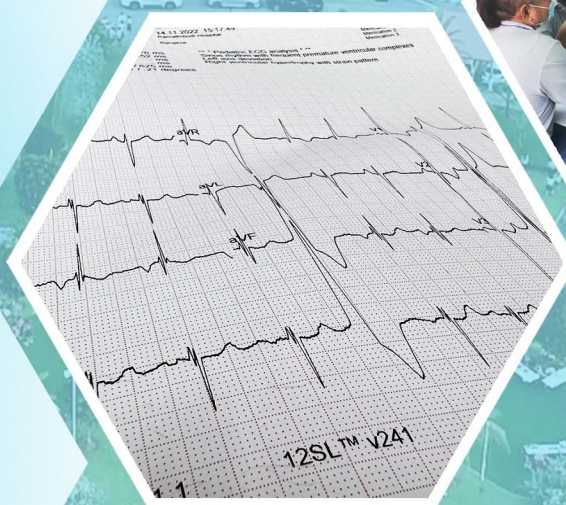




JAHS

วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University

ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2565
Volume 7 No.2 July-December 2022



ISSN 2539-6749

TCI (กลุ่มที่ 2) สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
Thai - Journal Citation Index Centre

วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University

วัตถุประสงค์ของการจัดพิมพ์วารสาร

1. เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิจัย และผลงานวิชาการทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพและสาธารณสุข
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการนำเสนอและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นทางวิชาการด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพและสาธารณสุข

ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.ชุดิภาญจน์ ศรีวิบูลย์
รองศาสตราจารย์ ดร.นันทิยา น้อยจันทร์
รองศาสตราจารย์ ดร.บัณฑิต ผังนิรันดร์
รองศาสตราจารย์ ดร.รจนา จันทราสา

อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
รองอธิการบดีฝ่ายวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

บรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.สมเดช รุ่งศรีสวัสดิ์

คณบดีวิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

รองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงพร นະคາพันธุ์ชัย

รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยสหเวชศาสตร์

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ นายแพทย์นิพนธ์ พวงวรินทร์ (ราชบัณฑิต)
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. นายแพทย์สมชัย บวรกิตติ (ราชบัณฑิต)
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ยงยุทธ วัชรกุลย์ (ราชบัณฑิต)
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์พูนพิศ อมาตยกุล
ศาสตราจารย์พิเศษ นายแพทย์เอก ธนะสิริ
รองศาสตราจารย์ ดร.รัตนา สำโรงทอง
รองศาสตราจารย์พิเศษ ดร.นายแพทย์ธวัชชัย กมลธรรม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภะลักษณ์ พักคำ
นายแพทย์เทวัญ ธาณิรัตน์
นายแพทย์มานิษฐ์ ลิขิตกุล
นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์
ดร.รัชณี จันทระ
ดร.เภสัชกรหญิงอัญชลี จูฑะพุทธิ

มหาวิทยาลัยมหิดล
สำนักงานราชบัณฑิตยสภา
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
มหาวิทยาลัยมหิดล
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
กระทรวงสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์
กระทรวงสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข

ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ

รองศาสตราจารย์ รศ.ดร.วรางคณา จันทรงค์
รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงพร นະคາพันธุ์ชัย
รองศาสตราจารย์พิเศษ ดร.นายแพทย์ธวัชชัย กมลธรรม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ราณี วงศ์คงเดช
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิวรรณ เสนะสุทธิพันธุ์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ (ต่อ)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปริศนา เพียรจริง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุไรวรรณ อมรมิมีต

อาจารย์ ดร.ธนะพัฒน์ ทักสินทร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ

กองการจัดการ

นางสาววรรณวิภา บำรุงพงศ์

นางสาวลนิตา ภาวานานท์

นางสาวบุบผา ขุนบุญจันทร์

นางสาวสุนีย์ ยียะหย้า

นางสาวภาพร บำรุงสุนทร

นายทศวรรณ พงษ์สุข

นางสาวกนกกร ผิวอ่อน

นางสาวดารณิ กิตติสาระกุลชัย

นายธนา ลิมาวัฒนชัย

นางสาวนันทกานต์ สังขรัตน์

นางสาวสุมาลี สวัสดิ์รักษ์

นางสาวธีราภรณ์ จุมรี

นางสาวณภัทร ช่างเพ็ง

นางสาวอลิสรา ดั่งฉิม

นายศักดิ์ชัย พงษ์เกิดลาภ

กำหนดการเผยแพร่

ปีละ 2 ฉบับ 1) ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – มิถุนายน และ 2) ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม – ธันวาคม

เจ้าของวารสาร

วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

สำนักงาน

เลขที่ 111/1-3 หมู่ 7 ตำบลบางแก้ว อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม 75000 โทรศัพท์ 034-773904-5 โทรสาร 034-773-903

www.journal.ssrui.ac.th/index.php/jahs

พิมพ์ที่

บริษัท แดเน็กซ์ อินเทอร์เน็ตปอเรชั่น จำกัด 99/164 หมู่ 2 ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210

โทรศัพท์ 02-5751791-3, 088-5788-400

ออกแบบปกโดย

นายทศวรรณ พงษ์สุข

บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ได้รับการตรวจสอบทางด้านวิชาการ โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง ตามสาขา อย่างน้อยจำนวน 2 ท่าน และบทความในวารสาร เป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน ซึ่งทางกองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย การนำบทความในวารสารนี้ไปเผยแพร่สามารถทำได้โดยให้ระบุแหล่งอ้างอิง จากวารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

บทบรรณาธิการ

วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทาฉบับนี้ เป็นฉบับประจำปี ที่ 7 ฉบับที่ 2 เดือน กรกฎาคม – ธันวาคม ซึ่งจะเน้นวิทยาการความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านสาธารณสุขให้เป็นปัจจุบัน ดังเช่นที่ผ่านมาทางวารสารฯ ได้รับการตอบรับเป็นอย่างดี มีบทความที่มีความหลากหลายและอยู่ในความสนใจของสังคม แต่เนื่องด้วยข้อกำหนดของปริมาณ ต่อฉบับ ทางกองบรรณาธิการจึงคัดเลือกลงตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง ดังนั้นบทความในวารสาร บางฉบับอาจจะมีแนวโน้มไปในทิศทางด้านเดียวกันดังเช่นในฉบับนี้ อย่างไรก็ตามก็ยังคงไว้ตาม วัตถุประสงค์ของวารสารคือทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพและด้านสาธารณสุขเหมือนเดิม

สำหรับบทความในวารสารฉบับนี้ ส่วนใหญ่เป็นบทความวิจัย (research article) ทางด้าน สาธารณสุขและการส่งเสริมสุขภาพที่มีความหลากหลายในรูปแบบและสถานที่ศึกษา จำนวน 6 เรื่อง ประกอบด้วย 1) การศึกษา Heart rate recovery period กลุ่มตัวอย่างเด็กอายุ 10-15 ปี 2) ความรู้ การรับรู้ ที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรค เรื้อรังในโรงพยาบาล 3) ปัจจัยที่มีผลต่อผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น 4) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน 5)การเข้าถึงสิทธิ ประโยชน์ของผู้พิการ และ 6) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของประชากรวัยทำงาน

กองบรรณาธิการวารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ขอขอบคุณ ผู้วิจัยและเจ้าของบทความที่ให้ความร่วมมือปรับปรุงแก้ไขเป็นอย่างดี รวมทั้งผู้ร่วมจัดทำวารสาร ฉบับนี้ทุกท่านที่ดำเนินการให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าผู้อ่านจะได้รับสารประโยชน์ จากวารสารฉบับนี้ และขอขอบคุณท่านผู้อ่านที่ได้ให้ความสนใจติดตามวารสารมาอย่างต่อเนื่อง แล้วพบกันฉบับต่อไป



รองศาสตราจารย์ ดร.สมเดช รุ่งศรีสวัสดิ์

บรรณาธิการบริหาร

สารบัญ

บทความวิจัย

หน้า

การศึกษา Heart rate recovery period จากการทดสอบสมรรถภาพหัวใจ ด้วยการเดินสายพานในกลุ่มตัวอย่างเด็กอายุ 10-15 ปี ที่มีผลตรวจ Echocardiogram ปกติ The study of Heart rate recovery period from treadmill Exercise stress test in child population 10-15 years old with normal Echocardiogram อุเทน บุญมี Uthen Bunmee	1
ความรู้ การรับรู้ ที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี Knowledge, Perception Related to Oral Health Care Practices among Elderly with Chronic Diseases in Pho Yai Sub - District Health Promoting Hospital Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province วุฒิฉาน ห้วยทราย, จินตนา ทองสง่า, อินทุอร นามเหลา, ณัฐฉิณี พงษ์ช่อมดี และ ศรายุทธ ชูสุทน Wuttichan Huaisai, Chintana Thongsanga, Intuon Namlao, Nattinee Pongcha-umdee and Sarayut Chusuton	13

สารบัญ

บทความวิจัย

หน้า

ปัจจัยที่มีผลต่อผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่จังหวัดสมุทรสงคราม	27
--	----

Factors affecting the overall result of Local Health Security Fund in Samut Songkhram Province

จุฑามาส ใจพรหม

Jutamas Jaiprom

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของประชากรวัยทำงานในจังหวัดสมุทรสงคราม	44
---	----

Factors Influencing Health Status of Working Age Population in Samutsongkram Province

พัชรา พยัคเวช

Patchara Phayukwech

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี	56
--	----

Factors Related to Oral Health Care Behaviors in Pre-School Children among Parents in Child Development Centers, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province

สมพร แก้วทอง, เปมิกา ฉิมคง, อมลวรรณ แก้วละมูล,

ดุชนี เจริญสุข, และ วรณวิมล เมฆวิมล กิ่งแก้ว

Somporn Keawtong, Pemikar Chimkong, Amonwan Kaewlamun,

Dusadee Charoensuk and Wanwimon Mekwimon Kingkaew

สารบัญ

บทความวิจัย

หน้า

การเข้าถึงสิทธิประโยชน์ของผู้พิการตำบลลาดใหญ่

71

อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม

The accessibility to the rights of the handicapped pertaining
to Tambon Lat Yai Amphoe Mueang Samut Songkhram Province

บุญวัฒน์ ไทร้อย, พรรณราย สุขมณี

และ วรณวิมล เมฆวิมล กิ่งแก้ว

Boonyawat Saiyoi, Phannarai Sukmanee

and Wanwimon Mekwimon Kingkaew



วันที่รับบทความ : 23/03/2565

วันแก้ไขบทความ : 17/06/2565

วันตอบรับบทความ : 22/06/2565

วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University

การศึกษา Heart rate recovery period จากการทดสอบสมรรถภาพหัวใจ ด้วยการเดินสายพานในกลุ่มตัวอย่างเด็กอายุ 10 – 15 ปี ที่มีผลตรวจ Echocardiogram ปกติ

อุเทน บุญมี

สาขาวิชาโรคหัวใจ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: utan_bunmee@hotmail.com

บทคัดย่อ

ระยะ Heart rate recovery period คือ ระยะเวลาหลังออกกำลังกายถึงขีดสุดที่ค่าอัตราการเต้นหัวใจ และค่าทางระบบไหลเวียนโลหิต เช่น ความดันโลหิต กลับมาเท่ากับช่วงก่อนออกกำลังกายอีกครั้ง สะท้อนประสิทธิภาพการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือดในการปรับสมดุลเข้าสู่ภาวะปกติ โดยผู้ใหญ่ที่มีความผิดปกติจะใช้เวลาฟื้นคืนที่แตกต่างจากคนปกติ แต่ในผู้ป่วยเด็กยังไม่มียารายงานค่าปกติและยังไม่มีการศึกษา คำนี้อย่างแพร่หลาย จึงสร้างงานวิจัยนี้ขึ้นด้วยการทบทวนผลตรวจ Treadmill Exercise stress test จาก Modified Bruce protocol ย้อนหลังของปี 2560-2562 ทั้งสิ้น 34 ราย อายุ 10-15 ปี ที่มีผลตรวจ Echocardiography ปกติ BMI $20 + 3.5 \text{ kg/m}^2$ เพศชายร้อยละ 64 เพศหญิงร้อยละ 36 วิเคราะห์ความต่างทางสถิติ ด้วย Mann-Whitney U test ผลวิจัยพบว่าในเด็กอายุ 10-15 ปี เมื่อออกแรงถึงขีดสุดเฉลี่ย stage 6 จะมีค่า Recovery period ประมาณ 5.8 ± 1.1 นาที ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของ Heart rate recovery period ระหว่างเพศชายกับเพศหญิง (5.90 ± 1.20 vs 5.84 ± 0.97 , P-value 0.855) ระหว่างกลุ่ม BMI น้อยกว่า 18.5 กับกลุ่ม BMI 18.5 ขึ้นไป ($5.98 + 0.99$ vs $5.81 + 1.21$, P-value 0.43) ระหว่างกลุ่มอายุน้อยกว่า 13 ปีกับกลุ่ม 13 ปีขึ้นไป (5.92 ± 1.25 vs 5.86 ± 1.07 , P-value 0.74) และระหว่างกลุ่มที่เดินได้น้อยกว่า Stage 7 กับกลุ่มที่เดินได้ Stage 7 ขึ้นไป (5.75 ± 1.20 vs 6.09 ± 0.90 , P-value 0.46) สรุปว่า เด็กอายุ 10-15 ปี มีค่า Heart rate recovery period ประมาณ 5.8 นาที โดยนาทีที่ 1 อัตราการเต้นหัวใจ จะลดลงร้อยละ 15 ซึ่งสามารถปรับใช้ในทางคลินิกและวิทยาศาสตร์การกีฬา

