

ISSN PRINT 2730-1729
ISSN ONLINE 2697-5653

JCCPH

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
Journal Of Council Of Community-Public Health

ปีที่ 6 ฉบับที่ 2
พฤษภาคม - สิงหาคม 2567

Vol.6 no.2 May - August 2024



วสธ.

สภาการสาธารณสุขชุมชน
COUNCIL OF COMMUNITY-PUBLIC HEALTH

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
Journal of Council of Community Public Health

ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2567

วัตถุประสงค์

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

สำนักงาน :

สำนักงานกองบรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
สภาการสาธารณสุขชุมชน
88/20 อาคาร 5 ชั้น 5 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

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

e-mail : The.JCCPH@gmail.com

web:<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JCCPH/index>

ที่พิมพ์ :

บริษัท อาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด
67 อาคารทอปัสเปอร์มาร์เก็ต 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 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2567

ที่ปรึกษา

ดร.ไพศาล บางชวด
ศาสตราจารย์ ดร.นพ.สุรศักดิ์ ฐานีพานิชกุล
ศาสตราจารย์ (คุณวุฒิ) ดร.นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์
ศาสตราจารย์ (เกียรติคุณ) ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ
ศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร
รองศาสตราจารย์ (พิเศษ) ภก. กิตติ พิทักษ์นิตินันท์
นายมานะ เปาหุย

บรรณาธิการ

ดร.ปริญญญา จิตอร่าม

กองจัดการ

นางสาวฐิตินันท์ จันทรเยี่ยม
นางสาวภรภัทร แจ่มวงษ์
นายรัชกี สาร๊ะ
นายกฤตย์ดิวัฒน์ ฉัตรทอง
นายณรภัทร ศรีชุม
นายศักดิ์สิทธิ์ คำเกาะ

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.สถิกร พงศ์พานิช
ศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสุมน พงศ์มิญโญ
ศาสตราจารย์ ดร.วงศา เล้าหศิริวงศ์
ศาสตราจารย์ ดร.นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์
ศาสตราจารย์ ดร.อนามัย เทศกะทีก
รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทรคง
รองศาสตราจารย์ ดร.สถิร เทพระการพร
รองศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ ศิวะเดชาเทพ
รองศาสตราจารย์ ดร.สุภัททา กลางคาร
รองศาสตราจารย์ ดร.ปริญญพัฒน์ ไชยเมล์
รองศาสตราจารย์ ดร.นพรัตน์ ส่งเสริม
รองศาสตราจารย์ ดร.ทรงพล ต่อณี
รองศาสตราจารย์ ดร.วสุธร ต้นวัฒนกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศพร ชูศักดิ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวลักษณ์ ลักขมัจจุลกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทพ.ณัฐวธ แก้วสุทธา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร.สมตระกูล ราศิริ
อาจารย์ ดร.พิทยา ศรีเมือง
อาจารย์ ดร.จิรนนท์ ตูลชาติ
อาจารย์ ดร.สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์
อาจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ

กำหนดออก

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

เจ้าของ

สภาการสาธารณสุขชุมชน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
มหาวิทยาลัยมหิดล
มหาวิทยาลัยบูรพา
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยสยาม
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
มหาวิทยาลัยทักษิณ
มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
มหาวิทยาลัยบูรพา
มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดสงขลา

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 2-3 ท่านต่อบทความ และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือสภาการสาธารณสุขชุมชน ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

บทบรรณาธิการวารสาร

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนฉบับนี้เป็นฉบับประจำปีที 6 ฉบับที่ 2 ซึ่งเป็นฉบับปีพุทธศักราช 2567 ยังคงมีเนื้อหาและสาระทางวิชาการที่เข้มข้น ทุบทบทความได้ผ่านการกลั่นกรองจากกองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้วารสารมีความน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับในวงวิชาการ

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนได้ส่งข้อมูลให้ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (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

ปริญญญา จิตอร่าม
บรรณาธิการ

บรรณาธิการ

กองบรรณาธิการ

บทบรรณาธิการวารสาร

บทความวิชาการ (Academic Articles) :

การสร้างทีมงาน.....	1
---------------------	---

Team Building

พนัสนิเทศศักดิ์ เชื้อมวราศาสตร์, ขวาลา ยิ่งวิศศักดิ์

บทความวิจัย (Original Article) :

การออกกำลังกายด้วยแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนายาง อำเภอฟิชัย จังหวัดอุดรธานี.....	14
---	----

An Exercise Program Applying Social Support Theory among Elderly Persons

with Hypertension in Nayang Health Promotion Hospital, Pichai District,

Uttaradit Province

สมใจ สุดจิต

ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดสมุทรสงคราม.....	32
---	----

Health literacy and Coronavirus Disease 2019 Prevention Behaviors of Secondary

School Students in Samut Songkhram Province

นิวัฒน์ ทรงศิลป์, นฤพันธ์ จันทรวาน และฮิยาเยห์ เจ๊ะแว

การพัฒนารูปแบบการฝากครรภ์คุณภาพแบบบูรณาการและมีส่วนร่วม ตำบลเหนือคลอง อำเภอนือคลอง จังหวัดกระบี่.....	45
---	----

Integrated and Participatory Quality Antenatal Care Model at Nuea Khlong

Sub-district, Nuea Khlong District, Krabi Province

เสาวภา ขันดี

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย (Original Article) :

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ และการรับรู้ประโยชน์การใช้มะระขึ้นรักษาเบาหวาน ของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มารับยามะระขึ้นก โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17.....	61
Personal factors associated with knowledge and perception of the benefits of using <i>Momordica charantia</i> Capsules among Patients with Type 2 Diabetes Mellitus, Somdejprasangkharach XVII Hospital ชุตติญา ด้วงศาลเจ้า, อำพล บุญเพียร	
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และความคาดหวังของประชาชนที่มีต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินใน จังหวัดสมุทรสงคราม.....	74
Relationship between Knowledge and Expectations among People Towards Emergency Medical Services System in Samut Songkhram Province รชานนท์ รุณนุช และคณะ	
ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสมุทรสงคราม.....	87
Factors Affecting Motorcycle Accident Prevention Behavior Among Students at a University in Samut Songkhram Province, Thailand นพดล ทองอร่าม และคณะ	
รูปแบบการพัฒนาระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างยั่งยืน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอตาพระยา จังหวัด สระแก้ว.....	100
Model for the Sustainable development of Quality System and Standards of Practice in Medical and Public Health Laboratories at Sub-District Health Promoting Hospital, Ta Phraya District Health Service Network, Sa kaeo Province กรณมณีธนา ปุณณศิริมั่งมี	

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย (Original Article) :

การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหาร ในเขตเทศบาลเมืองศิลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น....	120
Sanitation Conditions Management of Restaurants in Sila Municipality Khon Kaen Province	
ภัควลัญญ์ พินิจมนตรี	
การศึกษาความต้องการจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพด้านการวิจัยของบุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี.....	146
Need Assessment to Develop Research Potential of Personnel of the Office of Disease Prevention and Control 10, Ubon Ratchathani	
ทศพงษ์ บุระมาน	
คำแนะนำการส่งบทความ	159

การสร้างทีมงาน

Team Building

พันโทนิติศักดิ์ เชื้อมวราราศร์¹, ชวลา ยิ่งทวีศักดิ์^{2*}

Lt.Col.Nitisak Chuamwarasart¹, Chawala Yingthaweesa^{2*}

กองบัญชาการกองทัพไทย¹, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี^{2*}

Royal Thai Armed Forces Headquarters¹, Thamaka District Public Health office Kanchanaburi²

(Received: July 20, 2024; Revised: August 22, 2024; Accepted: August 25, 2024)

บทคัดย่อ

เป็นที่ทราบกันโดยทั่วไปว่าในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายขององค์กรนั้น ต้องดำเนินการโดยทีมงานขององค์กรทั้งในระดับผู้บริหารและปฏิบัติงาน ซึ่งบุคลากรกลุ่มดังกล่าว ควรจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ สมรรถนะ ทักษะ ประสบการณ์ ที่เกี่ยวข้องกับงาน พร้อมทั้งมีวิจรรย์ญาณในการปฏิบัติงานที่ครอบคลุม สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจขององค์กร ทั้งนี้องค์กรต่าง ๆ จึงต้องมีคณะทำงานที่ทำหน้าที่ในบริหารงาน และการพัฒนาองค์กรเพื่อให้ได้การทำงานที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น ดังนั้นองค์กรจึงควรนำเอาการวิธีการของทำงานแบบทีมมาใช้ในการทำงาน ด้วยการสร้างทีมงานที่ดีและเก่งเข้ามาใช้ในการบริหารงาน เนื่องจากการทำงานเป็นทีมเป็นกระบวนการทำงานที่ทำให้คนทำงานมีความมั่นใจว่าตนเองไม่ได้เป็นเพียงแค่ผู้ปฏิบัติงานแต่จะมีความรู้สึกและมีความเข้าใจที่เพิ่มเติมเข้ามาว่าตนเองนั้นเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในหน่วยงาน ซึ่งเป็นแนวทางหนึ่งของการสรรสร้างให้คนทำงานทุกคนได้รับเกียรติและศักดิ์ศรีในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของการทำงานและเป็นส่วนหนึ่งของความสำเร็จในงานที่มีความสำคัญเท่าเทียมกัน อีกทั้งการทำงานเป็นทีมงานยังเป็นการสร้างความสัมพันธ์และความไว้วางใจของคนทำงาน ที่นำไปสู่การเรียนรู้ร่วมกันและพัฒนางานและองค์กรอย่างต่อเนื่อง (ธนากร สุวรรณกลาง, 2557) เป็นการทำงานร่วมกันโดยใช้ทักษะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานมาเติมเต็มให้แก่กันและกันด้วยความเต็มใจ โดยเป็นการทำงานที่มีเป้าหมายและความรับผิดชอบต่อ ผลของการกระทำงานนั้น ๆ ด้วยกัน ซึ่งเป็นอีกหนึ่งแนวทางของการบ่มเพาะและหล่อหลอมการทำงานที่คนทำงานพร้อมจะแลกเปลี่ยน เรียนรู้ร่วมกัน หากในกรณีเกิดความผิดพลาดจากการทำงาน ทีมงานจะไม่ตำหนิตัวใดแต่จะเป็นการแนะนำ สอนงานเพื่อการเรียนรู้จากปัญหาไปด้วยกัน และสิ่งที่สำคัญ คือ ทีมงานจะกลายเป็นตัวอย่างที่ดีในการถ่ายทอดประสบการณ์ พร้อมทั้งจะเป็นพี่เลี้ยงหรือต้นแบบการทำงานให้กับทีมงานคนอื่น ๆ หรือทีมงานรุ่นใหม่ ๆ ที่เข้ามา

ในบทความ “การสร้างทีมงาน” นี้ ผู้เขียนจะกล่าวถึงแนวคิด ความหมาย ความสำคัญและประโยชน์ของการทำงานเป็นทีม ประเภทและองค์ประกอบของทีมงานรวมทั้งปัจจัยสนับสนุนของการทำงานเป็นทีมให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งการทำงานเป็นทีมไม่เพียงแต่ช่วยให้บรรลุเป้าหมายขององค์กรเท่านั้น แต่ยังเป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่เหนียวแน่นและส่งเสริมการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลของคนทำงานแต่ละคน การสร้างทีมงานจึงเป็นการเรียนรู้ที่จะทำงานร่วมกับผู้อื่นอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการทำงานเป็นทีม และการสร้างทีมงานเป็นหนึ่งในทักษะที่มีคุณค่าที่คนทำงานควรมีโดยเฉพาะในปัจจุบันที่เน้นการทำงานเป็นทีมและการทำงานร่วมกันที่สนับสนุนให้เกิดการทำงานเป็นทีมงานที่มีประสิทธิภาพ

*ผู้ให้การติดต่อ : (Corresponding e-mail: john_lovers@hotmail.com)

Abstract

It is generally known that achieving the goals of an organization requires the collaboration of its workforce at both the executive and operational levels. The personnel in these groups should possess knowledge, skills, competencies, and relevant experience related to their work, along with the judgment necessary for performing their tasks. This should be aligned with the organization's vision and mission. Therefore, organizations need to establish working groups responsible for management and organizational development to enhance efficiency and effectiveness.

Organizations should adopt team-based working methods by building strong and capable teams for management. Teamwork is a process that instills confidence in workers, making them feel that they are not just performers but also contributors to their unit. This approach honors and dignifies every worker as part of the collaborative effort and shared success of important tasks.

Moreover, teamwork fosters relationships and trust among workers, leading to collective learning and continuous development of both work and the organization (Ronakorn Suwanklang, 2014). It involves working together by willingly sharing various skills relevant to the job, with a focus on shared goals and responsibilities for the outcomes of their collective efforts. This is another way to cultivate a work environment where individuals are ready to exchange knowledge and learn together.

In cases of mistakes, the team will not criticize one another but will instead provide guidance and support for learning from problems together. Importantly, the team will serve as a good example in sharing experiences, ready to mentor or set a standard for other teams or new members joining. - In this article titled "Building a Team," the author will discuss the concepts, meanings, importance, and benefits of teamwork, as well as the types and components of teams, along with the supporting factors for effective teamwork. Teamwork not only helps achieve organizational goals but also builds strong relationships and promotes the personal development of each worker.

Therefore, building a team is about learning to work effectively with others. Teamwork and team building are valuable skills that workers should possess, especially in today's context, which emphasizes teamwork and collaboration that supports the creation of effective teams.

บทนำ

แนวคิดการทำงานเป็นทีม

การทำงานเป็นทีมเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการทำงานขององค์กรซึ่งการทำงานเป็นทีมหรือการสร้างทีมงานนั้น ไม่ใช่เป็นเพียงแค่การรวมกลุ่มกันของบุคคลเพื่อการทำงานร่วมกันเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการสร้างความเข้าใจ การแบ่งปันวิสัยทัศน์ และการสนับสนุนซึ่งกันและกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กรร่วมกัน (ณัฐพันธ์ เชรนนท์ และคณะ, 2545) การทำงานเป็นทีมที่มีจุดเริ่มต้นที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติของมนุษย์ซึ่งเป็นสัตว์สังคม ที่ต้องอาศัย อยู่ร่วมกัน ต้องมีการพึ่งพา ช่วยเหลือกันและกัน เพื่อให้ตนเองนั้นสามารถดำรงชีวิตและทำงานต่าง ๆ ให้ประสบผลสำเร็จ โดยธรรมชาติของมนุษย์ในการการทำงานร่วมกันเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในกระบวนการทำงานและเกิดประสิทธิผลของงานนั้น ต้องมาจากการได้รับความร่วมมือร่วมใจด้วยความเต็มใจ มีความไว้วางใจต่อกัน และต้องคำนึงถึงความพึงพอใจของผู้ร่วมงานในการทำงานร่วมกันเป็นสำคัญด้วยองค์กรต่าง ๆ

มีแนวคิดที่เกี่ยข้องกับการสร้างทีมงาน เพื่อเป็นการเสริมแรง ซึ่งจะทำให้คนทำงานได้เข้ามามีส่วนร่วมกันในการทำงาน โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำงานเป็นทีมอยู่ 8 ประการ (ยงยุทธ เกษสาคร, 2547) คือ

1. การสร้างทีมงานต้องมีสิ่งจูงใจในการทำงาน ซึ่งอาจเป็นวัตถุ ได้แก่ รางวัลที่เป็นเงิน สิ่งของ ทรัพย์สิน สิ่งของที่จะให้แก่ผู้ปฏิบัติงานเป็นการตอบแทน หรือเป็นรางวัลที่เขาได้ทำงานให้แก่องค์กรได้เป็นอย่างดีเสมอมา
2. การสร้างทีมงาน ต้องมีสิ่งจูงใจที่อาจจะเป็นโอกาสของแต่ละบุคคลซึ่งที่ไม่ใช่วัตถุ เช่น ชื่อเสียง เกียรติยศ บทบาท ตำแหน่ง การได้สิทธิพิเศษ เป็นต้น
3. การสร้างทีมงาน ต้องมีสภาพทางกายภาพที่พึงปรารถนาของคนทำงาน ซึ่งในที่นี้หมายถึง สภาพแวดล้อมต่าง ๆ ขององค์กร เช่น สถานที่ทำงาน เครื่องมือ เครื่องใช้ เครื่องอำนวยความสะดวกในการทำงาน
4. ผลประโยชน์ที่ได้รับในทางอุดมคติ ซึ่งเป็นการสนองต่อความต้องการของคนทำงาน ในด้านความภูมิใจ เช่น การได้รับโอกาสให้แสดงฝีมือการทำงาน การได้มีโอกาสในการช่วยเหลือคนทำงานและผู้อื่น ๆ รวมทั้งการได้แสดงความภักดี (Loyalty) ต่อหน่วยงาน
5. ความดึงดูดใจทางสังคมซึ่งหมายถึงความสัมพันธ์อันดีมิตรกับผู้ร่วมงานคนอื่น ๆ ในหน่วยงาน ซึ่งถ้ามีความสัมพันธ์ที่เป็นไปด้วยความราบรื่นที่ดียิ่งก็จะทำให้เกิดความผูกพันและมีความพึงพอใจในการทำงานภายในองค์กร
6. การปรับสภาพการทำงานให้เหมาะสมกับวิธีการและทัศนคติที่มีต่องานและองค์กรของคนทำงาน เช่น การปรับปรุงตำแหน่งให้เหมาะสมกับความสามารถของคนทำงาน ทั้งนี้เนื่องจากคนทำงานแต่ละคนจะมีความสามารถที่หลากหลายและแตกต่างกัน
7. สภาพการอยู่ร่วมกันเป็นความพึงพอใจของคำทำงานในด้านสังคม หรือความมั่นคงทางสังคม ซึ่งจะทำให้คำทำงานผู้นั้นรู้สึกว่าเขาเอง มีหลักประกันมีความมั่นคงในการทำงานที่ดี
8. การได้รับโอกาสในการเข้าไปมีส่วนร่วมในงานอย่างกว้างขวางเป็นการเปิดโอกาสให้คนทำงาน ได้มีส่วนร่วมในการทำงานในฐานะเป็นบุคคลคนหนึ่งของหน่วยงาน เป็นการแสดงความเท่าเทียมกัน ในหมู่คนทำงานซึ่งจะช่วยให้อุบัติการณ์ความรู้สึกที่ดี มีกำลังใจในการปฏิบัติงาน

อีกทั้งยังมีแนวคิดสำคัญในการทำงานเป็นทีม (วรารณ ตรีภูสณชดี, 2549) ที่ได้กล่าวถึงรูปแบบการทำงานที่ควรจะต้องมีความเป็นเหตุเป็นผล เพราะคนทำงานจะมีความรู้ความสามารถรวมทั้งศักยภาพที่ต่างกันไป องค์กรจึงควรนำจุดเด่น จุดดี ของคนทำงานแต่ละคนในทีมงานมาช่วยให้งานที่ทำได้บรรลุตามเป้าหมายการทำงานที่แยกเป็นภาคเป็นส่วน ย่อมได้ผลดีไม่เท่ากับการทำงานที่ร่วมมือกัน ดังนั้นความสำเร็จของการทำงานเป็นทีม สิ่งสำคัญจึงขึ้นอยู่กับสมาชิกในทีมเป็นสำคัญ

ความหมายของการทำงานเป็นทีม

มีการกล่าวถึงความหมายของคำว่า “ทีม” ว่าหมายถึง กลุ่มของคนทำงาน ที่มีความรับผิดชอบในงานร่วมกันตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยที่กลุ่มคนเหล่านั้นต้องมีความรู้สึกและมีส่วนร่วมในการทำงานไปด้วยกัน (ปารวี สยัตพานิช, 2564) ในส่วนของสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (2560) ได้กล่าวว่า “ทีม” หมายถึง คนทำงานตั้งแต่ 2 คน มารวมตัวกัน ด้วยวัตถุประสงค์เดียวกัน และมีความมุ่งหมายในการทำงานที่ต้องการให้เกิดประสิทธิภาพของงานที่สูงที่สุด โดยมี “การสร้างทีมงาน” ขึ้นมาทีมงาน จึงหมายถึง คณะของคนทำงานหรือสภาพการทำงานที่มีสมาชิกมากกว่า 1 คน มารวมตัวเพื่อทำงานร่วมกัน ในการสร้างทีมงานนั้นจึงมีสาระที่สำคัญคือจะต้องกำหนดเป้าหมายร่วมกันอย่างชัดเจน มีการวางแผนงาน ตลอดจนวางระบบการทำงาน ที่คนทำงานทุกคนได้รับรู้ และเข้าใจในบทบาท ภาระหน้าที่ของตนเอง คนทำงานในทีมควรต้องมีแรงผลักดันร่วมกัน มีความมุ่งมั่นที่จะทำภาระกิจของการทำงานให้สำเร็จเพื่อบรรลุเป้าหมาย มีการร่วมมือกัน ช่วยเหลือส่งเสริมกันและกัน ตลอดจนมีการประเมินผล รวมทั้งมีการควบคุม กำกับงาน เพื่อให้มีการทำงานที่ผิดพลาดน้อยที่สุด และร่วมมือกันแก้ไขปัญหาเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น สิ่งสำคัญของการสร้างทีมงาน คือ จะต้องมีการหล่อหลอมทีมงานให้เป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน รู้จักหาวิธีการสร้างจุดใจให้คนทำงานเหล่านั้นทำงานด้วยความสมัครใจและเต็มใจ

การทำงานจะบรรลุเป้าหมายที่วางไว้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่นั้น ทีมงานมีความสำคัญเป็นอย่างมาก หากคนทำงานทุกคนในทีมงานมีความรักสามัคคี ร่วมแรงร่วมใจกันในการปฏิบัติงานย่อมส่งผลทำให้งานประสบความสำเร็จและบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ดังนั้นผู้บริหารจึงต้องสร้างทีมงานให้เกิดขึ้นในองค์กร และกระตุ้นให้ทุกคนมีส่วนร่วมกับการทำงาน ในฐานะที่คนทำงานทุกคนเป็นส่วนหนึ่งของทีมงาน ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของทีมงานไว้หลายท่าน อาทิ รังสรรค์ ประเสริฐศรี (2544) ให้ความหมายของการทำงานเป็นทีมว่า การที่คนทำงานหลายๆ คนมารับผิดชอบงานร่วมกันเพื่อให้งานบรรลุตามวัตถุประสงค์นั้น คนทำงานแต่ละคนล้วนแต่มีพื้นฐาน แนวความคิด ทักษะและประสบการณ์ที่แตกต่างกันดังนั้นเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นในการทำงาน ทีมงานจะเป็นตัวช่วยในการตัดสินใจเพื่อการแก้ปัญหาที่ดีที่สุดเพื่อให้องค์กรบรรลุตามจุดประสงค์ที่ตั้งไว้ อีกทั้ง ธีระ รุญเจริญ (2548) ให้ความหมายการทำงานเป็นทีม ว่าหมายถึง การที่บุคคลหลายคนมาทำงานด้วยกัน เพื่อบรรลุเป้าหมายเดียวกัน ทุกคนในทีมมีเจตตรงกัน ทำงานร่วมกันให้เต็มที่ที่สุดฝีมือ มีการประสานงานกันอย่างดี เพื่อการแก้ปัญหาต่าง ๆ ให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ และ ชรินยา สุขย์อัย และคณะ (2551) ได้ให้ความหมายการทำงานเป็นทีมไว้ว่า การทำงานร่วมกันตั้งแต่สองคนขึ้นไป โดยมีการกำหนดบทบาทของสมาชิก คือ บทบาทผู้นำ บทบาทสมาชิก มีการวางแผน การปฏิบัติตามแผน การตรวจสอบ ปรับปรุง เพื่อให้บรรลุผลการทำงานขององค์กร ในส่วนของรณกร สุวรรณกลาง (2557) กล่าวไว้ว่า ทีม หมายถึง กลุ่มคนที่มีจำนวนไม่มากที่มาทำงานร่วมกันด้วยการใช้ทักษะที่เติมเต็มซึ่งกันและกันด้วยความเต็มใจ โดยมีเป้าหมายในการทำงานและความรับผิดชอบต่อผลแห่งการกระทำของการทำงานนั้นด้วยกัน

จากการนิยามความหมายของทีมงานจะพบว่าส่วนใหญ่จะกล่าวถึงการทำงานที่สร้างประสิทธิภาพของการทำงาน (เบญจมาศ บั๋งรุ่ง, 2563) ที่ประกอบด้วยองค์ประกอบหลายส่วนประกอบ ทั้งที่เป็นปัจจัยนำเข้า กระบวนการ โดยประสิทธิภาพในการทำงานนั้นมักจะมองถึงเรื่องมิติของความคุ้มค่า คุ้มค่าเป็นสำคัญ รวมไปถึงการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ขององค์กรที่มีอย่างประหยัดก่อให้เกิดผลลัพธ์ ตรงตามเป้าหมายที่วางไว้สูงสุด (Hackman, J. R., 2002) โดยประสิทธิภาพในการทำงานเป็นทีม คือ ผลสำเร็จของการทำงานที่พิจารณาจากตัวชี้วัด ดังต่อไปนี้ 1) การทำงานได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ 2) การมีคุณภาพของงาน 3) ความสำเร็จของงานตรงตามเวลา 4) ความประหยัดต้นทุน 5) การประหยัดทรัพยากร และ Johnson and Johnson (2003) ได้กล่าวว่า การทำงานเป็นทีม หมายถึง กลุ่มบุคคลที่อยู่ร่วมกัน เพื่อมีความสัมพันธ์กันและพร้อมที่จะปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

ความสำคัญและประโยชน์ของการทำงานเป็นทีม

การทำงานเป็นทีมเป็นวิธีการที่ดีในการส่งเสริมบรรยากาศ (LaMastro, 2002) ในการทำงาน ซึ่งมีความสำคัญและประโยชน์ของการทำงานเป็นทีมต่อการทำงาน (Meuse, Ken De, 2009) (ยงยุทธ เกษสาคร, 2545) สามารถกล่าวถึง ไว้ดังนี้

1. การทำงานเป็นทีมทำให้ได้ผลงานที่ดีมีคุณภาพเพราะการทำงานเป็นทีมทำให้ คนทำงานได้มองเห็นเป้าหมายของงานแต่ละงานอย่างชัดเจน และรวมไปถึงเป้าหมายขององค์กรด้วย ทั้งนี้เมื่อคนทำงานมีความเข้าใจในเป้าหมายของงานแต่ละงาน ก็จะทำให้คนทำงานสามารถปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. การทำงานเป็นทีมเป็นการเพิ่มผลผลิตของงาน โดยการทำงานเป็นทีมจะช่วยเพิ่มผลผลิตของงาน ทำให้เกิดผลผลิตของงานที่ดี ประสบความสำเร็จตรงตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้
3. การทำงานเป็นทีมช่วยลดความขัดแย้งในองค์กรซึ่งการทำงานเป็นทีมทำให้คนทำงานไม่เกิดความขัดแย้งกันกับเพื่อนร่วมงานที่อยู่ในทีมเดียวกัน แต่ก็มีให้หมายความว่าการทำงานจะทำให้การทำงานราบรื่นได้เสมอไปทั้งนี้อาจมีปัญหาคือ งานเข้ามาได้แต่การมีทีมงานจะช่วยในการแก้ปัญหา งานได้ดีและเร็วกว่า
4. การทำงานเป็นทีมทำให้คนทำงานรู้บทบาทหน้าที่ของตนเอง และพร้อมที่จะช่วยเหลือคนทำงานคนอื่น ๆ ในทีมงานได้ตามบทบาทหน้าที่ของตนเองเช่นกัน
5. การทำงานเป็นทีมเป็นการปลูกฝังความรับผิดชอบ โดยการทำงานเป็นทีมทำให้คนทำงานเกิดความรับผิดชอบต่องานในหน้าที่ในระดับที่ตนเองรับผิดชอบและส่งผลให้เกิดความพึงพอใจต่อการทำงาน
6. การทำงานเป็นทีมเป็นการสร้างมิตรสัมพันธ์ ของการทำงานกับเพื่อนร่วมงาน จะทำให้คนทำงานได้เพื่อนร่วมงานที่เข้าใจกันและกัน ส่งผลให้คนทำงานสามารถทำงานด้วยกันอย่างมีความสุข
7. การทำงานเป็นทีมเป็นการพัฒนาความคิดสร้างสรรค์ ซึ่งการทำงานที่มีความสุขจะเป็นพลังเชิงสร้างสรรค์ที่สร้างความสนใจให้กับคนทำงานได้เกิดความรักในหน้าที่การงานที่รับผิดชอบ ซึ่งจะส่งผลให้คนทำงานเกิดความสบายใจและมีสติ สัมปชัญญะ และปัญญาในการสร้างสรรค์งานอย่างเต็มศักยภาพ

ความสำเร็จขององค์กรขึ้นอยู่กับการบริหารทีมงานที่มีประสิทธิภาพ (ทองทิพภา วิริยะพันธุ์, 2551:) การบริหารทีมงานจึงมีความจำเป็นที่ผู้บริหารและทีมงานต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับรายละเอียดต่าง ๆ ของกระบวนการในการบริหารทีมงานให้กระจ่าง และชัดเจนในทุกแง่มุม ไม่ว่าจะเป็นหลักในการทำงานเป็นทีม

องค์ประกอบของทีมงาน การกำหนดวัตถุประสงค์ของทีมงาน ตลอดจนวิธีการกระตุ้นหรือจูงใจให้เกิดการทำงาน เป็นทีมที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทีมงานได้ช่วยกันทำงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามเป้าหมายขององค์กร หากผู้บริหารสามารถเรียนรู้และนำมาใช้ประโยชน์อย่างเต็มที่ จะส่งผลดีต่อองค์กรเป็นอย่างมาก ทั้งในด้านการเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันให้แก่องค์กร และในด้านการสร้างความแข็งแกร่งขององค์กร ทำให้องค์กรเจริญก้าวหน้าอย่างยั่งยืน

กล่าวโดยสรุปถึงความสำคัญของการทำงานเป็นทีมได้ว่า การทำงานเป็นทีมเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างมากต่อการทำงานและทีมงานเพราะเป็นการร่วมมือ ร่วมใจกันของสมาชิกในองค์กร ที่ส่งผลให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จตามเป้าหมายของการดำเนินงาน เพราะมีความเชื่อที่ว่า มนุษย์แต่ละคนมีความรู้ความสามารถที่มีแตกต่างกัน และความรู้ความสามารถรวมทั้งศักยภาพในตัวบุคคลนั้นมีขอบเขตที่จำกัด ดังนั้น การรวมกลุ่มกันเป็นทีมเพื่อการทำงานจึงเป็นการนำเอา จุดดี จุดเด่น และความรู้ ความสามารถที่แตกต่างกันของคนทำงานแต่ละคน หรืออย่างน้อยที่สุดเป็นการนำเอาส่วนที่ดีที่สุดของคนทำงานแต่ละคนมารวมกันทำงาน ให้บรรลุเป้าหมายของทีม อาจกล่าวสรุปถึงสาระสำคัญของการทำงานเป็นทีม คือ เพื่อร่วมกันแก้ปัญหาและพัฒนาการทำงาน ที่ทำให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อองค์กร และสังคม และเพื่อตอบสนองต่อความต้องการทางจิตใจ ของคนทำงานเป็นการสร้างความมั่นใจ ความรู้สึกที่ปลอดภัย มั่นคง สนองตอบต่อความต้องการด้านความสัมพันธ์ การยกย่องนับถือ และความต้องการในการพัฒนาตนเองของคนทำงาน

ประเภทของทีมงาน

การสร้างทีมงานในองค์กรนั้นมีการจำแนกประเภทของทีมงานไว้หลากหลายลักษณะ (ชาญชัย อาจิณสมจารย์, 2545) ดังนี้

1. ทีมงานชั้นสูงเป็นทีมงานที่ต้องมีความรับผิดชอบในการกำหนดนโยบาย และพัฒนากลยุทธ์ในการบริหารองค์กร ทำหน้าที่ในการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมขององค์กร และกำหนดทิศทางขององค์กร (Rhoades. 2002) รวมทั้งทำหน้าที่ในการประเมินการแข่งขันขององค์กร และระบุโอกาสขององค์กร ตลอดจนตัดสินใจในเรื่องสำคัญๆ ดังนั้นทีมงานชั้นสูงจึงมีความสำคัญยิ่งต่อความสำเร็จและความเจริญก้าวหน้าขององค์กร

2. ทีมงานบริหารเป็นทีมงานที่กำหนดจุดหมายในการปฏิบัติงาน ทำหน้าที่สำคัญในการประสานงาน และควบคุมการทำงานของสมาชิกในองค์กร ดำเนินการจัดหา จัดสรรทรัพยากรและวางแผนการปฏิบัติงาน สร้างกลยุทธ์ กลวิธีการพัฒนา และจัดการภารกิจต่าง ๆ ขององค์กรจึงจำเป็นต้องมีการสร้างทีมงาน ซึ่งอาจมีการแบ่งทีมงานบริหารที่องค์กรควรต้องสร้างให้มี (ยงยุทธ เกษสาคร, 2545) โดยแบ่งออกได้เป็น 2 ทีมงานที่สำคัญ คือ

- 2.1 ทีมงานผู้บริหารระดับสูง ซึ่งมีบทบาทในการกำหนด จุดมุ่งหมายหลักขององค์กร กำหนดนโยบายหลัก และพัฒนากลยุทธ์ขององค์กร เนื่องจากองค์กรมีภารกิจที่ต้องดำเนินการ จึงต้องการสร้างทีมงานที่เป็นตัวแทนของทุกฝ่าย ทุกลักษณะงานในองค์กร ทีมงานนี้เป็นผู้ที่ต้องใช้ความรู้ ประสบการณ์ (J. George and Brief, 1992) ความเชี่ยวชาญในการบริหารองค์กรซึ่งเป็นบทบาทสำคัญของทีมบริหารระดับสูง อีกสิ่งหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการสร้างทีมงานของทีมงานผู้บริหารระดับสูง คือ ทีมงานที่เป็นทีมผู้บริหารระดับสูงอาจมีวาระของการทำงานที่สามารถมาร่วมทำคุณประโยชน์ให้กับองค์กรในเวลาใดเวลาหนึ่ง

2.2 ทีมงานบริหารระดับกลาง เป็นทีมงานที่ทำหน้าที่ดำเนินการตามจุดมุ่งหมายที่มีรายละเอียด การปฏิบัติงานที่มากขึ้น ทีมงานบริหารระดับกลางจะทำหน้าที่ในการประสานงานและควบคุมการทำงานของ คนทำงานในองค์กร โดยเฉพาะกลุ่มบุคลากรหลักในระดับหัวหน้างาน หัวหน้าฝ่ายต่าง ๆ ที่เป็นกลไกสำคัญ ในขับเคลื่อนองค์กร ทีมงานบริหารระดับกลางมีหน้าที่ในการจัดหาทรัพยากร งบประมาณ และทำหน้าที่ ในการวางแผนการปฏิบัติงาน สร้างกลยุทธ์การพัฒนาและการวิเคราะห์ขอบเขตของหน้าที่ของคนทำงานต่าง ๆ ในองค์กร

3. ทีมงานในระดับปฏิบัติงาน ทีมงานนี้ได้แก่ ทีมคนทำงานในฝ่ายงานต่าง ๆ ดำเนินการตามให้สำเร็จ ตามวัตถุประสงค์ของแต่ละงาน คนทำงานเหล่านี้ในแง่มุมมองของการทำงานด้านสุขภาพนั้นอาจทำงานที่เกี่ยวข้อง กับประชาชนโดยตรง เป็นผู้ให้บริการในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค การบำบัดโรคเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพมนุษย์และสิ่งแวดล้อมในชุมชน

กลุ่มคนทำงานเหล่านี้เป็นคนที่ทำหน้าที่เบื้องต้นขององค์กร สิ่งสำคัญค่าทำงานเหล่านี้ คือ กลุ่มคนที่ทำหน้าที่ในการเปลี่ยนปัจจัยป้อนเข้า (Input Factors) ต่าง ๆ ของงานที่ปฏิบัติเข้าสู่กระบวนการ ในการทำงานเพื่อการดูแลสุขภาพของมนุษย์และสิ่งแวดล้อม (Process) ที่มีผลให้เป็นประชาชนหายหรือบรรเทา จากอาการเจ็บป่วย (Output) มีสุขภาพที่แข็งแรง (Outcome) มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี หรือที่เรียกกันว่า Well – Being สามารถดูแลตนเองและบุคคลอื่น ๆ ต่อไปได้ (Impact) ผลผลิตสู่ลูกค้า จึงนับเป็นทีมงาน ที่มีความสำคัญยิ่งต่อความสำเร็จขององค์กร

4. ทีมเทคนิคหรือในบางองค์กรเรียกว่า ทีมวิศวกรรมเทคนิค ซึ่งเป็นการสร้างทีมงานที่องค์กร จัดตั้งขึ้น เพื่อทำหน้าที่ในการควบคุม ดูแลการทำงานที่ต้องมีมาตรฐานงานต่าง ๆ ขององค์กร ซึ่งมีความแตกต่างกัน ในแต่ละองค์กร บางองค์กร หรือบางลักษณะงานขององค์กรอาจมีมาตรฐานทางเทคนิคในการทำงาน เช่น มาตรฐานการตรวจรับรองน้ำ อากาศ มาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร หรือมีมาตรฐานการผลิตหรือมาตรฐานบริการ เช่น มาตรฐานงานสุขศึกษาและการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ โดยเน้นการทำงานที่ปฏิบัติตามเกณฑ์ มีวิธีการกระบวนการทำงานที่เป็น มาตรฐานมีรูปแบบเดียวกันทั้งองค์กร

สิ่งที่สำคัญ คือ องค์กรทุกองค์กรมีความต้องการที่จะทำให้องค์กรเจริญก้าวหน้า มีความมั่นคงมากขึ้น การมีมาตรฐานการทำงานจึงมีความจำเป็นมากยิ่งขึ้นที่ต้องมีทีมงานเทคนิคในการช่วยควบคุม กำกับดูแล ในเชิงเทคนิคการทำงาน ทีมเทคนิคจึงเป็นอีกหนึ่งทีมงานที่จะต้องขับเคลื่อนองค์กรตามลักษณะการทำงาน ที่มีเคลื่อนไหวเป็นพลวัต (Dynamic) ไม่หยุดนิ่งต่อเนื่องตลอดเวลา

5. ทีมงานสนับสนุนการปฏิบัติงาน เป็นทีมงานที่ควรมี ทีมงานนี้เป็นทีมงานที่เกิดขึ้นภายนอก กระบวนการปกติของการทำงาน ทีมนี้จะให้การสนับสนุนทางอ้อม (Support) ในการทำงานเป็นอีกหนึ่งทีมงาน ที่มีความจำเป็น และความสำคัญต่อประสิทธิภาพของกระบวนการทำงาน ส่งผลต่อความสำเร็จและประสิทธิผล ในการปฏิบัติงาน

ทั้งนี้การทำงานทางด้านสุขภาพในปัจจุบันมีการจำแนกทีมงานตามวัตถุประสงค์เฉพาะของงาน หรือกิจกรรม (สุนันทา เลหาพันธ์, 2549) โดยในแต่ละของการทำงานนั้นมีวัตถุประสงค์ของการทำงานเฉพาะ เรื่องที่อาจจำแนกได้ในลักษณะต่าง ๆ กัน ทั้งนี้จะพบการทำงานเป็นทีมตามวัตถุประสงค์เฉพาะของงานหรือ กิจกรรมได้หลากหลายลักษณะ ดังนี้

1. คณะกรรมการ (Committee) ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลของการทำงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบการทำงานที่มีการกำหนดไว้แต่เป็นลักษณะของงานที่ไม่ใช่งานประจำ
2. คณะทำงาน (Task Force) เป็นคณะของคนทำงานที่จัดตั้งขึ้นชั่วคราว โดยมีสมาชิกของทีมงานที่ถูกคัดเลือกมาจากหลาย ๆ หน่วยงานในองค์กร ทั้งนี้เพื่อทำงานเฉพาะกิจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์อย่างใดอย่างหนึ่งที่ต้องการ เล็งเห็นว่ามีความจำเป็นความสำคัญเร่งด่วน เป็นกลุ่มของคนทำงานชั่วคราว ที่ทำงานเพื่อให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับปัญหาเฉพาะอย่าง เฉพาะเรื่อง
3. อนุกรรมการเฉพาะกิจ (Ad-hoc committee) เป็นคณะทำงานที่ทำหน้าที่เป็นกรรมการที่ได้รับการแต่งตั้งขึ้นเป็นครั้งคราว ทั้งนี้เพื่อทำงานตาม วัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ เมื่อทำงานเสร็จแล้ว อนุกรรมการเฉพาะกิจนี้ถือว่าสิ้นสุดภาระหน้าที่ลง
4. ทีมงานโครงการ (Project Teams) เป็นทีมงานที่ประกอบด้วยกลุ่มของคนทำงานที่รับผิดชอบในการดำเนินงานเพื่อการปฏิบัติกิจกรรม ภาระงานตามโครงการ ทีมงานโครงการนี้มีระยะเวลาของการทำงานที่ชัดเจน โดยเริ่มต้นและสิ้นสุดตามกำหนดการของโครงการ
5. กลุ่มเฉพาะด้าน (Special Group/Clubs) เป็นทีมงานที่ประกอบด้วย สมาชิกที่มีความสนใจเฉพาะเรื่องใดเรื่องหนึ่งมาร่วมตัวกันจัดตั้งเพื่อจัดกิจกรรมต่าง ๆ ที่อยู่ในความสนใจซึ่งเป็นการรวมตัวกันเอง

องค์ประกอบของทีมงาน

ในการทำงานร่วมกันเป็นทีมงานเพื่อให้กระบวนการทำงานมีประสิทธิภาพที่สูงขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้เกิดและมีประสิทธิผลของการทำงานได้ตามเป้าหมายที่องค์กรกำหนดนั้น คนทำงานทุกคนในองค์กร และในทีมงานควรต้องมีทัศนคติที่ดีต่อการทำงานร่วมกัน และมีเจตนาที่มุ่งมั่นต่อเพื่อความสำเร็จของงาน ทั้งนี้เพราะทัศนคติเป็นสิ่งที่มียุทธพลต่อการทำงานของของคนทำงาน ที่จะต้องทำงานร่วมกัน ซึ่งการทำงานเป็นทีม หรือการสร้างทีมงานนั้น ควรมีองค์ประกอบที่สำคัญ (ธีระ รุณเจริญ, 2548) ดังรายละเอียดนี้

1. ข้อตกลงของการปฏิบัติงาน (Agreement) เป็นสิ่งที่สำคัญในลำดับแรกๆ ของการทำงานเป็นทีม การสร้างข้อตกลงร่วมกันของทีมงานในการทำงาน อาจกำหนดออกมาได้ในรูปแบบที่หลากหลาย เช่น มีการกำหนดกฎ ระเบียบ แนวทางการทำงานของทีม มีการการสร้างและกำหนดแบบแผนการทำงานของทีมงาน ซึ่งข้อตกลงนี้จะแบบแผนของการทำงานที่เฉพาะเจาะจงของแต่ละงาน เป็นข้อตกลงขั้นพื้นฐานของความเข้าใจร่วมกันว่าสมาชิกของทีมงานจะต้องปฏิบัติตามกฎ หรือทำงานตามเป็นมติของกลุ่ม ซึ่งสามารถกำหนดข้อตกลงของการปฏิบัติงานนี้ได้ทั้งกลุ่มการทำงานที่มีลักษณะแบบทางการ (Formal Group) หรือกลุ่มไม่เป็นทางการ (Informal Group) โดยสมาชิกทุกคนของทีมจะต้องยอมรับและปฏิบัติตามเป็นอย่างดี ทั้งนี้สมาชิกกลุ่มย่อยในทีมงานอาจมีการกำหนดกฎเกณฑ์แบบไม่เป็นทางการขึ้นมาใช้ในการทำงานได้เช่นกัน

2. บุคลากรคนทำงาน (Personnel) แบ่งคนทำงานออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

- 2.1 ผู้นำทีมหรือหัวหน้าทีมงาน (Leader) ซึ่งควรจะต้องเป็นบุคคลที่มีความสามารถเฉพาะตัวที่สูง โดยเฉพาะในด้านการวางแผน การมอบหมายงาน การกระจายภาระงาน การควบคุม การกำกับ การติดตาม การประเมินงาน และควรเป็นบุคคลที่สามารถให้การเสริมแรงให้ทีมงานใช้ความรู้ ความสามารถของตนเองในการทำงาน สร้างแรงจูงใจ สร้างพลังใจให้สมาชิกของทีมงานให้ทำงานด้วยความพยายามอย่างเต็มที่ สร้างกำลังใจในการเผชิญปัญหาในการทำงาน และการแก้ปัญหาความขัดแย้งร่วมกันในการทำงาน

2.2 คนทำงานที่เป็นสมาชิกของทีมงาน (Member) ควรจะต้องมีลักษณะที่สำคัญ คือ มีเจตนาดีในการทำงาน มีทัศนคติที่ดีต่อการทำงานเป็นทีม มีความตั้งใจจริงในการทำงานกลุ่ม สิ่งสำคัญที่คนทำงานควรมีอย่างยิ่งคือ จิตสำนึกและตระหนักถึงในคุณค่าและความสำคัญของการทำงานเป็นทีม

3. บทบาทของคนทำงานในทีมงาน (Role) การทำงานเป็นทีม ทีมงานต้องมีความรู้สึกร่วมกันในการทำงาน โดยเฉพาะการรักษาบทบาท ตามหน้าที่ ที่ทีมงานได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติ ซึ่งจะมีความแตกต่างกันตามลักษณะของคนทำงาน ลักษณะงาน ซึ่งควรจะต้องมีการจัดแบ่ง บทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบ และการกระจายงานกันตามความรู้ ความสามารถ และความถนัดของคนทำงานที่เป็นทีมงานแต่คนอาจสรุปได้ว่า องค์ประกอบของการทำงานเป็นทีม ต้องประกอบไปด้วย บุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปที่ต้องมีลักษณะที่สำคัญ ได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดี มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันอย่างมีแบบแผน มีการพึ่งพากันในการปฏิบัติงาน มีความคิดว่าตนเองเป็นสมาชิกของทีมงาน มีวัตถุประสงค์และเป้าหมายเดียวกัน มีความคิดว่าการทำงานร่วมกันช่วยให้งานสำเร็จได้ดีกว่าการทำงานเพียงคนเดียว มีความสนใจที่จะทำงานร่วมกัน มีความเพียรพยายามที่จะทำงานและผลิตผลงานที่มีคุณภาพสูง และความพร้อมที่จะเผชิญปัญหาร่วมกัน

4. แบบแผนของกลุ่มหรือการจัดทีมงาน (Pattern) เป็นการจัดรูปแบบของทีมงาน ที่เหมาะสมกับลักษณะของงาน ซึ่งลักษณะของกลุ่มหรือทีมงานนี้ (Woodcock, M. & Francis, D., 1994) ในขั้นเริ่มต้นควรมีขนาดของกลุ่มที่เหมาะสมกับลักษณะของงานที่ต้องปฏิบัติ มีการกำหนดเป้าหมายของการทำงานที่ตรงกันชัดเจน และมีการกำหนดขั้นตอนในการทำงานที่แบ่งกันอย่างชัดเจน มีการประสานงานกัน ในลักษณะที่เป็นการร่วมมือกันทำงาน เพื่อนำไปสู่เป้าหมายร่วมกันของคนทำงานทุกคนในทีมงาน ไม่ใช่การแข่งขันทำงาน และการจัดให้มีการแสวงหาวิธีการปรับปรุงแก้ไข หรือแสวงหาวิธีการทำงานที่เหมาะสม โดยการประชุมหรือโดยการปรึกษากันในรูปแบบต่าง ๆ

5. การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของคนทำงาน (Interaction) เป็นองค์ประกอบสำคัญในการทำงานเป็นทีม (วรารณ ตระกูลสถิตย์, 2549) เพราะเป็นการทำงานที่มีสมาชิกตั้งแต่ 2 คน ขึ้นไปที่มีหน้าที่ความรับผิดชอบที่เกี่ยวข้องร่วมกันในการดำเนินกิจกรรมของทีม โดยคนทำงานแต่ละคนควรตระหนักในความสำคัญของหน้าที่ในการทำงานของกันและกัน ที่สามารถแสดงออกโดยการยอมรับ การให้เกียรติกัน การปรึกษาหารือร่วมกันในการทำงาน มีการให้ออกาสกันและกันในการทำงาน ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์ของคนทำงานนั้น ควรต้องอยู่บนพื้นฐานของการสื่อสารของทีม ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นและสำคัญอย่างยิ่งในการบริหารทีมงานให้ประสบความสำเร็จ การสื่อสารของทีมเป็นส่วนหนึ่งที่บ่งบอกถึงความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการบริหารงานทีมด้วยเช่นกัน และโดยเฉพาะในบุคคลที่อยู่ในฐานะตั้งแต่หัวหน้าทีมงาน จำเป็นจะต้องแจ้งให้ผู้ร่วมทีมงานได้ทราบถึงนโยบาย ระเบียบ ข้อบังคับ การทำงานและความต้องการขององค์กร ในส่วนของสมาชิกทีมงานนั้น ก็จะต้องสื่อสารย้อนกลับเพื่อแจ้งความเข้าใจ ปัญหา ความขัดข้อง หรือแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกันเป็นต้น

การสื่อสารงานภายในทีม คือ การแจ้งความต้องการขององค์กรในเรื่องงาน การสื่อสารจึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่เป็นกลไกและหัวใจหลักที่จะทำให้งานดำเนินไปด้วยความต่อเนื่อง คล่องตัว ราบรื่น ก้าวหน้า และส่งผลสำเร็จตามเป้าหมายของทีมงานที่ได้รับ ซึ่งมีส่วนสำคัญที่จะต้องพิจารณาเบื้องต้นในประเด็นการสื่อสารของทีมงาน คือ 1) สื่อ ที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร 2) กระบวนการ เครือข่ายหรือช่องทางการสื่อสาร และ 3) ภาษาที่ใช้ในการสื่อข้อความ ซึ่งเป็นการถ่ายทอดข้อมูล ข้อความ ข่าวสารต่าง ๆ ไปถึงผู้รับ จึงจำเป็นต้องใช้สื่อต่าง ๆ ในการติดต่อสื่อสาร เช่น โทรศัพท์ เอกสาร สิ่งสำคัญต้องคำนึงว่าสื่อต่าง ๆ ควรช่วยให้ผู้รับสารได้รับข้อมูลข่าวสารได้ตรง รวดเร็ว ถูกต้อง เหมาะสม ไม่บิดเบือน สอดคล้องกับสถานการณ์การทำงาน รวมทั้งสภาวะการณ์ต่าง ๆ ขององค์กรด้วย

ระบบในการทำงานของทีมงาน

ในการทำงานเป็นทีมที่ดีนอกจากจะต้องมีองค์ประกอบของทีมงานที่ดีแล้ว ทีมงานจะทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อสร้างสรรค์ผลงานให้มีประสิทธิผลจำเป็นจะต้องมีระบบของการทำงานที่ดี (Teamwork System) หากทีมงานมีระบบของการทำงานที่ดีจะช่วยให้การทำงาน ประสบความสำเร็จได้เร็วยิ่งขึ้น อีกทั้งยังลดปัญหาและอุปสรรคที่เกิดกับทีมได้ การวางระบบการทำงานที่ดีให้เกิดขึ้นกับทีมงานนั้น มีองค์ประกอบพื้นฐานได้แก่ ระบบการสื่อสารภายในทีม ระบบของการประสานงานระหว่างทีม ซึ่งได้กล่าวไปแล้วข้างต้น มีการวางระบบขั้นตอนการทำงาน มีหลักปฏิบัติในการทำงาน มีองค์ประกอบของระบบทีมงาน มีระบบของการประเมินผลการทำงาน มีการปรับปรุงพัฒนาการทำงาน และระบบการประสานงานระหว่างทีมทั้งหมดที่กล่าวมาจำเป็นต้องอาศัยคนทำงานในทีมงานขับเคลื่อนปัจจัยต่าง ๆ เพื่อให้เกิดระบบการทำงานของทีมงานที่ดี

การทำงานเป็นทีมจะมีขั้นตอนของการทำงานที่ควรเริ่มต้นตั้งแต่การกำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายของงาน มีรวบรวมข้อมูล ข่าวสาร สารสนเทศ ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมากำหนดนโยบายการทำงาน กำหนดลักษณะงาน และแบ่งสรร จัดสรรส่วนงานและทรัพยากรที่จะต้องใช้ มีการ วางแผนงาน กำหนดกรอบขอบเขตของงาน รวมทั้งเงื่อนไขของการทำงานต่าง ๆ เช่น เวลา ทรัพยากร เป็นต้น หลังจากนั้นจะต้องมีการมอบหมายงานตามความถนัดของสมาชิกในทีมงาน และมีการติดตาม สำรวจการปฏิบัติงาน ตรวจสอบรายละเอียดของงาน มีการทบทวนผลการดำเนินงาน ตามเวลาที่กำหนด ซึ่งจะต้องมีการทบทวนเพื่อปรับแผนงานตามสมควร และประเมินผลสำเร็จของงาน เมื่อเสร็จสิ้นภาระกิจ แล้วควรจะต้องแจ้งให้สมาชิกในทีมได้ทราบ เพื่อความภาคภูมิใจและถ้ามีสิ่งใดที่สมควรจะปรับปรุงให้ดีขึ้นต่อไปก็ควรจะต้องตั้งเป็นข้อสังเกตไว้

ในการทำงานของทีมจะมีการประสานการทำงานระหว่างสมาชิกในทีม ซึ่งมีองค์ประกอบหลักที่สำคัญก็คือ ความร่วมมือที่จะต้องมีการสร้างความเข้าใจ หรือการกำหนดข้อตกลงร่วมกัน มีการระดมความคิด วิธีการ เทคนิค การจัดหาทรัพยากรต่าง ๆ มาสนับสนุนการทำงานร่วมกัน มีการจัดสรรจังหวะเวลาที่เหมาะสมกับลักษณะของการทำงานของสมาชิกแต่ละคน โดยก่อนการประสานงานจะต้องกำหนดความต้องการให้ชัดเจนว่าจะประสานงานในประเด็นใด เพื่อทำให้เกิดอะไรหรือเป็นอย่างไร หรือจะทำให้ได้ผลลัพธ์อย่างไร ซึ่งประเภทของการประสานงานแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. การประสานงานภายในทีมงานเดียวกัน เป็นระบบการประสานงานที่ควรมีการจัดแผนผังและกำหนดหน้าที่การทำงานที่ชัดเจน จัดให้มีระบบการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ทีมงานได้ร่วมประชุมปรึกษาหารือ อาจมีการใช้วิธีการทางงบประมาณเพื่อเป็นเครื่องมือในการควบคุมการปฏิบัติงานทั้งเพื่อให้มีการประสานงานกันในเชิงทางงบประมาณได้เช่นกัน มีการติดตามสอดส่องการปฏิบัติงานให้เสร็จสิ้นตามเวลาที่กำหนดทั้งเพื่อให้ทราบถึงปัญหาหรือข้อขัดข้องต่าง ๆ ว่ามีสิ่งใดบ้าง และควรจัดให้มีกิจกรรมการประสานงานให้ชัดเจน

