



Journal of Health Science and Community Public Health: JHSCPH

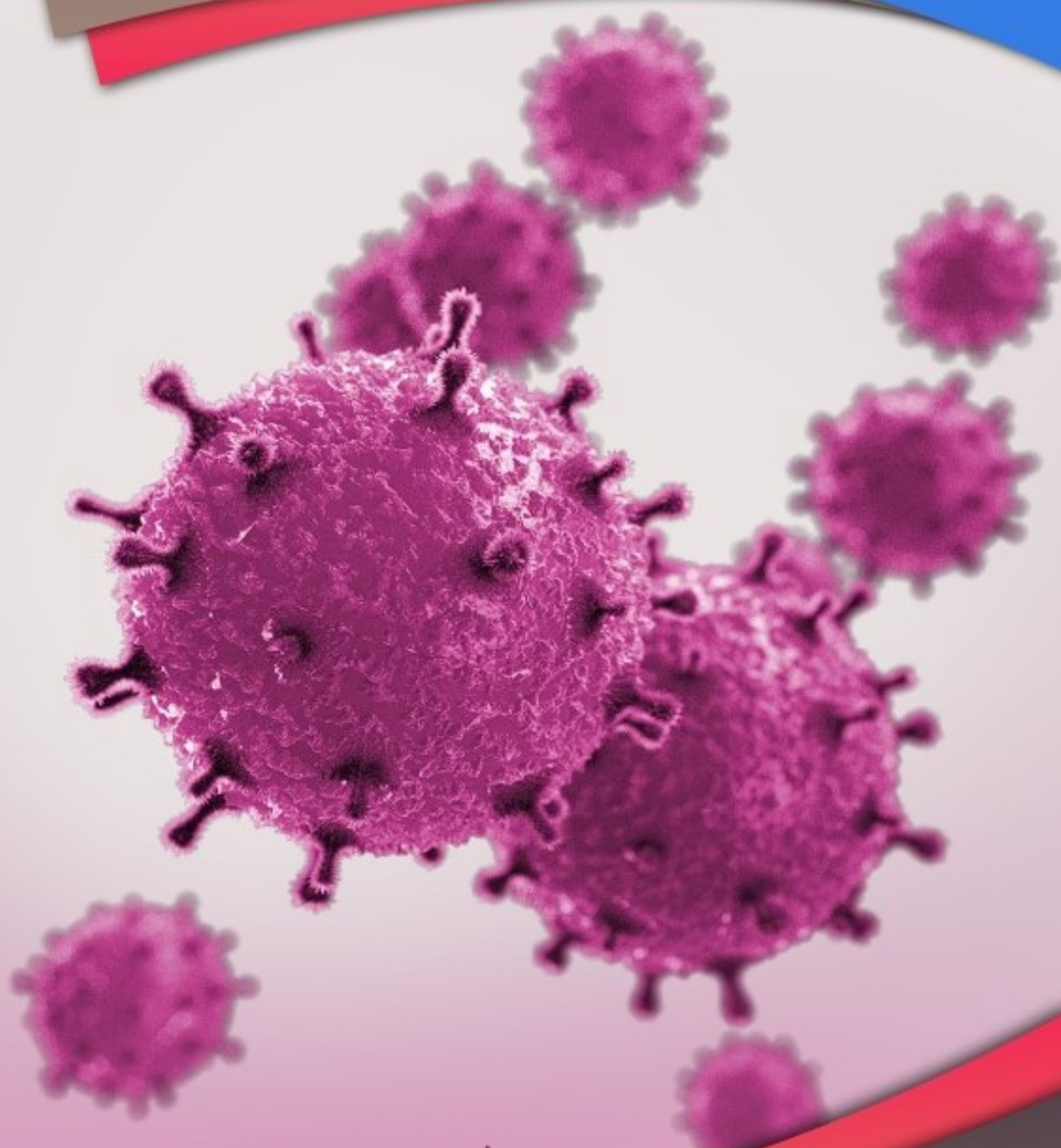
วารสาร

วิทยาศาสตร์สุขภาพ

และการสาธารณสุขชุมชน ปีที่ 3 ฉบับที่ 2

กรกฎาคม - ธันวาคม พศ. 2563

ISSN : 2651-1193



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

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ อันจะนำไปสู่การสร้างนวัตกรรมและองค์ความรู้ใหม่ด้านการดูแลสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิต
2. เพื่อเป็นสื่อกลางของบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข อาจารย์และนักศึกษาในการส่งเสริมการผลิตผลงานวิชาการและงานวิจัย
3. เพื่อตอบสนองพันธกิจหลักในการสร้างองค์ความรู้และเผยแพร่ผลงานวิชาการรวมทั้งงานวิจัยของสถาบันและเครือข่าย

ขอบเขตบทความตีพิมพ์

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

ประเภทของบทความ

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

สำนักงานกองบรรณาธิการ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

90/1 หมู่ 4 ถนนอนามัย ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000

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

E-mail: jhscph@scphkk.ac.th

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

คณะกรรมการที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.นพ.ศาสตรี เสาวคนธ์

นพ.วินิช เลหาพันธ์

นพ.ชูชัย ศรีขำ

อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

มหาวิทยาลัยบูรพา

ที่ปรึกษามูลนิธิหมอวินิช เลหาพันธ์

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

บรรณาธิการ

ดร.ธีรศักดิ์ พาจันท์

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

อีเมล: tphajan@gmail.com มือถือ: 098 1028159

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.วงศา เล้าหศิริวงศ์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	อีเมล: drwongsa@gmail.com	โทร:087-373-1199
รศ.ดร.สงครามชัย ลิ้มทองดี	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	อีเมล: songkramchai@gmail.com	โทร:08-0742-9991
รศ.ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	อีเมล: vorapoj_p2004@hotmail.com	โทร:081-873-6864
ผศ.ดร.ณัฐพงษ์ พัฒนพงษ์	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	อีเมล: nattapong@econ.tu.ac.th	โทร:08-9761-1252
ดร.กฤษณา วุฒิสินธุ์	มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์	อีเมล: kridsana.wu@ksu.ac.th	โทร:08-3023-9119
ผศ.ดร.กฤษณ์ ขุนศึก	มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์	อีเมล: kris.khunluek@gmail.com	โทร:08-0421-5777
ดร.ประเสริฐ ประสมรักษ์	มหาวิทยาลัยมหิดล	อีเมล: prasert.pra@mahidol.ac.th	โทร:08-8890-1302
ดร.อมรศักดิ์ โพธิ์อำ	มหาวิทยาลัยรามคำแหง	อีเมล: mornsak1.poum@gmail.com	โทร:081-972-6118
ดร.นภษา สิงห์วีธรรม	สถาบันพระบรมราชชนก	อีเมล: noppcha@hotmail.com	โทร:061-551-3399
Dr.Mya Thandar	University of Public Health, Yangon, Myanmar	อีเมล: myathandar72@gmail.com	โทร +9595004916
ดร.พิทยา ศรีเมือง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: phitthaya12@gmail.com	โทร:092-904-1874
ดร.สุทิน ขนบุญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: sutinchanabun@gmail.com	โทร:081-708-5954
ดร.ประทีป กาลเขว้า	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: kankhwao@hotmail.com	โทร:084-793-6265
ดร.สุพัฒน์ อาสนะ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: su_assana@yahoo.com	โทร:089-863-4616
ดร.กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: kritkantorn@gmail.com	โทร:084-684-3546
ดร.วรรณศรี แวงงาม	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: wanasri@scphkk.ac.th	โทร:085-005-8108
ดร.ลำพึง วอนอก	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: lampung@scphkk.ac.th	โทร:082-872-9878

ฝ่ายจัดการ

นายสุทธิพงษ์ อุพลเกียรติ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: suttipong.su@gmail.com	โทร:089-842-9616
น.ส.ธีราพร ศรีกัน	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: teeraporn@scphkk.ac.th	โทร:063-720-5846

บรรณาธิการแถลง

สวัสดีครับ วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 ประจำเดือน กรกฎาคม-ธันวาคม 2563 ซึ่งเป็นช่วงที่กำลังประสบกับสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระลอกที่ 2 ซึ่งทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยมีประสบการณ์ที่ดีในการควบคุม ป้องกันโรคที่ผ่านมา ดังนั้น เราทุกคนต้องร่วมแรง ร่วมใจ ในการป้องกันการระบาดอย่างเข้มข้น โดยเริ่มง่ายๆ จากตัวเราเอง เช่น สวมหน้ากากอนามัย ล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ และเว้นระยะห่างทางสังคม เป็นต้น เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อ

วารสารฉบับนี้มีเรื่องน่าสนใจหลายเรื่อง เช่น การพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านด้วยวิธีผสมผสานกับการให้คำปรึกษารอบครัว สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาที่มีภาวะเสี่ยงติดสารเสพติด ในเขตอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลงมุลเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น และความรอบรู้ทางสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดขอนแก่น เป็นต้น ซึ่งทุกผลงานผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ สามารถนำไปเป็นแนวทางการปฏิบัติและพัฒนางานได้เป็นอย่างดี คณะทำงานมีความมุ่งมั่นพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องและทันสมัย โดยนำบทความเข้าสู่เว็บไซต์ระบบการจัดการวารสารออนไลน์ (Thai Journals Online: ThaiJO) ผู้สนใจสามารถเข้าเว็บไซต์ <http://www.tci-thaijo.org> จากนั้นพิมพ์ชื่อ “วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน” คลิก Register เพื่อลงทะเบียนสมาชิก หรือคลิกที่ Online submissions เพื่อส่งบทความได้อย่างสะดวก ท้ายสุด คณะทำงานขอขอบพระคุณเจ้าของผลงานที่กรุณานำผลงานวิจัยมาตีพิมพ์เผยแพร่ และขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ทางวิชาการ เพื่อต่อยอด และพัฒนางานด้านสุขภาพ ต่อไป

ดร.ธีรศักดิ์ พาจันท์

บรรณาธิการ

ใบสมัครสมาชิกวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ (โปรดกาเครื่องหมาย ☒ ใน ☐ ตามที่ท่านต้องการ)

☐ ขอสมัครสมาชิกวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน จำนวน.....ปี (ปีละ 200 บาท)
ตั้งแต่วันที่.....เดือน..... ปี พ.ศ.....ถึงวันที่เดือน..... ปี พ.ศ.....
รวมเป็นเงิน.....บาท ตัวอักษร (.....)

☐ ขอต่ออายุสมาชิกวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน จำนวน.....ปี (ปีละ 200 บาท)
ตั้งแต่วันที่.....เดือน..... ปี พ.ศ.....ถึงวันที่เดือน..... ปี พ.ศ.....
รวมเป็นเงิน.....บาท ตัวอักษร (.....)

☐ ขอตีพิมพ์บทความวิจัย/วิชาการและจ่ายค่าตีพิมพ์ รวมเป็นเงิน.....บาท
ตัวอักษร (.....)

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท ตัวอักษร (.....)

ที่อยู่ในการจัดส่งวารสาร

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

ข้อแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

1. คำแนะนำสำหรับผู้เขียน (Instructions for the Authors)

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

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

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

1.3 กองบรรณาธิการจะพิจารณาต้นฉบับ (Manuscript) ตามข้อกำหนดของรูปแบบวารสารและส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขา (Peer review) จำนวนอย่างน้อย 2 ท่าน เป็นคนอ่าน

2. ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับ

2.1 ต้นฉบับหน้าเดียวบนกระดาษขนาด เอ 4 ความยาวไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ (รวมเนื้อหาทุกส่วน)

2.2 กรอบของข้อความ ขอบบน 3.5 ซม. ขอบล่าง 2.5 ซม. ขอบซ้าย 3.5 ซม. ขอบขวา 2.5 ซม.

2.3 ตัวหนังสือใช้ TH Sarabun ขนาด 16 point

3. การเรียงลำดับเนื้อหา

3.1 ชื่อเรื่อง (Title)

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

3.2 ชื่อผู้เขียน (Authors)

- ชื่อผู้เขียน (ทุกคน) ภาษาไทย – ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point ตัวธรรมดา จัดชิดขวา ได้ชื่อเรื่อง โดยระหว่างชื่อผู้เขียนคั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma ,)
- ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน ผู้เขียน ภาษาไทย – ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point ตัวธรรมดา จัดชิดซ้าย ท้ายบทความ

- E-mail address ของผู้พิมพ์ประสานงาน (Corresponding author) ท้ายบทคัดย่อ ต่อจากตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน

3.3 บทคัดย่อ (Abstract)

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

3.4 คำสำคัญ (Keyword)

- ให้พิมพ์ต่อย้ายบทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ 3 - 5 คำ ขนาด 16 point ตัวหนา (เฉพาะหัวข้อคำสำคัญ) ส่วนคำที่ใช้เป็นคำสำคัญ ตัวธรรมดา จัดชิดซ้าย

3.5 บทนำ (Introduction)

- บรรยายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้า งานวิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องวัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

3.6 วัตถุประสงค์การวิจัย (Objective)

- ระบุวัตถุประสงค์การวิจัยให้ชัดเจน สะท้อนถึงตัวแปรและความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับประเด็นที่ผู้วิจัยสนใจ

3.7 วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

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

3.8 ผลการวิจัย (Result)

- อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัยโดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบพร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์แล้วสรุปตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานที่ตั้งไว้

3.9 การอภิปรายผล (Discussion)

- การเขียนอภิปรายผล ในประเด็นหลักที่ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมแสดงเหตุผลสนับสนุนผลการวิจัย

3.10 ข้อเสนอแนะ

- ข้อเสนอแนะในการนำผลงานการวิจัยไปใช้ประโยชน์และหรือข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป สะท้อนถึงการต่อยอดหรือประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัย ต่อไป

3.11 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

3.12 เอกสารอ้างอิง (Reference)

- ใช้การอ้างอิงแบบตัวเลขตามระบบ Vancouver

- การอ้างอิงในเนื้อเรื่อง (In-text citation) ใช้ตัวเลขอารบิก แทนลำดับเอกสารที่อ้างอิง โดยใช้ตัวเลขเหนือบรรทัด (Superscript) ไว้ท้ายข้อความที่ต้องการอ้างอิง โดยไม่มีวงเล็บ หากต้องการอ้างอิงเอกสารที่เคยอ้างแล้วซ้ำอีกครั้ง ให้ใส่หมายเลขเดิมที่เคยอ้างไว้ครั้งแรก
- การอ้างอิงในเอกสารท้ายบทความ (Reference citation) เรียงตัวเลขตามลำดับที่อ้างอิง ตั้งแต่เลข 1 เป็นต้นไป จนครบทุกลำดับที่มีการอ้างอิงในเนื้อหา
- เอกสารที่อ้างอิงในเนื้อหาต้องตรงกับเอกสารอ้างอิงในเอกสารท้ายบทความ

ตัวอย่างการเขียนส่วนเอกสารอ้างอิง

1. บทความจากวารสารมาตรฐาน (Standard journal article)

1.1 กรณีผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma- ,)

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

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

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

2. บทความที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization as author)

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

3. หนังสือที่ผู้แต่งเป็นบุคคล

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

4. หนังสือที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization)

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

5. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม (Conference proceeding)

- การประชุมวิชาการคณะเทคนิคการแพทย์ประจำปี, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. การประชุมวิชาการคณะเทคนิคการแพทย์ ประจำปี พ.ศ. 2553 เนื่องในโอกาสเฉลิมพระเกียรติแห่งการบรมราชาภิเษก ปีที่ 60 และการเฉลิมพระชนมพรรษา; วันที่ 30 พฤศจิกายน - วันที่ 3 ธันวาคม 2553; ณ โรงแรมโลตัสปางสวนแก้ว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัย; 2553.
- JSPS-NRCT Core University Exchange System on Pharmaceutical Sciences, National Research Council of Thailand. Advance in research on pharmacologically active substances from natural sources; 1992 Dec 3-5, Holiday Garden Hotel, Chiang Mai. Chiang Mai: The University; 1992.

6. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation)

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

7. บทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

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

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

3.14 การส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์

- ให้ผู้เขียน ส่ง file ต้นฉบับในรูปแบบ Word document โดยนำบทความเข้าสู่เว็บไซต์ระบบการจัดการวารสารออนไลน์ (Thai Journals Online: ThaiJO) สามารถเข้าเว็บไซต์ <http://www.tci-thaijo.org> จากนั้นพิมพ์ชื่อ “วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน” คลิก Register เพื่อลงทะเบียนสมาชิก จากนั้นคลิกที่

Online submissions หรือส่งต้นฉบับมาที่กองบรรณาธิการวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Journal of Health Science and Community Public Health: JHSCPH) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
E-mail: jhscph@scphkk.ac.th

- วารสารที่ผ่านการพิจารณาจาก peer review ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพื่อการตีพิมพ์ จำนวน 2,500 บาท

การติดต่อบรรณาธิการวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน

ส่งถึง บรรณาธิการ วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร

จังหวัดขอนแก่น 90/1 หมู่ 4 ถนนอนามัย ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000

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

E-mail: jhscph@scphkk.ac.th Website: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/jhscph>

ติดต่อสอบถาม: ดร.ธีรศักดิ์ พาจันทร์ โทร 0-98102-8159, ดร.พิทยา ศรีเมือง โทร 0-92904-1874

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
การพัฒนาแบบการเยี่ยมบ้านด้วยวิธีผสมผสานกับการให้คำปรึกษาครอบครัว สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาที่มีภาวะเสี่ยงติดสารเสพติด ในเขตอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น Development Model of Home Visit with Integrated Approach of Family Counseling for Secondary School Students at Risk with Drugs Addiction in Nongruea District, Khonkaen Province พิศิษฐ์ โกจารย์ศรี	1
พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในชุมชนบ้านน้อยนาเวิน ตำบลโพธิ์เมืองน้อย อำเภอห้วยตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ Self-Care Behaviors of Risk Groups and Type II Diabetes Patients in Noi Na Woen Village, PhonMueangNoi Sub-District, Hua Taphan District, Amnat Charoen Province ญาณญาดา บัวขาว, กฤษฎาพร รุ่งโรจน์, ภูธเนศ รุ่งโรจน์, ประเสริฐ ประสมรักษ์, อำไพ ไสรส, พรพรรณ ประพัฒน์พงษ์	14
ความรอบรู้ทางสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดขอนแก่น Health Literacy of Medical Cannabis Use among Village Health Volunteers in Khon Kaen Province ภาณุชนาถ อ่อนไกล, กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์	28
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของนักเรียนมัธยมปลาย ในโรงเรียนเสลภูมิพิทยาคม จังหวัดร้อยเอ็ด Factors Associated with Nutritional Status of High School Students at Selaphum Phitthayakhom School, Roi Et Province ดลทิพย์ ศรีหมื่น, บุญร่วม แก้วบุญเรือง	39

เรื่อง	หน้า
ผลกระทบและปัญหาสุขภาพจิตหลังประสบอุทกภัยของประชาชนบ้านผักกาดหญ้า ตำบลนาเลิง อำเภอสลภูมิจังหวัดร้อยเอ็ด Effect and Mental Health Problems After the Flooding of People, Ban Phak Kat Ya, Maloeng Sub-District, Selaphum District, Roi Et Province दनयतेप पनरमा, सुपुनन जपपहवय	50
ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น Health Literacy of Pregnancy Protection for High School Students in Khon Kaen Province อจจนราพरण สอนจันทร, สุนน ชนะบุญ, ลำพอง วอนอก	60
พฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันสั่งซื้ออาหารผ่านทางโทรศัพท์มือถือของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น Behavior of Using Food Ordering Application Via Mobile Phone of Students at Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen Province กัญตปภา สุ่มมาตย์, เบญญภา กาละเขว้า	72
คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ Quality of Work Life of Personnel in Kaengkro Hospital, Chaiyaphum Province พ.จ.ต.วณท หัสจรรย์	83
การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงมูลเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ Development of Care Model for Type 2 Diabetes Patients with Who be Treated at Dong Mun Lek Health Promoting Hospital, Muang District, Phetchabun Province วณชฎา มะมะ	93
การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลโพธิสัย จังหวัดหนองคาย The Development Model to Support the Competencies of Nursing During Childbirth Among Staff Nurses in the Delivery Room, Phonphisai Hospital, Nong Khai Province ทณพภารณ แยมใส, นวลวรรณ ปูวอง, อรพมพ์ อุดชา	111

เรื่อง	หน้า
การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการสร้างงานวิจัยจากงานประจำ โรงพยาบาลพนพิสัย จังหวัดหนองคาย Personnel Potential Development in Creating Routine to Research, Phonphisai Hospital, Nong Khai Province ภรกต สุฝน, ชลการ ทรงศรี, นงเยาว์ อินทริวิเชียร	127
ความครอบคลุมและยืดหยุ่น : ประเด็นที่ควรถูกพิจารณาสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยตัวแบบเชิงเส้นน้อยทั่วไปในงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ Coverage and flexibility: Issues Should be Considered for Analyzing by Generalized Linear Model in Health Science Research พงษ์เดช สารการ, ภูลกร จำปาหวาย	144

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Reviewer) ประจำฉบับ

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1. รศ.ดร.ปาริชา นิพนพานนท์ | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 2. ผศ.ดร.กฤษณ์ ขุนล็ก | คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ
มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ |
| 3. ผศ.ดร.ชาญชัยณรงค์ ทรงศาศรี | คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ
มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ |
| 4. ผศ.ดร.อรรณวิทย์ สิงห์ศาลาแสง | คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา |
| 5. ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |
| 6. ดร.สุศักดิ์ เทียบฤทธิ์ | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |
| 7. ดร.สาโรจน์ นาคนู | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง |
| 8. ดร.พรพิมล ชูพานิช | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 9. ดร.วรรณภา สระทองหน | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุตรธานี |
| 10. ดร.สุพัฒน์ จำปาหวาย | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น |
| 11. ดร.สุพัฒน์ อาสนะ | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น |
| 12. ดร.ประทีป กาลเขว้า | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น |
| 13. ดร.พิทยา ศรีเมือง | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น |
| 14. ดร.วรวิมล ชมภูพาน | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น |
| 15. ดร.ลำพึง วอนอก | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น |
| 16. ดร.กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์ | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น |

การพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านด้วยวิธีผสมผสานกับการให้คำปรึกษารอบครัว สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาที่มีภาวะเสี่ยงติดสารเสพติด ในเขตอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น

พิศิษฐ์ โกจารย์ศรี¹

(วันที่รับบทความ: 11 มิถุนายน 2563; วันที่แก้ไข 20 ตุลาคม 2563; วันที่ตอบรับ 28 ตุลาคม 2563)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะเสี่ยงต่อการติดสารเสพติด ในโรงเรียนมัธยมศึกษา 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านด้วยวิธีผสมผสานกับการให้คำปรึกษารอบครัว นักเรียนที่มีภาวะเสี่ยงติดสารเสพติด และ 3) เพื่อศึกษาผลการเยี่ยมบ้านด้วยวิธีผสมผสานกับการให้คำปรึกษา ปัญหาครอบครัวสำหรับนักเรียนที่มีภาวะเสี่ยงติดสารเสพติด อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง เป็นครูประจำชั้นและครูฝ่ายปกครองในโรงเรียนมัธยมศึกษาในอำเภอหนองเรือ จำนวน 4 โรงเรียน จำนวนครู 16 คน นักเรียนที่มีภาวะเสี่ยงติดสารเสพติดที่กำลังเรียนในชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 45 คน ผู้ปกครอง นักเรียนจำนวน 45 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดำเนินการวิจัยโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามแนวคิดของ เคมมิส และแม็คแท็กการ์ด ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นวางแผน (Plan) ขั้นลงมือปฏิบัติ (Act) ขั้นสังเกตการณ์ (Observe) และขั้นสะท้อนผล (Reflect) เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสอบถามและแบบ บันทึกการเยี่ยมบ้านนักเรียนที่มีภาวะเสี่ยงติดสารเสพติด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า นักเรียนกลุ่มเสี่ยง จำนวน 45 คน มีการเสพยาบ้ามากที่สุด (ร้อยละ 100) และ อาศัยอยู่กับพ่อหรือแม่ที่มีการหย่าร้าง ร้อยละ 33.33 รูปแบบการเยี่ยมบ้านด้วยวิธีผสมผสานกับการให้คำปรึกษารอบครัวนักเรียนที่มีภาวะเสี่ยงติดสารเสพติด ประกอบด้วยขั้นการวางแผน (Plan) ได้แก่ 1) สํารวจ นักเรียนมีภาวะเสี่ยงติดสารเสพติด และ 2) วางแผนการดูแลนักเรียนที่มีภาวะเสี่ยงติดสารเสพติด ขั้นปฏิบัติตามแผน (Act) ได้แก่ 1) อบรมพัฒนาศักยภาพครูประจำชั้นและครูฝ่ายปกครอง ในการติดตามเยี่ยมนักเรียน ที่มีภาวะเสี่ยงโดยให้ความสำคัญกับครอบครัว (Family support) และ 2) ครูประจำชั้นและครูฝ่ายปกครอง สร้างปฏิสัมพันธ์อันดีระหว่าง นักเรียน ผู้ปกครอง และผู้นำชุมชน ในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการลด ละ เลิก ยาเสพติด โดยครูประจำชั้นและครูฝ่ายปกครองบันทึกการเยี่ยมบ้าน ขั้นสังเกตการณ์ (Observe) ได้แก่ สังเกต พฤติกรรมของนักเรียน พฤติกรรมการเสพ การให้คำปรึกษาของผู้ปกครอง รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคในการ ปฏิบัติตามแผน และขั้นสะท้อนผล (Reflect) ได้แก่ การถอดบทเรียนในการออกเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง นำไปสู่ แนวปฏิบัติที่ดีทั้งก่อนการเยี่ยมบ้าน ขณะเยี่ยมบ้าน และหลังเยี่ยมบ้านรวมทั้งการติดตามต่อเนื่อง ผลจากการ ดำเนินการพบว่านักเรียนกลุ่มเสี่ยงสามารถ ลด ละ เลิกยาเสพติดได้และเกิดความอบอุ่นในครอบครัว

คำสำคัญ: รูปแบบการเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษารอบครัว นักเรียนที่มีปัญหาติดสารเสพติด

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลหนองเรือ อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น,
E-mail: pisit.030111@gmail.com

Corresponding author: พิศิษฐ์ โกจารย์ศรี, E-mail: pisit.030111@gmail.com

Development Model of Home Visit with Integrated Approach of Family Counseling for Secondary School Students at Risk with Drugs Addiction in Nongruea District, Khonkaen Province

Pisit Gojarnsri¹

(Receive 11th June 2020; Revised: 20th October 2020; Accepted 28th October 2020)

Abstract

This action research aimed to; 1) study the situation of students at risk with drugs addiction in high schools; 2) develop a model with integrated approach of family counseling for students at risk with drugs addiction; and 3) evaluate the developed model in Nongruea District, Khonkaen Province. Participants were 16 teachers (class teachers and administrative teachers from 4 secondary schools), 45 students (who were at risk with drugs addiction), 45 parents of students, and also public health workers. The research included 4 steps, following Kemmis & Mc Taggart concept of action research, covering: Plan; Act; Observe; and Reflect. Data were collected through questionnaire and home visit note of students at risk with drugs addition. Data were analyzed by descriptive statistics linked to quantity, percent, mean and standard deviation, and also content analysis.

The results revealed that all 45 student participants used to use amphetamine (100%) and some lived with their divorced parents 33.33%. The developed model of home visit included: 1) Plan: surveying of students at risk with drugs addiction and planning for looking after the students and their families; 2) Act: training of the teachers focusing on monitoring of home visit and family support, and also providing counseling to students, students' parents and community leaders and also taking note for home visit by the teachers; 3) Observe: observing reaction of students, behavior of drugs use of students, parents' counseling, and also drawbacks of the plan set; 4) Reflect: learning via lessons learnt of each home visit. This process led to be a good practice of before, during and after home visit and also home visit monitoring. After conducting this research, there were benefits linked to decreasing and stopping using drugs and increasing happy and warm families in the community.

Keywords: Home Visit Model, Family Counseling, Students at risk with drugs addiction

¹Registered Nurse, Professional Level, Nongruea Hospital, NongRuea, Khon Kaen

E-mail: pisit.030111@gmail.com

Corresponding author: Pisit Gojarnsri, E-mail: pisit.030111@gmail.com

บทนำ

ปัญหาสารเสพติดยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่กระทบต่อความมั่นคงของชาติ ซึ่งทุกหน่วยงานที่รับผิดชอบมีการดำเนินงานด้านการป้องกัน แก่ไขและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องและเข้มแข็ง แต่พบว่าปัญหาสารเสพติดยังไม่หมดไปจากสังคมไทยแต่กลับมีผู้ค้าผู้เสพยาใหม่เกิดขึ้นอยู่เรื่อยๆ ที่สำคัญอย่างหนึ่งคือในผู้ค้าและผู้เสพยาใหม่นั้นส่วนหนึ่งเป็นเยาวชน ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ในปี 2562 จังหวัดขอนแก่นมีนักเรียนระดับมัธยมศึกษาทั้งสิ้น 83,079 ราย มีนักเรียนเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติดจำนวน 991 ราย เกี่ยวข้องกับยาเสพติดประเภทยาบ้า จำนวน 152 ราย ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาส่วนใหญ่เป็นเยาวชนอายุ 15-19 ปี ผู้ผ่านการบำบัดรักษายังคงมีพฤติกรรมที่ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด ปัจจุบันผู้ค้าจะติดต่อซื้อ-ขายโดยผ่านระบบ (Line, Facebook) และราคาลดลงอยู่ที่เม็ดละ 60-100 บาท ในอำเภอหนองเรือมีนักเรียนระดับมัธยมศึกษา จำนวน 3,257 ราย เกี่ยวข้องกับยาเสพติดจำนวน 45 ราย ซึ่งในจำนวนนี้มีเด็กและเยาวชนที่มีแนวโน้มเข้าไปมีพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับสารเสพติดเพิ่มมากขึ้น¹ ในพื้นที่อำเภอหนองเรือ ผู้ใช้สารเสพติดที่เข้ามาบำบัดรักษาที่เป็นเยาวชนและกำลังศึกษาในระบบจำนวน 45 ราย² โดยทั้งหมดได้เข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกใช้เวลา 120 วัน หลังจากผ่านระบบการบำบัดครบจะต้องได้รับการติดตามเยี่ยมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของแต่ละรพ.สต. ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่การติดตามเยี่ยมได้เพียงครั้งเดียวและขาดความร่วมมือกับสถานศึกษาในการติดตามอย่างต่อเนื่อง ทำให้ยังมีนักเรียนกลุ่มเสี่ยงในสถานศึกษาที่ยังไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างบูรณาการนักเรียนกลุ่มเสี่ยงนี้เป็นเยาวชนที่มีภูมิคุ้มกันชีวิตหรือความเข้มแข็งทางด้าน

จิตใจต่ำ จึงมักอ่อนไหวต่อสภาพแวดล้อมและสิ่งยั่วยุทางสังคมที่อาจก่อให้เกิดปัญหาได้ง่าย แท้จริงแล้วนักเรียนกลุ่มนี้ต้องการโอกาสในการพัฒนา ต้องการการเอาใจใส่ดูแล ต้องการความรักความเข้าใจทั้งจากครอบครัว ครู อาจารย์และกลุ่มเพื่อน

การป้องกันยาเสพติดเป็นภารกิจสำคัญของทุกภาคส่วน ปัจจุบันรัฐบาลได้ให้ความสำคัญต่อการแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยยุทธศาสตร์ 5 ร้วป้องกัน คือ ร้วชายแดน ร้วชุมชน ร้วสังคม ร้วโรงเรียน และร้วครอบครัว โดยมีหน่วยงานรับผิดชอบในแต่ละส่วนเพื่อตอบสนองยุทธศาสตร์ 5 ร้วป้องกันดังกล่าวได้พยายามบูรณาการทั้งกลวิธีและการปฏิบัติเพื่อป้องกันและปราบปรามปัญหายาเสพติดให้มีประสิทธิภาพที่สุด แนวทางที่ตืออย่างหนึ่งในการช่วยเหลือนักเรียนกลุ่มเสี่ยงได้คือการประสานความร่วมมือระหว่างโรงเรียนและครอบครัว เพื่อดูแลและเข้าถึงนักเรียนกลุ่มเสี่ยงอย่างแท้จริง วิธีการที่จะเริ่มต้นประสานความร่วมมือดังกล่าว ได้ก็คือการเยี่ยมบ้านนักเรียน ซึ่งนอกจากผู้ปกครองและครูอาจารย์จะได้มีความสัมพันธ์อันดีต่อกันแล้วยังเป็นการแสดงถึงความรักความห่วงใยของผู้ปกครองและครูที่มีต่อนักเรียน อีกทั้งยังช่วยให้ครูอาจารย์ที่ไปเยี่ยมบ้านได้รับรู้และเข้าใจปัญหาความต้องการของนักเรียน ได้ตรงตามความเป็นจริงด้วย ดังแนวคิดของ ลักขณา สรวิวัฒน์³ ที่กล่าวว่า การเยี่ยมบ้านจะทำให้มีโอกาสรอบสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ทางบ้านของรายการณที่ถูกรู้จัก อันนำไปสู่การรู้จักและเข้าใจในตัวเขามากขึ้น อีกทั้งครอบครัวจะเกิดความรู้สึกว่าโรงเรียนสนใจและเอาใจใส่ต่อนักเรียนและครอบครัวของนักเรียน ทั้งยังเป็นการช่วยสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างครอบครัวกับสถานศึกษา อันจะทำให้เกิดความร่วมมือที่เป็นประโยชน์ซึ่งกันและกันทุกฝ่าย ดังนั้น

ข้อมูลจากการเยี่ยมบ้านนี้จึงเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการพัฒนานักเรียนเป็นรายบุคคลจากทักษะเกี่ยวกับคุณค่าและประโยชน์ของการเยี่ยมบ้านข้างต้น เพื่อให้นักเรียนจากทุกครอบครัวได้เข้าสู่กระบวนการดูแลจากสถานศึกษาอย่างแท้จริง จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญของการเยี่ยมบ้านนักเรียนที่มีภาวะเสี่ยงติดสารเสพติด จึงได้พัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านด้วยวิธีผสมผสานการให้คำปรึกษารอบครัวสำหรับนักเรียนที่มีภาวะเสี่ยงติดสารเสพติดขึ้น เพื่อเป็นประโยชน์ในการป้องกันยาเสพติดสำหรับเยาวชนในโรงเรียนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะเสี่ยงต่อการติดสารเสพติดของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านด้วยวิธีผสมผสานกับการให้คำปรึกษารอบครัวนักเรียนที่มีภาวะเสี่ยงติดสารเสพติด อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น
3. เพื่อศึกษาผลการเยี่ยมบ้านด้วยวิธีผสมผสานกับการให้คำปรึกษาปัญหาครอบครัวสำหรับนักเรียนที่มีภาวะเสี่ยงติดสารเสพติด อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครู ประจําชั้นและครูฝ่ายปกครองจากโรงเรียนมัธยมศึกษาในอำเภอหนองเรือที่ดำเนินงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในโรงเรียน และผู้ปกครองของนักเรียนที่มีภาวะเสี่ยงติดสารเสพติด โดยระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่ มกราคม-เมษายน 2563

ขั้นเตรียมการวิจัย

1. ประชุมทีมวิจัยเพื่อหาแนวทางในการดำเนินงาน
2. ประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องกับการวิจัยเพื่อแจ้งให้พื้นที่ได้รับทราบพร้อมขออนุญาตใช้เป็นพื้นที่วิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล
3. เตรียมเครื่องมือสำหรับเก็บข้อมูลการวิจัย
4. เตรียมพื้นที่และผู้ช่วยในการวิจัย ทำหนังสือประสานงานไปยังผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ ผู้วิจัยลงพื้นที่เพื่อชี้แจงขั้นตอนและกระบวนการวิจัย
5. เตรียมข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมและใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในระยะเวลาของการวางแผน

ขั้นปฏิบัติการวิจัย

แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน โดยใช้กระบวนการ PAOR ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart⁴ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนวางแผน (Plan) ขั้นลงมือปฏิบัติ (Act) ขั้นสังเกตการณ์ (Observe) และขั้นสะท้อนผล (Reflect)

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan)
โดยมีวิธีการดังนี้

1.1 ศึกษาแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการเยี่ยมบ้านนักเรียน การให้คำปรึกษารอบครัว ยาเสพติดและปัญหานักเรียนกลุ่มเสี่ยงติดสารเสพติด

1.2 ประชุมสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านด้วยวิธีผสมผสานกับการให้คำปรึกษารอบครัวนักเรียนที่มีภาวะเสี่ยงติดสารเสพติด ประกอบด้วย ครู ประจําชั้นและครูฝ่ายปกครอง ตัวแทนนักเรียนกลุ่มเสี่ยง ผู้ปกครองของนักเรียนกลุ่มเสี่ยง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1.3 นำรูปแบบการเยี่ยมบ้านด้วยวิธีผสมผสานกับการให้การปรึกษาคอรัวนักเรียนที่มีภาวะเสี่ยงติดสารเสพติดให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาจากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งมีกิจกรรมที่สำคัญได้แก่

- 1) สํารวจนักเรียนมีภาวะเสี่ยงติดสารเสพติด
- 2) วางแผนการดูแลนักเรียนที่มีภาวะเสี่ยงติดสารเสพติด

ขั้นตอนที่ 2 ลงมือปฏิบัติ (Act) ตามแผนที่วางไว้ในขั้นตอนที่ 1 ประกอบด้วย

2.1 อบรมพัฒนาศักยภาพครูประจำชั้นและครูฝ่ายปกครอง ในการติดตามเยี่ยมนักเรียนที่มีภาวะเสี่ยงโดยให้ความสำคัญกับคอรัว มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้และสร้างความเข้าใจที่ตรงกันในการเยี่ยมบ้านตลอดจนร่วมแสดงความคิดเห็นและร่วมปรับแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านนักเรียนที่มีภาวะเสี่ยงติดสารเสพติด

2.2 ออกปฏิบัติการเยี่ยมบ้านนักเรียนที่มีภาวะเสี่ยงติดสารเสพติด ภายหลังการประชุม ครู เพื่อการเยี่ยมบ้านนักเรียนที่มีภาวะเสี่ยงติดสารเสพติด ผู้วิจัยได้มอบหมายให้ครูดำเนินการทดลองเยี่ยมบ้านนักเรียนที่มีภาวะเสี่ยงติดสารเสพติดสถานศึกษาละ 5 ราย รวม 20 ราย โดยรวบรวมข้อคำถามที่เข้าใจยากและคำถามที่ไม่ชัดเจนเพื่อแก้ไขให้ง่ายต่อการถามและตอบ เพื่อการปรับปรุงรูปแบบ

2.3 ผู้วิจัยได้ดำเนินการติดตามประเมินผล โดยครูรายงานผลและปรึกษาตลอดกระบวนการเยี่ยมให้คำปรึกษาคอรัวจากการติดตามเยี่ยมและปรึกษาทางโทรศัพท์

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสังเกตการณ์ (Observe) การถอดบทเรียนในการออกเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง รวบรวมข้อมูลปัจจัยด้านต่างๆ ได้แก่ สังเกตปฏิกิริยาของนักเรียน พฤติกรรมการเสพ การให้คำปรึกษาของผู้ปกครอง รวมทั้ง

ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตามแผนและดำเนินการเยี่ยมบ้าน สรุปผลการเยี่ยมบ้านนักเรียนที่มีภาวะเสี่ยงติดสารเสพติดเป็นการรวบรวมข้อมูลจากโรงเรียนมัธยมศึกษาที่สมัครใจเข้าร่วมในการศึกษาการเยี่ยมบ้านเป็นรายกรณี ซึ่งมีจำนวน 4 โรงเรียน มีกรณีศึกษาทั้งสิ้นจำนวน 45 ราย โดยมีระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูลการเยี่ยมบ้านตั้งแต่เดือน มกราคม ถึง เมษายน 2563

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflect)

รายงานผลความคิดเห็นการติดตามและ Conference case การให้คำปรึกษาคอรัวและการเยี่ยมบ้านนักเรียนกลุ่มใช้สารเสพติด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อผู้วิจัยจะได้นำเสนอข้อมูลการเยี่ยมบ้านในภาพรวม จาก 4 โรงเรียน เพื่อให้ครูจากโรงเรียนที่เข้าร่วมได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนประสบการณ์การเยี่ยมบ้าน ด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม สอบถามสภาพปัญหา อุปสรรค และความสำเร็จจากการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านนักเรียนที่มีภาวะเสี่ยงติดสารเสพติด ตลอดจนรายงานผลการใช้แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านนักเรียนที่มีภาวะใช้สารเสพติด ประเมินผลการใช้แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านและเขียนสรุปรายงานการวิจัย

ผู้ร่วมวิจัย

กลุ่มเป้าหมาย ที่ร่วมวิจัยและให้ข้อมูลประกอบด้วย

1. ครูประจำชั้นและครูฝ่ายปกครองจากโรงเรียนมัธยมศึกษา ในอำเภอหนองเรือ ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 16 คน จาก 4 โรงเรียน ที่สมัครใจเข้าร่วมโดยมีคุณสมบัติดังนี้

1.1. เป็นครูประจำชั้นและครูฝ่ายปกครองของโรงเรียน มัธยมศึกษา

1.2. เป็นครูที่รับผิดชอบและดำเนินงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด ในโรงเรียน

2. นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่เป็นกลุ่มเสี่ยงหรือนักเรียนที่ตรวจพบสารเสพติดในปีสภาวะ จำนวน 45 คน

3. ผู้ปกครองของนักเรียนกลุ่มเสี่ยงหรือนักเรียนที่ตรวจพบสารเสพติดในปีสภาวะ จำนวน 45 คน ผู้ปกครองอาจเป็นบิดา หรือมารดา หรือญาติที่อาศัยและดูแล นักเรียนกลุ่มเสี่ยงฯ โดยตรง

4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่รับผิดชอบที่มีนักเรียนที่มีภาวะเสี่ยงติดสารเสพติด จำนวน 5 คน จาก 5 รพ.สต.

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านนักเรียนที่มีภาวะเสี่ยงใช้สารเสพติดประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป สถานภาพครอบครัว ประวัติการเลี้ยงดู พฤติกรรมการเรียน ความสัมพันธ์ในครอบครัว สิ่งแวดล้อมและสังคม ประวัติการใช้สารเสพติด และสิ่งที่ครูควรให้ความช่วยเหลือ

2. แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการเข้ารับการอบรมของครูฯ มีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.66-1.00 ซึ่งเป็นความตรงเชิงเนื้อหาที่ยอมรับได้ (0.50 ขึ้นไป) และตรวจสอบค่าความเที่ยงได้ เท่ากับ 0.82 ซึ่งเป็นค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้ (มากกว่า 0.70 ขึ้นไป)⁵

3. แบบสอบถามความคิดเห็นของครูกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อรูปแบบและนวัตกรรมการเยี่ยมบ้านที่มีภาวะเสี่ยงติดสารเสพติดโดยการสร้างแบบสอบถามของแต่ละประเด็น มี 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.66-1.00 ซึ่งเป็นความตรงเชิงเนื้อหาที่ยอมรับได้ (0.50 ขึ้นไป) และตรวจสอบค่าความเที่ยงได้ เท่ากับ 0.85 ซึ่งเป็นค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้ (มากกว่า 0.70 ขึ้นไป)⁵

4. แนวทางการสนทนากลุ่มและถอดบทเรียน เป็นประเด็นคำถามเกี่ยวกับรูปแบบการเยี่ยมบ้านด้วยวิธีผสมผสานกับการให้การปรึกษาครอบครัวนักเรียนที่มีภาวะเสี่ยงติดสารเสพติด ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

5. แบบบันทึกการตรวจปีสภาวะเพื่อคัดกรองกลุ่มเสี่ยงฯ

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลตามลักษณะของข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ดำเนินการวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ ดำเนินการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัย โดยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างด้วยการชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงรายละเอียดวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

มีมาตรการในการรักษาความลับโดยในแบบสอบถามจะไม่ระบุ ชื่อและนามสกุล ที่อยู่ สถานที่หรือข้อมูลต่างๆที่สามารถสื่อถึงตัวบุคคลได้ เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิยุติการให้ข้อมูลได้โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งล่วงหน้า ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับนำมาใช้ในรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีสิทธินำเสนอข้อมูลรายบุคคลให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัย ทั้งนี้งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่ KEC63030/2563

ผลการวิจัย

ผู้วิจัย นำเสนอผลการวิจัยเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยตามลำดับดังนี้ 1) สถานการณ์ภาวะเสี่ยงต่อการติดสารเสพติดของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา 2) รูปแบบการเยี่ยมบ้านด้วยวิธีผสมผสานกับการให้การปรึกษาครอบครัวนักเรียนที่มีภาวะเสี่ยงติดสาร

เสพติด และ 3) ผลการเยี่ยมบ้านด้วยวิธีผสมผสานกับการให้การปรึกษาปัญหาครอบครัวสำหรับนักเรียนที่มีภาวะเสี่ยงติดสารเสพติด

1. สถานการณ์ภาวะเสี่ยงต่อการติดสารเสพติดของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา

1.1 ข้อมูลทั่วไป นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาเสี่ยงต่อการติดสารเสพติดจำนวน 45 คน เป็นชาย ร้อยละ 100 อายุเฉลี่ย 14 ปี (SD=14.07) ส่วนใหญ่เรียนอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ร้อยละ 33.33 เกือบครึ่งส่วนใหญ่อายุต่ำกว่า 2.00 ร้อยละ 53.33 สภาพครอบครัวไม่สมบูรณ์ที่มีเพียงพ่อหรือแม่เนื่องจากการหย่าร้าง ร้อยละ 33.33 (ดังตารางที่ 1) และข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า มีพฤติกรรมเสี่ยงติดโซเซียล ติดเกมและชอบเที่ยวกลางคืน

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและบริบทครอบครัวของนักเรียนที่ภาวะเสี่ยงต่อการติดสารเสพติด (n=45)

ข้อมูลทั่วไปและบริบทครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	45	100
อายุ (ปี)		
12	8	17.78
13	9	20
14	11	24.44
15	9	20
16	5	11.11
17	3	6.67
เฉลี่ย 14.00 (S.D.= 14.07) min = 12 max=17		

ข้อมูลทั่วไปและบริบทครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
ระดับชั้น		
มัธยมศึกษาปีที่ 1	13	28.89
มัธยมศึกษาปีที่ 2	15	33.33
มัธยมศึกษาปีที่ 3	9	20.0
มัธยมศึกษาปีที่ 4	5	11.11
มัธยมศึกษาปีที่ 5	3	6.67
เกรดเฉลี่ยสะสม		
< 2.00	24	53.33
2.00 -2.50	17	37.78
2.51- 3.00	4	8.89
>3.00	0	0
สัมพันธภาพในครอบครัว		
อาศัยอยู่กับพ่อและแม่	6	13.33
อาศัยอยู่กับพ่อหรือแม่ที่หย่าร้าง	15	33.33
อาศัยอยู่กับพ่อหรือแม่ที่มีพ่อหรือแม่เสียชีวิต	5	11.11
อาศัยอยู่กับพ่อหรือแม่ที่มีครอบครัวใหม่	9	20
อาศัยอยู่กับญาติโดยที่พ่อแม่ไปทำงานต่างจังหวัด	10	22.22

1.2 พฤติกรรมการใช้สารเสพติด และผลกระทบ พบว่า นักเรียนกลุ่มเสี่ยงมีการใช้สารเสพติดมากที่สุดคือ ยาบ้า (ร้อยละ 100) รองลงมาคือ บุหรี่ (ร้อยละ 78.78) และดื่มสุรา (ร้อยละ 75.56) โดยเสพยาบ้า เดือนละ 1-2 ครั้งมากที่สุด ร้อยละ 46.67 รองลงมาคือ

ใช้สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง (ร้อยละ 35.56) นักเรียนกลุ่มเสี่ยงมีการสูบบุหรี่ ทุกวัน (ร้อยละ 57.78) และดื่มสุรา เดือนละ 1-2 ครั้ง (ร้อยละ 31.11) นอกจากนี้ยังพบว่าเคยเสพกัญชา (ร้อยละ 13.33) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการใช้สารเสพติดของนักเรียนกลุ่มเสี่ยงติดสารเสพติด (n=45)

สารเสพติดที่ใช้	พฤติกรรมการใช้สารเสพติด									
	ทุกวัน		สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง		เดือนละ 1-2 ครั้ง		นานๆ ครั้ง		ไม่ใช้	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ยาบ้า	0	0	16	35.56	21	46.67	8	17.78	0	0
บุหรี่	26	57.78	4	8.89	0	0	5	11.11	10	22.22
สุรา	0	0	11	24.44	14	31.11	9	20	11	24.44
กัญชา	0	0	0	0	1	2.22	5	11.11	39	86.67

สารเสพติด ที่ใช้	พฤติกรรมการใช้สารเสพติด									
	ทุกวัน		สัปดาห์ละ1-2ครั้ง		เดือนละ1-2 ครั้ง		นานๆครั้ง		ไม่ใช้	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อื่นๆ (สารระเหย)	0	0	0	0	0	0	0	0	45	100

ผลกระทบจากการใช้สารเสพติด

นักเรียนกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ไม่มีอาการเจ็บป่วยทางกายที่รุนแรง พบมีเพียงอาการอ่อนเพลีย ง่วงนอน ปวดตา ปากค้ำ เชื้องซึม ผอมลง เหนื่อยง่ายขึ้น ส่วนอาการด้านจิตใจและอารมณ์ พบว่า ไม่มีสมาธิ ไม่ค่อยพูดเหมือนสมาธิสั้น มักทำเสียงดูพ่อแม่ เจ็บขริมและก้าวร้าว จากการสัมภาษณ์ครูพบว่าเด็กกลุ่มเสี่ยงชอบหลับในห้องเรียนเป็นประจำ

2. รูปแบบการเยี่ยมบ้านด้วยวิธีผสมผสานกับการให้การปรึกษาครอบครัวนักเรียนที่มีภาวะเสี่ยงติดสารเสพติด

พัฒนาจากแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ประกอบด้วย

ขั้นการวางแผน (Plan) ได้แก่

1) สํารวจนักเรียนมีภาวะเสี่ยงติดสารเสพติด 2) วางแผนการดูแลนักเรียนที่มีภาวะเสี่ยงติดสารเสพติด โดยแบ่งนักเรียนกลุ่มเสี่ยงที่ควรให้การช่วยเหลือเป็นการด่วนหรือมีปัญหารุนแรง ตามลำดับก่อน-หลัง โดยครูประจำชั้นและครูฝ่ายปกครอง วางแผนการเยี่ยมบ้านโดยเตรียม

- 2.1) แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน
- 2.2) แผนที่บ้าน
- 2.3) แผนภูมิครอบครัว
- 2.4) การวางแผนการเยี่ยม

ครั้งต่อไป

ขั้นปฏิบัติตามแผน (Act) ได้แก่

1) อบรมพัฒนาศักยภาพครูประจำชั้นและครูฝ่ายปกครอง ในการติดตามเยี่ยมนักเรียนที่มีภาวะเสี่ยงโดยให้ความสำคัญกับครอบครัว (Family support)

2) ครูประจำชั้นและครูฝ่ายปกครองสร้างปฏิสัมพันธ์อันดีระหว่าง นักเรียน ผู้ปกครอง และผู้นำชุมชน ในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการลด ละเลิก ยาเสพติด โดยครูประจำชั้นและครูฝ่ายปกครองบันทึกการเยี่ยมบ้าน

ขั้นสังเกต (Observe) ได้แก่ สังเกตพฤติกรรมของนักเรียน พฤติกรรมการเสพ การให้คำปรึกษาของผู้ปกครอง รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตามแผน

ขั้นสะท้อนผล (Reflect) ได้แก่ การถอดบทเรียนในการออกเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง สรุปได้รูปแบบการเยี่ยมบ้านด้วยวิธีผสมผสานกับการให้การปรึกษาครอบครัวนักเรียนที่มีภาวะเสี่ยงติดสารเสพติด ดังนี้

1) การปฏิบัติก่อนการเยี่ยมบ้านครูประจำชั้นและครูฝ่ายปกครอง วางแผนการเยี่ยมบ้านโดยเตรียมแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านแผนที่บ้าน แผนภูมิครอบครัว รวมทั้งนัดหมายผู้ปกครอง ชุมชนเช่น ผู้ใหญ่บ้าน หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจาก รพ.สต.

2) การปฏิบัติขณะเยี่ยมบ้าน ครูประจำชั้นและครูฝ่ายปกครอง สร้างปฏิสัมพันธ์อันดีระหว่าง นักเรียน ผู้ปกครอง ผู้นำชุมชน

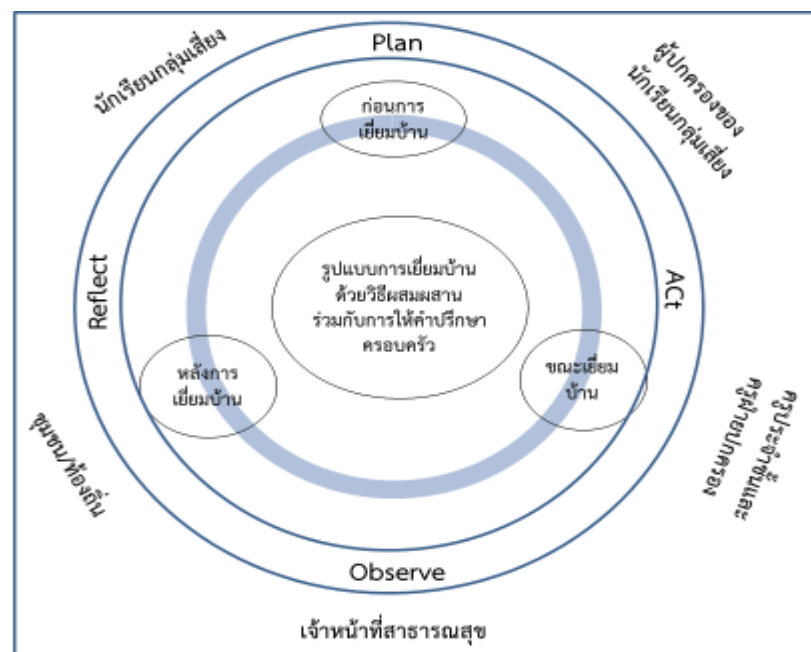
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจาก รพ.สต. ให้เกิดความไว้วางใจ ด้วยความเอื้ออาทรและเสริมพลัง ในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการลด ละ เลิก ยาเสพติด โดยครูประจำชั้นและครูฝ่ายปกครอง บันทึกการเยี่ยมบ้าน

3) หลังการเยี่ยมบ้าน การติดตามต่อเนื่อง ครูประจำชั้นและครูฝ่ายปกครอง ติดตามเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียน ทางโทรศัพท์ line แลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างนักเรียน ผู้ปกครอง ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจาก รพ.สต.

