค์ประกอบและตัวชี้วัดความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย ส่วนหนึ่งมากจากการควบคุมโรคเชิงรุก การสื่อสาร วางแผน และติดตาม และการค้นหาข้อมูล บันทึกและรายงานผล

ในด้านการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน อสม.ถือว่าเป็นผู้มีบทบาทและพลังอย่างยิ่งที่จะช่วยให้คนในชุมชนของตนมีสุขภาพจิตดี และอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ทำให้ชุมชนตนเองเป็นชุมชนสุขภาพจิตดี ภายใต้หลักการ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) สอดส่อง มองหา (Look) การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต โดยการมองหาสังเกต และเข้าถึงผู้ที่เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน 2) ใส่ใจรับฟัง (Listen) การดูแลด้านจิตใจคนในชุมชน ได้แก่ การบรรเทา หรือแก้ไขปัญหา และการส่งเสริมให้ความรู้ด้าน สุขภาพจิต ซึ่งการบรรเทาหรือแก้ไขปัญหา เช่น รับฟัง ให้คำปรึกษา แนะนำ ให้ข้อคิดเตือนใจแก่คนที่ทุกข์ใจ ปลอบโยนให้กำลังใจ เยี่ยมเยือนถามไถ่อาการ ส่วนการส่งเสริมให้ความรู้เรื่องการดูจิตใจตนเอง ครอบครัว ชุมชน และ 3) ส่งต่อเชื่อมโยง (Link) การช่วยให้ได้รับการรักษาต่อเนื่อง โดยการพูดคุยกับผู้ป่วย และญาติให้เห็นความสำคัญของการกินยาหรือปฏิบัติตัวตามหมอสั่ง การประสานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการส่งต่อ การติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข การสื่อสารให้คนในชุมชนรับทราบ บริการสายด่วนกรมสุขภาพจิต 1323 บริการ 24 ชั่วโมง (นันทาวดี วรวสุวัส, 2560)

สำหรับหลักโหราศาสตร์มีความสำคัญและเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต กล่าวคือ เป็นการแนะนำใช้ประชาชนเลี้ยงชีพที่สุจริต สามารถดำเนินชีวิตโดยไม่ประมาท คุณค่า นำไปปรับใช้ในการวางแผนการดำเนินชีวิต การสร้างขวัญกำลังใจ การให้คำปรึกษา การเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ตลอดจนการทำให้มีความเข้าใจ ตนเองและผู้อื่น การดำรงชีพอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม ความเข้าใจเรื่องกฎแห่งกรรม และความเพียรพยายามด้วยตนเอง (พระครูสุภัทรวชิรานุกูล, พูนชัย ปันธิยะ, เทพประวิณ จันทร์แรง, และ เยื้อง ปั้นเหน่งเพ็ชร์, 2563) ประกอบกับการระบาดของเชื้อโควิด-19ได้ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของประชาชน ก่อให้เกิดความเครียดและความกังวลในประชาชนทั่วประเทศ การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 อสม. จึงเป็นบุคคลที่ มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งที่จะให้การดูแลช่วยเหลือจิตใจคนในชุมชนของตนให้มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น สิ่งสำคัญที่ใช้ในดูแลช่วยเหลือ คือ การรับฟังผู้ที่มีปัญหาด้านจิตใจเพื่อช่วยให้เขาเหล่านั้นได้ ระบายความเครียดหรือความทุกข์ใจออกมาการรับฟัง การฟังต้องฟังด้วยหัวใจ (กรมสุขภาพจิต, 2563) จากการศึกษาการศึกษาของ ณฐณัช แก้วผลึก (2561) พบว่าการปรึกษาทางโหราศาสตร์ตามแนวพุทธจิตวิทยาสามารถลดความทุกข์ โดยทำให้กลุ่มสามารถเผชิญปัญหาปัจจุบันและอนาคต สำหรับผู้รับคำปรึกษามีเคราะห์ประสบทุกข์ ก็แนะนำให้ใช้สติสัมปชัญญะไม่ประมาท ด้วยการเสริมกำลังใจ เมื่อผู้รับคำปรึกษามีโชค ก็เตือนสติไม่ให้ประมาท หลงระเริงในโชค และปฏิบัติสมาธิทำจิตใจให้สงบ

จากสภาพการณ์ดังกล่าวจึงทำให้ผู้วิจัยสนใจนำหลักทางโหราศาสตร์มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชนโดยเฉพาะการลดความเครียดซึ่งเป็นอาการเบื้องต้น ก่อนนำไปสู่อาการขั้นรุนแรงทางจิต ซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิต ทรัพย์สิร และสังคมต่อไป

## วัตถุประสงค์วิจัย

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนตามบทบาทของ อสม.ร่วมกับการประยุกต์หลักโหราศาสตร์ ต่อระดับความเครียดในกลุ่มวัยทำงานจังหวัดพัทลุง ภายใต้สถานการณ์ระบาดโรคโควิด-19

### วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดในกลุ่มวัยทำงานจังหวัดพัทลุงระหว่างก่อนและหลังการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนตามบทบาทของ อสม.ร่วมกับการประยุกต์หลักโหราศาสตร์ ภายใต้สถานการณ์ระบาดโรค โควิด-19

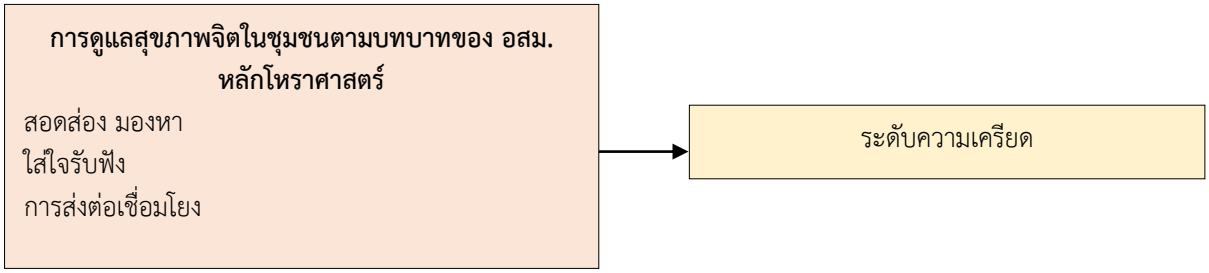
## สมมติฐานการวิจัย

หลังการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนตามบทบาทของ อสม.ร่วมกับการประยุกต์หลักโหราศาสตร์ภายใต้สถานการณ์ระบาดโรคโควิด-19 กลุ่มวัยทำงานในจังหวัดพัทลุงมีระดับความเครียดลดลง

## กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดบทบาทของ อสม.ในการพัฒนางานสุขภาพจิตชุมชนด้วยหลักการ 3 ส (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ประกอบด้วย 1) สอดส่อง มองหา (Look) เป็นการมองหาสังเกต และเข้าถึงต่อผู้เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน 2) ใส่ใจรับฟัง (Listen) เป็นการบรรเทาหรือแก้ไขปัญหา และการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพทั้งแก่บุคคลและครัวครัว เช่น การรับฟัง การให้คำปรึกษา แนะนำ ให้ข้อคิด ปลอบโยนให้กำลังใจ 3) การส่งต่อเชื่อมโยง (Link) เป็นการช่วยให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องโดยการพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงการรักษากับเจ้าหน้าที่

สาธารณสุข ในขณะหลักทางหลักโหราศาสตร์ ได้แก่ การพยากรณ์ดวงชะตาตามวันเดือนปี เกิดแบบเลข 7 ตัว 9 ฐาน การพยากรณ์จากไพ่ยิปซี การพยากรณ์จากลายมือ ดังภาพ




**ภาพ 1** กรอบแนวคิดการวิจัย

**ระเบียบวิธีวิจัย**

ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Groups, Pre-test, Post-test Design)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ กลุ่มวัยทำงานที่ทำงานในเขตจังหวัดพัทลุงและมารับบริการตรวจดูโชคชะตาในปีพ.ศ. 2565 กำหนดเกณฑ์คัดเข้าคือ มีความเครียดในระดับปานกลางขึ้นไป คือคะแนน 24-60 ปี โดยใช้แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต (SPST-20) (กรมสุขภาพจิต, 2550) และมีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการ สำหรับเกณฑ์การคัดออกคือ มีอาการทางจิตเวชขั้นรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น ซึมเศร้า หวาดระแวงขั้นรุนแรง นอนไม่หลับขั้นรุนแรง เป็นต้น

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มวัยทำงานในจังหวัดพัทลุงที่มารับบริการดูโหราศาสตร์ ระหว่างเดือนพฤษภาคม – มิถุนายน 2565 จำนวน 30 คน คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก t-tests, Statistical test เลือก Means: Differences between two dependent means (matched paired) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.5 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง Cohen ได้กล่าวว่า การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน การสุ่มตัวอย่างผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive) กำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าคัดออก

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ หลักโหราศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนตามบทบาทของ อสม. ประกอบด้วยกิจกรรม 1) การซักประวัติ 2) การประเมินความเครียด 3) การใช้หลักโหราศาสตร์ในการเข้าถึงปัญหา ได้แก่ การพยากรณ์ดวงชะตาตามวันเดือนปี เกิดแบบเลข 7 ตัว 9 ฐาน การพยากรณ์จากไพ่ยิปซี การพยากรณ์จากลายมือ 4) การให้คำปรึกษาเบื้องต้นและการปรับทัศนคติและสร้างพลังบวก และ 5) การติดตามและนัดซ้ำ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต (SPST-20) (กรมสุขภาพจิต, 2550) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามพิจารณาเลือกตอบเพียง 1 ระดับ จากระดับความเครียด 1 หมายถึง ไม่รู้สึกเครียดเลย ถึง ระดับความเครียด 5 หมายถึง รู้สึกเครียดมากที่สุด

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ใช้สร้างขึ้นเองเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน โดยเป็นผู้มีความรู้ทางโหราศาสตร์ 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช 1 คน และนักวิชาการสาธารณสุข 1 คน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง .67 – 1.00 สำหรับการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำหลักโหราศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนตามบทบาทของ อสม.มาทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน พบว่าเครื่องมือดังกล่าวมีความชัดเจนสามารถนำไปใช้ได้จริง สำหรับแบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิตเป็นแบบทดสอบมาตรฐาน และมีความทันสมัยที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

**ขั้นก่อนการทดลอง**

1. ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยเพื่อหากลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และมีความ สนใจรับฟังรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย

2. ผู้วิจัยอธิบาย อธิบายขั้นตอน วิธีการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง และการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดจนการพิทักษ์ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

3. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความเครียดก่อนการทดลอง (Pre-test)

**ขั้นทดลอง**

| กิจกรรม | รายละเอียด |
|---|---|
| 1.ซักประวัติ | - ชื่อ – นามสกุล/อายุ/ที่อยู่อาศัย/เบอร์โทรศัพท์ |
| 2.ประเมินความเครียด | - ประเมินความเครียดก่อนใช้หลักโหราศาสตร์โดยใช้แบบสอบถามของกรมสุขภาพจิต |
| 3.ใช้หลักโหราศาสตร์ในการเข้าถึงปัญหา | -เป็นการพยากรณ์ดวงชะตาตามวันเดือน ปี เกิด แบบเลข 7 ตัว 9 ฐาน ,ไพ่ยิปซี และลายมือ เพื่อเข้าถึงปัญหา และการยอมรับปัญหาของผู้ที่มีความเครียด<br>-เป็นขั้นตอนของการผ่อนคลายความตึงเครียด โดยใช้หลักจิตวิทยาในการพูดคุย |
| 4.ให้คำปรึกษาเบื้องต้นการปรับทัศนคติและสร้างพลังบวก | - การให้คำปรึกษา เป็นการพูดคุยเพื่อช่วยเหลือผู้มีปัญหาให้สามารถระบายความทุกข์ใจ และคิดแก้ไขปัญหาของตนเองด้วยวิธีที่เหมาะสม<br>- เป็นการพูดคุยให้กำลังใจ ทำให้รู้สึกสบายเพื่อเป็นการปรับวิธีคิดเพื่อสร้างพลังบวกในการสู้กับปัญหาและดำเนินชีวิตต่อไป |
| 5.ประเมินความเครียด(หลัง) | - ประเมินความเครียดหลังใช้หลักโหราศาสตร์โดยใช้แบบสอบถามของกรมสุขภาพจิต |
| 6.การติดตามและนัดซ้ำ | - บุคคลที่ยังมีภาวะความเครียด มีการนัดหมายมาพูดคุย หรือมีการโทรคุยติดตามอาการ ปรับทัศนคติและเพิ่มพลังบวกซ้ำ |

**ขั้นหลังการทดลอง**

8. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความเครียดหลังการทดลอง (Post-test)

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

วิเคราะห์เปรียบเทียบระดับความเครียดของกลุ่มวัยทำงานระหว่างก่อนและหลังการดูแลสุขภาพจิตร่วมกับหลักโหราศาสตร์ ด้วยสถิติ Paired sample t-test ทั้งนี้ผู้วิจัยทดสอบการแจกแจงเป็นโค้งปกติด้วยสถิติ Shapiro-wilk test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกต (p = .329) (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2019)

**จริยธรรมวิจัย**

ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียด ครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

**ผลการวิจัย**

1. เปรียบเทียบระดับความเครียดในกลุ่มวัยทำงานจังหวัดพัทลุงระหว่างก่อนและหลังการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนตามบทบาทของ อสม.ร่วมกับการประยุกต์หลักโหราศาสตร์ ภายใต้สถานการณ์ระบาดโรคโควิด-19

**ตาราง 1** เปรียบเทียบระดับความเครียดในกลุ่มวัยทำงานจังหวัดพัทลุงระหว่างก่อนและหลังการประยุกต์หลักโหราศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนตามบทบาทของ อสม. ภายใต้สถานการณ์ระบาดโรคโควิด-19 ด้วยสถิติ Paired sample t-test

| ระดับความเครียด | *n* | *M* | *SD* | *t* | *df* | *p-value (1-tailed)* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ก่อน | 27 | 61.33 | 16.22 | 9.50 | 26 | <.001 |
| หลัง | 27 | 35.96 | 5.90 | | | |

