

วารสาร

# สารานุกรมสุขมูลฐานภาคใต้



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT



**SOUTHERN REGIONAL PRIMARY HEALTH CARE JOURNAL**

**[www.nakhonphc.go.th](http://www.nakhonphc.go.th) E-mail : [southern.phc@gmail.com](mailto:southern.phc@gmail.com)**

**ISSN 0857-7293 ปีที่ 35 ฉบับที่ 2 ประจำเดือน มกราคม - มีนาคม 2564**



# กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้

## SOUTHERN REGIONAL PRIMARY HEALTH CARE JOURNAL

ISSN 0857-7293 ปีที่ 35 ฉบับที่ 2 ประจำเดือน มกราคม – มีนาคม 2564

### ที่ปรึกษาพิเศษ

นพ.ชเรศ กรัษนัยรวิวงศ์  
ดร.นพ.ภานุวัฒน์ ปานเกตุ  
ทพ.อาคม ประดิษฐสุวรรณ  
นพ.สามารถ ธีระศักดิ์

### ผู้ทรงคุณวุฒิ

รศ.ดร.ปัญญา เลิศไกร  
ดร.วิเชียร ไทยเจริญ  
ดร.สุรชาติ โกยกุลย์  
ดร.ไพศิษฐ์ บุญยกวี  
ดร.ชัยณรงค์ แก้วจำนงค์

### บรรณาธิการ

นายรุจ เรืองพุทธ

### ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นายสุรเชษฐ์ เขตทอง

### กองบรรณาธิการ

นางวิณาพร สำอางศรี  
นายวุฒพล ฤทธิ์แก้ว  
นางรุจิรา เพชรสงค์  
จ.อ.ศุภกรณ์ ขวัญใจ  
นายธนา ศักดิ์สุปรีชา

อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช  
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช  
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช  
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง  
ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช

ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้  
จังหวัดนครศรีธรรมราช

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช

รองผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้  
จังหวัดนครศรีธรรมราช

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช  
ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช  
ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช  
ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช



# คำแนะนำการเตรียมและหลักเกณฑ์การจัดทำและส่งต้นฉบับ วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ SOUTHERN REGIONAL PRIMARY HEALTH CARE JOURNAL

วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ เป็นวารสารรองรับการเพื่อเผยแพร่บทความวิจัย และบทความวิชาการ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ของกรมต่าง ๆ ในกระทรวงสาธารณสุข, หน่วยงานราชการอื่นที่เกี่ยวข้องด้านสาธารณสุข, องค์กรเอกชน, ตลอดจนนักวิชาชีพต่าง ๆ

## การจัดทำต้นฉบับ

1. บทความวิจัย ความยาว 10-12 หน้ากระดาษขนาด A4 ใช้ตัวพิมพ์ TH SarabunPSK ขนาด 16 Point และต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารหรือหนังสือใดมาก่อน

- 1.1 ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกตรงกลาง ขนาดอักษร 17
- 1.2 ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 14 อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรงกับชื่อผู้นิพนธ์
- 1.3 มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำ ต่อบทคัดย่อ
- 1.4 กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3-5 คำ)
- 1.5 การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16
- 1.6 การใช้ตัวเลข คำย่อและวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น

ให้เรียงลำดับสาระดังนี้

บทคัดย่อ (ภาษาไทย) /บทคัดย่อ (Abstract)/ บทนำ /วัตถุประสงค์วิจัย/สมมติฐาน (ถ้ามี)/กรอบแนวคิดการวิจัย/ระเบียบวิธีวิจัย (ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง/เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย/การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ/การเก็บรวบรวมข้อมูล/การวิเคราะห์ข้อมูล)/จริยธรรมวิจัย/ผลการวิจัย/อภิปรายผล/การนำผลการวิจัยไปใช้/ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป/เอกสารอ้างอิง

## 2. บทความวิชาการ

- 2.1 ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกตรงกลาง ขนาดอักษร 17
- 2.2 ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 14 อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรงกับชื่อผู้นิพนธ์
- 2.3 มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำ ต่อบทคัดย่อ
- 2.4 กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3-5 คำ)

ให้เรียงลำดับสาระดังนี้

บทคัดย่อ (ภาษาไทย)/บทคัดย่อ (Abstract)/บทนำ/เนื้อเรื่อง/สรุป/ข้อเสนอแนะ/เอกสารอ้างอิง

**3. การเขียนเอกสารอ้างอิงของบทความวิจัยและบทความทางวิชาการ** ทั้งภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ให้จัดเรียงตามลำดับ อักษร ชื่อผู้แต่ง โดยใช้รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ APA (American Psychological Association) ไม่เกิน 10-15 เรื่อง

3.1 กรณีอ้างอิงจากหนังสือให้เขียนตามรูปแบบ

ชื่อ // นามสกุลผู้แต่ง// (ปีที่พิมพ์) // ชื่อหนังสือ // (ครั้งที่พิมพ์) // สถานที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์.

ไพรัช รัชพงษ์ และกฤษณะ ช่างกล่อม. (2541). การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานสารสนเทศแห่งชาติ เพื่อการศึกษา. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักงานรัฐมนตรี.

3.2 กรณีอ้างอิงจากวารสารให้เขียนตามรูปแบบ

ชื่อ // นามสกุลผู้แต่ง// (ปี, เดือนที่วารสารออก) // ชื่อบทความ // ชื่อวารสาร/ปีที่ (ฉบับที่), /เลขหน้า ของบทความ

จุมพล พูลภัทรชีวิน และรัตนา ตุงคสวัสดิ์. (2542). วิวัฒนาการและทางเลือกของนโยบายการศึกษา ของรัฐบาลไทย. วารสารเศรษฐศาสตร์. 27 (2), 98-106.

3.3 กรณีพิมพ์อ้างอิงอินเทอร์เน็ต (Internet) ให้เขียนตามรูปแบบ

ชื่อ // นามสกุลผู้แต่ง// (ปีที่จัดทำ) // ชื่อเรื่องของเอกสาร // ค้นเมื่อ/เดือน, /วัน, /ปี, /จาก/URL ของเว็บไซต์ที่เข้าถึง

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. (2545). จรรยาบรรณนักวิจัย. ค้นเมื่อ พฤษภาคม 3, 2556, จาก <http://www/nrct.go.th-research.ehties.html>

**4. การส่งเรื่องต้นฉบับให้นำส่งไฟล์ Word ทาง Email : southern.phc@gmail.com ดังนี้**

- สำหรับตีพิมพ์ผลงานไม่เกิน 12 หน้า (Summary Paper)
- ผลงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ (Full Paper)

**5. การทำหนังสือนำส่ง**

5.1 หน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

- โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลศูนย์ ลงนามโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือเทียบเท่า
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ลงนามโดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือเทียบเท่า

5.2 หน่วยงานการศึกษา ลงนามโดยคณบดีขึ้นไป

5.3 หน่วยงานภาคเอกชน/ภาคีเครือข่าย ลงนามโดยผู้บริหารองค์กรที่สังกัด

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช

13 ถนนพัฒนาการคูขวาง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000

โทร 075 – 446354, 446005 โทรสาร 075 – 446291 [www.nakhonphc.go.th](http://www.nakhonphc.go.th)

Email : [southern.phc@gmail.com](mailto:southern.phc@gmail.com) โทรมือถือ 081-3705370

## 6. กำหนดเผยแพร่ (ปีละ 4 ครั้ง)

ฉบับที่ 1 ประจำเดือน ตุลาคม – ธันวาคม

ฉบับที่ 2 ประจำเดือน มกราคม – มีนาคม

ฉบับที่ 3 ประจำเดือน เมษายน – มิถุนายน

ฉบับที่ 4 ประจำเดือน กรกฎาคม - กันยายน

## 7. สิทธิของกองบรรณาธิการ

ในกรณีที่บรรณาธิการ หรือผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งได้รับเชิญให้เป็นผู้ตรวจบทความวิจัยหรือบทความทางวิชาการ มีความเห็นว่าควรแก้ไขต้นฉบับ ทางกองบรรณาธิการจะส่งต้นฉบับให้ผู้เขียนพิจารณา จัดการแก้ไขให้ก่อนตีพิมพ์ ทั้งนี้กองบรรณาธิการจะยึดถือความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิเป็นเกณฑ์

8. กองบรรณาธิการจะไม่ส่งต้นฉบับคืนให้ ไม่ว่าบทความวิจัยหรือบทความวิชาการนั้นจะได้รับการลงพิมพ์หรือไม่

9. ต้นฉบับจะต้องมีชื่อผู้เขียน ผู้เรียบเรียงหรือผู้แปล โดยแจ้งชื่อ นามสกุลจริง ตำแหน่งผู้เขียนบทความ สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์หรืออีเมล ที่สามารถติดต่อได้สะดวก

# Editor บรรณาธิการ

วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ ฉบับนี้ เป็นปีที่ 35 ฉบับที่ 2 ประจำเดือน มกราคม – มีนาคม 2564 ซึ่งเป็นช่วงที่ประเทศไทยยังคงรับมือกับการระบาดระลอกใหม่ของโรค COVID-19 โดยถือเป็นบทพิสูจน์ความเข้มแข็งของระบบการแพทย์และสาธารณสุขของไทยอีกครั้ง หลังจากการระบาดในรอบปี 2563 ประเทศไทยได้รับการชื่นชมจากองค์การอนามัยโลกในการรับมือสถานการณ์การระบาดได้เป็นอย่างดี ด้วยระบบการแพทย์และสาธารณสุขที่เข้มแข็ง ซึ่งรวมไปถึงการสาธารณสุขมูลฐานในระดับชุมชน ครัวเรือน และบุคคล ซึ่งถือเป็นเสาหลักสำคัญในการค้ำจุนระบบการแพทย์และสาธารณสุขไทยให้มีความเข้มแข็ง โดยวารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ ถือเป็นกลไกหนึ่งที่สนับสนุนการสร้างความเข้มแข็งในด้านความรู้และปัญญาให้กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในพื้นที่ โดยใช้เครื่องมือต่าง ๆ ในการวิจัยที่สอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงในระดับชุมชน สังคม และระดับโลก ซึ่งเรียกว่า VUCA World ที่มีลักษณะของความผันผวนสูง (Volatility) ความไม่แน่นอนสูง (Uncertainty) ความซับซ้อนเชิงระบบมากขึ้นเรื่อย ๆ (Complexity) และความคลุมเครือ ไม่ชัดเจน (Ambiguity) เพื่อนำไปสู่ความปกติใหม่ (New Normal) ในอนาคต ซึ่งวารสารฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความเพียรพยายามของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง จึงขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ให้การสนับสนุนในทุกด้าน ท่านผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาอ่านบทความ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นคุณูปการต่อการยกระดับมาตรฐานทางวิชาการให้กับงานวิจัย เจ้าของผลงานวิจัยที่ทุ่มเทความรู้ ความสามารถในการดำเนินการวิจัย เพื่อให้งานวิจัยมีมาตรฐานทางวิชาการ กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพงานวิจัย และการเผยแพร่ผลงานสู่วงกว้างมากขึ้น และยินดีรับข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาคุณภาพของวารสารต่อไปในอนาคต

# สารบัญ

## นโยบาย/แนวทางการดำเนินงานด้านสาธารณสุข

- แนวทางการดำเนินการโครงการ “คนไทยทุกคนครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน” ..... 6
- การคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นระดับเขตและ ..... 9  
ระดับภาคใต้ ประจำปี 2564

## งานวิจัย - ผลงานวิชาการ - บทความวิชาการ

- การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความรู้ และพฤติกรรม ..... 21  
การป้องกันควบคุมโรคของประชาชนไทย เขตสุขภาพที่ 11
- พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชน อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง ..... 33
- กลยุทธ์เชิงนวัตกรรมในการจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ..... 43  
กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่จังหวัดพังงา
- การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษา ..... 56  
ในอำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช
- บริบทของการดูแลผู้สูงอายุและความสัมพันธ์ของการปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุ ..... 68  
กับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพัทลุง ปี 2563
- มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ..... 81  
ผสมผสานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดตรัง
- ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการ ..... 96  
สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง
- การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว จังหวัดตรัง ..... 116
- ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์ ..... 128  
สำหรับพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กวัยแรกเกิด - 5 ปี
- การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของประชากรไทย ..... 140  
อายุ 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11
- ประสิทธิภาพของโปรแกรมการลดสารพิษในเลือดเกษตรกร อำเภอหัวไทร ..... 154  
จังหวัดนครศรีธรรมราช กรณีศึกษาตำบลควนชะลิก อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช
- การศึกษาระยะเวลาในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ..... 165  
ในโรงพยาบาลร่อนพิบูลย์

## แนวทางการดำเนินการโครงการ “คนไทยทุกคนควรมีหมอประจำตัว 3 คน”

เรียบเรียง นางวิณาพร สำอางศรี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  
ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช

### ความเป็นมา

การดำเนินงานตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ประเด็นการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง และการมอบของขวัญปีใหม่ พ.ศ.2564 มีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบให้มีสถานสุขภาพดีขึ้น (health status improvement) การสร้างประสบการณ์เชิงบวกและความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการ (customer experience and satisfaction) และการลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนและประเทศ (reduced cost of care) โดยการเสริมสร้างคุณค่าหรือประโยชน์ตลอดกระบวนการทำงาน (value-based health care) และบูรณาการระบบสาธารณสุขมูลฐานและบริการสุขภาพปฐมภูมิด้วยการทำงานเป็นทีมและมีเครือข่ายการดูแลสุขภาพในชุมชน เพื่อสร้างสุขภาพและสุขภาวะที่ดี (health and well-being) ให้กับประชาชน



### วัตถุประสงค์ทั่วไป

ให้คนไทยทุกคนควรมีหมอประจำตัว 3 คน และการส่งมอบของขวัญปีใหม่เพื่อจัดระบบการดูแลที่บ้านและชุมชน ตามแนวทาง “ดูแลใกล้ตัว ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี

### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. จัดกลุ่มพื้นที่รับผิดชอบ (cluster) ในการดูแลให้สอดคล้องกับแนวทางการจัดตั้งหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ
2. สนับสนุนให้ประชาชนรับรู้ รู้จักคุ้นเคยกับทีมหมอครอบครัว ประกอบด้วย หมอประจำบ้าน (อส.ม.) หมอสาธารณสุข และหมอประจำครอบครัว (แพทย์เวชศาสตร์ หรือแพทย์ผู้ให้คำปรึกษา)
3. จัดระบบการดูแลสุขภาพประชาชนโดยมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค (Prevention & Promotion) การดูแลแบบต่อเนื่อง (Continuous care) และการดูแลในชุมชน (Community Care)

### แนวทางการดำเนินงานในระดับจังหวัด/อำเภอ/ตำบล

#### 1. ระดับจังหวัด

- 1.1 จัดทำแผนพัฒนา แผนปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานตามโครงการ “คนไทยทุกคนควรมีหมอประจำตัว 3 คน”



1.2 มอบหมายและพัฒนาระบบงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ คณะกรรมการ คณะทำงาน หรือส่วนงานอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อการดำเนินการภาพรวมจังหวัด

1.3 ถ่ายทอดนโยบาย ประสาน สนับสนุนการดำเนินงาน ให้กับเครือข่ายบริการสุขภาพ ระดับอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน เกิดความรู้ความเข้าใจ และแนวทางการดำเนินการในพื้นที่อำเภอ

1.4 สนับสนุนการจัดโครงสร้างและระบบงานของทีมหมอครอบครัว (ทีม 3 หมอให้เป็นรูปธรรม) ให้เหมาะสมสอดคล้องกับแผนการจัดตั้งหน่วยบริการ หรือเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิให้ครอบคลุมประชาชนทุกพื้นที่

1.5 ส่งเสริม สนับสนุน ติดตามกำกับ และประเมินผลการดำเนินงานภาพรวมระดับจังหวัด/ระดับอำเภอ/ตำบล

## 2. ระดับอำเภอ

2.1 จัดทำแผนพัฒนา แผนปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานตามโครงการ “คนไทยทุกคนครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน”

2.2 มอบหมายและพัฒนาระบบงานผู้รับผิดชอบ ผอ.รพ.สต. คณะกรรมการ คณะทำงาน หรือส่วนงานอื่นที่เกี่ยวข้องในการบูรณาการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ และการดำเนินงานในภาพรวมอำเภอ

2.3 ถ่ายทอดนโยบาย ประสาน สนับสนุน การดำเนินงานให้กับเครือข่ายบริการสุขภาพ ระดับอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน รพ.สต. เกิดความรู้ความเข้าใจ และแนวทางการดำเนินการในพื้นที่ตำบล

2.4 ออกแบบ จัดโครงสร้างและระบบงาน และมอบหมายผู้รับผิดชอบดำเนินการของทีมหมอครอบครัว (ทีม 3 หมอให้เป็นรูปธรรม) ให้เหมาะสมสอดคล้องกับแผนการจัดตั้งหน่วยบริการ หรือเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิให้ครอบคลุมประชาชนทุกตำบล

2.5 พัฒนาระบบและรูปแบบการส่งต่อ การเชื่อมโยงบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2.6 ส่งเสริม สนับสนุนการดำเนินงานกิจกรรมดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของพื้นที่ตำบล ติดตาม กำกับ และประเมินผลการดำเนินงานของระดับภาพรวมอำเภอ/ระดับตำบล

## 3. ระดับตำบล

3.1 จัดทำแผนพัฒนา แผนปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานตามโครงการ “คนไทยทุกคนครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน”

3.2 สื่อสาร ชี้แจงแนวทาง ประสาน สนับสนุนการดำเนินงานให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หน่วยงานและผู้นำชุมชน และประชาชนในพื้นที่ให้ทราบถึงนโยบาย “คนไทยทุกคนครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน” ให้เกิดความรู้ความเข้าใจและรับรู้แนวทางการดำเนินการในพื้นที่ตำบล/หมู่บ้าน

3.3 กำหนดโครงสร้างทีมหมอครอบครัว ขอบเขตความรับผิดชอบ มอบหมายและพัฒนาบทบาทผู้รับผิดชอบงาน ผู้รับผิดชอบการดูแลประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ให้ครอบคลุมประชาชนทุกคนในพื้นที่ตำบล/หมู่บ้าน

3.4 ประยุกต์ ปรับใช้ และจัดเตรียมเครื่องมือการดำเนินงานตามแนวทางการส่งมอบ ของขวัญปีใหม่ พ.ศ.2564 กำหนดช่องทางการติดต่อสื่อสารเพื่อการใช้งานอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ได้แก่ ปฏิทินสุขภาพปี 2564, แอปพลิเคชันเพื่อการติดต่อสื่อสารให้คำปรึกษาได้ทุกครัวเรือน (private chat, หมอรู้จักคุณ, แอปพันภัย, ไลน์กรุป), แฟ้มสุขภาพประจำครอบครัว (family folder), สมุดสุขภาพประจำครอบครัว, แผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (care plan) ฯลฯ

3.5 สำรวจ ค้นหา จัดเตรียมข้อมูล และจัดประเภทตามลำดับความต้องการ/ความเสี่ยง (risk stratification) ของประชาชนกลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุมทุกครัวเรือน เพื่อวางแผนการดูแลสุขภาพในชุมชน

3.6 จัดกิจกรรม ติดตามเยี่ยมประชาชนในพื้นที่เพื่อแนะนำทีมหมอครอบครัว ให้คำปรึกษาให้ความรู้ ดูแลบริการสุขภาพประชาชนแบบผสมผสานอย่างต่อเนื่อง โดยทีม 3 หมอ ในกลุ่มเป้าหมายให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและประชาชนที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มเปราะบาง กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน-ติดเตียง เด็กปฐมวัย ฯลฯ เป็นลำดับแรก

3.7 จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และเสริมสร้างความรอบรู้ (health literacy) ให้กับประชาชนกลุ่มต่างๆ เหมาะสมสอดคล้องกับบริบท แผนงานโครงการและทรัพยากรของพื้นที่ โดยประชาชนมีส่วนร่วม รวมถึงการดูแลด้านสิทธิสวัสดิการทางสุขภาพและสังคมให้กับประชาชนอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน

3.8 ส่งเสริมสนับสนุน และพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานตามบทบาท อสม.หมอบริการบ้านให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดูแลประชาชน

3.9 ประสาน ชี้แจง หน่วยงาน องค์กร หรือภาคประชาชนในพื้นที่เพื่อเชื่อมโยงการทำงานร่วมกันให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน

3.10 ประสานการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลทั้งการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย และการรับผู้ป่วยกลับมาดูแลฟื้นฟูสุขภาพในชุมชนให้เกิดความสะดวก รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ



## การคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นระดับเขตและระดับภาคใต้ ประจำปี 2564

เรียบเรียง นายศุภกานต์ สุภวิบูลาสน์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  
ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช

กระทรวงสาธารณสุข ได้นำหลักการและกลวิธีการสาธารณสุขมูลฐานมาใช้ในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของประชาชน โดยเน้นหลักการการมีส่วนร่วมและการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประชาชน ส่งเสริม สนับสนุนให้ประชาชนมีความรู้และทักษะ ในการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน สามารถแสดงบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวชุมชน ร่วมขับเคลื่อนพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อมในชุมชน เพื่อความสุขร่วมกันของทุกภาคส่วนในชุมชนได้อย่างยั่งยืน ด้วยพลังจิตอาสา ศรัทธาและมุ่งมั่นในการร่วมมือพัฒนา ประเทศไทยประสบผลสำเร็จในความร่วมมือพัฒนาสุขภาพของประชาชน การแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐท้องถิ่นและประชาชนได้เป็นอย่างดี พบว่ากำลังหลักที่มีส่วนร่วมสำคัญและมีความใกล้ชิดกับชุมชนมากที่สุดคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้ที่มีความไว้วางใจจากสมาชิกครัวเรือน 10 – 15 หลังคาเรือนในการเป็นตัวแทนเข้ารับการพัฒนาศักยภาพความในการดูแลสุขภาพทั้งของตนเองบุคคลในครอบครัวชุมชนสังคมและสิ่งแวดล้อม ปัจจุบันมี อสม. ที่ได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพและขึ้นทะเบียนจำนวน 1,039,729 คน มีการปรับรูปแบบการขับเคลื่อนงาน วิธีการดำเนินงานการพัฒนาสุขภาพให้มีความสอดคล้องเหมาะสมกับบริบทพื้นที่และสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง สามารถนโยบายไปสู่การปฏิบัติในระดับชุมชนได้เป็นอย่างดีด้วยความต่อเนื่องยาวนานกว่า 40 ปี รวมทั้งความมุ่งมั่นเสียสละในการทำงานทำให้ผลงานของ อสม. เป็นที่ประจักษ์และยอมรับของสังคมโดยทั่วไปเกิดองค์ความรู้นวัตกรรมที่มีคุณค่าและยังประโยชน์แก่ประเทศชาติอย่างมากมาย กระทรวงสาธารณสุขได้เห็นคุณค่าความสำคัญของ อสม. ต่อการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานชุมชนเป็นอย่างยิ่ง จึงได้มีการส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานของอสม. อย่างต่อเนื่อง และในปีพุทธศักราช 2564 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้มอบหมายศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช ร่วมกับศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ชายแดนภาคใต้ จังหวัดยะลา, สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพที่ 11 สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพที่ 12 และชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขภาคใต้ จัดกิจกรรมพัฒนาความเป็นเลิศเสริมสร้างแรงจูงใจในการจัดการสุขภาพชุมชน และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการขับเคลื่อนงานในชุมชน โดยการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำเสนอผลงานเพื่อคัดเลือก อสม. ดีเด่นระดับเขต ระดับภาคใต้ จำนวน 12 สาขา และการรับรองงานอาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่นระดับชาติสาขาการจัดการสุขภาพชุมชนในพื้นที่พิเศษชายแดนภาคใต้ อีก 1 สาขา ต้องใช้ห้องนำเสนอผลงานรวมทั้งหมด 13 ห้อง

ด้วยสถานการณ์การระบาดระลอกใหม่การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อป้องกันควบคุมโรค หน่วยงานผู้จัด จึงต้องจัดวางมาตรการต่าง ๆ ป้องกันควบคุมโรค ผู้เข้าร่วมกิจกรรมต้องปฏิบัติตามวิถีชีวิตใหม่ New normal คณะกรรมการอำนวยการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขภาคใต้ จึงได้ประชุมหารือเพื่อวางมาตรการ วิธีการป้องกัน ควบคุมโรค ในการจัดงานคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นระดับเขตและระดับภาค พื้นที่ภาคใต้ ประจำปี 2564 เพื่อให้ผู้เข้าร่วมงานได้รับความปลอดภัยสูงสุด ได้แก่

1. ยกเลิกกิจกรรมพิธีการและพิธีเปิดการคัดเลือกทั้งหมดเพื่อไม่ให้เกิดการรวมกลุ่มคนจำนวนมาก
2. กระจายห้องนำเสนอผลงานไปในสถานที่หลายพื้นที่
3. มาตรการคัดกรองผู้เข้าร่วมงาน ทั้ง 4 จุด ที่จัดงานนำเสนอผลงาน การตรวจวัดอุณหภูมิร่างกาย การซักประวัติสอบถามอาการป่วย อาการป่วย ไข้ ไอ จามหรือเป็นหวัดสำหรับผู้เข้าร่วมงาน และการแสดงสัญลักษณ์ติดสติ๊กเกอร์การผ่านจุดคัดกรอง รวมถึงแยกและส่งต่อกรณีพบผู้เข้าร่วมงานมีอาการป่วย
4. สถานที่ห้องคัดเลือกมีการทำความสะอาดพื้นผิวสัมผัส อุปกรณ์ที่ใช้การนำเสนอ (ไมค์โครโฟน คอมพิวเตอร์เน็ตบุ๊ก เม้าท์ เป็นต้น) ทั้งก่อนและหลังการจัดงาน และให้กำจัดขยะมูลฝอยทุกวันที่มีการประกวด
5. อสม.ผู้เข้าร่วมนำเสนอผลงาน พี่เลี้ยง ผู้เข้าร่วมงาน และเจ้าหน้าที่จัดงานจะต้องสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าตลอดเวลาการจัดงาน และตลอดเวลาที่นำเสนอ/ตอบคำถาม
6. จัดตั้งจุดบริการล้างมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์เจลหรือน้ำยาฆ่าเชื้อโรคในห้องการประกวดทั้ง 12 สาขา
7. การเว้นระยะในห้องประกวดทั้ง 12 สาขา โดยการนั่งหรือยืนในพื้นที่โดยรอบห่างกันอย่างน้อย 1 เมตร และควบคุมจำนวนผู้เข้าร่วมห้องละไม่เกิน 30 คน (กรรมการ 6 คน อสม.ดีเด่น 14 คน พี่เลี้ยงไม่เกิน 10 คน)
8. ให้ควบคุมจำนวนผู้ร่วมงานและเจ้าหน้าที่ไม่ให้แออัดทั้งพื้นที่รอเข้างานจุดคัดกรองลงทะเบียน ประทับตราจอตระตราประชาสัมพันธ์บริการอาหารและเครื่องดื่มโดยพื้นที่รอเข้างานและพื้นที่รอคิวจะต้องยืนห่างอย่างน้อย 1 เมตร
9. ให้มีการลงทะเบียนก่อนเข้าและออกจากพื้นที่และมีระบบเก็บข้อมูลและติดตามผู้ร่วมงานและเจ้าหน้าที่ได้ทุกคนหากพบผู้ป่วยหรือผู้ที่มีอาการเข้าได้กับเกณฑ์สอบสวนโรคภายหลังจากงาน

**ภาพกิจกรรมการจัดกิจกรรมงานคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นระดับเขตและระดับภาคใต้ ประจำปี 2564**

**วันที่ 5 มกราคม 2564** เวลา 13.00 – 18.00 น. ประชุมกรรมการและคณะทำงานคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นระดับเขตและระดับภาคใต้ ประจำปี 2564 รวม 12 สาขา โดยมี นพ.พิทักษ์พล บุญยมาลิก ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 11 ให้เกียรติมาเป็นประธานในการประชุม



วันที่ 6 - 7 มกราคม 2564 คณะกรรมการคัดเลือกชี้แจงกระบวนการ และข้อตกลงในการ  
นำเสนอผลงานคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นระดับเขตระดับภาคใต้ และอาสาสมัคร  
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นระดับจังหวัด 14 จังหวัด นำเสนอผลงานทั้งหมด 12 สาขา ในสถานที่ดังนี้  
**ห้องประชุมศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 8 สาขา**

- |  |                                 |
|--|---------------------------------|
| 1. สาขาการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ   | ชั้น 1 ห้องลีลาวดี              |
| 2. สาขาการป้องกันและแก้ไขปัญหาหายาเสพติด | ชั้น 2 ห้องเฟื่องฟ้า            |
| 3. สาขาทันตสุขภาพ                        | ชั้น 2 ห้องอัญชัญ               |
| 4. สาขาการจัดการสุขภาพฯ สิ่งแวดล้อม      | ชั้น 2 ห้องพวงชมพู              |
| 5. สาขาสุขภาพจิตชุมชน                    | ชั้น 1 ห้องสมุด                 |
| 6. สาขาการคุ้มครองผู้บริโภค              | ชั้น 1 ห้องอาหาร                |
| 7. สาขาการส่งเสริมสุขภาพ                 | ชั้น 1 ห้องมาตรฐาน              |
| 8. สาขาพื้นที่พิเศษชายแดนภาคใต้          | ชั้น 2 ห้องกลุ่มพัฒนาเครือข่ายฯ |

**อาคารศูนย์แพทย์ศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จำนวน 1 สาขา**

- |                                    |                 |
|------------------------------------|-----------------|
| 1. สาขาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ | ชั้น 2 ห้อง 202 |
|------------------------------------|-----------------|

**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 2 สาขา**

- |  |                   |
|--|-------------------|
| 1. สาขาการบริการใน ศสมช. และการสร้างหลักประกันสุขภาพ | ห้องประชุม ชั้น 3 |
| 2. สาขานมแม่และอนามัยแม่และเด็ก                      | ห้องประชุม ชั้น 2 |

## สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 นครศรีธรรมราช จำนวน 2 สาขา

1. สาขาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ฯ ห้องประชุมชั้น 2 อาคารศูนย์วิจัยโรค
2. สาขาการเฝ้าระวังป้องกันและโรคติดต่อ ห้องประชุมชั้น 3 อาคารสำนักงานอาคารใหม่



วันที่ 7 มกราคม 2564 เวลา 13.00 น. นพ.พิทักษ์พล บุญญมาติก ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 11 เป็นประธานคณะกรรมการอำนวยการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นระดับเขตสุขภาพ ที่ 11, 12 และระดับภาคใต้ ประจำปี 2564 ประชุมคณะกรรมการอำนวยการและคณะกรรมการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นระดับเขตและระดับภาคใต้ ประจำปี 2564 เพื่อรับรองผลการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นระดับเขตสุขภาพ ที่ 11, 12 และระดับภาคใต้ ประจำปี 2564





การจัดงานคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นระดับเขตสุขภาพ ที่ 11, 12 และระดับภาคใต้ ประจำปี 2564 ได้ดำเนินการแล้วเสร็จบรรลุตามวัตถุประสงค์ทุกประการ ในนามของหน่วยงานผู้จัดงาน ต้องขอขอบคุณ ผู้บริหารกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 11, คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดนครศรีธรรมราช, ผู้บริหารศูนย์วิชาการเขต 11 และ 12 ของกระทรวงสาธารณสุข ทุกท่าน รวมถึงคณะกรรมการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่นทุกสาขา คณะทำงานทุกฝ่าย ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขภาคใต้ คณะอาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่นจากพื้นที่ 14 จังหวัดภาคใต้ ที่ได้มาร่วมงาน สนับสนุนการจัดงานในครั้งนี้ ด้วยความจำเป็นของการจัดการตามมาตรการป้องกันโรคติดต่อของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาจทำให้เกิดความสะดวกรสหายในการเข้าร่วมกิจกรรมนำเสนอผลงาน การจำกัดจำนวนผู้เข้าร่วมงาน การงดกิจกรรมพิธีการพิธีเปิดงานและกิจกรรมเสริมสร้างขวัญกำลังใจ เชิดชูเกียรติ อสม.ดีเด่นระดับจังหวัด การเปลี่ยนสถานที่ห้องนำเสนอผลงานคัดเลือกอย่างกะทันหัน ตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง หรือปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้เข้าร่วมงานได้รับความปลอดภัยสูงสุด ป้องกันควบคุมการติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้



ประกาศคณะกรรมการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่น  
ระดับเขตสุขภาพที่ ๑๑ , ๑๒ และระดับภาคใต้ ประจำปีพุทธศักราช ๒๕๖๔  
เรื่อง ผลการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นระดับเขตสุขภาพ ที่ ๑๑ , ๑๒  
และระดับภาคใต้ ประจำปี ๒๕๖๔

ตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๑๔๔๖/๒๕๖๓ ลงวันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๖๓ ได้แต่งตั้ง  
คณะกรรมการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นระดับเขตสุขภาพที่ ๑๑ , ๑๒ และระดับ  
ภาคใต้ เพื่อดำเนินการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นระดับเขตและระดับภาคใต้  
ประจำปี ๒๕๖๔ ซึ่งศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช ดำเนินการจัดกิจกรรม  
การนำเสนอผลงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นระดับจังหวัดของพื้นที่ภาคใต้ ระหว่างวันที่  
๖ - ๗ มกราคม ๒๕๖๔

บัดนี้ คณะกรรมการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นระดับเขตสุขภาพ  
ที่ ๑๑ , ๑๒ และระดับภาคใต้ ได้ดำเนินการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นระดับเขตสุขภาพ  
ที่ ๑๑ , ๑๒ และระดับภาคใต้ เสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงขอประกาศรายชื่อผู้ได้รับการคัดเลือกเป็นอาสาสมัคร  
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นระดับเขตสุขภาพ ที่ ๑๑ , ๑๒ และระดับภาคใต้ ประจำปี ๒๕๖๔

รวม ๑๒ สาขา ดังรายชื่อต่อไปนี้

**๑. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นระดับเขตสุขภาพ ที่ ๑๑**

สาขาที่ ๑ สาขาการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ

นางสาวมณฑิรา นุวันนา จังหวัด ภูเก็ต

สาขาที่ ๒ สาขาการส่งเสริมสุขภาพ

นางสมจิต สุขทอง จังหวัด ระนอง

สาขาที่ ๓ สาขาสุขภาพจิตชุมชน

นางอรอนงค์ เจริญรักษ์ จังหวัด สุราษฎร์ธานี

สาขาที่ ๔ สาขาการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน

นางเสาวภา มุสิกะ จังหวัด สุราษฎร์ธานี



**สาขาที่ ๕ สาขาการบริการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (คสมช.)**

**และการสร้างหลักประกันสุขภาพ**

นางดวงวิมล ยอดสิงห์ จังหวัด ชุมพร

**สาขาที่ ๖ สาขาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ**

นางสุกัญญา สฤตศิสุข จังหวัด พังงา

**สาขาที่ ๗ สาขาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ**

นายเอกลักษณ์ ฤทธิอินทร์ จังหวัด สุราษฎร์ธานี

**สาขาที่ ๘ สาขาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชน**

นายอภิริยกฤตณ์ ขาวด้วง จังหวัด กระบี่

**สาขาที่ ๙ สาขาการจัดการสุขภาพชุมชนและอนามัยสิ่งแวดล้อม**

นางสาวแสงนภา หลีรัตน์ะ จังหวัด ชุมพร

**สาขาที่ ๑๐ สาขานมแม่ และอนามัยแม่และเด็ก**

นางบุบผา ทวีสังข์ จังหวัด สุราษฎร์ธานี

**สาขาที่ ๑๑ สาขาทันตสุขภาพ**

นางสาวพัชรียา พรหมหาญ จังหวัด ชุมพร

**สาขาที่ ๑๒ สาขาการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ**

นางวรินรำไพ ศรีคำภา จังหวัด ชุมพร

**๒. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นระดับเขตสุขภาพ ที่ ๑๒**

**สาขาที่ ๑ สาขาการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ**

นางรุฮานี กาชอ จังหวัด ปัตตานี

**สาขาที่ ๒ สาขาการส่งเสริมสุขภาพ**

นางดุซฎีกี นวนนัม จังหวัด ตรัง

**สาขาที่ ๓ สาขาสุขภาพจิตชุมชน**

นางดวงพร รอดเซ็น จังหวัด สงขลา

**สาขาที่ ๔ สาขาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน**

นางสาวปิยานุช ฉืดฉิม จังหวัด สงขลา

**สาขาที่ ๕ สาขาการบริการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (คสมช.)**

**และการสร้างหลักประกันสุขภาพ**

นางสาวอรดี หะหวา จังหวัด ตรัง

**สาขาที่ ๖ สาขาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ**

นางสารภี อิศโร จังหวัด สงขลา

**สาขาที่ ๗ สาขาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ**

นางเสาวนีย์ เครืออักษร จังหวัด สงขลา

สาขาที่ ๘ สาขาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชน

นางสุธิดา ช่วยบุญญะ จังหวัด สงขลา

สาขาที่ ๙ สาขาการจัดการสุขภาพชุมชนและอนามัยสิ่งแวดล้อม

นายปกรูเด็น มิ่ง จังหวัด นราธิวาส

สาขาที่ ๑๐ สาขานมแม่ และอนามัยแม่และเด็ก

นางสาวเรณู อ้อยทอง จังหวัด สตูล

สาขาที่ ๑๑ สาขาทันตสุขภาพ

นางสาวรวงคณา ยูโซะ จังหวัด ปัตตานี

สาขาที่ ๑๒ สาขาการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ

นางชารีฟ้า กามาเซะ จังหวัด ยะลา

๓. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นระดับภาคใต้

สาขาที่ ๑ สาขาการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ

นางรุฮานี กาชอ จังหวัด ปัตตานี

สาขาที่ ๒ สาขาการส่งเสริมสุขภาพ

นางสมจิต สุขทอง จังหวัดระนอง

สาขาที่ ๓ สาขาสุขภาพจิตชุมชน

นางอรอนงค์ เจริญรักษ์ จังหวัด สุราษฎร์ธานี

สาขาที่ ๔ สาขาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน

นางสาวปิยานุช ฉีดฉิม จังหวัด สงขลา

สาขาที่ ๕ สาขาการบริการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)

และการสร้างหลักประกันสุขภาพ

นางดวงวิมล ยอดสิงห์ จังหวัด ชุมพร

สาขาที่ ๖ สาขาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

นางสาวรพี อีสโร จังหวัด สงขลา

สาขาที่ ๗ สาขาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

นางเสาวนีย์ เครืออักษร จังหวัด สงขลา

สาขาที่ ๘ สาขาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชน

นางสุธิดา ช่วยบุญญะ จังหวัด สงขลา

สาขาที่ ๙ สาขาการจัดการสุขภาพชุมชนและอนามัยสิ่งแวดล้อม

นายปกรูเด็น มิ่ง จังหวัด นราธิวาส

สาขาที่ ๑๐ สาขานมแม่ และอนามัยแม่และเด็ก

นางบุบผา ทวีสังข์ จังหวัด สุราษฎร์ธานี

สาขาที่ ๑๑ สาขาทันตสุขภาพ

นางสาวพัชรียา พรหมหาญ จังหวัด ชุมพร

สาขาที่ ๑๒ สาขาการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ

นางวรินรำไพ ศรีคำภา จังหวัด ชุมพร

ประกาศ ณ วันที่ ๗ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๔



(นายพิทักษ์พล บุญมาลิก)

ประธานคณะกรรมการอำนวยการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่น  
ระดับเขตสุขภาพที่ ๑๑,๑๒ และระดับภาคใต้

รายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นระดับเขตสุขภาพที่ ๑๑  
ประจำปี ๒๕๖๔

| สาขา  | จังหวัด      | ชื่อ - สกุล              | ที่อยู่  | รูปภาพ  |
|---|--------------|--------------------------|--|---|
| ๑. การเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ                            | ภูเก็ต       | นางสาวมณฑิรา นูว์นา      | ๒๔/๔ ม.๕ ต.เชิงทะเล<br>อ.ถลาง จ.ภูเก็ต         |    |
| ๒. สาขาการส่งเสริมสุขภาพ  | ระนอง        | นางสมจิต สุขทอง          | ๔๒/๑ ม. ๘ ต.มะมู<br>อ.กระบุรี จ.ระนอง          |    |
| ๓. สุขภาพจิตชุมชน   | สุราษฎร์ธานี | นางอรอนงค์ เจริญรักษ์    | ๙๔/๕ ม.๓ ต..ตะปาน<br>อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี   |    |
| ๔. การป้องกันและแก้ไข<br>ปัญหาเสพติดในชุมชน                         | สุราษฎร์ธานี | นางเสาวภา มุสิกะ         | ๑๓๙/๑ ม.๕ ต.พุมเรียง<br>อ.ไชยา จ.สุราษฎร์ธานี  |    |
| ๕. การจัดการบริการสุขภาพใน<br>ศสมข. และการสร้าง<br>หลักประกันสุขภาพ | ชุมพร        | นางสาวดวงวิมล ยอดสิงห์   | ๗๘ ม.๓ ต.ปากทรง<br>อ.พะโต๊ะ จ.ชุมพร            |  |
| ๖. สาขาการคุ้มครอง<br>ผู้บริโภคด้านสุขภาพ                           | พังงา        | นางสุกัญญา สฤทธิสุข      | ๒๗/๑ ม.๓ ต.ลำภี<br>อ.ท้ายเหมือง จ.พังงา        |  |
| ๗. สาขาภูมิปัญญาท้องถิ่น<br>ด้านสุขภาพ                              | สุราษฎร์ธานี | นายเอกลักษณ์ ฤทธิอินทร์  | ๒๒๒ ม.๑๕ ต.ปากแพรก<br>อ.ดอนสัก จ.สุราษฎร์ธานี  |  |
| ๘. สาขาการป้องกันและ<br>แก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชน                      | กระบี่       | นายอภิรักษ์กฤตม์ ขาวดั่ง | ๓๐๘ ม.๑ ต.เหนือคลอง<br>อ.เหนือคลอง จ.กระบี่    |  |
| ๙. สาขาการจัดการสุขภาพ<br>ชุมชนและอนามัย<br>สิ่งแวดล้อม             | ชุมพร        | นางสาวแสงนภา ทวีรัตน์    | ๒๔๐ ม.๑๐ ต.นาขา<br>อ.หลังสวน จ.ชุมพร           |  |
| ๑๐. สาขานมแม่ และ<br>อนามัยแม่และเด็ก                               | สุราษฎร์ธานี | นางบุบผา ทวีสังข์        | ๙๐/๖ ม.๘ ต.วัดประดู่<br>อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี |  |
| ๑๑. สาขาทันตสุขภาพ  | ชุมพร        | นางสาวพัชรียา พรหมหาญ    | ๑๒/๑ ม.๓ ต.กะโป<br>อ.ทุ่งตะโก จ.ชุมพร          |  |
| ๑๒ สาขาการป้องกันและ<br>ควบคุมโรคไม่ติดต่อ                          | ชุมพร        | นางวรินรำไพ ศรีคำภา      | ๑๑๗ ม.๑๑ ต.เขาค่าย<br>อ.สวี จ.ชุมพร            |  |

รายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นระดับเขตสุขภาพที่ ๑๒  
ประจำปี ๒๕๖๔

| สาขา  | จังหวัด  | ชื่อ - สกุล            | ที่อยู่  | รูปภาพ  |
|---|----------|------------------------|--|---|
| ๑. สาขาการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อ                               | ปัตตานี  | นางรุษานี กาซอ         | ๗๑/๑ ม.๒ ต.ปีตุมดี<br>อ.ยะรัง จ.ปัตตานี          |    |
| ๒. สาขาการส่งเสริมสุขภาพ  | ตรัง     | นางดุขุณี นวนนัม       | ๔๐/๑ ม.๖ ต.นาเมืองเพชร<br>อ.สิเกา จ.ตรัง         |    |
| ๓. สาขาสุขภาพจิตชุมชน   | สงขลา    | นางดวงพร รอดเซ็น       | ๙๓/๒ ม.๖ ต.ปากบาง<br>อ.เทพา จ.สงขลา              |    |
| ๔. สาขาการป้องกันและแก้ไข<br>ปัญหาเสพติดในชุมชน                         | สงขลา    | นางสาวปิยานุช เฉิดฉิม  | ๖๒ ม.๖ ต.สะกอม<br>อ.เทพา จ.สงขลา                 |    |
| ๕. สาขาการจัดการบริการสุขภาพใน<br>ศสมช. และการสร้างหลักประกัน<br>สุขภาพ | ตรัง     | นางสาวอรดี ทะหาว       | ๖๐/๓ ม.๖ ต.เกาะลิบง<br>อ.กันตัง จ.ตรัง           |    |
| ๖. สาขาการคุ้มครองผู้บริโภคด้าน<br>สุขภาพ                               | สงขลา    | นางสารภี อิศโร         | ๒๙๓/๑๙ ถนนกาญจนวนิชย์<br>ต.สะเดา อ.สะเดา จ.สงขลา |  |
| ๗. สาขาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้าน<br>สุขภาพ                                  | สงขลา    | นางเสาวนีย์ เครืออักษร | ๑๑๘ ม.๙ ต.ป่าดงเบขาร์<br>อ.สะเดา จ.สงขลา         |  |
| ๘. สาขาการป้องกันและแก้ไข<br>ปัญหาเอดส์ในชุมชน                          | สงขลา    | นางสุธิดา ช่วยบุญญะ    | ๑๑๔ ม.๖ ต.น้ำน้อย<br>อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา           |  |
| ๙. สาขาการจัดการสุขภาพชุมชน<br>และอนามัยสิ่งแวดล้อม                     | นราธิวาส | นายปกรูเด็น มิง        | ๑๗๔/๑ ม.๔ ต.โมฆิต<br>อ.ตากใบ จ.นราธิวาส          |  |
| ๑๐. สาขานมแม่ และอนามัยแม่<br>และเด็ก                                   | สตูล     | นางสาวเรณู อ้อยทอง     | ๙๐ ม.๘ ต.นาทอน<br>อ.ทุ่งหว้า จ.สตูล              |  |
| ๑๑. สาขาทันตสุขภาพ  | ปัตตานี  | นางสาววรางคณา ยูโซะ    | ๑๐๙/๒ ม.๔ ต.ยาบี<br>อ.หนองจิก จ.ปัตตานี          |  |
| ๑๒ สาขาการป้องกันและควบคุม<br>โรคไม่ติดต่อ                              | ยะลา     | นางซารี๊ะ กามาเซ       | ๖๕/๒ ม.๕ ต.ยูปอเกาะ<br>อ.รามัน จ.ยะลา            |  |

## รายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นระดับภาคใต้ ประจำปี ๒๕๖๔

| สาขา  | จังหวัด      | ชื่อ - สกุล            | ที่อยู่   | รูปภาพ  |
|---|--------------|------------------------|---|---|
| ๑.สาขาการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ                                   | ปัตตานี      | นางรุษานี กาชอ         | ๗๑/๑ ม.๒ ต.ปีตุ่มดี<br>อ.ยะรัง จ.ปัตตานี            |    |
| ๒.สาขาการส่งเสริมสุขภาพ   | ระนอง        | นางสมจิต สุขทอง        | ๔๒/๑ ม.๘ ต.มะมู<br>อ.กระบุรี จ.ระนอง                |    |
| ๓.สาขาสุขภาพจิตชุมชน  | สุราษฎร์ธานี | นางอรอนงค์ เจริญรักษ์  | ๙๔/๔ ม.๓ ต.ตะปาน<br>อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี         |    |
| ๔.สาขาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน                                  | สงขลา        | นางสาวปิยานุช เฉิดฉิม  | ๖๒ ม.๖ ต.สะกอม<br>อ.เทพา จ.สงขลา                    |    |
| ๕.สาขาการบริการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)และการสร้างหลักประกันสุขภาพ | ชุมพร        | นางสาวดวงวิมล ยอดสิงห์ | ๗๘ ม.๓ ต.ปากทรง<br>อ.พะโต๊ะ จ.ชุมพร                 |   |
| ๖.สาขาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ  | สงขลา        | นางสารภี อิศโร         | ๒๙๓/๑๙ ถ.กาญจน<br>วณิชย์ ต.สะเดา อ.สะเดา<br>จ.สงขลา |  |
| ๗.สาขาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ   | สงขลา        | นางเสาวนีย์ เครืออักษร | ๑๑๘ ม.๙ ต.ป่าดงเบขาร์<br>อ.สะเดา จ.สงขลา            |  |
| ๘.สาขาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน                                  | สงขลา        | นางสุธิดา ช่วยบุญยะ    | ๑๑๔ ม.๖ ต.น้ำน้อย<br>อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา              |  |
| ๙.สาขาการจัดการสุขภาพชุมชนและอนามัยสิ่งแวดล้อม                                | นราธิวาส     | นายปึกรุเด็น มิ่ง      | ๑๗๔/๑ ม.๔ ต.โฆษิต<br>อ.ตากใบ จ.นราธิวาส             |  |
| ๑๐.สาขานมแม่ และอนามัยแม่และเด็ก  | สุราษฎร์ธานี | นางบุบผา ทวีสังข์      | ๙๐/๖ ม.๘ ต.วัดประดู่<br>อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี      |  |
| ๑๑.สาขาทันตสุขภาพ   | ชุมพร        | นางสาวพัชรียา พรหมหาญ  | ๑๒/๑ ม.๓ ต.ตะโก<br>อ.ทุ่งตะโก จ.ชุมพร               |  |
| ๑๒.สาขาการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ  | ชุมพร        | นางวรินรำไพ ศรีคำภา    | ๑๑๗ ม.๑๑ ต.เขาค่าย<br>อ.สวี จ.ชุมพร                 |  |

## การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความรู้ และพฤติกรรม การป้องกันควบคุมโรคของประชาชนไทย เขตสุขภาพที่ 11

Perception of disease information and health hazards of knowledge and preventive behaviors against diseases of Thai citizens in Health region 11

อมรเทพ เยาวยอต<sup>1</sup>, คณพศ ทองขาว<sup>1</sup>, ประเวศ ชุ่มเกษรกุลกิจ<sup>2</sup>, นรินทร์ตา ศรีบุญทิพย์<sup>3</sup>  
Amornthep Yaowayod<sup>1</sup>, Kanaphot Thongkhao<sup>1</sup>, Prawech Chumkesornkulkit<sup>2</sup>, Nirunta Sriboonthip<sup>3</sup>

<sup>1</sup> สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช

<sup>1</sup>The Office of Disease Prevention and Control 11<sup>th</sup> Nakhonsithammarat

<sup>2</sup> ภาควิชาวิทยาศาสตร์ประยุกต์และสังคม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ

<sup>2</sup>Faculty of Applied Arts, King Mongkut's University of Technology North Bangkok

<sup>3</sup> สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ

<sup>3</sup>Bureau of Risk Communication and Health Behavior Development

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ แหล่งข้อมูล การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรค และภัยสุขภาพ ตลอดจนศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทยเขตสุขภาพที่ 11 ปี พ.ศ. 2562 กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน จำนวน 800 คน โดยใช้แบบสอบถามประกอบการสัมภาษณ์และการทดสอบ Chi-Square และสถิติสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัย พบว่า 1) มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ร้อยละ 97.5 และ เพศ อายุ ภูมิภาค การศึกษา และอาชีพหลัก มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) 2) ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพจากแหล่งข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 99.7 และ เพศ อายุ ภูมิภาค การศึกษา และอาชีพหลัก มีความสัมพันธ์กับประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) 3) มีความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ ในระดับมาก ร้อยละ 52.5 และ เพศ อายุ ภูมิภาค การศึกษา และอาชีพหลัก มีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) 4) มีพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ ร้อยละ 54.0 และ เพศ อายุ ภูมิภาค การศึกษา และอาชีพหลัก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพที่เหมาะสม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ )

ข้อเสนอแนะของการวิจัย คือ หน่วยงานสาธารณสุขนำไปวางแผนการสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นระบบ รวมถึงการวางแผนในการพัฒนาระบบการสื่อสารประชาสัมพันธ์เพื่อการเสริมสร้างการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนให้มีประสิทธิภาพต่อไป

**คำสำคัญ :** การประเมินผล, การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร, โรคและภัยสุขภาพ, การป้องกันควบคุมโรค

## Abstract

The objectives of research were to study the perception of information, sources of knowledge on diseases and health hazards, knowledge on diseases and health hazards, preventive behaviors against diseases and health hazards factors related to Thai citizens of Health region 11 in 2019. The sample consisting of 800 persons from all regions of Thailand was randomly chosen with multiple steps. The data was collected from questionnaires and Chi-Square test and Pearson's correlation coefficient.

The results were as follows: 1) Perception of Information: it was found that **97.5%** of gender, age, region, education and career significantly correlated with the perception of information ( $P < 0.05$ ). 2) Source of Information: it was found that **99.7%** of gender, age, region, education, and career significantly correlated with the sources of information on diseases and health hazards ( $P < 0.05$ ). 3) Knowledge on disease and health hazards: it was found that the sample had the overall knowledge on disease and health hazards of 4 common diseases at a high to **52.5%** and gender, age, region, education, and career significantly correlated with the knowledge on diseases and health hazards ( $P < 0.05$ ). 4) preventive behaviors against diseases and health hazards: it was found that most of the sample **54.0%** and gender, age, region, education, and career significantly correlated with the preventive behaviors against diseases and health hazards ( $P < 0.05$ ).

Research recommendation are as follows; public health agency can be planning of risk communication and systematic development of public health behavior as well as planning of public communication development to effectively promote information acknowledgement, knowledge, public health behavior and images of Department of Disease Control in upcoming future.

**Keywords :** Evaluation, Perception of Information, Diseases and Health Hazards, Prevention and Control



## บทนำ

การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค เป็นวิธีการที่ช่วยลดปัญหาที่มีผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมของประชากรกลุ่มเป้าหมายตามมาตรฐานสากล (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2554) การพัฒนาระบบองค์ความรู้และมาตรการ เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ รวมทั้งการส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมส่งผลให้มีสุขภาพดี ห่างไกลจากโรคและภัยสุขภาพ การเผยแพร่ความรู้ ทางวิชาการด้านป้องกันควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพให้ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นการดำเนินงานที่มีความเชื่อมโยงถึงระดับบุคคล ดังนั้นข้อมูลและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไทย รวมถึงความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ในมุมมองของประชาชน จึงเป็นข้อมูลป้อนกลับที่สำคัญที่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขใช้ในการประเมินความสำเร็จ ในการดำเนินงานด้านการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคและภัยสุขภาพ

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีแนวคิดและทฤษฎีการเปิดรับสื่อ (Media exposure) และการรับรู้ (Perception) แนวคิดเกี่ยวกับสาร (Message) ความรู้ความเข้าใจ (Understanding) ซึ่งมีความเชื่อมโยงกับพฤติกรรมสุขภาพ (Schramm, 1954; Melvin, 1970; Bloom, 1971) โดยพบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร แหล่งของข้อมูลข่าวสาร และความรู้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไทย (สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค, 2557, 2558; วิชาญ ปาวันและคณะ, 2559, 2560, 2561)

ซึ่งข้อมูลดังกล่าวเป็นข้อมูลที่สำคัญที่ใช้ในการประเมินความสำเร็จในการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคและภัยสุขภาพของหน่วยงานด้านสาธารณสุข ซึ่งผลจากการสำรวจนั้นจะได้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร แหล่งข้อมูล หรือช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ มีความตระหนักในการป้องกันตนเอง ครอบครัวและสังคม ในการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง รวมไปถึงการนำไปสู่การสร้างนโยบายที่สอดคล้องกับบริบทที่เป็นอยู่ได้อย่างเป็นรูปธรรมร่วมกับเป็นแนวทางในการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้กับประชาชนต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน แหล่งข้อมูลหรือช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน และความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ในเขตสุขภาพที่ 11
- 2) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ในเขตสุขภาพที่ 11
- 3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์จากการรับรู้ข้อมูลข่าวสารกับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคของประชาชน ในเขตสุขภาพที่ 11

## วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ใช้การวิจัยเชิงบรรยายและเชิงวิเคราะห์ (Descriptive and Analytical Research) เก็บข้อมูล

โดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น

**ประชากร** คือ ประชาชนทั่วไป ทั้งชายและหญิง ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป เขตสุขภาพที่ 11

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ประชาชนทั่วไปทั้งชายและหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป โดยใช้การคำนวณโดยสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของเครจซี่และเมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970) ได้ขนาดตัวอย่าง 800 คน โดยทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายชั้นตอน (Stratified Multi-stage sampling)

**เครื่องมือในการวิจัย** เป็นแบบสอบถามการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เรื่องโรคและภัยสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคของประชาชนไทย เขตสุขภาพที่ 11 ประจำปี พ.ศ.2562 ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง (Self-Questionnaires) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ

#### การแปลผลคะแนน

การแปลผลคะแนนทุกตัวแปร ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ มาก ปานกลาง และน้อยตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (กองแผนงาน กรมควบคุมโรค, 2559) ดังต่อไปนี้

ระดับมาก      คะแนนอยู่ระหว่าง  
ร้อยละ 66.68 – 100.00

ระดับปานกลาง      คะแนนอยู่ระหว่าง  
ร้อยละ 33.34 – 66.67

ระดับน้อย      คะแนนอยู่ระหว่าง  
ร้อยละ 0.00 – 33.33

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถาม

ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น นำเครื่องมือการวิจัยไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคและภัยสุขภาพ ด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ รวมจำนวน 5 คน ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา นำแบบสอบถามที่ได้ ปรับปรุงแล้วไปทดสอบกับประชาชนที่ไม่ได้ถูกสุ่มมาเป็นตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 60 คน มีผลวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้

1) ด้วยวิธีของ Kuder–Richardson สูตร KR-20 ในแบบสอบถามส่วนความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.767 ซึ่งแบบสอบถามดังกล่าวมีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่ยอมรับได้

2) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) ในแบบสอบถามส่วนอื่น ๆ ได้ค่าความเชื่อมั่นตามลำดับ ดังนี้ 1) การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.802 2) ประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.828 และ 3) พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.851

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งใช้สถิติในการวิเคราะห์ ดังนี้

1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) สถิติอ้างอิง เพื่อใช้ทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปร ได้แก่

(1) สถิติไค์สแควร์ (Chi-square) คือ

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพหลัก ภูมิภาคกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน แหล่งข้อมูลหรือช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

(2) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient อ้างอิงถึง ประคอง กรรณสูตร, 2542) คือ การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชนแหล่งข้อมูลหรือช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชนและความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชนกับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

## ผลการวิจัย

### ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากร

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทั่วไปของประชากร

| คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง | กลุ่มตัวอย่าง (n = 800) |        |
|---------------------------------|-------------------------|--------|
|                                 | จำนวน                   | ร้อยละ |
| <b>เพศ</b>                      |                         |        |
| ชาย                             | 242                     | 30.2   |
| หญิง                            | 558                     | 69.8   |
| <b>อายุ (ปี)</b>                |                         |        |
| 18 – 25                         | 102                     | 12.8   |
| 26 – 45                         | 277                     | 34.6   |

| คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง                       | กลุ่มตัวอย่าง (n = 800) |        |
|---|-------------------------|--------|
|   | จำนวน                   | ร้อยละ |
| 46 – 60   | 260                     | 32.5   |
| 60 ปีขึ้นไป   | 161                     | 20.1   |
| Mean = 46.39 ปี S.D. = 16.04. Max = 89 ปี Min = 18 ปี |                         |        |
| <b>การศึกษา</b>                                       |                         |        |
| ประถมศึกษา  | 324                     | 40.5   |
| มัธยมศึกษาตอนต้น                                      | 91                      | 11.4   |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.                              | 198                     | 24.8   |
| อนุปริญญาตรี/ปวส.                                     | 54                      | 6.8    |
| ปริญญาตรี   | 115                     | 14.4   |
| สูงกว่าปริญญาตรี                                      | 18                      | 2.2    |
| <b>อาชีพหลัก</b>                                      |                         |        |
| เกษตรกร   | 164                     | 20.5   |
| รับจ้างทั่วไป   | 151                     | 18.9   |
| ค้าขาย  | 227                     | 28.4   |
| พนักงานบริษัท   | 30                      | 3.8    |
| ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ                                 | 57                      | 7.1    |
| ไม่ได้ทำงาน (พ่อบ้าน แม่บ้าน)                         | 122                     | 15.3   |
| นักเรียน/นักศึกษา                                     | 40                      | 5.0    |
| อาชีพอื่น ๆ (ไม่ระบุอาชีพ)                            | 9                       | 1.1    |

จากตารางที่ 1 พบว่าลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.8 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุ 26-45 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.6 จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 40.5 อาชีพค้าขาย ร้อยละ 28.4

### ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยด้านต่าง ๆ

ผลการวิเคราะห์ในส่วนนี้ประกอบไปด้วยผลการวิเคราะห์การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน และพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ผลการวิเคราะห์ ดังต่อไปนี้

## 2.1 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ จำแนกตามรายโรค และระดับของการรับรู้

| โรค/ระดับของการรับรู้                   | กลุ่มตัวอย่าง (n = 800) |        |
|---|-------------------------|--------|
|   | จำนวน (คน)              | ร้อยละ |
| <b>โรคไข้เลือดออก</b>                   |                         |        |
| มาก (4 - 5 คะแนน)                       | 494                     | 61.7   |
| ปานกลาง (3 คะแนน)                       | 179                     | 22.4   |
| น้อย (2 คะแนน)                          | 80                      | 10.0   |
| ไม่ได้รับ (1 คะแนน)                     | 47                      | 5.9    |
| Mean = 3.70, SD = 1.17, ระดับ = มาก     |                         |        |
| <b>โรคพิษสุนัขบ้า</b>                   |                         |        |
| มาก (4 - 5 คะแนน)                       | 350                     | 43.7   |
| ปานกลาง (3 คะแนน)                       | 226                     | 28.2   |
| น้อย (2 คะแนน)                          | 127                     | 16.0   |
| ไม่ได้รับ (1 คะแนน)                     | 97                      | 12.1   |
| Mean = 3.21, SD = 1.25, ระดับ = ปานกลาง |                         |        |
| <b>โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์</b>          |                         |        |
| มาก (4 - 5 คะแนน)                       | 276                     | 34.5   |
| ปานกลาง (3 คะแนน)                       | 207                     | 25.9   |
| น้อย (2 คะแนน)                          | 177                     | 22.1   |
| ไม่ได้รับ (1 คะแนน)                     | 140                     | 17.5   |
| Mean = 2.91, SD = 1.29, ระดับ = ปานกลาง |                         |        |
| <b>โรคความดันโลหิตสูง</b>               |                         |        |
| มาก (4 - 5 คะแนน)                       | 528                     | 66.1   |
| ปานกลาง (3 คะแนน)                       | 144                     | 18.0   |
| น้อย (2 คะแนน)                          | 67                      | 8.4    |

| โรค/ระดับของการรับรู้               | กลุ่มตัวอย่าง (n = 800) |        |
|-------------------------------------|-------------------------|--------|
|                                     | จำนวน (คน)              | ร้อยละ |
| ไม่ได้รับ (1 คะแนน)                 | 61                      | 7.6    |
| Mean = 3.79, SD = 1.24, ระดับ = มาก |                         |        |

### รวม 4 โรค

|                                      |     |      |
|--------------------------------------|-----|------|
| มาก (14 - 20 คะแนน)                  | 430 | 53.8 |
| ปานกลาง (7 - 13 คะแนน)               | 325 | 40.6 |
| น้อย (5 - 6 คะแนน)                   | 25  | 3.1  |
| ไม่ได้รับ (4 คะแนน)                  | 20  | 2.5  |
| Mean = 13.62, SD = 3.96, ระดับ = มาก |     |      |

\* หมายเหตุ การแปลผลระดับรายโรค ระดับมาก (3.35 - 5.00) ระดับปานกลาง (1.66 - 3.34) ระดับน้อย (0.00 - 1.65)

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 97.5 รับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในภาพรวมทั้ง 4 โรค โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพอยู่ในระดับมาก

**ตารางที่ 3** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ จำแนกตามแหล่งข้อมูล และระดับของการเข้าถึงแหล่งข้อมูล

| แหล่งข้อมูล/ระดับของการเข้าถึงแหล่งข้อมูล   | กลุ่มตัวอย่าง (n = 800) |        |
|---|-------------------------|--------|
|   | จำนวน (คน)              | ร้อยละ |
| <b>อินเทอร์เน็ต (เช่น เว็บไซต์ เฟซบุ๊ก ไลน์ ทวิตเตอร์ อินสตาแกรม ยูทูบ เป็นต้น)</b> |                         |        |
| มาก (4 - 5 คะแนน)   | 380                     | 47.5   |
| ปานกลาง (3 คะแนน)   | 133                     | 16.6   |
| น้อย (2 คะแนน)  | 68                      | 8.5    |
| ไม่ได้รับ (1 คะแนน)   | 219                     | 27.4   |
| Mean = 3.09, SD = 1.54, ระดับ = ปานกลาง   |                         |        |
| <b>โทรทัศน์/เคเบิลทีวี</b>  |                         |        |
| มาก (4 - 5 คะแนน)   | 510                     | 63.8   |
| ปานกลาง (3 คะแนน)   | 165                     | 20.6   |

| แหล่งข้อมูล/ระดับของการเข้าถึงแหล่งข้อมูล |           | กลุ่มตัวอย่าง (n = 800) |        |
|---|-----------|-------------------------|--------|
|   |           | จำนวน (คน)              | ร้อยละ |
| น้อย                                      | (2 คะแนน) | 72                      | 9.0    |
| ไม่ได้รับ                                 | (1 คะแนน) | 53                      | 6.6    |
| Mean = 3.72, SD = 1.18, ระดับ = มาก       |           |                         |        |

**วิทยุ** (เช่น วิทยุทั่วไป วิทยุชุมชน หอกระจายข่าว เสี่ยงตามสาย เป็นต้น)

|   |               |     |      |
|---|---------------|-----|------|
| มาก                                     | (4 - 5 คะแนน) | 258 | 32.3 |
| ปานกลาง                                 | (3 คะแนน)     | 188 | 23.5 |
| น้อย                                    | (2 คะแนน)     | 173 | 21.6 |
| ไม่ได้รับ                               | (1 คะแนน)     | 181 | 22.6 |
| Mean = 2.78, SD = 1.33, ระดับ = ปานกลาง |               |     |      |

**หนังสือพิมพ์ นิตยสาร วารสาร**

|   |               |     |      |
|---|---------------|-----|------|
| มาก                                     | (4 - 5 คะแนน) | 162 | 20.3 |
| ปานกลาง                                 | (3 คะแนน)     | 185 | 23.1 |
| น้อย                                    | (2 คะแนน)     | 169 | 21.1 |
| ไม่ได้รับ                               | (1 คะแนน)     | 284 | 35.5 |
| Mean = 2.33, SD = 1.24, ระดับ = ปานกลาง |               |     |      |

**สื่อสิ่งพิมพ์** (เช่น แผ่นพับ แผ่นปลิว โปสเตอร์ ป้ายประกาศ หนังสือ คู่มือ เป็นต้น)

|   |               |     |      |
|---|---------------|-----|------|
| มาก                                     | (4 - 5 คะแนน) | 205 | 25.6 |
| ปานกลาง                                 | (3 คะแนน)     | 224 | 28.0 |
| น้อย                                    | (2 คะแนน)     | 199 | 24.9 |
| ไม่ได้รับ                               | (1 คะแนน)     | 172 | 21.5 |
| Mean = 2.65, SD = 1.22, ระดับ = ปานกลาง |               |     |      |

**บุคลากรสาธารณสุข** (เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น)

|                                     |               |     |      |
|-------------------------------------|---------------|-----|------|
| มาก                                 | (4 - 5 คะแนน) | 407 | 50.8 |
| ปานกลาง                             | (3 คะแนน)     | 206 | 25.8 |
| น้อย                                | (2 คะแนน)     | 134 | 16.8 |
| ไม่ได้รับ                           | (1 คะแนน)     | 53  | 6.6  |
| Mean = 3.45, SD = 1.21, ระดับ = มาก |               |     |      |

**อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)**

|     |               |     |      |
|-----|---------------|-----|------|
| มาก | (4 - 5 คะแนน) | 473 | 59.2 |
|-----|---------------|-----|------|

| แหล่งข้อมูล/ระดับของการเข้าถึงแหล่งข้อมูล |           | กลุ่มตัวอย่าง (n = 800) |        |
|---|-----------|-------------------------|--------|
|   |           | จำนวน (คน)              | ร้อยละ |
| ปานกลาง                                   | (3 คะแนน) | 169                     | 21.1   |
| น้อย                                      | (2 คะแนน) | 97                      | 12.1   |
| ไม่ได้รับ                                 | (1 คะแนน) | 61                      | 7.6    |
| Mean = 3.63, SD = 1.25, ระดับ = มาก       |           |                         |        |

Mean = 3.63, SD = 1.25, ระดับ = มาก

**ครู อาจารย์ ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา ปราชญ์ชาวบ้าน**

|   |               |     |      |
|---|---------------|-----|------|
| มาก                                     | (4 - 5 คะแนน) | 260 | 32.4 |
| ปานกลาง                                 | (3 คะแนน)     | 214 | 26.8 |
| น้อย                                    | (2 คะแนน)     | 166 | 20.8 |
| ไม่ได้รับ                               | (1 คะแนน)     | 160 | 20.0 |
| Mean = 2.84, SD = 1.29, ระดับ = ปานกลาง |               |     |      |

**เพื่อน/ญาติ/คนในครอบครัว**

|   |               |     |      |
|---|---------------|-----|------|
| มาก                                     | (4 - 5 คะแนน) | 345 | 43.1 |
| ปานกลาง                                 | (3 คะแนน)     | 247 | 30.9 |
| น้อย                                    | (2 คะแนน)     | 134 | 16.7 |
| ไม่ได้รับ                               | (1 คะแนน)     | 74  | 9.3  |
| Mean = 3.23, SD = 1.17, ระดับ = ปานกลาง |               |     |      |

**รวมทั้ง 9 แหล่งข้อมูล**

|  |                 |     |      |
|--|-----------------|-----|------|
| มาก                                      | (30 - 45 คะแนน) | 319 | 39.8 |
| ปานกลาง                                  | (16 - 29 คะแนน) | 443 | 55.4 |
| น้อย                                     | (10 - 15 คะแนน) | 36  | 4.5  |
| ไม่ได้รับ                                | (9 คะแนน)       | 2   | 0.3  |
| Mean = 27.72, SD = 7.41, ระดับ = ปานกลาง |                 |     |      |

\* เหตุผลการแปลผลระดับการรับรู้ข้อมูล ระดับมาก (3.35 - 5.00) ระดับปานกลาง (1.66 - 3.34) ระดับน้อย (0.00 - 1.65)

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 99.7 ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพจากแหล่งข้อมูลข่าวสาร ช่องทางใดช่องทางหนึ่งหรือหลาย ๆ ช่องทางจาก 9 แหล่งข้อมูล โดยมีคะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง

### 2.3 ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ

**ตารางที่ 4** จำนวนและร้อยละความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพจำแนกตามรายโรค และระดับความรู้ (n = 800)

| โรค/ระดับความรู้                          | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---|------------|--------|
| <b>โรคไข้เลือดออก</b>                     |            |        |
| มาก (5 – 6 คะแนน)                         | 440        | 55.0   |
| ปานกลาง (3 – 4 คะแนน)                     | 302        | 37.8   |
| น้อย (0 – 2 คะแนน)                        | 58         | 7.2    |
| Mean = 4.43, SD = 1.37,                   |            |        |
| <b>โรคพิษสุนัขบ้า</b>                     |            |        |
| มาก (5 – 6 คะแนน)                         | 183        | 22.9   |
| ปานกลาง (3 – 4 คะแนน)                     | 396        | 49.5   |
| น้อย (0 – 2 คะแนน)                        | 221        | 27.6   |
| Mean = 3.28, SD = 1.48                    |            |        |
| <b>โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์</b>            |            |        |
| มาก (5 – 6 คะแนน)                         | 247        | 30.9   |
| ปานกลาง (3 – 4 คะแนน)                     | 359        | 44.9   |
| น้อย (0 – 2 คะแนน)                        | 194        | 24.3   |
| Mean = 3.47, SD = 1.58                    |            |        |
| <b>โรคความดันโลหิตสูง</b>                 |            |        |
| มาก (5 – 6 คะแนน)                         | 396        | 49.5   |
| ปานกลาง (3 – 4 คะแนน)                     | 274        | 34.3   |
| น้อย (0 – 2 คะแนน)                        | 130        | 16.3   |
| Mean = 4.13, SD = 1.57                    |            |        |
| <b>ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ 4 โรค</b> |            |        |
| มาก (16 – 24 คะแนน)                       | 420        | 52.5   |
| ปานกลาง (8 – 15 คะแนน)                    | 326        | 40.8   |
| น้อย (0 – 7 คะแนน)                        | 54         | 6.8    |
| Mean = 15.31, SD = 4.54                   |            |        |

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพในภาพรวมทั้ง 4 โรค ในระดับมาก ปานกลาง และน้อย คิดเป็นร้อยละ 52.5, 40.8 และ

6.8 ตามลำดับ โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพรวม 4 โรคของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก

### 2.5 พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

**ตารางที่ 5** จำนวนและร้อยละพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ จำแนกตามรายโรคและระดับของพฤติกรรมที่เหมาะสม (n = 800)

| โรค/ระดับของพฤติกรรมที่เหมาะสม                                 | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|--|------------|--------|
| <b>โรคไข้เลือดออก</b>  |            |        |
| มาก (27 – 40 คะแนน)  | 596        | 74.5   |
| ปานกลาง (14 – 26 คะแนน)  | 199        | 24.9   |
| น้อย (8 – 13 คะแนน)  | 5          | 0.6    |
| Mean = 29.88, SD = 5.91, ระดับ = มาก                           |            |        |
| <b>โรคพิษสุนัขบ้า</b>  |            |        |
| มาก (27 – 40 คะแนน)  | 298        | 37.3   |
| ปานกลาง (14 – 26 คะแนน)  | 493        | 61.6   |
| น้อย (8 – 13 คะแนน)  | 9          | 1.1    |
| Mean = 24.70, SD = 5.68, ระดับ = ปานกลาง                       |            |        |
| <b>โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์</b>                                 |            |        |
| มาก (20 – 30 คะแนน)  | 193        | 24.1   |
| ปานกลาง (10 – 19 คะแนน)  | 446        | 55.8   |
| น้อย (6 – 9 คะแนน)   | 161        | 20.1   |
| Mean = 15.22, SD = 6.12, ระดับ = ปานกลาง                       |            |        |
| <b>โรคความดันโลหิตสูง</b>                                      |            |        |
| มาก (33 – 50 คะแนน)  | 476        | 59.5   |
| ปานกลาง (17 – 32 คะแนน)  | 321        | 40.1   |
| น้อย (10 – 16 คะแนน)   | 3          | 0.4    |
| Mean = 34.20, SD = 6.91, ระดับ = มาก                           |            |        |
| <b>พฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการป้องกันโรคและภัยสุขภาพรวม 4 โรค</b> |            |        |
| มาก (106 – 160 คะแนน)  | 366        | 45.8   |
| ปานกลาง (53 – 105 คะแนน)                                       | 432        | 54.0   |

| โรค/ระดับของพฤติกรรมที่เหมาะสม             | จำนวน (คน)   | ร้อยละ |
|--|--------------|--------|
| น้อย                                       | (32 – 52 คน) | 2      |
| Mean = 104.00, SD = 18.71, ระดับ = ปานกลาง |              | 0.2    |

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 54.0 มีพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการป้องกันโรคและสุขภาพ และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคและสุขภาพอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง

**ส่วนที่ 3** ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ข้อมูลข่าวสารฯ แหล่งข้อมูล ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารฯ ความรู้ฯ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคและสุขภาพ

**ตารางที่ 6** จำนวนและร้อยละความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันโรคและสุขภาพ

| ปัจจัย       | PC     | PS     | KL     | BH |
|--------------|--------|--------|--------|----|
| PC (n = 800) | 1      |        |        |    |
| PS (n = 800) | .592** | 1      |        |    |
| KL (n = 800) | .335** | .194** | 1      |    |
| BH (n = 800) | .482** | .469** | .405** | 1  |

\*\*  $p < .01$

หมายเหตุ: PC = การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและสุขภาพ

PS = แหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและสุขภาพ

KL = ความรู้เรื่องโรคและสุขภาพ

BH = พฤติกรรมการป้องกันโรคและสุขภาพ

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและสุขภาพ แหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและสุขภาพ และความรู้เรื่องโรคและสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค

และสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับปานกลาง

### สรุปและอภิปรายผล

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 69.8 เป็นเพศหญิง และร้อยละ 34.6 อยู่ในช่วงอายุ 26 – 40 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40.5 และอาชีพค้าขายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.4 ปัจจัยด้านแหล่งข้อมูลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 99.7 ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและสุขภาพ จากแหล่งข้อมูลข่าวสาร ช่องทางใดช่องทางหนึ่งหรือหลาย ๆ ช่องทางจาก 9 แหล่งข้อมูล พบว่ากลุ่มตัวอย่างเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในระดับมาก ปานกลาง น้อย และไม่ได้รับ คิดเป็นร้อยละ 39.8, 55.4, 4.5 และ 0.3 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 27.72$ ,  $SD = 7.41$ ) แหล่งข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึง เรียงตามลำดับได้ดังนี้ 1) บุคลากรสาธารณสุข 2) โทรทัศน์/เคเบิลทีวี 3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 4) เพื่อน ญาติ พี่น้อง นอกจากนี้ยังพบว่า เพศ อายุ ภูมิภาค การศึกษา และอาชีพหลัก มีความสัมพันธ์กับประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) (ดังตารางที่ 3) ปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 97.5 รับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและสุขภาพในภาพรวมทั้ง 4 โรค โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและสุขภาพอยู่ในระดับมาก นอกจากนี้ยังพบว่า เพศ อายุ ภูมิภาค การศึกษา และอาชีพหลัก

มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและ ภัยสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) จาก ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับ การรับรู้เกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพทั้ง 4 โรคเป็น อย่างดี ซึ่งลักษณะการรับรู้ดังกล่าวสามารถอธิบาย ได้ด้วยแนวคิดการเปิดรับข่าวสารของ McCombs and Becker (1997) ที่อธิบายว่าประสบการณ์ นิสัย สภาวะ และความต้องการของบุคคลล้วนมีผลต่อการ เลือกที่จะเปิดรับข้อมูลข่าวสาร โดยบุคคลที่มีลักษณะ บางอย่างแตกต่างกัน เช่น เพศ อายุ ที่อยู่อาศัย การศึกษา และอาชีพหลักที่แตกต่างกันย่อมมี ประสบการณ์ นิสัย สภาวะและความต้องการที่ แตกต่างกัน ซึ่งสิ่งเหล่านี้ก็ส่งผลให้บุคคลแต่ละคน มีการเปิดรับข่าวสารที่ต่างกันสอดคล้องกับการ ศึกษาของ Kippax and Murray (1980) ที่พบว่า ปัจจัยด้านบุคคล เช่น เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ เป็นตัวกำหนดการใช้สื่อและการรับรู้คุณประโยชน์ ของสื่อ โดยพบว่าคนที่มีอายุมากกว่าจะมีแนวโน้ม ที่จะเลือกใช้สื่อเพราะความสนใจที่จะรับรู้และเลือก ตามความต้องการของตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ เรื่องโรคและภัยสุขภาพในภาพรวมทั้ง 4 โรคในระดับ มาก ปานกลาง และน้อย คิดเป็นร้อยละ 52.5, 40.8 และ 6.8 ตามลำดับ โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรค และภัยสุขภาพรวม 4 โรคของกลุ่มตัวอย่างอยู่ใน ระดับมาก ( $\bar{x} = 15.31$ ,  $SD = 4.54$ ) เมื่อพิจารณา เป็นรายโรค และพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในทุก โรคอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ยังพบว่า เพศ อายุ ภูมิภาค การศึกษา และอาชีพหลัก มีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ อย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ )

ปัจจัยด้านพฤติกรรมกำป้องกันโรคและภัย

สุขภาพ ภาพรวมเมื่อพิจารณาพฤติกรรมที่เหมาะสม ต่อการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ร้อยละ 54.0 มีพฤติกรรมที่เหมาะสม ต่อการป้องกันโรคและภัยสุขภาพรวม 4 โรค ในระดับ เหมาะสมปานกลาง รองลงมาอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 45.8 โดยมีผู้ที่มีพฤติกรรมเหมาะสม น้อยเพียงร้อยละ 0.2 โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันโรคและภัยสุขภาพอยู่ในระดับเหมาะสม ปานกลาง ( $\bar{x} = 104.00$ ,  $SD = 18.71$ ) สอดคล้อง กับผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคและภัยสุขภาพนั้น พบว่า เพศ อายุ ภูมิภาค การศึกษา และอาชีพหลักมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมกำป้องกันโรคและภัยสุขภาพ อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิชาญ ปาวันและคณะ (2559, 2560, 2561) ที่ พบว่า ปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมกำป้องกันโรคและภัยสุขภาพ โดยการ ศึกษาดังกล่าวข้างต้นได้อธิบายว่า ผู้รับสารแต่ละคน นั้นมีพฤติกรรมกำเปิดรับสื่อที่ต่างกันออกไป การที่ผู้รับสารจะเปิดรับสารอาจขึ้นอยู่กับปัจจัย ต่าง ๆ เช่น ความต้องการ ซึ่งการเปิดรับสื่อที่ แตกต่างกัน ย่อมทำให้ผู้รับสารมีพฤติกรรมสุขภาพ ที่แตกต่างกันไปในที่สุด และสอดคล้องกับผลการ วิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นันทน์ช โสมนรินทร์ และณัฐชุตดา วิจิตรจามรี (2555) ที่พบว่ากำเปิดรับข่าวสาร ความรู้ เจตคติ มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการปฏิบัติตัวในการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแหล่งกำรับข้อมูลข่าวสาร ทางโทรทัศน์ โดยสามารถอธิบายถึงสาเหตุที่แหล่ง กำรับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม



การป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพได้ว่า การรับรู้เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมซึ่งผลการศึกษาล่าสุดแสดงให้เห็นว่าคุณลักษณะของสิ่งเร้ามีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคล ถ้าสิ่งเร้ามีความถี่ มีความต่อเนื่องและความคล้ายคลึงกันมากเท่าไรบุคคลก็มีแนวโน้มที่จะรับรู้สิ่งเร้านั้นมากเท่านั้น

### ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยในครั้งนี้ หน่วยงานสาธารณสุขสามารถนำไปกำหนดแนวทางการดำเนินการสื่อสารประชาสัมพันธ์เรื่องโรคและภัยสุขภาพเพื่อให้ประชาชนเกิดการรับรู้ และการมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ ดังนี้

1. ควรนำมาเป็นข้อมูลในการกำหนดกลยุทธ์การวางแผน และการปฏิบัติการในการสื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพของประชาชน โดยการสื่อสารที่หลากหลายให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่ม

2. ควรนำไปพัฒนาวางแผนกลยุทธ์ด้านพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 11 อย่างเป็นระบบ กำหนดประเด็นเนื้อหาของข่าวสารเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพให้ตรงกับลักษณะและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย พร้อมวางระบบการติดตามเป็นระยะ ๆ ในการติดตามผลการดำเนินงาน

3. ควรนำไปพัฒนาการดำเนินงานสื่อสารประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพภายในหน่วยงาน โดยเฉพาะสื่อบุคคลทั้งบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และควรคำนึงถึงการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

### เอกสารอ้างอิง

กองแผนงาน กรมควบคุมโรค. (2559). แผนงานควบคุมโรคและภัยสุขภาพ, กรอบแนวทางการจัดทำแผนปฏิบัติการเชิงยุทธศาสตร์ กรมควบคุมโรค, ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560.  
นนทบุรี: กลุ่มพัฒนาแผนปฏิบัติการกองแผนงาน กรมควบคุมโรค (เอกสารอัดสำเนา)

ประคอง กรรณสูต. (2542). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วิชาญ ปาวัน และคณะ. (2559 2560 2561). การประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้พฤติกรรมสุขภาพและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค ประจำปี พ.ศ. 2559. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดดีไซน์., สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดดีไซน์., พุ่มทอง.

สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค. (2561). กรมควบคุมโรคเผยแพร่ผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้าอีก 1 ราย แนะนำประชาชนให้ยึดหลัก “คาถา 5 ย.” ลดความเสี่ยงการรับเชื้อ. [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2562.], <https://ddc.moph.go.th/th/site/newsview/view/669>

Bloom. (1971). Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: Mcgraw – Hill.



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT



Kippax, S. and J. P. Murray. (1980). Using the media: need gratification and perceived utility. Communication Research. Vol.7.

McCombs, E. Maxwell and Becker, B Lee. (1979) Using Mass Communications theory. New Jersey: Prentice Hall

## พฤติกรรมกาสูบบุหรีของประชาชน อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง

### Tobacco Smoking Behavior among People in Muang District, Trang Province

ณินท์ญาดา รongเดช

Ninyada Rongdech

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

Trang Provincial Public Health Office

#### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมกาสูบบุหรีของประชาชนและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาสูบบุหรีของประชาชน กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 398 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโทษกาสูบบุหรี และทศนคติต่อกาสูบบุหรีกับพฤติกรรมกาสูบบุหรี โดยทดสอบค่าไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโทษของกาสูบบุหรีระดับต่ำ (ร้อยละ 62.8) ทศนคติไม่ดีต่อกาสูบบุหรี (ร้อยละ 69.8) และไม่สูบบุหรี (ร้อยละ 67.3) ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโทษของบุหรีและทศนคติต่อกาสูบบุหรีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาสูบบุหรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนอายุและความรู้เกี่ยวกับโทษกาสูบบุหรี มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรตระหนักและให้ความสำคัญกับการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโทษของบุหรี รวมทั้งถึงพิษภัยต่าง ๆ ที่เกิดจากการสูบบุหรีหรือการอยู่ใกล้ชิดกับคนที่กำลัง สูบเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง

**คำสำคัญ :** พฤติกรรมกาสูบบุหรี

#### Abstract

The objectives of this survey research were to evaluate the knowledge, attitude and smoking behavior of the people and to analyze the factors related to the smoking behavior of the people. The subjects consisted of 398 samples, aged from 15 years and over, selected by multi-step sampling. Data were collected using questionnaires. The data were statistically analyzed by using percentage, mean, standard deviation. The relationship between general characteristics, knowledge of smoking harm and smoking attitudes and smoking behavior

were tested by using chi-square.

Research findings demonstrated the samples had low level of knowledge about the harm of smoking (62.8%), bad attitudes towards smoking (69.8%) and no smoking (67.3%). The factors of sex, marital status, education level, awareness of information about the dangers of cigarettes and their attitudes towards smoking were significantly associated with smoking behavior at the level of 0.01 and the family monthly income at the 0.05 level. There were no statistical association between age and knowledge of smoking harm. The health workers should be aware of the importance of the perception and inform the smokers about the danger and concern physical distancing from smokers to be appropriate behavior.

**Keywords :** Tobacco smoking behavior

## บทนำ

การสูบบุหรี่ นอกจากเกิดปัญหาต่อสุขภาพแล้ว ยังก่อให้เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมของประเทศ สำหรับประเทศไทยพบว่า ความสูญเสียจากค่ารักษาพยาบาลและความสูญเสียทางเศรษฐกิจมาจากความเจ็บป่วย ความพิการและเสียชีวิตด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด มะเร็งปอดและโรคถุงลมโป่งพอง เป็นต้น ข้อมูลค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่รับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนภูมิภาค ในปี 2553 พบว่า มีมูลค่าถึง 12,086 ล้านบาท (นิตยาภรณ์ ดวงเรือง, 2559: 12) การสูบบุหรี่เป็นปัญหาพฤติกรรมที่แพร่ขยายไปทั่วทุกกลุ่มคน ตั้งแต่เด็กจนถึง วัยชรา จากการสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2552 พบว่า มีผู้สูบบุหรี่ทั้งสิ้น 16.2 ล้านคน แต่ปัจจุบันคนส่วนใหญ่ให้ความสำคัญและตระหนักถึงโทษของบุหรี่ ทำให้แนวโน้มของอัตราการสูบบุหรี่ลดลง โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 40-59 ปี ทั้ง ๆ ที่กลุ่มดังกล่าว

มีการสูบบุหรี่ในอัตราสูงสุด ในขณะที่พฤติกรรม การสูบบุหรี่ของกลุ่มวัยรุ่นพบว่ามีอัตราเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากวัยรุ่นมีความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และขาดความตระหนักในพิษภัยของบุหรี่ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2558: 39) อีกทั้ง วัยรุ่นเป็นวัยแห่งการเรียนรู้ด้วยตนเอง อยากรู้ อยากลอง เรียนรู้กับเพื่อนสนิท รวมถึงต้องการเป็นที่ยอมรับในกลุ่มเพื่อน ดังนั้น พฤติกรรมเบี่ยงเบนจึงปฏิบัติตามการตัดสินใจของกลุ่มและถ้าหากทางเลือกที่กลุ่มเสนอนั้นไม่เหมาะสม ตนเองก็คิดหาทางเลือกใหม่ที่เหมาะสมกว่า โดยอาศัยทักษะการสื่อสารเพื่อปฏิเสธ คัดค้าน หรือเจรจาต่อรอง (เกษมา สุขสุวคนธ์, 2556: 12) ต่อมาปี 2561 สำรวจใหม่โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2562: 18) พบว่า อัตราการสูบบุหรี่ของคนไทยมีมากถึง ร้อยละ 36.9

ในปี 2562 จังหวัดตรัง มีประชากรรวม 643,116 คน กลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 520,413 คน คิดเป็นร้อยละ 80.9 พบอัตราการสูบบุหรี่มาก

ถึง ร้อยละ 31.3 จึงส่งผลต่อการเจ็บป่วยและตายจากพิษภัยของบุหรี่ ในปี 2562 พบอัตราป่วยโรคหัวใจขาดเลือด 1046.12 ต่อแสนประชากร มะเร็งปอดและถุงลมโป่งพองอัตราป่วย 77.90 และ 2.80 ต่อแสนประชากร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง, 2562: 25-26) ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชาชนใน 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง โดยพบว่าทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 12 มีอัตราการบริโภคยาสูบสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ โดยจังหวัดสตูล สงขลา พัทลุงและตรัง พบว่า อัตราการบริโภคยาสูบสูงกว่าค่าเฉลี่ยของเขต (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา, 2560: 4) สำหรับอำเภอเมืองตรัง มีประชากรรวม 156,891 คน กลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 127,527 คน คิดเป็นร้อยละ 81.3 อัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ 32.1 ซึ่งสูงกว่าอัตราการสูบบุหรี่ภาพรวมของจังหวัด และเป็นอัตราเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคจากพิษภัยบุหรี่ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองตรัง, 2562: 24) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่าอัตราการสูบบุหรี่ของประชาชนอำเภอเมืองตรังไม่แตกต่างกับปัญหาภาพรวมของจังหวัด ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนในอำเภอเมืองตรังเป็นอย่างไร และมีปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ข้อค้นพบจะเป็นองค์ความรู้ประกอบการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ ปรับเปลี่ยนทัศนคติและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการดูแลสุขภาพอันส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง ครอบครัวและชุมชนให้ดียิ่งขึ้น

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

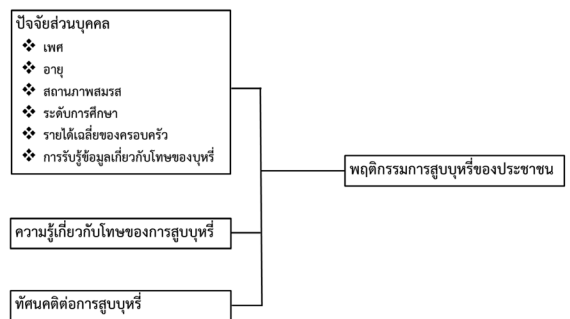
1. เพื่อประเมินระดับความรู้ ทัศนคติและ

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชน

2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชน

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชน ซึ่งได้เสนอปัจจัยจำนวน 3 กลุ่ม ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชน ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล 2) ความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่ และ 3) ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ ผู้วิจัยจึงได้กำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1



### ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน และการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโทษของบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญ
2. ความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญ
3. ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญ

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) นี้ ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนเมษายน - ตุลาคม 2563 ประชากรที่ศึกษาเป็นประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในอำเภอเมืองตรัง จำนวน 77,778 คน ขนาดตัวอย่าง 398 คน คำนวณโดยสูตรของยามานะ (Yamane, 1973: 727-728) โดยค่าความคลาดเคลื่อนไม่เกินร้อยละ 5

$$\text{สูตร } n = \frac{N}{1+Ne^2}$$

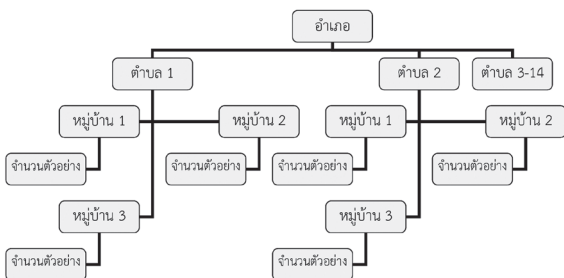
เมื่อ n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร

e = ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างจะยอมรับได้

$$\begin{aligned} \text{ดังรายละเอียดการแทนค่าสูตร} \\ \text{จำนวนตัวอย่าง} &= \frac{77,778}{1+77,778 (0.05)^2} \\ &= 397.95 \\ &= 398 \end{aligned}$$

สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน โดยจำแนกประชากรศึกษาตามเขตการปกครองทุกตำบลและสุ่มตัวอย่างตำบลละ 3 หมู่บ้าน คำนวณตัวอย่างแต่ละหมู่บ้านตามสัดส่วนประชากร แล้วเขียนชื่อ - นามสกุลกลุ่มเป้าหมายทุกคนที่สุบและไม่สุบบุรีแต่ละหมู่บ้านใส่ลงในกล่อง จากนั้นสุ่มตัวอย่างรายชื่อแบบง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่คืนกลับ (Sampling without replacement)



เครื่องมือเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถาม โดยประยุกต์ใช้หลักเกณฑ์ รูปแบบและวิธีสร้าง

แบบสอบถามจากหนังสือการประเมินผลโครงการ : หลักการ วิธีการประเมินผลงานและโครงการ (เวดิน นพนิตย์, 2550: 26) ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน และการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโทษของบุหรี่

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ ข้อใดตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน จำนวน 7 ข้อ แบ่งระดับคะแนนความรู้โดยใช้เกณฑ์ของชูศรี วงศ์รัตน์, 2546: 32) ดังนี้

| ค่าคะแนนเฉลี่ย    | การแปลผล |
|-------------------|----------|
| 0.00 - 4.00 คะแนน | ต่ำ      |
| 4.01 - 7.00 คะแนน | สูง      |

ส่วนที่ 3 ทศนคติต่อการสูบบุหรี่ เป็นคำถามเชิงบวกแบบประมาณค่า (Rating scale) คำตอบให้เลือกมี 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วย = 3 คะแนน ไม่แน่ใจ = 2 คะแนน ไม่เห็นด้วย = 1 คะแนน จำนวน 10 ข้อ แบ่งระดับคะแนนทัศนคติโดยใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977: 172) ดังนี้

| ค่าคะแนนเฉลี่ย    | การแปลผล |
|-------------------|----------|
| 1.00 - 2.00 คะแนน | ไม่ดี    |
| 2.01 - 3.00 คะแนน | ดี       |

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชน เป็นคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 10 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข 3 คน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) เมื่อปรับปรุงแก้ไขแล้วทดสอบหาความเชื่อมั่น (Reliability test)

โดยใช้กลุ่มตัวอย่างในหมู่ที่ 4 ตำบลทุ่งค่าย อำเภอ ย่านตาขาว จังหวัดตรัง จำนวน 30 คน ซึ่งมีความ คล้ายคลึงกับประชาชนที่ศึกษา หาความเชื่อมั่นแบบ วัดความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่ โดยใช้สูตร KR-20 ของคูเคอร์-ริชาร์ดสัน ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.65 และแบบวัดทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha - coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91

การเก็บข้อมูล ดำเนินการเก็บข้อมูลใน ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่สามารถสื่อสาร ไม่มีความ พิจารทั้งทางร่างกายและจิตใจและสามารถตอบคำถาม ได้ โดยจัดการอบรมผู้ช่วยเก็บข้อมูลซึ่งเป็นบุคลากร สาธารณสุข จำนวน 14 คน เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ ของการวิจัย รายละเอียดในแบบสอบถาม จำนวน ตัวอย่างที่เก็บข้อมูล (ตารางที่ 1) และวิธีตอบ แบบสอบถามเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วน มากที่สุด ขณะเก็บข้อมูลผู้วิจัยทำหน้าที่ให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล อย่างใกล้ชิด

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดย แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.) ทดสอบนัยสำคัญทางสถิติตาม สมมติฐาน โดยทดสอบค่าไคสแควร์

**ตารางที่ 1** กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอำเภอเมืองตรัง จำแนกเป็นรายตำบล

| ลำดับ | ชื่อตำบล | จำนวนประชาชน 15 ปีขึ้นไป (คน) | จำนวนตัวอย่าง (คน) |
|-------|----------|-------------------------------|--------------------|
| 1.    | นาพละ    | 3,105                         | 16                 |
| 2.    | บ้านควน  | 3,811                         | 19                 |
| 3.    | บิณฑล    | 3,123                         | 16                 |
| 4.    | ควนปริง  | 6,110                         | 31                 |

| ลำดับ | ชื่อตำบล    | จำนวนประชาชน 15 ปีขึ้นไป (คน) | จำนวนตัวอย่าง (คน) |
|-------|-------------|-------------------------------|--------------------|
| 5.    | นาโยงใต้    | 3,901                         | 20                 |
| 6.    | บางรัก      | 3,836                         | 21                 |
| 7.    | โคกหล่อ     | 10,773                        | 55                 |
| 8.    | นาโต๊ะหมิง  | 4,506                         | 23                 |
| 9.    | หนองตรุด    | 4,684                         | 24                 |
| 10.   | น้ำผุด      | 8,428                         | 43                 |
| 11.   | นาตาล่วง    | 6,265                         | 32                 |
| 12.   | บ้านโพธิ์   | 8,249                         | 42                 |
| 13.   | นาท่ามเหนือ | 6,133                         | 31                 |
| 14.   | นาท่ามใต้   | 4,854                         | 25                 |
| รวม   |             | 77,778                        | 398                |

### ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา 398 คน ส่วนใหญ่เพศ ชาย (ร้อยละ 57.3) อายุ 41 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 58.8) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 65.4) จบมัธยมศึกษา ตอนปลายหรือสูงกว่า (ร้อยละ 41.7) มีรายได้ของ ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 5,001 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 45.5) เคยรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโทษบุหรี่ (ร้อยละ 88.4) ส่วนใหญ่รับรู้จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (ร้อยละ 75.3) รองลงมาจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขและวิทยุหรือโทรทัศน์ (ร้อยละ 73.0 และ 71.3) ตามลำดับ มีความรู้เกี่ยวกับโทษของการ สูบบุหรี่ระดับต่ำ (ร้อยละ 62.8) มีทัศนคติไม่ดีต่อการ สูบบุหรี่ (ร้อยละ 69.8) และไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 67.3) (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

| ข้อมูลส่วนบุคคล                              | จำนวน (คน)<br>(n=398) | ร้อยละ |
|--|-----------------------|--------|
| <b>เพศ</b>                                   |                       |        |
| ชาย  | 228                   | 57.3   |
| หญิง   | 170                   | 42.7   |
| <b>อายุ</b>                                  |                       |        |
| ≤ 30 ปี                                      | 66                    | 16.6   |
| 31- 40 ปี                                    | 98                    | 24.6   |
| ≥ 41 ปี                                      | 234                   | 58.8   |
| <b>สถานภาพสมรส</b>                           |                       |        |
| โสด  | 75                    | 18.8   |
| คู่  | 260                   | 65.4   |
| หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่                        | 63                    | 15.8   |
| <b>ระดับการศึกษา</b>                         |                       |        |
| ประถมศึกษา                                   | 140                   | 35.2   |
| มัธยมศึกษาตอนต้น                             | 92                    | 23.1   |
| มัธยมศึกษาตอนปลายหรือสูงกว่า                 | 166                   | 41.7   |
| <b>รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)</b> |                       |        |
| ≤ 3,000 บาท                                  | 78                    | 19.6   |
| 3,001 – 5,000 บาท                            | 139                   | 34.9   |
| ≥ 5,001 บาท                                  | 181                   | 45.5   |
| <b>การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโทษของบุหรี่</b>  |                       |        |
| ไม่เคย                                       | 46                    | 11.6   |
| เคยรับรู้ข้อมูล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)        | 352                   | 88.4   |
| - บุคคลในครอบครัว                            | 168                   | 47.7   |
| - วิทยู หรือโทรทัศน์                         | 251                   | 71.3   |
| - หนังสือพิมพ์                               | 145                   | 41.2   |
| - เจ้าหน้าที่สาธารณสุข                       | 257                   | 73.0   |
| - อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน            |                       | 75.3   |
| - เพื่อนบ้าน                                 | 104                   | 29.5   |
| <b>ความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่</b>    |                       |        |
| ระดับต่ำ                                     | 250                   | 62.8   |
| ระดับสูง                                     | 148                   | 37.2   |
| <b>ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่</b>                |                       |        |
| ไม่ดี  | 278                   | 69.8   |
| ดี   | 120                   | 30.2   |
| <b>พฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่</b>              |                       |        |
| ไม่สูบบุหรี่                                 | 268                   | 67.3   |
| สูบบุหรี่                                    | 130                   | 32.7   |

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชน

พบว่า เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโทษของบุหรี่ และทัศนคติต่อการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สำหรับรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนอายุและความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่ พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

**ตารางที่ 3** ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (n = 398)

| ปัจจัยส่วนบุคคล                              | พฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่<br>ไม่สูบบุหรี่ | สูบบุหรี่  | $\chi^2$ | df | p-value |
|--|--|------------|----------|----|---------|
| <b>เพศ</b>                                   |  |            |          |    |         |
| ชาย  | 30.3 (69)                                | 69.7 (159) | 141.41   | 1  | 0.002** |
| หญิง   | 96.5 (164)                               | 3.5 (6)    |          |    |         |
| <b>อายุ</b>                                  |  |            |          |    |         |
| ≤ 30 ปี                                      | 65.2 (43)                                | 34.8 (23)  | 2.80     | 2  | 0.247   |
| 31 - 40 ปี                                   | 64.3 (63)                                | 35.7 (35)  |          |    |         |
| ≥ 41 ปี                                      | 69.2 (162)                               | 30.8 (72)  |          |    |         |
| <b>สถานภาพสมรส</b>                           |  |            |          |    |         |
| โสด  | 33.3 (25)                                | 66.7 (50)  | 19.77    | 2  | 0.003** |
| คู่  | 72.3 (188)                               | 27.7 (72)  |          |    |         |
| หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่                        | 87.3 (55)                                | 12.7 (8)   |          |    |         |
| <b>ระดับการศึกษา</b>                         |  |            |          |    |         |
| ประถมศึกษา                                   | 72.1 (101)                               | 27.9 (39)  | 13.88    | 2  | 0.003** |
| มัธยมศึกษาตอนต้น                             | 55.4 (51)                                | 44.6 (41)  |          |    |         |
| มัธยมศึกษาตอนปลายหรือสูงกว่า                 | 69.9 (116)                               | 30.1 (50)  |          |    |         |
| <b>รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)</b> |  |            |          |    |         |
| ≤ 3,000 บาท                                  | 87.2 (68)                                | 12.8 (10)  | 8.77     | 2  | 0.012*  |
| 3,001 – 5,000 บาท                            | 58.3 (81)                                | 41.7 (58)  |          |    |         |
| ≥ 5,001 บาท                                  | 65.7 (119)                               | 34.3 (62)  |          |    |         |
| <b>การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่</b>        |  |            |          |    |         |
| ไม่เคยรับรู้ข้อมูล                           | 78.3 (36)                                | 21.7 (10)  | 7.59     | 1  | 0.006** |
| เคยรับรู้ข้อมูล                              | 65.9 (232)                               | 34.1 (120) |          |    |         |
| <b>ความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่</b>    |  |            |          |    |         |
| ระดับต่ำ                                     | 60.8 (152)                               | 39.2 (98)  | 3.79     | 1  | 0.051   |
| ระดับสูง                                     | 91.2 (135)                               | 8.8 (13)   |          |    |         |



| ปัจจัยส่วนบุคคล        | พฤติกรรมการสูบบุหรี่ |           | C <sup>2</sup> | df | p-value |
|------------------------|----------------------|-----------|----------------|----|---------|
|                        | ไม่สูบบุหรี่         | สูบบุหรี่ |                |    |         |
| ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ |                      |           |                |    |         |
| ไม่ดี                  | 72.7 (202)           | 27.3 (76) | 22.88          | 1  | 0.002** |
| ดี                     | 55.0 (66)            | 45.0 (54) |                |    |         |

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

\*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

### อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่ระดับต่ำ น่าจะเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างไม่ตั้งใจที่จะรับรู้และไม่กลัวพิษภัยที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ทั้งๆที่รู้ว่าบุหรี่ยามีโทษและเป็นอันตรายต่อชีวิต ซึ่งสอดคล้องการศึกษาของนนทรี สัจจารธรรม (2556: 43) และอนุภาพ ทองอยู่ (2557: 39) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโทษจากการสูบบุหรี่ อยู่ระดับต่ำ ส่วนใหญ่มีทัศนคติไม่ดีต่อการสูบบุหรี่ ร้อยละ 69.8 ทั้งนี้ อาจจะเป็นเพราะกระทรวงสาธารณสุข ตระหนักและให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบกับการให้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อหลีกเลี่ยงสารเสพติดซึ่งมีอยู่หลากหลาย โดยเฉพาะบุหรี่ซึ่งมีขายตามร้านค้าหรือร้านขายของชำ สอดคล้องการศึกษาของนภดล ขยันการนาวิ (2556: 43) และสมโชค ชูสกุล (2558: 53) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติไม่ดีต่อการสูบบุหรี่ แต่ไม่สอดคล้องการศึกษาของจิระศักดิ์ แจ่มจรัส (2558: 51) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของผู้นำชุมชนในอำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า ผู้นำชุมชนส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อการสูบบุหรี่

กลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่ ร้อยละ 32.7 อาจเนื่องจากคนที่สูบบุหรี่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโทษของ

การสูบบุหรี่หรือมีแต่ไม่ใส่ใจกับอันตรายที่เกิดขึ้น เพราะปัจจุบันทุกส่วนของร่างกายแข็งแรงดี โดยอัตรา การสูบบุหรี่ใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ ลดาวัลย์ คันธาศิริ (2556: 43) ศึกษาพฤติกรรม การสูบบุหรี่และปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของ นักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่า นักศึกษาระดับปริญญาตรีสูบบุหรี่ ร้อยละ 31.9 และสอดคล้องผลการศึกษาของสมชาย คงพน (2557: 50) ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชน ในจังหวัดปทุมธานี พบว่า ประชาชนสูบบุหรี่ ร้อยละ 32.9 ส่วนการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโทษของบุหรี่ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 อาจจะเป็น เพราะประชาชนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมต่อการดูแลสุขภาพตนเองและได้ปฏิบัติตนตามความ เคยชิน หรือการบอกกล่าวของคนในครอบครัวและผู้ใกล้ชิด ประกอบกับแต่ละคนมีโอกาสรับรู้พิษภัยของ สารเสพติด โดยเฉพาะบุหรี่จากสื่อต่าง ๆ ซึ่งสอดคล้อง การศึกษาของปรียาพร ชูเอียด (2560: 49) และ เตือนใจ ประไพพันธ์ (2558: 49) และวิลาวัลย์ ประทีปแก้ว และคณะ (2560: 50) พบว่า การรับรู้ ข้อมูลอันตรายการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ใจชื่น ตะเกาพงษ์ (2557: 52) ศึกษาพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของประชาชนในจังหวัดปทุมธานี พบว่า การ รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโทษของบุหรี่ต่างกันมีพฤติกรรม ต่อการสูบบุหรี่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทาง สถิติ ความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ น่าจะเป็น เพราะประชาชนที่สูบบุหรี่มักจะเชื่อมั่นตัวเองว่า

เมื่อสูบบุหรี่จะผ่อนคลายความวิตกกังวล ผ่อนคลายความเครียดและจิตใจดีขึ้น ทั้ง ๆ ที่รู้ว่าการสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อชีวิต ซึ่งสอดคล้องผลการศึกษาของประเทือง สุนทรวิภาต (2557: 58) และวิชาญ ใจกล้าสมุทร (2561: 50) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโทษจากการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องผลการศึกษาของเสาวนีย์ เสี่ยงหลาย (2561: 72) ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้ น่าจะเป็นเพราะว่า ประชาชนแต่ละคนตื่นตัว มีความพร้อม มีความรู้ความเข้าใจ และปฏิบัติตนเพื่อหลบหลีกหรือหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าใจต่อการสูบบุหรี่ โดยอาจจะหาสิ่งอื่น ๆ ที่ดีกว่าทดแทนเพื่อลดความอยาก และบางคนเมื่อรู้ว่าบุหรี่เป็นสารเสพติดเป็นพิษต่อสุขภาพก็จะมีทัศนคติไม่ดี ซึ่งสอดคล้องผลการศึกษาของบุญช่วย ประราศรี (2560: 49) และสมนึก บัวนิ่ม (2556: 59) พบว่า ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของปรีชา รุ่งเรืองศิลป์ (2558: 60) ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนในจังหวัดพิษณุโลก พบว่า ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

## ข้อเสนอแนะ

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรตระหนักและให้ความสำคัญกับการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโทษของบุหรี่รวมทั้งถึงพิษภัยต่าง ๆ ที่เกิดจากการสูบบุหรี่หรือการอยู่ใกล้ชิดกับคนที่กำลังสูบ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง

2. การศึกษาปัจจัยอื่น ๆ เพิ่มเติม ที่อาจจะส่งผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เช่น การเสพสุราหรือการดื่มกาแฟ ความสามารถในการเข้าถึงสื่อ การเอาแบบอย่างเพื่อน ค่านิยมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ เป็นต้น

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์บรรเจิด สุขพิพัฒปานนท์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตรังที่ให้การ สนับสนุนการทำวิจัย ขอขอบคุณนายสันติ ใจจ้อง และนายรัชพล สัมฤทธิ์ สำหรับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแบบสอบถาม (Content validity) และขอขอบคุณบุคลากรสาธารณสุขอำเภอเมืองตรัง ที่ให้ความร่วมมือด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

กษมา สุขสุคนธ์. (2556). พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิคกลุ่มอาชีวศึกษาภาคกลาง สังกัดกรมอาชีวศึกษา. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต. กรุงเทพมหานคร :บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ใจชื่น ตะเภาพงษ์. (2557). พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนในจังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- จิระศักดิ์ แจ่มจำรัส. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของผู้นำชุมชนอำเภอบางคนที่จังหวัดสมุทรสงคราม.กรุงเทพมหานคร : สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. (2546). สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร : เทพเนรมิตการพิมพ์.
- เดือนใจ ประไพพันธ์. (2558). พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชน อำเภอเกาะปัง จังหวัดพังงา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่.
- นิตยาภรณ์ ด้วงเรือง. (2559). พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทยปี 2554. วารสารนิเทศศาสตร์ปริทัศน์.ปีที่ 5 (3): 32.
- นนทรี สัจจาธรรม. (2556). ทศนคติ และความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษาวิทยาลัยราชพฤกษ์.วิทยาลัยราชพฤกษ์ จังหวัดนนทบุรี.
- นภดล ชัยนการนาวิ. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเขตจังหวัดอุทัยธานี.กรุงเทพมหานคร : สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญช่วย ประราสี. (2560). พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบล จังหวัดนครราชสีมา.จังหวัดนครราชสีมา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา.
- ประเทือง สุนทรวิภาต. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการครูชายสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาอำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. กรุงเทพมหานคร : วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปรียาพร ชูเอียด. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาวิทยาลัยสังกัดกรมอาชีวศึกษาในเขตภาคใต้ตอนบนของประเทศไทย. วารสารควบคุมยาสูบ. ปีที่ 1 (2): 49.
- ปรีชา รุ่งเรืองศิลป์. (2558). พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนจังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ. ปีที่ 9 (2) : 45-46.
- ลดาวลัย คันธธาศิริ. 2556. พฤติกรรมการสูบบุหรี่และปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของนักศึกษาปริญญาตรีมหาวิทยาลัยเชียงใหม่. จังหวัดเชียงใหม่.
- เวคิน นพนิตย์. (2550). การประเมินผลโครงการ : หลักการ วิธีการประเมินผลงาน และโครงการ. นนทบุรี:S.R. Printing Mass Products Co., Ltd.
- วิชาญ ไจกล้ำสมุทร. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนในจังหวัดสุโขทัย.จังหวัดสุโขทัย : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย.
- วิลาวัดณ์ ประทีปแก้ว และคณะ. (2560). พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนจังหวัดนนทบุรี. จังหวัดนนทบุรี :สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี.

- สมโชค ชูสกุล. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของประชาชนจังหวัดภูเก็ต. วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัด นครศรีธรรมราช. ปีที่ 8 (2): 63.
- เสาวนีย์ เสียงหลาย. (2561). พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของประชาชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สมชาย คงพน. (2557). พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของ ประชาชนจังหวัดปทุมธานี. จังหวัดปทุมธานี : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี.
- สมนึก บัวนิ่ม. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนใน จังหวัดกระบี่.วารสารสาธารณสุขมูลฐาน ภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช. ปีที่ 7 (2): 53.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2562). สรุปสำหรับผู้บริหาร การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการ ดื่มสุราของประชากร (ออนไลน์). สืบค้นเมื่อ 12 ตุลาคม 2562. ค้นจาก <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/smokeExec57.pdf>.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2558). รายงานการสำรวจ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากร พ.ศ. 2557.กรุงเทพมหานคร : สำนักงานสถิติ แห่งชาติ.
- สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา. (2560). กลุ่มสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนา พฤติกรรมสุขภาพ. (อัดสำเนา).
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง. (2562). คลังข้อมูล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง. (อัดสำเนา). สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองตรัง จังหวัด ตรัง. (2562). ข้อมูลระบาดวิทยาปี 2562. (อัดสำเนา).
- อนุภาพ ทองอยู่. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรร มการสูบบุหรี่ของประชาชน จังหวัดนนทบุรี. กรุงเทพมหานคร : วิทยานิพนธ์การศึกษา มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- Best, John W. (1977). Research in Education. 3<sup>rd</sup> ed. Englewood Cliffs. New Jersey : Prentice - Hall.
- Yamane, Taro. (1973). Statistics: Introductory Analysis. 3<sup>rd</sup> ed. New York: Harper andRow Publication.

# กลยุทธ์เชิงนวัตกรรมในการจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่จังหวัดพังงา

## Innovative Strategic Approaches to COVID-19 Public Health Emergency Management in Phangnga Province

นงนุช จตุราบัณฑิต

Nongnuch Jaturabandit

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา

Phangnga Provincial Public Health Office

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์ทางระบาดวิทยาของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และภาวะเสี่ยงของโรค ในจังหวัดพังงา 2) วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และภาวะคุกคาม ในการจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข 3) พัฒนากลยุทธ์เชิงนวัตกรรมในการจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณี โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวนทั้งหมด 198 คน การเก็บข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม - เดือนมิถุนายน 2563 โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยออกแบบขึ้น และการสัมภาษณ์เชิงลึก ผลการศึกษาศึกษาสถานการณ์ระบาดวิทยาของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดพังงา พบว่า ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม-30 มิถุนายน 2563 มีผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค จำนวน 181 คน และผู้สัมผัสเสี่ยงสูงกับผู้ป่วยยืนยัน จำนวน 57 คน สัดส่วนเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เท่ากับ 1.1 : 1 ผลการประเมินความเสี่ยงพบว่าอยู่ในระดับเป็นไปได้ที่จะเกิดการระบาด และด้านผลกระทบความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง การระบาดอยู่ในระยะที่ 2 มีการระบาดในวงจำกัดและสามารถระงับที่มาของเชื้อได้ ไม่มี Community transmission ระดับความเสี่ยงอยู่ในระดับเสี่ยงสูง ผลการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสและภาวะคุกคามสามารถกำหนดกลยุทธ์เชิงรุกที่สำคัญ 3 กลยุทธ์ ได้แก่ 1) เร่งรัดการเฝ้าระวังเชิงรุกเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยเครือข่ายชุมชน และ อสม. (S7, S8, S9, O4, O7, O8) 2) สนับสนุนการใส่หน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้าน และมาตรการการเว้นระยะห่างระหว่างบุคคลอย่างต่อเนื่อง (s9, o2, o4,o5 ,o7, o8) 3) มีศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 ปฏิบัติการด้านคำสั่ง นโยบายและสนับสนุนด้านการปฏิบัติการ (S1, S3, S4, S6, S9, O1, O2,O3) กลยุทธ์เชิงรุกที่ขับเคลื่อนโดยใช้กิจกรรม อสม.สื่อสารกับชุมชน ทั้งการสำรวจระบุผู้ป่วยที่ต้องสงสัยตลอดจนการติดตามและกักตัวผู้สัมผัสใกล้ชิด การลดแพร่กระจายของโรคอย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้เครื่องมือ SSCTR ประกอบด้วย การสำรวจเชิงรุกระบุผู้ที่ต้องสงสัย (S: SCAN) การควบคุมที่ช่องทางเข้าออกจังหวัด (S : SEAL Screening) กระบวนการลดความเสี่ยงในการแพร่ระบาด (C:CLEAN) การติดตามผู้สัมผัส (T: Contact tracing) การบันทึกและรายงานผล (R: Record and Report)

และจากการนำกลยุทธ์ SSCTR ไปใช้โดยตรง (adopt) ในพื้นที่ พบว่าผู้ใช้เครื่องมือมีการรับรู้แนวทางและวิธีการใช้เครื่องมือ การใช้ประโยชน์เครื่องมือ การนำเครื่องมือไปใช้ ความพึงพอใจต่อเครื่องมือ และโดยรวมอยู่ในระดับมาก

**คำสำคัญ :** กลยุทธ์เชิงนวัตกรรม, การจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

## Abstract

The objectives of this research were to 1) study the epidemiological situations and risk of Corona Virus Disease 2019 in Phangnga Province 2) analyze the Strengths (S), Weaknesses (W), Opportunities (O), and Threats (T) (SWOT) for public health emergency management 3) develop the innovative strategies for public health emergency management; a Case Study of Corona Virus Disease 2019 (COVID-19). A total of 198 respondents were recruited to the study. Data collection was carried out during January to June 2020 by using designed questionnaire and in-depth interviewing. The study of epidemiological situations of COVID-19 in Phangnga province demonstrated that since January 1, 2020 to June 30, 2020, there were 181 cases of patients under investigated and 57 high risk contact and confirmed cases. The proportion of female : male was 1.1 : 1. The results of risk assessment showed likely to get outbreak, the moderate level of severity, the second phase of outbreak, a limited epidemic, be able to identify source of infection, no community transmission, and posed the high risk level. Research findings of SWOT analysis determined 3 main proactive strategies including 1) accelerate the active surveillance to find risk people in community by community network and village health volunteer (VHV) (S7, S8, S9, O4, O7, O8). 2) promote to wear a mask in case of leaving home, the continuous physical distancing (S9, O2, O4, O5, O7, O8) 3) constitute the center of COVID-19 management to formulate the command and policy and support the operations (S1, S3, S4, S6, S9, O1, O2, O3). These proactive strategies were implemented and led by VHVs to communicate to community regarding the suspected case recording, tracing, and quarantine. The effective reduction of disease transmission was due to SSCTR tools including scan (S), SEAL screening (S), clean (C), contact tracing, record and report (R). The outcome of SSCTR tools adoption demonstrated that the implementers perceived the guideline, the usage, the advantage of the tools as well as the overall satisfaction was in the high level.

**Keywords :** Innovative strategic approach, Public health emergency management, Corona Virus Disease 2019

## บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ หรือที่เรียกว่า COVID-19 เป็นโรคติดต่อระหว่างสัตว์สู่คนและจัดเป็นโรคอุบัติใหม่ที่แพร่จากคนสู่คนซึ่งไม่มีภูมิคุ้มกัน โดยการติดต่อผ่านฝอยละอองจากน้ำมูกน้ำลายหรือการไอจามของผู้ติดเชื้อหรือการสัมผัสทางตรงกับเชื้อไวรัสของผู้ป่วยหรือการสัมผัสทางอ้อมกับเชื้อไวรัสที่ปนเปื้อนอยู่บนมือ สิ่งของ หรือพื้นผิวต่าง ๆ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศว่าโรค COVID-19 ที่เกิดขึ้นในประเทศจีนและประเทศอื่น ๆ เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern: PHEIC) นับแต่วันที่ 30 มกราคม 2563 เป็นต้นมา แต่ก็ยังไม่สามารถหยุดยั้งการแพร่ของเชื้อ COVID-19 หรือการระบาดของ COVID-19 นอกประเทศจีนได้ ยังคงมีการแพร่ระบาดได้รวดเร็ว มีจำนวนผู้ป่วยยืนยันและผู้ป่วยตายทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจำนวนมาก และมีความรุนแรงมากโดยเฉพาะในผู้สูงอายุและผู้มีโรคประจำตัว รวมถึงมีจำนวนประเทศที่ได้รับผลกระทบเพิ่มขึ้นอย่างมาก WHO จึงได้ประกาศว่าการระบาดของ COVID-19 ถือเป็นภาวะระบาดใหญ่ทั่วโลก (Pandemic) (WHO. 2020, Sun J. 2020) นับแต่วันที่ 11 มีนาคม 2563 เป็นต้นมา การระบาดใหญ่ทั่วโลกของ COVID-19 ไม่สามารถควบคุมหรือกำจัดให้หมดไปในระยะเวลาอันสั้นโดยอาศัยมาตรการป้องกันควบคุมโรคต่อเชื้อ COVID-19 เพียงอย่างเดียว การประกาศนี้มีผลกระทบต่อการจัดการตอบโต้

การระบาดใหญ่ทั่วโลกของ COVID-19 ในประเทศต่าง ๆ รวมถึงประเทศไทยซึ่งมีการรายงานผู้ป่วยยืนยันและผู้ป่วยตายเพิ่มมากขึ้นอยู่ตลอดเวลา อีกทั้งยังมีความเสี่ยงสูงต่อการแพร่ของ COVID-19 ในชุมชน (Community transmission) ซึ่งทำให้เกิดการระบาดใหม่เป็นระลอกที่มีผู้ติดเชื้อจำนวนมาก (Larger outbreaks) โดยการประเมินจากปัจจัยหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นกรณีที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อจำนวนมากที่ไม่สามารถเชื่อมโยงได้กับห่วงโซ่การติดเชื้อ (Transmission chains) หรือกรณีที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อจำนวนมากที่สามารถตรวจจับความผิดปกติได้จากการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ (Sentinel lab surveillance) และ หรือกรณีเกิดการระบาดแบบกลุ่มก้อนที่ไม่สามารถเชื่อมโยงหรือสัมพันธ์กัน ในหลายพื้นที่ในท้องที่ควบคุมโรคหรือเขตพื้นที่เสี่ยงหรือประเทศ เชื้อไวรัสก่อโรค COVID-19 สามารถถูกจัดเป็นเชื้อก่อโรคสำคัญกลุ่ม A (Category A Priority Pathogen) ซึ่งเป็นกลุ่มเชื้อก่อโรคที่มีความสำคัญลำดับแรกที่ทำให้เกิดความเสียหายสูงสุดต่อความมั่นคงของชาติ และสุขภาพอนามัยของประชาชน เนื่องจากเชื้อ COVID-19 สามารถแพร่กระจายได้โดยง่ายจากคนสู่คน เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอัตราการตายสูง มีศักยภาพที่จะก่อให้เกิดผลกระทบทางสาธารณสุขในวงกว้าง สามารถทำให้ประชาชนทั่วไปเกิดความตระหนักและชุมชนสังคมมีวิธีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมหรือมีความผิดปกติจนถึงระดับที่ต้องประกาศให้เป็นภาวะฉุกเฉินทาง

สาธารณสุข ซึ่งจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อม  
ในทุกกระดับ

WHO คาดหวังว่ารัฐบาลประเทศต่าง ๆ ที่  
ได้รับผลกระทบจะสามารถทำให้เกิดแนวทางปฏิบัติ  
ที่เข้มแข็งในการจัดการ COVID-19 ซึ่งควรมุ่งเน้น  
5 P ได้แก่ การสาธารณสุข (Public health)  
การป้องกัน (Prevention) การเตรียมพร้อมรับมือ  
(Preparedness) และภาวะผู้นำทางการเมือง  
(Political leadership) และสำคัญที่สุดคือ ประชาชน  
(People) รัฐบาลประเทศต่าง ๆ ที่ได้รับผลกระทบ  
รวมถึงประเทศไทยจึงต้องมีระบบการจัดการ COVID-19  
ซึ่งประกอบด้วยระบบ กลไก แนวทาง วิธีการและ  
มาตรการต่าง ๆ ที่ใช้ในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน  
ในระดับภาวะฉุกเฉินที่เข้มข้นแตกต่างกันตาม  
สถานการณ์การระบาดและความเสี่ยงของการแพร่  
COVID-19 ในชุมชน การศึกษานี้ จึงมุ่งที่จะวิเคราะห์  
สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และภาวะ  
เสี่ยงของโรค เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยยืนยันกับคำ  
จำกัดความระยะการระบาดที่กำหนดโดยศูนย์ปฏิบัติ  
การภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค<sup>1</sup> และองค์การอนามัย  
โลก<sup>2</sup> โดยแบ่งเป็น ระยะที่ 1 พบผู้ป่วยเดินทางมา  
จากประเทศที่มีการระบาดของโรค ระยะที่ 2 พบ  
ผู้ป่วยภายในประเทศ และมีการระบาดในวงจำกัด  
โดยสามารถระบุวงจรการแพร่เชื้อผู้ป่วยแต่ละรายได้  
ระยะที่ 3 พบการระบาดของโรคในวงกว้าง โดยไม่  
สามารถระบุวงจรการแพร่เชื้อได้ การวิเคราะห์  
จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และภาวะคุกคามในการ  
จัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีโรคติดเชื้อไวรัส  
โคโรนา 2019 เพื่อพัฒนากลยุทธ์เชิงนวัตกรรม  
ในการจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินกรณีโรคติดเชื้อ  
ไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่จังหวัดพังงา

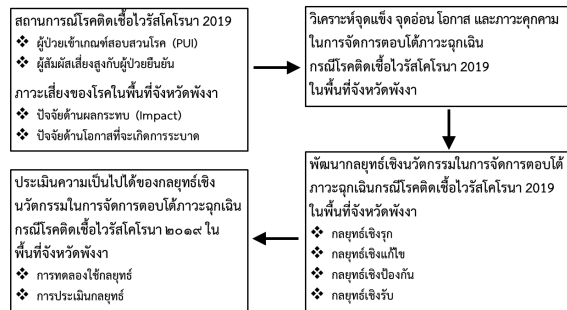
## วัตถุประสงค์วิจัย

1) ศึกษาสถานการณ์ทางระบาดวิทยาของ  
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และภาวะเสี่ยงของ  
โรค ในจังหวัดพังงา

2) วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และ  
ภาวะคุกคาม ในการจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทาง  
สาธารณสุข

3) พัฒนากลยุทธ์เชิงนวัตกรรมในการจัดการ  
ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินกรณี โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา  
2019

## กรอบแนวคิดการวิจัย



## ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดงานวิจัย

## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา  
(Research & Development) ระยะเวลาในการ  
ศึกษา ตั้งแต่ มกราคม - มิถุนายน 2563

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา ประกอบด้วย คณะ  
กรรมการโรคติดต่อจังหวัดพังงา คณะทำงานตาม  
กล่องภารกิจ ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้าน  
การแพทย์และสาธารณสุขจังหวัดพังงา (PHEOC)  
ระดับจังหวัด และอำเภอ จำนวน 394 คน ผู้วิจัยได้  
กำหนดขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ โดย



คำนวณจากสูตรของ Taro Yamane ได้จำนวนตัวอย่าง 198 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบการสุ่มหลายขั้นตอน และสถานการณ์โรคติดเชื้อโคโรนา 2019 จากระบบ รายงานเป็นผู้เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค และผู้สัมผัสเสี่ยงสูงกับผู้ป่วยยืนยัน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในจังหวัดพังงา และมีการตรวจยืนยันการติดเชื้อ SARS-CoV-2 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม -30 มิถุนายน 2563 จำนวน 236 ราย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ออกแบบและจัดทำแบบสอบถาม และการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยยึดหลัก Social Distancing การรักษาระยะห่างระหว่างตัวผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อไวรัสระหว่างคนสู่คน โดยใช้ระบบไลน์ และ Google form เพื่อใช้ในการเก็บข้อมูล แบบสอบถามประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ความคิดเห็นของการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายใน สภาพแวดล้อมภายนอก แบบสอบถามนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิได้ค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ 0.85, 0.08 และ 0.85 ตามลำดับ และหาความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.86 และ 0.87 ตามลำดับ การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment) ใช้การจำแนกและจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงที่มีอยู่โดยการประเมินจากโอกาสที่จะเกิด (Likelihood) และผลกระทบ (Impact)

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ประสานงานชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างตามหลักจริยธรรมวิจัย ตามรายชื่อและจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้สุ่มไว้ ดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2563 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2562 ผ่านระบบ Google form แล้วส่งออกในโปรแกรม Excel นำแบบสอบถามที่ได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ซึ่งพบว่าแบบสอบถาม มีความสมบูรณ์ ร้อยละ 100 จากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาใช้วิเคราะห์ข้อมูลต่อไป และสถานการณ์โรคติดเชื้อโคโรนา 2019 จากระบบเฝ้าระวังรายวันของจังหวัดพังงา การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment) จำแนกและพิจารณาจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงที่มีอยู่ โดยการประเมินจากโอกาสที่จะเกิด (Likelihood) และผลกระทบ (Impact)

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ การวิเคราะห์สถานการณ์โรค โดยอาศัยระบบการรายงานผู้ป่วยสงสัยหรือผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment) ดำเนินการโดยจำแนกและพิจารณาจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงที่มีอยู่โดยการประเมินจาก ปัจจัยด้านโอกาสที่จะเกิด (Likelihood) พิจารณาความเป็นไปได้ หรือความถี่หรือโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ ความเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วง

เวลาหนึ่ง และปัจจัยด้านผลกระทบ (Impact) พิจารณา ระดับความรุนแรง หรือการแพร่ระบาดของในชุมชน (Community transmission) แล้วนำมาทำ Risk matrix แบ่งระดับของความเสี่ยออกเป็น 5 ระดับ และมีค่าความเสี่ยรวมเท่ากับ 25 คะแนน (Level of Risk) โดยการนำผลที่ได้จากการประเมินความ เป็นไปได้และผลกระทบ มาจัดทำแผนผังประเมิน ความเสี่ย (Risk Assessment Matrix) การแปล ความหมายของระดับของความเสี่ย (Degree of Risk) ดังนี้

ระดับต่ำ (Low) 1-4 คะแนน ระดับความ เสี่ยที่ยอมรับได้ ไม่ต้องมีการควบคุมความเสี่ย

ระดับปานกลาง (Medium) 5-9 คะแนน ระดับความเสี่ยที่พอจะยอมรับได้ แต่ต้องมีการ ควบคุม

ระดับสูง (High) 10-16 คะแนน ระดับความ เสี่ยที่ไม่สามารถยอมรับได้ โดยต้องมีการจัดการ ความเสี่ย

ระดับสูงมาก (Extreme) 17-25 คะแนน ระดับความเสี่ยที่ไม่สามารถยอมรับได้ จำเป็นต้อง เร่งจัดการความเสี่ยให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ทันที

การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายใน โดยใช้ กรอบแนวคิดของแมคคินซี 7S McKinsey ได้แก่ โครงสร้างหน่วยงาน (Structure) ระบบการปฏิบัติ งาน (System) ลักษณะการทำงาน รูปแบบการบริหาร จัดการ (Style factor) บุคลากร (Staff) ทักษะความ รู้ ความสามารถหลักของบุคลากรในหน่วยงาน (Skill factor) กลยุทธ์ของหน่วยงาน (Strategy) ค่านิยม ร่วมขององค์กร (Shared values)

การวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก (PESTEL factor analysis) สำหรับการวิเคราะห์สถานการณ์

ที่ได้รับอิทธิพลจากสภาพปัจจัยภายนอก ค่าถ่วง น้ำหนักที่บ่งชี้ความแรง (influence of PESTEL factor หรือ W) ขององค์ประกอบปัจจัยภายนอก แต่ละด้าน โดยมี 3 ระดับความแรง ตั้งแต่ 1 ถึง 3 คือระดับต่ำ (หรือ 1) ระดับปานกลาง (หรือ 2) ระดับ สูง (หรือ 3) ปัจจัยแต่ละด้านของปัจจัยภายนอกซึ่ง บ่งชี้ความแรง (strengths) ได้ถูกนำเข้าสู่ขั้นตอนการ คำนวณคะแนนที่ปรับค่าถ่วงน้ำหนักที่ถูกต้อง (weigh scores corrected หรือ WSc) โดยอาศัยเกณฑ์การ ประเมินและเกณฑ์ให้คะแนน (weigh scores หรือ WS) ของคณะผู้เชี่ยวชาญ เกณฑ์ให้คะแนน 1 ถึง 5 บ่งชี้ถึงระดับความแรงจากต่ำสุดไปสูงสุด คำนวณ โดยโปรแกรมการคำนวณแบบสเปรดชีทของ โปรแกรมโครซอฟท์เอ็กเซล หาค่า WSc ของแต่ละ ปัจจัยที่ ใช้สูตรการคำนวณดังนี้  $WSc = (\text{ค่าเฉลี่ย ของคะแนน } WS \times W) / \text{ผลรวมของค่าถ่วงน้ำหนัก ของปัจจัยภายนอกทั้งหมด}$  ปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงหรือ มีค่า  $WSc > 0.20$  ถูกนำมาใช้เป็นข้อมูลในกระบวนการ กำหนดกลยุทธ์

การประเมินผลการนำเครื่องมือไปทดลอง ใช้ เกณฑ์การวัดเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) ตามระบบ Likert Scales และแปล ผลจากคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมาจัดอันดับ (Best, 1977:174)

### จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านกระบวนการพิจารณา รับรองการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา กระทรวง สาธารณสุข เลขที่โครงการวิจัย 22/2563 วันที่ 21 สิงหาคม 2563

## ผลการวิจัย

### สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19 situation analysis) จังหวัดพังงา

ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 30 มิถุนายน 2563 มีผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (Patient Under Investigation : PUI) จำนวน 181 คน และผู้สัมผัสเสี่ยงสูงกับผู้ป่วยยืนยัน จำนวน 57 คน เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม มีผลการตรวจไม่พบเชื้อ ร้อยละ 99.2 และมีผลการตรวจเป็นผู้ป่วยยืนยัน เพียงร้อยละ 0.8 ส่วนใหญ่เป็นคนไทย ร้อยละ 96.6 กลุ่มอายุสูงสุด 31-40 ปี ร้อยละ 26.3 และอยู่ในพื้นที่อำเภอเมือง ร้อยละ 22.5

ลักษณะทางคลินิกและประวัติเสี่ยง พบว่าผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค ได้รับการตรวจการติดเชื้อ ภายใน 1-3 วันหลังจากเริ่มมีอาการ มากที่สุด ร้อยละ 72.4 และผู้สัมผัสเสี่ยงสูงกับผู้ป่วยยืนยัน ได้รับการตรวจภายใน 1-3 วันหลังจากเริ่มมีอาการ ร้อยละ 67.3 ในส่วนของอาการ พบว่ามีอาการไอมากที่สุด ร้อยละ 68.2 รองลงมา มีไข้ ร้อยละ 61.4 ประวัติเสี่ยงมากที่สุด คือการกลับมาจากจังหวัดที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 ร้อยละ 37.7

### การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment)

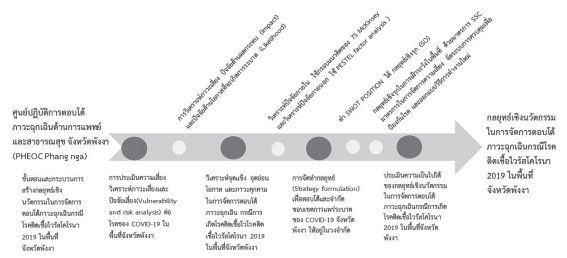
ผู้วิจัยจำแนกและพิจารณาจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงที่มีอยู่ โดยการประเมินจากโอกาสที่จะเกิด (Likelihood) เป็นการพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะเกิดเหตุการณ์ความเสี่ยงในช่วงเวลาหนึ่ง หรือความถี่หรือโอกาสที่จะเกิดการระบาดของ COVID-19 จังหวัดพังงา พบว่าอยู่ในระดับ 4 (Likely) หรือเป็นไปได้ที่จะเกิดการระบาด เนื่องจากมีการเคลื่อนย้ายประชากร มีแหล่งท่องเที่ยว

ติดอันดับโลกมีนักท่องเที่ยวทั้งชาวไทยและต่างชาติ 4,000-5,000 คนต่อวัน หรือ 4.17 ล้านคนต่อปี โดยมีสัดส่วนนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติร้อยละ 75 นักท่องเที่ยวชาวไทยร้อยละ 25 (สำนักงานสถิติจังหวัดพังงา, 2562) ระดับภูมิคุ้มกันหมู่ (herd immunity) ในจังหวัดพังงาโอกาสที่จะมีแอนติบอดีป้องกัน COVID-19 น้อยกว่าร้อยละ 0.001 และผลกระทบ (Impact) พิจารณาจากระดับความรุนแรงของการระบาดของ COVID-19 พบว่าการระบาดอยู่ในระยะที่ 2 คือมีการระบาดในวงจำกัด มีผู้ป่วยยืนยัน 2 ราย และสามารถระงับวงจรการแพร่เชื้อผู้ป่วยได้ โดยรับเชื้อมาจากผู้ป่วยยืนยันจากจังหวัดอื่นซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวหรือเป็นกลุ่มสัมผัสเสี่ยงสูง ไม่มีการแพร่เชื้อในชุมชน (Community transmission) ความรุนแรงอยู่ในระดับ 3 หรือปานกลาง (Moderate) และเมื่อนำมาให้คะแนนความรุนแรงของผลกระทบ (x) และโอกาสที่จะเกิด (y) อยู่ในระดับ 12 คะแนน คือพบว่ามีความเสี่ยงสูง (High) ซึ่งเป็นระดับความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องมีการจัดการความเสี่ยง เพื่อให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ต่อไป โดยการสั่งปิดสถานที่ที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาด และกำหนดมาตรการให้ประชาชนในจังหวัดพังงาทุกคนสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าเมื่อออกจากบ้าน การรักษาระยะห่างระหว่างบุคคล และงดการเดินทางเข้าออกในพื้นที่ที่พบผู้ป่วย

|            |         | Likelihood    |          |          |        |             |
|------------|---------|---------------|----------|----------|--------|-------------|
|            |         | Very Unlikely | Unlikely | Possible | Likely | Very Likely |
|            |         | 1             | 2        | 3        | 4      | 5           |
| Negligible | 1       |               |          |          |        |             |
| Minor      | 2       |               |          |          |        |             |
| Moderate   | 3       |               |          |          | ★      |             |
| Major      | 4       |               |          |          |        |             |
| Severity   | Extreme | 5             |          |          |        |             |

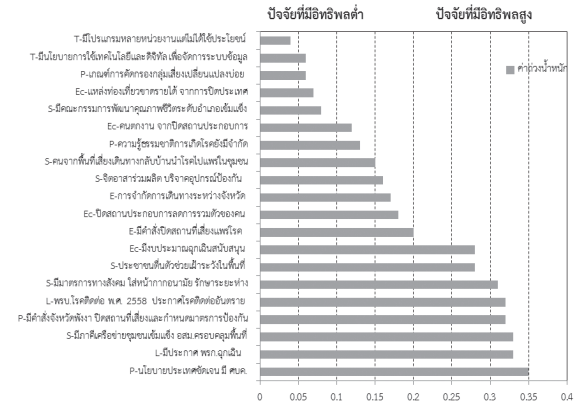
## การพัฒนากลยุทธ์เชิงนวัตกรรมในการจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดของวิลเลน และ ฮังเกอร์ (Wheelen and Hunger, 2000: 3) ซึ่งกำหนดการพัฒนากลยุทธ์ 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย **ขั้นตอนที่ 1 การตรวจสอบสภาพแวดล้อม** (Environmental scanning) โดยการวิเคราะห์ปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อการบริหารงาน ของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขจังหวัดพังงา โดยใช้กรอบแนวคิดของแมคคินซี 7S McKinsey และใช้ PESTEL factor analysis



องค์ประกอบปัจจัยภายนอกองค์กรที่ขับเคลื่อนโดยอาศัยระบบกลไกกระบวนการทางการเมือง (P factor ซึ่งมี 4 ปัจจัย) ปัจจัยทางเศรษฐกิจ (Ec factor มี 4 ปัจจัย) ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม (S factor มี 6 ปัจจัย) และปัจจัยทางเทคโนโลยี (T factor มี 2 ปัจจัย) สภาพแวดล้อม (E factor ซึ่งมี 2 ปัจจัย) กฎหมาย (L factor ซึ่งมี 2 ปัจจัย) ล้วนส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการเปลี่ยนแปลงของการจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณี COVID-19 ในพื้นที่จังหวัดพังงา และผู้เชี่ยวชาญได้ปรับค่าถ่วงน้ำหนักที่ถูกต้อง (weigh scores corrected หรือ WSc) พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงหรือค่า WSc  $\geq 0.2$  มี 9 ปัจจัย จำแนกเป็น P factor 2 ปัจจัย ได้แก่

นโยบายประเทศชัดเจนมีการจัดตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) คำสั่งจังหวัดพังงา ปิดสถานที่เสี่ยงและกำหนดมาตรการป้องกัน Ec factor มี 1 ปัจจัย คือ มิงบประมาณฉุกเฉินสนับสนุน S factor มี 3 ปัจจัย ได้แก่ มีภาคีเครือข่ายชุมชนเข้มแข็ง มี อสม.ครอบคลุมพื้นที่ มีมาตรการทางสังคมใส่หน้ากากอนามัยรักษาระยะห่าง ประชาชนตื่นตัวช่วยเฝ้าระวังในพื้นที่ T factor ไม่มีอิทธิพลสูง E factor มี 1 ปัจจัย คือมีคำสั่งปิดสถานที่เสี่ยงแพร่โรค และ L factor มี 2 ปัจจัย ได้แก่การมีประกาศ พรก.ฉุกเฉิน และพรบ.โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ประกาศโรคติดต่ออันตราย ปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงเหล่านี้ได้นำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในกระบวนการพัฒนากลยุทธ์ (ภาพที่ 2)



## ภาพที่ 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่จังหวัดพังงา

**SWOT POSITION** ของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขจังหวัดพังงา โดยผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญ เพื่อกำหนดทิศทางกลยุทธ์ พบว่า กลยุทธ์ที่ควรใช้ คือ กลยุทธ์เชิงรุก (SO) (ภาพที่ 3)

### ภาพที่ 3 แสดง Strategic Map ของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดพังงา

| ปีงบประมาณ      | จุดสีส้ม  | จุดสีน้ำเงิน   |
|-----------------|---|--|
| ปีงบประมาณ 2563 | 51 มีโรคภัยไข้เจ็บ COVID-19<br>52 สุขภาพดี มีความสามารถทางสุขภาพ<br>53 มีสุขภาพดี มีความสามารถทางสุขภาพ<br>54 มีสุขภาพดี มีความสามารถทางสุขภาพ<br>55 ผู้มีสุขภาพดี มีความสามารถทางสุขภาพ<br>56 มีสุขภาพดี มีความสามารถทางสุขภาพ<br>57 มีสุขภาพดี มีความสามารถทางสุขภาพ<br>58 สุขภาพดี มีความสามารถทางสุขภาพ<br>59 มีสุขภาพดี มีความสามารถทางสุขภาพ<br>60 มีสุขภาพดี มีความสามารถทางสุขภาพ | 61 การตอบสนองอย่างรวดเร็ว<br>62 สุขภาพดี มีความสามารถทางสุขภาพ<br>63 สุขภาพดี มีความสามารถทางสุขภาพ<br>64 สุขภาพดี มีความสามารถทางสุขภาพ<br>65 สุขภาพดี มีความสามารถทางสุขภาพ<br>66 สุขภาพดี มีความสามารถทางสุขภาพ<br>67 สุขภาพดี มีความสามารถทางสุขภาพ<br>68 สุขภาพดี มีความสามารถทางสุขภาพ<br>69 สุขภาพดี มีความสามารถทางสุขภาพ<br>70 สุขภาพดี มีความสามารถทางสุขภาพ         |
| ปีงบประมาณ 2564 | 71 สุขภาพดี มีความสามารถทางสุขภาพ<br>72 สุขภาพดี มีความสามารถทางสุขภาพ<br>73 สุขภาพดี มีความสามารถทางสุขภาพ<br>74 สุขภาพดี มีความสามารถทางสุขภาพ<br>75 สุขภาพดี มีความสามารถทางสุขภาพ<br>76 สุขภาพดี มีความสามารถทางสุขภาพ<br>77 สุขภาพดี มีความสามารถทางสุขภาพ<br>78 สุขภาพดี มีความสามารถทางสุขภาพ<br>79 สุขภาพดี มีความสามารถทางสุขภาพ<br>80 สุขภาพดี มีความสามารถทางสุขภาพ            | 81 สุขภาพดี มีความสามารถทางสุขภาพ<br>82 สุขภาพดี มีความสามารถทางสุขภาพ<br>83 สุขภาพดี มีความสามารถทางสุขภาพ<br>84 สุขภาพดี มีความสามารถทางสุขภาพ<br>85 สุขภาพดี มีความสามารถทางสุขภาพ<br>86 สุขภาพดี มีความสามารถทางสุขภาพ<br>87 สุขภาพดี มีความสามารถทางสุขภาพ<br>88 สุขภาพดี มีความสามารถทางสุขภาพ<br>89 สุขภาพดี มีความสามารถทางสุขภาพ<br>90 สุขภาพดี มีความสามารถทางสุขภาพ |

**ขั้นตอนที่ 2 การจัดทำกลยุทธ์ (Strategy formulation) กลยุทธ์เชิงนวัตกรรม (Innovative strategic approaches) หมายถึง กลยุทธ์หรือแนวคิดใหม่ ๆ ซึ่งจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์เพื่อตอบโต้และจำกัดขอบเขตการแพร่ระบาดของ COVID-19 ให้อยู่ในวงจำกัด จังหวัดพังงา ใช้โอกาสที่ผู้บริหารมีภาวะผู้นำ กล้าคิดตัดสินใจ มีโครงสร้างและระบบการทำงานชัดเจน มีแรงจูงใจโดยใช้หลักจิตอาสา ร่วมกับโอกาสที่มีภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง มี อสม.ครอบคลุมทุกหลังคาเรือน รู้จักคนในพื้นที่ มีงบประมาณฉุกเฉินสนับสนุน มีมาตรการ พรก.ฉุกเฉิน คำสั่งจังหวัดพังงา กำหนดเป็นกลยุทธ์เชิงรุกเพื่อเฝ้าระวังและค้นหากลุ่มเสี่ยงในพื้นที่เชิงรุก ด้วยระบบสาธารณสุขไทยยึดหลัก “ป้องกันดีกว่ารักษา” คือการมีระบบแพทย์ชุมชนและอสม. โดยทีมแพทย์และพยาบาลให้ความรู้กับชุมชน ขณะที่ อสม. มีบทบาทสำคัญในการสื่อสารกับชุมชนอย่างใกล้ชิด ทั้งการสำรวจ ระบุผู้ป่วยที่ต้องสงสัย ตลอดจนการติดตามและกักตัวผู้สัมผัสใกล้ชิด ซึ่งช่วยลดโอกาสการแพร่กระจายของโรคอย่างมีประสิทธิภาพ**

**โดยใช้เครื่องมือ SSCTR** ซึ่งประกอบด้วยการสำรวจเชิงรุกระบุผู้ที่ต้องสงสัย (S: SCAN) การควบคุมที่ช่องทางเข้าออกจังหวัด (S : SEAL Screening) กระบวนการลดความเสี่ยงในการแพร่ระบาด (C: CLEAN) การติดตามผู้สัมผัส (T: Contact tracing) การบันทึกและรายงานผล ( R: Record and Report) **SCAN** หมายถึง การสำรวจเชิงรุกระบุผู้ที่ต้องสงสัย โดยเคาะประตูบ้านตรวจสอบอย่างละเอียดในทุกพื้นที่ของชุมชน

1. อาสาสมัครสาธารณสุข เยี่ยมบ้านโดยการเคาะประตูบ้าน ในละแวกที่รับผิดชอบทุกหลังคาเรือน
  2. คัดกรองทุกคนในครัวเรือน ด้วยคำถามใครป่วยยกมือขึ้นทำทะเบียน บันทึกรายละเอียดคนเข้าและออกใหม่ในพื้นที่ชุมชนทุกวัน
- SEAL** หมายถึง การควบคุมที่ช่องทางเข้าออกจังหวัด การคัดกรองหรือตรวจจับผู้ต้องสงสัยว่าป่วย (Screening) ที่เดินทางเข้ามาในพื้นที่จังหวัดพังงา
1. การตรวจสอบคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ต้องสงสัยว่าป่วย ที่เดินทางเข้ามาในพื้นที่ ทางท่าเรือท่ารถ โรงแรมที่พัก
  2. ทำการวัดอุณหภูมิร่างกาย และสอบถามประวัติเสี่ยง ได้แก่ ประวัติการเดินทางมาจากต่างประเทศ หรือพื้นที่จังหวัดที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
  3. การเข้มงวดเรื่องการปฏิบัติตามคำสั่งจังหวัดพังงาตามมาตรการควบคุมความเสี่ยง (Risk Control) การห้ามออกนอกเคหสถาน (เคอร์ฟิว) การเดินทางเข้าออกพื้นที่ ของคนในชุมชน
- CLEAN** หมายถึง กระบวนการทำให้พื้นที่เสี่ยงใน

ชุมชนสะอาดลดความเสี่ยงในการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และกำหนดมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน

1. กำหนดจุดการจัดกิจกรรมจิตอาสาพัฒนาสิ่งแวดล้อม “Big Cleaning week จิตอาสาสู้โควิดไวรัส” 9 จุด เน้นที่สำคัญ ได้แก่ ชุมชน สถานีขนส่ง โรงแรมที่พัก แหล่งท่องเที่ยว ร้านอาหาร สถานบริการ น้ำมัน ศาสนสถาน ตลาด สถานที่ราชการและที่ทำงาน

2. การเข้มงวดเรื่องการสวมหน้ากากอนามัย หน้ากากผ้าของประชาชนในชุมชน

3. การล้างมือด้วยน้ำ หรือแอลกอฮอล์เจล หลังหยิบจับหรือสัมผัสสิ่งของที่ใช้ร่วมกัน หรือก่อนหยิบจับอาหาร

4. การเข้มงวดเรื่องการปฏิบัติตามคำสั่งจังหวัดพังงา เช่น การปิดสถานที่เสี่ยง การเข้าออกพื้นที่ การรักษาระยะห่าง การงดการรวมกลุ่มของคนในชุมชน

**TRACING** หมายถึง การติดตามผู้สัมผัส (Contact tracing) เมื่อพบผู้ป่วยยืนยัน หรือผู้ที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค จะติดตามเพื่อหาว่ามีผู้สัมผัสซึ่งอาจได้รับเชื้อแล้วเกิดโรคหรือไม่ ทั้งนี้มีกิจกรรมสำคัญคือ

1. หาข้อมูลจากผู้ป่วย บุคคล (เช่น ญาติ) และแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เช่น ข้อมูลการเดินทาง ฯ

2. หาตัวผู้สัมผัส เพื่อแจ้งว่าเขาอาจได้รับเชื้อ ช่วยให้เข้าถึงการวินิจฉัยและรักษา

3. ติดตามและแนะนำการปฏิบัติตัว การสังเกตอาการของผู้ที่ต้องกักกัน ณ ที่พักอาศัย (Home Quarantine)

4. ติดตามเฝ้าระวัง สอดส่องผู้ที่ต้อง Quarantine ไม่ให้ออกจากที่พักอาศัยไปในชุมชนจนครบ 14 วัน

**RECORD** หมายถึง การบันทึกและรายงานผล (Record and Report)

1. การมีข้อมูลคนในพื้นที่ ข้อมูลคนเดินทางเข้าออกชุมชน คนที่ต้องกักกันตัวเอง

2. การมีข้อมูลการกลับมาจากต่างประเทศ จากจังหวัดที่มีการระบาดของโรค ของคนในบ้านที่รับผิดชอบเป็นปัจจุบันทุกวัน

3. การบันทึกและรายงานผลการคัดกรองในชุมชนให้แก่หน่วยงานเป็นประจำทุกวัน

### ขั้นตอนที่ 3. การปฏิบัติตามกลยุทธ์

(Strategy implementation) นำกลยุทธ์ SSCTR ไปใช้โดยตรง (adopt) ในพื้นที่สู่อย่างเป็นระบบ โดยสู่อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน ใช้เกณฑ์ร้อยละ 25 ของจำนวนอำเภอ โดยให้ทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. ในหมู่บ้านที่สู่มได้ ใช้ตามขั้นตอนที่กำหนด กำหนดระยะเวลา 30 วัน และสู่มให้ตอบแบบประเมินร้อยละ 25 ของผู้ที่ปฏิบัติงานจริงในพื้นที่หมู่บ้านที่สู่มได้

### ขั้นตอนที่ 4. การประเมินการใช้เครื่องมือ

SSCTR กลยุทธ์เชิงนวัตกรรมในการจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่จังหวัดพังงา พบว่าผู้ใช้เครื่องมือมีการรับรู้แนวทางและวิธีการใช้เครื่องมือ การใช้ประโยชน์เครื่องมือ การนำเครื่องมือไปใช้ ความพึงพอใจต่อเครื่องมือ และโดยรวม อยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 1) **ตารางที่ 1** แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นต่อเครื่องมือ SSCTR ของกลุ่มตัวอย่าง

| ประเด็นการประเมิน                        | X     | S.D.  | ระดับ |
|--|-------|-------|-------|
| 1. การรับรู้แนวทางการใช้เครื่องมือ SSCTR | 3.99  | 0.493 | มาก   |
| 2. การใช้ประโยชน์เครื่องมือ              | 4.09  | 0.518 | มาก   |
| 3. การนำเครื่องมือไปใช้                  | 3.84  | 0.754 | มาก   |
| 4. ความพึงพอใจโดยรวมต่อเครื่องมือ        | 4.09  | 0.518 | มาก   |
| รวม                                      | 4.005 | 0.446 | มาก   |

## อภิปรายผล

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่แพร่จากคนสู่คน ผ่านการได้รับฝอยละอองจากน้ำมูกน้ำลายหรือการไอจามของผู้ติดเชื้อหรือการสัมผัสทางตรงกับเชื้อไวรัสของผู้ป่วยหรือการสัมผัสทางอ้อมกับเชื้อไวรัสที่ปนเปื้อนอยู่บนมือ สิ่งของ หรือพื้นผิวต่าง ๆ เนื่องจากเป็นโรคที่คนไม่มีภูมิคุ้มกันจึงแพร่ระบาดได้รวดเร็วและมีความรุนแรงมาก WHO ได้ประกาศให้เป็นการระบาดทั่วโลก (Pandemic) (WHO. 2020) ซึ่งไม่สามารถควบคุมหรือกำจัดให้หมดไปในระยะเวลานี้โดยอาศัยมาตรการป้องกันควบคุมโรคต่อเชื้อ COVID-19 เพียงอย่างเดียว ต้องใช้มาตรการด้านสังคม โดยการเพิ่มระยะห่างระหว่างคน และยกเลิกกิจกรรมที่รวมกลุ่มคนมาก ๆ และมาตรการ ล็อคดาวน์ หรือการปิดบ้านปิดเมือง ซึ่งประเทศไทยนำมาใช้ในบางช่วงเวลา หลังการประกาศให้ COVID-19 เป็นโรคติดต่ออันตราย

การจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดพังงา โดยจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Public Health Emergency Operation Center : PHEOC) และใช้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incident commander System : ICS) ตั้งแต่วันที่ 22 มกราคม 2563 ซึ่งเป็นระยะก่อนจะ

มีการพบผู้ป่วยยืนยันในจังหวัดพังงา แต่ต่างจากการศึกษาการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขด้านการป้องกัน ควบคุมโรคในประเทศไทย (รพีพรรณ เดชพิชัย, 2560) ในเหตุการณ์สึนามิและอุทกภัยใหญ่ในประเทศไทย ของรพีพรรณ เดชพิชัย พบว่าไม่มีการดำเนินการในระยะป้องกันและลดผลกระทบ การประเมินความเสี่ยง ด้านโอกาสที่จะเกิด (Likelihood) พบว่าอยู่ในระดับเป็นไปได้ที่จะเกิดการระบาด (Likely) และด้านผลกระทบ (Impact) ความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง (Moderate) การระบาดอยู่ในระยะที่ 2 มีการระบาดในวงจำกัด และสามารถระบุที่มาของเชื้อได้ ไม่มี Community transmission ระดับความเสี่ยง (Degree of Risk) อยู่ในระดับเสี่ยงสูง (High) ซึ่งเป็นระดับความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องมีการจัดการความเสี่ยง โดยการสั่งปิดสถานที่ที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาด กำหนดมาตรการให้ทุกคนสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าเมื่อออกจากบ้าน การรักษาระยะห่างระหว่างบุคคล และปิดการเดินทางเข้าออกในพื้นที่ที่พบผู้ป่วย จนพ้นระยะฟักตัวของโรคและไม่พบผู้ป่วยรายใหม่จึงยกเลิกการ Lock down อำเภอกำหนดมาตรการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง การกักกันกลุ่มเสี่ยง เพื่อสังเกตอาการที่บ้าน (Home quarantine) และที่กำหนด เช่น โรงแรม ผู้เข้าเกณฑ์เฝ้าระวังและได้รับการตรวจหาเชื้อ SAR-CoV-2 ภายใน 1 สัปดาห์หลังมีอาการและหลังสัมผัสผู้ป่วย จนสามารถตรวจพบผู้ป่วยยืนยันจากกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงโดยที่ไม่มีอาการป่วย แสดงให้เห็นว่าระบบการสื่อสารความเสี่ยงและการเฝ้าระวังเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยงและการติดตามผู้สัมผัสทำได้รวดเร็วครอบคลุม สอดคล้องกับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ โดย

Gostic และคณะ (Gostic K,2020) อธิบายว่าการเฝ้าระวังเชิงรุกโดยการวัดอุณหภูมิร่างกายทำให้ตรวจไม่พบผู้ป่วยยืนยันถึงร้อยละ 50-70 เนื่องจากผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่แสดงอาการ การกำหนดให้ผู้สัมผัสเสี่ยงสูงได้รับการตรวจการติดเชื้อทันทีโดยไม่คำนึงอาการ ทำให้กลุ่มเสี่ยงเข้าถึงการตรวจได้ครอบคลุมขึ้นลดโอกาสในการแพร่ระบาดในชุมชน

กลยุทธ์เชิงนวัตกรรม (Innovative strategic approaches) เพื่อตอบโต้และจำกัดขอบเขตการแพร่ระบาดของ COVID-19 ให้อยู่ในวงจำกัด จังหวัดพังงาใช้โอกาสที่ผู้บริหารมีภาวะผู้นำกล้าคิดตัดสินใจ มีโครงสร้างและระบบการทำงานชัดเจน มีแรงจูงใจโดยใช้หลักจิตอาสา (กิตติพร เนาว์สุวรรณ,2563) ร่วมกับโอกาสที่มีภาคีเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขเข้มแข็งครอบคลุมทุกหลังคาเรือนรู้จักคนในพื้นที่ มีมาตรการ พรก.ฉุกเฉินคำสั่งจังหวัดพังงา กำหนดเป็นกลยุทธ์เชิงรุก เพื่อเฝ้าระวังและค้นหากลุ่มเสี่ยงในพื้นที่เชิงรุก ยึดหลัก “ป้องกันดีกว่ารักษา” มีระบบแพทย์ชุมชนความรู้ชุมชน อสม.มีบทบาทสำคัญในการสื่อสารกับชุมชนอย่างใกล้ชิด ทั้งการสำรวจ ระบุผู้ป่วยที่ต้องสงสัย ตลอดจนการติดตามและกักตัวผู้สัมผัสใกล้ชิด ซึ่งช่วยลดโอกาสการแพร่กระจายของโรคอย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้เครื่องมือ SSCTR ประกอบด้วย การสำรวจเชิงรุกระบุผู้ที่ต้องสงสัย (S: SCAN) การควบคุมที่ช่องทางเข้าออกจังหวัด (S : SEAL Screening) กระบวนการลดความเสี่ยงในการแพร่ระบาด (C:CLEAN) การติดตามผู้สัมผัส (T: Contact tracing) การบันทึกและรายงานผล (R: Record and Report) ซึ่งการจัดการเชิงกลยุทธ์เป็นมุมมองเชิงกระบวนการ ตั้งแต่การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมเพื่อ

ค้นหาโอกาสเข้ากับจุดเด่น เพื่อกำหนดเป็นกลยุทธ์นำกลยุทธ์ไปปฏิบัติและการประเมินกลยุทธ์ ซึ่งการนำกลยุทธ์ SSCTR ไปใช้โดยตรง (adopt) ในพื้นที่ โดยการสุ่มอย่างเป็นระบบ และการประเมินการใช้เครื่องมือ SSCTR พบว่าผู้ใช้เครื่องมือมีการรับรู้แนวทางและวิธีการใช้เครื่องมือ การใช้ประโยชน์เครื่องมือการนำเครื่องมือไปใช้ ความพึงพอใจต่อเครื่องมือ และโดยรวม อยู่ในระดับมาก

### เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2563). แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแล รักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. สืบค้นจาก [https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/g\\_health\\_care.php](https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/g_health_care.php)
- กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีระธรรม, พยงค์ เทพอักษร.(2563). ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน.วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้.7(2) ก-จ.
- เกศรินทร์ ไหลงาม, สิตานนท์ เจริญภาพพัฒนา.(2561). นวัตกรรมระบบสุขภาพระดับอำเภอ บริการสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดชัยนาท.วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ในพระราชูปถัมภ์.13(2).108-114.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง.(2563). พฤติกรรมของประชากรโลกในช่วงเผชิญภาวะวิกฤต COVID-19.วารสารสมาคมวิชาชีพสุขภาพศึกษา. 35 (1). 14-23.



- ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉิน ในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร. [http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/E/069/T\\_0001.PDF](http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/E/069/T_0001.PDF)
- รพีพรรณ เดชพิชัย. (2560). การจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขด้านการป้องกันควบคุมโรคในประเทศไทย. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์. 48 (37). 577-583.
- สุขสันต์ จิตติมณี, อเนก มุ่งอ้อมกลาง. (2563). การจัดการความเสี่ยงในช่วงแรกของการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกรุงเทพมหานคร. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. 5(1), 128-145.
- สุริโย ชูจันทร์, อดิศักดิ์ ภูมิลรัตน์. (2562). แนวทางเชิงกลยุทธ์การระดมสมองอย่างมีประสิทธิภาพ. วารสารควบคุมโรค. 4(2), 115-124.
- สุดาฟ้า วงศ์หริมาตย์. (2563). รูปแบบนวัตกรรมบริการโดยประยุกต์แนวคิดการบริหารภาครัฐแนวใหม่โดยการวางระบบบริหารราชการแบบบูรณาการ ในเขตสุขภาพ. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 29(2). 332-344.
- เอกราช บุญเรือง, อโณทัย ทหารสาร. (2561). กลยุทธ์ในการจัดการภัยพิบัติทางธรรมชาติของประเทศไทย. วารสารการเมืองการปกครอง. 8 (2). 100-115.
- Gostic K, Gomez AC, Mummah RO, Kucharski A. Estimated effectiveness of symptom and risk screening to prevent of COVID-19. eLife 2020; 9: e5570.
- Sun J, et al. (2020) COVID-19: Epidemiology, Evolution and Cross-Disciplinary Perspectives. Trend in Molecular Medicine, 1-13.
- World Health Organization. (2020). Strengthening preparedness for COVID-19 in cities and urban settings. WHO /2019-nCov/ urban\_preparedness/2020.1
- World Health Organization Thailand. (2020). Novel coronavirus(2019-nCov). WHO Thailand Situation Report-6 February 2020. [http://www.who.int/docs/default-source/searo/thailand/20200206-tha-sitre-01-ncov-final.pdf?ssfvrnsn=7c8cb671\\_0](http://www.who.int/docs/default-source/searo/thailand/20200206-tha-sitre-01-ncov-final.pdf?ssfvrnsn=7c8cb671_0)
- World Health Organization. (2020). Household Transmission investigation protocol for 2019-novel coronavirus infection. WHO /2019-nCov/ HHtransmission/2020.4

## การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษา ในอำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช

The study of the relationship factors towards the secondary students' sex behaviors in Thungyai District, Nakhon Si Thammarat Province

ณรงค์ชัย ไชโย

Narongchai Chaiyo

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอнопิตำ

Noppitam District Public Health Office

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษา และ 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาในอำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาในอำเภอทุ่งใหญ่ จำนวน 362 คน สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีแบ่งชั้น และวิธีแบบง่ายด้วยการสุ่มหยิบบิลลาจ เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2563 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Chi-square Test

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างนักเรียนเคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 11.6 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุเฉลี่ย 14.33 ปี (S.D. = 1.79) อายุน้อยที่สุดของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก เท่ากับ อายุ 7 ปี คู่ที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยอายุเฉลี่ย 14.57 ปี (S.D. = 1.59) มีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือคู่มากที่สุดร้อยละ 85.7 ไม่สวมถุงยางอนามัย ร้อยละ 64.3 มีพฤติกรรมทางเพศระดับต่ำ ร้อยละ 74.0 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ ระดับชั้นเรียน ผลการเรียน ประสบการณ์การดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ และการเข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายที่ได้รับ สถานภาพสมรสของบิดา-มารดา ลักษณะที่พักอาศัย ความรู้เรื่องเพศ การอบรมเลี้ยงดูในครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว และการอบรมเรื่องเพศในครอบครัว

**คำสำคัญ :** พฤติกรรมทางเพศ, เพศสัมพันธ์, การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

### Abstract

This study was a cross-sectional survey research with the following objectives; 1) to study the students' sex behaviors and 2) to study the factors correlating to secondary school students' sex behaviors in Thungyai District, Nakhon Si Thammarat Province. The sample was

362 secondary school students in ThungYai District. Stratified random sampling and lottery method were used to perform sampling. Data were collected in December 2020. The statistics used for the data analysis were frequency, percentage, mean, standard deviation and chi-square test.

The results showed that 11.6% of the students had the first sexual intercourse with mean age of 14.33 years old (SD = 1.79). The youngest of the first sexual intercourse was at 7 years old. 85.7% of the couples or lovers with mean age of 14.57 years old (SD = 1.59) were the most sexually active. 64.3% did not wear condoms and 74.0% had a low level of sexual behavior. Factors correlating to the secondary school students' sexual behavior with the statistical significance were gender, grade, performance, experience of drinking alcoholic beverages, and access to sexually stimulating media. The non-correlated factors were the wage received, marital status of the father and mother, accommodation characteristics, sex education, parenting styles, family relationship and family sexuality education.

**Keywords :** Sexual Behavior, Sex, Teenage Pregnancy

## บทนำ

ปัจจุบันสังคมไทยเป็นยุคแห่งการเปลี่ยนแปลงทางสังคม วัฒนธรรมอย่างรวดเร็ว สืบเนื่องจากความพยายามในการพัฒนาประเทศให้มีความเจริญก้าวหน้าในด้านเทคโนโลยีด้านต่าง ๆ ก่อให้เกิดการหลั่งไหลของวัฒนธรรมตะวันตกเข้าสู่ประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง กลายเป็นสังคมดิจิทัล ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นตัวบ่งชี้ให้เกิดพฤติกรรมทั้งด้านดีและไม่ดี และหนึ่งในหลายพฤติกรรมนั้น คือ พฤติกรรมทางเพศที่พบว่าปัจจุบันประชาชนมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคจากเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรมากขึ้น (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย, 2557)

จากข้อมูลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ของประเทศไทย พ.ศ.2555

พบว่า ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร นับวันยิ่งทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น โดยในปี พ.ศ.2552 พบร้อยละ 13.9 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 17.2 ในปี พ.ศ. 2556 (สำนักโรคบาติวิทยา กรมควบคุมโรค, 2557) และอายุที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของนักเรียนชาย และนักเรียนหญิง ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ปี พ.ศ.2549-2555 อายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก อายุประมาณ 12.2-13.2 และ 12.3-13.4 ปี ตามลำดับ (สำนักโรคบาติวิทยา กรมควบคุมโรค, 2556) และเมื่อพิจารณาถึงพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของเด็กมัธยมศึกษาตอนต้น ตั้งแต่ปี พ.ศ.2549-2553 ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า เด็กนักเรียนใช้ถุงยางอนามัยน้อยกว่าร้อยละ 50.0 (นิยม จันทน์นวล และคณะ, 2557) การไม่ใช้ถุงยางอนามัยและการ

ป้องกันดังกล่าวทำให้ปัญหาเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น เป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดผลกระทบ แก่ทุกฝ่ายทั้งระดับ ประเทศ ชุมชน ครอบครัว และตัววัยรุ่นเอง ได้แก่ การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และ โรคเอดส์ การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันสมควร การเกิดนอกสมรส และการทำแท้งผิดกฎหมาย เป็นต้น ผลกระทบ ที่สำคัญประการหนึ่งจากพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม คือ ปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่ง กลุ่มวัยรุ่นเป็นกลุ่มที่พบมากที่สุด ซึ่งจากการสำรวจ ข้อมูลสถานการณ์ของกรมควบคุมโรค พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเด็กและเยาวชน อายุระหว่าง 15-24 ปี ระยะเวลา 5 ปี ที่ผ่านมา (2549-2553) อัตราป่วยเพิ่มขึ้น 2 เท่า กล่าวคือ ในปี 2552 มีอัตราการป่วย เท่ากับ 76.5 ต่อแสน ประชากร จากเดิมที่ในปี 2548 มีอัตราป่วย เท่ากับ 41.5 ต่อแสนประชากร (สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูล ข่าวสารสุขภาพ, 2554) และผลกระทบที่สำคัญอีก ประการหนึ่ง คือ การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ซึ่งในประเทศไทยพบว่ามีแนวโน้มจะเป็นปัญหาเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยมีรายงานว่าอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 11.66 ในปี 2543 เป็น ร้อยละ 12.99 ในปี 2546 และอำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัด นครศรีธรรมราช ก็เป็นอำเภอหนึ่งที่มีปัญหาในเรื่อง การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยจากข้อมูลการเฝ้าระวังทาง ด้านสุขภาพของอำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า อัตราการคลอดของมารดา อายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลทุ่งใหญ่ ตั้งแต่ ปี 2554-2561พบว่า มีแนวโน้มคงที่ในอัตรา ร้อยละ 17-23 ของมารดาที่คลอดในแต่ละปี (คณะกรรมการ ประสานงานสาธารณสุขอำเภอทุ่งใหญ่, 2561)

ข้อมูลข้างต้นนับว่าเป็นสัญญาณเตือนภัยที่ทุก

ฝ่ายควรหาแนวทางแก้ไข แต่จากการติดตามการ กำหนดยุทธศาสตร์ เพื่อแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ ของภาครัฐ ล้วนให้ความสำคัญ กับการดำเนินงาน ด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ แต่อย่างไรก็ตาม กล่าวได้ว่า การดำเนินงานที่ผ่านมายังไม่สามารถนำ สู่การขับเคลื่อนในเชิงปฏิบัติการในระดับพื้นที่ได้ อย่างเป็นรูปธรรม ทั้งนี้ จากรายงานวิจัยของ ศิริพร จิรวัฒน์กุลและคณะ (2554) พบว่า ในการดำเนินงานด้านการแก้ไขปัญหาเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นจาก ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องที่ผ่านมา ยังคงวางอยู่บนความ เข้าใจที่สับสน และไม่สามารถลดปัญหาเพศสัมพันธ์ ในวัยรุ่นได้อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่ง (สุชาติ ทวีสิทธิ์, 2556) ดังนั้น การวางแผนเพื่อการแก้ไขปัญหา พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของวัยรุ่น มีแนวทางหนึ่ง ที่จะช่วยลดปัญหา คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ของวัยรุ่นเหล่านี้ ซึ่งก่อนจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ของบุคคล หรือก่อนที่จะดำเนินกิจกรรมใด จำเป็น ต้องทำความเข้าใจถึงพฤติกรรม ตลอดจนปัจจัยหรือ องค์ประกอบต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนั้น ซึ่ง การมีข้อมูลที่ถูกต้อง น่าเชื่อถือ มีความใกล้เคียงกับ ความเป็นจริง และสอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ จึงมีความจำเป็นที่จะนำมาใช้ประกอบการตัดสินใจ กำหนดมาตรการต่าง ๆ เพื่อใช้ในการขับเคลื่อน กิจกรรมที่จะส่งเสริมให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมทางเพศ ไปในทิศทางที่เหมาะสมมากขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมทางเพศของ นักเรียนมัธยมศึกษาในอำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัด นครศรีธรรมราช เนื่องจากเป็นพื้นที่ชนบทที่ผู้ปกครอง มีอาชีพเกษตรกรรม แต่มีปัญหาค่าใช้จ่ายสูง ในวัยรุ่นในอัตราที่สูง เพื่อให้ทราบสถานการณ์และ กำหนดแนวทางในการป้องกัน และแก้ไขที่เหมาะสม

กับปัญหา จนนำไปสู่การจัดทำแนวทางหรือข้อเสนอแนะให้แก่ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องของอำเภอทุ่งใหญ่ เพื่อส่งเสริมให้วัยรุ่นได้รับการพัฒนาทักษะชีวิตให้สอดคล้องกับบริบทของวัยรุ่นเพื่อการมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมต่อไป

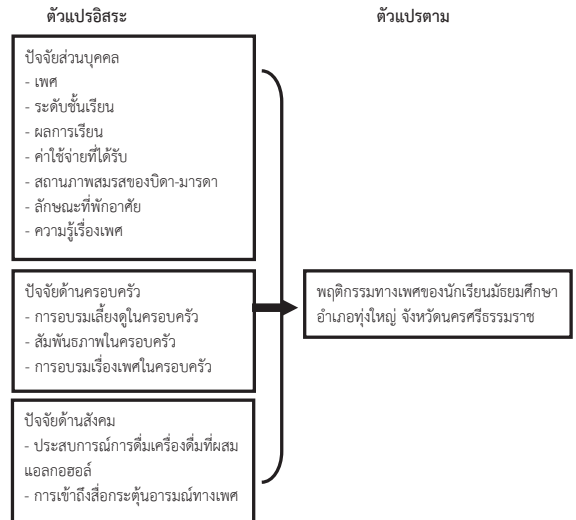
### วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาในอำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาในอำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช

### สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับชั้นเรียน ผลการเรียน ค่าใช้จ่ายที่ได้รับ สถานภาพสมรสของบิดา-มารดา ลักษณะที่พักอาศัย และความรู้เรื่องเพศมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาในอำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. ปัจจัยทางด้านครอบครัว ได้แก่ การอบรมเลี้ยงดูในครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว และการอบรมเรื่องเพศในครอบครัวมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาในอำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช
3. ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ ประสิทธิภาพการตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์ผสมแอลกอฮอล์ การเข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาในอำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช

### กรอบแนวคิดการวิจัย



**ภาพที่ 1** กรอบแนวคิดการวิจัย

### ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง แบบตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive studies)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้คือ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ในอำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 3,771 คน กำหนดขนาดตัวอย่างด้วยการคำนวณจากสูตรของทาโร ยามาเน่ (Taro Yamane อ้างถึงใน ฉวีวรรณ บุญสุยา, 2557) โดยใช้ความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 คำนวณได้จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 362 คน และสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) โดยใช้โรงเรียนเป็นตัวแบ่งชั้นภูมิ แล้วนำมาเทียบสัดส่วนนักเรียนแต่ละโรงเรียน แยกตามระดับชั้นกับขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ศึกษา กรณีนักเรียนแต่ละ

ระดับชั้นมีจำนวนนักเรียนมากกว่า 1 ห้องเรียน ใช้วิธีการหยิบฉลากเลือกมากำหนดเป็นกลุ่มตัวอย่าง ระดับชั้นละ 1 ห้องเรียน แล้วนำรายชื่อนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ของแต่ละห้องเรียนที่ถูกเลือกมากำหนดหมายเลขทุกห้องเรียน หลังจากนั้นทำการสุ่มเลือกตัวอย่างโดยวิธีแบบง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการสุ่มหยิบฉลาก ครั้งละ 1 ใบ และบันทึกรายชื่อที่ถูกเลือก จนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงเรียน และนัดหมายให้ครูที่ปรึกษานำนักเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมาทำการเก็บข้อมูลในสถานที่ที่โรงเรียนเตรียมไว้

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาและทบทวนแนวคิดที่เกี่ยวกับพฤติกรรมภายนอก (Overt behavior) และพฤติกรรมภายใน (Covert behavior) และเอกสารวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาในอำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งแบ่งเป็น 4 ส่วนดังนี้ 1.ข้อมูลส่วนบุคคล 2.ด้านปัจจัยครอบครัว 3. ด้านปัจจัยสังคม 4.ด้านพฤติกรรมทางเพศ

### ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรง (validity) และให้ความเห็นชอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และหาความเหมาะสมเชิงภาษา (Wording) ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถ และความ

เชี่ยวชาญ ที่ความเชี่ยวชาญด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ พยาบาลศาสตร์ สาธารณสุขศาสตร์ และผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านการแก้ไขปัญหาสุขภาพของวัยรุ่น จำนวน 3 ท่าน และนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อความสมบูรณ์ และตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ โดยทำการทดสอบเครื่องมือกับนักเรียนมัธยมศึกษาในโรงเรียนนบพิตวิทยา ตำบลนบพิต อำเภอนบพิต จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 40 คน โดยแบบทดสอบความรู้เรื่องเพศ นำผลคะแนนการทดสอบความรู้ที่ได้มาวิเคราะห์ หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson, KR-20) แบบสอบถามด้านการเข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ ด้านปัจจัยครอบครัว และด้านพฤติกรรมทางเพศ นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach'alpha Coefficient) (อ้างถึงใน ฉวีวรรณ บุญสุยา, 2557) การศึกษานี้ได้ค่า KR-20 = 0.75 จากแบบทดสอบความรู้เรื่องเพศ สำหรับแบบสอบถามด้านการเข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ ด้านปัจจัยครอบครัว และด้านพฤติกรรมทางเพศ ได้ค่า Cronbach'alpha Coefficient= 0.72, 0.74 และ 0.72 ตามลำดับ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการลงในพื้นที่ ณ โรงเรียนต่าง ๆ ตามรายชื่อที่ได้สุ่มไว้ จำนวน 15 โรงเรียน โดยผู้วิจัยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตจากผู้บริหารสถานศึกษาต่าง ๆ เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลขอความยินยอมจากนักเรียน โดยผ่านความเห็นชอบของผู้ปกครองในอำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช และดำเนินการพิกัดสิทธิ์นักเรียนที่ให้ข้อมูล นัดหมายเวลา ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และดำเนินการเก็บข้อมูล

2. กลุ่มตัวอย่างเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ซึ่งแบบสอบถาม 1 ชุด ต่อนักเรียน 1 คน ใช้เวลา 30-50 นาที โดยนำนักเรียนที่ได้รับเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างมานั่งในอาคารที่กำหนดไว้เป็นการเฉพาะนั่งห่างกัน อย่างน้อย 1 เมตร และก่อนให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือให้นักเรียนกลุ่มตัวอย่างตอบข้อมูลให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดเพื่อผลทางวิชาการ และเพื่อใช้เป็นประโยชน์ในการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายช่วยเหลือต่อสังคม และให้ค้ำประกันว่าผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลส่วนตัว และข้อมูลอื่น ๆ ทั้งหมดเป็นความลับ ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บรวบรวมไว้ในตู้เอกสารที่มีระบบรักษาความลับและปลอดภัย ซึ่งผู้ไม่เกี่ยวข้องไม่สามารถเข้าถึงได้ โดยผู้วิจัยจะเปิดเผยข้อมูลเพื่อประโยชน์ในทางวิชาการโดยไม่ระบุชื่อ ข้อมูลส่วนตัว แต่จะรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น รวมถึงชี้แจงแก่กลุ่มตัวอย่างว่าการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านกระบวนการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราชแล้ว

3. รับแบบสอบถามคืน โดยให้นักเรียนนำแบบสอบถามที่ให้คำตอบครบถ้วนแล้วใส่ในซองจดหมายปิดผนึก แล้วนำแบบสอบถามดังกล่าวมา

ตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถาม และนำแบบสอบถามที่มีข้อมูลครบถ้วนมาลงรหัสเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

นำข้อมูลมาวิเคราะห์และประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ สถิติที่ใช้ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Chi-square Test

### จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านกระบวนการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช กระทรวงสาธารณสุข หมายเลขรับรอง NSTPH 040/2563 ลงวันที่ 23 ธันวาคม 2563

### ผลการวิจัย

#### 1. ข้อมูลทั่วไป

นักเรียนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.3 มีอายุเฉลี่ย 14.90 ส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ร้อยละ 24.6 มีผลการเรียนที่ผ่านมาครั้งล่าสุดเฉลี่ย 2.85 ได้รับเงินจากพ่อแม่/ผู้ปกครองเฉลี่ย 1,733.29 บาทต่อเดือน มีสถานภาพสมรสของบิดามารดาแบบอยู่ด้วยกันมากที่สุด ร้อยละ 66.0 ในระหว่างเรียนหนังสือพักอาศัยอยู่บ้านกับบิดาและมารดามากที่สุด ร้อยละ 60.8 ส่วนใหญ่ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 54.7 เข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศในระดับน้อย ร้อยละ 72.4 มีความรู้เรื่องเพศอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 37.8 ได้รับการอบรมเลี้ยงดูจากครอบครัว

ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.0 มีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.5 และมีการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.7

## 2. ด้านพฤติกรรมทางเพศของนักเรียน

พฤติกรรมทางเพศของนักเรียน พบว่า นักเรียนเคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 11.6 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุเฉลี่ย 14.33 ปี (S.D. = 1.79) อายุน้อยที่สุดของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก เท่ากับ อายุ 7 ปี มีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือคู่มากที่สุดร้อยละ 85.7 การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกนักเรียนส่วนใหญ่ไม่สวมถุงยางอนามัย ร้อยละ 64.3 มีพฤติกรรมทางเพศระดับต่ำ ร้อยละ 74.0 (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** พฤติกรรมทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาอำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช

| พฤติกรรมทางเพศ   | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| <b>การมีเพศสัมพันธ์ (n = 362)</b>                            |       |        |
| ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์  | 320   | 88.4   |
| เคยมีเพศสัมพันธ์   | 42    | 11.6   |
| <b>อายุมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก (n = 42)</b>                    |       |        |
| อายุ ต่ำกว่า 14 ปี   | 7     | 16.7   |
| อายุ 14 -15 ปี   | 28    | 66.6   |
| อายุตั้งแต่ 16 ปี ขึ้นไป                                     | 7     | 16.7   |
| อายุเฉลี่ย 14.33 ปี อายุน้อยที่สุด 7 ปี อายุมากที่สุด 18 ปี  |       |        |
| <b>อายุของคู่มิเพศสัมพันธ์ครั้งแรก (n = 42)</b>              |       |        |
| อายุ ต่ำกว่า 14 ปี   | 10    | 23.8   |
| อายุ 14 -15 ปี   | 21    | 50.0   |
| อายุตั้งแต่ 16 ปี ขึ้นไป                                     | 11    | 26.2   |
| อายุเฉลี่ย 14.33 ปี อายุน้อยที่สุด 12 ปี อายุมากที่สุด 19 ปี |       |        |
| <b>ประเภทของคู่มิเพศสัมพันธ์ครั้งแรก (n = 42)</b>            |       |        |
| แฟนหรือคูรัก   | 36    | 85.7   |
| เพื่อน   | 4     | 9.5    |

| พฤติกรรมทางเพศ   | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| คนที่เพิ่งจะรู้จักกันได้ไม่นาน                             | 2     | 4.8    |
| <b>การสวมถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก (n = 42)</b> |       |        |
| ไม่สวมถุงยางอนามัย   | 27    | 64.3   |
| สวมถุงยางอนามัย  | 12    | 28.6   |
| จำไม่ได้   | 3     | 7.1    |
| <b>ระดับของพฤติกรรมทางเพศ (n = 362)</b>                    |       |        |
| ระดับต่ำ   | 268   | 74.0   |
| ระดับปานกลาง   | 61    | 16.9   |
| ระดับสูง   | 33    | 9.1    |
| X = 11.8 S.D. = 6.68                                       |       |        |

3. ด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษา พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับชั้นเรียน ผลการเรียน ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ ประสบการณ์การดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ และการเข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษา

| ปัจจัย                | ระดับพฤติกรรมทางเพศ |                  |              | $\chi^2$ | P-value |
|-----------------------|---------------------|------------------|--------------|----------|---------|
|                       | ต่ำ<br>n (%)        | ปานกลาง<br>n (%) | สูง<br>n (%) |          |         |
| <b>เพศ</b>            |                     |                  |              |          |         |
| ชาย                   | 65 (18.0)           | 34 (9.4)         | 122 (33.7)   | 43.100   | 0.001   |
| หญิง                  | 203 (56.1)          | 27 (7.5)         | 10 (2.8)     |          |         |
| <b>ระดับชั้นเรียน</b> |                     |                  |              |          |         |
| มัธยมศึกษาปีที่ 1     | 77 (21.3)           | 12 (3.3)         | 0 (0.0)      | 31.951   | 0.001   |
| มัธยมศึกษาปีที่ 2     | 51 (14.1)           | 9 (2.5)          | 15 (4.1)     |          |         |
| มัธยมศึกษาปีที่ 3     | 52 (14.4)           | 22 (6.1)         | 8 (2.2)      |          |         |
| มัธยมศึกษาปีที่ 4     | 34 (9.4)            | 9 (2.5)          | 2 (0.6)      |          |         |
| มัธยมศึกษาปีที่ 5     | 31 (8.6)            | 4 (1.1)          | 3 (0.8)      |          |         |



| ปัจจัย                          | ระดับพฤติกรรมทางเพศ |                  |              | $\chi^2$ | P-value |
|---------------------------------|---------------------|------------------|--------------|----------|---------|
|                                 | ต่ำ<br>n (%)        | ปานกลาง<br>n (%) | สูง<br>n (%) |          |         |
| มัธยมศึกษาปีที่ 6               | 23 (6.4)            | 5 (1.4)          | 5 (1.4)      |          |         |
| <b>ผลการเรียน</b>               |                     |                  |              |          |         |
| เกรดเฉลี่ย<br>ต่ำกว่า 2.01      | 30 (8.3)            | 4 (1.1)          | 1 (0.3)      | 22.776   | 0.004   |
| เกรดเฉลี่ย<br>2.01-2.50         | 52 (14.4)           | 22 (6.1)         | 15 (4.1)     |          |         |
| เกรดเฉลี่ย<br>2.51-3.00         | 72 (19.9)           | 8 (2.2)          | 9 (24.6)     |          |         |
| เกรดเฉลี่ย<br>3.01-3.50         | 65 (18.0)           | 13 (3.6)         | 6 (1.7)      |          |         |
| เกรดเฉลี่ย<br>3.51-4.00         | 49 (13.5)           | 14 (3.9)         | 2 (0.6)      |          |         |
| <b>ค่าใช้จ่ายที่ได้รับ</b>      |                     |                  |              |          |         |
| ต่ำกว่า<br>1,001 บาท            | 80 (22.1)           | 16 (4.4)         | 11 (3.0)     | 15.260   | 0.054   |
| 1,001 – 1,500<br>บาท            | 40 (11.0)           | 18 (5.0)         | 7 (1.9)      |          |         |
| 1,501 – 2,000<br>บาท            | 81 (22.4)           | 15 (4.1)         | 11 (3.0)     |          |         |
| 2,001 – 2,500<br>บาท            | 24 (6.6)            | 0 (0.0)          | 1 (6.9)      |          |         |
| ตั้งแต่ 2,501 บาท<br>ขึ้นไป     | 43 (11.9)           | 12 (3.3)         | 3 (0.8)      |          |         |
| <b>สถานภาพสมรสของบิดามารดา</b>  |                     |                  |              |          |         |
| อยู่ด้วยกัน                     | 184 (50.8)          | 37 (10.2)        | 18 (5.0)     | 3.55     | 0.169   |
| ไม่ได้อยู่ด้วยกัน               | 84 (23.2)           | 24 (6.6)         | 15 (4.1)     |          |         |
| <b>ลักษณะที่พักอาศัย</b>        |                     |                  |              |          |         |
| อยู่รวมบ้านกับ<br>บิดาหรือมารดา | 67 (18.5)           | 18 (5.0)         | 9 (2.5)      | 1.165    | 0.884   |
| อยู่รวมบ้านกับ<br>บิดาและมารดา  | 164 (45.3)          | 37 (10.2)        | 19 (5.2)     |          |         |
| อยู่รวมบ้านกับ<br>บุคคลอื่น     | 37 (10.2)           | 6 (1.7)          | 5 (1.4)      |          |         |
| <b>ความรู้เรื่องเพศ</b>         |                     |                  |              |          |         |
| ต่ำ                             | 92 (25.4)           | 21 (5.8)         | 8 (2.2)      | 1.994    | 0.737   |

| ปัจจัย  | ระดับพฤติกรรมทางเพศ |                  |              | $\chi^2$ | P-value |
|---|---------------------|------------------|--------------|----------|---------|
|   | ต่ำ<br>n (%)        | ปานกลาง<br>n (%) | สูง<br>n (%) |          |         |
| ปานกลาง   | 98 (27.1)           | 25 (6.9)         | 14 (3.9)     |          |         |
| สูง   | 78 (21.5)           | 15 (4.1)         | 11 (3.0)     |          |         |
| <b>การอบรมเลี้ยงดูในครอบครัว</b>                |                     |                  |              |          |         |
| ไม่ดี   | 48 (13.3)           | 17 (4.7)         | 6 (1.7)      | 6.842    | 0.144   |
| ปานกลาง   | 126 (34.8)          | 31 (8.6)         | 13 (3.6)     |          |         |
| ดี  | 94 (26.0)           | 13 (3.6)         | 14 (3.9)     |          |         |
| <b>สัมพันธ์ภาพในครอบครัว</b>                    |                     |                  |              |          |         |
| ไม่ดี   | 26 (7.2)            | 8 (2.2)          | 5 (1.4)      | 3.204    | 0.524   |
| ปานกลาง   | 153 (42.3)          | 34 (9.4)         | 14 (3.9)     |          |         |
| ดี  | 89 (24.6)           | 19 (5.2)         | 14 (3.9)     |          |         |
| <b>การอบรมเรื่องเพศในครอบครัว</b>               |                     |                  |              |          |         |
| ไม่ดี   | 66 (18.2)           | 17 (4.7)         | 5 (1.4)      | 5.165    | 0.271   |
| ปานกลาง   | 142 (39.2)          | 32 (8.8)         | 24 (6.6)     |          |         |
| ดี  | 60 (16.6)           | 12 (3.3)         | 4 (1.1)      |          |         |
| <b>ประสบการณ์ดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์</b> |                     |                  |              |          |         |
| ไม่เคยดื่ม                                      | 162 (44.8)          | 19 (5.2)         | 17 (4.7)     | 17.364   | 0.001   |
| เคยดื่ม   | 106 (29.3)          | 42 (11.6)        | 16 (4.4)     |          |         |
| <b>การเข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ</b>        |                     |                  |              |          |         |
| เข้าถึงยาก                                      | 219 (60.5)          | 31 (8.6)         | 12 (3.3)     | 47.278   | 0.001   |
| เข้าถึงง่าย                                     | 49 (13.5)           | 30 (8.3)         | 21 (5.8)     |          |         |

## อภิปรายผล

ผลการศึกษานักเรียนเคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 11.6 อายุเฉลี่ยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก 14.33 ปี ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของจันทนา สงนุ้ย (2556) ที่พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในเขต

อำเภอเมืองพัทลุง เคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 12.78 แต่ต่ำกว่าการศึกษาของนิคม จันทน์นวล และคณะ (2557) ที่พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอุบลราชธานี เคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 27.87 อาจเนื่องมาจากการศึกษาครั้งนี้นักเรียนส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบท ซึ่งการดูแลเอาใจใส่ของคนในครอบครัวจะมีความแตกต่างจากครอบครัวในเขตเมือง ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาที่พบว่าสัมพันธ์ภาพในครอบครัวของนักเรียนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่าอายุต่ำสุดของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก เท่ากับ อายุ 7 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจุฬารัตน์ หัวหาญ (2549) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นชายในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุรินทร์ เคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 25.8 และอายุต่ำสุดของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก คือ อายุ 8 ปี เป็นการมีเพศสัมพันธ์ที่เร็วขึ้น เนื่องจากปัจจุบันสภาพแวดล้อมได้เปลี่ยนแปลงไป ความเจริญทางเทคโนโลยีก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็ว นักเรียนสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารได้อย่างง่ายดาย ซึ่งจากการศึกษา พบว่านักเรียนมัธยมศึกษาของอำเภอทุ่งใหญ่เข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศในระดับเข้าถึงง่าย ร้อยละ 27.6 การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของนักเรียนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์กับคนรักหรือแฟน ร้อยละ 85.7 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจันธนา สงนุ้ย (2556) ที่พบสาเหตุของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับแฟน คือ ความรัก เนื่องจากนักเรียนมีทัศนคติในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์กับแฟนเป็นการแสดงถึงความรัก ความจริงใจที่มีต่อกัน และที่สำคัญพบว่า การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สวมถุงยางอนามัย ร้อยละ 64.3 ซึ่งแสดง

ให้เห็นว่า นักเรียนกลุ่มตัวอย่างยังขาดความตระหนักในการป้องกันการตั้งครรภ์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาระดับพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนในภาพรวม พบว่าส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมทางเพศในระดับต่ำ ร้อยละ 74.0 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิชราภรณ์ บัตรเจริญ (2554) ที่พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี มีพฤติกรรมทางเพศในระดับต่ำ

ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษา อำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้แก่ เพศ ระดับชั้นเรียน ผลการเรียน ประสิทธิภาพดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ และการเข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. เพศ โดยนักเรียนชายมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมทางเพศในระดับสูงมากกว่าเพศหญิง 2 เท่า อาจเนื่องมาจากสังคมไทยเพศหญิงจะได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวมากกว่าเพศชาย และวัฒนธรรมของสังคมไทยเน้นให้เพศหญิงรักษานวลสงวนตัวมากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฉันทนา ฉายศรี (2553) ที่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น

2. ระดับชั้นเรียนพบว่านักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 มีพฤติกรรมทางเพศในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 4.1 ขณะที่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 และมัธยมศึกษาปีที่ 4 มีร้อยละ 0.0 และ 0.6 อธิบายได้ว่านักเรียนที่ได้เรียนในระดับที่สูงขึ้นจะมีพฤติกรรมทางเพศลดลง เนื่องจากนักเรียนในระดับที่สูงขึ้นจะมีวุฒิภาวะและระดับการศึกษาที่เพิ่มขึ้น มีประสบการณ์ในการเรียนรู้จึงทำให้มีการคิดและการตัดสินใจที่มี

ประสิทธิภาพมากกว่านักเรียนที่มีระดับชั้นเรียนที่ต่ำกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรชเนตต์ บัญคง (2554) ที่พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิงระดับอาชีวศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศลดลงเมื่อเรียนอยู่ในระดับที่สูงขึ้น แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของลัชณา ฉายศรี (2553) ซึ่งพบว่านักเรียนในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมีโอกาสเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูงกว่านักเรียนที่ศึกษาอยู่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น

3. ผลการเรียนรู้พบว่านักเรียนที่มีผลการเรียนต่ำจะมีพฤติกรรมทางเพศระดับสูงมากกว่านักเรียนที่มีผลการเรียนสูง เนื่องจากผลการเรียนเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงสติปัญญา ความรู้และความสามารถในการวิเคราะห์ของบุคคลนั้น ๆ ผู้ที่มีผลการเรียนสูงกว่ามักมีสติปัญญา ความรู้ และความสามารถในการคิดวิเคราะห์สถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดีกว่าผู้ที่มีผลการเรียนต่ำสอดคล้องกับการศึกษาของอรอุษา จันทรวีรุช (2544) ที่พบว่านักเรียนที่มีผลการเรียนน้อยกว่า 2.0 มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ คิดเป็นร้อยละ 79.7 ในขณะที่นักเรียนที่ผลการเรียนอยู่ระหว่าง 2.0-3.0 พบร้อยละ 62.3 และ 59.3

4. ประสิทธิภาพดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์พบว่า นักเรียนที่ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมทางเพศในระดับต่ำ เนื่องจากการใช้สารเสพติดประเภทต่าง ๆ ทำให้วัยรุ่นขาดความยั้งคิดส่งผลตามมาต่อพฤติกรรมโดยเฉพาะพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และการดื่มสุราเป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่มักพบในวัยรุ่นชายหญิงและทำให้เกิดพฤติกรรมทางเพศ สอดคล้องกับการศึกษาของอรอุษา จันทรวีรุช (2544) ที่พบว่า การดื่มสุราหรือของมีแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมทางเพศของนักเรียน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. การเข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศพบว่า นักเรียนที่เข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศได้ง่าย มีพฤติกรรมทางเพศในระดับสูงมากกว่านักเรียนที่เข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศได้ยาก เนื่องจากเมื่อนักเรียนมีการเปิดรับข้อมูลที่มีทั้งภาพ สี เสียง ที่เกี่ยวกับเรื่องเพศแล้ว จะเป็นสื่อกระตุ้นให้นักเรียนเกิดการอยากทำตาม เนื่องจากเป็นวัยแห่งการแสวงหาอยากทดลองจนบางครั้งขาดการไตร่ตรองที่ดี ดังนั้นสื่อจึงมีบทบาทอย่างมากต่อวัยรุ่นสอดคล้องกับการศึกษาของมุตตรา ยะโกะ (2554) ที่พบว่า การเปิดรับสื่อทางเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา

### การนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำเสนอปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษา อำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งได้แก่ ปัจจัยด้านเพศ ระดับชั้นเรียน ผลการเรียนรู้ ประสบการณ์ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการเข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ ต่อผู้บริหารหรือผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้กำหนดนโยบาย และจัดกิจกรรมที่เอื้อต่อการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม และปัญหาการตั้งครมภ์ในวัยรุ่นอย่างจริงจัง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม และปัญหาการตั้งครมภ์ในวัยรุ่น ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น สถานศึกษา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชนในพื้นที่ในอำเภอทุ่งใหญ่ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม และปัญหา

การตั้งครม.ในวัยรุ่น ตัวอย่างเช่น การจัดรูปแบบกิจกรรมที่รณรงค์หรือส่งเสริมทักษะในการใช้สื่ออย่างสร้างสรรค์ และรู้เท่าทันสื่อต่าง ๆ รวมถึงการลด ละ เลิกพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ทุกชนิด โดยปรับกิจกรรมให้สอดคล้องและคำนึงถึงปัจจัยส่วนบุคคลต่าง ๆ ได้แก่ เพศ ระดับชั้นเรียน และผลการเรียนของนักเรียนแต่ละคน

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในเรื่องพฤติกรรมทางเพศเพื่อให้ได้รายละเอียดที่ชัดเจน และให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับนักเรียนในบริบทของอำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราชยิ่งขึ้น และสามารถนำผลที่ได้ไปใช้ในการป้องกัน และแก้ไขการเกิดพฤติกรรมทางเพศได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. ควรมีการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการศึกษาวิจัยเชิงทดลองเพื่อจัดโปรแกรมการป้องกันการมีพฤติกรรมทางเพศของนักเรียน โดยการมีส่วนร่วมของบิดามารดาหรือผู้ปกครอง และนักเรียน ได้แก่ ทักษะการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว การเสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว การรู้เท่าทันสื่อ

### เอกสารอ้างอิง

คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอทุ่งใหญ่. (2561). สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขอำเภอทุ่งใหญ่ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2561. นครศรีธรรมราช: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช.

จันธนา สงนุ้ย. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย.วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยทักษิณ.

จุฬารัตน์ หัวหาญ. (2549). พฤติกรรมทางเพศ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนวัยรุ่นชายในเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ฉวีวรรณ บุญสุยา. (2557). การใช้สถิติในการวิจัย. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. นิยม จันทรินวล และคณะ (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. 9 (2), 56-65.

พรชเนตต์ บุญคง. (2554). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในนักเรียนหญิงระดับอาชีวศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหิดล. มุสตรา ยะโกะ. (2554). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทางเพศของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลาวิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ลัษณา ฉายศรี. (2553). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายจังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหิดล.

วัชราภรณ์ บัตรเจริญ. (2554). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศิริพร จิรวัดน์กุล และคณะ. (2554). การศึกษาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น(แม่วัยใส). ขอนแก่น: ศูนย์ประสานงานองค์การอนามัยโลกด้านการวิจัย และฝึกอบรมด้านเพศภาวะและสุขภาพสตรี มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สุชาติ ทวีสิทธิ์. (2560). ประชากรและสังคม 2560: “ความเป็นธรรม” และ “ความเป็นไท” ด้านเพศและการเจริญพันธุ์. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร. (2554). สื่อกلامกภัยคุกคามเด็ก. ค้นเมื่อ สิงหาคม 21, 2563, จาก [http://www.hiso/health\\_news/health\\_story4\\_2.php](http://www.hiso/health_news/health_story4_2.php).

สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2556). ผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนักเรียนประเทศไทย พ.ศ. 2555. ค้นเมื่อ สิงหาคม 21, 2563, จาก [http://www.gfaidsboe.com/.../Book/2555/BSS\\_STUDENT\\_55\\_28022013.pdf](http://www.gfaidsboe.com/.../Book/2555/BSS_STUDENT_55_28022013.pdf).

สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2557). ความชุกและอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย พ.ศ. 2556. ค้นเมื่อ สิงหาคม 21, 2563, จาก [http://www.gfaidsboe.com/Downloads/book/2557/Final\\_hiv\\_prevalance\\_and\\_incident2556.pdf](http://www.gfaidsboe.com/Downloads/book/2557/Final_hiv_prevalance_and_incident2556.pdf).