คำสำคัญ : Heart rate recovery period, ทดสอบสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพาน, เด็ก



The study of Heart rate recovery period from treadmill Exercise stress test in child population 10 – 15 years old with normal Echocardiogram

Uthen Bunmee

Division of Pediatrics Cardiology, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

E-mail: utan_bunmee@hotmail.com

ABSTRACT

The heart rate recovery period is the duration from peak exercise to after exercise until heart rate and blood pressure return to baseline. This parameter reflects as hemodynamic. The pattern of the heart rate recovery period is specific and different in each age group. However, the data about the heart rate recovery period in children is unclear and scanty. This retrospective research aims to study about characteristics and duration time of the recovery period after the exercise test in 34 children aged 10-15 years who had a normal echocardiogram and underwent Modified Bruce protocol of treadmill exercise stress test. From the report data since 2017-2019 showed the heart rate recovery period about 5.8 ± 1.1 minutes at peak exercise to stage 6. The statistical comparison by Mann Whitney test showed no difference in Heart rate recovery period in males versus females (5.90 ± 1.20 vs 5.84 ± 0.97 , P-value 0.855). BMI under 18.5 versus BMI 18.5 kg/m² above (5.83 ± 1.07 vs 5.98 ± 1.23 , P-value 0.43). Under 13 years old versus over 13 years old (5.92 ± 1.25 vs 5.86 ± 1.07 , P-value 0.74) and not achieved stage 7 group versus achieved stage 7 group (5.75 ± 1.20 vs 6.09 ± 0.90 , P-value 0.46). The conclusion, the children 10-15 years old was a similar characteristic of the heart rate recovery period by duration about 5.8 minutes and heart rate will decrease 15% at the first minute of recovery. This parameter shows the benefit of assessing and following in clinical and sport science.

Keywords: Heart rate recovery period, Treadmill, Exercise stress test, Child



บทนำ

ระยะเวลาฟื้นคืนของอัตราการเต้นหัวใจ (Heart rate recovery period) คือ ระยะเวลาหลังออกกำลังกายถึงขีดสุดที่อัตราการเต้นของหัวใจ (Heart rate; HR) และค่าทางสรีรวิทยาการไหลเวียน เช่น ความดันโลหิต (Blood pressure; BP) กลับมาเท่ากับช่วงก่อนเริ่มต้นก่อนออกกำลังกาย (Resting pre-exercise หรือ Baseline) อีกครั้ง สะท้อนประสิทธิภาพการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือดในการปรับสมดุลเข้าสู่ภาวะปกติ โดยผู้ใหญ่ที่มีความผิดปกติ เช่น Ischemic heart disease และ Heart failure จะใช้เวลาฟื้นคืนที่ต่างจากคนปกติทั่วไป¹ ตรงข้ามกับคนปกติที่อัตราการเต้นของหัวใจจะสูงในช่วงออกกำลังกายถึงขีดสุดและจะค่อยๆ ต่ำลงจนเท่ากับระยะก่อนออกกำลังกาย² แต่ในผู้ป่วยเด็กปกติที่อายุ 10-15 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยระดับประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษาชั้นยังไม่มีการศึกษาอย่างแพร่หลายว่าระยะเวลาดังกล่าวใช้เวลาเท่าใด การนำ HR recovery period ไปใช้จึงยังมีข้อจำกัดและไม่แพร่หลายตามไปด้วย ทั้งนี้เนื่องจากในหน่วยตรวจมีฐานข้อมูลผลตรวจหัวใจเด็กหลากหลายประเภท จากประเด็นปัญหาที่สนใจและข้อมูลที่มีจึงเลือกใช้ผลตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพาน Modified Bruce protocol^R มาเป็นเครื่องมือ ซึ่งเป็นโหมมการตรวจที่เหมาะสมสำหรับเด็ก ไม่หนักและอันตรายจนเกินไป โดยสายพานจะชันและเร็วขึ้นทุก 3 นาที โดย 3 นาทีเท่ากับ 1 stage ซึ่งในทางเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก และในทางวิทยาศาสตร์การกีฬานั้น Stage 5 = 14 METs, Stage 6 = 17 METs, Stage 7 = 21 METs,

Stage 8 = 24 METs โดย < 3 METs = Low intensity, 3-5.9 METs = Moderate intensity, 6 METs up = High intensity or Vigorous ซึ่ง Metabolic equivalent tasks; METs คือ อัตราการใช้พลังงาน โดย 1 METs เท่ากับใช้พลังงาน 1 เท่าของการนั่งพัก 1, 2, 3 ซึ่งโดยทั่วไปผู้รับการทดสอบจะเดินและวิ่งจนรู้สึกเหนื่อยถึงขีดสุดซึ่งในขณะนั้นหัวใจจะเต้นเร็ว หายใจเร็วและพูดเป็นประโยคไม่ได้จนกระทั่งขอหยุด การหยุดที่ Stage เท่าไรนั้นย่อมขึ้นกับสภาพร่างกายของแต่ละบุคคลทั้งนี้เมื่อพักแล้ว HR ควรกลับลงมาเป็นปกติในเวลาที่เหมาะสม ซึ่งการวิจัยนี้นอกจากต้องการทราบค่าปกติของเวลา recovery period ในเด็กแล้วยังเกิดคำถามว่าเพศที่ต่างกัน ขนาดร่างกายที่ต่างกัน ระยะเดินที่นานต่าง stage กัน และผู้ที่อายุต่างกันจะให้ค่า HR recovery period แตกต่างกันหรือไม่ จึงนำมาสู่การศึกษาวิจัยในครั้งนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาลักษณะและระยะ HR recovery period ของเด็กอายุ 10-15 ปี
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของ HR Recovery period ระหว่างเพศชายกับเพศหญิง
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของ HR Recovery period ระหว่างกลุ่มอายุน้อยกว่า 13 ปี กับกลุ่ม 13 ปี ขึ้นไป
4. เปรียบเทียบความแตกต่างของ HR Recovery period ระหว่างกลุ่ม BMI น้อยกว่า 18.5 กับกลุ่ม 18.5 kg./m² ขึ้นไป



5. เปรียบเทียบความแตกต่างของ Recovery period ระหว่างกลุ่มที่เดินได้ Stage น้อยกว่า 7 กับกลุ่ม Stage 7 ขึ้นไป

ระเบียบวิธีวิจัย

ประเภทการวิจัย

ศึกษาวิจัยแบบทบทวนผลตรวจย้อนหลัง (Retrospectively study)

ประชากรและเกณฑ์การคัดเลือก

กลุ่มตัวอย่างวัยเด็ก อายุ 10-15 ปี ทั้งสิ้น 34 ราย โดยคัดเลือกเพียงรายที่ปราศจากโรคหัวใจ ซึ่งมีผล Echocardiogram ปกติ และมีผลตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพานโดยเฉพาะค่า HR ชัดเจนครบถ้วนระหว่างปี 2560 – 2562 เข้าสู่การวิจัย

วิธีการวิจัย

จากการทบทวนผลตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพาน (Treadmill exercise stress test หรือ EST) ย้อนหลัง ในฐานข้อมูลภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โดยการทดสอบใช้เครื่องยี่ห้อ GE รุ่น T2100 ด้วย Modified Bruce protocol ที่เพิ่มความชันและความเร็วขึ้นทุก 3 นาที ซึ่งเหมาะสมกับการทดสอบในวัยเด็ก²³ จำนวน Maximum HR จากสูตร Maximum HR = 220 - อายุ หยุดทดสอบเมื่อกลุ่มตัวอย่างรู้สึกเหนื่อยล้าจนไม่ไหวหรือ

ถึง Target HR ที่คำนวณจาก 80% ของ Maximum HR ระหว่างการตรวจจะมีการบันทึก 12 leads ECG, HR และ Noninvasive blood pressure ตลอดทั้งในระยะ Resting pre exercise, Peak-exercise และ Recovery period หลังจากออกกำลังกายถึงขีดสุดแล้ว แต่การวิจัยนี้มุ่งบันทึก ค่า HR จนกระทั่งค่าเหล่านี้กลับเข้าสู่ลักษณะเท่ากับก่อนเริ่มทดสอบเพื่อยืนยันการเข้าสู่ระยะ Recovery period จับเวลาที่กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายใช้ในการ Recovery

สถิติ

นำเสนอข้อมูลประชากรในรูปแบบจำนวน (ร้อยละ) และ Mean $\pm$ SD เปรียบเทียบความแตกต่างของ HR recovery period ระหว่างกลุ่มเพศชายกับเพศหญิง กลุ่มอายุน้อยกว่า 13 ปีกับกลุ่ม 13 ปี ขึ้นไป กลุ่ม BMI น้อยกว่า 18.5 กับกลุ่ม 18.5 kg./m² ขึ้นไป และกลุ่มเดินได้ Stage น้อยกว่า 7 (น้อยกว่า 21 นาที) กับกลุ่ม Stage 7 ขึ้นไป (21 นาทีขึ้นไป) ซึ่งมีการแจกแจงไม่ปกติด้วย Mann-Whitney U test ยอมรับความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P -value < 0.05

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COA MURA2021/979



ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 แสดง Z-score ของ Heart rate recovery period ในเด็กอายุ 10-15 ปี ที่มีผลตรวจ Echocardiogram ปกติ

Z-score	Recovery period (minute)
+2.1	≥ 8.1
1.6 - 2.0	7.7 - 8.0
1.1 - 1.5	7.1 - 7.6
0.5 - 1.0	6.5 - 7.0
0 - 0.49	5.9 - 6.4
0	5.8
(-0.49) - 0	5.7 - 5.3
(-0.5) - (-1.0)	5.2 - 4.8
(-1.1) - (-1.5)	4.7 - 4.3
(-1.6) - (-2.0)	4.2 - 3.6
-2.1	≤ 3.5

หมายเหตุ : Z - score คือ การเปรียบเทียบค่าที่ได้ห่างจากค่าเฉลี่ยเพียงใด (กำหนดหน่วยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
(เครื่องหมาย + หมายถึง มาก และเครื่องหมาย - หมายถึง น้อย)

สีแดง หมายถึง มากเกิน หรือ น้อยเกิน

สีส้ม หมายถึง มาก หรือ น้อย

สีเหลือง หมายถึง ค่อยข้างมาก หรือ ค่อนข้างน้อย

สีเขียว หมายถึง ปกติ



ตารางที่ 2 แสดงลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)	Mean $\pm$ SD
เพศ	n = 34	
ชาย	22 (64.7%)	
หญิง	12 (35.2%)	
อายุ (ปี)		12.7 $\pm$ 1.2
น้อยกว่า 13 ปี	11 (32.4%)	
13 ปีขึ้นไป	23 (67.6%)	
BMI (kg./m²)		20 $\pm$ 3.5
น้อยกว่า 18.5	19 (56%)	
18.5 – 24.9 (ปกติ)	14 (41%)	
25 ขึ้นไป	1 (3%)	
Echocardiogram		
Left ventricular ejection fraction; LVEF (%)		62.2 $\pm$ 6.61
Stages (Modified Bruce protocol)*		6.23 $\pm$ 0.85
5	7 (20.5%)	
6	14 (41.0%)	
7	11 (32.3%)	
8	2 (5.8%)	
Heart rate (bpm)		
Resting pre-exercise หรือ Baseline		96 $\pm$ 13
Peak exercise		180 $\pm$ 31
1 minute at recovery		153 $\pm$ 16
Recovery		99 $\pm$ 14
Systolic Blood pressure (mmHg.)		
Resting pre-exercise หรือ Baseline		96 $\pm$ 10.4
Peak exercise		126 $\pm$ 17
Recovery		91 $\pm$ 18

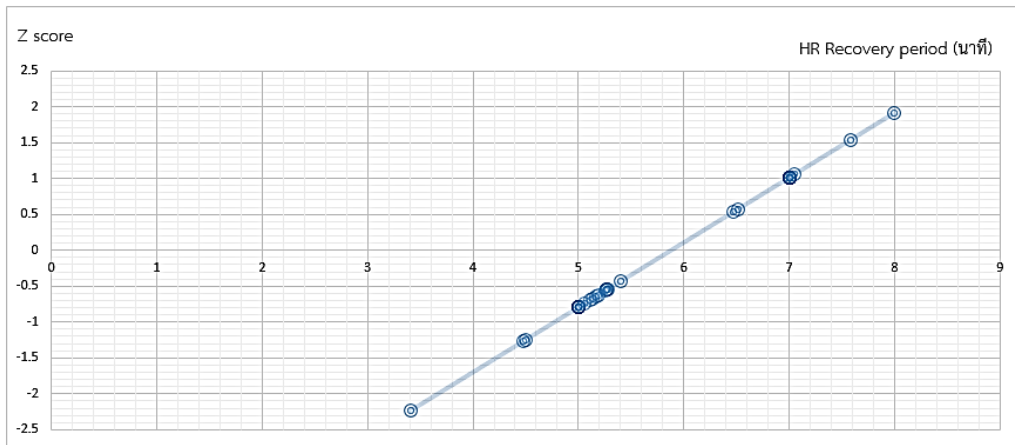


ลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)	Mean $\pm$ SD
Diastolic Blood pressure (mmHg.)		
Resting pre-exercise หรือ Baseline		61 $\pm$ 15
Peak exercise		63 $\pm$ 21
Recovery		53 $\pm$ 12
Recovery period (Minutes)		
น้อยกว่า 4.7	1 (3%)	
4.7 – 6.9 (5.8 $\pm$ 1.1)	24 (71%)	
6.9 ขึ้นไป	9 (26%)	