ผลผลิตหรือنواتกรรมที่ได้จากปฏิบัติการ ได้แก่ คู่มือกิจกรรมเยี่ยมบ้าน

นักเรียนที่มีภาวะเสี่ยงต่อปัญหาเสพติด ประกอบด้วย คำนำ วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการ ทั้งการปฏิบัติก่อนเยี่ยมบ้าน การปฏิบัติขณะเยี่ยมบ้านและการปฏิบัติหลังการเยี่ยมบ้าน และการติดตามต่อเนื่อง

จากการสังเคราะห์กระบวนการวิจัย ได้รูปแบบการเยี่ยมบ้านด้วยวิธีผสมผสานกับการให้การปรึกษารอบครุwnักเรียนที่มีภาวะเสี่ยงติดสารเสพติด อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 รูปแบบการเยี่ยมบ้านด้วยวิธีผสมผสานกับการให้การปรึกษารอบครุwnักเรียนที่มีภาวะเสี่ยงติดสารเสพติด อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น

3. ผลการเยี่ยมบ้านด้วยวิธีผสมผสานกับการให้คำปรึกษาปัญหาครอบครัวสำหรับนักเรียนที่มีภาวะเสี่ยงติดสารเสพติด

1) นักเรียนที่มีภาวะเสี่ยงต่อปัญหาเสพติด เกิดการเปลี่ยนแปลง คือสามารถเลิกการเสพยาบ้าร้อยละ 100 ลดปริมาณการ

สูบบุหรี่ ร้อยละ 62.22 เข้าเรียนตามปกติมากขึ้น จากการติดตามในระยะเวลา 4 เดือน

2) ผู้ปกครอง เกิดการเรียนรู้พฤติกรรมเสี่ยงเพื่อเฝ้าระวังพฤติกรรมของเด็knักเรียนในปกครองเพื่อเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ

เช่น การแยกตัวเอง การขาดความเอาใจใส่ดูแลตนเอง การหนีเรียน

3) ครูประจำชั้นและครูฝ่ายปกครอง เกิดการเรียนรู้ในการเข้าใจปัญหาของครอบครัว ของนักเรียนแต่ละคนซึ่งขึ้นกับสัมพันธภาพ และการดูแลของครอบครัว การเอาใจใส่ของผู้ปกครอง รูปแบบการเลี้ยงดู ที่เข้มงวดหรือตามใจจนเกินไป

นอกจากนี้ยังพบว่าครูประจำชั้น และครูฝ่ายปกครอง มีความคิดเห็นต่อรูปแบบ การเยี่ยมบ้านด้วยวิธีผสมผสานกับการให้การ ศึกษาครอบครัวนักเรียนที่มีภาวะเสี่ยงติดสาร เสพติด โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.52 คะแนน (SD=0.50) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความคิดเห็นของครูกลุ่มตัวอย่าง ต่อรูปแบบและนวัตกรรมการเยี่ยมบ้านนักเรียนที่มีภาวะ เสี่ยงติดสารเสพติด (n=16)

ประเด็นการประเมิน	ความคิดเห็น		
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
รูปแบบการเยี่ยมบ้านนักเรียนที่มีภาวะเสี่ยงติดสารเสพติด			
1. มีความเหมาะสมในการนำไปประยุกต์ใช้เยี่ยมบ้านนักเรียนที่มีภาวะเสี่ยง ติดสารเสพติด	4.61	0.58	มากที่สุด
2. มีความเหมาะสมในการจัดองค์ประกอบของรูปแบบ ได้แก่ การอบรม การฝึกปฏิบัติในห้องประชุม การวิพากษ์รูปแบบและเครื่องมือ การนำรูปแบบไปทดลองใช้จริง การรายงานผลและปรึกษาปัญหา การ นำเสนอผลการ Conference case	4.45	0.55	มากที่สุด
3. ช่วงเวลาในการจัดกิจกรรมต่างๆตามรูปแบบการอบรม มีความเหมาะสม	4.14	0.55	มาก
4. เป็นประโยชน์ต่อการเยี่ยมบ้านนักเรียนที่มีภาวะเสี่ยงติดสารเสพติด	4.50	0.50	มากที่สุด
5. ความพึงพอใจรูปแบบการเยี่ยมบ้านนักเรียนที่มีภาวะเสี่ยงติดสารเสพติด ในภาพรวม	4.62	0.49	มากที่สุด
นวัตกรรมการเยี่ยมบ้านนักเรียนที่มีภาวะเสี่ยงติดสารเสพติด			
6. แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านมีเนื้อหาที่เหมาะสมและสอดคล้องกันทั้งฉบับ	4.13	0.51	มาก
7. แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านมีภาษาที่เข้าใจง่าย ชัดเจน สะดวกและเอื้อต่อ การนำไปใช้	4.08	0.65	มาก
8. คู่มือการเยี่ยมบ้านบอกขั้นตอนได้ชัดเจนและเข้าใจง่าย	4.11	0.57	มาก
9. คู่มือการเยี่ยมบ้านมีความสะดวกและเอื้อต่อการนำไปใช้	4.12	0.47	มาก
10. ความพึงพอใจต่อนวัตกรรม (แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านและคู่มือ) ในภาพรวม	4.52	0.50	มากที่สุด

การอภิปรายผล

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาครอบครัวของนักเรียนมัธยมศึกษากลุ่มเสี่ยงใช้สารเสพติด ในนักเรียนมัธยมศึกษา อำเภอนองเรือ จังหวัดขอนแก่น โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติ 4 ขั้นตอน คือวางแผน ปฏิบัติตามแผน สังเกตและสะท้อนผล แล้วนำผลสะท้อนมาพัฒนา จากสถานการณ์ปัญหาการใช้สารเสพติดในนักเรียนโรงเรียนมัธยมศึกษาใน อำเภอนองเรือ จังหวัดขอนแก่น พบว่านักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา มีการใช้สารเสพติดมากที่สุดคือ ยาบ้า บุหรี่ และสุราตามลำดับ สภาพครอบครัวไม่สมบูรณ์ที่มีเพียงพ่อหรือแม่เนื่องจากการหย่าร้าง อยู่กับพ่อหรือแม่ที่มีครอบครัวใหม่หรืออยู่กับตา-ยาย โดยที่พ่อแม่ไปทำงานต่างจังหวัด เด็กกลุ่มนี้เป็นเด็กที่มีปัญหาจึงมีโอกาที่จะหันไปหาเพื่อนหรือสารเสพติดได้ง่าย ปัญหาพฤติกรรมการเรียนรู้สูงสุดคือการหนีเรียน ส่วนใหญ่ผลการเรียนมีเกรดเฉลี่ยต่ำกว่า 2.0 มีพฤติกรรมเสี่ยงติดโซเชียล ติดเกมและชอบเที่ยวกลางคืน กลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่ไม่มีอาการเจ็บป่วยทางกายมาก พบมีเพียงอาการอ่อนเพลีย ง่วงนอน ปวดตา ปากค้ำ เชื้องซึม ผอมลง เหนื่อยง่ายขึ้น ส่วนอาการด้านจิตใจและอารมณ์ พบว่าไม่มีสมาธิ ไม่ค่อยพูด เหมือนสมาธิสั้น มักทำเสียงดูพ่อแม่ เจ็บขริบและก้าวร้าว สอดคล้องกับ ณรงค์ หมีนอภัย⁶ ที่ศึกษาปัจจัยทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อการใช้สารเสพติดของเยาวชน ในอำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน พบว่ากลุ่มตัวอย่าง จะมีความรักและผูกพันกับเพื่อน มีการพบปะสังสรรค์กันบ่อยครั้ง มีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ชอบเที่ยวกลางคืน สูบบุหรี่ ดื่มสุราและชักชวนกันใช้สารเสพติด ด้วยเหตุผลดังกล่าวทำให้เยาวชนมีการใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทั้งที่กลุ่ม

ตัวอย่างทราบถึงโทษของการใช้สารเสพติดเป็นอย่างดี

ในการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษาครอบครัวนักเรียนที่มีภาวะเสี่ยงติดสารเสพติด จากการเยี่ยมบ้านนักเรียนกลุ่มเสี่ยงโดยครูผู้รับผิดชอบเดือนละ 1 ครั้ง จำนวน 4 ครั้ง ได้เยี่ยมครบทั้ง 45 คนโดยมีการนัดหมายก่อนล่วงหน้าและเยี่ยมในวันหยุดเพื่อให้ได้พบผู้ปกครองด้วย ปัญหาของครอบครัวพบว่า ผู้ปกครองไม่มีเวลาพูดคุยหรือเอาใจใส่กับนักเรียนด้วยต้องประกอบอาชีพและผู้ปกครองบางคนต้องไปทำงานต่างจังหวัดปล่อยให้เรียนอยู่กับปู่ ย่า ตา ยาย ปล่อยให้ลูกเล่นมือถือไม่เป็นเวลา ปล่อยให้เข้าบ้านค่านอนดึก ตื่นสาย สอดคล้องกับ สุนิสา บุญมั่งมี⁷ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการกระทำผิดคดียาเสพติดของนักเรียนในค่ายทหารวิวัฒน์พลเมือง จำนวน 150 ราย พบว่าปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการเสพยาเสพติดที่มีผลต่อการกระทำผิดในคดีสารเสพติดให้โทษของนักเรียนค่ายทหารวิวัฒน์พลเมือง คือปัจจัยทางด้านการคบหาสมาคม ความผูกพันต่อสังคม ครอบครัวและปัจจัยทางด้านการควบคุมตนเอง มีข้อเสนอแนะของครูที่เยี่ยมให้คำปรึกษาอื่นๆ ได้แก่ การให้กำลังใจครอบครัว การมอบภาระงานให้เพื่อลดเวลาเล่นมือถือหรือกำหนดการเล่นมือถือให้เหมาะสมเป็นเวลา พ่อ แม่ควรให้ความรักความเอาใจใส่ใกล้ชิดลูกและประพฤติตนเป็นตัวอย่างที่ดีของลูกและพูดคุยกับลูกในเรื่องส่วนตัวบ้าง การมีความสัมพันธ์ที่ดีและใส่ใจลูก การยอมรับและรับฟังปัญหาของลูก การสังเกตลูกเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติดและการคบเพื่อน ตักเตือนเรื่องมาโรงเรียนสาย การเที่ยวกลางคืน การหนีเรียน การทำกิจกรรมที่สร้างสัมพันธภาพในครอบครัวให้มากขึ้น ใส่ใจลูกโดยการให้ลูกเล่ากิจกรรมในระหว่างวัน

ให้ฟัง โทรศัพท์หาลูกบ่อยๆ ครูและผู้ปกครอง ควรร่วมมือกันดูแลนักเรียน

ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ทีมเยี่ยมบ้านนักเรียนที่มีภาวะเสี่ยง ติดสารเสพติด ควรจัดนักเรียนกลุ่มเสี่ยง เพื่อวางแผนการเยี่ยมบ้าน ตามพฤติกรรมเสี่ยง รุนแรง ตามลำดับก่อน-หลัง

2. โรงเรียนควรดำเนินการต่อเนื่อง ติดตามเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่องเป็น ขั้นตอน จัดทำเป็นแผนปฏิบัติการของ สถานศึกษา การวางแผนติดตามการนัดพบ ทุกๆ 2 สัปดาห์ โดยเฉพาะนักเรียนที่มีความเสี่ยงมากๆ เพื่อให้ครูและผู้ปกครองพูดคุยและ ร่วมมือกันแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง

3. การให้ความรู้ในการป้องกัน แก้ปัญหาและลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด ในกลุ่มเยาวชนควรมุ่งเน้นในเรื่องของการ ให้ความรู้ในเรื่องของอันตรายผลกระทบ ที่เกิดขึ้นจากการใช้สารเสพติดแบบเข้าถึง สร้าง การรับรู้ ความตระหนักถึงโทษภัย การชี้ให้ เยาวชนให้รับรู้ ตระหนักถึงผลกระทบและ อันตรายที่ตามมาจากการใช้สารเสพติดแต่ละ ชนิด อาการต่างๆ ที่แสดงออกมาก่อนที่จะมี อาการรุนแรง ในกลุ่มเด็กและเยาวชนที่กระทำ ความผิดต่างๆ ในรูปแบบที่เข้าใจง่าย จำง่าย น่าจะเป็นกระบวนการหนึ่งที่จะช่วยลดทอน ปัญหาการใช้สารเสพติดในกลุ่มเยาวชนลงได้

4. ส่งเสริมให้ครอบครัวนักเรียนที่มี ภาวะเสี่ยงติดสารเสพติดมีส่วนร่วมในการวางแผนการบำบัดฟื้นฟู ร่วมกับโรงเรียน มีการ พุดคุย ประสานงานกันระหว่างครูและ ครอบครัวควรมากขึ้น ไม่ปล่อยให้เป็นการ ของผู้ให้การบำบัดหรือครูเพียงฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง และควรให้ชุมชนมีส่วนร่วมที่จะดูแลเยาวชน ที่เสพยาและหลังจากผ่านการบำบัดครบแล้ว

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับความร่วมมือ เป็นอย่างดีจากผู้บริหาร ครู นักเรียน โรงเรียน มัธยมศึกษาในพื้นที่อำเภอหนองเรือทั้ง 4 แห่ง ผู้วิจัยต้องขอขอบคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

1. เอกสารประกอบการประชุม คณะกรรมการ ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด จังหวัดขอนแก่น (ศอ.ปส.จ.ขก.); 26 ธันวาคม 2562; ศาลากลาง จังหวัดขอนแก่น ; 2562.
2. เอกสารสรุปรายงานประจำปี คณะกรรมการ บำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด(คลินิกสีขาว) โรงพยาบาลหนองเรือ. ตุลาคม 2562 ; อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น, 2562.
3. ลักขณา สรวิวัฒน์. การศึกษารายกรณี. กรุงเทพฯ:โอเดียนสโตร์: 2548.
4. Kemmis,S.,& Mc Taggart, R. The action research planner (3rded). Geelong, Australia: Deakin University Press. 1988.
5. Ronald HB. Face validity, InL Irving WB, Edward CW. The Corsini encyclopedia of psychology. 4th ed. Hoboken, New Jersey: Wiley. 2010: p. 637-8.
6. ณรงค์ หมื่นอภัย. ปัจจัยทางสังคมที่มีอิทธิพล ต่อการใช้สารเสพติดของเยาวชนในอำเภอบ้านไธสง จังหวัดลำพูน. รายงานการศึกษา ค้นคว้าด้วยตนเองศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2552.
7. สุนิสา บุญมั่งมี. ปัจจัยที่มีผลต่อการกระทำ ผิดคดียาเสพติดของนักเรียนในค่ายทหาร วิวัฒน์พลเมือง.วิทยานิพนธ์(ศศ.ม.) มหาวิทยาลัยมหิดล: 2553.

พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในชุมชนบ้านน้อยนาเวิน ตำบลโพธิ์เมืองน้อย อำเภอดงเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

ญาณญาดา บัวขาว¹, กฤษณาพร รุ่งโรจน์¹, ภูธเนศ รุ่งเกษม¹,
ประเสริฐ ประสมรักษ์², อำไพ ไสโรส², พรพรรณ ประพัฒน์พงษ์²

(วันที่รับบทความ: 20 มิถุนายน 2563; วันที่แก้ไข 2 พฤศจิกายน 2563; วันที่ตอบรับ 14 ธันวาคม 2563)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในชุมชนบ้านน้อยนาเวิน ตำบลโพธิ์เมืองน้อย อำเภอดงเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 36 คน โดยแบ่งเป็นประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยง จำนวน 29 คน และผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 17 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการรับประทานยาที่มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.76 เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-พฤษภาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานด้วย Independent sample t-test

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.02$) ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร ด้านการสูบบุหรี่ ด้านการดื่มแอลกอฮอล์ และด้านการจัดการความเครียด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.15$, $p\text{-value}=0.18$, $p\text{-value}=0.28$ และ $p\text{-value}=0.69$) ตามลำดับ สรุปและข้อเสนอแนะ กลุ่มเสี่ยงมีโอกาสเป็นผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น จึงควรจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเป็นผู้ป่วยรายใหม่

คำสำคัญ: พฤติกรรมดูแลตนเอง, กลุ่มเสี่ยงเบาหวานชนิดที่2, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ, Email: yanyada-201@hotmail.com

² อาจารย์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ, Email: prasert.pra@mahidol.edu

Corresponding Author: ประเสริฐ ประสมรักษ์, E-mail: prasert.pra@mahidol.edu

Self-Care Behaviors of Risk Groups and Type II Diabetes Patients in Noi Na Woen Village, PhonMueangNoi Sub-District, Hua Taphan District, Amnat Charoen Province

Yanyada Buakhao¹, Kritsadapron Rungrot¹, Pootanet Rookan¹

Prasert Prasomruk², Ampai Soros², Pornpan Prapatpong²

(Receive 20th June 2020; Revised: 2nd November 2020; Accepted 14th December 2020)

Abstract

The cross-sectional was used in this research. The purposes of this work aimed to study the self-care behaviors of the risk group and type-II diabetes patients in Noi Na Woen Village, Phon Mueang Noi Sub-district, Hua Taphan District, Amnat Charoen Province. The population was 36 samples including the risk group (n=29) and diabetic patient (n=17). The collecting data were performed by using questionnaires and interviews containing personal data, self-care behavioral questionnaires with food consumption, alcohol drinking, smoking behavioral, stress management, exercise, and drug intake then analyzed by using Cronbach's alpha value of 0.76. The collecting data were performed with record form during February – May, 2019 and analyzed by using descriptive and inferential statistics with Independent sample t-test.

The results found that the mean scores of self-care behaviors in exercises were significantly different at p-value = .2. The mean scores of food consumption, smoking behavioral, alcohol drinking, and stress management were significantly not different at p-value = .15, .18, .28, and .69, respectively. This research concluded that the risk group has the possibility to become a new diabetes patient. Therefore, the awareness should be promoted by increase the activities that well-matched with the lifestyle of the risk group and emphasizing the proactive activities in the community for better self-care behavior.

Keywords: self-care behavior, pre-diabetics patients, type 2 diabetics patients

¹ Public Health Student Amnatcharoen campus Mahidol University,
Email: yanyada-201@hotmail.com

² Lecturer of Public Health Prograam Amnatcharoen campus Mahidol University,
Email: prasert.pra@mahidol.edu

Corresponding Author: Prasert Prasomruk, E-mail: prasert.pra@mahidol.edu

บทนำ

โรคเบาหวาน นับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เพราะเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด เป็นโรคที่เกิดจากความบกพร่องในการหลั่งอินซูลินจากตับอ่อน หรือมีภาวะดื้อต่ออินซูลินที่ตับและกล้ามเนื้อ ส่งผลให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งส่วนใหญ่จะพบในอายุมากกว่า 30 ปี ขึ้นไป¹

จากสถิติอุบัติการณ์ทั่วโลกในปี พ.ศ. 2560 พบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 425 ล้านคนทั่วโลกและคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 629 ล้านคนทั่วโลก² ซึ่งสถานการณ์เบาหวานในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2559-2560 มีผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 840,489 คน 876,970 คน และ 941,226 คนตามลำดับสำหรับเขตพื้นที่สุขภาพที่ 10 ในปี พ.ศ. 2559-2561 พบอัตราป่วยเพิ่มขึ้นจาก 1,432.8 เป็น 1,576.8 และ 1,686.8 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งในจังหวัดอำนาจเจริญ ในปี พ.ศ. 2559-2561 พบอัตราป่วยเพิ่มจาก 1,662.0 เป็น 1,824.1 และ 1,839.8 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ³ นอกจากนี้ยังพบว่า อัตราของผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีนั้นลดลงอย่างเห็นได้ชัด โดยเฉพาะจังหวัดอำนาจเจริญ ซึ่งในปี พ.ศ. 2560 จังหวัดอำนาจเจริญมีอัตราของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเพียง ร้อยละ 23.37 ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีอัตราการลดลงมากที่สุดในเขตสุขภาพที่ 10

และด้วยธรรมชาติของโรคเบาหวาน จังหวัดอำนาจเจริญ มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวาน ในปี พ.ศ. 2559-2561 จำนวน 118 คน 125 คน และ 98 คนตามลำดับ³

จากการรวบรวมข้อมูลการคัดกรองโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนเมืองน้อย อำเภอหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ พบว่าในปี พ.ศ. 2562 มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 58 คน ซึ่งมีอัตราการเพิ่มขึ้นร้อยละ 42.10 จากปี พ.ศ. 2558 โดยบ้านน้อยนาเวิน หมู่ 10 ตำบลโพนเมืองน้อย อำเภอหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญเป็นชุมชนที่ได้จากการเลือกสุ่มศึกษา และเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ในเดือนกุมภาพันธ์ ปีพ.ศ. 2563 โดยผู้วิจัย พบว่ากลุ่มผู้ป่วยเบาหวานในไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ได้ถึงร้อยละ 35.5 และยังมีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม โดยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะโภชนาการที่เกินกว่าเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 82.4 นอกจากนี้ยังพบว่ามีประชาชนอีกจำนวนหนึ่ง ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วง 100-125 mg% ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปีพ.ศ. 2558-2562 มีกลุ่มเสี่ยงเบาหวานเพิ่มขึ้นปีละ 28 คน และมีกลุ่มสงสัยเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ เพิ่มขึ้นปีละ 3 คน แนวทางที่จะป้องกันหรือชะลอการเป็นโรคเบาหวานให้ช้าที่สุด คือ ผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดที่ผิดปกติเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน

ควรได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพ เช่น การเพิ่มกิจกรรมทางกาย การลดน้ำหนัก⁴ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนเมืองน้อยมีนโยบายการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องทั้งในเชิงรุกและเชิงรับ มีโดยเน้นการมีส่วนร่วมตั้งแต่การบริหารจัดการกลุ่มเสี่ยง การบำบัดรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสภาพ

ดังนั้นการจะส่งเสริมให้กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองให้เหมาะสม และลดอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยเบาหวาน จำเป็นจะต้องศึกษาหาพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการประยุกต์กิจกรรมและนโยบายในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อป้องกันการเป็นโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงและลดความรุนแรง ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ของโรคเบาหวาน จากการมีระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนน้อยนาเวิน หมู่ที่ 10

ตำบลโพนเมืองน้อย อำเภอดงหลวง จังหวัดอำนาจเจริญ

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนน้อยนาเวิน หมู่ที่ 10 ตำบลโพนเมืองน้อย อำเภอดงหลวง จังหวัดอำนาจเจริญ

สมมติฐานการวิจัย

พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในชุมชนน้อยนาเวิน หมู่ที่ 10 ตำบลโพนเมืองน้อย อำเภอดงหลวง จังหวัดอำนาจเจริญ มีความแตกต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลมากกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนเมืองน้อย และผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในชุมชนน้อยนาเวิน หมู่ที่ 10 ตำบลโพนเมืองน้อย อำเภอดงหลวง จังหวัดอำนาจเจริญ และได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานโดยแพทย์

กลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาจำนวน 56 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 28 คน และกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจำนวน 28 คน แต่เนื่องด้วยจำนวนประชากรกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน และกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในชุมชนน้อยนาเวิน หมู่ที่ 10 ตำบลโพนเมืองน้อย อำเภอดงหลวง

จังหวัดอำนาจเจริญ มีเพียง 17 คน และ 29 คน ตามลำดับ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำประชากรทั้งหมด คำนวณหาค่าอำนาจการทดสอบ (Power of the test) ของกลุ่มประชากรได้เท่ากับ 0.958 หรือ ร้อยละ 95.8 โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER Program⁵

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ข้อพฤติกรรมจัดการความเครียด พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการรับประทานยา โดยแต่ละด้านมีรายละเอียดดังนี้

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 5 คะแนน ปฏิบัติทุกวัน 4 คะแนน ปฏิบัติ 4-6 วัน/สัปดาห์ 3 คะแนน ปฏิบัติ 1-3 วัน/สัปดาห์ 2 คะแนน ปฏิบัติ 1-3 ครั้ง/เดือน และ 1 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติเลย มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00- 2.33 คะแนน มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม

ค่าเฉลี่ย 2.34- 3.67 คะแนน มีพฤติกรรมปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.68- 5.00 คะแนน มีพฤติกรรมเหมาะสม

2. พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก น้อย น้อยที่สุด และไม่เคย

จาก 4-0 คะแนน มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 2.8- 4.0 คะแนน มีพฤติกรรมระดับดี

ค่าเฉลี่ย 1.5- 2.7 คะแนน มีพฤติกรรมระดับพอใช้

ค่าเฉลี่ย 0.0- 1.4 คะแนน มีพฤติกรรมระดับต่ำ

3. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ เป็นแบบสอบถามถึงพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ 3 คะแนน ทำเป็นประจำ (ปฏิบัติตนเช่นนั้นเป็นประจำทุกครั้ง หรือทุกวัน) 2 คะแนน ทำบางครั้ง (ปฏิบัติตนเป็นบางครั้ง) และ 1 คะแนน ไม่เคยทำเลย มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 2.4- 3.0 คะแนน มีพฤติกรรมระดับสูง

ค่าเฉลี่ย 1.8- 2.3 คะแนน มีพฤติกรรมระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 0.0- 1.7 คะแนน มีพฤติกรรมระดับต่ำ

4. พฤติกรรมการจัดการความเครียด มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ไม่เคยปฏิบัติ 2 คะแนน ปฏิบัติเป็นบ่อยครั้ง 1 คะแนน และปฏิบัติเป็นประจำ 0 คะแนน มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 0.00-0.66 คะแนน มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม

ค่าเฉลี่ย 0.67-1.32 คะแนน มีพฤติกรรมปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.33-2.00 คะแนน มีพฤติกรรมเหมาะสม

5. พฤติกรรมการจัดการออกกำลังกายและพฤติกรรมการจัดการรับประทานยา มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ

คือ 3 คะแนน ปฏิบัติเป็นประจำ (มีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอทุกวันใน 1 สัปดาห์)
2 คะแนน (ปฏิบัติเป็นบางครั้ง มีการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ต่ำกว่า 3 วันต่อสัปดาห์) และ
1 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติ มีเกณฑ์ในการแปรผลคะแนน ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 2.34- 3.00 คะแนน
มีพฤติกรรมระดับดีมาก

ค่าเฉลี่ย 1.67- 2.33 คะแนน
มีพฤติกรรมระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00- 1.66 คะแนน
มีพฤติกรรมระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือในการสำรวจพฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 จากการทบทวนวรรณกรรมและนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบประเมินค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา ปรับแก้ไขและนำไปทดสอบค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.76

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนในการดำเนินดังนี้

1. ทำหนังสือผ่าน รักษาการแทนรองอธิการบดีฝ่ายโครงการจัดตั้งวิทยาเขตอำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์เมืองน้อย อำเภอห้วยตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย

2. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์เมืองน้อย ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าชุมชนและประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ 10 บ้านน้อยนาเวิน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัยและความร่วมมือในการทำวิจัย

3. สัมภาษณ์ผู้ป่วยจากแบบบันทึกในโปรแกรม HOSxP เฉพาะที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้และเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตนเอง บอกจุดประสงค์ของการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัย

4. เก็บข้อมูลตามแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง ในส่วนที่ 1 และ 2 ซึ่งในระหว่างนั้นหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยเกี่ยวกับข้อคำถาม ผู้วิจัยจะตอบข้อสงสัยนั้น

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้จากการเก็บรวบรวมจากกลุ่มตัวอย่างจะถูกนำมาประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยตัวแปรต่างๆ จะถูกนำมาลงรหัสเพื่อเปลี่ยนสภาพข้อมูลให้อยู่ในรูปแบบตัวเลขแล้วจึงนำมาวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

- (1) การศึกษาข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนและภาวะ

โภชนาการ ด้วยการแจกแจงความถี่และ
หาค่าร้อยละ

(2) ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย
คะแนนพฤติกรรมการดูแลพฤติกรรมดูแล
ตนเอง ของกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยเบาหวาน ชนิด
ที่ 2 ประกอบด้วย พฤติกรรมการบริโภค
อาหาร พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์
พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการจัดการ
ความเครียดและพฤติกรรมการออกกำลังกาย
ระหว่างกลุ่มป่วยด้วยโรคเบาหวาน และกลุ่ม
เสี่ยงโรคเบาหวาน
โดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test
กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ
ของกลุ่มตัวอย่างการวิจัยโดยในขั้นตอน
ของการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้มีการชี้แจงกลุ่ม
ตัวอย่าง โดยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้า
ร่วมการวิจัย พร้อมทั้งมอบหนังสือเซ็นยินยอม
ให้กลุ่มตัวอย่างขณะดำเนินการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยโรคเบาหวานและในกลุ่มเสี่ยง
โรคเบาหวานเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ
64.7 และ 62.1 ตามลำดับ ร้อยละ 100
นับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส
ร้อยละ 47.1 และ ร้อยละ 72.4 ตามลำดับ
โดยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกร
ร้อยละ 94.1 และ ร้อยละ 96.6 ตามลำดับ

ไม่ดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 82.4 และ
ร้อยละ 75.9 และไม่สูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ
94.2 และ 82.8 ตามลำดับ

ผู้ป่วยโรคเบาหวาน อายุระหว่าง
50-59 และ 60-69 ปีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ
47.1 และ 47.1 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยอายุ
เป็น 60.9 ปี (S.D.= 6.5) มีอายุต่ำสุด 51 ปี
และอายุมากที่สุด 70 ปี มีรายได้เฉลี่ย 3,958.8
บาท / เดือน (S. D. = 3,411. 2)
มีรายได้ต่ำสุด 300 บาท/เดือน และมีรายได้
มากที่สุด 10,000 บาท/เดือน การศึกษา
ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 100
มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ในระดับน้ำหนักเกิน
(23.00-24.99 Kg/m²) คิดเป็นร้อยละ 52.9

ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน
อายุระหว่าง 50-59 ปีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ
34.5 โดยมีค่าเฉลี่ยอายุเป็น 60.9 ปี
(S.D.= 10.9) มีอายุต่ำสุด 22 ปีและอายุมาก
ที่สุด 82 ปี มีรายได้เฉลี่ย 3,896.5 บาท/เดือน
(S.D.= 4,401.8) มีรายได้ต่ำสุด 800 บาท/
เดือน และมีรายได้มากที่สุด 15,000 บาท/เดือน
การศึกษาระดับประถมศึกษา
คิดเป็นร้อยละ 93.1 มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI)
ในระดับปกติ (18.50-22.99 Kg/m²)
(ร้อยละ 41.1)

2. พฤติกรรมการดูแลตนเอง

พฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการ
บริโภคอาหาร ผู้ป่วยโรคเบาหวานและในกลุ่ม
เสี่ยงเบาหวาน ภาพรวมอยู่ในระดับเหมาะสม
ร้อยละ 82.6 และ ร้อยละ 51.7 ตามลำดับ
ด้านการจัดการความเครียด ภาพรวม

มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับ
เหมาะสม ร้อยละ 100 และ ร้อยละ 96.6
ตามลำดับ ด้านการออกกำลังกาย
ภาพรวมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ใน
ระดับปานกลาง ร้อยละ 76.5 และ ร้อยละ
69.0 ตามลำดับ ด้านการดื่มแอลกอฮอล์

ภาพรวมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ใน
ระดับดี ร้อยละ 100 และ ร้อยละ 85.7
ตามลำดับ และด้านการสูบบุหรี่ ภาพรวม
มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง
ร้อยละ 100 และ ร้อยละ 69.2 ตามลำดับ
(ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยง
และผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในชุมชนน้อยนาเวิน ตำบลโพธิ์น้อย อำเภอหัวตะพาน
จังหวัดอำนาจเจริญ

	กลุ่มป่วย (n=29)		กลุ่มเสี่ยง (n=17)	
	จำนวน	จำนวน	ร้อยละ	ร้อยละ
ด้านการบริโภคอาหาร				
เหมาะสม (คะแนนระหว่าง 3.68-5.00)	15	14	82.6	51.7
ปานกลาง (คะแนนระหว่าง 2.34-3.67)	14	3	17.6	48.3
Mean (S.D.); Min-Max	3.7(.40); 3.21-4.82		3.9(.40); 3.42-4.79	
ด้านการจัดการความเครียด				
เหมาะสม (คะแนนระหว่าง 1.33-2.00)	28	17	100	96.6
ปานกลาง (คะแนนระหว่าง 0.67-1.32)	1	-	-	3.4
ไม่เหมาะสม (คะแนนระหว่าง 0.00-0.66)	-	-	-	-
Mean (S.D.); Min-Max	1.5(.34); .6-2.0		1.5(.22); 1.0-2.0	
ด้านการออกกำลังกาย				
ดี (คะแนนระหว่าง 2.4-3.0)	5	4	23.5	17.2
ปานกลาง (คะแนนระหว่าง 1.8-2.3)	20	13	76.5	69.0
ต่ำ (คะแนนระหว่าง 0.0-1.7)	4	-	-	13.8
Mean (S.D.); Min-Max	2.0(.56); 1.0-3.0		2.2(.43); 2.0-3.0	
ด้านการดื่มแอลกอฮอล์	(n=7)		(n=3)	
ดี (คะแนนระหว่าง 2.8-4.0)	6	3	100	85.7
พอใช้ (คะแนนระหว่าง 1.5-2.7)	1	-	-	14.3
Mean (S.D.); Min-Max	2.8(.17); 2.6-3.1		3.1(.15); 3.1-3.0	
ด้านการสูบบุหรี่	(n=13)		(n=1)	
สูง (ค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่าง 2.4-3.0)	9	1	100	69.2
ปานกลาง (ค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่าง 1.8-2.3)	3	-	-	23.0
ต่ำ (ค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่าง 0.0-1.7)	1	-	-	7.8
Mean (S.D.); Min-Max	2.1(.23); 1.85-2.38		2.6(.00); 2.6-2.6	

เมื่อทำการวิเคราะห์ความต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและกลุ่มเสี่ยงเบาหวานพบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย มีค่าแตกต่างกันอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p\text{-value}=0.02$) ส่วนด้านการบริโภคอาหาร การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการจัดการความเครียด พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างของกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในชุมชนน้อยนาเวิน ตำบลโพนเมืองน้อย อำเภอหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	กลุ่มผู้ป่วย (n=17)		กลุ่มเสี่ยง (n=29)		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ด้านการบริโภคอาหาร	3.77	0.37	3.72	0.48	0.368	0.71
ด้านการดื่มแอลกอฮอล์	3.16	0.15	2.87	0.17	2.574	0.63
ด้านการสูบบุหรี่	2.69	0.01	2.10	0.23	2.266	0.08
ด้านการออกกำลังกาย	2.21	0.21	2.02	0.26	2.512*	0.01
ด้านการจัดการความเครียด	1.54	0.22	1.48	0.34	0.607	0.10

การอภิปรายผล

จากการทดสอบสมมติฐานการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.01$) ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ส่วนค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร ด้านการสูบบุหรี่ ด้านการดื่มแอลกอฮอล์ และด้านการจัดการความเครียด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.71$, $p\text{-value}=0.79$, $p\text{-value}=0.63$ และ $p\text{-value}=0.25$) ตามลำดับ ผลการวิจัยดังกล่าว

ไม่ยอมรับสมมติฐานการวิจัย โดยพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้าน สามารถอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร ในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน จากการทดสอบทางสถิติพบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน เนื่องจากประชากรส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มเป็นเพศหญิง มีสถานะภาพสมรส และมีหน้าที่ในการรับผิดชอบเรื่องอาหารสำหรับครอบครัว ประกอบกับสภาพสังคมที่เป็นสังคมชนบทที่ครอบครัวรับประทานอาหารร่วมกัน และวัฒนธรรมในการรับประทานอาหารของคนไทย คือการรับประทานอาหารมือหลัก 3 มือ

โดยอาหารไทยแต่ละชนิดมีส่วนประกอบหลายอย่างทำให้ได้รับสารอาหารครบ 5 หมู่⁶ จึงทำให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่แตกต่างกัน แต่ถ้าหากพิจารณาเป็นค่าคะแนนเฉลี่ยพบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารมากกว่ากลุ่มเสี่ยงเบาหวาน คือ 3.9 คะแนน (S.D. = 0.40) และ 3.7 คะแนน (S.D. = 0.40) อยู่ในระดับเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษณา คำลอยฟ้า ที่ศึกษาพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลแก้งสนามนาง อำเภอกาฬสินธุ์ จังหวัดนครราชสีมา พบว่า พฤติกรรม การรับ ประทาน อาหาร อยู่ในระดับสูง⁷

พฤติกรรม การดูแลตนเองด้านการดื่มแอลกอฮอล์ ในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน จากการทดสอบทางสถิติพบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.63$) และเมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยพบว่า พฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานมีค่าเฉลี่ยคะแนนมากกว่ากลุ่มเสี่ยงเบาหวานซึ่งอยู่ในระดับดี ไม่แตกต่างกัน ด้วยสังคมไทย มีความผูกพันกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในงานประเพณี หรืองานพิธีต่างๆ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็น การแสดงถึงการมีสัมพันธภาพที่ดี⁸ สอดคล้องกับการศึกษาที่ว่ากลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน และกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน จะมีการดื่ม

แอลกอฮอล์เฉพาะเนื่องในโอกาสพบปะสังสรรค์ตามงานต่างๆ เพียงเท่านั้น พบว่าการมีธรรมเนียมประชาชนคนโพนเมืองน้อย⁹ ร่วมกันประกาศเป็นวาระทางสังคมว่าด้วยการลด ละเลิก อบายมุข งานศพ งานบุญประเพณีปลอดเหล้า ในหมวดที่ 4 เชิดชูคุณธรรม มีการใช้กฎหมาย ตาม พ.ร.บ.ควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2551 ซึ่งถือเป็นแนวทางและค่านิยมทางสังคมที่เป็นข้อตกลงในการปฏิบัติร่วมกันและมงคลเอี่ยมวงศ์ยังกล่าวว่า ค่านิยมทางสังคมเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมทางสังคมวิถีชีวิตของบุคคลในสังคม เพราะค่าของค่านิยมของสังคมนั้น เป็นสิ่งที่บุคคลในสังคมนั้นๆ ถือว่าเป็นสิ่งที่ต้องปฏิบัติด้วยเหตุนี้ค่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและกลุ่มเสี่ยงเบาหวานอยู่ในระดับดี ไม่แตกต่างกัน

พฤติกรรม การดูแลตนเองด้านการสูบบุหรี่ ในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน จากการทดสอบทางสถิติพบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.08$) แต่เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยพบว่า พฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานมีค่าเฉลี่ยคะแนนมากกว่ากลุ่มเสี่ยงเบาหวาน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.6 (S.D. = .00) และ 2.1 (S.D. = 0.23) ซึ่งอยู่ในระดับ สูง และปานกลางตามลำดับ และจำนวนผู้สูบบุหรี่ในผู้ป่วยเบาหวาน มีน้อยกว่าในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ซึ่งจากการศึกษาของ Schulze B.et al พบว่า

ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคเบาหวาน มี 2 ปัจจัยคือ การสูบบุหรี่มากกว่า 20 มวน เป็นประจำ (Relative risk: OR 1.90 เท่า) และภาวะโภชนาการเกิน (RR 1.08 เท่า)¹⁰ สอดคล้องกับการศึกษาของ Nichols A. et al ที่ว่าการสูบบุหรี่เป็นประจำ (Odds ratios: OR 1.24 เท่า)¹¹ และดัชนีมวลกาย เกิน (OR: 1.04 เท่า) ซึ่งพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ถือเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเกิดโรคเบาหวาน และทำให้กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเสียชีวิตมากที่สุด¹² จากการศึกษาของ Chang A พบว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยเบาหวาน เป็นหนึ่งปัจจัยในการเกิดภาวะแทรกซ้อน ในหลอดเลือดขนาดใหญ่และขนาดเล็ก¹³ ซึ่งอาจส่งผลให้ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการ เลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานสูงกว่ากลุ่ม เสี่ยง โดยจากการศึกษาของศิริณี อิ่มน้ำขาว พบว่า การให้คำแนะนำโดยพยาบาล โดยใช้หลักการให้คำปรึกษา และการสร้าง แรงจูงใจ มีส่วนช่วยให้เกิดพฤติกรรมการเลิก สูบบุหรี่ได้¹⁴ ด้วยเหตุนี้ส่งผลให้พฤติกรรมการ เลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและ กลุ่มเสี่ยงไม่แตกต่างกัน

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการ ออกกำลังกาย ในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วย เบาหวาน จากการทดสอบทางสถิติพบว่า มีและเมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการ ออกกำลังกายพบว่ากลุ่มผู้ป่วยเบาหวานมี ค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มเสี่ยงเบาหวาน เนื่องจากบริบทในพื้นที่ มีการส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ

เพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงให้กับร่างกาย ผ่าน โครงการโรงเรียนเบาหวาน พฤติกรรมการ ออกกำลังกายส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือด ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁵ ซึ่งจาก การศึกษาของฤดีมาส ใจดี พบว่า ปัจจัยด้าน การได้รับการสนับสนุนทางสังคม เช่น การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทาง การแพทย์สาธารณสุข การได้รับการสนับสนุน จากเพื่อน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ ออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁶ และการมีโรคประจำตัวเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง¹⁷

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการ จัดการความเครียด ในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วย เบาหวาน จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ (p-value=0.10) และเมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยพบว่า พฤติกรรมการจัดการ ความเครียดของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานมีค่าเฉลี่ย คะแนนมากกว่ากลุ่มเสี่ยงเบาหวานซึ่งอยู่ใน ระดับเหมาะสม ไม่แตกต่างกัน ด้วยกลุ่ม ประชากรเป็นกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ ที่มีอายุ เฉลี่ยอยู่ในช่วง 60 ปี เมื่อมีความเครียด จะใช้วิธีพบปะพูดคุยและปรับทุกข์สุข กับเพื่อนในวัยเดียวกัน และมีการทำกิจกรรม ทางศาสนาด้วยกัน โดยผู้สูงอายุจะใช้ธรรมะยึด เหนี่ยวใจ เพื่อคลายความเครียด ดังนั้น จึงมีข้อเสนอแนะให้โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต สำหรับผู้สูงอายุ ให้สอดคล้องกับวิถีชุมชน และต่อเนื่องเฝ้าต่อการดูแลตนเองของ

ผู้สูงอายุ และเน้นกิจกรรมเชิงรุกในพื้นที่มากขึ้น ดังนั้นพฤติกรรมจัดการความเครียดของกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุและวัยอยู่ในช่วงเดียวกันจึงมีระดับพฤติกรรมที่ไม่แตกต่างกัน¹⁸

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

จากการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสมกว่า ดังนั้นกลุ่มเสี่ยงจึงมีโอกาสเป็นผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น จึงควรสร้างความตระหนักเพิ่มกิจกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของกลุ่มเสี่ยงมากขึ้น และเน้นกิจกรรมเชิงรุกในชุมชนมากขึ้นเพื่อให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน
2. ควรมีศึกษาผลของการดูแลตนเองต่อค่าระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน
3. ควรมีการศึกษาเชิงพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ร่วมกับการ

สนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ ในคณะโครงการจัดตั้งวิทยาเขตอำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้ให้คำปรึกษาตลอดระยะเวลาของการศึกษา ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะอันทรงคุณค่าและขอขอบคุณผู้ป่วยเบาหวานและกลุ่มเสี่ยงเบาหวานทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. วราภณ วงศ์ถาวรวัฒน์. ความรู้พื้นฐานโรคเบาหวาน. ใน สารัช สุนทรโยธิน และปณิณัฐ บุรณะทรัพย์ ขจร (บรรณาธิการ), ตำราโรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2555.
2. International Diabetes Federation [IDF]. สถานการณ์โรคเบาหวาน ปี พ.ศ. 2560. [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 1 เมษายน 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://www.hfocus.org/content/2019/11/18054,2017>.
3. กลุ่มเทคโนโลยี ระบาดวิทยา และมาตรการชุมชน กองโรคติดต่อ. แผนงานวิจัยด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พ.ศ.2562-2564, 2562.

4. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2009. Diabetes care. 2009; 32(1): np.
5. Hsieh, F. Y., Bloch, D. A., & Larsen, M. D. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. Statistics in Medicine. 1998; 17, 1623-1634.
6. ปิยาภรณ์ เลิศศรีมงคล. การบริโภคการออกกำลังกายและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2550.
7. กฤษณา คำลอยฟ้า. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลแก้งสนามนาง อำเภอแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา.วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา. 2554; 17(1): 17-30.
8. สุวรรณี สร้อยสงค์ และคณะ. พฤติกรรมการดูแลตนเองตามการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี. 2557; 28(2):1-11.
9. องค์การบริหารส่วนตำบลโพนเมืองน้อย. ธรรมนูญตำบลโพนเมืองน้อย. อำนาจเจริญ: องค์การบริหารส่วนตำบลโพนเมืองน้อย, 2561.
10. Schulze B, Hoffmann K, Linesen J, Rohrmann S, Boeing H, Mohlig M, et al. An accurate risk score based on anthropometric, dietary, and lifestyle factors to predict type 2 diabetes. Diabetes Care. 2007; 30 (3): 510-515.
11. Nichols A, Hillier A, Brown B. Progression from newly acquired impaired fasting glucose to Type 2 Diabetes. Diabetes Care. 2007; 30(2): 228-233.
12. World health organization. Tobacco. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 3 เมษายน 2563]. เข้าถึงได้จาก <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>, 2016.
13. Chang A. Smoking and type 2 diabetes mellitus. Diabetes Metab J. 2012; 36(6): 399-403.
14. ศิราณี อิ่มน้ำขาว. รูปแบบพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ที่เข้ารับการบำบัดในคลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารกองการพยาบาล. 2555; 39(3):7-20.
15. Yavari A., Najafipour F., Aliasgarzadeh A., Niafar M., Mobasser M. Effect of aerobic exercise, resistance training or combined training on glycemic control and cardio-vascular risk factors in

- Patient with Type 2 Diabetes.
Biology of Sport. 2012; 29(2):135-143.
16. ฤดีมาส ใจดี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 61 เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะศิลปศาสตรมหาวิทยาลัยเกริก, 2559.
17. ดวงจิตต์ นະนักรวัฒน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา ตำบลม่วงคำ อำเภอพวน จังหวัดเชียงราย. สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์:กรุงเทพฯ, 2550.
18. เมธี วงศ์วีระพันธุ์. การส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุของชุมชนต้นแบบในจังหวัดเชียงใหม่. วารสารจิตวิทยาคลินิก. 2559; 47(1):40-47.

ความรอบรู้ทางสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ ของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดขอนแก่น

ภาณุชนาถ อ่อนไกล¹, กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์²

(วันที่รับบทความ: 29 มิถุนายน 2563; วันที่แก้ไข 10 ตุลาคม 2563; วันที่ตอบรับ 14 ตุลาคม 2563)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ทางสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดขอนแก่น ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 33,161 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง 337 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมการวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป แจกแจงข้อมูลด้วยค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.87 มีอายุเฉลี่ย 52.45 ปี (S.D.= 8.23) ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ ในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.84 ความรอบรู้ทางสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านทักษะการตัดสินใจ ด้านทักษะการจัดการตนเอง ในการใช้กัญชาทางการแพทย์ ภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.96 ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.92 ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.22 ความรอบรู้ทางสุขภาพ ด้านทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.11

ข้อเสนอแนะ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการใช้กัญชาทางการแพทย์ ของอสม. ที่ยังอยู่ในระดับต่ำ รวมถึงที่ยังมีความรู้ความเข้าใจไม่ถูกต้อง เช่น การใช้กัญชาเพื่อบรรเทาอาการหอบหืด

คำสำคัญ: ความรอบรู้ทางสุขภาพ, กัญชาในทางการแพทย์, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, E-mail: 600852049@scphkk.ac.th

² อาจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, E-mail: kritkantorn@gmail.com
Corresponding author: กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์, E-mail: kritkantorn@gmail.com

Health Literacy of Medical Cannabis Use among Village Health Volunteers in Khon Kaen Province

Phanutchanat On-Kail¹, Kritkantorn Suwannaphant²

(Receive 29th June 2020; Revised: 10th October 2020; Accepted 14th October 2020)

Abstract

This cross-sectional descriptive research aims to study health literacy of Medical Cannabis use among village health volunteer (VHV) in Khon Kaen province. 337 samples of 33,161 VHV were selected by systematic random sampling. This study used questionnaires as tools for the data collection. The data were analyzed by computer programs to acquire frequency, percentage, mean, standard deviation, minimum, and maximum

The finding revealed that most of the VHV were female (84.87%) and average age was 52.45 ± 8.23 years old. Almost half of them have the health literacy of medical cannabis use presented at moderate level (41.84%). Most of them have the health literacy of medical cannabis use: knowledge skills presented at a moderate level (75.96%). Most of them have the health literacy of medical cannabis use: accessibility skills presented at a moderate level (70.92%). Most of them have the health literacy of medical cannabis use: communication skills presented at a moderate level (71.22%). And most of them have the health literacy of medical cannabis use: decision making skills presented at a moderate level (72.11%).

Suggestion: the stakeholder should be developing the health literacy of medical cannabis for VHV who have knowledge skill presented at a low level or incorrect knowledge such as use the medical cannabis for asthma.

Keywords: Health literacy, Medical Cannabis, Village Health Volunteers

¹ Bachelor in Community of Public Health, Sirindhorn of public health Khon Kaen ,
E-mail: 600852049@scphkk.ac.th

² Lecturer, Sirindhorn of public health Khon Kaen, E-mail: kritkantorn@gmail.com
Corresponding author: Kritkantorn Suwannaphant, E-mail: kritkantorn@gmail.com

บทนำ

พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 กำหนดว่ากัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษ ในประเภท 5 หากแต่สามารถใช้ได้ในกรณีเพื่อทางการแพทย์และการศึกษาวิจัย การใช้กัญชาทางการแพทย์ต้องอยู่ภายใต้การดูแลของบุคลากรทางการแพทย์ อย่างไรก็ตาม มีผู้ป่วยจำนวนมากมีความประสงค์จะใช้กัญชา เพื่อการบำบัด รักษา บรรเทาอาการโรคของตนเอง สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ที่ผลิตขึ้นแม้ว่าจะถูกกฎหมาย แต่ยังคงจัดว่าเป็นผลิตภัณฑ์ที่ไม่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นตำรับยา แพทย์สามารถส่งจ่ายในกรณีจำเป็นสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายเท่านั้น¹

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายที่จะยกระดับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้เป็นหมอประจำหมู่บ้าน ซึ่งจะเป็นเพิ่มศักยภาพของ อสม.ให้สามารถเป็นกำลังสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ในการให้ความรู้เรื่องสุขภาพ รวมทั้งเป็นแกนนำในการใช้กัญชาทางการแพทย์เพื่อเป็นตัวอย่างแก่ประชาชน²

ความรู้ทางสุขภาพหรือความฉลาดทางสุขภาพ (Health literacy) จึงได้รับการยอมรับว่า มีส่วนสำคัญในการสร้างและพัฒนาให้ประชาชนมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี โดยในการประชุมครั้งที่ 7 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) ณ กรุงไนโรบี ประเทศเคนยา เช่นเดียวกับหน่วยงานด้านสุขภาพของประเทศไทย เช่น กรมอนามัย ได้กำหนดองค์ประกอบพื้นฐานของความฉลาดทางสุขภาพที่จะทำให้ดำรงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองและชี้แนะต่อครอบครัว³ ซึ่งการขยายตัวของสังคมเครือข่ายออนไลน์ (social media) ทำให้การเข้าถึงข้อมูลต้องมีวิจารณญาณในการแยกแยะข่าวสารที่น่าเชื่อถือและ

ไม่น่าเชื่อถือ ประกอบกับระบบบริการสาธารณสุขมีความซับซ้อนยากแก่การเข้าใจ การจะตัดสินใจเชื่อในข้อมูลข่าวสารที่มากเกินไปนั้น จำเป็นต้องพัฒนาทักษะในการเข้าถึงข้อมูลที่เชื่อถือได้เข้าใจข้อมูล และสามารถใช้อ้างอิงข่าวสารที่ได้มา เพื่อการตัดสินใจเลือกทางเลือกเพื่อสุขภาพได้⁴ ทั้งนี้ ดอน นัทปิม⁵ ได้ขยายความและอธิบายความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นกระบวนการทางปัญญาที่ประกอบไปด้วย ความรู้ ความเข้าใจ การคิดวิเคราะห์ ทักษะทางสังคมที่ทำให้บุคคลสามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมินข้อมูล และสื่อสารด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต ซึ่งหากมีการศึกษาปัจจัยความรอบรู้ทางสุขภาพต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ จะสามารถทราบและเข้าใจถึงความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์จากกัญชาทางการแพทย์ได้

อสม. แต่ละบุคคลมีความรู้ที่แตกต่างกัน ประกอบกับปัจจุบันมีประเด็นกระแสทางสังคมที่น่าสนใจอย่างมากเรื่องการใช้กัญชาในทางการแพทย์ ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพต่อการใช้กัญชาในทางการแพทย์ของ อสม. นั้นสำคัญต่อนโยบายการดำเนินการเรื่องกัญชาในทางการแพทย์ การดำเนินการเพื่อให้ อสม. เข้ามามีบทบาทในการส่งเสริมการใช้กัญชาสำหรับวัตถุประสงค์ทางการแพทย์นั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้ อสม. มีความรู้ความเข้าใจด้านการใช้กัญชาอย่างถูกต้อง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์โดยเลือกใช้พื้นที่ จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นภูมิภานาของผู้วิจัยเพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปช่วยในการส่งเสริมและพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพในการใช้กัญชาสำหรับวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ของ อสม.

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระดับความรู้ทางสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดขอนแก่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 33,161 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างในกรณีที่ทราบจำนวนประชากร⁶ ในแต่ละพื้นที่ตามโซนแบ่งได้ทั้งหมด 4 โซน ซึ่งจะได้ตัวแทนในแต่ละโซน คือ อำเภอน้ำพอง อำเภอเมือง อำเภอหนองเรือ และอำเภอฟล ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 337 คน

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเป็น อสม. การได้รับการอบรม รายได้ และรายจ่ายต่อเดือน การเป็นหนี้ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ทางสุขภาพในการส่งเสริมการใช้กัญชาทางการแพทย์ ประกอบด้วย 5 ด้านดังนี้

- ด้านความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ จำนวน 15 ข้อ ตามแบบมาตรวัดของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน⁷ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกรับตอบจาก

ใช่-ไม่ใช่ การแปลผลคะแนน แบ่งระดับความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ เป็น 3 ระดับโดยใช้ เกณฑ์ของ Bloom⁶ ได้แก่ ระดับสูง ปานกลาง และต่ำ

- ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านทักษะการตัดสินใจ ด้านทักษะการจัดการตนเอง จำนวน 47 ข้อ โดยผู้วิจัยปรับปรุงจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) มีคำตอบให้เลือกรับตอบ 4 ระดับ มีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval scale) การแปลผลคะแนน นำมาจัด 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่ม ตามแนวคิดของ Best⁸ คือระดับความรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับมาก ปานกลาง น้อย

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือใช้วิธีการตรวจสอบความตรง (Validity) และความเที่ยง (Reliability) ดังนี้

1) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถาม ได้ค่า IOC อยู่ในช่วง 0.61-1

2) ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้วิธีการตรวจสอบด้วยการหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.92

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ทางสุขภาพ กรณีข้อมูลแจกแจงนับ ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) กรณีข้อมูลต่อเนื่อง ใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าสูงสุด (Maximum) และ ค่าต่ำสุด (Minimum)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้การรับรองจริยธรรมในการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ HE 621003

ผลการวิจัย

ปัจจัยคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมากที่สุดเป็น เพศหญิง ร้อยละ 84.87 อายุเฉลี่ย 52.45 ปี อายุสูงสุด 78 ปี ต่ำสุด 31 ปี การประกอบอาชีพ มากที่สุดประกอบอาชีพ เกษตรกร ร้อยละ 63.80 รองลงมาคือ อาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 13.65 และอาชีพค้าขาย ร้อยละ 12.46 สถานภาพสมรส ร้อยละ 79.53 สมรส (อยู่ด้วยกัน) รองลงมาคือ หม้าย/หย่า ร้อยละ 11.28 การศึกษามากที่สุด จบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 41.54 รองลงมาคือ ชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 38.28 มีระยะการเป็น อสม. เฉลี่ย 11.32 ปี นานที่สุด 45 ปี และน้อยที่สุด 1 ปี การได้รับการอบรม ร้อยละ 92.58 ได้รับการอบรม และร้อยละ 7.42 ไม่ได้รับการอบรม รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว มีรายได้เฉลี่ย 7,523.12 บาท/เดือน มากที่สุด คือ 50,000 บาท/เดือน และ

น้อยที่สุดคือ 1,000 บาท/เดือน รายจ่ายเฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว มีรายจ่ายเฉลี่ย 6,525.82 บาท/เดือน มากที่สุด คือ 37,000 บาท/เดือน น้อยที่สุด คือ 500 บาท/เดือน กลุ่มตัวอย่างมากที่สุดมีหนี้สิน ร้อยละ 82.49 รองลงมาไม่มีหนี้สิน ร้อยละ 17.51 ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกัญชา พบว่า ร้อยละ 81.90 เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกัญชา ด้านการมีช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร พบว่าร้อยละ 78.93 มีช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร

ความรอบรู้ทางสุขภาพในการส่งเสริมการใช้กัญชาทางการแพทย์

ความรอบรู้ทางสุขภาพ ด้านความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมากที่สุดมีความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ ในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.84 รองลงมาคือระดับสูง ร้อยละ 30.27 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ของอสม. ในจังหวัดขอนแก่น (n=337)

ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์		
สูง (12 คะแนนขึ้นไป)	102	30.27
ปานกลาง (9 – 11 คะแนน)	141	41.84
ต่ำ (น้อยกว่า 9 คะแนน)	94	27.89
Mean (S.D) : 9.92 (2.86), (Min: Max) (0: 15)		

ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูล สุขภาพและบริการสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมากที่สุด
มีความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูล
สุขภาพและบริการสุขภาพ เกี่ยวกับการใช้

กัญชาทางการแพทย์ ในระดับปานกลาง
ร้อยละ 70.92 รองลงมาคือระดับต่ำ
ร้อยละ 20.77 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละความรอบรู้ทางสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ
เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ของอสม. ในจังหวัดขอนแก่น (n=337)

ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
มาก	28	8.31
ปานกลาง	239	70.92
น้อย	70	20.77
Mean (S.D): 2.42 (0.47), (Min: Max) (1: 3.77)		

ความรอบรู้ทางสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีความ รอบรู้ทางสุขภาพด้านทักษะการสื่อสาร

เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ ในระดับ
ปานกลาง ร้อยละ 71.22 รองลงมาคือระดับต่ำ
ร้อยละ 14.84 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละความรอบรู้ทางสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร เกี่ยวกับการใช้กัญชาทาง
การแพทย์ของอสม. ในจังหวัดขอนแก่น (n=337)

ปัจจัยความรอบรู้ทางสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร	จำนวน	ร้อยละ
มาก	47	13.95
ปานกลาง	240	71.22
น้อย	50	14.84
Mean (S.D) : 2.55 ± 0.51, (Min: Max) 2.55 (1: 4)		

ความรอบรู้ทางสุขภาพ ด้านทักษะการ ตัดสินใจ

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมากที่สุด
มีความรอบรู้ทางสุขภาพ ด้านทักษะการ
ตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์
ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.11 รองลงมา
คือระดับสูง ร้อยละ 15.73 ตามลำดับ
(ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละความรอบรู้ทางสุขภาพด้านทักษะการตัดสินใจ เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ของอสม.ในจังหวัดขอนแก่น (n=337)

ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ ด้านทักษะการตัดสินใจ	จำนวน	ร้อยละ
มาก	53	15.73
ปานกลาง	243	72.11
น้อย	41	12.17
Mean (S.D): 2.59 (0.51), (Min: Max) (1: 4)		

ความรอบรู้ทางสุขภาพ ด้านทักษะการจัดการ

ตนเอง

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมากที่สุด มีความรอบรู้ทางสุขภาพด้านทักษะการจัดการ ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.33 รองลงมา คือระดับสูง ร้อยละ 16.32 ตามลำดับ (ดัง ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละความรอบรู้ทางสุขภาพด้านทักษะการจัดการ เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ของอสม. ในจังหวัดขอนแก่น (n=337)

ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ ด้านทักษะการจัดการ	จำนวน	ร้อยละ
มาก	55	16.32
ปานกลาง	237	70.33
น้อย	45	13.35
Mean (S.D): 2.61 (0.50) , Median(Min : Max) 2.64 (1 : 4)		

ความรอบรู้ทางสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูล

สุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านทักษะการตัดสินใจ ด้านทักษะการจัดการตนเอง (ภาพรวม)

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมากที่สุดมีความรอบรู้ทางสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านทักษะการตัดสินใจ ด้านทักษะการจัดการตนเอง เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์(ภาพรวม) ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.96 รองลงมาคือระดับมาก ร้อยละ 13.06 ตามลำดับ ดัง (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านทักษะการตัดสินใจ ด้านทักษะการจัดการ เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ของอสม. ในจังหวัดขอนแก่น (n=337)

ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และบริการสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านทักษะการตัดสินใจ ด้านทักษะการจัดการ	จำนวน	ร้อยละ
มาก	44	13.06
ปานกลาง	256	75.96
น้อย	37	10.98
Mean (S.D): 2.54 (0.46), (Min: Max) (1: 3.91)		

การอภิปรายผล

ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ของ อสม. ในจังหวัดขอนแก่น

จากผลการศึกษาพบว่า พบว่า อสม. มีความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ ในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.84 อาจมีผลจาก อสม. ประมาณร้อยละ 38.28 มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา ซึ่งเป็นข้อจำกัดในการเรียนรู้ และการใช้กัญชาทางการแพทย์เป็นนโยบายใหม่ที่เพิ่งเริ่มเมื่อปี พ.ศ. 2562 ทำให้การได้รับองค์ความรู้เรื่องกัญชาทางการแพทย์ยังมีอยู่อย่างจำกัด ถึงแม้ว่าร้อยละ 81.90 ของ อสม. จะเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกัญชา แต่ยังมี อสม. ถึงร้อยละ 21.07 ที่ยังไม่มีช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมเกียรติยศ วรเดช, ปุณณพัฒน์ ไชยเมธ, เรณู สะแหละ และยุวดี กองมี⁹ ที่ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง พบว่า อสม. มีความรู้เกี่ยวกับสมุนไพร ในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 68.6, Mean±SD;

11.15±2.40) และเจตคติเกี่ยวกับสมุนไพร ในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 66.8, 3.02±0.69) ส่วนการรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับสมุนไพร ในการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 72.7, 3.95± 0.63) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมและการรับข้อมูล ข่าวสารผ่านสื่อจากแหล่งต่างๆ เกี่ยวกับสมุนไพรในการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 53.6, 3.64±0.65) และสอดคล้องกับการศึกษาของสิริญา ไม้ป้องและ สมเดช พินิจสุนทร¹⁰ ที่ศึกษา ความรู้ และบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการวางแผนพัฒนาสาธารณสุขระดับชุมชน อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี พบว่า อสม. มีความรู้ อยู่ในระดับผ่าน และมีความรู้ อยู่ในระดับพอใช้ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 51 และ ร้อยละ 49 ตามลำดับ) ส่วนความ รอบรู้ทางสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านทักษะการตัดสินใจ ด้านทักษะการจัดการตนเอง ของ อสม. ในจังหวัดขอนแก่น พบว่า มีความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านทักษะการตัดสินใจ ด้านทักษะการจัดการตนเอง ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ อาจเกิดจาก สอดคล้องกับการศึกษาของ อารีย์ แร่ทอง¹¹

ที่ศึกษา ความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 30 2ส ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาตำบลหินตก อำเภอรัตนบุรี จังหวัดนครราชสีมา พบว่า อสม.ส่วนใหญ่มีความรอบรู้อยู่ในระดับพอใช้ คือมีความฉลาดทางสุขภาพเพียงพอ ต่อการปฏิบัติตนตามหลัก 30 2ส ร้อยละ 62.84 แต่แตกต่างจากการศึกษาของ ปฐมวดี ดวงกันยา¹² ที่ศึกษา ความรอบรู้ทางสุขภาพกับภาวะความดันโลหิตสูงในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอหนึ่งของประเทศไทยพบว่า ปัจจัยความรอบรู้ทางสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านความเข้าใจและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ ด้านการโต้ตอบซักถาม เพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจด้านการตัดสินใจ ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และด้านการบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 39.39 รองลงมาคือระดับไม่ดี ร้อยละ 26.26 และระดับดีอยู่ที่ร้อยละ 21.89 ตามลำดับ และไม่สอดคล้องกับประภัสสร งามแสงใส, ปติรดา ศรีสียน และ สุวรรณ ภัทรเบญจพล¹³ ที่ได้ศึกษา กรณีศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน พบว่า อสม.ไม่พร้อมในการให้คำแนะนำเพื่อนบ้าน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างไม่แน่ใจว่าตนเองมีความรู้เพียงพอในการให้ข้อมูลหรือคำแนะนำหรือไม่ ซึ่งชี้ให้เห็นว่า อสม. บางส่วนขาดความมั่นใจในการแนะนำความรู้สาธารณสุขเบื้องต้นแก่ชุมชน

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัจจัยความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ ในระดับปานกลาง

และความรอบรู้ทางสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านทักษะการตัดสินใจ ด้านทักษะการจัดการตนเอง เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ ในระดับปานกลาง

ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ควรพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ของอสม. ที่ยังอยู่ในระดับต่ำ รวมถึงข้อที่มีความรู้ความเข้าใจไม่ถูกต้อง เช่น การใช้กัญชาเพื่อบรรเทาอาการหอบหืดหรือ อสม.ต้องขออนุญาตก่อนปลูกกัญชาเอง เป็นต้น

2. ควรพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ของ อสม. เช่น ความยากง่ายในการหาข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพด้วยกัญชา ความยากง่ายในการค้นหาวางจะทำอย่างไรในการนำผลิตภัณฑ์กัญชามาปรับใช้ในกรณีเจ็บป่วย เป็นต้น

3. ควรพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการจัดการตนเองเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ของอสม. เช่น ความยากง่ายในการใช้ข้อมูลเกี่ยวกับกัญชา ที่แพทย์ให้แก่ อสม. ในการตัดสินใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความยากง่ายในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่จะส่งเสริมสุขภาพของ อสม. ในชุมชน เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวัดระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของ อสม.ด้านการใช้กัญชาทางการแพทย์ อย่างสม่ำเสมอ เพื่อพัฒนาให้มีความรอบรู้ทางสุขภาพของอสม.ด้านการใช้กัญชาทางการแพทย์ในระดับที่ดี

2. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพ

ในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของ อสม.
เพื่อหาทางส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสาธารณสุขอำเภออำเภอน้ำพอง
สาธารณสุขอำเภอเมือง สาธารณสุขอำเภอพล
และผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองเรือ
ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล
ขอขอบคุณ อสม.กลุ่มตัวอย่างในจังหวัด
ขอนแก่น ทุกท่าน ที่กรุณาตอบแบบสอบถาม

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. คำแนะนำการใช้
กัญชาทางการแพทย์ 2562 [อินเทอร์เน็ต].
[เข้าถึง เมื่อ 7 ต.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก
http://www.dms.moph.go.th/dms2559/download/Final_Guidance.pdf.
2. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือ อสม. หมอ
ประจำบ้าน 2562 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึง
เมื่อ 19 มิ.ย. 2563], เข้าถึงได้จาก
http://phc.moph.go.th/www_hss/data_center/dyn_mod/OSM_Doctor.pdf.
3. ขวัญเมือง แก้วดำเกิงและนฤมล ตรีเพชรศรี
อุไร. ความฉลาดทางด้านสุขภาพ. กองสุข
ศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์
นิเวศธรรมดาการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด;
2554.
4. ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล. Health Education
ความท้าทายในศตวรรษที่ 21 เพื่อยกระดับ
Health Literacy 2562 [อินเทอร์เน็ต].
[เข้าถึง เมื่อ 18 มิ.ย. 2563], เข้าถึงได้จาก
<http://doh.hpc.go.th/data/hl/HLAsPublicHealthGoal.pdf>
5. Nutbeam, D. The evolving concept of
health literacy. Social science and
medicine, 67, 2072-2078.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed>
.2008.09.050; 2008.
6. Bloom, B. S. Mastery learning. In J. H.
Block (Ed.), Mastery learning: Theory
and practice. New York: Holt, Rinehart
& Winston; 1971.
7. Kuder, G. F, & Richardson, M. W. The
theory of the estimation of test
reliability. Psychometrika 1937; 2:
151-160.
8. Best J.W. Research in education. New
York: Prentice-Hall, Englewood cliffs;
1977.
9. สมเกียรติยศ วรเดช, ปุณณพัฒน์ไชยเมธ,
เรณู สะแหละ และยุวดี กองมี. “ปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้สมุนไพร
ในการดูแลตนเองของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอกงหรา
จังหวัดพัทลุง,” วารสารวิชาการสาธารณสุข.
2558; 24(1), 50-59.
10. สิริญา ไผ่ป้องและ สมเดช พินิจสุนทร.
ความรู้ และบทบาทของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการ
วางแผนพัฒนาสาธารณสุขระดับชุมชน
อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี. วารสารการ
พัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น;
2559.
11. อารีย์ แร่ทอง. ความรอบรู้ทางสุขภาพและ
พฤติกรรมสุขภาพ 30 2ส ของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาตำบล
หินตก อำเภอรัตนพิบูลย์ จังหวัด
นครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการ กรม
สนับสนุนบริการสุขภาพ; 2562.
12. ปฐมวดี ดวงกันยา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์
กับความดันโลหิตสูงในอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองฮี
จังหวัดร้อยเอ็ด [การวิจัยทางด้าน

สาธารณสุข หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร
บัณฑิต สาขาสาธารณสุขชุมชน]. ขอนแก่น:
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัด
ขอนแก่น; 2563.

13. ประภัตร งามแสงใส, ปติรดา ศรีสัย และ
สุวรรณา ภัทรเบญจพล. กรณีศึกษาความ
ฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครประจำ
หมู่บ้าน. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 9(ฉบับ
พิเศษ). 2557; 82-87.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของนักเรียนมัธยมปลาย ในโรงเรียนเสถภูมิพิทยาคม จังหวัดร้อยเอ็ด

ดลทิพย์ ศรีหมื่น¹, บุญร่วม แก้วบุญเรือง²

(วันที่รับบทความ: 5 กรกฎาคม 2563; วันที่แก้ไข 22 กันยายน 2563; วันที่ตอบรับ 6 พฤศจิกายน 2563)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 244 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป นำเสนอข้อมูลด้วยค่าสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสถิติการถดถอยพหุโลจิสติก พร้อมช่วงเชื่อมั่น (95%CI)

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.30 ส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ร้อยละ 36.07 ดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 48.77 ด้านความรู้เรื่องภาวะโภชนาการ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 46.31 ด้านทัศนคติส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.74 ด้านพฤติกรรมเรื่องโภชนาการส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 87.79 ด้านอิทธิพลของสื่อส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.88 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการ คือ ระดับความรู้ปานกลางถึงสูง ($OR_{adj}=6.26$; 95 % CI : 2.83 to 16.33; p-value<0.001) และอิทธิพลของสื่อระดับปานกลางถึงสูง ($OR_{adj}=4.00$; 95 % CI: 1.20 to 13.03; p-value= 0.024) ดังนั้น ควรให้ความรู้ด้านโภชนาการ ผ่านสื่อช่องทางต่างๆที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย ซึ่งจะช่วยให้กลุ่มวัยรุ่นหรือกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย มีภาวะโภชนาการที่สมวัยมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ภาวะโภชนาการ, พฤติกรรม , อิทธิพลของสื่อ

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, E-mail: 600852024@scphkk.ac.th

² อาจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, E-mail: boon-kaew@hotmail.com
Corresponding author: บุญร่วม แก้วบุญเรือง, E-mail: boon-kaew@hotmail.com

Factors Associated with Nutritional Status of High School Students at Selaphum Phitthayakhom School, Roi Et Province

Donlathit Srimuen¹, Boonruam Keawboonruang²

(Receive 5th July 2020; Revised: 22nd September 2020; Accepted 6th November 2020)

Abstract

A cross-sectional analytical study aimed to identify factors associated with nutritional status of high school students. 244 students were selected by stratified sampling method. The data were analyzed by computer programs and presented by frequency, percentage, mean, standard deviation, minimum, maximum, and multiple logistic regression (with 95% CI)

Results revealed that more than half of samples were female (62.30%). One-third were fifth year students (36.07%), close to half (48.77%) presented BMI at normal level. There were two aspects were found at good level, nutrition knowledge (46.31%), nutrition behavior (87.79%). At moderate level two factors were discovered, attitude (80.74%) and medias influence (61.88%). Two dimensions were found as associated factors, moderate to high level of knowledge ($OR_{adj}=6.2$; 95 % CI : 2.83 to 16.33; p-value <0.001) and moderate to high level of medias influence ($OR_{adj}=4.00$; 95 % CI: 1.20 to 13.03; p-value= 0.024). Based on study results, knowledge of nutrition should be provided with various medias that easier for teenagers or high school students to access.

Keywords: Nutritional status, behavior, the fluence of media effect.

¹ Bachelor in Community of Public Health, Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen,
E-mail: 600852024@scphkk.ac.th

² Lecturer, Sirindhorn Colledge of Public Health Khon Kaen, E-mail: boon-kaew@hotmail.com
Corresponding author: Boonruam Keawboonruang, E-mail: boon-kaew@hotmail.com

บทนำ

สภาวะเศรษฐกิจและสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทำให้วิถีชีวิตความเป็นอยู่ของคนไทยในสังคมเปลี่ยนไป การออกกำลังกายที่ลดลง รูปแบบของอาหารที่รับประทานก็เปลี่ยนไป เพราะมีแอปพลิเคชันที่บริการส่งอาหารให้ถึงที่ เป็นปัจจัยเอื้อต่อการมีน้ำหนักที่เกินเกณฑ์มาตรฐานมากยิ่งขึ้น จากการรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พบว่าความชุกของภาวะอ้วนในประชากรไทย พบว่าอายุ 15 ปีขึ้นไปมีร้อยละ 37.5 เพศชายร้อยละ 32.9 และเพศหญิงร้อยละ 41.8 ความชุกในเขตเทศบาลสูงกว่านอกเขตฯ (ในชายร้อยละ 36.4 และ 30.0 ในหญิงร้อยละ 42.7 และ 41.0 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจฯ ครั้งที่ 4 เมื่อปี 2552 ความชุกของภาวะอ้วนมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในผู้หญิงความชุกเพิ่มจากร้อยละ 40.7 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 41.8 ในปี 2557 ส่วนในผู้ชายเพิ่มจากร้อยละ 28.4 เป็นร้อยละ 32.9 ตามลำดับ วิชัย เอกพลกร 2557¹

จากรายงานกระทรวงสาธารณสุข พบว่า เด็กเริ่มอ้วนและอ้วนแนวโน้มไม่ลดลง โดยพบว่าปี 2561 พบเด็กเริ่มอ้วนและอ้วนในจังหวัดร้อยเอ็ด ร้อยละ 8.4 และจังหวัดขอนแก่น และจังหวัดกาฬสินธุ์เท่ากันคือ ร้อยละ 7.8 (รายงาน Health Data Center ปี 2561) ซึ่งปัจจัยที่ทำให้อ้วนส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้องทั้งปริมาณและสัดส่วน ในแต่ละวันมีการเคลื่อนไหวออกแรงน้อย รวมทั้งค่านิยมรับประทานอาหารตามวัฒนธรรมตะวันตก คือ อาหารขยะ อาหารจานด่วน น้ำอัดลม ขนมกรุบกรอบ ถึงแม้จะมีการเฝ้าระวังหรือมีการติดตามอย่างต่อเนื่องก็ตาม จากการสำรวจ

ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า เด็กวัยเรียนและวัยรุ่น (อายุ 6 – 17 ปี) มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของเด็กอย่างน้อย 60 นาทีต่อวัน พบว่า ปี 2559 เด็กวัยเรียนและวัยรุ่นมีกิจกรรมทางกายเพียงพอร้อยละ 26.6 และมีแนวโน้มลดลง นอกจากนี้พบพฤติกรรมเนือยนิ่งในแต่ละวันของคนไทยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจากปี 2558 ร้อยละ 10 ชั่วโมงต่อวันเพิ่มเป็นร้อยละ 14 ชั่วโมงต่อวัน ในปี 2560²

ช่วงอายุที่น่ากังวลเกี่ยวกับภาวะโภชนาการคือกลุ่มนักเรียนและนักศึกษา เนื่องจากกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ร่างกายกำลังเติบโต ภาวะโภชนาการที่พบในวัยรุ่นคือน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานและโรคอ้วน ซึ่งปัจจัยสาเหตุมาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารว่างที่มีคาร์โบไฮเดรต ไขมัน ที่ให้พลังงานสูง และเมื่อถึงอาหารมื้อหลักมีการบริโภคอาหารปริมาณมาก ซึ่งจะทำให้ได้รับพลังงานเกินกว่าความต้องการใช้ของร่างกาย เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานและโรคอ้วน จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พบว่าเด็กที่มีน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์มีอัตราสูงเพิ่มขึ้นพบว่าจากเด็กจำนวน 4-5 คนจะพบเด็กที่มีน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ 1 คน และเห็นได้ชัดเจนในโรงเรียนที่อยู่ในเขตเมือง จากการสำรวจภาวะโภชนาการเด็กอายุ 4-12 ปี ในกรุงเทพฯ³

โรงเรียนเสลภูมิพิทยาคม ตั้งอยู่ในตัวเมืองอำเภอเสลภูมิ บริเวณรอบข้างรั้วโรงเรียนมีร้านอาหารจำนวนมาก ประกอบกับอำเภอเสลภูมิมีความเจริญทันสมัย ซึ่งเป็นปัจจัยที่เอื้อต่อพฤติกรรมการบริโภคและสามารถเข้าถึงอาหารที่ไม่มีประโยชน์ต่อร่างกายได้ง่าย นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายอยู่ในช่วงวัยรุ่นที่มีความเป็นตัวของตัวเองค่อนข้างสูงและมักทำตามเพื่อนเป็นส่วนใหญ่ จึงทำให้มีพฤติกรรม

การบริโภคอาหารเปลี่ยนแปลง เป็นสาเหตุหนึ่ง ที่ส่งผลต่อการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม อาจจะเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ อนามัยของนักเรียนและมีแนวโน้มทำให้ เป็นผู้ใหญ่ที่มีภาวะอ้วนต่อไปในอนาคต ซึ่งอาจ ส่งผลต่อผลิตภาพในการผลิตของชาติในอนาคต ได้⁴ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาภาวะโภชนาการของ นักเรียนมัธยมปลายโรงเรียนเสลภูมิพิทยาคม อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อนำ ผลการวิจัยที่ได้มาเป็นแนวทางในการวางแผน ปรับปรุงแก้ไขและส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการบริโภคอาหารต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการและปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียน เสลภูมิพิทยาคม จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ในเดือน มกราคม 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ตอนปลายปีการศึกษา 2562 จำนวน 1,061 คน คำนวณตัวอย่างสำหรับการใช้สถิติ Multiple logistic regression⁵ ได้ขนาด ตัวอย่างที่ปรับแล้ว 244 คน สุ่มตัวอย่างแบบ แบ่งชั้นภูมิ (Stratified sampling) แบ่งเป็น ระดับชั้น มัธยมศึกษาปีที่ 4- 6 ซึ่งคำนวณ ตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรในแต่ละระดับ ชั้นเรียน (Proportional allocation) เมื่อได้ จำนวนตัวอย่างประชากรในแต่ละระดับชั้นแล้ว ผู้วิจัยจึงได้สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง

แบบง่าย (simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลาก ให้ได้ตามจำนวน ของกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามแบบ ให้ตอบเอง แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ส่วนสูง น้ำหนัก ระดับชั้นที่ศึกษา

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร เป็นข้อคำถามชนิดเลือกตอบ (Multiple choice) โดยแบ่งเป็นคำถามข้อที่ถูก และ คำถามข้อที่ผิด

ส่วนที่ 3 ทศนคติด้านการบริโภค อาหาร เป็นการเลือกตอบแบบมาตราส่วน ประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ 1=ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 2= ไม่เห็นด้วย, 3= ไม่แน่ใจ, 4= เห็นด้วย และ 5=เห็นด้วย อย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมบริโภคอาหาร เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ 1= ไม่ปฏิบัติเลย, 2=ปฏิบัติบางครั้ง และ 3=ปฏิบัติเป็นประจำ

ส่วนที่ 5 อิทธิพลจากสื่อ เป็นการ เลือกตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ดังนี้ 1=ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 2= ไม่เห็นด้วย, 3= ไม่แน่ใจ, 4= เห็นด้วย และ 5=เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การแปลผลเครื่องมือ

การแปลผลภาวะโภชนาการ ใช้ดัชนี มวลกาย ตามเกณฑ์ของประชากรเอเชีย ตามเกณฑ์องค์การอนามัยโลก⁶ ดังนี้ ภาวะโภชนาการปกติมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในน้ำหนักปกติ ≤ 22.99 กก./เมตร² และ ภาวะโภชนาการเกิน มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในน้ำหนักเกิน ≥ 23.00 กก./เมตร²

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยแบ่งภาวะโภชนาการตามการใช้ดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มภาวะโภชนาการดี หมายถึงและกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะโภชนาการปกติมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในน้ำหนักปกติ 18.5-24.9 กก./เมตร² ส่วนดัชนีมวลกายอื่น ให้เป็นผู้ที่มีภาวะโภชนาการไม่ดี

ด้านความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารใช้เกณฑ์ของ Boom⁷ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับต่ำ ต่ำกว่าร้อยละ 60

ระดับปานกลาง ร้อยละ 60-79

ระดับสูง ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ด้านทัศนคติในการบริโภคอาหารด้านพฤติกรรมบริโภคอาหาร และด้านอิทธิพลจากสื่อ ใช้เกณฑ์ของ Best⁸ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ค่าเฉลี่ย 1.00-2.33 ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.34- 3.66 และระดับสูง ค่าเฉลี่ย 3.67-5.00

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถาม โดยมีผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบประเมินค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item-objective congruence index : IOC) มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับนักเรียนที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ดังนี้ ระดับความรู้มีความเชื่อมั่น 0.70 ระดับทัศนคติมีความเชื่อมั่น 0.88 ระดับพฤติกรรมมีความเชื่อมั่น 0.75 ระดับอิทธิพลสื่อมีความเชื่อมั่น 0.72

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย มีขั้นตอนดังนี้

วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Simple logistic regression เพื่อหาความสัมพันธ์อย่างหยาบ (Crude analysis) โดยวิเคราะห์ทีละคู่ (Bivariate analysis) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามและตัวแปรต้นทีละคู่ โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบของตัวแปรอื่น ๆ นำเสนอด้วยค่า Crude Odds, 95%CI และ p-value โดยพิจารณาจากค่า p-value < 0.25 เพื่อคัดเลือกตัวแปรอิสระเข้าสู่โมเดลการวิเคราะห์คร่าวหลายตัวแปร

วิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติก (Multiple logistic regression) โดยการวิเคราะห์คร่าวหลายตัวแปร นำตัวแปรที่ผ่านการคัดเลือกในขั้นตอนการวิเคราะห์อย่างหยาบ (Crude analysis) เข้าสู่โมเดล Multivariable analysis ในการวิเคราะห์ผลที่ได้คือ Adjusted Odds Ratio, 95%CI และ p-value เมื่อได้โมเดลแล้วก็จะเข้าสู่การวิเคราะห์หาโมเดลที่ดีที่สุด ใช้วิธีการตัดตัวแปรออกทีละตัวแปร (Backward elimination) โดยขจัดตัวแปรที่มีค่า p-value>0.05 ออกทีละตัวแปรจนกว่าจะไม่สามารถตัดตัวแปรใดๆ ออกจากโมเดลได้เนื่องจากไม่มีตัวแปรใดที่มีค่า p-value>0.05 ถือเป็นโมเดลสุดท้าย (Final Model) ที่จะอธิบายตัวแปรที่มีผลต่อภาวะ

โภชนาการของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย
โรงเรียนเสลภูมิพิทยาคม จังหวัดร้อยเอ็ด

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงหลักจริยธรรมการวิจัย
ในมนุษย์ ได้แก่ หลักความเคารพในบุคคล
หลักคุณประโยชน์ไม่ก่ออันตราย และ
หลักความยุติธรรม ซึ่งงานวิจัยนี้ได้รับการ
อนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการ
สาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
เลขที่ SCPHKIRB63050

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ
62.30 ศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5
ร้อยละ 36.07 ปี ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ
ร้อยละ 48.77 รองลงมาคือ อยู่ในเกณฑ์ผอม
ร้อยละ 28.28 และอยู่ในเกณฑ์อ้วน ร้อยละ
22.96 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนเสลภูมิพิทยาคม จังหวัดร้อยเอ็ด
(n=244)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	152	62.30
ชาย	92	37.70
อายุ(ปี)		
≤ 16	15	6.15
≥ 17	229	93.85
น้ำหนัก (กิโลกรัม)		
≤ 40	2	0.82
41-79	224	91.80
≥ 80	13	5.33
ส่วนสูง (เซนติเมตร)		
≤ 160	63	25.82
161-179	146	59.84
≥ 180	9	3.69
ดัชนีมวลกาย (กก./ม²)		
≤ 18.5 และ ≥25.0	94	38.52
18.5-24.9	118	48.36

ระดับความรู้ ทักษะ พฤติกรรมและอิทธิพลจากสื่อ

ระดับความรู้ พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง (ร้อยละ 46.31) รองลงมาคือมีความรู้ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 33.61) และมีความรู้ในระดับต่ำ (ร้อยละ 20.08) ด้านระดับทัศนคติ พบว่า ส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 80.74) รองลงมาคือมีทัศนคติอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 15.98)

และมีความรู้ในระดับต่ำ (ร้อยละ 3.28) ด้านระดับพฤติกรรม พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 87.79) รองลงมาคือมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 17.21) และมีพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ และด้านระดับอิทธิพลสื่อ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ระดับปานกลาง (ร้อยละ 61.88) รองลงมาคือ อยู่ในเกณฑ์ระดับต่ำ (ร้อยละ 34.43) และอยู่ในเกณฑ์ระดับสูง (ร้อยละ 3.68) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระดับความรู้ ทักษะ พฤติกรรมและอิทธิพลจากสื่อของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนเสลภูมิพิทยาคม จังหวัดร้อยเอ็ด (n=244)

ปัจจัยรายด้าน	ระดับ		
	ระดับต่ำ n (%)	ระดับปานกลาง n(%)	ระดับสูง n(%)
ด้านความรู้	49(20.08)	82(33.61)	113(46.31)
ด้านทัศนคติ	8(3.28)	197(80.74)	39(15.98)
ด้านพฤติกรรม	0(0.00)	42(17.21)	202(87.79)
ด้านอิทธิพลสื่อ	84(34.43)	151(61.88)	9(3.68)

ภาวะโภชนาการของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนเสลภูมิพิทยาคม อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในน้ำหนักปกติ ≤ 22.99 กก./เมตร² หมายความว่า มีภาวะโภชนาการดี ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในน้ำหนักเกิน ≥ 23.00 กก./เมตร² หมายความว่า มีภาวะโภชนาการไม่ดี

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนเสลภูมิพิทยาคม อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด (Multivariable analysis)

พบปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง คือความรู้ ($OR_{Adj}=6.26$; 95 % CI : 2.83 to 16.33; p-value= <0.0001) และอิทธิพลของสื่อ ($OR_{Adj}=4.00$; 95 % CI : 1.20 to 13.03; p-value= 0.024) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่ผลกับภาวะโภชนาการของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนเสลภูมิพิทยาคม จังหวัดร้อยเอ็ด (n=244)

ปัจจัย	จำนวน	ภาวะ โภชนาการ ดี	Crude OR	Adj. OR	95% CI	p-Value
ความรู้						< 0.0001
ระดับต่ำ	151	27.18	1	1	-	
ระดับปานกลางถึงระดับสูง	93	33.33	6.26	6.77	2.83 to 16.33	
อิทธิพลสื่อ						0.024
ระดับต่ำ	212	8.49	1	1	-	
ระดับปานกลางถึงระดับสูง	32	43.75	8.38	4.00	1.20 to 13.03	

การอภิปรายผล

1. ภาวะโภชนาการของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนเสลภูมิพิทยาคม จังหวัดร้อยเอ็ด

กลุ่มตัวอย่าง มีภาวะโภชนาการสมส่วน ร้อยละ 48.77 มีภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 28.28 และมีภาวะโภชนาการเกิน ร้อยละ 22.96 แตกต่างจากการวิจัยของ อติชา สังขะทิพย์ และ สุวลี โลวีกรรณ์ (2560)⁹ ที่ศึกษาพฤติกรรมบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนในตำบลกุดปลาตุก อำเภอน้ำหนาว จังหวัดมหาสารคาม พบว่าด้านน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง ส่วนใหญ่สมส่วน ร้อยละ 81.9 มีภาวะโภชนาการเกิน ร้อยละ 5.0 เนื่องจากนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายจะมีกิจกรรมการเรียนการสอนในแต่ละรายวิชาแตกต่างจากนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จึงทำให้มีภาวะโภชนาการที่แตกต่างกัน

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนเสลภูมิพิทยาคม จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า

ด้านความรู้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ในระดับปานกลางถึงระดับสูง ส่งผลทำ

ให้มีภาวะโภชนาการที่ดี คิดเป็น 6.26 เท่าของนักเรียนที่มีระดับความรู้ระดับต่ำ (Adj. OR=6.26 95 % CI 2.83 to 16.33; p-value=<0.0001) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจในเรื่องต่างๆ ได้ดี ทางโรงเรียนก็มีรายวิชาที่ส่งเสริมในด้านโภชนาการ ได้แก่ สุขศึกษาและพลศึกษา และยังมีกิจกรรมที่ส่งเสริมด้านโภชนาการให้กับนักเรียน ทำให้มีความรู้ในการเลือกซื้ออาหารที่มีคุณภาพ ส่งผลทำให้มีภาวะโภชนาการที่ดี อย่างไรก็ตามแม้วัยรุ่นจะมีความรู้มากน้อยเพียงใด การรับประทานอาหารก็คล้าย ๆ กัน ทั้งนี้เพราะวัยรุ่นเป็นวัยที่ต่างจากวัยอื่น ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคของวัยรุ่นมากที่สุด คือ เพื่อน สื่อโฆษณา จึงมีลักษณะเหมือนกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของณัฐภา กุลรินทร์ (2555)¹⁰ ได้ทำการศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนอนุบาล อุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์ พบว่า เด็กนักเรียนมีความรู้อยู่ในระดับดี ร้อยละ 52.0 แตกต่างจากการวิจัยของกุลนิดา สายนัย (2553)¹¹ ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา พบว่า นักเรียนที่มีความรู้การบริโภคอาหาร

ต่างกัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร แตกต่าง กัน ผลการทดสอบสมมติฐานปรากฏว่า ไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านอิทธิพลสื่อ พบว่า มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างในระดับปานกลางถึงระดับสูง ทำให้มีภาวะโภชนาการที่ดี คิดเป็น 4.00 เท่า ของนักเรียนที่มีระดับอิทธิพลของสื่อในระดับต่ำ (Adj. OR=4.00 95 % CI 1.20 to 13.03; p-value= 0.024) ทั้งนี้เนื่องจากภายในโรงเรียนมีสื่อที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย ได้แก่ เสียงตามสาย บอร์ดประชาสัมพันธ์ นิทรรศการต่างๆ ก็ล้วนเข้ามามีผลกับนักเรียนอย่างมาก และนักเรียนก็มีการเข้าถึงสื่อได้ง่ายมากยิ่งขึ้น ด้วยตัวนำสื่อหลายอย่าง ได้แก่ โทรศัพท์ อินเทอร์เน็ต สื่อโฆษณา เพราะเป็นสื่อที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย จึงมีลักษณะเหมือนกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์ และคณะ(2558)¹² ได้ทำการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดพิษณุโลกที่มีภาวะโภชนาการเกิน พบว่า โทรศัพท์ หนังสือ/วารสาร/นิตยสาร อินเทอร์เน็ต มีผลต่อภาวะโภชนาการร้อยละ 88.5 , 80.7 , 65.2 ตามลำดับ สอดคล้องกับงานวิจัยของจิรภัทร พลอยขาว (2553)¹³ ได้ทำศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนหญิงที่มีภาวะโภชนาการเกิน โรงเรียนสตรีภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต พบว่า อิทธิพลของการสื่อสารและ สารสนเทศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนหญิงที่มีภาวะโภชนาการเกินอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับงานวิจัยของสังวาลย์ ชมภูจา (2552)¹⁴ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคอาหารของนักเรียนช่วงชั้นที่ 3 ที่มีภาวะโภชนาการเกิน พบว่า ปัจจัยด้านสื่อที่เกี่ยวข้องกับอาหารและโภชนาการ โดยเฉพาะ

อย่างยิ่งสื่อโฆษณา ทางโทรทัศน์ ปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีผลต่อการบริโภคอาหารของนักเรียน

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและทางโรงเรียนควรร่วมกันพิจารณาจัดกิจกรรมในการให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร หรือมีการติดป้ายประกาศให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร เพื่อให้นักเรียนนำความรู้นี้ไปพัฒนาเรื่องการบริโภคอาหารในชีวิตประจำวัน รวมถึงเป็นการปลูกจิตสำนึกให้ตระหนักถึงเรื่องโภชนาการที่ส่งผลต่างๆต่อสุขภาพได้

2. หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรมีการรณรงค์เรื่องโภชนาการให้กับนักเรียนในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ สื่อวิดีโอการสอน การประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตามสาย เพื่อให้ นักเรียนเข้าถึงโภชนาการได้ดียิ่งขึ้น

3. เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำข้อมูลไปใช้ในการจัดกระบวนการเรียนการสอนที่เหมาะสมกับพฤติกรรมสุขภาพสำหรับนักเรียนในโรงเรียน และสามารถนำข้อมูลที่ได้รับไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับโรงเรียนอื่นเป็นเครือข่ายโรงเรียนด้านการ ส่งเสริมสุขภาพและการศึกษาไปพร้อมๆ กัน

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยฉบับนี้ จะสำเร็จด้วยดีนั้น ขอขอบคุณผู้อำนวยการ คณะคุณครู บุคลากร ในโรงเรียนเสลภูมิพิทยาคม จังหวัดร้อยเอ็ดทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดจนนักเรียนกลุ่มตัวอย่างที่ได้สละเวลาให้ความร่วมมือในการทำแบบสอบถามอย่างครบถ้วน และขอบขอบคุณอาจารย์ที่ปรึกษาที่ได้ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา ช่วยชี้แนะแนวทางไปสู่ความสำเร็จของการวิจัยฉบับนี้ ซึ่งผู้วิจัย

ได้รับแนวทางในการศึกษาหาความรู้และ
ประสบการณ์ในการทำวิจัยครั้งนี้จนทำให้วิจัย
ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ผู้วิจัยขอขอบ
ขอบคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพ
ประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย
ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. สถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุข. 2560.
2. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ศูนย์
ปฏิบัติการกรมอนามัย (DOC4.0). โครงการ
ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเด็กวัยเรียน
วัยรุ่นศูนย์อนามัยที่ 7 ปีงบประมาณ 2562
[อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กระทรวง
สาธารณสุข; 2557 [เข้าถึง เมื่อ 8 ต.ค.
2563]. เข้าถึงได้จาก
<http://doc.anamai.moph.go.th/>
3. ทิพย์ภารัตน์ ไชยชนะแสง. พฤติกรรมการ
บริโภคอาหารของวัยรุ่นในเขตเทศบาลเมือง
และอำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด. [วารสาร
มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด]. 11(1). 109-
112. 2560.
4. ศักดิ์อนันต์ รัตนสาครชัย. ปัจจัยที่มีผลต่อ
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของนักเรียน
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในเขตอำเภอเมือง
ชุมพร จังหวัดชุมพร. วารสารอาหารและยา.
2558; 22(1). 61-72.
5. Hsieh, Bloch & Larson. A simple
method of sample size calculation
for linear and logistic regression.
Statistics in Medicine, 8, 1623-1634.
1998.
6. องค์การอนามัยโลก. Nutritional.
[อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: 2562 [เข้าถึง เมื่อ
12 ต.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก
<https://www.who.int/topics/nutrition/en/2019>.
7. Bloom, B.S. Mastery learning. In J. H.
Block (Ed.), Mastery learning: Theory
and practice. New York: Holt, Rinehart
& Winston. 1971.
8. Best, J. W. Research in education. 3rd
ed. India, New Delhi : Prentice Hall,
Inc 1978.
9. อติชา สังขะทิพย์, สุวลี โลวีกรณ. พฤติกรรม
การบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของ
นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนใน
ตำบลกุดปลาตุก อำเภอน้ำขุ่น จังหวัด
มหาสารคาม. วารสารวิทยาศาสตร์และ
เทคโนโลยี [มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี].
2560; 19(1): 178-189.
10. ณัฐกา กุลรินทร์. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะ
โภชนาการเกินของนักเรียนชั้นประถมศึกษา
ปีที่ 6 โรงเรียนอนุบาล อุดรดิตถ์ จังหวัด
อุดรดิตถ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต.
สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์. คณะ
สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย
มหาวิทยาลัราชภัฏเชียงใหม่. 2555.
11. กุลนิดา สายนัย. พฤติกรรมการบริโภค
อาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในเขต
อำเภอเมืองจังหวัดยะลา. [วิทยานิพนธ์ (ศษ.
ม. (เ ส ริ ม ส ร ้า ง สุ ข ภ า พ)].
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2553.

12. ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรือง, นิทรา กิจธีระวุฒิมวงษ์, ขวลิ ต วโรต มรัง สิมันต์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียน มัธยมศึกษาในจังหวัดพิษณุโลกที่มีภาวะโภชนาการแตกต่างกัน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 2558; 33(3): 80-90.
13. จีรภัทร พลอยขาว . ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนหญิงที่มีภาวะโภชนาการเกิน โรงเรียนสตรีภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยรามคำแหง. 2553.
14. สัจจวาลย์ ชมภูจา. ปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคอาหารของนักเรียนช่วงชั้นที่ 3 ที่มีภาวะโภชนาการเกิน เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2552.

ผลกระทบและปัญหาสุขภาพจิตหลังประสบอุทกภัยของประชาชนบ้านผักกาดหญ้า ตำบลนาเลิง อำเภอสเลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

दनัยเทพ พันธะมา¹, สุพัฒน์ จำปาหวาย²

(วันที่รับบทความ: 15 กรกฎาคม 2563; วันที่แก้ไข 6 ตุลาคม 2563; วันที่ตอบรับ 14 ตุลาคม 2563)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพจิตและผลกระทบหลังจากประสบอุทกภัยของประชาชน และเพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์กับเกิดปัญหาสุขภาพจิตหลังประสบอุทกภัย ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือผู้ประสบอุทกภัยบ้านผักกาดหญ้า ตำบลนาเลิง อำเภอสเลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 323 คน กลุ่มตัวอย่าง 204 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายเก็บข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามคุณลักษณะทั่วไป ส่วนที่ 2 ผลกระทบหลังประสบอุทกภัย และส่วนที่ 3 ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น โดยมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.80 วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสถิติ Chi-square นำเสนอขนาดของความสัมพันธ์โดยใช้ค่า OR, 95% CI of OR, p-value

ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.75 มีงานทำร้อยละ 65.69 อายุเฉลี่ย 35.75 ปี (S.D.= 3.69 ปี) เมื่อพิจารณาถึงด้านผลกระทบ พบว่าส่วนใหญ่ มีการสูญเสียทรัพย์สินจากน้ำท่วมร้อยละ 31.86 รองลงมาคือ ปัญหาการตัดถนนทำให้ไม่สามารถเดินทางได้ ร้อยละ 30.88 และสูญเสียรายได้หลังน้ำท่วม ร้อยละ 29.90 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ อายุ (OR = 1.85 ; 95% CI of OR : 1.01 ถึง 3.33 ; p-value = 0.044) ความเพียงพอของรายได้ (OR=2.94 ; 95% CI of OR : 1.32 ถึง 6.67 ; p-value = 0.007) และโรคประจำตัว (OR = 2.44 ; 95% CI of OR : 1.31 ถึง 4.43 ; p-value = 0.004) ดังนั้น ควรมีการจัดการส่งเสริมรายได้โดยการทำอาชีพเสริมและมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตหรือเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในประชาชนที่จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิต

คำสำคัญ: ผลกระทบ, สุขภาพจิต, อุทกภัย

¹นักศึกษาลัทธิสุตรสาธารณสุขชุมชน, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น,
E-mail: 600852023@scphkk.ac.th

²อาจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, E-mail: supat.j@hotmail.com
Corresponding author: สุพัฒน์ จำปาหวาย, E-mail: supat.j@hotmail.com

Effect and Mental Health Problems after the Flooding of People, Ban Phak Kat Ya, Maloeng Sub-District, Selaphum District, Roi Et Province

Danaitep Panatama¹, Supat Jumparwai²

(Receive 15th July 2020; Revised: 6th October 2020; Accepted 14th October r 2020)

Abstract

This Cross-sectional study aims to study the mental health problems after flooding and factor relate to mental health of people at Ban Pak Kat Ya ,Naleong sub-district, Selaphum district, Roi-Et province. The sample were 204 villagers selected by a simple random sampling technique. Data was collected by using the questionnaires which consist of 3 parts as 1) Characteristics of subject, 2) Effects after flooding and 3) Thai Mental Health Index (TMHI-15) Data were analyzed by descriptive statistics and Chi-square at 0.05 significant level.

The results revealed that 62.75 % of subjects were female with the average age of 35.75 years (SD= 13.69). The mental health status was below normal for 39.71 %, the flooding affected were lost property 31.86%, the road cut off 30.88% and lost income 29.90%, respectively. The factors significantly associated with mental health problems were age (OR =1.85; 95%CI of OR: 1.01 to 3.33; p-value = 0.044), adequacy income (OR = 2.94; 95% CI of OR: 1.32 to 6.67; p-value = 0.007), and having congenital disease (OR = 2.44; 95% CI of OR: 1.31 to 4.43; p-value = 0.004). Therefore, the community program should be promote extra works to increase income and mental health promotion activities after flooding.

Keywords: Effect, Mental Health, Flooding

¹Bachelor in Community of Public Health, Sirindhorncollege of Public Health Khon Kaen, E-mail:600852023@scphkk.ac.th

²Lecturer, Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen, E-mail: Supat.j@hotmail.com
Corresponding author: Supat Jumparwai, E-mail: supat.j@hotmail.com

บทนำ

สถานการณ์อุทกภัยในปัจจุบันของประเทศไทย โดยเฉพาะในปี พ.ศ.2562 ประเทศไทยได้รับอิทธิพลจากพายุโพดุลและคากิ จากอิทธิพลของพายุทั้งสองลูกนี้ทำให้เกิดฝนตกหนักติดต่อกันหลายวันทำให้แม่น้ำสายหลักและสายย่อยมีปริมาณน้ำขึ้นมากและไม่สามารถระบายออกได้ทันจนส่งผลทำให้เกิดอุทกภัย

โดยจังหวัดที่ได้รับความเสียหายอย่างมากในอุทกภัยในครั้งนี้ คือ จังหวัดร้อยเอ็ด นับเป็นเหตุการณ์อุทกภัยที่หนักที่สุดในรอบ 40 ปี ของจังหวัด ครอบคลุม 80 ตำบล 1,020 หมู่บ้าน และ 61,738 ครัวเรือน ซึ่งจากผลกระทบน้ำท่วม ทำให้ขณะนี้พื้นที่การเกษตรของชาวจังหวัดร้อยเอ็ด เสียหายไปกว่า 300,000 ไร่ โรงเรียนได้รับผลกระทบ 122 แห่ง สิ่งสาธารณประโยชน์ พนังกั้นน้ำ 7 แห่ง สะพาน 9 แห่ง ฝาย 7 แห่ง ถนนมีน้ำท่วมขัง 28 จุด ถูกน้ำกัดเซาะ 15 จุด ถนนขาด 3 จุด และมีผู้เสียชีวิต 4 ราย¹

อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด มีจำนวนหลังคาเรือนทั้งหมด 24,216 หลังคาเรือน ประชากรใน เขตพื้น 90,941 คน ในตำบลนาเลิงมีจำนวน 1,126 หลังคาเรือน ประชากรในเขตพื้นที่ 4,828 คน และบ้านผักกาดหญ้า มีจำนวน 87 หลังคาเรือน ประชากรในเขตพื้นที่ 323 คน² มีภูมิประเทศส่วนใหญ่เป็นที่ราบลุ่มแม่น้ำชีไหลผ่าน จึงมีปัญหาจากน้ำท่วมอย่างต่อเนื่อง ทำให้ต้องเตรียมรับมือกับสภาพน้ำท่วมทุกปี สาเหตุที่ทำให้เกิดน้ำท่วมเกิดจากน้ำล้นตลิ่ง และลำน้ำที่แคบตื้นเขิน เนื่องจากไม่มีการขุดลอก อีกทั้งพื้นที่ลำนํ้าเกิดทิ้งอตามธรรมชาติขึ้นมา บางแห่งมีผู้บุกรุกเข้าไปสร้างสิ่งปลูกสร้างขวางทางไหลของน้ำ ในขณะที่พื้นที่ตลอดแนวแม่น้ำในเขตบ้านผักกาดหญ้า ตำบลนาเลิง ในฤดูฝนทุกปี

เมื่อมีฝนตกชุกและมีการปล่อยน้ำมาจากแหล่งน้ำอื่นจึงเกิดการไหลทะลักของน้ำเข้าท่วมบ้านเรือนประชาชนทันที ในปี พ.ศ. 2562 ปัญหาน้ำท่วมส่งผลกระทบต่อก่อให้เกิดความเสียหาย ให้แก่ประชาชนใน บ้านผักกาดหญ้า ตำบลนาเลิง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นอย่างมาก

จากการศึกษาผลกระทบจากอุทกภัยที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพจิต³ พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตจากผลกระทบของอุทกภัยคิดเป็นร้อยละ 13.46 โดยมีอาการแสดงที่พบมากที่สุด คือ การนอนไม่หลับ ร้อยละ 34.88 รองลงมา คือ ปวดศีรษะบริเวณขมับและท้ายทอย รวมทั้งมีอาการวิงเวียนศีรษะ ร้อยละ 27.9

จะเห็นได้ว่าเมื่อเกิดอุทกภัยประชาชนจะได้รับผลกระทบโดยเฉพาะด้านจิตใจ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องศึกษาปัญหาสุขภาพจิตหลังประสบอุทกภัย และผลกระทบของประชาชนในเขตพื้นที่บ้านผักกาดหญ้า ตำบลนาเลิง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อนำไปวางแผนฟื้นฟูสภาพจิตใจหลังประสบอุทกภัยของประชาชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลกระทบที่เกิดขึ้นหลังประสบอุทกภัยของประชาชน
2. เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพจิตหลังประสบอุทกภัยของประชาชน
3. เพื่อศึกษาหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตหลังประสบอุทกภัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือผู้ที่มีอายุ 18 ขึ้นไป ที่ประสบอุทกภัยปี พ.ศ.2562 ในพื้นที่ บ้านผักกาดหญ้า ตำบลนาเลิง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 323 คน คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากรกรณีขนาดประชากรมีขนาดเล็ก⁴ ได้จำนวน 204 คน จากนั้น ใช้การสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างง่าย โดยการจับฉลาก

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

n = ขนาดตัวอย่างของประชากร

N = ขนาดของประชากร

Z = ค่าสถิติแจกแจงมาตรฐานเมื่อกำหนด

$\alpha=0.05$ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

P = ค่าสัดส่วน ของ ตัวแปร ที่ ต้องการประมาณค่า

e = ความแม่นยำในการประมาณค่าสัดส่วนหรือความคลาดเคลื่อนที่ยินยอมให้เกิดขึ้นในการประมาณค่าสัดส่วนเท่ากับ 5% = 0.05

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ การมีงานทำ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2) ผลกระทบจากอุทกภัยหลังประสบอุทกภัย ประกอบด้วย 9 ข้อ มีมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ดังนี้มากที่สุด, มาก, ปานกลาง, น้อย, น้อยที่สุด

ส่วนที่ 3) ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับ 15 ข้อ⁵ เป็นแบบประเมินมาตรฐานประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งออกเป็น

4 ระดับ โดยให้คะแนนเป็นรายข้อแบบ Likert's scale ลักษณะ ดังนี้ ไม่เลย, เล็กน้อย, มาก, มากที่สุด การแปลผลแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) อยู่ในเกณฑ์ปกติ (44-60) และ 2) ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (0-43)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของ เครื่องมือได้ เท่ากับ 0.80

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด

2. สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ Chi-Square Test, OR, 95%CI of OR

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ SCPHKKIRB63044

ผลการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่าง 204 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.75 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 41-50 ปี อายุเฉลี่ย 35.75 ปี (S.D.= 13.69 ปี) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับ ประถมศึกษา ร้อยละ 30.39 สถานภาพส่วนใหญ่ สมรส (อยู่ด้วยกัน) ร้อยละ 54.41 รองลงมา คือ สถานภาพ โสด ร้อยละ 36.27 การมีงานทำ ร้อยละ 65.69 สำหรับรายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่ มีรายได้ส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 1,501-10,000 บาท ร้อยละ 31.37 ความเพียงพอของรายได้ส่วนใหญ่ ไม่

เพียงพอ ร้อยละ 79.41 โรคประจำตัวส่วนใหญ่ ไม่มี ร้อยละ 71.57

ผลกระทบหลังประสบอุทกภัย

ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากอุทกภัยพบว่า ข้อคำถามที่ประชาชนส่วนใหญ่ ระบุว่า “มีผลกระทบมาก” ได้แก่ มีการสูญเสียทรัพย์สินไปกับอุทกภัย ร้อยละ 31.86 รองลงมาคือ ปัญหาจากการตัดขาดของถนนทำให้ไม่สามารถเดินทางได้ ร้อยละ 30.88 และสูญเสียรายได้หลังเกิดอุทกภัย ร้อยละ 29.90 ตามลำดับ

ข้อคำถามที่ประชาชนส่วนใหญ่ระบุว่า “มีผลกระทบปานกลาง” ได้แก่ ขาดแคลนน้ำ

ดื่มที่สะอาด ร้อยละ 45.10 รองลงมาคือ ขาดแคลนอาหารที่ครบถ้วนตามที่ร่างกายต้องการ ร้อยละ 43.63 และรู้สึกไม่มีความสุขปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ร้อยละ 42.65 ตามลำดับ

ข้อคำถามที่ประชาชนส่วนใหญ่ระบุว่า “มีผลกระทบน้อย” ได้แก่ ได้รับปัญหาด้านการสื่อสารและไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 34.31 รองลงมาคือ ขาดแคลนอาหารที่ครบถ้วนตามที่ร่างกายต้องการ ร้อยละ 30.88 ตามลำดับ รายละเอียด (ดังตารางที่ 1)

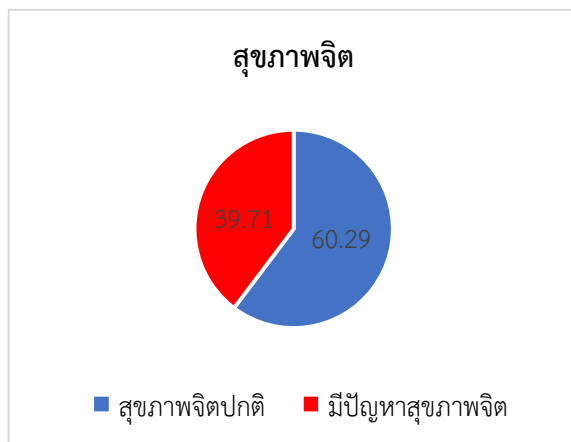
ตารางที่ 1 ผลกระทบหลังประสบอุทกภัย (n=204)

ลำดับ	ข้อคำถาม	จำนวน (ร้อยละ)				
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	ท่านขาดแคลนน้ำดื่มที่สะอาด	23(11.27)	61(29.90)	92(45.10)	20(9.80)	8(3.93)
2	ท่านขาดแคลนอาหารที่ครบถ้วนตามที่ร่างกายต้องการ	25(12.25)	63(30.88)	89(43.63)	23(11.27)	4(1.97)
3	ท่านรู้สึกไม่มีความสุขปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน	16(7.84)	32(15.67)	87(42.65)	59(28.92)	10(4.92)
4	ท่านมีการสูญเสียทรัพย์สินไปกับอุทกภัย	19(9.31)	43(21.08)	56(27.45)	65(31.86)	21(10.30)
5	ท่านเดินทางไปทำงานประกอบอาชีพอย่างยากลำบาก	20(9.80)	42(20.59)	51(25.00)	54(26.47)	37(18.14)
6	ท่านเกิดปัญหาจากการตัดขาดของถนนทำให้ไม่สามารถเดินทางได้	22(10.78)	45(22.06)	44(21.57)	63(30.88)	30(14.71)
7	ท่านเกิดปัญหาจากการระบายน้ำและไม่มีที่สำหรับขับถ่ายอย่างถูกสุขลักษณะ	30(14.71)	58(28.43)	27(13.24)	58(28.43)	31(15.19)
8	ท่านได้รับปัญหาด้านการสื่อสารและไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร	28(13.73)	70(34.31)	60(29.41)	23(11.27)	23(11.28)
9	ท่านสูญเสียรายได้หลังเกิดอุทกภัย	13(6.37)	33(16.18)	59(28.92)	61(29.90)	38(18.63)

ปัญหาสุขภาพจิตหลังประสบอุทกภัย

ปัญหาสุขภาพจิตหลังประสบอุทกภัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีปัญหาสุขภาพจิตจำนวน 81 ร้อยละ 39.71 (ดังภาพที่ 1)

ภาพที่ 1 ปัญหาสุขภาพจิตหลังประสบอุทกภัย



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตหลังประสบอุทกภัย

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตหลังประสบอุทกภัยของประชาชน บ้านผักกาดหญ้า ตำบลนาเลิง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดร้อยเอ็ด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้แก่ อายุ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ดังรายละเอียด

อายุ: ผู้ที่มีอายุ 31 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตหลังประสบอุทกภัยเป็น 1.85 เท่าของผู้ที่มีอายุไม่เกิน

30 ปี (OR=1.85 ; 95% CI of OR : 1.01 ถึง 3.33 ; p-value=0.044)

ความเพียงพอของรายได้: ผู้ที่รายได้ไม่เพียงพอ มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตหลังประสบอุทกภัยเป็น 2.94 เท่าของผู้ที่มีรายได้เพียงพอ (OR=2.94 ; 95% CI of OR : 1.32 ถึง 6.67 ; p-value=0.007)

โรคประจำตัว: ผู้ที่มีโรคประจำตัว มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตหลังประสบอุทกภัยเป็น 2.44 เท่าของผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว (OR=2.44 ; 95% CI of OR : 1.31 ถึง 4.43 ; p-value=0.004) ส่วนปัจจัยอื่นๆ พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียด (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์กับเกิดปัญหาสุขภาพจิตหลังประสบอุทกภัย (n=204)

ตัวแปร	ระดับสุขภาพจิต		OR	95% CI of OR	X ²	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)					
	สุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	สุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ				
เพศ						
-ชาย	29 (38.16)	47 (61.84)	0.90	0.50 ถึง 1.61	0.121	0.728
-หญิง	52 (40.63)	76 (59.37)				

ตัวแปร	ระดับสุขภาพจิต		OR	95% CI of OR	X ²	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)					
	สุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	สุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ				
อายุ (ปี)						
< 30	23 (30.67)	52 (69.33)	1.85	1.01 ถึง 3.33	4.048	0.044
≥ 31	58 (44.96)	71 (55.04)				
ระดับการศึกษา						
- สูงกว่าหรือเท่ากับมัธยมศึกษาปลาย	24 (31.17)	53 (68.83)	1.80	0.99 ถึง 3.26	3.765	0.052
- ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย	57 (44.88)	70 (51.12)				
สถานภาพ						
- โสด	23 (31.08)	51 (68.92)	0.56	0.31 ถึง 1.02	3.608	0.057
- คู่	58 (44.62)	72 (55.38)				
การมีงานทำ						
- มีงานทำ	50 (37.32)	84 (62.68)	1.34	0.72 ถึง 2.40	0.934	0.334
-ว่างงาน	31 (44.29)	39 (55.71)				
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน						
- ไม่มีรายได้	22 (39.29)	34 (64.71)	0.98	0.52 ถึง 1.83	0.006	0.940
- มีรายได้	59 (39.86)	89 (60.14)				
ความเพียงพอของรายได้						
- เพียงพอ	9 (21.43)	33 (78.57)	2.94	1.32 ถึง 6.67	7.380	0.007
- ไม่เพียงพอ	72 (44.44)	90 (55.56)				
โรคประจำตัว						
- ไม่มี	49 (33.56)	97 (66.44)	2.44	1.31 ถึง 4.43	8.098	0.004
- มี	32 (55.17)	26 (44.83)				

การอภิปรายผล

ผลกระทบและปัญหาสุขภาพจิตหลังประสบอุทกภัย พบว่า ผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ต่ำกว่า

เกณฑ์ปกติ ร้อยละ 39.71 ทั้งนี้เพราะประชาชนในพื้นที่มี การสูญเสีย ไม่ว่าจะเป็นทรัพย์สิน รายได้ หรือแม้แต่เสียชีวิต ส่งผลให้

กระทบต่อสุขภาพจิตของคนเหล่านั้น จึงสอดคล้องกับการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของผู้ประสบอุทกภัย จังหวัดอุตรดิตถ์ ปี 2549: โดยการติดตามดูแล ระยะยาว 1 ปี⁶ พบว่า ปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 35.68 ส่งต่อ ร้อยละ 19.4 จำนวนที่ต้องติดตาม 170 คน คิดเป็นร้อยละ 19.1 จำนวนคนได้รับผลกระทบ และวินิจฉัยจากจิตแพทย์

เมื่อพิจารณาตามผลกระทบ พบว่า ข้อคำถามที่ประชาชนส่วนใหญ่ ระบุว่า “มีผลกระทบมาก” ได้แก่ มีการสูญเสียทรัพย์สินไปกับอุทกภัย รองลงมาคือ ปัญหาจากการตัดขาดของถนนทำให้ไม่สามารถเดินทางได้ และสูญเสียรายได้หลังเกิดอุทกภัยตามลำดับ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าประชาชนส่วนใหญ่ในพื้นที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ซึ่งเป็นรายได้หลัก เมื่อมีเหตุการณ์ภัยพิบัติทางธรรมชาติจึงทำให้ผลผลิตทางการเกษตรซึ่งเป็นรายได้หลักของชาวบ้านหายไป รวมทั้งกิจการค้าขายต่างซบเซาไป การเงินหมุนเวียนช้าลง แต่ค่าใช้จ่ายภายในครัวเรือนยังคงเหมือนหรืออาจจะมากขึ้นด้วยจึงทำให้มีการกู้ยืมเพื่อมาใช้จ่ายภายในครอบครัว จึงมีผลกระทบต่อสภาพสุขภาพจิตใจของประชาชน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สมเกียรติทองธรรมชาติ 2558⁷ ที่ทำการศึกษผลกระทบจากอุทกภัยปี พ.ศ. 2554 ที่มีต่อประชาชนในตำบลวัดโคก อำเภอมโนรมย์ จังหวัดชัยนาท ผลการศึกษา พบว่า ผลกระทบจากอุทกภัยปี พ.ศ. 2554 ที่มีต่อประชาชนในตำบลวัดโคก อำเภอมโนรมย์ จังหวัดชัยนาท ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่มีผลกระทบสูงที่สุด ได้แก่ ด้านสาธารณูปโภค (ค่าเฉลี่ย 3.69) รองลงมา ด้านเศรษฐกิจ และด้านคุณภาพชีวิต ตามลำดับ

พบว่าผู้ที่มีอายุสูงกว่าหรือเท่ากับ 31 ปี มีสัดส่วนการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมาก

เป็น 1.85 เท่าของผู้ที่มีอายุไม่เกิน 30 ปี ทั้งนี้เพราะ การมีภาระต้องดูแลครอบครัว เนื่องจากส่วนใหญ่มีคู่สมรส จึงเป็นที่คาดหวังของหลายๆคนรอบข้าง ส่งผลให้เกิดความเครียด ความกดดันจากสิ่งต่างๆ จากสิ่งแวดล้อม อาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ผู้ที่มีอายุสูงกว่าหรือเท่ากับ 31 ปี มีสัดส่วนการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ที่มีอายุไม่เกิน 30 ปี สอดคล้องกับการศึกษา ของสุรพันธ์ วิจิตนาค 2549⁸ ที่ทำการศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการคงอยู่ของภาวะเครียดหลังอุทกภัย ในจังหวัดอ่างทอง พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีผลและมีความสัมพันธ์ต่อการคงอยู่ของภาวะเครียดคือ อายุ และรายได้น้อยและไม่พอใช้

ความเพียงพอของรายได้ มีสัดส่วนการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากเป็น 2.94 เท่าของผู้ที่ความเพียงพอของรายได้ ทั้งนี้เพราะอาจเป็นเพราะเกิดรายจ่ายมากกว่ารายรับส่งผลให้มีเกิดการกู้ยืม ก่อให้เกิดความเครียดวิตกกังวล จึงอาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ผู้ที่ไม่มีความเพียงพอของรายได้ มีสัดส่วนการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ที่ความเพียงพอของรายได้ สอดคล้องกับการศึกษา ของสุรพันธ์ วิจิตนาค 2549⁸ ได้ทำการศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการคงอยู่ของภาวะเครียดหลังอุทกภัย ในจังหวัดอ่างทอง พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีผลและมีความสัมพันธ์ต่อการคงอยู่ของภาวะเครียดคือ อายุ และรายได้น้อยและไม่พอใช้

ผู้ที่มีโรคประจำตัว มีสัดส่วนการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากเป็น 2.44 เท่าของผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว เนื่องจาก บางรายสิ้นเนื้อประดาตัว บางรายสูญเสียบุคคลที่เป็นที่รักการขาดที่พึ่งหรือที่ปรึกษาทางใจ เป็นต้น ส่งผลให้ผู้ที่มีโรคประจำตัว มีสัดส่วนการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ที่ไม่โรคประจำตัว สอดคล้องกับการศึกษาของ ไกรชาติ ตันตระการภากร 2554⁹ ได้ทำการศึกษา

สถานการณ์น้ำท่วมผลกระทบต่อสุขภาพ พบว่าโรคที่ส่งผลกระทบต่อภาวะทางจิตได้แก่ โรคเครียดการเกิดภาวะซึมเศร้า บางรายอาจทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายได้ ระดับความรุนแรงจึงขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุหรือวัยทำงาน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

จากการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ทราบว่าประชาชนบ้านผักกาดหญ้า ตำบลนาเลิง อำเภอสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด มีสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต พบว่า อายุ ความเพียงพอของรายได้ และโรคประจําตัว มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ข้อเสนอแนะดังนี้

1.1 ควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต หรือเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต ในประชาชนที่จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิต

1.1.1 ผู้ที่มีอายุสูงกว่า 31 ปี เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงจะเกิดปัญหาสุขภาพจิต ควรมีการจัดกิจกรรมในการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต เช่นการส่งเสริมสุขภาพตามวัย

1.1.2 ผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอ หรือผู้ที่มีรายได้น้อย ควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการหารายได้เสริมและส่งเสริมสุขภาพจิตเน้นหลักการดำรงชีวิตบนพื้นฐานปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง อาจมีการวางแผนด้านนโยบายเพื่อให้บริการเชิงรุก เนื่องจากปัญหาการเลิกจ้างงาน และผู้ว่างงานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคต จึงควรมีการวางแผนดำเนินการในเรื่องนี้เพื่อรองรับปัญหาสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้นตามมา

1.1.3 ผู้ที่มีปัญหาโรคประจําตัว หรือผู้ที่เจ็บป่วย เป็นผู้มีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ควรมีการผสมผสานงานสุขภาพจิตและจิตเวชรวมเข้ากับระบบการดูแลผู้ป่วยทางกาย เน้นให้การดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

1.2 ในส่วนผลกระทบ ควรมีการเยียวยาที่เหมาะสมและรวดเร็วจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หลังจากผลกระทบจากอุทกภัย โดยเฉพาะการสูญเสียทรัพย์สิน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้คือ ผู้ผ่านเหตุการณ์อุทกภัยมาแล้วสักระยะหนึ่ง ซึ่งการทำวิจัยครั้งต่อไปจึงน่าจะมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่กำลังประสบอุทกภัยในขณะนั้น เพื่อจะได้ทราบถึงปัญหาผลกระทบ และการแก้ปัญหาของประชาชนได้ทันทางที่

2.2 นอกจากการศึกษาปัญหาสุขภาพจิต และผลกระทบ ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต และผลกระทบ เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการกับปัญหาสุขภาพจิต และผลกระทบ ได้อย่างถูกต้อง

2.3 ควรมีการศึกษาสุขภาพจิตในด้านต่างๆด้วย เช่น สภาพจิตใจ สมรรถภาพของจิตใจ คุณภาพของจิตใจ ปัจจัยสนับสนุนและอาจศึกษาตัวแปรต่างๆเพิ่ม เช่น อาชีพ ศาสนา เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Independent News Network. ร้อยเอ็ดประกาศภัยพิบัติแล้ว 7 อ.-นาข้าวเสียหายกว่า 3 แสนไร่ [อินเทอร์เน็ต]. ร้อยเอ็ด; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 20 ส.ค. 2562].

- เข้าถึงได้จาก
https://www.innnews.co.th/regional-news/news_479659/.
2. สำนักบริหารการทะเบียน กรมปศุสัตว์. ระบบสถิติทางการทะเบียน [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 20 ส.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก
<https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statINTERNET/#/>.
 3. สมชาย ต้นศิริสิทธิกุล. ผลกระทบของอุทกภัยต่อปัญหาสุขภาพจิต [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2546 [เข้าถึงเมื่อ 4 ต.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก
<https://www.dmh.go.th/abstract/nurse/details.asp?id=3203>.
 4. อรุณ จิรวัดน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน์; 2558.
 5. กรมสุขภาพจิต. แบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 30 มิ.ย. 2563]. เข้าถึงได้จาก
<https://www.dmh.go.th/test/thaihapnew/thi15/asheet.asp?qid=1>.
 6. พิทักษ์พล บุญมาลิก, สุพัฒนา สุขสว่าง, ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน. สุขภาพจิตของผู้ประสบอุทกภัย จังหวัดอุดรธานี ปี 2549. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2555; 57(2):165-174.
 7. การประชุมเครือข่ายบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏภาคเหนือ. มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์. รายงานการสืบเนื่องจากการประชุมสัมมนาวิชาการนำเสนองานวิจัยระดับชาติและนานาชาติ (Proceeding) เครือข่ายบัณฑิตศึกษา
 - มหาวิทยาลัยราชภัฏภาคเหนือ ครั้งที่ 15; วันที่วันที่ 23 กรกฎาคม 2558; ณ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์
 8. สุรพันธ์ วิชิตนาค, สมถวิล สินธุประสิทธิ์, ปาจริย์ สารระลุก, จุฑามาศ ผดุงญาติ. ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการคงอยู่ของภาวะเครียดหลังอุทกภัยใน จังหวัดอ่างทอง วารสารระบบวิจัยสาธารณสุข. 2549; 1(2): (ฉบับเสริม 1): 182-187.
 9. ไกรชาติ ต้นตระกูลการภากร, อัมรินทร์ คงทวีเลิศ. สถานการณ์น้ำท่วมผลกระทบต่อสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554. [เข้าถึงเมื่อ 23 ม.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก
<http://www.eric.chula.ac.th/ej/v16y2555/no1/article5.pdf>.

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น

อัจฉราพรรณ สอนจันทร์¹, สุทิน ชนะบุญ², ลำพึง วอนอก²

(วันที่รับบทความ: 22 กันยายน 2563; วันที่แก้ไข 14 ตุลาคม 2563; วันที่ตอบรับ 28 ตุลาคม 2563)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา 196 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม โดยมีค่าความเชื่อมั่น อยู่ระหว่าง 0.71-0.89 โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Pearson correlation coefficient และ ใช้สถิติ Spearman rank correlation

ผลการวิจัย พบว่า ความรู้โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (Mean=81.65, S.D.=16.57) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร (Mean=3.85, S.D.=1.87) อยู่ในระดับระดับต่ำ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (Mean=2.90, S.D.=0.62) การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ (Mean=2.81, S.D.=1.01) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง (Mean=2.87±1.02) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (Mean=2.73, S.D.=1.05) และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร (Mean=2.65, S.D.= 0.68) อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ ได้แก่ ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ ($r=0.221$, $p\text{-value}=0.002$) การรับรู้สมรรถนะของตนในการป้องกันการตั้งครรภ์ ($r=0.446$, $p\text{-value}<0.001$) การเข้าถึงสื่อสนับสนุนพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ ($r=0.221$ $p\text{-value}=0.002$) ความสะดวกใจในการสื่อสาร เรื่องเพศกับพ่อแม่/ผู้ปกครอง ($r=0.495$, $p\text{-value}<0.001$) การรับรู้การมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของเพื่อน ($r=0.287$, $p\text{-value}<0.001$) ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้ ควรมีการจัดกิจกรรม การเรียนรู้ มีการสร้างทัศนคติเชิงบวกให้นักเรียน การส่งเสริมผู้ปกครองในเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ เพื่อให้ผู้ปกครองเข้าใจนักเรียนมากขึ้น ส่งเสริมการเรียนรู้ให้รู้จักการรู้เท่าทันสื่อ ให้เลือกปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง และพัฒนาทักษะชีวิตที่เหมาะสมกับสิ่งแวดล้อมรอบตัว

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, การป้องกันการตั้งครรภ์, นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
E-mail: 600852068@scphkk.ac.th

² อาจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, E-mail: sutin@scphkk.ac.th, lampung@scphkk.ac.th
Corresponding author: สุทิน ชนะบุญ, E-mail: sutin@scphkk.ac.th

Health Literacy of Pregnancy Protection for High School Students in Khon Kaen Province

Atcharaphan Sonjan¹, Sutin chanabun², Lampung Vonok²

(Receive 22nd September 2020; Revised: 14th October 2020; Accepted 28th October 2020)

Abstract

This research is a cross sectional descriptive research. The objective is to study the level of health knowledge in preventing pregnancy. And study factors that are related with healthy knowledge in prevention of pregnancy in junior high school students for school in Khon Kaen Province. Group examples for 196 people were collected by using questionnaires. passed content validation and test the confidence Using random sampling methods for analyze the data by statistics frequency, percentage, mean, standard deviation and analyze relationships by using Pearson correlation coefficient and Spearman statistics rank Correlation.

The results showed that The overall knowledge is low (Mean=1.54, S.D.=1.0) low level knowledge and understanding (Mean=3.85, S.D.=1.87), access to information and health services (Mean=2.90, S.D.=0.62), communication to enhance expert (Mean=2.81, S.D.=1.01), managing health conditions media (Mean=2.87, S.D.=1.02) and information literacy and decision making (Mean=2.73, S.D.=1.05), choosing the correct practice to prevent premature pregnancy (Mean=2.65, S.D.=0.68) in the middle level Factors that are related to Health knowledge in pregnancy prevention, attitude about pregnancy prevention ($r=0.22$, $p\text{-value}=0.002$) Awareness of their competencies in preventing pregnancy ($r=0.446$, $p\text{-value}<0.001$) Media access to pregnancy prevention behaviors ($r=0.22$, $p\text{-value}=0.002$) convenience in communication sex stories with parents / guardians ($r=0.495$, $p\text{-value}<0.001$) Perception of sexual risk behavior for friends ($r=0.287$, $p\text{-value}<0.001$). Suggestions from this study should organize learning activities and create positive attitudes for students. Promoting parents to prevent pregnancy to understand students more and more. To support learning media literacy, to act correctly and develop life skills that are suitable for the surrounding environment.

Keywords: Health literacy, Prevent pregnancy, junior high school students.

¹Bachelor in Community of Public Health, Sirindhorn college of Public Health Khon Kaen,
E-mail: 600852068@scphkk.ac.th

²Lecturer, Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen, E-mail: sutin@scphkk.ac.th,
lampung@scphkk.ac.th

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

บทนำ

สถานการณ์การตั้งครรภ์วัยรุ่นพบว่า มีอุบัติการณ์การคลอดของบุตรทั่วโลก ประมาณ 14 ล้านคน¹ ในประเทศไทย พบว่า ประมาณ 12.8 ล้านคน หรือมากกว่า ร้อยละ 90 วัยรุ่นหญิงอายุ 10 - 14 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ.2556-พ.ศ.2559 คิดเป็นอัตรา 1.4 ต่อพัน คน และพบว่า การตั้งครรภ์วัยรุ่นหญิงอายุ 15 - 19 ปี ตั้งแต่ พ.ศ.2556 -พ.ศ.2559 เท่ากับ 42.5 ต่อพันคน จากสถานการณ์ จังหวัดขอนแก่น หญิงวัยรุ่น อายุ10-14 ปี พ.ศ.2561 จำนวนการ คลอด 59คน จำนวนประชากร 49,901 คน และหญิงวัยรุ่น อายุ15-19 ปี พ.ศ.2561 จำนวน การคลอด 1,819 คน จำนวนประชากร 53,935 คน² ปัจจุบันวัยรุ่น เป็นช่วงที่กำลังพัฒนา ความคิด มีการเจริญเติบโตไปอย่างรวดเร็ว นำไปสู่ความอยากรู้อยากลอง ส่วนหนึ่งเกิด จากการขาดความรู้ มีพฤติกรรมการป้องกันการ ตั้ง ค ร ร ร ที่ ไม่ เ หมาะ สม การแก้ปัญหาตามกลุ่มเพื่อน ความไม่เข้าใจกัน ในกายครอบครัว และได้รับสิ่งกระตุ้น ที่ไม่เหมาะสม³ นำไปสู่การขาดความเข้าใจ ในผลกระทบที่ตามมา และเกิดปัญหา การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ของวัยรุ่น

ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ คือการที่ บุคคลได้มีความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจ ซึ่งทั้ง 6 องค์ประกอบ จะนำไปสู่การมีส่งเสริมการป้องกันการตั้งครรภ์ ก่อนวัยอันควร⁴ และตามแนวคิด PRECEDE Framework ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จะทำให้มีความ รอบรู้มาก น้อย ขึ้นอยู่กับ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 นี้จะสนับสนุนให้ บุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน

การตั้งครรภ์ที่เหมาะสม⁵ จากการศึกษาวิจัย ที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัย เสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน การตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้ ความสามารถของตนเอง ในการหลีกเลี่ยง พฤติกรรมเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงสื่อสนับสนุน การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสื่อสารภายในครอบครัวและกลุ่ม เพื่อน⁶

โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น ในปี พ.ศ.2556-2562 ยังไม่พบการตั้งครรภ์ ในวัยรุ่น แต่อย่างไรก็ตามปัญหาการตั้งครรภ์ ของวัยรุ่นยังคงต้องติดตาม เพราะนักเรียน วัยรุ่นยังคงขาดความรู้ในการป้องกันการ ตั้งครรภ์ ขาดความนับถือตนเอง และ ทักษะการใช้ชีวิต ถูกแรงกระตุ้นจากสื่อ เทคโนโลยีที่ไม่เหมาะสม ขาดความอดทนต่อ แรงกดดัน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพ ชีวิตของวัยรุ่นเป็นอย่างมาก

ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการ ตั้งครรภ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น เพื่อนำ ผลการศึกษาไปส่งเสริม และป้องกันการ ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เพื่อให้วัยรุ่นสามารถ ควบคุม ป้องกันการตั้งครรภ์ในอนาคต และเพื่อลดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันการตั้งครรภ์ ในนักเรียน มัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนแห่งหนึ่งใน จังหวัดขอนแก่น

2. เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และ ปัจจัยเสริม กับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิง

พรรณนาแบบภาคตัดขวาง

ประชากรคือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 301 คน ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรกรณีประชากรมีขนาดเล็ก ของอรุณ จิรวรรณกุล⁷ และแทนค่า $\sigma^2=0.12$ ของจงรัก สุวรรณรัตน์⁸ ขนาดตัวอย่าง คือ จำนวน 196 คน

การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ

จำแนกตามชั้นปี คำนวณตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรในแต่ละระดับชั้นปี จากสูตรของ Bowley อ้างใน (Pander and Verma, 2008)⁹ ดังนี้

$$n_i = \frac{nN_i}{N}$$

โดยที่ n_i = จำนวนตัวอย่างตามสัดส่วนประชากร ($i=1, 2, 3, \dots$)

N = จำนวนประชากรทั้งหมด

N_i = จำนวนประชากรกลุ่มย่อย

n = จำนวนตัวอย่างทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า ได้จากการศึกษางานวิจัย เอกสารและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และพัฒนาตามกรอบแนวคิดการวิจัย แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรสของบิดา มารดา ระดับชั้นที่กำลังศึกษา ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ลักษณะเป็นคำถาม ปลายปิด และปลายเปิด จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ ประกอบด้วย แบบสอบถามทัศนคติที่ถูกต้อง เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า เลือกตอบ 5 ตัวเลือก (เห็นด้วยอย่างยิ่ง(5), เห็นด้วย(4), ไม่แน่ใจ(3), ไม่เห็นด้วย(2), ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง(1)) จำนวน 10 ข้อ และ การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ตัวเลือก(มั่นใจมากที่สุด(5), มั่นใจมาก(4), มั่นใจเล็กน้อย(3), ไม่มั่นใจเลย(2), ไม่มั่นใจอย่างยิ่ง(1)) จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย แบบสอบถามการเข้าถึงสื่อสนับสนุนพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า เลือกตอบ 5 ตัวเลือก(เห็นด้วยอย่างยิ่ง(5), เห็นด้วย(4), ไม่แน่ใจ(3), ไม่เห็นด้วย(2), ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง(1)) จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริม ประกอบด้วย แบบสอบถามความสนใจในการสื่อสารเรื่องเพศกับพ่อแม่/ผู้ปกครอง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า เลือกตอบ 5 ตัวเลือก (สนใจมากที่สุด(5),

สะดวกใจมาก(4), ค่อนข้างสะดวกใจ(3), ค่อนข้างไม่สะดวกใจ(2), ไม่สะดวกใจเลย(1)) จำนวน 6 ข้อ และแบบสอบถามการรับรู้การมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของเพื่อน ลักษณะข้อคำตอบ แบ่งออกเป็น 5 ตัวเลือก มากที่สุด (5), มาก(4), ปานกลาง(3), น้อย(2), น้อยที่สุด (1)) จำนวน 5 ข้อ

เกณฑ์การแปลผลเกี่ยวกับ ปัจจัย นำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม¹⁰

ระดับต่ำ (1.00-2.33 คะแนน)

ระดับปานกลาง (2.34-3.66 คะแนน)

ระดับสูง (3.67-5.00 คะแนน)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันการตั้งครรภ์ ลักษณะเป็นคำถาม ถูก ผิด, แบบมาตราส่วนประมาณค่า เลือกตอบ 4 ตัวเลือก และ 5 ตัวเลือก จำนวน 37 ข้อ

เกณฑ์การแปลผล

ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร¹¹

ระดับต่ำ (0-4 คะแนน)

ระดับปานกลาง (5-6 คะแนน)

ระดับสูง (7- 8 คะแนน)

การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ, การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ, การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง, การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร¹⁰

ระดับต่ำ (1.00-2.33 คะแนน)

ระดับปานกลาง (2.34-3.66 คะแนน)

ระดับสูง (3.67-5.00 คะแนน)

การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร¹¹

ระดับต่ำ (1.00-2.00 คะแนน)

ระดับปานกลาง (2.01-3.00 คะแนน)

ระดับสูง (3.01-4.00 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงตามเนื้อหา ได้ค่า IOC อยู่ในช่วง 0.67-1.00

ค่าความเชื่อมั่น มีค่า 0.71-0.89 ของแบบสอบถาม ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์

ความยากง่าย มีค่าระหว่าง 0.27 – 0.70 ของแบบสอบถามความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์

อำนาจจำแนก มีค่าระหว่าง 0.2 – 0.60 ของแบบสอบถามความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ สถิติ Pearson correlation coefficient และ Spearman rank correlation coefficient

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ได้รับการรับรองจริยธรรมเมื่อ วันที่ 8 มกราคม 2563 เลขที่ HE 6210052

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.1 โดยมีอายุเฉลี่ย 13.97 (S.D.=

0.90) อายุต่ำสุด 12 ปี อายุสูงสุด 16 ปี เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ร้อยละ 35.2 ปีที่ 2 ร้อยละ 33.2 และปีที่ 3 ร้อยละ 31.6 และมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเฉลี่ย 3.06 (S.D.=0.50) และส่วนใหญ่สถานภาพสมรสของบิดา/มารดา อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 66.80

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันการตั้งครรภ์โดยรวม อยู่ใน ระดับต่ำ ร้อยละ 51.0 (Mean=81.65) (S.D.=16.57)

ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร อยู่ในระดับระดับต่ำ ร้อยละ 63.8 (Mean=3.85) (S.D.=1.87)

ด้านอื่นอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ร้อยละ 72.4 (Mean=2.90) (S.D.=0.62) การสื่อสาร

เพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ ร้อยละ 53.1 (Mean=2.81) (S.D.=1.01) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง ร้อยละ 46.9 (Mean=2.87) (S.D.=1.02) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ร้อยละ 41.3 (Mean=2.73) (S.D.=1.05) และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ร้อยละ 49.0 (Mean=2.65) (S.D.=0.68)

ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันการตั้งครรภ์

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันการตั้งครรภ์	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร	125	63.8
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	142	72.4
การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ	104	53.1
การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง	92	46.9
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	81	41.3
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	96	49.0

ส่วนที่ 3 ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์

3.1 ปัจจัยนำ พบว่า (1) ทักษะชีวิตที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์โดย

ภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีทัศนคติในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.4 รองลงมา มีทัศนคติในระดับสูง ร้อยละ 24.0 (2) การรับรู้สมรรถนะของตนในการป้องกันการ

ตั้งครรภ์โดยภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.2 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 32.1 (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละ ของปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ทักษะที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ และการรับรู้สมรรถนะ ของตนในการป้องกันการตั้งครรภ์

ปัจจัยนำเข้า	จำนวน	ร้อยละ
ทักษะที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์		
ระดับปานกลาง (2.331-3.66 คะแนน)	142	72.4
ระดับสูง (3.661-5.00 คะแนน)	47	24.0
Mean(S.D.)= 3.34(0.49) , Min-Max = 1.60-4.80		
การรับรู้สมรรถนะ ของตนในการป้องกันการตั้งครรภ์		
ระดับปานกลาง (2.331-3.66 คะแนน)	116	59.2
ระดับสูง (3.661-5.00 คะแนน)	63	32.1
Mean(S.D.)=3.31(0.73) , Min-Max = 1.33-5.00		

3.2 ปัจจัยเอื้อ พบว่า การเข้าถึงสื่อสนับสนุนพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ โดยภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 32.9 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 14.3 (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ของปัจจัยเอื้อ ได้แก่การเข้าถึงสื่อสนับสนุนพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์

ปัจจัยเอื้อ	จำนวน	ร้อยละ
การเข้าถึงสื่อสนับสนุนพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์		
ระดับปานกลาง (2.331-3.66 คะแนน)	129	32.9
ระดับต่ำ (1.00-2.33 คะแนน)	56	14.3
Mean(S.D.) = 2.66(0.59) , Min-Max = 1.29-4.43		

3.3 ปัจจัยเสริม พบว่า (1) ความสะดวกใจในการสื่อสาร เรื่องเพศกับพ่อแม่/ผู้ปกครองโดยภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.6 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 33.2 (2) การรับรู้การมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของเพื่อนโดยภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.5 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 30.1 (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ของปัจจัยเสริม ได้แก่ ความสะดวกใจในการสื่อสาร เรื่องเพศกับพ่อแม่/ผู้ปกครอง และการรับรู้การมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของเพื่อน

ปัจจัยเสริม	จำนวน	ร้อยละ
ความสะดวกใจในการสื่อสาร เรื่องเพศกับพ่อแม่/ผู้ปกครอง		
ระดับปานกลาง (2.331-3.66 คะแนน)	103	52.6
ระดับต่ำสูง (3.661-5.00 คะแนน)	65	33.2
Mean(S.D.) = 3.26(0.89) , Min-Max=1.00-5.0		
การรับรู้การมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของเพื่อน		
ระดับปานกลาง (2.331-3.66 คะแนน)	101	51.5
ระดับต่ำสูง (3.661-5.00 คะแนน)	59	30.1
Mean (S.D.) = 3.17(0.97) , Min-Max =1-5		

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ของตัวแปร ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ ($r=0.221$ $p=0.002$) การรับรู้สมรรถนะของตนในการป้องกันการตั้งครรภ์

($r=0.446$ $p<0.001$) การเข้าถึงสื่อสนับสนุน พฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์($r=0.221$ $p=0.002$) ความสะดวกใจในการสื่อสารเรื่องเพศกับ พ่อแม่ ผู้ปกครอง ($r=0.495$ $p<0.001$) การรับรู้การมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของเพื่อน ($r= 0.287$ $p<0.001$) (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปร ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยนำ และปัจจัยเสริม กับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์

ตัวแปร	ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์	
	r	p-value
ปัจจัยนำ		
อายุ	0.098	0.173
ระดับชั้นที่กำลังศึกษา	0.114 ^{rs}	0.111
ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน	0.125	0.080
สถานภาพสมรสของบิดา มารดา (อยู่ด้วยกัน)	-0.032	0.660
ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์	0.221	0.002
การรับรู้สมรรถนะของตนในการป้องกันการตั้งครรภ์	0.446	<0.001

ตัวแปร	ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน การตั้งครรภ์	
	r	p-value
ปัจจัยเอื้อ		
การเข้าถึงสื่อสนับสนุนพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์	0.221	0.002
ปัจจัยเสริม		
ความสนใจในการสื่อสารเรื่องเพศกับ พ่อแม่ ผู้ปกครอง	0.495	<0.001
การรับรู้การมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของเพื่อน	0.287	<0.001

rs= Spearman rank correlation

การอภิปรายผล

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์โดยรวม อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 51.0 ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของยุวดี จอมสงัด¹² อธิบายได้ว่า วัยรุ่นมีความรอบรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่เพียงพอ ทำให้อาจมีปัญหาในการปฏิบัติตนในการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่เหมาะสม

2. ทักษะที่ต้องเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันการตั้งครรภ์ ($p = 0.002$) สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ ยุวดี จอมสงัด¹² อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันการตั้งครรภ์มาก ก็แสดงออกถึงความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ดีด้วย

3. การรับรู้สมรรถนะของตนในการป้องกันการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับปานกลาง กับความรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันการตั้งครรภ์ ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ นาทยา แก้วพิภาพ¹³ เนื่องจาก วัยรุ่นมีความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมตนเองได้ ซึ่งจะส่งผลต่อความเป็นตัวของตัวเอง และการ

รับรู้ในคุณค่าของตนเองที่ดีขึ้น มีความสามารถในการควบคุมตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์ได้ดี รับรู้ตนเองว่าควรป้องกันการตั้งครรภ์อย่างไรให้มี ประสิทธิภาพสูงสุด

4. การเข้าถึงสื่อสนับสนุนพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำ กับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ ($p\text{-value} = 0.002$) ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ วรณศิริ ประจันโน¹⁴ อธิบายได้ว่า วัยรุ่นสามารถเข้าถึงสื่อที่ช่วยได้มาก ไม่ว่าจะเป็นโทรทัศน์/ อินเทอร์เน็ต/หนังสือ/นิตยสาร รวมทั้งจากโทรศัพท์มือถือ เป็นช่องทางการสื่อสารที่คุ้นเคย ในชีวิตของวัยรุ่นเป็นอย่างมากนอกจากช่องทางการสื่อสารต่างๆ นี้จะช่วยให้วัยรุ่นสามารถเข้าถึงความรู้หรือข้อมูลต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ได้ง่ายและสะดวกแล้ว ขณะเดียวกันก็เป็นช่องทางการเข้าถึงข้อมูลที่เป็นความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาขึ้นกับวัยรุ่นเช่นเดียวกัน

5. ความสนใจในการสื่อสารเรื่องเพศกับพ่อแม่/ผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์ทางบวกใน ระดับปานกลาง กับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ ยุวดี จอมสงัด¹² เนื่องจาก วัยรุ่นสะดวกใจ

ในการสื่อสารกับพ่อแม่ผู้ปกครอง จะส่งผลต่อ

การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพดีการสื่อสาร และถ้าหากพ่อแม่มีทักษะในการสื่อสาร เป็นผู้สื่อกลางและส่งเสริมความรู้เรื่องเพศที่ดี เกิดสัมพันธภาพที่ดีกันภายในครอบครัว ส่งผลให้นักเรียนวัยรุ่น ลดพฤติกรรม การป้องกัน การตั้งครรภ์

6. การรับรู้การมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของเพื่อน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ กับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ กุสุมา มีศิลป์¹⁵ และวิจัยของ วรณศิริ ประจันโน¹⁴ เนื่องจากวัยรุ่นตอนต้นเป็นช่วงที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงร่างกายอย่างรวดเร็ว พฤติกรรมที่แสดงออกเป็นแรงกระตุ้นให้เด็กรวมกลุ่ม การเข้าใจปัญหาของกันและกัน และการมีเพื่อนยังตอบสนองความต้องการส่วนบุคคลได้ เช่น การต้องการเป็นคนสำคัญ ให้ความสำคัญกับความพอใจของตนเองและต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน เพื่อนจึงเป็นสังคมที่สำคัญของวัยรุ่นที่มีผลต่อพฤติกรรมทำให้เกิดพฤติกรรมเหมือนๆ กันได้ในกลุ่มเพื่อนด้วยกัน

ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ควรมีการส่งเสริม ความรู้ในเรื่อง การป้องกันการตั้งครรภ์ให้ผู้ปกครอง เพื่อให้ผู้ปกครองเข้าใจนักเรียนมากขึ้น และปรับบทบาทให้เหมาะสมกับนักเรียน มีการสร้างความสัมพันธ์ภาพที่ดีภายในครอบครัว มีทักษะในการสื่อสารกับวัยรุ่น คอยช่วยเหลือ และเป็น

ที่ปรึกษา เป็นแรงสนับสนุนให้นักเรียนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันการตั้งครรภ์ ที่ถูกต้องเหมาะสม

2. ควรมีมาตรการควบคุมสื่อต่างๆ เผยแพร่ให้เหมาะสม และให้การเรียนรู้เรื่องเพศ ที่ถูกต้อง เหมาะสมแต่ละวัย มีการแนะนำการเข้าถึงสื่อต่างๆ เนื่องจาก สื่อบางประเภท อาจมีด้านดี และไม่ดี เพื่อให้นักเรียนมีการรับมือกับสภาพแวดล้อมที่เต็มไปด้วยสื่อหลากหลาย และให้เด็กรู้จักการรู้เท่าทันสื่อ

3. มีการส่งเสริมให้มีความรู้ในเรื่องเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ เพิ่มมากยิ่งขึ้น และควรพัฒนา ปรับปรุงรูปแบบการจัดการเรียนการสอน ให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมปัจจุบันเพื่อให้เด็ก นักเรียนมีความรู้ถูกต้อง

4. มีการจัดกิจกรรม การสร้างทัศนคติเชิงบวก ให้นักเรียนให้มีทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันการตั้งครรภ์

5. ควรมีแนวทางเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะของนักเรียน เพื่อให้นักเรียนมีความเชื่อมั่น ภายใต้วินัยความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง

6. ควรมีการจัดกิจกรรม การเรียนรู้ทักษะการใช้ชีวิต เพื่อให้นักเรียนมีภูมิคุ้มกัน ในการตัดสินใจ เพราะเนื่องจากเพื่อนจะมีอิทธิพลในเรื่องความคิดของนักเรียน และอาจชักจูงไปในทางที่ไม่ดีได้

7. ส่งเสริมการให้คำปรึกษาครอบครัว ในการช่วยเหลือนักเรียน เพื่อให้นักเรียนเข้าใจตนเอง เรียนรู้ที่จะแก้ปัญหา และมีความรู้สึกที่ดีต่อครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

2. การศึกษาเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ ระหว่างนักเรียนในเขตเมือง กับพื้นที่ชนบท

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ โรงเรียนที่อนุญาตให้เก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างนักเรียนที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. มนฤดี เตชะอินทร์ และพรณี ศิริวรรณ นภา. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น [อินเทอร์เน็ต]. เชียงใหม่: ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา; 2555 [เข้าถึงเมื่อ 22 ก.ย. 2563]. เข้าถึงได้จาก https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/index.php?option=com_content&view=article&id=742:adolescent-pregnancy&catid=45&Itemid=561
2. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 23 ก.ย. 2562]. เข้าถึงได้จาก <http://rh.anamai.moph.go.th/main.php?filename=index>
3. ปุณฺณศรี ศิริทรัพย์. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ของนักเรียนระดับ มัธยมศึกษาในเขตนครชัยบุรี [อินเทอร์เน็ต]. สุรินทร์: วิทยาลัย

- บรมราชชนนี สุรินทร์; 2555 [เข้าถึง เมื่อ 20 ส.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก <http://ulib.bcnsurin.ac.th/ULIB/dublin.php?ID=13399122041#.X0u5KcgzblU>
4. กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กองสุกศึกษา; 2558 [เข้าถึงเมื่อ 20 ก.ย. 2563]. เข้าถึงได้จาก <http://www.hed.go.th/vdoEvents/index>
5. สมคิด ทิมสาด. คู่มือการพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ กองเวชกรรมป้องกัน [อินเทอร์เน็ต]. กรมแพทย์ทหารเรือ; 2548 [เข้าถึงเมื่อ 7 ต.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก http://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/52920603/chapter2.pdf
6. ชลดา กิ่งมาลา, เอื้อจิต สุขพล, วชิรพงศ์ หวังมัน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์. 2560; 7(1): 31–39.
7. อรุณ จิรวัดณ์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน; 2556 [เข้าถึงเมื่อ 7 ต.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก <http://lib.bcnaya.ac.th/ULIB57P4/dublin.php?ID=13399122207#.X0vSk8gzblU>
8. จงรัก สุวรรณรัตน์, กรฐณัฐ ปัญญาใส. ประสิทธิภาพของรูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันการ

- ตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นหญิง.
วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ. 2561;
5(1): 60–71.
9. Pander, R and Verma, M.R. Samples allocation in different strata for impact evaluation of developmental programme. Rev. Bras. Biom, São Paulo, 2008; 26(4): 103-1.
 10. Best, J. W. Research in Education. New York: Prentice-Hall, Englewood cliffs; 1997.
 11. Bloom BS, And Others. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. McGraw-Hill Book Company, 330 West 42nd Street, New York, New York; 1971.
 12. ยุวดี งามสงัด. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหญิงวัยเรียนในจังหวัดศรีสะเกษ [อินเทอร์เน็ต]. ศรีสะเกษ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา; 2562 [เข้าถึง เมื่อ 20 ส.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/phjbuu/article/view/175721>
 13. นาดยา แก้วพิภพ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ [อินเทอร์เน็ต].ขอนแก่น: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 20 ส.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก <http://dspace.rmutk.ac.th/handle/123456789/108>
 14. วรณศิริ ประจันโน, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, พรนภา หอมสินธุ์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย ตามแนวความคิดการให้ข้อมูลข่าวสาร แรงจูงใจ และทักษะพฤติกรรม.วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย2560; 29(2): 39–51.
 15. กุสุมา มีศิลป์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ของนักศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพในสถานศึกษาสังกัดอาชีวศึกษาจังหวัดศรีสะเกษ [อินเทอร์เน็ต]. ศรีสะเกษ; 2554 [เข้าถึง เมื่อ 30 ส.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก <http://dspace.rmutk.ac.th/handle/123456789/108>

พฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันสั่งซื้ออาหารผ่านทางโทรศัพท์มือถือของนักศึกษา

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

กัญทิภา สุ่มมาตย์¹, เบญญาภา กาลเข้²

(วันที่รับบทความ: 24 กรกฎาคม 2563; วันที่แก้ไข 14 ตุลาคม 2563; วันที่ตอบรับ 28 ตุลาคม 2563)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันสั่งซื้ออาหารผ่านทางโทรศัพท์มือถือ ของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างจำนวน 220 คน สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่เคยใช้แอปพลิเคชันสั่งซื้ออาหาร ร้อยละ 84.55 ใช้บริการ Grab food มากที่สุด ร้อยละ 80.91 โดยความถี่ในการใช้บริการสั่งอาหารผ่านแอปพลิเคชันในรอบ 2 เดือน อยู่ที่ 2-3 ครั้ง/สัปดาห์ ประเภทอาหารที่ใช้บริการสั่งมากที่สุด คือ อาหารว่าง (ขนม/เบเกอรี่) ร้อยละ 48.18 รองลงมา คือ อาหารจานหลัก เหตุผลที่เลือกใช้บริการเนื่องจากไม่มีเวลาเพียงพอในการเดินทาง ร้อยละ 60.45 และใช้บริการสั่งซื้ออาหารในช่วงมือเย็นมากที่สุด ร้อยละ 33.64 ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการ (ต่อหนึ่งท่าน) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 100 บาท ร้อยละ 63.64 โดยแหล่งข้อมูลที่ใช้ในการตัดสินใจเลือกใช้บริการ คือ เพื่อน ร้อยละ 56.36 ปัจจัยทางการตลาดของการใช้แอปพลิเคชันสั่งซื้ออาหารมีระดับความคิดเห็นโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=3.85, S.D.=0.53) ดังนั้น ควรคำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการและใช้วิจารณญาณก่อนตัดสินใจซื้อ

คำสำคัญ : พฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันสั่งอาหาร, ปัจจัยทางการตลาด, นักศึกษา

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น , E-mail: kanthipa1149@gmail.com

² อาจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, E-mail: ben_yak@hotmail.com

Corresponding author: เบญญาภา กาลเข้, E-mail: ben_yak@hotmail.com

Behavior of Using Food Ordering Application Via Mobile Phone of Students at Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen Province

Kanthipa Summart¹, Benyapa Kankhwao²

(Receive 24th July 2020; Revised: 14th October 2020; Accepted 28th October 2020)

Abstract

This research was cross-section descriptive research. The objectives include to study behavior of using an application to order foods via mobile phone of students at Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen province. Questionnaires were allocated to 220 students by a stratified random sampling method. Data were analyzed by descriptive statistics including frequency, percentage, means, standard deviation, minimum, maximum and inferential statistics Chi-Square tests were used to specify the statistical significance at the level of 0.05.

The research finding was that most students used to food ordering applications at the rate of 84.55%. Grab food service was the most at 80.91%. The frequency in ordering food via an application in 2 months was at 2-3 times/week. The food that they ordered was snacks or bakery at 48.18%. Then, the reason for using the service because they did not have enough time to travel at 60.45%. They ordered dinner at 33.64%. The expense in using the service (for one time) was less than or equal to 100 baht at 63.64%. The data source for decision to use the service was from friends at 56.36%. As for the market factor of using food ordering applications, they had the overall pinion at a high level (Mean=3.85±0.53). So should be concern about the nutritional value and inform make sure before decision making when purchase.

Keywords : Behavior of using application to order food, Market factors, Students

¹ Bachelor in Community of Public Health, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen,
E-mail: kanthipa1149@gmail.com

² Lecturer, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen, E-mail: ben_yak@hotmail.com
Corresponding author: Benyapa Kankhwao, E-mail: ben_yak@hotmail.com

บทนำ

ปัจจุบันธุรกิจร้านอาหารเป็นที่นิยมเปิดกันมาก จึงมีการแข่งขันกันมากขึ้นในด้านสถานที่ การตกแต่งร้าน คุณภาพของอาหาร และรวมถึงการบริการ ทำให้เกิดการกระจายตัวของลูกค้าเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการแข่งขันกับเวลาโดยการให้บริการลูกค้าที่รวดเร็วจึงเป็นสิ่งที่ช่วยสร้างจุดแข็งให้กับร้านอาหาร¹ เนื่องจากรูปแบบการดำเนินชีวิตของผู้บริโภคเปลี่ยนไป ทั้งการใช้ชีวิตอย่างเร่งรีบมีข้อจำกัดด้านเวลา ต้องการความสะดวกสบาย และต้องการที่จะหลีกเลี่ยงกับสภาพปัญหาต่าง ๆ เช่น การรอคิวยาวนาน สภาพอากาศที่มีฝนตกหนัก แดดร้อนจัด สภาพการจราจรที่ติดขัด หรือหาที่จอดรถยาก ส่งผลให้ผู้บริโภคมีแนวโน้มเลือกใช้บริการ food delivery เพิ่มขึ้น² ก่อนนั้นผู้บริโภคต้องออกไปรับประทานอาหารที่ร้านซึ่งเสียเวลาในการเดินทางและมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ด้วยเหตุผลนี้จึงทำให้ผู้ประกอบการเพิ่มช่องทางการจัดจำหน่ายโดยผู้บริโภคสามารถโทรศัพท์สั่งซื้อพร้อมมีบริการจัดส่ง แต่ก็มีปัญหาด้านข้อจำกัดหลายอย่าง เช่น ผู้บริโภคไม่สามารถติดต่อสั่งอาหารได้สะดวก เกิดความผิดพลาดในการรับออเดอร์สินค้า ปัญหาเหล่านี้จึงส่งผลกระทบต่อธุรกิจ ดังนั้นผู้ประกอบการจึงได้มีการพัฒนาและเพิ่มช่องทางการจัดจำหน่ายโดยผู้บริโภคสามารถสั่งอาหารผ่านช่องทางออนไลน์ ด้วยเว็บไซต์และแอปพลิเคชันเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้บริโภค²

แอปพลิเคชันสั่งอาหาร จึงเป็นส่วนหนึ่งของการเปลี่ยนแปลงจากทางด้านเทคโนโลยี ทำให้พฤติกรรมของผู้บริโภคเปลี่ยนไป โดยศูนย์วิจัยกสิกรไทยได้ทำการสำรวจความนิยมของผู้บริโภคต่อธุรกิจการจัดส่งอาหารไป

ยังแหล่งที่พัก ผลสำรวจพบว่าร้อยละ 63 คิดว่าการมีบริการส่งอาหารผ่านแอปพลิเคชันประเภทต่าง ๆ ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภค โดยทำให้ผู้บริโภคเปลี่ยนมาใช้บริการส่งอาหารผ่านแอปพลิเคชันมากขึ้น³ การส่งอาหารผ่านแอปพลิเคชัน จึงได้นำมาทดแทนการเดินทางและการโทรสั่งทางโทรศัพท์ ซึ่งผู้บริโภคสามารถดูข้อมูลและตัดสินใจสั่งซื้อได้ง่าย ด้วยแอปพลิเคชันที่ทันสมัยผู้บริโภคสามารถดาวน์โหลดแอปพลิเคชันไว้ใช้งานและสามารถสั่งอาหารผ่านทางโทรศัพท์มือถือได้โดยตรง¹

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยทางการตลาดด้านผลิตภัณฑ์ ด้านราคา ด้านช่องทางการจัดจำหน่าย และด้านการส่งเสริมการตลาด⁴ ด้วยการมีร้านอาหารที่ให้เลือกหลากหลาย สามารถใช้บริการได้ตลอดเวลา ค่าบริการจัดส่งมีความเหมาะสมและมีช่องทางการชำระเงินที่สะดวก รวมทั้งมีโปรโมชั่นส่วนลดในการสั่งอาหาร ทำให้พฤติกรรมการใช้บริการสั่งอาหารผ่านแอปพลิเคชันเพิ่มมากขึ้น⁵⁻⁸

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เป็นหนึ่งในสถาบันที่ผลิตบุคลากรทางด้านสาธารณสุข เพื่อดูแลและพัฒนาสุขภาพของประชาชน ซึ่งนักศึกษาเป็นกลุ่มวัยที่มีการเข้าถึงการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัย สามารถเข้าถึงสื่อต่าง ๆ ได้ง่าย และส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาที่เข้าพักอยู่ในหอพักข้างในวิทยาลัยและหอพักข้างนอกวิทยาลัย ไม่ได้ประกอบอาหารเอง ดังนั้นจึงอยากจะทำให้นักศึกษามีการใช้แอปพลิเคชันเลือกสั่งอาหารอย่างน้อยเพียงใด และมีปัจจัยใดบ้างที่ทำให้นักศึกษาเลือกใช้แอปพลิเคชันเลือกสั่งอาหาร

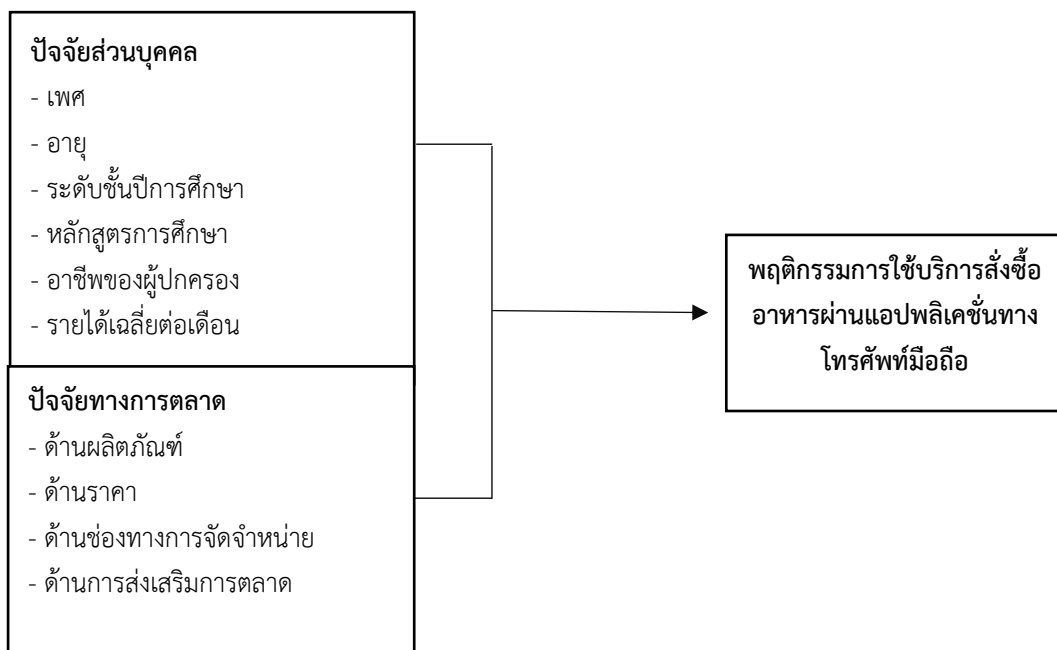
ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันสั่งซื้ออาหารผ่านทางโทรศัพท์มือถือ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันสั่งซื้ออาหารผ่านทางโทรศัพท์มือถือของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้วางแผนพัฒนาพฤติกรรม

การบริโภคและส่งเสริมสุขภาพอนามัยของนักศึกษาต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันสั่งซื้ออาหารผ่านทางโทรศัพท์มือถือของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ นักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น จำนวน 567 คน กลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนกรณีทราบประชากรชัดเจนของอรุณ จิรวัดณ์กุล⁹ และแทนค่า $P = 0.63^3$ ได้ขนาดตัวอย่าง

220 คน ใช้การสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามชั้นปี (Stratified random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 3 ส่วน จำนวน 36 ข้อ ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับชั้น หลักสูตร อาชีพผู้ปกครอง และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของนักศึกษา มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิดและปลายปิด จำนวน 6 ข้อ

- ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยทางการตลาด มีลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) โดยมีเกณฑ์ในการประเมิน 5 ระดับ ตามวิธีของลิเคิร์ต (Likert scales) คือ เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) เห็นด้วยมาก (4 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (3 คะแนน) เห็นด้วยน้อย (2 คะแนน) เห็นด้วยน้อยที่สุด (1 คะแนน) จำนวน 20 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	5
เห็นด้วยมาก	4
เห็นด้วยปานกลาง	3
เห็นด้วยน้อย	2
เห็นด้วยน้อยที่สุด	1

สำหรับการแปลความหมายของระดับความคิดเห็น ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การหาค่าเฉลี่ยในการแปลความหมาย โดยคำนวณหาความกว้างอันตรภาคชั้น ได้ดังนี้ Best¹⁰

$$\begin{aligned}\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{พิสัย}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{5-1}{3} \\ &= 1.33\end{aligned}$$

ดังนั้น เกณฑ์การให้คะแนนระดับปัจจัยการตลาดสามารถวัดและแปลความหมายได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33 หมายถึง ระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.66 หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.67–5.00 หมายถึง ระดับมาก

- ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันสั่งซื้ออาหารผ่านทางโทรศัพท์มือถือ มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิดและปลายปิด จำนวน 10 ข้อ

คุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC) ในช่วงระหว่าง 0.67 - 1.00

2. ค่าความเที่ยงที่ได้ (Reliability) ของแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยทางการตลาดโดยใช้วิธีการตรวจสอบด้วยการหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้ค่า ความเที่ยงโดยรวมเท่ากับ 0.85

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ HE 6210053 ณ วันที่ 14 มกราคม พ.ศ. 2563

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

นักศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.82 อายุเฉลี่ย 20.50 ปี (S.D.= 1.45) อยู่ในช่วงอายุน้อยกว่า 21 ปี ร้อยละ 56.36 เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 34.09 เกือบครึ่งหนึ่งเป็นหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาทันตสาธารณสุข (ร้อยละ 41.82) ส่วนใหญ่ผู้ปกครองประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 49.09 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6,219.90 บาท (S.D. = 2,194.40) โดยมีรายได้ตั้งแต่ 5,501 บาท/เดือนขึ้นไป ร้อยละ 50.45

2. พฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันสั่งซื้ออาหารผ่านทางโทรศัพท์มือถือ

นักศึกษานักเรียนส่วนใหญ่เคยใช้แอปพลิเคชันสั่งซื้ออาหาร ร้อยละ 84.55 โดยใช้บริการ Grab food มากที่สุด ร้อยละ 80.91 สั่งอาหารผ่านแอปพลิเคชันในรอบ 2 เดือน ส่วนใหญ่ใช้บริการ 2-3 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 36.36 ประเภทอาหารที่ใช้บริการสั่งมากที่สุดคือ อาหารว่าง(ขนม/เบเกอรี่) ร้อยละ 48.18 รองลงมา คือ อาหารจานหลัก ร้อยละ 46.36 วัตถุประสงค์ในการใช้บริการ คือ ใช้บริการ

เนื่องจากไม่มีเวลาเพียงพอในการเดินทาง ร้อยละ 60.45 ช่วงเวลาในการใช้บริการจะใช้ในช่วงมือเย็นมากที่สุด ร้อยละ 33.64 รับประทานกับเพื่อน ร้อยละ 62.73 ใช้บริการแอปพลิเคชันสั่งอาหารเมื่ออยากรับประทาน ร้อยละ 79.55 มีค่าใช้จ่ายในการใช้บริการ (ต่อหนึ่งท่าน) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 100 บาท ร้อยละ 63.64 โดยแหล่งข้อมูลที่ใช้ประกอบในการตัดสินใจเลือกใช้บริการ คือ เพื่อน ร้อยละ 56.36 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ การใช้แอปพลิเคชันสั่งซื้ออาหารผ่านทางโทรศัพท์มือถือ (n=220)

การใช้แอปพลิเคชันสั่งซื้ออาหารผ่านทางโทรศัพท์มือถือ การใช้บริการสั่งอาหารผ่านแอปพลิเคชัน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การใช้บริการสั่งอาหารผ่านแอปพลิเคชัน		
เคย	186	84.55
ไม่เคย	34	15.45
บริการสั่งอาหารผ่านแอปพลิเคชัน ที่ใช้บริการ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
Grab food	178	80.91
Food panda	126	57.27
The Pizza company 1112	25	11.36
McDonald's	16	7.27
Line Man	6	2.73
อื่นๆ โปรดระบุ	4	1.82
ความถี่ในการใช้บริการสั่งอาหารผ่านแอปพลิเคชัน ในรอบ 2 เดือน		
2-3 ครั้ง / สัปดาห์	80	36.36
ไม่เคยสั่ง	34	15.45
4-6 ครั้ง / สัปดาห์	31	14.09
1 ครั้ง / เดือน	45	20.45
1 ครั้ง / สัปดาห์	17	7.73
1 ครั้ง / 2 เดือน	13	5.91
ประเภทอาหารที่ใช้บริการสั่งอาหาร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
อาหารว่าง (ขนม/เบเกอรี่)	106	48.18
อาหารจานหลัก	102	46.36
อาหารจานด่วน	82	37.27
อื่นๆ โปรดระบุ	9	4.09

การใช้แอปพลิเคชันสั่งซื้ออาหารผ่านทางโทรศัพท์มือถือ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
วัตถุประสงค์หลักของการใช้บริการแอปพลิเคชันสั่งอาหาร(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ไม่มีเวลาเพียงพอในการเดินทางไป	133	60.45
การต่อคิวร้านอาหาร	73	33.18
รวบรวมร้านอาหารที่มีชื่อเสียงจำนวนมาก	78	30.91
ต้องการทานอาหารจากหลากหลายร้านพร้อมกัน	39	17.73
นักศึกษากังวลเรื่องที่จอดรถ	22	10.00
อื่นๆ	13	5.91
ช่วงเวลาในการใช้บริการแอปพลิเคชันสั่งอาหาร (n = 186)		
มือเย็น	74	33.64
มือกลางวัน	60	27.27
มือว่าง	29	13.18
มือตึก	19	8.64
มือเช้า	4	1.82
บุคคลที่ให้บริการแอปพลิเคชันสั่งอาหาร เพื่อรับประทานด้วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
รับประทานกับเพื่อน	138	62.73
รับประทานคนเดียว	98	44.55
รับประทานกับครอบครัว	8	3.64
อื่นๆ	2	0.91
โอกาสในการใช้บริการแอปพลิเคชันสั่งอาหาร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
เมื่ออยากรับประทาน	175	79.55
เมื่อมีงานเลี้ยงสังสรรค์	10	4.55
อื่นๆ	1	0.45
ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการแอปพลิเคชันสั่งอาหาร (ต่อหนึ่งท่าน)		
≤ 100 บาท	140	63.64
101 – 300 บาท	78	35.34
300 บาทขึ้นไป	2	0.91
Mean (S.D.) : 120.7 (69.93), Median = 100, Min = 30, Max = 500		
แหล่งข้อมูลที่ท่านใช้ประกอบในการตัดสินใจเลือกใช้บริการมากที่สุด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
เพื่อน	124	56.36
โฆษณาตามช่องทางต่างๆ เช่น Facebook /LINE/YouTube	113	51.36
ค้นหาด้วยตัวเองจากอินเทอร์เน็ต/เว็บไซต์/ App store /Play store	108	49.09
อื่นๆ	3	1.36

3.ปัจจัยทางการตลาดของการใช้แอปพลิเคชันสั่งซื้ออาหารผ่านทางโทรศัพท์มือถือ

ระดับความคิดเห็นโดยรวม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 66.36 รองลงมาระดับปานกลาง

ร้อยละ 33.18 มีคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยทางการตลาดของการใช้แอปพลิเคชันสั่งซื้ออาหารผ่านทางโทรศัพท์มือถือโดยรวมเท่ากับ 3.85 (SD = 0.53) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยทางการตลาดของการใช้แอปพลิเคชันสั่งซื้ออาหารโดยรวม (n=220)

ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยทางการตลาด	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อย	1	0.46
ระดับปานกลาง	73	33.18
ระดับมาก	146	66.36
Mean (S.D.) : 3.85 (0.53), Median = 3.85, Min = 2.2, Max = 5		

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านผลิตภัณฑ์ ด้านราคา ด้านช่องทางจัดจำหน่าย และด้าน

การส่งเสริมการตลาดกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยทางการตลาดของการใช้แอปพลิเคชันสั่งซื้ออาหารรายด้าน (n=220)

ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยทางการตลาด	จำนวน	ร้อยละ
ด้านผลิตภัณฑ์		
น้อย	1	0.45
ปานกลาง	79	35.91
มาก	140	63.64
Mean (S.D.): 3.81(0.58), Median = 3.86, Min = 2.29, Max = 5		
ด้านราคา		
น้อย	12	5.45
ปานกลาง	84	38.18
มาก	124	56.36
Mean (S.D.): 3.60 (0.76), Median = 3.67, Min = 1.33, Max = 5		
ด้านช่องทางจัดจำหน่าย		
น้อย	2	0.91
ปานกลาง	60	27.27
มาก	158	71.82
Mean (S.D.): 3.94 (0.60), Median = 4, Min = 2.14, Max = 5		

ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับ ปัจจัยทางการตลาด	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการส่งเสริมการตลาด (จำนวน 3 ข้อ)		
น้อย	5	2.27
ปานกลาง	40	18.18
มาก	175	79.55
Mean (S.D.) : 3.98 (0.65), Median = 4, Min = 2, Max = 5		

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ด้านผลิตภัณฑ์ ข้อที่ นักศึกษามีความคิดเห็นมากที่สุด คือ “แอปพลิเคชันที่ใช้งานมีความรวดเร็ว” ร้อยละ 25.45 ด้านราคา ข้อที่นักศึกษามีความคิดเห็นมากที่สุด คือ “การใช้บริการจัดส่งอาหารมีความคุ้มค่าเทียบกับเงินที่ท่านจ่ายไป” ร้อยละ 15.45 ด้านช่องทางจัดจำหน่าย ข้อที่ นักศึกษามีความคิดเห็นมากที่สุด คือ “ซื้อ แอปพลิเคชันจัดจำหน่าย” ร้อยละ 33.18 และ ด้านการส่งเสริมการตลาด ข้อที่นักศึกษามีความคิดเห็นมากที่สุด คือ “บริการส่งอาหารผ่านแอปพลิเคชันประชาสัมพันธ์ข้อมูลส่งเสริมทางการตลาดผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น สื่อออนไลน์ โทรศัพท์ อีเมล โฆษณาต่าง ๆ เป็นต้น” ร้อยละ 27.27

สรุปและอภิปรายผล

1. พฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันสั่งซื้ออาหารผ่านทางโทรศัพท์มือถือของนักศึกษา

จากการศึกษา พบว่า นักศึกษาเคยใช้ แอปพลิเคชันสั่งซื้ออาหาร ร้อยละ 84.55 ส่วน ใหญ่ใช้บริการ Grab food มากที่สุดในการสั่งอาหาร โดยความถี่ในการใช้บริการสั่งอาหารผ่านแอปพลิเคชันในรอบ 2 เดือน คือ ใช้บริการ 2-3 ครั้ง/สัปดาห์ เหตุผลที่เลือกใช้บริการ เนื่องจากไม่มีเวลาเพียงพอในการเดินทาง และ ส่วนใหญ่จะใช้บริการสั่งซื้ออาหารในช่วงมือเย็นมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ

กนกวรรณ นุชนารถ และคณะ¹¹ พบว่า พฤติกรรมการเลือกใช้บริการ Food Delivery กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกใช้บริการ Grabfood ในการสั่งอาหาร มักได้รับประทานในช่วงมือเย็น โดยความถี่ในการใช้บริการ Food Delivery อยู่ที่ 2-3 ครั้ง/สัปดาห์ และ เหตุผลที่เลือกใช้บริการ Food Delivery ส่วนใหญ่มาจากการไม่มีเวลาเพียงพอในการเดินทาง

2. ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยทางการตลาดของการใช้แอปพลิเคชันสั่งซื้ออาหารผ่านทางโทรศัพท์มือถือ

ด้านผลิตภัณฑ์ พบว่า นักศึกษามีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ซึ่งข้อที่นักศึกษามีความคิดเห็นมากที่สุดคือ “จำนวนร้านอาหารมากมายมีอาหารให้เลือกหลากหลาย” ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของเกศรา จันทร์จรัส สุข¹² พบว่า ปัจจุบันผู้บริโภคต้องการใช้บริการ แอปพลิเคชันเนื่องจากร้านอาหารมีความหลากหลาย อาหารสดใหม่ มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมในการใช้แอปพลิเคชันด้านความถี่ในการสั่งซื้ออาหาร

ด้านราคา พบว่า นักศึกษามีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ซึ่งข้อที่นักศึกษามีความคิดเห็นมากที่สุดคือ “เนื่องจากอัตราค่าบริการจัดส่งมีราคาที่เหมาะสมคุ้มค่าต่อราคาอาหารที่จ่ายไป” สอดคล้องกับการศึกษาของพิมพ์

ผกา บุญธนาพิริชต์⁶ พบว่า ปัจจัยด้านราคาไม่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการ Food Delivery เนื่องจากผู้บริโภคในปัจจุบันให้ความสำคัญกับคุณภาพของสินค้าและกระบวนการให้บริการที่สามารถแก้ไขปัญหาของลูกค้าได้อย่างรวดเร็วและอัตราการคิดค่าบริการมีความเหมาะสมกับระยะทางในการจัดส่ง

ด้านช่องทางจัดจำหน่าย พบว่า นักศึกษามีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก เนื่องากลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มนักศึกษาที่มีความสามารถเข้าถึงช่องทางจัดจำหน่ายต่าง ๆ ได้ง่าย เช่น การเลือกสั่งซื้ออาหารเวลาใดก็ได้ สั่งซื้อจากที่ใดก็ได้ และมีช่องทางการชำระเงินที่หลากหลาย สอดคล้องกับการศึกษาของพิมพุมผกา บุญธนาพิริชต์⁶ พบว่า ปัจจัยด้านช่องทางจัดจำหน่ายไม่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการ Food Delivery

ด้านการส่งเสริมการตลาด พบว่า นักศึกษามีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก เนื่องจากการส่งเสริมการตลาดมีการโฆษณาผ่านสื่อออนไลน์ต่าง ๆ และมีกิจกรรมแจกโค้ดส่วนลดในการสั่งอาหาร ซึ่งเป็นสิ่งจูงใจที่กระตุ้นให้เกิดการสั่งซื้ออาหารมากยิ่งขึ้น ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของ พิมพุมผกา บุญธนาพิริชต์⁶ พบว่า ปัจจัยด้านการประชาสัมพันธ์ และช่องทางในการสั่งอาหารไม่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการ Food Delivery

ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สั่งอาหารประเภทอาหารว่าง(ขนม/เบเกอรี่) มากที่สุด ดังนั้นควรให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับเรื่องโภชนาการอาหาร เพื่อให้มีความรู้และความเข้าใจในการเลือกซื้ออาหารมารับประทานเพื่อสุขภาพที่ดี

2. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ความสำคัญในเรื่อง “บริการสั่งอาหารผ่านแอปพลิเคชันประชาสัมพันธ์ข้อมูลส่งเสริมทางการตลาดผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น สื่อออนไลน์ โทรทัศน์ โฆษณาต่าง ๆ” ทำให้มีการใช้สื่อโฆษณาที่เกินความเป็นจริง ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างควรใช้วิจารณญาณคิดวิเคราะห์ก่อนตัดสินใจซื้อ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในสถานศึกษาอื่น ๆ ทั้งในระดับมัธยมศึกษาและอุดมศึกษาเพื่อเปรียบเทียบผลการศึกษามีความแตกต่างกันอย่างไรจะได้นำผลการวิจัยที่ได้ไปพัฒนาพฤติกรรมมารับประทานอาหารของสถานศึกษาต่อไป

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันสั่งซื้ออาหารผ่านทางโทรศัพท์มือถือ เช่น ทักษะคิด ความพึงพอใจ การรับรู้ และความตระหนัก

เอกสารอ้างอิง

1. อิศักดิ์ คำแก้ว. การศึกษาความพึงพอใจของพนักงานที่ใช้แอปพลิเคชัน สั่งสินค้าผ่านทางโทรศัพท์มือถือ: กรณีศึกษาร้านโซล จังหวัดชลบุรี [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: 2551 [เข้าถึงเมื่อ 23 ก.ย. 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://dspace.bu.ac.th/handle/123456789/1951>.
2. ศูนย์วิจัยกสิกรไทย. จับตาปี' 60 สั่งอาหารออนไลน์หนุนตลาด Delivery โตร้อยละ 11-15 สวนทางภาพรวมธุรกิจร้านอาหารที่เติบโตเพียงเล็กน้อย (กระแสทรรศน์ ฉบับที่ 2797) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: 2560 [เข้าถึงเมื่อ 24 ก.ย. 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.kasikornresearch.com/th/>

- analysis/k-econ/business/Pages/35933.aspx
3. ศูนย์วิจัยกสิกรไทย. การแข่งขันของแอปพลิเคชันสั่งอาหาร ดันธุรกิจ Food Delivery เติบโตต่อเนื่อง คาดมีมูลค่าสูงถึง 33,000 – 35,000 ล้านบาท ในปี 2562 (กระแสดัชนี ฉบับที่ 2995) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: 2562 [เข้าถึงเมื่อ 24 ก.ย. 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.kasikornresearch.com/th/analysis/k-econ/business/Pages/z2995.aspx>
 4. Kotler, P., & Keller, K. L. Marketing Management (14th Global ed.). Pearson Education, 2012.
 5. ปิยวรรณ ประชุมพันธุ์. พฤติกรรมการใช้บริการการสั่งอาหารทางโทรศัพท์เคลื่อนที่ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ฐานข้อมูลงานวิจัย มหาวิทยาลัยสยาม; 2556 [เข้าถึงเมื่อ 29 ต.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://e-research.siam.edu/kb/2013-12-20-05-58-155/>
 6. พิมพ์ผกา บุญธนาพิรัชต์. ปัจจัยส่วนประสมทางการตลาดที่มีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการ Food Delivery ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. วิทยานิพนธ์ปริญญา บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชีมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2560.
 7. ชนิภา ช่วยระดม. ปัจจัยส่วนประสมทางการตลาดที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการสั่งอาหารผ่าน Food Panda Applications ในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารบริหารธุรกิจและสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง. 2561; 1(2): 43–55.
 8. เปรมกมล หงส์ยนต์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจซื้อสินค้าผ่านทางแอปพลิเคชันออนไลน์ (ลาซาด้า) ของผู้บริโภคยุคดิจิทัลในกรุงเทพมหานคร [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ฐานข้อมูลงานวิจัย มหาวิทยาลัยสยาม; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 12 ต.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://e-research.siam.edu/kb/factors-influencing-the-decision-to-purchase-the-product-via-online-application-lazada-consumer-digital-era-in-bangkok/>
 9. อรุณ จิรวัดนกกุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย.(หลักสูตรภาษาไทย) กรุงเทพฯ : วิทยพัฒน์; 2556.
 10. Best J.W. Research in Education. New York: Prentice-Hall, Englewood cliffs; 1977.
 11. กนกวรรณ นุชนารถ และคณะ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการ Food Delivery. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์. 2562; 3(2): 44-53.
 12. เกศรา จันทรจรัสสุข. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการซื้อสินค้าและใช้บริการในห้างเทสโก้โลตัสของผู้บริโภคในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญา บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาการตลาด บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทร. 2555.

คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ

พ.จ.ต.วิทย์ หัสจรรย์¹

(วันที่รับบทความ: 2 ตุลาคม 2563; วันที่แก้ไข 13 พฤศจิกายน 2563; วันที่ตอบรับ 16 พฤศจิกายน 2563)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากองค์กรและคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ โดยเก็บข้อมูลจากตัวอย่างจำนวน 115 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถาม ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ใช้สถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.6 อายุเฉลี่ย 34.4 ปี (S.D.=7.71) ต่ำสุด 23 ปี สูงสุด 53 ปี สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าร้อยละ 80.3 สถานภาพสมรส ร้อยละ 65.5 มีรายได้มีมัธยฐาน 30,000 บาท รายได้ต่ำสุด 10,000 บาท สูงสุด 100,000 บาท ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานมีค่ามัธยฐานที่ 6 ปี ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 26 ปี การสนับสนุนจากองค์กรภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย =3.40, S.D.=0.38) ระดับคุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย =3.50, S.D.=0.38) การสนับสนุนจากองค์กร มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ ($r=0.506$, $p\text{-value}<0.001$) จากการศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะ หน่วยงานควรสนับสนุนด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศและด้านวัสดุ อุปกรณ์ ให้เพียงพอเพื่อการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และควรมีการศึกษาเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลอื่น เพื่อให้เห็นข้อแตกต่างที่จะนำมาพัฒนาองค์กรต่อไป

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิตการทำงาน บุคลากรโรงพยาบาล

¹ นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ, E-mail: Witee.h@hotmail.com

Corresponding author: พ.จ.ต.วิทย์ หัสจรรย์, E-mail: Witee.h@hotmail.com

Quality of Work Life of Personnel in Kaengkhro Hospital, Chaiyaphum Province

Witee. Hussajun¹

(Receive 2nd October 2020; Revised: 13th November 2020; Accepted 16th November 2020)

Abstract

The purpose of this research was to study a correlation between supporting staff of the organization and the quality of working life of staff in Kaengkhro Hospital, Chaiyaphum Province. A cross-sectional study was conducted with 115 staff. Data were collected from questionnaires and analyzed by descriptive statistics and Pearson correlation coefficient.

The finding showed that the staffs were predominantly female gender (74.6%) and marriage (65.5%). The mean (SD) age of these staff was 34.4 (7.7) years (Min=23, Max 53). The largest proportion of the staff's educational level was bachelor accounting for 80.3%. The median income was 30,000 baht (Min=10,000, Max 100,000). The median of work experience was 6 years (Min=1, Max 26). The supporting staff of the organization was at a moderate level (Mean=3.40, SD=0.38). The quality of working life of staff was at a high level (Mean=3.50, SD=0.38). A correlation between supporting staff of the organization and the quality of working life of staff was at a moderate level ($r=0.51$, $p\text{-value}<0.001$).

For improving the quality of life of staff and quality of work, the organization should support information technology and equipment sufficiently. Also, a benchmarking to other hospitals will be needed to draw performance gaps to identify areas for further improvement.

Keywords : Quality of work life, Hospital personnel

¹ General Administration Officer, Senior Professional Level, Chaiyaphum Provincial Health Office,
E-mail: Witee.h@hotmail.com

Corresponding author: Witee. Hussajun, E-mail: Witee.h@hotmail.com

บทนำ

การสร้างคุณภาพชีวิตการทำงาน เป็นสิ่งที่จำเป็นและมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะทรัพยากรมนุษย์เป็นทรัพยากรหลักที่ทำให้ทรัพยากรอื่นมีคุณค่า จึงเปรียบมนุษย์เป็นดวงหัวใจหลักขององค์กร โดยแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 ได้มุ่งเน้นผลลัพธ์ให้คนทำงานมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีความสุข เมื่อคนต้องทำงานในที่ทำงาน เป็นส่วนใหญ่ จึงควรมีสถานะที่เหมาะสม ทำให้เกิดความสุขทั้งร่างกายและจิตใจ มีความรู้สึกมั่นคงทั้งสุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางอารมณ์ สุขภาวะทางจิตวิญญาณ และสุขภาวะทางสังคม¹ การพัฒนาระบบราชการในการให้บริการประชาชน ต้องดำเนินงานภายใต้บริบทของการเปลี่ยนแปลงวิกฤตการณ์ และความผันผวนที่เปลี่ยนไปจากอดีตอย่างมาก การที่จะขับเคลื่อนประเทศให้มีความก้าวหน้าและพัฒนาไปอย่างมั่นคง จึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบราชการให้มีขีดสมรรถนะสูงสามารถรองรับการเปลี่ยนแปลงในบริบทด้านต่าง ๆ รวมทั้งยังมีความจำเป็นต้องบริหารจัดการและพัฒนาคุณภาพของกำลังคน ภาครัฐให้เหมาะสม เพื่อเพิ่มผลิตภาพในการปฏิบัติงาน สร้างนวัตกรรม ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและไม่ให้เกิดผลกระทบกับสิ่งแวดล้อม²

เมื่อกล่าวถึงคุณภาพชีวิต (Quality of life) องค์ประกอบที่สำคัญที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์เป็นอย่างยิ่ง คือ ระบบการทำงาน คุณภาพชีวิตในการทำงาน (Quality of work life) ถือเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งของการบริหารงานในปัจจุบัน เพราะคุณภาพชีวิตการทำงานเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์หรือผู้ปฏิบัติงาน

ซึ่งเป็นต้นทุนทางสังคมที่มีคุณค่า การสนับสนุนและส่งเสริมปัจจัยต่างๆ ที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิต เพื่อตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจนั้น จะส่งผลให้บุคลากรมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี ดังนั้นองค์กรจึงควรมีการตรวจสอบว่าบุคลากรมีคุณภาพชีวิตระดับใด หากอยู่ในระดับดี ควรมีการพัฒนาต่อไป หากอยู่ในระดับต่ำ ควรมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น³ นับว่าคุณภาพชีวิตในการทำงานเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเป็นสิ่งจูงใจที่ส่งผลให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดประสิทธิผลต่อองค์กรนั้น ๆ สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือนได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของข้าราชการ พบว่าปัจจัยหลักที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของข้าราชการ มีทั้งหมด 4 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ด้านการทำงาน ด้านส่วนตัวและด้านสังคม ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีองค์ประกอบคุณภาพชีวิตการทำงานของ Richard E. Walton ที่ได้เสนอแนวคิดว่าคนทำงานจะมีคุณภาพชีวิตการทำงานจะต้องประกอบด้วยองค์ประกอบ 8 ประการ คือ ความก้าวหน้าและความมั่นคง การพัฒนาความสามารถของบุคคล ค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม สิ่งแวดล้อมที่ถูกลักษณะและปลอดภัย การสร้างกฎเกณฑ์ในองค์กร การบูรณาการด้านสังคม ความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับชุมชนความสมดุลระหว่างชีวิตงานกับชีวิตด้านอื่น ๆ⁴

การที่บุคลากรในหน่วยงานต่าง ๆ จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีหรือไม่มีนั้น มีปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต คือ การได้รับการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ อันประกอบด้วยด้านบุคลากร ด้านเวลา ด้านงบประมาณ ด้านการบริหารจัดการ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านเทคโนโลยี หากได้รับการสนับสนุน อย่างดีอย่างเหมาะสม จะส่งผลให้การดำเนินงาน

ของเป็นไปได้ด้วยดีและส่งผลให้งานมีประสิทธิภาพ⁵จากผลการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การสนับสนุนจากองค์กรสามารถพยากรณ์การปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ ด้านวัสดุอุปกรณ์ด้านการบริหารจัดการ⁶

การที่บุคลากรมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี เป็นการสร้างพลังและสร้างประสิทธิภาพขององค์กร การสร้างให้บุคลากรขององค์กรนั้น ๆ มีความสุขสร้างคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง คุณภาพชีวิตการทำงานของแต่ละคนมีผลต่อการทำงานเป็นอย่างมาก การมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีสามารถทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง ต่องานที่ทำหรืองานที่ได้รับมอบหมาย รวมทั้งทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อองค์กร ส่งผลให้การปฏิบัติงานมีคุณภาพส่งเสริมให้ได้ผลลัพธ์และการบริการที่ดีทั้งคุณภาพและปริมาณ

บุคลากรขององค์กรเป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง หากมีคุณภาพชีวิตการบุคลากร

ทำงานที่ดีย่อมเอื้อให้การปฏิบัติงานบรรลุตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อองค์กรต่อไป และจากยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) เป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์หลักของยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุขที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญเป็นอันดับแรก เนื่องจากบุคลากรเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดต่อความสำเร็จในการดำเนินงาน และด้วยโรงพยาบาลแก่งคร้อกำลังพัฒนาขีดความสามารถในการให้บริการประชาชนได้ครอบคลุมยิ่งขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ ในการกำหนดนโยบายและแผนพัฒนาบุคลากรเพื่อ

พัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิให้ดีขึ้น เพื่อให้บุคลากรมีขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน นำไปสู่การปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ

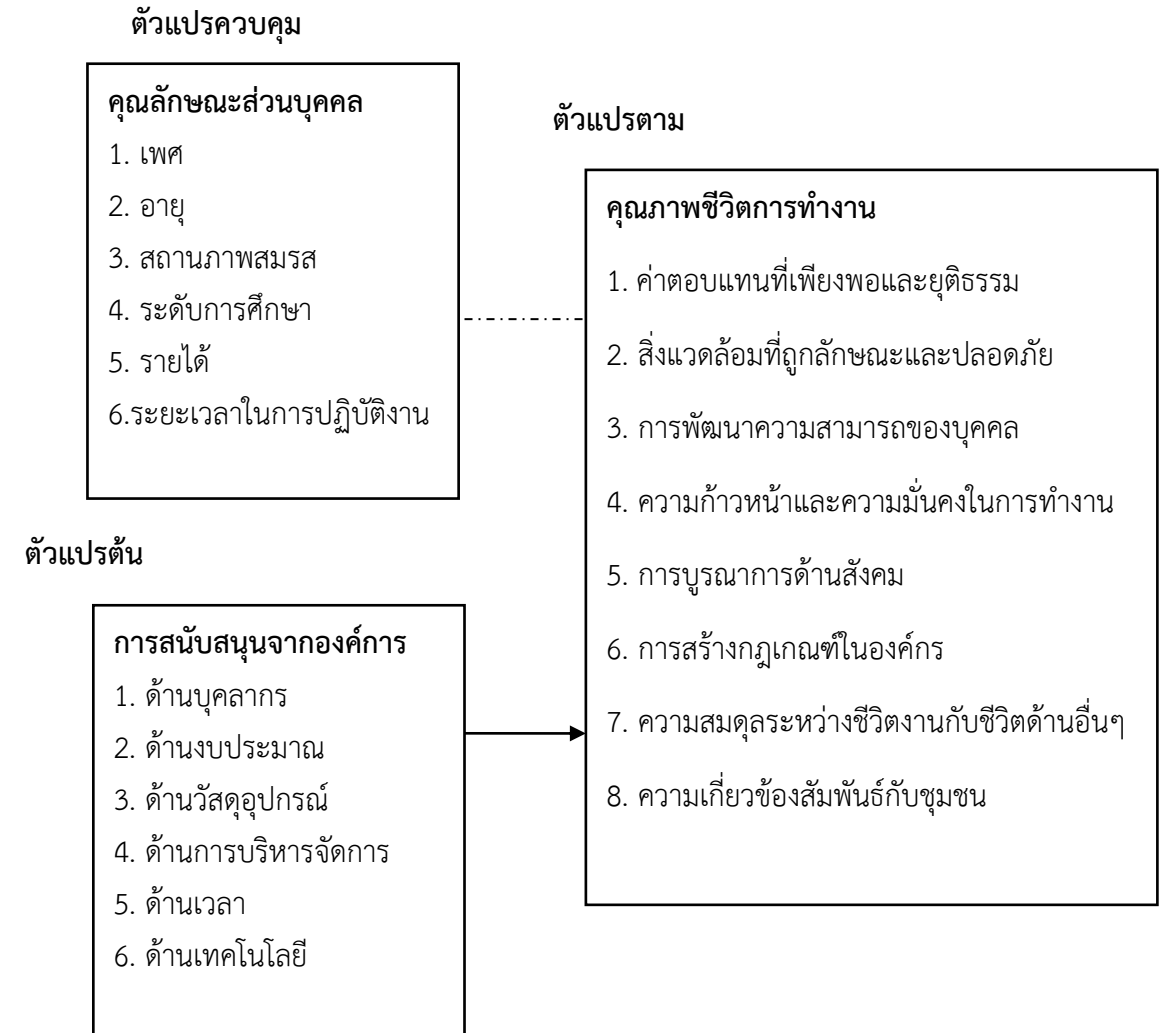
วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research)

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ คือ บุคลากรโรงพยาบาลแก่งคร้อ จำนวน 263 คน โดยใช้สูตรสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมุติฐานโดยใช้สูตรของ Cohen (1988)⁶

ได้ขนาดตัวอย่าง 115 คน ทั้งนี้ และใช้การสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic random sampling)

กรอบแนวคิดของการวิจัย



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล เพศ อายุ สถานภาพสมรส ตำแหน่ง การศึกษาสูงสุด รายได้ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับการสนับสนุนจากองค์กร ประกอบด้วย ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุ

อุปกรณ์ ด้านการบริหารจัดการ ด้านเวลาและด้านเทคโนโลยี ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) โดยมีคำตอบให้เลือกอยู่ 5 ระดับ (5,4,3,2,1)

ส่วนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตการทำงานความก้าวหน้าและความมั่นคง การพัฒนาความสามารถของบุคคล ค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม สิ่งแวดล้อมที่ถูกลักษณะและปลอดภัย การสร้างกฎเกณฑ์ในองค์กร การบูรณาการด้านสังคม ความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับชุมชนความสมดุลระหว่างชีวิตงานกับชีวิตด้านอื่น ๆ ลักษณะ

แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) โดยมีคำตอบให้เลือกอยู่ 5 ระดับ (5,4,3,2,1)

ส่วนที่ 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2562 ถึงวันที่ 1 พฤษภาคม 2562 โดยได้ทำการขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแก้งคร้อ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับแก่กลุ่มตัวอย่าง และแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม รวมทั้งได้ชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ เลขที่ 47

สถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรโรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.6 อายุระหว่าง 21-30 ปี ร้อยละ 42.1 อายุเฉลี่ย 34.43 ปี (S.D.=7.71) อายุต่ำสุด 23 ปี อายุสูงสุด 53 ปี สถานภาพโสด ร้อยละ 65.5 ระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 80.3 รายได้มีมีมาตรฐาน 30,000 บาท รายได้ต่ำสุด 10,000 บาท/เดือน รายได้สูงสุด 100,000 บาท/เดือน และระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแก้งคร้อ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ร้อยละ 48.6 โดยมีมาตรฐาน 6 ปี ระยะเวลาในการปฏิบัติงานต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 26 ปี

2. ระดับปัจจัยการสนับสนุนจากองค์การของบุคลากร โรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ

ภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.40 (S.D.=0.38) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านเวลา ค่าเฉลี่ย 3.52 (S.D.=0.55) ค่าเฉลี่ยในระดับมาก รองลงมา คือ ด้านบุคลากร ค่าเฉลี่ย 3.48 (S.D.=0.72) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ค่าเฉลี่ย 3.36 (S.D.=0.54) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การแปลผลของระดับการสนับสนุนจากองค์การของบุคลากรโรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ (n=115)

การสนับสนุนจากองค์การ	Mean	S.D.	การแปลผล
1. ด้านการบริหารจัดการ	3.44	0.48	ปานกลาง
2. ด้านบุคลากร	4.48	0.72	ปานกลาง
3. ด้านงบประมาณ	3.39	0.56	ปานกลาง
4. ด้านเวลา	3.52	0.55	มาก
5. ด้านวัสดุ อุปกรณ์	3.36	0.54	ปานกลาง

การสนับสนุนจากองค์กร	Mean	S.D.	การแปลผล
6. ด้านเทคโนโลยี	3.40	0.58	ปานกลาง
ภาพรวม	3.40	0.38	ปานกลาง

3. ระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร โรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ

ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.50 (S.D.=0.38) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก เรียงลำดับจากค่าเฉลี่ยสูงสุดไปหาน้อยสุด ได้แก่ ด้านสิ่งแวดล้อมที่ถูกต้องลักษณะและปลอดภัย ค่าเฉลี่ยในระดับมาก 3.64 (S.D.=0.50) ด้านการเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับชุมชน ค่าเฉลี่ยในระดับมาก 3.60 (S.D.=0.52) ด้านความสมดุลระหว่างชีวิตงานกับชีวิตด้านอื่น ๆ ค่าเฉลี่ยในระดับมาก 3.59

(S.D.=0.52) ด้านการสร้างกฎเกณฑ์ในองค์กร ค่าเฉลี่ยในระดับมาก 3.56 (S.D.=0.84) ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน ค่าเฉลี่ยในระดับมาก 3.51 (S.D.=0.64) และด้านมีค่าเฉลี่ยเท่ากัน ค่าเฉลี่ยในระดับปานกลาง คือด้านการบูรณาการทางสังคม ค่าเฉลี่ย 3.44 (S.D.=0.48) และด้านการพัฒนาความสามารถของบุคคล ค่าเฉลี่ย 3.44 (S.D.=0.46) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม ค่าเฉลี่ย 3.20 (S.D.=0.61) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ (n=115)

คุณภาพชีวิตการทำงาน	Mean	S.D.	การแปลผล
1. ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม	3.20	0.61	ปานกลาง
2. ด้านสิ่งแวดล้อมที่ถูกต้องลักษณะและปลอดภัย	3.64	0.50	มาก
3. ด้านการพัฒนาความสามารถของบุคคล	3.44	0.46	ปานกลาง
4. ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในการทำงาน	3.51	0.64	มาก
5. ด้านการบูรณาการด้านสังคม	3.44	0.48	ปานกลาง
6. ด้านการสร้างกฎเกณฑ์ในองค์กร	3.56	0.84	มาก
7. ด้านความสมดุลระหว่างชีวิตงานกับชีวิตด้านอื่นๆ	3.59	0.52	มาก
8. ด้านการเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับชุมชน	3.60	0.52	มาก
ภาพรวม	3.50	0.38	มาก

4. การสนับสนุนจากองค์กรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร โรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ
พบว่า ภาพรวมการสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการคุณภาพชีวิตในการทำงานการบุคลากร

โรงพยาบาลแก้งคร้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.506$, $p\text{-value}<0.001$) สามารถอธิบายได้ว่าหากบุคลากรมีการสนับสนุนจากองค์กรเพิ่มขึ้นก็จะทำให้มีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีขึ้นด้วย (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างตัวแปรอิสระการสนับสนุนจากองค์กรกับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร โรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ

การสนับสนุนจากองค์กร	คุณภาพชีวิตในการทำงาน		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
1. ด้านการบริหารจัดการ	0.440	<0.001	ปานกลาง
2. ด้านบุคลากร	0.270	<0.001	ต่ำ
3. ด้านงบประมาณ	0.391	<0.001	ปานกลาง
4. เวลา	0.389	<0.001	ปานกลาง
5. ด้านวัสดุอุปกรณ์	0.490	<0.001	ปานกลาง
6. ด้านเทคโนโลยี	0.405	<0.001	ปานกลาง
ภาพรวมการสนับสนุนจากองค์กร	0.506	<0.001	ปานกลาง

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

พบว่า การบริหารจัดการทรัพยากรขาดความต่อเนื่อง เมื่อมีการโยกย้าย ลาออก ยังไม่มีการจัดสรรตำแหน่งทดแทนทันที ทำให้ขาดความต่อเนื่องของการปฏิบัติงาน บุคลากรบางส่วนมีการปฏิบัติงานไม่ตรงกับความรู้ความสามารถ และตำแหน่งไม่ตรงตามวุฒิการศึกษา ขาดเครื่องมือที่ช่วยในการทำงาน ทำให้บางหน่วยงานที่มีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ แต่ไม่สามารถดำเนินงานนั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผลลัพธ์ด้านการทำงานมีประสิทธิภาพน้อยกว่าที่ควร

การอภิปรายผล

จากการศึกษา คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ภาพรวมการสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร โรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($r = 0.506$, $p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งการที่บุคลากรจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น การสนับสนุนสิ่งต่าง ๆ เป็นปัจจัยที่มี

ความสำคัญ เป็นสิ่งที่ส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการปฏิบัติงาน ให้เกิดทำงานอย่างเต็มความสามารถและพึงพอใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาคือ ภาพรวมการสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานของบุคลากร^๑ เพราะคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรในองค์กรแต่ละโรงพยาบาลจะมีความแตกต่างกันแล้วแต่บริบทและความพร้อมที่ไม่เหมือนกัน การพัฒนาบุคลากร การสนับสนุนบุคลากรเพื่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพปัจจัยสนับสนุนที่องค์กรมีให้บุคลากรนั้นมีความสำคัญเป็นอย่างมากและส่งผลโดยตรง

การสนับสนุนจากองค์กร เป็นสิ่งสำคัญที่จะส่งผลให้การทำงานบรรลุตามเป้าหมายหากบุคลากรได้รับการสนับสนุนจากองค์กรที่ดีมีความเหมาะสมจะส่งผลให้การทำงานราบรื่น บรรลุวัตถุประสงค์การทำงานเป็นไปตามเป้าหมาย มีประสิทธิภาพ^๕ ทำให้ผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าภาพรวมของการสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^๖ และหาก

มีบริบทที่แตกต่างกันของแต่ละหน่วยงานย่อมส่งผลให้มีการสนับสนุนจากองค์กรต่างกัน ทำให้การวิจัยครั้งนี้สอดคล้องในระดับที่แตกต่างกับการศึกษาผ่านมาพบว่า การสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับการปฏิบัติงานบุคลากรสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁹

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรในครั้งนี้นี้ ปัจจัยสนับสนุนจากองค์กรด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านการบริหารจัดการ ด้านเทคโนโลยี ด้านงบประมาณ ด้านเวลา และด้านบุคลากร ปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในการทำงาน หากบุคลากรได้รับการสนับสนุนที่ดีและมีความเหมาะสมจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตที่ดีและจะส่งผลให้การปฏิบัติงานบรรลุตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อองค์กรต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

- 1) โรงพยาบาลควรมีการสนับสนุนและพัฒนาทักษะเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีและด้านเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ เพื่อให้การใช้งานเกิดประสิทธิภาพสูงสุด
- 2) โรงพยาบาลควรมีการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการของโรงพยาบาลเพื่อให้สอดคล้องกับบริบท

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลแก้งคร้อกับโรงพยาบาลอื่นๆ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเพื่อการพัฒนาบุคลากรต่อไป
- 2) ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการมีคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร

โรงพยาบาลแก้งคร้อ เช่น บรรยาการองค์กร ภาพลักษณ์องค์กร

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัย ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแก้งคร้อ ที่ให้โอกาสและความช่วยเหลือในการศึกษาค้นคว้า และขอบคุณบุคลากรโรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 พ.ศ.2560-2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2560.
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. (2556). แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการไทย (พ.ศ.2556-2561).
3. Davis, L. E. Enhancing the quality of working life: Developments in the United States. International Labour Review. 1977; 116(1), 53-65.
4. Walton, R. E. Quality of working life: What is it?. Slone Management Review. 1973; 15(1), 12-18.
5. ประจักษ์ บัวผัน ..หลักการบริหารสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2558.
6. สิริกัญญา วงศ์กาฬสินธุ์, และประจักษ์ บัวผัน. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพ

- ที่ 8. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น
(ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2560; 17(1): 69-80.
7. Cohen, J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nded. New York: McGraw- Hill. 1988.
8. ดัชนีวรรณ สัตย์ธรรม, ชนะพล ศรีธาดา. บรรยากาศองค์กรและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2562; 12(1): 41-50.
9. สถาพร รัตนวารีวงศ์, นิตยา เพ็ญศิริินภา, วรางคณา จันทร์คง. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรองรับคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรสาธารณสุข ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ. 2557; 7(26): 48-58.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลงมูลเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์

วิรัชภา มะมา¹

(วันที่รับบทความ: 19 พฤษภาคม 2563; วันที่แก้ไข 16 สิงหาคม 2563; วันที่ตอบรับ 11 กันยายน 2563)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลงมูลเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตัวแทนจากท้องถิ่น ท้องที่ การศึกษา ศาสนา อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 170 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน คือ Paired t-test และ 95% ช่วงเชื่อมั่น

ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลงมูลเหล็กครั้งนี้ มี 6 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาวิเคราะห์บริบทและสภาพปัญหา 2) ประชุมเชิงปฏิบัติการวางแผนแบบมีส่วนร่วม 3) จัดทำแผนปฏิบัติการ 4) ปฏิบัติตามแผนงาน/โครงการ 5) ติดตามสนับสนุนและประเมินผลการดำเนินงาน 6) จัดเวทีแลกเปลี่ยนและถอดบทเรียน ผลการดำเนินงานพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ การปฏิบัติตัว และการมีส่วนร่วม เพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ โดยมีค่าเฉลี่ยของผลต่างความรู้ เท่ากับ 10.28 คะแนน (SD=0.23, 95%CI=9.81 - 10.74, p-value<0.001), การปฏิบัติตัว เท่ากับ 1.06 คะแนน (SD=0.56, 95%CI=0.97 - 1.14, p-value<0.001) และการมีส่วนร่วม เท่ากับ 1.53 คะแนน (SD=0.73, 95%CI=1.42 - 1.64, p-value<0.001) และส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบในระดับมากที่สุด ร้อยละ 62.94

โดยสรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานครั้งนี้เกิดจาก 1) การใช้กลยุทธ์การสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชน 2) สร้างระบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน 3) ส่งเสริมกิจกรรมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานดูแลตนเอง และ 4) การกำหนดผู้รับผิดชอบหลักอย่างรูปธรรมในการขับเคลื่อนกิจกรรมในชุมชน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน ปัจจัยดังกล่าวนี้ส่งผลให้เกิดการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนให้บรรลุตามเป้าหมายในที่สุด

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ, การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลงมูลเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์,

E-mail: R1m9suwit@gmail.com

Corresponding author: วิรัชภา มะมา, E-mail: R1m9suwit@gmail.com

Development of Care Model for Type 2 Diabetes Patients with Who be Treated at Dong Mun Lek Health Promoting Hospital, Muang District, Phetchabun Province

Wiratchada Mama¹

(Receive 19th May 2020; Revised: 16th August 2020; Accepted 11st December 2020)

Abstract

This action research aimed to develop a care model for type 2 diabetes patients with who be treated at Dong Mun Lek Health Promoting Hospital, Muang District, Phetchabun Province. Participants were stakeholders who were affected by the program such as type 2 diabetes patients, representative of sub district municipality, representative of education sectors, village headman, monks *and* representative of health service providers. 170 members were selected by a purposive sampling technique. Quantitative data were gathered with constructive questionnaires and then be reported with descriptive statistics such as frequency, percentage, average, and standard deviation. In terms of inferential statistics, by paired t-test and 95% confidence interval (95%CI) were done. Moreover, qualitative data were collected by an in-depth interview method.

Results illustrated that the development of care model for type 2 diabetes patients was worked out in 6 phases: 1) investigated problem situation 2) did workshops and planed with participants 3) formulated an action plan 4) applied program / project 5) monitored and evaluate 6) organized seminars and learned lessons. Statistics of results showed that the level of diabetic knowledge, practices, and participation after took part in the care model were higher than before as follow mean differences of knowledge was 10.28 scores (SD=0.23, 95%CI=9.81 - 10.74, p-value<0.001), mean differences of practices was 1.06 scores (SD=0.56, 95%CI=0.97 - 1.14, p-value<0.001), mean differences of participation was 1.53 scores (SD=0.73, 95%CI=1.42 - 1.64, p-value<0.001). In additions, more than half of participants satisfied this model at highest level 62.94 percentage.

In summary, the key success factors in the implementation of this model were comprised 1) strategy to enhancing stakeholder involvement 2) capacity building system for the community volunteers for the diabetes patient care 3) activities for friendly care taker in each other in the community and 4) determining concrete key responsible operation center activity driven in the community. These factors were influenced to community care methods for achieving the goals in the end.

Keywords: Model development, Diabetic care in the community, Health Promoting Hospital

¹Registered Nurse, Professional Level, Dong mun lek tambon Health promoting hospital,

E-mail: R1m9suwit@gmail.com

Corresponding author: Wiratchada Mama, E-mail: R1m9suwit@gmail.com

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขอย่างมากในประเทศที่กำลังพัฒนา มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทุกปี ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกได้รายงานสถานการณ์โรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2560 โดย พบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 425 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5.82 ของประชากรโลก¹ และจากรายงานสถิติสุขภาพทั่วโลกของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (IDF) คาดการณ์ไว้ว่าในปี พ.ศ. 2588 จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 629 ล้านคน² เช่นเดียวกับประเทศไทย จากการสำรวจภาวะสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 5 ในปี 2557 พบคนไทยป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 8.9 หรือประมาณ 4 ล้านคน³ และจากจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดการป่วยและตายก่อนวัยอันสมควร รวมถึงภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ มากมาย^{4,5} ทั้งนี้ หากไม่มีการดำเนินการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ ประเทศไทยก็จะประสบปัญหาจากผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้น⁶ ดังนั้น จึงควรมีการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ซึ่งต้องมีลักษณะการเสริมทักษะการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วย ญาติ และคนในชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ได้รูปแบบการดูแลที่ต่อเนื่อง^{7,8} แนวทางการดูแลที่มีมาตรฐานและสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย⁹

จังหวัดเพชรบูรณ์ เป็นจังหวัดที่ประสบปัญหาเกี่ยวกับโรคเบาหวาน โดยพบว่าเป็นปี 2559 - 2561 มีอัตราความชุกโรคเบาหวานในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 7.83, 8.37 และ 8.71 ตามลำดับ¹⁰ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี สอดคล้องกับสถานการณ์โรคเบาหวานในพื้นที่อำเภอเมืองเพชรบูรณ์ ที่พบว่าในปี 2559 - 2561

พบอัตราความชุกของผู้ป่วยโรคเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 6.11, 8.02 และ 8.82 ตามลำดับ¹⁰ นอกจากนี้ยังพบว่าตำบลดงมูลเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ มีอัตราความชุกโรคเบาหวานในพื้นที่ 5 ปี ย้อนหลัง ตั้งแต่ปี 2557 - 2561 เท่ากับ ร้อยละ 5.84, 5.93, 6.01, 6.20 และ 6.99 ตามลำดับ¹¹ ทั้งนี้พบว่า มีแนวโน้มเป็นไปในทิศทางเดียวกับสถานการณ์ในระดับจังหวัดและอำเภอ โดยเกิดจากผู้ป่วยโรคเบาหวานยังขาดความรู้ที่แท้จริงในการดูแลตนเอง การปฏิบัติและพฤติกรรมในการดูแลตนเองยังไม่เหมาะสม ในส่วนของผู้ดูแลและชุมชนมีความต้องการเข้ามาจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน แต่ยังขาดความรู้ ทักษะ และรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนที่ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา¹²⁻¹⁵

จากความสำเร็จดังกล่าว แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงมูลเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ ทั้งนี้เพื่อนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงมูลเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ดำเนิน

การศึกษาในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ.2562 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ.2563 เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ซึ่งเป็นทั้งผู้ให้ข้อมูลและผู้ร่วมวิจัย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling method) ประกอบด้วย 1) ตัวแทนจากท้องถิ่น (นายก อบต., สมาชิก อบต. 11 หมู่บ้าน) จำนวน 12 คน 2) ตัวแทนจากท้องที่ (กำนัน, ผู้ใหญ่บ้าน, ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 11 หมู่บ้าน) จำนวน 23 คน 3) ตัวแทนจากการศึกษา (ครูจากโรงเรียนในพื้นที่ 6 แห่ง) จำนวน 6 คน 4) ตัวแทนจากศาสนา (วัด 9 วัด) จำนวน 9 รูปหรือคน 5) ตัวแทนจากชมรม อสม. จำนวน 55 คน 6) ตัวแทนจาก รพ.สต.ดงมูลเหล็ก จำนวน 5 คน และ 7) ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่อาศัยในเขตพื้นที่ตำบลดงมูลเหล็ก ปีงบประมาณ 2562 (ทั้งได้รับการรักษาที่รพ.สต.ดงมูลเหล็ก และโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ จำนวน 153 คน) ที่มีความสนใจ ยินดีเต็มใจ และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 60 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 170 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. กิจกรรมตามแผนปฏิบัติงาน (Action plan) การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงมูลเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย

2.1) เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ คือ แบบสอบถาม จำแนกเป็น 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล, ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ กับ ไม่ใช่, ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานของผู้เกี่ยวข้อง ลักษณะคำตอบเป็นเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ชนิด 3 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย, ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องต่อการดำเนินงาน ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ตเป็น (Likerts scale) เป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ร่วมวิจัยต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ตเป็น (Likerts scale) เป็น 5 ระดับ คือ ระดับมากที่สุด ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อย และระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน, แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องต่อการดำเนินงาน และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ร่วมวิจัยต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปหาความเชื่อมั่น ด้วยการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน จำนวน 30 ราย ทั้งนี้ แบบสอบถามความรู้ วิเคราะห์โดยใช้สูตร KR-20 ของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.75 ส่วนแบบสอบถามการมีส่วนร่วมฯ และแบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยวิธีการ

หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.85 และ 0.95 ตามลำดับ

2.2) เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การบันทึกภาคสนาม การบันทึกคำถามประจำกิจกรรม/ขั้นตอน อุปกรณ์เสริมที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งได้จากการสังเกต การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เจาะลึก ซึ่งได้ผ่านการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตามแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ Mc Taggart จำแนกออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) จำแนกเป็น 1) จัดการประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ และสภาพปัญหาในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน 2) ระดมความคิดและจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อแก้ไขปัญหา โดยผู้วิจัยสังเกตและจดบันทึกเพื่อประเมินผู้เข้าร่วมวิจัยระหว่างการอภิปรายและสนทนากลุ่ม รวมถึงการสรุปแนวทางร่วมกันจากการวางแผน เพื่อความเข้าใจตรงกันของผู้ร่วมวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Act) นำแผนปฏิบัติการที่ได้ในขั้นตอนการวางแผนไปปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observe) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการปฏิบัติการตั้งแต่ก่อนดำเนินงาน ระหว่างการดำเนินงาน และหลังการดำเนินงานจากการประชุมกลุ่มย่อย นิเทศ ติดตาม สนับสนุน และตรวจเยี่ยม

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) เป็นขั้นตอนการสรุปผลการดำเนินงาน โดยจัดเวทีประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ทดสอบความรู้ การปฏิบัติ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น รวมถึงการถอดบทเรียน ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงาน

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

จำแนกออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) ข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการนำเสนอค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ด้วยการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในประชากรสองกลุ่มแบบไม่อิสระต่อกัน โดยใช้สถิติ Paired t-test นำเสนอค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (Mean difference) ค่า 95% CI และ p-value และ 2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูลตามความเป็นเหตุเป็นผล (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเพชรบูรณ์ เลขที่ 1/63-09-24/02/63 โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะขอความยินยอม จากผู้เข้าร่วมการศึกษา โดยจะชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนต่าง ๆ ในการดำเนินการวิจัย ให้การเคารพและไม่ล่วงละเมิดสิทธิมนุษยชนของผู้เข้าร่วมการศึกษา คำนึงถึงศักดิ์ศรีและความรู้สึก โดยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมการ ศึกษาสอบถามผู้วิจัยได้ ถ้ามีข้อสงสัย ตลอดจนให้การตัดสินใจอย่างอิสระในการยินยอมหรือปฏิเสธการให้ ข้อมูลได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล สำหรับข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ ผู้วิจัยจะไม่นำความลับและข้อมูลต่าง ๆ ของผู้ถูกวิจัย

ไปเปิดเผยเป็นการเฉพาะตัว แต่จะนำเสนอข้อมูลที่ได้ทั้งหมดในรูปของผลการวิจัยในภาพรวม

ผลการวิจัย

1. บริบทและสภาพพื้นที่

ตำบลดงมูลเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ ประกอบด้วย 11 หมู่บ้าน 2,535 หลังคาเรือน ประชากร 10,071 คน เป็นชาย 4,951 คน และหญิง 5,120 คน เป็นพื้นที่ราบลุ่มที่อุดมสมบูรณ์มีแม่น้ำป่าสัก สภาพสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม สถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานพบว่า ในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต.ดงมูลเหล็ก มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 153 คน (คิดเป็นร้อยละ 6.20 ของประชากรทั้งหมด) (ปีงบประมาณ พ.ศ.2560) ระหว่างปี 2559 – 2561 พบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ เท่ากับ 1.88, 2.51, และ 3.01 ต่อประชากรหนึ่งพันคน ตามลำดับ ในจำนวนนี้เกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 45.36 จากสถานการณ์ดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่า อัตราการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ระบบการดูแลผู้ป่วยยังไม่มีประสิทธิภาพ และยังคงได้รับการพัฒนา

2. กระบวนการดำเนินงานการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน

มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ประกอบด้วย ท้องถิ่น ท้องที่ การศึกษา ศาสนา สาธารณสุข ภาคประชาชน และผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผน โดยการประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ การดำเนินงานที่ผ่านมา รวมทั้งร่วมระดมความคิดและจัดทำแผนพัฒนาโครงสร้างรูปแบบการบริหารจัดการเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน จำนวน 5 แผนงาน คือ

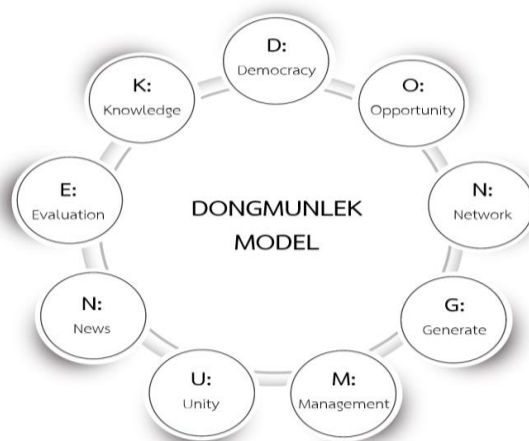
1) จัดตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจาก อบต. ผู้นำชุมชน โรงเรียน วัด และสาธารณสุข เพื่อทำหน้าที่ในการอำนวยการ และการสนับสนุนการดำเนินงานของกลุ่ม เครือข่าย หรือชมรมที่จัดกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน ทั้งด้านทรัพยากร และด้านการบริหารจัดการ 2) พัฒนาระบบข้อมูลและข่าวสารโรคเบาหวานในชุมชน เพื่อให้ข้อมูลประกอบการวางแผนจัดกิจกรรม และบริหารจัดการต่อคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน รวมถึงการคืนข้อมูลแก่ผู้ป่วยและชุมชน เพื่อเป็นเครื่องมือในการสร้างความตระหนัก อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อไป 3) จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน(ภาคประชาชน) เพื่อทำหน้าที่ในการขับเคลื่อนกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความต่อเนื่อง และยั่งยืน เนื่องจากเป็นองค์กรในระดับหมู่บ้าน รวมถึงมีความใกล้ชิดกับประเด็นปัญหาเป็นอย่างมาก ซึ่งจะสามารถบริหารจัดการเชิงพื้นที่และแก้ไขปัญหาได้ตรงตามสภาพความเป็นจริงมากที่สุด โดยปัจจุบันได้มีการจัดตั้งศูนย์ฯ ครบทุกหมู่บ้าน 4) จัดตั้งคณะทำงานกำกับ ติดตาม และ ประเมินผลการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน เพื่อทำหน้าที่ในการกำกับกิจกรรมต่าง ๆ ให้เป็นไปตามกำหนดเวลาของแผนปฏิบัติการ และติดตามผลการดำเนินงานในแต่ละกิจกรรม เพื่อให้ข้อมูลและข้อเสนอแก่กลุ่ม เครือข่าย หรือชมรมที่กำลังดำเนินกิจกรรมในชุมชน รวมถึงการประเมินผล เพื่อให้แต่ละกิจกรรมดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล และ 5) พัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนในกลุ่มเครือข่ายสุขภาพ เพื่อให้ความรู้ที่ถูกต้อง และฟื้นฟูความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ซึ่งจะส่งผลให้ระบบการดูแลในชุมชนเป็นไปตามมาตรฐาน และจะส่งผลให้ชุมชนเกิดการพึ่งพาตนเองได้ต่อไป

ผลการดำเนินกิจกรรมเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน ทำให้เกิดการบูรณาการทรัพยากรร่วมกันระหว่างเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ได้แก่ การสนับสนุนกำลังคนเพื่อจัดกิจกรรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานจากผู้นำชุมชน ร่วมออกเยี่ยมบ้านให้กำลังใจผู้ป่วย จนเกิดเครือข่าย “คนดงมูลเหล็กไม่ทิ้งกัน” การใช้เวลาว่างของครูและนักเรียนตั้ง “ชมรม อสม.น้อย” เพื่อออกให้ความรู้ผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป การให้สุขภาพศึกษาของพระสงฆ์ด้วยกิจกรรม “เทศน์ธรรมดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน” การคัดกรองภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานโดย อสม. การสนับสนุนงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบล และกองทุนหมู่บ้านเพื่อจัดกิจกรรม “คลินิกเบาหวานเคลื่อนที่” การจัดตั้งศูนย์ข้อมูลโรคเบาหวาน และมีการนำเสนอต่อคณะทำงานกำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนทุกเดือน เพื่อติดตามผลการดำเนินงาน และคืนข้อมูลแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน เพื่อสร้างความตระหนัก และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง การจัดกิจกรรมการออกกำลังกายทุกวัน “แอโรบิกพิชิตเบาหวาน” ของชมรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน การจัดกิจกรรม “คู่บัดดี้ ดูแลกัน” รพ.สต.ดงมูลเหล็ก เพื่อให้ผู้ป่วยที่อยู่บ้านใกล้เคียงกันได้ดูแล และพึ่งพากัน ส่งเสริมความรักความสามัคคีให้กับคนในชุมชน

จากความสำเร็จของการดำเนินงานข้างต้น สามารถสรุปรูปแบบการพัฒนาระบบ

การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน คือ DONGMUNLEK Model ประกอบด้วย D: Democracy คือ การระดมความคิดเห็นและการดำเนินงานโดยใช้หลักประชาธิปไตย, O: Opportunity คือ การวิเคราะห์และใช้โอกาส จุดแข็ง และทรัพยากรของชุมชน, N: Network คือ การประสานภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชนร่วมดำเนินงานร่วมกัน, G: Generate คือ การค้นคว้า คิดค้นนวัตกรรมเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนด้วยภูมิปัญญาและบริบทของท้องถิ่น, M: Management คือ การบริหารจัดการกำลังคน งบประมาณ และวัสดุ/อุปกรณ์ อย่างมีประสิทธิภาพ, U: Unity คือ การดำเนินงานของคณะกรรมการ และศูนย์ปฏิบัติการที่จัดตั้งขึ้นมีความเป็นเอกภาพ, N: News คือ การใช้ข้อมูล และข่าวสาร ในการวางแผนและสร้างความตระหนักให้กับชุมชน, L: Learning คือ สร้างการเรียนรู้ให้กับแกนนำ คณะกรรมการของชุมชน และผู้ป่วยในชุมชนผ่านเวทีการถอดบทเรียน เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน, E: Evaluation คือ การกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ เครือข่าย และศูนย์ปฏิบัติการในชุมชน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ และ ประสิทธิผลสูงสุด, K: Knowledge คือ การสร้างความรู้ และการรับรู้ที่ถูกต้อง เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 รูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน คือ 1) การใช้กลยุทธ์การสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชนเพื่อบูรณาการทรัพยากรเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานของชุมชน 2) สร้างระบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน เพื่อสร้างความรู้ให้กับชุมชน ซึ่งจะส่งผลให้ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้ต่อไป 3) ส่งเสริมกิจกรรมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานดูแลกันเอง ซึ่งเป็นกลยุทธ์ในการ

สร้างการรับรู้ที่ถูกต้องแก่กลุ่มผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และ 4) การกำหนดผู้รับผิดชอบหลักอย่างรูปธรรมในการขับเคลื่อนกิจกรรมในชุมชน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน ปัจจัยดังกล่าวนี้ส่งผลให้เกิดการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนให้บรรลุตามเป้าหมาย และมีรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพมากกว่ารูปแบบเดิม (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน แบบเดิมและแบบใหม่ ที่พัฒนา

สิ่งที่เปรียบเทียบ	รูปแบบเดิมที่ผ่านมา	รูปแบบใหม่ที่พัฒนา
ด้านผู้ป่วย	- ขาดความรู้เรื่องโรคเบาหวาน - ไม่ใส่ใจการดูแลตนเองและปฏิบัติตัว - มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง - ไม่สนใจเข้าร่วมกิจกรรมทางด้านสุขภาพ	- ส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย - พัฒนาความรู้เรื่องโรคไขเลือดออกผ่านสื่อสารมวลชนในชุมชน - จัดกิจกรรม “คู่บัดดี้ ดูแลกัน” สร้างการมีส่วนร่วมและความตระหนักในการดูแลสุขภาพระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน
ด้านครอบครัว	- ขาดความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	- จัดประชุมเพื่อพัฒนาความรู้เรื่องโรคไขเลือดออกให้กับตัวแทนครัวเรือน

สิ่งที่เปรียบเทียบ	รูปแบบเดิมที่ผ่านมา	รูปแบบใหม่ที่พัฒนา
	- ไม่ใส่ใจดูแลผู้ป่วยในครอบครัว	- จัดทำเวทีเสวนาและค้นหาต้นแบบครอบครัว “พิชิตเบาหวาน”
ด้านชุมชน	- ชุมชนมีส่วนร่วมน้อย - ไม่มีการขับเคลื่อนกิจกรรมอย่างเป็นรูปธรรม	- จัดประชุมประชาคมด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม - ตั้งเครือข่าย “คนดงมูลเหล็กไม่ทิ้งกัน” เพื่อติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย - จัดกิจกรรมการออกกำลังกายทุกวัน “แอโรบิกพิชิตเบาหวาน” - จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน(ภาคประชาชน)
ด้านหน่วยงานภาครัฐ	- ขาดการบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงาน - ทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงานจำกัด - ขาดการวางแผนบริหารจัดการที่ดี	- จัดตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน - พัฒนาระบบข้อมูล/ข่าวสาร - จัดตั้งชมรม อสม.น้อย ในโรงเรียน เพื่อจัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้ประชาชน - จัดกิจกรรม “เทศน์ธรรมดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน” ให้สุศึกษาในวัด
ด้านหน่วยงานภาคท้องถิ่น	- ไม่มีความเข้าใจระบบการดูแลผู้ป่วยในชุมชน - บทบาทในการดำเนินงานไม่ชัดเจน	- จัดกิจกรรม “คลินิกเบาหวานเคลื่อนที่” - จัดรรับส่งผู้ป่วยโรคเบาหวานตามนัดคลินิกโรคเรื้อรังใน รพ.สต. - สนับสนุนวัสดุ/อุปกรณ์ในการตรวจคัดกรองสุขภาพผู้ป่วยแก่ชมรม อสม.

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 170 คน พบว่ามากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 54.71) อายุเฉลี่ย 51 ปี (SD = 9.52) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส (ร้อยละ 82.94) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 38.82)

ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 38.82) มากที่สุด โดยมีรายได้เฉลี่ย 13,976.47 บาท (SD = 8,758.05) และเกือบครึ่งได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเบาหวานจากวิทยุ/โทรทัศน์/ หอกระจายข่าว (ร้อยละ 45.88) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน จำแนกตามคุณลักษณะประชากร (n = 170)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	77	45.29
หญิง	93	54.71
อายุ (ปี)		
31 - 40	19	11.18
41 - 50	72	42.35
51 ขึ้นไป	79	46.47

ลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
ค่าเฉลี่ย = 50.80, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 9.52 ค่ามัธยฐาน = 50, ค่าต่ำสุด = 35, ค่าสูงสุด = 71		
สถานภาพสมรส		
โสด	5	2.94
สมรส	141	82.94
หม้าย/หย่า/แยก	24	14.12
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	66	38.82
มัธยมศึกษาตอนต้น	62	36.47
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	25	14.71
อนุปริญญา/ปวส./ปริญญาตรีขึ้นไป	17	10.00
อาชีพ		
เกษตรกร	66	38.82
รับจ้าง	60	35.29
รับราชการ	35	20.59
ค้าขาย	9	5.29
รายได้ในครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
ไม่เกิน 5,000 บาท	15	8.82
5,001 - 10,000 บาท	66	38.82
10,001 - 15,000 บาท	34	20.00
15,001 - 20,000 บาท	24	14.12
20,001 ขึ้นไป	31	18.24
ค่าเฉลี่ย = 13,976.47, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 8,758.05 ค่ามัธยฐาน = 11,000, ค่าต่ำสุด = 4,000, ค่าสูงสุด = 50,000		
ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเบาหวานจากแหล่งใดมากที่สุด		
วิทยุ/โทรทัศน์/ หอกระจายข่าว	78	45.88
ป้ายประชาสัมพันธ์	69	40.59
หนังสือพิมพ์/ วารสาร	8	4.71
ประชุม/ สัมมนา	8	4.71
หน่วยงานของรัฐ/ หนังสือราชการ	7	4.12

ด้านความรู้เรื่องโรคเบาหวานในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ก่อนการพัฒนา ส่วนใหญ่ผู้เกี่ยวข้องมีความรู้อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 58.24) และหลังพัฒนาผู้เกี่ยวข้องส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง (ร้อยละ 92.94) (ดังตารางที่ 3) และเมื่อพิจารณาผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้

ก่อนและหลังการพัฒนาของผู้เกี่ยวข้อง พบว่า คะแนนความรู้ก่อนการพัฒนาสูงกว่าหลังการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความผิดพลาดไม่เกิน 5% และเมื่อพิจารณาช่วงเชื่อมั่นที่ 95% พบว่า ค่าเฉลี่ยผลต่างความรู้ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม อยู่ระหว่าง 9.81 ถึง 10.74 คะแนน (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 ระดับคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวานในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการพัฒนาของผู้เกี่ยวข้อง (n = 170)

ระดับคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัว	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (0 – 59.9%: น้อยกว่า 18 คะแนน)	99	58.24	5	2.94
ระดับปานกลาง (60 – 79.9%: 18 – 23 คะแนน)	64	37.65	7	4.12
ระดับสูง (80% ขึ้นไป: 24 – 30 คะแนน)	7	4.12	158	92.94

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวานก่อนและหลังการพัฒนาของผู้เกี่ยวข้อง (n = 170)

ชื่อตัวแปร	ค่าเฉลี่ยของ ผลต่าง ($\bar{d}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานของผลต่าง (S_d)	ช่วงเชื่อมั่น 95% ของ ค่าเฉลี่ยผลต่าง (95%CI for $\bar{d}$)	p-value
ความรู้	10.28	0.23	9.81 - 10.74	<0.001

ด้านการปฏิบัติตัวในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 พบว่า ก่อนการพัฒนา ส่วนใหญ่ผู้เกี่ยวข้องมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 61.18) และหลังพัฒนาผู้เกี่ยวข้องส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 92.94) (ดังตารางที่ 5) และเมื่อพิจารณาผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัว ก่อนและหลัง

การพัฒนาของผู้เกี่ยวข้อง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวก่อนการพัฒนาสูงกว่าหลังการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความผิดพลาดไม่เกิน 5% และเมื่อพิจารณาช่วงเชื่อมั่นที่ 95% พบว่า ค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนการปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ อยู่ระหว่าง 9.81 ถึง 10.74 คะแนน (ดังตารางที่ 6)

ตารางที่ 5 ระดับคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนาของผู้เกี่ยวข้อง (n = 170)

ระดับคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัว	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66)	104	61.18	5	2.94
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33)	59	34.71	7	4.12
ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00)	7	4.12	158	92.94

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนาของผู้เกี่ยวข้อง (N = 170)

ชื่อตัวแปร	ค่าเฉลี่ยของผลต่าง ($\bar{d}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่าง (S_d)	ช่วงเชื่อมั่น 95% ของค่าเฉลี่ยผลต่าง (95%CI for $\bar{d}$)	p-value
การปฏิบัติตัว	1.06	0.56	0.97 – 1.14	<0.001

ด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 พบว่า ก่อนการพัฒนา ส่วนใหญ่ผู้เกี่ยวข้องมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 42.94) และหลังพัฒนาผู้เกี่ยวข้องส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 72.35) (ดังตารางที่ 7) และเมื่อพิจารณาผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมก่อนและหลัง

การพัฒนาของผู้เกี่ยวข้อง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมก่อนการพัฒนาสูงกว่าหลังการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความผิดพลาดไม่เกิน 5% และเมื่อพิจารณาช่วงเชื่อมั่นที่ 95% พบว่า ค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนการมีส่วนร่วมตัวของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ อยู่ระหว่าง 9.81 ถึง 10.74 คะแนน (ดังตารางที่ 8)

ตารางที่ 7 ระดับคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนาของผู้เกี่ยวข้อง (n=170)

ระดับคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วม	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80)	18	10.59	3	1.76
ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60)	73	42.94	8	4.71
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40)	51	30.00	9	5.29
ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20)	20	11.76	27	15.88
ระดับมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00)	8	4.71	123	72.35

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนาของผู้เกี่ยวข้อง (n=170)

ชื่อตัวแปร	ค่าเฉลี่ยของผลต่าง ($\bar{d}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่าง (S_d)	ช่วงเชื่อมั่น 95% ของค่าเฉลี่ยผลต่าง (95%CI for $\bar{d}$)	p-value
การมีส่วนร่วม	1.53	0.73	1.42 - 1.64	<0.001

ความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในชุมชน พบว่า หลังการพัฒนา

ระบบฯ ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการพัฒนาระบบฯ ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 62.94 (ดังตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 ระดับคะแนนความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนหลังการพัฒนาของผู้เกี่ยวข้อง (n=170)

ความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความพึงพอใจ		
น้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80)	4	2.35
น้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60)	4	2.35
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40)	9	5.29
มาก (คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20)	46	27.06
มากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00)	107	62.94

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ มีประเด็นสำคัญในการอภิปรายผลผลการศึกษาดังนี้

ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ซึ่งก่อนการพัฒนา ส่วนใหญ่ผู้เกี่ยวข้องมีความรู้อยู่ในระดับต่ำ และหลังการพัฒนา ผู้เกี่ยวข้องส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าผู้เกี่ยวข้องมีคะแนนความรู้ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความรู้เพิ่มขึ้นเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 9.81 ถึง 10.74 คะแนน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลลำลูกกา¹⁵ โดยทำการเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวานก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มทดลอง ผลการศึกษาพบว่า ตัวอย่างมีคะแนนความรู้ก่อนการทดลอง 11.6 คะแนน และมีคะแนนความรู้หลังการทดลอง 12.8 คะแนน ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า¹⁴ ทำการศึกษาเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวานก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มทดลอง ผลการศึกษาพบว่า ตัวอย่างมีคะแนนความรู้

ก่อนการทดลอง 10.6 คะแนน และมีคะแนนความรู้ หลังการทดลอง 12.6 คะแนน ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.01) ซึ่งเป็นผลจากการที่ผู้เกี่ยวข้องได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา ตั้งแต่วางแผน ปฏิบัติการ ประเมินผล และถอดบทเรียน ซึ่งได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ทุกขั้นตอน ประกอบกับในขั้นตอนการปฏิบัติการนั้น ผู้เกี่ยวข้องจะต้องดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ โดยกิจกรรมเหล่านั้นอยู่บนพื้นฐานขององค์ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ซึ่งส่งผลให้มีความเข้าใจในประเด็นต่าง ๆ เป็นอย่างดี

การปฏิบัติตัวในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน ซึ่งก่อนการพัฒนา ส่วนใหญ่ผู้เกี่ยวข้องมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับต่ำ และหลังการพัฒนา ผู้เกี่ยวข้องส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความรู้เฉลี่ยการปฏิบัติตัว เพิ่มขึ้นอยู่ระหว่าง 0.97 ถึง 1.14 คะแนน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเอง ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินของโรงพยาบาลสุรินทร์ ด้วยเทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC)¹⁶ ทำการ

เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานและญาติหรือผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก่อนใช้รูปแบบ 1.66 คะแนน และหลังใช้รูปแบบ 2.27 คะแนน ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) และสอดคล้องกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกู่จาน อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร¹⁷ ทำการประเมินการปฏิบัติตัว ก่อนและหลังกระบวนการพัฒนาของผู้เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบ ซึ่งพบว่าการพัฒนาระบบก่อนการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ย 2.14 คะแนน และหลังพัฒนามีคะแนนเฉลี่ย 2.80 คะแนน ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) ซึ่งเป็นผลมาจากการรับรู้ที่ถูกต้อง เนื่องจากกระบวนการพัฒนานี้ เป็นกระบวนการมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ผ่านกระบวนการทำกิจกรรม ดังนั้น เมื่อบุคคลเกิดการเรียนรู้ จะช่วยให้บุคคลมีความตระหนักรู้ และเกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง ส่งผลให้การปฏิบัติตัวถูกต้องตามไปด้วย

การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน ซึ่งก่อนการพัฒนา ผู้เกี่ยวข้องส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับต่ำ และหลังการพัฒนา ผู้เกี่ยวข้องส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอยู่ระหว่าง 1.42 ถึง 1.64 คะแนน สอดคล้องกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกู่จาน

อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร¹⁷ ทำการประเมินการมีส่วนร่วมก่อนและหลังกระบวนการพัฒนาของผู้เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบ ซึ่งพบว่าการพัฒนาระบบก่อนการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ย 2.22 คะแนน และหลังพัฒนามีคะแนนเฉลี่ย 3.46 คะแนน ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) เนื่องจากกระบวนการนี้ เป็นกระบวนการส่งเสริมการมีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผน การดำเนินการ การประเมินผล และการถอดบทเรียน ซึ่งส่งผลให้บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของปัญหาเจ้าของกิจกรรม และต้องรับผิดชอบร่วมกัน ดังนั้น บุคคลจึงต้องเข้ามามีบทบาทมากขึ้น

การพัฒนารูปแบบในครั้งนี้ ค้นพบองค์ประกอบสำคัญในการดำเนินงาน ประกอบด้วย D: Democracy คือ การระดมความคิดเห็นและการดำเนินงานโดยใช้หลักประชาธิปไตย สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบบูรณาการความร่วมมือในชุมชน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี¹⁸ ที่พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการระดมความคิดเห็น วิเคราะห์ปัญหา เพื่อนำไปสู่แนวทางในการแก้ไขปัญหา ซึ่งต้องอยู่ภายใต้ความเสมอภาคของผู้ร่วมแสดงความคิดเห็น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มาจากทุกภาคส่วนอย่างแท้จริง O: Opportunity คือ การวิเคราะห์และใช้โอกาส จุดแข็ง และทรัพยากรของชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง¹⁹ พบว่า การวิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็ง การร่วมกันหาโอกาสการพัฒนา จะนำไปสู่การวางแผนในการพัฒนาระบบ พัฒนาบุคลากรและการจัดการภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน นำไปสู่การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล N: Network คือ การประสานภาคีเครือข่าย

สุขภาพในชุมชนร่วมดำเนินงานร่วมกัน สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การพัฒนาแนวทางเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือความดันโลหิตสูง ด้วยทีมหมอครอบครัว²⁰ ที่พบว่า รูปแบบการดำเนินงานที่ดีควรให้ชุมชนร่วมวิเคราะห์ปัญหาปัญหา วางแผน จัดบริการตามบริบทของพื้นที่ คำนึงข้อมูลแก่ชุมชนและร่วมปรับปรุงแก้ไขปัญหาร่วมกัน ทำให้ชุมชนร่วมเอาใจใส่ เกิดความห่วงใยและผูกพันระหว่างกัน ในชุมชน G: Generate คือ การค้นคว้า คิดค้นนวัตกรรมเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนด้วยภูมิปัญญาและบริบทของท้องถิ่น สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ²¹ ซึ่งส่งผลให้เกิดการนวัตกรรมที่เป็นแอปพลิเคชันในการเตือนการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งเกิดจากการมีส่วนร่วมของโรงพยาบาล ชุมชน และ อสม. M: Management คือ การบริหารจัดการกำลังคน งบประมาณ และวัสดุ/อุปกรณ์ อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งโดยชุมชนเป็นฐานเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม ตาบอดสั้นปุเลย อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่²² ที่พบว่า การดำเนินงานที่เชื่อมโยงระหว่างชุมชน ท้องถิ่น และผู้ป่วย จะทำให้เกิดการบูรณาการทรัพยากร ซึ่งจะเป็ต้นสำคัญในการสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน U: Unity คือ การดำเนินงานของคณะกรรมการ และศูนย์ปฏิบัติการที่จัดตั้งขึ้นมีความเป็นเอกภาพ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดบริการคลินิกโรคเรื้อรัง (เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง) ในหน่วยบริการ

ปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี²³ ที่พบว่า นโยบายที่กำหนดโดยคณะกรรมการที่มีความชัดเจนจะเป็นทิศทางการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย N: News คือ การใช้ข้อมูล และข่าวสาร ในการวางแผนและสร้างความตระหนักให้กับชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องกระบวนการใช้ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยชุมชนมีส่วนร่วม²⁴ ซึ่งพบว่า ควรมีทีมในการสร้างและพัฒนาระบบข้อมูลในชุมชน เพื่อเป็นเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วย โดยกระบวนการใช้ข้อมูลประกอบด้วย การค้นหาข้อมูล การเรียนรู้ข้อมูล และการนำใช้ข้อมูล และมีกระบวนการพัฒนา คือ การสร้างทีมการพัฒนาศักยภาพทีม การเรียนรู้สถานการณ์จริง การออกแบบ และการพัฒนากลไกหนุนเสริม เพื่อให้ได้ระบบข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล สอดคล้องกับความต้องการ L: Learning คือ สร้างการเรียนรู้ให้กับแกนนำ คณะกรรมการของชุมชน และผู้ป่วยในชุมชน ผ่านเวทีการถอดบทเรียน เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้โดยกระบวนการมีส่วนร่วม²⁵ ที่พบว่า การสร้างการเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว ผู้นำชุมชน อสม. เจ้าหน้าที่และสาธารณสุข จะทำให้เกิดแนวทางร่วมกันในการแก้ปัญหา มีการเสริมพลังและให้กำลังใจตามสภาพปัญหาและบริบทของชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดความตระหนักในการดูแลตนเอง E: Evaluation คือ การกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ เครือข่าย และศูนย์ปฏิบัติการในชุมชน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดบริการคลินิกโรคเรื้อรัง

(เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง) ในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี²³ ที่พบว่า การติดตาม ประเมินผลความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น จะทำให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างต่อเนื่อง มีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผลการดำเนินงานอย่างสูงสุด K: Knowledge คือ การสร้างความรู้ และการรับรู้ที่ถูกต้อง เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลโดย การมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นเบาหวาน²⁶ ที่พบว่า การส่งเสริมความรู้ การรับรู้ และการปฏิบัติที่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ดีขึ้น รวมถึงชุมชนสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1. ควรนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนดังกล่าว ไปใช้ในหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, คลินิกหมอครอบครัว (Primary care cluster) และศูนย์บริการเทศบาล เป็นต้น ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน
2. ควรสนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการพัฒนา การบูรณาการทรัพยากรในการดำเนินงาน
3. ควรนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนดังกล่าว ไปใช้เป็นกระบวนการในการศึกษากับโรคอื่น ๆ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ และควรมีการศึกษาต่อยอดโดยใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) เพื่อให้

ได้รูปแบบฯ ที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และ ความเที่ยงตรงมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Ogurtsova K, da Rocha Fernandes JD, Huang Y, Linnenkamp U, Guariguata L, Cho NH, et al. IDF Diabetes Atlas: Global estimates for the prevalence of diabetes for 2015 and 2040. *Diabetes Res Clin Pract.* 2017 Jun;128:40–50.
2. International Diabetes Federation. IDF DIABETES ATLAS Eighth edition 2017. In International Diabetes Federation; 2017.
3. วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก ทรัพย์เจริญ, กนิษฐา ไทยกล้า. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิค แอนด์ดีไซน์; 2557.
4. ฉัตรเลิศ พงษ์ไชยกุล. การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน. [อินเทอร์เน็ต]. 2550 [เข้าถึงเมื่อ 20 ก.ย. 2562]. เข้าถึงได้จาก <http://www.chatlert.worldmedic.com/docfile/pdm.doc>
5. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนและอัตราการตายโรคไม่ติดต่อ ปี 2559 - 2560 (ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน, หัวใจขาดเลือด, หลอดเลือดสมอง, หลอดลมอักเสบ ถุงลมโป่งพอง). 2562.
6. นิตยา พันธุเวช, เมตตา คำพิบูลย์, นุชรี อาบสุวรรณ. ประเด็นรณรงค์วันเบาหวานโลก ปี 2553 (ปีงบประมาณ 2554). สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2554.
7. Wagner EH, Davis C, Schaefer J, Von Korff M, Austin B. A survey of leading

- chronic disease management programs: are they consistent with the literature? *Manage Care Quality* 2001. 2001.
8. Pender, N. J., Murdaugh, C. L., Parsons, M. A. *Health Promotion in Nursing Practice*. Upper Saddle River. 2006;
 9. ทินกร ศิริขภูมิ. การพัฒนาระบบบริการโรคเบาหวานแผนก ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล จักร จัหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิจัย ระบบสาธารณสุข*; 2550.
 10. ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดเพชรบูรณ์ ปี 2559 - 2561. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2562.
 11. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงมูลเหล็ก. รายงานสถานการณ์โรคเรื้อรังตำบลดงมูลเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์. งานโรคไม่ติดต่อ (NCD) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงมูลเหล็ก; 2562.
 12. ศุภวรรณ ยอดโปร่ง, ลัทธิ ปิยะบัณฑิตกุล. การพัฒนาโรงเรียนเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*. 2561; 36(2): 185-195.
 13. อมรรัตน์ สุขเลิศ, จินตนา จุลทัศน์, สุภาพร ใจการุณ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 10. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม*. 2562; 9(1) : 92-99.
 14. มยุรี เทียงสกุล, สมคิด ปานประเสริฐ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 2562; 28(4) : 696-710.
 15. นราพงศ์ อัครวิภาส. ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลลำลูกกา. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 2562; 28(3): 466-477.
 16. คมสรณ์ ชื่นรัมย์, บุญสิทธิ์ ไชยชนะ, กรรณิกา เรืองเดช ขาวสวนศรีเจริญ. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเอง ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินของโรงพยาบาลสุคีริน ด้วยเทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC). *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*. 2559; 3(3):179-193.
 17. ธนาณย์ อมาตย์มุลตรี, ชุติศักดิ์ นิธิเกตุกุล, อุดมศักดิ์ มหาวิวัฒน์. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกู่จาน อำเภอคำชะโนด จังหวัดยโสธร. *วารสารเกื้อการุณย์*. 2559; 23(2): 69-85.
 18. ณภัทร พลอำนาจ, สงครามชัย ลีทองดี, เมธีรัตน์ มั่นวงศ์. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบบูรณาการความร่วมมือในชุมชน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *UBRU J Public Health Res*. 2562; 8(2):176-85.
 19. ชัยวุฒิ จันดีกระยอม, กาญจนา จันทะนุญ. การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ภายใต้บริบทพื้นที่อำเภอทูลกระหม่อม อำเภอวังสามหมอ จังหวัดมหาสารคาม. *J Prev Med Assoc Thai*. 2560; 7(2): 168-78.
 20. อุมารณ์ กำลังดี, ภาวนา บุญมุสิก, อัจริยา วัชรวิวัฒน์. การพัฒนาแนวทางเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือความดันโลหิตสูง ด้วยทีมหมอครอบครัว.

- วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2560; 4 (Special issue: 34-45.
21. สิริวิชัย พันธนา, ประภาเพ็ญ สุวรรณ, สุรีย์ จันทรโมลี, สุธรรม นันทมงคลชัย. การพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการใช้มีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ. South Coll Netw J Nurs Public Health. 2562;6(3):1-13.
 22. ชยพล ศิรินิยมชัย, ณัฐนิช บุญหนัก, ศรีพรรณ ศรีวงศ์วรรณ, พิชยา วรรณชัย. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งโดยชุมชนเป็นฐาน เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม ตาบอดสั้นๆเลย อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่. J Nurs Educ. 2562;12(1):14-32.
 23. วนิดา สาดตระกูลวัฒนา. การพัฒนารูปแบบการจัดบริการคลินิกโรคเรื้อรัง (เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง) ในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี. J Prev Med Assoc Thail. 2561;8(1):24-36.
 24. ไพรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย, ขนิษฐา นันทบุตร, บำเพ็ญจิต แสงชาติ. กระบวนการใช้ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยชุมชนมีส่วนร่วม. Thai J Nurs Counc. 2554;26(1):29-29.
 25. จิตราวดี สอนวงศา. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้โดยกระบวนการมีส่วนร่วม. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา. 2563;3(1):46-55.
 26. จุฑาพงศ์ เตชะสีบ, วราภรณ์ บุญเชียง, รังสิยา นารินทร์. การพัฒนารูปแบบการดูแลโดยการใช้มีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นเบาหวาน. Nurs J (Manila). 2563;47(2):111-21.

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการปฏิบัติการพยาบาล ในระยะคลอดงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย

ทิพย์ภาภรณ์ แยมใส¹, นวลวรรณ ปู่วัง¹, อรพิมพ์ อุปชา¹

(วันที่รับบทความ: 19 พฤศจิกายน 2563; วันที่แก้ไข: 23 ธันวาคม 2563; วันที่ตอบรับ: 27 ธันวาคม 2563)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบและประเมินผลรูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอด งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลผู้คลอด จำนวน 14 คน และผู้มารับบริการที่มาคลอด จำนวน 75 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย การสนทนากลุ่ม แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการทำคลอดปกติ แบบประเมินทักษะการทำคลอดปกติ และแบบสอบถามความพึงพอใจในนวัตกรรม ดำเนินการวิจัยเดือน มกราคม - พฤษภาคม 2563 วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ นำเสนอข้อมูลผลการวิจัยด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบ Paired t-test และข้อมูลเชิงคุณภาพนำเสนอโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า นวัตกรรมหุ่นลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย ช่วยเพิ่มสมรรถนะของกลุ่มตัวอย่างได้ กลุ่มตัวอย่างหลังการพัฒนามีความรู้เกี่ยวกับการทำคลอดปกติ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ด้านทักษะด้านการปฏิบัติพบว่า คะแนนทักษะด้านการปฏิบัติก่อนและหลังการพัฒนา มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และความพึงพอใจในนวัตกรรมโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

สรุปและข้อเสนอแนะ ควรมีการประเมินรูปแบบการพัฒนาการสร้างเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดเป็นระยะ เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ การปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอด งานการพยาบาลผู้คลอด

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานห้องคลอด โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย

E-mail: thippa-aom.kaew@hotmail.com

E-mail: Nualwan.Poowang@gmail.com

E-mail: upacha302236@gmail.com

Corresponding author: ทิพย์ภาภรณ์ แยมใส, E-mail: thippa-aom.kaew@hotmail.com

The Development Model to Support the Competencies of Nursing During Childbirth Among Staff Nurses in the Delivery Room

Phonphisai Hospital, Nong Khai Province

Thippaporn Yeamsai¹, Nualwan Poowang¹, Orapim Upacha¹

(Receive 19th November 2020 ; Revised: 23rd December 2020; Accepted 27th December 2020)

Abstract

This Action research aimed to study the development model to support the competencies of nursing during childbirth among staff nurses in the delivery room Phonphisai Hospital, Nong Khai province. The total of 14 registered nurses were purposive sampling to response to the delivery knowledge questionnaire, delivery skill questionnaire, and satisfaction questionnaire. And 75 pregnant women were purposive sampling response to a satisfaction questionnaire. The 3 phases of research conducted during January to May 2020. data was analyzed by computer programs to acquire frequency, percentage, mean, standard deviation. The Paired t-test response to delivery knowledge, delivery skill and innovation satisfaction and content analysis response to qualitative data.

The finding revealed that the creative innovation “survive puppet childbirth safety mom” to support the competency. After development competency of the sample groups had more knowledge by statistical significance (P-value < 0.001). The result of comparison for the scores in practical competency before and after development, the groups scores were higher by statistical significance (P-Value < 0.001). and satisfaction was on the most level.

Suggestion: The model for the development of professional nursing practice in labor nursing practice should be periodically assessed. To achieve continuous improvement

Keywords: The practical nursing during childbirth, maternity nursing work

¹Registered Nurse. Delivery room, Phonphisai Hospital, Nong Khai province

E-mail: thippa-aom.kaew@hotmail.com

E-mail: Nualwan.Poowang@gmail.com

E-mail: upacha302236@gmail.com

Corresponding author: Thippaporn Yeamsai, E-mail: thippa-aom.kaew@hotmail.com

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพปัจจุบันเน้นให้บุคลากรพยาบาลมีคุณภาพ ผู้รับบริการมีความปลอดภัย ทำให้สถานบริการพยาบาลให้ความสำคัญกับการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากสมรรถนะของพยาบาลเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความรู้ ทักษะ ของพยาบาลที่แสดงออกให้เห็นได้จาก พฤติกรรมและการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย¹ การปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอด สำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดจึงเป็นสมรรถนะที่สำคัญและมีความเฉพาะเจาะจง ซึ่งเป็นสมรรถนะที่จำเป็นในการปฏิบัติด้านเฉพาะ (Specialty competencies) นอกเหนือสมรรถนะทั่วไป (Core competencies) ที่พยาบาลทุกคนต้องมี พยาบาลประจำห้องคลอดควรมีสมรรถนะดังนี้ การรับใหม่ผู้คลอด การบรรเทาการเจ็บครรภ์ การทำคลอดปกติ การทำคลอดรก การตัดและการเย็บฝีเย็บ การดูแลมารดาและทารกหลังคลอด 2 ชั่วโมง และการกู้ชีพทารกแรกเกิด บทบาทของพยาบาลที่ดูแลผู้คลอดจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาทักษะของพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ และต้องสามารถจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และเหมาะสม² ในสถานการณ์ปัจจุบันจำนวนการตั้งครรภ์ลดลงอย่างต่อเนื่องเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด ผู้คลอดไม่สามารถดำเนินการคลอดปกติได้เอง ต้องมีการใช้สูติศาสตร์หัตถการต่างๆ เช่น การใช้คีมช่วยคลอดและการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องให้พยาบาลจบใหม่ขาดประสบการณ์ และมีสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดไม่เพียงพอ เมื่อมาปฏิบัติงานส่งผลให้

วิตกกังวลกลัวการทำคลอด ขาดความชำนาญ ขาดความมั่นใจส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลงส่งผลกระทบต่อคุณภาพการพยาบาลและความปลอดภัยของผู้คลอด³

โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย มีสถิติข้อมูลผู้มารับบริการคลอดบุตรรวมทั้งหมด ในปี 2560-2562 จำนวน 954 ราย ,616 ราย และ 544 ราย ตามลำดับ เป็นการคลอดปกติในปี 2560 จำนวน 708 คน (ร้อยละ 74.21) ปี 2561 จำนวน 589 คน (ร้อยละ 95.62) และปี 2562 จำนวน 513 คน (ร้อยละ 94.30) พบอุบัติการณ์ที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนจากการทำคลอด คือการตกเลือดหลังคลอด 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ปี 2560 จำนวน 26 คน (ร้อยละ 2.72) ปี 2561 จำนวน 22 คน (ร้อยละ 3.57) และปี 2562 จำนวน 18 คน (ร้อยละ 3.31) ตามลำดับ ซึ่งมีสาเหตุมาจากหลายสาเหตุ เช่น มดลูกไม่หดตัว (Uterine atony รกค้างหรือเศษรกค้าง หรือการฉีกขาดของช่องทางคลอดเพิ่มจากการทำ Episiotomy และพบว่าผู้คลอดที่การตกเลือดหลังคลอดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดและมีภาวะ Shock ร่วมด้วยจนต้องได้รับเลือด ในปี 2560 คิดเป็น ร้อยละ 38.46 ปี 2561 คิดเป็น ร้อยละ 54.54 และปี 2562 คิดเป็นร้อยละ 77.77 ตามลำดับ ซึ่งอุบัติการณ์ดังกล่าวมีแนวโน้มสูงขึ้นนอกจากนี้ยังพบอุบัติการณ์ แผลฝีเย็บแยกและมีการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ⁴ จากการทบทวนพบว่ามีสาเหตุมาจากการตัดฝีเย็บไม่ถึงก้นแผลทำให้เกิด Hematoma และฝีเย็บแยกทำให้เกิดการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บตามมาจากปัญหาดังกล่าว แม้ว่าผู้คลอดจะได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานของการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดและไม่พบอัตราการเสียชีวิตของมารดา

แต่ผลกระทบตามมามีคือทำให้ผู้คลอดต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น การรักษาพยาบาลต้องใช้เวลานานขึ้นส่งผลให้ต้องสูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น ญาติต้องเสียเวลามาเฝ้า ต้องลางาน ทำให้ขาดรายได้ มีความเสี่ยงที่อาจเกิดข้อร้องเรียนได้ นอกจากนี้เป็นการสะท้อนคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอด พบว่าอุบัติการณ์ส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นพบมากในระยะคลอด ซึ่งมาสาเหตุส่วนหนึ่งเนื่องจากพยาบาลผู้ทำคลอดยังขาดประสบการณ์ และขาดทักษะการทำคลอด พบว่าร้อยละ 75.86 เป็นพยาบาลที่มาปฏิบัติงานใหม่ ในช่วง 1-6 เดือนแรกของการปฏิบัติงาน และร้อยละ 24.13 เกิดจากพยาบาลประจำการห้องคลอด เป็นผู้ทำคลอดอย่างไรก็ตามงานพยาบาลผู้คลอดได้เห็นความสำคัญในการสร้างเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดที่ผ่านมาใช้รูปแบบการนิเทศติดตามโดยหัวหน้างาน และประเมินความรู้ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดจากหน้างาน และให้พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุงานมากกว่า 3 ปี เป็นพี่เลี้ยงให้กับพยาบาลจบใหม่ที่เข้าปฏิบัติงานในห้องคลอด กรณีพบว่างานฝึกปฏิบัติยังไม่ผ่านเกณฑ์ จะทบทวนความรู้โดยหัวหน้างานและการฝึกปฏิบัติจาก คลิป วิดีโอ ซึ่งใช้เวลาในการฝึกทักษะการปฏิบัติในการทำคลอดนาน โดยเฉพาะการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอด การทำคลอดรก การตัดและการเย็บฝีเย็บ หลังจากนั้นจะให้ฝึกทักษะจากการทำคลอดจริงโดยมีพี่เลี้ยงดูแลอย่างใกล้ชิด พบว่าการสร้างเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดที่ผ่านมาปัญหาที่พบคือเมื่อมาปฏิบัติจริงในการทำคลอด ผู้คลอดเกิดความกลัว กลัวไม่ปลอดภัย

จากการคลอด เนื่องจากพยาบาลผู้ทำคลอดไม่มีความชำนาญ และยังมีความกังวลกลัวการทำคลอด ผู้คลอดบางคนร้องขอเปลี่ยนคนทำคลอดหรือขอผ่าตัดคลอดแทน แสดงให้เห็นว่าแนวทางการดำเนินงานการสร้างเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดที่ผ่านมายังไม่มีประสิทธิภาพ งานพยาบาลผู้คลอดจึงต้องการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอด งานพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลโพธิ์ชัยขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะมีหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับองค์กรจะนำไปใช้เพื่อประเมินสมรรถนะด้านใด ปิยฉัตร ปธานราชบุรี, จุฬารัตน์ บาร์มี, สุวดี สุกุล¹ ได้ศึกษาพบว่าพยาบาลที่มีระยะเวลาทำงานต่างกัน มีคะแนนสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพห้องคลอดแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และการศึกษาของ พุทธิราภรณ์ หังสวนัส, โชติกา ภาชีผล, ศิริชัย กาญจนवासี⁵ ที่พบว่า หลังใช้รูปแบบการประเมินสมรรถนะ นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลห้องคลอดเพิ่มขึ้น ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาารูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดงานพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลโพธิ์ชัย โดยใช้แนวคิดเคมมิสและแมคแทกการ⁶ คือ ขั้นตอนวางแผนปฏิบัติการ ขั้นปฏิบัติการตามแผน ขั้นติดตามประเมินผลขั้นสะท้อนผลปฏิบัติ และการพัฒนาเครื่องมือใช้ในการจำลองการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอด เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดได้มาตรฐานตามกรอบวิชาชีพการ

พยาบาลและเพื่อพัฒนารูปแบบในการพัฒนาความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอด เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพงานบริการพยาบาลผู้คลอดให้มีคุณภาพมาตรฐานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย
2. เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action research) มาใช้ในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดระยะเวลาที่ศึกษาตั้งแต่เดือนมกราคม 2563- พฤษภาคม 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ทำการศึกษาที่ งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย โดยประชากรที่ใช้ในการวิจัย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ในระยะที่ 1 ระยะการศึกษาสถานการณ์เพื่อพัฒนารูปการสร้างเสริมสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอด และการสร้างรูปแบบการพัฒนาเป็นนวัตกรรมหุ่นลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัยมีผู้

ร่วมวิจัย จำนวน 14 คน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพหัวหน้างานการพยาบาลผู้คลอดจำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพงานการพยาบาลผู้คลอด จำนวน 13 คนและระยะประเมินผลกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1)พยาบาลวิชาชีพงานการพยาบาลผู้คลอดจำนวน 13 คน 2) ผู้รับบริการที่มาคลอด งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย โดยการคัดเลือกแบบเจาะจงจำนวนผู้มารับบริการคลอดทั้งหมด ในช่วงเวลา ตั้งแต่เดือนเมษายน 2563 - เดือนพฤษภาคม 2563 จำนวน 75 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ มีดังนี้

- 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 3 ข้อ ได้แก่
 - แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการทำคลอดปกติ จำนวน 10 ข้อ
 - แบบประเมินทักษะการทำคลอดปกติ จำนวน 14 ข้อ
 - แบบสอบถามความพึงพอใจมีจำนวน 10 ข้อ

การรวบรวมข้อมูลจากอุบัติการณ์การทำคลอด ของผู้คลอด จำนวน 75 ราย หลังการพัฒนารูปแบบระหว่าง 1 เมษายน 2563 - 31 พฤษภาคม 2563

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย

- 1) แนวคำถามเพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการสร้างเสริมสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดก่อนการ

พัฒนารูปแบบ เป็นการสนทนากลุ่มเพื่อสรุปสาระสำคัญในการนำมาพัฒนารูปแบบข้อความ จำนวน 3 ข้อ

2) แนวคำถามเพื่อค้นหารูปแบบนวัตกรรม “หุ่นลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย”

3) แนวคำถามหลังการนำนวัตกรรม “หุ่นลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย” มาใช้ในการพัฒนาทักษะในการสร้างเสริมสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอด

การสร้างเครื่องมือ

เพื่อให้ได้เครื่องมือที่มีคุณภาพ ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างเครื่องมือในงานวิจัยนี้ ดังนี้

1) ศึกษาเอกสารวรรณกรรมและบททวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อหาขอบเขตและสาระเกี่ยวกับคำจำกัดความของปฏิบัติการพัฒนาการสร้างเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอด

2) ปรีक्षाผู้เชี่ยวชาญเพื่อขอคำแนะนำในการพิจารณาขอบเขตของเนื้อหา นำแบบสอบถามฉบับร่าง ให้ประธานและผู้เชี่ยวชาญพิจารณาเพื่อให้ความเห็นชอบ

3) นำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ตรวจสอบ เพื่อหาความเที่ยงตรง (Validity) โดยการหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ได้ค่าระหว่าง 0.67 - 1.00

4) แก้ไขปรับปรุงแบบสอบถามที่ได้กลับมาและนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปทดลองใช้ (try-out) กับพยาบาลวิชาชีพเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลโพธิ์ชัย ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามทั้งฉบับ โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาร์ค (Cronbach)⁷ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92

ขั้นตอนการวิจัย

ระยะที่ 1 ระยะพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอด มีกระบวนการย่อย 3 กระบวนการดังนี้

1) ศึกษาสถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับรูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอด งานการพยาบาลผู้คลอด ของโรงพยาบาลโพธิ์ชัย โดยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) มีผู้ร่วมวิจัยทั้งหมด 14 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพหัวหน้างานการพยาบาลผู้คลอด จำนวน 1 คน และพยาบาลวิชาชีพงานการพยาบาลผู้คลอด จำนวน 13 คน สนทนากลุ่มจำนวน 1 ครั้ง เพื่อสรุปสาระสำคัญและปัญหาในการนำมาพัฒนาการสร้างเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ด้านการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอด

2) ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องบททวนวรรณกรรม บทความวารสาร ศึกษาคู่มือการทำคลอดจากตำราสูติศาสตร์ ศึกษาสื่อวิดีโอ การสอน การสาธิตการทำคลอด รูปภาพประกอบการอธิบายการสอนทำคลอด การสาธิตจากหุ่น สังเกตการณ์ทำคลอดของแพทย์จากวิดีโอ และนำข้อสรุปที่ได้มากำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการสร้างรูปแบบพัฒนาเป็นนวัตกรรม หุ่นช่วยลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย

3) การพัฒนาเครื่องมือ เพื่อใช้ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอด โดยการพัฒนาเป็นนวัตกรรมการสร้างการมีส่วนร่วมและหารูปแบบการพัฒนานวัตกรรม หุ่นช่วยลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย ร่วมออกแบบหุ่นใช้ฝึกปฏิบัติทำคลอด ซึ่งในระยะนี้ จะร่วมกันสะท้อนข้อมูล เพื่อค้นหารูปแบบการพัฒนา

นวัตกรรมหุ่นที่ใช้ในการฝึกปฏิบัติทำคลอด เพื่อนำไปสู่การออกแบบเพื่อนำไปทดลองใช้

ระยะที่ 2 ระยะการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้น นวัตกรรม หุ่นช่วยลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัยไป ทดลองใช้สำหรับฝึกทักษะพยาบาลวิชาชีพงาน บริการพยาบาลห้องคลอด กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพห้องคลอดใหม่จำนวน 3 คน พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์งาน บริการพยาบาลห้องคลอด 3-5 ปี จำนวน 1 คน และ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์งาน บริการพยาบาลห้องคลอด ที่มีประสบการณ์ มากกว่า 5 ปี จำนวน 9 คน รวมทั้งหมด จำนวน 13 คน โดยใช้แบบประเมินทักษะ การทำคลอดปกติ ของภาควิชาการพยาบาลมารดา และการผดุงครรภ์ วิทยาลัยบรมราชชนนี อุตรธานี เป็นเครื่องมือในการประเมินและ สำนวความพึงพอใจของพยาบาลที่เลี้ยงและ พยาบาลจบใหม่จำนวน 13 คนช่วงนำไป ทดลองใช้ฝึกปฏิบัติ ระยะเวลา 1 เดือน ใน ระยะนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดของเคมมิสและแมค แทกการท มาใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ดังนี้

1) การวางแผนปฏิบัติการ ระยะการ นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ กำหนด แนวทางการฝึกปฏิบัติทำคลอด และ กำหนดการติดตามประเมินผล

2) การปฏิบัติตามแผนนำรูปแบบ พัฒนามาปฏิบัติตามแผน ฝึกปฏิบัติทำคลอด โดยใช้ หุ่นลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย ที่พัฒนาขึ้น มาทดลองใช้ 1 เดือนและปรับปรุงรูปแบบจน สามารถนำมาฝึกทักษะระยะคลอดได้จริง

3) การติดตามประเมินผลการ ปฏิบัติการสังเกต บันทึก ติดตามตรวจสอบผล การลงมือปฏิบัติ

4) การสะท้อนผลการปฏิบัติ ใช้ กระบวนการกลุ่ม วิเคราะห์ปัญหาและ อุปสรรคและปรับปรุงรูปแบบในรอบต่อไป

ระยะที่ 3 การติดตามประเมินผลปฏิบัติการ มีกระบวนการย่อย 3 กระบวนการ ดังนี้

1) ประเมินรูปแบบการสร้างเสริม สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการปฏิบัติการ พยาบาลในระยะคลอด

2) ผลลัพธ์การประเมินสมรรถนะ พยาบาลวิชาชีพด้านการปฏิบัติการพยาบาลใน ระยะคลอดโดยใช้แบบประเมินทักษะการทำ คลอดปกติก่อนและหลังการพัฒนาแบบ แบบ ประเมิน ความรู้ ก่อน และ หลัง แบบสอบถามความพึงพอใจหลังการพัฒนา รูปแบบ และ 3) ประเมินจากอุบัติการณ์การ ทำคลอดของผู้มาคลอด จำนวน 75 ราย หลัง การพัฒนารูปแบบ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบสอบถามครั้งนี้

1. ขออนุมัติจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย เพื่อ ขออนุญาตนำจากผู้วิจัยไปขอความอนุเคราะห์ การให้ความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญ และ หัวหน้างานแต่ละแผนก

2. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ด้วยตัวเองโดยนำแบบสอบถามไปให้กลุ่ม ตัวอย่าง ตอบพร้อม กับ นัดหมาย รับ แบบสอบถาม

3. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของ แบบสอบถามที่ได้รับคืนมาโดยมีแบบสอบถาม ฉบับสมบูรณ์ตอบกลับมารอบ ร้อยละ 100

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่และร้อยละ

ข้อมูลแบบประเมิน ทักษะการทำการทดลองปฏิบัติ ข้อมูลแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการทดลองปฏิบัติแบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา นำเสนอค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พร้อมตารางประกอบความเรียง เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะก่อนและหลัง โดยใช้สถิติ Paired t-test

ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม มาจำแนก วิเคราะห์เชิงเนื้อหาตาม รูปแบบการพัฒนาการส่งเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ด้านการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดที่ผ่านมา ปัญหาอุปสรรคการฝึกปฏิบัติการทดลองที่ผ่านมา ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนารูปแบบพัฒนาการส่งเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ด้านการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดเพื่อปรับปรุงคุณภาพการปฏิบัติให้ดีขึ้น ข้อดีของรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น การใช้หุ่นจำลองในการฝึกปฏิบัติ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) นำมาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล จัดหมวดหมู่ตามประเด็น จำแนกเนื้อหา รวมกันกับทีมวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการอนุมัติจริยธรรมในการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่ 17/2563

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ระยะพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอด

1. ผลการศึกษาสถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับรูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอด งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลโพธิ์ชัยโดยการสนทนากลุ่มมีผู้ร่วมวิจัยทั้งหมด 14 คน จำนวน 1 ครั้ง ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ ดังนี้ 1) ด้านรูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดที่ผ่านมาเป็นอย่างไร 2) ด้านปัญหาและอุปสรรคที่ผ่านมาเป็นอย่างไร 3) ท่านมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเพื่อพัฒนารูปแบบพัฒนาการส่งเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ด้านการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดเพื่อปรับปรุงคุณภาพการปฏิบัติให้ดียิ่งขึ้นอย่างไร สรุปได้ว่าพยาบาลส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า ควรพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดรูปแบบใหม่เพื่อนำมาฝึกปฏิบัติจนเกิดความมั่นใจ หลังจากนั้นนำไปปฏิบัติจริงในการทดลอง

2. ผลการสนทนากลุ่ม โดยมีข้อคำถาม เราควรมีการพัฒนากระบวนการนวัตกรรมที่ช่วยในการฝึกปฏิบัติในการทดลองอย่างไร นวัตกรรมที่จะพัฒนาขึ้นควรใช้แนวทางพัฒนาอย่างไร เพื่อให้สามารถนำมาช่วยในการฝึกทักษะในระยะคลอดได้จริง ได้ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง ศึกษาคู่มือการทดลองจากตำราสู่ศาสตร์ศึกษามาตรฐานการประเมินสมรรถนะพยาบาลห้องคลอด ของกองการพยาบาล ศึกษาสื่อวีดิโอการสอน สาธิตการคลอด รูปภาพประกอบคำอธิบายเกี่ยวกับการสอน การทดลอง การสาธิตจากหุ่น ดุริยธิดา

ดูรูปภาพประกอบคำอธิบาย และสังเกตการณ์ ทำคลอดของแพทย์จากวิดีโอ แนวคำถาม เพื่อค้นหารูปแบบนวัตกรรม หุ่นลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย

ผลการศึกษา พบว่าได้นำข้อสรุปที่ได้มากำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการสร้างรูปแบบพัฒนาเป็นนวัตกรรม หุ่นช่วยลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัยเพื่อใช้ในการฝึกทักษะการสร้างเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอด และได้ร่วมมือในการออกแบบนวัตกรรมหุ่นช่วยลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัยพบว่าส่วนใหญ่เสนอให้ทำนวัตกรรมหุ่นช่วยลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย และให้ความเห็นว่า ควรทำจากวัสดุที่หาได้ง่าย ราคาถูกเมื่อพัฒนาแล้วต้องนำมาทดลองฝึกจนกว่าจะนำมาใช้ได้จริง

3. ผลการพัฒนาเครื่องมือ เพื่อใช้ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอด โดยการพัฒนาเป็นนวัตกรรม โดยการสร้างการพัฒนาแบบนวัตกรรมหุ่นช่วยลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัยร่วมกันออกแบบหุ่นใช้ฝึกปฏิบัติทำ ซึ่งในขณะนี้ จะร่วมกันสะท้อนข้อมูลขั้นปฏิบัติการร่วมกันออกแบบหุ่นสำหรับฝึกการทำคลอด โดยสำรวจหาหุ่นที่ใช้สำหรับใส่เสื้อผ้าโชว์ ตามร้านขายเสื้อผ้า พบหุ่นส่วนใหญ่มีรูปทรงขนาดเล็ก ช่วงต้นขาของหุ่นไม่สามารถพับหรือถอดขาได้ ทีมจึงได้ออกแบบโครงร่างหุ่น โดยออกแบบเป็นหุ่นที่มีช่วงลำตัวตั้งแต่ช่วงท้องถึงเข่า ใช้วัสดุทรงกลม ทำเป็นโครงร่างช่วงท้อง มีขา 2 ข้าง มีอวัยวะเพศหญิง มีช่องทางคลอด และจัดหาวัสดุ อุปกรณ์นำมาทดลองผลิตหุ่น ใช้เวลา 2 สัปดาห์ และร่วมกันตั้งชื่อว่า หุ่นช่วยลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัยโดยขั้นตอนการผลิตหุ่นจำลองนวัตกรรมหุ่นลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย โดยได้แนบไว้ที่ภาคผนวก

ระยะที่ 2 ระยะการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้น นวัตกรรม“หุ่นช่วยลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย” ไปทดลองใช้

เป็นการนำนวัตกรรมหุ่นช่วยลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัยที่ได้พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้สำหรับฝึกทักษะพยาบาลวิชาชีพงานบริการพยาบาล ห้องคลอด กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพน่องใหม่อายุน้อยกว่า 3 ปี จำนวน 4 คน พยาบาลวิชาชีพอายุงาน 3-4 ปี จำนวน 2 คน และพยาบาลวิชาชีพอายุงาน 5 ปีขึ้นไป จำนวน 7 คน รวมทั้งหมด จำนวน 13 คน โดยใช้แบบประเมินทักษะการทำคลอดปกติ ของภาควิชาการพยาบาลมารดาและการผดุงครรภ์ วิทยาลัยบรมราชชนนี อุตรธานี เป็นเครื่องมือในการประเมินและสำรวจความพึงพอใจของพยาบาลพี่เลี้ยงและพยาบาลจบใหม่ จำนวน 13 คนช่วงนำไปทดลองใช้ฝึกปฏิบัติระยะเวลา 1 เดือน

ผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 13 คน พบว่ามีอายุเฉลี่ย 33.07 ปี (S.D.=6.49) มีอายุระหว่างอายุ 25-44 ปี อายุงานในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขเฉลี่ย 10.77ปี (S.D.=6.41) ต่ำสุด 1 ปี และสูงสุด 22 ปี อายุงานในการปฏิบัติงานห้องคลอด มีอายุงานระหว่าง 1 -13 ปี ส่วนใหญ่อายุงาน 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 53.8 รองลงมาอายุงานน้อยกว่า 3 ปี ร้อยละ 30.8 และอายุงานระหว่าง 3 - 4 ปี ร้อยละ 15.4

ระยะที่ 3 การติดตามประเมินผล

คะแนนความรู้ก่อนและหลังการพัฒนา โดยภาพรวม

ผลการศึกษา พบว่า ก่อนการพัฒนา กลุ่มที่ศึกษามีคะแนนความรู้เฉลี่ย 7.77 คะแนน (S.D.= 1.01) คะแนนตั้งแต่ 6 ถึง 9 คะแนน และหลังการพัฒนา กลุ่มที่ศึกษามีคะแนนความรู้เฉลี่ย 9.50 คะแนน (S.D.=

0.88) คะแนนตั้งแต่ 7 ถึง 10 คะแนน ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า หลังการพัฒนากลุ่มที่ศึกษามี

คะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.001; 95% CI = 0.82 to 2.56) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความแตกต่างของคะแนนความรู้ก่อนและหลังการพัฒนา

คะแนนความรู้	จำนวน	ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	ค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง ($\bar{x}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	95%CI	p-value
ก่อนการพัฒนา	13	7.77	1.01	1.69	1.45	0.82 to 2.56	< 0.001
หลังการพัฒนา	13	9.50	.88				

การศึกษาสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอด ก่อน-หลังการพัฒนารูปแบบ

ผลการศึกษา พบว่า ก่อนการพัฒนา กลุ่มที่ศึกษามีคะแนนสมรรถนะด้านการปฏิบัติอยู่ในระดับมากเฉลี่ย 4.17 คะแนน (S.D.=0.27) คะแนนตั้งแต่ 3.61 ถึง 4.44. คะแนน และหลังการพัฒนากลุ่มที่ศึกษามี

สมรรถนะด้านการปฏิบัติค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุดคะแนนเฉลี่ย 4.85 คะแนน (S.D.=0.20) คะแนนตั้งแต่ 4.85 ถึง 4.90 คะแนน ผลการเปรียบเทียบคะแนนสมรรถนะด้านการปฏิบัติก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า หลังการพัฒนากลุ่มที่ศึกษามีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) ; 95% CI = 0.54 ถึง 0.81) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความแตกต่างของคะแนนสมรรถนะด้านการปฏิบัติก่อนและหลังการพัฒนา

คะแนนสมรรถนะด้านการปฏิบัติ	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง ($\bar{x}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	95%CI	p-value
ก่อนการพัฒนา	13	4.17	0.27	0.67	0.06	0.54 to 0.81	< 0.001
หลังการพัฒนา	13	4.85	0.20				

การประเมินความพึงพอใจหลังการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย และ ความพึงพอใจการใช้นวัตกรรม“หุ่นช่วยลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย”

ผลการศึกษาความพึงพอใจในภาพรวมของพยาบาลห้องคลอดต่อการใช้นวัตกรรมหุ่นช่วยคลอดลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย ในการใช้ เป็นสื่อการสอน และการฝึกทักษะ การทำคลอด จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการฝึก

ช่วยให้การสอนและการฝึกง่ายและสะดวก
2) ด้านการฝึกในการลงมือปฏิบัติช่วยให้เข้าใจ
ง่าย 3) ด้านการเพิ่มความรู้สึกมั่นใจในการทำ
คลอดหลังการฝึกปฏิบัติ 4) ด้านกระบวนการ
ผลิตนวัตกรรมง่าย ประหยัด และ 5) ด้าน
ความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมโดยรวม ใน
การวิจัยพัฒนานวัตกรรมในครั้งนี้ พบว่า กลุ่ม

ที่ศึกษามีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ 4.55
คะแนน (S.D.=0.29) พบว่าส่วนใหญ่มีความ
พึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 84.62
รองลงมามีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก
ร้อยละ 15.28 (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละ ระดับความพึงพอใจในภาพรวมและรายด้าน (n=13)

ระดับความพึงพอใจ	Mean	SD.	ระดับ
1. ด้านความพึงพอใจต่อรูปแบบของการพัฒนาสร้างเสริมสมรรถนะ พยาบาลวิชาชีพด้านการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอด	4.44	0.29	มากที่สุด
2.ด้านความพึงพอใจต่อการใช้ “นวัตกรรม หุ่นลูกเกิดรอด แม่ ปลอดภัย” ในการพัฒนาสร้างเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการ ปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอด	4.66	0.45	มากที่สุด
$\bar{x}(SD.); Min : Max 4.55 (0.29); 3.90:4.90$			

3.4) การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกการ ปฏิบัติงานในระยะคลอดหลังการพัฒนา

ผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์เชิงลึก
ในกลุ่มที่ศึกษาหลังการพัฒนา พบว่า การฝึก
ปฏิบัติทำคลอดโดยใช้นวัตกรรม หุ่นลูกเกิด
รอด แม่ปลอดภัยพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ให้
ความเห็น “รู้สึกมั่นใจมากขึ้นเวลาทำ
คลอด” “การฝึกปฏิบัติจาก“หุ่นลูกเกิดรอด
แม่ปลอดภัยช่วยให้มองภาพกลไกการคลอดชัด
ขึ้นจับต้องได้ ดีกว่าการฝึกปฏิบัติรูปแบบเดิม”
“รู้สึกดีมาก ๆ ค่ะเมื่อมีอุปกรณ์เราสามารถนำ
หุ่นมาทบทวนและฝึกทักษะการทำคลอดช่วย
ให้เข้าใจมากขึ้นค่ะ” “การนำรูปแบบใหม่ที่
พัฒนาขึ้นมาใช้ช่วยลดอุบัติเหตุการตกเลือดหลัง
ได้” สรุปได้ว่า การพัฒนาสมรรถนะการปฏิบัติ
ในระยะคลอดรูปแบบใหม่สามารถช่วยลด

อุบัติเหตุในการปฏิบัติการพยาบาลในระยะ
คลอดได้จริง นอกจากนี้ยังเป็นเครื่องมือที่ใช้
ฝึกปฏิบัติสำหรับพยาบาลจบใหม่ ก่อนที่จะ
ปฏิบัติงานจริงในการปฏิบัติการพยาบาลใน
ระยะคลอด เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการ
การสร้างเสริมสมรรถนะด้านการปฏิบัติการ
พยาบาลในระยะคลอดงานการพยาบาลผู้
คลอด

การเปรียบเทียบการพัฒนาแบบการสร้าง เสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการ ปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดจาก แบบเดิมและการพัฒนาแบบใหม่

ผลการศึกษา พบว่าการพัฒนาส่งผลให้ได้
รูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะพยาบาล
วิชาชีพด้านการปฏิบัติการพยาบาลในระยะ
คลอดรูปแบบใหม่ (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอตรูปแบบเดิมและรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น

การสร้างเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอตรูปแบบเดิม	การสร้างเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอตรูปแบบใหม่
1. ให้ความรู้ โดย orientation ก่อนปฏิบัติงาน 2. ให้เข้าสังเกตการณ์ทำคลอดปกติ 1 ครั้ง 3. ให้สาธิตการทำคลอดปกติโดยการอธิบาย ตั้งแต่การเตรียมเครื่องมือ การเตรียมผู้คลอด การสอนเบ่งคลอด การตัด Episiotomy การทำคลอดปกติ การทำคลอดรก การตรวจรก การนวดมดลูกหลังคลอด การเย็บแผล Episiotomy โดยมีหัวหน้างานนิเทศ 4. หากอธิบายขั้นตอนการปฏิบัติไม่ถูกต้อง จะสอนทบทวนและสาธิตการปฏิบัติในระยะคลอตรจริง และสามารถอธิบายการปฏิบัติระยะคลอตรได้ถูกต้อง 5. การปฏิบัติในระยะคลอตรครั้งแรกร่วมกับพยาบาลพี่เลี้ยงและการนิเทศติดตามโดยหัวหน้างาน 6. พยาบาลจบใหม่ฝึกทักษะระยะคลอตร 6 เดือน ก่อนปฏิบัติงานจริง	1. ให้ความรู้ orientation ก่อนปฏิบัติงาน 2. ให้เข้าสังเกตการณ์ทำคลอดปกติ 1 ครั้ง 3. ให้สาธิตการทำคลอดปกติโดยการอธิบาย ตั้งแต่การเตรียมเครื่องมือ การเตรียมผู้คลอด การสอนเบ่งคลอด การตัด Episiotomy การทำคลอดปกติ การทำคลอดรก และการเย็บแผลฝีเย็บ โดยการใช้นวัตกรรม “หุ่นช่วยลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย” เป็นหุ่นฝึกการปฏิบัติระยะคลอตร จนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง 4. ใช้แบบประเมินทักษะการทำคลอดปกติ ต้องผ่านเกณฑ์การประเมิน ร้อยละ 80 5. หลังจากฝึกปฏิบัติทำคลอดผ่านเกณฑ์ ให้ฝึกปฏิบัติในระยะคลอตรครั้งแรก โดยมีพยาบาลพี่เลี้ยง และการนิเทศติดตามโดยหัวหน้างาน 6. พยาบาลจบใหม่ฝึกทักษะระยะคลอตร 6 เดือน ก่อนปฏิบัติงานจริง 7. กำหนดสมรรถนะที่สำคัญพยาบาลห้องคลอตรต้องผ่านการประเมินทักษะการปฏิบัติงานห้องคลอตรและจริยธรรมทางการพยาบาล พยาบาลจบใหม่ ต้องผ่านเกณฑ์ประเมินร้อยละ 80 ในสมรรถนะ เรื่องทำคลอดปกติ จึงจะสามารถขึ้นปฏิบัติเป็นพยาบาลประจำการในตำแหน่ง Member Team ได้ 8. ทบทวนอุบัติการณ์ จากการทำคลอดทุกราย เพื่อวิเคราะห์สาเหตุ ปัจจัย และหาแนวทางปรับปรุงแก้ไข และประเมินสมรรถนะการปฏิบัติระยะคลอตรให้พยาบาลใหม่และพยาบาลพี่เลี้ยงทุกปี และทุกคนต้องผ่านเกณฑ์ประเมินร้อยละ 80

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอตรผู้วิจัยได้แยกอภิปรายตามวัตถุประสงค์การศึกษา ดังนี้

1. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอตรงานการพยาบาล

ผู้คลอด โรงพยาบาลโพธิพิสัย ในขั้นตอนการศึกษาสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันโดยการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่งานการพยาบาลผู้คลอด ด้านรูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอตรที่ผ่านมา พบว่าพยาบาลจบใหม่ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติระยะคลอตรขาดประสบการณ์ในการทำคลอด การฝึก

ปฏิบัติจากการอธิบาย การดูการสาธิตจากวิดีโอสอนยังไม่เพียงพอในการพัฒนาสมรรถนะการปฏิบัติในระยะคลอด เมื่อมาปฏิบัติจริงการสอนในสถานการณ์จริง ทำให้ผู้คลอดไม่เชื่อมั่นในการทำคลอดจากพยาบาลจบใหม่ พยาบาลพี่เลี้ยงเกิดความกังวลที่จะสอนในสถานการณ์จริง ส่วนการนำข้อค้นพบมาพัฒนารูปแบบโดยเกิดจากการมีส่วนร่วม การคิดหารูปแบบนวัตกรรมที่สามารถใช้ฝึกปฏิบัติในระยะคลอดได้ โดยการผลิตหุ่นที่สามารถนำมาฝึกปฏิบัติในระยะคลอดได้จริง และเกิดนวัตกรรม หุ่นช่วยลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย และการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาทดลองใช้ฝึกปฏิบัติในระยะคลอดจนสามารถใช้ในการพัฒนาการสร้างเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดได้จริง ซึ่งเป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเกิดจากการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติจริง ที่ช่วยให้พยาบาลเกิดความเข้าใจและสามารถพัฒนาทักษะและการรับรู้ปัญหาจากการทบทวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง นอกจากนี้การประเมินความรู้ทักษะก่อนการพัฒนาช่วยให้ทุกคนได้ประเมินตนเองและช่วยให้มีความพร้อมในการพัฒนารูปแบบร่วมกันซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภวดี แถวเพีย ,สิวาพร พานเมือง, นงลักษณ์ คำสวัสดิ์และคณะ^๑ ที่พบว่า รูปแบบการเรียนการสอนตามสภาพจริงที่พัฒนาขึ้น มีหลัก 4 ประการ (1) การเรียนรู้และการแก้ไขปัญหาเกิดขึ้นมาจากการปฏิบัติ (2) ผู้สอนและผู้เรียนต้องมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันแบบเอื้ออาทร (3) การนำเสนอพัฒนาการเรียนรู้อ่านหลักฐาน (4) เชื่อมโยงกิจกรรม โดยบูรณาการพันธกิจอื่นกับการเรียนการสอน และสอดคล้องกับการศึกษาของพุทธิธารณ์ หังสวนัส ,โชติกา ภาษีผล,

ศิริชัย กาญจนวาสี^๕ ที่พบว่า ขั้นตอนการพัฒนา 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) สำรวจสภาพปัญหาและความต้องการ 2) การพัฒนารูปแบบการประเมินสมรรถนะและ 3) การทดลองใช้รูปแบบ พบว่าเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินประกอบด้วย รูปแบบการประเมินคู่มือใช้รูปแบบ แบบประเมินสมรรถนะสถานการณ์จำลอง แบบทดสอบความรู้ พบว่าหลังการพัฒนานักศึกษาพยาบาลมีคะแนนการประเมินสมรรถนะด้านการปฏิบัติการทำคลอดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และในการศึกษาครั้งนี้พบว่าหลังการฝึกปฏิบัติจากนวัตกรรมหุ่นช่วยลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัยช่วยการสร้างเชื่อมั่นในการปฏิบัติในระยะคลอดเพิ่มมากขึ้นก่อนการนำความรู้ไปฝึกปฏิบัติจริงแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการพัฒนาแบบใหม่สามารถนำไปใช้ปฏิบัติเพื่อสร้างเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดได้จริง

2. ผลของการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลโพธิสัยดังนี้

2.1 สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดหลังการพัฒนารูปแบบด้านความรู้หลังการพัฒนารูปแบบสูงกว่าก่อนการพัฒนาซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 1พบว่าก่อนการพัฒนา กลุ่มที่ศึกษามีคะแนนความรู้เฉลี่ย 7.77 คะแนน (S.D.= 1.01) และหลังการพัฒนากลุ่มที่ศึกษามีคะแนนความรู้เฉลี่ย 9.50 คะแนน (S.D.=0.88) หลังการพัฒนากลุ่มที่ศึกษามีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ซึ่งอาจเนื่องมาจากการเรียนรู้จากสภาพปัญหาจริง การได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติในระยะคลอดจากการสอน

และอธิบายและการฝึกสาธิตการปฏิบัติจริง จากนวัตกรรม หุ่นช่วยลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย ช่วยให้พยาบาลสามารถมองเห็น และเข้าใจสิ่งที่ได้เรียนรู้ตามสภาพจริงของ กลไกการคลอด ช่วยให้เกิดความเข้าใจมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Deegan, Terry⁹ ที่พบว่าการจัดการเรียนการสอน ตามสภาพจริงโดยใช้สถานการณ์จำลอง มีประโยชน์และมีความท้าทาย ช่วยพัฒนา ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล พัฒนาความ เข้าใจในบทบาทพยาบาลผดุงครรภ์และการทำงานเป็นทีมและการแก้ไขปัญหาการ ปฏิบัติงานได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ พุทธิราภรณ์ หังสนันต,โซติกา ภาชีผล, ศิริชัย กาญจนวาสี³ ที่พบว่า หลังการพัฒนาแบบ โดยร่วมกับการใช้สถานการณ์จำลองในการฝึก ปฏิบัติในระยะคลอด คะแนนสมรรถนะด้าน ทักษะและพฤติกรรมกรปฏิบัติสูงขึ้นอย่างมี นัยสำคัญที่ระดับ 0.05

2.2 สมรรถนะด้านการปฏิบัติการ พยาบาลในระยะคลอดหลังการพัฒนาแบบ สูงกว่าก่อนการพัฒนาซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน การวิจัยข้อที่ 1 ที่ตั้งไว้พบว่าก่อนการพัฒนา กลุ่มที่ศึกษามีคะแนนสมรรถนะด้านการปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก เฉลี่ย 4.17คะแนน (S.D.= 0.27) และหลังการพัฒนากลุ่มที่ศึกษา มีสมรรถนะด้านการปฏิบัติค่าเฉลี่ยอยู่ใน ระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 4.85 คะแนน (S.D.= 0.20) หลังการพัฒนามีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) และ พยาบาลทุกคนผ่านเกณฑ์การประเมิน สมรรถนะ ร้อยละ 100 ซึ่งเป็นไปตาม สมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ที่ตั้งไว้ซึ่งเป็นผลมา จากการได้เรียนรู้การปฏิบัติจริงจากการฝึก ปฏิบัติในระยะคลอดจากการใช้นวัตกรรม หุ่น ช่วยลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย จนเกิดมีความรู้

ความเข้าใจและช่วยให้เกิดความมั่นใจก่อนไป ทำคลอดจริง นอกจากนี้การนำแบบประเมิน การปฏิบัติทักษะการปฏิบัติในระยะคลอดมา ใช้ในการประเมินสมรรถนะก่อนไปปฏิบัติกับ ผู้คลอดซึ่งมีข้อดีสามารถช่วยในการประเมิน สมรรถนะพยาบาลห้องคลอดได้ดียิ่งขึ้น ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภวดี แฉวเพีย และคณะ⁸ ที่พบว่า นักศึกษาร้อยละ 100 มี คะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลังเรียนด้วย รูปแบบการเรียนตามสภาพจริงสูงกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 70) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) และสอดคล้องกับการศึกษา ของอรุณี ศรีสุยง, ลีวาพร พานเมือง, กัญญา ทูลธรรม, สุปิยา วิริไฟ, ปาริชาติ วันชูเสริม¹⁰ ที่พบว่า หลังการพัฒนานักศึกษามีคะแนน เฉลี่ยสมรรถนะการพยาบาลมารดาทารกและ การผดุงครรภ์โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อ เปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานพบว่า มี สมรรถนะด้านการพยาบาลมารดาทารกและ การผดุงครรภ์สูงกว่าเกณฑ์ร้อยละ 70 อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ หลังการพัฒนาแบบผล การศึกษาความพึงพอใจในภาพรวมระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยคะแนน 4.55 (S.D. = 0.29) ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 84.62 รองลงมามีความพึงพอใจอยู่ใน ระดับมากร้อยละ 15.28 สรุปได้ว่า การพัฒนา สมรรถนะการปฏิบัติในระยะคลอดรูปแบบใหม่ สามารถช่วยลดอุบัติการณ์ในการปฏิบัติการ พยาบาลในระยะคลอดได้จริง นอกจากนี้ยังเป็นเครื่องมือที่ใช้ฝึกปฏิบัติสำหรับพยาบาลจบ ใหม่ ก่อนที่จะปฏิบัติงานจริงในการปฏิบัติการ พยาบาลใน ระยะ คลอด เป็นการเพิ่ม ประสิทธิภาพในการการสร้างเสริมสมรรถนะ ด้านการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดงาน การพยาบาลผู้คลอดได้จนสามารถช่วยลด อุบัติการณ์ที่เกิดจากการปฏิบัติในระยะคลอด

ให้ลดลงได้ และผลการวิจัยทำให้ได้รูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอตรูปแบบใหม่ที่สามารถนำมาใช้ในการพัฒนาสร้างเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ควรนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปขยายผลในการพัฒนาสร้างเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอในพื้นที่อื่นที่มีปัญหาในลักษณะคล้ายกัน และนำผลการพัฒนามาปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้นต่อไป
2. ควรมีการศึกษาวิจัยและพัฒนาขยายผลการศึกษาแบบการประเมินสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลในห้องคลอ โดยการประยุกต์ใช้ “หุ่นช่วยลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย” โดยใช้รูปแบบการประเมินสมรรถนะนี้กับพยาบาลวิชาชีพห้องคลอเพื่อติดตามการพัฒนาสมรรถนะการปฏิบัติทั้งด้านพฤติกรรมปฏิบัติการพยาบาลและด้านความรู้อย่างต่อเนื่อง
3. ควรมีการประเมินรูปแบบการพัฒนาการสร้างเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอเป็นระยะๆ เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณแพทย์หญิงนรินทิพย์ ฤทธิ์ธูติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิสัย นางนงค์เยาว์ อินทวิเชียร หัวหน้าพยาบาล นางกรกต สุฝน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และบุคลากรงานการพยาบาลผู้คลอดทุกท่าน

ที่ให้การสนับสนุนที่ให้คำปรึกษารวมทั้งสนับสนุนด้านวิชาการ

เอกสารอ้างอิง

1. ปิยฉัตร ปธานราชกูร์, จุฬารัตน์ บาร์มี, สุวดี สกุลคุ. การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพห้องคลอในโรงพยาบาลศูนย์ เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2554; 19 (ฉบับเพิ่มเติม): 1-10.
2. คณะกรรมการพัฒนาบริการพยาบาลงานห้องคลอและสำนักการพยาบาล สถานการณ์ภาระงานและกำลังคนบริการพยาบาลงานห้องคลอในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี สำนักการพยาบาล; 2560.
3. พุทธิราภรณ์ หังสนัส, โชติกา ภาษีผล, ศิริชัย กาญจนวาสี. การพัฒนารูปแบบการประเมินสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลในห้องคลอ สำหรับนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตโดยการประยุกต์ใช้ศูนย์การประเมิน. วารสารวิจัยและพัฒนาหลักสูตร: 2562; 9(2): 138-158.
4. โรงพยาบาลโพธิสัย จังหวัดหนองคาย. สถิติข้อมูลผู้ป่วยโรงพยาบาลโพธิสัย จังหวัดหนองคาย ปี 2560-2562. รายงานเวชระเบียนผู้คลอดโรงพยาบาลโพธิสัย จังหวัดหนองคาย. 2562.
5. พุทธิราภรณ์ หังสนัส, โชติกา ภาษีผล, ศิริชัย กาญจนวาสี. การพัฒนารูปแบบการประเมินสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลในห้องคลอสำหรับนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต โดยการ

- ประยุกต์ใช้ศูนย์การประเมิน.2562; 9(2): 138-158.
6. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planner. 1988.
 7. Cronbach LJ, Meehl PE. Construct validity in psychological tests. Psychological bulletin. 1955; 52(4): 281.
 8. ศุภวดี แถวเพีย, สีวาพร พานเมือง, นงลักษณ์ คำสวัสดิ์, กัญญาพัชร เบ้าทอง, กัญญา ทูลธรรม, ศิริพร ภูษี, และคณะ. รูปแบบการเรียนการสอนตามสภาพจริง เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะด้านการผดุงครรภ์ และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล. Journal of Nursing Science. 2015; 33 (Suppl 1): 27-36. (in Thai).
 9. Deegan M, Terry DL. Student midwives' perceptions of real-time simulation: A qualitative phenomenological study. British Journal of Midwifery. 2013; 21(8):590-8.
 - 10.อรุณี ศรีสุยั้ง, สีวาพร พานเมือง, กัญญา ทูลธรรม, สุปิยา วิริไฟ, ปาริชาติ วันชูเสริม. สมรรถนะพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ปี 2561.วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม: 15(3):142-150.

การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการสร้างงานวิจัยจากงานประจำ โรงพยาบาลโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย

ภรุต สุฝน¹, ชลกร ทรงศรี², นงเยาว์ อินทวิเชียร³

(วันที่รับบทความ: 19 พฤศจิกายน 2563; วันที่แก้ไข: 25 ธันวาคม 2563; วันที่ตอบรับ: 27 ธันวาคม 2563)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการสร้างงานวิจัยจากงานประจำ ประเมินผลการพัฒนาศักยภาพบุคลากร กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง จากหัวหน้างานและบุคลากรที่สนใจ จำนวน 30 คน ดำเนินการระหว่างเดือน ตุลาคม 2562 ถึง เดือนมิถุนายน 2563 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบสังเกต แบบประเมินความรู้ แบบสอบถามความคิดเห็น และแบบประเมินความพึงพอใจ นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Paired t-test และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา การตีความสรุปความ

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในการทำวิจัยอยู่ในระดับต่ำ พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการสร้างงานวิจัยจากงานประจำโดยการอบรมและใช้ระบบพี่เลี้ยง ผลการพัฒนาประเมินจากความรู้และทักษะ พบว่า ก่อนการอบรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 9.83 คะแนน (S.D.= 2.49) และหลังการอบรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 15.57 คะแนน (S.D.=1.22) ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้พบว่า หลังการอบรมกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$; 95% CI; 4.95 to 6.51) หลังการอบรมความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 53.3

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยเห็นว่า ควรจัดอบรมในวันเวลาราชการ เพื่อเปิดโอกาสให้บุคลากรที่ไม่สะดวกอบรมในวันหยุดเข้าร่วมอบรมได้ และควรสนับสนุนด้านทุนการทำวิจัย และการสร้างวัฒนธรรมการชื่นชมผลงานให้เกิดขึ้นในองค์กร

คำสำคัญ : การพัฒนาศักยภาพบุคลากร งานวิจัยจากงานประจำ การประเมินผลการพัฒนา

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานวิจัยและพัฒนา โรงพยาบาลโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย,
E-mail: porakot-n@hotmail.com

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี
E-mail: Noya2599@bcnu.ac.th

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย,
E-mail: yoa2504@hotmail.com

Corresponding author: ภรุต สุฝน, E-mail: porakot-n@hotmail.com

Personnel Potential Development in Creating Routine to Research, Phonphisai Hospital, Nong Khai Province

Porakot Soofon¹, Chonlakan Songsri², Nongyao Intarawichien³

(Receive 19th November 2020 ; Revised: 25th December 2020; Accepted 27th December 2020)

Abstract

This participatory action research aimed to study the problems of requirements of personnel potential development in creating research from full-time jobs division and assessment of personnel development. The purposive sampling method use for selection the sample size from supervisors and 30 interested persons, operating during October 2019 to June 2020. The instruments of the research were a semi-structured interview procedure, observation procedure, and knowledge assessment procedure, response to questionnaire and the satisfaction assessment. The data were analyzed by computer program to acquire frequency, percentage, mean, standard deviation, Paired t-test, and content analysis, including interpretation and summarization.

The results of the research found that most of them have a research knowledge presented at low level. The project manager has the strategy for potential development through training and mentoring. The development indicators evaluation from knowledge and skill assessment. The knowledge and skills assessment showed that before training, the sample group had an average knowledge score of 9.83 (S.D. = 2.49) and after the training the sample group had an average knowledge score of 15.57 (S.D. = 1.22). The comparison of knowledge found that after the training, the sample groups had significantly increased scores. (p-value<0.001; 95% CI; 4.95 to 6.51). After training, half of them have a satisfaction presented at a high level (53.3%).

Suggestions: The training project should be organized on official days to give an opportunity to inconvenient personnel on holiday training to participate in the training and the lack of subsidy for research. The organizations should be supporting the research budget and creating a culture of appreciation of works in the organization.