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. (2557). การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น: นโยบายแนวทางการดำเนินงานและติดตามประเมินผล. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

อรอุษา จันทรวิจ. (2544). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา จังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหิดล

# บริบทของการดูแลผู้สูงอายุและความสัมพันธ์ของการปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุ กับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพัทลุง ปี 2563

## THE CONTEXT OF ELDERLY CARE AND RELATIONSHIP OF TREATMENT FOLLOWED BY THE ROLE AND THE CAPACITY OF CARE GIVERS TO PERFORM DAILY LIVING OF THE ELDERLY IN PHATTHALUNG PROVINCE 2020

สมคิด ฤทธิศักดิ์

Somkid Rittisak

สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดพัทลุง  
Phatthalung Public Health Office

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) บริบทการดูแลผู้สูงอายุและบทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดพัทลุง (2) ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุในจังหวัดพัทลุง (3) ระดับบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดพัทลุง (4) ความสัมพันธ์ของการปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแลกับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุในจังหวัดพัทลุง ประชากรที่ศึกษากลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง จังหวัดพัทลุง ซึ่งมีจำนวน 3,223 คน ได้จากการสุ่มอย่างแบบมีระบบ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 383 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่มีความเที่ยง 0.89 และแบบสนทนากลุ่ม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า (1) ผลการสนทนากลุ่มของการปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุกับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพัทลุงกับบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 3 กลุ่มคือ กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้นำชุมชน พบว่า การดำเนินงานที่มุ่งให้เกิดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ควรจะต้องมีโครงการหรือกิจกรรมที่เน้นการรณรงค์ให้เกิดจิตสำนึกเกิดความตระหนักในการเป็นเจ้าของ ร่วมดูแลและการสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ ได้มีบทบาทในการออกแบบและดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้กองทุนส่งเสริมสุขภาพตำบล จะทำให้เกิดพลังการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เกิดการเชื่อมโยงจากนโยบายการดูแลสุขภาพของประชาชนสู่แนวทางการปฏิบัติที่มีทิศทางชัดเจน ทำให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ส่วนการสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมพบว่า การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของภาคีเครือข่าย ส่งผลให้ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง มีกำลังใจ และมีการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) เพิ่มขึ้น (2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 8.40 ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 91.60 ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็น

เพศหญิง ร้อยละ 76.50 โดยร้อยละ 65.30 เป็นบุตร (3) ระดับบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลจังหวัดพัทลุงภาพรวมอยู่ในระดับมาก (4) ความสัมพันธ์ของการปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแลกับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ จังหวัดพัทลุง พบว่าการปฏิบัติตามบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้ง 4 ด้านมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันภาพรวมระดับสูง ( $r = 0.82, p = 0.019$ ) ส่วนรายด้าน ระดับค่อนข้างสูง ถึง สูง ( $r = 0.73 - 0.84, p = 0.000$ ) ข้อเสนอแนะจากการวิจัย คือ บุคลากรสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

**คำสำคัญ :** ผู้สูงอายุ, ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุ, การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

## Abstract

The survey research aimed to study: 1) the context of elderly care and the role of the stakeholders in Phatthalung Province 2) the capacity to perform daily life activities among the elderly in Phatthalung Province 3) role levels of elderly caregivers in Phatthalung Province 4) the relationship between caregivers' role performance and the ability of elderly to perform Activities of Daily Living (ADL). The sample group of 383 caregivers for the home-bound and bed-bound older adults in Phatthalung Province were selected by systematic sampling method. Data were collected using a 0.89 precision questionnaire and a group discussion, and were analyzed using mean, percentage, standard deviation, and Pearson's correlation coefficient.

The results of the study were as follows: 1) From the group discussion about the relationship between caregivers' role performance and the ability to perform activities of daily living of elderly in Phatthalung Province, which was divided into 3 groups (a group of caregivers, a group of local administrative organizations, and a group of community leaders), found that the operation about social welfare for the elderly in community should focus on the projects or activities that can create sense of community and support the role of local administrative organizations in development of long-term elderly care within local health insurance funds. This will be the driving force for long-term elderly care and will turn health care policy into practice in a clear direction. As a result, elderly caregivers will get appropriate and quality care. For networking and participation, it was found that caregiving

for the elderly from the health network led to an increase of encouragement in bed-bound and home-bound older adults and increased their performance of activities of daily living. 2) Classified by the ability to carry out daily activities of the elderly, caregivers for bed-bound and home-bound elderly were 8.40 % and 91.60% respectively, mostly were women (76.50%), and 65.30% were the sons or daughters. 3) The overall role performance of elderly caregivers was at good level. 4) 4 aspects of caregivers' role performance positively correlated with the ability to perform activities of daily living of elderly at high level ( $r = 0.82$ ,  $p = 0.019$ ), and at moderately high to high level ( $r = 0.73 - 0.84$ ,  $p = 0.000$ ) for each aspect. It was recommended that public health personnel and the health network can use the study as guidelines for long-term elderly care.

**Keywords :** Elderly, Activities of Daily Living (ADL), Long Term Elderly Care

## บทนำ

ปัจจุบันความก้าวหน้าด้านการแพทย์และสาธารณสุข ส่งผลให้จำนวนและสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วโดยสัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มจากร้อยละ 10.7 ในปี 2550 (7.0 ล้านคน) เป็นร้อยละ 11.8 (7.5 ล้านคน) ในปี 2553 และคาดการณ์ว่า ร้อยละ 20.0 (24.5 ล้านคน) ในปี 2568 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2558) นับว่าอัตราการเข้าสู่ “ภาวะประชากรผู้สูงอายุ (Population Ageing)” เร็วมาก ซึ่งหมายความว่าประเทศไทยมีเวลาสั้นมากที่จะเตรียมการเพื่อรองรับประชากรผู้สูงอายุทั้งในด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม อัตราส่วนการเป็นภาระวัยสูงอายุ หรืออัตราพึ่งพิงวัยสูงอายุในปี 2537 เป็น 10.7 เพิ่มขึ้นเป็น 14.3 ในปี 2545 และเพิ่มขึ้นเป็น 16.0 ในปี 2550 หมายความว่าประชากรวัยทำงาน 100 คน ต้องรับภาระในการเลี้ยงดูผู้สูงอายุ 16 คน ประกอบกับสัดส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในครัว

เรือนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากร้อยละ 6.3 ในปี 2545 เป็นร้อยละ 7.7 ในปี 2550 และร้อยละ 56.7 ของผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังในครัวเรือน อยู่ได้โดยไม่มีปัญหาที่เหลือร้อยละ 43.3 มีปัญหา ซึ่งปัญหาที่พบมากที่สุดคือ รู้สึกเหงา ร้อยละ 51.2 ไม่มีคนดูแลเมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 27.5 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2558)

อายุยิ่งสูงยิ่งเจ็บป่วย จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2550 พบว่า ร้อยละ 69.3 ของประชากรในกลุ่มอายุ 60-69 ปี เป็นโรคเรื้อรัง และพบเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น และเพิ่มขึ้นเป็น 83.3 ในกลุ่มที่มีอายุ 90 ปีขึ้นไป โดยภาวะการเจ็บป่วย โดยเรื้อรัง 6 โรคพร้อมกันถึงร้อยละ 70.8 และหนึ่งในสี่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพจากปัญหาสุขภาพเป็นเหตุให้ไม่สามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้ ร้อยละ 18.9 มีปัญหาสุขภาพเหล่านี้ยาวนานกว่า 6 เดือน เป็นภาวะทุพพลภาพระยะยาว เป็นเหตุให้มีค่าใช้จ่ายในการดูแลสูงและต้องการคนดูแลตลอดเวลา



การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็นส่วนสำคัญที่ขาดไม่ได้ในระบบสุขภาพ และระบบสวัสดิการสังคม ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผู้ดูแลนอกระบบ ทั้งครอบครัว เพื่อน และเพื่อนบ้าน ผู้ที่ต้องการดูแล รวมถึงผู้ดูแลในระบบซึ่งหมายถึงบุคลากรทางด้านสุขภาพและสวัสดิการทางสังคม ในสาขาวิชาชีพและผู้ช่วย ตลอดจนผู้ดูแลดั้งเดิมและอาสาสมัคร ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุที่ต้องการดูแล เป็นการดูแลผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือมีภาวะเปราะบางต้องการความช่วยเหลือดูแล ติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง

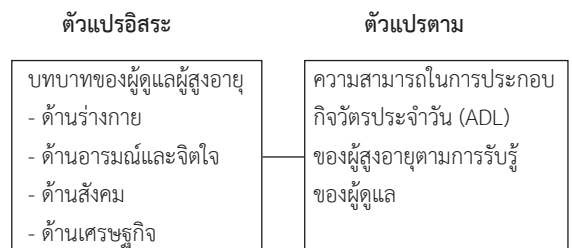
จังหวัดพัทลุงเป็นจังหวัดหนึ่งในภาคใต้ของประเทศไทยที่มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น จากการสำรวจข้อมูลประชากรประจำปี 2563 จังหวัดพัทลุง มีประชากรทั้งสิ้นจำนวน 395,368 คน มีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 83,763 คน คิดเป็นร้อยละ 21.19 ของประชากรในจังหวัดและเพิ่มมากขึ้นทุก ๆ ปี (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง, 2563) เป็นประเภทติดบ้าน ติดเตียง จำนวน 3,223 คน คิดเป็นร้อยละ 3.85 ของผู้สูงอายุทั้งหมด บทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญเนื่องจากอัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุและอัตราส่วนเกื้อหนุนดัชนีการสูงอายุของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นเหตุผลการผู้วิจัยสนใจศึกษาบริบทของการดูแลผู้สูงอายุและความสัมพันธ์ของการปฏิบัติตามบทบาทของผู้ดูแล กับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ จังหวัดพัทลุง ทั้งนี้ผลการศึกษาที่ได้สามารถนำไปใช้ประโยชน์กับผู้บริหารหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการหาแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รวมทั้งประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาการจัดกิจกรรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของ

ผู้สูงอายุต่อไป

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบริบทการดูแลผู้สูงอายุและบทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องของการดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดพัทลุง
2. เพื่อศึกษาความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ จังหวัดพัทลุง
3. เพื่อศึกษาระดับบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดพัทลุง
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแลกับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันผู้สูงอายุ จังหวัดพัทลุง

### กรอบแนวคิด



### ระเบียบวิธีการวิจัย

รูปแบบการศึกษา เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) และสนทนากลุ่ม (focus group) รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ส่วนข้อมูลคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่มนำมาจัดหมวดหมู่และวิเคราะห์เชิงหา (content Analysis) เชิงปริมาณคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (systematic random sampling) เพื่อการศึกษาระบบการดูแลผู้สูงอายุและความสัมพันธ์ของการปฏิบัติตามบทบาท

ของผู้ดูแลกับความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ จังหวัดพัทลุง รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและการสนทนากลุ่ม โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 3,223 คน คำนวณขนาดตัวอย่าง ได้จากการคำนวณหาขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ย กรณีทราบขนาดประชากร ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 383 ตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic random sampling) โดยใช้บัญชีรายชื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุของอำเภอเมืองพัทลุง อำเภอควนขนุน อำเภอปากพะยูน อำเภอเขาชัยสน อำเภอตะโหมด อำเภอบางแก้ว อำเภอศรีนครินทร์ อำเภอกงหรา อำเภอศรีบรรพต อำเภอป่าพะยอม และอำเภอป่าบอน มาเป็นกรอบในการสุ่มโดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

**ตารางที่ 1** ขนาดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละอำเภอตามสัดส่วนจากขนาดกลุ่มประชากร 383 คน ได้ดังนี้

| อำเภอ       | ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง | กลุ่มตัวอย่าง |
|-------------|----------------------------|---------------|
| เมือง       | 856                        | 102           |
| กงหรา       | 183                        | 22            |
| เขาชัยสน    | 366                        | 44            |
| ตะโหมด      | 94                         | 12            |
| ควนขนุน     | 534                        | 62            |
| ปากพะยูน    | 456                        | 53            |
| ศรีบรรพต    | 115                        | 14            |
| ป่าบอน      | 211                        | 26            |
| บางแก้ว     | 145                        | 17            |
| ป่าพะยอม    | 105                        | 13            |
| ศรีนครินทร์ | 146                        | 18            |
| รวม         | 3,223                      | 383           |

1) นำรายชื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดพัทลุง เดือนพฤศจิกายน 2563 เป็นกรอบ

ในการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง 2) หาช่วงการสุ่ม (sampling interval) ได้เท่ากับ 8.32 ดังนั้นช่วงของการสุ่มที่คำนวณได้เท่ากับ 9 3) จากนั้นทำการสุ่มแบบเป็นระบบ (systematic random sampling) โดยนำบัญชีที่ทำการเรียงลำดับตามตำแหน่งบัญชีรายชื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุอำเภอเมืองพัทลุง อำเภอควนขนุน อำเภอปากพะยูน อำเภอเขาชัยสน อำเภอตะโหมด อำเภอบางแก้ว อำเภอศรีนครินทร์ อำเภอกงหรา อำเภอศรีบรรพต อำเภอป่าพะยอม อำเภอป่าบอน แล้วหาจุดเริ่มต้นของการสุ่มโดยใช้วิธีการจับฉลาก

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นข้อคำถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยด้านร่างกาย 10 ข้อ ด้านอารมณ์และจิตใจ 8 ข้อ ด้านสังคม 5 ข้อ ด้านเศรษฐกิจ 7 ข้อ ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบให้คะแนนแบบประมาณค่า 5 ระดับตามแนวคิดของอีเบอร์โซล (Ebersole) ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน โดยมีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.89 แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน 10 ข้อ เป็นแบบประเมินผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ของกรมอนามัย ตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย แบบประเมิน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน การแปลผลรายละเอียดดังนี้ คะแนน 0-4 กลุ่มติดเตียง คะแนน 5-11 กลุ่มติดบ้าน คะแนน 12-20 กลุ่มติดสังคม เก็บข้อมูลโดยผู้ช่วยนักวิจัยที่ผ่านการอบรม และแบบสนทนากลุ่ม

การสนทนากลุ่มเลือกเป้าหมายแบบเจาะจง โดยแบ่งกลุ่มสนทนาเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 12 คน คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ องค์กรชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนทนากลุ่มที่ละกลุ่มในเรื่องเดียวกัน นำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบหาความเที่ยงของแบบสอบถาม (reliability) โดยการนำแบบสอบถาม บทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุและความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ในจังหวัดพัทลุง ที่ได้รับการแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุและความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองในจังหวัดตรัง ซึ่งมีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาช (บุญธรรม กิจปริดาภิรุตย์ 2549 : 277 อ้างอิงจาก Cronbach, 1954) แบบสอบถามตอนที่ 2 แบบสอบถามบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 30 ข้อคำถาม ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลระหว่างในช่วงวันที่ 20 ธันวาคม 2563 - วันที่ 30 ธันวาคม 2563

ข้อมูลเชิงปริมาณ

1. ประสานงานขอความร่วมมือจากสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอในจังหวัดพัทลุง

2. ใช้แบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไข สมบูรณ์แล้วเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองและผู้ช่วยนักวิจัย

3. รวบรวมตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ทุกฉบับเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

วิธีเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการจัดให้คนที่เลือกจากประชากรที่ต้องการศึกษาจำนวนไม่มากนัก มาร่วมสนทนากัน เพื่ออภิปรายพูดคุย โดยมุ่งประเด็นการสนทนาไปยังเรื่องที่สนใจศึกษาในการจัดการสนทนากลุ่มอย่างเป็นระบบ เลือกผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มจำนวน 12 คน คือสนทนากลุ่มกับ ตัวแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้นำชุมชนที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยแบ่งกลุ่มสนทนาเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 12 คน ที่มีลักษณะทางประชากร สังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมที่คล้ายคลึงกัน ระหว่างพูดคุย มีพิธีกรเป็นผู้ดำเนินรายการ มีผู้จัดบันทึกเป็นผู้จดย่อเนื้อหาการสนทนา และมีเทปบันทึกเสียงบันทึกรายละเอียดของการพูดคุย เมื่อเสร็จสิ้นการสนทนา ผู้บันทึกจะถอดรายละเอียดจากเทปที่บันทึกไว้ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการประมวลผลข้อมูลจากการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการส่งแบบสอบถามผ่านทางสาธารณสุขอำเภอทั้งสิ้น จำนวน 383 ชุด ได้รับแบบสอบถามกลับมา 383 ชุด ได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. การตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบถามแต่ละชุด สร้างคู่มือการลงรหัส และลงรหัสในแบบสอบถาม

2. บันทึกข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์ 2 คน 2 ครั้ง (double check) โดยจัดเก็บข้อมูลเป็น 2 แฟ้ม จากนั้นทำการตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึกข้อมูล โดยการเปรียบเทียบข้อมูลทั้ง 2 ชุดว่าตรงกันหรือไม่ หากไม่ตรงกันจะต้องตรวจสอบกับแบบสอบถาม และแก้ไขข้อมูลให้ถูกต้อง

3. ตรวจสอบรหัสที่อยู่นอกเหนือจากที่กำหนด และตรวจสอบความสอดคล้องกันของแบบสอบถาม โดยการหาความถี่

4. ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลตัวแปรตามคือความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุตามการรับรู้ของผู้ดูแลจังหวัดพัทลุง โดยใช้สถิติโคลโมโกรอฟ-สมินอฟ (Kolmogorov-Sminov Test) (อรุณ จิรกุลย์. 2546 ; กัลยา วานิชย์บัญชา 2549) พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงปกติ ( $p = 0.071$ )

5. วิเคราะห์การปฏิบัติตามบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุจังหวัดพัทลุง โดยค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

6. วิเคราะห์ความสัมพันธ์สมรรถนะหลักของบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุจังหวัดพัทลุงกับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุตามการรับรู้ของผู้ดูแลจังหวัดพัทลุง โดยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's moment correlation coefficient) วิเคราะห์ทั้งภาพรวมและรายด้าน

7. วิเคราะห์ข้อมูลการสนทนากลุ่มทั้ง 3 กลุ่มด้วย Content Analysis

## จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านกระบวนการพิจารณา

รับรองการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง กระทรวงสาธารณสุข หมายเลขรับรอง PPHOREC/2564 COA NO.02 ลงวันที่ 17 ธันวาคม 2563

## ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 76.50 มีอายุเฉลี่ย 56.10 ปี ( $SD = 12.33$ ) โดยมีอายุต่ำสุด 18 ปี อายุสูงสุด 90 ปี ระดับการศึกษาจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.70 มัธยมศึกษา ร้อยละ 27.40 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 69.20 หม้าย ร้อยละ 15.90 โสด ร้อยละ 13.80 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 42.60 รายได้ของครอบครัวเพียงพอ ร้อยละ 58.00 ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 70.80 ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีบ้านเป็นของตนเอง ร้อยละ 93.70 จำนวนผู้สูงอายุที่ดูแลส่วนมาก จำนวน 1 คน ร้อยละ 91.40 ผู้ดูแลผู้สูงอายุดูแลเพศหญิง ร้อยละ 61.10 อายุของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลอายุเฉลี่ย 79.98 ปี ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเป็นบุตร ร้อยละ 65.30 สำหรับ อสม.เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในลักษณะอยู่ในความรับผิดชอบ การดูแลไม่ใกล้ชิด เหมือนกับบุตร สามี/ภรรยา หลาน

ร้อยละ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 8.40 ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 91.60

**ตารางที่ 2** คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับระดับบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดพัทลุง จำแนกโดยรวมและรายด้าน

(n = 383)

| บทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ | คะแนนเฉลี่ย | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | แปลผล   |
|--------------------------|-------------|----------------------|---------|
| ด้านร่างกาย              | 4.04        | 0.75                 | มาก     |
| ด้านอารมณ์และจิตใจ       | 3.39        | 0.91                 | ปานกลาง |
| ด้านสังคม                | 3.21        | 1.11                 | ปานกลาง |
| ด้านเศรษฐกิจ             | 3.66        | 0.92                 | มาก     |
| โดยรวม                   | 3.64        | 0.71                 | มาก     |

ระดับบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลจังหวัดพัทลุงภาพรวมอยู่ในระดับบทบาทมาก คะแนนเฉลี่ย 3.64 (SD. = 0.71) ด้านร่างกายและด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับบทบาทมาก คะแนนเฉลี่ย 4.04, 3.66 (SD. = 0.75, 0.92) ส่วนด้านอารมณ์และด้านสังคม คะแนนเฉลี่ยอยู่ระดับบทบาทปานกลาง 3.39, 3.21 (SD. = 0.91, 1.11) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุด้านร่างกาย มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ 4.04 (SD = 0.75) รองลงมาบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุด้านเศรษฐกิจ มีคะแนนเฉลี่ยเป็น 3.66 (SD = 0.92) ส่วนบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุด้านสังคม มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ 3.21 (SD = 1.11 )

### 1. ด้านร่างกาย

ระดับบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล จังหวัดพัทลุง ด้านร่างกาย ภาพรวมอยู่ในระดับระดับบทบาทมาก คะแนนเฉลี่ย 4.04 (SD = 0.75) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุข้อท่านดูแลที่อยู่อาศัยหรือที่หลับนอนโดยคำนึงถึงความปลอดภัยเป็นสิ่งสำคัญ คะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ 4.42 (SD = 2.91) รองลงมาบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ ข้อท่านดูแลผู้สูงอายุในยามที่เจ็บไข้ได้ป่วย มีคะแนนเฉลี่ย 4.26 (SD = 0.89) ส่วนบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ ข้อท่าน

ช่วยผู้สูงอายุยกของ เก็บของ หรือทำการใด ๆ ที่ใช้แรงมาก มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ 3.74 (SD = 1.13)

### 2. ด้านอารมณ์และจิตใจ

ระดับบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล จังหวัดพัทลุง ด้านอารมณ์และจิตใจ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.39 (SD = 0.91) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ ข้อท่านให้กำลังใจและรับฟังปัญหาของผู้สูงอายุ คะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ 4.01 (SD = 1.17) รองลงมาบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ข้อท่านปฏิบัติตามคำแนะนำสั่งสอนของผู้สูงอายุ มีคะแนนเฉลี่ย 3.84 (SD = 0.85) ส่วนบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ข้อท่านพาผู้สูงอายุไปเที่ยวพักผ่อนหย่อนใจในสถานที่ต่าง ๆ ตามความต้องการของผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ 2.84 (SD = 1.30)

### 3. ด้านสังคม

ระดับบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล จังหวัดพัทลุง ด้านสังคม ภาพรวมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 3.21 (SD = 1.11) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ข้อท่านให้โอกาสผู้สูงอายุได้รับทราบข้อมูลข่าวสารที่ทันต่อเหตุการณ์จากสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ คะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ 3.59 (SD = 2.46) รองลงมาบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ข้อท่านให้โอกาสผู้สูงอายุได้พบปะกับญาติและเพื่อนฝูง มีคะแนนเฉลี่ย 3.51 (SD = 1.23) ส่วนบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ข้อท่านให้ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกและทำกิจกรรมในชมรม เช่น ชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ 2.78 (SD = 1.32)

### 4. ด้านเศรษฐกิจ

ระดับบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล จังหวัดพัทลุง ด้านเศรษฐกิจ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.66 (SD = 0.92) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ข้อที่ช่วยเหลือผู้สูงอายุเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายด้านการซื้ออาหารการกิน คะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ 4.01 (SD = 0.95) รองลงมาบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ข้อที่ช่วยเหลือผู้สูงอายุเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายด้านของใช้ต่าง ๆ เช่น ซื้อเสื้อผ้า สิ่งของ มีคะแนนเฉลี่ย 3.86 (SD = 0.99) ส่วนบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ข้อที่ช่วยให้เงินผู้สูงอายุไปใช้จ่ายส่วนตัวตามความต้องการ มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ 2.47 (SD = 1.33)

**ตารางที่ 3** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างบทบาทผู้ดูแลด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ กับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

| ตัวแปร             | r    | p-value |
|--------------------|------|---------|
| ด้านร่างกาย        | 0.78 | 0.00    |
| ด้านจิตใจและอารมณ์ | 0.84 | 0.00    |
| ด้านสังคม          | 0.74 | 0.00    |
| ด้านเศรษฐกิจ       | 0.82 | 0.00    |
| ภาพรวม             | 0.82 | 0.01    |

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ความสัมพันธ์ของการปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแลกับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพัทลุง พบว่าการปฏิบัติตามบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้ง 4 ด้าน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันภาพรวมระดับสูง ( $r = 0.82, p = 0.01$ ) ส่วนรายด้านการปฏิบัติตามบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุด้านร่างกายมีความสัมพันธ์

เชิงบวกกับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ระดับค่อนข้างสูง ( $r = 0.78, p = 0.00$ ) การปฏิบัติตามบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุด้านจิตใจและอารมณ์ระดับระดับสูง ( $r = 0.84, p = 0.00$ ) การปฏิบัติตามบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุด้านสังคมระดับค่อนข้างสูง ( $r = 0.74, p = 0.00$ ) การปฏิบัติตามบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุด้านเศรษฐกิจระดับสูง ( $r = 0.82, p = 0.00$ )

ผลการสนทนากลุ่มการปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุกับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพัทลุง กับบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 3 กลุ่มคือ กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ

### 1. ด้านร่างกาย

การส่งเสริมความเข้มแข็งแก่ผู้สูงอายุ/กลุ่มผู้สูงอายุให้เกิดขึ้นในท้องถิ่น การส่งเสริมการประกอบอาชีพของผู้สูงอายุ การจัดกลุ่มออมทรัพย์ การถ่ายทอดภูมิปัญญาการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ดังคำกล่าว “ต้องดูแลร่วมกับผู้ดูแล คนในชุมชน บุคลากรทางการแพทย์ เน้นดูแลแบบองค์รวม”

### 2. ด้านอารมณ์ จิตใจ

การปรับเปลี่ยนเจตคติของประชาชนในการดูแลผู้สูงอายุโดยการรณรงค์อย่างต่อเนื่องให้เกิดการประชาสัมพันธ์ในภาพกว้างของสังคมให้ประชาชนเกิดความตระหนักในคุณค่าของผู้สูงอายุรวมทั้งส่งเสริมค่านิยมที่ดีในสังคมที่มีต่อผู้สูงอายุและจัดทัศนคติที่ว่าผู้สูงอายุเป็นภาระของสังคมเป็นผู้ไร้ประโยชน์ ดังคำกล่าว “ก่อนดำเนินการใด ๆ ต้องมีการทำประชาคมความต้องการของผู้สูงอายุ”

### 3. ด้านสังคม

การดำเนินงานที่มุ่งให้เกิดสวัสดิการสังคม สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ควรจะต้องมีโครงการ หรือกิจกรรมที่เน้นการรณรงค์ให้เกิดจิตสำนึก เกิดความตระหนักในการเป็นเจ้าของและดูแล ดั่งคำกล่าว “คนในชุมชนรู้เห็นปัญหาผู้สูงอายุอย่าง แท้จริง จึงเป็นหน้าที่ที่ชุมชนจะต้องร่วมมือกัน ช่วยเหลือ”

### 4. ด้านเศรษฐกิจ

สร้างโครงการการเรียนรู้ตลอดจนชีวิต ของผู้สูงอายุ โดยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดความ ต้องการ เรียนรู้ตลอดชีวิตโดยผ่านกระบวนการทางกิจกรรม ที่มีรูปแบบและสาระประกอบด้วย การเตรียมตัวเป็น ผู้สูงอายุ การสร้างความมั่นคงในการดำรงชีวิต การมีคุณภาพชีวิตที่ดี และการให้คุณค่าของผู้สูงอายุ พร้อม ๆ กับกระตุ้นให้ผู้สูงอายุ ตระหนักถึงคุณค่า และประโยชน์ของการเรียนรู้ในองค์ความรู้ด้านอื่น ๆ ดังคำกล่าว “ต้องประเมินสถานภาพของครอบครัว ฐานะความเป็นอยู่ และสิ่งแวดล้อม เช่น อาชีพเดิม ของ - ผู้สูงอายุ ก่อนให้การสนับสนุนดูแล ให้ตรง ปัญหา”

#### ด้านองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

การสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ ให้มีบทบาท ในการออกแบบและดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้ กองทุนส่งเสริมสุขภาพตำบล จะทำให้เกิดพลังการ ขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและเกิดการ เชื่อมโยงจากนโยบายการดูแลสุขภาพของประชาชน สู่แนวทางการปฏิบัติที่มีทิศทางชัดเจน ทำให้ผู้ดูแล และผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ

#### ด้านผู้นำชุมชน

พบว่าผู้ดูแลตกอยู่กับสภาวะของการดูแล เพียงลำพังเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองขาดเลือด และโรคเรื้อรัง เกือบ 1 ใน 3 กิจกรรมทางสังคมลดลง ทั้งการเข้าร่วม กิจกรรมชุมชน การพบปะเพื่อน การทำกิจกรรมร่วมกับ เพื่อน เพื่อนบ้าน ส่งผลทำให้ผู้ดูแลมีปฏิสัมพันธ์ กับคนอื่น ๆ ในชุมชนและสังคมลดลง ทำให้ผู้ดูแล ขาดโอกาสในการทำกิจกรรมทางศาสนาและขาดการ พักผ่อน ถึง 1 ใน 3 นอกจากนี้พบว่าการดูแลที่ขาด การสนับสนุนและถูกผลักรังเกียจทำให้ผู้ดูแลเพียงลำพัง ทำให้เกือบร้อยละ 38 มีความขัดแย้งกับญาติพี่น้อง โดยเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าทำให้ผู้ดูแลเกิดผลกระทบด้านสังคมมากที่สุด ถึงร้อยละ 86 ทำให้ผู้ดูแลขาดโอกาสทางสังคม ขาดโอกาสทำกิจกรรมส่วนตัว

### อภิปรายผล

1. ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ของผู้สูงอายุ จังหวัดพัทลุง

ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตามความสามารถในการประกอบกิจวัตร ประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่ม ติดเตียง ร้อยละ 8.40 ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 91.60

พบว่าผู้ที่ทำบทบาทหน้าที่บทบาทดูแล ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาระยะยาว ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ประมาณร้อยละ 76.50 โดยเป็นบุตร ร้อยละ 65.30 และพบว่า ร้อยละ 42.60 เป็นผู้ที่ทำงานภาคการเกษตร แตกต่างจากญาติพี่น้องอื่น ๆ ที่ประกอบอาชีพอยู่ใน เขตเมือง มีรายได้ที่มากกว่าผู้ดูแล และมีฐานะ หน้าที่ดีกว่าผู้ดูแล สถานะของผู้ดูแลส่วนใหญ่จึงตก

อยู่ใน “สภาวะไร้อำนาจ” ทั้งการต่อรงในครอบครัว และสังคม ผู้ดูแลอยู่ในสภาวะ “น้ำท่วมปาก” การเรียกร้องขอความช่วยเหลือจากญาติพี่น้อง จึงเสมือนการเรียกร้องให้กับตัวเอง สอดคล้องกับ ศิริหาภาค (2556)

## 2. ระดับบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดพัทลุง

ระดับบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลจังหวัดพัทลุงภาพรวมอยู่ในระดับบทบาทมาก คะแนนเฉลี่ย 3.64 (SD. = 0.71) ด้านร่างกายและด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับบทบาทมาก คะแนนเฉลี่ย 4.04, 3.66 (SD. = 0.75, 0.92) ส่วนด้านอารมณ์และด้านสังคมคะแนนเฉลี่ยอยู่ระดับบทบาทปานกลาง 3.39, 3.21 (SD. = 0.91, 1.1) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุด้านร่างกายมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ 4.04 (SD = 0.75) รองลงมาบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุด้านเศรษฐกิจมีคะแนนเฉลี่ยเป็น 3.66 (SD = 0.92) ส่วนบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุด้านสังคม มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ 3.21 (SD = 1.11) ไม่สอดคล้องกับ เบนจิลักษณ์ อัครพสุชาติ (2550) ที่ศึกษาบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในเขตเทศบาลเมืองอุดรดิตถ์พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีบทบาทในการดูแลทุกด้านอยู่ในระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย = 3.98) เมื่อพิจารณาแต่ละด้านพบว่าบทบาทที่กระทำมากเป็นอันดับแรกคือ การดูแลด้านสังคม (คะแนนเฉลี่ย = 4.07) รองลงมาคือการดูแลด้านร่างกาย (คะแนนเฉลี่ย = 4.04) ด้านอารมณ์และจิตใจ (คะแนนเฉลี่ย = 4.02) และการดูแลด้านเศรษฐกิจ (คะแนนเฉลี่ย = 3.82)

## 3. ความสัมพันธ์ของการปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแลกับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ผู้สูงอายุ จังหวัดพัทลุง

ความสัมพันธ์ของการปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแลความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพัทลุง พบว่าการปฏิบัติตามบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้ง 4 ด้านมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันภาพรวมระดับสูง ( $r = 0.82, p = 0.01$ ) ส่วนรายด้านการปฏิบัติตามบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุด้านร่างกายมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ระดับค่อนข้างสูง ( $r = 0.78, p = 0.00$ ) การปฏิบัติตามบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุด้านจิตใจและอารมณ์ระดับระดับสูง ( $r = 0.84, p = 0.00$ ) การปฏิบัติตามบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุด้านสังคมระดับค่อนข้างสูง ( $r = 0.74, p = 0.00$ ) การปฏิบัติตามบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุด้านเศรษฐกิจระดับสูง ( $r = 0.82, p = 0.00$ ) ไม่สอดคล้องกับ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2556) ที่ศึกษา ผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย

4. ผลการสนทนากลุ่มของการปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุกับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุ จังหวัดพัทลุง จำนวน 3 กลุ่มคือ กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้นำชุมชน

### กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ

#### 1. ด้านร่างกาย

การส่งเสริมความแข็งแรงแก่ผู้สูงอายุ/กลุ่มผู้สูงอายุให้เกิดขึ้นในท้องถิ่น การส่งเสริมการประกอบอาชีพของผู้สูงอายุ การจัดกลุ่มออมทรัพย์ การถ่ายทอดภูมิปัญญาการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและ



กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

## 2. ด้านอารมณ์ จิตใจ

การปรับเปลี่ยนเจตคติของประชาชนในการดูแลผู้สูงอายุโดยการรณรงค์อย่างต่อเนื่องให้เกิดการประชาสัมพันธ์ในภาพกว้างของสังคมให้ประชาชนเกิดความตระหนักในคุณค่าของผู้สูงอายุรวมทั้งส่งเสริมค่านิยมที่ดีในสังคมที่มีต่อผู้สูงอายุและจัดทัศนคติที่ว่าผู้สูงอายุเป็นภาระของสังคมเป็นผู้ไร้ประโยชน์

## 3. ด้านสังคม

การดำเนินงานที่มุ่งให้เกิดสวัสดิการสังคมในสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ควรจะต้องมีโครงการหรือกิจกรรมที่เน้นการรณรงค์ให้เกิดจิตสำนึกเกิดความตระหนักในการเป็นเจ้าของและร่วมดูแล

## 4. ด้านเศรษฐกิจ

สร้างโครงการการเรียนรู้ตลอดจนชีวิตของผู้สูงอายุ โดยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดความต้องการเรียนรู้ตลอดชีวิตโดยผ่านกระบวนการทางกิจกรรมที่มีรูปแบบและสาระประกอบด้วยเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุ การสร้างความมั่นคงในการดำรงชีวิต การมีคุณภาพชีวิตที่ดี และการให้คุณค่าของผู้สูงอายุพร้อม ๆ กับกระตุ้นให้ผู้สูงอายุ ตระหนักถึงคุณค่าและประโยชน์ของการเรียนรู้ในองค์ความรู้ด้านอื่น ๆ

### ด้านองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

การสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ ให้มีบทบาทในการออกแบบและดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้กองทุนส่งเสริมสุขภาพตำบล จะทำให้เกิดพลังการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและเกิดการเชื่อมโยงจากนโยบายการดูแลสุขภาพของประชาชน

สู่แนวทางการปฏิบัติที่มีทิศทางชัดเจน ทำให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับ คณิตสร เต็งรัง (2556)

### ด้านผู้นำชุมชน

พบว่าผู้ดูแลตกอยู่กับสภาวะของการดูแลเพียงลำพังเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองขาดเลือด และ โรคเรื้อรังเกือบ 1 ใน 3 กิจกรรมทางสังคมลดลง ทั้งการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน การพบปะเพื่อน การทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนบ้าน ส่งผลทำให้ผู้ดูแลมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ ในชุมชนและสังคมลดลง ทำให้ผู้ดูแลขาดโอกาสในการทำกิจกรรมทางศาสนาและขาดการพักผ่อน ถึง 1 ใน 3 นอกจากนี้พบว่าการดูแลที่ขาดการสนับสนุนและถูกผลกระทบให้ดูแลเพียงลำพัง ทำให้เกือบร้อยละ 38 มีความขัดแย้งกับญาติพี่น้อง โดยเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าทำให้ผู้ดูแลเกิดผลกระทบด้านสังคมมากที่สุดถึงร้อยละ 86 ทำให้ผู้ดูแลขาดโอกาสทางสังคม ขาดโอกาสทำกิจกรรมส่วนตัว

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1. การปฏิบัติตามบทบาทของดูแลผู้สูงอายุเป็นการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้มีระบบบริการที่เอื้อต่อการบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ได้แก่ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเชิงรุก รวมถึงความสามารถในการวินิจฉัยและการดูแลโรคที่มีความซับซ้อนมากขึ้น ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรสนับสนุนให้มีการจัดฝึกอบรมผู้จัดการ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวให้ครอบคลุมพื้นที่

1.2. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ระยะยาวมีความซับซ้อน และต้องการบริการที่มีความเฉพาะ เช่น การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม การฟื้นฟูสภาพ การประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและครอบครัวเพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีความจำเป็น ที่ผู้ดูแลทุกระดับต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพตามหลักสูตรที่กำหนด โดยเฉพาะผู้ดูแลในครอบครัวและบุคลากรสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญของการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน มีความจำเป็นที่ต้องได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวได้อย่างมีคุณภาพ

1.3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ องค์กรเอกชน ควรร่วมมือออกแบบและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

## 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องปัญหาและอุปสรรคในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อจะได้หาแนวทางในการลดปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ในการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่ยืนยาวโดยปราศจากโรคภัยและความไม่สุขสบายต่าง ๆ

## เอกสารอ้างอิง

- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2556). ผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- คณิศร เต็งรัง. (2556). ถอดบทเรียน การดำเนินโครงการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุหลักชัยที่มั่นคง จังหวัดมหาสารคาม. เบญจลักษณ์ อัครพสุชาติ. (2550). บทบาทในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในเขตเมืองอุดรดิษฐ์. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยอุดรดิษฐ์
- ศิริภาณี ศรีหาภาค. (2556). การถอดบทเรียน : การจัดการความรู้และการสร้างองค์ความรู้การจัดการสุขภาพ ชุมชนในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่าง
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย: [ออนไลน์] 2557. สืบค้นจาก <http://www.eh.anamai.moph.go.th/main.php?filename=agingmanual>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง. (2557). ฝ่ายแผนงานและนโยบาย : สถิติข้อมูลประชากรแยกตามกลุ่มอายุ. พัทลุง : ฝ่ายแผนงานและนโยบาย สำนักงานฯ สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2558
- Ebersole, P&Hess, P. (1990). Toward Health Aging Human Needs And Nursing Response ST. Louis C.V. Mosby

## มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดตรัง

อรุณี ธัญธนาวิทยา

Arunee Thantnavittaya

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

Trang Provincial Public health Office

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ. สส. พท.) และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ รพ. สส. พท. ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ. สต.) ประชากรศึกษาคือหัวหน้างานการแพทย์แผนไทยและงานแพทย์ทางเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดตรัง จำนวน 125 คน เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลและปัจจัยพื้นฐานการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นแบบประเมินมาตรฐานตามคู่มือของสถาบันการแพทย์แผนไทย เมื่อนำไปทดสอบได้ค่าความเชื่อมั่น 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย-ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Chi-square test

ผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 60.8 ของ รพ.สต. มีระดับคะแนนรวม รพ. สส. พท. อยู่ในระดับไม่ได้มาตรฐาน และเพียง ร้อยละ 39.2 ของ รพ.สต. มีระดับคะแนนรวมอยู่ในระดับได้มาตรฐาน โดยร้อยละ 46.9, 32.7, 10.2, และ 10.2 ของ รพ.สต. ที่มีมาตรฐานอยู่ในระดับดีเยี่ยม ดีมาก ดี และพื้นฐาน ตามลำดับ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ รพ. สส. พท. ของ รพ.สต. คือ อายุ สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ตำแหน่งการปฏิบัติงาน การรับรู้ข้อมูลการแพทย์แผนไทยและงานแพทย์ทางเลือก การจัดบริการเวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย นวดไทย และผดุงครรภ์ไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนเพศ ระดับการศึกษา และขนาดของ รพ.สต. ไม่มีความสัมพันธ์ ดังนั้น ในการค้นหาสาเหตุของปัญหา และการจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อยกระดับ รพ. สส. พท. ของรพ.สต. ที่ยังไม่ได้มาตรฐาน ผู้รับผิดชอบงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง จะต้องคำนึงถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ รพ. สส. พท. ของ รพ. สต.ข้างต้น

**คำสำคัญ :** มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

## Abstract

This survey study aimed to assess Thai traditional medicine and integrative medicine promoting hospital standard (TIPhS) and factors relating to the TIPhS among sub-district health promoting hospitals (SHPHs). Participants were 125 heads of Thai traditional medicine and integrative medicine department at SHPHs in Trang. The TIPhS questionnaire was used to collect data. Then data were analyzed using means, standard deviation, and Chi-square test.

The findings found that 60.8% of participated SHPHs had a total TIPhS score in the non-standard level. Whereas 39.2% of them were at the standard level. 46.9%, 32.7%, 10.2%, and 10.2% of those that passed the TIPhS were classified into an excellent, very good, good, and basic level, respectively. Factors relating to the TIPhS were age, marital status, monthly income, work period, position, perception on the information of Thai traditional medicine and integrative medicine, and Thai traditional medicine, pharmacy, massage, and midwifery services ( $p < .01$ ). While gender, educational level, and SHPH size were not related to the TIPhS. Therefore, Trang provincial public health officers who take responsibility for the Thai traditional medicine and integrative medicine department must concern factors that relating to the TIPhS among these participated SHPHs in order to identify causes and establish action plans for improving the TIPhS of non-standardized SHPHs.

**Keywords :** Thai traditional medicine and integrative medicine promoting hospital standard, promoting hospital, Thai traditional medicine and integrative medicine

## บทนำ

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโดยสถาบันการแพทย์แผนไทยจัดทำมาตรฐานงานบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐระดับโรงพยาบาลและสถานีอนามัยตั้งแต่ปีงบประมาณ 2547 และปรับปรุงให้มีความเหมาะสมในปีงบประมาณ 2551 เพื่อให้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการการแพทย์แผนไทยที่ได้มาตรฐาน ซึ่งจะทำให้ประชาชน

ได้รับบริการการแพทย์แผนไทยที่มีคุณภาพและปลอดภัย โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประเมินหน่วยบริการภายในจังหวัดของตนเอง 2 ปี/ครั้ง และได้รับใบประกาศนียบัตรรับรองมาตรฐานจากกรมการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และเพื่อให้มาตรฐานมีความเหมาะสมมากขึ้นจึงปรับปรุงอีกครั้งในปลายปีงบประมาณ 2555 และ 2556 ทั้งนี้ เพื่อมาตรฐานเป็นเครื่องมือตอบสนอง

ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเกี่ยวข้องกับกรมการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก คือ ร้อยละของผู้ป่วยนอกรับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน (ร้อยละ 22.0) จึงจัดทำมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ. สส. พท.) ขึ้นเพื่อให้หน่วยบริการในส่วนภูมิภาค สามารถจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2556: 49)

งานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ผสมผสานเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ประกอบกับสถานบริการสาธารณสุขระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จัดบริการการแพทย์แผนไทยให้กับประชาชน โดยใช้มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านสถานที่ เครื่องมือเครื่องใช้และสิ่งแวดล้อม ด้านบุคลากร ด้านการปฏิบัติงาน ด้านการควบคุมคุณภาพและด้านการจัดการบริการ ซึ่งเป็นแนวทางในการให้บริการแก่ประชาชนที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน แต่วิธีการจัดระดับบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขพบว่า ยังไม่มีการจัดระดับบริการการแพทย์แผนไทยที่เป็นรูปธรรม ชัดเจน จึงมีผลให้เมื่อปีงบประมาณ 2558 สถาบันการแพทย์แผนไทย ได้กำหนดระดับบริการการแพทย์แผนไทยขึ้นเป็นรูปธรรม ชัดเจนและส่งผลให้สถานบริการสาธารณสุข สามารถดำเนินกิจกรรม

ต่าง ๆ ได้ถูกต้อง เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น (กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2558: 36)

จังหวัดตรัง มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 125 แห่ง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง, 2562:12) ได้ดำเนินการพัฒนาระบบการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขมาโดยตลอด แต่จากการประเมินพบว่าสถานบริการสาธารณสุขแต่ละพื้นที่ มีลักษณะภูมิประเทศและสภาพแวดล้อมที่ต่างกัน จึงส่งผลกระทบต่อการพัฒนาบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่แตกต่างกัน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง, 2562:6) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจและต้องการศึกษาว่ามาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดตรัง เป็นอย่างไร และมีปัจจัยใดบ้างที่มีผลกระทบต่อมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ข้อค้นพบจะเป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารในการตัดสินใจ กำหนดยุทธศาสตร์ และรูปแบบการพัฒนาบริการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของประชาชน

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินระดับมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดตรัง
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ

มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดตรัง

### สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงาน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ตำแหน่งการปฏิบัติงาน และการรับรู้ข้อมูลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีความสัมพันธ์กับมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานอย่างมีนัยสำคัญ
2. ขนาดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีความสัมพันธ์กับมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานอย่างมีนัยสำคัญ
3. การจัดการบริการเวชกรรมไทย เกษัชกรรมไทย นวดไทย และผดุงครรภ์ไทย มีความสัมพันธ์กับมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานอย่างมีนัยสำคัญ

### วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนมิถุนายน - ธันวาคม 2563 ประชากรศึกษาคือหัวหน้างานการแพทย์แผนไทยและงานแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง จำนวน 125 คน

เครื่องมือเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถาม โดยประยุกต์ใช้หลักเกณฑ์ รูปแบบ และวิธีสร้างจากหนังสือการประเมินผลโครงการ: หลักการวิธีการประเมินผลงานและโครงการ (เวคิน นพินิตย์,

2550: 26) ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ตำแหน่งการปฏิบัติงาน การรับรู้ข้อมูลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 เป็นปัจจัยพื้นฐานการจัดการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้แก่ ขนาดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การจัดการบริการเวชกรรมไทย เกษัชกรรมไทย นวดไทยและผดุงครรภ์ไทย จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 3 มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 29 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านสถานที่และเครื่องมือ เครื่องใช้ สิ่งแวดล้อม 13 ข้อ ด้านบุคลากร 4 ข้อ ด้านการปฏิบัติงาน 2 ข้อ ด้านการควบคุมคุณภาพ 2 ข้อ และด้านการจัดการบริการ 8 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) มีคำตอบ 3 ระดับ ได้แก่ มีและได้มาตรฐาน=2 คะแนน มีแต่ไม่มาตรฐาน=1 คะแนน ไม่มี=0 คะแนน แบ่งระดับคะแนนมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยใช้เกณฑ์ของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (2558: 40) ดังนี้

| ร้อยละของคะแนนภาพรวม | ผลการประเมินมาตรฐาน |
|----------------------|---------------------|
| น้อยกว่า 60.0        | ไม่ได้มาตรฐาน       |
| 60.0-69.9            | มาตรฐานระดับพื้นฐาน |
| 70.0-79.9            | ระดับดี             |
| 80.0-89.9            | ระดับดีมาก          |
| 90.0-100.0           | ระดับดีเยี่ยม       |

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข 3 ท่าน ปรับปรุงแก้ไข แล้วทดสอบหาความเชื่อมั่น (Reliability test) โดยกลุ่มตัวอย่างอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นแบบสอบถามส่วนที่ 3 ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha - coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89

การรวบรวมข้อมูล เก็บข้อมูลจากหัวหน้างานการแพทย์แผนไทยและงานแพทย์ทางเลือก ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง โดยจัดอบรมผู้ช่วยเก็บข้อมูลซึ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 10 คน เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดในแบบสอบถาม จำนวนประชากรที่จะเก็บข้อมูล และวิธีการตอบแบบสอบถามเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วนมากที่สุด ขณะเก็บข้อมูล ผู้วิจัยทำหน้าที่ให้คำปรึกษา คำแนะนำและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลอย่างใกล้ชิด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และทดสอบนัยสำคัญทางสถิติตามสมมติฐาน โดยสถิติ Chi-square test

### ผลการวิจัย

จากประชากรศึกษา 125 คน พบว่า ประชากรศึกษาส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 78.4 ส่วนใหญ่มีอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 34.4 รองลงมา 31-40 ปี และ <30 ปี ร้อยละ 32.8 และ 21.6 ตามลำดับ ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68.0 จบระดับปริญญาตรี ร้อยละ 95.2 ส่วนใหญ่รายได้เฉลี่ยต่อเดือน  $\geq 30,001$  บาท ร้อยละ 37.6 รองลงมา  $\leq 20,000$  บาท และ 20,001-30,000 บาท ร้อยละ 30.4 และ 32.0 ตาม

ลำดับ ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการปฏิบัติงาน  $\leq 10$  ปี ร้อยละ 33.6 รองลงมา 21-30 ปี และ 11-20 ปี ร้อยละ 28.0 และ 22.4 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 40.8 รองลงมาเป็นแพทย์แผนไทยและนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 33.6 และ 16.0 ตามลำดับ ส่วนใหญ่รับรู้ข้อมูลการแพทย์แผนไทยและงานแพทย์ทางเลือกนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 51.2 (ดังตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของประชากรศึกษา จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

| ลำดับ                    | ข้อมูลส่วนบุคคล                            | จำนวน (คน)<br>(n=125) | ร้อยละ |
|--------------------------|--|-----------------------|--------|
| 1. เพศ                   |  |                       |        |
|                          | ชาย  | 27                    | 21.6   |
|                          | หญิง                                       | 98                    | 78.4   |
| 2. อายุ (ปี)             |  |                       |        |
|                          | $\leq 30$ ปี                               | 27                    | 21.6   |
|                          | 31-40 ปี                                   | 41                    | 32.8   |
|                          | 41-50 ปี                                   | 43                    | 34.4   |
|                          | $\geq 51$ ปี                               | 14                    | 11.2   |
| 3. สถานภาพสมรส           |  |                       |        |
|                          | โสด  | 40                    | 32.0   |
|                          | คู่  | 85                    | 68.0   |
| 4. ระดับการศึกษา         |  |                       |        |
|                          | อนุปริญญาหรือเทียบเท่า                     | 16                    | 12.8   |
|                          | ปริญญาตรี                                  | 109                   | 87.2   |
| 5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน  |  |                       |        |
|                          | $\leq 20,000$ บาท                          | 40                    | 32.0   |
|                          | 20,001-30,000 บาท                          | 38                    | 30.4   |
|                          | $\geq 30,001$ บาท                          | 47                    | 37.6   |
| 6. ระยะเวลาการปฏิบัติงาน |  |                       |        |
|                          | $\leq 10$ ปี                               | 42                    | 33.6   |
|                          | 11-20 ปี                                   | 28                    | 22.4   |
|                          | 21-30 ปี                                   | 35                    | 28.0   |
|                          | $\geq 31$ ปี                               | 20                    | 16.0   |
| 7. ตำแหน่งการปฏิบัติงาน  |  |                       |        |
|                          | พยาบาลวิชาชีพ                              | 51                    | 40.8   |
|                          | นักวิชาการสาธารณสุข                        | 20                    | 16.0   |
|                          | แพทย์แผนไทย                                | 42                    | 33.6   |
|                          | เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข                    | 8                     | 6.4    |
|                          | เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน (แพทย์แผนไทย) | 4                     | 3.2    |

| ลำดับ   | ข้อมูลส่วนบุคคล               | จำนวน (คน)<br>(n=125) | ร้อยละ |
|---|-------------------------------|-----------------------|--------|
| 8. การรับรู้ข้อมูลการแพทย์แผนไทยและงานแพทย์ทางเลือก |                               |                       |        |
|   | รับรู้ข้อมูลอย่าง<br>สม่ำเสมอ | 61                    | 48.8   |
|   | รับรู้แต่นาน ๆ ครั้ง          | 64                    | 51.2   |

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนใหญ่ ขนาดกลางและขนาดใหญ่ ร้อยละ 57.6 ส่วนใหญ่ ไม่มีบริการเวชกรรมไทย ร้อยละ 71.2 นวดไทย ร้อยละ 67.2 ผดุงครรภ์ไทย ร้อยละ 65.6 และ เภสัชกรรมไทย ร้อยละ 62.4 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละของประชากรศึกษา จำแนกตามปัจจัยพื้นฐานการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

| ปัจจัยพื้นฐานการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | จำนวน (คน)<br>(N=125) | ร้อยละ |
|--|-----------------------|--------|
| 1. ขนาดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล                      |                       |        |
| รพ.สต. ขนาดกลางและขนาดใหญ่                                 | 72                    | 57.6   |
| รพ.สต. ขนาดเล็ก  | 53                    | 42.4   |
| 2. ด้านเวชกรรมไทย  |                       |        |
| ไม่มี  | 89                    | 71.2   |
| มี   | 36                    | 28.8   |
| 3. ด้านเภสัชกรรมไทย  |                       |        |
| ไม่มี  | 78                    | 62.4   |
| มี   | 37.6                  | 37.6   |
| 4. นวดไทย  |                       |        |
| ไม่มี  | 84                    | 67.2   |
| มี   | 41                    | 32.8   |
| 5. ด้านผดุงครรภ์ไทย  |                       |        |
| ไม่มี  | 82                    | 65.6   |
| มี   | 43                    | 34.4   |

ผลการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ได้มาตรฐานร้อยละ 60.8 ที่มีมาตรฐานอยู่ในระดับ ดีเยี่ยม ร้อยละ 46.9 ดีมาก ร้อยละ 32.7 ดี ร้อยละ

10.2 และพื้นฐาน ร้อยละ 10.2 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 3)

**ตารางที่ 3** จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำแนกตามผลการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

| ผลการประเมินมาตรฐาน            | จำนวน<br>(N=125) | ร้อยละ |
|--------------------------------|------------------|--------|
| ไม่ได้มาตรฐาน                  | 76               | 60.8   |
| ได้มาตรฐาน (n=49)              | 49               | 39.2   |
| ⊕ ระดับดีเยี่ยม                | 23               | 46.9   |
| ⊕ ระดับดีมาก                   | 16               | 32.7   |
| ⊕ ระดับดี                      | 5                | 10.2   |
| ⊕ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับพื้นฐาน | 5                | 10.2   |

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับ มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน พบว่า อายุ สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ตำแหน่งการปฏิบัติงาน และการรับรู้ข้อมูลการแพทย์แผนไทยและงานแพทย์ทางเลือก มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 ส่วนเพศและระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ (ดังตารางที่ 4)

**ตารางที่ 4** ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยการทดสอบค่าไค-สแควร์ ( $\chi^2$ )

| ข้อมูลส่วนบุคคล | การประเมินมาตรฐาน |              | $\chi^2$ | df | P-value |
|-----------------|-------------------|--------------|----------|----|---------|
|                 | ผ่านเกณฑ์         | ไม่ผ่านเกณฑ์ |          |    |         |
| 1. เพศ          |                   |              |          |    |         |
| ชาย             | 29.6 (8)          | 70.4 (19)    |          |    |         |
| หญิง            | 41.8 (41)         | 58.2 (57)    |          |    |         |
| 2. อายุ         |                   |              |          |    |         |
|                 |                   |              | 47.796   | 3  | 0.000   |



| ข้อมูลส่วนบุคคล  | การประเมินมาตรฐาน |              | $\chi^2$ | df | P-value |
|--|-------------------|--------------|----------|----|---------|
|  | ผ่านเกณฑ์         | ไม่ผ่านเกณฑ์ |          |    |         |
| ≤30 ปี   | 96.3 (26)         | 3.7 (1)      |          |    |         |
| 31-40 ปี   | 26.8 (11)         | 73.2 (30)    |          |    |         |
| 41-50 ปี   | 23.3 (10)         | 76.7 (33)    |          |    |         |
| ≥51 ปี   | 14.3 (2)          | 85.7 (12)    |          |    |         |
| 3. สถานภาพสมรส   |                   |              | 13.399   | 1  | 0.000   |
| โสด  | 62.5 (25)         | 37.5 (15)    |          |    |         |
| คู่  | 28.2 (24)         | 71.8 (61)    |          |    |         |
| 4. ระดับการศึกษา   |                   |              | 1.847    | 1  | 0.209   |
| อนุปริญญาหรือเทียบเท่า                                   | 56.3 (9)          | 43.7 (7)     |          |    |         |
| ปริญญาตรี  | 36.7 (40)         | 63.3 (69)    |          |    |         |
| 5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน                                  |                   |              | 65.271   | 2  | 0.000   |
| ≤20,000 บาท  | 90.0 (36)         | 10.0 (4)     |          |    |         |
| 20,001-30,000 บาท  | 7.9 (3)           | 92.1 (35)    |          |    |         |
| ≥30,001 บาท  | 21.3 (10)         | 78.7 (37)    |          |    |         |
| 6. ระยะเวลาการปฏิบัติงาน                                 |                   |              | 65.280   | 3  | 0.000   |
| ≤10 ปี   | 88.1 (37)         | 11.9 (5)     |          |    |         |
| 11-20 ปี   | 7.1 (2)           | 92.9 (26)    |          |    |         |
| 21-30 ปี   | 22.9 (8)          | 77.1 (27)    |          |    |         |
| ≥31 ปี   | 10.0 (2)          | 90.0 (18)    |          |    |         |
| 7. ตำแหน่งการปฏิบัติงาน                                  |                   |              | 90.266   | 2  | 0.000   |
| พยาบาลวิชาชีพ  | 9.8 (5)           | 90.2 (46)    |          |    |         |
| นักวิชาการสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน       | 3.6 (1)           | 96.4 (27)    |          |    |         |
| แพทย์แผนไทยและเจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน (แพทย์แผนไทย) | 93.5 (43)         | 6.5 (3)      |          |    |         |
| 8. การรับรู้ข้อมูลการแพทย์แผนไทยและงานแพทย์ทางเลือก      |                   |              | 65.543   | 1  | 0.000   |
| รับรู้ข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ                                | 75.4 (46)         | 24.6 (15)    |          |    |         |
| รับรู้แต่นาน ๆ ครั้ง                                     | 4.7 (3)           | 95.3 (61)    |          |    |         |

\*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การมีบริการเวชกรรมไทย เกษัชกรรมไทย นวดไทย และผดุงครรภ์ไทย มีความสัมพันธ์กับมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนขนาดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ (ดังตารางที่ 5)

**ตารางที่ 5** ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกับมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานโดยทดสอบค่าไค-สแควร์ ( $\chi^2$ )

| ปัจจัยพื้นฐานการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | การประเมินมาตรฐาน |              | $\chi^2$ | df | P-value |
|--|-------------------|--------------|----------|----|---------|
|  | ผ่านเกณฑ์         | ไม่ผ่านเกณฑ์ |          |    |         |
| 1. ขนาดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล                      |                   |              | 3.135    | 1  | 0.077   |
| ขนาดกลางและขนาดใหญ่  | 45.8 (33)         | 54.2 (39)    |          |    |         |
| ขนาดเล็ก   | 30.2 (16)         | 69.8 (37)    |          |    |         |
| 2. การจัดบริการด้านเวชกรรมไทย                              |                   |              | 71.429   | 1  | 0.000   |
| ไม่มี  | 15.7 (14)         | 84.3 (75)    |          |    |         |
| มี   | 97.2 (35)         | 2.8 (1)      |          |    |         |
| 3. การจัดบริการเภสัชกรรมไทย                                |                   |              | 64.129   | 1  | 0.000   |
| ไม่มี  | 15.4 (12)         | 84.6 (66)    |          |    |         |
| มี   | 78.7 (37)         | 21.3 (10)    |          |    |         |
| 4. การจัดบริการนวดไทย                                      |                   |              | 73.224   | 1  | 0.000   |
| ไม่มี  | 13.1 (11)         | 86.9 (73)    |          |    |         |
| มี   | 92.7 (38)         | 7.3 (3)      |          |    |         |
| 5. การจัดบริการผดุงครรภ์ไทย                                |                   |              | 79.674   | 1  | 0.000   |
| ไม่มี  | 11.0 (9)          | 89.0 (73)    |          |    |         |
| มี   | 93.0 (40)         | 7.0 (3)      |          |    |         |

\*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

### อภิปรายผล

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนใหญ่ไม่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 60.8 ทั้งนี้ เนื่องจากหลักเกณฑ์การประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นหลักเกณฑ์ที่ได้กำหนดโดยกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

ซึ่งนำมาใช้เป็นแนวทางทางทั่วประเทศ มุ่งเน้นการเกิดการพัฒนาคือความพร้อมในการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งในการจัดบริการต้องมีสถานที่และบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยเป็นหลักจึงสามารถจะพัฒนาได้ตามหลักเกณฑ์ดังกล่าว อีกทั้ง การพัฒนาในระดับพื้นที่ต้องอาศัยความเข้าใจในการจัดบริการแบบผสมผสานซึ่งเป็นภาระหน้าที่ที่เพิ่มขึ้นของผู้รับผิดชอบที่มีความพร้อมในแต่ละพื้นที่แตกต่างกัน อีกทั้งการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยในบางประเด็นมีความเฉพาะ เช่น เวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย ผดุงครรภ์ไทยและนวดไทย ล้วนแล้วแต่ต้องมีบุคลากรดำเนินการด้านนั้น ๆ ส่วนการใช้ยาแผนไทยและยาสมุนไพร รวมถึงการจัดบริการการแพทย์ทางเลือกหรือการแพทย์ผสมผสาน อาจจะสามารถพัฒนาความรู้ของบุคลากรที่มีอยู่เพื่อไปจัดบริการได้ ซึ่งสอดคล้องผลการศึกษาของทีนุชา ทันวงศ์ และคณะ (2559: 46) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดเพชรบุรี พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนใหญ่ไม่ได้มาตรฐานร้อยละ 58.8 และสอดคล้องผลการศึกษาของจำริญ ทองนาค (2557: 60) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดภูเก็ต พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนใหญ่ไม่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 60.1 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับมาตรฐาน

โรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ทั้งนี้ เป็นเพราะหัวหน้างานการแพทย์แผนไทยและงานแพทย์ทางเลือกทั้งเพศชายและหญิง มักจะให้ความสำคัญกับภารกิจ ภาระหนัก และชอบแสวงหาองค์ความรู้เกี่ยวกับแพทย์แผนไทยและอื่น ๆ ค่อนข้างสูง ทั้ง ๆ ที่ปัจจุบันก็มีความรู้ที่หลากหลายแต่คิดว่าคงไม่เพียงพอต่อการพัฒนางานให้มีคุณภาพบริการ จึงส่งผลให้การปฏิบัติงานตามภารกิจไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องผลการศึกษาของประชาภรณ์ ทัพโพธิ์ (2557: 58) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐม พบว่า เพศไม่มีผลต่อมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน และสอดคล้องผลการศึกษาของทีนุชา ทันวงศ์ และคณะ (2559: 46-47) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบุรี พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน แต่ไม่สอดคล้องผลการศึกษาของกมลทิพย์ รุ่งโรจน์เจริญ (2558: 59) ศึกษามาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่า เพศมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนอายุมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เนื่องจากหัวหน้างานการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ส่วนใหญ่มักจะได้รับมอบหมายและปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง จึงมีความรู้ความเข้าใจ และมีประสบการณ์การจัดบริการการแพทย์แผนไทย รวมถึงได้รับการนิเทศและมีการประเมินผลจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและจังหวัด จึงมีผลให้หัวหน้างานการแพทย์แผนไทยและงานแพทย์ทางเลือกทุกคนถึงแม้ว่าจะอยู่ต่างวัย แต่มุ่งมั่นต่อการพัฒนากิจกรรมต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องผลการศึกษาของสุทธิพงศ์ ช่อสกุล (2556: 49) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอเมืองจังหวัดระนอง พบว่า อายุมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่สอดคล้องการศึกษาของวินิจ ชัยสงคราม (2558: 68) ได้ศึกษาคุณภาพการให้บริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ

สำหรับสถานภาพสมรสพบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เนื่องจากหัวหน้างานการแพทย์แผนไทยและงานแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนใหญ่มักจะสนใจ ใฝ่รู้ต่อภารกิจ จึงส่งผลให้แต่ละคนมีความรู้ มีความเข้าใจ และมีความคิดริเริ่มต่อการพัฒนารูปแบบการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทย อีกทั้ง สามารถบูรณาการร่วมกับภารกิจอื่น ๆ ได้ดี โดยเฉพาะบุคลากรที่สมรสแล้วมักจะมีความรู้ความเข้าใจต่อการจัดบริการมากกว่า เนื่องจากช่วงการดำเนินชีวิตที่ผ่านการแต่งงาน การมีบุตร จะมีภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทยเข้าไปเกี่ยวข้อง เช่น การทำขวัญในคู่บ่าวสาว

โดยหอพื้นบ้าน การแต่งห้อง การทับก้อนเส้า โดยหมอตำแยหรือผดุงครรภ์ไทย แม้กระทั่ง การขึ้นเปลบุตรในชุมชน ล้วนแล้วแต่ทำให้เห็นภาพการผสมผสานอย่างชัดเจน ส่วนบุคลากรที่สถานภาพโสดอาจจะยังไม่เห็นภาพหรือยังไม่สามารถประมวลภาพรวมของการจัดบริการการแพทย์แผนไทยได้ สอดคล้องผลการศึกษาของเสวย อุคาพันธุ์ (2556: 60) ศึกษามาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่สอดคล้องการศึกษาของประชากรณ์ ทัพโพธิ์ (2557: 58) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐม พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ ส่วนระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ เป็นเพราะความรู้ด้านการจัดบริการการแพทย์แผนไทยเป็นองค์ความรู้ใหม่และมีความเฉพาะแตกต่างกับวิชาชีพอื่น กระบวนการจัดบริการในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จึงต้องดำเนินการพัฒนาความรู้ด้านต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องเพื่อความเข้าใจตรงกัน เช่น จัดอบรมการใช้ยาสมุนไพรแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมตำบล 1-2 วัน อบรมต่อเนื่อง 3 ปี โดยใช้หลักสูตรของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกและอบรมการรักษาพยาบาลทางการแพทย์แผนไทย สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 7 วัน ตามหลักสูตรของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยอบรมต่อเนื่อง 6 ปี จน

ครอบคลุมทั้งจังหวัด ส่วนบุคลากรสาธารณสุขที่จบใหม่จะผ่านการเรียนการสอนของวิทยาลัยและมหาวิทยาลัยตามข้อกำหนดของหลักสูตร ซึ่งสอดคล้องผลการศึกษาของวันชัย โพธิ์ทอง (2558: 53) ศึกษามาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ผสมผสานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่พบว่า ระดับการศึกษาที่ต่างกัน มีมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ผสมผสานไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องการศึกษาของกมลทิพย์ รุ่งโรจน์เจริญ (2558: 59) ศึกษามาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่นพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้ เนื่องจากหัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยที่มีรายได้ไม่น้อยมักมีระยะเวลาการปฏิบัติงานน้อยกว่าทำให้มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องผลการศึกษาของสมศักดิ์ ตรีเดช (2557: 69) ได้ศึกษามาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ผสมผสานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดพังงาพบว่ารายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่สอดคล้องผลการศึกษาของวันชัย โพธิ์ทอง (2558: 53) ได้ศึกษามาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ผสมผสานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่พบว่ารายได้เฉลี่ยต่อ

เดือนไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ ส่วนระยะเวลาการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้ เนื่องจากการจัดบริการงานแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นระบบงานบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แต่ยังไม่ครอบคลุมหัวหน้างานการแพทย์แผนไทยที่จบใหม่ หัวหน้างานการแพทย์แผนไทย และงานแพทย์ทางเลือกที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานมากกว่า สามารถออกแบบและพัฒนาการจัดบริการได้ดีกว่า สอดคล้องการศึกษาของชนมณีภา นามแสง และอัจฉราวรรณ โตภาคงาม (2559: 77) ประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ผสมผสานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี พบว่า ระยะเวลาการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่สอดคล้องผลการศึกษาของจำเริญ ทองนาค (2557: 60) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดภูเก็ตพบว่า ระยะเวลาการปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ

ตำแหน่งการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เนื่องจากการจัดบริการการแพทย์แผนไทยเป็นรูปแบบการจัดบริการที่มีความเฉพาะ สำหรับการจ่ายยาสมุนไพรหรือยาแผนไทย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าพนักงานสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมแล้วก็สามารถสั่งจ่ายได้ ส่วนการจัดบริการการนวดไทย นอกจากแพทย์แผนไทยแล้ว ผู้ช่วยแพทย์แผนไทยก็สามารถให้บริการได้ มีเพียงบางกิจกรรมที่ต้องใช้กลุ่มวิชาชีพเฉพาะ

คือ เวชกรรมไทย เกษัชกรรมไทยและผดุงครรภ์ไทย ต้องเป็นบุคลากรที่มีใบประกอบวิชาชีพ ดังนั้น การประเมินมาตรฐานจะผ่านเกณฑ์การประเมินได้ต้องมีบุคลากรการแพทย์แผนไทยปฏิบัติงานด้วย ซึ่งสอดคล้องผลการศึกษาของทีนุชา ทันทวงศ์ และคณะ (2559: 47) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบุรี พบว่า ตำแหน่งการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่สอดคล้องการศึกษาของ รวงทอง รุ่งเจริญ (2559: 63) ศึกษามาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปราจีนบุรีพบว่า ตำแหน่งการปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ สำหรับการรับรู้ข้อมูลการแพทย์แผนไทยและงานแพทย์ทางเลือก พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้ เป็นเพราะว่างานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกำหนดขึ้นให้ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ดังนั้น จึงจัดให้มีการพัฒนางานในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อตอบสนองนโยบายและตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข โดยดำเนินการพัฒนาความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยแก่ทุกกลุ่มบุคลากรอย่างต่อเนื่อง เช่น การจัดประชุม การอบรมในหลักสูตรต่าง ๆ การสนับสนุนวารสารวิชาการ และการเผยแพร่ผ่านทางต่าง ๆ รวมถึงการจัดมหกรรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งสอดคล้องผลการศึกษาของสมศักดิ์ ตรีเดช (2557: 69) ได้ศึกษามาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสม

ผสานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดพังงา พบว่า การรับรู้ข้อมูลแผนไทยและงานแพทย์ทางเลือกที่ต่างกัน มีมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่สอดคล้องผลการศึกษาของสุทธิพงศ์ ช่อสกุล (2556: 48) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมือง จังหวัดระนอง พบว่า การรับรู้ข้อมูลการแพทย์แผนไทยและงานแพทย์ทางเลือกไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ ส่วนขนาดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ เนื่องจากการกำหนดขนาดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดขึ้นหลังจากที่สถาบันการแพทย์แผนไทย กำหนดให้มีมาตรฐานบริการการแพทย์แผนไทยและงานแพทย์ทางเลือก ดังนั้น ขนาดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงไม่มีผลกระทบต่อการทำงาน ซึ่งสอดคล้องผลการศึกษาของกมลทิพย์ รุ่งโรจน์เจริญ (2558: 59) ได้ประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่า ขนาดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องผลการศึกษาของเสวย อุคาพันธุ์ (2556: 60) ศึกษามาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์พบว่า ขนาดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความ

สัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การจัดบริการเวชกรรมไทยพบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เป็นเพราะการจัดบริการการแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ผู้ให้บริการต้องเป็นแพทย์แผนไทยหรือเจ้าพนักงานสาธารณสุข (อายุรเวท) ที่มีใบประกอบวิชาชีพ บุคลากรวิชาชีพอื่นไม่สามารถให้บริการได้ ยกเว้น กรณีมีใบประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ประเภทเวชกรรมไทย ซึ่งสอดคล้องผลการศึกษาของทีนุชา ทันทวงศ์ และคณะ (2559:47) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบุรีพบว่า การมีบริการเวชกรรมไทย มีความสัมพันธ์กับมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่สอดคล้องผลการศึกษาของรวงทอง รุ่งเจริญ (2559: 63) ได้ศึกษามาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปราจีนบุรี พบว่า การมีบริการเวชกรรมไทยไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ การมีบริการเภสัชกรรมไทยพบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เป็นเพราะว่าการมีบริการการแพทย์แผนไทยด้านเภสัชกรรมไทย ผู้ให้บริการต้องเป็นแพทย์แผนไทยหรือเจ้าพนักงานสาธารณสุข (อายุรเวท) ที่มีใบประกอบวิชาชีพ บุคลากรวิชาชีพอื่นไม่สามารถให้บริการได้ ยกเว้น กรณีมีใบประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ประเภทเภสัชกรรมไทย ซึ่งสอดคล้องผลการศึกษาของกมลทิพย์ รุ่งโรจน์เจริญ (2558: 59) ประเมินมาตรฐาน

โรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ผสมผสานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่า การมีบริการเภสัชกรรมไทยมีความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่สอดคล้องผลการศึกษาของรวงทอง รุ่งเจริญ (2559: 63) ได้ศึกษามาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ผสมผสานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปราจีนบุรี พบว่า การมีบริการเภสัชกรรมไทยไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ

การมีบริการนวดไทยมีความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เนื่องจากการจัดบริการการแพทย์แผนไทยด้านนวดไทย ผู้ให้บริการอาจจะเป็นแพทย์แผนไทยหรือเจ้าพนักงานสาธารณสุข (อายุรเวท) ที่มีใบประกอบวิชาชีพหรือผู้ช่วยแพทย์แผนไทย (372 ชั่วโมง) ซึ่งการจัดบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาจมีเพียงผู้ช่วยแพทย์แผนไทย (372 ชั่วโมง) อย่างไรก็ตาม การนวดไทยเป็นการจัดบริการเฉพาะกลุ่ม บุคลากรวิชาชีพอื่นไม่สามารถให้บริการได้ อีกทั้งการให้บริการต้องใช้ระยะเวลาประมาณ 45-60 นาที และต้องมีความพร้อมด้านสถานที่เป็นการเฉพาะจึงสามารถให้บริการได้ ซึ่งสอดคล้องผลการศึกษาของชนมณีภา นามแสง และอัจฉราวรรณ โตภาคงาม (2559: 77) ประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดธานี พบว่า การมีบริการนวดไทยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของกมลทิพย์ รุ่งโรจน์เจริญ (2558: 59) ได้ประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์

แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่นพบว่า การมีบริการนวดไทยไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ สำหรับการจัดการบริการผดุงครรภ์ไทยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้ เป็นเพราะว่าการมีบริการการแพทย์แผนไทยด้านผดุงครรภ์ไทย ผู้ให้บริการต้องเป็นแพทย์แผนไทยหรือเจ้าพนักงานสาธารณสุข (อายุรเวท) ที่มีใบประกอบวิชาชีพ หรือพยาบาลวิชาชีพที่มีใบประกอบวิชาชีพ ประเภทผดุงครรภ์ไทยและปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งสอดคล้องผลการศึกษาศึกษาของ สุทธิพงศ์ ช่อสกุล (2556: 49) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดระนองพบว่า การจัดการบริการผดุงครรภ์ไทยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่สอดคล้องผลการศึกษาศึกษาของกมลทิพย์ รุ่งโรจน์เจริญ (2558: 59) ได้ประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่นพบว่า การมีบริการผดุงครรภ์ไทยไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ

### ข้อเสนอแนะ

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนใหญ่ไม่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 60.8 ดังนั้น ผู้รับผิดชอบงาน ระดับอำเภอและระดับจังหวัด ควรให้ความสำคัญและพิจารณาสนับสนุนตามเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบลที่ไม่ได้มาตรฐาน ให้เข้าสู่มาตรฐาน โดยเร่งด่วน ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรงติดตาม กำกับ และสนับสนุนการปฏิบัติงานแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่ได้มาตรฐาน ค้นหาสาเหตุของปัญหา กำหนดแผนปฏิบัติการหรือมาตรการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการให้ได้มาตรฐานตามที่กำหนด

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรสนับสนุนให้มีการวิจัยและพัฒนาเกี่ยวกับมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ผสมผสานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มากขึ้น เพื่อพัฒนามาตรฐานการจัดการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ดียิ่งขึ้น

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์บรรเจิด สุขพิพัฒน์พานนท์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตรัง ที่ให้การสนับสนุนการทำวิจัย ขอขอบคุณนางอัจฉรา เชียงทอง ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก นายเกียรติก้อง รอดฉวาง ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา และนายรัชพล สัมฤทธิ์ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแบบสอบถาม (Content validity) และขอขอบคุณหัวหน้างานการแพทย์แผนไทยและงานแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ให้ความร่วมมือด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.