2. การประสานงานระหว่างทีมงานควรจัดให้มีการกำหนดอำนาจหน้าที่ของแต่ละทีมงานให้ชัดเจน และเข้าใจง่าย การใช้คณะกรรมการผสมหรือคณะกรรมการกลางช่วยกลั่นกรองข้อมูล เพื่อขจัดความขัดแย้ง และทำให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น การใช้วิธีงบประมาณจะสามารถช่วยพิจารณาแยกและป้องกันปัญหาเรื่องการทำงานซ้ำซ้อนได้ดี

การประสานงานทีมงานเป็นหน้าที่ทางด้านการจัดการที่สำคัญและจำเป็นเพื่อให้การทำงานบรรลุและประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ภายในระยะเวลาที่กำหนดการประสานงานที่ดีจะต้องจัดให้ผู้ที่ทำงานร่วมกันมีความเข้าใจในวัตถุประสงค์ตรงกันรับผิดชอบต่อหน้าที่เพื่อให้งานสัมฤทธิ์ผลอย่างมีประสิทธิภาพ (Trent, 2007) โดยเฉพาะในทีมงานที่มีสมาชิกที่มีประสบการณ์ทำงานน้อย จะทำให้มีความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน การติดต่อสื่อสาร การประสานงานระหว่างคนทำงานภายในทีมที่ไม่ดี รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงผู้นำทีมงานจะส่งผลเป็นอย่างมาก ต่อการประสานงานภายในทีมงาน ซึ่งประสิทธิภาพการเลือกวิธีการหรือรูปแบบการประสานงานจะต้องคำนึงถึงวัตถุประสงค์และสถานการณ์รวมทั้งแก้ไขปัญหาอุปสรรค มีการวางแผนปฏิบัติงาน มีระบบการรายงาน การเลือกวิธีการสื่อสารที่เหมาะสม และส่งเสริมให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะ

การสร้างทีมงานหรือการทำงานเป็นทีมเป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินโดยเฉพาะการทำงานในระบบสุขภาพปฐมภูมิ (ราชกิจจานุเบกษา, 2562) ที่จำเป็นต้องมีการสร้างทีมงานวิชาชีพและผู้ที่เกี่ยวข้องในการทำงาน โดยที่กลไก การจัดระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ทีมสหวิชาชีพ และประชาชน ซึ่งประกอบด้วยผู้นำชุมชน รวมทั้งแกนนำในชุมชนต่างเข้ามาร่วมกันทำงาน เพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ มีการดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม รวมทั้งกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินการเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีประสิทธิภาพ ความเป็นธรรม มีคุณภาพ และมีมาตรฐาน ดังนี้

1) การสร้างความสัมพันธ์ร่วมกับชุมชน ระหว่างนักสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ขององค์กรภาครัฐ และองค์กรเอกชนด้านต่าง ๆ ในชุมชน เช่น ผู้บริหารและพนักงานองค์การบริหารส่วนตำบล ครู ก่อให้เกิดการเข้าร่วมทีมงานเพื่อร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน

2) การสร้างแกนนำชุมชน ซึ่งอาจเป็นกลุ่มประชาชนหรือทีมสุขภาพของชุมชน ด้วยการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน เพื่อเปิดกว้างให้กับประชาชนทุกคนในชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วม เช่น กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คณะกรรมการชุมชน กรรมการชุมชน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเยาวชน และกลุ่มอื่น ๆ รวมถึงประชาชนทั่วไป ซึ่งไม่ได้จำกัดกลุ่มเฉพาะกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เท่านั้น

สรุป

กล่าวโดยสรุปถึงหลักของการปฏิบัติการของการทำงานเป็นทีมที่สำคัญคือ ทีมงานควรต้องมีอุดมการณ์ของการทำงานที่ชัดเจน แน่นนอน ที่สมาชิกทุกคนในทีมงานยอมรับ มีการทำงานที่ยึดมั่นในความถูกต้อง ใช้หลักการประนีประนอมและถือหลักการให้อภัยในการทำงานระหว่างกันและกันอย่างเสมอ ทุกคนในทีมงานมีสำนึกในบทบาทของตนเองตามสัดส่วนการปฏิบัติงานที่ตนเองรับผิดชอบ รู้จักแบ่งงาน ไม่เอาเปรียบกัน ถือการที่ว่าสมาชิกทุกคนในทีมงานมีความเท่าเทียมกัน มีความเคารพในสิทธิและเสรีภาพส่วนตัวของกันและกัน ทีมงานที่ดีควรยึดถือหลักการที่ไม่สร้างความโดดเด่นเฉพาะตัวคนคนเดียว แต่ต้องโดดเด่นร่วมกันทั้งทีม (สุนันทา เลาहनันท์, 2551) เปิดใจกว้างระหว่างกัน มีความเป็นอิสระในการทำงานพอสมควร โดยมีการประสานงานกันอย่างสม่ำเสมอ ยึดถือหลักการปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ อย่างเคร่งครัดเสมอ เมื่อมีความขัดแย้งต้องถือหลักการประนีประนอมที่อาจแตกต่างกันให้มองในมุมมองเดียวกันได้ มีมุมมองต่อปัญหาว่าเป็นเรื่องธรรมดาที่สามารถเกิดขึ้นได้ ยอมรับผิดเมื่อทำผิดและร่วมมือกันแก้ไขปัญหาและป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาใหม่

เอกสารอ้างอิง

- ชรินยา สุขย้อย, ปิยนันท์ ชุมปัญญา และวสุ จันแป้น. (2551). *การบริหารงานแบบทีมงานในสถานที่ศึกษาที่ส่งผลต่อการประกันคุณภาพของสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน ในเขตภาคเหนือตอนล่าง*. [การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง กศ.ม]. สาขาวิชาบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ชาญชัย อาจิณสมจารย์. (2545). *ทักษะการบริหารทีมงาน*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ ฯ : เอ็กสเปอร์เน็ท.
- ณัฐพันธ์ เชนนันท์. (2545). *การสร้างทีมงานที่มีประสิทธิภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ ฯ : เอ็กสเปอร์เน็ท.
- ทองทิพภา วิริยะพันธุ์. (2551). *การบริหารทีมงานและการแก้ปัญหา*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ ฯ : สหธรรมจำกัด คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย.
- ธีระ รุญเจริญ. (2548). *สู่ความเป็นผู้บริหารสถานศึกษามีอาชีพ*. กรุงเทพฯ ฯ : ข้าวฟ่างการพิมพ์.
- เบญจมาศ บุ่งรุ่ง. (2563). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานที่บ้าน (Work from home) ของพนักงานรัฐในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส covid-19 : กรณีศึกษาสถาบันพระปกเกล้า*. [รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปารวี สยัดพานิช. (2562). *การสร้างทีมให้มีประสิทธิภาพ งานจัดการความรู้*. กรุงเทพฯ ฯ : คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล.
- ยงยุทธ เกษสาคร. (2545). *ภาวะผู้นำและทำงานเป็นทีม*. (พิมพ์ครั้งที่ 7 ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ ฯ : เอสแอนด์กราฟฟิค.
- ยงยุทธ เกษสาคร. (2547). *ภาวะผู้นำและทำงานเป็นทีม*. (พิมพ์ครั้งที่ 6). นนทบุรี : ปณณรัชต์.
- รณกร สุวรรณกลาง. (2557). *การพัฒนาโมเดลทีมที่มีประสิทธิผลจากองค์การที่ได้รับรางวัลคุณภาพแห่งชาติ*. [วิทยาสตรมหาบัณฑิต]. สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2562, มิถุนายน). พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562. <https://library.parliament.go.th/index.php/th/radioscript/phrarachbayyatirabbsukhphaphpthmphuumi-phs-2562>

- รังสรรค์ ประเสริฐศรี. (2544). *ภาวะผู้นำ*. กรุงเทพฯ : ธนัชการพิมพ์.
- วรารณ์ ตระกูลสถิตย์. (2549). *การทำงานเป็นทีม*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ.
- สุนันทา เลहनันท์. (2549). *การทำงานเป็นทีม*. กรุงเทพฯ : แอนด์เมคสติกเกอร์แอนดีดีไซน์.
- สุนันทา เลहनันท์. (2551). *Team work creating*. (พิมพ์ครั้งที่ 4) . กรุงเทพฯ : แอนด์เมคสติกเกอร์แอนดีดีไซน์.
- สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (2560). *การสร้างทีมงานที่มีประสิทธิภาพ*.
<https://www.ocsc.go.th/sites/default/files/document/ocsc-2017-eb01.pdf>
- George, J., & Brief, A. (1992). Feeling Good-Doing Good: A Conceptual Analysis of the Mood at Work-Organizational Spontaneity Relationship. *Psychological bulletin*, 112, 310-329. doi:10.1037/0033-2909.112.2.310
- Hackman, J. R. (2002). *Leading teams: Setting the Stage for Great Performances*. Boston : Harvard Business School Press.
- Johnson, D. W., & Johnson, F. P. (2003). *Joining Together: Group Theory and Group Skill* (8th ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- LaMastro, V. (2002). Commitment and Perceived Organizational Support. May 8, 2020.
<http://national forum. Com /13lama ~ 1.html>
- Meuse, Ken De. (2009). *Driving Team Effectiveness*.
http://www.kornferryinstitute.com/sustain/team_building/publication/1680/Driving_Team_Effectiveness.
- Rhoades, L. a. E., R. (2002). Perceived organizational support: A review of the literature. *Journal of Applied Psychology*, 87(4), 698–714.
- Trent, A. S. (2007). *Team Cognition in Intelligence Analysis Training*. [Dissertation M.S., The Ohio State University]. https://etd.ohiolink.edu/apexprod/rws_etd/send_file/send?accession=osu1187034524&disposition=inline
- Woodcock, M. & Francis, D. (1994). *Teambuilding Strategy*. Cambridge : Cambridge University Press.

การออกกำลังกายด้วยแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาayang อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์

An Exercise Program Applying Social Support Theory among Elderly Persons
with Hypertension in Nayang Health Promotion Hospital, Pichai District,
Uttradit Province

สมใจ สุดจิต*

Somjai Sudjit*

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาayang*

Nayang Health Promotion Hospital*

(Received: June 10, 2024; Revised: June 20, 2024; Accepted: June 24, 2024)

บทคัดย่อ

การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการออกกำลังกายด้วยแรงสนับสนุนทางสังคม โดยเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยเป็นการศึกษาแบบการวัดผลเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการออกกำลังกายด้วยแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาayang ตำบลนาayang อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ ดำเนินการทดลองกับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงของตำบลนาayang จำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 40 คน กลุ่มควบคุม จำนวน 40 คน โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง โดยใช้สถิติเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันด้วยการทดสอบที พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนของแรงสนับสนุนทางสังคมในการออกกำลังกายของกลุ่มทดลองหลังได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมออกกำลังกาย (43.27%) สูงกว่าค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนของแรงสนับสนุนทางสังคมในการออกกำลังกายของกลุ่มทดลองก่อนได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมออกกำลังกาย (34.23%) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference 9.03%; 95%CI 7.53 ถึง 10.54, $p \leq 0.001$) ดังนั้น การใช้แรงสนับสนุนทางสังคมในการออกกำลังกายสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถออกกำลังกายได้เพิ่มขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : โรคความดันโลหิตสูง, ผู้สูงอายุ, การออกกำลังกาย, แรงสนับสนุนทางสังคม

*ผู้ให้การติดต่อ : (Corresponding e-mail: lawman5565@gmail.com เบอร์โทรศัพท์: 082-501-9782)

Abstract

The study of effects of an exercise program applying social support theory among the elderly with hypertension employed a quasi – experimental research, pretest – posttest control group design. This research aimed to determine the effects of an exercise program applying social support theory among the elderly with hypertension in Nayang health promotion hospital, Pichai district, Utharadit province. The samples were 80 dividing into a control group and a trial group, 40 persons in each group, selected by purposive sampling. The data were analyzed by t-test for independent samples.

The results showed that after using a program, the trial group had the average score level of a social support of exercise (43.27%) higher than the average score level of a social support of exercise of before trial (34.23%) significantly (Mean difference 9.03%; 95%CI 7.53 to 10.54, $p < 0.001$). It could be concluded that the exercise program applying social support theory can help to support the elderly with hypertension to be more doing exercise effectively.

Keywords : Hypertension, Elderly persons, Exercise, Social support theory

บทนำ

สถานการณ์ผู้สูงอายุของโลกเพิ่มสูงขึ้น อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 1950 และมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2010 มีประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกประมาณ 524 ล้านคน และปี 2050 จะมีประชากรผู้สูงอายุประมาณ 1.5 ล้านล้านคน (World Health Organization, 2020) สัดส่วนประชากรสูงอายุไทย เพิ่มจากประมาณร้อยละ 8 ในปี พ.ศ. 2543 หรือใช้เวลาเพียงประมาณ 20 ปี ในการเพิ่มสัดส่วนประชากรสูงอายุเป็นเท่าตัว (วิพรรณ ประจวบเหมาะ และศิริวรรณ ศิริบุญ, 2553) ปี 2564 ประเทศไทยจะมีประชากรผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 20 ซึ่งทำให้ประเทศไทยกลายเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2558) ในปี 2561 ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมด 66 ล้านคน เป็นประชากรผู้สูงอายุ 12 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2562) ผู้สูงอายุโดยทั่วไปจะมีอาการสูญเสียการได้ยิน ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อตลอดเวลา หรือมีอาการของโรค Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), โรคเบาหวาน หรือแม้แต่โรคเครียด และยังมี การเสื่อมถอยจากสภาพโรคหรือสภาพร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลง ในประเทศที่พัฒนาแล้วจะพบโรคติดต่อไม่เรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคกระดูก โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ที่เกิดจากการใช้ชีวิตประจำวัน การรับประทานอาหาร (World Health Organization, 2020) ผู้สูงอายุจึงกลายเป็นเป้าหมายที่สำคัญ ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยแห่งความเสี่ยงของสภาพร่างกาย ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ลดลง เช่น ความแข็งแรงของกระดูกและกล้ามเนื้อ หลอดเลือดเสียความยืดหยุ่น จนทำให้เกิดหลอดเลือดตีบ รวมถึงด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ ดังนั้นการออกกำลังกายจึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะช่วยลดความเสี่ยงของร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุมีร่างกายจิตใจ แข็งแรงและส่งผลต่อคุณภาพชีวิต (อริสรา สุขวัจน์, 2555) กลุ่มอาการ / โรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพ ของผู้สูงอายุ ได้แก่ กลุ่มโรคข้อและกระดูกร้อยละ 53.8 กลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 36.5

กลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 33.5 กลุ่มโรคทางเดินหายใจร้อยละ 8.4 (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2558) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งเป็นการเสื่อมถอย (Degenerative disease) ของโครงสร้างการทำงานของร่างกาย และมีความสัมพันธ์โดยตรงกับอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีกรรมพันธุ์เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ศักดิ์ดา ธานินทร์, 2542) ซึ่งหากถ้าผู้สูงอายุ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น การปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร การปรับเปลี่ยนวิธีการออกกำลังกาย จะทำให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุได้ และยังพบว่าการใช้ความสามารถของตัวผู้สูงอายุร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถบรรเทาอาการเจ็บป่วยที่เกิดจากการเสื่อมสภาพของร่างกายได้ (ธนบดี ชุ่มกลาง และรุจิรา ดวงสงค์, 2555 และนุชนนตรี บุญมัน , มณีนรัตน์ ธีระวิวัฒน์, นิรัตน์ อิมามิ และสุปรียา ต้นสกุล, 2554)

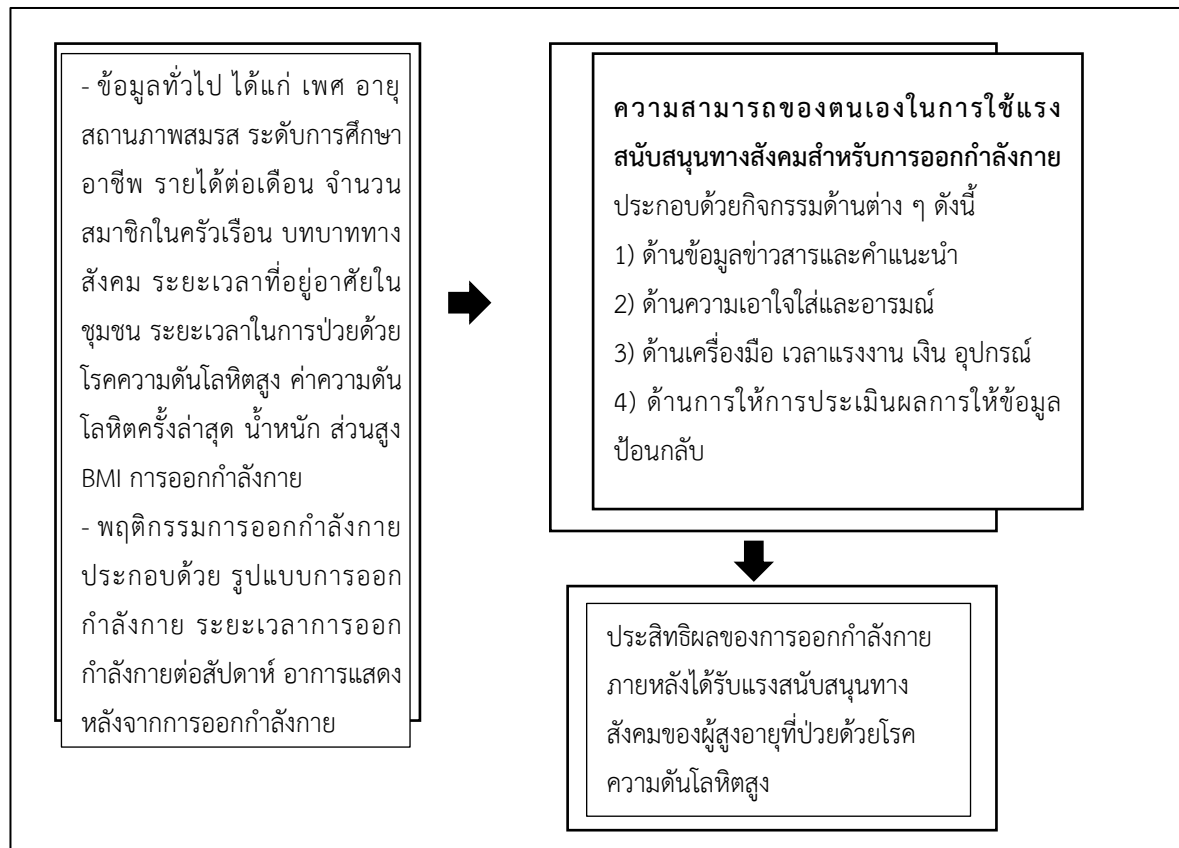
จังหวัดอุดรธานีมีอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูง 22.97 ต่อประชากรแสนคน และมีอัตราป่วยตาย โรคความดันโลหิตสูง 0.41 ต่อประชากรแสนคน (ฐานข้อมูล HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, 2567) โดยพบอัตราป่วยโรคความดันโลหิต อำเภอพิชัย จังหวัดอุดรธานี 58.09 ต่อแสนประชากร (สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี, 2566) โดยผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีอุบัติการณ์ป่วยเป็นอัมพาต เนื่องจากควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในพื้นที่อำเภอพิชัย 14 คน คิดเป็นอัตราป่วย 0.88 ต่อแสนประชากร ของผู้สูงอายุ ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตทั้งหมด ในพื้นที่ตำบลนายาง มีผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1,033 คน คิดเป็นอัตราป่วย 55.60 ต่อแสนประชากร ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตทั้งหมด และมีผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีอุบัติการณ์ป่วยเป็นอัมพาตเนื่องจากควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ในพื้นที่ตำบลนายาง จำนวน 13 คน คิดเป็นอัตราป่วย 0.70 ต่อแสนประชากรของผู้สูงอายุ ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด (ฐานข้อมูล HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, 2566)

แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นแรงเสริมที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยได้ให้แรงสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย เชื่อว่า เขาสามารถปฏิบัติตนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การออกกำลังกายให้ผู้สูงอายุที่ป่วย ด้วยโรคความดันโลหิตสูงได้ ดังนั้น จากสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยง ที่จะป่วยเป็นอัมพาตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษาการออกกำลังกายด้วยแรงสนับสนุนทางสังคมของ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน สมาชิกในครอบครัว และผู้ดูแลโดยผ่าน กิจกรรมการสนับสนุนทางสังคม ทั้ง 4 ด้านคือ 1) ด้านข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำ 2) ด้านความเอาใจใส่และ อารมณ์ 3) ด้านเครื่องมือ เวลาแรงงาน เงิน อุปกรณ์ 4) ด้านการให้การประเมินผลการให้ข้อมูลป้อนกลับ ซึ่งกลวิธีให้แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถนำมาใช้แก้ไขพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งทางสุขภาพกายและสุขภาพจิต โดยในด้านการรักษาโรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง ช่วยในการให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ มีพฤติกรรมเอื้ออำนวยต่อการรักษาโรค เช่น การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแล ส่งเสริมสุขภาพ สามารถควบคุมความดันโลหิตได้จากพฤติกรรมออกกำลังกาย ไม่ต้องใช้การรักษา แบบกินยาอย่างเดียวของตำบลนายาง อำเภอพิชัย จังหวัดอุดรธานี

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการออกกำลังกายด้วยแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนายาง ตำบลนายาง อำเภอฟิชัย จังหวัดอุดรธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการออกกำลังกายด้วยแรงสนับสนุนทางสังคม โดยเป็นการศึกษาแบบการวัดผลเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Pretest – Posttest Design Control group design) โดยกำหนดกลุ่มศึกษาเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนายาง อำเภอฟิชัย จังหวัดอุดรธานี โดยการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพใช้เวลาสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 30 นาที ด้วยแนวคิดการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายโดยมีรูปแบบการวิจัย ดังนี้

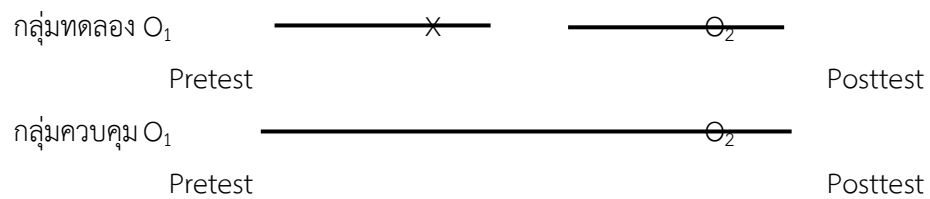
กำหนดให้

X = รูปแบบการจัดกิจกรรมแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
การออกกำลังกายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

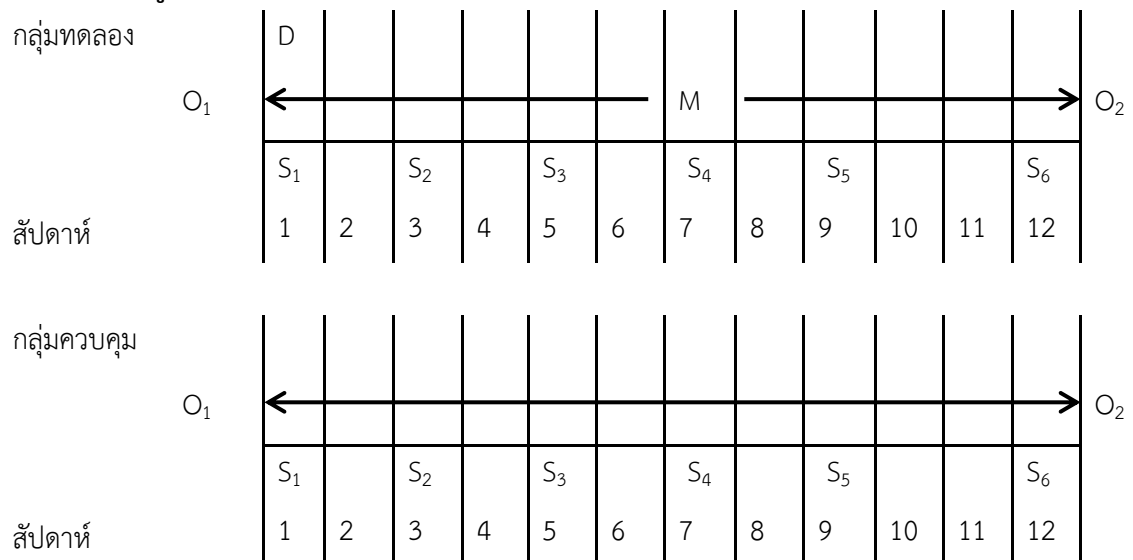
O₁ = การเก็บข้อมูลก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

O₂ = การเก็บข้อมูลหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเก็บข้อมูล
ในช่วงเวลาเดียวกันในกลุ่มเปรียบเทียบ

แผนภูมิการวิจัย



แผนภูมิการทดลอง



ภาพที่ 2 แผนภูมิกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กำหนดให้

D = การพูดคุยชี้แจง ในการการจัดกิจกรรมแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การออกกำลังกาย ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่เคยผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ

S = กิจกรรมแรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน

M = การได้รับการกระตุ้นเตือนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สัปดาห์ละ 3 ครั้ง โดยวิธีการกระตุ้นเตือนทางวาจา

O₁ = การเก็บข้อมูลก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและและเก็บข้อมูลในช่วงเวลาเดียวกันในกลุ่ม ควบคุม โดยข้อมูลที่เกิดขึ้นคือ แบบสัมภาษณ์การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย

O₂ = การเก็บข้อมูลหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเก็บข้อมูลในช่วงเวลาเดียวกัน ในกลุ่มเปรียบเทียบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงของตำบลนายาง ตำบลนายาง อำเภอฟิชัย จังหวัดอุดรธานี จำนวน 1,033 คน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มประชากร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงของตำบลนายาง จำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่ม ทดลอง จำนวน 40 คน กลุ่มควบคุม จำนวน 40 คน โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เกณฑ์ในการคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

- 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ
- 2) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์
- 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)

- 1) มีอาการแทรกซ้อนระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรม
- 2) ย้ายถิ่นพำนักหรือที่อยู่ระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการออกกำลังกายให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง มีเนื้อหา ดังนี้ 1) ด้านข้อมูลข่าวสารและ คำแนะนำ 2) ด้านความเอาใจใส่และอารมณ์ 3) ด้านเครื่องมือ เวลาแรงงาน เงิน อุปกรณ์ 4) ด้านการให้การประเมินผลการให้ข้อมูลป้อนกลับซึ่งประยุกต์จากแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม (House, 1981) มีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้

ตาราง 1 กิจกรรมแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การออกกำลังกายให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

สัปดาห์ที่/ครั้งที่	การสนับสนุนทางสังคม	กิจกรรม	ผลการปฏิบัติ
0		การประชุมเตรียมความพร้อมกับผู้เข้าร่วมการวิจัยวิจัย ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคม วัดผลก่อนทดลอง (O_1) โดยใช้แบบสัมภาษณ์กลุ่มศึกษา เกี่ยวกับด้านลักษณะทางประชากรการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 1) ด้านข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำ 2) ด้านความเอาใจใส่และอารมณ์ 3) ด้านเครื่องมือ เวลาแรงงาน เงิน อุปกรณ์ 4) ด้านการให้การประเมินผลการให้ข้อมูลป้อนกลับและพฤติกรรม การออกกำลังกายให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง	
1/1	ด้านข้อมูล	1. กิจกรรมให้ข้อมูลแก่ผู้ศึกษา และผู้ดูแลผู้สูงอายุ เรื่องโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุ อาการ และการเกิดภาวะแทรกซ้อน 2. กิจกรรมการให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายในผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม และข้อตกลงในการปฏิบัติ 3. กิจกรรมการซักถามบทบาทของสมาชิกและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 4. กิจกรรมการบรรยายแก่สมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิต เรื่องของบทบาทการสนับสนุนการออกกำลังกาย	
1/1	ด้านข้อมูล	5. กิจกรรมการชมวิดิทัศน์การออกกำลังกายที่เหมาะสม	
1/2	ด้านข้อมูล	1. กิจกรรมการให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายในผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม และข้อตกลงในการปฏิบัติ ด้านข้อมูล 2. กิจกรรมการซักถามบทบาทของสมาชิกและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง	

สัปดาห์ที่/ครั้งที่	การสนับสนุน ทางสังคม	กิจกรรม	ผลการปฏิบัติ
1/3	ด้านข้อมูล	3. กิจกรรมการบรรยายแก่สมาชิกในครอบครัว และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิต เรื่องของบทบาทการสนับสนุนการออกกำลังกาย	
	ด้านข้อมูล	4. กิจกรรมการชมวีดิทัศน์การออกกำลังกายที่เหมาะสม	
	ด้านข้อมูล	5. การซักถามปัญหาและข้อสงสัยเกี่ยวกับการออกกำลังกายในผู้สูงอายุและนัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป	
	ด้านอารมณ์	1. กิจกรรมการทักทาย พูดคุยซักถามอาการของโรค และตรวจสัญญาณชีพ ความเครียด ความวิตกกังวล เพื่อประเมินความพร้อมทางด้านร่างกาย และจิตใจ ก่อนเริ่มกิจกรรม	
	ด้านข้อมูล	กิจกรรมบรรยายเรื่องโรคความดันโลหิตสูงกับการออกกำลังกาย โดยมีเนื้อหาเรื่อง ความหมาย วัตถุประสงค์ ประโยชน์ อันตราย ขั้นตอนและข้อควรปฏิบัติในการออกกำลังกาย	
	ด้านข้อมูล	กิจกรรมการเสนอวิธีการออกกำลังกาย ได้แก่ การเดินเร็ว การถีบจักรยาน และให้เลือกวิธีการออกกำลังกาย และการฝึกสมาธิ	
3/1	ด้านการประเมินผล	กิจกรรมการสาธิตการออกกำลังกายตามแบบที่เลือก และให้สมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลคอยให้กำลังใจ ใช้ความช่วยเหลือในการออกกำลังกาย	
	ด้านการประเมินผล	กิจกรรมการซักถามปัญหาที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ และแนวทางการแก้ไข	
	ด้านอารมณ์	เสร็จสิ้นการทำกิจกรรม กล่าวคำชมเชยให้กำลังใจในความพยายามกล่าวอำลาและนัดหมายวันถัดไป	
3/1	ด้านข้อมูล	กิจกรรมทักทาย พูดคุยซักถาม ประเมินความเครียด ความวิตกกังวล จากการสังเกตสีหน้า ท่าทาง การพูดคุย สนทนา	

สัปดาห์ที่/ครั้งที่	การสนับสนุน ทางสังคม	กิจกรรม	ผลการปฏิบัติ
3/2	ด้านการประเมิน	กิจกรรมทบทวนการฝึกการออกกำลังกาย ตามที่ตนเองได้เลือกปฏิบัติ โดยสมาชิกใน ครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุ คอยให้กำลังใจ และให้การช่วยเหลือแนะนำ และผู้ศึกษา ชมเชย และกระตุ้นให้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ	
	ด้านการประเมิน	กิจกรรมการซักถามปัญหาที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการ การออกกำลังกายของผู้สูงอายุ และแนวทาง การแก้ไข	
	ด้านการประเมิน	เสร็จสิ้นการทำกิจกรรม กล่าวคำชมเชย ให้กำลังใจในความพยายามกล่าวอำลาและ นัดหมายวันถัดไป	
	ด้านอารมณ์	กิจกรรมการซักถามพูดคุย เกี่ยวกับอาการ และอาการของโรคความดันโลหิตสูง การประเมินสัญญาณชีพ ได้แก่ ชีพจร ความ ดันโลหิต การหายใจ และด้านจิตใจ ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวลจากการสังเกต ใบหน้า ท่าทาง ก่อนเริ่มกิจกรรม	
	ด้านการประเมิน	กิจกรรมการฝึกการออกกำลังกาย ตามที่ตนเองเลือก โดยสมาชิกในครอบครัว และผู้ดูแลผู้สูงอายุ คอยให้กำลังใจ และให้ การช่วยเหลือแนะนำ และผู้ศึกษาชมเชย และกระตุ้นให้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ	
	ด้านอารมณ์	กิจกรรมการซักถามปัญหาที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการ การออกกำลังกายของผู้สูงอายุ และแนวทาง การแก้ไข	
4/1	ด้านการประเมิน	เสร็จสิ้นการทำกิจกรรม กล่าวคำชมเชย ให้กำลังใจในความพยายามกล่าวอำลาและ นัดหมายวันถัดไป	
	ด้านอารมณ์	ผู้ศึกษาให้กลุ่มศึกษาออกกำลังกายที่บ้าน หรือ รวม กลุ่ม ออกกำลังกาย ก็ได้ ตามความต้องการของสมาชิก โดยสมาชิกใน ครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุ คอยให้กำลังใจ และให้การช่วยเหลือแนะนำ และผู้ศึกษา ชมเชย และกระตุ้นให้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ	

สัปดาห์ที่/ครั้งที่	การสนับสนุน ทางสังคม	กิจกรรม	ผลการปฏิบัติ
5-11	ด้านอารมณ์	ผู้ศึกษากล่าวทักทาย พูดคุย ชักถาม และ ตรวจสอบสัญญาณชีพ ความเครียด ความวิตก กังวล เพื่อประเมินความพร้อมทางด้าน ร่างกาย และจิตใจ	
	ด้านข้อมูล	กิจกรรมการชักถามพูดคุย และทบทวน ความรู้เกี่ยวกับอาการ และอาการของโรค ความดันโลหิตสูง การประเมินสัญญาณชีพ ได้แก่ ชีพจร ความดันโลหิต การหายใจ และ ด้านจิตใจ ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล จากการสังเกตใบหน้า ท่าทาง และทบทวน เรื่องการออกกำลังกาย	
	ด้านการประเมิน	มีการแจกสมุดบันทึกการออกกำลังกาย พร้อมทั้งคำอธิบาย แต่สมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	
	ด้านการประเมิน	มีการแจกสมุดบันทึกการออกกำลังกาย พร้อมทั้งคำอธิบาย แต่สมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	
	ด้านการประเมิน	มีการแจกสมุดบันทึกการออกกำลังกาย พร้อมทั้งคำอธิบาย แต่สมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	
12	ด้านการประเมินผล	ผู้ศึกษากล่าวทักทาย พูดคุย ชักถาม และ ตรวจสอบสัญญาณชีพ ความเครียด ความวิตก กังวล เพื่อประเมินความพร้อมทางด้าน ร่างกาย และจิตใจ	
	ด้านการประเมิน	ผู้ศึกษาดูสมุดบันทึกการออกกำลังกาย ตามหลักการออกกำลังกายที่ถูกต้อง 3 วัน /สัปดาห์ และสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ หลักการจัดกิจกรรมเสร็จสิ้น	

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาผลการจัดกิจกรรมแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการได้รับกิจกรรม ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยได้สัมภาษณ์กลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน จำนวนสมาชิกในครัวเรือน บทบาททางสังคม ระยะเวลาที่อยู่อาศัยในชุมชน ระยะเวลาในการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ค่าความดันโลหิตครั้งล่าสุด น้ำหนัก ส่วนสูง

2) พฤติกรรมการออกกำลังกาย ประกอบด้วย รูปแบบการออกกำลังกาย ระยะเวลาการออกกำลังกาย ต่อสัปดาห์ อาการแสดงหลังจากการออกกำลังกาย

3) แบบประเมินความสามารถของตนเองในการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมสำหรับการออกกำลังกาย ประกอบด้วย แรงสนับสนุนทางสังคมในการออกกำลังกาย ประกอบด้วย 1) ด้านข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำ 2) ด้านความเอาใจใส่และอารมณ์ 3) ด้านเครื่องมือ เวลาแรงงาน เงิน อุปกรณ์ 4) ด้านการให้การประเมินผลทำให้ข้อมูลป้อนกลับ ซึ่งประยุกต์จากแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม (House, 1981) โดยลักษณะของคำถามทั้งด้านบวก และด้านลบ เป็นคำถามมีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) โดยมีตัวเลือก 3 ตัวเลือก คือ ได้รับเป็นประจำ ได้รับบางครั้ง และไม่ได้รับการสนับสนุน ซึ่งมีจำนวนข้อคำถาม โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

0 หมายถึง ไม่ปรากฏกิจกรรมที่สะท้อนความสามารถของท่านในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การออกกำลังกาย

1 หมายถึง มีความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับน้อย

2 หมายถึง มีความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับปานกลาง

3 หมายถึง มีความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับมาก

การแปลผลคะแนนรายข้อและโดยรวม ใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1.00 – 3.00 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00 หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33 หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับน้อย

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยการประเมินของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item Objective Congruence: IOC) ตลอดจนความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยการหาความตรงตามเนื้อหา ซึ่งคำนวณจากความสอดคล้องระหว่างประเด็นที่ต้องการวัดกับคำถามที่สร้างขึ้นเอง ดัชนีที่ใช้แสดงค่าความสอดคล้อง เรียกว่า ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence) โดยมีคะแนนระหว่าง 0.7 – 0.9 ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งค่าที่คำนวณได้จากสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค มีค่า 0.73

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ กรณียข้อมูลแจกแจงนับใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) กรณียข้อมูลต่อเนื่องใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum) สำหรับ ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการออกกำลังกาย และการประเมินความสามารถของตนเอง

2. สถิติเชิงอนุมาน ใช้เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มระหว่างก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันด้วยการทดสอบที (Independent t-test) ในเรื่อง การสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 1) ด้านข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำ 2) ด้านความเอาใจใส่และอารมณ์ 3) ด้านเครื่องมือ เวลาแรงงาน เงิน อุปกรณ์ 4) ด้านการให้การประเมินผล การให้ข้อมูลป้อนกลับและพฤติกรรมการออกกำลังกายให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ทำงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ COA No.008/2567 วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2567

ผลการวิจัย

ประสิทธิภาพของรูปแบบการออกกำลังกายด้วยแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มควบคุม จำนวน 40 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 63 ปี ร้อยละ 40.00 มีอายุเฉลี่ย 61.47 ปี (S.D. = 6.34, Min = 57, Max = 72) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.00 ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 55.00 และไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 65.00 มีรายได้ต่ำกว่า 7,500 บาท ร้อยละ 70.00 มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 6 - 9 ปี ร้อยละ 42.50 ($M = 10.10$, S.D. = 2.72, Min = 6, Max = 16) มีค่า BMI อยู่ระหว่าง 26.0 - 29.0 ร้อยละ 57.50 ($M = 24.03$, S.D. = 3.82, Min = 15.58, Max = 32.81) ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพด้วยวิธีการเดิน ร้อยละ 65.00 โดยมีการออกกำลังกายมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 35.00 ($M = 4.93$, S.D. = 1.53, Min = 2, Max = 7) และออกกำลังกายในช่วงเวลา 05.00 - 09.00 น. ร้อยละ 72.50 และมีเหตุผลในการออกกำลังกายเนื่องจากปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 77.50 โดยพบว่าหลังออกกำลังกายจะมีความรู้สึกผ่อนคลาย ร้อยละ 32.50

กลุ่มทดลอง จำนวน 40 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี ร้อยละ 50.00 มีอายุเฉลี่ย 59.23 ปี (S.D. = 3.49, Min = 55, Max = 69) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.00 ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 48.32 และไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 55.00 มีรายได้ต่ำกว่า 7,500 บาท ร้อยละ 45.00 มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 6 - 9 ปี ร้อยละ 67.50 ($M = 8.29$, S.D. = 3.79, Min = 6, Max = 14) มีค่า BMI อยู่ระหว่าง 26.0 - 29.0 ร้อยละ 80.00 ($M = 27.36$, S.D. = 2.84, Min = 16.98, Max = 33.16) ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพด้วยวิธีการเดิน ร้อยละ 67.50 โดยมีการออกกำลังกายมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 60.00 ($M = 2.93$, S.D. = 6.53, Min = 2, Max = 7) และออกกำลังกายในช่วงเวลา 05.00 - 09.00 น. ร้อยละ 45.00 และมีเหตุผลในการออกกำลังกายเนื่องจากปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 80.00 โดยพบว่าหลังออกกำลังกายจะมีความรู้สึกผ่อนคลาย ร้อยละ 47.50

แรงสนับสนุนทางสังคมในการออกกำลังกาย ก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุม พบว่า มีค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนของแรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน 1.ด้านข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.89$, $S.D. = 2.21$) 2. ด้านความเข้าใจใส่และอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.13$, $S.D. = 3.63$) 3. ด้านเครื่องมือ เวลาแรงงาน เงิน อุปกรณ์อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.69$, $S.D. = 2.67$) 4. ด้านการให้การประเมินผลการให้ข้อมูลป้อนกลับอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.27$, $S.D. = 2.30$) รายละเอียดดังแสดงในตาราง 1

แรงสนับสนุนทางสังคมในการออกกำลังกาย ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่า มีค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนของแรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน 1.ด้านข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.68$, $S.D. = 1.71$) 2. ด้านความเข้าใจใส่และอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.67$, $S.D. = 1.81$) 3. ด้านเครื่องมือ เวลาแรงงาน เงิน อุปกรณ์อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.83$, $S.D. = 1.28$) 4. ด้านการให้การประเมินผลการให้ข้อมูลป้อนกลับอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.03$, $S.D. = 1.85$) รายละเอียดดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนของแรงสนับสนุนทางสังคมในการออกกำลังกาย ก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ($n=40$) 1.67 – 2.33

ความสามารถในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมในการออกกำลังกายด้วย แรงสนับสนุนทางสังคม	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	<i>M</i>	<i>S.D.</i>	ระดับ	<i>M</i>	<i>S.D.</i>	ระดับ
1.ด้านข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำ	1.89	2.21	ปานกลาง	1.68	1.71	ปาน กลาง
2. ด้านความเข้าใจใส่และอารมณ์	2.13	3.63	ปานกลาง	1.67	1.81	ปาน กลาง
3. ด้านเครื่องมือ เวลาแรงงาน เงิน อุปกรณ์	1.69	2.67	ปานกลาง	1.83	1.28	ปาน กลาง
4. ด้านการให้การประเมินผลการให้ ข้อมูลป้อนกลับ	2.27	2.30	ปานกลาง	2.03	1.85	ปาน กลาง

แรงสนับสนุนทางสังคมในการออกกำลังกาย หลังการทดลองของกลุ่มควบคุม พบว่า มีค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนของแรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน 1.ด้านข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.08$, $S.D. = 1.79$) 2. ด้านความเข้าใจและอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.31$, $S.D. = 1.90$) 3.ด้านเครื่องมือ เวลาแรงงาน เงิน อุปกรณ์อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.01$, $S.D. = 2.17$) 4.ด้านการให้การประเมินผลการให้ข้อมูลป้อนกลับอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.19$, $S.D. = 0.89$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

แรงสนับสนุนทางสังคมในการออกกำลังกาย หลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่า มีค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนของแรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน 1.ด้านข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.79$, $S.D. = 0.98$) 2. ด้านความเข้าใจและอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.57$, $S.D. = 0.73$) 3.ด้านเครื่องมือ เวลาแรงงาน เงิน อุปกรณ์อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.48$, $S.D. = 1.01$) 4.ด้านการให้การประเมินผลการให้ข้อมูลป้อนกลับอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.76$, $S.D. = 1.26$) รายละเอียดดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 3 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนของแรงสนับสนุนทางสังคมในการออกกำลังกาย หลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ($n=40$)

ความสามารถในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมออกกำลังกายด้วย แรงสนับสนุนทางสังคม	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
	<i>M</i>	<i>S.D.</i>	ระดับ	<i>M</i>	<i>S.D.</i>	ระดับ
1.ด้านข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำ	2.08	1.79	ปานกลาง	2.79	0.98	สูง
2. ด้านความเข้าใจและอารมณ์	2.31	1.90	ปานกลาง	2.57	0.73	สูง
3. ด้านเครื่องมือ เวลาแรงงาน เงิน อุปกรณ์	2.01	2.17	ปานกลาง	2.48	1.01	สูง
4. ด้านการให้การประเมินผลการให้ ข้อมูลป้อนกลับ	2.19	0.89	ปานกลาง	2.76	1.26	สูง

ค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนของแรงสนับสนุนทางสังคมในการออกกำลังกายของกลุ่มทดลอง หลังได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมออกกำลังกาย (43.27%) สูงกว่าค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนของแรงสนับสนุนทางสังคมในการออกกำลังกายของกลุ่มทดลองก่อน ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมออกกำลังกาย (34.23%) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference 9.03%; 95%CI 7.53 ถึง 10.54, $p=0.000$) รายละเอียดดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนของแรงสนับสนุนทางสังคมในการออกกำลังกาย หลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

	n	M	S.D.	95%CI	t	Sig.(1-tailed)
กลุ่มควบคุม	39	34.23	5.83	32.05 - 36.41	12.2516	<.001
กลุ่มทดลอง	39	43.27	3.34	42.02 - 44.51		

*หมายเหตุ: ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

การออกกำลังกายของผู้สูงอายุ หลังได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการออกกำลังกาย พบว่า มีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นด้วยวิธีการเดิน ร้อยละ 72.50 และออกกำลังกายมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 60.00 และออกกำลังกายในช่วงเวลา 18.00 – 19.00 น. ร้อยละ 54.00 รายละเอียดดังแสดงในตาราง 4

อภิปรายผล

การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการออกกำลังกายด้วยแรงสนับสนุนทางสังคม โดยเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการออกกำลังกายด้วยแรงสนับสนุนทางสังคม โดยเป็นการศึกษาแบบการวัดผลเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า การให้แรงสนับสนุนทางสังคมในการออกกำลังกายในกลุ่มผู้สูงอายุสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมออกกำลังกายในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงให้ดีขึ้นได้ ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่

1) ด้านข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำ เนื่องจากผู้สูงอายุไม่สามารถดูแลตนเองได้ดี เพื่อให้ครอบครัวและผู้ดูแลสามารถให้คำแนะนำในเรื่องการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร รวมถึงการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้ จึงจำเป็นต้องมีการให้ความรู้ทั้งกับครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้เกิดการรับรู้ที่ดีขึ้น (ชลดา บุตรวิชา, 2561) โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย การรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย มีความคาดหวังในผลของการออกกำลังกาย (มยุรา สร้อยเชื้อ, ศรัณญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพาณิชย์ และธราดล เก่งการพาณิชย์, 2560) การให้สิ่งชักนำการกระทำโดยกระตุ้นเตือนด้วยคำพูด หรือการให้กำลังใจโดยครอบครัว (เชียง เกาซิด และพรรณราย เทียมทัน, 2559) สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดกำลังใจและตัดสินใจออกกำลังกายได้ดีขึ้น

2) ด้านความเข้าใจและอารมณ์ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต้องการความช่วยเหลือ การช่วยผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงทำงาน หรือการคอยช่วยเหลือเมื่อมีอาการหงุดหงิดหรือเครียดจนเกินไป เป็นสิ่งจำเป็นหากมีบุคคลที่ไวใจได้ไวคอยให้คำปรึกษา และพูดคุยเมื่อมีปัญหา และถ้าหากครอบครัวคอยช่วยเหลือ ชักชวน และพูดคุยเรื่องการดูแลสุขภาพ การกระตุ้นและชักชวนให้ออกกำลังกาย สามารถช่วยส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการออกกำลังกายได้ (ศิริพร สนิทนิทย์ และพรณี บัญชรหัตถกิจ, 2557) การสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ, การรับรู้อุปสรรค, การได้รับการสนับสนุน แนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ นั้นก่อให้เกิดพฤติกรรมในการดูแลตนเอง

ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (พรทิพย์ หนูพระอินทร์, ชญานิศ ลือวานิช และประพรศรี นรินทร์รักษ์, 2556) การมีส่วนร่วมของครอบครัวจึงเป็นสิ่งสำคัญ (พิมพิสุทธิ์ บัวแก้ว และรติพร ถึงผึ่ง, 2559) ที่สามารถกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) ด้านเครื่องมือ เวลาแรงงาน เงิน อุปกรณ์ เป็นสิ่งสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชนจึงจำเป็นต้องมีสถานที่ออกกำลังกายทั้งในร่มและกลางแจ้ง และสถานที่ออกกำลังกายจะต้องมีความสะอาด รวมทั้งผู้สูงอายุบางคนจำเป็นต้องมีออกการออกกำลังกายในบ้านด้วยการออกกำลังกายที่ไม่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ ดังนั้น การจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นทั้งในร่มและกลางแจ้ง เพื่อใช้ในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (ประจักษ์ เพ็ญโพธิ์, 2563) อาจใช้อุปกรณ์ที่มีอยู่แล้วในครัวเรือนเพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายได้ดีเพิ่มขึ้นด้วย

4) ด้านการให้การประเมินผลการให้ข้อมูลป้อนกลับ ด้วยการใช้นวัตกรรมที่การออกกำลังกายสามารถช่วยในการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังผลลัพธ์ (ธนบดี ชุ่มกลาง และรุจิรา ดวงสงค์, 2555) ในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นได้

การใช้แรงสนับสนุนทางสังคมในการออกกำลังกายสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถออกกำลังกายได้เพิ่มขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ (จิตรรา อารังชัยชนะ, 2564) การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และสังคม รวมถึงพฤติกรรมดูแลสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิต (วิลาวัลย์ รัตน, 2552) และยังสามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุที่มีความเหมาะสมสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิต (มยุรี ถนอมสุข และคณะ, 2558) ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญ

การนำผลการวิจัยไปใช้

การส่งเสริมการออกกำลังกายร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่น ๆ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น และยังสามารถก่อให้เกิดเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเข้มแข็งสามารถนำไปเป็นข้อมูลในการพัฒนาเครือข่ายต่าง ๆ ได้ต่อไป

การส่งเสริมการออกกำลังกายร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคม นอกจากจะส่งผลให้เกิดกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนั้น สามารถส่งผลต่อกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มขึ้น และยังสามารถก่อให้เกิดเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเข้มแข็งสามารถนำไปเป็นข้อมูลในการพัฒนาเครือข่ายต่าง ๆ ได้ต่อไป นอกจากนี้การออกกำลังกายในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ หากขาดความต่อเนื่อง ขาดความตระหนักอาจทำให้เกิดประสิทธิภาพการออกกำลังกายในกลุ่มผู้ป่วยลดลง

การส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ผู้ที่เสริมแรงสนับสนุนทางสังคมในการออกกำลังกายให้แก่ผู้สูงอายุควรเพิ่มการระมัดระวังด้านสุขภาพเป็นพิเศษ จำเป็นต้องมีการตรวจสัญญาณชีพพื้นฐานร่วมกับการให้ผู้สูงอายุดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในการทดลอง เพื่อเป็นการเฝ้าระวังขณะผู้สูงอายุดำเนินกิจกรรม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเปรียบเทียบการส่งเสริมการออกกำลังกายร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเปรียบเทียบกับวิธีอื่น ๆ
2. ควรศึกษาในระยะยาว ร่วมกับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อวัดระดับความดันโลหิตและพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

- ชลลดา บุตรวิหา. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในชมรมเสริมสร้างสุขภาพและสิ่งแวดล้อมเขตสายไหม กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์. หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกริก.
- เชียง เกาซิด และพรรณราย เทียมทัน. (2559). การพัฒนารูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัดนครสวรรค์. *วารสารสุทธิปริทัศน์*. 30(94): 112-127.
- ธนบดี ชุ่มกลาง และรุจิรา ดวงสงค์. (2555). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการบรรเทาความปวดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัย มช. (บค.)*. 12(1): 46-56.
- นุชนัตร บุญมั่น, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์, นิรัตน์ อิมามิ และสุปรียา ต้นสกุล. (2554). การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดกาญจนบุรี. *วารสารสุขศึกษา*. 34(117): 51-68.
- พรทิพย์ หนูพระอินทร์, ชญานิศ ลือวานิช และประพรศรี นรินทร์รักษ์. (2556). การรับรู้สุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการ ณ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต*. 9(1): 63-87.
- พิมพ์สุทธิ บัวแก้ว และระติพร ถึงฝั่ง. (2559). การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. *วารสารสมาคมนักวิจัย*. 21(2): 94-109.
- มยุรา สร้อยชื่อ, ศรีณญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพาณิชย์ และธราดล เก่งการพาณิชย์. (2560). ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแกว่งแขนโดยการประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ*. 33(2): 73-83.
- มยุรี ถนอมสุข และคณะ. (2558). *การสร้างต้นแบบการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุอำเภอกำแพงแสน*. รายงานการวิจัย. ภาควิชาพลศึกษาและกีฬา คณะศึกษาศาสตร์และพัฒนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2558). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2562). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561*. นครปฐม: บริษัท พรินเทอรี่ จำกัด.

- วิลาวัลย์ รัตนนา. (2552). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. สารนิพนธ์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ประจักษ์ เพ็ญโพธิ์. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 4(8): 210-223.
- ศักดิ์ดา ธานีรินทร์. (2542). โปรแกรมแทรกแซงทางสุขภาพที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยโรค
ความดันโลหิตสูง บ้านแม่สรวย จังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริพร สนิทนิษฐ์ และพรณี ปัญหัตถกิจ. (2557). ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกาย
แบบฤๅษีตัดตนในกลุ่มผู้สูงอายุโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองและ
แรงสนับสนุนทางสังคม ในอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร. 29(3): 304-310.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). แนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการ
สูงอายุ (Geriatric syndromes). พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: บริษัท อีส ออแกนิส จำกัด.
- อริสรา สุขวักณี. (2555). การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ. วารสารศรีนครินทรวิโรฒวิจัยและพัฒนา
(สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์). ปีที่ 4(8); 216-233.
- World Health Organization. (2020). *Global Health and Aging*. Switzerland: World Health
Organization.
- จิตรา อารังชัยชนะ. (2564). ผลการพัฒนารูปแบบการออกกำลังกายด้วยแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่ป่วย
ด้วยโรคความดันโลหิตสูงของอำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ
ชุมชน. ปีที่ 6(2); 27-28

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดสมุทรสงคราม
Health Literacy and Coronavirus Disease 2019 Prevention Behaviors
of Secondary School Students in Samut Songkhram Province

นิวัฒน์ ทรงศิลป์^{1*}, นฤพันธ์ จันทรวาน¹, ฮิdayah เชื้อแหว¹

Niwat Songsin^{1*}, Naruephan Chanduan¹, Hidayah Chewea¹

สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา¹

Department of Public Health, College of Allied Health Sciences, Suan Sunandha Rajabhat University¹

(Received: April 10, 2024; Revised: July 7, 2024; Accepted: August 18, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดสมุทรสงคราม กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 373 คน ซึ่งคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีร้อยละ 50.9 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดีร้อยละ 46.4 นอกจากนี้ยังพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($r = .656, p < 0.001$) ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการวางแผนเพื่อการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและสร้างพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 รวมถึงการจัดโครงการหรือกิจกรรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายต่อไป

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Niwat.so@ssru.ac.th เบอร์โทรศัพท์: 064-652-4493)

Abstract

This research aimed to study health literacy and coronavirus disease 2019 prevention behaviors, as well as relationship between health literacy and coronavirus disease 2019 prevention behaviors among secondary school students in Samut Songkhram province. The samples consists of 373 secondary school students in Samut Songkhram province, selected by stratified sampling. Data were collected using questionnaires, and analyzed by descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient.