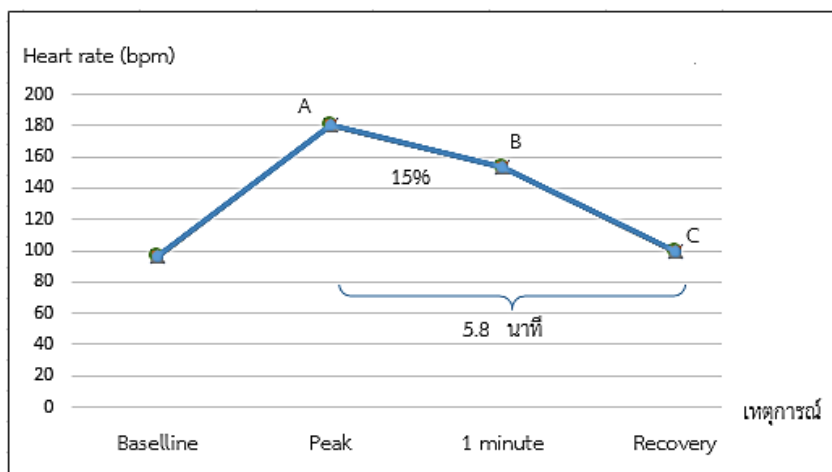
หมายเหตุ : *ในทางเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก และในทางวิทยาศาสตร์การกีฬานั้น Stage 5 = 14 METs, Stage 6 = 17 METs, Stage 7 = 21 METs, Stage 8 = 24 METs โดย < 3 METs = Low intensity, 3-5.9 METs = Moderate intensity, 6 METs up = High intensity or Vigorous (Metabolic equivalent tasks; METs คือ อัตราการใช้พลังงาน โดย 1 METs เท่ากับใช้พลังงาน 1 เท่าของการนั่งพัก)^{1,3}

ตารางที่ 3 แสดงผลการเปรียบเทียบ Heart rate recovery time ของกลุ่มตัวอย่างด้วย Mann-Whitney Test

การเปรียบเทียบ	Recovery period (นาที)		P-value
เพศชาย vs เพศหญิง	5.90 $\pm$ 1.20	5.84 $\pm$ 0.97	0.855
อายุ น้อยกว่า 13 vs อายุ 13 ปีขึ้นไป	5.92 $\pm$ 1.25	5.86 $\pm$ 1.07	0.640
BMI น้อยกว่า 18.5 vs BMI 18.5 kg./m ² ขึ้นไป	5.98 $\pm$ 0.99	5.81 $\pm$ 1.21	0.431
Stage น้อยกว่า 7 vs Stage 7 ขึ้นไป	5.75 $\pm$ 1.20	6.09 $\pm$ 0.90	0.461



ภาพที่ 1 แสดง Z-score ของ Heart rate recovery period ในเด็กอายุ 10 – 15 ปี
ที่มีผลตรวจ Echocardiogram ปกติ



ภาพที่ 2 แสดงลักษณะการเปลี่ยนแปลงอัตราการเต้นของหัวใจจากขณะก่อนออกกำลังกายจนถึง
ขณะออกกำลังกายถึงขีดสุด (A) และ Recovery period (B,C) โดยที่ 1 นาที อัตราการเต้น
ของหัวใจจะลดลงประมาณร้อยละ 15 จากนั้นประมาณเวลาที่ 5.8 อัตราการเต้นของหัวใจ
จึงจะกลับเข้าใกล้ค่า Baseline อีกครั้ง (Beat per minute; bpm)



สรุปและอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาทั้งหมดมีผลตรวจ Echocardiography ปกติ โดยทุกรายเดินสายพาน ได้ถึง Target heart rate ของ Modified Bruce protocol และหยุดเดินเนื่องจากความเร็วและความชันที่เพิ่มขึ้น ทุก ๆ 3 นาที ทำให้เหนื่อยล้าจนถึงขีดสุด จากนั้นเครื่องจะบันทึกอัตราการเต้นหัวใจ ความดันโลหิต ในระยะ Recovery อย่างต่อเนื่องและพิมพ์ออกมาทุก ๆ 3 นาทีจนกระทั่งสิ้นสุดการทดสอบ ค่าเหล่านี้ถูกรายงานลงในแบบ Summary report ซึ่งถูกนำมาใช้ในการศึกษาแบบ Retrospective ครั้งนี้

จากผลการศึกษา นอกจากจะให้ค่า Z-score เพื่อเทียบความผิดปกติได้สะดวกแล้ว (ภาพที่ 1 และ ตารางที่ 1) ยังพบว่าระยะ Recovery period ของกลุ่มตัวอย่างเด็กอายุ 10-15 ปี คือ 5.8 ± 1.1 นาที (4.7–6.9 นาที) ดังภาพที่ 2 สอดคล้องกับการศึกษาของ Tulumen E และคณะ ที่ศึกษา Reproducibility ของอัตราการเต้นหัวใจ พบว่าเมื่อออกกำลังกายจนถึง Maximal heart rates แล้วอัตราการเต้นของหัวใจจะค่อยๆ ลดลง ตั้งแต่นาทีที่ 1-5 ของ Recovery period เมื่อทำซ้ำในอีก 7 วันและ 30 วันต่อมาก็ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของลักษณะดังกล่าว⁴ เช่นเดียวกับการวิจัยของ Johnson NP และคณะ ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่า ผู้ที่ใช้เวลา Recovery period นานเกิน 5 นาที จะสัมพันธ์กับการพยากรณ์โรคที่แย่งซึ่งมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ใช้เวลา Recovery period น้อยกว่า 5 นาทีถึงร้อยละ 50 ขึ้นไป⁵ และการศึกษาของ Goldschlager N และคณะ ที่รายงานว่

Recovery period ส่วนใหญ่ใช้เวลาประมาณ 5 นาที และในนาทีที่ 3 จะเริ่มพบการเปลี่ยนแปลงของ ST segment จากคลื่นไฟฟ้าหัวใจ⁶ การศึกษาของ Ema O และคณะ กล่าวว่า หากค่า Recovery period ใช้เวลานานประมาณ 10-15 นาที จะสัมพันธ์กับโอกาสเสียชีวิตที่สูงและพบว่ากลุ่มที่มี HR at baseline กับ Heart rate at 1 minute recovery แตกต่างกันน้อยกว่า 12 ครั้ง/นาทีขึ้นไปจะสัมพันธ์กับโอกาสการเสียชีวิตสูงโดยเมื่อพิจารณาถึงลักษณะกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการทางระบบเมตาบอลิซึมที่ผิดปกติด้วย เช่น ค่าระดับน้ำตาล คอเลสเตอรอล และไขมันในเลือด เป็นต้น อย่างไรก็ตามเขานำเสนอว่าไม่ควรนำค่าที่ได้นี้ไปอธิบายโอกาสเสียชีวิตในผู้ป่วยที่ใช้ยากลุ่ม Beta-blocker อยู่⁷ ซึ่ง Watanabe J และคณะ ก็ทำการศึกษาคล้ายกันพบว่า ผู้ที่มี HR at baseline กับ Heart rate at 1 minute recovery แตกต่างกันน้อยกว่า 18 ครั้ง/นาที ก็สัมพันธ์กับโอกาสการเสียชีวิตที่สูงขึ้นเช่นกัน⁸ ซึ่งจากการวิจัยครั้งนี้พบค่าความต่างของ HR at baseline กับ HR at 1 minute recovery ของกลุ่มตัวอย่างเฉลี่ยอยู่ที่ 27 ครั้ง/นาที (ตารางที่ 2) โดยในระยะ 1 นาที Heart rate จะลดลงประมาณร้อยละ 15 หรือ $100 - [(153/180) \times 100] = 15\%$

จากผลวิจัยในกลุ่มตัวอย่างเด็กอายุ 10 – 15 ปี ครั้งนี้ เพศชายกับเพศหญิงไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของ Heart rate recovery period (ตารางที่ 3) สอดคล้องกับการวิจัยของ Mendes MdA และคณะ และการศึกษาของ



Ohuchi H และคณะที่พบว่าเพศไม่ได้เป็นปัจจัยเสี่ยงของ Impair heart rate recovery^{3,9}

และโดยทางกายภาพทั่วไปผู้ที่น้ำหนักตัวมากหรือขนาดร่างกายใหญ่จะมีแนวโน้มที่จะออกกำลังกายได้น้อยเร็วกว่าคนปกติ แม้ว่าจากลักษณะกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 1) พบผู้มีลักษณะผอมที่ค่า BMI น้อยกว่า 18.5 kg/m^2 (Normal $18.5-24.9$)¹⁰ ถึงร้อยละ 56 แต่เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ BMI ปกติพบว่า มีค่า Heart rate recovery period ไม่แตกต่างกัน แต่พบว่ามี 1 รายที่ BMI เกิน 30 kg/m^2 (อ้วนระดับ 1) แม้รายนี้จะสามารถเดินได้ถึง Stage 6 (17 METs = High intensity)³ แต่มีระยะ Recovery period นานถึง 8 นาที ซึ่งเกินระดับ Mean $\pm$ SD ของกลุ่มตัวอย่าง คือ 5.8 ± 1.1 นาที สอดคล้องกับงานวิจัยของ Ohuchi H และคณะ โดยเฉพาะงานวิจัยของ Gondoni L ที่ทำการศึกษาในกลุ่มคนอ้วนและน้ำหนักเกินพบว่าค่า Heart rate recovery ของกลุ่มที่มี BMI มากมีความแตกต่างจากคนที่ BMI น้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{9,11} แต่เนื่องจากในการศึกษครั้งนี้มีจำนวนผู้ที่ BMI เกิน 30 kg/m^2 เพียงคนเดียวเท่านั้นจึงยากต่อการสรุปผล อย่างไรก็ตาม BMI ใน Recovery period เป็นประเด็นที่น่าสนใจควรศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างเฉพาะที่จำนวนมากขึ้น

ด้านการเปรียบเทียบ HR recovery period ในกลุ่มตัวอย่างที่เดินได้ Stage น้อยกว่า 7 กับกลุ่มที่เดินได้ Stage 7 ขึ้นไปซึ่งหมายถึงเดินนานเกิน 21 นาที มากกว่าที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เดินได้ร่วมกับระดับสายพานชันขึ้นและเร็วขึ้นนั้น แม้ว่าโดยทั่วไปผู้ที่เดินนานกว่าหรือระยะทางมากกว่าย่อม

รู้สึกเหนื่อยกว่าผู้เดินในช่วงเวลาและระยะทางสั้นๆ แต่ความเหนื่อยที่มากกว่าไม่จำเป็นต้องใช้ระยะ Recovery period ที่นานกว่าเสมอไป และเนื่องจากการศึกษานี้ทำในคนที่ปราศจากโรคหัวใจทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เดินได้สูงสุด Stage 6 - 7 ใกล้เคียงกัน (ตารางที่ 2) การแบ่งจุดตัดที่ Stage 7 เพื่อเปรียบเทียบอาจทำให้ไม่เห็นความแตกต่างของ Recovery period

เช่นเดียวกับการเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างอายุน้อยกว่า 13 ปีกับกลุ่ม 13 ปีขึ้นไปที่ไม่พบความแตกต่างของ Recovery period จึงให้ผลต่างจากงานวิจัยอื่น ๆ ที่เปรียบเทียบข้ามวัย⁹ อย่างไรก็ตามการกำหนดจุดแบ่งกลุ่ม BMI และ Stage ที่ต่างไปจากนี้อาจทำให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีความแตกต่างกันมากเกินไปซึ่งอาจส่งผลโดยตรงต่อความน่าเชื่อถือในขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติได้

สรุปผล

เด็กอายุ 10-15 ปี เมื่อเข้ารับการตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพานจนกระทั่งออกแรงถึงขีดสุด จะมีค่าระยะ HR recovery period ประมาณ 5.8 ± 1.1 นาที (4.7-6.9) โดยในช่วง 1 นาทีขณะ Recovery อัตราการเต้นของหัวใจจะลดลงประมาณร้อยละ 15 จนกระทั่งเข้าสู่หน้าที่ 5.8 HR จึงจะเข้าใกล้ Baseline และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างเพศชายกับเพศหญิง ผู้ที่มีอายุน้อยกว่ากับมากกว่า 13 ปี ผู้ที่มี BMI น้อยกว่ากับมากกว่า 18.5 Kg/m^2 และผู้ที่เดินได้น้อยกว่ากับมากกว่า stage 7 นั้น ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



