



JOHSS **วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ** **Journal of Health Sciences Scholarship**

Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2564

Vol. 8 No.1, January – June 2021

ISSN: 1906-1919 (Print)

ISSN: 2697-6412 (Online)



วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี นครลำปาง

สถาบันอุดมศึกษา ผลิตพยาบาล
ที่มีคุณภาพและเคารพคุณค่า
ความเป็นมนุษย์เพื่อพัฒนาสู่
สังคมผู้สูงวัยที่เป็นสุข



ขอแสดงความยินดีในโอกาสที่ ผอ.วาสนา มั่งคั่ง

เข้ารับพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์
ชั้นสายสะพาย ประจำปี 2563

และ

รางวัลพยาบาลดีเด่น ประเภทผู้บริหารการศึกษา
สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย
ประจำปี 2564

แสดงความยินดีกับอาจารย์ทุกท่านที่
ได้รับพระราชทาน
เครื่องราชอิสริยาภรณ์ชั้นสายสะพาย



วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ Journal of Health Sciences Scholarship



เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

บรรณาธิการ: ดร.ยงยุทธ แก้วเต็ม
ผู้ช่วยบรรณาธิการ: ดร.ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ
อ.จิตอาวี ชาตมินตรี

ที่ปรึกษาวารสารวิชาการ

ศ. เชี่ยวชาญพิเศษ ดร.สัณชัย จุตรสิทธิธา
ศ.ดร.นพ.พงศ์เทพ วิศวกรรมเดช
ผอ. วาสนา มั่งคั่ง

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.นพ.พงศ์เทพ วิศวกรรมเดช
รศ.ดร.เดชา ทำดี
ผศ.ดร.สุศิริ ประสมสุข
ผศ.ดร.สมพร สันติประสิทธิ์กุล
ดร.กาญจนาณัฐ ทองเมืองธัญเทพ
ผศ.ดร.มยุรฉัตร กันยะมี
ดร.พัฒนา นาคทอง
ดร.พิทยา ศรีเมือง
ดร.มธุรา บรรจงการ
ดร.ชูศักดิ์ ยืนนาน
ดร.เอกรัตน์ ปิ่นประภาพันธ์
ดร.ธีรรัตน์ บุญฤกษ์
ดร.อัจฉรา สิทธิรักษ์
ดร.ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ
ดร.ยงยุทธ แก้วเต็ม

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตนครสวรรค์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (มศว)
มหาวิทยาลัยเนชั่น ลำปาง
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ขอนแก่น
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครเชียงใหม่
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง



วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่และส่งเสริมความรู้ด้านการพยาบาล การแพทย์ และการสาธารณสุขที่เป็นประโยชน์ผ่านบทความวิชาการและผลงานวิจัย
2. เพื่อเป็นแหล่งเสนอผลงานวิชาการสำหรับสมาชิกทางการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข และศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในเชิงสุขภาพ
3. เพื่อเสริมสร้างนักวิชาการที่ต่อยอดเป็นองค์ความรู้อันเป็นประโยชน์ทางการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข และศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในเชิงสุขภาพ
4. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ทางวิชาการ และการติดต่อสัมพันธ์ของนักวิชาการในเชิงสุขภาพ

สำนักงาน

กองบรรณาธิการวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ กลุ่มวิจัยและบริการวิชาการ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง 268 ถนนพหลโยธิน ตำบลหัวเวียง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 52000
โทรศัพท์ 054-226254 ต่อ 141 โทรสาร 054-225-020
Email: journalbcnlp@gmail.com

กำหนดออกวารสาร: ราย 6 เดือน (ปีละ 2 ฉบับ)

มกราคม-มิถุนายน
กรกฎาคม-ธันวาคม

ทุกบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ
ผ่านการพิจารณาถ้อยแถลงจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้น ๆ อย่างน้อย 2 ท่าน

ความคิดเห็นหรือข้อความใด ๆ ในทุกบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ
เป็นวรรณกรรมของผู้เขียนโดยเฉพาะและถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนเท่านั้น
ทางสถาบันผู้จัดทำไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย ไม่มีข้อผูกพันประการใด ๆ และไม่มีส่วนรับผิดชอบแต่อย่างใด



สารบัญ

○การวิเคราะห์องค์ประกอบของคุณลักษณะพื้นฐานสำหรับการประกอบการธุรกิจ ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง ธนวัฒน์ นองสุวรรณ, พชร วิวุฒิ, ถาวร ล่อกา, เอกรัตน์ เชื้ออินถา	1
○ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารเข้าของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จารุวรรณ ไผ่ตระกูล, มยุรฉัตร กันยะมี, ทิฆัมพร ภูมิรินทร์, มณีนารถ ศรีภา, สุธิณี ศิริรัตน์	18
○ประสบการณ์การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น อัญญา ปลอดเปลื้อง	33
○การตัดสินใจเลือกรับบริการทันตกรรมของผู้มีสิทธิประกันสังคมในเขตจังหวัดนครสวรรค์ปี พ.ศ. 2563 กชกร แถสุวรรณ	51
○การวิเคราะห์ระบบการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จังหวัดลำปาง นงคราญ คชรักษา, ณัฏฐ์ฐกรณ์ ปัญจพันธ์	69
○ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวในการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตเทศบาลนครแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก พนานต์พงศ์ ผัดอ่อนอ้าย, วราภรณ์ บุญเชียง, อักษรา ทองประชุม	82
○ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 เขต รพ.สต. บ้านขวง อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง กัญฐณา รณิศขะกูร	99
○ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่ สุปราณี ใจตา, เดชา ทำดี	112
○การสร้างกระบวนการทางความคิดของคนในชุมชนในการมีส่วนร่วมอนุรักษ์ผักพื้นบ้าน: กรณีศึกษา บ้านปงป่าเป่า อ.แม่ทะ จ.ลำปาง วลัยลักษณ์ ชันทา, วันวิสาข์ ชูจิตร, จิราพร เป็งราชรอง, สายทิม วงศ์หอม	124
○ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลและสมรรถนะด้านภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง, ประเทศไทย นิพร ชัดตา, โจน่า จิน, ปินาส ปิลาสิโอ, นฤพร พงษ์คุณากร	148



สารบัญ (ต่อ)

○การรับรู้ ทักษะ และความรู้ต่อมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมและผลต่อการปฏิบัติตัวตาม มาตรการสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของประชาชน ในจังหวัดลำปางในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 นางลักษณ์ ไตบันลือภาพ, อีรารัตน์ บุญกณะ, บุศรินทร์ ผัดวง, จิตตวีร์ เกียรติสุวรรณ	168
○ประสิทธิผลของโปรแกรมการใช้สัญลักษณ์โภชนาการ : ทางเลือกสุขภาพ ในกลุ่มผู้บริโภค ตำบลเวียงเหนือ อ.เมือง จ.ลำปาง วรางคมา สันเทพ	185
○ความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดได้และควบคุมไม่ได้ สุรียา ฟองเกิด, ยะวิษฐา สุขวาสนะ, บุศรา สุขสวัสดิ์, ศุภรา หิमानันโต	207
○ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ตำบลลำปางหลวง แพรวพรรณ สุขปิ่น	224
○ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติหกล้ม อนรรักษ์ แสงจันทร์, เอกรัตน์ เชื้ออินธา, พวงเพชร มีศิริ, อัจฉรา สิทธิรักษ์	242



สารจากบรรณาธิการ

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือปีที่ 8 ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2564 ฉบับนี้ ทางวารสารยังคงคุณภาพทั้งในเรื่องเนื้อหาและสาระทางวิชาการทางด้านสุขภาพเช่นเดิม โดยได้รับความสนใจจากนักวิจัยภายนอกองค์กรที่ต้องการเผยแพร่ผลงานวิชาการส่งเข้ามาตีพิมพ์จากหลากหลายหน่วยงาน และทางวารสารยังคงมุ่งมั่นที่จะพัฒนาคุณภาพของวารสารอย่างต่อเนื่องเพื่อเข้าสู่การรับรองคุณภาพวารสารในฐาน 1 ของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทยต่อไปภายในต้นปี 2565 และในฉบับต้นปีนี้ทางวารสารได้เพิ่มจำนวนบทความจาก 10 บทความเป็น 15 บทความ เพื่อประโยชน์ของผู้อ่านทุกท่าน

บทความในวารสารฉบับนี้ออกเผยแพร่ในช่วงที่ยังมีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งอาจจะมีหลายๆ ท่านที่ต้องทำงานจากที่บ้าน (Work From Home) และมีนักวิจัยบางท่านได้ส่งผลงานทางวิชาการมาลงตีพิมพ์ในช่วงสถานการณ์ดังกล่าว ซึ่งถือว่าเป็นการสร้างสรรค์ผลงานทางวิชาการให้เกิดขึ้นท่ามกลางความวุ่นวายของโรคติดต่อในระดับโลกเป็นการพลิกวิกฤตให้เป็นโอกาสได้เป็นอย่างดี

สำหรับบทความในฉบับนี้มีประเด็นที่น่าสนใจหลายประเด็น อาทิเช่น ประเด็นการศึกษา มีวิจัยเรื่องการวิเคราะห์ห้องประกอบของคุณลักษณะพื้นฐานสำหรับการประกอบการธุรกิจของนักศึกษาพยาบาล, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารเข้าของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ รวมถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลและสมรรถนะด้านภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาล ประเด็นถัดมาคือ ประเด็นงานชุมชนซึ่งมีความหลากหลายเช่นเคย อาทิเช่น ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก, การวิเคราะห์ระบบการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่, ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2, การสร้างกระบวนการทางความคิดของคนในชุมชนในการมีส่วนร่วมอนุรักษ์ผักพื้นบ้าน, ประสิทธิภาพของโปรแกรมการใช้สัญลักษณ์โภชนาการ: ทางเลือกสุขภาพในกลุ่มผู้บริโภค, ความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และควบคุมไม่ได้, การตัดสินใจเลือกรับบริการทันตกรรมของผู้มีสิทธิประกันสังคม, ประสิทธิภาพการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น รวมถึงบทความทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ต่อมาเป็นประเด็นงานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุ อาทิเช่น ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติหกล้ม และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ปิดท้ายด้วยบทความที่สอดคล้องกับสถานการณ์โควิด เรื่องการรับรู้ ทักษะคิด และความรู้ต่อมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมและผลต่อการปฏิบัติตัวตามมาตรการสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของประชาชนในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งบทความต่างๆ ทั้ง 15 บทความเป็นประเด็นที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์ในเชิงวิชาการ หวังว่าทุกท่านคงได้รับความรู้จากบทความที่วารสารคัดสรรมาให้ท่านอ่านกัน แล้วพบกันใหม่ฉบับหน้าครับผม

ดร. ยงยุทธ แก้วเต็ม
บรรณาธิการ



Factor Analysis of Foundational Characteristics for Entrepreneurship Among Nursing Students, Boromarajjonani College of Nursing, Nakhon Lampang

Tanawat Nongsuwan *, Pachara Wiwoot **

Thaworn Lorga ***, Ekkarat Chuaintha **

(Received May 27, 2020, Revised: August 26, 2020, Accepted: December 16, 2020)

Abstract

This descriptive research aims to determine the key factors of foundational characteristics for entrepreneurship among nursing students. The data was collected from 567 nursing students enrolled in bachelor of nursing science program at Boromarajjonani College of Nursing, Nakhon Lampang. The data were analyzed by Exploratory Factor Analysis (EFA) with principal component analysis and varimax rotation.

The findings revealed that there were six foundational characteristics for entrepreneurship that were identified: strategic management, contemporary business skills, success-oriented positioning, unique value creation and the ability to face uncertainty. These factors explained 42.9 % of accumulated variance.

The six foundational characteristics for entrepreneurship among nursing students can be used to guide teaching in nursing entrepreneurship course and developing entrepreneurship characteristics among nursing students.

Keywords: Exploratory factor analysis; Characteristics; Entrepreneurship; Nursing students

* Instructor, Boromarajjonani College of Nursing, Nakhon Lampang, Corresponding author: tanawatnongsuwan@gmail.com

** Nurse Instructor, Boromarajjonani College of Nursing, Nakhon Lampang

** Nurse Instructor, Mae Fah Luang University



การวิเคราะห์องค์ประกอบของคุณลักษณะพื้นฐานสำหรับการประกอบการธุรกิจ ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

ธนวัฒน์ นองสุวรรณ *, พชร วิวุฒิ **

ถาวร ล่อกา ***, เอกรัตน์ ปิ่นประภาพันธ์ **

(วันรับบทความ : 27 พฤษภาคม 2563, วันแก้ไขบทความ : 26 สิงหาคม 2564, วันตอบรับบทความ : 16 ธันวาคม 2563)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาองค์ประกอบของคุณลักษณะพื้นฐานสำหรับการประกอบการธุรกิจในนักศึกษาพยาบาล โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มประชากรซึ่งเป็นนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง จำนวน 567 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) ด้วยการวิธีสกัดองค์ประกอบหลัก (principal component analysis) และหมุนแกนองค์ประกอบตั้งฉากด้วยวิธีแวนแมกซ์ (varimax)

ผลการวิจัย พบว่าชุดตัวแปรที่ทำการศึกษามีวิเคราะห์องค์ประกอบได้ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์, การมีทักษะร่วมสมัย, การมีเจตคติมุ่งมั่นความสำเร็จ, การสร้างสรรค์คุณค่าที่โดดเด่น และความสามารถในการเผชิญกับความไม่แน่นอน ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนสะสมได้ร้อยละ 42.9

คุณลักษณะพื้นฐานสำหรับการประกอบการธุรกิจของนักศึกษาพยาบาลทั้ง 6 องค์ประกอบนี้ผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนรายวิชาการประกอบการธุรกิจและการพัฒนาคุณลักษณะด้านนี้สำหรับนักศึกษาพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ: การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ, คุณลักษณะ, การประกอบการธุรกิจ, นักศึกษาพยาบาล

* วิทยากรย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง, ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: tanawathongsuwan@gmail.com

** อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

*** อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง



บทนำ

ในศตวรรษที่ 21 สังคมไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งทางด้านเทคโนโลยี เศรษฐกิจ สังคม ซึ่งนำไปสู่การแข่งขันทางด้านทางเศรษฐกิจ การค้าและอุตสาหกรรมเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะการขยายตัวของขนาดของธุรกิจที่มีความหลากหลาย ประเทศไทยจึงมีการปฏิรูปโครงสร้างทางเศรษฐกิจ โดยใช้โมเดล Thailand 4.0 (Division of research management and educational quality assurance, 2016) คือ การขับเคลื่อนเศรษฐกิจ ด้วยนวัตกรรม “Value-based economy” และการใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ โดยมีฐานคิดหลัก คือ 1) เปลี่ยนจากการผลิตสินค้าโภคภัณฑ์ไปสู่สินค้าเชิงนวัตกรรม 2) เปลี่ยนจากการขับเคลื่อนประเทศด้วยภาคอุตสาหกรรมไปสู่การขับเคลื่อนด้วยเทคโนโลยี ความคิดสร้างสรรค์ และนวัตกรรม ส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงแนวคิดด้านการดูแลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขไปสู่การดูแลสุขภาพที่มีมูลผลอย่างมีคุณค่า (value-based health care) (Santiprapob, 2018)

คุณค่าของการดูแลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขสะท้อนให้เห็นจากวิสัยทัศน์องค์กรคือ “เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี” ภายใต้พันธกิจ “พัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมและยั่งยืน” โดยมีเป้าหมายร่วมกันคือ “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” และมีค่านิยมร่วม MOPH (Mastery, Originality, People-centeredness, Humility) หรือ เป็นนายตนเอง เร่งสร้างสิ่งใหม่ ใส่ใจประชาชน ถ่อมตนอ่อนน้อม (Office of policy and strategy, office of the permanent secretary & ministry of public health ministry of public health, 2016) โดยสรุป คือ มุ่งมั่นให้เกิดความยั่งยืนด้านสุขภาพของประชาชนคนไทย เกิดระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน เข้าถึงได้ เท่าเทียม และ ยุติธรรม บุคลากรสุขภาพมีความสามารถเป็นเลิศและมีความสุขในการทำงาน มีการนำ การบริหารเชิงกลยุทธ์มาใช้ในการจัดการระบบสุขภาพ เพื่อส่งมอบคุณค่าที่ดีที่สุดให้กับประชาชนผู้รับบริการ และ ระบบบริการสุขภาพ ภายใต้ทรัพยากรบุคคลและงบประมาณที่จำกัด การบริหารจัดการที่ดีจึงมีความจำเป็น เพื่อช่วยให้ภารกิจและความรับผิดชอบที่กำหนด ตอบสนองต่อนโยบาย (policy needs) ความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้อง (stakeholder needs) และความอยู่รอดและเจริญเติบโตของหน่วยงาน (business needs) ได้อย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมายที่กำหนด บุคลากรสุขภาพทุกระดับไม่ว่าจะเป็นผู้บริหารหรือผู้ปฏิบัติงาน ต้องมีการตัดสินใจดำเนินการบริหารงานขององค์กรหรือกลุ่มงาน ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล มีทิศทางการดำเนินงานที่ชัดเจนและก้าวทันการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตลอดเวลาได้อย่างมีคุณภาพทั้งในเชิงรุกและเชิงรับ (Mojab, Zaefarian & Azizi, 2011) ซึ่งหากจะสำเร็จได้นั้นจะต้องอาศัยมุมมอง ความรู้ความสามารถของบุคลากรในองค์กรสุขภาพในการบริหารจัดการในเชิงธุรกิจมากขึ้น (Guo, 2009)

การประกอบการทางธุรกิจ (entrepreneurship) เป็นความสามารถในการมองเห็นและวิเคราะห์โอกาสทางการตลาด ความสามารถในการสื่อสารและชักจูงใจลูกค้า ผู้ร่วมค้า และภาคีเครือข่าย ความสามารถในการสร้างเครือข่ายเพื่อการเรียนรู้และการทำกิจกรรมร่วมกัน ความสามารถในการตอบสนองต่อความไม่มั่นคง ใน



สถานการณ์ต่าง ๆ (Santiprapob, 2018) ความยืดหยุ่นและความสามารถในการตัดสินใจได้อย่างรวดเร็ว ทักษะการ สามารถสร้างสรรค์โอกาสทางการค้าได้ มีความสามารถในการแข่งขันตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีกลยุทธ์ในเรื่องของความเสี่ยง มีวิธีการที่ก่อให้เกิดเสถียรภาพทางการเงิน และเศรษฐกิจ (Mojab, Zaefarian & Azizi, 2011) มีความหลงใหลในงานที่ตนเองทำ มีความคิดและการกระทำเชิงรุก มีความอดทนเพียรพยายาม มีความกระหายต่อความสำเร็จ ควบคุมตนเองได้ มีเป้าหมายที่ชัดเจน มีสัมพันธภาพที่ดี มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีความสามารถในการปรับตัวและความยืดหยุ่น เป็นผู้กล้าเสี่ยง พร้อมทั้งจะเรียนรู้ตลอดเวลา ทักษะการสร้างเครือข่าย ความสามารถในการแก้ปัญหาและการตัดสินใจที่ดี มีทักษะพื้นฐานทางด้านธุรกิจและคอมพิวเตอร์ (Guo, 2009) การคิดเชิงกลยุทธ์ ความสามารถในการสร้างแรงจูงใจทีม อดทนต่อความไม่แน่นอน (Ventureprise, 2013) มีความมุ่งมั่น ทุ่มเท (Rubino & Freshman, 2005; Guo, 2003) มีความรู้จริยธรรมในการทำธุรกิจ ทักษะคติ ความตระหนัก การสร้างสรรค์โอกาส การจัดการ และทักษะทางสังคม (Salminen et al., 2014; Malekipour et al., 2018) การมองเห็นโอกาสในเรื่องของทักษะที่จำเป็น ความกล้าเสี่ยง ความเป็นนวัตกรรม ความสามารถในการเสาะแสวงหาข้อมูล (Yusoff & Mohammed, 2017) มุ่งประสิทธิภาพและคุณภาพ การวางแผนและการกำกับติดตาม (Andrade, Ben & Sanna, 2015) เป็นผู้ผ่านการเปลี่ยนแปลง สร้างสรรค์สิ่งใหม่ ๆ ที่แตกต่างไปจากเดิม คิดขยายต่อยอดทางธุรกิจ (Reyes, Mariano, Herrera, Manipol & Cabardo, 2018) โดยสรุปการประกอบการทางธุรกิจ สะท้อนให้เห็นถึง ความสามารถของบุคคล ในการสร้างคุณค่า จากบางสิ่งบางอย่างที่ดูเหมือนไม่มีอะไรเลย เป็นการแปลงความคิดให้เป็นการกระทำที่เกิดจากการมองเห็นโอกาส และพร้อมที่จะรับและจัดการกับความเสี่ยง ซึ่งต้องอาศัยความคิดสร้างสรรค์ ผลิตรายการ รวมถึงความสามารถในการตัดสินใจการวางแผน การกำกับติดตาม และการจัดการกับโครงการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งต้องอาศัยความมานะพยายาม ความอดทน ความยืดหยุ่น การปรับตัว และความหลงใหลในสิ่งที่ตนเองทำ รวมถึงทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ ทักษะทางธุรกิจและเทคโนโลยี ซึ่งคุณลักษณะดังกล่าวนี้เป็นคุณสมบัติที่จำเป็นของทุกคน ไม่ว่าจะอยู่ที่บ้าน ในที่ทำงาน หรือในสังคม ซึ่งจะทำให้บุคคลนั้น ๆ สามารถดึงโอกาสมาใช้ให้เกิดประโยชน์ ต่อการดำรงชีวิตของตนเอง การประกอบการธุรกิจขององค์กร และการสร้างสรรค์สังคม

พยาบาลเป็นบุคลากรที่เป็นกำลังสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ความมองหาโอกาสในการสร้างสรรค์บริการพยาบาลที่มีคุณค่าในหลากหลายรูปแบบ เพื่อให้ทันกับกระแสการเปลี่ยนแปลงของสังคม และความต้องการของผู้รับบริการ เกิดความคุ้มค่าคุ้มทุนในการให้บริการ พยาบาลจึงควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดเชิงทางธุรกิจในงานบริการ การจัดระบบบริการพยาบาลที่สร้างคุณค่า และความพึงพอใจต่อผู้ใช้บริการ (Guo, 2009) โดยสถาบันการศึกษาพยาบาลมีหน้าที่สำคัญในการเตรียมพยาบาลยุคใหม่ให้มีความรู้ความเข้าใจ รวมถึงทักษะการประกอบการธุรกิจตั้งแต่เริ่มก้าวเข้าสู่วิชาชีพ เพื่อให้สามารถนำความรู้และทักษะเหล่านี้ไปใช้ในการปฏิบัติงานในหน่วยงานของรัฐและเอกชน หรือ การประกอบธุรกิจส่วนตัวเมื่อสำเร็จการศึกษา



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง มีการเตรียมความพร้อมของบัณฑิตพยาบาลด้านการประกอบการธุรกิจด้วยการจัดการเรียนการสอนรายวิชา “ธุรกิจเบื้องต้นในการบริการสุขภาพและการตลาด” เนื้อหาครอบคลุมเรื่อง แนวคิดเบื้องต้นทางธุรกิจในงานบริการ และเศรษฐศาสตร์สุขภาพ ระบบบริการพยาบาล ตามแนวคิดเชิงธุรกิจ แนวคิดด้านบริการพยาบาลที่สร้างความพอใจต่อผู้ใช้บริการ การตลาดในการบริการพยาบาล การวิเคราะห์ราคาการพยาบาลต่อประโยชน์และความคุ้มค่าในการลงทุน การส่งเสริมการบริการพยาบาลตามแนวคิดการตลาด คุณธรรมและกฎหมายที่สัมพันธ์กับบริการพยาบาลเชิงธุรกิจ บทบาทของพยาบาลต่อองค์การสุขภาพและองค์การพยาบาลตามแนวคิดเชิงธุรกิจ เพื่อให้ผู้เรียนสามารถพัฒนาคุณลักษณะด้านการประกอบการธุรกิจ (entrepreneurship characteristics) อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีการประเมินคุณลักษณะดังกล่าวของผู้เรียนก่อนเข้าเรียนเพื่อใช้เป็นแนวทางในการระบุช่องว่างของการพัฒนา แนวทางการพัฒนาคุณลักษณะดังกล่าว และประเมินผลการพัฒนาคุณลักษณะ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ในประเทศไทยยังไม่มีแบบประเมินคุณลักษณะด้านการประกอบการธุรกิจ สำหรับนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นผู้สอนในรายวิชา ฯ จึงพัฒนาแบบประเมินคุณลักษณะพื้นฐานการประกอบการธุรกิจ (foundational characteristics for entrepreneurship) ขึ้นเพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิชาการ และสนับสนุนการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาดังกล่าว รวมถึงพัฒนาคุณลักษณะการประกอบการธุรกิจต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาองค์ประกอบของปัจจัยที่สำคัญของคุณลักษณะพื้นฐานสำหรับการประกอบการธุรกิจของนักศึกษาพยาบาล

ขอบเขตงานวิจัย

การทำวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ศึกษาคุณลักษณะพื้นฐานสำหรับการประกอบการธุรกิจของนักศึกษาพยาบาล จากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นนักศึกษาของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ชั้นปีที่ 1 ถึง 4 ในปีการศึกษา 2560 จำนวนทั้งหมด 567 คน ระหว่างเดือน มกราคม-เมษายน พ.ศ.2561

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

นักศึกษาของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ชั้นปีที่ 1 ถึง 4 ในปีการศึกษา 2560 จำนวนทั้งหมด 567 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ ชั้นปี ค่าใช้จ่ายต่อเดือน อาชีพของบิดามารดา รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ภูมิสำเนา ประสบการณ์ในการทำธุรกิจ และความ



ตั้งใจในการประกอบธุรกิจหลังสำเร็จการศึกษา และ 2) แบบสอบถามคุณลักษณะในการประกอบการธุรกิจเบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาล จำนวน 60 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

น้อยที่สุด	หมายถึง กิจกรรมนั้นใช้เวลาน้อยที่สุด	ให้คะแนน เท่ากับ 1
น้อย	หมายถึง กิจกรรมนั้นใช้เวลาน้อย	ให้คะแนน เท่ากับ 2
ปานกลาง	หมายถึง กิจกรรมนั้นใช้เวลายานกลาง	ให้คะแนน เท่ากับ 3
จริงมาก	หมายถึง กิจกรรมนั้นใช้เวลามาก	ให้คะแนน เท่ากับ 4
จริงมากที่สุด	หมายถึง กิจกรรมนั้นใช้เวลามากที่สุด	ให้คะแนน เท่ากับ 5

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity)

แบบสอบถามคุณลักษณะพื้นฐานสำหรับการประกอบการธุรกิจของนักศึกษาพยาบาล ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) แล้วนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะแล้วนำแบบสอบถามนี้มาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index (CVI) (Polit & Beck, 2008) ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00

การหาความเชื่อมั่น (reliability)

แบบสอบถามคุณลักษณะพื้นฐานสำหรับการประกอบการธุรกิจของนักศึกษาพยาบาล ไปทดสอบหาความเชื่อมั่นกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีคุณสมบัติความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย และคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (α -Coefficient) ของ Cronbach ได้ค่าเท่ากับ 0.89

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยและคณะนำเสนอโครงร่างการวิจัยเพื่อรับการพิจารณาการรับรองการด้านจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง เมื่อคณะกรรมการรับรองแล้ว ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ E2561/70 ผู้วิจัยและคณะเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเองโดยความสมัครใจและชี้แจงให้ทราบว่าสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการเรียนการสอนของกลุ่มตัวอย่าง ในการบันทึกข้อมูลจะไม่มีการระบุชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยและคณะจะเก็บเป็นความลับ และนำมาใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัย ให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จึงจะเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล



การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลร่วมกับคณะวิจัย และดำเนินการหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้วิจัยและคณะประชุมทำความเข้าใจเกี่ยวกับแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย
2. ผู้วิจัยและคณะเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
3. ผู้วิจัยและคณะแจกแบบสอบถามพร้อมปากกาให้กับกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองในห้องประชุมที่จัดเตรียมไว้ ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที
4. ผู้วิจัยและคณะตรวจสอบความครบถ้วนของการตอบแบบสอบถาม ถ้าหากพบว่ากลุ่มตัวอย่างตอบยังไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยและคณะจะขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบอีกครั้ง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ไม่มีแบบสอบถามที่มีการตอบไม่ครบถ้วนสมบูรณ์และได้ครบตามจำนวนที่กำหนดไว้จำนวน 567 ชุด
5. ผู้วิจัยและคณะนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติค่าความถี่และค่าร้อยละ

ส่วนที่ 2 องค์ประกอบของปัจจัยที่สำคัญของคุณลักษณะพื้นฐานสำหรับการประกอบการธุรกิจของนักศึกษาพยาบาล วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (exploratory factor analysis) ตามวิธีสกัดองค์ประกอบหลัก (principal component analysis) และการหมุนแกนองค์ประกอบตั้งฉากด้วยวิธีแวนแมกซ์ (varimax) ตัวบ่งชี้ที่มีน้ำหนักขององค์ประกอบน้อยกว่า 0.4 หรือมี cross loading ที่มากกว่า 1 องค์ประกอบนั้นจะถูกตัดทิ้งและตัวบ่งชี้ที่ยังคงอยู่ในโมเดลต้องมีค่าไอเกน (eigen value) มากกว่า 1.0 เมื่อได้องค์ประกอบใหม่จากการสกัดองค์ประกอบ ผู้วิจัยและคณะจึงตั้งชื่อให้กับองค์ประกอบใหม่ (Hair, Anderson, Babin & Black 2010)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ลักษณะกลุ่มประชากร ส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาหญิง ร้อยละ 92.9 อายุโดยเฉลี่ย 20 ปี มีค่าใช้จ่ายส่วนตัวเฉลี่ย 5,159 บาทต่อเดือน ได้รับเงินจากบิดามารดาร้อยละ 94.7 และบิดา มารดา ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกร ร้อยละ 65.6, 64.9 ตามลำดับ รายได้รวมของครอบครัวประมาณ 10,000 ถึง 15,000 บาทต่อเดือน นักศึกษาส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 51.3 และภาคเหนือร้อยละ 47.3 โดยนักศึกษาส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการทำธุรกิจร้อยละ 77.6 และเมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วไม่ต้องการประกอบธุรกิจส่วนตัวร้อยละ 50.1



2.องค์ประกอบของคุณลักษณะพื้นฐานสำหรับการประกอบการธุรกิจของนักศึกษาพยาบาล

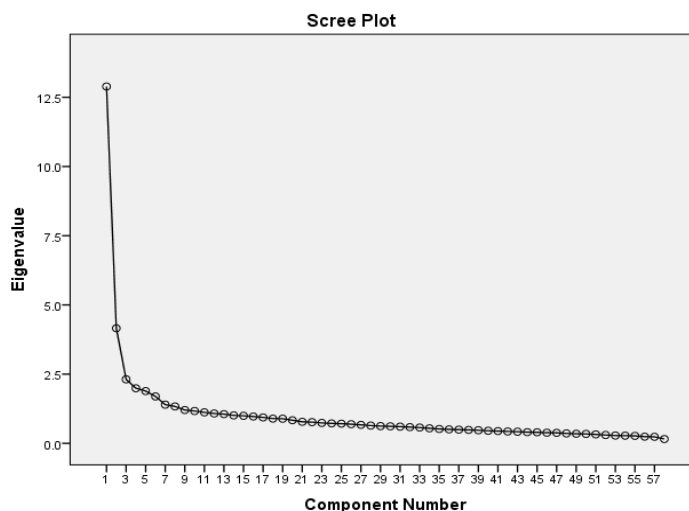
ผู้วิจัยและคณะได้เลือกวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบตามขั้นตอนของแฮร์และคณะ (Hair, Anderson, Babin & Black 2010) ดังนี้

2.1 การกำหนดวัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ วัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์องค์ประกอบครั้งนี้ คือ เพื่อพิจารณามิติของข้อมูลจากชุดข้อคำถาม การลดจำนวนข้อคำถามของเครื่องมือ และเพื่อให้ข้อคำถามมีความชัดเจน

2.2 การออกแบบการวิเคราะห์ปัจจัย การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ถูกใช้เพื่อจัดการกับข้อมูลที่เกิดจากคำถามจำนวน 60 ข้อที่ถามนักศึกษาพยาบาลจำนวน 567 คน และเลือกใช้วิธีสกัดองค์ประกอบหลักตามข้อเสนอแนะของพิทและคณะ อ้างถึงใน การศึกษาของ Nguyen และคณะ (Nguyen, Forbes, Mohebb & Duke, 2017)

2.3 การสร้างชื่อสำหรับกลุ่มตัวแปร และการประเมินความเหมาะสม

การสร้างกลุ่มตัวแปรตามวิธีสกัดองค์ประกอบหลัก และการหมุนแกนองค์ประกอบตั้งฉากด้วยวิธีแวนแม็กซ์ (varimax) ตัวบ่งชี้ที่มีน้ำหนักขององค์ประกอบน้อยกว่า 0.4 หรือมี cross loading ที่มากกว่า 1 (หนึ่ง) องค์ประกอบนั้นจะถูกตัดทิ้งและตัวบ่งชี้ที่ยังคงอยู่ในโมเดลต้องมีค่าไอเกน (eigen value) มากกว่า 1.0 และใช้ scree plot เป็นแนวทางในการเลือกจำนวนข้อคำถาม (ปัจจัย) โดยโค้งของ scree plot จะถูกตัดที่ 6 ปัจจัย ก่อนที่จะเป็นเส้นตรง (ปัจจัยที่ 7) ดังรูปภาพที่ 1



รูปภาพที่ 1 scree plot

เมื่อได้องค์ประกอบใหม่จากการสกัดองค์ประกอบ ผู้วิจัยและคณะจึงตั้งชื่อให้กับองค์ประกอบใหม่ ซึ่งมี 6 องค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ 1) การบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์ (strategic management) 2) การมีจุดยืนมุ่งความสำเร็จ (success-oriented positioning) 3) การมีทักษะธุรกิจร่วมสมัย (contemporary business skills) 4) การมีสัมพันธภาพที่ดีงาม (interpersonal integrity) 5) การสร้างสรรค์คุณค่าที่โดดเด่น (unique



value creation) และ 6) ความสามารถในการเผชิญกับความไม่แน่นอน (resilience) ดังแสดงในตารางที่ 1 โดยองค์ประกอบใหม่มีจำนวนตัวบ่งชี้คุณลักษณะจำนวน 14, 12, 8, 9, 3 และ 5 ตัวบ่งชี้ตามลำดับ โดยรวมแล้วจำนวนตัวบ่งชี้ลดจากเดิม 60 ข้อ เหลือ 51 ข้อ ดังแสดงในตารางที่ 2 ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนสะสมได้ร้อยละ 42.9 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 1 องค์ประกอบใหม่ที่เกิดจากการตามวิธีสกัดองค์ประกอบหลัก (principal component analysis) และการหมุนแกนองค์ประกอบตั้งฉากด้วยวิธีแวนริแมกซ์ (varimax)

องค์ประกอบ	1	2	3	4	5	6
1. Strategic Management (SM)	.573	.474	.420	.491	.149	.088
2. Success-Oriented Positioning (SOP)	-.055	-.548	.718	-.145	.400	.016
3. Contemporary Business Skills (CBS)	-.060	.294	-.196	-.340	.598	.631
4. Interpersonal Integrity (IPI)	-.540	.158	.366	.209	-.463	.540
5. Unique Value Creation (UVC)	-.009	-.503	-.366	.694	.207	.296
6. Resilience (RES)	.611	-.333	-.029	-.312	-.451	.464

Extraction Method: principal component analysis.

Rotation Method: varimax with kaiser normalization.

ตารางที่ 2 ปัจจัยของแต่ละองค์ประกอบ

ปัจจัย	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ					
	1	2	3	4	5	6
1. ท่านมีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง						
2. ท่านเชื่อว่าท่านเป็นผู้มีคุณค่า		.433				
3. ท่านยอมรับว่าความล้มเหลวเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต						.455
4. ท่านรู้สึกผิดหวังอย่างรุนแรงเมื่อประสบกับความล้มเหลว						.704
5. ท่านเรียนรู้จากความล้มเหลวหรือความผิดพลาด		.467				
6. เมื่อเกิดความผิดพลาดท่านพยายามแก้ไขสถานการณ์ให้ดีขึ้น		.550				
7. ท่านรู้สึกคับข้องใจเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่คลุมเครือ						.534
8. ท่านรู้สึกว่าสถานการณ์ที่ซับซ้อนเป็นสิ่งที่ท้าทายความสามารถ						



ตารางที่ 2 ปัจจัยของแต่ละองค์ประกอบ (ต่อ)

ปัจจัย	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ					
	1	2	3	4	5	6
9. ท่านจะไม่ลงมือกระทำการใด ๆ ถ้าสถานการณ์ไม่ชัดเจน						.439
10. ผลงานของท่านมักจะโดดเด่นกว่าผู้อื่น					.565	
11. ท่านให้ความสำคัญกับคุณภาพในทุกสิ่งที่ท่านทำ		.623				
12. ท่านจะแสวงหาวิธีเพื่อให้ผลงานของท่านมีคุณภาพ		.578				
13. ความสำเร็จของท่านเป็นผลมาจากการกระทำของท่าน		.575				
14. ความล้มเหลวที่เกิดขึ้นกับท่านเป็นผลมาจากโชคชะตา					.400	.531
15. ท่านอาสาทำงาน/กิจกรรมใหม่ๆ ทั้ง ๆ ที่ท่านอาจไม่มีประสบการณ์						
16. ท่านมักมองเห็นโอกาสที่ผู้อื่นมองไม่เห็น					.427	
17. ท่านทุ่มเททำงานให้บรรลุเป้าหมาย		.624				
18. ท่านพยายามทำให้งานจนสำเร็จไม่ท้อถอยแม้มีอุปสรรคมากมาย		.566				
19. ท่านมีจุดยืนในการทำงาน		.519				
20. ท่านต้องการเป็นคนທີ່ประสบความสำเร็จในชีวิต		.490				
21. ท่านต้องการให้ผู้อื่นประสบความสำเร็จเช่นเดียวกับท่าน		.511				
22. ท่านปฏิเสธที่จะทำงาน ถ้างานนั้นมีความเสี่ยงแม้เพียงเล็กน้อย						
23. ท่านมีความกระตือรือร้นเมื่อต้องทำการใด ๆ		.406				
24. ท่านแสวงหาวิธีการใหม่ๆ เพื่อพัฒนาผลลัพธ์ให้ดีกว่าเดิม	.492					
25. ท่านสร้างผลิตภัณฑ์ หรือ วิธีการใหม่ ๆ เพื่อพัฒนางานด้วยตัวท่านเอง						
26. ท่านคิดสร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆ อยู่เสมอ	.522					
27. ท่านแสวงหาข้อมูลประกอบการตัดสินใจเสมอ	.574					
28. ท่านแสวงหาความรู้ใหม่อย่างสม่ำเสมอ	.626					
29. ท่านวางแผนอย่างเป็นระบบก่อนการทำงานเสมอ	.608					
30. ปัญหาและอุปสรรคเป็นส่วนหนึ่งของการทำงาน					.466	
31. ท่านหาสาเหตุของปัญหาและทางแก้ไขเมื่อประสบปัญหา	.633					
32. ท่านใช้กลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหา	.587					
33. ท่านมีความสามารถในการชักจูงใจผู้อื่น						



ตารางที่ 2 ปัจจัยของแต่ละองค์ประกอบ (ต่อ)

ปัจจัย	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ					
	1	2	3	4	5	6
34. ท่านมีความอดทนต่อสิ่งที่ไม่ถูกใจท่าน						
35. ท่านสามารถสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจความต้องการของท่านได้					.497	
36. ท่านสามารถสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้					.503	
37. ท่านสามารถสื่อสารภาษาอังกฤษได้					.576	
38. ท่านมีความรู้และทักษะเบื้องต้นเกี่ยวกับการวางแผนธุรกิจ					.743	
39. ท่านมีความรู้และทักษะเบื้องต้นเกี่ยวกับการตลาด					.751	
40. ท่านมีความรู้และทักษะเบื้องต้นเกี่ยวกับการคิดต้นทุน/กำไร					.756	
41. ท่านมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการใช้ Applications ต่าง ๆ					.646	
42. ท่านมีความรู้และทักษะเบื้องต้นเกี่ยวกับการขายสินค้า					.774	
43. ท่านมีความรู้และทักษะด้าน Computer					.672	
44. ท่านต่อยอดสร้างคุณค่าและประโยชน์จากสิ่งที่มี					.535	
45. ท่านเข้ากับผู้อื่นได้ง่าย					.690	
46. ท่านรู้ว่าผู้อื่น/บุคคลที่ท่านติดต่อด้วยคิดอย่างไร					.557	
47. ท่านจริงใจกับผู้อื่น					.528	
48. ท่านรู้ว่าจะทำให้ผู้อื่นประทับใจได้อย่างไร					.666	
49. ท่านสามารถปรับตัวให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้					.649	
50. ท่านคาดการณ์สถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้					.402	
51. ท่านเตรียมตัว/วางแผนรองรับการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ	.458					
52. ท่านแสวงหาทีมงาน/เครือข่ายในการทำงาน	.410					
53. ท่านประเมินความเสี่ยงในการทำงานทุกครั้งที่ต้องทำงานที่สำคัญ	.514					
54. ท่านวางแผนป้องกันและแก้ไขความเสี่ยงทุกครั้งที่ต้องทำงานสำคัญ	.549					
55. ท่านติดตามความเป็นไปของสังคมอย่างสม่ำเสมอ	.511					
56. ท่านแสวงหาวิธีการเพื่อให้การทำงานสำเร็จโดยเร็ว	.468					
57. ท่านคำนึงถึงคุณธรรมจริยธรรมในการทำงานเสมอ					.448	
58. ท่านคิดเสมอว่าผลงานของท่านควรก่อประโยชน์ให้กับผู้อื่นด้วย	.460					



ตารางที่ 2 ปัจจัยของแต่ละองค์ประกอบ (ต่อ)

ปัจจัย	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ					
	1	2	3	4	5	6
59. หลังสำเร็จการศึกษา ท่านต้องการจะทำงานในหน่วยงานของรัฐ						
60. หลังสำเร็จการศึกษา ท่านต้องการจะทำงานในหน่วยงานของเอกชน						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 11 iterations.

ตารางที่ 3 ค่าความแปรปรวนสะสมขององค์ประกอบคุณลักษณะทั้ง 6 คุณลักษณะ

องค์ประกอบ	Initial Eigen values			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1.Strategic Management (SM)	12.89	22.22	22.22	12.89	22.22	22.22	5.46	9.41	9.41
2.Success-Oriented Positioning (SOP)	4.15	7.16	29.39	4.15	7.16	29.39	5.06	8.72	18.14
3. Contemporary Business Skills (CBS)	2.31	3.98	33.37	2.31	3.98	33.37	5.03	8.67	26.81
4. Interpersonal Integrity (IPI)	1.99	3.43	36.80	1.99	3.43	36.80	4.61	7.96	34.78
5. Unique Value Creation (UVC)	1.88	3.25	40.06	1.88	3.25	40.06	2.62	4.53	39.31
6. Resilience (RES)	1.69	2.92	42.98	1.69	2.92	42.98	2.12	3.67	42.98

Extraction Method: Principal Component Analysis.



อภิปรายผล

การวิเคราะห์องค์ประกอบของคุณลักษณะในการประกอบการธุรกิจเบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาลสามารถแบ่งได้เป็น 6 องค์ประกอบ โดยสามารถอธิบายความหมายขององค์ประกอบทั้ง 6 ได้ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์ เมื่อพิจารณาองค์ประกอบที่ 1 โดยละเอียดแล้ว พบว่าคุณลักษณะรายข้อสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถของนักศึกษาในการจัดการกับข้อมูลสารสนเทศ เพื่อการตัดสินใจที่ถูกต้องเหมาะสม การคิดวิเคราะห์ข้อมูลเหล่านั้น เพื่อนำสู่การระบุคุณค่าและประโยชน์ที่ผู้รับบริการควรจะได้รับจากธุรกิจ การวางแผน การกำหนดกลวิธีให้สอดคล้องกับผลลัพธ์ที่ต้องการ การบริหารจัดการความเสี่ยง รวมถึงการสร้างเครือข่ายเพื่อใช้เป็นกลยุทธ์ในการทำงานให้ประสบความสำเร็จ ซึ่งการบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์เป็นคุณลักษณะที่สำคัญอย่างยิ่งของการประกอบการธุรกิจไม่ว่าจะเป็นในภาคเอกชน ภาครัฐ หรือ การประกอบการธุรกิจส่วนตัว (Zahra & Nambisan, 2012; Dionisio, 2017)

องค์ประกอบที่ 2 การมีเจตยั้งเพื่อความสำเร็จ เมื่อพิจารณาแล้วพบว่าคุณลักษณะรายข้อสะท้อนให้เห็นถึงเจตยั้ง ความเชื่อและทัศนคติของนักศึกษาต่อความสำเร็จ โดยผู้ที่ประสงค์จะประกอบการธุรกิจได้ดีนั้นจะต้องเป็นผู้ที่ต้องการความสำเร็จ ใส่ใจในคุณภาพของงานบริการและสินค้า มีความมุ่งมั่นอดทนเพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ พร้อมทั้งจะเรียนรู้จากความล้มเหลวและแก้ไขปัญหาได้ และเชื่อว่าการแบ่งปันความสำเร็จกับผู้อื่น การมีเจตยั้งเพื่อความสำเร็จจึงเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการประกอบการธุรกิจ ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้มีความสอดคล้องกับองค์ความรู้ที่มีอยู่เดิมซึ่งแสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างการกระหายความสำเร็จกับความสำเร็จในการประกอบการธุรกิจ (Aqeel, Awan & Riaz, 2011)

องค์ประกอบที่ 3 การมีทักษะธุรกิจร่วมสมัย มีตัวบ่งชี้คุณลักษณะรายข้อที่ครอบคลุมประเด็นความสามารถในการใช้ภาษาอังกฤษ ความสามารถด้านเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ การมีความรู้และทักษะทางธุรกิจเบื้องต้น ทั้งนี้ทักษะภาษาอังกฤษและเทคโนโลยีและคอมพิวเตอร์ ซึ่งเป็นทักษะจำเป็นในการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 จะช่วยให้ผู้ประกอบการธุรกิจเข้าถึงโอกาสในการประกอบการธุรกิจ และเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายลูกค้าในขอบเขตที่กว้างขวางมากขึ้น และ ความรู้และทักษะเหล่านี้สามารถนำไปใช้ในการสร้างคุณค่าต่อยอดให้กับธุรกิจได้ในทุกระยะของการประกอบการ ทั้งในระยะเริ่มต้น ระยะดำเนินการ และ ระยะการต่อยอดธุรกิจ ทักษะธุรกิจร่วมสมัยเป็นปัจจัยความสำเร็จอย่างหนึ่งของการประกอบการธุรกิจ (Malekipour et al., 2018)

องค์ประกอบที่ 4 สัมพันธภาพที่ดีงาม มีตัวบ่งชี้คุณลักษณะรายข้อที่อธิบายครอบคลุม ความสามารถในการสื่อสารที่ชัดเจน ความสามารถในการผูกมิตร ความสามารถในการปรับตัวกับสถานการณ์ โดยสัมพันธภาพจะต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไขคุณธรรมจริยธรรมเพื่อให้เกิดสัมพันธภาพและมิตรภาพที่ดีงามยั่งยืน ก่อเกิดความไว้วางใจระหว่างผู้ประกอบการธุรกิจ ลูกค้า และเครือข่ายสนับสนุนความสำเร็จของการประกอบการทั้งในแง่ผลประโยชน์ที่เป็นกำไรและคุณค่าที่เป็นความรู้สึกที่ดีต่อสินค้า (Hakanen & Häkkinen, 2015; Somera & Holt, 2015)



องค์ประกอบที่ 5 การสร้างสรรค์คุณค่าที่โดดเด่น มีตัวบ่งชี้คุณลักษณะรายข้อที่อธิบายถึงความสามารถพิเศษของนักศึกษาในการมองเห็นโอกาสที่ผู้อื่นมองไม่เห็น นำไปสู่การสร้างสรรค์ผลงานที่โดดเด่นกว่าผู้อื่น และการไม่ยอมให้ปัญหาเป็นอุปสรรคในการทำงาน สามารถพลิกวิกฤติให้เป็นโอกาสได้ ซึ่งความสามารถในการสร้างสรรค์คุณค่าที่โดดเด่นนี้ นำไปสู่การสร้างสรรค์นวัตกรรมสินค้าตอบสนองต่อความต้องการของลูกค้าในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย และในแต่ละยุคสมัยเป็นปัจจัยสำคัญที่จะให้ธุรกิจเจริญเติบโตอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืนได้ (Nnadi, 2014)

องค์ประกอบที่ 6 ความสามารถในการเผชิญกับความไม่แน่นอน มีตัวบ่งชี้คุณลักษณะรายข้อที่แสดงถึงมั่นคงทางจิตใจของนักศึกษาเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน ในสถานการณ์ที่ไม่ชัดเจนหรือเมื่อเผชิญปัญหาอุปสรรคที่พบระหว่างการทำงาน รวมถึงการตอบสนองต่อความล้มเหลวที่อาจเกิดขึ้น ศักยภาพในการเผชิญกับความไม่แน่นอนจะทำให้องค์กร หรือผู้ประกอบการธุรกิจปรับตัวได้ดีในสถานการณ์ที่คับขัน และทำให้ธุรกิจอยู่รอดได้ (Miikka, 2014; Linnenluecke, 2017)

ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปางนั้น ได้จัดการเรียนการสอนตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของวิชาชีพพยาบาล โดยมุ่งเน้นการพัฒนาผลการเรียนรู้ (learning outcomes) 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านคุณธรรมจริยธรรม 2) ด้านความรู้ 3) ด้านทักษะทางปัญญา 4) ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ และ 5) ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ซึ่งผลการเรียนรู้ด้านที่ 1 และ 4 มีความสอดคล้องกับองค์ประกอบที่ 4 ของคุณลักษณะพื้นฐานสำหรับการประกอบการธุรกิจ ได้แก่ การมีสัมพันธภาพที่ดีงาม และผลการเรียนรู้ด้านที่ 3 มีความคล้ายคลึงกับองค์ประกอบที่ 3 ได้แก่ การมีทักษะธุรกิจร่วมสมัย และมีการเปิดการเรียนการสอนรายวิชา “ธุรกิจเบื้องต้นในการบริการสุขภาพและการตลาด”

สำหรับองค์ประกอบด้านการบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์ ด้านการมีจุดยืน มุ่งความสำเร็จ ด้านการสร้างสรรค์คุณค่าที่โดดเด่น และด้านความสามารถในการเผชิญกับความไม่แน่นอน ยังไม่ปรากฏว่ามีผลการเรียนรู้ด้านใด ที่มีความสอดคล้องกับองค์ประกอบดังกล่าวอย่างชัดเจน แต่เป็นไปได้ว่าองค์ประกอบเหล่านี้แฝงอยู่ ในการจัดการเรียนการสอนโดยเฉพาะในภาคปฏิบัติ เนื่องจากสถานการณ์ในการฝึกภาคปฏิบัติจำเป็นต้องอาศัยการเก็บข้อมูล การคิดวิเคราะห์ การตั้งเป้าหมายการปฏิบัติงาน การแสวงหาวิธีการที่ได้ผลในการปฏิบัติงาน รวมถึงการเผชิญสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา และความมุ่งมั่นอดทนอดกลั้น สู้เป้าหมาย แต่เนื่องจากองค์ประกอบเหล่านี้ไม่ได้ถูกกำหนดให้เป็นประเด็นการพัฒนาที่ชัดเจนกระบวนการพัฒนาและการประเมินผลจึงขาดความชัดเจนไปด้วย หากมีการกำหนดให้้องค์ประกอบเหล่านี้เป็นประเด็นการพัฒนาที่ชัดเจนและมีกลยุทธ์การจัดการเรียนการสอนในสถานการณ์จริงอย่างชัดเจน ก็จะสามารถช่วยพัฒนาให้นักศึกษาพยาบาลมีคุณลักษณะพื้นฐานด้านการประกอบการธุรกิจ เข้าใจและปรับตัวเข้ากับการบริหารองค์กรสุขภาพที่มุ่งบริหารคุณค่าและคำนึงถึงกำไรขาดทุนมากยิ่งขึ้น และสามารถประยุกต์ใช้ทักษะเหล่านี้ในการปฏิบัติงานให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดไม่ว่าจะอยู่ในองค์กรภาครัฐ หรือ เอกชน



ข้อจำกัดของงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดในการอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรนักศึกษาพยาบาลอื่น ๆ เนื่องจากเป็นการศึกษาในสถาบันการศึกษาแห่งเดียว ซึ่งมีบริบททางด้านการจัดการศึกษา กายภาพ สังคม และวัฒนธรรมที่แตกต่าง ต่างสถาบันอื่น ๆ และเครื่องมือที่ได้แก่องค์ประกอบคุณลักษณะพื้นฐานการประกอบการธุรกิจ อาจยังมีข้อจำกัดอยู่ เนื่องจากใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis) ซึ่งองค์ประกอบที่ได้อาจยังไม่ได้ได้รับการยืนยันโดยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเพื่อยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) ซึ่งนักวิจัยควรพิจารณาดำเนินการวิจัยต่อในครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ผู้สอนในรายวิชา “ธุรกิจเบื้องต้นในการบริการสุขภาพและการตลาด” สามารถใช้เป็นเครื่องมือประเมินนักศึกษา ก่อนเรียนในรายวิชา เพื่อประเมินช่องว่างของคุณลักษณะพื้นฐานสำหรับการประกอบการธุรกิจ วางแผนกิจกรรมการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาผู้เรียนตามผลการประเมินและใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินผลสัมฤทธิ์
2. รายวิชาอื่น ๆ โดยเฉพาะในรายวิชาปฏิบัติอาจารย์ผู้สอนอาจสอดแทรกกิจกรรมการพัฒนาคุณลักษณะเหล่านี้ให้อย่างเป็นรูปธรรมร่วมไปกับการพัฒนาผลการเรียนรู้หลักของกระบวนวิชานั้น ๆ
3. ใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้จะไม่สำเร็จถ้าขาดความร่วมมือจากนักศึกษาพยาบาล ตลอดจนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน และการสนับสนุนทุนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

- Andrade, A. D. C., Ben, L. W. D., & Sanna, M. C. (2015). Entrepreneurship in nursing: overview of companies in the State of São Paulo. *Revista brasileira de enfermagem*, 68(1), 40-44.
- Aqeel, A. M. B., Awan, A. N., & Riaz, A. (2011). Determinants of business success (an exploratory study). *International journal of human resource studies*, 1(1), 98-110.
- Dionisio, M. A. (2017). Strategic thinking: The role in successful management. *Journal of management research*, 9(4), 44-57.
- Division of Research Management and Educational Quality Assurance. (2016). *Thailand 4.0 Model for driving Thailand towards prosperity, stability and sustainability*. (online), Available: <http://www.libarts.up.ac.th/v2/img/Thailand-4.0.pdf>. (in thai)



- Guo, K. L. (2003). Applying entrepreneurship to health care organizations. *New england journal of entrepreneurship*, 6(1), 45-53.
- Guo K. L. (2009). Core competencies of the entrepreneurial leader in health care organization. *The health care manager*, 28(1), 19-29.
- Hakanen, M., & Häkkinen, M. (2015). Management possibilities for interpersonal trust in a business network. Case: health, exercise-and wellbeing markets. *Nordic journal of business*, 64(4), 249-265.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Babin, B. J., & Black, W. C. (2010). *Multivariate data analysis: A global perspective (Vol. 7)*: Pearson upper saddle river.
- Linnenluecke, M. K. (2017). Resilience in business and management research: A review of influential publications and a research agenda. *International journal of management reviews*, 19(1), 4-30.
- Mäkilä, M. (2014). *Resilience as a way to improve business continuity: a multiple case study with large Nordic companies*. (Master's thesis) Department of information and service economy aalto university school of business.
- Malekipour, A., Hakimzadeh, R., Dehghani, M., & Zali, M. R. (2018). Analysis of entrepreneurial competency training in the curriculum of bachelor of physical education in universities in Iran. *Cogent education*, 5(1), 1-15.
- Mojab, F., Zaefarian, R., Azizi., & AHD. (2011). Applying competency based approach for entrepreneurship education. *Procedia soc behav sci*, 12(1), 436–447.
- Nguyen, V. N., Forbes, H., Mohebbi, M., & Duke, M. (2017). Development and validation of an instrument to measure nurse educator perceived confidence in clinical teaching. *Nursing & health sciences*, 19(4), 498-508.
- Nnadi, C. (2014). The role of creativity and innovation in business growth and sustainability: An ideal model. *International journal of economics & management sciences*, 3(1), 1-9.
- Office of policy and strategy, Office of the permanent secretary & ministry of public health ministry of public health. (2016). *Healthy citizens, happy staff, sustainable health systems. Position, vision, mission, goals and strategies of the Ministry of Public Health*. (online), Available: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/Positioning_MoPH_2559.pdf. (in thai)



- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia: Wolters kluwer health/Lippincott Williams & wilkins.
- Rubino, L., & Freshman, B. (2005). Developing entrepreneurial competencies in the health care management undergraduate classroom. *J health adm educ*, 22(4), 399-416.
- Salminen, L., Lindberg, E., Gustafsson, M. L., Heinonen, J., & Leino-Kilpi, H. (2014). Entrepreneurship education in health care education. *Education research international*, 2014(1), 1-8.
- Santiprapob, V. (2018). *Adaptation to accommodate changes in the 4.0 era is not an option, but it is inevitable*. (online), Available: <https://thaipublica.org/2018/09/veerathai-the-future-of-central-banking/>. (2018, 1 December 1). (in thai)
- Somera, K., & Holt, M. K. (2015). Integrity in business: An evaluation of integrity across German and American culture. *International Journal of Business and Social Science*, 6(2), 32-36.
- Ventureprise. (2013). *Enterpreneurial competency: characteristics of success*. Ventureprise, Inc.
- Reyes, G., Mariano, R. A., Herrera, M. N. Q., Manipol, N. E. P., & Cabardo, J. J. S. (2018). Personal entrepreneurial competencies and entrepreneurial intention of non-business students enrolled in an introductory entrepreneurship course. *Journal of economics, management & agricultural developmen*, 4(1), 93-102.
- Yusoff, W. F. W., & Lame, S. M. (2017). What would the required entrepreneurial competencies for entrepreneurship lecturers in higher learning institutions? *Saudi journal of business and management studies*, 2(8), 787-794.
- Zahra, S. A., & Nambisan, S. (2012). Entrepreneurship and strategic thinking in business ecosystems. *Business horizons*, 55(3), 219-229.



Factors Correlated with Breakfast Consumption Behavior of Nursing Students, Srinakharinwirot University

Jaruwan Phaitrakoon^{1*}, Mayurachat kanyamee^{2*},
Thikamporn Pummarin^{**}, Maneenad Sripa^{**}, Sutinee sirirat^{**}

(Received August 26, 2020, Revised: November 5, 2020, Accepted: January 18, 2021)

Abstract

This survey research aimed to study the factors correlated with the breakfast consumption behavior of 1-4 years nursing students, Srinakharinwirot University. The 196 nursing students or 49 persons per year participated in this study by sample random sampling. Data analysis was carried out using the SPSS program to obtain the frequency, percentage, Pearson correlation coefficient (r_p) and spearman rank correlation coefficient (r_s) for finding the factors associated with breakfast consumption behavior of nursing students. The results found that: 1) age and year of students was significantly negatively correlated with breakfast consumption behavior at $r_p = -.289$ and $r_s = -.265$, $p = .001$, respectively, which means that the age and year of students inversely related with breakfast consumption behavior, 2) hastiness (time from wake up until study time) was significantly positively correlated with breakfast consumption behavior ($r_p = .362$, $p = .001$), which means that hastiness was varied with breakfast consumption behavior. BMI, income, and nutritional knowledge did not significantly correlate with food consumption behavior ($p > .05$). The results of this study were basic information for the design and development of implementation to solve this problem in nursing students by focusing on the curriculum that is adjusted to facilitate students to have more time for breakfast.

Keywords: Factors correlated; Breakfast; Nursing students

**Instructor, Community nursing department, Nursing faculty, Srinakharinwirot University,*

¹Corresponding author: jaruwanph@g.swu.ac.th

***Nursing student, Nursing faculty, Srinakharinwirot University*



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารเข้าของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

จารุวรรณ ไผ่ตระกูล*, มยุรฉัตร กันยะมี*,
จิรัชพร ภูมรินทร์**, มณีนารถ ศรีภา**, สุธินี ศิริรัตน์**

(วันรับบทความ : 26 สิงหาคม 2563, วันแก้ไขบทความ : 5 พฤศจิกายน 2563, วันตอบรับบทความ : 18 มกราคม 2564)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารเข้าของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ ชั้นปี 1-4 จำนวน 196 คน โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย ชั้นปีละ 49 คน ใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อศึกษาปริมาณ หรือความถี่ในข้อมูลทั่วไป และใช้สถิติ Correlation coefficient (r) ทั้งค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r_p) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (r_s) เพื่อหาปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับประทานอาหารเข้าของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ผลการศึกษาพบว่า 1) อายุ และชั้นปี มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเข้าของนิสิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_p = -.289$ และ $r_s = -.265$, $p = .001$ ตามลำดับ) ซึ่งหมายถึง อายุและชั้นปีที่มากขึ้น จะมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเข้าที่ลดลง 2) ความเร่งรีบ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเข้าของนิสิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_p = .362$, $p = .001$) ซึ่งจะแปลผล ว่า ความเร่งรีบหรือ ระยะเวลาตั้งแต่ตื่นนอนจนถึงเริ่มเรียนที่มาก จะมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเข้าที่มากขึ้นด้วย ส่วนดัชนีมวล ภาย รายได้ และความรู้ทางโภชนาการ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเข้า ($p > .05$) ผลการวิจัยนี้เป็นข้อมูลพื้นฐาน เพื่อใช้ในการออกแบบและพัฒนานักกิจกรรมที่ใช้ในการแก้ปัญหาการไม่รับประทานอาหารเข้าในนิสิตพยาบาล โดยเน้นการจัดหลักสูตรให้เอื้อต่อการให้นิสิตได้มีเวลาในการรับประทานอาหารเข้ามากขึ้น

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์; อาหารเข้า; นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์

*อาจารย์ประจำ สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

¹ผู้ประสานงาน: jaruwanph@g.swu.ac.th

**นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



บทนำ

อาหารมื้อเช้าเป็นมื้อที่สำคัญที่สุด เนื่องจากร่างกายอดอาหารมาตลอดทั้งคืน ร่างกายจึงต้องใช้พลังงานจากอาหารมื้อเย็นมาใช้เป็นพลังงานให้กับร่างกาย ดังนั้นร่างกายจึงต้องได้รับอาหารในมื้อเช้าเพื่อทดแทนพลังงานที่สูญเสียไปในช่วงกลางคืน และช่วยเติมพลังงานให้กับร่างกายและสมอง ทำให้สมองทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในปัจจุบันสภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจได้เปลี่ยนแปลงตามยุคสมัย ทำให้พฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไปด้วย สาเหตุของการไม่รับประทานอาหารเช้ามีด้วยกันหลายสาเหตุ เช่น การดำเนินชีวิตที่เร่งรีบไปเรียนหรือไปทำงานในตอนเช้า ไม่มีเวลาพอในการเตรียมอาหารเช้า หรืออีกสาเหตุหนึ่ง คือ ต้องการลดน้ำหนักเพราะเข้าใจผิดว่าการลดน้ำหนักจะต้องอดอาหาร ส่งผลให้ไม่รับประทานอาหารเช้า แต่ในความจริงแล้วการไม่รับประทานอาหารเช้าจะยิ่งทำให้อ้วน เพราะเมื่อไม่รับประทานอาหารเช้าในระหว่างวันร่างกายจะรู้สึกหิวเนื่องจากสมองจะหลั่งฮอร์โมนเกรลิน (Ghrelin) ทำให้รับประทานอาหารมากขึ้น เช่น รับประทานอาหารจุบจิบ รับประทานมื้อเที่ยงและมื้อเย็นมากขึ้น ส่งผลให้อ้วนได้ ซึ่งการไม่รับประทานอาหารเช้าเป็นเวลานาน มีความเสี่ยงที่จะทำให้โรคได้หลายโรค เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคอัลไซเมอร์ เป็นต้น (Bonkom, 2017) นอกจากนี้ยังพบว่าบุคคลที่มีการรับประทานอาหารเช้าจะมีความรู้ความเข้าใจ สติปัญญา ในการทำงานที่ดีกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่รับประทานอาหารเช้า (Cooper, Bandelow, & Nevill, 2011)

จากการสำรวจพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าของประชากรทั่วประเทศปี 2556 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ สำรวจ 26,520 ครอบครัว พบว่าร้อยละ 88.0 ของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป รับประทานอาหารเช้าหลักในแต่ละวัน ครบ 3 มื้อ โดยกลุ่มวัยเด็ก อายุ 6-14 ปี มีสัดส่วนการรับประทานอาหารเช้าหลักครบ 3 มื้อ สูงถึงร้อยละ 92.7 ขณะที่กลุ่มวัยเยาวชนอายุ 15-24 ปี รับประทานอาหารเช้าครบ 3 มื้อ ร้อยละ 86.7 เมื่อเปรียบเทียบผลการสำรวจปีพ.ศ.2548, 2552 และ 2556 พบว่า ประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าหลักครบ 3 มื้อเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 82.2 ในปี 2548 เป็นร้อยละ 87.1 และ 88.0 ในปี 2552 และ 2556 ตามลำดับ โดยเฉพาะกลุ่มวัยเด็ก อายุ 6-14 ปี มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นมากที่สุด รองลงมาคือกลุ่มวัยทำงาน อายุ 25-59 ปี และกลุ่มวัยสูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป ส่วนกลุ่มวัยเยาวชน อายุ 15-24 ปี มีสัดส่วนลดลงเล็กน้อย ผลการศึกษา พบว่า เมื่อเข้าสู่ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและอุดมศึกษา การรับประทานอาหารเช้าลดลงกว่าช่วงวัยเด็ก เนื่องจากความเร่งรีบที่มีเพิ่มขึ้นและค่านิยมที่ผิดจากที่กล่าวมาข้างต้น จากพฤติกรรมการไม่รับประทานอาหารเช้าส่งผลให้ทำให้เกิดโรคต่างๆ มาตาม เช่น โรคอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือด และโรคหัวใจ (Uzhova et al, 2017) และส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (Kang & Park, 2016)

นักศึกษาพยาบาลเป็นกลุ่มเยาวชน ที่ศึกษาวิชาทางการแพทย์และการปฏิบัติ มีการขึ้นฝึกปฏิบัติงานจริงบนหอผู้ป่วยตามโรงพยาบาลต่างๆ นักศึกษาต้องนอนดึกเพราะต้องเตรียมอ่านหนังสือและวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย ต้องตื่นตั้งแต่เช้าเพื่อเดินทางจากหอพักไปยังโรงพยาบาลที่ฝึกปฏิบัติงานให้ทันเวลา บางครั้งนักศึกษาจะรับประทานอาหารเช้าไม่ตรงเวลา หรืออาจจะเลยไม่รับประทานอาหารเช้า โดยรับประทานอาหาร



ไม่ครบ 3 มื้อ ดื่มน้ำอัดลมขณะรับประทานอาหาร และมีการรับประทานขนมหรือของกินเล่นแทนอาหารมื้อหลัก เป็นบางครั้งถึงเป็นประจำ มากถึงร้อยละ 97, 91 และ 90 ตามลำดับ (Maytapattana, 2017) ถึงแม้ว่าผลการประเมินภาวะโภชนาการจากค่าดัชนีมวลกายของนักศึกษาพยาบาล พบว่า อยู่ในระดับปกติมากที่สุด ร้อยละ 59.8 มีภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 27.5 และภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ร้อยละ 12.7 อย่างไรก็ตามนักศึกษาได้รับสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันไม่เพียงพอ คือ โปรตีน ร้อยละ 36.3 เหล็ก ร้อยละ 93.1 แคลเซียม ร้อยละ 83.3 วิตามินซี ร้อยละ 74.5 ไนอาซิน ร้อยละ 73.5 วิตามินบีหนึ่ง ร้อยละ 70.6 วิตามินเอ ร้อยละ 69.6 และวิตามินบีสอง ร้อยละ 32.4 จากผลการศึกษาสรุปได้ว่านักศึกษาพยาบาลมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพในอนาคตได้ (Atthamaethakul & Ananchawanit, 2015)

ทั้งนี้อาหารมื้อเช้าเป็นมื้อที่สำคัญที่สุด แต่ถูกละเลยมากที่สุด ซึ่งอาหารเช้าช่วยเพิ่มพลังงานให้ร่างกายได้เตรียมความพร้อมรับสิ่งใหม่อยู่เสมอ อาหารเช้าที่ดีต้องมีสารอาหารครบถ้วน เช่นเดียวกับอาหารมื้ออื่นๆ สารอาหารที่มักถูกละเลย คือ โปรตีน ที่ได้จากเนื้อสัตว์ต่างๆ ได้แก่ ไข่ เนื้อหมู ไก่ และปลาเป็นต้น (Ministry of Public Health, 2019) จากการศึกษา พบว่า คนที่ไม่รับประทานอาหารเช้า จะส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ หงุดหงิด ปวดศีรษะ เสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน โรคเบาหวานและโรคมะเร็ง (Shrikant, 2019) จากปัญหาดังกล่าวเป็นเรื่องที่สำคัญและควรเอาใจใส่อย่างยิ่งสำหรับการพัฒนาเยาวชนไทยซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่จะพัฒนาประเทศชาติให้เจริญก้าวหน้าต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารเช้าของผู้คนแต่ละเชื้อชาติ ได้แก่ อายุ ระดับชั้นปี รายได้จากผู้ปกครองต่อเดือน (Maytapattana, 2017) ดัชนีมวลกาย (Thomas, 2015) ความเร่งรีบ (Promtang & Yimyam, 2015) ความรู้ทางโภชนาการ (Thongchan, 2015) ความอยากอาหาร และคุณภาพของการนอนหลับ (Sun et al, 2017)

จากที่กล่าวมานั้น สะท้อนให้เห็นว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้ามีความสำคัญ แต่สำหรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าของนิสิตพยาบาลกลับมีแนวโน้มที่สวนทาง และยังไม่เคยมีการศึกษาปัญหาดังกล่าวในนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ซึ่งหากนิสิตพยาบาลยังละเลยต่อการรับประทานอาหารเช้าก็ย่อมส่งผลเสียต่อสุขภาพต่างๆ ตามที่กล่าวมา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการศึกษาถึงพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าของนิสิตพยาบาลอย่างจริงจังและหาสาเหตุปัจจัยส่งผลต่อพฤติกรรมการไม่รับประทานอาหารเช้าของนิสิตพยาบาล เพื่อหาแนวทางแก้ไขและป้องกันปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ” เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าและภาวะโภชนาการของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ต่อไป

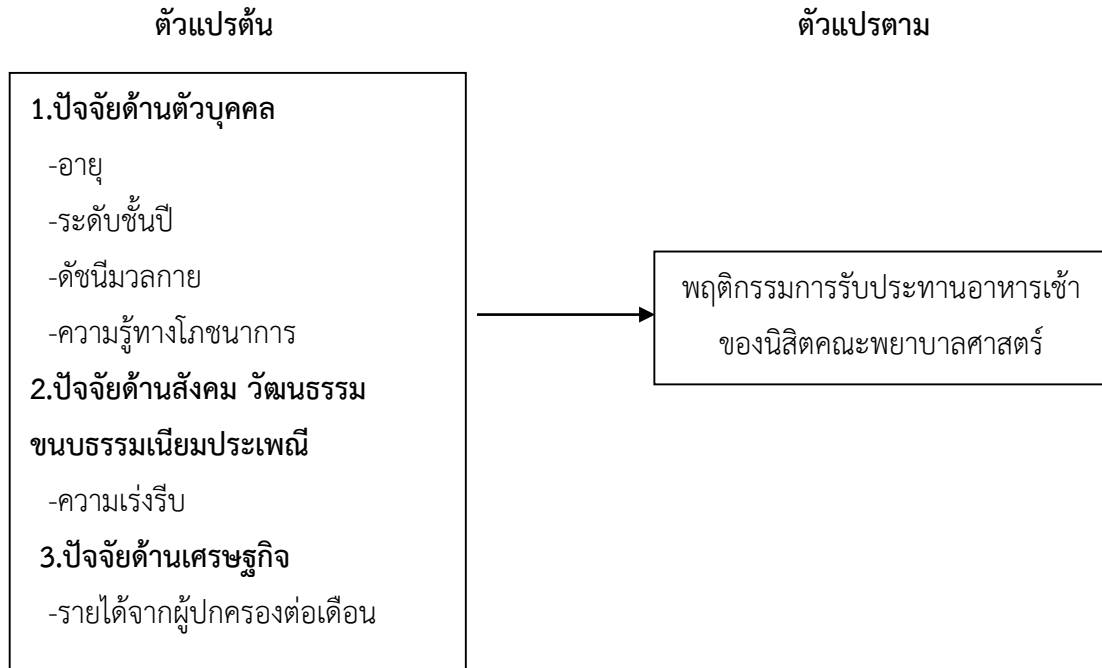
วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



สมมติฐานการวิจัย

อายุ ระดับชั้นปี ดัชนีมวลกาย ความรู้ทางโภชนาการ และความเร่งรีบ และรายได้จากผู้ปกครองต่อเดือน มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้า



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ นิสิตปริญญาตรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ปีการศึกษา 2561 จำนวน 487 คน (นิสิตชั้นปีที่ 1, 2, 3 และ 4 จำนวน 116, 117, 94 และ 160 คน ตามลำดับ) ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรกรณีที่ประชากรมีจำนวนแน่นอน ของ Yamane (Yothongyod & Sawadisan, 2008) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 196 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับฉลาก ชั้นปีละ 49 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งแบบสอบถามจะแบ่งออกเป็น 5 ส่วน โดยแบบสอบถามส่วนที่ 4 ได้ดัดแปลงมาจาก แบบสอบถามวิจัยพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าของนิสิตปริญญาตรี สาขาสุขศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ (Thongchan, 2015) โดยรายละเอียดมีดังนี้



ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์เป็นแบบสอบถามแบบตรวจสอบรายการ (Check List) ได้แก่ ระดับชั้นปีที่ศึกษา รายได้จากผู้ปกครองต่อเดือน และความเร่งรีบ (ระยะเวลาตั้งแต่ตื่นนอนถึงเข้าเรียน) โดยเป็นแบบสอบถามแบบปลายปิด และอายุ กับ ดัชนีมวลกาย เป็นแบบสอบถามแบบปลายเปิดโดยให้เติมคำตอบตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจของประโยชน์ในการรับประทานอาหารเข้า เป็นแบบสองตัวเลือก ถูก/ผิด จำนวน 13 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน

ตอบถูก ได้	1	คะแนน
ตอบผิด ได้	0	คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมายคะแนนที่ได้จากการวัดความรู้

ระดับคะแนน	10 - 13 คะแนน	หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ในการรับประทานอาหารเข้าในระดับมาก
ระดับคะแนน	5 - 9 คะแนน	หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ในการรับประทานอาหารเข้าในระดับปานกลาง
ระดับคะแนน	1 - 4 คะแนน	หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ในการรับประทานอาหารเข้าในระดับน้อย

ข้อคำถามที่ตอบถูก ได้แก่ 1, 2, 3, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 13

ข้อคำถามที่ตอบผิด ได้แก่ 4, 6, 9

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับชนิดของอาหารเข้าที่รับประทานเป็นประจำ เป็นแบบสอบถามให้ผู้ตอบ เลือกตอบประเภทของอาหารโดยให้ตอบเป็นเลข 1, 2, 3 เรียงลำดับตามความถี่ที่รับประทานน้อยถึงมากที่สุด จำนวน 3 ข้อ แบ่งตามลำดับของชนิดอาหารเข้าที่รับประทาน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลพฤติกรรมการรับประทานอาหารเข้า เป็นแบบสอบถามให้ผู้ตอบ ประเมินด้วยตนเองว่าความบ่อยในการที่ไม่รับประทานอาหารเข้านั้นมีความบ่อยมากน้อยเพียงใด เป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) มี 4 ระดับ จำนวน 1 ข้อ แบ่งเป็น มากที่สุด มาก น้อย น้อยที่สุด

กำหนดเกณฑ์ในการประเมิน

มากที่สุด	หมายถึง	ปฏิบัติเป็นประจำและสม่ำเสมอ (ประมาณ 6-7 วัน ใน 1 สัปดาห์)
มาก	หมายถึง	ปฏิบัติเป็นประจำแต่ไม่สม่ำเสมอ (ประมาณ 4-5 วัน ใน 1 สัปดาห์)
น้อย	หมายถึง	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (ประมาณ 2-3 วัน ใน 1 สัปดาห์)
น้อยที่สุด	หมายถึง	ปฏิบัตินานๆ ครั้งหรือไม่ปฏิบัติเลย (ประมาณ 0-1 วัน ใน 1 สัปดาห์)



ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการไม่รับประทานอาหารเช้า เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ จำนวน 12 ข้อ ตามรูปแบบของ Likert's Scale คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยนำแบบสอบถามที่ได้รับการตอบแล้วมาตรวจให้คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

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

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลจากนิสิตชั้นปีที่ 1-4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้ศึกษาจัดทำขึ้น ซึ่งผู้ตอบแบบสอบถามสามารถทำแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามอย่างอิสระ (ใช้เวลาประมาณ 15 นาที) และรอรับคืนแบบสอบถามประมาณ 3 วัน จึงทำการเก็บแบบสอบถาม เมื่อนักศึกษาแต่ละชั้นปีส่งแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบอีกครั้งก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลพร้อมลงรหัส แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่สร้างขึ้นได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อทดสอบดัชนีความเที่ยงตรง (Content validity index: CVI) ในแบบสอบถามประกอบด้วย 1) ด้านความรู้ความเข้าใจของประโยชน์ในการรับประทานอาหารเช้า 2) ด้านชนิดของอาหารเช้าที่รับประทานเป็นประจำ 3) ด้านข้อมูลพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้า 4) ด้านพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการไม่รับประทานอาหารเช้า ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 นอกจากนี้ ได้มีการประเมินความเชื่อมั่น โดยใช้วิธีสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ในแบบสอบถามด้านความรู้ความเข้าใจของประโยชน์ในการรับประทานอาหารเช้า โดยใช้สถิติตรวจสอบความเชื่อมั่น Kuder-Richardson (KR.20) และด้านข้อมูลพฤติกรรมการไม่รับประทานอาหารเช้า กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน โดยใช้วิธีสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 และ 0.85 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป เช่น อายุ ระดับชั้นปี ดัชนีมวลกาย รายได้ ความเร่งรีบ ความรู้ทางโภชนาการ และพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้า ของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน



2. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารเข้าของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ใช้สถิติ Correlation coefficient (r) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการสำหรับพิจารณาโครงการที่ทำในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ หมายเลข SWUEC-219/61E ลงวันที่ 8 ตุลาคม พ.ศ.2561 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ได้รับการยินยอมให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยได้แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ชี้แจงเอกสารผู้มีส่วนร่วมในงานวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ลงนามยินยอมเข้ารับการวิจัยด้วยความสมัครใจ หากผู้มีส่วนร่วมในงานวิจัย พบว่า มีผลกระทบต่อการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ เช่น การสูญเสียเวลา หรือเป็นการเปิดเผยความลับส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกการทำแบบสอบถามได้ทันที และปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของนิสิต

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 196 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 181 คน คิดเป็นร้อยละ 92.3 ส่วนใหญ่อายุ 21 ปี จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 26 ดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ในระดับเกณฑ์ที่ปกติ เท่ากับ ร้อยละ 56.6 ส่วนใหญ่มีรายได้จากผู้ปกครองต่อเดือน 4,001-5,000 บาท จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 37.2 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในหอพักมหาวิทยาลัย จำนวน 178 คน คิดเป็นร้อยละ 90.8 และส่วนใหญ่มีความเร่งรีบ คือ ระยะเวลาตั้งแต่ตื่นนอนถึงเริ่มเรียน โดยใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 34.6

ส่วนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจของประโยชน์ในการรับประทานอาหารเข้า

ส่วนใหญ่มีความรู้ทางโภชนาการหรือความรู้ความเข้าใจของประโยชน์ในการรับประทานอาหารเข้าได้ระดับดีมาก (10 - 13 คะแนน) จำนวน 185 คน คิดเป็นร้อยละ 94.4 และมีความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ในการรับประทานอาหารเข้าในระดับปานกลาง จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 5.6 ตามลำดับ



ส่วนที่ 3 ข้อมูลชนิดของอาหารเข้าที่รับประทานเป็นประจำ

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและค่าร้อยละของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

จำแนกตามลักษณะประเภทของอาหารเข้าที่รับประทานบ่อยที่สุดของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ (n=196)

ประเภทอาหารเข้า	อันดับที่ 1		อันดับที่ 2		อันดับที่ 3	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(คน)	ละ	(คน)	ละ	(คน)	ละ
อาหารตามสั่ง	134	68.4	11	5.6	19	9.7
อาหารสำเร็จรูป (อาหารแช่แข็ง)	6	3.1	37	18.9	21	10.7
อาหารกึ่งสำเร็จรูป (บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป โจ๊กคัพ)	4	2.0	32	16.3	34	17.3
ขนมปัง	25	12.8	64	32.7	41	20.9
ผลไม้	5	2.6	21	10.7	34	17.3
เครื่องดื่ม (กาแฟ โอวัลติน นม น้ำผลไม้ ฯลฯ)	22	11.2	31	15.8	47	24.0

จากตารางที่ 1 ลักษณะประเภทของอาหารเข้าที่รับประทานบ่อยที่สุด พบว่า กลุ่มตัวอย่างเลือก รับประทานอาหารตามสั่งเป็นอันดับที่ 1 จำนวน 134 คน คิดเป็นร้อยละ 68.4 เลือกรับประทานขนมปังเป็นอันดับที่ 2 จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 32.7 และเลือกเครื่องดื่ม (กาแฟ โอวัลติน นม น้ำผลไม้ ฯลฯ) เป็นอันดับที่ 3 จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 23

ส่วนที่ 4 ข้อมูลพฤติกรรมการรับประทานอาหารเข้า

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและค่าร้อยละ ของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จำแนกตามพฤติกรรมการรับประทานอาหารเข้า (n = 196)

พฤติกรรมการรับประทานอาหารเข้า	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปฏิบัติเป็นประจำและสม่ำเสมอ	74	37.8
ปฏิบัติเป็นประจำแต่ไม่สม่ำเสมอ	69	35.2
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	43	21.9
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้งหรือไม่ปฏิบัติเลย	10	5.1
รวม	196	100



จากตารางที่ 2 ลักษณะพฤติกรรมการรับประทานอาหารเข้าของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเข้าเป็นประจำและสม่ำเสมอ จำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 37.8 รองลงมามีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเข้าเป็นประจำแต่ไม่สม่ำเสมอ จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 35.2 มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเข้าเป็นเป็นบางครั้ง จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 21.9 และมีพฤติกรรม การรับประทานอาหารเข้านาน ๆ ครั้งหรือไม่ปฏิบัติเลย จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 5.1 ตามลำดับ

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมที่ส่งผลต่อการไม่รับประทานอาหารเข้า

ตารางที่ 3 แสดงผลการเปรียบเทียบที่แตกต่างด้านปัจจัยที่ส่งผลต่อการไม่รับประทานอาหารเข้า ของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (n =196)

ข้อ	รายการ	ระดับความคิดเห็น (ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
		มาก	มาก	ปาน	น้อย	น้อย			
		ที่สุด		กลาง		ที่สุด			
		(5)	(4)	(3)	(2)	(1)			
1	การรับประทานอาหารเข้าเป็นประจำ เรื่องที่ยุ่งยากสำหรับท่าน	1 (.5)	27 (13.8)	69 (35.2)	57 (29.1)	42 (21.4)	2.43	.99	น้อย
2	ท่านมีเวลาไม่เพียงพอต่อ การรับประทานอาหารเข้า	22 (11.2)	41 (20.9)	66 (33.7)	41 (20.9)	26 (13.3)	2.96	1.18	ปาน กลาง
3	ในการรับประทานอาหาร เข้า ท่านมักจะรับประทาน ด้วยความเร่งรีบ	32 (16.3)	62 (31.6)	60 (30.6)	30 (15.3)	12 (6.1)	3.37	1.11	ปาน กลาง
4	ท่านมักจะตื่นสายเป็น ประจำ	18 (9.2)	33 (16.8)	61 (31.1)	59 (30.1)	25 (12.8)	2.81	1.17	ปาน กลาง
5	ท่านจะเลือกไปซื้อขนมปัง หรือนมรับประทานเป็น อาหารเข้าเพื่อความสะดวก และรวดเร็ว	34 (17.3)	55 (28.1)	50 (25.5)	32 (16.3)	25 (12.8)	3.21	1.27	ปาน กลาง
6	ร้านอาหารมีคนเยอะ ทำให้ ท่านไม่รับประทานอาหารเข้า	27 (13.8)	53 (27)	50 (25.5)	38 (19.4)	28 (14.3)	3.07	1.26	ปาน กลาง



ตารางที่ 3 แสดงผลการเปรียบเทียบที่แตกต่างด้านปัจจัยที่ส่งผลต่อการไม่รับประทานอาหารเช้า ของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (n =196) (ต่อ)

ข้อ	รายการ	ระดับความคิดเห็น (ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
		(5)	(4)	(3)	(2)	(1)			
7	เพื่อนของท่านเป็นปัจจัยในการไม่รับประทานอาหารเช้า	14 (7.1)	31 (15.8)	47 (24)	54 (27.6)	50 (25.5)	2.52	1.23	ปานกลาง
8	ท่านยังไม่รู้สึกลอยากอาหาร	15 (7.7)	28 (14.3)	64 (32.4)	46 (23.5)	43 (21.9)	2.62	1.19	ปานกลาง
9	ท่านไม่รับประทานอาหารเช้าเพราะกลัวอ้วน	3 (1.5)	6 (3.1)	19 (9.7)	40 (20.4)	128 (65.3)	1.55	.90	น้อย
10	ที่อยู่อาศัยของท่านตั้งอยู่ไกลจากร้านอาหาร	1 (0.5)	13 (6.6)	49 (25.0)	51 (26.0)	82 (41.8)	1.98	.99	น้อย
11	ท่านต้องการประหยัดค่าใช้จ่าย	4 (2.0)	18 (9.2)	39 (19.9)	65 (33.2)	70 (35.7)	2.09	1.05	น้อย
12	การรับประทานอาหารเช้าทำให้กระตุนระบบขับถ่ายของท่าน	46 (23.5)	36 (18.4)	63 (32.1)	29 (14.8)	22 (11.2)	3.26	1.29	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยรวม							2.66	1.13	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 ลักษณะพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการไม่รับประทานอาหารเช้าของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยทั้งหมดที่มีผลต่อพฤติกรรมการไม่รับประทานอาหารเช้า ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 2.66 คิดเป็นร้อยละ 53.2



ส่วนที่ 6 การทดสอบสมมติฐาน

ตารางที่ 4 แสดงปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับประทานอาหารเช้า ของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (n=196)

ปัจจัย	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	Sig.
ปัจจัยส่วนบุคคล		
อายุ (p)	-.289	.001*
ระดับชั้นปี (s)	-.265	.001*
ดัชนีมวลกาย (p)	.084	.239
รายได้จากผู้ปกครองต่อเดือน (p)	-.103	.149
ความเร่งรีบ (p)	.362	.001*
ความรู้ทางโภชนาการ (p)	-.016	.829

*p-value = .001, r_p = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient), r_s = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient)

จากตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานอาหารเช้า 1) อายุ พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_p) เท่ากับ -.289 และค่านัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .001 (p-value = .001) ซึ่งหมายถึง อายุมีความสัมพันธ์ผกผันกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อายุที่มากขึ้น จะมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าที่ลดลง 2) ระดับชั้นปี พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_s) เท่ากับ -.265 และค่านัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .001 (p-value = .001) ซึ่งหมายถึง ระดับชั้นปีมีความสัมพันธ์ผกผันกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ชั้นปีที่มากขึ้น จะมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าที่ลดลง 3) ความเร่งรีบ พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_p) เท่ากับ .362 และค่านัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .001 ซึ่งหมายถึง ความเร่งรีบ หรือระยะเวลาตั้งแต่ตื่นนอนจนถึงเริ่มเรียนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ระยะเวลาที่มาก (ระยะเวลาตั้งแต่ตื่นนอนถึงเข้าเรียน) จะมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าที่มากขึ้น

อภิปรายผล

จากการศึกษาวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ” สามารถนำมาอภิปรายผลได้ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าเป็นประจำและสม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 37.8 สอดคล้องกับการศึกษาของจักรพันธ์ รุสสมัย และคณะ (Roosamai et al., 2017) ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารเช้าและความรู้ความเข้าใจตามหลักโภชนาการของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนบ้านดอนสำโรง จังหวัดสุโขทัย พบว่า ผู้ตอบ



แบบสอบถามมีระดับพฤติกรรมรับประทานโดยรวมต่อด้านพฤติกรรมรับประทานอยู่ในระดับดี และส่วนใหญ่มีพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าก่อนมาโรงเรียนทุกวัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของปริญญ์ ผกานนท์และนิตยา ไสยสมบัติ (Paganon & saiyasombat, 2016) ที่ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยราชธานี พบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่จะงดการรับประทานอาหารเช้า โดยมีการรับประทานอาหารเช้าเป็นบางครั้งร้อยละ 71.7 โดยมีการรับประทานอาหารเช้าเป็นประจำเพียงร้อยละ 18.7 เนื่องจากนักศึกษามีรูปแบบการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนไปตามยุคสมัยทำให้มีการรับประทานอาหารเช้าที่ไม่ถูกต้อง และการใช้ชีวิตอยู่ในหอพัก และในรั้วมหาวิทยาลัย มีส่วนที่ทำให้นักศึกษาขาดการดูแลเรื่องการรับประทานอาหารที่ดีมีประโยชน์ต่อสุขภาพ ทางด้านปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับประทานอาหารเช้า ของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ผกผันกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แปลผลได้ว่า อายุยิ่งมากจะรับประทานอาหารเช้าลดลง ซึ่งอาจมีเหตุผลมาจากนิสิตที่อายุมากขึ้น มีการเรียนที่หนักขึ้น ประกอบกับมีการเรียนที่เน้นไปทางการฝึกภาคปฏิบัติมากกว่าการเรียนภาคทฤษฎีที่ต้องขึ้นฝึกปฏิบัติในเวลาเช้ามากจึงมีโอกาสนี้ไม่ได้รับประทานอาหารเช้า ระดับชั้นปี มีความสัมพันธ์ผกผันกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากการเรียนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต นิสิตในชั้นปีที่สูงขึ้นจะมีการฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลแหล่งฝึกที่หลากหลายทั้งในจังหวัดเดียวกันหรือใกล้เคียง รวมถึงการเดินทางไปในแหล่งฝึกที่อยู่ในกรุงเทพฯ ทำให้ต้องใช้เวลาในการเดินทางที่มากและไม่แน่นอนจากสภาพการจราจรในแต่ละวัน ส่งผลให้เมื่อนิสิตไปถึงแหล่งฝึกอาจจะต้องรีบขึ้นฝึกปฏิบัติงานทันทีโดยไม่มีเวลาเหลือพอในการรับประทานอาหารเช้า และความเร่งรีบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย จากแบบสอบถามในเรื่องของความเร่งรีบ คือการถามระยะเวลาตั้งแต่ตื่นนอน จนถึงเวลาที่เริ่มเรียนหรือขึ้นฝึกปฏิบัติ โดยระยะเวลาที่มากทำให้มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าที่มากขึ้น ซึ่งพบวานิสิตส่วนใหญ่ใช้เวลาในการเตรียมตัวก่อนไปเรียน 1 ชั่วโมง 30 นาที จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 34.6 ซึ่งจะเห็นว่าเวลาดังกล่าวนิสิตสามารถที่จะทำกิจวัตรประจำวันและรับประทานอาหารเช้าได้ทันเวลาก่อนเริ่มเรียน ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของพรพัฒน์ พรหมแดง และ พรพงษ์ ยิ้มยิ้ม (Promtang & Yimyam, 2015) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการไม่รับประทานอาหารเช้าของนักศึกษาสาขาวิศวกรรมอุตสาหการ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ ศูนย์ลพบุรี จังหวัดลพบุรี ผลการวิจัยพบว่าความเร่งรีบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้า ส่วน ดัชนีมวลกาย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้า ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากการกลุ่มตัวอย่างส่วนมากดัชนีมวลกายที่ปกติ ถึงร้อยละ 56.6 ซึ่งดัชนีมวลกายที่มากหรือน้อยก็ไม่ได้ส่งผลให้พฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าเพิ่มขึ้นหรือลดลง และ ไม่สามารถบอกถึงพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าของนิสิตได้ รายได้จากผู้ปกครองต่อเดือน และความรู้ทางโภชนาการ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าด้วยเช่นกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย และไม่สอดคล้องกับการวิจัยของ มั่นทนาวิดี เมธาพัฒนะ ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ



วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ (Journal of Health Sciences Scholarship)

ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า รายได้และความรู้ทางโภชนาการ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเข้า ซึ่งในส่วนของความรู้ทางโภชนาการ ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจของประโยชน์ในการรับประทานอาหารเข้า ได้ระดับดีมาก (10 - 13 คะแนน) ร้อยละ 94.4 (Maytapattana, 2017) อย่างไรก็ตามระดับความรู้ทางโภชนาการของการศึกษาวิจัยนี้ก็ไม่ได้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหารเข้า เนื่องจากนิสิตแค่รับรู้ถึงประโยชน์ของการรับประทานอาหารเข้า แต่ด้วยปัจจัยอื่น เช่น อายุ ระดับชั้นปี ที่มากและการเรียนภาคปฏิบัติที่ต้องเร่งรีบ ทำให้ส่งผลกระทบต่อตรงกับการไม่ได้รับประทานอาหารเข้าของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลงานวิจัย พบว่า อายุ ระดับชั้นปี และความเร่งรีบ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเข้า ซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ที่มีการเรียนทฤษฎีในห้องเรียน และเรียนภาคปฏิบัติในแหล่งฝึกปฏิบัติ แต่อย่างไรก็ตามควรมีการจัดกิจกรรมของหลักสูตรที่ส่งเสริมให้นิสิตได้รับประทานอาหารเข้าที่มากยิ่งขึ้น เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี และสามารถที่จะดูแลสุขภาพของประชาชนคนอื่นๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรเพิ่มการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างในสาขาอื่นทางสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ เพื่อที่จะเปรียบเทียบความแตกต่างของผลวิจัย และควรเพิ่มการเปรียบเทียบความแตกต่างการรับประทานอาหารเข้าของนิสิตที่เรียนภาคปฏิบัติและภาคทฤษฎี เพื่อเตรียมตัวนิสิตให้มีเวลาในการรับประทานอาหารเข้ามากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- Atthamaethakul, W. & Ananchawanit, P. (2015). Nutritional status, energy and nutrient daily intake of nursing students in Borommarajonani college of Nursing, Ratchburi. *The Journal of Borommarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima*, 21(2), 89-103.
- Bonkom, P. (2017). *The importance of breakfast* (1st ed.). Bangkok: Supapdee printing. (in Thai).
- Cooper, SB., Bandelow, S., & Nevill, M.E. (2011). Breakfast consumption and cognitive function in adolescent schoolchildren. *Physiol Behav*, 103(5), 431-439.
- Department of Health, Ministry of Public Health. (2019). *3 meals every day in good health*. [online] Available from: <https://multimedia.anamai.moph.go.th/help-knowledgs/food/> (2020, 24 October). (in Thai).



วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ (Journal of Health Sciences Scholarship)

ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

- Kang, Y.W., & Park, J.H. (2016). Does skipping breakfast and being overweight influence academic achievement among Korean adolescents. *Osong Public Health Res Perspect*, 7(4), 220–227.
- Kline, R. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling* (2nd ed.). NY: Guilford.
- Maytapattana, M. (2017). Factors associated with food consumption behavior of nursing students. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 25(3), 20-29. (in Thai).
- Paganon, P., & saiyasombat. N. (2016). *Food consumption behavior of nursing students in Ratchathani University*. RTUNC 2018 The 3rd National Conference May 25,2016 Ubonratchathani, Thailand. 462-470. (in Thai).
- Promptang, P., & Yimyam, P. (2015). *Factor of breakfast consumption of industrial engineering students. Rajamangala University of Technology Suvarnabhumi*. (Master's thesis). Rajamangala University of Technology Suvarnabhumi, Graduate School. (in Thai).
- Roosamai, J., et al. (2017). *Study of breakfast consumption and nutritional knowledge of primary students Ban Don Samrong School, Sukhothai Province*. The 9th Rajamangala University of Technology National Conference (Creative RMUT and Sustainable Innovation for Thailand 4.0), 910-921. (in Thai).
- Shrikant, N. (2019). *10 Harmful effects of skipping breakfast*. [online] Available from: <https://www.stylecraze.com/articles/harmful-effects-of-skipping-breakfast/> (2020, 24 October).
- Sun, J., et al. (2013). Factors associated with skipping breakfast among Inner Mongolia Medical students in China. *BMC Public Health*, 13(42), 1-8.
- Thomas, E.A., et al. (2015). Usual breakfast eating habits affect response to breakfast skipping in overweight women. *Obesity (Silver Spring)*, 23(4), 750-759.
- Thongchan, P. (2015). *Factor of breakfast consumption of bachelor degree students, Health Education, Faculty of Education, Kasetsart University*. (Master's thesis). Kasetsart University, Graduate School. (in Thai).
- Uzhova, I., et al. (2017). The importance of breakfast in atherosclerosis disease: Insights from the PESA study. *J Am Coll Cardiol*, 70(15), 1833-1842. (in Thai).
- Yothongyod, M., & Sawadisan, P. (2008). *Size determination of sample groups for research*. [online] Available from: <http://www.fsh.mi.th/km/wp-content/uploads/2014/04/resch.pdf> (2020, 15 August). (in Thai).