The results found that the samples had good health literacy at 50.9%. Coronavirus disease 2019 prevention behaviors were at a good level, accounting for 46.4%. Furthermore, it was found that health literacy had a statistically significant positive correlation with coronavirus disease 2019 prevention behaviors ($r = .656, p < 0.001$). The findings of this study can be utilized to formulate plans for enhancing health literacy and promoting coronavirus disease 2019 prevention behaviors. In addition, the results can be applied for organizing projects or activities to enhance health literacy of secondary school students in the future.

Keywords : Health literacy, Coronavirus Disease 2019 Prevention Behaviors, Secondary School Students

บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของโลกส่งผลกระทบต่อทุกช่วงอายุในระยะเวลา 2-3 ปีที่ผ่านมา มีจำนวนผู้ติดเชื้อทั่วโลกประมาณ 545 ล้านคนและมีจำนวนผู้เสียชีวิตกว่า 6.3 ล้านคน องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่เป็น “ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (PHEIC) เมื่อวันที่ 30 มกราคม 2563 และต่อมา WHO ได้ประกาศให้เป็นโรคระบาดใหญ่ (Pandemic) เมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2563 โดยประเทศที่มีการติดเชื้อสูงสุด 5 อันดับแรกของโลก ได้แก่ สหรัฐอเมริกา อินเดีย บราซิล ฝรั่งเศสและเยอรมนี (World Health Organization, 2020) สำหรับประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อครั้งแรกเมื่อวันที่ 3 มกราคม 2563 จนถึงปัจจุบัน พบว่ามีผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากกว่า 4.5 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตกว่า 30,620 คน คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตจากโรคนี้อยู่ที่ ร้อยละ 1.65 ซึ่งมีผู้ป่วยยืนยันอยู่ลำดับที่ 138 ของโลกและลำดับที่ 7 ของเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เนื่องจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคที่มีช่องทางการติดต่อได้ง่ายและควบคุมยากผ่านระบบทางเดินหายใจ จากการไอ จาม และการสัมผัสโดยตรงกับสารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อ (Doung-ngern et al., 2020) ซึ่งสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชาชนมีการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น คือการมีพฤติกรรมเสี่ยงและพฤติกรรมป้องกันโรคที่ไม่ถูกต้องของแต่ละบุคคล ซึ่งพฤติกรรมป้องกันโรคที่สำคัญและสามารถช่วยลดโอกาสการแพร่กระจายของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่สำคัญมี 5 หลักการสำคัญคือ เว้นระยะห่างไว้, ใส่แมสก์กัน, หมั่นล้างมือ, ตรวจวัดอุณหภูมิ, และใช้แอปพลิเคชันไทยชนะ (กรมควบคุมโรค, 2564)

สำหรับประเทศไทยมีรายงานสถานการณ์ที่พบผู้ป่วยช่วงอายุ 10-19 ปี ที่เป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 31,041 ราย และมีแนวโน้มที่จะมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะส่งผลกระทบต่อภาวะทางสุขภาพโดยรวมของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย เนื่องจากนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายเป็นช่วงวัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเรียนการสอนหนังสือร่วมกัน ในชั้นเรียนมีโอกาสที่จะสัมผัสใกล้ชิดกัน ไอจามใส่กัน ใช้ของร่วมกันและมีความอิสระต้องการพื้นที่ ความเป็นส่วนตัว กลุ่มวัยนี้เป็นวัยที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของเชื้อโรคได้ง่าย เนื่องจากมีความอิสระ ในการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอยู่เสมอ (อินทิตา อ่อนลา และคณะ, 2565) ปัจจุบันการสาธารณสุขไทย ให้ความสำคัญกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนมากขึ้น เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะ ทางด้านปัญญาหรือสังคม ในการสร้างแรงจูงใจหรือความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน นำความรู้ ความเข้าใจที่ได้รับมาไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งผลของการปฏิบัตินั้นส่งผลต่อสุขภาพ ตลอดจนนำไปสู่การตัดสินใจ ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม (ขวัญเมือง แก้วคำเกิง, 2561) เพราะฉะนั้นการยกระดับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้ประชาชนเข้าถึง เข้าใจข้อมูลต่าง ๆ ที่จำเป็น จนนำไปสู่การตัดสินใจ แสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม (กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2564) โดยจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับต่ำ จะมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับต่ำด้วยเช่นกัน (ทรงพรรณ จินาพงศ์ และ ภัทธพร ขาวสนิท, 2563) ดังนั้นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายจึงมีความจำเป็น อย่างยิ่งที่จะต้องเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อที่จะได้ดำเนินการ คัดกรอง เฝ้าระวัง และควบคุมป้องกันโรคไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของโรค

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าพฤติกรรมดูแลสุขภาพและการติดตามผลด้านสุขภาพ อย่างต่อเนื่องนั้นมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (ทศพล ชำนาญกิจ และคณะ, 2566) และยังส่งผลทางตรงต่อวิถีการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี จากการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ ด้านสุขภาพในระดับต่ำมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น การไม่รู้จักป้องกันตนเอง การฉีดยาวัคซีน เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นต้น (สุภาภรณ์ วงษ์, 2564) และพบว่านักเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดนครนายก มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงและมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ระดับกลาง (ร่ำพิง นุ่มสารพัฒน์, 2565) ถึงแม้ว่าสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย จะดีขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีการประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคประจำถิ่น แต่อย่างไรก็ตาม มาตรการที่ยังคงสำคัญคือ การดำเนินงานควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการนำไปสู่วิถีชีวิตใหม่ (New Normal) ให้ปลอดจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการได้รับการ ฉีดวัคซีนทั้งเข็มปกติและเข็มกระตุ้นครอบคลุมทุกช่วงวัย เพื่อที่จะสามารถป้องกันการติดเชื้อ การป่วยหนัก และเสียชีวิตได้ (ดาวรุ่ง เยาวกุล และคณะ, 2565) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาทำให้ผู้วิจัยสนใจ ที่จะศึกษาความสนใจที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย เนื่องจากในปัจจุบันยังมีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากข้อมูลสถิติมีผู้ป่วยสะสมอยู่ที่ 27,979 ราย หรือเฉลี่ยรายวันอยู่ที่ 260 รายต่อวัน เมื่อพิจารณาตามช่วงอายุ พบว่าช่วงอายุ 15-19 ปีเฉลี่ยร้อยละ 21.2 ซึ่งพบมากกว่าทุกช่วงอายุ อีกทั้งในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษา ตอนปลายเป็นกลุ่มวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมการใช้ชีวิตนอกบ้านกับกลุ่มเพื่อนค่อนข้างมากและการไม่สวมใส่ หน้ากากอนามัยน้อยลงทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ (กรมควบคุมโรค, 2566)

จังหวัดสมุทรสงครามเป็นจังหวัดที่เล็กที่สุดในประเทศไทยมีทั้งหมด 3 อำเภอมีการดำเนินการติดตามเฝ้าระวังและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคไวรัสโคโรนา 2019 โดยมีการเยี่ยมติดตามกลุ่มเสี่ยงที่บ้านอย่างทั่วถึง รวมถึงการปฏิบัติงาน ณ จุดคัดกรองของชุมชน และให้บริการการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตั้งแต่ปี 2563 จังหวัดสมุทรสงครามมีการแก้ไขปัญหาและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 ที่เกิดขึ้นภายในจังหวัด มีมติให้สถานศึกษาใช้วิธีการเรียนการสอนแบบออนไลน์ และเมื่อสถานการณ์การแพร่ระบาดเริ่มคลี่คลายทางจังหวัดได้มีคำสั่งให้นักเรียนกลับมาเรียนยังสถานศึกษาเฉพาะโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาที่นักเรียนและบุคลากรได้รับการฉีดวัคซีนครบ 2 เข็ม หรือมากกว่าร้อยละ 90 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม, 2566) เพื่อป้องกันและควบคุมความรุนแรงของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดสมุทรสงคราม เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและสร้างพฤติกรรมในการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 รวมถึงการจัดโครงการหรือกิจกรรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายต่อไป

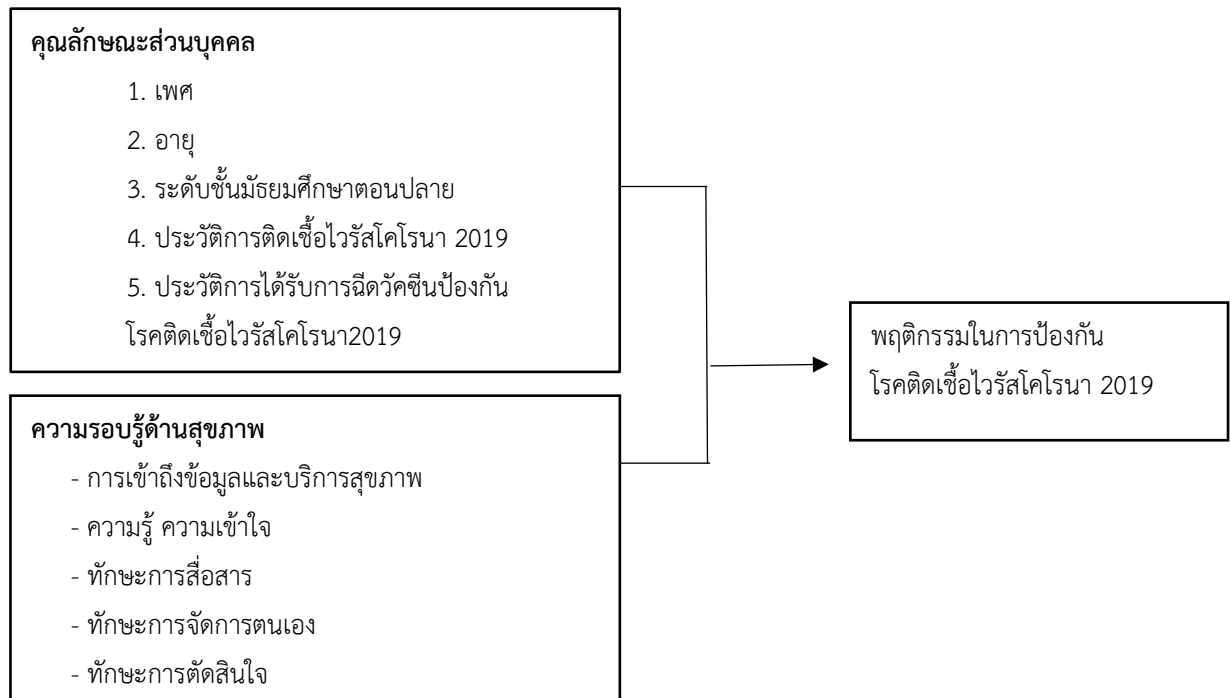
วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดสมุทรสงคราม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดสมุทรสงคราม

สมมติฐานการวิจัย

1. นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดสมุทรสงครามมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดี และพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดี
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ในทางบวก กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดสมุทรสงคราม โดยใช้ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่เดือนมิถุนายนถึงพฤศจิกายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดสมุทรสงคราม จำนวนทั้งหมด 1,859 คน ประจำปีการศึกษา 2566 (สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาสมุทรสาคร-สมุทรสงคราม, 2566)

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนที่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดสมุทรสงคราม สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาสมุทรสาครและสมุทรสงคราม และกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรเครชีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 319 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้มีการกำหนดค่าการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 17 ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างสุดท้ายคือ 373 คน และทำการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (stratified random sampling) โดยหน่วยการสุ่ม คือ ผู้วิจัยสุ่มโรงเรียนทั้ง 3 อำเภอ ที่เปิดสอนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาสมุทรสาครและสมุทรสงครามสุ่มมาได้ อำเภอละ 2 โรงเรียนรวมทั้งสิ้น 6 โรงเรียน โดยการสุ่มอย่างง่าย ด้วยวิธีการจับสลาก ขั้นตอนที่ 2

การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยหน่วยการสุ่ม คือ นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 จากโรงเรียนที่ได้จากการสุ่มในขั้นตอนที่ 1 โรงเรียนละ 62 คน แบ่งเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 20 คน นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 21 คน นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 21 คน ด้วยวิธีการจับฉลากห้องเรียนเพื่อให้ทางโรงเรียนสะดวกในการให้นักเรียนตอบแบบสอบถาม โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ (1) ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 (2) นักเรียนยินยอมให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามการวิจัย โดยเกณฑ์การคัดเข้า คือ เป็นวัยรุ่นที่กำลังศึกษาอยู่ในสถาบันการศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสงครามที่มีอายุระหว่าง 15-20 ปี และสามารถสื่อสารและตอบแบบสอบถามได้ครบทุกข้อ ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ วัยรุ่นที่รู้สึกไม่สบายใจ อึดอัดในการตอบแบบสอบถามและมีปัญหาทางสุขภาพจิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
 ประติการได้รับการฉีดวัคซีน โดยลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดและปลายเปิด จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักการ 3อ.2ส.ของกลุ่มวัยทำงานในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนสุขภาพ โดยมีการแปลผลคะแนนตามเกณฑ์ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2563 (กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2563) จำนวน 24 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 24 ข้อ คะแนนเต็ม 120 คะแนน ซึ่งมีการแปลผลระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม ดังนี้ หากผลรวมของคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60.0 คือ ระดับไม่ดี หมายถึง เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดี ร้อยละ 60.0-70.0 คือ ระดับพอใช้ หมายถึง เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเล็กน้อยและอาจจะมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้องบ้าง ร้อยละ 70.0-80.0 คือ ระดับดี หมายถึงเป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอและมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้อง และมากกว่าร้อยละ 80.0 คือ ระดับดีมาก หมายถึง เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มากเพียงพอและมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้องและยั่งยืนจนเชี่ยวชาญ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพตามหลักการ 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนสุขภาพ โดยมีการแปลผลคะแนนตามเกณฑ์ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2563 (กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2563) เป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 18 ข้อ โดยการแปลผลพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในภาพรวม ดังนี้ หากผลรวมของคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60.0 คือ ระดับไม่ดี หมายถึง มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ไม่ถูกต้อง ร้อยละ 60.0-70.0 คือ ระดับพอใช้ หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ไม่ถูกต้อง ได้ถูกต้องเป็นเล็กน้อย ร้อยละ 70.0-80.0 คือ ระดับดี หมายถึง มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ไม่ถูกต้อง เป็นส่วนใหญ่ และมากกว่าร้อยละ 80.0 คือระดับ ดีมาก หมายถึง มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ไม่ถูกต้อง ได้อย่างถูกต้องสม่ำเสมอ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามที่สร้างขึ้นผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ผลจากการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญนำมาวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item objective congruence: IOC) เท่ากับ 0.92 ทั้งฉบับ หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนสมุทรสาครวิทยาลัยจำนวน 30 คน โดยผู้วิจัยนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่น (Reliability) ทั้งฉบับ โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.97

การเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) หลังจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อนุมัติรับรองผู้วิจัยประสานงานทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลการวิจัย
- 2) ผู้วิจัยจัดเตรียมแบบสอบถามและหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเพื่อให้นักกลุ่มตัวอย่างลงนามแสดงความยินยอมก่อนการตอบแบบสอบถาม
- 3) ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามพร้อมทั้งเอกสารข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและหนังสือยินยอมไปยังแต่ละโรงเรียน จำนวน 6 โรงเรียน โดยมีคุณครูฝ่ายแนะแนวทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่การอธิบายและชี้แจงรายละเอียด พร้อมทำความเข้าใจเกี่ยวกับแบบสอบถามแก่นักเรียนกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยทำการอธิบายรายละเอียดและสาระสำคัญของแบบสอบถามแก่ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจอย่างถูกต้อง
- 4) ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง เมื่อครบตามจำนวนนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ค่าคะแนนและระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ จำนวน ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยการศึกษานี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา รหัส COA.1-035/2023 และเมื่อได้รับการพิจารณาตรวจสอบเรียบร้อยแล้วจึงได้ดำเนินการขออนุญาตไปยังผู้อำนวยการโรงเรียนและครูฝ่ายแนะแนวเพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ในกรณีที่อาสาสมัครเป็นเด็กโตแต่อายุไม่ถึง 18 ปี ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองก่อนจึงจะลงลายมือชื่อได้และผู้ปกครองจะต้องลงลายมือชื่อยินยอมด้วย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.9 อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 17 ปี ร้อยละ 32 และส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 36.3 และเคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 70 และได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ครบ 2 เข็ม ร้อยละ 91.4 ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=373)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1.เพศ		
ชาย	146	39.1
หญิง	227	60.9
2.อายุ		
15	63	16.9
16	111	29.7
17	119	32.0
18 ขึ้นไป	80	21.4
3.ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย		
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4	135	36.3
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5	118	31.7
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6	119	32.0
4.ท่านเคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 หรือไม่		
ไม่เคยติดเชื้อ	112	30.0
เคยติดเชื้อ	261	70.0
5.การได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019		
ได้รับการฉีดวัคซีน ครบ 2 เข็ม	341	91.4
ได้รับการฉีดวัคซีน เข็มที่ 1	29	7.8
ยังไม่ได้ฉีดวัคซีน	3	0.8

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพ โดยภาพรวม อยู่ในระดับดี ร้อยละ 50.94 รองลงมาอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 25.6 ระดับพอใช้ร้อยละ 18.23 และระดับไม่ดี ร้อยละ 1.88 ตามลำดับ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับดี ($M = 20.54$, $S.D. = 3.12$) และเมื่อวิเคราะห์ความรู้ด้านสุขภาพแยกรายทักษะ พบว่า ทุกทักษะมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพรายด้านอยู่ในระดับดี ได้แก่ ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ($M = 15.31$, $S.D. = 2.85$) ด้านการสื่อสารเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($M = 15.14$, $S.D. = 2.63$) ด้านทักษะการตัดสินใจและการโต้ตอบคำถามเพื่อป้องกันโรค ($M = 30.18$, $S.D. = 5.26$) ด้านทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรค ($M = 15.65$, $S.D. = 2.77$) ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ($M = 15.43$, $S.D. = 2.97$) ดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับความรู้ด้านสุขภาพ (n=373)

ตัวแปร	M (S.D)	ระดับความรู้ด้านสุขภาพ n (%)			
		ดีมาก	ดี	พอใช้	ไม่ดี
1. ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	15.31(2.85)	123(33.0)	175(46.8)	70(18.8)	5(1.4)
2. ด้านการสื่อสารเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	15.14(2.63)	104(27.9)	196(52.5)	70(18.8)	3(0.8)
3. ด้านทักษะการตัดสินใจและการโต้ตอบคำถามเพื่อป้องกันโรค	30.18(5.26)	111(29.7)	188(50.4)	73(19.6)	1(0.3)
4. ด้านทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรค	15.65(2.77)	130(34.9)	174(46.6)	66(17.7)	3(0.8)
5. ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ	15.43(2.97)	123(33.0)	173(46.4)	67(18.0)	10(2.6)
ความรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวม	20.54(3.12)	108(28.95)	190(50.94)	68(18.23)	7(1.88)

3. พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดี ร้อยละ 46.4 รองลงมาคือระดับดีมาก ร้อยละ 30.3 โดยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 68.03 ($S.D. = 11.18$) ดังตาราง 3

ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละระดับพฤติกรรมกำรป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n=373)

ตัวแปร	M (S.D)	ระดับพฤติกรรมกำรป้องกันโรค			
		ดีมาก	ดี	พอใช้	ไม่ดี
พฤติกรรมกำรป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยภาพรวม	68.03(11.18)	113(30.3)	170(46.4)	83(22.3)	7(1.0)

4.ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมกำรป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019
พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวมกับพฤติกรรมกำรป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .656$, $p < 0.001$) ดังตาราง 4

ตาราง 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมกำรป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ตัวแปร	พฤติกรรมกำรป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		
	Pearson Correlations	p	ระดับความสัมพันธ์
ความรู้ด้านสุขภาพ	.656*	.000	ระดับปานกลาง

* $p < 0.001$

อภิปรายผล

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดสมุทรสงคราม มีระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี อาจเนื่องมาจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีระดับความรุนแรงส่งผลกระทบต่อทุกเพศทุกวัยมีการประกาศเป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health emergency of internal concern) มีการให้ข้อมูลข่าวสารสถานการณ์ มาตรการการป้องกัน วิธีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดต่อผ่านสื่อต่าง ๆ ในทุกช่องทางอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นที่มีทักษะในการสื่อสาร การใช้เทคโนโลยีสื่อออนไลน์ได้เป็นอย่างดีทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของรำพึง นุ่มสารพัฒน์ (2565) ที่ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดนครนายก พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด 19 อยู่ในระดับสูง และยังสอดคล้องกับการศึกษาของเอ็มอัสมา วัฒนบุรณนธ์ และคณะ (2564) ที่ศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมกำรป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย กรุงเทพมหานคร พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงและพฤติกรรมกำรป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับมาก

ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในจังหวัดสมุทรสงครามอยู่ในระดับดี อาจเนื่องมาจากการเตรียมการเปิดภาคเรียนของทางโรงเรียนมีการย้าเตือนนักเรียนให้ปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมถึงกระทรวงสาธารณสุข มีการประชาสัมพันธ์ตลอดระยะเวลาที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นการสื่อสารเพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างต่อเนื่อง ตามแนวทางการใช้ชีวิตบนฐานวิถีชีวิตใหม่ (New normal) ที่มีการดำเนินชีวิตในรูปแบบที่เปลี่ยนไป เช่น การสวมหน้ากากอนามัย การรักษาระยะห่างทางสังคม (Social distancing) รวมทั้งมีมาตรการทางกฎหมายในกรณีที่ไม่ปฏิบัติตามให้นักเรียนได้ปฏิบัติจนคุ้นชิน สอดคล้องกับการศึกษาของจิระภา ขำพิสุทธ์ (2564) ที่ศึกษาพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ พบว่า พฤติกรรมการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก และยังสอดคล้องกับการศึกษาของรำพึง นุ่มสารพัตติก (2565) ที่ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาจังหวัดนครนายก พบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาจังหวัดนครนายกมีพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง โดยพฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุดคือ การสวมหน้ากากอนามัยและรองลงมาคือการล้างมือด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของทศพล ขำนาญกิจ และคณะ (2565) ที่ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากความรู้ด้านสุขภาพเป็นระดับความรู้และความสามารถ ของบุคคลในการกลั่นกรองประเมินข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับเพื่อนำมาประกอบการตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติ ต่อพฤติกรรมตนเอง รวมถึงการพัฒนาความรู้และทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และแรงจูงใจ เพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเองตามแนวคิดของ Nutbeam ที่ว่าเมื่อบุคคลมีความรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นจะทำให้เกิดทักษะและความสามารถในการดูแล จัดการดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น รวมถึงพฤติกรรมส่วนบุคคลและกิจกรรมทางสังคมที่เกี่ยวกับสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของทศพล ขำนาญกิจ และคณะ (2566) ที่ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านในจังหวัดสมุทรสงคราม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของรำพึง นุ่มสารพัตติก (2565) ที่ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาจังหวัดนครนายก พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ส่งเสริมและพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพโดยเฉพาะด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพด้านทักษะการจัดการตนเองให้เพิ่มมากขึ้น
2. เตรียมการเปิดภาคเรียนของทางโรงเรียนควรย้าเตือนนักเรียนให้ปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมถึงกระทรวงสาธารณสุขมีการประชาสัมพันธ์ตลอดระยะเวลาที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้ปกครองและครูในโรงเรียน
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มนักเรียนเพื่อให้ได้องค์ความรู้เป็นฐานในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มนักเรียนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). แนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือโควิด 19 สำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง. https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/int_protection/int_protection_030164.pdf
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566). สถานการณ์ผู้ติดเชื้อ COVID-19. <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/>
- กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. (2564). การสร้างเสริมและประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมกลุ่มวัยเรียน วัยทำงาน. นนทบุรี: นิเวศธรรมดาการพิมพ์.
- กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. (2563). แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. 2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2563. <http://www.hed.go.th/linkHed/index/401>
- จิระภา ขำพิสุทธิ์. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 7(4), 17-28.
- ดาวรุ่ง เยาวกุล, ปาจริย์ อับดุลลาฮาซิม และนิภา มหารัซซัง. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 6. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ, 15(1), 257-272.
- ทรงพรรณ จินาพงศ์ และภัทรารุช ขาวสนิ. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและกิจกรรมทางกายของนักศึกษาระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ. วารสารสุศึกษา พลศึกษา และสันตนาการ, 46(2), 56-67.

- ทศพล ชำนาญกิจ, วรณวิมล เมฆวิมล กิ่งแก้ว, ปรีศนา เพียรจริง, และคณะ. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพและสาธารณสุขมหาวิทยาลัยราชภัฏแห่งหนึ่ง. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์*, 4(2), 47-57.
- ร่ำพิง นุ่มสารพัตติก. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของนักเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดนครนายก. *วารสารสรรพสิทธิเวชสาร*, 43(3), 91-110.
- สุภาภรณ์ วงจิ. (2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนครสวรรค์). ThaiLIS. <https://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/bitstream/123456789/3227/3/62060668.pdf>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม. (2566). รายงานสถานการณ์การดำเนินงานการได้รับวัคซีนไวรัสโคโรนา 2019. สมุทรสงคราม: สำนักงานยุทธศาสตร์จังหวัดสมุทรสงคราม.
- เอ็มอัชมา วัฒนบุรณนธ์, มิ่งขวัญ ศิริโชติ, ปณณวิชญ์ ปิยะอร่ามวงศ์ และศุภอัทธ์ สัตยเทวา. (2564). การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 (COVID 19) ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย กรุงเทพมหานคร. *วารสารศิลปศาสตร์มหาวิทยาลัยแม่โจ้*, 9(1), 36-49.
- อินทิตา อ่อนลา และคณะ. (2565). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 (โควิด-19) ในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา. *การประชุมมหาดไทยวิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 13* (หน้า 920-932). มหาวิทยาลัยมหาดไทย
- Dryhurst, S., Schneider, C. R., Kerr, J., Freeman, A. L. J., Recchia, G., van der Bles, A. M., Spiegelhalter, D. & van der Linden, S. (2020). Risk perceptions of COVID-19 around the world. *Journal of Risk Research*, 23(7-8), 994-1006. <https://doi.org/10.1080/13669877.2020.1758193>
- Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- World Health Organization. (2020). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) situation report*. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>

การพัฒนาแบบแผนการฝากครรภ์คุณภาพแบบบูรณาการและมีส่วนร่วม ตำบลเหนือคลอง
อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่

Integrated and Participatory Quality Antenatal Care Model
at Nuea Khlong Sub-District, Nuea Khlong District, Krabi Province

เสาวภา ขันติ พย.บ.^{1*}

Saowapa Khunti, B.N.S.^{1*}

โรงพยาบาลเหนือคลอง อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่

Nuea Khlong Hospital, Nuea Khlong District, Krabi Province, Thailand

(Received: April 9, 2024; Revised: June 27, 2024; Accepted: August 13, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการฝากครรภ์คุณภาพแบบบูรณาการงานเครือข่ายในชุมชนและมีส่วนร่วม ตำบลเหนือคลอง อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 97 คน ประกอบด้วย กลุ่มภาคีเครือข่าย แกนนำชุมชน จำนวนทั้งหมด 20 คน มีการเก็บข้อมูลเชิงตั้งครรภ์ทั้งหมดในเขตตำบลเหนือคลองที่มาฝากครรภ์ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และที่ไม่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 77 คน ใช้เวลาในการดำเนินการ 6 เดือน โดยใช้กระบวนการ Plan Do Check Act (PDCA) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) รูปแบบการฝากครรภ์คุณภาพแบบบูรณาการและมีส่วนร่วมในตำบลเหนือคลอง ประกอบไปด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ 1) การเพิ่มการเข้าถึงบริการและการสร้างแรงจูงใจให้หญิงมีครรภ์มาฝากครรภ์ให้ได้ตามเกณฑ์ 2) การพัฒนาคุณภาพการให้บริการ เช่น การจัดระบบการให้สุขศึกษา ระบบการติดตามหญิงมีครรภ์ 3) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น การจัดเวทีประชาคมประชุมชี้แจงการแก้ปัญหาอนามัยแม่และเด็กในชุมชน อสม.เคาะประตูบ้านติดตามหญิงตั้งครรภ์

ผลการศึกษา พบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 25 - 30 ปี มีค่าเฉลี่ยร้อยละ 26.33 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 64.20 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 42.40 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 75.00 รายได้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 10,000 - 15,000 บาท ข้อมูลการรับบริการจากหน่วยบริการ ส่วนใหญ่เข้ารับบริการที่ PCU โรงพยาบาลเหนือคลอง ร้อยละ 65.00 เนื่องจากมีระยะทางใกล้เดินทางได้สะดวก สิทธิในการรับบริการ ส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การรับบริการจากหน่วยบริการส่วนใหญ่ได้ฝากครรภ์เกิน 5 ครั้ง ร้อยละ 92.00

ผลการดำเนินงานในการฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ (เป้าหมายร้อยละ 75.00) ก่อนดำเนินการ ร้อยละ 49.46 หลังดำเนินการพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์เพิ่มขึ้น ร้อยละ 75.82 ข้อเสนอแนะจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า รูปแบบการฝากครรภ์คุณภาพแบบบูรณาการและมีส่วนร่วมในตำบลเหนือคลอง ต้องมีการใช้หลักการแก้ปัญหาโดยการวางแผนการจัดกิจกรรมดำเนินงานให้หญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการ การประเมินผลการดำเนินงาน และการปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของชุมชน

คำสำคัญ : การฝากครรภ์คุณภาพ, บูรณาการ, การมีส่วนร่วม

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: khung_s2512@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์: 081-083-4371)

Abstract

This action research aimed to develop and explore the integrated and participatory quality antenatal care model at Nuea Khlong sub-district, Nuea Khlong district, Krabi province. Participants were 97 persons divided into 2 groups involving 20 persons of health networks and community leaders and 77 persons of pregnant women who attended the antenatal care following the Ministry of Public health standard. The research conducted for 6 months using the process of Plan, Do, Check, Act (PDCA). Data were collected by the interview forms and analyzed by descriptive statistics and also content analysis. The integrated and participatory quality antenatal care model included 3 activities covering: 1) increasing access to services and motivating pregnant women to attend the antenatal care to meet the criteria; 2) improving the quality of services, such as organizing health education system and monitoring system for pregnant women; and 3) promoting the community participation, such as organizing community forums to clarify maternal and child health problems in the community, and also assigning village health volunteers to follow pregnant women by knocking the houses' doors.

The results revealed that most pregnant woman were 25-30 years old with the average age of 26.33, held Islam (64.20%), finished secondary school (42.40%), did agriculture (75.00%) and had income 10,000-15,000 baht. They had health services at PCU of Nuea Khlong hospital (65.00%) because of convenience for travelling and using the universal coverage insurance. In addition, they had the service of antenatal care for more than 5 sessions (92.00%).

According to the performance of 5 antenatal care sessions according to the standard criteria (Target 75%), the percentage before the implementation of the model was 49.46, while after was 75.82. It could be suggested that the developed model should employ problem solving principle to plan for organizing antenatal care activities, evaluating and improving service process by community participation.

Keywords : Integrated, Quality antenatal care, Participation

บทนำ

การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพจะช่วยลดอัตราการตายของ มารดาและทารกแรกเกิดได้ถึง 7 เท่า (Berhan Y, 2014) นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามาตรการเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2560 - 2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2560) กำหนดให้การฝากครรภ์คุณภาพ เป็นการจักระบบบริการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ที่พิสูจน์แล้วว่าเป็นประโยชน์ต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ การฝากครรภ์แบบดั้งเดิม (Traditional ANC) มีการนัดหมายหญิงตั้งครรภ์ 12-15 ครั้ง ความถี่ขึ้นอยู่กับช่วงอายุครรภ์ พ.ศ.2556 รัฐบาลประกาศนโยบาย “ฝากครรภ์ทุกที่ฟรีทุกสิทธิ์” กรมอนามัยได้จัดทำแนวทางการฝากครรภ์คุณภาพ ที่เป็นสิทธิขั้นพื้นฐาน

ที่หญิงตั้งครรภ์ทุกคนพึงได้รับ โดยแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่ำมารับบริการ ฝากครรภ์อย่างน้อย 5 ครั้ง โดยจะได้รับบริการตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ในแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์แนวใหม่ ขององค์การอนามัยโลก ได้แก่ การดูแลหญิงตั้งครรภ์ขึ้นพื้นฐานตลอดการตั้งครรภ์ ประกอบด้วย กระบวนการ ดังต่อไปนี้ การสอบถามข้อมูลทั่วไป การตรวจร่างกายและการตรวจครรภ์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การประเมินเพื่อการดูแลสุขภาพและป้องกันโรค การรักษาและส่งต่อ โรงเรียนพ่อแม่ การบันทึกข้อมูล การฝากครรภ์และผลการตรวจร่างกาย ตรวจครรภ์และตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ครบถ้วนในสมุดบันทึกสุขภาพ แม่และเด็ก หรือแบบบันทึกการฝากครรภ์และเวชระเบียนของหน่วยบริการ และการนัดหมายฝากครรภ์ครั้งต่อไป (ณรงค์ วินัยกุล, 2550) พ.ศ. 2559 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ประกาศประเภท และขอบเขต ของบริการฝากครรภ์สอดคล้องตามแนวทาง ฝากครรภ์คุณภาพของกรมอนามัย องค์การอนามัยโลกได้กำหนด ให้ฝากครรภ์อย่างน้อย 8 ครั้ง โดยเพิ่มความถี่ในช่วงไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ (WHO, 2016) เนื่องจาก พบอุบัติการณ์ทารกเกิดไร้ชีพ (Stillbirths) เพิ่มขึ้นในบางประเทศที่มีการปรับใช้แนวทางการฝากครรภ์ 4 ครั้ง (Dowswell T, Carroli G, Duley L, Gates S, Gülmezoglu AM, Khan-Neelofur D, et al, 2015) ประเทศไทยมีอัตราเกิดไร้ชีพเมื่อปี พ.ศ. 2561- 2563 อยู่ที่ 3.86, 4.54 และ 4.37 ต่อการเกิด 1,000 คน (กองบริหารสาธารณสุข, 2564) แสดงให้เห็นว่าการฝากครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ ส่งผลให้อัตราการเกิด ไร้ชีพสูงขึ้น ในขณะที่องค์การอนามัยโลกประมาณการในปี พ.ศ. 2562 อัตราการเกิดไร้ชีพของประเทศไทย อยู่ที่ 6 ต่อการเกิด 1,000 คน (The Global Health Observatory, 2022) อัตราส่วนการตายมารดา ในประเทศไทยเมื่อ ปี พ.ศ. 2561-2563 อยู่ที่ 19.9, 22.5 และ 22.9 ต่อการเกิดมีชีพแสนคนตามลำดับ (สำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัย, 2564) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการดูแลหญิงตั้งครรภ์ให้มาฝากครรภ์ครั้งแรก ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ และการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ยังน้อยอยู่ในขณะที่อัตราส่วนการตาย มารดาของโลกในปี 2562 อยู่ที่ 211 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน (WHO, 2019) ถึงแม้อัตราตายของมารดาในไทย จะถือว่าต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของโลก แต่ก็ยังสูงกว่าประเทศในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว เช่น ญี่ปุ่น ที่มีอัตราส่วน การตายมารดาอยู่ที่ 5 ต่อการเกิดมีชีพแสนคนในปี พ.ศ. 2560 หลังจากที้องค์การอนามัยโลก ได้เผยแพร่คำแนะนำในการฝากครรภ์ 8 ครั้ง ไปแล้วเป็นเวลา 4 ปี การสำรวจความชุกของการดำเนินงาน ตามคำแนะนำ โดยประเทศที่มีการดำเนินงานมากที่สุดอยู่ที่ร้อยละ 74.0 ต่ำสุดอยู่ที่ร้อยละ 1.0 (WHO, 2017) ซึ่งตามข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลก ได้กำหนดให้ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ และควรฝากครรภ์ครบ 8 ครั้งตามเกณฑ์ เพื่อเป็นการค้นหาความเสี่ยงด้านมารดาที่ส่งผลต่อทารกในครรภ์ โดยหญิงตั้งครรภ์จะได้รับคำแนะนำและได้รับบริการการดูแลที่เหมาะสมเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ซึ่งจะช่วยลดความผิดปกติจากการตั้งครรภ์ การคลอด และความผิดปกติของทารก (WHO, 2002) ดังเช่นจากการศึกษาของ Covington DL และคณะ (ชุดิมา ไตรนภากุล, 2560) พบว่าการฝากครรภ์ไม่ครบ ตามเกณฑ์คุณภาพ การคลอดก่อนกำหนด ประวัติกการแท้งครรภ์แฝด มีโรคความดันโลหิตสูง มีภาวะติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ทารกพิการแต่กำเนิด หญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 17 ปี อาชีพรับจ้างการตั้งครรภ์ ท้องหลัง ภาวะโลหิตจาง และภาวะทารกขาดออกซิเจนหลังคลอดทำให้ภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

ยุทธศาสตร์พัฒนางานอนามัยแม่และเด็กโรงพยาบาลเหนือคลอง มีเป้าหมายที่สำคัญ คือ ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย เด็กเติบโต พัฒนาการสมวัย การฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์น้อยกว่า หรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ เน้นให้หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ ในการดำเนินงานให้บริการหญิงตั้งครรภ์ ในเขตตำบลเหนือคลองที่มาฝากครรภ์ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และที่ไม่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 77 คน พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มารับการบริการฝากครรภ์แรก ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ในปี 2564 ร้อยละ 55.32 ปี 2565 ร้อยละ 91.26 และปี 2566 ร้อยละ 79.22 ซึ่งตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขตั้งเกณฑ์ไว้ที่ร้อยละ 75.00 ในส่วนของการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ ในปี 2564 ร้อยละ 49.46 ปี 2565 ร้อยละ 86.41 และปี 2566 ร้อยละ 70.42 ซึ่งตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขตั้งเกณฑ์ไว้ที่ร้อยละ 75.00 จากปัญหาการดำเนินงานให้บริการหญิงตั้งครรภ์ ในเขตตำบลเหนือคลอง ที่มาฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพไม่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนด มีการพัฒนารูปแบบการฝากครรภ์คุณภาพแบบบูรณาการและมีส่วนร่วม ตำบลเหนือคลอง อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่

วัตถุประสงค์วิจัย

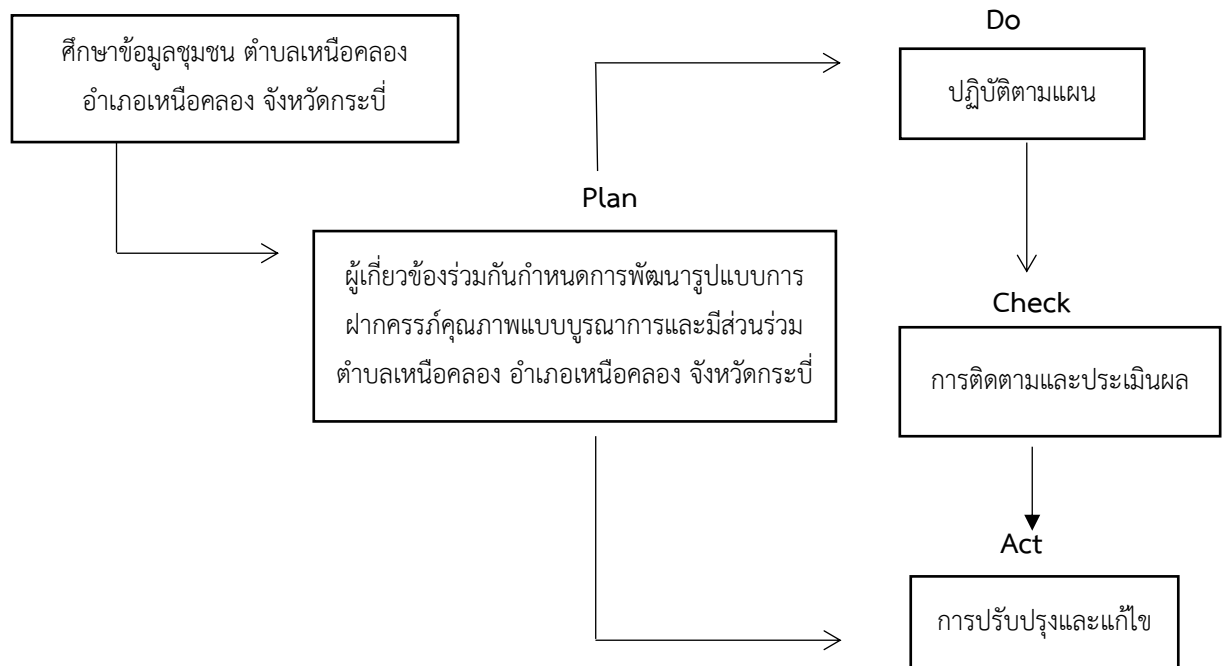
เพื่อพัฒนารูปแบบการฝากครรภ์คุณภาพแบบบูรณาการและมีส่วนร่วม ตำบลเหนือคลอง อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการฝากครรภ์ของตำบลเหนือคลองอำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ ที่ให้บริการตามปกติ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการฝากครรภ์คุณภาพแบบบูรณาการและมีส่วนร่วม ตำบลเหนือคลอง อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่
3. เพื่อเปรียบเทียบอัตราหญิงตั้งครรภ์ที่มารับการฝากครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้งตามเกณฑ์ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการฝากครรภ์คุณภาพแบบบูรณาการและมีส่วนร่วม ตำบลเหนือคลอง อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพราะแนวคิดดังกล่าวสามารถกำหนดขอบเขตของเวลาในแต่ละรอบเพื่อนำผลการปฏิบัติมาปรับปรุงแก้ไขและดำเนินการต่อไป ดังภาพประกอบที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อศึกษารูปแบบการฝากครรภ์คุณภาพแบบบูรณาการและมีส่วนร่วม ตำบลเหนือคลอง อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้ คัดเลือกประชากรที่ศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง โดยคัดเลือกกลุ่มภาคีเครือข่าย แกนนำชุมชน ประกอบด้วย กำนัน 1 คน ผู้ใหญ่บ้าน 6 คน สมาชิกอส. 7 คน ผู้นำศาสนา 2 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3 คน และปราชญ์ชาวบ้าน 1 คน รวมทั้งสิ้น 20 คน ซึ่งต้องอาศัยความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดที่ดีต่อกัน และความคุ้นเคยระหว่างผู้วิจัยและชุมชนเพื่อสะดวกในการดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนต่าง ๆ และมีการเก็บข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดในเขตตำบลเหนือคลอง ที่มาฝากครรภ์ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด จำนวน 66 คน และที่ไม่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 11 คน รวมหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ทั้งหมดในเขตตำบลเหนือคลอง จำนวน 77 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 97 คน โดยขึ้นอยู่กับความเต็มใจและสมัครใจของผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นหลัก

เกณฑ์ในการคัดเลือกรวมของตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

- เป็นผู้รับบริการที่มารับบริการในโรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ ในปีงบประมาณ 2566 (ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 - กันยายน 2566) และได้รับการวินิจฉัยเป็นหญิงตั้งครรภ์ และหญิงหลังคลอด ที่ได้รับการดูแลจากงานอนามัยแม่และเด็ก กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลเหนือคลอง

- มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารกับผู้วิจัยได้
- สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
- มีความสนใจที่จะเข้าร่วมกระบวนการวิจัยในครั้งนี้

เกณฑ์ในการคัดออกของตัวอย่าง (Exclusion Criteria)

- ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ได้ใช้วงจร Plan Do Check Act (PDCA) ดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลเป็นเวลา 6 เดือน ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2566 – เมษายน 2567 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.ขั้นตอนการวางแผน (Planning)

1.1 การทบทวน วิเคราะห์&สถานการณ์ปัญหาการฝากครรภ์คุณภาพ ตำบลเหนือคลอง อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ และแนวทางการการฝากครรภ์คุณภาพ

1.2 วางแผนกำหนดขั้นตอนการดำเนินงานในแต่ละระยะอย่างเป็นระบบ โดยใช้เทคนิค A-I-C ช่วยให้ชุมชนเข้าไปมีส่วนร่วม ในการวางแผนและการตัดสินใจ ร่วมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงาน สร้างการยอมรับ ความรับผิดชอบในฐานะ สมาชิกของชุมชน เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ และเกิดความภาคภูมิใจ ในผลงานที่ตนมีส่วนร่วม

2.ขั้นตอนการปฏิบัติตามแผนและขั้นตอนการดำเนินงาน (Doing)

เพื่อกำหนดรูปแบบการฝากครรภ์คุณภาพแบบบูรณาการและมีส่วนร่วม ตำบลเหนือคลอง อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ โดยให้ผู้เกี่ยวข้องและชุมชนวางแผนการดำเนินงาน โดยการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Appreciation Influence Control, AIC) ชุมชนที่พึงปรารถนา เพื่อให้เกิดการพัฒนา รูปแบบการฝากครรภ์คุณภาพแบบบูรณาการและมีส่วนร่วม ตำบลเหนือคลอง อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ ตามความเหมาะสม เพื่อกำหนดไปปฏิบัติในการฝากครรภ์คุณภาพ โดยมีการประชุม มีการติดตามควบคุม กำกับ และประเมินผลลัพธ์ทุก 1 เดือน โดยการจัดประชุมคณะกรรมการหมู่บ้าน ประกอบไปด้วย แกนนำชุมชน กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข วิธีการดำเนินงานจนกว่าผลลัพธ์จะเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด

3.ขั้นตอนการติดตามและประเมินผล (Check)

ในขั้นตอนนี้ได้วางแผนการดำเนินงานไว้ โดยกำหนดให้มีการจัดประชุมคณะกรรมการหมู่บ้าน ประกอบไปด้วย แกนนำชุมชน กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ โดยวางแผนให้มีการจัดประชุมเพื่อติดตามความก้าวหน้า ในการดำเนินงาน อย่างน้อย 1 เดือนต่อ 1 ครั้ง โดยจะกำหนดที่ติดตามข้อมูลที่ได้จากการประชุม การดำเนินงานตามมาตรการ และกิจกรรมของชุมชน การดำเนินการแก้ไขปัจจัยที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์ ไม่ได้รับฝากครรภ์ให้มีคุณภาพ สถิติข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน และรวบรวมรายงานผลการดำเนินงาน ให้กับคณะกรรมการหมู่บ้าน และแกนนำชุมชนต่อไป

4.การปรับปรุงและแก้ไข (Act)

ได้วางแผนให้มีการปรับปรุงแก้ไขในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน โดยวางแผนให้มีการพูดคุย ประเมินผล สะท้อนผลการปฏิบัติงาน และการจัดกิจกรรมของคณะทำงานหลังจากที่จัดกิจกรรมนั้น ๆ (After Action Review) เพื่อที่จะได้นำไปปรับปรุงแก้ไขในการจัดกิจกรรมไป

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม โดยพัฒนามาจากโครงการการประเมิน งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเขตพื้นที่ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง (วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย, 2556) ซึ่งเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป การรับบริการจากหน่วยบริการ โดยแบบสอบถามที่ใช้ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

1. ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ
2. ตอนที่ 2 การรับบริการจากหน่วยบริการ มีจำนวน 28 ข้อ
3. แบบบันทึกกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Appreciation Influence Control, AIC) ชุมชนที่พึงปรารถนา เพื่อให้เกิดการพัฒนา รูปแบบการฝากครรภ์คุณภาพแบบบูรณาการ และมีส่วนร่วม ตำบลเหนือคลอง อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ ตามความเหมาะสม
4. การสังเกตแบบมีส่วนร่วม
5. การบันทึกภาคสนาม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย โดยนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลแม่และเด็ก จำนวน 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 ผู้วิจัยปรับภาษาบางคำให้เข้าใจง่ายตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดสอบกับหญิงตั้งครรภ์ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในภาษา ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ ที่ตอบแบบสอบถามเข้าใจและไม่มีข้อเสนอในการปรับแก้ไขข้อคำถาม จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปหาค่าความสอดคล้องภายในของแบบสอบถาม ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .82

การวิเคราะห์ข้อมูล

สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์กลุ่มงาน บริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวม โรงพยาบาลเหนือคลอง ข้อมูลการจัดบริการกลุ่มเป้าหมายฝากครรภ์ ข้อมูลความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและ องค์กรรวม โรงพยาบาลเหนือคลอง และข้อมูล หญิงตั้งครรภ์ที่มารับการฝากครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์

ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ได้แก่ การประชุมแบบมีส่วนร่วม อย่างสร้างสรรค์ (Appreciation Influence Control, AIC) ชุมชนที่พึงปรารถนา เพื่อให้เกิดการพัฒนา รูปแบบการฝากครรภ์คุณภาพแบบบูรณาการและมีส่วนร่วม ตำบลเหนือคลอง อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ และข้อมูลการพัฒนาคุณภาพการให้บริการในคลินิกฝากครรภ์กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวม โรงพยาบาลเหนือคลอง

จริยธรรมวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาและเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ KB-IRB 2023/28.0112 ลงวันที่ 1 ธันวาคม 2566 ประเภทการรับรองการวิจัยประยุกต์ (Expedited review)

ผลการวิจัย

รูปแบบการฝากครรภ์คุณภาพแบบบูรณาการและมีส่วนร่วมในตำบลเหนือคลอง โดยยึดหลักการแก้ปัญหาแบบ Plan Do Check Act (PDCA) สามารถอธิบายผลการศึกษาได้ดังนี้ 1) การเพิ่มการเข้าถึงบริการและการสร้างแรงจูงใจให้หญิงมีครรภ์มาฝากครรภ์ให้ได้ตามเกณฑ์ 2) การพัฒนาคุณภาพการให้บริการ 3) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน

1. การเพิ่มการเข้าถึงบริการและการสร้างแรงจูงใจให้หญิงมีครรภ์มาฝากครรภ์ให้ได้ตามเกณฑ์

1.1 สํารวจข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรม โรงพยาบาลเหนือคลอง ได้ข้อมูลดังนี้

หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 25 - 30 ปี มีค่าเฉลี่ยร้อยละ 26.33 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 64.20 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 42.40 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 75.00 รายได้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 10,000 – 15,000 บาท ข้อมูลการรับบริการจากหน่วยบริการ ส่วนใหญ่เข้ารับบริการที่ PCU โรงพยาบาลเหนือคลอง ร้อยละ 65.00 เนื่องจากมีระยะทางใกล้เดินทางได้สะดวก สิทธิในการรับบริการส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การรับบริการจากหน่วยบริการส่วนใหญ่ได้ฝากครรภ์เกิน 5 ครั้ง ร้อยละ 92.00

1.2 การจัดบริการกลุ่มเป้าหมายฝากครรภ์อย่างต่อเนื่อง 5 ครั้งตามเกณฑ์ ดังนี้

ครั้งที่ 1 อายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์

ครั้งที่ 2 อายุครรภ์ 13 - น้อยกว่า 20 สัปดาห์

ครั้งที่ 3 อายุครรภ์ 20 - น้อยกว่า 26 สัปดาห์

ครั้งที่ 4 อายุครรภ์ 26 - น้อยกว่า 32 สัปดาห์

ครั้งที่ 5 อายุครรภ์ 32-40 สัปดาห์

1.3 การวางแผนการเยี่ยมบ้านกลุ่มเป้าหมายอย่างน้อยคนละ 1 ครั้ง หากไม่มาตามนัด จะมีเจ้าหน้าที่โทรศัพท์ติดตาม

1.4 การติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 34 สัปดาห์ขึ้นไป อย่างต่อเนื่อง กรณีหญิงตั้งครรภ์ไม่มีปัจจัยเสี่ยง มีแผนการติดตาม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง กรณีมีความเสี่ยง มีแผนการติดตาม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง พร้อมทั้งให้สุขศึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์ สามีและญาติ

1.5 การเข้าโรงเรียนพ่อแม่เพื่อเตรียมความพร้อมวางแผนการคลอดและการดูแลหลังคลอด

1.6 การให้ของขวัญสร้างแรงจูงใจให้หญิงมีครรภ์ที่มา ANC ตามนัด เช่น การจ่ายนมเสริมแคลเซียมให้หญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการขาดแคลเซียม

1.7 การประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Appreciation Influence Control, AIC) ชุมชนที่พึงปรารถนา เพื่อให้เกิดการพัฒนารูปแบบการฝากครรภ์คุณภาพแบบบูรณาการและมีส่วนร่วม ตำบลเหนือคลอง อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ ตามความเหมาะสม

1.8 การให้ประกาศนียบัตรหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่

1.9 การให้บริการแบบครบวงจร ดูแลขณะตั้งครรภ์จนถึงการคลอดบุตรพร้อมออกใบแจ้งเกิดและขึ้นทะเบียนสิทธิให้กับบุตร