ข้อเสนอแนะ

แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจะมีผลตรวจ Echocardiogram ที่ปกติ แต่ส่วนใหญ่เป็นเด็กวัยมัธยมศึกษาที่อาศัยในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร และปริมาณพลซึ่งออกกำลังกายเป็นครั้งคราวนอกเหนือไปจากชั่วโมงวิชาพลศึกษาของโรงเรียนเท่านั้น การนำค่า Recovery period นี้ไปใช้กับเด็กที่เป็นนักกีฬาแข่งขัน (Athlete) ซึ่งได้รับการฝึกฝนการออกกำลังกายอย่างหนักเป็นประจำอาจยังมีข้อจำกัด ซึ่งในอนาคตอาจมีการศึกษาประเด็นความแตกต่างของ Recovery period ในกลุ่มที่มีค่า BMI ผิดปกติหรือนักกีฬาโดยเฉพาะ อย่างไรก็ตามผลวิจัยนี้นอกจากจะเป็นความรู้ทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับการตรวจหัวใจแบบไม่รุกรานในด้านเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอกเพื่อทดสอบสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพานในเด็กแล้ว ยังสามารถนำค่า Heart rate recovery period ไปประยุกต์ใช้กับงานด้านวิทยาศาสตร์การกีฬาและฟิตเนสเพื่อเป็นตัวชี้วัดความพร้อมของร่างกายและสำหรับบุคคลทั่วไปใช้ติดตามประสิทธิภาพการออกกำลังกายจากการสังเกตและเทียบค่า Z – score ดังภาพที่ 2 และตารางที่ 3

เอกสารอ้างอิง

1. Aneni E, Roberson LL, Shaharyar S, et al. Delayed heart rate recovery is strongly associated with early and late- stage prehypertension during exercise stress testing. AM J Hypertens. 2014;27(4):514-21
2. McInnis K, Balady GJ. Comparison of submaximal exercise responses using the Bruce vs modified Bruce protocols. Med Sci Sports Exerc. 1994;26(1):103-7
3. Mendes MdA, Da Silva I, Ramires V, et al. Metabolic equivalent of task (METs) thresholds as an indicator of physical activity intensity. PLoS One. 2018;13(7):e0200701
4. Tulumen E, Khalilayeva I, Aytemir K, et al. The reproducibility of heart rate recovery after treadmill exercise test. Ann Noninvasive Electro. 2011;16(4):365-72
5. Johnson NP, Goldberger JJ. Prognostic value of late heart rate recovery after treadmill exercise. Am J Cardiol. 2012;110(1):45-9
6. Goldschlager N, Selzer A, Cohn K. Treadmill stress tests as indicators of presence and severity of coronary artery disease. Ann Intern Med. 1976;85(3):277-86
7. Nishime EO, Cole CR, Blackstone EH, Pashkow FJ, Lauer MS. Heart rate recovery and treadmill exercise score as predictors of mortality in patients referred for exercise ECG. JAMA. 2000;284(11):1392-8



8. Watanabe J, Thamilarasan M, Blackstone EH, Thomas JD, Lauer MS. Heart rate recovery immediately after treadmill exercise and left ventricular systolic dysfunction as predictors of mortality: the case of stress echocardiography. *Circulation*. 2001;104(16):1911-6
9. Ohuchi H, Suzuki H, Yasuda K, Arakaki Y, Echigo S, Kamiya T. Heart rate recovery after exercise and cardiac autonomic nervous activity in children. *Pediatr Res*. 2000;47(3):329-35
10. Nuttall FQ. Body mass index: obesity, BMI, and health: a critical review. *Nutrition today*. 2015;50(3):117. BMI
11. Gondoni L, Titon A, Nibbio F, Augello G, Caetani G, Liuzzi A. Heart rate behavior during an exercise stress test in obese patients. *Nutrition, Metabolism and Cardio Dis*. 2009;19(3):170-6



วันที่รับบทความ : 10/10/2565

วันแก้ไขบทความ : 21/11/2565

วันตอบรับบทความ : 22/11/2565

วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University

ความรู้ การรับรู้ ที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

วุฒิमान ห้วยทราย¹, จินตนา ทองสง², อินทอร นามเหลา³, ณัฐฉิณี พงษ์ชะอุ่มดี⁴, ศรายุทธ ชุสนท⁵*

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี¹

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองผือ²

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหล่าหมื่น³

โรงพยาบาลจอมพระ⁴

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม⁵

E-mail: sarayut.2538@hotmail.com*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความรู้ การรับรู้ การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ใหญ่ ปีงบประมาณ 2560 จำนวน 157 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ใช้สถิติ Pearson's correlation ผลการวิจัย พบว่า 1) ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.60 มีอายุในช่วง 60 - 70 ปี ร้อยละ 51.60 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 66.00 ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีทั้งหมด เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 22.30 และมีระยะเวลาที่เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่มากกว่า 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 37.50 2) ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก ส่วนใหญ่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 49.70 3) การรับรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 88.50 4) การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปาก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 79.60 5) ความรู้ และการรับรู้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.384, 314$, $p\text{-value} = .000, .000$ ตามลำดับ) ผลการศึกษานี้สามารถไปปรับใช้ในการจัดทำโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพ แก่ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากและการป้องกันปัญหาสุขภาพช่องปาก

คำสำคัญ : ความรู้, การรับรู้, พฤติกรรม, สุขภาพช่องปาก, ผู้สูงอายุ

* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ



Knowledge, Perception Related to Oral Health Care Practices among Elderly with Chronic Diseases in Pho Yai Sub - District Health Promoting Hospital

Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province

Wuttichan Huaisai¹, Chintana Thongsanga², Intuon Namlao³,

Nattinee Pongcha-umdee⁴, Sarayut Chusuton^{5*}

Sirindorhn College of Public Health Ubon Ratchathan Province¹

Nongphue health promoting hospital²

Laomee health promoting hospital³

Chomphra hospital⁴

Samut Songkharm Provincial Public Health Office⁵

E-mail: sarayut.2538@hotmail.com*

ABSTRACT

This cross-sectional descriptive study aimed to study knowledge, perception and practice about oral health care of the elderly with chronic diseases in Pho Yai Subdistrict Health Promoting Hospital Warin Chamrap District Ubon Ratchathani Province. This study was conducted in a sample of 157 elderly people with chronic diseases at Pho Yai Sub-district Health Promoting Hospital, fiscal year 2017. Data were collected by using a questionnaire. The descriptive data were analyzed including frequency, percentage, mean and standard deviation. The correlation was analyzed using Pearson's correlation statistics.

The results of the research were as follows: 1) Most of elderly people with chronic diseases in health promotion hospitals Pho Yai Subdistrict Warin Chamrap District Ubon Ratchathani Province 72.60% were female, 51.60% were aged between 60 - 70 years, 66.00% had marital status, all of sample had educational level below bachelor's degree, 22.30% had hypertension and 37.50% had a duration of more than 10 years of chronic diseases. 2) Knowledge of oral health care: mostly on a large-scale accounting for 49.70% 3) Perception of oral health care: Most of them were at very good level accounted for 88.50% 4) The practice of oral health care: Most of them were at very good level accounting for 79.60%. 5) Knowledge and perception were positively correlated with the practice of oral health care. statistically



significant at the 0.01 level ($r = .384, .314$, $p\text{-value} = .000, .000$, respectively). The results of this study should be applied in the preparation of dental health promotion programs for the elderly with chronic illnesses. To promote oral health care behaviors and prevent oral health problems that will arise.

Keywords: Knowledge, Perception, Behavior, Oral health, Elderly



บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีมากถึงร้อยละ 20.00 ในปี 2564¹ ซึ่งเป็นประเด็นที่ท้าทายทางสังคมเพราะผู้สูงอายุที่มีอายุที่ยืนยาวขึ้น แต่ในขณะเดียวกันก็มีปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากขึ้น หนึ่งในปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุคือ ปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก ประเทศไทยจึงมีการกำหนดยุทธศาสตร์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง โดยต้องการให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ดูแลตนเองได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีตัวชี้วัด คือ มีอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเพิ่มขึ้น และผู้สูงอายุมีฟันแท้อย่างน้อย 20 ซี่หรือ 4 คู่สบเพิ่มขึ้น² จากรายงานประจำปี 2556 ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุขพบว่า ในปี พ.ศ. 2546 - 2555 จำนวนและอัตราผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากผลการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2556 ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย พบว่า ผู้สูงอายุมีความเจ็บป่วยด้วย โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41.40 โรคเบาหวาน ร้อยละ 18.20 นอกจากนี้ พบว่า ร้อยละ 13.00 เป็น โรครวมทั้ง 2 โรคดังกล่าว เนื่องจากโรคเรื้อรังเป็นประเด็นปัญหาที่พบในกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่ความชุกของโรคในช่องปากก็เป็นปัญหาสำคัญของหลายๆ ประเทศ และมีปัจจัยเสี่ยงร่วมกับโรคไม่ติดต่อเหล่านี้ซึ่งผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง อาจนำไปสู่โรคแทรกซ้อนที่รุนแรงและเสียชีวิตได้โดยการเกิดภาวะแทรกซ้อน

และการติดเชื้อในช่องปากซึ่งนำไปสู่การติดเชื้อที่อวัยวะสำคัญของร่างกายทั้งทางตรงและทางอ้อมได้³

จากผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560 พบว่า กลุ่มวัยสูงอายุ 60 - 74 ปี ร้อยละ 56.10 มีฟันถาวรใช้งานได้น้อยกว่า 20 ซี่ เฉลี่ย 18.60 ซี่ / คน ร้อยละ 40.20 มีฟันหลังสบกันอย่างน้อย 4 คู่สบ และลดลงในผู้สูงอายุตอนปลายอายุ 80 - 85 ปี มีเพียงร้อยละ 22.40 ที่มีฟันถาวรใช้งานได้น้อยกว่า 20 ซี่ เฉลี่ย 10 ซี่ / คน และมีฟันหลังสบกัน 4 คู่สบ เพียงร้อยละ 12.10 ทำให้ประสิทธิภาพการบดเคี้ยวลดลงชัดเจน แม้ว่ากลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น จำนวนมากกว่าครึ่ง มีฟันถาวรใช้งานได้ 20 ซี่ แต่ฟันถาวรที่เหลืออยู่นี้ ยังมีปัญหารอยโรคและความผิดปกติในช่องปากที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลที่เหมาะสม เพื่อป้องกัน การลุกลามที่นำไปสู่ความเจ็บปวดและการสูญเสียฟัน โดยเฉพาะการสูญเสียฟันทั้งปาก ในผู้สูงอายุ 60 - 74 ปี พบร้อยละ 8.70 แต่เมื่ออายุ 80 - 85 ปี เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 31.00 ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านการบดเคี้ยวอย่างมาก ทั้งนี้ยังพบฟันผุที่ยังไม่ได้รักษา ร้อยละ 52.60 รากฟันผุที่สัมผัสกับเหงือกในวัยสูงอายุ ร้อยละ 16.50 โรคปริทันต์อักเสบ ที่มีการทำลายของเนื้อเยื่อและกระดูกรองรับ รากฟัน ร้อยละ 36.30 โดยร้อยละ 12.20 เป็นโรคปริทันต์อักเสบที่อยู่ในระดับรุนแรงมาก (มีร่องลึกปริทันต์ตั้งแต่ 6 มม. ขึ้นไป) ซึ่งเสี่ยงต่อการอักเสบปวดบวม ติดเชื้อ และสูญเสียฟันแล้ว ยังสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคเบาหวานด้วย³

จังหวัดอุบลราชธานี มีจำนวนผู้สูงอายุ 264,957 คน คิดเป็นร้อยละ 14.13 ของประชากร



ทั้งหมด⁴ และพบว่า มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ในปี พ.ศ. 2561 พบว่าภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุมีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ร้อยละ 18.27 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 32.29 โรครวมเบาหวานและความดันโลหิตสูงร้อยละ 50.56⁵ และจากการสำรวจระบบสถิติทางการแพทย์ ในปี พ.ศ. 2561 พบว่า อำเภวารินชำราบ มีประชากรทั้งหมด 107,233 คน มีผู้สูงอายุจำนวน 15,322 คน คิดเป็นร้อยละ 14.30 ของประชากรทั้งหมด⁴ และพบว่าสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากประชากรผู้สูงอายุในระดับจังหวัดอย่างต่อเนื่อง และยังพบว่า ภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปี ขึ้นไป) มีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน พบร้อยละ 27.78 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 50.46 โรครวมเบาหวานและความดันโลหิตสูงร้อยละ 78.24⁵ และจากการประเมินปัญหาสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุ อำเภวารินชำราบ พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องเหงือก และปริทันต์อักเสบ มีการสูญเสียฟันจากโรคปริทันต์ ทำให้มีจำนวนฟันที่เหลืออยู่น้อยกว่า 20 ซี่ ร้อยละ 55.70 และมีฟันคู่สบหลังเป็นฟันแท้กับฟันแท้ หรือฟันแท้กับฟันเทียม หรือ ฟันเทียมกับฟันเทียม 4 คู่สบขึ้นไป เพียงร้อยละ 50.30 ซึ่งต่ำกว่าทั้งระดับประเทศ ระดับภาค⁶

จากการศึกษาในตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ ในการสำรวจระบบสถิติทางการแพทย์ ในปี พ.ศ. 2561 พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุ 1,032 คน คิดเป็นร้อยละ 13.16 ของประชากรทั้งหมด⁴

จากรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ในปี 2561 พบว่า ภาวะสุขภาพการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุมีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวานพบร้อยละ 16.95 โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 28.49 โรครวมเบาหวานและความดันโลหิตสูงร้อยละ 45.45⁵ และจากการประเมินปัญหาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ อำเภวารินชำราบ พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องเหงือก และปริทันต์อักเสบ มีการสูญเสียฟันจากโรคปริทันต์ ทำให้มีจำนวนฟันที่เหลืออยู่น้อยกว่า 20 ซี่ ร้อยละ 46.80 มีฟันคู่สบหลังเป็นฟันแท้กับฟันแท้ หรือฟันแท้กับฟันเทียม หรือฟันเทียมกับฟันเทียม 4 คู่สบขึ้นไป เพียงร้อยละ 40.20 ซึ่งต่ำกว่าทั้งระดับประเทศ ระดับภาค และระดับจังหวัด⁶

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยเห็นว่า ปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และสาเหตุการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถดูแลสุขภาพช่องปากของตัวเองได้ เพื่อลดการสูญเสียฟันที่จะเกิดขึ้น และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตนและพฤติกรรมที่ถูกต้อง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความรู้ การรับรู้ ที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี และสามารถนำมาใช้ในการวางแผน เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อไป



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ การรับรู้ การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และการรับรู้ ต่อการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

ระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Studies) โดยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี เลขที่การรับรอง SCPHUBI026/2561 วันที่รับรอง 20 ธันวาคม 2561

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังที่มารับยาโดยความเห็นของแพทย์ และลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ใหญ่ ปีงบประมาณ 2560 จำนวน 136 คนจากทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ใหญ่ ปีงบประมาณ 2560 จำนวน 212 คน โดยใช้ตารางแสดงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie R.V. & Morgan.⁷ และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงปรับกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 10 ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นมี จำนวน 157 คน

ซึ่งทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนเป็นการสุ่มตัวอย่างซึ่งหน่วยตัวอย่าง ในประชากรมีโอกาสถูกเลือกเท่า ๆ กัน⁸

3. เครื่องมือการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรู้ การรับรู้ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปโดยผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและพัฒนาจากนุรมา แวบือซา⁹ ประกอบด้วยข้อคำถามแบบเป็นเลือกถามตอบ ถามเกี่ยวกับลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ประวัติการเป็นโรคเรื้อรังของคนในครอบครัว ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำจำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรู้ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังต่อการดูแลสุขภาพช่องปากโดยผู้วิจัยได้ศึกษาสร้างขึ้นจากเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและพัฒนาจากนงนุช เหลือมเภา¹⁰ และ สมลักษณ์ แสงสัมฤทธิ์สกุล¹¹ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ แบบสัมภาษณ์มีลักษณะข้อคำถามเป็น 2 ตัวเลือก คือใช่ กับไม่ใช่ โดยแปลผลเป็นดังนี้ ความรู้น้อย (ถูกต่ำกว่า 9 ข้อ), ความรู้ปานกลาง (ถูก 9-12 ข้อ), ความรู้มาก (ถูก 13 ข้อขึ้นไป)

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังต่อการดูแลสุขภาพช่องปากโดยผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและพัฒนาจากกุลชญา ลอยหา และ



กรุณา จันทุม¹² และประภาส ขำมากและคณะ¹³ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ซึ่งเป็นข้อความเชิงบวก และเป็นข้อความเชิงลบมี 4 ตัวเลือก โดยให้ผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียวโดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 4 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยแปลผลเป็นดังนี้ การรับรู้ต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 -2.00), การรับรู้ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.01 - 3.00), การรับรู้สูง (คะแนนเฉลี่ย 3.01 - 4.00)

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังต่อ การดูแลสุขภาพช่องปากโดยผู้วิจัยได้ศึกษาสร้างขึ้นจากเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและพัฒนาจากประภาส ขำมาก และคณะ¹³ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อซึ่งเป็นข้อความเชิงบวกและเป็นข้อความเชิงลบมี 4 ตัวเลือกโดยให้ผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียวโดยมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยแปลผลเป็นดังนี้ การปฏิบัติมาก (คะแนนเฉลี่ย 1.00 -2.00), การปฏิบัติปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.01 - 3.00), การปฏิบัติสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.01 - 4.00)

4. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

4.1 นำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย เสนอผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรง ของเนื้อหา (Content Validity) ทำการปรับปรุงเครื่องมือตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

4.2 หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item - Objective Congruence: IOC) ของแบบสัมภาษณ์ได้ค่าความเที่ยงตรงของข้อคำถามอยู่ระหว่าง 0.6-1.00

4.3 นำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ในพื้นที่ที่มีคุณลักษณะของประชากรที่คล้ายคลึงกับพื้นที่วิจัย จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.82

5. การรวบรวมข้อมูล การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ในผู้สูงอายุที่ป่วย เป็นโรคเรื้อรังที่มารับที่มารักษา โดยความเห็นของแพทย์ และลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างเดือน สิงหาคม – มกราคม พ.ศ.2562 ดำเนินตามขั้นตอนดังนี้

5.1 การวิเคราะห์เชิงคุณภาพ โดยการนำข้อมูลจากแนวคำถาม การสังเกต การสัมภาษณ์ การพูดแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ จากการร่วมดำเนินกิจกรรมในชุมชน การประชุมกลุ่มสนทนาและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ รวบรวมตรวจสอบข้อมูล และวิเคราะห์ตลอดระยะเวลาของการทำการวิจัย โดยพิจารณาจัดกลุ่มข้อมูลที่เป็นการพูดของผู้ให้ข้อมูล แล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

5.2 การวิเคราะห์เชิงปริมาณ ได้แก่
1) สร้างคู่มือลงรหัส (Data Coding) และป้อนข้อมูล



เชิงปริมาณ 2) ตรวจสอบความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นได้ของข้อมูล 3) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

6. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัยวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS 15.0

6.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะประชากร ใช้ในการแจกแจงข้อมูลการตอบแบบสัมภาษณ์ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

6.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ใช้สถิติ Pearson's correlation

ผลการวิจัย

จากการศึกษา ได้ผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.60 อายุ อยู่ในช่วง 60 - 70 ปี ร้อยละ 51.60 สถานภาพสมรส ร้อยละ 66.00 ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 100.00 โรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 22.30 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังมากกว่า 10 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 37.50 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของคนในครอบครัว ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว ร้อยละ 67.50

2. ความรู้ การรับรู้ การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

2.1 ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ความรู้ในระดับมากจำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 49.70 โดยข้อที่ตอบถูกมากที่สุดคือ โรคเรื้อรังสามารถติดต่อผู้อื่นได้ และการแปรงฟันที่ถูกต้องวิธี เป็นวิธีที่ดีที่สุดในการกำจัด แผ่นคราบจุลินทรีย์ โดยตอบถูกร้อยละ 91.10 และข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุดคือ วิธีการทำความสะอาดช่องปาก เช่น การแปรงฟัน และการใช้ไหมขัดฟัน ไม่สามารถป้องกัน การเกิดโรคปริทันต์อักเสบได้ โดยตอบถูกร้อยละ 61.10

2.2 การรับรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า มีการรับรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับดีมาก จำนวน 139 คน คิดเป็นร้อยละ 88.50 โดยข้อที่ผู้สูงอายุเห็นด้วยมากที่สุดคือ การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ จะทำให้สามารถควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ ร้อยละ 77.70 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.77 (SD = 0.035) รองลงมาคือ การออกกำลังกาย เพิ่มการกินผัก ลดความเครียด ควบคุมน้ำหนัก จะช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง ร้อยละ 74.50 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.71 (SD = 0.035) และข้อที่ผู้สูงอายุเห็นด้วยน้อยที่สุด คือโรคอ้วนไม่ใช่สาเหตุ



ที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรัง ร้อยละ 21.00 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.59 (SD = 0.089)

2.3 การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับดีมาก จำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 79.60 โดยข้อที่ผู้สูงอายุปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุดคือ ออกกำลังกาย อย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาที ร้อยละ 61.80 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.34 (SD = 0.076) รองลงมาคือ รับประทานผักและผลไม้ที่มีประโยชน์ต่อเหงือกและฟันประจำ ร้อยละ 56.10 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.29 (SD = 0.071) และข้อที่

ผู้สูงอายุปฏิบัติตนน้อยที่สุดคือ ใช้ไหมขัดฟันหลังการแปรงฟัน ร้อยละ 0.60 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.28 (SD = 0.049)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้ ต่อการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ความรู้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.384$, $p\text{-value} = .000$) และการรับรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = .314$, $p\text{-value} = .000061368$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้ ต่อการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

ตัวแปร	r	p-value
ความรู้	.384	.000*
การรับรู้	.314	.000*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.01$

สรุปและอภิปรายผล

จากสรุปผลการวิจัยเรื่องความรู้ การรับรู้ ที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี สามารถอธิบายผลการศึกษการวิจัยได้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี มีความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องในระดับมาก โดยข้อที่ตอบถูกมากที่สุดคือ โรคเรื้อรังสามารถติดต่อผู้อื่นได้ และการแปรงฟันที่ถูกวิธี เป็นวิธีที่ดีที่สุดในการกำจัด แผ่นคราบจุลินทรีย์ โดยตอบถูกร้อยละ 91.10 จากการศึกษา



พบว่า ผู้สูงอายุอยู่ในพื้นที่ที่ใกล้เคียงสถาบันการศึกษา จึงทำให้มีการลงพื้นที่เพื่อศึกษาชุมชนของนักศึกษา รวมทั้งการให้ความรู้ และการให้สุขศึกษาแก่ชุมชน นอกจากนี้การได้รับข่าวสารความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากจากทันตบุคลากรและอาสาสมัครสาธารณสุขที่เชี่ยวชาญด้านทันตสาธารณสุขในการเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก จึงส่งผลให้มีความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพช่องปากซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของผลงานวิจัยของธนิดา ผาติ เสนะและคณะ¹⁴ ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยนำด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 82.10 และเพชรรัตน์ ศิริสุวรรณและฉัตรลดาตีพร้อม¹⁵ ที่ได้ศึกษาความรู้การรับรู้ประโยชน์และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลแวง อำเภอนาทอง จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับโรคปริทันต์และการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับสูงร้อยละ 44.44 แต่ไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยของจินตนา ธรรมกันหา¹⁶ ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตอนดู่อำเภอนาทองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ด้านความรู้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ระดับต่ำ จำนวน 58 คนคิดเป็นร้อยละ 54.70 และศิริพันธ์ หอมแก่นจันทร์¹⁷ ที่ทำการศึกษปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอมะนัง จังหวัด

ลำปาง พบว่า ปัจจัยนำความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 57.50

2. ผู้สูงอายุ มีการรับรู้ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับดีมากจากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง มีการรับรู้ที่ดีเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปากการรับรู้โอกาสเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนที่จะทำให้เกิดโรคในช่องปาก อีกทั้งยังมีการตระหนักถึงอายุที่มากขึ้นของตนเองจึงเกิดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของเพชรรัตน์ ศิริสุวรรณและฉัตรลดา ตีพร้อม¹⁵ ได้ศึกษาความรู้ การรับรู้ประโยชน์และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานตำบลแวง อำเภอนาทอง จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 92.93

3. ผู้สูงอายุ มีการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ใน ระดับดีมาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ เพชรรัตน์ ศิริสุวรรณและ ฉัตรลดา ตีพร้อม¹⁵ ได้ศึกษาความรู้การรับรู้ประโยชน์และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานตำบลแวง อำเภอนาทอง จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 55.56 อีกทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยของกนกนุช เนตรงามทวี¹⁸ ที่ได้ศึกษาปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล สถานะสุขภาพ ทศนคติ และพฤติกรรมสุขภาพ ที่มีผลต่อสุขภาพช่องปาก ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 อำเภอยะรัง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 88.00



แต่ไม่สอดคล้องกับผลงานวิจัยของธนิดา ผาติเสนะ และคณะ¹⁴ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุพบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.30 และจินตนา ธรรมกันหา¹⁶ ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนตู อำเภอนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ด้านการปฏิบัติผู้ป่วยเบาหวานมีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.90 รวมไปถึงการศึกษาของศิริพันธ์ หอมแก่นจันทร์¹⁷ ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง พบว่า ด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 88.90

4. ความสัมพันธ์ของความรู้ กับการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุพบว่า ความรู้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p\text{-value} < .001$) อาจกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ได้รับความรู้ที่ถูกต้องจากนักศึกษาที่ลงพื้นที่ให้ทันตสุขศึกษา และในเขตพื้นที่ที่มีการประชาสัมพันธ์การให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวของหมู่บ้าน อีกทั้งยังได้รับข่าวสารความรู้ และทันตสุขศึกษาในการดูแลสุขภาพช่องปากจากทันตบุคลากรจากไปรับบริการที่คลินิกทันตกรรมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งมีส่วนในการ

เพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก จึงส่งผลให้มีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ อภิวัฒน์ แสนวงษ์¹⁹ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติกับการปฏิบัติตัวด้านการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการคลินิกโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกุง อำเภอนาคู จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวด้านการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($p < 0.134$)

5. ความสัมพันธ์ของการรับรู้ กับการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุพบว่า การรับรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p\text{-value} < .001$) อาจกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังมีการได้รับความรู้อย่างถูกต้องเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปากการรับรู้โอกาสเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนที่จะทำให้เกิดโรค ในช่องปากจากการให้สุขศึกษาจากนักศึกษาที่ลงพื้นที่ศึกษาชุมชน และได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่เป็นประจำเมื่อมารับบริการในคลินิกทันตกรรมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อีกทั้งยังมีการตระหนักถึงอายุที่มากขึ้นของตนเองจึงมีความสนใจที่จะดูแลสุขภาพ จนทำให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพช่องปากและการเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของศิริรัตน์ รอดแสวง²⁰ ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลทุ่งทอง อำเภอ