(2556). รายงานการสาธารณสุขไทยด้านการแพทย์แผนไทยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก. นนทบุรี : สำนักข้อมูลและประเมินผล. สืบค้นเมื่อ 24 ตุลาคม 2563. จาก [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index\\_pk.php](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php).

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.

(2558). การจัดระดับบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

กมลทิพย์ รุ่งโรจน์เจริญ. (2558). ประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. จังหวัดขอนแก่น : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น.

จำเริญ ทองนาค. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดภูเก็ต. จังหวัดภูเก็ต : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต.

ชนมณีภา นามแสง และอัจฉราวรรณ โตภาคงาม.

(2559). ประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี. จังหวัดอุดรธานี : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี.

ทีนุชา ทันทวงศ์ และคณะ. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริม

และสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบุรี. จังหวัดเพชรบุรี : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี.

ประชากรณ์ ทัพโพธิ์. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อ

มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐม. จังหวัดนครปฐม : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม.

รวงทอง รุ่งเจริญ. (2559). มาตรฐานโรงพยาบาล

ส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปราจีนบุรี. จังหวัดปราจีนบุรี : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี.

วันชัย โพธิ์ทอง. (2558). มาตรฐานโรงพยาบาล

ส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่. จังหวัดกระบี่ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่



วินิจ ชัยสงคราม. (2558). คุณภาพการให้บริการ การแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภोजอมพระ จังหวัดสุรินทร์ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์

เวคิน นพินิตย์. (2550). การประเมินผลโครงการ : หลักการ วิธีการประเมินผลงาน และโครงการ. นนทบุรี :S.R. Printing Mass Products Co., Ltd.

สวย อุดาพันธุ์. (2556). มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ผสมผสานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์. จังหวัดกาฬสินธุ์ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

สมศักดิ์ ตรีเดช. (2557). มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ผสมผสานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดพังงา. จังหวัดพังงา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา

สุทธิพงษ์ ช่อสกุล. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมือง จังหวัดระนอง. จังหวัดระนอง : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง (2562).เอกสาร ประกอบรายงานผลการดำเนินงานรับ การตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 12 จังหวัดตรัง ครั้งที่ 2 ปีงบประมาณ 2562.

อัจฉรา เชียงทอง และคณะ. (2560). คุณภาพและ การเข้าถึงบริการของประชาชนในโรงพยาบาล การแพทย์แผนไทยในส่วนภูมิภาค. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิชย์.

## ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง

The factors affect to decision making on the utilization of Thai traditional medicine in health facilities under the Ranong Public Health Office.

นันทน์ วิเศษสุข

Nunthanut Visetsuk

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง

Ranong Public Health Office

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการตัดสินใจเลือกใช้บริการการแพทย์แผนไทยของผู้มารับบริการ และเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้มารับบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง จำนวน 404 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และสถิติอนุमान โดยใช้สถิติถดถอยพหุโลจิสติกเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทย

ผลการวิจัย พบว่า ร้อยละ 38.1 มีการตัดสินใจเลือกใช้บริการประเภทนัดของผู้มารับบริการแพทย์แผนไทย เพศ รายได้ต่อเดือน และการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรอื่น ไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทย และปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทย พบว่า ผู้ใช้บริการเพศหญิง ตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยประเภทนัด เป็น 1.884 เท่า เมื่อเทียบกับเพศชาย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย สถานบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนองทุกระดับควรประชาสัมพันธ์การจัดบริการทางสื่อต่าง ๆ ให้มากยิ่งขึ้น และควรวางแผนเชิงกลยุทธ์ในการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสาร เพื่อเพิ่มช่องทางที่จะสามารถเข้ามาใช้บริการได้อย่างสะดวก และรวดเร็ว ตลอดจนทำให้ประชาชนได้รับรู้ ควรมีการอบรมพัฒนาศักยภาพเพิ่มพูนความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยให้เจ้าหน้าที่หรือผู้ให้บริการในเรื่องมารยาทในการให้บริการ, จรรยาบรรณและบุคลิกภาพสำหรับผู้ให้บริการ เพื่อให้ผู้มารับบริการเกิดความประทับใจ และต้องการกลับมาใช้บริการอีกในครั้งต่อไป

**คำสำคัญ :** การแพทย์แผนไทย, การบริการแพทย์แผนไทย, การตัดสินใจเลือกใช้บริการ

## Abstract

This analytical research objective were to study the decision making on the utilization of Thai traditional medicine and to study actors affecting the decision making on the utilization of Thai traditional medicine in health facilities under the Ranong Public Health Office. The sample of this research was 404 patients in health facilities under the Ranong Public Health Office. The tools used in the research were interview form, Data were analyzed by descriptive statistics and the association analysis was by multiple logistic regression analysis.

The results of this research showed that 38.1% of the sample had used the Thai traditional medical service :massage ; sex, income per month and thai traditional medical service, statistically significant at the 0.05 level, Other variables there is no relationship and factors affecting the decision making on the utilization of Thai traditional medicine, it was found that the users of the service in sex group of female decided making on the utilization of Thai traditional medicine 1.884 times compared to the group.

The above findings showed that health facilities publicize the Ranong Provision of services through various media. And make strategic plans to publicize information about the Thai traditional medicine service to the public, to add more channels to be able to access the service easily and quickly, as well as for the public to know. There should be training to develop potential to increase knowledge in Thai traditional medicine for staff on service etiquette, ethics and personality for service providers. About hospitality and availability of service to make an impression, the quality of Thai traditional medicine services.

**Keywords :** Thai Traditional Medical, Thai Traditional Medical service, Decision making

## บทนำ

ปัจจุบันกระแสของความนิยมด้านการใช้สมุนไพรและการแพทย์ดั้งเดิม มีแนวโน้มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งรัฐบาลไทยได้ให้ความสำคัญงานการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรไทยเพิ่มมากขึ้นมาโดยตลอด และกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนด

นโยบายการพัฒนาการแพทย์แผนไทย เพื่อสนับสนุนภูมิปัญญาของชาติให้เป็นส่วนหนึ่งในการดูแลรักษาสุขภาพของประชาชน ส่งเสริมการมีสุขภาพดีด้วยการแพทย์แผนไทย ทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยผสมผสานเข้าสู่ระบบบริการ

สาธารณสุขของรัฐในรูปแบบการให้บริการเฉพาะผู้ป่วยนอก เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพ ซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาอาการเจ็บป่วยแทนการแพทย์แผนปัจจุบัน ได้มีการกำหนดนโยบายและเป้าหมายการใช้จ่ายค่าบริการในระบบบริการสาธารณสุขเพื่อทดแทนยาแผนปัจจุบันไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 ของเวชภัณฑ์ในแต่ละปี รวมทั้งได้กำหนดเป็นยุทธศาสตร์ชาติในการพัฒนาภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านไทยให้เป็นระบบบริการของชาติ กำหนดให้มีการบริการแพทย์แผนไทยในทุกโรงพยาบาล กำหนดอัตรากำลังคนด้านแพทย์แผนไทยประจำทุกโรงพยาบาล และบรรจุยาแผนไทยเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ 74 รายการ ร่วมกับการให้บริการแพทย์แผนไทยในระบบบริการของกระทรวงสาธารณสุขที่สามารถเบิกจ่ายจากระบบประกันสุขภาพตามสิทธิประโยชน์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตั้งแต่ปี พ.ศ.2550 เป็นต้นมา (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553) ซึ่งเป็นแรงสนับสนุนให้เกิดการจัดบริการแพทย์แผนไทยและการใช้ยาจากสมุนไพรเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยมุ่งหวังให้ระบบสาธารณสุขของประเทศสามารถพึ่งพาตนเองโดยใช้ภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทย ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและลดการนำเข้ายาจากต่างประเทศ

สำหรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยในระดับประเทศพบว่าปีงบประมาณ 2560 มีผู้มารับบริการ จำนวน 33,710,789 ครั้ง/ปี คิดเป็นร้อยละ 19.35 ในปีงบประมาณ 2561 มีจำนวน 42,287,355 ครั้ง/ปี คิดเป็นร้อยละ 24.42 และในปีงบประมาณ 2562 มีจำนวน 35,530,815 ครั้ง/ปี คิดเป็นร้อยละ 21.08 (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ,

2563) ส่วนการใช้บริการการแพทย์แผนไทยในระดับเขตสุขภาพที่ 11 พบว่าปีงบประมาณ 2560 มีจำนวน 1,962,330 ครั้ง/ปี คิดเป็นร้อยละ 16.31 ในปีงบประมาณ 2561 มีจำนวน 2,871,572 ครั้ง/ปี คิดเป็น ร้อยละ 23.09 และในปีงบประมาณ 2562 มีจำนวน 2,482,379 ครั้ง/ปี คิดเป็นร้อยละ 20.48 (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ, 2563) และเนื่องจากสถานบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง มีการดำเนินงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน โดยมีรูปแบบของการจัดบริการแพทย์แผนไทยทั้งด้านการใช้ยาสมุนไพร จัดบริการนวดอบ/ประคบ การให้บริการฟื้นฟูมารดาหลังคลอดและบริการ ยาปรุงสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย พบว่ามีจำนวนผู้มารับบริการการแพทย์แผนไทยทั้งหมด ในปีงบประมาณ 2560 มีผู้มารับบริการจำนวน 530,806 คน โดยมีผู้มารับบริการนวดแผนไทย จำนวน 97,403 ครั้ง/ปี คิดเป็นร้อยละ 18.35 ของผู้มารับบริการทั้งหมด ในปีงบประมาณ 2561 มีผู้มารับบริการจำนวน 537,631 คน โดยมีผู้มารับบริการนวดแผนไทย จำนวน 123,655 ครั้ง/ปี คิดเป็นร้อยละ 23.00 ของผู้มารับบริการทั้งหมด และในปีงบประมาณ 2562 มีผู้มารับบริการจำนวน 533,169 คน มีจำนวนผู้มารับบริการนวดแผนไทย 138,464 ครั้ง/ปี คิดเป็นร้อยละ 25.97 ของผู้มารับบริการทั้งหมด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง, 2562) และในปีงบประมาณ 2561 – 2562 สถานบริการทุกระดับได้จ้างแพทย์แผนไทยมาปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้น แต่กลับพบว่าผลการดำเนินงานการแพทย์แผนไทยในจังหวัดระนองในปีงบประมาณ 2562 ยังมีค่อนข้างน้อย กอปรกับจังหวัดระนองได้กำหนดยุทธศาสตร์ของจังหวัดระนอง

ในการส่งเสริมและพัฒนาการท่องเที่ยว และบริการสุขภาพเชื่อมโยงอาเซียน โดยใช้น้ำแร่ การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในการขับเคลื่อนให้ยุทธศาสตร์บรรลุตามเป้าหมาย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง, 2563)

การจัดบริการด้านการแพทย์เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ช่วยสนับสนุนและส่งเสริมให้สถานบริการด้านการแพทย์แผนไทยได้รับความเชื่อมั่นจากผู้มารับบริการและระบบบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพประสิทธิผลและประสิทธิภาพจะเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของประชาชนในพื้นที่และเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ หากมีการทำวิจัยเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจะทำให้เกิดการรับรู้ การเข้าถึงการตัดสินใจในการเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยสูงขึ้นและยังเป็นการพัฒนารูปแบบการให้บริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการ ซึ่งในจังหวัดระนองยังไม่พบการศึกษาที่เกี่ยวกับการใช้บริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการ อีกทั้งรูปแบบการให้บริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการในจังหวัดระนองยังเป็นเพียงการให้บริการตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขทุกประการ แต่เนื่องจากปัจจัยทางด้านประชากรศาสตร์และความแตกต่างของปัจจัยทางเศรษฐกิจ-สังคม และคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน จึงอาจส่งผลต่อการจัดบริการการแพทย์แผนไทยของจังหวัดระนองได้ ผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นที่จะต้องทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ในการวางแผนและกำหนดกลยุทธ์ในการ

พัฒนาการจัดบริการการแพทย์แผนไทยของจังหวัดระนองให้มีคุณภาพและตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนผู้มารับบริการ และสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของจังหวัดระนอง รวมทั้งนโยบายของประเทศต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการตัดสินใจเลือกใช้บริการการแพทย์แผนไทยของผู้มารับบริการในสถานบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการการแพทย์แผนไทยของผู้มารับบริการในสถานบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง ซึ่งประกอบด้วยโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 21 แห่ง โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในสถานบริการที่มีผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยหรือผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ปฏิบัติงานอยู่และผู้มารับบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง ในเดือนพฤศจิกายน 2563

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

งานวิจัย ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง โดยอาศัยหลักการตาม

ทฤษฎีการตัดสินใจตามหลักเหตุผล โดยแบ่งปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการ เป็น 4 ปัจจัย ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยสิ่งชักนำสู่การตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทย ปัจจัยความพึงพอใจในการใช้บริการแพทย์แผนไทย และปัจจัยการเข้าถึงบริการ มาเป็นตัวแปรต้น และการตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยเป็นตัวแปรตาม

### ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytical research)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้มารับบริการ ที่มาใช้บริการ ด้านการใช้ยาสมุนไพร การนวด การอบ และการประคบสมุนไพร ในสถานบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง ในเดือนพฤศจิกายน 2563 ซึ่งประกอบด้วยโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 21 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มารับบริการ ที่มาใช้บริการ ด้านการใช้ยาสมุนไพร การนวด การอบ และการประคบสมุนไพร ในสถานบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง ซึ่งผู้วิจัยไม่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน และได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณของคอคแรน-W.G. Cochran (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2542) ที่ระดับความคลาดเคลื่อนในการเลือกกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 หรือ 0.05 จากการคำนวณจะได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาทั้งสิ้น 404 คน ในทุกอำเภอ โดยขั้นที่ 1 ทำการสุ่มตัวอย่างแบบโควต้า (Quota Sampling) โดยการ

เก็บข้อมูลจากผู้ที่เคยมารับบริการ ในสถานบริการ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง ขั้นที่ 2 เลือกการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยการเลือกเฉพาะผู้ที่ใช้บริการ ด้านการใช้ยาสมุนไพร การนวด การอบ และการประคบสมุนไพร และขั้นที่ 3 เลือกสุ่มตัวอย่างตามสะดวก (Convenience Sampling) โดยแจกแบบสัมภาษณ์ให้ผู้มารับบริการที่เต็มใจที่จะให้การตอบแบบสัมภาษณ์ และสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) 2 กลุ่ม โดยการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากทะเบียนผู้มารับบริการของสถานบริการในเดือนพฤศจิกายน 2563 ประกอบด้วยกลุ่มที่ 1 ผู้มารับบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการ จำนวน 1 ครั้ง โดยคัดเลือกจาก 5 อำเภอ ละ 1 คน และกลุ่มที่ 2 ผู้มารับบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการ มากกว่า 1 ครั้ง โดยคัดเลือกจาก 5 อำเภอ ละ 1 คน เป็นการเก็บข้อมูลโดยการสนทนาเป็นรายบุคคล มีแนวคำถามช่วยในการสนทนา ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลเอง จำนวน 10 คน ดังนี้

| สถานบริการ                                | กลุ่มตัวอย่าง |
|---|---------------|
| 1. โรงพยาบาลระนอง                         | 44            |
| 2. โรงพยาบาลกระบี่                        | 30            |
| 3. โรงพยาบาลกะเปอร์                       | 30            |
| 4. โรงพยาบาลละอุ่น                        | 30            |
| 5. โรงพยาบาลสุขสำราญ                      | 30            |
| 6. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมิตรภาพ     | 15            |
| 7. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหงาว        | 15            |
| 8. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหินช้าง     | 15            |
| 9. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลราษฏร์      | 15            |
| 10. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางใหญ่    | 15            |
| 11. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำจืดน้อย | 15            |

| สถานบริการ                                | กลุ่มตัวอย่าง |
|---|---------------|
| 12. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากจั่น    | 15            |
| 13. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จปร.      | 15            |
| 14. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงกลวง   | 15            |
| 15. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนา     | 15            |
| 16. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะเคียนงาม | 15            |
| 17. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระวี       | 15            |
| 18. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแก้วโน  | 15            |
| 19. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในวงเหนือ  | 15            |
| 20. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควนไทรงาม  | 15            |
| 21. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ กำพวน     | 15            |
| รวม                                       | 404           |

### วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยสัมภาษณ์ผู้มาใช้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง ที่มีผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยหรือผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ปฏิบัติงานอยู่ ในเดือนพฤศจิกายน 2563 จำนวน 21 แห่ง จนครบจำนวนตัวอย่าง รวมทั้งสิ้น 404 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ

1. ผู้มาใช้บริการการในสถานบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนองที่มีผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยหรือผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ปฏิบัติงานอยู่ ในเดือนพฤศจิกายน 2563

2. สนใจเข้าร่วมโครงการโดยการให้ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ หลังจากได้รับการบอกกล่าวอย่างเต็มใจและลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ

### วิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) คือ

1. ผู้ที่ไม่ให้ความร่วมมือหรือไม่ยินยอมตอบแบบสัมภาษณ์

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากขวัญชนก เทพปิ่น (2559) และคู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (2556) ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล สิ่งชักนำสู่การตัดสินใจ ความพึงพอใจในการใช้บริการแพทย์แผนไทย การเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย และการตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทย

ส่วนการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ผู้วิจัยได้ใช้กรอบการสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยได้ดำเนินการ ดังนี้

ก. นำกรอบความคิดในการวิจัยดังกล่าวแล้วข้างต้นมาใช้เป็นหลักในการกำหนดประเด็นคำถามในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

ข. สร้างกรอบการสัมภาษณ์เพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลตามประเด็นที่กำหนด

ค. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของกรอบการสัมภาษณ์กับกรอบความคิดในการวิจัย โดยขอให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) ก่อนนำไปใช้สัมภาษณ์จริง

ง. ขณะที่สัมภาษณ์ เมื่อพบประเด็นที่เกี่ยวข้องก็ได้ปรับปรุงข้อคำถามเพิ่มเติมเพื่อให้ครอบคลุมประเด็นที่ต้องการมากที่สุด

โดยมีประเด็นคำถามในเรื่องสิ่งชักนำสู่การตัดสินใจ ความพึงพอใจในการใช้บริการแพทย์

แผนไทย การเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย และการตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทย

## ขั้นตอนการวิจัย

1. ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น ไปตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พิจารณาความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) ของร่างแบบประเมิน จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขแบบประเมินฯ ครั้งที่ 1

2. นำแบบสัมภาษณ์ปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 1 ไปใช้ทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ตัวอย่าง ในคลินิกบริการการแพทย์แผนไทย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง เพื่อทดสอบคุณภาพของแบบสัมภาษณ์ โดยหาค่าความตรง ความเที่ยง ความไวและความจำเพาะของแบบประเมินฯ ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.753

สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยจะตรวจสอบความเที่ยง ความเที่ยงในงานวิจัย โดยทั่วไปนั้นไม่ค่อยเหมาะกับงานวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยจึงใช้คำว่า ความคงเส้นคงวา (consistency) โดยตรวจสอบความคงเส้นคงวาหรือความไว้วางใจได้หรือความเที่ยงของข้อมูลที่ได้จากการศึกษา ดังนี้

1. ผู้วิจัยได้แสดงจุดยืนของกรอบการวิจัย การได้มาของข้อมูล วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การเลือกกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา

2. ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) โดยการตรวจสอบข้อมูลจากการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้วิธีการเก็บรวบรวมหลายวิธีในเรื่องเดียวกันด้วยวิธีการต่าง ๆ ได้แก่ การสัมภาษณ์เจาะลึก การศึกษาเอกสาร

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยยื่นโครงการวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง หลังจากที่ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยประสานงานในการดำเนินการเก็บข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ไปยังหน่วยบริการเป้าหมาย

2. ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ช่วยในการวิจัยเพื่อทำการสัมภาษณ์เก็บข้อมูล ซึ่งเป็นผู้ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียกับงานบริการและผู้ที่มาใช้บริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง โดยเป็นเจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง จำนวน 3 คน

3. ผู้วิจัยอธิบายเนื้อหาและวิธีการเก็บข้อมูลกับผู้ช่วยวิจัย เพื่อให้การสัมภาษณ์สามารถเก็บข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ ได้ข้อมูลที่ตรงตามวัตถุประสงค์ของแบบสัมภาษณ์มากที่สุด

4. เก็บรวบรวมแบบสัมภาษณ์ จำนวน 404 ฉบับ ในเดือนพฤศจิกายน 2563 โดยผู้วิจัย และผู้ช่วยในการวิจัย ไปสัมภาษณ์ผู้มารับบริการในสถานบริการเป้าหมาย

5. นำแบบสัมภาษณ์ที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์และนำมาวิเคราะห์ต่อไป

ส่วนการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เป็นการเก็บข้อมูลโดยการสนทนาเป็นรายบุคคล โดยมีแนวคำถามช่วยในการสนทนา โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลเอง มีขั้นตอนดังนี้

1. การเตรียมการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ศึกษาเส้นทาง และประสานงานเจ้าหน้าที่สถานบริการเป้าหมาย เพื่อนัดหมายวัน เวลา ที่จะลงพื้นที่สัมภาษณ์ผู้รับบริการ



2. ก่อนการดำเนินการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและประเด็นในการสัมภาษณ์ แล้วดำเนินการสัมภาษณ์ตามประเด็นที่กำหนดไว้ทีละประเด็นจนครบทุกประเด็นใช้เวลาโดยเฉลี่ยประมาณ 25 นาทีต่อคน

3. การจัดบันทึกการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการจัดบันทึกเนื้อหาที่สำคัญ ๆ ไว้เป็นแนวทางขณะเดียวกันก็ขออนุญาตบันทึกเสียงไว้ด้วย และเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการสรุป ดังนั้นเมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ในแต่ละประเด็นผู้วิจัยได้ทบทวนและสรุปประเด็น เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้ยืนยันข้อมูลอีกครั้งหนึ่ง ทำเช่นนั้นจนครบทุกประเด็น

4. การปิดการสัมภาษณ์ เมื่อสัมภาษณ์ครบทุกประเด็นแล้ว ผู้วิจัยได้ขอบคุณผู้ให้ข้อมูลสำคัญ พร้อมทั้งขอหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ในกรณีที่ต้องการความชัดเจนในบางประเด็นเพิ่มเติม

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

ข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ต่อเดือน การรับข้อมูลแพทย์แผนไทย ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งชักนำสู่การตัดสินใจ ความพึงพอใจในการใช้บริการแพทย์แผนไทย และการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)  
ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทย ด้วยสถิติไคส์แควร์ (Chi-square) และสถิติถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple Logistic Regression Analysis)

### จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านกระบวนการพิจารณารับรองการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง กระทรวงสาธารณสุข หมายเลขรับรอง COV\_PHRN No. 017/2563 ลงวันที่ 6 พฤศจิกายน 2563

### ผลการวิจัย

1. ผู้มาใช้บริการในสถานบริการ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.5 อายุ ส่วนมากเป็นกลุ่มอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 24.0 อายุเฉลี่ย 47.27 ปี (S.D = 14.282) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 39.6 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 78.2 ประกอบอาชีพเกษตรกร/ประมง เป็นส่วนมาก ร้อยละ 50.5 มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 5,001-10,000 บาท เป็นส่วนมาก ร้อยละ 38.9 รายได้เฉลี่ย 13,573.94 บาท (S.D = 10,298.051) มีการรับรู้ข้อมูลแพทย์แผนไทย ร้อยละ 90.8 มีเพียง ร้อยละ 9.2 ที่ไม่เคยรับทราบ รายละเอียดตาราง 1

**ตาราง 1** จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้มาใช้บริการในสถานบริการ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง

| คุณลักษณะส่วนบุคคล | จำนวน (n=404) | ร้อยละ |
|--------------------|---------------|--------|
| เพศ                |               |        |
| - ชาย              | 119           | 29.5   |
| - หญิง             | 285           | 70.5   |
| อายุ               |               |        |
| - ต่ำกว่า 30 ปี    | 65            | 16.1   |
| - ระหว่าง 30-39 ปี | 56            | 13.9   |
| - ระหว่าง 40-49 ปี | 97            | 24.0   |

| คุณลักษณะส่วนบุคคล   | จำนวน<br>(n=404) | ร้อยละ |
|--|------------------|--------|
| - ระหว่าง 50-59 ปี   | 96               | 23.8   |
| - 60 ปีขึ้นไป  | 90               | 22.3   |
| —<br>$\bar{x} = 47.27$ S.D. = 14.282 min = 17 ปี max = 90 ปี                   |                  |        |
| ระดับการศึกษา  |                  |        |
| - ไม่ได้เรียนหนังสือ   | 34               | 8.4    |
| - ประถมศึกษา   | 160              | 39.6   |
| - มัธยมศึกษา/ปวช.  | 95               | 23.5   |
| - อนุปริญญา/ปวส.   | 44               | 10.9   |
| - ปริญญาตรี  | 71               | 17.6   |
| สถานภาพสมรส  |                  |        |
| - โสด  | 55               | 13.6   |
| - สมรส   | 316              | 78.2   |
| - หม้าย/หย่า/แยก   | 33               | 8.2    |
| อาชีพหลัก  |                  |        |
| - งานบ้าน  | 9                | 2.2    |
| - ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว   | 75               | 18.6   |
| - รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ  | 69               | 17.1   |
| - พนักงานบริษัท/ลูกจ้าง  | 47               | 11.6   |
| - เกษตรกร/ประมง  | 204              | 50.5   |
| รายได้ต่อเดือน   |                  |        |
| - ต่ำกว่า 5,000 บาท  | 61               | 15.1   |
| - ระหว่าง 5,001-10,000 บาท   | 157              | 38.9   |
| - ระหว่าง 10,001-20,000 บาท  | 138              | 34.2   |
| - มากกว่า 20,000 บาท   | 48               | 11.9   |
| —<br>$\bar{x} = 13,573.94$ S.D. = 10,298.051 min = 700 บาท<br>max = 85,000 บาท |                  |        |
| การรับรู้ข้อมูลแพทย์แผนไทย   |                  |        |
| - เคยรับทราบ   | 367              | 90.8   |
| - ไม่เคยรับทราบ  | 37               | 9.2    |

## 2. สิ่งชักนำสู่การตัดสินใจเลือกใช้บริการ

แพทย์แผนไทย พบว่า ผู้มาใช้บริการมากกว่าครึ่งหนึ่ง มาด้วยอาการปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อหรือปวดตามข้อ ร้อยละ 88.6 โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยก่อนมาพบแพทย์ น้อยกว่า 30 วัน ร้อยละ 77.2 ส่วนใหญ่คิดว่าความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.1 และผู้มาใช้บริการมากกว่าครึ่งหนึ่งทราบข้อมูลเกี่ยวกับบริการแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาล ร้อยละ 84.7 และมากกว่าครึ่งหนึ่งได้รับคำแนะนำหรือสนับสนุนให้มาใช้บริการแพทย์แผนไทย ร้อยละ 82.2 ระดับสิ่งชักนำสู่การตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทย ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 50.7

3. ความพึงพอใจในการใช้บริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง พบว่า ระดับความพึงพอใจในการใช้บริการแพทย์แผนไทย ภาพรวมสูงสุดอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 92.6 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกด้านสูงสุดอยู่ในระดับมาก

4. การเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง พบว่า ระดับการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.5

5. การตัดสินใจเลือกใช้บริการของผู้มารับบริการ ส่วนใหญ่ใช้บริการแพทย์แผนไทยประเภท นวดมากที่สุด ร้อยละ 38.1 รองลงมาประเภทยาสมุนไพร ร้อยละ 25.0 และการประคบสมุนไพร ร้อยละ 23.3

6. เพศ รายได้ต่อเดือนและการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียดตาราง 2

## ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับการตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง

| ข้อมูลส่วนบุคคล      | การตัดสินใจใช้บริการ |               |              |              |               | $\chi^2$ | df | P-value |
|----------------------|----------------------|---------------|--------------|--------------|---------------|----------|----|---------|
|                      | ยาสมุนไพร            | นวด           | อบสมุนไพร    | ประคบสมุนไพร | รวม           |          |    |         |
| เพศ                  |                      |               |              |              |               |          |    |         |
| - ชาย                | 35<br>(29.4)         | 33<br>(27.7)  | 22<br>(18.5) | 29<br>(24.4) | 119<br>(29.5) | 9.120    | 3  | 0.028*  |
| - หญิง               | 66<br>(23.2)         | 121<br>(42.5) | 33<br>(11.6) | 65<br>(22.8) | 285<br>(70.5) |          |    |         |
| รายได้ต่อเดือน       |                      |               |              |              |               |          |    |         |
| - ต่ำกว่า 5,000 บาท  | 18<br>(17.8)         | 21<br>(13.6)  | 7<br>(12.7)  | 15<br>(16.0) | 61<br>(15.1)  | 17.247   | 9  | 0.045*  |
| - 5,001-10,000 บาท   | 36<br>(35.6)         | 61<br>(39.6)  | 20<br>(36.4) | 40<br>(42.6) | 157<br>(38.9) |          |    |         |
| - 10,001-20,000 บาท  | 40<br>(39.6)         | 51<br>(33.1)  | 14<br>(25.5) | 33<br>(35.1) | 33<br>(35.1)  |          |    |         |
| - มากกว่า 20,000 บาท | 7<br>(6.9)           | 21<br>(13.6)  | 14<br>(25.5) | 6<br>(6.4)   | 48<br>(11.9)  |          |    |         |
| การเข้าถึงบริการ     |                      |               |              |              |               |          |    |         |
| - น้อย               | 19<br>(18.8)         | 47<br>(30.5)  | 13<br>(23.6) | 14<br>(14.9) | 93<br>(23.0)  | 14.165   | 6  | 0.028*  |
| - ปานกลาง            | 75<br>(74.3)         | 104<br>(67.5) | 40<br>(72.7) | 78<br>(83.0) | 297<br>(73.5) |          |    |         |
| - สูง                | 7<br>(6.9)           | 3<br>(1.9)    | 2<br>(3.6)   | 2<br>(2.1)   | 14<br>(3.5)   |          |    |         |

7. ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทย พบว่า ผู้ใช้บริการเพศหญิง ตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยประเภทนวด เป็น 1.884 เท่า เมื่อเทียบกับเพศชาย รายละเอียดตาราง 3

## ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทย ในสถานบริการ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง

| ปัจจัย                          | การตัดสินใจเข้า    |                       | Crude OR (95% CI) | Adjusted OR | 95% CI    | P-value |
|---------------------------------|--------------------|-----------------------|-------------------|-------------|-----------|---------|
|                                 | นวด (ร้อยละ) n=154 | อื่น ๆ (ร้อยละ) n=250 |                   |             |           |         |
| เพศ                             |                    |                       |                   |             |           |         |
| - ชาย                           | 33(27.7)           | 86(72.3)              | 0.520             | 1.884       | 1.15-3.08 | 0.011*  |
| - หญิง                          | 121(42.5)          | 164(57.5)             | (0.327-0.828)     | 1           |           |         |
| การรับรู้ข้อมูลแพทย์แผนไทย      |                    |                       |                   |             |           |         |
| - เคย                           | 140(38.1)          | 227(61.9)             | 1.013             | 0.972       | 0.47-2.03 | 0.941   |
| - ไม่เคย                        | 14(37.8)           | 23(62.2)              | (0.505-2.034)     | 1           |           |         |
| อายุ                            |                    |                       |                   |             |           |         |
| - ≤40 ปี                        | 67(46.5)           | 77(53.5)              | 1.730             | 0.643       | 0.40-1.04 | 0.072   |
| - >40 ปี                        | 87(33.5)           | 173(66.5)             | (1.141-2.625)     | 1           |           |         |
| ระดับการศึกษา                   |                    |                       |                   |             |           |         |
| - ประถมศึกษา                    | 55(34.4)           | 105(65.6)             | 0.767             | 1.04        | 0.63-1.72 | 0.879   |
| - อื่น ๆ                        | 99(40.6)           | 145(59.4)             | (0.507-1.161)     | 1           |           |         |
| สถานภาพสมรส                     |                    |                       |                   |             |           |         |
| - สมรส                          | 116(36.7)          | 200(63.3)             | 0.763             | 1.10        | 0.65-1.86 | 0.714   |
| - อื่น ๆ                        | 38(43.2)           | 50(56.8)              | (0.472-1.233)     | 1           |           |         |
| อาชีพหลัก                       |                    |                       |                   |             |           |         |
| - เกษตรกร                       | 74(36.3)           | 130(63.7)             | 0.854             | 0.88        | 0.54-1.45 | 0.618   |
| - อื่น ๆ                        | 80(40.0)           | 120(60.0)             | (0.571-1.276)     | 1           |           |         |
| รายได้ต่อเดือน                  |                    |                       |                   |             |           |         |
| - ≤15,000 บ.                    | 112(37.7)          | 185(62.3)             | 0.937             | 1.17        | 0.70-1.96 | 0.554   |
| - >15,000 บ.                    | 42(39.3)           | 65(60.7)              | (0.595-1.475)     | 1           |           |         |
| สิ่งกีดขวางการตัดสินใจใช้บริการ |                    |                       |                   |             |           |         |
| - สูง                           | 69(33.7)           | 136(66.3)             | 0.680             | 1.34        | 0.88-2.06 | 0.174   |
| - อื่น ๆ                        | 85(42.7)           | 114(57.3)             | (0.455-1.019)     | 1           |           |         |
| ความพึงพอใจในการใช้บริการ       |                    |                       |                   |             |           |         |
| - มาก                           | 146(39.0)          | 228(61.0)             | 1.761             | 0.51        | 0.21-1.20 | 0.122   |
| - อื่น ๆ                        | 8(26.7)            | 22(73.3)              | (0.764-4.060)     | 1           |           |         |
| การเข้าถึงบริการ                |                    |                       |                   |             |           |         |
| - ปานกลาง                       | 104(35.0)          | 193(65.0)             | 0.614             | 1.47        | 0.92-2.35 | 0.105   |
| - อื่น ๆ                        | 50(46.7)           | 57(53.3)              | (0.392-0.962)     | 1           |           |         |

## ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview)

เมื่อรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์แล้ว ผู้วิจัยได้นำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ ตีความ และสร้างเป็นข้อสรุป โดยในการวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยเชิงคุณภาพนั้น เป็นวิธีการสร้างข้อสรุปจากข้อมูลจำนวนหนึ่งที่ทำกรเก็บรวบรวมมาแล้ว นำข้อมูลมาตรวจสอบความน่าเชื่อถือ ก่อนที่จะนำไปวิเคราะห์ตีความและสร้างเป็นข้อสรุป ในการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพนั้น ซึ่งโดยทั่วไปนั้นการวิจัยเชิงคุณภาพทั่วไปจะใช้เทคนิควิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation Technic) ประกอบด้วย การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) ซึ่งเป็นการตรวจสอบแหล่งที่มาของข้อมูลที่ต่างแหล่งที่มา กัน เช่น ต่างบุคคล ต่างสถานที่ ต่างเวลา เป็นต้น นอกจากนี้ยังสามารถตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย (Investigator Triangulation) เป็นการตรวจสอบข้อมูลโดยการใช้ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลมากกว่าหนึ่งคนในประเด็นเดียวกัน หรือการเป็นการตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulation) เป็นการเก็บข้อมูลจากหลากหลายวิธีการ หรือการตรวจสอบสามเส้าด้านทฤษฎี (Theoretical Triangulation) เมื่อผ่านกระบวนการตรวจสอบข้อมูลแล้ว จึงนำข้อมูลนั้นมาทำการวิเคราะห์ต่อไป

การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation) หมายถึง การตรวจสอบว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มานั้นถูกต้องหรือไม่จะเน้นการตรวจสอบข้อมูลที่ได้อาจมาจากแหล่งต่าง ๆ มีความเหมือนกันหรือไม่ ซึ่งถ้าทุกแหล่งข้อมูลพบได้ข้อค้นพบมาเหมือนกัน แสดงว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มามีความถูกต้อง เช่น เปรียบเทียบข้อมูลจากการสังเกตกับการสัมภาษณ์ เปรียบเทียบกับสิ่งที่พูด การตรวจสอบความแน่นอน

ของคำพูดในเรื่องเดียวกันแต่เวลาเปรียบเทียบ มุมมองของผู้ที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ของปรากฏการณ์ที่ศึกษา เปรียบเทียบข้อมูลปรากฏการณ์เดียวกันที่มาจากแต่ละระยะเวลา หรือเปรียบเทียบข้อมูลเรื่องเดียวกันที่ได้มาจากผู้ให้ข้อมูลหลาย ๆ คน เป็นต้น

การตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัยหรือผู้เก็บข้อมูล (Investigator triangulation) หมายถึง การตรวจสอบจากผู้วิจัยหรือผู้เก็บข้อมูลต่างกันว่าได้ค้นพบที่เหมือนกันหรือแตกต่างกันอย่างไรซึ่งถ้าผู้วิจัยหรือผู้เก็บข้อมูลทุกคนพบว่าข้อค้นพบที่ได้มามีความเหมือนกันแสดงว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มามีความถูกต้อง

การตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิเคราะห์ข้อมูล (Analyst triangulation) หมายถึง การใช้ผู้วิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บมาจากภาคสนามตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ต่างคนต่างวิเคราะห์ข้อมูลให้ข้อค้นพบ แล้วนำมาเปรียบเทียบกัน

การตรวจสอบสามเส้าโดยการทบทวนข้อมูล (Review triangulation) หมายถึง การให้บุคคลต่าง ๆ ที่ไม่ใช่คณะนักวิจัยทำการทบทวนข้อค้นพบจากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในสนามวิจัยผลการตรวจสอบสามเส้าโดยวิธีนี้ทำให้ผู้วิจัยสามารถเรียนรู้ได้มากขึ้น ทางด้านความแม่นยำความสมบูรณ์ความเป็นธรรม และความน่าเชื่อถือในการวิเคราะห์ข้อมูลรวมทั้งทำให้เกิดความคิดหรือการตีความหมายใหม่ ๆ เพิ่มเติม

การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการเก็บข้อมูล (Method triangulation) หมายถึง การเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้อาจจากการวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลหลายวิธีที่แตกต่างกันและนำมาพิจารณาว่าข้อมูลที่ได้อาจ

สอดคล้องกันหรือไม่เช่นการนำข้อมูลประเด็นเดียวกันซึ่งเก็บโดยวิธีสนทนากลุ่มมาเปรียบเทียบกับข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกการสังเกตหรือการเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากการเก็บวิธีการเชิงปริมาณกับวิธีการเชิงคุณภาพเพื่อดูลักษณะและความสอดคล้องของข้อมูล

การตรวจสอบสามเส้าด้านทฤษฎี (Theory triangulation) หมายถึง การใช้มุมมองของทฤษฎีแตกต่างกันมาพิจารณาตีความข้อมูลชุดเดียวกัน เช่นข้อมูลจากการสัมภาษณ์ปัญหาด้านพฤติกรรม การเรียนรู้ของนักเรียนอาจใช้ทฤษฎีที่ต่างกันมาใช้เป็นแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูลก็ได้ เพื่อเปรียบเทียบข้อค้นพบเหล่านั้น จุดสำคัญคือการใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้าด้านทฤษฎีคือการทำให้เกิดความเข้าใจของข้อสันนิษฐานและหลักทฤษฎีที่ใช้ อ้างอิงว่ามีอิทธิพลต่อข้อค้นพบและการตีความของงานวิจัยนั้น

จากข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก 2 กลุ่มจำนวน 10 คน ประกอบด้วย กลุ่มที่ 1 ผู้มารับบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการ จำนวน 1 ครั้ง โดยคัดเลือกจาก 5 อำเภอ ๆ ละ 1 คน และกลุ่มที่ 2 ผู้มารับบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการมากกว่า 1 ครั้ง โดยคัดเลือกจาก 5 อำเภอ ๆ ละ 1 คน พบว่า

### ข้อมูลด้านสิ่งชักนำสู่การตัดสินใจ

1. การรับทราบเกี่ยวกับการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการนี้ ส่วนใหญ่นี้จากเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการ และเพื่อนหรือคนรู้จักแนะนำ มีเพียงท่านเดียวที่ทราบจากการไปใช้บริการอื่น ๆ และเห็นการประชาสัมพันธ์ โดยจะเห็นได้จากคำกล่าวของผู้รับบริการ ดังนี้

“.....การมารับบริการแพทย์แผนไทยที่นี้

เจ้าหน้าที่เป็นผู้บอกกล่าวและเชิญชวนให้มารับบริการซึ่งตนเองมาหลายครั้งแล้ว.....” (ผู้มารับบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการ มากกว่า 1 ครั้ง)

2. การได้รับการแนะนำในการมารับบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการนี้ ส่วนใหญ่นี้จากเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการ และเพื่อนหรือคนรู้จักแนะนำ มีเพียงท่านเดียวที่แพทย์แผนปัจจุบันแนะนำให้มา เนื่องจากรักษาแล้วอาการยังไม่ดีขึ้น โดยจะเห็นได้จากคำกล่าวของผู้รับบริการ ดังนี้

“.....ไม่เคยรับบริการแพทย์แผนไทยมาเลยครั้งนี้เพื่อนที่ทำงาน แนะนำ เนื่องจากเห็นว่าตนเองอาการปวดบ่าไม่ดีขึ้น หลังจากทานยาแก้ปวดมา 2-3 วัน.....” (ผู้มารับบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการ จำนวน 1 ครั้ง)

3. การมารับบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการนี้ด้วยสาเหตุปวดหลัง ปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดเอว ปวดเข่า มีเพียง 1 ราย ที่มารับบริการด้วยการดูแลมารดาหลังคลอด โดยจะเห็นได้จากคำกล่าวของผู้รับบริการ ดังนี้

“.....ตนเองคลอดลูกมา 1 เดือน หมออนามัยแนะนำให้มาทบทมือเกลือ มันบอกไม่ถูกรู้ว่าตนเองมีอาการดีขึ้นมาก ๆ.....” (ผู้มารับบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการ มากกว่า 1 ครั้ง)

4. มีความคิดเห็นอย่างไรต่อการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยในสถานบริการนี้ ส่วนใหญ่ผู้รับบริการมีความคิดเห็นว่าเจ้าหน้าที่ใส่ใจดูแลและให้บริการเป็นอย่างดี หลังจากรับบริการแล้วอาการดีขึ้น และอยากจะให้แพทย์แผนไทยดูแลอาการและรักษาในทุกครั้งที่มารับบริการ ไม่ใช่ให้มีการดูแลเฉพาะหมอนวดเท่านั้น โดยจะเห็นได้จากคำกล่าวของผู้รับบริการ ดังนี้

“.....การมารับบริการแพทย์แผนไทยที่นี้

เจ้าหน้าที่ใส่ใจดูแลและให้บริการเป็นอย่างดีประทับใจมาก อยากจะมารับบริการอีก.....” (ผู้มารับบริการ การแพทย์แผนไทยในสถานบริการ จำนวน 1 ครั้ง)

“.....อยากจะให้แพทย์แผนไทยดูแลอาการ และรักษาในทุกครั้งที่มารับบริการ เสริมจากการให้บริการของหมอนวด.....” (ผู้มารับบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการ มากกว่า 1 ครั้ง)

### ข้อมูลด้านความพึงพอใจในการใช้บริการ แพทย์แผนไทย

1. สถานบริการควรดำเนินการอย่างไรบ้าง ในการจัดบริการการแพทย์แผนไทยเพื่อให้เกิดความพึงพอใจมากที่สุด ส่วนใหญ่ผู้รับบริการ ต้องการให้สถานบริการดำเนินการในเรื่องของการเปิดให้บริการนอกเวลาราชการ ความเป็นสัดส่วน แยก ระหว่างชาย และหญิงของสถานที่ การให้บริการที่ดี ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ โดยจะเห็นได้จากคำกล่าว ของผู้รับบริการ ดังนี้

“.....มีความพึงพอใจมากที่สุดที่ได้มานวด ตนเองรู้สึกผ่อนคลาย แต่ตนเองต้องทำงานไม่สะดวก ในการมารับบริการในเวลาราชการ อยากจะให้เปิด ทำการนอกเวลาราชการเพิ่ม.....” (ผู้มารับบริการ การแพทย์แผนไทยในสถานบริการ มากกว่า 1 ครั้ง)

2. ผู้ให้บริการควรปฏิบัติตัวเช่นไร เพื่อให้ ท่านเกิดความพึงพอใจมากที่สุด ผู้รับบริการส่วนใหญ่ ต้องการให้หมอนวดผู้ให้บริการไม่พูดคุยขณะให้บริการ และมีความเป็นกันเอง ยิ้มแย้มแจ่มใสขณะให้บริการ โดยจะเห็นได้จากคำกล่าวของผู้รับบริการ ดังนี้

“.....มาครั้งแรก ค่อนข้างจะประหม่า จึงอยากให้เจ้าหน้าที่มีความเป็นกันเอง ยิ้มแย้ม แจ่มใสในการให้บริการ.....” (ผู้มารับบริการการ แพทย์แผนไทยในสถานบริการ จำนวน 1 ครั้ง)

3. สถานที่ในการให้บริการควรมีลักษณะ เช่นไร เพื่อให้เกิดความพึงพอใจมากที่สุด ส่วนใหญ่ ผู้รับบริการต้องการความเป็นสัดส่วน แยกระหว่าง ชาย หญิง มีความสะอาดของสถานที่ ห้องนวด โดยจะเห็นได้จากคำกล่าวของผู้รับบริการ ดังนี้

“.....ห้องนวด ควรมีความสะอาด ไม่มีกลิ่น ของอาหาร รบกวนในการนวด.....” (ผู้มารับบริการ การแพทย์แผนไทยในสถานบริการ มากกว่า 1 ครั้ง)

4. สถานบริการจะต้องปรับปรุงในเรื่องใด เพื่อให้เกิดความพึงพอใจมากที่สุด ส่วนใหญ่ ผู้รับบริการต้องการให้ปรับปรุงในเรื่อง ความเป็น สัดส่วนของห้องนวดแยกชาย และหญิง และห้อง เปลี่ยนเสื้อผ้าผู้รับบริการที่มิดชิด มีส่วนน้อย ที่ต้องการให้มีการปรับปรุงในเรื่องของพฤติกรรม ผู้ให้บริการ ประเด็นการพูดคุยกันเองของหมอนวด ขณะให้บริการ โดยจะเห็นได้จากคำกล่าวของ ผู้รับบริการ ดังนี้

“.....ไม่ค่อยสะดวกในการรับบริการ เนื่องจากไม่ได้แยกห้องนวดชาย และหญิง.....” (ผู้มารับบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการ จำนวน 1 ครั้ง)

5. ต้องการได้รับสิ่งใดมากที่สุด ในการมา รับบริการการแพทย์แผนไทยในทุกครั้ง ส่วนใหญ่ ผู้รับบริการต้องการให้แพทย์แผนไทย มาคอยดูแล รักษาอาการและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว ในการ รักษา รองลงมาคือ อากาศเจ็บปวดทุเลา รักษาโรค หาย ได้รับบริการที่ดีจากเจ้าหน้าที่ทั้งการรักษา การให้บริการ ควรเปิดเพลงบรรเลงในระหว่างการ ให้บริการมีกลิ่นหอม ๆ ในระหว่างรับบริการ รวมทั้ง ควรมีบริการน้ำดื่มสมุนไพร หลังจากเสร็จสิ้นการรับ บริการ เพื่อให้เกิดความผ่อนคลายจากการใช้บริการ

โดยจะเห็นได้จากคำกล่าวของผู้รับบริการ ดังนี้

“.....อยากให้เกิดเพลงบรรเลงเบา ๆ และได้สูดกลิ่นหอม ๆ ในระหว่างรับบริการ.....”  
(ผู้มารับบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการ จำนวน 1 ครั้ง)

“.....อยากจะทำให้แพทย์แผนไทยมาคอยดูแลรักษาอาการและให้คำแนะนำจะได้หายไว ๆ.....”  
(ผู้มารับบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการ มากกว่า 1 ครั้ง)

### ข้อมูลด้านการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย

1. ขั้นตอนที่ดีในการเข้ารับบริการการแพทย์แผนไทยควรเป็นอย่างไร ส่วนใหญ่ผู้รับบริการมีความเห็นว่า การเข้ารับบริการต้องรอคอยไม่นาน การเข้าถึงบริการที่ง่ายและสะดวก โดยเสร็จสิ้นในจุดบริการเดียว โดยจะเห็นได้จากคำกล่าวของผู้รับบริการ ดังนี้

“.....การให้บริการ ควรมีความสะดวกเข้าถึงง่าย ไม่ต้องรอคิวนาน บางบริการกว่าจะได้รับบริการ ต้องทำโน้นทำนี้ ไปห้องโน้นห้องนี้.....”  
(ผู้มารับบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการ มากกว่า 1 ครั้ง)

2. เจ้าหน้าที่และผู้ให้บริการควรดำเนินการอย่างไร เพื่อให้ท่านสามารถเข้ารับบริการได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว ส่วนใหญ่ต้องการให้มีการคัดกรองที่รวดเร็ว และมีรายละเอียดที่ต้องการให้มีการแนะนำ เมื่อมาใช้บริการครั้งแรก โดยจะเห็นได้จากคำกล่าวของผู้รับบริการ ดังนี้

“.....ไม่อยากจะรอคิวนาน ไม่มากเรื่อง.....”  
(ผู้มารับบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการ มากกว่า 1 ครั้ง)

3. สิทธิในการรักษาพยาบาล ส่งผลต่อการเข้ารับบริการการแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการหรือไม่อย่างไร ทุกคนที่มารับบริการ มีความคิดเห็นที่ไม่มีผล หากได้รับการที่ดี โดยจะเห็นได้จากคำกล่าวของผู้รับบริการ ดังนี้

“.....มาครั้งแรก เจ้าหน้าที่สอบถามถึงสิทธิในการรักษาพยาบาล แต่ตนเองคิดว่า หากได้รับการที่ดี และอาการดีขึ้น ตนเองยินดีที่จะจ่าย.....”  
(ผู้มารับบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการ มากกว่า 1 ครั้ง)

4. ระยะเวลาที่มีผลต่อการมารับบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการหรือไม่อย่างไร ทุกคนที่มารับบริการ มีความคิดเห็นที่ไม่มีผล เพราะมารถส่วนตัว แต่สถานบริการ ควรมีที่จอดรถเพียงพอสำหรับมารับบริการ โดยจะเห็นได้จากคำกล่าวของผู้รับบริการ ดังนี้

“.....จะขับรถยนต์ส่วนตัว แต่มีข้อจำกัดเรื่องสถานที่จอดรถที่มีไม่เพียงพอ.....” (ผู้มารับบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการ มากกว่า 1 ครั้ง)

5. สถานบริการ มีการประชาสัมพันธ์การจัดบริการการแพทย์แผนไทยเพื่อให้ผู้รับบริการทราบและมารับบริการได้มากขึ้นเพียงใด ผู้รับบริการทุกคน มีความเห็นว่า สถานบริการมีประชาสัมพันธ์ค่อนข้างน้อย ควรปรับปรุงและเพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์ผ่านทางช่องทางต่าง ๆ ให้มากขึ้น เช่น ป้ายประชาสัมพันธ์ โดยจะเห็นได้จากคำกล่าวของผู้รับบริการ ดังนี้

“.....การประชาสัมพันธ์ค่อนข้างน้อย อยากจะให้มีการประชาสัมพันธ์ให้มากกว่านี้.....”  
(ผู้มารับบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการ

จำนวน 1 ครั้ง)

6. ควรปรับปรุงสถานบริการอย่างไรบ้าง เพื่อให้ผู้มารับบริการสามารถมารับบริการได้สะดวก และรวดเร็วมากยิ่งขึ้น ผู้รับบริการส่วนใหญ่ ต้องการให้มีการปรับปรุงในเรื่องของที่จอดรถสำหรับผู้มารับบริการ การเพิ่มบริการรถพยาบาล และความเป็นสัดส่วนของห้องสำหรับบริการผู้มารับบริการ โดยจะเห็นได้จากคำกล่าวของผู้รับบริการ ดังนี้

“.....อยากให้จัดที่จอดรถสำหรับคนที่มารับบริการให้เป็นสัดส่วน หาที่จอดรถยาก.....” (ผู้มารับบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการ จำนวน 1 ครั้ง)

“.....อยากจะทำรถพยาบาล แต่ไม่มีบริการ.....” (ผู้มารับบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการ มากกว่า 1 ครั้ง)

### ข้อมูลด้านการตัดสินใจเลือกใช้บริการ แพทย์แผนไทย

1. ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ท่านตัดสินใจมารับบริการการแพทย์แผนไทย ส่วนใหญ่ผู้รับบริการ มีความเห็นว่า ปัจจัยที่ทำให้ตัดสินใจรับบริการ ประกอบด้วย ราคาไม่แพง ได้รับบริการที่เป็นกันเอง สามารถรักษาอาการเจ็บป่วยได้ ที่สำคัญคือใกล้บ้าน และสถานที่มีความสะอาด เป็นระเบียบ โดยจะเห็นได้จากคำกล่าวของผู้รับบริการ ดังนี้

“.....ได้รับบริการที่ดี ราคาไม่แพง .....” (ผู้มารับบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการ จำนวน 1 ครั้ง)

“.....ไปมาสะดวก รอคิวไม่นาน.....” (ผู้มารับบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการ มากกว่า 1 ครั้ง)

2. ผู้ที่ทำให้ท่านตัดสินใจเลือกใช้บริการ

การแพทย์แผนไทยในสถานบริการมากที่สุดคือใคร เพราะเหตุใด ผู้รับบริการส่วนใหญ่ มีความเห็นว่า สามารถเบิกได้ เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความ เป็นกันเอง และมีแพทย์แผนไทย วินิจฉัยโรครักษา และแนะนำได้ตรงกับอาการเจ็บป่วย และแพทย์ แผนปัจจุบัน สิ่งให้มารับบริการ โดยจะเห็นได้จาก คำกล่าวของผู้รับบริการ ดังนี้

“.....สามารถเบิกได้และมีหมอแพทย์ แผนไทยช่วยรักษาและแนะนำได้ตรงกับอาการ เจ็บป่วย.....” (ผู้มารับบริการการแพทย์แผนไทย ในสถานบริการ จำนวน 1 ครั้ง)

3. บริการการแพทย์แผนไทยประเภทใด ที่ทำให้ตัดสินใจเลือกใช้บริการได้มากที่สุด ส่วนใหญ่ ผู้รับบริการมีความเห็นว่า การนวดไทย เป็นบริการ ที่เลือกใช้บริการมากที่สุด มีเพียงส่วนน้อยที่ต้องการ บริการนวดกัมน้ำมัน และการอบสมุนไพร โดยจะ เห็นได้จากคำกล่าวของผู้รับบริการ ดังนี้

“.....นวดแล้วหายปวด จึงอยากจะมานวด บ่อย ๆ.....” (ผู้มารับบริการการแพทย์แผนไทย ในสถานบริการ จำนวน 1 ครั้ง)

4. เคยไปรับบริการการแพทย์แผนไทยที่ สถานบริการอื่นหรือไม่ และเหตุผลใดที่ทำให้มารับ บริการการแพทย์แผนไทยที่สถานบริการแห่งนี้ ส่วนใหญ่ผู้รับบริการมีความเห็นว่า เคยมารับบริการ ด้วยเหตุผลเจ้าหน้าที่ให้บริการอย่างเป็นกันเอง ยิ้มแย้มแจ่มใส เข้าถึงบริการง่าย และรวดเร็ว มารับ บริการแล้วอาการดีขึ้นและมีแพทย์แผนไทย คอยให้ บริการ และให้คำแนะนำ มีส่วนน้อยที่ไม่เคยมารับ บริการ ที่มารับบริการที่แห่งนี้ เพราะอาการของการ เจ็บป่วย และเพื่อนที่เคยมารับบริการ แนะนำให้มา รับบริการ เนื่องจากได้รับบริการที่ดี โดยจะเห็นได้



จากคำกล่าวของผู้รับบริการ ดังนี้

“.....การมารับบริการแพทย์แผนไทยที่นี้  
เจ้าหน้าที่ใส่ใจดูแลและให้บริการเป็นอย่างดีประทับใจมาก  
อยากจะทำรับบริการอีก.....” (ผู้มารับบริการ  
การแพทย์แผนไทยในสถานบริการ จำนวน 1 ครั้ง)

### อภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลการตัดสินใจเลือก  
ใช้บริการการแพทย์แผนไทยของผู้มารับบริการ  
ในสถานบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  
ระนอง พบว่า การตัดสินใจเลือกใช้บริการของผู้มา  
รับบริการ ใช้บริการแพทย์แผนไทยประเภทนวดมาก  
ที่สุด ร้อยละ 38.1 รองลงมาประเภทยาสมุนไพร  
ร้อยละ 25.0 และการประคบสมุนไพร ร้อยละ 23.3  
ทั้งนี้เนื่องมาจากระบบการแพทย์แผนไทยเกี่ยวข้องกับ  
สุขภาพของคนไทย ที่มีความสำคัญและอยู่คู่กับ  
สังคมไทยมาตั้งแต่อดีต ซึ่งมีความเฉพาะในสังคมไทย  
เป็นการแพทย์ที่อาศัยความรู้และภูมิปัญญาของ  
คนไทยที่ได้ทดลองปฏิบัติจริงแล้วได้ผล แล้วจึงสะสม  
ถ่ายทอดสืบต่อกันมา การแพทย์แผนไทยมีประวัติ  
และวิวัฒนาการควบคู่กันกับการมีประวัติศาสตร์  
ของ ประเทศไทย มีหลักฐานปรากฏให้เห็นในทุกยุคทุก  
สมัยตั้งแต่ก่อนอาณาจักรสุโขทัย สมัยสุโขทัย  
สมัยอยุธยา และสมัยรัตนโกสินทร์ สอดคล้องกับการ  
สัมภาษณ์เชิงลึกที่พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ท่าน  
ตัดสินใจมารับบริการการแพทย์แผนไทย ส่วนใหญ่  
มีความเห็นว่าราคาไม่แพง ได้รับการที่เป็นกันเอง  
ยิ้มแย้มแจ่มใส เข้าถึงบริการง่าย และรวดเร็ว แพทย์  
แผนไทย วินิจฉัยโรคได้ตรงกับอาการเจ็บป่วย สามารถ  
รักษาอาการเจ็บป่วยได้ ที่สำคัญคือใกล้บ้าน และ  
สถานที่มีความสะอาด เป็นระเบียบ สอดคล้องกับ

การศึกษาของพรหมน พรหมศวร และปิยธิดา  
คูทธิธัญญรัตน์ (2554) ได้ศึกษาสัดส่วนและปัจจัย  
ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมแสวงหาบริการด้าน  
สุขภาพ ของผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกแพทย์  
แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย  
มหาสารคามเป็นลำดับแรก พบว่า มีสัดส่วนผู้ป่วย  
ที่มารับบริการที่คลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์  
เป็นแห่งแรก มีเพียงร้อยละ 15.4 เท่านั้น เมื่อเทียบกับ  
การรับบริการทางการแพทย์อื่น ๆ และสอดคล้อง  
กับการศึกษาของขวัญชนก เทพปิ่น (2559) ได้ศึกษา  
การตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทย  
ของประชาชนผู้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลทั่วไป  
จังหวัดราชบุรี พบว่า ผู้มาใช้บริการตัดสินใจเลือกใช้  
บริการแพทย์แผนไทย ร้อยละ 35.3 โดยปัจจัย  
ที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการการ  
แพทย์แผนไทยของผู้มารับบริการในสถานบริการ  
สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง พบว่า

เพศ มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกใช้  
บริการแพทย์แผนไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  
ที่ระดับ 0.05 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิง  
ตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยมากกว่า  
เพศชาย คือ ร้อยละ 70.5 ทั้งนี้เนื่องมาจาก ความ  
แตกต่างทางเพศ ทำให้ความสนใจแตกต่างกัน เพราะ  
ประสบการณ์ การศึกษา ที่แตกต่างกันระหว่างเพศ  
ทำให้เพศหญิง ที่ชอบดูแลรักษาสุขภาพโดยเฉพาะ  
การนวดไทย ส่งผลให้เพศหญิง ตัดสินใจเลือกใช้  
บริการแพทย์แผนไทยมากกว่า สอดคล้องกับการ  
ศึกษาของศุรดา มาพันธ์ (2551) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัย  
ที่มีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยของ  
ผู้มารับบริการโรงพยาบาลบางปลาหมอ พบว่า เพศ  
แตกต่างกัน มีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการแพทย์

แผนไทยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

รายได้ต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ระหว่าง 5,001-10,000 บาท ตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยมากกว่ากลุ่มรายได้อื่น ๆ ร้อยละ 38.9 ทั้งนี้เนื่องมาจากรายได้ส่วนบุคคลครอบครัว เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน และรายได้เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้เกิดความแตกต่างระหว่างคน ครอบครัวได้ อีกทั้งการบริการแพทย์แผนไทยค่าบริการมีราคาไม่สูง เหมาะกับรายได้ ส่งผลให้รายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทย สอดคล้องกับการสัมภาษณ์เชิงลึกที่พบว่า สิทธิในการรักษาพยาบาล ส่งผลต่อการเข้ารับบริการการแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการ ทุกคนที่มารับบริการมีความคิดเห็นที่ไม่มีผล หากได้รับการที่ดี และปัจจัยสำคัญที่ทำให้ท่านตัดสินใจมารับบริการการแพทย์แผนไทย ส่วนใหญ่ผู้รับบริการมีความเห็นว่าการตัดสินใจที่ตัดสินใจรับบริการ ประกอบด้วย ราคาไม่แพง สอดคล้องกับการศึกษาของศุรดา มาพันธ์ (2551) พบว่า รายได้ต่อเดือนแตกต่างกัน มีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยระดับปานกลาง ตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยมากกว่าระดับอื่น ๆ คือ ร้อยละ 73.5 ทั้งนี้

เนื่องมาจากการที่บุคคลจะสามารถเข้ารับบริการสุขภาพได้นั้น จะมีปัจจัยเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการเข้ามาเกี่ยวข้อง ทั้งในมิติของความสะดวกในรูปแบบของการใช้บริการ การเดินทาง และสิ่งอำนวยความสะดวก ตลอดจนความพอเพียงของบริการและความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล สอดคล้องกับการสัมภาษณ์เชิงลึกที่พบว่า ขั้นตอนที่ดีในการเข้ารับบริการการแพทย์แผนไทยควรเข้าถึงบริการที่ง่ายและสะดวก โดยเสร็จสิ้นในจุดบริการเดียว สำหรับสิทธิในการรักษาพยาบาล และระยะทางไม่ส่งผลต่อการเข้ารับบริการการแพทย์แผนไทย หากได้รับการที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑารัตน์ เสรีวัตร และกรัณธรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์ (2553) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในนักศึกษา คณะการแพทย์แผนตะวันออก มหาวิทยาลัยรังสิต พบว่า การเข้าถึงแหล่งบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยมีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง ได้แก่ เพศ และพบว่าผู้ใช้บริการเพศหญิง ตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยประเภทนวด เป็น 1.884 เท่า เมื่อเทียบกับเพศชาย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ปัจจุบันการบริการแพทย์แผนไทยได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ โดยขยายให้มีการจัดบริการในสถานบริการของรัฐทุกระดับมากขึ้น ส่งผลให้ประชาชนทุกเพศโดยเฉพาะเพศหญิง ทุกวัย ทุกอาชีพ ทุกรายได้ สามารถเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยได้ ซึ่งจำนวนผู้ตัดสินใจเลือก

ใช้บริการแพทย์แผนไทย อาจขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละพื้นที่และสัมพันธ์กับปัจจัยที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

## ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

### 1. ข้อเสนอแนะจากการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 สถานบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนองทุกระดับ ควรประชาสัมพันธ์การจัดบริการทางสื่อต่าง ๆ ให้มากยิ่งขึ้น เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่ได้ทราบถึงบริการการแพทย์แผนไทยของหน่วยบริการ และสามารถตัดสินใจในการเลือกใช้บริการการแพทย์แผนไทยได้มากยิ่งขึ้น และควรวางแผนเชิงกลยุทธ์ในการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับงานบริการแพทย์แผนไทยให้แก่กลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ ได้รับทราบต่อไป รวมทั้งเพิ่มช่องทางที่จะสามารถเข้ามาใช้บริการได้อย่างสะดวก และรวดเร็ว เพื่อให้ประชาชนได้รับรู้และมาใช้บริการแพทย์แผนไทยให้มากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มผู้มาใช้บริการที่มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ไหล่ติด ปวดเข่า ปวดประจำเดือน ภูมิแพ้ มารดาหลังคลอด อัมพฤกษ์-อัมพาต เป็นต้น ซึ่งเป็นการลดการใช้ยาโดยไม่จำเป็น รวมทั้งช่วยเพิ่มการผลิตยาสมุนไพรภายในประเทศ ลดการสั่งซื้อยาจากต่างประเทศ และช่วยให้หน่วยบริการมีรายได้เพิ่มมากขึ้น

1.2 ควรอบรมพัฒนาศักยภาพให้แก่เจ้าหน้าที่และผู้ให้บริการ ให้มีความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย รวมทั้งในเรื่องมารยาทในการให้บริการ, จรรยาบรรณและบุคลิกภาพสำหรับผู้ให้บริการ, เพื่อให้ผู้มารับบริการเกิดความประทับใจ และต้องการกลับมาใช้บริการอีกในครั้งต่อไป

1.3 สถานบริการ ควรเน้นคุณภาพบริการแพทย์แผนไทย และมีรูปแบบการบริการการแพทย์แผนไทยที่หลากหลายให้ผู้รับบริการได้เลือก ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการมากขึ้น

1.4 สถานบริการ ควรจัดเตรียมสถานที่จอดรถไว้สำหรับผู้มารับบริการให้เพียงพอ เพื่อให้ผู้มารับบริการเกิดความพึงพอใจและตัดสินใจมารับบริการการแพทย์แผนไทยในครั้งต่อ ๆ ไปได้ง่ายยิ่งขึ้น

### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้มารับบริการแพทย์แผนไทย สถานบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการบริหารงานให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากยิ่งขึ้น

2.2 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาโดยแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนปัจจุบัน ในโรคที่สามารถรักษาได้ทั้ง 2 วิธี เพื่อการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาที่ได้ผล คุ่มค่า ประหยัด และเกิดประโยชน์กับผู้รับบริการอย่างแท้จริง

2.3 ควรมีการวิจัยในเชิงคุณภาพที่เกี่ยวกับเหตุผลการเลือกใช้บริการ ความต้องการ และความคิดเห็นร่วมด้วยข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการจัดบริการแพทย์แผนไทย เพื่อการพัฒนางานบริการให้ตรงกับความต้องการและเป็นประโยชน์ต่อประชาชนในแต่ละพื้นที่มากที่สุด

2.4 ควรทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ โดยเฉพาะในกลุ่มของนักท่องเที่ยว เพื่อจะได้รับความต้องการที่ชัดเจนในการมาใช้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการ เพื่อจะได้นำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงสถานบริการและจัดบริการให้สอดคล้อง

กับความต้องการของผู้มารับบริการได้มากยิ่งขึ้น อันจะส่งผลให้หน่วยบริการมีรายได้เพิ่มขึ้นจากผู้มารับบริการในกลุ่มนี้ ทั้งยังสนองตอบต่อยุทธศาสตร์ของจังหวัดอีกด้วย

### เอกสารอ้างอิง

กัลยา วานิชย์บัญชา. (2542). การวิเคราะห์สถิติ : สถิติเพื่อการตัดสินใจ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์วิทยาลัย

ขวัญชนก เทพปิ่น. (2559). การตัดสินใจเลือกใช้ บริการแพทย์แผนไทย ของประชาชนผู้มา ใช้บริการที่โรงพยาบาล ทั่วไปจังหวัดราชบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีที่ 28 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2560 จุฬารัตน์ เสรีวัตร และกรัณท์รัตน์ บุญช่วยธนสิทธิ์. (2553). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย ในนักศึกษา คณะการแพทย์แผนตะวันออก มหาวิทยาลัยรังสิต : วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2553; 8(1): 76-80.