ตาราง 1 การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์

ผลการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์			
ประเด็นปัญหา	ลำดับความสำคัญของปัญหา	สาเหตุของปัญหา	ภาพลักษณ์ชุมชนที่พึงปรารถนา
1. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพ	1. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพ	1. ขาดการบูรณาการแบบมีส่วนร่วมของคนในชุมชน	“หญิงตั้งครรภ์ตำบลเหนือคลองมีความปลอดภัยใส่ใจการฝากครรภ์คุณภาพ”
2. ความรู้ของหญิงตั้งครรภ์	2. ความรู้ของหญิงตั้งครรภ์	2. ความรู้ความเข้าใจและทัศนคติต่อการฝากครรภ์	
3. การดูแลสุขภาพของตนเองของหญิงตั้งครรภ์	3. การดูแลสุขภาพของตนเองของหญิงตั้งครรภ์	3. ความไม่ใส่ใจในสุขภาพ	
4. ช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ด้านการฝากครรภ์	4. ช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ด้านการฝากครรภ์	4. ขาดการตระหนักต่อการดูแลสุขภาพของตนเองของหญิงตั้งครรภ์	
		5. ทุกคนต้องทำงานไม่มีเวลา	

จากตาราง 1 ผลการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์พบว่า ปัญหาของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลเหนือคลอง คือ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพ สาเหตุของปัญหาเกิดจากหาขาดการบูรณาการแบบมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ทำให้ได้ภาพลักษณ์ชุมชนที่พึงปรารถนา คือ “หญิงตั้งครรภ์ตำบลเหนือคลองมีความปลอดภัยใส่ใจการฝากครรภ์คุณภาพ”

ตาราง 2 ความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลเหนือคลอง

กิจกรรม	ความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
การให้บริการในคลินิกฝากครรภ์กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลเหนือคลอง	68.25	19.06	12.69
เยี่ยมบ้านขณะตั้งครรภ์	64.93	32.46	2.61
เยี่ยมหลังคลอด	86.25	7.90	5.85
โรงเรียนพ่อแม่	84.93	10.43	4.64
การจัดทำประวัติการตั้งครรภ์และขึ้นทะเบียนสิทธิ์	74.56	18.23	7.21

จากตาราง 2 พบว่า ความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลเหนือคลอง ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในกิจกรรมเยี่ยมหลังคลอดมากที่สุด ร้อยละ 86.25 รองลงมาในกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ ร้อยละ 84.93

ตาราง 3 หญิงตั้งครรภ์ที่มารับการฝากครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ ในปีงบประมาณ 2562 – 2566

พ.ศ.	หญิงมีครรภ์ (ร้อยละ)
2562	75.95
2563	61.68
2564	47.93
2565	49.46
2566	75.82

จากตาราง 3 พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มารับการฝากครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์เปรียบเทียบ 5 ปีย้อนหลัง ในปีงบประมาณ 2562 มีหญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์มากที่สุด ร้อยละ 75.92 ในปีงบประมาณ 2563 – 2565 มีแนวโน้มลดลง และในปีงบประมาณ 2566 หญิงตั้งครรภ์ที่มารับการฝากครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ เพิ่มขึ้นร้อยละ 75.82

2. การพัฒนาคุณภาพการให้บริการ

2.1 การจัดระบบการให้สุศึกษา ประกอบด้วย

1) ให้ความรู้เรื่องความสำคัญของการฝากครรภ์คุณภาพ ผ่านทางครอบครัว โดยการแจกแผ่นพับ ป้ายประชาสัมพันธ์ ในกลุ่มครอบครัวหญิงตั้งครรภ์ ครอบครัวหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ทำงานต่างจังหวัด

2) ปรับระบบการให้บริการฝากครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ และองค์กรรวม โรงพยาบาลเหนือคลอง โดยประชาสัมพันธ์การให้บริการฝากครรภ์หญิงตั้งครรภ์รายใหม่ทุกวัน ทำการสอนทักษะการให้บริการฝากครรภ์ครั้งแรก การกรอกประวัติลงในสมุดสีชมพู กับบุคลากรอื่น ๆ และผู้ช่วยเหลือคนไข้

3) จัดทำแผนการสอนโดยให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ตามไตรมาสของการตั้งครรภ์ ดังนี้

ไตรมาส ที่ 1

- การเปลี่ยนแปลงเมื่อเริ่มตั้งครรภ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
- การตรวจเลือดเมื่อตั้งครรภ์ ความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น
 - ภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนในเด็กแรกเกิด หรือโรคเอ๋อ การดูแลรักษา
 - การเกิดทารกกลุ่มอาการดาวน์
 - พิษภัยของควินบุหรือต่อทารกในครรภ์
- การสังเกตและการปฏิบัติตัวกรณีมีอาการผิดปกติหรือฉุกเฉิน แจ้งหมายเลขโทรศัพท์

เพื่อติดต่อฉุกเฉิน

- ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงและการปฏิบัติตัวในเรื่องการออกกำลังกาย
- เรื่องภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น อาการคลื่นไส้ อาเจียน เลือดออกทางช่องคลอด

ปัสสาวะบ่อย / แสบขัด

- ความเครียด การสังเกตและประเมินความเครียดด้วยตนเอง
- การใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก
- ภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์และภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานของหญิงตั้งครรภ์
- อัลตราซาวด์บอกอะไรได้บ้าง
- ภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์

ไตรมาสที่ 2

- พัฒนาการของทารกในครรภ์ในแต่ละช่วง
- การรับประทานอาหารและการพักผ่อน
- การออกกำลังกายสำหรับหญิงตั้งครรภ์และข้อห้าม
- การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (ต่อเนื่องจากครั้งแรก)
- การมีเพศสัมพันธ์ในระหว่างตั้งครรภ์
- การดูแลสุขภาพช่องปาก
- เรื่องภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เลือดออกทางช่องคลอด ปัสสาวะบ่อย

สัปดาห์

- การจัดการความเครียดด้วยตนเอง โรคซึมเศร้า อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า

ไตรมาสที่ 3

- การสังเกตการดิ้นของทารกในครรภ์ พร้อมทั้งสอนให้นับจำนวนครั้งของการดิ้นของทารกในครรภ์
- การสังเกตอาการสำคัญที่ต้องมาโรงพยาบาลเพื่อการคลอด เช่น เจ็บครรภ์คลอด มีน้ำเดิน มีมูกเลือด หรือมีอาการผิดปกติอื่น ๆ ที่ต้องมาโรงพยาบาลโดยเร็ว เช่น เลือดออกทางช่องคลอด ทารกดิ้นน้อยลง ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เจ็บจุกแน่นบริเวณใต้ชายโครงขวา มีไข้ เป็นต้น

- ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เลือดออก น้ำเดิน เป็นต้น
- ทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การดูแลเต้านม ประโยชน์นมแม่
- การคลอดและวางแผนการคลอด
- การคุมกำเนิด
- การปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรคซึมเศร้า

2.2 ระบบติดตามหญิงตั้งครรภ์

ไตรมาสที่ 1

- นัดมาฟังผลการตรวจคัดกรองทางห้องปฏิบัติการและส่งต่อไปประเมินความเสี่ยงการตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาล

- นัดฝากครรภ์ครั้งต่อไปเมื่ออายุครรภ์ 18- 20 สัปดาห์
- นัดมาพบทันตแพทย์หรือทันตบุคลากรเพื่อตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน อย่างน้อย

1 ครั้งในช่วงที่ตั้งครรภ์

ไตรมาสที่ 2

- ติดตามประเมินผลการแก้ไขในรายที่มีความผิดปกติของลานนมหรือหัวนม
- นัดฝากครรภ์อย่างน้อย 2 ครั้ง ในช่วงอายุครรภ์ 13-20 สัปดาห์ และ 21-26 สัปดาห์

ไตรมาสที่ 3

- ติดตามประเมินผลการแก้ไขในรายที่มีความผิดปกติของลานนม/หัวนม
- ติดตามการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไปฝากครรภ์ต่อเนื่องที่โรงพยาบาลรับส่งต่อหรือโรงพยาบาลแม่ข่าย พร้อมผลการตรวจ LAB II เมื่ออายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์

3. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน

การจัดเวทีประชาคมประชุมชี้แจงการแก้ปัญหาอนามัยแม่และเด็กในชุมชน ผู้วิจัยได้คัดเลือกคัดเลือกลุ่มภาคีเครือข่าย แกนนำชุมชน ประกอบด้วย กำนัน 1 คน ผู้ใหญ่บ้าน 6 คน สมาชิกอสม. 7 คน ผู้นำศาสนา 2 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3 คน และปราชญ์ชาวบ้าน 1 คน รวมทั้งสิ้น 20 คน เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพและความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้ทุกภาคส่วนมีโอกาสวิเคราะห์ปัญหา ศักยภาพ แสดงความคิดเห็น รวมถึงเสนอแนะแนวทางในการจัดกิจกรรมส่งเสริมหญิงตั้งครรภ์ตามกลุ่มปัญหาต่าง ๆ อย่างครบถ้วนตามสภาพปัญหา ความต้องการและบริบทของชุมชน

ภาคีเครือข่ายให้การสนับสนุน

บทบาทของกลุ่มภาคีเครือข่าย และแกนนำชุมชนต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการฝากครรภ์คุณภาพแบบบูรณาการและมีส่วนร่วมในตำบลเหนือคลอง

1) กำนันตำบลเหนือคลอง และผู้ใหญ่บ้าน มีบทบาทในการสำรวจข้อมูลและเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์ ดูแลติดตาม และนำเข้าสู่ระบบการฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพ รณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพโดยใช้สื่อประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตามสาย และที่ประชุมกำนันผู้ใหญ่บ้าน

2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้การสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ นำเข้าสู่ระบบการฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพสู่โรงพยาบาล รณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพ โดยใช้สื่อการสอน ดูแล ติดตาม การเข้าพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ให้บริการฝากครรภ์ตามคู่มือสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู)

3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีอุปกรณ์ที่พร้อมให้บริการตามขั้นตอนของการฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพ และมีการพัฒนาองค์ความรู้ในการให้บริการอย่างสม่ำเสมอ กำหนดช่องทางการติดต่อสื่อสารที่สะดวกขึ้น คือ ไลน์กลุ่ม โทรศัพท์ เป็นต้น สนับสนุนการดำเนินงาน นิเทศติดตามให้มีการดำเนินงานตามนโยบาย ให้คำปรึกษา รับส่งต่อหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ทุกราย

4) ผู้นำศาสนา และปราชญ์ชาวบ้าน มีบทบาทในการสำรวจข้อมูลและเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์ ดูแลติดตาม และนำเข้าสู่ระบบการฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพ ส่งเสริมการดูแลหญิงตั้งครรภ์แบบผสมผสานระหว่าง การแพทย์ปัจจุบันและภูมิปัญญาท้องถิ่น ให้ความสอดคล้องกับวัฒนธรรมและประเพณีพื้นบ้าน

ผลการจัดเวทีครั้งนี้สามารถระดมความคิดเห็นจากหญิงตั้งครรภ์เป็นเจ้าของปัญหารวมถึงภาคต่าง ๆ ภายในชุมชนได้อย่างดีเยี่ยม กิจกรรม อสม.เคาะประตูบ้านติดตามหญิงตั้งครรภ์ ให้ อสม.รณรงค์ให้หญิงตั้งครรภ์ทุกคน ให้รับฝากครรภ์ที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านก่อนอายุครรภ์ครบ 12 สัปดาห์ ซึ่งจะมีผลดีทั้งสุขภาพแม่และทารกในครรภ์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะทำการตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการ พร้อมทั้งการตรวจคัดกรองเพื่อประเมินความเสี่ยงต่าง ๆ ในการป้องกันการถ่ายทอดโรคทางพันธุกรรม เช่น ธาลัสซีเมีย หรือป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากมารดาสู่ทารก เช่น เอชไอวี เป็นต้น โดยรณรงค์ให้ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มาตรฐานคือ 5 ครั้งก่อนคลอด

อภิปรายผล

รูปแบบการฝากครรภ์คุณภาพแบบบูรณาการและมีส่วนร่วมในตำบลเหนือคลอง ใช้หลักการ

- 1) การเพิ่มการเข้าถึงบริการและการสร้างแรงจูงใจให้หญิงมีครรภ์มาฝากครรภ์ให้ได้ตามเกณฑ์
- 2) การพัฒนาคุณภาพการให้บริการ และ 3) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน สามารถอภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

1) การเพิ่มการเข้าถึงบริการและการสร้างแรงจูงใจให้หญิงมีครรภ์มาฝากครรภ์ให้ได้ตามเกณฑ์ ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลเหนือคลอง ฝากครรภ์เกิน 5 ครั้ง ร้อยละ 92.00 การจัดบริการกลุ่มเป้าหมายฝากครรภ์อย่างต่อเนื่อง 5 ครั้งตามเกณฑ์ เพราะมีแผนการเยี่ยมการติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 34 สัปดาห์ขึ้นไปอย่างต่อเนื่อง มีโรงเรียนพ่อแม่ ให้ของขวัญสร้างแรงจูงใจให้หญิงมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์ตามนัด การประชุมแบบมีส่วนร่วม อย่างสร้างสรรค์ชุมชนปรารถนา สอดคล้องกับการศึกษาของ มณฑิรา บุทเสน และคณะ (2566) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ทำแบบบันทึกในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์มาป้องกันภาวะคลอดกำหนด มีสื่อประชาสัมพันธ์ในคลินิก มีการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงเพื่อส่งพบสูติรีแพทย์ การคืนข้อมูลให้เครือข่าย เพื่อเยี่ยมติดตามและดูแลอย่างต่อเนื่อง ป้องกันการคลอดก่อนกำหนด การเฝ้าระวังอาการเตือนของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเพื่อให้ได้รับการดูแลได้ทันทั่วทั้ง 2) การพัฒนาคุณภาพการให้บริการ เช่น การจัดระบบ การให้สุขศึกษา ระบบการติดตามหญิงตั้งครรภ์ รายไตรมาส ซึ่งสอดคล้องกับจากการศึกษาของ กุณิณี กุสโร (2565) ได้ศึกษารูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กในชุมชนแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการทางวัฒนธรรมพื้นเมืองอีสานตำบลโพธิ์ทราย อำเภอมะนัง จัหวัดมุกดาหาร ปัญหาด้านการรับบริการตามเกณฑ์คุณภาพที่ควรได้รับการพัฒนา 3) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น การจัดเวทีประชาคมประชุมชี้แจงการแก้ปัญหาอนามัยแม่และเด็กในชุมชน อสม.เคาะประตูบ้านติดตามหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฐานิต อมรชินธนา (2565) ได้ศึกษางานอนามัยแม่และเด็กเกี่ยวกับรูปแบบการขับเคลื่อนนโยบายโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตที่เหมาะสม มีองค์ประกอบด้านความเข้มแข็งของผู้นำในชุมชนและความสนใจในเรื่องสุขภาวะ ด้านความเข้มแข็งของชุมชน ด้านรูปแบบการดำเนินงาน ด้านความร่วมมือของประชาชน และด้านการดำเนินงานแบบบูรณาการในพื้นที่

2) ผลของการใช้รูปแบบการฝากครรภ์คุณภาพแบบบูรณาการและมีส่วนร่วมในตำบลเหนือคลอง พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มารับการฝากครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง เพิ่มขึ้นร้อยละ 75.82 และผ่านเกณฑ์คุณภาพของกระทรวงสาธารณสุขคือต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60.00 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของวัชรกร กุสโร (2562) การนำรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นมาใช้ในพื้นที่ มีการประสานเชื่อมโยงกับชุมชน ทำให้ชุมชนได้ทราบถึงความสำคัญของการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ เกิดเครือข่ายร่วมในการดำเนินงาน ชุมชนร่วมค้นหาและประชาสัมพันธ์ ทำให้สามารถค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ได้มากขึ้น และครอบคลุมกว่ารูปแบบเดิม ที่มีเพียงการค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่โดย อสม. ประชาสัมพันธ์และตั้งรับในสถานบริการเท่านั้น ส่งผลให้จำนวนหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ที่ฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ มีอัตราเพิ่มขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. สามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมให้สตรีตั้งครรภ์ในการดูแลครรภ์ตั้งแต่เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรก
2. การใช้กระบวนการ PDCA ทำให้การดำเนินงานตอบวัตถุประสงค์ขององค์กรมากที่สุด ส่งผลให้การดำเนินงานสอดคล้อง กับปัญหาที่เกิดขึ้น จากการวางแผนอย่างเหมาะสม ทำให้เกิดกระบวนการจัดกิจกรรม ตรงกับความต้องการของพื้นที่ มีการติดตามและประเมินผล ทำให้ได้บทเรียนหลังจากจบการดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการฝากครรภ์คุณภาพแบบบูรณาการและมีส่วนร่วม โดยมีจำนวนประชากรที่มากขึ้นเพื่อยืนยันผลและมีการแยกช่วงอายุเพื่อการดูแลที่เหมาะสมต่อไป รวมทั้งศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงหรือมีปัญหาที่ไม่สามารถเข้ารับการดูแลครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพได้

เอกสารอ้างอิง

- กองบริหารสาธารณสุข. (2564). อัตราเกิดไร้ชีพ. https://cmi.moph.go.th/isp/sp_obs/index?menu_id=3
- The Global Health Observatory. 2022. Stillbirth rate (per 1000 total births). [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/stillbirth-rate\(per1000-total-births\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/stillbirth-rate(per1000-total-births))
- กุนที กุสโร. (2565). รูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กในชุมชนแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการทางวัฒนธรรมพื้นเมืองอีสานตำบลโพธิ์ทราย อำเภอมะนัง จังหวัดมุกดาหาร. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 31(2), 262-270.
- ชุติมา ไตรนากุล. (2560). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ในโรงพยาบาลราชบุรี. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 36(2), 79-87.
- ฐานิต อมรชินธนา. (2565). การศึกษาการพัฒนาารูปแบบการขับเคลื่อนนโยบายโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตจังหวัดสุรินทร์. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 16(1), 186-202.
- ณรงค์ วินัยกุล. (2550). การดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ขององค์การอนามัยโลก. [http://203.157.71.148/data/kpw/news/เนื้อหาผลงานปี 2550/การดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ขององค์การอนามัยโลก](http://203.157.71.148/data/kpw/news/เนื้อหาผลงานปี%202550/การดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ขององค์การอนามัยโลก)
- มณฑิรา บุทเสน. (2566). การพัฒนาารูปแบบการให้บริการเพื่อการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลโพธิ์ชัยจังหวัดหนองคาย. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 11 ขอนแก่น*, 16(1), 125-138.
- วัชรกร กุสโร. (2562). การพัฒนาารูปแบบการเฝ้าติดตามหญิงตั้งครรภ์ 12 สัปดาห์ โรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*, 1(3), 41-51.
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. (2559). นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนานามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560 - 2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ. นนทบุรี: กรมอนามัย.

สำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัย. 2564. อัตราส่วนการตายมารดา.

<https://hp.anamai.moph.go.th/th/maternal-mortality-ratio>

Berhan, Y., Berhan A. (2014). Antenatal care as a means of increasing birth in the health facility and reducing maternal mortality: a systematic review. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 24, 93–104.

Dowswell, T., Carroli, G., Duley, L., Gates, S., Gülmezoglu A.M., Khan-Neelofur, D., & Piaggio, G. (2015). *Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26184394/>

Ekholuenetale, M. (2021). *Prevalence of Eight or More Antenatal Care Contacts: Findings From Multi-Country Nationally Representative Data*. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2333794X.211045822>

Vogel, J.P., Habib, N.A., Souza, J.P., Gülmezoglu, A.M., Dowswell, T., Carroli, G., Baaqeel, H.S., Lumbiganon, P., Piaggio, G. & Oladapo, O.T. (2013). *Antenatal care packages with reduced visits and perinatal mortality: a secondary analysis of the WHO Antenatal Care Trial*. *Reprod Health* 2013;10(1),10-19. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23577700/>

World Health Organization. (2002). *WHO antenatal care randomized trial: Manual for the implementation of the new model*. <http://apps.who.int>

World Health Organization. (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>

World Health Organization. (2019). *Maternal mortality*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

World Health Organization. (2019). *Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327595>

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ และการรับรู้ประโยชน์การใช้ยาระงับ
รักษาเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มารับยาระงับ
โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17

Personal Factors Associated with Knowledge and Perception of The Benefits
of using *Momordica Charantia* Capsules among Patients with Type 2 Diabetes
Mellitus, Somdejprasangkharach XVII Hospital

ชุตินา ด้วงศาลเจ้า¹, อัมพล บุญเพียร^{2*}

Chutiya Doungsanjao¹, Aumpol Bunpean^{2*}

โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17¹, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก²

Somdejprasangkharach XVII Hospital¹, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences,

Praboromarajchanok Institute²

(Received: June 10, 2024; Revised: July 28, 2024; Accepted: August 13, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ และการรับรู้ประโยชน์การใช้ยาระงับรักษาเบาหวาน และศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ และการรับรู้ประโยชน์การใช้ยาระงับรักษาเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มารับยาระงับ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ประกอบไปด้วย 3 ตอน คือ 1) ปัจจัยบุคคล 2) ความรู้เรื่องการใช้ยาระงับ 3) การรับรู้ประโยชน์ของยาระงับรักษาเบาหวาน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56.60) มีอายุ 51 - 59 ปี (ร้อยละ 48.90) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 40.50) รายได้ต่อเดือน 20,001-30,000 บาท (ร้อยละ 43.40) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 26.60) มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้อยู่ที่ 5.94 คะแนน (S.D.=2.01) ค่าเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์อยู่ที่ 3.81 คะแนน (S.D.=0.23) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้คือ อาชีพ ($p=0.015$) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประโยชน์ คือ อายุ ($p=0.000$) และการศึกษา ($p=0.030$) ดังนั้นจึงควรมีการนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์นี้ไปใช้ประกอบการวางแผนในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 ต่อไป

คำสำคัญ : ปัจจัยส่วนบุคคล, ยาระงับ, เบาหวาน, ความรู้, การรับรู้ประโยชน์, การใช้ยาระงับ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: aumpol@kmpht.ac.th เบอร์โทรศัพท์: 090-364-8886)

Abstract

The purpose of this research was to explore knowledge and perceptions related to benefits of using *Momordica charantia* capsules for diabetes treatment and to investigate personal factors associated with knowledge and perceptions related to benefits of using *Momordica charantia* capsules for diabetes treatment among type 2 diabetes patients at Somdejprasangkharach XVII Hospital. The survey instrument consisted of 3 sections, including; 1) personal factors; 2) knowledge about the use of *Momordica charantia*; and 3) perceptions of the benefits of *Momordica charantia* for diabetes treatment. Data analysis included descriptive statistics such as frequencies, percentages, means, standard deviations, and inferential statistics using chi-square analysis.

The results found that the majority of respondents were female (56.60%) with the age range of 51 - 59 years (48.90%) and farmers (26.60%), as well as had primary education level (40.50%) and monthly income of 20,001 - 30,000 Baht (43.40%). The mean knowledge score was 5.94 (S.D.=2.01), and the mean perception score was 3.81 (S.D.=0.23). Factors associated with knowledge were occupation ($p=0.015$), and factors associated with perceptions were age ($p=0.000$) and education level ($p=0.030$). Therefore, these factors should be considered in planning educational interventions for patients with type 2 diabetes at Somdejprasangkharach XVII Hospital in the future.

Keywords : Factors, Bitter gourd, Diabetes, knowledge, perception of the benefits, using *Momordica harantia* Capsules

บทนำ

โรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของคนทั่วโลก ซึ่งในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564 มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 3.17 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 7.01 ของประชากรทั้งหมด ปี พ.ศ. 2565 มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 3.32 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 7.34 ของประชากรทั้งหมด และปี พ.ศ. 2566 มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 3.48 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 7.70 ของประชากรทั้งหมด (ระบบรายงานมาตรฐาน (HDC) กระทรวงสาธารณสุข, 2567) โดยผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นคนไทย มักเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (type 2 diabetes mellitus, T2 DM) ประมาณร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 2566)

อันตรายของโรคเบาหวานคือผลกระทบต่ออวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งเป็นต้นเหตุ ของการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อตา ไต ระบบประสาท หัวใจ และหลอดเลือดสมอง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ผลกระทบทางด้านร่างกาย ได้แก่ มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดทั้งขนาดใหญ่ และขนาดเล็ก ทำให้เกิดการตีตันของหลอดเลือดในสมอง หลอดเลือดโคโรนารี (Coronary artery) และหลอดเลือดส่วนปลายทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเสียชีวิต

ถึงร้อยละ 65 ผลกระทบทางด้านจิตใจ ผู้ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าคนปกติ 2 เท่า ผลกระทบด้านสังคมทำให้ผู้ป่วย โรคเบาหวาน ต้องสูญเสียความสามารถในการทำงาน รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระ ต่อครอบครัวและสังคม คุณภาพชีวิตแย่ลง เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ส่งผลกระทบต่อครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม (American Diabetes Association, 2024)

แม้ว่าระบบประกันสุขภาพจะครอบคลุมคนไทยทุกคน ผู้ป่วยเบาหวานเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ แต่ต้องรับประทานยารักษาเบาหวานเป็นระยะเวลานานและบางคนมีความคิดความเชื่อว่าการใช้ยา อย่างสม่ำเสมอเป็นสิ่งน่าเบื่อ ยุ่งยาก ได้รับความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการใช้ยา (พุทธชาติ ฉันทภักทรางกูร, 2566) มีการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยมีการใช้ยาไม่ถูกต้อง หลายประการ เช่น การใช้ยาไม่ถูกขนาด การปรับขนาดยาเอง การรับประทานยาผิดเวลา การลืมรับประทานยา หรือ ฉีดยา การหยุดยาเอง การซื้อยามารับประทานเอง การนำยาของผู้อื่นมารับประทานและการใช้พืชสมุนไพร หรือยาแผนโบราณในการรักษาเบาหวาน (คลีพิตรา ไชยศรี และคณะ, 2559)

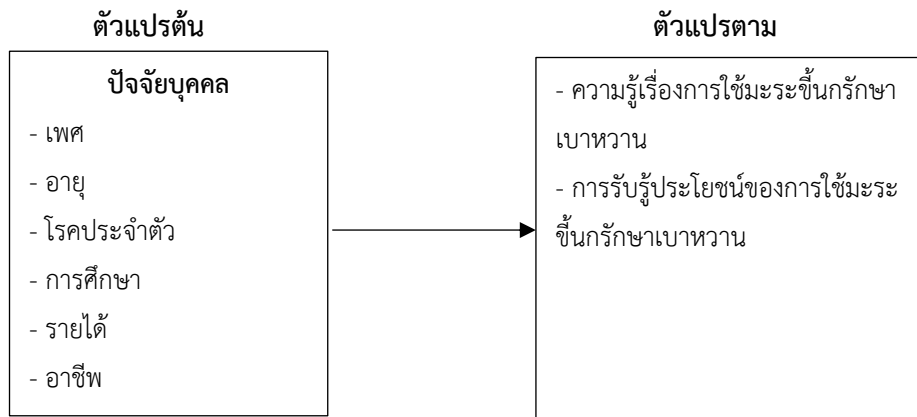
ปัจจุบัน นอกจากจะมีการใช้ยาแผนปัจจุบันที่นำเข้าจากต่างประเทศและต้องสูญเสียเงิน เป็นจำนวนมากในการรักษา (mordor intelligence, 2023) นักวิทยาศาสตร์ยังมีความสนใจที่จะค้นหา ตัวยาใหม่ และมีความสนใจศึกษาคุณสมบัติและฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของสมุนไพรชนิดต่าง ๆ เพื่อใช้ในการรักษา หรือหยุดการดำเนินของโรคเบาหวานให้ลดลงกันอย่างแพร่หลาย (อนันต์ อธิพรชัย, สุรีย์พร หอมวิเศษวงศา และสุวรรณา เสมศรี, 2564) โดยเฉพาะมะระขี้นก เนื่องจากมีการศึกษากลไกการออกฤทธิ์ของมะระขี้นกใน โรคเบาหวาน ทั้งในหนูพบลไกการออกฤทธิ์ได้แก่กระตุ้นการหลั่งอินซูลิน ยับยั้งกระบวนการ glycogenolysis ที่ตับ เพิ่มสารต้านอนุมูลอิสระ เพิ่มความไวต่อการตอบสนองต่ออินซูลิน ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ sucrase ที่ลำไส้เล็ก ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ hexokinase และเพิ่มระดับโปรตีนในเลือด (รุ่งระวี เต็มศิริฤกษ์กุล, 2550) และมีการศึกษาในคนยังพบว่าสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดสะสมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จตุพร พลอยล้วน, 2563)

กลุ่มงานแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 ก็ได้มีการนำสมุนไพรมะระขี้นก มาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มาขอรับยามะระขี้นก ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 179 คน ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 362 คน และปี พ.ศ. 2566 จำนวน 349 คน โดยจาก การให้บริการและสอบถามผู้ป่วยพบปัญหาคือผู้ป่วยเบาหวานขาดความรู้เกี่ยวกับการใช้มะระขี้นก ขาดการรับรู้ ประโยชน์เกี่ยวกับการใช้มะระขี้นกรักษาเบาหวาน (ชุดิญา ด้วงศาลเจ้า, 2566) คณะผู้วิจัยจึงตระหนักและ เล็งเห็นถึงความสำคัญในการศึกษาความรู้ การรับรู้ประโยชน์ และศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ กับความรู้ และการรับรู้ประโยชน์การใช้มะระขี้นกรักษาเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มารับยา มะระขี้นก โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 ซึ่งการศึกษาดังกล่าวสามารถนำไปใช้ประกอบการวางแผน ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 ต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ และการรับรู้ประโยชน์ต่อการใช้มะระขึ้นรักษาเบาหวาน ของผู้ป่วยที่มารับยา มะระขึ้นของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17
2. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อความรู้ และการรับรู้ประโยชน์ต่อการใช้มะระขึ้น รักษาเบาหวาน ของผู้ป่วยที่มารับยา มะระขึ้นของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาศึกษาความรู้ และการรับรู้ประโยชน์ต่อการใช้มะระขึ้นรักษาเบาหวาน และศึกษา ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อความรู้ และการรับรู้ประโยชน์ต่อการใช้มะระขึ้นรักษาเบาหวาน ของผู้ป่วย ที่มารับยา มะระขึ้นของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 โดยมีวิธีการ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี ในช่วงเดือนมกราคม - มีนาคม 2567 จำนวน 3,400 คน

กลุ่มตัวอย่างใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 274 คน (มารับบริการระหว่างเดือนมกราคม 2567 - มีนาคม 2567) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

- 1) มีอายุ 20 - 59 ปี
 - 2) เป็นผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี ที่เคยมารับยามะระขึ้นอย่างน้อย 1 ครั้ง
 - 3) เป็นผู้ที่สามารถพูดและอ่านเข้าใจและฟังภาษาไทยได้
 - 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยตามระยะเวลาที่กำหนด โดยลงนามเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม นำมาจากแนวคิดของเครื่องมือจากงานวิจัยเรื่องปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในอำเภอเมืองแม่ใจ จังหวัดพะเยา (วิริญญา เมืองช้าง, 2559) มาปรับให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบไปด้วยข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ และอาชีพ โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องการใช้มะระขึ้นรักษาเบาหวาน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ คะแนนเต็ม 12 คะแนน โดยข้อคำถามที่ตอบ “ใช่” (ข้อ 2, 4, 6, 7, 9, 11) ข้อคำถามที่ตอบ “ไม่ใช่” (ข้อ 1, 3, 5, 8, 10, 12) เกณฑ์การให้คะแนนลักษณะคำตอบมีคำตอบให้เลือก 3 คำตอบ คือ ใช่, ไม่ใช่ และไม่ทราบ โดยถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดและไม่ทราบได้ 0 คะแนน โดยคะแนนรวมแบ่งระดับความรู้แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ได้คะแนนร้อยละ 0 - 59.99 มีความรู้ในระดับต่ำ ได้คะแนนร้อยละ 60 - 79.99 มีความรู้ในระดับปานกลาง และคะแนนร้อยละ 80 - 100 มีความรู้ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการใช้มะระขึ้นรักษาเบาหวาน เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการใช้มะระขึ้นรักษาเบาหวาน ที่ข้อความมีทั้งทางบวก และทางลบ ซึ่งเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามแบบของ ลิเคิร์ท (Likert, 1967) ลักษณะคำถามมีทั้งข้อคำถามทางบวกและทางลบจำนวน 8 ข้อ โดยเป็น ข้อคำถามทางบวก (ข้อ 1, 2, 3, 4, 6, 7) ข้อคำถามทางลบ (ข้อ 5, 8) มีหลักเกณฑ์ในการให้คะแนนแต่ละระดับ ดังนี้

คะแนนข้อคำถามเชิงบวก

(Positive Statement)

เห็นด้วยด้วยมากที่สุด	5
เห็นด้วยมาก	4
เห็นด้วยปานกลาง	3
เห็นด้วยน้อย	2
เห็นด้วยน้อยที่สุด	1

คะแนนข้อคำถามเชิงลบ

(Negative Statement)

1
2
3
4
5

โดยมีการแปลคะแนนภาพรวม (อภิญา อิงอาจ, ณัฐพร กาญจนภูมิ และพรพรรณ เขยจิตร, 2563) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	การแปลผล
8 – 14	น้อยที่สุด
15 – 20	น้อย
21 – 27	ปานกลาง
28 – 33	มาก
34 – 40	มากที่สุด

ซึ่งได้นำแบบประเมินทั้ง 3 ส่วนไปคำนวณหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าเท่ากับ 1.00 และ ประเมินความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า 0.82 และแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องการใช้มะระขึ้นกรักษาเบาหวาน ผ่านการตรวจหาค่าความเชื่อมั่น ด้วยวิธี KR-20 ของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นก่อนการศึกษา ผู้วิจัยขออนุมัติโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก เมื่อได้รับการอนุมัติจึงประสานงาน กับทางโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อขออนุญาต ผู้อำนวยการ และขออนุญาตใช้สถานที่ในการทำวิจัยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บข้อมูล

2. ขั้นการดำเนินการศึกษา ผู้ศึกษาแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง โดยแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บ รวบรวมข้อมูลประเด็นหัวข้อวิจัย ผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ รวมทั้งการเก็บรักษาความลับและการป้องกัน สวัสดิภาพและเกียรติภูมิของกลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้ผู้ศึกษาจะได้ชี้แจงถึงวิธีการเก็บข้อมูลโดยวิธีการใช้ แบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างตามที่เขียนขอไว้ในจริยธรรมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ด้วยตนเอง และผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมาตรวจสอบความ ครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล อีกครั้ง ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) และ หาค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. การวิเคราะห์หาความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับความรู้ และการรับรู้ประโยชน์ของ การใช้มะระขึ้นกรักษาเบาหวานของผู้ป่วยที่มารักษาของขึ้นกรของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 โดยใช้สถิติ Chi-Square Test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก เลขที่ KMPHT-660100009 วันที่รับรอง 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 มิถุนายน 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 274 คน ได้ดังนี้ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 155 คน คิดเป็นร้อยละ 56.60 มีอายุ 51-59 ปี จำนวน 134 คน คิดเป็นร้อยละ 48.90 รองลงมา มีอายุ 41-50 ปี จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 38 การศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 111 คน คิดเป็นร้อยละ 40.50 รองลงมา การศึกษาในระดับมัธยมหรือเทียบเท่า จำนวน 97 คน คิดเป็นร้อยละ 35.40 รายได้ต่อเดือน 20,001-30,000 บาท จำนวน 119 คน คิดเป็นร้อยละ 43.40 รองลงมา 20,001 – 30,000 บาท จำนวน 119 คน คิดเป็นร้อยละ 43.40 ส่วนใหญ่อาชีพเกษตรกร จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 26.60 รองลงมา เป็นค้าขาย จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 24.50 และ รับจ้างทั่วไป จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 19.30

2. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการใช้มะระขึ้นรักษาเบาหวาน อยู่ในระดับต่ำ จำนวน 212 คน คิดเป็นร้อยละ 77.40 รองลงมา อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 17.20 และระดับสูง จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 5.50 ดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความรู้การใช้มะระขึ้นรักษาเบาหวาน (n=274)

ข้อ	ระดับคะแนนความรู้การใช้มะระขึ้นรักษาเบาหวาน	จำนวน	ร้อยละ
1	ระดับต่ำ 0-7 คะแนน	212	77.37
2	ระดับปานกลาง 8-9 คะแนน	47	17.15
3	ระดับสูง 10-12 คะแนน	15	5.48
Mean=5.94, S.D. 2.01, Min=0, Max=11			

3. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่การรับรู้ประโยชน์ของการใช้มะระขึ้นรักษาเบาหวาน อยู่ในระดับสูง จำนวน 268 คน คิดเป็นร้อยละ 97.80 รองลงมา อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 2.20 ค่าเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของผู้ตอบแบบสอบถามอยู่ที่ 30.47 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.83 มีค่าการรับรู้ประโยชน์ของสมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองต่ำสุดอยู่ที่ 24 สูงสุดอยู่ที่ 33 ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้ประโยชน์ของการใช้มะระขึ้นรักษาเบาหวาน (n=274)

ข้อ	ระดับการรับรู้ประโยชน์ของการใช้มะระขึ้นรักษาเบาหวาน	จำนวน	ร้อยละ
1	ระดับปานกลาง (คะแนน 21 – 27)	6	2.20
2	ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 28-33)	268	97.80
Mean=30.47, S.D. 1.83, Min=24, Max=33			

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้เรื่องการใช้มะระขึ้นกรักษาเบาหวาน พบว่า อาชีพ มีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องการใช้มะระขึ้นกรักษาเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value}=0.02$) ส่วน เพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องการใช้มะระขึ้นกรักษาเบาหวาน ($P\text{-value}=0.502, 0.667, 0.409$ และ 0.374) ดังตาราง 3

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้เรื่องการใช้มะระขึ้นกรักษาเบาหวาน (n=274)

ปัจจัยส่วนบุคคล		ความรู้เรื่องการใช้มะระขึ้นกรักษาเบาหวาน			χ^2	P-value
		ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง		
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ ^a	ชาย	96 (80.7)	17 (14.3)	6 (5.0)	1.376	0.502
	หญิง	116 (74.8)	30 (19.4)	9 (5.8)		
อายุ ^b	อายุ 20-30 ปี	1 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4.732	0.667
	อายุ 31-40 ปี	27 (77.1)	5 (14.3)	3 (8.6)		
	อายุ 41-50 ปี	78 (75.0)	22 (21.2)	4 (3.8)		
	อายุ 51-59 ปี	106 (79.1)	20 (14.9)	8 (6.0)		
การศึกษา ^b	ประถมศึกษา	87 (78.4%)	19 (17.1)	5 (4.5)	5.887	0.409
	มัธยมต้น/เทียบเท่า	80 (82.5)	12 (12.4)	5 (5.2)		
	มัธยมปลาย/เทียบเท่า	14 (70.0)	5 (25.0)	1 (5.0)		
	ปริญญาตรี	31 (67.4)	11 (23.9)	4 (8.7)		
รายได้ต่อเดือน ^b	ต่ำกว่า 10,000 บาท	16 (88.9)	2 (11.1)	0 (0.0)	6.089	0.374
	10,001-20,000 บาท	82 (75.9)	19 (17.6)	7 (6.5)		
	20,001-30,000 บาท	96 (80.7)	17 (14.3)	6 (5.0)		
	30,001-40,000 บาท	18 (62.1)	9 (31.0)	2 (6.9)		
อาชีพ ^b	ข้าราชการ	3 (33.3)	5 (55.6)	1 (11.1)	24.984	0.02*
	พนักงานรัฐ	14 (60.9)	6 (26.1)	3 (13.0)		
	ลูกจ้าง	22 (68.8)	7 (21.9)	3 (9.4)		
	ค้าขาย	56 (83.6)	9 (13.4)	2 (3.0)		
	เกษตรกร	63 (86.3)	6 (8.2)	4 (5.5)		
	รับจ้างทั่วไป	39 (73.6)	12 (22.6)	2 (3.8)		
	อื่น ๆ	15 (88.2)	2 (11.8)	0 (0.0)		

หมายเหตุ ^a Chi – square, ^b Fisher’s Exact Test Exact, * p-value<0.05

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับรู้การใช้ประโยชน์การใช้มะระขึ้นกรักษาเบาหวาน พบว่า อายุ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประโยชน์การใช้มะระขึ้นกรักษาเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 (P-value=0.000, 0.021) ส่วน เพศ รายได้ และอาชีพ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การใช้ประโยชน์การใช้มะระขึ้นกรักษาเบาหวาน (P-value=1.00, 0.899 และ 0.741) ดังตาราง 4

ตาราง 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับรู้การใช้ประโยชน์การใช้มะระขึ้นกรักษาเบาหวาน (n=274)

ปัจจัยส่วนบุคคล	การรับรู้การใช้ประโยชน์การใช้มะระขึ้นกรักษาเบาหวาน		X ²	P-value
	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ ^b	ชาย	3 (2.5)	116 (97.5)	0.107 1.00
	หญิง	3 (1.9)	152 (98.1)	
อายุ ^b	อายุ 20-30 ปี	1 (100.0)	0 (0.0)	16.858 0.000*
	อายุ 31-40 ปี	3 (8.6)	32 (91.4)	
	อายุ 41-50 ปี	0 (0.0)	104 (100.0)	
	อายุ 51-59 ปี	2 (1.5)	132 (98.5)	
	อายุ 60 ปีขึ้นไป	2 (1.8)	109 (98.2)	
การศึกษา ^b	ประถมศึกษา	0 (0.0)	97 (100.0)	7.798 0.021*
	มัธยมต้น/เทียบเท่า	2 (10.0)	18 (90.0)	
	มัธยมปลาย/เทียบเท่า	2 (4.3)	44 (95.7)	
	ปริญญาตรี	0 (0.0)	18 (100.0)	
รายได้ต่อเดือน ^b	ต่ำกว่า 10,000 บาท	2 (1.9)	106 (98.1)	0.901 0.899
	10,001-20,000 บาท	4 (3.4)	115 (96.6)	
	20,001-30,000 บาท	0 (0.0)	29 (100.0)	
	30,001-40,000 บาท	0 (0.0)	29 (100.0)	
อาชีพ ^b	ข้าราชการ	0 (0.0)	9 (100.0)	3.302 0.741
	พนักงานรัฐ	0 (0.0)	23 (100.0)	
	ลูกจ้าง	2 (6.3)	30 (93.8)	
	ค้าขาย	2 (3.0)	65 (97.0)	
	เกษตรกร	1 (1.4)	72 (98.6)	
	รับจ้างทั่วไป	1 (1.9)	52 (98.1)	
	อื่น ๆ	0 (0.0)	17 (100.0)	

หมายเหตุ ^a Chi – square, ^b Fisher’s Exact Test Exact, * p-value<0.05

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการใช้มะระขึ้นรักษาเบาหวาน อยู่ที่ 5.94 คะแนน (S.D.=2.01) ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษา ระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ (40.50%) และระดับมัธยมศึกษา (35.40%) ซึ่งการศึกษาที่ต่ำอาจส่งผลให้การรับรู้ และการเข้าใจข้อมูลต่าง ๆ เป็นไปได้ยากและจำกัด โดยเฉพาะในกรณีที่ต้องการเข้าใจข้อมูลที่ซับซ้อนหรือเชิงลึก การศึกษาระดับต่ำหมายถึงการขาดทักษะพื้นฐานในการอ่าน การเขียน และการคิดวิเคราะห์ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญ ในการประมวลผลและเข้าใจข้อมูลใหม่ ๆ (ปิยวรรณ วิเศษสุวรรณภูมิ, และพิทยชา ตั้งพรไพบูลย์, 2566) อย่างไรก็ตามยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความรู้เรื่องการใช้มะระขึ้นรักษาเบาหวานมาก่อน แต่มีงานวิจัย ที่มีลักษณะคล้ายคลึงในประเด็นของการศึกษาความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรคือการศึกษาของชนิตา มัททวงกูร และคณะ (2562) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสมุนไพรในระดับต่ำเพียงแค่ 11 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 7.85 ของกลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลทั้งหมด (140 คน) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ความรู้เรื่องการใช้มะระขึ้นรักษาเบาหวาน เป็นความรู้ในเชิงลึกที่ไม่ใช่ความรู้ทั่วไปการรับรู้ความรู้ดังกล่าวจึงยังคงมีน้อย ดังนั้นการให้ความรู้กับกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงเป็นเรื่องสำคัญที่จะต้องวางแผนหาวิธีการต่อไป

ส่วนค่าเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของผู้ตอบแบบสอบถามอยู่ที่ 3.81 คะแนน (S.D.=0.23) อยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่าเนื่องจากโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชของค์ที่ 17 ได้มีกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ ของสมุนไพรมะระขึ้นในการรักษาเบาหวาน ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลอยู่เสมอ ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับรู้ถึงประโยชน์เกี่ยวกับมะระขึ้นในการรักษาเบาหวาน แต่อย่างไรก็ตามมีความขัดแย้ง กับคะแนนความรู้เรื่องการใช้มะระขึ้นรักษาเบาหวาน ที่พบว่าอยู่ในระดับต่ำ แสดงให้เห็นว่า การรับรู้เกี่ยวกับ ประโยชน์เกี่ยวกับมะระขึ้นนั้นเป็นการรับรู้เพียงแค่เบื้องต้นไม่สามารถนำไปใช้จริงได้ เพราะยังมีความคลาดเคลื่อนของความรู้ที่ไม่ถูกต้องหรือไม่ทราบอยู่มาก แพทย์แผนไทยโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชของค์ ที่ 17 อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี จึงควรหาวิธีการให้ความรู้ที่ครอบคลุมทั้งประเด็นการรับรู้ประโยชน์ และความรู้ของมะระขึ้นในการรักษาเบาหวานด้วย เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อการใช่มากที่สุด ซึ่งประเด็น ดังกล่าวมีความคล้ายคลึงกับการศึกษาของ จันทรรัตน์ จาริกสกุลชัย และคณะ (2565) ที่ศึกษาความรู้และ การรับรู้ประโยชน์จากการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองในสถานการณ์ COVID-19 ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการใช้สมุนไพรไทย ในการดูแลสุขภาพตนเองในสถานการณ์ COVID-19 อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 46.86 ในขณะที่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่การรับรู้ประโยชน์จากการใช้สมุนไพรไทยในการดูแลสุขภาพตนเองในสถานการณ์ COVID-19 อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 64.1

นอกจากนี้การศึกษายัง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องการใช้มะระขึ้นรักษาเบาหวาน คือ อาชีพ อธิบายได้ว่า ผู้ที่มีอาชีพที่มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจมักจะมีโอกาสในการหาความรู้เพิ่มเติมและมีเวลา สำหรับการดูแลสุขภาพของตนเองมากกว่า (สุภาขวัญ เรืองเริงกุลฤทธิ, 2563) ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้มีความรู้และความสนใจในการใช้สมุนไพรรักษาเบาหวานมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ โดยผลของการศึกษาพบว่า กลุ่มอาชีพข้าราชการส่วนใหญ่จะมีคะแนนความรู้เรื่องการใช้มะระขึ้นรักษาเบาหวาน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.6 ในขณะที่กลุ่มอาชีพเกษตรกร ค่าขาย รับจ้างทั่วไป ส่วนใหญ่จะอยู่ในคะแนนระดับต่ำ ร้อยละ 86.3, 83.6 และ 73.6 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Teshale, M. K, & et al., (2020) ที่ทำการศึกษา

เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สมุนไพรของผู้ป่วยเบาหวานในประเทศเอธิโอเปีย พบว่า อาชีพของผู้ป่วยมีผลต่อความรู้เกี่ยวกับสมุนไพร

ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การใช้ประโยชน์การใช้สมุนไพรขึ้นกรักษาเบาหวาน คือ อายุ และระดับการศึกษา อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุมักมีประสบการณ์และความรู้ดั้งเดิมเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรในการรักษาโรค มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า (จันธิดา กมาลาสน์หิรัญ และคณะ, 2563) อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์กับการรับรู้การใช้ประโยชน์การใช้สมุนไพรกับอายุ มีแค่งานวิจัยที่พบความสัมพันธ์ของอายุกับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรเท่านั้น ซึ่งมีความสอดคล้องกัน โดยสาโรจน์ เพชรเมณี และคณะ (2564) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของประชาชนชุมชนประตู่ข้างตก ตำบลไทยบุรี อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้สมุนไพรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งได้ผลคล้ายกับการศึกษาครั้งนี้ และการศึกษาที่แตกต่างกันอาจสร้างการรับรู้ที่แตกต่างกันในแง่มุมต่าง ๆ เพราะยังได้รับการศึกษามากก็ยังมีโอกาสในการรับรู้มากตามมาเช่นกัน หากได้รับการศึกษาน้อย โอกาสที่จะได้รับการถ่ายทอดความรู้ด้านต่าง ๆ ก็จะลดน้อยลงไปด้วย (Smith, J., & Johnson, A., 2019) ซึ่งก็ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์กับการรับรู้การใช้ประโยชน์การใช้สมุนไพรกับอาชีพเช่นกัน มีเพียงงานวิจัยของโรสนานี เหมตระกูลวงศ์, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, และจิราพัชร พลอยนิลเพชร (2563) ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในเขตเทศบาลนครยะลา ตำบลสะเตง อำเภอเมือง จังหวัดยะลา ที่พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้สมุนไพรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งได้ผลคล้ายกับการศึกษาครั้งนี้ การศึกษานี้สรุปได้ว่า อายุและระดับการศึกษามีบทบาทสำคัญเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของมะระขี้นกในการรักษาเบาหวาน การนำผลการศึกษาไปใช้สามารถช่วยในการปรับปรุงการให้ความรู้และการดูแลสุขภาพในกลุ่มประชากรต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การนำผลการวิจัยไปใช้

แพทย์แผนไทย ของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี สามารถนำผลการศึกษาไปใช้ประกอบการวางแผนในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับยามะระขี้นกต่อเนื่อง ไม่ต่อเนื่องของผู้ป่วยเบาหวาน
2. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของการรักษาผู้ป่วยเบาหวานด้วยมะระขี้นกร่วมกับแพทย์แผนปัจจุบัน

เอกสารอ้างอิง

- American Diabetes Association. (2024). Diagnosis and Classification of Diabetes: Standards of Care in Diabetes-2024. *Diabetes care*, 47(1), S20-S42.
- mordorintelligence. (2023). *Thailand Diabetes Care Drugs Market Size & Share Analysis - Growth Trends & Forecasts (2024 - 2029)*. <https://www.mordorintelligence.com/industry-reports/thailand-diabetes-drugs-market>
- Smith, J., & Johnson, A. (2019). The Influence of Education on Attitudes Toward Gender Equality. *Journal of Social Psychology*, 25(3), 45-58.
- Teshale, M. K., Tesema, A. G., Tamirat, K. S., et al. (2020). Herbal Medicine Use and Associated Factors Among Diabetes Mellitus Patients in Ethiopia. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2020. doi:10.1155/2020/9297847.
- Uchino, B. N., Trettevik, R., Kent de Grey, R. G., Cronan, S., Hogan, J., & Baucom, B. R. (2018). Social support, social integration, and inflammatory cytokines: A meta-analysis. *Health Psychology*, 37(5), 462.
- คลีพัตรา ไชยศรี, ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา, วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, และ ธวัชชัย พิรพัฒน์ดิษฐ์. (2559). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 31(3), 67-75.
- จตุพร พลอยล้วน. (2563). ประสิทธิภาพของการเสริมการรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยมะระขี้นก ชนิดแคปซูล. *วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก*, 18(2), 314-326.
- จันทรัตน์ จาริกสกุลชัย, รัฐพล ศิลปรัศมี, พลอยณณารินทร์ ราวินิจ, ญัฐปวีร์ มณีวรรณะ, รสริน น้อยเจริญ, และสุกานดา ไจมา. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้สมุนไพรไทยในช่วงสถานการณ์ COVID-19 อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 16(2), 135-151.
- จันธิดา กมลასนัทธิ, กุสุมา ศรียากุล, สมบูรณ์ เกียรตินันท์, ปาริณกุล ตั้งสุขฤทัย และปรัชญา เพชรเกต. (2563). การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ด้วยการแพทย์แผนไทย 4 ภาค. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 29(1), 36-47.
- ชนิดา มัททวงกูร, ขวัญเรือน กำวิตุ, สุธิดา ดีหนู และสิริณัฐ สนิวรรณกุล. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของประชาชนในเขตภาษีเจริญ. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 39(1), 99-109.
- ชุตินญา ดวงศาลเจ้า. (2566, 11 พฤศจิกายน). ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับยามะระขี้นกโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17. *การสัมภาษณ์*.
- ปิยวรรณ วิเศษสุวรรณภูมิ, และ พิทยชา ตั้งพรไพบูลย์. (2566). กรอบความคิดแบบเติบโต : ทักษะที่จำเป็นแห่งโลกยุคพลิกผัน. *วารสารครุศาสตร์*, 51(1), 1-12.
- พุทธชาติ ฉันทภักทรางกูร. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยนอกโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบางสะพาน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. *วารสารเภสัชกรรมคลินิก*, 29(1), 13-24.

ระบบรายงานมาตรฐาน (HDC) กระทรวงสาธารณสุข. (2567). อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน.

https://hdcdevice.moph.go.th/report.php&cat_id=6a1fdf282fd28180eed67d1cfe0155e11&id=cefa42b9223ec4d1969c5ce18d762bdd

รุ่งระวี เต็มศิริฤกษ์กุล. (2550). องค์ความรู้จากงานวิจัยสมุนไพรไทย 10 ชนิด กระชายดำ กวาวเครือขาว ขมิ้นชัน ขิง บัวบก พริกไทย ไพล ฟ้าทะลายโจร มะขามป้อม มะระขี้นก (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: บริษัท 21 เซ็นจูรี จำกัด.

โรสนานี เหมตระกูลวงศ์, กิตติพร เนารัสวรรณ, และจีราพัชร พลอยนิลเพชร. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในเขตเทศบาลนครยะลา ตำบลสะเตง อำเภอเมือง จังหวัดยะลา. *การประชุมมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 11*. (หน้า 1979-1986). มหาวิทยาลัยมหาดใหญ่

วิริญา เมืองช้าง. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา. *สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์*

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. (2566). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน*. กรุงเทพฯ: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.

สาโรจน์ เพชรมณี, จินตนา เพชรมณี, ศิราสรณ์ บรรจงเกลี้ยง และคณะ. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของประชาชนชุมชนประตู่ช้างตก ตำบลไทยบุรี อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช. *The Journal of Boromarjornani College of Nursing, Suphanburi*, 4(2), 5-22.

สุภาขวัญ เรืองเริงกุลฤทธิ. (2563). การสำรวจข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ และปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 12. *ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา*.