หนองบัว จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคสุขภาพช่องปาก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($p < 0.010$ และ $p < 0.004$)

สรุปผลการวิจัย

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีความรู้ การรับรู้ และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับดี ดังนั้นหน่วยงานที่รับผิดชอบงานด้านทันตสาธารณสุข สามารถนำข้อมูลพื้นฐานดังกล่าว มาวางแผนการพัฒนา รูปแบบหรือจัดโครงการส่งเสริม และป้องกัน ทางทันตสุขภาพแก่ผู้สูงอายุร่วมกับการใช้ แรงสนับสนุนทางสังคมทั้งในรูปแบบของครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งถัดไป

1. การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งแบบตัดขวาง ทำให้ขาดรายละเอียดของการศึกษาในเชิงคุณภาพ และเชิงลึกที่มีความแตกต่างกันไปในแต่ละปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง จึงควรมีการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบ และหาความแตกต่างในครั้งต่อไป
2. ควรนำผลการศึกษาในครั้งนี้ไปปรับใช้ในการจัดทำโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและการป้องกันปัญหาสุขภาพช่องปากที่จะเกิดขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. วรณีย์ สีม่วงงาม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนหมู่ที่ 10 ตำบลไธเนย์ อำเภอบึงนาราง จังหวัดอุบลราชธานี. การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 3 “นวัตกรรมที่พลิกโฉมสังคมโลก”; มหาวิทยาลัยราชธานี; 2561
2. สำนักทันตสาธารณสุขและกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพมหานคร : สามเจริญ พาณิชยจำกัด; 2561
3. สำนักทันตสาธารณสุข. แนวทางการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 18 มิถุนายน 2561]. เข้าถึงได้จาก : https://www.ayo.moph.go.th/dental/file_upload/
4. ระบบสถิติทางการทะเบียน กรมการปกครอง. จำนวนประชากรแยกอายุจังหวัดอุบลราชธานี [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2 มกราคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://stat.dopa.go.th>
5. ระบบคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดอุบลราชธานี. ระบบคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2 มกราคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: http://203.157.166.6/chronic/rep_serv_oldpt.php
6. สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี. สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 3 มกราคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.phoubon.in.th/>



7. Krejcie R.V.& Morgan. Determining Sample Size for Research Activities. Educ Psychol Meas 1970; 30: 607-10
8. หทัยชนก พรอคเจริญ. เทคนิคการเลือกตัวอย่าง [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 18 มิถุนายน 2561]. เข้าถึงได้จาก: <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/Toneminute/files>
9. นูร์มา แวบือซา. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในเขตอำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. ปัตตานี. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี; 2551
10. นงนุช เหลือมเภา. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในพื้นที่หมู่บ้านน้อยสนามบิณฑาลเมือง อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2556
11. สมลักษณ์ แสงสัมฤทธิ์สกุล. โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักศึกษา [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี. มหาวิทยาลัยบูรพา; 2559
12. กุลชญา ลอยหา และกรุณา จันทุม. การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งช่องปาก ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น 2559; 23: 1-8
13. ประภาส ขำมาก และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2558; 2: 74-91
14. ธนิตา ผาติเสนะและคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2561; 17: 26
15. เพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ และฉัตรลดา ดีพร้อม. ความรู้ การรับรู้ประโยชน์และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลแวง อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา 2561; 19: 73-85
16. จินตนา ธรรมกันหา. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอนคู่อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา 2556; 17: 17-30
17. ศิริพันธ์ หอมแก่นจันทร์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอแม่ทะจังหวัดลำปาง [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. ปทุมธานี. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559



18. กนกนุช เนตรงามทวี. ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล สถานะสุขภาพ ทักษะชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพ ที่มีผลต่อสุขภาพช่องปาก ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น 2559; 23: 23-37
19. อภิวัฒน์ แสนวงษ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะชีวิตกับการปฏิบัติตัวด้านการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานที่มีมารับบริการคลินิกโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกุง อำเภอนาคู จังหวัดศรีสะเกษ [วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต]. มหาสารคาม. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2558
20. ศิริรัตน์ รอดแสง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตตำบลทุ่งทองอำเภอหนองบัว จังหวัดนครสวรรค์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก. มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2558



วันที่รับบทความ : 10/10/2565

วันแก้ไขบทความ : 18/11/2565

วันที่ตอบรับบทความ : 29/11/2565

วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University

ปัจจัยที่มีผลต่อผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่จังหวัดสมุทรสงคราม

จุฑามาส ไจพรหม

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม

E-mail: masprom1@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกองทุนระหว่างกรรมการที่มีเพศ อายุ การศึกษา รายได้ ตำแหน่งที่เข้ามาเป็นกรรมการ ความรู้เกี่ยวกับกองทุน ทักษะการบริหารจัดการกองทุน การรับรู้ประโยชน์ของกองทุน การรับรู้บทบาทของกรรมการต่างกัน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จำนวน 285 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกองทุนด้วยการทดสอบที (t-test) และความแปรปรวนทางเดียว (One – way ANOVA) ผลการวิจัย พบว่า กรรมการกองทุนชายและหญิงมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน อายุระหว่าง 50-59 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรี รายได้เฉลี่ยอยู่ระหว่าง 10,000 – 24,999 บาท ตำแหน่งที่เข้ามาเป็นกรรมการกองทุนฯ น้อยที่สุดคือ หัวหน้าการคลัง มีความรู้เกี่ยวกับกองทุนฯ มากที่สุดในเรื่อง กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จัดตั้งขึ้นเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยงานต่าง ๆ ให้ประชาชนเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ มีทัศนคติการบริหารจัดการกองทุนมากที่สุดในเรื่อง กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ที่มีประโยชน์ต่อประชาชนใน มีการรับรู้ประโยชน์ของกองทุนมากที่สุดในเรื่องประชาชนในพื้นที่ได้รับการสร้างเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพมาก และมีการรับรู้บทบาทมากที่สุดในเรื่องคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ เป็นผู้พิจารณาอนุมัติโครงการหรือกิจกรรมให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุน กรรมการกองทุนที่มีเพศ และการศึกษาต่างกัน มีผลการดำเนินงานกองทุนไม่แตกต่างกัน อายุต่างกันมีผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายได้และตำแหน่งที่เข้ามาเป็นกรรมการต่างกัน มีผลการดำเนินงานโดยรวม ด้านการมีส่วนร่วม และด้านนวัตกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กรรมการกองทุนที่มีความรู้เกี่ยวกับกองทุนต่างกันมีผลการดำเนินงานโดยรวม ด้านบริหารจัดการ และด้านการมีส่วนร่วมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทักษะการบริหารจัดการกองทุน การรับรู้ประโยชน์ของกองทุน และการรับรู้บทบาทของกรรมการต่างกันมีผลการดำเนินงานโดยรวม ด้านบริหารจัดการ ด้านการมีส่วนร่วม และด้านนวัตกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นผู้บริหารหรือผู้ที่เกี่ยวข้องควรมีแนวทางการส่งเสริมและพัฒนาการรับรู้เกี่ยวกับ



วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University

การดำเนินงานกองทุน การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้าน และส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรมสุขภาพในชุมชน
เพื่อประโยชน์สูงสุดต่อกองทุนและประชาชนในพื้นที่

คำสำคัญ : ผลการดำเนินงาน, กองทุนหลักประกันสุขภาพ, สมุทรสงคราม



Factors affecting the overall result of Local Health Security Fund in Samut Songkhram Province

Jutamas Jaiprom

Public Health Scholar Samut Songkhram Provincial Public Health Office

E-mail: masprom1@gmail.com

ABSTRACT

The purpose of this research is to study overall result of Local Health Security Fund, to compare result of Local Health Security Fund according to the demographic variables: sex, age, education, income, position, knowledge about the fund, attitude, and perspective. The sample was 285 personnel who work at local health security fund committee. The data was collected using questionnaires, which were conducted by the researchers. The statistics used for analyzing the data were percentage, arithmetic mean, standard deviation, t-test, and one-way ANOVA.

The result revealed that the proportion of male and female committees were similar. Age between 50-59 years holding bachelor's degree. Their income is around 10,000 – 24,999 baht and they consist the least of heads of finance. They're most knowledgeable in the Public Health Security Fund that was established to support and encourage departments in public health services for accessibility to the population and efficiency. They have the most attitude towards management of the fund in terms of Local Health Security Fund that benefits the populace. The most recognized benefit from the Public Health Security Fund for the fund among these personnel is that the fund helped improve healthcare for the population in the area. They recognized the most that the committee of the Health Security Fund reviews the project or activity so that it goes in line with the objective of the fund. Local Health Security Fund committee members' sex and education do not affect their result, but the differences in age impacted innovation performance at statistical significance of 0.05. Local Health Security Fun committee members' income and entry position impacted overall operation, participation, and innovation performance at statistical significance of 0.05. Acknowledgement of the Benefits of the fund did not impact overall operation, participation, and innovation performance at statistical significance of 0.05. Attitude towards management of the fund, acknowledgement of the benefits of the fund, and Recognition of the committee's members' roles did impact overall operation, management, participation, and innovation performance at statistical significance of 0.05. Thus, executives or related personnel should have guidelines for promoting and developing awareness about Local Health Security Fund, participation in the operation



วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University

of the fund and promoting health innovations in the community for the maximum benefit of the fund and population in the area.

Keywords: Result, Local Health Security Fund, Samut Songkhram



บทนำ

การมีสุขภาพที่ดีเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ การเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นเป็นสิทธิของประชาชนทุกคนตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ซึ่งในมาตรา 52 ได้บัญญัติไว้ว่า บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการด้านสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ป่วยได้มีสิทธิการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายการให้บริการสาธารณสุขของรัฐเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพโดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมเท่าที่จะกระทำได้และมาตรา 82 ได้บัญญัติไว้ว่าให้รัฐบาลต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง นอกจากนี้ในพระราชบัญญัติ การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ยังได้กำหนดไว้ว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะได้รับการจัดสรรงบประมาณ สำหรับการจัดระบบบริการสาธารณสุขเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเอง ซึ่งรวมทั้งด้านสุขภาพด้วย¹ การสร้างหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนไทยได้ริเริ่มการสร้างหลักประกันสุขภาพ รัฐบาลที่ผ่านมาหลายสมัยได้มีนโยบายและความพยายามที่จะผลักดันให้เกิดการสร้างหลักประกันสุขภาพอนามัยยามเมื่อเจ็บป่วยขึ้น โดยให้มีหลักประกันสุขภาพในรูปแบบต่างๆ จนในปีพ.ศ. 2544 รัฐบาลจึงได้ประกาศนโยบายเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับประชาชนภายใต้ “โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค”¹ มีการออกพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และจัดตั้ง

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ขึ้น เป็นองค์กรกลางในการประสานความร่วมมือจากทุกฝ่ายภายใต้โครงการนี้ทำให้ประชาชนมากกว่า 46 ล้านคนไม่ต้องกังวลเรื่องภาระค่าใช้จ่ายในด้านสุขภาพ และมาตรา 47 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2545 ระบุไว้ว่า เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับบุคคลในพื้นที่โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น ให้คณะกรรมการสนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้้องค์กรดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น โดยได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน ที่เรียกว่า “กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่” ซึ่งถือว่าเป็นการกระจายอำนาจด้านสุขภาพและสร้างความเข้มแข็งให้กับประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง

จังหวัดสมุทรสงคราม ได้ดำเนินการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปี 2549 ทั้งนี้ เพื่อเป็นสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่ของจังหวัด ส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น และกำหนดให้องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลมีส่วนร่วมในการดำเนินงานบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพได้คัดเลือกองค์กรบริหารส่วนตำบล/เทศบาล ที่มีความประสงค์เข้าร่วม



บริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพจะต้องมีการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่มาก่อน มีการจัดทำแผนและดำเนินการกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตจากการมีส่วนร่วมของภาคีต่างๆ ในพื้นที่ ซึ่งปัจจุบันมีกองทุนฯในจังหวัดครบทุกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 35 กองทุน การบริหารจัดการงบประมาณที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค ซึ่งเดิมรัฐบาลจะจ่ายผ่านกระทรวงสาธารณสุขไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามลำดับ แต่ปัจจุบันได้จ่ายผ่านสำนักงานหลักประกันสุขภาพไปยังท้องถิ่นโดยตรง โดยมีคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เป็นผู้บริหารจัดการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นจะประสบผลสำเร็จมากน้อยเพียงใดจึงขึ้นอยู่กับการบริหารของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นเป็นสำคัญ หากคณะกรรมการขาดความรู้ความเข้าใจในการบริหารจัดการ การรับรู้บทบาทหน้าที่หรือมีในระดับต่ำ จะทำให้การดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นไม่ประสบผลสำเร็จ ประกอบกับมีการเปลี่ยนแปลงคณะกรรมการกองทุน บางแห่งมีกรรมการไม่ครบจากการประเมินผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2562 กองทุนฯ ได้รับการประเมิน 35 แห่ง ผ่านการประเมิน ตั้งแต่ระดับ B ขึ้นไป จำนวน 25 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 71.4 ไม่มีกองทุนใดผ่านระดับ A (กองทุนที่มีศักยภาพสูง สามารถเป็นศูนย์เรียนรู้) แต่มีกองทุนที่ผ่านระดับ C (กองทุนที่ยังขาดความพร้อมต้องเร่งพัฒนา) จำนวน 10 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 28.6