จากตาราง 1 พบว่า หลังการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนตามบทบาทของ อสม.ร่วมกับการประยุกต์หลักโหราศาสตร์ภายใต้สถานการณ์ระบาดโรคโควิด-19 กลุ่มวัยทำงานในจังหวัดพัทลุงมีระดับความเครียดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

**อภิปรายผล**

หลังการดูแลสุขภาพจิตร่วมกับหลักโหราศาสตร์ กลุ่มวัยทำงานมีระดับความเครียดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้เนื่องจากโรคโควิด 19 เป็นโรคอุบัติใหม่ ทำให้เกิดผลกระทบต่อการดำรงชีวิตและส่งผลต่อทางตรงต่อปัญหาด้านสุขภาพจิตและความเครียดในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 (กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ทั้งในกลุ่มบุคลากรทางด้านสาธารณสุข (จารุวรรณ ประภาสอน, 2564) และประชาชนทั่วไป การใช้หลักโหราศาสตร์ หรือการดูดวง โดยหลักโหราศาสตร์ทำให้รู้สึกสบายใจมากขึ้นหรือกำลังประสบกับปัญหาที่จะหาทางออกแต่ก็ไม่รู้ว่าควรจะต้องทำอย่างไร บางครั้งเป็นการไปเพื่อต้องการหาที่ปรึกษา ต้องการคนที่คอยให้กำลังใจ หรือแม้กระทั่งเตรียมตัวพร้อมรับกับเหตุการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้นในอนาคต โดยสิ่งที่ต้องการจะทราบในการมาหาหมอดูก็จะมีความแตกต่างออกไปตามอายุ การศึกษา สถานะภาพ เช่น หากเป็น วัยรุ่นก็มักจะสอบถามในเรื่องการเรียน ความรัก วัยทำงานก็อยากจะทราบในเรื่องของหน้าที่การงานคู่ครอง สุขภาพ การเงิน เป็นต้น ในแง่ของหลักจิตวิทยาหมอดูจะมีอิทธิพลทางด้านจิตใจของผู้รับฟังเป็นอย่างมาก มองว่าเป็นผู้ให้คำปรึกษาแนะนำวิธีการแก้ไขปัญหาและการดำเนินชีวิตของตนเอง สอดคล้องกับหลักการปฏิบัติงานสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เชี่ยวชาญสาขาสุขภาพจิตชุมชน (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2560) กับการพัฒนางานสุขภาพจิตชุมชนด้วยหลัก 3 ส. ในประเด็นการใส่ใจรับฟัง (Listen) ทั้งนี้การใส่ใจรับ

ฟังเป็นการบรรเทาหรือแก้ปัญหา เบื้องต้น การรับฟัง ให้คำปรึกษา แนะนะ ให้ข้อคิดเตือนใจแก่คนที่ทุกข์ใจ ปลอบโยนให้กำลังใจ ส่งเสริมให้เกิดการป้องกันปัญหาทางด้านสุขภาพจิตได้ดีขึ้น ถึงแม้ว่าการประยุกต์ใช้หลักโหราศาสตร์อาจจะไม่ได้เป็นไปตามแนวพระพุทธศาสนา (พระปลัดอาทิตย์ อิทโชโต, 2562; พระครูสุภัทรวชิรานุกูล และคณะ 2563) แต่กระบวนการในการใช้โหราศาสตร์ช่วยให้เกิดการใส่ใจในการรับฟัง เป็นการพูดคุยเพื่อช่วยเหลือผู้มีปัญหาให้สามารถระบายความทุกข์ใจ และคิดแก้ไขปัญหาของตนเองด้วยวิธีการที่เหมาะสม

## การนำผลวิจัยไปใช้

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรประสานกับผู้มีความรู้เกี่ยวกับหลักทางโหราศาสตร์ จัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้แก่ อสม. ให้นำมาประยุกต์ใช้ในการคัดกรอง ค้นหา ตลอดจนดูแลสุขภาพจิตประชาชนในชุมชนตามบทบาทของ อสม. เพื่อลดความเครียดให้กับประชาชนในเขตรับผิดชอบจากผลกระทบของการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 และจากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทางสังคม

## ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาเปรียบเทียบโดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบสองกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The Two Groups, Pre-test, Post-test Design) เพื่อเป็นการทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมหรือเก็บข้อมูล หลังการทดลอง 3 เดือน 6 เดือน โดยทำการวิเคราะห์แบบวัดซ้ำ (Repeated Measure) เพื่อให้เห็นถึงคงวามคงทนของโปรแกรมที่ให้กับกลุ่มตัวอย่าง

## รายการอ้างอิง


กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *คู่มือ อสม.ยุคใหม่.* นนทบุรี: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2550). แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต (SPST-20). สืบค้นเมื่อ 12 มีนาคม 2565 จาก http://envocc.ddc.moph.go.th/uploads/A1/20-21_11_61/C_4.pdf

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *คู่มือความรู้สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญสาขาสุขภาพจิตชุมชน*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมขันต์.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *คู่มือดูแลจิตใจประชาชนสำหรับผู้นำชุมชนและอสม. ชุมชน "หัวใจมีหูต่อสู้ ! โควิด-19".* นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *จดหมายเหตุ COVID - 19 รวมพลัง ร่วมใจ ฝ่าภัยวิกฤต.* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคาะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นภชา สิงห์วีรธรรม, พยงค์ เทพอักษร. (2563). ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 7*(2), ก-จ.

จารุวรรณ ประภาสอน. (2564). ความเครียดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติของบุคลากรในโรงพยาบาลแคนดง จังหวัดบุรัมย์ ในสถานการณ์ระบาดบองโรคโควิด. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*(38): 469-483.

ณฐณัช แก้วผลึก. (2561). *การปรึกษาทางโหราศาสตร์ตามแนวพุทธจิตวิทยาเพื่อลดความทุกข์.* ปริญญาพุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพุทธจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. กรุงเทพฯ.

นันทาวดี วรวสุวัส. (2560). *คู่มือความรู้สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาสุขภาพจิตชุมชน*. ขอนแก่น: หจก.โรงพิมพ์พระธรรมขันต์.

พระครูสุภัทรวชิรานุกูล, พูนชัย ปันธิยะ, เทพประวิณ จันทร์แรง, และ เยื้อง ปั้นเหน่งเพ็ชร์. (2563). การประยุกต์ใช้หลักโหราศาสตร์ตามแนวพระพุทธศาสนา. *วารสารพุทธศาสตร์ศึกษา. 11*(2), 410-426.

พระปลัดอาทิตย์ อิทโชโต(ก้อนแก้ว. (2562). *การศึกษาความเชื่อโหราศาสตร์ของชาวพุทธในล้านนา.* ปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพระพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

สำนักงานแรงงานจังหวัดพัทลุง. (2564). *รายงานสถานการณ์และดัชนีชี้วัดภาวะด้านแรงงานจังหวัดพัทลุง ไตรมาสที่4 ปี 2563(ตุลาคม –ธันวาคม).* สืบค้นเมื่อ 19 ธันวาคม 2565 จาก https://phatthalung.mol.go.th/wp-content/uploads/sites/83/2021/02/trimat4.63.pdf

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences. (2nd).* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39*(2), 175-191.

Hair, F. J., et al. (2019). *Multivariate Data Analysis*. (7th ed). New Jersey: Pearson Education.

# ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสมุทรสงคราม

# Factors Related to Herbal Usage Behaviors of Type 2 Diabetic Patients in Primary Care Units, Samut Songkhram Province

**ธรรมศักดิ์ สายแก้ว[1,*] สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์[2] สุนันทา ศรีศิริ[3] สมฤดี สายหยุดทอง[4]**

Tammasak Saykaew [1*], Sutthisak surirak [2] Sununta Srisiri[3] and Somrudee Saiyudthong[4]

**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี[1]* วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี[2]**

**คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ[3] คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ[4]**

Saraburi Provincial Public Health office[1*] Sirindhorn College of Public Health Suphanburi, Suphanburi Province[2]

Faculty of Physical Education, Srinakharinwirot University[3] Faculty of Medicine, Srinakharinwirot University[4]

(Received: *April 9*, 2022; Revised: *April 30*, 2023; Accepted: *April 30*, 2023)

**บทคัดย่อ**

การวิจัยสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวานของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 360 คน โดยวิธีสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบทดสอบความรู้ ได้ค่าความเชื่อมั่นคูเดอร์ริชาร์ดสัน เท่ากับ .611 และแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรรักษาโรคเบาหวาน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .75 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน และสถิติทดสอบไครสแควร์ ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัดสมุทรสงครามมีพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการรักษาโรคเบาหวาน ร้อยละ 35

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในผู้ป่วยเบาหวาน การได้รับข้อมูลข่างสารเกี่ยวกับสมุนไพรที่ใช้รักษาเบาหวาน และการได้รับการอบรมเรื่องสมุนไพร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการป่วย และโรคประจำตัว ความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพร และด้านความเชื่อเกี่ยวกับการใช้สมุนไพร ไม่มีความสัมพันธ์

ควรมีการพัฒนาแหล่งเรียนรู้สมุนไพรสำหรับโรคเบาหวาน และส่งเสริมบุคลากรที่มีความรู้เชียวชาญในเรื่องสมุนไพร เช่น หมอพื้นบ้าน ให้มีการจัดตั้งชมรมสมุนไพรในชุมชน เพื่อให้ความรู้กับผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน และส่งเสริมภูมิปัญญาพื้นบ้านเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรในการรักษาสุขภาพ

**คำสำคัญ :** ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์, พฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพร, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: redbobby52@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 063-1953914)

**Abstract**

This cross-sectional research aimed to study the factors related to herbal usage behaviors of Type 2 diabetic patients in primary care units, Samut Songkhram province. Participants were 360 patients selected by simple random sampling. Data were collected by herbal usage behaviors questionnaire with its Cronbach's alpha coefficient = .75, and analyzed by descriptive statistics in terms of frequency, percentage, mean, standard deviation and also Chi-Square test. The results revealed that:

1. There were 35% of the participants using herbal medicine.

2. Significant factors relating to herbal usage behaviors of Type 2 diabetic patients were receiving information linked to herbal medicine for curing diabetes and receiving training about herbal medicine ($P \leq 0.05$), while factors relating to genders, age, marital status, education levels, occupation, duration of illness and congenital disease were not significant.

The study could be suggested that learning resources about herbal medicine for diabetes, experts in herbal medicine such as folk healers and community herbal medicine clubs should be promoted for delivering knowledge to diabetic patients in community and also supporting and conserving local wisdom linked to herbal medicine for health.

**Keyword :** factors associated, the Herbal using behaviors**,** the Diabetic Patient type2**.**

**บทนำ**

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เกิดขึ้นเนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดที่ได้จากการรับประทานอาหารไปใช้ได้ตามปกติ ซึ่งภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ในปี 2564 มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลก 573 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 629 ล้านคน สำหรับประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2562 มีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานมากขึ้น โดยพบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหานในอัตราป่วยต่อแสนประชากรเป็น 1,344.95, 1,439.04 และ 1,528.91 ในส่วนจังหวัดสมุทรสงคราม พบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหานในอัตราป่วยต่อแสนประชากรเป็น 1,648.29, 1,589.73 และ1,850.90 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นและมากกว่าระดับประเทศในทุกปี (กรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ, 2564 )

โรคเบาหวานเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ วิธีการรักษาที่ดีที่สุด คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ให้สูงเกินกว่าค่าที่กำหนด จังหวัดสมุทรสงครามในปี 2560 – 2563 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมีเพียงร้อยละ 21.92, 25.24, 22.04 และ 27.61 ตามลำดับ ( HDC กระทรวงสาธารณสุข, 2564 ) ซึ่งผู้ป่วยยังมีแนวโน้มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดีเท่าที่ควร เพราะถ้าการควบคุมสภาวะของโรคได้ไม่ดีจะทำให้เกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อนทั้งเรื่องของ ตา ไต หัวใจ สมอง หรือเท้าตามมาในอนาคต

แม้ว่าระบบประกันสุขภาพจะครอบคลุมคนไทยทุกคน ผู้ป่วยเบาหวานเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ แต่ต้องรับประทานยารักษาโรคเบาหวานเป็นระยะเวลานาน และบางคนมีความคิด ความเชื่อว่าการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอเป็นสิ่งน่าเบื่อ ยุ่งยาก ได้รับความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการใช้ยา มีการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยมีการใช้ยาไม่ถูกต้องหลายประการ เช่น การใช้ยาไม่ถูกขนาด การปรับขนาดยาเอง การรับประทานยาผิดเวลา การลืมรับประทานยาหรือ ฉีดยา การหยุดยาเอง การซื้อยามารับประทานเอง การนำยาของ

ผู้อื่นมารับประทาน และการใช้พืชสมุนไพรหรือยาแผนโบราณในการรักษาโรคเบาหวาน (คลีพัตรา ไชยศรี และคณะ, 2559)

สำหรับการใช้พืชสมุนไพรในการรักษาโรคเบาหวาน ข้อมูลจากตำรายไทย และงานวิจัยของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ พบรายงานการวิจัยพืชสมุนไพรที่สามารถน้ำตาลในเลือดได้มากกว่า 50 ชนิด เนื่องจากสมุนไพรบางชนิดมีสรรพคุณลดน้ำตาลในเลือด โดยออกฤทธิ์คล้ายอินซูลิน ยับยั้งการสังเคราะห์กลูโคสและเพิ่มการใช้กลูโคสของตับ นอกจากนั้นยังกระตุ้นการหลั่งของอินซูลินและทำให้อินซูลินทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ พืชสมุนไพรส่วนใหญ่อยู่ในรูปอาหารผักสวนครัว ผักพื้นบ้านซึ่งหาได้ง่ายและปลอดภัย เช่น มะระขี้นก กระเพรา เตยหอม มะรุม หรือบัวบก เป็นต้น ( อุบลศรี อ่อนพลี , 2556)