อนันต์ อธิพรชัย, สุรีย์พร หอมวิเศษวงศา และสุวรรณา เสมศรี. (2564). *การค้นหาและพัฒนาสมุนไพรไทยสำหรับรักษาโรคเบาหวาน*. คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

อภิญา บ้านกลาง, อุดมลักษณ์ ดวงพูนมาตย์ และปริศนา รอสีด. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศิลา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 23(1), 85-95.

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และความคาดหวังของประชาชนที่มีต่อ
ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดสมุทรสงคราม

Relationship between Knowledge and Expectations among People Towards
Emergency Medical Services System in Samut Songkhram Province

รชานนท์ รุณนุช¹, ขวัญฤทัย เกินมงคล¹, นิวัฒน์ ทรงศิลป์^{1*}, วรณวิมล เมฆวิมล กิ่งแก้ว¹,
สุรีย์วรรณ สีลาดเลา¹, กนกพร สมพร¹, ปริศนา เพียรจริง¹, อนันตชัย อินทร์ธิดา¹

Rachanon Runnuch¹, Khwanruethai Thoenmongkhon¹, Niwat Songsin^{1*}, Wanwimon Mekwimon
Kingkaew¹, Sureewan Siladlao¹, Kanokporn Somporn¹, Prisna Pianjong¹, Anantachai Inthiraj¹

สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา¹

Department of Public Health, College of Allied Health Sciences, Suan Sunandha Rajabhat University¹

(Received: April 22, 2024; Revised: August 1, 2024; Accepted: August 13, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้และความคาดหวังของประชาชนที่มีต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับความคาดหวังของประชาชนที่มีต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดสมุทรสงคราม กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนในจังหวัดสมุทรสงครามที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 402 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นโดยใช้สัดส่วน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมอยู่ในระดับดี ($M = 15.56$, $SD = 2.40$) ระดับความคาดหวังต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 45.46$, $SD = 4.97$) และความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความสัมพันธ์กับความคาดหวังต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉินในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำข้อมูลไปส่งเสริมให้ความรู้เกี่ยวกับการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสมและการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสมตอบสนองความต้องการของประชาชนและได้มาตรฐานต่อไป

คำสำคัญ : ความรู้, ความคาดหวัง, ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, ประชาชน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Niwat.so@ssru.ac.th เบอร์โทรศัพท์: 064-652-4493)

Abstract

The objective of this cross-sectional descriptive study was to assess the knowledge and expectations among people towards emergency medical services system in Samut Songkhram province, as well as to examine the relationship between knowledge and the expectations. The samples consisted of 402 individuals aged 20 years and older from Samut Songkhram province, selected through stratified random sampling. The research instrument used was a questionnaire. Data analysis involved the use of percentage, mean and standard deviation. The relationship was analyzed using Pearson's correlation coefficient.

The study results indicated that the respondents had a good overall level of knowledge about emergency medical services ($M = 15.56$, $SD = 2.40$) and high overall expectations towards emergency medical services ($M = 45.46$, $SD = 4.97$). Furthermore, there was a statistically significant positive correlation between knowledge about emergency medical services and expectations towards emergency medical services ($p\text{-value} < 0.05$). The results of this study can be used to promote knowledge about accessing appropriate emergency medical services and to develop emergency medical service systems that meet the needs of the people and adhere to standards.

Keywords : Knowledge, Expectation, Emergency medical services system, People

บทนำ

การเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินเป็นอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นโดยฉับพลันเป็นภาวะวิกฤตต่อชีวิตและมีความเสี่ยงรุนแรงต่อการเสียชีวิตและเกิดความพิการระยะยาวในผู้ป่วยหากไม่ได้รับการช่วยเหลือและรักษาภาวะฉุกเฉินอย่างเหมาะสมถูกวิธีทันเวลาและเป็นไปอย่างรวดเร็วพร้อมกับนำส่งต่อระบบบริการขั้นสูงอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ (Alvial et al., 2021) องค์การอนามัยโลกได้รายงานสาเหตุการตายของประชากรโลก เมื่อปี ค.ศ. 2016 โดย 3 ลำดับแรกได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 13.2 รองลงมา คือ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 11.9 และ 5.6 ส่วนอุบัติเหตุจราจร เป็นสาเหตุการตายในลำดับที่ 8 ร้อยละ 2.2 ตามลำดับ (อรรถพร สุขไขบุญ, 2559) การมีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดความสูญเสียได้ซึ่งระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital) นั้นจะต้องมีประสิทธิภาพมีความครอบคลุมอย่างเหมาะสม และเชื่อถือได้จึงจะทำให้ประชาชนเชื่อมั่นในการเรียกใช้บริการ (ธีระ ศิริสมุด, 2561)

ข้อมูลสัดส่วนของผู้ป่วยฉุกเฉินในประเทศไทยแบ่งตามประเภทของการเจ็บป่วย ในปี พ.ศ. 2563 พบว่า 33% ของผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นผู้ป่วย Trauma เช่น บาดเจ็บจากอุบัติเหตุยานยนต์ ถูกทำร้าย หรืออุบัติเหตุอื่น ๆ ร้อยละ 61 ของผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นผู้ป่วย Non-Trauma เช่น ผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น หรือมีภาวะหายใจติดขัด และ ร้อยละ 6 ของผู้ป่วยฉุกเฉินไม่สามารถระบุกลุ่มอาการ (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2563) จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2562 พบว่าสาเหตุการตายที่สำคัญ 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งทุกชนิด อัตรา 125 ต่อประชากรแสนคน

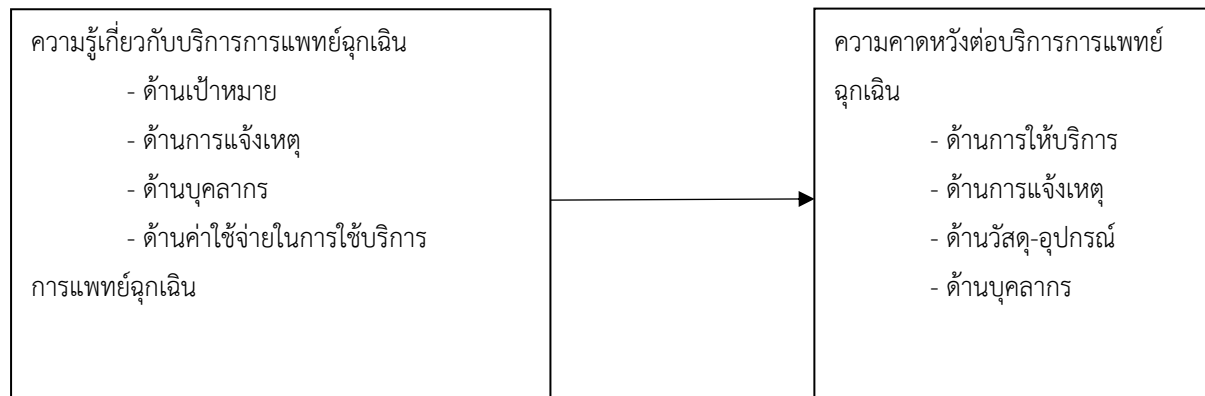
ปอดอักเสบ อัตรา 53.3 ต่อประชากรแสนคน โรคหลอดเลือดสมอง อัตรา 53 ต่อประชากรแสนคน โรคหัวใจขาดเลือด อัตรา 43.7 ต่อประชากรแสนคน และอุบัติเหตุจราจรอัตรา 30.2 ต่อประชากรแสนคน (รุจิรัตน์ กอทอง, 2565) และยังพบว่าอัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลต่อประชากรแสนคน พบว่า มีแนวโน้มสูงขึ้น จาก 12.14 ต่อประชากรแสนคนเมื่อเทียบกับผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินภายในโรงพยาบาล (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2565) และจากคลังข้อมูลสุขภาพ ยังพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินที่เสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี 2564 ร้อยละ 3.13 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 3.28 ในปี 2565 (กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

จากสรุปผลการปฏิบัติงานของสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม ปี 2565-2566 พบว่า มีผู้ใช้บริการทั้งผู้ป่วยฉุกเฉินจากการเกิดอุบัติเหตุ (Trauma) ร้อยละ 25.30 ได้แก่ อุบัติเหตุบนท้องถนน รองลงมาคือ พลัดตกหกล้ม ส่วนผู้ป่วยฉุกเฉินที่ไม่ได้เกิดจากการเกิดอุบัติเหตุ (Non-Trauma) ร้อยละ 74.28 ได้แก่ โรคเรื้อรัง ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทุกปี ถือว่าเป็นจังหวัดที่มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุที่มากที่สุด เมื่อเทียบกับขนาดพื้นที่ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม, 2566) และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัญหาด้านความรู้ที่ไม่ถูกต้องของประชาชนต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกล่าวคือประชาชนบางรายไม่มีภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉินแต่เรียกใช้บริการเพราะไม่มียานพาหนะ ต้องการความรวดเร็ว ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย บางรายไม่กล้าเรียกใช้บริการของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพราะไม่ทราบข้อมูล เมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินจึงขอความช่วยเหลือไปยังหน่วยงานอื่นตามความคิดความเข้าใจของตนเอง (ปิยะวรรณ เพียรภาณุ, 2554) จากสภาพปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยสนใจที่ศึกษาความรู้และความคาดหวังของประชาชนที่มีต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดสมุทรสงครามและเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับความคาดหวังของประชาชนที่มีต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดสมุทรสงคราม เพื่อศึกษาข้อมูลเชิงลึกที่ได้เป็นข้อมูลสำคัญที่นำไปสู่การพัฒนากระบวนการบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่จังหวัดสมุทรสงคราม และให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพมาตรฐานและการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้และความคาดหวังของประชาชนที่มีต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดสมุทรสงคราม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับความคาดหวังของประชาชนที่มีต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดสมุทรสงคราม

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

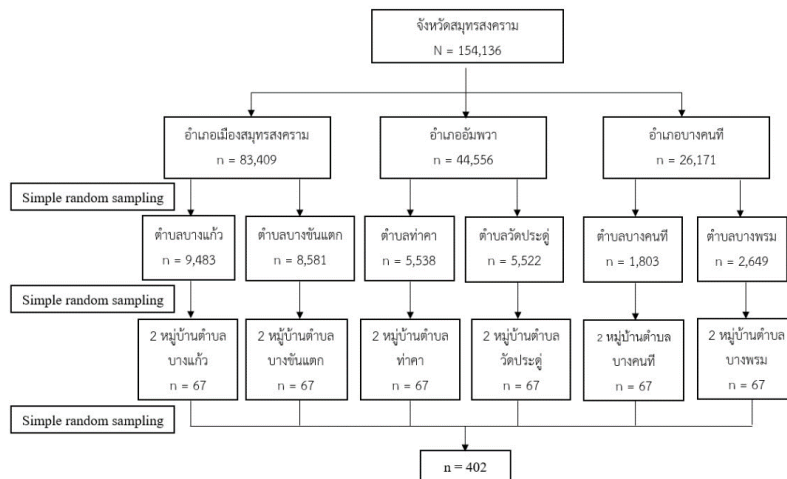
รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นเป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาความรู้และความคาดหวังของประชาชนที่มีต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดสมุทรสงคราม ดำเนินการเก็บข้อมูลในพื้นที่จังหวัดสมุทรสงครามระหว่างเดือนกันยายน – ธันวาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสมุทรสงครามที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 154,136 คน (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2564)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสมุทรสงคราม โดยแบ่งเป็น 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองสมุทรสงคราม อำเภออัมพวาและอำเภอบางคนที จำนวน 383 คน โดยคำนวณจากสูตรของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างได้มีการกำหนดค่าการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 19 ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างสุดท้ายคือ 402 คน โดยเกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่างคือ 1.เป็นประชาชนที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป 2.อาศัยอยู่ในจังหวัดสมุทรสงคราม 6 เดือนขึ้นไปและเกณฑ์การคัดออกคือ ไม่ยินยอมให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) อำเภอละ 2 ตำบล จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ตำบลละ 2 หมู่บ้าน จนครบจำนวน 402 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ตามภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ แบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่ให้ข้อมูล ประกอบไปด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ เป็นลักษณะทั้งปลายเปิดและปลายปิด จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ประยุกต์แบบสอบถามของปิยะวรรณ เพียรภายลุน (2554) ซึ่งครอบคลุมในด้านต่าง ๆ ประกอบไปด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านเป้าหมาย ด้านการแจ้งเหตุ ด้านบุคลากร และด้านค่าใช้จ่ายในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 20 ข้อ โดยเป็นลักษณะเลือกตอบ 2 คำตอบ คือ ใช่ และ ไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้ค่าน้ำหนักคะแนนแต่ละข้อ ดังนี้

ตอบถูก	เป็น	1	คะแนน
ตอบผิด	เป็น	0	คะแนน

เกณฑ์การวิเคราะห์ความรู้ในการศึกษาได้แบ่งระดับความรู้ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) การแปลค่าผลคะแนนในภาพรวม จำนวน 20 ข้อ

ตอบถูกต้องตั้งแต่	16 - 20	คะแนน	หมายถึง มีความรู้ระดับดี
ตอบถูกต้องตั้งแต่	10 - 15	คะแนน	หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง
ตอบถูกต้องตั้งแต่	0 - 9	คะแนน	หมายถึง มีความรู้ระดับควรปรับปรุง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านความคาดหวังต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ประยุกต์ใช้แบบสอบถามของประกายทิพย์ พรหมสูตร (2564) ซึ่งประกอบด้วยความต้องการที่จะได้รับความสะดวก โทรศัพท์ติดต่อได้อย่างรวดเร็ว รถพยาบาลไปถึงรวดเร็วภายใน 10 นาที ให้บริการได้ทุกพื้นที่ สามารถให้การดูแลให้การปฐมพยาบาลได้ที่จุดเกิดเหตุ มีการดูแลที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน มีอุปกรณ์ครบถ้วนพร้อมให้บริการ 24 ชั่วโมง โดยทีมแพทย์ฉุกเฉินที่มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินซับซ้อน รุนแรงได้เหมาะสมตามหลักวิชาการ สามารถช่วยเหลือเบื้องต้นขณะนำส่งโรงพยาบาลที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย ไม่เกิดความพิการ มีความปลอดภัย และได้รับการที่รวดเร็ว ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ คือเห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีจำนวนทั้งหมด 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนน	5	คะแนน หมายถึง มีความคาดหวังในระดับมากที่สุด
คะแนน	4	คะแนน หมายถึง มีความคาดหวังในระดับมาก
คะแนน	3	คะแนน หมายถึง มีความคาดหวังในระดับปานกลาง
คะแนน	2	คะแนน หมายถึง มีความคาดหวังในระดับน้อย
คะแนน	1	คะแนน หมายถึง มีความคาดหวังในระดับน้อยที่สุด

การกำหนดช่วงค่าเฉลี่ยโดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) เพื่อการวิเคราะห์ โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนตั้งแต่	40 - 50	คะแนน หมายถึง มีความคาดหวังระดับมาก
คะแนนตั้งแต่	30 - 39	คะแนน หมายถึง มีความคาดหวังระดับปานกลาง
คะแนนตั้งแต่	0 - 29	คะแนน หมายถึง มีความคาดหวังระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามที่สร้างขึ้นผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบไปด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉินจำนวน 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินจำนวน 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านเครื่องมือวิจัย 1 ท่าน ผลจากการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญนำมาวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item objective congruence: IOC) เท่ากับ 0.90 ทั้งฉบับ หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มประชาชนในพื้นที่จังหวัดราชบุรี จำนวน 30 คน มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุมัติจริยธรรมในมนุษย์ จากสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ได้ทำการชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้และเข้าพบกลุ่มตัวอย่างพร้อมแนะนำตัวเองและชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษาพร้อมทั้งการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
- 2) เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการศึกษาโดยการลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา (Consent form) จะดำเนินการโดยการแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างจนครบทุกราย
- 3) ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล และนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ และการแปลผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ จำนวน ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติอ้างอิง ได้แก่ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับความคาดหวังของประชาชนต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยการศึกษานี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา รหัส COA.2-049/2023 เมื่อวันที่ 1 กันยายน 2566 และเมื่อได้รับการพิจารณาตรวจสอบเรียบร้อยแล้วจึงได้ดำเนินการขออนุญาตไปยังผู้นำชุมชนในแต่ละชุมชน เพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 68.7 อายุเฉลี่ย 43.90 ปี (S.D. =17.4) สถานภาพสมรสอาศัยร่วมกันร้อยละ 55.0 มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาร้อยละ 30.8 และประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปร้อยละ 47.8 ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=402)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	126	31.3
หญิง	276	68.7
2. อายุ (ปี)		
20-30 ปี	83	20.6
31-40 ปี	60	14.9
41-50 ปี	118	29.4
51-60 ปี	57	14.2
60 ปีขึ้นไป	84	20.9
อายุเฉลี่ย 43.90 ปี (S.D = 17.4)		
3. สถานภาพสมรส		
โสด	137	34.1
อาศัยร่วมกัน	221	55.0
แยกกันอยู่	11	2.7
หย่าร้าง/หม้าย	33	8.2
4. ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	6	1.5
ประถมศึกษา	124	30.8
มัธยมศึกษา	118	29.4
ปวช./ปวส./อนุปริญญา	4	10.7
ปริญญาตรีขึ้นไป	111	27.6
5. อาชีพ		
ไม่มีอาชีพ (เกษียณ/ว่างงาน, ผู้พิการไม่มีอาชีพ)	90	22.4
รับจ้างทั่วไป	192	47.8
ธุรกิจส่วนตัว/อาชีพส่วนตัว	17	4.2
พนักงานบริษัท/หน่วยงานเอกชน	19	4.7
เกษตรกรกรรม	44	10.9
ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ	40	10.0

2. ความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างโดยรวม พบว่า อยู่ในระดับดี ($M = 15.56$, $SD=2.40$) ดังตาราง 2

ตาราง 2 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่าง ($n=402$)

ความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	ค่าคะแนน		M	SD	ระดับ
	จำนวน	ร้อยละ			
ระดับดี (16 – 20 คะแนน)	233	57.96	15.56	2.40	ดี
ระดับปานกลาง (10 – 15 คะแนน)	160	39.80			
ระดับควรปรับปรุง (0 – 9 คะแนน)	9	2.24			

3. ความคาดหวังต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างความคาดหวังต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างโดยรวม พบว่า อยู่ในระดับมาก ($M = 4.55$, $SD=0.50$) ดังตาราง 3

ตาราง 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนและระดับของความคาดหวังต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่าง ($n=402$)

ความคาดหวังต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	ค่าคะแนน		M	SD	ระดับ
	จำนวน	ร้อยละ			
ระดับมาก (40-50 คะแนน)	357	88.81	45.46	4.97	มาก
ระดับปานกลาง (30-39 คะแนน)	44	10.94			
ระดับน้อย (0-29 คะแนน)	1	0.25			

4. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับความคาดหวังของประชาชนต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในจังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า ความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับความคาดหวังต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ระดับนัยสำคัญที่ .05 ($r = .783$) ดังตาราง 4

ตาราง 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับความคาดหวังของประชาชนต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่าง (Pearson product moment correlation)

	ความคาดหวังต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	
	Pearson Correlation	p-value
	(r)	
ความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในจังหวัดสมุทรสงคราม	.783	<0.001

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับดี เนื่องจากประชาชนรู้จักหมายเลข 1669 และมีประสบการณ์ในการเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีการประชาสัมพันธ์ทางสื่อสิ่งพิมพ์ เช่น แผ่นพับ ป้ายไว้นิล และมีสื่อออนไลน์ที่สามารถให้ความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน มีการประชาสัมพันธ์โดยบุคลากรทางสาธารณสุข ทำให้ประชาชนเกิดความรู้อย่างแท้จริงได้ ดังนั้น การที่ประชาชนได้รับความรู้จากการประชาสัมพันธ์ และประสบการณ์ในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทำให้ประชาชนมีความรู้ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของพิมพ์ผดดา อภิบาลศรี และบุญสม เกษะประดิษฐ์ (2561) ที่ได้ทำการวิเคราะห์ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน โดยผลการศึกษาพบว่า ประชาชนความรู้เรื่องระบบการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับสูง แต่มีความแตกต่างกับการศึกษาของปิยะวรรณ เพียรภายลุน (2554) ที่ศึกษาความรู้ของประชาชนในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลสามโคกต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ที่พบว่าระดับความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างที่รู้จักและไม่รู้จักหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาระดับความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม มีค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานต่างกันเพียงเล็กน้อยเท่านั้น โดยมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับเดียวกันคือระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะการดำเนินงานการประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาลสามโคกที่ผ่านมาจะมุ่งเน้นการประชาสัมพันธ์ทางสื่อสิ่งพิมพ์ ได้แก่ แผ่นพับ นามบัตร และป้ายไว้นิล ซึ่งการประชาสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นการสื่อสารทางเดียว อาจจะไม่ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจอย่างแท้จริงได้ (Pochaisan et al., 2021) ส่วนการประชาสัมพันธ์ของประชาชนอีกกลุ่มจะมุ่งเน้นการประชาสัมพันธ์ผ่านโซเชียลมีเดียหรืออินเทอร์เน็ตซึ่งเป็นช่องทางที่ประชาชนเข้าถึงได้อย่างรวดเร็ว

ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนมีความคาดหวังต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับมากที่สุด เนื่องจากประชาชนมีความคาดหวังว่าระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสามารถช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุได้อย่างรวดเร็ว และช่วยเหลือชีวิตเบื้องต้นได้อย่างปลอดภัยขณะนำส่งโรงพยาบาลและมีความคาดหวังว่าบุคลากรจะมีความพร้อมที่ช่วยเหลือเบื้องต้นได้ขณะนำส่ง สอดคล้องกับการศึกษาของพิมพ์ผดดา อภิบาลศรี (2561) ที่ศึกษาความคาดหวังว่าบุคลากรควรมีการมารยาทและการสื่อสารกับผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยที่ดี ควรมีการเพิ่มช่องทางการติดต่อการโทรแจ้งเหตุฉุกเฉินให้มากกว่านี้ (Møller et al., 2021) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของนางศรณัฐ ใจเพียร (2564) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน และฉุกเฉินเร่งด่วนในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉินในภาพรวมอยู่ในระดับมากและมีความแตกต่างกับการศึกษาของจิตรประไพ สุรชิต (2560) ที่ศึกษาการรับรู้และความคาดหวังต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลปากน้ำหลังสวน จังหวัดชุมพร พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังผลลัพธ์การใช้บริการอยู่ในระดับปานกลาง

นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างความรู้กับความคาดหวังของประชาชนต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อาจเนื่องมาจากเมื่อประชาชนมีความรู้ต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เพิ่มขึ้น ก็จะส่งผลให้ประชาชนมีความคาดหวังต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมากขึ้นเช่นกัน ตามทฤษฎีของเดวิด ฮิวม์ กล่าวไว้ว่าความรู้จะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยปัจจัย 3 ประการ คือ ผู้รู้ (knower) สิ่งที่ถูกรู้ (known) และสื่อ (ผัสสะ sensation) การทำงานจึงจะเกิดผลได้ และยังเชื่อว่าความรู้ทุกอย่างมาจากประสบการณ์

หากพิจารณาจากทฤษฎีดังกล่าวนี้ ถ้าประชาชนมีการเรียนรู้ ความรู้เกี่ยวกับการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน อาจมาจากการประชาสัมพันธ์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ครอบคลุมในทุกพื้นที่ ก็จะส่งผลให้ประชาชน ได้รับประโยชน์จากการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ปลอดภัย และได้รับการบริการที่ได้มาตรฐาน สอดคล้องกับการศึกษาของสุรภา ขุนทองแก้ว (2562) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการ การแพทย์ฉุกเฉิน พบว่าการรับรู้การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการ การแพทย์ฉุกเฉินและความคาดหวังต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

การนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำผลการศึกษาในครั้งนี้ไปใช้ในการวางแผนการดำเนินงานพัฒนาความรู้ เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนให้ครอบคลุมตามความคาดหวังของประชาชน ทั้งด้านการปฐมพยาบาลเบื้องต้น การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน การเรียกใช้บริการรถการแพทย์ฉุกเฉิน การโทรแจ้งเหตุฉุกเฉิน และเพื่อให้ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองในภาวะฉุกเฉินต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ในการศึกษาครั้งต่อไปควรขยายพื้นที่การศึกษาให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้นเพื่อให้ได้ผลการศึกษา ในภาพรวมในระดับประเทศและนำไปสู่การวางแผนการประชาสัมพันธ์ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และให้ความรู้แก่ประชาชนเรื่องการโทรแจ้งเหตุผ่านหมายเลขโทรศัพท์ 1669 อย่างทั่วถึงต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2565). อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ใน โรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) น้อยกว่าร้อยละ 12. https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=9d8c311d6336373d40437c4423508cad&id=4709220e55ae6c91c872e08b4ac2498c
- กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (2564). ประชากรทะเบียนราษฎร จำแนกชายเพศ ปีงบประมาณ 2564 สมุทรสงคราม. <https://dashborad.anamai.moph.go.th/pop-all/changwat?year=2021&cw=75>
- จิตรประไพ สุรชิต. (2560). การรับรู้และความคาดหวังต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลปากน้ำ หลังสวน จังหวัดชุมพร. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11, 31(2), 271-278.
- ธีระ ศิริสมุด, กิตติพงศ์ พลเสน, และพรทิพย์ วชิรดิถก. (2561). ความรู้ ทักษะ และเหตุผลที่ไม่เรียกใช้บริการ การแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินในประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 12(4), 668-680.
- นงคราญ ใจเพียร. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน และฉุกเฉินเร่งด่วน ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง. วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ, 22(1), 52-66.

- ประกายทิพย์ พรหมสูตร. (2564). การรับรู้และความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อำเภอสระใคร จังหวัดหนองคาย. หนองคาย: งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสระใคร.
- ปิยะวรรณ เพียรภาณุ. (2554). ความรู้ทัศนคติและความคาดหวังของประชาชนในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลสามโคกต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พิมพ์ผดุง อภิบาลศรี และบุญสม เกษะประดิษฐ์. (2561). วิเคราะห์ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อพฤติกรรม การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชากรในโรงเรียนนายร้อยพระจุลจอมเกล้า. วารสารพยาบาลทหารบก, 9(ฉบับพิเศษ), 291-299.
- รุจิรัตน์ กองทอง. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้รับบริการโรงพยาบาลดำเนินสะดวก. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต, 2(3), 49-58.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2565). แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉิน. สถานการณ์สุขภาพและการแพทย์ฉุกเฉิน (ฉบับที่4), 37-48.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2565). ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. <https://ws.niems.go.th/KPI57/2557/kpi61reportextra02.aspx>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม. (2566). รายงานสถานการณ์การดำเนินงานการป้องกันอุบัติเหตุและฉุกเฉินและบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดสมุทรสงคราม. สำนักงานยุทธศาสตร์จังหวัดสมุทรสงคราม.
- สุพรรณวดี ภิญโญ, ธัญดา แยมโรจน์, กันยารัตน์ เกิดแก้ว, และกลอยใจ ศรีสาคร. (2554). การรับรู้และความคาดหวังต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยและญาติงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. โรงพยาบาลพระจอมเกล้า.
- สุรภา ขุนทองแก้ว. (2562). การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดราชบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 2(1), 30-44.
- อรรณพ สุขไพบูลย์, ชุภาศิริ อภินันท์เดช และธาดรี เจริญชีวกุล. (2559). ความพึงพอใจของผู้รับบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลนครรังสิต จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิทยาลัยนครราชสีมา, 4(1), 417-425.
- Alvial, X., Rojas, A., Carrasco, R., Durán, C. &Fernández-Campusano, C. (2021). Overuse of Health Care in the Emergency Services in Chile. *Int. J. Environ. Res. Public Health*,18,3082. <https://doi.org/10.3390/ijerph18063082>
- Bloom, B (1975). *Taxonomy of Educational Objectives Handbook I. Cognitive Domain*. New York: David Mckay.
- Hume, David. (1971). *An Enquiry Concerning Human Nature*. Chicago: United States of America.
- Krejcie, R. V. &Morgan, D.W. (1970). *Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.

- Møller, T. P., Jensen, H. G., Viereck, S., Lippert, F., & Østergaard, D. (2021). Medical dispatchers' perception of the interaction with the caller during emergency calls - a qualitative study. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, 29(1), 45. <https://doi.org/10.1186/s13049-021-00860-y>
- Pochaisan, O., Pattanarattanamolee, R., Pongphuttha, W., Chadbunchachai, W., & Nakahara, S. (2021). Development of an emergency medical services system in Thailand: Roles of the universal healthcoverage and the national lead agency. *Emergency medicine Australasia: EMA*, 33(4), 756–758. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.13794>

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์
ของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสมุทรสงคราม

Factors Affecting Motorcycle Accident Prevention Behavior Among Students at
a University in Samut Songkhram Province, Thailand

นพดล ทองอร่าม¹, กนกพร สมพร^{2*}, ฮันวรรณ หะยิ้อับดุลรอมน², มาริยานี สะมะแอ²

Nopadol Thongaram¹, Kanokporn Somporn², Hanwannee Hayeeabdulroman², Mariyane Samaae²

¹วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Sirindhorn College of Public Health Suphanburi, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences,

Praboromarajchanok Institute, Nonthaburi, Thailand

วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา²

College of Allied Health Sciences, Suan Sunandha Rajabhat University, Bangkok, Thailand²

(Received: July 3, 2024; Revised: July 5, 2024; Accepted: August 21, 2024)

บทคัดย่อ

อุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์เป็นปัญหาสำคัญทั้งในระดับโลกและประเทศไทย โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนและนักศึกษา การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสงคราม กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาจำนวน 293 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษามีความรู้ในระดับสูง (ร้อยละ 81.9) ทักษะอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 53.2) และพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในระดับสูง (ร้อยละ 49.8) ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสงครามได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้แก่ ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการสร้างความรู้ ความตระหนัก และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติที่เหมาะสม เป็นกลวิธีสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันอุบัติเหตุในกลุ่มนักศึกษา ควรนำไปประยุกต์ใช้ในการรณรงค์ป้องกันอุบัติเหตุต่อไป

คำสำคัญ : อุบัติเหตุ, รถจักรยานยนต์, พฤติกรรมการป้องกัน, นักศึกษา

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding author: Kanokporn Somporn, E-mail: Kanokporn.so@ssru.ac.th เบอร์โทรศัพท์: 095-978-9691)

Abstract

Motorcycle accidents are a significant problem worldwide and in Thailand, particularly among youth and university students. This study aimed to investigate factors influencing motorcycle accident prevention behaviors among students at a university in Samut Songkhram province. The sample consisted of 293 students. Data were collected using questionnaires and analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis. The results revealed that the students had a high level of knowledge (81.9%), a moderate level of attitude (53.2%), and a high level of accident prevention behavior (49.8%). Factors influencing motorcycle accident prevention behaviors among students at a university in Samut Songkhram province that could significantly predict the behavior ($p < .05$) included knowledge, perceived risk, perceived severity, and cues to action. The findings suggest that promoting knowledge, awareness, and appropriate cues to action are important strategies for enhancing accident prevention behaviors among university students. These insights should be applied for the future accident prevention campaigns.

Keywords : Accidents, Motorcycle, Prevention behavior, University students

บทนำ

อุบัติเหตุจราจรเป็นปัญหาใหญ่ของคนทั่วโลก นอกจากการสูญเสียทรัพย์สินจำนวนมากแล้ว ยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต บาดเจ็บ และพิการ องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 หรืออีก 10 ปีข้างหน้า หากแต่ละประเทศไม่มีมาตรการที่ดีในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน จำนวนผู้เสียชีวิตทั่วโลกจะเพิ่มสูงขึ้นเฉลี่ยปีละ 2.4 ล้านคน ทำให้อันดับสาเหตุการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุขยับสูงขึ้นจากอันดับ 9 ในปี พ.ศ. 2547 เป็นอันดับ 5 ในปี พ.ศ. 2573 นำหน้าโรคร้ายแรงหลายโรค เช่น โรคเอดส์และโรคมะเร็ง (สิริกร คำภูไทย, 2563) ในปี พ.ศ. 2558 องค์การอนามัยโลกรายงานจากการสำรวจว่าในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางบกทั่วโลกประมาณ 1.25 ล้านคน และกว่า 20-50 ล้านคนได้รับบาดเจ็บหรือพิการ (World Health Organization, 2015) รถจักรยานยนต์เป็นพาหนะที่มีสัดส่วนการเกิดอุบัติเหตุสูงในหลายประเทศ โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนา และประสบปัญหาการบาดเจ็บรุนแรงมากกว่ายานพาหนะประเภทอื่น ๆ (Wick et al., 1998; Debieux et al., 2010; Miki et al., 2014; Batista et al., 2015)

ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงเป็นอันดับที่ 9 ของโลกในปี พ.ศ. 2562 โดยมีประมาณการผู้เสียชีวิต 32.7 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน หรือมีผู้เสียชีวิตเฉลี่ยปีละ 22,491 คน (60 คนต่อวัน) ซึ่งสาเหตุเกิดจากรถจักรยานยนต์มากที่สุดถึงร้อยละ 74.4 และส่วนใหญ่เกิดในกลุ่มอายุ 15-19 ปี (กระทรวงคมนาคม, 2562) องค์การอนามัยโลกได้จัดอันดับประเทศไทยเป็นอันดับ 2 ของโลก และเป็นอันดับ 1 ของเอเชียในด้านอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในปี พ.ศ. 2558 โดยมีอัตราการเสียชีวิต 36.2 คนต่อประชากร

แสนคน (World Health Organization, 2015) สถิติของกระทรวงสาธารณสุขระบุว่า มีผู้เสียชีวิต 15,045 ราย คิดเป็น 23.16 คนต่อประชากรแสนคน เฉลี่ยวันละ 40 ราย และผู้บาดเจ็บต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด 107,123 ราย โดยรถจักรยานยนต์เป็นพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุสูงสุด (Division of Non-Communicable Disease, 2018) กลุ่มผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุ 15-24 ปี และเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงถึง 3 เท่า (พัชรสิริ ศรีเวียง และกษมา ภูสีสด, 2565) นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรสูงในจังหวัดที่มีภาคอุตสาหกรรมโดยเฉพาะอุบัติเหตุจากจักรยานยนต์ (อัจฉรา นิลรัตน์ทัย และพระมหาหรรษา ธมฺมหาโส, 2564)

จังหวัดสมุทรสงครามเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีอุบัติเหตุทางถนนเกิดขึ้นบ่อยครั้ง จากข้อมูลผู้เสียชีวิต บาดเจ็บสะสม ปี 2567 (มกราคม – เมษายน) มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน เมื่อแบ่งตามช่วงอายุ พบว่า อายุ 19-24 ปี เสียชีวิตสะสมถึงร้อยละ 25 ซึ่งเท่ากับช่วงอายุ 36-60 ปี และช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป จากข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่าช่วงอายุ 19-24 ปี เป็นช่วงอายุที่มีอุบัติเหตุสูงกว่าช่วงอายุอื่น เมื่อพิจารณาจากช่วงของอายุที่เกิดอุบัติเหตุและเสียชีวิต (ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ เพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน, 2567) สาเหตุหลักมาจากรถจักรยานยนต์ ผู้ประสบเหตุส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และมักเกิดบ่อยในกลุ่มนักเรียนนักศึกษา ทั้งนี้จากข้อมูลสถิติการเกิดอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ในจังหวัดสมุทรสงคราม พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่ ได้แก่ พฤติกรรมการขับขี่ที่ไม่ปลอดภัย เช่น ขับเร็ว ดื่มแอลกอฮอล์ ไม่สวมหมวกนิรภัย และไม่เคารพกฎจราจร (เรณู คงสันตติ และคณะ, 2562) ซึ่งทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สินโดยไม่จำเป็น และส่งผลเสียต่อเศรษฐกิจและสังคมโดยรวม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ประสบการณ์ในการขับขี่ ความชำนาญในการขับขี่ การมีใบอนุญาตขับขี่ และพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งพบว่าผู้ชายมักมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมเสี่ยงในการขับขี่มากกว่าผู้หญิง (Hu et al., 2020; Lakhan et al., 2020) นอกจากนี้ ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม เช่น สภาพอากาศ สภาพรถจักรยานยนต์ ความกว้างของถนน จำนวนช่องจราจร และทัศนวิสัยในการมองเห็น ยังมีผลต่อความเสี่ยงในการขับขี่ด้วย (Das et al., 2018) รวมทั้งปัจจัยทางจิตวิทยา เช่น ทัศนคติต่อพฤติกรรมการขับขี่อย่างปลอดภัย และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ยังเป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลต่อความตั้งใจและพฤติกรรมที่แท้จริงในการป้องกันอุบัติเหตุ (เฉลิมกิต เพชรรักษ์, 2563; ยุกา หงส์วณิช, 2563)

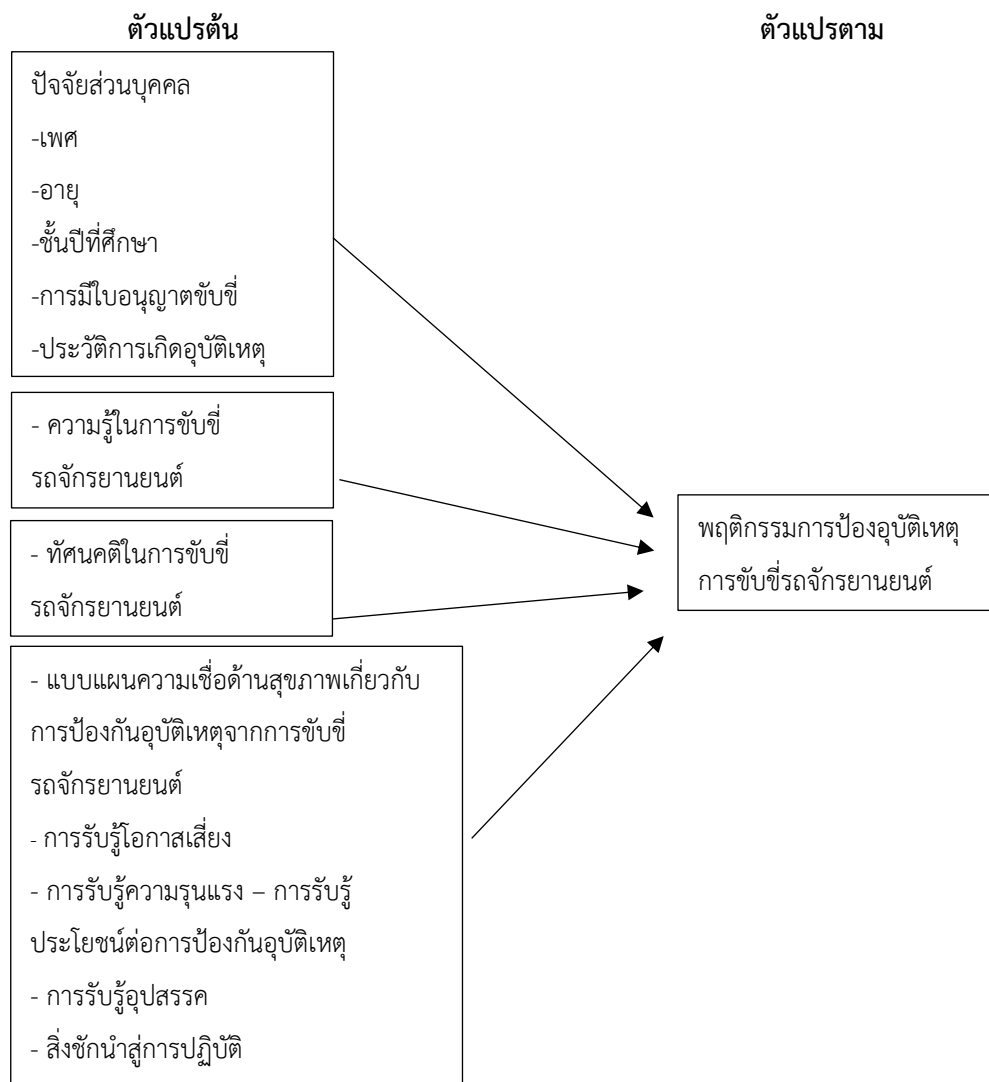
จากสถานการณ์อุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ที่ยังคงเป็นปัญหาสำคัญทั้งระดับโลก ระดับประเทศ และระดับจังหวัดที่มีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนหรือนักเรียนนักศึกษา งานวิจัยที่ผ่านมาพบปัจจัยเสี่ยงหลายประการที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขับขี่ที่ไม่ปลอดภัย อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วนใหญ่ยังให้ความสำคัญกับตัวแปรทางด้านประชากรและปัจจัยภายนอกเป็นหลัก ยังมีการศึกษาตัวแปรทางจิตวิทยาสังคมอย่างทัศนคติ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์และพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ไม่มากนัก รวมถึงงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ในกลุ่มนักศึกษาระดับอุดมศึกษา

โดยเฉพาะในพื้นที่จังหวัดสมุทรสงครามยังมีจำนวนจำกัด ทั้ง ๆ ที่จังหวัดสมุทรสงคราม เผชิญกับปัญหานี้ในระดับที่น่าเป็นห่วง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสงคราม เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดมาตรการและกิจกรรมรณรงค์ส่งเสริมพฤติกรรมการขับขี่ที่ปลอดภัยแก่นักศึกษาและกลุ่มเยาวชนให้ขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสงคราม

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Study) ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนสิงหาคม – ธันวาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 859 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาที่กำลังศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสงคราม การคำนวณขนาดตัวอย่างแบบประมาณค่าสัดส่วน กรณีทราบประชากร (อรุณ จิรวัดนกุล, 2558) ได้จำนวน 266 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลในการตอบกลับ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 10% (Hair, Anderson, Thatham and Black (1998)) รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 293 คน หลังจากนั้นจึงเทียบสัดส่วน ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกับจำนวนของประชากรของนักศึกษาแต่ละชั้นปี ตามวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratied Random Sampling)

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นนักศึกษาและกำลังศึกษาของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสงคราม 2) ขบขีรถจักรยานยนต์ 3) สนใจและยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) ไม่ยินดีในการเข้าร่วมการวิจัย 2) เจ็บป่วยรุนแรงและไม่สามารถให้ข้อมูลได้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในลักษณะของแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ในการขับขี่ ทักษะในการขับขี่ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรม การป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ชั้นปีที่ศึกษา การมีใบอนุญาตขับขี่ และประวัติการเกิดอุบัติเหตุ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ (Checklist)

ส่วนที่ 2 ความรู้ในการขับขี่รถจักรยานยนต์ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 ทักษะในการขับขี่รถจักรยานยนต์ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ ประกอบด้วยการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรค และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ด้านละ 5 ข้อ รวม 25 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุการขับขี่รถจักรยานยนต์ จำนวน 40 ข้อ เป็นแบบมาตรวัดประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ ทุกครั้ง ถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย ครอบคลุมพฤติกรรมทั้งก่อนขับขี่ ขณะขับขี่ และหลังการขับขี่ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักศึกษา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Content validity) โดยผ่านคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีค่า IOC (Index of Item- Objective Congruence) มากกว่ากับ 0.5 ถือว่ามี Content Validity และวิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยแบ่งวิธีการทดสอบออกเป็น 2 ส่วน คือ ด้านความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพใช้วิธีคูเดอร์ตัน (KR20) เท่ากับ 0.76 และด้านทัศนคติการขับขี่ปลอดภัย ด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุ และพฤติกรรมพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ได้วิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.87

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมานด้วยการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ได้รับการยกเว้นการพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัย (Exemption) รหัสโครงการวิจัย COE. 2-285/2023 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบก่อนเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสงคราม โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาจำนวน 293 คน ผลการวิจัยมีรายละเอียดดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าเป็นนักศึกษาเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 58.40 และ 41.60 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 20.85 ปี ส่วนใหญ่อยู่มีอายุระหว่าง 20-22 ปี ร้อยละ 62.10 เมื่อจำแนกตามชั้นปีที่ศึกษา กลุ่มตัวอย่างศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 4 มากที่สุด ร้อยละ 35.50 มีใบอนุญาตขับขี่ ร้อยละ 66.20 และเมื่อสอบถามเกี่ยวกับประวัติการประสบอุบัติเหตุ ส่วนใหญ่ร้อยละ 71.70 ไม่เคยประสบอุบัติเหตุ ร้อยละ 28.30 เคยประสบอุบัติเหตุจากการขับขี่ รายละเอียดตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	122	41.60
- หญิง	171	58.40
อายุ	Means = 20.85, SD. = 1.54, Min = 18, Max = 26	
- ต่ำกว่า 20 ปี	83	28.30
- 20 – 22 ปี	182	62.10
- 23 ปีขึ้นไป	28	9.60
ชั้นปี		
- ปี 1	34	11.60
- ปี 2	60	20.50
- ปี 3	85	29.00
- ปี 4	104	35.50
- ปี 5	10	3.40
ใบอนุญาตขับขี่		
- มี	194	66.20
- ไม่มี	99	33.80
ประวัติการประสบอุบัติเหตุ		
- เคย	83	28.30
- ไม่เคย	210	71.70

การประเมินระดับความรู้ ทักษะ และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า นักศึกษามีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 8.43 จากคะแนนเต็ม 10 (SD = 1.65) โดยมีนักศึกษาร้อยละ 81.90 ที่มีความรู้ระดับสูง

ด้านทักษะ พบว่า นักศึกษามีทักษะต่อการป้องกันอุบัติเหตุโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.49$, $SD = 0.69$) เมื่อพิจารณารายละเอียด พบว่า มีทักษะคิดเชิงบวกหรือระดับดีอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.20 ทักษะคิดเชิงบวกหรือดี ร้อยละ 41.60 มีทักษะคิดเชิงลบหรือระดับไม่ดี ร้อยละ 5.10

ด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง และประโยชน์ของการป้องกันอุบัติเหตุในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 67.60, 89.80 และ 79.90 ตามลำดับ แต่ด้านการรับรู้อุปสรรค พบว่า นักศึกษาร้อยละ 50.90 มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง ด้านสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ พบว่า มีนักศึกษาร้อยละ 77.80 ที่มีการรับรู้สิ่งชักนำในระดับสูง รายละเอียดตามตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรู้ ทักษะคติ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ของกลุ่มตัวอย่าง (n=293)

ตัวแปร	ระดับ			M	SD	แปลผล
	สูง/ดี	ปานกลาง	ต่ำ/ไม่ดี			
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)			
ความรู้	240 (81.90)	49 (16.70)	4 (1.40)	8.43	1.65	สูง
ทักษะคติ	122 (41.60)	156 (53.20)	15 (5.10)	3.49	0.69	ปานกลาง
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	198 (67.60)	88 (30.00)	7 (2.40)	3.92	0.84	สูง
การรับรู้ความรุนแรง	263 (89.80)	28 (9.60)	2 (0.70)	4.51	0.66	สูง
การรับรู้ประโยชน์	234 (79.90)	56 (19.10)	3 (1.00)	4.17	0.77	สูง
การรับรู้อุปสรรค	27 (9.20)	149 (50.90)	117 (39.90)	3.22	0.92	ปานกลาง
สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ	228 (77.80)	59 (20.10)	6 (2.00)	4.10	0.85	สูง

ด้านการประเมินพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักศึกษา ผลการศึกษาพบว่า โดยภาพรวมนักศึกษามีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.69 (SD = 0.57) เมื่อจำแนกเป็นระดับพบว่า มีนักศึกษาร้อยละ 49.80 มีพฤติกรรมระดับสูงหรือดี รองลงมาคือระดับปานกลางร้อยละ 48.10 และพฤติกรรมระดับต่ำหรือไม่ดีร้อยละ 2.00 รายละเอียดตามตาราง 3

ตาราง 3 แสดงพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์

ตัวแปร	ระดับ			M	SD	แปลผล
	สูง/ดี	ปานกลาง	ต่ำ/ไม่ดี			
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)			
พฤติกรรม	146 (49.80)	141 (48.10)	6 (2.00)	3.69	0.57	สูง

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของนักศึกษา ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ แบบ Enter โดยนำปัจจัยด้านความรู้ ทักษะ และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ มาเป็นตัวแปรต้นในการทำนายพฤติกรรม ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ความรู้ ($\beta = .244, p < .001$) การรับรู้โอกาสเสี่ยง ($\beta = .114, p = .036$) การรับรู้ความรุนแรง ($\beta = .188, p < .001$) และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ($\beta = .377, p < .001$) โดยสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุด รองลงมาคือความรู้ การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้โอกาสเสี่ยง ตามลำดับ ส่วนด้านอื่นๆ ได้แก่ ทักษะ การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค พบว่า ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ (R^2) พบว่าตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุได้ร้อยละ 52 ($R^2 = .532$) รายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเพื่อพยากรณ์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์

ตัวแปรต้น	B	S.E.	β	t	p
Constant	0.465	0.190		2.446	.015
ความรู้(x_1)	0.102	0.020	0.244	5.183	.000*
ทักษะ(x_2)	0.093	0.048	0.093	1.920	.056
ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง(x_3)	0.078	0.037	0.114	2.111	.036*
ด้านการรับรู้ความรุนแรง (x_4)	0.154	0.043	0.188	3.607	.000*
ด้านการรับรู้ประโยชน์(x_5)	0.061	0.039	0.085	1.555	.121
ด้านการรับรู้อุปสรรค (x_6)	0.025	0.032	0.038	0.790	.430
ด้านสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (x_7)	0.257	0.033	0.377	7.697	.000*

$R = .729$ $R^2 = .532$ Adjusted $R^2 = .520$ Std. Error of the Estimate = 0.440

Fchange = 46.424, $p < .001$

*Correlation is significant at the .05

วิธีการถดถอยพหุคูณโดยวิธี Enter สามารถเขียนเป็นสมการได้ ดังนี้

พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ = $0.465 + 0.244x_1 + 0.114x_3 + 3.607x_4 + 0.377x_7$

อภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสมุทรสงคราม ซึ่งปัจจัยประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ และ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ และพฤติกรรมการ ป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักศึกษา และจากการวิเคราะห์ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้าน ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ เป็น ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษา มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสงคราม ทั้งนี้ สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุด ($\beta = .377, p < .001$) รองลงมาคือความรู้ ($\beta = .244, p < .001$) การรับรู้ความรุนแรง ($\beta = .188, p < .001$) และการรับรู้โอกาสเสี่ยง ($\beta = .114, p = .036$) ตามลำดับซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ด้านสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุด ($\beta = .377, p < .001$) จากการศึกษาของ Chuthamane et al. (2022) พบว่า หลังการให้โปรแกรมสุขศึกษาเรื่องการป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันอุบัติเหตุเพิ่มขึ้นในระดับดีมากร้อยละ 96.7 ($p=0.024$) และ Bamberg S, et al., (2003) พบว่า การสร้างสิ่งเร้าหรือแรงจูงใจที่เหมาะสมจะเป็นสิ่งชักนำสู่ การปฏิบัติและช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุได้

ด้านความรู้ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Mosharof et al. (2022) ที่พบว่าหลังการให้ความรู้เรื่องสัญญาณจราจร กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ดังนั้นการให้ความรู้และสร้างความตระหนักถึงความปลอดภัยจึงมีความสำคัญต่อ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรสิริ ศรีเวียง (2565) พบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับ การป้องกันอุบัติเหตุในการขับขี่รถจักรยานยนต์ในนักศึกษา ควรปรับเป็นการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์มากขึ้น และ จัดการเรียนรู้โดยใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่มากขึ้น เพื่อเสริมสร้างความรู้ให้แก่นักศึกษา ซึ่งจะส่งผลให้มีความรู้ในการ ป้องกันอุบัติเหตุอย่างถูกวิธี

ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ที่ระบุว่าบุคคลจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันเมื่อรับรู้ว่าคุณเอง มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอันตรายและรับรู้ถึงความรุนแรงของผลที่จะตามมา (Rosenstock et al., 1988) และ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ จุฑามณี นำนวล และคณะ (2022) พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงและการรับรู้ความ รุนแรงของผลจากการเกิดอุบัติเหตุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจและพฤติกรรมการป้องกันการเกิด อุบัติเหตุ โดยเฉพาะการสวมหมวกนิรภัยและการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง

ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ทักษะคิด การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ ชาร์พีห์ แจ๊ะแวง (2560) ที่พบว่า นักศึกษามีการรับรู้อุปสรรคของการสวมหมวกนิรภัยอยู่ในระดับไม่ดี อาจเนื่องมาจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ส่วนใหญ่มีความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการสวมหมวกนิรภัยที่ถูกต้องอยู่แล้ว ดังนั้นจากผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่า การสร้างความรู้ การรับรู้และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติที่เหมาะสม เป็นกลวิธีสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักศึกษา จึงควรนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรมหรือกิจกรรมรณรงค์ให้แก่นักศึกษาและกลุ่มเยาวชนต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาโครงการรณรงค์ป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์สำหรับนักศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงบริบทพื้นที่ของจังหวัดสมุทรสงครามที่เป็นเส้นทางหลักสู่ภาคใต้และมีการจราจรหนาแน่น ควรเริ่มด้วยการพัฒนาสื่อดิจิทัลที่น่าสนใจและเข้าถึงง่าย เช่น คลิปวิดีโอสั้นบนแพลตฟอร์มโซเชียลมีเดีย และแอปพลิเคชันมือถือที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความปลอดภัยในการขับขี่ ควบคู่ไปกับการจัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติที่กระตุ้นการมีส่วนร่วมของนักศึกษา อาทิ การจำลองสถานการณ์ขับขี่ และการประกวดออกแบบโครงการรณรงค์ นอกจากนี้ การจัดอบรมให้ความรู้อย่างครอบคลุม โดยเชิญผู้เชี่ยวชาญมาบรรยายและพัฒนาหลักสูตรออนไลน์ที่นักศึกษาสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง ครอบคลุมทั้งกฎจราจร เทคนิคการขับขี่ปลอดภัย และการบำรุงรักษารถ เพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะที่จำเป็น ตลอดจนสร้างการรับรู้ถึงความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของอุบัติเหตุ โดยการนำเสนอข้อมูลสถิติและกรณีศึกษาที่เกิดขึ้นจริง ผ่านการจัดนิทรรศการ และเชิญผู้ที่เคยประสบอุบัติเหตุมาแบ่งปันประสบการณ์ พร้อมทั้งจัดทำแผนที่จุดเสี่ยงในบริเวณมหาวิทยาลัยและเส้นทางที่นักศึกษาใช้บ่อย พร้อมให้คำแนะนำในการหลีกเลี่ยงหรือระมัดระวัง ซึ่งจะสามารถสร้างความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับขี่ของนักศึกษาให้ปลอดภัยมากขึ้น ส่งผลช่วยลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ในกลุ่มนักศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งต่อไปควรมุ่งเน้นการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมรณรงค์ป้องกันอุบัติเหตุที่พัฒนาขึ้นจากผลการศึกษา โดยใช้วิธีวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม และควรขยายขอบเขตการศึกษาไปยังกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลายมากขึ้น และทำการวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่อเจาะลึกถึงปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในการศึกษานี้ การศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัย เช่น อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน ความเครียด หรือการใช้สารเสพติด ซึ่งยังเป็นประเด็นที่น่าสนใจ ทั้งนี้ การทำวิจัยระยะยาวเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการพัฒนาเครื่องมือวัดพฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัยที่แม่นยำยิ่งขึ้น จะช่วยเสริมสร้างความเข้าใจเชิงลึกและนำไปสู่การพัฒนามาตรการป้องกันอุบัติเหตุที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นสำหรับนักศึกษาและประชาชนทั่วไป

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงคมนาคม. (2562). วิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุเชิงลึกบนโครงข่ายของกระทรวงคมนาคม ช่วงเทศกาลปีใหม่ 2562. กรุงเทพฯ : กระทรวงคมนาคม.
- เฉลิมกิต เพชรรักษ์. (2563). พฤติกรรมสวมหมวกนิรภัยของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์: ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอ ไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. คณะมนุษยศาสตร์, มหาวิทยาลัยเกริก.
- ชาร์พีห์ แจ๊ะแ้ว. (2560). ปัจจัยคัดสรรตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัยในการป้องกันอุบัติเหตุของนักศึกษาสถาบันพลศึกษา วิทยาเขตยะลา. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาวิชาหลักสูตรและการสอน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พัชรสิริ ศรีเวียง และกษมา ภูสีสด. (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดอุบัติเหตุทางรถจักรยานยนต์ของ นักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดลำปาง. วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 14(2), 20-38.
- ยุพา หงส์วะชิน. (2563). พฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ในเขตเทศบาลเมือง ฉะเชิงเทรา. [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาบริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เรณู คงสันทัต และคณะ. (2562). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการปฏิบัติต่อหมวกนิรภัยและกฎหมายหมวกนิรภัยของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ ในจังหวัดสมุทรสงคราม. สมุทรสงคราม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม.
- ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ เพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน. (2567). ข้อมูลผู้เสียชีวิต บาดเจ็บ สะสม จังหวัดสมุทรสงคราม ปี 2567 (มกราคม – เมษายน). <https://www.thairsc.com/province/75>
- สิริกกร คำภูไทย. (2563). เหตุอุบัติเหตุทางถนนทั่วโลก ภารกิจพิชิตโศกนาฏกรรมยุคใหม่. https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/media30_1.pdf
- อรุณ จิรวรรณกุล. (2558). สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน.
- อัจฉรา นิลรัตน์ไทย์ และพระมหาหรรษา ธมฺมหาโส, 2564. การเสริมสร้างจิตสำนึกวินัยจราจรตามหลักพุทธสันติวิธี: ศึกษากรณีนักเรียนวิทยาลัยการอาชีพหลังสวน จังหวัดชุมพร. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร, 9(7), 3127- 3143.
- Bamberg, S., Ajzen, I., & Schmidt, P. (2003). Choice of Travel Mode in the Theory of Planned Behavior: The Roles of Past Behavior, Habit, and Reasoned Action. *Basic and Applied Social Psychology*, 25(3), 175-187.
- Batista, F. d. S., Silveira, L. O., Castillo, J. J. A. Q., Pontes, J. E. d., & Villalobos, L. D. C. (2015). Epidemiological profile of extremity fractures in victims of motorcycle accidents. *Acta Ortopédica Brasileira*, 23(1), 43-46.

- Chuthamane, N., Panida, N., Naruemol, K., & Sawitree, S. (2022). Effectiveness of health education program for motorcycle accident prevention among technical students in Ubon Ratchathani Province. *KKU Journal for Public Health Research*, 15(3), 24-35.
- Das, S., Gkritzab, K., Zhang, W., & Hans, Z. (2013). A mixed logit analysis of two-vehicle crash severities involving a motorcycle. *Accid Anal Prev*, 61, 119-128.
- Debieux, P., Chertman, C., Mansur, N. S. B., Dobashi, E., & Fernandes, H. J. A. (2010). Musculoskeletal injuries in motorcycle accidents. *Acta Ortopédica Brasileira*, 18(6), 353-356.
- Division of Non-Communicable Disease, Department of Disease Control. (2018). Preventing traffic injuries. Retrieved July 27, 2018 from <http://www.thaincd.com/2016/mission5>
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (1998). Multivariate data analysis (5th ed.). Prentice Hall.
- Hu, L., Bao, X., Wu, H., & Wu, W. (2020). A study on correlation of traffic accident tendency with driver characters using in-depth traffic accident data. *J Adv Transp*, 3, 1-12.
- Lakhan, R., Pal, R., Baluja, A., Moscote-Salazar, L., & Agrawal, A. (2020). Important aspects of human behavior in road traffic accidents. *Indian J Neurotrauma*, 17(2), 85-99.
- Miki, N., Martimbianco, A. I. C., Hira, L. T., Lahoz, G. L., Fernandes, H. J. A., & Reis, F. B. D. (2014). Profile of trauma victims of motorcycle accidents treated at hospital São Paulo. *Acta Ortopédica Brasileira*, 22(4), 219-222.
- Mosharof, H., Rahman, M. M., Sultana, H., Saha, T., Alom, F. M., & Parvin, S. (2022). Knowledge and practice of motorbike riders on the prevention of road traffic accidents. *Asian Journal of Education and Social Studies*, 30(4), 31-36. <https://doi.org/10.9734/AJESS/2022/v30i430731>
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the Health Belief Model. *Health education quarterly*, 15(2), 175-183. <https://doi.org/10.1177/109019818801500203>
- Wick, M., Müller, E. J., Ekkernkamp, A., & Muhr, G. (1998). The motorcyclist: Easy rider or easy victim? An analysis of motorcycle accidents in Germany. *The American Journal of Emergency Medicine*, 16(3), 320-323.
- World Health Organization. (2015). Global status report on road safety 2015. Geneva: World Health Organization.

รูปแบบการพัฒนาระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และ
สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างยั่งยืน
เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว

Model for The Sustainable Development of Quality System and Standards
of Practice in Medical and Public Health Laboratories at Sub-District Health
Promoting Hospital, Ta Phraya District Health Service Network,
Sa Kaeo Province.

กรณมณีธนา ปุณณศิริมั่งมี^{1*}

Kornmaneeethana Punnasirimangmee^{1*}

โรงพยาบาลตาพระยา จังหวัดสระแก้ว^{1*}

Ta Phraya Hospital, Sa Kaeo Province^{1*}

(Received: September 13, 2023; Revised: August 7, 2024; Accepted: August 21, 2024)

บทคัดย่อ

การระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลต่อการพัฒนามาตรฐานห้องปฏิบัติการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างต่อเนื่อง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวถูกเปลี่ยนเป็นการประเมินมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการคงอยู่ของการปฏิบัติงานตามระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข และเพื่อศึกษาผลของรูปแบบการพัฒนาระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างยั่งยืน เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว ในระยะที่ 2 โดยใช้กระบวนการศึกษาวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวความคิดวงจรคุณภาพตามกระบวนการ PDSA ของ Deming ในบุคลากรผู้รับผิดชอบระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 30 คน วัดผลการวิจัยแบบ 1 กลุ่ม โดยวัดความรู้ผู้รับผิดชอบมาตรฐานของห้องปฏิบัติการ ประเมินระบบคุณภาพทางห้องปฏิบัติการและความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานก่อนและหลังการศึกษา รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถามความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ของผู้รับผิดชอบมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการ และผลคะแนนจากการประเมินระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) โดยทุกแห่งผ่านมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง ผลสำรวจความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานตามมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการ มีความพึงพอใจในระดับมาก ดังนั้นรูปแบบการพัฒนาระบบคุณภาพนี้สามารถใช้ได้ต่อเนื่อง และนำไปเป็นแบบอย่างในการพัฒนามาตรฐานอื่น และระบบคุณภาพทางห้องปฏิบัติการยังคงมีมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : ความยั่งยืน, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, รูปแบบการพัฒนาระบบคุณภาพ, มาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail:korn8pun@gmail.com เบอร์โทรศัพท์: 065-359-5935)

Abstract

The pandemic of COVID-19 impacts the ongoing evolution of laboratory standards in sub-district health promoting hospitals. Furthermore, a shift has occurred about Tiddao Sub-district Health Promoting Hospital towards standard assessments for primary care units and networks. The research aimed to investigate the sustainability of a preparation model for success in adhering to quality systems and standards within medical and public health laboratories. It also sought to assess the effectiveness of the model in developing quality systems and standards within the sustainable sub-district health promotion hospital health service network in Ta Phraya district, Sa Kaeo province. The application of the research and development process, along with adherence to the Deming's PDSA cycle concept, was implemented by a group of 30 personnel responsible for quality systems and laboratory standards in medicine and public health. The research outcomes for a specific group were assessed by evaluating the knowledge levels of individuals in charge of laboratory standards. An examination of laboratory quality systems and employee satisfaction was conducted both before and after the study, with data collected through questionnaires, interviews, and job satisfaction surveys. Statistical analysis involved percentages, means, standard deviations, and paired t-tests. The study's outcomes demonstrated a substantial increase in the average knowledge scores of individuals responsible for laboratory standards, coupled with significant improvements in the assessment scores for quality systems and laboratory standards ($p=0.001$). All locations consistently met the standards, and the satisfaction survey among laboratory standard operators indicated a high level of contentment. Thus, the sustained application of this quality system development model remains feasible, serving not only as an ongoing mechanism, but also as a template for crafting additional standards. Moreover, the laboratory quality system maintains its commitment to established standards.

Keywords : Sustainable, Sub-District Health Promoting Hospital, Quality system development model, Standards of Practice in Medical and Public Health Laboratories

บทนำ

การพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยมีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้นกว่าเดิมสามารถขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพโดยมีการสร้างโรงพยาบาลอำเภอและสถานีนอมนามัยครอบคลุมในทุกพื้นที่ทั่วประเทศปัจจุบันสถานีนอมนามัยได้ยกระดับมาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) (กองยุทธศาสตร์และแผน, 2560) และพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน หรือหน่วยบริการอื่น ๆ ที่มีภารกิจผสมผสานดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และการคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงทันเวลา ตอบสนองความพึงพอใจต่อบริการ ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็นได้ในหน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้าน และมีส่วนร่วมในการดำเนินการด้านสุขภาพโดยมีเป้าหมายว่าจะช่วยลดความแออัดของโรงพยาบาล

ขนาดใหญ่ และประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก และมีคุณภาพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ในปี พ.ศ. 2559 กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายในการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เนื่องจาก รพ.สต. เป็นส่วนหนึ่งในยุทธศาสตร์บริการเป็นเลิศ ที่มุ่งเน้นจะยกระดับคุณภาพการบริการของ รพ.สต. เพื่อให้ได้มาตรฐาน โดยให้มีการพัฒนาคุณภาพโดยใช้มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) ในปัจจุบันประเทศไทยมี รพ.สต. ทั้งหมด จำนวน 9,750 แห่ง และต้องมีการดำเนินการเพื่อให้ผ่านมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) ทุกแห่งภายใน 5 ปี หรือภายในปี 2565 เพื่อนำไปสู่เป้าหมายประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน (โสภณ เมฆธน, 2559)

งานบริการห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นภารกิจหนึ่งของหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ต้องใช้องค์ความรู้ และเทคโนโลยีที่เหมาะสมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อสนับสนุนและเพิ่มศักยภาพการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้สามารถบริการสุขภาพเชิงรุก และการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ โดยมีการประสานการดูแลร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย รวมทั้งการพัฒนาการปฏิบัติงานให้มีคุณภาพและมาตรฐานจากโรงพยาบาลแม่ข่าย นำไปสู่การเป็นศูนย์บริการสุขภาพใกล้บ้าน ใกล้ใจ เป็นที่ยอมรับของชุมชน ดังนั้น รพ.สต. ควรปฏิบัติงานตามระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข และประเมินผลการตรวจวิเคราะห์ในรายการทดสอบที่ดำเนินการรวมถึงมีระบบประกันคุณภาพห้องปฏิบัติการในรายการทดสอบที่ดำเนินการใน รพ.สต. ได้แก่ การตรวจวิเคราะห์น้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว, การตรวจวิเคราะห์น้ำตาลและโปรตีนในปัสสาวะ, การตรวจวิเคราะห์การตั้งครรภ์ (HCG ในปัสสาวะ), การตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hematocrit) (กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 2562)

กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลตาพระยา จังหวัดสระแก้ว ซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย ในการสนับสนุนความรู้ระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข มี รพ.สต. ในเขตรับผิดชอบ 15 แห่ง และได้ดำเนินการผ่านเกณฑ์ชีวิตคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขมีคุณภาพและมาตรฐานการบริการ ร้อยละ 100 เมื่อปีงบประมาณ 2562 ทั้งนี้ ผู้ศึกษาได้พัฒนาการปฏิบัติงานตามระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว ระยะที่ 1 ในปีงบประมาณ 2559-2562 ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ตามแนวความคิดวงจรคุณภาพ Deming หลังการพัฒนาเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข มีความรู้ เพิ่มขึ้นกว่า ก่อนการพัฒนา ผลการประเมินระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข หลังการพัฒนา มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น และทุกแห่งผ่านมาตรฐาน โดยสรุปกระบวนการพัฒนาคุณภาพครั้งนี้ มีปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญ คือ การกำหนดนโยบายจากประธานเครือข่ายที่ชัดเจน การมีส่วนร่วมในการพัฒนาของทีมสหวิชาชีพ และการมีระบบกำกับ นิเทศ ติดตามของทีมสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพ และผลการพัฒนา Standard LAB รพ.สต. จบในแฟ้มเดียว โดยการทำให้แฟ้มมาตรฐานเรียงตามข้อมาตรฐานพบว่าผู้รับผิดชอบงานหลักและรอง เข้าใจในวัตถุประสงค์แต่ละข้อมาตรฐานสามารถปฏิบัติได้ตามเกณฑ์มาตรฐานกำหนด และสามารถแก้ไขปัญหาได้ในแต่ละข้อมาตรฐาน (กรณมณีนธา ปุณณศิริมั่งมี, 2562)

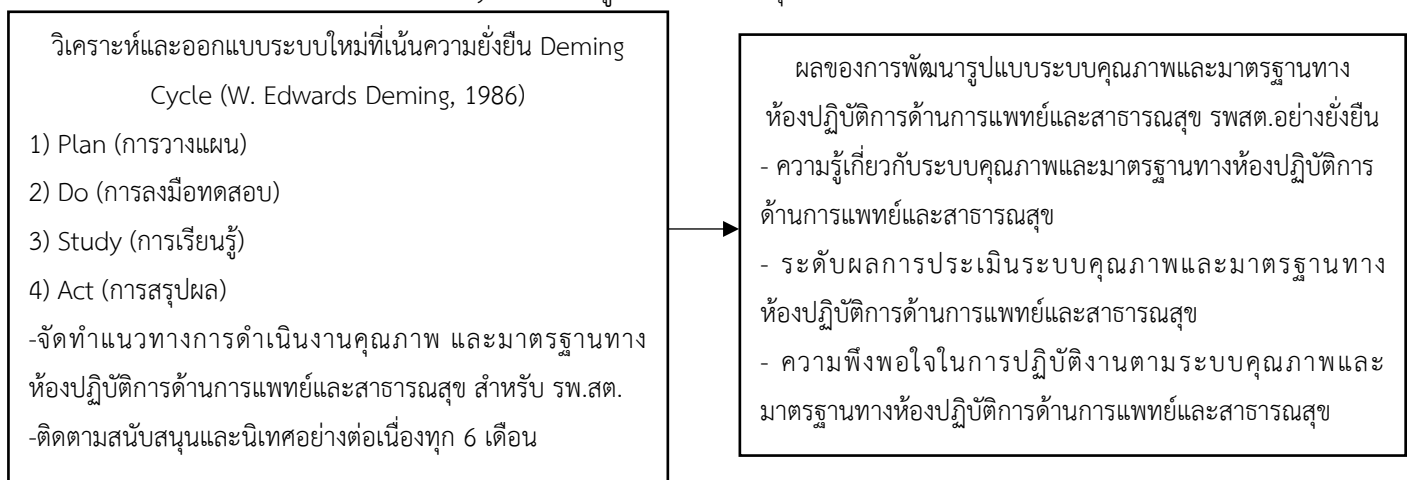
ในปีงบประมาณ 2563 – 2564 หลายพื้นที่ในประเทศไทยรวมไปถึงจังหวัดสระแก้วไม่ได้ดำเนินการประเมิน รพ.สต.ติดตาม เนื่องจากเกิดการระบาดของโรคโควิด-19 เป็นการระบาดระลอกที่ 3 จึงส่งผลกระทบต่อ การดำเนินงาน ทางผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการศึกษาความคงอยู่ด้านระบบคุณภาพและมาตรฐาน ทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (LAB รพ.สต.) ที่ผู้ศึกษา ได้เคยวางรูปแบบการดำเนินงานไว้ ทั้งนี้ในอนาคตการประเมิน รพ.สต.ติดตาม จะถูกเปลี่ยนไปในรูปแบบของการ ประเมินมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) แต่ระบบมาตรฐาน ทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขยังคงมีส่วนเกี่ยวข้องอยู่ใน หมวด 2 ประเภทและขอบเขต บริการ ม 2.5 LAB หมวด 4 บริหารจัดการ และหมวด 5 สถานที่ อุปกรณ์ ม 5.5 อุปกรณ์ LAB ผู้ศึกษาจึงสนใจ ที่จะศึกษาและวางระบบให้มีความยั่งยืน ถึงแม้จะมีการเปลี่ยนแปลงนโยบายด้านการประเมินมาตรฐาน หน่วยบริการปฐมภูมิ จึงศึกษารูปแบบการพัฒนากระบวนการคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ และสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างยั่งยืนของ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว พัฒนาโดยใช้หลัก Plan-Do-Study-Act เป็นโมเดล การแก้ปัญหา ปรับปรุงกระบวนการผลิต หรือบริการอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาการคงอยู่ของการปฏิบัติงานตามระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการ ด้านการแพทย์และสาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว ที่พัฒนาในระยะที่ 1 (พ.ศ.2562)
2. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการพัฒนากระบวนการคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ และสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างยั่งยืน เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว ที่พัฒนาในระยะที่ 2 (พ.ศ.2565)

กรอบแนวคิดการวิจัย

ใช้แนวความคิดวงจรคุณภาพตามกระบวนการ PDSA ของ Deming 4 ขั้นตอน 1) Plan (การวางแผน) 2) Do (การลงมือทดสอบ) 3) Study (การเรียนรู้) 4) Act (การสรุปผล)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ใช้รูปแบบการศึกษาค้นคว้าวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ประยุกต์ร่วมกับ แนวความคิดวงจรคุณภาพตามกระบวนการ PDSA ของ Deming (W. Edwards Deming, 1986)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข เครือข่ายบริการอำเภอตาพระยา จำนวน 30 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข เครือข่ายบริการอำเภอตาพระยา รพ.สต.ละ 2 คน จำนวน 15 รพ.สต. รวมทั้งหมด 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ, อายุ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา, อาชีพ, ประสบการณ์การปฏิบัติงานมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข, ผ่านการอบรม ระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข, หน้าที่รับผิดชอบงานคุณภาพ และมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข, ขนาดของ รพ.สต.

2. แบบประเมินความรู้เรื่องระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข เป็นแบบสอบถามแบบถูก ผิด จำนวน 25 ข้อ เป็นการประเมินการคงอยู่ของระบบคุณภาพ เครื่องมือ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์ และนักเทคนิคการแพทย์ เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.95 และหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบประเมินความรู้ที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับ รพ.สต. เครือข่ายบริการ อำเภอโคกสูง จำนวน 30 ราย มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.75 ซึ่งเป็นชุดเดียวกับการพัฒนาเมื่อปีงบประมาณ 2562

3. แบบประเมินการตรวจติดตามระบบคุณภาพ และมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ และสาธารณสุขสำหรับหน่วยบริการ รพ.สต. เป็นการประเมินการคงอยู่ของระบบคุณภาพ

4. แนวทางการสนทนากลุ่ม (Semi-structured interview guide) ประกอบด้วยข้อคำถาม ดังนี้

4.1 ท่านคิดว่าการดำเนินการด้านระบบคุณภาพ และมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ผ่านมามีปัญหา อุปสรรคอะไรบ้าง สิ่งที่ท่านต้องการให้โรงพยาบาลแม่ข่ายช่วยแก้ปัญหา มีอะไรบ้าง

4.2 ท่านมีความเข้าใจเกณฑ์มาตรฐานระบบคุณภาพ และมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการ ด้านการแพทย์และสาธารณสุขหรือไม่อย่างไร

4.3 ท่านมีความเข้าใจวิธีการทำ Internal Quality Control (IQC) และ External Quality Assessment (EQA) หรือไม่อย่างไร

4.4 รพ.สต. ท่านปฏิบัติงานอยู่มีแนวทางอย่างไรในการเพื่อพัฒนาระบบคุณภาพ และมาตรฐานทาง ห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ในปีถัดไป

4.5 สิ่งที่ รพ.สต. ต้องการให้ทางโรงพยาบาลแม่ข่ายช่วยเหลือเพิ่มเติมในด้านระบบคุณภาพ และมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข

5. แบบประเมินผลการศึกษาปัจจัยความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 3 ข้อ

6. แบบประเมินความพึงพอใจในการปฏิบัติงานตามระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ และสาธารณสุข

ขั้นตอนการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาการคงอยู่ของรูปแบบการเตรียมความพร้อมต่อความสำเร็จในการปฏิบัติงานตามระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว

1.1 ผู้ศึกษาดำเนินการวางแผนตามกระบวนการ Plan-Do-Study-Act เป็นโมเดลการแก้ปัญหา 4 ขั้นตอนแบบเป็นวงล้อ (Deming Cycle) ใช้สำหรับแก้ไขปัญา ปรับปรุงกระบวนการผลิตหรือบริการอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน การทำ PDSA เป็นวิธีการที่จะสามารถช่วยให้เราได้ตรวจสอบซ้ำว่าวิธีแก้ปัญหาที่เราคิดไว้ก่อนหน้านี้จะได้ผลจริงหรือไม่ มีส่วนไหนต้องปรับแก้หรือเพิ่มเติมอีกบ้าง เป็นวิธีการที่ง่าย และได้ผลจริงใช้ได้กับทุกสถานการณ์

ตาราง 1 เปรียบเทียบรูปแบบการดำเนินงานระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว ขั้นที่ 2 พัฒนาระบบด้วย PDSA

รูปแบบการดำเนินงานแบบเดิม	พัฒนาระบบคุณภาพอย่างต่อเนื่องและการคงอยู่ ด้วย PDSA
ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ (Planning) ศึกษาบริบทและสภาพปัญหาในการปฏิบัติ งานตามระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ดังนี้ ใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแนวทางการสนทนากลุ่ม (Semi-structured interview guide) 1. ประสานงานผู้รับผิดชอบงาน สสอ. และ รพ.สต.ทุกแห่ง 2. ประชุมชี้แจงเกณฑ์มาตรฐาน 3. เตรียมเอกสารเครื่องมืออุปกรณ์การวิจัย 4. วิเคราะห์ปัญหาของการดำเนินงานสร้างและพัฒนากระบวนการพัฒนาระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขจากบริบทและสภาพปัญหาและเอกสารที่เกี่ยวข้อง (Plan)	ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ (Planning) ศึกษาบริบทและสภาพปัญหาในการปฏิบัติงานตามระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข พบว่า ปังบประมาณ 2563-2564 เกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ได้พัฒนาดังนี้ - พัฒนาระบบด้วยการสื่อสารการประสานงานผู้รับผิดชอบหลัก และผู้รับผิดชอบรองโดยตรงผ่าน application LINE และแบบสอบถามออนไลน์ google form - พัฒนาการสนทนากลุ่ม (Semi-structured interview guide) ผ่าน application ZOOM

รูปแบบการดำเนินงานแบบเดิม	พัฒนาระบบคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และการคงอยู่ ด้วย PDSA
ขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (Action) นำระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขมาใช้ในการดำเนินงาน (Do) ดังนี้ ใช้แบบประเมินความรู้เรื่องระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข และแบบประเมินการตรวจติดตามระบบคุณภาพ และมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับหน่วยบริการ รพ.สต. 1. รพ.สต.ดำเนินการประเมินตนเองตามแบบฟอร์มมาตรฐานและงานเทคนิคการแพทย์แจ้งผลการประเมินตนเองให้กับ รพ.สต. และสรุปปัญหา 2. นิเทศงานทุก รพ.สต. ทั้ง 15 แห่ง และศึกษาผลการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงานตามระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข 3. กำหนดแนวทาง วิธีการ ในการแก้ไขปัญหาตามระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข	ขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (Action) ดำเนินงาน (Do) รูปแบบการพัฒนาระบบ LAB รพ.สต.ในช่วงสถานการณ์โควิด-19 1. รพ.สต.ดำเนินการประเมินตนเองตามแบบฟอร์มมาตรฐานประจำทุกปีตามแนวทางเดิม 2. พัฒนาคนโดยใช้สื่อการสอนด้วย Line Chat BOT ประกอบด้วย การตรวจวิเคราะห์น้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว, การตรวจวิเคราะห์น้ำตาลและโปรตีนในปัสสาวะ, การตรวจวิเคราะห์การตั้งครรภ์ (HCG ในปัสสาวะ), การตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hematocrit) เพิ่มเรื่องการเจาะเลือดคนไข้ NCD และการเลือกภาชนะให้ถูกต้อง, ความรู้การเก็บตัวอย่างเชื้ออุบัติใหม่ เช่น Nasopharyngeal swab, Throat swab 3. สื่อสารผ่าน application LINE “ Group LAB รพ.สต.” 4. ส่ง EQA ฝากไปกับรถส่ง Supply ของโรงพยาบาลซึ่งมีออก รพ.สต. สัปดาห์ละ 2 ครั้ง และส่งผลผ่าน google form
รูปแบบการดำเนินงานแบบเดิม	พัฒนาระบบคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และการคงอยู่ ด้วย PDSA
4. ดำเนินการแก้ไข โดยการทบทวน วาง แผนปรับปรุงระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข 5. พัฒนาคนโดยประชุมเชิงปฏิบัติการตามมาตรฐานงาน และให้ความรู้เรื่องระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข 6. พัฒนา Standard LAB รพ.สต.จบในแฟ้มเดียว ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นการติดตาม และประเมินผล (Check) โดยการประเมินคุณภาพด้านกระบวนการและผลลัพธ์ คือ ใช้แบบประเมินการตรวจติดตามระบบคุณภาพ และมาตรฐานทาง	5. พัฒนา Standard LAB รพ.สต.จบในแฟ้มเดียว ต่อเนื่องและเพิ่มเติม One page LAB Stand Story ซึ่งเป็นปฏิทินกันลืมในแต่ละข้อมาตรฐาน ขั้นตอนที่ 3 ขั้น Study ศึกษา เรียนรู้ศึกษาความคงอยู่และต่อเนื่องของระบบ 1. ใช้แบบประเมินความรู้เรื่องระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และ

รูปแบบการดำเนินงานแบบเดิม	พัฒนาระบบคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และการคงอยู่ ด้วย PDSA
ห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับหน่วยบริการ รพ.สต. - ประเมินผลการปฏิบัติงานตามเกณฑ์ระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข - ประเมินวิธีการตรวจทดสอบ โดยงานเทคนิคการแพทย์ รพ.ตาพระยา ส่ง EQA 4 รายการทดสอบให้กับ รพ.สต. ทั้ง 15 แห่งทดสอบ และรายงานผลการทดสอบคืน รพ.สต. - ประเมินตามมาตรฐาน ทั้ง 15 แห่ง โดยงานเทคนิคการแพทย์ รพ.ตาพระยา - ถอดบทเรียนการดำเนินงานตามมาตรฐาน (วิเคราะห์และพัฒนาคส่วนที่ขาด)	สาธารณสุข (ศึกษาความคง) - แบบประเมินการตรวจติดตามระบบคุณภาพ และมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับหน่วยบริการ รพ.สต. (ศึกษาความคง) - การทดสอบเชิงปฏิบัติการการตรวจวิเคราะห์ผ่านระบบ Video Conference (ศึกษาความคง) - วิเคราะห์ผล และดำเนินพัฒนาคนโดยประชุมเชิงปฏิบัติการตามมาตรฐานงาน และให้ความรู้เรื่องระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข และประเมินความพึงพอใจ - สัมภาษณ์ผู้บริหาร ประกอบด้วยผู้อำนวยการโรงพยาบาลตาพระยา และตัวแทน ผอ.รพ.สต. 3 cluster เพื่อทำแผนบริหารต่อเนื่อง

รูปแบบการดำเนินงานแบบเดิม	พัฒนาระบบคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และการคงอยู่ ด้วย PDSA
ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนกลับ (Reflection) ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข (Act) - จัดทำแนวทางการดำเนินงานคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข สำหรับ รพ.สต. - ติดตามสนับสนุนและนิเทศอย่างต่อเนื่องทุก 6 เดือน	ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนกลับ (Reflection) ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข (Act) - ทบทวนแนวทางการดำเนินงานคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข สำหรับ รพ.สต. เพื่อ LEAN ระบบให้ได้มากที่สุด - ติดตามสนับสนุนและนิเทศอย่างต่อเนื่องปีละ 1 ครั้งผ่านระบบ online - การอบรมฟื้นฟูระบบ online

ขั้นตอนที่ 2 ผลของรูปแบบการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างยั่งยืน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว ที่พัฒนาในระยะที่ 2

การประเมินผล (Evaluation) ประเมินผลโดยการประเมินคุณภาพด้านกระบวนการและผลลัพธ์

1. ประเมินผลความรู้เรื่องระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขของรูปแบบการดำเนินงานแบบเดิมและพัฒนาระบบคุณภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน (ก่อนและหลังการพัฒนาคุณภาพ)

2. ประเมินผลคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขของรูปแบบการดำเนินงานแบบเดิมและพัฒนาาระบบคุณภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน และความพึงพอใจในการปฏิบัติงานตามระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข

4. ประเมินผลรูปแบบการพัฒนาระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างยั่งยืน เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอดาพระยา จังหวัดสระแก้ว

5. ถอดบทเรียนการดำเนินงานตามมาตรฐาน (วิเคราะห์และพัฒนาส่วนที่ขาด)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป และความพึงพอใจในการปฏิบัติงานตามระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ และเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการประเมินคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขของรูปแบบการดำเนินงานแบบเดิมและพัฒนาาระบบคุณภาพอย่างต่อเนื่องอย่างยั่งยืน วิเคราะห์โดยใช้โดยใช้สถิติ Paired Sample t-test

3. วิเคราะห์บริบทและสภาพปัญหา ในการปฏิบัติงานตามระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการพัฒนาระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ การควบคุมคุณภาพภายนอก การออกประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน รพ.สต. และการถอดบทเรียน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

จริยธรรมวิจัย

การศึกษานี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ตามเลขที่โครงการ 23/2565 เมื่อวันที่ 4 เมษายน 2565 หมดอายุ วันที่ 3 เมษายน 2566 ประเภทการรับรอง การวิจัยประยุกต์ (Expedited review)

ผลการวิจัย

จากการดำเนินการพัฒนารูปแบบการพัฒนาระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างยั่งยืน เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอดาพระยา จังหวัดสระแก้ว ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.30 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-40 ปี และต่ำกว่า 30 ปี ร้อยละ 43.30 โดยมีอายุเฉลี่ย 32.57 ปี (S.D. = 7.253) สถานภาพโสด ร้อยละ 60.00 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 93.30 มีอาชีพพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 56.70 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข 3 ปีขึ้นไป ร้อยละ 56.70

คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข เปรียบเทียบผลการพัฒนาระยะที่ 1 (ปี 2562) และผลการพัฒนาระยะที่ 2 (ปี 2565) ความคงอยู่ด้านความรู้ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีความรู้มาตรฐานข้อ 11 ลดลง จากเดิมร้อยละ 93.30 เหลือ ร้อยละ 90.00 แต่ยังคงผ่าน เกณฑ์ประเมิน (ดังตาราง 2)

ผลการพัฒนาระยะที่ 1 (ปี 2562) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 53.30 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 46.70 ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ย 20.36 คะแนน (SD = 2.62) ผลการพัฒนาระยะที่ 2 (ปี 2565) กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 93.30 รองลงมาคือ ระดับปานกลางร้อยละ 46.70 ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ย 23.63 คะแนน (SD = 1.65) (ดังตาราง 3)

การพัฒนาความคงอยู่ด้านความรู้ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบระบบคุณภาพและมาตรฐานทาง ห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผลการพัฒนาระยะที่ 2 (ปี 2565) 23.60 คะแนน (SD=2.93) เพิ่มขึ้นกว่า ผลการพัฒนาระยะที่ 1 (ปี 2562) ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย 20.30 คะแนน (SD=2.62) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=0.001$ (ดังตาราง 4)

ผลการประเมินระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ผลการพัฒนาระยะที่ 2 (ปี 2565) มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 93.60 คะแนน (SD=1.99) จากผลการพัฒนา ระยะที่ 1 (ปี 2562) 81.10 คะแนน (SD=1.48) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p= 0.001$ (ดังตาราง 5)

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการพัฒนาระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข รายด้าน พบว่า ผลการพัฒนาระยะที่ 1 (ปี 2562) ตามเกณฑ์คะแนนเฉลี่ยรวม เท่ากับ 81.10 คะแนน ส่วนรายด้าน ประเด็นที่ รพ.สต. มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ วัสดุ น้ำยาและเครื่องมือ ทดสอบ และการรายงานผลการทดสอบ ตามลำดับ ในส่วนประเด็นที่ รพ.สต. มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ขั้นตอนการทดสอบ และการประกันคุณภาพการทดสอบ ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยรวมของผลการพัฒนาระยะที่ 2 (ปี 2565) เท่ากับ 93.60 คะแนน ส่วนรายด้าน ประเด็นที่ รพ.สต. มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ วัสดุ น้ำยา และเครื่องมือทดสอบ และการรายงานผลการทดสอบ ตามลำดับ ในส่วนประเด็นที่ รพ.สต. มีคะแนนเฉลี่ยน้อย ที่สุด คือ ขั้นตอนการทดสอบ และการประกันคุณภาพการทดสอบ ตามลำดับ ซึ่งเหมือนกันกับในช่วงระยะผล การพัฒนาระยะที่ 1 (ปี 2562) (ดังตาราง 6)

ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างในการปฏิบัติงานตามระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการ ด้านการแพทย์ และสาธารณสุข เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอดาพระยา จังหวัดสระแก้ว ได้แบ่งเป็น 1) ความพึงพอใจต่อกระบวนการพัฒนา 2) ความพึงพอใจต่อระบบการสนับสนุน 3) ความพึงพอใจต่อการกำกับ ติดตาม มีทั้งหมด 12 ข้อ (ดังตารางที่ 7) และระดับความพึงพอใจมาก ร้อยละ 96.70 รองลงมา คือ ความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 3.30 ตามลำดับ (ดังตาราง 8)

ตาราง 2 ตารางเปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ ของความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ผลการพัฒนาระยะที่ 1 (ปี 2562)และ
ผลการพัฒนาระยะที่ 2 (ปี 2565) ของการพัฒนาระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์
และสาธารณสุข

ข้อคำถาม	ผลการพัฒนาระยะที่ 1 (ปี 2562)		ผลการพัฒนาระยะที่ 2 (ปี 2565)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.สถานบริการต้องมีการมอบหมายหน้าที่ ผู้รับผิดชอบหลักและรองด้านการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	30	100.00	30	100.00
2.ผู้ปฏิบัติงานตรวจทางห้องปฏิบัติการด้าน การแพทย์และสาธารณสุขต้องผ่านการอบรมหรือ ได้รับการฟื้นฟูทางวิชาการ มีบันทึกประวัติ การ อบรม ปีละ 1 ครั้ง	30	100.00	30	100.00
3.จำเป็นต้องมีที่ปรึกษาทางวิชาการ เช่น นัก เทคนิคการแพทย์ หรือเจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์ การแพทย์ ของโรงพยาบาลทุติยภูมิ/ตติยภูมิ	30	100.00	30	100.00
4.สถานบริการต้องมีพื้นที่ปฏิบัติการเพียงพอ โดย สามารถอยู่ร่วมกับพื้นที่ปฏิบัติงานอื่นได้	14	46.70	25	83.30
5.สถานบริการต้องมีพื้นที่จัดวางเครื่องมือ วิทยาศาสตร์ที่จำเป็นในการตรวจวิเคราะห์อย่าง เหมาะสม	30	100.00	30	100.00
6.สถานบริการต้องมีระบบการจัดเก็บวัสดุและชุด น้ำยาทดสอบ	30	100.00	30	100.00
7.ผู้รับผิดชอบต้องมีการบันทึกหมายเลขการผลิต (Lot number) ระบุวันเริ่มใช้วันหมดอายุของ น้ำยา, วัสดุวิทยาศาสตร์และไม่จำเป็นต้อง ตรวจสอบทุกครั้งที่มีการเปิดใช้น้ำยากลับใหม่ หรือขวดใหม่ก่อนทำการทดสอบ และมีบันทึกใน แบบบันทึก การตรวจวิเคราะห์ (Work sheet)	14	46.70	26	86.70
8.สถานบริการต้องมีทะเบียนประวัติเครื่องมือ	30	100.00	30	100.00
9.สถานบริการต้องมีแผนการสอบเทียบและ บำรุงรักษาเครื่องมือทางห้องปฏิบัติการหรือใช้ แผนสอบเทียบรวมระดับอำเภอ	29	96.70	30	100.00

ข้อคำถาม	ผลการพัฒนาระยะที่ 1 (ปี 2562)		ผลการพัฒนาระยะที่ 2 (ปี 2565)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
10.สถานบริการต้องมีบันทึกการสอบเทียบและบำรุงรักษา เครื่องปั่น Hematocrit ที่เป็นปัจจุบันมีรายละเอียดจากการสอบเทียบหรือสำเนาจากหน่วยงานที่สอบเทียบโดยสอบเทียบความเร็วรอบ และตัวตั้งเวลาของเครื่องปั่นทำอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง ถ้าไม่มีการสอบเทียบตัวตั้งเวลาเมื่อใช้งานจริงต้องนำนาฬิกาภายนอกชนิดมีสัญญาณเตือนที่ผ่านการสอบเทียบเวลาแล้วมาจับเวลาเสมอ	15	50.00	27	90.00
11.ผู้รับผิดชอบต้องมีบันทึกการสอบเทียบนาฬิกาจับเวลาชนิดมีสัญญาณเตือนที่เป็นปัจจุบันที่มีรายละเอียดจากการสอบเทียบ หรือสำเนาจากหน่วยงานที่สอบเทียบ โดยสอบเทียบทุก 6 เดือนตรงตามค่า ที่ใช้งานสามารถทำการสอบเทียบเองได้โดยไม่ต้องใช้ใบรับรองจากองค์กรอื่นมีข้อมูลบันทึกครบถ้วน การสอบเทียบในแต่ละจุดใช้งานต้องจับเวลาอย่างน้อย จุดละ 3 ครั้งเมื่อสอบเทียบแล้วจัดให้มีฉลากติด	28	93.30	27	90.00
12.ผู้รับผิดชอบต้องมีบันทึกการบำรุงรักษาเครื่อง glucose meter ที่เป็นปัจจุบันตามคำแนะนำของบริษัทผู้ผลิตและมีแบตเตอรี่สำรอง พร้อมใช้งาน	30	100.00	30	100.00
13.สถานบริการต้องมีอุปกรณ์การตรวจ Hematocrit ที่พร้อมใช้	30	100.00	30	100.00
14.สถานบริการต้องมีอุปกรณ์เจาะเลือด เข็มเจาะปลายนิ้ว (Lancet) หรือใช้เข็มฉีดยาแบบสั้นเจาะปลายนิ้วได้	11	36.70	26	86.70
15.สถานบริการต้องมีภาชนะใส่ปัสสาวะ (สะอาด,แห้ง, สามารถล้างนำกลับมาใช้ได้)	17	56.70	28	93.30
16.สถานบริการต้องมีคู่มือการเก็บตัวอย่างที่มีรายละเอียดแสดงวิธีการเก็บตัวอย่างแต่ละชนิด	29	96.70	30	100.00

ข้อคำถาม	ผลการพัฒนาระยะที่ 1		ผลการพัฒนาระยะที่ 2	
	(ปี 2562)		(ปี 2565)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปริมาณตัวอย่าง เวลาที่เก็บ และกรณีไม่ได้ตรวจ ทันทีต้องมีวิธีการเก็บรักษาตัวอย่าง				
17.สถานบริการต้องมีใบส่งตรวจที่มีรายละเอียด ครบถ้วน ได้แก่ ชื่อ-สกุล เลขประจำตัวผู้ป่วย (ถ้า มี) อายุ เพศรายการตรวจผู้เก็บตัวอย่างผู้ส่งตรวจ และหน่วยงานที่ส่งตรวจกรณีตรวจวิเคราะห์เอง ไม่ต้องเขียนใบส่งตรวจ	26	86.70	28	93.30

ตาราง 2 ตารางเปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ ของความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ผลการพัฒนาระยะที่ 1 (ปี 2562) และ
ผลการพัฒนาระยะที่ 2 (ปี 2565) ของการพัฒนาระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์
และสาธารณสุข (ต่อ)

ข้อคำถาม	ผลการพัฒนา ระยะที่ 1		ผลการพัฒนา ระยะที่ 2	
	(ปี 2562)		(ปี 2565)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
18.ผู้รับผิดชอบต้องติดฉลากติดภาชนะ บรรจุตัวอย่างระบุ ชื่อ-สกุล เลขประจำตัว ผู้ป่วย วันเวลาที่เก็บตัวอย่าง หน่วยงาน ที่ส่งตรวจ	30	100.00	30	100.00
19.สถานบริการต้องมีคู่มือการทดสอบ ตัวอย่างครบทุกรายการที่เปิดให้บริการ	29	96.70	30	100.00
20.ผู้รับผิดชอบต้องปฏิบัติตามขั้นตอนที่ ระบุไว้ในคู่มืออย่างเคร่งครัด	28	93.30	30	100.00
21.สถานบริการต้องมีการควบคุมคุณภาพ ภายใน (Internal Quality Control, IQC) ควบคู่กับการทดสอบอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง	13	43.30	26	86.70
22.สถานบริการควรมีการควบคุมคุณภาพ โดยองค์กรภายนอก (External Quality Assessment, EQA) หรือเปรียบเทียบผล ระหว่างห้องปฏิบัติการ (Inter-lab) 2 ครั้ง ต่อปี	27	90.00	29	96.70

ข้อคำถาม	ผลการพัฒนา ระยะที่ 1 (ปี 2562)		ผลการพัฒนา ระยะที่ 2 (ปี 2565)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
23.กรณีสถานบริการพบว่าผลการทดสอบ IQC หรือ EQA ออกนอกเกณฑ์การยอมรับ ได้ จัดให้มีการหาสาเหตุของปัญหา, ดำเนินการแก้ไขและป้องกันการเกิดซ้ำ โดย ไม่จำเป็นต้องปรึกษาพี่เลี้ยงก็ได้และบันทึกไว้เป็นหลักฐาน	17	56.70	26	86.70
24.ผู้รับผิดชอบต้องมีทะเบียนบันทึกผลการ ทดสอบ จัดทำรายงานผลการทดสอบกรณี ที่ ทำการทดสอบได้เองและ มีบันทึกการ รายงานค่าวิกฤติ	27	90.00	29	96.70
25.กรณีส่งส่งตรวจต่อไปยังโรงพยาบาล แม่ข่าย ต้องมีระบบทะเบียนบันทึกการส่ง ตรวจและผลการตรวจ ใบรายงานผลการ ทดสอบ มีรายละเอียดของผู้ป่วย ผลการ ทดสอบ ชื่อผู้ทดสอบ วันที่ เวลาที่รายงาน ผล ผู้ตรวจสอบรับรองผลและลงนามกำกับ ไว้เป็นหลักฐาน เก็บสำเนารายงานผลการ ทดสอบไว้ เพื่ออ้างอิงตามระยะเวลาที่ กำหนดเก็บสำเนา ผลการตรวจ อย่างน้อย 1 ปี	20	66.70	28	93.30

ตาราง 3 ตารางแสดงจำนวน ร้อยละ และระดับความรู้เรื่องระบบคุณภาพและมาตรฐานของผลการพัฒนาระยะ ที่ 1 (ปี 2562) และผลการพัฒนาระยะที่ 2 (ปี 2565) ของการพัฒนาระบบคุณภาพและมาตรฐาน ทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข

ระดับความรู้	ผลการพัฒนาระยะที่ 1 (ปี 2562)		ผลการพัฒนาระยะที่ 2 (ปี 2565)	
	(N = 30)		(N = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ระดับสูง	16	53.30	28	93.30
ความรู้ระดับปานกลาง	14	46.70	2	6.70
ความรู้ระดับต่ำ	0	0	0	0
Mean = 20.36 คะแนน, SD = 2.62 คะแนน		Mean = 23.63 คะแนน, SD = 1.65 คะแนน		
Min =17 คะแนน, Max = 25 คะแนน		Min =20 คะแนน, Max = 25 คะแนน		

ตาราง 4 ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผลการพัฒนาระยะที่ 1 (ปี 2562) และผลการพัฒนา ระยะที่ 2 (ปี 2565)

ระยะเวลา	Mean	SD	Mean difference (d)	95% CI : Mean		df	t	p-value
				Difference				
				Lower	Upper			
ผลการพัฒนา ระยะที่ 1 (ปี 2562)	20.30	2.62	3.30	2.10	4.40	29	5.909	<0.001
ผลการพัฒนา ระยะที่ 2 (ปี 2565)	23.60	2.93						

ตาราง 5 ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลการประเมินระบบคุณภาพและมาตรฐานของผลการพัฒนา ระยะที่ 1 (ปี 2562) และผลการพัฒนาระยะที่ 2 (ปี 2565)

ระยะเวลา	Mean	SD	Mean difference (d)	95% CI : Mean Difference		df	t	p-value
				Lower	Upper			
ผลการพัฒนา ระยะที่ 1 (ปี 2562)	81.10	1.48	12.50	11.69	13.36	14	32.24	<0.001
ผลการพัฒนา ระยะที่ 2 (ปี 2565)	93.60	1.99						

ตาราง 6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายด้านของการพัฒนาระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ระหว่างผลการพัฒนาระยะที่ 1 (ปี 2562) กับ ผลการพัฒนาระยะที่ 2 (ปี 2565)

เกณฑ์รายด้าน (คะแนนรวม)	คะแนนเฉลี่ย (M)	
	ผลการพัฒนา ระยะที่ 1 (ปี 2562)	ผลการพัฒนา ระยะที่ 2 (ปี 2565)
บุคลากร (12)	9.10	11.30
สถานที่ทำการทดสอบ/พื้นที่ปฏิบัติงาน (8)	6.20	7.50
วัสดุ น้ยาและเครื่องมือทดสอบ (40)	36.70	38.90
ขั้นตอนก่อนการทดสอบ (12)	8.50	10.90
ขั้นตอนการทดสอบ (8)	5.30	6.90
การประกันคุณภาพการทดสอบ (12)	8.30	10.50
การรายงานผลการทดสอบ (8)	7.00	7.60
ผลคะแนนรวม (100)	81.10	93.60

ตาราง 7 แสดงความพึงพอใจในการปฏิบัติงานตามระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ และสาธารณสุข เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอดาพระยา จังหวัดสระแก้ว

ความพึงพอใจ	M	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1. ความพึงพอใจต่อกระบวนการพัฒนา			
1. ความพึงพอใจในการร่วมแสดงความคิดเห็นในการแก้ปัญหการปฏิบัติงาน	4.17	0.531	มาก
2. ความพึงพอใจในความชัดเจนของแบบประเมิน	4.23	0.568	มาก
3. ความพึงพอใจในการดำเนินงานตามแบบประเมิน	4.20	0.610	มาก
4. ท่านเชื่อมั่นในผลการปฏิบัติงานว่าจะสามารถประสบความสำเร็จตามแผนที่กำหนด	4.10	0.712	มาก
2. ความพึงพอใจต่อระบบการสนับสนุน			
5. ความพึงพอใจในการได้รับข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ	4.23	0.568	มาก
6. ความพึงพอใจในการได้รับการอบรม ได้รับความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ	4.40	0.563	มาก
7. ความพึงพอใจที่มีต่อการสนับสนุนงบประมาณวัสดุ อุปกรณ์สำหรับการปฏิบัติงานของหน่วยงาน	4.27	0.583	มาก
8. ความพึงพอใจที่มีต่อบรรยากาศของหน่วยงานที่ส่งเสริมให้บุคลากรมีความกระตือรือร้นที่จะพัฒนาตามมาตรฐาน	4.23	0.568	มาก
9. ความพึงพอใจต่อมาตรการ การสนับสนุน สร้างขวัญและกำลังใจในการทำงานให้กับบุคลากร	4.17	0.648	มาก
3. ความพึงพอใจต่อการกำกับติดตาม			
10. ความพึงพอใจที่มีต่อหลักเกณฑ์ในการตรวจประเมิน	4.37	0.556	มาก
11. ความพึงพอใจที่มีต่อการติดตามการปฏิบัติงานจากผู้บังคับบัญชา	4.17	0.648	มาก
12. ภาพรวมของความพึงพอใจในการพัฒนาคุณภาพ	4.23	0.504	มาก

ตาราง 8 ตารางแสดงจำนวน ร้อยละ ระดับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานตามระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ และสาธารณสุข เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอดาพระยา จังหวัดสระแก้ว

ระดับความพึงพอใจ	(N = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ
พึงพอใจมาก	29	96.70
ความรู้ระดับปานกลาง	1	3.30

อภิปรายผล

การคงอยู่ของรูปแบบการเตรียมความพร้อมต่อความสำเร็จในการปฏิบัติงานตามระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว กิจกรรมหลักคือการพัฒนาศักยภาพการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นสำหรับผู้รับผิดชอบหลักและรองหรือบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. นอกจากจะต้องให้ความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการตรวจวิเคราะห์ที่ถูกต้อง ยังต้องให้ความรู้พัฒนาและปรับปรุงสถานที่ทำการทดสอบ ความรู้เกี่ยวกับการเก็บและการส่งส่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ถูกต้องซึ่งมีความสำคัญที่ทำให้ผลการตรวจวิเคราะห์ที่ถูกต้องแม่นยำ พัฒนารองรับการเก็บตัวอย่างที่อาจจะเกิดการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ พัฒนาด้านวัสดุ น้ำยา และเครื่องมือทดสอบ พัฒนาด้านการประกันคุณภาพการทดสอบ (IQC และ EQA) ขั้นตอนหลังการทดสอบ และความปลอดภัยและการรายงานผลการทดสอบ ทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความมั่นใจ ปฏิบัติตามมาตรฐานสามารถรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ได้อย่างถูกต้องแม่นยำ การคงอยู่ และผลการพัฒนา Standard LAB รพ.สต. จบในแฟ้มเดียว โดยการทำแฟ้มมาตรฐานเรียงตามข้อมาตรฐานพบว่าผู้รับผิดชอบงานหลักและรอง เข้าใจในวัตถุประสงค์แต่ละข้อมาตรฐานและสามารถปฏิบัติได้ตามเกณฑ์มาตรฐานกำหนด และสามารถแก้ไขปัญหาได้ในแต่ละข้อมาตรฐาน และหลังการพัฒนากระบวนการระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ผู้เข้าอบรมมีผลของการเตรียมความพร้อมต่อความสำเร็จในการปฏิบัติงานตามระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขเมื่อปีงบประมาณ 2562 ดีขึ้น การศึกษาของ กรณณณิณนา ปุณณศิริมั่งมี (2562) และนำกระบวนการคงอยู่ของรูปแบบมาใช้ต่อเนื่อง เพิ่ม intervention โดยการติดต่อผ่าน application LINE และ แบบสอบถามออนไลน์ google form, การศึกษาด้วยพัฒนาคอนโดยใช้สื่อการสอนด้วย Line Chat BOT ได้แก่วิธีการเก็บตัวอย่าง วิธีการตรวจวิเคราะห์, ส่งตัวอย่าง EQA ด้วย Mobile ของโรงพยาบาลที่มีการส่งของ sterile ทุกสัปดาห์อยู่แล้ว จากผลการศึกษาพบว่าความยั่งยืนด้านความรู้เรื่องระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขยังคงอยู่ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้มาตรฐานข้อ 11 ลดลง จากเดิม ร้อยละ 93.30 เหลือ ร้อยละ 90.00 วิเคราะห์แล้วพบว่าผู้รับผิดชอบบันทึกการสอบเทียบนาฬิกาจับเวลาไม่ครบจำนวนครั้งตามกำหนดแต่ยังคงผ่านเกณฑ์ประเมิน และเมื่อมีเทคโนโลยีที่ศึกษาได้ง่าย คู่มือมือถือได้ตลอดเวลาที่ส่งสัยทำให้ผู้ปฏิบัติเข้าใจและจำได้เร็วขึ้นส่งผลให้มีระดับความรู้ที่สูงขึ้นดังการศึกษาที่กล่าวข้างต้น ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนากระบวนการระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขเป็นประจำทุกปีเป็นลักษณะ online ผู้รับผิดชอบงานสามารถถ่ายทอดได้อย่างต่อเนื่องถึงแม้จะมีการเปลี่ยนผู้ปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Sodsa T., 2017 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการอบรมการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น ได้แก่ การตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว การตรวจปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น การทดสอบการตั้งครรภ์ การตรวจน้ำตาลกลูโคสและโปรตีนในปัสสาวะ ประเมินความรู้ก่อนและหลังการอบรม พบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลของรูปแบบการพัฒนากระบวนการระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างยั่งยืน เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว จากการประเมินระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข จัดให้มีการหาสาเหตุของปัญหา, ดำเนินการแก้ไขและป้องกันการเกิดซ้ำ โดยไม่จำเป็นต้องปรึกษาพี่เลี้ยงก็ได้ และบันทึก

ไว้เป็นหลักฐาน และโดยเฉพาะการพัฒนาผู้ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ทุกคน ทำให้สามารถผ่านเกณฑ์มาตรฐานการพัฒนาคุณภาพจะต่อเนื่องและความคงอยู่บุคลากรที่ปฏิบัติงานต้องมีความตระหนักและเห็นความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพดังกล่าว ซึ่งมีผลต่อความน่าเชื่อถือของผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการและประสิทธิภาพในการดูแลรักษา คัดกรอง เฝ้าระวัง ผู้ป่วยต่อไป และเพื่อให้มีคุณภาพมาตรฐานคงอยู่ ได้เน้นการอบรมความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานผ่านระบบ line bot chat การประกันคุณภาพการทดสอบ และการสอบเทียบเครื่องมือทุกชนิด ส่งผลให้ผลการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ผลรวมผลการประเมินระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ผ่านเกณฑ์การประเมินทุก รพ.สต. สอดคล้องกับการศึกษาของ กุศลาลัย สุราอามาตย์ (2562) ศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขตามเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การมีส่วนร่วมในการพัฒนาการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีระบบกำกับ ติดตาม ประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการมีคณะกรรมการดำเนินงานที่มีบทบาทหน้าที่ในการสนับสนุน ให้คำแนะนำในการพัฒนา นอกจากนี้การมีนโยบายที่ชัดเจน มีช่องทางในการติดต่อที่เหมาะสม ถือเป็นปัจจัยส่งเสริมให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการพัฒนาระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข รายด้าน พบว่า ผลการพัฒนาระยะที่ 1 (ปี 2562) ตามเกณฑ์คะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 81.10 คะแนน ส่วนรายด้าน ประเด็นที่ รพ.สต. มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ วัสดุ น้ำยาและเครื่องมือทดสอบ และการรายงานผลการทดสอบ ตามลำดับ ในส่วนประเด็นที่ รพ.สต. มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ขั้นตอนการทดสอบ และการประกันคุณภาพการทดสอบ ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยรวมของผลการพัฒนาระยะที่ 2 (ปี 2565) เท่ากับ 93.60 คะแนน ส่วนรายด้าน ประเด็นที่ รพ.สต. มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ วัสดุ น้ำยาและเครื่องมือทดสอบ และการรายงานผลการทดสอบ ตามลำดับ ในส่วนประเด็นที่ รพ.สต. มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ขั้นตอนการทดสอบ และการประกันคุณภาพการทดสอบ ตามลำดับ ซึ่งเหมือนกันกับในช่วงระยะผลการพัฒนาระยะที่ 1 (ปี 2562) ในส่วนของรายด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ขั้นตอนการทดสอบ และการประกันคุณภาพการทดสอบ แต่อย่างไรก็ตามเกณฑ์ วิเคราะห์แล้วพบว่าเทคนิคการทดสอบ มีความผิดพลาดเล็กน้อย เช่น จุ่มแถบ UPT เกินขีดกำหนด, เจาะเลือดปลายนิ้วลิ้มเลือดหยดแรก, นำเลือดใส่ Capillary Tube ผิดด้าน, ไม่เทียบสี Negative control Urine Protein Urine Sugar ก่อนจุ่มปัสสาวะ เป็นต้น และได้ศึกษาความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างในการปฏิบัติงานตามระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ และสาธารณสุข เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานได้มีส่วนร่วมในการออกแบบระบบ ได้แก่ กระบวนการพัฒนา, ระบบการสนับสนุน, การกำกับติดตามผู้ปฏิบัติงานด้วยความสุขและไม่รู้สึกว่าเป็นภาระ ปฏิบัติตามเกณฑ์และผ่านเกณฑ์ทุก รพ.สต. สอดคล้องกับการศึกษาของ หทัยรัตน์ คงสืบ และ วิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย (2562) ศึกษา ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว พบว่า ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว คือ (1) กลยุทธ์ขององค์กร กำหนดเป้าหมาย วางแผนการดำเนินงาน และถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ (2) โครงสร้างขององค์กร จัดกลุ่มงาน มอบหมายหน้าที่อย่างชัดเจน (3) ระบบการปฏิบัติงาน บริหารจัดการเป็นระบบ ประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย ศึกษาเกณฑ์คุณภาพฯ

และกระบวนการประเมิน วิเคราะห์และเพิ่มเติมส่วนขาด แลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีดำเนินงาน พัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ติดตามความก้าวหน้าและประเมินผลการดำเนินงาน (4) บุคลากร ปฏิบัติหน้าที่ได้ดี มีการประเมินผลการปฏิบัติงาน (5) ทักษะความรู้ความสามารถ บุคลากรมีความรู้ความสามารถและทักษะในการปฏิบัติงาน ได้รับการพัฒนาศักยภาพตามสายงานที่รับผิดชอบ (6) การจัดรูปแบบที่เหมาะสม ผู้อำนวยการ รพ.สต.ให้ความสำคัญ มีการจูงใจให้บุคลากรเห็นความสำคัญและร่วมดำเนินงาน (7) ค่านิยมร่วม บุคลากร มีความมุ่งมั่น ซื่อสัตย์ เสียสละ ปฏิบัติงานเป็นทีม ดูแลให้เกิดผู้ร่วมงาน ปัญหาอุปสรรค พบว่า งบประมาณ ไม่เพียงพอ เกณฑ์คุณภาพฯ มีรายละเอียดค่อนข้างมาก ระยะเวลาเตรียมความพร้อมมีน้อย

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำรูปแบบการพัฒนาระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ไปใช้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างต่อเนื่องเป็นงานประจำ
2. นำรูปแบบการพัฒนาระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขไปปรับใช้กับมาตรฐานอื่น ๆ เช่น มาตรฐาน IC, มาตรฐาน ENV, มาตรฐาน ER เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. พัฒนาศักยภาพรายการตรวจวิเคราะห์ในรายการที่สามารถเป็น Point-of-care testing (POCT) ก่อนมาโรงพยาบาลแม่ข่าย ตามมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
2. พัฒนาระบบการเก็บตัวอย่างตรวจนำส่งโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล
3. พัฒนาระบบ External Quality Assessment (EQA) และ Internal Quality Control (IQC) โดยใช้ระบบ online

เอกสารอ้างอิง

- กรมฉีกรักษา ปุณณศิริมั่งมี. (2562). ผลของการเตรียมความพร้อมต่อความสำเร็จในการปฏิบัติงานตามระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี, 2(2), 34-50.
- กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2553). คู่มือการพัฒนาระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการวิทยาศาสตร์การแพทย์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) (MOPH-DMSC-PL01/2555) พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร:บริษัท ธนัชการพิมพ์ จำกัด.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2539). เกณฑ์มาตรฐานระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุข : งานพัฒนาบริการห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข (พบส.) พิมพ์ครั้งที่ 3. ม.ป.ท
- กองยุทธศาสตร์และแผน. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี. (2560). ด้านสาธารณสุขและแผนปฏิบัติการคุ้มครองการปฏิบัติราชการ ปี 2561. กระทรวงสาธารณสุข
- กุศลาลัย สุราอามาศย์ สงครามชัย ลีทองดี และเสฐียรพงษ์ ศิวินา. (2562). รูปแบบการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ติดดาว ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 16(1), 63-69

โสภณ เมฆธน. (2559). สธ.ตีวงเข้มนโยบาย รพ.สต.ติดดาว ตั้งเป้า รพ.สต.ทุกแห่งผ่านเกณฑ์ภายใน 5 ปี.

http://pr.moph.go.th/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=9009.