ถวัลย์ พวงบุบผา. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยของประชาชน ในเขตเทศบาลตำบลวังม่วง อำเภอเวียงหนองล่อง จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏ เชียงใหม่.

พชรমন พรหมศวร และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์. (2554). สัดส่วนและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การแสวงหาบริการด้านสุขภาพของผู้ป่วย ที่มารับบริการที่คลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เป็นลำดับแรก. ศรีนครินทร์เวชสาร 2554 ; 26: 236-39.

ศุภยนต์เทคโนโลยีสารสนเทศ, 2563. รายงาน HDC. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

มิ่งสรรพ์ ขาวสะอาด และณัฐฐาภรณ์ เลี่ยมจรัสกุล. (2557). สมุนไพรไทย แพทย์แผนไทย ในชีวิตคนไทย. เชียงใหม่ : แผนงานสร้างเสริมนโยบายสาธารณะที่ดี (นสร.)

มนสิชา สุขชม และอุบลวัลย์ รอดเอี่ยม. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนประสมทางการตลาดบริการกับพฤติกรรมการใช้ บริการนวดแผนไทยของผู้บริโภคใน โรงพยาบาล เขตกรุงเทพมหานคร. วารสาร วิทยบริการ 2556 ; 24 (4) : 114-25.

ศุภดา มาพันธ์. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจ ใช้บริการแพทย์แผนไทย ของผู้มารับบริการ โรงพยาบาลบางปลาหม้อ. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา.

ศุภลักษณ์ พักคำ. (2554). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการ ใช้การแพทย์แผนไทยประยุกต์ ในการให้ บริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาลสังกัด กองทัพบก เขตพื้นที่กองทัพบกภาคที่ 1. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

- สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์  
แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2556).  
มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุน  
การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.  
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์  
องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง. (2562). รายงาน  
การแพทย์แผนไทย จังหวัดระนอง.กลุ่ม  
งานการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง. (2563). รายงาน  
ผลการนิเทศติดตามงานแพทย์แผนไทย  
จังหวัดระนอง. กลุ่มงานการแพทย์แผนไทย  
และแพทย์ทางเลือก.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2553).  
รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วน  
หน้า ประจำปี. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ :  
หจก.อรุณการพิมพ์.

## การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว จังหวัดตรัง Quality Development of Sub-district Health Promoting Hospitals, Trang Province

ปราโมทย์ แก่นอินทร์

Pramote kan-in

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

Trang Provincial Public Health Office

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว จังหวัดตรัง จำนวน 213 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ t-test และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ระหว่างคะแนนเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม และวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว โดยทดสอบค่าเอฟ (F-test) ในกรณีกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 3 กลุ่มขึ้นไป กรณีพบว่าคะแนนเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 1 คู่แตกต่างกัน จะทำการเปรียบเทียบพหุคูณ โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทีละคู่ด้วยวิธี LSD

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ภาพรวมอยู่ระดับสูง เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ตำแหน่งการปฏิบัติงานและการประชุม เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลต่างกัน มีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนอายุ สถานภาพสมรส และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่างกัน มีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัดและอำเภอควรออกติดตาม เยี่ยมเยียนผู้ปฏิบัติงานให้แต่ละคนตระหนักและสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

**คำสำคัญ :** การพัฒนาคุณภาพ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, รพ.สต.ติดดาว

### Abstract

The purpose of this study aimed 1) to assess the level of quality development of Tid Dao Tambon (Sub-district) Health Promoting Hospitals (THPHs), and 2) to analyze factors related to an implementation of quality development of Tid Dao THPHs. Sample was 213

health personnel who worked at Tid Dao THPHs in Trang province. Multistage sampling was applied. The research tool was a questionnaire. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, t-test, and One-way ANOVA.

The research results revealed that overall mean score of implementation of the quality development among health personnel in Tid Dao THPHs was at a high level ( $\bar{X} = 3.78$ , SD. = 0.37). Health personnel who were different in sex, education level, work experience, work position, and meeting attendance regarding hospital quality development, had the different implementation of the quality development of Tid Dao THPHs ( $p < .05$ ). While there was no difference in their age, marital status, and average monthly income. Authorities who are responsible for the quality improvement at the provincial and district levels should therefore monitor, visit as well as support the staff to make them realize and implement the quality development of THPHs more efficiently.

**Keywords :** Quality Improvement, Tid Dao Tambon (Sub-district) Health Promoting Hospitals

## บทนำ

กระทรวงสาธารณสุข มุ่งพัฒนาคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้มีคุณภาพมาตรฐานทุกระดับ โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการยกระดับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลขึ้นเป็นการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตาม จึงส่งผลให้ประชาชนสะดวกต่อการมารับบริการและอยู่ใกล้บ้าน ไม่ต้องสูญเสียเวลาและค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น ดังนั้น การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล จึงเป็นภารกิจสำคัญที่ต้องการให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดี เจ้าหน้าที่ที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืนเพื่อนำไปสู่วิสัยทัศน์ของกระทรวงสาธารณสุข จึงได้กำหนดให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ดำเนินการกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลโดยผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนด ประกอบด้วย 4 ด้าน คือด้านบริบท

กระบวนการ ผลผลิตและปัจจัยนำเข้า (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562: 43)

จังหวัดตรัง มีพื้นที่ทั้งหมด 4,917.519 ตารางกิโลเมตร โดยแบ่งออกเป็น 10 อำเภอ 87 ตำบล 22 เทศบาล 99 ชุมชน 77 องค์การบริหารส่วนตำบล 723 หมู่บ้าน 223,740 หลังคาเรือน มีประชากรทั้งสิ้น 643,072 คน โดยเป็นเพศชาย 314,856 และเพศหญิง 328,216 คน (สำนักงานจังหวัดตรัง, 2563: 18) โดยมีสถานบริการสาธารณสุขระดับตำบล คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 125 แห่ง ซึ่งทุกแห่งมีการพัฒนาบริการโดยใช้เกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และพัฒนาคุณภาพบริการของสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง ให้สอดคล้องความต้องการของประชาชนและได้รับ

บริการที่ได้มาตรฐาน ตามเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว 5 ประเด็น ได้แก่ 1) ประชาชนได้รับบริการในสถานบริการที่มีการบริหารจัดการที่ดี มีส่วนร่วมสามารถจัดระบบบริการ การเงิน โครงสร้าง สถานที่และอุปกรณ์ รวมถึงระบบการสนับสนุน โดยหน่วยบริการจะต้องทำงานเพื่อประชาชนอย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ 2) หน่วยบริการสุขภาพจะต้องให้ความสำคัญกับประชากรทุกกลุ่มเป้าหมาย โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่อย่างแท้จริง 3) บุคลากรที่ให้บริการต้องมีเพียงพอ เหมาะสม มีศักยภาพและมีความสุขในการให้บริการ และต้องมีกลไกที่ทำให้ประชาชนมีความเข้มแข็ง สามารถดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชนที่ตนเองอาศัยได้ 4) ประชาชนได้รับบริการที่ดี ตอบสนองปัญหาในพื้นที่ ให้บริการทั้งในและนอกหน่วยบริการครบถ้วนในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การฟื้นฟูสภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ โดยบริการครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มวัย 5) ประชาชนมีสุขภาพดี มีกลไกสนับสนุนให้เกิดการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว กล่าวคือจำเป็นต้องติดตามผลการดำเนินงาน การพัฒนานวัตกรรมและการจัดการความรู้เพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ต่อเนื่องและยั่งยืน (สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ, 2562: 28)

จังหวัดตรัง มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 125 แห่ง ผ่านการรับรองโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวจากคณะกรรมการประเมินรับรองโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวระดับจังหวัดในปี 2561 จำนวน 43 แห่ง และ

ปี 2562 จำนวน 33 แห่ง รวมทั้งสิ้น 76 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 60.8 ขาดอีก 49 แห่ง ที่ยังไม่ผ่านการรับรอง สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านการรับรอง ยังไม่เคยประเมินระดับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวภาพรวมของจังหวัด ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการประเมินระดับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวว่าเป็นอย่างไร มีปัญหาและอุปสรรคต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวประเด็นใดบ้าง ข้อค้นพบจะเป็นข้อมูลแก่บุคลากรสาธารณสุข เพื่อพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินระดับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว จังหวัดตรัง
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว จังหวัดตรัง

### สมมติฐานของการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศต่างกัน มีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
2. กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่างกัน มีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
3. กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
4. กลุ่มตัวอย่างที่จบระดับการศึกษาต่างกัน



มีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

5. กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่างกัน มีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

6. กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานต่างกัน มีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

7. กลุ่มตัวอย่างที่มีตำแหน่งการปฏิบัติงานต่างกัน มีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

8. กลุ่มตัวอย่างที่เคยและไม่เคยประชุมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลต่างกัน มีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) นี้ ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - สิงหาคม 2563 ประชากรศึกษาคือบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว จำนวน 455 คน ขนาดตัวอย่าง จำนวน 213 คน คำนวณโดยสูตรของยามานะ (Yamane, 1973: 727-728) โดยค่าความคลาดเคลื่อนไม่เกินร้อยละ 5

$$\text{สูตร } n = \frac{N}{1+Ne^2}$$

เมื่อ n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร

e = ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างจะยอมรับได้

ดังรายละเอียดการแทนค่าสูตร

$$\begin{aligned} \text{จำนวนตัวอย่าง} &= \frac{455}{1+455(0.05)^2} \\ &= 212.86 \\ &= 213 \end{aligned}$$

การสุ่มตัวอย่างดำเนินการแบบหลายขั้นตอนตามสัดส่วนประชากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ใช้การสุ่มอย่างง่ายโดยใช้โปรแกรมการสุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามประยุกต์ใช้หลักเกณฑ์ รูปแบบและวิธีสร้างแบบสอบถามจากหนังสือการประเมินผลโครงการ: หลักการวิธีการประเมินผลงานและโครงการ (เวคิน นพินิตย์, 2550: 26) ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือนระยะเวลาการปฏิบัติงาน ตำแหน่งการปฏิบัติงาน และการประชุมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว จำนวน 40 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกแบบประมาณค่า (Rating scale) คำตอบให้เลือกมี 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด = 5 คะแนน มาก = 4 คะแนน ปานกลาง = 3 คะแนน น้อย = 2 คะแนน น้อยที่สุด = 1 คะแนน แบ่งระดับคะแนนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลโดยใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977: 172) ดังนี้

| ค่าคะแนนเฉลี่ย | การแปลผล |
|----------------|----------|
| 1.00 - 2.33    | ต่ำ      |
| 2.34 - 3.67    | ปานกลาง  |
| 3.68 - 5.00    | สูง      |

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะ และปัญหาอุปสรรคต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

## ตำบลติดดาว จำนวน 1 ช้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข 3 คน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) เมื่อปรับปรุงแก้ไขแล้วทดสอบหาความเชื่อมั่น (Reliability test) โดยกลุ่มตัวอย่างในอำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ จำนวน 30 คน ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับประชากรศึกษา และหาค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93

การเก็บข้อมูล ดำเนินการเก็บข้อมูลในบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว โดยจัดการอบรมผู้ช่วยเก็บข้อมูลซึ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 10 คน เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในแบบสอบถาม จำนวนตัวอย่างที่เก็บข้อมูล และวิธีตอบแบบสอบถามเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วนมากที่สุด ขณะเก็บข้อมูลผู้วิจัยทำหน้าที่ให้คำปรึกษาให้คำแนะนำและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลอย่างใกล้ชิด

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ทดสอบนัยสำคัญทางสถิติตามสมมติฐาน โดยทดสอบค่าที (t-test) ระหว่างคะแนนเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม และวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว โดยทดสอบค่าเอฟ (F-test) ในกรณีกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 3 กลุ่มขึ้นไป กรณีพบว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 1 คู่แตกต่างกัน จะทำการเปรียบเทียบพหุคูณ โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทีละคู่ด้วยวิธี LSD

## ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา 213 คน ส่วนใหญ่เพศหญิง (ร้อยละ 60.1) อายุ 41-50 ปี (ร้อยละ 47.4) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 67.6) จบการศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 62.9) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 30,001 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 51.2) ระยะเวลาการปฏิบัติงาน 11-20 ปี (ร้อยละ 47.4) เจ้าพนักงานสาธารณสุขและอื่นๆ (ร้อยละ 42.3) และเคยร่วมประชุมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (ร้อยละ 57.7) (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

| ข้อมูลส่วนบุคคล                        | จำนวน (คน)<br>(n=213) | ร้อยละ |
|--|-----------------------|--------|
| 1. เพศ                                 |                       |        |
| ชาย                                    | 85                    | 39.9   |
| หญิง                                   | 128                   | 60.1   |
| 2. อายุ (ปี)                           |                       |        |
| ≤40 ปี                                 | 68                    | 31.9   |
| 41-50 ปี                               | 101                   | 47.4   |
| ≥51 ปี                                 | 44                    | 20.7   |
| 3. สถานภาพสมรส                         |                       |        |
| โสด                                    | 57                    | 26.8   |
| คู่                                    | 144                   | 67.6   |
| หม้าย/หย่า/แยกกัน                      | 12                    | 5.6    |
| 4. ระดับการศึกษา                       |                       |        |
| อนุปริญญาหรือเทียบเท่า                 | 68                    | 31.9   |
| ปริญญาตรี                              | 134                   | 62.9   |
| ปริญญาโท                               | 11                    | 5.2    |
| 5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน                |                       |        |
| ≤20,000 บาท                            | 17                    | 8.0    |
| 20,001-30,000 บาท                      | 87                    | 40.8   |
| ≥30,001 บาท                            | 109                   | 51.2   |
| 6. ระยะเวลาการปฏิบัติงาน               |                       |        |
| ≤10 ปี                                 | 28                    | 13.2   |
| 11-20 ปี                               | 101                   | 47.4   |
| ≥21 ปี                                 | 84                    | 39.4   |
| 7. ตำแหน่งการปฏิบัติงาน                |                       |        |
| ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล | 37                    | 17.4   |
| ส่งเสริมสุขภาพตำบล                     | 47                    | 22.0   |
| นักวิชาการสาธารณสุข                    | 39                    | 18.3   |
| พยาบาลวิชาชีพ                          | 90                    | 42.3   |
| เจ้าพนักงานสาธารณสุขและอื่น ๆ          |                       |        |

| ข้อมูลส่วนบุคคล                              | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|--|------------|--------|
| (n=213)                                      |            |        |
| 8. การประชุมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล |            |        |
| ไม่เคย                                       | 90         | 42.3   |
| เคยร่วมประชุม                                | 123        | 57.7   |
| - 1 ครั้ง                                    | 97         | 78.9   |
| - 2 ครั้ง                                    | 26         | 21.1   |

ส่วนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตาม พบว่า มีการพัฒนาคุณภาพด้านบริบท ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิตอยู่ระดับสูง ส่วนปัจจัยนำเข้าอยู่ระดับปานกลาง โดยภาพรวมมีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตามอยู่ระดับสูง (ตารางที่ 2) **ตารางที่ 2** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกเป็นรายด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตาม (n=213)

| การพัฒนา<br>คุณภาพ<br>โรงพยาบาล<br>ส่งเสริมสุขภาพ<br>ตำบลติดตาม | คะแนน                        |                              |                              |                              |                              | $\bar{X}$ | S.D  | ระดับ<br>การพัฒนา<br>คุณภาพ |
|---|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------|------|-----------------------------|
|   | คะแนน 1<br>จำนวน<br>(ร้อยละ) | คะแนน 2<br>จำนวน<br>(ร้อยละ) | คะแนน 3<br>จำนวน<br>(ร้อยละ) | คะแนน 4<br>จำนวน<br>(ร้อยละ) | คะแนน 5<br>จำนวน<br>(ร้อยละ) |           |      |                             |
| 1. ด้านบริบท  | 13 (6.1)                     | 33 (15.5)                    | 56 (26.3)                    | 53 (24.9)                    | 58 (27.2)                    | 4.04      | 0.29 | สูง                         |
| 2. ด้านปัจจัย<br>นำเข้า   | 40 (18.8)                    | 48 (22.5)                    | 44 (20.7)                    | 41 (19.2)                    | 40 (18.8)                    | 3.58      | 0.40 | ปาน<br>กลาง                 |
| 3. ด้าน<br>กระบวนการ  | 33 (15.5)                    | 46 (21.6)                    | 42 (19.7)                    | 43 (20.2)                    | 49 (23.0)                    | 3.74      | 0.57 | สูง                         |
| 4. ด้านผล<br>ผลิต   | 31 (14.6)                    | 43 (20.2)                    | 45 (21.1)                    | 46 (21.6)                    | 48 (22.5)                    | 3.76      | 0.25 | สูง                         |
| ภาพรวม  |                              |                              |                              |                              |                              | 3.78      | 0.37 | สูง                         |

กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศและการประชุมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลต่างกัน มีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตามแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยเพศหญิงมีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลสูงกว่าเพศชาย การประชุมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล พบว่า แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มที่เคยร่วมประชุมมีการ

พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลสูงกว่ากลุ่มไม่เคยร่วมประชุม (ตารางที่ 3)

**ตารางที่ 3** ความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตาม

| ปัจจัยส่วนบุคคล                           | จำนวน (คน) | ( $\bar{X}$ ) | S.D  | t-test | p-value |
|---|------------|---------------|------|--------|---------|
| เพศ                                       |            |               |      |        |         |
| ชาย                                       | 85         | 3.68          | 0.31 | 2.31   | 0.043*  |
| หญิง                                      | 128        | 3.79          | 0.29 |        |         |
| การประชุมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล |            |               |      |        |         |
| ไม่เคย                                    | 90         | 3.63          | 0.37 | 2.13   | 0.048*  |
| เคยร่วมประชุม                             | 123        | 3.78          | 0.24 |        |         |

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กลุ่มตัวอย่างที่อายุ สถานภาพสมรสและรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่างกัน พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตามแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงานและตำแหน่งการปฏิบัติงานพบว่ามีแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 4)

**ตารางที่ 4** ความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตาม

| ปัจจัยส่วนบุคคล           | จำนวน (คน) | ( $\bar{X}$ ) | S.D  | F - test | p-value |
|---------------------------|------------|---------------|------|----------|---------|
| อายุ                      |            |               |      |          |         |
| ≤40 ปี                    | 68         | 3.82          | 0.34 | 1.74     | 0.058   |
| 41-50 ปี                  | 101        | 3.71          | 0.29 |          |         |
| ≥51 ปี                    | 44         | 3.76          | 0.31 |          |         |
| สถานภาพสมรส               |            |               |      |          |         |
| โสด                       | 57         | 3.69          | 0.26 | 1.80     | 0.053   |
| คู่                       | 144        | 3.72          | 0.31 |          |         |
| หม้าย/<br>หย่า/<br>แยกกัน | 12         | 3.70          | 0.70 |          |         |

| ปัจจัยส่วนบุคคล        | จำนวน (คน) | ( $\bar{X}$ ) | S.D  | F - test | p-value |
|------------------------|------------|---------------|------|----------|---------|
| ระดับการศึกษา          |            |               |      | 2.81     | 0.034*  |
| อนุปริญญาหรือเทียบเท่า | 68         | 3.68          | 0.32 |          |         |
| ปริญญาตรี              | 134        | 3.82          | 0.31 |          |         |
| ปริญญาโท               | 11         | 3.71          | 0.28 |          |         |
| รายได้เฉลี่ยต่อเดือน   |            |               |      | 1.83     | 0.057   |
| <20,000 บาท            | 17         | 3.64          | 0.33 |          |         |
| 20,001-30,000 บาท      | 87         | 3.69          | 0.36 |          |         |
| ≥30,001บาท             | 109        | 3.70          | 0.30 |          |         |
| ระยะเวลาการปฏิบัติงาน  |            |               |      | 2.81     | 0.034*  |
| ≤10 ปี                 | 28         | 3.58          | 0.31 |          |         |
| 11-20 ปี               | 101        | 3.76          | 0.29 |          |         |
| ≥21 ปี                 | 84         | 3.74          | 0.26 |          |         |
| ตำแหน่งการปฏิบัติงาน   |            |               |      | 2.14     | 0.041*  |
| ผู้อำนวยการ รพ.สต.     | 37         | 3.80          | 0.23 |          |         |
| นักวิชาการสาธารณสุข    | 47         | 3.71          | 0.31 |          |         |
| พยาบาลวิชาชีพ          | 39         | 3.76          | 0.29 |          |         |
| จพ.สาธารณสุขและอื่นๆ   | 90         | 3.67          | 0.33 |          |         |

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กลุ่มตัวอย่างที่จบระดับการศึกษาต่างกัน มีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อยู่ 1 คู่ คือกลุ่มที่จบระดับปริญญาตรี มีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวสูงกว่า กลุ่มที่จบอนุปริญญาหรือเทียบเท่า (ตารางที่ 5)

**ตารางที่ 5** เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยระดับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวกับระดับการศึกษาที่ต่างกัน โดยวิธี LSD เป็นรายคู่

| ระดับการศึกษา          | คะแนนเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) | อนุปริญญาหรือเทียบเท่า | ปริญญาตรี    | ปริญญาโท     |
|------------------------|---------------------------|------------------------|--------------|--------------|
| อนุปริญญาหรือเทียบเท่า | 3.68                      | -                      | 0.14 (.042)* | 0.03 (.079)  |
| ปริญญาตรี              | 3.82                      |                        | -            | 0.11 (0.062) |
| ปริญญาโท               | 3.71                      |                        |              | -            |

หมายเหตุ ตัวเลขในวงเล็บ คือ p -value

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการปฏิบัติงานต่างกัน มีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อยู่ 2 คู่ คือ กลุ่มมีระยะเวลาการปฏิบัติงาน 11-20 ปี และ 21 ปีขึ้นไปมีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวสูงกว่ากลุ่มระยะเวลา

การปฏิบัติงาน 10 ปีลงมา (ตารางที่ 6)

**ตารางที่ 6** เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยระดับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวกับระยะเวลาการปฏิบัติงานที่ต่างกัน โดยวิธี LSD เป็นรายคู่

| ระยะเวลาการปฏิบัติงาน | คะแนนเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) | 10 ปีลงมา | 11-20 ปี | 21 ปีขึ้นไป  |
|-----------------------|---------------------------|-----------|----------|--------------|
| 10 ปีลงมา             | 3.58                      | -         | 0.18     | 0.16 (.043)* |
| 11-20 ปี              | 3.76                      |           | (.038)*  | 0.02 (.072)  |
| 21 ปีขึ้นไป           | 3.74                      |           |          | -            |

หมายเหตุ ตัวเลขในวงเล็บ คือ p -value

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กลุ่มตัวอย่างที่มีตำแหน่งการปฏิบัติงานต่างกัน มีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อยู่ 1 คู่ คือ ผู้อำนวยการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการพัฒนาคุณภาพ  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวสูงกว่า เจ้า  
พนักงานสาธารณสุขและอื่น ๆ (ตารางที่ 7)

**ตารางที่ 7** เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ย  
ระดับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ  
ตำบลติดดาวกับตำแหน่งการปฏิบัติงานที่ต่างกัน  
โดยวิธี LSD เป็นรายคู่

| ตำแหน่ง<br>การปฏิบัติ<br>งาน         | คะแนน<br>เฉลี่ย<br>( $\bar{X}$ ) | ผู้อำนวยการ<br>โรงพยาบาล | นักวิชาการ<br>สาธารณสุข | พยาบาล<br>วิชาชีพ | เจ้าพนักงาน<br>สาธารณสุข<br>และอื่นๆ |
|--------------------------------------|----------------------------------|--------------------------|-------------------------|-------------------|--------------------------------------|
|                                      | 3.80                             | 3.80                     | 3.71                    | 3.76              | 3.67                                 |
| ผู้อำนวยการ<br>โรงพยาบาล             | 3.80                             | -                        | 0.09                    | 0.04              | 0.13 (0.048)*                        |
| นักวิชาการ<br>สาธารณสุข              | 3.71                             |                          | -                       | 0.05              | 0.04                                 |
| พยาบาล<br>วิชาชีพ                    | 3.76                             |                          |                         | -                 | 0.09                                 |
| เจ้าพนักงาน<br>สาธารณสุข<br>และอื่นๆ | 3.67                             |                          |                         |                   | -                                    |

หมายเหตุ ตัวเลขในวงเล็บ คือ p-value

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่าง มีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล  
ส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวภาพรวมอยู่ระดับสูง  
ทั้งนี้ อาจจะเป็นเพราะว่าเมื่อบุคลากรสาธารณสุข  
ทุกคนในหน่วยงานได้รับนโยบายจากสำนักงาน  
สาธารณสุขจังหวัดและอำเภอ ดำเนินการพัฒนา  
คุณภาพโรงพยาบาลให้ผ่านเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาล  
ส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว จึงส่งผลให้แต่ละคน  
ต้องปรึกษาหารือ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ศึกษารูปแบบ  
และกิจกรรมต่าง ๆ ที่ต้องดำเนินการ มีผลให้การ  
พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  
ติดดาวภาพรวมอยู่ระดับสูง ซึ่งสอดคล้องผลการศึกษา

ของวันเพ็ญ ศิวารมย์ (2555: 65) และหทัยรัตน์  
คงสืบ และวิไลลักษณ์ เรื่องรัตนตรัย(2561: 53)  
พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล  
ส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวอยู่ระดับสูงแต่ไม่สอดคล้อง  
กับผลการศึกษาของจุฑามาศ นันทะเนตร และคณะ  
(2561: 67) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล  
ส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวในจังหวัดชลบุรี พบว่า  
กลุ่มตัวอย่างมีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล  
ส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวอยู่ระดับปานกลาง  
ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วน  
บุคคลกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล พบว่า กลุ่ม  
ตัวอย่างที่เพศต่างกันมีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล  
ส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวแตกต่างกัน อย่างมี  
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยเพศหญิงมี  
การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลสูงกว่าเพศชาย  
ทั้งนี้ น่าจะเป็นเพราะว่าบุคลากรสาธารณสุข  
ที่เป็นเพศหญิงมักจะให้ความสำคัญกับการกิจ  
ตระหนัก และชอบแสวงหาองค์ความรู้เกี่ยวกับการ  
พัฒนาคุณภาพงานและอื่น ๆ ค่อนข้างสูง ทั้ง ๆ ที่  
ปัจจุบันก็มีความรู้ที่หลากหลายแต่คิดว่าคงไม่เพียง  
พอต่อการพัฒนางานให้มีคุณภาพ ซึ่งสอดคล้อง  
การศึกษาของทิพย์สุนันท์ ศรีลาธรรม (2560: 69)  
และเพ็ญศรี หวานล้อม (2558: 70) พบว่า เพศมี  
ความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการของโรงพยาบาล  
ส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว อย่างมีนัยสำคัญทาง  
สถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษา  
ของฐิติวรดา อัครภานุวัฒน์ และคณะ (2555: 61)  
ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาระบบบริการ  
ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด  
แม่ฮ่องสอน พบว่า เพศไม่มีอิทธิพลต่อการพัฒนา  
ระบบบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ส่วนอายุพบว่าแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ อาจจะเป็นเพราะบุคลากรสาธารณสุขอายุต่างกันแต่มีความรู้ความเข้าใจและโอกาสรับรู้นวัตกรรมหรือสิ่งแปลกใหม่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสงครามชัย ลีทองดี และคณะ (2562: 59) และหทัยรัตน์ คงสืบ และวิไลลักษณ์ เรื่องรัตนตรัย (2561: 53) พบว่า กลุ่มตัวอย่างอายุต่างกันมีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของอุไรรัชต์ บุญแท้ (2562: 70) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวในอำเภอเมือง จังหวัดพังงา พบว่า อายุต่างกันมีการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สำหรับระดับการศึกษาที่ต่างกัน พบว่ามีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้ น่าจะเป็นเพราะว่าบุคลากรสาธารณสุขที่จบการศึกษาสูงกว่า ย่อมมีโอกาสแสวงหาความรู้และข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานจากแหล่งต่าง ๆ ได้มากกว่า และพิจารณาเลือกทำกิจกรรมหรือปฏิบัติตนในรูปแบบต่าง ๆ ที่เหมาะสมมากกว่า จึงตระหนักและให้ความสำคัญกับการพัฒนางานได้ดีกว่า ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของประเสริฐ ภูมิโคกรักษ์ (2555: 50) และหทัยรัตน์ คงสืบ และวิไลลักษณ์ เรื่องรัตนตรัย (2561: 53) พบว่า กลุ่มจบระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลสูงกว่ากลุ่มจบอนุปริญญาหรือเทียบเท่า แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ

ฐิติวรดา อัครภาณุวัฒน์ และคณะ (2555: 61) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาระบบบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดแม่ฮ่องสอน พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาระบบบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่างกันมีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ อาจจะเป็นเพราะปัจจุบันสถานะทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยหลักที่ส่งเสริมให้บุคลากรสาธารณสุขต้องดิ้นรนต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง บุคคลในครอบครัว การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่และภารกิจอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมายไม่แตกต่างกัน เช่น งานสำคัญที่เป็นนโยบายการจัดการสิ่งแวดล้อม การดูแลสุขภาพประชาชนและอื่น ๆ กล่าวคือ บุคลากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างดี มีรายได้สูงกว่าหรือต่ำกว่า แต่ยินดีให้บริการแก่ผู้อื่นและดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ที่เป็นของส่วนรวมไม่ต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสมพล ทองขาว (2560: 49) และสงครามชัย ลีทองดีและคณะ (2562: 59) พบว่า กลุ่มที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่างกันมีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของทิพย์สุคนธ์ ศรีลาธรรม (2560: 69) ศึกษาคุณภาพบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวในอำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ระยะเวลาการปฏิบัติงานที่ต่างกัน มีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบลติดดาวแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้ น่าจะเป็นเพราะว่าบุคลากรสาธารณสุขมีความตระหนัก ตั้งใจ โดยให้ความสำคัญกับการปฏิบัติงานเพราะมีประสบการณ์หลายปี สามารถจัดแบ่งเวลาเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของหน่วยงานได้มากกว่า ส่วนกลุ่มอื่นมักจะปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่หรืองานอื่นที่ได้รับมอบหมาย จึงขาดความตระหนักโดยให้ความสำคัญกับการพัฒนางานค่อนข้างน้อย แต่สนใจกับประเด็นที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของวันเพ็ญ ศิวารมย์ (2555: 65) และ จุฑามาศ นันทะเนตร และคณะ (2561: 67) พบว่า ระยะเวลาการปฏิบัติงานต่างกันมีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สมใจ หนูฤทธิ์ (2557: 60) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว จังหวัดพัทลุง พบว่า ระยะเวลาการปฏิบัติงานต่างกัน มีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มตัวอย่างที่ตำแหน่งการปฏิบัติงานต่างกัน มีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากบุคลากรสาธารณสุขที่เป็นผู้บริหาร จะมีบทบาทหรือมีช่วงเวลาเข้าร่วมกิจกรรมหรือพัฒนาคุณภาพงานในสำนักงานได้มากกว่า ส่วนบุคลากรตำแหน่งอื่น อาจจะมีการปฏิบัติงานที่ต้องทำหรือได้รับมอบหมายจากผู้บริหารให้ปฏิบัติ จึงมีส่วนร่วมต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลได้เป็นบางช่วงเวลา ซึ่งสอดคล้อง

กับผลการศึกษาของเปรมฤทัย ประวันเนา (2559: 58) และสงครามชัย ลีทองดี และคณะ (2562: 59) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีตำแหน่งในการปฏิบัติงานต่างกัน มีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของอนันต์ ดวงดี (2560: 43) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวอำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดภูเก็ต พบว่า ตำแหน่งการปฏิบัติงานต่างกัน มีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการร่วมประชุมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่ต่างกัน มีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้ น่าจะเป็นเพราะบุคลากรสาธารณสุขที่เข้าร่วมประชุมมีโอกาสรับรู้ มีความรู้ความเข้าใจ ทราบถึงแนวทางและกระบวนการพัฒนาที่เป็นรูปธรรมง่ายต่อการปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของเปรมฤทัย ประวันเนา (2559: 58) และสมใจ หนูฤทธิ์ (2557: 60) พบว่าการร่วมประชุมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลต่างกัน มีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของสมพล ทองขาว (2560: 49) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว จังหวัดชัยนาท พบว่า การร่วมประชุมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลต่างกัน มีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

## ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวด้านบริบท ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิตอยู่ระดับสูง ยกเว้น ด้านปัจจัยนำเข้าอยู่ระดับปานกลาง ดังนั้น ผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัดและอำเภอ ควรออกติดตาม เยี่ยมเยียนผู้ปฏิบัติงาน โดยให้แต่ละแห่งตระหนักในประเด็นดังกล่าว เพื่อยกระดับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลให้อยู่ระดับสูงเหมือนด้านอื่น ๆ

2. ควรศึกษาตัวแปรอื่น ๆ เพิ่มเติม เมื่อทราบผลสามารถนำไปเพื่อประกอบการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์บรรเจิด สุขพิพัฒพานนท์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตรัง ที่สนับสนุนการทำวิจัย ขอขอบคุณนายอนันต์ อัครสุวรรณกุล และนายรัชพล สัมฤทธิ์ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแบบสอบถาม (Content validity และขอขอบคุณบุคลากรสาธารณสุขทุกคนที่ให้ความร่วมมือด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

จุฑามาศ นันทะเนตร และคณะ. (2561). การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวตำบลบ้านสวน จังหวัดชลบุรี.

จิตติวรดา อัครภานุวัฒน์ และคณะ. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาระบบบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดแม่ฮ่องสอน.

ทิพย์สุคนธ์ ศรีลาธรรม. (2560). คุณภาพบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวในเขตอำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี.

เปรมฤทัย ประวันเนา. (2559). ความพึงพอใจของผู้รับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกุ้ง ตำบลเสือโก้ อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม.

ประเสริฐ ภูมิโคกรักษ์. (2555). ศักยภาพการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอลำปาง จังหวัดนครราชสีมา.

วันเพ็ญ ศิวารมย์. (2555). การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวอำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่.

เวคิน นพินิตย์. (2550). การประเมินผลโครงการ : หลักการ วิธีการประเมินผลงานและโครงการ. นนทบุรี:S.R. Printing Mass Products Co., Ltd.

สงครามชัย ลีทองดี และคณะ. (2562). การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด.

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2562). รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ 2562. สืบค้นเมื่อ 17 มิถุนายน 2563 จาก [http://bps.moph.go.th/new\\_bps/node/447](http://bps.moph.go.th/new_bps/node/447).



- สำนักงานสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ. (2562). คู่มือการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2562. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ 17 มิถุนายน 2563 จาก [http://cro.moph.go.th/cppho/download/969\\_26122018.pdf](http://cro.moph.go.th/cppho/download/969_26122018.pdf)
- สำนักงานจังหวัดตรัง. (2563). ลักษณะข้อมูลทั่วไป และสรุปผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2562 ในเอกสารประกอบการอบรมบุคลากรส่วนท้องถิ่นในองค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดตรัง ปี 2563.
- สมใจ หนูฤทธิ์. (2557). ประสิทธิภาพการบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กรณีศึกษาในจังหวัดพัทลุง.
- สมพล ทองขาว. (2560). การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในอำเภอเนินขามจังหวัดชัยนาท.
- หทัยรัตน์ คงสืบ และวิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย. (2561). ผลการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวอำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช.
- อุไรรัชต์ บุญแท้. (2562). การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว อำเภอเมือง จังหวัดพังงา.
- อนันต์ ดวงดี. (2560). การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวในอำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดภูเก็ต.
- Best, John W. (1977). research in education. 3<sup>rd</sup> ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Yamane, Taro. (1973). Statistics : Introductory Analysis. 3<sup>rd</sup> ed. New York: Harper and Row Publication.

# ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์ สำหรับพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดู เด็กวัยแรกเกิด - 5 ปี

## Effects of an emotional engagement program for the parents or caregivers of newborns to 5 years old

เสาวลักษณ์ ดวงสุวรรณ

Souwalux Duangsuwan

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์ สำหรับพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กวัยแรกเกิด - 5 ปี กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กวัยแรกเกิด - 5 ปีที่มีพัฒนาการสมวัยจากการประเมินด้วย Denver II ที่คลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย จำนวนทั้งหมด 32 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 21 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 12 คน ประเมินคะแนนความผูกพันทางอารมณ์เด็กแรกเกิด - เด็กอายุ 5 ปี สำหรับผู้ดูแลฉบับภาษาไทย ก่อนและหลังจบโปรแกรม 2 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงวิเคราะห์ Repeated measure ANOVA

ผลการประเมินโปรแกรมซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมสร้างความผูกพันทางอารมณ์ 5 กิจกรรม ผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 8-12 คน ครั้งละ 90 นาที 1 ครั้งต่อสัปดาห์ รวม 5 สัปดาห์ พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 40.84 เป็น 41.61 และ 44.91 เมื่อจบ 2 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ ตามลำดับ ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังจบโปรแกรม 12 สัปดาห์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P$ -value  $< 0.04$ ) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังจบโปรแกรม 2 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ มีคะแนนเพิ่มขึ้นจาก 42.81 เป็น 43.33 และ 54.09 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มควบคุม คะแนนเพิ่มขึ้นจาก 34.92 เป็น 38.58 แต่ลดลงเหลือ 28.83 เมื่อจบโปรแกรม 12 สัปดาห์ คะแนนเฉลี่ยทั้งสองกลุ่มมีแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P$ -value  $> 0.5$ )

สรุปผลโปรแกรมเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์ สำหรับพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กวัยแรกเกิด - 5 ปี ครั้งนี้ เป็นโปรแกรมที่มีผลดีเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์ สำหรับพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กแรกเกิด - 5 ปี การเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์สำหรับพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กเป็นพื้นฐานสำคัญที่สุดในการเลี้ยงดูเด็ก

**คำสำคัญ :** พ่อแม่, ผู้เลี้ยงดูเด็ก, เด็กวัยแรกเกิด, เด็ก, ความผูกพันทางอารมณ์,

## Abstract

The objective of this research was to investigate the effectiveness of emotional engagement program for the parents or caregivers of newborns to 5-year-old children who had development with age by using Denver II assessment tool in the good child health clinic of Chianyai hospital, Nakhon Si Thammarat Province. A total of 32 voluntary participants were divided into 2 groups as an experimental group of 21 participants and a control group of 12 participants. The assessment of Thai version emotional attachment score of the newborns to 5-year-old children for the caregivers was conducted before and after the program within 2 weeks and 12 weeks, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and analytical statistics of repeated measure ANOVA.

Findings of assessing the program consisting of the 5 emotional engagement activities through a participatory learning process of 8-12 participants, 1 time per week for 90 minutes, for a total of 5 weeks, the mean score increased from 40.84 to 41.61 and 44.91 at end of 2 weeks and 12 weeks, respectively. The mean scores between prior to and after the program of 2 weeks posted a statistically significant difference ( $P$  value = 0.04). Comparison between groups, the mean scores of experimental group was increased from 42.81 to 43.33 and 54.09 at the end of 2 weeks whereas the mean scores of the control group was increased from 34.92 to 38.58 at the end of 2 weeks but was decreased to 28.83 at the end of 12 weeks. After completion of the 12-week program in both the experimental and control groups, there was no statistically significant difference in scores between two groups ( $P$ -value > 0.5).

In conclusion, the emotional engagement program for the parents or caregivers of newborns – 5-year-old children is an effective program that can be used to strengthen emotional attachment. For a parent or guardian of a newborn to 5-year-old, fostering an emotional bond for the parent or guardian of the child is the most important basis in raising a child.

**Keywords :** Parents, Caregivers, Newborns, Child, Emotional engagement

## บทนำ

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) มีเป้าหมาย การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ให้คนไทยทุกคน มีคุณภาพเพิ่มขึ้นทั้งร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2559) ประกอบกับรัฐบาลก็ได้ให้ความสำคัญ ในการพัฒนาเด็ก และเยาวชน ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงให้ความสำคัญกับการพัฒนาเด็ก ตามกลุ่มวัย ตั้งแต่เด็กปฐมวัย วัยเรียน และวัยรุ่น โดยมีจุดมุ่งหมายให้เด็กปฐมวัยได้รับการส่งเสริม พัฒนาการให้มีพัฒนาการสมวัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 รวมทั้งการส่งเสริมไอคิวและอีคิวเพื่อให้เด็ก มีความฉลาดทั้งทางสติปัญญาเฉลี่ยไม่น้อยกว่า 100 และ มีความฉลาดทางอารมณ์ไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 (สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ, 2554)

การสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยของ เด็กไทย โดยกรมอนามัยด้วยแบบคัดกรอง Denver II ในปี พ.ศ.2553 พบว่า ร้อยละ 70.3 ของ เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการรวมปกติและมีเด็กที่สงสัย พัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 29.7 (อภิชัย มงคล และ คณะ, 2555) ส่วนผลการสำรวจระดับสติปัญญาและ ระดับความฉลาดทางอารมณ์ในเด็กไทยอายุ 6-15 ปี ของกรมสุขภาพจิต พ.ศ.2559 พบว่า ระดับสติปัญญา เฉลี่ยของเด็กไทยทั่วประเทศเท่ากับ 98.23 ซึ่งต่ำกว่า ค่ากลางมาตรฐานสากลปัจจุบันที่มีค่าเท่ากับ 100 และมีคะแนนความฉลาดทางอารมณ์เฉลี่ยเท่ากับ 45.1 จัดอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (สถาบัน ราชานุกูล, 2557) ในปี พ.ศ.2557 กระทรวงสาธารณสุข ได้สำรวจระดับสติปัญญา และ ความฉลาดทาง

อารมณ์ของเด็กไทยวัยประถมศึกษาปีที่ 1 พ.ศ.2557 ทุกภาคทั่วประเทศ พบระดับสติปัญญาเฉลี่ยอยู่ที่ 93.1 ลดลงจากปี พ.ศ.2554 ที่เท่ากับ 94 (สถาบัน ราชานุกูล, 2557)

การเลี้ยงดูมีส่วนสำคัญที่ส่งผลต่อการสร้างความผูกพันทางอารมณ์ (Attachment) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการ ระดับสติปัญญา และ ความฉลาดทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกระหว่างเด็กกับพ่อแม่/ผู้ดูแลหลักในการตอบสนองต่อความต้องการของเด็ก และ สื่อสารความรู้สึกถึงกัน เมื่อทารกได้รับความใส่ใจ และปกป้องดูแลจากพ่อแม่/ผู้ดูแลหลัก จะทำให้ทารก สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปลอดภัย และคุณภาพ ของสัมพันธภาพระหว่างทารกกับพ่อแม่/ผู้ดูแลหลัก มีอิทธิพลต่อการสร้างรูปแบบพฤติกรรมที่เป็น คุณลักษณะของเด็กในช่วง เด็กอายุ 0 - 3 ปี แม้ว่า เด็กจะมีพัฒนาการอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่ถ้าพ่อแม่/ ผู้ดูแลหลัก มีปัญหาการสร้าง ความผูกพันกับเด็ก (insecure attachment relationship) จะส่งผลให้เด็ก มีปัญหาแยกตัว ก้าวร้าวและสมาธิไม่ดี นอกจากนี้ความผูกพันทางอารมณ์ที่มั่นคง (secure attachment) มีความสัมพันธ์กับระดับสติปัญญา การปรับตัวที่ดีและผลการเรียนที่ดีของเด็ก ทำให้เด็ก มีมุมมองบวกต่อตนเองและพบปัญหาทางอารมณ์ และพฤติกรรมน้อยกว่าเด็กที่มีความผูกพันทาง อารมณ์ที่ไม่มั่นคงกับพ่อแม่/ผู้ดูแลหลัก (DeVito & Hopkins, 2001) ปัจจัยสำคัญในการสร้างความผูกพัน ทางอารมณ์คือการรับรู้และแปลสัญญาณที่เด็กแสดง ออกมาได้อย่างถูกต้องและมีการตอบสนองอย่าง เหมาะสมและเพียงพอ (Bakermans-Kranenburg MJ, 2008)

สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิตร่วมกับกรมอนามัย นำทฤษฎีความผูกพันทางอารมณ์และการเลี้ยงดูเชิงบวก มาประกอบกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ แรกเกิด - 5 ปี โดยประยุกต์จากกิจกรรมการกิน การกอด การเล่น และการเล่า โดยใช้ชื่อ 2ก 2ล (กิน กอด เล่น เล่า) ที่เป็นต้นทุนเดิม มุ่งเน้นการพัฒนาความผูกพันทางอารมณ์ที่มั่นคง ระหว่างพ่อแม่/ผู้ดูแลและบุตรหลาน (วนิดา ชนินทุยทรวงศ์, สุขจริง ว่องเดชากุล., 2552)

ความผูกพันทางอารมณ์ (attachment) ระหว่างผู้ดูแลและเด็กเป็นสิ่งสำคัญต่อพัฒนาการของเด็ก โดยพบว่าระดับสติปัญญาและความสามารถในการอยู่ในสังคมมีความสัมพันธ์กับความผูกพันทางอารมณ์ที่มั่นคง (secure attachment) ระหว่างมารดา与孩子 (Ainsworth et al, 2015) นอกจากนี้ยังพบว่า เด็กทารกที่มีปัญหาการนอน การกิน มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว อารมณ์หงุดหงิด สัมพันธ์กับมารดาที่มีระดับ sensitivity ต่อท่าทางของทารกต่ำ มีระดับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับน้อย และยังพบอีกว่า อารมณ์ผูกพันที่ไม่มั่นคง (insecure attachment) ระหว่างเด็กและผู้เลี้ยงดู มักเกิดในเด็กที่ถูกทอดทิ้ง ทารุณกรรม ทารกต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล มารดาดื่มสุรา ผู้ดูแลมีความเครียด สภาพแวดล้อมที่บ้านไม่เหมาะสม รวมถึงการที่มารดาเคยมีความผูกพันทางอารมณ์กับมารดาของตนเองที่ไม่ดีมาก่อน และในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมาประเทศไทยมีการดำเนินงานด้านการส่งเสริมพัฒนาการในเด็กวัยแรกเกิด - 5 ปีมาโดยตลอด รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการส่วนใหญ่เน้นการให้ผู้ปกครองมีความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการ และมีความรู้ในการเลี้ยงดูบุตรทั่วไป

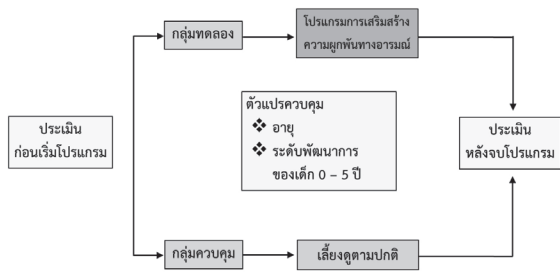
ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการส่งเสริมพัฒนาการและเตรียมความพร้อมของเด็กในช่วงปฐมวัยผ่านการเลี้ยงดูที่มีคุณภาพ เป้าหมายของการเลี้ยงดูที่มีคุณภาพคือการที่เด็กมีความผูกพันทางอารมณ์กับผู้เลี้ยงดูที่มั่นคง ซึ่งจะส่งผลต่อเนื่องไปยังพัฒนาการที่ดีเต็มศักยภาพในทุก ๆ ด้าน รวมถึงการมีไอคิวและอีคิวที่ดีเมื่อเด็กเติบโตขึ้น ดังนั้นจึงศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์สำหรับพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กวัยแรกเกิด - เด็กอายุ 5 ปี ครั้งนี้ขึ้นเพื่อนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในการเลี้ยงดูเด็กให้มีคุณภาพ เชื่อมโยงกิจกรรมการเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์เข้ากับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันเด็กปฐมวัย และสามารถบูรณาการเข้ากับงานปกติของเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์ สำหรับพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กวัยแรกเกิด - 5 ปี

### กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์ ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการเลี้ยงดูปกติ และทำการประเมินก่อนเริ่มและหลังจบโปรแกรม ภายใต้สมมติฐานกลุ่มทดลองจะมีคะแนนความผูกพันทางอารมณ์ดีกว่ากลุ่มควบคุม (ภาพที่ 1)



**ภาพที่ 1** กรอบแนวคิดการวิจัย

**ระเบียบวิธีวิจัย**

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้  $G*Power3.1.92$  กำหนด Power 95% error 0.05 effect size 0.2 ได้จำนวน 24 คน เพื่อกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่อาจปฏิเสธร้อยละ 30 จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 33 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 17 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 16 คน เลือกสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจากประชากรซึ่งเป็นพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กวัยแรกเกิด - เด็กอายุ 5 ปีที่มีพัฒนาการสมวัยจากการประเมินด้วย Denver II ที่คลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดนครศรีธรรมราช และสมัครใจเข้าร่วมวิจัย ทำการแบ่งกลุ่มตัวอย่างโดยการจับฉลากแต่มีกลุ่มตัวอย่างขอสมัครเป็นกลุ่มทดลองสนใจเรียนรู้โปรแกรม จึงได้กลุ่มทดลองจำนวน 21 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 12 คน

**โปรแกรมการเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์**

กลุ่มทดลองจะได้รับความรู้โปรแกรมเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์สำหรับพ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็ก 0 - 5 ปี ที่พัฒนาโดยสถาบันราชานุกูล

กรมสุขภาพจิต ซึ่งแผนการจัดกิจกรรม ประกอบด้วย 5 แผนกิจกรรม คือ 1) แผนการจัดกิจกรรม ใจถึงใจ สายใยผูกพัน 2) แผนการจัดกิจกรรม กอดหอมให้สัมผัสรัก 3) แผนการจัดกิจกรรม กินอิมท้องอบอุ่นใจ 4) แผนการจัดกิจกรรม เล่นเสริมสายใจรัก 5) กิจกรรมพุ่มพุกเล่า เคล้านิทาน นักวิจัยจัดกิจกรรมตามโปรแกรม สัปดาห์ครั้งละ 1 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที รวม 5 สัปดาห์ ซึ่งดำเนินกิจกรรมโดยบุคลากรสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมการใช้โปรแกรมและทดลองทำกิจกรรมรวม 14 ชั่วโมงและฝึกทักษะในการสร้างความผูกพันทางอารมณ์ ในขณะที่กลุ่มควบคุมให้เลี้ยงดูตามปกติ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะต้องไม่มารับบริการพร้อมกัน และไม่เห็นกิจกรรมที่อีกกลุ่มทำ ทั้ง 2 กลุ่มได้รับการประเมินความรู้ความเข้าใจและประเมินความผูกพันทางอารมณ์ระหว่างเด็กและผู้เลี้ยงดู ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมและเมื่อจบโปรแกรม 2 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ ด้วยแบบประเมินความผูกพันทางอารมณ์ระหว่างผู้เลี้ยงดูและเด็ก ฉบับภาษาไทย

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามความรู้ความเข้าใจและแบบประเมินความผูกพันทางอารมณ์ระหว่างเด็กและผู้เลี้ยงดู ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ในโปรแกรม และเมื่อจบโปรแกรม 2 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

วิเคราะห์ข้อมูลแบบ Intention-to-treat analysis เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความผูกพันทางอารมณ์ด้วยสถิติ Repeated measure ANOVA

นำคะแนนความผูกพันทางอารมณ์ระหว่างเด็กและผู้เลี้ยงดูของกลุ่มตัวอย่าง มาคำนวณหาค่าความต่างก่อนและหลังเข้าโปรแกรม (Effect size) และนำมาเปรียบเทียบกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

### จริยธรรม

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่ 31/2563

### ผลการวิจัย

**ตารางที่ 1** ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (N = 33)

| ปัจจัยส่วนบุคคล              | กลุ่มทดลอง (n=21) |        | กลุ่มควบคุม (n=12) |        |
|------------------------------|-------------------|--------|--------------------|--------|
|                              | n                 | ร้อยละ | n                  | ร้อยละ |
| เพศผู้ปกครอง                 |                   |        |                    |        |
| ชาย                          | 0                 | 0      | 1                  | 8.33   |
| หญิง                         | 21                | 100    | 11                 | 91.67  |
| อายุผู้ปกครอง (ปี)           |                   |        |                    |        |
| ≤ 20 ปี                      | 2                 | 9.52   | 1                  | 8.33   |
| ≥ 21 ปี                      | 19                | 90.48  | 11                 | 91.67  |
| ความสัมพันธ์กับเด็ก          |                   |        |                    |        |
| พ่อ/แม่                      | 17                | 80.95  | 9                  | 75     |
| ญาติ                         | 4                 | 19.05  | 3                  | 25.00  |
| ระดับการศึกษา                |                   |        |                    |        |
| ประถมศึกษา/มัธยมศึกษาตอนต้น  | 6                 | 28.57  | 4                  | 33.33  |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.ขึ้นไป | 15                | 71.43  | 8                  | 66.67  |
| สถานภาพ                      |                   |        |                    |        |
| อยู่ด้วยกัน (สมรส/ไม่สมรส)   | 21                | 100    | 11                 | 91.67  |
| หย่า/แยก                     | 0                 | 0      | 1                  | 8.33   |
| อาชีพ                        |                   |        |                    |        |
| ไม่ทำงาน                     | 5                 | 23.81  | 3                  | 25.00  |
| ทำงาน                        | 16                | 76.19  | 9                  | 75.00  |

| ปัจจัยส่วนบุคคล | กลุ่มทดลอง (n=21) |        | กลุ่มควบคุม (n=12) |        |
|-----------------|-------------------|--------|--------------------|--------|
|                 | n                 | ร้อยละ | n                  | ร้อยละ |
| รายได้ (บาท)    |                   |        |                    |        |
| ≤ 10,000        | 18                | 85.71  | 5                  | 41.67  |
| ≥ 10,001        | 3                 | 14.29  | 7                  | 58.33  |
| จำนวนลูก (คน)   |                   |        |                    |        |
| ≤ 2             | 5                 | 23.81  | 0                  | 0      |
| ≥ 3             | 16                | 76.19  | 12                 | 100    |

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวนทั้งหมด 33 คน กลุ่มทดลองจำนวน 21 คน พบว่า ร้อยละ 100 เป็นผู้หญิง ร้อยละ 90.48 มีอายุมากกว่า 21 ปี ร้อยละ 80.95 มีพ่อแม่เป็นผู้เลี้ยงดูหลัก ร้อยละ 71.43 มีระดับการศึกษาระดับมัธยมปลาย/ปวช.ขึ้นไป ร้อยละ 100 พ่อแม่อยู่ด้วยกัน เป็นครอบครัวที่สมบูรณ์ ร้อยละ 76.19 ผู้เลี้ยงดูหลักเป็นบุคคลที่ทำงาน ร้อยละ 85.71 มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท และ ร้อยละ 76.19 มีลูก 3 ขึ้นไป ในส่วนกลุ่มควบคุมจำนวน 12 คน พบว่า ร้อยละ 91.67 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.67 มีอายุ 21 ปีขึ้นไป ร้อยละ 75 เป็นพ่อแม่ของเด็ก ร้อยละ 66.67 มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.ขึ้นไป ร้อยละ 91.67 พ่อแม่อยู่ด้วยกัน มีครอบครัวสมบูรณ์ ร้อยละ 75.00 เป็นคนทำงาน ร้อยละ 58.33 มีรายได้มากกว่า 10,000 บาท และร้อยละ 100 มีลูก 3 ขึ้นไป (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 2** คะแนนเฉลี่ยระดับความผูกพันทางอารมณ์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N=33)

| กลุ่ม  | รวม          | ค่าเฉลี่ย (Mean) |                 | F (P-value)  |               |                   |
|--------|--------------|------------------|-----------------|--------------|---------------|-------------------|
|        |              | ก่อนทดลอง        | หลัง 12 สัปดาห์ | กลุ่ม        | เวลา          | กลุ่ม*เวลา        |
| ทดลอง  | 46.75 (3.26) | 42.81(5.23)      | 43.33 (3.95)    | 54.09 (4.18) | 122.95 (0.00) | 1.312 34.25 (.00) |
| ควบคุม | 34.94 (2.24) | 34.92 (5.29)     | 38.58 (5.94)    | 28.83 (3.53) |               |                   |

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลคะแนนรวมความผูกพันทางอารมณ์สำหรับผู้เลี้ยงดูในกลุ่มทดลอง ตั้งแต่ระยะแรกก่อนเริ่ม

โปรแกรมจนสิ้นสุดโปรแกรม พบว่า คะแนนความผูกพันทางอารมณ์ระหว่างกลุ่มทดลอง (42.81) และกลุ่มควบคุม (34.92) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 122.95 (P-value = 0.00) เมื่อพิจารณาเฉพาะในกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความผูกพันทางอารมณ์ ระยะก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 42.81 เมื่อจบโปรแกรม 2 สัปดาห์ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 43.33 และระยะหลังเข้าโปรแกรมครบ 12 สัปดาห์ ค่าคะแนนเฉลี่ยปรับเพิ่มขึ้นเป็น 54.09 ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าคะแนนระยะก่อนการทดลอง 34.92 และเพิ่มขึ้นเป็น 38.58 ในระยะหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ และลดลงเหลือ 28.83 เมื่อระยะหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.05) ทั้ง 3 คู่เวลา (0, 2 สัปดาห์) (2, 12 สัปดาห์) และ (0, 12 สัปดาห์) (ตารางที่ 2)

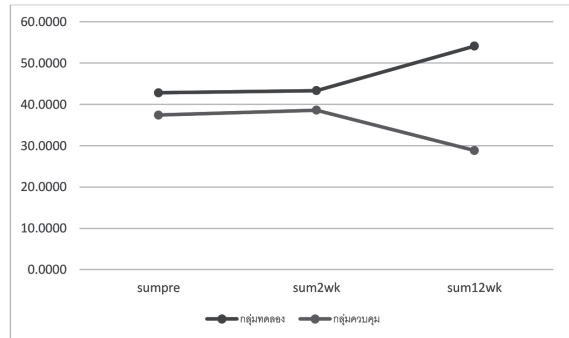
**ตารางที่ 3** คะแนนเฉลี่ยความผูกพันทางอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าโปรแกรม หลังจบโปรแกรม 2 สัปดาห์และหลังจบโปรแกรม 12 สัปดาห์

| คู่สัปดาห์        | ค่าคะแนนเฉลี่ยความผูกพันทางอารมณ์ | Mean Difference | P-value | 95% CI for Difference |
|-------------------|-----------------------------------|-----------------|---------|-----------------------|
| คู่ 0, 2 สัปดาห์  | 40.84                             | 41.61           | 0.75    | 0.99 - 2.51           |
| คู่ 0, 12 สัปดาห์ | 40.84                             | 44.91           | 4.06    | 0.05 - 8.07           |
| คู่ 2, 12 สัปดาห์ | 41.61                             | 44.91           | 3.30    | 0.86 - 7.47           |

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อนำคะแนนความผูกพันทางอารมณ์มาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มร่วมกับหาความสัมพันธ์กับระยะเวลา โดยทำการประเมินความผูกพันทางอารมณ์ซ้ำ 2 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยรวมความผูกพันทางอารมณ์ ทั้ง 2 กลุ่ม และระยะเวลาที่ประเมินมีความแตกต่างกันอย่างไม่มี

นัยสำคัญทางสถิติ ในคู่ที่ 0, 2 สัปดาห์ และ คู่ที่ 2, 12 สัปดาห์ ส่วนคู่ที่ 0, 12 สัปดาห์ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.04) โดยพบว่า เมื่อเวลาผ่านไปและได้เข้าร่วมกิจกรรมครบตามโปรแกรม ค่าคะแนนเฉลี่ยความผูกพันทางอารมณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)



**ภาพที่ 2** คะแนนเฉลี่ยความผูกพันทางอารมณ์

เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยความผูกพันทางอารมณ์มาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มร่วมกับหาความสัมพันธ์กับระยะเวลา ทำการประเมินความผูกพันทางอารมณ์ซ้ำเมื่อจบ 2 สัปดาห์และ 12 สัปดาห์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความผูกพันทางอารมณ์ของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง และเมื่อเข้าร่วมโปรแกรม ครบ 2 สัปดาห์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยมีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อเวลาผ่านไปครบ 12 สัปดาห์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณาแนวโน้มการเพิ่มขึ้นและลดลงของคะแนนเฉลี่ยช่วง 2 สัปดาห์แรกพบว่า มีลักษณะการเพิ่มขึ้นที่คล้ายกัน ทั้ง 2 กลุ่ม แต่เมื่อประเมินซ้ำเมื่อเข้าร่วมโปรแกรมครบ 12 สัปดาห์พบว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ คะแนนของกลุ่มควบคุมกลับลดลง ดังภาพที่ 2



## อภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความผูกพันทางอารมณ์ของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม สามารถอนุมานได้ว่าหลังการเข้าร่วมกิจกรรม พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กสามารถนำความรู้และประสบการณ์ไปปรับใช้ในการเลี้ยงดูลูกหลานที่บ้าน อีกทั้งคะแนนเฉลี่ยของความผูกพันทางอารมณ์ในกลุ่มทดลองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง หลังจากสิ้นสุดโปรแกรม 12 สัปดาห์ ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยความผูกพันทางอารมณ์ของกลุ่มควบคุมลดลงเมื่อจบโปรแกรม 12 สัปดาห์ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมที่ศึกษาวิจัยในกลุ่มทดลองครั้งนี้ ต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรหลาน การเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องส่งผลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรหลาน ในขณะที่การเลี้ยงดูเด็กแบบดั้งเดิมในกลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นการเลี้ยงดูตามธรรมชาติไม่มีกิจกรรมต่อเนื่องเหมือนกลุ่มทดลองได้รับ จึงอนุมานได้ว่าการเลี้ยงดูเด็กแบบดั้งเดิมการไม่ได้มีประสิทธิผลต่อการเปลี่ยนแปลงคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาของ Van Zeijl และคณะ (Zeijl, 2006) ซึ่งพบว่า โปรแกรม Video-Feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitivity Discipline (MIPP-SD) มีประสิทธิผลต่อการส่งเสริมทัศนคติพ่อแม่ในด้านความไว และส่งเสริมปฏิสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างบิดามารดาและบุตรซึ่งเป็นกลุ่มทดลองและผลการเปลี่ยนแปลงมีความต่อเนื่องยาวนานกว่ากลุ่มควบคุม ในขณะที่ผลการศึกษา Meta-analysis ของโปรแกรมส่งเสริมความผูกพันทางอารมณ์ ในปี 2008 พบว่าโปรแกรมที่ทำในชุมชนแบบระยะสั้นจำนวนน้อยครั้ง จะได้

รับความร่วมมือมากกว่าโปรแกรมระยะยาว (Bakermans-Kranenburg & IJzendoon & Juffer, 2003) และเป็นโปรแกรมที่เน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูและการจัดการพฤติกรรมของเด็ก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอัมรา อารงทรัพย์, ผุสดี กุลสุวรรณ, และรัตนา สิริสาร, 2561 ซึ่งพบว่า กลุ่มทดลองมีความผูกพันทางอารมณ์สูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งชี้ให้เห็นว่าผู้เกี่ยวข้องควรนำกิจกรรมกิน กอด เล่น เล่า ไปดำเนินการเพื่อสร้างความผูกพันทางอารมณ์ ในกลุ่มพ่อแม่/ผู้เลี้ยงดูเด็ก 0-5 ปี การส่งเสริมความผูกพันทางอารมณ์ระหว่างเด็กและพ่อแม่/ผู้เลี้ยงดูหลัก การให้เวลากับลูกมาก ย่อมทำให้เขาได้รับความรักความอบอุ่น และมีพัฒนาการที่เหมาะสมตามวัย สอดคล้องกับ ดุลยา จิตตะยโสธร, 2552 ซึ่งได้ศึกษารูปแบบการอบรมเลี้ยงดูตามแนวคิดของ Diana Baumrind Diana Baumrind's Parenting Styles โดยได้อธิบายพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กจากการประมวลผลงานวิจัยทั้งภายในและนอกประเทศ ว่ารูปแบบการเลี้ยงดูที่มีประสิทธิภาพสามารถหล่อหลอมให้เด็กและเยาวชนเป็นผู้มีความสามารถในการปรับตัว มีพฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสม มีความสามารถในการกำกับตนเอง และมีความฉลาดทางอารมณ์ ผลการวิจัยการเล่นกับเด็กและการเล่านิทานสรุปได้ว่ามีผลต่อพัฒนาการของเด็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีส่วนช่วยทำให้เกิดภาพของการสร้างความผูกพันทางอารมณ์ของพ่อแม่/ผู้ดูแลหลักที่มีต่อเด็ก หากมีการเล่นกับลูกอย่างเหมาะสมจัดของเล่นตามพัฒนาการเด็กในแต่ละช่วงวัยเหมาะสม เด็กก็จะสามารถพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์และสติปัญญาได้ดี (เยาวรัตน์ รัตนันต์, 2557) สอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา จักรแก้ว

และจันทร์หา แซ่ลิว, 2556 ได้ทำการศึกษาสภาพปัจจุบันและปัญหาเกี่ยวกับการเล่น และของเล่นพื้นบ้านล้านนา เพื่อประยุกต์และพัฒนาของเล่นเด็กพื้นบ้านล้านนาให้เหมาะสมกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย ซึ่งพบว่าเด็กชอบเล่นประดิษฐ์สิ่งต่าง ๆ อยู่ตลอดเวลาตามที่เคยเห็นผู้ใหญ่ทำ ปัจจุบันเด็กจะเล่นของเล่นที่เป็นของสำเร็จรูปแล้วเป็นส่วนใหญ่ ส่วนมากเด็กจะเล่นกับสิ่งต่าง ๆ ที่มีอยู่ตามธรรมชาติ และกระบวนการประยุกต์และพัฒนาของเล่นพื้นบ้านล้านนาเพื่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยการเล่นส่วนใหญ่ของเด็กล้านนามีการเล่นและของเล่นหลายอย่างที่สะท้อนถึงการเล่นที่ใช้จินตนาการมีความสอดคล้องกับการพัฒนาความฉลาดด้านต่าง ๆ เช่น ความฉลาดที่เกิดจากการเล่นเกิดความเชื่อว่าการเล่นสามารถพัฒนาความฉลาดของเด็กได้หลายด้านทั้งพัฒนาการทางด้านร่างกาย พัฒนาการทางด้านอารมณ์ ความเฉลียวฉลาด ความคิดสร้างสรรค์และพัฒนาการทางด้านสังคม การละเล่นและของเล่นของเด็กล้านนาที่สามารถประยุกต์ กับทฤษฎีความสัมพันธ์ของการ์ดเนอร์คือปัญญาด้านภาษา เป็นความสามารถในการใช้ภาษาอย่างถูกต้องตามหลักไวยากรณ์มีการสื่อสารที่เชื่อมโยงกับภาษาไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปัญญาด้านตรรกศาสตร์และคณิตศาสตร์ เช่น การจัดลำดับผู้เล่นเกมด้วยวิธีการต่าง ๆ จะช่วยส่งเสริมให้เด็กได้เข้าใจในการเรียงลำดับความสำคัญ อุปกรณ์การเล่นล้านนาหลาย ๆ อย่างทำให้เด็ก ๆ ได้เรียนรู้เรื่องของรูปร่างและรูปทรง ทั้งสองมิติและสามมิติได้เป็นอย่างดี เช่น เต่ากะลาซึ่งมีรูปร่างครึ่งวงกลม ปัญญาด้านมิติสัมพันธ์ สามารถที่จะเข้าใจได้อย่างชัดเจนและถูกต้อง สามารถที่จะนำข้อมูลด้านมิติให้ออกมาเป็นภาพได้ มีความเฉียบแหลมในการดึง

ภาพออกจากความคิดมาสร้างเป็นงานศิลปะซึ่งการเล่นพื้นบ้านและของเล่นพื้นบ้านล้านนาที่ส่งเสริมปัญญาด้านมิติสัมพันธ์และปัญญา ด้านร่างกาย และการเคลื่อนไหวการเล่นและของเล่นพื้นบ้านล้านนา สามารถส่งเสริมปัญญาด้านร่างกายและการเคลื่อนไหว

การเล่นนิทานเป็นกิจกรรมที่ทำให้เกิดความผูกพันทางอารมณ์ของเด็กวัยแรก - 5 ปี มาก เพราะการเล่นนิทานเป็นการกระตุ้นพัฒนาการทางสมองที่ดีที่สุด เด็กจะเกิดทักษะในหลายด้าน มีการสร้างจินตนาการ และสามารถเรียนรู้ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งต่าง ๆ กับตนเอง การรับรู้ รู้จักสังเกต จดจำ วิเคราะห์ การรู้จัก รู้เหตุผล และสามารถในการแก้ปัญหาได้ ตลอดจนมีพัฒนาการความฉลาดทางอารมณ์ที่ดี สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์, 2546 กล่าวว่า การเลี้ยงลูกมีส่วนสำคัญมากในการสร้างไอคิวเด็กถึงร้อยละ 70 ขณะนี้กระทรวงสาธารณสุขได้สนับสนุนให้พ่อแม่เล่นนิทานให้ลูกฟังตั้งแต่ทารกตลอดจนสนับสนุนให้พี่เลี้ยงศูนย์เด็กเล็กทั่วประเทศ 17,000 แห่ง เล่นนิทานให้เด็กฟัง เพื่อสร้างไอคิวเด็กไทย ในขณะที่ผลการวิจัยในต่างประเทศซึ่งเก็บข้อมูลเด็ก จำนวน 450 คน ต่อเนื่องนานถึง 40 ปี พบว่าไอคิวมีความสัมพันธ์เพียงเล็กน้อยกับความสามารถในการทำงานได้ดี ปัจจัยที่สามารถทำนายถึงความสำเร็จด้านต่าง ๆ ของชีวิตได้ดีกว่ากลับเป็นความสามารถด้านต่าง ๆ ในวัยเด็กที่ไม่เกี่ยวข้องกับไอคิว เช่น ความสามารถในการจัดการกับความผิดหวัง การควบคุมอารมณ์และการเข้ากับบุคคลอื่น ๆ ได้ดี ซึ่งหมายถึงไอคิวนั่นเอง

## ข้อจำกัดในการวิจัย

1) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมวิจัย จำเป็นต้องจำกัดการปนเปื้อนของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หรืออาจจะต้องเลือกจากพื้นที่ที่ห่างกันเพื่อให้สามารถป้องกันกลุ่มควบคุมไม่ให้ได้รับข้อมูลจากกลุ่มทดลอง และจะต้องสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจากกลุ่มทดลอง และจะต้องสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลังและประสบการณ์การเลี้ยงลูกที่ผ่านมาด้วย เพื่อให้สามารถควบคุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีผลกระทบต่อผลการวิจัย

2) การประเมินความผูกพันทางอารมณ์ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ดูแลที่เข้าร่วมกิจกรรมเป็นผู้ประเมินเอง ซึ่งเป็นการประเมินจากพฤติกรรมของบุตรหลานที่บ้าน ไม่ได้ประเมินจากทีมผู้วิจัย ซึ่งอาจเกิดการอคติได้

3) โปรแกรมนี้ ไม่ได้มีการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อดูแลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลบุตรหลานและไม่ได้แนะนำการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมเชิงบวกแบบรายบุคคล

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จังหวัดควรมีการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย สนับสนุนให้นำโปรแกรมการเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์สำหรับพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็ก 0-5 ปี ไปใช้ในคลินิกส่งเสริมพัฒนาการเด็กในโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกแห่ง

2. พัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการ สมวัยในเด็กวัยแรกเกิด ถึง เด็กอายุ 5 ปี ซึ่งอาจมีความจำเป็นต้องบูรณาการงาน เชื่อมโยงเข้ากับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันเด็กปฐมวัย เข้ากับงานปกติ ในศูนย์เด็กเล็กโดยมีองค์การปกครอง

ท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้ให้การสนับสนุนทางวิชาการ โดยใช้แบบวัดความผูกพันทางอารมณ์ในเด็กแรกเกิด ถึง เด็กอายุ 5 ปี มาเป็นเครื่องมือ ในการดำเนินงาน พัฒนารูปแบบส่งเสริมพัฒนาการในเด็กที่มีพัฒนาการ สมวัยในวัยแรกเกิดถึงเด็กอายุ 5 ปี

## ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาต่อยอดเพิ่มเติมโดย บูรณาการทั้งการวิจัยเชิงคุณภาพ และการเชิง ปริมาณ เพื่อทำให้เกิดการพัฒนาการดูแล เด็ก 0 - 5 ปี ที่มีพัฒนาการปกติ เพื่อเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์ระหว่างผู้ปกครองและเด็ก ที่เหมาะสมต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

ดุลยา จิตตะยโสธร. (2552) รูปแบบการอบรมเลี้ยงดู: แนวคิด Diana Baumrind(Diana Baumrind's Parenting Styles). วารสาร วิชาการ มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย, 29 (4), 173-187.

ปราชญ์ บุญยวงศรีโรจน์. ประโยชน์ของการเล่านิทานให้ลูกฟัง. [ออนไลน์].; 2546 [เข้าถึงเมื่อ 22 มกราคม 2564]. เข้าถึงจาก: <https://sites.psu.edu>

เยาวรัตน์ รัตนันนัต. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย เขตสุขภาพที่ 8. [ออนไลน์].; 2557 [เข้าถึงเมื่อ 22 มกราคม 2564]. เข้าถึงจาก: [Kcenter.anamai.moph.go.th](http://Kcenter.anamai.moph.go.th).

วนิดา ขนิษฐาทรงศ์, สุขจริง ว่องเดชากุล. (2552) คู่มือดำเนินงาน โครงการพัฒนา IQ EQ เด็กวัย 0-5 ปี ภายใต้โครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว: เพื่อพัฒนาคุณภาพแม่และเด็ก 0-5 ปี พ.ศ. 2552 กรุงเทพฯ: ปิยอนต์ พลัทธิขิง.

วาสนา จักรแก้ว, จันทรา แซ่ลิ้ว. การประยุกต์ใช้ของเล่นพื้นบ้านล้านนา : เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย. มหาวิทยาลัยสวนดุสิต. [ออนไลน์].; 2558 [เข้าถึงเมื่อ 22 มกราคม 2564]. เข้าถึงจาก: <http://tdc.thailis.or.th/tdc/>.

สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ. รายงานการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยประจำปี 2553 (เอกสารอัดสำเนา) [ออนไลน์].; 2554 [เข้าถึงเมื่อ 22 มกราคม 2564]. เข้าถึงจาก: [http://hp.anamai.moph.go.th/ewt\\_dl\\_link.php?nid=1526](http://hp.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=1526)

สถาบันราชานุกูล. รายงานผลการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์ในเด็กไทยวัยเรียน : ช่องว่างระหว่างเด็กไทยเขตเมืองและเขตชนบท [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ; 2557 [สืบค้นเมื่อวันที่ 20 ต.ค. 2563]. จาก: <https://th.rajanukul.go.th/ผลงานเด่นสถาบันราชานุกูล/การสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญา-IQ>.

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) [ออนไลน์].; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 22 มกราคม 2564]. เข้าถึงจาก: [https://www.nesdc.go.th/ewt\\_news.php?nid=6420&filename=develop\\_issue](https://www.nesdc.go.th/ewt_news.php?nid=6420&filename=develop_issue).

อภิชัย มงคล, ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, โชษิตา ภาวสิทธิไพสิฐ, ปราณี ชาญณรงค์, พรทิพย์ชिरติลก, พัชรินทร์อรุณเรือง และคณะ. (2555) สถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 20, 79-89.

อัมรา อารงทรัพย์, มุสดี กุลสุวรรณ, รัตนา ศิริสาร. (2561) ผลการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด - 5 ปี ที่มีพัฒนาการด้วยกิจกรรมกินกอด เล่น เล่า ต่อความผูกพันทางอารมณ์ระหว่างเด็กและผู้เลี้ยงดูจังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 14 (1), 35-41.

Ainsworth MD, Blehar MC, Waters E, Wall SN. Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. [Online].; 2015 [Cited 2021 January, 22]. Available from: [https://books.google.co.th/books?hl=th&lr=&id=zUMBCgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Patterns+of+attachment:+A+psychological+study+of+the+strange+situation.&ots=jecKAkG\\_FT&sig=VfONof8ScnQ8E9MIV1qMAEZFg4&redir\\_esc=y#v=onepage&q=Patterns%20of%20attachment%3A%20A%20psychological%20study%20of%20the%20strange%20situation.&f=false](https://books.google.co.th/books?hl=th&lr=&id=zUMBCgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Patterns+of+attachment:+A+psychological+study+of+the+strange+situation.&ots=jecKAkG_FT&sig=VfONof8ScnQ8E9MIV1qMAEZFg4&redir_esc=y#v=onepage&q=Patterns%20of%20attachment%3A%20A%20psychological%20study%20of%20the%20strange%20situation.&f=false)

Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn MH, Juffer. (2003) Less is more: Meta-analyses of Sensitivity and Attachment Interventions in Early Childhood. *Psychological Bulletin*, 129 (2), 195-215.

DeVito C, Hopkins J. (2001) *Attachment, parenting, and marital dissatisfaction as predictors of disruptive behavior in preschoolers*. *Dev Psychopathol*, 13 (2), 215-31.

Van Zeijl J, Mesman J, Van IJzendoorn MH. (2006) Attachment-based intervention for enhancing sensitive discipline in mothers of 1-to 3-year-old children at risk for externalizing behavior problems: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 74 (6), 994-1005.

# การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11

A Model Development to increase health literacy of Thai population over  
15 years old in 11<sup>th</sup> health region.

จารุณี สุขเกื้อ, กนกวรรณ กระพูล, จุฑารัตน์ บุญญานุรักษ์  
Jarunee Sockuea, Kanokwon Kurapul, Jutarat Bunyanurak  
ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช  
Health Promotion Center Region 11 Nakhon Si Thammarat

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพัฒนาแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยมีรูปแบบการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 การสำรวจข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11 สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) ใน 3 จังหวัด คือ นครศรีธรรมราช พังงา และชุมพร จำนวน 1,169 คน ผลการสำรวจพบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ ร้อยละ 82.00 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคเรื้อรัง จำนวน 856 คน มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ ร้อยละ 43.50 ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างคือประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่ หมู่ที่ 10 บ้านบางเนียน ตำบลคลองน้อย อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 34 คน ระยะเวลา 16 สัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 1 จัดกิจกรรมเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างและกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ มีความเข้าใจเนื้อหาให้ตรงตามวัตถุประสงค์การศึกษา ในสัปดาห์ที่ 5 และ 10 ผู้วิจัยติดตามกระตุ้นเตือนกลุ่มทดลองที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่าภายหลังได้รับกิจกรรมตามรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพในมิติทักษะระบบสุขภาพ เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 8.8 เป็น ร้อยละ 79.4 และ มิติระบบสุขภาพ จากร้อยละ 44.1 เป็น ร้อยละ 76.5 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคเรื้อรังมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพมิติทักษะสุขภาพ เพิ่มขึ้นจาก 93.36 เป็น 134.58 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 16.19 จากคะแนนเต็ม 168 ค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพมิติระบบสุขภาพ เพิ่มขึ้นจาก 91.79 เป็น 107.11 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.94 จากคะแนนเต็ม 136 วิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมโดยใช้คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพมิติทักษะสุขภาพและมิติระบบสุขภาพก่อนได้รับกิจกรรมเป็นตัวแปรร่วมพบว่าคะแนนหลังการได้รับกิจกรรม ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 โดยมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพมิติทักษะสุขภาพและมิติระบบสุขภาพหลังการได้รับกิจกรรมดีกว่าก่อนได้รับกิจกรรม ผลจากการ

วิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่วยให้กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น

**คำสำคัญ :** ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, รูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

## Abstract

This research is a single-group semi-experimental research, measuring outcomes before and after experiments. The aim is to study the circumstance concerning understanding in health literacy and to advocate understanding in health literacy. This research is divided into two phases. In phase 1, we surveyed the understanding in health literacy of 1,169 Thai subjects over in 11<sup>th</sup> health district Multi-stage Random Sampling method in three provinces : Nakhon Si -Thammarat, Phang Nga and Chumphon. The survey shows that 82% of all subjects have adequate understanding in health literacy while 43.50% of subjects with chronic diseases have similar level of understanding. In phase 2, we developed a model to advocate understanding in health literacy of Thai population over 15. Target population are 34 subjects over 15 in Moo 10 Ban Bang Nean, Klong noi sub-district, Phak Phanang district, Nakhon Si Thammarat. The -duration is 16 weeks. In week 1, we organized an activity to let the subjects and health care providers understand the content according to the aim of the study. In week 5 and week 10, we followed up by encouraging the subjects at their home. The outcomes show that after the activity, the subjects have developed knowledge in health system skills from 8.8% to 79.4% and in health system from 44.1% to 76.5%. The subjects with chronic diseases have increased mean score in health system skills from 93.36 to 134.58, S.D. = 16.19, from full score of 168. The mean score in health system has increased from 91.79 to 107.11, S.D. = 13.94, from full score of 136. After calculating covariance using score in health system and score in health system skills before the activity as covariates, we found that scores after the activity are significantly different at the level below 0.05 in that the post-activity scores are higher than the pre-activity ones. This research shoes that this model of advocation helps subjects have better understanding in health literacy.

**Keywords :** Health literacy, Model to advocate understanding in health literacy

## บทนำ

ในการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 7 ระหว่างวันที่ 26-30 ตุลาคม พ.ศ.2552 ณ กรุงไนโรบี ประเทศเคนยาองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2562) ได้ประกาศให้ประเทศสมาชิกให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) จากการ ศึกษาพบว่า การที่ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ อันเนื่องมาจากมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองระดับต่ำ มีการสื่อสารด้านสุขภาพกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพในระดับต่ำ และได้รับการส่งเสริมสุขภาพในระดับต่ำ ส่งผลต่ออัตราการตายที่สูงขึ้น เข้ารับการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้น นำมาสู่ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้นตามไปด้วย (ธีรปณกรณ์ ศุภกิจโยธิน, 2563) ส่วนบุคคลที่มีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อการปฏิบัติตัวและการจัดการ ทางสุขภาพซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรค (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2561) ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ทำให้มีทางเลือกทางสุขภาพที่จำกัด ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยง สุขภาพไม่ดี และไม่สามารถที่จะจัดการสุขภาพด้วยตนเองได้ ทำให้ต้องเข้าโรงพยาบาลมากขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้นจัดเป็นปัญหาในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในศตวรรษที่ 21 (วิลโลว์โรมา, 2562) ทั้งนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นผลลัพธ์ระยะแรกของการส่งเสริมสุขภาพ (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560)

สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้มีการสำรวจข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

จากข้อมูล กองสุกศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (2558) ได้สำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. (3อ.คือ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ และ 2ส.คือ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา) ในประชาชนวัยทำงานอายุ 15-59 ปี จำนวน 2,500 คน จากประชาชนกลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยงโรค เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงาน 15-59 ปี ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2551) ผลการสำรวจพบว่าประชาชนวัยทำงานส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 47.10) รองลงมาระดับไม่ดี (ร้อยละ 39.70) สำหรับพฤติกรรมสุขภาพพบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับไม่ดี (ร้อยละ 47.90) รองลงมาระดับพอใช้ (ร้อยละ 27.50) ส่วนระดับดีมากน้อยที่สุด (ร้อยละ 24.60) จากการวิเคราะห์ผลสำรวจ พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ยังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดีและพอใช้ ซึ่งไม่เพียงพอต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน และนำไปสู่การมีสุขภาพที่ติดต่อไป จึงต้องมุ่งพัฒนาให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในระดับดีมากเพิ่มขึ้นเพื่อป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างถาวร (กองสุกศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

ในประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุข มีการจัดตั้งสำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (สขรส.) ในปี พ.ศ.2560 มีเป้าหมายระยะ 20 ปี เพื่อให้สังคมไทยเป็นสังคมรอบรู้ด้านสุขภาพ (กรมอนามัย, 2563) นอกจากนี้การที่สังคมไทยเปลี่ยนแปลงไปสู่สังคมการสื่อสารที่ไร้พรมแดน ทำให้ประชาชน



มีรูปแบบการติดต่อสื่อสาร ด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย ในเครือข่ายที่ใกล้ชิดสังคมโลกภายในเวลาอันรวดเร็ว สามารถเป็นทั้งผู้รับและผู้ส่งสารได้ด้วยตนเอง จึงทำให้ประชาชนไทยมีโอกาสรับรู้ข้อมูลสุขภาพที่หลากหลาย ผ่านช่องทางการสื่อสารหลายรูปแบบ เช่น ไลน์ (Line) เฟซบุ๊ก (Facebook) ถึงแม้จะเพิ่มช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร แต่หากบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพออาจเกิดผลเสียตามมาได้

ในปีงบประมาณ พ.ศ.2561 กองสุขศึกษา ได้มีการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มวัยทำงาน (ประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว) ตามแนวทาง 3อ.2ส. จำนวน 4,800 คน พบว่ากลุ่มวัยทำงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ตามแนวทาง 3อ.2ส. อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 38.33) รองลงมาในระดับพอใช้ (ร้อยละ 32.85) ส่วนระดับไม่ดีขึ้นน้อยที่สุด (ร้อยละ 9.94)

จากข้อมูลดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าในภาพรวมของทั้งประเทศ ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนมีแนวโน้มสูงขึ้น อย่างไรก็ตามในการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพยังคงต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องตามที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ เพื่อยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน เป็นการวางรากฐานที่สำคัญให้กับคนไทยทุกคน ทำให้มีสุขภาพที่ดีสมวัยในทุกช่วงชีวิต ทั้งนี้ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในแต่ละบริบทพื้นที่ของเขตสุขภาพในประเทศไทย อาจมีความแตกต่างกัน ดังนั้นการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานของแต่ละพื้นที่ จึงเป็นสิ่งสำคัญ

ที่ควรทำ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาสู่การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับแต่ละบริบทพื้นที่ ส่งผลให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นตามมา และทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพต่อไป

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11

### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pretest-Posttest Designs) โดยใช้ระยะเวลา 16 สัปดาห์ แบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ประเมินครั้งที่ 1 (Pretest) 2) สัปดาห์ที่ 1 ให้ความรู้ตามโปรแกรม แบ่งเป็น 2 กิจกรรม กิจกรรมที่ 1 เพื่อให้กลุ่มผู้ให้บริการและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความเข้าใจและทราบแนวทางในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่กลุ่มตัวอย่าง กิจกรรมที่ 2 เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเกิดความรู้สึกอยากถาม 3 คำถามสุขภาพ สู่การมีสุขภาพที่ดี 3) สัปดาห์ที่ 5 ติดตามกระตุ้นเตือนครั้งที่ 1 4) สัปดาห์ที่ 10 ติดตามกระตุ้นเตือนครั้งที่ 2 5) สัปดาห์ที่ 16 ประเมินครั้งที่ 2 (Post test)

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ระยะ โดยระยะที่ 1 เป็นการสำรวจข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11 สุ่มรวมประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนส่วนบุคคลในเขตสุขภาพที่ 11 ระดับการนำเสนอผลการสำรวจเป็นสี่กลุ่มประชากรย่อย คือเสนอผลในระดับเขต จำแนกตาม 4 กลุ่มอายุ ดังนี้ กลุ่มที่ 1:15-24 ปี กลุ่มที่ 2:25-45 ปี กลุ่มที่ 3:46-59 ปี กลุ่มที่ 4:60 ปีขึ้นไป ใช้แผนการเลือกตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) ซึ่งเป็นแผนการเลือกตัวอย่างแบบใช้ความน่าจะเป็น (Probability Sampling) โดยหน่วยตัวอย่างขั้นที่ 1:จังหวัด จัดเรียงจังหวัดตามจำนวนประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปทั้งสิ้นจากน้อยไปหามาก แล้วเลือกตัวอย่างแบบมีระบบโดยใช้ความน่าจะเป็นเป็นสัดส่วนกับขนาด (Probability Proportional to size Systematic Sampling) ได้จำนวน 3 จังหวัด ตัวอย่าง หน่วยตัวอย่างขั้นที่ 2:เขตแฉงนบับ (Enumeration Area: EA) จัดเรียง EA ของแต่ละจังหวัดตัวอย่างตามพื้นที่ทางภูมิศาสตร์แล้วเลือกตัวอย่างแบบมีระบบโดยใช้ความน่าจะเป็นเป็นสัดส่วนกับขนาด(Probability Proportional to size Systematic Sampling) ได้จำนวน 38 EA ตัวอย่าง หน่วยตัวอย่างขั้นที่ 3:ครัวเรือนส่วนบุคคลตัวอย่างในแต่ละหน่วยตัวอย่างขั้นที่สอง(EA ตัวอย่าง) กำหนดให้ทำการเลือกครัวเรือนส่วนบุคคลตัวอย่างจำนวน 15 ครัวเรือน ด้วยวิธีการเลือกตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic Sampling) ซึ่งได้จำนวนครัวเรือนส่วนบุคคลทั้งสิ้น 570 ครัวเรือนตัวอย่าง

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11 ประชากรที่ศึกษาใช้การเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการสำรวจในระยะที่ 1 พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลมีผลต่อคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ คือ กลุ่มคนที่มีอายุมากขึ้นจะมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพลดลง คนที่อ่านไม่ได้และอ่านไม่คล่องมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพน้อยกว่าคนที่อ่านได้คล่อง คนที่เขียนไม่ได้และเขียนไม่คล่องมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพน้อยกว่าคนที่เขียนได้คล่อง และคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นเมื่อระดับการศึกษาสูงสุดเพิ่มขึ้น และจากข้อมูลการสำรวจในระยะที่ 1 พบว่า กลุ่มประชากรตัวอย่าง พื้นที่ หมู่ที่ 10 บ้านบางเนียน ตำบลคลองน้อย อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีประชากรกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 55.9 (เขตสุขภาพที่ 11 ร้อยละ 40.5) และกลุ่มอายุ 46-59 ปี ร้อยละ 17.6(เขตสุขภาพที่ 11 ร้อยละ 26.5), ระดับการอ่านและเขียน คนที่อ่านไม่ได้ร้อยละ 5.9 (เขตสุขภาพที่ 11 ร้อยละ 2) อ่านไม่คล่องร้อยละ 32.4(เขตสุขภาพที่ 11 ร้อยละ 15.6) คนที่เขียนไม่ได้ร้อยละ 11.8(เขตสุขภาพที่ 11 ร้อยละ 2) เขียนไม่คล่องร้อยละ 38.2(เขตสุขภาพที่ 11 ร้อยละ 18.8) การศึกษาสูงสุดชั้นประถมศึกษาร้อยละ 58.8(เขตสุขภาพที่ 11 ร้อยละ 40.5) ไม่ได้เรียนหนังสือร้อยละ 5.9(เขตสุขภาพที่ 11 ร้อยละ 1.8) และมีโรคประจำตัวร้อยละ 55.9(เขตสุขภาพที่ 11 ร้อยละ 45.3) ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือก หมู่ที่ 10 บ้านบางเนียน ซึ่งเป็นพื้นที่บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 11 ใช้เป็นพื้นที่ทดลองการวิจัยเพื่อ

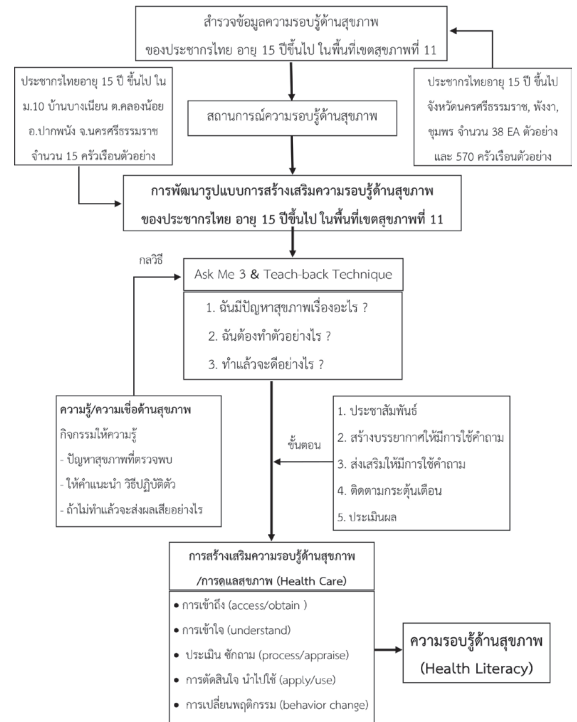
พัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพ ในการสร้างเสริม ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรไทยตามบริบท พื้นที่ ของเขตสุขภาพที่ 11 ประชากรที่ศึกษาใน ครั้งนี้ เป็นประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไปทุกคน ที่พักอาศัยในครัวเรือนตัวอย่าง อย่างน้อย 6 เดือน (นับย้อนหลังจากวันที่ไปสัมภาษณ์) จำนวน 15 ครัวเรือนตัวอย่าง

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับ ประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป เป็นแบบสำรวจ ที่กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (วิมล โรมา และ คณะ, 2562) ได้พัฒนาขึ้นภายใต้โครงการสำรวจ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ.2560 (ระยะที่ 2) ประกอบด้วยข้อ คำถาม 5 ด้าน ได้แก่ 1.การเข้าถึง 2.เข้าใจ 3.ประเมิน ซักถาม 4.ตัดสินใจ นำไปใช้ และ 5.การเปลี่ยน พฤติกรรม จำนวน 42 หัวข้อ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง พัฒนา รูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้กลวิธีการสร้างเสริมความรอบรู้ด้าน สุขภาพขององค์การอนามัยโลก Ask Me 3 (คำถาม สำคัญ 3 ข้อ) ร่วมกับ Teach-back Technique (เทคนิคการสอนกลับ) ด้วยการดำเนินการใน 5 ขั้นตอน คือ การประชาสัมพันธ์, สร้างบรรยากาศ ให้มีการใช้คำถาม, ส่งเสริมให้มีการใช้คำถาม, การ ติดตามกระตุ้นเตือน และการประเมินผล

### ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



### ขั้นตอนการวิจัย

1. จัดอบรมเตรียมความพร้อมเจ้าหน้าที่ เก็บข้อมูลภาคสนาม ซึ่งเป็นอาสาสมัครนักศึกษา ปวส.1 สาขาการบัญชี วิทยาลัยอาชีวศึกษา นครศรีธรรมราช จำนวน 15 คน ณ ห้องประชุม ศูนย์อนามัยที่ 11 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการ วิจัย การเลือกครัวเรือนตัวอย่างในภาคสนาม กลุ่มตัวอย่าง แบบสำรวจและวิธีการเก็บข้อมูล ข้อปฏิบัติในการสัมภาษณ์ ตลอดจนเอกสารในการ ลงพื้นที่ และการแต่งกายขณะลงพื้นที่สัมภาษณ์ ฝึกปฏิบัติการสัมภาษณ์ และการบันทึกข้อมูลในแบบ สำรอง

2. ลงพื้นที่เก็บข้อมูลภาคสนาม จังหวัด นครศรีธรรมราช วันที่ 26 มี.ค.-11 เม.ย.2562, จังหวัดพังงา วันที่ 14-18 พ.ค.2562 และ จังหวัดชุมพร วันที่ 11-17 มิ.ย.2562

3. วิเคราะห์สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11

4. คัดเลือกพื้นที่วิจัย พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

5. จัดกิจกรรมให้ความรู้ตามแผนกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในสัปดาห์ที่ 1 และติดตามกระตุ้นเดือน 2 ครั้งในสัปดาห์ที่ 5 และ 10

6. ประเมินผลในสัปดาห์ที่ 16 ด้วยแบบสอบถามชุดเดิม

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 การสำรวจข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามด้วยการสัมภาษณ์ร่วมกับทีมวิจัย 2 คน และอาสาสมัครนักศึกษาวิทยาลัยอาชีวศึกษานครศรีธรรมราช จำนวน 15 คน ใช้เวลา 3 เดือน ช่วง เมษายน-มิถุนายน 2562 โดยมีขั้นตอนรายละเอียดการลงพื้นที่ดังนี้ 1) ประสานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และ รพ.สต. ที่เป็นที่ตั้งของ EA ตัวอย่าง ตามรายชื่อที่สุ่มไว้แล้ว พร้อมขอสนับสนุน อสม.ที่รับผิดชอบ หมู่บ้านละ 1 คน เพื่อนำทางไปพื้นที่และครัวเรือนตัวอย่าง 2) ประชุมชี้แจงแผนการลงเก็บข้อมูลภาคสนาม ย้ำเรื่องการชี้แจงที่และการนับครัวเรือน แก่อาสาสมัครและ อสม.ในพื้นที่ ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง ทั้ง 3 จังหวัด 3) ลงพื้นที่ ณ หมู่บ้านตามรายชื่อที่สุ่มไว้ ดังนี้ จังหวัดนครศรีธรรมราช 16 อำเภอ 24 หมู่บ้าน 360 ครัวเรือนตัวอย่าง จังหวัดพังงา 4 อำเภอ 5 หมู่บ้าน 75 ครัวเรือนตัวอย่าง จังหวัดชุมพร 6 อำเภอ 9 หมู่บ้าน 135 ครัวเรือนตัวอย่าง

โดยคัดเลือกเฉพาะประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไปทุกคน ที่พักอาศัยในครัวเรือนตัวอย่าง อย่างน้อย 6 เดือน (นับย้อนหลังจากวันที่ไปสัมภาษณ์) ทีมวิจัย/อาสาสมัคร ให้ข้อมูล อธิบายเกี่ยวกับงานวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ จากนั้นจึงเริ่มการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล โดยเก็บตัวอย่างระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนมิถุนายน 2562 เก็บตัวอย่างประชากรไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไปทุกคนที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนตัวอย่างได้ทั้งหมด 1,169 ตัวอย่าง นำมาตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้อง ของการตอบแบบสำรวจ

ระยะที่ 2 การวิจัยพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสำรวจชุดเดียวกับ ระยะที่ 1 เป็นการเก็บข้อมูล 2 ครั้ง ก่อน และ หลังการทดลอง ณ พื้นที่บ้านบางเนียน หมู่ที่ 10 ตำบลคลองน้อย อำเภอบางแพ่ง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 15 ครัวเรือนตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง 34 คน ระหว่างเดือน กรกฎาคม ถึงเดือนธันวาคม 2562

### การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปดังนี้ 1.วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ 2.วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ ในมิติทักษะความรู้ด้านสุขภาพ และมิติของระบบสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA)

## จริยธรรมการวิจัย

การสำรวจในโครงการวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านกระบวนการพิจารณารับรองการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 50-1/2561 ลงวันที่ 16 ตุลาคม 2560

### ผลการวิจัย

**ระยะที่ 1** การสำรวจข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11

การสำรวจครั้งนี้ มีครัวเรือนตัวอย่างจำนวน 570 ครัวเรือน โดยในครัวเรือนตัวอย่างทั้งหมด มีผู้ที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าของการสำรวจ จำนวนทั้งสิ้น 1,270 คน ในจำนวนนี้มีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 1,169 คน (ร้อยละ 91.68) การไม่ได้ข้อมูลเกิดจากทีมสำรวจไปที่ครัวเรือนครบ 3 ครั้งแล้วไม่พบกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 62 คน (ร้อยละ 5.30) กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการตอบคำถาม จำนวน 26 คน (ร้อยละ 2.22) และเหตุผลอื่น ๆ จำนวน 13 คน (ร้อยละ 0.80)

#### 1.1 ลักษณะทางประชากร สังคม และเศรษฐกิจของกลุ่มตัวอย่าง

การสำรวจครั้งนี้มีการสำรวจครั้งนี้มีเพศชายร่วมตอบแบบสำรวจ 465 คน คิดเป็นร้อยละ 39.8 ส่วนเพศหญิงตอบแบบสำรวจ 704 คน คิดเป็นร้อยละ 60.2, กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 40.5) ตามด้วยกลุ่มอายุ 46-59 ปี (ร้อยละ 26.5) และกลุ่มอายุ 25-45 ปี (ร้อยละ 23.90), ในภาพรวมระดับการศึกษาสูงสุดพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 47.1) ตามด้วยจบการศึกษาระดับมัธยมปลายหรือ ปวส. (ร้อยละ 19.7) และระดับ

มัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 13.9) ทั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 1.8 ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ, ความสามารถในการอ่านและเขียน พบว่า กลุ่มที่อ่านได้ร้อยละ 82.3 กลุ่มที่เขียนได้ร้อยละ 79.2 และกลุ่มที่อ่านไม่ได้ ร้อยละ 2 กลุ่มที่เขียนไม่ได้ ร้อยละ 2, กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 43.7) รองลงมาประกอบธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย (ร้อยละ 18.66) และ รับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 9.25), ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมากลุ่มตัวอย่างไม่เคยผ่านการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ ร้อยละ 11.60 เคยตรวจแต่ไม่พบโรค ร้อยละ 43.03 เคยตรวจและแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรค ร้อยละ 45.43, กลุ่มตัวอย่างใช้แว่นตาหรือคอนแทคเลนส์ในการมองเห็น ร้อยละ 42.77 มีปัญหาด้านการได้ยิน ร้อยละ 10.18, ช่องทางการรับข้อมูลข่าวสารของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างรับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุด (ร้อยละ 63.96) รองลงมาจากโทรทัศน์ วิทยุ เสียงตามสาย (ร้อยละ 50.22) และจากอินเทอร์เน็ต โฟน เพชบุ๊ก (ร้อยละ 30.82)

#### 1.2 สถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไปในเขตสุขภาพที่ 11

จากการสำรวจครั้งนี้พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง เขตสุขภาพที่ 11 อยู่ที่ 96.65 คะแนน จากคะแนนเต็ม 136 คะแนน หรือประชากรกลุ่มตัวอย่าง อายุ 15 ปีขึ้นไป ในเขตสุขภาพที่ 11 มีความรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 71.67

#### สถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพตามลักษณะกลุ่มประชากรตัวอย่าง

ในเขตสุขภาพที่ 11 กลุ่มตัวอย่างที่อยู่

ในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 84.94) รองลงมา กลุ่มอายุ 46-59 ปี (ค่าเฉลี่ย 96.33) และ กลุ่มอายุ 25-45 (ค่าเฉลี่ย 101.53) ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำแนกตามกลุ่มอายุ (N= 1169)

| กลุ่มอายุ | ค่าเฉลี่ย | ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน |
|-----------|-----------|---------------------|
| 15-24     | 103.38    | 12.60851            |
| 25-45     | 101.53    | 16.38914            |
| 46-59     | 96.33     | 18.08023            |
| 60+       | 84.94     | 19.41852            |

ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,169 คน ที่อาศัยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 11 พบว่ากลุ่มคนที่ไม่ได้เรียนหนังสือ มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 64.67) ถัดมาระดับประถมศึกษา (ค่าเฉลี่ย 86.19) และระดับ ม.ต้น (ค่าเฉลี่ย 98.27) ตามลำดับ ส่วนระดับการศึกษา ป.ตรีขึ้นไปมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงสุด (ค่าเฉลี่ย 104.73) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำแนกตามระดับการศึกษา (N= 1169)

| ระดับการศึกษา  | ค่าเฉลี่ย | ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน |
|----------------|-----------|---------------------|
| ไม่ได้เรียน    | 64.67     | 21.12660            |
| ประถมศึกษา     | 86.19     | 18.68221            |
| ม.ต้น          | 98.27     | 15.82593            |
| ม.ปลาย/ปวช.    | 101.22    | 16.34984            |
| ปวส./อนุปริญญา | 103.26    | 17.30549            |
| ป.ตรี ขึ้นไป   | 104.73    | 13.32792            |

**สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในมิติทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ และมิติระบบสุขภาพ**

จากการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ ครั้งนี้ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,169 คน ที่อาศัยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 11 พบว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

แตกต่างกันในมิติทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในทักษะด้านการประเมิน-ซักถาม มากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 31.53) รองลงมาทักษะด้านการเปลี่ยนพฤติกรรม (ค่าเฉลี่ย 25.71) และทักษะด้านด้านการตัดสินใจ นำไปใช้ (ค่าเฉลี่ย 22.65) ทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพที่น้อยที่สุดคือ ทักษะการเข้าถึง (ค่าเฉลี่ย 17.68) ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำแนกตามทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ (N= 1169)

| ทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ | ค่าเฉลี่ย | ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน |
|---------------------------|-----------|---------------------|
| การเข้าถึง                | 17.68     | 10.671              |
| การเข้าใจ                 | 21.74     | 3.991               |
| ประเมิน-ซักถาม            | 31.53     | 8.020               |
| การตัดสินใจ นำไปใช้       | 22.65     | 3.625               |
| การเปลี่ยนพฤติกรรม        | 25.71     | 3.662               |

ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพในมิติของระบบสุขภาพ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในมิติการส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 30.00) รองลงมามิติการป้องกันโรค (ค่าเฉลี่ย 25.80) และมิติการคุ้มครองผู้บริโภค (ค่าเฉลี่ย 20.39) และคนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุดในมิติของการบริการสุขภาพ (ค่าเฉลี่ย 17.41) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำแนกตามมิติของระบบสุขภาพ (N= 1169)

| มิติของระบบสุขภาพ         | ค่าเฉลี่ย | ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน |
|---------------------------|-----------|---------------------|
| การบริการสุขภาพ           | 17.41     | 4.757               |
| การป้องกันโรค             | 25.80     | 5.354               |
| การส่งเสริมสุขภาพ         | 30.00     | 5.587               |
| การคุ้มครองผู้บริโภค      | 20.39     | 5.755               |
| ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ | 93.60     | 19.324              |

**ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพของประชากรไทย**

**อายุ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11**  
กลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนจำนวน 15 ครัวเรือน ตัวอย่างทุกคน จำนวน 34 คน ในพื้นที่ หมู่ที่ 10 บ้านบางเนียน ตำบลคลองน้อย อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช ทดลอง ก่อน-หลัง การใช้โปรแกรม ผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับดังนี้

### ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่ากลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.8 ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 55.9 และกลุ่มอายุ 25-45 ปี ร้อยละ 20.6 การศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 58.8 และมีมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 17.6 ระดับการอ่านและเขียน อ่านไม่ได้ ร้อยละ 5.9 เขียนไม่ได้ ร้อยละ 11.8 ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล: เพศและช่วงอายุ (N= 34)

| คุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง         | กลุ่มตัวอย่าง |        |
|--------------------------------|---------------|--------|
|                                | จำนวน         | ร้อยละ |
| <b>เพศ</b>                     |               |        |
| ชาย                            | 13            | 38.2   |
| หญิง                           | 21            | 61.8   |
| <b>กลุ่มอายุ</b>               |               |        |
| 15-24                          | 2             | 5.9    |
| 25-45                          | 7             | 20.6   |
| 46-59                          | 6             | 17.6   |
| 60 ปีขึ้นไป                    | 19            | 55.9   |
| <b>การศึกษาสูงสุด</b>          |               |        |
| ไม่ได้เรียนหนังสือ             | 2             | 5.9    |
| ประถมศึกษา                     | 20            | 58.8   |
| มัธยมศึกษาตอนต้น               | 6             | 17.6   |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย              | 2             | 5.9    |
| อนุปริญญา                      | 2             | 5.9    |
| ปริญญาตรีขึ้นไป                | 2             | 5.9    |
| <b>ระดับการอ่านและการเขียน</b> |               |        |
| อ่านไม่ได้                     | 2             | 5.9    |
| อ่านไม่คล่อง                   | 11            | 32.4   |

| คุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง | กลุ่มตัวอย่าง |        |
|------------------------|---------------|--------|
|                        | จำนวน         | ร้อยละ |
| อ่านได้คล่อง           | 21            | 61.8   |
| เขียนไม่ได้            | 4             | 11.8   |
| เขียนไม่คล่อง          | 13            | 38.2   |
| เขียนได้คล่อง          | 17            | 50.0   |

ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 41.2 รายได้เหลือเก็บออมเพียง ร้อยละ 20.6 มีโทรทัศน์และโทรศัพท์มือถือ ร้อยละ 97.1 และ ร้อยละ 91.2 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่มีบทบาทในชุมชน ร้อยละ 91.2 และรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพสูงสุดจาก อสม.อสส.อสค. ร้อยละ 50.0

ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างใช้แว่นตาหรือคอนแทคเลนส์ ร้อยละ 47.1 มีปัญหาด้านการได้ยิน ร้อยละ 29.4 น้ำหนักเกิน ร้อยละ 17.6 อ้วน ร้อยละ 2.9 และ ผอม ร้อยละ 10.0 เส้นรอบเอวเกิน ผู้หญิง ร้อยละ 35.3 และผู้ชาย ร้อยละ 5.9 เป็นโรคเรื้อรัง ร้อยละ 55.9 ส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรทอง ร้อยละ 91.2

### ระดับความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ใช้แบบสำรวจความรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป ซึ่งพัฒนาโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดระดับความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอจากคะแนนรวมโดยมีจุดตัดที่ร้อยละ 75 ขึ้นไปจากคะแนนเต็ม ซึ่งผลจากการวิเคราะห์ หลังจากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ ( $\geq 75\%$ ) ในมิติทักษะความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.8 เป็น ร้อยละ 79.4 และ มิติระบบสุขภาพ จากร้อยละ 44.1 เป็น ร้อยละ 76.5 รายละเอียดใน ตารางที่ 6

**ตารางที่ 6** ระดับความรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังใช้กลยุทธ์ Ask Me 3 และ Teach-Back Technique แยกตามค่าคะแนนร้อยละ 75 ขึ้นไป จากคะแนนเต็มทั้งหมด (N=34)

| ความรู้ด้านสุขภาพ | ระดับคะแนน ก่อน | ระดับคะแนน หลัง |      |     |      |      |     |
|-------------------|-----------------|-----------------|------|-----|------|------|-----|
|                   |                 | ≥75%            | <75% | รวม |      |      |     |
| มิติทักษะ         | จำนวน           | 3               | 31   | 34  | 27   | 7    | 34  |
| ความรู้ด้านสุขภาพ | ร้อยละ          | 8.8             | 91.2 | 100 | 79.4 | 20.6 | 100 |
| มิติระบบสุขภาพ    | จำนวน           | 15              | 19   | 34  | 26   | 8    | 34  |
| สุขภาพ            | ร้อยละ          | 44.1            | 55.9 | 100 | 76.5 | 23.5 | 100 |

**เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังใช้กลยุทธ์ Ask Me 3 และ Teach-Back Technique**

การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป หมู่ที่ 10 บ้านบางเนียน ตำบลคลองน้อย อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพใน 2 มิติ ได้แก่ มิติทักษะความรู้ด้านสุขภาพ และมิติระบบสุขภาพ ดังนี้

**มิติทักษะความรู้ด้านสุขภาพ** เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพในมิติทักษะความรู้ด้านสุขภาพ 1.การเข้าถึง มีพิสัยคะแนนอยู่ระหว่าง 0-32 คะแนน 2.การเข้าใจมีพิสัยคะแนนอยู่ระหว่าง 0-28 คะแนน 3.การประเมินซักถาม มีพิสัยคะแนนอยู่ระหว่าง 0-48 คะแนน 4.การตัดสินใจ นำไปใช้ มีพิสัยคะแนนอยู่ระหว่าง 0-28 คะแนน และ 5.การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีพิสัยคะแนนอยู่ระหว่าง 0-32 คะแนน เมื่อทำการทดสอบทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในมิติทักษะความรู้ด้านสุขภาพ ทั้ง 5 มิติ สูงกว่าก่อนการศึกษาอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดในตาราง 7

**ตารางที่ 7** เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามมิติทักษะความรู้ด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการใช้กลยุทธ์ Ask Me 3 และ Teach-Back Technique (N=34)

| มิติทักษะความรู้ด้านสุขภาพ | ก่อน      |       | หลัง      |       | t-test | P-Value |
|----------------------------|-----------|-------|-----------|-------|--------|---------|
|                            | $\bar{x}$ | SD    | $\bar{x}$ | SD    |        |         |
| การเข้าถึง                 | 16.94     | 10.51 | 20.05     | 8.80  | -3.558 | <0.001  |
| การเข้าใจ                  | 12.58     | 4.73  | 24.35     | 3.59  | -5.048 | <0.001  |
| การประเมิน ซักถาม          | 28.32     | 10.46 | 38.67     | 5.32  | -6.595 | <0.001  |
| การตัดสินใจ นำไปใช้        | 11.82     | 3.98  | 24.85     | 3.05  | -5.698 | <0.001  |
| การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม     | 13.58     | 4.01  | 27.76     | 3.24  | -4.952 | <0.001  |
| รวม                        | 89.64     | 26.01 | 135.71    | 17.41 | -6.391 | <0.001  |

มีนัยสำคัญที่ P-Value < 0.05

**มิติระบบสุขภาพ** เปรียบเทียบความแตกต่าง ก่อน-หลัง ของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพในมิติระบบสุขภาพ 1.การบริการสุขภาพ มีพิสัยคะแนนอยู่ระหว่าง 0-28 คะแนน 2.การป้องกันโรค มีพิสัยคะแนนอยู่ระหว่าง 0-36 คะแนน 3.การส่งเสริมสุขภาพ มีพิสัยคะแนนอยู่ระหว่าง 0-40 คะแนน และ 4.การป้องกันโรค มีพิสัยคะแนนอยู่ระหว่าง 0-32 คะแนน เมื่อทำการทดสอบทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในมิติระบบสุขภาพทั้ง 4 มิติ สูงกว่าก่อนการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดในตาราง 8

**ตารางที่ 8** เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามมิติระบบสุขภาพ ก่อนและหลังการใช้กลยุทธ์ Ask Me 3 และ Teach-Back Technique (N=34)

| มิติระบบสุขภาพ       | ก่อน      |      | หลัง      |      | t-test | P-Value |
|----------------------|-----------|------|-----------|------|--------|---------|
|                      | $\bar{x}$ | SD   | $\bar{x}$ | SD   |        |         |
| การบริการสุขภาพ      | 16.41     | 5.11 | 20.82     | 3.47 | -9.958 | <0.001  |
| การป้องกันโรค        | 26.65     | 6.27 | 30.35     | 3.82 | -5.965 | <0.001  |
| การส่งเสริมสุขภาพ    | 31.32     | 6.04 | 34.14     | 4.20 | -4.504 | <0.001  |
| การคุ้มครองผู้บริโภค | 20.21     | 6.69 | 22.97     | 5.35 | -4.355 | <0.001  |



| มิติระบบสุขภาพ               | ก่อน      |       | หลัง      |       | t-test | P-Value |
|------------------------------|-----------|-------|-----------|-------|--------|---------|
|                              | $\bar{x}$ | SD    | $\bar{x}$ | SD    |        |         |
| รวม                          | 94.58     | 22.06 | 108.29    | 15.11 | -6.633 | <0.001  |
| มีนัยสำคัญที่ P-Value < 0.05 |           |       |           |       |        |         |

## อภิปรายผล

1. ผลจากการสำรวจสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่างประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ในเขตสุขภาพที่ 11 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในเขตสุขภาพที่ 11 อยู่ที่ 96.65 คะแนน จากคะแนนเต็ม 136 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 71.67 หรือประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ในเขตสุขภาพที่ 11 มีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ มีสัดส่วนแตกต่างกันไปตามลักษณะของกลุ่มประชากรตัวอย่าง ผลมาจากการวิเคราะห์พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลมีผลต่อคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ คือ กลุ่มคนที่มีอายุมากขึ้น จะมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพลดลง คนที่อ่านไม่ได้และอ่านไม่คล่องมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพน้อยกว่าคนที่อ่านได้คล่อง คนที่เขียนไม่ได้และเขียนไม่คล่องมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพน้อยกว่าคนที่เขียนได้คล่อง และคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นเมื่อระดับการศึกษาสูงสุดเพิ่มสูงขึ้น และจากข้อมูลการสำรวจในระยะที่ 1 พบว่ากลุ่มประชากรตัวอย่างประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11 มีประชากรกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 40.5 และกลุ่มอายุ 46-59 ปี ร้อยละ 26.5, ระดับการอ่านและเขียน คนที่อ่านไม่ได้ร้อยละ 2 อ่านไม่คล่องร้อยละ 15.6 คนที่เขียนไม่ได้ร้อยละ 2 เขียนไม่คล่องร้อยละ 18.8 การศึกษาสูงสุดชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 40.5 ไม่ได้เรียนหนังสือร้อยละ 1.8 และ

มีโรคประจำตัวร้อยละ 45.3 ซึ่งสอดคล้องกับ รายงานผลการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพระดับเขตสุขภาพและระดับชาติของ ของ วิมล โรมา และ สายชล คล้อยเอี่ยม (2562) คนไทยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ 88.72 คะแนน จากคะแนนเต็ม 136 คะแนน หรือคิดเป็นร้อยละ 65 โดยประชากรที่มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพสูงสุดอยู่ที่เขตสุขภาพที่ 11(คะแนนเฉลี่ย 96.65 คะแนน) รองลงมา เขตสุขภาพที่ 4(คะแนนเฉลี่ย 94.99 คะแนน) และกรุงเทพมหานคร(คะแนนเฉลี่ย 92.87 คะแนน) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ประกอบด้วย อายุ 60 ปี ขึ้นไป อ่านไม่ได้ เขียนไม่คล่อง ไม่ได้เรียนหนังสือ ไม่ได้รับข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต/ไลน์/เฟซบุ๊ก และมีปัญหาทางการได้ยิน

2. ผลของการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างประชากรไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไปในเขตสุขภาพที่ 11 ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง เปรียบเทียบ ก่อน-หลัง พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อน การทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ p-value การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นผลมาจากการได้รับโปรแกรม การพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพ ในการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยตามบริบทพื้นที่ของเขตสุขภาพที่ 11 โดยประยุกต์ใช้กลวิธีการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลก Ask Me 3 (คำถามสำคัญ 3 ข้อ) ร่วมกับ Teach-back Technique (เทคนิคการสอนกลับ) ด้วยการดำเนินการใน 5 ขั้นตอน คือ การประชาสัมพันธ์, สร้างบรรยากาศ

ให้มีการใช้คำถาม, ส่งเสริมให้มีการใช้คำถาม, การติดตามกระตุ้นเตือน และการประเมินผล ซึ่งสอดคล้องกับ วัชรภาพร เชยสุวรรณ (2560) ได้ทบทวน และเสนอแนวทางการประยุกต์ความรู้ด้านสุขภาพสู่การปฏิบัติการพยาบาล มีดังนี้ 1) การสื่อสารทางวาจา ด้วยการสื่อสารแบบสองทาง โดยใช้คำพูดที่เรียบง่าย พูดอย่างชัดเจน จำกัดจำนวนของข้อมูลในแต่ละครั้ง 2-3 ประเด็นที่สำคัญ รวมทั้งมีการตรวจสอบความเข้าใจของผู้รับบริการโดยใช้เทคนิคการสอนกลับ (Teach-back Technique) 2) การเสริมพลังอำนาจและการจัดการตนเองของผู้รับบริการ โดยการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ พยาบาลควรให้ผู้รับบริการทบทวนการรับรู้และการปฏิบัติตัวโดยใช้เทคนิค Ask Me 3 เช่นเดียวกับการศึกษาของ ซินตา เดชะวิจิตรจารุ (2561) ได้เสนอบทบาทของพยาบาลในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ประชาชน ว่าพยาบาลควรมีบทบาท 1) เป็นผู้ประเมิน (Assessor) 2) ผู้สื่อสารด้านสุขภาพ (Health Communicator) โดยใช้คำพูดง่ายๆ ที่ใช้ในชีวิตประจำวัน ให้ข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นและตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ การสื่อสารควรเป็นการสื่อสารสองทาง คือ เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการถาม โดยใช้เทคนิค Ask Me 3 ภายหลังการสื่อสาร พยาบาลควรประเมินประสิทธิภาพของการสื่อสาร ด้วยทำที่ที่อ่อนโยน โดยใช้เทคนิคการสอนกลับ (Teach-back Technique) 3) ผู้พัฒนาสื่อทางสุขภาพ (Health media developer) พยาบาลควรมีส่วนร่วมในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรต่อความรู้ทางสุขภาพ รวมถึงกระตุ้นให้ทีมสุขภาพ ตระหนักถึงความสำคัญของความรู้ทางสุขภาพว่าเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพ

## ประโยชน์ที่จะได้รับการศึกษา

- 1 ทำให้ทราบสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11 เพื่อนำมาใช้ในประโยชน์ในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ
2. ได้รูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป ที่มีผลทำให้ระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชากรสูงขึ้น และเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางสาธารณสุขในการพัฒนารูปแบบ การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบได้

## ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในครั้งนี้ เป็นการพัฒนาการสื่อสารในระบบบริการสุขภาพ ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยมีแผนกิจกรรมการให้ความรู้ และอุปกรณ์สื่อ ไปสเตอร์ คู่มือ-แบบบันทึก ร่วมกันการติดตามกระตุ้นเตือนในการวิจัยครั้งต่อไปควรที่จะเพิ่มช่องทางการสื่อสารและติดตามทางไลน์ (Line) และ กลุ่มไลน์ (Line Group) มาใช้ในการประชาสัมพันธ์ แลกเปลี่ยน รวมทั้งการติดตามกระตุ้นเตือน เพื่อความสะดวกและรวดเร็ว

## เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย. (2563) เป้าหมายของสำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน. สืบค้น 20 กุมภาพันธ์ 2563, สืบค้นจาก <https://dohhl.anamai.moph.go.th/main.php?filename=goal>

- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). การสร้างเสริมและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ (ฉบับปรับปรุง ปี 2561). นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข. (2562). เครื่องมือสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุข (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการ.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่งจำกัด (มหาชน).
- ยุวดี รอดจากภัย. (2561). การส่งเสริมสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 1). ชลบุรี: บริษัทเก็ทกู๊ดครีเอชั่นจำกัด.
- รุ่งนภา อาระหัง. (2560). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยคริสเตียน. สืบค้นจาก <http://library.christian.ac.th/thesis/ShowSearch.php?pointer=T042134>
- ธีร์ปนกรณ์ ศุภกิจโยธิน และ วิลาสินี หงสนันท์. (2563). แนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 3. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2(1), 1-13. สืบค้นจาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPHNU/article/view/240333>
- วิมล โรมา และ สายชล คล้อยเอี่ยม. (2562). รายงานการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2562. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วัชรพร เขยสุวรรณ. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล. วารสารแพทยนาวิ, 44(3), 183-197. สืบค้นจาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nmdjournal/article/view/115970/89403>
- อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและการพัฒนา. กรุงเทพฯ: บริษัทสุขุมวิทการพิมพ์ จำกัด.
- World Health Organization. (2020). Health literacy and health behavior. Retrieved February 22, 2020, from <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการลดสารพิษในเลือดเกษตรกร อำเภอหัวไทร  
จังหวัดนครศรีธรรมราช กรณีศึกษาตำบลควนชะลิก อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช  
The effectiveness of The reductions Toxic Substances Programs Among  
Farmers in Hua Sai District, Nakhon Si Thammarat Province  
A case study of Khuan Chalik Sub-district, Hua Sai District,  
Nakhon Si Thammarat Province

ชัยรัตน์ ชูแสง

Chairat Chusang

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช

Hua Sai District of Public Health Office, Nakhon Si Thammarat Province

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการลดสารพิษในเลือดเกษตรกรโดยการเปรียบเทียบผลด้านความรู้ ด้านการปฏิบัติตัว และระดับสารเคมีตกค้างในเลือดของเกษตรกรกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมการลดสารพิษในเลือดเกษตรกร เป็น เกษตรกรหมู่ที่ 1 - 6 ตำบลควนชะลิก อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 60 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลาก (Simple Random Sampling) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการลดสารพิษในเลือดเกษตรกร ทำการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม – ธันวาคม 2563 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent t-test, Paired t-test, Pearson's Product Moment Correlation Coefficient

ผลการศึกษาพบว่า หลังจากการทดลองใช้โปรแกรมการลดสารพิษในเลือดเกษตรกร กลุ่มทดลองพบว่า ระดับความรู้การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ด้านการปฏิบัติตน และระดับสารเคมีตกค้างในเลือด (เอนไซม์โคลีนเอสเตอเรส) ดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้ปฏิบัติตามโปรแกรมการลดสารพิษในเลือดเกษตรกร แก่เกษตรกรทุกคน และติดตามประเมินผลร่วมกับทบทวนความรู้เป็นระยะ ๆ เพื่อให้เกษตรกรปฏิบัติตัวถูกต้องและปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง

**คำสำคัญ :** โปรแกรมการลดสารพิษในเลือด, ประสิทธิผล, สารเคมีกำจัดศัตรูพืช, เกษตรกร

## Abstracts

The objectives of this quasi-experimental research were to study the effectiveness of the reductions toxic substances programs among farmers in Hua sai District, Nakhon Si Thammarat Province. Thirty farmers were selected by given criteria and simple random sampling from six villages in Hua sai District Nakhon Si Thammarat Province. Thirty farmers were used for study group with the reductions toxic substances programs, and the other thirty farmers were used as comparison group. The study was carried out during October-December, 2020. The data were collected by questionnaires and analyzed for Percentage, Mean, Standard Deviation, Paired t-test, Independent t-test, and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

The results revealed that after receiving the intervention, the experimental group had significantly better knowledge in chemical pesticide, behaviors on chemical pesticide and the level of Cholinesterase Enzymes than before the study and higher than comparison group ( $p < .001$ ). Therefore, giving the reductions toxic substances programs should be promoted and monitored to farmers behaviors correctly, safely and consistently.

**Keywords :** The reduction of Toxic Substances Programs, Effectiveness, Chemical pesticide, Farmer

## บทนำ

ด้วยปัญหาสุขภาพของคนไทยในปัจจุบันที่เกิดขึ้นเนื่องจากการได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของประชาชนทั่วไปและเกษตรกร ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยได้ทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง ผลกระทบที่เป็นพิษเรื้อรังทำให้เกิดสารพิษในร่างกายและก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ โดยเฉพาะโรคมะเร็ง จากรายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม พ.ศ.2556 พบโรคจากพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 6,075 ราย คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 10.04 ต่อประชากรแสนราย ซึ่งลดลงจากปี พ.ศ.2555 ที่พบผู้ป่วยโรคพิษสารเคมีกำจัดศัตรู

พืช จำนวน 10,312 ราย (อัตราป่วย 17.12 ต่อประชากรแสนราย) กลุ่มอาชีพที่พบผู้ป่วยมากที่สุดคือ กลุ่มอาชีพผู้ปลูกพืชไร่และพืชผัก จำนวน 2,622 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.16 รองลงมา ได้แก่ กลุ่มอาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 1,281 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.09 และจากจำนวนผู้ป่วยโรคจากพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืชทั้งหมด พบว่า เกิดจากสารเคมีกลุ่มสารกำจัดแมลงมากที่สุด จำนวน 2,950 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.56 รองลงมา ได้แก่ กลุ่มสารเคมีกำจัดศัตรูพืชอื่น ๆ จำนวน 1,783 ราย และกลุ่มสารเคมีกำจัดวัชพืช จำนวน 1,342 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.35 และ

22.09 ตามลำดับ ปัจจุบันคนไทยมีความเสี่ยงต่อการได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากกว่า 2.6 กิโลกรัม/คน/ปี จากข้อมูลการนำเข้าสารเคมีกำจัดศัตรูพืชทุกชนิดเท่ากับ 164,383,000 กิโลกรัม (สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค. (2558).

อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช มีประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร โดยมีพื้นที่ที่ใช้ในการเกษตรมากถึงร้อยละ 80 ของพื้นที่ทั้งหมด ซึ่งประกอบด้วยพื้นที่ ทำนา ทำไร่ นาสวน ผสม ปลูกพืชผัก ทำสวนปาล์ม น้ำมัน เป็นต้น และโดยเฉพาะ ต.ควนชะลิก อ.หัวไทร นั้น เกษตรกรส่วนใหญ่ ทำนาปลูกข้าว,ปาล์ม, มะพร้าว, และพืชล้มลุกเช่น ผักชี คะน้า มะเขือ ผักกาด พริก ถั่วฝักยาว แตงกวา และ พักทอง และมีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรู และวัชพืช ได้แก่ อะบาเม็กติน(ABAMECTIN) ไกลโฟเซต เอซโซนัต(หมาแดง) กรัสม็อกโซน ฟุราดาน(carbofuran) และ โซลิตโต้(เพรทิลาคลอร์ +ไพริเบนซอกซิม) เป็นต้น การใช้สารปราบศัตรูพืชซึ่งมีหลายประเภะนั้น เป็นสิ่งที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ในหมู่เกษตรกร และมีการนำสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมาใช้ปริมาณมากขึ้น เกษตรกรส่วนใหญ่เห็นว่าจำเป็นต้องมีการใช้สารเคมีเหล่านั้นจะทำให้ผักสวยงาม รับประทาน ขายได้ราคาดีและขายง่ายกว่า เพราะเป็นที่ต้องการของผู้บริโภค และที่สำคัญปัจจุบันมีแมลงรบกวนมากขึ้น การใช้สารเคมีจึงเป็นทางเลือกที่เกษตรกรคิดว่าดีที่สุดที่จะสามารถกำจัดแมลงศัตรูพืชได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งในบางครั้งอาจมีความจำเป็นต้องฉีดหลายครั้งกว่าจะเก็บเกี่ยวผลผลิต (ทิพวรรณ ประภามณฑล และคณะ,2547)

จากรายงานสรุปข้อมูลการตรวจคัดกรอง

เกษตรกรโดยการเจาะเลือดหาระดับเอนไซม์โคลีน เอสเตอเรส ของอำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช ปี 2561 จำนวน 5,070 ราย พบว่า เกษตรกรมีผลเลือดในกลุ่มเสี่ยงและไม่ปลอดภัย 2,285 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.07 ของเกษตรกรที่ได้รับการตรวจทั้งหมด ในปีงบประมาณ 2562 มีการตรวจคัดกรองเกษตรกรจำนวน 3,332 ราย พบว่า เกษตรกรมีผลเลือดในระดับที่เสี่ยงและไม่ปลอดภัย 1,542 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.58 และในปี 2563 มีการตรวจคัดกรองเกษตรกรจำนวน 3,523 ราย พบว่า เกษตรกรมีผลเลือดในระดับที่เสี่ยงและไม่ปลอดภัย 1,696 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.14 เมื่อวิเคราะห์การก่อเกิดปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพที่สำคัญดังกล่าว มีสาเหตุเนื่องจาก อันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างแพร่หลายเพื่อเพิ่มผลผลิตทางการเกษตรและมีเกษตรกรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้สารเคมีที่ไม่ถูกต้อง ปลอดภัย ทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง อาการแสดงเฉียบพลันมีตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนรุนแรงถึงแก่ชีวิต ขึ้นอยู่กับระดับความเข้มข้น ความเป็นพิษ และปริมาณที่ได้รับ ส่วนอาการเรื้อรังสารเคมีกำจัดศัตรูพืชจะสะสมในระบบต่าง ๆ ของร่างกายทำให้เกิดความผิดปกติ และโรคต่าง ๆ เช่น มะเร็งสารเคมีกำจัดศัตรูพืชสามารถเข้าสู่ร่างกายได้หลายทาง โดยการสัมผัสทางผิวหนัง การสูดหายใจละอองที่ฟุ้งกระจายในอากาศและการรับประทานอาหารและน้ำดื่มที่มีสารเคมีปนเปื้อน ซึ่งพฤติกรรมการใช้สารเคมีที่ไม่ปลอดภัยนั้นทำให้เกษตรกรผู้อาศัยในชุมชนและผู้บริโภคมีความเสี่ยงจากการได้รับอันตรายจากสารเคมีเพิ่มขึ้นความเป็นพิษของสารกำจัดศัตรูพืชชนิดต่าง ๆ

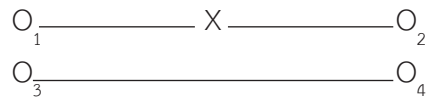
จากปัญหาดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าเกษตรกรในอำเภอหัวไทร มีจำนวนคนที่มียาระดับสารพิษในร่างกายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อาจมีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ซึ่งในการนำมาใช้นั้นอาจมีการใช้อย่างไม่ถูกวิธี ขาดความรู้ และการปฏิบัติตน ทำให้มีผลกระทบต่อด้านสุขภาพโดยตรง ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของสุขภาพเกษตรกรจึงได้จัดทำโปรแกรมการลดสารพิษในเลือดเกษตรกรขึ้นเพื่อให้เกษตรกรกลุ่มเสี่ยงมีระดับสารพิษในกระแสเลือดลดลงและได้รับการตรวจสุขภาพและเจาะเลือดเพื่อดูว่ามีปริมาณสารเคมีตกค้างในกระแสเลือดอยู่ในระดับใด เพื่อทำการเฝ้าระวังป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของประชาชน และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชทางการเกษตรอย่างถูกต้องของเกษตรกรเพื่อลดอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ อันเกิดจากผลกระทบของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของเกษตรกรและประชาชนทั่วไป

### วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ด้านการปฏิบัติตน และระดับสารเคมีตกค้างในเลือด(เฮนไซม์โคลีลินเอสเตอเรส) ของเกษตรกร ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการลดสารเคมีในเลือดของเกษตรกร
- 2) เพื่อเปรียบเทียบผลด้านความรู้ ด้านการปฏิบัติตัว และระดับสารเคมีตกค้างในเลือด(เฮนไซม์โคลีลินเอสเตอเรส) ของเกษตรกร ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการลดสารเคมีในเลือดของเกษตรกร
- 3) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการลดสารพิษในเลือดเกษตรกร

### วิธีดำเนินการ

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยแบ่งประชากรที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่มเป็นการศึกษาแบบ Two group Pretest – Posttest Design โดยจัดโปรแกรมการลดสารพิษในเลือดของเกษตรกร แก่กลุ่มทดลอง โดยมีรูปแบบการวิจัยดังนี้



- O<sub>1</sub> แทน การเก็บข้อมูลก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง
- O<sub>2</sub> แทน การเก็บข้อมูลหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง
- O<sub>3</sub> แทน การเก็บข้อมูลก่อนการทดลองของกลุ่มเปรียบเทียบ
- O<sub>4</sub> แทน การเก็บข้อมูลหลังการทดลองของกลุ่มเปรียบเทียบ
- X แทน โปรแกรม ที่จัดให้โดยผู้วิจัย

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชาชนที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม การปลูกพืชที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเคมีอยู่ในเขตพื้นที่ ตำบลควนชะลิก อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช

### การคำนวณขนาดตัวอย่างและการสุ่ม

กลุ่มตัวอย่างเป็นเกษตรกรที่มีระดับสารพิษในร่างกายอยู่ในกลุ่มมีความเสี่ยงและไม่ปลอดภัย จำนวน 348 คน สุ่มใจเข้าร่วมโปรแกรมการลดสารพิษในเลือดเกษตรกร จำนวน 60 คน จากเกษตรกรหมู่ที่ 1 - 6 ตำบลควนชะลิก อำเภอหัวไทร จังหวัด

นครศรีธรรมราช คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้หลักความน่าจะเป็น โดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลาก (Simple Random Sampling) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน

### สถานที่และระยะเวลาดำเนินการ

ต.ควนชะลิก อ.หัวไทร จ.นครศรีธรรมราช  
ระยะเวลาพฤศจิกายน – ธันวาคม 2563

### เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วม

#### โครงการ (Inclusion Criteria)

- 1) เป็นบุคคลที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป
- 2) เป็นผู้ที่มิมีระดับสารเคมีในเลือดระดับที่มีความเสี่ยงและไม่ปลอดภัย
- 3) อ่านออก เขียนได้ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
- 4) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

### เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ

#### (Exclusion criteria)

- 1) อยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์
- 2) ทุพลภาพ หรือ มีความบกพร่องทางการได้ยิน การมองเห็น การพูด

### เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria)

- 1) ไม่มาติดตามต่อเนื่องตามนัด
- 2) มีภาวะแทรกซ้อน หรือเจ็บป่วยรุนแรงที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้
- 3) สมัครใจลาออกจากโครงการ

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

และวัชพืช ของเกษตรกรตำบลควนชะลิก อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับปรุงประยุกต์ จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อสอบถามเกษตรกรเกี่ยวกับความรู้และพฤติกรรมการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืช ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่อง การป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและวัชพืชของเกษตรกร

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมในการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร

2. โปรแกรมการลดสารพิษในเลือดเกษตรกร วิทยาลัย ต.ควนชะลิก อ.หัวไทร จ.นครศรีธรรมราช
3. ทดสอบระดับสารเคมีตกค้าง(เอนไซม์โคลินเอสเตอเรส) ในเลือดเกษตรกร

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยประสิทธิผลของโปรแกรมการลดสารพิษในเลือดเกษตรกร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช วิทยาลัยตำบลควนชะลิก อำเภอหัวไทรจังหวัดนครศรีธรรมราช ได้วิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลสถานภาพส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ
2. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนความรู้ เกี่ยวกับการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชและพฤติกรรมการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืช วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย(x) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)
3. เปรียบเทียบความรู้ เกี่ยวกับการใช้สาร



เคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชและพฤติกรรมการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชก่อนและหลังการไปเกษตรกรรมในเลือดของเกษตรกร

### โปรแกรมการลดสารพิษในเลือดเกษตรกร

โดยให้กลุ่มทดลอง ได้ประเมินความรู้ การปฏิบัติตัว และตรวจเลือดหาระดับสารพิษในเลือด ก่อนใช้ชุดกิจกรรมโปรแกรมการลดสารพิษในเกษตรกร และติดตามผลหลังการใช้ชุดกิจกรรม 8 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมได้แก่ การประชุมชี้แจง /รายละเอียด/ข้อตกลงร่วมกัน และประเมินด้านความรู้ด้านการปฏิบัติตัว และตรวจเลือดเพื่อทราบระดับสารพิษในเลือด แก่กลุ่มทดลอง ก่อนทำการทดลอง

สัปดาห์ที่ 2-3 กิจกรรมได้แก่ การให้ความรู้เรื่องอันตรายจากการใช้สารเคมี ข้อปฏิบัติตัวในการใช้สารเคมี เรียนรู้ถึงสมุนไพรรักษา (รางจืด) ขับล้างสารพิษในร่างกาย

สัปดาห์ที่ 4-5 กิจกรรมได้แก่ การฝึกปฏิบัติเมื่อมีความจำเป็นต้องใช้สารเคมี เช่นการสวมใส่ชุดป้องกันสารเคมี อุปกรณ์การป้องกันตนเอง และฝึกออกกำลังกายด้วยวิธียืดเหยียดและเดินแอโรบิก สัปดาห์ละ 30 นาที (วันจันทร์ พุธ ศุกร์)

สัปดาห์ที่ 6-7 กิจกรรมได้แก่ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันและประสบการณ์การป้องกันตนเองจากสารเคมีที่ใช้ในการเกษตร อาการแพ้สารเคมี และการฝึกออกกำลังกายด้วยวิธียืดเหยียดและเดินแอโรบิก สัปดาห์ละ 30 นาที (วันจันทร์ พุธ ศุกร์)

สัปดาห์ที่ 8 กิจกรรมได้แก่ การประเมินด้านความรู้ด้านการปฏิบัติตัว และตรวจเลือดเพื่อทราบระดับสารพิษในเลือด แก่กลุ่มทดลอง ภายหลังจากทดลองที่เข้าร่วมกิจกรรม

| วัน เดือน ปี                  | กิจกรรม  | สถานที่                            | หมายเหตุ |
|-------------------------------|--|------------------------------------|----------|
| 9 พ.ย. 2563                   | - ประชุมชี้แจง /รายละเอียด/ข้อตกลงร่วมกัน<br>- ประเมินด้านความรู้ด้านการปฏิบัติตัว<br>- ตรวจเลือดเพื่อทราบระดับสารพิษในเลือด แก่กลุ่มทดลอง ก่อนทำการทดลอง  | รพ.สต. บ้านปากเหมือง<br>ต.ควนชะลิค |          |
| 16 พ.ย. 2563                  | - ให้ความรู้เรื่องอันตรายจากการใช้สารเคมี ข้อปฏิบัติตัวในการใช้สารเคมี<br>- เรียนรู้ถึงสมุนไพรรักษา (รางจืด) ขับล้างสารพิษในร่างกาย<br>- ฝึกปฏิบัติเมื่อมีความจำเป็นต้องใช้สารเคมี เช่นการสวมใส่ชุดป้องกันสารเคมี อุปกรณ์การป้องกันตนเอง | รพ.สต. บ้านปากเหมือง<br>ต.ควนชะลิค |          |
| 30 พ.ย. 2563 ถึง 27 ธ.ค. 2563 | - ออกกำลังกายด้วยวิธีเดินแอโรบิก สัปดาห์ละ 30 นาที (วันจันทร์ พุธ ศุกร์)   | รพ.สต. บ้านปากเหมือง<br>ต.ควนชะลิค |          |
| 14 ธ.ค. 2563                  | - แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันและประสบการณ์การป้องกันตนเองจากสารเคมีที่ใช้ในการเกษตร อาการแพ้สารเคมี  | รพ.สต. บ้านปากเหมือง<br>ต.ควนชะลิค |          |
| 28 ธ.ค. 2563                  | - ประเมินด้านความรู้ด้านการปฏิบัติตัว<br>- ตรวจเลือดเพื่อทราบระดับสารพิษในเลือด แก่กลุ่มทดลอง ภายหลังจากทดลองที่เข้าร่วมกิจกรรม  | รพ.สต. บ้านปากเหมือง<br>ต.ควนชะลิค |          |

5) นัดติดตามให้สุขศึกษา และการปฏิบัติตน ก่อนการใช้สารเคมี ขณะใช้สารเคมี และหลังการใช้สารเคมี พร้อมการออกกำลังกาย ให้กลุ่มทดลองอีก

6) วัตถุประสงค์ ด้านการปฏิบัติตัว ตรวจเลือดเพื่อทราบระดับสารพิษในเลือด แก่กลุ่มทดลองภายหลังการทดลองที่เข้าร่วมกิจกรรม

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปดังนี้

1. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของ ระดับสารเคมีในเกษตรกร

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความรู้พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีตกค้างและระดับสารเคมีในเลือดของเกษตรกรระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลัง การทดลอง โดยใช้ค่าสถิติทดสอบ Independent t-test

### จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านกระบวนการพิจารณารับรองการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช กระทรวงสาธารณสุข หมายเลขรับรอง NST.PH. No. 002/2564 ลงวันที่ 23 ธันวาคม 2563

### ผลการวิจัย

เกษตรกรกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 2 กลุ่มมีคุณลักษณะทางประชากรที่ใกล้เคียงกันอายุกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่จะมีอายุระหว่าง 39 – 49 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา การตรวจปริมาณระดับเอ็นไซม์โคลินเอสเตอเรสของกุ่มทดลอง ก่อนการทดลองอยู่ในระดับเสี่ยง – ไม่ปลอดภัย ร้อยละ 66.50 หลังการทดลองระดับเสี่ยง – ไม่ปลอดภัยลดลงเหลือร้อยละ 48.78

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่ม

ทดลอง ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับปานกลาง และหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับมาก ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับปานกลาง โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับความรู้ด้านการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| ความรู้      | n           | คะแนนเต็ม | SD | t     | df   | p-value |    |      |
|--------------|-------------|-----------|----|-------|------|---------|----|------|
| ก่อนการทดลอง | กลุ่มทดลอง  | 30        | 21 | 14.06 | 1.17 | 0.907   | 58 | .184 |
|              | กลุ่มควบคุม | 30        | 21 | 14.36 | 1.38 |         |    |      |
| หลังการทดลอง | กลุ่มทดลอง  | 30        | 21 | 19.66 | 1.47 | 6.63*   | 58 | .000 |
|              | กลุ่มควบคุม | 30        | 21 | 15.43 | 1.94 |         |    |      |

\* $p < .05$

เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีตกค้าง เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้เคมีทั้งขั้นตอนการเตรียมการ ขณะใช้สารเคมี และหลังใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและวัชพืช. พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตามตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันกันสารเคมีตกค้าง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

| พฤติกรรม     | n           | คะแนนเต็ม | SD  | t      | df   | p-value |    |      |
|--------------|-------------|-----------|-----|--------|------|---------|----|------|
| ก่อนการทดลอง | กลุ่มทดลอง  | 30        | 120 | 75.90  | 5.53 | 0.64    | 58 | .263 |
|              | กลุ่มควบคุม | 30        | 120 | 73.57  | 6.75 |         |    |      |
| หลังการทดลอง | กลุ่มทดลอง  | 30        | 120 | 110.87 | 8.47 | 8.42*   | 58 | .000 |
|              | กลุ่มควบคุม | 30        | 120 | 90.23  | 5.16 |         |    |      |

\*p<.05

และเมื่อเปรียบเทียบระดับสารเคมีตกค้างในเลือด(เอนไซม์โคลินเอสเตอเรส) ของเกษตรกรพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองระดับสารเคมีตกค้างในเลือด(เอนไซม์โคลินเอสเตอเรส) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

**อภิปรายผลการวิจัย**

จากผลการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการลดสารพิษในเลือดเกษตรกร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช สอดคล้องกับการศึกษาของ วรเชษฐ์ ขอบใจ และคณะ (2553) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและระดับเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสในเลือดของกลุ่มเกษตรกรชาวเขาเผ่าม้งและได้ใช้ในการวิจัยครั้งนี้จึงนำพฤติกรรมเสี่ยงนี้ไปใช้ในการวางแผนการให้อาชีวสุขภาพศึกษา

ทางด้านการปฏิบัติในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชพบว่าเกษตรกรมีพฤติกรรมการใช้สารเคมีที่ดีขึ้นลดอันตรายจากสารเคมีตกค้างในเกษตรกรได้ นอกจากนี้การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการลดสารพิษในเลือดเกษตรกร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราชพบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่มตัวอย่างที่มีผลการตรวจเลือดอยู่ในระดับที่มีสารเคมีอันตรายอยู่ในระดับที่เสี่ยง-ไม่ปลอดภัย มีความรู้เพิ่มขึ้นจากเดิมและมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่ดีขึ้น แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมที่ผู้วิจัยทำขึ้นมีประสิทธิภาพ โดยการผลิตสื่อเพื่อสร้างความตระหนักรู้อันตรายของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เช่น คู่มือการทำงานอย่างปลอดภัย ป้ายเตือนอันตราย การสาธิตการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล และการแนะนำวิธีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชการจัดเก็บสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการดูแลสุขภาพจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างถูกวิธี ด้วยการออกกำลังกาย ขับเหงื่อของเสียออกจากร่างกาย เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ (อุทัยทิพย์ สังกลม และคณะ, 2555 ; วิมลรัตน์ กุดทิง และ มานพ คณะโต, 2558)

**สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ**

ผลการศึกษาของการวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการลดสารพิษในเลือดเกษตรกร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นแนวทางหนึ่งในการเสริมสร้างความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันสารเคมี และลดอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช หลังจากการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับความรู้ด้านการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชด้านการปฏิบัติตน และระดับสารเคมีตกค้างในเลือด

(เอนไซม์โคลิ้นเอสเตอเรส) ของเกษตรกร ดีขึ้นกว่า ก่อนทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

### ข้อเสนอแนะทั่วไป

ควรจัดการดำเนินงานและกิจกรรมโปรแกรม การลดสารพิษในเลือดเกษตรกร ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในชุมชน ดังนี้

1. หน่วยงานท้องถิ่น เกษตรอำเภอ สาธารณสุข อำเภอ ควรสนับสนุนให้เกษตรกร ดำเนินงานและ กิจกรรมโปรแกรมการลดสารพิษในเลือดเกษตรกร
2. องค์กรและหน่วยงานด้านการเกษตรและ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการรับซื้อผลผลิตการเกษตร ควรมีส่วนร่วมสนับสนุนผลผลิตของเกษตรกรที่ ลดการใช้สารเคมีเป็นพิเศษ
3. หน่วยงานในพื้นที่ ควรเคลื่อนไหว ทรัพยากรลดการใช้สารเคมีในกิจกรรมการเกษตร ในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง และกลุ่มภาคชุมชน ควร ส่งเสริมการออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที อย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 วัน

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

หน่วยงานด้านสาธารณสุข ควรสนับสนุน ให้มีการวิจัยเชิงคลินิก และวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อเป็น ข้อมูลจากปรากฏการณ์ในพื้นที่ ข้อมูลฐานราก นำไปใช้ในการหาข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2553ก. คู่มือ เกษตรกรปลอดโรคสำหรับเกษตรกรและ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2553ข. คู่มือ สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แนวทางการ ดำเนินงาน เกษตรกรปลอดโรค ผู้บริโภค ปลอดภัย สมุนไพรล้างพิษ ภัยจิตผ่องใส. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กรมวิชาการเกษตร. 2547. การสำรวจผลกระทบ ของสารกำจัดศัตรูพืชต่อสุขภาพ ข้อมูลจาก เกษตรกร 606 คนในประเทศไทย. (เอกสาร อัดสำเนา)
- กระทรวงสาธารณสุข. 2540. คู่มือการตรวจหาเอ็นไซม์โคลิ้นเอสเตอเรส. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร.
- ทรงพล โต้ซารี. 2554. การตกค้างของสารเคมีป้องกัน กำจัดศัตรูพืชในสิ่งแวดล้อม. สำนักจัดการ คุณภาพน้ำ กรมควบคุมมลพิษ. ต้นเมื่อ 6 ธันวาคม 2555 จาก <http://wqm.pcd.go.th/water/images/stories/agriculture/pr/pesticide.pdf>
- ทิพวรรณ ประภามณฑล และคณะ. 2547. การ สัมผัสสารเคมีปราบศัตรูพืชและผลกระทบต่อสุขภาพในกลุ่มเกษตรกรชาวเขาเผ่าม้ง ในเชียงใหม่. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ฉัญภรณ์ เกิดน้อย. 2547. การเปรียบเทียบความรู้ และพฤติกรรมการใช้สารเคมีปราบศัตรูพืช ของกลุ่มเกษตรกรที่มีผลการตรวจสอบสารพิษ ตกค้างในเลือดต่างกันในหมู่บ้านป่าไผ่ ตำบล แม่โป่ง อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่. รายงานการค้นคว้าอิสระปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วรเชษฐ์ ขอบใจ, อารักษ์ ดำรงสัตย์, พิทักษ์พงษ์ ปันตะ, และ เดช ดอกพวง. (2553). พฤติกรรมการใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชและระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดของกลุ่มเกษตรกรต้นน้ำ กรณีศึกษาชาวเขาเผ่าม้ง จังหวัดพะเยา. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 4(2), 36 – 46.

วัลภา โบราณมูล.(2551). ประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวที่เหมาะสมในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนสังกัดเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วิชาดา สิมลา และตัม บัญรอด.(2554). พฤติกรรมการใช้สารกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในตำบลแหลมโดนด อำเภอกวนขนุน จังหวัดพัทลุง. เอกสารการประชุมวิชาการ ครั้งที่ 8 มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์วิทยาเขตกำแพงแสน, นครปฐม : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์วิทยาเขตกำแพงแสน. 1469-1479.

วิมลรัตน์ กุดทิง และมานพ คณะโต. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้พฤติกรรมและผลกระทบต่อด้านสุขภาพของเกษตรกรผู้ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสุสำราญ ตำบลหน้าด่าน อำเภอสวรรคต จัหวัดหนองบัวลำภู. วารสารการพัฒนาศุขภาพชุมชน. 3(1) : 133 – 146.

ศิรินุช ชีวันพิศาลนุกูล. 2553. การตรวจการแพ้พิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืชโดยกระดาษทดสอบ Reactive Paper. ฝ่ายเภสัชเคมีภัณฑ์ องค์การเภสัชกรรม

สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค. (2558). รายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ปี 2557. นนทบุรี : สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

แสงโฉม ศิริพานิช. (2556). สถานการณ์และผลต่อสุขภาพจากการสารเคมีป้องกันศัตรูพืช ปี พ.ศ.2556. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2556. 44(44): 689 – 692.

อุทัยทิพย์ สังกลม, ปัทมาภรณ์ ขุนทรง, กฤษณา พิรุณโปรย และปัญจภัชกร บัญพร้อม. (2555). ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมและการปฏิบัติตนในการใช้สารเคมีของเกษตรกรในพื้นที่กรุงเทพมหานครและนครปฐมกับระดับโคลีนเอสเตอเรส. วารสารสังคมศาสตร์และศิลปศาสตร์. 2(1): 43 – 51.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขุนควรว อําเภอปง  
จังหวัดพะเยา. (2559). รายงานผลการตรวจ  
คัดกรองเจาะปลายนิ้วหาสารเคมีตกค้างใน  
กลุ่มเกษตรกรจำนวน 395 คน ในเขตพื้นที่  
รับผิดชอบ 5 หมู่บ้าน. ในรายงานสรุปโครงการ  
รณรงค์เพื่อลดอันตรายจากสารเคมีทางการ  
เกษตรในกลุ่มเกษตรกรตำบลขุนควรว  
อําเภอปง จังหวัดพะเยา. พะเยา : โรง  
พยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขุนควรว อําเภอ  
ปง จังหวัดพะเยา.

Wilson, L, P.A Martin , J.E Elliott , P. Mineau,  
and K.M.Cgeng (2201). Exposure of  
California quail to organophosphorus  
insecticides in apple orchards in the  
Okanagan Valley, British Columbia.,  
[Online]. A available : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11280971>. [2011,  
15 December]

# การศึกษาระยะเวลาในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาลร่อนพิบูลย์

## The Prehospital Time of Stroke Treatment : Experiences in Ronphibun Hospital

ยุภาวดี จิยพงษ์

Yupawadee Jiyipong

โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์

Ronphibun Hospital

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังจากข้อมูลทุติยภูมิ ที่ได้จากหน่วยเวชระเบียนและข้อมูลปฐมภูมิ ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในช่วงเวลา ตั้งแต่เดือนกันยายน 2562 ถึงธันวาคม 2563 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระยะเวลาการมารับการรักษาและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 96 คน ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยใช้เครื่องมือ 3 ชุด คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) ข้อมูลการเจ็บป่วย 3) การตอบสนองต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ ANOVA และใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาการมารับการรักษา Pre-hospital time มีค่าเฉลี่ยของระยะเวลา ตั้งแต่เกิดอาการจนถึงขอความช่วยเหลือเท่ากับ 308.2 นาที หรือ 5.13 ชั่วโมง (SD=1365.6) ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนถึงห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลร่อนพิบูลย์เท่ากับ 430 นาที หรือ 7.16 ชั่วโมง (SD=1256.4) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลาในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ บุคคลที่เกี่ยวข้องขณะผู้ป่วยเกิดอาการ ( $F=1.623$ ,  $p<.05$ ) การรับรู้ความรุนแรงของอาการ ( $r=-.339$ ) การรับรู้ความสำคัญของอาการ ( $r=.102$ ) ความรู้สึกกังวลเมื่อเกิดอาการ ( $r=.103$ ) และความรู้สึกกลัวสิ่งที่จะตามมาเมื่อเกิดอาการ ( $r=-.130$ )

**คำสำคัญ :** ระยะเวลาในการมารับการรักษา, โรคหลอดเลือดสมอง, การตอบสนองต่อการเจ็บป่วย

### Abstract

This research is a retrospective study from secondary data obtained from the medical records and primary data obtained by collecting data from the sample who received

treatment between September 2019 to December 2020. This study has two objectives: a) to analyze the prehospital time of stroke treatment, b) to study factors related to prehospital time in stroke patients. The sample is 96 stroke patients admitted to Ronphibun Hospital, Nakhon Si Thammarat, Thailand. The data collected by three instruments: a) demographic data form, b) history of illness questionnaire, and c) patient's response to illness questionnaire of stroke patients. The data were analyzed using descriptive statistics: Percentage, Mean, and Standard Deviation and found the relation using Analysis of Variance (ANOVA) and Pearson's Product-Moment Correlation.

The findings were as follows: a) The arithmetic mean of prehospital time since the stroke recurrent until calling for the help of 308.2 minutes or 5.13 hours (SD=1365.6) and since the stroke recurrent until arriving at the Ronphibun Hospital Emergency of 430 minutes or 7.16 hours (SD=1256.4). b) Factors related to prehospital time in stroke patients were persons who involved with patients during the stroke recurrent ( $F=1.623$ ,  $p<.05$ ), perceived severity of the symptoms ( $r=-.339$ ), perceived importance of the symptoms ( $r=.102$ ), feeling anxious when the stroke recurring ( $r=.103$ ), and feeling afraid of what will emerge after the recurrent ( $r=-.130$ ).

**Keywords :** Pre hospital time, stroke patients, Response to Symptoms

## บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขทั่วโลก องค์การอนามัยโลกประมาณการว่า ทุกปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 15 ล้านคนทั่วโลก โดยผู้ป่วยเกิดภาวะพิการถาวรจำนวน 5 ล้านคน มีอัตราเสียชีวิตจำนวน 5 ล้านคน และ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา (WHO, 2014) ในประเทศไทยพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 4 รองจากโรคหัวใจ อุบัติเหตุ และมะเร็ง พบมากในผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไปและมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มสูงขึ้น (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2558)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีความผิดปกติของสมองที่ทำให้เกิดอาการขึ้นอย่างทันทีทันใด มีสาเหตุมาจากหลอดเลือดที่มาเลี้ยงสมองในบริเวณนั้นๆ (พรพจน์ ประภาอนันตชัย และสมบัติ มุ่งทวีพงษา, 2557) ผู้ป่วยมารับการรักษาด้วยอาการผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน แตกต่างกันไปตามตำแหน่งของรอยโรคในสมอง โดยปกติสมองจะมีเลือดมาเลี้ยง 50 - 55 มิลลิลิตร/เนื้อสมอง 100 กรัม/นาที ถ้าปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลงต่ำกว่า 12 มิลลิลิตร/เนื้อสมอง 100 กรัม/นาที เป็นเวลานานอย่างน้อย 2 ชั่วโมงขึ้นไป จะทำให้



เนื้อเยื่อสมองขาดเลือด เสี่ยงต่อการตายของเนื้อสมอง แต่มีศักยภาพที่สามารถแก้ไขให้กลับคืนสภาพเดิมได้ (ischemic penumbra) ถ้าได้รับการฟื้นฟูระบบไหลเวียนภายในสมอง แต่ถ้าปล่อยให้ภาวะสมองขาดเลือดรุนแรงมากขึ้น พยาธิสภาพจะขยายวงกว้างขึ้นเรื่อย ๆ และเกิดเนื้อสมองตายในที่สุด ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะพบความผิดปกติในหลอดเลือดแดงแคโรทิด (carotid arteries) และหลอดเลือดที่เลี้ยงสมองส่วนหน้า (anterior circulation) (พรภัทร ธรรมโรช, 2555) มักมีอาการมองเห็นภาพไม่ชัดของตาข้างเดียวกับบรอยโรค แขนขาข้างตรงข้ามกับบรอยโรคมีอาการอ่อนแรง ชา หรือความรู้สึกสัมผัสเปลี่ยนแปลงไป และการสื่อสารโดยการพูดผิดปกติไป ส่วนที่หลอดเลือดที่มาเลี้ยงสมองส่วนหลัง (posterior circulation) ผู้ป่วยมักมีอาการอ่อนแรงหรือใช้งานไม่ถนัด ชา หรือความรู้สึกสัมผัสเปลี่ยนแปลงไปของอวัยวะ เช่น ใบหน้า แขน ขา ทั้งสองด้านของร่างกาย ร่วมกับมีอาการ เวียนหัว เห็นภาพซ้อน กลืนลำบาก พูดไม่ชัด จับใจความไม่ได้หรือเดินเซ เป็นต้น

เป้าหมายที่สำคัญในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองคือ การลดความพิการและลดอัตราการเสียชีวิตโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและมีเพียงร้อยละ 10 ที่มาโรงพยาบาลภายในเวลา 3 ชั่วโมงหลังจากเกิดอาการ (นิจศรี ชาญณรงค์, 2552) เพราะการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายในระยะเวลา 3 ชั่วโมงตั้งแต่เริ่มอาการมีประโยชน์ในการช่วยลดความพิการ และช่วยให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น ประสิทธิภาพของการรักษาจะลดลงหลังจากเกิดอาการแล้ว 3 ชั่วโมง การรักษาจะไม่มีประโยชน์

เมื่อเวลาผ่านไป 12 ชั่วโมง. (วัชรวิ พิพิมพ์ภักดี, 2561) ผลของการมารับการรักษาที่ช้าทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำตามระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยา ทำให้เป็นอัมพฤกษ์อัมพาต มีการสูญเสียบทบาทในชีวิตเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนและกังวล ดังนั้นระยะเวลาการมารับการรักษาจึงมีความสำคัญกับโรคหลอดเลือดสมองเนื่องจากสามารถบอกระยะการดำเนินโรคเพื่อให้การรักษาตามแนวทางโดยระยะเวลาการมารับการรักษาในโรงพยาบาลนับระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนมาถึงโรงพยาบาลจากการทบทวนวรรณกรรมที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับระยะเวลาเฉลี่ยของระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ในประเทศไทยที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใช้ระยะเวลาการมารับการรักษามีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 5.05 ชั่วโมง และระยะเวลามารับการรักษาตั้งแต่เกิดอาการจนตัดสินใจมารับการรักษามากกว่า 3 ชั่วโมงคิดเป็นร้อยละ 80 (จิณัฐตา คำสารีรักษ์และคณะ, 2558) พบว่า อายุมากจะมารับการรักษาช้ามากกว่าอายุน้อยและจากสถิติอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพศชายมีอัตราป่วยสูงกว่าหญิงยังพบว่าด้านเพศไม่มีผลต่อระยะเวลาในการมารับการรักษาล่าช้า (ดวงทิพย์ บินไทยสงค์, 2557) ในด้านลักษณะอาการของโรคหลอดเลือดสมองนั้นขึ้นกับตำแหน่งและระยะเวลาการเกิดโรคซึ่งก่อให้เกิดลักษณะอาการเฉพาะประกอบด้วย อาการอ่อนแรงหรือชาใบหน้า แขนขาข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรง มีความบกพร่องในการพูดหรือการสื่อสาร มีปัญหาด้านการมองเห็น มีปัญหาด้านการเดินหรือการสูญเสียการทรงตัว ซึ่งพบว่าบุคคลที่มีอาการแสดงเฉพาะจะมารับการรักษาเร็ว นอกจากนี้พบว่าหากมีระดับความรุนแรง

ของโรคหลอดเลือดสมองสูงจะมารับการรักษาเร็ว (จีรพล เหล็กเพชร, ประสิทธิ์ วุฒิสุทธิเมธาวิ, ประเสริฐ วศินานุกร, 2552) หากผู้ป่วยมีอาการเกิดขึ้นที่ทำงาน จะมารับการรักษาเร็ว แต่ถ้าหากอยู่ห่างไกลจากสถานพยาบาลก็จะทำให้มารับการรักษาล่าช้า (นิภาพร ภิญโญศรี, 2562) หากเกิดโรคขณะอยู่ร่วมกับผู้อื่นจะมีการตัดสินใจไปรับการรักษาเร็วกว่าอยู่คนเดียว การตอบสนองอาการด้านการรู้คิดพบว่า เมื่อมีการรับรู้การเจ็บป่วยว่ารุนแรงมากและอยู่ในช่วงวิกฤตจะทำให้ตัดสินใจมารับการรักษาเร็วขึ้น และเมื่ออาการผิดปกติด้านการพูดและมีอาการมากกว่า 2 อย่างขึ้นไปจะตัดสินใจมารับการรักษาเร็วขึ้นเนื่องจากไม่สามารถควบคุมอาการได้ การตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์พบว่า ระดับความวิตกกังวลในอดีตทำให้ไม่ต้องการรบกวนผู้อื่นและไม่ต้องการให้บุคคลอื่นมีความกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยหรืออาการของตนเอง

จากสถิติของโรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ในช่วงเดือน 1 ตุลาคม 2562 – 30 มิถุนายน 2563 พบว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ทั้งหมด 187 ราย เฉลี่ย 21 รายต่อเดือน มีผู้ป่วยที่มาถึงโรงพยาบาลช้ากว่า 3 ชั่วโมง จำนวน 116 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.03 และผู้ป่วยที่มาถึงโรงพยาบาลภายในระยะเวลา 3 ชั่วโมง จำนวน 71 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.97 (onset to door) ซึ่งผู้ป่วยที่มาถึงโรงพยาบาลภายใน 3 ชั่วโมง สามารถส่งต่อโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชได้ในระยะเวลาภายใน 25 นาที (นับตั้งแต่เวลาที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลร่อนพิบูลย์) จำนวน 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.26 (door to refer) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มาถึงโรงพยาบาลช้ากว่า 3 ชั่วโมง จำนวน 116 ราย

คิดเป็นร้อยละ 62.03 นั้นหมายถึงว่า โอกาสที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเกิดความพิการทุพพลภาพ มีสูงและโอกาสรอดชีวิตมีน้อยลงเนื่องจากไม่สามารถได้รับการให้ยาละลายลิ่มเลือดด้วย rt-PA ได้ การศึกษาระยะเวลาในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลร่อนพิบูลย์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงมีความจำเป็นเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนและการสร้างแนวทางการระบอบการให้บริการที่มีความเสี่ยงในการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถเข้ารับการรักษาได้ทันช่วงเวลา คือภายใน 3 ถึง 4.5 ชั่วโมงหลังจากมีอาการเตือนของหลอดเลือดสมองซึ่งช่วยลดความพิการ และมีโอกาสรอดชีวิตสูงขึ้น

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระยะเวลาการมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลร่อนพิบูลย์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลร่อนพิบูลย์

### กรอบแนวคิดของการวิจัย

งานวิจัยใช้กรอบแนวคิด The Common-Sense Model of Illness Representation ของ Leventhal และคณะ (1996) กล่าวถึง มโนภาพการรับรู้การเจ็บป่วยของบุคคลว่าบุคคลจะมีการแก้ปัญหาเมื่อต้องเผชิญกับภาวะคุกคามต่อสุขภาพนำไปสู่การตัดสินใจในการเผชิญปัญหาเกิดกระบวนการ

### 3 ขั้นตอน

1. **ขั้นรับรู้ปัญหา (stimuli)** เมื่อบุคคลได้รับการกระตุ้นจะเกิดขบวนการแก้ปัญหาโดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นหรือความรู้สึกต่อสุขภาพมี 2 อย่างคือ ปัจจัยภายใน ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ และประสบการณ์การเจ็บป่วยที่ผ่านมาและปัจจัยภายนอก ได้แก่ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เกี่ยวกับโรค บุคคลที่เกี่ยวข้องส่งผลเกิดการตอบสนอง 2 แบบ คือ

1) การตอบสนองต่ออาการด้านความคิด ซึ่งประกอบไปด้วยการให้ความหมายของการเจ็บป่วย การรับรู้ของบุคคลที่เกี่ยวข้องขอบเขตของเวลาจุดของเวลาที่ใช้ในการรักษา, เวลาที่ต้องการการรักษา, สาเหตุความเจ็บป่วย การรับรู้ของบุคคลว่าการเจ็บป่วยนั้นส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมความเจ็บป่วยหรือโรคที่เกิดขึ้น 2) การตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์ เป็นผลที่เกิดจากการตอบสนองต่อภาวะความรู้สึกสุขภาพ ได้แก่ ความกลัวความวิตกกังวลและเกิดภาวะซึมเศร้า

2. **ขั้นจัดการปัญหา (Coping strategies)** เป็นระยะที่บุคคลมีการวางแผนเพื่อจัดการกับภาวะความรู้สึกสุขภาพและตัดสินใจแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมจัดการกับอาการและมีความแตกต่างในแต่ละบุคคล

3. **ขั้นผลลัพธ์การจัดการปัญหาทางสุขภาพ (Appraisal Process)** เป็นระยะที่นำผลลัพธ์ที่ได้จากการแก้ปัญหาประเมินว่าประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวหากไม่ประสบความสำเร็จก็จะกลับไปเริ่มขั้นรับรู้ปัญหาใหม่เพื่อค้นหาวิธีการแก้ปัญหาวิธีอื่น ๆ ต่อไป

จากกรอบแนวคิดนี้สามารถอธิบายได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันเป็นสิ่งที่เข้ามาคุกคามต่อภาวะสุขภาพ ผู้ป่วยก็จะประเมินอาการตนเองเกิดภาพสะท้อนความเจ็บป่วย เกิดการตอบสนองต่อการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยด้านการรู้คิดและด้านอารมณ์และเกิดกระบวนการวางแผนเพื่อจัดการกับลักษณะอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่เกิดขึ้นและมีผลลัพธ์ของการจัดการปัญหา คือระยะเวลาการมารับการรักษา

### วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาเชิงพรรณน่าย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) จากข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) ที่ได้จากหน่วยเวชระเบียน โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ และข้อมูลปฐมภูมิ (primary data) ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยนี้ได้ผ่านความเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราชตามเอกสารรับรองที่ NSTPH 041/2563

### ประชากรที่ศึกษา

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันและญาติที่สามารถให้ข้อมูลได้ชัดเจนที่เป็นผู้ตัดสินใจนำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ จำนวนทั้งหมด 240 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2563)

### กลุ่มตัวอย่าง (sample size)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันและญาติที่สามารถให้ข้อมูลได้ชัดเจนที่เป็นผู้ตัดสินใจนำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ที่อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ ได้แก่ ตำบลควนพัง หินตก ร่อนพิบูลย์ เสาธง ควนชุมและควนเกย ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่าง โดยมีขั้นตอนดังนี้

**การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง** โดยการกำหนดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้ โดยใช้การวิเคราะห์โปรแกรม G\* Power 3.1.9.7 ที่เหมาะสมกับตัวแปรที่ใช้ศึกษาและสำหรับวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง 2 ตัวแปร โดยกำหนดอำนาจทดสอบ (Power analysis) เท่ากับ 0.8 กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ ( $\alpha$ ) เท่ากับ 0.05 กำหนดขนาดของอิทธิพลเท่ากับ 0.3 (Medium size) (Cohen, J., 1992) ซึ่งผลจากการแทนค่าข้างต้นได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 80 ราย และเพื่อป้องกันความไม่ครบถ้วนและความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (Polit, D.F. and Beck, C.T., 2004) จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 96 ราย

**การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง** โดยใช้วิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง เนื่องจากโรงพยาบาลร่อนพิบูลย์มี 6 ตำบล ได้แก่ ตำบลควนพัง หินตก ร่อนพิบูลย์ เสาธง ควนชุมและควนเกย และกำหนดสัดส่วนให้ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 96 คน ในระหว่างเดือนกันยายน 2562 ถึง ธันวาคม 2563 โดยใช้สูตรคำนวณของ Proportion to size (รุจิเรศ ธนุรักษ์ และคณะ, 2543)

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำมาประยุกต์ปรับปรุงให้เหมาะสมโดยแบ่งเป็นแบบสอบถามได้ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัวและประวัติการเป็นโรคหลอดเลือดสมองและอาการที่ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษา

2. แบบสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบสอบถามเลือกตอบและเติม จำนวน 12 ข้อ คำถามเกี่ยวกับลักษณะอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ประสิทธิภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เวลาที่เกิดอาการครั้งแรก สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ บุคคลที่เกี่ยวข้องขณะเกิดอาการ ลักษณะการเดินทางมารับการรักษาและระดับความรุนแรงของอาการ (ประเมินโดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของระบบประสาท: NIHSS)

3. แบบสอบถามการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับมาจากแบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการ ของ จินธุ์ตา คำสารีลักษณ์และคณะ (2558) มี 3 ส่วนคือ

1) แบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการด้านผู้คิด ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ และมีเกณฑ์การคิดคะแนนเป็นรายข้อ ได้แก่ การรับรู้สาเหตุของอาการที่เกิดขึ้น การรับรู้ความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น การรับรู้ความสำคัญเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น การรับรู้ความสามารถในการควบคุมอาการ

ที่เกิดขึ้นได้หรือไม่ การรับรู้ว่าจะสามารถรอดอาการได้

2) แบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์ประกอบด้วยคำถาม 4 ข้อ ได้แก่ ความรู้สึกกังวลเกี่ยวกับอาการ ความรู้สึกภายในการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการ ความรู้สึกกลัวสิ่งที่จะตามมาเมื่อเกิดอาการและความรู้สึกไม่ต้องการสร้างความลำบากใจให้บุคคลอื่น

3) แบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการด้านพฤติกรรมประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมแรกๆที่ผู้ป่วยกระทำเพื่อรักษาตัวเองหรือหาวิธีผ่อนคลาย

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและการตรวจสอบความเที่ยงโดยนำแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วนไปตรวจสอบกับผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านแล้วนำมาปรับปรุงและคำนวณหาดัชนีความตรงของเนื้อหาโดยได้ค่า CVI .08, CVI เท่ากับ 1 และได้นำแบบสอบถามส่วนที่ 3 ไปตรวจสอบความเที่ยง โดยใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค ได้ค่า Cronbach alpha โดยรวมเท่ากับ .07

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

#### 1) ชั้นเตรียมการ

- ผู้วิจัยศึกษาทบทวนวรรณกรรม เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและจัดทำโครงร่างเสนอคณะกรรมการจริยธรรมจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลร่อนพิบูลย์เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูล

#### 2) ชั้นดำเนินงานวิจัย

- ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

โดยใช้แหล่งข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติและผู้ช่วยเหลือ รวมทั้งข้อมูลจากการบันทึกรายงานจากเวชระเบียน โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา ทั้งนี้ในการเก็บข้อมูลหากผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวดี (Coma score 13-15 คะแนน) จะเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโดยตรง กรณีที่ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลง (Coma score  $\leq$  12 คะแนน) ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ข้อมูลจากญาติหรือผู้ช่วยเหลือ โดยผู้วิจัยจะสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง 1 ครั้ง ใช้เวลา ประมาณ 30 นาที อย่างไรก็ตามการเก็บข้อมูลจะกระทำภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาและมีอาการคงที่

- ประสานกลุ่มตัวอย่างโดยการโทรศัพท์หรือประสานบุคคลในเพื่อที่ที่ได้กำหนดไว้เพื่ออธิบายขั้นตอนการวิจัยและลงพื้นที่เก็บข้อมูลตามแบบประเมิน ในกรณีกลุ่มตัวอย่างที่มีข้อจำกัดเรื่อง การอ่านหรือเขียน ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านและลงบันทึกข้อมูลในแบบสอบถามให้ เมื่อสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและแจ้งสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

**การวิเคราะห์ข้อมูล** วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว และประวัติการเป็นโรคหลอดเลือดสมองและอาการที่ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาวิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ทางสถิติโดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้ สถิติ ANOVA และใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

## ผลการวิจัย

**ตอนที่ 1** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 62.3 อยู่ในวัยสูงอายุร้อยละ 64.0 มีอายุเฉลี่ย 64.35 ปี (SD=13.9) มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 69.7 ระดับประถมศึกษาร้อยละ 78.3 ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 52.3 มีระดับความรุนแรงของอาการเท่ากับ 14.25 (SD=1.35)

**ตอนที่ 2** ข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ระยะเวลาการมารับการรักษา Pre-hospital time พบว่า ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนถึงขอความช่วยเหลือเท่ากับ 308.2 นาที (SD =1365.6) ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนถึงห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลร่อนพิบูลย์เท่ากับ 430 นาที (SD=1256.4) และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาตามเกณฑ์เวลาของการเข้า Stroke fast track ที่โรงพยาบาลกำหนด 3 ชั่วโมง (180 นาที) มีจำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ระยะเวลาเกิน 3 ชั่วโมง (180 นาที) จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 ลักษณะอาการที่เกิดขึ้นครั้งแรกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่คือ อาการอ่อนแรงของใบหน้า/แขน/ขาข้างใดข้างหนึ่งของร่างกาย คิดเป็นร้อยละ 68.50 รองลงมาคือ อาการพูดไม่ชัด คิดเป็นร้อยละ 12.00 สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ คือ ที่บ้าน ร้อยละ 89.60 ที่ทำงานร้อยละ 10.40 บุคคลที่เกี่ยวข้องขณะเกิดอาการ คือ สามี/ภรรยา ร้อยละ 36.70 บุตรคิดเป็นร้อยละ 32.16 เพื่อนร่วมงาน ร้อยละ 31.14 ลักษณะการเดินทางมารับการรักษา ด้วยรถรับจ้างร้อยละ 52.50 รถส่วนตัว 36.35 รถพยาบาลของระบบการแพทย์ฉุกเฉินร้อยละ 11.15 ประสิทธิภาพเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคย

มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนคิดเป็นร้อยละ 96.30 และประสิทธิภาพของคนในครอบครัวไม่เคยมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน ร้อยละ 94.35

**ตอนที่ 3** ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ลักษณะอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ประสิทธิภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เวลาที่เกิดอาการครั้งแรก สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ ลักษณะการเดินทางมารับการรักษากับระยะเวลาการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n= 96) ดังผลในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ลักษณะอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ประสิทธิภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เวลาที่เกิดอาการครั้งแรก สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ ลักษณะการเดินทางมารับการรักษากับระยะเวลาการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n= 96)

| ข้อมูล                                 | F-test | P-value |
|--|--------|---------|
| เพศ                                    | .746   | .423    |
| ลักษณะอาการของโรคหลอดเลือดสมอง         | .043   | .408    |
| สถานที่เกิดอาการครั้งแรก               | 1.004  | .169    |
| บุคคลที่เกี่ยวข้อง                     | 1.623  | .031    |
| ลักษณะการเดินทางมารับการรักษา          | 1.427  | .788    |
| ประสิทธิผลการเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง |        |         |
| ประสิทธิผลการของผู้ป่วย                | 2.425  | .145    |
| ประสิทธิผลการของคนในครอบครัว           | .412   | .131    |
| เวลาที่เกิดอาการครั้งแรก               | 1.356  | .234    |

จากตารางที่ 1 พบว่า บุคคลที่เกี่ยวข้องขณะเกิดอาการมีระยะเวลาการมารับการรักษาที่แตกต่างกันที่ F-test เท่ากับ 1.623 และค่า

sig เท่ากับ .031 ( $p < .05$ ) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มของสามี/ภรรยา กับ บุตร และกลุ่มสามี/ภรรยา กับ เพื่อนร่วมงาน มีระยะเวลาการมารับการรักษาที่แตกต่างกัน เวลาที่เกิดอาการขึ้นครั้งแรกมีระยะเวลาการมารับการรักษาไม่แตกต่างกันที่ F-test เท่ากับ 1.356 และค่า sig เท่ากับ .234 ( $p > .05$ )

**ตอนที่ 4** ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระดับความรุนแรงของอาการ การตอบสนองต่ออาการ ด้านการรู้คิด และการตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์ กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แสดงผลในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** แสดงตัวแปรเกี่ยวกับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระดับความรุนแรงของอาการ การตอบสนองต่ออาการ ด้านการรู้คิด และการตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์ กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

| ตัวแปร                                     | ค่าความสัมพันธ์ | P-value |
|--|-----------------|---------|
| อายุ                                       | -0.66           | .623    |
| ระดับความรุนแรงของอาการ                    | .143            | .083    |
| การตอบสนองต่ออาการด้านการรู้คิด            | .165            | .767    |
| การรับรู้สาเหตุของอาการ                    |                 |         |
| การรับรู้ความรุนแรงของอาการ                | -0.339          | .004*   |
| การรับรู้ความสำคัญของอาการ                 | .102            | .016*   |
| การรับรู้ความสามารถในการควบคุม             | -0.248          | .421    |
| การรับรู้ว่าสามารถรอดูอาการได้             | -0.072          | .403    |
| การตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์               |                 |         |
| ความรู้สึกกังวลเมื่อเกิดอาการ              | .103            | .000*   |
| ความรู้สึกกลัวสิ่งที่จะตามมาเมื่อเกิดอาการ | -0.130          | .002*   |

| ตัวแปร   | ค่าความสัมพันธ์ | P-value |
|--|-----------------|---------|
| ความรู้สึกอายในการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการ  | -.065           | .283    |
| ความรู้สึกไม่ต้องการสร้างความลำบากใจให้บุคคลอื่น | .079            | .664    |

\* $P < .01$ , \*\* $P < .05$

จากตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์การรับรู้ความรุนแรงของอาการและการรับรู้ความสำคัญของอาการกับระยะเวลาการมารับการรักษา พบว่า มีค่า sig เท่ากับ .004 และ .016 ( $P < .01, p < .05$  ตามลำดับ) แสดงว่าการรับรู้ความรุนแรงของอาการและการรับรู้ความสำคัญของอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับต่ำ ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของความรู้สึกกังวลเมื่อเกิดอาการและความรู้สึกกลัวสิ่งที่จะตามมาหลังเกิดอาการกับระยะเวลาการมารับการรักษา พบว่า มีค่า sig เท่ากับ .000 และ .002 ( $P < .01$ ) แสดงว่าความรู้สึกกังวลเมื่อเกิดอาการและความรู้สึกกลัวสิ่งที่จะตามมาหลังเกิดอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับต่ำมาก ส่วนปัจจัยเพศ อายุ รายได้ ลักษณะอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระดับความรุนแรงของอาการ ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เวลาที่เกิดอาการครั้งแรก สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ ลักษณะการเดินทางมารับการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

## อภิปรายผล

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศชายอยู่ในวัยสูงอายุสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า โรคหลอดเลือดสมองพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2556) และจากรายงานการพยากรณ์โรคหลอดเลือดสมอง พบว่า อุบัติการณ์การเกิดในผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป มีอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 10 ต่ออายุ 1 ปีที่เพิ่มขึ้น (หัสยาพร มะโน, 2552)

2. ระยะเวลาการมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีระยะเวลาการมารับการรักษาใช้เวลามากกว่า 270 นาทีหลังเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 66.67 ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้สูงอายุ ร้อยละ 64.0 จากการวิเคราะห์เพิ่มเติมอาการที่เกิดขึ้นครั้งแรกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ คือ อาการอ่อนแรงของใบหน้า/แขน/ขาข้างใดข้างหนึ่งของร่างกาย คิดเป็นร้อยละ 68.50 เมื่อสอบถามกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่าต้องการรอดูอาการก่อน และคิดว่าจะหายเอง เนื่องจากอาการที่เกิดขึ้นไม่รบกวนการดำเนินชีวิตมาก ยังไม่ก่อให้เกิดอันตรายถึงชีวิตและไม่ทราบว่าจะต้องรีบมารับการรักษาที่โรงพยาบาล แต่เมื่อระยะเวลาผ่านไปพบว่ามีอาการมากขึ้นจึงขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวหรืออนุญาตให้บุคคลในครอบครัวพาไปรับการรักษาได้ บางรายใช้วิธีการจัดการอาการโดยการสังเกตอาการที่บ้าน/ การบีบนิ้ว ประคบกับประคบประกำรเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนคิดเป็นร้อยละ 96.30

และประสบการณ์ของคนในครอบครัวไม่เคยมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนร้อยละ 94.35 ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ กัญจน์นิชา เยียดโรสง, อภิญา วังศ์พิริโยธาและ พจนีย์ ชูสีลัง (2562) การศึกษาของสุชาดา ทองบัว และพลอยชมพู นิลสุข (2561) และการศึกษาของ ยวดี คุ่มชนะและคณะ (2560) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยใช้เวลาตั้งแต่มีอาการมาจนถึงจุดคัดกรองของโรงพยาบาลมากกว่า 3 ชั่วโมง

3. ปัจจัยภายนอก ได้แก่ 1) บุคคลที่เกี่ยวข้องขณะผู้ป่วยเกิดอาการมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $F=1.623$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกันติมาภรณ์ วิวัฒน์ตระกูลและลัดดา อะโนศรี (2560) ที่พบว่าอิทธิพลของบุคคลสามารถทำนายระยะเวลาในกระบวนการตัดสินใจไปรับการรักษาเร็วกว่าการอยู่คนเดียว นอกจากนี้ผู้ดูแล ญาติ หรือผู้พบเห็นเหตุการณ์ที่มีความตระหนักและมีประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจะทำให้มีการใช้บริการรถฉุกเฉินทำให้ไปรับการรักษาได้รวดเร็ว และยังพบว่าผู้ป่วยที่อยู่กับสามี/ภรรยาจะมีระยะเวลาการมารับการรักษาช้ากว่าอยู่กับสมาชิกคนอื่นขณะเกิดอาการ โดยช้ากว่าอยู่กับบุตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $F=1.623$ ) เนื่องจากสามี/ภรรยาส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ 2) ปัจจัยด้านการตอบสนองต่ออาการด้านการรู้คิด ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของอาการและการรับรู้ความสำคัญของอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ( $r=-.339, .102$  ตามลำดับ)



ซึ่งการตอบสนองต่ออาการด้านการรู้คิด (Cognitive Representation) จะทำให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงของอาการ ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์ด้านลบกับระยะเวลาการมารับการรักษา คือหากรับรู้ลักษณะอาการที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงมากเป็นอันตรายแก่ชีวิตจะทำให้ตัดสินใจมารับการรักษาทันที (ตวงทิพย์ บินไทยสงค์, 2557) การตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์ ได้แก่ ความรู้สึกกังวลเมื่อเกิดอาการซึ่งจะส่งผลให้มีระยะเวลาการมารับการรักษาน้อยและการรับรู้ความสำคัญของอาการคือ หากผู้ป่วยรับรู้ถึงจุดของเวลาที่ใช้ในการรักษาและผลที่จะเกิดหลังจากเกิดอาการไม่รุนแรงหรือเล็กน้อยจะมีพฤติกรรมในการตอบสนองต่ออาการแตกต่างกัน พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมารับการรักษา โดยจะทำให้ตัดสินใจมารับการรักษาช้า ทำให้มีระยะเวลาการมารับการรักษาที่ยาวนานและทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาตามแนวทางที่เหมาะสม

3) ปัจจัยด้านการตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์ คือ ความรู้สึกกังวลเมื่อเกิดอาการและความรู้สึกกลัวสิ่งที่จะตามมาเมื่อเกิดอาการนั้น มีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = -.103, -.130$  ตามลำดับ) ซึ่งการตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์ (Emotional Representation) เป็นอิทธิพลจากการรับรู้ความสามารถในการควบคุมสถานการณ์คุกคามต่อชีวิตที่เกิดขึ้นจริง (perceived control) และระดับความวิตกกังวลในอดีตทำให้เกิดความกังวล ความกลัว ความอายและความรู้สึกไม่ต้องการรบกวนผู้อื่น (จิรพล เหล็กเพชร, ประสิทธิ์ วุฒิสุมิธธาวิ และประเสริฐ วศินานุกร, 2552) ดังนั้นจึงพบว่า เมื่อผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล

และความกลัวไม่สามารถควบคุมอาการที่เกิดขึ้นได้ และไม่รู้ว่าจะผลที่จะเกิดหลังจากเกิดอาการรุนแรงมาหรือไม่ จะทำให้มีความวิตกกังวลและกลัวในระดับสูงทำให้ตัดสินใจมารับบริการรักษาที่เร็วทำให้ได้รับการรักษาตามแนวทางที่เหมาะสม และปัจจัยเพศ อายุ รายได้ ลักษณะอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระดับความรุนแรงของอาการ ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เวลาที่เกิดอาการครั้งแรก สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ ลักษณะการเดินทางมารับการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

### ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีกระบวนการในการเฝ้าระวังการเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง ให้ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยงการรักษาโรคหลอดเลือดและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจะช่วยให้ผู้ป่วยสังเกตอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง
2. ด้านระบบบริการสุขภาพ ควรมีการพัฒนา ระบบการแพทย์ฉุกเฉินหรือระบบรถพยาบาลฉุกเฉินให้ทั่วถึงครอบคลุมทุกพื้นที่ และมีความสะดวกในการติดต่อเพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงระบบบริการในเขตชุมชนชนบท และควรมีการประชาสัมพันธ์ ข้อมูลให้ประชาชนได้รับทราบข้อมูลการเข้าถึงระบบบริการเป็นระยะ ๆ โดยผ่านสื่อวิทยุ โทรทัศน์ แผ่นพับ หรือหอกระจายข่าวในชุมชน
3. ด้านการวิจัย เพื่อใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

โดยนำข้อมูลที่นำมาพัฒนาระบบบริการและให้การพยาบาลเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันได้รับการรักษาที่รวดเร็วจาก ระบบเครือข่ายการส่งต่ออย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากที่สุดเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและลดภาวะแทรกซ้อนที่จะทำให้เกิดความพิการได้

## เอกสารอ้างอิง

กัญจน์นิชา เยียดโรสง อภิญญา วงศ์พิริโยธาและ พจนีย์ ชูลีลัง. ปัจจัยทำนายระยะเวลาการมารับการ รักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองหลังจากเกิดอาการในระยะเฉียบพลัน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ; 2562.

จิณัฐตา คำสารีรักษ์และคณะ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน. วารสารพยาบาลตำรวจ. ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 หน้า 106-119.2558.

จิรพล เหล็กเพชร, ประสิทธิ์ วุฒิสุมธิเมธาวี และ ประเสริฐ วดีนานุกร. ระยะเวลาที่ผู้ป่วย โรคสมองขาดเลือดใช้ในการมารับการรักษา ที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. สงขลานครินทร์เวชสาร; 2552.

ดวงทิพย์ บินไทยสงค์. การนำผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองระยะเฉียบพลันส่งโรงพยาบาล.วารสาร พยาบาลตำรวจ.ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 หน้า 275-282 2557.

นิจศรี ชาญณรงค์. การดูแลรักษาสมองขาดเลือด เฉียบพลัน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.

นิภาพร ภิญโญศรี, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ มารับบริการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ขาดเลือดระยะเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาล ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2562.

พรพจน์ ประภาอนันตชัย, สมบัติ มุ่งทวีพงษา.ปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษา ใน โรงพยาบาล ที่ใช้ระบบเครือข่ายการ ส่งต่อช่องทางด่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองระยะเฉียบพลัน ; 2557.

พรภัทร ธรรมโรช. Atrial fibrillation: Stroke Neurologist Perspective. J Thai Stroke Soc: Volume 13 (3), 2555.

ยุวดี คุ่มชนะและคณะ. ระยะเวลาการกลับมาเป็นซ้ำ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.วารสาร โรงพยาบาล ชัยนาทนเรนทร; 2560.

รุจิเรศ ธนุรักษ์ และคณะ. วิจัยทางการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: สยามศิลป์; 2543.

วัชรีย์ พิมพ์ภักดี. ปัจจัยทำนายการมารับการรักษาของ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.วิทยานิพนธ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.

สมศักดิ์ เทียมเก่า.การพัฒนาเครือข่าย Stroke Fast Track. Srinagarind Med J 2013, 28 (suppl). ;2556.

สุชาดา ทองบัวและพลอยชมพู นิลสุข. ปัจจัยที่สัมพันธ์ กับการไม่ได้รับ rt-PA ในผู้ป่วยสมองขาด เลือดเฉียบพลันที่มาถึงโรงพยาบาลภายใน 4.5 ชั่วโมงของโรงพยาบาลราชบุรี. วารสาร หัวหินสุขภาพไกลกังวล; 2561.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. สำนักปลัดกระทรวง  
สาธารณสุข; 2558.

หัตถยาพร มะโน. การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือด  
สมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง  
โรงพยาบาลลอง จังหวัดแพร่. (วิทยานิพนธ์  
ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต). มหาวิทยาลัย  
เชียงใหม่, คณะสาธารณสุขศาสตร์ ;2552.

Cohen, J. A power primer. Psychological  
Bulletin, 112 (1), 155-159; 1992. Polit,  
D.F. and Beck, C.T. Nursing Research:  
Principles and Methods. 7th Edition,  
Lippincott Williams & Wilkins,  
Philadelphia; 2004.

World Health Organization. Global targets  
2025. To improve maternal, infant  
and young child nutrition. Switzerland;  
WHO.2014.

## แบบประเมินคุณภาพบทความวิจัย

บทความวิจัย / รายงานวิจัย เรื่อง

.....

.....

.....

ก. การประเมินคุณภาพบทความวิจัย / รายงานวิจัย

1. หัวข้อวิจัย

- ( ) เป็นหัวข้อใหม่ไม่ถือว่าซ้ำซ้อนกับงานวิจัยที่เคยมีมาก่อน
- ( ) มีความซ้ำซ้อนแต่ใช้วิธีการที่แตกต่างออกไป
- ( ) มีความซ้ำซ้อนทั้งหัวข้อและวิธีการ

ความเห็นหรือข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง

.....

.....

.....

2. วิธีวิจัย : มีวิธีการหรือขั้นตอนที่ถูกต้องรัดกุม มีการเก็บข้อมูลตามหลักวิธีการวิจัยได้ดี ฯลฯ

- ( ) ถูกต้องดีมาก
- ( ) ดี
- ( ) พอใช้
- ( ) ยังไม่ถูกต้อง

ความเห็นหรือข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง

.....

.....

.....

3. ความครอบคลุมในทุกประเด็นของรายงานวิจัย เช่น วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอบเขตของการวิจัย เป็นต้น

- ( ) ครอบคลุมทุกประเด็น
- ( ) ไม่ครอบคลุม

ความเห็นหรือข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง

.....

.....

.....

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

- ( ) เหมาะสม  
( ) ไม่เหมาะสม

ความเห็นหรือข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง

.....

.....

.....

.....

ข. ข้อวินิจฉัยสำหรับการตีพิมพ์

- ( ) มาตรฐานยังไม่ดีพอสำหรับตีพิมพ์  
( ) ตีพิมพ์ได้โดย  
( ) ไม่ต้องแก้ไข  
( ) มีการแก้ไข ดังนี้

รายละเอียดที่เสนอแนะให้ปรับปรุงแก้ไข

| หน้าที่ | หัวข้อ | บรรทัดที่ | ข้อความที่เสนอให้ปรับปรุงแก้ไข |
|---------|--------|-----------|--------------------------------|
|         |        |           |                                |

พร้อมนี้ได้ส่งคืนต้นฉบับบทความแนบมาด้วยแล้ว

(ลงนาม).....  
(.....)  
ผู้ประเมิน  
วันที่.....



- วัตถุประสงค์ :**
1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจด้านนโยบายการพัฒนางานสาธารณสุข
  2. เพื่อเผยแพร่บทความวิชาการและผลงานความก้าวหน้าของงานสาธารณสุขมูลฐาน และระบบบริการสุขภาพ ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท
  3. เพื่อเป็นสื่อในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในด้านต่าง ๆ ที่จะนำไปสู่การพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน การพัฒนาชนบท และระบบบริการสุขภาพ
  4. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขของศูนย์วิชาการสาธารณสุข และหน่วยงานอื่น ๆ
  5. เพื่อเป็นสื่อสัมพันธ์สร้างความร่วมมือ และความเข้าใจระหว่างศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราชกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

**ขอบเขตบทความ :**

- บทความวิชาการและผลงานวิจัยเกี่ยวกับการดำเนินงานงานสาธารณสุขมูลฐานและพัฒนาชนบท
- ผลงานความก้าวหน้าและประสบการณ์การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน
- บทความแปลหรือเรียบเรียงจากภาษาต่างประเทศ หรือเกี่ยวกับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ที่เหมาะสม ในงานสาธารณสุข และการบริการด้านสุขภาพ
- บทความอื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม

**สำนักงาน :**

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช  
13 ถนนพัฒนาการคูขวาง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000  
โทร 075 – 446354, 446005 โทรสาร 075 – 446291 [www.nakhonphc.go.th](http://www.nakhonphc.go.th)  
facebook : ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช  
Email : [southern.phc@gmail.com](mailto:southern.phc@gmail.com) โทรมือถือ 081-3705370

**ลิขสิทธิ์ :**

ต้นฉบับที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ ถือเป็นลิขสิทธิ์ของศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช และผลงานวิจัยของผู้เขียนต้องมาจากกระบวนการนิพนธ์ของท่านโดยจริงแท้

**ความรับผิดชอบ :**

เนื้อหาต้นฉบับที่ปรากฏในวารสารเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน ทั้งนี้ ไม่รวมความผิดพลาด อันเกิดจากเทคนิคการพิมพ์

**กำหนดการส่งต้นฉบับ :**

- ฉบับที่ 1 ประจำปี ตุลาคม – ธันวาคม
- ฉบับที่ 2 ประจำปี มกราคม – มีนาคม
- ฉบับที่ 3 ประจำปี เมษายน – มิถุนายน
- ฉบับที่ 4 ประจำปี กรกฎาคม - กันยายน



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

วิสัยทัศน์ : ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช

“เป็นศูนย์กลางเสริมสร้างความร่วมมือและพัฒนาเครือข่ายการสาธารณสุขมูลฐานภายในปี 2565”

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช  
13 ถนนพัฒนาการคูขวาง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000  
โทรศัพท์ 075-446354, 075-446005 โทรสาร 075-446291

Website : [www.nakhonphc.go.th](http://www.nakhonphc.go.th) Facebook : ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช