

Journal of Health Science and Community Public Health: JHSCPH

วารสาร

วิทยาศาสตร์สุขภาพ

และการสาธารณสุขชุมชน ปีที่ 7 ฉบับที่ 2

กรกฎาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2567

ISSN: 2651-1193 (Print)
ISSN: 2985-2560 (Online)



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 177

E-mail: jhscph@scphkk.ac.th

Website: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jhscph/index>

คณะกรรมการที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.นพ.ศาสตรี เสาวคนธ์	มหาวิทยาลัยบูรพา
นพ.วณิช เลหาพันธ์	ที่ปรึกษามูลนิธิหมอวันิช เลหาพันธ์
อธิการบดี สถาบันพระบรมราชชนก	สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
คณบดี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์	สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น	กระทรวงสาธารณสุข
ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

บรรณาธิการ

ผศ.ดร.ธีรศักดิ์ พาจันท์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: tphajan@gmail.com
-------------------------	--	--------------------------

กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.วงศา เล้าหศิริวงศ์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	อีเมล: drwongsa@gmail.com
รศ.ดร.สงครามชัย ลีทองดีสกุล	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	อีเมล: songkramchai@gmail.com
รศ.ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	อีเมล: vorapoj_p2004@hotmail.com
รศ.ดร.ณัฐพงษ์ พัฒนพงษ์	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	อีเมล: nattapong@econ.tu.ac.th
ดร.กฤษณา วุฒิสินธุ์	มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ (ข้าราชการบำนาญ)	อีเมล: kridsana.wu@ksu.ac.th
ผศ.ดร.กฤษณ์ ขุนลิก	มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์	อีเมล: kris.khunluek@gmail.com
ผศ.ดร.ประเสริฐ ประสมรักษ์	มหาวิทยาลัยมหิดล	อีเมล: prasert.pra@mahidol.ac.th
ผศ.ดร.อมรศักดิ์ โพธิ์อำ	มหาวิทยาลัยรามคำแหง	อีเมล: mornsak1.poum@gmail.com
ดร.นงษา สิงห์วีระธรรม	สถาบันพระบรมราชชนก	อีเมล: noppcha@hotmail.com
ผศ.ดร.นงษา วิงห์วีระธรรม	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	อีเมล: noppcha.s@cmu.ac.th
ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	อีเมล: terdsak.p@msu.ac.th
ดร.มิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น	อีเมล: m.phuhongtong@gmail.com
ผศ.ดร.พิทยา ศรีเมือง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: phitthaya12@gmail.com
ดร.สุทิน ชนะบุญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: sutinchanabun@gmail.com
ผศ.ดร.ประทีป กาลเขว้า	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: kankhwao@hotmail.com
ผศ.ดร.สุพัฒน์ อาสนะ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: su_assana@yahoo.com
ดร.กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: kritkantorn@gmail.com
ดร.วรรณศรี แวงงาม	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: wanasri@scphkk.ac.th
ดร.ลำพึง วอนอก	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: lampung@scphkk.ac.th
ดร.เจตนิพิฐ สมมาตย์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: jetnipit@scphkk.ac.th

ฝ่ายจัดการ

นายภาคิน ตันธุ์รงค์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: phakhin@scphkk.ac.th
นายวิน จุลสวัสดิ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: rawin@scphkk.ac.th

บรรณาธิการแถลง

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 ประจำเดือน กรกฎาคม - ธันวาคม 2567 ฉบับนี้มีบทความวิจัยที่น่าสนใจหลายเรื่อง เช่น การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดหนองคาย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจถ่ายโอนไปปฏิบัติงานในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเลย การจัดการปัญหาด้านขยะมูลฝอยในชุมชนเขตเทศบาลตำบลบ้านด่านโขงเจียม อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ เป็นต้น ซึ่งทุกผลงานผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer review) จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้พิจารณาบทความ แบบ Double blinded สามารถนำไปเป็นแนวทางการปฏิบัติและพัฒนางานได้เป็นอย่างดี คณะทำงานมีความมุ่งมั่นพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องและทันสมัย โดยนำบทความเข้าสู่เว็บไซต์ระบบการจัดการวารสารออนไลน์ (Thai Journals Online: ThaiJO) ผู้สนใจสามารถเข้าเว็บไซต์ <http://www.tci-thaijo.org> จากนั้นพิมพ์ชื่อ “วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน” คลิก Register เพื่อลงทะเบียนสมาชิก หรือคลิกที่ Online submissions เพื่อส่งบทความได้อย่างสะดวก คณะทำงานขอขอบพระคุณเจ้าของผลงานที่กรุณานำผลงานวิจัยมาตีพิมพ์เผยแพร่และขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ทางวิชาการ เพื่อต่อยอดและพัฒนางานด้านสุขภาพ ต่อไป

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรศักดิ์ พาจันท์
บรรณาธิการ

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 รักษาพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพ การแพทย์ฉุกเฉินและคุ้มครองผู้บริโภค ระบบสุขภาพและการประเมินผลโครงการด้านสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายด้านสุขภาพ ชุมชนกับการพัฒนาสุขภาพและนวัตกรรมพัฒนาการจัดการเรียนการสอนด้านสุขภาพ โดยต้องเป็นงานที่ไม่เคยถูกนำไปตีพิมพ์ในวารสารอื่นใดมาก่อน และไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารใดๆ สามารถแบ่งได้ 3 ลักษณะดังนี้

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

1.3 กองบรรณาธิการจะพิจารณาต้นฉบับและส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขา (Peer review) จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้พิจารณาบทความ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจะไม่ทราบชื่อหรือข้อมูลของผู้เขียนบทความ และผู้เขียนบทความจะไม่ทราบชื่อผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณาบทความ (Double blinded)

2. ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับ

- 2.1 ต้นฉบับหน้าเดียวบนกระดาษขนาด A4 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 SarabunPSK ขนาด 16 Point

3. การเรียงลำดับเนื้อหา

3.1 ชื่อเรื่อง (Title)

- ภาษาไทย ขนาด 18 Point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ภาษาอังกฤษ ขนาด 18 Point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง

3.2 ชื่อผู้เขียน (Authors)

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

3.3 บทคัดย่อ (Abstract)

- ชื่อบทคัดย่อ และ Abstract ขนาด 16 Point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 16 Point ตัวธรรมดา กำหนดขีดขอบความยาวภาษาไทยไม่เกิน 300 คำ

3.4 คำสำคัญ (Keyword)

- ให้พิมพ์ต่อท้ายบทคัดย่อ (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 สะท้อนถึงการต่อยอดหรือประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

3.11 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

3.12 เอกสารอ้างอิง (Reference)

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

ตัวอย่างการเขียนส่วนเอกสารอ้างอิง

1. บทความจากวารสารมาตรฐาน (Standard journal article)

1.1 กรณีผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma- ,)

- แพรวพรรณ แสงทองรุ่งเจริญ, รพีพรรณ วิบูลย์วัฒนกิจ. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์. พยาบาลสาร. 2554; 4(2): 21-7.
- 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): 320-27.

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

- จริญญา เลิศธรรมยณัฒ, เอมอร รัชชมนัฒ, อนุพันธ์ ตันติวงศ์, กรุณา บุญสุข, อิงพร นิลประดับ, พุฒจิตพรณี 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(16): 1529-38.

2. บทความที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization as author)

- สภาเทคนิคการแพทย์. คู่มือการเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยาและเลือด. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 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 เนื่องในโอกาสเฉลิมพระเกียรติแห่งการบรมราชาภิเษกปีที่ 60 และการเฉลิมพระชนมพรรษา; วันที่ 30 พฤศจิกายน - วันที่ 3 ธันวาคม 2553; ณ โรงแรมโลตัสปางสวนแก้ว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 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 A. 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 [เข้าถึงเมื่อ 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: <https://www.amazon.com/Atlas-PET-CT-Quick-Guide-Interpretation/dp/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
- วารสารที่ผ่านการพิจารณาจาก Peer review ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพื่อการตีพิมพ์ ดังนี้
 - 1) บทความที่ผู้แต่งเป็นบุคลากรภายใน หรือนักศึกษา ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ค่าธรรมเนียม 2,500 บาท (สองพันห้าร้อยบาทถ้วน)
 - 2) บทความที่ผู้แต่งเป็นบุคคลภายนอกวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น โดยพิจารณาจากชื่อแรก หรือ Corresponding author ของบทความ ค่าธรรมเนียม 3,500 บาท (สามพันห้าร้อยบาทถ้วน)

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://he01.tci-thaijo.org/index.php/jhscph/index>

ติดต่อสอบถาม: ผศ.ดร.ธีรศักดิ์ พาจันท์ โทร: 098-102-8159, ผศ.ดร.พิทยา ศรีเมือง โทร: 092-904-1874

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทความวิจัย	
การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดหนองคาย Model for Health Promotion in Early Childhood Development Centers in Nong Khai Province ประติษฐ์ สารรัตน์, ธารนา ธงชัย, ขนิษฐา นาหนองตูม	1
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจถ่ายโอนไปปฏิบัติงานในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเลย Factors Associated with Decision Making for Job Transfer to Provincial Administrative Organization among Sub-district Health Promoting Hospital Personnel in Loei Province ธนเดช ธรรมแก้ว, กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์, สุพัฒน์ อาสนะ, ปรัชญ์ อินทศักดิ์สิทธิ์	16
การจัดการปัญหาด้านขยะมูลฝอยในชุมชนเขตเทศบาลตำบลบ้านด่านโขงเจียม อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี Community Solid Waste Management in Ban Dan Khong Chiam Sub-District Municipality, Khong Chiam District, Ubon Ratchathani Province มนัสนันท์ จันทรพันธ์, สุทิน ชนะบุญ, พิทยา ศรีเมือง	29
คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค ใช้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ Personal Characteristics and Key Success Factors Affecting Dengue Prevention and Control Operations among Village Health Volunteers at Phanom Dong Rak District, Surin Province ภัญญาภาณุจน์ เมินดี, ประจักษ์ บัวผัน, นครินทร์ ประสิทธิ์	41
ทัศนคติ การรับรู้นโยบายและการสนับสนุนการมีบุตรจากรัฐบาล ของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่สมรสแล้ว ในจังหวัดบึงกาฬ Attitudes, Policy Awareness, and Government Support for Childbearing among Married Women of Reproductive Age in Bueng Kan Province สมคิด เวสบรรพต, เกษราวดี คนหาญ, สุกัญญา ฆารสินธุ์, กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์	55

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
ปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันการโรคโควิด-19 หลังการระบาดใหญ่สู่การเป็นโรคประจำถิ่น ของนิสิตวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา Factors Influencing COVID-19 Prevention during Post-Pandemic to Endemic Transition among Health Science Students in Burapha University ภาวิณี เกตุพันธ์, ภารดี อาษา, ทัดดาว พาหาทรัพย์อนันต์, มนัสนันท์ พิบาลวงศ์, ทิษฏยา เสมาเงิน, นริศรา ชาญณรงค์, รจฤดี โชติกาวิรินทร์	70
ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ในตำบลช้างเผือก อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด Health Literacy on Dementia and Health-Promoting Behaviors among Elderly Individuals with Chronic Diseases in Chang Phueak Subdistrict, Suwannaphum District, Roi Et Province ประทีป กาลเข้ว่า, ชนาภา จันสุระ, วัลวิกา สระทองบ้อง, เบญญาภา กาลเข้ว่า	81
รูปแบบและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสูงอายุ จังหวัดชัยภูมิ Model and Factors Related to the Quality of Life of the Elderly in Chaiyaphum Province พรภัทรา แสนเหลา, สุวารี ทวนวิเศษกุล, ปัญญ์กรินทร์ หอยรัตน์, ศรีงามลักษณ์ ศรีปวีตร	91
ผลกระทบและแนวทางการลดผลกระทบจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร ตำบลท่าลี่ อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี The Impacts of Pesticide Use and Mitigation Strategies among Farmers in Tali Sub-District, Kumpawapi District, Udon Thani Province เนตรนภา มาตรวังแสง, สุทิน ชนะบุญ, พิทยา ศรีเมือง	103
ผลของการนวดออกซิโตซินต่อปริมาณการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด Effects of Oxytocin Massage on Breast Milk Production in Postpartum Mothers สุมาลี จุลพันธ์, สิริยาภรณ์ เจนสาริกา, จันทิมา นวะมะวัฒน์	117

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทความปริทัศน์	
หลักการประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ โดยวิธี Rapid Entire Body Assessment (REBA) Principles of Ergonomic Risk Assessment using Rapid Entire Body Assessment (REBA) วรพล สงชุม, ปิยะรัตน์ ปริย์มาโนช, เสรีย์ ตู๊ประกาย, นันทน์ภัสร์ อินยิ้ม, โกวิท สุวรรณหงษ์, วัฒนา จันทะโคตร	131
สถิติสำหรับสำหรับเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการให้สิ่งแทรกแซงในงานวิจัยเชิงทดลอง Statistics for Comparing Results Before and After the Intervention in Experimental Research หัตถุภกร สำเร็จดี, สิริวิชญ์ สนโคก	145

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Reviewer) ประจำฉบับ

- | | |
|--|---|
| 1. รศ.ดร.อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง | คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา |
| 2. นพ.ดร.ชาตรี เจริญชีวะกุล (เกษียณอายุราชการ) | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 3. ดร.นฤพวรรต์ พรหมมาวีย์ | คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี |
| 4. ดร.ศิริชัย รินทะราช | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ |
| 5. ผศ.ดร.เอกพล กาละดี | สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช |
| 6. ดร.ณฐกร นิลเนตร | คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ
มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี |
| 7. ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |
| 8. ผศ.ดร.สุภาภรณ์ วรอรุณ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี |
| 9. ดร.วรรณภา สระทองหน | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุดรธานี |
| 10. ดร.มิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น |
| 11. ผศ.ดร.สุพัฒน์ อาสนะ | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| 12. ผศ.ดร.ประทีป กาลเขว้า | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| 13. อ.ดร.เตือนใจ ภูสระแก้ว | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| 14. อ.ดร.ทพ.วุฒิกุล ธนากาญจน์ภักดี | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| 15. ผศ.ดร.พิทยา ศรีเมือง | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| 16. ดร.ลำพึง วอนอก | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| 17. ดร.สุทิน ชนะบุญ | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| 18. ผศ.ดร.อัจฉรา กิตติวงศ์วิสุทธิ | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| 19. ดร.กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์ | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| 20. ดร.สุพัฒน์ จำปาหวาย | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดหนองคาย

ประดิษฐ์ สารรัตน์¹, ธารนา ธงชัย², ขนิษฐา นาหนองตุม³

(วันที่รับบทความ: 9 เมษายน 2567; วันที่แก้ไข: 23 กรกฎาคม 2567; วันที่ตอบรับ: 6 สิงหาคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดหนองคาย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 518 คน ประกอบด้วยบุคลากรสาธารณสุข ครู และผู้ปกครอง ดำเนินการวิจัยใน 4 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการแก้ไขปัญหา 2) การสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย 3) การทดลองใช้ และ 4) ประเมินรูปแบบฯ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Independent t-test และ Paired sample t-test

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย มี 4 องค์ประกอบ คือ 1) ปัจจัยนำเข้า 2) การแปลงปัจจัยนำเข้า 3) ผลผลิต และ 4) ข้อมูลป้อนกลับจากสภาพแวดล้อม ผลการพัฒนาภายหลังการใช้รูปแบบฯ พบว่าครูกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยด้านความรู้และทักษะในการส่งเสริมสุขภาพเด็กมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เด็กปฐมวัยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยด้านพัฒนาการเด็กและมีภาวะโภชนาการมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยกลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรมจัดรายการอาหาร (School lunch program) และมีการบันทึกและคัดกรองการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Kid diary program) เพิ่มขึ้นเป็นระดับดีมากทุกแห่ง และมีการจัดการสภาพแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินเพิ่มขึ้นทุกแห่ง โดยภาพรวมผลการประเมิน ความเหมาะสมของรูปแบบฯ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.33$, S.D.=0.36) เพื่อให้เกิดผลอย่างยั่งยืน ควรส่งเสริมให้สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย มีการจัดการสภาพแวดล้อม เพื่อความปลอดภัย รวมถึงมีการใช้โปรแกรมบันทึกข้อมูลเพื่อช่วยประเมินพัฒนาการเด็กและภาวะโภชนาการ ควบคู่กับการพัฒนา ครูปฐมวัยอย่างต่อเนื่อง อันจะช่วยให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการที่สมวัย และภาวะโภชนาการได้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: เด็กปฐมวัย, การส่งเสริมสุขภาพเด็ก, สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

² นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

³ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

Corresponding author: ประดิษฐ์ สารรัตน์, E-mail: praditsararat@gmail.com

Model for Health Promotion in Early Childhood Development Centers in Nong Khai Province

Pradit Sararat¹, Tharana Thongchai², Khanittha Nanongtoom³

(Received: 9th April 2024; Revised: 23rd July 2024; Accepted: 6th August 2024)

Abstract

This research and development aimed to develop the model for promoting child health in early childhood development centers in Nong Khai province. The samples were 518 persons including public health officers, teachers and parents. This research methodologies were carried out in 4 stages: 1) studying the problems and needs for problems solving; 2) developing a model for promoting child health in early childhood development centers; 3) implementing the model; and 4) studying the appropriateness of the model. The statistics used for data analysis were descriptive statistics, Independent t-test and Paired sample t-test.

The results showed that the model consisted of 4 components: 1) inputs; 2) transformations; 3) outputs; and 4) environmental feedback. After implementing the model, the experimental group of teachers had significantly higher mean of knowledge and promoting child health than the comparison group at the 0.05 level. The experimental group of early childhood had significantly higher mean of child development and nutritional status than the comparison group at the 0.05 level. The experimental group of early childhood development centers had increasing using Thai school lunch program and kid diary program at the excellent level. The overall assessment of the appropriateness of the model indicated at a high level ($\bar{X}=4.33$, S.D.=0.36). To be having the sustainable outcomes, promoting childhood development centers for environmental safety management, utilizing data recording programs for child development and nutrition status assessment, along with continuous development for early childhood teachers should be supported for facilitating properly childhood development.

Keywords: Early childhood, Child health promotion, Early childhood development center

¹ Public Health Technical Officer (Senior Professional Level), Nongkhai Provincial Public Health Office

² Public Health Technical Officer (Senior Professional Level), Nongkhai Provincial Public Health Office

³ Public Health Technical Officer (Professional Level), Nongkhai Provincial Public Health Office

Corresponding author: Pradit Sararat, E-mail: praditsararat@gmail.com

บทนำ

รัฐบาลได้ให้ความสำคัญเรื่องการพัฒนาเด็กปฐมวัย ซึ่งถือเป็นช่วงวัยที่มีความสำคัญสูงสุดในการวางรากฐานการพัฒนาคนให้มีความสมบูรณ์ทั้งสุขภาพกายและใจที่ดี มีทักษะทางสมอง การเรียนรู้และทักษะชีวิต จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการบูรณาการดำเนินงานร่วมกัน เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนในการปฏิบัติและเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างเป็นรูปธรรม ส่งผลให้เด็กปฐมวัยทุกคนได้รับการพัฒนาอย่างรอบด้านอย่างต่อเนื่อง มีการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพและมีพัฒนาการที่เหมาะสมตามวัย¹ การพัฒนาเด็กปฐมวัย จึงเป็นรากฐานที่มีผลต่อคุณภาพและประสิทธิภาพของคนตลอดชีวิต และถือว่าการลงทุนที่คุ้มค่าที่สุด ดังนั้นภาครัฐและทุกภาคส่วนทางสังคม เช่น พ่อแม่ ผู้ปกครอง ครอบครัว ชุมชน สังคม บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ครูผู้ดูแลเด็ก สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย องค์กรท้องถิ่น จึงต้องลงมือช่วยกันเพื่อให้เด็กปฐมวัยมีโอกาสพัฒนาอย่างเต็มศักยภาพในภาวะแวดล้อมที่ปลอดภัย² กอปรเด็กวัย 3-6 ปี เป็นวัยที่เด็กเริ่มจากครอบครัวไปสู่โรงเรียนและสถานพัฒนาเด็กและใช้ชีวิตภายนอกบ้านมากขึ้น แต่ในขณะเดียวกันหากเด็กวัยนี้ไม่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพที่จำเป็นตามช่วงวัย อาจจะเป็นจุดตั้งต้นของปัญหาต่อไปในอนาคต³

สถานการณ์เด็กไทยที่มีพัฒนาการล่าช้ามากกว่าร้อยละ 30 เนื่องจากแนวโน้มเด็กเตี้ย อ้วน ผอมมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการพัฒนาการสมวัย และการมีภาวะโภชนาการที่ดี⁴ จากผลการดำเนินงานคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย ช่วงเด็กอายุ 0-5 ปี พบปัญหา ดังนี้ 1) ด้านพัฒนาการ ระดับประเทศ ระดับเขตสุขภาพที่ 8 และระดับจังหวัดหนองคาย พบสงสัยล่าช้า ร้อยละ 21.20, 17.17 และ 27.10 ตามลำดับ (เกณฑ์ร้อยละ 20) 2) ด้านส่วนสูงเฉลี่ยพบว่า เด็กชายสูงเฉลี่ย 109.11, 109.13 และ 109.13 ซม. ตามลำดับ (เกณฑ์เด็กชาย 5 ปีสูง

เฉลี่ย 113 ซม.) เด็กหญิงสูงเฉลี่ย 108.50, 108.62 และ 108.62 ซม. ตามลำดับ (เกณฑ์เด็กหญิง 5 ปีสูงเฉลี่ย 112 ซม.) 3) มีภาวะเตี้ย ร้อยละ 10.78, 11.32 และ 7.10 ตามลำดับ (เกณฑ์ไม่เกิน ร้อยละ 10) 4) มีภาวะผอม ร้อยละ 5.83, 7.34 และ 4.68 ตามลำดับ (เกณฑ์ไม่เกิน ร้อยละ 5)⁵

จากผลการดำเนินงานคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยเด็กอายุ 0-5 ปี ของจังหวัดหนองคาย ในปีงบประมาณ 2561-2563 พบปัญหาดังนี้ 1) พัฒนาการพบสงสัยล่าช้า ร้อยละ 23.20, 21.59 และ 27.10 ตามลำดับ (เกณฑ์ ร้อยละ 20) 2) มีส่วนสูงเฉลี่ยแยกตามเพศ เด็กชายสูงเฉลี่ย 109.07, 109.57 และ 110.62 ซม. ตามลำดับ เด็กหญิงสูงเฉลี่ย 108.38, 108.55 ซม. และ 110.03 ซม. ตามลำดับ 3) มีภาวะเตี้ย ร้อยละ 11.36, 14.40 และ 7.02 ตามลำดับ 4) มีภาวะอ้วน ร้อยละ 10.07, 11.19 และ 7.33 ตามลำดับ 5) มีภาวะผอม ร้อยละ 6.64, 6.62 และ 4.68 ตามลำดับ⁵ จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยของ จังหวัดหนองคาย โดยคาดว่าจะได้ใช้ให้เป็นประโยชน์ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดหนองคาย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้ประยุกต์ตามขั้นตอนกระบวนการวิจัยและพัฒนา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้⁶

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการแก้ไขปัญหาการส่งเสริมสุขภาพเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย โดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 74 คน ครู จำนวน 74 คน และผู้ปกครอง จำนวน 370 คน โดยคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ

เชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) พร้อมทั้งได้ดำเนินการสัมภาษณ์ แบบเจาะลึก (In-depth Interview) บุคลากรสาธารณสุข ครู ผู้ปกครอง ประเภทละ 10 คน ได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) เริ่มจากการแบ่งโซนพื้นที่อำเภอ จากนั้นสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีจับสลากเลือกสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการคัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างรูปแบบ (ฉบับร่าง) การส่งเสริมสุขภาพเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ขั้นตอนย่อยคือ 1) การสร้างรูปแบบฯ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุข ครู ผู้แทนองค์กรปกครองท้องถิ่น จำนวน 15 คน โดยนำบริบทสภาพปัญหาและความต้องการในขั้นตอนที่ 1 มาเป็นฐานข้อมูล เพื่อระดมสมองปรึกษาหารือ (Brainstorming) กำหนด (ร่าง) รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ตามแนวคิดของบาร์โตนและฮาร์ทแมน⁷ 2) ศึกษาความเหมาะสมและความสอดคล้องของรูปแบบ (ฉบับร่าง) โดยนำรูปแบบดังกล่าวไปสอบถามความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน 3) ทำการแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องให้มากยิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย โดยทำการทดลองกับกลุ่มเป้าหมาย และประเมินผลจำนวน 6 แห่ง โดยดำเนินการ 1) พัฒนาศักยภาพของครู 2) ดำเนินการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย 3) เฝ้าระวังและคัดกรองพัฒนาการภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. ครู เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามทดสอบความรู้และทักษะก่อนและหลังการอบรม
2. เด็กปฐมวัย เครื่องมือที่ใช้ 1) แบบประเมินการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) 2) แบบคัดกรองและประเมินภาวะโภชนาการ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้รับมาดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการทดลอง
3. ระบบสารสนเทศในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย คือ แบบสำรวจการใช้ระบบสารสนเทศ
4. การจัดการสภาพแวดล้อมเพื่อความปลอดภัย ได้มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ คือ แบบประเมิน

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลรูปแบบ และศึกษาความเหมาะสมของรูปแบบ เมื่อทดลองดำเนินการในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ใน 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ครู 24 คน และเด็กปฐมวัย 240 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ แบบสอบถามทดสอบความรู้และทักษะ แบบสำรวจการใช้ระบบสารสนเทศ แบบสำรวจการจัดการสภาพแวดล้อมเพื่อความปลอดภัย แบบประเมินการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และแบบคัดกรองและประเมินภาวะโภชนาการ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Independent t-test และ Paired sample t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่ 41/2564

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

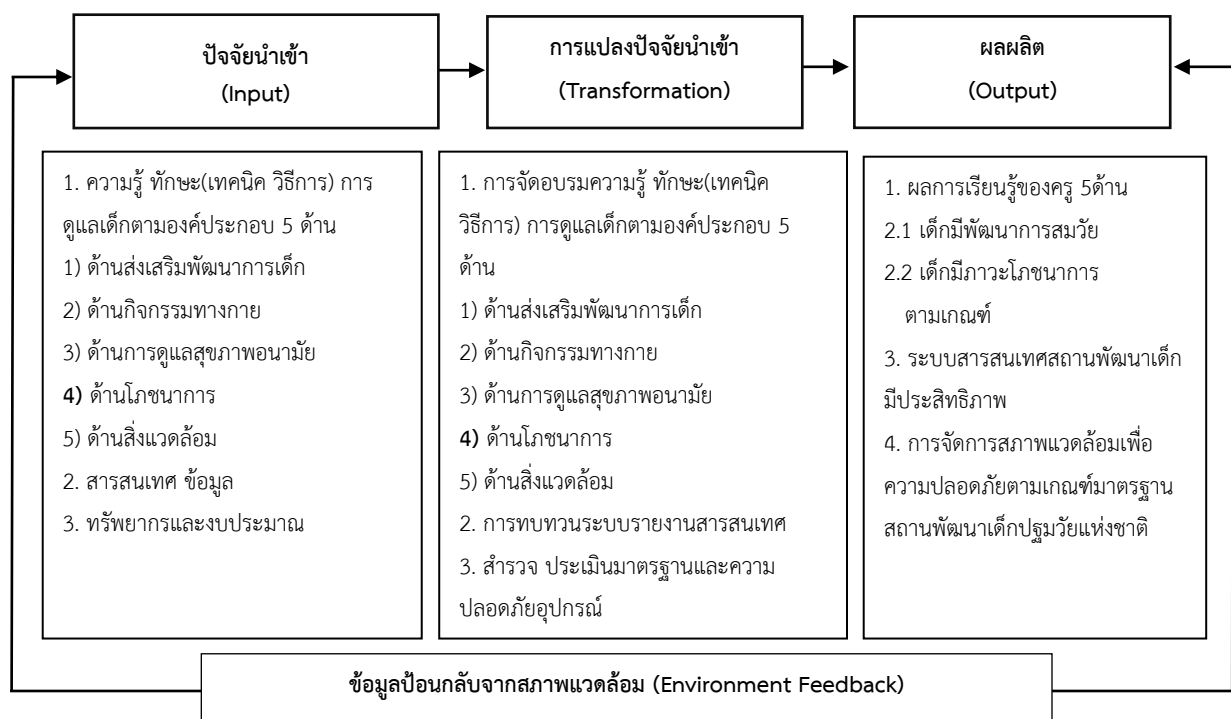
1.1 ปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วย 1) ความรู้ ทักษะ (เทคนิค วิธีการ) การดูแลเด็ก 5 ด้าน ได้แก่ ด้านส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านการดูแลสุขภาพอนามัย ด้านโภชนาการ ด้านสิ่งแวดล้อม 2) ด้านสารสนเทศ 3) ทรัพยากรและงบประมาณ

1.2 การแปลงปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วย 1) การจัดอบรมความรู้ ทักษะ (เทคนิค วิธีการ) การดูแลเด็กตามองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านการดูแลสุขภาพอนามัย ด้านโภชนาการ ด้านสิ่งแวดล้อม 2) การทบทวนระบบรายงานสารสนเทศ 3) ประเมินการจัดการสภาพแวดล้อม เพื่อความปลอดภัย มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ

1.3 ผลผลิต ประกอบด้วย 1) ผลการเรียนรู้ของครู 5 ด้าน เด็กมีพัฒนาการสมวัย เด็กมีภาวะโภชนาการตามเกณฑ์ 2) สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยระบบสารสนเทศมีประสิทธิภาพ 3) สถานพัฒนาเด็กมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

1.4 ด้านข้อมูลป้อนกลับจากสภาพแวดล้อม ได้ข้อมูลเพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหา ประกอบด้วย ข้อมูลครูให้การดูแลตามองค์ประกอบ 5 ด้าน และจัดประสบการณ์การเรียนรู้และการเล่นเพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัย ข้อมูลด้านคุณภาพของเด็กปฐมวัย ข้อมูลด้านการจัดการระบบรายงานสารสนเทศ ข้อมูลการประเมินการจัดการสภาพแวดล้อมเพื่อความปลอดภัย

องค์ประกอบและเนื้อหาสาระของแต่ละองค์ประกอบของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย สามารถสรุปรายละเอียด (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

การปรับปรุงรูปแบบ (ฉบับร่าง)

ผลการประเมินความเหมาะสมและความสอดคล้องของรูปแบบ โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน พบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่าทุกประเด็นมีความเหมาะสมที่จะนำไปทดลองต่อไปได้ ผลการประเมินความสอดคล้องระหว่างองค์ประกอบของรูปแบบกับสภาพปัญหา และความต้องการในการแก้ไขปัญหาสุขภาพเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย พบว่า ทุกข้อมีความสอดคล้อง มีค่า IOC ระหว่าง 0.89-1.00 จึงสรุปได้ว่ารูปแบบนี้มีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการในการแก้ไขปัญหาสุขภาพเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย สามารถนำไปทดลองต่อไป

2. ผลการใช้รูปแบบ

2.1 ด้านความรู้และทักษะการส่งเสริมสุขภาพเด็กของครูในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลองกับหลังทดลอง

1) ด้านความรู้ของครูในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ของครูกลุ่มทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ก่อนการทดลองแตกต่างจากหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยความรู้หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง 3.73 ถึง 6.27 คะแนน ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.166$) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ก่อน-หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบของครูในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

ระดับความรู้	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
กลุ่มทดลอง				
ก่อนทดลอง	19.50	2.47	8.67	<0.001
หลังทดลอง	24.50	1.17		
กลุ่มเปรียบเทียบ				
ก่อนทดลอง	21.83	4.69	1.48	0.166
หลังทดลอง	22.00	4.45		

ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ระหว่างครูกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยที่กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เฉลี่ยมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.71 ถึง 6.13 คะแนน (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ด้านความรู้ ก่อน-หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ของครูในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

ประเภทของกลุ่ม	$\bar{D}$	S.D.	T	p-value
กลุ่มทดลอง	5.00	2.00	8.43	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	0.08	0.28		

2) ด้านทักษะการส่งเสริมสุขภาพเด็กของครูในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านทักษะการส่งเสริมสุขภาพเด็ก ของครูกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนน

เฉลี่ยด้านทักษะการส่งเสริมสุขภาพเด็ก ก่อนการทดลองแตกต่างจากหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยทักษะการส่งเสริมสุขภาพเด็กหลังการทดลองมีคะแนน

เฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง 1.04 ถึง 2.29 คะแนน ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านทักษะการส่งเสริมสุขภาพเด็กก่อน

การทดลองและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.339) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านทักษะการส่งเสริมสุขภาพเด็ก ก่อน-หลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ของครูในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

ระดับทักษะ	$\bar{X}$	S.D.	T	p-value
กลุ่มทดลอง				
ก่อนทดลอง	5.33	1.07	5.86	<0.001
หลังทดลอง	7.00	0.43		
กลุ่มเปรียบเทียบ				
ก่อนทดลอง	5.42	0.51	1.00	0.339
หลังทดลอง	5.50	0.52		

ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการส่งเสริมสุขภาพเด็ก ระหว่างครูกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) โดยที่กลุ่มทดลองมีคะแนนด้านการส่งเสริมสุขภาพเด็กเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 0.97 ถึง 2.20 คะแนน (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการส่งเสริมสุขภาพเด็ก ก่อน-หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ของครูในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

ประเภทของกลุ่ม	$\bar{D}$	S.D.	T	p-value
กลุ่มทดลอง	1.67	0.98	5.34	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	0.08	0.29		

2.2 ด้านพัฒนาการและภาวะโภชนาการของเด็กปฐมวัย

1) ผลการเปรียบเทียบด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัย ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัยของเด็กปฐมวัยกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยพัฒนาการเด็กปฐมวัยก่อนการทดลองแตกต่างจากหลังการทดลองอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.004) โดยพัฒนาการเด็กปฐมวัยหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง 0.02 ถึง 0.11 คะแนน ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัย ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.158) (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัย ก่อน-หลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบของเด็กปฐมวัย

พัฒนาการเด็ก	$\bar{X}$	S.D.	T	p-value
กลุ่มทดลอง				
ก่อนทดลอง	0.92	0.28	2.92	0.004
หลังทดลอง	0.98	0.13		
กลุ่มเปรียบเทียบ				
ก่อนทดลอง	0.90	0.30	1.42	0.158
หลังทดลอง	0.92	0.28		

ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย พัฒนาการเด็กปฐมวัย ระหว่างเด็กปฐมวัย กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัย ก่อน-หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบของเด็กปฐมวัย

ประเภทของกลุ่ม	$\bar{D}$	S.D.	T	p-value
กลุ่มทดลอง	0.07	0.25	3.24	0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	0.02	0.13		

2) ผลการเปรียบเทียบภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัย

2.1) ผลการเปรียบเทียบน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ ก่อนทดลอง-หลังทดลอง ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักตามเกณฑ์อายุของเด็กปฐมวัยกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ ก่อนการทดลองแตกต่างจากหลังการทดลอง

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ ก่อน-หลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบของเด็กปฐมวัย

น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ	$\bar{X}$	S.D.	T	p-value
กลุ่มทดลอง				
ก่อนทดลอง	0.93	0.25	2.72	0.008
หลังทดลอง	0.99	0.09		
กลุ่มเปรียบเทียบ				
ก่อนทดลอง	0.97	0.18	1.00	0.319
หลังทดลอง	0.98	0.16		

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ ระหว่างเด็กปฐมวัย กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าค่าเฉลี่ยน้ำหนักตามเกณฑ์อายุของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ ก่อน-หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบของเด็กปฐมวัย

ประเภทของกลุ่ม	$\bar{D}$	S.D.	T	p-value
กลุ่มทดลอง	0.06	0.24	2.17	0.031
กลุ่มเปรียบเทียบ	0.01	0.09		

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.001) โดยที่กลุ่มทดลองมีคะแนนด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัย เฉลี่ยมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 0.03 ถึง 0.13 คะแนน (ดังตารางที่ 6)

ทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.008) โดยน้ำหนักตามเกณฑ์อายุหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง 0.02 ถึง 0.10 คะแนน ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าค่าเฉลี่ยด้านน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.319) (ดังตารางที่ 7)

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.031) โดยที่กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตามเกณฑ์อายุมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 0.03 ถึง 0.13 คะแนน (ดังตารางที่ 8)

2.2) ผลการเปรียบเทียบส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ ก่อนทดลอง-หลังทดลอง ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยส่วนสูงตามเกณฑ์อายุของเด็กปฐมวัยกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ ก่อนการทดลองแตกต่างจากหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} =$ ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ ก่อน-หลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบของเด็กปฐมวัย

0.008) โดยส่วนสูงตามเกณฑ์อายุหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง 0.02 ถึง 0.10 คะแนน ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าค่าเฉลี่ยส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.083$) (ดังตารางที่ 9)

ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ	$\bar{X}$	S.D.	T	p-value
กลุ่มทดลอง				
ก่อนทดลอง	0.93	0.25	2.72	0.008
หลังทดลอง	0.99	0.09		
กลุ่มเปรียบเทียบ				
ก่อนทดลอง	0.94	0.24	1.75	0.083
หลังทดลอง	0.92	0.28		

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ ระหว่างเด็กปฐมวัย กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าค่าเฉลี่ยส่วนสูงตามเกณฑ์อายุของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ ก่อน-หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบของเด็กปฐมวัย

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$) โดยที่กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยส่วนสูงตามเกณฑ์อายุมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 0.03 ถึง 0.13 คะแนน (ดังตารางที่ 10)

ประเภทของกลุ่ม	$\bar{D}$	S.D.	T	p-value
กลุ่มทดลอง	0.06	0.24	3.23	0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	0.03	0.16		

2.3) ผลการเปรียบเทียบน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง ก่อนทดลอง-หลังทดลอง ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงของเด็กปฐมวัยกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงก่อนการทดลองแตกต่างจากหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}$

<0.001) โดยส่วนสูงตามเกณฑ์อายุหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง 0.05 ถึง 0.18 คะแนน ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าค่าเฉลี่ยน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.083$) (ดังตารางที่ 11)

ตารางที่ 11 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง ก่อน-หลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบของเด็กปฐมวัย

น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง	$\bar{X}$	S.D.	T	p-value
กลุ่มทดลอง				
ก่อนทดลอง	0.78	0.42	3.68	<0.001
หลังทดลอง	0.89	0.31		
กลุ่มเปรียบเทียบ				
ก่อนทดลอง	0.95	0.22	1.42	0.158
หลังทดลอง	0.97	0.18		

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยค่าเฉลี่ยน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง ระหว่างเด็กปฐมวัย กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าค่าเฉลี่ยค่าเฉลี่ยน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง ของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.001) โดยที่กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 0.05 ถึง 0.18 คะแนน (ดังตารางที่ 12)

ตารางที่ 12 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง ก่อน-หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบของเด็กปฐมวัย

ประเภทของกลุ่ม	$\bar{D}$	S.D.	T	p-value
กลุ่มทดลอง	0.13	0.33	3.71	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	0.01	0.09		

2.3 ด้านการใช้ระบบสารสนเทศที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเด็ก ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

1) การใช้โปรแกรมจัดรายการอาหาร (School lunch program) ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง ผลการประเมินการ

ใช้โปรแกรมจัดรายการอาหาร (School lunch program) ก่อนการทดลองในกลุ่มทดลอง พบว่ามีการประเมินในระดับพอใช้ 2 แห่ง (66.67%) ระดับปรับปรุง 1 แห่ง (33.33%) หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีการประเมินในระดับดีมาก ทั้ง 3 แห่ง (100%) (ดังตารางที่ 13)

ตารางที่ 13 ผลการเปรียบเทียบการใช้โปรแกรมจัดรายการอาหาร (School lunch program) ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง

สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย	ก่อนทดลอง				หลังทดลอง			
	ถูกต้อง	ครบถ้วน	ทันเวลา	สรุป	ถูกต้อง	ครบถ้วน	ทันเวลา	สรุป
สถานพัฒนาเด็กฯ 1	✓	✓	-	พอใช้	✓	✓	✓	ดีมาก
สถานพัฒนาเด็กฯ 2	✓	-	-	ปรับปรุง	✓	✓	✓	ดีมาก
สถานพัฒนาเด็กฯ 3	✓	✓	-	พอใช้	✓	✓	✓	ดีมาก

2) การใช้โปรแกรมบันทึกและคัดกรองการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Kid diary program) ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง

ผลการประเมินการใช้โปรแกรมบันทึกและคัดกรองการเจริญเติบโตและพัฒนาการ

ตารางที่ 14 ผลการเปรียบเทียบการใช้โปรแกรมบันทึกและคัดกรองการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Kid diary program) ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง

สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย	ก่อนทดลอง				หลังทดลอง			
	ถูกต้อง	ครบถ้วน	ทันเวลา	สรุป	ถูกต้อง	ครบถ้วน	ทันเวลา	สรุป
สถานพัฒนาเด็กฯ 1	✓	✓	-	พอใช้	✓	✓	✓	ดีมาก
สถานพัฒนาเด็กฯ 2	✓	-	-	ปรับปรุง	✓	✓	✓	ดีมาก
สถานพัฒนาเด็กฯ 3	✓	✓	-	พอใช้	✓	✓	✓	ดีมาก

2.4) การจัดการสภาพแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง ผลการประเมินการจัดการสภาพแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยใน

ตารางที่ 15 ผลการเปรียบเทียบผลการประเมินการจัดการสภาพแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง

กลุ่ม/ศูนย์	ผลการประเมิน (ก่อน/หลังทดลอง)					ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	ข้อ 1	ข้อ 2	ข้อ 3	ข้อ 4	ข้อ 5	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
สถานพัฒนาเด็กฯ 1	2/3	1/2	2/3	2/2	2/3	1.80	0.32	2.60	0.48
สถานพัฒนาเด็กฯ 2	2/2	2/3	1/3	2/3	3/3	2.00	0.40	2.80	0.32
สถานพัฒนาเด็กฯ 3	1/2	2/3	2/3	3/3	2/3	1.80	0.64	2.80	0.32

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลการประเมินการจัดการสภาพแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลองด้วยค่าสถิติ Independent Samples Test พบว่า ก่อนทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยผลการประเมินการจัดการสภาพแวดล้อมฯ ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ส่วนผลการทดสอบหลังการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยผลการประเมินการจัดการสภาพแวดล้อมฯ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value = 0.001

เด็กปฐมวัย (Kid diary program) ก่อนการทดลอง ในกลุ่มทดลอง พบว่า มีผลการประเมินในระดับพอใช้ 2 แห่ง (66.67%) ระดับปรับปรุง 1 แห่ง (33.33%) หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีผลการประเมินในระดับดีมากทั้ง 3 แห่ง (100%) (ดังตารางที่ 14)

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง พบว่าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในกลุ่มทดลองทั้ง 3 แห่ง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมิน เพิ่มขึ้นทุกแห่ง (ดังตารางที่ 15)

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลการประเมินการจัดการสภาพแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลองด้วยค่าสถิติ Independent samples test พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

2.5) การประเมินผลความเหมาะสมของรูปแบบ

ผลการประเมินหลังจากเสร็จสิ้นการทดลองใช้รูปแบบ โดยการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบของครูต่อรูปแบบการพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย พบว่าภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.33$, $S.D.=0.36$)

การอภิปรายผล

1. ผลการศึกษาข้อมูลพื้นฐานสำหรับสร้างรูปแบบ

สภาพปัญหาในการส่งเสริมสุขภาพเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย พบว่า ปัญหาส่วนใหญ่ ขาดความรู้ ทักษะเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเด็ก ไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเด็ก และขาดระบบการจัดการด้านการส่งเสริมสุขภาพเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ด้านการมีส่วนร่วม ด้านข้อมูล ด้านการประสานข้อมูล และด้านการประสานงาน เพื่อขอรับการสนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณ สำหรับด้านความต้องการในการแก้ไขปัญหาลูกการส่งเสริมสุขภาพเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการ ด้านแหล่งข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลสารสนเทศ (ข้อมูลข่าวสาร) ข้อมูลด้านองค์ความรู้ โดยการฝึกอบรม การฝึกปฏิบัติ สื่อสิ่งพิมพ์ สำหรับเรียนรู้ด้วยตนเอง ต้องการให้มีการนำข้อมูลมาในการส่งเสริมสุขภาพไปใช้ในการแก้ไขปัญหามีความต้องการประสานข้อมูลระหว่าง ครู บุคลากรสาธารณสุข ผู้ปกครอง ต้องการวัสดุอุปกรณ์และงบประมาณ ใช้ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาการบริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดสุโขทัย พบว่า ปัญหาการบริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่มีมากที่สุด คือ ด้านบุคลากร ประกอบกับการปฏิบัติจริงกับแนวนโยบายที่กำหนดไว้ก็ไม่สอดคล้องกัน⁸ ซึ่งเกิดจากขาดการการนิเทศ ติดตาม ควบคุมกำกับ และยังพบว่า ครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรบริหารส่วนตำบลสมอทอง อำเภอนาทม จังหวัด

สุราษฎร์ธานี ขาดการดำเนินการจัดทำแผนการจัดการประสบการณ์การเรียนรู้ ขาดความรู้และทักษะในการประเมินพัฒนาการเด็ก เนื่องจากขาดการนิเทศ กำกับ ติดตาม และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และยังไม่ผ่านการรับรองคุณภาพ มาตรฐานของศูนย์พัฒนาเด็ก⁹

2. ผลการพัฒนาแบบ

องค์ประกอบรูปแบบประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า (Input) การแปลงปัจจัยนำเข้า (Transformation) ผลผลิต (Output) ข้อมูลป้อนกลับจากสภาพแวดล้อม (Environment feedback) ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของพื้นที่ และผลการประเมินรูปแบบพบว่า มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการกับองค์ประกอบของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบความรู้ด้านพัฒนาการเด็กแก่ผู้ปกครอง ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการ ด้านการใช้ภาษาสงสัยล่าช้า จังหวัดสุพรรณบุรี¹⁰ องค์ประกอบรูปแบบ ประกอบด้วย ขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation : A) ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence : I) ผลการประเมินรูปแบบ พบว่ามีความเหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการกับองค์ประกอบของรูปแบบความรู้ด้านพัฒนาการเด็กแก่ผู้ปกครองในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการ ด้านการใช้ภาษาสงสัยล่าช้า และยังสอดคล้องกับรูปแบบ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพชุมชนด้านการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก ในพื้นที่เทศบาลเมืองบุรีรัมย์¹¹ ประกอบด้วย ความฝันที่ถือเป็นเป้าหมายการดำเนินงาน (Purpose) สร้างสรรค์กระบวนการไปสู่ความสำเร็จ (Process) และองค์กรที่มีประสิทธิภาพ (Performance) ด้วยการศึกษาและพัฒนาาระบบให้บริการทาง ด้านสุขภาพที่มีคุณภาพสูง พบว่ามีความเหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการกับ

องค์ประกอบของรูปแบบการพัฒนาระบบบริการสุขภาพชุมชนด้านการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก

3. ผลการทดลองใช้รูปแบบ

การทดสอบความรู้และทักษะของครูในการส่งเสริมสุขภาพเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยพบว่า หลังการทดลองมีผลสัมฤทธิ์สูงกว่าก่อนการทดลอง แสดงว่า ความรู้และทักษะที่ได้จากการใช้รูปแบบนี้ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง นอกจากนี้ยังพบว่า รูปแบบนี้ทำให้พัฒนาการเด็ก ภาวะโภชนาการเด็กดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการของเด็กก่อนวัยเรียนไทย บริบทครัวเรือนและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย¹² พบว่า พัฒนาการเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยกลุ่มทดลองเมื่อนำรูปแบบไปใช้หลังการทดลองมีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นจากก่อนได้รับรูปแบบการเล่น และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และสอดคล้องกับรูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า โรงพยาบาลสกลนคร¹³ พบว่า ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กปฐมวัย กลุ่มทดลอง เมื่อนำรูปแบบไปใช้ พบว่า สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ผลการประเมินผลรูปแบบ

ผลการประเมินรูปแบบ ครูมีความคิดเห็นความเหมาะสมต่อรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ในภาพรวมมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.33$, S.D.=0.36) โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.17-4.75 ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากครูได้รับความรู้และทักษะเพิ่มมากขึ้น มีการติดตาม ประสานงานส่งต่อข้อมูลข่าวสารสนเทศ ระหว่างครู ผู้ปกครอง และบุคลากรสาธารณสุข ตลอดจนการอบรมและการจัดการด้านข้อมูล ด้านทรัพยากรและงบประมาณ ด้านการดูแลเด็กตามองค์ประกอบ 6 ด้าน ซึ่งทำให้เด็กมีพัฒนาการสมวัย เด็กมีภาวะโภชนาการตามเกณฑ์ สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพเด็กดีขึ้น ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อรูปแบบฉบับนี้

ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์ที่ส่งต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดเทศบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด แสดงว่ารูปแบบมีความเหมาะสมอย่างยิ่งในการนำไปบริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้เกิดประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 ด้านการบริหารจัดการ ควรมีการนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ไปใช้ทั้งระบบ และก่อนนำไปใช้ควรมีการศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการของพื้นที่ใหม่อีกครั้งก่อนเพื่อให้ได้รูปแบบที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของพื้นที่

1.2 ผู้นำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ ควรมีการจัดการอบรมให้บุคลากรสาธารณสุข ครู ผู้ปกครองในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และทักษะที่ตรงกันของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

1.3 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรมีการนิเทศ ติดตาม กำกับ การดำเนินงานของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างสม่ำเสมอ เป็นระยะ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการจำแนกกลุ่มทดลองตามขนาดของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย เพื่อให้ทราบว่า รูปแบบนี้มีผลต่อการพัฒนาเด็กปฐมวัย ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่มีขนาดแตกต่างกันหรือไม่

2.2 ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่ต่อการพัฒนาการเด็ก

2.3 ศึกษาแนวทางการนิเทศ ติดตาม ที่เหมาะสมกับพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา.
รายงานผลการติดตามการดำเนินงานตาม
มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย
แห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ
พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: 21 เซ็นจูรี; 2566.
2. คณะกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ.
มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ.
พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบาย
การพัฒนาเด็กปฐมวัย สำนักงานเลขาธิการ
สภาการศึกษา; 2563.
3. ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย.
คู่มือสำหรับพ่อแม่ เพื่อเผยแพร่ความรู้
ด้านการดูแลและพัฒนาเด็ก ตอน เด็กวัย
อนุบาล 3-6 ปี. กรุงเทพฯ: สมาคมกุมาร
แพทย์แห่งประเทศไทย; 2562.
4. กรมอนามัย. แนวทางการพัฒนาสถาน
พัฒนาเด็กปฐมวัยต้นแบบ “ด้านสุขภาพ
ช่องปาก” ภายใต้มาตรฐานสถานพัฒนา
เด็กปฐมวัยแห่งชาติ. กรุงเทพฯ:
สำนักทันตสาธารณสุข; 2565.
5. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
รายงานผลการดำเนินงานด้านส่งเสริม
พัฒนาการเด็กปฐมวัย ปีงบประมาณ
พ.ศ. 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2563
[เข้าถึงเมื่อ 21 ก.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก:
<https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
6. รัตนะ บัวสนธิ. วิจัยเชิงคุณภาพทาง
การศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ:
สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
7. Bardo JW, Hartman JJ. Urban
Sociology: A Systematic
Introduction. New York: F.E.
Peacock Publishers; 1982.
8. อธิราภรณ์ มากมี, นงลักษณ์ ใจฉลาด.
การศึกษาปัญหาการบริหารศูนย์พัฒนา
เด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
จังหวัดสุโขทัย. วารสารครุพิบูล. 2563;
7(2): 284-94.
9. ชลันพร สังข์สิงห์, ญาณิศา บุญจิตร,
บรรจง เจริญสุข. การพัฒนาครูผู้ดูแลเด็ก
ด้านการจัดประสบการณ์การเรียนรู้
สำหรับเด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
สังกัดองค์กรบริหารส่วนตำบลสมอทอง
อำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี
[สารนิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหา
บัณฑิต]. สุราษฎร์ธานี: มหาวิทยาลัย
ราชภัฏสุราษฎร์ธานี; 2563.
10. อัมพร สัจจวิวัฒธรรม, ประภาเพ็ญ สุวรรณ,
สุรีย์ จันทโมลี. การพัฒนารูปแบบความ
รอบรู้ด้านพัฒนาการเด็กแก่ผู้ปกครองใน
การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก
ปฐมวัยที่มีพัฒนาการด้านการใช้ภาษา
สงสัยล่าช้า จังหวัดสุพรรณบุรี.
วารสารสังคมศาสตร์และวัฒนธรรม.
2566; 7(5): 274-93.
11. พจนา โพธิ์จันดี, ทรงวุฒิ เอกวุฒินวงศา.
การพัฒนาระบบบริการสุขภาพชุมชน:
ด้านการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็กใน
พื้นที่เทศบาลเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์.
วารสารเทคโนโลยีภาคใต้. 2565;
15(1): 11-28.
12. วชิรินทร์ แสงสัมฤทธิ์ผล, ทับทิม ศรีวิไล,
ปทุมรัตน์ สามารถ, ธวัชชัย ทองบ่อ,
เศวต เชียงลี, กันนิกา เพิ่มพูนพัฒนา.
การพัฒนารูปแบบการเล่นเพื่อส่งเสริม
พัฒนาการของเด็กก่อนวัยเรียนไทย :
บริบทครัวเรือนและสถานพัฒนา
เด็กปฐมวัย. วารสารการส่งเสริมสุขภาพ
และอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2566;
46(2): 53-68.

13. นิยะดา บุญอภัย, ธฤกวัน อุเทศ.
การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและ
ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มี
พัฒนาการสงสัยล่าช้า โรงพยาบาล
สกลนคร [อินเทอร์เน็ต]. 2565
[เข้าถึงเมื่อ 30 มิ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก:
[https://skko.moph.go.th/dward/doc
ument_file/oa/research_file_name/
20221104154717_1052505020.pdf](https://skko.moph.go.th/dward/document_file/oa/research_file_name/20221104154717_1052505020.pdf)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจถ่ายโอนไปปฏิบัติงานในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเลย

ชนเดช ธรรมแก้ว¹, กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์², สุพัฒน์ อาสนะ², ปรัชญ์ อินทรศักดิ์สิทธิ์³
(วันที่รับบทความ: 8 กุมภาพันธ์ 2567; วันที่แก้ไข: 18 เมษายน 2567; วันที่ตอบรับ: 10 มิถุนายน 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจถ่ายโอนไปปฏิบัติงานในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดเลย (อบจ.) ของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จังหวัดเลย สุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบได้กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ 148 คน กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ 16 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ โดยแบบสอบถามได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และทดสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการอธิบายข้อมูลทั่วไปและการตัดสินใจถ่ายโอนไปปฏิบัติงานในสังกัด อบจ. ประกอบไปด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด-สูงสุด สถิติเชิงอนุมานใช้ สถิติพหุคูณถอยพหุโลจิสติกในการประเมินปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจถ่ายโอนนำเสนอด้วยค่า Adjusted OR ที่ช่วงเชื่อมั่น 95%CI

ผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ตัดสินใจถ่ายโอน ร้อยละ 25.68 (95% CI 19.21 to 33.40) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจถ่ายโอนไปปฏิบัติงานในสังกัด อบจ. ได้แก่ การมุ่งใจด้านการยอมรับนับถือในระดับสูง (AOR = 2.82 ; 95% CI 1.12 to 7.15 p-value =0.029) เมื่อเทียบกับการมุ่งใจด้านการยอมรับนับถือในระดับต่ำ และการมุ่งใจด้านความเจริญก้าวหน้าในอนาคตระดับสูง (AOR = 3.58 ; 95% CI 1.42 to 9.05 p-value = 0.007) เมื่อเทียบกับการมุ่งใจด้านความเจริญก้าวหน้าในอนาคตระดับต่ำ ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า การสื่อสารและประชาสัมพันธ์ด้านการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้ อบต. ยังมีน้อยและไม่ชัดเจน กระทรวงสาธารณสุขต้องมีการสนับสนุนให้ขวัญกำลังใจบุคลากรอย่างเต็มที่ และ อบจ. ต้องวางระบบการบริหารจัดการกฎหมายและระเบียบให้ชัดเจน ร่วมกับหน่วยงานด้านการควบคุมมาตรฐานบริการ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการอย่างมีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะ อบจ. ควรเสริมสร้างแรงจูงใจด้านการยอมรับนับถือและด้านความเจริญก้าวหน้าด้านตำแหน่งหน้าที่ในอนาคตให้ชัดเจน

คำสำคัญ: การถ่ายโอน, องค์การบริหารส่วนจังหวัด, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

¹ นักศึกษา, หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, Email: 65202501004@scphkk.ac.th

² อาจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, Email: kritkantorn@gmail.com, su_assana@yahoo.com

³ อาจารย์, ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์, คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, Email: prat@g.swu.ac.th
Corresponding author: กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์ Email: kritkantorn@gmail.com

Factors Associated with Decision Making for Job Transfer to Provincial Administrative Organization among Sub-district Health Promoting Hospital Personnel in Loei Province

Tanadech Thamkaew¹, Kritkantorn Suwannaphant², Supat Assana², Prat Intarasaksit³

(Received: 8th February 2024; Revised: 18th April 2024; Accepted: 10th June 2024)

Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to examine factors associated with decision-making regarding job transfers to Provincial Administrative Organization (PAO) among sub-district health promoting hospital personnel in Loei province. The study included 148 participants selected through systematic sampling for the quantitative component and 16 participants selected through purposive sampling for the qualitative component. Data were collected using questionnaires and in-depth interviews. The questionnaires were validated by three experts and demonstrated reliability with a Cronbach's alpha coefficient of 0.87. Data were analyzed using descriptive statistics (percentage, mean, standard deviation, and minimum-maximum values) and multiple logistic regression, with results presented as adjusted odds ratios (AOR) with 95% confidence intervals (95% CI).

The results showed that the majority decided to transfer, accounting for 25.68% (95% CI 19.21 to 33.40). Factors associated with the decision to transfer to PAO included high-level recognition motivation (AOR = 2.82; 95% CI 1.12 to 7.15, p-value = 0.029) comparing to low-level recognition motivation, and high-level future advancement motivation (AOR = 3.58; 95% CI 1.42 to 9.05, p-value = 0.007) comparing to low-level future advancement motivation. The qualitative findings revealed that communication and public relations regarding health service transfer to local government organizations were limited and unclear. In addition, the Ministry of Public Health needed to fully support staff morale, and the PAO needed to establish clear management systems, related laws, and regulations in collaboration with service standard control agencies to ensure quality service delivery to the public.

It could be recommended that the PAO should enhance motivation in terms of recognition and clearly define future career advancement opportunities.

Keywords: Transfer, Provincial administrative organization (PAO),
Sub-district health promoting hospital

¹ Student, Master of Public Health, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute. Email: 65202501004@scphkk.ac.th

² Lecturer, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute. Email: kritkantorn@gmail.com, su_assana@yahoo.com

³ Lecturer, Faculty of Physical Education, Srinakharinwirot University. Email: prat@g.swu.ac.th
Corresponding author: Kritkantorn Suwannaphant, Email: kritkantorn@gmail.com

บทนำ

มาตรา 250 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 ได้มีข้อบัญญัติให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีหน้าที่ดูแลและจัดบริการสาธารณะ กิจกรรมเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นตามกฎหมาย โดยพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่ อปท. พ.ศ. 2542 มาตรา 17 (19) ประกอบกับกฎกระทรวงมหาดไทย ที่ออกตามพระราชบัญญัติ อบจ. พ.ศ. 2540 กำหนดให้ อบจ. มีหน้าที่และมีอำนาจจัดให้มีโรงพยาบาล จังหวัด ให้มีการรักษาพยาบาล การป้องกันและรักษาโรคติดต่อ รวมทั้งแผนการกระจายอำนาจให้แก่ อปท. (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่ อปท. (ฉบับที่ 2) โดยกำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนสถานีนอนามัย โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป ที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ อบท. ถ่ายโอนให้แก่ อปท. นั้น ๆ ซึ่งหมายถึงองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เทศบาล เมืองพัทยา อบจ. และกรุงเทพมหานคร ทั้งนี้ในช่วงแรกให้ดำเนินการถ่ายโอนตามความพร้อมของ อปท. พื้นที่ใดไม่พร้อมรับการถ่ายโอนให้ดำเนินการถ่ายโอนไปยัง อบจ. และระยะสุดท้ายต้องดำเนินการถ่ายโอนให้แก่ อบจ. ทั้งหมด ระหว่าง พ.ศ. 2551-2563 สามารถดำเนินการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้แก่ อปท. ได้เพียง 70 แห่ง และใน พ.ศ. 2565 กระทรวงสาธารณสุขเตรียมความพร้อมในการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ใน 49 จังหวัด ให้แก่ อบจ. จำนวน 3,264 แห่ง จากจำนวน รพ.สต. ทั้งประเทศ 9,787 แห่ง¹

จังหวัดเลยมี รพ.สต. จำนวน 127 แห่ง บุคลากรที่ปฏิบัติงานประจำ รพ.สต. จำนวน 560 คน กำหนดแผนดำเนินการถ่ายโอนภารกิจรอบแรกในเดือนตุลาคม 2566 จำนวน 35 รพ.สต. แต่ยื่นคำร้องขอไม่ถ่ายโอน จำนวน 4 รพ.สต. คงเหลือต้องดำเนินการตามแผนการถ่ายโอนภารกิจรอบแรก จำนวน 31 รพ.สต. บุคลากรประสงค์ถ่าย

โอน จำนวน 128 คน² แต่พบปัญหาการบริหารตำแหน่งและบุคลากร คือ ผอ.รพ.สต. ยื่นความประสงค์ขอย้ายโอน แต่ จนท. ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการไม่ประสงค์ขอย้ายโอน มีขอย้ายเลขตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติราชการไปยังหน่วยงานอื่น เช่น รพ.สต. ที่ไม่ถ่ายโอน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/อำเภอ และโรงพยาบาลชุมชน เป็นต้น ส่งผลกระทบต่อการบริหารตำแหน่งและการจัดบริการในพื้นที่ เนื่องจากขาดบุคลากรปฏิบัติงานจริง นอกจากนี้ยังพบว่า รพ.สต. บางแห่ง ไม่มีบุคลากรปฏิบัติงานและขอย้ายโอนไปพร้อมกับ รพ.สต.