Experience of Repeat Pregnancy Prevention among Adolescents

Unya PlodPluang*

(Received October 5, 2020, Revised: December 9, 2020, Accepted: February 18, 2021)

Abstract

This research aimed to examine the experience of adolescents who have tried repeat pregnancy prevention in kanchanaburi, Thailand. The 2 key informants were consisted of 15 participants who are currently pregnant or who used to be pregnant during their teenage life; and 5 nurses who provide family planning services for adolescent females. Purposive sampling was used for this study. The research instruments used in-depth interview with recording. The data were analyzed by Hermeneutic Phenomenology.

The findings revealed 4 main themes, as follows: 1) When adolescent miss out contraception, they are given both physical and mental family care and support. 2) A dolescents take contraceptive irregularly such as taking oral contraceptive pills for females and using condom intermittently for males. 3) The reasons for prevention of repeat pregnancy in adolescent females are they look themselves as a young and that they should not have children yet; and they want to complete their studies in order to find work to support their children; and 4) Adolescents are confident in choosing to prevent repeat pregnancy with Norplant contraceptives.

Recommendation: The education about adolescent pregnancy prevention should be encouraged continuously. It is recommended to promote the prevention of repeat pregnancy with the use of oral contraceptives as the main type. Moreover, family members are encouraged to take a part in preventing pregnancy for positive effect on the quality of life of teenage pregnancy in the future.

Keywords: Prevention; Repeat pregnancy; Adolescents

* Registered nurse, Senior Professional level, Boromarajonani College of nursing, Chakiraj,

Corresponding author: anya_p12@hotmail.com



ประสบการณ์การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น

อัญญา พลตเปลี่ยน*

(วันรับบทความ : 5 ตุลาคม 2563, วันแก้ไขบทความ : 9 ธันวาคม 2563, วันตอบรับบทความ : 18 กุมภาพันธ์ 2564)

บทคัดย่อ

การศึกษาวัยรุ่นครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่น ในจังหวัดกาญจนบุรี ผู้ให้ข้อมูลหลัก 2 กลุ่ม ได้แก่ วัยรุ่นหญิงที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี ที่มีประวัติเคยตั้งครรภ์หรือกำลังตั้งครรภ์ จำนวน 15 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการวางแผนครอบครัวกับวัยรุ่นหญิง จำนวน 5 คน ใช้การคัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แนวคำถามการสัมภาษณ์ ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และบันทึกเสียง ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบปรากฏการณ์วิทยา

ผลการวิจัย พบประเด็นสำคัญ 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) เมื่อวัยรุ่นพลาดจากการคุมกำเนิดจะได้รับการดูแลและกำลังใจจากครอบครัว โดยที่สมาชิกในครอบครัวให้การดูแลวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เป็นอย่างดี 2) วัยรุ่นคุมกำเนิดไม่สม่ำเสมอ โดยที่วัยรุ่นหญิงกินยาเม็ดคุมกำเนิดไม่สม่ำเสมอ และสามีของวัยรุ่นใช้ถุงยางอนามัยไม่สม่ำเสมอ 3) เหตุผลของการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่น ประกอบด้วย 3.1 วัยรุ่นมองตนเองว่าอายุน้อยไม่ควรมีลูก 3.2 วัยรุ่นต้องการกลับไปเรียนต่อให้จบเพื่อที่จะได้หางานทำเลี้ยงลูก และ 4) วัยรุ่นมั่นใจกับการเลือกใช้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำด้วยยาฝังคุมกำเนิด

ข้อเสนอแนะ: ควรส่งเสริมการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างต่อเนื่องโดยแนะนำการส่งเสริมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำด้วยการใช้ยาฝังคุมกำเนิดเป็นชนิดหลัก รวมทั้งส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการป้องกันการตั้งครรภ์ เพื่อจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นต่อไป

คำสำคัญ: การป้องกัน, การตั้งครรภ์ซ้ำ, วัยรุ่น

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช

ผู้ประสานงาน: anya_p12@hotmail.com



บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาสังคมของทั่วโลก มีหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นประมาณ 16 ล้านคนต่อปี โดยมีอายุต่ำกว่า 15 ปี ประมาณ 1 ล้านคนหรือ 49 คน ต่อ 1,000 คน (WHO, 2014) สำหรับประเทศไทย การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาสาธารณสุขไทยที่สำคัญ พบว่า สถิติการคลอดบุตรในวัยรุ่นประมาณร้อยละ 14 ซึ่งสูงเป็นอันดับที่ 1 ในภูมิภาคเอเชีย เป็นการตั้งครรภ์ซ้ำร้อยละ 17-21 ของการตั้งครรภ์วัยรุ่น (Bureau of Reproductive Health, 2014) แม้ว่าจะมีการส่งเสริมคุมกำเนิดแต่ยังพบว่าการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ตั้งใจในระยะปีแรกที่ใช้การคุมกำเนิดถึงร้อยละ 85 (Trussell, J., 2011) การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่งผลต่ออัตราทุพพลภาพและการตายของมารดาโดยเฉพาะประเทศที่กำลังพัฒนา หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย ทั้งนี้เนื่องจากการเจริญของระบบต่างๆ ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นยังไม่สมบูรณ์จึงเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ ภาวะโลหิตจาง ภาวะครรภ์เป็นพิษ ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด การติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์โดยเฉพาะโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในด้านจิตสังคม พบว่าการตั้งครรภ์และการคลอดในวัยรุ่นส่งผลต่อภาวะเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของตนเองในขณะตั้งครรภ์ มีความคิดหรือพยายามฆ่าตัวตาย ขาดโอกาสในการศึกษาในระดับที่สูงขึ้น ขาดโอกาสในการทำงานและขาดรายได้ ส่วนทารกที่เกิดจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมักเพิ่มอุบัติการณ์ตายปริกำเนิด และการทอดทิ้งบุตร (Sriarporn, P., 2019) การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย โดยเฉพาะความตั้งใจที่จะตั้งครรภ์ ร้อยละ 59.30 ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเกิดจากความตั้งใจมีบุตรของมารดาวัยรุ่นเอง (Uraireukkul, C., 2010) ความตั้งใจ (intention) เป็นตัวกำหนดให้บุคคลกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามที่บุคคลคาดหวัง จากรายงานประจำปี 2562 ของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ (Bureau of Reproductive Health, 2019) พบว่า อัตราการคลอดในวัยรุ่น พ.ศ. 2562 ในกลุ่มอายุ 10-14 ปี และ 15-19 ปี เท่ากับ 1.10 ต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน และ 31.30 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน ตามลำดับ นอกจากนี้การคลอดซ้ำในวัยรุ่นที่มีอายุ 15-19 ปี ที่เพิ่มสูงขึ้นในช่วง พ.ศ. 2546-2558 ถึงร้อยละ 12.20 เริ่มลดลง เป็นเท่ากับร้อยละ 11.90, 10.80, 90 และ 8.20 ใน พ.ศ. 2559 พ.ศ. 2560 พ.ศ. 2561 และ พ.ศ. 2562 ตามลำดับ จากการศึกษา ที่ผ่านมา พบว่า ความต้องการมีบุตรของมารดาวัยรุ่นมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการตั้งครรภ์ซ้ำ จากทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behaviors) ของ Ajzen, I. (1991) กล่าวว่า ความตั้งใจกระทำพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการที่บุคคลมีเจตคติทางบวกต่อพฤติกรรม มีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และรับรู้ว่าตนเองสามารถควบคุมพฤติกรรมนั้นให้เกิดขึ้นได้ ดังนั้น การตั้งใจตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่นจึงเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัยรวมถึงบริบทของวัยรุ่น ได้แก่ ประวัติการแท้ง ไม่ได้อาศัยอยู่กับครอบครัวตนเอง สามีอายุน้อยกว่า ขณะตั้งครรภ์แรกมีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 16 ปี คุมกำเนิดไม่สม่ำเสมอหรือไม่คุมกำเนิดหลังคลอดครั้งแรก ไม่ได้เรียนต่อหลังจากคลอดครั้งแรก แต่งงานใหม่ พึ่งพาการเงินจากสามี ฐานะยากจน และไม่ได้ประกอบอาชีพ เป็นต้น

แม้ว่าจะมีการดำเนินการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น แต่ในการดำเนินงานยังขาดการเชื่อมโยงกันทั้งในดำนโยบายและการปฏิบัติ ทำให้เกิดความซ้ำซ้อน ภายใต้พระราชบัญญัติการป้องกัน



วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ (Journal of Health Sciences Scholarship)

ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 กระทรวงสาธารณสุขได้ร่วมมือกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงแรงงาน ได้จัดทำยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแบบบูรณาการ พ.ศ.2558 -2567 เพื่อลดปัญหาการตั้งครรภ์ให้เหลือครึ่งหนึ่ง ใช้ 6 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1.การเสริมสร้างทักษะชีวิตและเพศศึกษารอบด้านแก่วัยรุ่น 2.การเสริมสร้างบทบาททางเพศ ครอบครัวและชุมชนร่วมป้องกันและแก้ไขปัญหา 3.จัดให้มีระบบบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีคุณภาพและเป็นมิตร 4.จัดให้มีระบบช่วยเหลือดูแลและบำบัดฟื้นฟู ให้สวัสดิการทางสังคมแก่วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์และคลอดบุตร 5. มีการสื่อสารและส่งเสริมการสร้างภูมิคุ้มกันทางวัฒนธรรม ค่านิยมทัศนคติที่เหมาะสม และ 6.จัดกลไกเชื่อมประสาน ขับเคลื่อนนโยบาย กำกับ ติดตาม เฝ้าระวัง ประเมินผล กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายส่งเสริมการเข้าถึงการวางแผนครอบครัวในช่วงหลังคลอดสนับสนุนการบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรในแม่วัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปี จากรายงานประจำปี 2562 สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ (Bureau of Reproductive Health, 2019) เกี่ยวกับการคุมกำเนิดในวัยรุ่น พบว่า การใช้ยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของนักเรียนชั้น ม.5 และ ปวช. ชั้นปีที่ 2 ในปี 2561 เป็นร้อยละ 75 และ 71.40 ตามลำดับ แต่ก็ยังพบว่าอัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและเยาวชน อายุ 15-24 ปี มีอัตราเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากอัตรา 80.80 ต่อประชากรอายุ 15-24 ปี 100,000 คน ใน พ.ศ. 2553 เป็น 189.50 ต่อ ประชากรอายุ 15-24 ปี 100,000 คน ใน พ.ศ. 2561 จะเห็นได้ว่าการส่งเสริมเรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่นยังเป็นสิ่งจำเป็นและควรมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

จังหวัดกาญจนบุรี มีหญิงอายุ 15 – 19 ปี คลอดบุตรทั้งหมด จำนวน 322 คน คิดเป็นอัตรา 11.44 ต่อพันประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี ซึ่งยังไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนดไว้คือ 12 ต่อพันประชากรหญิงอายุ 15 – 19 ปี และเมื่อจำแนกตามที่อยู่เป็นรายอำเภอ พบว่า ไม่มีอำเภอใดที่มีหญิงอายุ 15 – 19 ปี คลอดบุตรเกินเกณฑ์ที่กำหนด ทั้งนี้หญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี หลังคลอดและแท้งบุตรก่อนออกจากโรงพยาบาล จะได้รับการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิดรวมทุกวิธี จำนวน 148 คน คิดเป็นร้อยละ 79.45 นอกจากนี้ยังพบว่า มีหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี คลอดบุตร จำนวน 342 คน เป็นครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 12.88 ซึ่งตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้คือตั้งครรภ์ซ้ำไม่เกินร้อยละ 10 ด้วยเหตุผลอยากมีลูกซ้ำ อยากมีลูกจนราวคราวเดียวกัน และเปลี่ยนคู่ครอง ผู้วิจัยสนใจศึกษาความรู้สึกนึกคิดผ่านประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการตั้งครรภ์ ทั้งก่อนและหลังการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ตามข้อมูลที่เป็นเหตุและผลของพฤติกรรมหรือประสบการณ์ที่แท้จริง เพื่อนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางแก้ไขปัญหาและป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสบการณ์การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่น



ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้มีจุดมุ่งหมายในการสรุปอ้างอิงไปยังประชากรในกลุ่มอื่น แต่ใช้เพื่อการอ้างอิงปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในกลุ่มเฉพาะของผู้ให้ข้อมูลที่ศึกษาในงานวิจัยนี้เท่านั้น งานวิจัยครั้งนี้ได้ทำการศึกษาระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2559 - พฤศจิกายน พ.ศ. 2560

วิธีการดำเนินวิจัย

การวิจัยศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาการตีความ (Hermeneutic Phenomenology) ตามแนวคิดของ Heidegger, M. (1962) เพื่ออธิบายปรากฏการณ์การป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นหญิง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ให้ข้อมูล วัยรุ่นหญิงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 จังหวัดกาญจนบุรี มีอายุระหว่าง 15-19 ปี มีประวัติเคยตั้งครรภ์หรือกำลังตั้งครรภ์ ยินดีให้ข้อมูลด้วยความเต็มใจ จำนวน 15 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการวางแผนครอบครัวกับวัยรุ่นหญิง จำนวน 5 คน วิจัยครั้งนี้เลือกสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้วิจัย เครื่องบันทึกเสียง แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งโครงสร้าง ผู้วิจัยสร้างข้อคำถามด้วยตนเองโดยทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจากตำรา เอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง ตัวอย่างแนวคำถาม

1. ก่อนตั้งครรภ์ท่านเลือกคุมกำเนิดด้วยวิธีอะไร เพราะเหตุใด
2. ท่าทีของสมาชิกในครอบครัวเป็นอย่างไรเมื่อทราบว่าท่านตั้งครรภ์ บ้าง อธิบาย
3. หลังจากคลอดบุตรแล้ว ท่านอยากมีบุตรเพิ่มหรือไม่ เพราะอะไร
4. ปัจจุบันท่านคุมกำเนิดด้วยวิธีอะไร ท่านพอใจกับการคุมด้วยวิธีนี้หรือไม่ เพราะอะไร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้วยการนำแนวคำถามที่พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบความตรงกับผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาล 2 ท่าน ด้านวัดผล 1 ท่าน และนำไปทดลองสัมภาษณ์กับมารดาวัยรุ่น 2 คน เพื่อยืนยันความเข้าใจตรงกันในข้อคำถามของผู้ถูกสัมภาษณ์ และปรับแก้ก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 และอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยกับพยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการป้องกันการตั้งครรภ์และวัยรุ่นหญิงเพื่อขอความร่วมมือ งานวิจัยนี้วัยรุ่นหญิงสามารถตัดสินใจให้ข้อมูลการวิจัยได้ด้วยตนเอง เนื่องจากเป็นผู้บรรลุนิติภาวะแล้ว



ตามกฎหมาย จากนั้นขอนัดเวลาในการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และเข้าไปสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจและให้ข้อมูลที่เป็นจริง (rapport) ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล (in-depth individual interview) พร้อมทั้งขออนุญาตบันทึกเทป เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ทำการสัมภาษณ์ในห้องที่มิดชิด ไม่มีผู้อื่นเข้าออก เพื่อสร้างความเป็นส่วนตัวและความรู้สึกผ่อนคลายของผู้ให้ข้อมูล สิ้นสุดการสัมภาษณ์เมื่อข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มีความอิ่มตัว (saturated data)

ผู้วิจัยตรวจสอบความสอดคล้องและการตีความโดยใช้ขั้นตอนของ Lincoln, Y.S. and Guba, E.G. (1985) ด้วยการใช้อย่างน้อยวิธีการวิจัยในการศึกษาอย่างมีขั้นตอน (dependability) นำเสนอข้อมูลอย่างละเอียด ครบถ้วน และครอบคลุม (dense description data) ตรงตามข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล และตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล (credibility) โดยสร้างความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูล (prolong engagement) เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลมีพฤติกรรมและการแสดงออกที่เป็นธรรมชาติ (phenomenological validity) และเมื่อผู้วิจัยได้ผลการวิจัยที่เป็นข้อค้นพบของงานวิจัยนี้แล้ว ผู้วิจัยประสานกลับไปยังมารดาวิชัยและพยาบาลวิชาชีพตามหมายเลขโทรศัพท์ที่ได้ขอบันทึกไว้ ผู้วิจัยแจ้งข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยพร้อมทั้งขอความร่วมมือผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบประเด็นที่ค้นพบและให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม (confirmability)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแบบปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิด Miles, M. B. and Huberman, A. M. (1994) ด้วยการจัดการข้อมูลให้มีระเบียบ โดยตัดทอนข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ศึกษาออก (data reduction) เหลือไว้เฉพาะเรื่องที่ต้องการศึกษา จากนั้นเชื่อมโยงข้อมูลตามแนวคิดของเรื่องที่เกี่ยวข้องและสัมพันธ์กับการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มาเขียนเพื่อสื่อให้เข้าใจง่ายขึ้น จากนั้นนำเสนอข้อมูลตามหมวดหมู่ที่ได้จัดระเบียบไว้แล้ว (data display) ผู้วิจัยหาข้อสรุปด้วยการตีความข้อสรุปหรือข้อค้นพบที่ได้ รวมทั้งการเปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่าง เพื่อให้ได้ประเด็นหลักของเนื้อหา และการตรวจสอบความถูกต้องตรงประเด็นของการวิจัย (conclusions, drawing and verifying)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้ให้ข้อมูลทราบถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายความสำคัญและคุณค่าของข้อมูลที่จะได้รับจากผู้ให้ข้อมูล และให้สิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเองรวมถึงความพร้อมในการให้ข้อมูล เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามข้อข้องใจในการวิจัย และลงลายมือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สามารถเลื่อนนัดหรือถอนตัวจากการให้สัมภาษณ์ได้ทุกขณะ และรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล หลีกเลี่ยงการใช้นามจริงโดยใช้รหัสในการจัดเก็บข้อมูล วิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช หมายเลขรับรองที่ 47/2560



ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องประสบการณ์การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่น มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่น ในจังหวัดกาญจนบุรี ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) วัยรุ่นหญิงที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี และมีประวัติเคยตั้งครรภ์หรือกำลังตั้งครรภ์ จำแนกเป็น อายุ 15 ปี จำนวน 1 คน, อายุ 17 ปี จำนวน 6 คน, อายุ 18 ปี จำนวน 6 คน และอายุ 19 ปี จำนวน 2 คน รวมทั้งสิ้น 15 คน จำแนกตามประวัติการตั้งครรภ์ดังนี้ วัยรุ่นหญิงที่กำลังตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 อายุครรภ์ระหว่าง 13-40 สัปดาห์ จำนวน 10 คน วัยรุ่นที่เคยตั้งครรภ์ 1 ครั้งและคลอดบุตรแล้ว จำนวน 5 คน และ 2) พยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการคุมกำเนิด แก่วัยรุ่น จำนวน 5 คน ผลการวิจัยการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่น พบ 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) เมื่อวัยรุ่นพลาดจากการคุมกำเนิดจะได้รับการดูแลและกำลังใจจากครอบครัว โดยที่สมาชิกในครอบครัวให้การดูแลวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ทั้งด้านร่างกายจิตใจเป็นอย่างดี 2) วัยรุ่นคุมกำเนิดไม่สม่ำเสมอ โดยที่วัยรุ่นหญิงกินยาเม็ดคุมกำเนิดไม่สม่ำเสมอ และสามีของวัยรุ่นหญิงใช้ถุงยางอนามัยไม่สม่ำเสมอ 3) เหตุผลของการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่น ประกอบด้วย (3.1) วัยรุ่นมองตนเองว่าอายุน้อยไม่ควรมีลูก (3.2) วัยรุ่นต้องการกลับไปเรียนต่อให้จบเพื่อที่จะได้หางานทำเลี้ยงลูก และ 4) วัยรุ่นมั่นใจกับการเลือกใช้การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำด้วยยาฝังคุมกำเนิด ซึ่งในแต่ละประเด็นสามารถอธิบายได้ ดังนี้

1. เมื่อวัยรุ่นพลาดจากการคุมกำเนิดจะได้รับการดูแลและกำลังใจจากครอบครัว

แม้ว่าวัยรุ่นหญิงจะพยายามคุมกำเนิดด้วยวิธีต่างๆ แต่เมื่อพลาดจากการคุมกำเนิดทำให้เกิดการตั้งครรภ์ขึ้นครอบครัวของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น และยังให้กำลังใจในการดำเนินการตั้งครรภ์ โดยที่สมาชิกในครอบครัวให้การดูแลแก่วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์เป็นอย่างดีทั้งด้านร่างกายจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกในครอบครัวให้กำลังใจแก่วัยรุ่นให้ข้ามผ่านสถานะที่เปลี่ยนไปนี้อย่างจริงจัง และอบอุ่น วัยรุ่นหญิงรายหนึ่งเมื่อรู้สึกว่าการประจำเดือนไม่มาตามปกติ จะซื้อที่ตรวจการตั้งครรภ์มาตรวจเอง และเมื่อทราบผลว่าตั้งครรภ์ วัยรุ่นหญิงจะยังไม่บอกกับครอบครัวในทันที จนกระทั่งขนาดของครรภ์ใหญ่ขึ้น หรือมีอาการชัดเจนมากขึ้น แต่ด้วยความผิดปกตินี้ๆ ของวัยรุ่นหญิง ก็เป็นสิ่งที่สมาชิกในครอบครัวพอจะคาดเดามาก่อนได้ว่า มีการตั้งครรภ์เกิดขึ้น ดังคำพูดของวัยรุ่นหญิง ที่ว่า

“อยู่กับแฟนมา 3 ปี เริ่มรู้สึกแปลกๆ ประจำเดือนไม่มาจึงไปซื้อที่ตรวจท้องมาตรวจเอง พอรู้ว่าท้องตกใจและกลัวมาก ไม่กล้าบอกแม่ และกลัวพี่สาวรู้ ก็ใส่เสื้อตัวใหญ่ๆ จนแม่รู้เอง ก็ท้องตั้ง 5 เดือนแล้ว แม่ก็นิ่งๆ แล้วพูดว่า เดี่ยวแม่พาไปฝากท้องเอง”

และวัยรุ่นหญิงอีกรายที่บอกให้มารดาทราบเมื่อตั้งครรภ์ได้เกือบสี่เดือน ดังคำพูดที่ว่า

“หนูปิดไว้ตั้งนาน ไม่กล้าบอก อึดอัดมาก แต่เหมือนแม่จะรู้ก่อนที่หนูจะบอก พอตัดสินใจบอกแม่ไป แม่เขาก็แค่ให้ไปตามฝ่ายผู้ชายมาคุยว่าจะทำยังไงกัน”



เมื่อวัยรุ่นหญิงบอกถึงการตั้งครรภ์กับคนในครอบครัวแล้ว ได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวเป็นอย่างดีทั้งด้านอาหาร และกำลังใจ ดังคำพูดของวัยรุ่นหญิงว่า

“ท้องได้สามเดือนถึงได้บอกแม่ พอผ่านช่วงที่บอกยากมาแล้ว เหมือนกับทุกคนช่วยกันดูแลหนู แม่ก็ดี ทำกับข้าวอร่อยๆ ที่หนูชอบให้กิน แพนก็ดูแลดี ขออะไรก็ให้หมด โดยเฉพาะแม่จะให้กำลังใจตลอด วันก่อนบอกว่า อยากเลี้ยงหลานแยแล้ว”

วัยรุ่นหญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลจากสามีดีมาก และแม่ของวัยรุ่นหญิงยังช่วยเลี้ยงหลานคนแรกให้อีกด้วย ดังคำพูดที่ว่า

“ตั้งแต่ท้องคนแรก แม่ก็ช่วยมาตลอด คอยหาอาหารดีๆ มาให้ ผักผลไม้เยอะแยะจนคลอດก็พามาคลอດ ตอนนี้ลูกได้หกเดือนกว่า ก็มาท้องอีก แพนก็บอกเลยตามเลย แม่ก็มาช่วยเลี้ยงหลานอีก ถ้าไม่มีแม่ หนูก็ไม่รู้ทำยังไง”

เช่นเดียวกับวัยรุ่นหญิงตั้งครรภ์อีกคนที่อยู่กับครอบครัวของสามี และได้รับการดูแลจากสามีและครอบครัวของสามีเป็นอย่างดี ดังคำพูดที่ว่า

“แม่ของแพนทำกับข้าวให้กิน เขาเอาใจ บอกให้กินนมมากๆ และก็ไม่ได้ให้ทำงานหนักและก็บอกว่า ต้องเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วย ตอนที่แม่เขาเลี้ยงแพน เขาก็ให้นมเอง พอมาตรวจที่โรงพยาบาลก็พามาทุกครั้ง”

“ตอนที่หนูแพ้ท้อง แม่ก็ทำกับข้าวให้กิน เพื่อเปรี้ยวเพื่อหวานไว้ให้ หนูก็กินไม่ได้เอาเจียนออกหมด พอตอนคลอดลูก แม่ทำอาหารให้กินตลอด”

วัยรุ่นหญิงมีแพนตั้งแต่มัธยมศึกษาปีที่ 1 เมื่อเรียนจบมัธยมศึกษาปีที่ 3 จึงตั้งครรภ์โดยที่ไม่ได้ตั้งใจ วัยรุ่นหญิงจึงจะไปทำแท้งจึงปรึกษาคุณน้า แต่คุณน้าไม่เห็นด้วย ดังคำพูดที่ว่า

“แพนเรียนหนังสือด้วยกัน ก็กินยาคุมบ้าง แล้วก็ท้องตอนนั้นก็กังวล กลัวด้วย เพราะไม่ได้อยู่กับแพน กลัวลูกจะไม่มีพ่อ ก็รู้อย่างเด็กเกินไป ไม่ควรจะมีลูก ก็มีน้ำที่ให้คำปรึกษา พาไปฝากท้อง และบอกว่าไม่ให้ทำแท้ง ไม่ต้องห่วง ยังไงก็ยังมีครอบครัวอยู่”

วัยรุ่นหญิงอีกรายมีลูกสองคน ได้รับการดูแลจากมารดาของตนเองเป็นอย่างดี ตั้งแต่มีลูกคนแรก ทั้งคอยดูแลเรื่องอาหารและให้กำลังใจ เมื่อคลอดลูกคนแรกแล้วจึงไม่ได้คุมกำเนิด ปล่อยให้ตั้งครรภ์ต่อเลย อยากมีลูกไว้เป็นเพื่อน ก็โดนบ่นจากแม่บ้างแต่แม่ก็ยังช่วยเลี้ยงลูก ดังคำพูด

“ตอนมีลูกคนแรกก็ได้รับการเอาใจใส่ดูแลเป็นอย่างดีจากคนในครอบครัว ให้กำลังใจทำให้กล้าใช้ชีวิตต่อ แม่ก็จะหาอาหารดีๆ มาให้กิน พวกอาหารเสริมก็จะซื้อมาให้กิน พอคลอดลูกทุกคนก็ดีใจและรักลูกเรา ช่วยเลี้ยง หนูก็ได้คุมกำเนิดต่อ พอมาท้องคนที่สอง ก็โดนแม่บ่นเหมือนกันว่ามีอีกแล้ว หนูก็ฟังหูตาเฉย แต่ก็รู้ว่า แม่เขารักเราและก็รักหลาน รักมากด้วย”



ในประเด็นนี้สรุปได้ว่า เมื่อวัยรุ่นหญิงตั้งครรภ์ขึ้น สมาชิกในครอบครัวจะยอมรับกับภาวะที่เกิดขึ้นให้กำลังใจแก่วัยรุ่นหญิงให้สามารถข้ามผ่านสถานะที่เปลี่ยนไปนี้อย่างอบอุ่น และยังให้การดูแลวัยรุ่นหญิงในการดำเนินการตั้งครรภ์ โดยดูแลด้านการจัดหาอาหารที่มีประโยชน์ อาหารเสริมต่างๆมาบำรุงในขณะตั้งครรภ์

2. วัยรุ่นคุมกำเนิดไม่สม่ำเสมอ

วัยรุ่นป้องกันการตั้งครรภ์ด้วยการใช้การคุมกำเนิดด้วยวิธีชั่วคราว โดยที่วัยรุ่นหญิงกินยาเม็ดคุมกำเนิดไม่สม่ำเสมอ และสามีของวัยรุ่นหญิงใช้ถุงยางอนามัยไม่สม่ำเสมอ ดังรายละเอียด

วัยรุ่นหญิงกินยาเม็ดคุมกำเนิดไม่สม่ำเสมอ ทั้งนี้วัยรุ่นหญิงจะใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดในการป้องกันการตั้งครรภ์ ซึ่งหาซื้อได้ง่ายที่ร้านขายยา แต่จะกินยาเม็ดคุมกำเนิดไม่ต่อเนื่อง และไม่สม่ำเสมอ โดยวัยรุ่นหญิงมีความคิดว่า ไม่น่าจะท้อง ดังคำพูดของวัยรุ่นหญิงรายหนึ่งที่ว่า

“คบกันแฟนตอนเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 ใกล้จะสอบแล้ว ก็กินยาคุมมาได้ 2-3 แผงแล้ว แต่มาลืมกิน 2-3 วัน แฟนก็ลืมนำถุงยางอนามัยอีก คิดว่าไม่ท้องหรอก มารู้ตัวอีกทีก็คลีนไส้ เวียนหัว เหม็นกระเทียม เลยไปซื้อที่ตรวจท้องมาตรวจเอง รู้ว่าท้อง กว่าจะบอกแม่ก็เกือบสามเดือนแล้วถึงได้บอกกับแม่”

เช่นเดียวกับวัยรุ่นหญิงอีกคนที่ตั้งครรภ์ซ้ำในขณะที่ลูกคนแรกเพิ่งอายุได้ 6 เดือน ดังคำพูดที่ว่า

“ตอนคลอดพยาบาลก็แนะนำเอาไว้ว่าจะให้ฝังเข็ม (หมายถึง ยาฝังคุมกำเนิด) ไว้ก่อนสัก 5 ปี แล้วค่อยว่ากันใหม่ พยาบาลให้กลับไปตรวจหลังคลอด หนูก็กลับบ้าน และไม่ได้ไปตามที่ที่พยาบาลนัด ตั้งใจไว้ว่า ซื้อยากินเองแต่เห็นว่าประจำเดือนยังไม่มา ก็เลยกินบ้าง ไม่กินบ้าง ก็ท้องอีก”

ขณะที่วัยรุ่นหญิงอีกคนอยู่กับสามีมา 3 ปี ไม่ค่อยได้ไปโรงเรียน ไม่ได้คุมกำเนิด รู้จักยาเม็ดคุมกำเนิดแต่กินไม่เป็น ดังคำพูดที่ว่า

“หนูไม่ได้คุมกำเนิดเลย ไม่รู้ว่าคุมยังไง กินบ้างไม่กินบ้าง เคยมีหมอมาสอนที่โรงเรียน แต่ฟังก็ไม่เข้าใจ ไม่กล้าถามด้วย”

เช่นเดียวกับวัยรุ่นหญิงอีกคน เพิ่งตั้งครรภ์แรก พอมีความรู้เรื่องยาคุมกำเนิด เพราะเคยมีอาจารย์สอนในห้องเรียนมาก่อน ดังคำพูด

“เคยได้ฟังอาจารย์สอนในห้องเรียน ก็ฟังไปอย่างนั้น ตอนนั้นคิดว่า ไม่ได้ใช้ แต่ก็พอรู้ว่าให้กินตามลูกศร พอถึงเม็ดสีแดงประจำเดือนจะมา ก็กินต่อไปให้หมด ก็กินตามนั้นแต่ท้อง รึว่าหนูกินๆหยุดๆรีเปล่าไม่รู้”

วัยรุ่นหญิงรายหนึ่งอยู่กับสามีที่บ้านพ่อแม่สามีได้ 1 ปี โดยรู้จักกันทาง face book คุยกันได้เดือนกว่าจึงมาอยู่ด้วยกัน มาทั้งชุดนักเรียนเลยพูดถึงการกินยาเม็ดคุมกำเนิดว่า

“ก่อนตั้งท้อง รู้จักแค่ยาเม็ดคุมกำเนิด ก็กินบ้างไม่กินบ้างเพราะแฟนไปทำงาน ไม่ได้อยู่บ้านทุกวัน บางทีแม่สามีก็จะเตือนให้กินยาคุมบ้างนะ หนูก็กินค่ะแต่ไม่ต่อเนื่องหรอก”



พยาบาลที่ให้บริการวางแผนครอบครัวเล่าถึงประสบการณ์การให้บริการคุมกำเนิดในวัยรุ่น ไว้ว่า

“เคยมีแม่ของเด็กผู้ชายมาปรึกษา เพื่อขอวิธีคุมกำเนิดให้เด็กผู้หญิงที่มาหาลูกชายถึงบ้าน เราก็เข้าใจหัวอกคนเป็นแม่ ไม่อยากให้ลูกตัวเองต้องมารับผิดชอบเรื่องพวกนี้ ก็มองว่ายังเด็กกันทั้งคู่ ก็ให้ยาเม็ดคุมกำเนิดไปอธิบายไปเสร็จเรียบร้อย แม่เด็กบอกว่ามันเอาไปหย่อนทิ้งซะอีก”

นอกจากนี้สามีของวัยรุ่นหญิงใช้ถุงยางอนามัยไม่สม่ำเสมอ โดยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กันสามีของวัยรุ่นหญิงมีการใช้ถุงยางอนามัยบ้างเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ แต่โดยส่วนมากแล้วสามีของวัยรุ่นหญิงมักไม่ใส่ถุงยางอนามัย ทั้งนี้วัยรุ่นหญิงกล่าวถึงการไม่ใช้ถุงยางอนามัยของสามีว่า ไม่ค่อยใช้ถุงยางอนามัย โดยสามีของวัยรุ่นหญิงให้เหตุผลว่า ลืมใช้ ดังคำพูดว่า

“ทุกครั้งที่ยุ่งกัน พี่เขาจะไม่ใส่ถุงยางอนามัยเลย เขาจะอ้างว่าลืม หนูก็ยังแปลกใจว่า มันลืมกันได้ด้วยหรือ เขาไม่เคยคิดที่จะมีติดตัวเลย แล้วก็บอกว่า ลืมๆ ทุกที ก็เลยปล่อยเลยตามเลย ไม่รู้จะทำยังไง”

สอดคล้องกับพยาบาลที่ให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เล่าประสบการณ์ถึงการคุมกำเนิดของวัยรุ่นที่ตนเองดูแลว่า วัยรุ่นชายขาดความตระหนักในการป้องกันการตั้งครรภ์

“เด็กที่นี้ไม่ค่อยใช้ถุงยางอนามัยกัน ขาดความตระหนักในการป้องกันตนเอง เคยคิดจะทำโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ในโรงเรียน เอาข้อมูลไปคุยกับโรงเรียน แต่โรงเรียนก็ไม่เปิดให้ ตอนนี้นักเรียนมัธยมอยู่ด้วยกันเป็นคู่ๆแล้ว บางคนมีโรคติดต่อก็ยังไม่ใช่ ไม่รู้ติดกันไปถึงไหนแล้ว น่าเป็นห่วง ไม่รู้ว่าอยู่กันได้อย่างไร”

วัยรุ่นหญิงรายหนึ่งตั้งครรภ์แรก กล่าวถึงสามีวัยรุ่นที่เป็นเพื่อนกันมาก่อนว่า ใช้ถุงยางอนามัยบ้าง ไม่ใช้บ้างและตนเองก็ไม่รู้วิธีการป้องกัน ดังคำพูด

“ตัวหนูไม่ได้คุมกำเนิดเลย แต่แฟนใช้ถุงยางอนามัย ก็ใช้บ้าง ไม่ใช้บ้าง”

ในประเด็นนี้สรุปได้ว่า วัยรุ่นหญิงป้องกันการตั้งครรภ์ด้วยการใช้การคุมกำเนิดด้วยวิธีชั่วคราว ได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิด แต่วัยรุ่นหญิงกินยาเม็ดคุมกำเนิดไม่ต่อเนื่อง ไม่สม่ำเสมอ และมีความคิดว่าไม่น่าท้อง กอปรกับสามีของวัยรุ่นหญิงก็ใช้ถุงยางอนามัยไม่สม่ำเสมอ แม้ว่าจะมีครูและบุคลากรทางสาธารณสุขมาให้ความรู้เรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ วัยรุ่นหญิงก็ไม่เข้าใจและไม่กล้าถามทำให้ไม่สามารถคุมกำเนิดได้

3. เหตุผลของการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่นหญิง

ภายหลังการคลอดบุตรแล้ว วัยรุ่นหญิงมีการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ โดยมีเหตุผลของการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ 2 ประการ (categories) ได้แก่ 1) วัยรุ่นหญิงมองตนเองว่าอายุน้อยไม่ควรมีลูก และ 2) ต้องการกลับไปเรียนต่อให้จบเพื่อที่จะได้หางานทำเลี้ยงลูก ดังนี้

3.1 วัยรุ่นมองตนเองว่าอายุน้อยไม่ควรมีลูก

ทั้งนี้เหตุผลที่วัยรุ่นหญิงไม่ต้องการตั้งครรภ์ซ้ำอีก เนื่องจากการเลี้ยงลูกในขณะที่ยังไม่มีความพร้อมและอายุน้อยนี้ เป็นภาระและเหนื่อยมาก ต้องไปรับจ้าง ไม่มีเงินพอที่จะใช้จ่ายในครอบครัว ดังคำพูด



“พอท้องแล้วก็เลิกกันเลย เขา (หมายถึง อดีตสามี) ก็ไม่รู้ว่ามียูทูบ รู้สึกว่าเหนื่อยมาก ไม่น่ามีเลย เลี้ยงลูกมันไม่ง่าย ไหนจะค่านมค่าใช้จ่ายในบ้าน หนูไปรับจ้างขายของได้วันละ 280 บาทไม่พอใช้ และที่ห่วงลูกที่บ้านอีก บางทีก็เครียด เวลาลูกร้อง ก็ไม่รู้ว่าร้องเพราะอะไร ไม่เข้าใจ เรามันเป็นวัยรุ่นและแม่ก็ไม่ได้ช่วยเลี้ยงอีก อยู่กันคนละบ้าน หนูอยากจะจับไปไว้ที่เดิม ถ้าเอาเข้าท้องกลับไปได้ จะไม่มีเลย”

สอดคล้องกับวัยรุ่นหญิงอีกรายที่รู้สึกเสียใจที่มีลูกเร็ว และต้องรู้สึกว่ายังไม่สามารถเลี้ยงลูกได้ต้องให้แม่ของวัยรุ่นหญิงช่วยเลี้ยงลูกให้ ดังคำพูด

“ถ้าย้อนไปได้หนูจะไม่ปล่อยให้ท้องเลย เรียนก็ยังไม่จบ งานก็ไม่มี เงินก็ไม่มีจะเลี้ยงลูก ยังโชคดีที่มีแม่ช่วยเลี้ยง ลำพังตัวหนูเองยังต้องให้แม่เลี้ยงเลย ทำอะไรก็ไม่เป็น ตอนนี้นี้ก็ได้แม่ช่วย หนูไม่น่าจะมีลูกตอนนี้”

3.2 วัยรุ่นต้องการกลับไปเรียนต่อให้จบเพื่อที่จะได้หางานทำเลี้ยงลูก

วัยรุ่นหญิงอายุ 16 ปี ปกกันตั้งครรถ์ซ้ำด้วยการใช้ยาฝังคุมกำเนิดและตั้งใจจะมีลูกอีกตอนอายุ 22 ปี เนื่องจากอยากกลับไปเรียนต่อให้จบ เพื่อที่จะได้มีงานทำและมีเงินมาเลี้ยงลูกและครอบครัวต่อไป ดังคำพูดของวัยรุ่นหญิงที่ว่า

“อยากคุมไว้ก่อน อยากมีอีกคนตอนอายุ 22 ปี ตอนนี้อายุยังน้อยเกินไป ถ้าเป็นไปได้อยากกลับไปเรียนหนังสือให้จบ แต่ตอนนี้ก็เรียน กศน. (หมายถึง การศึกษานอกโรงเรียน) ที่อบต. (หมายถึง องค์การบริหารส่วนตำบล) อยู่มัธยมศึกษาปีที่ 3 ถ้าเรียนจบมัธยมศึกษาปีที่ 6 ถ้าเรียนจบแล้วจะหางานทำเลี้ยงลูกต่อไป เพราะถ้าอีกหน่อยลูกโต ต้องใช้เงินอีกมาก”

สอดคล้องกับวัยรุ่นหญิงอีกรายที่อยากกลับไปเรียนต่อ เพราะเชื่อว่าถ้าเรียนจบจะสามารถหางานทำที่ทำให้มีรายได้มาเลี้ยงครอบครัวได้ ดังคำพูด

“หนูไม่อยากให้แม่ต้องลำบาก ตอนนี้ได้แม่ช่วยเลี้ยงลูก แต่หนูอยากมีงานทำจะได้มีเงินมาเลี้ยงลูก ตั้งใจจะคุมกำเนิดไว้ก่อนแล้วหาโอกาสเรียนต่อ ถ้าเรียนไปด้วย ได้ทำงานไปด้วยก็จะดีมากเลย แต่ตอนนี้ต้องรอให้ลูกโตอีกหน่อย หนูจะลองหาที่เรียนใกล้ๆบ้านค่ะ”

ในประเด็นนี้สรุปได้ว่า วัยรุ่นหญิงต้องการคุมกำเนิดไว้ก่อนด้วยเหตุผล 2 ประการ คือ 1) วัยรุ่นหญิงมองตนเองว่าอายุยังน้อย ยังไม่มีความพร้อมกับการมีบุตร การเลี้ยงลูกเหนื่อยมาก ไม่มีเงินพอที่จะใช้จ่ายในครอบครัว และ 2) ต้องการกลับไปเรียนต่อให้จบเพื่อที่จะได้หางานทำ และมีรายได้มาเลี้ยงดูลูกและครอบครัว คาดหวังว่าจะได้เรียนและทำงานไปด้วย

4. วัยรุ่นมั่นใจกับการเลือกใช้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำด้วยยาฝังคุมกำเนิด

ข้อมูลของวัยรุ่นหญิง พบว่า เมื่อมีบุตรแล้วมีการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำโดยเลือกใช่วิธีคุมกำเนิดที่ป้องกันได้ระยะยาว ได้แก่ ยาฝังคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด แต่บางส่วนยังเลือกใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด

“ตอนนี้หนูฝังเข็ม (หมายถึง ยาฝังคุมกำเนิด) เป็นแบบหนึ่งหลอด คุมได้สามปี คุมแล้วดีสบายใจ และเป็นโครงการที่หมอเขาฝังให้กับวัยรุ่นที่ตั้งครรถ์ หนูว่าดีนะเพราะถ้ากินยาเม็ดคุมกำเนิดก็จะพลาดอีก”

วัยรุ่นหญิงอีกรายหนึ่งที่เลือกใช้ยาฝังคุมกำเนิดแทนยาเม็ดคุมกำเนิด ดังคำพูด



“ใช้ยาฝังที่แขน (หมายถึง ยาฝังคุมกำเนิด) พยาบาลแนะนำว่าให้ใช้แบบนี้ไปก่อน รอให้ลูกโตกว่านี้แล้วค่อยมีลูกใหม่ หนูก็ว่าดีนะ ถ้ากินยาคุมกำเนิด เดียวก็ท้องอีก บางทีหนูไปซื้อที่ร้านขายยา ก็มียาที่หมดอายุอีกแล้วเราก็ไม่ได้ดูให้ดีๆ เคยพลาดแล้วกินเข้าไปด้วย”

ขณะที่วัยรุ่นหญิงอีกรายใช้ยาฉีดคุมกำเนิดในการป้องกันการตั้งครรภ์ ดังคำพูด

“ยังไม่กล้าฝังยา (หมายถึง ยาฝังคุมกำเนิด) ตามที่พยาบาลบอก เลยขอเป็นฉีดแทนก่อน ก็สะดวกค่ะฉีดต่อที่อนามัยได้ ไม่ต้องไปโรงพยาบาล ก็คอยจำวันนัดไว้แล้วค่อยไปฝังยา ก็สนใจอยู่นะต้องคุมไว้ก่อนล่ะไม่อย่างนั้นเดี๋ยวท้องอีก เลี้ยงไม่ไหว งานก็ไม่มีทำ”

วัยรุ่นหญิงรายหนึ่งได้รับคำแนะนำให้ปรับบริการยาฝังคุมกำเนิด แต่ไม่ได้นัด และตนเองไม่กล้าไปเนื่องจากกลัวเจ็บ และไม่เข้าใจว่ายาฝังคุมกำเนิดเป็นอย่างไร นึกภาพไม่ออก ไม่มีตัวอย่างให้ดู ดังคำพูด

“ตอนหลังคลอดท้องแรก พยาบาลแนะนำว่าให้ไปฝังเข็มเพื่อไม่ให้ท้อง ก็ไม่รู้เรื่อง ไม่เข้าใจฝังเข็มเป็นยังไง ตัวอย่างไม่มีให้ดูคงเหมือนเอาเข็มฝังไปในเนื้อ กลัว ไม่เอา กลัวเจ็บ และก็ไม่ได้นัดหนูด้วย หลังคลอดหนูไปซื้อยาคุมที่ร้านขายยา ก็ลืมกินไป 10 เม็ด เลยท้องอีก ตอนนี้อยากให้ใช้ยาฝังคุมกำเนิดอีก มีตัวอย่างให้ดูด้วย ก็เข้าใจแล้วว่าไม่ได้เป็นเข็ม ก็จะคุมด้วยยาฝังคุมกำเนิดตามที่พยาบาลแนะนำ”

อย่างไรก็ตามการคุมกำเนิดด้วยการใช้ยาฝังคุมกำเนิดยังเป็นวิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ได้รับความเชื่อมั่นว่าสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้อย่างแน่นอน ดังคำพูดของพยาบาลที่ว่า

“ถ้าคุมกำเนิดให้เด็กพวกนี้ได้จะฝังให้หมดทุกคนเลย เพราะถ้าปล่อยให้ท้องจนคลอดออกมาก็คลอดก่อนกำหนด เด็กก็ไม่ดี เลี้ยงลูกก็ไม่มี ปอดบวม นมก็ไม่มีให้ลูกกิน แม่ก็อด ลูกก็อด”

เช่นเดียวกับพยาบาลอีกรายที่กล่าวว่า

“เห็นด้วยกับนโยบายให้ใช้ยาฝังคุมกำเนิด เพราะมันคุ้มกว่าที่จะปล่อยให้มันเด็กเกิดมาแล้วเป็นภาระให้กับคนอื่น แม่ก็เรียนไม่จบ งานก็ไม่มีทำ ก็จะแนะนำให้คุมกำเนิดด้วยยาฝังคุมกำเนิด ถ้าอายุน้อยกว่า 20 ปี เราฝังให้ฟรีเลย ทั้งที่ต้นทุนตั้ง 2,500 บาท”

ในประเด็นนี้สรุปได้ว่า วัยรุ่นหญิงสนใจป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในหลายวิธี ได้แก่ ยาฉีดคุมกำเนิด ยาเม็ดคุมกำเนิด โดยมีบางส่วนมั่นใจเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดที่ป้องกันได้ระยะยาวด้วยการใช้ยาฝังคุมกำเนิด ซึ่งเป็นการคุมกำเนิดที่เป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นด้วย

อภิปรายผล

การวิจัยเรื่องประสบการณ์การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่น มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่น ในจังหวัดกาญจนบุรี ได้ผลการศึกษา 4 ประเด็น ได้แก่ 1) เมื่อวัยรุ่นพลาดจากการคุมกำเนิดจะได้รับการดูแลและกำลังใจจากครอบครัว โดยที่สมาชิกในครอบครัวให้การดูแลวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ทั้งด้านร่างกายจิตใจเป็นอย่างดี 2) วัยรุ่นคุมกำเนิดไม่สม่ำเสมอ โดยที่วัยรุ่นหญิงกินยาเม็ด



คุมกำเนิดไม่สม่ำเสมอ และสามีของวัยรุ่นหญิงใช้ถุงยางอนามัยไม่สม่ำเสมอ 3) เหตุผลของการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่น ประกอบด้วย 3.1 วัยรุ่นมองตนเองว่าอายุน้อยไม่ควรมีลูก 3.2 วัยรุ่นต้องการกลับไปเรียนต่อให้จบ เพื่อที่จะได้หางานทำเลี้ยงลูก และ 4) วัยรุ่นมั่นใจกับการเลือกใช้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำด้วยยาฝังคุมกำเนิด สามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. เมื่อวัยรุ่นพลาดจากการคุมกำเนิดจะได้รับการดูแลและกำลังใจจากครอบครัว

จากการศึกษา พบว่า เมื่อวัยรุ่นหญิงพลาดจากการคุมกำเนิดแล้วเกิดการตั้งครรภ์ขึ้น ครอบครัวของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์จะยอมรับกับสภาพที่บุตรสาววัยรุ่นแล้วเกิดตั้งครรภ์ได้ โดยที่สมาชิกในครอบครัวยังให้ความรักและดูแลวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์เป็นอย่างดี ทั้งด้านร่างกายและสภาพจิตใจแล้ว โดยขณะตั้งครรภ์วัยรุ่นหญิงยังได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวเป็นอย่างดีทั้งด้านอาหาร และการให้กำลังใจในการดูแลครรภ์ของวัยรุ่นหญิง สอดคล้องกับ Plodpluang U. (2011) ที่ศึกษาประสบการณ์ชีวิตของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในการดูแลขณะตั้งครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้รับความเห็นอกเห็นใจ และได้รับกำลังใจ การดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวในลักษณะต่างๆ โดยแสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจ และพร้อมที่จะเข้าใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งด้านดีและไม่ดี มีการแสดงออกทางคำพูด การกระทำ การเอาใจใส่หรือการแสดงความคิดเห็นในทางสร้างสรรค์ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ronglue S., Talengjit P., and Siriborirak S. (2012) ที่พบว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญในการช่วยเหลือวัยรุ่นหญิง คือ สามี บิดา มารดาของวัยรุ่นหญิง พร้อมทั้งประเมินสัมพันธภาพระหว่างมารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ความเป็นสมาชิกในครอบครัวของพ่อแม่และลูกเป็นความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Spontaneous of natural supportive system) ซึ่งความสัมพันธ์นี้มีส่วนสำคัญในการช่วยเหลือและสนับสนุนการดำเนินชีวิตของบุคคลในครอบครัวด้วยกันได้ การยอมรับสถานะที่เปลี่ยนแปลงของวัยรุ่นหญิงด้วยความเข้าใจ และกำลังใจอันอบอุ่นของสมาชิกในครอบครัวที่ให้แก่วัยรุ่นจะทำให้วัยรุ่นข้ามผ่านสถานะที่เปลี่ยนไปนี้ได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้วัยรุ่นหญิงที่ตั้งครรภ์ก็ต้องการความรัก ความเข้าใจและการดูแลเอาใจใส่จากคนในครอบครัวด้วยเช่นกัน ไม่เพียงแต่ในขณะตั้งครรภ์ แต่รวมไปถึงช่วงคลอดและหลังคลอด และจากการศึกษายังพบว่ามีบางครอบครัวที่สนับสนุนให้วัยรุ่นมีบุตร เนื่องจากต้องการมีหลานและมีส่วนในการช่วยเหลือหลาน สอดคล้องกับ Weiss R. (1974) ที่ว่า การที่บุคคลในครอบครัวมีความรับผิดชอบในการเลี้ยงดูหรือช่วยเหลือบุคคลในครอบครัวด้วยกันแล้ว จะทำให้ตนเองเกิดความรู้สึกว่า เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นและผู้อื่นฟังพาได้ ถ้าขาดการสนับสนุนนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกว้าชีวิตนี้ไร้ค่า ซึ่งมารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจึงให้การดูแลการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นเป็นอย่างดีทั้งด้านอาหารการกิน การให้กำลังใจและเฝ้ารอที่จะมีส่วนในการช่วยเหลือหลานต่อไป จะเห็นได้ว่า การส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น จึงมีความสำคัญทั้งต่อหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น บุตรในครรภ์และสัมพันธภาพที่ดีต่อไปของสมาชิกในครอบครัว



2. วัยรุ่นคุมกำเนิดไม่สม่ำเสมอ

จากการศึกษา พบว่า วัยรุ่นป้องกันการตั้งครรภ์ด้วยการคุมกำเนิดไม่สม่ำเสมอ โดยวัยรุ่นหญิงใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดในการป้องกันการตั้งครรภ์ โดยได้รับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาคุมกำเนิดจากการสอนของอาจารย์หรือบุคลากรสาธารณสุขในโรงเรียนจึงรู้จักยาเม็ดคุมกำเนิด แต่วัยรุ่นหญิงยังไม่เข้าใจการคุมกำเนิดที่ถูกต้องนัก และคุมกำเนิดไม่สม่ำเสมอ ดังคำกล่าวว่า “กินยาคุมได้ 2-3 แผงแล้ว แต่ลืมกิน 2-3 วัน แฟนก็ลืมใส่ถุงยางอนามัยอีก คิดว่าไม่ท้อง มารู้อีกทีก็คลีนไส้ เวียนหัว เหมือนกระเทียมเลยไปซื้อที่ตรวจท้องมาตรวจเอง รู้ว่าท้อง” ซึ่งใกล้เคียงกับความคิดที่ว่ากรณีเพศสัมพันธ์เพียงไม่กี่ครั้งไม่สามารถทำให้ตั้งครรภ์ได้ ดังที่กระทรวงศึกษาธิการได้จัดกิจกรรมเพื่อให้ความรู้ในโครงการ ‘Up to me’ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาทักษะชีวิตของวัยรุ่นให้เกิดความเข้าใจในเรื่องเพศ โดยจัดกิจกรรมสร้างเสริมทักษะการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ แต่วัยรุ่นไม่ได้ให้ความสนใจต่อการสอนการป้องกันการตั้งครรภ์เท่าที่ควร ดังนั้นเมื่อมีเพศสัมพันธ์จึงกินยาเม็ดคุมกำเนิดไม่ถูกต้องและไม่สม่ำเสมอ วัยรุ่นขาดการรับรู้ถึงการเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์โดยส่วนใหญ่ยังไม่ป้องกันหรือการคุมกำเนิดที่เหมาะสม อาจก่อให้เกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้ ส่วนการป้องกันการคุมกำเนิดของคู่นอนมีการใช้ถุงยางอนามัยร่วมด้วย โดยที่วัยรุ่นชายขาดความตระหนักในการป้องกันการตั้งครรภ์ ใช้ถุงยางอนามัยบ้าง ส่วนมากมักไม่ใช้ถุงยางอนามัยโดยให้เหตุผลว่าลืมใช้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Caple C., Woten M. & Pravikoff D. (2018) ที่ศึกษาเรื่อง การตั้งครรภ์และการคุมกำเนิดในวัยรุ่นของสหรัฐอเมริกา ในช่วงปี 2559-2560 พบว่า ร้อยละ 40 ของนักเรียนมัธยมปลายของสหรัฐ เคยมีเพศสัมพันธ์ โดยมีถึงร้อยละ 14 ที่รายงานว่าไม่ได้คุมกำเนิดด้วยวิธีใดๆ และสอดคล้องกับ Eiamsung P., Srisuriyavit R. & Homsin P. (2013) ที่ศึกษาเรื่อง ปัจจัยเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ซ้ำที่ไม่ตั้งใจของวัยรุ่นที่มีภูมิลาเนาอยู่ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยพบว่า วัยรุ่นที่มีประวัติการคุมกำเนิดไม่สม่ำเสมอจะมีการตั้งครรภ์ซ้ำที่ไม่ตั้งใจสูงเป็น 3.34 เท่าของวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มีประวัติการคุมกำเนิดที่สม่ำเสมอ และพบว่าวัยรุ่นหญิงที่มีสามีอายุมากกว่าจะตั้งใจมีบุตร เนื่องจากต้องการมีลูกไว้เป็นเพื่อน สอดคล้องกับ Wisarutkasempong A. & Muangpin S. (2558) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น พบว่า วัยรุ่นหญิงที่ตั้งใจตั้งครรภ์ซ้ำมักเป็นวัยรุ่นตอนปลาย มักไม่คุมกำเนิดหรือคุมกำเนิดไม่สม่ำเสมอ และการสื่อสารทางเพศระหว่างวัยรุ่นชายหญิงในเรื่องการคุมกำเนิดและการพูดถึงการใช้ถุงยางอนามัยจึงเป็นเรื่องยากมากของคู่รัก

3. เหตุผลของการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่น

จากการศึกษา พบว่า วัยรุ่นหญิงมีการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ด้วยเหตุผล 2 ประการ คือ วัยรุ่นหญิงมองตนเองว่าอายุน้อย ไม่มีความพร้อมกับการมีบุตร และวัยรุ่นหญิงต้องการกลับไปเรียนต่อให้จบและหางานทำ

3.1 วัยรุ่นหญิงมองตนเองว่าอายุน้อย ยังไม่มีความพร้อมกับการมีบุตร การเลี้ยงลูกเหนียวมาก ไม่มีเงินพอที่จะใช้จ่ายในครอบครัว ดังคำกล่าวว่า “ถ้าย้อนไปได้หนูจะไม่ปล่อยให้ท้องเลยคะ เรียนก็ยังไม่จบ งานก็ไม่มี เงินก็ไม่จะมีเลี้ยงลูก ยังโชคดีที่มีแม่ช่วยเหลือ ยังพึ่งตัวหนูเองยังต้องให้แม่เลี้ยงเลย ทำอะไรก็ไม่เป็น ตอนนี่ยัง



ได้แม่ช่วย หนูไม่น่าจะมีลูกตอนนี้” และคิดว่าการตั้งครรภ์ที่ผ่านมาเกิดจากการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่สม่ำเสมอ จึงทำให้เกิดการตั้งครรภ์ขึ้น นอกจากนี้วัยรุ่นหญิงยังไม่เข้าใจการคุมกำเนิดที่ถูกต้องนัก และคุมกำเนิดไม่สม่ำเสมอ ดังคำกล่าวที่ว่า “รู้จักแคยาเม็ดคุมกำเนิด หนูก็กินบ้างไม่กินบ้าง แต่ไม่ต่อเนื่องหรอก” ซึ่งใกล้เคียงกับความคิดของ Wisarutkasempong A. & Muangpin S. (2015) ที่ว่า การรับรู้ความสามารถในการป้องกันการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจตั้งครรภ์ซ้ำ สะท้อนให้เห็นว่า วัยรุ่นหญิงกลุ่มนี้รับรู้ว่า ตนเองควรป้องกันการตั้งครรภ์ได้แต่ไม่ป้องกัน เพราะมีปัจจัยอื่นๆ ที่ทำให้วัยรุ่นไม่ป้องกันการตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตามแม้ว่าวัยรุ่นหญิงต้องการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ แต่ยังมีปัญหาในการปฏิบัติ เช่น การขาดความรู้ที่ถูกต้องในการป้องกันการตั้งครรภ์ก็เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ทำให้วัยรุ่นหญิงตั้งครรภ์ซ้ำ ซึ่งจากการศึกษาของ Eiamsurang P., Srisuriyavait R. & Homsin P. (2013) เรื่อง ปัจจัยเสี่ยงของการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น พบว่า วัยรุ่นหญิงที่ตั้งครรภ์ซ้ำมีค่าคะแนนความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในระดับไม่ดี จากข้อมูลดังกล่าวนี้จึงน่าจะมีการทบทวนการให้ความรู้เรื่องเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์แก่เด็กวัยรุ่น ที่จะทำให้อายุรุ่นเกิดการเรียนรู้และเข้าใจการป้องกันการคุมกำเนิดอย่างถูกต้อง นอกจากนี้การจัดบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น ซึ่งยังคงมีอุปสรรคในการให้ข้อมูล และบริการที่เหมาะสม โดยเฉพาะการมีช่องว่างระหว่างความสัมพันธ์ของผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ทำให้ไม่สามารถให้บริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์โดยที่ไม่ได้แต่งงาน อุปสรรคอื่นๆ ทั้งในระดับสถานบริการและระดับนโยบาย อาทิ การขาดความเป็นส่วนตัวในสถานบริการ ระยะเวลาการรับบริการและเวลาเปิดให้บริการที่ไม่เหมาะสม ทักษะชีวิตที่ไม่ดีของผู้ให้บริการต่อวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน (Panyayong B., 2011)

3.2 วัยรุ่นต้องการกลับไปเรียนต่อให้จบเพื่อที่จะได้หางานทำเลี้ยงลูก โดยคาดหวังว่าจะได้เรียนและทำงานไปด้วย เหตุผลอีกประการหนึ่งที่วัยรุ่นหญิงต้องการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำเป็นเพราะอับอายที่ตั้งครรภ์ในขณะที่ยังเป็นนักเรียนทำให้ต้องหยุดการเรียนหรือเลิกเรียน (Suwansuntorn, P., & Laeheem, K., 2012) การหยุดเรียนทำให้เรียนไม่จบ ไม่สามารถหางานทำได้ จึงไม่มีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่าย ดังนั้นภายหลังการคลอดบุตรแล้ววัยรุ่นจึงต้องการคุมกำเนิดไว้ก่อน โดยใช้วิธีการคุมกำเนิดทั้งแบบชั่วคราวและแบบกึ่งถาวร ดังคำกล่าวที่ว่า “ตั้งใจจะคุมกำเนิดไว้ก่อน แล้วค่อยหาโอกาสเรียนต่อ” ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขมีการดำเนินกิจกรรมที่ผลักดันและสร้างแรงจูงใจในการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ตามความต้องการของวัยรุ่นที่ต้องการกลับไปเรียนต่อให้จบ โดยสามารถเรียนต่อได้ที่ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนตามมาตรการพัฒนาเยาวชน เพื่อเพิ่มทักษะชีวิต เพิ่มโอกาสทางการศึกษาและอาชีพของแม่ที่เป็นวัยรุ่นโดยเฉพาะการศึกษาต่อเนื่องภายหลังคลอดเพื่อที่จะได้หางานทำเลี้ยงลูกต่อไป

4. มั่นใจกับการเลือกใช้การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำด้วยยาฝังคุมกำเนิด

จากการศึกษา พบว่า วัยรุ่นหญิงที่มีบุตรแล้วมีการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำโดยเลือกใช่วิธีคุมกำเนิดชนิดยาฝังคุมกำเนิด ซึ่งสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้ระยะยาว ดังคำกล่าวที่ว่า “ตอนนี้หนูฝังเข็มแบบหนึ่งหลอดคุมได้สามปี คุมแล้วดีสบายใจ และเป็นโครงการที่หมอเขาฝังให้กับวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ หนูว่าดีนะเพราะถ้ากินยาเม็ด



คุมกำเนิดไปแล้วก็จะพลาดอีก” ระยะเวลาการคุมกำเนิดสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ถึง 3 ปี ปัจจุบันถือได้ว่า การคุมกำเนิดชนิดยาฝังคุมกำเนิดเป็นทางเลือกที่ได้รับความนิยมจากวัยรุ่นหญิง เนื่องจากมีประสิทธิภาพ ในการป้องกันการตั้งครรภ์สูงสุดร้อยละ 99 โอกาสตั้งครรภ์เพียง 1 ใน 2,000 ขั้นตอนการฝังยาคุมใช้เวลาประมาณ 2 นาที โดยฝังแท่งยาใต้ชั้นผิวหนังบริเวณต้นแขนด้านใน แท่งยาไม่สลายเอง เมื่อฝังจนครบ 3 ปี ต้องถอดออก กอปรกับกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายว่า หากวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี ขอใช้สิทธิรับบริการก็สามารถดำเนินการให้ได้ โดยที่วัยรุ่นไม่ต้องไปขออนุญาตผู้ปกครอง ซึ่งการใช้ยาฝังคุมกำเนิดจะมี 2 ส่วน คือ เด็กที่มีพฤติกรรมเสี่ยงและมาขอรับบริการ และกลุ่มที่ตั้งครรภ์และคลอดแล้วใช้ยาฝังคุมกำเนิดเพื่อป้องกันตั้งครรภ์ซ้ำ ทั้งนี้การคุมกำเนิดชนิดยาฝังคุมกำเนิดในแม่วัยรุ่นไม่มีค่าใช้จ่าย ซึ่งจัดได้ว่าเป็นการส่งเสริมการป้องกันตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นได้เป็นอย่างดี และวัยรุ่นเลือกที่จะใช้ในการคุมกำเนิด สอดคล้องกับการศึกษาของ Neunkan, S. & Deejapo, J. (2018) ที่ศึกษาวิจัยเรื่อง ความรู้ ความพึงพอใจและอาการข้างเคียงจากการใช้ยาคุมชนิดกึ่งถาวรในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด พบว่ามารดาวัยรุ่นมีความพึงพอใจต่อการใช้ยาคุมชนิดกึ่งถาวรในระดับมาก และการศึกษาของ Wattanathamrong, V., et al. (2017) พบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุม พฤติกรรมของวัยรุ่นหญิงตั้งครรภ์ซ้ำมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการใช้ยาฝังคุมกำเนิด นอกจากนี้วัยรุ่นหญิงตั้งครรภ์ซ้ำซึ่งมีประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง จะมีประสบการณ์ มีความรู้ด้านการวางแผนครอบครัวมากขึ้น สามารถประเมินข้อดีข้อเสียและผลกระทบจากการตั้งครรภ์ซ้ำได้จึงมีความตั้งใจที่จะใช้ยาฝังคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพสูง สามารถป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำได้ ดังคำกล่าวที่ว่า “ตอนหลังคลอดท้องแรก พยาบาลแนะนำให้ไปฝังเข็มเพื่อไม่ให้ท้อง ก็ไม่รู้เรื่องไม่เข้าใจฝังเข็มเป็นยังไง ตัวอย่างไม่มีให้ดูคงเหมือนเอาเข็มฝังไปในเนื้อ กลัว ไม่เอา กลัวเจ็บ หลังคลอดหนักไปซื้อยาคุมที่ร้านขายยา ก็ลืมกินไปประมาณ 10 เม็ด เลยท้องอีก ตอนนี้อยากจะไปฝากท้องแนะนำให้ใช้ยาฝังคุมกำเนิดอีก มีตัวอย่างให้ดูด้วย ก็เข้าใจแล้วว่าไม่ได้เป็นเข็ม ก็จะคุมด้วยยาฝังคุมกำเนิดตามที่พยาบาลแนะนำ” การใช้ยาฝังคุมกำเนิดจึงเป็นทางเลือกที่สำคัญของการคุมกำเนิดที่เหมาะสมของการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่นหญิง

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ด้านการศึกษา จากการศึกษาที่พบว่าวัยรุ่นหญิงมั่นใจกับการเลือกใช้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำด้วยยาฝังคุมกำเนิด สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปประกอบการเรียนการสอนในวิชาการพยาบาลมารดาทารก และการผดุงครรภ์ในหัวข้อ การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นด้วยยาฝังคุมกำเนิด
2. ด้านการบริการ จากการศึกษาที่พบว่า วัยรุ่นคุมกำเนิดไม่สม่ำเสมอ แม้ว่าจะได้รับการให้ความรู้เรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ แต่วัยรุ่นหญิงก็ไม่เข้าใจและไม่กล้าถาม จึงเสนอว่า ควรมีการจัดโปรแกรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร เพื่อให้วัยรุ่นมีแนวทางในการป้องกันการตั้งครรภ์ที่เหมาะสม



วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ (Journal of Health Sciences Scholarship)

ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาแบบกรณีรายบุคคล ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ที่พบปัญหาในระหว่างการเรียน การดำเนินชีวิต ในระยะเปลี่ยนผ่านและสามารถปรับตัวให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ
2. การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยในวัยรุ่น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ดร.ศุภกรใจ เจริญสุข ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการสร้างสรรค์ผลงานนี้และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช ที่สนับสนุนทุนการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- Ajzen, I. (1991). *The Theory of Planned Behavior*. Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50, 179-211.
- Bureau of Reproductive Health, Department of Health. (2019). *Annual Report 2019*. Nontaburi.
- Caple, C., Heering, H., & Pravikoff, D. (2018). *Pregnancy in Adolescence: Sexual Activity Among Adolescents (United States)*. CINAHL Nursing Guide.
- Eiamsumang, P., Srisuriyavait, R., & Homsin, P. (2013). Risk factors of unintended repeat pregnancy among adolescents. *The public health journal of Burapha University*, 8(1), 55-67. (in Thai)
- Heidegger, M. (1962). *Being and Time*. New York: Harper & Row.
- Hingston, R., Strunin, L., Berlin, B., & Heeren, T. (1990). Beliefs about AIDS, use of alcohol and drugs and unprotected sex among Massachusetts adolescents. *American Journal of Public Health*, 80, 295-299.
- Lincoln, Y.S., & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis*. (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Neunkan, S., & Deejapo, J. (2018). Knowledge Satisfaction and Side Effect of Long-Acting Reversible Contraception among Adolescent Mothers, Chanthaburi Province. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin*, 2(2), 58- 67. (in Thai).
- Panyayong, B. (2011). *Systematic review: Teenage Pregnancy*. 3rd edition. Fund Office Support for health promotion. (in Thai).
- Plodpluang U. (2011). *Families' Supporting of Teenage pregnancy*. Boromarajonani College of Nursing Chakiraj. (in Thai).
- Ronglue, S., Talengjit, P. & Siriborirak, S. (2012). Unwanted pregnancies in Teenagers:



วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ (Journal of Health Sciences Scholarship)

ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

- A survey of problems and needs for health care support. *Siriraj Nursing Journal*, 5(1), 14- 28. (in Thai).
- Sriarporn, P. (2019). Nursing for women at risk during pregnancy in Supavititpatana, B. & Prasitwattanaseree, P. (editors). *Nursing and Midwifery: Women at Risk and Complication*. Chiang Mai. Smart Coting and Service.
- Suwansuntorn, P., & Laeheem, K. (2012). *The Social Effects on Pregnant Teenagers in Na Mom district, Songkhla Province*, the 4th International Conference on Humanities and Social Sciences, Faculty of Liberal Arts, Prince of Songkla University. (in Thai).
- Trussell, J. (2011). *Contraceptive failure in the United States*. *Contraception* 2011, 83,397-404.
- Uraireukkul, C. (2010). *Teenage Pregnancy under 20-Year-Old*. Retrieved 23 May, 2019, from http://hpe4.anamai.moph.go.th/hpe/teenage_pregnancy.php. (in Thai).
- Wattanathamrong, V., et al. (2017). Factors Related Intention Contraception Type Implants in Repeat Pregnancies Adolescents. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*, 18 (1).102-111. (in Thai).
- Weiss, R. (1974). *The Provision of Social Relationship*. In *Doing unto Others*. NJ., Prentical Hall.
- Wisarutkasempong, A., & Muangpin, S. (2015). Factors Related to the Intention to Repeat Pregnancy among Pregnant Adolescents. *Srinagarind Medical Journal*, 30(3), 262-269. (in Thai).
- World Health Organization. (2014). *Adolescent pregnancy*. Retrieved 23 May, 2019 from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/>.



The Decision Making on Dental Treatments in Social Security Recipients in Nakhonsawan Province, 2020

Kodchakorn Taewsuwan*

(Received November 10, 2020, Revised: January 1, 2021, Accepted: January 21, 2021)

Abstract

The purposes of this research are to study the human behavior and to study a decision making on dental treatment in Social Security recipients in Nakhonsawan Province. This survey research collected data by using both on paper questionnaires and an electronic (Google) form. The data was analyzed behavior and decision making on dental treatment in Social Security recipients in amount of 451 samples based on the variables of demographics and duration of having Social Security using descriptive statistics; frequency, percentage, mean and standard deviation. The one-way ANOVA test at the statistical significance level of .05 and L.S.D. was used for group comparison.

The result showed that the ratio between female and male was about 2:1, 73.2% and 26.8, respectively. Age range between 20 and 57 years old with average of age at 32 (S.D. 8.12). 97.6% used to claim the Social Security for dental treatment. 63.5% used the service at government hospitals. 54.6% have had the dental treatment every year. 60.5% used over-claim of Social Security Scheme budget. The average of over payment was approximately 590 Baht. The most popular dental service was calcium scale removing (65.1%). 48.4% of those made a decision making from a direct disbursement. 78.1% chose services by themselves. The samples have had dental treatment before they had the social security scheme or had direct disbursement 61.7%, 51.8 % respectively. Rationale for dental treatment was having dental symptoms (65.8%). Five (5) reasons for decision making on dental treatment were;

1) trustworthy (85.8%), 2) dental services (84.7%), 3) process and establishment (82.7%), 4) staffs (82.6%) and 5) location of the dental office (81.6%). Furthermore, gender, status, education, occupation, income and duration of having Social Security were significant difference in terms of trustworthy, dental services, process and establishment, staffs and location of the dental office whereas the age showed not significant difference on those 5-item of decision making.

Keywords: Dental health behavior; Decision making; Dental services

* Dentist, Senior Professional Level Chief of Dental Public health group Nakhon sawan
Provincial Public Health office, Corresponding author: kod_kit@hotmail.com



การตัดสินใจเลือกรับบริการทันตกรรมของผู้มีสิทธิประกันสังคม ในเขตจังหวัดนครสวรรค์ปี พ.ศ. 2563

กชกร แฉสุวรรณ*

(วันรับบทความ : 10 พฤศจิกายน 2563, วันแก้ไขบทความ : 1 มกราคม 2564, วันตอบรับบทความ : 1 มกราคม 2564)

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมและการตัดสินใจเลือกเข้ารับบริการทางทันตกรรมของผู้มีสิทธิประกันสังคมเขตจังหวัดนครสวรรค์ เป็นวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบกระดาษและแบบ electronic (google form) และวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมและการตัดสินใจเลือกเข้ารับบริการทางทันตกรรมของผู้มีสิทธิประกันสังคมเขตจังหวัดนครสวรรค์ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบ one-way ANOVA เมื่อพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จะนำไปเปรียบเทียบเป็นรายคู่ โดยวิธี LS.D.

ผลศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง มากกว่าเพศชายร้อยละ 73.2 และ 26.8 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 32 ± 8.12 ปี อายุต่ำสุด 20 ปี อายุสูงสุด 57 ปี เคยใช้สิทธิประกันสังคมในการทำฟันร้อยละ 96.7 สถานที่เข้ารับบริการสิทธิประกันสังคมส่วนใหญ่เข้ารับบริการโรงพยาบาลภาครัฐร้อยละ 63.5 และส่วนใหญ่มีการใช้บริการทุกปีร้อยละ 54.6 และวงเงินไม่พอร้อยละ 60.5 วงเงินที่ใช้เกินเฉลี่ย 590 บาท บริการที่ใช้มากที่สุด คือ ขูดหินปูนร้อยละ 65.1 การเลือกใช้สถานบริการส่วนมากเลือกที่สามารถจ่ายตรงได้ร้อยละ 48.4 ผู้มีส่วนร่วมในการเลือกส่วนใหญ่เลือกด้วยตนเองร้อยละ 78.1 ก่อนมีสิทธิประกันสังคม หรือก่อนมีสิทธิประกันสังคมให้จ่ายตรงได้ ส่วนมากเคยทำฟัน ร้อยละ 61.7 , 51.8 ตามลำดับ เหตุผลสำคัญที่ไปรับบริการทำฟันส่วนมากมีอาการ ร้อยละ 65.8 พบว่า การตัดสินใจเลือกรับบริการส่วนมากคำนึงถึงความไว้วางใจมากที่สุดร้อยละ 85.8 รองลงมา การให้บริการร้อยละ 84.7 กระบวนการ ร้อยละ 82.7 บุคลากร ร้อยละ 82.6 และสถานที่ ร้อยละ 81.6 กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะเวลาการมีสิทธิประกันสังคม ต่างกันมีการตัดสินใจเลือกรับบริการทันตกรรมรายด้าน ความไว้วางใจ การบริการ สถานที่ บุคลากร กระบวนการ แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อายุต่างกันการตัดสินใจเลือกรับบริการทันตกรรมรายด้าน ความไว้วางใจ การบริการ สถานที่ บุคลากร กระบวนการ ไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ: พฤติกรรมของผู้มารับบริการทันตกรรม; การตัดสินใจ; สถานบริการทันตกรรม

* ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์
ผู้ประสานงาน: kod_kit@hotmail.com



บทนำ

สุขภาพฟันมีความสำคัญอย่างมากต่อการดำรงชีวิต เพราะนอกจากจะใช้ในการบดเคี้ยวอาหารเพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่เพียงพอและนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีแล้วยังมีส่วนในการสร้างความมั่นใจในการดำรงชีวิตและการเข้าสังคม ทั้งนี้เพราะการสูญเสียฟันและปัญหาสุขภาพช่องปากนำไปสู่ความผิดปกติของระบบบดเคี้ยวและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ที่เกี่ยวข้องตามไปด้วยและมีผลทำให้สูญเสียความสวยงามของใบหน้าเสียบุคลิกภาพและการออกเสียงในการพูด ประชาชนจึงหันมาใส่ใจสุขภาพช่องปากมากขึ้นโดยการพบทันตแพทย์ปีละ 2 ครั้ง เพื่อดูแลรักษาสุขภาพช่องปากให้สมบูรณ์ ในการจัดบริการทันตกรรมที่ผ่านมาผู้กำหนดนโยบายทั้งกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานรับผิดชอบสิทธิประกันสุขภาพต่างก็ให้ความสำคัญกับการให้บริการทางทันตกรรม 2 ด้านหลัก ได้แก่ การบริการรักษาและบริการทางทันตกรรม ได้มีการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์สุขภาพช่องปากประเทศไทย พ.ศ.2555-2559 (Laying P, Boontham K, 2013) ทั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้มีสิทธิภายใต้ประกันสุขภาพภาครัฐทั้ง 3 สิทธิการรักษา พบว่า แต่ละสิทธิการรักษามีผู้รับการรักษาทางทันตกรรมโดยใช้สิทธิของตนเองประมาณร้อยละ 60 ทั้งที่ผู้มีสิทธิประกันสังคมมีทางเลือกของการรักษาที่หลากหลายกว่าทั้งสองสิทธิ โดยสามารถเข้ารับบริการได้ที่สถานพยาบาลของรัฐและเอกชนตามหลักเกณฑ์ของสิทธิประโยชน์ (Laying P, Putthasri W, 2013) แต่กลับมีสัดส่วนผู้ใช้สิทธิไม่ต่างจากสิทธิการรักษาอื่นๆ อาจเนื่องจากผู้ประกันตนต้องสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลก่อนและนำไปเสริมมาเบิกค่ารักษาพยาบาลจากสำนักงานประกันสังคมภายหลัง โดยเบิกได้ครั้งละไม่เกิน 300-600 บาทต่อปี ซึ่งต่อมาได้เพิ่มเป็น 900 บาท ส่วนผู้ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสวัสดิการข้าราชการจะต้องเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลของรัฐเท่านั้น (International Health Policy Program, 2015) สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ของผู้ประกันตน ต้องจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลถึงแม้จะใช้สิทธิประกันสังคม นอกจากนี้ยังมีสัดส่วนของผู้ที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ อันเนื่องจากไม่มีเงินจ่ายค่าบริการ แสดงให้เห็นถึงหลักเกณฑ์และวิธีการจ่ายเงินของกองทุนระบบสุขภาพต่างๆ ที่ยังไม่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการ นอกเหนือจากประเด็นค่ารักษาพยาบาลแล้วยังมีมิติอื่นๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ เช่น ระยะเวลาในการรอคอย ช่วงเวลาที่มารับการรักษาสิทธิประโยชน์ของสวัสดิการไม่ครอบคลุมและการเดินทาง เป็นต้น

การสำรวจการบริการทันตกรรมของประชาชนไทย สะท้อนให้เห็นว่า ประชากรร้อยละ 8.1 ใช้บริการทันตกรรมในระยะ 12 เดือนที่ผ่านมา การใช้บริการทันตกรรมส่วนใหญ่ร้อยละ 80 เป็นไปเพื่อการรักษา จึงต้องมีการเน้นนโยบายการป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพทันตกรรมให้มากขึ้น จากการบริการ พบว่า สาเหตุหลักที่ประชาชนไม่ได้รับการบริการตามที่ต้องการ คือ ไม่มีเวลาไปรับบริการผนวกกับคิวยาวและรอนาน ดังนั้นควรมีการขยายระบบบริการทันตกรรมให้เพียงพอมากขึ้น และการมีหลักประกันสุขภาพที่ต่างกัน มีผลต่อการเข้าใช้บริการทันตกรรมที่ต่างกัน ส่วนหนึ่งเนื่องจากหลักเกณฑ์และวิธีการจ่ายเงินของกองทุนระบบสุขภาพต่างๆ นั้นแตกต่างกันรวมกับระยะเวลารอคอยรับการรักษาและสิทธิประโยชน์ของสวัสดิการที่ไม่ครอบคลุมอาจเป็นอุปสรรคของการเข้าถึงบริการทันตกรรม (Panichkriangkrai W, 2015) รวมถึงพฤติกรรมการใช้บริการทันตกรรมและการตัดสินใจ



ใช้บริการทันตกรรมถ้าสามารถทราบได้ จะมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่จัดบริการให้ตรงกับความต้องการของผู้ใช้บริการ โดยพบว่า เหตุผลที่เลือกใช้บริการ ส่วนมากใช้บริการชุดหินปูน อุดฟัน ถอนฟัน อีกทั้งเลือกเข้ารับบริการในวันหยุดเนื่องจากติดภาระในการทำงาน และการเลือกสถานบริการทันตกรรมที่ให้บริการได้จากบุคคลในครอบครัว และบุคคลที่มีอิทธิพลในการเข้าใช้บริการ ได้แก่ เพื่อน วิธีการชำระค่าบริการรักษาส่วนใหญ่ผู้มารับบริการจะชำระเองด้วยเงินสด (Natthasetsakul S, 2018) สำหรับประเด็นที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการมากที่สุด ได้แก่ ด้านบุคคล/พนักงาน และระบบการบริการ (Muchchim N, 2010)

ในปัจจุบันได้มีการปรับระบบให้สถานบริการรัฐบาลและเอกชนบางแห่งสามารถขึ้นทะเบียนเบิกจากสำนักงานประกันสังคมโดยไม่ต้องให้ผู้ประกันตนสำรองจ่าย จึงเป็นเรื่องที่ผู้วิจัยสนใจในการศึกษาการตัดสินใจเลือกรับบริการทันตกรรมของผู้มีสิทธิประกันสังคม ในเขตจังหวัดนครสวรรค์ ปี พ.ศ. 2563 เนื่องจากเป็นจังหวัดที่มีคลินิกทันตกรรมและประชากรที่มีสิทธิประกันสังคมมากที่สุดในเขต 3 หากเราทราบถึงการตัดสินใจเลือกรับบริการทางทันตกรรมของผู้มีสิทธิประกันสังคมในเขตจังหวัดนครสวรรค์ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการของสถานบริการทางทันตกรรมในจังหวัดนครสวรรค์เพื่อให้ผู้มีสิทธิประกันสังคมตัดสินใจมาใช้บริการสถานบริการทางทันตกรรมที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องรวมถึงสถานบริการทางทันตกรรมพัฒนาเพื่อตอบสนองต่อการตัดสินใจของผู้มีสิทธิประกันสังคมได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมของผู้มีสิทธิประกันสังคมในการมาใช้บริการทันตกรรมของสถานบริการทันตกรรมในเขตจังหวัดนครสวรรค์
2. เพื่อศึกษาการตัดสินใจเลือกรับบริการทางทันตกรรมของผู้มีสิทธิประกันสังคมของสถานบริการทันตกรรมในเขตจังหวัดนครสวรรค์

ขอบเขตงานวิจัย

เป็นการศึกษาการตัดสินใจเลือกรับบริการทันตกรรมของผู้มีสิทธิประกันสังคมในเขตจังหวัดนครสวรรค์ ปี พ.ศ. 2563 มีขอบเขตการวิจัย ดังนี้ โดยศึกษาตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย ตัวแปรต้น คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ วุฒิการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือนและระยะเวลาในการมีสิทธิประกันสังคม ตัวแปรตาม คือ การตัดสินใจเลือกรับบริการทางทันตกรรมจากสถานบริการทันตกรรมในจังหวัดนครสวรรค์ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านความไว้วางใจ ด้านการให้บริการ ด้านสถานที่ ด้านบุคลากร และด้านกระบวนการ



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยประชาชนทั่วไปสิทธิประกันสังคมจากทั้งหมด 42,260 คน เป็นผู้ที่อ่านหนังสือได้ที่ทำงานในอำเภอต่างๆในจังหวัดนครสวรรค์ ในช่วงเดือนมกราคม- มิถุนายน พ.ศ. 2563
2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้ตัวอย่างแบบบังเอิญ (accidental sampling) จากผู้ที่มีสิทธิประกันสังคมที่ทำงานในอำเภอต่างๆในจังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 451 คน (Krejcie and Morgan, 1970)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม มีทั้งหมด 2 แบบ ได้แก่ แบบกระดาษและแบบ electronic (google form) โดยพัฒนาตามแนวคิดของ ศรีณยา ญัฐเศรษฐสกุล, วลัยพร ราชคมน์ และวรัญญา เขยตุ้ย (Natsetasakul S., et al. 2018) แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม มีลักษณะเป็นข้อคำถาม แบบตรวจสอบรายการ (check list) ประกอบด้วย เพศ, อายุ, สถานภาพ, วุฒิการศึกษา, อาชีพ, รายได้ต่อเดือนและระยะเวลาในการมีสิทธิประกันสังคม

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้มีสิทธิประกันสังคมในการมาใช้บริการทันตกรรมของสถานบริการทันตกรรมในเขตจังหวัดนครสวรรค์

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกรับบริการทันตกรรมของสถานบริการทันตกรรมในเขตจังหวัดนครสวรรค์โดยแบ่งเป็นด้านต่าง ๆ ประกอบด้วยปัจจัย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความไว้วางใจ ด้านการให้บริการ ด้านสถานที่ ด้านบุคลากร และด้านกระบวนการ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิด ข้อความเชิงบวกทั้งหมดคำตอบให้เลือกเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือทำโดยวิธีดังนี้ นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาได้ค่า IOC ตั้งแต่ 0.67 ขึ้นไป ปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามตามผู้เชี่ยวชาญให้คำแนะนำและนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try-out) กับผู้รับบริการ ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยจำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถามรายด้านและโดยภาพรวม หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha coefficient) ของครอนบาค (Cronbach, 1974) ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) ผู้วิจัยศึกษา ทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการทำวิจัย จัดทำแบบสอบถามในรูปแบบกระดาษ และแบบ electronic (google form) สร้าง QR code



2) ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับสถานประกอบการในอำเภอต่างๆกระจายพื้นที่ทั่วจังหวัดนครสวรรค์ที่มีผู้ประกันตนสิทธิประกันสังคมทำงาน โดยชี้แจงการตอบแบบสอบถามและการตรวจความครบถ้วนของคำตอบในแบบสอบถาม จัดส่งแบบสอบถามแบบกระดาษ และ QR code ของแบบสอบถาม electronic (google form) ให้สถานประกอบการ

3) ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างสิทธิประกันสังคมในจังหวัดนครสวรรค์ โดยขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามอย่างสมัครใจ โดยทำ ผ่าน google form และแบบกระดาษเมื่อได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์ครบ 451 ชุด แล้วจึงยุติ และนำแบบสอบถามที่สมบูรณ์มาวิเคราะห์สถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม และข้อมูลพฤติกรรมมารับบริการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

2. การเปรียบเทียบการตัดสินใจเลือกรับบริการทางทันตกรรมจากสถานบริการทันตกรรมต่างๆโดยใช้สถิติ one-way ANOVA ในกรณีเปรียบเทียบมากกว่า 2 กลุ่ม เมื่อพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 นำไปเปรียบเทียบเป็นรายคู่ โดยวิธี LSD.