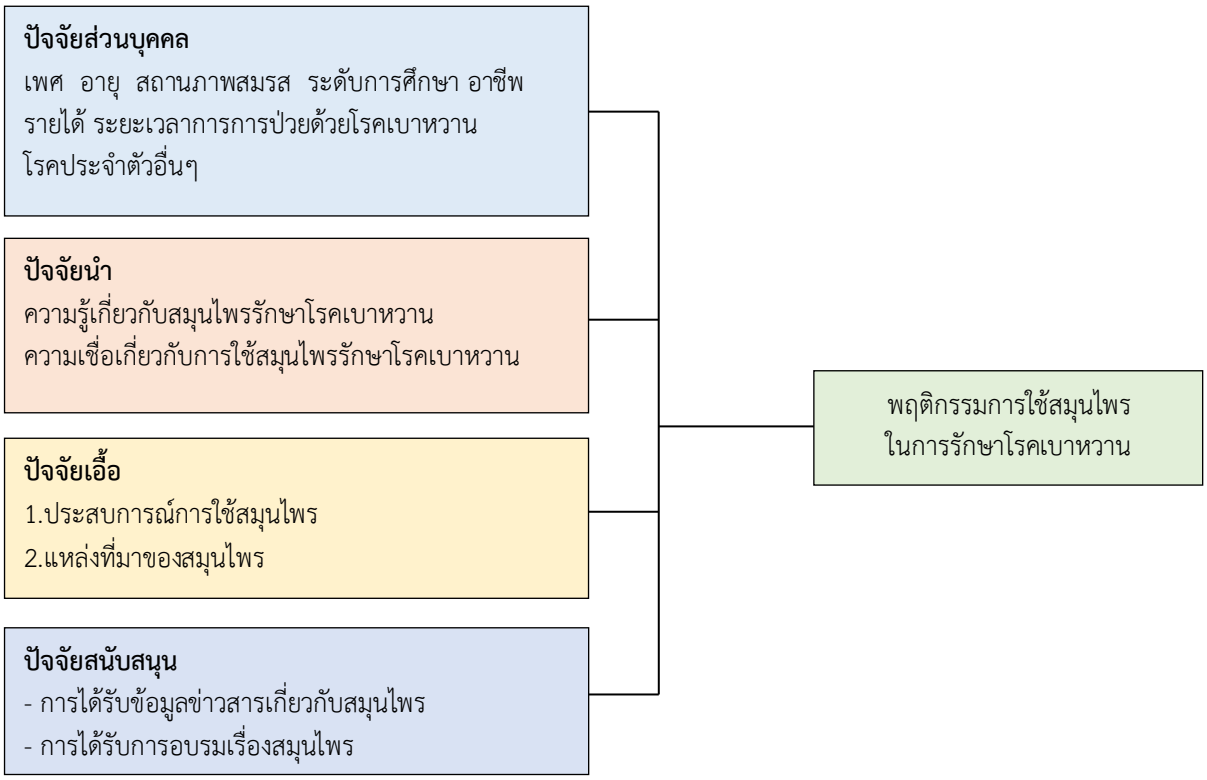
สำหรับจังหวัดสมุทรสงครามพบว่า ในปี พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัยรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกร้อยละ 22.4 และเป็นกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เข้ารับการรักษาด้วยสมุนไพรในศาสตร์การแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 5.7 ( Health KPI กระทรวงสาธารณสุข ,2564) และจากการสอบถามข้อมูลเบื้องต้น (pilot study) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฝั่งฉี่ ตำบลบางจะเกร็ง อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม ถึงพฤติกรรมการใช้สมุนไพรพบว่า ร้อยละ 80 ชอบดื่มน้ำใบเตยแทนน้ำเพื่อช่วยขับน้ำตาล ร้อยละ 45 แช่เท้าด้วยสมุนไพรทุกเช้า ร้อยละ 20 กินบอระเพ็ดวันละ 1 ข้อ จากพฤติกรรมการใช้สมุนไพรดังกล่าวในข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการใช้สมุนไพร และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้สมุนไพรในผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสมุทรสงคราม ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะช่วยประกอบการตัดสินใจในการให้การวางแผนจัดกิจกรรมการให้ความรู้ และคำแนะนำในการใช้สมุนไพรเพื่อลดน้ำตาลที่ถูกต้องกับผู้ป่วย เพื่อให้สามารถใช้สมุนไพรในผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย ได้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ ลดการเกิดผลข้างเคียงจากการใช้สมุนไพร และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีทางเลือกในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองด้วยพืชสมุนไพรมากขึ้น

## วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในผู้ป่วยเบาหวานจังหวัดสมุทรสงคราม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากรและสังคม ปัจจัยด้านความรู้ ความเชื่อ และปัจจัยสนับสนุน กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในผู้ป่วยเบาหวานจังหวัดสมุทรสงคราม

## กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ PRECEDE Model ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ทางการศึกษา (Phase 4: Educational Diagnosis) ของ Lawrence W.Green และคณะ(1991) มาประยุกต์ใช้ในการสร้างกรอบแนวคิดการวิจัย เนื่องจาก PRECEDE FRAMEWORK เป็นกระบวนการวิเคราะห์การดำเนินงานในลักษณะโครงการโดยเริ่มต้นจากเป้าหมายหรือสภาพการณ์ของปัญหาสุขภาพที่เป็นอยู่หรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นพิจารณาย้อนกลับไปยังสาเหตุว่าเป็นเพราะอะไร กล่าวคือ เป็นกระบวนการที่วิเคราะห์ย้อนกลับว่าสิ่งที่เป็นอยู่นั้นมีองค์ประกอบหรือปัจจัยนำอะไรบ้าง ที่ทำให้เกิดผลลัพธ์หรือสภาพดังปรากฏ แล้วจึงนำข้อมูลเหล่านี้มาใช้ในการวางแผนเพื่อดำเนินการแก้ไขพฤติกรรมให้ถูกต้อง โดยแบ่งออกเป็น ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ดังรูปภาพ




**ภาพ 1** กรอบแนวคิดการวิจัย

## ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นศึกษาเชิงสำรวจแบบภาพตัดขวาง (Cross – sectional Study) โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 31 มกราคม 2562

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการขึ้นทะเบียน และมารับบริการที่คลินิคโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จ.สมุทรสงคราม ประจำปี 2561 (ณ วันที่ 1 มกราคม 2561 ) มีจำนวน 10,934 คน

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการขึ้นทะเบียน และมารับบริการที่คลินิคโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสมุทรสงคราม ประจำปี 2561 จำนวน 360 คน คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างของ เดเนี่ยน (Daniel ,1987 ) โดยกำหนดสัดส่วนของประชากร (P)ในการศึกษาครั้งนี้ ได้จากการวิจัยของ ปรียาภรณ์ สวัสดิ์ศรี พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีการใช้สมุนไพรและผักพื้นบ้านในการลดน้ำตาลในเลือด คิดเป็นร้อยละ 58.79 (ปรียาภรณ์ สวัสดิ์ศรี, 2558) มีสูตรการคำนวณ คือ

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

n = 360.060 ประมาณ 360 คน

ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple random sampling) จากเครื่องคอมพิวเตอร์ ผู้วิจัยจะแบ่งสัดส่วนแต่ละอำเภอก่อน เพื่อให้มีการกระจายเท่าๆกัน ประชากรมีโอกาสถูกเลือกเท่ากันทั้งจังหวัด กำหนด เกณฑ์คัดเข้า

(Inclusion Criteria ) คือ 1) เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสมุทรสงคราม ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2560 ถึงวันที่ 31 มกราคม 2561 2) มีประวัติการใช้แผนปัจจุบันร่วมกับสมุนไพรอย่างเดียวไม่ใช่แผนอื่น หรือผลิตภัณฑ์ส่งเสริมอื่นๆ 3) อยู่ในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 6 เดือน 4) สามารถสื่อสารกับผู้วิจัยได้อย่างชัดเจน และไม่มีอุปสรรค 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย สำหรับการคัดออก ( Exclusion Criteria ) นั้นจะไม่นำผู้ป่วยที่มีการรักษาด้วยศาสตร์อื่นนอกจากแผนปัจจุบัน ร่วมกับใช้สมุนไพร เช่น แผนจีน หรือมีการใช้ผลิตภัณฑ์ส่งเสริมสุขภาพอื่น ร่วมเข้ามาศึกษา หลังจากคัดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมผู้วิจัยนำมา

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการการป่วยด้วยโรคเบาหวาน โรคประจำตัวอื่นๆ ประสบการณ์การใช้สมุนไพรในการรักษาเบาหวาน และแหล่งมาของสมุนไพร

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรรักษาโรคเบาหวาน หรือการเยียวยาตนเอง รวมข้อคำถาม 10 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบปรนัยชนิดเลือกถูกผิด โดยให้คะแนนดังนี้ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน การประเมินใช้การแบ่งอิงกลุ่ม จากเกณฑ์แบ่งกลุ่มคะแนนตามแนวคิดของ Kiess (Kiess, 1989) โดยแบ่งออกเป็น 2 ระดับโดยใช้พิสัยหารด้วยช่วงชั้นที่ต้องการ ได้ดังนี้

| | | |
|---|---|---|
| 6 – 10 คะแนน | หมายถึง | ความรู้ดี |
| 0 – 5 คะแนน | หมายถึง | ความรู้ไม่ดี |

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรรักษาโรคเบาหวาน เป็นแบบเลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียว คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วยและข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ลักษณะของข้อคำถามที่ใช้มีลักษณะในเชิงบวกและลบ (Positive or Negative Statement) เป็นประโยคบอกเล่าแต่ละข้อมีมาตรวัด 3 หน่วยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนประเมินค่าตามวิธีการของ Likert Scale ( ประภาเพ็ญ สุวรรณ,2537 ) โดยข้อความเชิงบวกให้คะแนน จากเห็นด้วย ให้ 3 คะแนน ถึง ไม่เห็นด้วยให้ 1 คะแนน และข้อความเชิงลบ จากเห็นด้วย ให้ 1 คะแนน ถึง ไม่เห็นด้วยให้ 3 คะแนน เกณฑ์ประเมินใช้การประเมินแบบอิงกลุ่ม โดยจัดกลุ่มความเชื่อตามแนวคิดของ Kiess (Kiess, 1989)โดยใช้พิสัยหารด้วยช่วงชั้นที่ต้องการ แบ่งออกเป็น 2 ระดับดังนี้

| | | |
|---|---|---|
| 21 – 30 คะแนน | หมายถึง | ความเชื่อที่ดี |
| 10 – 20 คะแนน | หมายถึง | ความเชื่อที่ไม่ดี |

ส่วนที่ 4 แบบสอบปัจจัยสนับสนุน เป็นข้อคำถามที่แสดงความคิดเห็นต่อปัจจัย การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสมุนไพรที่ใช้รักษาโรคเบาหวา และการได้รับการอบรมเรื่องสมุนไพรจากบุคลากรสุขภาพ รวมข้อคำถามอย่างละ 2 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการรักษาโรคเบาหวานเป็นข้อคำถามที่ใช้ถามผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ว่าได้มีการใช้ หรือไม่ใช้สมุนไพรในการรักษาโรคเบาหวาน ซึ่งมีเพียง 1 ข้อ โดยถ้าตอบว่ามีการใช้ให้ 1 คะแนน และถ้าตอบไม่มีการใช้ให้ 0 คะแนน โดยมีข้อคำถามสอบถามเพิ่มเติมคุณลักษณะการใช้สมุนไพรเป็นข้อคำถามแบบปรนัยเลือกตอบและปลายเปิด ประกอบด้วย รูปแบบสมุนไพรที่ใช้ ความสม่ำเสมอในการใช้ อาการข้างเคียง และเหตุผลที่ใช้สมุนไพร

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

การหาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Validity) ประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญตรวจประเมิน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านแพทย์แผนไทย 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์ 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขศาสตร์ 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.60 สำหรับการทดสอบเพื่อหาค่าความเชื่อมั่น ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่มีคุณลักษะตามเกณฑ์คัดเข้าที่ตำบลโคกขาม อำเภอเมืองสมุทรสาคร จำนวน 30 คน เนื่องจากเป็นพื้นที่ติดต่อกับจังหวัดสมุทรสงคราม มีคุณลักษณะทางชีวสังคมที่ใกล้เคียงกัน โดยพบว่า แบบสอบถาม

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรได้ค่าความเชื่อมั่นคูเดอร์-ริชาร์ดสัน เท่ากับ .611 และแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .75

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยตรงจากผู้ป่วยที่มารับบริการในคลีนิกโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอต่างๆในจังหวัดสมุทรสงคราม โดยผู้วิจัยสอบถามเอง ใช้เวลาประมาณ 10 นาทีต่อคน ดำเนินการจนครบ 360 คน คิดเป็นร้อยละ 100

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. วิเคราะห์ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากรและสังคม ปัจจัยด้านความรู้ ความเชื่อ และปัจจัยสนับสนุนกับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในผู้ป่วยเบาหวาน ด้วยค่าสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square test)

## จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ตามเอกสารรับรองหมาย COA. 1-051/2018 เมื่อวันที่ 21 กันยายน พ.ศ. 2561

## ผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไป พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.61 มีอายุเฉลี่ย 61.95 ปี มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 61.38 สถานภาพสมรสคู่หรือสมรสแล้ว ร้อยละ 65.55 ระดับการศึกษา ได้เรียน ร้อยละ 87.77 โดยเรียนระดับชั้นประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 73.61 ส่วนใหญ่ร้อยละ 61.38 ประกอบอาชีพ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6,732 บาท ร้อยละ 58.33 ระยะเวลาในการป่วยส่วนใหญ่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี ร้อยละ 72.77 และ ร้อยละ 71.38 มีโรคประจำตัว

2. พฤติกรรมการใช้สมุนไพรในผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสมุทรสงคราม

**ตาราง 1** จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานจำแนกตามพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการรักษาเบาหวาน

| พฤติกรรมการใช้สมุนไพร | จำนวน (n=360 คน) | ร้อยละ |
|---|---|---|
| ใช้สมุนไพร | 126 | 35.00 |
| ไม่ใช้สมุนไพร | 234 | 65.00 |

**ตาราง 2** จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีการใช้สมุนไพรจำแนกตามคุณลักษณะใช้สมุนไพร

| คุณลักษณะการใช้สมุนไพร | จำนวน (n=126 คน) | ร้อยละ |
|---|---|---|
| รูปแบบสมุนไพรที่ใช้ | | |
| สมุนไพรแบบเดี่ยว | 80 | 63.49 |
| สมุนไพรแบบตำรับ | 46 | 36.51 |
| รูปลักษณะสมุนไพรที่ใช้ | | |
| ยาต้ม | 56 | 44.44 |
| ลูกกลอน | 12 | 4.76 |
| ยาชง | 29 | 23.01 |
| สมุนไพรสด | 17 | 13.49 |
| สมุนไพรแคปซูล | 12 | 14.30 |

**ตาราง 2** (ต่อ)

| คุณลักษณะการใช้สมุนไพร | จำนวน (n=126 คน) | ร้อยละ |
|---|---|---|
| ความสม่ำเสมอในการใช้ | | |
| ทุกวัน | 40 | 31.74 |
| ไม่ทุกวัน | 86 | 68.26 |
| อาการข้างเคียง | | |
| มีอาการข้างเคียง | 5 | 3.96 |
| ไม่มีอาการข้างเคียง | 121 | 96.04 |
| เหตุผลที่ใช้สมุนไพร | | |
| เชื่อในประสิทธิผลของสมุนไพร | 51 | 40.47 |
| เชื่อในความปลอดภัย | 41 | 32.53 |
| ทดลองใช้ | 63 | 50.00 |
| ใช้ยาแผนปัจจุบันไม่ได้ผล | 6 | 4.76 |
| ผู้ป่วยโรคเบาหวานท่านอื่นแนะนำ | 22 | 17.46 |
| หมอพื้นบ้านแนะนำ | 11 | 8.73 |

จากการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 65.00 ผู้ป่วยเบาหวานไม่เคยใช้สมุนไพรรักษาโรคเบาหวาน และร้อยละ 35.00 ผู้ป่วยเบาหวานเคยใช้สมุนไพรรักษาโรคเบาหวาน โดยผู้ป่วยเบาหวานที่เคยใช้สมุนไพรรักษาโรคเบาหวาน มีรูปแบบการใช้ส่วนใหญ่ร้อยละ 63.49 ใช้สมุนไพรแบบเดี่ยว ร้อยละ 36.51 ใช้สมุนไพรแบบตำรับ รูปลักษณะสมุนไพรที่ใช้ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 44.44 ใช้สมุนไพรลักษณะยาต้ม ร้อยละ 23.01 ใช้สมุนไพรลักษณะยาชง ร้อยละ 14.30 ใช้สมุนไพรลักษณะแคปซูล ร้อยละ 13.49 ใช้สมุนไพรสด และร้อยละ 4.76 ใช้สมุนไพรลักษณะลูกกลอน ความสม่ำเสมอในการใช้สมุนไพร ส่วนใหญ่ร้อยละ 68.26 ใช้ไม่ทุกวัน ร้อยละ 31.74 ใช้ทุกวัน อาการข้างเคียง ส่วนใหญ่ร้อยละ 96.04 ไม่มีอาการข้างเคียง และร้อยละ 3.96 มีอาการข้างเคียง เหตุผลในการใช้สมุนไพรรักษาโรคเบาหวาน ร้อยละ 50.00 อยากลองใช้ ร้อยละ 40.47 เชื่อในประสิทธิผลของสมุนไพร ร้อยละ 32.53 เชื่อว่าปลอดภัยกว่าแผนปัจจุบัน ร้อยละ17.46 เพื่อนที่เป็นเบาหวานด้วยกันแนะนำ ร้อยละ 8.73 หมอพื้นบ้านแนะนำ และร้อยละ 4.76 ยาแผนปัจจุบันไม่ได้ผล (ตาราง 2)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากรและสังคม ปัจจัยด้านความรู้ ความเชื่อ ปัจจัยสนับสนุน กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในผู้ป่วยเบาหวาน

**ตาราง 3** ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของผู้ป่วยเบาหวาน

| ปัจจัย | พฤติกรรมการใช้สมุนไพร | | $\chi^2$ | df | *p-value* |
|---|---|---|---|---|---|
| | เคยใช้ จำนวน (ร้อยละ) | ไม่เคยใช้ จำนวน (ร้อยละ) | | | |
| เพศ | | | | | |
| ชาย | 56(15.60) | 75(20.80) | 1.160 | 1 | 0.280 |
| หญิง | 70(19.40) | 159(44.20) | | | |
| อายุ | | | | | |
| กลุ่มอายุต่ำกว่า 60 ปี | 59(16.4) | 80(22.20) | 0.776 | 1 | 0.378 |
| กลุ่มสูงอายุเท่ากับหรือมากกว่า 60 ปี | 67(18.60) | 154(42.8) | | | |

**ตาราง 3** (ต่อ)

| ปัจจัย | พฤติกรรมการใช้สมุนไพร เคยใช้ จำนวน (ร้อยละ) | ไม่เคยใช้ จำนวน (ร้อยละ) | $\chi^2$ | df | *p-value* |
|---|---|---|---|---|---|
| สถานภาพ | | | | | |
| โสด | 9(2.50) | 32(8.88) | | | |
| คู่ | 92(25.55) | 144(40.00) | 5.583 | 2 | .061 |
| หม้าย หย่า แยก | 17(4.72) | 58(16.11) | | | |
| การศึกษา | | | | | |
| ได้เรียนหนังสือ | 109(30.30) | 207(57.5) | 0.291 | 1 | 0.589 |
| ไม่ได้เรียนหนังสือ | 17(4.70) | 27(7.5) | | | |
| อาชีพ | | | | | |
| ทำงาน | 79 (21.96) | 142(39.50) | 0.140 | 1 | 0.709 |
| ไม่ได้ทำงาน | 47(13.10) | 92(25.60) | | | |
| รายได้ครอบครัว (บาท) | | | | | |
| น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6,726 | 64(17.77) | 146(40.55) | 0.439 | 1 | 0.507 |
| มากกว่า 6,726 บาทขึ้นไป | 62(17.22) | 88(24.44) | | | |
| ระยะเวลาการป่วย | | | | | |
| น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10ปี | 92(25.55) | 170(47.22) | 0.006 | 1 | 0.941 |
| มากกว่า 10 ปีขึ้นไป | 34(9.44) | 64(17.77) | | | |
| โรคร่วมประจำตัว | | | | | |
| มีโรคร่วม | 97(26.94) | 160(44.44) | 2.971 | 1 | 0.058 |
| ไม่มีโรคร่วม | 29(8.05) | 74(20.55) | | | |
| ประสบการณ์การใช้สมุนไพร | | | | | |
| มี | 91(25.30) | 67(18.60) | 63.015 | 1 | <.001 |
| ไม่มี | 35(9.70) | 167(46.40) | | | |
| แหล่งที่มาของสมุนไพร | | | | | |
| ไม่มี | 68(18.9) | 205(56.90) | 50.428 | 1 | <.001 |
| มี | 58(16.10) | 29(8.10) | | | |
| ความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพร | | | | | |
| ความรู้ที่ดี | 90(25.00) | 177(49.16) | 0.759 | 1 | 0.384 |
| ความรู้ที่ไม่ดี | 36(10.00) | 57(15.83) | | | |
| ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้สมุนไพร | | | | | |
| ความเชื่อที่ดี | 86(23.88) | 184(51.11) | 0.736 | 1 | 0.391 |
| ความเชื่อไม่ดี | 40(11.11) | 50(13.88) | | | |
| การได้รับข้อมูลข่าวสาร | | | | | |
| เคยได้รับ | 73(20.30) | 188(52.22) | 20.564 | 1 | <.001 |
| ไม่เคยได้รับข่าว | 53(14.70) | 46(12.80) | | | |
| การได้รับการอบรมเรื่องสมุนไพร | | | | | |
| เคย | 22 (6.10) | 6 (1.70) | 25.336 | 1 | <.001 |
| ไม่เคย | 104 (28.90) | 228 (63.3) | | | |

จากตาราง 3 พบว่า ประสบการณ์ใช้สมุนไพร และแหล่งที่มาของสมุนไพร การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการได้รับการอบรมเรื่องสมุนไพร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สำหรับ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการป่วย และโรคประจำตัวอื่นๆ ความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพร และความเชื่อเกี่ยวกับการใช้สมุนไพร ไม่มีความสัมพันธ์

**อภิปรายผล**

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการใช้สมุนไพร ร้อยละ 35 และร้อยละ 65 ไม่ใช้สมุนไพรในการรักษาโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้มีอายุมาก และติดบ้านเสียเป็นส่วนใหญ่ จึงหาสิ่งทดแทนหรือที่ช่วยรักษาโรคเบาหวานได้ และพอหาได้ แม้ว่าภาครัฐมีนโยบายส่งเสริมให้มีการรักษาอาการเจ็บป่วยเบื้องต้นใน 5 กลุ่มโรค ได้แก่ กลุ่มโรคทางเดินอาหาร กลุ่มโรคทางเดินหายใจ กลุ่มโรคทางเดิน ปัสสาวะ กลุ่มโรคผิวหนังและอาการเจ็บป่วยอื่น ๆ เช่น ปวดฟัน เคล็ดขัดยอก ไข้ นอนไม่หลับ แต่การจะได้สมุนไพรในพื้นที่สมุทรสงครามค่อนข้างยาก ด้วยสภาพแวดล้อมเป็นน้ำกร่อย ไม่เหมาะกับสมุนไพร จึงทำให้สมุนไพรหายาก ร้านค้าสมุนไพรก็มีเพียง 1 ร้าน ดังนั้นความไม่เพียงพอของสุมนไพรจึงเกิดขึ้น และส่งผลให้สัดส่วนการใช้ค่อนข้างน้อย

ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการได้รับการอบรมเรื่องสมุนไพร มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่จึงอยู่บ้าน ไม่ออกไปไหน กิจกรรมส่วนใหญ่จึงจะอยู่กับสื่อทีวี วิทยุชุมชน และการเล่นโซเชียวเป็นหลัก ในสื่อเหล่านี้จะมีการพูดถึงสมุนไพร และการดูแลสุขภาพอยู่บ่อยๆ เช่น รายการวิทยุชุมชน เป็นต้น ทำให้กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานมีการได้รับความรู้ ข่าวสารด้านสมุนไพรในระดับหนึ่ง และเกิดความเชื่อทางสุขภาพจากสื่อต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ ฤทธิชัย พิมปา, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์, นิรัตน์ อิมามีม, และสุปรียา ตันสกุล (2561) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการรักษาบาดแผลของประชาชน ตำบลกระดังงา อำเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา พบว่า การได้รับข้อมูล ข่าวสารเรื่องการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการรักษาบาดแผล และแรงสนับสนุนทางสังคมในการใช้สมุนไพรพื้นบ้าน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการรักษาบาดแผลของประชาชน ตำบลกระดังงา อำเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ประสบการณ์การใช้สมุนไพร และแหล่งที่มาของสมุนไพร มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05) เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่จังหวัดสมุทรสงครามเป็นชุมชนชาวสวน มักปลูกพืชผักที่ท่านได้แซมในสวน เช่น กระเพรา เตย พริกไทย และก็นำมาเป็นอาหาร ส่งผลให้เกิดประสบการณ์ตรงของการใช้สมุนไรมาก่อนป่วยและเมื่อป่วยจึงได้รับผลตอบกลับที่ดี เพราะปลูกเองกินเองหาง่าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาจันทรรัตน์ จาริกสกุลชัย รัฐพล ศิลปะรัศมี พลอยณญารินทร์ ราวินิจ ณัฏฐปวีร์ มณีวรรณะ รสริน น้อยเจริญ และสุกานดา ใจมา (2565)ศึกษาพฤติกรรมการใช้สมุนไพรไทยในช่วงสถานการณ์ COVID-19 อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลปัจจัยนำปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการ ใช้สมุนไพรไทยในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในช่วงสถานการณ์ COVID-19 อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จำนวน 384 คน ผลการศึกษา พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้สมุนไพรไทยในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 60.9 โดยกลุ่ม ตัวอย่างใช้สมุนไพรไทยเพื่อรักษาหรือบรรเทาอาการทางระบบทางเดินหายใจอยู่ในระดับสูงร้อยละ 73 ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านประสบการณ์ในการใช้สมุนไพรไทยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรไทยในการดูแลสุขภาพตนเอง อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการป่วย โรคร่วมประจำตัวอื่นๆ ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรรักษาโรคเบาหวาน ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรรักษาโรคเบาหวาน พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงสูงอายุ เป็นกลุ่มติดบ้านเป็นส่วนใหญ่ ยามเจ็บป่วยหรือรับยาเบาหวานทุกวันนี้จะไปโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล เนื่องจากใกล้บ้าน สะดวกขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาได้ง่ายขึ้น การใช้สมุนไพรจึงมีจำนวนคนสนใจไม่มาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ฤทธิชัย พิมปา, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์, นิรัตน์ อิมามีม, และสุปรียา ตันสกุล (2561) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ส่วนปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ และปัจจัยด้านความเชื่อ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรของผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุ เป็นช่วงที่ระบบความจำและร่างกายเริ่มมีความเสื่อม สมรถนะในการจดจำ ค่อนข้างจำกัด ประกอบกับไม่ค่อยให้ความสนใจในการใช้สมุนไพรเท่าทีควร เนื่องจากเห็นผลการรักษาช้ากว่าการใช้แผนปัจจุบัน และมีขั้นตอนในการใช้ค่อนข้างยุ่งยาก เช่น ยาหม้อต้องต้ม แล้วทิ้งไว้ 1 วันจึงรินน้ำดื่ม แก้ปวดเมื่อย หรือยาลูกกลอนต้องน้ำผงยามาปั้น นอกจากนั้นกลิ่น รูปสัมผัส ก็ไม่น่าทาน ทำให้ผู้สูงอายะไม่ค่อยชอบ เช่นกลิ่นไพล สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ไม่ค่อยอยากเรียนรู้และมีความเชื่อที่ไม่ค่อยดีต่อพฤติกรรมใช้สมุนไพรในการดูแลตนเองเท่าที่ควร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชฎาธาร สระถึง กนกกร มอหะหมัดอัสมาอ์ อาแซ คอรีเยาะ อะแซ อุดมลักษณ์ คงประสม และศันสนียา ไทยเกิด. (2561) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการรักษาบาดแผลของประชาชน ตำบลกระดังงา อำเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา พบว่า ความรู้เกี่ยวกับบาดแผลไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการรักษาบาดแผลของประชาชน

## การนำผลวิจัยไปใช้

1. ผลจากการวิจัยครั้งนี้พบว่าการรับข้อมูลข่าวสาร และการได้รับการอบรม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการรักษาโรคเบาหวาน ดังนั้นจะใช้ในการให้การดูแลรักษาพยาบาล รวมทั้งการจัดกิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้และคำแนะนำ ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เพื่อให้สามารถใช้สมุนไพรในผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย ได้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ ลดการเกิดผลข้างเคียงจากการใช้สมุนไพรอย่างผิดวิธีลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากโรคเบาหวานและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีทางเลือกในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนเอง รวมทั้งเป็นการสนับสนุนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง การจัดอบรมควรเน้นการปฏิบัติเป็นสำคัญ เพื่อเป็นการเตรียมทักษะประสบการณ์ให้กับผู้ป่วย

2. ควรมีแหล่งเรียนรู้และบุคลากรที่มีความรู้เชียวชาญในเรื่องสมุนไพร เช่น หมอพื้นบ้าน มีการจัดตั้งชมรมสมุนไพรของในหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เพื่อที่สามารถให้ความรู้กับผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ส่งเสริมให้มีการอนุรักษ์ฟื้นฟูสมุนไพร ให้มีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับภูมิปัญญาพื้นบ้านเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรในการรักษาสุขภาพ

## ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษา เพิ่มเติมเกี่ยวกับตัวแปรด้านด้านเศรษฐกิจและสังคม เพื่อนำผลมาปรับปรุง และพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานได้

2. ควรมีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยสมุนไพร ที่เหมาะสมกับพื้นที่

## รายการอ้างอิง

กองระบาด กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์.* สืบค้นเมื่อ 5 ตุลาคม 2563 จาก https://ddc.moph.go.th/brc/news.

กองควบคุมโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2564 ). *จำนวนและอัตราตายด้วย 5 โรคไม่ติดต่อ (NCD) ปี 2559-2563*. สืบค้นเมื่อ 18 มกราคม 2564 จาก http://www.thaincd.com

HDC กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี*. สืบค้นเมื่อ 18 มกราคม 2564 จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php

คลีพัตรา ไชยศรี, ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา, วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช และ ธวัชชัย พีรพัฒน์ดิษฐ์. (2559). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, *31*(3), 67-75.

จันทรรัตน์ จาริกสกุลชัย รัฐพล ศิลปะรัศมี พลอยณญารินทร์ ราวินิจ ณัฏฐปวีร์ มณีวรรณะ รสริน น้อยเจริญ และสุกานดา ใจมา (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้สมุนไพรไทยในช่วงสถานการณ์ COVID - 19 อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย*, *16*(2), 135-151

ชฎาธาร สระถึง กนกกร มอหะหมัดอัสมาอ์ อาแซ คอรีเยาะ อะแซ อุดมลักษณ์ คงประสม และศันสนียา ไทยเกิด. (2561). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการรักษาบาดแผลของ ประชาชนตำบลกระดังงา อำเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา*. รายงานการประชุมวิชาการระดับชาติด้านวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยีเครือข่าย ภาคใต้ ครั้งที่3: ขับเคลื่อนวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีสู่นวัตกรรม สร้างมูลค่าเพื่อความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน. คณะวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและการเกษตร มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา.

ปัญญ์กรินทร์ หอยรัตน และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล, 36*(1), 149 – 163.

ฤทธิชัย พิมปา, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์, นิรัตน์ อิมามีม, และสุปรียา ตันสกุล (2561). พฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จังหวัดกาญจนบุรี. *วารสารวิทยาลัยราชธนี กรุงเทพ*, 30(3), 14-25.

อุบลศรี อ่อนพลี. (2556). สมุนไพรลดน้ำตาลในเลือด. *วาสารพัฒนาเทคนิคศึกษา*, *25*(87), 10-14.

Becker, M. H. (1974). The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. *Health Education Monographs*, *2*(4) 354-385.

Bloom, B.S.,et al. (1971). *Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. New York: Mc Graw-Hill Book Company

Daniel, W. W. (1987). *Biostatistics: a Foundation for Analysis in the Health Sciences (4th ed.).* New York: John Wiley & Sons.

Harakeh, M. E. de Looze. Schrijvers, C. T., van Dorsselaer, S. A. & Vollebergh, W. A. (2012). Individual and environmental predictors of health risk behaviours among Dutch adolescents: The HBSC study. *Public Health, 126*(7), 566- 573.

Kiess, H. O. (1989). *Statistical Concepts for The Behavioral Sciences*. Biston Allyn and Bacon.

World Health Organization. (2020). *Diabetes*. Retrieved November 30, 2022 from https:// www.who.int/health-topics/diabetes.

# การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการปัญหาน้ำเสีย ตำบลดอนไก่ดี อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร

# Public Participation on Wastewater Management in Don Kai Di Sub-district, Krathum Baen District, Samut Sakhon Province

**ธรรมนูญ โนนแข็ง[1*] ศริศักดิ์ สุนทรไชย[2]**

Thammanoon Nonkaeng[1] Sarisak Soontornchai[2]

**โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลดอนไก่ดี[1*] สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช[2]**

Don Kai Di Sub-District Health Promoting Hospital[1*] Sukhothai Thammathirat Open University[2]

(Received: *October 07*, 2022; Revised: *April 30*, 2023; Accepted: *April 30*, 2023)

**บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงผสานวิธีระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการปัญหาน้ำเสีย 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาน้ำเสียของประชาชน และ (3) ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะของประชาชนในตำบลดอนไก่ดี อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาครที่มีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาน้ำเสีย กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลดอนไก่ดีจำนวน 1,939 ครัวเรือน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย จำนวน 335 ครัวเรือน ครัวเรือนละ 1 คน และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงในกลุ่มผู้นำชุมชนตำบลดอนไก่ดี จำนวน 24 คน กลุ่มผู้ประกอบกิจการโรงงาน จำนวน 45 คน และเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง จำนวน 3 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .89 และการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคสแควร์ และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

1. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการปัญหาน้ำเสีย ตำบลดอนไก่ดี อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M$=2.79, $S.D.$=0.10)

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาน้ำเสียของประชาชนตำบลดอนไก่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล คือ การศึกษา และระยะเวลาที่พักอาศัย 2) ปัจจัยด้านสังคม 3) ปัจจัยด้านการรับรู้ข่าวสาร และ 4) ปัจจัยด้านความรู้ ส่วนปัจจัยเพศ อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์

3. ปัญหาอุปสรรคคือ คุณภาพน้ำในลำคลองปัจจุบันมีความเสื่อมโทรมเกิดจากโรงงานอุตสาหกรรมลักลอบปล่อยน้ำเสียที่ไม่ผ่านการบำบัดออกสู่ลำคลองสาธารณะ สถานประกอบการขนาดเล็ก ร้านค้าร้านอาหารและห้องเช่าที่พักอาศัยปล่อยน้ำเสียจากการอุปโภคบริโภคลงสู่ลำคลองสาธารณะ

ข้อเสนอแนะคือ เทศบาลตำบลดอนไก่ดีควรส่งเสริมให้ประชาชนและสถานประกอบการเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการน้ำเสีย สร้างระบบบำบัดน้ำเสียรวมหรือพัฒนาลำคลองที่มีอยู่ ติดตามและประเมินคุณภาพน้ำเสียให้โรงงานอุตสาหกรรม และใช้มาตรการทางสังคม หรือกฎหมายอย่างเคร่งครัด

**คำสำคัญ** การมีส่วนร่วมของประชาชน การจัดการปัญหาน้ำเสีย น้ำเสีย

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: ktb13.ktb03@gmai.com เบอร์โทรศัพท์ 081-5399414)

## Abstract

This mixed methods research aimed to study: (1) levels of public participation; (2) factors related to the levels of participation; and (3) problems, obstacles, and suggestions related to public participation, involving in the management of wastewater problems in Don Kai Di sub-district, Krathum Baen district, Samut Sakhon province. Samples were 335 households selected by simple random sampling from 1,939 households, one person per household, and also 24 community leaders, 45 factory entrepreneurs, and 3 government officials selected by purposive sampling. Data were collected by using a questionnaire with its reliability coefficient of 0.89 and an in-depth structured interview form. Data analysis consisted of percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, and content analysis.

The results revealed that: (1) overall public participation was at a moderate level ($M$=2.79, $S.D.$ = 0.10); (2) factors which significantly related to participation in wastewater management of people (p-value<0.05) consisted of 1) personal factors as education and length of stay; 2) social factors; 3) information perception factors; and 4) knowledge factors. The factors which non-correlated with participation in wastewater management were: 1) personal factors as gender, 2) economic factors as occupation; (3) problems and obstacles comprised the deterioration of water quality in the canals caused by industrial factories smuggling of untreated wastewater into public canals. In addition, small enterprises, shops, restaurants, rentals, and apartments released their wastewater into public canals.

It could be suggested that Don Kai Di municipality should encourage the people and businesses to participate in wastewater management, construct a consolidated wastewater treatment system or develop quality of the existing canals, monitor and assess the quality of wastewater from industrial plants, and strictly use or enforce social or legal measures on this matter.


**Keywords**: Public participation, Management of wastewater problems, Wastewater

## บทนำ

การเปลี่ยนแปลงระบบเศรษฐกิจของประเทศไทย ส่งผลให้ประชากรทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติเข้ามาทำงานในเขตเมืองมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น และรูปแบบวิถีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เกิดการสร้างปัญหาสิ่งแวดล้อมในหลายด้านแก่เมือง ปัจจุบันคุณภาพน้ำในแหล่งน้ำต่าง ๆ ทั่วประเทศทั้งแหล่งน้ำผิวดิน แหล่งน้ำใต้ดิน และแหล่งน้ำทะเล โดยเฉพาะในบริเวณที่มีความหนาแน่นของชุมชนและกิจกรรมการพัฒนาต่าง ๆ กำลังประสบปัญหาความเสื่อมโทรม อันเนื่องมาจากการปนเปื้อนของสารพิษต่าง ๆ ที่มาจากกิจกรรมของมนุษย์ จากการติดตามตรวจสอบคุณภาพน้ำแหล่งน้ำสำคัญทั่วประเทศ ปี 2558 (มกราคม – มีนาคม 2558) ในแม่น้ำสายหลัก 48 สาย และแหล่งน้ำนิ่ง 6 แหล่ง โดยใช้ดัชนีคุณภาพน้ำแหล่งน้ำผิวดิน (Water Quality Index; WQI) แหล่งน้ำของประเทศ มีคุณภาพน้ำ อยู่ในเกณฑ์ดีมาก (ร้อยละ 2) เกณฑ์ดี (ร้อยละ 36) ระดับพอใช้ (ร้อยละ 41) และมีคุณภาพน้ำเสื่อมโทรม (ร้อยละ 21) ในส่วนของคุณภาพน้ำในบริเวณภาคกลาง พบว่าแหล่งน้ำส่วนใหญ่ มีคุณภาพน้ำอยู่ในเกณฑ์พอใช้และเสื่อมโทรม แหล่งน้ำที่อยู่ในเกณฑ์เสื่อมโทรมมาโดยตลอด คือ แม่น้ำเจ้าพระยาตอนล่าง ตั้งแต่อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ ถึงอำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี และแม่น้ำท่าจีน ตั้งแต่อำเภอเมือง จังหวัด สมุทรสาคร ถึงอำเภอวัดสิงห์ จังหวัดชัยนาท (กรมควบคุมมลพิษ, 2558)

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการปกครองประเทศ ตามมาตรา 57 (2) รัฐต้องอนุรักษ์ คุ้มครอง บำรุงรักษา ฟื้นฟู ทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม และความหลากหลายทางชีวิตภาพ โดยต้องให้ประชาชน และชุมชนท้องถิ่นมีส่วนร่วมดำเนินการและได้รับประโยชน์ด้วย นอกจากนี้ รัฐต้องให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศด้านต่างๆ การจัดทำบริการสาธารณะ การตรวจสอบการใช้อำนาจรัฐ การต่อต้านการทุจริต รวมทั้งการตัดสินใจทางการเมือง โดยในการดำเนินงานของภาครัฐองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องจัดให้มีการเปิดเผยข้อมูลและรายงานผลให้ประชาชนทราบ และมีกลไกให้ประชาชนในท้องถิ่นมีส่วนร่วมด้วย (ราชกิจจานุเบกษา, 2560)

การจัดให้มีเปิดเผยข้อมูลและการรายงานผลเกี่ยวกับปัญหาน้ำเสียที่เกิดขึ้นในชุมชนยังพบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกหน่วยงานยังไม่มีการจัดทำบัญชีสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะบัญชีสิ่งแวดล้อมด้านการป้องกันและบำบัดน้ำเสีย ซึ่งเป็นบัญชีสิ่งแวดล้อมที่สำคัญมากต่อการดำรงชีวิตของประชาชนในชุมชน เพราะการจัดทำและนำเสนอผลลัพธ์ของบัญชีนี้จะทำให้ประชาชนได้ทราบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ได้ทำอะไรไปบ้างและควรให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำในเรื่องอะไรต่อไป (วราวัตน์ เขียวไพรี และสมหมาย คำประชม, 2560)

ตำบลดอนไก่ดี อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร เป็นตำบลที่มีการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว ในขณะเดียวกันประชาชนมีความเป็นอยู่แบบสังคมเมืองที่ชัดเจน มีการขยายตัวของโรงงานอุตสาหกรรม จึงส่งผลให้เกิดปัญหามลพิษต่าง ๆ ตามไปด้วย สถานการณ์คุณภาพน้ำในภาพรวมในพื้นที่ตำบลดอนไก่ดี ปี 2558 โดยผลการทดสอบคุณภาพน้ำ โดยใช้ดัชนีคุณภาพน้ำทั่วไป (Water Quality Index; WQI) จากการประเมินคุณภาพน้ำในคลองแนวลิขิต 2 หมู่ที่ 1 ตำบลดอนไก่ดี ทั้งหมด 3 ครั้ง พบว่า ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 มีผลอยู่ในเกณฑ์เสื่อมโทรม และครั้งสุดท้าย เมื่อวันที่ 6 สิงหาคม 2558 พบว่า คุณภาพน้ำอยู่ในเกณฑ์เสื่อมโทรมมาก (เทศบาลตำบลดอนไก่ดี, 2561) นอกจากนี้ยังเกิดปัญหาข้อร้องเรียนเรื่องน้ำเสียที่เกิดขึ้นในชุมชนส่งผลให้เกิดเป็นข่าวและกระแสวิภาควิจารณ์ในโลกโซเชียลเกี่ยวกับการปล่อยน้ำเสียออกสู่แม่น้ำลำคลอง เมื่อวันที่ 19 เมษายน 2561 เพจเฟสบุ๊ก “แหม่มโพธิ์ดำ” เผยแพร่เรื่องราวจากลูกเพจ เป็นเหตุการณ์ที่คลองคึกฤทธิ์ ในหมู่ 5 ตำบลดอนไก่ดี อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร พบว่าน้ำภายในคลองเป็นสีชมพู โดยก่อนหน้านี้ในพื้นที่ดังกล่าวเคยพบว่ามีน้ำเน่าซึ่งเกิดจากโรงงานในพื้นที่ลักลอบปล่อยน้ำเสียตอนกลางคืน หลังสื่อนำเสนอข่าวสร้างความตกใจให้ชาวบ้านในพื้นที่ ซึ่งทันทีที่หน่วยงานรัฐทราบเรื่อง ก็ลงพื้นที่ตรวจสอบจนทราบว่าต้นเหตุของน้ำสีชมพูมาจากร้านรับซื้อของเก่าที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ ซึ่งในร้านมีกองเศษพลาสติกที่คาดว่าเป็นถังบรรจุสี ถูกโม่แล้วนำมาตากแดดไว้จำนวนมาก และมีน้ำสีชมพูไหลนองอยู่บนพื้น อีกทั้งน้ำทิ้งในบ่อพักก็เป็นสีชมพูและไหลลงสู่คลองดังกล่าว เมื่อมีการลงพื้นที่และค้นพบสาเหตุของปัญหาดังกล่าวทางเจ้าหน้าที่ได้มีการดำเนินการปรับปรุงแก้ไขและจัดการกับปัญหาดังกล่าวจนกลับคืนสู่สภาวะปกติในเวลาต่อมา

จากเวทีประชาคมหมู่บ้านได้มีการเสนอปัญหาเรื่องน้ำเสียที่เกิดขึ้นในชุมชน โดยจากการประชาคมหมู่บ้านจำนวน 6 ครั้ง มีผู้เสนอปัญหาน้ำเสียจำนวน 3 ครั้ง (ร้อยละ 50) ของการเสนอปัญหา พบว่า ปัญหาน้ำเสียที่เกิดขึ้นในชุมชนมีประชาชนให้ความสนใจที่จะให้ภาครัฐมีส่วนช่วยในการแก้ไขปัญหามากขึ้น

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการปัญหาน้ำเสียตำบลดอนไก่ดี อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร เพื่อทราบถึงระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการน้ำเสีย ความรู้ความเข้าใจในการจัดการน้ำเสียของประชาชน ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะของประชาชนในการมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาน้ำเสียต่อไป

## วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการปัญหาน้ำเสียตำบลดอนไก่ดี อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการปัญหาน้ำเสียของประชาชนในตำบลดอนไก่ดี อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร

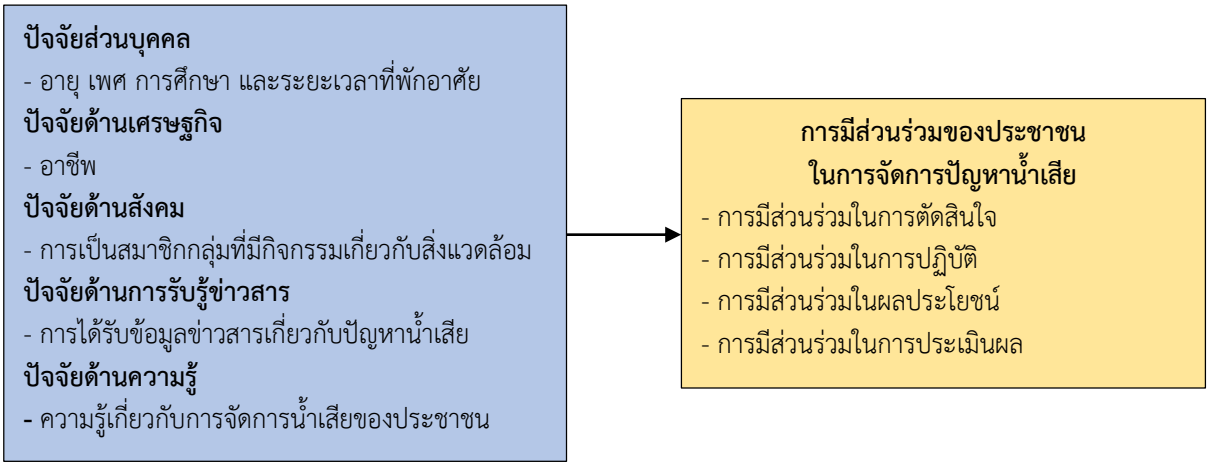
3. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะของประชาชนในการมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาน้ำเสีย

## สมมติฐานวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและปัจจัยด้านความรู้ของประชาชนในเขตตำบลดอนไก่ดีมีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาน้ำเสีย

## กรอบแนวคิดของการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ (Cohen & Uphoff ,1981) ได้จำแนกการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (Implementation) 3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) และ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation)




**ภาพ 1** กรอบแนวคิดการวิจัย

## ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นงานวิจัยเชิงผสานวิธี (Mixed Methods Research) ระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research)

**การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research)**

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

1. ประชาชนทั่วไป ได้แก่ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลดอนไก่ดี อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 6 หมู่บ้าน 1,939 ครัวเรือน ครัวเรือนละ 1 คน ผู้ศึกษาได้กำหนดขนาดตัวอย่างซึ่งได้คำนวณจากสูตรของทาโร ยามาเน่ (Taro Yamane,1973) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้จำนวน 331.59 ครัวเรือน เพื่อให้สะดวกในการคำนวณจึงใช้ตัวอย่างจำนวน 335 ครัวเรือน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยจะใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Random Sampling Technique) ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง

2. กลุ่มผู้นำชุมชนทั้งหมดในตำบลดอนไก่ดี ได้แก่ กำนันผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกสภาเทศบาลตำบลดอนไก่ดี รวมทั้งสิ้น 24 คน

3. กลุ่มผู้ประกอบกิจการโรงงาน ได้แก่ โรงงานอุตสาหกรรม 45 โรงงาน โรงงานละ 1 คน รวม 45 คน

4. กลุ่มเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เทศบาลตำบลดอนไก่ดี โรงเรียนบ้านดอนไก่ดี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนไก่ดี รวมทั้งสิ้น 3 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

ตอนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ระยะเวลาที่อยู่อาศัยในชุมชน ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ อาชีพ ข้อมูลทางสังคม ได้แก่ การเป็นสมาชิกกลุ่มที่มีกิจกรรมเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม และข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับปัญหาน้ำเสียได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับปัญหาน้ำเสีย

ตอนที่ 2 เป็นคำถามวัดความรู้เกี่ยวกับปัญหาน้ำเสีย มีลักษณะแบบเลือกตอบ คือ ถูก หรือ ผิด จำนวน 15 ข้อ เนื้อหาครอบคลุมเรื่อง ความหมาย สาเหตุของปัญหาน้ำเสีย ผลกระทบที่เกิดจากปัญหาน้ำเสีย การป้องกันและควบคุมปัญหาน้ำเสีย และการแก้ไขปัญหาน้ำเสีย

ตอนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการปัญหาน้ำเสีย เนื้อหาครอบคลุมการมีส่วนร่วมใน 4 ประเด็น คือ การค้นหาสาเหตุของปัญหา การวางแผน การปฏิบัติกิจกรรม การติดตามและประเมินผล ลักษณะของคำถามใช้มาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) ซึ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด โดยมีหลักเกณฑ์การให้คะแนนจาก มีส่วนร่วมมากที่สุดให้ 5 คะแนน ถึงมีส่วนร่วมน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน

ตอนที่ 4 เป็นคำถามปลายเปิด สอบถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะด้านการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการปัญหาน้ำเสีย จำนวน 3 ข้อ

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง และคลอบคลุมของเนื้อหาจากนั้นนำมาวิเคราะห์ค่าความตรง (Validity ) โดยคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Objective Congruence; IOC ) ได้ที่ 0.50 ขึ้นไป จากนั้นนำเครื่องมือที่ได้ตรวจสอบแก้ไขปรับปรุงแล้วไปใช้กับกลุ่มทดลองที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง (Try Out ) จำนวน 30 คน คือประชาชนที่อาศัยในเขตตำบลท่าเสา อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร ได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับปัญหาน้ำเสีย เท่ากับ 0.89 และการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการปัญหาน้ำเสีย เท่ากับ .91

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบข้อมูลเอง โดยเลือกผู้นำครัวเรือนหรือผู้ที่สามารถให้ข้อมูลได้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างกรอกข้อมูลตามแบบสอบถามเสร็จแล้วจึงส่งคืนให้ผู้ศึกษาภายในวันที่ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยเก็บข้อมูลในกลุ่ม กลุ่มประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลดอนไก่ดี กลุ่มผู้นำชุมชนทั้งหมดในตำบลดอนไก่ดี กลุ่มผู้ประกอบกิจการโรงงาน และกลุ่มหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. สถิติเชิงพรรณนาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลและอธิบายข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมานใช้สถิติ (Chi-square test) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามในสมมติฐาน

**การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)**

**ผู้ให้ข้อมูล**

1. กลุ่มผู้นำชุมชนทั้งหมดในตำบลดอนไก่ดี ได้แก่ กำนันผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกสภาเทศบาลตำบลดอนไก่ดี รวมทั้งสิ้น 24 คน

2. กลุ่มผู้ประกอบกิจการโรงงาน ได้แก่ โรงงานอุตสาหกรรม 45 โรงงาน โรงงานละ 1 คน รวม 45 คน

3. กลุ่มเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เทศบาลตำบลดอนไก่ดี โรงเรียนบ้านดอนไก่ดี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนไก่ดี รวมทั้งสิ้น 3 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ลักษณะเป็นการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้คำถามเหมือนกันทุกคน ซึ่งเป็นคำถามแบบปลายเปิดที่ประกอบไปด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านปัญหาน้ำเสียที่เกิดขึ้น ข้อมูลการจัดการปัญหาน้ำเสียที่ผ่านมา ข้อมูลการมีส่วนร่วมของประชาชนในการแก้ไขปัญหาน้ำเสีย ข้อมูลการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหาน้ำเสีย ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะในการมีส่วนร่วมของประชาชนและแนวทางในการแก้ไขปัญหาน้ำเสียของตำบลดอนไก่ดี

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง และครอบคลุมของเนื้อหาจากนั้นนำมาวิเคราะห์ค่าความตรง (Validity ) โดยคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Objective Congruence; IOC ) ได้ที่ 0.50 ขึ้นไป ผู้วิจัยได้แก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำเครื่องมือที่ได้ตรวจสอบแก้ไขปรับปรุงแล้วจัดพิมพ์เครื่องมือฉบับสมบูรณ์นำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) เป็นข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ด้วยตนเอง โดยจะเริ่มการสัมภาษณ์หลังจากเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามเสร็จแล้วในกลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มผู้ประกอบกิจการโรงงาน และกลุ่มหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง จะใช้คำถามแบบเดียวกันมีลำดับขั้นตอนเหมือนกัน ข้อมูลจะถูกบันทึกลงในเครื่องบันทึกเสียงเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและไม่คลาดเคลื่อน

**การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล**

ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลแบบสามเส้า โดยเมื่อได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์บันทึกลงในเครื่องบันทึกเสียงมาแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้องเพียงพอและความเชื่อถือได้ของข้อมูลว่าจะสามารถตอบปัญหาของการศึกษาได้อย่างครบถ้วนโดยใช้วิธีการการเปรียบเทียบและตรวจสอบความแน่นอนของข้อมูลโดยนำข้อมูลที่ได้มาเปรียบเทียบด้านข้อมูลจากแหล่งบุคคลที่แตกต่างกัน ซึ่งจะทำการพิสูจน์ว่าข้อมูลที่ได้มานั้นถูกต้อง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริงและตอบปัญหาการวิจัย

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้ศึกษาจะนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามในส่วนของคำถามปลายเปิด และการสัมภาษณ์เชิงลึก จากแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง มาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยนำคำสัมภาษณ์มาเปรียบเทียบความเหมือนและความต่างของแต่ละบุคคล และจัดลำดับความสำคัญตามคุณลักษณะของข้อมูล นำข้อมูลมาวิเคราะห์รวมกันอย่างเป็นระบบและนำไปสู่การเชื่อมโยงความสัมพันธ์ในแง่ต่าง ๆ ทั้งในเชิงเหตุและผลซึ่งการวิเคราะห์จะออกมาในลักษณะของการพรรณนา

## จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เลขที่ อว.0602.20/2419 ตั้งแต่วันที่ 20 พ.ย.62 ถึง 19 พ.ย.63

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปพบว่าส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายมีอายุ 60 ปีขึ้นไป อายุเฉลี่ย 51.86 ปี การศึกษาจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ระยะเวลาที่อยู่อาศัยในชุมชนอาศัยอยู่มากกว่า 50 ปี ระยะเวลาที่อยู่อาศัยในชุมชนเฉลี่ย 39.80 ปี มีอาชีพรับจ้าง และไม่ได้เป็นสมาชิกในกลุ่มที่มีกิจกรรมเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม

2. ระดับการมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาน้ำเสียของประชาชนในชุมชน

**ตาราง 1** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการปัญหาน้ำเสีย

| กลุ่มตัวอย่าง | *M* | *SD* | ระดับการมีส่วนร่วม |
|---|---|---|---|
| ประชาชนทั่วไป | 2.76 | 0.11 | ปานกลาง |
| กลุ่มผู้นำชุมชน | 3.70 | 0.06 | มาก |
| กลุ่มผู้ประกอบกิจการโรงงาน | 2.42 | 0.03 | ปานกลาง |
| กลุ่มหน่วยงานภาครัฐ | 4.35 | 0.22 | มากที่สุด |
| **ภาพรวม** | **2.79** | **0.10** | **ปานกลาง** |

จากตาราง 1 การศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาน้ำเสีย พบว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการปัญหาน้ำเสียในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง หากพิจารณาเป็นรายกลุ่มเป้าหมายพบว่า กลุ่มหน่วยงานภาครัฐมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาน้ำเสีย อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มผู้นำชุมชน ส่วนกลุ่มที่มีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาน้ำเสียน้อยที่สุดคือ กลุ่มประชาชนและกลุ่มผู้ประกอบกิจการโรงงานอยู่ในระดับปานกลาง

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการปัญหาน้ำเสียของประชาชนในชุมชน

**ตาราง 2** ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับการมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาน้ำเสีย (n=407)

| ปัจจัย | การมีส่วนร่วมต่ำ | | การมีส่วนร่วมสูง | | $\chi^2$ | *df* | *p-value* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | | |
| **เพศ** | | | | | 1.365 | 1 | 0.714 |
| หญิง | 100 | 24.57 | 134 | 32.92 | | | |
| ชาย | 75 | 18.43 | 98 | 24.08 | | | |
| **อายุ** | | | | | 20.184 | 6 | 0.165 |
| ต่ำกว่า 20 ปี | 6 | 1.47 | 3 | 0.74 | | | |
| 21 – 30 ปี | 12 | 2.95 | 15 | 3.69 | | | |
| 31 – 40 ปี | 21 | 5.16 | 38 | 9.34 | | | |
| 41 – 50 ปี | 45 | 11.06 | 44 | 10.81 | | | |
| 51 – 60 ปี | 46 | 11.30 | 55 | 13.51 | | | |
| 60 ปีขึ้นไป | 45 | 11.06 | 77 | 18.92 | | | |
| **การศึกษา** | | | | | 32.176 | 14 | 0.050 |
| ไม่ได้ศึกษา | 7 | 1.72 | 10 | 2.46 | | | |
| ประถมศึกษา | 89 | 21.87 | 98 | 24.08 | | | |
| มัธยมศึกษาตอนต้น | 20 | 4.91 | 38 | 9.34 | | | |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. | 28 | 6.88 | 32 | 7.86 | | | |
| อนุปริญญา/ปวส. | 9 | 2.21 | 13 | 3.19 | | | |
| ปริญญาตรี | 19 | 4.67 | 34 | 8.35 | | | |
| สูงกว่าปริญญาตรี | 3 | 0.74 | 7 | 1.72 | | | |
| **ระยะเวลาที่พักอาศัย** | | | | | 29.845 | 12 | 0.003 |
| ต่ำกว่า 20 ปี | 68 | 16.71 | 37 | 9.09 | | | |
| 21 – 30 ปี | 15 | 3.69 | 23 | 5.65 | | | |
| 31 – 40 ปี | 21 | 5.20 | 35 | 8.60 | | | |
| 41 – 50 ปี | 27 | 6.63 | 36 | 8.84 | | | |
| มากกว่า 50 ปี | 44 | 10.81 | 101 | 24.81 | | | |

จากตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับระดับการมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาน้ำเสีย พบว่า การศึกษา และระยะเวลาที่พักอาศัย มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาน้ำเสียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ เพศ อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาน้ำเสีย

**ตาราง 3** ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยด้านการรับรู้ข่าวสาร และปัจจัยด้านความรู้กับระดับการมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาน้ำเสีย

| ปัจจัยด้านต่าง ๆ | จำนวน | ร้อยละ | $\chi^2$ | p-value |
|---|---|---|---|---|
| **ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ** | | | | |
| อาชีพ | | | 20.330 | 0.160 |
| แม่บ้าน | 63 | 15.47 | | |
| ค้าขาย | 63 | 15.48 | | |
| ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ | 20 | 4.91 | | |
| รับจ้าง | 202 | 49.63 | | |
| เกษตรกร | 20 | 4.91 | | |
| อื่น ๆ | 39 | 9.58 | | |
| **ปัจจัยด้านสังคม** | | | | |
| การเป็นสมาชิกในกลุ่มที่มีกิจกรรมเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม | | | 16.909 | 0.001 |
| เป็นสมาชิก | 69 | 16.95 | | |
| ไม่เป็นสมาชิก | 338 | 83.05 | | |
| **ปัจจัยด้านการรับรู้ข่าวสาร** | | | | |
| การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับปัญหาน้ำเสีย | | | 25.073 | 0.001 |
| รับรู้ข่าวสารเป็นประจำ | 77 | 18.92 | | |
| รับรู้ข่าวสารเป็นบางครั้ง | 257 | 63.14 | | |
| ไม่เคยได้รับรู้ข่าวสาร | 73 | 17.94 | | |
| **ปัจจัยด้านความรู้** | | | | |
| ความรู้เกี่ยวกับ สาเหตุ ผลกระทบ และการแก้ไขปัญหาน้ำเสีย | | | 14.168 | 0.028 |
| ความรู้ต่ำ | 146 | 35.88 | | |
| ความรู้สูง | 261 | 64.12 | | |

จากตาราง 3 พบว่า ปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยด้านการรับรู้ข่าวสาร ปัจจัยด้านความรู้มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาน้ำเสียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สำหรับปัจจัยด้านเศรษฐกิจไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาน้ำเสีย

4. ปัญหาและอุปสรรคของการมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาน้ำเสียพบว่า ส่วนใหญ่เกิดจากการขาดการมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาน้ำเสียจากทุกภาคส่วน หน่วยงานภาครัฐไม่มีการแจ้งให้ทราบถึงกิจกรรมที่จัดขึ้นบวกกับเวลาที่ไม่เหมาะสมในการทำกิจกรรมเนื่องจากต้องทำงาน ส่งผลให้ไม่มีการแก้ปัญหาอย่างจริงจัง ซึ่งส่วนใหญ่จะคิดว่าเป็นหน้าที่ของรัฐเพียงฝ่ายเดียว ประชาชนและผู้ประกอบกิจการโรงงานยังขาดจิตสำนึกในการจัดการน้ำเสียที่ตนเองสร้างขึ้น ยังมีการทิ้งขยะลงในแม่น้ำลำคลองและยังมีการแอบลักลอบปล่อยน้ำเสียที่ไม่ผ่านการบำบัดออกสู่แม่น้ำลำคลอง ซึ่งมีการแจ้งให้หน่วยงานมาตรวจสอบแต่บางครั้งถูกมองข้าม ไม่มีหน่วยงานออกมาตรวจสอบข้อเท็จจริงดังกล่าว ในส่วนของการบังคับใช้กฎหมายยังไม่เข้มงวดเท่าที่ควรทำให้ปัญหาน้ำเสียเกิดขึ้นในชุมชนมากขึ้นไม่สามารถแก้ไขได้

5. แนวทางในการจัดการปัญหาน้ำเสีย

5.1 การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการปัญหาน้ำเสียนั้นอยู่ในระดับปานกลาง หน่วยงานภาครัฐโดยเฉพาะหน่วยงานหลักคือเทศบาลตำบลดอนไก่ดี ควรส่งเสริมให้ประชาชนในชุมชนตลอดจนผู้ประกอบกิจการโรงงาน เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาน้ำเสียให้มากยิ่งขึ้นโดยวิธีที่เหมาะสม

5.2 ส่งเสริมให้มีกิจกรรมในการบำบัดน้ำเสียมากยิ่งขึ้น โดยเริ่มจากการมีกระบวนการบำบัดน้ำเสียจากครัวเรือน ร้านค้า ร้านอาหาร สถานประกอบการขนาดเล็กที่ไม่มีน้ำเสียที่เกิดขึ้นจากการผลิต

5.3 ส่งเสริมให้มีกิจกรรมการแก้ไขปัญหาน้ำเสียในชุมชนเป็นประจำโดยการเสนอโครงการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในการช่วยแก้ไขปัญหาน้ำเสียที่เกิดขึ้นให้กลับมาดีได้

5.4 สร้างระบบบำบัดน้ำเสียรวมในชุมชนหรือพัฒนาลำคลองที่มีอยู่ให้เป็นระบบบำบัดน้ำเสียแบบบ่อปรับเสถียรที่อาศัยกระบวนการธรรมชาติ ติดตั้งเครื่องกลเติมอากาศหมุนช้า(กังหันน้ำชัยพัฒนา) เป็นการปรับปรุงคุณภาพน้ำให้ดียิ่งขึ้นตลอดลำคลองที่อยู่ในพื้นที่ตำบลดอนไก่ดี

5.5 จัดตั้งกลุ่มอนุรักษ์ลุ่มแม่น้ำเพื่อคอยสังเกตน้ำเสียที่ไหลมาและคอยเป็นหูเป็นตาให้กับหน่วยงานภาครัฐ

5.6 เทศบาลตำบลดอนไก่ดี ต้องมีการติดตาม ประเมินคุณภาพน้ำเสีย ให้มีการดำเนินการเป็นประจำตลอดจนคอยตรวจสอบ กำกับ ดูแลโรงงานอุตสาหกรรมต่าง ๆ อย่าให้มีการปล่อยน้ำเสียที่ไม่ผ่านการบำบัดออกสู่ลำคลองเด็ดขาด ใช้มาตรการทางสังคม หรือกฎหมายกับผู้ที่ไม่ปฏิบัติตามกฎหมายเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาน้ำเสียอย่างจริงจังและไม่เว้นปฏิบัติ ต้องทำให้ประชาชนเล็งเห็นความสำคัญของกฎหมายดังกล่าว

**อภิปรายผล**

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับระดับการมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาน้ำเสีย พบว่า เพศ อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาน้ำเสีย อาจเป็นเพราะไม่ว่าจะเป็นเพศไหน หรืออายุเท่าไหร่ ก็สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในชุมชนได้ ซึ่งมีความสอดคล้องกับอารักษ์ ธาราพรรค, และวัชรนิทร์ ชาญศิลป์ (2561) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการปัญหาน้ำเสียในชุมชนตรอกข้าวสาร เขตบางซื่อ พบว่า อายุ เพศที่แตกต่างกันมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาน้ำเสียไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังพบว่าการศึกษา และระยะเวลาที่พักอาศัย มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาน้ำเสีย ซึ่งสอดคล้องกับ Zhang, Zheng, Zhang, and Hu (2020) ได้ศึกษาอิทธิพลของทุนทางสังคมที่มีต่อเกษตรกรในการมีส่วนร่วมในการบำบัดน้ำเสียในชนบทในหนานจิง ประเทศจีน พบว่าทุนทางสังคม จิตสำนึกและระดับการศึกษาของเกษตรกรช่วยเพิ่มระดับการมีส่วนร่วมของเกษตรกรในประเทศจีนอย่างมีนัยสำคัญ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเศรษฐกิจ กับระดับการมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาน้ำเสีย พบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาน้ำเสีย ทุกอาชีพสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาน้ำเสียในชุมชนได้ ซึ่งมีความสอดคล้องกับอารักษ์ ธาราพรรค และวัชรนิทร์ ชาญศิลป์ (2561) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการปัญหาน้ำเสียในชุมชนตรอกข้าวสาร เขตบางซื่อ พบว่า อาชีพที่แตกต่างกันมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาน้ำเสียไม่แตกต่างกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคม กับระดับการมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาน้ำเสีย พบว่า การเป็นสมาชิกในกลุ่มที่มีกิจกรรมเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาน้ำเสีย อาจเกิดจากประชาชนที่เป็นสมาชิกกลุ่มเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและเป็นผู้ที่สนใจในการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม ส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาน้ำเสียมากยิ่งขึ้น ซึ่งมีความสอดคล้องกับ โสภิดา สุรินทะ, และสุธรรม รัตนโชติ (2553) เรื่องการมีส่วนร่วมในการจัดการทรัพยากรน้ำของประชาชน กรณีศึกษาศูนย์ศึกษาการพัฒนาห้วยทรายอันเนื่องมาจากพระราชดำริ พบว่า ระดับความมีส่วนร่วมของบุคคลในชุมชนแตกต่างไปตามตำแหน่งในคณะกรรมการจัดการน้ำ นั้นอาจเป็นเพราะหากผู้ใดมีตำแหน่งเกี่ยวกับการจัดการปัญหาน้ำเสียก็จะส่งผลให้ผู้นั้นมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาน้ำเสียมากขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้ข่าวสาร กับระดับการมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาน้ำเสีย พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับปัญหาน้ำเสีย มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาน้ำเสีย อาจกล่าวได้ว่าหากประชาชนมีช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่หลากหลาย จะส่งผลให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาน้ำเสียมากตามไปด้วย ซึ่งมีความแตกต่างกับอารักษ์ ธาราพรรคและวัชรนิทร์ ชาญศิลป์ (2561)ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการปัญหาน้ำเสียในชุมชนตรอกข้าวสาร เขตบางซื่อ พบว่าการมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาน้ำเสียในชุมชนตรอกข้าวสาร เขตบางซื่อ ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับปัญหาน้ำเสีย