หทัยรัตน์ คงสืบ และวิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย. (2562). ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา*, 5(1), 72-84

Nicha Piyasoontharawong, Saowaluk Sooktan, Authairat Sooksri, Prasartnee Janthorn & Yaowanuch Kongdarn. (2558). Incidence of Cancellation Postponement in Surgery and Problem-Solving Technique Using Participatory Action Research, *Nursing Council Journal*, 30(3), 112-120.

Sodsai, T. (2017). Research and Development of Elementary Laboratories Service in Health Promotion Hospital, Amphoe Malasai and Amphoe Khong Chai, Kalasin. *Journal of Health Science*, 26(5), 923-929.

การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหาร
ในเขตเทศบาลเมืองสีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น
The Sanitation Conditions Management of Restaurants
in Sila Municipality Khon Kaen Province

ภักวาลัญญ์ พินิจมนตรี *

Phakwalan Pinijmontree

สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์ วิทยาลัยพิจญ์บัณฑิต

Science Department Community Public Health, Pitchayabundit College

(Received: March 9, 2023; Revised: August 7, 2024; Accepted: August 21, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหาร เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหาร จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านความรู้การสุขาภิบาลอาหาร เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านความรู้การสุขาภิบาลอาหารกับการจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหาร กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ประกอบการร้านอาหาร ที่ขึ้นทะเบียนขอรับใบอนุญาตกับเทศบาลเมืองสีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 218 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 100 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ซึ่งมีความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ .872 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสมมติฐานการวิจัย โดยใช้ค่าสถิติ t-test การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way ANOVA) และค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-Square) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.2.1 มีการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรีร้อยละ 73.4 มีอายุระหว่าง 30 - 50 ปี ร้อยละ 56.9 มีรายได้ระหว่าง 15000 – 30000 บาท ร้อยละ 40.8 และมีประสบการณ์ระหว่าง 3-5 ปี ร้อยละ 39.4 การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารจำแนกตามเพศและอายุไม่แตกต่างกันที่ระดับ 0.05 ผู้มีการศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่ามีค่าเฉลี่ยมากกว่าผู้มีการศึกษาด้านต่ำกว่าปริญญาตรี จำแนกตามปัจจัยด้านความรู้การควบคุมป้องกันโรคแตกต่างกัน แต่การจัดการสุขาภิบาลอาหารไม่แตกต่างกันที่ระดับ 0.05 จำแนกตามปัจจัยด้านความรู้ด้านโภชนาการอาหารแตกต่างกันที่ระดับ 0.05 ด้านทัศนคติต่อการประกอบอาหารแตกต่างกันที่ระดับ 0.05

ผลเปรียบเทียบความแตกต่างของการจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านความรู้การสุขาภิบาลอาหาร 2.1) ปัจจัยส่วนบุคคลจำแนกตามเพศ ไม่แตกต่างกันที่ระดับ 0.05 และเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยมากกว่าเพศชายจำแนกตามการศึกษาไม่แตกต่างกันที่ระดับ 0.05 ผู้มีการศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่ามีค่าเฉลี่ยมากกว่าผู้มีการศึกษาด้านต่ำกว่าปริญญาตรีจำแนกตามอายุไม่แตกต่างกันที่ระดับ 0.05 จำแนกตามรายได้แตกต่างกันที่ระดับ 0.05 จำแนกตามประสบการณ์แตกต่างกันที่ระดับ 0.05

2.2) ปัจจัยด้านความรู้จำแนกตามปัจจัยด้านการเกิดโรคไม่แตกต่างกันที่ระดับ 0.05 จำแนกตามปัจจัยด้านความรู้การควบคุมป้องกันโรคแตกต่างกันแต่การจัดการสุขาภิบาลอาหาร ไม่แตกต่างกันที่ระดับ 0.05 จำแนกตามปัจจัยด้านความรู้การด้านโภชนาการอาหารแตกต่างกันที่ระดับ 0.05 ด้านทัศนคติต่อการประกอบอาหารแตกต่างกันที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : สุขาภิบาลอาหาร, ร้านอาหาร, เขตเทศบาลเมืองสีลา

*ผู้ให้การติดต่อ : (Corresponding e-mail: Phakwalan1704@gmail.com เบอร์โทรศัพท์: 092-998-9288)

Abstract

The purposes of this descriptive research were to study food sanitation management of restaurants, compare the differences in food sanitation management of restaurants classified by personal factors and food sanitation knowledge factors, and also examine the relationship between personal factors, food sanitation knowledge factors and food sanitation management of restaurants. The samples were 218 restaurant operators registered for licenses with Sila Municipality, Mueang district, Khon Kaen province (100% of the population). The research tool was a questionnaire with its reliability of .872. Data were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean, standard deviation, and testing research hypothesis using t-test, one-way ANOVA and Chi-Square. The results showed that the majority of the sample was male (53.2%), had education below bachelor's degree (73.4%), aged between 30-50 years (56.9%), had income between 15,000-30,000 baht (40.8%), and had 3-5 years of experience (39.4%). Overall food sanitation management in restaurants was at a high level. Comparison results of food sanitation management differences indicated that no significant difference by gender (females having a higher mean than males), age, education (bachelor's degree and higher having a higher mean than those below bachelor's degree), knowledge about food sanitation management and cause of disease, while significant difference by knowledge about nutrition, attitude of cooking, income and experience at 0.05 level.

Keywords : Food Sanitation, Restaurant, Sila Municipality

บทนำ

อาหารเป็นหนึ่งในปัจจัยสี่ที่มนุษย์จำเป็นต้องใช้ในการดำรงชีวิต เพื่อช่วยเสริมสร้างร่างกาย ให้เจริญเติบโต ซ่อมแซมส่วนที่ชำรุดสึกหรอ และทำให้อวัยวะต่าง ๆ ทำหน้าที่ได้อย่างเป็นปกติ ดังนั้น มนุษย์จึงต้องบริโภคอาหารทุกวัน และอาหารที่บริโภคนั้นควรมีความครบถ้วนทั้งด้านปริมาณ คุณค่าสารอาหาร และคุณภาพด้านความสะอาด ปลอดภัยต่อสุขภาพ แต่ในสถานการณ์ปัจจุบันพบว่าอาหารที่บริโภค กลับเป็นช่องทางนำสิ่งที่อันตรายเข้าสู่ร่างกาย และเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ โดยมีสาเหตุ มาจากการปนเปื้อนของเชื้อโรค พยาธิ สารเคมี และโลหะหนัก ประกอบกับแบบแผนการบริโภค ของคนที่เปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัย ซึ่งจากเดิมมีการปรุงอาหารหรือประกอบอาหารรับประทานกันเอง ในครัวเรือนที่สามารถควบคุมสภาพแวดล้อมในการผลิต การเตรียมและการปรุงอาหารได้ แต่ในปัจจุบัน คนในสังคมส่วนใหญ่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคตามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่มีความเร่งรีบ หันมาซื้ออาหารปรุงสำเร็จ อาหารจานด่วน หรือรับประทานอาหารจากแหล่งผลิตภายนอก ไม่ว่าจะเป็น ตามร้านจำหน่ายอาหาร หาบเร่แผงลอย หรือตามห้างร้าน ภัตตาคาร ดังนั้นจึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่ผู้บริโภค ควรให้ความสนใจพิจารณาร้านอาหารที่สะอาดได้มาตรฐาน เพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งเป็นปัญหา ต่อสุขภาพของผู้บริโภค และผู้ประกอบการจำเป็นต้องมีความรู้ ความสามารถในการควบคุมสภาพแวดล้อม ในการผลิตอาหารให้ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด (Ministry of Public Health, 2013)

ประเทศไทยโดยสำนักกองสุขภาพอาหารและน้ำ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีหน้าที่ ในการควบคุมดูแลสภาพการสุขภาพอาหารของร้านอาหารในด้านการเตรียม การปรุง การประกอบและ การจำหน่ายอาหาร ให้สะอาดปลอดภัยจากเชื้อโรค หนองพยาธิ โลหะหนัก และสารเคมีที่มีพิษต่าง ๆ ตามหลักเกณฑ์ข้อกำหนดเพื่อป้องกันการปนเปื้อนสู่อาหารจากสาเหตุปัจจัย 5 ด้าน ได้แก่ ผู้สัมผัสอาหาร ภาชนะ อุปกรณ์ สถานที่เตรียมปรุงอาหาร และสัตว์แมลงพาหะนำโรค จึงได้จัดทำแบบประเมินร้านอาหารตามหลักเกณฑ์ ข้อกำหนดด้านสุขภาพอาหารทางกายภาพจำนวน 15 ข้อ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการตรวจประเมิน และการให้คำแนะนำผู้ประกอบการ ร้านอาหารเพื่อให้ได้มาตรฐานของร้านอาหารเช่นเดียวกันทั่วประเทศ และได้กำหนดเป้าหมายให้ทุกจังหวัดต้องพัฒนาร้านอาหารให้ได้มาตรฐานตามข้อกำหนดครบทั้ง 15 ข้อ ร้อยละ 100 และยกระดับการพัฒนาเพื่อให้ได้มาตรฐาน “ อาหารสะอาด รสชาติอร่อย ” (Clean Food Good Test) ครอบคลุมร้อยละ 55 เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ ที่มีสาเหตุจากอาหาร และน้ำเป็นสื่อ และเพิ่มทางเลือกให้แก่ผู้บริโภค (Ministry of Public Health, 2013)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ได้ดำเนินการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ในเรื่องของการสุขภาพอาหาร ตามข้อกำหนดการสุขภาพอาหาร โดยในจังหวัดขอนแก่นมีผู้ป่วยที่มีสาเหตุ จากอาหารไม่สะอาดที่ได้ทำการรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐในปี 2556 จำนวน 372,832 ราย โดยส่วนใหญ่ จะมีอาการอาหารเป็นพิษ และโรคท้องร่วง โดยเกิดจากอาหารที่ไม่สะอาด จังหวัดขอนแก่นมีโครงการพัฒนา ร้านอาหารในจังหวัดให้ได้มาตรฐานตามข้อกำหนดการสุขภาพอาหารครบทั้ง 15 ข้อ ให้ครอบคลุมทั้งจังหวัด ในปี 2558 โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการนี้ เพื่อให้โครงการดำเนินการ ได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ (Khon Kaen Provincial Public Health Office, 2014)

เทศบาลเมืองศีลา มีพื้นที่ 72.5 ตารางกิโลเมตร รับผิดชอบ 28 หมู่บ้าน มีประชากร 47,676 คน และมีประชากรแฝงอีกเป็นจำนวนมาก มีร้านอาหาร แผงลอยจำหน่ายอาหาร เป็นจำนวนมาก แต่มีส่ว นน้อยที่มาทำการขอขึ้นทะเบียนขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการร้านจำหน่ายอาหาร และหนังสือรับรองการแจ้ง ตาม พ.ร.บ. การสาธารณสุข พ.ศ. 2535 จากการสำรวจและติดตามประเมินผลสภาวะการสุขาภิบาลอาหาร ของร้านจำหน่ายอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลาตามโครงการอาหารปลอดภัยในปีงบประมาณ 2566 พบว่า มีร้านจำหน่ายอาหารได้มาตรฐานตามข้อกำหนดครบทั้ง 15 ข้อ เพียง 50 ร้าน จากจำนวนร้านอาหาร 218 ร้าน ที่มาขึ้นทะเบียน (เทศบาลเมืองศีลา, 2566) แต่ที่ยังไม่มาขึ้นทะเบียนมีอีกจำนวนมาก เนื่องจา กการออกหนังสือรับรองการแจ้งของหน่วยงานท้องถิ่นยังไม่เข้มงวด และบุคลากรกองสาธารณสุขมีน้อย ไม่เพียงพอถ้าจะดำเนินการออกสำรวจ จากโครงการพัฒนาระบบการจัดการสุขาภิบาลอาหาร ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปี 2566 ได้เกิดความร่วมมือเพื่อให้การจัดการสุขาภิบาลอาหาร เป็นไปตามเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งไว้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา การจัดการสุขาภิบาลอาหาร ของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ศึกษาปัจจัยที่มีส่งผลต่อการบริหารจัดการ สุขาภิบาลอาหารของร้านจำหน่ายอาหาร เพื่อศึกษาการจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาล เมืองศีลา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

วัตถุประสงค์วิจัย

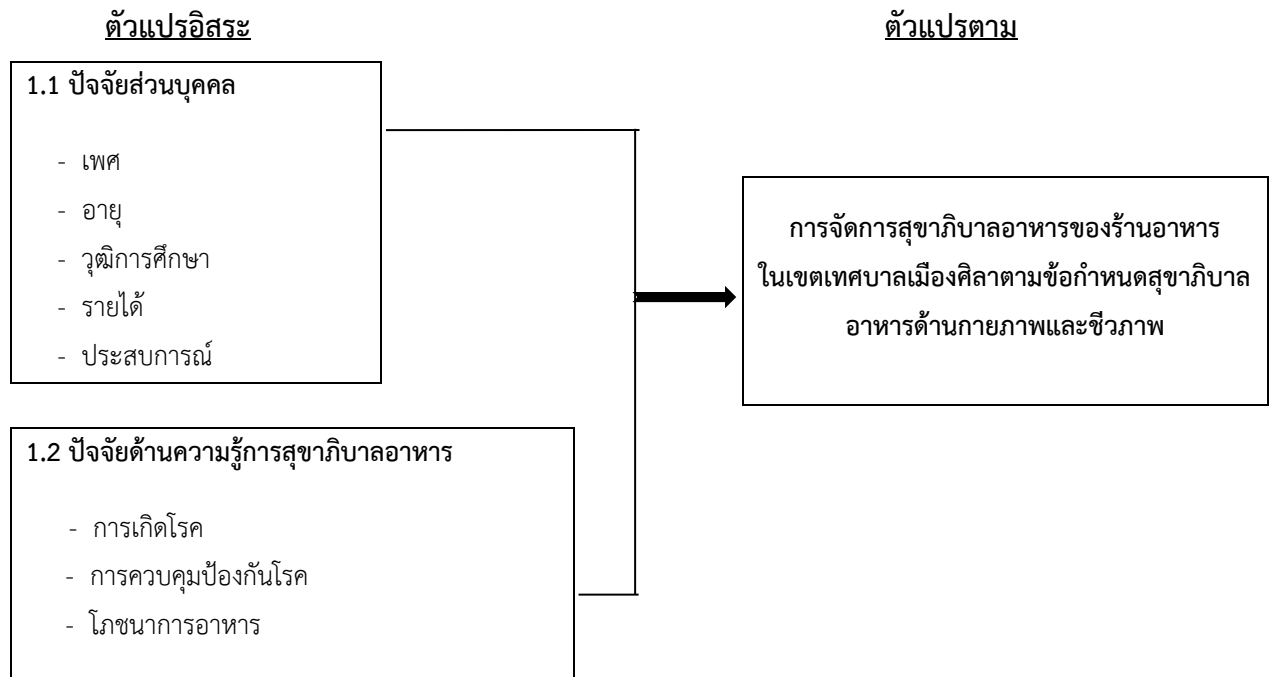
1. เพื่อศึกษาการจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาล เมืองศีลา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านความรู้การสุขาภิบาลอาหาร
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้การสุขาภิบาลอาหาร กับการจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยส่วนบุคคลที่ต่างกันส่งผลให้การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหาร ในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น แตกต่างกัน
2. ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้การสุขาภิบาลอาหาร มีความสัมพันธ์กับการจัดการสุขาภิบาล อาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาเรื่อง การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดตามแนวคิด เรื่องความปลอดภัยในอาหาร (Ministry of Public Health, 2022) ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยใช้แนวคิดการสุขาภิบาลอาหาร ความปลอดภัยของอาหาร และการบริหารจัดการเป็นกรอบแนวคิด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ประกอบการร้านอาหารที่ได้ขึ้นทะเบียนกับเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 218 ราย คิดเป็น 100 เปอร์เซ็นต์ (Sila Municipality Khon Kaen province, 2023)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้แบบสอบถามที่ผู้ศึกษาได้จัดทำขึ้นเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้ศึกษาได้สร้างแบบสอบถามให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอบเขตของการวิจัยมีขั้นตอน โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบ ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา ประสบการณ์ รายได้ จำนวน 5 ข้อ และปัจจัยด้านความรู้การสุขาภิบาลอาหาร จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบสำรวจ (Check List) ที่กำหนดคำตอบได้หลายคำตอบ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ 1 คำตอบ โดยกาเครื่องหมาย ✓ ลงใน □ หน้าข้อความ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่นโดยใช้ระดับความคิดเห็นแบบมาตรฐานประมาณค่าของ Rating Scale

ซึ่งกำหนดระดับความคิดเห็นเป็นตัวเลขคะแนน 5 ระดับ ของ Likert (Theerawut Ekakul, 2006) จำนวน 15 ข้อ ดังนี้

5	หมายถึง	มากที่สุด
4	หมายถึง	มาก
3	หมายถึง	ปานกลาง
2	หมายถึง	น้อย
1	หมายถึง	น้อยที่สุด

โดยได้แบ่งระดับคะแนนเฉลี่ย 5 ระดับ ดังนี้

4.21 – 5.00	หมายถึง	มากที่สุด
3.41 – 4.20	หมายถึง	มาก
2.61 – 3.40	หมายถึง	ปานกลาง
1.81 – 2.60	หมายถึง	น้อย
1.00 – 1.80	หมายถึง	น้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นและข้อเสนอแนะทั่วไป เป็นลักษณะคำถามอย่างกว้าง ๆ เปิดโอกาสให้ผู้ตอบแบบสอบถามได้แสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในด้านต่าง ๆ จำนวน 6 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาที่ประกอบด้วยคำถามที่ต้องการเพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมกับมีการตรวจสอบเครื่องมือความครอบคลุมของเนื้อหา ความเข้าใจของภาษา ความเข้าใจตรงกันของคำถามและแบบสอบถามได้ผ่านการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่อาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม, นักวิชาการสุขาภิบาล นำเครื่องมือที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญมาหาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (Content Validity) โดยคำนวณหาค่า IOC โดยคัดเลือกข้อที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.67 เป็นต้นไป เป็นข้อที่นำไปใช้ทดลองใช้แบบสอบถาม (Try out) กับผู้ประกอบการร้านอาหารในตลาดแห่งหนึ่งของอำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 ราย ซึ่งเป็นประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และทำการวิเคราะห์แบบสอบถามโดยวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ .872 จากนั้นก็นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขสมบูรณ์แล้วไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเองพร้อมกับนักศึกษาศาสาธารณสุขชุมชนจำนวน 15 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขที่ทางผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลเมืองศีลา ได้ให้ความอนุเคราะห์ช่วยเก็บข้อมูล จำนวน 10 คน โดยผู้วิจัยได้ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล เพื่อการวิจัยไปยังนายกเทศมนตรีเมืองศีลา ผ่านทางผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลเมืองศีลา และนำแบบสอบถามไปขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างผู้ประกอบการร้านอาหารที่ได้ขึ้นทะเบียนกับเทศบาลเมืองศีลา ผ่านการประสานงานนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ กับผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลเมืองศีลา แล้วทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำไปทำการวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้ศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมทางคอมพิวเตอร์ โดยแบ่งการวิเคราะห์ดังนี้

ส่วนที่ 1 วิเคราะห์โดยใช้ค่าความถี่ ค่าร้อยละ (Percentage)

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย (X) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) แปลผลโดยใช้การประมาณค่า (Rating Scale)

ส่วนที่ 3 ทดสอบสมมติฐานการวิจัยโดยใช้ ค่าสถิติ t-testการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว และค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-Square)

ส่วนที่ 4 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ในส่วนของข้อเสนอแนะ และการประเมินผลการจัดการสุขภาพอาหาร โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญและตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้ที่เข้าร่วมในการทำวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดผลในเชิงลบต่อผู้ที่เข้าร่วมการวิจัย ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ประสานผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลเมืองศีลาได้ทราบ ในฐานะเจ้าของพื้นที่ รวมทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยชี้แจงชื่อโครงการวิจัยและวัตถุประสงค์ รวมทั้งระยะเวลาการดำเนินการเข้าเก็บข้อมูลให้ทราบ ก่อนเก็บข้อมูลและได้แจ้งให้ทราบว่าข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับ ไม่นำมาเปิดเผยเป็นรายบุคคลแต่นำเสนอเป็นภาพรวมและนำมาใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการศึกษาวิจัยเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่เข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ได้และมีสิทธิ์ที่จะทราบผลของการวิจัยเมื่องานวิจัยเสร็จสิ้นตาม หนังสือจริยธรรม เลขที่ 07/2566 ลงวันที่ 29 มิถุนายน พ.ศ. 2566 สำนักวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยพณิชยบัณฑิต

ผลการวิจัย

ตาราง 1 ปัจจัยบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
1.เพศ		
ชาย	116	53.2
หญิง	102	46.8
รวม	218	100
2. การศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	160	73.4
ปริญญาตรีและสูงกว่า	58	26.6
รวม	218	100
3.อายุ		
ต่ำกว่า 30 ปี	46	21.1
ระหว่าง 30 – 50 ปี	124	56.9
มากกว่า 50 ปี	48	22.0
รวม	218	100
4. รายได้		
ต่ำกว่า 15000 บาท	52	23.9
ระหว่าง 15000 – 30000 บาท	89	40.8
มากกว่า 30000 บาท	77	35.3
รวม	218	100
5. ประสบการณ์		
ต่ำกว่า 3 ปี	46	21.2
ระหว่าง 3-5 ปี	86	39.4
มากกว่า 5 ปี	86	39.4
รวม	218	100

จากตาราง 1 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.2.1 มีการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรีร้อยละ 73.4 มีอายุระหว่าง 30-50 ปี ร้อยละ 56.9 มีรายได้ระหว่าง 15000 – 30000 บาท ร้อยละ 40.8 และมีประสบการณ์ระหว่าง 3-5 ปี ร้อยละ 39.4

ตาราง 2 ปัจจัยด้านความรู้การสุขาภิบาลอาหารของผู้ตอบแบบสอบถาม

การเกิดโรค	ระดับ									
	มากที่สุด		มาก		ปานกลาง		น้อย		น้อยที่สุด	
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ
1.ท่านมีความรู้เกี่ยวกับเชื้อโรคที่จำเป็นต่อการสุขาภิบาลอาหารอยู่ในระดับ	33	15.1	39	17.9	123	56.4	21	9.6	2	.9
2.ท่านมีความรู้เกี่ยวกับพยาธิที่จำเป็นต่อการสุขาภิบาลอาหารอยู่ในระดับ	67	30.7	53	24.3	83	38.1	15	6.9	-	-
3.ท่านมีความรู้เกี่ยวกับพิษของเชื้อโรคที่จำเป็นต่อการสุขาภิบาลอาหารอยู่ในระดับ	67	30.7	61	28.0	73	33.5	15	6.9	2	.9
4.ท่านมีความรู้เกี่ยวกับพิษจากพืชและสัตว์ที่จำเป็นต่อการสุขาภิบาลอาหารอยู่ในระดับ	67	30.7	81	37.2	51	23.4	17	7.8	2	.9
5.ท่านมีความรู้เกี่ยวกับพิษจากสารเคมีที่จำเป็นต่อการสุขาภิบาลอาหารอยู่ในระดับ	71	32.6	53	24.3	83	38.1	11	5.0	-	-

ตาราง 2 ปัจจัยด้านความรู้การสุขาภิบาลอาหารของผู้ตอบแบบสอบถาม (ต่อ)

การควบคุมป้องกันโรค	ระดับ									
	มากที่สุด		มาก		ปานกลาง		น้อย		น้อยที่สุด	
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ
1.ท่านมีความรู้เกี่ยวกับการทำความสะอาดสถานที่ประกอบอาหารอยู่ในระดับ	61	28.0	47	21.6	99	45.4	9	4.1	2	.9
2.ท่านมีความรู้เกี่ยวกับการคัดเลือกวัตถุดิบอยู่ในระดับ	67	30.6	51	23.4	80	36.7	18	8.3	2	.9
3.ท่านมีความรู้เกี่ยวกับการรักษาวัตถุดิบและเครื่องปรุงอยู่ในระดับ	65	29.8	66	30.2	72	33.0	11	5.0	4	1.8
4.ท่านมีความรู้เกี่ยวกับการเลือกเครื่องปรุงอยู่ในระดับ	69	31.7	80	36.7	57	26.1	12	5.5	-	-
5.ท่านมีความรู้เกี่ยวกับวิธีการและมาตรฐานการประกอบอาหารอยู่ในระดับ	75	34.4	41	18.8	96	44.0	2	.9	4	1.8

ตาราง 2 ปัจจัยด้านความรู้การสุขาภิบาลอาหารของผู้ตอบแบบสอบถาม (ต่อ)

โภชนาการอาหาร	ระดับ									
	มากที่สุด		มาก		ปานกลาง		น้อย		น้อยที่สุด	
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ
1.ท่านมีความรู้เกี่ยวกับ การประกอบอาหารตามหลักโภชนาการอาหารอยู่ในระดับ	8	3.7	56	25.7	129	59.2	25	11.5	-	-
2.ท่านมีความรู้เกี่ยวกับมีการคัดเลือกวัตถุดิบตามหลักโภชนาการอาหาร อยู่ในระดับ	13	6.0	76	34.9	119	54.6	8	3.7	2	.9
3.ท่านมีความรู้เกี่ยวกับการเลือกเครื่องปรุงตามหลักโภชนาการอาหาร อยู่ในระดับ	13	6.0	72	33.0	94	43.1	37	17.0	2	.9
4.ท่านมีความรู้เกี่ยวกับการกินอาหารครบ 5 หมู่ อยู่ในระดับ	29	13.3	58	26.6	108	49.5	23	10.6	-	-

โภชนาการอาหาร	ระดับ									
	มากที่สุด		มาก		ปานกลาง		น้อย		น้อยที่สุด	
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ
5.ท่านมีความรู้เกี่ยวกับ ภาวะการโภชนาการ อยู่ในระดับ	35	16.1	53	24.3	111	50.9	19	8.7	-	-

ตาราง 2 ปัจจัยด้านความรู้การสุขาภิบาลอาหารของผู้ตอบแบบสอบถาม (ต่อ)

ทัศนคติต่อการประกอบ อาหาร	ระดับ									
	มากที่สุด		มาก		ปานกลาง		น้อย		น้อยที่สุด	
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ
1.ท่านได้รักษามาตรฐาน ความสะอาดในการ ประกอบอาหาร อยู่ใน ระดับ	7	3.2	28	12.8	138	63.3	41	18.8	4	1.8
2.ท่านได้เตรียมการ ตรวจสอบวัตถุดิบก่อนการ ประกอบอาหารอยู่ใน ระดับ	11	5.0	52	23.9	130	59.6	25	11.5	-	-
3.ท่านได้เตรียมการ ตรวจสอบเครื่องปรุงก่อน การประกอบอาหารอยู่ใน ระดับ	13	6.0	90	41.3	86	39.4	29	13.3	-	-
4.ท่านได้รักษามาตรฐาน ความสะอาดภาชนะ อยู่ใน ระดับ	11	5.0	69	31.7	117	53.7	17	7.8	4	1.8
5.ท่านมีการพัฒนารสชาติ อาหาร ความสะอาด คุณภาพ และตรวจสอบ อาหารอยู่ในระดับ	4	1.8	40	18.3	134	61.5	40	18.3	-	-

จากตาราง 2 พบว่า การเปรียบเทียบ การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น จำแนกตามปัจจัยด้านความรู้การสุขาภิบาลอาหาร **ด้านการเกิดโรค** พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยด้านความรู้การสุขาภิบาลอาหาร ด้านการเกิดโรคแตกต่างกัน มีการจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การเปรียบเทียบการจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น จำแนกตามปัจจัยด้านความรู้การสุขาภิบาลอาหาร

ด้านการควบคุมป้องกันโรค พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยด้านความรู้การสุขาภิบาลอาหาร ด้านการควบคุมป้องกันโรคแตกต่างกันมีการจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การเปรียบเทียบการจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น จำแนกตามปัจจัยด้านความรู้การสุขาภิบาลอาหาร

ด้านโภชนาการอาหาร พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยด้านความรู้การสุขาภิบาลอาหาร ด้านโภชนาการอาหารแตกต่างกัน มีการจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การเปรียบเทียบการจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น จำแนกตามปัจจัยด้านความรู้การสุขาภิบาลอาหาร

ด้านทัศนคติต่อการประกอบอาหาร พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยด้านความรู้การสุขาภิบาลอาหาร ด้านทัศนคติต่อการประกอบอาหาร แตกต่างกันไป การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 3 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการจัดการสุขาภิบาลอาหารของ ร้านอาหาร
ในเขตเทศบาลเมืองศิลา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมือง		ระดับ	
ศิลา	M	S.D.	แปลผล
อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น			
1. สถานที่รับประทานอาหาร เตรียม – ปรง – ประกอบอาหาร ต้องสะอาดเป็นระเบียบ และจัดเป็นสัดส่วน	3.81	.62	มาก
2. ไม่เตรียมปรงอาหารบนพื้นดินและบริเวณหน้าหรือในห้องน้ำ ห้องส้วม และต้องเตรียมปรงอาหารบนโต๊ะที่สูงจากพื้น อย่างน้อย 60 ซม.	3.68	.84	มาก
3. ใช้สารปรุงแต่งอาหารที่มีความปลอดภัย มีเครื่องหมายรับรองของอาหารทางราชการ เช่น เลขสารระบบอาหาร เครื่องหมายรับรองมาตรฐานของกระทรวงอุตสาหกรรม (มอก.)	3.56	.64	มาก
4. อาหารสดต้องล้างให้สะอาดก่อนนำมาปรง หรือเก็บ การเก็บอาหารประเภทต่าง ๆ ต้องแยกเก็บเป็นสัดส่วน อาหารประเภทเนื้อสัตว์ดิบ เก็บในอุณหภูมิที่ต่ำกว่า 5 องศาเซลเซียส	3.72	.82	มาก
5. อาหารที่ปรงสำเร็จแล้ว เก็บในภาชนะที่สะอาดมีการปกปิด วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม.	3.62	.95	มาก
6. น้ำแข็งที่ใช้บริโภคต้องสะอาด เก็บในภาชนะที่สะอาดมีฝาปิด ใช้อุปกรณ์ที่มีด้ามสำหรับคีบ หรือตักโดยเฉพาะวางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม.และต้องไม่มีสิ่งของอย่างอื่นแช่รวมไว้	3.90	.69	มาก
7. ล้างภาชนะด้วยน้ำยาล้างภาชนะแล้วล้างด้วยน้ำสะอาด 2 ครั้ง หรือล้างด้วยน้ำไหล และที่ล้างภาชนะ ต้องวางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม.	3.39	.66	มาก
8. เยียงและมิด ต้องมีสภาพดี แยกใช้ระหว่างเนื้อสัตว์สุก เนื้อสัตว์ดิบ และผัก ผลไม้	3.56	.68	มาก
9. ช้อน ส้อม ตะเกียบ วางตั้ง เอาด้ามขึ้นในภาชนะโปร่ง สะอาด หรือวางเป็นระเบียบในภาชนะโปร่งสะอาด และมีการปกปิด เก็บสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม.	3.50	.85	มาก
10. มูลฝอย และน้ำเสียทุกชนิด ได้รับการกำจัดด้วยวิธีที่ถูกหลักสุขาภิบาล	2.75	.94	ปานกลาง
11. ห้องส้วมสำหรับผู้บริโภค และผู้สัมผัสอาหารต้องสะอาด มีอ่างล้างมือที่ใช้การได้ดี และมีสบู่ใช้ตลอดเวลา	3.60	.85	มาก
12. ผู้สัมผัสอาหารแต่งกายสะอาด สวมเสื้อมีแขน ผู้ปรงต้องผูกผ้ากันเปื้อนที่สะอาด สวมหมวกหรือเน็ตคลุมผม	2.70	.94	ปานกลาง

การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมือง	ระดับ		
คีลา	M	S.D.	แปลผล
อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น			
13. ผู้สัมผัสอาหารต้องล้างมือให้สะอาดก่อนเตรียมปรุง ประกอบ	2.61	.91	ปานกลาง
จำหน่ายอาหารทุกครั้ง ใช้อุปกรณ์ ในการหยิบจับอาหารที่ปรุง			
สำเร็จแล้วทุกชนิด			
14. ผู้สัมผัสอาหารที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถติดต่อไปยังผู้บริโภค	3.85	.94	มาก
โดยมีน้ำและอาหารเป็นสื่อ ให้หยุดปฏิบัติงานจนกว่าจะรักษาให้			
หายขาด			
15. ผู้สัมผัสอาหารที่มีบาดแผลที่มือ ต้องปกปิดแผลให้มิดชิด	3.66	.99	มาก
หลีกเลี่ยงการปฏิบัติงานที่มีโอกาสสัมผัสอาหาร			
ภาพรวม	3.46	.53	มาก

จากตาราง 3 พบว่า การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองคีลา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M=3.46$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ น้ำแข็งที่ใช้บริโภคต้องสะอาด เก็บในภาชนะที่สะอาดมีฝาปิด ใช้อุปกรณ์ที่มีด้ามสำหรับคีบ หรือตักโดยเฉพาะ วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม.และต้องไม่มีสิ่งของอย่างอื่นแฉะร่วมไว้ มีค่าเฉลี่ย ($M=3.90$) รองลงมา คือ สถานที่รับประทานอาหาร เตรียม – ปรุง – ประกอบอาหาร ต้องสะอาดเป็นระเบียบ และจัดเป็นสัดส่วน มีค่าเฉลี่ย ($M= 3.81$) และน้อยที่สุดคือ ผู้สัมผัสอาหารต้องล้างมือให้สะอาดก่อนเตรียมปรุง ประกอบจำหน่ายอาหารทุกครั้ง ใช้อุปกรณ์ ในการหยิบจับอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้วทุกชนิด มีค่าเฉลี่ย ($M= 2.61$)

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองคีลา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านความรู้การสุขาภิบาลอาหาร

จากสมมติฐานการวิจัย " กลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกันส่งผลให้การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองคีลา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น แตกต่างกันและ ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านความรู้การสุขาภิบาลอาหาร มีความสัมพันธ์กับการจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองคีลา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น " มีผลการทดสอบสมมติฐานดังนี้

ตาราง 4 การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองคีลา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำแนกตามเพศ

การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหาร	ชาย		หญิง		t	Sig.
ในเขตเทศบาลเมืองคีลา	M	S.D	M	S.D		
การจัดการสุขาภิบาลอาหาร	3.45	.530	3.47	.524	.025	.874

จากตาราง 4 พบว่า การเปรียบเทียบ การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองคิลลา อำเภอมือ่ง จังหวัดขอนแก่น จำแนกตามเพศพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีเพศแตกต่างกันมีการจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองคิลลา อำเภอมือ่ง จังหวัดขอนแก่น ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยมากกว่าเพศชาย

ตาราง 5 การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองคิลลา อำเภอมือ่ง จังหวัดขอนแก่น จำแนกตามการศึกษา

การจัดการสุขาภิบาลอาหาร ในเขตเทศบาลเมืองคิลลา	ต่ำกว่า ปริญญาตรี		ปริญญาตรี และสูงกว่า		t	Sig.
	M	S.D	M	S.D		
การจัดการสุขาภิบาลอาหาร	3.46	.515	3.47	.562	1.827	.178

จากตาราง 5 พบว่า การเปรียบเทียบ การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองคิลลา อำเภอมือ่ง จังหวัดขอนแก่น จำแนกตามการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาแตกต่างกันมีการจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองคิลลา อำเภอมือ่ง จังหวัดขอนแก่น ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผู้มีการศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่ามีค่าเฉลี่ยมากกว่าผู้มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี

ตาราง 6 การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองคิลลา อำเภอมือ่ง จังหวัดขอนแก่น จำแนกตามอายุ

การจัดการสุขาภิบาลอาหาร ของร้านอาหาร	แหล่งของ ความแปรปรวน	SS	Df	MS	F	Sig.
การจัดการสุขาภิบาลอาหาร	ระหว่างกลุ่ม	1.411	2	.705	2.582	.078
ของร้านอาหารในเขต	ภายในกลุ่ม	58.722	215	.273		
เทศบาลเมืองคิลลา	รวม	60.132	217			

จากตาราง 6 พบว่า การเปรียบเทียบ การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองคิลลา อำเภอมือ่ง จังหวัดขอนแก่น จำแนกตามอายุ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุแตกต่างกันมี การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองคิลลา อำเภอมือ่ง จังหวัดขอนแก่น ที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 7 การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น จำแนกตามรายได้

แหล่งของความแปรปรวน	SS	Df	MS	F	Sig.
ระหว่างกลุ่ม	2.548	2	1.274	4.756	.010
ภายในกลุ่ม	57.585	215	.268		
รวม	60.132	217			

จากตาราง 7 พบว่า การเปรียบเทียบ การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น จำแนกตามรายได้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้แตกต่างกันมีการจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 8 การพิสูจน์ความแตกต่างรายคู่ของการจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น จำแนกตามรายได้ โดยใช้วิธีการของ Scheffe

การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหาร		จำนวน	Subset for alpha = .05	
			กลุ่ม 2	กลุ่ม 1
รายได้	มากกว่า 30000 บาท	77	3.32	
	ระหว่าง 15000 – 30000 บาท	52	3.50	3.50
	ต่ำกว่า 15000 บาท	89		3.56
	Sig.		.114	.804

จากตาราง 8 พบว่า การเปรียบเทียบ การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น จำแนกตามรายได้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้แตกต่างกันมีการจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 9 การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น จำแนกตามประสบการณ์

แหล่งของความแปรปรวน	SS	Df	MS	F	Sig.
ระหว่างกลุ่ม	4.493	2	2.246	8.680	.000
ภายในกลุ่ม	55.640	215	.259		
รวม	60.132	217			

จากตาราง 9 พบว่า การเปรียบเทียบ การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น จำแนกตามประสบการณ์ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์แตกต่างกัน มีการจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 10 การพิสูจน์ความแตกต่างรายคู่ของการจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น จำแนกตามประสบการณ์ โดยใช้วิธีการของ Scheffe

การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหาร		จำนวน	Subset for alpha = .05	
			กลุ่ม 2	กลุ่ม 1
ประสบการณ์	ระหว่าง 3 – 5 ปี	86	3.31	
	ต่ำกว่า 3 ปี	46	3.42	3.42
	มากกว่า 5 ปี	86		3.63
	Sig.		.449	.063

จากตาราง 10 พบว่า การเปรียบเทียบ การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น จำแนกตามประสบการณ์ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์แตกต่างกัน มีการจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 11 การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น จำแนกตามปัจจัยด้านความรู้การสุขาภิบาลอาหาร การเกิดโรค

แหล่งของความแปรปรวน	SS	Df	MS	F	Sig.
ระหว่างกลุ่ม	1.124	3	.375	1.359	.256
ภายในกลุ่ม	59.008	214	.276		
รวม	60.132	217			

จากตาราง 11 พบว่า การเปรียบเทียบ การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น จำแนกตามปัจจัยด้านความรู้การสุขาภิบาลอาหาร ด้านการเกิดโรค พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยด้านความรู้การสุขาภิบาลอาหาร ด้านการเกิดโรค แตกต่างกัน มีการจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 12 การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น จำแนกตามปัจจัยด้านความรู้การสุขาภิบาลอาหาร การควบคุมป้องกันโรค

แหล่งของความแปรปรวน	SS	Df	MS	F	Sig.
ระหว่างกลุ่ม	.713	4	.178	.639	.635
ภายในกลุ่ม	59.420	213	.279		
รวม	60.132	217			

จากตาราง 12 พบว่า การเปรียบเทียบ การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น จำแนกตามปัจจัยด้านความรู้การสุขาภิบาลอาหาร ด้านการควบคุมป้องกันโรค พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยด้านความรู้การสุขาภิบาลอาหาร ด้านการควบคุมป้องกันโรคแตกต่างกัน มีการจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 13 การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น จำแนกตามปัจจัยด้านความรู้การสุขาภิบาลอาหาร โภชนาการอาหาร

แหล่งของความแปรปรวน	SS	Df	MS	F	Sig.
ระหว่างกลุ่ม	4.139	3	1.380	5.272	.002
ภายในกลุ่ม	55.994	214	.262		
รวม	60.132	217			

จากตารางที่ 13 พบว่า การเปรียบเทียบการจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา จำแนกตามปัจจัยด้านความรู้การสุขาภิบาลอาหาร ด้านโภชนาการอาหาร พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยด้านความรู้การสุขาภิบาลอาหาร ด้านโภชนาการอาหารแตกต่างกันมี การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 14 การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น จำแนกตามปัจจัยด้านความรู้การสุขาภิบาลอาหาร ทักษะคิดต่อการประกอบอาหาร

แหล่งของความแปรปรวน	SS	Df	MS	F	Sig.
ระหว่างกลุ่ม	3.134	3	1.045	3.922	.009
ภายในกลุ่ม	56.998	214	.266		
รวม	60.132	217			

จากตาราง 14 พบว่า การเปรียบเทียบ การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น จำแนกตามปัจจัยด้านความรู้การสุขาภิบาลอาหาร ด้านทักษะคิดต่อการประกอบอาหาร พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยด้านความรู้การสุขาภิบาลอาหาร ด้านทักษะคิดต่อการประกอบอาหาร แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 15 การพิสูจน์ความแตกต่างรายคู่ของการจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหาร | ในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น จำแนกตามปัจจัยด้านความรู้การสุขาภิบาลอาหาร ทศนคติต่อการประกอบอาหาร โดยใช้วิธีการของ Scheffe

การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหาร ด้านทัศนคติต่อการประกอบอาหาร	จำนวน	Subset for alpha = .05	
		กลุ่ม 2	กลุ่ม 1
มาก	33	3.34	
ปานกลาง	122	3.43	
มากที่สุด	2	3.43	
น้อย	31		3.74
น้อยที่สุด	30		3.41
Sig.		.084	.541

จากตาราง 15 พบว่า การเปรียบเทียบ การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น จำแนกตามปัจจัยด้านความรู้การสุขาภิบาลอาหาร ด้านทัศนคติต่อการประกอบอาหาร พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยด้านความรู้การสุขาภิบาลอาหาร ด้านทัศนคติต่อการประกอบอาหาร แตกต่างกันมี การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น

ตาราง 16 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคลกับ การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น

ปัจจัยส่วนบุคคล	สถิติ	Value	df	Sig.
1. เพศ	X ² (Chi-Square)	33.249	29	.268
	อัตราส่วนความน่าจะเป็น	39.004	29	.102
2. การศึกษา	X ² (Chi-Square)	20.588	29	.874
	อัตราส่วนความน่าจะเป็น	22.469	29	.800
3. อายุ	X ² (Chi-Square)	66.298	58	.213
	อัตราส่วนความน่าจะเป็น	76.589	58	.052
4. รายได้	X ² (Chi-Square)	71.275	58	.113
	อัตราส่วนความน่าจะเป็น	86.922	58	.008
5. ประสบการณ์	X ² (Chi-Square)	92.190	58	.003
	อัตราส่วนความน่าจะเป็น	109.736	58	.000

จากตาราง 16 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคลกับ การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่า

1. ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ มีความสัมพันธ์กับการจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา คือ มี Value ที่ 33.249 df ที่ 29 มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .268 สอดคล้องอัตราส่วนความน่าจะเป็น สรุปได้ว่า การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา ไม่ได้ขึ้นอยู่กับเพศ

2. ปัจจัยส่วนบุคคลด้านการศึกษามีความสัมพันธ์กับการจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา คือ มี Value ที่ 20.588 df ที่ 29 มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .874 สอดคล้องอัตราส่วนความน่าจะเป็น สรุปได้ว่า การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา มีความสัมพันธ์กับการศึกษา

3. ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุมีความสัมพันธ์กับการจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา คือ มี Value ที่ 66.298 df ที่ 58 มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .213 สอดคล้องอัตราส่วนความน่าจะเป็น สรุปได้ว่า การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา ไม่ได้ขึ้นอยู่กับอายุ

4. ปัจจัยส่วนบุคคลด้านรายได้มีความสัมพันธ์กับการจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา คือ มี Value ที่ 71.275 df ที่ 58 มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .113 ไม่สอดคล้องอัตราส่วนความน่าจะเป็น สรุปได้ว่า การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา ไม่ได้ขึ้นอยู่กับรายได้ แต่มีแนวโน้มว่าการจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลาจะขึ้นอยู่กับรายได้เช่นกัน

5. ปัจจัยส่วนบุคคลด้านประสบการณ์มีความสัมพันธ์กับการจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา คือ มี Value ที่ 92.190 df ที่ 58 มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .003 สอดคล้องอัตราส่วนความน่าจะเป็น สรุปได้ว่า การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลาขึ้นอยู่กับประสบการณ์

ส่วนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้การสุขาภิบาลอาหารกับการจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น

ตาราง 17 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านความรู้การสุขาภิบาลอาหารกับ การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น

ปัจจัยด้านความรู้การสุขาภิบาลอาหาร	ค่าสหสัมพันธ์	
	r	Sig.
1. การเกิดโรค	-.069	.309
2. การควบคุมป้องกันโรค	-.090	.187
3. โภชนาการอาหาร	-.197	.004
4. ทักษะต่อการประกอบอาหาร	-.196	.004

จากตาราง 17 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านความรู้การสุขาภิบาลอาหารกับการจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น ด้านการเกิดโรคเป็นความสัมพันธ์แบบผกผันที่-.069 ด้านการควบคุมป้องกันโรค เป็นความสัมพันธ์แบบผกผันที่ -.090 ด้านโภชนาการอาหารเป็นความสัมพันธ์แบบผกผันที่-.197และด้านทัศนคติต่อการประกอบอาหารเป็นความสัมพันธ์แบบผกผันที่ -.196

ตาราง 18 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านความรู้การสุขาภิบาลอาหารกับ การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น

ปัจจัยด้านความรู้การสุขาภิบาลอาหาร	ค่าสหสัมพันธ์	
	r	Sig.
1. ท่านมีความรู้เกี่ยวกับเชื้อโรคที่จำเป็นต่อการสุขาภิบาลอาหารอยู่ในระดับ	-.219	.001
2. ท่านมีความรู้เกี่ยวกับพยาธิที่จำเป็นต่อการสุขาภิบาลอาหารอยู่ในระดับ	-.010	.884
3. ท่านมีความรู้เกี่ยวกับพิษของเชื้อโรคที่จำเป็นต่อการสุขาภิบาลอาหารอยู่ในระดับ	-.152	.025
4. ท่านมีความรู้เกี่ยวกับพิษจากพืชและสัตว์ที่จำเป็นต่อการสุขาภิบาลอาหารอยู่ในระดับ	-.105	.122
5. ท่านมีความรู้เกี่ยวกับพิษจากสารเคมีที่จำเป็นต่อการสุขาภิบาลอาหารอยู่ในระดับ	-.021	.753
ภาพรวม	-.069	.309