ซึ่งในส่วนนี้กรรมการกองทุนฯถือเป็นบุคคลสำคัญในการขับเคลื่อนหรือผลักดันให้กองทุนดำเนินงานได้อย่างมีเข้มแข็ง และมีความพร้อมที่จะสนับสนุน แก้ไขปัญหาในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมาไม่มีการประเมินกองทุนจากคณะกรรมการระดับจังหวัด ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานทั้งด้านบริหารจัดการกองทุน การบริหารเงิน การมีส่วนร่วมการดำเนินงาน และการได้ประโยชน์เชิงรูปธรรม นวัตกรรม จึงส่งผลให้มีเงินคงเหลือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ ตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2562, 2563 และ 2564 คิดเป็นร้อยละ 60.18, 59.59 และ 62.05 ตามลำดับ จากความเป็นมาและความสำคัญ ดังกล่าว จังหวัดสมุทรสงครามได้มีการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่มาระยะหนึ่งแล้ว แต่ยังไม่มีการติดตามประเมินให้เห็นผลสัมฤทธิ์ภายใต้การบริหารงานของคณะกรรมการกองทุนฯ

ผู้วิจัยในฐานะเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขและรับผิดชอบในงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่โดยตรง มีความสนใจที่จะศึกษาผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จังหวัดสมุทรสงคราม เนื่องจากคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพมีความหลากหลายทั้งด้านเพศ อายุ การศึกษา รายได้ และตำแหน่งที่เข้ามาเป็นกรรมการ ทำให้กรรมการแต่ละท่านมีพื้นฐาน ประสบการณ์ แนวความคิด แตกต่างกันในการดำเนินงานกองทุน ทั้งนี้กรรมการกองทุนยังเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ การวิจัยที่ได้จะสะท้อนให้เห็นถึงปัจจัยที่มีผลต่อผล



การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับ
ท้องถิ่นหรือพื้นที่ และเป็นประโยชน์ต่อผู้บริหาร
ในการใช้เป็นข้อมูล เพื่อพัฒนาศักยภาพและส่งเสริม
การบริหารจัดการของคณะกรรมการกองทุนหลักประกัน
สุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ให้มีประสิทธิภาพ
มากขึ้น เกิดประโยชน์สูงสุดและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ
อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้ต่อเดือน ตำแหน่ง
ที่เข้ามาเป็นกรรมการ
2. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับกองทุน ทศนคติ
การบริหารจัดการกองทุน การรับรู้ประโยชน์ของกองทุน
การรับรู้บทบาท
3. เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานกองทุนของ
คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับ
ท้องถิ่นหรือพื้นที่ จังหวัดสมุทรสงคราม ได้แก่ การบริหาร

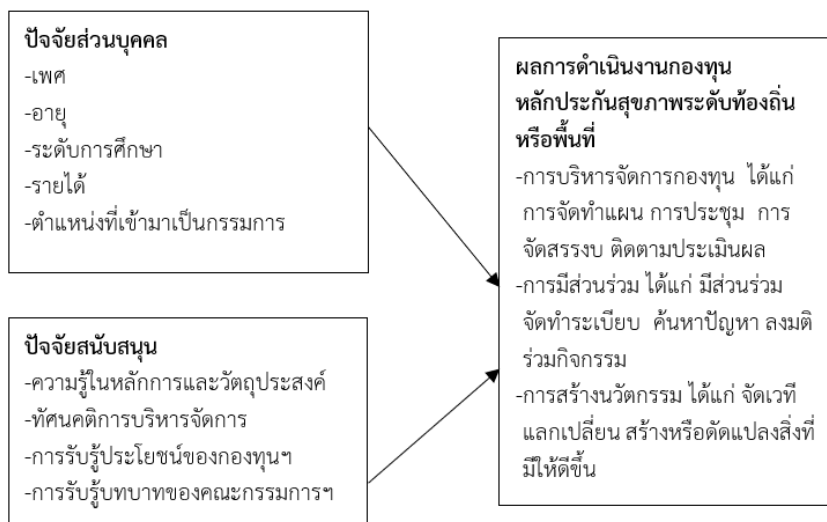
จัดการกองทุนของกรรมการ การมีส่วนร่วมในการ
ดำเนินงานกองทุน และการสร้างนวัตกรรมของกองทุน

4. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลการดำเนินงาน
กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
จังหวัดสมุทรสงคราม

สมมติฐานการวิจัย

1. คณะกรรมการกองทุนฯ ที่มีข้อมูลทั่วไป
ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ ตำแหน่งที่เข้ามา
เป็นกรรมการต่างกันมีผลการดำเนินงานกองทุน
หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
แตกต่างกัน
2. คณะกรรมการกองทุนฯ ที่มีความรู้
ในหลักการและวัตถุประสงค์ ทศนคติการบริหารจัดการ
และการรับรู้ประโยชน์และบทบาทต่างกันมีผลการ
ดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น
หรือพื้นที่ แตกต่างกัน

กรอบแนวคิด





ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ทำการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Survey) โดยวิธีการสำรวจเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยการสำรวจเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จังหวัดสมุทรสงคราม โดยการใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เพื่อให้ผู้ตอบแสดงความคิดเห็นและข้อความตรงกับความเห็นของผู้ตอบ กลุ่มตัวอย่างใช้ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวนทั้งหมด 35 กองทุน เก็บข้อมูลจากตัวแทนคณะกรรมการกองทุน โดยเลือกคณะกรรมการกองทุนตามโครงสร้าง คือ ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ทรงคุณวุฒิ สมาชิกสภาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้แทนหมู่บ้าน ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้อำนวยการหรือหัวหน้ากองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมหรือส่วนสาธารณสุข หัวหน้างานคลังหรือเจ้าหน้าที่งานคลัง ตำแหน่งละ 1 คน รวม 9 คน เป็นจำนวนทั้งสิ้น 315 คน แบ่งเป็น อำเภอเมืองฯ 11 กองทุน จำนวนตัวอย่าง 99 คน อำเภออัมพวา 13 กองทุนจำนวนตัวอย่าง 117 คน อำเภอบางคนที 11 กองทุน จำนวนตัวอย่าง 99 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เป็นแบบสอบถาม(Questionnaire) สร้างจากการศึกษาค้นคว้า แนวคิดทฤษฎี งานวิจัยและเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 6 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูล

ส่วนบุคคลของคณะกรรมการกองทุน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ตำแหน่งที่เข้ามาเป็นกรรมการ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจในหลักการหรือวัตถุประสงค์ กฎระเบียบของนโยบายกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นและการรับรู้บทบาทของคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ส่วนที่ 6 ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะผลการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จังหวัดสมุทรสงคราม แบบสอบถามที่สร้างขึ้นผ่านการประเมินความเที่ยงตรงในเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้คณะกรรมการกองทุนฯ ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ผลวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาตามวิธีของ Cronbach ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.944

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำหนังสือถึงท้องถิ่นจังหวัดสมุทรสงคราม นายกเทศมนตรี นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ ทุกแห่ง ในจังหวัดสมุทรสงคราม ซึ่งมีกองทุน จำนวน 35 กองทุน โดยส่งแบบสอบถามด้วยตนเอง ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยบริการ จำนวน 315 ชุด



และไปรับกลับคืนมา ได้รับแบบสอบถามกลับคืนจำนวน 285 ชุด คิดเป็นร้อยละ 90.5 แล้วนำมาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล และนำข้อมูลที่ได้นำไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS / FW (Statistical Package for Social sciences / For Windows)²

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ ข้อมูลสถิติบรรยาย (Descriptive Statistics) ใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์เชิงสถิติ (statistical Analysis) เป็นการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนของตัวแปรสองกลุ่มที่เป็นอิสระกัน ใช้ค่า t-test และค่าสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One – way ANOVA)²

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม และอนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยได้ โดยมีหนังสือรับรองเลขที่ สส 0033/1879 ลงวันที่ 22 มิถุนายน 2565 วันที่รับรอง 21 มิถุนายน 2565

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กรรมการกองทุนเป็นเพศชาย ร้อยละ 51.6 และเพศหญิง 48.4 มีอายุระหว่าง 50 – 59 ปี ร้อยละ 47.0 อายุต่ำสุด 24 ปี อายุสูงสุด 84 ปี อายุเฉลี่ย 53.2 ปี การศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 45.6 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,000 – 24,999 บาท ร้อยละ 30.2 รายได้ต่ำสุด 3,000 บาท รายได้สูงสุด

75,700 บาท รายได้เฉลี่ย 29,190.9 ตำแหน่งที่เข้ามาเป็นกรรมการกองทุนน้อยที่สุด คือ หัวหน้าการคลัง ร้อยละ 5.3

2. ความรู้เกี่ยวกับกองทุนของกรรมการ ในรายชื่อ พบว่า กรรมการมีความรู้เกี่ยวกับกองทุนมากที่สุดในเรื่อง กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ คิดเป็นร้อยละ 98.6 มีความรู้ต่ำสุด 8 คะแนน ความรู้สูงสุด 20 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 16.07 คะแนน และมีความรู้เกี่ยวกับกองทุนฯ โดยรวมในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 66.0

3. ทักษะการบริหารจัดการกองทุนของ กรรมการในรายชื่อ พบว่า กรรมการมีทักษะที่ดีเกี่ยวกับการบริหารจัดการกองทุนมากที่สุดในเรื่อง กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ มีประโยชน์ต่อประชาชนในพื้นที่ คิดเป็นร้อยละ 55.8 มีทัศนคติเกี่ยวกับการบริหารจัดการกองทุนโดยรวมในระดับมาก ร้อยละ 78.9

4. การรับรู้เกี่ยวกับกองทุนฯ มี 2 ด้าน คือ ด้านรับรู้ประโยชน์ของกองทุนฯ ในรายชื่อ พบว่า กรรมการมีการรับรู้ประโยชน์ของกองทุน มากที่สุดในเรื่อง ประชาชนในพื้นที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ร้อยละ 33.0 คะแนนต่ำสุด 5 คะแนน คะแนนสูงสุด 25 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 19.80 คะแนน ด้านที่ 2 ด้านรับรู้ประโยชน์ของกองทุนฯ ในรายชื่อ พบว่า กรรมการมีการรับรู้บทบาทของกรรมการ ในรายชื่อ มากที่สุดในเรื่อง คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ เป็นผู้พิจารณาอนุมัติโครงการหรือกิจกรรมให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุนฯ ร้อยละ 43.9 คะแนน



การต่ำสุด 5 คะแนน คะแนนสูงสุด 25 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 21.16 คะแนน กรรมการมีการรับรู้เกี่ยวกับกองทุนในด้านประโยชน์ของกองทุนโดยรวมมากสุดในระดับมาก ร้อยละ 70.2 มีการรับรู้ด้านบทบาทของกรรมการโดยรวมมากสุดในระดับมาก ร้อยละ 84.6 และมีการรับรู้โดยรวมมากสุดในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 36.8

5. ผลการดำเนินงานกองทุน พบว่า กรรมการมีความคิดเห็นในด้านการจัดการกองทุนมากสุดในเรื่องคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพได้มีการจัดทำแผนการใช้จ่ายงบประมาณตามวัตถุประสงค์ของกองทุนฯ ร้อยละ 47.0 คะแนนต่ำสุด 21 คะแนน คะแนนสูงสุด 65 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 54.25 คะแนน ด้านการมีส่วนร่วมกรรมการเห็นด้วยมากสุดในเรื่องการมีส่วนร่วมกับคณะกรรมการกองทุนดำเนินงานหรือทำ กิจกรรมในพื้นที่ ร้อยละ 37.9 คะแนนต่ำสุด 8 คะแนน คะแนนสูงสุด 40 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 32.13 คะแนน ส่วนด้านนวัตกรรมกรรมการเห็นด้วยมากสุดในเรื่องในชุมชนมีนวัตกรรมสุขภาพที่สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพ หรือสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน ร้อยละ 19.6 คะแนนต่ำสุด 5 คะแนน คะแนนสูงสุด 25 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 17.71 คะแนน

การเปรียบเทียบปัจจัยต่าง ๆ กับผลการดำเนินงานกองทุนฯ

กรรมการกองทุนที่มีเพศ และการศึกษาต่างกัน มีผลการดำเนินงานกองทุนโดยรวม การดำเนินงานด้านบริหารจัดการ ด้านการมีส่วนร่วม และด้านนวัตกรรมไม่แตกต่างกัน

กรรมการกองทุนที่มีอายุต่างกัน มีผลการดำเนินงานโดยรวม ด้านการบริหารจัดการ และด้านการมีส่วนร่วมไม่แตกต่างกัน แต่มีผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่พบว่าคู่ที่แตกต่างกันได้แก่ อายุ 60 – 69 ปีกับอายุกลุ่มอื่นๆ