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้ อบจ. เป็นการถ่ายโอนหน่วยบริการ รพ.สต. เป็นหลักสำคัญ แต่ด้านบุคลากรให้เป็นไปตามความสมัครใจ³ ดังนั้น อบจ. ต้องมีการเตรียมความพร้อมหลายด้านรวมถึงวางแผนในการให้บริการเชื่อมโยงเครือข่ายด้านสุขภาพทุกระดับ เพื่อไม่ให้เกิดกระทบต่อการจัดบริการแก่ประชาชนในพื้นที่ที่สำคัญต้องมีบุคลากรปฏิบัติงานอย่างเพียงพอครอบคลุมทุกวิชาชีพสำคัญใน รพ.สต. แต่บุคลากร รพ.สต. หลายรายมีความกังวลใจกับการตัดสินใจถ่ายโอนไปปฏิบัติงานในสังกัด อบจ. โดยการตัดสินใจส่วนใหญ่แล้วมีความซับซ้อน มีความสำคัญและส่งผลกระทบต่อตัวเอง ครอบครัว ญาติมิตร เพื่อนร่วมงาน หรือคนทั่วไปด้วย การตัดสินใจที่ดีและเลือกทางเลือกที่ดีที่สุด จึงเป็นปัจจัยที่สำคัญในการชี้แนะให้บุคคลนั้น ๆ ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายของชีวิต บุคลากรด้านสาธารณสุขยังต้องการองค์ความรู้ต่าง ๆ เพื่อใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจครั้งสำคัญ จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจถ่ายโอนไปปฏิบัติงานในสังกัด อบจ. ของบุคลากร รพ.สต. จังหวัดเลย เพื่อให้ได้มาซึ่งองค์ความรู้ที่สำคัญสำหรับให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานประจำ รพ.สต. ใช้ประกอบการตัดสินใจถ่ายโอนไปปฏิบัติงานในสังกัด อบจ. ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจถ่ายโอนไปปฏิบัติงานในสังกัด อบจ. ของบุคลากร

รพ.สต. จังหวัดเลย

2. เพื่อศึกษาการตัดสินใจถ่ายโอนไปปฏิบัติงานในสังกัด อบจ. ของบุคลากร รพ.สต. จังหวัดเลย

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจถ่ายโอนไปปฏิบัติงานในสังกัด อบจ. ของบุคลากร รพ.สต. จังหวัดเลย มาสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยคำนึงถึงปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ภูมิสำเนา ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ระดับตำแหน่ง ระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่ง ระยะเวลาที่ปฏิบัติราชการ รายได้ต่อเดือน รายจ่ายต่อเดือน โรคเรื้อรังและอาการเจ็บป่วยประจำตัว การรับรู้การกระจายอำนาจ และการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข การมุ่งใจการบริหารทรัพยากร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ระหว่างเดือนธันวาคม 2566 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2567 แบ่งเป็นแบบสอบถาม จำนวน 148 ชุด แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) จำนวน 7 คน และแบบสนทนากลุ่ม (Focus group) จำนวน 9 คน

ตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่าง (เชิงปริมาณ) ใช้การคำนวณโดยสถิติ Multiple logistic regression ดังนี้

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อวิเคราะห์ ข้อมูลด้วยสถิติถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression) ของ Hsieh และคณะ⁴ โดยอ้างอิงค่าสัดส่วนของการ

ตัดสินใจถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. สู่อปท. จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และการตัดสินใจถ่ายโอนภารกิจสู่อปท. ของบุคลากรใน รพ.สต. จังหวัดกาญจนบุรี⁵

แทนค่า P0 คือสัดส่วนบุคลากรที่ตัดสินใจถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. สู่อปท. ที่มีความรู้เกี่ยวกับการกระจายอำนาจและถ่ายโอนภารกิจอยู่ในระดับต่ำ ($P_0 = 0.06$) P1 คือสัดส่วนของการตัดสินใจถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. สู่อปท. ที่มีความรู้สูง ($P_1 = 0.42$) B คือสัดส่วนของบุคลากรที่มีความรู้ (B=0.88) กำหนดค่าอำนาจการทดสอบที่ 80% ($\beta = 0.20$ มีค่าเท่ากับ 0.84) $\alpha = 0.05$ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ผู้วิจัยเลือกขนาดตัวอย่างที่ Rho-square (ρ^2) = 0.5 ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 148 คน

การสุ่มตัวอย่าง

การเลือกสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified sampling) แบบสัดส่วน โดยการแบ่งกลุ่มออกเป็น 6 กลุ่ม ตามตำแหน่งและสาขาวิชาชีพ ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 34 คน พยาบาลวิชาชีพ 47 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 40 คน แพทย์แผนไทย จำนวน 1 คน เจ้าพนักงานสาธารณสุข จำนวน 16 คน และ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข จำนวน 10 คน รวม 148 คน

นำมาสุ่มตัวอย่างแต่ละหน่วยประชากรเพื่อให้มีโอกาสในการเลือกเป็นตัวอย่างตามสัดส่วนเท่า ๆ กัน ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling : SRS) โดยวิธีการจับฉลากตามรายชื่อของหน่วยประชากร

กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ

สุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) สำหรับการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus group) ได้แก่ สัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง จำนวน 7 กลุ่ม ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมทั้งสิ้น 7 คน และ

สนทนากลุ่ม ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 2 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 2 คน แพทย์แผนไทย จำนวน 1 คน เจ้าพนักงานสาธารณสุข จำนวน 2 คน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข จำนวน 2 คน รวมทั้งสิ้น 9 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ที่ผู้วิจัยประยุกต์จากงานวิจัยของเอนก สุแตนันต์⁶ และจากการทบทวนวรรณกรรม ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ แบบสอบถามสำหรับการศึกษาเชิงปริมาณ และแบบสัมภาษณ์เชิงคุณภาพ

1 แบบสอบถามสำหรับการศึกษาเชิงปริมาณ ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ภูมิลำเนา ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ระดับตำแหน่ง ระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่ง ระยะเวลาที่ปฏิบัติราชการ รายได้ต่อเดือน รายจ่ายต่อเดือน โรคเรื้อรังและอาการเจ็บป่วยประจำตัว ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับระดับการรับรู้การกระจายอำนาจและการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับระดับการจงใจ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับระดับการบริหารทรัพยากร ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการตัดสินใจถ่ายโอนไปปฏิบัติงานในสังกัด อบจ. และส่วนที่ 6 ข้อเสนอแนะ

2. แบบสัมภาษณ์เชิงคุณภาพ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) เป็นแบบสัมภาษณ์ปลายเปิดเน้นสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (in-depth interview) จากผู้ให้ข้อมูล จังหวัดเลย ส่วนที่ 2 แบบการสนทนากลุ่ม (Focus group) เก็บข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม โดยการอภิปรายพูดคุยและการแสดงความคิดเห็นในประเด็นการตัดสินใจถ่ายโอนไปปฏิบัติงานในสังกัด อบจ. ของบุคลากร รพ.สต. จังหวัดเลย

เครื่องมือที่ใช้สำหรับการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ โดยมีเนื้อหา

ข้อคำถามที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย และตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ดังนี้ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ตามดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence; IOC) และให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านเนื้อหา จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะปรับปรุงแก้ไข ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ IOC มีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป และความเที่ยง (Reliability) นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. จังหวัดอุดรธานี จำนวนทั้งสิ้น 30 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง แต่มีลักษณะสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ใกล้เคียงกัน มีลักษณะการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดของเขตสุขภาพที่ 8 เช่นเดียวกัน นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาโดยวิธี CRONBACH' ALPHA ได้ค่าความเชื่อมั่นรวมแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.87

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ใช้ในการอธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล ข้อมูลแจกแจงนำเสนอโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ข้อมูลต่อเนื่องที่แจกแจงแบบปกตินำเสนอโดยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลต่อเนื่องที่แจกแจงแบบไม่ปกตินำเสนอโดยค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด 2) สถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติ Simple logistic regression เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์อย่างหยาบ (Crude Analysis) เป็นการวิเคราะห์ทีละคู่ (Bivariate) ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม ผลคือ Crude Odds และ p-value พิจารณาค่า P-value <0.25 เพื่อทำการคัดเลือกตัวแปรต้นอิสระเข้าสู่โมเดลการวิเคราะห์ถดถอยหลายตัวแปร หลังจากนั้นใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Multiple logistic regression) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการตัดสินใจถ่ายโอนไปปฏิบัติงานในสังกัด อบจ. ของบุคลากร รพ.สต. จังหวัดเลย โดยวิเคราะห์ถดถอยหลายตัวแปร และนำตัวแปรที่ผ่านการ

คัดเลือกในขั้นตอนการวิเคราะห์อย่างหยาบ (Crude analysis) เข้าสู่โมเดลการวิเคราะห์ผลที่ได้ คือ Adjusted Odds Ratio (OR_{adj}) และ P-value

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลที่รวบรวมได้เชิงคุณภาพ ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ นำมาถอดคำพูดหรือถอดเทปบันทึกคำสัมภาษณ์ ประโยคต่อประโยค และจัดเนื้อหาหลักที่มีความหมายสอดคล้องใกล้เคียงกัน ตัดข้อมูลที่ซ้ำซ้อนออก เพื่อนำมาเรียบเรียงเพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนหรือช่วยในการอภิปรายผลการศึกษาระดับปริมาณ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่โครงการ HE661052

ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากร รพ.สต. จังหวัดเลย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.97 อายุเฉลี่ย 40.17 ปี ($S.D.=9.31$) อายุ 30-44 ปี ร้อยละ 54.73 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 63.51 ระดับการศึกษา ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 86.49 ส่วนใหญ่ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 31.76 ระดับตำแหน่งระดับชำนาญการ ร้อยละ 57.43 มีระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่ง 1-5 ปี ร้อยละ 47.30 ระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่งเฉลี่ย 9.10 ปี ($S.D.=7.65$) มีระยะเวลาที่ปฏิบัติราชการมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 66.89 ระยะเวลาที่ปฏิบัติราชการเฉลี่ย 16.14 ปี ($S.D.=10.50$) มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 30,000 บาท รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 39,460.47 บาท ($S.D.=41,371.36$) มีรายจ่ายต่อเดือนต่ำกว่า 30,000 บาท รายจ่ายต่อเดือนเฉลี่ย 30,851.28 ($S.D.=18,417.77$) ไม่มีอาการป่วยหรือโรคประจำตัว ร้อยละ 78.38

ภาพรวมของระดับการรับรู้การกระจายอำนาจและการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขต่อ

การตัดสินใจถ่ายโอนไปปฏิบัติงานในสังกัด อบจ. ของบุคลากร รพ.สต. จังหวัดเลย พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.11 และแยกเป็นรายด้าน พบว่า การรับรู้ด้านนโยบายการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข ร้อยละ 60.81 จำแนกรายข้อของระดับการรับรู้การกระจายอำนาจและการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขต่อการตัดสินใจถ่ายโอนไปปฏิบัติงานในสังกัด อบจ. ของบุคลากร รพ.สต. จังหวัดเลย พบว่า ข้อที่มีระดับการรับรู้มากที่สุดคือ รพ.สต. ยังคงได้รับเงินอุดหนุนเหมาจ่ายรายหัวประชากรตามสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สป.สช.) และงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ร้อยละ 34.46 ข้อที่มีระดับการรับรู้น้อยที่สุดคือ รพ.สต. ยังคงได้รับเงินอุดหนุนเหมาจ่ายรายหัวประชากรตามสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จาก สป.สช. และงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ร้อยละ 3.38

ภาพรวมของระดับการจูงใจต่อการตัดสินใจถ่ายโอนไปปฏิบัติงานในสังกัด อบจ. ของบุคลากร รพ.สต. จังหวัดเลย อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.78 และแยกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความสำเร็จในการทำงานส่วนบุคคล อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.84 จำแนกรายข้อของระดับการจูงใจต่อการตัดสินใจถ่ายโอนไปปฏิบัติงานในสังกัด อบจ. ของบุคลากร รพ.สต. ตำบลจังหวัดเลย พบว่า ข้อที่มีระดับการจูงใจมากที่สุด คือ ตำแหน่งงานที่ท่านปฏิบัติเป็นที่ยอมรับนับถือ และความรับผิดชอบต่องานและหน้าที่ของตนเองมีความชัดเจน ร้อยละ 18.92 เท่ากัน ข้อที่มีระดับการจูงใจน้อยที่สุดคือ ความรับผิดชอบต่องานและหน้าที่ของตนเองมีความชัดเจน ร้อยละ 3.38

ภาพรวมของระดับการรับรู้การบริหารทรัพยากร ต่อการตัดสินใจถ่ายโอนไปปฏิบัติงานในสังกัด อบจ. ของบุคลากร รพ.สต. จังหวัดเลย อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.05 และแยกเป็น

รายด้าน พบว่า การบริหารจัดการด้านเครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ และสิ่งก่อสร้าง ร้อยละ 56.08 จำแนกรายข้อของระดับการรับรู้การบริหาร ทรัพยากร ต่อการตัดสินใจถ่ายโอนไปปฏิบัติงานใน สังกัด อบจ. ของบุคลากร รพ.สต. จังหวัดเลย พบว่า ข้อที่มีระดับการรับรู้มากที่สุดคือ มีแผนการ สรรหาบุคลากรในอนาคตตามกรอบอัตรากำลัง ร้อยละ 14.19 ข้อที่มีระดับการรับรู้ที่น้อยที่สุดคือ มี

การนำงบประมาณไปใช้ตรงตามวัตถุประสงค์ และ มีการวางแผน การจัดองค์การ การสั่งการ และการ ควบคุมกำกับกับการปฏิบัติงานสอดคล้องกับภารกิจ พื้นที่ ร้อยละ 0.68 เท่ากัน

การตัดสินใจถ่ายโอนไปปฏิบัติงานใน สังกัด อบจ. ของบุคลากร รพ.สต. จังหวัดเลย พบว่า ส่วนใหญ่ตัดสินใจถ่ายโอน ร้อยละ 25.68 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของการตัดสินใจถ่ายโอนไปปฏิบัติงานต่อการตัดสินใจถ่ายโอนไปปฏิบัติงานใน สังกัด อบจ. ของบุคลากร รพ.สต. จังหวัดเลย (n=148)

การตัดสินใจถ่ายโอน	จำนวน	ร้อยละ	95%CI
ตัดสินใจไม่ถ่ายโอน	110	74.32	66.59 to 80.78
ตัดสินใจถ่ายโอน	38	25.68	19.21 to 33.40

การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Multiple logistic regression) เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจถ่ายโอนไปปฏิบัติงาน ในสังกัด อบจ. ของบุคลากร รพ.สต. จังหวัดเลย พบว่า บุคลากรที่มีระดับการมุ่งใจด้านการยอมรับ นับถือสูงมีการตัดสินใจถ่ายโอนเป็น 2.82 เท่า ของ บุคลากรที่มีระดับการมุ่งใจด้านการยอมรับนับถือ

ต่ำถึงปานกลาง ($OR_{adj}=2.82$; 95%CI: 1.12 to 7.15; p-value=0.029) และบุคลากรที่มีการมุ่งใจ ด้านความเจริญก้าวหน้าในอนาคตสูงมีการ ตัดสินใจถ่ายโอนเป็น 3.58 เท่า ของบุคลากรที่มี การมุ่งใจด้านความเจริญก้าวหน้าในอนาคตต่ำถึง ปานกลาง ($OR_{adj}=3.58$; 95%CI: 1.42 to 9.05; p-value=0.007) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจถ่ายโอนไปปฏิบัติงานต่อการตัดสินใจถ่ายโอนไปปฏิบัติงาน ในสังกัด อบจ. ของบุคลากร รพ.สต. จังหวัดเลย (n=148) วิเคราะห์หลายตัวแปร

ปัจจัย	จำนวน	% การตัดสินใจ ถ่ายโอน	Crude OR	Adjusted OR	95%CI	p-value
ระดับการมุ่งใจด้านการยอมรับนับถือ						0.029
ต่ำถึงปานกลาง	94	13.83	1	1		
สูง	54	46.30	5.37	2.82	1.12 to 7.15	
ระดับการมุ่งใจด้านความเจริญก้าวหน้าในอนาคต						0.007
ต่ำถึงปานกลาง	100	14.00	1	1		
สูง	48	50.00	6.14	3.58	1.42 to 9.05	

จากการวิเคราะห์ข้อมูลในข้อคำถาม ปลายเปิดจากแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured) สัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) ของกลุ่มผู้อำนวยการ

รพ.สต. จำนวน 7 คน และการสนทนากลุ่ม (Focus group) ของกลุ่มบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 9 คน โดยการศึกษาความคิดเห็นในประเด็นการตัดสินใจ ถ่ายโอนไปปฏิบัติงานในสังกัด อบจ. ของบุคลากร

รพ.สต. จังหวัดเลย พบว่า การรับรู้เรื่องการกระจายอำนาจและการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้กับ อบจ. บุคลากรมีการรับรู้อยู่ในระดับต่ำ มีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนไม่ชัดเจน กระทรวงสาธารณสุขมีการสื่อสารและประชาสัมพันธ์น้อยมาก ส่วนใหญ่รับรู้ข้อมูลจากผู้บริหารและการบอกต่อ ด้านความพร้อมของ อบจ. บุคลากรมีความคิดเห็นว่ายังมีอยู่ในระดับต่ำ บุคลากรที่ถ่ายโอนไปแล้วบางส่วนอยากถ่ายโอนกลับมาปฏิบัติงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เช่นเดิม แรงจูงใจสำคัญที่บุคลากร รพ.สต. ตัดสินใจถ่ายโอน ได้แก่ ตัวชี้วัดและภาระงานน้อยลง เพราะบุคลากรปฏิบัติงานตรงตามตำแหน่งและหน้าที่ ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่งมีโอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งมากกว่า การได้รับการยอมรับในความรู้ความสามารถของบุคลากรสาธารณสุข การเลื่อนเงินเดือนแบบขั้นซึ่งได้น้อยกว่าแบบร้อยละหรือเปอร์เซ็นต์ และยังคงได้รับค่าตอบแทนการปฏิบัติงานในหน่วยบริการเช่นเดิม อบจ. มีความพร้อมด้านงบประมาณ ด้านเครื่องมือวัสดุ อุปกรณ์ และด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล แต่ยังมีปัญหาเรื่องการบริหารจัดการงานสาธารณสุข เพราะยังต้องอาศัยการทำงานร่วมกับหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในการควบคุมงานบริการให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน ความคิดเห็นต่อการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้แก่ อบจ. พบว่า อบจ. จะมีความคล่องตัวด้านการบริหารจัดการมากขึ้น แต่ต้องมีระเบียบที่บังคับใช้อย่างชัดเจน ต้องมีความพร้อมทุกด้านเพื่อรองรับการถ่ายโอน รพ.สต. และบุคลากร รพ.สต. ก็ต้องมีความพร้อม เพื่อให้เกิดเอกภาพเดียวกัน

การอภิปรายผล

การตัดสินใจถ่ายโอนไปปฏิบัติงานในสังกัด อบจ. ของบุคลากร รพ.สต. จังหวัดเลย พบว่า ภาพรวมส่วนใหญ่ตัดสินใจถ่ายโอน ร้อยละ 25.68 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะบุคลากรมีการรับนโยบายการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขและกฎหมายที่เกี่ยวข้องน้อยถึงปานกลาง โดยรับรู้จากผู้บริหารและบุคลากรสาธารณสุขด้วยกัน มีการสื่อสารและประชาสัมพันธ์น้อย ด้านความสำเร็จของการทำงานส่วนบุคคลและวิธีการเลื่อนขั้นเงินเดือน

ของ อบจ. มีแรงจูงใจน้อย การได้รับเงินเดือนค่าตอบแทน รายได้อื่น ๆ โบนัส และสวัสดิการไม่มีผลต่อการตัดสินใจ อีกทั้ง อบจ. มีประสบการณ์การบริหารจัดการงานสาธารณสุขและมีความเข้าใจระบบการควบคุมงานบริการให้มีคุณภาพตามมาตรฐานน้อย เพราะยังต้องการที่ปรึกษาและต้องอาศัยการทำงานร่วมกับหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อการบริหารจัดการระบบบริการที่เชื่อมโยงเครือข่ายทุกระดับ และบุคลากรที่ปฏิบัติงานประจำในกองสาธารณสุขของ อบจ. ยังมีจำนวนจำกัด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วุฒิไกร แสนสีลา⁷ ศึกษาการรับรู้และความคาดหวังของบุคลากรสาธารณสุขต่อความพร้อมการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้แก่ อบจ. เขตสุขภาพที่ 8 พบว่า การรับรู้ของบุคลากรสาธารณสุขต่อการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้แก่ อบจ. ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับงานวิจัยของนะชาวีร์ สมหวังพรเจริญ⁵ ศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ ทักษะ และการตัดสินใจในการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้ อบจ. ของบุคลากรใน รพ.สต. พบว่า การตัดสินใจถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้ อบจ. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยทางด้านความรู้ ด้านทัศนคติ โครงสร้างการบริหารงานด้านสาธารณสุขของ อบจ. ในด้านทัศนคติต่อข้อมูลข่าวสารการสนับสนุน นโยบายการถ่ายโอน การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ล้วนมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้ อบจ. โดยผู้ที่มีความรู้ระดับสูงและระดับปานกลาง มีโอกาสตัดสินใจถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. สู่ อบจ. ได้อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับงานวิจัยของวราภรณ์ ผ่องอ่วย และคณะ⁸ ศึกษาช่องว่างและอุปสรรคในการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้แก่ อบจ. พบว่า ปัจจุบันการถ่ายโอนภารกิจยังไม่สำเร็จเนื่องจากยังมีช่องว่างด้านกฎหมาย คือ พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 การเบิกและจ่ายค่ารักษาพยาบาล การบริหารจัดการยาเวชภัณฑ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ กฎหมายวิชาชีพที่กำหนด

งานรักษาพยาบาล ในด้านอุปสรรคในการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้ อบต. ประกอบไปด้วยด้านโครงสร้าง ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณและการจัดสรรสนับสนุนทรัพยากร และด้านแผนการพัฒนาสาธารณสุข สอดคล้องกับงานวิจัยของ ตุลยวดี หล่อตระกูล⁹ ศึกษาความคิดเห็นของบุคลากร รพ.สต. ในการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้แก่ อบต. ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมเห็นด้วยอยู่ในระดับน้อย เมื่อจำแนกออกเป็นรายด้านที่อยู่ในระดับน้อย คือ ด้านการให้บริการงานสาธารณสุข และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ดุจเดือน ตั้งเสถียร และคณะ¹⁰ ศึกษาความพร้อมการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้แก่ อบต. จังหวัดปทุมธานี ซึ่งผลการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของ รพ.สต. มีความรู้เรื่องการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้ อบต. ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีความพร้อมต่อการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้ อบต. ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านงบประมาณ บริหารจัดการด้านจัดบริการสาธารณสุข และด้านบุคลากร ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยของพิชญาภา จันทรวิวัฒน์¹¹ ศึกษาสาเหตุและแนวโน้มการโอนย้ายของข้าราชการกรุงเทพมหานคร ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ทำให้ข้าราชการตัดสินใจโอนย้าย คือ เงินเดือน ค่าตอบแทนที่คุ้มค่า แตกต่างจากงานวิจัยของกรณีการเกิดทอง² ศึกษาสาเหตุและแนวโน้มการลาออก/โอนย้ายของข้าราชการในหน่วยงานวิชาการ กรณีศึกษาสำนักงานคณะกรรมการนโยบายรัฐวิสาหกิจ (สคร.) ซึ่งผลการศึกษา พบว่าการตัดสินใจลาออก/โอนย้ายของข้าราชการ คือ การจ่ายเงินค่าตอบแทน แตกต่างจากงานวิจัยของเฉลิมเกียรติ พลอยพานิชเจริญ¹² ศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการโอนย้ายของพนักงานส่วนท้องถิ่นในจังหวัดจันทบุรี ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ค่าตอบแทนอยู่ในระดับค่อนข้างมาก จึงใจให้มีการปฏิบัติงานอย่างมี

ประสิทธิภาพ และแตกต่างจากงานวิจัยของบุญมี แก้วจันทร์¹¹ ได้ทำการศึกษาการพัฒนาารูปแบบช่วยการตัดสินใจของบุคลากร รพ.สต. ในการถ่ายโอนไปสังกัด อบจ. พบว่า การตัดสินใจต่อการถ่ายโอนของบุคลากรสาธารณสุข โดยเหตุผลที่มีผลต่อการตัดสินใจถ่ายโอนมากที่สุด คือ มีค่าตอบแทน/โบนัสจาก อบต.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจถ่ายโอนไปปฏิบัติงานต่อการตัดสินใจถ่ายโอนไปปฏิบัติงานในสังกัด อบจ. ของบุคลากร รพ.สต. จังหวัดเลย พบว่า การมุ่งใจด้านการยอมรับนับถือมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจถ่ายโอนไปปฏิบัติงานในสังกัด อบจ. ของบุคลากร รพ.สต. จังหวัดเลย ผลการศึกษา พบว่า บุคลากรที่มีการมุ่งใจด้านการยอมรับนับถือสูงมีการตัดสินใจถ่ายโอนมากกว่าบุคลากรที่มีระดับการมุ่งใจด้านการยอมรับนับถือต่ำ เป็น 2.82 เท่า (AOR=2.82; 95%CI: 1.12 to 7.15; p-value=0.029) ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะตำแหน่งงานหรือหน้าที่ที่ปฏิบัติงานเป็นที่ยอมรับนับถือของผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมปฏิบัติงานใน อบจ. ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกรณีการเกิดทอง¹³ ศึกษาสาเหตุและแนวโน้มการลาออก/โอนย้ายของข้าราชการในหน่วยงานวิชาการ กรณีศึกษาสำนักงานคณะกรรมการนโยบายรัฐวิสาหกิจ (สคร.) ซึ่งผลการศึกษาพบว่า การตัดสินใจลาออก/โอนย้ายของข้าราชการ คือ งานที่ได้รับมอบหมาย หัวหน้างานหรือผู้บังคับบัญชา และความสัมพันธกับเพื่อนร่วมงาน มีแนวโน้มการลาออก/โอนย้ายอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับงานวิจัยของอนุสสุเตนนต์⁶ ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจบรรจุและแต่งตั้งเข้ารับราชการเป็นพนักงานส่วนตำบลในสังกัดองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดเชียงราย และได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจโอนมารับราชการเป็นพนักงานส่วนตำบลในสังกัดองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดเชียงราย ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเข้ารับราชการเป็นพนักงาน

ส่วนต่ำบลมากที่สุด คือ ด้านความสัมพันธ์ ส่วนปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจโอนมารับราชการเป็นพนักงานส่วนต่ำบลมากที่สุด คือ การยอมรับนับถือ สอดคล้องกับงานวิจัยของเฉลิมเกียรติ พลอยพานิชเจริญ¹² ศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการโอนย้ายของพนักงานส่วนท้องถิ่นในจังหวัดจันทบุรี ซึ่งผลการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานอยู่ในระดับค่อนข้างมาก ความเหมาะสมของนโยบายการบริหารอยู่ในระดับค่อนข้างมากและสอดคล้องกับพรนิภา ศรีวรมาศ¹⁴ ศึกษาการตัดสินใจลาออกโอนย้ายของข้าราชการ ศึกษาเฉพาะข้าราชการ (ส่วนกลาง) กรมการค้าภายใน ซึ่งผลการศึกษาพบว่า จะได้เพื่อนร่วมงานใหม่หรือบรรยากาศการทำงานที่ดีขึ้นกว่าเดิม

การมุ่งใจด้านความเจริญก้าวหน้าในอนาคตมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจถ่ายโอนไปปฏิบัติงานในสังกัด อบจ. ของบุคลากร รพ.สต. จังหวัดเลย ผลการศึกษา พบว่า บุคลากรที่มีการมุ่งใจด้านความเจริญก้าวหน้าในอนาคตสูงมีการตัดสินใจถ่ายโอนมากกว่าบุคลากรที่มีการมุ่งใจด้านความเจริญก้าวหน้าในอนาคตต่ำ เป็น 3.58 เท่า (AOR=3.58; 95%CI: 1.42 to 9.05; p-value=0.007) ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะมีโอกาสเลื่อนระดับตำแหน่งในอาชีพหรือวิชาชีพ อีกทั้งมีความก้าวหน้าตามระยะเวลาการเลื่อนตำแหน่งด้วยเช่นกัน และ อบจ. ยังให้การสนับสนุนการศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกรรณิการ์ เกตทอง² ศึกษาสาเหตุและแนวโน้มการลาออก/โอนย้ายของข้าราชการในหน่วยงานวิชาการ กรณีศึกษาสำนักงานคณะกรรมการนโยบาย คณะกรรมการนโยบาย รัฐวิสาหกิจ (สคร.) ซึ่งผลการศึกษาพบว่า การตัดสินใจลาออก/โอนย้ายของข้าราชการ คือ อิสระในการทำงาน ความก้าวหน้า มีแนวโน้มการลาออก/โอนย้าย อยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับงานวิจัยของเอนก สุเตนนันต์⁶ ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจบรรจุและแต่งตั้งเข้ารับราชการเป็น

พนักงานส่วนต่ำบลในสังกัดองค์การบริหารส่วนต่ำบลในจังหวัดเชียงรายและได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจโอนมารับราชการเป็นพนักงานส่วนต่ำบลในสังกัดองค์การบริหารส่วนต่ำบล ในจังหวัดเชียงราย ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเข้ารับราชการเป็นพนักงานส่วนต่ำบลมากที่สุด คือ ด้านความก้าวหน้า ส่วนปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจโอนมารับราชการเป็นพนักงานส่วนต่ำบลมากที่สุด คือ ความก้าวหน้า สอดคล้องกับงานวิจัยของพิชญภา จันทรวุฒิวงศ์¹¹ ศึกษาสาเหตุและแนวโน้มการโอนย้ายของข้าราชการ กรุงเทพมหานคร ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ทำให้ข้าราชการตัดสินใจโอนย้าย คือ ความก้าวหน้าหรือเลื่อนขั้นเลื่อนตำแหน่ง การอบรม สอดคล้องกับงานวิจัยของเฉลิมเกียรติ พลอยพานิชเจริญ¹² ศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการโอนย้ายของพนักงานส่วนท้องถิ่นในจังหวัดจันทบุรี ซึ่งผลการศึกษาพบว่า โอกาสก้าวหน้าในอาชีพอยู่ในระดับค่อนข้างมาก สอดคล้องกับงานวิจัยของบุญมี แก้วจันทร์¹⁵ ศึกษาการพัฒนารูปแบบช่วยการตัดสินใจของบุคลากร รพ.สต. ในการถ่ายโอนไปสังกัด อบจ. พบว่า การตัดสินใจต่อการถ่ายโอนของบุคลากรสาธารณสุข โดยเหตุผลที่มีผลต่อการตัดสินใจถ่ายโอนมากที่สุด ได้แก่ เจ้าหน้าที่ที่จะมีความก้าวหน้าและมีสวัสดิการที่ดีขึ้นกว่าเดิม และสอดคล้องกับงานวิจัยของเริงชาติ ศรีขจรวงศ์¹⁶ ศึกษาความพร้อมของ อบจ. กับภารกิจรับถ่ายโอน รพ.สต. พบว่า บุคลากรมีโอกาสก้าวหน้าในวิชาชีพมากยิ่งขึ้น แต่แตกต่างจากงานวิจัยของวุฒิไกร แสนสีลา⁷ ศึกษาการรับรู้ความคาดหวังและความพร้อมของบุคลากรสาธารณสุขต่อความพร้อมในการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้แก่ อบจ. เขตสุขภาพที่ 8 พบว่า ความคาดหวังในความก้าวหน้าทางวิชาชีพหลังจากถ่ายโอนไปยัง อบจ. อยู่ในระดับปานกลาง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 ด้านลักษณะส่วนบุคคล และความก้าวหน้า กระทรวงสาธารณสุขควรส่งเสริมให้บุคลากรมีโอกาสย้ายกลับภูมิลำเนาเพื่อการดูแลครอบครัว ส่งเสริมแรงจูงใจในการปฏิบัติงานผ่านตัวแปรสำคัญ เช่น ความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่ความสามารถและความคล่องตัวในการดูแลครอบครัว เพื่อสร้างความผูกพันทางด้านจิตใจและภาคีที่ดีต่อองค์กร

1.2 ด้านการยอมรับนับถือ กระทรวงสาธารณสุขควรส่งเสริมให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. มีความภาคภูมิใจกับหน้าที่ ได้รับการยอมรับนับถือ แสดงความยินดีในความรู้ ผลงานความสามารถ ความสำเร็จของงาน และให้ความเสมอภาค เท่าเทียมในทุกตำแหน่ง ทุกวิชาชีพ ซึ่งจะส่งเสริมให้บุคลากรรู้สึกผูกพันกับองค์กรและมีความสุขกับการทำงาน เพิ่มโอกาสในการคิดสร้างสรรค์และอยากทำสิ่งใหม่ เพื่อพัฒนางานและองค์กรได้มากขึ้น

1.3 ด้านการให้บริการ อบจ. ต้องควบคุมมาตรฐานบริการและคุณภาพบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้มีคุณภาพไม่น้อยกว่าเดิม มีบุคลากรตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขที่ออกตามความในกฎหมายที่เกี่ยวข้องว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรม เพื่อให้ รพ.สต. ยังสามารถให้บริการได้ตามเดิมในระยะยาวต่อเนื่อง

1.4 ด้านโครงสร้าง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต้องมีการจัดเตรียมและส่งมอบข้อมูลภารกิจงบประมาณ อัตรากำลัง วัสดุและครุภัณฑ์ของ รพ.สต. ให้กับ อบจ. เพื่อจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่โดยคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) และแผนพัฒนาท้องถิ่นและข้อบัญญัติงบประมาณ ตามกรอบระยะเวลาที่กระทรวงมหาดไทย สำนักงานงบประมาณและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกำหนด

1.5 ด้านการสนับสนุน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรทำความเข้าใจกับ

โรงพยาบาลแม่ข่ายหรือหน่วยบริการประจำแม่ข่ายของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP) ทั้งการจัดสรรงบประมาณ การสนับสนุนยา เวชภัณฑ์ บุคลากร ให้แก่ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนอย่างเสมอภาคเท่าเทียม กับหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

1.6 ด้านบุคลากร คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ควรกำกับให้ อบจ. บริหารจัดการให้มีบุคลากรปฏิบัติงานใน รพ.สต. ขึ้นต่ำตามที่กำหนด ได้แก่ ขนาดเล็ก (S) ประชากรน้อยกว่า 3,000 คน อัตราขั้นต่ำ 3 อัตรา ขึ้นสูง 7 อัตรา ขนาดกลาง (M) ประชากร 3,001-8,000 คน อัตราขั้นต่ำ 5 อัตรา ขึ้นสูง 12 อัตรา และขนาดใหญ่ (L) ประชากรมากกว่า 8,001 คน อัตราขั้นต่ำ 7 อัตรา ขึ้นสูง 14 อัตรา

1.7 ด้านงบประมาณ รายได้จากหน่วยบริการประจำแม่ข่ายที่ได้รับเงินสนับสนุนจาก สปสช. ที่จัดสรรให้ตามหลักเกณฑ์ที่แต่ละเครือข่ายได้ทำข้อตกลงกำหนดไว้ ต้องไม่แตกต่างจากแนวทางการจัดสรรงบประมาณก่อนการถ่ายโอนและให้สำนักงานงบประมาณ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่ อบต. จัดสรรงบประมาณให้แก่ รพ.สต.

1.8 อบจ. ควรดำเนินการรวบรวม วิเคราะห์ปัญหาและจัดทำแนวทางหรือข้อเสนอระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อการส่งเสริมความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่ การเลื่อนตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น การบรรจุและแต่งตั้ง การย้าย การโอน การรับโอน การเลื่อนระดับ และการเลื่อนขั้นเงินเดือน

1.9 ด้านการประชาสัมพันธ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร่วมกับ อบจ. และคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ ต้องดำเนินการสื่อสารประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารการถ่ายโอนเพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง ทั้งบุคลากรของสถานบริการที่ถ่ายโอนและประชาชนผู้รับบริการ เพื่อให้การบริการประชาชนมีความต่อเนื่อง และบุคลากรไม่ได้รับผลกระทบ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยแบบผสมผสาน เพื่อศึกษาความพร้อมของ อบจ. ร่วมกับการรับฟังความคิดเห็นของประชาชน ภาคีเครือข่าย ทุกด้าน ในการรับถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข และ รพ.สต.

2.2 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบก่อน และหลังการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขและ รพ.สต. ให้กับ อบจ.

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. แนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจ สถานีนอนมัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี; 2565.
2. สำนักงานจังหวัด. อบจ.เลย รับถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 31 แห่ง เข้าสังกัด. จังหวัดเลย; 2566.
3. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ถ่ายโอน รพ.สต. ให้ อบจ. จี๊จฮอวขึ้นสำคัญ “กระจายอำนาจด้านสุขภาพ” สู่ประโยชน์สูงสุดเพื่อประชาชน [Internet]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 7 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงจาก: <https://www.old.hsri.or.th/media/news/detail/13981>.
4. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. Stat Med. 1998; 17(14):1623-34.
5. นะชาวีร์ สมหวังพรเจริญ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิดและการตัดสินใจถ่ายโอนภารกิจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของบุคลากรในโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัด

กาญจนบุรี. วารสารมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล. 2565; 35(2): 33-50.

6. เอนก สุเตนนันต์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเข้ารับราชการในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษาพนักงานส่วนตำบลในจังหวัดเชียงราย. [วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานโยบายสาธารณะ]. มหาวิทยาลัยพะเยา; 2555.
7. วุฒิไกร แสนสีลา, กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์, สุพัฒน์ อาสนะ. การรับรู้และความคาดหวังของบุคลากรสาธารณสุขต่อความพร้อมการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด เขตสุขภาพที่ 8. วารสารมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล. 2566; 36(1): 67-84.
8. วราภรณ์ ผ่องอ่วย, ปาณิสรา นาเลิศ, โชติบดีรัฐ. ช่องว่างและอุปสรรคในการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. วารสารสหวิทยาการวิจัยและวิชาการ. 2565; 2(4): 205-20.
9. ตุลยวดี หล่อตรระ. ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขต่อการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษา สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา.วารสารวิชาการอยุธยาศึกษา. 2563; 12(1): 64-72.
10. ดุจเดือน ตั้งเสถียร, ศศิพร โลจายะ. ความพร้อมการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดปทุมธานี. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2562; 3(6): 21-33.

11. พิษณุภา จันทรวุฒิวงศ์. สาเหตุและแนวโน้มการโอนย้ายของข้าราชการกรุงเทพมหานคร กรณีศึกษากลุ่มงานพิธีการ ส่วนบริหารกลาง สำนักงานเลขานุการปลัดกรุงเทพมหานคร. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2562.
12. เฉลิมเกียรติ พลอยพานิชเจริญ. ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการโอนย้ายของพนักงานส่วนท้องถิ่นในจังหวัดจันทบุรี. [ภาคนิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการปกครองท้องถิ่น คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์]. มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี; 2556.
13. กรรณิการ์ เกตทอง. สาเหตุและแนวโน้มการลาออก/โอนย้ายของข้าราชการในหน่วยงานวิชาการกรณีศึกษาสำนักงานคณะกรรมการนโยบายรัฐวิสาหกิจ (สคร.). [วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐศาสตรมหาบัณฑิตบริหารรัฐกิจและกิจการสาธารณะ) สาขาวิชาบริหารรัฐกิจและกิจการสาธารณะรัฐศาสตร์]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.
14. พรนิภา ศรีวรมาศ. การตัดสินใจลาออกโอนย้ายของข้าราชการ ศึกษาเฉพาะข้าราชการ (ส่วนกลาง) กรมการค้าภายใน. สาขาวิชาการจัดการ คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2562.
15. บุญมี แก้วจันทร์. การพัฒนารูปแบบช่วยการตัดสินใจของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด. เชียงรายเวชสาร. 2565; 14(1): 119-35.
16. เรืองชาติ ศรีขจรวงศ์. ความพร้อมขององค์การบริหารส่วนจังหวัดกับการกิจรับถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. วารสารสหวิทยาการวิจัยและวิชาการ. 2565; 2(3): 315-34.

การจัดการปัญหาด้านขยะมูลฝอยในชุมชนเขตเทศบาลตำบลบ้านด่านโขงเจียม อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี

มนัสนันท์ จันทพันธ์¹, สุทิน ชนะบุญ², พิทยา ศรีเมือง³

(วันที่รับบทความ: 18 มีนาคม 2567; วันที่แก้ไข: 22 เมษายน 2567; วันที่ตอบรับ: 12 มิถุนายน 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและการจัดการปัญหาด้านขยะมูลฝอยในชุมชนโดยชุมชนมีส่วนร่วม เขตเทศบาลตำบลบ้านด่านโขงเจียม อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี ผู้ให้ข้อมูลคัดเลือกแบบเจาะจงจำนวน 24 คน ประกอบด้วยผู้บริหารและปฏิบัติงานของเทศบาลฯ ผู้นำภาคเอกชนและวิสาหกิจชุมชน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาขยะมูลฝอยในชุมชน เก็บข้อมูลโดยการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์แก่นสาระ

ผลการศึกษา พบว่า เทศบาลตำบลบ้านด่านโขงเจียมมีปริมาณขยะมูลฝอย 4 ตันต่อวันโดยส่วนใหญ่เป็นขยะต้นทางที่เป็นขยะอินทรีย์ ซึ่งในช่วงของการระบาดของ Covid-19 มีขยะอันตรายซึ่งรวมถึงขยะติดเชื้อถึง 1.4 ตันต่อวัน โดยแหล่งกำเนิดมาจากหลายส่วน เช่น บ้านเรือน สถานประกอบการ นักท่องเที่ยวและการลักลอบนำขยะจากที่อื่นมาทิ้งในเขตเทศบาล ทั้งนี้เทศบาลได้ดำเนินการจัดเก็บขยะทุกวันแต่ยังพบปัญหาขยะตกค้างในชุมชนอันเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านงบประมาณ บุคลากรและวัสดุอุปกรณ์ อีกทั้งพฤติกรรมของประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่มีการคัดแยกขยะ ซึ่งปัญหาขยะตกค้างนี้นำไปสู่การร้องเรียนของผู้ได้รับผลกระทบในชุมชน นอกจากนี้แล้วปัญหาขยะมูลฝอยยังส่งผลกระทบต่อประชาชนในพื้นที่ ได้แก่ การลดลงของนักท่องเที่ยวและรายได้ที่ลดลงของผู้ประกอบการ ผลกระทบต่อสุขภาพ รวมทั้งด้านภูมิทัศน์ที่ไม่สวยงาม อย่างไรก็ตามการจัดการปัญหาของขยะมูลฝอยได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายที่เข้ามาช่วยจัดการปัญหา ได้แก่ ผู้นำชุมชน กรรมการชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขในการจัดการขยะในภาคครัวเรือน เช่น การให้ความรู้กับประชาชน การจัดทำถังขยะเปียกลดโลกร้อนในครัวเรือนและการทำปุ๋ยอินทรีย์ เป็นต้น นอกจากนี้สำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม จังหวัดอุบลราชธานียังเข้าร่วมอบรมให้ความรู้กับประชาชนในพื้นที่อีกด้วย

คำสำคัญ: การจัดการ, ขยะมูลฝอย, การมีส่วนร่วม, ชุมชน

¹ นักศึกษา, หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: 64202501012@scphkk.ac.th

² วิทยากรชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: sutin@scphkk.ac.th

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: phitthaya@scphkk.ac.th
Corresponding author: พิทยา ศรีเมือง, E-mail: phitthaya@scphkk.ac.th

Community Solid Waste Management in Ban Dan Khong Chiam Sub-District Municipality, Khong Chiam District, Ubon Ratchathani Province

Manatsanan Chanphath¹, Sutin Chanabun², Phitthaya Srimuang³

(Received: 18th March 2024; Revised: 22nd April 2024; Accepted: 12nd June 2024)

Abstract

This qualitative study aimed to explore problem situation and community solid waste management in Ban Dan Khong Chiam sub-district municipality, Khong Chiam district, Ubon Ratchathani province. Twenty-four key informants were selected through purposive sampling, including administrative and operational staff, private and community enterprise representatives, community leaders, village health volunteers, and community members who had filed complaints. Data were collected through document review, in-depth interviews, and focus group discussions, and were analyzed using thematic analysis.

The results revealed that the area generated approximately four tons of solid waste per day, predominantly organic waste. During the COVID-19 pandemic, hazardous waste, including infectious waste, increased to approximately 1.4 tons per day. The waste originated from households, organizations, tourists, and unauthorized disposal from neighboring areas. Despite daily waste collection by the municipality, residual waste remained a problem in the community due to insufficient budget, labor, and materials. Additionally, most community members did not properly sort their waste. The residual waste problems led to complaints from affected residents and negatively impacted tourism, public health, and the aesthetic environment. However, problem-solving networks were established, involving community leaders, community committees, and village health volunteers who provided education and supported household waste management initiatives. These included implementing household wet waste bins to reduce greenhouse gas emissions and producing organic fertilizer. The Provincial Office of Natural Resources and Environment, Ubon Ratchathani, also contributed by providing waste management training for local residents.

Keywords: Management, Solid waste, Participation, Community

¹ Student, Master of Public Health, Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen Province, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute.

E-mail: 64202501012@scphkk.ac.th

² Lecturer, Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen Province, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute.

E-mail: sutin@scphkk.ac.th

³ Asst. Prof., Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen Province, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute.

E-mail: phitthaya@scphkk.ac.th

Corresponding author: Phitthaya Srimuang. Email: phitthaya@scphkk.ac.th

บทนำ

ปัญหาขยะมูลฝอยของประเทศไทยมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นทุกปี ส่วนหนึ่งเป็นผลเนื่องมาจากหน่วยงานที่มีหน้าที่ในการบริหารจัดการขยะขาดการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งหน่วยงานที่มีหน้าที่หลักโดยตรงคือ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) โดยหลายแห่งไม่มีพื้นที่สำหรับใช้กำจัดขยะมูลฝอย และหลายแห่งที่มีพื้นที่กำจัดขยะมูลฝอย แต่ไม่ได้มีบริหารจัดการให้ถูกต้อง องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นหลายแห่งจึงกำจัดขยะมูลฝอยด้วยการนำไปเทกองกลางแจ้ง (Open dump) หรือ เผากองกลางแจ้ง (Open burning) ซึ่งไม่ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล ทำให้ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอนามัยของประชาชนตามมา เช่น กลิ่นเหม็นของน้ำเสียจากน้ำชะขยะปนเปื้อนสู่แหล่งน้ำผิวดิน รวมทั้งเกิดมลพิษทางอากาศ การจัดการขยะมูลฝอยแบบฝังกลบที่ไม่ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล ยิ่งก่อให้เกิดปัญหาไฟไหม้ขยะมูลฝอย นอกจากนี้ประชาชนยังขาดองค์ความรู้ และจิตสำนึกเกี่ยวกับปัญหาและการจัดการขยะมูลฝอยจึงไม่ให้ความสำคัญที่จะลดและคัดแยกขยะมูลฝอยตั้งแต่ต้นทาง หรือแหล่งกำเนิดทำให้ปริมาณขยะมูลฝอยจึงเพิ่มมากขึ้นทุกปี¹ จากสถิติของกรมควบคุมมลพิษ ปี พ.ศ. 2563 พบว่ามีขยะมูลฝอยเกิดขึ้น 25.37 ล้านตัน ขยะมูลฝอยที่ถูกกำจัดถูกต้อง 9.13 ล้านตัน ขยะมูลฝอยที่ถูกนำกลับมาใช้ประโยชน์ 8.36 ล้านตัน ขยะมูลฝอยที่ถูกกำจัดไม่ถูกต้อง 7.88 ล้านตัน และขยะมูลฝอยตกค้าง 4.25 ล้านตัน ปี พ.ศ. 2564 มีปริมาณขยะมูลฝอยเกิดขึ้น 24.98 ล้านตัน ขยะมูลฝอยที่ถูกกำจัดถูกต้อง 9.28 ล้านตัน ขยะมูลฝอยที่ถูกนำกลับมาใช้ประโยชน์ 7.89 ล้านตัน ขยะมูลฝอยที่ถูกกำจัดไม่ถูกต้อง 7.81 ล้านตัน และขยะมูลฝอยตกค้าง 7.50 ล้านตัน² ซึ่งจากสถิติของกรมควบคุมมลพิษจะเห็นว่าปริมาณขยะที่เกิดขึ้นในแต่ละปี มีขยะมูลฝอยที่ถูกกำจัดไม่ถูกต้องปีละหลายล้านตัน และที่สำคัญมีขยะตกค้างมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น สะท้อนให้เห็น

ว่าการจัดเก็บขยะและสถานที่กำจัดขยะเริ่มมีปัญหาไม่สามารถบริหารจัดการขยะที่เกิดขึ้นได้ทั้งหมด

องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดอุบลราชธานี พบปัญหาด้านการบริหารจัดการขยะมูลฝอยชุมชน เนื่องจากส่วนใหญ่ยังมีการบริหารจัดการอย่างไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการ มีการเทกองโดยไม่บดอัดขยะมูลฝอย การไม่กลบทับขยะมูลฝอยด้วยดินทุกวัน ทั้งนี้ จากสถิติในปี พ.ศ. 2563 สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาคที่ 12 (อุบลราชธานี) ดำเนินการสำรวจข้อมูลการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน พบว่าจังหวัดอุบลราชธานีมีปริมาณขยะมากถึง 1,800.67 ตันต่อวัน ได้รับการจัดการอย่างถูกต้องเพียง 1,554.06 ตันต่อวัน และไม่ได้ถูกจัดการอย่างถูกต้องมากถึง 246.61 ตันต่อวัน³ และในปี พ.ศ. 2564 พบว่ามีปริมาณขยะจำนวน 1,955.59 ตันต่อวัน ได้รับการจัดการอย่างถูกต้องเพียง 1,781.89 ตันต่อวัน และไม่ได้ถูกจัดการอย่างถูกต้องมากถึง 173.7 ตันต่อวัน⁴ จากสถิติของสำนักงานสิ่งแวดล้อมภาคที่ 12 จะเห็นได้ว่าปริมาณขยะในแต่ละวันมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้น และขยะยังไม่ได้ถูกจัดการอย่างถูกวิธี

เทศบาลตำบลบ้านด่านโขงเจียม อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี มีลักษณะเป็นชุมชนกึ่งเมือง มีประชากรทั้งหมด 2,092 คน 787 ครัวเรือน⁵ พื้นที่ส่วนหนึ่งอยู่ติดกับแม่น้ำโขงและแม่น้ำมูล บรรยากาศร้อนชื้นน่าอยู่ เหมาะแก่การท่องเที่ยว ส่งผลให้เกิดโรงแรมและรีสอร์ทเกิดขึ้นหลายแห่ง มีนักท่องเที่ยวเดินทางชมบรรยากาศและเข้ามาพักผ่อนเป็นจำนวนมาก ส่งผลให้เศรษฐกิจในพื้นที่เทศบาลตำบลโขงเจียมมีการพัฒนาและมีการขยายเพิ่มขึ้น ผลจากการขยายตัวทางเศรษฐกิจจากแหล่งท่องเที่ยว นอกจากจะเพิ่มรายได้แก่ประชาชน ในพื้นที่ยังส่งผลให้ปริมาณขยะเพิ่มสูงขึ้นในทุกปี จากสถิติปี พ.ศ. 2563 พบว่าเทศบาลตำบลบ้านด่านโขงเจียมมีปริมาณขยะ 1,440 ตัน และปี พ.ศ. 2564 มาก

ถึง 1,800 ต้น ด้วยมีข้อจำกัดด้านสถานที่กำจัดขยะซึ่งไม่ได้อยู่ภายในเขตเทศบาลโขงเจียม ประกอบกับการบริหารจัดการขยะในพื้นที่ยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร รวมถึงประชาชนยังขาดความร่วมมือในการจัดการขยะโดยมีการทิ้งขยะปะปนกันโดยไม่มีการคัดแยก ส่งผลให้ทางเทศบาลไม่สามารถจัดเก็บขยะในแต่ละวันได้ทั้งหมด ทั้งนี้ ในปี พ.ศ. 2564 พบว่า มีปริมาณขยะประมาณ 5 ตัน/วัน แต่สามารถจัดเก็บได้เพียง 3-4 ตัน/วัน ด้วยข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคคลและยานพาหนะ ประกอบกับขยะไม่ได้ถูกจัดการคัดแยกตั้งแต่ต้นทางจึงส่งผลให้เกิดขยะตกค้างในชุมชนจากมูลเหตุดังกล่าวจึงเกิดข้อร้องเรียนเหตุรำคาญของการส่งกลิ่นเหม็นของขยะรบกวนประชาชน⁶

จากความเป็นมาข้างต้น ผู้วิจัยเห็นว่าปัญหาขยะมูลฝอยในพื้นที่ของเทศบาลตำบลบ้านด่านโขงเจียม เป็นปัญหาที่มีความสำคัญและส่งผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อม การพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจ รวมทั้งภาวะสุขภาพของคนในชุมชน ซึ่งปัญหาขยะมูลฝอยนี้ควรได้รับการแก้ไขอย่างตรงจุดจากวิธีการที่หลากหลายและการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนั้นการรับฟังประสบการณ์และความคิดเห็นจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งจากภาครัฐ เอกชน องค์กรชุมชน และภาคประชาชนอาจนำไปสู่การเข้าใจสภาพที่แท้จริงของปัญหา และได้แนวทางในการจัดการแก้ไขปัญหาที่มีความเหมาะสม มีประสิทธิภาพและเกิดความยั่งยืนต่อไป ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการจัดการปัญหาขยะมูลฝอยในชุมชนเขตเทศบาลตำบลบ้านด่านโขงเจียม อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี ในครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาสภาพปัญหาด้านการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน เขตเทศบาลตำบลบ้านด่านโขงเจียม อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี
- 2) เพื่อศึกษาการจัดการปัญหาด้านขยะมูลฝอยในชุมชนโดยชุมชนมีส่วนร่วม เขตเทศบาล

ตำบลบ้านด่านโขงเจียม อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยศึกษาในรูปแบบเฉพาะกรณีศึกษา (Case study) ในพื้นที่เทศบาลตำบลบ้านด่านโขงเจียม อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี ในช่วงระหว่าง เดือน มิถุนายน ถึง เดือนธันวาคม 2566

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants)

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants) ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาและการจัดการปัญหาขยะมูลฝอยในเขตเทศบาลตำบลบ้านด่านโขงเจียม จำนวนรวม 24 คน มีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

1) เกณฑ์ในการคัดเลือก (Selection criteria) ได้แก่

1.1 กลุ่มผู้บริหาร ประกอบด้วยผู้บริหารเทศบาล นายกเทศมนตรี ปลัดเทศบาล สมาชิกสภาเทศบาล นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 4 คน

1.2 กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ผู้ปฏิบัติงาน ประกอบด้วย ผู้ช่วยนักวิชาการสุขาภิบาล ผู้ช่วยนักวิชาการสาธารณสุข พนักงานจ้างเหมาโครงการเก็บรวบรวมขยะมูลฝอย จำนวน 6 คน

1.3 กลุ่มภาคเอกชนและวิสาหกิจชุมชน ประกอบด้วย ประธานผู้ประกอบการร้านค้า ประธานผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์ชุมชน จำนวน 2 คน

1.4 กลุ่มภาคประชาชน ประกอบด้วยกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ได้รับผลกระทบหรือผู้ที่เคยร้องเรียนปัญหาขยะมูลฝอย จำนวน 12 คน

1.5 ผู้ให้ข้อมูลเต็มใจและยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัยโดยให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

2) เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ให้ข้อมูลมีปัญหาสุขภาพ (Medical problem) อันจะมีผลทำให้เกิดปัญหารุนแรงระหว่างเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1) แบบบันทึกข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แผนแม่บทการบริหารจัดการขยะมูลฝอยของประเทศ รายงานสถานการณ์สถานที่กำจัดขยะมูลฝอยชุมชนของประเทศไทย และสถิติข้อมูลการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี เป็นต้น

2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview guideline) ใช้สัมภาษณ์กลุ่มผู้บริหารทั้งของเทศบาล หน่วยงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่องค์กรเอกชนและผู้นำชุมชน รวมทั้งสิ้น 7 คน

3) แบบสนทนากลุ่ม (Focus group discussion guideline) ใช้สนทนากับกลุ่มผู้ให้บริการในการเก็บขยะมูลฝอย ภาคเอกชน วิสาหกิจชุมชนและภาคประชาชน จำนวน 17 คน

การสร้างและทดสอบคุณภาพเครื่องมือในการศึกษา

แบบ สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview guideline) และแบบสนทนากลุ่ม (Focus group discussion guideline) ได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเครื่องมือดังกล่าวได้มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ว่าสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่ โดยผู้เชี่ยวชาญ 2 ท่าน พร้อมทั้งมีการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำเครื่องมือทั้งสองแบบนี้ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการศึกษารั้งนี้โดยทำการสัมภาษณ์เชิงลึก 1 ครั้ง และทำการสนทนากลุ่ม 1 ครั้ง จากนั้นก็นำเครื่องมือทั้ง 2 แบบมาปรับปรุงอีกครั้งหนึ่งเพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลจริงต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) จากเอกสารหลักฐานต่างๆ ซึ่งประกอบไปด้วยนโยบาย แผนงานทางด้านการจัดการขยะมูลฝอย คู่มือและเอกสารและรายงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

2) การสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้แบบสัมภาษณ์ลักษณะกึ่งโครงสร้าง ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 45-60 นาทีต่อราย

3) การสนทนากลุ่ม โดยใช้แบบสนทนากลุ่มลักษณะกึ่งโครงสร้าง ใช้เวลาการสนทนากลุ่ม 45-60 นาทีต่อกลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ขั้นตอนของการจัดการข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เป็นไฟล์บันทึกการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มนำมากำหนดรหัส จากนั้นก็จัดเก็บในคอมพิวเตอร์ส่วนบุคคล จากนั้นนำไฟล์เหล่านั้นมาถอดเทปคำต่อคำ แล้วข้อมูลจะถูกตรวจสอบเพื่อความถูกต้องอีกครั้งหนึ่งโดยการฟังเทปเสียงและอ่านข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปไปพร้อม ๆ กัน

2) ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis) ประกอบด้วย การทำความเข้าใจกับข้อมูล (Familiarization) หาประเด็นที่สำคัญจากข้อมูล นำประเด็นต่างๆ (Themes) ที่ได้จากข้อมูลมาจัดเรียงและกำหนดรหัสอ้างอิง (Indexing) จากนั้นจัดกลุ่มประเด็นหลักและประเด็นรองที่มีความใกล้เคียงกัน (Categories and sub-categories) ตีความข้อมูล (Interpret) และสรุปเป็นผลการวิจัยตาม Thematic framework

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษารั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่โครงการ HE652091

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วนใหญ่ ๆ ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 สภาพปัญหาด้านการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน เขตเทศบาลตำบลบ้านด่านโขงเจียม อำเภอโงะเจียม จังหวัดอุบลราชธานี

โดยในส่วนที่ 1 นี้แบ่งออกเป็น 2 ประเด็นได้แก่ สภาพปัญหาก่อนการระบาดของ Covid-19 และสภาพปัญหาช่วงการระบาดของ Covid-19

1.1 สภาพปัญหาก่อนการระบาดของ Covid-19

ปริมาณขยะมูลฝอยก่อนเกิดการระบาดของโรคโควิด 19 พบว่า มีแหล่งกำเนิดมาจากหลายส่วน ได้แก่ บ้านเรือน สถานประกอบการ ร้านอาหาร โรงแรมและมาจากนักท่องเที่ยว และด้วยพื้นที่ของเทศบาลตำบลบ้านด่านโขงเจียมเป็นเมืองท่องเที่ยว จึงส่งผลให้ปริมาณขยะมีจำนวนมากถึง 4 ตันต่อวัน โดยพบว่าส่วนใหญ่เป็นขยะอินทรีย์ 2 ตัน/วัน (ร้อยละ 50) รองลงมาเป็นขยะทั่วไป 1 ตัน/วัน (ร้อยละ 25) ขยะรีไซเคิล 900 กิโลกรัม/วัน (ร้อยละ 22.5) และเป็นขยะอันตราย 100 กิโลกรัม/วัน (ร้อยละ 2.5) นอกจากนี้ยังพบปัญหาปัญหาขยะตกค้างในชุมชนเนื่องจากมีเจ้าหน้าที่ในการจัดเก็บจำนวนน้อย และเก็บขยะตามสายทางในแต่ละรอบไม่หมด ทั้งนี้การจัดการขยะมูลฝอยมีการดำเนินการจัดเก็บขยะทุกวัน โดยทางเทศบาลได้จัดหาถังขยะมาบริการประชาชนตามสายทาง มีถังสำหรับแยกขยะแต่ละประเภท และทางเจ้าหน้าที่มีการจัดเก็บขยะรวบรวมทุกวันเพื่อนำไปกำจัดต่อ ณ บ่อขยะ และได้มีการออกณรงค์ให้ความรู้กับประชาชนในการคัดแยกขยะแต่ละประเภทก่อนที่จะนำไปทิ้ง ปัญหาอุปสรรคของการจัดการขยะมูลฝอยในช่วงก่อนการระบาดของ Covid-19 พบว่ามีปัญหาเรื่องของถังขยะไม่เพียงพอและเจ้าหน้าที่จัดเก็บขยะมีจำนวนน้อยส่งผลให้เก็บขยะไม่หมดตามสายทางเกิดขยะตกค้างส่งกลิ่นรบกวน

1.2 สภาพปัญหาช่วงการระบาดของ Covid-19

ในช่วงที่มีการระบาดของ Covid-19 พบว่า มีปริมาณขยะติดเชื้อเพิ่มขึ้น ได้แก่ หน้ากากอนามัย และ ATK ที่ใช้แล้ว โดยมีการทิ้งขยะติดเชื้อปะปนกับขยะทั่วไปไม่มีการคัดแยก ในช่วงที่มีการระบาดของ Covid-19 พบปริมาณขยะทั่วไปเพิ่มขึ้น เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ใช้ชีวิตอยู่บ้าน มีการสั่งอาหารมากินที่บ้าน โดยแหล่งที่มาของขยะมูลฝอยส่วนใหญ่ยังมาจากครัวเรือน รองลงมาเป็นขยะจากสถานประกอบการและร้านอาหาร ด้านปริมาณขยะมูลฝอยพบที่เกิดขึ้นประมาณ 4 ตันต่อวัน ประกอบด้วยขยะอินทรีย์ 2 ตัน ขยะทั่วไป 1 ตัน ขยะรีไซเคิล 600 กิโลกรัม และขยะติดเชื้อ 400 กิโลกรัม ปัญหาอุปสรรคของการจัดการขยะมูลฝอยในช่วงการระบาดของ Covid-19 พบว่าส่วนใหญ่พบปัญหาประชาชนไม่มีการคัดแยกขยะ มีการทิ้งขยะติดเชื้อปะปนกับขยะทั่วไป ส่วนการจัดการขยะมูลฝอยในช่วงการระบาดของ Covid-19 เจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลโขงเจียมได้ออกประชาสัมพันธ์ให้ความรู้กับประชาชน รวมทั้งจัดที่ทิ้งขยะติดเชื้อ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จะเป็นผู้ติดตามนำขยะติดเชื้อจากบ้านเรือนผู้ป่วยใส่ถุงสีแดงแล้วมัดไว้ที่ถังขยะติดเชื้อบ้าน หลังจากนั้นเจ้าหน้าที่เทศบาลไปดำเนินการจัดเก็บ โดยมีการแต่งตัวป้องกันรัดกุม พร้อมอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ และโรงพยาบาลจะเป็นผู้นำไปกำจัดต่อไป ทั้งนี้ช่วงที่ปริมาณขยะติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้นจนโรงพยาบาลไม่สามารถรองรับได้ทั้งหมดดังนั้นเทศบาล จึงจำเป็นต้องนำขยะติดเชื้อกำจัดที่บ่อกำจัดขยะแบบฝังกลบแทน

ส่วนที่ 2 การจัดการปัญหาด้านขยะมูลฝอยในชุมชนโดยชุมชนมีส่วนร่วม เขตเทศบาลตำบลบ้านด่านโขงเจียม อำเภอโงะเจียม จังหวัดอุบลราชธานี

โดยในส่วนที่ 2 นี้แบ่งออกเป็น 2 ประเด็น ได้แก่ การจัดการขยะมูลฝอยของเทศบาลตำบล

บ้านด่านโขงเจียมในปัจจุบันและบทบาทของชุมชน และภาคีเครือข่ายในการจัดการปัญหาของขยะมูลฝอย

2.1 การจัดการขยะมูลฝอยของเทศบาลตำบลบ้านด่านโขงเจียมในปัจจุบัน

การจัดการขยะมูลฝอยของเทศบาลตำบลบ้านด่านโขงเจียมในปัจจุบัน เทศบาลได้ดำเนินการจัดเก็บขยะ โดยแบ่งเขตการเก็บขยะเป็น 2 เขต มีรถบริการเก็บขนขยะมูลฝอย 2 คัน ประจำเขต เขตละ 1 คัน ประกอบด้วยพนักงานขับรถขยะ ปฏิบัติงานเวลา 05.00-12.00 น. ทุกวัน โดยไม่มีวันหยุด โดยรับผิดชอบให้บริการเก็บขนขยะมูลฝอยตามสายทางในชุมชน แล้วนำไปกำจัดขยะมูลฝอย ซึ่งบ่อขยะเป็นการจัดการที่ยังไม่ถูกสุขลักษณะ เป็นแบบเทพักไว้กลางแจ้ง และมีการฝังกลบ 3 ครั้งต่อปี ในส่วนของการจัดการขยะแต่ละประเภท ได้แก่ การจัดการขยะรีไซเคิล จัดการโดยครัวเรือนในชุมชนเป็นผู้คัดแยกและนำไปจำหน่ายเกิดรายได้ให้ครัวเรือน ส่วนขยะอันตราย เช่น หลอดไฟและกระป๋องสเปรย์ เทศบาลเป็นผู้ให้บริการดำเนินการจัดเก็บทุกเดือน และนำขยะส่งองค์การบริหารส่วนจังหวัดเพื่อนำไปกำจัดอย่างถูกวิธีต่อไป และในส่วนขยะอินทรีย์ได้มีการรณรงค์ในการกำจัดตามโครงการถังขยะเปียกลดโลกร้อนและมีการแปรรูปเป็นปุ๋ยอินทรีย์เพื่อประโยชน์ในการใช้งานด้านเกษตรกรรม แต่อย่างไรก็ดีถึงแม้ทางเทศบาลจะดำเนินการจัดการกับปัญหาขยะเหล่านี้แต่ก็ยังมีเรื่องของการร้องเรียนเกิดขึ้น ทั้งนี้การร้องเรียนและการจัดการเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับขยะมูลฝอยจะเกี่ยวข้องกับปัญหาขยะตกค้างหรือทางเทศบาลไม่ได้เข้าไปจัดเก็บขยะ ซึ่งเมื่อมีการร้องเรียนหน่วยงานจะรีบดำเนินการแก้ไขให้รวดเร็วที่สุด ซึ่งสาเหตุของการร้องเรียนเกิดจากเจ้าหน้าที่จัดเก็บขยะมูลฝอยไม่หมด โดยเฉพาะที่อยู่บริเวณรอบ ๆ ถึงขยะที่หล่นจากถังขยะ รวมไปถึงเวรวันในการจัดเก็บขยะหรือเข้าเก็บไม่ครบตามสายทาง ทั้งนี้การร้องเรียนมักจะมีการร้องเรียนผ่านทางคณะผู้บริหาร สมาชิกสภาเทศบาล กรรมการชุมชน