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมของการวิจัยตลอดทุกขั้นตอนของการศึกษา เพื่อเป็นการตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ที่ผู้วิจัยจะเผยแพร่ข้อมูลเฉพาะความรู้ที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง และความน่าเชื่อถือเท่านั้น ทั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครสวรรค์ เลขที่ NSWPHOEC-028/62 ข้อมูลได้ถูกจัดเก็บเป็นความลับและนำเสนอโดยภาพรวม

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาพฤติกรรมและการตัดสินใจเลือกรับบริการทันตกรรมของผู้มีสิทธิประกันสังคมในเขตจังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 451 คน ระหว่างเดือนมกราคม- มิถุนายน พ.ศ.2563 ผลการวิจัยนำเสนอด้วยการบรรยายประกอบตาราง เรียงตามลำดับวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้มารับบริการทางทันตกรรม

ผลการวิจัย พบว่า ผู้มารับบริการทางทันตกรรม เพศหญิง มากกว่าเพศชาย ร้อยละ 73.2 และ 26.8 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 32 ± 10.94 ปี อายุต่ำสุด 20 ปี อายุสูงสุด 57 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสดร้อยละ 47.2 รองลงมาสถานภาพสมรส ร้อยละ 43.5 และหม้าย หย่าร้าง ร้อยละ 8.3 ตามลำดับ ระดับการศึกษา พบว่าส่วนมากมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 32.6 และการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 29.2 ส่วนมากประกอบอาชีพ รับจ้าง/พนักงาน บริษัทเอกชน ร้อยละ 69.2 รองลงมาทำงานพนักงานส่วนราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 28.1 การพักอาศัยส่วนมากพักอาศัยอยู่กับ สามี /ภรรยา ร้อยละ 34.8 รองลงมาพักอาศัยอยู่กับ



พ่อ แม่ ร้อยละ 29.3 โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน $15,166 \pm 10,851.06$ บาท รายได้สูงสุด 60,000 บาท น้อยสุด 4,000 บาท และเมื่อจัดกลุ่มรายได้พบว่ารายได้ส่วนมาก มีรายได้ไม่น้อยกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 86.9 รองลงมา รายได้อยู่ในช่วง 15,001 – 30,000 บาท ร้อยละ 8.9 ระยะเวลาในการมีสิทธิประกันสังคม พบว่า ระยะเวลาการมีสิทธิประกันสังคมเฉลี่ย 8.09 ± 6.59 ปี สูงสุด 28 ปี น้อยสุด 1 ปี และเมื่อจัดกลุ่มระยะเวลาการมีสิทธิประกันสังคมส่วนมาก มีสิทธิไม่น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 51.7 รองลงมา มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 24.8

2. ข้อมูลพฤติกรรมการใช้บริการทันตกรรมของสถานบริการทางทันตกรรมในเขตจังหวัดนครสวรรค์

ผลการวิจัย พบว่า ผู้มารับบริการทางทันตกรรม เคยใช้สิทธิประกันสังคมในการทำฟันร้อยละ 96.7 สถานที่เข้าใช้บริการสิทธิประกันสังคมส่วนมากเข้าใช้บริการโรงพยาบาลภาครัฐร้อยละ 63.5 และส่วนมากมีการใช้บริการทุกปีร้อยละ 54.6 และวงเงินไม่พอร้อยละ 60.5 โดยวงเงินที่ใช้เกินเฉลี่ย 590 บาท บริการที่ใช้มากที่สุดคือ ขูดหินปูนร้อยละ 65.1 การเลือกใช้สถานบริการส่วนมากเลือกที่สามารถจ่ายตรงได้ร้อยละ 48.4 ผู้มีส่วนร่วมในการเลือกส่วนมากเลือกด้วยตนเองร้อยละ 78.1 ก่อนมีสิทธิประกันสังคม หรือก่อนมีสิทธิประกันสังคมให้จ่ายตรงส่วนมากเคยทำฟัน ร้อยละ 61.7, 51.8 ตามลำดับ เหตุผลสำคัญที่ไปรับบริการทำฟันส่วนมากมีอาการ ร้อยละ 65.8

3. ข้อมูลการตัดสินใจเลือกรับบริการทางทันตกรรมของสถานบริการทางทันตกรรมในเขตจังหวัดนครสวรรค์

ผลการวิจัย พบว่า ผู้มารับบริการทันตกรรมจำแนกการตัดสินใจเลือกบริการทันตกรรมส่วนใหญ่คำนึงถึงความไว้วางใจ มาก ร้อยละ 85.8 รองลงมาการให้บริการร้อยละ 84.7 กระบวนการ ร้อยละ 82.7 บุคลากร ร้อยละ 82.6 และสถานที่ ร้อยละ 81.6 และเมื่อดูการตัดสินใจในการเลือกบริการน้อยที่สุด พบว่ากระบวนการ ร้อยละ 15.7 สถานที่ร้อยละ 14.7 บุคลากรร้อยละ 13.7 การให้บริการร้อยละ 13.1 และ ความไว้วางใจร้อยละ 10.5 เมื่อดูจำแนกตามรายชื่อในการตัดสินใจเลือกรับบริการเพราะความไว้วางใจ พบว่า ทันตแพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านในการรักษาทางทันตกรรมที่มีคุณภาพให้ความเห็นด้วยมากที่สุดร้อยละ 50.8 การตัดสินใจเลือกรับบริการเพราะการให้บริการ พบว่าการเปิดให้บริการของคลินิกทันตกรรมเฉพาะทางครอบคลุมทุกสาขาวิชาให้ความเห็นด้วยมากที่สุดร้อยละ 43.9 การตัดสินใจเลือกรับบริการเพราะอาคารสถานที่ของสถานบริการทันตกรรม พบว่า การมีสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น สถานที่จอดรถ ที่นั่งรอรับบริการ ร้านอาหาร นิตยสาร เครื่องชงน้ำร้อน/วัดส่วนสูง ทีวีให้ความเห็นด้วยมากที่สุดร้อยละ 43.0 ตัดสินใจเลือกรับบริการเพราะบุคลากร (ทันตแพทย์และบุคลากรของสถานบริการทันตกรรม) พบว่า มีความสามารถให้คำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับการให้บริการทันตกรรมได้อย่างถูกต้อง ให้ความเห็นด้วยมากที่สุดร้อยละ 45.7 การตัดสินใจเลือกรับบริการเพราะกระบวนการจัดบริการ พบว่า มีการจัดคิวเรียกรับบริการอย่างเป็นระบบให้ความเห็นด้วยมากที่สุดร้อยละ 43.9 ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

**ตารางที่ 1** แสดงจำนวนและร้อยละของผู้มารับบริการทันตกรรมจำแนกการตัดสินใจเลือกบริการ (n=451)

การตัดสินใจเลือกบริการทันตกรรม	มาก		กลาง		น้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความไว้วางใจ	387	85.8	16	3.5	48	10.5
การให้บริการ	382	84.7	10	2.2	59	13.1
สถานที่	368	81.6	17	3.8	66	14.7
บุคลากร	372	82.6	17	3.8	62	13.7
กระบวนการ	373	82.7	7	1.6	71	15.7

การตัดสินใจเลือกรับบริการทางทันตกรรมของผู้มีสิทธิประกันสังคมในสถานบริการทันตกรรมในเขตจังหวัดนครสวรรค์ โดยใช้สถิติ one-way ANOVA ในกรณีเปรียบเทียบมากกว่า 2 กลุ่ม เมื่อพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นำไปเปรียบเทียบเป็นรายคู่ โดยวิธี LS.D. จากการศึกษาการตัดสินใจเลือกรับบริการทางทันตกรรมของผู้มีสิทธิประกันสังคมในสถานบริการทันตกรรมในเขตจังหวัดนครสวรรค์จำแนกตามเพศพบว่า ผู้มารับบริการที่มีเพศต่างกันมีผลต่อการตัดสินใจเลือกรับบริการทันตกรรมรายด้าน ความไว้วางใจ การบริการ สถานที่ บุคลากร กระบวนการ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบการตัดสินใจของผู้มารับบริการทันตกรรม สิทธิประกันสังคมจำแนกตามเพศ (n= 451)

การตัดสินใจ	กลุ่ม	SS	Df	F	P-value
ความไว้วางใจ	ระหว่างกลุ่ม	5.950	1	15.332	0.000*
	ภายในกลุ่ม	174.237	449		
	รวม	88.537	450		
การให้บริการ	ระหว่างกลุ่ม	6.135	1	10.565	0.001*
	ภายในกลุ่ม	82.402	449		
	รวม	88.537	450		
สถานที่	ระหว่างกลุ่ม	4.669	1	8.061	0.005*
	ภายในกลุ่ม	83.867	449		
	รวม	88.537	450		
บุคลากร	ระหว่างกลุ่ม	4.882	1	10.530	0.001*
	ภายในกลุ่ม	83.655	449		
	รวม	88.537	450		

**ตารางที่ 2** ตารางแสดงการเปรียบเทียบการตัดสินใจของผู้มารับบริการทันตกรรม สิทธิประกันสังคมจำแนกตามเพศ (n= 451) (ต่อ)

การตัดสินใจ	กลุ่ม	SS	Df	F	P-value
กระบวนการ	ระหว่างกลุ่ม	6.519	1	12.442	0.000*
	ภายในกลุ่ม	235.255	449		
	รวม	241.774	450		

*p-value<.05

จากการศึกษาการตัดสินใจเลือกใช้บริการทางทันตกรรมของผู้มีสิทธิประกันสังคมในสถานบริการทันตกรรมในเขตจังหวัดนครสวรรค์จำแนกตามอายุ พบว่า ผู้มารับบริการที่มีอายุต่างกันไม่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการทันตกรรมรายด้าน ความไว้วางใจ การบริการ สถานที่ บุคลากร กระบวนการ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบการตัดสินใจของผู้มารับบริการทันตกรรม สิทธิประกันสังคมจำแนกตามอายุ (n=451)

การตัดสินใจ	กลุ่ม	SS	df	F	P value
ความไว้วางใจ	ระหว่างกลุ่ม	2.220	4	1.391	0.236
	ภายในกลุ่ม	177.966	446		
	รวม	180.186	450		
การให้บริการ	ระหว่างกลุ่ม	3.648	4	1.975	0.097*
	ภายในกลุ่ม	206.023	446		
	รวม	209.672	450		
สถานที่	ระหว่างกลุ่ม	2.878	4	1.402	0.232
	ภายในกลุ่ม	228.896	446		
	รวม	231.774	450		
บุคลากร	ระหว่างกลุ่ม	0.345	4	0.175	0.951
	ภายในกลุ่ม	220.572	446		
	รวม	220.918	450		
กระบวนการ	ระหว่างกลุ่ม	1.375	4	0.638	0.636
	ภายในกลุ่ม	240.399	446		
	รวม	241.774	450		

*p-value<.05



จากการศึกษาการตัดสินใจเลือกรับบริการทางทันตกรรมของผู้มีสิทธิประกันสังคมในสถานบริการทันตกรรมในเขตจังหวัดนครสวรรค์จำแนกตามสถานภาพ พบว่า ผู้มารับบริการที่มีสถานภาพต่างกันมีผลต่อการตัดสินใจเลือกรับบริการทันตกรรมรายด้าน ความไว้วางใจ การบริการ สถานที่ บุคลากร กระบวนการ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ตามวิธี LS.D. พบว่า ด้านความไว้วางใจ การบริการ สถานที่ บุคลากร กระบวนการ ผู้มารับบริการที่มีสถานภาพหม้าย มีความแตกต่างจาก สถานภาพโสด สมรส หย่าร้าง/แยกกันอยู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของผู้มารับบริการทันตกรรม สิทธิประกันสังคม จำแนกตามสถานภาพ (n= 451)

การตัดสินใจ	กลุ่ม	SS	df	F	P-value
ความไว้วางใจ	ระหว่างกลุ่ม	18.442	3	16.989	0.000*
	ภายในกลุ่ม	161.744	447		
	รวม	180.186	450		
การให้บริการ	ระหว่างกลุ่ม	16.151	3	12.435	0.000*
	ภายในกลุ่ม	193.521	447		
	รวม	209.672	450		
สถานที่	ระหว่างกลุ่ม	11.579	3	7.835	0.000*
	ภายในกลุ่ม	220.195	447		
	รวม	231.774	450		
บุคลากร	ระหว่างกลุ่ม	19.367	3	14.318	0.000*
	ภายในกลุ่ม	201.551	447		
	รวม	220.918	450		
กระบวนการ	ระหว่างกลุ่ม	22.375	3	15.196	0.000*
	ภายในกลุ่ม	219.399	447		
	รวม	241.774	450		

*p-value<.05

จากการศึกษาการตัดสินใจเลือกรับบริการทางทันตกรรมของผู้มีสิทธิประกันสังคมในสถานบริการทันตกรรมในเขตจังหวัดนครสวรรค์จำแนกตามการศึกษา พบว่า ผู้มารับบริการที่มีการศึกษาต่างกันมีผลต่อการตัดสินใจเลือกรับบริการทันตกรรมรายด้าน ความไว้วางใจ การบริการ สถานที่ บุคลากร กระบวนการ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ตามวิธี LS.D. พบว่า ด้านความไว้วางใจ การ



บริการ สถานที่ บุคลากร กระบวนการ ผู้มารับบริการที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี มีความแตกต่างจากการศึกษาระดับประถมศึกษา-มัธยมศึกษาตอนต้น อนุปริญญา/ปวส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้มารับบริการที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ไม่แตกต่างจากจากผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา-มัธยมศึกษาตอนต้น อนุปริญญา/ปวส. ปริญญาตรี

ตารางที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของผู้มารับบริการทันตกรรม สิทธิประกันสังคมจำแนกตามการศึกษา (n= 451)

การตัดสินใจ	กลุ่ม	SS	df	F	P-value
ความไว้วางใจ	ระหว่างกลุ่ม	7.107	4	4.579	0.001*
	ภายในกลุ่ม	173.079	446		
	รวม	180.186	450		
การให้บริการ	ระหว่างกลุ่ม	11.713	4	6.597	0.000*
	ภายในกลุ่ม	197.959	446		
	รวม	209.672	450		
สถานที่	ระหว่างกลุ่ม	10.886	4	5.495	0.000*
	ภายในกลุ่ม	220.888	446		
	รวม	231.774	450		
บุคลากร	ระหว่างกลุ่ม	12.081	4	6.450	0.000*
	ภายในกลุ่ม	208.837	446		
	รวม	220.918	450		
กระบวนการ	ระหว่างกลุ่ม	17.204	4	8.542	0.000*
	ภายในกลุ่ม	224.570	446		
	รวม	241.774	450		

*p-value<.05

จากการศึกษาการตัดสินใจเลือกใช้บริการทางทันตกรรมของผู้มีสิทธิประกันสังคมในสถานบริการทันตกรรมในเขตจังหวัดนครสวรรค์จำแนกตามอาชีพ พบว่า ผู้มารับบริการที่มีอาชีพต่างกันมีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการทันตกรรมรายด้าน ความไว้วางใจ การบริการ สถานที่ บุคลากร กระบวนการ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ตามวิธี L.S.D. พบว่า ด้านความไว้วางใจ ผู้มารับบริการอาชีพพ่อบ้าน แม่บ้าน/ว่างงาน พนักงานส่วนราชการ/รัฐวิสาหกิจ รับจ้าง/พนักงานบริษัทเอกชน ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านการบริการ สถานที่ บุคลากร กระบวนการ ผู้มารับบริการ



ตารางที่ 6 แสดงการเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของผู้มารับบริการทันตกรรม สิทธิประกันสังคม จำแนกตามอาชีพ (n= 451)

การตัดสินใจ	กลุ่ม	SS	df	F	P-value
ความไว้วางใจ	ระหว่างกลุ่ม	221.000	4	11.300	0.000*
	ภายในกลุ่ม	2180.632	446		
	รวม	2401.632	450		
การให้บริการ	ระหว่างกลุ่ม	152.185	4	6.913	0.000*
	ภายในกลุ่ม	2454.503	446		
	รวม	2606.687	450		
สถานที่	ระหว่างกลุ่ม	154.623	4	6.414	0.000*
	ภายในกลุ่ม	2687.780	446		
	รวม	2842.404	450		
บุคลากร	ระหว่างกลุ่ม	139.137	4	5.758	0.000*
	ภายในกลุ่ม	2694.388	446		
	รวม	2833.525	450		
กระบวนการ	ระหว่างกลุ่ม	141.667	4	5.816	0.000*
	ภายในกลุ่ม	2716.058	446		
	รวม	2857.725	450		

*p-value<.05

จากการศึกษาการตัดสินใจเลือกรับบริการทางทันตกรรมของผู้มีสิทธิประกันสังคมในสถานบริการทันตกรรม ในเขตจังหวัดนครสวรรค์จำแนกตามรายได้ พบว่า ผู้มารับบริการที่มีรายได้ต่างกันมีผลต่อการตัดสินใจเลือกรับบริการทันตกรรมรายด้าน ความไว้วางใจ การบริการ สถานที่ บุคลากร กระบวนการ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ตามวิธี L.S.D. พบว่า ด้านความไว้วางใจ การบริการ สถานที่ บุคลากร กระบวนการผู้มารับบริการมีรายได้น้อยกว่า 15,000 บาท มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับผู้มารับบริการที่มีรายได้ 15,001 – 30,000 บาท แต่ไม่แตกต่างกับผู้ที่มีรายได้ 30,001 - 45,000 บาท และที่มีรายได้ มากกว่า 45,000 บาท เช่นเดียวกันผู้ที่มีรายได้ 15,001 – 30,000 บาท ไม่แตกต่างกับผู้ที่มีรายได้ 30,001 - 45,000 บาท และที่มีรายได้ มากกว่า 45,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



ตารางที่ 7 แสดงการเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของผู้มารับบริการทันตกรรม สิทธิประกันสังคม
จำแนกตามรายได้ (n= 451)

การตัดสินใจ	กลุ่ม	SS	df	F	P-value
ความไว้วางใจ	ระหว่างกลุ่ม	3.154	3	2.654	0.048*
	ภายในกลุ่ม	177.033	447		
	รวม	180.186	450		
การให้บริการ	ระหว่างกลุ่ม	4.272	3	3.099	0.027*
	ภายในกลุ่ม	205.400	447		
	รวม	209.672	450		
สถานที่	ระหว่างกลุ่ม	4.809	3	3.157	0.025*
	ภายในกลุ่ม	226.965	447		
	รวม	231.774	450		
บุคลากร	ระหว่างกลุ่ม	4.725	3	3.256	0.022*
	ภายในกลุ่ม	216.193	447		
	รวม	220.918	450		
กระบวนการ	ระหว่างกลุ่ม	4.809	3	3.024	0.029*
	ภายในกลุ่ม	236.965	447		
	รวม	241.774	450		

*p-value<.05

จากการศึกษาการตัดสินใจเลือกรับบริการทางทันตกรรมของผู้มีสิทธิประกันสังคมในสถานบริการทันตกรรมในเขตจังหวัดนครสวรรค์จำแนกตามระยะเวลาการมีสิทธิประกันสังคม พบว่า ผู้มารับบริการที่มีระยะเวลาการมีสิทธิประกันสังคม ต่างกันมีผลต่อการตัดสินใจเลือกรับบริการทันตกรรมรายด้าน ความไว้วางใจ การบริการ สถานที่ บุคลากร กระบวนการ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ตามวิธี L.S.D. พบว่า ด้านความไว้วางใจ สถานที่ กระบวนการ ผู้มารับบริการมีสิทธิประกันสังคมมากกว่า 10 ปี มีความแตกต่างกับ ผู้มารับบริการมีสิทธิประกันสังคมน้อยกว่า 5 ปี และ 5 - 10 ปี ด้านการให้บริการ ผู้มารับบริการมีสิทธิประกันสังคมมากกว่า 10 ปี ,น้อยกว่า 5 ปี และ 5 - 10 ปี มีความแตกต่างกันทุกกลุ่ม ด้านบุคลากร ผู้มารับบริการมีสิทธิประกันสังคมมากกว่า 10 ปีมีความแตกต่างผู้มารับบริการมีสิทธิประกันสังคม 5 - 10 ปี แต่ผู้มารับบริการมีสิทธิประกันสังคมน้อยกว่า 5 ปี ไม่มีความแตกต่างจากกลุ่มอื่นๆ



ตารางที่ 8 แสดงการเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของผู้มารับบริการทันตกรรม สิทธิประกันสังคมจำแนกตามระยะเวลาที่มีสิทธิประกันสังคม (n= 451)

การตัดสินใจ	กลุ่ม	SS	df	F	P-value
ความไว้วางใจ	ระหว่างกลุ่ม	3.924	2	4.986	0.007*
	ภายในกลุ่ม	176.263	448		
	รวม	180.186	450		
การให้บริการ	ระหว่างกลุ่ม	9.677	2	10.839	0.000*
	ภายในกลุ่ม	199.995	448		
	รวม	209.672	450		
สถานที่	ระหว่างกลุ่ม	8.578	2	8.608	0.000*
	ภายในกลุ่ม	223.196	448		
	รวม	231.774	450		
บุคลากร	ระหว่างกลุ่ม	4.389	2	4.541	0.011*
	ภายในกลุ่ม	216.529	448		
	รวม	220.918	450		
กระบวนการ	ระหว่างกลุ่ม	3.732	2	3.512	0.031*
	ภายในกลุ่ม	238.042	448		
	รวม	241.774	450		

*P-value<0.5

สรุปจากการวิเคราะห์การตัดสินใจเลือกใช้บริการทางทันตกรรมในเขตจังหวัดนครสวรรค์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่า ผู้มารับบริการที่มีเพศต่างกันมีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการทันตกรรมรายด้าน ความไว้วางใจ การบริการ สถานที่ บุคลากร กระบวนการ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และอายุต่างกันไม่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการทันตกรรมรายด้าน ความไว้วางใจ การบริการ สถานที่ บุคลากร กระบวนการ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้มารับบริการที่มีสถานภาพต่างกันมีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการทันตกรรมรายด้าน ความไว้วางใจ การบริการ สถานที่ บุคลากร กระบวนการ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้มารับบริการที่มีการศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะเวลาการมีสิทธิประกันสังคม ต่างกันมีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการทันตกรรมรายด้าน ความไว้วางใจ การบริการ สถานที่ บุคลากร กระบวนการ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



อภิปรายผล

พฤติกรรมของผู้มีสิทธิประกันสังคมในการใช้บริการทันตกรรมของสถานบริการทางทันตกรรมในเขตจังหวัดนครสวรรค์

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง มากกว่าเพศชายร้อยละ 73.2 และ 26.8 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 32 ± 8.12 ปี อายุต่ำสุด 20 ปี อายุสูงสุด 57 ปี ส่วนใหญ่เคยใช้สิทธิประกันสังคมในการทำฟัน ร้อยละ 96.7 สองในสามของกลุ่มตัวอย่างสิทธิประกันสังคมเข้าใช้บริการโรงพยาบาลภาครัฐร้อยละ 63.5 และมากกว่าครึ่งหนึ่งมีการใช้บริการทุกปีร้อยละ 54.6 และสองในสามของกลุ่มตัวอย่างสิทธิประกันสังคมวงเงินไม่พอร้อยละ 60.5 โดยวงเงินที่ใช้เกินเฉลี่ย 590 บาท ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ของการศึกษาการใช้บริการทันตกรรมของประชาชนไทย: ผลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2558 ที่ครึ่งหนึ่งของผู้ประกันตนต้องจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลถึงแม้จะใช้สิทธิประกันสังคม (Panichkrangkrai W, 2015) สองในสามของกลุ่มตัวอย่างสิทธิประกันสังคมบริการที่ใช้มากที่สุดคือชุดหินปูนร้อยละ 65 ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการทางทันตกรรมจากคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (Natsetasakul S., et al (2018) การเลือกใช้สถานบริการประมาณครึ่งหนึ่งเลือกที่สามารถจ่ายตรงได้ร้อยละ 48.4 ผู้มีส่วนร่วมในการเลือกส่วนมากเลือกด้วยตนเอง ร้อยละ 78.1 ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกรับบริการทางทันตกรรมจากคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่าการเลือกสถานบริการทันตกรรมที่ใช้บริการได้จากบุคคล ในครอบครัว และบุคคลที่มีอิทธิพลในการเข้าใช้บริการ ได้แก่ เพื่อน (Natsetasakul S., et al. (2018). ก่อนมีสิทธิประกันสังคมหรือก่อนมีสิทธิประกันสังคมให้จ่ายตรงได้ สองในสามเคยทำฟัน ร้อยละ 61.7 , 51.8 ตามลำดับ เหตุผลสำคัญที่ไปรับบริการทำฟันสองในสามมาจากมีอาการ ร้อยละ 65.8

การตัดสินใจเลือกรับบริการทันตกรรมของผู้มีสิทธิประกันสังคมของสถานบริการทันตกรรมในเขตจังหวัดนครสวรรค์

จากผลการศึกษา พบว่า ผู้มารับบริการทันตกรรมจำแนกการตัดสินใจเลือกบริการทันตกรรมส่วนมากคำนึงถึง ความไว้วางใจ มากที่สุด ร้อยละ 85.8 โดยให้ความเห็นมากที่สุดคือแพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านการรักษาทางทันตกรรมที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกรับบริการทางทันตกรรมจากคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า ความไว้วางใจเป็นสิ่งที่สำคัญมากที่สุดในการเลือกรับบริการเพราะความน่าเชื่อถือ ความเชื่อมั่น ชื่อเสียง ของสถานบริการทันตกรรมได้รับบริการจากทันตแพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านในการรักษาทางทันตกรรม ที่มีคุณภาพ ความปลอดภัย เครื่องมือ/อุปกรณ์ สะอาดและปราศจากเชื้อ (Natsetasakul S., et al. (2018) รองลงมาที่ผู้รับบริการทันตกรรมคำนึงถึงการไปใช้บริการ คือ การให้บริการร้อยละ 84.7 โดยมองที่ความหลากหลายครบวงจร สามารถตอบสนองและตรงความต้องการของผู้มารับบริการทางทันตกรรม และด้านกระบวนการ พบว่า มีการจัดคิวเรียกรับบริการอย่างเป็นระบบ ด้านบุคลากร ผู้มารับบริการให้ความเห็น



ถึงความสามารถให้คำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับการให้บริการทันตกรรมได้อย่างถูกต้อง และท้ายสุดในการคำนึงถึงการเลือกใช้บริการคือสถานที่

การตัดสินใจเลือกเข้ารับบริการทางทันตกรรมของผู้มีสิทธิประกันสังคมในสถานบริการ ทันตกรรมในเขตจังหวัดนครสวรรค์ ได้แก่ เพศ พบว่าผู้มารับบริการที่มีเพศต่างกันมีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการทันตกรรมรายด้าน ความไว้วางใจ การบริการ สถานที่ บุคลากร กระบวนการ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการทางทันตกรรม จากคณะทันตแพทย์มหาวิทยาลัยมหิดลที่พบว่าเพศต่างกันมีผลต่อการตัดสินใจเลือกการบริการทันตกรรมต่างกันด้วยพฤติกรรมความรู้ ความคิดและอารมณ์ที่แตกต่างกัน (Natsetasakul S., et al., 2018). และสอดคล้องกับ งานวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการของลูกค้าคลินิกรักษาสิว-ฝ้าและเสริมความงามในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่พบว่าเพศต่างกันมีผลต่อการเลือกผลิตภัณฑ์และการบริการที่ต่างกัน แต่การเลือกสถานที่กับบุคลากรไม่แตกต่างกัน (Natapat K, 2009). และอายุ โดยผู้ที่มารับบริการที่มีอายุต่างกันไม่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการทันตกรรมรายด้าน ความไว้วางใจ การบริการ สถานที่ บุคลากร กระบวนการ ไม่แตกต่างกันซึ่งแตกต่างจากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการทางทันตกรรม จากคณะทันตแพทย์มหาวิทยาลัยมหิดลพบว่า มีอายุต่างกันเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการทางทันตกรรม (Natsetasakul S., et al, 2018) และการศึกษาเรื่อง ปัจจัยการตัดสินใจซื้อและการรับรู้เกี่ยวกับสปาและนวดแผนไทย ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานีพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุที่ต่างกัน ส่งผลให้ผู้บริโภคให้ความสำคัญกับปัจจัยทางการตลาดที่ใช้ตัดสินใจเลือกสถานบริการเพื่อสุขภาพที่ต่างกัน สำหรับด้านความไว้วางใจ ด้านการให้บริการ ด้านสถานที่ และด้านบุคลากรไม่แตกต่างกัน (Wareewanich N, 2008) และผู้มารับบริการที่มีสถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะเวลาการมีสิทธิประกันสังคม ที่ต่างกันมีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการทันตกรรมรายด้าน ความไว้วางใจ การบริการ สถานที่ บุคลากร กระบวนการ แตกต่างกัน รวมถึง รายงานวิจัย เรื่อง ปัจจัยการตัดสินใจเลือกใช้บริการสายการบินบางกอกแอร์เวย์ของผู้โดยสารคนไทย ในประเด็นปัจจัยการตัดสินใจเลือกใช้บริการฯ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้โดยสารคนไทย ได้แก่ เพศ อายุ สถานะภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ที่ต่างกัน มีผลต่อปัจจัยในการตัดสินใจเลือกใช้บริการสายการบินบางกอกแอร์เวย์แตกต่างกัน (Sirivacharapailoon M, 2016) จะเห็นได้ว่าการศึกษา อาชีพ และรายได้นั้นสะท้อนถึงฐานะในการตัดสินใจของแต่ละบุคคล และมีผลต่อการตัดสินใจเลือกการให้บริการที่แตกต่างกัน แต่จะแตกต่างจากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการทางทันตกรรม จากคณะทันตแพทย์มหาวิทยาลัยมหิดล (Natsetasakul S., et al, 2018) กับการศึกษาความพึงพอใจของลูกค้าที่มารับบริการทางทันตกรรมจากคลินิกเดินเท้าจังหวัดกรุงเทพมหานคร (Petchmai R, 2008). พบว่า สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ ต่างกัน ตัดสินใจเลือกใช้บริการด้านความไว้วางใจ ด้านการให้บริการ ด้านสถานที่ ด้านบุคลากร และด้านกระบวนการไม่แตกต่างกัน



ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ควรสร้างความไว้วางใจ เพราะความไว้วางใจเป็นสิ่งสำคัญมากที่สุดโดยที่มองถึงแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านในการรักษาทางทันตกรรมที่มีคุณภาพทำให้ผู้มารับบริการทันตกรรมค่านึงถึงเป็นลำดับแรก ส่งผลให้สถานบริการต้องจัดการบริการโดยเน้นถึงคุณภาพมาตรฐานให้เป็นไปตามหลักสากลหรือคุณภาพมาตรฐานการรักษาพยาบาล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ

2. ควรมีการประเมินสถานพยาบาลที่บริการทันตกรรมโดยให้สอดคล้องกับการตัดสินใจรับบริการทางทันตกรรม ตามประเด็น ความไว้วางใจ การให้บริการ บุคลากร กระบวนการให้บริการและสถานที่ เพื่อให้เกิดการพัฒนาสถานพยาบาล ที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในช่วงที่มีการระบาดของไวรัสโควิด 19 โดยเฉพาะในสถานบริการทันตกรรมของรัฐซึ่งจากผลการศึกษพบว่ากลุ่มเป้าหมายใช้บริการมากที่สุด จึงควรมีการปรับปรุงเรื่องระบบระบายอากาศตามเกณฑ์มาตรฐานเพื่อรองรับการบริการชุดหินปูนซึ่งเป็นการให้บริการที่มีการฟุ้งกระจายมากที่สุด

3. ควรมีการพิจารณาเพิ่มเติมวงเงินในการรักษาทางทันตกรรมของผู้มีสิทธิประกันตนเพื่อให้ผู้ประกันตนสามารถเข้าถึงการบริการได้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ศึกษาผู้มีสิทธิประกันสังคมในสถานบริการ ถึงความพึงพอใจ ความคาดหวังถึงบริการที่ได้รับเพื่อดำเนินการปรับปรุง ส่งเสริมการให้บริการตรงตามความคาดหวัง และความพึงพอใจ อีกทั้งวางแผนการพัฒนาสถานบริการอันส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้มารับบริการ

2. ศึกษาพัฒนารูปแบบการจัดบริการทันตกรรมที่พึงประสงค์ ในสถานการณ์ระบาด Covid-19

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าเลือกใช้บริการทันตกรรมของผู้มีสิทธิประกันสังคมในเขตจังหวัดนครสวรรค์ปี พ.ศ. 2563 สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาของทันตแพทย์ก้องเกียรติ เต็มเกษมศานต์ ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ ,ทันตแพทย์หญิง กนกพร โพธิ์หอม ,ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ ดร.นเรศ คงโต ที่ให้คำแนะนำและข้อเสนอที่เป็นประโยชน์ในการจัดทำเครื่องมือสำหรับการวิจัย ดร.กฤษฎา เหล็กเพชร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับงานวิจัย,การใช้สถิติและการวิเคราะห์ผล อีกทั้งได้รับความร่วมมือจากสถานประกอบการต่างๆ ที่มีเจ้าหน้าที่สิทธิประกันสังคม ตลอดจนผู้ประกันตนสิทธิประกันสังคมทุกท่านที่ให้ข้อมูลตอบแบบสอบถาม ทำให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้การสนับสนุนไว้น โอกาสนี้



เอกสารอ้างอิง

- Cronbach, L. J. (1974). *Essentials of psychological testing*. New York: Harper & Row, 16.
- Jaroenkul N. (2013). *Factors Associated with Oral Health Behavior of Dental Service: Case Study Wiang Sa Crown Prince Hospital*. Suan Sunandha Rajabhat University: Bangkok. (in thai)
- Krejcie, R.V., and Morgan, D.W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*. 30, 607-610
- Lapying P and Boontham K. (2013). *Strategic oral health plan of Thailand 2012*. Nonthaburi: Bureau of Dental Health, 62. (in thai)
- Lapying P and Putthasri W. (2013). Oral care utilization among children under the Universal Health Coverage System. *Journal of Health Science*, 22: 187-96. (in thai)
- Muchchim N. (2010). *Decision in receiving orthodontic treatment from dental clinic in amphur Muang Surat Tani province*. Master of Business Administration Thesis. Surattthani Rajabhat University; Surattthani. (in thai)
- Natapat K. (2009). *Factors influencing consumer choice of skin treatments at aesthetic clinics in Bangkok*. Kasetsart University: Bangkok. (in thai)
- Natsetasakul S.et al.(2018). Factor That Influence Decision Making About Getting Dental Treatments in Faculty of Dentistry Mahidol University.*Mahidol R2R e-Journal*, 5(1)139-146
- Panichkriangkra W. (2015) Utilization of Dental Services in Thailand: Results from Health and Welfare Survey 2015. *Journal of Health systems research*. 11(2),170-180. (in thai)
- Panthai B. (2011). *Introduction to Educational Research Methodology*. (2nd ed.). Bangkok: Ramkhamhaeng University Press. (in thai)
- Petchmai R. (2008). *Satisfaction of the Clients on Dentistry Services at Dental Care Clinic Bangkok*. Phranakhon Rajabhat University: Bangkok. (in thai)
- Siriwacharapaiboon M. (2016). *Factors Affecting Thai Passengers' Decision on the purchase of Bangkok airway*. Master of Business Administration Thesis. Suan Dusit Rajabhat University: Bangkok. (in thai)
- Working Group of First National Conference on Thai Universal Health Coverage. (2015). *Report of the 1st national conference on Thai universal health coverage 2015: achievements, challenges, and harmonization*. November 16-17, 2015; Rama garden hotel,Bangkok. (in thai)



Analysis of Caring System for New Diabetes Patients in Lampang Province

Nongkran Kochragas*, Nutthaporn Panchakhan**

(Received December 7, 2020, Revised: January 21, 2021, Accepted: February 3, 2021)

Abstract

The main objective of this study is to explore the status of medical caring system for new diabetes patients in Lampang Province. The participants in this survey were 49 diabetes patients, 40 pre-diabetes, 16 health care providers, 8 village health volunteers and community leaders. Data were collected by semi-structure interview during July – August, 2020. The data were analysed by descriptive statistics such as percentage and the qualitative data was analysed by content analysis.

The result revealed that there are currently 5 schemes of caring system for new diabetes patients in Lampang Province consisted of 1) the good governance used for driving the chronic disease policy, 2) Information system and technology. 3) Health personnel, 4) Budget and resources and 5) Organization of health services for diabetes patients with health promotion strategies. In order to organize health services, there are 3 methods such as 1) Advocating the appropriate information for planning, making policy by community participation for sustainable problem solving, 2) Promoting self-Management skill for public health personnel and diabetes patients and 3) Coordinating good community health care team integrated with leadership for individual, family, and community to take care and manage their health problems by themselves.

Keywords: Caring system; New diabetes patients

*Public Health Technical Officer, Senior Professional Level ,Lampang Provincial Health Office

**Nurse instructor, Boromrajonani College of Nursing, Nakorn Lampang,

Corresponding author: muiuttha16@gmail.com



การวิเคราะห์ระบบการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จังหวัดลำปาง

นงคราญ คชรักษา*, ณัฐฐรณ์ ปัญจันธุ์**

(วันรับบทความ : 7 ธันวาคม 2563, วันแก้ไขบทความ : 21 มกราคม 2564, วันตอบรับบทความ : 3 กุมภาพันธ์ 2564)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิเคราะห์ระบบการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ของจังหวัดลำปาง มีกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 49 คน กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจำนวน 40 คน บุคลากรสุขภาพ จำนวน 16 คน อสม. จำนวน 8 คน และ นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหรือผู้นำในหมู่บ้าน จำนวน 8 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ระยะเวลาดำเนินการในช่วง เดือน กรกฎาคม - สิงหาคม พ.ศ.2563 วิเคราะห์ข้อมูลปริมาณโดยใช้ ร้อยละ และข้อมูลคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า สถานการณ์ระบบการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ของจังหวัดลำปาง มีการดำเนินการ 5 ประเด็น ได้แก่ 1) การนำ ธรรมนูญการขับเคลื่อนนโยบายโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2) ระบบข้อมูลข่าวสาร และเทคโนโลยี 3) บุคลากรสุขภาพ 4) งบประมาณและทรัพยากร และ 5) การจัดระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยสอดคล้องกลวิธีการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย ดังนี้ 1. การสนับสนุนข้อมูลสุขภาพ ใช้ในการวางแผนการดำเนินงาน จัดทำนโยบายสาธารณะเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนเกิดประโยชน์ในการแก้ปัญหาอย่างยั่งยืน 2. การเสริมสร้างความสามารถและทักษะให้กับทีมบุคลากรสุขภาพ และผู้ป่วยให้มีการจัดการตนเอง 3. ประสานงานสร้างทีมสุขภาพภาคประชาชน ดำเนินกิจกรรมแบบบูรณาการ เพื่อให้บุคคล ครอบครัวและชุมชนสามารถดูแลและจัดการปัญหาสุขภาพของตนได้ด้วยตนเอง

คำสำคัญ: ระบบการให้บริการ;ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

** อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง, ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: muinuttha16@gmail.com



บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศ จากรายงานของสหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ ในปี พ.ศ.2560 พบจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลก 451 ล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ.2588 จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 693 ล้านคน (Cho et al., 2018) สำหรับประเทศไทยพบว่าการเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จากข้อมูลระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ ตั้งแต่ปี 2560-2562 คือ 4,076.63, 4,248.76 และ 4,429.55 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และ จากสถิติของเขตบริการสุขภาพที่ 1 ซึ่งเป็นเขตบริการสุขภาพในภาคเหนือ มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานในปี 2560-2562 เพิ่มขึ้นจาก 4,741.98 เป็น 5,251.61 ต่อแสนประชากร ซึ่งจังหวัดลำปางพบอัตราป่วยโรคเบาหวานปี 2559-2561 ในอัตรา 5,632.91, 5,884.02 และ 5,981.99 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ และมากกว่าเขตบริการสุขภาพที่ 1 (Health data center, 2020) ซึ่งเมื่อเทียบกับระดับประเทศ พบว่า จังหวัดลำปางมีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน สูงกว่าระดับประเทศ 1.35 เท่า

ปัจจุบันจังหวัดลำปางมีนโยบายให้ความสำคัญในเรื่องการส่งเสริมป้องกัน ระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน เพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ โดยกำหนดเป็นนโยบายให้ทุกอำเภอดำเนินการตรวจคัดกรอง จัดอบรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง แต่ยังคงพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานยังมีจำนวนที่เพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีจำนวนที่มาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่สามารถจัดกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างครอบคลุม รวมถึงประชาชนยังไม่ตระหนักในเรื่องโรคเบาหวาน เนื่องจากระยะการดำเนินของโรคต้องใช้เวลานานถึงจะแสดงอาการรุนแรง ทำให้ยังไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน อีกทั้งกลุ่มที่เข้ากระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นเพียงส่วนหนึ่งของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ประกอบกับขาดกระบวนการกำกับติดตามอย่างเข้มข้น เช่น การติดตามพฤติกรรมรับประทานอาหาร การคำนวณปริมาณพลังงานอาหารที่เหมาะสมของแต่ละบุคคล ติดตามการออกกำลังกาย และขาดการประเมินผลลัพธ์ก่อนและหลังการอบรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

จากปัญหาดังกล่าว จึงจำเป็นต้องศึกษาสถานการณ์ระบบการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จังหวัดลำปาง ประกอบด้วย ระบบการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ และการวัดผลลัพธ์ของกระบวนการคือ ผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานปีที่ผ่านมาน้อยกว่า ร้อยละ 1.94 สำหรับการศึกษากระบวนการให้บริการผู้ป่วยรายใหม่ภายใต้กรอบระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก มีองค์ประกอบหลัก 6 ส่วน หรือ Health System Building Blocks (Catford, J., 2011) คือ การนำธรรมาภิบาล ข้อมูลสารสนเทศ เครื่องมือ คน และเงิน มาจัดบริการเพื่อประชาชนโดยประกอบด้วย ก หมายถึง การนำ ธรรมาภิบาล, ข หมายถึง ข้อมูล, ค หมายถึง คน, ค หมายถึง เครื่องมือ, ง หมายถึง เงิน, จ หมายถึง จัดบริการ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจประยุกต์กรอบระบบสุขภาพ มาปรับตามบริบทและความเหมาะสมของพื้นที่ ผลที่ได้เป็นแนวทางการจัดกิจกรรมในกลุ่มเสี่ยง เพื่อลดการป่วยเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ต่อไป



วัตถุประสงค์

เพื่อวิเคราะห์ระบบการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จังหวัดลำปาง

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีขอบเขตการวิจัย ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านเนื้อหา การศึกษาในครั้งนี้มีรูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ 2) ด้านประชากร เป็นผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ผู้ให้บริการและผู้เกี่ยวข้องในจังหวัดลำปาง และกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 89 คน ผู้ให้บริการและผู้เกี่ยวข้องจำนวน 32 คน ในจังหวัดลำปาง 3) ด้านพื้นที่ที่ศึกษา อำเภอองาว อำเภอเมืองปาน อำเภอเมืองลำปาง และอำเภอแม่พริก จังหวัดลำปาง 4) ด้านระยะเวลาที่ศึกษาระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้มีรูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) แบบปรากฏการณ์วิทยา (phenomenological study)

ประชากรและผู้ให้ข้อมูลหลัก

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่รับบริการหน่วยบริการสาธารณสุขในจังหวัดลำปาง กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่ได้รับการคัดกรองเบาหวานและถูกระบุว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงจากหน่วยบริการสาธารณสุขในจังหวัดลำปาง และผู้ให้บริการและผู้เกี่ยวข้อง

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้ป่วยเบาหวาน และกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ที่อาศัยอยู่ใน 4 อำเภอของจังหวัดลำปาง โดยการคัดเลือกจากผลลัพธ์อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ที่มีผลลัพธ์น้อยกว่าร้อยละ 2.05 ซึ่งอำเภอที่มีผลลัพธ์ที่ดีตามเกณฑ์ได้แก่ อำเภอองาว อำเภอเมืองปาน และอำเภอที่มีผลลัพธ์มากกว่าร้อยละ 2.05 ซึ่งอำเภอที่มีผลลัพธ์สูงที่สุดคือ อำเภอเมืองลำปาง และอำเภอแม่พริก จำนวน 89 คน ผู้ให้บริการและผู้เกี่ยวข้องในอำเภอองาว อำเภอเมืองปาน อำเภอเมืองลำปาง และอำเภอแม่พริก จำนวน 32 คน โดยมีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) และได้คัดเลือกคุณสมบัติผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยมีเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยเบาหวาน และกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เป็นประชากร type 1 และ 3 ที่อาศัยอยู่ในอำเภอองาว อำเภอเมืองปาน อำเภอเมืองลำปาง และอำเภอแม่พริก จังหวัดลำปาง โดยการคัดเลือกจากผลลัพธ์อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน
2. เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะดี สามารถพูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้
3. มีความสมัครใจและยินดีเป็นผู้ให้ข้อมูล



เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ที่มีโรคประจำตัวที่มีอาการรุนแรง เช่น โรคระบบหลอดเลือดและหัวใจ ไตวาย มีภาวะติดเชื้อ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล
2. มีปัญหาในการสื่อสาร การเดินทางหรือการเคลื่อนไหว
3. ไม่ยินยอมให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์รายบุคคล แนวคำถามจำนวน 6 ชุด ดังนี้ 1) แบบสัมภาษณ์บุคลากรสาธารณสุข เป็นแนวคำถามเชิงลึกเกี่ยวกับสภาพการจัดบริการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน รายบุคคล 2) แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย ประสิทธิภาพการได้รับการบริการ การเข้าถึงบริการ และมุมมองต่อการบริการของหน่วยบริการ 3) แบบสัมภาษณ์กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ประกอบด้วย ประสิทธิภาพการได้รับการบริการ การเข้าถึงบริการ และมุมมองต่อการบริการของหน่วยบริการ 4) แบบสัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ ประกอบด้วย นโยบายการขับเคลื่อนโรคไม่ติดต่อ การบริหารจัดการโรคไม่ติดต่อ 5) แบบสัมภาษณ์อาสาสมัครสาธารณสุข ประกอบด้วย การบริการคัดกรอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การติดตามการดำเนินงาน และ 6) แบบสัมภาษณ์นายกองค์การบริหารส่วนตำบล หรือผู้นำชุมชน ประกอบด้วย การสนับสนุนการจัดสรรงบประมาณ จัดกิจกรรม การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2. แบบบันทึกภาคสนาม แบบบันทึกข้อมูลสัมภาษณ์ส่วนบุคคล และเครื่องบันทึกเสียง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแนวคำถามที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำไปทดลองใช้ (try out) กับเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนและความเข้าใจตรงกันในประเด็นคำถามก่อนนำไปใช้จริง มีการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) ด้านเวลาใน การเก็บข้อมูล สถานที่ในการเก็บข้อมูลที่ต่างกัน (data triangulation) วิธีการเก็บข้อมูลที่ต่างกัน (methodological triangulation) รวมถึงผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ (member checking) มีการตรวจสอบข้อมูลโดยผู้เชี่ยวชาญ (peer debriefing) ทั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างความน่าเชื่อถือในด้านยืนยันผลการวิจัย (confirmability) โดยมีการรวบรวมเอกสารที่ใช้ในการเก็บข้อมูลและจัดเก็บข้อมูลเป็นระบบ (audit trail)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหาตามขั้นตอนของโคไลซี (Colaizzi, 1978 cited in Streubert & Carpenter, 2007) ดังนี้ อธิบายปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษา รวบรวมข้อมูลรายละเอียดจากผู้ให้ข้อมูล อ่านข้อมูลทั้งหมดของผู้ให้ข้อมูล ทบทวนข้อมูล และแยกประโยคสำคัญออกมา ทำความเข้าใจความหมายของแต่ละประโยค จัดกลุ่มข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ และเขียนคำบรรยายโดยละเอียด



2. ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ จำนวน และร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ได้รับเอกสารรับรองโดยกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เลขที่ 107/2563

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 40 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.63 มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี มากที่สุดร้อยละ 38.78 โดยมีระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน 1-10 ปี มากที่สุดร้อยละ 53.06 และส่วนใหญ่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ร้อยละ 59.18 มีระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ 1-5 กิโลเมตร มากที่สุด ร้อยละ 77.55 และมีผู้ป่วย 1 ราย รักษาที่โรงพยาบาลลำปาง กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.50 มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี มากที่สุดร้อยละ 35.00 โดยมีระยะเวลาที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ต่ำกว่า 1 ปี มากที่สุดร้อยละ 67.50 ทั้งนี้มีระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการน้อยกว่า 1 กิโลเมตร มากที่สุด ร้อยละ 62.50 กลุ่มผู้ให้บริการ มีอายุมากที่สุดอยู่ในช่วง 41-50 ปี ร้อยละ 62.50 มีตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด ร้อยละ 87.50 ทำงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากที่สุด ร้อยละ 87.50 ทุกคนไม่เคยผ่านการอบรม case manager แต่เคยผ่านการอบรม mini case manager ร้อยละ 62.50 ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานมากที่สุด ช่วง 1-10 ปี และ 11-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.50

ผลการวิเคราะห์ระบบการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่

พบว่า ระบบการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่สามารถอธิบาย เป็น ประเด็นหลัก (theme) 5 ประเด็น ได้แก่ 1) การนำ ธรรมนูญการขับเคลื่อนนโยบายโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2) ระบบข้อมูลข่าวสาร และเทคโนโลยี 3) บุคลากรสุขภาพ 4) งบประมาณและทรัพยากร และ 5) การจัดระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยแต่ละประเด็น หลักมีประเด็นย่อย (sub-themes) รายละเอียด ดังต่อไปนี้

ประเด็นหลักที่ 1 การนำ ธรรมนูญในการขับเคลื่อนนโยบายโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงประเด็นย่อย 3 ประเด็น ได้แก่ 1) นโยบายในการขับเคลื่อนโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า “ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ให้สำเร็จได้นั้นคณะกรรมการทุกคนมีส่วนสำคัญในการกำหนดทิศทางการทำงานของโรงพยาบาลและชุมชนร่วมกัน” “บูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ ผ่านพขอ.” และ “ชี้แจงนโยบายผ่านที่ประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.), คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.), Non communicable disease board (NCD Board), ประชุมหัวหน้าส่วน” 2) การสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ลดการเดินทางมาโรงพยาบาลยาว ทำให้ผู้ป่วยพอใจ คือ สะดวก รวดเร็ว ไม่เสียเวลารอนาน ผู้ป่วยได้รับการดูแลใกล้ชิด ทำให้มี



กำลังใจและมีความสุข” “เราต้องสร้างเครือข่ายในการพัฒนาให้ครอบคลุมทุกภาคส่วนเพื่อช่วยในการทำงานตั้งแต่การคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ให้รวดเร็ว และดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานทำให้การทำงานมีคุณภาพมากขึ้น”

3) การติดตามการขับเคลื่อนนโยบายโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า “ดำเนินงานชุมชนลดเสี่ยง ลดโรค NCD เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ตรวจวัดความเค็มในอาหาร ตามโครงการลดเค็ม ลดหวาน และออกกำลังกาย เริ่มจากพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รพ.สต. แห่งละ 1 หมู่บ้าน ติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล ทั้งกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย” “ร่วมประชุมหมู่บ้าน และคืนข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยรายใหม่โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ของประชาชนในพื้นที่ทุก ๆ ปีงบประมาณ และผลักดันให้องค์การบริหารส่วนตำบล และผู้นำชุมชนจัดทำนโยบายสาธารณะ ลดหวาน มัน เค็ม ในงานบุญ หรืองานศพของหมู่บ้าน เป็นหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ”

ประเด็นหลักที่ 2 ระบบข้อมูลข่าวสาร และเทคโนโลยี จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงประเด็นย่อย 2 ประเด็น ได้แก่ 1) ระบบทะเบียนข้อมูลการให้บริการ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า “โรงพยาบาลจะมีทะเบียนผู้ป่วยแล้วแบ่งกลุ่มสีตามค่าระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้ป่วยแบ่งกลุ่มสีป้องกัน 7 สี สีเขียวแก่ และสีเหลืองที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและความซับซ้อนของโรคอื่น ๆ ก็ส่งต่อกลับให้ รพ.สต. ดูแลต่อ ในส่วนผู้ป่วยสีส้ม สีแดง และสีดำมีการนัดรับการรักษาต่อเนื่องที่ รพ.ชุมชนเนื่องจากผู้ป่วยต้องพบแพทย์และต้องดูแลอย่างใกล้ชิด และการติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล” 2) ระบบข้อมูลและสารสนเทศที่เชื่อมโยงเครือข่าย ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า “ข้อมูลผู้ป่วยมีการส่งต่อโดยใช้ระบบ Thai refer ซึ่งเป็นการส่งต่อข้อมูลการรักษาผู้ป่วยจาก รพ.ชุมชน มายัง รพ.สต. ซึ่งเป็นระบบที่สะดวก” “ปรึกษาแพทย์โดยใช้เทคโนโลยี telemed ผ่านทางโปรแกรม line ระหว่างแพทย์ และเจ้าหน้าที่ รพ.สต.”

ประเด็นหลักที่ 3 บุคลากรสุขภาพ จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงประเด็นย่อย 2 ประเด็น ได้แก่ 1) อัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า “ให้แพทย์มาบริการแต่เช้า ต้องการพบแพทย์ให้เร็วขึ้นน่าจะมีแพทย์ตรวจสัก 2 คนขึ้นไป” “การให้บริการที่ รพ.สต. ไม่มีเจ้าหน้าที่เภสัชมาให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องยา หรือผลข้างเคียงของยาที่ผู้ป่วยกิน” 2) การพัฒนาความรู้และทักษะให้แก่บุคลากร ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า “เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานใหม่บางคนยังไม่เคยได้รับการอบรม หรือพัฒนาทางวิชาการเรื่องโรคเบาหวาน” “ได้รับการจัดอบรม mini case manager จาก สสจ. ทำให้ตนเองมีทักษะในการให้คำแนะนำผู้ป่วยได้ดีขึ้นกว่าเดิม”

ประเด็นหลักที่ 4 งบประมาณและทรัพยากร จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวว่า “เครื่องเจาะน้ำตาลปลายนิ้วไม่พอให้ผู้ป่วยทำ SMBG ทำให้ต้องใช้เครื่องร่วมกัน 1 เครื่อง ต่อผู้ป่วย 5 คน” “ในการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต้องใช้เครื่องเจาะน้ำตาลปลายนิ้วเป็นจำนวนมากในแต่ละ รพ.สต. จึงมีการหมุนเวียนยืมเครื่องกันระหว่าง รพ.สต.” “ทาง อบต. ได้มีการสนับสนุนงบประมาณทุก ๆ ปี โดยมีการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น”



ประเด็นหลักที่ 5 การจัดระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงประเด็นย่อย 5 ประเด็น ได้แก่ 1) เพิ่มการเข้าถึงการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องและทันเวลา การค้นหาความเสี่ยง ประเมินโอกาสเสี่ยง ค้นหาปัจจัยกำหนดและคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า “รู้ว่าเป็นเบาหวานปี 2563 จากการคัดกรอง ของหมู่บ้าน คำนวณน้ำตาลในเลือดเจาะครั้งแรก 148 แพทย์จึงให้ติดตามตลอดให้เจาะเลือดทุก 2 อาทิตย์หรือ 1 เดือน คำนวณน้ำตาลลงตลอดแต่ลงไม่เยอะ เป็นพันธุกรรมจากพ่อ ที่เป็นเบาหวานความดัน ส่งไปที่โรงพยาบาลแต่ค่าน้ำตาลไม่ลด” “มีการเพิ่มการคัดกรองเจาะระดับน้ำตาลในเลือดในที่สาธารณะ ทำให้ง่ายต่อการเข้าถึงและทำให้ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ได้รับการรักษาเร็วขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อน โดย อสม.มีส่วนร่วม” 2) การจัดบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่เพื่อการดูแลและจัดการโรค ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า “อสม. จดค่าน้ำตาลไว้และมายื่นให้แพทย์ บางครั้งมาเจาะที่อนามัยซ้ำอีกรอบหลังจาก อสม. เจาะให้ รอยาไม่นานตรวจเสร็จได้ยาเลยและสามารถกลับบ้านได้” “แนะนำให้ผู้ป่วยหันมาดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้นและมีการไปเยี่ยมที่บ้านของผู้ป่วย” “อสม. ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย คัดกรองความเสี่ยงของประชาชนในชุมชนเพื่อเป็นการป้องกันในเบื้องต้น และติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน” 3) ระบบสนับสนุนการจัดการตนเองและการตัดสินใจของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า “เมื่อก่อนเขาไม่รู้ว่าต้องทำอย่างไรอยากกินอะไรก็กิน ไม่รู้ว่าน้ำตาลในเลือดสูงเท่าไหน ตั้งแต่ไปหาที่เริ่มรู้เรื่อง หมอนัดก็ไป บอกให้ทำอะไรก็ทำ” “ครั้งแรกก็ไม่มี อสม. มาตรวจก็เลยรู้ ทำให้เราเปลี่ยนแปลงตัวเอง แล้วก็ปรับเปลี่ยนวิธีการกิน ออกกำลังกาย” “คุณได้ดีแล้วด้วยการไม่กินเค็มกินหวานกินมันอย่างที่เคยกินเราก็ดลด ตอนเป็นใหม่ๆ หมอบอกว่าข้าวเหนียวน้ำตาลเยอะกว่าข้าวสวย ตอนนั้นเลยเปลี่ยนมากินข้าวสวย ตอนนั้นคือคุมอาหารได้แล้ว ขนมหวบไม่กิน กินทุกอย่างตอนนั้นก็กินแค่พอหายอยาก เพราะว่าเราเคยชินต่อชีวิตก็คือทำให้เหนื่อยง่าย” 4) ระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า “ก็จะมีการติดตามและประสานกับหมอ เพราะบางทีมีชาวบ้านไปต่างจังหวัดไม่ได้อยู่ที่บ้าน ก็จะมีตามมาเจาะเลือดให้ทีหลัง หากเป็นหมู่บ้านอื่นก็จะมีมออบหมายให้ อสม. ที่รับผิดชอบแจ้งให้ทราบ และนำไปแจ้งกับหมออีกทีว่าจะให้คัดกรองอย่างไร และอาจจะมีการลงพื้นที่ มีการติดตามด้วยกลุ่มไลน์ของตำบล โดยมีผู้นำชุมชนผู้ใหญ่บ้าน อยู่ในกลุ่มไลน์เพื่อติดตามผลด้วย”

อภิปรายผล

ระบบการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จังหวัดลำปาง พบว่า มีระบบการให้บริการซึ่งประกอบด้วยประเด็นหลัก (theme) 5 ประเด็น ได้แก่

ประเด็นที่ 1 การนำ ธรรมนูญการขับเคลื่อนนโยบายโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้สะท้อนให้เห็นถึงการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และองค์การบริหารส่วนตำบลได้มีส่วนร่วมในการสนับสนุน กองทุนสุขภาพตำบล พัฒนาสร้างนโยบายสาธารณะให้เกิดขึ้นในชุมชนโดยบูรณาการตั้งแต่ระดับตนเอง ครอบครัว และชุมชน และร่วมกันค้นหาปัญหาและสาเหตุ วางแผนแก้ไขปัญหา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในเรื่องการดูแลสุขภาพ



ตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยมะหรี ตำบลโนนเมือง อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า การสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมมีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน (Worada, M & Prachak B., 2017)

ประเด็นที่ 2 ระบบข้อมูลข่าวสาร และเทคโนโลยี สะท้อนให้เห็นถึงการมีระบบทะเบียนข้อมูลของผู้ป่วยโรคเบาหวานครอบคลุมในทุกพื้นที่ รวมไปถึงข้อมูลกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ข้อมูลมีความทันสมัยและเป็นปัจจุบัน ข้อมูลที่บันทึกในทะเบียนมีทั้งรายบุคคล มีการจัดเก็บข้อมูลพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในแต่ละครัวเรือนเพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์และส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้ป่วยที่ถูกต้องตามบริบท มีการพัฒนาระบบ Thai refer เพื่อการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และยังมีการใช้ระบบการให้คำปรึกษาในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยระหว่างแพทย์และบุคลากรอื่น ๆ โดยใช้เทคโนโลยีเทเลเมดิซีน (telemedicine) ผ่านทางโปรแกรมไลน์ (line) ซึ่งการมีระบบการจัดการข้อมูลสำหรับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ที่ดี มีการเชื่อมโยงและต่อเนื่อง มีส่วนสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพการในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน (Surattana, T., & Benjamas, Sk., 2016)

ประเด็นที่ 3 บุคลากรสุขภาพ ได้สะท้อนให้เห็นถึงการปฏิบัติงานของบุคลากรสุขภาพในการให้การสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรโดยการอบรม mini case manager เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรค มีทักษะการสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการดูแลตนเอง สร้างสัมพันธภาพที่ดีให้ผู้ป่วยเน้นให้มีความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ และเชื่อมั่นในตัวผู้ป่วย ให้การดูแลผู้ป่วยโดย การวางแผนแบบมีส่วนร่วม ตั้งแต่การวิเคราะห์ ทำความรู้จักผู้ป่วย การตั้งเป้าหมายร่วมกัน การกำหนดวิธีการ และ การสนับสนุนด้วยการให้คำแนะนำในเรื่องที่ผู้ป่วยเบาหวานมีความตั้งใจและมั่นใจเป็นรายบุคคล โดยใช้กระบวนการ individual care plan สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยให้พยาบาลเป็นผู้จัดการรายกรณี (diabetes nurse case management) พบว่า การใช้โปรแกรดังกล่าวช่วยทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี (Ubonrat, R & Prapas, S., 2019) และที่มีพยาบาลเวชปฏิบัติหรือเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ มีบทบาทสำคัญที่จะช่วยพัฒนาระบบการให้บริการที่มีประสิทธิภาพให้แก่ผู้ป่วยในสถานบริการปฐมภูมิ รวมทั้งส่งเสริมหรือสนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด Prang, B., 2017)

ประเด็นที่ 4 งบประมาณและทรัพยากร ได้สะท้อนให้เห็นถึง ระบบบริการผู้ป่วยเบาหวานที่มีการเตรียมความพร้อมในด้านงบประมาณ และได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการจัดทำโครงการด้านสุขภาพจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งการจัดสรรงบประมาณและการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนเป็นปัจจัยที่เกื้อหนุนให้การให้บริการด้านสุขภาพให้เกิดประโยชน์สูงสุด (Surattana, T., & Benjamas, Sk., 2016)

ประเด็นที่ 5 การจัดระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้สะท้อนให้เห็นถึง การคัดกรองโรคเบาหวานในชุมชน แบบเชิงรุกและติดตามกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง การจัดบริการผู้ป่วยเบาหวานโดยสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน



จังหวัดลำปาง ปี 2561 พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเอง โดยใช้คู่มือการจัดการตนเองพบว่า มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ และยา ที่ดีกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังการใช้รูปแบบ การดูแลผู้ป่วยเบาหวานลดลง (Kitsuwannaratana1S., Lorga T. and Panchakhan N., 2018)

ระบบการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จังหวัดลำปาง มีกลวิธีที่สอดคล้องกับการส่งเสริมสุขภาพ ของ กฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) ในการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวาน (World Health Organization, 1986) ดังนี้

1. การสนับสนุนข้อมูลสุขภาพ ใช้ในการวางแผนการดำเนินงาน จัดทำนโยบายสาธารณะเน้น การมีส่วนร่วมของชุมชนเกิดประโยชน์ในการแก้ปัญหาอย่างยั่งยืน โดยการให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพให้กับ ชุมชน คำนึงข้อมูลผลการคัดกรองที่แยกกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย โดยถ่ายทอดข้อมูลสู่ระดับพื้นที่ และ เครือข่าย อาสาสมัครสาธารณสุข วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของประชาชนในพื้นที่ เพื่อสร้างกระแสสังคมและ ให้ ผู้มีอำนาจในการจัดทำนโยบายในพื้นที่เห็นความสำคัญในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
2. การเสริมสร้างความสามารถและทักษะให้กับทีมบุคลากรสุขภาพ และผู้ป่วยให้มีการจัดการตนเอง โดยให้ผู้ป่วยได้มีทักษะชีวิตในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพตนเองได้ โดยใช้กระบวนการ DM literacy เพิ่มศักยภาพ ในการดูแลตนเอง เมื่อมีการพัฒนาทักษะดังกล่าวอย่างต่อเนื่องจะทำให้บุคคลมีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพได้ เกิดความเข้าใจในข้อมูล สามารถวิเคราะห์ประเมินข้อมูลสุขภาพได้อย่างถูกต้อง เป็นสิ่งสำคัญ ต่อการตัดสินใจทางสุขภาพที่เหมาะสมทำให้สามารถมีสุขภาพที่ดี รวมทั้งเสริมสร้างความรู้ความสามารถของ บุคลากรสุขภาพโดยมีการอบรม mini case manager ในการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพ มีการปฏิบัติงานกับผู้ป่วยโดยเน้นสัมพันธ์ภาพแบบช่วยเหลือร่วมมือกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน (collaborative relationship) มีความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ เชื่อมั่นในตัวผู้ป่วย ตอบสนองต่อเสียงเรียกและความต้องการของผู้ป่วยให้ถูกต้อง และ การปรับวิธีการให้บริการผู้ป่วยโดยเน้นจัดการตนเองแบบมีส่วนร่วม (self-management) รวมไปถึงการอบรม แก่นนำอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อส่งเสริมในการให้ผู้ป่วย ได้รับคำแนะนำและกระตุ้นติดตามเป็นรายบุคคล เน้นในเรื่องการเข้าถึงระบบบริการได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว และดูแลใกล้ชิด
3. ประสานงานสร้างทีมสุขภาพภาคประชาชน ดำเนินกิจกรรมแบบบูรณาการ ซึ่งคณะกรรมการ ประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ บุคลากรสุขภาพทั้งในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภาคีเครือข่าย เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข เป็นต้น ได้มีการดำเนินกิจกรรม โดยการบูรณาการ ที่มีบุคลากรทางสุขภาพเป็นสื่อกลางระหว่างภาคส่วนในการประสานงานร่วมกันในระดับพื้นที่ โดยการประสานงานขอรับการจัดสรรงบประมาณในการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน กับ หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประสานงานขอสนับสนุนเครื่องเจาะน้ำตาลปลายนิ้วกับ CUP เพื่อให้เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่



การศึกษาศาสนาการณระบบการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จังหวัดลำปาง พบว่า การส่งเสริมสุขภาพที่มีกิจกรรมสอดคล้องกับ six building blocks ขององค์การอนามัยโลก (Shakerishvili, 2009) โดยมีการเริ่มกระบวนการตั้งแต่จุดเริ่มต้นของการดำเนินงานโดยใช้การปรับระบบบริการสุขภาพ เสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนโดยการสนับสนุนให้สร้างนโยบายสาธารณะ มีการจัดการกำลังคนให้เหมาะสมและสอดคล้องกับการทำงานในพื้นที่ พัฒนาศักยภาพของบุคลากร การปรับทัศนคติสร้างสัมพันธภาพบุคลากรกับผู้ป่วยแบบกัลยาณมิตร ทำให้เกิดความไว้วางใจและความร่วมมือระหว่างกัน ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเชื่อและพร้อมปฏิบัติตาม รวมถึงการทำงานร่วมกับเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข ให้บริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยให้กำลังใจ ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด การรับประทานยา และการปฏิบัติตัวที่บ้าน การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและการประสานงาน การใช้เทคโนโลยีต่างๆ ในการเก็บข้อมูล การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยผ่านระบบ Thai refer และการสื่อสารที่ใช้ line application โดยมีการจัดสรรทรัพยากรภายในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเครือข่ายแต่ละอำเภอ และภาคส่วนต่าง ๆ รวมไปถึงงบประมาณในการดำเนินการจัดกิจกรรม โดยเฉพาะองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีเป้าหมายในการดูแลประชาชนมีสุขภาพที่ดี และส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ การบริการสุขภาพที่ใกล้บ้านให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง และที่สำคัญเน้นให้ผู้ป่วยเบาหวานพัฒนาทักษะและความรู้ ในการดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่ดี

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การศึกษานี้ พบว่า สถานการณ์ระบบการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ของจังหวัดลำปางมีการดำเนินการ 5 ประเด็น ได้แก่ 1) การนำ ธรรมนูญการขับเคลื่อนนโยบายโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2) ระบบข้อมูลข่าวสาร และเทคโนโลยี 3) บุคลากรสุขภาพ 4) งบประมาณและทรัพยากร และ 5) การจัดระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยสอดคล้องกลวิธีการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย ดังนี้ 1. การสนับสนุนข้อมูลสุขภาพ ใช้ในการวางแผนการดำเนินงาน จัดทำนโยบายสาธารณะเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนเกิดประโยชน์ในการแก้ปัญหาอย่างยั่งยืน 2. การเสริมสร้างความสามารถและทักษะให้กับทีมบุคลากรสุขภาพ และผู้ป่วยให้มีการจัดการตนเอง 3. ประสานงานสร้างทีมสุขภาพภาคประชาชน ดำเนินกิจกรรมแบบบูรณาการ เพื่อให้บุคคล ครอบครัวและชุมชนสามารถดูแลและจัดการปัญหาสุขภาพของตนได้ด้วยตนเอง จึงมีข้อเสนอแนะว่า

1. ควรพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยเบาหวาน ระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ ต้องวิเคราะห์บริบท และออกแบบระบบบริการ (คน, เงิน, ของ) ที่เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพปัญหาของพื้นที่ตนเอง เช่น ในรายที่ควบคุมไม่ได้ ต้องทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องมากำหนดจัดกิจกรรมโครงการ นอกจากนี้ ควรมีการติดตามประเมินผลกระบวนการดูแล ผลลัพธ์ทางคลินิก เงินทุน และเป้าหมาย เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง



2. ควรพัฒนาความรู้ผู้ให้บริการอย่างต่อเนื่อง มีการประเมินสมรรถนะการดูแลโรคเรื้อรัง เพื่อนำมาสร้างหลักสูตรหรือโปรแกรมการอบรมที่สอดคล้องกับการดูแลโรคเรื้อรัง และพัฒนาความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อเชื่อมการดูแลระหว่างภาครัฐกับภาคประชาชน

3. ควรทบทวนหารูปแบบและวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ให้มีความต่อเนื่อง เชื่อมโยง ส่งต่อข้อมูลระหว่าง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลแม่ข่าย และมีระบบกำกับติดตามอย่างสม่ำเสมอ

4. ระบบบริการผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ควรดำเนินงานให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู จึงจะประสบผลสำเร็จ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคีเครือข่าย และภาคประชาชน จังหวัดจึงควรแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัดที่มีองค์ประกอบจากทุกภาคส่วน เพื่อใช้เป็นกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงาน และสนับสนุนกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเพิ่มเติมประเด็นการจัดการระบบข้อมูล รายงาน และคุณภาพข้อมูล ให้สามารถใช้วางแผนติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

2. ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ของจังหวัดลำปาง

เอกสารอ้างอิง

Catford, J. (2011). *Ottawa 1986: back to the future. Health promotion international, 26, 163-167.*

Retrieved 01 Dec, 2020, from: <https://doi.org/10.1093/heapro/dar081>

Health data center. (2020). *Incidence rates of diabetes.* Retrieved 01 Dec, 2020, from

https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php. (in Thai)

Kitsuwannaratana S., Lorga T. and Panchakhan N. (2018). Development of a diabetes care

model, lampang 2018. *The southern college network journal of nursing and public health, 7(1), 199-214.* (in Thai).

Prang, B. (2017). The effectiveness of self-management program on type 2 diabetic patients in thakor, maesuai district, chaingrai province. *Journal of the police nurses, 9(1), 105-116.* (in Thai).



วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ (Journal of Health Sciences Scholarship)

ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

- Shakerishvili, G. (2009). *Building on health systems frameworks for developing a common approach to health systems strengthening*. Prepared for the world bank, Global fund to fight AIDS, tuberculosis and malaria, and GAVI alliance. Technical workshop on health systems strengthening, Washington, DC, June 25–27. Retrieved 01 Dec, 2020, from, https://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf.
- Streubert, H. J, & Carpenter, D. R. (2007). *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic Imperative (4theds.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Surattana, T., & Benjamas, Sk. (2016). A situation study of using chronic care model in caring for diabetes type 2 patients. *Journal of health science research*, 10(2), 29-40. (in Thai)
- Ubonrat, R & Prapas, S. (2019). Effects of case management program on uncontrolled diabetes mellitus patients. *Journal of health Science*. 28, 146-151. (in Thai)
- Worada, M & Prachak B. (2017). Self-care by patients with diabetes in the regional health promotion hospital Tambon Huai Mary, Non Muang sub-district, Nonsang district Nonbualum Phu province. *The office of disease prevention and control 7 khon kaen*. 24(1), 71-79. (in Thai)
- World Health Organization. (1986). *Ottawa charter for health promotion*. Geneva: World health organization.



Relationship between Knowledge and Practices of Migrant Health Volunteers in Dengue Hemorrhagic Fever Prevention and Control in Mae Sot Municipality, Mae Sot District, Tak Province

Phananpong Padaornary^{*}, Waraporn Boonchieng^{**}, Aksara Thongprachum^{***}

(Received November 16, 2020, Revised: March 1, 2021, Accepted: March 5, 2021)

Abstract

The objective of this cross-sectional study was to investigate the relationship between knowledge and practices of migrant health volunteers on dengue hemorrhagic fever prevention and control in Mae Sot City Municipality, Mae Sot District, Tak Province. The samples of this study were 100 migrant health volunteers in Mae Sot Municipality. The research instrument was a questionnaire divided into 3 parts: Demographic data, Knowledge of Dengue Hemorrhagic Fever and Practices on DHF Prevention and Control. Data were collected by public health officers as interpreters for the respondents. The data were analyzed by descriptive statistics for determining the frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's correlation analysis.

The results revealed that most of the sample had a high level of DHF knowledge (57.0%). In addition, most of the sample had a moderate level of DHF prevention and control practices (49%). Furthermore, DHF knowledge was low positive relation with practices of the sample on dengue hemorrhagic fever prevention and control with a statistical significance level ($r = 0.386$; $P = 0.017$). Therefore, sufficient knowledge on dengue hemorrhagic fever will help in prevention and control. Thus, the researchers recommend that dengue fever prevention and control training program should be organized in the migrant communities with emphasis on educating towards the operations.

Keywords: Dengue hemorrhagic fever; Migrant health volunteers; Disease control

^{*} Master's students Faculty of Public Health, Chiang Mai University, Corresponding author: phananpong@gmail.com

^{**} Associate Professor, Faculty of Public Health, Chiang Mai University

^{***} Lecturer, Faculty of Public Health, Chiang Mai University



ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวในการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตเทศบาลนครแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก

พนานต์พงศ์ ผัดอ่อนอ้าย*, วราภรณ์ บุญเชียง**, อักษรา ทองประชุม***

(วันรับบทความ : 16 พฤศจิกายน 2563, วันแก้ไขบทความ : 1 มีนาคม 2564, วันตอบรับบทความ : 5 มีนาคม 2564)

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในเขตเทศบาลนครแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวในเขตเทศบาลนครแม่สอด ทั้งหมด 100 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ แบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ส่วนได้แก่ ข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก และการปฏิบัติตัวในการป้องกันควบคุมโรค เก็บข้อมูลโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นล่ามแปลภาษาในตอบแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า ระดับความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 57.00 ส่วนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกพบว่า การปฏิบัติตัวโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.0 และเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกพบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยภาพรวม $r = 0.386$ ($P = 0.017$)

ดังนั้นควรมีการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนต่างด้าวโดยการเน้นในการให้ความรู้ที่จะนำไปสู่การปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ได้

คำสำคัญ: โรคไข้เลือดออก;อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว;การป้องกันและควบคุมโรค

* นักศึกษาระดับปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ผู้ประสานงาน: phananpong@gmail.com

**รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

***อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



บทนำ

โรคไข้เลือดออกจัดเป็นโรคประจำถิ่นที่มีความรุนแรงของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี โรคนี้ยังไม่มียารักษาโดยเฉพาะ จึงทำให้มีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตทุกปี ปัญหาหลักที่ทั่วโลกเผชิญ คือ เข้าถึงการรักษาล่าช้า จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ได้รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกว่าเป็น 1 ใน 40 โรคที่หนักกลับมาแพร่ระบาดใหม่และกำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขในกว่า 100 ประเทศ โดยมีผู้ติดเชื้อทั่วโลกปีละกว่า 50 - 100 ล้านราย ทั้งนี้พาหนะของโรค คือ ยุงลาย โดยยุงตัวเมียออกหากินในเวลากลางวันและดูดเลือดคนเป็นอาหารตลอดวงจรชีวิต ยุง ตลอดเวลาที่ผ่านมาทุกประเทศยังต้องอาศัยความร่วมมือจากทั้งภาคประชาชน ภาครัฐ และภาคเอกชน ร่วมมือกันอย่างจริงจังในการป้องกันและควบคุมโรคอย่างเต็มศักยภาพเพื่อลดการระบาดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเหมาะสมทุกพื้นที่ (Department of disease control, 2015)

ประเทศไทยยังคงมีรายงานการระบาดของโรคไข้เลือดออกอยู่ตลอดมา โดยสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในเขตพื้นที่สุขภาพที่ 2 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 สิงหาคม พ.ศ.2561 พบผู้ป่วย 2,517 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 90.0 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 5 ราย คิดเป็นอัตราตาย 0.14 ต่อแสนประชากร จังหวัดที่มีผู้ป่วยสูงสุด ได้แก่ จังหวัดพิษณุโลก 972 ราย รองลงมาได้แก่จังหวัดตาก 862 ราย เพชรบูรณ์ 719 ราย สุโขทัย 438 ราย และอุดรดิตถ์ 206 ราย พบผู้ป่วยชายมากกว่าเพศหญิง อัตราส่วน 1.08 : 1 สำหรับผู้ป่วยในเดือนสิงหาคม 2561 มีจำนวนผู้ป่วย 670 ราย น้อยกว่าเดือนกรกฎาคม 2561 (926 ราย) แต่มากกว่าปี 2560 ค่ามัธยฐานในช่วงเวลาเดียวกัน (Epidemiology & intelligence section the office of disease prevention and control 2 Phitsanulok, 2018)

อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก เป็นพื้นที่ชายแดนทางทิศตะวันตกของประเทศไทยมีอาณาเขตติดต่อกับประเทศเมียนมา ดังนั้นจึงมีประชากรชาวเมียนมาเข้ามาอาศัยอยู่ในพื้นที่มากกว่า 100,000 คน โดยกระจายอยู่ตามสถานประกอบการต่างๆ และในชุมชนต่างชาติ ในปัจจุบันอำเภอแม่สอดมีการขยายตัวเป็นเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดน และคาดว่าเมื่อมีการเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนในปี พ.ศ. 2558 ทำให้เกิดเกิดการเคลื่อนย้ายของประชากรชาวเมียนมาเข้ามาในพื้นที่อำเภอแม่สอดมากยิ่งขึ้น ดังนั้น จึงส่งผลกระทบต่อปัญหาสาธารณสุข ได้แก่ โรคไข้เลือดออก เป็นต้น ในปี พ.ศ. 2561 พบคนต่างด้าวป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกทั้งหมด 36 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 30.04 ต่อแสนประชากร (Mae Sot District Health Office, 2018) ปัจจัยที่ทำให้โรคไข้เลือดออกมีการขยายพื้นที่การระบาดออกไปอย่างกว้างขวาง คือ การเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรแรงงานต่างชาติที่อพยพเข้ามาอาศัยอยู่ในประเทศไทย ในอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก มีการเคลื่อนย้ายของประชากรโดยการคมนาคมทั้งทางบก ทางอากาศ และทางน้ำ เข้ามาพักอาศัยอยู่ในอำเภอแม่สอด และมักจะอยู่รวมกันเป็นชุมชนเล็กๆ แผงตัวอยู่ในชุมชนคนไทย มีการปลูกสร้างบ้านขึ้นมาเองหรือเช่าห้องแถว เพื่อการอยู่อาศัย เป็นต้น การเข้ามาอยู่กันอย่างหนาแน่นนี้เองส่งผลต่อสุขภาพสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะปัญหาเรื่องการทิ้งขยะไม่เป็นที่ การใช้ห้องส้วม การใช้บ่อน้ำที่ไม่ถูกสุขลักษณะส่งผลให้เกิดโรคติดต่อ เช่น อหิวาตกโรคในกลุ่มชาวต่างชาติเมื่อปี พ.ศ.2550 โดยพบเป็น



ชาวต่างชาติป่วยมากกว่าคนไทยถึง 7 เท่า โรคไข้เลือดออกเป็นโรคหนึ่งที่เป็นปัญหาตามมาซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุข (Peanumlom, P., 2019)

อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว หรือ อสต. เกิดจากมูลนิธิศุภนิมิตได้เข้าไปทำงานกับกลุ่มคนข้ามชาติในด้านสุขภาพ ซึ่งพบปัญหานอกจากการสื่อสารที่ไม่เข้าใจด้วยภาษาที่ต่างกันแล้ว ยังมีเรื่องความไว้วางใจ ดังนั้นจึงได้รับสมัครอาสาสมัครที่เป็นคนข้ามชาติมาร่วมอบรมเพื่อทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลสุขอนามัยและสาธารณสุข รวมถึงการป้องกันโรคในกลุ่มคนข้ามชาติด้วยกัน โดยเรียกว่า “อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว” (อสต.) และเริ่มปฏิบัติหน้าที่เป็นจิตอาสาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 โดยไม่มีค่าตอบแทน ปฏิบัติงานในชุมชนที่กลุ่มแรงงานต่างด้าวอาศัยอยู่ อีกทั้งยังได้รับการอบรมพัฒนาความรู้เรื่องสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง เป็นตัวแทนคนต่างด้าวในชุมชน เฝ้าระวังควบคุมโรคและให้คำแนะนำด้านสุขอนามัยขั้นพื้นฐานให้คนในชุมชน (World Vision, 2017)

การเข้ามาอาศัยในประเทศไทยของประชากรชาวเมียนมาที่เป็นจำนวนมากนี้ อาจส่งผลกระทบต่อควบคุมโรคป้องกันโรคของไทย ซึ่งการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจึงเป็นเรื่องหนึ่งที่สำคัญ เมื่อพิจารณาจากภาระของโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ชุมชนต่างด้าวในเขตเทศบาลนครแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ที่มีแรงงานข้ามชาติอาศัยอยู่จะมีลักษณะอยู่ติดกันทั้งชุมชน มีแหล่งขยะ และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก และที่ผ่านมายังพบการระบาดของโรคไข้เลือดออกในชุมชน และมีแนวโน้มที่จะเกิดโรคระบาดมากขึ้นดังสถิติการระบาดของโรคไข้เลือดออกข้างต้น จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยเป็นผู้ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่จึงสนใจศึกษาความรู้และการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวในเขตเทศบาลนครแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก เพื่อที่จะนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตเทศบาลนครแม่สอด เพื่อลดการระบาดของโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ในเขตเทศบาลนครแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก
2. เพื่อศึกษาระดับการปฏิบัติงานการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ในเขตเทศบาลนครแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในเขตเทศบาลนครแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก



นิยามศัพท์

ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก หมายถึง กระบวนการทางด้านความคิดที่เกิดขึ้นในตัวของผู้อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ในด้านสาเหตุ อาการ ของโรคไข้เลือดออกและการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออก หมายถึง การกระทำหรือแสดงออกถึงการเตรียมความพร้อมในการกำจัดลูกน้ำยุงลายและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายเพื่อให้การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกมีประสิทธิภาพ ในระยะก่อนการระบาดและในระยะที่เกิดโรคระบาด

อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว หมายถึง บุคคลชาวต่างด้าวที่มีสัญชาติเมียนมาที่เข้ามาอาศัยอยู่ในประเทศไทยบริเวณพื้นที่เขตเทศบาลนครแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปฏิบัติหน้าที่เป็นจิตอาสาด้านสาธารณสุขและได้รับการอบรมความรู้ด้านสุขภาพจากบุคลากรสาธารณสุขของคนไทย รับผิดชอบทั้งหมดจำนวน 7 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนโมฮายีริน ชุมชนบังคลาเทศ ชุมชนอัลซอร์ ชุมชน มะดินะห์ ชุมชนคอกควาย ชุมชนบัวควน และชุมชนร่วมใจ ในเขตเทศบาลนครแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก

ขอบเขตการศึกษา

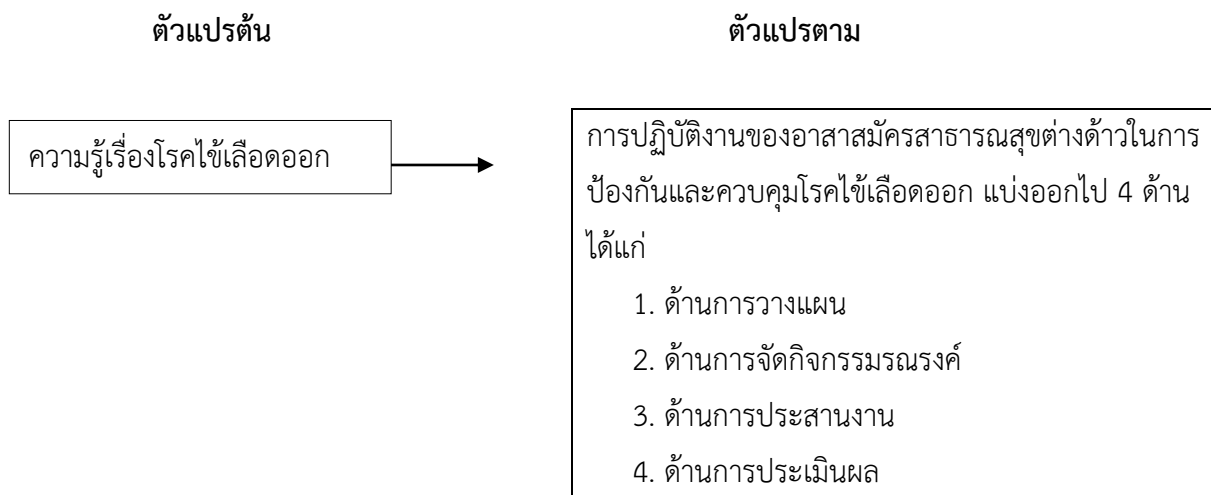
การศึกษานี้มีขอบเขตการวิจัย 4 ด้าน คือ 1) ด้านเนื้อหามุ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตเทศบาลนครแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก 2) ด้านประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวในเขตเทศบาลนครแม่สอด ทั้งหมดจำนวน 100 คน 3) ด้านพื้นที่ คือ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ที่ยังอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก และ 4) ด้านเวลา ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2562 – กรกฎาคม พ.ศ.2563

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาข้อมูลงานวิจัยโรคไข้เลือดออกผู้วิจัยพบว่าการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขและพฤติกรรมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกยังอยู่ในระดับ ปานกลางและต่ำตามลำดับ และบริเวณพื้นที่ที่มีชาวต่างด้าวอาศัยอยู่ยังเกิดการระบาดของโรคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Peanumlom, P., 2019) จึงควรมีการกระตุ้นจากองค์กรภาครัฐให้ประชาชนชาวไทยและชาวต่างด้าวที่อาศัยอยู่ในอาณาเขตประเทศไทย รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขชาวต่างชาติมีการดำเนินการอย่างจริงจังและสม่ำเสมอเพื่อส่งเสริมความเข้มแข็งในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนต่างด้าวในประเทศไทยรวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขชาวต่างด้าวมีการดำเนินการอย่างจริงจังและสม่ำเสมอเพื่อส่งเสริมความเข้มแข็งในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนต่างด้าวในประเทศโดยเฉพาะพื้นที่เขตเทศบาลนครแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตากให้เกิดการระบาดของโรคน้อยลงแนวคิดนี้ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติงานของ



อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในเขตเทศบาลนครแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ตามภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินงานวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional study) มีระยะเวลาในการศึกษาเดือน ตุลาคม พ.ศ.2562 – กรกฎาคม พ.ศ.2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ที่ยังอาศัยอยู่ในเขต เทศบาลนครแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ทั้งหมดจำนวน 100 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการดำเนินงานป้องกันควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกโดยอาสาสมัครสาธารณสุขและวิธีปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบล บงตัน อำเภอดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ (Narupol Punya N.,2014) ซึ่งแบบสอบถามเป็นภาษาไทย ส่วนผู้ตอบ แบบสอบถามเป็นภาษาเมียนมาและใช้ภาษาเมียนมาผ่านการสื่อสาร โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สามารถสื่อสาร เป็นภาษาเมียนมาได้ แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปของประชากรที่ที่ศึกษามีลักษณะเป็นแบบสำรวจรายการ (check lists) โดยถาม เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาในการปฏิบัติ หน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข และจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ



ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกของ เป็นแบบเลือกตอบถูกผิดจำนวน 20 ข้อ คะแนนเต็มทั้งหมด 20 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน แปลผลการแบ่งกลุ่มระดับความรู้ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนแบบเกณฑ์อ้างอิงตามหลักการ learning for mastery ของ Bloom (1971) คำนวณเป็นร้อยละ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับสูง หมายถึง คะแนนระหว่าง 16 – 20 คะแนน (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)

ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนระหว่าง 12 -15 คะแนน (ร้อยละ 60 – 79)

ระดับต่ำ หมายถึง คะแนนระหว่าง 0 – 11 คะแนน (ต่ำกว่าร้อยละ 60)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกของ อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ประกอบด้วย ด้านการวางแผน 5 ข้อ ด้านการจัดกิจกรรมรณรงค์ 11 ข้อ ด้านการประสานงาน 5 ข้อ และด้านการประเมินผล 6 ข้อ รวมทั้งหมด 27 ข้อ มีเกณฑ์การวัด 3 ระดับ ดำเนินการประจำได้ 3 คะแนน ดำเนินการบางครั้งได้ 2 คะแนน และไม่ได้ดำเนินการได้ 1 คะแนน โดยมีคะแนนเต็ม 81 คะแนน เพื่อใช้ในการแปลความเป็นอันตรภาคชั้น 3 ระดับ (rating scales) (Chujai Kuharatanachai, 1999)

เกณฑ์การให้คะแนนวัดระดับการปฏิบัติงาน เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

ระดับสูง หมายถึง คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 69 คะแนน

ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนระหว่าง 49 – 68 คะแนน

ระดับต่ำ หมายถึง คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 48 คะแนน

การแปลผลการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรค 4 ด้าน พิจารณาจากคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามคิดค่าคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด) จำนวนชั้น สรุปลงเป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก ระดับปานกลาง และระดับน้อย ตามเกณฑ์ของ Best (1977) ดังนี้

$$\text{ช่วงคะแนน} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{3 - 1}{3} = 0.66$$

โดยแบ่งคะแนนได้ 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับการปฏิบัติงาน
2.34 - 3.00	ระดับมาก
1.67 - 2.33	ระดับปานกลาง
1.00 - 1.66	ระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือใน ความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องครบถ้วน ครอบคลุมเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ด้านความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ได้ค่า IOC ในภาพรวม เท่ากับ 0.72 ด้านการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกตรวจสอบได้ค่า IOC ในภาพรวม เท่ากับ 0.77



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงเนื้อหาและไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว นอกเขตเทศบาลนครแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก จำนวน 30 คน ซึ่งแบบความรู้หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร $KR - 20$ ได้ค่าเท่ากับ 0.72 ในส่วนของการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.88

วิธีการเก็บข้อมูล

1. ติดต่อประสานงานอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวในเขตเทศบาลนครแม่สอดเพื่อขอความร่วมมือเข้าเก็บข้อมูลในพื้นที่ และแจ้งกำหนดวัน เวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้ศึกษาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมด้วยทีมงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สามารถสื่อสารเป็นภาษาเมียนมาได้

2. การสอบถามมีการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนรายละเอียดของการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้ประชากรที่ศึกษาทราบทุกประเด็น พร้อมชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของประชากรที่ศึกษาในการที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการให้ข้อมูล รวมทั้งสามารถถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลาหากต้องการ โดยไม่มีผลเสียใดๆ ใช้ภาษาเมียนมาโดยผ่านการสื่อสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สามารถสื่อสารเป็นภาษาเมียนมาได้ และเก็บข้อมูลการศึกษาดังกล่าวจะถูกปกปิดไว้เป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลในภาพรวมของการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ศึกษาได้คำนึงถึงจริยธรรมและมีการพิทักษ์สิทธิประชากรศึกษาโดยขออนุมัติรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ ET 007/2563 วันที่ 27 มีนาคม พ.ศ.2563 - 27 มีนาคม พ.ศ.2565 และคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก เอกสารเลขที่ MSHP 008/2563 วันที่ 30 มีนาคม พ.ศ.2563 - 30 มีนาคม พ.ศ.2564

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.0 รองลงมา คือ เพศชายร้อยละ 16.0 ส่วนใหญ่มีอายุ 36 – 59 ปี ร้อยละ 44.0 รองลงมาคือช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 22.0 และอายุ 22 – 35 ปี ร้อยละ 21 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ มีคู่ร้อยละ 67.0 รองลงมา คือ โสดร้อยละ 17 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ประถมศึกษาร้อยละ 54.0 รองลงมา ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 20.0 อาชีพหลักส่วนใหญ่เป็นแม่บ้านร้อยละ 45.0 รองลงมาอาชีพรับจ้างร้อยละ 28.0 รายได้ที่ได้รับต่อครอบครัวส่วนใหญ่ ไม่พอใช้



เป็นหนี้ ร้อยละ 46.0 รองลงมา พอใช้ไม่มีเก็บ ร้อยละ 28.0 ได้รับการคัดเลือกเป็นอาสาสมัครเป็น อสต. และปฏิบัติงานส่วนใหญ่ 0 – 5 ปี ร้อยละ 61.0 รองลงมาคือ 6 -10 ปี ร้อยละ 22.0 และมีหลังคาเรือนที่ดูแลรับผิดชอบ 10 - 50 หลังคาเรือน ส่วนใหญ่ ร้อยละ 91.0 รองลงมา คือ 51 – 100 หลังคาเรือนร้อยละ 6.0 และ 101 – 150 หลังคาเรือน ร้อยละ 2.0

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก

ตารางที่ 1 ระดับความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว เขตเทศบาลนครแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก (n=100)

ระดับความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (16 – 20 คะแนน)	57	57.0
ระดับปานกลาง (12 - 15 คะแนน)	33	33.0
ระดับรู้ต่ำ (0 - 11 คะแนน)	10	10.0

Mean = 16.33, S.D = 3.22, min =11, max =20

จากตารางที่ 1 พบว่า ระดับความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 57.0 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 33.0 และระดับต่ำ ร้อยละ 10.0

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว เขตเทศบาลนครแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก

ตารางที่ 2 ระดับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวเขตเทศบาลนครแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก (n=100)

ระดับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (≥ 69 คะแนน)	25	25.0
ระดับปานกลาง (49 – 68 คะแนน)	49	49.0
ระดับต่ำ (≤ 48 คะแนน)	26	26.0

Mean = 58.00, S.D = 14.46, min = 27, max = 77

จากตารางที่ 2 พบว่า ระดับการปฏิบัติงานงานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 49.0 รองลงมาคือ ระดับต่ำ ร้อยละ 26.0 และระดับสูง ร้อยละ 25.0

**ตารางที่ 3** ระดับการปฏิบัติงานรายด้านของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (n=100)

ตัวแปร	Mean	S.D.	ระดับ
การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก			
ในภาพรวม	1.89	0.77	ปานกลาง
ด้านการวางแผน	2.30	0.55	ปานกลาง
ด้านการจัดกิจกรรมรณรงค์	2.44	0.76	มาก
ด้านการประสานงาน	2.33	0.90	ปานกลาง
ด้านการประเมินผล	2.03	0.84	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 ระดับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ผลการปฏิบัติงานป้องกันโรคไข้เลือดออกในแต่ละด้าน ได้แก่ ด้านการวางแผน อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.30, S.D. = 0.55) ด้านการจัดกิจกรรมรณรงค์ อยู่ในระดับสูง (Mean = 2.44, S.D. = 0.76) ด้านการประสานงานอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.33, S.D. = 0.90) และด้านการประเมินผล อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.03, S.D. = 0.84)

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตเทศบาลนครแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก รายด้าน

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก รายด้านและโดยภาพรวม

ตัวแปร	r	p - value
ด้านการวางแผน	- 0.057	0.573
ด้านการจัดกิจกรรมรณรงค์	- 0.135	0.181
ด้านการประสานงาน	- 0.207	0.039*
ด้านการประเมินผล	- 0.289	0.004*
โดยภาพรวม	0.368	0.017*

*p - value < .05

จากตารางที่ 4 พบว่า ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในภาพรวม อยู่ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



ที่ระดับ 0.017 และมีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางลบกับการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการประสานงาน ($p = 0.039$) และด้านการประเมินผล ($p = 0.004$)

อภิปรายผล

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในครั้งนี้สามารถอภิปรายผล ได้ดังต่อไปนี้

1. ระดับความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวมีระดับความรู้ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีระดับความรู้ในเรื่องโรคไข้เลือดออกที่มีคะแนนสูงได้แก่ การควบคุมลูกน้ำยุงลาย เช่น การขุดลอกรางระบายน้ำรอบบ้านไม่ให้มีน้ำขังเป็นวิธีทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในชุมชนได้ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้สะอาดไม่ให้มีแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำ คือ หลัก 5 ป. และการปล่อยปลากินลูกน้ำซึ่งเป็นวิธีหนึ่งในการป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออก เป็นต้น ทั้งนี้เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวได้รับการฝึกอบรมและพัฒนาความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของภาครัฐและเอกชนเป็นประจำทุกปี นอกจากนี้แล้วยังมีอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวส่วนหนึ่งปฏิบัติงานมาแล้ว 6 – 10 ปี ร้อยละ 22.00 ซึ่งถือว่าเป็นผู้ที่มิประสบการณในการทำงานในเรื่องนี้มาอย่างดีจึงส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวมีความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกสูงสอดคล้องกับการศึกษาของ (Winai Panoan, 2017) ที่ศึกษาเรื่อง ความรู้และทักษะในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน พบว่า อาสาสมัครประจำหมู่บ้านมีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีความรู้มากที่สุดในเรื่องการกำจัดลูกน้ำยุงลายโดยการคว่ำภาชนะไม่ให้มีน้ำขัง ควรทำต่อเนื่องติดต่อกันที่ทุก 7 วัน การกำจัดลูกน้ำ ยุงลายโดยการคว่ำภาชนะไม่ให้มีน้ำขัง ควรทำต่อเนื่องติดต่อกันทุก 7 วัน รองลงมาในเรื่องไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่ออันตรายโดยมียุงลายเป็นพาหะนำโรคและเรื่องผู้ที่ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกแล้วสามารถเป็นซ้ำได้หากถูกยุงลายที่มีเชื้อโรคไข้เลือดออก เป็นต้นสอดคล้องกับการศึกษาของ (Wimonrat Tanomsidachai & et. al, 2016) ที่ทำการศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 74.1 สอดคล้องกับของ (Atitap Jinda, 2014) ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดพังงา พบว่า ด้านความรู้เรื่องไข้เลือดออกของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง รองลงมาที่มีความรู้ในระดับปานกลาง เนื่องมาจากการที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดพังงาส่วนใหญ่เป็น ผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่มานานปฏิบัติหน้าที่มากกว่า 10 ปี และได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่องประกอบกับการได้รับความรู้จากสื่อต่าง ๆ ที่มีอยู่อย่างแพร่หลาย ไม่ว่าจะเป็นโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต รวมทั้งเอกสารเผยแพร่ ต่าง ๆ จึงส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน



ในจังหวัดพังงา ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีความรู้ในระดับสูง และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ (Bunnapat Chaimay and Pattama Rakkua, 2017) เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลแหลมโดนด อำเภอกวนขนุน จังหวัดพัทลุง พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง (79.82%) โดยมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เท่ากับ (Mean 13.25, SD. 1.67) จากการศึกษาบทบาทในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่มีบทบาทในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (71.05%) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า บทบาทในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกทุกด้านอยู่ในระดับสูงทั้งหมด ได้แก่ การสื่อสารสาธารณสุข เป็นต้น

2. การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า ภาพรวมอยู่ใน ระดับปานกลาง เมื่อจำแนกแต่ละด้านของการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้แก่ ด้านการประสานงานอยู่ในระดับปานกลาง เพราะ บางชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขคนไทย ประชานชุมชนคนไทย สามารถสื่อสารเป็นภาษาเมียนมาได้ แต่บางชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขคนไทย ประชานชุมชนคนไทย ไม่สามารถสื่อสารเป็นภาษาเมียนมา จึงทำให้การประสานงานอยู่ในระดับปานกลาง เป็นต้น และด้านการวางแผนอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติไม่ได้เข้าร่วมประชุมวางแผนกับอาสาสมัครสาธารณสุขคนไทย และไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน จึงทำได้เพียงให้ความร่วมมือในด้านการจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกบางครั้งและไม่ต่อเนื่อง จึงทำให้การประสานงานอยู่ในระดับปานกลาง เป็นต้น ส่วนด้านการประเมินผล อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากการประเมินผลแต่ละชุมชนให้ความร่วมมือต่างกันบางชุมชนได้รับความร่วมมือที่ดี บางชุมชนไม่ได้รับความร่วมมือที่ดีจึงทำให้โรคไข้เลือดออกยังระบาดอยู่ในชุมชนที่มีลักษณะเป็นเขตเมืองและเป็นพื้นที่ติดชายแดน ทำให้มีการระบาดอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ (Narupol Punya, 2014) พบว่า การดำเนินงานป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขตำบล บงตัน อำเภอดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ มีระดับการดำเนินงานในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เช่น การแจกจ่ายและใส่ทรายกำจัดลูกน้ำในภาชนะกักเก็บน้ำแกคร้วเรือนในละแวกบ้านที่รับผิดชอบอย่างสม่ำเสมอ เข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่จัดขึ้นในหมู่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ และประสานงานเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นประจำ และสอดคล้องกับการศึกษาของ (Wasana Chomnanwat, 2013) เรื่อง การดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในตำบลงเหนือ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ ด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่าการประเมินผลภาพรวมอาสาสมัครสาธารณสุข ได้ปฏิบัติตามโครงการป้องกันโรคไข้เลือดออก ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด อยู่ในระดับปานกลาง สำหรับการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีการแต่งตั้งคณะกรรมการและมอบหมายหน้าที่อย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน มีการสำรวจปัญหา ความต้องการของชุมชนก่อนดำเนินงาน มีการเตรียมชุมชนในการดำเนินงาน และการนำผลการ



วิเคราะห์ข้อมูลในด้านต่างๆ มาใช้ในการดำเนินงานโครงการป้องกันโรคไข้เลือดออก ได้แก่ การจัดสิ่งแวดล้อมไม่ให้เอื้อต่อการเกิดโรค การกำจัดทำลายลูกน้ำ ยุงลายและแหล่งเพาะพันธุ์อย่างต่อเนื่องทุก 3 เดือน หากพบแหล่งเพาะพันธุ์ จะดำเนินการพ่นหมอกควันในหมู่บ้านในฤดูฝนเพื่อป้องกันการระบาดของยุงลาย มีการสำรวจลูกน้ำยุงลายในทุกหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ และการใส่ทรายอะเบทในภาชนะที่มีน้ำขัง เป็นต้น โดยกรมควบคุมโรคเป็นผู้สนับสนุนประสานจัดทำแผนยุทธศาสตร์กำหนดมาตรการสนับสนุนทางวิชาการและการประสานงานติดตามควบคุม กำกับ เน้นการปฏิบัติงานแบบบูรณาการรวมถึงการทำงาน (functional) ร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ซึ่งจำเป็นต้องมีกรอบทิศทางในการจัดการกับปัญหาโรคไข้เลือดออกที่เหมาะสมและทำได้จริงทั้งในระดับส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ดังนั้นการประเมินผลการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกระดับประเทศในพื้นที่เฉพาะ เช่น พื้นที่ชายแดนที่มีแรงงานต่างด้าวอาศัยอยู่เป็นจำนวนมากมีความเสี่ยงสูงที่จะมีการระบาดของโรคไข้เลือดออก แรงงานต่างด้าวเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญเนื่องจากจะส่งผลกระทบต่อคนไทยผ่านโรคติดต่อบางชนิดที่กำลังจะหมดไปจากประเทศไทย แต่มีแนวโน้มว่าอาจกลับเข้ามาเป็นปัญหาในสังคมไทยอีกครั้ง เช่น มาลาเรีย โรคอุจจาระร่วง วัณโรค และโรคไข้เลือดออกที่พบมากในแรงงานต่างด้าว (Department of Disease control, 2018)

3. ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.017 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์แต่ละด้านของการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจะ พบว่า ยังมีข้อจำกัดอยู่บางประการ เช่น การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ยังมีข้อจำกัดเนื่องจากอาสาสมัครเป็นแรงงานข้ามชาติ ต้องทำงานเลี้ยงชีพไม่สามารถปฏิบัติงานได้เต็มประสิทธิภาพยัง อีกทั้งยังไม่มีสวัสดิการคุ้มครองอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ในส่วนของความสัมพันธ์ของการดำเนินงานพบว่า 1. ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ด้านการวางแผน ($r = -0.057$, $p\text{-value} = 0.573$) มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางตรงกันข้ามและไม่มีความสำคัญทางสถิติ กล่าวคืออาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวมีความรู้สูงเรื่องไข้เลือดออกสูง แต่การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกด้านการวางแผนต่ำ 2. ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ด้านการจัดกิจกรรมรณรงค์ ($r = -0.135$, $p\text{-value} = 0.181$) มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางตรงกันข้าม และไม่มีความสำคัญทางนัยสถิติ กล่าวคือ ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกสูง แต่การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ด้านการจัดกิจกรรมรณรงค์ต่ำ 3. ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกกับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ด้านการประสานงาน ($r = -0.207$, $p\text{-value} = 0.039$) มีความสัมพันธ์ไปในทางทิศทางตรงกันข้ามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ มีความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกสูง แต่การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกด้านการประสานงานต่ำ และ 4. ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกกับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ด้านการประเมินผล ($r = -0.289$, $p\text{-value} = 0.004$)



มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางตรงกันข้ามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งตามทฤษฎีการเรียนรู้สู่การปฏิบัติที่ว่าด้วยความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติ นั้น คือ บุคคลที่มีความรู้ย่อมส่งผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม สำหรับทางอ้อมมีทัศนคติเป็นตัวกลางทำให้เกิดการปฏิบัติในเรื่องนั้นในจากการศึกษาครั้งนี้เน้นเรื่องความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกและการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก นั้นหมายความว่ามีความรู้สูงย่อมมีการปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เช่น พฤติกรรมที่ต้องใช้ความรู้ ความสามารถในการป้องกันโรคไข้เลือดออก เช่น มีความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกจึงมีการสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นต้น (Vachira Vachiajutipong, 2005) จากการศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมของพื้นที่ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ได้รับการอบรมความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นประจำต่อเนื่องทุกปี มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนให้ถูกต้องตามหลักสุขอนามัยเพื่อสุขภาพของตนเอง ตลอดจนให้การช่วยเหลือขั้นพื้นฐานของคนในชุมชนโดยคำว่า อสต. (อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว) ซึ่งผวนมาจาก อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) ของคนไทยมีบทบาทหน้าที่เหมือนกันโดยยึดกรอบการทำงานตาม “องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐานดังกล่าวประกอบด้วยบริการแบบผสมผสาน และความรู้เรื่องไข้เลือดออกเป็นส่วนหนึ่งขององค์ประกอบงานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ส่วนงานสาธารณสุขมูลฐานประกอบด้วย 4 ด้าน คือ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพอนามัย การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ เป็นต้น เมื่อได้รับความรู้ที่ถูกถ่ายทอดมาจากบุคคลากรด้านสาธารณสุขเป็นประจำทุกปีแล้ว สามารถปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่เขตเทศบาลนครแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก โดยการปฏิบัติหน้าที่ตามหลักการสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายเพื่อการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกในชุมชนก่อนเกิดโรค และหลังการเกิดโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Pongpot Peanumlom and Tawisa Aompong, 2014) สอดคล้องกับการศึกษาของ (Narupol Punya, 2014) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขกรณีการระบาดของโรคไข้เลือดออก เนื่องจากการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีกิจกรรมหลัก ทั้งหมด 4 ด้านคือ ด้านการวางแผนในการดำเนินงาน ด้านการจัดกิจกรรมรณรงค์ในชุมชน ด้านการประสานงานกับบุคคลและหน่วยงานต่างๆ และด้านการประเมินผลการดำเนินงานทั้งก่อน ระหว่าง และหลังจากการระบาดของโรคไข้เลือดออก และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ (Sririchai Janphum & et. Al., 2014) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมกับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น พบว่าการความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมและการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ด้านการตัดสินใจ การปฏิบัติการ ด้านการรับผลประโยชน์ยังอยู่ในระดับปานกลาง เป็นต้น



ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ให้ข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

1. ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ควรมีการจัดอบรมพัฒนาความรู้เพิ่มเติมให้อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวได้มีความรู้เพิ่มมากขึ้นในเรื่องวงจรชีวิตของยุงลาย การกำจัดลูกน้ำยุงลายโดยใช้ทรายอะเบท ช่วงเวลาในการออกหาถิ่นของยุงลาย และฤดูกาลระบาดของโรคไข้เลือดออก เป็นต้น

2. ด้านการวางแผน ควรมีการจัดทำแผนและดำเนินงานตามแผนป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสต. ร่วมกับ ผู้นำชุมชน อสม.ไทย ประชาชนทั้งคนไทยต่างด้าวในชุมชนได้มีส่วนร่วมวางแผน กำหนดอยู่ในมาตรการการดำเนินงานด้านสิ่งแวดล้อมในชุมชนประจำปีงบประมาณนั้นๆ และเสนอโครงการร่วมพัฒนาและแก้ไขปัญหาเรื่องโรคไข้เลือดออกในระดับชุมชนเพื่อของบประมาณควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนต่างด้าว เป็นต้น

3. ด้านการจัดกิจกรรมรณรงค์

3.1 ควรมีการประชาสัมพันธ์ประชาชนทั้งคนไทยและต่างด้าวทุกคนร่วมรับผิดชอบ เฝ้าระวังลูกน้ำยุงลายในบ้านพักอาศัยของตนเอง

3.2 ควรกำหนดให้มีการสำรวจลูกน้ำยุงลาย ใส่ทรายอะเบท เลี้ยงปลาในลูกน้ำตามบ้าน และอุปกรณ์ป้องกันการวางไข่ของลูกน้ำยุงลาย ทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการระบาดของโรคไข้เลือดเป็นกิจกรรมประจำที่ทำร่วมกัน

3.3 ควรมีการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกในละแวกบ้านของประชาชนในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว และประชาชนต่างชาติทุกคน ควรเข้าร่วมกิจกรรมควบคุมโรคไข้เลือดออกที่จัดขึ้นในชุมชนคนไทยและต่างด้าว

3.4 อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวควรจัดรณรงค์แจกทรายอะเบทในพื้นที่ที่ตนเองรับผิดชอบ เป็นประจำทุกเดือน และแนะนำให้ประชาชนในชุมชนปิดฝาภาชนะสำรองน้ำ ทำความสะอาดบ้านเรือนไม่ให้เป็นที่แหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย

4. ด้านการประสานงาน ควรมีการประสานงานระหว่าง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน สมาชิกเทศบาล นครแม่สอด อสม. อสต. ศูนย์การเรียนรู้ต่างด้าว ในการจัดกิจกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนทุกครั้งเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชนเพิ่มมากขึ้น

5. ด้านการประเมิน ควรร่วมตรวจสอบ ประเมินผล และชี้แจงข้อมูลด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสต. ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. รวมถึงสรุปการดำเนินงานเป็นประจำทุกปี เพื่อพัฒนาและต่อยอดการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้มีประสิทธิภาพ



ข้อเสนอในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรศึกษาการเปรียบเทียบความรู้และการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวในเขตและนอกเขตเทศบาล อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก

ข้อจำกัดของการศึกษา

จากผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีข้อจำกัดทางการศึกษา ดังนี้

1. เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวเป็นชาวเมียนมา จึงต้องสื่อสารโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สามารถสื่อสารเป็นภาษาเมียนมา
2. เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) จึงไม่สามารถเชิญอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวมาสอบถามได้จึงต้องปรับเปลี่ยนเป็นโทรศัพท์ และไปสอบถามที่บ้านพักทำให้ใช้ระยะเวลาหลายวันในการสอบถามจนกว่าจะครบ 100 ราย

เอกสารอ้างอิง

- Best, John. (1977). *Research in education*. New jersey: Prentice hall, Inc.1977
- Bloom, Benjamin S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw - Hill.
- Chaimay, B. ,Rakkua, P. (2017). Factors affecting the role of dengue hemorrhagic fever prevention and control among village health volunteers. Phatthalung province. *Thaksin university journal*, 21(1), 31 – 39. (in Thai)
- Chinda, A. (2017). Factors effecting performance in control and prevention of dengue hemorrhagic fever of village health volunteers in phangnga province. *Suratthani hospital Region 11 medical journal*, (31)3, 554 – 567. (in thai)
- Chomnanwet, W. (2013). *Performance evaluation of the anti-dengue project health volunteers, loungnuae sub-district, doi saket district Chiang mai province*. Master of public administration graduate school Chiang mai university Chiang mai university.
- Department of disease control. (2015). *Strategic plan department of disease control*. Bangkok: department of disease control.
- Department of Disease control. (2018). *Subdue mosquito community*. Bangkok: Department of disease control.



Epidemiology & Intelligence section the office of disease prevention and control 2 Phitsanulok.

(2018). disease surveillance (dengue hemorrhagic fever). *Epidemiological surveillance report regional health* 2.15(12).

Junphum, S. Apipalkul, C. Udompanich, S. Chanaboon, S. (2014) *The relationship between participation on prevention and control of dengue hemorrhagic fever of village health volunteers in Nam Phong district khon kaen province*. Master degree student of faculty of public health, Khon kaen university.

Kuharatanachai, C. (1999). *Elementary statistics*. Department of statistics, Faculty of science, King mongkut's institute of technology ladkrabang.

Mae Sot District Health Office. (2018). *Dengue hemorrhagic fever summary report mae sot district Tak province*. Mae Sot District Health Office.

Punya, N. (2014). *The dengue fever preventing operation by public health volunteers and dengue fever preventing practices of the population in tambon bong ton, doi tao district, Chiang mai province*. Independent study master degree public health graduate school Chiang mai university.

Peanumlom, P. and Aompong, T. (2014). *Guideline training the health volunteer migrant in mae sot city municipality, Mae sot district, Tak province*: Mae sot general hospital.

Peanumlom, P. (2019). *SURVEILLANCE AND RAPID RESPONSE MIGRANT TEAM: SRRMT*. Tak: Mae sot general hospital.

Panoan, W. (2017). *Knowledge and skill in preventing and controlling dengue hemorrhagic fever of health volunteer in pai district, Maenongson province*. Master degree of public health, Chiang mai rajabhat university.

Tanomsridachchai, W., Watchara, T., Nemkate, P. and Suandokmai, M. (2016). *Participation of village health volunteers on dengue hemorrhagic fever prevention and control in AO LUEK district, Krabi province*. Master of public health, Valaya alongkorn rajabhat university under the royal patronage.

Vachirajutipong, V. (2005). *Media roles in agricultural occupation development a case study of farmers in pa – chomtong agricultural land reform area, chomtong district, Chiang mai*. Master of arts in communications, Maejo university.

World Vision. (2017). *Health volunteer migrant in strategic plan*. Retrieved July 10, 2020, Available from: <https://www.hfocus.org/content/2017/11/14822>



The Association between Health Literacy and Food Consumption Behaviors Among Type II Diabetes Patients in Baan Khuang District Health Promotion Hospital, Hangchat District, Lampang Province

Kanthana Ranishchayakul*

(Received: December 11, 2020, Revised: February 7, 2021, Accepted: February 21, 2021)

Abstract

This descriptive research aimed to study the relationship between health literacy and food consumption behaviors among type 2 diabetes patients in Baan Khuang district health promotion hospital, Lampang province. The participants were comprised of 231 people with type 2 diabetes and they were chosen by simple random sampling. The instrument of this study were the health literacy and food consumption behaviors evaluation questionnaires which are developed from 6 aspects of the health literacy concept and health education section, Ministry of public health. The data was collected during may-june 2020 and were analyzed analyzed by descriptive statistics, and inferential statistics with a statistical significance at p-value <.05.; Chi square test.

The results revealed that most of the diabetic patients have poor level of health literacy 54.11 percent, followed by fair level of health literacy 22.94. The results of health literacy was classified into 6 aspects. It was found that people with diabetes have the highest health literacy in access to health and health service 79.12, followed by cognitive skill 68.89, the lowest was Decision skill 62.23. Moreover, most of the diabetic patients have poor level of food consumption behaviors at 57.58, followed by fair level 24.67. Nevertheless, health literacy was significantly related to consumption behavior of type 2 diabetes patients at .01.

Recommendations Enhancing the health literacy in people with type 2 diabetes should focus on improving the health literacy of patients in all 6 aspects to improve the blood sugar control.

Keywords: Health literacy; Food consumption behaviors; Type 2 diabetes

* Registered Nurse, Professional level, Baan Khuang District Health Promotion Hospital, Hangchat District, Lampang Province, Corresponding author: Apnkanthana@yahoo.co.th



ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วย

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขต รพ.สต. บ้านช่วง อำเภอลำปาง จังหวัดลำปาง

กัญญา รัตนชัยกุล*

(วันรับบทความ : 11 ธันวาคม 2563, วันแก้ไขบทความ : 7 กุมภาพันธ์ 2564, วันตอบรับบทความ : 21 ก.พ. 64)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขต รพ.สต. บ้านช่วง กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งหมด 231 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย ใช้แบบสอบถามแนวคิดความรู้ทางด้านสุขภาพ มี 6 ด้านตามกรอบของ ดอน นัทปัม และกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือน พฤษภาคม – มิถุนายน 2563 โดยใช้แบบประเมินและแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา ใช้สถิติวิเคราะห์สัมพันธภาพความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ใช้สถิติ Chi-square test

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 54.11 รองลงมาคือ ระดับระดับความรู้ด้านสุขภาพพอใช้ ร้อยละ 22.94 เมื่อพิจารณาความรู้ด้านสุขภาพจำแนกเป็นรายด้าน 6 ด้าน พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้ด้านสุขภาพสูงที่สุดในเรื่องการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ร้อยละ 79.12 รองลงมาคือทักษะความเข้าใจในด้านสุขภาพ ร้อยละ 68.89 ต่ำสุดคือ ทักษะการตัดสินใจร้อยละ 62.23 ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารผู้ป่วยโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 57.58 รองลงมาคือระดับพอใช้ ร้อยละ 24.67 และความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

ข้อเสนอแนะการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานควรมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับดีขึ้นไปในทั้ง 6 ด้าน จึงจะส่งผลดีต่อผลลัพธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

คำสำคัญ: ความรู้ทางด้านสุขภาพ; พฤติกรรมการบริโภคอาหาร; ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านช่วง, ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: Apnkanthana@yahoo.co.th

**บทนำ**

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศไทย สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ คาดประมาณปัจจุบันมีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลก 415 ล้านคน และจะเพิ่มขึ้นเป็น 624 ล้านคนในปี พ.ศ.2583 (Ogurtsova et al., 2017) สำหรับประเทศไทยข้อมูลจากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 ปี พ.ศ.2557 พบความชุกโรคเบาหวานในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป 4.8 ล้านคน (Aekplakorn, 2014) การควบคุมโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ป่วยจำเป็นต้องดูแลตนเอง ให้รับประทานอาหารอย่างเหมาะสม รับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด ออกกำลังกายให้สม่ำเสมอ และมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันหรือชะลอภาวะแทรกซ้อนของโรค (American Diabetes Association, 2017) จากการศึกษาประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Security Office: NHSO) ปี พ.ศ.2558 ที่พบผู้ป่วยโรคเบาหวานร้อยละ 64.3 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ (HbA1C น้อยกว่า ร้อยละ 7) (National Health Security Office of Thailand, 2015)

จากข้อมูลคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) จังหวัดลำปาง ปี พ.ศ. 2560 ถึง พ.ศ.2562 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานในเขต รพ. สต.บ้านช่วงมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้น เท่ากับ 317, 426, และ 458 คน ตามลำดับ ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคได้ เท่ากับ 10.67, 11.45 และ 12.10 ตามลำดับ (HDC, 2020) และจากการประเมินพฤติกรรมการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 เขต รพ.สต. บ้านช่วง ปี พ.ศ. 2562 พบว่า ร้อยละ 97.48 มีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง ถึงแม้ว่าที่ผ่านมา มีกิจกรรมการส่งเสริมให้เกิดการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง เช่น การอบรมให้ความรู้รายกลุ่ม รายบุคคล การเยี่ยมบ้าน แต่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา ที่สำคัญ คือ ภาวะไตวายเรื้อรัง แผลเรื้อรัง เบาหวานขึ้นตา

ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) 6 ด้าน เป็น สมรรถนะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ใช้ข้อมูลและสื่อสารด้านสุขภาพตามความต้องการเพื่อส่งเสริมสุขภาพและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต พฤติกรรมที่สำคัญในการดูแลตนเอง ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด การดูแลสุขภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการจัดการ ความเครียด (American Diabetes Association, 2015) ความรู้ด้านสุขภาพ จึงเป็นสิ่งที่สำคัญต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งผู้ป่วยจึงต้องเผชิญกับโรคไปตลอดชีวิต จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาชี้ชัดว่า ความรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความรู้ความเข้าใจในโรคเบาหวาน พฤติกรรมการปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับโรค (Norasing Montree, Thanomphan Sutthiphan, 2019) เป็นตัวแปรที่สำคัญต่อที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลอันส่งผลให้ผู้ป่วย ชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี



จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขต รพ.สต. บ้านบ้านช่วง ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาจะใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาระบบบริการในคลินิกเบาหวานและการพัฒนานโยบายการวิจัยเพื่อนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (implementation research: IR) ใน รพ.สต. บ้านช่วงต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขต รพ.สต. บ้านช่วงเป็นอย่างไร
2. พฤติกรรมการบริโภคของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขต รพ.สต. บ้านช่วงเป็นอย่างไร
3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขต รพ.สต. บ้านช่วงเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

สมมุติฐานของการวิจัย

ความรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขต รพ.สต. บ้านช่วง อำเภอหางฉัตร จังหวัดลำปาง

ขอบเขตของการศึกษา

ในการศึกษานี้มีขอบเขตการศึกษาประกอบด้วย 1) ด้านเนื้อหา มุ่งศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 2) ด้านประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 458 คน จากข้อมูล HDC จังหวัดลำปาง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) และสมัครใจร่วมตอบแบบสอบถามจำนวน 231 คน 3) ด้านพื้นที่ เป็นพื้นที่เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านช่วง อำเภอหางฉัตร จังหวัดลำปาง 4) ด้านระยะเวลา ระหว่างเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ.2563

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง บุคคลที่ได้รับวินิจฉัยว่า เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ได้รับการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยเรียนได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยา หรือฉีดอินซูลิน



พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การควบคุมอาหารของผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการลดหรืองดอาหารและเครื่องดื่มที่มีพลังงานสูง การเลือกรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง และการควบคุมตนเองในการรับประทานอาหารเช้าอยู่ในสถานการณ์ต่าง ๆ

ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง การที่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสามารถและทักษะประเด็นต่างๆ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ สามารถเลือกแหล่งข้อมูลและรู้วิธีการในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน 2) ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติ 3) ความสามารถในการสื่อสารโดยการพูด อ่าน เขียน รวมทั้งสามารถสื่อสารและโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน 4) ความสามารถในการกำหนด เป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติพร้อมทั้งมีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตามเป้าหมาย 5) ความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ เลือกวิธีการปฏิบัติ วิเคราะห์ผลดีและผลเสียเพื่อทางเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง 6) ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อแนะนำเสนอ เลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น มีการประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชน และสังคมได้

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยอยู่ในเขต รพ.สต. บ้านช่วง จำนวน 458 คน (จำนวนผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2563) สำหรับการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตรของเครซีและมอร์แกน (Krejcie, R. V. & Morgan, D. W., 1970) ได้เท่ากับ 210 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีก 10 % ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่าง มีจำนวนทั้งหมด 231 คน จากการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

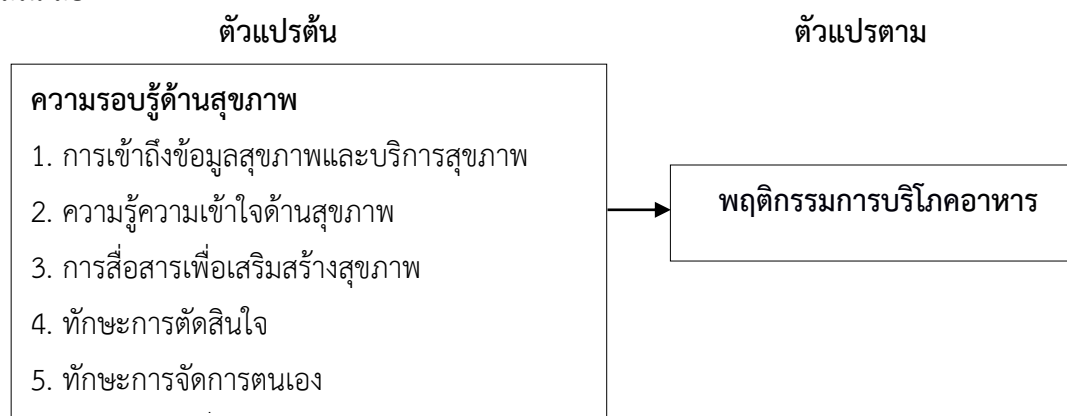
- 1.สมัครใจเข้าร่วมตอบแบบสอบถาม
- 2.สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย อ่านออก เขียนได้
- 3.อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) กำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

- 1.เป็นผู้ที่มีอาการไม่สบาย ทำให้ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้
- 2.เป็นผู้ที่ไม่ประสงค์เข้าร่วมการศึกษาหรือไม่สามารถเข้าร่วมจนการศึกษาเสร็จสิ้น
- 3.เป็นผู้ที่ไม่สามารถติดต่อได้ หรือเป็นชาวต่างชาติ

**กรอบแนวคิดในการวิจัย**

ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ 6 ด้าน ของผู้ป่วยเบาหวาน คือ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ การสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ เป็นสมรรถนะหลักในการกำหนดพฤติกรรมกรรมการบริโภคในผู้ป่วยเบาหวานต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

****หมายเหตุ**

1.แนวคิดความรู้ทางด้านสุขภาพ ของ ดอน นัทบีม (Nutbeam D., 2008) จากบทความวิจัยเรื่อง “Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into health 21st century”

2. นิยามองค์ประกอบพื้นฐาน 6 ด้าน จากแนวทางการพัฒนาเครื่องมือการวัดระดับความรู้ด้านสุขภาพ ของกองสุขภาพศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา มีจำนวนคำถามทั้งหมด 7 ข้อ โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list)

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนวัยทำงาน ของกองสุขภาพศึกษาดูกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2563) จำนวน 24 ข้อ ประกอบด้วย 6 ด้าน ด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูล สุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านที่ 2 ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ ด้านที่ 3 การสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ด้านที่ 4 ทักษะการตัดสินใจ ด้านที่ 5 ทักษะการจัดการตนเอง ด้านที่ 6 การรู้เท่าทันสื่อ เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประเมินค่า วัดความถี่ของการกระทำมี 5 ระดับ ในข้อคำถามเชิงบวกปฏิบัติน้อยที่สุดให้ 1 คะแนนจนถึงปฏิบัติมากที่สุด 5 คะแนน ข้อคำถามในเชิงลบ ปฏิบัติน้อยที่สุดให้ 5 คะแนนจนถึงปฏิบัติมากที่สุด 1 คะแนน

การแบ่งคะแนนและร้อยละ รายด้าน

ช่วงคะแนน	ร้อยละ	ระดับ
< 12 คะแนน	<59.99	ไม่ดี
12-13 คะแนน	60-69.99	พอใช้
14-15 คะแนน	70-79.99	ดี
16-20 คะแนน	80-100	ดีมาก

**การแบ่งคะแนนภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ**

ช่วงคะแนน	ระดับ
< 72 คะแนน	ไม่ดี
72-83.99 คะแนน	พอใช้
84-95.99 คะแนน	ดี
96-120 คะแนน	ดีมาก

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความถี่การบริโภค ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจำนวน 17 ข้อ ข้อคำถามมีข้อคำถามเชิงบวก 2 ข้อ คือข้อ 1, และ 2 ที่เหลือเป็นข้อคำถามเชิงลบ ลักษณะคำถามตอบ ปฏิบัติ 7 วัน/สัปดาห์ = 5 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติ = 1 คะแนน

คะแนนภาพรวมพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ช่วงคะแนน	ระดับ
< 21.26 คะแนน	ไม่ดี
21.27-42.52 คะแนน	พอใช้
42.53-63.78 คะแนน	ดี
63.79-85 คะแนน	ดีมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา (content validity index: CVI) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน และ โภชนาการในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน ได้แก่ จากแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพ 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเหมาะสมของสำนวนภาษา ความชัดเจนและความครอบคลุมในเนื้อหา โดยใช้เกณฑ์การคิดจากค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ซึ่งแบบสัมภาษณ์มีค่า CVI = 0.88

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน และ โภชนาการในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 30 คน ที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างแล้วจึงนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.89

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ E2563-096 กลุ่มตัวอย่างได้รับชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และแจ้งสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม แบบสอบถามจะถูกนำไปทำลายทั้งหมดหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอม ให้ลงนามยินยอมตอบแบบสอบถาม ด้วยความสมัครใจก่อนทำการเก็บข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษร ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง



ความครบถ้วนของข้อมูลที่ได้ และรวบรวมข้อมูลเมื่อพบว่าข้อมูลยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์จะมีการสอบถามเพิ่มเติม กระทั่งได้ข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลและประมวลผลข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยโดยใช้สถิติการแจกแจงค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ลักษณะ ข้อมูลทั่วไป และความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนวิเคราะห์สัมพันธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติในการวิจัยครั้งนี้ที่ระดับ .05 โดยใช้สถิติ chi-square test

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ความถี่ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง (n = 231)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	112	48.5
หญิง	119	51.5
อายุโดยรวม (ปี)		
40-49 ปี	26	11.30
50-59 ปี	78	33.80
60 ปีขึ้นไป	127	55.00
(Mean=64,S.D.=10.34,Min=42,Max=78)		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	75	32.90
ประถมศึกษา	149	64.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	1.7
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือปวช.	23	0.9
อนุปริญญาหรือปวส.หรือเทียบเท่า	0	0
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	0	0

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ พบว่า เป็นเพศหญิงร้อยละ 55.50 โดยอายุระหว่าง 60 ปีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 55.00 มีอายุเฉลี่ย 64 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 64.50 รองลงมาคือไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 32.90



ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (n=231)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ดีมาก	25	10.82
ดี	28	12.12
พอใช้	53	22.94
ไม่ดี	125	54.11

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 54.11 รองลงมา คือ ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพพอใช้ ร้อยละ 22.94

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและร้อยละของคะแนนรายด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (n = 231)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	คะแนน		
	Mean	%	S.D.
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	15.82	79.12	0.038
ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ	13.78	68.89	0.12
การสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ	12.83	64.15	0.061
ทักษะการตัดสินใจ	12.45	62.23	0.076
ทักษะการจัดการตนเอง	12.81	64.07	0.07
การรู้เท่าทันสื่อ	12.76	63.78	0.067

**หมายเหตุ: ภาพรวมของ $\bar{x}$ = 13.41 SD = 0.097

เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกเป็นรายด้าน 6 ด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงสุดในเรื่องการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ เท่ากับร้อยละ 79.12 รองลงมา คือ ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ เท่ากับร้อยละ 68.89 ต่ำสุดคือ ทักษะการตัดสินใจร้อยละ 62.23 โดยมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ 13.41 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.097

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละระดับของพฤติกรรมการบริโภคของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (n = 231)

ระดับพฤติกรรมการบริโภค	จำนวน	ร้อยละ
ดีมาก	19	8.23
ดี	22	9.52
พอใช้	57	24.67
ไม่ดี	133	57.58



จากการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 57.58 รองลงมา คือ ระดับพอใช้ ร้อยละ 24.67

ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ความรู้ด้านสุขภาพ	ระดับพฤติกรรมการบริโภค				χ^2	p-value
	ดีมาก จำนวน (ร้อยละ)	ดี จำนวน (ร้อยละ)	พอใช้ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ดี จำนวน (ร้อยละ)		
1.การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	121 (52.38)	54 (23.38)	42 (18.18)	14 (6.06)	669.66	0.00*
2.ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ	79 (34.20)	7 (3.03)	67 (29.00)	78 (33.77)	336.27	0.00*
3.การสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ	20 (8.66)	40 (17.32)	85 (36.80)	86 (37.27)	374.16	0.00*
4.ทักษะการตัดสินใจ	11 (4.76)	24 (10.39)	60 (25.97)	136 (58.44)	523.30	0.01*
5.ทักษะการจัดการตนเอง	24 (10.39)	48 (20.78)	24 (10.39)	135 (58.44)	666.36	0.00*
6.การรู้เท่าทันสื่อ	0 (0)	14 (6.06)	14 (6.06)	203 (87.88)	619.69	0.00*

หมายเหตุ: ภาพรวมความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภค ($\chi^2 = 2054.12$, p-value=0.01)

*p-value < .01

จากการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านในภาพรวม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

อภิปรายผล

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การศึกษา ดังนี้

1. ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุระหว่าง 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 52.33) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 79.79) และไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 8.29) ส่งผลให้ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยภาพรวม อยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ 54.11) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ส่งผลต่อความสามารถ คิด วิเคราะห์ ประเมิน และไม่กล้าตัดสินใจในการเลือกใช้ข้อมูลทางด้านสุขภาพที่ถูกต้อง อาจเป็นข้อจำกัดในการเกิดความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุสอดคล้องการศึกษาของแกสมาราร์เรียนและคณะ (Gazmararian et al., 1999) ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ จาก 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการอ่าน การทำความเข้าใจ และ เมื่อพิจารณาความรู้ด้านสุขภาพจำแนกเป็นรายด้าน 6 ด้าน พบว่า การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 79.12) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รู้ว่าจะหาแหล่งที่จะมีข้อมูลและ



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

บริการสุขภาพจากแหล่งที่ตนเชื่อถือ เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในสภาวะโรคเบาหวานของตนเอง รวมถึงการปฏิบัติตน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และคลินิกแพทย์ จากบริบทชุมชนชนบทแสดงให้เห็นว่า แหล่งบริการสุขภาพเหล่านี้ เป็นที่พึ่งของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าถึงข้อมูล เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านอื่นอีก 5 ด้าน คือ ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ การสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อพบว่า ทั้ง 5 ด้านอยู่ในระดับพอใช้ วิเคราะห์ได้ว่า กลุ่มตัวอย่างยังมีความรู้และความเข้าใจยังไม่ถูกต้อง ไม่กล้าโต้ตอบซักถามในสิ่งที่ตนไม่เข้าใจ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องในบางเรื่อง มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลพฤติกรรมกับผู้อื่นบ้าง

2.พฤติกรรมกรรมการบริโภคของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยภาพรวม แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับไม่ดี และระดับพอใช้ (ร้อยละ 57.58 และ 24.67 ตามลำดับ) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สูงอายุ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และไม่ได้ศึกษา จากการศึกษาของมนตรีนรสิงห์ และ สุทธิพันธ์ ถนอมพันธ์ (Norasing Montree ,Thanomphan Sutthiphan, 2019) พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมควบคุมโรคดีกว่าเพศชาย แตกต่างจากการศึกษาของนิภาพร ศรีวงศ์ (Sriwong Nipaporn, 2019) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยนาแก หนองบัวลำภู พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมโรค แต่ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ในผู้สูงอายุจากความสามารถทาง ด้านร่างกายลดลงจากความชรา การเรียนรู้สิ่งต่างๆลดลงเช่น การรับรู้การมองเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหวที่ลดลง ส่งผลต่อความสามารถในการเรียนรู้ที่จะนำมาปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง (Speros, 2009) โดยเฉพาะด้าน การบริโภค อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนชนบท อยู่กับบุตรหลาน การจัดเตรียมอาหารจึงรับประทานตามที่บุตรหลานได้จัดเตรียมไว้ให้เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม

3.ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของคิม และ ยูน (Kim & Youn, 2015) ในคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสำคัญในการดูแลจัดการกับโรคเรื้อรัง ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ จะนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพในระดับต่ำ มีความยากลำบากในการทำ ความเข้าใจกับสภาพของการเจ็บป่วย และการจัดการกับความเจ็บป่วย นอกจากนี้จากผลการศึกษาของ ซิลลิงเกอร์และคณะ พบว่า บุคคลที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพเพียงพอ มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีกว่า บุคคลที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพที่ไม่เพียงพอ และผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพที่เพียงพอ จะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพไม่เพียงพอ ถึง 2.03 เท่า นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพไม่เพียงพอมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต เป็น 2.33 เท่า และมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (cerebral vascular disease) เป็น 2.71 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพที่เพียงพอ (Schillinger et al., 2002) และความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรคมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Ginggeaw, S. and Prasertsri, N., 2015) จากผลงานวิจัยเหล่านี้แสดงให้เห็นว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นตัวแปรที่สำคัญต่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาล อันส่งผลให้ผู้ป่วยชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้ความแตกต่างของระดับความรู้ทางสุขภาพมีสาเหตุจากการขาดความรู้และทักษะในการป้องกันหรือดูแลสุขภาพของตนเองส่งผลต่อการตัดสินใจ ใช้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้และการเลือกบริการ ด้านสุขภาพ ที่ถูกต้อง (DeWalt, Berkman, Sheridan, Lohr, & Pignone, 2004) ความรอบรู้ด้านสุขภาพควร มีระดับที่สูงพอเพื่อให้เกิดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ แสดงให้เห็นว่าความรอบรู้ทางสุขภาพแปรผันตรงกับผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน (Nutbeam D., 2008) จึงวิเคราะห์ได้ว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นตัวแปรที่สำคัญที่มีความสัมพันธ์โดยตรงต่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพการบริโภคของในการควบคุมโรคผู้ป่วยเบาหวาน



ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ในผู้ป่วยเบาหวานควรมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับขั้นไปในทั้ง 6 ด้าน ซึ่งจะส่งผลดีต่อผลลัพธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรศึกษาการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูงเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมโรคต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Aekplakorn, W. (Ed.). (2014). *The fifth national health examination survey 2014*. Nonthaburi: health system research institute. (in Thai).
- American Diabetes Association. (2015). Standards of medical care in diabetes- 2015 abridged for primary care providers. *Clin diabetes*. 33(2), 97-111. doi:10.2337/diaclin.33.2.97.
- American Diabetes Association. (2017). Standards of medical care in diabetes-2017. *Diabetes care*. 40 (suppl.1), s1-s135.
- DeWalt, D. A., Berkman, N. D., Sheridan, S., Lohr, K. N., & Pignone, M. P. (2004). Literacy and health outcomes: A systematic review of the literature. *Journal of general internal medicine*, 19(12), 1228–1239.
- Gazmararian et al.(1999). Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly, *Social science & medicine*. 66(8), 1809-1816.
- Gazmararian JA, Baker DW, Williams MV, Parker RM, Scott TL, Green DC, et al. (1999). Health literacy among medicare enrollees in a managed care organization. *JAMA* 281 (6): 545-51.
- Ginggeaw, S. and Prasertsri, N. (2015). The relationship between health literacy and health behaviors of the elderly with multiple chronic diseases. *Nursing journal of the ministry of public health*. 25(3):43-54. (in Thai)
- HDC.(2020). *Lampang HDC*. (online), Available: https://lpg.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b&id=137a726340e4dfde7bbbc5d8aeec3ac3.(2020, 9 February). (in Thai).
- Kim, S. H., & Youn, C. H. (2015). Efficacy of chronic disease self-management program in older Korean adults with low and high health literacy. *Asian nursing research*, 9(1), 42-46.



Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities.

Educational and psychological measurement. 30(3), pp. 607-610.

National Health Security Office of Thailand. (2015). *An assessment on quality of care among patients diagnosed with type 2 diabetes and hypertension visiting hospitals of ministry of public health and Bangkok metropolitan administration in Thailand*.

(online), Available: <http://www.skto.moph.go.th/ssj/disease/tb/download/NCD%2059>. (in Thai).

Norasing Montree ,Thanomphan Sutthiphan.(2019). Health literacy and health behavior in patients with uncontrolled blood sugar level or blood pressure: a case study of Nakhonping Hospital, Chiang Mai. *Journal of nakornping hospital 2019*, 10(1), 36-49. (in Thai)

Nutbeam D. (1986). Health promotion glossary. *Health promot*, 1(1), 113-127.

Nutbeam D.(1999). Health promotion glossary. *Health promotion international*. 13(4), 349-364. 100.

Nutbeam D . (2008). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*. 15(3), 259-267.

Ogurtsova et al. (2017). IDF diabetes atlas: global estimates for the prevalence of diabetes for 2015 and 2040. *Diabetes research and clinical practice*, 128, 40-50

Schillinger et al. (2002). Association of health literacy with diabetes outcomes. *Journal of the american medical association*, 288, 475-482.

Speros, C. I. (2009). More than words: promoting health literacy in older adults. *OJIN: The online journal of issues in nursing*. 14(3).

Sriwong Nipaporn.(2019). Self-care behaviors of type II diabetes mellitus patients attending sub-district health promoting hospital. *Journal of health science 2019*. 28(4): 620-27.(in Thai)



Factors Related to Clinical Risk Management of Professional Nurses at Saraphi Hospital in Chiang Mai Province

Supranee Jaitea*, Decha Tamdee**

(Received January 12, 2021, Revised: February 9, 2021, Accepted: March 8, 2021)

Abstract

This descriptive research aims to study the factors related to clinical risk management among professional nurses, Saraphi hospital Chiang Mai Province. The population in this study were 40 professional nurses who work in the nursing group of Saraphi hospital District, Chiang Mai Province. The research tools composed of the demographic data questionnaire, the nurses participatory of administration and the risk management. All questionnaires were evaluated for content validity and Cronbach's alpha with reliability of .95 and .96 respectively. The descriptive statistics and Pearson's product-moment correlation coefficient were used for data analysis.

The results found that the overall participatory management of professional nurses was at a high level. (Mean = 3.81, S.D. = 0.80), the overall clinical risk management of professional nurses was high (Mean = 3.88, S.D. = 0.72). Age of professional nurses was not associated with clinical risk management. Moreover, the duration of working as a nursing profession and the participatory administration of registered nurses was at a high positive correlation with clinical risk management of professional nurses with statistically significant $r=.876, p=.025$ and $r=.743, p<.001$ respectively.

Therefore, nursing administrators should promote greater involvement of professional nurses in clinical risk management by knowledge management, enhancing for participation of risk management planning for more efficiency and make organization safety culture policy with increased in the focus on proactive risk finding and incidents report for planning to prevent the incidence and make the patient safety.

Keywords: Risk Management; Clinical Risk; The participative management

* Registered Nurse, Professional level, Saraphi Hospital in Chiang Mai Province,

Corresponding author: spnjaita@gmail.com

** Associate Professor, Faculty of Nurse Chiang Mai University



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ

โรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่

สุปราณี ใจตา*,เดชา ทำดี**

(วันรับบทความ : 12 มกราคม 2564, วันแก้ไขบทความ : 9 กุมภาพันธ์ 2564, วันตอบรับบทความ : 8 มีนาคม 64)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ประชากรที่ใช้ศึกษา เป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาล ของโรงพยาบาลสารภี อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล, การบริหารงานแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ และการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิก ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และทดสอบความเชื่อมั่นได้ค่าเท่ากับ 0.95 และ 0.96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตามวิธีของเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation coefficient)

ผลการวิจัย พบว่า การบริหารงานแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับ สูง (Mean=3.81, S.D.=0.80) การบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean=3.88, S.D.=0.72) โดยช่วงอายุของพยาบาลวิชาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิก สำหรับระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล และการบริหารงานแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพนั้น มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.876$, $p=.025$ และ $r=.743$, $p<.001$ ตามลำดับ)

จากผลการศึกษาผู้บริหารทางการพยาบาลควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกให้มากขึ้น โดยจัดการด้านความรู้ สนับสนุนการร่วมคิดวางแผนวิธีดำเนินการบริหารความเสี่ยงให้เกิดประสิทธิภาพมากขึ้น และกำหนดนโยบายวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร เน้นการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก และรายงานอุบัติการณ์มากขึ้น เพื่อการวางแผนป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย

คำสำคัญ: การบริหารความเสี่ยง; ความเสี่ยงทางคลินิก; การบริหารงานแบบมีส่วนร่วม

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่, ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: spnjaita@gmail.com

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



บทนำ

ความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) เป็นประเด็นสำคัญที่มีผลกระทบด้านการสาธารณสุขทั่วโลก เนื่องจากเป็นคุณภาพของการบริการในระบบสาธารณสุข (Tansirisithikul et al., 2012) องค์การอนามัยโลกเปิดเผยข้อมูลว่าในแต่ละปีมีผู้ป่วยเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ถึงร้อยละ 18 (World Health Organization :WHO, 2016) และมีผู้เสียชีวิตจากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ถึง 251,454 ราย (Makary & Daniel, 2016) สำหรับประเทศไทยพบว่าเมื่ออัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ร้อยละ 9.10 (Khunthar, 2014) โดยมีสาเหตุมาจากกระบวนการให้บริการสุขภาพ ได้แก่ การสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยผิดพลาดร้อยละ 61 ความผิดพลาดเกี่ยวกับยาร้อยละ 60.8 (Cheragi et al., 2013) และการระบุผู้ป่วยผิดพลาดร้อยละ 53.20 (Khoo et al., 2012) เป็นต้น ทำให้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพและระบบบริการสุขภาพของประเทศโดยรวม (Chaleoykitti, Kamproow & Promdet, 2014)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์นั้น ส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้จากระบบการปฏิบัติงานร้อยละ 50 - 70.2 (WHO, 2016) จากปัญหาดังกล่าวทั่วโลก จึงกำหนดมาตรฐานเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย (international patient safety goals) (Joint Commission International :JCI, 2015) ซึ่งปัจจุบันการรักษายาบาลมีความก้าวหน้าไปตามวิวัฒนาการของอุบัติการณ์ของโรคที่เกิดขึ้นใหม่ มีความซับซ้อน ความต้องการคุณภาพการรักษาคือ รวดเร็ว ความเร่งด่วนและความคาดหวังจากผู้รับบริการที่มีมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ให้และผู้รับการรักษายาบาลมีความเสี่ยงต่อความผิดพลาดและความสูญเสียมากขึ้นและความเจริญก้าวหน้าทางข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยี ทำให้ประชาชนตื่นตัวต่อความต้องการบริการที่มีคุณภาพ ผู้มาใช้บริการในโรงพยาบาล เกิดความคาดหวัง ที่จะได้รับการที่ดีและปลอดภัยจากโรงพยาบาลทำให้สถานบริการสุขภาพแต่ละแห่ง จึงต้องมีการปรับกลยุทธ์การให้บริการและพัฒนาคุณภาพการบริการ มีการนำกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมาใช้ โดยมีเป้าหมาย คือ คุณภาพการบริการที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้รับบริการปลอดภัย และมีความมั่นใจในบริการของโรงพยาบาลเป็นเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งเป็นกลวิธีในการกระตุ้นและส่งเสริมให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพอย่างเป็นระบบทั้งองค์กร เพื่อป้องกันแก้ไขความเสี่ยงและความผิดพลาดต่างๆ (Supachutikoon A., 2017) การบริหารความเสี่ยงจึงเป็นกลยุทธ์เชิงรุกเพื่อป้องกันปัญหาและควบคุมความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นจากการให้บริการพยาบาล ซึ่งพยาบาลวิชาชีพมีบทบาทโดยตรงในการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้น เมื่อเกิดอุบัติการณ์/ความเสี่ยงสามารถจัดการได้ โดยมุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายสำคัญ จึงมีการพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยขึ้น เพื่อป้องกันและเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ การที่พยาบาลวิชาชีพจะสามารถบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลได้นั้น มีปัจจัยส่วนบุคคลของประสบการณ์ในการทำงานเข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งประสบการณ์ในการทำงานทำให้ได้ทักษะและความชำนาญ ส่งผลให้นำประสบการณ์ที่มีมาประสมประสานเข้ากับการปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนั้นประสบการณ์จึงมีแนวโน้มจะมีผลต่อการจัดการความเสี่ยงได้เช่นกัน (Waitayakoon P. et al., 2013)



ดังนั้นการบริหารจัดการทางการแพทย์เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยง จึงเป็นหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ ในการบริหารความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ซึ่งจากการดำเนินการบริหาร ความเสี่ยงที่ผ่านมา หัวหน้างานมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้บริหารความเสี่ยง และเป็นผู้จัดการความเสี่ยง (risk management) ของหน่วยงาน ได้รับรู้ถึงบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้จัดการความเสี่ยง แต่การที่จะให้มีการบริหาร ความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นนั้น องค์กรควรสนับสนุนบุคลากรให้มีการบริหารงานแบบมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิด การทำงานเป็นทีม เกิดการร่วมคิด ร่วมวางแผนปฏิบัติ เพื่อบรรลุถึงเป้าหมายคือผู้ป่วยปลอดภัย การบริหารความ เสี่ยงด้านคลินิกขององค์กรก็เช่นเดียวกัน องค์กรควรกำหนดให้การบริหารความเสี่ยงเป็นนโยบาย และมีการสื่อสาร ลงสู่ผู้ปฏิบัติ เพื่อให้บุคลากรโดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ ที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยได้มีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อ การบริหารความเสี่ยง สามารถปฏิบัติตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ จนเกิดผลลัพธ์ที่ดี ช่วยลดความรุนแรงและป้องกันการเกิดความเสี่ยงและอุบัติการณ์ซ้ำของความผิดพลาดที่เกิดขึ้น

จากปัญหาด้านการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลสารภี ที่ผ่านมามีเมื่อเกิด ความเสี่ยงหรือ อุบัติการณ์จากการทำงานผิดพลาด มักเป็นบทบาทหน้าที่ของหัวหน้างานในการตัดสินใจและจัดการปัญหาโดย พยาบาลผู้ปฏิบัติงานไม่ได้มีส่วนร่วมจึงทำให้เกิดอุบัติการณ์ซ้ำและข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์ ความเสี่ยงใน โรงพยาบาลสารภี ปี พ.ศ. 2561 - 2562 มีการรายงานอุบัติการณ์ทางคลินิกโดยพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 83 และ 84 ตามลำดับ เป็นอุบัติการณ์ระดับรุนแรงที่ต้องเฝ้าระวังอาการจนถึงขั้นเสียชีวิต ร้อยละ 10 และ 17 ตามลำดับ และ มีการเกิดซ้ำร้อยละ 83 , 52 ตามลำดับ พบว่า ความเสี่ยงทางคลินิกระดับรุนแรงมีเพิ่มขึ้น และยังเกิดซ้ำซึ่ง ส่วนใหญ่ผู้รายงานเป็นหัวหน้างานและพยาบาลที่รับผิดชอบความเสี่ยง ดังนั้นเพื่อให้มีการบริหารความเสี่ยงเกิด ประสิทธิภาพโดยเฉพาะในกลุ่มวิชาชีพพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย สามารถปฏิบัติตามการบริหารความเสี่ยง ตั้งแต่การ ค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง เพื่อ การพัฒนาด้านการดูแลผู้ป่วย จึงควรกระตุ้นพยาบาลวิชาชีพ โดยเฉพาะหน่วยบริการที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรงเห็น ความสำคัญและสามารถบริหารความเสี่ยงในทุกกระบวนการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงเลือกทำวิจัยในพยาบาลวิชาชีพ ของกลุ่มการพยาบาลทุกคนให้เกิดความตระหนักถึงกระบวนการบริหารความเสี่ยง ซึ่งการวิจัยนี้ต้องการศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสารภี เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการ ออกแบบวางแผนกระบวนการปรับปรุงพัฒนาการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกในการดูแลผู้ป่วย และจัดทำกลยุทธ์ เพื่อกระตุ้นพยาบาลวิชาชีพ ให้สามารถบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่



ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้มีขอบเขตการวิจัย 1) ด้านเนื้อหา เป็นการศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับ อายุ ประสบการณ์ในวิชาชีพ พยาบาลและการบริหารงานแบบมีส่วนร่วมกับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ 2) ด้านประชากร ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในกลุ่มการพยาบาล ของโรงพยาบาลสารภี อำเภอสาร์ภี จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 40 คน 3) ด้านพื้นที่ คือ โรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่ 4) ด้านระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึง เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2563

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร ได้แก่ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลของโรงพยาบาลสารภี อำเภอสาร์ภี จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล มีจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ อายุ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการบริหารงานแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ โดยวัดการปฏิบัติตามองค์ประกอบด้านการตั้งเป้าหมายและวัตถุประสงค์, ความเป็นอิสระต่อความรับผิดชอบในงาน, การไว้วางใจกันและความยึดมั่นผูกพัน ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงและประยุกต์ เนื้อหาจากแบบสอบถามของ เซวาร์ตัน ศรีวุธธา (2558) โดยใช้แนวคิดของสวอนเบิร์ก (Swanburg, 2002) มีจำนวน 16 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบประเมินค่า (likert scale) เกณฑ์ 5 ระดับ โดยแบ่งการให้คะแนนดังนี้

ระดับ 1 = มีการปฏิบัติตรงกับความเป็นจริงน้อยที่สุด

ระดับ 2 = มีการปฏิบัติตรงกับความเป็นจริงน้อย

ระดับ 3 = มีการปฏิบัติตรงกับความเป็นจริงในประโยชน์ปานกลาง

ระดับ 4 = มีการปฏิบัติตรงกับความเป็นจริงในประโยชน์มาก

ระดับ 5 = มีการปฏิบัติตรงกับความเป็นจริงในประโยชน์มากที่สุด

การแปลผลคะแนนจากค่าเฉลี่ยโดยใช้เกณฑ์ ดังนี้

ค่า $\mu = 0.00-1.66$ หมายถึง การมีส่วนร่วมในระดับต่ำ

$\mu = 1.67-3.33$ หมายถึง การมีส่วนร่วมในระดับปานกลาง

$\mu = 3.34-5.00$ หมายถึง การมีส่วนร่วมในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิก โดยวัดความคิดเห็นตามองค์ประกอบด้าน ดังนี้ การค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์ เนื้อหาจากแบบสอบถามของเซวาร์ตัน ศรีวุธธา (2558) (Sriwasuta C., 2015) ตามแนวคิดของวิลสันและทิงเกิล (Wilson & Tingle, 1999) มีจำนวน 25 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบประเมินค่า (likert scale)



เกณฑ์ 5 ระดับ โดยแบ่งการให้คะแนนดังนี้

ระดับ 1 = ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านน้อยที่สุด

ระดับ 2 = ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านน้อย

ระดับ 3 = ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านปานกลาง

ระดับ 4 = ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก

ระดับ 5 = ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

การแปลผลคะแนนจากค่าเฉลี่ยโดยใช้เกณฑ์ ดังนี้

ค่า $\mu = 0.00-1.66$ หมายถึง มีการบริหารความเสี่ยงในระดับต่ำ

$\mu = 1.67-3.33$ หมายถึง มีการบริหารความเสี่ยงในระดับปานกลาง

$\mu = 3.34-5.00$ หมายถึง มีการบริหารความเสี่ยงในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงเชิงเนื้อหา (validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ตรวจสอบความถูกต้องและครอบคลุมของเนื้อหา ได้เท่ากับ 0.91, 0.93 และ 0.93 ตามลำดับ

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับประชากรที่จะศึกษาที่โรงพยาบาลดอยสะเก็ด อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 10 ราย แล้วหาค่าความเชื่อมั่น โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา (Cronbach's coefficient alpha) โดยเครื่องมือแบบสอบถามการบริหารงานแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ ได้เท่ากับ 0.95 และแบบสอบถามการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิก ได้เท่ากับ 0.96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้รับเอกสารรับรองผ่านการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 34/2563 จากนั้นดำเนินการแจกแบบสอบถามผ่านหัวหน้างาน ตามจำนวนพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสารภี รวมทั้งสิ้นจำนวน 40 ฉบับ ได้รวบรวมข้อมูลตอบกลับ ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและนำไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลระดับการบริหารงานแบบมีส่วนร่วม และการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่ วิเคราะห์ด้วยความสัมพันธ์ของค่าสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (pearson's correlation coefficient)



การพัฒนาศักยภาพกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 34/2563 วันที่รับรอง 26 ตุลาคม 2563 โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และการเข้าร่วมการวิจัยให้แก่พยาบาลวิชาชีพทราบ เพื่อการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย และเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามอายุและระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล (n=40)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
20 – 24	4	10.00
25 – 29	4	10.00
30 – 34	2	5.00
35 – 39	3	7.50
40 – 44	6	15.00
45 – 49	10	25.00
50 – 54	3	7.50
55 ปีขึ้นไป	8	20.00
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในวิชาชีพ (ปี)		
1 – 9	11	27.50
10 – 19	8	20.00
20 – 29	13	32.50
30 ปีขึ้นไป	8	20.00

จากตารางที่ 1 พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 45-49 ปี ร้อยละ 25 รองลงมาคือมีอายุช่วง 55 ปีขึ้นไป ร้อยละ 20.00 ทั้งนี้มีประสบการณ์ในการทำงานนานเกิน 20 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการทำงาน 20-29 ปี ร้อยละ 32.50 รองลงมาคือทำงานนาน 1-9 ปี ร้อยละ 27.50 และ ระยะเวลาทำงาน 10-19 ปี และ 30 ปีขึ้นไป ร้อยละ 20.00 เท่าๆกัน



ส่วนที่ 2 การบริหารงานแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลการบริหารงานแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ เป็นรายด้านและโดยรวม (n=40)

การบริหารงานแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ	μ	σ	แปลผล
ด้านการตั้งเป้าหมายและวัตถุประสงค์	3.91	.85	ระดับสูง
ด้านความเป็นอิสระต่อความรับผิดชอบในงาน	3.82	.75	ระดับสูง
ด้านการไว้วางใจกัน	3.75	.82	ระดับสูง
ด้านความยึดมั่น ผูกพัน	3.76	.77	ระดับสูง
การบริหารงานแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพโดยรวม	3.81	.80	ระดับสูง

จากตารางที่ 2 พบว่า การบริหารงานแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมในระดับสูง ($\mu = 3.81$, $\sigma = .80$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พยาบาลวิชาชีพ มีการบริหารงานแบบมีส่วนร่วม ด้านการตั้งเป้าหมายและวัตถุประสงค์ ในระดับสูง ($\mu = 3.91$, $\sigma = .85$) รองลงมาคือด้านความเป็นอิสระต่อความรับผิดชอบในงาน ($\mu = 3.82$, $\sigma = .75$) ด้านความยึดมั่นผูกพัน ($\mu = 3.76$, $\sigma = .77$) และการบริหารงานแบบมีส่วนร่วมด้าน ที่มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านการไว้วางใจ ($\mu = 3.75$, $\sigma = .82$)

ส่วนที่ 3 การบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ และปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้อง

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ เป็นโดยรวม (n=40)

การบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ	μ	σ	แปลผล
การค้นหาความเสี่ยง	3.99	.71	ระดับสูง
การวิเคราะห์ความเสี่ยง	3.83	.79	ระดับสูง
การจัดการความเสี่ยง	3.86	.67	ระดับสูง
การประเมินผลการจัดการความเสี่ยง	3.83	.72	ระดับสูง
การบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกของพยาบาลวิชาชีพโดยรวม	3.88	.72	ระดับสูง

จากตารางที่ 3 พบว่า มีการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมในระดับสูง ($\mu = 3.88$, $\sigma = .72$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พยาบาลวิชาชีพ มีการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิก ด้านการค้นหาความเสี่ยงในระดับสูง ($\mu = 3.99$, $\sigma = .71$) รองลงมาคือ ด้านการจัดการความเสี่ยงในระดับสูง ($\mu = 3.86$, $\sigma = .67$) ด้านการวิเคราะห์ความเสี่ยง และด้านการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง ในระดับสูง ($\mu = 3.83$, $\sigma = .79$ และ $.72$) ตามลำดับ



ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล และการบริหารงานแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ กับการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสารภี (n=40)

ตัวแปร	การบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ	
	r^2	p-value
อายุ	.611	.083
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล	.876*	.025
การบริหารงานแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ	.743**	<.001

* $p < .05$, ** $p < .01$

จากตารางที่ 4 พบว่า ช่วงอายุของพยาบาลวิชาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิก ส่วนตัวแปรด้านระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล และการบริหารงานแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ นั้น มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.876, p=.025$ และ $r=.743, p<.001$) ตามลำดับ

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า สถิติที่ใช้ไม่สามารถอธิบายการทำนายของตัวแปรเกี่ยวกับระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล และการบริหารงานแบบมีส่วนร่วม พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ($r=.876, p=.025$ และ $r=.743, p<.001$) ตามลำดับ กับการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ สามารถอธิบายได้ว่า ประสบการณ์ตามระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล ทำให้บุคคลากรเกิดการเรียนรู้ มีทักษะในการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกได้ดี จากการรับรู้เข้าใจระบบและกระบวนการทำงาน ทำให้สามารถดำเนินการตามขั้นตอนการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกได้ดี ในด้านการค้นหาความเสี่ยง รู้ความเสี่ยงในกระบวนการทำงานและสามารถเข้าถึงความเสี่ยงได้เร็ว รู้ว่าเกิดจากขั้นตอนใดของกระบวนการให้การพยาบาล ด้านการวิเคราะห์สามารถวิเคราะห์หาสาเหตุได้ดี รู้ปัญหาที่เกิดจากสภาพแวดล้อม สามารถจัดการความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทำให้ผลการประเมินการบริหารความเสี่ยงเกิดผลลัพธ์ที่ดี สอดคล้องกับผลการศึกษา ประไพรัตน์ ไทพุกุล และคณะ (2556) ได้กล่าวถึงประสบการณ์ของบุคคลที่มีต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกว่าประสบการณ์ในการทำงานทำให้ได้ทักษะและความชำนาญดังกล่าว ส่งผลให้นำประสบการณ์ที่มีมาผสมผสานเข้ากับการปฏิบัติกิจกรรมตามกระบวนการจัดการความเสี่ยง จนสามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับชลอ น้อยเผ่า (2544) พบว่าประสบการณ์การปฏิบัติงานที่เพิ่มมากขึ้น มีผลทำให้มีการปฏิบัติตามกระบวนการจัดการความเสี่ยงได้มากขึ้น ทำให้ได้รับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรม ที่ช่วยทำให้เกิดความปลอดภัยแก่บุคลากรทางการพยาบาลในการปฏิบัติงาน ด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์ ที่ปฏิบัติงานมานาน และสอดคล้องกับ มธุรส เมืองศิริ (2549)



ศึกษาปัจจัยทำนายความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม พบว่า ประสบการณ์ในการทำงานเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ มีความชำนาญมากขึ้น สามารถวิเคราะห์และมองปัญหาได้ดีขึ้น มีความสุขุม รอบคอบ มีเหตุผลในการแก้ปัญหา สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมในการทำงานได้ดี มีความเข้าใจเกิดทักษะในการปฏิบัติงานให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น ดังนั้นผลการศึกษารั้งนี้กล่าวได้ว่า ปัจจัยส่วนบุคคลในด้านประสบการณ์ตามระยะเวลาการปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาลโรงพยาบาลสภานั้น มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกของพยาบาลวิชาชีพให้เกิดประสิทธิภาพ

ปัจจัยความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ คือ การบริหารงานแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ จากผลการศึกษา พบว่า การบริหารงานแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสภานี้ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.743, p<0.001$) อธิบายได้ว่า การบริหารงานโดยให้พยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงจะส่งผลทำให้การบริหารความเสี่ยงดีขึ้น ซึ่งจากผลการศึกษาการบริหารงานแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสภานี้ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\mu = 3.81, \sigma = 0.80$) แสดงว่า พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสภานี้ การมีส่วนร่วมในการบริหารงานในหน่วยงานและองค์กรอย่างมาก ผู้บริหารทุกระดับให้ผู้ใต้บังคับบัญชามีส่วนร่วมรับผิดชอบในงานที่มอบหมาย มีการตั้งเป้าหมายและวัตถุประสงค์โดยการประชุมตกลงร่วมกัน กำหนดขอบเขตการตัดสินใจที่ชัดเจนในการปฏิบัติ สร้างความไว้วางใจโดยการมอบหมายงานตรงกับความรู้ ความสามารถ มีการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ใต้บังคับบัญชาเป็นคณะกรรมการเฉพาะกิจขององค์กร ในรูปแบบของการมอบหมายงานพิเศษอย่างเหมาะสม มีการกำหนดในลักษณะงาน (job description) ของพยาบาลในแต่ละระดับ ว่าควรมีความรับผิดชอบในขอบเขตงานและบทบาทที่ควรแสดงออกเป็นอย่างไร เช่น การมีส่วนร่วมในคณะกรรมการหรือกลุ่มงานเฉพาะกิจต่างๆ ให้ความเป็นอิสระต่อความรับผิดชอบในงานตามหน้าที่ที่มอบหมายอย่างเต็มที่ กำหนดวิธีการทำงาน และการควบคุมงาน ประเมินผลการปฏิบัติงานโดยอิสระ ทำให้เกิดความยึดมั่นผูกพันร่วมกัน สอดคล้องกับการศึกษาของชาถนี เหมือนโพธิ์ทอง (2554) พบว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วมทำให้เกิดการทำงานเป็นทีมทำให้เกิดการร่วมคิดร่วมทำ สอดคล้องกับการศึกษาของแพรวพวง จรรยาวิจักขณ์ (2551) พบว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม พบว่า การบริหารแบบที่ผู้บริหารยอมให้ผู้ใต้บังคับบัญชา ได้มีส่วนร่วมคิด ร่วมตัดสินใจในการแก้ปัญหาด้วยวิธีการที่เหมาะสมและเป็นไปได้ ทำให้ทุกคนในองค์กรยอมรับ ในการตัดสินใจและยินดีปฏิบัติตามข้อตกลงขององค์กร เพราะมีความรู้สึกเป็นเจ้าของความคิดและการตัดสินใจนั้น ส่งผลให้ทุกคนในองค์กรมีความรักและพึงพอใจในงานที่ตนเองรับผิดชอบ ดังนั้นโรงพยาบาลรัฐที่ผ่านการรับรองคุณภาพ พบว่า หัวใจสำคัญของความสำเร็จในการบริหารโรงพยาบาลคุณภาพ คือ การที่ผู้บริหารทุกระดับสนับสนุนส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคคลในหน่วยงาน และการที่โรงพยาบาลสนับสนุนปัจจัยต่างๆ ที่ช่วยเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจให้กับพยาบาลวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง จะมีผลทำให้พยาบาลวิชาชีพ เกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติที่ดีต่อองค์กรก่อให้เกิดความร่วมมือและดำเนินงานตามเป้าหมายขององค์กร



จากผลการศึกษาด้านการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสารภี พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\mu = 3.88$, $\sigma = .72$) อธิบายได้ว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีความเข้าใจในขั้นตอนการบริหารความเสี่ยง โดยสอดคล้องกับผลการศึกษาว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีทักษะในการประเมินความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยอยู่ตลอด ทำให้มีความสามารถในการบริหารความเสี่ยง ถึงแม้พยาบาลวิชาชีพจะมีความสามารถในการบริหารความเสี่ยง แต่ยังมีสิ่งที่ต้องส่งเสริมอย่างต่อเนื่องในเรื่องของระบบการบริหารความเสี่ยง คือ การสร้างวัฒนธรรมในการรายงานอุบัติการณ์และวิเคราะห์สาเหตุ ซึ่งเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญสอดคล้องกับผลการศึกษาของวิลสันและทิงเกิ้ล (Wilson & Tingle, 1999) พบว่า การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น โดยไม่ให้มุ่งตำหนิที่ตัวบุคคลแต่เน้นการทบทวนระบบการทำงาน เพื่อค้นหาสาเหตุหรือโอกาสเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง พร้อมกับร่วมกับการดำเนินการแก้ไข ปรับปรุงระบบงาน ซึ่งจะช่วยควบคุม ป้องกัน และยับยั้งความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ ดังนั้นสิ่งที่ควรกระตุ้น ส่งเสริมให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง คือการสร้างวัฒนธรรมการรายงานความเสี่ยงและอุบัติการณ์ให้เพิ่มมากขึ้น โดยกำหนดเป็นนโยบายขององค์กรซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของเพ็ญญา แสงซ้าย (2553) พบว่า การมีนโยบายและทิศทางขององค์กรที่ชัดเจน เมื่อบุคลากรทางการแพทย์เกิดความเสี่ยงขึ้น จะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถบริหารจัดการความเสี่ยงและลดจำนวนการฟ้องร้องและร้องเรียนลงได้ และควรมีการสื่อสารเพื่อให้เกิดการบริหารความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ (Sengsai P., 2010) สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุพัตรา ใจโปรง (2554) พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ คือ การสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพ (Jaipong S., 2011). นอกจากนั้นการเพิ่มทักษะในการวิเคราะห์หาสาเหตุรากเหง้า เพื่อการจัดการความเสี่ยงให้เกิดประสิทธิผล ช่วยให้สามารถป้องกันความเสี่ยง และไม่เกิดอุบัติการณ์ซ้ำ ทำให้เกิดการพัฒนาของระบบการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสารภี ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการรักษาพยาบาลต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารทางการแพทย์ ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกให้มากขึ้น ด้วยการจัดการความรู้ ให้ร่วมคิดวางแผน กำหนดวิธีการดำเนินงานด้านการบริหารความเสี่ยง และสนับสนุนให้ความเป็นอิสระแก่พยาบาลวิชาชีพ
2. ผู้บริหารควรกำหนดนโยบายวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร มุ่งเน้นการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก และการรายงานอุบัติการณ์ให้มากขึ้น และเพิ่มพูนทักษะด้านการวิเคราะห์สาเหตุให้แก่บุคลากรทุกระดับ เพื่อการรวบรวมข้อมูลนำมาวางแผนป้องกันต่อไป



เอกสารอ้างอิง

- Akaranitipong J. (2013). Documentation for Human Resource Management, Phranakhon Sriyuttaya University. (in Thai)
- Benjamas F. et al. (2012). *The relationship between motivation and risk management of professional nurses in 3 rd hospital*. Master of nursing thesis in nursing administration, Christian University. (in Thai)
- Institute of Nursing Certificate (public organization). (2017). *Hospital and health services standard No.4*. Nonthaburi: Institute of development and certification. (in Thai)
- Jaipong S. (2011). *Factors influencing the risk management behavior of professional nurses general hospital public health administration district 17*. Thesis of master of nursing. (in Thai)
- Juntasombat P. et al. (2012). Clinical risk management of professional nursing. *Journal of nursing and health*, 35(July-September), 118–124. (in Thai)
- Keawfu J. (2011). *Factors influencing the risk management of pharmaceutical discrepancies of nursing professional hospitals, northern centers*. Sukhothai Thummathirat University. (in Thai)
- Saisanun na Ayuttaya J. (2013). *Factors affecting the management of the quality of the hospital in a private hospital in Bangkok*. Master's Degree. Bachelor of Nursing Administration, Christian University. (in Thai)
- Sengsai P. (2010). *Risk management causes model of prince of Songkla Hospital*. Master's degree thesis in resource development education human Thaksin university.
- Sriwasuta C. (2015). *Factors affecting the risk management of professional nurses in a private hospital in Nonthaburi*. Christian university. (in Thai)
- Supachutikoon A. (2017). *Risk management system in hospitals*. Bangkok: Design. (in Thai)



Building the Thought Process of Community Members to Take Part in the Native Vegetation Conservation Effort: A Case Study of Ban Pong Pa Pao, Mae Tha District, Lampang Province

Walailuck Khantha^{1*}, Wanvisa Chujit^{2*}, Jiraporn Pengrachong^{3*}, Saitim Wonghom^{**}

(Received December 28, 2020), Revised: March 21, 2020, Accepted: April 6, 2021

Abstract

This participatory action research aimed to explore information in native vegetation and appropriate patterns for conservation in native vegetation in Ban Pong Pa Pao. Questionnaires in native vegetation and observation form were used for data collection and to design a learning process through the group discussion platform containing five steps for building the thought process of community to participation in the native vegetation conservation.

The results revealed that 84 kinds of native vegetation. It can be distinguished into four categories based on the characteristic of the main stem of the plant namely perennial tree containing 14 species, annual plant comprising 44 species, 8 species of shrub, and 18 species of vine. Nevertheless, the villagers had experience and knowledge about using this native vegetation for culinary purposes, as medicine for health care and healing, and for other economic benefits. On the format to promote the conservation of native vegetation, the result was obtained as the outcome from the building of the thought process of community members through giving questions that encouraged group discussions on five steps. The first step was to make clearly the purpose to all participants about the objectives and goals of this conservation. The second step was the reflection and discussion on the future society. The third step was related to building “sensing” and “visioning” among participants. For the fourth step, the focus was on the strengthening of knowledge on native vegetation. The fifth step was to make knowledge forum for moving forward with a community commitment to restore and maintain the native vegetation species. The building of the thought process through participatory action was understood as vital for driving the community’s participation and cooperative development concerning the conservation of native vegetation in community and thinking as a group would be better than otherwise. However, the resolutions from this thought process should be implemented, as well as give value recognition and budget allocation to ensure the existence of native vegetation in the future generations for their health benefits.

Keywords: Native vegetation; Conservation; Building the thought process

^{*}Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang, ¹Corresponding author: pui1404@gmail.com

^{**}Registered Nurse, Professional level, Baan Mai District Health Promotion Hospital, Lampang Province



การสร้างกระบวนการทางความคิดของคนในชุมชนในการมีส่วนร่วมอนุรักษ์ผักพื้นบ้าน : กรณีศึกษาบ้านปางป่าเป่า อ.แม่ทะ จ.ลำปาง

วลัยลักษณ์ ขันทา*วันวิสาข์ ชูจิตร*,จิราพร เป็งราชรอง*,สายทิม วงศ์หอม **

(วันรับบทความ : 28 ธันวาคม 2563, วันแก้ไขบทความ : 3 มีนาคม 2564, วันตอบรับบทความ : 6 เมษายน 2564)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลของผักพื้นบ้านและรูปแบบที่เหมาะสมในการอนุรักษ์ผักพื้นบ้านในชุมชนปางป่าเป่า รวบรวมข้อมูลจากการใช้แบบสำรวจ ข้อมูลผักพื้นบ้านร่วมกับการสังเกต การออกแบบกระบวนการเรียนรู้โดยใช้การสนทนากลุ่มในเวทีเสวนา 5 ขั้นตอน เพื่อสร้างกระบวนการทางความคิดของคนในชุมชนในการมีส่วนร่วมอนุรักษ์ผักพื้นบ้าน

ผลการศึกษา พบว่า ผักพื้นบ้านที่นำมาบริโภคมีทั้งหมด 84 ชนิด จำแนกตามลักษณะของลำต้น แบ่งเป็น 4 ประเภท คือ ไม้ยืนต้น 14 ชนิด ไม้ล้มลุก 44 ชนิด ไม้พุ่ม 8 ชนิดและไม้เลื้อย 18 ชนิด ชุมชนมีประสบการณ์และเรียนรู้วิธีนำผักพื้นบ้านมาใช้ประโยชน์ในการนำเป็นอาหาร ประโยชน์ในแง่ของสมุนไพรเพื่อการดูแลสุขภาพ และประโยชน์ด้านเศรษฐกิจ รูปแบบที่ส่งเสริมให้มีการอนุรักษ์ผักพื้นบ้านในชุมชน พบว่า การสร้างกระบวนการทางความคิดโดยมีการใช้คำถามที่กระตุ้นให้ร่วมคิดเป็นกลุ่มผ่านเวทีเสวนา 5 ขั้นตอน คือ 1) ทำเจตจำนงให้แจ่มกระจ่าง เพื่อสร้างความเข้าใจ วัตถุประสงค์ และเป้าหมายของการดำเนินงาน 2) สนทนาและใคร่ครวญถึงอนาคตของสังคมที่อาศัยอยู่ 3) สร้าง “Sensing” และ “Visioning” 4) เวทีวิชาการเสริมสร้างความรู้เรื่องผักพื้นบ้าน 5) เวทีเสวนาเพื่อสร้างชุมชนที่มีเจตจำนงร่วมในการฟื้นฟู สืบทอด และส่งต่อเรื่องนี้มี ความสำคัญที่จะนำไปสู่การขับเคลื่อนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้เกิดความร่วมมือในการอนุรักษ์ ผักพื้นบ้านของคนในชุมชนและการคิดเป็นกลุ่มจะช่วยให้จัดการปัญหาได้ดีกว่าการคิดเดี่ยว แต่ความรู้ที่เกิดจากกระบวนการคิดควรมีการกำกับ การนำไปปฏิบัติ ร่วมกับการหนุนเสริมพลังทางบวก การให้คุณค่าและงบประมาณเพื่อการบริหารจัดการ รวมถึงการหาแนวทางส่งต่อให้กับคนรุ่นต่อไปเพื่อให้เกิดการคงอยู่ของผักพื้นบ้านในชุมชนอันจะนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพได้

คำสำคัญ: ผักพื้นบ้าน; การอนุรักษ์; การสร้างกระบวนการทางความคิด

*อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง, ¹ ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: pui1404@gmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านใหม่

**บทนำ**

วิถีชีวิตของผู้นคนในสังคมไทยในอดีตที่กินปลาเป็นหลัก กินผักเป็นพื้น มีการบริโภคอาหารที่มีอยู่ในแหล่งธรรมชาติและไม่มีมีการปรุงแต่งมากนัก เปลี่ยนไปอย่างมากในโลกปัจจุบันที่เป็นยุควัตถุนิยมซึ่งมีการผลิตสินค้าและบริการที่มีความหลากหลายและมีคุณภาพสูงขึ้น ท่ามกลางสังคมที่ซับซ้อนและรุนแรง ทำให้เกิดผลพลอยได้ในทางลบอันเกิดจากช่องทางการรับรู้ข่าวสารที่เอื้ออำนวยในการรับและการถ่ายทอดศาสตร์ทางตะวันตกเข้ามาใช้ในการพัฒนาประเทศ กอปรกับการดำเนินชีวิตที่มีความรีบเร่งและกระแสนิยมบริโภคแบบตะวันตก การมีพฤติกรรมบริโภคเปลี่ยนไป ทำให้อาหารประเภทปรุงสำเร็จ หรือกึ่งสำเร็จรูป หรือ Fast food เป็นที่นิยม เพราะความสะดวกรวดเร็ว และสามารถรับประทานได้ทันที (Pongutta S. & Kunpeuk W. ,2015) ทำให้ชุมชนชนบทประสบปัญหาต่างๆตามมาโดยเฉพาะด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม เช่น โรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มสูงขึ้นจากการมีพฤติกรรมบริโภคและดูแลตัวเองไม่เหมาะสม ปัญหาการลดลงของทรัพยากรที่เป็นผักพื้นบ้าน รวมถึงปัญหาด้านคุณภาพและความปลอดภัยของอาหารในปัจจุบันที่ต้องใช้สารเคมีเพื่อกำจัดโรคและศัตรูพืชและการใช้สารเคมีในระบบอาหารอุตสาหกรรมที่มากขึ้นเพื่อเร่งผลผลิต จากข้อมูลปริมาณการนำเข้าสารเคมีในปี พ.ศ. 2560 พบว่า 59.85 ล้านกิโลกรัม เป็นไกลโฟสเฟต ซึ่งคาดว่าจะเป็สารเคมีที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็ง โดยสัดส่วนการนำเข้า “ไกลโฟสเฟต” และ “พาราควอต” รวมกันแล้วมีจำนวนกว่าครึ่งหนึ่งของสารเคมีทั้งหมดที่มีการนำเข้า (The office of Agricultural Regulation, Department of Agriculture , 2017) ทำให้เกิดปัญหาพิษตกค้างในผลผลิตที่นำไปเป็นอาหารของมนุษย์และสัตว์เลี้ยง ทั้งนี้ผลการตรวจการตกค้างของสารเคมีในพืชผักท้องตลาดของ ThaiPAN ปี 2563 พบว่าสารคลอโรไพริฟอส ซึ่งเป็นยาฆ่าแมลงตกค้างมากที่สุด และผลการตรวจสอบผัก GAP จาก ThaiPAN พบข้อมูลที่น่าตกใจว่า ผักที่ผลิตในระบบ GAP มีความปลอดภัยน้อยกว่า “ผักทั่วไป” (thaipan,2020) แม้ว่าสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมีประโยชน์ในการเพิ่มผลผลิตแต่ก็ก่อให้เกิดอันตรายต่อประชาชนเนื่องจากสารเคมีเหล่านี้ส่วนใหญ่ล้วนเป็นพิษต่อมนุษย์และสิ่งแวดล้อม การใช้สารเคมีที่มากเกินไปจนความจำเป็นและไม่ถูกต้องเป็นปัญหาใหญ่และรุนแรงมากของสังคมไทย ทำให้เกิดผลกระทบด้านต่างๆมากมาย ทั้งในด้านสุขภาพของเกษตรกร ผู้บริโภค ด้านสิ่งแวดล้อม รวมทั้งด้านเศรษฐกิจของประเทศ โดยข้อมูลพบว่าอัตราการตายของคนไทยที่เกิดจากโรคที่สัมพันธ์กับอาหารและสารเคมีเกิดขึ้นกว่า 2 เท่า ในช่วงเวลาไม่กี่ปี (พ.ศ. 2537 - 2559) (Ministry of Public Health, 2018) นอกจากนี้การศึกษาผลกระทบของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชยังบ่งชี้ว่าการได้รับและสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ยังก่อให้เกิดพิษแบบเฉียบพลันได้ เช่น ไอ คันทามผิวหนัง อ่อนเพลีย หนึ่งตา กระตุก และท้องเสีย เป็นต้น (Issarapan, P. ,2011) และหากได้รับสัมผัสเป็นเวลานานอาจทำให้เกิดพิษอย่างเรื้อรังและเกิดความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด อาการทางระบบประสาท เลือด และโรคผิวหนังได้ (Rola AC & Pingali PL, 2012) ทั้งนี้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เปิดเผยข้อมูลผู้เข้ารับบริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือบัตรทอง 30 บาท ตั้งแต่ (ข้อมูล 1 ต.ค. 2561-17 ก.ค. 2562) โดยระบุว่า พบผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาอันมีสาเหตุจากการได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 3,067 ราย เสียชีวิต 407 ราย เบิกจ่ายค่ารักษา 14.64 ล้านบาท แนวโน้มพบว่าการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตมีสูงขึ้นโดยพบว่าปี 2559 มีผู้ป่วยจำนวน 4,867 ราย เสียชีวิต 606 ราย เบิกจ่ายค่ารักษา 22.19 ล้านบาท ปี 2560 มีผู้ป่วย



4,916 ราย เสียชีวิต 579 ราย เบิกจ่ายค่ารักษา 21.85 ล้านบาท และในปี 2561 มีผู้ป่วย 4,736 ราย เสียชีวิต 601 ราย เบิกจ่ายค่ารักษา 21.78 ล้านบาท ซึ่งหากรวมจำนวนผู้เสียชีวิตที่มีสาเหตุจากการได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในช่วง 4 ปีตั้งแต่ปี 2559-2562 มีจำนวนถึง 2,193 ราย รวมถึงงบประมาณค่ารักษาพยาบาลกว่า 20 ล้านบาทต่อปี สะท้อนให้เห็นผลกระทบของการใช้สารเคมีปราบศัตรูพืชที่เกิดขึ้น (National Health Security Office, 2019)

ด้วยวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัย ทำให้มีการบริโภคผักพื้นบ้านลดลง ผลการศึกษาพบว่าวัยรุ่นไทยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง เช่น รับประทานอาหารตามแฟชั่นหรือตามสื่อโฆษณา รับประทานอาหารประเภทโปรตีน แป้งและน้ำตาลสูง (Nithitantiwat, P. and Udomsapaya, W, 2017) และวัยรุ่นส่วนใหญ่ยังมองว่าการที่ได้เข้าไปนั่งรับประทานอาหารในร้านที่มีชื่อเสียง ทำให้ดูเป็นคนทันสมัยโดยเฉพาะการบริโภคอาหารจานด่วนและมักเข้าใจว่าอาหารที่แพงและดีจะต้องอยู่ในห้างสรรพสินค้าขนาดใหญ่หรืออยู่ในภัตตาคารเท่านั้น (Samutachak P. & Kanjanajittra M., 2014). ผลจากการไม่ตระหนักในคุณค่าของพืชผักพื้นบ้าน ทำให้ผักพื้นบ้านได้ถูกลืมเลือนไปมาก และขาดการสืบทอดด้านภูมิปัญญาการใช้ประโยชน์ อาจทำให้ผักพื้นบ้านเหล่านี้อายุหายไปได้ในอนาคต แต่ท่ามกลางวิกฤตดังกล่าว หากชุมชนเกิดความตระหนักและหันมาพึ่งพาตนเองตามวิถีชีวิตของไทย คือ การกินอยู่แบบไทย การนำภูมิปัญญาท้องถิ่นที่มีกลับมาใช้ การส่งเสริมการพึ่งตนเอง การผลิตแหล่งอาหารเอง ซึ่งช่วยทำให้บริโภคอาหารที่ปลอดภัยจากสารเคมีก็จะทำให้สามารถยืนหยัดต่อสู้และผ่านพ้นวิกฤตไปได้อย่างเข้มแข็ง เนื่องจากพืชผักพื้นบ้านโดยตัวของมันเองที่เป็นอาหารปลอดสารเคมี เพราะเป็นผักที่ขึ้นเองตามธรรมชาติ มีคุณค่าทางโภชนาการสูง ทำให้สุขภาพดี มีประโยชน์ต่อสุขภาพในแง่การสร้างภูมิคุ้มกันสำหรับชาวบ้านที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตโดยธรรมชาติ ทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการซื้อผักจากตลาดมาบริโภค

จากปัญหาสถานการณ์การบริโภคผักที่ไม่ปลอดภัยของประชาชนและการลดลงของการบริโภคผักพื้นบ้าน การส่งเสริมประชาชนให้หันมาบริโภคผักพื้นบ้านให้มากขึ้นจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ แต่เท่านั้นยังไม่เพียงพอ ประชาชนยังจะต้องเรียนรู้ถึงความสำคัญของการมีสุขภาพที่ดี ชุมชนมีความมั่นคงในเรื่องอาหาร ลดการพึ่งพาการนำเข้าผักที่มาจากต่างถิ่น ตลอดจนให้ชุมชนเห็นความสำคัญในการอนุรักษ์ผักพื้นบ้านของตนเองสำหรับการบริโภคเพื่อสุขภาพที่ดีด้วยการสร้างความตระหนักให้เกิดขึ้น ดังการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลท่าแค จังหวัดลพบุรีของอรพิน ปิยะสกุลเกียรติ (2561) ซึ่งพบว่า การตระหนักรู้ของประชาชนและการส่งเสริมขององค์การบริหารส่วนตำบลท่าแค ช่วยสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนได้ (Piyasakulkiat P., 2018) จึงเป็นโจทย์ที่น่าสนใจว่าจะทำอย่างไรให้ประชาชนเกิดความตระหนักได้ ดังนั้นการแก้ปัญหาด้วยการสร้างกระบวนการทางความคิดเพื่อส่งเสริมให้เกิดความตระหนักจึงเป็นเรื่องที่น่าสนใจ เนื่องจากการคิดเป็นกระบวนการทางสมองของมนุษย์ซึ่งมีศักยภาพสูงมาก เป็นปัจจัยภายในที่มีอิทธิพลต่อการกระทำและการแสดงออกของบุคคล ผู้ที่มีความสามารถในการคิดสูง สามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ให้ลุล่วงไปได้และมีการพัฒนาชีวิตของตนให้เจริญงอกงามยิ่ง ๆ ขึ้นไป การสร้างความสามารถในการคิดจึงมีความจำเป็นที่จะช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการคิดอย่างเป็นระบบ คิดได้อย่างมีเหตุผลมีขั้นตอน มีเป้าหมายชัดเจนเพื่อบรรลุเป้าหมายอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ (Charoensuk S, Phetkong J, Choolert P., 2016) ทั้งนี้ทิศนา เขมมณี (Khemmani, T., 2015) มองว่าการพัฒนากระบวนการ



คิดเป็นจุดมุ่งหมายสำคัญของการจัดการศึกษา แต่จะทำได้มากน้อยหรือดีเพียงใดก็ขึ้นกับความรู้ความเข้าใจและปัจจัยต่างๆที่เอื้ออำนวย โดยการพัฒนาให้ประชาชนเกิดการเรียนรู้ร่วมกันเรื่อย ๆ จึงเป็นวิธีที่จะทำให้ชุมชนมีความ มั่นคง แข็งแกร่ง และมีศักยภาพในการจัดการตัวเองมากขึ้น

ชุมชนปางป่าเป่า หมู่ 1 ต.วังเงิน อ.แม่ทะ จ.ลำปาง ก็ประสบปัญหานี้เช่นกันคือวิธีการบริโภคสมัยใหม่ได้เข้ามาสู่ชุมชนมากขึ้น ร้านค้าชุมชนมีการจำหน่ายและนำเข้าอาหารสำเร็จรูป เช่น บะหมี่ อาหารกระป๋อง อาหารพร้อมปรุงและเครื่องดื่มชูกำลัง น้ำอัดลม สู่ชุมชนมากขึ้น รวมถึงวิธีการผลิตแบบเกษตรอุตสาหกรรมเข้ามามีบทบาทในกระบวนการปลูกผักมากขึ้น เช่น การใช้ปุ๋ยเคมีและยาฆ่าแมลงเพื่อเพิ่มผลผลิต ซึ่งวิธีการนี้ทำให้พืชผักมีสารพิษตกค้าง ภาวะเช่นนี้ ไม่เพียงแต่กระทบต่อสุขภาพร่างกายของเกษตรกรเท่านั้น แต่ยังเป็นอันตรายต่อผู้บริโภคด้วย ส่งผลให้สถิติปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังสูงขึ้น ซึ่งจากฐานข้อมูลรายงานผู้ป่วยนอกของรพ.สต.บ้านแพะใหม่ พบว่า สถิติการเกิดโรคของประชาชนในพื้นที่ ต.วังเงิน 5 อันดับแรก คือ กลุ่มโรคเรื้อรัง (NCD) โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ โรคมะเร็ง และโรคระบบทางเดินอาหาร (Ban PaMai Sub-District Health Promoting Hospital, 2019) แต่ปัญหาคือแม้ว่าชุมชนปางป่าเป่าจะมีคนที่มีจิตอาสาเข้ามาพัฒนาชุมชนของตนเองแต่ก็ขาดการหนุนเสริมกระบวนการคิดให้เกิดการเรียนรู้เพื่อจัดการสิ่งที่มีอยู่ และแม้ว่าจะมีผักพื้นบ้านที่มีสรรพคุณในการป้องกันโรคอยู่ในท้องถิ่น แต่ก็ไม่มีแนวทางการสืบสาน/อนุรักษ์ไว้ นานวันก็จะยิ่งร่อยหรอหรือสูญหายไป ทำให้ต้นทุนทรัพยากรประเภทผักพื้นบ้านในชุมชนลดลง ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญในเรื่องนี้ จึงเกิดแนวความคิดสร้างกระบวนการทางความคิดของคนในชุมชนเพื่อให้เกิดความตระหนักร่วมกันว่าผักพื้นบ้านปลอดภัย คือ แหล่งอาหารและน่าจะเป็นกุญแจสำคัญแห่งสุขภาพของคนในชุมชน อีกทั้งยังเป็นการเสริมสร้างคนในชุมชนเพื่อการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ดังนั้น การสร้างการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนร่วมกับการติดอาวุธทางปัญญาโดยใช้กระบวนการหนุนเสริมให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้เพื่อการจัดการตนเองโดยใช้รูปแบบของการเรียนรู้ร่วมกันผ่านเวทีเสวนาในระดับชุมชนหรือท้องถิ่นเพื่อที่จะเสริมสร้างความตระหนัก ทำให้ประชาชนเห็นความสำคัญ เห็นคุณค่าและประโยชน์ของพืชผักพื้นบ้านในด้านต่างๆโดยเฉพาะในแง่การเป็นอาหารที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ โดยหวังว่าจะส่งเสริมให้เกิดการอนุรักษ์ผักพื้นบ้านเพื่อการสร้างสุขภาพ อันจะนำไปสู่การสร้างสังคมสุขภาวะอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

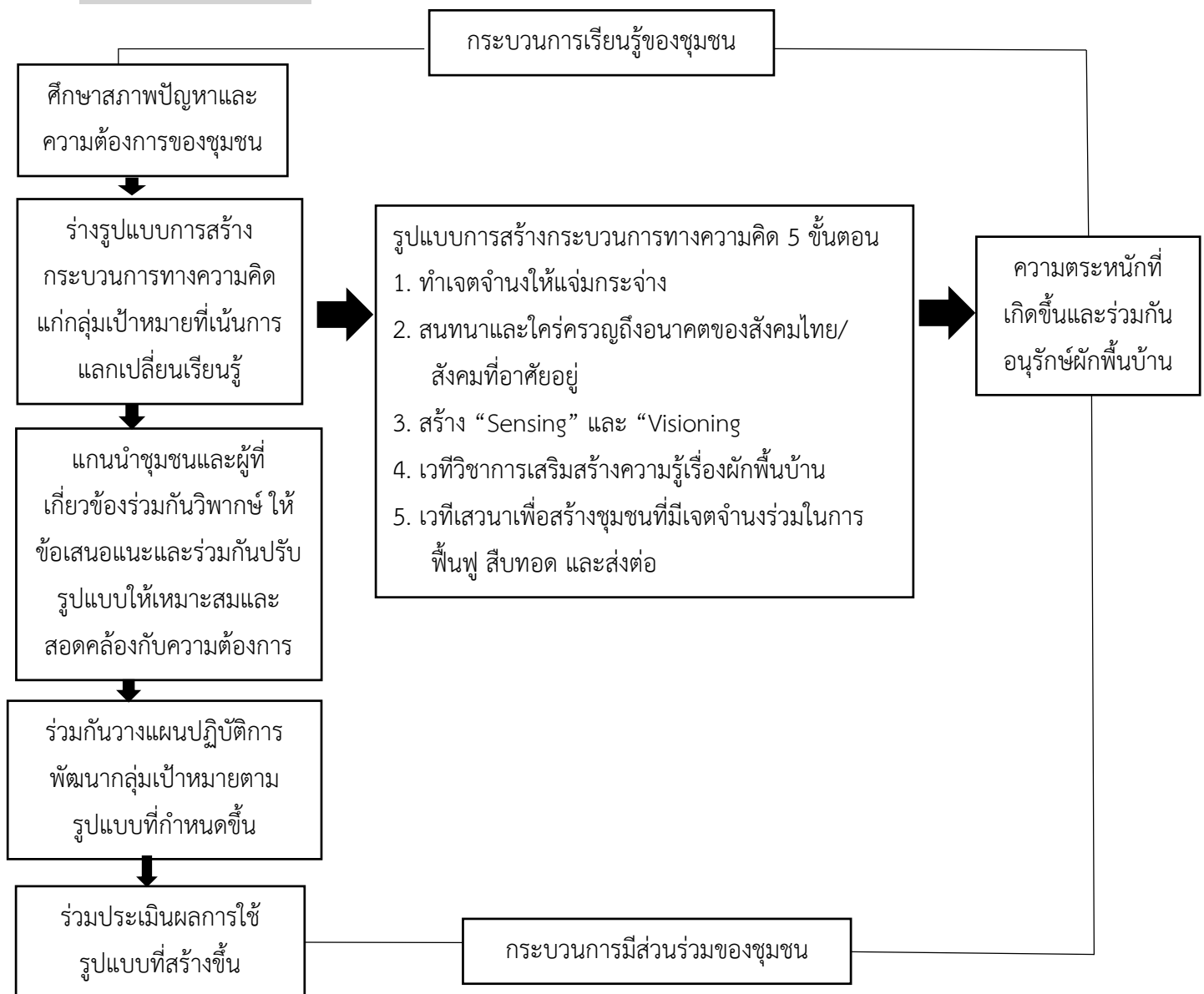
1. เพื่อศึกษาข้อมูลสถานการณ์ผักพื้นบ้านในชุมชนปางป่าเป่า
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมอนุรักษ์ผักพื้นบ้านของคนในชุมชนปางป่าเป่า

คำถามการวิจัย

1. ข้อมูลสถานการณ์ผักพื้นบ้านในชุมชนปางป่าเป่าเป็นอย่างไร
2. รูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมอนุรักษ์ผักพื้นบ้านของคนในชุมชนปางป่าเป่าเป็นอย่างไร



กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

จากภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย ผู้วิจัยใช้กระบวนกรมีส่วนร่วมในการอนุรักษ์ผักพื้นบ้านของชุมชน ปงป่าเป้า โดยร่วมกับแกนนำในพื้นที่ศึกษาสภาพปัญหาและร่างรูปแบบการสร้างกระบวนกรทางความคิดของคนในชุมชนโดยให้ประชมกลุ่มเป้าหมายและผู้ที่เกี่ยวข้องได้ร่วมวิพากษ์และให้ข้อเสนอแนะ จนได้รูปแบบการสร้างกระบวนกรทางความคิดซึ่งประกอบด้วยแนวทางการสนทนา 5 ขั้นตอน คือ 1.ทำเจตจำนงให้แจ่มกระจ่าง 2.สนทนาและใคร่ครวญถึงอนาคตของสังคมไทย/สังคมที่อาศัยอยู่ 3.สร้าง “Sensing” และ “Visioning” 4.เวทีวิชาการเสริมสร้างความรู้เรื่องผักพื้นบ้าน 5.เวทีเสวนาเพื่อสร้างชุมชนที่มีเจตจำนงร่วมในการฟื้นฟู สืบทอด ส่งต่อ และร่วมกันวางแผนปฏิบัติการเพื่อสร้างกระบวนกรเรียนรู้ของชุมชนโดยใช้การตั้งคำถามให้คนในวงเสวนา



คิดและร่วมพูดคุยกัน เพื่อให้ประชาชนมองเห็นความสัมพันธ์ของวิถีชีวิตกับพฤติกรรมที่จะส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ ซึ่งจะแสดงออกมาเป็นมุมมองความคิดเห็น และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการอนุรักษ์ผักพื้นบ้านในท้องถิ่นตนเอง

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผักพื้นบ้าน หมายถึง พืชที่เกิดขึ้นในชุมชนหมู่บ้านปงป่าเป๋ เป็นพืชผัก ที่สามารถนำมารับประทานได้

การอนุรักษ์ผักพื้นบ้าน หมายถึง การรู้จักใช้ทรัพยากรอย่างชาญฉลาด รู้จักใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่คนส่วนรวมมากที่สุด และรู้จักใช้เพื่อให้มีอยู่ยืนยาวต่อไปที่สุดของคนในชุมชนบ้านปงป่าเป๋ โดยใช้วิธีการต่างๆ ได้แก่ การปลูก การร่วมรักษาให้คงอยู่และการใช้ประโยชน์จากพืชผักพื้นบ้าน ตลอดจนการถ่ายทอดทางภูมิปัญญา เกี่ยวกับผักพื้นบ้านที่มีคุณค่าในชุมชน เพื่อความมั่นคงทางอาหารและเกิดความสัมพันธ์อันดีระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม

การสร้างกระบวนการทางความคิด หมายถึง การสร้างกระบวนการทางความคิดของชุมชนโดยใช้การมีส่วนร่วม ที่ประกอบด้วยแนวทางการสนทนากลุ่มในเวทีเสวนา 5 ขั้นตอน คือ 1. ทำเจตจำนงให้แจ่มกระจ่าง เพื่อสร้างความเข้าใจ วัตถุประสงค์ และเป้าหมายของการดำเนินงาน 2. สนทนาและใคร่ครวญถึงอนาคตของสังคมไทย/สังคมที่อาศัยอยู่ (reflection and dialogue on social future) 3. สร้าง “Sensing” และ “Visioning” 4. เวทีวิชาการเสริมสร้างความรู้เรื่องผักพื้นบ้านจากวิทยากร 5. เวทีเสวนาเพื่อสร้างชุมชนที่มีเจตจำนงร่วมในการฟื้นฟู สืบทอด และส่งต่อเรื่องนี้ (moving forward with community of commitment)

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ใช้วิธีประชุมกลุ่มเป็นหลัก ควบคู่ไปกับการจัดกิจกรรมที่มุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน มีรายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ศึกษาจากประชากรที่ได้แก่ แกนนำท้องถิ่น เจ้าหน้าที่รพ.สต. บ้านแพะใหม่ และ ประชากรในพื้นที่บ้านปงป่าเป๋ จำนวนทั้งหมด 595 คน และกลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่ม จำนวน 30 - 50 คน ซึ่งจะพิจารณาจากผู้มีส่วนสำคัญในกลไกการปฏิบัติงาน (actors) ที่เรียกว่าภาคีหุ้นส่วนการพัฒนา วิธีการให้ได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างโดยการประสานงานกับรพ.สต.บ้านแพะใหม่และผู้นำชุมชนเพื่อพิจารณาผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและรับสมัครจากผู้มีจิตอาสาขับเคลื่อนโครงการในชุมชนปงป่าเป๋

1.2 ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย

- 1) ตัวแทนครัวเรือนสำหรับการตอบแบบสอบถามการสำรวจข้อมูลผักพื้นบ้านจำนวน 156 คน
- 2) ผู้เข้าร่วมเวทีเสวนา จำนวน 30 - 50 คน โดยแกนนำชุมชนจะเป็นผู้เชิญชวนเข้าร่วมพูดคุยในวงเสวนา ซึ่งจะพิจารณาจากผู้ที่มีความสนใจในกิจกรรมการปลูกผักและ/หรือมีผู้ที่มีการปลูกผักในครัวเรือนที่มีความสนใจเข้าร่วมการอนุรักษ์ผักพื้นบ้านของตนเอง มีผู้เข้าร่วมที่ประกอบด้วย อดีตข้าราชการครู นักพัฒนา



ชุมชน ผู้ใหญ่บ้านและกรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครหมู่บ้าน และชาวบ้านในชุมชนที่สนใจเรื่องการปลูกผัก มีการใช้ทุนสายสัมพันธ์คือ ผู้ที่เกิดและอาศัยอยู่ในชุมชนที่เป็นญาติของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งย่อมมีความรู้สึกรักผูกพันกัน มีการวางแผนทรัพยากรธรรมชาติที่มีอยู่ในชุมชนอยากจะอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติที่กำลังจะหมดไปให้คงอยู่ ซึ่งทุนสายสัมพันธ์ดังกล่าวจะนำไปสู่การมีส่วนร่วมของชุมชนมาช่วยกันวางแผนพัฒนาท้องถิ่นของตน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลผักพื้นบ้าน ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ตอนที่ 1 ชนิดของพืชผักพื้นบ้านที่มีอยู่ในบ้านปงป่าเป้า แบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการผักพื้นบ้านตามชนิดที่พบในบ้าน/สวน ของตนเองหรือได้ปลูกไว้ จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 2 การนำผักพื้นบ้านไปใช้ประโยชน์ในด้านต่างๆเป็นลักษณะคำถามปลายเปิด จำนวน 3 ข้อ