Keywords: Personnel potential development, Routine to Research, Development evaluation

¹ Registered Nurse, Research and Development Department, Phonphisai Hospital, Nong Khai Province, E-mail: porakot-n@hotmail.com

² Registered Nurse, Boromrajonani College of Nursing Udonthani, E-mail: Noya2599@bcnu.ac.th

³ Registered Nurse, Head Nurse, Phonphisai Hospital, Nong Khai province, E-mail: yoa2504@hotmail.com

Corresponding author: Porakot Soofon, E-mail: porakot-n@hotmail.com

บทนำ

ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ.2560-2564 ทิศทางและแนวคิดหลักมุ่งเน้นในการพัฒนาสุขภาพประชาชน โดยมีเป้าหมายสำคัญเช่นเดียวกับโมเดล Thailand 4.0 ในการขับเคลื่อนประเทศไทยสู่ความมั่นคง มั่งคั่งและยั่งยืน กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดทิศทาง กำกับ และขับเคลื่อนนโยบายของกระทรวงสู่การปฏิบัติ การบริหารทรัพยากรและการจัดบริการสุขภาพ อย่างมีส่วนร่วมและเป็นธรรม เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี พันธกิจที่สำคัญในการส่งเสริมการจัดบริการและการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพ และคุ้มครองผู้บริโภคที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ รวมทั้งการพัฒนาบุคลากรให้มีประสิทธิภาพในการให้บริการที่เป็นเลิศ ซึ่งในยุทธศาสตร์ที่ 4 คือ พัฒนาการบริหารจัดการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขอย่างมีธรรมาภิบาล โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขอย่างยั่งยืน ดังนั้นมาตรการและแนวทางการพัฒนา หนึ่งในมาตรการดังกล่าว คือ การพัฒนาและส่งเสริมงานวิจัยองค์ความรู้และนวัตกรรมด้านสาธารณสุขอย่างครบวงจร ดังนั้นในปี 2563 เป้าหมายด้านการวิจัยและพัฒนาจึงกำหนดให้หน่วยงานมีผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้¹

จากแนวคิดดังกล่าวการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการสร้างงานวิจัยจากงานประจำ จึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก เพื่อพัฒนาคุณภาพงานบริการประชาชน ส่งผลดีต่อผู้ปฏิบัติงานได้เรียนรู้การแก้ปัญหาที่พบในการทำงานจริง ทั้งการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อตอบสนองต่อประชาชนและผู้ป่วย นอกจากนี้การทำการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R2R) จะทำให้บุคลากรสาธารณสุขเกิดการพัฒนาตนเอง และสร้างสรรค์ผลงานเพื่อประโยชน์แก่ประชาชน และนำมา

แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์จากงานประจำที่มีคุณค่า นำไปปรับใช้ในการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น² ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพบุคลากรโดยใช้กระบวนการวิจัยจึงเป็นเครื่องมือในการทำงานประจำที่ทำอยู่ให้งานมีประสิทธิภาพมากขึ้น ตัวผู้ทำมีคุณค่าและมีความสุขในการทำงานมากขึ้น

ด้วยความสำคัญดังกล่าวโรงพยาบาลโพธิ์พิสัย ได้มีการขับเคลื่อนการพัฒนางานประจำสู่การวิจัยอย่างต่อเนื่อง จากการดำเนินงานยังพบปัญหาได้แก่ ขาดความรู้และทักษะในการเขียนรายงานวิจัย ปัญหาการสร้างเครื่องมือและการวิเคราะห์ข้อมูล มองปัญหาโจทย์วิจัยไม่ออก ขาดความมั่นใจ สาเหตุของปัญหาเกิดจากขาดประสบการณ์ในการทำวิจัย ภาระงานที่มากไม่สามารถทำวิจัยได้ในเวลาปฏิบัติงาน ไม่มีพี่เลี้ยงหรือที่ปรึกษา คิดว่าการใช้กระบวนการวิจัยมีความยุ่งยากซับซ้อนซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิภาวี เผ่ากันทรกรและเกตุรมาศ อยู่ถื่น³ ที่ได้ศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการทำวิจัยของบุคลากรทางคลินิก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พบว่า ปัญหาอุปสรรคมากที่สุดคือภาระงานมาก ไม่มีเวลา ขาดความรู้ด้านสถิติและภาระส่วนตัวมาก ที่ผ่านมามีการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยอย่างต่อเนื่องและกำหนดให้เป็นตัวชี้วัดของหน่วยงาน บุคลากรบางคนเห็นว่าการทำวิจัยเพื่อส่งผลงานตามตัวชี้วัดเท่านั้น พบว่าปัญหาอุปสรรคที่สำคัญส่วนหนึ่ง คือ การสร้างขวัญกำลังใจ การสร้างแรงจูงใจ การจัดเวลาให้เอื้อในการทำวิจัย และไม่มีพี่เลี้ยงวิจัยซึ่งสอดคล้องกับจรรพร ศรีศรีสถลภรณ์, อภิญญา ตันทวีวงศ์⁴ และสอดคล้องกับการศึกษาของ รวิพร โรจนอาษา⁵ ที่ได้ประเมินผลงานประจำสู่งานวิจัยของบุคลากรโรงพยาบาลสะเดา พบว่า ผู้ที่ทำวิจัยไม่สำเร็จปัญหาภาระงานมาก ขาดแรงสนับสนุน และหลังอบรมพัฒนาศักยภาพผู้วิจัยขาดการติดตามดูแลให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง ไม่มีพี่เลี้ยงและขาด

การประเมินผล ส่งผลให้ผู้วิจัยออกจากการวิจัย และทำวิจัยไม่สำเร็จ จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัย จึงต้องการศึกษาการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ในการสร้างงานประจำสู่การวิจัย โรงพยาบาล โพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ประยุกต์ใช้แนวคิด การประเมินผลการพัฒนาศักยภาพบุคลากรตาม รูปแบบของโดนัลด์ แอล เคริกแพทริก⁶ ซึ่งเป็น แบบจำลองที่นิยมใช้ในการประเมินและติดตาม โครงการฝึกอบรม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการสร้างงานวิจัยจากงานประจำ ของบุคลากร โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย
2. เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการสร้างงานวิจัยจากงานประจำ โรงพยาบาล โพนพิสัย จังหวัดหนองคาย
3. เพื่อประเมินผลการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการสร้างงานวิจัยจากงานประจำ โรงพยาบาล โพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

วิธีการดำเนินงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Action research: PAR) เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการสร้างงานวิจัยจากงานประจำ โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย โดยใช้กระบวนการวิจัย 4 ขั้นตอนหลักของเคมมิส และแมคทาเกท⁷ ประกอบด้วย 1) ขั้นวางแผน (Planning) 2) ขั้นปฏิบัติการ (Action) 3) ขั้นสังเกต (Observation) 4) การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection) ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดการประเมินผลการพัฒนาศักยภาพบุคลากรตามรูปแบบของโดนัลด์ แอล เคริกแพทริก⁶ ประกอบด้วย 1) การประเมินด้านปฏิกิริยาตอบสนอง 2) ประเมินด้านความรู้และทักษะ 3) การประเมินด้านกานำความรู้ไปใช้และ 4) ประเมินด้านผลลัพธ์และประโยชน์ต่อองค์กร แบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์เกี่ยวกับศักยภาพบุคลากรในการสร้างงานประจำสู่การวิจัย โรงพยาบาลโพนพิสัย (ช่วงเวลา ระหว่าง เดือน ตุลาคม 2562 ถึง เดือน มกราคม 2563)

ขั้นวางแผน (Plan) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) บุคลากรที่เคยมีประสบการณ์ในการทำวิจัย กำหนดให้เป็นพี่เลี้ยงโดยการคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 6 คน 2) หัวหน้างานและบุคลากรที่สนใจ จำนวน 24 คน รวมจำนวนทั้งหมด จำนวน 30 คน โดยการสัมภาษณ์เจาะลึก และการสนทนา เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการเพื่อนำมาวางแผนพัฒนา

ขั้นปฏิบัติการ (Act) ขั้นตอนปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการสร้างงานประจำสู่การวิจัย แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน 1) จัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการสร้างงานประจำสู่การวิจัย โดยเชิญอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดอุดรธานี จำนวน 1 ท่านและอาจารย์จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น จำนวน 1 ท่าน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มบุคลากรที่มีประสบการณ์ในการสร้างงานประจำสู่การวิจัยหรือบุคลากรที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท จำนวน 6 คน และกลุ่มบุคลากรที่ไม่มีประสบการณ์ในการสร้างงานประจำสู่การวิจัยหรือที่เคยผ่านการอบรมพัฒนาศักยภาพในการวิจัยมาแต่ยังทำวิจัยไม่สำเร็จ จำนวน 24 คน โดยจัดการอบรมแบ่งเป็น 3 ครั้ง ๆ ละ 1 วัน 2) การพัฒนาแนวทางโดยการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม (PAR Phase) ใช้รูปแบบการมีพี่เลี้ยงวิจัย โดยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ในการทำวิจัยหรือบุคลากรที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท จำนวน 6 คน เป็นพี่เลี้ยง เป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกในการวิจัย รวมทั้งการรับฟังปัญหา และข้อเสนอแนะจากผู้วิจัยมาแก้ไขปัญหาร่วมกัน การส่งเสริมให้กำลังใจ สร้างแรงจูงใจเพื่อให้สามารถทำวิจัยให้สำเร็จ มีกิจกรรมการสนทนา

กลุ่มโดยเปิดโอกาสให้ผู้ที่ทำวิจัยสำเร็จ เล่าถึงประสบการณ์และปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาการดำเนินงานประจำสู่การวิจัย และเล่าถึงความภาคภูมิใจ ประโยชน์ที่ได้รับจากการพัฒนางานเพื่อสร้างแรงจูงใจให้กับกลุ่มบุคลากรให้สามารถทำวิจัยให้สำเร็จ

ขั้นสังเกต (Observe) โดยการสังเกตในการวิจัยในครั้งนี้ประกอบด้วย การรวบรวมข้อมูลจากการประเมินผลการเข้าร่วมอบรม และสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงหลังการอบรมการนำไปลงมือปฏิบัติในการดำเนินงานประจำสู่งานวิจัย รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อประเมินผลการพัฒนาศักยภาพบุคลากร

การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflect) กระบวนการทบทวนหลังการอบรม โดยใช้ AAR (After Action Review) เป็นกิจกรรมที่ใช้ในการสะท้อนการปฏิบัติโดยการอภิปรายกลุ่ม เพื่อหาข้อมูลย้อนกลับที่สำคัญเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการจัดการอบรม เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการจัดอบรม โดยการประเมินผลจากการใช้แบบประเมินความรู้ทักษะและแบบประเมินทัศนคติด้านการวิจัยจากงานประจำ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ การวิเคราะห์แบบสัมพัทธ์โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลจากการสะท้อนการปฏิบัตินำมาพัฒนารูปแบบใน ระยะที่ 2 ต่อไป

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวทางการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการสร้างงานวิจัยจากงานประจำที่มีประสิทธิภาพ (ระหว่าง เดือน กุมภาพันธ์ 2563 ถึงเดือน มิถุนายน 2563)

ขั้นวางแผน (Plan) การวางแผน โดยการติดตามแบบมีพี่เลี้ยง เพื่อเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำ การเสริมสร้างแรงจูงใจให้ทำวิจัยให้สำเร็จ โดยแบ่งเป็นการสนทนากลุ่มย่อย 5-6 คน กำหนดการจัดกิจกรรมบ่ายวันอังคารสัปดาห์ละครั้ง เวลา 14.00-16.00 น. จำนวน 2 ครั้ง เพื่อฝึกปฏิบัติในการทำวิจัย และรับฟังปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไขร่วมกันแบบมีส่วนร่วม การเพิ่มช่องทางการปรึกษา โดยการให้

คำปรึกษารายบุคคล การปรึกษาผ่านช่องทางกลุ่มไลน์ “กลุ่มวิจัย รพ.โพธิ์พิสัย” การปรึกษาทางไลน์ส่วนตัว การปรึกษาทางโทรศัพท์ โดยยืดหยุ่นตามภาระงานประจำของกลุ่มตัวอย่าง โดยเน้นการเรียนรู้แบบการพาทำที่ละขั้นตอนการเพิ่มการกระตุ้นผ่านช่องทางกลุ่มไลน์ “กลุ่มวิจัย รพ.โพธิ์พิสัย” ส่งข้อความให้กำลังใจ ลงข้อมูลความก้าวหน้าในการทำวิจัยของกลุ่มตัวอย่างเป็นระยะ พี่เลี้ยงทักในไลน์ส่วนตัวเสนอให้ความช่วยเหลือ ใช้คำถามเพื่อกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจ ช่วยชี้ช่องทางในการหาข้อมูลดูแลตามสภาพปัญหาแต่ละคน

ขั้นปฏิบัติการ (Act) การปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ติดตามความก้าวหน้าในการทำวิจัย มีการกระตุ้นเตือนในกลุ่มไลน์เพื่อส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการสร้างงานประจำสู่การวิจัย การให้กำลังใจ เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกการสังเกตการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างและพี่เลี้ยงในการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา การตีความและสรุปความที่ได้จากการบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรม

ขั้นสังเกต (Observe) การสังเกตการเปลี่ยนแปลงการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างและพี่เลี้ยง การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรม

การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflect) การสะท้อนการปฏิบัติ โดยการนำผลการสังเกตจากระยะการสังเกตมาสะท้อนเพื่อปรับและพัฒนาต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถทำวิจัยให้สำเร็จ การรวบรวมข้อมูลโดยแบบบันทึกผลงานวิจัย จำนวน ผลงานวิจัย

ระยะที่ 3 การประเมินผลการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการสร้างงานวิจัยจากงานประจำ(ระหว่างเดือน มิถุนายน 2563 ถึง กันยายน 2563) โดยประเมินผลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้างนี้เป็นบุคลากรโรงพยาบาลโพธิ์พิสัย จำนวน 308 คน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย 1) บุคลากรที่เคยมีประสบการณ์ในการทำวิจัย กำหนดให้เป็นพี่เลี้ยงโดยการคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 6 คน 2) หัวหน้างานและบุคลากรที่สนใจ จำนวน 24 คน รวมจำนวนทั้งหมด จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือการวิจัยสำหรับวิจัยเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ดังนี้

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ระยะเวลาปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขและประสบการณ์ด้านการสร้างงานประจำงานวิจัย

1.2 แบบประเมินความรู้และทักษะเกี่ยวกับการวิจัย R2R ก่อนและหลัง จำนวน 20 ข้อ โดยข้อคำถาม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) เพื่อพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาจากค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย (Index of item objective congruence: IOC) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน หาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า 0.67 - 1.00 จากการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม จำนวน 30 ชุด พบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.79 ค่าความเที่ยงอยู่ในระดับที่สามารถนำไปใช้ได้ แล้วจัดระดับความรู้ โดยกำหนดเกณฑ์ในการในการแปลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ การแปลผลคะแนนโดยพิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม^๑ ดังนี้

ระดับความรู้ ดี คะแนนตั้งแต่ ร้อยละ 80 - 100 (คะแนน 16-20 คะแนน)

ระดับความรู้ ปานกลาง คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 (คะแนน 12-15 คะแนน)

ระดับความรู้ น้อย คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (คะแนนต่ำกว่า 12 คะแนน)

1.3 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการสร้างงานประจำสู่การวิจัย R2R จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบบลิเคิร์ต^๑ (Likert) 5 ระดับ และข้อเสนอแนะ

1.4 แบบสอบถามความพึงพอใจ มีจำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามความพึงพอใจ 4 ด้าน 1).ด้านเนื้อหาการอบรม 2).ด้านการจัดการอบรมโดยรวม 3) ด้านวิทยากรอบรม 4) 4.ด้านการติดตามหลังการฝึกอบรม ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบบลิเคิร์ต (Likert) 5 ระดับ และข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

2. เครื่องมือการวิจัยสำหรับวิจัยเชิงคุณภาพ ดังนี้

2.1 แบบสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เจาะลึก

2.2 แบบสังเกต โดยการสังเกตพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงหลังพัฒนา

การการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) การประเมินแนวทางการพัฒนาศักยภาพบุคลากรครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ ประสาน นัดวัน เวลา กับผู้ร่วมวิจัย ผู้วิจัยได้นำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการ ตอบแบบประเมินความรู้และทักษะฯ และแนวทางการพัฒนาที่ได้พัฒนาขึ้น พร้อมกับชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยในครั้งนี้พอสังเขป และชี้แจง การตอบแบบสอบถาม หลังจากนั้นได้นัดหมายเพื่อ ทราบวันเวลาในการมารับแบบสอบถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิได้ ตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้วคืนเพื่อดำเนินการต่อไป

2) ในการประเมิน การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ การสังเกตพฤติกรรมการเข้าร่วมกิจกรรมฯมีวัตถุประสงค์เพื่อ ประเมินผลการพัฒนาศักยภาพบุคลากรครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ ขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์เจาะลึกด้วย

ตัวเอง และอนุญาตในการบันทึกภาพกิจกรรมและการบันทึกเสียงระหว่างการสนทนากลุ่ม พร้อมกับชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยในครั้งนี้พอสังเขป หลังจากนั้นได้นัดหมายเพื่อ กำหนดวันเวลาในการทำกิจกรรม เพื่อให้มีการรวบรวมข้อมูลต่อไป

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางในวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพได้จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ติความ สรุปความ

2) การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบประเมินความรู้และทักษะการวิจัยจากงานประจำ ใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนน ก่อนและหลังการอบรม โดยการใช้วิเคราะห์สถิติค่าที (Paired t-test)

3) การวิเคราะห์ข้อมูลแบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรม โดยวิเคราะห์เนื้อหา ติความ สรุปความ

4) การวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจ ความคิดเห็น การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา การตีความ และสรุปประเด็นพร้อมข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.0 มีอายุเฉลี่ย 41.07 ปี (S.D.= 10.53) อายุต่ำสุด 25 ปี และสูงสุด 57 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 90.0 และสูงกว่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ 10.0 ระยะเวลาปฏิบัติงานในหน่วยงานสาธารณสุข เฉลี่ย 17.67 ปี (S.D.=12.16) ต่ำสุด 1 ปี และสูงสุด 36 ปี การมีประสบการณ์ด้านการสร้างงานประจำสู่การวิจัย พบว่า เคยผ่านการ

อบรม R2R ร้อยละ 70.0 และไม่เคยอบรม R2R มาก่อนเลย ร้อยละ 30.0 ในคนที่เคยอบรม R2R มาก่อน พบว่า ทำวิจัยแต่ไม่เสร็จ ร้อยละ 43.5 เคยทำงานวิจัยจนแล้วเสร็จ ร้อยละ 30.4 และไม่ได้ทำวิจัยเลย ร้อยละ 26.1 มีงานวิจัยที่ทำแล้วเสร็จเฉลี่ย 0.43 เรื่อง (S.D.=1.17) สูงสุด 6 เรื่อง

2. ข้อมูลสภาพปัญหาและความต้องการในการสร้างงานวิจัยจากงานประจำ

โดยมีผลการศึกษา ตามลำดับ ดังนี้

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกในประเด็นต่างๆ โดยมีผลการศึกษา สรุปเป็นรายประเด็น ดังนี้

1. การที่ผู้บริหารส่งเสริมให้บุคลากรพัฒนางานประจำสู่การวิจัย R2R ท่านมีความเห็นอย่างไร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยและให้ความเห็นดังกล่าวว่า “เป็นแนวคิดที่ดีของผู้บริหาร เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากร”

“เป็นเรื่องที่ดี ช่วยให้ผู้บุคลากรได้พัฒนาตนเอง คนทำวิจัยภูมิใจ องค์กรได้ประโยชน์” “เป็นการสนับสนุนให้บุคลากรได้เพิ่มความรู้ นำปัญหาหน้างานมาแก้ไข” “เป็นเรื่องที่ดี เพื่อให้บุคลากรที่มีความรู้ได้พัฒนางานประจำให้ดียิ่งขึ้น”

2. คำกล่าว “วิจัย R2R เป็นการเพิ่มภาระงาน” ท่านมีความเห็นอย่างไร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่า ไม่เป็นความจริง ดังคำกล่าวที่ว่า “R2R จะช่วยให้งานประจำที่ยุ่งมาก สามารถพัฒนาให้ง่ายขึ้นได้” ความคิดเห็นบางคนเห็นว่า “หากเป็นการทำวิจัยนอกเวลา งาน คิดว่าเป็นการเพิ่มภาระ เนื่องจากงานประจำภาระงานมากอยู่ ทำให้ไม่มีเวลาให้กับครอบครัว” “คิดว่าเป็นการเพิ่มภาระเพราะต้องใช้สมาธิในการทำวิจัย”

3. ปัญหา อุปสรรค ในการพัฒนางานประจำสู่การวิจัย R2R เป็น อย่างไร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ความเห็นดังกล่าวว่า “ขาดความรู้ในการทำวิจัย กลัวทำไม่ได้” “ภาระงานมากไม่สามารถทำใจระหว่างที่ปฏิบัติงานได้” “ขาดแรงจูงใจ คิดว่าองค์ความรู้ยังไม่เพียงพอ” “ไม่มี

เวลาทำ” “ไม่เข้าใจกระบวนการวิจัย” “ไม่มีผู้ชี้แนะ” “เคยทำแต่ขาดความต่อเนื่องทำไม่สำเร็จขาดประสบการณ์ในการทำวิจัย” “ไม่มีความรู้ด้านสถิติ การสร้างเครื่องมือวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล”

4. ท่านมีข้อเสนอแนะอย่างไร เพื่อให้บุคลากรในองค์กรของเราสามารถทำวิจัย R2R ได้สำเร็จ ส่วนใหญ่ให้ข้อเสนอแนะดังกล่าวดังนี้ “ควรสร้างแรงจูงใจ และเพิ่มขวัญกำลังใจ เช่นการมอบรางวัล การเลื่อนขั้นเงินเดือน”

“ต้องการให้จัดอบรมการทำวิจัย” “ต้องการให้มีพี่เลี้ยงในการทำวิจัย” “ควรจัดอบรมวิจัยอย่างต่อเนื่องทุกปี” “ควรให้ทุกหน่วยงานทำวิจัย” ผู้บริหารให้ความสำคัญและให้การสนับสนุนจริงจัง” “ควรมีบอร์ดความรู้และชื่นชมผลงาน”

5. ความต้องการการสนับสนุนอย่างไร เพื่อให้บุคลากรสามารถทำวิจัย R2R ได้สำเร็จ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้ให้ข้อมูลสรุปได้ว่า “ต้องการสนับสนุนให้เข้าร่วมฟังการนำเสนอผลงานทั้งในและนอกองค์กร” การดูแลเรื่องภาระงานที่รับผิดชอบ” “ต้องการให้จัดอบรมพัฒนาความรู้การเขียนรายงานวิจัย” “ควรมีเวทีเสนอผลงานเพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงานวิจัยเพื่อสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรสร้างผลงานวิจัย” “ต้องการให้อำนวยความสะดวกเรื่องการจัดเวร”

จากข้อค้นพบดังกล่าวนำมาวางแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรต่อไป

3. ข้อมูลการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการสร้างงานวิจัยจากงานประจำ

โดยมีผลการศึกษาแยกรายประเด็น ได้ดังนี้

1. ประเด็นเกี่ยวกับภาระงานมาก ต้องการสนับสนุนด้านเวลาทำวิจัย ได้รับฟังข้อเสนอแนะและนำมาปรับรูปแบบการติดตามหลังอบรม ดังนี้ หัวหน้างานได้เสนอให้นัดหมายการปรึกษากลุ่มย่อย 5-6 ทุกบ่ายวันพุธ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมน้อยเนื่องจากติดภาระงานยังไม่สามารถร่วมกิจกรรมได้ และส่วนใหญ่

เวลารว่างไม่ตรงกัน จึงปรับรูปแบบยืดหยุ่นการปรึกษาได้หลายช่องทาง เช่น การปรึกษารายบุคคล การปรึกษาผ่านกลุ่มไลน์ “กลุ่มวิจัยรพ.โพธิ์พิสัย” การปรึกษาพี่เลี้ยงช่องทางไลน์ส่วนตัว และการปรึกษาทางโทรศัพท์ โดยสามารถปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง

2. ประเด็นพี่เลี้ยงวิจัยในการติดตามดูแล โดยกลุ่มบุคลากรที่มีประสบการณ์ในการสร้างงานประจำสู่การวิจัยหรือบุคลากรที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท จำนวน 6 เป็นพี่เลี้ยงวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่ติดปัญหายังไม่มั่นใจที่จะเป็นพี่เลี้ยง ให้ความเห็นว่า “พี่ช่วยกระตุ้น ให้กำลังใจได้แต่ยังไม่มั่นใจที่จะเป็นที่ปรึกษาวิจัย ป็นข้อเป็น ผู้วิจัยให้เกิดความมั่นใจก่อน” และบางคนกล่าวว่า “ภาระงานประจำมากไม่มีเวลาอ่านงานวิจัยเลย ผลงานของตัวเองก็ยังไม่เคยได้รับรางวัล พี่ยังไม่มั่นใจเลยที่จะเป็นที่ปรึกษา” จากข้อคิดเห็นดังกล่าว ได้ปรับรูปแบบใหม่ โดยให้พี่เลี้ยงติดตามดูแลให้กำลังใจ และปรึกษาเท่าที่สามารถทำได้ และให้ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาในประเด็นที่ไม่เข้าใจ ซึ่งทำให้บรรยากาศการพัฒนาเป็นไปด้วยดี

3. ประเด็นเกี่ยวกับต้องการสนับสนุนให้เข้าร่วมฟังการนำเสนอผลงานทั้งในและนอกองค์กร” การดูแลเรื่องภาระงานที่รับผิดชอบ” “ต้องการให้จัดอบรมพัฒนาความรู้การเขียนรายงานวิจัย” “ควรมีเวทีเสนอผลงานเพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงานวิจัยเพื่อสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรสร้างผลงานวิจัย” “ต้องการให้อำนวยความสะดวกเรื่องการจัดเวร” หลังจากนำข้อค้นมาเสนอผู้บริหาร พบว่า ผู้อำนวยการสนับสนุนให้งบประมาณในการจัดเวทีนำเสนอผลงานวิจัยของโรงพยาบาล เพื่อสร้างแรงจูงใจ และเปิดโอกาสให้ผู้ที่มิผลงานได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงานวิจัย และหัวหน้างานได้อำนวยความสะดวกเรื่องการจัดเวรให้เพื่อให้สามารถอบรมวิจัยได้ รวมทั้งได้บรรจุเรื่องผู้ที่มีผลงานวิจัยให้มียกต่อการเลื่อนขั้นเงินเดือนทั้งผลงานส่วนตัวและให้เป็นผลงานหน่วยงานด้วย

ข้อมูลประเมินผลการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการสร้างงานวิจัยจากงานประจำ โรงพยาบาล โพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

4.1 การประเมินความรู้และทักษะการวิจัย R2R โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ 2563

4.1.1 ระดับความรู้ก่อนและหลังการอบรม

พบว่า ก่อนอบรม R2R กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้และทักษะการวิจัย R2R อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 66.7 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 26.7 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 9.83 คะแนน (S.D.=2.49) และหลังการอบรม R2R กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้และทักษะการวิจัย R2R อยู่ในระดับดี ร้อยละ 60.0 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.0 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 15.57 คะแนน (S.D.=1.22) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ระดับความรู้และทักษะการวิจัย R2R ก่อนและหลังการอบรม R2R (n=30)

ระดับความรู้	ก่อนอบรม R2R		หลังอบรม R2R	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ดี (16-20 คะแนน)	2	6.7	18	60.0
ปานกลาง (12-15 คะแนน)	8	26.7	12	40.0
น้อย (< 12 คะแนน)	20	66.7	0	0.00
$\bar{X}(S.D.); Median(IQR); Min: Max$	9.83(2.49); 9.50(4); 5:16		15.57(1.22); 16.0(2.25); 14:18	

4.1.2 คะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรม R2R โดยภาพรวม

ผลการศึกษา พบว่า ก่อนการอบรม R2R กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 9.83 คะแนน (S.D.= 2.49) คะแนนตั้งแต่ 5 ถึง 16 คะแนน และหลังการอบรม R2R กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 15.57 คะแนน

(S.D.=1.22) คะแนนตั้งแต่ 14 ถึง 18 คะแนน ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรม R2R พบว่า หลังการอบรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value= <0.001; 95% ช่วงเชื่อมั่นของค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง= 4.95 ถึง 6.51) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความแตกต่างของคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรม R2R โดยใช้สถิติ Paired t-test

คะแนนความรู้	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง ($\bar{d}$)	S.D.	95%CI	p-value
ก่อนอบรม R2R	30	9.83	2.49	5.73	2.08	4.95 ถึง 6.51	<0.001
หลังอบรม R2R	30	15.56	1.22				

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการสร้างงานประจำสู่การวิจัย R2R ตามโครงการการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการสร้างงานประจำสู่

การวิจัย โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

1. ระดับความคิดเห็นต่อการจัดโครงการอบรม R2R โดยภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อการจัดโครงการฯ อยู่ในระดับ มาก ตารางที่ 3 ระดับความคิดเห็นต่อการจัดโครงการอบรม R2R (n=30)

ระดับความคิดเห็นต่อการจัดโครงการฯ	จำนวน	ร้อยละ
มากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00)	13	43.3
มาก (คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20)	15	50.0
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40)	0	0.0
น้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60)	0	0.0
น้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80)	2	6.7
$\bar{X}(S.D.); Median(IQR); Min: Max$	4.23(1.01); 4(1); 1:5	

ข้อมูลผลการสังเกตการดำเนินงานตามโครงการการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ในการสร้างงานประจำสู่การวิจัย โรงพยาบาลโพพพิสัย จังหวัดหนองคาย

โดยมีผลการศึกษาแบ่งตามประเด็นในการสังเกต ดังนี้

1. ด้านบรรยากาศการอบรมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการสร้างงานประจำสู่การวิจัย R2R

1) บรรยากาศการอบรมเชิงปฏิบัติการ จากการสังเกต พบว่าส่วนใหญ่กระตือรือร้นสนใจซักถาม ในประเด็นที่สงสัย และวิทยากรมีความเป็นกันเอง การจัดกิจกรรมในวันหยุดการแต่งกายให้สวมใส่สบายไม่ต้องเป็นทางการ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมไม่เครียด

2) รูปแบบการอบรมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการสร้างงานประจำสู่การวิจัย R2R พบว่า มีสื่อประกอบการบรรยาย มีกิจกรรมแบ่งกลุ่มย่อย ฝึกเขียน แลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีการกระตุ้นให้ผู้อบรมเกิดความอยากรู้อยาก

เห็น ด้านการฝึกปฏิบัติเขียนงานวิจัย R2R ไม่พบว่ามีผู้เข้าอบรมหลับระหว่างอบรม

3) บรรยากาศในการฝึกปฏิบัติ พบว่าวิทยากรเป็นกันเอง สามารถสอบถามปรึกษารายบุคคลได้ ช่วงที่ฝึกปฏิบัติเขียน คนที่มีท่าทางเครียดมีบางคนที่ยังไม่ได้เริ่มทำ จะมีท่าทางวิตกกังวลบ้าง

2. รูปแบบการฝึกปฏิบัติการทำวิจัยแบบมีพี่เลี้ยง จากการติดตามสรุปได้ ดังนี้

1) แบบกลุ่มย่อย 5-6 คน โดยนัดหมายทุกวันพุธบ่าย กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมน้อย เนื่องจากติดภาระงานไม่ตรงกัน และพบปัญหาด้านพี่เลี้ยงยังไม่มั่นใจที่จะเป็นที่ปรึกษาวิจัย ได้ปรับแผนให้ช่วยสนับสนุน ส่งเสริมกำลังใจและช่วยกระตุ้นให้เป็นระยะ ส่วนใหญ่ติดปัญหาเรื่องภาระงาน ไม่มีเวลา และมีภาระงานเร่งด่วนในสถานการณ์โควิด-19

2) แบบปรึกษารายบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างจะมาปรึกษาพี่เลี้ยงในช่วงบ่าย หลายคนให้ความเห็นว่า

“ การศึกษารายบุคคลที่
ห้องงานวิจัยและพัฒนาที่สะดวกกว่าเพราะได้
คุยส่วนตัว ”

3) ปรึกษาพี่เลี้ยง ผ่าน
ช่องทางไลน์กลุ่ม พบว่า การสื่อสารผ่าน
ช่องทางไลน์กลุ่ม สามารถกระตุ้นผู้วิจัยได้ดี
ลดระยะเวลาไม่ต้องเดินมาถาม สามารถ
ส่งผ่านข้อแนะนำต่างๆ ตัวอย่างผลงาน หรือ
ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการค้นคว้า ซึ่งมิ
ความสะดวกมากขึ้น

4) ปรึกษาพี่เลี้ยง ผ่าน
ช่องทางไลน์ส่วนตัว พบว่าช่องทางไลน์ส่วนตัว
เป็นอีกช่องทางที่ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าการ
ปรึกษาได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว กลุ่มตัวอย่าง
บางคนไม่ยอมพูดในไลน์กลุ่ม สามารถ
ปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง เพราะส่วนกลุ่ม
ตัวอย่างทำวิจัยนอกเวลางาน

5) การปรึกษาพี่เลี้ยง
โทรศัพท์ พบว่า ช่องโทรศัพท์ส่วนตัวเป็นอีก
ช่องทางที่ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าการปรึกษา
ได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว กลุ่มตัวอย่างบางคน
ไม่ยอมพูดในไลน์กลุ่ม สามารถปรึกษาทาง
โทรศัพท์ได้ตลอด 24 ชั่วโมง เพราะส่วนกลุ่ม
ตัวอย่างทำวิจัยนอกเวลางาน

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างพี่เลี้ยง
กับผู้วิจัย พบว่า ส่วนใหญ่จะทำงานร่วมกันมา
นาน มีความคุ้นเคยอยู่แล้ว ทำให้มี
ความสัมพันธ์ที่ดีถ้าถาม การที่พี่เลี้ยงเปิด
โอกาสให้ปรึกษาได้หลายช่องทางเพื่อให้
สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างที่

ลักษณะงานที่แตกต่างช่วงที่ว่างจากงาน
ประจำไม่ตรงกัน

2. จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมการ
ติดตามแบบที่มีพี่เลี้ยงวิจัย

พบว่า การปรึกษาแบบกลุ่มย่อย 5-6
คน กลุ่มตัวอย่างให้ความสนใจน้อยเนื่องจาก
ภาระงาน นั้ตรวมกันยาก รูปแบบการปรึกษา
ที่นิยมมากที่สุด คือ แบบศึกษารายบุคคล
ปรึกษาพี่เลี้ยง ผ่านช่องทางไลน์กลุ่ม ปรึกษา
พี่เลี้ยง ผ่านช่องทางไลน์ส่วนตัวและการ
ปรึกษาพี่เลี้ยงผ่านทางโทรศัพท์ เป็นการ
ปรึกษาที่ยืดหยุ่นตามความต้องการของกลุ่ม
ตัวอย่างมีการนัดหมายเวลา และมาปรึกษา
รายบุคคลเป็นส่วนใหญ่ จากการสอบถาม ให้
ความเห็นเห็นว่า “เรื่องวิจัยไม่เหมือนกันอยากได้
ข้อแนะนำสามารถพูดคุยส่วนตัวจะสะดวก
กว่า” “เวลาวางไม่ตรงกัน”

4.4 ผลการประเมินความพึงพอใจ หลังการเข้าร่วมโครงการการวิจัย

4.4.1 ระดับความพึงพอใจหลังการ อบรม R2R โดยภาพรวม

พบว่า หลังการอบรม R2R กลุ่ม
ตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อ
โครงการฯ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 53.3
รองลงมาอยู่ในระดับมากที่สุด และระดับปาน
กลาง ร้อยละ 36.7 และร้อยละ 10.0
ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.12 คะแนน
(S.D.=0.41) (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ระดับความพึงพอใจหลังการอบรม R2R (n=30)

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน	ร้อยละ
มากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00)	11	36.7
มาก (คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20)	16	53.3
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40)	3	10.0

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน	ร้อยละ
น้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60)	0	0.0
น้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80)	0	0.0
$\bar{X}$ (S.D.); Median (IQR); Min: Max	4.12(0.41); 4.0(0.46); 3.18:4.87	

การอภิปรายผล

สามารถอภิปรายผลตามลำดับ ดังนี้

1. ผลการประเมินด้านปฏิกริยาตอบสนอง (Reaction evaluation) ตามแนวคิดการประเมินผลการพัฒนาของ เคิร์ก แพทริก พบว่าโดยภาพรวมระดับความพึงพอใจต่อโครงการฯ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 53.3 รองลงมาอยู่ในระดับมากที่สุด และระดับปานกลาง ร้อยละ 36.7 และ 10.0 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.12 คะแนน (S.D.=0.41) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อเรียงจากมากไปหาน้อย พบว่า วิทยากรมีความเหมาะสม มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด อาจเป็นเพราะวิทยากรมีความรู้ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้และการให้คำปรึกษางานวิจัยอย่างต่อเนื่อง หลังอบรมแม้ในช่วงวันหยุดราชการซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ คັນสนีย์ อุตมอ่าง⁹ พบว่า ผู้เข้าอบรมพึงพอใจต่อการอบรมมากที่สุดได้แก่ วิทยากรมีความรู้ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ รองลงมาได้แก่ ประโยชน์ที่ได้รับจากการฝึกอบรม มีพี่เลี้ยงวิจัยสำหรับให้คำแนะนำในการทำวิจัย และมีอาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัยสามารถขอรับคำแนะนำได้ ส่วนวันที่และระยะเวลาจัดอบรมมีความเหมาะสมมีคะแนนต่ำที่สุด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการจัดอบรมในวันหยุดราชการเนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องอัตรากำลังไม่เพียงพอและหากจัดอบรมในวันเวลาราชการอาจมีผลกระทบต่อการให้บริการผู้ป่วย และช่วงเวลาดังกล่าวมีสถานการณ์โรคโควิด 19 ส่งผลกระทบไม่สามารถจัดการอบรมต่อเนื่อง

ได้ ทำให้ระยะเวลาอบรมใช้เวลานานไม่ต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของคำปัน ศรีมหาไชย, พงศ์เทพ จิระโร, สมศักดิ์ ลิลา¹⁰ พบว่า ความเหมาะสมวันเวลาจัดการอบรมมีคะแนนความพึงพอใจต่ำที่สุด อาจเป็นเพราะว่าระยะเวลาการอบรมโครงการใช้เวลานาน

สรุปข้อคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการสร้างงานวิจัยจากงานประจำ โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย สามารถจำแนกได้ ดังนี้ 1) ด้านความพึงพอใจต่อเนื้อหาการอบรม โดยรวมอยู่ในระดับ “มาก” พบว่าวิทยากรผู้ให้ความรู้มีความเหมาะสมมีคะแนนอยู่ในระดับมากที่สุด “คิดว่า เป็นเพราะ วิทยากรทั้งสองท่านมีวิธีการถ่ายทอดความรู้ดีมาก” “ การเรียนเข้าใจดีมาก” “การเป็นที่ปรึกษาติดตามหลังอบรมอย่างต่อเนื่องรู้สึกความประทับใจและมีแรงจูงใจที่อยากจะทำวิจัยเพิ่มขึ้นค่ะ ” 2) ด้านความพึงพอใจต่อการจัดการอบรม โดยรวมระดับ “มาก” ซึ่งความเหมาะสมวันเวลาจัดการอบรมมีคะแนนความพึงพอใจต่ำที่สุด “คิดว่าการจัดอบรมควรจัดในวันเวลาราชการ อาจเป็นเพราะดังคำพูดว่า “อยากมีเวลาในวันหยุดให้ครอบครัวบ้าง” “ภาระงานมากส่วนใหญ่จะใช้วันหยุดทำภาระกิจครอบครัวจำเป็นต้องมาอบรม” 3) ด้านความพึงพอใจต่อวิทยากรของผู้เข้าร่วมอบรม โดยรวมอยู่ในระดับมาก “คิดว่าอาจเป็นเพราะดังคำกล่าวที่ว่า “วิทยากรมีเทคนิคและวิธีการ

ถ่ายทอดความรู้มีความเหมาะสมดีมากค่ะ” “อาจารย์เปิดโอกาสให้ซักถามและแสดงความคิดเห็นได้ตลอดการอบรมวิทยากรมีความเป็นกันเอง” “การอธิบายเข้าใจดีมากค่ะอยากให้จัดอบรมและเชิญอาจารย์มาอีกในปีหน้า” และ 4) ด้านการติดตามหลังการฝึกอบรมโดยรวมอยู่ในระดับ “มากที่สุด” คิดว่าอาจเป็นเพราะมีพี่เลี้ยงติดตามดูแลต่อเนื่องสำหรับให้คำแนะนำในการทำวิจัยและมีอาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัยสามารถขอรับคำแนะนำได้ตลอด 24 ชั่วโมง ส่งผลดีทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถรับคำปรึกษาได้ตลอด

2) ประเมินด้านความรู้และทักษะ (Learning Evaluation) พบว่าการประเมินความรู้ก่อนและหลังการฝึกอบรมด้วยการวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับความรู้ก่อนและหลังการฝึกอบรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) หลังอบรมมีความรู้เพิ่มขึ้น โดยภาพรวม ก่อนอบรมมีความรู้และทักษะอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 66.7 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 26.7 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 9.83 คะแนน ($S.D.=2.49$) และหลังการอบรม R2R ส่วนใหญ่มีความรู้และทักษะอยู่ในระดับดี ร้อยละ 60.0 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.0 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 15.57 คะแนน ($S.D.=1.22$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าความรู้และทักษะการฝึกอบรมมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ ความหมายของ R2R (อาร์ทูอาร์) หรือ Routine to Research นิยามศัพท์เฉพาะในการวิจัย” จะมีประโยชน์มากที่สุดในเรื่องใด การคาดคะเนคำตอบของการวิจัยอย่างมีเหตุผล มีความหมายตรงกับข้อใด มีคะแนนมากที่สุด เท่ากัน ซึ่งอาจเป็นเพราะวิทยากรทั้งสองท่านมีวิธีการถ่ายทอดความรู้ดี

มาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แรกขวัญ สรรสวัสดิ์, สงกรานต์ กัญญมาสา¹¹ ที่พบว่าความรู้เฉลี่ยในการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยเพิ่มขึ้นหลังได้รับการประชุมเชิงปฏิบัติการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และ สอดคล้องกับการศึกษาของคำปิ่น ศรีมหาไชย และคณะ¹⁰ ที่พบว่าผู้เข้าอบรมมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้นได้คะแนนเฉลี่ยหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนคะแนนความรู้ต่ำที่สุดคือ จากผลการวิเคราะห์ที่ได้ ค่า P-value ที่ถูกต้องที่จะนำไปเปรียบเทียบกับค่าระดับนัยสำคัญมีค่าเท่ากับข้อใด การนำเสนอสถิติพรรณนา ควรจะนำเสนอค่าใด ควบคู่กับค่ามัธยฐาน อาจเป็นเพราะว่า โดยส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องสถิติวิจัย “คิดว่าอยากให้จัดอบรมสถิติอีก อาจารย์สอนดีมากค่ะ แต่หลายคนไม่มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับสถิติวิจัย” ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิภาวี เผ่ากันทรกรและเกตุรมาศ อยู่ถิณ³ ได้ศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการทำวิจัยของบุคลากรทางคลินิก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พบว่า ขาดความรู้ด้านการใช้สถิติและการะงานมาก

สรุปข้อคิดเห็นประเมินด้านความรู้และทักษะหลังการเข้าร่วมโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการสร้างงานวิจัยจากงานประจำ โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย สามารถจำแนกได้ ดังนี้ การอบรมพัฒนาความรู้และทักษะ โดยได้พัฒนาตามสภาพปัญหาและความต้องการ โดยการพัฒนาศักยภาพใช้การฝึกอบรมร่วมกับการฝึกปฏิบัติ จำนวน 3 ครั้ง มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้วิจัยและวิทยากรพี่เลี้ยง มีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง โดยมี

ที่เลี้ยงในการติดตามให้ข้อเสนอแนะ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และทักษะในการวิจัยเพิ่มขึ้นอีกทั้งในการอบรมความรู้ได้ปรับกระบวนการอบรมโดยมีฝึกปฏิบัติการวิเคราะห์ข้อมูล การอบรมมีขั้นตอนที่ชัดเจนและมีรูปแบบการติดตามอย่างใกล้ชิดโดยปรับตามสภาพปัญหาและความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง จากข้อมูลดังกล่าวส่งผลให้คะแนนความรู้เฉลี่ยหลังการอบรมเพิ่มสูงขึ้น

3) การประเมินพฤติกรรมและการนำไปใช้ (Behavior evaluation) ตามแนวคิดการประเมินผลการพัฒนาของ เคิร์ก แพทริก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อการจัดโครงการฯ อยู่ในระดับ มาก ร้อยละ 50.0 รองลงมาอยู่ในระดับ มากที่สุด และระดับ น้อยที่สุด ร้อยละ 43.3 และร้อยละ 6.7 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.23 คะแนน (S.D.= 1.01) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อจากมากไปหาน้อย พบว่า ฉันทัดว่าการพัฒนางานวิจัยควรมีที่เลี้ยงและที่ปรึกษาในการทำวิจัย มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาฉันทัดว่าการทำวิจัยต้องมีสมาธิคนที่ทำได้ ต้องเสียสละเวลา ใช้ความตั้งใจและทุ่มเท จึงจะสำเร็จ และ ฉันทัดว่าแรงจูงใจ ขวัญ กำลังใจมีความสำคัญต่อการสร้างงานประจำสู่การวิจัย R2R ของบุคลากร อาจเป็นเพราะว่าหลังอบรมกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีขึ้นต่อการโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการสร้างงานวิจัยจากงานประจำ และ รองลงมาพบว่าความคิดเห็นมีคะแนนระดับ “มาก” ได้แก่ “ฉันทัดว่าผู้บริหาร/หัวหน้างานให้การสนับสนุนบุคลากรทุกหน่วยงานในการสร้างงานประจำสู่การวิจัย R2R เพื่อพัฒนางานประจำให้ดียิ่งขึ้น ด้านการสนับสนุนมีความเหมาะสม” นอกจากนี้การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการสร้างงานวิจัยจาก

งานประจำเป็นการเสริมทักษะและเติมศักยภาพบุคลากรให้มีการพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นซึ่งบทบาทของผู้บริหารจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมให้บุคลากรมีศักยภาพสูงขึ้นด้านการวิจัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปรีญูช ชัยกองเกียรติ, มาลี คำคง¹² ที่พบว่า ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้อง จึงควรเริ่มจาก 1) ส่งเสริมการสร้างการเข้าใจและทัศนคติที่ถูกต้องของผู้วิจัยเอง รวมทั้งค้นหาเมล็ดพันธุ์ใหม่ มีใจรักและกระตือรือร้นที่จะทำวิจัย นำมาพัฒนาให้ความรู้ให้สามารถทำงานวิจัยที่มีคุณภาพได้ 2) ส่งเสริมและสนับสนุนการทำ R2R ทั้งในระดับนโยบาย กลยุทธ์ และนำไปสู่การปฏิบัติ โดยให้มีแผนงานโครงการที่ชัดเจนรวมทั้งการสนับสนุนด้านงบประมาณ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้วิจัยทำงานวิจัยอย่างมีความสุข และปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญในการพัฒนา ซึ่งยังพบว่าบุคลากรบางคนยังมีข้อคิดเห็นได้แก่ “ฉันทัดว่าการทำวิจัย R2R เรื่อยๆ ฉันทัดทำไม่ได้ เพราะไม่มีเวลาทำ” และ “ฉันทัดว่า งานประจำที่ทำมีภาระงานมากอยู่แล้ว การสร้างงานประจำสู่การวิจัย R2R เป็นการเพิ่มภาระงาน” แม้ว่าเป็นข้อคิดเห็นในระดับน้อยที่สุดแต่ก็ส่งผลกระทบที่มีส่วนให้ไม่สามารถทำวิจัยได้สำเร็จ ซึ่งปัญหาภาระงานมากมีหลายหน่วยงานที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาศักยภาพผู้วิจัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รวิพร โรจนอาษา⁵ ที่พบว่า ผู้ที่ทำวิจัยไม่สำเร็จ ปัญหาภาระงานมาก ขาดแรงสนับสนุน ไม่มีที่เลี้ยงให้คำแนะนำในการทำวิจัยและสอดคล้องกับการศึกษาของ นพวรรณ รื่นแสง, วรวรรณ สโมสรสุข¹³ พบว่า ด้านบริหารจัดการเป็นปัญหาต่อการดำเนินโครงการวิจัยมากที่สุด รองลงมามีภาระงานมาก ขาดแรงสนับสนุน ขาดความรู้

ทักษะการทำวิจัย นอกจากนี้ปัญหาด้านบุคลากรกับประสบการณ์ในการทำวิจัยมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ สำหรับแนวทางการส่งเสริมการวิจัย ได้แก่ 1) การมีระบบพี่เลี้ยง 2) การมีเครือข่ายวิจัยในองค์กร เพื่อให้บุคลากรได้มีแรงจูงใจต่อการทำวิจัย ซึ่งจากปัญหาดังกล่าวนำมาแก้ไขปรับปรุงและพัฒนา จนสามารถพัฒนาศักยภาพบุคลากรได้สำเร็จบุคลากรนำความรู้ไปพัฒนาจนปัญหาหน่วยงานและมีผลงานวิจัยที่เกิดผลลัพธ์ที่ดี คุณภาพบริการดูแลรักษาให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นและส่งผลต่อองค์กร

4) ประเมินด้านผลลัพธ์และประโยชน์ต่อองค์กร (Result evaluation) ตามแนวคิดการประเมินผลการพัฒนาของเคิร์กแพทริก พบว่า มีผลงานวิจัยนำเสนอจำนวน 13 เรื่อง ผลงานที่ผ่านขอจริยธรรมวิจัยอยู่ระหว่างวิเคราะห์ผล จำนวน 6 เรื่อง และผู้วิจัยกำลังเริ่มทำ จำนวน 10 เรื่อง รวมจำนวนผลงานทั้งหมด 29 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 96.67 ข้อเสนอแนะจากการวิจัยเห็นว่า ควรจัดอบรมในวันเวลาราชการ เพื่อเปิดโอกาสให้บุคลากรที่ไม่สะดวกอบรมในวันหยุดเข้าร่วมอบรมได้ และขาดสิ่งสนับสนุนด้านทุนการทำวิจัย ข้อเสนอแนะการสร้างแรงจูงใจและขวัญกำลังใจโดยขอให้เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาขึ้นเงินเดือนทั้งของส่วนตัวและของหน่วยงาน และการสร้างวัฒนธรรมการชื่นชมผลงานให้เกิดขึ้นในองค์กร

สรุปได้ว่าผลการศึกษการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการสร้างงานวิจัยจากงานประจำ โรงพยาบาลโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย โดยประยุกต์ใช้ตามแนวคิดการประเมินผลการพัฒนาของ เคิร์กแพทริก มาพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการวิจัยในครั้งนี้

นี้ สามารถพัฒนาจนบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ทุกข้อ พบว่าการพัฒนาตามสภาพปัญหาและความต้องการที่แท้จริง การพัฒนาเป็นกระบวนการต่อเนื่อง โดยใช้การฝึกอบรมร่วมกับการฝึกปฏิบัติ จำนวน 3 ครั้ง โดยในครั้งแรกเป็นการปูพื้นฐานในการทำวิจัย กระบวนการวิจัย การค้นหาปัญหาการวิจัย และการเขียนโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ครั้งที่สองเรียนรู้ด้านสถิติที่ใช้ในการวิจัย การสร้างเครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งการฝึกปฏิบัติการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ และในระยสุดท้ายเป็นการฝึกปฏิบัติการเขียนผลการศึกษาและอภิปรายผล และการฝึกปฏิบัติการเขียนบทความวิจัยเพื่อตีพิมพ์และเผยแพร่ ในระหว่างการอบรมมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้วิจัยและวิทยากรพี่เลี้ยง การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในครั้งนี้ มีการวางแผนการพัฒนารูปแบบเป็นขั้นตอน มีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องและปรับรูปแบบการอบรมให้เกิดการเรียนรู้ที่เหมาะสมโดยยึดหยุ่นตามสภาพกลุ่มตัวอย่าง มีพี่เลี้ยงในการติดตามให้คำปรึกษา มีช่องทางการปรึกษาหลายช่องทาง เช่น การปรึกษารายกลุ่ม การปรึกษารายบุคคล ทางโทรศัพท์ ทางไลน์ส่วนตัว และไลน์กลุ่ม “กลุ่มวิจัย รพ.โพธิ์ชัย” รวมทั้งทีมวิทยากรมีความเชี่ยวชาญและเป็นที่ปรึกษาระหว่างทำวิจัยตลอด 24 ชั่วโมง ดังนั้นจากเหตุผลดังกล่าวส่งผลให้เกิดผลงานวิจัยจำนวนมาก และเป็นงานที่มีประโยชน์สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้จริง และพัฒนามาจากปัญหาที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานผลลัพธ์ที่ดีต่อองค์กร

ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ควรให้มีการปรับวันให้มาจัดอบรมในวันเวลาราชการ หรือหากจัดในวันหยุดควรถือว่าไปราชการ เพื่อไม่กระทบกับวันหยุด ซึ่งส่วนใหญ่มีภาระงานมาก ทำให้ผู้อบรมไม่มีเวลาพัก
2. ยังพบปัญหาด้านพี่เลี้ยงยังขาดความมั่นใจในการเป็นพี่เลี้ยงวิจัย ควรอบรมพัฒนาความรู้และทักษะการเป็นพี่เลี้ยงวิจัยเพื่อให้ขยายการพัฒนาผลงานวิจัยและเพิ่มความครอบคลุมในการติดตามดูแลต่อไป
3. ควรมีการติดตามผู้วิจัยที่ยังทำไม่เสร็จอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถทำวิจัยให้สำเร็จ
4. ควรจัดการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับสถิติการวิจัยและการฝึกปฏิบัติการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์เพิ่มเติม
5. ควรพัฒนาให้มีผลงานวิจัยให้กระจายครบทุกหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษากำหนดนักวิจัยหน้าใหม่โดยใช้แนวคิดการประเมินผลการพัฒนาของ เคิร์กแพทริก เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการพัฒนานักวิจัยต่อไป
2. ควรมีการศึกษากำหนดหลักสูตรพี่เลี้ยงวิจัยให้กระจายครอบคลุมทุกหน่วยงาน และเพื่อให้เกิดการพัฒนาผลงานวิจัยให้กระจายครบทุกหน่วยงานต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ดร.เทพไทย โชติชัย วิทยากรจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น ขอขอบคุณผู้เข้าร่วม

โครงการวิจัยทุกท่าน และพญ.นรินทร์พิย ฤทธิธิตติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิ์ชัย ที่ให้การสนับสนุนโครงการอย่างดียิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.ปฏิรูป สรรส. ก้าวสู่การวิจัยระบบสุขภาพในทศวรรษที่ 3 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: [เข้าถึงเมื่อ 10 มี.ค.63]. เข้าถึงได้จาก <http://kb.hsri.or.th./dspace/handle/11228>.
2. สำนักงาน สารนิเทศ สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข.ประชุม วิชาการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย ประจำปี 2562. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: [เข้าถึงเมื่อ 31 ก.ค.63]. เข้าถึงได้จาก [https:// pr.moph.go.th /?url =pr /detail /2/04/130258/](https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/04/130258/).
3. วิภาวี เผ่ากันทรากกร, เกตุรามาศ อยู่ถื่น. ปัญหาและอุปสรรคในการทำวิจัยของ บุคลากรทางคลินิก สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ. วารสารสถาบันจิตเวช ศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ. 2554; 5(1): 23-34.
4. จรวยพร ศรีศศลักษณ์, อภิญา ตันทวี วงศ์ (บรรณาธิการ). R2R: Routine to Research สยบงานจำเจด้วยการวิจัย สู่ โลกใหม่ของงานประจำ. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2552.
5. รวิพร โรจนอาษา. การประเมินผล โครงการงานประจำสู่งานวิจัยของ บุคลากรโรงพยาบาลสะเตา.วารสาร เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการ สาธารณสุขภาคใต้. 2559; 3(2): 133 - 148.
6. Kirkpatrick D, Kirkpatrick J. Evaluating training programs: The

- four levels: Berrett-Koehler Publishers; 2006.
7. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planner. 1988.
8. Bloom B. Learning for mastery, (UCLA-CSEIP) The Evaluation Comment, 1 (2). All our children learning London: McGraw-Hill. 1968.
9. ศันสนีย์ อุดมอ่า. การประเมินโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการผลิตทองม้วนเพื่อกระตุ้นเศรษฐกิจชุมชนตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง. [อินเทอร์เน็ต]. เพชรบูรณ์: [เข้าถึงเมื่อ 13 พ.ค.63]. เข้าถึงได้จาก http://research.pcru.ac.th/service/pro_data/files11/54-039.pdf.
10. คำปิ่น ศรีมหาไชย, พงศ์เทพ จิระโร, สมศักดิ์ ลีลา. การประเมินโครงการสร้างข้อสอบมาตรฐานวัดความรู้ความสามารถในการคิดขั้นสูงของนักเรียนโรงเรียนในสังกัดเมืองพัทยา โดยบูรณาการรูปแบบการประเมินของเคิร์กแพตทริกและการประเมินอภิमान.วารสารวิจัยรำไพพรรณี. 2560; 11(3): 119-129.
11. แรกขวัญ สระวลี, สงกรานต์ กัญญาสา. ผลของการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยต่อการพัฒนาสมรรถนะผู้ปฏิบัติงานด้านภารกิจสนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2562; 28(3):499-508
12. ปริญญ ชัยกองเกียรติ, มาลี คำคง. งานวิจัยจากงานประจำ: การขับเคลื่อนสู่การใช้ประโยชน์.วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้.2560; 4(3): 259-270.
13. นพวรรณ รื่นแสง, วรวรรณ สโมสรสุข. ปัญหา อุปสรรคและแนวทางการส่งเสริมการดำเนินโครงการวิจัยของผู้รับทุนสนับสนุนโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ.วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์. 2559; 11(3): 207-218

ความครอบคลุมและยืดหยุ่น : ประเด็นที่ควรถูกพิจารณาสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยตัวแบบเชิงเส้นนัยทั่วไปในงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ

พงษ์เดช สารการ^{1,2}, ภูลกร จำปาหวาย²

(วันที่รับบทความ: 30 กรกฎาคม 2563; วันที่แก้ไข 30 ตุลาคม 2563; วันที่ตอบรับ 31 ตุลาคม 2563)

บทคัดย่อ

ตัวแบบเชิงเส้นนัยทั่วไป (Generalized linear model, GLMs) เป็นตัวแบบที่ขยายมาจากตัวแบบเชิงเส้นทั่วไป (General linear model, GLM) เพื่อพัฒนาสมการทำนาย หรือ ความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปรผลลัพธ์และตัวแปรร่วม ซึ่งครอบคลุมทั้งตัวแปรผลลัพธ์แบบต่อเนื่องและไม่ต่อเนื่องที่อยู่ภายใต้ฟังก์ชันการแจกแจงตระกูลเอกซ์โพเนนเชียล ด้วยส่วนประกอบเชิงสุ่มและฟังก์ชันเชื่อมโยง นอกจากนี้ยังถูกพัฒนาและขยายอย่างต่อเนื่องเป็นตัวแบบและวิธีการอื่นที่สามารถนำไปใช้ในงานวิจัยที่มีความซับซ้อนด้วยเช่นกัน เช่น ตัวแบบ Generalized additive model (GAM) สำหรับความสัมพันธ์เชิงเส้นโค้งแบบราบเรียบและสมการประมาณค่าแบบทั่วไป (Generalized estimating equation, GEE) สำหรับตัวแปรผลลัพธ์ที่มีความสัมพันธ์กัน เป็นต้น ดังนั้นประเด็นความครอบคลุมและยืดหยุ่นของตัวแบบเชิงเส้นนัยทั่วไป จึงควรถูกพิจารณาและนำมาใช้ในขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อลดเวลาในการเรียนรู้วิธีการทางสถิติแต่ละวิธีและสะดวกในการนำมาใช้ โดยเฉพาะในงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ

คำสำคัญ: ตัวแบบเชิงเส้นทั่วไป, ตัวแบบเชิงเส้นนัยทั่วไป, ฟังก์ชันเชื่อมโยง

¹ รองศาสตราจารย์, สาขาวิชาวิทยาการระบาดและชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น,
E-mail: spondg@kku.ac.th

² ASEAN Cancer Epidemiology and Prevention Research Group (ACEP), คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น, E-mail: donlawj@kkumail.com

Corresponding Author: พงษ์เดช สารการ, E-mail: spondg@kku.ac.th

Coverage and flexibility: Issues Should be Considered for Analyzing by Generalized Linear Model in Health Science Research

Pongdech Sarakarn^{1,2}, Donlagon Jumparway²

(Receive 30th July 2020; Revised: 30th October 2020; Accepted 31st October 2020)

Abstract

Generalized linear model (GLMs) is the model which extends from the general linear model (GLM) for developing the predictive equations or linear relationship between outcome and covariates, which covers both continuous and discrete outcomes based on the distribution of exponential family by random component and link function. Furthermore, such model is continuously developed and extended as various models and methods which can be used in the complicated research as well, such as the generalized additive model (GAM) for smoothing relationship and generalized estimating equation (GEE) for correlated outcomes. Therefore, flexibility and coverage issues of the generalized linear model should be considered and brought to use in the process of data analysis for saving the time-consuming of learning on each statistical method of statistics and being convenient for using, especially in health science research.