แล้วจะแจ้งมาทางส่วนที่รับผิดชอบหรือร้องเรียนผ่านทางเวทีการประชุมต่างๆ เช่น ประชุมประจำเดือน หรือมีการโทรศัพท์มาแจ้ง การไลน์ในกลุ่มต่างๆ หรือทางสื่อโซเชียล เมื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบทราบเรื่องจะมีการเข้าไปตรวจสอบพร้อมถ่ายภาพการร้องเรียนและดำเนินการแก้ไขทำความสะอาด ทั้งนี้ผู้ที่ร้องเรียนได้สะท้อนถึงปัญหาของการร้องเรียนคือเป็นปัญหาซ้ำซากเรื่องการเข้าเก็บขยะช้า เก็บขยะไปไม่หมด และถึงขยะชำรุดแตกและไม่เพียงพอทำให้ขยะตกค้างในชุมชน รวมทั้งมีการนำขยะมาทิ้งหน้าบ้านผู้อื่นอาจทำให้เกิดการทะเลาะกันส่งผลเสียต่อสุขภาพกายและจิตของผู้ที่อาศัยอยู่ใกล้กับที่ทิ้งขยะ

การจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ไม่มีการคัดแยกขยะ นิยมบริโภคอาหารที่มีการใช้โฟมเป็นภาชนะ หรือถุงพลาสติกในการหุ้มห่อหรือบรรจุการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในครัวเรือน พบว่ามีการจัดทำถังขยะเปียกลดโลกร้อนเพื่อกำจัดขยะเปียก เศษอาหารต่างๆ รวมทั้งมีครัวเรือนต้นแบบ ปัจจัยที่ทำให้ปริมาณขยะเพิ่มขึ้นส่วนใหญ่เกิดจากมีนักท่องเที่ยวเข้ามาเที่ยวในพื้นที่ โดยเฉพาะช่วงวันหยุดยาว ส่วนการจัดการขยะมูลฝอยของสถานประกอบการ พบว่า สถานประกอบการส่วนใหญ่จะมีการแยกขยะใส่ถุงดำไว้ ซึ่งบางโรงแรมมีการแยกขยะแต่ละประเภทออกจากกัน แต่บางที่ยังมีการทิ้งรวมกันโดยจะนำมาวางรวมกันรอรถจากเทศบาลนำไปกำจัด ทั้งนี้ยังมีร้านอาหารและตลาดสดที่ยังไม่มีการคัดแยกขยะ

ส่วนผลกระทบจากขยะมูลฝอย พบว่า 1) ด้านสังคมและวัฒนธรรมโดยประชาชนมีวัฒนธรรมเดิม ๆ คือ ไม่มีการคัดแยกขยะก่อนทิ้งมีการเผาขยะ และไม่ทิ้งขยะในจุดที่ทางเทศบาลจัดไว้ให้กลายเป็นปัญหาข้อขัดแย้งในชุมชน 2) ด้านเศรษฐกิจ โดยปัญหาด้านขยะ มีขยะตกค้าง บ้านเมืองสกปรกส่งผลต่อการตัดสินใจมาเที่ยวของนักท่องเที่ยว 3) ด้านสุขภาพโดยปัญหาจากการจัดการขยะที่ไม่เหมาะสมส่งผลให้

เกิดแหล่งเพาะพันธุ์แมลงและสัตว์นำโรค ส่งผลให้เกิดโรคระบาดต่างๆตามมาได้ อีกทั้งกลิ่นของขยะยังส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของประชาชน และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อมโดยการจัดการขยะที่ไม่เหมาะสม ส่งผลกระทบต่อตรงต่อภูมิทัศน์ที่ไม่น่ามองและกลิ่นที่ส่งผลกระทบต่อประชาชนที่อาศัยใกล้กับบริเวณถังขยะ

2.2 บทบาทของชุมชนและภาคีเครือข่ายในการจัดการปัญหาของขยะมูลฝอย

ผู้ที่มีบทบาทและความร่วมมือในการจัดการปัญหาขยะมูลฝอย ได้แก่ 1) เจ้าหน้าที่จากกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม และจากโรงพยาบาล ทำหน้าที่เป็นผู้บริหารจัดการการจัดเก็บและการทำลายขยะ รวมทั้งให้ความรู้กับชาวบ้าน 2) ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และกรรมการชุมชน ทำหน้าที่ร่วมกับเจ้าหน้าที่จากกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมและจากโรงพยาบาลในการให้ความรู้กับประชาชน 3) ชุมชนและประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในการเข้ารับการอบรม จัดทำถังขยะเปียกลดโลกร้อนในครัวเรือน ทำปุ๋ยอินทรีย์เพื่อลดปริมาณขยะ คัดแยกขยะในครัวเรือนเพื่อนำไปกำจัด จำหน่ายหรือนำมาใช้รีไซเคิล และ 4) สำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัดอุบลราชธานี เข้ามาขับเคลื่อนร่วมกับเทศบาลตำบลบ้านด่านโขงเจียมในการจัดกิจกรรมการอบรมให้ความรู้กับประชาชน

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาสภาพปัญหาด้านการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนในช่วงก่อนการระบาดของ Covid-19 พบว่า มีปริมาณขยะเป็นจำนวนมาก (ประมาณ 4 ตันต่อวัน) เนื่องจากอำเภอยางเจียมเป็นเมืองท่องเที่ยว ทำให้มีปริมาณขยะเพิ่มขึ้นขยะส่วนใหญ่จะเป็นขยะทั่วไป โดยแหล่งกำเนิดมาจากหลายๆส่วน เช่น บ้านเรือน สถานประกอบการ ร้านอาหาร โรงแรม นักท่องเที่ยว และส่วนหนึ่งก็มาจากการลักลอบนำขยะจากที่อื่นมาทิ้งในเขตเทศบาล นอกจากนี้ใน

พื้นที่ยังพบปัญหาปัญหาขยะตกค้างในชุมชนอันเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านงบประมาณ บุคลากร และวัสดุอุปกรณ์ที่มีอยู่อย่างจำกัด ส่งผลให้มีปัญหาขยะตกค้างในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของตริยาภรณ์ พรหมคำ⁷ ที่พบว่าปัญหาการจัดการขยะมีขยะจำนวนมากเกินที่ทางเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์สามารถรองรับได้ รวมทั้งไม่มีการคัดแยกขยะจากต้นทาง ส่งผลให้ต้องใช้งบประมาณจำนวนมากในการจัดการขยะ และสอดคล้องกับการศึกษาของวิฑูรย์ เอื้อยการนา และดิฐา แสงวัฒนะชัย⁸ ที่พบว่าปัญหาที่ก่อให้เกิดขยะมูลฝอยภายในเขตเทศบาลเมืองบุรีรัมย์ คือ ความเจริญและขยายตัวของการเป็นเมืองและการเปลี่ยนแปลงการใช้ประโยชน์จากที่ดิน

ส่วนสภาพปัญหาด้านการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนในช่วงของการระบาดของ Covid-19 พบว่า มีปริมาณขยะประมาณ 4 ตันต่อวัน ประกอบด้วยขยะอินทรีย์ 2 ตันต่อวัน ขยะทั่วไป 1 ตัน ขยะรีไซเคิล 600 กิโลกรัม และเป็นขยะอันตราย 400 กิโลกรัม ซึ่งเป็นจำนวนที่เท่ากับช่วงก่อนการระบาดของโรค Covid-19 แต่มีจำนวนของขยะรีไซเคิลลดลงแต่จำนวนของขยะอันตรายเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากประชาชนจะอยู่บ้านเป็นส่วนใหญ่ มีการสั่งอาหารมากินที่บ้าน ทำให้ขยะส่วนใหญ่เกิดขึ้นจากครัวเรือน นอกจากนี้ยังมีขยะติดเชื้อ โดยเฉพาะหน้ากากอนามัยเพิ่มสูงขึ้น ทั้งนี้เจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลโขงเจียม ได้มีการออกประชาสัมพันธ์ให้ความรู้กับประชาชน รวมทั้งจัดที่ทิ้งขยะติดเชื้อ และมีการนำไปกำจัดให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ แต่ยังคงพบปัญหาสำคัญ คือ ประชาชนส่วนใหญ่ไม่มีการคัดแยกขยะ มีการทิ้งขยะติดเชื้อปะปนกับขยะทั่วไป และส่วนหนึ่งปลิวไปตามถนน ทำให้ไม่สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ทั้งหมด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทธนาธิษฐ์ ศรีจันทร์หาพันธุ์ และอำพรพรณ ไชยบุญชู⁹ ศึกษาเรื่องการศึกษารูปแบบขยะในครัวเรือน ช่วงการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 โดยในช่วงที่มีการระบาดมีปริมาณขยะติดเชื้อโดยเฉพาะ

หน้าาก่อนน่ายที่เพิ่มสูงขึ้น อีกทั้งยังมีการทิ้งปะปนกับขยะทั่วไปในครัวเรือนโดยไม่มีการคัดแยก

ผลการศึกษาการจัดการขยะมูลฝอยของเทศบาลตำบลบ้านด่านโขงเจียม ในปัจจุบันได้ดำเนินการจัดเก็บขยะทุกวันแต่ก็ยังพบปัญหาขยะตกค้าง ซึ่งขยะส่วนใหญ่เกิดจากการท่องเที่ยวหรือสถานประกอบการต่างๆ เช่น โรงแรม ร้านอาหาร ตลาด ร้านค้า ครัวเรือนของประชาชน และมีการลักลอบนำขยะมาจากที่อื่นมาทิ้งในเขตเทศบาล นอกจากนี้ประชาชนส่วนใหญ่ไม่มีการคัดแยกขยะ ยังมีการทิ้งปะปนกับขยะทั่วไป แม้จะมีการจัดทำถังขยะเปียกลดโลกร้อนเพื่อกำจัดขยะเปียกหรือเศษอาหารต่างๆ ยังไม่สามารถแก้ปัญหาให้หมดไปได้ ทั้งนี้เนื่องจากเขตเทศบาลตำบลบ้านด่านโขงเจียมเป็นพื้นที่ท่องเที่ยว ส่งผลให้มีขยะที่เพิ่มสูงขึ้นจากการท่องเที่ยวด้วย โดยเฉพาะช่วงวันหยุดยาวซึ่งจะมีนักท่องเที่ยวเข้ามาในพื้นที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดขยะเพิ่มขึ้นเป็นเท่าตัว ทั้งนี้สถานประกอบการในพื้นที่แม้จะมีการแยกขยะใส่ถุงดำไว้ แต่บางแห่งก็ยังมีการทิ้งรวมกันโดยไม่มีการคัดแยก สอดคล้องกับการจำแนกปัญหาของการจัดการขยะชุมชนของกรมควบคุมมลพิษ¹⁰ ที่ระบุเหตุผลหนึ่งของการจำแนกปัญหาของการจัดการขยะชุมชนว่าการขาดความร่วมมือและความตระหนักจากประชาชน นักท่องเที่ยวและผู้ประกอบการในการลดและคัดแยกขยะมูลฝอยตั้งแต่ต้นทาง รวมถึงยังมีการใช้สินค้าหรือบรรจุภัณฑ์ที่กำจัดยากอย่างฟุ่มเฟือยและย่อยสลายตามธรรมชาติได้ยาก อาทิเช่น ถุงพลาสติกและโฟม เป็นต้น

การจัดการขยะมูลฝอยของเทศบาลตำบลบ้านด่านโขงเจียมในด้านบุคลากรในการปฏิบัติงานมีไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับภาระงานที่ปฏิบัติอยู่ ในกรณีที่เกิดการลาหรือการเจ็บป่วยไม่สบายของผู้ปฏิบัติงานเก็บขนขยะจะส่งผลให้ทีมขาดอัตรากำลังอาจจะมีผลต่อการดำเนินงานจัดเก็บขยะล่าช้าลงได้ ส่วนในด้านงบประมาณ พบว่า

งบประมาณในการจัดการขยะมูลฝอยมีอย่างจำกัด เนื่องจากต้องมีการตั้งงบประมาณเพื่อใช้จ่ายในการฝังกลบขยะซึ่งใช้งบประมาณเป็นจำนวนมาก ส่งผลให้งบประมาณในการบริหารจัดการอื่นๆ เป็นไปอย่างจำกัด นอกจากนี้ยังพบว่าด้านวัสดุอุปกรณ์มีไม่เพียงพอต่อการใช้งาน สภาพของรถเก็บขยะมีสภาพเก่าและชำรุดบ่อย ทั้งนี้ยังพบปัญหาถึงขยะมีสภาพเก่า ชำรุดและยังเป็นแบบไม่มีฝาปิดทำให้มีสัตว์มาคุ้ยเขี่ย ส่งผลให้ภูมิทัศน์ไม่สวยงาม และด้านสุดท้าย คือ ด้านการจัดการหรือการบริการ พบว่า มีการจัดอบรมปลูกจิตสำนึกในการคัดแยกขยะแบบต่อเนื่อง และมีการปรับแผนการปฏิบัติงานให้เข้ากับสถานการณ์หากมีการร้องเรียน สอดคล้องกับการจำแนกปัญหาของการจัดการขยะชุมชนของกรมควบคุมมลพิษ¹⁰ คือ มีขยะมูลฝอยตกค้างอยู่เป็นจำนวนมากเนื่องจากสถานการณ์ขยะมูลฝอยเพิ่มขึ้นทุกปี สถานที่กำจัดขยะมูลฝอยมีการดำเนินการไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการ หน่วยงานรับผิดชอบโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นล้วนมีข้อจำกัดด้านงบประมาณการพัฒนา รวมทั้งขาดอุปกรณ์ และเครื่องมือในการเก็บขนขยะมูลฝอยนำไปกำจัดอย่างไม่เพียงพอ เป็นต้น นอกจากนี้แล้วกรมควบคุมมลพิษ¹¹ ได้กล่าวเพิ่มเติมอีกว่าเนื่องจากในปัจจุบันมีลักษณะรูปแบบการดำเนินการในการจัดการขยะมูลฝอยแตกต่างกันโดยต่างคนต่างทำไม่เป็นไปแนวทางเดียวกัน และพื้นที่ท้องถิ่นยังเก็บค่าธรรมเนียมได้น้อยเมื่อเทียบกับงบประมาณการบริหารจัดการขยะในพื้นที่จึงส่งผลกระทบให้เกิดปัญหาการขาดงบประมาณบริหารจัดการอย่างเพียงพอ และยังขาดเจ้าหน้าที่ผู้ควบคุมในการดูแลระบบด้านการบริหารจัดการขยะมูลฝอยที่มีความรู้และความชำนาญด้านการจัดการขยะมูลฝอยจึงส่งผลให้เกิดปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อสิ่งแวดล้อมชุมชนและสุขภาพที่ก่อให้เกิดโรคตามมานำมาสู่การร้องเรียนเหตุรำคาญ ทั้งนี้วิฑูรย์ เอื้อการนา⁸ ได้เสนอแนะถึงปัจจัยการจัดการขยะมูลฝอยภายในเขตเทศบาลประกอบด้วยแนวคิดนโยบายในการ

บริหารจัดการขยะมูลฝอย และการสนับสนุนการจัดการขยะในรูปแบบครบวงจร กระบวนการให้เกิดสร้างความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนให้เกิดการส่งเสริมและสนับสนุนให้ชุมชนคัดแยกขยะมูลฝอยอย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษาผลกระทบจากขยะมูลฝอยพบว่า ประชาชนไม่มีการคัดแยกขยะก่อนทิ้ง ทำให้มีขยะตกค้างเกิดขึ้นในชุมชน ซึ่งส่งผลกระทบต่อประชาชนในพื้นที่ ได้แก่ การตัดสินใจมาเที่ยวของนักท่องเที่ยว รวมไปถึงร้านอาหารอาจมีผลกระทบต่อการค้าขาย ในด้านสุขภาพโดยขยะตกค้างที่เกิดขึ้นในชุมชนอาจจะเป็นแหล่งเพาะพันธุ์สัตว์นำโรคส่งผลให้เกิดโรคระบาดต่างๆ ตามมาได้ และด้านสิ่งแวดล้อมส่งผลให้ภูมิทัศน์ที่ไม่สวยงามและกลิ่นที่กระทบต่อประชาชนที่อาศัยบริเวณที่มีขยะใกล้ๆ บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของตริยากานต์ พรหมคำ⁷ โดยพบว่าขยะมูลฝอยเกิดขึ้นจำนวนมาก และเกินที่ระบบการจัดการสามารถรองรับได้ รวมทั้งไม่มีการคัดแยกขยะจากต้นทาง ทำให้ผลกระทบจากขยะมูลฝอยในพื้นที่เกิดขยะตกค้าง ขยะปลิวตาม ถนนสร้างความเดือดร้อนรำคาญให้กับประชาชน

ผลการศึกษาบทบาทของชุมชนและภาคีเครือข่ายในการจัดการปัญหาของขยะมูลฝอยได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายที่เข้ามาช่วยจัดการปัญหา ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ในพื้นที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการปัญหาต่างๆ ได้แก่ เจ้าหน้าที่จากกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และกรรมการชุมชน ทั้งนี้สำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม จังหวัดอุบลราชธานี ได้เข้ามาขับเคลื่อนร่วมกับหน่วยงานในพื้นที่ เกิดเป็นกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การจัดทำถังขยะเปียกลดโลกร้อนในครัวเรือน และการอบรมให้ความรู้ต่างๆ เพื่อให้ปริมาณขยะลดลง นอกจากนี้จากผลการศึกษาข้อเสนอแนะในการพัฒนาการจัดการขยะมูลฝอยของเทศบาลตำบลบ้านด่านโขงเจียม เสนอให้มีการจัดเก็บขยะทุกวัน

รวมถึงการจัดหาสิ่งต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น บุคลากร ถังขยะและรถเก็บขยะให้พร้อมใช้หรือเพียงพอต่อการให้บริการ ทั้งนี้ในการพัฒนาการจัดการขยะมูลฝอยควรที่จะเริ่มตั้งแต่ต้นนโยบายของผู้บริหาร ที่ต้องจริงจังต่อการแก้ไขปัญหาการจัดการขยะ ตั้งแต่ต้นทาง รวมไปถึงการจัดการปลายทาง เนื่องจากการแก้ไขปัญหาขยะนั้น ต้องอาศัยทุกหน่วยงานร่วมมือกันแก้ปัญหาอย่างจริงจัง นอกจากนี้แล้วควรที่จะดำเนินการอบรมให้ความรู้ในการคัดแยกขยะโดยปลูกฝังตั้งแต่ในวัยเรียน รวมทั้งการจัดทำศูนย์การเรียนรู้ในการจัดการขยะเพื่อเป็นต้นแบบกับประชาชน หรือเป็นการลงพื้นที่เชิงลึกเพื่อแนะนำกับประชาชนอย่างจริงจังอีกด้วย ทั้งนี้ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของวิฑูรย์ เอี่ยมการนา⁸ ที่พบว่าปัจจัยการจัดการขยะมูลฝอยภายในเขตเทศบาลเมืองบุรีรัมย์ ประกอบด้วยแนวคิดนโยบายในการบริหารจัดการขยะมูลฝอย และการสนับสนุนการจัดการขยะในรูปแบบครบวงจร เป็นกระบวนการให้เกิดการสร้างความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนเพื่อให้เกิดการส่งเสริมและสนับสนุนให้ชุมชนคัดแยกขยะมูลฝอยอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับการศึกษาของนิวัฒน์ รังสร้อย¹² ศึกษาเรื่องประสิทธิภาพการจัดการขยะมูลฝอยอย่างเป็นระบบของชุมชน ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดนครปฐม พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการขยะมูลฝอยอย่างเป็นระบบ ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและมีการบริหารจัดการขยะให้ถูกหลักวิชาการ ทั้งนี้การสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับชุมชนจะเป็นสิ่งนำไปสู่การจัดการขยะมูลฝอยที่เหมาะสมและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยเรื่องการจัดการปัญหาขยะมูลฝอยในชุมชนเขตเทศบาลตำบลบ้านด่านโขงเจียม อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี ได้ข้อเสนอดังนี้

1) ควรมีการส่งเสริมให้ประชาชนมีการจัดการขยะตั้งแต่ต้นทาง โดยยึดแนวทางการดำเนินงานของ Sustainable Development Goals: SDGs เป้าหมายที่ 12 คือ การลดปริมาณขยะ การใช้ซ้ำ และการนำกลับมาใช้ใหม่ ผ่านกิจกรรมต่างๆ เช่น การจัดอบรมให้ความรู้ในการคัดแยกขยะมูลฝอย การจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้ในการจัดการขยะแต่ละประเภท การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้และการคัดแยกขยะในการจัดการขยะแต่ละประเภท การกำหนดนโยบายของผู้บริหารที่ให้ความสำคัญกับการจัดการขยะ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายในการจัดการปัญหาขยะมูลฝอยชุมชน และควบคุมการจัดการขยะของสถานประกอบกิจการต่างๆ ไม่ให้เกิดปัญหาในเรื่องขยะมูลฝอย

2) ควรส่งเสริมประสิทธิภาพของการบริหารจัดการและการดำเนินงานของเทศบาลตำบลบ้านด่านโขงเจียม โดยมีการบริหารจัดการที่ดีทั้งทางด้านนโยบาย การวางแผนและการปฏิบัติที่ดีที่เกี่ยวข้องกับด้านบุคลากร (โดยเฉพาะระดับปฏิบัติการ) ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ (รวมทั้งการบำรุงรักษา เช่น รถขนขยะ) ให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงานเพื่อแก้ไขปัญหาขยะในชุมชนรวมทั้งป้องกันข้อร้องเรียนต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น

3) ควรส่งเสริมการเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายในการจัดการปัญหาของขยะมูลฝอย โดยเปิดโอกาสให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหา ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งร่วมดำเนินงานในการแก้ไขปัญหาเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการแก้ไขปัญหา

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเกี่ยวกับทัศนคติและพฤติกรรมของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลบ้านด่านโขงเจียมในการจัดการหรือการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนและในชุมชนเพื่อนำมาเป็น

ข้อมูลในการจัดทำนโยบายและจัดทำแผนของเทศบาลต่อไป

2) ควรมีการศึกษาในลักษณะของวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการจัดการปัญหาขยะมูลฝอยชุมชนของเทศบาลบ้านด่านโขงเจียมเพื่อจะได้เป็นโมเดลหรือรูปแบบของการดำเนินงานที่ดีต่อไป

3) ควรมีการศึกษาเชิงทดลองในการจัดการขยะในรูปแบบอื่นๆ เพื่อเป็นทางเลือกและเป็นประโยชน์ในการจัดการขยะให้มีประสิทธิภาพและความยั่งยืนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายกเทศมนตรีตำบลบ้านด่านโขงเจียม ปลัดเทศบาล เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม หน่วยงานภาคเอกชน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ที่ได้สละเวลาให้ความร่วมมือ ในการให้ข้อมูลทำให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ และได้ผลการศึกษาที่เป็นประโยชน์

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมมลพิษ. ปัญหาการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน: แผนแม่บทการบริหารจัดการขยะมูลฝอยของประเทศ (พ.ศ.2559-2564). กรุงเทพฯ: บริษัท แอคทีฟพริ้นท์ จำกัด; 2559.
2. กรมควบคุมมลพิษ. สถานการณ์ขยะในประเทศไทย: รายงานสถานการณ์สถานที่กำจัดขยะมูลฝอยชุมชนของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมมลพิษ; 2564.
3. สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาคที่ 12. สถิติข้อมูลการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี. อุบลราชธานี: สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาคที่ 12; 2563.

4. สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาคที่ 12. สถิติข้อมูลการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี. อุบลราชธานี: สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาคที่ 12; 2564.
5. เทศบาลตำบลบ้านด่านโขงเจียม. จำนวนประชากรเทศบาลตำบลบ้านด่านโขงเจียม: แผนพัฒนาท้องถิ่น พ.ศ.2564-2565. อุบลราชธานี: เทศบาลตำบลบ้านด่านโขงเจียม; 2564.
6. กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลบ้านด่านโขงเจียม. รายงานการดำเนินงานสุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ประจำปีงบประมาณ 2564. อุบลราชธานี: เทศบาลตำบลบ้านด่านโขงเจียม; 2564.
7. ตรียากานต์ พรหมคำ. การศึกษาสภาพปัญหาการจัดการขยะมูลฝอยในเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารชุมชนวิจัย. 2563; 14(4): 52-62.
8. วิฑูร เอี้ยการนา, ดิฐา แสงวัฒนะชัย. การศึกษาการจัดการขยะมูลฝอยภายในเขตเทศบาลเมืองบุรีรัมย์. วารสารวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์. 2563; 15(2): 87-99.
9. ภัทรานิษฐ์ ศรีจันทราพันธ์, อำพรณ ไชยบุญชู. การศึกษาปริมาณขยะในครัวเรือนช่วงการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย มนุษย์ศาสตร์และสังคมศาสตร์. 2564; 41(2): 1-17.
10. กรมควบคุมมลพิษ. สถานการณ์มูลฝอยชุมชน: รายงานสถานการณ์สถานที่กำจัดขยะมูลฝอยชุมชนของประเทศไทย ปี พ.ศ 2563. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมมลพิษ; 2563.
11. กรมควบคุมมลพิษ. ผลกระทบจากขยะมูลฝอย: รายงานสถานการณ์สถานที่กำจัดขยะมูลฝอยชุมชนของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมมลพิษ; 2564.
12. นิวัฒน์ รังสร้อย. ประสิทธิภาพการบริหารจัดการขยะมูลฝอยอย่างเป็นระบบของชุมชนในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดนครปฐม. วารสารวิชาการสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ. 2564; 7(2): 307-321.

คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์

ภัญญากาญจน์ เมีนดี¹, ประจักษ์ บัวผัน², นครินทร์ ประสิทธิ์³

(วันที่รับบทความ: 18 กันยายน 2567; วันที่แก้ไข: 8 ตุลาคม 2567 ; วันที่ตอบรับ: 13 พฤศจิกายน 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 113 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ จากประชากร 668 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามสำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.5 และค่าความเที่ยงของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.95 และแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก สำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ จำนวน 12 คน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา และ สถิติเชิงอนุมาน โดยการกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จ และภาพรวมระดับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.72 (S.D.=0.25) และ 2.71 (S.D.=0.22) ตามลำดับ ภาพรวมปัจจัยแห่งความสำเร็จมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.788$, $p\text{-value} < 0.001$) และ พบว่าตัวแปรอิสระ ทั้ง 4 ตัวแปร ประกอบด้วย ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม และด้านความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้านหน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีการจัดแผนงานสนับสนุน ด้านการสร้าง ความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือสามารถร่วมกันในการพยากรณ์และมีผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ ได้ร้อยละ 67.9 ($R^2 = 0.679$, $p\text{-value} < 0.001$)

ข้อเสนอแนะ ควรกำหนดการสนับสนุนและการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับ เพื่อส่งเสริมการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมถึงการสร้าง ความเข้าใจและกระตุ้นให้ชุมชนร่วมมือในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

คำสำคัญ: คุณลักษณะส่วนบุคคล, ปัจจัยแห่งความสำเร็จ, การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

¹ นักศึกษา, สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, E-mail: phatyakan.m@kku.ac.th

² รองศาสตราจารย์, สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, E-mail: bprach@kku.ac.th

³ อาจารย์ สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, E-mail: nakapr@kku.ac.th
Corresponding author: E-mail: bprach@kku.ac.th

Personal Characteristics and Key Success Factors Affecting Dengue Prevention and Control Operations among Village Health Volunteers at Phanom Dong Rak District, Surin Province

Phatyakan Merndee¹, Prachak Bouphan², Nakarin Prasit³

(Received: 18th September 2024; Revised: 8th October 2024; Accepted: 13rd November 2024)

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to study personal characteristics and key success factors affecting dengue prevention and control operations among village health volunteers at Phanom Dong Rak district, Surin province. Participants were 113 village health volunteers randomly selected by stratified random sampling from a population of 668 village health volunteers. Data were collected using questionnaires with content validity verified by three experts. The Index of Item-Objective Congruence (IOC) exceeded 0.50 for all items, and the reliability analysis showed a Cronbach's Alpha Coefficient of 0.95. Qualitative data were collected through in-depth interviews with 12 key informants using interview guidelines. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics, with statistical significance set at $p < 0.05$.

The results showed that both key success factors and dengue prevention and control operations among village health volunteers were at high levels, with mean scores of 2.72 (S.D. = 0.25) and 2.71 (S.D. = 0.22), respectively. Key success factors demonstrated a strong positive correlation with Dengue Prevention and Control Activities ($r = 0.788$, $p < 0.001$). Four key success factors significantly predicted dengue prevention and control operations among village health volunteers in Phanom Dong Rak district, Surin province ($R^2 = 0.679$, $p < 0.001$), explaining 67.9% of the variance. These factors were: 1) implementation in areas with ready and voluntary participation; 2) connection with sub-district health promoting hospitals; 3) planning support from all levels of support units; and 4) building understanding and encouraging cooperation.

It is recommended to strengthen support and coordination between sub-district health promoting hospitals and all relevant agencies to enhance village health volunteers' effectiveness. Additionally, efforts should focus on building understanding and promoting community cooperation in dengue fever prevention and control activities.

Keywords: Personal characteristics, Key success factors, Dengue prevention and control operations

¹ Student, Master of Public Health Program in Public Health Administration, Khon Kaen University, E-mail: phatyakan.m@kkumail.com

² Assoc. Prof., Department of Public Health Administration, Khon Kaen University, E-mail: bprach@kku.ac.th

³ Lecturer, Department of Public Health Administration, Khon Kaen University, E-mail: nakapr@kku.ac.th
Corresponding author: E-mail: bprach@kku.ac.th

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อจากไวรัสเด็งกีที่มีอยู่กลายเป็นพาหะนำโรค โรคนี้ได้นับเป็นปัญหาสาธารณสุขในหลายประเทศทั่วโลก อันเนื่องจากการแพร่กระจายของโรคอย่างกว้างขวางและมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมากใน 30 ปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะพบมากในประเทศเขตร้อนและเขตอบอุ่น ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยทั้งหมดอยู่ในประเทศในภูมิภาคเอเชีย และระบาดใหญ่ที่สุดในปี พ.ศ.2530 มีรายงานผู้ป่วยสูงถึง 170,000 กว่าราย เสียชีวิต 1,000 กว่าราย¹ หลังจากนั้นประเทศไทยมีแนวโน้มของการพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ.2530 ที่มีการระบาดใหญ่จะพบผู้ป่วยมากกว่า 100,000 ราย และเสียชีวิต 100 รายขึ้นไปโรคไข้เลือดออกมีลักษณะที่แปรผันตามฤดูกาล (Seasonal variation) โดยจะเริ่มมีแนวโน้มผู้ป่วยสูงขึ้นในเดือนเมษายน และสูงสุดในเดือนมิถุนายน - สิงหาคม ซึ่งเป็นฤดูฝน เดือนกันยายนจะเริ่มมีแนวโน้มผู้ป่วยลดลง แต่ถ้าหากช่วงปลายปีจำนวนผู้ป่วยไม่ลดลงและยังคงสูง อาจทำให้เกิดการระบาดต่อเนื่องในปีถัดไปได้² จังหวัดสุรินทร์เป็นพื้นที่เสี่ยงสูงจังหวัดหนึ่งที่ได้รับผลกระทบจากโรคไข้เลือดออก มีสถิติการป่วยสูง จากสถานการณ์เมื่อวันที่ 1 มกราคม 2565 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2565 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก จำนวนทั้งสิ้น 673 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 42.24 ต่อประชากรแสนคน ไม่พบรายงานผู้เสียชีวิต³ และอำเภอพนมดงรักได้รับรายงานผู้ป่วย โรคไข้เลือดออก จำนวนทั้งสิ้น 40 ราย คิดเป็น อัตราป่วย 161.66 ต่อประชากรแสนคน ไม่พบผู้เสียชีวิต⁴ จึงเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันควบคุมโรค ลดจำนวนผู้ป่วย และลดอัตราตายจากโรคไข้เลือดออก⁶ การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือ การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค เป็นงานสนับสนุนการทำงานเชิงรุกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้านในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก⁵ ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้ที่มีความสำคัญของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ในการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขตั้งแต่ระดับหมู่บ้านเป็นรากฐานที่สำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชนเพื่อให้ประชาชน และชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ ในการควบคุมป้องกัน โรคไข้เลือดออกนั้นจะเน้นการควบคุมพาหะนำโรคคือ ยุงลาย โดยพบว่าพฤติกรรมของยุงลายมักจะออกหากินไม่ไกลจากแหล่งเพาะพันธุ์นอกจากนี้ ยังพบว่ายุงลายจะชุกชุมมากในฤดูฝน ช่วงหลัง ฝนตกชุก เพราะอุณหภูมิและความชื้นเหมาะแก่การแพร่พันธุ์

ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ ประกอบด้วย 1) การเฝ้าระวังความเสี่ยงในการเกิดโรคไข้เลือดออก 2) การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก 3) มาตรการในการดำเนินงานตามบริบทของพื้นที่ 4) การพัฒนานวัตกรรมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก 5) การสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ และ 6) การติดตามประเมินผลการดำเนินงานการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก⁶ เป็นกระบวนการทำงานที่ไม่ซับซ้อน และสามารถนำมาปฏิบัติได้ง่ายจากการศึกษาที่ผ่านมา ภาพรวมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับมาก⁷

คุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งคุณลักษณะส่วนบุคคล คือ ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) อาชีพ 6) รายได้ต่อเดือน 7) ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และ 8) การได้รับการฝึกอบรม เกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก⁸ ซึ่งคุณลักษณะส่วนบุคคลนั้น

เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการอบรมการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องสามารถปฏิบัติงานได้ถูกต้องตามหลักวิชาการอย่างมีประสิทธิภาพรวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีประสบการณ์ในการทำงานก็จะสามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้ารวมถึงปัญหาในการปฏิบัติงานได้ดียิ่งขึ้น จากการศึกษาที่ผ่านมา ภาพรวมคุณลักษณะส่วนบุคคล ด้านอายุ มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน⁹ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ ปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างมากในการดำเนินงานให้บรรลุเป้าประสงค์ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ซึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จกับการดำเนินงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่ประกอบด้วย 1) ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตาม 2) หน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีการจัดแผนงานสนับสนุน 3) การลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม 4) การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ 5) การพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ และ 6) ความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล¹⁰ ในการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จะต้องอาศัยปัจจัยแห่งความสำเร็จมาดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์จากการศึกษาที่ผ่านมา ภาพรวมปัจจัยแห่งความสำเร็จมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง¹¹

จากการสรุปรายงานพบว่าปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกให้สำเร็จได้นั้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคือบุคลากรที่มีความสำคัญยิ่ง แต่ยังมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ บางหมู่บ้านยังต้องลงมือปฏิบัติในพื้นที่ ยังต้องสร้าง

ความพร้อมสมัครใจในการมีส่วนร่วมและยังต้องสร้างความเข้าใจกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ ในด้านการเฝ้าระวังความเสี่ยงในการเกิดโรคและการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกคิดเป็นอัตราป่วย 161.66 ต่อประชากรแสนคน

ดังนั้นด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ เพื่อสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผน กำหนดวิธีการและพัฒนาการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ 688 คน และกลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 113 คน และการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 12 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุเชิงเส้น (Multiple linear regression analysis) โดยใช้ตัวแบบการถดถอยพหุเพื่อทดสอบสมมติฐานของ Cohen (1988)¹² ดังนี้

$$\text{สูตร } N = \frac{\lambda(1-R_{Y.A,B}^2)}{R_{Y.A,B}^2 - R_{Y.A}^2} + W$$

.....(1)

$$\text{เมื่อ } \lambda = \lambda_L - \frac{1/v_L - 1/v}{1/v_L - 1/v_U} (\lambda_L - \lambda_U)$$

.....(2)

กำหนดให้ $R_{Y.A,B}^2$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุสำหรับ Full Model ซึ่งในการวิจัยในครั้งนี้ได้นำค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรจากปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น¹³ ซึ่งเป็นงานที่มีลักษณะงานที่คล้ายคลึงกันในการทำวิจัยครั้งนี้ จากการใช้สูตรในการคำนวณหาขนาดตัวอย่างได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 113 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) แล้วทำการหาสัดส่วนขนาดตัวอย่างจากกลุ่มประชากรของแต่ละตำบล จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบล ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จับฉลากแบบไม่ใส่คืนในแต่ละตำบล จนได้ขนาดตัวอย่างครบ 113 คน และทำการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อยืนยันข้อมูลเชิงปริมาณโดยการพิจารณาคัดเลือกบุคคลที่สามารถให้ข้อมูลมีประสิทธิภาพ การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ ได้ดีที่สุด (Key informants) จำนวน 12 คน โดยการพิจารณาคัดเลือกบุคคลที่สามารถให้ข้อมูล มีประสิทธิภาพการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องระดับจังหวัด จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องระดับอำเภอ จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องระดับตำบล จำนวน 2 คนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลละ 2 คน จำนวน 8 คน รวมทั้งสิ้น 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีทั้งหมด 2 ชุด

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaire) มีทั้งหมด 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลมีคำถาม 8 ข้อ ส่วนที่ 2 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ มีคำถาม 30 ข้อ ส่วนที่ 3 การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีคำถาม 30 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ มีคำถาม 3 ข้อ

ชุดที่ 2 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview guideline) มีทั้งหมด 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เป็นแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก เกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ส่วนที่ 2 เป็นแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก ส่วนที่ 3 เป็นแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงของเนื้อหา (Content validity) ด้วยการนำแบบสอบถามและแนวทาง ในการสัมภาษณ์เชิงลึกที่สร้างเสร็จเรียบร้อยแล้ว เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน พบว่า ทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้อง มากกว่า 0.50 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญ ไปทดลองใช้ (Try out) กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอ กาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 30 คน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ค่าตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป จึงจะสามารถเชื่อถือได้¹⁴ ผลจากการไปทดลองใช้พบว่า ด้านปัจจัยแห่งความสำเร็จ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96 ด้าน การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้าน มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 และแบบสอบถามทั้งชุดมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและสถิติในการวิเคราะห์ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงเส้น แบบขั้นตอน

การแปลผล

การแปลผลคะแนนระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จ และระดับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ โดยนำมาจัดระดับ 3 ระดับ คือ ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อย โดยแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย (Best, 1977)¹⁵ ดังนี้

ระดับมาก ช่วงคะแนนเฉลี่ย	2.34-3.00
ระดับปานกลาง ช่วงคะแนนเฉลี่ย	1.67-2.33
ระดับน้อย ช่วงคะแนนเฉลี่ย	1.00-1.66

สำหรับเกณฑ์การแบ่งระดับความสัมพันธ์ จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง +1 แบ่งระดับ (Elifson, Runyon, & Haber 1990)¹⁶ ดังนี้

มีความสัมพันธ์โดยสมบูรณ์ หมายถึง $r = \pm 1$
มีความสัมพันธ์สูง หมายถึง $r = \pm 0.71$ ถึง ± 0.99
มีความสัมพันธ์ปานกลาง หมายถึง $r = \pm 0.31$ ถึง ± 0.70
มีความสัมพันธ์ต่ำ หมายถึง $r = \pm 0.01$ ถึง ± 0.30
ไม่มีความสัมพันธ์ (No Relationship) หมายถึง $r = 0$

การเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ หลังจากผู้วิจัยได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น แล้ว เมื่อวันที่ 9 มกราคม 2567 ลำดับที่ 4.3.02 :

43/2566 เลขที่โครงการHE662240 โดยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่าง วันที่ 22 มกราคม 2567 ถึงวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2567

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์

คุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 85.0 มากที่สุดมีอายุระหว่าง 45-50 ปี จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 36.3 โดยเฉลี่ยอายุ 51.59 ปี (S.D.= 11.03 ปี) อายุต่ำสุด 25 ปี อายุสูงสุด 78 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 96 คน คิดเป็น ร้อยละ 85.0 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา, ปวช. จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 61.9 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 78.7 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 8,061.95 บาท (S.D.= 4,369.43บาท) โดยมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 8,000 บาท รายได้ต่ำสุด 1,000 บาท รายได้สูงสุด 25,000 บาท มากที่สุดมีประสบการณ์การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่เกิน 11 ปี จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 32.7 โดยมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 15 ปี ประสบการณ์การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่ำสุด 2 ปี การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงสุด 40 ปี และได้รับการอบรมเรื่องการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 76.1 โดยมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 2 ครั้ง การได้รับการฝึกอบรมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงสุด 4 ครั้ง

2. ระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์

เมื่อพิจารณาระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จพบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.72 (S.D.=0.25) ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.75 (S.D.=0.31) รองลงมา คือ ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตาม อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.73 (S.D.=0.34) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ หน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีการจัดแผนงานสนับสนุน อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.70 (S.D.=0.34) รองลงมาคือการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.69 (S.D.=0.33)

3. ระดับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์

เมื่อพิจารณาระดับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.71 (S.D.=0.22) ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ มาตรการการดำเนินงานตามบริบทของพื้นที่ ค่าเฉลี่ย 2.81 (S.D.=0.30) รองลงมา คือ การเฝ้าระวังความเสี่ยงในการเกิดโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกัน ค่าเฉลี่ย 2.80 (S.D.=0.27) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การพัฒนานวัตกรรมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.55 (S.D.=0.34) รองลงมาคือการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.66 (S.D.=0.36)

4. คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า เพศ (หญิง) อายุ สถานภาพสมรส (คู่) ระดับการศึกษา (มัธยมศึกษา/ปวส.) อาชีพ (เกษตรกร) รายได้ต่อเดือนระยะเวลาปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก (เคย) ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ และภาพรวมภาพรวมปัจจัยแห่งความสำเร็จมีความสัมพันธ์ระดับสูง กับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.788$, $p\text{-value} < 0.001$) (ดังตารางที่ 1)

5. คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์

ผลการวิเคราะห์ พบว่าตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ ตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าในสมการเรียงลำดับ ดังนี้ ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม ($R^2=0.516$, $p\text{-value} < 0.001$) ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ($R^2=0.101$, $p\text{-value}=0.001$) ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านหน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีการจัดแผนงานสนับสนุน ($R^2=0.045$, $p\text{-value}=0.001$) และปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการสร้างความเข้าใจ

และกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ($R^2=0.017$, $p\text{-value}=0.019$) ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวแปร สามารถรวมพยากรณ์และมีผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ ได้ร้อยละ 67.9 ($R^2=0.679$, $p\text{-value} < 0.001$) ดังตารางที่ 2 สามารถกำหนดเป็นสมการถดถอยพหุเชิงเส้นในการทำนายในรูปคะแนนดิบ ดังนี้ $Y = 0.875 + 0.263$ (ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม) + 0.139 (ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) + 0.151 (ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านหน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีการจัดแผนงานสนับสนุน) + 0.124 (ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ)

6. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์

จากแบบสอบถามปลายเปิดทั้งหมด พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้เสนอปัญหาอุปสรรคและ

ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ ร้อยละ 45.1 โดยปัญหาอุปสรรคส่วนใหญ่ คือการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วมได้แก่ การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่โครงการอนุมัติล่าช้า ไม่ทันในแก้ไขปัญหาต่อการควบคุมโรค ประชาชนยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยมีข้อเสนอแนะ คือ ควรจัดให้มีการอบรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง ทุก 3 เดือน เพื่อทบทวนอีกทั้ง ควรมีการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกก่อนการระบาด ซึ่งในบางพื้นที่มีข้อจำกัดด้านจำนวนวัสดุอุปกรณ์ที่ได้รับไม่เพียงพอในการปฏิบัติงานต่อการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ทำให้การควบคุมโรคเกิดความล่าช้าไม่ทันเวลาควรจัดทำทะเบียนวัสดุอุปกรณ์ เพื่อควบคุมการใช้งานและประเมินภาพรวม เพื่อขอรับการสนับสนุนจากทุกภาคส่วนให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

ตารางที่ 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยแห่งความสำเร็จกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ ($n=113$)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ	การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	$p\text{-value}$	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยแห่งความสำเร็จ	0.788***	<0.001	สูง
1. ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและ ติดตาม	0.445***	<0.001	ปานกลาง
2. หน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีการจัดแผนงานสนับสนุน	0.603***	<0.001	ปานกลาง

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ	การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค ใช้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์		
	สัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของ เพียร์สัน (r)	p-value	ระดับ ความสัมพันธ์
3. การลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม	0.718***	<0.001	สูง
4. การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ	0.614***	<0.001	ปานกลาง
5. การพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ	0.608***	<0.001	ปานกลาง
6. ความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	0.578***	<0.001	ปานกลาง

***ค่าระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.001

ตารางที่ 2 ค่าสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอนของการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค
ใช้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ (n=113)

ตัวแปร	B	95%CI	Beta	T	p-value	R	R ²	R ² adj	R ² change
1. การลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม	0.263	0.177 0.349	0.420	6.084	<0.001	0.718	0.516	0.511	-
2. ความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	0.139	0.059 0.220	0.229	3.423	0.001	0.785	0.617	0.610	0.101
3. หน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีการจัดแผนงานสนับสนุน	0.151	0.066 0.235	0.231	3.520	0.001	0.814	0.662	0.653	0.045
4. การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ	0.124	0.021 0.227	0.172	2.384	0.019	0.824	0.679	0.667	0.017

ค่าคงที่ 0.875, F = 57.094, p-value <0.001, R = 0.824, R² = 0.679, R²adj = 0.667

7. การสัมภาษณ์เชิงลึก

ผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบประเด็นที่สำคัญดังนี้

1. ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม พบว่าการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บางแห่งยังมีปัญหาอุปสรรค และข้อจำกัดในด้านความพร้อมการเตรียมงบประมาณในการ

ดำเนินงาน ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำหนดให้มีกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก โดยระบุงบประมาณในการควบคุมป้องกันโรคใช้เลือดออกอยู่ในแผนการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกปี

2. ปัจจัยแห่งความสำเร็จความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนับสนุน พบว่า การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและข้อมูลสารสนเทศระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่าย

และโรงพยาบาลลูกข่ายพื้นที่ใช้เทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทในการควบคุมโรคและสื่อสารความเสี่ยงยังเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติหน้าที่ป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกในบางพื้นที่ การแลกเปลี่ยนข้อมูลสารสนเทศทั้งภายในและระหว่างเครือข่ายจึงนับว่าเป็นสิ่งสำคัญ มีประสิทธิภาพต่อการป้องกันและควบคุมโรคขึ้น

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จหน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีการจัดแผนงานสนับสนุนพบว่า การกำหนดวิธีการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกไว้ล่วงหน้ายังไม่ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้มีการกำหนดวิธีการดำเนินงานการขับเคลื่อนใน ชุมชน โดยวางระบบการเฝ้าระวังโรคติดต่อมาโดยยุงลายใน ชุมชน สำรวจดัชนีลูกน้ำยุงลาย ประเมินสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่อมาโดยยุงลายทั้งอำเภอ และมีมาตรการในการควบคุมป้องกันโรคที่ชัดเจน

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จการสร้างความรู้เข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ พบว่าการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและข้อมูลสารสนเทศระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลลูกข่ายพื้นที่ใช้เทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทในการควบคุมโรคและสื่อสารความเสี่ยงยังเป็นอุปสรรคในบางพื้นที่ ดังนั้นการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกในทุกระดับ ควรส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลสารสนเทศทั้งภายในและระหว่างเครือข่าย สามารถช่วยบริหารจัดการให้การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกขยายออกไปสู่ชุมชนได้อย่างมี มีประสิทธิภาพ

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple linear regression analysis) พบว่า ตัว

แปรอิสระที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ ได้แก่ ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสนใจในการมีส่วนร่วม ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านหน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีการจัดแผนงานสนับสนุนและปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวแปร สามารถร่วมพยากรณ์และมีผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ ได้ร้อยละ 67.9 โดยแต่ละปัจจัยสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสนใจในการมีส่วนร่วม ($R^2=0.516$, $p\text{-value} < 0.001$) เนื่องจากปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสนใจในการมีส่วนร่วม เป็นการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์การอย่างเป็นระบบ โดยการควบคุมกำกับและการประเมินผลสำเร็จ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หากมีการปฏิบัติอย่างถูกต้องเป็นเวลาต่อเนื่อง ย่อมจะส่งผลให้การปฏิบัติงานประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาแล้ว พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสนใจในการมีส่วนร่วมมีผลต่อการปฏิบัติงาน¹⁷ ($R^2=0.658$, $p\text{-value} < 0.001$) อย่างไรก็ตาม ในการดำเนินงานในแต่ละชุมชน ปัจจัยด้านการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสนใจแตกต่างกันออกไปตามสภาพปัญหาของแต่ละชุมชน ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้ไม่สอดคล้อง

กับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสนใจในการมีส่วนร่วม ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงาน¹⁸

ปัจจัยแห่งความสำเร็จความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีผล ($R^2=0.101$, $p\text{-value}=0.001$) เนื่องจากปัจจัยแห่งความสำเร็จด้าน ความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นการให้บริการสาธารณสุขด้านแรกที่เน้นการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน จนเป็นสื่อในการนำความรู้และนำบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ไปสู่ประชาชน เกิดความสำเร็จในการดำเนินงานไม่ว่าจะเป็นปฏิบัติงานเชิงรุกในชุมชนร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลลูกข่ายในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน รวมถึงการติดตามและประเมินผลในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในร่วมกับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีประสิทธิภาพ และการพัฒนาความเชื่อมโยงของการดำเนินงาน ระหว่างหน่วยบริการที่รวดเร็ว เพื่อให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เกี่ยวข้องมีผลต่อการปฏิบัติงาน¹⁹ ($R^2=0.646$, $p\text{-value} < 0.001$) อย่างไรก็ตาม การเชื่อมโยงระหว่างชุมชนกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่งอาจมีความแตกต่างกันออกไปตามนโยบายบริหาร และสภาพปัญหาของแต่ละแห่ง ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไม่มีผลต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน^{17,18}

ปัจจัยแห่งความสำเร็จหน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีการจัดแผนงานสนับสนุน ($R^2=0.045$,

$p\text{-value}=0.001$) เนื่องจากปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านหน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีการจัดแผนงานสนับสนุน เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดความสำเร็จของบริการและเป็นบริการที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพจึงจำเป็นที่หน่วยงานสนับสนุนทุกระดับจะต้องมีแผนงานสนับสนุนและจัดทำแผนปฏิบัติการด้านเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกันโรคทั้งระยะสั้น ระยะปานกลาง และระยะยาว เพื่อให้การดำเนินงานกับหน่วยงานร่วมถึงการกำหนดวิธีการควบคุมกำกับกับการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างมีประสิทธิภาพและการประเมินผลการดำเนินงานการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องการสนับสนุนการดำเนินงานให้เหมาะสมตรงกับความต้องการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านหน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีการจัดแผนงานสนับสนุนมีผลต่อการปฏิบัติงาน²⁰ ($R^2=0.514$, $p\text{-value} < 0.001$) อย่างไรก็ตาม การได้รับการสนับสนุนจากทุกระดับของแต่ละชุมชนอาจมีความแตกต่างกันออกไปตามนโยบายบริหารและสภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านหน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีการจัดแผนงานสนับสนุน ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงาน²¹

ปัจจัยแห่งความสำเร็จการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ ($R^2=0.017$, $p\text{-value}=0.019$) เนื่องจากปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือเป็นการสร้างสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ ที่เข้มแข็งและมีผลผลักดันด้านความสัมพันธ์ ความร่วมมือ ในการสร้างความคิดการส่งเสริมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสานสัมพันธ์ที่ดีต่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้าน เพื่อรู้สึกมีคุณค่าเป็นส่วนหนึ่งขององค์การ ในการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก และคอยผลักดัน คอยช่วยให้ บรรยายภาคในการทำงานร่วมกันดีขึ้น ในการ ดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค ซึ่งผลการศึกษา ในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการสร้างความ เข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ มีผลต่อ ปฏิบัติงาน¹⁷ ($R^2=0.658$, $p\text{-value} < 0.001$) อย่างไรก็ตาม การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้ เกิดความร่วมมือของแต่ละชุมชนอาจมีความ แตกต่างกันตามนโยบายและสภาพปัญหาแต่ละ แห่ง ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการ วิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยแห่ง ความสำเร็จด้านการสร้างความเข้าใจและกระตุ้น ให้เกิดความร่วมมือ ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงาน¹⁸

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลในจังหวัดสุรินทร์ ควรให้ความสำคัญกับการ ดำเนินงานในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจ เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุข ประชาชน เจ้าหน้าที่ มีความพร้อมในการรับมือกับการระบาดของโรค อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงควรเชื่อมโยงการ ทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใน การติดตาม ควบคุม กำกับ และประเมินผลการใช้ ทรัพยากรที่จำเป็นให้อาสาสมัครสามารถป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนได้อย่างมี ประสิทธิภาพ

1.2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลในจังหวัดสุรินทร์ ควรจัดแผนงานสนับสนุน ในทุกระดับ โดยเฉพาะระดับหมู่บ้าน เพื่อให้ อาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชนสามารถ เข้าถึงแผนงานได้ง่ายและน่าเชื่อถือ นอกจากนี้ ควรสร้างความเข้าใจและกระตุ้นความร่วมมือใน การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้กับ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพิ่ม ประสิทธิภาพในการดำเนินงาน

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.2 ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการ กระตุ้นความร่วมมือการดำเนินงานควบคุมป้องกัน โรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์คณะ สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นทุกท่าน ที่ได้อบรม ให้ความรู้ตลอดหลักสูตร สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ อำเภอพนมดงรัก จังหวัด สุรินทร์โรงพยาบาลชุมชน รวมถึงบุคลากร สาธารณสุข ทุกท่าน และอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุรินทร์ ทั้งผู้บริหาร และ บุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้อิทธิพลและความ ร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในพื้นที่ เป็นอย่างดี ไว้ ณ ที่นี้ ทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Comprehensive guidelines for prevention and control of dengue and dengue haemorrhagic fever. Geneva: WHO; 2018.
2. กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือวิชาการโรคติดต่อเฉียบพลันและ โรคไข้เลือดออกเดงกีด้านการแพทย์ และสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: กระทรวง สาธารณสุข; 2558.

3. กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9
นครราชสีมา. สถานการณ์โรคติดต่อ
นำโดยยูงลายในปี 2565
[อินเทอร์เน็ต]. 2565
[เข้าถึงเมื่อ 16 ธันวาคม 2565].
เข้าถึงได้จาก:
<http://odpc9.ddc.moph.go.th/hot/65-situation-49.pdf>
4. โรงพยาบาลพนมดงรัก เฉลิมพระ
เกียรติ 80 พรรษา. รายงานการเฝ้า
ระวังทางระบาดวิทยา
โรงพยาบาลพนมดงรักเฉลิมพระ
เกียรติ 80 พรรษา. สุรินทร์:
โรงพยาบาลพนมดงรักเฉลิมพระ
เกียรติ 80 พรรษา; 2565.
5. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือ อสม.
การเฝ้าระวังควบคุมและป้องกันโรค
นันทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์
การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556.
6. กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข.
แนวทางการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง
ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ตาม
พระราชบัญญัติควบคุมโรคติดต่อ
พ.ศ.2558. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค
กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
7. ลักษณะ ชื่นบาล, ประจักษ์ บัวผัน,
สุรัชย์ พิมพ์. คุณลักษณะส่วนบุคคล
และปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อ
การป้องกันโรคไข้เลือดออกของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ในเขตตำบลเขวาสาน้อย
จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัย มข.
(ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2564; 22(2):
189-200.
8. Schermerhorn JR, Richard N,
Osborn RN, Uhl-Bien M, Hunt JG.
Organizational behavior.
12th ed. New York:
John Wiley & Sons; 2011.
9. ภคอร โจทย์กิ่ง, ประจักษ์ บัวผัน.
การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุม
โรคไข้เลือดออกของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านชุมชน
สามเหลี่ยม เทศบาลนครขอนแก่น.
วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรค
ที่ 7 ขอนแก่น. 2560; 24(2): 29-37.
10. ชูชัย ศุภวงศ์, สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์,
ศุภกิจ ศิริลักษณ์, ลัดดา ดำริการเลิศ,
สุพัตรา ศรีวณิช ขากร,
เกษม เวชสุทธานนท์.
คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาล
ส่งเสริม สุขภาพตำบล.พิมพ์ครั้งที่ 2.
นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2553.
11. สมหมาย คำพิชิต, วิทัศน์ จันทระโพธิ์
ศรี. คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัย
ทางการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับ
การดำเนินงานข้อมูลสารสนเทศของ
ผู้รับผิดชอบงานข้อมูลสารสนเทศ
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
จังหวัดมหาสารคาม.
วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ.
2556; 6(1): 21-29.
12. Cohen, J. Statistical power
analysis for the behavior
sciences. 2nd ed.
New York: McGraw-Hill; 1988.

13. เฉลิมพล หนุยอด,
มกราพันธ์ จุฑะรสก, ประจักษ์ บัวผัน.
คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัย
ทางการบริหารที่มีผลต่อการ
ปฏิบัติงานป้องกันและควบคุม
โรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น.
วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรค
ที่ 7 ขอนแก่น. 2565; 29(2): 30-41.
14. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์.
ระเบียบวิธีการวิจัยทางการ
สาธารณสุข กรณีศึกษาความสัมพันธ์
ระหว่างตัวแปร. กรุงเทพฯ: จามจุรี
โปรดักท์; 2560.
15. Best JW. Research in education.
3rd ed. Englewood Cliffs,
New Jersey: Prentice-Hall; 1977.
16. Elifson KW, Runyon RP, Haber.
A fundamentals of social
statistics. 2nd ed. New York:
McGraw-Hill; 2017.
17. วิลาสินี วงศ์ผาบุตร, ประจักษ์ บัวผัน.
แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผล
ต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุม
โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี
ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัย มข.
(ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2564; 21(3):
186-99.
18. ตติยภรณ์ มงคลวัจน์, ประจักษ์ บัวผัน,
ศุมาลิน ดีจันทร์. การสนับสนุนจาก
องค์กรและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มี
ผลต่อการดำเนินงานการป้องกัน
และควบคุมโรคไข้เลือดออกของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์.
วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรค
ที่ 7 ขอนแก่น. 2565; 29(2): 48-49.
19. พิรพงษ์ ภูสต, ประจักษ์ บัวผัน,
มกราพันธ์ จุฑะรสก. แรงจูงใจและ
ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการ
ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัด
หนองบัวลำภู. วารสารวิจัย มข. (ฉบับ
บัณฑิตศึกษา) 2562; 19(3): 109-19.
20. ณัฐพล โยธา, ประจักษ์ บัวผัน, สุรัช
พินทา. ปัจจัยแห่งความสำเร็จและ
บรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการทำ
วิจัยเพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขของ
นักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด
ขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (ฉบับ
บัณฑิตศึกษา) 2562; 19(1): 149-59.
21. เปรมากร หยาตโรสง, ประจักษ์ บัวผัน.
แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มี
ผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและ
ควบคุมโรคโควิด 19 ของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพ ตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด.
วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)
2565; 22(2): 175-88.

ทัศนคติ การรับรู้นโยบายและการสนับสนุนการมีบุตรจากรัฐบาล ของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่สมรสแล้ว ในจังหวัดบึงกาฬ

สมคิด เวสสารพรพต¹, เกษราวดี คนหาญ², สุกัญญา ฆารสินธุ์³, กฤชกันทร สุวรรณพันธุ์⁴
(วันที่รับบทความ: 12 มิถุนายน 2567; วันที่แก้ไข: 22 กรกฎาคม 2567 ; วันที่ตอบรับ: 27 สิงหาคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทัศนคติ การรับรู้นโยบายและการสนับสนุนการมีบุตรจากรัฐบาลของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่สมรสแล้ว ในจังหวัดบึงกาฬกลุ่มตัวอย่างจำนวน 298 คน ที่ถูกเลือกโดยการสุ่มแบบเป็นระบบ ตอบแบบสอบถามมีโครงสร้างที่ได้รับ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านและทดสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาช (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.98 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม STATA นำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20.81 ต้องการมีบุตรในอนาคต มีอายุเฉลี่ย 37 ปี (S.D.= 8.24) อายุสูงสุด 49 ปี อายุต่ำสุด 20 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. คิดเป็น ร้อยละ 36.91 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 59.06 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 18,158 บาท สูงสุด 90,000 บาท ต่ำสุด 5,000 บาท รายจ่ายเฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 14,531 บาท สูงสุด 70,000 บาท ต่ำสุด 4,000 บาท ระดับการรับรู้ นโยบายและการสนับสนุนการมีบุตรจากรัฐบาล พบว่าอยู่ใน ระดับต่ำ ร้อยละ 34.32 ส่วนใหญ่มีการเข้าถึงบริการด้านการดูแลเด็ก/สถานดูแลเด็ก ในระดับมากร้อยละ 71.81 มีระดับทัศนคติต่อการมีบุตรอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 86.91

ข้อเสนอแนะ ควรมีการประชาสัมพันธ์เรื่องนโยบายและการสนับสนุนการมีบุตรจากรัฐบาล เช่น สิทธิ ในการลดหย่อนภาษี สิทธิในการให้สินเชืซื้อหรือซ่อมแซมบ้าน เพื่อเพิ่มการรับรู้ให้มากขึ้น

คำสำคัญ: ทัศนคติต่อการมีบุตรเชิงบวก, การตัดสินใจมีบุตรในอนาคต, สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่สมรสแล้ว

¹ นักศึกษา, หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: 64202501017@scphkk.ac.th

² นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, สำนักตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, E-mail: k.kessarak@yahoo.com

³ อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี, E-mail: sukanya@rtu.ac.th

⁴ อาจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: kritkantorn@gmail.com

ผู้รับผิดชอบบทความ: กฤชกันทร สุวรรณพันธุ์, E-mail: kritkantorn@gmail.com

Attitudes, Policy Awareness, and Government Support for Childbearing Among Married Women of Reproductive Age in Bueng Kan Province

Somkid Wesabanpot¹, Kessarawadee Khonhan², Sukanya Kansin³, Kritkantorn Suwannaphant⁴

(Received: 12nd June 2024; Revised: 22nd July 2024; Accepted: 27th August 2024)

Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to examine attitudes, policy awareness, and perceptions of government support for childbearing among married women of reproductive age in Bueng Kan province. Data were collected from 298 women selected through systematic random sampling using a structured questionnaire. The questionnaire was validated by three experts for content validity, and reliability testing yielded Cronbach's alpha coefficient of 0.98. Data were analyzed using STATA software, with results presented as percentages, means, standard deviations, and range values.

The results showed that 20.81% of participants desired to have children in the future. The mean age of participants was 37 years (S.D. = 8.24), ranging from 20 to 49 years. Most participants had completed upper secondary school or held a vocational certificate (36.91%) and worked in agriculture (59.06%). The average monthly household income was 18,158 baht (range: 5,000-90,000 baht), while the average monthly household expenditure was 14,531 baht (range: 4,000-70,000 baht). Awareness of government policies and support for childbearing was low (34.32%). Most participants reported high access to childcare services and facilities (71.81%). Attitudes toward having children were predominantly moderate (86.91%).

Recommendations: Government should enhance public awareness of childbearing support policies, including tax deductions and housing loan benefits for home purchase or renovation.

Keywords: Positive childbearing attitudes, Childbearing intentions,
Married women of reproductive age

¹ Student, Master of Public Health, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, E-mail: 64202501017@scphkk.ac.th

² Public Health Technical Officer, Professional Level. Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, E-mail: k.kessarak@yahoo.com

³ Lecturer, Faculty of Nursing, Ratchathani University, Udon Thani Campus, E-mail: sukanya@rtu.ac.th

⁴ Lecturer, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, E-mail: kritkantorn@gmail.com

Corresponding author: Kritkantorn Suwannaphant, E-mail: kritkantorn@gmail.com

บทนำ

อัตราการเจริญพันธุ์รวม (Total fertility rate: TFR) หรือจำนวนการเกิดตลอดชีวิตทั่วโลกเฉลี่ยต่อผู้หญิงหนึ่งคน ลดลงจาก 3.2 ในปี 1990 เหลือ 2.3 ในปี 2020¹ อย่างไรก็ตาม มีความแตกต่างกันอย่างมากในหลายพื้นที่ โดยในแอฟริกาตอนใต้ของทะเลทรายซาฮารา มีอัตราการเจริญพันธุ์รวม ในเอเชียตะวันออกและยุโรปตอนใต้ อัตราการเจริญพันธุ์รวม อยู่ที่ 1.3 สาเหตุสำคัญมาจากการเลื่อนการมีบุตรในกลุ่มประเทศที่มีรายได้สูง ในขณะที่สัดส่วนของการเกิดในมารดาวัยรุ่นอายุ 15-19 ปียังคงสูงในหลายประเทศที่มีรายได้ต่ำ

สถิติอัตราการเกิด อัตราตาย และอัตราเพิ่มของประชากร ในปี 2558-2559 พบว่า อัตราเกิดของประชากรในประเทศไทยประมาณ 10.0 ต่อประชากรพันคน เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราเกิดกับการสำรวจที่ผ่านมา พบว่าอัตราเกิดของประชากรมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง (จาก 35.6 เป็น 23.9, 179, 109 และ 10.0 ต่อประชากรพันคน ตามลำดับ)² ในขณะที่อัตราตายของประชากรมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี 2558-2559 อัตราตายเพิ่มขึ้นจาก 6.8 ในปี 2548-2549 เป็น 7.1 ต่อประชากรพันคน ทำให้อัตราเพิ่มตามธรรมชาติซึ่งเป็นผลต่างระหว่างอัตราเกิดและอัตราตายเป็นร้อยละ 0.3³ จากข้อมูลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 ถึง 2561 พบว่า โครงสร้างของครัวเรือนที่ “ไร้บุตรหลาน” มีสัดส่วนที่เพิ่มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2561 นั้นมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 37.4 ของครัวเรือนทั้งหมด จากร้อยละ 26.1 ในปี 2549⁴

จังหวัดบึงกาฬ เป็นจังหวัด ที่มีจำนวนเด็กเกิดใหม่ ต่อปีลดลงเรื่อย ๆ จากปี 2555 มีเด็กเกิดใหม่ 5,341 คน และลดลงเหลือเพียง 3,093 คน ในปี 2564⁵ ซึ่งส่งผลทำให้พีระมิดประชากรของจังหวัดบึงกาฬเป็น พีระมิดแบบหดตัว (Constrictive pyramid) แสดงถึงโครงสร้างของประชากรที่มีอัตราลดลงโดยเฉพาะประชากรในวัยทำงาน จากจำนวน

การเกิดที่ต่ำ (ระบบคลังข้อมูลสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ⁶)

ปัญหาการลดลงของอัตราการเกิดกลายเป็นประเด็นสำคัญที่หลายประเทศทั่วโลกต้องเผชิญ โดยเฉพาะในประเทศที่มีการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างรวดเร็ว เช่น ประเทศไทย การลดลงของอัตราการเกิดไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อการเติบโตของประชากร แต่ยังส่งผลกระทบต่อโครงสร้างสังคมและเศรษฐกิจในระยะยาว เนื่องจากสังคมจะต้องเผชิญกับการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็นภาระทางเศรษฐกิจและสังคมที่ยิ่งใหญ่ การศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจมีบุตรในอนาคตจึงเป็นเรื่องสำคัญและเร่งด่วนที่ต้องได้รับการพิจารณาและทำความเข้าใจอย่างละเอียด⁷

การตัดสินใจมีบุตรเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและมีหลายปัจจัยที่เข้ามามีอิทธิพล ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม หรือสุขภาพ องค์ประกอบเหล่านี้ล้วนมีผลต่อการตัดสินใจของบุคคลและคู่รักในการมีบุตร การเข้าใจถึงปัจจัยเหล่านี้จะช่วยให้สามารถพัฒนานโยบายและมาตรการที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมการมีบุตรในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁸

ด้วยสถานการณ์การลดลงของอัตราเจริญพันธุ์ของประเทศไทย ส่งผลให้ภาครัฐต้องออกมาตรการต่างๆ เพื่อกระตุ้นให้คนมีบุตรมากขึ้น โดยจะเห็นได้จาก นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนา อนามัยเจริญพันธุ์แห่งชาติ (พ.ศ.2560 - 2569) ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีทั้งการประกาศนโยบายมีบุตรเพื่อชาติ โครงการ “สาวไทยแก้มแดง” “วิวาทสร้างชาติ” และ “มหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต” อีกทั้งยังมีมาตรการภาครัฐอื่นๆ เช่น การให้เงินสงเคราะห์บุตร เงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด แต่อัตราการเจริญพันธุ์ของประเทศ ก็ยังคงไม่เพิ่มขึ้น^{9,10,11,12}

จากการทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยของ กนกวรรณ พวงประยงค์¹³ พบว่ามีกลุ่มที่ยังมีความต้องการมีบุตรในอนาคต และจากงานวิจัยของ จุฬารัตน สุขอนันต์และคณะ¹⁴ พบว่าปัจจัย

ที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจมีบุตรในสตรีวัยเจริญพันธุ์ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพทัศนคติต่อการมีบุตร สภาพการครอบครองที่อยู่อาศัย ความเพียงพอของรายได้ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส การเข้าถึงบริการสถานรับเลี้ยงเด็ก การรับรู้นโยบายสนับสนุนการมีบุตรของรัฐ และทัศนคติต่อการมีบุตร แต่เนื่องจากสถานการณ์ต่างๆที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศของผู้หญิงในสังคมไทยในปัจจุบันที่มีระดับการศึกษาเพิ่มสูงขึ้น และมีส่วนร่วมในตลาดแรงงานในระบบมากขึ้น รวมถึงผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อ โควิด-19 ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา อีกทั้งยังมีโรคระบาดอุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งมีผลกระทบทั้งต่อระบบสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจอยากจะทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมีบุตรในอนาคตของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่สมรสแล้ว โดยสนใจศึกษาในจังหวัดบึงกาฬ ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีแนวโน้มการเกิดที่ลดลงและโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับระดับประเทศและนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่สมรสแล้วตัดสินใจมีบุตรเพิ่มขึ้น เพื่อป้องกันการเกิดปัญหา “สังคมสูงวัยไร้บุตรหลาน” ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยเศรษฐกิจและสังคม ของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่สมรสแล้ว จังหวัดบึงกาฬ

2) เพื่อศึกษาการตัดสินใจมีบุตรในอนาคตของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่สมรสแล้ว จังหวัดบึงกาฬ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือสตรีวัยเจริญพันธุ์ อายุ 20-49 ปี ที่สมรสแล้วจังหวัดบึงกาฬ จำนวน 60,293 คน โดยใช้เกณฑ์อายุวัยเจริญพันธุ์ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁶

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีวัยเจริญพันธุ์ อายุ 20-49 ปี ที่สมรสแล้ว ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดบึงกาฬ จำนวน 298 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ จะต้องมีความสมบูรณ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

- 1) อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดบึงกาฬ
- 2) ไม่มีปัญหาสุขภาพที่มีผลต่อการตั้งครรภ์หรือการมีบุตร
- 3) มีความตั้งใจที่จะมีบุตรในอนาคตหรือกำลังพิจารณาเรื่องการมีบุตร
- 4) สามารถสื่อสารกับผู้วิจัย/ผู้ช่วยผู้วิจัยได้อย่างชัดเจนในภาษาไทย
- 5) ผู้ให้ข้อมูลมีความยินยอมเข้าร่วมในการให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยตลอดจนเสร็จสิ้นการให้ข้อมูล

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

- 1) มีข้อจำกัดทางด้านร่างกายที่ทำให้ไม่สามารถมีบุตรได้อีก
- 2) มีภาวะเป็นหมัน หรือทำหมัน ในภรรยา, สามี, หรือทั้งสองฝ่าย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม STATA Version 10 Texas USA 2007 (ลิขสิทธิ์ของวิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น) ดังนี้

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)

ใช้วิเคราะห์ คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ อายุเมื่อแรกสมรส อายุของสามี ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนบุตรปัจจุบัน รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว รายจ่ายเฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว การมีเงินออมของครอบครัว หนี้สินของครอบครัว และลักษณะการเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย กรณีข้อมูลแจกแจง ใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) กรณีข้อมูลต่อเนื่องใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard

Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าต่ำสุด (Minimum)

การสุ่มตัวอย่าง

ทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) โดยมีขั้นตอนการสุ่มดังนี้

สุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling)

เนื่องจากแต่ละอำเภอของจังหวัดบึงกาฬมีประชากรไม่เท่ากัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสุ่มตัวอย่างจากในแต่ละอำเภอ (Stratified sampling) ซึ่งคำนวณตัวอย่างตามสัดส่วนประชากร ในแต่ละอำเภอ (Proportional allocation) จากสูตรของ Bowley¹⁵ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายอำเภอของจังหวัดบึงกาฬ (n= 298)

อำเภอ	จำนวนประชากร (N)	จำนวนตัวอย่าง (n)
เมืองบึงกาฬ	14,470	71
พรเจริญ	6,029	30
โซ่พิสัย	9,647	48
เซกา	11,455	57
ปากคาด	4,823	24
บึงโขงหลง	5,426	27
ศรีวิไล	5,727	28
บุ่งคล้า	2,716	13
รวม	60,293	298

สุ่มอย่างมีระบบ (Systematic Sampling) โดย

- 1) คำนวณช่วงของการสุ่ม (I) โดยใช้สูตร I

$$= \frac{N}{n} \text{ โดย } N=60,293 \text{ และ } n=298 \text{ จะได้ค่า I ประมาณ } 202$$

- 2) นำรายชื่อของสตรีวัยเจริญพันธุ์ อายุ 20-49 ปี ที่สมรสแล้ว ของแต่ละอำเภอ มาจัดเรียง

- 3) โดยสุ่มเลือกหมายเลขเริ่มต้น (ได้หมายเลข 1) แล้ว บวกกับค่าช่วง คือ 202 จะได้ลำดับที่ 203, 405, 607, 809, ... จนครบ ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละอำเภอ (ตามสูตร R, R+I, R+2I, ..., R+(n-1) I)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎี และวรรณกรรม เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมีบุตรในอนาคตของสตรีวัย

เจริญพันธุ์ที่สมรสแล้ว จังหวัดบึงกาฬ ประกอบไปด้วยข้อคำถาม 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล มีจำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย อายุ อายุเมื่อแรกสมรส อายุของสามี ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนบุตรปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม จำนวน 31 ข้อ โดยแบ่งเป็น 1) สถานทางเศรษฐกิจของครอบครัว จำนวน 6 ข้อ 2) การรับรู้นโยบายและการสนับสนุนการมีบุตรจากรัฐบาล จำนวน 15 ข้อ 3) การเข้าถึงบริการด้านการดูแลเด็ก/สถานดูแลเด็ก จำนวน 10 ข้อ

โดยการรับรู้นโยบายและการสนับสนุนการมีบุตรจากรัฐบาล และการเข้าถึงบริการด้านการดูแลเด็ก/สถานดูแลเด็ก ลักษณะของคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ในการตอบแบบสอบถามนั้น ผู้วิจัยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำถาม การแปลผล แบ่งเป็น

3 ระดับ การแปลความหมายพิจารณาจากค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ของเบสท์¹⁶ ดังนี้

1) การรับรู้นโยบายและการสนับสนุนการมีบุตรจากรัฐบาล

สูง คะแนน 3.68-5.00
หมายถึง สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่สมรสแล้วมีระดับการรับรู้ นโยบาย และการสนับสนุนการมีบุตรจากรัฐบาล ในระดับสูง

ปานกลาง คะแนน 2.34-3.67
หมายถึง สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่สมรสแล้วมีระดับการรับรู้ นโยบาย และการสนับสนุนการมีบุตรจากรัฐบาล ในระดับปานกลาง

ต่ำ คะแนน 1.00-2.33
หมายถึง สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่สมรสแล้วมีระดับการรับรู้ นโยบาย และการสนับสนุนการมีบุตรจากรัฐบาล ในระดับต่ำ

2) การเข้าถึงบริการด้านการดูแลเด็ก/สถานดูแลเด็ก

มาก คะแนน 3.68-5.00
หมายถึง สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่สมรสแล้วมีระดับความคิดเห็นในการสามารถเข้าถึงบริการด้านการดูแลเด็ก/สถานดูแลเด็ก ในระดับมาก

ปานกลาง คะแนน 2.34-3.67
หมายถึง สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่สมรสแล้วมีระดับความคิดเห็นในการสามารถเข้าถึงบริการด้านการดูแลเด็ก/สถานดูแลเด็ก ในระดับปานกลาง

น้อย คะแนน 1.00-2.33
หมายถึง สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่สมรสแล้วมีระดับความคิดเห็นในการสามารถเข้าถึงบริการด้านการดูแลเด็ก/สถานดูแลเด็ก ในระดับน้อย

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านทัศนคติต่อการมีบุตร
จำนวน 14 ข้อ ลักษณะของคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ มีข้อความในเชิงบวกและทางลบ ในการตอบแบบสอบถามนั้นผู้วิจัยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำถามเดียว การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ การแปลความหมายพิจารณาจากค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ของเบสท์¹⁶ ดังนี้

มาก คะแนน 3.68-5.00
หมายถึง สตรีวัยเจริญพันธุ์ ที่ สมรส แล้ว มี ทัศนคติเชิงบวกต่อการมีบุตร ที่มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก

ปานกลาง คะแนน 2.34-3.67
หมายถึง สตรีวัยเจริญพันธุ์ ที่ สมรส แล้ว มี ทัศนคติเชิงบวกต่อการมีบุตร ที่มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง

น้อย คะแนน 1.00-2.33
หมายถึง สตรีวัยเจริญพันธุ์ ที่ สมรส แล้ว มี ทัศนคติเชิงบวกต่อการมีบุตร ที่มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 4 การตัดสินใจมีบุตรในอนาคต
จำนวน 1 ข้อ

การสร้างและทดสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

การสร้างเครื่องมือเพื่อใช้ในการเก็บรวบรวม
ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

- 1) ศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่
เกี่ยวข้องกับการกำหนดโครงสร้าง
ของแบบสอบถาม
- 2) นำแนวคิดที่ได้จากการศึกษาดังกล่าว
มาสร้างเครื่องมือ ให้ครอบคลุมเนื้อหา
และสอดคล้องกับนิยามปฏิบัติการ
- 3) นำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมาเข้าสู่
กระบวนการการตรวจสอบความตรง
ตามเนื้อหา (Content validity) โดย
ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ
จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความ
ตรงด้านเนื้อหา ความสอดคล้องกับ
วัตถุประสงค์และพิจารณาสำนวนภาษา
ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข
แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข ผลการตัดสิน
ของผู้เชี่ยวชาญที่ได้ นำไปหาดัชนีควา
สอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับ
วัตถุประสงค์ (Index of item-
objective congruence: IOC) ซึ่งมี
ค่าสูงสุด +1 ข้อใดมีค่าเข้าใกล้ 1 แสดง
ว่า ความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม
กับวัตถุประสงค์ของข้อนั้นมาก ถ้ามีค่า
ใกล้ 0 แสดงว่า ความสอดคล้องกับ
วัตถุประสงค์ของข้อนั้นน้อย และถ้ามีค่า
ติดลบ แสดงว่า เป็นข้อที่ใช้ไม่ได้ ทั้งนี้ข้อ
ที่ควไว้ต้องมีค่า IOC ≥ 0.5
- 4) การตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม
(Reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่
ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้
(Try out) กับสตรีวัยเจริญพันธุ์ อายุ 20-
49 ปี ที่สมรสแล้ว ในจังหวัดหนองคาย
ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับ
กลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา จำนวน

30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่า
ความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์
แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's
alpha coefficient) ค่าความเชื่อมั่นที่
ยอมรับได้เท่ากับ 0.7 ขึ้นไป

ผลการวิจัย

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่าง
มีอายุเฉลี่ย 37 ปี (S.D.=8.24) อายุสูงสุด 49 ปี
อายุต่ำสุด 20 ปี อายุเมื่อแรกสมรสเฉลี่ย 23 ปี
(S.D.=5.10) อายุเมื่อแรกสมรสสูงสุด 39 ปี อายุ
เมื่อแรกสมรสต่ำสุด 15 ปี อายุของสามีหรือคู่
สมรสเฉลี่ย 40 ปี (S.D.=9.23) อายุสามีหรือคู่
สมรสสูงสุด 56 ปี อายุสามีหรือคู่สมรสต่ำสุด 19 ปี
ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับมัธยมศึกษาตอน
ปลาย/ปวช. จำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ
36.91 รองลงมาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน
56 คน คิดเป็นร้อยละ 18.79 ระดับประถมศึกษา
จำนวน 52 คิดเป็นร้อยละ 17.45 ระดับปริญญาตรี
และสูงกว่า จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 14.09
ระดับอนุปริญญา/ปวส. จำนวน 38 คน คิดเป็น
ร้อยละ 12.75 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ
เกษตรกร จำนวน 176 คน คิดเป็นร้อยละ 59.06
รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน
51 คน คิดเป็นร้อยละ 17.11 อาชีพค้าขาย จำนวน
34 คน คิดเป็นร้อยละ 11.41 อาชีพอื่นๆ เช่น
รับราชการ รัฐวิสาหกิจ จำนวน 32 คน คิดเป็น
ร้อยละ 10.74 และว่างงาน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ
จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 1.68 ตามลำดับ
มีจำนวนบุตร ณ ปัจจุบัน (รวมถึงบุตรที่อยู่ในครรภ์
ด้วย) สูงสุดอยู่ที่ 2 คน จำนวน 159 ราย คิดเป็น
ร้อยละ 53.36 รองลงมาคือมีบุตร 1 คน จำนวน
71 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.83 มีบุตร 3 คน จำนวน
47 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.77 และไม่มีบุตร
จำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.05 ตามลำดับ
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 18,158 บาท
สูงสุด 90,000 บาท ต่ำสุด 5,000 บาท รายจ่าย
เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 14,531 บาท สูงสุด

70,000 บาท ต่ำสุด 4,000 บาท ครอบครัวส่วนใหญ่มีเงินออม จำนวน 240 คน คิดเป็นร้อยละ 80.54 ครอบครัวมีหนี้สิน จำนวน 228 คน คิดเป็นร้อยละ 76.51 เป็นหนี้ในระบบ จำนวน 237 คน คิดเป็นร้อยละ 79.53 และเป็นหนี้นอกระบบ จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 4.70 รูปแบบการครอบครองที่อยู่อาศัยสูงสุดคือเป็นทั้งเจ้าของที่อยู่อาศัยและที่ดิน จำนวน 168 คน คิดเป็นร้อยละ 56.38 รองลงมาคือ อาศัยอยู่บ้านพ่อแม่หรือพ่อแม่สามี จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 31.88 อยู่บ้านเช่า / ห้องเช่า / หอพัก จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 6.38 อยู่บ้านพักสวัสดิการ จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 2.01 เป็นเจ้าของที่อยู่อาศัยแต่ต้องเช่าที่ดิน จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 1.68

และอื่น ๆ เช่น อยู่บ้านญาติ/บ้านนายจ้าง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 1.68 ตามลำดับ สิทธิด้านการรักษาพยาบาลสูงสุด คือ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 243 คน คิดเป็นร้อยละ 81.54 รองลงมาคือประกันสังคม 28 คน คิดเป็นร้อยละ 9.40 สวัสดิการข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 6.04 และชำระเงินเอง 9 คน คิดเป็นร้อยละ 3.02 ตามลำดับ

การตัดสินใจมีบุตรในอนาคต

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการตัดสินใจมีบุตรในอนาคตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าไม่ต้องการมีบุตร จำนวน 236 คน คิดเป็นร้อยละ 79.19 และต้องการมีบุตร จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 20.81 (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ การตัดสินใจมีบุตรในอนาคตของกลุ่มตัวอย่าง (n= 298)

การตัดสินใจมีบุตรในอนาคต	จำนวน	ร้อยละ
ต้องการมีบุตร	62	20.81
ไม่ต้องการมีบุตร	236	79.19

การรับรู้นโยบายและการสนับสนุนการมีบุตรจากรัฐบาล

1) ระดับการรับรู้นโยบายและการสนับสนุนการมีบุตรจากรัฐบาล

กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้นโยบายและการสนับสนุนการมีบุตรจากรัฐบาล ในระดับต่ำ ร้อยละ 34.32 รองลงมาได้แก่ระดับปานกลางร้อยละ 33.22 และระดับสูงร้อยละ 32.55 ตามลำดับ

2) การรับรู้นโยบายและการสนับสนุนการมีบุตรจากรัฐบาล รายข้อ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการรับรู้นโยบายและการสนับสนุนการมีบุตรจากรัฐบาลในด้านการมีการสนับสนุนงบประมาณค่านมและค่าอาหารในเด็กอายุ 2-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในระดับมากถึง

มากที่สุดร้อยละ 61.08 รองลงมาคือ การสนับสนุนค่านมค่าอาหาร ค่าหนังสือ ค่าอุปกรณ์การเรียน ค่าเครื่องแบบนักเรียน ตั้งแต่ระดับอนุบาลจนจบมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือ ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.3) ร้อยละ 53.35 ตามลำดับ ส่วนรับรู้นโยบายและการสนับสนุนการมีบุตรจากรัฐบาล ที่น้อยถึงน้อยที่สุดได้แก่ การรับรู้ว่ามีโครงการบ้านประชารัฐ” ให้สินเชื่อสำหรับซื้อหรือซ่อมแซมบ้านสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ไม่ม้อาชีพประจำ ไม่เกิน 1,500,000 บาท ร้อยละ 83.55 และการสามารถนำค่าใช้จ่ายของคู่สมรสมาใช้ลดหย่อนภาษี (กรณีคู่สมรสไม่ได้ทำงาน 60,000 บาท หรือ กรณีทำงานทั้งคู่ 120,000 บาท) ร้อยละ 80.54 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ รายชื่อการรับรู้นโยบายและการสนับสนุนการมีบุตรจากรัฐบาล (n= 298)

ข้อ	คำถาม	ระดับการรับรู้				
		ไม่เคย รับรู้	รับรู้ น้อย	รับรู้ ปาน กลาง	รับรู้ มาก	รับรู้ มากที่สุด
1	รับรู้ว่ามีโครงการป้องกันความพิการแต่กำเนิดด้วยการให้ยาเม็ดกรดโฟลิกในหญิงที่จดทะเบียนสมรสฟรี	65 (21.81)	28 (9.40)	56 (18.79)	115 (38.59)	34 (11.41)
2	รับรู้ว่ามีโครงการหญิงไทยแถมแดง ส่งเสริมให้หญิงวัยเจริญพันธุ์กินยาเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิก 1 เม็ดต่อสัปดาห์ อย่างน้อย 12 สัปดาห์ก่อนตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันโลหิตจาง	58 (19.46)	30 (10.07)	77 (25.84)	111 (37.25)	22 (7.38)
3	รู้ว่าสามารถนำค่าใช้จ่ายของบุตรที่ชอบด้วยกฎหมายมาหักลดหย่อนภาษีเงินได้ คนละ 30,000 บาท โดยไม่จำกัดจำนวนบุตร	139 (46.64)	61 (20.47)	65 (21.81)	33 (11.07)	0 (0.00)
4	รู้ว่าสามารถนำค่าใช้จ่ายของคู่สมรสมาใช้ลดหย่อนภาษี (กรณีคู่สมรสไม่ได้ทำงาน 60,000 บาท หรือ กรณีทำงานทั้งคู่ 120,000 บาท)	156 (52.35)	84 (28.19)	45 (15.10)	13 (4.36)	0 (0.00)
5	รู้ว่าสามารถนำค่าฝากครรภ์และค่าคลอดบุตรครั้งละไม่เกิน 60,000 บาทหรือตามจำนวนที่จ่ายจริงมาลดหย่อนภาษีให้ท่านหรือคู่สมรสได้	132 (40.00)	106 (23.67)	52 (33.00)	8 (3.33)	0 (0.00)
6	รู้ว่ารัฐสนับสนุนให้คู่สมรสสามารถมีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองโดยการนำดอกเบี้ยซื้อบ้านไปลดหย่อนภาษีได้ ไม่เกิน 100,000 บาทต่อปี	167 (56.04)	61 (20.47)	62 (20.81)	8 (2.68)	0 (0.00)
7	รู้ว่ามีการสนับสนุนให้เด็กแรกเกิดได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลโดยไม่มีค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลของรัฐ	0 (0.00)	34 (11.41)	133 (44.63)	123 (41.28)	8 (2.68)
8	รู้ว่ามีการโครงการบ้านประชารัฐ” ให้สินเชื่อสำหรับซื้อหรือซ่อมแซมบ้านสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ไม่มียาชีพประจำ ไม่เกิน 1,500,000 บาท	182 (61.07)	67 (22.48)	49 (16.44)	0 (0.00)	0 (0.00)

ข้อ	คำถาม	ระดับการรับรู้				
		ไม่เคย รับรู้	รับรู้ น้อย	รับรู้ ปาน กลาง	รับรู้ มาก	รับรู้ มากที่สุด
9	รับรู้ว่าสำนักงานประกันสังคมสนับสนุนเงินสงเคราะห์บุตรที่ขอบด้วยกฎหมายของผู้ประกันตนตั้งแต่แรกเกิดถึง 6 ปีบริบูรณ์โดยเหมาจ่าย เดือนละ 400 บาท ไม่เกิน 3 คน	102 (34.23)	70 (23.49)	76 (25.50)	28 (9.40)	22 (7.38)
10	รับรู้ว่าการสนับสนุนเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด อายุ 0-3 ปี ในครอบครัวยากจน/ครอบครัวเสี่ยงต่อความยากจนและมีรายได้ไม่เกิน 3,000 บาท/ครอบครัว/เดือน โดยจะได้รับเงินอุดหนุน 600 บาท/คน/เดือน	24 (8.05)	42 (14.09)	106 (35.57)	116 (38.93)	10 (3.36)
11	การสนับสนุนค่านมค่าอาหาร ค่าหนังสือ ค่าอุปกรณ์การเรียน ค่าเครื่องแบบนักเรียน ตั้งแต่ระดับอนุบาลจนจบมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือ ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.3)	8 (2.68)	29 (9.73)	102 (34.23)	153 (51.34)	6 (2.01)
12	รับรู้ว่าการสนับสนุนงบประมาณค่านมและค่าอาหารในเด็กอายุ 2-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	4 (1.34)	33 (11.07)	79 (26.51)	172 (57.72)	10 (3.36)
13	รับรู้ว่าการให้สิทธิการหยุดงานเพื่อดูแลบุตรของบิดาและมารดาโดยได้รับเงินเดือน	82 (27.52)	80 (26.85)	91 (30.54)	27 (9.06)	18 (6.04)
14	รับรู้ว่ารัฐส่งเสริมให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วยการส่งนมแม่แช่แข็งโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายด้วยบริษัทขนส่งมวลชน ในโครงการ “บขส. ส่งความรักจากอ้อมอกแม่สู่ลูก”	100 (33.56)	61 (20.47)	84 (28.19)	25 (8.39)	28 (9.40)
15	รับรู้ว่าการสนับสนุนให้มีการจัดตั้งสถานรับเลี้ยงเด็กอ่อนและศูนย์เด็กเล็กในชุมชน สถานประกอบกิจการและหน่วยงานของรัฐ โดยรัฐให้การสนับสนุนงบประมาณบางส่วน	53 (17.79)	42 (14.09)	86 (28.86)	111 (37.25)	6 (2.01)

การเข้าถึงบริการด้านการดูแลเด็ก/สถานดูแลเด็ก

1. ระดับการเข้าถึงบริการด้านการดูแลเด็ก/สถานดูแลเด็ก

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีการเข้าถึงบริการด้านการดูแลเด็ก/สถานดูแลเด็ก ในระดับมากร้อยละ 71.81 รองลงมาได้แก่ การเข้าถึงในระดับ

ปานกลาง ร้อยละ 24.83 และระดับต่ำ ร้อยละ 3.36 ตามลำดับ

2. การเข้าถึงบริการด้านการดูแลเด็ก/สถานดูแลเด็ก รายข้อ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความคิดเห็นในการสามารถเข้าถึงบริการด้านการดูแลเด็ก/สถานดูแลเด็ก มีระดับความ

คิดเห็นในระดับมากถึงมากที่สุด ได้แก่ ในตำบล มีศูนย์เด็กเล็ก/สถานบริการรับเลี้ยงเด็กอายุ 2-5 ปี ร้อยละ 77.52 รองลงมาคือ ศูนย์เด็กเล็ก/สถานรับเลี้ยงเด็กในตำบลมีสิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็นในการดูแลเด็ก ร้อยละ 70.14 ส่วนการเข้าถึงบริการด้านการดูแลเด็ก/สถานดูแลเด็กที่มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด ได้แก่ ศูนย์เด็ก

เล็ก/สถานรับเลี้ยงเด็กอยู่ระหว่างทางจากบ้านไป ที่ทำงานของท่าน ร้อยละ 20.80 และศูนย์เด็กเล็ก/สถานรับเลี้ยงเด็กในตำบลอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย มีอาคารที่แข็งแรง มีรั้ว ห่างจากแหล่งน้ำและถนนสายหลัก มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 9.06 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ รายข้อการเข้าถึงบริการด้านการดูแลเด็ก/สถานดูแลเด็ก (n= 298)

ข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
		ไม่เลย	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	ในตำบลของท่านมีศูนย์เด็กเล็ก/สถานบริการรับเลี้ยงเด็กอายุ 2-5 ปี	0 (0.00)	17 (5.70)	50 (16.78)	122 (40.94)	109 (36.58)
2	การเข้าถึงบริการศูนย์เด็กเล็ก/สถานรับเลี้ยงเด็กในตำบลของท่านอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย มีอาคารที่แข็งแรง มีรั้ว ห่างจากแหล่งน้ำและถนนสายหลัก	17 (5.70)	10 (3.36)	78 (26.17)	157 (52.68)	36 (12.08)
3	การเดินทางไปศูนย์เด็กเล็ก/สถานรับเลี้ยงเด็กในตำบลเดินทางไปง่าย สะดวกสบาย	4 (1.34)	5 (1.68)	69 (23.15)	193 (64.77)	27 (9.06)
4	ศูนย์เด็กเล็ก/สถานรับเลี้ยงเด็กอยู่ระหว่างทางจากบ้านไปที่ทำงานของท่าน	27 (9.06)	35 (11.74)	114 (38.26)	99 (33.22)	23 (7.72)
5	ศูนย์เด็กเล็ก/สถานรับเลี้ยงเด็กในตำบลของท่านให้บริการเหมาะสมกับราคา	9 (3.02)	0 (0.00)	142 (47.65)	128 (42.95)	19 (6.38)
6	ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปศูนย์เด็กเล็ก/สถานรับเลี้ยงเด็กมีราคาไม่แพง ท่านสามารถจ่ายได้	5 (1.68)	0 (0.00)	115 (38.59)	141 (47.32)	37 (12.42)
7	ศูนย์เด็กเล็ก/สถานรับเลี้ยงเด็กในตำบลของท่านมีคุณภาพดี	0 (0.00)	10 (3.36)	92 (30.87)	166 (55.70)	30 (10.07)
8	ศูนย์เด็กเล็ก/สถานรับเลี้ยงเด็กในตำบลของท่านมีเวลาให้บริการสอดคล้องกับความต้องการของท่าน	5 (1.68)	4 (1.34)	115 (38.59)	153 (51.34)	21 (7.05)
9	ศูนย์เด็กเล็ก/สถานรับเลี้ยงเด็กในตำบลของท่านมีพี่เลี้ยงเด็กเพียงพอกับการดูแลเด็ก	0 (0.00)	0 (0.00)	110 (36.91)	159 (53.36)	29 (9.73)
10	ศูนย์เด็กเล็ก/สถานรับเลี้ยงเด็กในตำบลของท่านมีสิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็นในการดูแลเด็ก	4 (1.34)	0 (0.00)	85 (28.52)	179 (60.07)	30 (10.07)

ทัศนคติต่อการมีบุตร

1. ระดับทัศนคติต่อการมีบุตร

ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติต่อการมีบุตรอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 86.91 รองลงมาคือระดับ ระดับสูง ร้อยละ 13.09 ตามลำดับ

2. ทัศนคติต่อการมีบุตร รายข้อ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติเชิงบวกต่อการมีบุตร ที่มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดว่า การมีบุตรทำให้ชีวิตครอบครัวมีความสมบูรณ์ ร้อยละ 79.53

รองลงมาคือ การมีบุตรเป็นสายสัมพันธ์สำคัญที่เชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างสามี ภรรยา ร้อยละ 77.85 ส่วนทัศนคติเชิงลบ ได้แก่การมีบุตรทำให้สูญเสียเวลาในการเข้าสังคม พบปะเพื่อนฝูงไป ร้อยละ 38.26 และการมีบุตรทำให้ท่านมีเวลาทำงานน้อยลง เป็นอุปสรรคต่อความก้าวหน้าในอาชีพ การงาน มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 27.18 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ รายข้อทัศนคติต่อการมีบุตร (n= 298)

ข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
		ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยมากที่สุด
1	การมีบุตรช่วยให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น เลิกดื่มเหล้า เลิกสูบบุหรี่	0 (0.00)	10 (3.36)	135 (45.30)	128 (42.95)	25 (8.39)
2	การมีบุตรเป็นสายสัมพันธ์สำคัญที่เชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างสามี ภรรยา	0 (0.00)	20 (6.71)	46 (15.44)	184 (62.75)	45 (15.10)
3	การมีบุตรเป็นการเพิ่มภาระในชีวิต ทำให้ท่านต้องทำงานมากขึ้นเพื่อให้มีรายได้เพียงพอต่อการเลี้ยงดูบุตร	6 (2.01)	57 (19.13)	177 (59.40)	49 (16.44)	9 (3.02)
4	การมีบุตรมีความสำคัญในฐานะของการสืบวงศ์ตระกูล (สืบทอดเผ่าพันธุ์)	9 (3.02)	14 (4.70)	68 (22.82)	182 (61.07)	25 (8.39)
5	การมีบุตรทำให้สูญเสียเวลาในการเข้าสังคม พบปะเพื่อนฝูงไป	8 (2.68)	14 (4.70)	162 (54.36)	66 (22.15)	48 (16.11)
6	การมีบุตรช่วยให้มีคนดูแลยามบั้นปลายชีวิต (ยามแก่ชรา ดูแลตัวเองไม่ได้)	5 (1.68)	23 (7.72)	64 (21.48)	153 (51.34)	53 (17.79)
7	การมีบุตรทำให้ชีวิตครอบครัวมีความสมบูรณ์	5 (1.68)	5 (1.68)	51 (17.71)	175 (58.72)	62 (20.81)
8	การมีบุตรทำให้ท่านมีเวลาทำงานน้อยลง เป็นอุปสรรคต่อความก้าวหน้าในอาชีพ การงาน	6 (2.01)	30 (10.07)	181 (60.74)	36 (12.08)	45 (15.10)
9	การมีบุตรทำให้ดูแลและใส่ใจสุขภาพ บุคลิกภาพตัวเองได้น้อยลง	4 (1.34)	12 (4.03)	220 (73.83)	50 (16.78)	12 (4.03)
10	การมีบุตรทำให้ชีวิตมีเป้าหมายชัดเจน	0 (0.00)	5 (1.58)	84 (28.19)	157 (52.68)	52 (17.45)

ข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
		ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยมากที่สุด
11	วิถีชีวิตปัจจุบันทำให้การเลี้ยงดูบุตรลำบากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับสมัยพ่อแม่เลี้ยงดูท่าน	39 (13.09)	31 (10.40)	188 (63.09)	26 (8.72)	14 (4.70)
12	ท่านกลัวจะไม่สามารถหาเลี้ยงบุตรได้ดีเนื่องจากการเลี้ยงดูบุตรในปัจจุบันมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง	35 (11.74)	26 (8.72)	194 (65.10)	38 (12.75)	5 (1.68)
13	การเลี้ยงดูบุตรให้เป็นคนดี ไม่เกร เป็นเรื่องยาก	40 (13.42)	42 (14.09)	178 (59.73)	25 (8.39)	13 (4.36)
14	การมีบุตรสามารถช่วยเหลือพ่อแม่ด้านค่าใช้จ่ายในอนาคต	13 (4.36)	28 (9.40)	62 (20.81)	164 (55.03)	31 (10.40)

*ข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ ข้อ 3,5,8,9,11,12,13

การอภิปรายผล

จากการศึกษาการตัดสินใจมีบุตรในอนาคตของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่สมรสแล้ว จังหวัดบึงกาฬ พบว่า

กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการมีบุตรในอนาคตจำนวน 236 คน คิดเป็นร้อยละ 79.19 และต้องการมีบุตรในอนาคต จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 20.81 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ กนกวรรณ พวงประสงค์¹³ ที่ได้ทำการศึกษาเรื่อง ความต้องการมีบุตรในอนาคต: หลักฐานเชิงประจักษ์จากสตรีที่สมรสในประเทศไทย เพื่อศึกษาสถานการณ์และแบบแผนความต้องการมีบุตรในอนาคตของสตรีที่สมรสในประเทศไทย รวมไปถึงจนถึงทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะและภูมิหลังของสตรีที่สมรสกับความต้องการมีบุตรในอนาคต โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ จากการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีพ.ศ. 2565¹⁷ จัดทำโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ สตรีอายุ 15-49 ปี ที่สมรส จำนวนทั้งสิ้น 15,661 ราย พบว่าสตรีที่สมรสมีความต้องการมีบุตรในอนาคตเพียงร้อยละ 18.8 และยังพบว่า สตรีที่สมรสที่อยู่ในกลุ่มแม่วัยใสอายุ 15 -19 ปี มีความต้องการมีบุตรในอนาคต คิดเป็นสัดส่วนสูงที่สุดถึงร้อยละ 44.1 และสอดคล้องกับการวิจัยของ Maryam Moeeni,

Arash Rashidian, Akbar Aghajanian¹⁸ ที่ได้ทำการศึกษา เรื่อง สถานะความสัมพันธ์ของสตรีกับความตั้งใจที่จะคลอดบุตร ในประเทศ อิหร่าน (Women's relative status and childbearing intentions: Empirical evidence from Iran.) โดยทำการศึกษาใน สตรีอายุ 15-49 ปี จำนวน 19,099 คน โดยใช้ข้อมูลจากผลการสำรวจข้อมูลประชากรและสุขภาพแบบหลายตัวบ่งชี้ (IrMIDHS) ของประเทศอิหร่าน ในปี 2010 มาทำการวิเคราะห์ พบว่า สตรีที่ต้องการมีบุตรเพิ่ม ร้อยละ 37.5 แต่แตกต่างจากการวิจัยของจุฬารรณ สุขอนันต์และคณะ¹⁴ ได้ทำการศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมีบุตรของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่สมรส จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่สมรส อายุ 20-34 ปี จำนวน 282 คน พบว่า สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่สมรสตัดสินใจมีบุตร ร้อยละ 78.7 และตัดสินใจไม่มีบุตร ร้อยละ 21.3 อาจเนื่องมาจากกลุ่มช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างที่ต่างกัน ประกอบกับการศึกษาในพื้นที่ที่มีวัฒนธรรมในการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน ระหว่างจังหวัดบึงกาฬกับจังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งอยู่คนละภูมิภาคของประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.
The global health observatory,
explore a world of health data
[Internet]. Geneva: World Health
Organization; 2022 [cited 2024
May 16]. Available from:
<https://www.who.int/>
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
กระทรวงสาธารณสุข. สถิติอัตราเกิด
อัตราตาย และอัตราเพิ่มของประชากร
พ.ศ. 2558-2559.
นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
รายงานลักษณะของประชากร
การสำรวจการเปลี่ยนแปลง
ของประชากร พ.ศ. 2558-2559.
กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ;
2559.
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการ
สำรวจภาวะการทำงานของประชากร
พ.ศ. 2549-2561. กรุงเทพฯ:
สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2561.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
รายงานสถิติการเกิดจังหวัดบึงกาฬ
พ.ศ. 2555-2564.
กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ;
2564.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ.
ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data
Center (HDC) ระดับจังหวัด.
บึงกาฬ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
บึงกาฬ; 2566.
7. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงาน
โครงสร้างประชากรและพีระมิด
ประชากรจังหวัดบึงกาฬ พ.ศ. 2564.
กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ;
2564.
8. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการ
เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
รายงานสถานการณ์ประชากรและ
โครงสร้างสังคม พ.ศ. 2564.
กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการ
พัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม
แห่งชาติ; 2564.
9. สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิจัย
ประชากรและสุขภาพ.
รายงานการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อ
การตัดสินใจมีบุตรในประเทศไทย.
กรุงเทพฯ: สำนักงานส่งเสริมและ
สนับสนุนวิจัยประชากรและสุขภาพ;
2564.
10. กระทรวงสาธารณสุข. นโยบายและ
ยุทธศาสตร์การพัฒนามาตรฐานเจริญ
พันธุ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560-2569.
นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
11. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการ
เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
รายงานสถานการณ์อัตราการเกิดและ
มาตรการสนับสนุนการมีบุตร
ในประเทศไทย พ.ศ. 2564.
กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการ
พัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม
แห่งชาติ; 2564.
12. สำนักงานหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ. รายงานการดำเนินงาน
โครงการเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด
พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2564.
13. กนกวรรณ พวงประยงค์. แนวคิดและทฤษฎี
ที่สำคัญในการศึกษาด้านภาวะเจริญพันธุ์
และความต้องการมีบุตรในยุคเกิดน้อย:
สาร์ตและบทสังเคราะห์. วารสาร
สังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. 2562; 45(1):
77-118.

14. จุฬารรรณ สุขอนันต์, โชคชัย
หมั่นแสงทรัพย์สุธรรม,
สุธรรม นันทมงคลชัย, ศุภชัย ปิติกุล
ตั้ง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ
มีบุตรของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่สมรส
จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารสุข
ศึกษา. 2563; 43(2): 66-77.
15. Bowley A. Allocation of
samples: the proportional
method. In: Sampling theory
and its application. New York:
John Wiley & Sons; 1960.
p. 75-85.
16. Best JW. Research in Education.
3rd ed. Englewood Cliffs,
NJ: Prentice Hall, Inc.; 1977.
17. สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย.
โครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและ
สตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2565,
รายงานฉบับสมบูรณ์.
กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ
ประเทศไทย; 2566.
18. Moeeni M, Rashidian A, Aghajanian
A. Women's relative status and
childbearing intentions: empirical
evidence from Iran. PLOS ONE.
2018; 13.
doi:10.1371/journal.pone.0195428.

ปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันการโรคโควิด-19 หลังการระบาดใหญ่สู่การเป็นโรคประจำถิ่น ของนิสิตวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา

ภาวิณี เกตุพันธ์¹, ภารดี อาษา², ทัดดาว พาหาทรัพย์อนันต์³, มนัสนันท์ พิบาลวงศ์⁴,
ทิษฏยา เสมาเงิน⁵, นริศรา ชาญณรงค์⁶, รจฤดี โชติกาวิรินทร์²

(วันที่รับบทความ: 21 มิถุนายน 2567; วันที่แก้ไข: 19 กรกฎาคม 2567 ; วันที่ตอบรับ: 21 สิงหาคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันการโรคโควิด-19 ของนิสิตวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา กลุ่มตัวอย่าง คือ นิสิตวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ชั้นปีที่ 1 - ชั้นปีที่ 4 จำนวน 330 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ ความตระหนัก การรับรู้โอกาสเสี่ยง การเคยได้รับข้อมูลข่าวสาร และพฤติกรรมการป้องกันการโรคโควิด-19 ตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2565 ถึง มีนาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน โดยวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันการโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}=30.80$, S.D.=5.00) คิดเป็นร้อยละ 75.20 ปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันการโรคโควิด-19 คือ การเคยได้รับข้อมูลข่าวสาร ($\beta=0.200$, $p=0.001$) และความตระหนักเกี่ยวกับการป้องกันการโรค ($\beta=0.119$, $p=0.028$) สามารถร่วมทำนายการป้องกันการโรคโควิด-19 ของนิสิตวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้ร้อยละ 4.5 ($R^2_{\text{adjust}} = 0.045$, $p\text{-value} < 0.001$) โดยผลจากการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำมาปรับใช้เพื่อการรณรงค์และส่งเสริมให้เห็นถึงความสำคัญและระมัดระวังอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การป้องกันโรค, โรคโควิด-19, นิสิตวิทยาศาสตร์สุขภาพ, โรคประจำถิ่น

¹ นักวิชาการศึกษา, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, E-mail: phawinee@go.buu.ac.th

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์, สาขานาฏยสังคีต คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา,
E-mail: paradee_asa@hotmail.com, rotruedee@go.buu.ac.th

³ อาจารย์, สาขานาฏยสังคีต คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, E-mail: taddao.pa@go.buu.ac.th

⁴ นักวิทยาศาสตร์, สาขานาฏยสังคีต คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา,
E-mail: manutsanan@go.buu.ac.th

⁵ ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, E-mail: mam030@hotmail.com

⁶ อาจารย์, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์,
E-mail: narissara.c@nsru.ac.th

Corresponding author: รจฤดี โชติกาวิรินทร์, E-mail: rotruedee@go.buu.ac.th

Factors Influencing COVID-19 Prevention during Post-Pandemic to Endemic Transition among Health Science Students in Burapha University

Phawinee ketpan¹, Paradee Asa², Taddao Pahasup-anan³, Manutsanun Pibanwong⁴,

Tistaya Semangoen⁵, Narissara Channarong⁶, Rotruedee Chotigawin²

(Received: 21st June 2024; Revised: 19th July 2024; Accepted: 21st August 2024)

Abstract

This cross-sectional descriptive research aims to determine the influence on COVID-19 post-endemic prevention among health science students in Burapha University. The number of representatives was 330 people. Data were collected using questionnaires from December 2022 to January 2023 regarding personal factors, knowledge, attitude, perception of risk opportunities, receiving information, and COVID-19 prevention. Descriptive statistics and stepwise multiple linear regression analysis were conducted the data.

The results showed that the majority of students had good levels of COVID-19 prevention behaviors (mean=30.80, S.D.=5.00), accounting for 75.20%. The factors affecting the behavior the prevention of COVID-19. among health science students were receiving information ($\beta=0.200$, $p=0.001$) and attitudes ($\beta=0.119$, $p=0.028$) were statistically significant predictors at a significance level of 0.05 at 4.5% ($R^2_{adj} = 0.045$, $p\text{-value} < 0.001$). The results from this study can be applied for campaigning and promoting awareness to continuously emphasize the importance and vigilance for the students.

Keywords: Preventive Behaviors, COVID-19, Health science students, Post-pandemic

¹ Academic staff, Faculty of Public Health Burapha University, E-mail: phawinee@go.buu.ac.th

² Asst.Prof., Environmental health program Faculty of Public Health, Burapha University, E-mail: paradee_asa@hotmail.com, rotruedee@go.buu.ac.th

³ Lecturer, Environmental health program Faculty of Public Health, Burapha University, E-mail: taddao.pa@go.buu.ac.th

⁴ Scientist Environmental health program Faculty of Public Health, Burapha University, E-mail: manutsanan@go.buu.ac.th

⁵ Asst.Prof., Faculty of Allied Health Sciences Burapha University, E-mail: mam030@hotmail.com

⁶ Lecturer, Public Health Program Faculty of Science and Technology, Nakhon Sawan Rajabhat University, E-mail: narissara.c@nsru.ac.th

Corresponding author: Rotruedee Chotigawin, E-mail: rotruedee@go.buu.ac.th

บทนำ

ในปี พ.ศ. 2563-2565 ทัวโลกเผชิญกับปัญหาการแพร่ระบาดอย่างรุนแรงของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (Corona infectious disease 2019; COVID-19) ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ผ่านระบบทางเดินหายใจ องค์การอนามัยโลกรายงานจำนวนผู้ติดเชื้อเมื่อวันที่ 28 ธันวาคม 2564 ประมาณ 280 ล้านคนทั่วโลก จำนวนผู้ที่เสียชีวิตประมาณ 5,403,662 คน ไวรัสนี้ค้นพบครั้งแรกที่ตลาดเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน ปลายเดือนธันวาคมปี 2562 แล้วเริ่มแพร่กระจายไปยังประเทศต่าง ๆ สำหรับประเทศไทยมีรายงานพบผู้ป่วยครั้งแรกในเดือนมกราคม 2563 จากนั้นเริ่มพบการระบาดแบบคลัสเตอร์ ได้แก่ สนามมวย สถานบันเทิง ตลาดกลางกุ้ง นำไปสู่การระบาดใหญ่กระจายผู้ติดเชื้อไปทั่วประเทศ โดยรายงานจากกรมควบคุมโรค ประเทศไทย เมื่อวันที่ 29 ธันวาคม 2564 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยยืนยันสะสมทั้งสิ้น 2,217,287 คน และพบผู้ป่วยรายใหม่ 2,575 ราย โดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ พบว่าตั้งแต่เปิดประเทศวันที่ 1 พฤศจิกายน - 29 ธันวาคม 2564 พบการติดเชื้อพบการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์โอไมครอนสะสม สะสม 934 ราย แบ่งเป็นพบในผู้เดินทางมาจากต่างประเทศ 577 ราย และติดเชื้อในประเทศ 357 ราย รวมทั้งหมด 34 จังหวัด เฉพาะวันที่ 29 ธันวาคม เพิ่มขึ้น 194 ราย แบ่งเป็นมาจากต่างประเทศ 88 ราย ติดเชื้อในประเทศ 106 ราย ทั้งนี้ พบติดเชื้อโอไมครอนแล้วทุกเขตสุขภาพ โดยแนวโน้มพบการติดเชื้อในประเทศเพิ่มมากขึ้นกว่าผู้เดินทางเข้าประเทศ¹ เนื่องจากการเดินทางเข้าประเทศเริ่มชะลอตัว ผู้ติดเชื้อมีอาการเบื้องต้นคล้ายไข้หวัด ได้แก่ มีไข้ ไอ อ่อนเพลีย สูญเสียความสามารถในการดมกลิ่นและรับรส อาจพบท้องเสีย ปวดเมื่อยตามเนื้อตัว และอาจมีอาการรุนแรงขึ้น เช่น หายใจลำบาก สูญเสียความสามารถในการพูดหรือเคลื่อนไหว มึนงง เจ็บหน้าอก และเสียชีวิตได้ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีโรค

ประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง จะมีความเสี่ยงสูงที่อาการโคม่ารุนแรง และเสียชีวิต

ในขณะที่การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีตัวเลขของผู้ติดเชื้อที่ต่ำลง รัฐบาลได้ประกาศผ่อนปรน บางกิจกรรมกลับสู่สถานการณ์เดิม ประชาชน นักเรียน นักศึกษา กลับมาใช้ชีวิตอย่างปกติใหม่ (New normal) แต่กลับพบตัวเลขของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามมาอีกครั้งในพื้นที่ต่าง ๆ กระจายเป็นวงกว้าง ทำให้ต้องมีมาตรการในการสกัดกั้นเชิงรุก เช่น การปิดพื้นที่ การปิดเมือง (Lockdown) เป็นต้น ซึ่งจากสถานการณ์ หลายๆ ครั้ง พบผู้ติดเชื้อที่เป็นนักเรียน นักศึกษา ปรากฏอยู่เสมอ และมีแนวโน้มจากการสอบสวนโรคพบว่า เชื่อมโยงกับแหล่งสถานบันเทิง ผับ บาร์ ร้านอาหาร ห้องสมุด หอพัก นักศึกษา เป็นต้น² ต่อมาในตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2565 เป็นต้นมา จากรายงานของศูนย์สถานการณ์โควิด (2565) ได้มีกระบวนการเพื่อดำเนินการปรับโควิด-19 เป็นโรคประจำถิ่น โดยแบ่งออกเป็น 4 ระยะ เริ่มด้วยระยะที่ 1 (12 มี.ค.-ต้นเม.ย. 2565) เป็นระยะออกแรงกดดันตัวเลขไม่ให้สูงเกินไปเป็นระยะต่อสู้เพื่อลดการระบาด (combatting) ระยะที่ 2 (เม.ย. -พ.ค. 2565) ระยะคงระดับผู้ติดเชื้อไม่ให้สูงขึ้นให้เป็นระนาบจนลดลงเรื่อย ๆ (Plateau) ระยะที่ 3 (ปลาย พ.ค. - 30 มิ.ย. 2565) ระยะลดจำนวนผู้ติดเชื้อลงให้เหลือ 1,000-2,000 คน (Declining) และระยะที่ 4 (1 ก.ค. 2565 เป็นต้นไป) ระยะออกจากโรคระบาดเข้าสู่โรคประจำถิ่น (Post pandemic)³

จากงานวิจัยที่ผ่านมาในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 พบว่า การรับข้อมูลข่าวสาร⁴ ความเชื่อ ความรู้ และทัศนคติ⁵ มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองของกลุ่มนิสิตนักศึกษา ซึ่งหลังการระบาดใหญ่สู่การเป็นโรคประจำถิ่นทำให้กลุ่มนิสิต นักศึกษาที่เรียนทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล สาธารณสุข ยังคงที่มีโอกาสสัมผัสเสี่ยงสูงจากการเรียน จากการฝึกปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลหรือ

สถานที่ที่มีความเสี่ยง รวมถึงการใกล้ชิดและดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เริ่มมีการปรับตัวเข้าสู่ชีวิตวิถีใหม่ (New normal) และดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ยังคงดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และส่งผลต่อกิจกรรม การศึกษา การดำเนินวิถีชีวิตหลายอย่าง ต้องปรับเปลี่ยนมีการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลมากขึ้น⁶⁻⁷

จากเหตุผลดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น ยังไม่พบงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองของกลุ่มนิสิตหรือนักศึกษาในกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ ในช่วงเวลาหลังการระบาดใหญ่สู่การเป็นโรคประจำถิ่น คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันการโรคโควิด-19 หลังการระบาดใหญ่สู่การเป็นโรคประจำถิ่น ของนิสิตวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยผลจากการศึกษาในครั้งนี้จะทำให้ทราบปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมของนิสิตในการป้องกันตนเอง และสามารถนำมาปรับใช้เพื่อการรณรงค์และส่งเสริมให้นิสิตเห็นถึงความสำคัญและระมัดระวังอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันการโรคโควิด-19 หลังการระบาดใหญ่สู่การเป็นโรคประจำถิ่น ของนิสิตวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือนิสิตวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ชั้นปีที่ 1 - ชั้นปีที่ 4 รวมทั้งหมด จำนวน 4,117 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นิสิตวิทยาศาสตร์สุขภาพ ชั้นปีที่ 1- ชั้นปีที่ 4 (นิสิตรหัสชั้นต้นด้วย 62-65) ในมหาวิทยาลัยบูรพา โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นนิสิตปัจจุบัน ที่ไม่อยู่สถานะพักการเรียน ลาออกหรือพ้นสภาพจากการเป็นนิสิตมีความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม คำนวณขนาดตัวอย่าง จากสูตรของ Danie⁸ ค่าประมาณขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.15 กำหนดค่า

ระดับอำนาจทดสอบเท่ากับ 0.80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง คือ 300 คน คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละคณะ โดยใช้วิธีคิดแบบสัดส่วนส่วนตัวอย่างแต่ละคณะ ด้วยวิธีการคัดเลือกแบบอาสาสมัคร (Voluntary selection) โดยให้ผู้ช่วยนักวิจัยแต่ละคณะประชาสัมพันธ์ทางออนไลน์ เพื่อขออาสาสมัครในการเข้าตอบแบบสอบถามทางออนไลน์ทำจนครบตามจำนวนที่คำนวณได้ แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของการเก็บข้อมูลจึงคำนวณเผื่อไว้อีกร้อยละ 10 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลในครั้งนี้จึงเท่ากับ 330 คน คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละคณะ โดยใช้วิธีคิดแบบสัดส่วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือขึ้นจากการศึกษาทฤษฎีระเบียบ แผนการปฏิบัติงาน หลักเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบไปด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ คณะ ชั้นปี การเคยได้รับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การเคยได้รับสัมผัสผู้ป่วยหรือผู้ที่มีความเสี่ยงสูงและการได้รับวัคซีน คำถามเป็นคำถามปลายปิด จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 มีลักษณะเป็นคำถามแบบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ จำนวนทั้งหมด 17 ข้อ แบ่งคะแนนความรู้เป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971)⁹ ได้แก่ ระดับดีมาก (มีคะแนนมากกว่าเท่ากับร้อยละ 80) ระดับดีปานกลาง (มีคะแนนร้อยละ 60 - น้อยกว่าร้อยละ 80) และระดับดีน้อย (มีคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60)

ส่วนที่ 3 ความตระหนักเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 มีลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) จำนวน 14 ข้อ แบ่งระดับความตระหนักเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ เบสท์ (Best, 1977)¹⁰ ได้แก่ ระดับดีมาก (ระหว่าง 52-70 คะแนน) ระดับดีปานกลาง (ระหว่าง 33-50 คะแนน) และระดับดีน้อย (ระหว่าง 14-30 คะแนน)

ส่วนที่ 4 การรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 มีลักษณะคำถามแบบให้เลือกตอบ 2 ระดับ ได้แก่ รับรู้และไม่รับรู้ จำนวน 9 ข้อ แบ่งระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ เบสท์ (Best, 1977)¹⁰ ได้แก่ ระดับดีมาก (ระหว่าง 7-9 คะแนน) ระดับดีปานกลาง (ระหว่าง 4-6 คะแนน) และ ระดับดีน้อย (ระหว่าง 0-3 คะแนน)

ส่วนที่ 5 การเคยได้รับข้อมูลข่าวสาร มีลักษณะคำถามแบบให้เลือกตอบ 2 ระดับ ได้แก่ เคยและไม่เคย จำนวน 12 ข้อ แบ่งระดับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ เบสท์ (Best, 1977)¹⁰ ได้แก่ ระดับดีมาก (ระหว่าง 9-12 คะแนน) ระดับดีปานกลาง (ระหว่าง 5-8 คะแนน) และระดับดีน้อย (ระหว่าง 0-4 คะแนน)

ส่วนที่ 6 การป้องกันโรคโควิด-19 มีลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย จำนวน 20 ข้อ แบ่งระดับการป้องกันโรคโควิด-19 ตามเกณฑ์ของ เบสท์ (Best, 1977)¹⁰ แบ่งระดับการป้องกันโรคโควิด-19 เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับดีมาก (ระหว่าง 28-40 คะแนน) ระดับดีปานกลาง (ระหว่าง 15 - 27 คะแนน) และระดับดีน้อย (ระหว่าง 0- 14 คะแนน)

การสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence : IOC) มากกว่า 0.5 ขึ้นไปทุกข้อ นำเครื่องมือไปทำการทดสอบ (Try Out) กับกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ค่าความยากง่ายที่วัดความรู้ เท่ากับ 0.31-0.63 และค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.24-0.59 และนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ แบบทดสอบความรู้ใช้ KR-20 สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.885

และแบบสอบถามด้านความตระหนัก การรับรู้โอกาสเสี่ยง การเคยได้รับข้อมูลข่าวสาร และการป้องกันโรคโควิด-19 มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของ Cronbach (Cronbach's Alpha Coefficient) = 0.762, 0.907, 0.865 และ 0.835 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมในช่วงเดือน ธันวาคม 2565 ถึง มีนาคม 2566 โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ โดยประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินการขอเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ การดำเนินโครงการให้กับหน่วยงานและผู้ช่วยนักวิจัยทราบ จากนั้นดำเนินการประชาสัมพันธ์เพื่อขออาสาสมัครในการเข้าร่วมวิจัยตามจำนวนที่คำนวณไว้

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์อิทธิพลที่มีผลต่อการป้องกันโรคโควิด-19 โดยใช้การวิเคราะห์ Stepwise Multiple Linear Regression Analysis ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยบูรพา เลขใบรับรองหมายเลขสำคัญของโครงการ HSO79/2565 ลงวันที่ 13 ธันวาคม 2565

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.40 มีอายุเฉลี่ย 20.45 ± 1.31 ปี กำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 44.20 และไม่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 55.50 และได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 94.80 อย่างน้อย 3 เข็ม ร้อยละ 46.97 ดังตารางที่ 1 โดยกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความตระหนัก การรับรู้โอกาสเสี่ยง การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดีมาก

ปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันโรคโควิด-19 หลังการระบาดใหญ่สู่การเป็นโรคประจำถิ่นของ นิสิตวิทยาศาสตร์สุขภาพ ผลการศึกษาโดยทดสอบ ข้อตกลงเบื้องต้นก่อนใช้สถิติการถดถอยพหุคูณ แบบขั้นตอนจากการทดสอบค่าความคลาดเคลื่อน (e) มีการแจกแจงแบบปกติ พบว่า ไม่มีตัวแปรใดที่มีความสัมพันธ์กันสูงเกินกว่า 0.85 และสร้าง สมการทำนายการป้องกันโรคโควิด-19 โดยตัวแปร การเคยได้รับข้อมูลข่าวสาร และความตระหนัก มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการป้องกันโรคโควิด-19 และ สามารถร่วมกันทำนายการป้องกันโรค

โควิด-19 ได้ร้อยละ 4.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($R^2_{\text{adjust}} = 0.045$, p-value < 0.001) ดังตารางที่ 3 และสามารถสร้างสมการ ได้ดังนี้

สมการในรูปคะแนนดิบ $BEH = 19.653 + 0.547 (NEWS) + 0.107 (AWN)$

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน $Z' (BEH) = 0.200 Z' (NEWS) + 0.119 Z' (AWN)$

เมื่อ BEH = การป้องกันโรคโควิด-19

$NEWS$ = การเคยได้รับข้อมูลข่าวสาร

AWN = ความตระหนัก

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=330)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	229	69.40
ชาย	66	20.00
LGBTQ	27	8.20
ไม่ระบุ	8	2.40
กำลังศึกษาอยู่คณะ		
คณะสหเวชศาสตร์	107	32.40
คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา	62	18.80
คณะพยาบาลศาสตร์	60	18.20
คณะสาธารณสุขศาสตร์	51	15.50
คณะเภสัชศาสตร์	35	10.60
คณะแพทยศาสตร์	15	4.50
ชั้นปีที่กำลังศึกษาอยู่		
ชั้นปีที่ 1	70	21.20
ชั้นปีที่ 2	146	44.20
ชั้นปีที่ 3	71	21.50
ชั้นปีที่ 4	43	13.00
การเคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		
ไม่เคย	183	55.50
เคย	147	44.50

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=330) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		
เคย	313	94.80
ไม่เคย	17	5.20
ท่านได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน		
1 เข็ม	7	2.12
2 เข็ม	115	34.85
3 เข็ม	155	46.97
4 เข็ม	48	14.55
มากกว่า 4 เข็ม	5	1.52

ตารางที่ 2 ระดับความรู้ ความตระหนัก การรับรู้โอกาสเสี่ยง การเคยได้รับข้อมูลข่าวสารและการป้องกันโรคโควิด-19 ของนิสิตวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา (n=330)

ระดับตัวแปร	ร้อยละ/คะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความรู้			
ระดับดีมาก	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	259	78.50
ระดับดีปานกลาง	ร้อยละ 60 - น้อยกว่าร้อยละ 80	67	20.30
ระดับดีน้อย	น้อยกว่า ร้อยละ 60	4	1.20
ค่าเฉลี่ย = 14.58, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.50, คะแนนเต็ม = 17, ค่าต่ำสุด = 9, ค่าสูงสุด = 17			
ความตระหนัก			
ระดับดีมาก	ระหว่าง 52-70 คะแนน	217	65.80
ระดับดีปานกลาง	ระหว่าง 33-51 คะแนน	113	34.20
ค่าเฉลี่ย = 53.60, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 5.54, คะแนนเต็ม = 70, ค่าต่ำสุด = 41, ค่าสูงสุด = 67			
การรับรู้โอกาสเสี่ยง			
ระดับดีมาก	ระหว่าง 7-9 คะแนน	322	97.60
ระดับดีปานกลาง	ระหว่าง 4-6 คะแนน	8	2.40
ค่าเฉลี่ย = 8.55, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.77, คะแนนเต็ม = 9, ค่าต่ำสุด = 5, ค่าสูงสุด = 9			