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้ กับระดับการมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาน้ำเสีย พบว่า ปัจจัยความรู้มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาน้ำเสีย อาจกล่าวได้ว่าหากประชาชนมีความรู้ในการจัดการปัญหาน้ำเสีย ส่งผลให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาน้ำเสียมากไปด้วยซึ่งมีความแตกต่างกับอารักษ์ ธาราพรรค และวัชรนิทร์ ชาญศิลป์ (2561) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการปัญหาน้ำเสียในชุมชนตรอกข้าวสาร เขตบางซื่อ พบว่า การมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาน้ำเสียในชุมชนตรอกข้าวสาร เขตบางซื่อ ไม่มีความสัมพันธ์กับการความรู้เกี่ยวกับปัญหาน้ำเสีย

ข้อเสนอแนะในการจัดการปัญหาน้ำเสียตำบลดอนไก่ดี เทศบาลตำบลดอนไก่ดีควรส่งเสริมให้ประชาชนและสถานประกอบการเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการน้ำเสีย สร้างระบบบำบัดน้ำเสียรวมหรือพัฒนาลำคลองที่มีอยู่ติดตามและประเมินคุณภาพน้ำเสียให้โรงงานอุตสาหกรรม และใช้มาตรการทางสังคม หรือกฎหมายอย่างเคร่งครัด สอดคล้องกับ Piasecki (2019) ได้ศึกษาปัญหาการจัดการน้ำและน้ำเสียในชนบทโปแลนด์ พบว่า การเอาจริงเอาจังกับกฎหมายจึงจำเป็นในการปรับปรุงการจัดการน้ำและสิ่งปฏิกูลในระดับราชการส่วนท้องถิ่นอย่างมีนัยสำคัญ

## การนำผลการวิจัยไปใช้

1. การศึกษา และระยะเวลาที่พักอาศัยมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาน้ำเสีย โรงเรียนควรจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการปัญหาน้ำเสียแก่เด็กนักเรียนในการนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน และควรมีการส่งเสริมให้ประชาชนที่เข้ามาพักอาศัยในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาน้ำเสียในชุมชน

2. การเป็นสมาชิกในกลุ่มที่มีกิจกรรมเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาน้ำเสีย จึงควรดึงประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาน้ำเสีย โดยอาจจะมีการสอดแทรกกิจกรรมรับสมัครสมาชิกชมรมที่เกี่ยวข้องกับการอนุรักษ์ลุ่มแม่น้ำเพื่อให้กลุ่มดังกล่าวมีบทบาทในการจัดการปัญหาน้ำเสียในชุมชนมากขึ้น

3. การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับปัญหาน้ำเสียมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาน้ำเสีย จึงควรให้ประชาชนได้รับรู้ข้อมูล ข่าวสาร โดยใช้วิธีต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับชุมชน

4. ความรู้เกี่ยวกับการจัดการปัญหาน้ำเสียมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาน้ำเสีย หน่วยงานราชการควรมีการพัฒนาองค์ความรู้ด้านวิชาการ เพื่อให้ประชาชนได้มีความรู้และนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันในการแก้ไขปัญหาน้ำเสียได้

5. ระดับการมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาน้ำเสียของประชาชนอยู่ในระดับปานกลาง จึงต้องส่งเสริมให้ประชาชนหันมามีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาน้ำเสียให้มากขึ้น การชักชวนให้ประชาชนเข้ามาร่วมกิจกรรมให้มากขึ้นโดยวิธีต่าง ๆ เพื่อพัฒนาระดับการมีส่วนร่วมในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านการตัดสินใจ ด้านปฏิบัติการ ด้านการรับผลประโยชน์และด้านการประเมินผล

## ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลควรใช้การสนทนากลุ่ม (Focus Group) และวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เป็นวิธีหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งจะได้แนวทางในการแก้ไขปัญหาน้ำเสียในชุมชนที่สามารถนำแนวทางดังกล่าวไปใช้ในการแก้ไขปัญหาในชุมชนได้เลยทันที

2. ควรมีการทำการศึกษาสำรวจข้อมูลปริมาณและลักษณะสมบัติน้ำเสียที่เกิดขึ้นในตำบลดอนไก่ดีว่ามีลักษณะเช่นไร เพื่อเป็นการเลือกระบบบำบัดน้ำเสียในชุมชนที่เหมาะสมกับน้ำเสียที่เกิดขึ้นในชุมชนโดยแท้จริง

3. ควรมีการศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการน้ำเสียในตำบลอื่น ๆ ในอำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาน้ำเสียอย่างยั่งยืนตลอดจนควรมีการศึกษาความต้องการของประชาชนที่แท้จริงในการแก้ไขปัญหาน้ำเสีย จะได้นำความต้องการดังกล่าวมาใช้เป็นกิจกรรมในการจัดการปัญหาน้ำเสียต่อไป

**รายการอ้างอิง**


กรมควบคุมมลพิษ. (2558). *สถานการณ์มลพิษประเทศไทย ปี 2558*. สืบค้นเมื่อ วันที่ 28 มิถุนายน 2561 จาก http://wiki.kpi.ac.th

ฐกร กาญจน์จิรเดช, มยุรี รัตนเสริมพงศ์, สมบูรณ์ สุขสำราญ. (2561). รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการน้ำอย่างยั่งยืนของจังหวัดอุทัยธานีตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร, 6*(2), 537-552.

ดรุณี ศรีวิไล. (2555). *การจัดการน้ำเสียขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษาเทศบาลตำบลเมืองแกลง จังหวัดระยอง.* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, กรุงเทพฯ.

เทศบาลตำบลดอนไก่ดี. (2561). *แผนพัฒนาห้าปี ตำบลดอนไก่ดี อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร พ.ศ.2561 - พ.ศ.2565*. สมุทรสาคร: เทศบาลตำบลดอนไก่ดี.

ปิยธิดา ศรีพล, รัชดา ภักดียิ่ง, พรสวรรค์ ชัยมีแรง, รุ่งนภา กิตติลาภ, อณพสิษฐ ไชยเชษฐ์. (2563). แนวทางการจัดการน้ำเสียบึงหนองโคตรของเทศบาลตำบลบ้านเป็ด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิชาการและวิจัย มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 10*(2), 124-136

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. (2544). *ประมวลสาระชุดวิชาพฤติกรรมมนุษย์และสังคมเกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมอุตสาหกรรม*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ราชกิจจานุเบกษา. (2560). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการปกครองประเทศ. เล่ม 134 ตอนที่ 40 ก ลงวันที่ 6 เมษายน 2560.

วรารัตน์ เขียวไพรี, สมหมาย คำประชม. (2562). การเสริมสร้างศักยภาพการจัดการสิ่งแวดล้อมด้านการป้องกันและบำบัดน้ำเสียโดยการประยุคใช้โปรแกรมสำเร็จรูปบัญชีสิ่งแวดล้อม. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยหอการค้าไทย, 37*(2), 46-52.

สถาบันพระปกเกล้า. (2549). *การมีส่วนร่วมของประชาชน.* สืบค้นเมื่อ 28 มิถุนายน 2561 จาก http://opdc.go.th//special.php?spc_id=2&content_id=2549

สถาบันส่งเสริมการสอนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. (2560). *การบำบัดน้ำเสีย*. สืบค้นเมื่อ 30 พฤษภาคม 2565 จาก http://biology.ipst.ac.th/?p=3303

สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาคที่ 13 ชลบุรี. (2561). *น้ำเสียและการบำบัดน้ำเสีย.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 30 พฤษภาคม 2565 จาก http://www.mnre.go.th/reo13/th/news/detail/9363

โสภิดา สุรินทะ, สุธรรม รัตนโชติ. (2553). *การมีส่วนร่วมในการจัดการทรัพยากรน้ำของประชาชน : กรณีศึกษาศูนย์ศึกษาการพัฒนาห้วยทรายอันเนื่องมาจากพระราชดำริ.* มหาวิทยาลัยศิลปากร, นครปฐม.

องค์การจัดการน้ำเสีย. (2560). *การจัดการปัญหาน้ำเสีย.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 28 มิถุนายน 2561 จาก http://www.wma.or.th

อารักษ์ ธาราพรรค, วัชรนิทร์ ชาญศิลป์. (2561). *การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการปัญหาน้ำเสียในชุมชนตรอกข้าวสาร เขตบางซื่อ กรุงเทพมหานคร.* รายงานการวิจัย.

Cohen , J. M., & Uphoff, N. T. (1981). *Rural Development Participation : Concept and Measures for Project Design Implementation and Evaluation*. New York: Rural Development Committee Center for International Studies, Cornell University.

Cronbach, L. J. (1970). *Essentials of Psychological Test* (5th ed.). New York: Harper Collins.

Piasecki, A. (2019). Water and Sewage Management Issues in Rural Poland. *Water, 11*(3), 625-641

Taro Yamane. (1973). *Statistics: an introductory analysis*. New York: New York: Harper & Row

Zhang, R., Zheng, H., Zhang, H., and Hu, F. (2020). Study on the Influence of Social Capital on Farmers' Participation in Rural Domestic Sewage Treatment in Nanjing, China. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, *17*(7), 2479-2490.

# คำแนะนำการส่งบทความ

**คำแนะนำการเตรียมและส่งบทความ**

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

**ข้อกำหนดและชนิดของเรื่องจะตีพิมพ์**

1. เป็นผลงานวิชาการ ประเภทบทความ ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ ทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การสาธารณสุข การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิจัยทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การสาธารณสุข การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
3. ผลงานวิชาการและงานวิจัยจะได้รับการพิจารณากลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควรไม่น้อยกว่า 2 คน
4. ไม่มีค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์

**การเตรียมต้นฉบับ**

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนได้กำหนดรูปแบบการเขียนบทความที่จะลงในวารสาร ดังนี้

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word 97/03 for Windows ขนาด 15 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14) พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษด้านบน– ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 3.17 cm. ด้านขวา 2.54 cm. จำนวน 12 หน้า (ไม่รวมรายการอ้างอิง) และรายการ อ้างอิงต้องไม่เกิน 40 รายการ รวมรายการอ้างอิง ไม่เกิน 15 หน้า
2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกตรงกลางขนาดอักษร 17
3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 14 อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ระบุตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรง กับชื่อผู้นิพนธ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลักเพิ่มเบอร์โทรศัพท์และ e-mail ในส่วนล่างสุด
4. มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำ ต่อบทคัดย่อ
5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3–5 คำ)
6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16
7. การใช้ตัวเลขคำย่อและวงเล็บควรใช้เลขอารบิคทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning
8. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

    8.1 บทความวิจัย (ภาษาไทย)

    - บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
    - บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)
    - บทนำ
    - วัตถุประสงค์วิจัย
    - สมมติฐาน (ถ้ามี)

- กรอบแนวคิดการวิจัย
- ระเบียบวิธีวิจัย
- ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
- การเก็บรวบรวมข้อมูล
- การวิเคราะห์ข้อมูล
- จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
- ผลการวิจัย
- อภิปรายผล
- การนำผลการวิจัยไปใช้
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
- รายการอ้างอิง

8.2 บทความวิจัย (ภาษาอังกฤษ)

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

9. บทความวิชาการ ประกอบด้วย

- บทคัดย่อ (Abstract)
- บทนำ (Introduction)
- เนื้อเรื่อง (Content) แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต้องการนำเสนอตามลำดับ
- สรุป (Conclusion)
- ข้อเสนอแนะ (Suggestion)
- รายการอ้างอิง (References)

10. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 5$^{th}$ Edition

**การแจ้งเตือนเกี่ยวกับลิขสิทธิ์**

1. บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน ที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

2. บทความที่ได้รับการตีพิมพ์ถือเป็นลิขสิทธิ์ของ วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

**การส่งต้นฉบับ**

ส่งต้นฉบับสมบูรณ์เพื่อการพิจารณาลงตีพิมพ์เผยแพร่ใน “วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน”โดยส่งบทความผ่านเว็บไซต์ https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JCCPH/index และทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ไปที่ e-mail address: The.JCCPH@gmail.com ไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ต้นฉบับในรูปแบบ word และ pdf โดยใช้ชื่อเรื่องหรือ Subject ว่า ส่งบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ของ....(ชื่อเจ้าของบทความชื่อแรก).....

**สถานที่ติดต่อสอบถาม**

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

**สมัครส่งบทความลงตีพิมพ์ ในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน**

**(การกรอกใบสมัครโปรดใช้วิธีการพิมพ์)**

**เรียน บรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน**

**ข้าพเจ้า** ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ (โปรระบุ).....

ชื่อ – นามสกุล.....

**ตำแหน่งทางวิชาการ**

☐ ศาสตราจารย์ ☐ รองศาสตราจารย์ ☐ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ☐ อาจารย์

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

**สถานที่ทำงาน**

.....

.....

.....

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

E-mail .....

**มีความประสงค์ขอส่งผลงานบทความเรื่อง :**

ชื่อบทความ

.....

.....

.....

**กองบรรณาธิการสามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ที่** ☐ สถานที่ระบุข้างต้น ☐ ที่อยู่ดังต่อไปนี้

.....

.....

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

E-mail .....

**กรณีที่ไม่สามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ กองบรรณาธิการสามารถติดต่อบุคคลดังต่อไปนี้**

ชื่อ – นามสกุล.....

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

E-mail ..... มีความเกี่ยวข้องเป็น.....

ลงชื่อ.....

(.....)

เจ้าของบทความ

**ส่งใบสมัครและบทความได้ที่**

กองบรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
88/20 อาคาร 5 ชั้น 5 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง
นนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 02-5919186, 091-8348711 โทรสาร 02-5919187
e-mail address: The.JCCPH@gmail.com

# สภาการสารณสุขชุมชน


อาคาร 5 ชั้น 5 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

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

www.ccph.or.th

@ccph.or.th

ccph.th.org

02-591-9186