Keywords: general linear model, generalized linear model, link function

¹ Associate professor Dr., Department of Epidemiology and Biostatistics, Faculty of Public Health, Khon Kaen University, E-mail: spond@kku.ac.th

² ASEAN Cancer Epidemiology and Prevention Research Group (ACEP), Faculty of Public Health, Khon Kaen University, E-mail: donlawj@kkumail.com

Corresponding Author: Pongdech Sarakarn, E-mail: spond@kku.ac.th

บทนำ

ความครอบคลุม (Coverage) และการยืดหยุ่น (Flexibility) ถือเป็นประเด็นหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างมากต่อการพัฒนา หรือ การปรับปรุงคุณภาพ เพราะประเด็นดังกล่าวสามารถสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการพัฒนาในเรื่องนั้นได้เป็นอย่างดีว่า มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดข้อจำกัดเดิมที่มีอยู่ หรือ เพื่อสร้างแนวทางใหม่ ให้มีความยืดหยุ่น หรือ มีความครอบคลุมและสอดคล้องกับบริบทต่างๆ ได้มากขึ้น จากเดิม เช่นเดียวกับประเด็นวิธีการทางสถิติ (Statistical methods) ซึ่งถือเป็นเครื่องมือที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างมากในขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับทุกงานวิจัย เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อค้นพบที่มีความถูกต้องและแม่นยำ ภายใต้ความสอดคล้องกับข้อมูลที่รวบรวมมาได้ตามแบบแผนงานวิจัยและคำถามการวิจัยที่กำหนด โดยเฉพาะในสถานการณ์ปัจจุบัน ซึ่งปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่เกิดขึ้นจากหลายปัจจัยที่สัมพันธ์และเกี่ยวข้องกันไปตามบริบทที่เปลี่ยนแปลงและแตกต่างกันตลอดเวลา จึงส่งผลให้ข้อมูลที่ได้และคำถามวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีความซับซ้อนและหลากหลายมากขึ้น ดังนั้นวิธีการทางสถิติที่ถูกพัฒนาให้มีความครอบคลุมและยืดหยุ่นอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาการวิจัยที่เปลี่ยนแปลงไป จึงเป็นประเด็นที่นักวิจัย โดยเฉพาะสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ควรให้ความสำคัญและนำมาพิจารณา เพื่อเป็นทางเลือกในการนำวิธีการทางสถิติที่เหมาะสม มาใช้วิเคราะห์ข้อมูลสำหรับงานวิจัยให้ผลลัพธ์ที่ได้มีความถูกต้องและแม่นยำมากยิ่งขึ้น

ตัวแบบเชิงเส้นนัยทั่วไป (Generalized linear model, GLMs) ถือเป็นตัวแบบทางสถิติที่ขยายมาจากตัวแบบเชิงเส้นทั่วไป (General linear model, GLM) สองคำนี้อาจดูใกล้เคียงและ

มีคำย่อคล้ายคลึงกัน โดยเฉพาะในบทความ หรือ ตำราบางเล่ม ดังนั้นเพื่อจำแนกความแตกต่างระหว่างสองชื่อได้ง่ายขึ้น นักวิจัยควรพิจารณาจากคำแรกของชื่อเรียก เช่น “Generalized=นัยทั่วไป” หรือ “General=ทั่วไป” เป็นต้น แต่เนื่องจากตัวแบบเชิงเส้นทั่วไป (GLM) เดิมพบว่า ยังมีข้อจำกัด ซึ่งถูกนำมาใช้วิเคราะห์ข้อมูลได้เพียงกับตัวแปรผลลัพธ์แบบต่อเนื่องเท่านั้น ภายใต้ข้อตกลงเบื้องต้นของความคลาดเคลื่อนที่ค่อนข้างเข้มงวด เช่น การแจกแจงแบบปกติ ความแปรปรวนคงที่และเท่ากัน (Homoscedasticity) และเป็นอิสระต่อกัน เป็นต้น ^[1] ซึ่งข้อตกลงเบื้องต้นดังกล่าว เมื่อนำมาใช้ในทางปฏิบัติ มักพบว่า มีแนวโน้มการถูกละเมิดค่อนข้างสูง เนื่องจากไม่สอดคล้องกับบริบทของข้อมูลที่เป็นจริง โดยวิธีการทางสถิติที่นักวิจัยส่วนใหญ่คุ้นเคย และอยู่ภายใต้ตัวแบบเชิงเส้นทั่วไป (GLM) ดังกล่าว ได้แก่ สมการถดถอยเชิงเส้น การวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA) หรือ การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) เป็นต้น และจากข้อจำกัดดังกล่าว ตัวแบบเชิงเส้นนัยทั่วไป (GLMs) จึงถูกพัฒนา เพื่อลดข้อจำกัดเดิมของชนิดข้อมูลตัวแปรผลลัพธ์ที่มีอยู่ ให้สามารถนำมาใช้ได้ครอบคลุมมากขึ้น ทั้งข้อมูลแบบต่อเนื่องและไม่ต่อเนื่อง หรือ ข้อมูลที่มีการแจกแจงทั้งแบบปกติและไม่ปกติ นอกจากนี้ยังสามารถผ่อนคลายความเข้มงวดเกี่ยวกับข้อตกลงเบื้องต้นของความคลาดเคลื่อนภายใต้ตัวแบบเชิงเส้นทั่วไป (GLM) เดิมที่มีอยู่ลงได้ ดังนั้นจึงทำให้นักวิจัยมีความสะดวกและยืดหยุ่นต่อการใช้งานภายใต้ตัวแบบนี้มากยิ่งขึ้น รวมถึงยังสามารถนำตัวแบบเชิงเส้นนัยทั่วไป (GLMs) ไปขยายผลต่อ เป็นวิธีการประมาณค่า เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับคำถามวิจัยซึ่งตัวแปรผลลัพธ์สัมพันธ์กัน (Correlated outcome) เช่น สมการประมาณค่า

นัยทั่วไป (Generalized estimating equation, GEE) หรือ เป็นวิธีการทางสถิติ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูล โดยคำนึงถึงผลกระทบในระดับเฉพาะบุคคล (Subject-specific effects) เช่น การวิเคราะห์ตัวแบบผลกระทบผสมเชิงเส้นนัยทั่วไป (Generalized linear mixed effects model, GLMM) เป็นต้น^[2]

อย่างไรก็ตาม แม้ตัวแบบเชิงเส้นนัยทั่วไป (GLMs) ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายทั้งในต่างประเทศและบางสาขาของประเทศไทย แต่ในงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ซึ่งข้อมูลตัวแปรผลลัพธ์ส่วนใหญ่ มีลักษณะแบบไม่ต่อเนื่อง หรือ มีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ได้แก่ ข้อมูลแบบแจกนับ (Categorical data) เช่น ผลลัพธ์แสดงอาการของโรค (ปกติ/ผิดปกติ) ผลลัพธ์แสดงความเสี่ยง (เสี่ยง/ไม่เสี่ยง) เป็นต้น หรือ ข้อมูลแบบจำนวนนับ (Count data) เช่น จำนวนครั้งของอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นบนสี่แยกแห่งหนึ่งในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา เป็นต้น พบว่า มีการนำตัวแบบ GLMs ดังกล่าวมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลค่อนข้างน้อย แม้มีการนำมาใช้ในบางประเด็น เช่น วิธีการ GEE สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลกรณีตัวแปรผลลัพธ์สัมพันธ์กัน เป็นต้น แต่ยังคงพบว่า มีขอบเขตจำกัดเฉพาะกลุ่มหรือ สาขา ขณะเดียวกันจากการสืบค้นผ่านแหล่งเรียนรู้ หรือ แหล่งค้นคว้าอื่นบนระบบออนไลน์ทั้งในและต่างประเทศ ยังพบว่า ตำรา หรือ บทความวิชาการที่เผยแพร่เกี่ยวกับตัวแบบเชิงเส้นนัยทั่วไป (GLMs) ส่วนใหญ่มีเนื้อหาเน้นการอธิบายในเชิงทฤษฎีภายใต้สัญลักษณ์ทางคณิตศาสตร์ที่ซับซ้อนเป็นหลัก มากกว่าการอธิบายในเชิงปฏิบัติ ด้วยการบ่งชี้ หรือ อธิบายถึงประเด็น หรือ การให้เหตุผลสำคัญที่สามารถนำมาพิจารณาและตัดสินใจเพื่อเลือกนำตัวแบบ GLMs ไปใช้แทนวิธีการทางสถิติเดิมที่มีอยู่อย่างชัดเจน จากประเด็นดังกล่าว จึงอาจเป็นข้อจำกัด หรือ อุปสรรคสำคัญต่อการ

เรียนรู้และการทำความเข้าใจ เพื่อนำตัวแบบ GLMs มาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยเฉพาะ นักวิจัยที่ยังไม่คุ้นเคย หรือ ไม่ใช่นักสถิติ นอกจากนี้ ยังอาจส่งผลกระทบต่อโอกาสในการพัฒนาผลงานวิจัยให้เป็นที่ยอมรับและสามารถตีพิมพ์เผยแพร่ในระดับที่สูงขึ้นได้

ดังนั้นบทความนี้ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับตัวแบบเชิงเส้นนัยทั่วไป (GLMs) ให้นักวิจัยได้ทราบและเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยมุ่งเน้นการอธิบายที่เป็นรูปธรรมและสามารถนำไปสู่การพิจารณาและตัดสินใจเลือกใช้ตัวแบบดังกล่าวได้ในทางปฏิบัติ ประกอบด้วย หัวข้อ ภาพรวมและข้อจำกัดของตัวแบบเชิงเส้นทั่วไป (GLM) ภาพรวมของตัวแบบเชิงเส้นนัยทั่วไป (GLMs) ความครอบคลุมและยืดหยุ่นของตัวแบบเชิงเส้นนัยทั่วไป (GLMs) และข้อเสนอแนะการนำตัวแบบเชิงเส้นนัยทั่วไป (GLMs) มาใช้ในงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ภาพรวมและข้อจำกัดของตัวแบบเชิงเส้นทั่วไป (GLM)

ในทางปฏิบัติ เมื่อกล่าวถึง “ตัวแบบ” หรือ “Model” สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัย จะหมายถึง กรอบการทำงาน (Framework) แบบหนึ่งเดียว (Unity) ซึ่งมีความจำเพาะตามชื่อเรียกของตัวแบบ นั่นคือวิธีการทางสถิติใดที่อยู่ภายใต้ตัวแบบเดียวกัน ย่อมแสดงได้ว่า วิธีการทางสถิติดังกล่าว มีกรอบการทำงานเช่นเดียวกัน แม้ในทางปฏิบัติ วิธีการทางสถิติแต่ละวิธีดังกล่าว อาจถูกนำมาใช้กับคำถามวิจัย หรือ วัตถุประสงค์ที่แตกต่างกัน แต่ในทางทฤษฎี วิธีการทางสถิติเหล่านั้น ยังถือว่า อยู่ภายใต้กรอบทำงาน หรือ ตัวแบบเดียวกันเช่นเดิม

ตัวแบบเชิงเส้นทั่วไป (General linear model, GLM) ถือเป็นตัวแบบที่มีกรอบการทำงาน

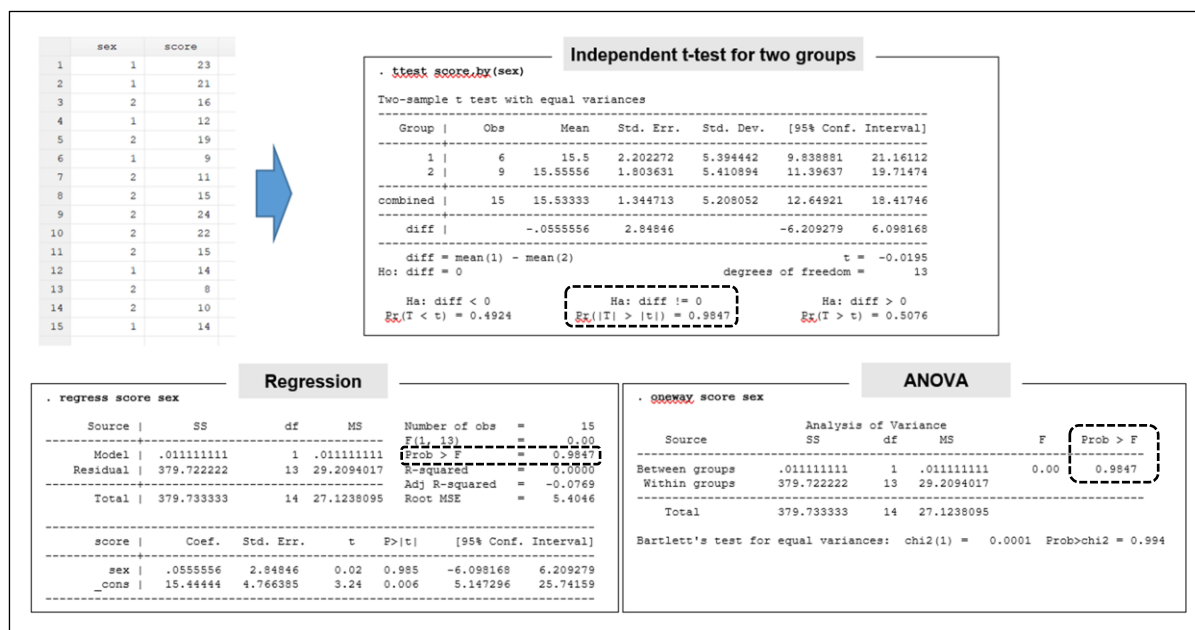
หลักสำคัญ ประกอบด้วย ลักษณะข้อมูลตัวแปร ผลลัพธ์ที่นำมาใช้ (เฉพาะตัวแปรผลลัพธ์แบบต่อเนื่องเท่านั้น) ข้อตกลงเบื้องต้นสำคัญของความคลาดเคลื่อน (ได้แก่ การแจกแจงแบบปกติ ความแปรปรวนคงที่และเท่ากัน ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงและความเป็นอิสระต่อกัน) วิธีการประมาณค่าพารามิเตอร์ (ใช้วิธีกำลังสองน้อยที่สุด หรือ Ordinary least square, OLS) และมีรูปสมการเชิงเส้นของตัวแบบเชิงเส้นทั่วไป (GLM) เป็นดังนี้

$$Y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k + \varepsilon$$

เมื่อ Y แทนตัวแปรผลลัพธ์แบบต่อเนื่อง, β_0 แทนค่าคงที่ หรือ จุดตัดบนแกน Y (เมื่อกำหนดให้ X ทุกตัวมีค่าเป็นศูนย์), $\beta_1, \dots, \beta_k$ แทนค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรร่วม ($X_1, \dots, X_k$) และ ε แทนค่าความคลาดเคลื่อน

วิธีการทางสถิติที่นักวิจัยส่วนใหญ่คุ้นเคย เช่น สมการถดถอยแบบง่าย หรือ พหุคูณ การวิเคราะห์ t-test แบบอิสระสองกลุ่ม การวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) เป็นต้น ถือว่า ทั้งหมดอยู่ภายใต้ตัวแบบเชิงเส้นทั่วไป (GLM) และมีกรอบการทำงานแบบหนึ่งเดียวเช่นกัน นั่นคือ หากนักวิจัยต้องการนำวิธีการทางสถิติเหล่านี้ไปใช้งาน จำเป็นต้องพิจารณาและคำนึงถึงพื้นฐานการทำงาน ภายใต้กรอบแบบหนึ่งเดียวของตัวแบบเชิงเส้นทั่วไป (GLM) ซึ่งจุดเด่นของการมีกรอบทำงานเดียวกันดังกล่าว จะทำให้นักวิจัยมีความยืดหยุ่น โดยสามารถอธิบาย

ความหมาย หรือ แปลผลลัพธ์ที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล แม้เกิดขึ้นจากวิธีการวิเคราะห์ทางสถิติที่แตกต่างกัน ให้มีความเชื่อมโยงและสอดคล้องกัน ภายใต้ข้อสรุปที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันได้ ดังเช่น นักวิจัยท่านหนึ่ง สุ่มตัวอย่างนักเรียน จำนวน 15 คน มาทดสอบความรู้เรื่อง การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ในประเทศไทย (คะแนนเต็ม 30 คะแนน) เมื่อคำถามวิจัยต้องการทราบว่า “เพศชายและหญิง มีความรู้เรื่องการแพร่ระบาดฯ แตกต่างกัน หรือไม่?” จากกรณีดังกล่าว นักวิจัยสามารถทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม STATA โดยพิจารณาเลือกวิธีการทางสถิติ 3 วิธี ที่อยู่ภายใต้ตัวแบบเชิงเส้นทั่วไป (GLM) เดียวกัน ได้แก่ การวิเคราะห์ t-test แบบอิสระสองกลุ่ม การวิเคราะห์สมการถดถอยแบบง่ายและการวิเคราะห์ความแปรปรวน มาทำการวิเคราะห์ เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่ได้ ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ทั้งสามวิธีดังกล่าว ให้ผลลัพธ์ที่เหมือนกันและสามารถนำไปสู่การตัดสินใจและสรุปผลไปในทิศทางเดียวกันได้ เช่น กรณีการวิเคราะห์ t-test แบบสองกลุ่มอิสระและการวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA) สามารถสรุปผลเดียวกันได้ว่า “เพศชายและหญิง มีความรู้เรื่องการแพร่ระบาดฯ แตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความผิดพลาดไม่เกิน 5%”, (p-value=0.9847) ขณะที่ในกรณีการวิเคราะห์สมการถดถอยแบบง่าย สามารถสรุปผลได้ว่า “เพศ มีผลต่อคะแนนความรู้เรื่องการแพร่ระบาดฯ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความผิดพลาดไม่เกิน 5%”, (p-value=0.9847) เป็นต้น ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติที่แตกต่างกัน ภายใต้ตัวแบบเชิงเส้นทั่วไป (GLM) เดียวกัน

อย่างไรก็ตาม แม้ตัวแบบเชิงเส้นทั่วไป (GLM) ได้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายและนักวิจัยส่วนใหญ่คุ้นเคยและมีประสบการณ์ทั้งการเรียนรู้และการนำมาใช้งานจริงในช่วงเวลาที่ผ่านมา แต่ในงานวิจัยบางสาขา โดยเฉพาะงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ยังคงมีข้อจำกัดในการนำมาใช้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ตัวแบบเชิงเส้นทั่วไป (GLM) ถูกนำมาใช้ได้กับตัวแปรผลลัพธ์แบบต่อเนื่องเท่านั้น จากข้อจำกัดนี้ จึงพบว่า ตัวแบบเชิงเส้นทั่วไป (GLM) ถูกนำมาใช้วิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพค่อนข้างน้อย เนื่องจากลักษณะข้อมูลในงานวิจัยสาขาดังกล่าว ส่วนใหญ่มีลักษณะแบบไม่ต่อเนื่อง หรือ มีการแจกแจงไม่ปกติ ซึ่งวิธีการทางสถิติภายใต้ตัวแบบ GLM ดังกล่าว ไม่สามารถรองรับได้

2. ตัวแบบเชิงเส้นทั่วไป (GLM) มีข้อตกลงเบื้องต้นของความคลาดเคลื่อนค่อนข้างเข้มงวด โดยเฉพาะการแจกแจงแบบปกติและความเท่ากัน หรือ คงที่ของความแปรปรวน

ซึ่งข้อตกลงเบื้องต้นดังกล่าว สำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพในทางปฏิบัติ พบว่า มีโอกาสเป็นไปได้น้อยมากที่จะสอดคล้องกับลักษณะข้อมูลจริงที่มีอยู่ เช่น ข้อมูลค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพของโรคต่างๆ ส่วนใหญ่มีลักษณะการแจกแจงแบบเบ้ขวา/บวก (Positively skewed distribution) หรือ มีการแจกแจงแบบไม่ปกติ เป็นต้น [3] และแม้ที่ผ่านมา ปัญหาการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นดังกล่าวของตัวแบบเชิงเส้นทั่วไป (GLM) ส่วนใหญ่ จะได้รับการแก้ไขและจัดการด้วยวิธีการแปลงค่าข้อมูล (Data transformation) โดยเฉพาะด้วยวิธี log transformation ซึ่งถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายและกว้างขวาง เพื่อจัดการกับข้อมูลที่มีลักษณะการแจกแจงแบบเบ้ขวา/บวก [4] แต่อย่างไรก็ตาม ยังพบว่า การแก้ไขปัญหาดังกล่าว ขึ้นกับเงื่อนไขหรือ คุณสมบัติที่เอื้อเฉพาะในบางกรณีเท่านั้น เช่น สามารถนำมาใช้ได้กรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงแบบ Log normal เดิมอยู่แล้ว [5] ขณะที่จากคุณสมบัติของ Log transformation ซึ่งไม่สามารถคำนวณค่าศูนย์ (0) และค่าติดลบ (-) ได้ เช่น

เมื่อคำนวณค่า $\log(0)$ หรือ ค่า $\log(-2)$ จะไม่สามารถคำนวณค่า Log ได้ เป็นต้น และหากข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์มีค่าศูนย์ หรือ ค่าติดลบ นักวิจัยจะไม่สามารถนำวิธี Log transformation มาใช้ในการพิจารณาแปลงค่าข้อมูลทั้งหมดให้ครอบคลุมได้ ขณะเดียวกันเมื่อนักวิจัยแปลงค่าข้อมูลด้วยวิธี Log transformation แล้ว ในการสรุปผลท้ายสุด จำเป็นต้องแปลงค่าข้อมูลคืนกลับ (Back transformation) ซึ่งในขั้นตอนนี้อาจต้องคำนึงถึงความถูกต้องของสเกล (Scale) ที่เปลี่ยนไป รวมถึงเงื่อนไขทางคณิตศาสตร์ที่มีความซับซ้อนและยุ่งยาก และอาจนำไปสู่การสรุปผลที่ผิดพลาดได้ นอกจากนี้ยังมีประเด็นสำคัญ ซึ่งถูกกล่าวถึงในหลายการศึกษาที่ผ่านมาและให้ข้อสรุปไปในทิศทางเดียวกันว่า การแปลงข้อมูลด้วยวิธี Log transformation ภายใต้วแบบเชิงเส้นทั่วไป (GLM) อาจไม่การันตีได้ว่า ปัญหาทั้งกรณีการแจกแจงแบบไม่ปกติและกรณีความแปรปรวนไม่เท่ากัน จะถูกแก้ไขไปพร้อมกันทั้งสองกรณีในเวลาเดียวกันได้ เนื่องจากวิธีการ Log transformation มุ่งเน้นการทำให้ข้อมูลตัวแปรผลลัพธ์มีความสมมาตร (Symmetry) มากกว่าการแจกแจงแบบปกติ (Normal distribution) ขณะเดียวกันในทางปฏิบัติ การแปลงข้อมูลด้วย log transformation ส่วนใหญ่จะกระทำกับข้อมูลตัวแปรผลลัพธ์ภายใต้กลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา ซึ่งมีความผันแปรจากหลายปัจจัยที่แตกต่างกัน จึงทำให้การแปลงค่าข้อมูลที่ได้ขึ้นกับลักษณะความจำเพาะของแต่ละกรณีตัวอย่างที่นำมาศึกษา ดังนั้นการสรุปผลเพื่ออ้างอิงไปสู่ระดับประชากร อาจนำไปสู่ข้อสรุปที่คลาดเคลื่อน หรือ มีความลำเอียง โดยเฉพาะผลของการประมาณค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยที่ได้^[3, 4, 6-8]

ซึ่งจากข้อจำกัดดังกล่าวข้างต้น ตัวแบบเชิงเส้นทั่วไป (GLM) จึงได้ถูกพัฒนาและกำหนด

กรอบการทำงานแบบหนึ่งเดียวขึ้นมาใหม่ ด้วยการขยายผลต่อมาจากแนวคิดของตัวแบบ GLM เดิม เพื่อให้เกิดความครอบคลุมและมีความยืดหยุ่นในการนำไปใช้งานได้มากขึ้นและเรียกตัวแบบใหม่ ซึ่งพัฒนาและขยายผลมาจากตัวแบบเชิงเส้นทั่วไป (GLM) นี้ว่า “ตัวแบบเชิงเส้นนัยทั่วไป (Generalized linear model, GLMs)”

ภาพรวมของตัวแบบเชิงเส้นนัยทั่วไป (GLMs)

จากข้อจำกัดของตัวแปรผลลัพธ์ที่นำมาใช้ และข้อตกลงเบื้องต้นที่เข้มงวดของตัวแบบเชิงเส้นทั่วไป (GLM) ดังที่กล่าวไปข้างต้น ในปี ค.ศ. 1972 Nelder และ Wedderburn ได้นำเสนอ ตัวแบบเชิงเส้นนัยทั่วไป หรือ Generalized linear model (GLMs) และถูกพัฒนาต่อมาโดย McCullagh และ Nelder ในปี ค.ศ. 1983 และ ค.ศ. 1989 หลังจากนั้นตัวแบบเชิงเส้นนัยทั่วไป (GLMs) ได้เริ่มเป็นที่รู้จักและมีการนำมาประยุกต์ใช้ในสาขาต่างๆ อย่างแพร่หลายมากขึ้น ภายใต้อิทธิพลและการพัฒนาใน 2 ประเด็นหลัก^[2] ได้แก่ (1) การขยายผลของตัวแปรผลลัพธ์จากตัวแบบเชิงเส้นทั่วไป (GLM) เดิม ซึ่งถูกนำมาใช้ได้เฉพาะกับข้อมูลแบบต่อเนื่อง ให้มีความครอบคลุมข้อมูลแบบต่อเนื่องและแบบไม่ต่อเนื่อง หรือ ข้อมูลแบบปกติและแบบไม่ปกติ ภายใต้อิงฟังก์ชันการแจกแจงความน่าจะเป็น (p.d.f) ของตระกูลเอกโพเนนเชียล (Exponential family) เช่น Binomial, Poisson, Multinomial, Negative Binomial, Gamma และ Inverse gamma เป็นต้น และ (2) การพัฒนาแนวคิดการแปลงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างด้วย Log transformation ซึ่งมีข้อจำกัดดังกล่าวข้างต้น มาเป็นการแปลงข้อมูลในระดับประชากรจากฟังก์ชันการแจกแจงความน่าจะเป็น (p.d.f) ด้วยฟังก์ชันเชื่อมโยง (Link function) เพื่อเชื่อมโยงค่าเฉลี่ย

ของตัวแปรผลลัพธ์ให้อยู่ในรูปฟังก์ชันเชิงเส้นกับตัวแปรร่วมและการผันค่ากลับด้วยฟังก์ชันอินเวอร์ส (Inverse function) เพื่อหาค่าผลลัพธ์ หรือค่าประมาณของสัมประสิทธิ์ถดถอยที่ต้องการ ซึ่งสามารถสรุปเป็นประเด็น เพื่อจำแนกความแตกต่างระหว่างตัวแบบเชิงเส้นทั่วไป (GLM) และตัวแบบเชิงเส้นน้อยทั่วไป (GLMs) ได้ดังนี้

ประเด็นที่ 1: ลักษณะข้อมูล หรือ การแจกแจงของตัวแปรผลลัพธ์ ตัวแบบเชิงเส้นทั่วไป (GLM) ใช้ได้กับเฉพาะตัวแปรผลลัพธ์แบบต่อเนื่องเท่านั้น ขณะที่ตัวแบบเชิงเส้นน้อยทั่วไป (GLMs) สามารถนำมาใช้ได้ครอบคลุมทั้งตัวแปรผลลัพธ์แบบต่อเนื่องและแบบไม่ต่อเนื่อง หรือ ตัวแปรผลลัพธ์ที่มีการแจกแจงแบบปกติและแบบไม่ปกติ

ประเด็นที่ 2: วิธีการประมาณค่าพารามิเตอร์ ตัวแบบเชิงเส้นทั่วไป (GLM) ใช้วิธีการประมาณค่าพารามิเตอร์ด้วยวิธีกำลังสองน้อยที่สุด หรือ Ordinary least square (OLS) ขณะที่ตัวแบบเชิงเส้นน้อยทั่วไป (GLMs) ใช้วิธีการประมาณค่าพารามิเตอร์ด้วยวิธีภาวะน่าจะเป็นสูงสุด หรือ Maximum likelihood method (ML)

ประเด็นที่ 3: การผ่อนคลายข้อตกลงเบื้องต้นที่เข้มงวด สืบเนื่องจากตัวแบบทั้งสอง มีวิธีการประมาณค่าพารามิเตอร์ที่แตกต่างกัน จึงทำให้ความเข้มงวดของข้อตกลงเบื้องต้นของตัวแบบผ่อนคลายแตกต่างกันไปด้วย นั่นคือ ตัวแบบเชิงเส้นทั่วไป (GLM) ใช้วิธีการประมาณค่าพารามิเตอร์ด้วยวิธีการ OLS ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยข้อตกลงเบื้องต้นที่ค่อนข้างเข้มงวดเกี่ยวกับการแจกแจง

แบบปกติ, ความแปรปรวนคงที่และความเป็นอิสระ ขณะที่ตัวแบบเชิงเส้นน้อยทั่วไป (GLMs) ใช้วิธีการประมาณค่าพารามิเตอร์ด้วยวิธีภาวะน่าจะเป็นสูงสุด (ML) ซึ่งเป็นวิธีการที่พิจารณาภาวะน่าจะเป็นบนพื้นฐานฟังก์ชันการแจกแจงความน่าจะเป็น (p.d.f) ของตัวแปรผลลัพธ์ที่ถูกนำมาพิจารณาโดยตรง ดังนั้นจึงทำให้นักวิจัยสามารถผ่อนคลาย หรือ ไม่จำเป็นต้องตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของความคลาดเคลื่อนอย่างเข้มงวด โดยเฉพาะการแจกแจงแบบปกติและความแปรปรวนเท่ากัน หรือ คงที่ ดังกล่าว

ดังนั้นในทางปฏิบัติ ตัวแบบเชิงเส้นน้อยทั่วไป (Generalized linear model, GLMs) จึงถือเป็นตัวแบบที่มีกรอบการทำงานหลักที่สำคัญประกอบด้วย ลักษณะข้อมูลตัวแปรผลลัพธ์ที่นำมาใช้ (ครอบคลุมทั้งตัวแปรผลลัพธ์แบบต่อเนื่องและแบบไม่ต่อเนื่อง หรือ ตัวแปรผลลัพธ์ที่มีการแจกแจงแบบปกติและไม่ปกติ) โดยมีส่วนประกอบ 3 ส่วนหลักที่ถูกนำมาพิจารณาเพื่อสร้างตัวแบบ (ได้แก่ ส่วนประกอบเชิงสุ่ม, ส่วนประกอบเชิงระบบและฟังก์ชันเชื่อมโยง) และมีข้อตกลงเบื้องต้นสำคัญที่ควรพิจารณา (ได้แก่ ขนาดตัวอย่างที่มากพอ, ค่าข้อมูลที่สูง หรือ ต่ำผิดปกติ และความเป็นอิสระต่อกัน) วิธีการประมาณค่าพารามิเตอร์ (ใช้วิธีภาวะน่าจะเป็นสูงสุด หรือ Maximum likelihood method, ML) และมีรูปสมการของตัวแบบเชิงเส้นน้อยทั่วไป (GLMs) ดังนี้

①. ส่วนประกอบเชิงสุ่ม → ②. ฟังก์ชันเชื่อมโยง = ③. ส่วนประกอบเชิงระบบ

$$\boxed{Y} \rightarrow \boxed{g(.)} = \boxed{\eta \rightarrow \beta_0 + \beta_1 X_1 + \dots + \beta_k X_k}$$

①. ส่วนประกอบเชิงสุ่ม (Random component) แทนด้วย Y หมายถึง เป็นส่วนที่

พิจารณาและบ่งชี้ลักษณะการแจกแจงความน่าจะเป็นของความคลาดเคลื่อนจากข้อมูลตัวแปร

ผลลัพธ์ ภายใต้ฟังก์ชันการแจกแจงความน่าจะเป็นของตระกูลเอกซ์โพเนนเชียล โดยมีหลักการพิจารณาว่า “ หากรูปฟังก์ชันการแจกแจงความน่าจะเป็น (p.d.f.) สำหรับตัวแปรสุ่มแบบต่อเนื่องใด หรือ ฟังก์ชันมวลความน่าจะเป็น (p.m.f.) สำหรับตัวแปรสุ่มแบบไม่ต่อเนื่องใด สามารถแปลงรูปใหม่ให้สอดคล้องกับรูป p.d.f. ของ exponential family ได้ นั่นแสดงว่า รูปฟังก์ชัน p.d.f. หรือ p.m.f. ดังกล่าวนั้น อยู่ในกลุ่มการแจกแจงในตระกูล Exponential family และสามารถนำคุณสมบัติที่มีอยู่ภายใต้การแจกแจงของตระกูลดังกล่าว ไปใช้ในการเทียบเคียงเพื่อสร้างและพัฒนาตัวแบบต่อไปได้ ”

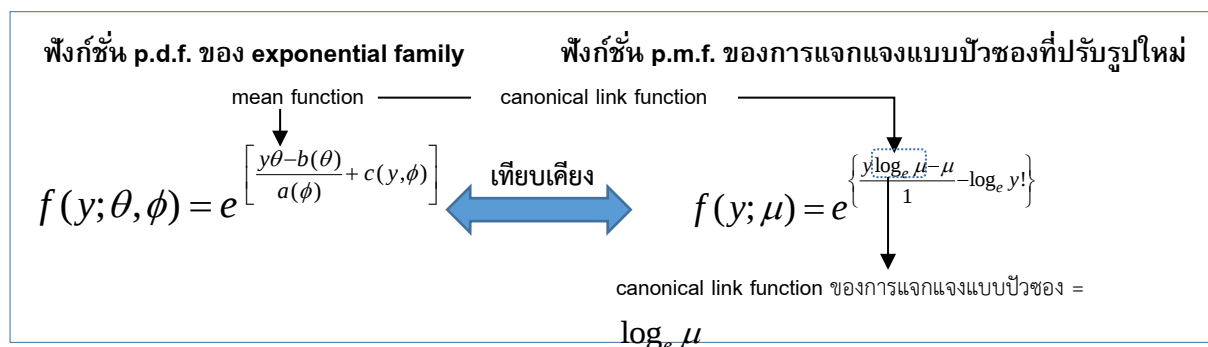
ยกตัวอย่างเช่น เมื่อฟังก์ชันการแจกแจงความน่าจะเป็นของความคลาดเคลื่อนภายใต้ตัวแปรผลลัพธ์ที่นักวิจัยสนใจศึกษามีการแจกแจงแบบปัวซอง (Poisson distribution) โดยมีรูปฟังก์ชัน p.m.f. เป็นดังนี้

$$f(y; \mu) = \frac{\mu^y e^{-\mu}}{y!}$$

จากรูปฟังก์ชัน p.m.f. ดังกล่าว นักวิจัยสามารถแปลงรูปฟังก์ชันใหม่ด้วยการ $\text{take } \log_e$ เข้าไปทั้งสองข้างของฟังก์ชัน จะได้ $\log_e[f(y; \mu)] = y \log_e \mu - \mu - \log_e y!$ และปรับรูปของฟังก์ชัน p.m.f. ใหม่ เป็นดังนี้

$$f(y; \mu) = e^{\left\{ \frac{y \log_e \mu - \mu}{1} - \log_e y! \right\}}$$

จากรูปฟังก์ชัน p.m.f. ใหม่ของการแจกแจงแบบปัวซอง พบว่า มีรูปแบบที่สามารถเทียบเคียงกับรูปฟังก์ชันการแจกแจงของตระกูล exponential family ได้ ดังนั้นจึงสามารถนำคุณสมบัติที่มีอยู่ของการแจกแจงตระกูล Exponential family มาใช้ประโยชน์ได้ โดยเฉพาะรูปของฟังก์ชันค่าเฉลี่ย (Mean function, θ) ที่ได้จากการแจกแจงนี้ ซึ่งถูกนำไปใช้พิจารณาเป็นฟังก์ชันเชื่อมโยง (Link function) และเรียกว่า Canonical link function ดังนี้



แผนภาพที่ 2 หลักการเทียบเคียงฟังก์ชันการแจกแจงภายใต้ตระกูล Exponential family เพื่อพิจารณา link function

ซึ่งในทางปฏิบัติ ส่วนประกอบเชิงสุ่มก็คือ รูปแบบการแจกแจงของข้อมูลตัวแปรผลลัพธ์ที่นำมาพิจารณานั้นเอง ซึ่งเมื่อทำการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ นักวิจัยจำเป็นต้อง

ระบุให้สอดคล้องกับลักษณะข้อมูล ภายใต้รูปแบบคำสั่งของโปรแกรม ยกตัวอย่างเช่น ในโปรแกรม STATA การวิเคราะห์ตัวแบบเชิงเส้นน้อยทั่วไป (GLMs) จะใช้คำสั่ง **glm** โดยมีคำสั่งให้นักวิจัย

สามารถระบุส่วนประกอบเชิงสุ่ม ภายใต้ตัวเลือก Family เช่น กรณีข้อมูลต่อเนื่องและมีการแจกแจงแบบปกติ จะระบุเป็น Family(gaussian) หรือ กรณีข้อมูลแจกแจงนับและมีการแจกแจงแบบทวินาม จะระบุเป็น Family(binomial) เป็นต้น

๒. ส่วนประกอบเชิงระบบ (Systematic component) แทนด้วย η
ในทางปฏิบัติ ส่วนประกอบเชิงสุ่ม (Random component) จะถูกอธิบายความผันแปรเชิงสุ่มอย่างไม่เป็นระบบ (Unsystematic random variation) ภายใต้ค่าสังเกตที่นำมาวิเคราะห์ดังที่กล่าวไปข้างต้น ขณะที่ส่วนประกอบเชิงระบบ (Systematic component) จะถูกกำหนดให้เป็นส่วนโครงสร้างที่คงที่ (Fixed structural part) สำหรับตัวแบบเชิงเส้นน้อยทั่วไป (GLMs) ส่วนประกอบเชิงระบบ จะหมายถึง ตัวแปรทำนายเชิงเส้น (Linear predictor) หรือ บางครั้งเรียกว่า “ผลรวมเชิงเส้นของตัวแปรทำนาย (Linear combination of predictors)” แทนด้วย สัญลักษณ์ η อ่านว่า “eta-อีต้า” โดยมีรูปสมการดังนี้

$$\eta = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \dots + \beta_k X_k$$

๓. ฟังก์ชันเชื่อมโยง (Link function)
แทนด้วย $g(.)$ เนื่องจากแนวคิดการทำงานของตัวแบบเชิงเส้นน้อยทั่วไป (GLMs) ยังคงใช้ส่วนประกอบเชิงสุ่มในรูปตัวแปรทำนายเชิงเส้น (Linear combination) ดังกล่าวข้างต้น จึงทำให้ขอบเขตของค่าที่เป็นไปได้มีลักษณะเช่นเดียวกับตัวแบบเชิงเส้นทั่วไป (GLM) นั่นคือ มีค่าที่เป็นไป

ได้อยู่ในช่วง $[-\infty, \infty]$ หรือ เป็นได้ทั้งค่าติดลบ, ศูนย์และค่าบวก (จึงอาจสังเกตได้ว่า ตัวแบบนี้ยังคงใช้คำว่า “ตัวแบบเชิงเส้น” เนื่องจากมีส่วนประกอบเชิงสุ่มเป็น Linear combination อยู่นั่นเอง) และจากฟังก์ชันการแจกแจงในตระกูล Exponential family พบว่า คุณสมบัติของค่า θ (Canonical parameter) เป็นรูปฟังก์ชันค่าเฉลี่ย ซึ่งสามารถนำมาแปลงค่าขอบเขตของข้อมูลให้อยู่ในรูป $[-\infty, \infty]$ เพื่อเชื่อมโยงกับส่วนประกอบเชิงสุ่ม หรือ Linear combination ได้ ดังนั้นจึงกำหนดให้ $g(.)$ เป็นฟังก์ชันเชื่อมโยง (Link function) ภายใต้ค่าพารามิเตอร์ Canonical (θ) หรือ รูปฟังก์ชันค่าเฉลี่ยที่ขึ้นกับรูปแบบฟังก์ชันการแจกแจงความน่าจะเป็นที่นำมาพิจารณาแต่ละกรณี โดยมีรูปทั่วไป ดังนี้

$$g(.) = \eta = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \dots + \beta_k X_k$$

ขณะเดียวกันคุณสมบัติหนึ่งที่โดดเด่นของพารามิเตอร์ Canonical (θ) หรือ รูปฟังก์ชันค่าเฉลี่ย ภายใต้ฟังก์ชันการแจกแจงในตระกูล Exponential family ซึ่งถูกนำมาใช้ในการกำหนดรูปฟังก์ชันเชื่อมโยง นั่นคือ การมีลักษณะฟังก์ชันแบบ Monotonic หรือ ฟังก์ชันแบบหนึ่งต่อหนึ่ง ดังนั้นจึงทำให้การแปลงค่าฟังก์ชันค่าเฉลี่ยไปเป็นรูปสมการเชิงเส้นและการผันค่ากลับด้วยฟังก์ชัน Inverse เพื่อหาค่าประมาณของค่าเฉลี่ย ซึ่งเป็นผลลัพธ์ในการนำไปใช้สรุปผลเพื่อตอบคำถามวิจัยสามารถทำได้โดยตรงไปตรงมาและสะดวกในการนำมาใช้งานมากยิ่งขึ้น (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงส่วนประกอบเชิงสุ่ม ฟังก์ชันเชื่อมโยง ชื่อเรียกฟังก์ชันเชื่อมโยงและการผันค่ากลับด้วยฟังก์ชัน Inverse ภายใต้ตัวแบบเชิงเส้นน้อยทั่วไป (GLMs)

ส่วนประกอบเชิงสุ่ม	ฟังก์ชันเชื่อมโยง ***	ชื่อเรียกฟังก์ชันเชื่อมโยง	การผันค่ากลับด้วยฟังก์ชัน inverse
Gaussian	$g(\mu) = \eta$	Identity	$g^{-1}(\eta) = \mu$
Binomial	$g(\log_e \left[\frac{\mu}{1-\mu} \right]) = \eta$	Logit	$g^{-1}(\eta) = \frac{e^{\alpha + \beta_1 X_1 + \dots + \beta_k X_k}}{1 + e^{\alpha + \beta_1 X_1 + \dots + \beta_k X_k}}$
Poisson	$g(\log_e \mu) = \eta$	Log	$g^{-1}(\eta) = e^{\alpha + \beta_1 X_1 + \dots + \beta_k X_k}$

*** $\eta = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \dots + \beta_k X_k$

ความครอบคลุมและยืดหยุ่นของตัวแบบเชิงเส้น นัยทั่วไป (GLMs)

จากกรอบการทำงานแบบหนึ่งเดียวของตัวแบบเชิงเส้นนัยทั่วไป (GLMs) ดังกล่าวข้างต้น ได้สะท้อนค่อนข้างชัดเจนว่า วิธีการทางสถิติเกือบทั้งหมดที่นักวิจัยส่วนใหญ่คุ้นเคย ทั้งแบบต่อเนื่อง ซึ่งมีการแจกแจงแบบปกติและไม่ปกติ เช่น การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ การวิเคราะห์แบบแกมมา เป็นต้น หรือ แบบไม่ต่อเนื่องทั้งแบบแจกแจงนับและจำนวนนับ เช่น การวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติก การวิเคราะห์ถดถอยปัวซอง เป็นต้น ล้วนถือเป็นวิธีการทางสถิติที่อยู่ภายใต้กรอบการทำงานของตัวแบบเชิงเส้นนัยทั่วไป (GLMs) ทั้งสิ้น เนื่องจากส่วนประกอบหลัก 3 ส่วนข้างต้น สามารถครอบคลุมแนวคิดพื้นฐานของวิธีการทางสถิติที่กล่าวมาทั้งหมด เช่น การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ จะให้ค่าผลลัพธ์เช่นเดียวกับการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตัวแบบเชิงเส้นนัยทั่วไป (GLMs) เมื่อกำหนดส่วนประกอบเชิงสุ่ม หรือ family ในคำสั่งโปรแกรม STATA เป็น Gaussian และกำหนดฟังก์ชันเชื่อมโยง หรือ Link function เป็น identity ขณะที่เช่นเดียวกันในการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติก ก็จะทำให้ค่าผลลัพธ์เดียวกันกับการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตัวแบบเชิงเส้นนัยทั่วไป (GLMs) เมื่อกำหนดส่วนประกอบเชิงสุ่ม หรือ Family ในคำสั่งโปรแกรม STATA เป็น Binomial และกำหนดฟังก์ชันเชื่อมโยง หรือ Link function เป็น Logit เป็นต้น จากตัวอย่างดังกล่าว นั้นแสดงว่า เมื่อนำตัวแบบเชิงเส้นนัยทั่วไป (GLMs) มา

วิเคราะห์ข้อมูล ภายใต้กรอบการทำงานแบบหนึ่งเดียวซึ่งครบทั้ง 3 ส่วนประกอบ จึงทำให้นักวิจัยสามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้ครอบคลุมลักษณะข้อมูลของตัวแปรผลลัพธ์ที่มีอยู่และจากการที่มีส่วนประกอบฟังก์ชันเชื่อมโยง ยังทำให้นักวิจัยมีความยืดหยุ่นและสามารถเลือกรูปแบบฟังก์ชันเชื่อมโยงให้สอดคล้องกับลักษณะข้อมูลได้มากกว่าวิธีการทางสถิติโดยตรงแบบเดิม ซึ่งมีข้อจำกัดและทำได้ เช่น กรณีข้อมูลแบบต่อเนื่องและมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ หากนำวิธีการทางสถิติเดิมภายใต้ตัวแบบเชิงเส้นนัยทั่วไป (GLM) มาใช้ ได้แก่ สมการถดถอยเชิงพหุคูณ นักวิจัยจำเป็นต้องทำการแปลงค่าข้อมูล เพื่อให้สอดคล้องกับข้อตกลงเบื้องต้นที่มีอยู่และอาจนำไปสู่ข้อจำกัดจากการแปลงข้อมูลดังที่กล่าวไปข้างต้นได้ ขณะที่หากเลือกใช้ตัวแบบเชิงเส้นนัยทั่วไป (GLMs) นักวิจัยไม่จำเป็นต้องทำการแปลงข้อมูลตัวแปรผลลัพธ์ แต่สามารถเลือกตัวเลือกที่เป็นส่วนประกอบเชิงสุ่ม และฟังก์ชันเชื่อมโยง ที่มีอยู่ในคำสั่งของโปรแกรมสำเร็จทางสถิติที่เลือกใช้ให้สอดคล้องและเหมาะสมกับข้อมูลจริงที่มีอยู่ เช่น ในกรณีโปรแกรม STATA จะพบว่า ทางเลือกของส่วนประกอบเชิงสุ่มกรณีข้อมูลต่อเนื่องทั้งแบบแจกแจงปกติและไม่ปกติ ประกอบด้วย Gaussian, Gamma, Inverse Gaussian และทางเลือกของฟังก์ชันเชื่อมโยง ประกอบด้วย Log, Power-1, Power-2 เป็นต้น

นอกจากความครอบคลุมและความยืดหยุ่นในประเด็นการแจกแจงของตัวแปรผลลัพธ์ภายใต้ส่วนประกอบเชิงสุ่มและการแปลงข้อมูลด้วยฟังก์ชันเชื่อมโยงแล้ว ตัวแบบเชิงเส้นน้อยทั่วไป (GLMs) ยังได้มีการพัฒนาและขยายกรอบการทำงานแบบหนึ่งเดียวดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความครอบคลุมสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลภายใต้คำถามวิจัยและลักษณะข้อมูลที่มีความซับซ้อนและหลากหลายมากขึ้น ^[2] เช่น

ตัวแบบ Generalized additive model (GAM) ซึ่งพัฒนาและขยายต่อจากตัวแบบเชิงเส้นน้อยทั่วไป (GLMs) เพื่อนำมาใช้ในการกรณีที่นักวิจัยไม่แน่ใจเกี่ยวกับข้อตกลงเบื้องต้นประเด็นความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ดังนั้นวิธีการนี้ จึงเป็นทางเลือกในการนำเทคนิคเส้นโค้งราบเรียบ (Smoothing) ประกอบด้วยฟังก์ชัน Spline หรือ Kernel smoothers มาใช้ในการสร้างกราฟเพื่ออธิบายการเปลี่ยนแปลงของข้อมูล โดยในทางปฏิบัติ นักวิจัยสามารถตัดสินใจเลือกใช้ตัวแบบเชิงเส้นน้อยทั่วไป (GLMs) หรือ ตัวแบบ Generalized additive model (GAM) ขึ้นกับวัตถุประสงค์ หรือ คำถามวิจัยเป็นหลัก โดยตัวแบบเชิงเส้นน้อยทั่วไป (GLMs) มีวัตถุประสงค์เพื่อมุ่งเน้นการประมาณค่า, การอ้างอิงและการแปลความหมายของค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยที่ได้เป็นหลัก ขณะที่ตัวแบบ Generalized additive model (GAM) มีวัตถุประสงค์ส่วนใหญ่เพื่อนำมาใช้ในการอธิบายแผนภาพ หรือ กราฟแนวโน้มเชิงเส้นโค้งที่เกิดขึ้นจากความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรผลลัพธ์กับตัวแปรร่วมที่นำมาพิจารณาเป็นหลัก ^[9]

สมการประมาณค่าน้อยทั่วไป (Generalized estimating equation, GEE) ซึ่งพัฒนาและขยายต่อจากตัวแบบเชิงเส้นน้อยทั่วไป (GLMs) โดยในทางปฏิบัติวิธีการ GEE ไม่ถือเป็นตัวแบบทางสถิติ ^[10] เนื่องจากมีกรอบการทำงาน

เช่นเดียวกับตัวแบบเชิงเส้นน้อยทั่วไป (GLMs) แต่พัฒนาวิธีการประมาณค่าพารามิเตอร์เพิ่มเติมเนื่องจากถูกนำมาใช้ในการกรณีตัวแปรผลลัพธ์ที่สัมพันธ์กัน โดยคำนึงถึงและนำความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นภายในตัวแปรผลลัพธ์ที่สัมพันธ์กันดังกล่าวมาใช้ในการถ่วงน้ำหนักของการคำนวณค่าประมาณ เพื่อลดความลำเอียง (Bias) ที่อาจเกิดขึ้นจากความสัมพันธ์ภายในตัวแปรผลลัพธ์ดังกล่าว ด้วยการกำหนดโครงสร้างความสัมพันธ์แบบเมตริกซ์ หรือ Working correlation structure เพิ่มเติมเข้ามาในการคำนวณ ซึ่งหากการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการ GEE เมื่อนักวิจัยกำหนดโครงสร้างความสัมพันธ์ดังกล่าวได้อย่างถูกต้องและสอดคล้องกับโครงสร้างความสัมพันธ์ที่มีอยู่จริง (Correct specification) ผลของการประมาณค่าที่ได้ จะให้ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standard error) ที่มีความถูกต้องและแม่นยำ ส่งผลให้ทั้งค่าประมาณแบบจุด ผลการทดสอบสมมติฐานและช่วงเชื่อมั่นที่ได้ มีความแม่นยำและกระชับตามมา อย่างไรก็ตามแม้หากการกำหนดโครงสร้างความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่ถูกต้อง หรือ ไม่สอดคล้องกับโครงสร้างความสัมพันธ์ที่มีอยู่จริง (misspecification) ผลของการประมาณค่าที่ได้ จะยังคงให้ค่าประมาณแบบจุดที่ไม่ลำเอียง (Unbias) อยู่ แต่จะส่งผลกระทบต่อความลำเอียงของค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานและส่งผลต่อเนื่องทำให้การทดสอบสมมติฐานและช่วงเชื่อมั่นมีความไม่ถูกต้องและไม่แม่นยำตามมา ดังนั้นวิธีการแก้ปัญหาการเกิด Misspecification ดังกล่าว จึงแนะนำให้ใช้วิธีการประมาณค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานแบบ Robust ^[9] ซึ่งนักวิจัยสามารถกำหนดเป็นทางเลือกได้ในโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติที่นำมาใช้ทำการวิเคราะห์ข้อมูล

ตัวแบบผลกระทบผสมเชิงเส้นน้อยทั่วไป
(Generalized linear mixed effects model, GLMM) ถือเป็นตัวแบบหนึ่งที่มีความสำคัญ ซึ่งถูกพัฒนาและขยายต่อเนื่องมาจากตัวแบบเชิงเส้นน้อยทั่วไป (GLMs) สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลที่ครอบคลุมลักษณะข้อมูลตัวแปรผลลัพธ์ได้ทั้งที่สัมพันธ์กันและเป็นอิสระต่อกัน ได้ทั้งแบบต่อเนื่องและไม่ต่อเนื่อง ภายใต้การนำผลกระทบทั้งแบบคงที่ (Fixed effect) และแบบสุ่ม (Random effect) มาพิจารณาร่วมกัน หรือเรียกว่า “ผลกระทบผสม (Mixed effects)” เพื่อตอบคำถามวิจัยได้ครอบคลุมทั้งแบบค่าเฉลี่ยประชากร (Population-averaged model) และแบบเฉพาะบุคคล (Subject-specific model)

บางครั้งนักวิจัยอาจสามารถสังเกตได้ว่า ทุกครั้งที่พบเจอวิธีการทางสถิติ หรือ ตัวแบบทางสถิติ ที่ชื่อเรียกถูกนำหน้าด้วยคำว่า “Generalize” นั้นแสดงว่า วิธีการ หรือ ตัวแบบดังกล่าว ถูกพัฒนาและขยายผลมาจากกรอบการทำงานแบบหนึ่งเดียวของตัวแบบเชิงเส้นน้อยทั่วไป (GLMs) จึงทำให้สามารถนำมาใช้วิเคราะห์ข้อมูลได้ครอบคลุมทั้งตัวแปรผลลัพธ์แบบต่อเนื่องและแบบไม่ต่อเนื่อง หรือ มีการแจกแจงแบบปกติและแบบไม่ปกติ ดังนั้นจากประเด็นความครอบคลุมและยืดหยุ่นของตัวแบบเชิงเส้นน้อยทั่วไป (GLMs) ที่กล่าวมาข้างต้น นักวิจัยจึงควรให้ความสำคัญและนำมาพิจารณา เพื่อประกอบการตัดสินใจเลือกใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลให้สอดคล้องและเหมาะสมกับคำถามวิจัยและลักษณะข้อมูลที่มีอยู่ โดยเฉพาะในงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ข้อเสนอแนะการนำตัวแบบเชิงเส้นน้อยทั่วไป (GLMs) มาใช้ในงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ

1. ในงานวิจัยกรณีตัวแปรผลลัพธ์แบบต่อเนื่อง (Continuous outcome) เมื่อคำถามวิจัยต้องการทราบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรผลลัพธ์กับตัวแปรร่วม ควรเลือกใช้ตัวแบบเชิงเส้นน้อยทั่วไป (GLMs) จะมีความเหมาะสมมากกว่า เนื่องจากให้ความครอบคลุมและยืดหยุ่นในการจัดการตัวเลือกให้สอดคล้องกับลักษณะข้อมูลที่มีอยู่ได้ดีกว่าโดยสามารถเขียนระบุวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในโครงร่างการวิจัย (Proposal) ได้อย่างครอบคลุมมากกว่า เช่น “การวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการศึกษานี้ ใช้ตัวแบบเชิงเส้นน้อยทั่วไป (GLMs) โดยกรณีข้อมูลแบบต่อเนื่องที่มีการแจกแจงแบบปกติ จะกำหนดส่วนประกอบเชิงสุ่มเป็น Gaussian และฟังก์ชันเชื่อมโยงเป็น Identity ขณะที่หากข้อมูลแบบต่อเนื่องมีการแจกแจงแบบ Inverse Gaussian (เบ้ขวา) จะกำหนดส่วนประกอบเชิงสุ่มเป็น Igaussian และฟังก์ชันเชื่อมโยงเป็น Power -2” เป็นต้น

2. ในงานวิจัยกรณีตัวแปรผลลัพธ์แบบไม่ต่อเนื่อง (Discrete outcome) เช่นเดียวกัน นักวิจัยควรเลือกใช้ตัวแบบเชิงเส้นน้อยทั่วไป (GLMs) เพื่อให้เกิดความครอบคลุมและยืดหยุ่นในการวิเคราะห์ข้อมูลได้มากกว่า โดยเฉพาะในการเขียนโครงร่างการวิจัย (Proposal) ซึ่งส่วนใหญ่พบว่า นักวิจัยยังไม่สามารถระบุได้อย่างแน่ชัดเกี่ยวกับข้อมูลที่จะถูกรวบรวมได้ว่า มีลักษณะสอดคล้องหรือไม่ ? ดังนั้นการนำตัวแบบเชิงเส้นน้อยทั่วไป (GLMs) มาใช้ จึงสามารถเขียนแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างครอบคลุมและยืดหยุ่นมากยิ่งขึ้น เช่น การวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรผลลัพธ์แบบจำนวนนับ (Count outcome) ซึ่งถือเป็นข้อมูลที่มีการแจกแจงความน่าจะเป็นแบบปัวซอง และวิธีการทางสถิติที่ใช้ ได้แก่ สมการถดถอยปัวซอง (Poisson regression) ภายใต้เงื่อนไขของ

การแจกแจงปัวซองที่ว่า ค่าเฉลี่ยและความแปรปรวนคงที่เท่ากัน ($\mu = \sigma^2$) แต่ในทางปฏิบัติมักพบว่า ไม่เป็นไปตามเงื่อนไขดังกล่าว นั่นคือส่วนใหญ่ความแปรปรวนมากกว่าค่าเฉลี่ย หรือเรียกว่า “Overdispersion” ส่งผลให้การวิเคราะห์แบบเดิมด้วยสมการถดถอยปัวซอง จึงไม่เหมาะสมและจำเป็นต้องเลือกใช้สมการถดถอยทวินามลบ (Negative binomial regression) ซึ่งจากแนวทางดังกล่าว หากนักวิจัยเลือกตัวแบบเชิงเส้นน้อยทั่วไป (GLMs) มากำหนดวิธีการวิเคราะห์ ก็จะทำให้ง่ายและสะดวกในการพิจารณามากยิ่งขึ้น ดังเช่น “การวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการศึกษาคั้งนี้ ใช้ตัวแบบเชิงเส้นน้อยทั่วไป (GLMs) โดยกรณีข้อมูลแบบจำนวนนับเป็นไปตามเงื่อนไขของการแจกแจงแบบปัวซอง ค่าเฉลี่ยและความแปรปรวนคงที่เท่ากัน ($\mu = \sigma^2$) จะกำหนดส่วนประกอบเชิงสุ่มเป็น Poisson และฟังก์ชันเชื่อมโยงเป็น Log ขณะที่หากข้อมูลแบบจำนวนนับดังกล่าว มีความแปรปรวนมากกว่าค่าเฉลี่ย หรือ เกิด “Overdispersion” จะกำหนดส่วนประกอบเชิงสุ่มเป็น nbinomial และฟังก์ชันเชื่อมโยงเป็น log” เป็นต้น

3. ภายใต้กรอบการทำงานของตัวแบบเชิงเส้นน้อยทั่วไป (GLMs) ที่ครอบคลุมและยืดหยุ่นยังทำให้นักวิจัยสามารถคำนวณค่าประมาณที่ต้องการได้มากขึ้น ด้วยการจับคู่ระหว่างส่วนประกอบเชิงสุ่ม (Family) กับฟังก์ชันเชื่อมโยง (Link function) ได้ เช่น ในการวิจัยทางวิทยาการระบาด นักวิจัยสามารถคำนวณค่า odds ratio ได้จากการกำหนด Family(binomial) และ Link(logit) และค่า Risk ratio ได้จากการกำหนด Family(binomial) และ Link(log) รวมถึงการหาค่า Risk different ได้จากการกำหนด

Family(binomial) และ Link(identity) เป็นต้น [11]

4. การนำตัวแบบเชิงเส้นน้อยทั่วไป (GLMs) มาใช้งาน ทำให้นักวิจัยมีความสะดวกและสามารถลดการเรียนรู้วิธีการทางสถิติแต่ละวิธีลงได้ และภายใต้งานวิจัยเดียวกัน ซึ่งอาจมีคำถามวิจัยย่อยแตกต่างกัน ก็สามารถเลือกส่วนประกอบเชิงสุ่มและฟังก์ชันเชื่อมโยงให้สอดคล้องไปตามบริบทของข้อมูลที่อยู่ภายใต้คำถามวิจัยย่อยที่ต้องการได้

บทสรุป

การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ จำเป็นต้องอาศัยวิธีการทางสถิติที่มีความครอบคลุมและยืดหยุ่น เนื่องจากลักษณะข้อมูลและคำถามวิจัยที่มีอยู่ค่อนข้างจำเพาะและหลากหลายขึ้นกับบริบทในแต่ละสาขาที่เกี่ยวข้อง เช่น สาขาทางคลินิก ระบาดวิทยา หรืออนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ตัวแบบเชิงเส้นน้อยทั่วไป (GLMs) จึงถือเป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่มีกรอบการทำงานแบบหนึ่งเดียว ซึ่งครอบคลุมและยืดหยุ่น สามารถรองรับตัวแปรผลลัพธ์ได้ทั้งแบบต่อเนื่องและไม่ต่อเนื่อง รวมถึงยังสามารถพัฒนาตัวแบบที่ได้ให้สอดคล้องกับเงื่อนไข หรือคุณสมบัติของลักษณะข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงไปได้ ด้วยการเลือกฟังก์ชันเชื่อมโยงที่เหมาะสม นอกจากนี้ตัวแบบเชิงเส้นน้อยทั่วไป (GLMs) ยังถูกพัฒนาและขยายไปเป็นตัวแบบทางสถิติ หรือวิธีการอื่น ซึ่งถูกนำไปใช้กับประเด็นอื่นได้อย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง ดังนั้นการสนับสนุนให้นักวิจัยแต่ละสาขา หันมาสนใจและพิจารณานำตัวแบบดังกล่าวมาใช้ให้เพิ่มมากขึ้น จึงเป็นประเด็นจำเป็น เพื่อลดความซับซ้อนในการเรียนรู้และการใช้งานวิธีการทางสถิติแต่ละวิธี ซึ่งแตกต่างกันไปตามโปรแกรมสำเร็จรูป อีกทั้งยังเพิ่มโอกาสในการ

พัฒนาผลงานวิจัยให้เป็นที่ยอมรับและสามารถเผยแพร่ผลงานในระดับที่สูงขึ้นได้

เอกสารอ้างอิง

1. Casson, R.J. and L.D. Farmer, Understanding and checking the assumptions of linear regression: a primer for medical researchers. Clinical & Experimental Ophthalmology, 2014. 42(6): p. 590-596.
2. Nelder, J.A., A large class of models derived from generalized linear models. Stat Med, 1998. 17(23): p. 2747-53.
3. Malehi, A.S., F. Pourmotahari, and K.A. Angali. Statistical models for the analysis of skewed healthcare cost data: a simulation study. Health economics review. 2015; 5: 11-11.
4. Feng, C., et al. Log-transformation and its implications for data analysis. Shanghai archives of psychiatry. 2014; 26(2): 105-109.
5. Keene, O.N. The log transformation is special. Statistics in Medicine. 1995; 14(8): 811-819.
6. Moran, J.L., et al. New models for old questions: generalized linear models for cost prediction. J Eval Clin Pract. 2007; 13(3): 381-9.
7. St-Pierre, A.P., V. Shikon, and D.C. Schneider. Count data in biology-Data transformation or model reformation? Ecology and evolution. 2018; 8(6): 3077-3085.
8. O'Hara, R.B. and D.J. Kotze. Do not log-transform count data. Methods in Ecology and Evolution. 2010; 1(2): 118-122.
9. Nitta, H., et al. An introduction to epidemiologic and statistical methods useful in environmental epidemiology. Journal of epidemiology. 2010; 20(3): 177-184.
10. Pekár, S. and M. Brabec. Generalized estimating equations: A pragmatic and flexible approach to the marginal GLM modelling of correlated data in the behavioural sciences. Ethology. 2018; 124(2): 86-93.
11. Naimi, A.I. and B.W. Whitcomb. Estimating Risk Ratios and Risk Differences Using Regression. American Journal of Epidemiology. 2020; 189(6): 508-510.

STOP COVID - 19



วิทยาลัยการสาธารณสุขสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี

90/1 ถ.อนามัย อ.เมือง จ.สุพรรณบุรี

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

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

Email : jhscph@scphkk.ac.th

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