ตารางที่ 2 ระดับความรู้ ความตระหนัก การรับรู้โอกาสเสี่ยง การเคยได้รับข้อมูลข่าวสารและการป้องกันโรคโควิด-19 ของนิสิตวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา (n=330) (ต่อ)

ระดับของตัวแปร	ร้อยละ/คะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การเคยได้รับข้อมูลข่าวสาร			
ระดับดีมาก	ระหว่าง 9-12 คะแนน	264	80.00
ระดับดีปานกลาง	ระหว่าง 4-6 คะแนน	64	19.40
ระดับดีน้อย	ระหว่าง 0-3 คะแนน	2	0.60
ค่าเฉลี่ย = 9.83, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.82, คะแนนเต็ม = 12, ค่าต่ำสุด = 3, ค่าสูงสุด = 12			
การป้องกันโรคโควิด-19			
ระดับดีมาก	ระหว่าง 28-40 คะแนน	248	75.20
ระดับดีปานกลาง	ระหว่าง 14 - 27 คะแนน	82	24.80
ค่าเฉลี่ย = 30.80, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 5.00, คะแนนเต็ม = 40, ค่าต่ำสุด = 18, ค่าสูงสุด = 40			

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของตัวแปรที่มีผลต่อการป้องกันโรคโควิด-19

ตัวแปรทำนาย	B	S.E.	Beta	t	p-value
การเคยได้รับข้อมูลข่าวสาร	0.547	0.148	0.200	3.699	0.001
ความตระหนัก	0.107	0.049	0.119	2.207	0.028
ค่าคงที่ 19.653, F=8.758, R=0.225, R ² =0.051, R ² _{adj} =0.045					

การอภิปรายผล

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 เป็นเข็มกระตุ้น อย่างน้อย 3 เข็ม เนื่องจากนิสิตเหล่านี้มีความเสี่ยงมากกว่านิสิตกลุ่มอื่น ๆ ในมหาวิทยาลัย โดยความเสี่ยงจากการฝึกงานหรือฝึกทักษะการปฏิบัติในสถานที่จริง จึงทำให้มีโอกาสพบผู้ป่วยหรือได้สัมผัสหรือใกล้ชิดกับผู้ป่วยด้วยบทบาทหน้าที่ในวิชาชีพ จึงทำให้ตระหนักและเห็นความสำคัญของการฉีดวัคซีนตามช่วงระยะเวลาที่ทางรัฐบาลกำหนดเพื่อป้องกันตนเองและลดความรุนแรงของโรค โดยเชื่อว่าวัคซีนมีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคได้ดี ระหว่างร้อยละ 60-98 และหากมีการฉีดกระตุ้นจะช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกันช่วยป้องกันป่วยรุนแรง และเสียชีวิตได้¹¹⁻¹²

2. ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค COVID-19 พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับดี

มากถึงเกือบร้อยละ 80 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นนิสิตที่กำลังศึกษาอยู่ในสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ ทำให้มีองค์ความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การป้องกันและควบคุมโรคเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ดี และตลอดระยะเวลาที่มีการระบาดของโรคประชาชนคนไทยจะได้รับข้อมูลข่าวสารจากศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 ที่ได้ให้ข้อมูลข่าวสารในทุกช่องทางไม่ว่าจะเป็นโทรทัศน์ วิทยุ สื่อออนไลน์ หรือแพลตฟอร์มต่าง ๆ รวมถึงการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารในชุมชนจาก อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุคลากรทางการแพทย์ แม้กระทั่งผู้ที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้ที่เป็นกลุ่มสัมผัสเสี่ยงสูง พ่อแม่หรือญาติพี่น้อง/เพื่อน หรือการเรียนในชั้นเรียนซึ่งมีผลต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสารได้ดี ดังนั้นจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เรียนในสายวิชาชีพนี้มีความรู้ในบริบทการเกิดโรคและการป้องกันโรคเป็นอย่างดี¹³⁻²⁰

3. ความตระหนักเกี่ยวกับการป้องกันโรค COVID-19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความตระหนักอยู่ในระดับดีมาก เป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นนิสิตที่กำลังศึกษาอยู่ในสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ มีความรู้ในระดับดีมากจึงทำให้มีความตระหนักดีตามไปด้วย¹³ ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างจากการศึกษารุ่นนี้จะมีความตระหนักอยู่ในระดับที่ดี แต่เป็นที่น่าสังเกตว่ามีบางประเด็น เช่น มีกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 52.1 ที่เห็นด้วยว่า การล้างมือบ่อย ๆ ด้วยน้ำเปล่า ช่วยป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และ ร้อยละ 32.4 การใส่หน้ากากอนามัย ทำให้เปลืองเงินและหายใจไม่สะดวก ร้อยละ 19.7 การกินร้อนและการใช้ช้อนกลางเป็นเรื่องที่ยุ่งยากและเสียเวลา และร้อยละ 15.8 หน้ากากอนามัยที่ใช้งานแล้วสามารถนำกลับมาใช้ได้ใหม่นั้น ในประเด็นต่าง ๆ ที่ยังมีกลุ่มตัวอย่างเข้าใจหรือมีความคิดเห็นที่ยังมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส สถาบันการศึกษาควรมีการรณรงค์ในประเด็นต่าง ๆ อย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้เกิดความเข้าใจและการปฏิบัติที่ถูกต้อง

4. การรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับการป้องกันโรค COVID-19 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก โดยมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงมากที่สุด คือ การดื่มน้ำหรือเครื่องดื่มแก้วเดียวกันกับผู้ป่วยหรือผู้สัมผัสเสี่ยงสูงมีโอกาสได้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งนี้เนื่องจากในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรค กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขมีสื่อประชาสัมพันธ์หลายช่องทางรณรงค์ให้กินร้อนช้อนกลางและกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการดื่มน้ำแก้วเดียวกันสามารถติดโรคทางน้ำลายได้ สอดคล้องกับการศึกษาของนารัมมะห์ แวปูเตะ และคณะ⁶

5. การป้องกันโรค COVID-19 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการป้องกันโรคอยู่ในระดับดีมาก ทั้งนี้เนื่องมาจากการมีระดับความรู้และระดับความตระหนักที่ดีมากเช่นกัน ตามหลักการแบบจำลอง KAP ของ Schwartz (1975 อ้างถึงใน ภัทรชา เป้ยนาค, 2561)¹⁸ ที่ได้สรุปรูปแบบพฤติกรรมไว้ว่า เจตคติหรือทัศนคติเป็นตัวกลางที่ทำให้เกิดความรู้และการปฏิบัติ ซึ่งความรู้จึงมีความสัมพันธ์กับเจตคติ

และเจตคติมีผลต่อพฤติกรรม โดยความรู้เป็นข้อมูลที่จะทำให้บุคคลมีความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องราวต่าง ๆ ดังนั้น ความรู้จึงเป็นพื้นฐานของพฤติกรรมรวมไปถึงพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้วยเช่นกัน^{4,7,13-15}

6. ความตระหนัก และการเคยได้รับข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์และสามารถร่วมทำนายการป้องกันโรค COVID-19 ของนิสิตวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้ร้อยละ 4.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากในปัจจุบันเทคโนโลยีที่ทันสมัยและพัฒนาไปอย่างรวดเร็ว การศึกษาหาความรู้ การติดต่อสื่อสารระหว่างกันได้ทุกที่ ทุกเวลา ติดต่อกันได้ง่าย และสะดวกรวดเร็ว ดังนั้น จึงส่งผลต่อการกระจายข่าวสารหรือสื่อความรู้ต่าง ๆ สามารถทำได้ง่ายและทั่วถึงในกลุ่มคนทุกเพศทุกวัย ฉะนั้นเมื่อบุคคลได้รับข่าวสารเกี่ยวกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ที่มีความรุนแรงและแพร่ระบาดไปทั่วโลก รวมไปถึงมีการแพร่ระบาดในประเทศไทย ถึงแม้จะรัฐบาลจะประกาศเป็นโรคประจำถิ่นแล้วก็ตาม ทำให้บุคคลยังให้ความสนใจถึงสถานการณ์ความรุนแรง และตระหนักเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 ซึ่งส่งผลต่อการป้องกันโรคโควิด-19^{2,19-22}

ข้อเสนอแนะ

1. ความตระหนักเกี่ยวกับการป้องกัน การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อพฤติกรรม การป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนั้น ผลการศึกษานี้มีความสำคัญในการพัฒนาแนวทางในการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้สื่อออนไลน์ หรือโซเชียลมีเดีย เช่น Facebook, YouTube, Line เป็นต้น

2. สามารถนำปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปกำหนดเป็นแนวปฏิบัติสำหรับการสร้างโปรแกรม สุขศึกษาเพื่อกระตุ้นให้วัยรุ่น และประชาชนมีความตระหนักและระมัดระวังในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะสาธารณสุขศาสตรมหาวิทยาลัยบูรพาที่ได้ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยจากงบประมาณเงินรายได้ ประจำปี พ.ศ. 2565 เลขที่สัญญา 01/2565

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. สถานการณ์ผู้ติดเชื้อ COVID-19 อัปเดตรายวัน [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค; 2564 [เข้าถึง เมื่อ 29 ธันวาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://covid19.ddc.moph.go.th>
2. นกสิทธิ์ ศักดาพัฒน์. ปัจจัยเชิงเหตุแบบบูรณาการทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกำหนัดป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาของนักศึกษาระดับปริญญาตรี. วารสารพฤติกรรมศาสตร์. 2564; 27(2): 39-62.
3. ศูนย์ข้อมูลโควิด-19 กรมประชาสัมพันธ์. การแบ่งโควิดเป็นโรคประจำถิ่น [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมประชาสัมพันธ์; 2565. [เข้าถึงเมื่อ 25 ธ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.facebook.com/informationcovid19/?locale=th_TH
4. บงกช โมระสกุล, พรศิริ พันธสี. ความรู้และพฤติกรรมกำหนัดป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา และวิทยาลัยเซนต์หลุยส์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2564; 15(37): 179-95.
5. ทายาวีร์ จันทรวินวัฒน์, แสงนภา บาร์มี. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกำหนัดป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2566; 29(2): 1-15.
6. นาริมะห์ แวปูเตะ, คันธมาพันธ์ กาญจนภูมิ, กัลยา ต้นสกุล. พฤติกรรมกำหนัดป้องกันโรคจากไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน. 2564; 3(2): 31-39.
7. เสถียร เชื้อลี, รับขวัญ เชื้อลี, คณัฐวุฒิ หลวงเทพ. ความรู้และพฤติกรรมกำหนัดปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 (COVID-19) ของนักศึกษา : กรณีศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขในจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10. 2565; 20(1): 49-62.
8. Daniel WW. Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. 6th ed. New York: Wiley; 1995.
9. Bloom BS, Hastings JT, Madaus, GF. Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill Company; 1971.
10. Best JW. Research in Education. 3rd ed. Engelwood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc.; 1977.
11. รัฐบาลไทย. สถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: รัฐบาลไทย; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 ต.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://www.thaigov.go.th/news/contents/details/52281>
12. สุมลรัตน์ ขนอม, เฉลียว ผจญภัย. ประสิทธิภาพของวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในการป้องกันการติดเชื้อ และภาวะปอดอักเสบจากการติดเชื้อของอำเภอยะหมะคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารสาธารณสุขสุขภาพและการศึกษา. 2566; 3(1): 47-54.
13. พัสกร งามอาจ, รัชฎาภรณ์ อึ้งเจริญ. พฤติกรรมกำหนัดป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19:กรณีศึกษานิสิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร. วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข. 2564; 7(1): 87-102.

14. ณัฐริกา พร้อมพูน, กฤชณิ เหลือง, วรางคณา คงสวัสดิ์, กฤติญา เสงี่ยม, ภูษณิศ มีนาเขตร. ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคโควิด-19 และพฤติกรรมสุขภาพแบบชีวิตวิถีใหม่ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. วารสารสุขภาพและการพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2565; 1(1): 16-27.
15. มยุรา เรืองเสรี. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และความรู้กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2565; 40(2): 124-33.
16. ดรุณชนก พันธุ์สุมา, พงษ์สิทธิ์ บุญรักษา. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 ของประชาชนในตำบลปรุใหญ่ อำเภอมะนัง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารศรีนครินทร์เวชสาร. 2564; 36(5): 597-604.
17. รวิวิ ถิ่นปรีเปรม, อุมารัตน์ ศิริจุญวงศ์, วาสนา ศีलगาม. ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. การประชุมวิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 8 “งานวิชาการรับใช้สังคม” วันที่ 25 มิถุนายน 2564; ณ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ. สมุทรปราการ: มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
18. ภัทรชา แป้นนาค. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 3 อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์การกีฬา]. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
19. ปฐมาภรณ์ อุดานนท์, พเยาวดี แอบไธสง, บารเมษฐ์ ภิราล้า. การรับรู้ข่าวสารและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 หลังการเปลี่ยนผ่านเป็นโรคประจำถิ่นของประชาชนในจังหวัดนครพนม. วารสารวิจัยและพัฒนา นวัตกรรมทางสุขภาพ. 2566; 4(1): 127-38.
20. อภิวดี อินทเจริญ, คันธมาทน์ กาญจนภูมิ, กัลยา ต้นสกุล, สุวรรณ ปัตตะพัฒน์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลา. วารสารการสาธารณสุขชุมชน. 2564; 3(2): 19-30.
21. กัมปนาท โคตรพันธ์, นิยม จันทน์วล. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในจังหวัดมุกดาหาร. การประชุมวิชาการ มอ.บ.วิจัย ครั้งที่ 16 ภายใต้หัวข้อ “Research and Innovation for SDGs in the Next Normal”. วันที่ 11-12 กรกฎาคม 2565; ณ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อำเภอมะนัง จังหวัดอุบลราชธานี. อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
22. Poonaklom P, Rungram V, Abthaisong P, Piralam B. Factors Associated with Preventive Behaviors towards Coronavirus Disease (COVID-19) among Adults in Kalasin Province, Thailand. OSIR. 2020; 13(3): 78-89.

ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ในตำบลช้างเผือก อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

ประทีป กาลเข้¹, ชนาภา จันสุระ², วไลวิกา สระทองบ้อง², เบญญาภา กาลเข้³

(วันที่รับบทความ: 2 กันยายน 2567; วันที่แก้ไข: 20 ตุลาคม 2567; วันที่ตอบรับ: 23 พฤศจิกายน 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ตัวอย่าง คือผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง จำนวน 122 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และความรู้ด้านสุขภาพ ได้ค่าแอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.78 และ เท่ากับ 0.95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

ผลการศึกษา พบว่า ตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.44$, S.D. = 0.47) ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.32$, S.D. = 0.58) และความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.500$; $p\text{-value} < 0.001$)

ข้อเสนอแนะ เจ้าหน้าที่หรือบุคลากรทางสาธารณสุขและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพ ควรจัดอบรมให้ความรู้หรือให้สุศึกษาแก่ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังให้มีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมอย่างต่อเนื่องและมีการส่งเสริมการปฏิบัติตัวและพฤติกรรมที่เหมาะสมให้กับผู้สูงอายุและสอดแทรกนวัตกรรม เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพัฒนาการทางด้านสมองที่ดีขึ้น ต่อไป

คำสำคัญ : ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม, พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, โรคเรื้อรัง

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: prateep@scphkk.ac.th

² นักศึกษา, หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาสาธารณสุขชุมชน, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: chanapha01221@gmail.com, wanwika0808a@gmail.com

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: benyapa@scphkk.ac.th

Corresponding author: เบญญาภา กาลเข้, E-mail: benyapa@scphkk.ac.th

Health Literacy on Dementia and Health-Promoting Behaviors among Elderly Individuals with Chronic Diseases in Chang Phueak Subdistrict, Suwannaphum District, Roi Et Province

Prateep Kankhwao¹, Chanapha Jansura², Wanwika Srathongbong², Benyapa Kankhwao³

(Received: 2nd September 2024; Revised: 20th October 2024; Accepted: 23rd November 2024)

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to study Health literacy about dementia, health promoting behaviors of the elderly with chronic diseases and the relationship between health literacy about dementia and health promoting behaviors among older adults with chronic diseases. The sample were 122 elderly with chronic diseases and selected by using cluster sampling. The health literacy about dementia and health promoting questionnaire were tested for reliability by using Cronbach's alpha coefficient, and its reliability were 0.78 and 0.95, respectively. The data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, minimum, maximum and Spearman's correlation coefficient.

The results revealed that the sample had overall health promoting behaviors at a moderate level ($\bar{X}$ = 3.44, S.D. = 0.47). ($\bar{X}$ = 3.32, S.D. = 0.58) and dementia cognition were moderately positively correlated with Health promoting behaviors of older adults with chronic diseases with statistical significance. (r_s = 0.500; p-value < 0.001)

Recommendations: healthcare personnel, public health staff, and relevant stakeholders in health promotion should continuously provide training, knowledge, and health education to elderly individuals with chronic diseases to develop their health literacy regarding dementia. Furthermore, they should promote appropriate self-care practices and behaviors among the elderly while incorporating innovations to enhance their cognitive development.

Keywords: Health literacy about dementia, Health promoting behaviors, The elderly, Chronic diseases

¹ Assis. Prof., Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, E-mail: prateep@scphkk.ac.th

² Student, Bachelor in Community of Public Health, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, E-mail: chanapha01221@gmail.com, wanwika0808a@gmail.com

³ Assis. Prof., Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, E-mail: benyapa@scphkk.ac.th

Corresponding author: Benyapa Kankhwao, E-mail: benyapa@scphkk.ac.th

บทนำ

ความก้าวหน้าทางวิทยาการด้านการแพทย์ และสาธารณสุขได้ส่งผลให้ประชากรทั่วโลกมีอายุยืนยาวมากขึ้น โดยมีอัตราการเสียชีวิตที่ต่ำลง ในทางตรงกันข้าม อัตราการเกิดของทารกกลับมีแนวโน้มลดลง¹ ซึ่งประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์เมื่อปี 2564 และจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอดในปี พ.ศ. 2578²

เมื่อสังคมผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น โครงสร้างของประชากรมีแนวโน้มสูงขึ้น ทำให้เกิดปรากฏการณ์การเปลี่ยนผ่านด้านภาวะสุขภาพจากการ “เกิดโรค” เป็นการ “เสื่อมสภาพ” ของร่างกายตามวัย และโรคไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรังมากขึ้น โรคเรื้อรังที่มีอัตราการเกิดสูงและก่อให้เกิดความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมประกอบด้วย 1) โรคเบาหวาน 2) โรคความดันโลหิตสูง³ 3) โรคหลอดเลือดสมอง และโรคสมองเสื่อมจะทำให้มีความบกพร่องในการทำงาน มีบางอย่างผิดปกติไป เช่น ความจำลดลง ความสามารถในการใช้ความคิด การใช้ภาษา การเรียบเรียงคำพูด การจัดลำดับเรื่องของทิศทางสูญเสียไป⁴

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นกลุ่มอาการที่มีการสูญเสียหน้าที่การทำงานของสมอง ทำให้ความสามารถของบุคคลลดลง ความจำเสื่อม ไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ได้ มีบุคลิกภาพและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป มีความผิดปกติในการใช้ภาษา การคำนวณ ความเข้าใจ และความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ภาวะสมองเสื่อมสามารถเกิดขึ้นได้กับคนทุกเพศทุกวัย โดยส่วนใหญ่มักพบในผู้สูงอายุ⁵ ประเทศไทยมีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 12.4 พบมากในเพศหญิง และโอกาสการป่วยผันแปรตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยในช่วงอายุระหว่าง 60 ถึง 69 ปี มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 7.1 ในขณะที่มีผู้สูงอายุระหว่าง 70 ถึง 79 ปี และ อายุ 80 ปีขึ้นไป มีภาวะสมองเสื่อม 14.7 และ 32.5 ตามลำดับ⁶ ซึ่งการเสื่อมของสมองในผู้สูงอายุดังกล่าว จะส่งผลให้เกิดความบกพร่อง

ในการทำกิจกรรมประจำวัน เช่น สัมรับประทานอาหารหรือทานยา ทำให้เสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร โรคต่าง ๆ และอุบัติเหตุ เช่น การหกล้มและการบาดเจ็บ นอกจากนี้ การเสื่อมของสมองอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาทางด้านการเคลื่อนไหวหรือมีพฤติกรรมซ้ำ ๆ⁷ และทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสับสน ไม่สามารถจดจำสิ่งที่เกิดขึ้นใหม่ ๆ และอาจเกิดอารมณ์ที่แปรปรวน เช่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพจิตของทั้งตัวผู้สูงอายุและคนในครอบครัว⁸

จากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ซึ่งเป็นกระบวนการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วยแบบจำลอง V-shape มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึง การเข้าใจ การตอบโต้ซักถามและแลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การเปลี่ยนพฤติกรรมและการบอกต่อ เกี่ยวกับข้อมูลและบริการด้านสุขภาพเป็นทักษะใหม่ที่สำคัญและจำเป็นในการสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ส่งเสริมให้มีการพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคล เพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างยั่งยืน⁷ หากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการเรียนรู้ จดจำจากสภาวะแวดล้อมทางสังคม การสื่อสาร และการศึกษาวัฒนธรรม ย่อมจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงรักษาสุขภาพ มีสุขภาพที่ดี⁸ และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า ผลการศึกษามีความแตกต่างกันในบริบทของแต่ละพื้นที่โดยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางถึงระดับดี⁹ ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้ด้านสุขภาพสูงมักมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี^{10, 11}

กลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค ในตำบลช้างเผือก อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ที่ยังไม่ปรากฏเห็นและ

ไม่มีข้อมูลวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ดังนั้นจากข้อมูลและเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในบ้านเปลือยใหญ่และบ้านคำพรินทร์ ตำบลช้างเผือก อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด รวมทั้งเพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและ

ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล

1. เพศ
2. อายุ
3. สถานภาพสมรส
4. ระดับการศึกษา
5. อาชีพ
6. คนดูแลในภาวะเจ็บป่วย
7. การมีหน้าที่ดูแลลูกหลาน
8. โรคประจำตัวหรืออาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม

1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ
2. การเข้าใจข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ
3. การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ
4. การตัดสินใจด้านสุขภาพ
5. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง
6. การบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

1. การออกกำลังกาย
2. โภชนาการ
3. การจัดการความเครียด
4. อุบัติเหตุและการรักษาความปลอดภัย
5. แอลกอฮอล์และสารเสพติด
6. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง หมายถึง บุคคลที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในตำบลช้างเผือก อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งมีภาวะหรือโรคที่คงอยู่เป็นเวลานานและอาจจะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคปอดเรื้อรัง โรคข้ออักเสบ และโรคหลอดเลือดสมอง โรคเหล่านี้มักจะ

ต้องการการดูแลและการรักษาต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการและป้องกันการลุกลามของโรค

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะหรือความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ เข้าใจข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ โต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ สามารถตัดสินใจด้านสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และบอกต่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกในภาวะที่ร่างกายปกติแต่ต้องการให้สมบูรณ์มากขึ้นด้วยการออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ ครบถ้วน ตามหลักโภชนาการ การขจัดความเครียด การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและการรักษาความปลอดภัย การหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด และการมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีโรคเรื้อรัง ในตำบลช้างเผือก อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 396 คน กลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร กรณีประชากรมีขนาดเล็กของอรุณจิรวรรณกุล¹² ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 122 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster sampling)

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

- 1) เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีโรคเรื้อรัง ที่อาศัยอยู่ในตำบลช้างเผือก อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด
- 2) สามารถอ่านออกเขียนได้
- 3) ไม่พิการทางการได้ยินและสามารถสื่อสารได้อย่างชัดเจน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ไม่สามารถให้ข้อมูลได้อย่างครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้จากการศึกษางานวิจัย เอกสารและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และพัฒนาตามกรอบแนวคิดการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว คนดูแลในภาวะเจ็บป่วย และการมี

หน้าที่ดูแลหลาน ซึ่งคำถามมีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) โดยมีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ คือ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) น้อยที่สุด (1 คะแนน) จำนวน 36 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

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

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) โดยมีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง (5 คะแนน) ปฏิบัติเป็นประจำ (4 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัตินานๆครั้ง (2 คะแนน) ไม่เคยปฏิบัติ (1 คะแนน) จำนวน 17 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติทุกครั้ง	5 คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	4 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	3 คะแนน
ปฏิบัตินานๆครั้ง	2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	1 คะแนน

สำหรับการแปลผลระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การหาค่าเฉลี่ย โดยคำนวณหาช่องกว้างระหว่างชั้น ได้ดังนี้ Best¹³

$$\begin{aligned} \text{ช่องกว้างระหว่างชั้น} &= \frac{\text{พิสัย}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= 5 - 1 / 3 \\ &= 4 / 3 \\ &= 1.33 \end{aligned}$$

เกณฑ์การแปลผลระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง ระดับไม่ดี
 คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66 หมายถึง ระดับปานกลาง
 คะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00 หมายถึง ระดับดี

คุณภาพเครื่องมือ

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

2. ค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้วิธีการตรวจสอบด้วยการหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.78 และ 0.95 ตามลำดับ

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

สถิติเชิงอนุมาน ใช้ Spearman's rank correlation เนื่องจากข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ HE652065 ลงวันที่ 7 ตุลาคม พ.ศ. 2565

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.49 อายุเฉลี่ย 72.18 ปี (S.D. = 7.43)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลผลตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ในตำบลช้างเผือก อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด รายด้านในภาพรวม (n=122)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
1. ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	2.79	0.74	ปานกลาง
2. ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	3.33	0.69	ปานกลาง
3. ด้านการโต้ตอบ ชักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ	3.33	0.69	ปานกลาง

อยู่ในช่วงอายุ 70 ปี ถึง อายุ 79 ปี ร้อยละ 45.90 มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 81.97 มีผู้ดูแลในภาวะเจ็บป่วยเป็นลูก/หลาน ร้อยละ 81.15 และกลุ่มที่ศึกษาไม่มีหน้าที่ดูแลลูกหลาน ร้อยละ 58.20

2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมีระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.30 พิจารณารายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี ซึ่งประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดอยู่ในระดับดี คือ ประเด็นเกี่ยวกับการมองดูรถก่อนที่จะข้ามถนน ($\bar{X}$ = 4.63, S.D. = 0.90) ส่วนประเด็นคำถามที่มีค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมน้อยที่สุด อยู่ในระดับไม่ดี คือ การสวมใส่รองเท้าหุ้มส้นขณะเดิน ($\bar{X}$ = 2.19, S.D. = 1.19)

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.32, S.D. = 0.58) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้น ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองที่อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 3.72, S.D. = 0.67) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ โดยมี ($\bar{X}$ = 2.79, S.D. = 0.74) (ดังตารางที่ 1)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
4. ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ	3.43	0.69	ปานกลาง
5. ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง	3.72	0.67	ดี
6. การบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ	3.33	0.82	ปานกลาง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.32$, S.D. = 0.58)

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Spearman (r_s) ของตัวแปรความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ตัวแปร	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Spearman (r_s)	P-value
ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม	0.500	<0.001

กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.500$; p-value < 0.001) (ดังตารางที่ 2)

การอภิปรายผล

1. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง ด้วยอายุที่มากขึ้นอาจเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุมีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ส่งผลให้ความสามารถเกี่ยวกับความคิด ความเข้าใจ หรือการจดจำสิ่งใหม่ลดลง ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุในวัยนี้มีความสามารถในการใช้เทคโนโลยีน้อยกว่ากลุ่มวัยอื่นๆ เช่น วัยรุ่น วัยทำงาน จึงทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ยาก รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น การได้ยิน และการมองเห็นที่ลดลงไปจากเดิม อาจส่งผลให้ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลทางด้านสุขภาพลดลง ซึ่งสอดคล้องกับ เยาวลักษณ์ มีบุญมาก และ

คณะ¹⁴ ที่พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และแตกต่างกับการศึกษาของ ยุทธการ ประพากรณ์ และคณะ¹⁵ ที่พบว่าผู้สูงอายุเกษียณมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ อาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุเกษียณมีโอกาสนในการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพน้อยกว่าผู้สูงอายุทั่วไป เนื่องจากแหล่งที่อยู่อาศัยมีความห่างไกลจากความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี จึงส่งผลต่อทักษะการเรียนรู้ทางสติปัญญาที่แตกต่างกัน จากแนวคิดของ Nutbeam¹⁶ กล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นสมรรถนะของแต่ละบุคคล ทั้งทางด้านสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และใช้สารสนเทศด้านสุขภาพตามความต้องการ เพื่อส่งเสริม และรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น รวมทั้งการเพิ่มพูนความรู้และความเข้าใจปัจจัยที่กำหนดสุขภาพ การเปลี่ยนทัศนคติ และการจูงใจในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพได้

2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

จากการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุยังขาดความรู้หรือมีความรู้ที่ไม่ถูกต้อง ขาดการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ขาดความตระหนักในการ

ดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น ไม่สวมใส่รองเท้าหุ้มส้นขณะเดิน ไม่อบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกาย รวมทั้งไม่ให้ความสำคัญกับสุขภาพหรือผลกระทบที่จะตามมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภูงค์อินทร์ชัย และคณะ¹⁷ ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในอำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำมากที่สุด และสอดคล้องกับการศึกษาของ ยุทธการ ประพากรณ์ และคณะ¹⁵ ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเกษียณ พบว่า มีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง โดยเพนเดอร์(Pender)¹¹ ได้กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ที่มีผลโดยตรงต่อการเพิ่มระดับความสมบูรณ์ และการบรรลุเป้าหมายในชีวิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม นอกจากนี้ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคมีพื้นฐานในการมุ่งใจและจุดมุ่งหมายที่แตกต่างกัน ถ้าหากผู้สูงอายุมีความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเองซึ่งจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่เป็นภาระให้กับครอบครัว ชุมชน และสังคม อีกทั้งยังส่งผลให้มีอายุยืนยาวต่อไป

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับดีจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม โดยผู้สูงอายุจะต้องมีการเข้าถึง เข้าใจ สามารถเลือกใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพตนเองให้ดี จนนำไปสู่การตัดสินใจเปลี่ยนแปลงทัศนคติและเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติตนให้มีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมกับตนเองและ

สามารถบอกต่อในสิ่งที่ตนเองปฏิบัติให้กับผู้อื่นได้ ทำตามอย่างถูกต้อง เช่น หลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีคนสูบบุหรี่ รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง¹⁸ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงมักมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี¹⁹

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นจึงควรพัฒนาโปรแกรมให้ความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง โดยใช้สื่อและวิธีการที่เข้าใจง่าย มีการจัดตั้งคลินิกให้คำปรึกษาเฉพาะด้านภาวะสมองเสื่อมในสถานพยาบาล รวมทั้งสร้างระบบติดตามและประเมินความรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ระดับความรู้ ในแต่ละด้าน ดังนี้

1.1 ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ควรส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ เช่น จัดหาแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ไปแนะนำหรือไปให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุรายบุคคล รวมทั้งผู้ดูแลผู้สูงอายุ

1.2 ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ มีการให้ความรู้รายกลุ่มอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มความเข้าใจในข้อมูลอย่างถูกต้องโดยบุคลากรด้านการแพทย์ และสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รวมถึงการเผยแพร่ข้อมูลทางหอกระจายข่าว

1.3 ด้านการโต้ตอบ ชักถามเพื่อเพิ่มความเข้าใจ โดยการเปิดสายด่วนสุขภาพออนไลน์ เพื่อให้ข้อมูลข่าวสารสำหรับผู้สูงอายุ ลูกหลาน หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อรับทราบข้อมูลเพิ่มเติม

รวมไปถึงเจ้าหน้าที่ออกเยี่ยมหมู่บ้านให้การตอบโต้ซักถามแก่ผู้สูงอายุ

1.4 ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ ควรให้ลูกหลานหรือคนใกล้ชิดช่วยให้ข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อประกอบในการตัดสินใจของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับทางด้านสุขภาพ เช่น มีโฆษณาสินค้าด้านสุขภาพทางสื่อออนไลน์หรือสื่ออื่นๆ ก่อนที่ผู้สูงอายุจะปฏิบัติตามข้อมูลนั้นๆ

1.5 ด้านการบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้หรือประสบการณ์สุขภาพกับเพื่อนบ้าน ชักชวนให้เพื่อนบ้านดูแลสุขภาพตัวเองในทางที่เหมาะสม เช่น เสนอทางเลือกเพื่อสุขภาพที่ดีให้กับผู้อื่น ได้แก่ การไม่สูบบุหรี่ในที่สาธารณะ เพิ่มผัก ผลไม้ ลดรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม เป็นต้น

2. ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดี ดังนั้นควรสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรักษาพฤติกรรมที่ดีและอย่างต่อเนื่อง โดยจัดกิจกรรมที่ให้ความรู้และฝึกฝนการส่งเสริมสุขภาพ เช่น กิจกรรมออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย การดูแลอาหารและการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค รวมทั้งจัดให้มีโครงการชุมชนที่สนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพ ทั้งในรูปแบบของกลุ่มสนับสนุนหรือชมรมผู้สูงอายุ

3. ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ดังนั้น การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง โดยจัดโปรแกรมการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการจัดการกับโรคเรื้อรัง เช่น ให้ความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงและอาการเริ่มแรกของภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถตระหนักถึงอาการเบื้องต้นได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
2. ควรทำการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม

เอกสารอ้างอิง

1. วิมลรัตน์ บุญเสถียร, อรทัย เจริญทิพย์ยะสกุล.. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: สถานการณ์และ ผลกระทบต่อสุขภาพของสูงอายุ. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2563; 2(1): 1-19.
2. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559. นครปฐม: พรินเทอรี่ จำกัด; 2560.
3. อโนทัย ผลิตนันทเกียรติ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในตำบล บางหญ้าแพรก อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ. สมุทรปราการ: คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ; 2562.
4. ฤดีรัตน์ วัฒนวงศ์. โรคหลอดเลือดสมองภัยเงียบที่ทุกคนควรรู้จัก [อินเทอร์เน็ต]. 2561. [เข้าถึงเมื่อ 8 ส.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.phyathai.com/article_detail/2697/th/
5. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สมองเสื่อมมีสาเหตุมาจากโรคอัลไซเมอร์ [อินเทอร์เน็ต]. 2558. [เข้าถึงเมื่อ 29 ก.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaihealth.or.th/?p=259757>

6. สัมปอัย แสนเตปิน, จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ.
ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม
สุขภาพ เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมใน
ผู้สูงอายุเขตเทศบาลนครพิษณุโลก
จังหวัดพิษณุโลก. วารสารแพทยนาวิ.
2562; 46(3): 621-39.
7. ศิริรัตน์ รัชนิ. การศึกษาผลกระทบของ
ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีต่อการ
ดำเนินชีวิตประจำวัน. 2562; วารสาร
สุขภาพผู้สูงอายุ. 8(2), 57-65.
8. สุภาวดี จันทร์ศรี. การศึกษาภาวะซึมเศร้า
ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. วารสาร
สุขภาพจิต. 2561; 25(1): 33-41.
9. วิชระ เพ็งจันทร์, ชะนวนทอง
ธนสุกาญจน์. แนวคิดหลักการของ
องค์กรรอบรู้ด้าน สุขภาพ. สำนักงาน
โครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0
เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของ
ประชาชน; 2560.
10. คุณัสปรกรณ์ มัคคัปลานนท์, วรพนิต
ศุกระแพทย์, จิราภรณ์ เพียรประสิทธิ์,
ปณทรี พิภูลณี, ปราโมทย์ ถ่างกระโทก.
ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม
สร้าง เสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้า
ร่วมโรงเรียนผู้สูงอายุในชุมชน.
วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก.
2563; 31(2): 127-141.
11. Pender NJ. Health Promotion in
Nursing Practice. 3rd ed.
Connecticut: Appleton and
Lange; 1987.
12. อรุณ จิรวัฒน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์
สุขภาพเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์; 2556.
13. Best JW. Research in Education.
3rd ed. India. New Delhi: Prentice
Hall, Inc.; 1978.
14. เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, จิรียา อินทนา,
กรรณิการ์ กิจนพเกียรติ, เพ็ญมาศ
คำชนะ, นงนภัทร รุ่งเนย. ความรอบรู้
ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนกิ่ง
เมืองแห่งหนึ่งในจังหวัด ราชบุรี.
วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและ
การสาธารณสุขภาคใต้. 2562; 6(ฉบับ
พิเศษ): 129-14.
15. ยุทธการ ประพากรณ์, โรจน์ จินตนา
วัฒน์, และเดชา ทำดี. ความรอบรู้ด้าน
สุขภาพและ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ของผู้สูงอายุกะเหรี่ยง. พยาบาลสาร.
2562; 48(1): 67-79.
16. Nutbeam D. The evolving concept
of health literacy. Soc Sci Med.
2008; 67(12): 2072-8.
17. ฤชงค์ อินทร์ชัย, อภิเชษฐ์ จำเนียรสุข,
สมชาย ดุรงค์เดช, ปุณยณัฐ สนธิโพธิ์,
จุฑารัตน์ บรรดิจ, ชนาภัทร เอี่ยม
สะอาด. พฤติกรรมการดูแลตนเองของ
ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในอำเภอป่าโมก
จังหวัดอ่างทอง. วารสารกรมการแพทย์.
2561; 43(4): 100-4
18. กรรณิการ์ การีสรพร, พรทิพย์ มาลา
ธรรม, นุชนาฏ สุทธิ. ความสัมพันธ์
ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้
เกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิต
สูง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของ
ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง.
2562. รามาธิบดีพยาบาลสาร; 25(3):
280-95.
19. Zhang Y, Li X, Liu, Q. The role of
health literacy in improving
health-promoting behaviors
among elderly with chronic
illness. International Journal of
Public Health. 2018; 45(3): 205-15.

รูปแบบและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดชัยภูมิ

พรภัทรา แสนเหลา¹, ศรีงามลักษณ์ ศรีปวิศร², สุวารี ทวนวิเศษกุล², ปัญญ์กรินทร์ หอยรัตน์²

(วันที่รับบทความ: 12 มิถุนายน 2567; วันที่แก้ไข: 12 กรกฎาคม 2567; วันที่ตอบรับ: 29 สิงหาคม 2567)

บทคัดย่อ

รูปแบบงานวิจัยเป็นแบบผสมผสานเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ วัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 2) เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง อายุ 60 ปี ขึ้นไป ในพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 720 คน เครื่องมือวิจัย 1) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของ องค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย 2) แบบสัมภาษณ์ เกี่ยวกับรูปแบบและการดำเนินงาน ผู้ดูแล โรงเรียนผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิเคราะห์เชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยใช้สถิติ Pearson chi-square ผลการวิจัยพบว่า อาชีพและผู้ดูแลหลักมีความสัมพันธ์กับระดับกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) รายได้ การอยู่อาศัย โรคประจำตัว ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL index) และการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) ส่วนเพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับระดับกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นนโยบายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในทุกด้าน แต่มีการดำเนินงาน 2 ตำบล ซึ่ง 1 ตำบล เป็นการดำเนินการระยะเริ่มต้น การเบิกจ่ายงบประมาณยังไม่ชัดเจน ทำให้ขาดความต่อเนื่อง ส่วนบทบาทหน้าที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการทำงานแบบมีส่วนร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุและครอบครัว

ข้อเสนอแนะ: ควรมีการนโยบายส่งเสริมด้านสัมพันธ์ทางสังคมและทางด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งการสนับสนุนการทำงานของผู้ดูแล มีโรงเรียนผู้สูงอายุที่มีการดำเนินกิจกรรมที่ชัดเจนและต่อเนื่อง จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, รูปแบบ, ปัจจัย, คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์, ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ,

E-mail: pp_sanloa@hotmail.com

² อาจารย์, ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ, E-mail:

leela_swr@yahoo.com, wikornmatid@gmail.com, mam9pichayapa@gmail.com

Corresponding author: พรภัทรา แสนเหลา, Email: pp_sanloa@hotmail.com

A Study of Model to Improve the Quality of Life for the Elderly in Chaiyaphum Province

Pornphattra Sanloa¹, Sringamlak Sripawarisorn², Suwaree Tuanwisetkul², Pankarin Hoyrat²
(Received: 12nd June 2024; Revised: 12nd July 2024; Accepted: 29th August 2024)

Abstract

The research model is a combination of qualitative and quantitative. Objectives 1) To study the factors of personal characteristics that correlate with the quality of life of the elderly 2) To study the quality of life development patterns of the elderly Subject: Age 60 In Chaiyaphum province, 720 people Research tools 1) World Health Organization Quality of Life Test Form in Thai version 2) Interview form about the model and operation Caregivers The Gerontology School analyzed the data using descriptive analysis statistics by enumerating frequency, percentage, mean, standard deviation and finding the relationship of variables using the Pearson chi-square statistic.

The results showed that occupation and primary caregivers were statistically significantly related to the level and quality of life of the elderly ($P < 0.05$). ADL index and participation in health promotion activities were statistically significantly related to the quality of life of the elderly ($P < 0.01$). Gender, age, marital status, and education level are not related to the level and quality of life of the elderly. Models for improving the quality of life of the elderly The school for the elderly is a policy to improve the quality of life of the elderly in all aspects. 1 sub-district is an initial stage of operation, and the budget disbursement is still unclear. Most of the caregivers' roles and duties involve working with a multidisciplinary team to care for the elderly and their families.

Recommendation: There should be a policy to promote social and environmental relationships. There are senior schools where activities are clearly implemented. This will result in a better quality of life for the elderly.

Keywords: Elderly, Model, Factor, Quality of life

¹ Assist. Prof., Department of Community Health Nursing Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University, E-mail: pp_sanloa@hotmail.com

² Lecturer, Department of Community Health Nursing, Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University, E-mail: E-mail: leela_swr@yahoo.com, wikornmatid@gmail.com, mam9pichayapa@gmail.com
Corresponding author: Pornphattra Sanloa, Email: pp_sanloa@hotmail.com

บทนำ

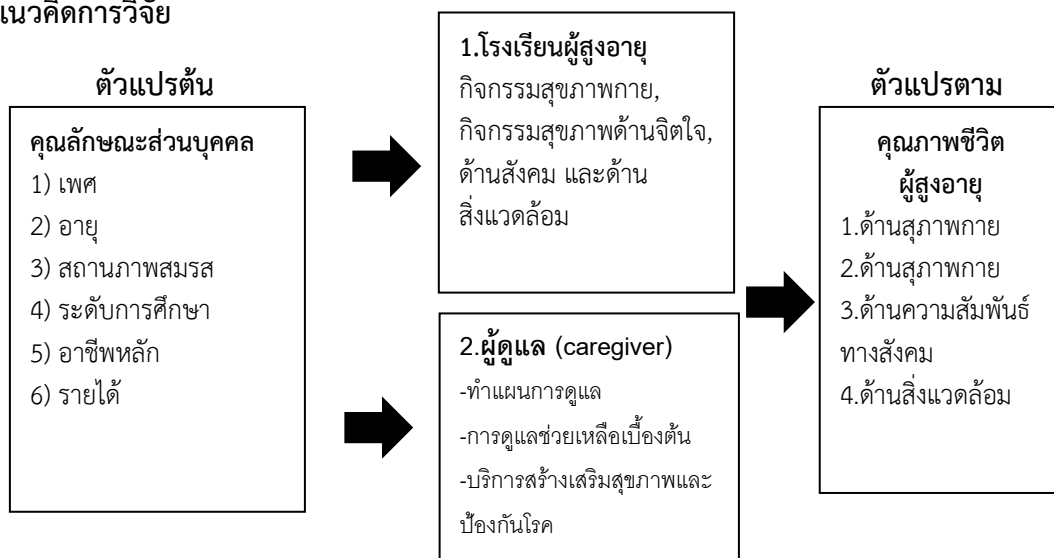
ในปี พ.ศ. 2563 จากรายงานข้อมูลประชากรในเขตสุขภาพที่ 9 พบว่าสัดส่วนผู้สูงอายุในจังหวัดชัยภูมิสูงกว่าร้อยละ 20¹ ในปี 2564 มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุจำนวน 220,527 คน จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่าจังหวัดชัยภูมิเป็นจังหวัดที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ สิ่งสำคัญที่ควรตระหนักต่อผู้สูงอายุคือคุณภาพชีวิต (Quality of life) และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of daily living) ของผู้สูงอายุเพื่อความเข้าใจในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุได้ตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น ผู้สูงอายุนั้นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่าง ๆ โดยเฉพาะประสาทสัมผัสทั้งห้า ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การรับรส การรับกลิ่น และการรับสัมผัส เนื่องจากความเสื่อมของอวัยวะ ที่ใช้รับสัมผัส จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและการทำหน้าที่ของอวัยวะดังกล่าว ตามรายงาน สถานการณ์ผู้สูงอายุ¹ พบว่า ผู้สูงอายุไทยป่วยเป็น โรคความดันเลือดสูง เบาหวาน ข้ออักเสบ ข้อเสื่อม และไตวายมากขึ้น ภาวะแทรกซ้อนของโรคดังกล่าว ส่งผลต่อ

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้น้อยลง ดังนั้น ผู้สูงอายุเหล่านี้จึงมีความต้องการการดูแลอย่าง หลีกเลียงไม่ได้และการดูแลผู้สูงอายุนั้น อาจมีลักษณะและความต้องการที่แตกต่างกัน โดยรูปแบบการดูแลหลายรูปแบบ ได้แก่ การดูแลภายในครอบครัว การดูแลในสถานสงเคราะห์ และการดูแลในสถานพยาบาลหรือสถานที่รับดูแลเฉพาะผู้สูงอายุ ซึ่งมีรูปแบบและลักษณะบริการแตกต่างกัน และการดูแลในสถานการณพิเศษ ทั้งนี้ขึ้นกับสภาพปัญหาความต้องการการดูแลที่ซับซ้อน ทั้งในด้านร่างกาย การเจ็บป่วย จิตใจ อารมณ์และทางด้านสังคม เศรษฐกิจ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจสำรวจคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดชัยภูมิ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของสูงอายุ

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed-methods research) โดยใช้การเก็บข้อมูล ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มี 2 ขั้นตอน ดังนี้คือ

ขั้นตอนที่ 1 การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ศึกษา ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ประชากร ผู้สูงอายุ ในจังหวัด ชัยภูมิ จำนวน 49,879 คน

กลุ่มตัวอย่างและขนาดตัวอย่าง ใช้สูตร คำนวณขนาดตัวอย่างของเครซีและมอร์แกน แสดง การคำนวณ (Krejcie & Morgan, 1970) $n = 661.51$ หรือประมาณ 662 คน ทั้งนี้เพื่อป้องกัน ความคลาดเคลื่อนเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกจำนวน 58 คน รวมใช้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น จำนวน 720 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง สุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยการสุ่มระดับอำเภอ และ ระดับตำบล ดังนี้ ขั้นที่ 1 การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) แบบจับฉลากเลือกอำเภอ จำนวน 4 อำเภอ จากจำนวนทั้งหมด 16 อำเภอ เลือกได้ อำเภอเมือง อำเภอแก้งคร้อ อำเภอบ้านแท่น และอำเภอคอนสวรรค์ ขั้นที่ 2 การสุ่มอย่าง ง่าย (Simple random sampling) แบบจับฉลาก เลือกตำบล อำเภอละ 1 ตำบลเลือกได้ ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง ตำบลหนองสังข์ อำเภอแก้งคร้อ ตำบล สามสวน อำเภอบ้านแท่น และตำบลโคกมั่งงอย อำเภอคอนสวรรค์

กลุ่มตัวอย่าง อายุ 60 ปี ขึ้นไป อาศัยอยู่ใน พื้นที่จังหวัดชัยภูมิ สามารถสื่อสารให้ข้อมูลได้ สมัคร ใจในการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 2 การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ แบบ สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูล (Key- Informants) ประกอบด้วย 1) ผู้รับผิดชอบงานโรงเรียนผู้สูงอายุ อำเภอละ 1 คน จำนวน 4 คน 2) ผู้ดูแลบริหารจัดการการดูแล (Care Manager) ที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพแห่งละ 1 คน จำนวน 4 คน 3) ผู้ดูแล (Caregiver) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่มี ประสบการณ์การทำงาน อย่างน้อย 1 ปี แห่งละ 5 คน จำนวน 20 คน

เกณฑ์การถอนผู้เข้าร่วมการวิจัยหรือยุติการ เข้าร่วมการวิจัย (Discontinuation criteria) ผู้วิจัยได้ชี้แจง กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติ การให้ ข้อมูลได้ทันที โดยไม่ต้องบอกเหตุผลใด ๆ โดยไม่มี ผลกระทบใด ๆ ต่ออาสาสมัคร

เครื่องมือในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ที่ ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับ การศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะการพักอาศัย ผู้ดูแลหลัก ภาวะสุขภาพ และแบบประเมินคัด กรอง Barthel ADL ของกรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข

2. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คำถามเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า (Rating scale) ชนิด 5 ระดับ ดังนี้ 1) ด้านสุขภาพทางกาย จำนวน 6 ข้อ ข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวกจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 2 3 4 ตอบไม่เลย = 1 คะแนน เล็กน้อย = 2 คะแนน ปานกลาง = 3 คะแนน มาก = 4 คะแนน มากที่สุด = 5 คะแนน และข้อคำถามที่มีความหมาย เชิงลบจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5 6 ให้คะแนนตรง ข้ามกับข้อคำถามเชิงบวก 2) ด้านจิตใจ จำนวน 6 ข้อ ข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวกจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 2 5 6 ตอบไม่เลย = 1 คะแนน เล็กน้อย = 2 คะแนน ปานกลาง = 3 คะแนน มาก = 4 คะแนน มากที่สุด = 5 คะแนน และข้อคำถามที่มีความหมาย เชิงลบจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3 4 ให้คะแนนตรง ข้ามกับข้อคำถามเชิงบวก ข้อคำถามที่มีความหมายเชิง บวกจำนวน 4 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายเชิง ลบจำนวน 2 ข้อ 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม จำนวน 8 ข้อ ข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวก จำนวน 8 ข้อ ตอบไม่เลย = 1 คะแนน เล็กน้อย = 2 คะแนน ปานกลาง = 3 คะแนน มาก = 4 คะแนน มากที่สุด = 5 คะแนน 4) ด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 6 ข้อ ข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวกจำนวน 6 ข้อ ตอบไม่เลย = 1 คะแนน เล็กน้อย = 2 คะแนน ปาน กลาง = 3 คะแนน มาก = 4 คะแนน มากที่สุด = 5 คะแนน

3. การสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้แนวคำถาม กึ่งโครงสร้าง ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับ

รูปแบบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดชัยภูมิ ในประเด็นคำถามดังนี้ คือ 1) การศึกษาผู้ดูแล (Care Giver) 2) การศึกษาโรงเรียนผู้สูงอายุ และ การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชนที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยใช้การบันทึกประเด็นการสัมภาษณ์ ในสมุดบันทึก ร่วมกับการบันทึกเทป และถ่ายภาพ

การตรวจสอบเครื่องมือ

1. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของ องค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย WHOQOL-BREF-THAI การทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลอง ใช้กับผู้สูงอายุในจังหวัดชัยภูมิที่มีลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น ของแบบสอบถาม ด้านสุขภาพทางกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.804 0.806 0.789 และ 0.805 ตามลำดับ

2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้าง แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept interview) ตรวจสอบข้อคำถามจากความสอดคล้องของวัตถุประสงค์การวิจัย และเป้าหมายของการวิจัย เพื่อให้ครอบคลุมตรงประเด็นของการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถามโดยนักวิจัย และอาสาสมัครเป็นผู้ช่วยนักวิจัยที่ได้รับการชี้แจง จำนวน 10 คน

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ร่วมกับการบันทึกข้อมูลสมุดบันทึกงานวิจัย บันทึกเทป และถ่ายภาพตรวจสอบความถูกต้องและสรุปประเด็นให้แล้วเสร็จในแต่ละวัน เพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลให้ครบถ้วนตาม แนวทางในการสัมภาษณ์

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. วิเคราะห์ลักษณะส่วนบุคคล ใช้สถิติวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive analytical statistics) ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ค่า ความถี่ ร้อยละ วิเคราะห์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ด้วย

วิเคราะห์ค่า ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ ลักษณะส่วนบุคคลกับคะแนนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยสถิติ Pearson Chi-square

3. การวิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) การวิเคราะห์ข้อมูลในลักษณะการจำแนกและวิเคราะห์คำตอบหรือข้อความที่ได้จากการสัมภาษณ์ของผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึกแต่ละท่านแล้วนำมาเรียบเรียงเพื่อหาความสอดคล้องและความแตกต่างเพื่อให้สามารถนำเสนอบทสรุปที่ได้จากการสังเคราะห์ความคิดเห็น แนวคิดทัศนะ ประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ หมายเลขของหนังสือรับรอง เลขที่ HE 66-1-009 วันที่รับรอง เมื่อวันที่ 21 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 และมีข้อความชี้แจงในแบบสอบถามถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการให้ข้อมูลโดยไม่ต้องบอกเหตุผล ซึ่งการไม่สมัครใจจะไม่มีผลใดๆ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 449 คน คิดเป็นร้อยละ 62.4 อายุตั้งแต่ 60 ปีถึงอายุ 99 ปี ส่วนใหญ่อายุ 60-70 ปี จำนวน 436 คน คิดเป็นร้อยละ 60.6 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่เป็นคู่ จำนวน 452 คน คิดเป็นร้อยละ 62.8 การศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุดชั้นประถมศึกษา จำนวน 614 คน คิดเป็นร้อยละ 85.3 อาชีพส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ทำไร่ ทำนา จำนวน 443 คน คิดเป็นร้อยละ 61.5 รายได้ ส่วนใหญ่รายได้ ส่วนใหญ่เพียงพอ กิน พอใช้ ไม่มีหนี้สิน/ไม่เหลือเก็บจำนวน 335 คน คิดเป็นร้อยละ 46.5

2. ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า อาชีพและผู้ดูแลหลักมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) รายได้ การอยู่อาศัย โรคประจำตัว ความสามารถ

ในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL index) และการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) ส่วนเพศ

อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (n=720)

ข้อมูลส่วนบุคคล	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ			รวม	X ²	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)					
	น้อย	ปานกลาง	มาก			
เพศ						
ชาย	63(8.8)	135(18.8)	73(10.1)	271(37.6)	0.461 ^a	0.794
หญิง	109(15.1)	212(29.4)	128(35.1)	449(62.4)		
รวม	172(23.9)	347(48.2)	201(27.9)	720(100)		
อายุ						
น้อยกว่า 70 ปี	101(14.0)	217(30.1)	142(19.7)	460(63.9)	8.361 ^a	0.079
70 - 80 ปี	55(7.6)	97(13.5)	50(6.9)	202(28.1)		
มากกว่า 80 ปี	16(2.2)	33(4.6)	9(1.3)	58(8.1)		
รวม	172(23.9)	347(48.2)	201(27.9)	720(100)		
สถานภาพสมรส						
โสด	11(1.5)	18(2.5)	10(1.4)	39(5.4)	8.198 ^a	0.224
คู่	98(13.6)	214(29.7)	140(19.4)	452(62.8)		
หม้าย หย่า แยกกันอยู่	63(9.1)	115(16.0)	51(7.1)	223(31.8)		
รวม	172(23.9)	347(48.2)	201(27.9)	720(100)		
ระดับการศึกษา						
ไม่เคยเรียน/ประถมศึกษา	157(21.8)	306(42.5)	180(25.0)	643(89.3)	5.677 ^a	0.225
มัธยมศึกษา/ปวส.	10(1.4)	32(4.4)	20(2.8)	62(8.6)		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	5(0.7)	9(1.3)	1(0.1)	15(2.1)		
รวม	172(23.9)	347(48.2)	201(27.9)	720(100)		
อาชีพ						
ไม่ได้ทำงาน/ ข้าราชการบำนาญ	55(7.6)	82(11.4)	34(4.7)	171(23.8)	12.942 ^a	0.044*
เกษตรกร/รับจ้าง	96(13.3)	212(29.4)	135(18.8)	443(61.5)		
ค้าขาย/อื่น ๆ	21(2.9)	53(7.3)	32(4.4)	106(14.8)		
รวม	172(23.9)	347(48.2)	201(27.9)	720(100)		

ข้อมูลส่วนบุคคล	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ			รวม	X ²	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)					
	น้อย	ปานกลาง	มาก			
รายได้						
เพียงพอ/เหลือเก็บ	61(8.5)	106(14.7)	72(10.0)	239(33.2)	19.706 ^a	0.001**
เพียงพอ/ไม่เหลือเก็บ	94(13.1)	164(22.8)	77(10.7)	335(46.5)		
ไม่เพียงพอ	17(2.4)	77(10.7)	52(7.2)	146(20.3)		
รวม	172(23.9)	347(48.2)	201(27.9)	720(100)		
การอยู่อาศัย						
อยู่คนเดียว	5(0.7)	21(2.9)	14(1.9)	40(5.6)	22.062 ^a	0.005**
อยู่กับคู่สมรส	41(5.7)	85(11.8)	53(7.4)	179(24.9)		
อื่น ๆ	126(17.5)	241(33.2)	134(18.7)	501(69.6)		
รวม	172(23.9)	347(48.2)	201(27.9)	720(100)		
โรคประจำตัว						
มี	67(9.3)	151(21.0)	109(15.1)	327(45.4)	9.700 ^a	0.008**
ไม่มี	105(14.6)	196(27.2)	92(12.8)	393(54.6)		
รวม	172(13.9)	347(48.2)	201(27.9)	720(100)		
ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL index)						
ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป	107(14.9)	301(41.8)	183(25.4)	591(82.1)	64.259 ^a	0.000**
5-11คะแนน	17(2.4)	69(9.3)	38(5.3)	122(16.9)		
0-4 คะแนน	3(0.4)	1(0.1)	3(0.4)	7(1.0)		
รวม	39(5.4)	276(38.3)	405(56.3)	720(100)		
ผู้ดูแลหลัก						
ไม่มี	8(1.1)	25(3.5)	26(3.6)	59(8.2)	11.204 ^a	0.024*
คู่สมรส	160(22.2)	314(43.6)	167(23.2)	641(89.0)		
บุตร หลาน/อื่น ๆ	4(0.6)	8(1.1)	8(1.1)	20(2.8)		
รวม	172(23.9)	347(48.2)	201(27.9)	720(100)		
การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ						
ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม	70(9.7)	104(14.4)	51(7.1)	225(31.3)	37.427 ^a	0.000**
เดือนละ 1 ครั้ง	78(10.8)	154(21.4)	72(10.0)	304(42.2)		
มากกว่าเดือนละ 1 ครั้ง	24(3.3)	89(12.4)	78(10.8)	191(26.5)		
รวม	172(23.9)	347(48.2)	201(27.9)	720(100)		

*P<.05 **P<.01

3. การศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีผลการวิจัยดังต่อไปนี้

3.1 โรงเรียนผู้สูงอายุ พบว่า ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง และ ตำบลโคกม่วง อําเภอคอนสวรรค์ มีการดำเนินการชัดเจน และสอดคล้องกับภารกิจหลักขององค์กรปกครองท้องถิ่นและนโยบายของรัฐที่ต้องการ พัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุให้เท่าทันการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่มีปริมาณของผู้สูงอายุมีปริมาณมากขึ้น โดยโรงเรียนผู้สูงอายุมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การปฏิบัติงานมีคณะกรรมการที่มีศักยภาพ ซึ่งเป็นต้นทุนทางสังคมที่มีคุณภาพ ใช้หลักการมีส่วนร่วมคือ “คนร่วม กลไก ภาควิชาการศาสตร์มีเข้ามามีส่วนร่วม” โดยมีหน่วยงานต่าง ๆ ให้การสนับสนุนสำหรับด้านการสื่อสารและประสานกันดีมาก และมีความสามัคคีกันในการบริหารจัดการงาน มีการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารในโรงเรียนผู้สูงอายุอย่างมีรูปธรรม มีการคัดเลือกบุคคลที่มีศักยภาพและเข้มแข็งมาช่วยเหลือสนับสนุนในการบริหารจัดการงานจนทำให้งานสำเร็จลุล่วงได้เป็นอย่างดี และผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มที่มีพลังทางสังคมที่มีความเข้มแข็ง ร่วมมือ ร่วมใจกันทำงานประสานกันดีมาก มีการติดตามประเมินผลงานและร่วมมือกันแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ทำให้ขับเคลื่อนบริหารงานจนเกิดผลสำเร็จ มีกิจกรรม”สร้างสุขสร้างสามัคคี” ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข และมีความต้องการพัฒนาเรียนรู้ใหม่ตามแผนการเรียนการสอน เช่น ด้านความรู้สุขภาพ ด้านการส่งเสริมสุขภาพร่างกาย การออกกำลังกาย การเดินเข้าจังหวะไม่เคร่งเครียด ผ่อนคลาย การเรียนรู้เรื่องอาชีพ เพื่อหารายได้ให้ครอบครัวมีความสุข และเพื่อช่วยให้แก้ปัญหาด้านจิตใจ ความเหงา และให้ความเครียดลดลง และร่วมกันสร้างเสียงหัวเราะเป็นเสียงแห่งพลังของความสุขที่น่าปลาบปลื้มใจ และทำให้คณะกรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุมีกำลังใจในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและเป็นการต่อยอดให้เกิดความยั่งยืนต่อไป การดำเนินงานจะประสบผลสำเร็จ ต้อง

ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ดังนี้ องค์ประกอบที่ 1 รูปแบบการบริหารจัดการ องค์ประกอบที่ 2 บทบาทหน้าที่ / กิจกรรมของคณะกรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุ องค์ประกอบที่ 3 ผลสำเร็จของการปฏิบัติงาน

3.2 ผู้ดูแล (CG; Caregiver) ผู้ดูแลเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ผ่านการอบรม (ตามหลักสูตร 70 ชม.) ผลการปฏิบัติงาน พบว่า ส่วนใหญ่ทำงาน ร่วมกันคิดในการวางแผนงานออกเยี่ยมผู้สูงอายุมีการทำงานเป็นทีม และมีการแบ่งหน้าที่กันทำงาน โดยมีแนวทางการปฏิบัติงาน มีการสื่อสารและประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ ภายใต้การกำกับดูแลของพยาบาลวิชาชีพ (CM: Care manager) ให้การสนับสนุนช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาในด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยติดเตียง ผู้ดูแลผู้สูงอายุจะร่วมมือกันช่วยปรับสภาพแวดล้อมในบ้านให้ปลอดภัย และบำรุงรักษาทำความสะอาดอุปกรณ์ต่าง ๆ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ดูแลสภาพร่างกายเพื่อลดภาวะจาก โรคแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น เช่น ข้อติด การเป็นแผลกดทับ มีการควบคุมงานโดยมีทีมสหวิชาชีพจะมีการสอนและแนะนำการปฏิบัติงานในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้มากขึ้นและปฏิบัติได้ตามเป้าหมายของการรักษา และมีการประเมินผลโดยการออกปฏิบัติงานตามแผนงานที่กำหนดไว้เพื่อติดตามผลโดยดูความก้าวหน้าในการรักษาดูแลให้กับผู้สูงอายุ และผลสำเร็จของงาน คือ ผู้ดูแลมีคุณธรรม จริยธรรม มีจิตบริการ

การอภิปรายผล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สามารถแยกเป็นรายด้านได้ดังนี้

ด้านร่างกาย โรคประจำตัวมีผลต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL index) และคุณภาพชีวิต การศึกษาของอาริสา ปานภูมิ และคณะ² พบว่า การมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) และการศึกษาของ สุภาภรณ์ ตันตินันท์

ตระกูล, จิรกุล ครอบสอน และนางลักษณ์ วิชัยรัมย์³ พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันขึ้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ นั้นแสดงว่าความเสื่อมของผู้สูงอายุที่เกิดจากกระบวนการชรา (Aging process) นำมาซึ่งการเกิดโรคภัย และทำให้เกิดข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมือนเดิม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาตินี้ เราไม่อาจหลีกเลี่ยงหรือแก้ไขได้ เพียงแต่ชะลอให้เกิดน้อยลงได้