จากตาราง 18 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านความรู้การสุขาภิบาลอาหารกับ การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น ด้านการเกิดโรคข้อที่มีความสัมพันธ์มากที่สุดคือ ท่านมีความรู้เกี่ยวกับเชื้อโรคที่จำเป็นต่อการสุขาภิบาลอาหารอยู่ในระดับ มีความสัมพันธ์แบบผกผัน ที่ -.219 รองลงมาคือ ท่านมีความรู้เกี่ยวกับพิษของเชื้อโรคที่จำเป็นต่อการสุขาภิบาลอาหารอยู่ในระดับ มีความสัมพันธ์แบบผกผันที่ -.152 และน้อยที่สุดคือ ท่านมีความรู้เกี่ยวกับพิษจากสารเคมีที่จำเป็นต่อการสุขาภิบาลอาหารอยู่ในระดับ มีความสัมพันธ์แบบผกผันที่ -.021

ตาราง 19 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านความรู้การสุขาภิบาลอาหารกับ การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น

ปัจจัยด้านความรู้การสุขาภิบาลอาหาร	ค่าสหสัมพันธ์	
	r	Sig.
1. ท่านมีความรู้เกี่ยวกับการทำความสะอาดสถานประกอบการอยู่ในระดับ	.119	.078
2. ท่านมีความรู้เกี่ยวกับการคัดเลือกวัตถุดิบอยู่ในระดับ	-.073	.285
3. ท่านมีความรู้เกี่ยวกับการรักษาวัตถุดิบและเครื่องปรุงอยู่ในระดับ	-.066	.333
4. ท่านมีความรู้เกี่ยวกับการเลือกเครื่องปรุงอยู่ในระดับ	-.008	.902
5. ท่านมีความรู้เกี่ยวกับวิธีการและมาตรฐานการประกอบอาหารอยู่ในระดับ	-.015	.825
ภาพรวม	-.090	.187

จากตาราง 19 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านความรู้การสุขาภิบาลอาหารกับ การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น ด้านการควบคุมป้องกันโรค ข้อที่มีความสัมพันธ์มากที่สุดคือ ท่านมีความรู้เกี่ยวกับการทำความสะอาดสถานประกอบการอยู่ในระดับมีความสัมพันธ์แบบผันแปรตาม ที่ .119 รองลงมาคือ ท่านมีความรู้เกี่ยวกับการคัดเลือกวัตถุดิบอยู่ในระดับมีความสัมพันธ์แบบผกผันที่ -.073 และน้อยที่สุดคือ ท่านมีความรู้เกี่ยวกับการเลือกเครื่องปรุงอยู่ในระดับมีความสัมพันธ์แบบผกผันที่ -.008

ตาราง 20 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านความรู้การสุขาภิบาลอาหารกับ การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น

ปัจจัยด้านความรู้การสุขาภิบาลอาหาร	ค่าสหสัมพันธ์	
	r	Sig.
1. ท่านมีความรู้เกี่ยวกับ การประกอบอาหารตามหลักโภชนาการอาหาร อยู่ในระดับ	.208	.002
2. ท่านมีความรู้เกี่ยวกับมีการคัดเลือกวัตถุดิบตามหลักโภชนาการอาหาร อยู่ในระดับ	-.181	.008
3. ท่านมีความรู้เกี่ยวกับการเลือกเครื่องปรุงตามหลักโภชนาการอาหาร อยู่ในระดับ	.283	.003
4. ท่านมีความรู้เกี่ยวกับการกินอาหารครบ 5 หมู่ อยู่ในระดับ	-.215	.001
5. ท่านมีความรู้เกี่ยวกับสภาวะการโภชนาการ อยู่ในระดับ	-.189	.005
ภาพรวม	-.197	.004

จากตาราง 20 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านความรู้การสุขาภิบาลอาหารกับ การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น ด้านโภชนาการอาหาร ข้อที่มีความสัมพันธ์มากที่สุดคือ ท่านมีความรู้เกี่ยวกับการเลือกเครื่องปรุงตามหลักโภชนาการอาหาร อยู่ในระดับมีความสัมพันธ์แบบผันแปรตาม ที่ .283 รองลงมาคือ ท่านมีความรู้เกี่ยวกับ การประกอบอาหารตามหลักโภชนาการอาหาร อยู่ในระดับ มีความสัมพันธ์แบบผันแปรตามที่ .208 และน้อยที่สุดคือ ท่านมีความรู้เกี่ยวกับมีการคัดเลือกวัตถุดิบตามหลักโภชนาการอาหาร อยู่ในระดับ มีความสัมพันธ์แบบผกผันที่ -.181

ตาราง 21 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านความรู้การสุขาภิบาลอาหารกับ การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น

ทัศนคติต่อการประกอบอาหาร	ค่าสหสัมพันธ์	
	r	Sig.
1. ท่านได้รักษามาตรฐานความสะอาดในการประกอบอาหาร อยู่ในระดับ	.224	.001
2. ท่านได้เตรียมการตรวจสอบวัตถุดิบก่อนการประกอบอาหารอยู่ในระดับ	.245	.003
3. ท่านได้เตรียมการตรวจสอบเครื่องปรุงก่อนการประกอบอาหารอยู่ในระดับ	-.062	.359
4. ท่านได้รักษามาตรฐานความสะอาดภาชนะ อยู่ในระดับ	-.171	.012
5. ท่านมีการพัฒนารสชาติอาหาร ความสะอาด คุณภาพ และตรวจสอบอาหาร อยู่ในระดับ	.075	.271
ภาพรวม	-.196	.004

จากตาราง 21 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านความรู้การสุขาภิบาลอาหารกับ การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น ด้านทัศนคติต่อการประกอบอาหาร ข้อที่มีความสัมพันธ์มากที่สุดคือ ท่านได้เตรียมการตรวจสอบวัตถุดิบก่อนการประกอบอาหารอยู่ในระดับ มีความสัมพันธ์แบบผันแปรตาม ที่ .245 รองลงมาคือ ท่านได้รักษามาตรฐานความสะอาดในการประกอบอาหารอยู่ในระดับ มีความสัมพันธ์แบบผันแปรตาม ที่ .224 และน้อยที่สุดคือ ท่านได้เตรียมการตรวจสอบเครื่องปรุงก่อนการประกอบอาหารอยู่ในระดับ มีความสัมพันธ์แบบผกผันที่ -.062

อภิปรายผล

จากสรุปผลการวิจัย เรื่องการจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าข้อที่มีลำดับมากที่สุดคือ น้ำแข็งที่ใช้บริโภคต้องสะอาด เก็บในภาชนะที่สะอาดมีฝาปิด ใช้อุปกรณ์ที่มีด้ามสำหรับคีบ หรือตักโดยเฉพาะวางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม. และต้องไม่มีสิ่งของอย่างอื่นแซมรวมไว้ มีค่าเฉลี่ย ($M=3.90$) รองลงมาคือ สถานที่รับประทานอาหาร เตรียม – ปรุง – ประกอบอาหาร ต้องสะอาดเป็นระเบียบ และจัดเป็นสัดส่วน มีค่าเฉลี่ย ($M= 3.81$) และน้อยที่สุดคือ ผู้สัมผัสอาหารต้องล้างมือให้สะอาดก่อนเตรียมปรุง ประกอบ จำหน่ายอาหารทุกครั้ง ใช้อุปกรณ์ในการหยิบจับอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้วทุกชนิด มีค่าเฉลี่ย ($M= 2.61$)

การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น เมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างกับปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลด้าน เพศ การศึกษา อายุ ที่แตกต่างกันมี การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น ที่ไม่ต่างกัน ยกเว้นด้านรายได้ และประสบการณ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น เมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างกับปัจจัยด้านความรู้การสุขาภิบาลอาหาร พบว่า ด้านการเข้าร่วมอบรม สุขาภิบาล การตรวจสอบคุณภาพเครื่องปรุง การตรวจสอบคุณภาพการบริการลูกค้า การตรวจสอบภาชนะ

และการตรวจสอบสุขวิทยาของบุคลากรในร้านอาหารแตกต่างกันมี การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่นที่ไม่ต่างกัน ยกเว้นด้าน การตรวจสอบคุณภาพวัตถุดิบ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องปรุง การตรวจสอบกรรมวิธีการปรุงอาหาร

ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคลกับ การจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น ไม่ขึ้นอยู่กับ เพศ การศึกษา อายุ และรายได้ แต่ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของกลุ่มตัวอย่าง มีแนวโน้มที่จะขึ้นอยู่กับรายได้ของกลุ่มตัวอย่างเช่นกัน

ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านความรู้การสุขาภิบาลอาหารการจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น ไม่ขึ้นอยู่กับ การเกิดโรค และการป้องกันควบคุมโรค แต่ขึ้นอยู่กับโภชนาการอาหารและทัศนคติต่อการประกอบอาหาร

มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ Ban Giram et al. (2018) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่อง การณรงค์ปรับปรุงสุขาภิบาลอาหารสำหรับร้านจำหน่ายอาหารและแผงลอยในเขตจังหวัดหนองคาย โดยกลุ่มตัวอย่างมีความต้องการความเชื่อมั่นจากประชาชนในพื้นที่ จึงเข้าร่วมกิจกรรมสุขาภิบาลอาหารกับหน่วยงานของรัฐ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kessuda Jindaphan (2021) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องการรับรู้ต่อโครงการอาหารสะอาดรสชาติอร่อยและการปฏิบัติต่อข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ อำเภอมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ในด้านการแต่งกายของผู้สัมผัสอาหาร การล้างมือทำความสะอาดร่างกายของผู้สัมผัสอาหารก่อนทำการปรุงอาหาร สอดคล้องกับงานวิจัยของ Lalita Somsat and Uraiwan (2016) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องสุขาภิบาลอาหารและการจัดการสิ่งแวดล้อมของศูนย์อาหารและบริการ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น ในด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมของศูนย์อาหารและบริการ รวมถึงการจัดการสุขาภิบาลอาหารให้ถูกสุขลักษณะ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Pattana Prommani et al. (2019) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องแนวทางการดำเนินงานการสุขาภิบาลอาหารของสถานประกอบการร้านอาหารริมทาง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยกลุ่มตัวอย่างมีความต้องการเข้าร่วมอบรมให้ความรู้การจัดการร้านอาหารให้เข้าเกณฑ์มาตรฐานร้านอาหารที่สะอาด ปลอดภัย โดยการดำเนินโครงการต่าง ๆ ซึ่งดูแลสนับสนุนจากภาครัฐและท้องถิ่น ได้แก่ 1) โครงการประสานความร่วมมือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานสนับสนุนทางวิชาการ 2) โครงการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร 3) โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเทคนิคการตรวจสอบปนเปื้อนในอาหาร และ 4) โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการสร้างเครือข่ายผู้ประกอบการร้านอาหารริมทาง คำสำคัญ : แนวทางการดำเนินงาน สุขาภิบาลอาหาร สถานประกอบการร้านอาหาร และ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Songchai Chanthaphan.(2021) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องปรับปรุงสุขาภิบาลอาหารของร้านจำหน่ายอาหารในเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอราชไศล-ศีลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ ในด้านเกณฑ์สุขาภิบาลอาหาร ผู้ประกอบการมีความรู้ก่อนการปรับปรุงสุขาภิบาลอาหาร และเมื่อผ่านการอบรมด้านสุขาภิบาลอาหารแล้วส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับเพิ่มขึ้น พบว่า กิจกรรมการปรับปรุงสุขาภิบาลอาหารประชุมกลุ่มย่อย การค้นหาปัญหา และแก้ไขปัญหาาร่วมกันของผู้ประกอบการจำหน่ายอาหาร เป็นจุดเริ่มต้นของการกระตุ้นให้เกิดความตระหนักและการปรับปรุงสุขาภิบาลอาหารในร้านจำหน่ายอาหารของตนเองได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัย เรื่องการจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยพบว่าปัญหาจากการวิจัยในครั้งนี้ที่ผู้ประกอบการร้านอาหารยังปฏิบัติได้ไม่เป็นไปตามข้อกำหนดสุขาภิบาลอาหารด้านกายภาพคือ 1. มูลฝอย และน้ำเสียทุกชนิด ได้รับการกำจัดด้วยวิธีที่ถูกหลักสุขาภิบาล 2. ผู้สัมผัสอาหารแต่งกายสะอาด สวมเสื้อมีแขน ผู้ปรุงต้องผูกผ้ากันเปื้อนที่สะอาด สวมหมวกหรือเน็ตคลุมผม 3. ผู้สัมผัสอาหารต้องล้างมือให้สะอาดก่อนเตรียมปรุง ประกอบ จำหน่ายอาหารทุกครั้ง ใช้อุปกรณ์ในการหยิบจับอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้วทุกชนิด จึงมีข้อเสนอแนะจากการวิจัยดังนี้

1. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเรื่องการจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อประกอบการพิจารณาจัดทำโครงการด้านสุขาภิบาลอาหารที่เหมาะสมให้กับผู้ประกอบการร้านอาหาร ต่อไป

ผลของการวิจัยครั้งนี้ทำให้ทราบว่าผู้ที่ผู้ประกอบการร้านอาหารปัจจัยส่วนบุคคลด้านรายได้ และประสบการณ์รวมถึงปัจจัยด้านความรู้การสุขาภิบาลอาหารเกี่ยวกับการเกิดโรค การควบคุมป้องกันโรค โภชนาการอาหารและทัศนคติต่อการประกอบอาหาร มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลาให้เป็นไปตามข้อกำหนดสุขาภิบาลอาหารด้านกายภาพสำหรับร้านอาหารของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ดังนั้นจึงควรมีการให้ความรู้ สร้างความเข้าใจให้กับผู้ประกอบการร้านอาหารได้ตระหนักถึงความสำคัญของการจัดการสุขาภิบาลอาหารให้มาก ด้วยการจัดการด้านความรู้ให้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นการตรวจประเมินมาตรฐานการจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในพื้นที่ การจัดอบรมให้ความรู้ การมอบป้ายประกาศให้กับร้านอาหารที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ การส่งเสริมให้ผู้ประกอบการร้านอาหารได้มีส่วนร่วมในการจัดมหกรรมอาหารเพื่อส่งเสริมสนับสนุนผู้ผลิตปลอดภัย อาหารผู้บริโภคปลอดภัย

ผลจากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะได้นำผลของงานวิจัยไปมอบให้กับทางหน่วยงาน โดยผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลเมืองศีลา จังหวัดขอนแก่น ที่ท่านได้ให้ความอนุเคราะห์ผู้วิจัยได้ใช้พื้นที่ในการทำวิจัยครั้งนี้ เพื่อเป็นแนวทางให้กับพื้นที่ได้ใช้ข้อมูลจากการวิจัยในการพัฒนาคุณภาพงาน การวางแผนงานและการจัดตั้งงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานของท้องถิ่นด้านสุขาภิบาลอาหาร ให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ประกอบการร้านอาหารและเป็นไปตามข้อกำหนดสุขาภิบาลอาหารอันจะนำไปสู่ประโยชน์สูงสุดของผู้บริโภคในลำดับต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรวิจัยเรื่อง ความคาดหวังของประชาชนต่อการจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น
2. ควรวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพการจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น
3. ควรวิจัยเรื่อง แนวทางพัฒนาการจัดการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองศีลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น

เอกสารอ้างอิง

- Ban, Giram et al. Food sanitation improvement campaign for food shops and stalls in Nong Khai province Khon Kaen : Khon Kaen University.2018
- Khon Kaen Provincial Public Health Office, 2014 Food Sanitation Division. (1st ed.). Bangkok: HRP Prince and Training Co., Ltd.; 2016
- Kessuda Jindaphan. (2023) . Awareness of the Clean and Delicious Food Project and the Treatment of Food Sanitation Requirements by Restaurant Operators Kalasin Municipality, Mueang District, Kalasin Province: Mahasarakham University Sila Municipality Khon Kaen province.
- Office of Food and Water Sanitation. (2018) . *Academic Manual for Entrepreneurship Training Course Food Contact Training Course*. Nonthaburi : Food and Water Sanitation Bureau, Department of Health, Ministry of Public Health, (21-45).
- Theerawut Ekakul. (2006) . Food and Water Sanitation Bureau. Nonthaburi: Office of Food and Water Sanitation, Department of Health, Ministry of Public Health; 2013

การศึกษาความต้องการจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพด้านการวิจัยของบุคลากร
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี

Need Assessment to Develop Research Potential of Personnel of the Office
of Disease Prevention and Control 10, Ubon Ratchathani

ทศพงษ์ บุระมาน*

Thossaphong Buramarn

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

The Office of Disease Prevention and Control 10, Ubon Ratchathani

(Received: June 24, 2023; Revised: August 13, 2024; Accepted: August 21, 2024)

บทคัดย่อ

การศึกษาความต้องการจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพด้านการวิจัยของบุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพด้านวิจัยของบุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี และเพื่อเรียงลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพด้านการวิจัยของบุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรจากขนาดกลุ่มตัวอย่างตามตาราง Krejcie & Morgan ที่ความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 145 คน จากนั้นได้ดำเนินการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ โดยสุ่มจากบุคลากรแต่ละกลุ่มงาน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันและความคาดหวังที่ต้องการให้เกิดขึ้นของบุคลากร ในการพัฒนาศักยภาพด้านการวิจัย และส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะของผู้ตอบแบบสอบถามสำหรับการพัฒนาศักยภาพด้านวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า ข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 56.55 อยู่ในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข มากที่สุดจำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 44.14 ความต้องการจำเป็นในการพัฒนาตนเองด้านวิจัยของบุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า มีความต้องการจำเป็นเกือบทุกด้าน แสดงให้เห็นถึงช่องว่างระหว่างสภาพที่เป็นอยู่กับสภาพที่คาดหวังในปัจจุบัน เมื่อนำมาเรียงลำดับความสำคัญ เมื่อใช้ดัชนีค่า $PNI_{modified}$ พบว่า ด้านที่มีความต้องการจำเป็นสูงที่สุด คือ ด้านการศึกษาดูงาน ข้อเสนอแนะจากการศึกษาในครั้งนี้ คือ สร้างรูปแบบ/แนวทาง สำหรับการพัฒนาสมรรถนะทางด้านการทำวิจัย จากผลจากการศึกษาความต้องการจำเป็นในด้านศึกษาดูงาน

คำสำคัญ : ความต้องการจำเป็น, พัฒนาศักยภาพ, ศักยภาพด้านการวิจัย

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: itisbenz@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์: 080-350-6095)

Abstract

This study examined need assessment for enhancing research capacity among personnel at the Office of Disease Prevention and Control 10, Ubon Ratchathani and also prioritizing the needs. The samples consisted of 145 personnel selected based on the Krejcie & Morgan table with a 95% confidence level. Stratified random sampling was conducted from each work group. The study tool comprised three sections: Section 1 collected general information about the respondents; Section 2 contained a questionnaire on the current situation and expectations for enhancing research capacity; and Section 3 gathered respondents' suggestions for research capacity development.

The findings revealed that the majority of respondents were female, with 82 participants (56.55%), and most of them held the position of public health technical officer, totaling 64 participants (44.14%). The assessment of essential needs for research development among personnel at the Office of Disease Prevention and Control 10, Ubon Ratchathani indicated the significant needs across nearly all areas, highlighting a gap between the current state and the desired state. When prioritizing the needs using the $PNI_{modified}$ index, the area with the highest demand was job-shadowing. Recommendations from this study include developing models and guidelines for improving research competencies based on the identified needs for job-shadowing.

Keywords : Need assessment, Capacity development, Research potential

บทนำ

ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน ได้แก่ 1) Prevention & Promotion Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและความป้องกันโรคเป็นเลิศ) 2) Service Excellence (บริการเป็นเลิศ) 3) People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ) และ 4) Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศ) ได้มีแผนงานโครงการเกี่ยวกับการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านการวิจัย เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ นวัตกรรม เทคโนโลยี ของประเทศไทย (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) ประกอบกับแผนพัฒนาด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศไทยในระยะ 20 ปี มีวิสัยทัศน์ว่า “ประชาชนจะได้รับการป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพตามมาตรฐานสากล ภายในปี 2580” โดยมีพันธกิจหลัก คือ การสร้างผลงานวิชาการผ่านการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ นวัตกรรม และเทคโนโลยี เพื่อเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพของประชาชน นอกจากนี้ยังมีการกำหนดและพัฒนานโยบายและมาตรฐานคุณภาพในการดำเนินงาน รวมถึงการเผยแพร่และถ่ายทอดความรู้ นวัตกรรม เทคโนโลยี ซึ่งการวิจัยและพัฒนาเป็นส่วนสำคัญในแผนพัฒนาด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ เนื่องจากมีบทบาทในการสร้างองค์ความรู้ นวัตกรรม และเทคโนโลยีใหม่ ๆ เพื่อช่วยในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การวิจัยและพัฒนาช่วยให้สามารถค้นพบวิธีการใหม่ ๆ ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ ออกแบบนโยบายและมาตรการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมถึงการปรับปรุงมาตรฐานการบริการและคุณภาพ

ในการดำเนินงาน เพื่อให้สามารถป้องกันและควบคุมโรคได้ดียิ่งขึ้น (กองนวัตกรรมและวิจัย กรมควบคุมโรค, 2562)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานีเป็นหน่วยงานในสังกัดกรมควบคุมโรค ซึ่งรับผิดชอบในการป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 หน่วยงานส่งเสริมและให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพด้านวิจัยของบุคลากร และมีตัวชี้วัดการปฏิบัติราชการที่เน้นที่การดำเนินงานพัฒนางานวิจัย ซึ่งสถานการณ์งานวิจัยของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2566 มีโครงการวิจัย 4 เรื่อง ดำเนินการแล้วเสร็จ 1 เรื่อง ปีงบประมาณ 2566 มีโครงการวิจัย 3 เรื่อง ดำเนินการแล้วเสร็จ 1 เรื่อง และยังพบว่า จากปีงบประมาณ 2564-2566 ที่ผ่านมา มีโครงการวิจัยที่ยกเลิกโครงการถึง 4 เรื่อง ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 60 (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี, 2566)

ถึงแม้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี จะมีการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพด้านการวิจัยอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังไม่สอดคล้องกับความต้องการจริงของบุคลากรภายในองค์กร ซึ่งทำให้การดำเนินงานด้านการวิจัยไม่สามารถบรรลุเป้าหมายตามที่คาดหวัง การพัฒนาศักยภาพด้านการวิจัยจึงถือเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับหน่วยงาน เพื่อให้การดำเนินงานและการสร้างองค์กรที่เป็นแหล่งเรียนรู้ด้านการวิจัยประสบความสำเร็จ หน่วยงานจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับบุคลากรที่มีความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่เหมาะสมกับงานวิจัย การมีบุคลากรที่มีศักยภาพสูงจะช่วยให้หน่วยงานสามารถบรรลุเป้าหมายในการวิจัยและพัฒนาต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ในการศึกษาความต้องการด้านการวิจัย ผู้วิจัยได้เลือกใช้วิธีการประเมินความต้องการจำเป็น ซึ่งถือเป็นกระบวนการที่สำคัญสำหรับการวางแผนอย่างมีประสิทธิภาพตามที่ (สุวิมล ว่องวานิช, 2558) ได้ชี้ให้เห็นว่าการประเมินนี้มีความสำคัญต่อการวางแผนอย่างครบวงจรและสามารถให้ผลลัพธ์ที่ตรงตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ การประเมินความต้องการจำเป็นนี้ช่วยให้การวางแผนมีทิศทางที่ชัดเจน และสามารถตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของบุคลากร ทำให้การดำเนินงานมีโอกาสสูงที่จะประสบความสำเร็จตามที่มุ่งหวัง นอกจากนี้ ข้อมูลที่ได้จากการประเมินสามารถใช้เป็นฐานในการวัดความสำเร็จของการดำเนินงาน ช่วยให้นักประเมินสามารถเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่ได้กับเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้อย่างแม่นยำ การประเมินความต้องการจำเป็นยังเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้การวางแผนการปฏิบัติสามารถเลือกทางเลือกที่เหมาะสมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้การใช้ทรัพยากรเป็นไปอย่างคุ้มค่าและมีการตรวจสอบผลลัพธ์ที่ชัดเจน ซึ่งส่งผลให้การดำเนินงานสามารถดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นไปตามความคาดหวัง

แนวทางการประเมินนี้สามารถนำมาประยุกต์กับการศึกษาของ (เมธิกา พ่วงแสง, 2560) ซึ่งได้ศึกษาความต้องการจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพด้านการวิจัยของบุคลากรสายวิชาการ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร การศึกษานี้มีขอบเขตที่ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ (1) การบริหารจัดการด้านการวิจัย (2) การศึกษาต่อ (3) การฝึกอบรม/สัมมนา (4) การศึกษาดูงาน (5) สิ่งอำนวยความสะดวกในการสนับสนุนและส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพด้านการวิจัย (6) การให้ความช่วยเหลือและการบริการข้อมูลข่าวสารในการพัฒนาศักยภาพด้านการวิจัย และ (7) สมรรถนะด้านความรู้และทักษะการทำวิจัย การศึกษานี้มีบริบทที่คล้ายคลึงกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี จึงสามารถใช้เป็นกรอบในการวางแผนและพัฒนาศักยภาพด้านการวิจัยของบุคลากรในหน่วยงานดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

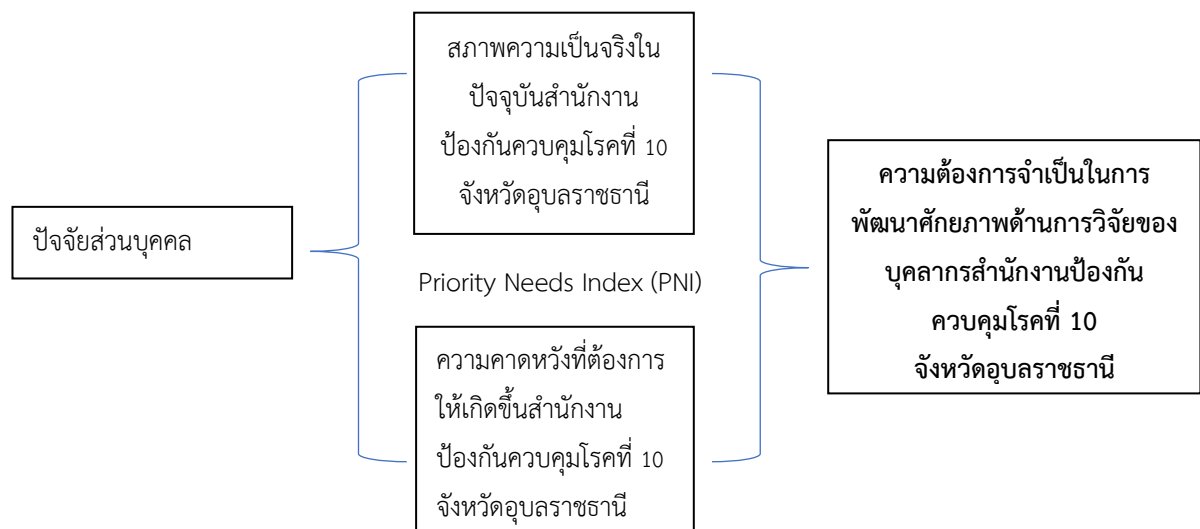
ด้วยสถานการณ์ที่กล่าวมาเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพด้านการวิจัยของบุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี การส่งเสริมและสนับสนุนนั้นควรมาจากความต้องการจริงของบุคลากร เพื่อให้การกิจการวิจัยสามารถสำเร็จตามเป้าหมายได้ ซึ่งสิ่งสำคัญ คือ ศักยภาพด้านวิจัยของบุคลากรที่มีความพร้อมไปด้วยความรู้ ทั้งทางวิชาการและทักษะ และเจตคติที่ดีต่อการปฏิบัติงานในด้านดังกล่าว การประเมินความต้องการจำเป็น จึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการวางแผนและมีประโยชน์มาก ในการทำให้การวางแผนมีทิศทางที่เป็นไปได้และมีโอกาสสำเร็จตามเป้าหมาย นอกจากนี้การประเมินความสามารถในการวางแผนการปฏิบัติได้ทางเลือกที่เหมาะสมเป็นเทคนิคที่ช่วยในการใช้ทรัพยากร ในการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ คำนวณและสามารถตรวจสอบได้ ดังนั้น จึงเห็นได้ชัดว่าการพัฒนาศักยภาพด้านการวิจัยของบุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานีเป็นสิ่งจำเป็นและควรได้รับความสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในอนาคตเพื่อให้การทำงานทางวิจัยขององค์กรเจริญก้าวหน้าไปในทิศทางที่ดีขึ้นต่อไป การประเมินความต้องการจำเป็นจึงส่งผลให้แผนการดำเนินงานทางด้านการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี เป็นแผนบรรลุจุดหมาย ถือเป็นรากฐานของการพัฒนาหน่วยงานที่มีทรัพยากรอยู่อย่างจำกัด ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาความต้องการจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพด้านการวิจัยของบุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการจำเป็นในการพัฒนาตนเองด้านวิจัยของบุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อเรียงลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพด้านการวิจัยของบุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ใช้วิธีเรียงลำดับความความต้องการจำเป็นซึ่ง สุวิมล ว่องวานิช, 2548 ได้สร้างดัชนี ชื่อว่า Priority Need Index (PNI) มาใช้ในการศึกษาในครั้งนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถาม ระยะเวลาในการทำการศึกษาคือ ตุลาคม 2566 – เมษายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ บุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 227 คน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 145 คน โดยใช้วิธีการเปิดตัวอย่างสำเร็จรูปของ Krejcie & Morgan (1970) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% หรือมีความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้น 5% การเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการ สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) ซึ่งเป็นการสุ่มตัวอย่างในกลุ่มงาน จำนวน 14 กลุ่มงาน หลังจากนั้นทำการคำนวณหาสัดส่วนของขนาดตัวอย่างจากประชากรที่แบ่งเป็นกลุ่มไว้แล้วอีกครั้งหนึ่ง และทำการสุ่มโดยใช้วิธีการสุ่มแบบบังเอิญ โดยหาสัดส่วนของประชากรแต่ละกลุ่มงาน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

- 1) บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
- 2) มีประสบการณ์ในด้านการวิจัยในระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน
- 3) บุคลากรที่มีความสนใจและยินดีเข้าร่วมการศึกษาโดยการให้ข้อมูลผ่าน Google form

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

- 1) บุคลากรที่ไม่ได้ปฏิบัติงานในสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
- 2) มีประสบการณ์ในด้านการวิจัยในระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน
- 3) บุคลากรที่ไม่สนใจและไม่ยินดีเข้าร่วมการศึกษาโดยการให้ข้อมูลผ่าน Google form

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยประยุกต์เครื่องมือจาก เมธิกา พ่วงแสง ได้ทำการศึกษา เรื่อง การศึกษาความต้องการจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพด้านวิจัยของบุคลากรสายวิชาการ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความต้องการจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพด้านวิจัยของบุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย 7 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการบริหารจัดการด้านการวิจัย	จำนวน	5	ข้อ
2. ด้านการศึกษาต่อ	จำนวน	5	ข้อ
3. ด้านการฝึกอบรม/สัมมนา	จำนวน	5	ข้อ
4. ด้านการศึกษาดูงาน	จำนวน	4	ข้อ
5. ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกในการสนับสนุนส่งเสริม การพัฒนาศักยภาพด้านการวิจัย	จำนวน	4	ข้อ
6. ด้านการให้ความช่วยเหลือและการบริการข้อมูลข่าวสาร ในการพัฒนาศักยภาพด้านการวิจัย	จำนวน	4	ข้อ
7. ด้านสมรรถนะด้านความรู้และทักษะการทำวิจัย	จำนวน	5	ข้อ

แบ่งเป็น 2 ตอน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 สอบถามสภาพที่เป็นจริงในปัจจุบันของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
ในการพัฒนาศักยภาพด้านการวิจัยของบุคลากร โดยมีลักษณะเป็น 5 ระดับ

สภาพที่เป็นจริงในปัจจุบัน	1	=	ตามสภาพจริงน้อยที่สุด
	2	=	ตามสภาพจริงน้อย
	3	=	ตามจริงปานกลาง
	4	=	ตามสภาพจริงมาก
	5	=	ตามสภาพจริงค่อนข้างมาก

ตอนที่ 2 สอบถามสภาพที่ท่านคาดหวังที่ต้องการให้เกิดขึ้นในการพัฒนาศักยภาพด้านการวิจัยของ
บุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีลักษณะเป็น 5 ระดับ

สภาพความคาดหวังที่ต้องการให้เกิดขึ้น	1	=	คาดหวังน้อยที่สุด
	2	=	คาดหวังน้อย
	3	=	คาดหวังปานกลาง
	4	=	คาดหวังมาก
	5	=	คาดหวังมากที่สุด

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะของผู้ตอบแบบสอบถามสำหรับการพัฒนาศักยภาพด้านวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. วิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) หาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC จากความคิดเห็น
ของผู้เชี่ยวชาญ โดยค่า IOC จะต้องมีความมากกว่า 0.5

2. วิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค
Cronbach's Alpha

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป หาค่าสถิติเชิงพรรณนา
(Descriptive Statistics) ดังนี้

ข้อมูล ส่วนที่ 1 นำข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ทำการวิเคราะห์โดยหาค่าความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) และนำเสนอข้อมูลในรูปแบบของตารางประกอบการพรรณนา มีลักษณะเป็นแบบสำรวจรายการ (Check list)

ข้อมูล ส่วนที่ 2 นำข้อมูลสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันและความคาดหวังที่ต้องการให้เกิดขึ้นของบุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี ในการพัฒนาศักยภาพด้านการวิจัย วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) มีลักษณะเป็นแบบมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale)

และนำข้อมูลมาจัดเรียงลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นโดยใช้หลักการประเมินความต้องการจำเป็นที่ใช้โมเดลความแตกต่าง ซึ่งมีการรวบรวมข้อมูลระดับสภาพที่คาดหวังที่ต้องการให้เกิดขึ้น (I = Importance) และระดับสภาพความเป็นจริงในปัจจุบัน (D = Degree of Success) โดยใช้สูตรจัดลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็น ด้วยวิธี Priority Needs Index (PNI) หาค่าผลต่างของ (I-D) แล้วหารด้วย D เพื่อควบคุมขนาดของความต้องการจำเป็นให้อยู่ในพิสัยที่ไม่กว้างมากเกินไป และให้ความหมายเชิงเปรียบเทียบ ดังนี้

$$PNI_{\text{modified}} = \frac{(I-D)}{D}$$

เมื่อ	I	หมายถึง	ระดับสภาพที่คาดหวังที่ต้องการให้เกิดขึ้น
	D	หมายถึง	ระดับสภาพความเป็นจริงในปัจจุบัน

เกณฑ์ในการแปลผล ค่าเฉลี่ย เป็นการแปลผล โดยพิจารณาจากโอกาสขอความเป็นไปได้ ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การประเมินไว้ 5 ระดับ โดยแต่ละระดับคุณภาพจะมีค่าเฉลี่ยเท่าๆ กัน ซึ่งผู้วิจัยใช้วิธีคำนวณสูตร $\frac{5-1}{5} = \frac{4}{5} = 0.80$ ได้ระดับคุณภาพ พิจารณาการจัดลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นโดยวิธีการเรียงค่าดัชนี PNI_{modified} จากมากไปน้อยโดยค่าดัชนี PNI_{modified} ที่มีค่าสูงแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการจำเป็นสูง ขณะที่หากค่าดัชนี PNI_{modified} มีค่าเป็น 0.00 หรือติดลบ แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีความต้องการจำเป็น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ออกแบบเครื่องมือโดยใช้ระบบออนไลน์ Google form ในการเก็บข้อมูล
2. ตั้งค่าการเข้าถึง Google form ให้เป็น “เฉพาะผู้ที่มีลิงก์” หรือ “เฉพาะผู้ที่มีบัญชี Google” เพื่อจำกัดการเข้าถึงข้อมูล
3. ผู้ที่ยินยอมให้ข้อมูลผ่าน Google form จะถือว่ายินยอมในการให้ข้อมูล
4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยการส่ง Link ให้กลุ่มตัวอย่างโดยตรงเท่านั้น
5. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและนำข้อมูลที่ได้จากระบบออนไลน์เพื่อเตรียมวิเคราะห์ข้อมูล
6. ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการเห็นชอบโดยสอดคล้องกับคำประกาศเฮลซิงกิ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB 2566 – 121 วันที่รับรอง 17 ตุลาคม 2566 ถึง 16 ตุลาคม 2567 กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตอบหรือปฏิเสธการให้ข้อมูลในครั้งนี้ได้ตามความสมัครใจโดยไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม ไม่เปิดเผยนามผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 56.55 เป็นเพศชาย จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 42.07 และ LGBTQ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.38

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ อายุระหว่าง 31-40 ปี จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 40.69 รองลงมา คือ อายุระหว่าง 31-40 ปี จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 26.95 และน้อยที่สุด อายุระหว่าง 21-30 ปี จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 11.72

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 97 คน คิดเป็นร้อยละ 66.9 รองลงมา คือ ระดับปริญญาโท จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 26.21 น้อยที่สุด ระดับปริญญาเอกจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.69 และระดับต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 6.21 ตามลำดับ

ผู้ตอบแบบสอบถามมีประสบการณ์การทำงานในสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี ส่วนใหญ่อายุงาน 15 ปีขึ้นไป จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 28.28 รองลงมา คือ อายุงาน 1-5 ปี จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 24.83 น้อยที่สุดอายุงานต่ำกว่า 1 ปี จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 7.59 และอายุงาน 11-15 ปี จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 18.62

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่อยู่ในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข มากที่สุด จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 44.14 รองลงมา คือ ตำแหน่งเทคนิคการแพทย์ จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 8.97 และตำแหน่งพยาบาล จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 5.52

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่สังกัดกลุ่มบริหารงานทั่วไป จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 17.24 รองลงมา คือ ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 10.1 จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 15.86 และ กลุ่มโรคติดต่อ จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 11.72

2. ความต้องการจำเป็นในการพัฒนาตนเองด้านวิจัยของบุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

สภาพความเป็นจริงในปัจจุบันกับสภาพความคาดหวังที่ต้องการให้เกิดขึ้นของบุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี ในการพัฒนาศักยภาพด้านการวิจัยในแต่ละด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันสูงที่สุด ได้แก่ ด้านการให้ความช่วยเหลือและการบริการข้อมูลข่าวสารในการพัฒนาศักยภาพด้านการวิจัย ($M = 3.17$, $S.D. = 0.88$) รองลงมา คือ ด้านการบริหารจัดการด้านการวิจัย ($M = 3.13$, $S.D. = 0.88$) และ ด้านการฝึกอบรม/สัมมนา ($M = 3.06$, $S.D. = 0.88$) ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ได้แก่ ด้านการศึกษาดูงาน ($M = 2.64$, $S.D. = 0.95$)

ส่วนค่าเฉลี่ยสภาพความคาดหวังที่ต้องการให้เกิดขึ้นสูงที่สุด ได้แก่ ด้านสมรรถนะด้านความรู้และทักษะการทำวิจัย ($M = 4.03$, $S.D. = 0.76$) รองลงมา คือ ด้านการบริหารจัดการด้านการวิจัย ($M = 4.02$, $S.D. = 0.74$) และ ด้านการให้ความช่วยเหลือและการบริการข้อมูลข่าวสารในการพัฒนาศักยภาพด้านการวิจัย ($M = 4.01$, $S.D. = 0.75$) ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ได้แก่ ด้านการศึกษาดูงาน ($M = 3.79$, $S.D. = 0.88$) ดังตาราง 1

ตาราง 1 ความต้องการจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพด้านการวิจัยของบุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี ในแต่ละด้าน (n=145)

รายด้าน	สภาพความเป็นจริงในปัจจุบัน			สภาพความคาดหวังที่ต้องการให้เกิดขึ้น		
	M	S.D.	ความหมาย	M	S.D.	ความหมาย
1. ด้านการบริหารจัดการด้านการวิจัย	3.13	0.88	ปานกลาง	4.02	0.74	มาก
2. ด้านการศึกษาต่อ	2.96	0.89	ปานกลาง	3.86	0.82	มาก
3. ด้านการฝึกอบรม/สัมมนา	3.06	0.88	ปานกลาง	3.99	0.76	มาก
4. ด้านการศึกษาดูงาน	2.64	0.95	ปานกลาง	3.79	0.88	มาก
5. ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกในการสนับสนุนส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพด้านการวิจัย	2.85	0.94	ปานกลาง	3.93	0.87	มาก
6. ด้านการให้ความช่วยเหลือและการบริการข้อมูลข่าวสารในการพัฒนาศักยภาพด้านการวิจัย	3.17	0.88	ปานกลาง	4.01	0.75	มาก
7. ด้านสมรรถนะด้านความรู้และทักษะการทำวิจัย	2.97	0.74	ปานกลาง	4.03	0.76	มาก

2. การเรียงลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพด้านการวิจัยของบุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

จัดลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพด้านการวิจัยของบุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อแสดงถึงความสำคัญของสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันและสภาพที่คาดหวังที่ต้องการให้เกิดขึ้นด้วยดัชนีค่า $PNI_{modified}$ ซึ่งผลการศึกษา พบว่า ด้านที่มีความต้องการจำเป็นสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ด้านการศึกษาดูงาน ($PNI_{modified} = 0.44$) รองลงมา คือ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกในการสนับสนุนส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพด้านการวิจัย ($PNI_{modified} = 0.38$) และ ด้านสมรรถนะด้านความรู้และทักษะการทำวิจัย ($PNI_{modified} = 0.36$) ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีความต้องการจำเป็นต่ำที่สุด คือ ด้านการให้ความช่วยเหลือและการบริการข้อมูลข่าวสารในการพัฒนาศักยภาพด้านการวิจัย ($PNI_{modified} = 0.26$) ดังตาราง 2

ตาราง 2 การจัดเรียงความสำคัญของความต้องการจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพด้านการวิจัยของบุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี ในแต่ละด้าน (n=145)

รายด้าน	I	D	PNI	ลำดับ
1. ด้านการบริหารจัดการด้านการวิจัย	4.02	3.13	0.28	6
2. ด้านการศึกษาต่อ	3.86	2.96	0.30	4
3. ด้านการฝึกอบรม/สัมมนา	3.99	3.06	0.30	4
4. ด้านการศึกษาดูงาน	3.79	2.64	0.44	1
5. ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกในการสนับสนุนส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพด้านการวิจัย	3.93	2.85	0.38	2
6. ด้านการให้ความช่วยเหลือและการบริการข้อมูลข่าวสารในการพัฒนาศักยภาพด้านการวิจัย	4.01	3.17	0.26	7
7. ด้านสมรรถนะด้านความรู้และทักษะการทำวิจัย	4.03	2.97	0.36	3

อภิปรายผล

1. ความต้องการจำเป็นในการพัฒนาตนเองด้านวิจัยของบุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า มีความต้องการจำเป็นเกือบทุกด้าน แสดงให้เห็นถึงช่องว่างระหว่างสภาพที่เป็นอยู่ กับสภาพที่คาดหวังในปัจจุบัน การคาดหวังที่สูงมักสะท้อนถึงความต้องการการพัฒนาและการปรับปรุงในหลากหลายด้าน ตาม ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์ของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of Needs Theory) ในประเด็นที่ระบุว่า มนุษย์มีความต้องการและความต้องการมีอยู่เสมอไม่มีที่สิ้นสุดและความต้องการของคนมีลักษณะเป็นลำดับขั้น ความสำคัญกล่าวคือ เมื่อความต้องการในระดับต่ำได้รับการสนองแล้วความต้องการระดับสูงก็จะเรียกร้องให้มีการตอบสนอง (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2559) หากพิจารณาถึงสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านสมรรถนะด้านความรู้และทักษะการทำวิจัย แสดงให้เห็นว่า ความรู้และทักษะการทำวิจัยยังคงเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขและพัฒนา ซึ่งอาจเกิดจากหลายปัจจัย เช่น บุคลากรบางคนอาจไม่มีความรู้พื้นฐานที่เพียงพอในสาขาที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นอุปสรรคในการเข้าใจแนวคิดและทฤษฎีทางวิชาการที่ซับซ้อน และส่งผลต่อคุณภาพของงานวิจัย ขาดการฝึกอบรมและการศึกษาอย่างต่อเนื่อง การเข้าถึงทรัพยากรทางวิชาการที่จำกัด หรือขาดการสนับสนุนจากองค์กรในการพัฒนาทักษะเหล่านี้

การพัฒนาสมรรถนะด้านนี้จะช่วยให้บุคลากรสามารถทำงานวิจัยที่มีคุณภาพสูงขึ้น และสามารถนำความรู้ใหม่ ๆ มาใช้ในการพัฒนาองค์กรและสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ และหากพิจารณาความคาดหวังที่ต้องการให้เกิดขึ้นมากที่สุด คือ ด้านสมรรถนะด้านความรู้และทักษะการทำวิจัย สมรรถนะด้านความรู้และทักษะการทำวิจัยเป็นปัจจัยที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพของงานวิจัยและการสร้างสรรค์องค์ความรู้ใหม่ ๆ การมีสมรรถนะที่ดีในด้านนี้จะช่วยให้แก่นักวิจัยสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำเสนอผลงานที่มีคุณภาพ และมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การเรียงลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพด้านการวิจัยของบุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี เมื่อใช้ดัชนีค่า $PNI_{modified}$ ในการจัดเรียงลำดับความสำคัญ พบว่า ด้านที่มีความต้องการจำเป็นสูงสุด คือ ด้านการศึกษาดูงาน ทั้งนี้เนื่องจากนโยบายและการดำเนินงานด้านการพัฒนาศักยภาพด้านวิจัยของบุคลากรภายในหน่วยงานยังไม่ได้มีนโยบายการศึกษาดูงานนอกสถานที่ โดยจุดเด่นที่สำคัญของการศึกษาดูงาน จะช่วยผู้วิจัยได้เรียนรู้จากประสบการณ์จริง รู้เทคโนโลยีและแนวโน้มใหม่ ๆ รวมถึงเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมได้พบปะและสร้างความสัมพันธ์กับผู้เชี่ยวชาญและผู้ร่วมงานจากองค์กรอื่น ๆ ซึ่งเป็นประโยชน์ในการสร้างเครือข่ายและโอกาสในการร่วมมือกันในอนาคต สอดคล้องกับสมชาย ศรีสมบูรณ์ (2565) พบว่า โปรแกรมฝึกอบรมมีผลต่อการเพิ่มความรู้และทักษะด้านการวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขโดยเฉพาะในเรื่องของการออกแบบการวิจัย การเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล นอกจากนี้ยังพบว่าการสนับสนุนจากองค์กรและการมีทรัพยากรที่เพียงพอเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการพัฒนาศักยภาพด้านการวิจัย และความต้องการพัฒนาศักยภาพอีกด้านที่สำคัญ คือ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกในการสนับสนุนส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพด้านการวิจัย ก็มีความสำคัญเช่นกัน อาจเพราะว่าการมีทีมสนับสนุนทางเทคนิคที่มีความเชี่ยวชาญในการใช้เครื่องมือและซอฟต์แวร์วิจัยสามารถช่วยแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำในการใช้งานที่ถูกต้อง ซึ่งช่วยให้บุคลากรทำวิจัยได้อย่างราบรื่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรศักดิ์ เจริญสุข (2566) พบว่า การให้การสนับสนุนในรูปแบบของทุนวิจัย การฝึกอบรม และการให้คำปรึกษาจากนักวิจัยอาวุโสมีผลบวกต่อการพัฒนาศักยภาพของนักวิจัยรุ่นใหม่ โดยเฉพาะในด้านการเขียนบทความวิจัยและการนำเสนอผลงานวิจัยในเวทีวิชาการ นอกจากนี้ยังพบว่าการเข้าร่วมในเครือข่ายวิจัยมีผลบวกต่อการพัฒนาความสามารถในการวิจัยของนักวิจัยรุ่นใหม่ อีกทั้งการศึกษาของ Lee และ Bozeman เรื่อง "The Impact of Organizational Context on the Behavior of Research Scientists" พบว่า องค์กรที่ให้การสนับสนุนด้านสิ่งอำนวยความสะดวกและทรัพยากรสามารถเพิ่มผลผลิตของนักวิจัยและพัฒนาศักยภาพด้านการวิจัย และยังสอดคล้องกับ ฐณาพัชร วรพงศ์พัชร (2566) กล่าวว่า การรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพด้านเทคนิคและเป็นอิทธิพลทางตรงรวมทั้งคุณภาพการบริหารจัดการมีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการด้วย และสิ่งสนับสนุนที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งคือการประยุกต์ใช้ระบบเทคโนโลยีต่าง ๆ เพื่อให้บุคลากรที่ทำงานวิจัยสามารถเข้าถึงข้อมูลและสืบค้นได้อย่างรวดเร็ว

การนำผลการวิจัยไปใช้

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี และหน่วยงานที่มีบริบทใกล้เคียงกัน นำผลการวิจัยในครั้งนี้ไปใช้ในการวางแผนการพัฒนาบุคลากรด้านวิจัย ควรมีการสร้างหรือปรับปรุงนโยบายที่สนับสนุนการศึกษาดูงานนอกสถานที่ ให้สอดคล้องกับความต้องการของบุคลากร เช่น การจัดสรรงบประมาณ การกำหนดแนวทางปฏิบัติ ซึ่งอาจรวมถึงการเยี่ยมชมองค์กรหรือสถาบันที่มีชื่อเสียงด้านการวิจัย เพื่อให้บุคลากรได้เรียนรู้เทคโนโลยีและแนวโน้มใหม่ ๆ รวมถึงวิธีการทำงานและกระบวนการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

สร้างรูปแบบ/แนวทาง สำหรับการพัฒนาสมรรถนะทางการทำวิจัย จากผลจากการศึกษาความต้องการจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพการวิจัยของบุคลากร ในด้านศึกษาดูงาน เช่น 1. ศึกษาความต้องการเฉพาะในการศึกษาดูงานของบุคลากร เช่น การเข้าถึงข้อมูล, เทคนิคการวิจัยใหม่ ๆ 2. สร้างโปรแกรมที่เน้นการพัฒนาทักษะการวิจัยผ่านการศึกษาดูงาน และการเข้าร่วมกิจกรรมวิจัยที่เกี่ยวข้อง 3. สนับสนุนการศึกษาดูงานทั้งภายในและภายนอกองค์กร เช่น การส่งบุคลากรไปยังการประชุมวิชาการ หรือการศึกษาดูงานในสถาบันวิจัยที่มีชื่อเสียง 4. พัฒนากลไกในการติดตามและประเมินผลการศึกษาและการพัฒนาของบุคลากร และ 5. สนับสนุนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้ระหว่างบุคลากรผ่านการจัดสัมมนา Workshop หรือการประชุมประจำปี

เอกสารอ้างอิง

- กองนวัตกรรมและวิจัย กรมควบคุมโรค. (2562). แผนงานวิจัยด้านการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พ.ศ. 2562-2564. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค.
- ณฐาพัชร์ วรพงศ์พัชร์. (2566). แนวทางปรับปรุงคุณภาพการจัดบริการที่มีประสิทธิภาพสำหรับการให้บริการฝ่ายสนับสนุนสมาชิกธุรกิจทางตรงกลุ่มธุรกิจอาหารเสริมสุขภาพ ของสมาคมธุรกิจการขายตรงไทย หลังสถานการณ์โควิด19. *วารสารศิลปศาสตร์ มทร.ธัญบุรี*, 4(1), 16-25.
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. (2558). หลักพื้นฐานทางจิตวิทยาของอัมราฮัม มาสโลว์. <http://www.stou.ac.th/forum/page/Answer.aspx?indindex=144552>
- เมธิกา พ่วงแสง. (2560). การศึกษาความต้องการจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพด้านวิจัยของบุคลากรสายวิชาการ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร.
- สมชาย ศรีสมบูรณ์. (2565). การพัฒนาศักยภาพด้านการวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในประเทศไทย. *วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ*, 33(1), 45-60.
- สุวิมล ว่องวานิช. (2558). การวิจัยประเมินความต้องการจำเป็น. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- สุรศักดิ์ เจริญสุข. (2566). การพัฒนาศักยภาพด้านการวิจัยของนักวิจัยรุ่นใหม่ในหน่วยงานสาธารณสุข. *วารสารวิจัยการแพทย์และสาธารณสุข*, 35(1), 101-115.
- สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี. (2566). รายงานผลการดำเนินงานพัฒนานวัตกรรมและวิจัยของหน่วยงาน. กลุ่มพัฒนานวัตกรรมและวิจัย.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)* (หน้า 27–43). <https://waa.inter.nstda.or.th/stks/pub/2017/20171117-MinistryofPublicHealth.pdf>

Lee, Y. S., & Bozeman, B. (2005). *The impact of organizational context on the behavior of research scientists*. *Research Policy*, 34(6), 871-887.

คำแนะนำการส่งบทความ

คำแนะนำการเตรียมและส่งบทความ

กองบรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน (Journal of Council of Community Public Health : JCCPH) ขอเชิญสมาชิกสภาการสาธารณสุขชุมชน และผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการและวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ การสาธารณสุข การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาในวารสารอื่นและเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ผู้เขียนจะต้องสมัครเป็นสมาชิกของวารสารเพื่อความสะดวกในการส่งบทความวิชาการและวิจัย มีข้อเสนอ ดังนี้

ข้อกำหนดและชนิดของเรื่องจะตีพิมพ์

1. เป็นผลงานวิชาการ ประเภทบทความ ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ ทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การสาธารณสุข การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิจัยทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การสาธารณสุข การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและด้านอื่น ๆ 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 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน – ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 3.17 cm. ด้านขวา 2.54 cm. จำนวน 12 หน้า (ไม่รวมรายการอ้างอิง) และรายการอ้างอิงต้องไม่เกิน 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 กับชื่อผู้พิมพ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลักเพิ่มเบอร์โทรศัพท์และ e-mail ในส่วนล่างสุด
4. มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำ ต่อบทคัดย่อ
5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3–5 คำ)
6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16
7. การใช้ตัวเลขคำย่อและวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น 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, 5th 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 ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

ชื่อ - นามสกุล.....

ตำแหน่งทางวิชาการ

☐ ศาสตราจารย์ ☐ รองศาสตราจารย์ ☐ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ☐ อาจารย์

☐ นักวิชาการสาธารณสุข ☐ อื่น ๆ (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



JCCPH

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

Journal Of Council Of Community-Public Health



จัดพิมพ์โดย

สภาการสาธารณสุขชุมชน

88/20 อาคาร 5 ชั้น 5

ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข

ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี

จังหวัดนนทบุรี 11000

โทร. 02-591-9186

e-mail:the.jccph@gmail.com

วสช.



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