2.2 แผนงานการประชุมเชิงปฏิบัติการ เวทีเสวนาเพื่อการอนุรักษ์ผักพื้นบ้านปงป่าเป้าที่เกิดจากการออกแบบร่วมกันกับนักศึกษาพยาบาลซึ่งเป็นคนในชุมชนและเป็นส่วนหนึ่งของจิตอาสาในชุมชน และผ่านการปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของแกนนำชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 5 แผนงาน ดังนี้

1) แผนงานการประชุมเชิงปฏิบัติการ เวทีที่ 1 ทำเจตจำนงให้แจ่มกระจ่าง

1) แผนงานการประชุมเชิงปฏิบัติการ เวทีที่ 1 สนทนาและใคร่ครวญถึงอนาคตของสังคมไทย/สังคมที่อาศัยอยู่(reflection and dialogue on social future) วิถีใหม่แห่งความเข้าใจและการเปลี่ยนผ่าน (new ways of understanding and becoming)

3) แผนงานการประชุมเชิงปฏิบัติการ เวทีที่ 3 สร้าง “Sensing” และ “Visioning”

4) แผนงานการประชุมเชิงปฏิบัติการ เวทีที่ 4 เพิ่มพูนความรู้เชิงสุขภาพในเรื่องผักพื้นบ้าน

5) แผนงานการประชุมเชิงปฏิบัติการ เวทีที่ 5 สร้างชุมชนที่มีเจตจำนงร่วมในการฟื้นฟู สืบทอด และส่งต่อ

ซึ่งในแผนงานการประชุมเชิงปฏิบัติการแต่ละเวทีจะมีแนวคำถามที่แตกต่างกันเพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในเวทีเสวนาครั้งนั้นๆ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน เป็นพยาบาลชุมชนประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพัฒนาชุมชน และผู้บริหารท้องถิ่น เพื่อพิจารณาความเหมาะสมและความเข้าใจต่อข้อคำถามปลายเปิดของแบบสอบถามและการสนทนากลุ่มในเวทีเสวนา 5 เวที

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยและคณะได้เสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมในการทำวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง เพื่อขอรับการพิจารณาหลังจากโครงการได้รับการอนุมัติแล้ว (หมายเลข IRB : E 2562-005) ผู้วิจัยและคณะจึงดำเนินการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการหลังผ่านการพิจารณาคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้



การเตรียมชุมชน (ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1) เพื่อให้มีความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องจึงได้มีการประสานกับหน่วยงานท้องถิ่น ผู้นำและรพ.สต.ซึ่งมีหน้าที่หลักในการดูแลสุขภาพประชาชน

1. ใช้ผู้นำในชุมชนเป็นเครื่องมือในการรวมคน ซึ่งผู้นำอาจเป็นพระภิกษุ ครู หมอพื้นบ้าน ผู้นำจิตวิญญาณด้านพิธีกรรม หรือผู้นำภูมิปัญญาท้องถิ่น ผู้นำเหล่านี้มักเป็นผู้นำตามธรรมชาติ ซึ่งมีคุณธรรม ชื่อสัตย์ เสียสละ อดทน อดกลั้น และมีจิตอาสา

2. ผู้วิจัยร่วมกับอาสาสมัครและเยาวชนในหมู่บ้านร่วมกันศึกษาสถานการณ์ผักพื้นบ้านในชุมชนปงป่าเป้า ทำการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับชนิด จำนวนและการแบ่งประเภทของผักพื้นบ้านในชุมชนปงป่าเป้า และบันทึกภาพผักพื้นบ้านในสวน (ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 3) โดยการใช้แบบสอบถามซึ่งเป็นแบบตรวจสอบรายการผักพื้นบ้านตามชนิดที่พบร่วมกับสอบถามเรื่องการนำผักพื้นบ้านไปใช้ประโยชน์ในด้านต่างๆ ผู้ให้ข้อมูลได้แก่สมาชิกในครัวเรือน จำนวน 156 ครัวเรือนคิดเป็นร้อยละ 70 ของครัวเรือนในชุมชนปงป่าเป้า และวางแผนนำมาข้อมูลประกอบกับคำบอกเล่าของคนในชุมชนมาพูดคุยและนำเสนอในเวทีครั้งต่อไป

3. สร้างกระบวนการทางความคิดของคนในชุมชนในการมีส่วนร่วมอนุรักษ์ผักพื้นบ้าน มีรายละเอียด ดังนี้

1) ศึกษาข้อมูลเชิงเนื้อหา และเตรียมเครื่องมือ ซึ่งประกอบด้วยแผนปฏิบัติการและประเด็นการเสวนาในเวทีที่ 1 – เวทีที่ 5 ที่เกิดจากการออกแบบร่วมกันกับตัวแทนชุมชนและนักศึกษาพยาบาลซึ่งเป็นคนในชุมชน (ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 4 – 5)

2) ร่วมกับแกนนำและนักศึกษาพยาบาลซึ่งเป็นจิตอาสาในชุมชน ดำเนินการจัดเวทีเสวนาจำนวน 5 ครั้งในรูปแบบของการจัดกระบวนการเรียนรู้โดยจะใช้ผู้นำในชุมชนเป็นเครื่องมือในการรวมคน เวทีเสวนาทั้ง 5 ครั้งจัดขึ้นที่หอประชุมหมู่บ้านปงป่าเป้าโดยได้รับการอนุญาตจากผู้นำหมู่บ้าน (ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 6 – 12) ประกอบด้วย

เวทีที่ 1 ทำเจตจำนงให้แจ่มกระจ่าง (ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 6) เพื่อสร้างความเข้าใจ

วัตถุประสงค์ และเป้าหมายของการดำเนินงาน คือการทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมเข้าใจเจตนารมณ์ของการประชุมหรือการพบปะกันว่า เรามาพูดคุยกันทำไม เป้าหมายที่ต้องการสูงสุดคืออะไร เห็นคุณค่าและความหมายของการประชุมและการสนทนา เพราะเจตนารมณ์เป็นหัวใจสำคัญที่จะเป็นตัวบ่งชี้ว่าเราจะไปทางไหน ซึ่งต้องสัมพันธ์กับสภาพการณ์หรือบริบทที่เป็นอยู่ของชุมชนบ้านปงป่าเป้า

เวทีที่ 2 สนทนาและใคร่ครวญถึงอนาคตของสังคมไทย/สังคมที่อาศัยอยู่

วิถีใหม่แห่งความเข้าใจและการเปลี่ยนผ่าน (new ways of understanding and becoming) (ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 6) วัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงของสังคมที่เกิดขึ้นและเพื่อสร้างความตระหนักถึงของดีที่มีอยู่ในท้องถิ่น ผักพื้นบ้านที่มีผลต่อสุขภาพ วิเคราะห์จุดดี/โอกาสที่มี และหาแนวทางลดจุดด้อย/ปัญหาที่มองเห็น ซึ่งจะช่วยให้เราทำสิ่งที่สอดคล้องกับจังหวะ โอกาสหรือกาลเทศะ

เวทีที่ 3 สร้าง “Sensing” และ “Visioning” (ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 8) ขั้นนี้มีการนำเสนอข้อมูลผักพื้นบ้านที่ได้สำรวจ เพื่อการสร้าง “Sensing” คือให้ผู้ร่วมเวทีเห็นข้อมูลและอ่านข้อมูลเป็น เห็นข้อมูลแล้วต้องมีสภาวะจิตอันลุ่มลึก แล้ว ต้องสร้าง “Visioning” คือ ภาพอนาคตที่ปรารถนา นำไปสู่การพูดคุยวางแผนว่าจะทำอย่างไรกันต่อไป



เวทีที่ 4 เวทีวิชาการเสริมสร้างความรู้เรื่องผักพื้นบ้าน (ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 10)

เวทีที่ 5 เวทีเสวนาเพื่อสร้างชุมชนที่มีเจตจำนงร่วมในการฟื้นฟู สืบทอด และส่งต่อเรื่องนี้ (moving forward with community of commitment) (ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 12)

3) บทบาทของผู้วิจัยซึ่งเป็นหน่วยงานภายนอกคือเป็นผู้สนับสนุนกระบวนการ การช่วยให้ชุมชนได้มาร่วมกัน ร่วมพูดคุย ตั้งคำถามและหาข้อมูล เชื่อมโยงชุมชนกับแหล่งข้อมูลและความรู้ภายนอก ไม่กำหนดเวลาทำงาน เป็นต้น แต่สิ่งซึ่งเป็นความคิดใหม่ๆ และแนวทางการอนุรักษ์ผักพื้นบ้าน จะออกมาจากการพูดคุยในเวทีชุมชนเอง

4) ใช้แนวปฏิบัติที่จำเป็นคือสร้างกระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมที่ได้จากการแลกเปลี่ยนในวงเสวนา การคิดวิเคราะห์ การพูดคุยเชิงสร้างสรรค์ บนความมีชีวิตและสอดคล้องกับวัฒนธรรมความเป็นอยู่ร่วมกับการบันทึกข้อมูลจากวิธีการดำรงชีวิต

5) ผู้วิจัยร่วมกับแกนนำชุมชนประเมินผลการใช้รูปแบบที่สร้างขึ้นโดยในเบื้องต้นประเมินจากผลการเสวนาในเวทีที่ 5 และครั้งต่อไปประเมินหลังจากผ่านไปแล้ว 1 ปี โดยประเมินจากความคงอยู่ของพฤติกรรม การอนุรักษ์ผักพื้นบ้านของชุมชน

6) เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสำรวจและจากเวทีเสวนาทั้ง 5 ครั้งแล้ว ผู้วิจัยทำการบันทึกข้อมูลในเครื่องคอมพิวเตอร์ส่วนบุคคลที่มีการเข้ารหัส การบันทึกข้อมูลจะมีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนการนำข้อมูลไปวิเคราะห์และตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลผักพื้นบ้านที่รวบรวมได้ นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพจากข้อคำถามปลายเปิดนำมาจัดหมวดหมู่และข้อมูลจากการถอดบทเรียนจากการจัดเวทีเสวนา นำมาวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้แบ่งการนำเสนอผลการวิจัยออกเป็น 2 ตอน ตามวัตถุประสงค์โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการศึกษาศถานการณ์ผักพื้นบ้านในชุมชนปงป่าเป่า ในส่วนนี้จะประกอบด้วยชนิดของพืชผักพื้นบ้านที่มีอยู่และการนำไปใช้ประโยชน์ในด้านต่างๆ การศึกษา พบว่า

1. ชนิดของพืชผักพื้นบ้านที่มีอยู่ในครัวเรือนบ้านปงป่าเป่าจำนวน 156 ครัวเรือน พบว่า ผักพื้นบ้านที่คนนำมาบริโภคมีทั้งหมด 84 ชนิด โดย 5 อันดับแรกที่มีมากในชุมชนคือ ผักหะเล ผักกาดจ้อน ผักแก้วนาง ผักปุนก และผักหนอง คิดเป็นร้อยละ 80.13 , 78.85 , 75.00 ตามลำดับ โดยผักปุนกและผักหนองจะพบเท่ากันคือร้อยละ 73.72 ของครัวเรือนที่สำรวจ ผักที่พบจำแนกตามลักษณะของลำต้น แบ่งได้เป็น 4 ประเภท คือไม้ยืนต้น 14 ชนิด ไม้ล้มลุก 44 ชนิด ไม้พุ่ม 8 ชนิดและไม้เลื้อย 18 ชนิด ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2



ตารางที่ 1 ชนิดของพืชผักพื้นบ้านที่มีอยู่ในครัวเรือนบ้านปางป่าเป้า (จำนวนครัวเรือนที่สำรวจ 156 ครัวเรือน)

ลำดับ	ชื่อผักพื้นบ้าน	จำนวนครัวเรือนที่พบ	ร้อยละ
1	ผักหละ	125	80.13
2	ผักกาดจ๊วน	123	78.85
3	ผักแว่นนาง	117	75.00
4	ปูนก	115	73.72
5	ผักหนอง	115	73.72
6	ผักกับลาบ	113	72.44
7	มะเขือแจ้	110	70.51
8	ผักเสี้ยว	105	67.31
9	ผักแคบ	100	64.10
10	ถั่วฝักยาว	87	55.77
11	บะแ้ว	87	55.77
12	ผักตุน	86	55.13
13	ผักคาวตอง	84	53.85
14	ปูเลย	84	53.85
15	ผักไผ่	84	53.85
16	ดอกแค	83	53.21
17	บะฟักแก้ว	83	53.21
18	บะเขือป้อ	82	52.56
19	ก้อมก้อ	81	51.92
20	หอมป้อม	80	51.28
21	มะเขือกรอบ	77	49.36
22	ป่าค่อนก้อม	76	48.72



ตารางที่ 1 ชนิดของพืชผักพื้นบ้านที่มีอยู่ในครัวเรือนบ้านปงป่าเป้า (จำนวนครัวเรือนที่สำรวจ 156 ครัวเรือน) (ต่อ)

ลำดับ	ชื่อผักพื้นบ้าน	จำนวนครัวเรือนที่พบ	ร้อยละ
23	ผักต้ง	76	48.72
24	บะผักขี้หมู	74	47.44
25	ผักบั้ง	73	46.79
26	หอมด่วน	70	44.87
27	ผักบุงไทย	65	41.67
28	พริก	65	41.67
29	ถั่วฝักยาว	64	41.03
30	ข่า	62	41.03
31	หอมป้อมเปื้อ	60	38.46
32	ผักแว่น	60	38.46
33	หอมแย้	50	32.05
34	บะลิดไม้	57	36.54
35	ผักหวานบ้าน	51	32.69
36	ผักเหี้ยด	51	32.69
37	ผักตุ๋ด	50	32.05
38	เล็บครุฑ	48	30.77
39	ผักเผ็ดน้อย	47	30.13
40	สะเลียม	47	30.13
41	บะก้วยเต็ด	49	31.41
42	ต้นหอม	46	29.49
43	กระเพรา	46	29.49



ตารางที่ 1 ชนิดของพืชผักพื้นบ้านที่มีอยู่ในครัวเรือนบ้านปงป่าเป้า (จำนวนครัวเรือนที่สำรวจ 156 ครัวเรือน) (ต่อ)

ลำดับ	ชื่อผักพื้นบ้าน	จำนวนครัวเรือนที่พบ	ร้อยละ
44	ขี้เหล็ก	44	28.21
45	มะหนุน	44	28.21
46	โหระพา	44	28.21
47	บะนอย	40	25.64
48	ถั่วปู้	36	23.08
49	สะแล	35	22.44
50	อ่อมแซบ	34	21.79
51	ตะไคร้	34	21.79
52	ผักฮาก	33	21.15
53	ปะตาสื่อ	32	20.51
54	ผักเชียงดา	30	19.23
55	กระชาย	30	19.23
56	จิง	30	19.23
57	ปะแซะวังขม	29	18.59
58	ส้มป่อย	28	17.95
59	ผักหวานป่า	28	17.95
60	ผักโหม	28	17.95
61	ป่าน้ำ	27	17.31
62	ปะไ้	27	17.31
63	ปะบวบ	27	17.31
64	ดอกเอี้ยงแล	27	17.31

**ตารางที่ 1** ชนิดของพืชผักพื้นบ้านที่มีอยู่ในครัวเรือนบ้านปงป่าเป้า (จำนวนครัวเรือนที่สำรวจ 156 ครัวเรือน) (ต่อ)

ลำดับ	ชื่อผักพื้นบ้าน	จำนวนครัวเรือนที่พบ	ร้อยละ
65	มะม่วง	24	15.38
66	ผักปราบ	23	14.74
67	ใบจ้อยนาง	23	14.74
68	มะขาม	22	14.10
69	ผักหนอก	20	12.82
70	ผักชีขวง	20	12.82
71	มะพร้าว	19	12.18
72	มะกอก	19	12.18
73	ผักขี้หูด	18	11.54
74	ผักอีเหล้า	16	10.26
75	ดีปลากั้ง	13	8.33
76	ผักแว่น	11	7.05
77	งาขี้ม่อน	11	7.05
78	ผักสลิด	7	4.49
79	ดีปลี	7	4.49
80	ดอกก้าน	6	3.85
81	ดอกข่า	5	3.21
82	บุกหวาน	5	3.21
83	ฟักข้าว	9	5.77
84	ม้วนหมู	9	5.77



ตารางที่ 2 แสดงรายการผักพื้นบ้านประเภทต่างๆ

ประเภทผักพื้นบ้าน	ชื่อผักพื้นบ้าน
ไม้ยืนต้น	1. สะเดา(สะเลียม) 2. มะขาม 3. มะพร้าว 4. ยอ (ปะตาเลื่อ) 5. ขนุน (มะหนูน) 6. มะกอก 7. ผักตะคึก (ผักตูด) 8. เพกา (บะลิดไม้) 9. ผักหวานป่า 10. ส้มป่อย 11. ขี้เหล็ก 12. มะม่วง 13. มะรุม(ปาก่อนก้อม) 14. ผักเลียบ (ผักเหียด)
ไม้ล้มลุก	1. ต้นดอกแค 2. ม้วนหมู 3. กระเพรา 4. โหระพา 5. ชะพลู (ปุนก) 6. ใบแมงลัก(ก้อมก้อม) 7. บัวบก (ผักหนอก) 8. ผักแพว (ผักไผ่) 9. ผักโขม (ผักโหม) 10. ผักชี (หอมป้อม) 11. ผักชีลาว (หอมป้อมเปื้อ) 12. ไพล (ปูเลย) 13. ผักปราบ 14. ผักขี้หูด 15. สะเดาดิน (ผักขี้ขวง) 16. ผักคราดหัวแหวน (ผักเผ็ดน้อย) 17. ผักกวางตุ้ง (ผักกาดจ้อน) 18. ผักแว่น 19. ผักบุ้งไทย 20. พูลควา (ผักควาตอง) 21. ผักส้าว 22. ผักก้านาง 23. ผักหางปลาช่อน (หอมแย้) 24. ผักรด (ผักฮาก) 25. สะระแหน่ (หอมด่วน) 26. มะเขือกรอบ 27. หัวคูณ (ผักตุน) 28. มะเขือพวง (ปะแคว้ง) 29. มะละกอ (ปะก้วยเต็ด) 30. ผักอีเหล้า 31. บาหย่า (อ่อมแซบ) 32. ต้นหอม 33. พริก 34. มะเขือแจ้ 35. ตะไคร้ 36. กระชาย 37. ดีปลากั้ง 38. ดอกก้าน 39. ผักกัปลาบ 40. ดอกข่า 41. บุกหวาน 42. มะแว้ง (ปะแคว้งขม) 43. มะเขือเปราะ (ปะเขือป้อ) 44. ดอกนางแลว (ดอกเอี้ยงแลว)
ไม้พุ่ม	1. ผักขจร (ผักสลิด) 2. ผักชะอม(ผักหละ) 3. งาขี้ม่อน 4. ผักเสี้ยว 5. กระถิน (ผักหนอง) 6. เล็บครุฑ 7. ผักหวานบ้าน 8. สะแล
ไม้เลื้อย	1. ชะพลู (ปุนก) 2. ถั่วฝักยาว 3. ตำลึง (ผักแคบ) 4. ใบย่านาง (ใบจ้อยนาง) 5. ถั่วฝักยาว 6. ถั่วพู 7. บวบเหลี่ยม (ปะนอย) 5. บวบ (ปะบวบ) 9. ฟักเขียว (ปะฟักขี้หมู) 10. มะระขี้นก (ปะไห) 11. ฟักข้าว 12. ผักปลั่ง (ผักปั้ง) 13. ผักต้ง 14. ฟักทอง (ปะฟักแก้ว) 15. น้ำเต้า (ป่าน้ำ) 16. ผักเชียงดา 17. ดีปลี 18. ถั่วแปบ (ปะแปบ)

2. ผลการศึกษาถึงการนำผักพื้นบ้านไปใช้ประโยชน์ในด้านต่างๆ ดังนี้

2.1 ใช้ประโยชน์ในการนำมาประกอบอาหารใน วิถีชีวิตประจำวัน ชาวบ้านปงป่าเป้าส่วนใหญ่ใช้ประโยชน์ด้านการเป็นอาหารมากที่สุด โดยการนำผักพื้นบ้านมาใช้เป็นอาหารหลัก หรือปรุงเป็นอาหาร เช่น นำมาแกง ผัดผัดน้ำมันหอย และใช้เป็นส่วนประกอบ เป็นเครื่องเคียงหรือผักกัปลาบ เช่น ผักสด ผักลวกจิ้ม น้ำพริก เป็นต้น

2.2 ใช้ประโยชน์ในด้านยารักษาโรค หรือสมุนไพร ผักพื้นบ้านหลายชนิดที่ชุมชนนำมาใช้ปรุงอาหาร แต่ในขณะเดียวกันก็ใช้เป็นสมุนไพรในการรักษาโรค และส่งเสริมสุขภาพ ได้ด้วย เช่น ผักขี้เหล็ก ใบย่านางนอกจากรักษาโรคในคนแล้วยังมีสรรพคุณในการขับไล่แมลง ศัตรูพืชด้วย เช่น สะเลียม เป็นต้น

2.3 ใช้ประโยชน์ด้านเศรษฐกิจ ผักพื้นบ้านมีมูลค่าการใช้ประโยชน์อย่างมาก เนื่องจากผักพื้นบ้าน



สามารถทำให้แต่ละครัวเรือนประหยัดเงินจากการซื้อผักจากตลาดมาบริโภค นอกจากนี้ผักพื้นบ้านยังเป็นแหล่งรายได้เสริมของชาวบ้าน และเป็นแหล่ง อาหารให้รับประทานได้ตลอดปี

ตอนที่ 2 รูปแบบที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมอนุรักษ์ผักพื้นบ้านของคนในชุมชนปงป่าเป้า

ผู้วิจัยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) โดยมีกระบวนการในการศึกษาวิจัยที่มุ่งเน้นให้ชุมชนได้ตั้งศักยภาพของตนเองออกมาในการร่วมกันพัฒนาชุมชนตามวิธีการของชุมชน ข้อค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้คือ รูปแบบการอนุรักษ์ผักพื้นบ้านของชุมชนปงป่าเป้าจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วม โดยใช้กิจกรรมการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างมีส่วนร่วม จนทำให้เกิดกลุ่มคนที่เข้าร่วมกระบวนการเกิดความตระหนักถึงการอนุรักษ์และฟื้นฟูผักพื้นบ้านของชุมชน กระบวนการที่ผู้วิจัยทำร่วมกับชุมชนปงป่าเป้ามี 5 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 การทำเจตจำนงให้แจ่มกระจ่าง เพื่อสร้างความเข้าใจ วัตถุประสงค์ และเป้าหมายของการดำเนินงาน

หลังจากที่ผู้วิจัยได้ค้นหาแนวร่วม อันประกอบไปด้วย ตัวแทนจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครหมู่บ้าน ผู้ทรงคุณวุฒิในหมู่บ้าน ครัวเรือนที่สนใจ และชาวบ้านที่สนใจเรื่องการปลูกผัก จำนวน 50 คน เข้าร่วมเวทีเสวนา เพื่อประชุมชี้แจงทำความเข้าใจการดำเนินงาน วัตถุประสงค์ การทำงาน และเป้าหมายที่จะเกิดและดำเนินงานร่วมกัน ตัวอย่างคำถามในการพูดคุย ได้แก่

ตัวอย่างคำถาม ได้แก่

- ท่านอยู่ที่หมู่บ้านนี้มานานเท่าไร
- ตลอดเวลาที่ท่านอยู่ที่นี่ ท่านเห็นว่าหมู่บ้านมีการเปลี่ยนแปลงสำคัญๆอะไรบ้างหรือไม่
- ท่านทำอะไรบ้างในเรื่องนี้
- อะไรเป็นแรงจูงใจให้ท่านเข้ามาทำในโครงการนี้
- เป้าหมายของท่านในการเข้ามาในวันนี้ (สรุปเป้าหมายร่วม)

ชุมชนได้รับทราบความเป็นมาและวัตถุประสงค์ของโครงการ มีการสร้างเป้าหมายร่วมกัน และเกิดความเข้าใจการดำเนินงานซึ่งจะต้องมีการทำงานร่วมกัน ในขั้นตอนนี้ชุมชน ทำการกำหนดบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในทีม โดยให้สมาชิกในทีมที่เป็นสมาชิก อบต. เป็นผู้ติดต่อประสานงานกับอบต.ปงป่าเป้าและแบ่งหน้าที่ให้สมาชิกทีมที่เป็นอดีตพัฒนากรชุมชน เป็นผู้ติดต่อประสานงานกับผู้รู้และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนการดำเนินงานและในส่วนของอาสาสมัครสาธารณสุขจะเป็นผู้ติดต่อประสานงานกับรพ.สต.บ้านแพะใหม่ในการสนับสนุนข้อมูลด้านสุขภาพและร่วมกันเก็บข้อมูลเกี่ยวกับผักพื้นบ้านของชุมชนปงป่าเป้า

ขั้นที่ 2 เวทีสนทนาและใคร่ครวญถึงอนาคตของสังคมไทย/สังคมที่อาศัยอยู่ (reflection and dialogue on social future) เพื่อทำความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงของสังคมที่เกิดขึ้นและเพื่อสร้างความตระหนักถึงของดีที่มีอยู่ในท้องถิ่น ผักพื้นบ้านที่มีผลต่อสุขภาพ วิเคราะห์จุดดี/โอกาสที่มี และหาแนวทางลดจุดด้อย/ปัญหาที่มองเห็น ในขั้นตอนนี้จะใช้คำถามเพื่อให้ผู้ร่วมเวทีเสวนาได้คิดและสนทนากัน ตัวอย่างคำถามได้แก่

- สถานการณ์สังคมไทยในขณะนี้เป็นอย่างไรร
- สถานการณ์เหล่านั้น จะส่งผลกระทบต่อเรา-ชุมชนอย่างไร



- สถานการณ์ชุมชนเรื่องการบริโภคผักพื้นบ้าน เป็นอย่างไร มีอะไรที่แตกต่างจากอดีตไหม ทำไมเป็นอย่างนั้น แล้วส่งผลกับเราอย่างไร

- บ้านเรามีผักพื้นบ้านอะไรบ้าง?
- ขณะนี้ผักพื้นบ้านเรามีอย่างน้อยแค่ไหน?
- ทำไมผักพื้นบ้านจึงลดลง?”
- ผักพื้นบ้านเหล่านี้อยู่ที่ไหนบ้าง? เราจะทำอย่างไรให้ได้คำตอบในเรื่องนี้

จากการใช้ประเด็นคำถามในเวทีเสวนาทำให้เกิดการพูดคุยร่วมกันแสดงความคิดเห็น มีการถาม-ตอบ การกระตุ้นกันภายในกลุ่ม ชาวบ้านมีความตระหนักถึงสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากในอดีต มองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ทำให้เกิดการคิดแก้ไขปัญหาชุมชน โดยในขั้นตอนนี้ในที่ประชุมได้เกิดการวางแผนการจัดเก็บข้อมูลผักพื้นบ้าน การคิดประเด็นคำถามเรื่องที่จะไปเก็บข้อมูล มีการแบ่งหน้าที่กันทำงานจัดเก็บข้อมูลและกำหนดวันที่จะลงเก็บข้อมูลเพื่อนำไปพูดคุยในครั้งต่อไป

เมื่อถึงกำหนดวันทำกิจกรรมการลงพื้นที่เพื่อรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผักพื้นบ้าน ผู้เก็บข้อมูลซึ่งประกอบด้วยนักศึกษาซึ่งเป็นเยาวชนในหมู่บ้าน อสม.และทีมวิจัยได้พูดคุยแลกเปลี่ยนกับชาวบ้าน โดยการสัมภาษณ์ สํารวจสถานการณ์ผักพื้นบ้านในชุมชน ทำให้พบสาเหตุที่ทำให้ผักพื้นบ้านลดลงคือ ประมาดลืบทว่าปีที่ผ่านมามีการผลิตของชาวบ้านปงป่าเป่าเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงเรื่อยมา จากการผลิตแบบดั้งเดิมที่ใช้การไถนาด้วยแรงงานสัตว์ กลายมาเป็นการใช้รถไถ ชาวบ้านใช้สารเคมีมากขึ้นเพื่อเพิ่มผลผลิตทำให้แหล่งอาหารตามธรรมชาติมีสารพิษเจือปน ผักบางอย่างก็ลดลง เช่น ผักแว่นที่เคยขึ้นในนาข้าว กอปรกับชาวบ้านออกไปทำงานนอกชุมชนมากขึ้น นิยมซื้ออาหารสำเร็จรูปหรือผักจากตลาดนํากลับมาทำอาหารที่บ้าน นอกจากนี้ที่ดินของชาวบ้านส่วนหนึ่งก็เปลี่ยนไปอยู่ในมือของคนต่างถิ่นซึ่งมาตั้งถิ่นฐานหรือทำธุรกิจส่วนตัวหรือพัฒนาเป็นแหล่งท่องเที่ยว ซึ่งต้องเปลี่ยนจากการเกษตรมาเป็นแหล่งก่อสร้าง รวมถึงคนรุ่นใหม่ซึ่งนิยมวิถีการบริโภคตามวัฒนธรรมตะวันตก เช่น การกินอาหารจานด่วน เป็นต้น จากกิจกรรมนี้ทำให้ได้ข้อมูลรายชื่อพืชผักพื้นบ้านที่มีอยู่ในบ้านปงป่าเป่า และสาเหตุที่ทำให้ผักพื้นบ้านลดลง ส่วนการทบทวนตรวจสอบข้อมูล ได้มีการตรวจทานข้อมูลจากทั้งผู้รู้และผู้ทรงคุณวุฒิในชุมชน

ขั้นที่ 3 การสร้าง “Sensing” และ “Visioning” ในขั้นตอนนี้จะประกอบด้วย

1) การสร้าง “Sensing” คือให้ผู้ร่วมเวทีเห็นข้อมูลและอ่านข้อมูลเป็น เป็นการฝึกสร้างมุมมองจากข้อมูลที่มีอยู่ โดยให้เห.ศ.ซึ่งเป็นเยาวชนในหมู่บ้านนำเสนอข้อมูลผักพื้นบ้านที่ได้สำรวจร่วมกับอสม.ทำให้ผู้เข้าร่วมเสวนามีการรับรู้ข้อมูลผักพื้นบ้านที่มีอยู่ในหมู่บ้าน ทั้งชนิด จำนวน และผักเหล่านั้นอยู่ที่ไหนบ้าง จากนั้นได้แบ่งกลุ่มระดมความคิดเห็น โดยการใช้คำถามว่า “คิดเห็นอย่างไรกับข้อมูลที่น่าเสนอ”

2) การสร้าง “Visioning” เพื่อสร้างภาพอนาคตที่ปรารถนาาร่วมกัน โดยการใช้ประเด็นสนทนา “ผ่านต้องการเห็นภาพของผักพื้นบ้านที่มีอยู่ในหมู่บ้านเป็นอย่างไร”

3) จาก vision สู่ action เพื่อให้ทุกคนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของแผนงานการทำงานร่วมกัน จะใช้ประเด็นคำถามว่า “จะอย่างไรเพื่อการอนุรักษ์ผักพื้นบ้าน”



ผลที่ได้จากเวทีเสวนานำไปสู่การพูดคุยวางแผนว่าจะทำอย่างไรกันต่อ โดยในวงเสวนาเห็นว่าสิ่งที่ทำได้อีกของคนที่หมู่บ้านคือการลงมือปลูกผักรับประทานเองเริ่มจากคนในเวทีเสวนาก่อนแล้วจึงชักชวนผู้อื่นที่สนใจร่วมกันปลูกโดยมีการแบ่งปันเมล็ดพันธุ์ให้แก่กัน สำหรับคนที่ต้องการพื้นที่ปลูกจะชวนกันไปปลูกผักได้ที่สวนหน้าวัดพระธาตุสันดอนใต้ฟรี และผู้ร่วมเสวนามองว่าชาวบ้านควรได้รับรู้ถึงประโยชน์และสรรพคุณของผักพื้นบ้านเพื่อเป็นการสร้างความตระหนักในเรื่องการดูแลสุขภาพและเห็นคุณค่าของผักพื้นบ้าน โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เข้าร่วมเวทีเสวนาซึ่งเป็นอดีตข้าราชการพัฒนาชุมชนอาสาเป็นผู้ติดต่อเชิญวิทยากรมาให้ความรู้แก่ชาวบ้านที่สนใจในเวทีครั้งต่อไป

ขั้นที่ 4 เวทีวิชาการเสริมสร้างความรู้เรื่องผักพื้นบ้าน

ในขั้นตอนนี้มีวิทยากรจากมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ลำปาง และจากกรพ.สต.บ้านแพะใหม่ซึ่งได้รับเชิญจากตัวแทนชุมชน มาบรรยายเรื่องประโยชน์และสรรพคุณของผักพื้นบ้านทำให้ผู้เข้าประชุมได้รู้จักผักพื้นบ้านในแง่ประโยชน์ต่อสุขภาพและประโยชน์ด้านเศรษฐกิจมากขึ้น

ขั้นที่ 5 เวทีเสวนาเพื่อสร้างชุมชนที่มีเจตจำนงร่วมในการฟื้นฟู สืบทอด และส่งต่อเรื่องนี้ (moving forward with community of commitment)

การร่วมเวทีครั้งนี้วัตถุประสงค์เพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้ระหว่างแกนนำชุมชน ผู้นำในระดับชุมชน และเพื่อเป็นแนวทางการสานต่อเรื่องการอนุรักษ์ผักพื้นบ้าน มีประเด็นการพูดคุยในเรื่องการอนุรักษ์ผักพื้นบ้าน โดยล้อมวงเสวนาให้แต่ละคนเล่าถึงสิ่งที่ผ่านมา

- 1) ใคร-ทำอะไร - ที่ไหน - เมื่อไหร่ - อย่างไร - ทำไม
- 2) สิ่งที่เกิดหว้งจะเกิดขึ้นในการอนุรักษ์ผักพื้นบ้านของตัวเองคืออะไร
- 3) วิเคราะห์ร่วมกันในเรื่องผลที่เกิดขึ้นจริงที่ผ่านมามีอะไรบ้าง (ทั้งแง่บวก-ลบ)
, มีปัจจัยหรือสาเหตุสำคัญอะไร ที่ทำให้เป็นเช่นนั้น
- 4) ทบทวนกระบวนการทำงานและสิ่งที่ได้จากการเข้าร่วมเวทีเสวนาทั้ง 4 เวที และการสร้างทีมและเครือข่าย
เพื่อการพัฒนาและส่งต่อความรู้เรื่องผักพื้นบ้าน
- 5) จะทำอะไรต่อจากนี้เพื่อการอนุรักษ์ผักพื้นบ้าน

ในการเสวนาครั้งนี้ นอกจากจะมีชาวบ้านซึ่งเป็นกลุ่มคนที่มีความสนใจในเรื่องผักพื้นบ้านกลุ่มเดิมที่ได้สนทนาคือเนื่องจากเวทีครั้งที่ 1 2 3 และ 4 แล้ว ยังมีตัวแทนจากองค์การบริหารส่วนตำบลวังเงิน ผู้นำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่จากกรพ.สต.บ้านแพะใหม่เข้าร่วมด้วย ในวงเสวนามีการเล่าประสบการณ์การทำการเกษตรของตนเองและประสบการณ์ของชาวบ้านที่ได้เห็นตัวอย่างดีจากที่อื่นๆ แล้วอยากนำมาพัฒนาชุมชนของตน เช่น ประสบการณ์การไปอบรมการปลูกผักเชิงดาที่อำเภอแม่มาะ และการได้รับฟังวิทยากรบรรยายความรู้เรื่องสรรพคุณของผัก ในเวทีที่ 4 จึงอยากที่จะอนุรักษ์ผักพื้นบ้านเอาไว้ เพื่อเป็นการดูแลสุขภาพของตนเองและเพื่ออนุรักษ์ไว้ให้เยาวชนรุ่นหลัง สมาชิกในวงเสวนาส่วนใหญ่มองว่าความเป็นไปได้หากจะทำงานเพื่ออนุรักษ์ผักพื้นบ้าน ซึ่งในที่ประชุมได้มีการเสนอแนวทางต่างๆแต่ได้ข้อสรุปร่วมกันว่าคนในชุมชนต้องรวมพลังกัน ร่วมแรงร่วมใจทำกิจกรรมให้จริงจัง ให้เขาเห็นว่าเราทำได้ ก่อนที่จะไปขอรับการสนับสนุนจากบุคคลอื่น โดยควรเริ่ม



จากบ้านของตัวเองก่อนแล้วชักชวนคนอื่นๆทำด้วยกัน ร่วมกับการปลูกฝังบุตรหลานของตนเรื่องการรับประทานผักที่ปลูกเองและชักชวนเด็กๆมาช่วยพ่อแม่ปลูกผักเพื่อเป็นการปลูกฝังทัศนคติที่ดีและส่งต่อเรื่องผักพื้นบ้านให้เด็กไปด้วย แต่ปัญหาสำคัญคือเรื่องน้ำใช้เพื่อการเกษตร จะมีบางจุดในหมู่บ้านที่น้ำไม่เพียงพอ มีข้อเสนอจากที่ประชุมให้ผู้สนใจมาปลูกผักในพื้นที่สาธารณะของชุมชนคือหน้าวัดพระธาตุสันดอนที่ทางชุมชนวางแผนพัฒนาต่อยอดให้เป็นแหล่งท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์ ซึ่งจะมีน้ำจากชลประทานไหลผ่าน ทั้งนี้ในวังเสวนามีผู้เสนอตัวเองในการรับประสานงานเรื่องน้ำกับหน่วยงานชลประทานและผู้ที่เกี่ยวข้อง ในขณะที่ตัวแทนจากหน่วยงานท้องถิ่นจะนำข้อมูลเข้าสู่การประชุมเพื่อจัดทำโครงการสนับสนุนต่อไป ในการพูดคุยพบว่าทุกคนมีความสนใจที่จะสานต่อในเรื่องการการอนุรักษ์ผักพื้นบ้าน และมีความยินดีที่จะพัฒนาชุมชนโดยเกิดจากพลังความคิดที่เป็นความคิดของชาวบ้านที่แท้จริงที่เกิดขึ้นในวงเสวนา จะเห็นได้ว่าการใช้กระบวนการตามรูปแบบที่สร้างขึ้นเป็นการกระตุ้นความคิดทำให้ชุมชนเกิดความตระหนักรู้ ส่งผลให้มีผู้สนใจสมัครเข้ามาเป็นสมาชิกกลุ่มปลูกผักอินทรีย์มากขึ้น เกิดแนวคิดในการจัดหาพื้นที่สำหรับรวมกลุ่มปลูกผักปลอดสารอินทรีย์นอกเหนือจากการปลูกแต่ละหลัง และมีความคิดต่อยอดที่จะพัฒนาให้เป็นจุด check in เพิ่มเติมในแหล่งท่องเที่ยวสะพานข้าวแตะ

จากการติดตามหลังดำเนินการไปแล้ว 1 ปีร่วมกับแกนนำชุมชน พบว่า กระบวนการคงอยู่ของการอนุรักษ์ผักพื้นบ้านลดลงสาเหตุเนื่องจากขาดความต่อเนื่องในการหนุนเสริม และปัญหาภัยแล้งทำให้ผลผลิตทางการเกษตรลดลง

อภิปรายผล

การศึกษาการสร้างกระบวนการทางความคิดของคนในชุมชนในการมีส่วนร่วมอนุรักษ์ผักพื้นบ้าน: กรณีศึกษาบ้านปางป่าเป่า อ.แม่ทะ จ.ลำปาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ผักพื้นบ้านในชุมชนปางป่าเป่า และเพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมอนุรักษ์ผักพื้นบ้านของคนในชุมชนปางป่าเป่า สามารถอภิปรายผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ ได้ดังนี้

1. สถานการณ์ผักพื้นบ้านในชุมชนปางป่าเป่า

ชุมชนปางป่าเป่ามีพืชผักพื้นบ้านที่หลากหลาย ผักที่คนในหมู่บ้านนำมาบริโภคมีทั้งหมด 84 ชนิด โดย 5 อันดับแรกที่มีมากในชุมชนคือ ผักห่อ ผักกาดจ้อน ผักก้านาง ผักปูกและผักหนอง ตามลำดับ จำแนกตามลักษณะของลำต้น แบ่งเป็น 4 ประเภท คือไม้ยืนต้น 14 ชนิด ไม้ล้มลุก 44 ชนิด ไม้พุ่ม 8 ชนิดและไม้เลื้อย 18 ชนิด น่าสังเกตว่าพืชผักประเภทที่พบมากชนิดที่สุด คือไม้ล้มลุกมี 44 ชนิด เพราะปลูกง่ายและสามารถขึ้นเองได้ตามธรรมชาติเช่น ปูก ผักหนอง ผักห่อ ผักหนอง ผักขี้เหล็ก เอียงแล้ว บำก้วยเต็ด เป็นต้น โดยชาวบ้านนิยมปลูกไว้ริมรั้ว และ รอบๆ บ้าน ชาวชุมชนปางป่าเป่ามีประสบการณ์และเรียนรู้วิธีนำผักพื้นบ้านมาใช้ประโยชน์โดยจะนำมาเป็นอาหาร ใช้เป็นยาสมุนไพรและขาย โดยการนำผักพื้นบ้านมาใช้เป็นอาหารหลักหรือปรุงเป็นอาหาร เช่น นำมาแกง ผัด และใช้เป็นส่วนประกอบ เป็นเครื่องเคียงหรือผักจิ้ม เช่น ผักกับลาบ ผักต้มหรือผัดนึ่งกินกับน้ำพริก แกงแค สอดคล้องกับการศึกษาของญาณนันท์ งามศิริ (Ngamsiri Y., 2015) พบว่า พืชผักพื้นบ้านที่



ชาวบ้านใน อำเภอกีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย รู้จักและบริโภคเป็นประจำในครัวเรือน มีจำนวน 114 ชนิด โดยส่วนของพืชผักพื้นบ้านที่นำมาใช้ประโยชน์มากที่สุดคือใบและยอด รองลงมาคือผลหรือเมล็ด ดอก ลำต้น และราก ตามลำดับ

สำหรับผักที่ใช้เป็นยาสมุนไพรในชุมชนปงป่าเป๋ เช่น ใบบะค้อนก้อม ป้องกันมะเร็ง ผักหนอกแก้ไข้ในหรือร้อนใน ผักเชียงดาลดความน้ำตาลในเลือด เป็นต้น ซึ่งชาวบ้านมองว่านอกจากจะมีประโยชน์ในเรื่องช่วยการขับถ่ายแล้ว ผักพื้นบ้านเหล่านี้ยังส่งผลดีต่อสุขภาพด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ แสงจันทร์ คำตาเทพ (2550) ที่ได้ กล่าวถึงประโยชน์ของผักพื้นบ้านว่ามีคุณค่าทางโภชนาการสูง มีวิตามิน แร่ธาตุต่าง ๆ ที่ช่วยในการเสริมสร้างสุขภาพให้แข็งแรง เสริมสร้างภูมิคุ้มกันให้ร่างกาย โยอาหารในผักจะช่วยให้ระบบ ขับถ่ายเป็นปกติ ช่วยลดโคเลสเตอรอลในร่างกาย ทำให้สุขภาพดีไม่มีไขมันสะสม

จากการสำรวจผักพื้นบ้านกับคนในชุมชนพบประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้

1) ผักพื้นบ้านในชุมชนยังมีความสำคัญต่อวิถีชีวิตในชุมชน คือ ชาวบ้านเห็นว่าผักพื้นบ้านเป็นอาหารที่ปลอดภัยต่อสุขภาพ ปลูกง่ายไม่ต้องบำรุงหรือใส่ปุ๋ยเคมี ประหยัดเพราะมีอยู่แล้วในท้องถิ่น

2) ความหลากหลายของผักพื้นบ้านในชุมชนปงป่าเป๋ จากการสำรวจในชุมชน พบผักพื้นบ้าน มีจำนวนถึง 84 ชนิด นอกจากจะพบในบริเวณบ้านแล้ว บางชนิดยังพบในน้ำ ป่ารก รวมทั้งในนาข้าวด้วย

3) จากการพูดคุยในวงเสวนาพบว่าในชุมชนมีการใช้ประโยชน์จากผักพื้นบ้านชุมชนลดลง จนเกิดการละเลยไม่เห็นคุณค่า ทำให้ผักพื้นบ้านในชุมชนบางชนิดหายสาบสูญไปและลดลงจึงมีแนวโน้มที่น่าเป็นห่วง สาเหตุจากมีทรัพยากรต่อองค์ความรู้การใช้ประโยชน์ไม่ถูกถ่ายทอดส่งต่อจึงไม่เกิดการใช้ประโยชน์ คนรุ่นใหม่จึงรู้จักน้อยนำมาเป็นอาหารไม่เป็น เหลือเพียงคนรุ่นเก่า ๆ เท่านั้น และกระแสการบริโภคตะวันตกเข้ามาในชุมชนมากขึ้น การรับประทานผักส่วนใหญ่จึงเป็นผักตามท้องตลาดซึ่งมีไม่กี่ชนิด การใช้สารเคมีกำจัดพืชชนิดอื่นในนาข้าวและแปลงการเกษตร ทำให้ดินกระด้างขาดความอุดมสมบูรณ์ส่งผลกระทบต่อปริมาณผักพื้นบ้านถูกทำลายและลดลง

2. รูปแบบที่เหมาะสมในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมอนุรักษ์ผักพื้นบ้านของคนในชุมชนปงป่าเป๋

จากผลการศึกษา พบว่า กระบวนการทางความคิดของคนในชุมชนในการมีส่วนร่วมอนุรักษ์ผักพื้นบ้านเป็นกระบวนการนำไปสู่การขับเคลื่อนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนโดยตรง อันจะนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพและทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการอนุรักษ์ผักพื้นบ้าน ซึ่งรูปแบบที่เหมาะสมของการสร้างกระบวนการทางความคิดเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมอนุรักษ์ผักพื้นบ้านเพื่อสุขภาพของคนในชุมชนปงป่าเป๋ มีกระบวนการ 5 ขั้นตอน คือ

ขั้นที่ 1 ทำเจตจำนงให้แจ่มกระจ่าง เพื่อสร้างความเข้าใจวัตถุประสงค์ และเป้าหมายของการดำเนินงาน

ขั้นที่ 2 สนทนาและใคร่ครวญถึงอนาคตของสังคมไทย/สังคมที่อาศัยอยู่ วิถีใหม่แห่งความเข้าใจและการเปลี่ยนผ่าน วัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงของสังคมที่เกิดขึ้นและเพื่อสร้างความตระหนักถึงของดีที่มีอยู่ในท้องถิ่น ผักพื้นบ้านที่มีผลต่อสุขภาพ วิเคราะห์จุดดี/โอกาสที่มี และหาแนวทางลดจุดด้อย/ปัญหาที่มองเห็น



ขั้นที่ 3 สร้าง “Sensing” และ “Visioning” ขั้นนี้มีการนำเสนอข้อมูลผักพื้นบ้านที่ได้สำรวจ เพื่อการสร้าง “Sensing” คือให้ผู้ร่วมเวทีเห็นข้อมูลและอ่านข้อมูลเป็น เห็นข้อมูลแล้วต้องมีสภาวะจิตอันลุ่มลึก แล้วต้องสร้าง “Visioning” คือ ภาพอนาคตที่ปรารถนา นำไปสู่การพูดคุยวางแผนว่าจะทำอย่างไรกันต่อ

ขั้นที่ 4 เวทีวิชาการเสริมสร้างความรู้เรื่องผักพื้นบ้าน

ขั้นที่ 5 เวทีเสวนาเพื่อสร้างชุมชนที่มีเจตจำนงร่วมในการฟื้นฟู สืบทอด และส่งต่อเรื่องนี้

ผลจากการดำเนินกระบวนการแต่ละขั้นตอนตามรูปแบบที่สร้างขึ้นเป็นการกระตุกความคิดทำให้ชุมชนเกิดความตระหนักรู้ และยังสะท้อนว่า กระบวนการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านการพูดคุยในเวทีเสวนานั้นมีความสำคัญต่อการอนุรักษ์ผักพื้นบ้านมาก เพราะการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนทำให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเกิดกระบวนการคิด การทำงานอย่างเป็นระบบ มีความสามารถในการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของชุมชน เกิดการยอมรับสภาพปัญหาในชุมชน ทำให้เกิดความร่วมมือระหว่างชาวบ้านและผู้นำชุมชนให้ลุกขึ้นมาร่วมกันหาแนวทางแก้ปัญหาต่าง ๆ ของตนเอง จึงพบว่าให้มีผู้สนใจสมัครเข้ามาเป็นสมาชิกกลุ่มปลูกผักอินทรีย์มากขึ้น เกิดแนวคิดในการจัดหาพื้นที่สำหรับรวมกลุ่มปลูกผักปลอดสารอินทรีย์นอกเหนือจากการปลูกแต่ละหลัง และวางแผนจะพัฒนาให้เป็นจุด check in เพิ่มเติมในแหล่งท่องเที่ยวสะพานซำฮ้งหน้าวัดพระธาตุสันดอน และเห็นว่าควรมีการปลูกฝังเรื่องของการผักพื้นบ้านตั้งแต่ในวัยเด็กโดยให้ผู้ปกครองดึงเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของภูมินิเวศ สุพรรณภูมิ เรื่องการฟื้นฟูและอนุรักษ์ผักพื้นบ้านภาคกลาง (Supannaphum P. ,2004) และจุไรรัตน์ ปิยะวัชร เรื่อง กระบวนการฟื้นฟูการบริโภคผักพื้นบ้านเพื่อสุขภาพชุมชน (Piyawat J. ,2009) ที่พบว่ากระบวนการมีส่วนร่วมนั้นมีความสำคัญต่อการฟื้นฟูและอนุรักษ์ผักพื้นบ้าน แต่จากการติดตามหลังดำเนินการไปแล้ว 1 ปีร่วมกับแกนนำชุมชน พบว่า มีการรณรงค์เรื่องของการผักพื้นบ้านร่วมกันในช่วงแรก แต่เมื่อเวลาผ่านไปกระบวนการคงอยู่ของการอนุรักษ์ผักพื้นบ้านเริ่มลดลง เนื่องจากขาดความต่อเนื่องในการหนุนเสริม และปัญหายากแฉ่งทำให้ผลิตผลทางการเกษตรลดลง และข้อมูลจากชาวบ้านที่เคยเข้าร่วมเวทีเสวนา พบว่า การที่จะสร้างความเข้าใจให้กับคนในชุมชนทำได้ค่อนข้างยาก เพราะชาวบ้านยังให้ความสำคัญในเรื่องการอนุรักษ์ผักพื้นบ้านน้อย โดยเฉพาะคนรุ่นหนุ่มสาวเนื่องจากเห็นว่าเป็นเรื่องที่ไกลตัว การสานต่อในเรื่องอนุรักษ์ผักพื้นบ้านจึงมีเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีเวลาอยู่บ้านและสมาชิกที่สนใจเท่านั้น ดังนั้นจึงสรุปผลการวิจัยที่ได้ว่า การสร้างกระบวนการทางความคิดของคนในชุมชนเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมอนุรักษ์ผักพื้นบ้านในชุมชนปงป่าเป๋ โดยมีการใช้คำถามที่กระตุ้นให้ร่วมคิดเป็นกลุ่มผ่านเวทีเสวนา 4 ขั้นตอน คือ 1. ทำเจตจำนงให้แจ่มกระจ่าง เพื่อสร้างความเข้าใจ วัตถุประสงค์ และเป้าหมายของการดำเนินงาน 2. สนทนาและใคร่ครวญถึงอนาคตของสังคมไทย/สังคมที่อาศัยอยู่ (reflection and dialogue on social future) 3. สร้าง “Sensing” และ “Visioning” 4. เวทีวิชาการเสริมสร้างความรู้เรื่องผักพื้นบ้าน 4. เวทีเสวนาเพื่อสร้างชุมชนที่มีเจตจำนงร่วมในการฟื้นฟู สืบทอด และส่งต่อเรื่องนี้ (moving forward with community of commitment) มีความสำคัญที่จะนำไปสู่การขับเคลื่อนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้เกิดความร่วมมือในการอนุรักษ์ผักพื้นบ้านของคนในชุมชนและการคิดเป็นกลุ่มจะช่วยให้จัดการปัญหาได้ดีกว่าการคิดเดี่ยว แต่ความรู้ที่เกิดจากกระบวนการคิดควรมีการติดตาม กำกับการนำไปปฏิบัติ ร่วมกับการหนุนเสริมพลังทางบวก การให้



คุณค่าและงบประมาณเพื่อการบริหารจัดการ รวมถึงการหาแนวทางส่งต่อให้กับคนรุ่นต่อไปเพื่อให้เกิดการคงอยู่ของผักพื้นบ้านในชุมชนอันจะนำสู่การพัฒนาสุขภาพได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. การอนุรักษ์ผักพื้นบ้านในชุมชน

1.1 ควรมีการรับช่วงต่อและติดตามหนุนเสริมกลุ่มปลูกผักในชุมชนอย่างต่อเนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้ที่เกี่ยวข้อง

1.2 ควรนำข้อมูลและเนื้อหาเรื่อง ผักพื้นบ้านของชุมชน เข้าสู่หลักสูตรการศึกษาของโรงเรียนที่อยู่ในท้องถิ่นเพื่อเป็นการถ่ายทอดความรู้จากรุ่นสู่รุ่นอันจะเป็นการส่งเสริมให้เกิดการอนุรักษ์ผักพื้นบ้านต่อไป

1.3 ควรมีวิธีการหลากหลายเพื่อสร้างความเข้าใจและความตระหนักถึงความสำคัญของผักพื้นบ้านให้กับคนในชุมชนในการฟื้นฟูและอนุรักษ์ผักพื้นบ้าน

1.4 ควรมีการสนับสนุนให้มีการสร้างแหล่งเรียนรู้ในพื้นที่เพื่อส่งเสริมเด็กและเยาวชนให้เข้าร่วมเรียนรู้ โดยมีผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุในชุมชนที่สนใจเรื่องการปลูกผักและมีจิตอาสาเข้ามาเป็นพี่เลี้ยงให้ความรู้และเพื่อการส่งต่อให้กับเยาวชนต่อไป

2. เชนโยบาย

องค์กรหรือหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องควรมีนโยบายที่ชัดเจนในการลดการใช้สารเคมีในการเกษตรของชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม และมีแผนการสนับสนุนและพัฒนา กลุ่มปลูกผักอินทรีย์อย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการสนับสนุนให้มีแหล่งเรียนรู้เรื่องผักพื้นบ้านเกิดขึ้นในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) การจัดกระบวนการเรียนรู้ให้กับคนในชุมชนอย่างต่อเนื่องเป็นเรื่องที่สำคัญ โดยหน่วยงานราชการต่างๆ ใช้ชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ การทำงานกับชุมชนเน้นกระบวนการมีส่วนร่วม และการปฏิบัติงานควรงดการสั่งการจากบนลงล่าง เน้นการทำงานแนวราบ ประสานเชื่อมโยงกับหน่วยงานต่างๆ ในการทำงานร่วมกัน ไม่ควรทำงานแบบแยกส่วน

2) จากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีภูมิปัญญา องค์ความรู้เกี่ยวกับผักพื้นบ้านมากที่สุด จึงควรมีการรวบรวมองค์ความรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับผักพื้นบ้านไว้ให้อนุชนรุ่นหลังได้ศึกษา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ที่ให้การสนับสนุนทุนการวิจัย และขอขอบคุณ องค์การบริหารส่วนตำบลวังเงิน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแพะใหม่ และประชาชนบ้านป่าเป่าทุกคน ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

**เอกสารอ้างอิง**

- Charoensuk S, Phetkong J, Choolert P. (2016). Effects of teaching approach emphasizing systemic thinking and public consciousness in Boromarajonani College of Nursing, Chakiraj. *Journal of health science research*. 2016;10(2):61-71. (in thai).
- Civic Net Foundation. (2000). *Searching for wisdom and imagination*. Bangkok: Civic net foundation. (in thai).
- Khemmani, T. (2015). *Teaching science knowledge for effective learning process*. Bangkok: Chulalongkorn University Press. (in thai).
- Issarapan, P. (2011). *Situation of Pesticide Illness in Thailand. Documentation of an academic conference for the surveillance of agricultural chemicals*. BIOTHA. (in thai)
- Ministry of Public Health. (2018). *Public Health Statistics A.D.2017*. (online), (Retrieved January 9, 2020). Available at: <http://www.pcko.moph.go.th/Health-Statistics/statistics60.pdf>
- National Health Security Office (NHSO). (2019). *Thousands of Thai agricultural get sick by chemicals per year*. (online), (Retrieved January 9, 2020). Available at: <https://www.naewna.com/local/431418>
- Ngamsiri Y. (2015). *Spicies and utilization of local vegetable in Khirimat District, Sukhothi province. Degree of master science field in biological science academic*. Pibulsongkram Rajabhat University. (in thai).
- Nithitantiwat,P. and Udomsapaya, W (2017). Food consumption behavior among thai adolescents, Impacts, and Solutions. *Journal of phrapokklao nursing college*,Vol.28 No.1 January – June 2017. (in thai).
- Panich V. (2015). *Transformative Learning*. Bangkok: S. R. Printing massproducts company limited. (in thai).
- Piyasakulkiat P. (2018). Community participation in the development of the elderly quality of life of thakhae Sub-District Lopburi Province. *Romphruek journal*, Volume 36 No 3, 2018 (45-65). (in thai).
- Piyawat J. (2009). *Revitalizing of native vegetables consumption towards Healthy Community*. Degree of master of science community development. Department of social administration Thammasat University. (in thai).



- Pongutta S. and Kunpeuk W. (2015). *Thailand food and nutrition: where are we now?* (online), (Retrieved April 4, 2020). Available at: <http://fhpprogram.org/download/thai-food-and-nutrition-en/>
- Rola AC, Pingali PL. (1993). *Pesticides, rice productivity, and farmers' health: an economic assessment. International Rice Research Institute: Manila, Philippines.* (online), (Retrieved January 9, 2020). Available at: http://dspace.irri.org:8080/dspace/bitstream/10269/240/2/9712200374_content.pdf
- Samutachak P. & Kanjanajittra M. (2014). *What drives consumerism in Thai youth?* Thammasat Journal, Volume 33 No 1, 2014 (46-69). (in thai).
- Supannaphum P. (2004). *Central local Vegetables Restoration and conservation.* Research report. Office of the higher education commission. (in thai).
- Thai – Pan. (2020). *Annual random vegetable inspection results 2020.* (online), (Retrieved November 3, 2020). Available at: https://www.thaipan.org/wp-content/uploads/2020/12/thaipan_press_4-12-2563-last.pdf
- The office of Agricultural Regulation, Department of Agriculture. (2017). *Summary report of the import of pesticides 2017.* (online), (Retrieved January 9, 2020). Available at: <https://www.thaipan.org/stat/728>
- Thirapantu C. (2015). *Team Learning & Mental Model): Leaders by heart.* (online), (Retrieved July 2, 2020). Available at: <https://www.facebook.com/Leaderbyheart/photos/pcb.3026859197436807/3026841984105195/?type=3&theater>
- Thirapantu C. (2015). *The Art of Facilitation: Leaders by heart.* (online), (Retrieved July 2, 2020). Available at: https://www.facebook.com/Leaderbyheart/posts/3050257291763664?_tn_=K-R



The Factors Predicting English Language Anxiety and Proficiency among Undergraduate Nursing Students of Boromarajonani College of Nursing Nakhon Lampang, Thailand

Niporn Khatta*, Jona Jean Pinas Palaleo**, Narueporn Pongkunakorn***

(Received February 28, 2021, Revised: May 19, 2021, Accepted: May 21, 2021)

Abstract

This descriptive study aims to examine anxiety levels-related English language proficiency and relevant factors affecting both anxiety levels and English abilities of undergraduate nursing students in Boromarajonani College of Nursing Nakhon Lampang, Thailand. Multi-stage cluster sampling was used to recruit 280 participants in this study. The questionnaires, Factors predicting English Language Anxiety and Proficiency among Undergraduate Nursing Students, which included personal information, English anxiety, and factors predicting English were used to conduct data collection. The content analysis using the Index of Item-Objective Congruence (IOC) and alpha Cronbach of .86 were used to examine validation and reliability of the instrument of this study. Descriptive, regression, and discriminant statistical analysis were performed to assess the factors predicting English language anxiety and proficiency of the participants. The mean scores of English language anxiety among nursing students were at a moderate level (Mean=51.26, S.D. 10.33). The PBRI scores of nursing students were less than 51 scores at 86.40 percentage. Consequently, academic perception and supportive environment surrounding factors had been found as factors-related levels of anxiety and English skills of nursing students (multiple $R = 3.69$, $F = 22.207$, $p = .000$, $df (1,277)$). These factors possibly predicted variation of English language anxiety at 13.60 percent with $R^2 = .136$, and accurately discriminated groups of students' English language proficiency at 18.40 percent.

Key word: English anxiety; English proficiency; Nursing students

* Registered Nurse, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang,

Corresponding author: tang5397@hotmail.com

** Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

*** Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang



ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลและสมรรถนะด้านภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง, ประเทศไทย

นิพร ชัดตา* โจน่า จิน ปินาส ปิลาสิโอ**, นฤพร พงษ์คุณากร***

(วันรับบทความ : 28 กุมภาพันธ์ 2564, วันแก้ไขบทความ : 19 พฤษภาคม 2564, วันตอบรับบทความ : 21 พฤษภาคม 2564)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความวิตกกังวล สมรรถนะด้านภาษาอังกฤษ และปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลและสมรรถนะด้านภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง ประชากรเป็นนักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1-4 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบแบ่งกลุ่มหลายขั้นตอน (multi-stage cluster sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 280 คน เครื่องมือที่ใช้: แบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลและสมรรถนะด้านภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษ และ 3) ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษ ตรวจสอบคุณภาพด้วยความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และทดสอบค่าความเชื่อมั่น (reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ .86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ และสถิติการวิเคราะห์จำแนกกลุ่ม

ผลการวิจัย พบว่า 1) ความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ย 51.26 (S.D. 10.33) คะแนน อยู่ระดับปานกลาง 2) นักศึกษาร้อยละ 86.40 มีคะแนนภาษาอังกฤษรวบยอดของสถาบันพระบรมราชชนกน้อยกว่า 51 คะแนน และ 3) ปัจจัยทำนายความวิตกกังวลและสมรรถนะด้านภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาล พบปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษ ได้แก่ ปัจจัยด้านการรับรู้ต่อตนเองในการใช้ภาษาอังกฤษเชิงวิชาการ และสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ในด้านภาษาอังกฤษ ด้านสิ่งแวดล้อม (multiple $R = 3.69$, $F = 22.207$, $p = .000$, $df (1, 277)$) โดยปัจจัยเหล่านี้รวมทำนายความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษได้ 13.60 % ($R^2 = .136$) และปัจจัยที่สามารถจำแนกสมรรถนะด้านภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาล มี 2 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ต่อตนเองในการใช้ภาษาอังกฤษเชิงวิชาการ และสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ในด้านภาษาอังกฤษ ด้านสิ่งแวดล้อม และสมการจำแนกปัจจัยทำนายได้ร้อยละ 18.40

คำสำคัญ: ความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษ; สมรรถนะด้านภาษาอังกฤษ; นักศึกษาพยาบาล

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง, ผู้ประสานงาน: tang5397@hotmail.com

**อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง



บทนำ

ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่ได้รับความนิยมจากชาวต่างชาติให้เดินทางเข้ามาไม่เพียงแต่เพื่อการท่องเที่ยว แต่ยังรวมถึงการใช้บริการในสถานพยาบาลอีกด้วย เนื่องจากประเทศไทยมีการปรับปรุงระบบการแพทย์มาหลายทศวรรษ และในปี พ.ศ. 2559 ประเทศไทยได้มีการนำนโยบายไทยแลนด์ 4.0 มาใช้ (The government Public Relations Department, 2016) และพร้อมกับนโยบายนี้ประเทศไทยยังมุ่งมั่นที่จะเป็นศูนย์กลางการดูแลสุขภาพของเอเชียหรือศูนย์กลางทางการแพทย์ของเอเชีย (Health Care Asia Daily, 2017) ซึ่งทางกลุ่มอาเซียนได้กำหนดให้ภาษาอังกฤษเป็นภาษากลางของประเทศสมาชิกที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร หรือทำงานร่วมกัน โดยเฉพาะด้านการแพทย์ที่สามารถเคลื่อนย้ายแรงงานไปยังประเทศสมาชิกได้อย่างเสรี แต่น่าเสียดายที่การเรียนภาษาอังกฤษในประเทศไทยยังคงล้มเหลว และมีระดับต่ำกว่าประเทศอื่นในกลุ่มอาเซียน (Chawaphanth, LeSeure, Jantaramano, & Thana, 2016)

กระทรวงศึกษาธิการได้ตระหนักถึงความสำคัญของภาษาอังกฤษในฐานะส่วนหนึ่งของสังคมที่กำลังพัฒนา และมีการพัฒนาตัววัดมาตรฐานสากลที่ใช้วัดความสามารถทางภาษาอังกฤษอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สอดคล้องกับการศึกษาภาษาอังกฤษในประเทศไทย (Hiranburana et al., 2018) ซึ่งรวมถึงสถาบันการศึกษาภายใต้สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก (Praboromarajchanok Institute: PBRI) ที่ได้เล็งเห็นความสำคัญของพยาบาลว่ามีบทบาทสำคัญในฐานะผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ซึ่งการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในด้านการรักษาพยาบาลมีความจำเป็นอย่างมากสำหรับการแข่งขันในระดับนานาชาติ เพื่อเป็นการตรวจสอบความสามารถทางภาษาอังกฤษของทั้งครูพยาบาลและศึกษาพยาบาลในสังกัด สถาบันพระบรมราชชนก จึงได้จัดทำข้อสอบภาษาอังกฤษที่ใช้ประเมินความสามารถของครูพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลในทุกระดับชั้นปี ที่มีการจัดสอบปีละสองครั้ง แบบทดสอบครอบคลุม 3 ส่วนคือการฟัง ไวยากรณ์ และการอ่าน แบ่งระดับคะแนนออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับเริ่มต้น (0-25 คะแนน) ระดับกลางขั้นต้น (26-50 คะแนน) ระดับกลางขั้นสูง (51-75 คะแนน) และระดับสูง (76-100 คะแนน) (Praboromarajchanok Institute, 2016)

ผลการสอบภาษาอังกฤษรวบยอดของสถาบันพระบรมราชชนกในปีการศึกษาที่ผ่านมาของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง มีผลคะแนนยังไม่น่าพึงพอใจ โดยพบว่า นักศึกษาที่ผ่านเกณฑ์คะแนน (51 คะแนนขึ้นไป) เพียงร้อยละ 11.71 จากนักศึกษาทั้งหมด 4 ชั้นปี ทั้งนี้จากการศึกษาวิจัยในปัจจุบันพบปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการเรียนภาษาอังกฤษ ประกอบด้วยปัจจัยภายนอกและภายใน ทั้งนี้ปัจจัยที่สำคัญหนึ่งนั้น คือ ความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษ (English anxiety) (Khattak, Jamshed, Ahmad, & Baig, 2011) นอกจากนี้ Krashen (1987) นักทฤษฎีภาษาศาสตร์ เชื่อว่ามีตัวแปร 3 ตัวที่ส่งผลต่อความสามารถในการเรียนรู้ภาษา ได้แก่ แรงจูงใจ ความมั่นใจในตนเอง และความวิตกกังวล มีผลการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่า แรงจูงใจและความมั่นใจในตนเองของผู้เรียนมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความวิตกกังวลในการเรียนภาษา จึงอาจกล่าวได้ว่าความวิตกกังวลในการเรียนภาษาเป็นอุปสรรคอย่างหนึ่งในการเรียนรู้ภาษาต่างประเทศ (Yang, 2012) นอกจากนี้



ในการศึกษาของ Khattak et al. (2011) ยังพบว่า ประสบการณ์ความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษของผู้เรียนจะลดทอนและมีอิทธิพลต่อการบรรลุเป้าหมายในการเรียนภาษาอังกฤษ กล่าวอีกนัยหนึ่ง ความวิตกกังวลเป็นหนึ่งในปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่มีผลกระทบต่อการเรียนรู้ในด้านภาษา ซึ่งความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษในระดับสูงจะสัมพันธ์กับการเรียนรู้ด้านภาษาที่แย่ลง ขณะเดียวกันในประเทศจีนยังมีการศึกษาในนักเรียนมัธยมปลาย พบว่า ความวิตกกังวลในการใช้ภาษาส่งผลต่อความสำเร็จในการเรียนภาษาอังกฤษ กล่าวได้ว่าการเรียนภาษาต่างประเทศทำให้ผู้เรียนเกิดความวิตกกังวล (Na, 2017)

Horwitz et al. (1986) ได้อธิบายความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษ ว่าเป็นความซับซ้อนที่มีลักษณะแตกต่างกันของแต่ละบุคคลในด้านของการรับรู้ต่อตนเอง ความเชื่อ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการเรียนภาษาในชั้นเรียน ซึ่งจะเกิดขึ้นเฉพาะจากกระบวนการเรียนภาษาต่างประเทศเท่านั้น ดังเช่นในการศึกษาของ MacIntyre (1999) กล่าวว่า ความวิตกกังวลในการเรียนภาษา เป็นความรู้สึกของความเครียด ความกลัว เกิดปฏิกิริยาทางอารมณ์ และความวิตกกังวลที่สัมพันธ์กับการเรียนภาษาต่างประเทศหรือภาษาที่สอง ผู้เรียนที่มีประสบการณ์ความวิตกกังวลในการเรียนภาษา จะรู้สึกไม่มีความสุขกับการเรียน และส่งผลด้านลบกับประสิทธิภาพและความสำเร็จในการเรียนของผู้เรียนด้วย (Krashen, 1982) ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษของนักศึกษา จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษ สาเหตุส่วนใหญ่มาจากปัจจัยด้านตัวผู้เรียนเป็นหลัก (Muenprasert, 2008 as cited in Udomkiatsakul, 2016) ที่มีการรับรู้ต่อตนเองในด้านลบ คิดว่าตนเองมีความรู้พื้นฐานไม่เพียงพอ ไม่มีสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นอยากให้อ่านรู้ภาษาอังกฤษ รู้สึกไม่มั่นใจในความสามารถของตนเองเมื่อต้องมีการเรียนหรือใช้ภาษาอังกฤษ (Kammungkun, 2020; Makchuay, Sama-a, Auma, Yossiri, & Hayeesani, 2018) ซึ่ง Dewaele, Petrides, & Furnham (2008) ก็ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า การรับรู้ของผู้เรียน คือ สาเหตุที่สำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษ นอกจากนั้นยังพบปัจจัยอื่น ๆ เช่น ครอบครัว และปัจจัยเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม กิจกรรมการเรียนการสอน ที่มีผลต่อความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษด้วย (Makchuay et al., 2018; Muenprasert, 2008 as cited in Udomkiatsakul, 2016) นอกจากนี้ในการศึกษาของ Arnaiz-Castro and Díaz (2016) ยังพบว่า การรับรู้ความสามารถในตนเองด้านภาษาอังกฤษมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความวิตกกังวลในการใช้ภาษาอังกฤษ นั่นหมายถึง เมื่อนักศึกษามีการรับรู้ต่อตนเองเกี่ยวกับความสามารถในการใช้ภาษาอังกฤษในระดับสูง จะทำให้มีการรับรู้ความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษในระดับที่ต่ำลง นำไปสู่การมีผลลัพธ์ทางภาษาอังกฤษที่สูงขึ้นตามมา ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาว่าการรับรู้ต่อตนเองมีผลต่อความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษและสมรรถนะด้านภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาลหรือไม่ และจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยแวดล้อมที่เป็นสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ ไม่เพียงแต่มีผลต่อระดับความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษของนักศึกษาเท่านั้น แต่ยังมีผลต่อความสามารถด้านภาษาอังกฤษของนักศึกษาอีกด้วย ทั้งนี้ การเรียนภาษาอังกฤษภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เพียงพอที่ช่วยส่งเสริมความมั่นใจให้กับ



นักศึกษา และสามารถเข้าถึงแหล่งความรู้ที่หลากหลาย จะทำให้นักศึกษาเชื่อมั่นในความรู้ ความสามารถของตนเอง รับรู้ความสามารถของตนเองในระดับที่สูงขึ้น ดังนั้นสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้จึงถือเป็นสิ่งจำเป็นที่เอื้อต่อการเรียนรู้และเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้ของนักศึกษาเพิ่มมากขึ้น (Espinoza-Herold, 2003)

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษและสมรรถนะของนักศึกษาของพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง เพื่อศึกษาว่าปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อระดับความวิตกกังวลและสมรรถนะที่เป็นความสามารถด้านภาษาอังกฤษของนักศึกษามากน้อยเพียงใด เพื่อเป็นแนวทางให้กับผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้องในการหาแนวทางและส่งเสริมการเรียนรู้ด้านภาษาอังกฤษให้กับนักศึกษาพยาบาล ตลอดจนเป็นแนวทางในด้านการจัดการเรียนการสอนที่ช่วยลดความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษ และเพิ่มสมรรถนะด้านภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาลให้ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐาน และสามารถทัดเทียมกับสถาบันการศึกษาในระดับอุดมศึกษาอื่น ๆ และเพื่อรองรับกับการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของเอเชียในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

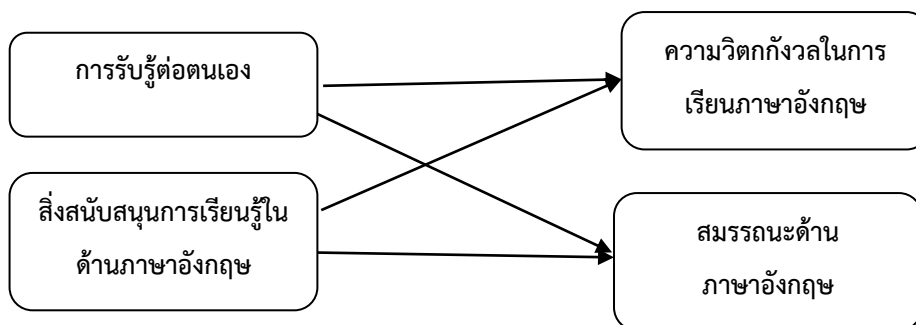
1. เพื่อศึกษาความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
2. เพื่อศึกษาสมรรถนะด้านภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลและสมรรถนะด้านภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้มีขอบเขตการวิจัย 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านเนื้อหา มุ่งศึกษาความวิตกกังวลและสมรรถนะด้านภาษาอังกฤษ 2) ด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1-4 ประจำปีการศึกษา 2562 จำนวนทั้งหมด 680 คน โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ จำนวนทั้งสิ้น 280 คน 3) ด้านพื้นที่ คือ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง 4) ด้านระยะเวลา คือ ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ.2562 – เดือนมีนาคม พ.ศ. 2563

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนากรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า การรับรู้ต่อตนเองเป็นปัจจัยที่มีผลต่อระดับความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษ และส่งผลต่อสมรรถนะด้านภาษาอังกฤษของผู้เรียนด้วย นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยในด้านสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ในด้านภาษาอังกฤษของผู้เรียน จะมีผลต่อระดับความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษ และส่งผลต่อสมรรถนะด้านภาษาอังกฤษของผู้เรียน ดังภาพ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

นิยามศัพท์เฉพาะ

การรับรู้ตนเอง หมายถึง การรับรู้ของผู้เรียนที่มีต่อตนเองในด้านความสามารถในการใช้ภาษาอังกฤษ วัดจากแบบวัดปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษ (การรับรู้ตนเอง) ในแบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลและสมรรถนะด้านภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง, ประเทศไทย แบ่งได้เป็น

การรับรู้ตนเองในด้านการใช้ภาษาอังกฤษ หมายถึง การรับรู้ตนเองในด้านการใช้ภาษาอังกฤษ โดยทั่วไปที่ใช้ในชีวิตประจำวัน การเรียน และการทำงาน

การรับรู้ตนเองในด้านการใช้ภาษาอังกฤษเชิงวิชาการ หมายถึง การรับรู้ตนเองเกี่ยวกับความสามารถด้านการใช้ภาษาอังกฤษในแต่ละทักษะตามไวยากรณ์ ได้แก่ การฟัง การพูด การอ่าน และการเขียน รวมไปถึงการเรียนการสอนในห้องเรียน

สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ในด้านภาษาอังกฤษ หมายถึง การรับรู้ของผู้เรียนในด้านการได้รับสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ในด้านภาษาอังกฤษ ประกอบด้วยด้านสิ่งแวดล้อม และด้านบุคคล วัดจากแบบวัดปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษ (สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ในด้านภาษาอังกฤษ) ในแบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลและสมรรถนะด้านภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง, ประเทศไทย แบ่งออกเป็น

สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ในด้านภาษาอังกฤษ ด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึง การรับรู้ของผู้เรียนต่อสิ่งสนับสนุนที่แวดล้อมผู้เรียน ได้แก่ สื่อการเรียนรู้ ป้าย บอร์ดประชาสัมพันธ์ หรือกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ภาษาอังกฤษ

สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ในด้านภาษาอังกฤษ ด้านบุคคล หมายถึง การรับรู้ของผู้เรียนต่อสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ด้านบุคคล ทั้งอาจารย์และเพื่อนในชั้นเรียน

ความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษ หมายถึง การรับรู้ความวิตกกังวลที่เกิดจากการใช้ภาษาอังกฤษของผู้เรียน วัดจากแบบวัดความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษ ในแบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลและสมรรถนะด้านภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง, ประเทศไทย



สมรรถนะด้านภาษาอังกฤษ หมายถึง ความสามารถด้านภาษาอังกฤษของผู้เรียน ประกอบด้วย ความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ของผู้เรียนในด้านภาษาอังกฤษ วัดจากผลการสอบภาษาอังกฤษรวบยอด ของสถาบัน พระบรมราชชนก (PBRI) ปีการศึกษา 2562

ระเบียบวิธีการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นนักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1-4 ปีการศึกษา 2562 จำนวนทั้งหมด 680 คน ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้วิธีการคัดเลือกจากตารางคำนวณกลุ่มตัวอย่างของเครซี และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) คัดเลือกจากจำนวนประชากรทั้งหมดจำนวน 680 คน จากตารางขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 248 คน เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนและข้อผิดพลาดจากการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีก 10% ดังนั้นได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จำนวนทั้งสิ้น 280 คน

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบแบ่งกลุ่มหลายขั้นตอน (multi-stage cluster sampling) ตามลำดับขั้น ดังนี้ 1) แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 4 กลุ่มตามระดับชั้นปี (ชั้นปี 1-4) 2) แบ่งแต่ละกลุ่มชั้นปี ออกเป็น 2 กลุ่มย่อย (กลุ่ม A และ B) โดยการสุ่ม (cluster random sampling) จากกลุ่มย่อยทั้งหมด 8 กลุ่มย่อย และ 3) สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) จากแต่ละกลุ่มย่อยโดยวิธีการจับฉลากที่ใช้ชื่อและเลขที่ของกลุ่มตัวอย่าง ได้จำนวน 35 คนในแต่ละกลุ่มย่อย รวมทั้งหมดเท่ากับ 280 คน

นอกจากนี้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้มีเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นนักศึกษาพยาบาลที่กำลังศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ในระดับชั้นปีที่ 1-4 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง ปีการศึกษา 2562

2. อายุตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

3. ไม่เคยมีประวัติการศึกษาในโรงเรียนนานาชาติหรือเป็นนักเรียน/นักศึกษาแลกเปลี่ยนในต่างประเทศ

4. สามารถสื่อสารภาษาไทยและยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

เครื่องมือวิจัย

1. แบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลและสมรรถนะด้านภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง, ประเทศไทย ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ กำลังศึกษาในระดับชั้น และคะแนนภาษาอังกฤษจากการสอบภาษาอังกฤษของสถาบันพระบรมราชชนก ปีการศึกษา 2562

ส่วนที่ 2 ความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษ มีจำนวน 15 ข้อ ลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยมากที่สุด จนถึง 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด



มีคะแนนรวมตั้งแต่ 15-45 คะแนน โดยแบ่งช่วงคะแนนเป็น 15-35 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย 36-55 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง และ 56-75 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลในระดับสูง

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษ มีจำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย

การรับรู้ต่อตนเอง 15 ข้อ แยกเป็น 1) การรับรู้ต่อตนเองในด้านการใช้ภาษาอังกฤษ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยมากที่สุด จนถึง 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด มีคะแนนรวมทั้งหมด 5-25 คะแนน โดยแบ่งช่วงคะแนนเป็น 5-11 คะแนน หมายถึง การรับรู้ต่อตนเองในระดับต่ำ 12-18 คะแนน หมายถึง การรับรู้ต่อตนเองในระดับปานกลาง และ 19-25 คะแนน หมายถึง การรับรู้ต่อตนเองในระดับสูง 2) การรับรู้ต่อตนเองในการใช้ภาษาอังกฤษเชิงวิชาการ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยมากที่สุด จนถึง 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด มีคะแนนรวมทั้งหมด 10-50 คะแนน โดยแบ่งช่วงคะแนนเป็น 10-23 คะแนน หมายถึง การรับรู้ต่อตนเองในระดับต่ำ 24-37 คะแนน หมายถึง การรับรู้ต่อตนเองในระดับปานกลาง และ 38-50 คะแนน หมายถึง การรับรู้ต่อตนเองในระดับสูง

สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ในด้านภาษาอังกฤษ จำนวน 10 ข้อ แยกเป็น 1) ด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 5 ข้อ 2) ด้านบุคคล จำนวน 5 ข้อ ลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยมากที่สุด จนถึง 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด มีคะแนนรวมทั้งหมด 5-25 คะแนน โดยแบ่งช่วงคะแนนเป็น 5-11 คะแนน หมายถึง การรับรู้สิ่งสนับสนุน ในระดับต่ำ 12-18 คะแนน หมายถึง การรับรู้สิ่งสนับสนุน ในระดับปานกลาง และ 19-25 คะแนน หมายถึง การรับรู้สิ่งสนับสนุน ในระดับสูง

คุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความเที่ยงตรง (validity) และทดสอบหาความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถาม เพื่อนำมาปรับปรุงแบบสอบถามให้มีความชัดเจนและเหมาะสม ดังนี้

การทดสอบค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (validity) ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย ด้วยการนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพด้วยความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จำนวน 3 ท่าน เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคุณลักษณะตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่ต้องการวัด ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามทั้งฉบับ มีค่าความสอดคล้องระหว่าง 0.90 - 1.00 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ (Kanjana-wasee, 2002)

การทดสอบหาความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1-4 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ พบว่า ความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษ การรับรู้ต่อตนเอง และสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ในด้านภาษาอังกฤษ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .86, .90 และ .93 ตามลำดับ



การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง เอกสารรับรองเลขที่ E 2562-052 ซึ่งการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากไม่สะดวกเข้าร่วม สามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา และการถอนตัวไม่มีผลต่อการเรียนการสอน หรือผลประโยชน์ใดใดที่จะได้รับจากทางวิทยาลัยฯ และจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติบรรยาย (descriptive statistic) ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. ใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple linear regression) ในการวิเคราะห์ตัวแปรการรับรู้ต่อตนเองและสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ในด้านภาษาอังกฤษ ต่อความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษ
3. ใช้สถิติการวิเคราะห์จำแนกกลุ่ม (discriminant analysis) ในการวิเคราะห์ตัวแปรการรับรู้ต่อตนเองและสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ในด้านภาษาอังกฤษ ต่อสมรรถนะด้านภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาล เนื่องจากตัวแปรดังกล่าวทดสอบไม่ผ่านข้อตกลงของการใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 ตารางแสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 280)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	23	8.20
หญิง	257	91.80
อายุ (พิสัย 18-37 ปี, อายุเฉลี่ย 20.82, S.D. 2.30)		
18-22 ปี	257	91.79
23-27 ปี	17	6.07
28-32 ปี	3	1.07
33-37 ปี	3	1.07
กำลังศึกษาในระดับชั้น		
ชั้นปีที่ 1	70	25.00
ชั้นปีที่ 2	70	25.00
ชั้นปีที่ 3	70	25.00
ชั้นปีที่ 4	70	25.00
ผลการสอบภาษาอังกฤษรวบยอด ของสถาบันพระบรมราชชนก ปีการศึกษา 2562 (PBRI english test score) (พิสัย 16-80 คะแนน, คะแนนเฉลี่ย 38.22, S.D. 11.36)		
< 51 คะแนน	242	86.40
≥ 51 คะแนน	38	13.60

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 280 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 257 คน คิดเป็นร้อยละ 91.80 เป็นเพศชายจำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 8.20 อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 20.82 ปี (S.D. = 2.30) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 18-22 ปี จำนวน 257 คน รองลงมาคืออายุอยู่ในช่วง 23-27 ปี จำนวน 17 คน (ร้อยละ 91.79 และ 6.07



ตามลำดับ) และนักศึกษาส่วนใหญ่ จำนวน 242 คน (ร้อยละ 86.40) มีผลการสอบภาษาอังกฤษรวบยอดของสถาบันพระบรมราชชนก ปีการศึกษา 2562 น้อยกว่า 51 คะแนน

ตารางที่ 2 ตารางแสดงระดับความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษ การรับรู้ต่อตนเอง และสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ในด้านภาษาอังกฤษของกลุ่มตัวอย่าง (n = 280)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ	ระดับ
ความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษ (พิสัย 22-75, Mean 51.26 (S.D. 10.33) คะแนน)			ปานกลาง
ระดับเล็กน้อย (15-35 คะแนน)	20	7.10	
ระดับปานกลาง (36-55 คะแนน)	154	55.00	
ระดับสูง (56-75 คะแนน)	106	37.90	
การรับรู้ต่อตนเอง (พิสัย 33-75, Mean 52.97, (S.D. 6.50) คะแนน)			ปานกลาง
การรับรู้ต่อตนเองในด้านการใช้ภาษาอังกฤษ			สูง
(พิสัย 12-25, Mean 22.38, (S.D. 2.78) คะแนน)			
ระดับต่ำ	0	0	
ระดับปานกลาง	21	7.50	
ระดับสูง	259	92.50	
การรับรู้ต่อตนเองในการใช้ภาษาอังกฤษเชิงวิชาการ			ปานกลาง
(พิสัย 10-50, Mean 30.59, (S.D. 5.67) คะแนน)			
ระดับต่ำ	34	12.10	
ระดับปานกลาง	216	77.20	
ระดับสูง	30	10.70	
สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ในด้านภาษาอังกฤษ (พิสัย 15-50, Mean 37.37 (S.D. 5.78) คะแนน)			ปานกลาง
สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ในด้านภาษาอังกฤษ ด้านสิ่งแวดล้อม			ปานกลาง
(พิสัย 5-25, Mean 17.90 (S.D. 3.54) คะแนน)			
ระดับต่ำ	14	5.00	
ระดับปานกลาง	141	50.40	
ระดับสูง	125	44.60	
สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ในด้านภาษาอังกฤษ ด้านบุคคล			สูง
(พิสัย 10-25, Mean 19.47 (S.D. 3.08) คะแนน)			
ระดับต่ำ	4	1.40	
ระดับปานกลาง	88	31.50	
ระดับสูง	188	67.10	

จากตารางที่ 2 พบว่า ความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาลมีคะแนนอยู่ในช่วง 22-75 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 51.26 (S.D. 10.33) คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่รับรู้ความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษในระดับปานกลาง (36-55 คะแนน) จำนวน 154 คิดเป็นร้อยละ 55.00 รองลงมาอยู่ในระดับรุนแรง (56-75 คะแนน) จำนวน 106 คน คิดเป็นร้อยละ 37.90 การรับรู้ต่อตนเอง มีคะแนนการรับรู้ในช่วง



33-75 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 52.97 (S.D. 6.50) คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง ประกอบด้วย การรับรู้ต่อตนเองในด้านการใช้ภาษาอังกฤษ มีช่วงคะแนน 12-25 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 22.38 (S.D. 2.78) คะแนน มีการรับรู้ในระดับสูง ส่วนใหญ่นักศึกษาพยาบาลจำนวน 259 คน มีการรับรู้ต่อตนเองในด้านการใช้ภาษาอังกฤษ อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 92.50 การรับรู้ต่อตนเองในการใช้ภาษาอังกฤษเชิงวิชาการ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 30.59 (S.D. 5.67) คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง นักศึกษาจำนวน 216 คน รับรู้อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 77.20 และตัวแปรสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ในด้านภาษาอังกฤษ มีคะแนนอยู่ในช่วง 15-50 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 37.37 (S.D. 5.78) คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง ประกอบด้วย สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ในด้านภาษาอังกฤษ ด้านสิ่งแวดล้อม คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.90 (S.D. 3.54) คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง นักศึกษามากกว่าครึ่งหนึ่ง จำนวน 141 คน (ร้อยละ 50.40) รับรู้สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ในด้านภาษาอังกฤษ ด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลาง ด้านบุคคล มีการรับรู้ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19.47 (S.D. 3.08) คะแนน ส่วนใหญ่ร้อยละ 67.10 มีการรับรู้สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ในด้านภาษาอังกฤษ ด้านบุคคล อยู่ในระดับสูง จำนวน 188 คน

2. ปัจจัยทำนายความวิตกกังวลและสมรรถนะด้านภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

2.1 ปัจจัยทำนายความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษ จากการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณ พบ 2 ตัวแปรที่สามารถทำนายความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การรับรู้ต่อตนเองในการใช้ภาษาอังกฤษเชิงวิชาการ และสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ในด้านภาษาอังกฤษ ด้านสิ่งแวดล้อม (Multiple R = 3.69, F = 22.207, p = .000, df (1, 277)) โดยปัจจัยเหล่านี้สามารถรวมทำนายความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษได้ 13.60% ($R^2 = .136$) และเมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (Beta) พบว่า การรับรู้ต่อตนเองในการใช้ภาษาอังกฤษเชิงวิชาการ มีอำนาจในการทำนายมากที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Beta = -.287, t = -5.105, p = .000) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยทำนายความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple linear regression) (n = 280)

ความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษ	B	Std. Error	Beta	t	P-value
ค่าคงที่	53.405	4.102		13.019	.000
การรับรู้ต่อตนเองในการใช้ภาษาอังกฤษเชิงวิชาการ (AP)	-.522	.102	-.287	-5.105	.000
สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ในด้านภาษาอังกฤษด้านสิ่งแวดล้อม (SES)	.773	.164	.265	4.712	.000

Multiple R = 3.69, $R^2 = .136$, Adj. $R^2 = .130$, S.E. = 9.639, F = 22.207, p = .000, df (1, 277)

English anxiety = 53.405 - .522_(AP) + .773_(SES)

2.2 ปัจจัยทำนายสมรรถนะด้านภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

ปัจจัยที่สามารถจำแนกสมรรถนะด้านภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาล จากตัวแปรอิสระทั้งหมด 4 ตัว โดยใช้วิธีวิเคราะห์จำแนกประเภท (discriminant analysis) แบบขั้นตอน (stepwise method) โดยวิธีของวิลค์



แลมดา (Wilk's Lamda) พบว่า มีตัวแปร 2 ตัวที่มีความสามารถในการจำแนกสมรรถนะด้านภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ การรับรู้ต่อตนเองในการใช้ภาษาอังกฤษเชิงวิชาการ และสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ในด้านภาษาอังกฤษ ด้านสิ่งแวดล้อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ตัวแปรที่สามารถจำแนกสมรรถนะด้านภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาล

ตัวแปร	ค่า Wilks' Lambda	Sig.
การรับรู้ต่อตนเองในการใช้ภาษาอังกฤษเชิงวิชาการ (AP)	.969	.004
สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ในด้านภาษาอังกฤษด้านสิ่งแวดล้อม (SES)	.936	.000

เมื่อวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรจำแนกกลุ่ม (canonical discriminant coefficient) ซึ่งเป็นสมการในรูปคะแนนดิบ ผลที่ได้เรียงตามลำดับความสำคัญได้ดังนี้ ปัจจัยการรับรู้ต่อตนเองในการใช้ภาษาอังกฤษเชิงวิชาการ (AP) มีค่า -.125 และปัจจัยสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ในด้านภาษาอังกฤษด้านสิ่งแวดล้อม (SES) มีค่า .271 และค่าคงที่ (constant) -1.049 ดังตารางที่ 5 และสามารถนำมาเขียนเป็นสมการในรูปคะแนนดิบได้ ดังนี้

$$Y_{\text{โดยรวม}} = -1.049 - .125Y_{\text{AP}} + .271Y_{\text{SES}}$$

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรในสมการจำแนกสมรรถนะด้านภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาล

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปร
การรับรู้ต่อตนเองในการใช้ภาษาอังกฤษเชิงวิชาการ (AP)	-1.25
สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ในด้านภาษาอังกฤษ ด้านสิ่งแวดล้อม (SES)	.271

ค่าคงที่ constant = -1.049

เมื่อนำสมการจำแนกกลุ่มด้วยคะแนนมาตรฐานไปทดสอบระดับนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า χ^2 เท่ากับ 30.402 df เท่ากับ 2 ระดับนัยสำคัญ .05 ตัวแปรทั้ง 2 ตัวมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง (canonical correlation เท่ากับ .429) และสมการสามารถจำแนกปัจจัยทำนายได้ร้อยละ 18.40 ดังตารางที่ 6



ตารางที่ 6 ค่าสถิติที่ใช้ประเมินสมการจำแนกประเภทปัจจัยทำนายสมรรถนะด้านภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาล

สมการจำแนกกลุ่ม	λ	Rc	Λ	χ^2	df	Sig.
1	.221	.429	.892	30.402	2	.000

การอภิปรายผล

1. ระดับความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

ระดับความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ร้อยละ 55 มีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลเท่ากับ 51.26 (S.D. 10.33) คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และเกือบครึ่งหนึ่งของนักศึกษาพยาบาลในการศึกษาครั้งนี้ (37.9%) มีระดับการรับรู้ความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษในระดับสูง เมื่อพิจารณา ค่าเฉลี่ยรายข้อ พบว่า คำถาม “ฉันคิดว่าเพื่อนคนอื่น ๆ มีทักษะด้านภาษาอังกฤษที่ดีกว่าฉัน” มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3.84 (S.D. = .80) ถัดมาคือ “ฉันรู้สึกประหม่าเมื่อฉันต้องใช้ภาษาอังกฤษในการนำเสนองานในรูปแบบงานเดี่ยวต่อหน้าคนอื่น” และ “ฉันรู้สึกไม่แน่ใจเกี่ยวกับความสามารถในด้านภาษาอังกฤษของฉัน (ทั้งในด้านการฟัง การพูด การอ่าน และการเขียน)” มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ เท่ากับ 3.83 (S.D. = .91) และ 3.75 (S.D. = .79) ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษา Nuypukiaiw (2018) พบว่า นักศึกษาของมหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา มีความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษในระดับสูง และมีปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวล ได้แก่ ความประหม่าในการสื่อสาร นักศึกษาจะรู้สึกตื่นเต้นเมื่อต้องพูดหน้าห้องเรียนภาษาอังกฤษ โดยเฉพาะต้องพูดกระตั้นหันโดยไม่มีการเตรียมตัวมาก่อนล่วงหน้า นอกจากนั้นนักศึกษายังกลัวการพูดผิด และรู้สึกเขินอาย อีกทั้งนักศึกษารับรู้ถึงความคาดหวังในระดับสูงจากการเรียนภาษาอังกฤษ และคิดว่าผู้อื่นเรียนภาษาได้ดีกว่าตน จึงทำให้ยังมีความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษมากยิ่งขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาในนักศึกษาของมหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย ในสาขาภาษาอังกฤษของ Kammungkun et al. (2020) พบว่า นักศึกษามีความวิตกกังวลในการพูดภาษาอังกฤษโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และประเด็นที่นักศึกษามีความวิตกกังวลสูงสุดได้แก่ ความรู้สึกตื่นเต้นหากต้องพูดภาษาอังกฤษโดยไม่ได้อเตรียมตัวล่วงหน้า และจะรู้สึกกระวนกระวายเมื่อต้องพูดในสถานการณ์ที่ไม่คุ้นเคย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Ritthirat & Chiramanee (2014) ที่ศึกษาความสามารถด้านการพูดภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยไทย ชั้นปีที่ 3 จำนวน 50 คน ที่พบว่าความสามารถด้านการพูดภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาล ยังอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุง ซึ่งสาเหตุหลัก ได้แก่ ความกังวลเมื่อต้องสื่อสารภาษาอังกฤษ และนักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีความรู้ด้านศัพท์ไม่เพียงพอ ขาดการฝึกฝน และมีพื้นฐานทางภาษาที่ไม่แน่นยำ จึงทำให้นักศึกษามีความวิตกกังวลด้านภาษาอังกฤษในระดับปานกลางถึงมาก ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า ความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาล อยู่ในระดับปาน