ด้านเศรษฐกิจ พบว่า อาชีพ รายได้ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ยังประกอบอาชีพ มีรายได้ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี จุฑามาศ วงนทร์, สุวรรณาวุฒิธรณ์, ลัดดา เหลืองรัตนมาศ⁴ ปัจจัยด้านความเพียงพอของรายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ นั้นแสดงว่าผู้สูงอายุจะมีรายได้ลดลงหรือไม่มีเลย เกษียณจากงาน และไม่สามารถทำงานได้จากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จึงไม่มีเงินใช้จ่ายในสิ่งที่ต้องการได้เหมือนตอนอยู่ในวัยทำงาน

ด้านสังคม การอยู่อาศัยกับผู้ดูแลหลัก และการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังที่ กิตติวงศ์ สาสวด⁵ พบว่า ปัจจัยพื้นฐานและปัจจัยด้านความต้องการของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กัน ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีมาจากครอบครัวที่มีความรักความอบอุ่น สมาชิกในครอบครัวดำรงชีวิต อยู่ร่วมกันด้วยความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน ดูแลผู้สูงอายุอย่างดี ที่สุดเท่าที่จะทำได้โดยเฉพาะในด้านอาหารและโภชนาการ นอกจากนั้น หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนจะต้องมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเน้นสุขภาวะของผู้สูงอายุในทุกด้าน คือ ด้านร่างกาย อารมณ์และจิตวิญญาณ ปัจจัยด้านผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ^{2, 4} การสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ⁶ ลักษณะครอบครัว และบทบาทในครอบครัว ครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความหมายสำหรับบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะผู้สูงอายุ เพราะครอบครัวเป็นแหล่งให้การสนับสนุนซึ่งกันและกันของคนในครอบครัว เช่น การให้กำลังใจ ความรักความเอาใจใส่ การให้ความเคารพนับถือและให้เกียรติกัน การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากชมรมผู้สูงอายุเป็นตัวผลักดันให้ผู้สูงอายุมาพบปะกันตามที่มีชมรมนัดหมาย

การศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

1) โรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นรูปแบบหนึ่งในการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต การจัดการศึกษาการพัฒนาทักษะ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและกิจกรรมจะเป็นเรื่องที่ ผู้สูงอายุสนใจและมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิต ช่วยเพิ่มพูนความรู้ทักษะชีวิตที่จำเป็น โดยวิทยากรจิตอาสาหรือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คณะกรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีการทำงานแบบมีส่วนร่วม ความรับผิดชอบร่วมกัน การวางแผนการเรียนการสอน สร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีความเข้มแข็งทั้งทางกาย ใจ สังคม และ สติปัญญา สร้างความสุขและส่งเสริมชุมชนให้มีส่วนร่วมสนับสนุน ทำให้เกิดผลสำเร็จของการปฏิบัติงาน ผู้สูงอายุ ด้านสติปัญญามีความสนใจแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับคนในชุมชน ต้องการศึกษารเรียนรู้ในเทคโนโลยีปัจจุบัน การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ด้านร่างกาย ได้แก่ ร่างกายเคลื่อนไหวได้คล่องแคล่ว สุขภาพแข็งแรง ด้านอารมณ์ ได้แก่ เฟลิตเฟลิน ไม่เคร่งเครียด ผ่อนคลาย ด้านสังคม ได้แก่ พบปะสังสรรค์ ร่วมกิจกรรมทางสังคม และด้านสติปัญญา ได้แก่ ได้รับความรู้ใหม่ แลกเปลี่ยนประสบการณ์⁷ การก่อตั้งโรงเรียนก่อให้เกิดผลประโยชน์ต่อกลุ่มผู้สูงอายุ และเกิดประโยชน์ แก่ส่วนรวมที่ได้มุ่งเน้นกิจกรรมด้าน ความรู้พื้นฐาน ด้านสุขภาพ และกิจกรรมด้าน นันทนาการ ทำให้ผู้สูงอายุพัฒนาตนเองให้เป็นคน

ทันสมัย ทันโลก ทันเหตุการณ์ มีอารมณ์แจ่มใสเบิกบาน ไม่หงุดหงิด ไม่ซึมเศร้า คนในครอบครัวก็รู้สึกดีมีความสุขไปด้วย การดูแลรักษาสุขภาพตามวัยสามารถแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุในด้านสุขภาพจิต สุขภาพกาย และด้านสังคม โดยผ่านกระบวนการและขั้นตอนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้การสอนทั้งในรูปแบบของกิจกรรมกรรมหลักของ โรงเรียน กิจกรรมตามความสนใจของผู้เรียน การออกไปศึกษาในแหล่งเรียนรู้อื่น ๆ ส่งผลให้เกิดการพัฒนาทางด้าน สังคม⁸

2) ผู้ดูแล การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของจำนวนผู้สูงอายุ และการเปลี่ยนผ่านสู่สังคมสูงวัยอย่างเต็มรูปแบบ จึงเป็นความจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาบุคลากรเพื่อทำหน้าที่ให้การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวทั้งบุคลากรสายอาชีพ กึ่งอาชีพ และอาสาสมัคร โดยกำหนดให้มีหลักสูตรมาตรฐานในการฝึกอบรม ทั้งหลักสูตรระยะสั้น ที่เป็นการให้ความรู้และทักษะพื้นฐาน และหลักสูตรระยะยาวที่เน้นความเป็นมืออาชีพในการทำหน้าที่ให้การดูแล ขณะเดียวกันควรมีการจัดอบรมให้ความรู้แก่สมาชิกครอบครัวของผู้สูงอายุด้วย เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุมีความรู้และทักษะในการร่วมทำหน้าที่ให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้องเหมาะสม นอกจากนี้ ควรมีการส่งเสริมภาพลักษณ์และสร้างแรงจูงใจในการจ้างงานและประกอบอาชีพด้านผู้ดูแลรวมถึงการให้ทุนการศึกษาแก่นักเรียนในพื้นที่เพื่อให้กลับมาทำงานในชุมชนของตนเองในอนาคต⁹ พวงชนนาถ จริยะจินดา¹⁰ การประยุกต์ใช้หลักอิทธิบาท 4 ซึ่งเป็นคุณธรรมที่นำไปสู่ ความสำเร็จแห่งผลที่มุ่งหมายสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลต้องใช้ทั้งความรัก ความเอาใจใส่ ความหวังดี ความ เต็มใจความรู้และทักษะด้านการดูแลอันเป็นบทบาทและหน้าที่สำคัญของผู้ดูแลโดยมีเป้าหมาย เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุโดยมีหลักการง่ายๆ คือ “มีใจรัก พากเพียรทำ เอาจิตฝึกฝน ใช้ปัญญาสอบสวน พาวุฒิ เมฆวิชัย, สุรินทร์ แซ่ตั้ง¹¹ พบว่า ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยภาวะสมอง

เสื่อม ในประเทศไทยผลกระทบ ด้านเวลาของผู้ดูแลมากที่สุด ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันได้ด้วยตนเอง การดูแลผู้ป่วยที่มีระดับเซเว่นปัญหาต่ำ การเป็นคู่สมรสและระดับ การศึกษาต่ำ สรุปร การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมีผลกระทบด้านเวลาของผู้ดูแลมากที่สุด ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ การดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และมีระดับเซเว่นปัญหาต่ำ ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสและมีระดับการศึกษาต่ำ ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 49.00 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง จังหวัดสุราษฎร์ธานีความสัมพันธ์กับ ผู้สูงอายุที่ดูแล ประสพการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม การมีบุคคลอื่นมาลัดเปลี่ยนช่วยดูแลผู้สูงอายุ และโรคประจำตัวที่ต้องรับการรักษาหรือรับยาต่อเนื่องและการช่วยเหลือจากชุมชน¹² ความพร้อมในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง กับความเครียด จากกิจกรรมการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -0.588$) และความสามารถในการคาดการณ์การดูแลของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ กับความเครียดจากกิจกรรมการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -0.461$) ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้สูงอายุและญาติ ผู้ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากกิจกรรมการดูแล บุคลากรทีมสุขภาพควรประเมินความพร้อมในการดูแล และความสามารถในการคาดการณ์การดูแล ในการวางแผนการจัดรูปแบบกิจกรรมส่งเสริมญาติผู้ดูแล ให้มีความพร้อมในการดูแลและมีความสามารถในการคาดการณ์การดูแลที่ดีเพื่อลดความเครียดจากกิจกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม¹³ การดูแลสุขภาพตนเองของผู้เจ็บป่วยโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพนั้น มีข้อจำกัดและมี ปัจจัยมาเกี่ยวข้องเช่น สภาพอาการ ความรุนแรงของโรค สภาพร่างกายและจิตใจ ความต้องการ ของผู้

เจ็บป่วย กำลังใจ ความทนต่อความเจ็บปวด ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค การบริหารจัดการด้านเวลา สภาพแวดล้อม วัสดุอุปกรณ์เวชภัณฑ์และ ผู้ดูแลผู้ป่วย เป็นต้น¹⁴ การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นอีก ปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาจเป็น บุตร หลาน ญาติ หรือ อาสาสมัครผู้ดูแล ที่คอยดูแลเอาใจใส่ให้คำแนะนำ ให้ความช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกให้กับ ผู้สูงอายุในการใช้ชีวิตประจำวันตามความจำเป็น นับว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับ ผู้สูงอายุมากที่สุด ผู้สูงอายุมีความรู้สึกอบอุ่นใจ เหมือนมีเพื่อนที่รู้ใจอยู่ใกล้ ๆ ทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกว่าตนเอง เหงา เศร้า และหดหู่ หรือถูกทอดทิ้ง

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทางด้านร่างกายความเสื่อมของผู้สูงอายุที่เกิดจาก กระบวนการชรา มีโรคเรื้อรัง ด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุไม่สามารถอาชีพ ไม่มีรายได้ หรือรายได้ ลดลง ด้านสังคม ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีมาจากครอบครัวที่มีความรักความอบอุ่น สมาชิกใน ครอบครัวดำรงชีวิต ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ดูแล ซึ่งกันและกันและดูแลผู้สูงอายุอย่างดี ซึ่งบทบาท ของผู้ดูแล จะช่วยลดภาระหน้าที่ของสมาชิกใน ครอบครัวผู้สูงอายุได้ นอกจากนั้นการเป็นสมาชิก ของโรงเรียนผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมาพบปะกัน ทำกิจกรรมร่วมกัน มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ซึ่งจะทำให้ ผู้สูงอายุและครอบครัวมีความสุข ความเครียดและ ความวิตกกังวลลดลง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายกเทศมนตรี นายก องค์การส่วนตำบล ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพที่เป็นพื้นที่ในการวิจัย ในการ อำนวยความสะดวกและให้ข้อมูลในการเก็บ รวบรวมข้อมูล ตลอดจนขอบคุณผู้ดูแลผู้สูงอายุใน ชุมชน (Care giver) และผู้สูงอายุที่ให้ข้อมูลในการ วิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนา สังคมและความมั่นคงของมนุษย์. นโยบาย ของกรมกิจการผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 26 ก.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://www.dop.go.th/main/law_list.php?id=33
2. อาริส ปานภูมิ, ศรัณยา สุชนันดร, สาธิตา จันทะพินิจ, อินทอร นิลบรรพต, กิรติ ภูมิ ผักแว่น. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุบ้านตูป โkob ตำบลกกตุ๋ อำเภอมะนัง จังหวัดยะลา. เอกสารที่นำเสนอในการประชุม: การ ประชุมวิชาการระดับชาติด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ครั้งที่ 1 "วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สร้างสรรค์ นวัตกรรมเพื่อชุมชน"; 20 เม.ย. 2562.; เลย: คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา.
3. สุภาภรณ์ ตันตินันตตระกูล, จิรกุล ครอบสอน, นงลักษณ์ วิชัยรัมย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในชุมชนบางโพธิ์ เหนือ อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยา เชียงพุทธ. 2562; 7(11): 352-73.
4. จุฑามาศ วงนทร์, สุวรรณ วุฒิธณฤทธิ์, ลัดดา เหลืองรัตนมาศ. ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 6 ราชวดีสาร. วิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์. 2565; 12(1): 32-49.
5. กิตติวงศ์ สาสด. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพ ชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดภาคตะวันออก. วารสารชุมชนวิจัย. 2560; 11(2): 20-38.
6. วาสนา หลวงพิทักษ์, จิตติมา ดวงแก้ว. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุใน เขตจังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม. 2562; 20(38): 67-81.

7. สนธยา สวัสดิ์. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนบ้านร้องเม็ง ตำบลหนองแห่ย์ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ [อินเทอร์เน็ต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 26 ก.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://cmruir.cmru.ac.th/handle/123456789/1334>
8. พวงนรินทร์ คำปุก. ความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลห้วยม อำเภอนพวง จังหวัดเชียงราย [การศึกษาค้นคว้าอิสระหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์]. เชียงราย: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย. 2557; หน้า 139-50
9. ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์. สังคมสูงวัย...ความท้าทายประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 26 ก.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1580199450-276_0.docx
10. พวงชนนาถ จริยะจินดา. บทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุตามหลักอิทธิบาท 4. วารสารวิชาการสถาบันพัฒนาพระวิทยากร. 2561; 1(2): 18-28.
11. พาวุฒิ เมฆวิชัย, สุรินทร์ แซ่ตั้ง. ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2556; 58(1): 101-10.
12. สุดาสินี สุทธิฤทธิ์, อรณัฐ ยวงทอง, วราภา จันทร์เอียด, สุวรรณ นิยมจิตร, นิชชยา ภรณ์ บัวแสง, ศรินยา รอดเจริญ. ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2564; 35(2): 1-12.
13. สุมณฑา มั่งมี, สุปริดา มั่นคง, นุชนาฏ สุทธิ. ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล ความพร้อมในการดูแล และความสามารถในการคาดการณ์การดูแลกับความเครียดจากกิจกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. วารสารสภาการพยาบาล. 2564; 36(3): 151-64.
14. สุพิตรรา เศลวัตนะกุล. เมื่อฉันต้องเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย (Caregiver). ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์. 2557; 4(1): 44-7.

ผลกระทบและแนวทางการลดผลกระทบจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร ตำบลท่าลี่ อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

เนตรนภา มาตรวังแสง¹, สุธิน ชนะบุญ², พิทยา ศรีเมือง³

(วันที่รับบทความ: 21 สิงหาคม 2567; วันที่แก้ไข: 24 กันยายน 2567; วันที่ตอบรับ: 16 ตุลาคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบและแนวทางการลดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและลดผลกระทบทางด้านสุขภาพในเกษตรกร ตำบลท่าลี่ อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี โดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูลคือกลุ่มเกษตรกร จำนวน 14 คน กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน จำนวน 12 คน และ กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากหน่วยงานอื่น จำนวน 3 คน เก็บข้อมูลโดยศึกษาจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis)

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยหลักที่ทำให้เกษตรกรยังคงมีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเนื่องจากต้องการความสะดวกสบาย ต้องการประสบความสำเร็จในระยะเวลาที่รวดเร็ว อีกทั้งประสบปัญหาเศรษฐกิจภายในครัวเรือน ส่วนผลกระทบจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่า ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ เป็นด้านเดียวที่ให้ผลในเชิงบวก คือ ทำให้เกษตรกรมีผลประโยชน์โดยมีรายได้เพิ่มขึ้น ในขณะที่ผลกระทบทางด้านสุขภาพ ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านสังคม ให้ผลในเชิงลบ นอกจากนี้เกษตรกรก็ยังขาดความตระหนักรู้และยังปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง แรงจูงใจหลักที่จะทำให้เกษตรกรมีการลดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชได้หลัก ๆ คือ ผลกระทบทางด้านสุขภาพทั้งที่เกิดขึ้นกับตัวเกษตรกรเองและกับบุคคลในครอบครัว ทั้งนี้แนวทางการลดผลกระทบจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชควรมีการสร้างจิตสำนึกของคนในชุมชนในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การผลักดันนโยบายและแผนงานที่จริงจัง ชัดเจน และเป็นแนวทางเดียวกันทุกภาคส่วน รวมทั้งการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนและภาคีเครือข่ายในการร่วมกันจัดการปัญหาการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

คำสำคัญ: สารเคมีกำจัดศัตรูพืช, พฤติกรรมเกษตรกร, ผลกระทบ, แนวทางการลดผลกระทบ

¹ นักศึกษา, หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: netnapa.annie@gmail.com

² วิทยากรชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: sutin@scphkk.ac.th

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: phitthaya12@gmail.com

The Impacts of Pesticide Use and Mitigation Strategies among Farmers in Tali Sub-District, Kumpawapi District, Udon Thani Province

Netnapa Martwangsang¹, Sutin Chanabun², Phitthaya Srimuang³

(Received: 21st August 2024; Revised: 24th September 2024; Accepted: 18th October 2024)

Abstract

This qualitative research aimed to explore the impacts of pesticide use and mitigation strategies among farmers in Tali sub-district, Kumpawapi district, Udon Thani province. Key informants were 14 farmers, 12 community persons (e.g. community leaders, health personnel and village health volunteers), and 3 local government officers. Data were collected through related documents, in-depth interviews and focus groups, and analyzed by thematic analysis.

The results revealed that farmers primarily used pesticides due to convenience, quick crop yields, and household economic pressures. The impacts of pesticide use were both positive and negative: while it improved household income, it also led to adverse effects on health, environment, and social relationships. Furthermore, farmers demonstrated a lack of awareness and improper pesticide handling practices. Health concerns for farmers and their families emerged as the primary motivation for reducing pesticide use. To decrease pesticide usage, the study recommends: raising farmers' awareness, implementing clear policies and action plans by relevant agencies, and fostering community and network participation.

Keywords: Pesticides, Behavior of farmers, Impacts, Mitigation strategies

¹ Student, Master of Public Health, Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, E-mail: netnapa.annie@gmail.com

² Instructor, Professional Level, Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, E-mail: sutin@scphkk.ac.th

³ Asst. Prof., Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, E-mail: phitthaya12@gmail.com

บทนำ

ในปัจจุบันประชากรโลกมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งการเพิ่มขึ้นของประชากรจะตามมาพร้อมปัญหาหลายอย่าง รวมทั้งความต้องการในเรื่องของอาหารก็มีความจำเป็นเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย ทำให้หลายประเทศมีทั้งการนำเข้าและส่งออกสินค้าประเภทอาหาร สินค้าส่วนใหญ่ที่มีการนำเข้าและส่งออกก็คือ สินค้าเกษตรประเภทพืช ด้วยความต้องการที่จะเพิ่มผลผลิตและเพิ่มรายได้ให้ได้จำนวนมาก สารเคมีทางการเกษตรจึงเข้ามามีบทบาทสำคัญและเป็นปัญหาในหลายประเทศทั่วโลก

ประเทศไทยมีเนื้อที่ทำการเกษตรมากเป็นอันดับที่ 48 ของโลก แต่มีการใช้ยาฆ่าแมลงมากเป็นอันดับ 5 ของโลก และใช้ยาฆ่าหญ้ามากเป็นอันดับ 4 ของโลก ซึ่งจากรายงานสรุปการนำเข้าวัตถุอันตรายทางการเกษตร พบว่า ประเทศไทยมีการนำเข้าวัตถุอันตรายทางการเกษตรจำนวนมากทุกปี และในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยมีการนำเข้าวัตถุอันตรายทางการเกษตร มากถึง 13.61 หมื่นตัน รวมมูลค่า 1.32 ล้านล้านบาท¹ ซึ่งจากสถิติการนำเข้าวัตถุอันตรายทางการเกษตรข้างต้น สามารถอนุมานได้ว่า ความต้องการที่จะใช้สารเคมีทางการเกษตรของเกษตรกรไทยมีจำนวนมากจึงทำให้มีปริมาณการนำเข้ามากตามไปด้วย

จังหวัดอุดรธานี มีพื้นที่เกษตรกรรม ร้อยละ 61.81 ของพื้นที่ทั้งหมด มีจำนวนครัวเรือนเกษตรที่ขึ้นทะเบียนฯ ทั้งหมด 169,145 ครัวเรือน ส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรผู้ปลูกข้าวนาปี รองลงมาเป็นผู้ปลูกมันสำปะหลัง ปลูกยางพารา ปลูกอ้อยโรงงาน ปลูกปาล์มน้ำมัน ปลูกข้าวโพดเลี้ยงสัตว์ ปลูกลำไย ปลูกกาแฟ และปลูกสับปะรดตามลำดับ พืชเศรษฐกิจที่สำคัญ คือ ข้าว อ้อย มันสำปะหลัง และยางพารา ส่วนสินค้าเด่นของจังหวัดอุดรธานี คือ มะม่วงน้ำดอกไม้สีทอง กล้วยหอมทอง และไม้ดอกไม้

ประดับ ได้แก่ ดอกเบญจมาศ ดาวเรือง ดอกพุด ดอกคัตเตอร์ กุหลาบ และมะลิ²

ตำบลท่าลี่ ตั้งอยู่ทางทิศใต้ของอำเภอ กุมภวาปี ซึ่งเป็นอำเภอที่เจริญอันดับ 3 ของจังหวัดอุดรธานี มีเนื้อที่ทั้งหมด 31,875 ไร่ เป็นเนื้อที่ทำการเกษตร 25,287 ไร่ คิดเป็นร้อยละ 79.33 ของพื้นที่ทั้งหมด ประชากรส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม ผลผลิตทางการเกษตรที่สำคัญ ได้แก่ ข้าว อ้อย มันสำปะหลัง ยางพารา ผักและผลไม้ สินค้าเกษตรส่งออก ได้แก่ มะม่วงมหาชนก และมะม่วงน้ำดอกไม้สีทอง

ปัญหาการใช้สารเคมีในพื้นที่ตำบลท่าลี่ พบว่าเกษตรกรยังคงมีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างต่อเนื่อง เห็นได้จากปัญหาด้านสุขภาพของเกษตรกร เช่น อาการผิวหนังผื่นคัน ผื่นหนังอักเสบ เกิดแผลเรื้อรัง อาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน หลังจากการประกอบอาชีพ ซึ่งจากข้อมูลสถิติการป่วยย้อนหลัง 10 ปี ตั้งแต่ 1 มกราคม 2555 - 1 มกราคม 2565 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหล่าหมากจันทน์ ตำบลท่าลี่ อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี พบว่า มีผู้มารับบริการด้วยโรคผิวหนังผื่นคัน ผื่นหนังอักเสบ จำนวน 930 ราย และมีอัตราป่วยสูงเป็นอันดับที่ 4 ของหน่วยบริการ ซึ่งอาจจะเกิดจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ใช้อยู่ประจำก็เป็นได้³

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมาการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในหลายพื้นที่ของประเทศไทย แต่งานวิจัยส่วนใหญ่มักเน้นการศึกษาด้านผลกระทบต่อสุขภาพและพฤติกรรมการใช้สารเคมีเป็นหลัก ยังขาดการศึกษาที่มองปัญหาแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งมิติด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะในบริบทของชุมชนที่มีการปลูกพืชหลากหลายชนิด เช่น ตำบลท่าลี่ นอกจากนี้ยังไม่มีการศึกษาที่มุ่งเน้นการค้นหาแนวทางการลดผลกระทบที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยการใช้การ

มีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน การศึกษานี้จึงจะช่วยเติมเต็มช่องว่างขององค์ความรู้ดังกล่าว และนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ความคิดเห็นและพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรตำบลท่าลี่ อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

2. เพื่อศึกษาผลกระทบจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร ตำบลท่าลี่ อำเภอ กุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

3. เพื่อศึกษาแนวทางการลดผลกระทบจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร ตำบลท่าลี่ อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยทำศึกษาในกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและกลุ่มเกษตรกรที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในกลุ่ม ออร์กาโนฟอสเฟต (Organophosphate) และกลุ่มคาร์บาเมต (Carbamate) โดยระยะเวลาในการศึกษา คือ เดือนกรกฎาคม 2565 - ธันวาคม 2566 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants)

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants)

ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในพื้นที่ตำบลท่าลี่ จำนวนรวม 29 คน มีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ร่วมกับการสุ่มตัวอย่างแบบอ้างอิงด้วยบุคคล (Snowball sampling) โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกในการเข้าร่วมวิจัย ดังนี้

1) เกณฑ์ในการคัดเลือก (Selection criteria) ได้แก่

1.1 กลุ่มเกษตรกร ที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานเกษตรอำเภอกุมภวาปี ในเขตตำบลท่าลี่

ไม่น้อยกว่า 5 ปี และมีประสบการณ์ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 14 คน

1.2 กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่ตัวแทนผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 5 คน เจ้าหน้าที่ รพ.สต. จำนวน 1 คน และตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำนวน 6 คน จำนวนรวม 12 คน

1.3 กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากหน่วยงานอื่น ได้แก่ เจ้าหน้าที่เกษตรอำเภอกุมภวาปี จำนวน 1 คน ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) จำนวน 2 คน จำนวนรวม 3 คน

1.4 ผู้ให้ข้อมูล มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป และยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

2) เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ให้ข้อมูลมีปัญหาสุขภาพ (Medical problem) อันจะมีผลทำให้เกิดปัญหารุนแรงในระหว่างเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญที่สุดในเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้ โดยมีมุ่งศึกษาปรากฏการณ์จริงที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง

2. แบบบันทึกข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง

3. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview guideline) ใช้สัมภาษณ์กลุ่มเกษตรกร จำนวน 14 คน และกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากหน่วยงานอื่น จำนวน 3 คน รวมทั้งสิ้น 17 คน

4. แบบสนทนากลุ่ม (Focus group discussion guideline) ใช้สนทนากับกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน ประกอบด้วยกลุ่มผู้นำชุมชน จำนวน 5 คน และกลุ่มเจ้าหน้าที่ รพ.สต.และ อสม. จำนวน 7 คน รวมทั้ง 2 กลุ่ม จำนวน 12 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. จากเอกสารหลักฐานต่าง ๆ ซึ่งประกอบไปด้วยเอกสารทั้งทางด้านนโยบายและการปฏิบัติ คู่มือเอกสารรายงานต่าง ๆ รวมทั้งข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

2. การสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้แบบสัมภาษณ์ลักษณะกึ่งโครงสร้างที่สร้างขึ้นล่วงหน้า ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 45-60 นาที

3. การสนทนากลุ่ม โดยใช้แบบสนทนากลุ่มลักษณะกึ่งโครงสร้างที่สร้างขึ้นล่วงหน้า ใช้เวลาการสนทนากลุ่ม 45-60 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis) ประกอบด้วยการนำประเด็นต่าง ๆ ที่ได้จากข้อมูลมาจัดเรียงและกำหนดรหัสอ้างอิง (Indexing) หาประเด็นที่สำคัญจากข้อมูล (Identifying a thematic framework) โดยการพิจารณาประเด็นที่สำคัญและประเด็นที่เกิดขึ้นซ้ำบ่อย ๆ ที่มีความสอดคล้องกัน จากนั้นจัดกลุ่มประเด็นหลักและประเด็นรองที่มีความใกล้เคียงกัน (Categories and sub-categories) ตีความข้อมูล (Interpret) และสรุปเป็นผลการวิจัยตาม thematic framework ทั้งนี้มีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness) ด้วยการตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล (Triangulation technique) โดยมีการเก็บข้อมูลจากหลากหลายวิธีการ ทั้งจากเอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม อีกทั้งเก็บข้อมูลจากหลากหลายกลุ่มของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งภาคประชาชนและภาครัฐ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ HE652089

ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้รวมทั้งสิ้น 29 คน ซึ่งเป็นเพศชาย จำนวน 20 คน และ เพศหญิง จำนวน 9 คน มีอายุอยู่ระหว่าง 35-68 ปี อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 54 ปี สามารถจำแนกตามบทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เป็นเกษตรกร จำนวน 14 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 5 คน อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 6 คน เจ้าหน้าที่ รพ.สต. (พยาบาลวิชาชีพ) จำนวน 1 คน ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลท่าลี่ จำนวน 2 คน และนักวิชาการเกษตร จำนวน 1 คน ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถสรุปเป็นผลการวิจัยได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพื้นที่ตำบลท่าลี่

ตำบลท่าลี่ อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี มีลักษณะภูมิประเทศเป็นที่ราบสูงลักษณะเป็นลูกคลื่น มีอาณาเขตติดต่อกับพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์และจังหวัดขอนแก่น มีจำนวนหมู่บ้านทั้งหมด 14 หมู่บ้าน ประชากรทั้งหมด จำนวน 9,774 คน เป็นเพศชาย จำนวน 4,902 คน และเพศหญิง จำนวน 4,872 คน ประชากรในพื้นที่ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ได้แก่ ปลูกข้าว ปลูกอ้อย ปลูกมันสำปะหลัง ปลูกยางพารา ปลูกข้าวโพด และปลูกพืชอื่น ๆ 4 สลับหมุนเวียนไปตามฤดูกาล

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นต่อการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า สารเคมีกำจัดศัตรูพืช หมายถึง สารเคมีทางการเกษตรที่ใช้ในการกำจัด ทำลายแมลงที่จะมาทำลายพืชผลทางการเกษตรที่ปลูกไว้ ให้เกิดความเสียหาย เช่น แมลง หนอน ตัวง แผลต่าง ๆ ที่ทำให้พืชมีลักษณะยอดเหี่ยวปลายกุด แต่ก็ยังมีส่วนหนึ่งเข้าใจว่าสารเคมีกำจัดศัตรูพืชยังหมายถึงสารกำจัดวัชพืชหรือยาฆ่าหญ้าด้วย ทั้งนี้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชจะช่วยให้ได้ผลผลิตเพิ่มขึ้น ช่วยเพิ่มรายได้ ไม่ทำให้พืชผลเกิดความเสียหาย มีความสะดวกรวดเร็ว ช่วยลดต้นทุน

ค่าใช้จ่าย แต่การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชก็ก่อให้เกิดโทษ ส่งผลเสียต่อสุขภาพหากใช้ไม่ถูกวิธี ใช้เกินปริมาณ ทำให้ผลผลิตไม่ผ่านเกณฑ์ เกษตรกรรู้ถึงอันตราย แต่เพราะความจำเป็นต้อง ทำมาหากิน จึงพยายามที่จะใช้ลดลง โดยใช้เท่าที่จำเป็น ซึ่งปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชคือ มีการใช้สืบทอดกันมาจากรุ่นปู่ตายายและรุ่นพ่อรุ่นแม่ สืบทอดกันต่อมาเรื่อย ๆ อีกทั้งความกดดันจากปัญหาสภาพเศรษฐกิจในปัจจุบัน ปัญหาค่าใช้จ่ายในครัวเรือน ความจำเป็นที่ต้องหาเลี้ยงครอบครัว จึงจำเป็นต้องใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในการทำเกษตร ในขณะที่คนที่ไปรับจ้างฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชก็มีความจำเป็นที่ต้องใช้ เพราะต้องการให้ผู้ว่าจ้างเห็นว่าตัวเองทำได้ดี ได้ผลดี และต้องการได้รับค่าชมจากผู้ว่าจ้าง อีกทั้งมีการแนะนำจากกลุ่มเกษตรกรด้วยกันเอง ญาติพี่น้อง ผู้ที่เคยใช้แล้วได้ผลดี จึงมีการแนะนำบอกต่อกันในชุมชน

ส่วนที่ 3 สถานการณ์การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในชุมชน

สถานการณ์การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในปัจจุบัน พบว่า คนในชุมชนมีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มมากขึ้นกว่าแต่ก่อน เนื่องจากมีความสะดวกในการซื้อขาย และด้วยภาวะปัญหาเศรษฐกิจรัดตัว ผู้คนมีความเร่งรีบแข่งขันกันทำมาหากิน ถ้าใครมีทุนเยอะก็จ้างคนอื่นมาฉีดให้ ส่วนใครที่ทุนน้อยก็ต้องฉีดเอง ถึงแม้ว่าจะมีหน่วยงานต่าง ๆ จัดอบรมให้ความรู้ แต่ก็ไม่ได้ปฏิบัติตาม แม้กระทั่งอาหารการกินก็มักจะซื้อแบบสำเร็จรูปมารับประทาน เพราะต้องการความสะดวกสบาย ดังผู้ให้ข้อมูลให้ข้อมูลว่า “คนทุกวันนี้บอกเสียเวลาจะไปเอาที่ร้าน บางทีทำเองไม่สวยผลแข็งกินไม่อร่อย ถ้าเป็นของตลาดบอกอร่อย ต้องการความเร็ว ไม่เสียเวลาทำ ไปไร่ไปนา ก็ไปเอาที่ร้าน กลายเป็นคนมักง่าย ไม่ทำตามทีพ่อแม่พาทำ” นอกจากนี้ยังมีการปล่อยให้เข้าพื้นที่ทำมาหากิน ซึ่งคนที่มาเช่าจะเป็น

คนนอกพื้นที่ แล้วเกิดปัญหว่าคนที่มาเช่าที่ทำกินก็มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชโดยไม่ได้นิ่งถึงคนที่อยู่ในชุมชน ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในชุมชน ในส่วนของภาคประชาชน คือ เกษตรกรยังไม่มีความพร้อม ยังคงทำแบบเดิมเหมือนที่เคยทำมา ขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้อง ได้รับทราบข้อมูลข่าวสารแต่ไม่ได้ปฏิบัติตาม และไม่ได้ตระหนักถึงพิษภัยของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เกษตรกรยังไม่มีความเชื่อว่าการใช้สารอินทรีย์กำจัดศัตรูพืชจะประสบความสำเร็จ รับการอบรมไปแล้วแต่ไม่มีการต่อยอด เพราะเกษตรกรไม่มีทุน ดังผู้ให้ข้อมูลให้ข้อมูลว่า “ปัญหาก็คือเกษตรกรยังไม่ค่อยให้ความร่วมมือก็ยังไม่มีการใช้อยู่ ทั้ง ๆ ที่เราไปณรงค์ให้ ลด ละ เลิก แล้ว แต่เกษตรกรก็ยังใช้อยู่ เขายังไม่เชื่อ เกษตรกรยังคงมีความคิดเดิม ๆ ยังไม่เคยปรับเปลี่ยนความคิด” อีกทั้งในปัจจุบันมีการเข้าถึงสารเคมีกำจัดศัตรูพืชได้ง่าย ส่วนปัญหาและอุปสรรคในส่วนภาครัฐ คือ บุคลากรของหน่วยงานภาครัฐไม่เพียงพอ ทำให้ภาระงานมีมาก การจัดสรรงบประมาณมีน้อย ไม่ทั่วถึง ทำให้การดำเนินงานไม่มีความต่อเนื่อง ดังผู้ให้ข้อมูลให้ข้อมูลว่า “มันไม่สามารถดำเนินงานให้สำเร็จได้งบประมาณค่อนข้างที่จะมีน้อยและมีจำกัด และเจ้าหน้าที่ที่จะมาดูแลเรื่องนี้โดยตรงของเราก็ยังไม่มี” อีกทั้งทางภาครัฐยังไม่มีนโยบายที่จะผลักดันให้เกิดการเลิกใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่เป็นรูปธรรมครอบคลุมทุกภาคส่วน รวมถึงยังไม่มีมาตรการตรวจสอบสินค้าที่ชัดเจน นอกจากนี้ปัญหาและอุปสรรคในส่วนของการขยายในชุมชน คือ การมีส่วนร่วมของคนในชุมชนยังมีน้อย ยังรวมกลุ่มกันไม่ได้ ขาดผู้นำ ต่างคนต่างทำต่างคนต่างอยู่ ดังผู้ให้ข้อมูลให้ข้อมูลว่า “ผู้นำชุมชนก็ยังเฉย ๆ อยู่ แล้วแต่ใครจะทำอะไร” อีกทั้งยังไม่มีตัวอย่างที่ประสบความสำเร็จด้านเกษตรอินทรีย์ในชุมชนให้เห็น มีแค่

ตัวอย่างการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชแล้วประสบความสำเร็จ

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร

การเรียนรู้และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่า เกษตรกรมีการเรียนรู้จากการจัดอบรมขององค์กรภาครัฐ การเรียนรู้จากรุ่นปู่ตายายและรุ่นพ่อรุ่นแม่ สืบทอดกันมาเรื่อย ๆ การเรียนรู้จากบริษัทเอกชนที่ได้เข้ามาเสนอขายตามหมู่บ้าน อีกทั้งมีการเรียนรู้ด้วยตนเองจากทางสื่อออนไลน์ต่าง ๆ ที่สามารถเข้าถึงได้ นอกจากนี้ยังมีการเรียนรู้จากการอ่านฉลากวิธีใช้ที่ติดอยู่ข้างขวดหรือใส่ไว้ในกล่องของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชนั้นด้วย ซึ่งวิธีการเลือกซื้อสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร จะมีการเลือกซื้อตามประสบการณ์ที่เคยใช้ บางรายจะซื้อตามคำแนะนำของร้านค้าที่ขาย และงบประมาณในการซื้อจะขึ้นอยู่กับชนิดหรือเกรดของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชนั้นด้วยการปฏิบัติตนในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร พบว่า ก่อนทำการผสมสารเคมีเกษตรกรจะสวมอุปกรณ์ป้องกันในลักษณะชุดทำงานเป็นเสื้อผ้าแขนยาวขายาว ใส่ถุงมือยาง รองเท้าบูทหมวก ผ้าปิดจมูก มีบางรายที่สวมใส่ชุดกันฝนคลุมชั้นนอก สวมแว่นตา และมีเกษตรกรบางรายที่หากลืมใส่อุปกรณ์ป้องกันขึ้นใดก็จะทำงานต่อโดยไม่ใส่ อุปกรณ์ป้องกันขึ้นนั้นเลย เมื่อผสมเสร็จเกษตรกรจะนำไปใช้ฉีดพ่นต่อทันที และในช่วงระหว่างพัก ไม่ว่าจะเป็นการหยุดพักเหนื่อยหรือหยุดเพื่อเติมสารเคมีส่วนใหญ่บอกว่า จะไม่มีการดื่มน้ำหรือเครื่องดื่มใด ๆ ทั้งสิ้น แต่มีบางรายจะมีการดื่มน้ำ สุกบุญหรือในระหว่างพัก และมีการถอดแสมส์หรือหน้ากากออกเพื่อให้สามารถหายใจรับอากาศได้สะดวกขึ้น หลังจากฉีดพ่นเสร็จส่วนใหญ่จะทำการล้างถังที่ใช้ฉีดพ่น ซึ่งน้ำที่ใช้ล้างถังฉีดพ่นแล้วจะนำไปเททิ้งในบริเวณในไร่ที่ฉีดพ่นหรือตามขอบ ๆ ไร่ บางรายจะ

นำไปเททิ้งในป่าที่อยู่บริเวณใกล้เคียง ส่วนการกำจัดขยะอันตรายหรือขยะที่มีการปนเปื้อนสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ส่วนใหญ่จะใช้วิธีการขุดหลุมฝังดิน มีการทิ้งตามถังขยะทั่วไปบ้าง ทิ้งในถังขยะอันตรายที่ อบต. ตั้งไว้ให้บ้าง บางรายก็ใช้วิธีการเผาทำลาย แต่ก็ยังมีเกษตรกรบางรายที่ไม่ได้มีการกำจัดขยะอันตรายที่ถูกต้องจะทิ้งขยะไว้ไม่เป็นที่เป็นทาง หลังจากเสร็จภาระกิจทุกอย่างแล้ว ถึงจะกลับไปอาบน้ำล้างเนื้อตัวที่บ้าน และทำความสะอาดเสื้อผ้า หลังจากนั้นก็จะมีการปฏิบัติตนเพื่อการขับล้างสารพิษออกจากร่างกายแตกต่างกันไป ได้แก่ การดื่มน้ำหรือเหงื่อออก 40 ดีกรี ดื่มน้ำเกลือ ดื่มน้ำอัดลมที่มีความซ่า ดื่มนมสดรสจืด หรือดื่มน้ำยาล้างคั้นสด ส่วนการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับอันตรายจากใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช หากเกิดอาการใด ๆ ที่คิดว่าไม่รุนแรงก็จะซื้อยารับประทานเอง และเข้ารับบริการที่ รพ.สต. และหากมีอาการที่รุนแรงจะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล

ส่วนที่ 5 ผลกระทบจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ผลกระทบทางด้านสุขภาพ จากผลการสัมภาษณ์ พบว่า เกษตรกรมีอาการปวดศีรษะ วิงเวียน คลื่นไส้ อาเจียน เหนื่อยเพลีย แขนขาออก หายใจไม่อิ่ม เกิดอาการแพ้ มีผื่นคัน ผิวน้ำหนักอกเสบ เกิดเป็นแผลเรื้อรัง แผลติดเชื้อ ร่างกายเจ็บป่วยง่าย ปวดตามร่างกายบ่อย ดังผู้ให้ข้อมูลให้ข้อมูลว่า “เป็นเหนื่อย เป็นเพลีย อยู่ยาก ใจจะขาด มันทก็เป็นปวดขมับขึ้น เป็นเหนื่อย ๆ หายใจไม่อิ่มขึ้นเลย มันไม่ไหว มีช่วงนึงใช้จนนอนขมเลย ขยับตัวแรงก็ไม่ได้เลย เมา วิงเวียน ปวดหัว” และคนในครอบครัวก็ได้รับอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชทั้ง ๆ ที่ไม่ได้เป็นคนฉีดพ่น

ผลกระทบทางด้านสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดผลกระทบต่อแหล่งอาหารตามธรรมชาติ ไม่ว่าจะเป็นกุ้ง หอย ปู ปลา กบ เขียด หรือแม้แต่ผักต่าง ๆ ที่อยู่

ในทุ่งนา ต่างก็มีปริมาณลดลงหรือหายากขึ้นจนแทบไม่มีเลย ทำให้ระบบนิเวศเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลต่อวิถีชีวิตของคนในชุมชน ทำให้เกิดการปนเปื้อนในแหล่งน้ำอุปโภคบริโภคตามธรรมชาติ ส่งผลกระทบให้น้ำในบ่อน้ำจากที่เมื่อก่อนเคยนำมาบริโภค แต่ปัจจุบันบริโภคไม่ได้ ต้องได้ซื้อน้ำบริโภคแทนแหล่งน้ำจากที่เคยนำมาใช้ในครัวเรือนก็ใช้ไม่ได้ หากนำมาใช้อาบก็ก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อผิวหนัง เกิดผิวหนังผื่นคัน และยังมีผลกระทบต่อสัตว์เลี้ยง หากนำมาใช้เลี้ยงสัตว์ เช่น วัว ควาย ไก่ ก็จะทำให้สัตว์ป่วยหรือตายได้ นอกจากนี้ยังเกิดการปนเปื้อนในอากาศ ทำให้เกิดมลพิษทางอากาศ เป็นอันตรายต่อผู้ที่สูดดม และทำให้เกิดการปนเปื้อนสะสมในดิน ทำให้ดินแข็งเป็นดาน ไม่มีไส้เดือน ไม่มีความอุดมสมบูรณ์ในดิน ในขณะที่ยังมีบางคนคิดว่าไม่ได้ทำให้เกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม เนื่องจากคิดว่าตนเองไม่ได้ใช้ในบริเวณที่อยู่ใกล้แหล่งน้ำ แต่จะเกิดผลกระทบก็ต่อเมื่อมีผู้ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในบริเวณใกล้เคียงแหล่งน้ำเท่านั้น ดังผู้ให้ข้อมูลให้ข้อมูลว่า “ก็คิดว่าไม่เป็นอะไรนะ ไร่เราไม่ได้อยู่ใกล้แหล่งน้ำ คนที่ใช้อยู่ใกล้ ๆ แม่น้ำลำคลอง น่าจะมีผลกระทบอยู่ เพราะเวลาฝนตกน้ำฝนจะชะล้างสารเคมีไหลลงแม่น้ำอยู่”

ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ ทำให้เกษตรกรสามารถลดค่าใช้จ่ายในการจ้างแรงงาน เป็นการช่วยลดต้นทุนในการเพาะปลูก และยังทำให้ได้ผลผลิตเพิ่มขึ้น ผลผลิตสวยงาม ขายได้ราคาดี ขายได้ตลอดมีรายได้เพิ่มขึ้น เศรษฐกิจครัวเรือนดีขึ้น ส่งผลให้มีสภาพความเป็นอยู่ของเกษตรกรดีขึ้นด้วย ดังผู้ให้ข้อมูลให้ข้อมูลว่า “เศรษฐกิจเราก็ดีขึ้นนะครับ เพราะว่าเราใช้แล้วมันทำให้ผลผลิตเราได้เต็มเม็ดเต็มหน่วย ผลสวย ไม่มีหนอน ไม่มีแมลง ไม่เน่า เอาไปขายก็ขายได้” ในขณะที่มีบางคนมองว่าการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชจะทำให้ต้นทุนในการเกษตรเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมีราคาสูง

กว่าสารชีวภัณฑ์ และทำให้ผลผลิตที่ได้จะไม่ผ่านเกณฑ์ ขายไม่ได้ หากตรวจเจอ และจะเกิดการเน่าเสียเร็วขึ้นด้วย

ผลกระทบทางด้านสังคม คนส่วนใหญ่มองว่าไม่ได้ก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านสังคม เพราะว่าทุกคนในสังคมต่างก็ใช้เหมือนกันและทำเหมือนกัน ในขณะที่มีบางคนกลับรู้สึกว่าตนเองได้รับผลกระทบจากการที่คนอื่นได้ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในบริเวณใกล้เคียงกัน แต่ก็ไม่กล้าที่จะพูดหรือบอกให้เขาหยุดใช้ ได้แต่ยอมรับสภาพไป เพราะกลัวว่าจะเกิดการทะเลาะกัน ดังผู้ให้ข้อมูลให้ข้อมูลว่า “ที่ข้าง ๆ เขาก็ใช้สารเคมีหนัก มันก็ไหลลงมามันควบคุมไม่ได้ ไม่ใช่มีผลเฉพาะผมหรอกมันไปทั่วเลยบริเวณนั้น พุดอะไรไม่ได้ ก็ต้องยอมรับสภาพไป บอกเขาก็ไม่ได้ เขาก็จะอยากได้เงิน เดี่ยวจะผิดกัน”

ส่วนที่ 6 แนวทางการลดผลกระทบจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

แนวทางการแก้ไขปัญหาการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในชุมชน พบว่า หน่วยงานภาครัฐได้มีการจัดอบรมในเรื่องการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้องให้แก่เกษตรกร การสอนทำสารชีวภาพเพื่อใช้ทดแทนสารเคมีกำจัดศัตรูพืช พร้อมทั้งมีการแจกสารชีวภัณฑ์ให้เกษตรกรนำไปทดลองใช้ ทั้งนี้ยังมีการจัดเตรียมถังขยะอันตรายไว้ในชุมชน สำหรับรองรับขยะอันตรายที่มีการปนเปื้อนสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เพื่อป้องกันไม่ให้นำไปทิ้งตามไร่นาหรือในชุมชน มีการจัดตั้งเป็นศูนย์เรียนรู้การเพิ่มประสิทธิภาพการผลิตสินค้าเกษตร (ศพก. เครือข่าย) มีอาสาสมัครเกษตรหมู่บ้าน (อกม.) เป็นผู้ช่วยติดต่อประสานงานการดำเนินงานในชุมชน และมีการจัดตั้งศูนย์กิจกรรม คือ ศูนย์จัดการศัตรูพืชชุมชน ซึ่งจะเปิดให้คนในชุมชนได้ไปศึกษาเรียนรู้เรื่องการผลิตสารชีวภัณฑ์กำจัดศัตรูพืชที่ใช้ทดแทนสารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีการรณรงค์ให้เกษตรกรลด ละ เลิกใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช นอกจากนี้คนในชุมชนเองก็มี

วิธีการหลีกเลี่ยงการได้รับอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เช่น การปลูกผักรับประทานเอง ไม่รับประทานพืชผักที่ซื้อจากตลาด เพื่อหลีกเลี่ยงสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในผลผลิต

แรงจูงใจในการลดหรือเลิกใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เป็นเรื่องของสุขภาพทั้งของผู้ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเองและคนในครอบครัว เรื่องของผลประโยชน์ที่จะได้รับ เศรษฐกิจในครัวเรือน ความเป็นอยู่ของคนในครอบครัว การได้รับสนับสนุนจากภาครัฐ ไม่ว่าจะเป็นงบประมาณหรือสิ่งของสนับสนุนต่าง ๆ การมีตัวอย่างหรือต้นแบบที่ดี ที่ประสบความสำเร็จ ให้คนในชุมชนได้ทำตาม และการมีค่านิยมหรือเทรนด์เรื่องการรักสุขภาพ ความนิยมในการบริโภคอาหารปลอดสารพิษจะช่วยเป็นแรงจูงใจให้เกษตรกรลดหรือเลิกใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชได้ด้วย

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีความเข้าใจว่า เกษตรอินทรีย์ หมายถึง การทำเกษตรที่ไม่ใช้สารเคมีเลย แต่จะใช้เป็นสารชีวภาพ หรือใช้วิถีทางธรรมชาติแทนในทุกขั้นตอนการเพาะปลูก หมายถึงไปถึงการใช้ปุ๋ยอินทรีย์แทนปุ๋ยเคมี และการใช้วิถีทางธรรมชาติ เช่น พวกพืชที่มีกลิ่นฉุน พวกสะเดา ใบยาสูบ นำมาหมักแล้วเอาไปฉีดไล่แมลง การกางมุ้งกันแมลง การห่อด้วยถุงกันแมลง รวมไปถึงการป้องกันไม่ให้ผลผลิตเกิดการปนเปื้อนสารเคมีจากแปลงข้างเคียงด้วย โดยเกษตรกรอินทรีย์มีข้อดี คือ ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ไม่มีสารพิษตกค้างในผลผลิต ไม่เกิดการปนเปื้อนในดิน ในน้ำ ในอากาศ ไม่เป็นพิษต่อสิ่งแวดล้อม ช่วยฟื้นฟูดิน ไม่เป็นอันตรายต่อสัตว์เลี้ยงและสัตว์ที่อยู่ตามธรรมชาติ ช่วยทำให้ประหยัดต้นทุนในการซื้อสารเคมีกำจัดศัตรูพืช แต่มีข้อเสียคือ มีขั้นตอนการทำที่ยุ่งยาก ใช้เวลานาน เห็นผลช้า ไม่เหมาะกับวิถีชีวิตที่เร่งรีบของคนในชุมชน ใช้ต้นทุนการทำที่สูง เกษตรกรยังไม่มีทุน เกษตรอินทรีย์ให้ผลผลิตที่ลดลง ทำให้ไม่ประสบความสำเร็จเหมือนการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ซึ่ง

เกษตรกรต้นแบบด้านเกษตรอินทรีย์ จะมีอยู่ที่บ้านท่าลี่ หมู่ที่ 4 แต่ยังไม่เป็นที่รู้จักของคนในชุมชน

แนวโน้มการเป็นชุมชนเกษตรอินทรีย์ของตำบลท่าลี่ในอนาคต มีแนวโน้มที่เป็นไปได้ หากเกษตรกรมีความใส่ใจในเรื่องสุขภาพมากขึ้น เปิดใจเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ มีหน่วยงานต่าง ๆ เข้ามาให้ความรู้แก่เกษตรกร มีตัวอย่างให้เห็น มีแปลงสาธิตในชุมชน มีตลาดรองรับผลผลิตที่ได้ และมีความร่วมมือร่วมใจของคนในชุมชนเอง ซึ่งแนวทางการสร้างเครือข่ายหรือขยายผลเกษตรอินทรีย์ จะต้องมีการรวมกลุ่มกัน โดยอาศัยความร่วมมือของคนในชุมชน มีแกนนำในชุมชนทำเป็นตัวอย่างให้เห็นก่อน มีการติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง แล้วขยายผลออกไปเรื่อย ๆ ขยายผลไปยังเกษตรกรกลุ่มต่าง ๆ เป็นการเอาความสำเร็จมาเป็นแรงจูงใจ อีกทั้งต้องอาศัยภาครัฐให้การสนับสนุนงบประมาณในการขยายผลการดำเนินงานต่าง ๆ ด้วย

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาสถานการณ์การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในชุมชน พบว่า เกษตรกรมีแนวโน้มที่จะใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากมีความสะดวกในการซื้อขาย มีบริษัทเอกชนเข้ามาขายถึงในหมู่บ้าน พร้อมทั้งมีการโฆษณาและนำสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมาแจกให้เกษตรกรนำไปทดลองใช้อีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของชานูวัฒน์ เสธา⁵ ที่ได้ทำการศึกษา พบว่า การส่งเสริมการตลาดมีผลต่อการตัดสินใจซื้อสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร เนื่องจากการจัดกิจกรรมส่งเสริมการขาย เป็นการสร้างความสนใจแก่ลูกค้าหรือผู้ใช้บริการ ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการใช้สารเคมี คือ พนักงานขายมีการโน้มน้าว ให้คำแนะนำที่ดี มีความรู้และแนะนำสินค้าได้ อีกทั้งปัญหาเศรษฐกิจในครัวเรือนของเกษตรกรเองที่ต้องการความรวดเร็วในการหารายได้ เกษตรกรมองว่าสารเคมีกำจัดศัตรูพืชให้ผลที่ถูกต้อง จึงทำให้ไม่สามารถที่จะเลิกใช้สารเคมีกำจัด

ศัตรูพืชได้ ทั้งนี้เกษตรกรได้เคยใช้สารอินทรีย์กำจัดศัตรูพืชแล้ว แต่ไม่ได้ใช้ต่อเนื่อง เหตุผลเพราะสารอินทรีย์กำจัดศัตรูพืชให้ผลที่ช้า และมีขั้นตอนการทำที่ยุ่งยาก ไม่เป็นที่ถูกใจเกษตรกร จึงหันกลับมาใช้สารเคมีกำจัดศัตรูเหมือนเดิม

ผลการศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร พบว่า เกษตรกรทราบถึงวิธีการปฏิบัติตนในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้อง แต่ไม่ได้คำนึงที่จะปฏิบัติตาม เกษตรกรยังปฏิบัติตนตามความเชื่อหรือตามคำบอกกล่าวแนะนำของผู้อื่น ลอกเลียนแบบบุคคลที่ประสบความสำเร็จ เช่น พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย ของตนเอง หรือเพื่อนเกษตรกรด้วยกันในชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นบุคคลที่มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชแล้วให้ผลผลิตที่ดี มีรายได้สูง เกษตรกรมองว่านั่นคือการประสบความสำเร็จแล้ว อีกทั้งเกษตรกรยังไม่มีความตระหนักในการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันตนเองในขณะที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ซึ่งบางรายจะเลือกที่จะสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันบางอย่างเพื่อความสะดวกในการปฏิบัติงานเท่านั้น ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของวชิญณ์ชนก จงสมักร และคณะ⁶ ที่ได้ทำการศึกษา พบว่า เกษตรกรมีความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับมากและมีพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งนี้สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมได้ให้ข้อแนะนำกับผู้ปฏิบัติงานฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชว่าควรสวมใส่หน้ากากที่ทำด้วยวัสดุกันซึม เป็นหน้ากากมิดชิดกรองหรือใส่กรองที่เหมาะสมกับชนิดของสารเคมีที่ใช้ฉีดพ่น⁷

นอกจากนี้แล้วการปฏิบัติตนของเกษตรกรยังพบว่าการหยุดพักดื่มน้ำและสูบบุหรี่ในระหว่างที่มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และหลังจากการใช้สารเคมีก็จะมีอาการคันคอ คันน้ำเกลือ คันน้ำอัดลมที่มีความซ่า ดื่มนมรสสด และดื่มน้ำเย็นที่เย็นสด เพราะมีความเชื่อว่าสามารถถอนพิษหลังฉีดพ่น

สารเคมีกำจัดศัตรูพืชได้ สะท้อนให้เห็นว่าเกษตรกรยังขาดองค์ความรู้ในการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง ซึ่งอาจก่อให้เกิดโทษต่อร่างกายเพิ่มได้ รวมไปถึงการขาดจิตสำนึกในการกำจัดขยะอันตรายที่เกิดขึ้นด้วยยังมีการทิ้งสุ่ยสุร่ายตามแหล่งน้ำ ป่าเขา ในบริเวณใกล้เคียงอีกด้วย ซึ่งจะเห็นว่าเกษตรกรยังขาดความตระหนักในเรื่องของความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชทั้งต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งมีความเชื่อและการปฏิบัติตนที่ยังไม่ถูกต้องทั้งในระหว่างและหลังการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาศ ไทยใจดี และดาริวรรณ เศรษฐีธรรม⁸ ที่ทำการศึกษา พบว่าประเด็นเรื่องพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชยังคงเป็นปัญหาอยู่และยังไม่เห็นความเปลี่ยนแปลงมากเนื่องจากเกษตรกรมีการใช้สารกำจัดศัตรูพืชเป็นประจำและใช้เป็นระยะเวลานาน รวมทั้งเกษตรกรปลูกพืชหมุนเวียนตลอดทั้งปี และถึงแม้เกษตรกรจะทราบถึงอันตรายจากการใช้สารกำจัดศัตรูพืชแต่เกษตรกรก็ยังคงใช้อยู่เพื่อรักษาผลผลิต

ผลการศึกษาผลกระทบจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่า ส่งผลกระทบทางด้านสุขภาพทำให้เกิดการเจ็บป่วยทั้งกับตัวเกษตรกรเองและกับบุคคลในครอบครัวเกษตรกร โดยลักษณะความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นจะแตกต่างกันไปตามการสัมผัสสารของแต่ละบุคคล ซึ่งอาการเล็กน้อย คือ การระคายเคืองต่อผิวหนัง มีผื่นคัน จนไปถึงอาการรุนแรงที่สุด คือ ส่งผลกระทบต่อระบบหายใจ แน่นหน้าหายใจไม่ออก ได้นำส่งโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของจริยา ฮ่อบุตร และมุกดา โบบทอง⁹ ที่ได้ทำการศึกษา พบว่าในรอบ 1 เดือน พนักงานมีอาการผิดปกติหลังจากการใช้หรือสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชทันทีร้อยละ 54.0 อยู่ในกลุ่มอาการเวียนศีรษะ คันผิวหนัง ผื่นแดง ผื่นแตก เหนื่อยออกเจ็บคอ คอแห้ง และผลการตรวจคัดกรองหาระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรส พบว่า พนักงานส่วนใหญ่มี

ระดับเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสอยู่ในระดับมีความเสี่ยงร้อยละ 83.9 รองลงมาอยู่ในระดับไม่ปลอดภัยร้อยละ 10.3 โดยสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม¹⁰ ได้กล่าวถึงพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชต่อมนุษย์แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) พิษแบบเฉียบพลัน โดยจะมีการแสดงในทันทีหลังจากที่มีการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชแม้เพียงครั้งเดียว เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อเกร็งกระตุก ท้องร่วง หายใจติดขัด ตาพร่า แสบตา เป็นต้น และ 2) พิษแบบเรื้อรังเกิดจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเป็นเวลานานและเกิดพิษสะสมจนก่อให้เกิดโรคหรือปัญหาต่อสุขภาพเรื้อรัง เช่น มะเร็ง เบาหวาน อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคผิวหนังต่าง ๆ การเป็นหมัน การพิการของทารกแรกเกิด การสูญเสียการได้ยินและการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ เป็นต้น

นอกจากนี้การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชยังส่งผลกระทบต่อสิ่งมีชีวิตและพืชที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ ทำให้แหล่งอาหารตามธรรมชาติลดลงหากินยากขึ้น และเกิดปัญหาเรื่องน้ำอุปโภคบริโภคทำให้คนในชุมชนต้องได้ซื้อน้ำเพื่อนำมาบริโภคส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตของเกษตรกร สอดคล้องกับ วันปิติธรรมศรี¹¹ ได้กล่าวว่าการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชนอกจากจะก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพของมนุษย์แล้วยังก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นอันตรายต่อชีวิตสัตว์ ตลอดจนสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ อาจมีการปนเปื้อนหรือสะสมอยู่ในห่วงโซ่อาหาร เกิดผลกระทบต่อระบบนิเวศเป็นอันตรายต่อสิ่งมีชีวิตอื่น ๆ ทั้งพืชและสัตว์ทำให้เจ็บป่วยและตายได้ ถ้าหากได้รับการสะสมของสารพิษปริมาณมากขึ้นอาจมีผลกระทบต่อโครงสร้างของโครโมโซมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรม การฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชยังทำให้ละอองสารเคมีมีโอกาสลอยปลิวปะปนอยู่ในบรรยากาศได้มากซึ่งหากมีปนเปื้อนในปริมาณที่มากจะทำให้อากาศเสื่อมคุณภาพและเป็น

อันตรายต่อมนุษย์และสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้ยังมีผู้ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชส่วนหนึ่งมีความคิดว่าการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชจะส่งผลกระทบต่อแหล่งน้ำก็ต่อเมื่อมีการใช้ใกล้กับบริเวณแหล่งน้ำเท่านั้นสะท้อนให้เห็นว่าเกษตรกรยังขาดความรู้ความเข้าใจและความตระหนักในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชนอกจากนี้การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชยังส่งผลกระทบต่อทางด้านสังคม คนที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชก็ใช้เยอะโดยไม่ได้คำนึงถึงพื้นที่ใกล้เคียง ส่วนคนที่กลัวอันตรายของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชก็ไม่กล้าที่จะว่ากล่าวตักเตือนกันได้ เนื่องจากกลัวว่าจะทำให้เกิดภัยกัน ได้แต่ยอมรับสภาพไป นอกจากนี้แล้วยังมีผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นผลกระทบทางด้านเดียวที่ส่งผลในเชิงบวก พบว่า เกษตรกรสามารถลดรายจ่ายด้านการจ้างแรงงาน ลดต้นทุนในการเพาะปลูก ช่วยเพิ่มผลผลิตและรายได้ให้แก่เกษตรกร ส่งผลให้สภาพความเป็นอยู่ของเกษตรกรดีขึ้นด้วย

ส่วนเรื่องผลการศึกษาแนวทางการลดผลกระทบจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่าคนในชุมชนเองได้มีวิธีการหลีกเลี่ยงการได้รับอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เช่น การปลูกผักรับประทานเอง ไม่รับประทานพืชผักที่ซื้อจากตลาดเป็นการหลีกเลี่ยงสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในผลผลิต และในส่วนของหน่วยงานภาครัฐก็ได้มีการจัดอบรมให้ความรู้แก่เกษตรกร มีการสอนทำสารชีวภาพเพื่อใช้ทดแทนสารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีการจัดตั้งเป็นศูนย์เรียนรู้การเพิ่มประสิทธิภาพการผลิตสินค้าเกษตร (ศพก. เครือข่าย) และมีการจัดตั้งศูนย์จัดการศัตรูพืชชุมชน ซึ่งแรงจูงใจในการลดหรือเลิกใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร คือ เรื่องของสุขภาพทั้งของตัวเองเกษตรกรเองและคนในครอบครัว เรื่องของผลประโยชน์ที่จะได้รับ ความเป็นอยู่ของคนในครอบครัว การได้รับสนับสนุนจากภาครัฐ และจะต้องมีตัวอย่างหรือต้นแบบที่ดีด้าน

เกษตรอินทรีย์ที่ประสบความสำเร็จให้คนในชุมชนได้ทำตาม นอกจากนี้แล้วแนวทางการลดผลกระทบจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอีกอย่างหนึ่งที่สำคัญคือการสร้างเครือข่ายหรือขยายผลเกษตรอินทรีย์ โดยจะต้องมีการรวมกลุ่มกัน ร่วมมือร่วมใจกันของคนในชุมชน มีแปลงสาธิตในชุมชน มีการติดตามผลการดำเนินงานต่อเนื่อง รวมทั้งมีตลาดในชุมชนเพื่อรองรับผลผลิตที่ได้แล้วขยายผลไปยังเกษตรกรกลุ่มต่าง ๆ ซึ่งเป็นวิธีการเอาความสำเร็จมาเป็นสิ่งจูงใจหรือแรงจูงใจ สอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์เพ็ญวรรณารักษ์ และคณะ¹² ที่พบว่าแรงจูงใจที่ทำให้ลดการใช้สารเคมีได้สำเร็จคือ 1) แรงจูงใจทางด้านความสัมพันธ์ในครอบครัวและแรงจูงใจส่วนบุคคลในด้านความมุ่งมั่นและตั้งใจที่แน่วแน่ที่จะลดการใช้สารเคมี 2) แรงจูงใจทางด้านสุขภาพเพื่อให้ตนเองและครอบครัวมีสุขภาพที่ดีปลอดจากโรคร้ายไข้เจ็บที่เกิดจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช 3) แรงจูงใจทางสังคม ได้แก่ การมีเครือข่ายที่ดีกับผู้นำชุมชนและนักวิชาการทางด้านการเกษตรชีวภาพซึ่งให้การสนับสนุนทั้งทางด้านวิชาการและการให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ และ 4) แรงจูงใจทางด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ต้นทุนการผลิตและปริมาณผลผลิตต่อหน่วย นอกจากนี้แล้ว พันทิพย์ อินทฤทธิ์¹³ ได้ศึกษาพบว่าความรู้เกี่ยวกับชนิดและวิธีการใช้สารชีวภาพ การได้รับสารชีวภาพพร้อมใช้หรือวัตถุดิบในการทำสารชีวภาพจากเจ้าหน้าที่การเกษตร การมีแหล่งจำหน่ายสารชีวภาพพร้อมใช้หรือวัตถุดิบในการทำสารชีวภาพ การมีแหล่งรับซื้อผลผลิตจากการใช้สารชีวภาพ การมีศูนย์การเรียนรู้เกี่ยวกับสารชีวภาพ การได้รับคำแนะนำของเพื่อนบ้านหรือผู้นำชุมชน การได้รับการส่งเสริมจากเจ้าหน้าที่การเกษตร การเข้าอบรม ประชุม ศึกษาดูงาน สัมมนาการใช้สารชีวภาพของผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการใช้สารชีวภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยเรื่องผลกระทบและแนวทางการลดผลกระทบจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร ตำบลท่าลี่ อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ได้ข้อเสนอแนะดังนี้

1.1 ด้านนโยบายและการบริหาร โดยองค์กรเครือข่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องควรมีนโยบายและการวางแผนที่จริงจัง ชัดเจน และเป็นแนวทางเดียวกันทุกภาคส่วน ควรมีการส่งเสริมการทำเกษตรอินทรีย์เพิ่มขึ้น มีการกำหนดมาตรการตรวจสอบสินค้า เพื่อควบคุมปริมาณสารเคมีปนเปื้อนในผลผลิต ตลอดจนการสนับสนุนบุคลากรให้เข้ามาให้ความรู้แก่เกษตรกรในชุมชน การสร้างเกษตรกรต้นแบบด้านอินทรีย์และเป็นแบบอย่างที่ประสบความสำเร็จแล้วในชุมชน พร้อมทั้งมีแผนการดำเนินงานที่เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของชุมชนด้วย

1.2 ด้านการสร้างจิตสำนึกของคนในชุมชน โดยองค์กรเครือข่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องควรมีแผนงานและโครงการในการสร้างองค์ความรู้ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยเฉพาะการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกวิธี ระวังตระวัง มีความตระหนักรู้ในการใช้ การใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเองที่เหมาะสม รวมทั้งการกำจัดขยะอันตรายที่เกิดขึ้น ซึ่งเกษตรกรต้องมีความรู้ความเข้าใจก่อน ต้องคำนึงถึงผลกระทบทางด้านต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น และตัวเกษตรกรเองต้องมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง เปิดใจเรียนรู้องค์ความรู้ใหม่ ๆ รวมทั้งมีทัศนคติที่ดีต่อการทำเกษตรอินทรีย์ด้วย

1.3 ด้านการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนและภาคีเครือข่ายในการจัดการปัญหาการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยคนในชุมชนเองจะต้องมีการรวมกลุ่มกัน ต้องเป็นชุมชนที่เข้มแข็งพึ่งพาตนเองได้ มีการช่วยเหลือปรึกษาหารือกันได้ในกลุ่ม

มีความสามารถในการควบคุมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในชุมชนเองได้ หากชุมชนเป็นชุมชนที่เข้มแข็งแล้วก็จะสามารถดึงเครือข่ายต่าง ๆ ให้เข้ามาสนับสนุนช่วยเหลือส่งเสริมการดำเนินงานของชุมชนได้ ทั้งนี้ทั้งภาครัฐและภาคประชาชน ควรให้การสนับสนุนเกื้อกูลซึ่งกันและกัน มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานร่วมกัน รวมทั้งการใช้สื่อจากช่องทางต่าง ๆ ที่มีมากในปัจจุบันนี้ให้เกิดประโยชน์ เพื่อติดตามการดำเนินงานและแก้ไขปัญหาาร่วมกัน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาในเชิงปริมาณเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรและปัญหาการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ปัญหาของการทำเกษตรอินทรีย์ รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาของชุมชน เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการจัดทำนโยบายในระดับพื้นที่และจัดทำแผนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

2.2 ควรมีการศึกษาในลักษณะของวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการจัดการปัญหาการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในตำบลท่าลี่ เพื่อจะได้เป็นโมเดลหรือรูปแบบของการดำเนินงานที่ดีต่อไป

2.3 ควรมีการศึกษาเชิงทดลองในแนวทางการทำเกษตรอินทรีย์ทฤษฎีต่าง ๆ เพื่อเป็นทางเลือกและเป็นประโยชน์ในการจัดการปัญหาการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในตำบลท่าลี่ และเพื่อเป็นการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป กิตติกรรมประกาศ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่ได้สละเวลาอันมีค่าในการให้ข้อมูลทำให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์และได้ผลการศึกษาที่เป็นประโยชน์ในการนำไปพัฒนาและปรับปรุงการจัดการปัญหาการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในชุมชนตำบลท่าลี่ อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักควบคุมพืชและวัสดุการเกษตร กรมวิชาการเกษตร. รายงานสรุปการนำเข้าวัตถุอันตรายทางการเกษตร ปี พ.ศ. 2564 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมวิชาการเกษตร; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 21 พ.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.doa.go.th/ard/?page_id=386
2. กลุ่มสารสนเทศการเกษตร, สำนักงานเกษตรและสหกรณ์จังหวัดอุดรธานี. สรุปข้อมูลพื้นฐานด้านการเกษตรและสหกรณ์จังหวัดอุดรธานี. อุดรธานี: สำนักงานเกษตรและสหกรณ์จังหวัดอุดรธานี; 2563.
3. องค์การกระจายเสียงและแพร่ภาพสาธารณะแห่งประเทศไทย. เตือนภัยสารเคมีกำจัดศัตรูพืช [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: องค์การกระจายเสียงและแพร่ภาพสาธารณะแห่งประเทศไทย; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 28 ส.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaipbs.or.th/news/content/285654>
4. องค์การบริหารส่วนตำบลท่าลี่. สภาพและข้อมูลพื้นฐาน [อินเทอร์เน็ต]. อุดรธานี: องค์การบริหารส่วนตำบลท่าลี่; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 7 พ.ค. 2565] เข้าถึงได้จาก: <https://www.talee-ud.go.th/?p=3551>
5. ชานูวัฒน์ เสธา. ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจซื้อสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในอำเภอยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ [วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยแม่โจ้; 2559.

6. วรณัฐชนก จงสมักร, ชัยธัช จันทร์สมุด, ธันวา ใจเที่ยง. ความรู้และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อยในพื้นที่เทศบาลตำบลลำพันชาด อำเภอลำดวน จ.สุรินทร์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2563; 13(1): 262-67.
7. กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม, กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือสำหรับเกษตรกรและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. ISBN (E-Book): 978-616-11-4491-3 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 28 ส.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th>
8. จุฑามาศ ไทยใจดี, ดาริวรรณ เศรษฐธรรม. กระบวนการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของเกษตรกรเพื่อป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ตำบลทับกุง อำเภอนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี. [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2561.
9. จริยา อ่อนบุตร, มุกดา โบบทอง. พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและระดับโคลีนเอสเตอเรสของพนักงานฝ่ายสวน ในบริษัทปาล์มน้ำมัน จ.กระบี่. วารสารกระบี่เวชสาร. 2561; 1(1): 23-34.
10. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม, กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข. องค์ความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองความเสี่ยงจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยกระดาษทดสอบโคลีนเอสเตอเรส (Cholinesterase reactive paper) สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอมมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2560.
11. วันปิติ ธรรมศรี. ผลกระทบทางสุขภาพและสิ่งแวดล้อมจากการใช้สารเคมีทางการเกษตรของเกษตรกรไทย. วารสารเกษตรพระจอมเกล้า. 2563; 39(4): 329-36.
12. จันทร์เพ็ญ วรณารักษ์, วชิร เพ็ชรวงษ์, ปฏิพล หอมยามเย็น, พิมพ์พรรณ อัมพันธ์ทอง. รูปแบบแรงจูงใจในการลดการใช้สารเคมีในนาข้าวของเกษตรกรในอำเภอสว่างวีระวัฒน์ จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิชาการ สถาบันวิทยาการจัดการแห่งแปซิฟิก. 2564; 7(1): 221-32.
13. พันทิพย์ อินทฤทธิ์. ปัจจัยพยากรณ์พฤติกรรมการใช้สารชีวภาพของเกษตรกรในตำบลกกแรต อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.

ผลของการนวดออกซิโตซินต่อปริมาณการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด

สุมาลี จุลพันธ์¹, สิริยาภรณ์ เจนสาริกา², จันทิมา นวมะวัฒน์³

(วันที่รับบทความ: 26 สิงหาคม 2567; วันที่แก้ไขบทความ: 30 กันยายน 2567; วันที่ตอบรับบทความ: 18 ตุลาคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการนวดออกซิโตซินต่อปริมาณการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด รูปแบบการวิจัย (Quasi experimental with control group design) และวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest and posttest design) กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังคลอดที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องในแผนกหลังคลอด โรงพยาบาลพิจิตร ในระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2565 จำนวน 68 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 34 คน บันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ ข้อมูลทารกและแบบประเมินความเครียดของมารดา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ เปรียบเทียบปริมาณน้ำนมตามระยะเวลาหลังคลอด ความพอเพียงของปริมาณน้ำนมเทียบกับน้ำหนักทารกหลังคลอด จำนวนปัสสาวะและจำนวนอุจจาระของทารกหลังคลอด ผลการศึกษา พบว่า ปริมาณน้ำนมในระยะ 2-3 ชม.แรกไม่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบปริมาณน้ำนมใน ระยะ 24 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมงหลังคลอด ของมารดากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.000 และ 0.000 ขณะที่น้ำหนักของทารกหลังคลอดใน 24 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมง ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบความพอเพียงของน้ำนมกับจำนวนปัสสาวะในระยะ 24 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.002 และ 0.001 จำนวนอุจจาระใน 24 ชั่วโมงแรก และ 48 ชั่วโมง หลังคลอดของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.021 และ 0.000 จะเห็นได้ว่าการนวดออกซิโตซินมีผลให้มีการหลั่งน้ำนมเร็วและมีปริมาณเพิ่มขึ้น ควรเผยแพร่ให้หน่วยงานอื่นได้นำไปใช้ และเป็นทางเลือกของมารดาหลังคลอดในการกระตุ้นการหลั่งและเพิ่มปริมาณน้ำนม

คำสำคัญ: โปรแกรมการนวดออกซิโตซิน, กระตุ้นการไหลของน้ำนม, การดูแลภายหลังคลอด

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, โรงพยาบาลพิจิตร, E-mail: sumalee4118@gmail.com

² อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์, E-mail: siriyaporn@bcnsprnw.ac.th

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์,

E-mail: juntima@bcnsprnw.ac.th

Corresponding author: สิริยาภรณ์ เจนสาริกา, E-mail: siriyaporn@bcnsprnw.ac.th

Effects of Oxytocin Massage on Breast Milk Production in Postpartum Mothers

Sumalee Junlapan¹, Siriyaphon Jensariga², Juntima Namavawat³

(Received: 26 August 2024; Revised: 30 September 2024; Accepted: 18 October 2024)

Abstract

This research aimed to study the effectiveness of oxytocin massage on breast milk production in postpartum mothers. The study used a quasi-experimental design with a control group and pretest-posttest measurements. The sample consisted of 68 postpartum mothers receiving continuous care in the postpartum ward at Phichit Hospital between May and August 2022. Participants were equally divided into control and experimental groups, with 34 mothers in each group. Data collection included personal information, obstetric data, infant data, and maternal stress assessment. Data were analyzed using descriptive statistics and comparisons of milk volume across postpartum periods, milk adequacy relative to infant birth weight, and infant urination and defecation frequency. The results showed no significant difference in milk volume during the first 2-3 hours postpartum between the groups. However, significant differences in milk production were found between the control and experimental groups at 24 and 48 hours postpartum ($p=0.000$ for both periods). While infant weights at 24 and 48 hours showed no significant differences between groups, milk adequacy as measured by urination frequency showed significant differences at 24 hours ($p=0.002$) and 48 hours ($p=0.001$). Defecation frequency also showed significant differences between groups at 24 hours ($p=0.021$) and 48 hours ($p=0.000$). The findings demonstrate that oxytocin massage effectively promotes faster milk production and increases milk volume. This intervention should be disseminated to other healthcare facilities and offered as an option for postpartum mothers to stimulate and increase milk production.

Keywords: Oxytocin massage program, Stimulate milk flow, Postnatal care

¹ Registered Nurse, Senior Professional Level, Phichit Hospital, E-mail: sumalee4118@gmail.com

² Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Sawanpracharak Nakhonsawan,
E-mail: siriyaporn@bcnsprnw.ac.th

³ Asst. Prof., Boromarajonani College of Nursing Sawanpracharak Nakhonsawan,
E-mail: juntima@bcnsprnw.ac.th

Corresponding author: Siriyaphon Jensariga, E-mail: siriyaporn@bcnsprnw.ac.th

บทนำ

ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกจึงแนะนำให้มีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน และให้ควบคู่กับอาหารตามวัย 2 ปี หรือนานกว่านั้น¹ พบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนทั่วโลกเพิ่มขึ้นเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 44² ขณะที่สถานการณ์ของประเทศไทยพบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน มีเพียงร้อยละ 14 ซึ่งต่ำกว่าอัตราเฉลี่ยทั่วโลกและต่ำที่สุดในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้³ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของประเทศไทยจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริม และสนับสนุนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัญหาสำคัญที่ทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ประสบความสำเร็จเกิดจากมารดามีปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอ หรือน้ำนมไหลช้า ทำให้มารดาเกิดภาวะเครียดและทารกได้รับน้ำนมไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ส่งผลต่ออารมณ์ พฤติกรรมการนอนหลับ การขับถ่าย น้ำหนักตัวของทารก และทำให้เกิดภาวะตัวเหลืองจากการได้รับน้ำนมแม่ไม่เพียงพอ นอกจากนี้ ปัญหาน้ำนมไม่ไหลหรือน้ำนมไม่เพียงพอยังเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้มารดาตัดสินใจเลิกเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และหันมาให้นมผสมจากการศึกษามารดาจำนวน 491 คน พบว่ามารดาร้อยละ 46.6 หยุดให้นมลูกภายใน 9 สัปดาห์ เนื่องจากมีน้ำนมไม่เพียงพอ⁴ นอกจากนี้ยังพบว่า ชนิดการคลอด ระยะเวลาในการคลอดที่ยาวนาน ภาวะอ้วน การผ่าตัดคลอดบุตร การตกเลือดหลังคลอด ภาวะรกค้าง การคลอดก่อนกำหนด ทารกตัวใหญ่ โรคประจำตัวของมารดา เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไทรอยด์ และภาวะเครียดของมารดา การได้รับยาออกซิโทซินหรือซินโตซินนอนหรือยาแก้ปวดระหว่างคลอด ล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลกับการปริมาณน้ำนมและการไหลของน้ำนม⁵ การนวดออกซิโทซินสามารถกระตุ้นการผลิตฮอร์โมนออกซิโทซินที่เป็นสิ่งสำคัญในการสร้างและการหลั่งของน้ำนมในมารดาหลังคลอด โดยการ โดยนวดบริเวณกระดูก

สันหลังด้วยการสัมผัสเบา ๆ และอ่อนโยน สามารถกระตุ้นการผลิตฮอร์โมนออกซิโทซินในร่างกายได้จากการทบทวนวรรณกรรมในระยะ 5 ปีที่ผ่านมาเริ่มมีงานวิจัยในต่างประเทศที่นำการศึกษาของการนวดออกซิโทซินมาใช้กระตุ้นการสร้างและการหลั่งของน้ำนม โดยผลการศึกษาพบว่า การนวดมีอิทธิพลทางบวกต่อการสร้างน้ำนมโดยประยุกต์ใช้กับวิธีอื่น ๆ เช่น การใช้ร่วมกับน้ำนมอโรมา หรือการฟังเพลง⁶ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาผลการนวดในทารกที่พบว่าทารกที่มารดาได้รับการนวดหลังมีความถี่ของปัสสาวะเฉลี่ย 6.9 ส่วนทารกในมารดากลุ่มควบคุมมีความถี่ของปัสสาวะเฉลี่ย 5.6 $p=0.0001$ ($p<0.005$) ซึ่งหมายความว่า การนวดหลังมีผลทำให้น้ำนมแม่หลังคลอดเพิ่มขึ้น⁷ นอกจากนี้ยังพบว่าการนวดหลังช่วยทำให้มารดารู้สึกผ่อนคลาย ลดความกังวลจากการให้นมที่จะยับยั้งการสร้างฮอร์โมนโพรแลคตินอีกด้วย⁷ จากการทบทวนการศึกษาในประเทศไทย ยังไม่พบการศึกษาใดที่นำการนวดนี้มาประยุกต์ใช้กระตุ้นการสร้างและการหลั่งน้ำนมในมารดาหลังคลอดทั้งที่เป็นที่ดี ไม่มีต้นทุนด้านค่าใช้จ่ายและสามารถผ่อนคลายความเครียดให้แก่มารดาหลังคลอด โดยที่ใคร ๆ ก็สามารถกระทำได้โดยไม่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของมารดา ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลการนวดออกซิโทซินต่อปริมาณการไหลของน้ำนมเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการพยาบาลและเส้นทางเลือกการนำไปใช้กระตุ้นการสร้างและการเพิ่มปริมาณน้ำนมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลการนวดออกซิโทซินต่อปริมาณการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด

สมมติฐานการวิจัย

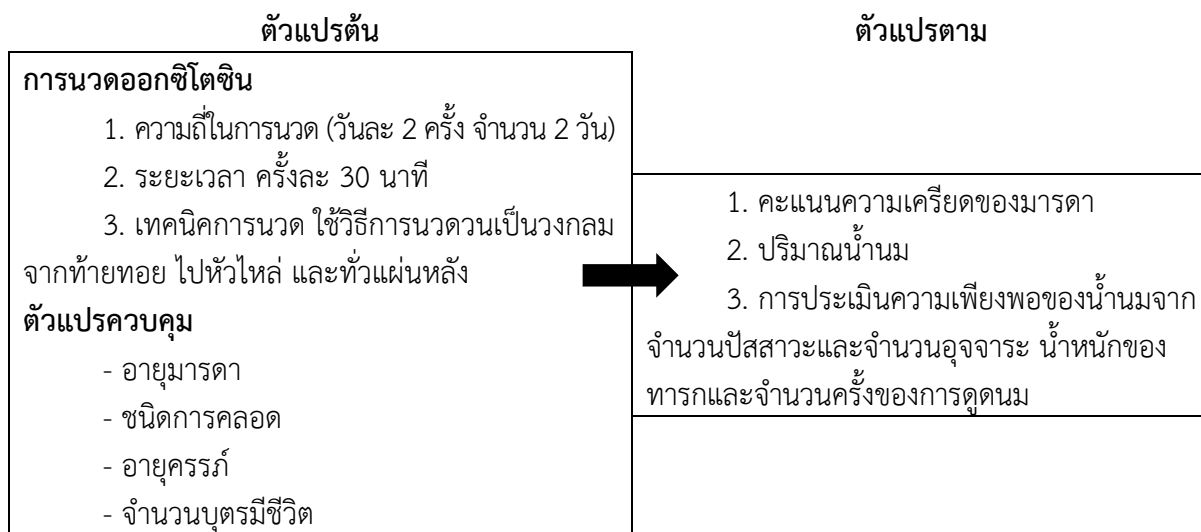
การนวดออกซิโทซินมีผลทำให้การไหลของน้ำนมเร็วขึ้นและมีปริมาณน้ำนมเพิ่มขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้มีแนวคิดเรื่องกลไกการสร้างและการหลั่งน้ำนมและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากนั้นเลือกการนวดออกซิโทซินมาใช้

ในการออกแบบโปรแกรม โดยทำการนับบริเวณกระดูกไขสันหลังจะกระตุ้นสารสื่อประสาทส่งผ่านไปยังสมองส่วน Medulla oblongata ให้ส่งสมอง

ส่วน Hypothalamus ในต่อมใต้สมองส่วนหลังหลังฮอร์โมนออกซิโตซินทำให้มีการหลั่งน้ำนมเกิดขึ้น⁸



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยแบบ การวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดการศึกษาที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ (Quasi experimental with control group design) และวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest and posttest design) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยเลือกจากเลขที่ นอนในโรงพยาบาล โดยควบคุมให้มีลักษณะทั่วไปใกล้เคียงกันมากที่สุด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังคลอดที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่แผนกหลังคลอด โรงพยาบาล พิจิตร ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม G*Power⁹ กำหนดให้ Test family เป็น t-test กำหนด Statistical test เป็น Mean: Difference between two independence means (Two groups) และ Effect size (d) 0.8, Power 0.90, α error 0.05, และ Allocation ratio N2/N1 = 1 จำนวนตัวอย่าง 68 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 34 คน และกลุ่มควบคุม 34 คน ผู้วิจัยทำการเก็บ

ข้อมูลเพิ่มกลุ่มละ 40 ราย จากนั้นการคัดเลือกเคสที่มี อายุ อายุครรภ์ ชนิดการคลอด และจำนวนบุตรที่มีชีวิต และคุณลักษณะทั่วไปให้ใกล้เคียงกันมากที่สุด จากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่ายจากการสุ่มเลือกเลขที่การนอนโรงพยาบาล (Admitted number) โดยเลขคี่จะเป็นกลุ่มควบคุมและเลขคู่ถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มทดลองจนครบจำนวนตามที่กำหนด การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก คือ

1. มารดาหลังคลอดทั้งคลอดปกติและผ่าตัดคลอด
2. มารดามีปริมาณการไหลของน้ำมน้อย (ระดับ 0-1)
3. มารดามีหวั่นและต้านมปกติ
4. มารดายินดีเข้าร่วมการวิจัย

กำหนดเกณฑ์การคัดออก คือ

1. ทารกคลอดก่อนกำหนดหรือมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์
2. ทารกมีภาวะเจ็บป่วยหรือมีความผิดปกติตั้งแต่กำเนิด
3. มารดาที่มีข้อห้ามในการให้นมบุตร หรือมารดาบาดเจ็บที่หลัง

4. มารดาใช้ยาที่มีผลต่อการให้นมลูกหรือใช้วิธีอื่นในการเพิ่มน้ำนม เช่น การประคบเต้านมด้วยความร้อน การนวดเต้านม

5. มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์และการคลอดหรือมีโรคประจำตัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) เครื่องมือใช้ในการทดลอง และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

กลุ่มทดลอง จะใช้โปรแกรมการนวดออกซิโตซินเป็นเครื่องมือในการทดลอง (Intervention) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยพัฒนาจากการศึกษาหลักการสร้างและการหลั่งน้ำนม และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และจัดทำเป็นคู่มือการนวดออกซิโตซินเพื่อกระตุ้นการไหลของน้ำนมมารดาหลังคลอดสำหรับพยาบาล โดยให้บริการนวดจำนวน 2 วัน วันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที โดยการนวดวนเป็นวงกลมตั้งแต่บริเวณท่าย่อยจนถึงไหล่ และแผ่นหลัง กลุ่มควบคุม จะได้รับการดูแลตามมาตรฐานการให้การพยาบาลมารดาและทารกภายหลังคลอด จากนั้นบันทึกข้อมูลความเครียด การไหลของน้ำนม ข้อมูลทารกและความพอเพียงของน้ำนม ภายหลังคลอด 24 - 48 ชม. ของทั้งสองกลุ่ม

ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส

2. แบบบันทึกข้อมูลทางสูติศาสตร์ ประกอบด้วย จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และการคลอดตามระบบ GPAL อายุครรภ์ปัจจุบัน ชนิดการคลอด ปริมาณเลือดที่สูญเสียหลังคลอด และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

3. แบบบันทึกข้อมูลทารก ประกอบด้วย น้ำหนักแรกคลอด APGAR Score

4. แบบประเมินความเครียด ST-5 ให้คะแนนและแปลผล ตามเกณฑ์การประเมินภาวะสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต

5. แบบประเมินการไหลของน้ำนม ผู้วิจัยนำแบบประเมินการไหลของน้ำนมของชุดิมาพร ๆ ไตรนากุลและคณะ¹⁰ มาเป็นแนวทางในการประเมิน มีวิธีการใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้วางห่างจากหัวนมประมาณ 1 นิ้ว แล้วกดปลายนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้เข้าหาผนังหน้าอก และบีบนิ้วทั้งสองเข้าหากัน ทำการประเมินการไหลของน้ำนมหลังนวดออกซิโตซินเสร็จทุกครั้ง โดยให้คะแนน 0 - 4 คะแนน

6. แบบประเมินความเพียงพอของน้ำนม ได้แก่ จำนวนปัสสาวะ จำนวนอุจจาระของ ทารก น้ำหนัก ทารก และจำนวนครั้งการดูดนม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพของร่างโปรแกรมและคู่มือการนวดโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน คือ สูติแพทย์ 2 ท่าน พยาบาลสูติ นรีเวชกรรม 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ (Feasibility) คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item - objective congruence: IOC) ได้เท่ากับ 0.78 และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงโปรแกรม นักวิจัยได้ปรับปรุงโปรแกรมและคู่มือก่อนนำไปใช้ในการทดลองกับกลุ่มตัวอย่าง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) นำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการนวดออกซิโตซิน ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item - objective congruence: IOC) ได้เท่ากับ 0.84 น้ำนมในกลุ่มมารดาที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน แล้วมาคำนวณหาสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.87

2. การตรวจสอบหาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบประเมินการไหลของน้ำนม แบบประเมินความเพียงพอของน้ำนม ไปตรวจสอบความเที่ยง โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยนำไปสังเกตการไหลของน้ำนมในกลุ่มมารดาที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน แล้วมาคำนวณหาสัมประสิทธิ์ ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.7

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิโดยการนำเสนอโครงการวิจัยและชี้แจงรายละเอียดการทำวิจัยผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมโรงพยาบาลพิจิตร เลขที่ 0182 และทำหนังสือขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลพิจิตร ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย วิธีการดำเนินการ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ รวมถึงการแจ้งว่างานวิจัยครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงและความไม่สบาย ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถบอกหรือแจ้งยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลใด ๆ ให้ผู้วิจัยทราบ โดยไม่มีผลต่อการดูแลรักษา ในขณะที่รักษาอยู่ในโรงพยาบาล นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บเป็นความลับ เผยแพร่เป็นรายบุคคล การสรุปผลการวิจัยและการอภิปรายผลจะใช้ในการนำเสนอข้อมูลแบบภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนเตรียมการ ขั้นตอนการวิจัย และขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลหลังผ่านการรับรองและอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเตรียมความพร้อมก่อนการทดลองโดย ทบทวน ทำความเข้าใจ และฝึกทักษะการนัดออกซิโตซินให้มีความชำนาญ

3. เตรียมผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยในการสังเกตการไหลของน้ำนม ทำความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับระดับการไหลของน้ำนม ช่วงเวลาที่เข้าสังเกตแต่ละครั้ง และทดลองการสังเกตการณ์ไหลของน้ำนม โดยประเมินจากค่าความเชื่อของแบบสังเกตของผู้สังเกต (interrater reliability) โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสังเกตการไหลของน้ำนมในกลุ่มมารดาที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน มาคำนวณโดยใช้สูตรของ Burns & grove

ขั้นตอนการ

ผู้วิจัยติดต่อมารดาหลังคลอดที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยและชี้แจงวัตถุประสงค์ สิทธิในการตัดสินใจเข้าหรือออกจาก การวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่อการเข้ารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากได้รับความยินยอมแล้ว ผู้วิจัยสุ่มเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบประเมินการไหลของน้ำนมและ แบบสังเกต จำนวนข้อบ่งชี้ปัสสาวะและอุจจาระของทารก ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง เข้าสู่ขั้นตอนการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลต่อไป

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัย ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อพรรณนาคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ชนิด ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำ และค่าสูง จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติอ้างอิง (Inferential statistic) โดยข้อมูลที่เป็นเชิงกลุ่ม (Category data) ใช้สถิติ χ^2 test ข้อมูลเชิงปริมาณต่อเนื่อง (Continuous data) เพื่อการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้สถิติ Independent t test และเพื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองใช้สถิติ Paired t test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษาผู้วิจัยแบ่งมารดาหลังคลอดเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มารดาหลังคลอดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุไม่เกิน 29 ปี ร้อยละ 45 และร้อยละ 50 ตามลำดับ มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คือ ร้อยละ 55 และ ร้อยละ 60 ตามลำดับ การประกอบอาชีพของมารดาหลังคลอดทั้งสองกลุ่ม ต่ำกว่าครึ่งมีอาชีพเป็นลูกจ้างหรือพนักงานบริษัท มารดาทั้งสองกลุ่มมากกว่าครึ่งมีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,000 - 10,000 บาท เมื่อจำแนกข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดของมารดาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุครรภ์ 37 - 40 สัปดาห์ ร้อยละ 95 และ 87.5 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการคลอด พบว่า มารดาหลังคลอดในกลุ่มทดลองเกือบครึ่งหนึ่งเป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 47.5 และร้อยละ 90 ไม่เคยมีบุตรมาก่อนในขณะที่ มารดาในกลุ่มควบคุมร้อยละ 50 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 และเคยผ่านการคลอดมาแล้ว 1 ครั้ง ร้อยละ 57.5 เมื่อเปรียบเทียบชนิดการคลอดของมารดาทั้งสองกลุ่มพบว่า มารดาในกลุ่มทดลองส่วนมากคลอดปกติ ร้อยละ 75 ขณะที่ มารดาในกลุ่มควบคุมส่วนมาก ร้อยละ 75 ผ่าตัดคลอดสำหรับข้อมูลด้านทารก พบว่า ทารกที่คลอดจากมารดาหลังคลอดกลุ่มทดลองส่วนมาก ร้อยละ 74.4 และทารกที่คลอดจากมารดาหลังคลอดกลุ่มเปรียบเทียบเกือบทั้งหมด ร้อยละ 92.5 มีคะแนนประเมินสุขภาพทารกใน 1 นาทีเท่ากับ 8 คะแนน ทารกที่คลอดจากมารดาทั้งสองกลุ่มเกือบทั้งหมดมีคะแนนประเมินสุขภาพทารกใน 5 นาทีเท่ากับ 10 คะแนน ร้อยละ 97.5 และ 87.5 ตามลำดับ ทารกของมารดาหลังคลอดกลุ่มทดลองเกือบครึ่งหนึ่งมีน้ำหนักแรกเกิด 2,500 - 2,999 กรัม ร้อยละ 42.5 และทารกของมารดาหลังคลอดกลุ่มเปรียบเทียบมากกว่าครึ่งมีน้ำหนักแรกเกิด 3,000 - 3,499 กรัม ร้อยละ 57.5

2. ผลการวิจัย

ผลของการนวดออกซิโตซินพบว่าภายหลังการนวดคะแนนประเมินความเครียดของมารดาหลังคลอดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มารดาทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่แทบจะไม่มีปัญหาของการนอนทั้งนอนไม่หลับและหลับมาก ร้อยละ 65 และร้อยละ 57.5 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความรู้สึกหงุดหงิดง่ายและกระวนกระวายใจ พบว่า มารดาหลังคลอดกลุ่มทดลองแทบไม่มีความรู้สึกนั้น ร้อยละ 62.5 ในขณะที่มารดาหลังคลอดกลุ่มควบคุมมีความรู้สึกหงุดหงิดง่ายกระวนกระวายใจและว้าวุ่นใจ ร้อยละ 57.5 และมารดาหลังคลอดเกือบทั้งหมดของทั้งสองกลุ่มแทบไม่มีความรู้สึกไม่อยากพบปะผู้คน ร้อยละ 87.5 และร้อยละ 95

ผลการเปรียบเทียบความเพียงพอของน้ำนมระหว่างมารดาในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

การเปรียบเทียบปริมาณน้ำนม ผลการเปรียบเทียบ พบว่า มารดาหลังคลอดกลุ่มทดลองกับมารดาหลังคลอดกลุ่มเปรียบเทียบมีปริมาณน้ำนมใน 2-3 แรกหลังคลอดไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อเปรียบเทียบปริมาณน้ำนมใน 24 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมงหลังคลอดพบว่ามารดาหลังคลอดกลุ่มทดลองกับมารดาหลังคลอดกลุ่มเปรียบเทียบมีปริมาณน้ำนมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 และ 0.001 เมื่อเปรียบเทียบปริมาณน้ำนมของมารดาหลังคลอดทั้งสองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยพิจารณาจากน้ำหนักของทารก ผลการเปรียบเทียบ พบว่า ทารกของมารดาหลังคลอดกลุ่มทดลองกับทารกของมารดาหลังคลอดกลุ่มเปรียบเทียบมีน้ำหนักใน 24 ชั่วโมงแรก และ 48 ชั่วโมงหลังคลอดไม่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบจำนวนปัสสาวะของทารก ผลการเปรียบเทียบ พบว่า ทารกของมารดาหลังคลอดกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบมีจำนวนปัสสาวะใน 24 ชั่วโมงแรก และ 48 ชั่วโมงหลังคลอดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.002 และ 0.001 ตามลำดับ เช่นเดียวกับการเปรียบเทียบจำนวนอุจจาระ ซึ่งผลการเปรียบเทียบ พบว่า ทารกของมารดาหลังคลอดกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบมีจำนวนอุจจาระใน 24 ชั่วโมงแรก และ 48 ชั่วโมงหลังคลอดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.021 และ 0.000 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจของน้ำนมระหว่างมารดาในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ตารางความ พอใจเพียงของ ปริมาณน้ำนม	$\bar{X}$	S.D.	t	p
ปริมาณน้ำนมใน 2-3 ชั่วโมงแรกหลังคลอด				
กลุ่มทดลอง	0.20	0.405	0.582	0.562
กลุ่มควบคุม	0.15	0.362		
ปริมาณน้ำนม 24 ชั่วโมงหลังคลอด				
กลุ่มทดลอง	1.98	0.660	6.971	00.000
กลุ่มควบคุม	1.10	0.441		
ปริมาณน้ำนม 48 ชั่วโมงหลังคลอด				
กลุ่มทดลอง	3.60	0.496	13.203	00.000
กลุ่มควบคุม				
น้ำหนักทารกหลังคลอด 24 ชั่วโมง				
กลุ่มทดลอง	3085.38	360.287	1.056	0.294
กลุ่มควบคุม	3004.63	322.480		
น้ำหนักทารกหลังคลอด 48 ชั่วโมง				
กลุ่มทดลอง	2988.50	342.160	1.379	0.172
กลุ่มควบคุม	2888.88	302.984		
จำนวนปัสสาวะของทารกหลังคลอด 24 ชั่วโมง				
กลุ่มทดลอง	2.28	1.339	3.176	0.002
กลุ่มควบคุม	1.43	10.035		
จำนวนปัสสาวะของทารกหลังคลอด 48 ชั่วโมง				
กลุ่มทดลอง	3.05	1.197	4.343	00.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.03	0.891		
จำนวนอุจจาระของทารกหลังคลอด 24 ชั่วโมง				
กลุ่มทดลอง	1.55	0.986	2.365	0.021
กลุ่มเปรียบเทียบ	1.02	10.000		
จำนวนอุจจาระของทารกหลังคลอด 48 ชั่วโมง				
กลุ่มทดลอง	2.13	0.966	4.113	00.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	1.30	0.823		

* มีนัยความสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการประเมินความพึงพอใจของมารดาหลังคลอดต่อโปรแกรมการนวดออกซิโตซิน

จากการศึกษา พบว่า มารดาหลังคลอดมากกว่าร้อยละ 80 มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการนวดออกซิโตซินระดับมากในทุกประเด็น ได้แก่ เจ้าหน้าที่ชี้แจงและให้ข้อมูลเกี่ยวกับโปรแกรมการ

นวดออกซิโตซิน (นวดหลัง) อย่างครบถ้วน ชัดเจน และเหมาะสม เจ้าหน้าที่ให้บริการนวดด้วยความนุ่มนวล สุภาพ และเป็นกันเอง สะดวกสามารถทำที่ไหนก็ได้ สามารถนำไปปฏิบัติที่บ้านได้ สามารถกระตุ้นการหลั่งของน้ำนมได้ ทำให้รู้สึกผ่อนคลายลดความตึงเครียดได้ ช่วยให้มีปริมาณน้ำนมเพิ่มขึ้น

เพียงพอต่อความต้องการของลูก ช่วยให้มีความมั่นใจว่ามีปริมาณน้ำนมเพียงพอ ไม่มีการเปิดเผยร่างกาย และมีความปลอดภัย ไม่มีอันตราย

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า มารดาหลังคลอดที่ได้รับการนวดออกซิโตซินและมารดากลุ่มควบคุมมีปริมาณน้ำนม 2-3 ชั่วโมงหลังคลอดไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของเฮนดิดานิและสุไรยานิซี¹¹ ที่ทำการศึกษาประสิทธิภาพผลการนวดออกซิโตซินและการดูแลเต้านม การผลิตน้ำนมในมารดาหลังคลอดที่พบว่าการผลิตน้ำนมในมารดากลุ่มที่ได้รับการนวดและไม่ได้รับการนวดไม่แตกต่างกันซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าในระยะแรกของกระบวนการสร้างน้ำนมเริ่มตั้งแต่อายุครรภ์ 16-22 สัปดาห์แรกจนถึงวันแรกหลังคลอด (Lactogenesis I) ร่างกายจะเริ่มผลิต Colostrum หรือหัวน้ำนมปริมาณเล็กน้อย น้ำนมจะถูกสร้างจากการกระตุ้นของฮอร์โมน Estrogen, Progesterone, Prolactin, HPL และฮอร์โมนอื่น ๆ ทำให้ในด้านของมารดามีท่อน้ำนมอกและแตกแขนงตรงปลายกลายเป็นต่อมน้ำนมรวมกัน¹² ซึ่งผลการศึกษานี้ก็แสดงให้เห็นว่ามารดาหลังคลอดมีปริมาณน้ำนมในช่วง 2-3 ชั่วโมงแรกหลังคลอดใกล้เคียงกัน เมื่อเปรียบเทียบปริมาณน้ำนมในระยะ 24 ชั่วโมงและ 48 ชั่วโมงหลังคลอดพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 และ 0.001 ซึ่งอธิบายได้ว่าการนวดออกซิโตซินเป็นการนวดบริเวณกระดูกไขสันหลัง ซึ่งเป็นบริเวณที่กระตุ้นสารสื่อประสาทไปยังสมองส่วนหลัง ให้หลังฮอร์โมนออกซิโตซินส่งผลให้มีการหลั่งน้ำนมเพิ่มขึ้น การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของยูวิกา ลาติฟา อซารี และอังไกรนิ¹³ พบว่า การนวดออกซิโตซินมีผลต่อการเพิ่มการผลิตน้ำนมในมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.001 เช่นเดียวกับการศึกษาของสปุตรีและคณะ¹⁴ ที่พบว่า การนวดคลึง (หลัง) มีผลในการเพิ่มปริมาณน้ำนมในมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.001 และการศึกษาของฟารี

ดา ซูลิสโยรีนิ และ แพนเกสตู พบว่า การนวดออกซิโตซินมีผลต่อการเพิ่มผลผลิตน้ำนมแม่ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของชยาดิยาฮ์ กิรานา และออกทาเวีย¹⁵ ที่ศึกษาผลของการนวดออกซิโตซินต่อการหลั่ง colostrum ในมารดาหลังคลอดทางช่องคลอด วัดปริมาณน้ำนมก่อน - หลังนวดออกซิโตซิน พบว่า ก่อนนวดมีปริมาณ Colostrum 1.33 ml. และหลังจากการทำการนวดมีปริมาณเพิ่มขึ้น 2.83 ml. นอกจากนี้การนวดออกซิโตซินยังส่งผลให้การหลั่งน้ำนมเร็วขึ้นโดย พบว่า มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรที่ได้รับการนวดออกซิโตซินมีน้ำนมเหลืองออกเร็วกว่ามารดากลุ่มควบคุม 23.04 ชั่วโมง และมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่ได้รับการนวดออกซิโตซินร่วมกับการกระตุ้นให้ลูกดูดบ่อยครั้งทำให้น้ำนมมาเร็วขึ้น 2.6 ชั่วโมง¹⁶ ในขณะที่ผลการเปรียบเทียบน้ำหนักของทารกของมารดาหลังคลอดกลุ่มทดลองและทารกของกลุ่มควบคุมมีน้ำหนักใน 24 ชั่วโมงแรก และ 48 ชั่วโมงหลังคลอดไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่าในช่วงหลังคลอดจะมีการชั่งประเมินน้ำหนักทารกในแต่ละวัน โดยทั่วไปจะพบว่าทารกมีน้ำหนักลดลง ทั้งนี้เนื่องจากชั่งน้ำหนักทารกหลังคลอดทันที ทารกได้แช่อยู่ในน้ำคร่ำก่อนการชั่ง สัดส่วนน้ำในร่างกายต่อน้ำหนักจะมาก ต่อมาเมื่อมีการระเหยของน้ำจากผิวหนังของทารก และการขับถ่ายที่เพิ่มขึ้น จึงทำให้น้ำหนักทารกลดลง ซึ่งมักจะเกิดขึ้นเป็นปกติใน 2-4 วันแรกหลังคลอด จากนั้นน้ำหนักทารกจึงเริ่มเพิ่มขึ้น และจะเริ่มน้ำหนักเกินน้ำหนักแรกคลอดในวันที่ 10-14 หลังคลอด¹⁷ สรุปได้ว่าโดยทั่วไปแล้วในช่วงสองสามวันแรกของชีวิต น้ำหนักจะลดถือเป็นสรีรวิทยา (physiologic weight loss)¹⁸ จากการศึกษาของโลเปส คาเดนัสโซ และคาเดนัสโซ¹⁹ พบว่า ทารกมีการสูญเสีย น้ำหนักโดยเฉลี่ยในวันแรกคือ 4.43% (SD: 1.96) วันที่สอง 2.51% (SD: 1.86) และการสูญเสียทั้งหมดที่ 48 ชั่วโมงคือ 6.85% (DS: 1.92) เช่นเดียวกับการศึกษาของโจชิ จอห์น และเนกิ²⁰ พบว่า ประมาณ 79.2% ของทารกน้ำหนักลดได้

5%-10% ของน้ำหนักแรกเกิด และ 12.8% ของทารกน้ำหนักลดลงมากกว่า 10% ทารกมีน้ำหนักลดลงสูงสุดเกิดขึ้นระหว่าง 60 ถึง 72 ชั่วโมงของชีวิต ดังนั้นในการศึกษาค้างนี้จึงเป็นไปได้ที่ทารกของมารดาหลังคลอดกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีน้ำหนักที่ลดลงใน 24 ชั่วโมงและ 48 ชั่วโมงหลังคลอดในปริมาณที่ใกล้เคียงกัน จึงทำให้ทารกทั้งสองกลุ่มมีน้ำหนักใน 24 ชั่วโมงและ 48 ชั่วโมงไม่แตกต่างกัน

ผลการเปรียบเทียบความพอเพียงของปริมาณน้ำนมมารดาจากจำนวนปัสสาวะของทารกใน มารดาหลังคลอดกลุ่มทดลอง และทารกของมารดาหลังคลอดกลุ่มควบคุม มีจำนวนปัสสาวะหลังคลอด 24 ชั่วโมงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.035 โดยทารกที่มารดาอยู่ในกลุ่มทดลองมีจำนวนปัสสาวะใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดเฉลี่ย 3.25 ครั้ง ขณะที่ทารกที่มารดาอยู่ในกลุ่มเปรียบเทียบมีจำนวนปัสสาวะเฉลี่ย 2.47 ครั้ง อธิบายได้ว่า โดยทั่วไปแล้วทารกแรกเกิดจะปัสสาวะภายใน 12 - 24 ชั่วโมง และปัสสาวะอย่างน้อย 1 ครั้ง ปริมาณและความถี่ในการขับถ่ายปัสสาวะของทารก บ่งบอกถึงปริมาณน้ำนมที่ทารกได้รับ หากทารกได้รับน้ำนมแม่อย่างเพียงพอจะถ่ายปัสสาวะ 1-3 ครั้งในช่วง 2 วันแรก²¹ จากผลการศึกษาค้างนี้แสดงให้เห็นว่าการนวดออกซิโตซินมีผลให้มีการหลั่งน้ำนมเร็วและมีปริมาณเพิ่มขึ้น ทำให้ทารกได้รับน้ำนมอย่างเพียงพอมีจำนวนปัสสาวะสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้องกับการศึกษาของคานาล แองจีลิน แครสโน และคูตินโฮ²² ที่พบว่าทารกกลุ่มทดลองมีจำนวนปัสสาวะสูงกว่ากลุ่มควบคุมตั้งแต่วันแรกถึงวันที่สามหลังคลอด เช่นเดียวกับการศึกษาของวิเดียสตติและคณะ²³ ที่พบว่า ทารกกลุ่มทดลองมีจำนวนปัสสาวะมากกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของลิสมีเดียตี แซนติและวียาวาตินา²⁴ ที่ศึกษาผลของการนวดออกซิโตซินโดยใช้เข็มขัดออกซิเบลท์ต่อประสิทธิภาพและการผลิตน้ำนมแม่หลังคลอด พบว่า ทารกกลุ่มทดลองและกลุ่ม

ควบคุมมีจำนวนปัสสาวะในวันแรกหลังคลอดไม่แตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของพาเทล เกแดม และเวอร์มา²⁵ พบว่า จำนวนปัสสาวะของทารกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในช่วงวันแรกไม่แตกต่างกัน ขณะที่ทารกของมารดาหลังคลอดกลุ่มทดลองและทารกของมารดาหลังคลอดกลุ่มควบคุมมีจำนวนปัสสาวะหลังคลอด 48 ชั่วโมง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.001 แสดงให้เห็นว่า การนวดออกซิโตซินสามารถช่วยให้มีการหลั่งน้ำนมเพิ่มขึ้น โดยประเมินจากจำนวนปัสสาวะของทารก ซึ่งพบว่าหลังคลอด 48 ชั่วโมงทารกของมารดาหลังคลอดกลุ่มทดลอง มีจำนวนปัสสาวะสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้องกับการศึกษาของลิสมีเดียตี แซนติและวียาวาติ²⁴ พบว่า หลังคลอดวันที่ 2 และ 3 จำนวนปัสสาวะของทารกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.031 และ 0.000 ตามลำดับ เช่นเดียวกับการศึกษาของ อูกุสตีและคณะ²⁷ ศึกษาผลของการนวดออกซิโตซินโดยใช้น้ำมันลาเวนเดอร์เอสเซนเชียลต่อระดับโปรแลคตินและการผลิตน้ำนมแม่ในมารดาที่คลอดก่อนกำหนดหลังการผ่าตัดคลอด พบว่า จำนวนปัสสาวะของทารกกลุ่มทดลองเฉลี่ย 4.31 ครั้ง/วัน ส่วนกลุ่มควบคุมมีจำนวนปัสสาวะเฉลี่ย 3.31 ครั้ง/วัน ผลการเปรียบเทียบจำนวนอุจจาระของทารกของมารดาหลังคลอดกลุ่มทดลอง และทารก ของมารดาหลังคลอดกลุ่มควบคุม มีจำนวนอุจจาระหลังคลอด 48 ชั่วโมงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.002 อธิบายได้ว่า หลังคลอด 48 ชั่วโมงทารกมีแนวโน้มที่จะตื่นตัวมากขึ้นและต้องการดูดนมแม่บ่อยขึ้น อุจจาระจะเริ่มเป็นสีเขียวจาง มีน้ำปนมากขึ้น บางคนจะมีสีน้ำตาลปนเม็ดๆ ทารกที่ขับถ่ายขี้เทาได้ดีในวันแรกๆ เป็นตัวบ่งชี้ว่าทารกได้รับพลังงานจากน้ำนมแม่ได้เพียงพอ²³ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ทารกกลุ่มทดลองมีการขับถ่ายอุจจาระเฉลี่ย 4 ครั้ง/วัน ส่วนกลุ่มควบคุมมีการขับถ่ายอุจจาระเฉลี่ย 2.83 ครั้ง/วัน แสดงให้เห็นว่า ทารกของมารดาหลังคลอดกลุ่มควบคุมได้รับน้ำนมอย่าง

เพียงพอส่งผลให้มีการขับถ่ายอุจจาระบ่อยขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ คานาล แองจีลีน แครลีน และคูตินโฮ²⁵ ที่พบว่าทารกกลุ่มทดลองมีจำนวนอุจจาระสูงกว่ากลุ่มควบคุม ตั้งแต่วันแรกถึงวันที่สามหลังคลอด และอูกุสดีและคณะ²⁸ ที่พบว่าจำนวนอุจจาระของทารกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.000 แต่ไม่สอดคล้องการศึกษาของพาเทล เกแดม และเวอร์มา²⁵ พบว่า จำนวนอุจจาระของทารกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในช่วงวันที่สองไม่แตกต่างกัน การที่ทารกของมารดาหลังคลอดกลุ่มทดลองและกลุ่มทดลอง มีจำนวนอุจจาระหลังคลอด 24 ชั่วโมงไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่า ในช่วงวันแรกๆ ของทารกจะถ่ายไม่บ่อยเพียงวันละ 1-2 ครั้ง การขับถ่ายครั้งแรกจะมีลักษณะเหนียวสีเขียวเข้มถึงดำ คล้ายน้ำมันดิน ที่เรียกว่า Meconium อุจจาระของทารกมีสีและพื้นผิวที่หลากหลาย เนื่องจากระบบย่อยอาหารยังไม่สมบูรณ์²⁵ มีการศึกษาขนาดกระเพาะอาหารของทารกแรกเกิด พบว่าในวันแรกมีความจุเพียง 5-7 มิลลิลิตร หรือมีขนาดเท่ากับมะเขือเทศสีดาและไม่ค่อยมีความยืดหยุ่น หากใส่นมเกิน 5-7 มิลลิลิตร ทารกก็จะแหวะนมออกมา เพราะกระเพาะยังไม่ยืดออกมา เพื่อรองรับปริมาณนมที่มากกว่าความจุ และกระเพาะอาหารจะปรับขนาดให้ใหญ่ขึ้นตามปริมาณน้ำนมในวันที่ 3 หลังคลอด²⁵ ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงส่งผลให้ทารกหลังคลอด 24 ชั่วโมงแรก มีการขับถ่ายอุจจาระไม่บ่อย สอดคล้องกับการศึกษาของพาเทล เกแดม และเวอร์มา พบว่าจำนวนอุจจาระของทารกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในช่วงวันแรกไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของลิสมีเดียตี แซนติและวิตยาวัตติ²⁴ พบว่า จำนวนอุจจาระในวันแรกของการทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.000

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากผลงานวิจัยจะเห็นได้ว่าการนวดออกซิโตซินมีประโยชน์ต่อการให้นมบุตร เนื่องจากเป็นอีกหนึ่งกิจกรรมในการให้นมบุตร ที่สามารถเสริมปัจจัยความสำเร็จทางด้านสรีรวิทยาและทางด้านอารมณ์ โดยด้านสรีรวิทยาเป็นการกระตุ้นการหลั่งของน้ำนมทำให้น้ำนมไหลจากเต้านมได้ง่ายขึ้นและสามารถเพิ่มการผลิตน้ำนมในมารดาที่มีน้ำนมน้อย รวมถึงสามารถลดอาการบวมและการคั่งของน้ำเหลืองบริเวณเต้านม (Susan GS, 2016)²⁹ ทางด้านอารมณ์จะเป็นการส่งเสริมการผ่อนคลายความเครียดและช่วยลดระดับความเครียดของมารดาหลังคลอดอันจะส่งผลต่อการสร้างและการหลั่งของน้ำนมที่ลดลงที่มีผลต่อความสำเร็จในการให้นมบุตรโดยรวม รวมทั้งยังเป็นการส่งเสริมความผูกพันและสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารก เนื่องจากออกซิโตซินเป็นฮอร์โมนแห่งความรักที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างความผูกพันและเสริมความมั่นคงทางอารมณ์ให้แก่มารดาหลังคลอดและทารกอีกด้วย การศึกษาการนวดออกซิโตซินจึงสามารถนำมาใช้เป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับมารดาหลังคลอดในการกระตุ้นการหลั่งและเพิ่มปริมาณน้ำนม เพื่อสนับสนุนความสำเร็จของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเพียงอย่างเดียว ทั้งนี้การนวดออกซิโตซินเป็นการนวดที่ใช้แรงนวดเพียงอย่างเดียว ไม่มีต้นทุนค่าใช้จ่ายและสามารถกระทำได้ง่าย การให้ความรู้สำนึกนอกจากจะเป็นการส่งเสริมการเพิ่มปริมาณน้ำนมแล้วยังสามารถเป็นการส่งเสริมสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างสามีและภรรยาอีกด้วย การขยายผลงานวิจัยโดยนำความรู้เรื่องการนวดออกซิโตซินไปเผยแพร่ให้แก่หน่วยงานอื่น ๆ ในการสนับสนุนการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือสอนวิธีการนวดออกซิโตซินแก่พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องรวมถึงมารดาและสามี เนื่องจากเป็นการให้ความรู้ที่มีประโยชน์มากและไม่เสียค่าใช้จ่ายที่มีประสิทธิภาพสูงในการกระตุ้นการสร้างน้ำนม และเป็นกิจกรรมที่สามารถทำได้เองที่บ้าน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

งานวิจัยชิ้นนี้มีข้อจำกัดเรื่อง วิธีการคลอดจำนวนครั้งการตั้งครรภ์และจำนวนบุตรที่มีชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เนื่องจากกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์การมีบุตรมาก่อน จึงมีข้อได้เปรียบเรื่องของประสบการณ์การเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา เช่น ทำอุ้ม หรือความวิตกกังวลต่อการให้นมบุตรอันอาจจะส่งผลต่อปริมาณน้ำนมได้ การวิจัยครั้งต่อไปควรพยายามควบคุมตัวแปรเหล่านี้ให้มากขึ้น นอกจากนี้ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการนวดออกซิโตซินกับการกระตุ้นจุดอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการนวดที่สามารถผ่อนคลายและลดความเครียดต่อการหลั่งของน้ำนม รวมทั้งขยายจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้มีปริมาณที่มากขึ้นและระยะเวลาที่เพิ่มมากขึ้น รวมถึงการปรับเทคนิคและวิธีการนวดที่ต่างกันไป เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งและสร้างคุณค่าให้แก่การนวดออกซิโตซินที่มีประโยชน์ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Breastfeeding [Internet]. 2019. [cited 2022 Jan 20]. Available from: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/en>
2. UNICEF. Infant and young child feeding [Internet]. [cited 2022 Jan20]. Available from: <https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/>
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. โครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562 รายงานผลฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2563.
4. Hauck YL, Fenwick J, Dhaliwal SS, Butt J, Schmied V. The association between women's perceptions of professional support and problems experienced on breastfeeding cessation: a Western Australian study. J Hum Lact. 2011; 27(1): 49-57.
5. Philippa PG. No Breast Milk After Delivery [Internet]. 2021. Available from: <https://breastfeeding.support/no-breast-milk-after-delivery/>
6. Kharisma M, Sulastri S. The effectiveness of oxytocin massage on breast milk production: A literature review. MINH. 2024; 7(2): 214-23.
7. Triansyah A, Stang, Indar, Indarty A, Tahir M, Sabir M, et al. The effect of oxytocin massage and breast care on the increased production of breast milk of breastfeeding mothers in the working area of the public health center of Lawanga of Poso District. Gac Sanit. 2021; 2: S168-S170.
8. Niu W, Xu X, Zhang H, Zhang Y, Ni S, Liu T, et al. Breastfeeding improves dynamic reorganization of functional connectivity in preterm infants: a temporal brain network study. Med Biol Eng Comput. 2020; 58(11): 2805-819.
9. วนิดา ทองแท้, เกศกัญญา ไชยวงศา, พุทธิดา จันทร์สว่าง. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา. 2567; 7(1): 64-75.

10. ชูติมาพร ไตรนภากุล, มณฑา ไชยะวัฒน์, วิวัฒน์ คณวิฑูรย์, รัชกร เทียมเท่าเกิด, สุวรรณี นาคะ, วิมล มิตรนิโยดม และคณะ. ผลของการไหลของน้ำนมในหญิงหลังคลอดที่ถูกกด-ประคบ เต้านมด้วยกระเป๋าน้ำร้อนและถูกประคบสมุนไพร. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2553; 3(3): 75-91.
11. Lydia H, Stephanie PB. Loss of Blood = Loss of Breast Milk? The Effect of Postpartum Hemorrhage on Breastfeeding Success. JOGNN. 2013; 42(1): S100.
12. โภชนาการแรกขงชีวิต. กระบวนการเกิดน้ำนมแม่ ที่มาของรักแท้จากแม่สู่ลูก [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 3 มี.ค. 2567] เข้าถึงได้จาก: <https://eln.theasianparent.com/how-breast-milk-is-produced/2/>
13. Ike AY, Neneng SL, Via MA, Anggraini. Oxytocin Massage Effects Increasing Breast Milk Production in Postpartum Mothers. JKM. 2022; 8(2): 371-77.
14. Eka MS, Juli SY. The Effectiveness of Massage Rolling (back) on Increasing Breast Production in Postpartum Mothers. Journal of Midwifery and Nursing. 2021; 3(1): 34-37.
15. Siti Farida, Etik Sulistyorini, Radettya Bella Retnaning Pangestu. Oxytocin Massage Increase Milk Production During Breastfeeding. ICOHETECH. 2021; 2: 80-82.
16. Resmana R. and Hadianiti D. Oxytocin Massage Can Expedite the Time of Colostrum Discharge in the Post Section Caesarian. Open Journal of Nursing. 2019; 9(7): 757-64.
17. ภาวีน พัวพรพงษ์, คมกฤษ เอี่ยมจิรกุล, ศิริสุข ชมโท, อรพร ดำรงวงศ์ศิริ. เวชปฏิบัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. นนทบุรี: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด; 2021.
18. Valentine GC, Umoren RA, Perez KM. Early inadequate or excessive weight loss: A potential contributor to mortality in premature newborns in resource-scarce settings? Pediatr Neonatol. 2021; 62(3): 237-39.
19. Gallardo López M, Gallardo Cadenasso E, Gallardo Cadenasso L. Weight decrease in full-term newborns in the first 48 hours post natal. Rev Chil Pediatr. 2018; 89(3): 325-31.
20. Joshi R, John BM, Negi V. Pattern of Weight Loss in Breastfed Neonates in Initial 72 h of Life. Journal of Clinical Neonatology. 2017; 6(2): 85-9.
21. Murray D. Breastfeeding Schedule for Your Newborn [Internet]. 2020. [cite 2024 Jul 24] Available from: <https://www.verywellfamily.com/how-often-should-you-breastfeed-your-baby-431620>

22. Murray, D. Wet Diapers and Newborn Urine Output [Internet]. 2022. [cite 2024 Jul 24] Available from: <https://www.verywellfamily.com/breastfeeding-and-wet-diapers-whats-normal-431621>
23. Nuampa S, Sudaporn P. Effectiveness of Different Massage Techniques for Breastfeeding Mothers to Increase Milk Production: A Systematic Review. Pacific Rim Int J Nurs Res. 2021; 25(1): 114-30.
24. Wiwin L, Neni FS, Widyawati W. Effect of oxytocin massage using oxybelt on self efficacy and breastmilk production among postnatal mother: A quasi experimental study [Internet]. 2022. [cite 2024 Jul 24] Available from: <https://assets-eu.researchsquare.com/files/rs-1799844/v1/c934a82d-585c-4745-959a-b13260af46b4.pdf?c=1669877549>
25. Umesh P, D Sharad G, Mamta V. Effect of back Massage on Lactation among. Int J Med Res Rev. 2013; 1(1): 5-11.
26. Augustine RA, Ladyman SR, Bouwer GT, Alyousif Y, Sapsford TJ, Scott V, et al. Prolactin regulation of oxytocin neurone activity in pregnancy and lactation. J Physiol. 2017; 595(11): 3591-605.
27. Panglukies RA, Suharyo H, Runjati Runjati, Ariawan S, Imam DM, Melyana NW. Effect of Oxytocin Massage using Lavender Essential Oil on Prolactin Level and Breast Milk Production in Primiparous Mothers After Caesarean Delivery. Belitung Nursing Journal. 2017; 3(4): 337-44.
28. Kashyap S, Capoor MR, Lavanya P, Gupta P, Verma PK, Talwar V, et al. P428 Evaluation of Galactomannan enzyme assay in non-hematological non-neutropenic ICU admitted patients for diagnosis of Invasive Pulmonary Aspergillosis as per EORTC criteria 2019. Med Mycol. 2022; 60(Suppl 1): myac072P428.
29. Susan GS. Massage therapy: Principles and practice. 5th ed. Missouri: Elsevier Health Sciences; 2016.

หลักการประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ โดยวิธี

Rapid Entire Body Assessment (REBA)

วรพล สงชุม¹, ปิยะรัตน์ ปรีย์มาโนช², เสรีย์ ตู๊ประกาย³, นันทน์ภัสร์ อินธิม⁴, โกวิท สุวรรณหงษ์⁵, วัฒนา จันทะโคตร⁶
(วันที่รับบทความ: 16 กรกฎาคม 2567; วันที่แก้ไข: 23 สิงหาคม 2567; วันที่ตอบรับ: 19 กันยายน 2567)

บทคัดย่อ

การประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์เป็นกระบวนการสำคัญในการวิเคราะห์และป้องกันการบาดเจ็บที่เกิดจากการทำงานที่ไม่เหมาะสม Rapid entire body assessment (REBA) เป็นเครื่องมือหนึ่งที่ใช้ประเมินความเสี่ยงในการทำงานโดยมุ่งเน้นการประเมินท่าทางของร่างกายทั้งหมดอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ Rapid entire body assessment (REBA) ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อให้ผู้ประเมินสามารถประเมินท่าทางการทำงานของร่างกายได้อย่างรวดเร็ว โดยไม่จำเป็นต้องมีอุปกรณ์พิเศษหรือความรู้เฉพาะทางในการประเมินมากนัก เครื่องมือนี้ถูกออกแบบมาเพื่อประเมินทั้งท่าทางการทำงานของร่างกายส่วนบนและส่วนล่าง รวมถึงการเคลื่อนไหวและการทำงานที่ซับซ้อน

หลักการของ Rapid entire body assessment (REBA) คือการแยกการประเมินออกเป็นส่วนตัวต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น คอ, ไหล่, แขน, หลัง, ขา และข้อมือ จากนั้นผู้ประเมินจะให้คะแนนท่าทางในแต่ละส่วนตามระดับความเสี่ยงที่กำหนดไว้ และนำคะแนนมาคำนวณรวมกันเพื่อหาค่าความเสี่ยงรวมของท่าทางการทำงานนั้น ๆ การประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ โดยวิธี Rapid entire body assessment (REBA) ช่วยให้ผู้ประกอบการและผู้ดูแลด้านความปลอดภัยในการทำงาน สามารถระบุและปรับปรุงท่าทางการทำงานที่มีความเสี่ยงสูงได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงในการบาดเจ็บและปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานของพนักงานในระยะยาว

คำสำคัญ: การยศาสตร์, การประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์, Rapid entire body assessment (REBA)

¹ นักศึกษา, หลักสูตรวิศวกรรมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิศวกรรมความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม, คณะวิศวกรรมศาสตร์, มหาวิทยาลัยรามคำแหง, E-mail: worapongsong111@gmail.com

² รองศาสตราจารย์, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยรามคำแหง, E-mail: s_piyarat@yahoo.com

³ รองศาสตราจารย์, คณะวิศวกรรมศาสตร์, มหาวิทยาลัยรามคำแหง, E-mail: seree.t@ru.ac.th

⁴ ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะวิศวกรรมศาสตร์, มหาวิทยาลัยรามคำแหง, E-mail: nannapasorn.i@ru.ac.th

⁵ รองศาสตราจารย์, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา, E-mail: kowit.su@go.buu.ac.th

⁶ อาจารย์, คณะวิศวกรรมศาสตร์, มหาวิทยาลัยธนบุรี, E-mail: wattana.chanthakhot@gmail.com

Corresponding author: ปิยะรัตน์ ปรีย์มาโนช, Email: s_piyarat@yahoo.com

Principles of Ergonomic Risk Assessment using Rapid Entire Body Assessment (REBA)

Worapon Songchum¹, Piyarat Premanoch², Seree Tuprakay³, Nannapasorn Inyim⁴,
Kowit Suwannahong⁵, Wattana Chanthakhot⁶

(Received: 16th July 2024; Revised: 23rd August 2024; Accepted: 19th September 2024)

Abstract

Ergonomic risk assessment is a crucial process for analyzing and preventing injuries resulting from improper work postures. The Rapid Entire Body Assessment (REBA) is a tool used to assess work-related risks through rapid and efficient evaluation of overall body posture. REBA was developed to enable assessors to quickly evaluate work postures without special equipment or extensive specialized knowledge. This tool is designed to assess both upper and lower body postures, as well as complex movements and tasks.