กลาง เป็นผลมาจากความประหม่า ความกลัว ความเขินอาย เมื่อต้องสื่อสารเป็นภาษาอังกฤษในชั้นเรียน และมีความวิตกกังวลในระดับสูงหากไม่ได้เตรียมตัวล่วงหน้า อีกทั้งนักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ไม่มีความมั่นใจเกี่ยวกับสมรรถนะด้านภาษาอังกฤษ และคิดว่าผู้อื่นมีสมรรถนะด้านภาษาอังกฤษที่ดีกว่าตนเอง

2. สมรรถนะด้านภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

จากผลการสอบภาษาอังกฤษรวบยอดของสถาบันพระบรมราชชนก (PBRI English Test Score) ปีการศึกษา 2562 พบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ ร้อยละ 86.40 มีผลการสอบภาษาอังกฤษน้อยกว่า 51 คะแนน ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 38.22 (S.D. 11.36) คะแนน ซึ่งน้อยกว่าเกณฑ์ที่สถาบันพระบรมราชชนก กำหนดไว้ว่า ต้องผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ คือตั้งแต่ 51 คะแนนขึ้นไป (Praboromarajchanok Institute, 2016) แสดงให้เห็นว่านักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ยังมีข้อจำกัดค่อนข้างมากในการใช้ภาษาอังกฤษ ที่เป็นเช่นนี้อาจเพราะนักศึกษาส่วนใหญ่มีพื้นฐานภาษาอังกฤษที่ค่อนข้างต่ำ มีการเข้าถึงและประสบการณ์การใช้ภาษาอังกฤษค่อนข้างน้อย ประกอบกับประเทศไทยมีการใช้ภาษาไทยเป็นภาษาราชการ ทำให้ประชากรและนักศึกษาส่วนใหญ่ใช้ภาษาไทยในการสื่อสารในชีวิตประจำวันมากกว่า อีกทั้งการเรียนการสอนของทางวิทยาลัยเองมีอาจารย์ผู้สอนภาษาอังกฤษทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติที่ส่วนใหญ่จะสอนแค่เพียงชั้นปีละ 1 วิชา ซึ่งไม่เพียงพอสำหรับการเพิ่มประสบการณ์ด้านภาษาอังกฤษให้กับนักศึกษา และถึงแม้ว่าวิทยาลัยจะมีกิจกรรมเสริมหลักสูตรที่ช่วยส่งเสริมสมรรถนะด้านภาษาอังกฤษให้กับนักศึกษาทุกชั้นปี แต่ก็ยังไม่เพียงพอสำหรับการเพิ่มความรู้และประสบการณ์ให้กับนักศึกษา ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับ Ritthirat & Chiramanee (2014) ที่พบว่าปัญหาที่ทำให้นักศึกษาไม่สามารถสื่อสารภาษาอังกฤษได้ มาจากนักศึกษาไม่รู้คำศัพท์ หรือบางคนอาจจะรู้คำศัพท์ แต่นำมาใช้ไม่ได้ เนื่องจากไม่มีประสบการณ์และความมั่นใจในการสื่อสาร อีกทั้งในบริบทของสังคมไทยที่ไม่มีโอกาสให้ได้ฝึกฝนการใช้ภาษาอังกฤษในสถานการณ์จริง ทำให้มีผลต่อความคล่องแคล่วและความชำนาญในการใช้ภาษา จากมุมมองของอาจารย์สอนภาษาชาวต่างชาติ (Wright, 2556 as cited in Chomchaiya, 2016) กล่าวว่า ระบบการศึกษาภาษาอังกฤษของไทยยังไม่ประสบความสำเร็จ เนื่องจากประเทศไทยมีระบบการเรียนการสอนที่เน้นไวยากรณ์ และเน้นการเรียนคำศัพท์ที่ยาก ส่งผลให้คนไทยมักจะประหม่าและมีความกลัวจะเกิดข้อผิดพลาดในการแปลและการนำไปใช้ ซึ่งส่งผลต่อการเรียนรู้และความสามารถด้านภาษาอังกฤษของคนไทย และจากนโยบายของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปางที่เน้นการรับเข้านักศึกษาใหม่ระดับชั้นปีที่ 1 ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในชุมชนที่ขาดแคลนบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งส่วนใหญ่จะระดับชั้นมัธยมศึกษาจากโรงเรียนของภาครัฐในต่างจังหวัด ที่ค่อนข้างขาดแคลนอาจารย์ชาวต่างชาติ ทำให้นักศึกษาที่เข้ามาเรียนพยาบาลมีพื้นฐานภาษาอังกฤษที่ค่อนข้างต่ำและอ่อนในทุกด้าน (Surarin, 2013) จากการศึกษาสภาพการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมทักษะศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ชลบุรี ของ Turner et al. (2016) พบว่า ทักษะของนักศึกษาที่มีค่อนข้างน้อย ได้แก่ ทักษะการอ่าน และทักษะด้านภาษาอังกฤษ โดยเฉพาะการอ่านและการเขียนภาษาอังกฤษ ซึ่งจากการติดตามประเมินผลคุณภาพบัณฑิตพยาบาลหลังสำเร็จการศึกษาจากโรงพยาบาลต่าง ๆ



พบว่า บัณฑิตมีสมรรถนะด้านภาษาอังกฤษระดับปานกลางและน้อย การเรียนที่เน้นแค่การสอบผ่าน โดยไม่ได้คาดหวังว่าจะต้องเรียนเพื่อเอาความรู้ไปใช้ทำงานในอนาคต (Surarin, 2013) จึงเป็นเหตุผลที่ทำให้สมรรถนะด้านภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาลค่อนข้างต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้

3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลและสมรรถนะด้านภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

3.1 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ต่อตนเองในการใช้ภาษาอังกฤษเชิงวิชาการ มีอำนาจในการทำนายมากที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นหมายถึง นักศึกษาที่มีการรับรู้ต่อตนเองในด้านทักษะและความสามารถในการใช้ภาษาอังกฤษ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชั้นเรียนภาษาอังกฤษในระดับต่ำ จะส่งผลให้นักศึกษามีความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษค่อนข้างสูง สอดคล้องกับการศึกษาในนักศึกษาพยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ของ Turner et al. (2016) ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีการรับรู้ถึงทักษะภาษาอังกฤษของตนเองอยู่ในระดับต่ำ นักศึกษาส่วนใหญ่รับรู้ถึงตนเองไม่มีความสามารถในการใช้ภาษาอังกฤษเชิงวิชาการและไม่เข้าใจในไวยากรณ์ภาษาอังกฤษ จึงส่งผลให้นักศึกษามีการรับรู้ความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษในระดับสูง ซึ่งเป็นไปในแนวทางเดียวกันกับการศึกษาของ Yiamsawat (2016) ที่พบว่า เมื่อนักศึกษาไม่มั่นใจในความรู้ของตนเอง อีกทั้งมีความรู้สึกเขินอาย และกลัวข้อผิดพลาดเมื่อต้องมีการใช้ภาษาอังกฤษ โดยเฉพาะการพูด และการแสดงออกเป็นภาษาอังกฤษหน้าชั้นเรียน ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้นักศึกษามีความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษในห้องเรียนที่เพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ การศึกษาของ Arnaiz-Castro & Diaz (2016) ยังพบว่า การรับรู้ต่อตนเองในด้านความสามารถในการใช้ภาษาอังกฤษมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษ นักศึกษาที่มีระดับความวิตกกังวลสูงมีแนวโน้มมีระดับการรับรู้ต่อความสามารถในการใช้ภาษาอังกฤษของตนเองในระดับต่ำ ซึ่งแตกต่างจากนักศึกษาที่มีการรับรู้ต่อตนเองเกี่ยวกับความสามารถในการใช้ภาษาอังกฤษในระดับสูง จะมีผลคะแนนการสอบภาษาอังกฤษที่สูงตามมา ดังนั้น จึงเห็นได้ชัดเจนว่านักศึกษาที่มีการรับรู้ต่อตนเองในระดับต่ำเกี่ยวกับการใช้ภาษาอังกฤษเชิงวิชาการ ความไม่มั่นใจในความสามารถของตนเอง ส่งผลให้นักศึกษาเหล่านี้มีระดับความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษที่สูงขึ้น

สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ในด้านภาษาอังกฤษด้านสิ่งแวดล้อม เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาล จากผลการศึกษา พบว่านักศึกษาพยาบาลมีการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ ด้านสิ่งแวดล้อมในระดับมาก และเป็นผลให้มีระดับความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษในระดับสูงด้วย จากข้อค้นพบดังกล่าว นักศึกษาส่วนใหญ่รับรู้ถึงวิทยาลัยมีสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้/สื่อต่าง ๆ ที่ช่วยส่งเสริมการเรียนภาษาอังกฤษค่อนข้างมาก แต่อาจเนื่องจากนักศึกษาของวิทยาลัยส่วนใหญ่มีความสามารถด้านภาษาอังกฤษในระดับต่ำ ไม่มีความมั่นใจในการสื่อสารและขาดประสบการณ์ในการใช้ภาษาอังกฤษทั้งในชีวิตประจำวัน และภาษาอังกฤษเชิงวิชาการ จากปัญหาการเรียนรู้ของนักศึกษาเป็นผลให้



วิทยาลัยมีความพยายามที่จะสนับสนุนและส่งเสริมการเรียนรู้ในด้านภาษาอังกฤษให้กับนักศึกษาอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นสื่อการสอน บอร์ดประชาสัมพันธ์ กิจกรรมเสริมหลักสูตรภาษาอังกฤษ แต่สิ่งเหล่านี้อาจทำให้นักศึกษารู้สึกวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับมุมมองของอาจารย์ชาวต่างประเทศที่สอนวิชาภาษาอังกฤษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ที่พบว่าการสอนที่มีกิจกรรมในการพัฒนาทักษะทุกด้านให้กับนักศึกษา อาจก่อให้เกิดความเครียดต่อการเรียนรู้ของนักศึกษาได้ เนื่องจากนักศึกษาแต่ละคนมีพื้นฐานทางภาษาอังกฤษที่ไม่เท่ากัน (Kunlaka & Purivittayatheera, 2016) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Suksawang & Sangruksa, 2015; Turner et al., 2016) พบว่า การปรับเปลี่ยนการเรียนการสอน การสร้างบรรยากาศ สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่หลากหลาย จะส่งเสริมให้นักศึกษามีทัศนคติที่ดีต่อการเรียนรู้ ช่วยลดความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษของนักศึกษาได้ ทั้ง 2 ตัวแปรจากการศึกษาในครั้งนี้ร่วมทำนายความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษได้แค่เพียง 13.60% ($R^2 = .136$) ซึ่งค่อนข้างต่ำ ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นผลมาจากตัวแปรแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อการศึกษาค้นคว้านี้ได้แก่ ปัจจัยด้านนักศึกษา ปัจจัยด้านการจัดการเรียนการสอน และปัจจัยด้านครอบครัว (Makchuay et al., 2018) ที่อาจส่งผลให้นักศึกษามีระดับความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษในระดับที่สูง

3.2 การรับรู้ต่อตนเองในการใช้ภาษาอังกฤษเชิงวิชาการ เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะด้านภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มที่มีคะแนนภาษาอังกฤษต่ำกว่าเกณฑ์ โดยพบว่า นักศึกษามีการรับรู้ต่อตนเองในการใช้ภาษาอังกฤษเชิงวิชาการในระดับสูง แต่มีความสามารถด้านภาษาอังกฤษที่ประเมินจากผลการสอบรวบยอดที่น้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจาก นักศึกษาส่วนใหญ่ที่มีคะแนนน้อยกว่าเกณฑ์ (<51 คะแนน) มีจำนวนมากถึงร้อยละ 86.40 และรับรู้ว่าตนเองสามารถใช้ภาษาอังกฤษได้ในระดับดีทั้งที่มีคะแนนสมรรถนะด้านภาษาอังกฤษอยู่ในระดับต่ำ อาจด้วยลักษณะการจัดการเรียนการสอนของวิทยาลัยที่กำหนดการประเมินผลการเรียนที่นักศึกษาต้องผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำที่ระดับ 60% ในทุกรายวิชา ทำให้นักศึกษาที่มีผลการเรียนต่ำกว่าเกณฑ์ที่ต้องได้รับการซ่อมเสริมให้ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด ถึงแม้ว่านักศึกษาจะมีความรู้ความสามารถด้านวิชาการตามความเป็นจริงที่ค่อนข้างต่ำก็ตาม ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศฮ่องกง ของ Yan, Pan, & Wang (2010) พบว่า ระดับการรับรู้ในตนเองของนักศึกษามีความเกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ภาษาอังกฤษ และเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดในด้านความสำเร็จในกระบวนการเรียนรู้ทางด้านภาษาอังกฤษของนักศึกษาด้วย ยิ่งนักศึกษามีการรับรู้ต่อตนเองในด้านภาษาอังกฤษสูงมากเท่าไร จะส่งผลต่อสมรรถนะด้านภาษาอังกฤษของนักศึกษาที่สูงขึ้นด้วย (Arnaiz-Castro & Díaz, 2016) และเช่นเดียวกับการศึกษาของ Takahashi (2009) ก็พบว่า การรับรู้ต่อตนเองในด้านการใช้ภาษาอังกฤษมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสามารถด้านภาษาอังกฤษ ($r=.249, p<.05$) นักศึกษาที่มีการรับรู้ต่อตนเองเกี่ยวกับความสามารถด้านภาษาอังกฤษในระดับสูงจะมีผลคะแนนการสอบภาษาอังกฤษในระดับสูง และมีผลการเรียนที่ประเมินจากการสอบรวบยอดในระดับสูงด้วย ทั้งนี้ การรับรู้ของนักศึกษาแต่ละคนเป็นการรับรู้ที่มีต่อตนเอง ที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ในอดีต



(Marsh, 1990) เป็นผลมาจากการเรียนที่ผ่านมาของนักศึกษาที่ทำให้นักศึกษาที่มีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการจัดการเรียนการสอนและการวัดประเมินผลของวิทยาลัยยังไม่ประสบความสำเร็จในการผลักดันความสามารถด้านวิชาการที่แท้จริงของนักศึกษาได้อย่างเต็มที่ ดังเห็นได้จากผลการสอบภาษาอังกฤษรวบยอดของสถาบันพระบรมราชชนก ที่นักศึกษาส่วนใหญ่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ที่สถาบันได้กำหนดไว้ อีกทั้งการเรียนในสาขาพยาบาลที่มีการใช้ศัพท์เทคนิคด้านการแพทย์ที่เป็นภาษาอังกฤษ ทำให้นักศึกษาพยาบาลคุ้นชินกับการใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษทางการแพทย์เป็นส่วนใหญ่ จึงทำให้นักศึกษามีการรับรู้ต่อตนเองในด้านความสามารถในการใช้ภาษาอังกฤษเชิงวิชาการในระดับสูง แต่ยังขัดแย้งกับความสามารถด้านภาษาอังกฤษที่แท้จริงที่ยังอยู่ในระดับต่ำ

นอกจากนี้ สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ในด้านภาษาอังกฤษ ด้านสิ่งแวดล้อม ยังเป็นอีกหนึ่งตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะด้านภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาล แสดงให้เห็นว่าการได้รับสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ในด้านภาษาอังกฤษ ด้านสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่เพียงพอ จะส่งผลต่อความสามารถด้านภาษาอังกฤษของนักศึกษาที่เพิ่มสูงขึ้น ทั้งนี้จากการประเมินสมรรถนะด้านภาษาอังกฤษของนักศึกษาที่ได้รับการประเมินจากข้อสอบรวบยอดของสถาบันพระบรมราชชนก ที่พบว่า ผลการสอบของนักศึกษาพยาบาลยังอยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำกว่ามาตรฐานที่ได้กำหนดไว้ ซึ่งอาจเกิดจากความรู้และทักษะส่วนบุคคลของนักศึกษาแต่ละคน หรืออาจเกิดจากการวัดความรู้ความสามารถของนักศึกษาโดยการใช้ข้อสอบรวบยอดจากสถาบันพระบรมราชชนกซึ่งมาจากการพัฒนาของส่วนกลางและใช้วัดนักศึกษาทุกชั้นปีทั่วประเทศที่สังกัดสถาบันพระบรมราชชนกและการวัดโดยข้อสอบจากส่วนกลางอาจไม่สอดคล้องกับความสามารถที่แท้จริงของนักศึกษาพยาบาลจากวิทยาลัย จึงทำให้ผลการสอบของนักศึกษายังอยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำกว่ามาตรฐานค่อนข้างมาก ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงไม่สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า การรับรู้ของนักศึกษาที่มองว่าสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ในด้านสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่ช่วยเอื้อให้การเรียนรู้ในด้านภาษาอังกฤษมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Espinoza-Herold, 2003) และช่วยส่งเสริมสมรรถนะในด้านความสามารถด้านภาษาอังกฤษให้กับนักศึกษาได้ นอกจากนี้ในการศึกษาของ Suksawang & Sangruksa, 2015; Turner et al. (2016) พบว่า การปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อม บรรยากาศในการเรียน และการจัดกิจกรรมอื่น ๆ ที่ส่งเสริมการเรียนรู้ด้านภาษาอังกฤษให้กับนักศึกษา จะเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้นักศึกษามีทัศนคติที่ดีต่อการเรียนรู้ การมีสิ่งสนับสนุนที่เพียงพอจะช่วยลดความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษ และพัฒนาการเรียนรู้ด้านภาษาอังกฤษให้ดียิ่งขึ้น (Changlek & Palanukulwong, 2015) ซึ่งส่งผลให้นักศึกษามีผลการเรียนและผลสอบด้านภาษาอังกฤษที่ดีตามมาด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

ด้านการบริหาร

1. ควรเพิ่มกิจกรรมเสริมหลักสูตรที่มีการนำภาษาอังกฤษมาเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นด้านวิชาการ นันทนาการ หรือเกมส์



2. ควรเพิ่มอาจารย์ผู้สอนวิชาภาษาอังกฤษชาวต่างประเทศในทุกชั้นปี เพื่อเพิ่มประสบการณ์การใช้ภาษาอังกฤษให้กับนักศึกษาพยาบาล

ด้านการจัดการเรียนการสอน

1. ควรปรับเปลี่ยนวิธีการเรียนการสอนวิชาภาษาอังกฤษในหลักสูตร เพิ่มการมีกิจกรรมในชั้นเรียนให้นักศึกษามีส่วนร่วมมากขึ้น โดยอาจเป็นกระบวนการกลุ่ม และหลีกเลี่ยงการประเมินนักศึกษาในด้านลบในชั้นเรียนหรือต่อหน้าเพื่อนร่วมชั้น

2. การเรียนการสอนที่เน้นการประเมินนักศึกษาตามสภาพจริง และมีการติดตามความก้าวหน้านักศึกษาเฉพาะรายที่มีผลการเรียนอยู่ในระดับต่ำ เน้นการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างอาจารย์ผู้สอนกับนักศึกษา

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นอื่น ๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษ เช่น เกรดเฉลี่ยวิชาภาษาอังกฤษ เพศ ระยะเวลาในการใช้ภาษาอังกฤษ เป็นต้น

2. พัฒนาวิจัยต่อยอดในเชิงทดลอง เช่นการจัดโปรแกรมเพื่อลดความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษให้กับนักศึกษาพยาบาลที่กำลังศึกษาทั้งภายในสถาบันพระบรมราชชนก และนักศึกษาพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัยนอกสถาบันพระบรมราชชนก

เอกสารอ้างอิง

- Arnaiz-Castro, P., & Diaz, J. P. (2016). A study on the correlation between anxiety and academic self-concept in interpreter trainees. *Círculo de lingüística aplicada a la comunicación*, 67, 57-88.
- Suksawang, A., & Sangruksa, N. (2015). Factors affecting the english language ability according to 21st century learning skills of mathayomsuksa 6 students, secondary education area Bangkok area 2 to support the entry into the ASEAN community. *Veridian e-journal silpakorn university*, 8(2), 493-505. (in Thai).
- Changlek, A., & Palanukulwong, T. (2015). Motivation and Grit: Predictors of language learning achievement. *Veridian e-journal silpakorn university*, 8(4), 23-28. (in Thai).
- Chawaphanth. S., LeSeure. P., Jantaramano. S., & Thana. K. (2016). The Readiness of Thai Nurse toward the ASEAN Economic Community. *Journal of boromarajonani college of nursing, bangkok*, 32(2): 29-42. (in Thai).
- Chomchaiya, C. (2016). Factors affecting english communication ability in daily life of graduates from Thai higher education institutions who were working in Bangkok. *Suan dusit graduate school academic journal*, 12(2), 167-184. (in Thai).



- Dewaele, J. M., Petrides, K. V., & Furnham, A. (2008). Effects of trait emotional intelligence and sociobiographical variables on communicative anxiety and foreign language anxiety among adult multilinguals: A review and empirical investigation. *Language learning*, 58(4), 911-960.
- Espinoza-Herold, M. (2003). *Issues in Latino education: Race, school culture, and the politics of academic success*. Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Health Care Asia Daily (2017). Thailand sets out to becoming Asia's healthcare hub. (online), Available: <http://www.healthcareasia.org/2017/thailand-sets-out-to-becoming-asias-healthcare-hub/>.
- Hiranburana, K., Subphadoongchone, P., Tangkiengsirisin, S., Phoocharoensil, S., Gainey, J., Thogsngsri, J., Taylor, P. (2018). A Framework of Reference for English Language Education in Thailand (FRELE-TH) based on the CEFR, The Thai Experience. *LEARN Journal: Language education and acquisition research network*, 10(2), 90-119.
- Horwitz, E. K., Horwitz, M. B., & Cope, J. A. (1986). Foreign language classroom anxiety. *The modern language journal*, 70(2), 125-132.
- Kammungkun, P., Jhanasanti, P. S., Varasayan, P. V., Kittivachiro, P. S., & Wowong, S. (2020). Anxiety for speaking English among first year students in Mahamakut Buddhist University Lanna Campus. *Journal of MCU Nakhondhat*, 6(10), 5860-5875. (in Thai).
- Kanjanawasee, S. (2002). *Evaluation Theory*. Bangkok: Chulalongkorn University Printing.
- Khattak. Z. I., Jamshed. T., Ahmad. A., & Baig. M. N. (2011). An investigation into the causes of english language learning anxiety in students at AWKUM. *Procedia social and behavioral sciences*, 15, 1600-1604.
- Krashen, S. D. (1987). Principles and Practice in Second Language Acquisition. (online), Available: http://www.S.D.krashen.com/content/books/principles_and_practice.pdf.
- Krashen, S. (1982). *Principles and practice in second language acquisition*2. Oxford, England: Pergamon Press.
- Krejcie, R. V., and Morgan, D. W. (1970). "Determining Sample Size for Research Activities". *Educational and Psychological Measurement*. 30, 607 – 610.
- Kunlaka, S., & Purivittayatheera, K. (2016). Developing english competency in nursing students. *Ramathibodi Nursing Journal*, 20(2), 123-133. (in Thai).
- MacIntyre, P. D. (1999). Language anxiety: A review of the research for language teachers. In D. J. Young (Ed.), *Affect in foreign language and second language learning: A practical guide to creating a low-anxiety classroom atmosphere* (pp. 24-45). Boston: McGraw-Hill.
- MacIntyre, P. D., & Gardner, R. C. (1994). The subtle effects of language anxiety on cognitive processing in the second language. *Language learning*, 44(2), 283-305.



- Makchuay, K., Sama-a, A., Auma, S., Yossiri, V., & Hayeesani, M. (2018). Factors Affecting the Yala Rajabhat University Third Year English Major Students' Anxieties in English Speaking. *The 9th Hatyai National and International Conference*, 131-143. (in Thai).
- Marsh, H. W. (1990). Influences of internal and external frames of reference on the formation of math and English self-concepts. *Journal of Educational Psychology*, 82(1), 107.
- Nuypukiaiw, S. (2018). Factors affecting English language learning anxiety of first year students: A case study of Phranakorn Si Ayutthaya Rajabhat University. *Journal of Thonburi University*, 12(28), 231-243. (in Thai).
- Praboromarajchanok Institute. (2016). *Annual Report 2016*. Bangkok: Praboromarajchanok Institute.
- Ritthirat, N., & Chiramanee, T. (2014). Problems and Obstacles to Developing English Speaking Skill of Thai University Students. (online), Available: <https://gsbooks.gs.kku.ac.th/57/grc15/files/hmp39.pdf>. (in Thai).
- Surarin, P. (2013). English Day Thailand. 2556. (online), Available: <https://www.facebook.com/EnglishDayThailand/posts/387564888036450>. (in Thai).
- Takahashi, A. (2009). Self-perception of English ability: Is it related to proficiency and/or class performance? *Niigata Studies in Foreign Languages and Cultures*, 14, 39-48.
- The Government Public Relations Department (2016). National Development in Accordance with the Thailand 4.0 Policy. (online), Available: http://thailand.prd.go.th/ewt_news.php?nid=3424. (in Thai).
- Turner, K., Rakkwamsuk, S., Ruanjaiman, J., Sukgaroen, J., & Suriyanimitiituk, T. (2016). The Pedagogical situation fostering 21st century skills of nursing students at Boromarajonani College of Nursing, *Chon Buri Nursing journal of the ministry of public health*, 26(2), 128-141. (in Thai).
- Udomkiatsakul, P. (2016). The third national conference themed "Entering the second decade of integrated research and knowledge for sustainability" on June 16th and 17th, 2016 at the College of Nakhon Ratchasima, *Nakhon Ratchasima*. 864-868. (in Thai).
- Yan, J. X., Pan, J., & Wang, H. (2010). Learner factors, self-perceived language ability and interpreting learning. *The interpreter and translator trainer*, 4(2), 173-196.
- Yang, J. (2012) The Affective Filter Hypothesis and Its Enlightenment for College English Teaching. *Psychology research*, 7, 40-43.



Perception, Attitudes, and Knowledge of Social Distancing Policy and the Effect on Social Distancing Behaviors, Psychological Health and Quality of Life in Lampang Population During COVID-19 Pandemic

Nongluck Tobunluepop^{*}, Theerarat Boonkuna^{**}, Budsarin Padwang^{**}, Jittavee Kiartsuwan^{**}

(Received March 24, 2021, Revised: May 4, 2021, Accepted: May 17, 2021)

Abstract

Regarding to the situation of COVID-19 pandemic, people may need to adapt their daily lives to confront the situation by creating a new normal behavior. In the state of changes of the usual behaviors and adaptation to a new normal, the changes may affect on physical health, mental health and as well as quality of life. This cross-sectional research aimed to study perception, attitudes, and knowledge of social distancing policy and its effect on social distancing behaviors, mental health, including depression, anxiety and stress and quality of life among people living in Lampang province. The data was collected via electronic form questionnaires with 432 samples. The instruments were demographic data and questionnaires which consisted of; 1) perception of social distancing policy 2) attitudes towards social distancing policy 3) knowledge of Disease and social distancing policy 4) social distancing behaviors 5) depression assessment 6) stress assessment 7) anxiety assessment and 8) quality of life assessment. Descriptive statistics and multiple regression analysis were used in data analysis.

The results showed that perception and knowledge towards COVID-19 disease and the social distancing policy were at high level (Mean= 25.22, S.D.= 4.48 and Mean= 8.54, S.D.= 1.17, respectively) whereas attitudes and practices towards social distancing policy were at medium level (Mean= 17.86, S.D.= 2.51 and Mean= 34.83, S.D.= 4.92, respectively). 9.5% of the samples were at risk of depression. Anxiety and stress were at low level (Mean= 6.86, S.D.= 4.93 and Mean= 3.49, S.D.= 3.36, respectively) and quality of life was at a good level (Mean=98.62, S.D.= 14.94). A combination of perception and attitudes were significant predictors of 34.1% increasing practices towards social distancing policy ($p<.001$). In addition, perception was found to be a significant predictor of 11.8 percent increased quality of life ($p<.001$). Attitudes towards social distancing policy was a significant predictor of 8.6% decreasing anxiety and of 6.5% decreasing stress ($p<.001$).

Fostering perception and building a positive attitude towards social distancing policy will encourage behaviors to reduce the likelihood of COVID-19 infection and decrease mental health problems; anxiety and stress. Moreover, it may also help to improve a quality of life.

Keywords: Social Distancing; Mental Health; Quality of Life; COVID-19 disease

^{*} Public health scholar, Lampang Provincial Public Health Office

^{**} Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

¹Corresponding author: theera19@hotmail.com



การรับรู้ ทักษะ และความรู้ต่อมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมและผลต่อการปฏิบัติตัวตาม มาตรการ สุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของประชาชน ในจังหวัดลำปาง ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19

นงลักษณ์ โดบ์นลือภพ^{*}, ธีรรัตน์ บุญคุณะ^{**}, บุศรินทร์ ผัดวง^{**}, จิตตวิทย์ เกียรติสุวรรณ^{**}

(วันรับบทความ : 24 มีนาคม 2563, วันแก้ไขบทความ : 4 พฤษภาคม 2564, วันตอบรับบทความ : 17 พฤษภาคม 2563)

บทคัดย่อ

วิกฤตการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส (โควิด-19) ทำให้ประชาชนต้องมีการปรับตัวรับสถานการณ์ จึงเป็นความพยายามที่บุคคลจะสร้างความเคยชินในพฤติกรรมใหม่ แต่ในระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการปรับตัวเข้าสู่ความเคยชินในพฤติกรรมใหม่นั้น อาจส่งผลกระทบต่อ สุขภาพกาย สุขภาพจิต ทักษะการใช้ชีวิตในสังคม และคุณภาพชีวิตได้ การวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการรับรู้ ทักษะและความรู้ต่อมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม และ 2) ศึกษาผลกระทบต่อการปฏิบัติตัวตามมาตรการ สุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของประชาชนในจังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนในจังหวัดลำปาง จำนวน 432 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามประกอบด้วย 1) การรับรู้มาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม 2) ทักษะต่อมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม 3) ความรู้เกี่ยวกับโรคและมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม 4) การปฏิบัติตัวตามแนวปฏิบัติของมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม 5) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 6) แบบประเมินความเครียด 7) แบบประเมินความวิตกกังวล และ 8) แบบประเมินคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า การรับรู้ ความรู้ต่อโรคและมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมอยู่ในการรับรู้ระดับมาก (Mean=25.22, S.D.=4.47 และ Mean=8.54, S.D.=1.17 ตามลำดับ) ส่วนทักษะต่อมาตรการและการปฏิบัติตัวตามมาตรการอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=17.86, S.D.=2.51 และ Mean= 34.83, S.D.=4.92 ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าร้อยละ 9.50 มีภาวะวิตกกังวลในระดับน้อย (Mean= 6.86, S.D.=4.93) มีภาวะความเครียดอยู่ในระดับน้อย (Mean=3.49, S.D.=3.36) และคุณภาพชีวิตระดับดี (Mean= 98.62, S.D.= 14.94) การรับรู้และทักษะที่รวมกันทำนายทางบวกการปฏิบัติตัวตามมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม ร้อยละ 34.1 ($p<.001$) การรับรู้มาตรการเว้นระยะห่างทางสังคมทำนายทางบวกต่อระดับคุณภาพชีวิต ร้อยละ 11.8 และทักษะต่อมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมทำนายทางลบต่อสุขภาพจิตด้าน ความวิตกกังวล และความเครียด ร้อยละ 8.60 และ 6.50 ตามลำดับ

การสร้างเสริมการรับรู้และสร้างทักษะที่ดีต่อมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมจะกระตุ้นการปฏิบัติตัวตามมาตรการที่จะช่วยลดโอกาสการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 และช่วยเพิ่มระดับคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ยังสามารถลดแนวโน้มของการเกิดปัญหาสุขภาพจิตเกี่ยวกับความวิตกกังวลและความเครียดได้

คำสำคัญ: การเว้นระยะห่างทางสังคม; สุขภาพจิต; คุณภาพชีวิต; โรคโควิด-19

^{*} นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

^{**}พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง,¹ผู้ประสานบรรณกิจ: theera19@hotmail.com



บทนำ

โรคระบาดที่เกิดจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 เป็นตระกูลของไวรัสที่ก่อให้เกิดอาการป่วยตั้งแต่โรคไข้หวัดธรรมดาไปจนถึงโรคที่มีความรุนแรงมาก เช่น โรคระบบทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS-CoV) และโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARS-CoV) เป็นต้น ซึ่งโรคโควิด-19 เป็นโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ที่ไม่เคยพบมาก่อนในมนุษย์ก่อให้เกิดอาการป่วยระบบทางเดินหายใจในคน การเริ่มต้นการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 จากการพบผู้ป่วยรายแรกในเมืองหูเป่ย์ มณฑลฮู่อัน ประเทศจีนเมื่อประมาณปลายปี พ.ศ. 2562 และมีการยืนยันการติดเชื้อจากคนไปสู่คน (Department of Disease Control, 2020) ทำให้การระบาดขยายวงกว้างพบผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อทุกทวีปทั่วโลก จนเมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2563 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคโควิด-19 เป็นการระบาดใหญ่ทั่วโลกที่มีจำนวนผู้ป่วย และผู้เสียชีวิตเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว มีอัตราการเสียชีวิตจากโรคประมาณร้อยละ 4.60 (World Health Organization, 2020) สำหรับสถานการณ์การระบาดโควิดในประเทศไทย พบผู้ป่วยยืนยันรายแรกในเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 และหลังจากนั้นเริ่มมีผู้ป่วยติดเชื้อ และเสียชีวิตจำนวนมากขึ้น สถานการณ์ในประเทศไทย ณ วันที่ 17 เมษายน พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยยืนยันสะสม จำนวน 2,700 คน รายใหม่ 28 คน และเสียชีวิตจำนวน 47 คน ผู้ป่วยยืนยันกลุ่มเดินทางมาจากต่างประเทศและกักกันในพื้นที่รัฐกำหนด สะสมจำนวน 63 คน และผู้ป่วยเข้าเกณฑ์เฝ้าระวังสะสม จำนวน 37,529 คน และรายใหม่จำนวน 67 ราย และพบผู้ป่วยติดเชื้อสะสมที่กรุงเทพมหานครมากที่สุด รองลงมาที่จังหวัดภูเก็ต นนทบุรี สมุทรปราการและยะลา ตามลำดับ (Department of Disease Control, 2020) รัฐบาลได้ออกประกาศข้อกำหนดแห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 1) ใช้บังคับทั่วประเทศ ห้ามประชาชนเข้าไปในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม 2563 ร่วมกับการใช้ข้อบังคับจากพระราชบัญญัติการควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เพื่อเป็นการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศไทย และมีการกระจายอำนาจการควบคุมโรคภายในจังหวัดโดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อระดับจังหวัด สถานการณ์โรคโควิด-19 ในจังหวัดลำปาง ศูนย์อำนวยการเฝ้าระวังติดตามสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดลำปางแถลงถึงการพบผู้ป่วยยืนยันรายแรก เมื่อวันที่ 3 เมษายน พ.ศ.2563 รวมจำนวน 3 ราย รายแรกเป็นผู้หญิงอายุ 57 ปี จากการสอบสวนโรคพบว่าผู้ป่วยมีการสัมผัสผู้ติดเชื้อจากคนในครอบครัวซึ่งมีประวัติเสี่ยงการสัมผัสผู้ติดเชื้อและเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาด คือ กรุงเทพมหานคร เมื่อประชาชนในจังหวัดลำปางทราบถึงการมีผู้ติดเชื้อในพื้นที่ ส่วนใหญ่เริ่มเกิดความวิตกกังวลถึงความเสี่ยงของตนเองจากการที่มีผู้ติดเชื้อในพื้นที่ จังหวัดลำปาง ได้ยกระดับมาตรการด้านการป้องกันโรคโควิด-19 จากประกาศจังหวัดลำปางหลายฉบับ (Center of COVID-19 Situation Administration Lampang, 2020) และใช้มาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) ในเชิงป้องกันร่วมกับมาตรการ การป้องกันอื่น ๆ เช่น การสวมหน้ากากอนามัยและล้างมือด้วยสบู่/เจลแอลกอฮอล์ เป็นต้น ด้วยมาตรการดังกล่าวทำให้ประชาชนต้องมีการ



ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือวิถีชีวิตท่ามกลางสถานการณ์วิกฤตการระบาดของโรคโควิด-19 แต่ยังไม่มียางานการศึกษาวิจัยในจังหวัดลำปางถึงผลกระทบต่อสุขภาพจากการปรับตัวของประชาชนเพื่อรับกับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ ได้ศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามทฤษฎีลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change model/trans-theoretical model) ของโปรชาสกา เรตติง และเอฟเวอร์ส (Prochaska, Redding & Evers, 2015) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ใช้อธิบายหรือทำนายความสำเร็จและความล้มเหลวในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ได้แก่ 1) ขั้นยังไม่พร้อมเปลี่ยนแปลง (pre-contemplation) เนื่องจากเห็นว่าพฤติกรรมนั้นยังไม่จำเป็นหรือยังไม่เห็นความสำคัญของปัญหา 2) ขั้นลังเลใจ (contemplation) รับรู้ถึงปัญหาที่เกิดขึ้น และคิดว่าน่าจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แต่ยังไม่เริ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใดๆ เนื่องจากอาจจะยังกังวลกับผลลัพธ์ทางลบของการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น 3) ขั้นตัดสินใจเริ่มวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (preparation) เริ่มตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน เตรียมพร้อมสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 4) ขั้นลงมือปฏิบัติ (action) เริ่มปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ในปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะถือว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ก็ต่อเมื่อบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ 5) ขั้นกระทำอย่างต่อเนื่อง (maintenance) การปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ในปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง จนเกิดพฤติกรรมใหม่ (new normal) และ 6) ขั้นการกลับไปทำพฤติกรรมเดิม (relapse) อาจเกิดหรือไม่เกิดก็ได้ แนวทางการนำแนวคิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปใช้ในการวิจัย โดยศึกษาว่าการรับรู้ต่อสถานการณ์ ความรู้ ทศนคติและทักษะที่ใช้สำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมปฏิบัติตัวตามมาตรการการเว้นระยะห่างหรือไม่ เมื่อบุคคลเผชิญสถานการณ์ที่เป็นภัยคุกคามแก่ชีวิต และจะต้องพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงดังเช่นสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ในความพยายามที่บุคคลจะสร้างความเคยชินในพฤติกรรมใหม่ หรือที่เรียกกันว่า New Normal ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 เพื่อให้เกิดความสมดุลของร่างกายในการคงอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข แต่ในระยะของการเปลี่ยนแปลงตามทฤษฎีลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการปรับตัวเข้าสู่ความเคยชินในพฤติกรรมใหม่นั้น อาจจะส่งผลกระทบต่อ สุขภาพกาย สุขภาพจิต วิธีคิด และทัศนคติต่อการใช้ชีวิตในสังคม และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยต่างๆที่มีผลกระทบต่อสุขภาพในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในกลุ่มนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ของสถาบันพระบรมราชชนกได้แก่ระดับการรับรู้และระดับของพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 (Suwanaphant et al., 2020) การศึกษาของธานี กล่อมใจ, จรรยา แก้วใจบุญ และทักษิภา ชัยรัตน์ (Glomjai, Kaewjiboon and Chachvarat, 2020) พบว่า ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2563 ประชาชนในเขตตำบลบ้านสา อําเภอเมือง จังหวัดพะเยา ส่วนใหญ่มีความรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคอยู่ในระดับมาก



และความรู้ยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอีกด้วย นอกจากนี้การศึกษาของธีระพงษ์ ทศวัฒน์ และปิยกุล มหิวรรณ (Tossawat and Mahiwan, 2020) พบว่า การระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทางสังคมของประชาชนโดยภาพรวม ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตทางสังคมเป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะทำให้ประชาชนได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ให้น้อยที่สุด ซึ่งการพัฒนาคุณภาพชีวิตทางสังคมประกอบด้วย 9 ด้านได้แก่ 1) ด้านสังคม 2) ด้านสาธารณสุข 3) ด้านเศรษฐกิจและสังคม 4) ด้านการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมหลักและมาตรการเสริมสำหรับพื้นที่ 5) มาตรการการควบคุมกิจกรรมดำเนินงานเศรษฐกิจและการดำเนินชีวิต 6) ด้านมาตรการเชิงรุกในการเฝ้าระวังและป้องกันกลุ่มเสี่ยงสำคัญ 6) ด้านการกำกับติดตามมาตรการผ่อนปรนกิจการและกิจกรรมต่างๆ เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 7) ด้านมาตรการการป้องกันผลกระทบโรคโควิด-19 8) ด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงาน และ 9) ด้านพฤติกรรมมาตรฐานวิถีชีวิตใหม่ (new normal) ภายหลังการระบาดของโรค คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาถึงการปฏิบัติตามมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม “Social Distancing” และผลของการปฏิบัติต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของประชาชน ในจังหวัดลำปาง ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 เพื่อนำข้อมูลไปวางแผนในการพัฒนาแนวทางและรูปแบบในการดูแลสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของประชาชนในจังหวัดลำปางที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 และการที่จะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม “Social Distancing” รวมถึงการเตรียมความพร้อมของประชาชนในการที่จะต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตใหม่ต่อการระบาดของโรคที่จะเกิดขึ้นและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในระยะยาว

วัตถุประสงค์

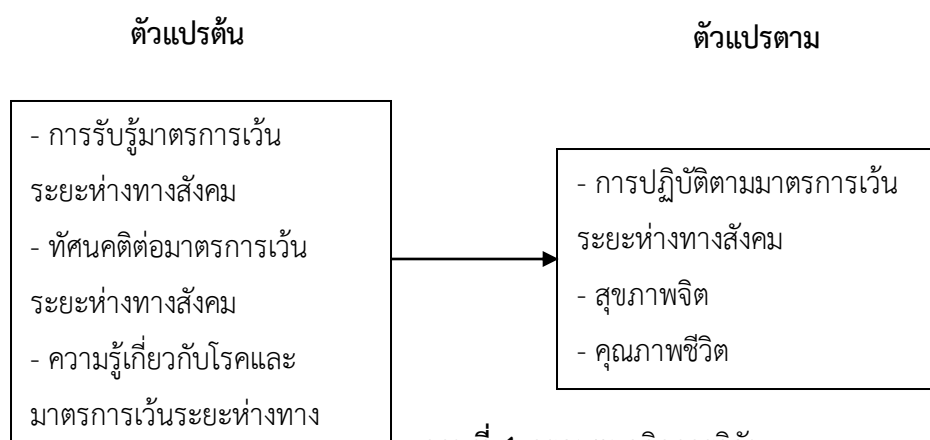
1. เพื่อศึกษาการรับรู้ ทศนคติและความรู้ต่อมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) และปฏิบัติตามมาตรการของประชาชนในจังหวัดลำปางในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19
2. เพื่อศึกษาผลกระทบของการรับรู้ ทศนคติและความรู้ต่อมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) ที่มีต่อการปฏิบัติตามมาตรการ สุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของประชาชนในจังหวัดลำปางในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19

ขอบเขตการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ (analytical research) แบบตัดขวาง (cross-sectional study) ศึกษาถึงการปฏิบัติตามมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) และผลกระทบของการปฏิบัติตามมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม (social Distancing) ต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของประชาชนในช่วงการระบาดของ COVID-19 โดยศึกษาในกลุ่มประชากรในจังหวัดลำปางที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ระยะเวลาการดำเนินการวิจัย เดือน เมษายน – กันยายน พ.ศ.2563



กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

นิยามศัพท์เฉพาะ

มาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) หมายถึง นโยบายการรักษาระยะห่างเพื่อช่วยลดภัยจากการแพร่กระจายเชื้อหรือการติดต่อของเชื้อโคโรนาไวรัส COVID-19 ที่แพร่กระจายเชื้อผ่านทางละอองฝอยจากการไอหรือจามจากผู้ที่เป็นพาหะ

การรับรู้มาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้ การรู้จักมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม โดยการรับรู้ข้อมูลจากแหล่งต่างๆ

ทัศนคติต่อมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม หมายถึง ความคิดเห็น ความเชื่อ ความรู้สึกที่มีต่อมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม อาจจะเป็นความคิดเห็นที่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย หรือเป็นกลาง

ความรู้เกี่ยวกับโรคและมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ความรู้ ความเข้าใจที่สั่งสมมาจากการศึกษาข้อมูล ประสบการณ์และทักษะต่างๆเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม

การปฏิบัติตัวตามมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรมการรักษาระยะห่างเพื่อช่วยลดภัยจากการแพร่กระจายเชื้อหรือการติดต่อของเชื้อโคโรนาไวรัส COVID-19 ที่แพร่กระจายเชื้อผ่านทางละอองฝอยจากการไอหรือจามจากผู้ที่เป็นพาหะ

สุขภาพจิต หมายถึง สภาวะทางจิตใจ อารมณ์ และความคิด ที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับช่วงที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปฏิบัติตัวตามมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม โดยในการวิจัยครั้งนี้ การ



วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ (Journal of Health Sciences Scholarship)

ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

ประเมินสุขภาพจิตประกอบด้วย 3 ส่วนคือ การประเมินภาวะซึมเศร้า (depression) ความวิตกกังวล (anxiety) และ ภาวะความเครียด (stress)

คุณภาพชีวิต หมายถึง คุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับบริบททางสังคม วัฒนธรรม และค่านิยมในเวลานั้นๆ และมีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง และมาตรฐานที่แต่ละคนกำหนดขึ้น ตามความหมายที่กำหนดโดยองค์การอนามัยโลก ประกอบด้วย 4 มิติ ดังนี้ 1) มิติด้านสุขภาพกาย (physical) 2) มิติด้านสุขภาพจิต (psychological) 3) มิติด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) และ 4) มิติด้านสภาพแวดล้อม (environmental)

สถานการณ์การระบาดโรคโควิด-19 หมายถึง สถานการณ์การระบาดของโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจจากเชื้อโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019 ซึ่งต่อมามีการระบาดทั่วโลกให้ชื่อว่า COVID-19 ซึ่งย่อมาจาก Corona virus Disease starting in 2019 เป็นสถานการณ์ที่อยู่ในช่วงระยะเวลาที่ประเทศไทยซึ่งเป็นประเทศหนึ่งที่ได้รับผลกระทบจากการระบาด และมีการประกาศพระราชกำหนดทั่วประเทศ และประกาศมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมช่วงที่มีการระบาด ในการศึกษาครั้งนี้เป็นสถานการณ์การระบาดในช่วงเดือนมีนาคม - เมษายน พ.ศ. 2563

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนในจังหวัดลำปางที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 737,493 คน (ข้อมูลประชากรกลางปี 1 กรกฎาคม 2562 จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการของ Taro Yamane' (1973) ได้กลุ่มตัวอย่าง 400 คน และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญเสียจากการตอบแบบสอบถาม ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เท่ากับ 440 คน และสุ่มเลือกตัวแทนกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการ Multi-stage sampling เลือกสุ่มโดยการจับสลากตัวแทน 1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ต่อ 1 อำเภอ จากนั้นสุ่มเลือก 1 หมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต. และสุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนครัวเรือนของหมู่บ้านๆ ละประมาณ 30 - 35 คนจากทั้งหมด 13 อำเภอ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 7 ส่วนเป็นแบบประเมินที่ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์คือ (google form) มีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การเปลี่ยนแปลงของรายได้ช่วงการระบาดของโรค
2. แบบสอบถามการรับรู้มาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบ rating scale 1 (รับรู้น้อยที่สุด) ถึง 5 (รับรู้มากที่สุด)

**การแปลผล**

ระดับการรับรู้มาก	24.00 - 30.00 คะแนน (80% ขึ้นไป)
ระดับการรับรู้ปานกลาง	21.00 - 23.99 คะแนน (70 - 79.99%)
ระดับการรับรู้ต่ำ	6.00 - 20.99 คะแนน (น้อยกว่า 70%)

3. แบบสอบถามทัศนคติต่อมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) จำนวน 5 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ rating scale 1 (เห็นด้วยน้อยที่สุด) ถึง 5 (เห็นด้วยมากที่สุด)

การแปลผล

ทัศนคติระดับมาก	20.00 - 25.00 คะแนน (80% ขึ้นไป)
ทัศนคติระดับปานกลาง	17.50 - 19.99 คะแนน (70 - 79.99%)
ทัศนคติระดับต่ำ	5.00 - 17.49 คะแนน (น้อยกว่า 70%)

4. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคและมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบถูก - ผิด ข้อละ 1 คะแนน

การแปลผล

ความรู้ระดับมาก	8.00 - 10.00 คะแนน (80% ขึ้นไป)
ความรู้ระดับปานกลาง	7.00 - 7.99 คะแนน (70 - 79.99%)
ความรู้ระดับต่ำ	0.00 - 6.99 คะแนน (น้อยกว่า 70%)

5. แบบสอบถามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) จำนวน 9 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ rating scale 1 (ไม่ปฏิบัติตามเลย) ถึง 5 (ปฏิบัติตามทุกครั้ง)

การแปลผล

การปฏิบัติตามระดับมาก	36.00 - 45.00 คะแนน (80% ขึ้นไป)
การปฏิบัติตามระดับปานกลาง	31.50 - 35.99 คะแนน (70 - 79.99%)
ทัศนคติระดับต่ำ	9.00 - 31.49 คะแนน (น้อยกว่า 70%)

การแปลผลค่าคะแนนของเครื่องมือลำดับที่ 2 - 5 ใช้เกณฑ์การอ้างอิงตามหลักการวัดและประเมินผลของบลูม (Bloom, 1971)

6. แบบประเมินสุขภาพจิต เป็นแบบประเมินมาตรฐานจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย

6.1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า จำนวน 2 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ มี (1) - ไม่มี (0)

การแปลผล

1. ถ้าคำตอบ ไม่มี ทั้ง 2 คำถาม ถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า

2. ถ้าคำตอบ มี ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใดๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึง “เป็นผู้มีความเสี่ยง” หรือ “มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า” ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมิน โรคซึมเศร้า 9Q



6.2 แบบประเมินความเครียดจำนวน 5 ข้อ ลักษณะข้อคำถามแบบ rating scale ตั้งแต่ 0 (ไม่มีเลย) ถึง 3 (เป็นประจำ)

การแปลผล

เครียดมากที่สุด	10-15 คะแนน
เครียดมาก	8-9 คะแนน
เครียดปานกลาง	5-7 คะแนน
เครียดน้อย	0-4 คะแนน

6.3 แบบประเมินความวิตกกังวล 7 ข้อ ลักษณะข้อคำถามแบบ rating scale ตั้งแต่ 0 (ไม่มีเลย) ถึง 3 (เกือบทุกวัน) แบ่งความรู้สึกวิตกกังวลออกเป็น 3 ระดับ

การแปลผล

วิตกกังวลมาก	15-21 คะแนน
วิตกกังวลปานกลาง	8-14 คะแนน
วิตกกังวลน้อย	0-7 คะแนน

7. แบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL – BREF – THAI) เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตภาษาไทยฉบับย่อของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 26 ข้อ ลักษณะข้อคำถามแบบ rating scale ตั้งแต่ 0 (ไม่มีเลย) ถึง 5 (มากที่สุด)

การแปลผล

คุณภาพชีวิตที่ดี	96-130 คะแนน
คุณภาพชีวิตปานกลาง	61-95 คะแนน
คุณภาพชีวิตไม่ดี	26-60 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเนื้อหา (content validity) ตรวจสอบโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 3 ท่าน โดยกำหนดความพ้องกันในทุกข้อคำถาม และแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ จากนั้นนำมาวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence, IOC) โดยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเฉพาะ เครื่องมือลำดับที่ 1 – 4 เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม เครื่องมือทั้ง 4 ส่วนได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ทุกข้อ

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นโดยการหาค่าคงที่ภายใน (internal consistency) ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha Coefficient) ในกลุ่มตัวแทนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างในเขตเทศบาลนครลำปางจำนวน 30 คน ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา ของแบบสอบถามเท่ากับ 0.86 (การรับรู้), 0.92 (ทัศนคติ), 0.88 (การปฏิบัติ), 0.93 (สุขภาพจิตด้านความเครียด), 0.96 (สุขภาพจิตด้านความวิตกกังวล) และ 0.95 (คุณภาพชีวิต) และแบบสอบถามความรู้ใช้ค่าความเชื่อมั่นจาก KR-20 มีค่าเท่ากับ 0.72



การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพื้นฐานที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาโดยการคำนวณหาค่าสถิติเบื้องต้นด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติในการวิเคราะห์ผลกระทบของการปฏิบัติตัวตามมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) ต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (regression analysis)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิจัยเข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เลขที่ E 2563-084 เมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 เมื่อได้รับอนุญาตการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการสุ่มเป็นพื้นที่การเก็บข้อมูล และอธิบายวัตถุประสงค์และเอกสารการยินยอมเข้าร่วมวิจัย การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจจะให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเอง และแจ้งให้ทราบว่าเมื่อร่วมเข้าโครงการวิจัยแล้ว หากกลุ่มตัวอย่างต้องการออกจากกรวิจัย สามารถกระทำได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ และในการรวบรวมข้อมูล จะไม่ระบุชื่อ หรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง โดยจะนำไปใช้ในประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ส่วนผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยวิเคราะห์จากกลุ่มตัวอย่าง 432 คนคิดเป็น ร้อยละ 98.18 ของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ มีผลการวิจัยดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมากกว่าเพศชายโดยเป็นเพศหญิง จำนวน 260 คน (ร้อยละ 60.19) และเพศชายจำนวน 172 คน (ร้อยละ 39.81) กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 47.16 (S.D. 11.45) โดยที่ร้อยละ 58.57 ของกลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ระหว่าง 40-59 ปี ร้อยละ 61.35 ระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า ร้อยละ 45.38 มีอาชีพเกษตรกร รองลงมาคือ ประกอบอาชีพส่วนตัว/ค้าขาย ร้อยละ 15.28 ร้อยละ 53.93 มีรายได้ระหว่าง 5,000 - 15,000 บาท/เดือน และร้อยละ 66.43 มีรายได้ลดลงในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่าง (n = 432)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ	Mean	S.D.
1. เพศ				
ชาย	172	39.81		
หญิง	260	60.19		
2. อายุ (ปี)				
20 – 29	47	10.88	47.16	11.45
30 – 39	93	21.53		
40 – 49	133	30.79		
50 – 59	120	27.78		
60 ปีขึ้นไป	39	9.02		
3. ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	97	22.45		
มัธยมศึกษา/เทียบเท่า	265	61.35		
ปริญญาตรี	69	15.97		
สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.23		
4. รายได้ (ต่อเดือน)				
น้อยกว่า 5,000	155	35.88		
5,001 – 10,000	102	23.61		
10,001 – 15,000	131	30.32		
มากกว่า 15,000	44	10.19		
5. อาชีพ				
เกษตรกร	196	45.38		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	36	8.33		
พนักงานบริษัท/เอกชน	34	7.87		
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	66	15.28		
รับจ้างทั่วไป	30	6.94		
อื่นๆ (เช่น แม่บ้าน,ว่างงาน)	70	16.20		



ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่าง (n = 432) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ	Mean	S.D.
6. การเปลี่ยนแปลงของ				
รายได้ช่วงการระบาดของโรค				
รายได้ตามปกติ	72	16.67		
รายได้มากขึ้น	5	1.16		
รายได้ลดลง	287	66.43		
ไม่มีรายได้เลย	68	15.74		

2. ระดับการรับรู้มาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม ทักษะการติดต่อมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับโรคและมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม และการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม ผลการวิจัย พบว่า ตัวแปรที่มีค่าคะแนนอยู่ในระดับมากได้แก่ การรับรู้มาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม (Mean=25.22, S.D. =4.47) และความรู้เกี่ยวกับโรคและมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม (Mean=8.54, S.D.= 1.17) ส่วนทักษะการติดต่อมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคมและการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=17.86, S.D.=2.51) และ (Mean=34.83, S.D.=4.92) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับการรับรู้มาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม ทักษะการติดต่อมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับโรคและมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม และการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม (n = 432)

หัวข้อ	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	Mean	S.D.	ระดับ
1. การรับรู้มาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม	6	30	25.22	4.47	มาก
2. ทักษะการติดต่อมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม	9	25	17.86	2.51	ปานกลาง
3. ความรู้เกี่ยวกับโรคและมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม	4	10	8.54	1.17	มาก
4. การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม	13	44	34.83	4.92	ปานกลาง



3. การประเมินด้านสุขภาพจิต 3 ด้านได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความเครียด และความวิตกกังวล และการประเมินคุณภาพชีวิต ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ) ร้อยละ 97.91 และมีกลุ่มเสี่ยงภาวะซึมเศร้าจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 2.08 2) ผลการประเมินด้านความเครียด พบว่า ประเมินครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 51.85) มีภาวะเครียดอยู่ในระดับน้อย และรองลงมาคือภาวะเครียดระดับปานกลาง ร้อยละ 32.18 และภาพรวมของภาวะเครียดอยู่ในระดับน้อย (Mean=3.49, S.D.= 3.36) 3) ผลการประเมินด้านความวิตกกังวล พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 71.06 มีภาวะความวิตกกังวลอยู่ในระดับน้อย เช่นเดียวกับ ภาพรวมของภาวะความวิตกกังวลที่อยู่ในระดับน้อย (Mean= 6.86, S.D.= 4.93) และ 4) การประเมินด้านคุณภาพชีวิต พบว่า ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 50.00 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี เช่นเดียวกับ ภาพรวมของคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี (Mean=89.62, S.D.=14.94) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การประเมินด้านสุขภาพจิต 3 ด้านได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความเครียด และความวิตกกังวล และการประเมินคุณภาพชีวิต (n = 432)

หัวข้อ	จำนวน (ร้อยละ)				Mean	S.D.	ระดับ (ภาพรวม)
ด้านสุขภาพจิต							
	ปกติ		มีภาวะเสี่ยง				
1.ภาวะซึมเศร้า	423(97.91)		9 (2.08)				
	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด			
2.ความเครียด	224(51.85)	139(32.18)	28(6.48)	41(9.49)	3.49	3.36	น้อย
	น้อย	ปานกลาง	มาก				
3.ภาวะความวิตกกังวล	307(71.06)	75(17.36)	50 (11.57)		6.86	4.93	น้อย

ตารางที่ 3 การประเมินด้านสุขภาพจิต 3 ด้านได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความเครียด และความวิตกกังวล และการประเมินคุณภาพชีวิต (n = 432) (ต่อ)

หัวข้อ	จำนวน (ร้อยละ)			Mean	S.D.	ระดับ (ภาพรวม)
ด้านคุณภาพชีวิต	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
	22 (5.09)	194 (44.91)	216 (50.00)	98.62	14.94	ดี



4. ผลของการรับรู้ ทักษะคิดและความรู้ต่อมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social distancing) ที่มีต่อการปฏิบัติตัวตามมาตรการ สุขภาพจิตและคุณภาพชีวิต ผลการวิจัยพบว่า 1) การรับรู้และทักษะคิดต่อมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมร่วมกันทำนายการปฏิบัติตัวตามมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมร้อยละ 34.10 ($r^2 = .341, P < .001$) 2) ทักษะคิดต่อมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม ทำนายทางลบต่อสุขภาพจิตด้านความวิตกกังวล ร้อยละ 8.60 ($r^2 = .086, P < .001$) หมายถึงค่าคะแนนที่เพิ่มขึ้นของทักษะคิดต่อมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมที่เพิ่มขึ้นมีผลทำให้ระดับความวิตกกังวลลดลง นอกจากนี้ทักษะคิดต่อมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมยังทำนายทางลบต่อสุขภาพจิตด้านความเครียด ร้อยละ 6.50 ($r^2 = .065, P < .001$) หมายถึงค่าคะแนนที่เพิ่มขึ้นของทักษะคิดต่อมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมที่เพิ่มขึ้นมีผลทำให้ระดับความเครียดลดลง และ 3) การรับรู้มาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมทำนายคุณภาพชีวิต ร้อยละ 11.80 ($r^2 = .118, P < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 4 - 7

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายผลของการรับรู้ และทักษะคิดต่อมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมต่อการปฏิบัติตัวตามมาตรการ (n = 432)

ตัวแปร	B	SEb	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	12.55	1.74		7.21	<.001***
การรับรู้มาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม	.378	.053	.344	7.18	<.001***
ทักษะคิดต่อมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม	.713	.094	.364	7.59	<.001***

$$F_{(2,429)} = 85.27, r^2 = .341, ***p < .001$$

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายผลของทักษะคิดต่อมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมต่อสุขภาพจิตด้านความวิตกกังวล (n = 432)

ตัวแปร	B	SEb	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	14.197	1.867		7.606	<.001***
ทักษะคิดต่อมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม	-.578	.103	-.294	-5.589	<.001***

$$F_{(1,430)} = 31.24, r^2 = .086, ***p < .001$$



ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายผลของทัศนคติต่อมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมต่อสุขภาพจิตด้านความเครียด (n = 432)

ตัวแปร	B	SEb	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	9.585	1.284		7.466	<.001***
ทัศนคติต่อมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม	-.341	.071	-.255	-4.797	<.001***

$$F_{(1,430)} = 23.011, r^2 = .065, ***p<.001$$

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายผลของการรับรู้มาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมต่อคุณภาพชีวิต (n = 432)

ตัวแปร	B	SEb	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	62.664	4.411		14.207	<.001***
การรับรู้มาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม	1.148	.172	.334	6.667	<.001***

$$F_{(1,430)} = 44.447, r^2 = .118, ***p<.001$$

อภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่า การรับรู้และทัศนคติต่อมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมมีผลทางบวกกับการปฏิบัติตัวตามมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม ได้แก่ การไม่อยู่ใกล้ชิดกันหรือการเว้นระยะห่างทางกายภาพอย่างน้อย 1-2 เมตร ไม่รวมตัวกันในสถานที่ชุมชนแออัด หลีกเลี่ยงการใช้ภาชนะและอุปกรณ์รับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น หลีกเลี่ยงการเดินทางด้วยขนส่งที่มีคนแออัด ใช้การติดต่อสื่อสารผ่านช่องทางออนไลน์หรือโทรศัพท์เคลื่อนที่ การงานจากที่บ้าน เป็นต้น หมายถึงกลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้และทัศนคติต่อมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมที่เพิ่มขึ้นจะเป็นผลทำให้พฤติกรรมปฏิบัติตามมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมมากขึ้น ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model; HBM) ของ โรเซนสต็อกและคณะ (Rosenstock et al. 1988) ที่ได้กล่าวถึงปัจจัยทางด้านการรับรู้และปัจจัยร่วมไว้ 7 ปัจจัยดังนี้ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงเกิดโรค (perceived susceptibility) 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) 3) การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับและค่าใช้จ่าย และรับรู้อุปสรรค (perceived benefits and costs, barriers) 4) การรับรู้ภาวะคุกคาม (perceived threat) 5) สิ่งจูงใจกระตุ้นให้ปฏิบัติ (cues to action or health motivation) 6) ปัจจัยร่วมที่เกี่ยวข้อง (modifying factors) และ 7) การรับรู้



ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ว่าปัจจัยเหล่านี้เป็นสิ่งจูงใจให้บุคคลมักจะแสดงพฤติกรรมเพื่อป้องกันผลกระทบอันที่จะเกิดกับสุขภาพของตนเอง ดังนั้นการรับรู้และความเชื่อของบุคคลต่อมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม รับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคที่จะส่งผลเสียต่อสุขภาพ จะส่งผลจูงใจทำให้บุคคลตัดสินใจแสดงพฤติกรรมปฏิบัติตามมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมเพื่อป้องกันไม่让自己ได้รับผลกระทบทางสุขภาพจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของภวรัญชน์ ลิ้มตระกูล (Limtrakoon, 2020) ที่ศึกษากรณีศึกษาการระบาดของโรคโควิด-19 จากจีนแผ่นดินใหญ่สู่ประเทศไทยที่ผลการวิจัยระบุว่าผลกระทบของการแพร่กระจายโรคโควิดเกี่ยวข้องกับความรู้ข้อมูลข่าวสารถึงภาวะเสี่ยงของประชาชนก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนในสังคม โดยเฉพาะการสร้างมาตรการการดำเนินวิถีชีวิตใหม่ที่ถือปฏิบัติกันทั่วโลกคือการเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing)

นอกจากนี้ทัศนคติต่อมาตรการการเว้นระยะทางสังคมมีผลทางลบกับสุขภาพจิต 2 ด้าน ได้แก่ ความเครียดและความวิตกกังวล หมายถึงกลุ่มตัวอย่างมีระดับทัศนคติต่อมาตรการการเว้นระยะทางสังคมที่ดีขึ้นจะเป็นผลให้สุขภาพจิตด้านความเครียดและความวิตกกังวลลดลง กรมสุขภาพจิต (Department of Mental Health, 2021) ข้อมูลสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงต่างๆเช่นการระบาดของโรคโควิด-19 เป็นธรรมดาที่บุคคลมักจะเกิดความเครียด ความวิตกกังวลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจากภาวะความเครียดเป็นกลไกโดยธรรมชาติที่จะช่วยให้บุคคลมีการวางแผนเตรียมรับมือกับสถานการณ์ต่างๆ ความเครียดและความวิตกกังวลต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อาจจะได้จากกลัวการติดเชื้อ กังวลกับการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ในแต่ละวัน ความเครียดจากการที่ไม่รู้ว่าสถานการณ์การแพร่ระบาดจะยาวนานแค่ไหน เป็นต้น ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าโดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อมาตรการการเว้นระยะทางสังคมระดับปานกลาง และระดับความเครียดและความวิตกกังวลก็อยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้ อาจจะเป็นผลมาจากความเชื่อมั่นต่อมาตรการการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ของจังหวัดลำปางที่สามารถควบคุมให้ผู้ติดเชื้ออยู่ในระดับสี่หลัก (มีผู้ติดเชื้อน้อยกว่า 10 ราย) ได้ ทำให้สถานการณ์การแพร่ระบาดในจังหวัดไม่อยู่ในระยะรุนแรงที่จะทำให้เกิดความกังวลสูงในการติดเชื้อ และทัศนคติที่มองว่ามาตรการเว้นระยะห่างทางสังคมที่หมายถึง การปฏิบัติตามมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม เช่น การล้างมือ กินร้อน ช้อนกลางอยู่ห่างกัน 1-2 เมตร การสวมหน้ากากอนามัยไม่ได้เป็นเรื่องยุ่งยากต่อการใช้ชีวิตประจำวัน และยังสามารถช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด 19 ได้อีกทาง เมื่อบุคคลเกิดความเชื่อมั่น มีการรับรู้ติดตามข่าวสารอย่างสม่ำเสมอส่งผลทำให้ระดับของปัญหาสุขภาพจิตด้านความเครียดและความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 อยู่ในระดับที่ต่ำ

การรับรู้มาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมยังเป็นปัจจัยทำนายเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิต ถึงแม้ว่าโดยภาพรวมวิกฤตการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จะส่งผลกระทบต่อประชาชนเป็นจำนวนมากไม่ว่าจะเป็นผลกระทบจากความรุนแรงของโรคโดยตรงหรือผลจากมาตรการในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรคที่ทำให้เกิดการ



เปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต และก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา ไม่ว่าจะเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุข ปัญหาด้านเศรษฐกิจ และปัญหาด้านสุขภาพจิต ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้ยังพบว่าการรับรู้มาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมยังเป็นปัจจัยทำนายต่อคุณภาพชีวิต หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ การแสดงออกถึงความรู้ การรู้จักมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม โดยการรับรู้ข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ไปสู่การปฏิบัติตามมาตรการมากขึ้นเป็นผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น นอกจากนี้คุณภาพชีวิตที่อยู่ในระดับดี อาจจะเนื่องมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้รับการสนับสนุน การช่วยเหลือจากหน่วยงานภาครัฐ และภาคเอกชน จนถึงความร่วมมือจากภาคส่วนราชการในการเยียวยาและบรรเทาความเดือดร้อนด้วยมาตรการต่างๆ เช่น การจ่ายเงินเยียวยาช่วยเหลือในการดำรงชีวิตผ่านโครงการต่างๆ การมีส่วนร่วมของประชาชนในการช่วยเหลือผู้เดือดร้อนผ่านโครงการ “ตู้ปันสุข” และการออกมาตรการที่เข้มงวดตั้งแต่ระดับนโยบายจนถึงการปฏิบัติในระดับชุมชน ในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคทำให้ประชาชนมีความมั่นใจในการดำรงชีวิตที่ปลอดภัยจากการแพร่กระจายของโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธีระพงษ์ ทศวัฒน์ และปิยมล มหิวรรณ (Tossawat and Mahiwan, 2020)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่า การรับรู้และทัศนคติต่อมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม จะเป็นตัวแปรหลักที่มีผลต่อการปฏิบัติตามมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม และยังลดปัญหาสุขภาพจิตด้านความเครียดและความวิตกกังวลและยังส่งผลทางบวกต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างอีกด้วย ดังนั้นผู้วิจัย มีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. การให้คำปรึกษาของบุคลากรทางสุขภาพโดยเน้นการสร้างแนวทางหรือกระบวนการการรับรู้และมีทัศนคติที่ดีเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ต่างๆที่มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตจะช่วยส่งเสริมให้ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อรับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงได้ดีขึ้น รวมถึงการปรับตัวเพื่อรับผลกระทบในระยะยาวของสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19
2. การสร้างนโยบายที่อาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆและภาคประชาชนในการช่วยเหลือดูแล และเปิดช่องทางการสื่อสารให้ประชาชนได้รับรู้ และสร้างทัศนคติที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลงสู่การดำเนินวิถีชีวิตใหม่จะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตรวมถึงการร่วมกันในการปฏิบัติตามวิถีชีวิตใหม่เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19
3. ด้านนโยบาย ควรมีการกำหนดมาตรการและแนวปฏิบัติในการลดแนวโน้มของการเกิดปัญหาสุขภาพจิตเกี่ยวกับความวิตกกังวลและความเครียด



วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ (Journal of Health Sciences Scholarship)

ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปางที่ได้ให้การสนับสนุนทุนวิจัยและประสานงานพื้นที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

Bloom B, S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw - Hill.

Center of COVID- 19 Situation Administration, Lampang. (2020) . *Center of COVID- 19 situation administration, Lampang*. (online) Retrieved 1 April, 2020 from <http://www.lampang.go.th/covid19/>

Department of Disease Control. (2020). *Coronavirus disease 2019*. (online) Retrieved 17 April, 2020 from <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php>

Department of Mental Health. (2021). *Stress management and preparation for COVID-19*. (online) Retrieved on 26 February, 2021 from <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30561>

Glomjai, T., Kaewjiboon, J., & Chachvarat, T. (2020). Knowledge and behavior of people regarding self-care prevention from novel coronavirus 2019 (COVID-19). *Journal of nursing, public health, and education*, 21(2): 29 – 39. (in Thai)

Limtrakoon, P. (2020). Rethinking Connectivity: A case study of COVID-19 outbreak from China to Thailand. *Thai journal of east asian studies*, 24(2): 74 – 93. (in Thai)

Prochaska, J. O., Redding, C. A., & Evers, K. E. (2015). The transtheoretical model and stage of changes. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds). *Health behavior theory, research and practice* (pp. 125 – 148). Jossey-Bass.

Rosenstock, I.M., Strecher, V.J., & Becker, M.H. (1988). Social learning theory and health belief Model. *Health education quarterly*, 15(2): 175 – 183.

Suwanaphant, K., Seedaket, S., Vonok, L., et al. (2020). Factors associated with stress due to corona virus disease 2019 (COVID-19) pandemic among students of the Faculty of Public Health



วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ (Journal of Health Sciences Scholarship)

ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute. *Journal of health science research*, 14(2): 138 – 148. (in Thai)

Tossawat, P. & Mahiwan, P. (2020). The development of social quality of life of people and the prevention of the spreading of coronavirus infectious disease (COVID – 19). *Journal of MCU Nakhondhat*, 7(9): 40 – 55. (in Thai)

World Health Organization. (2020). *WHO Coronavirus (COVID-19) dashboard*. (online) Retrieved 6 May, 2020 from <https://covid19.who.int/table>

Yamane, T. (1973). *Statistic: An Introductory Analysis*. 3rd Eds. New York: Harper & row.



The Effectiveness of Using the Nutrition Symbols: Healthierlogo Program in the Consumer Group Wiang Nuea Subdistrict, Mueang District, Lampang Province

Warangkana Suntep*

(Received : February 21, 2021, Revised: May 4, 2021, Accepted: May 21, 2021)

Abstract

This study was a two-group quasi-experimental study, were measured by pre- and post-test. To study the effectiveness of using the nutrition symbols: healthierlogo in consumer group. The sample is the consumer group in Muang District, Lampang Province totaled 124 people, divided into a control group of 62 people and a trial group of 62 people. The control group being operated normally. The experimental group was given a 7-week program of using the nutrition symbols: healthierlogo. Data were collected using the knowledge assessment form, recognize the consumer's performance on the nutrition symbols: healthierlogo assessment form and sodium salt intake. The confidence value of Cronbach's Alpha Knowledge is .77 and .86, respectively. Personal data analysis of the samples was used with descriptive statistics. Comparing knowledge perception of one's competence and sodium consumption of the experimental group before and after the program with Paired-Samples t-test and between the experimental and control groups using independent t-test.

The results of the study showed that 1) after participating in the program of using the nutrition symbols: healthierlogo have lower dietary sodium intake levels than before joining the program with statistical significance at $p=0.007$. Whereas the knowledge and perception of self-efficacy on the nutrition symbols: healthierlogo was not statistically different. 2) The experimental group perceived their mission higher in terms of credit and reduction in the amount of bullying than the control group and the amount of sodium salt in the diet was lower than the control group were statistically significant at the $p < .001$. While the knowledge of the nutrition symbols: healthierlogo was not different statistically.

Therefore, using of the nutrition symbol: healthierlogo in consumer group should be promoted. To achieve a better perception of self-efficacy and reduce salt intake of sodium in those at risk of Non-Communicable diseases.

Keywords: Nutrition symbols healthierlogo program; Consumer; Dietary sodium intake

* Consumer protection and public health pharmacy group. Lampang provincial public health office,
Corresponding author: sunnynui@gmail.com



ประสิทธิผลของโปรแกรมการใช้สัญลักษณ์โภชนาการทางเลือกสุขภาพในกลุ่มผู้บริโภคร

ตำบลเวียงเหนือ อ.เมือง จ.ลำปาง

วารานา สันเทพ*

วันรับบทความ : 21 กุมภาพันธ์ 2564, วันแก้ไขบทความ : 4 พฤษภาคม 2564, วันตอบรับบทความ : 21 พฤษภาคม 2564)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลการใช้สัญลักษณ์โภชนาการ: ทางเลือกสุขภาพในกลุ่มผู้บริโภคร กลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มผู้บริโภครในอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง จำนวน 124 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 62 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 62 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการดำเนินการตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการใช้สัญลักษณ์โภชนาการทางเลือกสุขภาพ เป็นระยะเวลา 7 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินการความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้บริโภครต่อสัญลักษณ์โภชนาการและปริมาณการบริโภครเกลือโซเดียม มีความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคความรู้ เท่ากับ .77 และ .86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และปริมาณการบริโภครเกลือโซเดียมของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมด้วยสถิติ ที่คู่ (paired-Samples t-test) และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทีอิสระ (independent t-test)

ผลการศึกษาพบว่า 1) หลังเข้าร่วมโปรแกรมการใช้สัญลักษณ์โภชนาการทางเลือกสุขภาพ มีระดับการบริโภครเกลือโซเดียมในอาหารต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=.007$ ในขณะที่ความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในเรื่องสัญลักษณ์โภชนาการไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ 2) กลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในเรื่องสัญลักษณ์โภชนาการและการลดปริมาณการบริโภครเกลือโซเดียมสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ ในขณะที่ความรู้สัญลักษณ์โภชนาการไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ดังนั้นควรมีการส่งเสริมการใช้สัญลักษณ์โภชนาการ: ทางเลือกสุขภาพในกลุ่มผู้บริโภคร เพื่อให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ดีและลดการบริโภครเกลือโซเดียมลดลงในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

คำสำคัญ: โปรแกรมสัญลักษณ์โภชนาการทางเลือกสุขภาพ; ผู้บริโภคร; การบริโภครเกลือโซเดียมในอาหาร

* เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดลำปาง,
ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: sunnynui@gmail.com

**บทนำ**

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือโรค NCDs (noncommunicable diseases) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกและของประเทศไทย โดยเฉพาะกลุ่มโรค NCDs 4 โรคหลัก ได้แก่ กลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ-โรคหลอดเลือดสมอง, โรคมะเร็ง, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคเบาหวาน เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของคนไทย ซึ่งมีปัจจัยมาจากพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคหวาน มัน เค็ม และมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยทางสังคม เช่น การขยายตัวของสังคมเมือง กลยุทธ์ทางการตลาด ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการสื่อสาร ที่ส่งผลต่อวิถีชีวิตและทำให้ประชาชนป่วยด้วยโรค NCDs เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2018) ซึ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือโรค NCDs เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตถึง 300,000 กว่าราย โดยร้อยละ 73 ของการเสียชีวิตทั้งหมดมาจากพฤติกรรมการบริโภคหวาน มัน และเค็มจัด รวมถึงการทำกิจกรรมทางกายและการบริโภคผักและผลไม้ที่น้อยเกินไป ปัญหาของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกิดขึ้น ไม่เพียงเป็นปัญหาที่ก่อความเดือดร้อนกับผู้ป่วยและครอบครัวโดยตรงเท่านั้น แต่ยังเป็นปัญหาที่ต่อเนื่องที่มีผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของประเทศ ซึ่งอาจนำมาสู่ความล่มสลายของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในที่สุด เพราะค่าใช้จ่ายที่ภาครัฐต้องจ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคต่างๆ ดังกล่าวในปี พ.ศ. 2552 สูงถึง 5,580.80 ล้านบาท โดยโรคที่ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ โรคเบาหวาน (3,386.60 ล้านบาท) โรคหัวใจขาดเลือด (1,070.50 ล้านบาท) และโรคมะเร็งลำไส้และลำไส้ใหญ่ (777.20 ล้านบาท) (Pitayatiennanan et al., 2011)

อย่างไรก็ตามจากศึกษางานวิจัยในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพบว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรังนับว่าเป็นปัญหาที่ป้องกันได้หากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความเข้าใจในปัจจัยเสี่ยงเชิงพฤติกรรม (behavioral risk factors) ที่ก่อให้เกิดโรคเหล่านี้ และสามารถสร้างกลไกหรือบริบทเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ โดยหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงเชิงพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก็คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2556 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า คนไทยมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านการบริโภคอาหารบางประการ ตัวอย่างเช่น การนิยมบริโภคอาหารว่าง (ร้อยละ 79.11 ของผู้ตอบแบบสอบถาม) การนิยมบริโภคอาหารไขมันสูง (ร้อยละ 86.71) และการนิยมบริโภคอาหารประเภทขนมกินเล่นหรือขนมกรุบกรอบ (ร้อยละ 45.87) สำหรับการแก้ไขปัญหาโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังอันมีสาเหตุจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารนั้น รัฐบาลทั่วโลก (รวมทั้งประเทศไทย) นิยมใช้นโยบายที่มุ่งเน้นการจูงใจให้ผู้บริโภคปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผ่านการให้ความรู้และข้อมูล (information provision) มีตัวอย่างที่สำคัญ 2 กลุ่มหลัก ได้แก่ (1) นโยบายฉลากโภชนาการ (nutrition labeling) สำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่บ้าน โดยนโยบายนี้เกี่ยวข้องกับอาหารและเครื่องดื่มสำเร็จรูปบรรจุห่อ (packaged food) เท่านั้น ซึ่งรัฐบาลแทบทุกประเทศทั่วโลกกำหนดให้ผู้ผลิตอาหารที่บรรจุหีบห่อต้องระบุคุณค่าทางโภชนาการ (nutrition labeling) ไว้ที่ด้านหลังของบรรจุภัณฑ์ (back-of-pack labeling) โดยต้องมีรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับสารอาหาร (nutrients) ของผลิตภัณฑ์นั้นๆ ทั้งหมด เช่น ปริมาณโปรตีน ไขมัน วิตามิน



นอกจากนี้บางประเทศยังมีการกำหนดให้ติดฉลากโภชนาการที่ด้านหน้าของบรรจุภัณฑ์ (post or front-of-pack labeling) อีกด้วย (2) นโยบายรณรงค์ด้วยสื่อ (social marketing) อันเป็นการให้ข้อมูลด้านโภชนาการแก่สาธารณชนผ่านการโฆษณาทางสื่อรูปแบบต่างๆ เพื่อจูงใจให้เปลี่ยนพฤติกรรมบริโภค (Witvorapong et al., 2017)

การศึกษาถึงพฤติกรรมบริโภคเป็นสิ่งจำเป็นในการเข้าใจถึงระดับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน เพื่อสามารถจะสร้างโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้บริโภคได้ โดยจากผลการสำรวจพฤติกรรมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.2 ส. ในประชาชนวัยทำงานอายุ 15-59 ปี จำนวน 2,500 คน จากประชาชนกลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานอายุ 15-59 ปี ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีเอ็ม (Nutbeam D., 2008) ผลการสำรวจ พบว่า ประชาชนวัยทำงานส่วนใหญ่ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ร้อยละ 47.10 รองลงมาระดับไม่ดีร้อยละ 39.70 สำหรับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับไม่ดี(ร้อยละ 47.90) รองลงมาระดับพอใช้ (ร้อยละ 27.50) ส่วนระดับดีมากน้อยที่สุด (ร้อยละ 24.60) จากการวิเคราะห์ผลการสำรวจ พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดีและพอใช้ ซึ่งไม่เพียงพอต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนและนำไปสู่การมี สุขภาวะต่อไป จึงต้องมุ่งพัฒนาให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในระดับดีมากเพิ่มขึ้น เพื่อป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างถาวร (Arahung R., 2017)

การปรับเปลี่ยนระดับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนให้อยู่ในระดับที่ดีขึ้นกว่าเดิม เพื่อป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้น สามารถดำเนินการได้ในหลายมาตรการเชิงป้องกัน โดยผู้วิจัยสนใจในเรื่องของการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภค ลด หวาน มัน เค็ม โดยการสนับสนุนการผลิตและการใช้สัญลักษณ์โภชนาการทางเลือกสุขภาพ ซึ่งเป็นหนึ่งในมาตรการเชิงป้องกันที่หลายหน่วยงานภาครัฐให้การสนับสนุน อาทิ สำนักงานอาหารและยา (อย.) สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งได้ร่วมกันผลักดันการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในเรื่องลดการบริโภค หวาน มัน เค็ม โดยการผลิต และใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพ เพื่อลดอุบัติการณ์ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไม่ให้ลุกลามรวดเร็วไปกว่านี้ โดยจัดทำในรูปแบบโครงการสัญลักษณ์โภชนาการทางเลือกสุขภาพ (healthier choice) ซึ่งมีกิจกรรมดำเนินการคือ การขอความร่วมมือกับภาคเอกชนผู้ผลิตในการลดปริมาณ เกลือ น้ำตาลและไขมัน ในผลิตภัณฑ์อาหารสำเร็จรูป/กึ่งสำเร็จรูปเครื่องปรุงรส เป็นต้น ซึ่งกำลังเป็นกลยุทธ์สำคัญในการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ ภาครัฐเห็นพ้องว่าต้องดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ และให้เกิดประสิทธิผลโดยเร็ว (Suwetwethin D., 2019)

นอกจากนี้ยัง พบว่า ปัญหาสุขภาพจากการบริโภคเกลือและโซเดียมเกิน การได้รับโซเดียมในปริมาณที่สูงเกินความต้องการอย่างต่อเนื่องส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิตเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต โรคความดันโลหิตสูง และเพิ่มความรุนแรงของโรคเบาหวาน และโรคไม่ติดต่อ



เรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของทุกประเทศทั่วโลกโดย พบว่า ปี ค.ศ.2008 มีจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด 57 ล้านคนที่เกิดขึ้นทั่วโลกเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ประกอบด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็งเบาหวาน และโรคปอดเรื้อรังจำนวน 36 ล้านคน (63%) หรือเกือบสองในสามของจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด และพบความชุกของกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และคาดว่าจะทำให้เกิดการเสียชีวิตเกือบสามในสี่ของจำนวนผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับมารดา ทารกปริกำเนิด และโภชนาการภายในปี ค.ศ.2020 และจะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเกินกว่าจะพบมากที่สุด ภายในปีค.ศ.2030 (World Health Organization,2011)

ผลกระทบต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งเกิดจากการได้รับโซเดียมในปริมาณที่สูงเกินความต้องการของร่างกาย เช่น การเกิดโรคความดันโลหิตสูง โดยจากการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคเกลือโซเดียมกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเริ่มต้นจากกราฟที่มีชื่อเสียงของ Louis Dahl ในปี 1960 แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงเส้นเชิงบวกระหว่างความชุกของความดันโลหิตสูง และการบริโภคเกลือเฉลี่ยในกลุ่มประชากร 5 กลุ่ม โดย พบว่าการได้รับเกลือโซเดียมมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างปริมาณเกลือที่ได้รับ และความชุกของโรคความดันโลหิตสูงซึ่งจะนำไปสู่โรคอื่นๆที่เป็นภาวะแทรกซ้อน และการศึกษานี้ยังได้กล่าวถึงแนวคิดพื้นฐานส่วนใหญ่ที่สนับสนุนความพยายามด้านสาธารณสุขในปัจจุบันในการลดการบริโภคโซเดียมในประชากร (Elliott L.,2005) นอกจากนี้ผลการสำรวจที่เกี่ยวกับปริมาณการได้รับเกลือโซเดียมซึ่งแสดงให้เห็นว่าประชากรทั่วโลกได้รับปริมาณเกลือโซเดียมสูงกว่าแนะนำมากกว่า 2 เท่า การได้รับโซเดียมในปริมาณที่สูงเกินความต้องการเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary heart disease) โรคอัมพฤกษ์อัมพาต (strokes) ถึงร้อยละ 49 และร้อยละ 62 ของการเกิดโรคทั้งหมด (Department of Disease Control, Ministry of Public Health,2016) สอดคล้องกับผลการวิจัยการศึกษาปริมาณโซเดียมและโซเดียมคลอไรด์ในอาหารบาทวิถีที่จำหน่ายในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า อาหารบาทวิถี (street foods) ประเภทกับข้าวและอาหารจานเดียว ส่วนใหญ่มีโซเดียมเกินกว่า 1,500 มิลลิกรัมต่อถุงหรือกล่องที่จำหน่าย ซึ่งอยู่ในระดับความเสี่ยงสูงต่อสุขภาพ โดยองค์การอนามัยโลกแนะนำให้คนบริโภค “เกลือ” ไม่เกินวันละ 5 กรัม (1ช้อนชา) หรือโซเดียมไม่เกินวันละ 2,000 มิลลิกรัม แบ่งเป็นมื้อหลัก 3 มื้อๆ ละ 600 มิลลิกรัม และมื้อว่าง 200 มิลลิกรัม ดังนั้นควรลดความถี่ในการรับประทานอาหารบาทวิถี และไม่ควรปรุงเพิ่มเกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว และซอสต่างๆ บนโต๊ะอาหารเพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อการได้รับโซเดียมมากเกินไป (Vatanasuchart N.,2019)

จากการทบทวนปัญหาของพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหาร รส หวาน มัน เค็ม ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้วิจัยมีความสนใจในการสร้างโปรแกรมการใช้สัญลักษณ์โภชนาการทางเลือกสุขภาพ ในกลุ่มผู้บริโภค เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการลด หวาน มัน เค็ม ให้กับผู้บริโภค โดยเน้นการสร้างความรู้ด้านสุขภาพใน 2 ประเด็นหลัก ได้แก่ เรื่องสัญลักษณ์โภชนาการทางเลือกสุขภาพ และการลดปริมาณการบริโภคเกลือ (โซเดียม) เนื่องจากเป็นประเด็นสำคัญที่มีผลกระทบต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดังที่กล่าวมาข้างต้น และเป็นมาตรการเชิงป้องกันที่หลายหน่วยงานภาครัฐให้การสนับสนุน เพื่อมุ่งหวังให้ประชาชนในพื้นที่มีความรู้ มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองรวมถึงมีพฤติกรรม



ในการรับประทานเกลือโซเดียมลดลง ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนต่างๆของผู้บริโภคในอนาคตและขยายผลในการพัฒนาชุมชนต้นแบบอื่นๆในการลดการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามมาอีกด้วย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการใช้สัญลักษณ์โภชนาการ: ทางเลือกสุขภาพในกลุ่มผู้บริโภค ตำบลเวียงเหนือ อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ในเรื่องความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในเรื่องสัญลักษณ์โภชนาการทางเลือกสุขภาพ และการลดปริมาณการบริโภคเกลือโซเดียมในอาหาร

สมมติฐาน

1.กลุ่มผู้บริโภคที่ได้รับโปรแกรมการใช้สัญลักษณ์โภชนาการทางเลือกสุขภาพ มีความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในเรื่องสัญลักษณ์โภชนาการทางเลือกสุขภาพ และการลดปริมาณการบริโภคเกลือโซเดียมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ (กลุ่มควบคุม)

2.กลุ่มผู้บริโภคหลังเข้าโปรแกรมการใช้สัญลักษณ์โภชนาการทางเลือกสุขภาพ มีความรู้ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในเรื่องสัญลักษณ์โภชนาการทางเลือกสุขภาพ และการลดปริมาณการบริโภคเกลือโซเดียมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้บริโภค หมายถึง ผู้ที่ซื้อสินค้า ผลิตภัณฑ์อาหารที่มีฉลากโภชนาการหรือรับบริการจากร้านค้าที่มีสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพตามความพึงพอใจของตนโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการบริโภคตามวิถีชีวิตประจำวันของผู้ที่ซื้อสินค้าหรือบริการนั้น

โปรแกรมสัญลักษณ์โภชนาการทางเลือกสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเสริมสร้างสุขภาพของผู้บริโภค โดยมีกิจกรรมที่ประยุกต์มาจากโครงการการใช้สัญลักษณ์โภชนาการทางเลือกสุขภาพเพื่อการเสริมสร้างสุขภาพของคนไทยของมูลนิธิส่งเสริมโภชนาการในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้ากรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี โดยโปรแกรม ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้ในเรื่องสัญลักษณ์ทางโภชนาการทางเลือกสุขภาพและโซเดียมในผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องปรุงรสผ่านไลน์แอปพลิเคชัน และทำแบบทดสอบผ่าน google form 2) การวัดปริมาณโซเดียมในอาหารที่บริโภคโดยใช้อุปกรณ์ตรวจความเค็มในอาหาร (salt meter) โดยมีการบันทึกข้อมูลลงใน google form และแจ้งข้อมูลให้กลุ่มเป้าหมายทราบทุกครั้ง ซึ่งโปรแกรมฯ มีการทำกิจกรรม 7 ครั้ง โดยจัดให้มีกิจกรรมการให้ความรู้ เรื่องสัญลักษณ์ทางโภชนาการทางเลือกสุขภาพและโซเดียมในผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องปรุงรสผ่านไลน์กู๊๊ป และทำแบบทดสอบผ่าน google



form ในสัปดาห์ที่ 2,3,5,6 และมีการวัดปริมาณโซเดียมในอาหารที่บริโภคโดยใช้อุปกรณ์ตรวจความเค็มในอาหาร (salt meter) ในสัปดาห์ที่ 1, 4, 7

ประสิทธิผลการใช้สัญลักษณ์โภชนาการ หมายถึง การดำเนินการตามขั้นตอน กระบวนการโดยการใช้โปรแกรมสัญลักษณ์โภชนาการทางเลือกสุขภาพ จนสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยประเมินจากคะแนนการตอบแบบสอบถามในการรวบรวมข้อมูล ตามเกณฑ์การให้คะแนนที่กำหนดไว้

ความรู้ หมายถึง ผลที่ได้จากการเรียนรู้ในเรื่องสัญลักษณ์ทางโภชนาการทางเลือกสุขภาพและโซเดียมในผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องปรุงรสผ่านไลน์แอปพลิเคชัน และทำแบบทดสอบผ่าน google form และการวัดปริมาณโซเดียมในอาหารที่บริโภคโดยใช้อุปกรณ์ตรวจความเค็มในอาหาร (salt meter) จนทำให้เกิดความเข้าใจ และสามารถระลึกได้เมื่อต้องการใช้ความรู้

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง กระบวนการที่เกิดขึ้นภายหลังจากที่มีสิ่งกระตุ้นจากการให้ความรู้ในเรื่องสัญลักษณ์ทางโภชนาการทางเลือกสุขภาพและโซเดียมในผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องปรุงรสผ่านไลน์แอปพลิเคชัน และทำแบบทดสอบผ่าน google form และการวัดปริมาณโซเดียมในอาหารที่บริโภคโดยใช้อุปกรณ์ตรวจความเค็มในอาหาร (salt meter) ส่งผลให้เกิดกระบวนการแปลความหมายในการสร้างความตระหนักรู้ในเรื่องการบริโภคอาหารอย่างถูกต้องเหมาะสม และตัดสินใจที่จะหาวิธีการต่างๆด้วยตนเองในการลดบริโภคเค็ม

การบริโภคโซเดียม หมายถึง การรับประทานเกลือ (โซเดียมคลอไรด์) ในอาหาร ในปริมาณที่เหมาะสมตามที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดปริมาณการบริโภคโซเดียมไม่เกินวันละ 2,000 มิลลิกรัม โดยมีการตรวจวัดระดับการรับประทานโซเดียมด้วยอุปกรณ์ตรวจความเค็มในอาหาร (salt meter) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจวัดปริมาณของโซเดียมในอาหาร โดยคิดจากปริมาณของแร่ธาตุโซเดียมคลอไรด์(เกลือ)ที่ละลายในอาหารที่มีน้ำเป็นองค์ประกอบในแต่ละเมนูอาหารที่กลุ่มตัวอย่างบริโภค

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ กลุ่มผู้บริโภคในตำบลเวียงเหนือที่ซื้อสินค้า ผลิตภัณฑ์อาหารที่มีฉลากโภชนาการหรือรับบริการจากร้านค้าที่มีสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพ ในเขตอำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง โดยการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้วิธีการกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ G*power ซึ่งเป็นโปรแกรมที่สร้างจากสูตรของ Cohen 1977(Cohen,J.,1988) โดยกำหนดให้มีค่าระดับความเชื่อมั่น = 0.05 และกำหนดค่าขนาดอิทธิพล .5 (เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมีค่าอิทธิพลอยู่ในระดับปานกลาง) และอำนาจการทดสอบ = 0.80 ได้ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 102 คน แต่การศึกษานี้ต้องการผลการศึกษาที่มีความน่าเชื่อถือมากที่สุด จึงกำหนดให้มีขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มากกว่าที่ได้จากที่โปรแกรมคำนวณให้ โดยมีการ



เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้เหมาะสมมากขึ้นกับสถานการณ์จริงและเพื่อชดเชยสำหรับกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีอัตราตอบกลับแบบสอบถามและแบบประเมินอีกร้อยละ 20 ซึ่งจากสถานการณ์จริงมีกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเข้าตามเกณฑ์ที่กำหนด และมีความสมัครใจที่จะเข้าร่วมโปรแกรมจำนวนทั้งสิ้น 124 คน และทำการแบ่งกลุ่มตัวอย่าง ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (experimental group) จำนวน 62 คน และกลุ่มควบคุม (control group) จำนวน 62 คน โดยกำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ

- 1) อายุ 25-59 ปี เพศใดก็ได้ อาศัยอยู่ในตำบลเวียงเหนือ อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง
- 2) อ่านออก เขียนได้ มีมือถือ smart phone สามารถเข้าใจและใช้งานได้ และสามารถเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตได้
- 3) ยินยอมสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ

- 1) ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบตามที่กำหนดไว้
- 2) ไม่สามารถเข้าร่วมดำเนินการตามกระบวนการทั้งหมดของการวิจัยได้

การดำเนินกิจกรรม

1. สัปดาห์ที่ 1, 4, 7 วัดปริมาณโซเดียมในอาหารที่บริโภคโดยใช้อุปกรณ์ตรวจความเค็มในอาหาร (salt meter) โดยมีการบันทึกข้อมูลลงใน google form และแจ้งข้อมูลให้กลุ่มเป้าหมายทราบทุกครั้ง

2. สัปดาห์ที่ 2,3,5,6 ให้ความรู้เรื่องสัญลักษณ์ทางโภชนาการทางเลือกสุขภาพและโซเดียมในผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องปรุงรสผ่านไลน์ แอปพลิเคชัน และทำแบบทดสอบผ่าน google form ทุกสัปดาห์ (ลิงค์ google form ซึ่งจะส่งให้ในไลน์แอปพลิเคชัน) โดยความรู้ที่ประกอบด้วยการให้ความรู้สัญลักษณ์ทางโภชนาการทางเลือกสุขภาพ และโซเดียมในผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องปรุงรสดังนี้

1) สัปดาห์ที่ 2 ให้ความรู้ผ่านไลน์ แอปพลิเคชันในเรื่องสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งเกี่ยวข้องกับการบริโภค โดยใช้สื่อวิดีโอ เอกสารอิเล็กทรอนิกส์ พร้อมทั้งทำแบบทดสอบความรู้ผ่าน google form หลังการให้ความรู้ และเฉลยแบบทดสอบความรู้ในวันสุดท้ายของสัปดาห์ พร้อมแจ้งระดับคะแนนแบบทดสอบในไลน์ แอปพลิเคชัน