The principles of REBA involve breaking down the assessment into different body parts, including the neck, shoulders, arms, back, legs, and wrists. Assessors score each part based on predetermined risk levels, and combine these scores to calculate an overall risk score for the work posture. REBA helps employers and workplace safety managers identify and improve high-risk postures swiftly, reducing the risk of injury and enhancing long-term employee performance.

Keywords: Ergonomics, Ergonomic risk assessment, Rapid entire body assessment (REBA)

¹ Student, Master of Engineering Program in Safety, Occupation Health and Environmental Engineering, Faculty of Engineering, Ramkhamhaeng University, E-mail: woraposong111@gmail.com

² Assoc. Prof., Faculty of Public Health, Ramkhamhaeng University, E-mail: s_piyarat@yahoo.com

³ Assoc. Prof., Faculty of Engineering, Ramkhamhaeng University, E-mail: seree.t@ru.ac.th

⁴ Asst. Prof., Faculty of Engineering, Ramkhamhaeng University, E-mail: nannapasorn.i@rumail.ru.ac.th

⁵ Assoc. Prof., Faculty of Public Health, Burapha University, E-mail: kowit.su@go.buu.ac.th

⁶ Lecturer, Faculty of Engineering, Thonburi University, E-mail: wattana.chanthakhot@gmail.com

Corresponding author: Piyarat Premanoch, Email: s_piyarat@yahoo.com

บทนำ

โรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่เกิดเนื่องจากการทำงาน (Work-related musculoskeletal disorders: WMSDs) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในหลายอุตสาหกรรม¹ และพบได้บ่อยในผู้ทำงานที่ใช้กล้ามเนื้อและระบบโครงร่างของร่างกายในการทำงานอย่างต่อเนื่องหรือในท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสมกับร่างกาย² โดยส่วนใหญ่จะเกิดที่กล้ามเนื้อ กระดูก หรือข้อต่อต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น อาการปวดหลัง อาการปวดคอ อาการเจ็บปวดของข้อต่อ เป็นต้น³ การประเมินและจัดการความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับท่าทางการทำงานจึงเป็นสิ่งจำเป็น ในการป้องกันและลดผลกระทบของการบาดเจ็บเหล่านี้⁴

การประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ (Ergonomic risk assessment) เป็นกระบวนการที่สำคัญในการช่วยวิเคราะห์ และประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม⁵ โดยกระบวนการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาปัญหาทางการยศาสตร์ที่อาจเกิดขึ้นและต้องการการแก้ไข หรือปรับปรุง เพื่อลดความเสี่ยงที่อาจเกิดต่อสุขภาพของพนักงานในสถานที่ทำงานอุตสาหกรรม⁶

การประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์นั้นมีรูปแบบของเครื่องมือหลากหลายประเภทที่ใช้ในการวิเคราะห์และประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานหรือประเมินท่าทางในการทำงาน⁷ เพื่อค้นหาปัญหาทางการยศาสตร์และแนวทางการแก้ไข โดยเครื่องมือแต่ละประเภทยังมีประโยชน์และการใช้งานที่แตกต่างกันไปตามลักษณะของท่าทางหรือสภาพแวดล้อมในการทำงานและวัตถุประสงค์ที่ต้องการ⁸

REBA เป็นหนึ่งในเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ (Ergonomics) ที่ถูกคิดค้นและพัฒนาขึ้นเพื่อช่วยในการประเมินท่าทางการทำงาน⁹ และระบุความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะท่าทางการทำงานที่อาจก่อให้เกิดการบาดเจ็บของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ¹⁰

ความเป็นมาและวัตถุประสงค์ของ Rapid entire body assessment (REBA)

Rapid Entire Body Assessment (REBA) ถูกพัฒนาขึ้นโดย Dr. Sue Hignett และ Dr. Lynn McAtamney จากมหาวิทยาลัยนอตติงแฮม ประเทศอังกฤษ ในปี 2000¹¹ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการประเมินท่าทางการทำงานในหลายอุตสาหกรรมที่มีการเคลื่อนไหวของร่างกายทั้งตัว เช่น การยกของ การยืนทำงานนาน ๆ การนั่งทำงานในท่าทางที่ไม่ถูกต้อง¹² โดยมีวัตถุประสงค์หลัก คือ

1. เพื่อให้เกิดความเรียบง่าย และรวดเร็ว ซึ่งเครื่องมือนี้ถูกออกแบบให้ใช้งานง่าย และสามารถประเมินได้อย่างรวดเร็ว
2. เพื่อครอบคลุมในการประเมินทั้งร่างกาย โดยสามารถประเมินความเสี่ยงของท่าทางการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวของร่างกายทั้งหมด
3. เพื่อความยืดหยุ่น ใช้ได้กับหลายประเภทงานและอุตสาหกรรม¹³

ขั้นตอนการประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ด้วยวิธี Rapid entire body assessment (REBA)

การประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ด้วยวิธี Rapid Entire Body Assessment (REBA) เป็นกระบวนการที่ใช้เพื่อประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ที่อาจเกิดขึ้นจากการทำงานที่ไม่เหมาะสมหรือไม่ถูกต้อง¹⁴ ขั้นตอนการประเมินแบบง่าย ๆ สามารถอธิบายได้ดังนี้

1. การบันทึกข้อมูลเบื้องต้น เริ่มต้นด้วยการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับงานที่ต้องการประเมิน เช่น ลักษณะของงาน ระยะเวลาในการทำงาน และประเภทของงานที่ผู้ทำงานต้องทำ
2. การสังเกตท่าทางการทำงาน ผู้ประเมินจะต้องสังเกตและบันทึกท่าทางการทำงานของผู้ทำงานที่เกี่ยวข้อง โดยส่วนใหญ่ จะต้องใช้เทปวิดีโอหรือตัวอย่งการทำงานเพื่อให้มีความแม่นยำในการประเมิน

3. การประเมินท่าทางในการทำงาน โดย การเลือกท่าทางที่เกิดขึ้นบ่อยที่สุดหรือมี ความเสี่ยงมากที่สุดในการทำงานมาทำ การประเมิน¹⁵

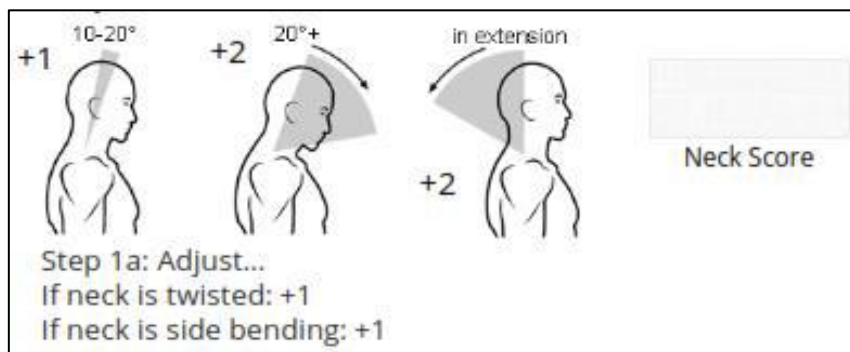
โดยแบบประเมิน Rapid Entire Body Assessment (REBA) นั้น จะแบ่งการประเมินร่างกายออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่ม A (คอ ลำตัว และขา) (ขั้นตอนที่ 1-6)

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินท่าทางของคอ

ตารางที่ 1 คะแนนประเมินส่วนคอ

ท่าทางของคอ	คะแนน	คะแนนปรับเพิ่ม
ก้มคอ โดยมีมุม 0- 20°	1	- กรณีที่มี การหมุนคอ ให้เพิ่ม 1 คะแนน
ก้มคอ โดยมีมุม มากกว่า 20°	2	- กรณีที่มี การเอียงคอไปด้านข้าง ให้เพิ่ม 1 คะแนน
เงยคอ (คอแอ่นไปด้านหลัง) มากกว่า 20°	2	

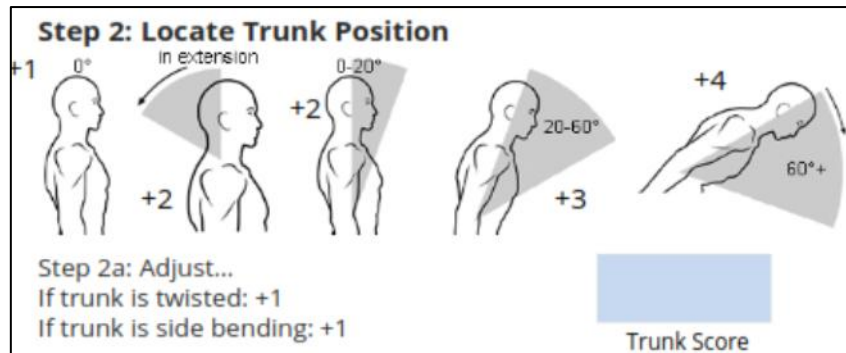


ภาพที่ 1 ลักษณะการประเมินส่วนคอ (ที่มา Hignett S, McAtamney L. 2000)

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินท่าทางของลำตัว

ตารางที่ 2 คะแนนประเมินส่วนลำตัว

ท่าทางของลำตัว	คะแนน	คะแนนปรับเพิ่ม
ลำตัวตั้งตรง	1	- กรณีที่มี การหมุนลำตัว ให้เพิ่ม 1 คะแนน
เอนลำตัวไปด้านหลัง	2	- กรณีที่มี การเอียงลำตัวไปด้านข้าง ให้เพิ่ม 1 คะแนน
เอนลำตัวไปด้านหน้า 0-20°	2	
เอนลำตัวไปด้านหน้า 20-60°	3	
เอนลำตัวไปด้านหน้ามากกว่า 60°	4	

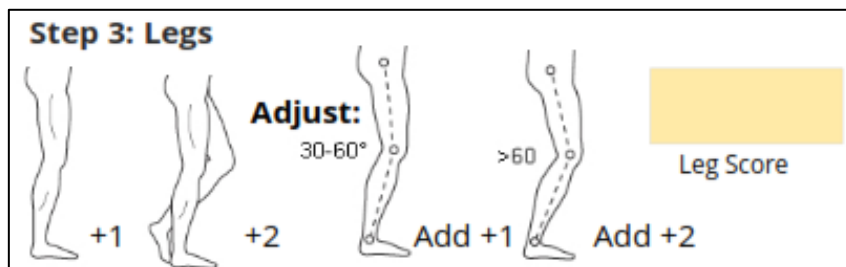


ภาพที่ 2 ลักษณะการประเมินส่วนลำตัว (ที่มา Hignett S, McAtamney L. 2000)

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินท่าทางของขา

ตารางที่ 3 คะแนนประเมินส่วนขา

ท่าทางของขา	คะแนน	คะแนนปรับเพิ่ม
มีการลงน้ำหนักและยืนด้วยเท้าทั้งสองข้าง (ขาทั้งสองข้างยืนสมดุล)	1	- กรณีที่มี การย่อเข่าทำ มุม 30-60° ให้เพิ่ม 1 คะแนน
มีการลงน้ำหนักและยืนด้วยเท้าเพียงข้างเดียว (ขาอื่นไม่สมดุล)	2	- กรณีที่มี การย่อเข่าทำมุมมากกว่า 60° ให้เพิ่ม 2 คะแนน



ภาพที่ 3 ลักษณะการประเมินส่วนขา (ที่มา Hignett S, McAtamney L. 2000)

ขั้นตอนที่ 4 สรุปผลที่ได้จากการประเมินท่าทางในขั้นตอนที่ 1-3

นำคะแนนที่ได้จากการประเมินท่าทางในขั้นตอนที่ 1-3 มาหาค่าคะแนนรวมการประเมินท่าทางกลุ่ม A (Posture Score A) จากตาราง A

ตารางที่ 4 การประเมินคะแนนท่าทางในกลุ่ม A

ตาราง A	คอ											
	1				2				3			
ขา	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	1	2	3	4	1	2	3	4	3	3	5	6
2	2	3	4	5	3	4	5	6	4	5	6	7
ลำตัว 3	2	4	5	6	4	5	6	7	5	6	7	8
4	3	5	6	7	5	6	7	8	6	7	8	9
5	4	6	7	8	6	7	8	9	7	8	9	9

ขั้นตอนที่ 5 ประเมินแรงที่ใช้หรือภาระงาน

ตารางที่ 5 คะแนนประเมินแรงที่ใช้หรือภาระงาน

แรงที่ใช้หรือภาระงาน	คะแนน	คะแนนปรับเพิ่ม
แรงหรือภาระงานที่ใช้น้อยกว่า 11 ปอนด์	0	- กรณีที่มี แรงเป็นแรงกระแทก
แรงหรือภาระงานที่ใช้อยู่ระหว่าง 11-22 ปอนด์	1	หรือกระชากเร็วๆ ให้เพิ่ม 1 คะแนน
แรงหรือภาระงานที่ใช้มากกว่า 22 ปอนด์	2	

ขั้นตอนที่ 6 สรุปผลจากการประเมินท่าทางคอ ลำตัว และขา

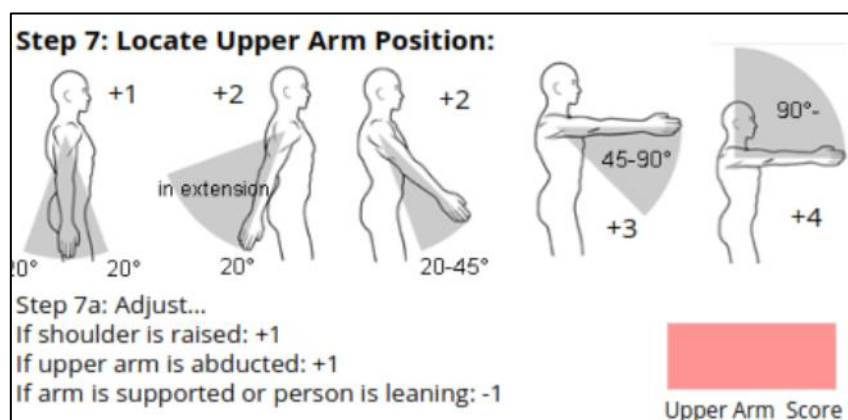
จากคะแนนการประเมินท่าทางคอ ลำตัว และขาในกลุ่ม A ซึ่งได้มาจากขั้นตอนที่ 4 นำมารวมกับคะแนนในขั้นตอนที่ 5 จะได้เป็นคะแนนรวมของการประเมินในกลุ่ม A ซึ่งจะนำมาใช้ในการประเมินคะแนนรวมของวิธี REBA

กลุ่ม B (แขนส่วนบน แขนส่วนล่าง และข้อมือ) (ขั้นตอนที่ 7-12)

ขั้นตอนที่ 7 การประเมินท่าทางของแขนส่วนบน

ตารางที่ 6 คะแนนการประเมินแขนส่วนบน

ท่าทางของแขนส่วนบน	คะแนน	คะแนนปรับเพิ่ม
เหยียดแขนไปทางด้านหลัง 20°	1	- กรณีที่มี การยกของไหล ให้เพิ่ม 1 คะแนน
หรือ ยกแขนไปด้านหน้า 20°		- กรณีที่มี การกางแขน ให้เพิ่ม 1 คะแนน
เหยียดแขนไปทางด้านหลัง > 20°	2	- กรณีที่มีที่วางแขน หรือสามารถพาดแขนได้
หรือ ยกแขนไปด้านหน้า ในช่วง 20°-45°		ให้ลด 1 คะแนน
ยกแขนไปด้านหน้าในช่วง 45°-90°	3	
ยกแขนไปด้านหน้า > 90°	4	

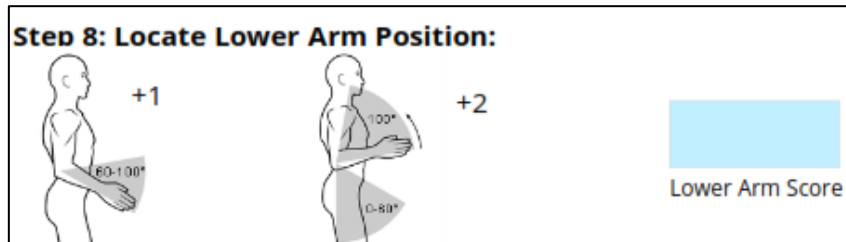


ภาพที่ 4 ลักษณะการประเมินส่วนแขนส่วนบน (ที่มา Hignett S, McAtamney L. 2000)

ขั้นตอนที่ 8 การประเมินแขนส่วนล่าง

ตารางที่ 7 คะแนนการประเมินแขนส่วนล่าง

ท่าทางของแขนส่วนล่าง	คะแนน
แขนส่วนล่างงอขึ้นอยู่ในช่วง 60° - 100°	1
แขนส่วนล่างงอลง $< 60^{\circ}$ หรือ งอขึ้น $> 100^{\circ}$	2

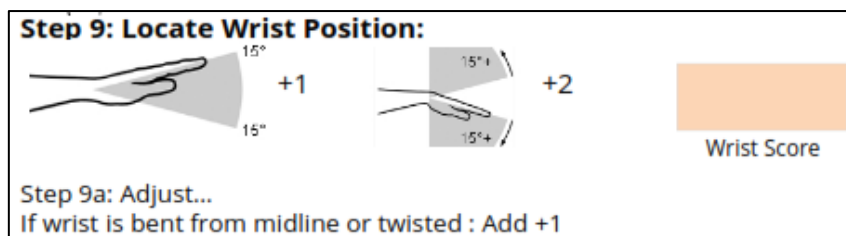


ภาพที่ 5 ลักษณะการประเมินส่วนแขนส่วนล่าง (ที่มา Hignett S, McAtamney L. 2000)

ขั้นตอนที่ 9 การประเมินท่าทางข้อมือ

ตารางที่ 2.24 คะแนนประเมินข้อมือ

ท่าทางของข้อมือ	คะแนน	คะแนนปรับเพิ่ม
ข้อมือกระดกขึ้นหรือลงไม่เกิน 15°	1	- กรณีที่มี ข้อมือเบี่ยงเบนไปจากแนวกึ่งกลาง
ข้อมือกระดกขึ้นหรือลง $> 15^{\circ}$	2	หรือหมุนข้อมือ ให้เพิ่ม 1 คะแนน



ภาพที่ 6 ลักษณะการประเมินส่วนข้อมือ (ที่มา Hignett S, McAtamney L. 2000)

ขั้นตอนที่ 10 สรุปผลจากการประเมินท่าทางแขนส่วนบน แขนส่วนล่าง และข้อมือ

นำคะแนนที่ได้จากการประเมินท่าทางแขนส่วนบน แขนส่วนล่าง และข้อมือ ในขั้นตอนที่ 7-9 มาหาค่าคะแนนรวมการ ประเมินท่าทางกลุ่ม B (Posture Score B) จากตาราง B

ตารางที่ 9 การประเมินคะแนนท่าทางในกลุ่ม B

ตาราง B	ข้อมือ	แขนส่วนล่าง					
		1			2		
		1	2	3	1	2	3
ส่วนบน							
1		1	2	3	1	2	3
2		1	2	3	2	3	4
3		3	4	5	4	5	5
4		4	5	5	5	6	7
5		6	7	8	7	8	8
6		7	8	8	8	9	9

ขั้นตอนที่ 11 ประเมินการจับยึดวัตถุ (Coupling)

ตารางที่ 10 คะแนนการประเมินการจับยึดวัตถุ

ท่าทางการจับยึดวัตถุ	คะแนน
วัตถุจับยึดมีมือจับ ผู้ปฏิบัติสามารถจับยึดได้ถนัดมือสามารถกำได้รอบมือ	0
วัตถุจับยึดมีมือจับ แต่ไม่เหมาะสม ผู้ปฏิบัติไม่สามารถกำได้รอบมือ	1
ไม่มีมือจับ แต่มีจุดที่สามารถสอดนิ้วมือหรือองนิ้วมือเพื่อจับยึดได้	2
ไม่มีมือจับและวัตถุจับยึดได้ยาก เช่น เปลี่ยนรูปร่างได้ เป็นก้อนกลมใหญ่ ผิวลื่นมัน เป็นต้น	3

ขั้นตอนที่ 12 การสรุปคะแนนรวมในกลุ่ม B

รวมคะแนนที่ได้จากขั้นตอนที่ 10-11 เพื่อใช้ในการหาค่าคะแนนสุดท้ายจาก ตาราง C ร่วมกับคะแนนที่ได้ในขั้นตอนที่ 6

ขั้นตอนที่ 13 การประเมินการเคลื่อนไหวและกิจกรรมของงาน

ตารางที่ 11 คะแนนการประเมินการเคลื่อนไหวและกิจกรรมของงาน

ท่าทางการเคลื่อนไหวและกิจกรรมของงาน	คะแนน
ร่างกายส่วนใดส่วนหนึ่งอยู่กับที่นานกว่า 1 นาที	1
มีการเคลื่อนไหวร่างกายส่วนใดส่วนหนึ่งช้า ๆ มากกว่า 4 ครั้งต่อนาที	1
มีการเปลี่ยนแปลงตำแหน่งท่าทางของร่างกายมากและเร็ว หรือมีการทรงตัวไม่ดี	1

ขั้นตอนที่ 14 การหาค่าคะแนน C

การหาค่าคะแนน C จะได้มาจากตาราง C โดยนำค่าคะแนนประเมินรวมของกลุ่ม A (จากขั้นตอนที่ 6) และคะแนน ประเมินรวมของกลุ่ม B (จากขั้นตอนที่ 12) มาอ่านค่าจากตาราง C¹⁷

[illegible]

ของงาน (จากขั้นตอนที่ 13) เพื่อให้ได้
คะแนนรวมของ REBA ที่ช่วยในการ
ประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์

REBA Employee Assessment Worksheet

Task Name:

Date:

A. Neck, Trunk and Leg Analysis

Step 1: Locate Neck Position

Neck Score

3

Step 1a: Adjust:
 If neck is twisted: **-1**
 If neck is side bending: **+1**

Step 2: Locate Trunk Position

Trunk Score

3

Step 2a: Adjust:
 If trunk is twisted: **+1**
 If trunk is side bending: **+1**

Step 3: Legs

Leg Score

1

Adjust:

Step 4: Look-up Posture Score in Table A

Use values from steps 1-3 above,
 Locate score in Table A

Posture Score A	5
Force / Load Score	0
Score A	5

Step 5: Add Force / Load Score

Add values from steps 4 & 5 to obtain Score A.
 Find row in Table C.

Step 6: Score A, Find Row in Table C

Find row in Table C.

Scoring

1 = Negligible Risk
 2-3 = Low Risk. Change may be needed.
 4-7 = Medium Risk. Further Investigation. Change Soon.
 8-10 = High Risk. Investigate and Implement Change
 11+ = Very High Risk. Implement Change

B. Arm and Wrist Analysis

Step 7: Locate Upper Arm Position:

Upper Arm Score

3

Step 7a: Adjust:
 If shoulder is raised: **+1**
 If upper arm is abducted: **+1**
 If arm is supported or person is leaning: **-1**

Step 8: Locate Lower Arm Position:

Lower Arm Score

1

Step 9: Locate Wrist Position:

Wrist Score

2

Step 9a: Adjust:
 If wrist is bent from midline or twisted: **+1**

Step 10: Look up Posture Score in Table B

Use values from steps 7-9 above, locate score in Table B

Posture Score B	4
Coupling Score	2
Score B	6

Step 11: Add Coupling Score

Well fitting Handle and mid range power grip, **good: +0**
 Acceptable but not ideal hand hold or coupling acceptable with another body part, **fair: +1**
 Hand hold not acceptable but possible, **poor: +2**
 No handles, awkward, unsafe with any body part, **unacceptable: +3**

Step 12: Score B, Find Column in Table C

Add values from steps 10 & 11 to obtain Score B. Find column in Table C & match with Score A in row from step 6 to obtain Table C Score.

Step 13: Activity Score

+1 or more body parts are held for longer than 1 minute (static)
+1 Repeated small range actions (more than 4x per minute)
+1 Action causes rapid large range changes in postures or unstable base

Table A

		Neck														
		1					2					3				
Trunk Posture Score	Legs	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	Trunk	1	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	Posture	2	2	3	4	5	2	3	4	5	6	2	3	4	5	6
	Score	3	2	4	5	6	3	4	5	6	7	3	5	6	7	8
	4	3	5	6	7	4	3	5	6	7	4	3	5	6	7	
	5	4	6	7	8	5	4	6	7	8	5	4	6	7	8	

Table B

		Lower Arm						
		1		2				
Upper Arm Score	Wrist	1	1	2	2	1	2	3
	Trunk	1	1	2	2	1	2	3
	Posture	2	1	2	2	1	2	3
	Score	3	2	4	5	5	4	5
	4	5	5	6	7	4	5	
	5	6	7	8	8	5	6	
	6	7	8	8	9	6	7	

Table C

Score A	Score B											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	1	1	1	2	3	3	4	5	6	7	7	7
2	1	2	3	3	4	5	6	7	7	8	7	8
3	2	3	3	4	5	6	7	7	8	8	9	9
4	3	4	4	5	6	7	8	8	9	9	10	10
5	4	4	5	6	7	8	9	9	10	10	11	11
6	5	6	6	7	8	9	9	10	10	11	11	12
7	6	7	7	8	9	9	10	10	11	11	12	12
8	7	8	8	9	9	10	10	11	11	12	12	12
9	8	9	9	10	10	11	11	11	11	12	12	12
10	9	10	10	11	11	11	11	12	12	12	12	12
11	10	11	11	11	11	12	12	12	12	12		

ภาพที่ 7 ตัวอย่างการคำนวณและลงคะแนนในแบบประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ด้วยวิธี REBA
(ที่มา Hignett S, McAtamney L. 2000)

5. การแปลผลคะแนน เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดเพื่อให้สามารถทำการปรับปรุงหรือแก้ไขข้อบกพร่องที่พบในการทำงานได้อย่างเหมาะสม โดยการแปล

ผลค่าคะแนนความเสี่ยงรวม แสดงดังตาราง ตารางที่ 13 การแปลผลคะแนนความเสี่ยงในวิธี REBA

คะแนน	การแปลผล
1	ความเสี่ยงน้อยมาก
2-3	ความเสี่ยงน้อย ยังต้องมีการปรับปรุง
4-7	ความเสี่ยงปานกลาง ควรวิเคราะห์เพิ่มเติม และควรได้รับการปรับปรุง
8-10	ความเสี่ยงสูง ควรวิเคราะห์เพิ่มเติม และควรปรับปรุง
≥ 11	ความเสี่ยงสูงมาก ควรปรับปรุงทันที

6. การรายงานผลและการแนะนำ ผู้ประเมินจะทำการรายงานผลการประเมิน REBA และให้คำแนะนำเพื่อการปรับปรุงหรือแก้ไขข้อบกพร่องในการทำงานที่มีความเสี่ยง ซึ่งอาจจะเป็นการแนะนำในการปรับปรุงตำแหน่งการทำงาน การใช้อุปกรณ์ช่วย หรือการสร้างความปลอดภัยในการทำงานที่เหมาะสมขึ้น¹⁸

ประโยชน์ของการประเมินความเสี่ยงด้วย Rapid entire body assessment (REBA)

การใช้ Rapid entire body assessment (REBA) มีประโยชน์อย่างยิ่งต่อองค์กรและพนักงาน ดังนี้

1. การประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพ REBA เป็นเครื่องมือที่ช่วยในการประเมินและระบุความเสี่ยงทางการยศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานในองค์กร ซึ่งจะช่วยให้ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องสามารถรับรู้ปัญหา และอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้ล่วงหน้า

2. การปรับปรุงหรือแก้ไขสภาพแวดล้อมการทำงาน โดยใช้ข้อมูลจากการประเมิน REBA องค์กรสามารถใช้ข้อมูลจากการประเมิน REBA เพื่อปรับปรุงสภาพแวดล้อมการทำงานให้เหมาะสมและปลอดภัยยิ่งขึ้นสำหรับพนักงาน

ตัวอย่างเช่น การปรับเปลี่ยนตำแหน่งที่นั่งหรือยืน การใช้อุปกรณ์ช่วยลดภาระ หรือปรับปรุงกระบวนการทำงาน โดยการแก้ไขอาจ ครอบคลุมถึงหลักการทางวิศวกรรม เช่น การออกแบบงาน และสถานีทำงานที่เหมาะสม การใช้เครื่องจักรอัตโนมัติ หรือ การจัดหาเครื่องทุ่นแรง นอกจากนี้ยังสามารถปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในการทำงาน เช่น การจัดการระบายอากาศ การควบคุมเสียง และการจัดแสงสว่างให้เหมาะสม

3. การลดความเสี่ยงทางสุขภาพของพนักงาน การปรับปรุงสภาพแวดล้อมการทำงานที่ผลิตจากการใช้ REBA ช่วยลด ความเสี่ยงในการเกิดอาการที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน (WMSDs) เช่น อาการปวดหลัง อาการปวดข้อ หรือบาดเจ็บจากการใช้งานที่ไม่ถูกต้อง

4. การเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน การทำงานที่มีสภาพแวดล้อมการทำงานที่เหมาะสมจะช่วยลดความเมื่อยล้าและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน พนักงานสามารถทำงานได้นานขึ้นโดยไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ข้อมูลจาก REBA สามารถนำมาใช้ปรับปรุงท่าทางการทำงาน ลดภาระการใช้กล้ามเนื้อ และจัดการพักผ่อนให้เหมาะสม การแก้ไขนี้ช่วยให้ พนักงานทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดการบาดเจ็บจากท่าทางที่ไม่เหมาะสม

5. การปรับปรุงระบบการบริหารจัดการความเสี่ยง REBA มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงทางกายศาสตร์ องค์กรสามารถนำผลการประเมินไปกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้อง เช่น การจัดให้พนักงานสับเปลี่ยน หมุนเวียนงาน เพื่อลดความเสี่ยงจากการทำงานซ้ำซาก การเพิ่มจำนวนพนักงานในงานที่ต้องใช้แรงมาก หรือการจัด ระยะเวลาพักที่เหมาะสม นอกจากนี้ การฝึกอบรมพนักงานเกี่ยวกับสาเหตุและวิธีการป้องกันความเสี่ยงทางกายศาสตร์ จะช่วยลดอุบัติเหตุและส่งเสริมสุขภาพของพนักงานในระยะยาว¹⁹

ข้อดีและข้อเสียของการประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ โดยวิธี Rapid entire body assessment (REBA)

การประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ด้วยวิธี Rapid entire body assessment (REBA) มีข้อดีและข้อเสียที่สำคัญ ดังนี้

ข้อดีของการประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ด้วยวิธี Rapid entire body assessment (REBA)

1. เป็นเครื่องมือที่ใช้งานง่าย Rapid entire body assessment (REBA) เป็นเครื่องมือที่ง่ายต่อการใช้งานและไม่ต้อง ใช้เครื่องมือพิเศษมากนัก ทำให้สามารถนำไปใช้ได้ในพื้นที่ทำงานได้อย่างรวดเร็วและง่ายดาย

2. สามารถจัดแบ่งพนักงานได้หลากหลาย Rapid entire body assessment (REBA) ช่วยให้สามารถจัดแบ่งพนักงาน เป็นกลุ่มตามพื้นที่การทำงานหรือกลุ่มงานได้ ซึ่งช่วยให้การประเมินความเสี่ยงเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นระบบ

3. การประเมินท่าทางการทำงานที่ครอบคลุม Rapid entire body assessment (REBA) มุ่งเน้นการประเมินท่าทาง การทำงานของพนักงานในทุกส่วนของร่างกาย ทำให้สามารถระบุพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการยศาสตร์ได้อย่างชัดเจน

4. การประเมินความเสี่ยงที่มีความถูกต้อง Rapid entire body assessment (REBA) ใช้เกณฑ์ที่เฉพาะเจาะจงในการ ให้คะแนนแต่ละ

ส่วนของร่างกายที่มีการทำงาน ซึ่งช่วยให้การประเมินเกิดความถูกต้องและเป็นที่ยอมรับ²⁰

ข้อเสียของการประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ด้วยวิธี Rapid entire body assessment (REBA)

1. ความสมบูรณ์ของการประเมิน Rapid entire body assessment (REBA) อาจไม่ครอบคลุมทุกปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ที่สถานที่ทำงาน การประเมินนี้อาจต้องใช้ร่วมกับเครื่องมือหรือวิธีการอื่น ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

2. ความยากลำบากในการประเมินงานที่ซับซ้อนหรือมีการสั่นสะเทือน งานบางประเภท เช่น งานที่ต้องเคลื่อนไหวซับซ้อน หรือมีการสั่นสะเทือนของอุปกรณ์ อาจทำให้การสังเกตและการประเมินด้วย REBA เป็นไปได้ยาก เนื่องจากเครื่องมือนี้เน้นการประเมินท่าทางที่คงที่หรือท่าทางที่สามารถสังเกตได้ในช่วงเวลาสั้น ๆ ดังนั้น การประเมินในสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงท่าทางตลอดเวลาหรือมีการเคลื่อนไหวผิดปกติ อาจไม่ได้ผลลัพธ์ที่แม่นยำ

3. การอบรมและความชำนาญ ผู้ประเมินจำเป็นต้องมีความชำนาญในการใช้ Rapid entire body assessment (REBA) เพื่อประเมินความเสี่ยงที่ถูกต้อง การฝึกฝนและการอบรมอาจเป็นสิ่งที่จำเป็น เพื่อให้ผลการประเมินมีคุณภาพสูง²¹

การอภิปรายผล

REBA เป็นเครื่องมือที่มีความโดดเด่นในการประเมินท่าทางการทำงานของพนักงาน โดยเน้นการวิเคราะห์ทั้งร่างกายอย่างครอบคลุม ตั้งแต่ศีรษะ คอ ลำตัว แขน และขา รวมถึงการพิจารณาปัจจัยเสริม เช่น การออกแรง การเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ และการยกของหนัก ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ช่วยให้สามารถระบุจุดที่มีความเสี่ยงทางกายศาสตร์ได้อย่างแม่นยำและครอบคลุม การประเมินดังกล่าวมีความสำคัญอย่างยิ่งในงานที่ต้องทำซ้ำหรืออยู่ในท่าทางคงที่เป็นเวลานาน เช่น งานในอุตสาหกรรม การผลิต งานบริการสุขภาพ และโลจิสติกส์

ผลจากการประเมินด้วย REBA ช่วยให้ผู้ประกอบการสามารถออกแบบหรือปรับปรุงสถานงานได้อย่างเหมาะสม เช่น การปรับระดับความสูงของโต๊ะหรือเก้าอี้ การใช้เครื่องมือช่วยยก และการออกแบบอุปกรณ์ให้เหมาะสมกับสรีระของพนักงาน ซึ่งเป็นการลดภาระทางกายภาพและป้องกันการบาดเจ็บจากการทำงาน โดยเฉพาะโรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (Musculoskeletal disorders-MSDs) ซึ่งมักเกิดจากท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม

อย่างไรก็ตาม REBA มีข้อจำกัดบางประการ โดยการประเมินต้องอาศัยความเชี่ยวชาญของผู้ประเมินเพื่อให้ได้ผลที่แม่นยำ เนื่องจากการให้คะแนนอาจมีความคลาดเคลื่อนได้หากขาดประสบการณ์ นอกจากนี้ REBA เป็นการประเมินในช่วงเวลาหนึ่งของการทำงานเท่านั้น ซึ่งอาจไม่ครอบคลุมการเปลี่ยนแปลงท่าทางในระยะยาว

ในภาพรวม REBA เป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยส่งเสริมการปรับปรุงสภาพแวดล้อมการทำงาน และลดความเสี่ยงต่อสุขภาพของพนักงาน หากนำไปใช้อย่างเหมาะสมร่วมกับการฝึกอบรมและการออกแบบเชิงวิศวกรรม จะสามารถป้องกันการเกิดโรคจากการทำงาน และเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

การประเมินท่าทางการทำงานด้วย REBA ถือเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการระบุและประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ในสถานที่ทำงาน อย่างไรก็ตาม เพื่อให้การใช้งาน REBA มีประสิทธิผลสูงสุด จำเป็นต้องพิจารณาข้อเสนอแนะในหลายมิติ ดังต่อไปนี้

1. การพัฒนาความเชี่ยวชาญของผู้ประเมิน เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความแม่นยำของผลการประเมิน การฝึกอบรมผู้ประเมินให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการของ REBA และการให้คะแนนที่ถูกต้อง จะช่วยลดความคลาดเคลื่อนในการประเมิน อีกทั้งยังเพิ่มความ

น่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้ ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการตัดสินใจปรับปรุงสถานที่ทำงานได้อย่างเหมาะสม

2. การบูรณาการ REBA กับเครื่องมืออื่น ๆ จะช่วยให้ได้ผลการประเมินที่ครอบคลุมและแม่นยำยิ่งขึ้น เครื่องมือเสริม เช่น RULA (Rapid upper limb assessment) หรือเทคโนโลยี Motion capture สามารถให้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของร่างกาย ช่วยในการวิเคราะห์ความเสี่ยงทางการยศาสตร์ได้ในมิติที่หลากหลายมากขึ้น

3. การประเมินซ้ำในระยะยาว การประเมินท่าทางการทำงานควรดำเนินการเป็นระยะเพื่อติดตามผลของการปรับปรุงสถานงาน รวมถึงตรวจสอบว่าท่าทางการทำงานของพนักงานมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นหรือไม่ การประเมินซ้ำยังช่วยระบุปัญหาที่อาจเกิดขึ้นใหม่ และปรับปรุงได้อย่างทันทั่วถึง

เอกสารอ้างอิง

1. Abdulrahman MB. Investigation of work-related Musculoskeletal Disorders (MSDs) in warehouse workers in Saudi Arabia. *Procedia Manufacturing* 3. 2015; p. 4643-649.
2. รำแพน พรเทพเกษมสันต์. กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของมนุษย์ (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: ศิลปบรรณาการ; 2556.
3. ลักษณะ เหล่าเกียรติ. การบาดเจ็บ ความผิดปกติและโรคจากการทำงาน การป้องกัน (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560.
4. จิตรา รู้จักการพาณิช. วิศวกรรมความปลอดภัย สำหรับวิศวกรรมอุตสาหกรรม (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.

5. นันทพร ภัทรพุทธ. การประเมินความเสี่ยงในงานอาชีพอนามัยและความปลอดภัย (พิมพ์ครั้งที่ 1). ชลบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยบูรพา; 2556.
6. เนตรชนก เจริญสุข. การยืนและการนั่งแบบการยศาสตร์. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2558; 7(1): 11-5.
7. สถาบันส่งเสริมความปลอดภัยฯ. ความปลอดภัย สำหรับลูกจ้าง หลักสูตรความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน สำหรับลูกจ้างทั่วไปและลูกจ้างเข้าทำงานใหม่ (พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพฯ: สถาบันส่งเสริมความปลอดภัยฯ; 2563.
8. สมาคมอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน. การยศาสตร์และปัจจัยเสี่ยงทางการยศาสตร์ที่ทำให้เกิด Musculoskeletal Disorders. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 15 ก.พ. 67] เข้าถึงจาก: <https://www.ohswa.or.th/17805876/ergonomics-and-workstation-design-series-ep1>
9. วรุฒิ พุกูมา. การประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ในพนักงานแผนกหนึ่งของโรงงานผลิตวงล้อยานพาหนะ. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี นอร์ทเทิร์น 2564; 3 (2): 79-87.
10. นภานันท์ ดวงพรหม, สุนิสา ชายเกลี้ยง. การรับรู้ความผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในพนักงานผลิตชิ้นส่วนอิเล็กทรอนิกส์แห่งหนึ่งในจังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น 2556; 18 (5): 880-91.
11. สุทธิ ศรีบุรพา. เออร์กอนอมิกส์ วิศวกรรมมนุษย์ปัจจัย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ซีเอ็ดยูเคชั่น; 2540.
12. สุดาว เลิศวิสุทธิไพบูลย์. การยศาสตร์สำหรับพนักงานร้านสะดวกซื้อ. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ 2559; 4(15): 79-86.
13. สมาคมอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน. การประเมินความเสี่ยงจากการทำงานโดยใช้การประเมินด้านการยศาสตร์เพื่อการปรับปรุงงาน. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 1 ก.พ. 67] เข้าถึงจาก: <https://www.ohswa.or.th/17644133/ergonomics-make-it-simple-ep4>
14. ชวนากร เครือแก้ว. เครื่องมือประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์จากท่าทางการทำงานของเกษตรกรเปรียบเทียบกับแบบประเมินความเสี่ยงทั้งร่างกายของ REBA. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ 2566; 16 (1): 26-39.
15. Stephen P. Bodyspace Anthropometry Ergonomics and the Design of Work (2nd Edition). London: Taylor & Francis Group. 2003.
16. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค. คู่มือการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการจัดบริการอาชีวอนามัยให้กับแรงงานในชุมชนด้านการยศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม; 2559.
17. Hignett S. McAtamney L. Rapid entire body assessment (REBA). Applied Ergonomics. 2000; 31: 201-5.

18. อนามัย ชีรวีโรจน์ เทศกะทีก.
อาชีวอนามัยและความปลอดภัย
(พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ:
สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์; 2556.
19. ปวีณา มีประดิษฐ์. การประเมิน
ความเสี่ยงทางด้านการยศาสตร์.
กรุงเทพฯ: บริษัท โอ. เอส.
พรินติ้ง เฮาส์ จำกัด; 2559.
20. กิตติ อินทรานนท์. การยศาสตร์
ERGONOMICS (พิมพ์ครั้งที่ 3).
กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย; 2559.
21. สราวุธ สุธรรมาสา, จรวัยพร
ธรณินทร์. เออร์โกโนมิกส์และ
จิตวิทยาในการทำงาน (พิมพ์ครั้งที่ 1).
นนทบุรี: สำนักพิมพ์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช;
2534.

สถิติสำหรับเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการให้สิ่งแทรกแซงในงานวิจัยเชิงทดลอง

หัตถกร สำเร็จดี¹, สิริวิชญ์ สนโคก²

(วันที่รับบทความ: 12 กุมภาพันธ์ 2567; วันที่แก้ไข: 13 เมษายน 2567; วันที่ตอบรับ: 6 มิถุนายน 2567)

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับสิ่งแทรกแซง และไม่ได้รับสิ่งแทรกแซงที่กำหนด และมีการวัดผลซ้ำก่อนกับหลังเพื่อติดตามผลการเปลี่ยนแปลง มีการวัดผลลัพธ์ทั้งสิ้น 4 ตัวแปร สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลสร้างความสับสนแก่ผู้วิจัยได้เนื่องจากการเปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่ม และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ซึ่งสถิติที่เหมาะสมสำหรับข้อมูลที่มีการวัดตัวแปรผลลัพธ์เป็นแบบต่อเนื่องคือการวิเคราะห์แปรปรวนร่วม (Analysis of covariance; ANCOVA)

คำสำคัญ: การวัดผลก่อนและหลัง, สิ่งแทรกแซง, วิจัยเชิงทดลอง, การวิเคราะห์แปรปรวนร่วม

¹ นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ, สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น,

E-mail: hattakorn@kku.ac.th

² นักศึกษาหลักสูตรปริญญาโทชั้นปีที่ 1, สาขาวิชาวิทยาการระบาดและชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น, E-mail: sirawich.so@kkumail.com

Corresponding author: หัตถกร สำเร็จดี, E-mail: hattakorn@kku.ac.th

Statistics for Comparing Results Before and After the Intervention in Experimental Research

Hattakorn Samretdee¹, Sirawich Sonsok²

(Received: 9th February 2024; Revised: 23rd April 2024; Accepted: 6th June 2024)

Abstract

In an experimental study, participants were divided into an experimental group that received a specified intervention and a control group that did not. Four outcome variables were measured before and after the intervention to track changes. Analyzing the data can be confusing for researchers due to the need to compare differences within and between groups. The appropriate statistical method for analyzing continuous data in this context is the analysis of covariance (ANCOVA).

Keywords: Pre- and post-test, Intervention, Experimental research, ANCOVA

¹ Clinical Psychologist, Practitioner Level, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Khon Kaen University.

² Doctor of Philosophy Program in Epidemiology and Biostatistics, Faculty of Public Health, Khon Kaen University.

Corresponding author: Hattakorn Samretdee, E-mail: hattakorn@kku.ac.th

บทนำ

งานวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) คือการวิจัยที่ศึกษาจากเหตุไปยังผลลัพธ์ ใช้ ประเมินผลของการให้ สิ่งแทรกแซง (Intervention)¹ เน้นกระบวนการค้นหาความเป็นจริงภายใต้การควบคุมสภาพการณ์บางอย่างที่ส่งผลต่อตัวแปรผลการทดลองคลาดเคลื่อนได้² การวิจัยเชิงทดลองมีลักษณะที่สำคัญ³ ประกอบด้วย มีการสุ่มตัวอย่าง มีการจัดกระทำ (Manipulate) ควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน สังเกตผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ออกแบบการทดลอง และมีกลุ่มเปรียบเทียบผลการทดลอง โดยรูปแบบงานวิจัยที่สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับประสิทธิผล ประสิทธิภาพ และความคุ้มค่าของการให้สิ่งแทรกแซงในกระบวนการแก้ไขปัญหาได้ดีที่สุด⁴ คือการทดลองแบบสุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบ(Randomized controlled trial) และรองลงมาเป็นการทดลองไม่มีการสุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบ (Non-randomized controlled trial) โดยการให้สิ่งแทรกแซง (Interventions) เป็นสิ่งที่ผู้วิจัยกำหนดให้กับกลุ่มทดลอง มีการจัดกระทำให้ตัวอย่างได้รับไม่ว่าจะเป็น ยา การบำบัดรักษา ด้วยรูปแบบต่างๆ อุปกรณ์ โปรแกรม การให้ความรู้ หรือกำหนดให้มนุษย์ทำพฤติกรรมบางอย่างโดยมีจุดหมายให้เกิดความเปลี่ยนแปลงอย่างมีประสิทธิภาพ⁵

สถิติเป็นเครื่องมือที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลและตอบคำถามในงานวิจัยเชิงปริมาณ จึงจำเป็นต้องเลือกใช้สถิติให้ถูกต้อง หากเลือกใช้สถิติที่ไม่ถูกต้องส่งผลให้การสรุปผลการวิจัยผิดพลาดไปด้วย⁶ สถิติมีจุดมุ่งหมายเพื่อต้องการสรุปลักษณะคำตอบของประชากรจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการวัดผล สถิติที่ใช้ตอบคำถามงานวิจัยมีสองประเภท คือ สถิติทดสอบอ้างอิงพารามิเตอร์ (Parametric statistics) และสถิติทดสอบไม่อ้างอิงพารามิเตอร์ (Nonparametric statistics) ซึ่งก่อนทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติดังกล่าวควรตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติทดสอบอ้างอิงพารามิเตอร์⁷ เช่น ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ ได้จากการสุ่ม มีการตัดทอนค่าสูงหรือต่ำผิดปกติ (Outliers)

และมีความแปรปรวนของข้อมูลไม่แตกต่างกัน กรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย ไม่สามารถสรุปลักษณะการแจกแจงของข้อมูล ไม่สามารถใช้สถิติทดสอบอ้างอิงพารามิเตอร์ในการสรุปผล นักสถิติจึงพัฒนาวิธีการวิเคราะห์สถิติทดสอบไม่อ้างอิงพารามิเตอร์เพื่อสรุปผลการวิจัย⁸

รูปแบบงานวิจัยวัดผลก่อนและหลัง⁶ (Before-after design) มักเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มควบคุม (Control group) ก่อนที่จะให้สิ่งแทรกแซง ประเมินค่าข้อมูลพื้นฐาน (Baseline) วัดผลก่อนการทดลอง (Pre-test) และเมื่อให้สิ่งแทรกแซงเสร็จสิ้นจึงวัดซ้ำเพื่อประเมินผลลัพธ์ (Post-test) ในงานวิจัยเชิงทดลองมักมีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เปรียบเทียบประสิทธิผลของสิ่งแทรกแซง สรุป มี 2 กลุ่มเปรียบเทียบเป็นอิสระต่อกัน ได้ผลลัพธ์ 4 อย่าง คือกลุ่มทดลองก่อน (1) หลัง (2) และกลุ่มควบคุม ก่อน (3) หลัง (4)

จากการทบทวนวรรณกรรมในงานประเทศไทย เบื้องต้น พบการศึกษาของ ลลิตา วิบูลย์กุลและคณะ (2018)⁹ ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบสืบค้นบทความวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทยที่มีการศึกษาถึงทดลองเปรียบเทียบ ประชากรสองกลุ่มอิสระต่อกัน และมีการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง พบว่าบทความส่วนใหญ่ ร้อยละ 94.1 ใช้สถิติไม่เหมาะสม คือ Independent t-test และมีการใช้สถิติเหมาะสมเพียง ร้อยละ 5.9 ที่ใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of covariance; ANCOVA) เนื่องจากงานวิจัยดังกล่าวไม่ได้กล่าวถึงข้อมูลไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติทดสอบอิงพารามิเตอร์ หรือกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ผู้เขียนจึงสนใจทบทวนวรรณกรรมสถิติทดสอบไม่อ้างอิงพารามิเตอร์ด้วย และผู้เขียนเห็นความจำเป็นในการให้ความรู้แก่นักวิจัยเกี่ยวกับการวิเคราะห์ทางสถิติกรณีเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และมีการวัดผลก่อนหลัง หากเลือกใช้สถิติที่ถูกต้องเหมาะสมจะส่งผลให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น และเป็นประโยชน์ต่อผู้นำผลวิจัยไปใช้ใน

อนาคต อีกทั้งเป็นการปกป้องสิทธิ์อาสาสมัครหรือกลุ่มทดลองให้ได้รับสิ่งแทรกแซงที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด

วัตถุประสงค์

เพื่อทบทวนวรรณกรรมการใช้สถิติสำหรับเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่เป็นข้อมูลต่อเนื่อง มีการวัดผลก่อนและหลังของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ข้อตกลงเบื้องต้นสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล และการนำเสนอผลลัพธ์การวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตาราง

วิธีดำเนินการ

การทบทวนวรรณกรรมพบวิธีเปรียบเทียบผลลัพธ์การแทรกแซงระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และดำเนินการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลัง ทดสอบความแตกต่างว่ามีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ใช้สถิติที่เรียกว่าการวิเคราะห์แปรปรวนร่วม (Analysis of covariance; ANCOVA) ซึ่งเป็นวิธีการถดถอยรูปแบบหนึ่ง¹⁰ ถ้าหากผู้วิจัยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนหลังการทดลองด้วยสถิติ Independent t-test ทดสอบค่าเฉลี่ยสองกลุ่มที่เป็นอิสระจะส่งผลให้การวิเคราะห์ผิด ทำให้เกิดข้อมูลที่เข้าใจค่าเฉลี่ย (Regression to the mean; RTM) ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ทางสถิติเกิดขึ้นเมื่อมีวัดผลซ้ำในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กหรือขนาดใหญ่ ค่าเฉลี่ยที่ได้จะใกล้เคียงค่าเฉลี่ยของประชากร¹¹ ผลลัพธ์ที่ได้จะไม่พบความแตกต่างในแต่ละกลุ่มหรือให้ผลการทดสอบแบบมีนัยสำคัญทางสถิติ (Significant)⁶ ที่นำไปสู่ข้อสรุปที่ผิดพลาดได้

ข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ด้วย ANCOVA¹² ประกอบด้วย 1) ค่าความคลาดเคลื่อนแจกแจงปกติ ทดสอบด้วยสถิติ Shapiro-Wilk W test และมีค่า p-value >0.05 และความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนทุกกลุ่มไม่แตกต่างกัน ทดสอบด้วยสถิติ Bartlett's test และมีค่า p-value >0.05 2) ความชันของเส้นถดถอยไม่แตกต่างกันในแต่ละกลุ่มทดสอบด้วย Generalized Linear Modeling (GLM) 3) ความแปรปรวนไม่แตกต่างกันในทุกกลุ่มหรือ

ความแปรปรวนเท่ากัน (Equal variances)

4) ต้องมีความสัมพันธ์เส้นตรงระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรร่วม หรือกล่าวได้ว่าตัวแปรร่วมวัดผลก่อนการทดลอง (Pre-test) ต้องมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวผลลัพธ์หลังการทดลอง (Post-test) 5) ตัวแปรอิสระทุกกลุ่มเป็นอิสระต่อกัน และ 6) ตัวแปรร่วมต้องเป็นค่าคงที่ปราศจากความคลาดเคลื่อน (Error)

และหากพบว่าข้อมูลที่จะวิเคราะห์นั้นละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นดังกล่าวแนะนำให้แปลงข้อมูลให้มีการแจกแจงแบบปกติ⁷ (Transformations) ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น box-cox, $\log(x)$, X^2 , $\sqrt{x}$, $\frac{1}{X}$ เป็นต้น เป็นกระบวนการนำข้อมูลทุกชุดมาคำนวณใหม่ด้วยวิธีดังกล่าวอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อให้ข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบอื่นให้มีการแจกแจงปกติ หรือในกรณีที่แปลงข้อมูลแล้วค่าของข้อมูลยังไม่ปกติ มีการแจกแจงแบบอื่น หรือความแปรปรวนไม่เท่ากัน แนะนำให้ใช้สถิติทดสอบแบบไม่อ้างอิงพารามิเตอร์ เช่น Ranked ANCOVA¹² (ดังตารางที่ 1)

การนำเสนอผลลัพธ์การวิเคราะห์ข้อมูล¹⁰ ด้านบนของตารางนั้นควรนำเสนอค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean และ SD) ช่วงความเชื่อมั่น (95% Confidence interval) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ความต่างของค่าเฉลี่ย (Difference between means) และค่า p-value ส่วนด้านซ้ายของตารางนำเสนอด้วย ค่าเฉลี่ยก่อนทดลอง (Baseline/pre-test) ค่าเฉลี่ยหลังทดลองหรือการติดตามผล (Follow up/post-test) คะแนนเฉลี่ยที่เปลี่ยนแปลง (Change score) ซึ่งเกิดจากการนำค่าเฉลี่ยหลังการทดลอง (After) ลบด้วยค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง (Before) แยกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และแถวสุดท้ายเป็นการวิเคราะห์หลังและก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่ม เปรียบเทียบตัวแปรร่วม ทดสอบด้วยสถิติ ANCOVA (ดังตารางที่ 2)

ผู้เขียนดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลจำลอง 19 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 ราย และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับสิ่งแทรกแซง 9 ราย มีการวัดผลก่อนและ

หลังการทดลอง รายละเอียดข้อมูลจำลองดังตารางที่ 3 มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลลัพธ์การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Independent t-test และ Oneway-ANCOVA และค่าเฉลี่ยของคะแนนในกลุ่มทดลองหลังได้รับสิ่งแทรกแซงแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่ โดยกำหนด 3 ตัวแปรหลัก ประกอบด้วย 1) ตัวแปรตามหรือตัวแปรผลลัพธ์ (y) คือ คะแนนหลังการทดลอง (Post-test) 2) กลุ่มตัวอย่าง (Group) 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (รหัสหมายเลข 1) และกลุ่มควบคุม (รหัสหมายเลข 2) และ 3) ตัวแปรต้น (x) คือ คะแนนก่อนทดลอง (Pre-test) ซึ่งคะแนนก่อนและหลังการทดลองเป็นค่าต่อเนื่องทั้งหมด (Continuous data) ก่อนวิเคราะห์ข้อมูล ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumptions) พบว่าเป็นไปตามข้อกำหนดทั้งหมดและไม่ขอก้าวในบทความนี้ ผลลัพธ์การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Independent t-test พบว่าต้องทำการวิเคราะห์สองรอบ คือ เปรียบเทียบคะแนนก่อนการทดลอง (Pre-test) และคะแนนหลังการทดลอง (Post-test) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สรุปผลจากการวิเคราะห์ได้ว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ความผิดพลาดไม่เกินร้อยละ 5 ($p\text{-value} < 0.05$) และค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ความผิดพลาดไม่เกินร้อยละ 5 ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Oneway-ANCOVA สรุปได้ว่าหลังจากที่ได้นำค่าคะแนนก่อนการทดลองเข้ามาวิเคราะห์ร่วม คะแนนหลังการทดลองในกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติความผิดพลาดไม่เกินร้อยละ 5 ($p\text{-value} < 0.01$) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติ STATA รายละเอียดดังภาพที่ 1-3 ถึงแม้ว่าผลจากการทดสอบดังกล่าวให้ผลลัพธ์ทางสถิติเหมือนกัน คือให้ผลแตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ (Significantly) แต่กระบวนการวิเคราะห์และจัดกระทำกับข้อมูลต่างกันอย่างสิ้นเชิง ในกรณีที่ใช้ Independent t-test เป็นการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสองกลุ่มอิสระเป็นกลุ่มคะแนนก่อน หรือ กลุ่มคะแนนหลัง ไม่ได้วัดผลการเปลี่ยนแปลงของการให้สิ่งแทรกแซง ซึ่งการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม ANCOVA ทดสอบความแตกต่างของตัวแปรร่วม (Baseline) ตัวแปรกลุ่ม และตัวแปรตามทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อีกทั้งยังมีสถิติที่ใช้ได้สามารถควบคุมตัวแปรร่วม (Adjusted covariance) คือ Linear regression หากย้อนกลับไปคำถามวิจัยเพื่อหาคำตอบว่าการทดลองได้ผลหรือไม่เมื่อเปรียบเทียบทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จึงควรเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการสรุปผลที่ผิดพลาดและป้องกันความเสียหายต่อไปในอนาคตต่อผู้ที่นำตัวเลขไปใช้

การอภิปรายผล

การเปรียบเทียบประสิทธิผลของสิ่งแทรกแซงในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยสถิติที่สามารถเปรียบเทียบผลหรือตัวแปรตามในกลุ่มและระหว่างกลุ่มได้ภายในการวิเคราะห์ครั้งเดียวและปรับค่าผลกระทบที่เกิดจากความแปรปรวนร่วมของข้อมูล สถิติที่เหมาะสมคือการวิเคราะห์แปรปรวนร่วม (Analysis of covariance; ANCOVA) จึงควรเลือกใช้สถิติให้เหมาะสมเพื่อผลลัพธ์การวิจัยที่ต้องการ

เอกสารอ้างอิง

1. Crowther D, Lancaster G. Research methods. Routledge; 2012.
2. วาโร เฟิงส์วีสดี. การวิจัยเชิงทดลองทางการศึกษา. Creat Sci. 2014 Jun 4;6 (11 SE-Research Article): 181-90.
3. พิชิต ฤทธิจรูญ. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: แฮสส์ ออฟเดอะ มีส์ท์; 2554. p.180-81.

4. Chasung K. ABC in reseach (Part I) : Overview of research design. Srinagarind Med J. 2003; 18(2): 118.
5. Fraser MW, Galinsky MJ. Steps in intervention research: Designing and developing social programs. Res Soc Work Pract. 2010; 20(5): 459-66.
6. ประภัสสร เอื้อลลิตชวงศ์, บัณฑิต ถิ่นคำรพ. การวิเคราะห์ข้อมูลที่มีรูปแบบการวิจัยเป็นการวัดผลก่อนและหลัง. Data Manag Biostat J. 2551; 4.
7. Verma JP, Abdel-Salam ASG. Testing statistical assumptions in research. New York: John Wiley & Sons; 2019.
8. Chirawatkul A. Statistic for health science research. 4th ed. Bangkok: Witthayaphat Co., Ltd; 2558.
9. Wiboonkul, Lalida Kumsa-ard, Siriporn Sirikarn P. Statistical Methods for Comparing Two Groups Pretest-Posttest Design, Quasi Experimental Study. 2018; p.780-6.
10. Vickers AJ, Altman DG. Analysing controlled trials with baseline and follow up measurements. BMJ. 2001 Nov 10; 323(7321): 1123 LP-1124.
11. Ostermann T, Willich SN, Lüdtke R. Regression toward the mean - a detection method for unknown population mean based on Mee and Chua's algorithm. BMC Med Res Methodol. 2008; 8(1): 52.
12. CANGÜR Ş, SUNGUR MA, ANKARALI H. The methods used in nonparametric covariance analysis. Duzce Med J. 2018; 20(1): 1-6.

ตารางที่ 1 สรุปการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม

ข้อมูล	ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ	ข้อมูลไม่ได้มีการแจกแจงแบบปกติ	
	สถิติอิงพารามิเตอร์	แปลงข้อมูลให้ปกติ	สถิติไม่อิงพารามิเตอร์
สถิติ	ANCOVA	ANCOVA	Ranked ANCOVA
ข้อตกลงเบื้องต้น	1) ตัวแปรตามเป็นข้อมูลต่อเนื่อง 2) ความคาดเคลื่อนแจกแจงปกติ 3) ความแปรปรวนไม่แตกต่างกัน 4) ตัวแปรร่วมและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เป็นเส้นตรง 5) ความชันของเส้นถดถอยมีค่าไม่แตกต่างกันในแต่ละกลุ่ม	เหมือน ANCOVA	ตัวแปรตามเป็นข้อมูลต่อเนื่อง

ตารางที่ 2 การนำเสนอผลลัพธ์การวิเคราะห์ข้อมูล

Variables	 scores (mean and SD)		Difference	
	Experimental group (n=X)	Control group (n=X)	between means (95% CI)	p-value
Baseline/Pre-test	X.XX (X.XX)	X.XX (X.XX)	X.XX (X.XX to X.XX)	0.XXX
Follow up/Post-test	X.XX (X.XX)	X.XX (X.XX)	X.XX (X.XX to X.XX)	0.XXX
Change score	X.XX (X.XX)	X.XX (X.XX)	X.XX (X.XX to X.XX)	0.XXX
ANCOVA			X.XX (X.XX to X.XX)	0.XXX

X คือ ตัวแทนของตัวแปร นำเสนอด้วยทศนิยมสองตำแหน่ง

ตารางที่ 3 ข้อมูลจำลอง 19 ราย

no	group	pre	post	no	group	pre	post
1	1	5	5	11	2	6	7
2	1	11	15	12	2	6	5
3	1	12	20	13	2	7	8
4	1	26	28	14	2	12	11
5	1	28	27	15	2	14	15
6	1	24	29	16	2	9	10
7	1	11	15	17	2	8	9
8	1	27	28	18	2	7	6
9	1	12	11	19	2	11	14
10	1	20	23				

ภาพที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลก่อนการทดลองด้วย Independent t-test

. ttest pre,by(group)						
Two-sample t test with equal variances						
Group	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
1	10	17.6	2.629744	8.315982	11.6511	23.5489
2	9	8.888889	.9493337	2.848001	6.699721	11.07806
combined	19	13.47368	1.749467	7.625749	9.798191	17.14918
diff		8.711111	2.921465		2.547358	14.87486
diff = mean(1) - mean(2)				t =	2.9818	
Ho: diff = 0				degrees of freedom =	17	
Ha: diff < 0		Ha: diff != 0		Ha: diff > 0		
Pr(T < t) = 0.9958		Pr(T > t) = 0.0084		Pr(T > t) = 0.0042		

ภาพที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลหลังการทดลองด้วย Independent t-test

. ttest post ,by(group)						
Two-sample t test with equal variances						
Group	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
1	10	20.1	2.6308	8.319322	14.14872	26.05128
2	9	9.444444	1.143959	3.431877	6.80647	12.08242
combined	19	15.05263	1.915577	8.349808	11.02815	19.07711
diff		10.65556	2.984198		4.359448	16.95166
diff = mean(1) - mean(2)				t =	3.5707	
Ho: diff = 0				degrees of freedom =	17	
Ha: diff < 0		Ha: diff != 0		Ha: diff > 0		
Pr(T < t) = 0.9988		Pr(T > t) = 0.0024		Pr(T > t) = 0.0012		

ภาพที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมแบบทางเดียวด้วย ANCOVA

. anova post group c.pre

Number of obs = 19 R-squared = 0.9303
 Root MSE = 2.33801 Adj R-squared = 0.9216

Source	Partial SS	df	MS	F	Prob>F
Model	1167.4866	2	583.74329	106.79	0.0000
group	16.706406	1	16.706406	3.06	0.0996
pre	629.66144	1	629.66144	115.19	0.0000
Residual	87.46078	16	5.4662987		
Total	1254.9474	18	69.719298		



วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

90/1 ถ.อนามัย อ.เมือง จ.ขอนแก่น

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

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

Email : jhscph@scphkk.ac.th

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