2) สัปดาห์ที่ 3 ให้ความรู้ผ่านไลน์ แอปพลิเคชันในเรื่องความหมายและประโยชน์ของสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพ และอันตรายของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งเกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารเค็ม เช่น ความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง โดยใช้สื่อวิดีโอ เอกสารอิเล็กทรอนิกส์ พร้อมทั้งทำแบบทดสอบความรู้ผ่าน google form หลังการให้ความรู้และเฉลยแบบทดสอบความรู้ในวันสุดท้ายของสัปดาห์พร้อมแจ้งระดับคะแนนแบบทดสอบในไลน์ แอปพลิเคชัน



3) สัปดาห์ที่ 5 ให้ความรู้ผ่าน โน้ต แอปพลิเคชัน ในเรื่องสัญญาณทางเลือกสุขภาพซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งเกี่ยวข้องกับการบริโภค โดยใช้สื่อวิดีโอ เอกสารอิเล็กทรอนิกส์ พร้อมทั้งทำแบบทดสอบความรู้ผ่าน google form หลังการให้ความรู้ และเฉลยแบบทดสอบความรู้ในวันสุดท้ายของสัปดาห์ พร้อมแจ้งระดับคะแนนแบบทดสอบในไลน์ แอปพลิเคชัน

4) สัปดาห์ที่ 6 ให้ความรู้ผ่านไลน์แอปพลิเคชัน ในเรื่องปริมาณการบริโภคโซเดียมที่เหมาะสมและอาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีโซเดียมแฝงอยู่โดยใช้สื่อวิดีโอเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ พร้อมทั้งทำแบบทดสอบความรู้ผ่าน Google form หลังการให้ความรู้ และเฉลยแบบทดสอบความรู้ในวันสุดท้ายของสัปดาห์พร้อมแจ้งระดับคะแนนแบบทดสอบในไลน์ แอปพลิเคชัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.โปรแกรมการใช้สัญลักษณ์โภชนาการ“ทางเลือกสุขภาพ” เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเสริมสร้างสุขภาพของผู้บริโภค โดยมีกิจกรรมที่ประยุกต์มาจากโครงการการใช้สัญลักษณ์โภชนาการทางเลือกสุขภาพเพื่อการเสริมสร้างสุขภาพของคนไทยของมูลนิธิส่งเสริมโภชนาการในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี โดยโปรแกรม ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้ในเรื่องสัญญาณทางโภชนาการทางเลือกสุขภาพและโซเดียมในผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องปรุงรสผ่านไลน์แอปพลิเคชัน และทำแบบทดสอบผ่าน google form 2) การวัดปริมาณโซเดียมในอาหารที่บริโภคโดยใช้อุปกรณ์ตรวจความเค็มในอาหาร (salt meter) โดยมีการบันทึกข้อมูลลงใน google form และแจ้งข้อมูลให้กลุ่มเป้าหมายทราบทุกครั้ง ซึ่งโปรแกรมฯ มีการทำกิจกรรม 7 ครั้ง โดยจัดให้มีกิจกรรมการให้ความรู้ฯ เรื่องสัญญาณทางโภชนาการทางเลือกสุขภาพและโซเดียมในผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องปรุงรสผ่านไลน์กรุป และทำแบบทดสอบผ่าน google form ในสัปดาห์ที่ 2,3,5,6 และมีการวัดปริมาณโซเดียมในอาหารที่บริโภค โดยใช้อุปกรณ์ตรวจความเค็มในอาหาร (salt meter) ในสัปดาห์ที่ 1, 4, 7

2.แบบสอบถามในการรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับฉลาก “ทางเลือกสุขภาพ” และเกลือ (โซเดียม) แบบสอบถามนี้ได้รับการออกแบบมาเพื่อวัดความรู้ด้านโภชนาการเกี่ยวกับฉลากทางเลือกสุขภาพและเกลือโซเดียม โดยแบบสอบถามมีคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เป็นแบบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ ตอบถูกจะได้ 1 คะแนน ตอบผิดจะได้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน

ส่วนที่ 3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับสัญญาณทางเลือกสุขภาพและการบริโภคโซเดียม แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วน ส่วนประมาณประเมินค่าแบบลิเคิร์ต (likert ration scales) 5 ระดับ จำนวน 8 ข้อ ซึ่งแต่ละข้อมีคะแนน 0 – 5 คะแนน โดยการคิดคะแนนเฉลี่ยต่อคนใช้วิธีการคิดคะแนนรวมทั้งหมดที่ได้รับหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด (8ข้อ) ทำให้ได้คะแนนรวมเฉลี่ยต่อคนอยู่ในช่วง 0-5 คะแนน ซึ่งกำหนดการให้คะแนน



ตามระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพและการบริโภคโซเดียม ตามหลักการของลิเคิร์ท (Thanasapburachot, P. & Samranchit, S., 2016) ดังนี้

- 5 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพและการบริโภคโซเดียมในระดับมากที่สุด
- 4 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพและการบริโภคโซเดียมในระดับมาก
- 3 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพและการบริโภคโซเดียมในระดับปานกลาง
- 2 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพและการบริโภคโซเดียมในระดับน้อย
- 1 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพและการบริโภคโซเดียมในระดับน้อยที่สุด

เกณฑ์การแปลความหมายค่าเฉลี่ย การแปลความหมายของระดับคะแนนใน ส่วนที่ 3 ได้แปลผลการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพและการบริโภคโซเดียม โดยใช้ค่าเฉลี่ยของผลคะแนนเป็นตัวชี้วัดตามเกณฑ์ในการวิเคราะห์ตามแนวคิดของเบสท์ (Best, J.W., 1977) มีรายละเอียดดังนี้

- คะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพและการบริโภคโซเดียมในระดับมากที่สุด
- คะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพและการบริโภคโซเดียมในระดับมาก
- คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพและการบริโภคโซเดียมในระดับปานกลาง
- คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพและการบริโภคโซเดียมในระดับน้อย
- คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพและการบริโภคโซเดียมในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4. การวัดปริมาณการบริโภคเกลือ (โซเดียม) วัดโดยการใช้ในส่วนปลายแท่งเซนเซอร์อุปกรณ์วัดระดับความเค็มแบบดิจิตอล (EN-900WT: health salt meter) หรือ salt meter ยี่ห้อ Dretec - EN900 กดปุ่มเปิดแล้วจุ่มลงในอาหารประเภทน้ำ เช่น แกง ต้ม ซุป เป็นต้น ปริมาณ 100 ซีซี โดยอ่านค่าระดับความเค็มจากจอ LED แสดงผลซึ่งปรากฏชัดเจนด้วยไฟ LED แสดงค่าจำนวน 1 จุด โดยมีทั้งหมด 7 จุด ซึ่งมีค่าตัวเลข ดังนี้ จุดที่ 1 คือ 0.30 ,



จุดที่ 2 คือ 0.50, จุดที่ 3 คือ 0.70, จุดที่ 4 คือ 0.90, จุดที่ 5 คือ 1.10, จุดที่ 6 คือ 1.30, และจุดที่ 7 คือ 1.50 การอ่านค่าระดับความเค็มตามการแปรผล ดังนี้

- ความเค็มในระดับน้อย หน้าจอไฟ LED แสดง สีน้ำเงิน ที่ตัวเลข 0.30 หรือ 0.50
- ความเค็มในระดับปานกลาง หน้าจอไฟ LED แสดง สีเขียว ที่ตัวเลข 0.70 หรือ 0.90
- ความเค็มในระดับมาก หน้าจอไฟ LED แสดง สีแดง ที่ตัวเลข 1.10 หรือ 1.30 หรือ 1.50

และบันทึกแบบฟอร์มการวัดปริมาณโซเดียมในอาหารที่กลุ่มตัวอย่างบริโภคใน 1 มื้อ โดยเจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบความเค็มในอาหาร (salt meter) ซึ่งดำเนินการวัดและบันทึก 2 ครั้ง คือ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

3.อุปกรณ์วัดระดับความเค็มแบบดิจิตอล (EN-900WT: health salt meter) หรือ salt meter

Dretec - EN900 อุปกรณ์ตรวจความเค็มในอาหาร (health salt meter: salt meter) สามารถแสดงค่าความเค็มในรูปแบบสัญลักษณ์ค่าสี โดยมีการแปรผลระดับความเค็มเป็น 3 ระดับ มิเตอร์แสดงผลชัดเจนด้วยไฟ LED 7 จุด และแถบสีแสดงค่าความเค็มจากน้อยไปมาก วัดปริมาณโซเดียมได้ต่ำสุดถึง 0.30% ค่าความคลาดเคลื่อนน้อยเพียง $\pm 0.2\%$ โดยหน้าจอ LED ของเครื่องจะแสดงผลหน้าจอดังนี้

- ความเค็มในระดับน้อย หน้าจอไฟ LED แสดง สีน้ำเงิน ที่ตัวเลข 0.30 หรือ 0.50
- ความเค็มในระดับปานกลาง หน้าจอไฟ LED แสดง สีเขียว ที่ตัวเลข 0.70 หรือ 0.90
- ความเค็มในระดับมาก หน้าจอไฟ LED แสดง สีแดง ที่ตัวเลข 1.10 หรือ 1.30 หรือ 1.50

หลักการทำงานของเครื่อง คือ เซนเซอร์ที่ปลายจุ่ม จะวัดประจุไฟฟ้าที่เกิดจากความสามารถในการนำไฟฟ้าของเกลือโซเดียม (NaCl) ในของเหลว (electronic conductivity method) ซึ่งยิ่งเค็มก็ยิ่งมีประจุบวกของไฟฟ้าในของเหลวมาก ค่าที่อ่านได้ก็จะสูงขึ้น วัดของเหลวได้ในอุณหภูมิ 0-90 องศาเซลเซียส วัดของเหลวได้ในอุณหภูมิ 0 - 100 องศาเซลเซียส (Dretec Thailand, 2019)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) ของโปรแกรมการใช้สัญลักษณ์โภชนาการทางเลือกสุขภาพของเครื่องมือใช้การคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Indexes of Item-Objective Congruence: IOC) โดยในแบบสอบถามส่วนของความรู้เกี่ยวกับฉลาก “ทางเลือกสุขภาพ” และเกลือ (โซเดียม) IOC = 0.74 และในส่วนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพและการบริโภคโซเดียม IOC = 0.78

การหาความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถามทั้งหมด ความรู้เกี่ยวกับฉลาก “ทางเลือกสุขภาพ” และเกลือโซเดียม = 0.77 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพและการบริโภคโซเดียม = 0.86

การรับรองคุณภาพอุปกรณ์วัดความเค็ม เพื่อให้ได้ค่าความเค็มที่เป็นมาตรฐานสากลโดยใช้น้ำเกลือ (normal saline solution) เป็นเครื่องมือสอบเทียบ (calibrator) ค่าความเค็มของอุปกรณ์วัดความเค็ม โดยนำส่วนปลายแท่งเซนเซอร์อุปกรณ์วัดระดับความเค็มแบบดิจิตอล (EN-900WT: health salt meter) หรือ salt meter กดปุ่มเปิดแล้วจุ่มลงในน้ำเกลือ หมายถึง น้ำเกลือ เกลือธรรมชาติที่มีความเข้มข้น 0.90% จำนวน 100 ซีซี แล้วอ่าน



ค่าระดับความเค็ม จากจอ LED แสดงผลซึ่งปรากฏชัดเจนด้วยไฟ LED แสดงค่าซึ่งต้องแสดงค่า คือ 0.90 เนื่องจากเป็นค่าความเข้มข้นของน้ำเกลือดังกล่าว โดยทำการทดสอบจำนวน 5 ครั้ง เพื่อหาค่าเฉลี่ยระดับความเค็มที่ตรวจวัดได้ โดยค่าเฉลี่ยที่ได้ต้องมีค่าเท่ากับ 0.89 ถึงจะผ่านการทดสอบและนำอุปกรณ์วัดความเค็มมาใช้ได้ เนื่องจากบริษัทผู้ผลิตได้กำหนดค่าเปอร์เซ็นต์ความคลาดเคลื่อนของการวัดค่าความเค็ม (error) ที่ระดับ .02 เปอร์เซ็นต์

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนในการเก็บข้อมูล ดังนี้

- 1.ส่งโครงร่างวิจัยให้คณะกรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
- 2.ทำเรื่องขออนุญาตการเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
- 3.รวบรวมข้อมูลสถิติ ที่เกี่ยวข้อง
- 4.จัดประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์และแนวทางในการกิจกรรมโปรแกรมการใช้เกณฑ์สัญลักษณ์โภชนาการทางเลือกสุขภาพ
- 5.คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้บริโภคที่อาศัยอยู่ในตำบลเวียงเหนือ โดยสอบถามความสมัครใจเข้าร่วม
6. ดำเนินการรวบรวมข้อมูล ตามเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ก่อนการจัดกิจกรรมตามกิจกรรมโปรแกรมการใช้เกณฑ์สัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ”
- 7.ดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการใช้เกณฑ์สัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ”
8. ดำเนินการเก็บข้อมูลตามเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล หลังการจัดกิจกรรมตามกิจกรรมโปรแกรมการใช้เกณฑ์สัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ”

การวิเคราะห์ข้อมูล

- 1.ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เนื่องจากเป็นการศึกษาแบบ 2 กลุ่ม ไม่มีการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มตัวอย่าง
- 2.การเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และปริมาณการบริโภคโซเดียมของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าโปรแกรมด้วยสถิติ ที่คู่ (Paired-Samples t-test) และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยนำโครงร่างการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรม ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง สถาบันพระบรมราชชนก ได้รับการอนุมัติ หมายเลข 042/2562 โดยมีหนังสือชี้แจงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามข้อมูล และสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีเงื่อนไข และไม่มีผลใดๆ ต่อกกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด และข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะไม่นำไปเปิดเผยเป็นรายบุคคลแต่นำเสนอเฉพาะภาพรวมในเชิงวิชาการเท่านั้น

**ผลการศึกษา**

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 90.30) มีอายุเฉลี่ย 55.60 ปี (S.D.=6.49) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา/มัธยมศึกษา (ร้อยละ 43.50) และมีอาชีพข้าราชการ/ลูกจ้างของรัฐ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 37.10) และมีรายได้น้อยกว่า 15,000 บาท และ 15,000-30,000 บาท (ร้อยละ 45.20) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.40) มีอายุเฉลี่ย 50.30 ปี (S.D.=9.41) ระดับการศึกษาประถมศึกษา/มัธยมศึกษา (ร้อยละ 40.30) และมีอาชีพข้าราชการ/ลูกจ้างของรัฐ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 30.60) และมีรายได้น้อยกว่า 15,000 บาท (ร้อยละ 54.80) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=124)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=62) จำนวน(ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n=62) จำนวน(ร้อยละ)	p-value
เพศ			.081
ชาย	6(9.70)	14(22.60)	
หญิง	56(90.30)	48(77.40)	
อายุ(ปี)			.078
25- 45	4(6.450)	15(24.19)	
45-59	58(93.50)	47(75.81)	
ระดับการศึกษา			.276
ประถมศึกษา/มัธยมศึกษา	(27)43.50	25(40.30)	
อนุปริญญา	(7)11.30	10(16.10)	
ปริญญาตรี	(25)40.30	21(33.90)	
สูงกว่าปริญญาตรี	(3)4.80	6(9.70)	
อาชีพ			.173
นิสิต/นักศึกษา	0	1(1.60)	
ข้าราชการ/พนักงาน/ลูกจ้าง	23(37.10)	19(30.60)	
หน่วยงานรัฐหรือรัฐวิสาหกิจ			
พนักงานบริษัทเอกชน	13(21.00)	3(4.80)	
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	0	17(27.40)	
อาชีพอิสระ/รับจ้างทั่วไป	21(33.90)	14(22.60)	
อื่นๆ(แม่บ้าน)	0	13(19.40)	
ไม่ตอบ	5(8.10)	1(1.60)	



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=124) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=62) จำนวน(ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n=62) จำนวน(ร้อยละ)	p-value
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)			.179
น้อยกว่า15,000บาท	28(45.20)	34(54.80)	
15,000-30,000บาท	28(45.20)	14(22.60)	
มากกว่า30,000 บาท	3(4.80)	9(14.50)	
ไม่ตอบ	3(4.80)	5(8.10)	

2.การเปรียบเทียบความรู้ สมรรถนะแห่งตนในเรื่องสัญลักษณ์โภชนาการทางเลือกสุขภาพ และการลดปริมาณการบริโภคเกลือ(โซเดียม)ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนความรู้ด้านการรับรู้ฉลาก “ทางเลือกสุขภาพ”และการบริโภคเกลือ (โซเดียม) โดยรวมของกลุ่มทดลองก่อน (Mean=10.16,S.D.= 3.46) และหลังการทดลอง (Mean=10.85,S.D.= 3.55) ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($t = -1.256$ (S.D. = 0.214) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในเรื่องการบริโภคเกลือ (โซเดียม) ของกลุ่มทดลองก่อน (Mean=4.31,S.D.=0.56) และหลังการทดลอง (Mean=4.47 ,S.D.=0.51) ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($t = 1.708, p = 0.093$) จากการแปลความหมายของระดับคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพและการบริโภคโซเดียม โดยใช้ค่าเฉลี่ยของผลคะแนนเป็นตัวชี้วัดตามเกณฑ์ในการวิเคราะห์ตามแนวคิดของเบสท์7 (Best, J.W.,1977) พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในเรื่องการบริโภคเกลือ (โซเดียม) ก่อนการทดลอง Mean=4.31 ซึ่งอยู่ในช่วงของคะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49 แปลผลได้ว่า ก่อนการทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพและการบริโภคโซเดียมในระดับมาก และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในเรื่องการบริโภคเกลือ (โซเดียม) (Mean)= 4.47 ซึ่งอยู่ในช่วงคะแนนเฉลี่ย 4.50 –5.00 แปลผลได้ว่า หลังการทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพและการบริโภคโซเดียมในระดับมากที่สุด ส่วนปริมาณการบริโภคเกลือ(โซเดียม) เฉลี่ยในอาหาร1 มื้อของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง (Mean=1,138.71 ,S.D.=260.74) ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง (Mean=1,190.32 ,S.D.=230.97) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 2.811, p = 0.007$) ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความรู้ สมรรถนะแห่งตนในเรื่องสัญลักษณ์โภชนาการทางเลือกสุขภาพ และการลดปริมาณการบริโภคเกลือ (โซเดียม) ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

รายการ	ก่อนทดลอง Mean(S.D.)	หลังทดลอง Mean(S.D.)	t	P-value
ความรู้ด้านการรับรู้ฉลาก “ทางเลือกสุขภาพ” และการบริโภคเกลือ (โซเดียม)	10.16 (3.46)	10.85 (3.55)	-1.256	.214
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในเรื่องการบริโภคเกลือ (โซเดียม)	4.31(0.56)	4.47(0.51)	1.708	.093
ปริมาณโซเดียมเฉลี่ยในอาหารที่กลุ่มตัวอย่างบริโภคใน 1 มื้อ	1,190.32 (230.97)	1,138.71 (260.74)	2.811	.007*

* P-value <.05

3.การเปรียบเทียบความรู้ สมรรถนะแห่งตนในเรื่องสัญลักษณ์โภชนาการทางเลือกสุขภาพ และการลดปริมาณการบริโภคเกลือ (โซเดียม) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนความรู้ด้านฉลาก “ทางเลือกสุขภาพ”และการบริโภคเกลือ (โซเดียม) ของกลุ่มทดลอง (Mean=10.85 ,S.D.=3.55) และกลุ่มควบคุม (Mean =9.29 ,S.D.=3.28) ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($t= 2.549, p= 0.312$) แต่พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในเรื่องการบริโภคเกลือ (โซเดียม) ของกลุ่มทดลอง (Mean=4.39 ,S.D.=0.39) และกลุ่มควบคุม (Mean=4.06 ,S.D.=0.69) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t= 3.259, p= 0.00$) และจากการแปลความหมายของระดับคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพและการบริโภคโซเดียม โดยใช้ค่าเฉลี่ยของผลคะแนนเป็นตัวชี้วัดตามเกณฑ์ในการวิเคราะห์ตามแนวคิดของเบสท์7 (Best, J.W.,1977) พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในเรื่องการบริโภคเกลือ (โซเดียม) ทั้งกลุ่มทดลอง (Mean)=4.39 และกลุ่มควบคุม (Mean)= 4.06 อยู่ในช่วงของคะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49 แปลผลได้ว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพและการบริโภคโซเดียมในระดับมากและปริมาณการบริโภคเกลือ(โซเดียม)เฉลี่ยในอาหาร 1 มื้อของกลุ่มทดลอง Mean=1,062.10 (S.D.= 31.04) ลดลงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean= 1,187.10 ,S.D.=28.86) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=-2.95, p=0.004$) ดังแสดงในตารางที่ 3



ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความรู้ สมรรถนะแห่งตนในเรื่องสัญลักษณ์โภชนาการทางเลือกสุขภาพ และการลดปริมาณการบริโภคเกลือ(โซเดียม) ของกลุ่มทดลองก่อนและกลุ่มควบคุม

รายการ	กลุ่มทดลอง Mean (S.D.)	กลุ่มควบคุม Mean (S.D.)	t	P-value
ความรู้ด้านการรับรู้ฉลาก “ทางเลือกสุขภาพ”และ การบริโภคเกลือ (โซเดียม)	10.85 (3.55)	9.29 (3.28)	2.549	.312
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในเรื่องการบริโภคเกลือ (โซเดียม)	4.39 (0.39)	4.06 (0.69)	3.259	<.001*
ปริมาณโซเดียมเฉลี่ยในอาหารที่กลุ่มตัวอย่าง บริโภคใน1มื้อ	1,062.10 (31.04)	1,187.10 (28.86)	-2.95	.004*

*P-value <.05

การอภิปรายผล

1.ความรู้ ด้านฉลาก“ทางเลือกสุขภาพ”และการบริโภคเกลือ (โซเดียม) จากผลการศึกษาค้นพบว่ากลุ่มผู้บริโภคหลังได้รับโปรแกรมการใช้สัญลักษณ์โภชนาการทางเลือกสุขภาพมีคะแนนความรู้ด้านฉลาก “ทางเลือกสุขภาพ”และการบริโภคเกลือ(โซเดียม)ไม่แตกต่างจากกลุ่มทดลองก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนความรู้ด้านฉลาก “ทางเลือกสุขภาพ”และการบริโภคเกลือ(โซเดียม)ของกลุ่มทดลอง (Mean=10.16 ,S.D.=3.46)และหลังการทดลอง (Mean=10.85 ,S.D.=3.55) ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($t=-1.256, p=0.214$) (ตาราง2) และระหว่างกลุ่มทดลอง (Mean=10.85 ,S.D.=3.55)และกลุ่มควบคุม (Mean =9.29 ,S.D.=3.28) พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($t=2.549, p=.312$) (ตารางที่ 3) อธิบายผลการวิจัยได้ว่าในส่วนของวิธีการให้ความรู้กลุ่มเป้าหมาย คือ การให้ความรู้ผ่านช่องทางโซเชียลมีเดีย (line) เพียงช่องทางเดียว อาจไม่ได้มีผลต่อกลุ่มเป้าหมายมากนัก เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายอาศัยอยู่ในเขตสังคมเมือง และส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคน ซึ่งมีแบบแผนการใช้ชีวิตการเข้าถึงข้อมูลความรู้ต่างๆผ่านสื่อโซเชียลมีเดียในหลายช่องทางเป็นปกติ ทำให้คะแนนในส่วน of ความรู้ไม่ได้เพิ่มขึ้นจากเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของคนวัยกลางคน พบว่า การได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากกลุ่มโซเชียลมีเดียมีความสัมพันธ์ทางบวก และร่วมทำนายพฤติกรรมได้ เนื่องจากในปัจจุบันกลุ่มโซเชียลมีเดียเป็นช่องทางการสื่อสารที่รวดเร็วผ่านทางโทรศัพท์มือถือและมีข้อมูลข่าวสารต่างๆรวมทั้งทางด้านสุขภาพให้ติดตาม กลุ่มคนที่อยู่ในวัยทำงานมีโทรศัพท์ เคลื่อนที่เกือบทุกคนและสามารถติดตามข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเรื้อรังตามรูปแบบที่เหมาะสมกับตนเอง (Getchinda et al.,2018) และการสร้างปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มเป้าหมายและชุมชนผ่านช่องทางโซเชียล



มีเดียจะช่วยเพิ่มความรู้ของกลุ่มเป้าหมายได้ พบว่า งานวิจัยประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้การสื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคอาหารเป็นพิษนักเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยให้นักเรียนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสื่อออนไลน์ประเภทต่างๆ ผ่านช่องทางสื่อสังคมออนไลน์ ได้แก่ facebook instagram เป็นต้น และมีกิจกรรมร่วมกับชุมชนผ่านช่องทางออนไลน์ โดยให้มีผลตอบรับจากการสื่อสาร เช่น จำนวนถูกใจ (like) ข้อเสนอแนะ (comment) และการแบ่งปัน (share) ทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์กับนักเรียนแกนนำ และส่งผลให้นักเรียนกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคอาหารเป็นพิษมากกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Pongpanich et al.,2020)

ในส่วนของเนื้อหาความรู้ความเข้าใจเรื่องสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพมีงานวิจัยที่ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการซื้อสินค้าสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพของคนวัยทำงานพบว่าผู้ซื้อมีการรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพในเรื่องคุณสมบัติประโยชน์ของสัญลักษณ์ดังกล่าวในระดับหนึ่งเกี่ยวกับการลดปริมาณ น้ำตาล โซเดียม และมีปริมาณแคลอรีต่ำ (Kiattananuson M.,2018) ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากพื้นฐานการใส่ใจเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์หรือดีต่อสุขภาพที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล โดยมีความสอดคล้องกับงานวิจัยหนึ่งซึ่ง พบว่า ข้อมูลโภชนาการบนฉลากอาหารมีผลสำหรับผู้บริโภคบางรายมากกว่า เช่น ผู้บริโภคที่รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายอยู่แล้วอาจมีแนวโน้มที่จะได้รับประโยชน์จากการเปิดเผยข้อมูลโภชนาการที่จำเป็น และการได้รับฉลากโภชนาการเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะจูงใจให้ผู้ที่ไม่ได้รับประโยชน์จากการเปิดเผยข้อมูลโภชนาการที่จำเป็น (Gregory,C.,Rahkovsky,I.&Anekwe,T.,2019) และการเพิ่มความรู้อาสาสมัครรวมถึงการสร้างตระหนักให้แก่ผู้บริโภคเห็นความสำคัญของการใช้ข้อมูลโภชนาการเป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะทำให้ผู้บริโภคมีความสนใจในการรับรู้ข้อมูลจากฉลากโภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” เพิ่มขึ้นมีผลการวิจัยหนึ่งซึ่งชี้ให้เห็นว่า การเพิ่มระดับความรู้ด้านโภชนาการของผู้บริโภคฯ อาจช่วยปรับปรุงการสื่อสารด้านโภชนาการผ่านฉลากอาหารของผู้บริโภค (Miller,L.& Cassady,L.D.,2019)

2.การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับสัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” และการบริโภคเกลือ (โซเดียม) หลังได้รับโปรแกรมการใช้สัญลักษณ์โภชนาการทางเลือกสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลอง Mean=4.39 (S.D.=0.39) และกลุ่มควบคุม (Mean=4.06 ,S.D.=0.69) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=3.259, p=0.00$) (ตารางที่ 3) แต่ในกลุ่มผู้บริโภคหลังการทดลอง (Mean=4.47 ,S.D.=0.51) และก่อนการทดลอง (Mean=4.31 ,S.D.=0.56) ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($t=-1.708, p=0.093$) (ตารางที่ 2) ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับสัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” และการบริโภคเกลือ (โซเดียม) ที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เนื่องจากการใช้อุปกรณ์วัดความเค็มในอาหาร (salt meter) หรือ Dretec - EN900 (health salt meter) โดยมีการบันทึกข้อมูลลงใน google form และแจ้งข้อมูลผลการตรวจหาปริมาณเกลือ (โซเดียม) ในอาหารให้กลุ่มทดลองทราบทุกครั้ง ทำให้กลุ่มเป้าหมายเกิดความตระหนักรู้ในตนเอง (self-awareness) ในเรื่องปริมาณของเกลือ (โซเดียม) ที่ตนเองได้รับในแต่ละครั้ง และการได้รับความรู้ใน



เรื่องอันตรายจากการบริโภคเกลือ(โซเดียม) ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างๆ รวมถึงการได้รับชมในเรื่องการบอกเล่าถึงประสบการณ์การใช้ชีวิตจริงของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากคลิปวิดีโอที่ส่งให้ผ่านทางช่องทางไลน์ ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อการเกิดสมรรถนะในการเลือกที่จะลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือ (โซเดียม) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในบุคคลที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง การศึกษานี้ พบว่า ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการสอนตามหลักการของ self-awareness และ self-efficacy theory เช่น การสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จซึ่งเกิดจากการให้กลุ่มเสี่ยงได้ปฏิบัติทำให้เกิดประสบการณ์ตรงจากการที่ปฏิบัตินำไปสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้ การใช้ตัวแบบเล่าประสบการณ์ความสำเร็จ ให้เกิดการปฏิบัติและแลกเปลี่ยนเรียนรู้สามารถปฏิบัติได้จริงและได้ผลลัพธ์ที่ดี และการใช้เทคนิคการกระตุ้นทางอารมณ์เพื่อให้กลุ่มทดลองได้เห็นการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นเห็นสิ่งที่คาดหวังเป็นจริงได้ (Siripat et al.,2019)

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่ได้สนับสนุนในเรื่องการใช้อุปกรณ์วัดความเค็มในอาหาร (salt meter) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่แสดงให้เห็นถึงปริมาณโซเดียมที่มีในอาหารเพื่อเป็นข้อมูลสะท้อนกลับ (biofeedback) เป็นอีกมาตรการ ของชุดมาตรการลดบริโภคเค็ม (intervention program) ที่สามารถสร้างความตระหนักและนำไปสู่ผลลัพธ์สุขภาพที่ดี โดยจากผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบน และค่าเฉลี่ยโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ระยะเวลาการศึกษาและระยะหลังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้ง 3 ตำบล และยังพบ การศึกษาอื่นที่แสดงให้เห็นว่า การใช้ salt meter เป็นเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจเพื่อการดูแลตนเอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ทักษะ การปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Panmung et al.,2020)

3.การลดปริมาณการบริโภคเกลือโซเดียม กลุ่มผู้บริโภคหลังเข้าโปรแกรมการใช้สัญลักษณ์โภชนาการทางเลือกสุขภาพ พบว่า การลดปริมาณการบริโภคเกลือ (โซเดียม) มีความแตกต่างทางสถิติกับกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยพบว่า ปริมาณการบริโภคเกลือ (โซเดียม) เฉลี่ยในอาหาร 1 มื้อของกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง (Mean=1,138.71 ,S.D.=260.74) ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง (Mean=1,190.32 ,S.D.=230.97) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=2.811, p=0.007$) (ตารางที่ 2) และ ปริมาณการบริโภคเกลือ(โซเดียม) เฉลี่ยในอาหาร1มื้อของกลุ่มทดลอง (Mean= 1,073.39 ,S.D.=246.90) ลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (Mean=1,190.32 ,S.D.=230.97) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=-2.72, p=0.007$) (ตาราง 3) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย เรื่องการพัฒนาแบบการลดการบริโภคเค็มในกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยได้วัดระดับความเค็มในอาหาร โดยใช้เครื่องวัดความเค็มในอาหารโดยการวัดปริมาณโซเดียมในอาหารที่ปรุงเองต่อปริมาณอาหาร 100 กรัม ของกลุ่มเสี่ยงป่วย ก่อนดำเนินการ (Mean= 413.42,S.D.=125.42) หลังได้รับคำปรึกษา รับบริการให้ความรู้ การบริโภคเกลือและโซเดียม (Mean= 413.42303.82,S.D.=116.98) ค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมในอาหารหลัง ดำเนินการลดลง ร้อยละ 70.11 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (Nasa-arn,S., Rachagrai,T. & Kalasin Provincial Health Office.,2021) และสอดคล้องกับการศึกษาที่ได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารลด



โซเดียมโดยมุ่งเน้นการเพิ่มความตระหนักรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม และการใช้เครื่องมือวัดโซเดียมในอาหารในการประเมินปริมาณโซเดียมในตัวอย่างอาหารของร้านค้าภายในและโดยรอบสถานศึกษา พร้อมทั้งนำเสนอผลการประเมิน เป็นกิจกรรมการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงรวมทั้งการสาธิตการคำนวณโซเดียมในอาหารโดยใช้สื่อคู่มือการอ่านฉลากโภชนาการของเครื่องปรุงรสและอาหารแปรรูป พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($p < .001$) พฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีโซเดียม (ปริมาณโซเดียมที่บริโภค) และปริมาณโซเดียมในปัสสาวะน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($p < .001$) (Boonsiri et al.,2017)

นอกจากการนำอุปกรณ์ตรวจวัดความเค็มในอาหารมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการลดบริโภคเกลือ (โซเดียม) ในอาหารแล้ว ยังพบว่า การนำอุปกรณ์เพื่อตรวจวัดปริมาณโซเดียมในปัสสาวะสามารถช่วยลดปริมาณการบริโภคโซเดียมลงได้เช่นกัน โดยมีงานวิจัยที่ได้ศึกษาผลของโครงการส่งเสริมการบริโภคอาหารเพื่อลดโซเดียมต่อความรู้พฤติกรรมการบริโภคโซเดียมและโซเดียมในปัสสาวะในนักศึกษาพยาบาล ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลองที่มีการควบคุมตนเองแบบกลุ่มเดียว ผู้เข้าร่วมเป็นนักศึกษาพยาบาลไทยจากสถาบันอุดมศึกษา 3 แห่งจำนวน 173 คน ซึ่งเข้าร่วมโครงการส่งเสริมการลดปริมาณโซเดียมเป็นเวลา 4 สัปดาห์โดยการใช้กลยุทธ์ 4 ประการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า หลังจากให้โปรแกรมมีความรู้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และปริมาณโซเดียมในปัสสาวะและพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมต่ำกว่าก่อนโปรแกรมและค่าพื้นฐาน (Piaseu et al.,2020) และในประเทศญี่ปุ่นได้มีการพัฒนาอุปกรณ์อย่างง่ายสำหรับการตรวจสอบการบริโภคเกลือในแต่ละวันด้วยตนเองโดยวัดจากปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ และได้รับการแนะนำโดยสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย ซึ่งการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของอุปกรณ์นี้ในการลดเกลือและลดความดันโลหิต ทำการทดลองควบคุมแบบสุ่มแบบคลัสเตอร์แบบสุ่มกลุ่มเดียว โดยมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 105 ครอบครัว (ผู้เข้าร่วม 158 คน) ผลการศึกษาพบว่าการใช้อุปกรณ์ในการตรวจสอบการบริโภคเกลือด้วยตนเองโดยวัดจากปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ มีประสิทธิภาพในการลดปริมาณการบริโภคเกลือในแต่ละวัน และลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกอย่างมีนัยสำคัญ (Takada et al.,2018)

สรุปผลการวิจัยครั้งนี้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการใช้สัญลักษณ์โภชนาการ: ทางเลือกสุขภาพ โดยการให้ความรู้ในช่องทางโซเชียลมีเดีย(ไลน์)เพียงช่องทางเดียวยังไม่เพียงพอที่จะทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เพิ่มขึ้น แต่การใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือที่สามารถใช้วัดปริมาณของสารเคมีในอาหาร ซึ่งจากการวิจัยนี้สารเคมีที่ต้องการวัดปริมาณ คือ เกลือ(โซเดียม) โดยใช้อุปกรณ์วัดความเค็มในอาหาร การสร้างความตระหนักรู้ (self-awareness) ร่วมกับการให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบข้อมูลผลการตรวจหาปริมาณเกลือ (โซเดียม) ในอาหาร เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเกิดความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) และเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับสัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” และการบริโภคเกลือ (โซเดียม) จนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดปริมาณการบริโภคเกลือ(โซเดียม)ในอาหารได้ ทั้งนี้เพื่อช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) และลดผลกระทบที่เกิดจากการเกิดโรคดังกล่าว

**ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้**

1.ด้านนโยบายควรสร้างมาตรการกำหนดปริมาณการใช้โซเดียมในอาหาร เพื่อให้ประชาชนเกิดความปลอดภัยในการบริโภคอาหาร และสนับสนุนการค้นคว้าวิจัยในการพัฒนาสูตรอาหารที่ลดการใช้เกลือ (โซเดียม) หรือใช้สารทดแทนโซเดียม

2.ด้านการปฏิบัติงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภค การส่งเสริมสุขภาพ การพยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขสามารถนำไปประยุกตใช้ในการจัดกิจกรรม สำหรับกลุ่มเป้าหมายที่สามารถเข้าถึงการใช้สมาร์ตโฟนได้ และใช้อุปกรณ์ตรวจความเค็มในอาหาร (salt meter) ตรวจหาปริมาณเกลือ (โซเดียม) ในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้ามาใช้บริการในหน่วยบริการต่างๆ เพื่อช่วยป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และลดความรุนแรงของโรคแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และควรเพิ่มช่องทางในการให้ความรู้ในหลายๆ ช่องทางเพิ่มเติม และเพิ่มการติดตามผลลัพธ์ของกลุ่มเป้าหมายในรูปแบบต่างๆด้วย

3.ด้านการศึกษา นำผลการวิจัยไปใช้ในการฝึกอบรมในเครือข่ายที่เกี่ยวข้องต่างๆ อาทิ เครือข่าย บวร. (บ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาล) เครือข่ายอสม. เครือข่ายเยาวชน หรือในหน่วยงานภาครัฐภาคเอกชนเพื่อให้เกิดการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ในเรื่องสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพและการลดปริมาณการบริโภคเกลือ (โซเดียม)

ข้อจำกัดของงานวิจัย

การวิจัยนี้ใช้อุปกรณ์เพื่อตรวจหาปริมาณเกลือ(โซเดียม) หรือ Salt Meter ซึ่งมีข้อจำกัดในการใช้คือสามารถตรวจได้เฉพาะปริมาณโซเดียมที่มาจากเกลือของโซเดียมคลอไรด์เท่านั้น ส่วนโซเดียมจากเกลืออื่นๆ เช่น ผงชูรส (โมโนโซเดียมกลูตาเมต) อุปกรณ์นี้ไม่สามารถตรวจหาปริมาณโซเดียมได้ เนื่องจากข้อจำกัดในเรื่องงบประมาณ

เอกสารอ้างอิง

- Arahung, A. (2017). The Effects of Health Literacy Enhancement Program on Hypertensive Prevention Behavior of pre-hypertension risk group at a Community in Nakhon Pathom Province, (Master of Nursing Science program in Department of Community Medicine Nursing, Faculty of nursing, Christian university of Thailand. (in Thai)
- Best, J.W. (1977). Research in Education. (3rd ed).Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc.
- Boonsiri, C., Piaseu, N., Putwatana, P&Kantachuesiri. (2017). Effects of Program Promoting Food Consumption for Sodium Reduction on Knowledge and Urinary Sodium in Nursing Students, *Thai journal of nursing council*, 32(3), 104-118. (in Thai)
- Chailimpamontree,W.,Kantachuesiri,S.,Aekplakorn,W.,Lappichetpaiboon,R.,Thokanit,S,N.



- Vathesatogkit, P...Garg, R. (2021). Estimated dietary sodium intake in Thailand: A nation-Wide population survey with 24-hour urine collections. *Journal of clinical hypertension*,11,4-9. (in Thai)
- Cohen,J. (1988). Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences Second Edition, Department of Psychology New York University.
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (201).*Strategy to reduce salt and sodium consumption in Thailand 2016-2025*. Bangkok: The Printing Office
- Agency to assist veterans in Royal Shu patham. (in Thai)
- DretecThailand.(2019).DretecEN900(Health salt meter). Retrieved 23 May, 2019, from <https://www.facebook.com/pg/dretech/posts/>.
- Elliott,P.(2005). Role of salt intake in the development of high blood pressure. *International journal of epidemiology*,34,975–978.
- Getchinda,N.,Junprasert,S.&Rattanagreethakul,S.(2018).Factors Predicting Preventive Behavior for Chronic Illness among Middle-aged Persons.*The journal of faculty of nursing Burapha University*,26(4),36-37. (in Thai)
- Gregory,C.,Rahkovsky,I. & Anekwe,T.(2019). Consumers' Use of Nutrition Information When Eating Out. US.D.A-ERS Economic Information Bulletin Number EIB-127,35-41.Retrieved from <https://ssrn.com/abstract=2504039>.
- Kiattananuson,M.(2018).*Factors Affecting Purchasing Decisions “Healthier Choice” of Working People in Hatyai,Songhla*. (Master of business administration program in business administration,Ramkhamhaeng University Songkhla Campus in Honour majesty the king. (in Thai)
- Miller,L. & Cassady,L,D.(2019).The effects of nutrition knowledge on food label use. *ScienceDirect Appetite*92, 207–216.Retrieved from www.elsevier.com/locate/appet.
- Nasa-arn,S., Rachagrai,T. & Kalasin Provincial Health Office.(2021).Development of a Reduced Salty Intake Model in the High Blood Pressure Suspected Cases. *Journal of the office of DPC 7 Khon Kaen*, 27(3),103-104.
- Nutbeam D. (2008). The Evolving Concept of Health Literacy. *Social Science and Medicine*, 67(12),2072-2078.
- Panmung,N.,Srisawat,K.,Bunthawi,P.&Division of Non Communicable Diseases Department of Disease Control (2020). The experimental study of using the low salt intervention program in communities. *Department of health Service Support Journal*.16(3),39-48. (in Thai)
- Piaseu,N.,Boonsiri,C.,Panichkul,K.,Maruo,S,J.,Putwatana,P. & Kantachuvesiri,S.(2020).Effects of



- Program Promoting Food Consumption for Sodium Reduction on Knowledge, Sodium Consumption Behaviors, and Urinary Sodium in Nursing Students: A Multi-Setting Study. *The bangkok medical journal*, 16(1), 44-48. (in Thai)
- Pongpanich, A., Chaiyaparn, N., Ponrachom, C. & Tabtim, K. (2015). Effectiveness of the Application of Communication on Social Media to Prevention Food Poisoning Behavior Modification Program among Secondary School Students, Phra Nakhon Siayutthaya Province. *Journal of health education* 79, 38(131), 88-89. (in Thai)
- Ruaisungnoen, W., Saensom, D., Methakanjanasak, N., Daenseekaew, S., Chaiyapoom, N., Khanthamoon, R. & Damnok, K. (2561). High sodium consumption situation and perception relevant to high sodium consumption associated with chronic kidney disease among people with chronic non-communicable disease, *Journal of nursing and health care*. 36(3), 244-245. (in Thai)
- Siripat, U., Moolsart, S. & Chantawong, C. (2019). Effectiveness of a Hypertension Prevention Program in High-Risk Persons to Hypertension, *Journal of nursing and nursing and health care*. 37(1), 49-50. (in Thai)
- Situation on NCDs Prevention and Control in Thailand. (2018). Department of Disease Control, Ministry of Public Health: Author. (in Thai)
- Takada, T., Imamoto, M., Sasaki, S., Azuma, T., Miyashita, J., Hayashi, M., ... Fukuhara, S. (2018). *Effects of self-monitoring of daily salt intake estimated by a simple electrical device for salt reduction: a cluster randomized trial*, *Hypertens Res* 41, 524-530.
- Thanasapburachot, P. & Samranchit, S. (2016). Analysis of Research Data Collection Process in Faculty of Dentistry, Mahidol University. *Mahidol R2R e-journal*. 3(2), 56-69. (in Thai)
- Thaothong, N., Piaseu, N., Maruo, J. S. & Piyatrakul, S. (2015). Effects of Program for Blood Pressure Control using Community Participation on Health Behaviors and Blood Pressure in community Dwellers with Hypertension. *Songklanagarind journal of nursing*, 35(5). (in Thai)
- Vatanasuchart, N. (2019). Research project on the study of sodium and sodium chloride presents in street foods sold in Bangkok. *Food focus Thailand*, 14(156), 50-52. (in Thai)
- Witvorapong, N., Sampattavanija, S., Potipiti, T., Chaiwat, T., Sujarittanonta, T. & Woratanaratt. (2017). Effectiveness of Nutrition Information Provision on Food Consumption Behavior Among Undergraduate Students in Urban Areas. *Journal of health systems research*, 11(3), 301-315. (in Thai)
- World Health Organization. (2011). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva, Switzerland: Author.



Health Literacy and Self-Care Behavior Among Type 2 Diabetic Patients

Suriya Fongkerd*, Yawitta Sukwasana**, Busara Suksawad***, Supara Himananto*

(Received February 5, 2021, Revised: March 24, 2021, Accepted: May 3, 2021)

Abstract

This descriptive research aimed to examine health literacy and self-care behavior among type 2 diabetic patients and to compare health literacy and self-care behaviors between patients with diabetes who are controlled and uncontrolled their level of glycemic blood sugar. Research samples were 102 diabetic patients receiving medical services in Bang Sai Sub-District health promoting hospital, Muang, Chonburi Province from July to September 2020. Research instrument was a questionnaire adapted from a literature review based on Health literacy framework of Nutbeam's (2009) and Department of Service Support Ministry of Public Health (2014). There were 56 questions divided into 3 parts. The instrument had reliability value between .70 to .96. Data were analyzed by descriptive statistics and independent t-test. The research results found that, the sample who glycemic controlled blood sugar had statistically significant difference mean score at .05 level on health literacy and mean score of self-care behavior compared to people who uncontrolled blood sugar levels ($t = 5.59, p < .001$), ($t = 4.29, p < .001$), respectively.

Keyword: Health Literacy; Self-Care Behavior; Diabetic Patients

*Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Chonburi,

Corresponding author: familynursing2526@gmail.com

** Registered nurse, Bumrungrad Hospital

*** Registered nurse, professional level, Bang Sai health promoting hospital



ความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

สุรียา ฟองเกิด*, ยะวิษฐา สุขวาสนะ**, บุศรา สุขสวัสดิ์***, ศุภรา หิमानันโต*

(วันรับบทความ : 5 กุมภาพันธ์ 2564, วันแก้ไขบทความ : 24 มีนาคม 2564, วันตอบรับบทความ : 3 พฤษภาคม 64)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และเปรียบเทียบความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และควบคุมไม่ได้ ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทราย อำเภอมือง จังหวัดชลบุรี ระหว่างเดือน กรกฎาคม ถึง กันยายน พ.ศ.2563 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 102 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากการทบทวนวรรณกรรมโดยยึดกรอบแนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพของ Nutbeam (2009) และ กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข (2557) มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 56 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน มีความเชื่อมั่น อยู่ระหว่าง .70 - .96 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย และการทดสอบค่าทีแบบอิสระ (Independent t- test) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง แตกต่างจากกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=5.59, p<.001$), ($t=4.29, p<.001$) ตามลำดับ

คำสำคัญ: ความรอบรู้ทางสุขภาพ; พฤติกรรมการดูแลตนเอง; ผู้ป่วยเบาหวาน

*อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี,

ผู้ประสานงาน: familynursing2526@gmail.com

**พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทราย

**บทนำ**

โรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้เป็นภาวะที่มีน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานาน นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ระบบต่างๆในร่างกายทำงานล้มเหลว ได้แก่ ตา ไต เส้นประสาท หลอดเลือด และพบว่า สาเหตุที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เนื่องจากปัญหาและอุปสรรคเรื่องการรับประทานอาหาร ในปริมาณมาก การงดอาหารรสชาติหวานไม่ได้ (Soisong, Raunkon, Apichantaramethakun, Nanta, Sukkasem, 2017) ไม่สามารถการจัดการกับความเครียดของตนเองได้ (American Diabetes Association, 2012) ไม่สามารถลดปัจจัยเสี่ยงเสริม เช่น สูบบุหรี่ หรือดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนพฤติกรรมการใช้ยา พบว่าผู้ป่วยมีการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง (Rannan, Laosinat, 2019) นอกจากนี้ยังพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มขึ้น ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพพยาบาลสูงขึ้นตามมา ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องพึ่งพากระบวนการทางการแพทย์และสาธารณสุข และมีค่าใช้จ่ายเรื่องยาในการรักษาโรคที่สูงขึ้น ทำให้โรงพยาบาลทุกแห่งต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (Health Education Division, Department of Health Service Support Ministry of Public Health and Srinakharinwirot University, 2016) จึงควรมีวิธีการจัดการผู้ป่วยเบาหวาน ให้เกิดความตระหนักในการดูแลตนเอง โดยการให้ความรู้และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ซึ่งพบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมโรคได้ดีที่สุด (Sompun, Thirathongkam, Piasue, Sakulhongsophon, 2015) ซึ่งมีความสอดคล้องกับ กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ที่กล่าวไว้ว่า ประชาชนคนไทยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม เนื่องมาจากการขาดความรู้ด้านสุขภาพ จึงทำให้มีแบบแผนสุขภาพที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้สุขภาพแย่ลงและมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (Health Education Division, Department of Health Service Support Ministry of Public Health and Srinakharinwirot University, 2016)

ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นการแสดงทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่เป็นตัวกำหนดความสามารถของบุคคลเพื่อสร้างแรงจูงใจในการเข้าถึง เข้าใจ และการใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมสุขภาพตนเอง (WHO. 1998) องค์การอนามัยโลกได้กล่าวไว้ว่า ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นลักษณะของบุคคลและการรู้จักใช้ทรัพยากรทางสังคมเพื่อสร้างความเข้าใจ ใช้ข้อมูล และการใช้บริการ เพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ (WHO, 2018) ดังนั้นรัฐบาล จึงได้ให้ความสำคัญโดยระบุไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 เรื่องการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคนไทยให้เหมาะสมกับการมีสุขภาพที่ดี ด้วยวิธีการสร้างเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพและการส่งเสริมการเรียนรู้ (Health Education Division, Department of Health Service Support Ministry of Public Health and Srinakharinwirot University, 2016)

ความสามารถและทักษะการจัดการตนเองเป็นความรู้ด้านสุขภาพที่มีองค์ประกอบ คือ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทักษะการรู้คิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทักษะการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับ



โรคเบาหวาน ทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ทักษะการตัดสินใจเพื่อปฏิบัติพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยความรู้ด้านสุขภาพเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับศักยภาพของบุคคล บุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพจะมีความสามารถในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองได้อย่างเข้มแข็ง ไม่พฤติกรรมสิ่งที่จะส่งผลต่อสุขภาพของตนเองในทางลบ (Kaewdamkeng, 2018) และยังพบอีกว่าโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีผลต่อความมั่นใจในการจัดการตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้น ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด (Pannark, Moolsart, Kaewprom, 2017)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ระดับการศึกษาของผู้ป่วยเบาหวานที่สูงขึ้นมีแนวโน้มการมีความรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้น และคนที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำจะมีแนวโน้มสุขภาพแย่กว่าคนที่มีการศึกษาสูง ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง (Thungmuang, Muktapahan, 2018) หรืออีกนัยหนึ่ง คือ ผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลให้มีแนวโน้มที่จะพบปัญหาทางด้านสุขภาพและมีสุขภาพไม่ดีจนทำให้เกิดโรคตามมา (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2016) นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ และระยะเวลาที่เป็นโรค ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเอง แต่ไม่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ในขณะที่พฤติกรรมดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (Ratanavarang, Chantha, 2018) และ Sorensen K., et al. (2012) ได้กล่าวถึง แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพที่แสดงถึงมิติการพัฒนาที่เริ่มต้นจากระดับปัจเจกบุคคล ว่ามนุษย์มีจำเป็นต้องพึ่งระบบสุขภาพและทางสาธารณสุขในด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ โดยแบ่งความรู้ด้านสุขภาพ 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึง เข้าใจ ประเมินและประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพของบุคคลสำหรับการตัดสินใจเรื่องสุขภาพในชีวิตประจำวันเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต และพบว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสมและมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี (Liu, Liu, Li, Chen, 2015) ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความจำเป็นอย่างมากต่อการมีสุขภาพที่ดี

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นโรงพยาบาลประจำตำบลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดูแลภาวะสุขภาพของประชาชนในเขตนั้นๆ สำหรับที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทราย อำเภอมะนัง จังหวัดชลบุรี ให้การดูแลประชากร จำนวน 8,770 คน มีผู้ป่วยโรคเบาหวานในความดูแลจำนวน 325 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.87 ของประชากรทั้งหมด โดยผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษามีอายุตั้งแต่ 35 – 85 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.53 เพศชาย ร้อยละ 30.47 ซึ่งในจำนวนนี้พบว่าผู้ป่วยเบาหวานถึงร้อยละ 50 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (Bang Sai Subdistrict Health Promoting Hospital, 2019) ทั้งๆ ที่ได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ที่มาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประจำสัปดาห์ละ 1 วัน โดยผู้ป่วยเหล่านี้จะได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล และทีมสุขภาพ ในด้าน



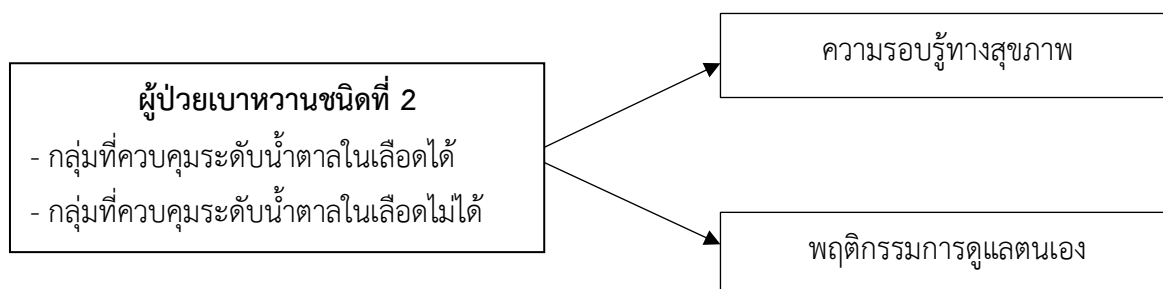
การดูแลตนเองในเรื่องอาหาร ยา การออกกำลังกาย และการปฏิบัติตัว นอกจากนี้ยังมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้ให้ข้อมูลข่าวสารภายในชุมชนทุกสัปดาห์ เกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคเบาหวาน จากข้อมูลการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีจะมารับบริการด้วยตนเองตามนัดทุกครั้ง ซึ่งต่างจากคนที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มักจะให้ญาติมารับยาแทนเป็นประจำ และมาพบแพทย์เพื่อตรวจระดับน้ำตาลนานๆ ครั้ง ซึ่งมักจะพบว่าผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง เมื่อพิจารณาถึงสาเหตุ พบว่าส่วนหนึ่งเป็นเพราะว่าตำบลบางทรายเป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทที่มีประชากรหลากหลายระดับที่มีทั้งการโยกย้ายถิ่นฐานเพื่อหางานทำ มีทั้งคนจนและคนรวย และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีรสหวาน จึงยากต่อการควบคุมระดับน้ำตาล อีกทั้งยังมีความหลากหลายในปัจจัยด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ผู้ป่วยที่รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทราย ซึ่งเป็นเครือข่ายบริการของโรงพยาบาลชลบุรี จะได้รับข้อมูลการส่งต่อระหว่างกันและกันอย่างครบถ้วน ทำให้บุคลากรสะดวกในการติดตามผู้ป่วย ซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วยที่ไปรับบริการที่โรงพยาบาลเอกชน บุคลากรที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทราย จะไม่ได้รับข้อมูลเพื่อการติดตาม เป็นเหตุให้ไม่สามารถที่จะเข้าถึงผู้ป่วยในชุมชนได้ทุกคน (Suksawat, 2020) สาเหตุเหล่านี้ ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะหาแนวทางการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ โดยเชื่อว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นพื้นฐานให้บุคคลมีข้อมูล มีความรู้ ความเข้าใจและตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองได้ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงต้องการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานและนำไปพัฒนาบริการคลินิกโรคเรื้อรังในชุมชนเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และควบคุมไม่ได้
2. เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และกลุ่มที่ควบคุมไม่ได้

สมมติของการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ควบคุมไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ควบคุมไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**กรอบแนวคิดการวิจัย****ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย****ขอบเขตการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และเปรียบเทียบความรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และควบคุมไม่ได้ ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทราย อำเภอมะนัง จังหวัดชลบุรี ระหว่างเดือน กรกฎาคม ถึง กันยายน พ.ศ.2563

วิธีดำเนินการวิจัย**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทราย อำเภอมะนัง จังหวัดชลบุรี ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 325 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทราย อำเภอมะนัง จังหวัดชลบุรี ได้ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการคำนวณจากโปรแกรม G* Power 3.1.9.2 ผู้วิจัยกำหนดค่าดังนี้ ขนาดอิทธิพล (effect size) = 0.5 (medium size) ค่าความคลาดเคลื่อน ($\alpha_{err prop}$) = 0.05 อำนาจทดสอบ (power) = 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 102 ราย โดยแบ่งสัดส่วนเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จำนวน 51 คน และผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จำนวน 51 คน

**เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) มีดังนี้**

(1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมีรายงานเป็นโรคเบาหวานไม่น้อยกว่า 6 เดือน

(2) เพศชายและเพศหญิงที่อ่านออกเขียนได้ เข้าใจและตอบคำถามได้

(3) มีค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ที่ได้รับการตรวจไม่เกิน 3 เดือน ดังนี้

ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 %

ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดมากกว่า 7 %

(4) มีคุณลักษณะที่ต้องการศึกษาที่คล้ายคลึงกันทั้งกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ประกอบด้วย เพศ ช่วงอายุ รายได้ ระดับการศึกษา โรคร่วม และระยะเวลาที่เป็นโรค

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) มีดังนี้

(1) ขอลงตัวออกจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเสร็จสิ้นการวิจัย

(2) มีปัญหาด้านสุขภาพกาย และ/หรือสุขภาพจิต ที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากการทบทวนวรรณกรรมโดยยึดกรอบแนวคิดความรู้ทางสุขภาพของ Nutbeam (2009) และกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการกระทรวงสาธารณสุข (Health Education Division, Department of Health Service Support Ministry of Public Health and Srinakharinwirot University, 2016) มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 56 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา โรคร่วม ระยะเวลาที่เป็นโรค มี 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดความรู้ทางสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ได้พัฒนามาจากแบบวัดความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (Health Education Division, Department of Health Service Support Ministry of Public Health and Srinakharinwirot University, 2016) มีทั้งหมด 6 ตอน จำนวน 30 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

แบบข้อคำถามลักษณะเป็นเลือกตอบ ถ้าตอบถูก ให้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิด ให้ 0 คะแนน ประกอบไปด้วยข้อคำถาม ดังนี้

ตอนที่ 1 ทักษะการรู้คิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีข้อคำถาม 10 ข้อ

ตอนที่ 2 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ข้อคำถาม 3 ข้อ

ตอนที่ 3 ทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ข้อคำถาม 5 ข้อ



ตอนที่ 4 ทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ข้อคำถาม 5 ข้อ

ตอนที่ 5 ทักษะการตัดสินใจเพื่อแสดงพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีข้อคำถาม 4 ข้อ แบบข้อคำถามลักษณะเป็นเลือกตอบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 4 ระดับ ตั้งแต่ 0-3 ดังนี้ ไม่เคยเลย บางครั้ง บ่อยครั้ง และทุกครั้ง

ตอนที่ 6 ทักษะการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ข้อคำถาม 3 ข้อ

ใช้เกณฑ์การให้คะแนนและแปลผลของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข แปลผลคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งมีโดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนและแปลผลคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งมีคะแนนเต็ม 62 คะแนน ดังนี้

คะแนนน้อยกว่า < 37.2 หรือน้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม แสดงว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

คะแนน $37.2 - 49.6$ หรือ น้อยกว่าร้อยละ 60 -80 ของคะแนนเต็ม แสดงว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนมากกว่า 49.6 หรือ มากกว่าร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม แสดงว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ.2ส.ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุง 2561 (Health Education Division, Department of Health Service Support Ministry of Public Health, 2018) มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ลักษณะแบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ข้อที่ 1-17 แบ่งเป็น 4 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนน 0	หมายถึง	ไม่ได้ทำเลย
คะแนน 1	หมายถึง	ปฏิบัตินานๆครั้ง
คะแนน 2	หมายถึง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง
คะแนน 3	หมายถึง	ปฏิบัติเป็นประจำ

และข้อที่ 18-20 แบ่งเป็น 3 ระดับ มีระดับตั้งแต่ 0-2 มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนน 0	หมายถึง	ไม่ตรงนัดเลย
คะแนน 1	หมายถึง	มาตรงนัดบางครั้ง
คะแนน 2	หมายถึง	มาตรงนัดทุกครั้ง

ใช้เกณฑ์การให้คะแนนและแปลผลของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง 2561 (Health Education Division, Department of Health Service Support Ministry of Public Health, 2018) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 57 คะแนน ดังนี้



คะแนน < 34.2 หรือ น้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม แสดงว่า มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับไม่ดี

คะแนน 34.2 – 45.6 หรือน้อยกว่าร้อยละ 60-80 ของคะแนนเต็ม แสดงว่า มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับพอใช้

คะแนนมากกว่า 45.6 หรือ มากกว่าร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม แสดงว่า มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรอบรู้ทางด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ปรับปรุงขึ้น หาคุณภาพของเครื่องมือในด้านความเที่ยงตรง ทำการวิเคราะห์ความแม่นยำตรงตามเนื้อหา (CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า CVI = 0.827

การหาตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ รพ.สต.บ้านสวน อำเภอมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 30 คน แล้วนำไปหาค่าความเชื่อมั่น พบว่าแบบสอบถามส่วนที่ 2 ความรอบรู้ทางสุขภาพ ตอนที่ 1 และตอนที่ 5 นำผลที่ได้มาหาค่า KR-20 ได้ ค่า $r = .737$ และ $r = .91$ ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามตอนที่ 2, 3, 4 และ 6 และแบบสอบถามส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 นำมาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้ค่า 0.71, 0.85, 0.96, 0.71 และ 0.70 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างเดือน กรกฎาคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2563 จำนวน 102 ราย ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง และทำความเข้าใจ ซึ่งแจ้งวิธีการเข้าร่วมวิจัย แล้วให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมลงนามในใบยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยจะอ่านรายละเอียดในใบยินยอมให้กลุ่มตัวอย่างฟังก่อนลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างโดยการหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ด้วยสถิติการทดสอบค่าทีแบบอิสระ (independent t- test)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

วิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เลขที่ อ.969/2563 วันที่รับรอง 20 กรกฎาคม 2563 และในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ สิทธิในการยุติการตอบแบบสอบถามได้ทันทีโดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อกลุ่มตัวอย่าง การเก็บ



รวบรวมข้อมูลเป็นความลับและการเสนอผลการวิจัยในภาพรวมที่ไม่เปิดเผยข้อมูลบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดี ผู้วิจัยจะให้อ่านเอกสารการพิทักษ์สิทธิ์และลงนามในเอกสารดังกล่าว หลังจากนั้นให้อิสระในการตอบแบบสอบถามและตอบข้อซักถามเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีอายุเฉลี่ย 65.24 ปี (SD=9.52) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.60 และเพศชายร้อยละ 31.40 รายได้เพียงพอและไม่เพียงพอมีปริมาณใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 49.02 และ ร้อยละ 50.98) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 80.40 รองลงมาคือชั้นมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 13.70 ส่วนใหญ่ร้อยละ 72.50 มีโรคร่วม มีระยะเวลาการเป็นเบาหวานส่วนใหญ่ 11-15 ปี ร้อยละ 41.20 รองลงมา 6-10 ปี ร้อยละ 23.50 น้อยที่สุด มากกว่า 15 ปี ร้อยละ 15.70

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีอายุเฉลี่ย 65.69 ปี (SD=9.43) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.60 และเพศชายร้อยละ 29.40 ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอร้อยละ 60.80 ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 64.70 รองลงมาคือชั้นมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 29.40 ส่วนใหญ่ร้อยละ 86.30 มีโรคร่วม มีระยะเวลาการเป็นเบาหวานส่วนใหญ่ 6-10 ปี ร้อยละ 35.30 รองลงมาคือ มากกว่า 15 ปี ร้อยละ 29.40 น้อยที่สุดคือ 11-15 ปี ร้อยละ 9.80

2. ความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 42.13, S.D.= 7.09) และมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง อยู่ในระดับพอใช้ (Mean = 40.86, S.D.= 5.81) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ อยู่ในระดับต่ำ (Mean = 32.35, S.D.= 10.28) และมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง อยู่ในระดับพอใช้ (Mean = 34.94, S.D.= 7.95) ดังแสดงรายละเอียดในตาราง 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (n=102)

ข้อความ	กลุ่มควบคุมได้ (n=51)			กลุ่มควบคุมไม่ได้ (n=51)		
	Mean	S.D.	ระดับ	Mean	S.D.	ระดับ
ความรอบรู้ทางสุขภาพ	42.13	7.09	ปานกลาง	32.35	10.28	ต่ำ
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	40.86	5.81	พอใช้	34.94	7.95	พอใช้



เมื่อพิจารณาแยกตามระดับของความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า กลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ส่วนใหญ่มีคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.90 และมีคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับสูงและระดับต่ำเท่ากัน ร้อยละ 21.60 ส่วนกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ส่วนใหญ่มีคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 62.70 รองลงมาคือ มีคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 31.40 และน้อยที่สุดคือ มีคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 5.90 กลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 62.70 รองลงมาคือ มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ร้อยละ 19.60 และน้อยที่สุดคือ มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 17.60 ส่วนกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 47.10 รองลงมาคือ มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 45.10 และน้อยที่สุดคือ มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ร้อยละ 7.80 ดังตาราง 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับของความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ข้อความ	กลุ่มควบคุมได้ (n=51)		กลุ่มควบคุมไม่ได้ (n=51)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ				
ต่ำ	11	21.60	32	62.70
ปานกลาง	29	56.90	16	31.40
สูง	11	21.60	3	5.90
พฤติกรรมการดูแลตนเอง				
ไม่ดี	9	17.60	23	45.10
พอใช้	32	62.70	24	47.10
ดี	10	19.60	4	7.80

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของความรอบรู้ทางสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

วิเคราะห์เปรียบเทียบความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ด้วยสถิติการทดสอบค่าทีแบบอิสระ (independent t- test)



จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง แตกต่างจากกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t=5.59$, $p<.001$), ($t=4.29$, $p<.001$) ตามลำดับ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (Independent T-test)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุมได้ (n=51)		กลุ่มควบคุมไม่ได้ (n=51)		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ความรู้ทางสุขภาพ	42.13	7.09	32.35	10.28	5.59	<.001
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	40.86	5.81	34.94	7.95	4.29	<.001

อภิปรายผล

ส่วนที่ 1 ความรู้ทางสุขภาพ

1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จากการศึกษพบว่า มีคะแนนความรู้ทางสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาระดับของความรู้ทางสุขภาพพบว่า มีความรู้ทางสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.90 มีความรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 21.60 ส่วนที่เหลือเป็นความรู้ทางสุขภาพในระดับต่ำ ร้อยละ 21.60 ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ส่วนใหญ่มีความรู้ทางสุขภาพเป็นอย่างดี และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานมาเป็นระยะเวลาที่ยาวนานอยู่ในช่วง 11-15 ปี ทำให้มีองค์ความรู้ที่เกิดจากการดูแลตนเองเกิดความตระหนักรู้และปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของบุคลากรทางสุขภาพเป็นอย่างดี และผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จะมาตรวจตามนัดทุกครั้ง ไม่เคยขาดการติดต่อกับแพทย์และบุคลากรทางสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sami, Ansari, & Rashid (2017) พบว่า ระดับ HbA1c ที่เพิ่มสูงขึ้นจะเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดและหลอดเลือด ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและต้องปรับทัศนคติและการปฏิบัติที่เป็นผลนำไปสู่การควบคุมโรคได้ดีขึ้น



2) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่า มีคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ อยู่ในระดับต่ำ และเมื่อพิจารณาระดับของความรอบรู้ทางสุขภาพพบว่า มีคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 62.70 รองลงมาคือ มีคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 31.40 และน้อยที่สุดคือ มีคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 5.90 ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ส่วนใหญ่ขาดความรู้ในการดูแลตนเอง ทำให้มีภาวะแทรกซ้อนและเกิดโรคร่วมค่อนข้างมาก และเป็นเบาหวานมานานมากกว่า 15 ปี และขาดการมาตรวจตามนัด สอดคล้องกับการศึกษาของ Buraphunt & Muangsom (2013) พบว่าระยะเวลาเป็นโรคเบาหวานที่เพิ่มขึ้น ชนิดของการรักษาที่เพิ่มขึ้น การรับประทานยาไม่ถูกต้อง และการผัดผ่อน มีความสัมพันธ์กับ Odds ratio ที่เพิ่มขึ้นกับการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3) เปรียบเทียบความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และกลุ่มที่ควบคุมไม่ได้ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีความรอบรู้ทางสุขภาพแตกต่างกับกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เนื่องจากความสามารถและทักษะการจัดการตนเอง ซึ่งการจัดการตนเองเป็นความรอบรู้ทางสุขภาพที่มีองค์ประกอบ คือ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทักษะการรู้คิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทักษะการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ทักษะการตัดสินใจเพื่อปฏิบัติพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยความรอบรู้ทางสุขภาพ เป็นส่วนที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับศักยภาพของบุคคล บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะมีความสามารถในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองได้อย่างเข้มแข็ง ไม่ปฏิบัติพฤติกรรมที่จะส่งผลต่อสุขภาพของตนเองในทางลบ (Kaewdamkeng, 2018) สอดคล้องกับการศึกษาของ Pannark, Moolsart, Kaewprom (2017) พบว่า การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีผลต่อความมั่นใจในการจัดการตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้นช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ขาดความรอบรู้ทางสุขภาพจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (Chiangkhong, Duangchan, Intarakamhang, 2017) สอดคล้องกับการศึกษาของ Poladao, Ratchompoo, Nakram, Prasomruk, Panthumas, Saraboon. (2017) ทำการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ แต่ด้านความรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศอยู่ในระดับไม่ดี เปรียบเทียบระดับความรู้ด้านสุขภาพกับระดับการศึกษา พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้านการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ เมื่อเปรียบเทียบรายคู่ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มี



ระดับการศึกษามัธยมศึกษาหรืออนุปริญญาและระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรีมีทักษะในการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศมากกว่าผู้ที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือไม่ได้เรียนหนังสือ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเอง

1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ พบว่า มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง อยู่ในระดับพอใช้ และเมื่อพิจารณาระดับของพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 62.70 รองลงมาคือ มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ร้อยละ 19.60 และน้อยที่สุดคือ มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 17.60 ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีความรอบรู้ทางสุขภาพในการดูแลตนเองสูงขึ้นจึงส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้นด้วยเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Sompun, Thirathongkam, Piasue, Sakulhongsoophon (2015) พบว่า การให้ความรู้และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมโรคได้ดีที่สุด

2) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่า มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 47.10 รองลงมาคือ มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 45.10 และน้อยที่สุดคือ มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ร้อยละ 7.80 ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ขาดความรู้และความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Liu, Liu, Li, Chen (2015) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมและมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี

3) เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และกลุ่มที่ควบคุมไม่ได้ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกับกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เนื่องจากกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ส่วนใหญ่มาตรวจตามนัดทุกครั้งและจะได้รับความรู้ในการปฏิบัติตัวจากบุคลากรทางสุขภาพเป็นอย่างดีทุกครั้ง ซึ่งการให้ความรู้ที่ชัดเจนจะช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ และมีการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมโรคได้ดีที่สุด (Sompun, Thirathongkam, Piasue, Sakulhongsoophon. (2015) ซึ่งมีความสอดคล้องกับ Health Education Division, Department of Health Service Support Ministry of Public Health and Srinakharinwirot University. (2016) ที่กล่าวไว้ว่า ประชาชนคนไทยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม เนื่องมาจากการขาดความรู้ด้านสุขภาพ จึงทำให้มีแบบแผนสุขภาพที่



ไม่ถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้สุขภาพแย่งและมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี และจากการศึกษาของ Chiangkhong, Duangchan, Intarakamhang. (2017) พบว่า 1) ประสิทธิภาพรุนแรงทางลบที่รุนแรงที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และเป็นประสบการณ์ตรงที่มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ การสูญเสียอวัยวะ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง ครอบครัวเดือดร้อน และต้องสูญเสียชีวิตที่กำลังรุ่งเรืองของตัวเอง ส่วนมุมมองของการเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่า ผู้ป่วยมีมุมมอง 3 ประเด็นคือ 1) โรคเบาหวานเป็นโรคที่ไม่รุนแรง 2) โรคเบาหวานทำให้ชีวิตยุ่งยาก 3) กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จะมีมุมมองว่า การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดต้องเกิดจากการพึ่งพาตนเอง ดังนั้นจึงต้องมีการสร้างความรู้ความเข้าใจกับผู้ป่วยเบาหวานให้ชัดเจนถึงผลเสียและผลกระทบที่ตามมาหากมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่ดี จึงควรจัดโปรแกรมให้ความรู้และส่งเสริมทักษะการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง เช่น การศึกษาของ Chakshion (2017) ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคอ้วน พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรทางการแพทย์สามารถนำข้อมูลในการศึกษานี้ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนรูปแบบการสื่อสาร และการให้ข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรอบรู้ทางสุขภาพที่แตกฉานเพื่อนำไปปรับใช้ในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ในการส่งเสริม สนับสนุน จัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรอบรู้ทางสุขภาพที่แตกฉานเพื่อนำไปปรับใช้ในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษากครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีโรคร่วมโดยการศึกษเชิงคุณภาพที่สามารถเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยตามบริบทนั้นๆ เพื่อให้มีการจัดการตนเองที่ดี และเหมาะสมกับโรค
2. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมความรอบรู้ทางสุขภาพที่เป็นการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด

**เอกสารอ้างอิง**

- American Diabetes Association. (2012). Standards of medical in diabetes - 2012. *Diabetes care*, 35, S11- S63.
- Bang Sai Subdistrict Health Promoting Hospital. (2019). *Annual report 2018*. Chonburi: Bang Sai Subdistrict Health Promoting Hospital (Duplicate document). (in Thai).
- Buraphunt, R., & Muangsom, N. (2013). Factors Affecting Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus of Patients in Sangkhom Hospital, Udonthani Province. *KKU journal for public health research*, 6(3), 102-109. (in Thai).
- Chakshion. (2017). *Effectiveness of Health Behavior Modification Program in High Risk Patients with Illness, Diabetes, Hypertension and Obesity*. Master of Public Health Program Thesis, Department of Health Management. Rajabhat Rajanagarindra University. (in Thai).
- Chiangkhong, A., Duangchan, P., Intarakamhang, U. (2017). Health Literacy in Diabetic Adult: Experience of Diabetic Patient and Perspective on Health Literacy. *Kuakarun journal of nursing*. 24(2), 162-178. (in Thai).
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2016). *Annual Report 2016 (NCD)*. Bangkok: Printing Business Office. War Veterans Organization of Thailand Under royal patronage. (in Thai).
- Health Education Division, Department of Health Service Support Ministry of Public Health and Srinakharinwirot University. (2016). *Handbook for assessing health literacy of Thais aged 15 years and over in the practice of 30 25*. Bangkok: Printing Press of the Agricultural Cooperatives Association of Thailand. (in Thai).
- Health Education Division, Department of Health Service Support Ministry of Public Health. (2018). *Handbook for assessing health literacy of Thais aged 15 years and over in the practice of 30 25* (Revised Edition 2018). Bangkok: Printing Press of the Agricultural Cooperatives Association of Thailand. (in Thai).
- Kaewdamkeng, K. (2018). *Health literacy: access, understand and application*. Bangkok: Amarin Printing and Publishing. (in Thai).
- Liu, Y., Liu, L., Li, Y., Chen, Y. (2015). Relationship between health literacy, health-related behaviors and health status: a survey of elderly Chinese. *Int J environ res public health*. 12, 9714-25.
- Nutbeam D. (2009). Defining and measuring Health literacy: what can we learn from literacy studies?. *Int. J. public health*, 54(5) 303-305.



- Pannark, P., Moolsart, S., Kaewprom, C. (2017). The Effectiveness of a Program for Health Literacy Development of the Patients with Uncontrolled Type 2 Diabetes at Bangwua District, Chachoengsao Province. *Nursing journal of the ministry of public health*. 27(3), 91-106. (in Thai).
- Poladao, K., Ratchompoo, W., Nakram, S., Prasomruk, P., Panthumas, S., Saraboon, Y. (2017). Health literacy of type 2 diabetic patient and to compare urban area and rural area in muang district amnatcharoen province. *Journal of khon kaen provincial health office*. 2(1), 22-39. (in Thai).
- Rannan, S., Laosinat, P. (2019). Development of nursing practice guidelines to promote self-management of patients with type 2 diabetes who cannot control blood sugar levels. Kantharawichai Hospital Mahasarakham Province. *Journal of mahasarakham hospital*. 16(3), 138-148. (in Thai).
- Ratanavarang, W., Chantha, W. (2018). Health intelligence on self-care behavior and blood sugar control of type 2 diabetic patients, Chainat Province. *Journal of boromarajonani college of nursing, Nakhon Ratchasima*. 24 (2), 34-51. (in Thai).
- Sami, W., Ansari, T., & Rashid, A, H, M. (2017). Effect of diet on type 2 diabetes mellitus: A review. *International journal of health sciences*, 11(2). 65-71.
- Soisongkana, S., Raunkon, A., Apichantaramethakun, K, Nanta, N., Sukkasem, J. (2017). Self-care behavior according to the perceived behavior of type 2 diabetic patients who do not control blood sugar. *Journal of phrapokklao college of nursing, chanthaburi*. 28(2), 93-103. (in Thai).
- Sompun, A., Thirathongkam, S., Piasue, N., Sakulhongsophon, S. (2015). Predictive factors of diabetes prevention behavior in people at risk of diabetes. *Rama nursing journal*. 21 (1): 96-109. (in Thai).
- Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., et al. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*. 12, 80.
- Suksawat, B. (2020). *Care of diabetic patients in the community of Bang Sai Sub-district, Muang District, Chonburi Province*. Interview on March 27, 2020 at 1:00 PM - 2:00 PM at Bang Sai Subdistrict Health Promoting Hospital. (in Thai).
- Thungmuang, J., Muktapahan, B. (2018). Relationship between health intelligence and self-care of type 2 Diabetes. *Journal of health education*. 41(1), 103-113. (in Thai).
- World Health Organization. (1998). *Health literacy*. Health Promotion Glossary, 10.
- World Health Organization. (2018). Health literacy final. (on line). (cited 2021 ,January ,25). Available from http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1_Inner.pdf



The Factors affecting Exercise Behavior among elderly in Lamphangluang subdistrict, Lamphang province

Praewpan Sukpan *

Received February 4, 2021, Revised: April 19, 2021, Accepted: May 11, 2021

Abstract

This purpose of this descriptive study was to investigate factors affecting exercise behavior of elderly in Lamphangluang subdistrict, Lamphang province. The study samples comprised of 255 elderly who were enrolled by Quota Sampling. The data was collected through the questionnaire. the statistic such as Frequency, percentage, Mean, chi-square, and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient were used for data analysis

The Results showed that most of the samples were female (61.6 %) and most of them (54.9%) had 60-69 years old. Moreover, overall, 78.4 percent had the right exercise behavior. According to right knowledge and good attitude of elderly were 78.2 and 71.4 percent respectively. In terms of predisposing Factor, it was found that age, sex and underlying of the samples were significantly related to exercise behavior with $P < 0.05$. Furthermore, enabling factors such as place for exercise, trainer did not relate to exercise behavior of the elderly. Lastly, reinforcing factors for instance, receiving social and support from family member, friends, communities and health professional did not also relate to exercise behavior of the elderly.

Key word: Factor; Exercise behavior; Elderly

*Registered Nurse, professional level, LamphangLuang public health center, division of public health and environment, Lamphangluang subdistrict municipality, Corresponding author: pinpodepaew@gmail.com

**ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ตำบลลำปางหลวง****แพรวพรรณ สุขปั้น***

(วันรับบทความ : 4 กุมภาพันธ์ 2564, วันแก้ไขบทความ : 19 เมษายน 2564, วันตอบรับบทความ : 11 พฤษภาคม 2564)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ตำบลลำปางหลวงโดยสุ่มตัวอย่างแบบโควตา(Quota Sampling)ตามหมู่ กลุ่มตัวอย่างที่นำมาใช้ในการศึกษา จำนวน 255 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย สถิติไคสแควร์ (chi-Square) และ สถิติสัมประสิทธิ์สหพันธ์ แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 61.6 และมีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 54.9 โดยภาพรวมผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้องร้อยละ 78.4 มีความรู้ที่ถูกต้องร้อยละ 78.2 และมีทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายในระดับดีร้อยละ 71.4 ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อายุและการมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สถานที่ออกกำลังกายบุคลากรเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว/เพื่อน/ชุมชน /เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ : ปัจจัย; พฤติกรรมการออกกำลังกาย; ผู้สูงอายุ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์บริการสาธารณสุขลำปางหลวงกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลลำปางหลวง, ผู้ประสานงาน: pinpodepaew@gmail.com

**บทนำ**

จากการที่ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 เป็นต้นมาและผลการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า ในปี 2552 จำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 11.5 ของประชากรทั่วประเทศ ในปี พ.ศ.2553 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 11.9 ของประชากรทั่วประเทศและในปี พ.ศ.2563 มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 18 ของประชากรทั่วประเทศ (Office of the National Economic and Social Development Council ,2019) และคาดว่าจะเป็สังคมสูงวัย ระดับสุดยอดในอีกไม่ถึง 20 ปีข้างหน้าเมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (Foundation of Thai gerontology research and development institute ,2014)

การที่ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วและมีอายุยืนยาวเกิดจากอัตราการเกิดลดลงและอัตราการเสียชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมลดลงและมีอายุยืนยาวมากขึ้น (Foundation of Thai gerontology research and development institute ,2016) ซึ่งจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และการดูแลสุขภาพตัวเองดีขึ้นพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยจะเห็นว่ากลุ่มผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางกายและมีการเจ็บป่วยตามวัยมากขึ้นกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ โดยโรค 3 อันดับแรกที่พบมาก คือ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 31.7 โรคเบาหวานร้อยละ 13.3 และโรคหัวใจร้อยละ 7.0 (Foundation of Thai gerontology research and development institute ,2016) ดังนั้นกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ออกกำลังกาย ควรมีการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้นเพื่อช่วยให้ร่างกายแข็งแรง หากผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายที่ถูกต้อง จะช่วยเพิ่มความสามารถของระบบการไหลเวียนเลือด และระบบการหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยลดการเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังดังกล่าวได้ การออกกำลังกายในผู้สูงอายุสามารถช่วยป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดช่วยลดระดับไขมันในเส้นเลือดควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติลดความดันโลหิตป้องกันและรักษาโรคเบาหวานและยังช่วยในระบบหมุนเวียนโลหิตกล้ามเนื้อเอ็นข้อต่อมีความแข็งแรงขึ้นนอกจากนี้ยังช่วยป้องกันโรคมะเร็งบางชนิด ช่วยในระบบขับถ่ายดีขึ้นและยังสามารถช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้อีกด้วย (Bangkok Community Health Research Center,2018)

ศูนย์บริการสาธารณสุขลำปางหลวง กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลลำปางหลวง ได้ตระหนักและเห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลลำปางหลวง ให้มีวิถีชีวิตที่ดีขึ้นโดยการเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งร่างกายจิตใจ อารมณ์ และสังคม จากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุตำบลลำปางหลวง 6 หมู่บ้าน ในปี พ.ศ.2559 มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 22.20 และในปี พ.ศ.2560 มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 23.38 และปี พ.ศ.2561 มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 27.02 (Ministry of public health, 2018)



นอกจากนี้ยังคาดประมาณว่าในอีก 10 ปีข้างหน้า ปี 2568 จะมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 ซึ่งจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ

นอกจากนี้ในปี พ.ศ.2559 พบว่า มีผู้สูงอายุติดบ้านร้อยละ 2.26 และเป็นกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 1.38 ปีพ.ศ.2560 มีผู้สูงอายุติดบ้านร้อยละ 3.10และกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 0.99 และในปี พ.ศ. 2561 มีผู้สูงอายุติดบ้าน ร้อยละ 3.97 และเป็นกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 0.64 (Lampangluang public health center, 2018) จะเห็นว่า แนวโน้มของผู้สูงอายุติดบ้านมีเพิ่มมากขึ้นและมีโอกาสติดเตียงตามมาถ้าผู้สูงอายุขาดการฟื้นฟูและพัฒนา สุขภาพตนเองอันจะก่อให้เกิดความเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้สมรรถภาพทางกายลดลงเรื่อยๆเพราะฉะนั้นจึงเป็น เรื่องสำคัญที่จะต้องกระตุ้นให้มีการออกกำลังกาย เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดความเสี่ยงกับการ เกิดโรคเรื้อรังและลดภาวะการติดบ้านติดเตียง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการออกกำลังกายในผู้สูงอายุตำบลลำปางหลวง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกายในผู้สูงอายุตำบลลำปางหลวง

ขอบเขตการศึกษา

ศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย ทักษะคิดต่อการออกกำลังกายและพฤติกรรม การออกกำลังกายของผู้สูงอายุตำบลลำปางหลวงและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัย เสริมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุตำบลลำปางหลวง พื้นที่ที่ศึกษา ตำบลลำปางหลวง อ.เกาะคา จ.ลำปาง ระยะเวลา 48 สัปดาห์

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุ เพศชาย และเพศหญิง ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปใน 6 หมู่บ้าน ตำบล ลำปางหลวง หมู่ 1 , หมู่ 2 , หมู่ 3 , หมู่ 7 , หมู่ 8 และหมู่ 11 จำนวน 780 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นผู้สูงอายุที่มีเพศชาย เพศหญิง ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่จริง ในตำบลลำปาง หลวง 6 หมู่บ้าน หมู่ 1 , หมู่ 2 , หมู่ 3 , หมู่ 7 , หมู่ 8 และหมู่ 11 จำนวน 264 คน

เกณฑ์สำหรับการคัดเลือกหรือคัดออก ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า คือ

1. ผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในตำบลลำปางหลวง หมู่ 1 , หมู่ 2 , หมู่ 3 , หมู่ 7 , หมู่ 8 และหมู่ 11
2. เป็นผู้สูงอายุที่สื่อสารเข้าใจ

เกณฑ์คัดออก คือ

1. ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะหลงลืม สื่อสารไม่เข้าใจ
2. ผู้สูงอายุที่กำลังเจ็บป่วยอยู่ในภาวะติดเตียง
3. ผู้สูงอายุที่ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ



กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ โดยการประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE framework ของ W. Lawrence Green (Green, L.W. and M.W. Kreuter, 1991) มาสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย มี 3 ปัจจัย คือ 1) ด้านปัจจัยนำ (predisposing factors) ได้แก่ เพศ อายุ ที่อยู่อาศัย สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว ความรู้ และทัศนคติ 2) ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) ได้แก่ สถานที่ออกกำลังกาย บุคลากรเกี่ยวกับการออกกำลังกาย การบริการเกี่ยวกับการออกกำลังกาย การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการออกกำลังกาย 3) ปัจจัยเสริม (reinforcing factors) ได้แก่ การรับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว สามี/ภรรยา ญาติ การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อน การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การได้รับการสนับสนุนจากผู้นำ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

ปัจจัยนำ

- เพศ- อายุ- สถานภาพสมรส
- ระดับการศึกษา- รายได้
- บทบาทหน้าที่- โรคประจำตัว
- ความรู้-ทัศนคติ

ปัจจัยเอื้อ

- สถานที่ออกกำลังกาย
- บุคลากรเกี่ยวกับการออกกำลังกาย
- การบริการเกี่ยวกับการออกกำลังกาย
- การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการออกกำลังกาย

ปัจจัยเสริม

- การได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว
สามี/ภรรยา ญาติ
- การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อน
- การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่
สาธารณสุข
- การได้รับการสนับสนุนจากผู้นำ

พฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

**วิธีดำเนินการวิจัย**

รูปแบบเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุตำบลลำปางหลวง 6 หมู่บ้าน

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปใน 6 หมู่บ้าน ตำบลลำปางหลวง หมู่ 1 , หมู่ 2 , หมู่ 3 , หมู่ 7 , หมู่ 8 และหมู่ 11 จำนวน 780 คน

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยตัวอย่างในการสำรวจเชิงปริมาณ ใช้การสุ่มตัวอย่างโควตา (quota \1 sampling) ตามหมู่ โดยคำนวณขนาดตัวอย่างตามสูตรของยามาเน (Yamane, 1973 : 508) ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ยอมให้เกิดความคลาดเคลื่อน ร้อยละ 0.5 เมื่อได้ขนาดตัวอย่างแล้วนำมาคำนวณจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนผู้สูงอายุ 6 หมู่บ้าน ในตำบลลำปางหลวง แบ่งเป็นจำนวนที่เก็บ ดังนี้ หมู่ 1 จำนวน 44 คน หมู่ 2 จำนวน 44 คน หมู่ 3 จำนวน 44 คน หมู่ 7 จำนวน 44 คน หมู่ 8 จำนวน 44 คน หมู่ 11 จำนวน 44 คน และมีวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ เกณฑ์คัดเข้า 1) ผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป ในตำบลลำปางหลวง หมู่ 1 หมู่ 2 หมู่ 3 หมู่ 7 หมู่ 8 หมู่ 11 2) ผู้สูงอายุที่สื่อสารเข้าใจ เกณฑ์คัดออก 1) ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะหลงลืม สื่อสารไม่เข้าใจ 2) ผู้สูงอายุที่กำลังเจ็บป่วยอยู่ในภาวะติดเตียง 3) ผู้สูงอายุที่ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

จากการคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตร พบว่า มีขนาดตัวอย่างที่เหมาะสม ในการวิจัยอย่างน้อย จำนวน 264 คน แต่เนื่องจากแบบสอบถามที่เก็บรวบรวมมาได้มีความสมบูรณ์ของข้อมูลเพียง จำนวน 255 ฉบับ จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 255 คน คิดเป็นร้อยละ 96.59%

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วยคำถามปลายปิด (close-end question) และคำถามปลายเปิด (open-ended question) แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามด้านข้อมูลทั่วไป

ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สถานะครอบครัว รายได้ บทบาทหน้าที่ ที่กัจิวัตรประจำวันที่ทำในช่วงกลางวัน โรคประจำตัวและอาการปัจจุบันของโรคประจำตัว ประกอบด้วยข้อคำถามซึ่งเป็นคำถามปลายปิดและปลายเปิดจำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 2.1 เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลการออกกำลังกาย ได้แก่ มีการออกกำลังกายหรือไม่ วิธีการออกกำลังกาย ความถี่ ระยะเวลา ช่วงเวลา บุคคลที่ออกกำลังกาย เหตุผล อุปกรณ์ สถานที่ แหล่งข่าวสารเกี่ยวกับการออกกำลังกาย เป็นคำถามปลายเปิดแบบเลือกตอบ (check list) จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2.2 เป็นความถี่ในการปฏิบัติของพฤติกรรมการออกกำลังกาย จำนวน 10 ข้อเป็นแบบสอบถาม 3 ระดับ คือปฏิบัติมาก ปฏิบัติปานกลาง ปฏิบัติน้อย



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

กรณีคำถามเชิงบวกให้คะแนน (ข้อ 1, 3, 4, 9, 10) ดังนี้ ปฏิบัติมาก เท่ากับ 3 คะแนน ปฏิบัติปานกลาง เท่ากับ 2 คะแนน ปฏิบัติน้อย เท่ากับ 1 คะแนน

กรณีคำถามเชิงลบให้คะแนน (ข้อ 2, 5, 6, 7, 8) ดังนี้ ปฏิบัติมาก เท่ากับ 1 คะแนน ปฏิบัติปานกลาง เท่ากับ 2 คะแนน ปฏิบัติน้อย เท่ากับ 3 คะแนน

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายในผู้สูงอายุเป็นคำถามปลายปิด (close-end question) จำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อให้ผู้ตอบเลือกตอบ ถูกกับผิด เกณฑ์การให้คะแนน ในแต่ละข้อเป็น ดังนี้ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน

การแปลความหมายคะแนนระดับความรู้เป็น 3 ระดับ โดยเกณฑ์ให้คะแนนโดยใช้การวัด แบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1971) ดังต่อไปนี้

ระดับสูง หมายถึง คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (8-10 ข้อ)

ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนร้อยละ 60-79 ขึ้นไป (6-7 ข้อ)

ระดับต่ำ หมายถึง คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ลงมา (0-5 ข้อ)

ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามวัดระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับทัศนคติที่มีผลต่อการออกกำลังกายของผู้สูงอายุตำบลลำปางหลวง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ โดยแบ่งระดับความคิดเห็นเป็น เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด ในข้อคำถามแต่ละข้อจะใช้เกณฑ์การตรวจให้คะแนน ดังนี้ ระดับความคิดเห็น 4 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุดระดับความคิดเห็น 3 หมายถึง เห็นด้วยมากระดับความคิดเห็น 2 หมายถึง เห็นด้วยน้อยระดับความคิดเห็น 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด

เมื่อรวบรวมข้อมูลและแจกแจงความถี่แล้วจะใช้คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมาพิจารณาระดับความคิดเห็น ซึ่งมีเกณฑ์ในการพิจารณาดังนี้ Vanichbancha, K. (2011) ซึ่งสามารถแปลความหมายของระดับคะแนนของทัศนคติ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.00-4.00 หมายถึง มีระดับทัศนคติดีที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 2.00-3.00 หมายถึง มีระดับทัศนคติด้านกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00 หมายถึง มีระดับทัศนคติไม่ดี

ส่วนที่ 5 เป็นแบบสอบถามวัดระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยด้านสถานที่ ด้านบุคลากร และด้านการบริการที่มีผลต่อการออกกำลังกายของผู้สูงอายุตำบลลำปางหลวง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ แบ่งเป็นด้านสถานที่ 6 ข้อ ด้านบุคลากร 7 ข้อ และด้านบริการ 3 ข้อ โดยแบ่งระดับความคิดเห็นเป็น เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อการออกกำลังกายในผู้สูงอายุตำบลลำปางหลวง ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index) โดยแบบสอบถามมีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาด้านความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายเท่ากับ 0.90 ค่าดัชนีความ



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

ตรงของเนื้อหาทางทัศนคติที่มีผลต่อการออกกำลังกายเท่ากับ 0.87 และค่าดัชนีความตรงด้านสถานที่ ด้านบุคลากรและด้านการบริการที่มีผลต่อการออกกำลังกายเท่ากับ 0.83 และผู้วิจัยได้ นำแบบสอบถามที่ได้ ทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลลำปางหลวง อำเภอเกาะคา จำนวน 30 ชุดเพื่อทดสอบคุณภาพความเชื่อมั่นโดยประมวลผลด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา ของ ครอนบัค (cronbach's coefficient alpha) โดยถือหลักค่าความ เชื่อมั่นของแบบสอบถามมีค่าสูงกว่า 0.70 แสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นระดับดีจากการทดลองใช้ แบบสอบถาม พบว่า แบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.81 แบบสอบถามวัดระดับทัศนคติที่มีผลต่อการออกกำลังกาย มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.77 และแบบสอบถาม ด้านสถานที่ ด้านบุคลากร และด้านการบริการที่มีผลต่อการออกกำลังกายของผู้สูงอายุตำบลลำปางหลวง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76 ซึ่งสามารถนำไปเก็บข้อมูลจริงต่อไป

วิธีการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยจัดพิมพ์แบบสอบถามฉบับแก้ไขปรับปรุงเรียบร้อยแล้ว จำนวน 264 ชุด
2. ขออนุญาตทำการวิจัยและเก็บข้อมูลในผู้สูงอายุตำบลลำปางหลวง
3. ประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อช่วยเก็บข้อมูลในแต่ละหมู่
4. ดำเนินการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ในการสัมภาษณ์ครั้งนี้
 - 4.1 แนะนำตัวต่อผู้สูงอายุพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ในการสัมภาษณ์ครั้งนี้
 - 4.2 เริ่มต้นการสัมภาษณ์โดยสอบถามข้อมูลเบื้องต้นของผู้สูงอายุจากตัวผู้สูงอายุเองแล้วสอบถามตามข้อมูลต่างๆตามแบบสัมภาษณ์ที่จัดทำไว้
 - 4.3 ระหว่างสัมภาษณ์พูดคุยกับผู้สูงอายุแบบเป็นกันเอง เพื่อไม่ให้รู้สึกเบื่อในการสัมภาษณ์ครั้งนี้ และไม่คาดคั้นคำตอบในกรณีที่ผู้สูงอายุตอบไม่ได้หรือไม่เต็มใจที่จะตอบคำถามข้อนั้นจะข้ามไปก่อน แล้วค่อยกลับมาถามใหม่อีกครั้ง
 - 4.4 เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็นอื่นๆ เพิ่มเติม จากนั้นผู้วิจัยได้กล่าวขอบคุณแก่ผู้สูงอายุที่ได้ให้สัมภาษณ์ในครั้งนี้
5. นำแบบสอบถามดังกล่าวมาตรวจสอบความถูกต้อง พบว่า มีความสมบูรณ์จำนวน 255 ชุด ที่จะใช้ดำเนินการวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

วิธีวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติค่าเฉลี่ย ความถี่และร้อยละ
2. สถิติเชิงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติไค-สแควร์ (chi-square) และ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ แบบเพียร์สัน (pearson's product moment correlation coefficient)

**การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง เลขที่ 161/2563 และผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน โดยการแนะนำตัวผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการดำเนินงานทุกขั้นตอน ระยะเวลาในการดำเนินการและประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยและชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการปฏิเสธหรือการตอบรับการร่วม การวิจัยซึ่งไม่มีผลกระทบใด ต่อกลุ่มตัวอย่าง ขณะดำเนินการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยจนครบกำหนดสามารถบอกเลิกจากการวิจัย โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลและจะไม่มีผลกระทบใดๆ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยถือเป็นคนละคนและจะไม่มีผลกระทบใดๆ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยถือเป็นคนละคนและนำมาใช้เฉพาะการวิจัยในครั้งนี้เท่านั้น โดยนำเสนอข้อมูลที่ได้ในภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และมีการลงลายมือชื่อในแบบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างจำนวน ทั้งหมด 255 คน เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 61.6 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 54.9 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 52.9 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 86.3 สถานะครอบครัว อยู่กับลูกหลาน ร้อยละ 45.1 ที่มาของรายได้มาจากเบี้ยผู้สูงอายุ ร้อยละ 92.5 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 2,000 บาท ร้อยละ 51.8 มีบทบาทหน้าที่หารายได้เลี้ยงชีพตนเอง ร้อยละ 39.2 มีกิจวัตรที่ทำในช่วงกลางวันคือทำงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ ร้อยละ 51.8 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 64.3 อาการโรคประจำตัว/การดูแลรักษา พบว่า ส่วนใหญ่รักษาต่อเนื่องสม่ำเสมอ ร้อยละ 88.4

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ของระดับพฤติกรรมการออกกำลังกายที่สัมพันธ์กับปัจจัยนำ

ปัจจัยนำ	ระดับพฤติกรรมการออกกำลังกาย						X ²	df	P
	ถูกต้องน้อย		ถูกต้องปานกลาง		ถูกต้องมาก				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ									
ชาย	5	5.10	24	24.50	69	70.40	6.095	2	0.047
หญิง	5	3.20	21	13.40	131	83.40			
รวม	10	3.90	45	17.60	200	78.40			
อายุ									
60-69	4	2.80	17	12.10	119	85.00	14.369	6	0.026
70-79	3	3.90	16	20.80	58	75.30			
80-89	3	8.60	12	34.30	20	57.10			
90 ปีขึ้นไป	0	0.00	0	0.00	3	100.00			
รวม	10	3.90	45	17.60	200	78.40			



ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ของระดับพฤติกรรมการออกกำลังกายที่สัมพันธ์กับปัจจัยนำ (ต่อ)

ปัจจัยนำ	ระดับพฤติกรรมการออกกำลังกาย						X ²	df	P
	ถูกต้องน้อย		ถูกต้องปานกลาง		ถูกต้องมาก				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
สถานภาพสมรส									
โสด	2	8.30	2	8.30	20	83.30	3.915	4	0.418
คู่	5	3.70	22	16.30	108	80.00			
หม้าย/หย่า ร้าง/ แยก	3	3.10	21	21.90	72	75.00			
รวม	10	3.90	45	17.60	200	78.40			
ระดับการศึกษา									
ไม่ได้รับการศึกษา	1	4.50	11	50.00	10	45.40	20.426	12	0.059
ประถมศึกษา	9	4.10	34	15.40	177	80.40			
มัธยมศึกษาตอนต้น	0	0.00	0	0.00	4	100.00			
มัธยมศึกษาตอน ปลาย/ปวช.	0	0.00	0	0.00	2	100.00			
ปวส./อนุปริญญา	0	0.00	0	0.00	1	100.00			
ปริญญาตรี	0	0.00	0	0.00	5	100.00			
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0.00	0	0.00	1	100.00			
รวม	10	3.90	45	17.60	200	78.40			
รายได้เฉลี่ย									
ต่ำกว่า 2,000 บาท	4	3.00	28	21.20	100	75.80	4.598	8	0.800
2,000-5,000 บาท	4	4.90	12	14.80	65	80.20			
5,001-10,000 บาท	2	6.70	4	13.30	24	80.00			
10,000-20,000 บาท	0	0.00	0	0.00	5	100.00			
20,000 บาท	0	0.00	1	14.30	6	85.70			
รวม	10	3.90	45	17.60	200	78.40			
บทบาทหน้าที่									
เป็นผู้หารายได้หลัก	4	6.30	13	20.30	47	73.40	2.679	4	0.613
หารายได้เลี้ยงชีพ ตนเอง	2	2.00	18	18.00	80	80.00			
มีบุตรหลานเลี้ยงดู	4	4.40	14	15.40	73	80.20			
รวม	10	3.90	45	17.60	200	78.40			



ปัจจัยนำ	ระดับพฤติกรรมการออกกำลังกาย						χ ²	d f	P
	ถูกต้องน้อย		ถูกต้องปานกลาง		ถูกต้องมาก				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
การมีโรคประจำตัว									
มี	3	1.80	27	16.40	134	83.80	6.124	2	0.047
ไม่มี	7	7.70	18	19.80	66	72.50			
รวม	10	3.90	45	17.60	200	78.40			
ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย									
ต่ำ	1	9.10	1	9.10	9	81.80	2.436	4	0.656
ปานกลาง	3	3.60	18	21.70	62	74.70			
สูง	6	3.70	26	16.10	129	80.10			
รวม	10	3.90	45	17.60	200	78.40			
ทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย									
ต่ำ	0	0.00	0	0.00	1	100.00	1.773	4	0.777
ปานกลาง	2	2.80	10	13.90	60	83.30			
สูง	8	4.40	35	19.20	139	76.40			
รวม	10	3.90	45	17.60	200	78.40			

จากตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการออกกำลังกายในผู้สูงอายุตำบลลำปางหลวง พบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญของสถิติ ($p < .047$) ผู้สูงอายุ เพศหญิง มีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ระดับถูกต้องมากกว่าเพศชาย พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การออกกำลังกายของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .026$) ผู้สูงอายุ ที่อายุระหว่าง 60-69 ปี มีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ระดับถูกต้องมาก มากกว่าผู้สูงอายุที่อายุระหว่าง 70-79 ปี อายุ 80-89 ปี และอายุ 90 ปีขึ้นไป การมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .047$)



ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ของระดับพฤติกรรมการออกกำลังกายที่สัมพันธ์กับปัจจัยเอื้อ

ปัจจัยเอื้อ	ระดับพฤติกรรมการออกกำลังกาย						X ²	df	P
	ถูกต้องน้อย		ถูกต้องปานกลาง		ถูกต้องมาก				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
สถานที่ในการออกกำลังกาย									
ต่ำ	0	0.00	0	0.00	1	100.0	2.017	4	0.733
ปานกลาง	0	0.00	7	20.60	27	79.40			
สูง	10	4.50	38	17.30	172	78.20			
รวม	10	3.90	45	17.60	200	78.40			
บุคลากรเกี่ยวกับการออกกำลังกาย									
ต่ำ	0	0.00	0	0.00	1	100.00	4.479	4	0.345
ปานกลาง	0	0.00	9	29.00	22	71.00			
สูง	10	4.50	36	16.10	177	79.40			
รวม	10	3.90	45	17.60	200	78.40			
การบริการเกี่ยวกับการออกกำลังกาย									
ต่ำ	0	0.00	0	0.00	1	100.00	2.017	4	0.733
ปานกลาง	0	0.00	7	20.60	27	79.40			
สูง	10	0.00	38	17.30	172	78.20			
รวม	10	0.00	45	17.60	200	78.40			

จากตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับระดับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ได้แก่ สถานที่ออกกำลังกาย กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ พบว่า สถานที่ออกกำลังกาย บุคลากรเกี่ยวกับการออกกำลังกาย และการบริการเกี่ยวกับการออกกำลังกายไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน ร้อยละของระดับพฤติกรรมการออกกำลังกายที่สัมพันธ์กับปัจจัยเสริม

ปัจจัยเสริม	ระดับพฤติกรรมการออกกำลังกาย						X ²	df	P
	ถูกต้องน้อย		ถูกต้องปานกลาง		ถูกต้องมาก				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว/เพื่อน/ชุมชน									
ต่ำ	0	0.00	0	0.00	2	100.00	8.145	4	0.086
ปานกลาง	8	6.30	16	12.70	102	80.90			
สูง	2	1.60	29	22.80	96	75.60			
รวม	10	3.90	45	17.60	200	78.40			



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

จากตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับระดับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว/เพื่อน/ชุมชน กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว/เพื่อน/ชุมชน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

สรุปผลการวิจัย จากตารางที่ 1, 2 และ 3 จะเห็นว่าความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกายในผู้สูงอายุตำบลลำปางหลวง ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ย บทบาทหน้าที่ การมีโรคประจำตัว ความรู้และทัศนคติ พบว่า เพศ อายุ และ การมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ย บทบาทหน้าที่ ความรู้ของผู้สูงอายุ และทัศนคติไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สถานที่ออกกำลังกายบุคลากรเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว/เพื่อน/ชุมชน /เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการออกกำลังกาย (n = 255)

ระดับพฤติกรรม การออกกำลังกาย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับถูกต้องมาก	200	78.40
ระดับถูกต้องปานกลาง	45	17.70
ระดับถูกต้องน้อย	10	3.90

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการออกกำลังกาย (n=255)

พฤติกรรมการออกกำลังกาย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
วิธีการออกกำลังกาย(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
เดิน	189	74.10
วิ่ง	13	5.10
รำผ้าขาวม้า	20	7.80
รำวงย้อนยุค	11	4.30
เต้นแอโรบิค	11	4.30
แกว่งแขน	90	35.30
รำไม้พลอง	1	0.40
โยคะ	4	1.60



ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการออกกำลังกาย (n=255) (ต่อ)

พฤติกรรมการออกกำลังกาย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
วิธีการออกกำลังกาย(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ปั่นจักรยาน	37	14.50
เครื่องออกกำลังกาย	2	0.8
รำมวยจีน	1	0.4
ทำนออกกำลังกายกี่วันต่อสัปดาห์		
1-2 วัน	48	18.80
3-4 วัน	141	55.30
5-6 วัน	9	3.50
ทุกวัน	57	22.40
วิธีการออกกำลังกาย(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ทำนออกกำลังกายครั้งละกี่นาที		
น้อยกว่า 20 นาที	48	18.80
20-30 นาที	157	61.60
30-40 นาที	41	16.10
40-50 นาที	3	1.20
50-60 นาที	3	1.20
มากกว่า 1 ชั่วโมง	3	1.20
ช่วงเวลาที่ทำนออกกำลังกาย		
ช่วงเช้า	134	52.50
ช่วงกลางวัน	10	3.90
ช่วงเย็น	111	43.50

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย (n = 255)

ลำดับ	ข้อความถาม	ความรู้ถูกต้อง		ความรู้ไม่ถูกต้อง	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1	คนที่มีสุขภาพแข็งแรงไม่จำเป็นต้องออกกำลังกาย	226	88.60	29	11.40
2	ระยะเวลาการออกกำลังกายให้มีสุขภาพดีคือครั้งละ 15-30 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน	228	89.40	27	10.60
3	ผู้ที่มีโรคประจำตัวควรออกกำลังกายมากกว่าคนที่สุขภาพแข็งแรง	168	65.90	87	34.10



ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย (n = 255) (ต่อ)

ลำดับ	ข้อความคำถาม	ความรู้ถูกต้อง		ความรู้ไม่ถูกต้อง	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
4	การออกกำลังกายทำให้ลดการเป็นโรคต่างๆได้	216	84.70	39	15.30
5	การออกกำลังกายควรเริ่มต้นจากเบาๆไปหนัก	233	91.40	22	8.60
6	การทำงานบ้าน การทำสวน ทำไร่ การขุดดิน ไม่ถือเป็นการออกกำลังกาย	127	49.80	128	50.20
7	ผู้สูงอายุไม่ควรออกกำลังกายเพราะอาจทำให้เป็นอันตรายต่อร่างกายได้	213	83.50	42	16.50
8	การออกกำลังกาย จะช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดทำให้นอนหลับได้ดีขึ้น	241	94.50	14	5.50
9	การออกกำลังกาย จะช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดทำให้นอนหลับได้ดีขึ้น	241	94.5	14	5.50
10	การเดินแอโรบิคเป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับทุกเพศทุกวัย	121	47.5	134	52.50
ภาพรวม		1995	78.20	555	21.80

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย (n = 255)

ระดับความรู้เกี่ยวกับ การออกกำลังกาย	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (8-10 คะแนน)	161	63.10
ระดับปานกลาง (6-7 คะแนน)	83	32.60
ระดับต่ำ (0-5 คะแนน)	11	4.30

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย (n = 255)

ระดับทัศนคติเกี่ยวกับ การออกกำลังกาย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี ($\bar{X}$ =3.01-4.00)	182	71.40
ระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =2.01-3.00)	72	28.20
ระดับไม่ดี ($\bar{X}$ = 1.00-2.00)	1	0.40

**อภิปรายผล**

1.ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย จากตารางที่ 4 และ 5 พบว่า มีระดับพฤติกรรมถูกต้องมาก ร้อยละ 78.4 พฤติกรรมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุคือ พฤติกรรมหรือการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างต่อเนื่องที่ความเหนื่อยปานกลางจนถึงเหนื่อยมาก เพื่อให้ร่างกายได้เผาผลาญพลังงานที่เก็บสะสม โดยการออกกำลังกายเป็นการออกแรงของกล้ามเนื้ออย่างมีแบบแผนและกระทำอย่างต่อเนื่อง วันละ 30 นาทีต่อวันจำนวน 3-5 วัน ต่อสัปดาห์ เพื่อสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ อีกทั้งควรเลือกการออกกำลังกายที่เหมาะสม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงในการออกกำลังกาย สมรรถภาพและความสามารถในการออกกำลังกายแต่ละบุคคล (Saravitee,N.,2017) ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงออกกำลังกาย ด้วยวิธีการเดิน (ร้อยละ 74.1) ออกกำลังกาย 3-4 วันต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 55.3) ออกกำลังกายครั้งละ 20-30 นาที (ร้อยละ 61.6) ในช่วงเช้า (ร้อยละ 52.5) ซึ่งจัดเป็นพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้องในระดับมาก

2.ด้านความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย จากตารางที่ 6 และตารางที่ 7 พบว่า มีความรู้ถูกต้อง ร้อยละ 78.2 และมีความรู้อยู่ในช่วงคะแนนระดับสูงระหว่าง 8-10 คะแนน ร้อยละ 63.1 อาจเนื่องจากความรู้เป็นพฤติกรรมขั้นต้นที่ผู้เรียนรู้ เพียงแต่เกิดความจำได้ โดยอาจจะเป็นการนำได้หรือ โดยการมองเห็น ได้ยิน เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลจากการนึกได้ การมองเห็น ได้ยิน และ จำจากข่าวสารเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ไม่ว่าจะเป็นจากอาสาสมัครสาธารณสุข/บุคลากรสาธารณสุข (ร้อยละ 57.2) จากเพื่อนบ้าน/ญาติพี่น้อง/ลูกหลาน (ร้อยละ 36.5) หอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน (ร้อยละ 34.9) จึงส่งผลให้มีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายอยู่ในระดับสูงสอดคล้องกับ (Mayer,A. et al.,2019) การศึกษาในกลุ่มชาติพันธุ์ซึ่งส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษา แต่กลับมีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายในระดับความรู้อาจเกี่ยวกับได้รับความรู้และข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการออกกำลังกายจากหน่วยงานที่ดูแลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในชุมชนถึงแสดงให้เห็นถึงการเข้าถึงบริการทางสุขภาพทั้งที่เป็นพื้นที่ทางไกล

3. ด้านทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย จากตารางที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก และพบว่าทัศนคติอยู่ในระดับดี ร้อยละ 71.4 ผลเนื่องจากทัศนคติเป็นดัชนีชี้ว่า บุคคลนั้นคิดและรู้สึกอย่างไรกับคนรอบข้าง วัตถุหรือสิ่งแวดล้อมตลอดจนสถานการณ์ต่างๆ โดยทัศนคตินั้นมีรากฐานมาจาก ความเชื่อที่อาจส่งผลถึงพฤติกรรมในอนาคตเหล่านี้ ล้วนส่งผลให้ผู้สูงอายุมีทัศนคติในระดับดี สอดคล้องกับ (Mayer,A. et al.,2019) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี (Mean=2.51) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่ได้คะแนนสูงสุด 3 อันดับแรก คือ การออกกำลังกายช่วยลดความเครียด (Mean=2.99) การออกกำลังกายเป็นประจำทำให้ร่างกายสดชื่นและคลายเครียด (Mean=2.97) และการออกกำลังกายเป็นประจำช่วยชะลอความเสื่อมของร่างกาย (Mean=2.90)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับระดับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การมีโรคประจำตัว บทบาทหน้าที่ ความรู้ และทัศนคติ พบว่า เพศ อายุและการมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Sangwornkarn, T.,Jumderm,A.,2017). ศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เปรียบเทียบกับระหว่างชาย



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

และหญิง พบว่า การเปรียบเทียบแรงจูงใจในการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างเพศชายและเพศหญิง โดยรวมมีความแตกต่างกัน และหากพิจารณารายด้าน พบว่า เพศหญิงมีแรงจูงใจในด้านการแพทย์ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (Sangdaow,T, 2011) พบว่าอายุต่างกัน ทำให้แรงจูงใจในการออกกำลังกายแตกต่างกันทุกด้าน เนื่องจากความแตกต่างของช่วงอายุทำให้บุคคลมีความเข้าใจและตระหนักในความสำคัญของการออกกำลังกายต่างกัน งานวิจัยพบว่า อายุ 25 ปี และ 26-35 ปี มีแรงจูงใจมากกว่าอายุ 35 ปีขึ้นไป สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน บทบาทหน้าที่ ความรู้ และทัศนคติไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับระดับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ได้แก่ สถานที่ออกกำลังกาย บุคลากรเกี่ยวกับการออกกำลังกาย การบริการเกี่ยวกับการออกกำลังกาย พบว่า สถานที่ออกกำลังกาย บุคลากรเกี่ยวกับการออกกำลังกาย การบริการเกี่ยวกับการออกกำลังกายไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

6. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับระดับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว/เพื่อน/ชุมชนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. หน่วยงานต่างๆ ที่มีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ควรมีการจัดกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้อง โดยเน้นส่งเสริมให้กลุ่มเพศชาย ได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมให้มากขึ้น
2. หน่วยงานต่างๆ ที่มีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ควรมีการจัดกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุกลุ่มอื่น เช่น กลุ่มอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป มีส่วนร่วมเรียนรู้ในการพัฒนาพฤติกรรมการออกกำลังกายมากขึ้น
3. หน่วยบริการสุขภาพควรจัดกิจกรรมต่างๆ ให้สอดคล้องเหมาะสมกับเพศ และช่วงอายุของผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความร่วมมือ และการส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- Bangkok Community Health Research Center. (2018). *Exercise in the Eldely*: (on line), Available: [https:// www.bangkokhealth.com/health/article](https://www.bangkokhealth.com/health/article) (2021,10,May)
- Bloom BS. (1971). *Hand book on formation and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Foundation of Thai gerontology research and development institute (Tgri). (2014). *Situation of the Thai elderly 2013*: (Online), Available: <http://www.thaigri.org> (2021,15, April)
- Foundation of Thai gerontology research and development institute (Tgri). (2016). *Situation of the Thai elderly 2014*: (on line), Available: <http://www.thaigri.org> (2021,15, April)
- Foundation of Thai gerontology research and development institute (Tgri). (2017). *Situation of the Thai elderly 2016*: Nakhonpathom: Printery. (in Thai).



- Green, L.W. and M.W. Kreuter. (1991). *Health promotion planning: An educational and environmental approach*. Second Edition. Mayfield Publishing Company, Toronto.
- Lampangluang public health center. (2018). *Elderly people in home-bound and bed bound group registration*. (in Thai)
- Mayer, A. et al. (2019). *Knowledge and attitudes about exercise among ethnic people living in Mae Salong Nok District Mae Fah Luang District Chiang Rai Province*. Chiang Rai: Chiang Rai Rajabhat University
- Ministry of public health. (2018). *Lampang Health data center*. (online), Available: <http://hdc.service.moph.go.th> (2018, 5, August)
- Office of the National Economic and Social Development Council. (2019). *Report of the population projections for Thailand 2010-2040 (Revision)*. Bangkok: Amarin Printing & Publishing Public Co., Ltd.
- Sangdaow, T. (2011). *Motivation to Exercise at Clark Hatch Fitness Center in Nonthaburi Province Area in 2010*. Master thesis, M.Ed. (Physical Education). Bangkok: Graduate School, Srinakharinwirot University. (in Thai)
- Sangwornkarn, T., Jumderm, A. (2017). *Motivation to Exercise of people in Chumphon Province*. Chumphon: Institute of Physical Education Chumphon. (in Thai)
- Saravitee, N. (2017). *Causal Model of exercise behaviors of elderly based on theory of planned behavior*. (thesis of master of science) : Chonburi Burapha University. (in Thai)
- Srisa-ard, B. (2003). *Development of curriculum and curriculum research*. Bangkok: Suweeriyasarn. (in Thai)
- Vanichbancha, K. (2011). *Statistics Analysis: Statistics for Administration and research*. (13th ed). Bangkok: Chulalongkorn University Printing House.
- Yamane, Taro. (1973). *Statistics: An Introductory Analysis Third edition*. New York: Harper and Row Publication.



Factors Predicting Quality of Life in Older People with a History of Falls

Anurak sangchan^{1*}, Ekkarat Chuaintha^{2*}, Puangpet Meesiri^{3*}, Atchara Sittiruk^{4*}

(Received February 18, 2021, 2021, Revised: May 3, 2021, Accepted: May 27, 2021)

Abstract

This correlational predictive research aimed to investigate the predictive power of quality of life in older adults with a history of falls for 6 months in the community of Mae Tha, Hang Chat and Muang districts, Lampang province. Participants were 120 older people who had a history of fall for 6 months. Data were collected by using questionnaires which consisted of 1) personal data; 2) Berg balance scale (BBS); 3) Barthel Activities of Daily Living: ADL; 4) Falls Efficacy Scale International (Thai FES-I); 5) Thai Geriatric Depression Scale15: GDS-15.; 6) World Health Organization Quality of Life Brief – Thai, WHOQOL-BREF-THAI). Descriptive statistics in terms of Frequency, percentage, mean, and standard deviation, and also Multiple Linear Regression were used for data analysis.

The results revealed that 95% of the participants were self-sufficient and sociable (Mean = 80.16, S.D. = 16.35), 70% had good stability (Mean = 45.59, S.D. = 13.39) 68.5 % had a high level of fear to falls (Mean = 34.86, S.D. = 11.94), 61.7 % of them had no depression (Mean = 4.4, S.D. = 2.5) and 77.50% had moderate quality of life (Mean = 80.16, S.D. = 16.35). 2) Factors significantly affecting quality of life of the participants were depression, fear of falls and ability to perform daily activities ($p < .05$) which these three variables joining together can predict quality of life of the participants with 27 % ($R^2 = .27$, $F = 14.38$, $p < .05$, $df = 119$). There were three variables, depression, fear of falling and ability to perform daily activities, that had standardized regression coefficients with a value of -.50 (Beta = -.50), -.24 (Beta = -.24) and -.23 (Beta = -.23) respectively.

The findings can be used to promote the elderly routine practice by provide knowledge on how to act for reduce fear of falls and organize related activities to reduce depression in older people. In addition, the program for reducing negative factors to quality of life in older people with a history of falls in the future should be provided.

Keywords: Predicting factors; The elderly with a history of falls; Quality of life

* Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

¹Corresponding author: nu_rak13@hotmail.com



ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติหกล้ม

อนุรักษ์ แสงจันทร์*, เอกรัตน์ เชื้ออินตา*, พวงเพชร มีศิริ*, อัจฉรา สิทธิรักษ์*

(วันรับบทความ : 18 กุมภาพันธ์ 2564, วันแก้ไขบทความ : 3 พฤษภาคม 2564, วันตอบรับบทความ : 27 พฤษภาคม 2564)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภายหลังการหกล้มในระยะเวลา 6 เดือน ที่อาศัยในชุมชน อำเภอแม่ทะ อำเภอห้างฉัตร และอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีประวัติการหกล้ม ในระยะเวลา 6 เดือน จำนวน 120 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามซึ่งประกอบไปด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความสามารถในการทรงตัว 3) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 4) แบบประเมินความกลัวการหกล้ม 5) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และ 6) แบบประเมินคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รวมทั้งสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression)

ผลการวิจัย พบว่า 1) กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 95 เป็นผู้สูงอายุที่พึ่งพาตัวเองและเข้าสังคมได้ (Mean = 80.16, S.D. = 16.35) ร้อยละ 70 มีการทรงตัวที่ดี (Mean = 45.59, S.D. = 13.39) ร้อยละ 68.5 มีความกลัวการหกล้มในระดับมาก (Mean = 34.86, S.D. = 11.94) ร้อยละ 61.7 ไม่มีภาวะซึมเศร้า (Mean = 4.4, S.D. = 2.5) และร้อยละ 77.50 ของผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง (Mean = 80.16, S.D. = 16.35) ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติหกล้ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 3 ตัวแปร คือ ภาวะซึมเศร้า ความกลัวการหกล้ม และ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยตัวแปรทั้งสามร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติหกล้ม ได้ร้อยละ 27 ($R^2 = .27$, $F = 14.38$, $p < .05$, $df = 119$) เรียงลำดับจากมากไปน้อยตามค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน ดังนี้ ภาวะซึมเศร้า (Beta = -.50) ความกลัวการหกล้ม (Beta = -.24) และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Beta = -.23)

ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อลดความกลัวการหกล้ม และการจัดกิจกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้า รวมถึงการจัดโปรแกรมเพื่อลดปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติหกล้มในอนาคต

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนายหกล้ม; ผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติหกล้ม; คุณภาพชีวิต

* อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

¹ผู้ประสานงาน: nu_rak13@hotmail.com

**บทนำ**

ปัญหาการหกล้มในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มประมาณ 646,000 คน (WHO, 2020) ในสหรัฐอเมริกามีรายงานผู้สูงอายุจำนวน 1 ใน 4 ของผู้ที่อายุมากกว่า 65 ปี มีประวัติการหกล้ม และในทุกๆ 11 นาที มีผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลจากการหกล้ม นอกจากนั้นยังพบผู้สูงอายุที่เสียชีวิตจากการหกล้ม ในทุกๆ 19 นาที (NCOA, 2020) สำหรับประเทศไทยมีผู้สูงอายุเสียชีวิตจากการหกล้ม กว่า 1,000 คน หรือ เฉลี่ยวันละ 3 คน เพศชายมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าเพศหญิงกว่า 3 เท่า และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบว่า ในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป มีอัตราการเสียชีวิตจากการหกล้มเพิ่มขึ้นมากกว่า 3 เท่า ขณะที่กลุ่มอายุ 60 - 69 ปี และ 70 - 79 ปี เพิ่มขึ้น 2 เท่า ในช่วงระยะเวลา 8 ปี จากการคาดการณ์ภาพรวมของประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2560 - 2564 จะมีผู้สูงอายุพลัดตกหกล้มปีละประมาณ 3,030,900 - 5,506,000 คน ซึ่งในจำนวนนี้จะมีผู้เสียชีวิต จำนวน 5,700 - 10,400 คนต่อปี (Sri Chang, & kawee, 2017) และมีผู้สูงอายุร้อยละ 23.72 มีความเสี่ยงหกล้ม (Noopud et al., 2020) นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในเขตชุมชนมีการหกล้มและบาดเจ็บรุนแรงสูงถึงร้อยละ 4.50 (Boonyarat, 2018)

การหกล้มทำให้ผู้สูงอายุได้รับผลกระทบทางด้านร่างกาย ผู้สูงอายุจะได้รับบาดเจ็บ ตั้งแต่การบาดเจ็บระดับเล็กน้อย จนถึงการบาดเจ็บรุนแรง เช่น แผลถลอก ฟกช้ำ กระดูกหัก กระทั่งการบาดเจ็บที่สมองหรือที่ผิวหนังอย่างรุนแรง บางรายอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต และในผู้สูงอายุบางคนที่ได้รับบาดเจ็บทางร่างกาย ส่งผลให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ มีภาวะทุพพลภาพ ต้องเผชิญกับภาวะพึ่งพิง เป็นภาระกับผู้ดูแล บางรายต้องรับการผ่าตัด ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา (Morrison, Fan, Sen, & Weisenfluh, 2013) นอกจากการบาดเจ็บทางด้านร่างกายแล้ว ผู้สูงอายุที่เคยมีประสบการณ์หกล้ม จะมีความรู้สึกกลัวการหกล้ม ทำให้เกิดความไม่มั่นใจในการทำกิจวัตรประจำวันและการเคลื่อนไหว ส่งผลให้ผู้สูงอายุจำกัดการเคลื่อนไหวและการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ (Martin, Hart, Spector, Doyle, & Harari, 2005) และการหกล้มยังส่งผลกระทบต่อจิตใจ โดยผู้สูงอายุที่เคยมีประสบการณ์การหกล้มจะเกิดความกังวล ซึมเศร้า ตลอดจนสูญเสียความมั่นใจในการเดิน (Rodseeda, 2018) และพบว่าร้อยละ 66.3 มีอาการกลัวการหกล้มซ้ำ (Kitkumhang, Kittimanon, & Pannanothai, 2006) ทำให้ผู้สูงอายุหลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม จนเกิดการแยกตัวจากสังคมในที่สุด จากข้อมูลดังกล่าวมาแสดงให้เห็นว่าผลกระทบจากการหกล้ม ที่ไม่เพียงแต่ส่งผลต่อผู้สูงอายุ ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ (Rongmuang et al., 2016) และยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ตามแนวคิดของ World Health Organization (1997) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต คือ ความรู้สึกพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อองค์ประกอบต่างๆ ของชีวิตที่มีส่วนสำคัญมากที่สุดของบุคคล ซึ่งได้จากการดำรงชีวิตอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีมีความสุขมีความสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมและสังคมที่ตนอยู่ได้อย่างดี ดังนั้น คุณภาพชีวิตที่ดีในผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติหกล้ม ที่ได้รับผลกระทบทั้งทาง



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

ร่างกาย และจิตใจ จึงหมายถึงผู้สูงอายุที่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข ปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างดี โดยการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอยู่กับปัจจัยเกี่ยวข้องจากหลากหลายองค์ประกอบร่วมกัน

จากการทบทวนวรรณกรรม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือ ปัจจัยด้านร่างกาย และจิตใจ ประกอบด้วย ความกลัวการหกล้ม (Yodmai, Phummarak, Sirisuth, Kumar, & Somrongthong, 2015) ภาวะซึมเศร้า (Borowiak, & Kostka, 2004) การทรงตัว (Thaweewannakij, Amatachaya, Peungsuwan, & Mato, 2010) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Yamwong, 2014) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้และฐานะการเงิน การเป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคมและการรับสวัสดิการกองทุนผู้สูงอายุ โรคประจำตัว การดูแลสุขภาพสุขภาพตนเอง และภาวะสุขภาพจิต เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลและมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (Wongpanarak, & Chaleoykittin, 2014) โดยปัจจัยที่กล่าวมานั้น บางส่วนเป็นปัจจัยที่บทบาทของพยาบาลไม่สามารถเข้าไปจัดกิจกรรมในการส่งเสริมแก้ปัญหาได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกปัจจัยที่สามารถให้การพยาบาลเพื่อป้องกันส่งเสริมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตได้ 4 ปัจจัย คือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการทรงตัว ความกลัวการหกล้ม ความเครียด ซึ่งอธิบายความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ดังนี้

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่ทำเป็นประจำในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว การประกอบอาหาร (Jitapankul et al., 1998) ในผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จะมีความยากลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยร้อยละ 7.34 ของผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มที่ต้องการการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน (Yamwong, 2014) จึงทำให้มีความต้องการผู้ดูแล ส่งผลให้สูญเสียแรงงานในการดูแล เสียค่าใช้จ่าย หรือบางกลุ่มที่ไม่สามารถหาผู้ดูแลได้มีความจำเป็นต้องพึ่งพาสิ่งสนับสนุนทางสังคมอื่น เช่น เพื่อนบ้าน ชุมชน หรือสวัสดิการจากรัฐ เป็นสิ่งที่แสดงถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับรายงานผลการศึกษาคคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์ทางบวก กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Yamwong, 2014) ดังนั้นกลุ่มผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติหกล้ม จึงส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพ หรือการบาดเจ็บ ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง และอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ภายหลังการหกล้ม ผู้สูงอายุที่พักรักษาอาการบาดเจ็บ ร่วมกับความรู้สึกไม่มั่นคงในการเคลื่อนไหวร่างกาย ส่งผลต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ทำให้ความสามารถในการทรงตัวลดลง ร่วมกับผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางเสื่อมถอยลง ทั้งทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อและประสาทรับความรู้สึก ส่งผลให้ความสามารถในการรักษาสมดุลการทรงตัวลดลง (Lapanantasin et al., 2015) ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุไม่มีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรม และมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ แต่ผลการศึกษาของ Thaweewannakij, Amatachaya, Peungsuwan, & Mato (2010) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกับการทรงตัว พบว่า อาสาสมัคร 3 กลุ่ม คือ กลุ่ม exercise กลุ่ม lifestyle active



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

และกลุ่ม inactive ที่มีการทรงตัวแตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตใกล้เคียงกัน แต่ไม่สามารถบอกได้ว่าความสามารถในการทรงตัวเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้หรือไม่

ความกลัวการหกล้ม หมายถึง บุคคลมีการรับรู้ความสามารถในตนเองต่ำ ไม่มั่นใจในตนเองทำให้หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่อาจจะก่อให้เกิดการล้มขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Tinetti, Richman, & Poweell, 1990) โดยในผู้สูงอายุที่เคยมีประสบการณ์หกล้มมาแล้ว ร้อยละ 50 มีความรู้สึกกลัวการหกล้มซ้ำ (Kressig et al., 2001) ทำให้ผู้สูงอายุไม่มีความมั่นใจในตนเองในการเดิน และการทำกิจกรรมต่างๆในสังคม จนกระทั่งหลีกเลี่ยงการเข้าสังคม ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีความกลัวการหกล้มมีคุณภาพชีวิตลดลงเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่มีความกลัวการหกล้ม (Cumming et al., 2000)

นอกจากความกลัวการหกล้มแล้ว ภายหลังการหกล้มผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บ หรือพิการ ทำให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง มีผลให้เกิดความเครียด ความกังวล และภาวะซึมเศร้า (Rodseeda, 2018) ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในบ้านและสถานพยาบาล (Borowiak, & Kostka, 2004) แต่ยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติหกล้ม และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีประวัติเคยหกล้มเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยนี้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย พบการศึกษาที่รวบรวมการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในภูมิภาคที่แตกต่างกัน คือ ภาคเหนือ ภาคใต้ ภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน (Wongpanarak & Chaleoykitt, 2014) แต่ยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติหกล้มมาก่อน ดังนั้น งานวิจัยเรื่องนี้จึงสนใจศึกษากลุ่มผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติหกล้มมาก่อน เนื่องด้วยปัจจัยหลายอย่างที่แตกต่างกันจากผู้สูงอายุปกติ และคัดเลือกปัจจัยที่ใช้ในการศึกษามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจัยที่คัดเลือกเป็นปัจจัยที่บทบาทพยาบาลสามารถให้การดูแลและแก้ไขได้ ซึ่งประกอบไปด้วยปัจจัย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการทรงตัว ความกลัวการหกล้ม และภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการดูแล และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในชุมชน ในเขตพื้นที่จังหวัดลำปาง เนื่องด้วยปัจจุบันประเทศไทยกำลังพัฒนาเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และจังหวัดลำปางเป็นจังหวัดที่เป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) โดยมีประชากรสูงอายุ ร้อยละ 23.03 ของประชากรทั้งจังหวัด

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติหกล้ม และศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติหกล้ม ประกอบด้วยปัจจัย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการทรงตัว ความกลัวการหกล้ม และภาวะซึมเศร้า กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติหกล้มที่อาศัยอยู่ในชุมชน ในอำเภอแม่ทะ อำเภอห้างฉัตร และอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง



สมมติฐานการวิจัย

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการทรงตัว ความกลัวการหกล้ม และภาวะซึมเศร้า อย่างน้อย 1 ปัจจัย สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติหกล้มได้

ขอบเขตงานวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย (correlational predictive research) เพื่อศึกษาปัจจัยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปัจจัยความสามารถในการทรงตัว ปัจจัยความกลัวการหกล้ม และปัจจัยภาวะซึมเศร้า กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เคยหกล้ม ศึกษาในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และเคยมีประวัติหกล้มที่อาศัยอาศัยอยู่ในชุมชน ในอำเภอแม่ทะ อำเภอห้างฉัตร และอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง โดยมีระยะเวลาในการทำวิจัยใน เดือนมิถุนายน พ.ศ.2562 ถึง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2563

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปและเคยมีประวัติหกล้มที่อาศัยอยู่ในจังหวัดลำปาง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติในการคัดเลือก (inclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปและเคยมีประวัติการหกล้มในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา
2. สามารถสามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
3. ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของระบบจิตประสาท
4. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

5. การรับรู้เกี่ยวกับบุคคล เวลาและสถานที่ มีความปกติ ซึ่งประเมินโดยแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) (Institute of Geriatric Medicine, 1999) จะคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้คะแนนผ่านเกณฑ์ คือ ได้คะแนนตั้งแต่ 14 คะแนนขึ้นไปสำหรับผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ คะแนนตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป สำหรับผู้ที่เรียนระดับประถมศึกษา และคะแนนตั้งแต่ 22 คะแนนขึ้นไปสำหรับผู้เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Thorndike (1978) อ้างถึงใน Srisatidnarukul (2010) คือ $n \geq 10k + 50$ โดย n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง k = จำนวนตัวแปรอิสระทั้งหมดที่ศึกษา โดยการศึกษาครั้งนี้ตัวแปรอิสระที่ใช้ในการศึกษาจำนวน 5 ตัวแปร ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการทรงตัว ความกลัวการหกล้ม ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิต ได้กลุ่มตัวอย่าง 100 คน ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ของขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้เนื่องจากอาจมีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างรวมเป็น 120 คน



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถาม มีทั้งหมด 4 ชุด ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน และจำนวนสมาชิกในครอบครัว

2. แบบเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยใช้แบบประเมินคัดกรองผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทย และปรับปรุงโดย Jitapankul et al. (1998) เป็นการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ประกอบด้วยการประเมินกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนไหว การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้น-ลงบันได การอาบน้ำ การควบคุมการถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน แบ่ง เป็น 3 กลุ่มดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัด หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 -4 คะแนน (Jitapankul et al., 1998)

2.2 แบบประเมินความสามารถในการทรงตัว โดยใช้ Berg balance scale (BBS) ของ Berg (1989) เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ทดสอบความสามารถในการทรงตัว มีค่า sensitivity และ specificity 0.72 และ 0.73 ตามลำดับ โดยแบบประเมินมีทั้งหมด 14 หัวข้อ ตั้งแต่ นั่ง ลุกขึ้นยืน ยืนเท้าชิด ยืนโน้มตัวไปข้างหน้า หันศีรษะไปมองด้านหลัง ก้มเก็บของ ยืนขาเดียว และยกเท้าแตะขึ้นบันได เป็นต้น เป็นแบบประเมินประเภท ordinal scale มี 5 ระดับ คิดคะแนนโดย การนำคะแนนของแต่ละกิจกรรมมารวมกันเป็น มีคะแนนรวมทั้งหมด 56 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนของแบบประเมินน้อยกว่า 45 จะมีความเสี่ยงต่อการล้มสูง (Thaweewannakij et al, 2010)

2.3 แบบประเมินความกลัวการหกล้ม ใช้แบบประเมิน Falls Efficacy Scale International (Thai FES-I) ที่สร้างและพัฒนาขึ้น โดยสมาคมป้องกันการหกล้มแห่งยุโรป (ProFaNE) และได้รับการแปลเป็นภาษาไทย (Thai FES-I) โดย Thiamwong (2011) แบบประเมินเป็นลักษณะข้อคำถามเกี่ยวกับระดับความกลัวการหกล้ม เมื่อต้องปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ทั้งหมด 16 กิจกรรม ประกอบด้วย กิจกรรมทางกายและกิจกรรมทางสังคมทั้งที่ง่ายและยาก ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้

ไม่กลัวหกล้มเลย ให้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน

กลัวหกล้มเล็กน้อย ให้คะแนนเท่ากับ 2 คะแนน

กลัวหกล้มมาก ให้คะแนนเท่ากับ 3 คะแนน

กลัวหกล้มมากที่สุด ให้คะแนนเท่ากับ 4 คะแนน



เกณฑ์การให้คะแนน คะแนนรวมของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 16-64 คะแนน ถ้าคะแนนอยู่ในช่วง 16-21 คะแนน แสดงว่าไม่ก้ำกั้วการทกล้ม คะแนนอยู่ในช่วง 22-27 คะแนน แสดงว่า ก้ำกั้วการทกล้มเล็กน้อยถึงปานกลาง และคะแนนอยู่ในช่วง 28-64 คะแนน แสดงว่า ก้ำกั้วการทกล้มมาก

4. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ใช้แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทยฉบับสั้น 15 ข้อ (Thai Geriatric Depression Scale15: GDS-15) พัฒนาโดย เยสสาเวชและคณะ แปลเป็นภาษาไทยโดย Wongpakara, & Wongpakaran (2012) ลักษณะข้อคำถามของแบบวัด เป็นแบบเลือกตอบใช่/ไม่ใช่ มีข้อคำถามทั้ง คำถามเชิงบวกและลบ การคิดคะแนน ให้ 1 คะแนน หากตอบว่า ใช่ ในข้อต่อไปนี้ 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15 และให้ 1 คะแนน หากตอบว่า ไม่ใช่ ในข้อต่อไปนี้ 1, 5, 7, 11, 13 จากนั้นรวมคะแนนการแปลผล คะแนน 0-4 คะแนน ไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนน 5-10 คะแนน เริ่มมีภาวะซึมเศร้า ควรได้รับคำแนะนำเบื้องต้น และคะแนน 11-15 คะแนน เป็นโรคซึมเศร้า ควรพบแพทย์เพื่อรับการรักษา

5. คุณภาพชีวิต ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อภาษาไทย (WHOQOL-BREF THAI) ในการศึกษาที่ผู้วิจัยเลือกแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ WHOQOL-BREF-THAI ของ Mahatnirunkul et al. (1998) ซึ่งมีคำถามทั้งหมด 26 ข้อ ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย (physical domain) ด้านจิตใจ (psychological domain) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) และด้านสิ่งแวดล้อม (environment) โดยมีคะแนนตั้งแต่ 26-130 คะแนน หากได้คะแนน 26-60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนนตั้งแต่ 61-95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ และคะแนน 96-130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Mahatnirunkul et al.,1998)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว และรายได้ต่อเดือน ใช้การแจกแจงความถี่และร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการทรงตัว ความก้ำกั้วการทกล้ม ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิต วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยโดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression) ของตัวแปรความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการทรงตัว ความก้ำกั้วการทกล้ม ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิต โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมวิจัย

ภายหลังจากการที่ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ทำวิจัย โดยผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง เลขที่ E2563-087 แล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และแจ้งให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย สิทธิประโยชน์ที่พึงได้รับ ได้แก่ การได้รับความเคารพในคุณค่าความเป็นมนุษย์ การพิทักษ์สิทธิในการปกปิดข้อมูลส่วนบุคคลจากการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ รวมถึงประโยชน์ของการนำข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการปรับปรุงการพยาบาลในอนาคต และผู้วิจัยแจ้งให้ทราบ



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อผู้สูงอายุและครอบครัว ข้อมูลทุกอย่างของผู้สูงอายุถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัยเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อนามสกุลที่แท้จริงของผู้สูงอายุ หากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัยแล้วไม่ต้องการตอบแบบสอบถามสามารถบอกยกเลิกได้ตลอดเวลา

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติหกล้ม จำนวน 120 คน เกินครึ่งเป็นเพศชาย ร้อยละ 51.70 มีอายุระหว่าง 60-95 ปี อายุเฉลี่ย 66.50 ปี (S.D.=6.78) เรียนจบชั้นประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.10 สถานภาพสมรสคู่ มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 64.20 จำนวนสมาชิกในครอบครัวมากที่สุด 2-3 คน คิดเป็นร้อยละ 59.20 และรายได้ของครอบครัว เฉลี่ย 9,752.71 บาท (S.D.=11,066.50)

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 95.00 เป็นผู้สูงอายุที่พึ่งพาตัวเองและเข้าสังคมได้ และมีการทรงตัวที่ดี เสี่ยงต่อการหกล้มในระดับต่ำ ร้อยละ 70.00 ในขณะเดียวกันผู้สูงอายุก็มีความกลัวการหกล้มในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 68.50 และกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุร้อยละ 61.70 ไม่มีภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้แล้วผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง ร้อยละ 77.50 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของระดับ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการทรงตัว ความกลัวการหกล้ม ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติหกล้ม (n=120)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Mean = 18.72, S.D. = 3.65)		
1. กลุ่มที่พึ่งพาตัวเองได้ (12 คะแนนขึ้นไป)	114	95.00
2. กลุ่มพึ่งพาตัวเองได้บ้าง (5 -11 คะแนน)	2	1.70
3. กลุ่มติดเตียง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (0 -4 คะแนน)	4	3.30
ระดับความสามารถในการทรงตัว (Mean = 45.59, S.D.= 13.39)		
1. เสี่ยงต่อการล้มสูง (น้อยกว่า 45 คะแนน)	36	30.00
2. เสี่ยงต่อการล้มต่ำ (มากกว่า 45 คะแนน)	84	70.00
ระดับความกลัวการหกล้ม (Mean = 34.86, S.D.= 11.94)		
1. ไม่กลัวการหกล้ม (16-21 คะแนน)	22	18.30
2. กลัวการหกล้มเล็กน้อยถึงปานกลาง (22-27 คะแนน)	19	15.80
3. กลัวการหกล้มมาก (28-64 คะแนน)	79	65.80
ระดับภาวะซึมเศร้า (Mean = 4.4, S.D. = 2.5)		
1. ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-4คะแนน)	74	61.70
2. เริ่มมีภาวะซึมเศร้าควรได้รับคำแนะนำเบื้องต้น (5-10คะแนน)	43	35.80
3. เป็นโรคซึมเศร้าควรพบแพทย์เพื่อรับการรักษา (11-15คะแนน)	3	2.50
ระดับคุณภาพชีวิต (Mean = 80.16, S.D. = 16.35)		
1. มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (26 – 60 คะแนน)	10	8.30
2. มีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ (61 – 95 คะแนน)	93	77.50
3. มีคุณภาพชีวิตที่ดี (96 – 130 คะแนน)	17	14.20



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

นอกจากนี้แล้วการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่พึ่งพาตัวเองได้ส่วนใหญ่ร้อยละ 74.20 มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง โดยผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความกลัวการหกล้มมากถึงร้อยละ 59.20 ในขณะเดียวกันกลับมีคะแนนการทรงตัวที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มต่ำ ร้อยละ 51.70 และผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 48.30 ดังตารางที่ 2-5

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติหกล้ม จำแนกตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (n =120 คน)

ความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน	ระดับคุณภาพชีวิต จำนวน (ร้อยละ)			รวม
	คุณภาพชีวิตไม่ดี	คุณภาพชีวิตกลาง ๆ	คุณภาพชีวิตที่ดี	
1.กลุ่มที่พึ่งพาตัวเองได้	8 (6.70)	89 (74.20)	17 (14.20)	114 (95.00)
2.กลุ่มพึ่งพาตัวเองได้บ้าง	1 (0.80)	1 (0.80)	0 (0.00)	2 (1.70)
3.กลุ่มติดเตียง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้	1 (0.80)	3 (2.50)	0 (0.00)	4 (3.30)
รวม	10 (8.30)	93 (77.50)	17 (14.20)	120 (100)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติหกล้ม จำแนกตามความสามารถในการทรงตัวกับระดับคุณภาพของผู้สูงอายุ (n =120 คน)

ความสามารถในการทรงตัว	ระดับคุณภาพชีวิต จำนวน (ร้อยละ)			รวม
	คุณภาพชีวิตไม่ดี	คุณภาพชีวิตกลาง ๆ	คุณภาพชีวิตที่ดี	
1. กลุ่มเสี่ยงหกล้มสูง	4 (3.30)	31 (25.80)	1 (0.80)	36 (30.00)
2. กลุ่มเสี่ยงหกล้มต่ำ	6 (5.00)	62 (51.70)	16 (13.30)	84 (70.00)
รวม	10 (8.30)	93 (77.50)	17 (14.20)	120 (100)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติหกล้ม จำแนกตามความกลัวการหกล้มกับระดับคุณภาพของผู้สูงอายุ (n =120 คน)

ความกลัวการหกล้ม	ระดับคุณภาพชีวิต จำนวน (ร้อยละ)			รวม
	คุณภาพชีวิตไม่ดี	คุณภาพชีวิตกลาง ๆ	คุณภาพชีวิตที่ดี	
1. กลุ่มไม่กลัวการหกล้ม	4 (3.30)	10 (8.30)	8 (6.70)	22 (18.30)
2. กลุ่มกลัวการหกล้มปานกลาง	3 (2.50)	12 (10.00)	4 (3.30)	19 (15.80)
3. กลุ่มกลัวการหกล้มมาก	3 (2.50)	71 (59.20)	5 (4.20)	79 (65.80)
รวม	10 (8.30)	93 (77.50)	17 (14.20)	120 (100)



ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติหกล้ม จำแนกตามภาวะซึมเศร้ากับระดับคุณภาพของผู้สูงอายุ (n = 120 คน)

ภาวะซึมเศร้า	ระดับคุณภาพชีวิต จำนวน (ร้อยละ)			รวม
	คุณภาพชีวิตไม่ดี	คุณภาพชีวิตกลาง ๆ	คุณภาพชีวิตที่ดี	
1. กลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า	2 (1.70)	58 (48.30)	14 (11.70)	74 (61.10)
2. กลุ่มที่เริ่มมีภาวะซึมเศร้า	6 (5.00)	34 (28.30)	3 (2.50)	43 (35.80)
3. กลุ่มที่เป็นโรคซึมเศร้า	2 (1.70)	1 (0.80)	0 (0.00)	3 (2.50)
รวม	10 (8.30)	93 (77.50)	17 (14.20)	100

เมื่อพิจารณาปัจจัยที่ร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติหกล้มพบว่า ปัจจัยที่ร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 3 ตัวแปร คือ ภาวะซึมเศร้ามีน้ำหนักในการทำนายสูงที่สุดโดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ -.50 รองลงมาคือความกลัวการหกล้มโดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ -.24 และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ -.23 โดยตัวแปรทั้งสามร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้ร้อยละ 27 ($R^2 = .27$) และมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนายเท่ากับ 10.53 (S.E. = 10.53) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการทรงตัว ความกลัวการหกล้มและภาวะซึมเศร้า ในรูปแบบคะแนนดิบ (B) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) ของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติหกล้ม โดยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) (n=120)

ตัวแปรทำนาย	B	Std. Error	Beta	t- value	p-value
ความกลัวการหกล้ม	-.326	.113	-.238	-2.89	.000
ภาวะซึมเศร้า	-3.27	.593	-.502	-5.521	.000
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	-1.011	.412	-.226	-2.454	.005
ค่าคงที่ (constant)	124.859	10.533		11.854	.000

$R = 0.52$, $R^2 = 0.27$, $F = 14.38$, $p\text{-value} < .05$



อภิปรายผล

ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติหกล้ม ในระยะเวลา 6 เดือนผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 77.50 มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเกี่ยวข้องกับการที่ผู้สูงอายุมีระดับการทรงตัวที่ดี มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่สามารถพึ่งพาตนเองและสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ รวมทั้งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Yodmai, Phummarak, Sirisuth, Kumar, & Somrongthong (2015) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง โดยปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติหกล้ม ประกอบด้วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความกลัวการหกล้ม และภาวะซึมเศร้า ซึ่งทั้ง 3 ปัจจัยร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติหกล้มได้ร้อยละ 27 ($R^2 = .27$, $F = 14.38$, $p < .05$, $df = 119$)

ปัจจัยที่มีความสามารถในการทำนายสูงที่สุด คือ ภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 61.7 ไม่มีภาวะซึมเศร้า และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมได้ จึงไม่เกิดภาวะซึมเศร้า แต่ในขณะเดียวกันมีผู้สูงอายุร้อยละ 35.8 เริ่มมีอาการซึมเศร้า โดยในผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติหกล้มได้รับผลกระทบจากการหกล้ม ตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนกระทั่งถึงระดับรุนแรงที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งการหกล้มเป็นหนึ่งสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความบกพร่องทางร่างกายในระยะสั้นหรือพิการ ทำให้สูญเสียการทำงาน ก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา โดยผลการศึกษานี้พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติหกล้ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.44$, $p < .05$) และเป็นปัจจัยร่วมทำนายที่มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยสูงที่สุด ($Beta = -.50$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Rodseeda (2018) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติเคยหกล้มจะเกิดความกังวล และมีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากการจำกัดการทำกิจกรรมต่างๆ ก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระ หดหู่ อาจกล่าวได้ว่าการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายส่งผลกระทบต่อจิตใจผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jamfa et al. (2019) ที่กล่าวว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ด้านลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในบ้านและสถานพยาบาล (Borowiak, & Kostka, 2004) แต่อย่างไรก็ตามสุขภาพด้านร่างกายและสุขภาพด้านจิตใจ ส่งผลกระทบซึ่งกันและกัน ดังนั้นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ควร มุ่งเน้น ส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจไปพร้อมๆ กัน

ความกลัวการหกล้ม เป็นปัจจัยที่มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยสูงเป็นอันดับ 2 ($Beta = -.24$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ($r = -.28$, $p < .05$) ซึ่งภายหลังจากการมีประสบการณ์หกล้มในครั้งแรก ส่งผลให้ผู้สูงอายุ มีความวิตกกังวล กลัวการหกล้มอีกครั้ง กลัวว่าตนเองจะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลัวเป็นภาระของลูกหลาน ทำให้มีความระมัดระวังมากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Marungga & Kespichayawattana (2010) ที่พบว่า ความกลัวการหกล้ม มี 4 ประเด็น คือ กลัวไม่มีใครเห็นเวลาหกล้ม กลัว



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

เจ็บป่วยมากขึ้น กลัวเป็นภาระคนอื่น และกลัวว่าล้มแล้วอาจเสียชีวิต ดังนั้น เมื่อผู้สูงอายุจะดำเนินกิจกรรมใดๆ จะมีความรู้สึกกลัวการหกล้ม วิตกกังวลในการทำกิจกรรม และหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมต่างๆ รวมถึงหลีกเลี่ยงการเข้าสังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายหลังการหกล้ม (Marungga & Kespichayawattana, 2010) สอดคล้องกับการศึกษาของ Chang, Chi, Yang, & Chou, (2010) ที่ศึกษาผลกระทบของการหกล้ม และความกลัวการหกล้มกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในประเทศไต้หวัน พบว่า ความกลัวการหกล้มมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางลบ ทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่พบว่า ความกลัวการหกล้มไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (Ratmanee, & Piphatvanitcha, 2017)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่เคยหกล้ม เป็นปัจจัยร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยลำดับที่ 3 ($Beta = -.23$) ซึ่งอธิบายได้ว่าภายหลังการหกล้ม ผู้สูงอายุได้รับการบาดเจ็บด้านร่างกายและจิตใจ ถึงแม้เป็นอาการบาดเจ็บที่ไม่รุนแรง แต่ยังคงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดด้านการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน รวมถึงการทำงานประจำลดลง ซึ่งส่งผลต่ออาชีพและรายได้ของผู้สูงอายุและครอบครัว นอกจากนี้กลุ่มที่ได้รับบาดเจ็บเล็กน้อยยังมีผู้สูงอายุที่มีความพิการภายหลังจากการหกล้ม และมีความต้องการผู้ดูแลที่ต้องเสียค่าใช้จ่าย หรือแรงงานคน ในขณะที่ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถหาผู้ดูแลได้ต้องพึ่งพาสวัสดิการจากภาครัฐ ดังนั้น เมื่อผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เหมือนเดิม จึงส่งผลต่อการดำเนินชีวิตปกติและกระทบต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งผลของการศึกษาในครั้งนี้ไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของ Yamwong (2014) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งจะเห็นได้ว่าการส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความจำเป็นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคต

ในขณะที่ปัจจัยความสามารถในการทรงตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติหกล้ม ($r=.20, p>.05$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 70 มีความสามารถในการทรงตัวที่ดี ทำให้มีความเสี่ยงต่อการหกล้มต่ำ ($Mean = 45.59, S.D.=13.39$) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 66.5 ปี ซึ่งเป็นผู้สูงอายุวัยต้น ที่มีสภาวะร่างกายยังถือว่าแข็งแรง สุขภาพดี และสามารถดำรงชีวิตได้ตามลำพัง จึงมีผลต่อความมั่นใจในการเดิน การทำงาน รวมถึงการเข้าสังคม และการออกกำลังกายที่มีผลต่อการสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ที่มีส่วนช่วยในการทรงตัวของผู้สูงอายุ (Thaweewannakij et al., 2010) ซึ่งแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการทรงตัวต่ำ หรือมีลักษณะของการก้าวเดินที่ผิดปกติ ซึ่งเมื่อเคลื่อนไหวร่างกายจะเกิดอาการสั่น เซ ไม่มั่นคง ทำให้ผู้สูงอายุไม่มั่นใจว่าตนเองจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างปลอดภัยโดยไม่เกิดการหกล้ม จึงมีการจำกัดกิจกรรมนอกบ้านเพราะกลัวการหกล้ม (Fletcher & Hirdes, 2004) ส่งผลทำให้เกิดการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ มีโอกาสที่จะหกล้มสูงกว่าปกติ และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการทรงตัวดี จึงไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จึงเป็นเหตุผลให้ผลการศึกษานี้ ยังไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Bjerk et al., (2018) ที่พบว่า



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

ผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานดูแลผู้สูงอายุ ที่มีคะแนนความสามารถในการทรงตัวในระดับต่ำ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (physical function) (Bjerk et al., 2018).

จากผลการศึกษาช่วยชี้ให้เห็นว่า ภาวะซึมเศร้า ความกลัวการหกล้ม และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติหกล้ม ดังนั้นเพื่อป้องกันอันตรายและภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดกับผู้สูงอายุที่เคยหกล้ม และป้องกันการหกล้มซ้ำ จึงควรส่งเสริมการมีกิจกรรมการสร้างเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ส่งเสริมการทรงตัว ลดและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า รวมทั้งลดความกลัวการหกล้ม เพื่อสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคต อย่างไรก็ตามปัจจัยความสามารถในการทรงตัวที่ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติหกล้มได้ อาจเนื่องจากปัจจัยอื่นๆที่มีผลต่อการศึกษาในครั้งนี้ ดังนั้น การศึกษาในครั้งต่อไปควรมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ระดับความรุนแรงของผลกระทบจากการหกล้มร่วมด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันดูแลช่วยเหลือสนับสนุน ญาติ ผู้ดูแลและผู้สูงอายุ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต ในประเด็นต่อไปนี้
 - 1.1 ป้องกันการเกิดและการลดภาวะซึมเศร้า โดยการให้ความรู้ คำแนะนำ รวมถึงการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การรวมกลุ่มทำงานฝีมือ กิจกรรมนันทนาการ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ลดความเครียดของผู้สูงอายุและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
 - 1.2 ลดความรู้สึกกลัวการหกล้ม โดยการให้ความรู้ ส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุออกกำลังกาย เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ สร้างความมั่นใจและลดความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุ
 - 1.3 ให้ความรู้และส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ป้องกันกล้ามเนื้ออ่อนแรงในผู้สูงอายุ และเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
2. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ควรประสานงานกับภาคีเครือข่าย เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มูลนิธิ และหน่วยงานอื่นๆ เพื่อการมีส่วนร่วมในการจัดการป้องกันและแก้ปัญหาของการหกล้มของผู้สูงอายุ ให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาโปรแกรมพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติหกล้ม โดยการจัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ ภาวะซึมเศร้า ความกลัวการหกล้ม และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
2. ศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติหกล้ม เช่น ความสามารถในการทรงตัว สิ่งแวดล้อม การเข้าถึงสิ่งสนับสนุนทางสังคม และระดับความรุนแรงของการหกล้ม เป็นต้น ป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป

**เอกสารอ้างอิง**

- Berg K. (1989). Measuring balance in the elderly: preliminary development of an instrument. *Physiotherapy Canada*, 41(6), 304-11.
- Bjerk, M., Brovold, T., Skelton, D. and Bergland, A. (2017). A falls prevention programme to improve quality of life, physical function and falls efficacy in older people receiving home help services: study protocol for a randomised controlled trial. *BioMed central health services research*, 2-9. (on line). DOI 10.1186/s12913-017-2516-5
- Boonyarat, Y. (2018). Fall prevention for older adults in community by patients centered. *Lampang medical journal*, 39(1), 41-43. (in Thai).
- Borowiak E, Kostka T. (2004). Predictors of quality of life in older people living at home and in institutions. *Aging clinical and experimental research*. 16(3), 212-20. doi: 10.1007/BF03327386. PMID: 15462464.
- Chang N.T., Chi L.Y., Yang N.P., Chou P. (2010). The impact of falls and fear of falling on health-related quality of life in Taiwanese elderly. *Journal of community health nursing*. 27(2), 84-95.
- Cumming, R. G., Salkeld, G., Thomas, M., & Szonyi, G. (2000). Prospective study of the impact of fear of falling on activities of daily living, SF-36 scores, and nursing home admission. *The Journals of gerontology. Series A, biological sciences and medical sciences*, 55, M299-305.
- Fletcher, P., & Hirdes, J. P. (2004). Restriction in activity associated with fear of falling among community-based seniors using home care services. *Age and Aging*, 33(1), 273-279.
- Institute of Geriatric Medicine. (1999). *Mini-mental state examination-Thai version (MMSE-Thai 2002)*. Bangkok: Department of Medical, Ministry of Public Health; 1999.
- Jamfa, W., Chumpeeruang, S., Rueangphut, P. (2019). Depression and Quality of life among elderly Living in Muang Nakhon Sawan Province. *Boromarajonani college of nursing, uttaradit journal*, 11(2), 259-271. (in Thai).
- Jitapankul, S. (1998). Principles of geriatric medicine. Chulalongkorn University Press; 85-6.
- Kitkumhang V, Kittimanon N, Pannanothai S. (2006). Risk factors of fall in elderly in the community. *Journal of health sciences*, 15(5), 787-99. (in Thai)
- Kressig, R. W., Wolf, S. L., Sattin, R. W., O'Grady, M., Greenspan, A., Curns, A., & Kutner, M. (2001). Associations of demographic, functional, and behavioral characteristics with activity-related fear of falling among older adults transitioning to frailty. *Journal of the american geriatrics society*, 49(11), 1456-1462. (Internet). (Cited 2020. February 2). [online], Available: <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1532-5415.2001.4911237>.



- Lapanantasin, S., Techovanich, W., Na Songkhla, P., Odglun, Y., Wikam, S. (2015). Balance performance and fear of fall improvement for elderly women living in Ongkharak and Bang-luek subdistrict of Nakhonayok province by a community-based service. *Thai Journal of physical therapy*, 37(2), 63-77. (in Thai).
- Mahatnirunkul S, Tantipiwattanaskul W, Pumpaisalchai W, Wongsuwan K, Prommanajirangkul W. (1998). Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF (26 items). *Journal of mental health Thailand*, 5, 4-15. (in Thai).
- Martin FC, Hart D, Spector T, Doyle DV, Harari D. (2005). Fear of falling limiting activity in young- old women is associated with reduced functional mobility rather than psychological factors. *Age ageing*, 34(3), 281- 7. doi: 10.1093/ageing/afi074. PMID: 15863412.
- Marungga, M., Kespichayawattana, J. (2010). Fear of falling experiences of older persons. *Journal of nursing science chulalongkorn university*, 24(3), 29-41.
- Morrison A, Fan T, Sen SS, Weisenfluh L. (2013). Epidemiology of falls and osteoporotic fractures: a systematic review. *ClinicoEconomics and Outcomes Research* 5, 9-18. doi: 10.2147/CEOR.S38721. Epub 2012 Dec 28. PMID: 23300349; PMCID: PMC3536355.
- National Council on Aging. (2020). *Falls Prevention Facts*. (Internet). (Cited 2021. February 2). [online], Available: <https://www.ncoa.org/news/resources-for-reporters/get-the-facts/falls-prevention-facts/>.
- Yamwong, N. (2014). Quality of life and physical activities of daily living among elderly patients at HRH Princess Maha Chakri Sirindhorn Medical Center. *Journal of medicine and health sciences*, 21(1), 35-42. (in Thai).
- Noopud, P., Phrom-On, D., Woradet, S., and Chaimay, B. (2020). Prevalence of fall risk and factors associated with fall risk among elderly people. *Journal of sports science and health*, 21(1), 125-137. (in Thai).
- Ratmanee, A., Piphatvanitcha, N. (2017). Factors related to fear of falling in older adults with stroke. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 33(1), 63-76. (in Thai).
- Rodseeda, P. (2018). Fall Prevention among the Elderly Living in a Community: The Nursing Role in Home Health Care. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 11(2), 15-25. (in Thai).
- Rongmuang, D., Tongdee, J., Nakchattri, C., Sombutboon, J. (2016). Incidence and Factors Associated with Fall among the Community-Dwelling Elderly, Suratthani. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 27(1), 123-138. (in Thai).
- Srisatidnarukul, B. (2010). *The Methodology in Nursing Research*. 5th ed. Bangkok: You & I Inter Media Ltd.



- Thaweewannakij, T., Amatachaya, S., Peungsuwan, P., Mato, M. (2010). Balance, fall and quality of life in active and inactive elderly. *Journal of medical technology and physical therapy*, 22(3), 271-279. (in Thai).
- Thiamwong, L. (2011). Psychometric Testing of the Falls Efficacy Scale-International (FES-I) in Thai Older Adults. *Songklanagarind medical journal*, 29(6), 277-287.
- Tinetti, M. E., Richman, D., & Poweell, L. (1990). Falls efficacy as a measure of fear of falling. *Journal of gerontology: Psychological Sciences*, 45(6), 293-243
- Wongpakaran N, Wongpakaran T. (2012). Prevalence of major depressive disorders and suicide in long-term care facilities: a report from Northern Thailand. *Psychogeriatrics*, 12(1), 11-17.
- Wongpanarak, N., Chaleoykitti, S. (2014). Quality of Life: A Study of Elderly in Thailand. *Journal of the royal Thai army nurses*, 15(3), 64-79. (in Thai).
- World Health Organization. (1997). Programme on mental health: WHOQOL Measuring quality of life. Geneva: WHO.
- World Health Organization. Violence and Injury Prevention: Falls (on line). [online], Available: http://www.who.int/violence_injury_prevention/other_injury/falls/en/. (2020, December, 5).
- Yamwong, N. (2014). Quality of life and physical activities of daily living among elderly patients at HRH Princess Maha Chakri Sirindhorn Medical Center. *Journal of Medicine and Health Sciences*, 21(1), 35-42. (in Thai).
<http://med.swu.ac.th/research/images/Journal/21-1-4-56/4.pdf>
- Yodmai, K., Phummarak, S., Sirisuth, J. C., Kumar, R., & Somrongthong, R. (2015). Quality of life and fear of falling among an aging population in semi rural, Thailand. *Journal of ayub medical college, Abbottabad : JAMC*, 27(4), 771-774.



คำแนะนำการส่งต้นฉบับเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ หรือ Journal of Health Science Scholarship (JOHSS) เป็นวารสารที่เป็นสื่อกลางในการนำเสนอผลงานทางวิชาการและงานวิจัย เพื่อสนับสนุนและยกระดับขีดความสามารถในการผลิตและสร้างองค์ความรู้ด้านการพยาบาล ด้านการแพทย์ และด้านสาธารณสุข เป็นวารสารรายหกเดือนหรือครึ่งปี กำหนดการออกวารสาร ฉบับที่ 1 (มกราคม-มิถุนายน) และฉบับที่ 2 (กรกฎาคม-ธันวาคม)

เรื่องที่ส่งเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ต้องเป็นงานวิชาการด้านการพยาบาล ด้านการแพทย์ และด้านสาธารณสุข รับบทความประเภท บทความวิจัย (Research article) บทความวิชาการ (Academic article) บทความปริทัศน์ (Review article)

บทความที่เสนอเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ จะได้รับการประเมินแบบไม่เปิดเผยตัวตนสองทาง (double-blind review) โดยผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ท่าน บรรณาธิการจะพิจารณาข้อเสนอแนะในการปรับแก้ก่อนที่ผู้เขียนจะได้รับแจ้งข้อเสนอแนะดังกล่าวผลการพิจารณาจากกองบรรณาธิการถือเป็นสิ้นสุด

บทความต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อนและต้องไม่อยู่ระหว่างการเสนอเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น

ประเภทของบทความที่รับพิจารณาเพื่อเผยแพร่

1. **บทความวิจัย (Research article)** คือ รายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย หรือ การพัฒนาอย่างเป็นระบบ ควรประกอบด้วย

- 1.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 1.2 ชื่อผู้เขียนพร้อมชื่อหน่วยงานที่สังกัด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ กรณีมีผู้ร่วมวิจัยหลายคน ให้ระบุผู้รับผิดชอบบทความ (corresponding author) พร้อมหมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่และ email address พร้อมทั้งชื่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษของผู้ร่วมวิจัยทุกคนในบทความ
- 1.3 บทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยต้องระบุถึงแบบแผนการวิจัย วัตถุประสงค์ ประชากรและตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และผลการวิจัย ความยาวไม่เกิน 250 คำ
- 1.4 คำสำคัญ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 1.5 บทนำ (ที่แสดงถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาหรือภูมิหลังของงานที่ศึกษา)
- 1.6 วัตถุประสงค์ของการศึกษา คำถามการวิจัย หรือ สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)
- 1.7 ขอบเขตการศึกษา ควรระบุให้ครบทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหาหรือตัวแปร ด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ด้านพื้นที่และด้านระยะเวลา
- 1.8 นิยามศัพท์/กรอบแนวคิด (ถ้ามี)
- 1.9 ระเบียบวิธีวิจัย หรือ วิธีดำเนินการวิจัย (Methods) ให้บอกรายละเอียดของสิ่งที่น่าสนใจ เริ่มด้วยรูปแบบแผนการศึกษา (study design) เช่น descriptive หรือ quasi-experiment แล้วระบุประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่ายหรือแบบหลายขั้นตอน รวมถึงวิธีหรือมาตรการที่ใช้ศึกษา (interventions) เครื่องมือที่ใช้ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การทดสอบความ



นำเชือถือ วิธีการเก็บข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูล วิธีวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ ซึ่งอาจเป็นวิธีการเชิงคุณภาพ หรือวิธีการเชิงปริมาณขึ้นอยู่กับประเภทของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างซึ่งการวิจัยที่ดีพิมพ์ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ (Ethical committee approval) โปรดระบุผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการชุดใดบ้างและเมื่อไร และให้ระบุเลขที่ที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยดังกล่าว

1.10 ผลการศึกษา แสดงผลของการวิจัย และข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการศึกษาวิจัยนั้นๆ อาจมีภาพตาราง และแผนภูมิประกอบให้ชัดเจน เข้าใจได้ง่าย ไม่ควรเสนอตารางเป็นภาพถ่าย

1.11 การอภิปรายผล รวมถึงการให้ข้อเสนอแนะบนพื้นฐานของผลงานวิจัย

1.12 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement) (ถ้ามี) มีย่อหน้าเดียวเป็นแจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือหรือมีผู้สนับสนุนทุนการวิจัยที่สำคัญจากที่ใดบ้าง

1.13 เอกสารอ้างอิง (Reference) คือ รายการเอกสารอ้างอิง ต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย ผู้เขียนต้องแปลรายการเอกสารอ้างอิงนั้นเป็นอังกฤษ และเพิ่ม “(in Thai)” ทำรายการอ้างอิงนั้นๆ ด้วย (รายละเอียดวิธีการอ้างอิงให้ดูในหัวข้อการเขียนอ้างอิง) การอ้างอิงเอกสารให้ใช้ระบบ APA style โดยทำเป็นวงเล็บวางไว้หลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง ทุกรายการให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษ (รายละเอียดในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง) การเรียงลำดับรายการเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ให้เรียงลำดับตามตัวอักษร A----->Z

2. บทความวิชาการ (Academic articles) คือ งานเขียนซึ่งเป็นเรื่องที่น่าสนใจ เป็นความรู้ใหม่ กล่าวถึงความ เป็นมาของปัญหา วัตถุประสงค์ แนวทางการแก้ปัญหา มีการใช้แนวคิดทฤษฎี ผลงานวิจัยจากแหล่งข้อมูล เช่น หนังสือวารสารวิชาการ อินเทอร์เน็ต ประกอบการวิเคราะห์ วิจัย เสนอแนวทางการแก้ไข ควรประกอบด้วย

2.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.2 ชื่อผู้เขียนพร้อมชื่อหน่วยงานที่สังกัด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ กรณีมีผู้ร่วมวิจัยหลายคน ให้ระบุผู้รับผิดชอบบทความ (corresponding author) พร้อมหมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่และ email address พร้อมทั้งชื่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษของผู้ร่วมวิจัยทุกคนในบทความ

2.3 บทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยต้องระบุถึงวัตถุประสงค์ หัวข้อสำคัญที่นำเสนอ สรุป และข้อเสนอแนะ โดยเนื้อหาในบทคัดย่อความยาวไม่เกิน 250 คำ

2.4 คำสำคัญ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.5 บทนำ (ที่แสดงเหตุผลหรือที่มาของประเด็นที่ต้องการอธิบายหรือวิเคราะห์)

2.6 เนื้อหาของบทความ จะเป็นการอธิบายหรือวิเคราะห์ประเด็นตามหลักวิชาการ โดยมีการสำรวจเอกสารหรืองานวิจัยเพื่อสนับสนุนจนสามารถสรุปผลการวิเคราะห์ในประเด็นนั้นได้ อาจเป็นการนำความรู้จากแหล่งต่างๆ มาประมวลร้อยเรียงเพื่อวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ โดยผู้เขียนสามารถแสดงทัศนะทางวิชาการของตนเองไว้อย่างชัดเจนด้วย ส่วนสุดท้ายจะเป็นส่วนสรุปและข้อเสนอแนะ มีการเขียนเอกสารอ้างอิงที่ครบถ้วนสมบูรณ์

2.7 References คือ รายการเอกสารอ้างอิง ต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย ผู้เขียนต้องแปลรายการเอกสารอ้างอิงนั้นเป็นอังกฤษ และเพิ่ม “(in Thai)” ทำรายการอ้างอิงนั้นๆ ด้วย (รายละเอียดวิธีการอ้างอิงให้ดูในหัวข้อการเขียนอ้างอิง)



3. บทความปริทัศน์ (Review Article) คือ บทความที่มีการผสมผสานแนวคิด และผลการวิจัยหลายๆ งานวิจัย โดยผู้เขียนจะสังเคราะห์แนวคิดเหล่านี้ ตลอดจนสังเคราะห์ผลการวิจัยจากงานวิจัยต่างๆ เพื่อประมวลเป็นข้อโต้แย้งในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยวัตถุประสงค์ของการเขียนบทความปริทัศน์ คือ เป็นการสรุป วิเคราะห์ และสังเคราะห์ความรู้ทั้งทางกว้างและทางลึกอย่างทันสมัยจากผลงานวิจัยอื่นๆ และ/หรือผลงานวิชาการอื่นๆ จนถึงปัจจุบัน เพื่อเป็นการทบทวนการก้าวหน้าทางวิชาการของเรื่องนั้นๆ โดยให้ข้อวิพากษ์ที่ชี้ให้เห็นแนวโน้มที่ควรศึกษาและพัฒนาต่อไป ควรประกอบด้วย

3.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.2 ชื่อผู้เขียนพร้อมชื่อสังกัด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และขอให้ระบุผู้รับผิดชอบบทความ (corresponding author) พร้อมหมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่และ email address

3.3 บทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.4 คำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.5 บทนำเพื่อกล่าวถึงความน่าสนใจของเรื่องที่นำเสนอ ก่อนเข้าสู่เนื้อหาในแต่ละประเด็น

3.6 เนื้อหาของบทความจะนำเสนอในแต่ละประเด็นและต้องมีบทสรุปเรื่องที่เสนอ พร้อมข้อเสนอแนะจากผู้เขียนเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวสำหรับให้ผู้อ่านได้พิจารณาประเด็นที่น่าสนใจต่อไป ผู้เขียนควรตรวจสอบเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับบทความที่นำเสนออย่างละเอียด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเนื้อหาที่ใหม่ที่สุด ข้อมูลที่นำเสนอจะต้องไม่จำเพาะเจาะจงเฉพาะผู้อ่านที่อยู่ในสาขาของบทความเท่านั้น แต่ต้องนำเสนอข้อมูลที่ซึ่งผู้อ่านในสาขาอื่นสามารถเข้าใจได้

3.7 บทสรุปหรือวิจารณ์

3.8 References คือ รายการเอกสารอ้างอิง ต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย ผู้เขียนต้องแปลรายการเอกสารอ้างอิงนั้นเป็นอังกฤษ และเพิ่ม “(in Thai)” ท้ายรายการอ้างอิงนั้นๆ ด้วย (รายละเอียดวิธีการอ้างอิงให้ดูในหัวข้อการเขียนอ้างอิง)

ทั้งบทความวิจัย (Research Article) บทความวิชาการ (Journal Article) บทความปริทัศน์ (Review Article) และบทวิจารณ์บทความ (Article Review) ผู้นิพนธ์กรุณาแนบหนังสือขอเสนอบทความในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ ซึ่งอยู่ด้านหลังสุดของเอกสารชุดนี้ ทั้งนี้ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 20 หน้า (รวมเอกสารอ้างอิง) ขนาดกระดาษ A4 (รูปแบบอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16)

การเตรียมบทความต้นฉบับ

การรับบทความต้นฉบับ ระบบจะรับไฟล์ MS Words เท่านั้น และต้องไม่มี file protection เนื่องจาก reviewer อาจจะทำให้ความเห็นโดยใช้ Track Changes หรือ New Comment

1. ชื่อเรื่อง (title) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ต้องกะทัดรัดและสื่อเป้าหมายหลักของการศึกษา ไม่ใช้คำย่อ ความยาวไม่เกิน 100 ตัวอักษร รวมช่องไฟ ถ้าชื่อยาวมาก ให้ตัดเป็นชื่อย่อรอง (subtitle)

2. ชื่อผู้เขียน (author and co-author) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้ชื่อเต็ม ไม่ใช้คำย่อ ไม่ต้องระบุ ตำแหน่งและคำนำหน้าชื่อ

3. ชื่อสังกัด/สถานที่ปฏิบัติงาน (affiliation) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้ชื่อหน่วยงานที่ผู้เขียนปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบัน ทั้งนี้ในกรณีมีมากกว่าหนึ่งสังกัด ขอให้ระบุมาเพียงสังกัดเดียว เมื่อมีผู้เขียนหลายคน และอยู่คนละสังกัดให้ใช้สัญลักษณ์ต่อไปนี้ตามลำดับเพื่อแยกสังกัด *, ** โดยให้ระบุเป็นเชิงอรรถในหน้านั้นๆ



4. บทคัดย่อ (abstract) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ ความเป็นมาและเหตุผล ระเบียบวิธีศึกษา ผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ บทคัดย่อภาษาไทยไม่ควรเกิน 1 หน้ากระดาษ และภาษาอังกฤษ ไม่ควรเกิน 1 หน้ากระดาษ เช่นเดียวกัน ใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยชน์สมบูรณ์ มีความหมายในตัวเองโดยไม่ต้องหาความหมายต่อ ไม่ควรมีคำย่อในภาษาอังกฤษต้องเป็นประโยคติด

5. คำสำคัญ (keywords) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษวางไว้ท้ายบทคัดย่อ และ Abstract

6. บทนำ (Introduction) เป็นการแสดงถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา ภูมิหลังและเหตุผล (background and rationale) เป็นส่วนของบทความที่บอกเหตุผลที่นำไปสู่การศึกษา ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จุดมุ่งหมายของการศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้ผู้อ่านทราบถึงปัญหา ลักษณะและขนาดของปัญหาที่นำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัยให้ได้ผลเพื่อแก้ปัญหาหรือตอบคำถามที่ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่จำเป็นต้องใช้ในการศึกษาอาจวางพื้นฐานไว้ในส่วนนี้

7. วัตถุประสงค์ของการศึกษา คำถามการวิจัย หรือ สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)

8. ขอบเขตการศึกษา ควรระบุให้ครบทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหาหรือตัวแปร ด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ด้านพื้นที่และด้านระยะเวลา

9. นิยามศัพท์/กรอบแนวคิด (ถ้ามี)

10. ระเบียบวิธีวิจัย หรือ วิธีดำเนินการวิจัย (Methods) ให้บอกรายละเอียดของสิ่งที่นำมาศึกษา เริ่มด้วยรูปแบบแผนการศึกษา (study design) เช่น descriptive หรือ quasi-experiment แล้วระบุประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่ายหรือแบบหลายขั้นตอน รวมถึงวิธีหรือมาตรการที่ใช้ศึกษา (interventions) เครื่องมือที่ใช้ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การทดสอบความน่าเชื่อถือ วิธีการเก็บข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูล วิธีวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ ซึ่งอาจเป็นวิธีการเชิงคุณภาพหรือวิธีการเชิงปริมาณขึ้นอยู่กับประเภทของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างซึ่งการวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ (Ethical committee approval) โปรดระบุผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการชุดใดบ้างและเมื่อไร และให้ระบุเลขที่ที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยดังกล่าว

11 ผลการศึกษา แสดงผลของการวิจัย และข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการศึกษาวิจัยนั้นๆ อาจมีภาพ ตาราง และแผนภูมิประกอบให้ชัดเจน เข้าใจได้ง่าย ไม่ควรเสนอตารางเป็นภาพถ่าย

11 การอภิปรายผล รวมถึงการให้ข้อเสนอแนะบนพื้นฐานของผลงานวิจัย

12 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement) (ถ้ามี) มีย่อหน้าเดียวเป็นแจ้งให้ทราบว่ามี การช่วยเหลือหรือมีผู้สนับสนุนทุนการวิจัยที่สำคัญจากที่ใดบ้าง

13. เอกสารอ้างอิง (Reference) คือ รายการเอกสารอ้างอิง ต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย ผู้เขียนต้องแปลรายการเอกสารอ้างอิงนั้นเป็นอังกฤษ และเพิ่ม “(in Thai)” ท้ายรายการอ้างอิงนั้นๆ ด้วย (รายละเอียดวิธีการอ้างอิงให้ดูในหัวข้อการเขียนอ้างอิง) การอ้างอิงเอกสารให้ใช้ระบบ **APA style** โดยทำเป็นวงเล็บวางไว้หลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง การเขียนรายการอ้างอิงทุกรายการให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษ (รายละเอียดในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง) การเรียงลำดับรายการเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ให้เรียงลำดับตามตัวอักษร A----->Z

14. การส่งต้นฉบับพร้อมหนังสือขอเสนอบทความในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ โดยการเสนอบทความผ่านระบบการส่งบทความแบบออนไลน์หรือระบบ Online Journal System (OJS) ที่เป็น web site ที่



วารสารได้กำหนดไว้ให้ทาง <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/johss> ซึ่งเมื่อท่านเข้าสู่ URL แล้วจะมีแบบฟอร์มให้ดาวน์โหลดเอกสารและคำแนะนำการส่งบทความ Submission

การเขียนเอกสารอ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิงให้ใช้การอ้างอิงระบบ APA Style ให้เรียงลำดับตามตัวอักษร มีรายละเอียดและตัวอย่างของเอกสารอ้างอิง ดังนี้

หนังสือ

ชื่อผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง ครั้งที่พิมพ์. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์

Davis, Keith. (1967). *Human Relation at Work: The Dynamic of Organization Behavior*. New York: McGraw-Hill.

บทความในวารสาร

ชื่อผู้เขียน. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร. ปีที่ (เดือน): เลขหน้า.

Eiamsumang, P., Srisuriyavait, R., & Homsin, P. (2013). Risk factors of unintended repeat pregnancy among adolescents. *The public health journal of Burapha University*. 8(1), 55-67. (in Thai).

Egloff, G. & Fitzpatrick, A. (1997). Vocationally Oriented Language Learning. *Learning Teaching Journal*. 30(July): 226: 242.

เว็บไซต์

Lynch, T. (1996). *DS9 trials and tribble-actions review*. [Online], Available: <http://www.bradley.edu/campusorg/psiphi.html>. (1997, 8 October)

Computer Crime and Intellectual Property Section (CCIPS). (2003). How to Report Internet-Related Crime [Online], Available: <http://www.cybercrime.gov/reporting.htm>. (2004, 17 January)

จากแหล่งอื่นๆ

Agrawal, A. (2008, March 5–6). *The role of local institutions in adaptation to climate change*. Paper presented at the Social Dimensions of Climate Change, Social Development Department, The World Bank, Washington, DC.

Central Statistics Office of Republic of Botswana. (2008). *Gross domestic product per capita 06/01/1994 to 06/01/2008* [Statistics]. Available from CEIC Data database.

Supakorndej, S. (2003). *The process of recycling bank on Ban Thai Samakee community in Ban Pong, Ratchaburi*. Unpublished Master's thesis, Mahidol University.

Wilfley, D. E. (1989). *Interpersonal analysis of bulimia*. Doctoral dissertation, University of Missouri, Columbia.



ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง (เนื่องจากต้องทำให้วารสารเป็นมาตรฐาน ดังนั้น Reference หากเป็นภาษาไทย: ผู้เขียนบทความต้องเปลี่ยน Reference ภาษาไทยให้เป็นภาษาอังกฤษด้วย แล้ววงเล็บข้างหลังว่า (in Thai). และให้นำชื่อผู้แต่งหรือหน่วยงานที่อ้างอิงที่ท่านทำเป็นภาษาอังกฤษ ไปใส่อ้างอิงในบทความด้วย)

ประาสี อเนก. (2554). องค์ประกอบทางการตลาดที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้คุณค่าในการใช้บริการสปาของนักท่องเที่ยวต่างชาติในจังหวัด เชียงใหม่. *วารสารวิทยาการจัดการ*. 28(2), 64-72.

ให้เขียนเป็น

Anek. P. (2011). The Marketing Component Influence to the Value Perception in Using Spa Service of Foreigner Tourist in Chiangmai Province. *Journal of management sciences*. 28(2), 64-72. (in Thai).

Ebel, R. L., & Frisbie, D. A. (1986). *Essentials of Educational Measurement* (4th ed.). New Jersey: Prentice-Hall.

Nunnally, J. (1978). *Psychometric theory*. New York: MacGraw-Hill.

Radermacher, H., Feldman, S., & Bird, S. (2010). Food security in older Australians from different cultural backgrounds. *Journal of Nutrition, Education and Behavior*. 42(5), 328-336.

ข้อควรระวังการจัดเตรียมบทความ

- ชื่อผู้แต่ง ไม่ใส่ตำแหน่งทางวิชาการ ยศ ตำแหน่งทหาร สถานภาพทางการศึกษา หรือ คำนำหน้าชื่อ หรือ ท้ายชื่อ เช่น นาย, นาง, นางสาว, ผศ.ดร., PhD, ร.ด.ต., พ.ต.ท.
- ไม่ระบุสถานภาพผู้แต่ง เช่น อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์, ผศ.ดร. เป็นต้น

สถานที่ติดต่อ

กองบรรณาธิการวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ
กลุ่มวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง
268 ถนนป่าขาม ตำบลหัวเวียง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 52000
โทรศัพท์ 054-226254 ต่อ 141
โทรสาร 054-225-020
email: journalbcnlp@gmail.com
<http://www.tci-thaijo.org/index.php/johss>



หนังสือขอเสนอบทความในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ
(Journal of Health Sciences Scholarship)

วันที่.....

ผู้พิมพ์ ชื่อ.....นามสกุล..... (ภาษาไทย)

ชื่อ.....นามสกุล.....(ภาษาอังกฤษ)

ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....

ที่อยู่ติดต่อ.....

ประสงค์ขอตีพิมพ์ ☐ บทความวิจัย ☐ บทความวิชาการ ☐ บทความหนังสือ ☐ บทความปริทรรศน์

เรื่อง (ภาษาไทย).....

(ภาษาอังกฤษ).....

ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ ซึ่งดำเนินการโดยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง โดยบทความนี้
ข้าพเจ้าได้พิมพ์ขึ้นเพื่อ

☐ เผยแพร่ผลงานวิชาการ ☐ สำเร็จการศึกษาระดับ.....สาขา.....

จาก.....

ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์/การศึกษานิพนธ์.....

(หากเป็นบทความวิจัยจากวิทยานิพนธ์/การศึกษานิพนธ์ ผู้พิมพ์ต้องผ่านการพิจารณาจากจากอาจารย์ที่ปรึกษาว่าได้
ตรวจสอบบทความ มีความถูกต้องตามหลักวิชาการ และยินดีให้ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือได้)

☐ อื่นๆ (ระบุ)

ผลงานนี้ยังไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และจะไม่นำไปเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่นๆ
อีกนับจากวันที่ข้าพเจ้าได้ส่งผลงานต้นฉบับนี้มายังกองบรรณาธิการวารสาร ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบเกี่ยวกับเนื้อหาที่
ปรากฏในบทความนี้ กรณีมีการฟ้องร้องเรื่องการละเมิดลิขสิทธิ์เกี่ยวกับข้อความส่วนใดส่วนหนึ่งที่ปรากฏใน
บทความให้เป็นความรับผิดชอบของข้าพเจ้าและผู้เขียนร่วมแต่เพียงฝ่ายเดียว พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้ส่งเอกสารต่าง ๆ
ให้กองบรรณาธิการวารสารดังต่อไปนี้ (ใบขอเสนอบทความ/สำเนาใบรับรองจริยธรรม ส่งเป็น Pdf แนบเข้ามาในระบบ)

☐ กรอกข้อมูลรายละเอียดแบบฟอร์มเสนอผลงานลงตีพิมพ์ในวารสารฯ

☐ สำเนาใบรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์

เมื่อกองบรรณาธิการของวารสารพิจารณาแล้ว มีมติให้แก้ไขปรับปรุงบทความ ข้าพเจ้ามีความยินดียอมรับ
แก้ไขตามมติดังกล่าวนี้ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้ชำระค่าธรรมเนียมขอตีพิมพ์บทความลงในวารสารตามอัตราที่กำหนดไว้

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้พิมพ์บทความ



ใบชำระค่าตีพิมพ์บทความ
วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ (Journal of Health Sciences Scholarship)

ประเภท ☐ บุคคล ☐ หน่วยงาน

ออกใบเสร็จในนาม

ชื่อ-สกุล

ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร บ้านเลขที่..... ถนน.....

หมู่ที่..... ตำบล / แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์ e-mail address

ประเภทการตีพิมพ์

☐ บทความที่จะใช้ประกอบการขอกำหนดตำแหน่งทางวิชาการ ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน อัตรา 4,000 บาท

☐ บทความที่ไม่ใช้ประกอบการขอกำหนดตำแหน่งทางวิชาการ ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน อัตรา 3,000 บาท

ชื่อบทความ

.....

.....

ชื่อผู้พิมพ์หลัก

ช่องทางชำระเงิน

☐ เงินสด

☐ โอนผ่านธนาคาร/เช็ค/ตัวแลกเงิน ส่งจ่ายในนาม “วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง”

(วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง ธนาคารกรุงไทย เลขที่บัญชี 536-1-11771-4)

ลงนามผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ

1) หากท่านชำระเงินแล้ว ให้ส่งหลักฐานมายัง e-mail: Inchaithep@gmail.com หรือ jitaree.chat@gmail.com

2) ส่งหลักฐานการชำระเงินฉบับจริง มายังที่อยู่ บรรณาธิการวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง 268 ถ.ป่าขาม ต.หัวเวียง อ.เมือง จ.ลำปาง 52000 โทร. 081-9523096, 086-6587778

รอบรู้ฝ่ายคำ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
พิธีสำเร็จการศึกษานักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต รุ่นที่ 40

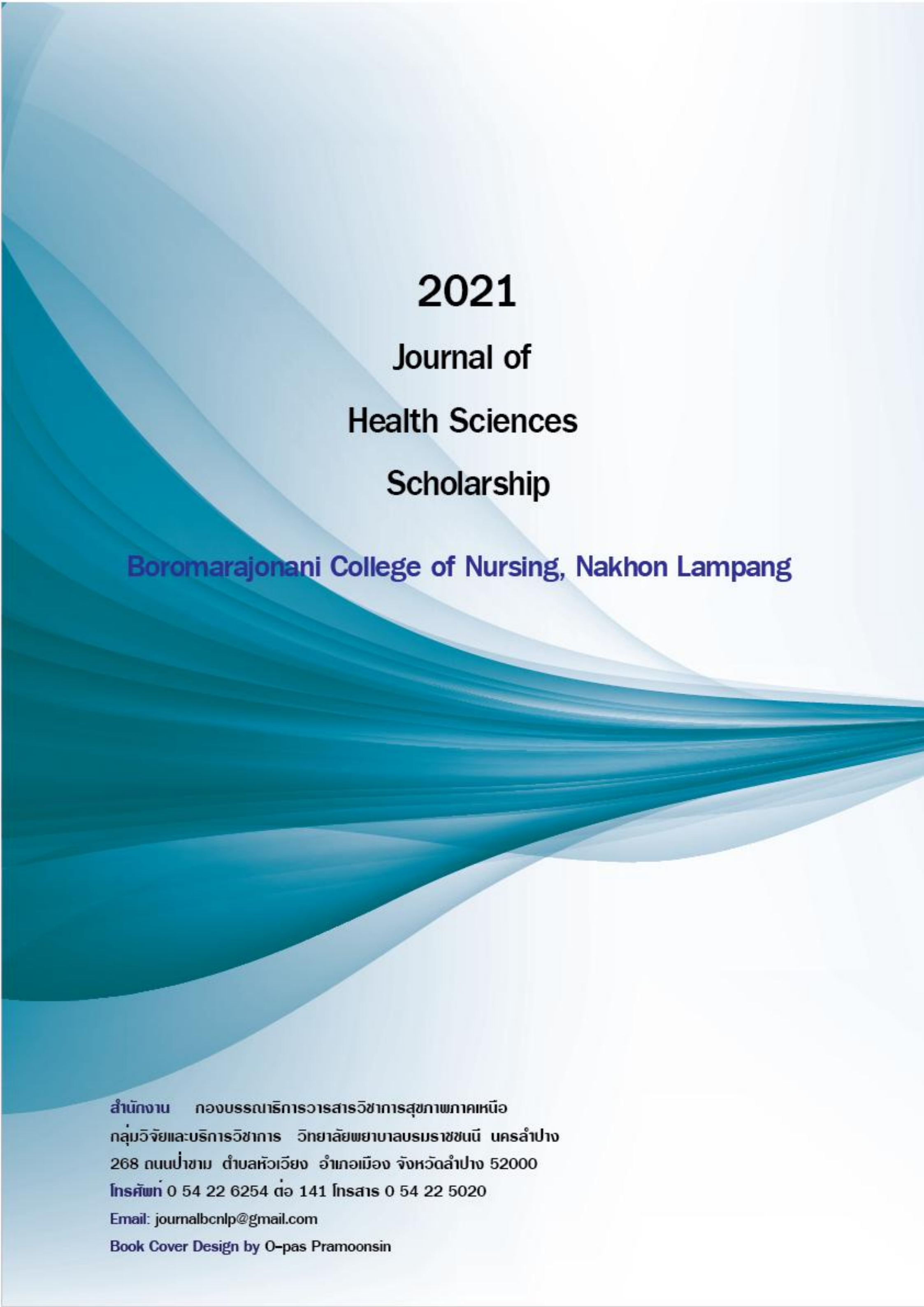


พิธีทำบุญวันสถาปนาวิทยาลัยฯ



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
ได้รับเกียรติให้เป็นศูนย์ฉีด COVID-19 จังหวัดลำปาง โดยท่านผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน
ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง โรงพยาบาลลำปาง ทุกภาคส่วนในจังหวัดลำปาง





2021

Journal of Health Sciences Scholarship

Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

สำนักงาน กองบรรณาธิการวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ
กลุ่มวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
268 ถนนป่าขาม ตำบลหัวเวียง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 52000
โทรศัพท์ 0 54 22 6254 ต่อ 141 โทรสาร 0 54 22 5020

Email: journalbcnlp@gmail.com

Book Cover Design by O-pas Pramoonsin