กรรมการกองทุนที่มีรายได้ต่างกัน มีผลการดำเนินงานโดยรวม ด้านการมีส่วนร่วม และด้านนวัตกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่พบว่าคู่ที่แตกต่างกัน คือ ด้านการมีส่วนร่วมจำนวน 2 คู่ ได้แก่ รายได้ 10,000-24,999 บาท กับ 25,000-39,999 บาท และรายได้ 10,000-24,999 บาท กับรายได้ 40,000-54,999 บาท ด้านนวัตกรรมจำนวน 4 คู่ ได้แก่ รายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท กับตั้งแต่ 55,000 บาทขึ้นไป รายได้ 10,000-24,999 บาทกับรายได้ 25,000-39,999 บาท, รายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท กับรายได้ 40,000-54,999 บาท และรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทกับรายได้ตั้งแต่ 55,000 บาทขึ้นไป และโดยรวมได้แก่ รายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทกับรายได้ทุกกลุ่ม

กรรมการกองทุนที่มีตำแหน่งที่เข้ามาเป็นกรรมการต่างกัน มีผลการดำเนินงานโดยรวมด้านการมีส่วนร่วม และด้านนวัตกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่ พบว่ามีคู่ที่แตกต่างกันได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมจำนวน 8 คู่ คือ นายกองค์รปกครองส่วนท้องถิ่นกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ปลัดองค์รปกครองส่วนท้องถิ่นกับเจ้าหน้าที่



สาธารณสุข ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับหัวหน้ากองสาธารณสุข ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับหัวหน้าการคลัง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับอาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ทรงคุณวุฒิกับหัวหน้ากองสาธารณสุข ผู้ทรงคุณวุฒิกับหัวหน้าการคลัง ด้านนวัตกรรม จำนวน 7 คู่ คือ ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับอาสาสมัครสาธารณสุข ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับผู้ทรงคุณวุฒิ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับอาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับ

ผู้ทรงคุณวุฒิ อาสาสมัครสาธารณสุขกับหัวหน้ากองสาธารณสุข สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับหัวหน้ากองสาธารณสุข ผู้ทรงคุณวุฒิกับหัวหน้ากองสาธารณสุข และโดยรวม จำนวน 6 คู่ คือ นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับอาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับตัวแทนหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับผู้ทรงคุณวุฒิ อาสาสมัครสาธารณสุขกับหัวหน้ากองสาธารณสุข ผู้ทรงคุณวุฒิกับหัวหน้ากองสาธารณสุข

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกองทุน จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับกองทุน

ผลการดำเนินงาน	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ด้านการบริหารฯ	ระหว่างกลุ่ม	0.039	2	0.020	0.105	0.901
	ภายในกลุ่ม	53.034	282	0.188		
	รวม	53.074	284			
ด้านการมีส่วนร่วม	ระหว่างกลุ่ม	0.358	2	0.179	0.595	0.552
	ภายในกลุ่ม	84.975	282	0.301		
	รวม	85.333	284			
ด้านนวัตกรรม	ระหว่างกลุ่ม	3.683	2	1.842	4.270*	0.015
	ภายในกลุ่ม	121.629	282	0.431		
	รวม	125.312	284			
โดยรวม	ระหว่างกลุ่ม	0.203	2	0.102	0.399	0.671
	ภายในกลุ่ม	71.741	282	0.254		
	รวม	71.944	284			

* $P < .05$



จากตารางที่ 1 พบว่า กรรมการกองทุน
ที่มีความรู้เกี่ยวกับกองทุนต่างกัน มีผลการดำเนินงาน
ด้านนวัตกรรมแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ .05 จึงทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่ พบว่าคู่
ที่แตกต่างกันได้แก่ ด้านนวัตกรรม จำนวน 1 คู่ คือระดับ
ความรู้ปานกลางกับระดับความรู้มาก

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกองทุน จำแนกตามระดับทัศนคติการบริหารจัดการกองทุน

ผลการดำเนินงาน	แหล่งความ แปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ด้านการบริหารฯ	ระหว่างกลุ่ม	13.517	2	6.758	48.180*	0.000
	ภายในกลุ่ม	39.557	282	0.140		
	รวม	53.074	284			
ด้านการมีส่วนร่วม	ระหว่างกลุ่ม	11.484	2	5.742	21.927*	0.000
	ภายในกลุ่ม	73.849	282	0.262		
	รวม	85.333	284			
ด้านนวัตกรรม	ระหว่างกลุ่ม	7.307	2	3.653	8.730*	0.000
	ภายในกลุ่ม	118.006	282	0.418		
	รวม	125.312	284			
โดยรวม	ระหว่างกลุ่ม	14.851	2	7.425	36.675*	0.000
	ภายในกลุ่ม	57.093	282	0.202		
	รวม	71.944	284			

* $P < .05$

จากตารางที่ 2 พบว่า กรรมการกองทุนที่มี
ทัศนคติเกี่ยวกับกองทุนต่างกัน มีผลการดำเนินงาน
โดยรวม ด้านบริหารจัดการ ด้านการมีส่วนร่วม และ
ด้านนวัตกรรมแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ .05 จึงทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่
พบว่าคู่ที่แตกต่างกัน ดังนี้ ผลการดำเนินงานโดยรวม
จำนวน 3 คู่ ได้แก่ ด้านบริหารจัดการ จำนวน 3 คู่ ได้แก่
ทัศนคติด้านการบริหารจัดการกองทุนระดับน้อย
กับทัศนคติด้านการบริหารจัดการกองทุนระดับ

ปานกลาง ทัศนคติด้านการบริหารจัดการกองทุน
ระดับน้อยกับทัศนคติด้านการบริหารจัดการกองทุน
ระดับมาก ทัศนคติด้านการบริหารจัดการกองทุน
ระดับปานกลางกับทัศนคติด้านการบริหารจัดการ
กองทุนระดับมาก ด้านการมีส่วนร่วม จำนวน 3 คู่
ได้แก่ ทัศนคติด้านการบริหารจัดการกองทุนด้านการ
บริหารจัดการกองทุนระดับน้อยกับทัศนคติด้านการ
บริหารจัดการกองทุนระดับปานกลาง ทัศนคติด้าน
การบริหารจัดการกองทุนระดับน้อยกับทัศนคติด้าน



การบริหารจัดการกองทุนระดับมาก ทศนคติด้านการบริหารจัดการกองทุนระดับปานกลางกับทศนคติด้านการบริหารจัดการกองทุนระดับมาก ด้านนวัตกรรม จำนวน 3 คู่ ได้แก่ ทศนคติด้านการบริหารจัดการกองทุนระดับน้อยกับทศนคติด้านการบริหารจัดการกองทุนระดับปานกลาง ทศนคติด้านการบริหารจัดการกองทุนระดับน้อยกับทศนคติด้านการบริหารจัดการกองทุนระดับมาก ทศนคติด้านการบริหารจัดการกองทุนระดับปานกลางกับทศนคติด้านการบริหารจัดการกองทุนระดับมาก

กรรมกรกองทุนที่มีการรับรู้ประโยชน์ของกองทุนต่างกัน มีผลการดำเนินงานโดยรวม ด้านบริหารจัดการ ด้านการมีส่วนร่วม และด้านนวัตกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่พบว่าคู่ที่ต่างกันได้แก่ ผลการดำเนินงานโดยรวม จำนวน 3 คู่ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของกองทุนระดับน้อยกับการรับรู้ประโยชน์ของกองทุนระดับปานกลาง การรับรู้ประโยชน์ของกองทุนระดับน้อยกับการรับรู้ประโยชน์ของกองทุนระดับมาก การรับรู้

ประโยชน์ของกองทุนระดับปานกลางกับการรับรู้ประโยชน์ของกองทุนระดับมาก ด้านบริหารจัดการ จำนวน 3 คู่ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของกองทุนระดับน้อยกับการรับรู้ประโยชน์ของกองทุนระดับปานกลาง การรับรู้ประโยชน์ของกองทุนระดับน้อยกับการรับรู้ประโยชน์ของกองทุนระดับมาก การรับรู้ประโยชน์ของกองทุนระดับปานกลางกับการรับรู้ประโยชน์ของกองทุนระดับมาก ด้านการมีส่วนร่วม จำนวน 3 คู่ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของกองทุนระดับน้อยกับการรับรู้ประโยชน์ของกองทุนระดับปานกลาง การรับรู้ประโยชน์ของกองทุนระดับน้อยกับการรับรู้ประโยชน์ของกองทุนระดับมาก การรับรู้ประโยชน์ของกองทุนระดับปานกลางกับการรับรู้ประโยชน์ของกองทุนระดับมาก

ตารางที่ 3 ตารางเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกองทุน จำแนกตามระดับการรับรู้บทบาทกรรมการ

ผลการดำเนินงาน	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ด้านการบริหารฯ	ระหว่างกลุ่ม	22.196	2	11.098	101.352*	0.000
	ภายในกลุ่ม	30.878	282	0.109		
	รวม	53.074	284			
ด้านการมีส่วนร่วม	ระหว่างกลุ่ม	14.550	2	7.275	18.983*	0.000
	ภายในกลุ่ม	70.784	282	0.51		
	รวม	85.333	284			



ผลการดำเนินงาน	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ด้านนวัตกรรม	ระหว่างกลุ่ม	18.617	2	9.308	24.602*	0.000
	ภายในกลุ่ม	106.696	282	0.378		
	รวม	125.312	284			
โดยรวม	ระหว่างกลุ่ม	25.541	2	12.770	77.608*	0.000
	ภายในกลุ่ม	46.403	282	0.165		
	รวม	71.944	284			

* $P < .05$

จากตารางที่ 3 พบว่า กรรมการกองทุนที่มีการรับรู้บทบาทของกรรมการต่างกัน มีผลการดำเนินงานโดยรวม ด้านบริหารจัดการ ด้านการมีส่วนร่วม และด้านนวัตกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่พบว่า ผลการดำเนินงานโดยรวม จำนวน 3 คู่ ได้แก่ การรับรู้บทบาทของกรรมการระดับน้อยกับการรับรู้บทบาทของกรรมการระดับปานกลาง การรับรู้บทบาทของกรรมการระดับน้อยกับการรับรู้บทบาทของกรรมการระดับมาก การรับรู้บทบาทของกรรมการระดับปานกลางกับการรับรู้บทบาทของกรรมการระดับมาก การรับรู้บทบาทของกรรมการระดับปานกลางกับการรับรู้บทบาทของกรรมการระดับมาก ด้านบริหารจัดการ จำนวน 3 คู่ ได้แก่ การรับรู้บทบาทของกรรมการระดับน้อยกับการรับรู้บทบาทของกรรมการระดับปานกลาง การรับรู้บทบาทของกรรมการระดับน้อยกับการรับรู้บทบาทของกรรมการระดับมาก การรับรู้บทบาทของกรรมการระดับปานกลางกับการรับรู้บทบาทของกรรมการระดับมาก ด้านการมีส่วนร่วม จำนวน 3 คู่ ได้แก่ การรับรู้บทบาทของกรรมการระดับน้อยกับการรับรู้บทบาทของกรรมการระดับปานกลาง

การรับรู้บทบาทของกรรมการระดับน้อยกับการรับรู้บทบาทของกรรมการระดับมาก การรับรู้บทบาทของกรรมการระดับปานกลางกับการรับรู้บทบาทของกรรมการระดับมาก ด้านนวัตกรรม จำนวน 3 คู่ ได้แก่ การรับรู้บทบาทของกรรมการระดับน้อยกับการรับรู้บทบาทของกรรมการระดับปานกลาง การรับรู้บทบาทของกรรมการระดับน้อยกับการรับรู้บทบาทของกรรมการระดับมาก การรับรู้บทบาทของกรรมการระดับปานกลางกับการรับรู้บทบาทของกรรมการระดับมาก

ปัญหา อุปสรรค ที่พบได้แก่ ผู้รับผิดชอบมีการโยกย้ายเปลี่ยนแปลง ทำให้การบริหารจัดการไม่ต่อเนื่อง กิจกรรมบางอย่างดำเนินการล่าช้า ขาดอุปกรณ์หรือคู่มือในการติดตามประเมินผล ทำให้มีเงินเหลือจ่ายข้ามปี ไม่มีเกณฑ์การใช้จ่ายเงินให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันทุกกองทุนในประเทศ บางกิจกรรมเบิกจ่ายจริงไม่ได้ขัดต่อระเบียบการใช้จ่ายเงินของกระทรวงการคลัง ทักษะของกรรมการในการค้นหาปัญหายังไม่ครอบคลุม



สรุปและอภิปรายผล

กรรมการกองทุนที่มีเพศ และการศึกษาต่างกัน มีผลการดำเนินงานกองทุนไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับจากการศึกษาของณิชนันท์ งามน้อย และรพล รัตนะ³ เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดนนทบุรี พบว่า เพศของคณะกรรมการไม่มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เนื่องจากเพศชายและเพศหญิง ไม่ใช่อุปสรรคในการให้ความร่วมมือ ให้การสนับสนุนและช่วยแก้ปัญหาในพื้นที่ได้ดีเหมือนกัน ด้านระดับการศึกษา กรรมการที่มีพื้นฐานการศึกษาไม่เท่ากัน ไม่ใช่สิ่งสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานกองทุนสะดุด เพราะทุกคนช่วยเหลือกัน มีความเข้าใจ ร่วมมือร่วมใจกัน มีเป้าหมายเดียวกันที่จะทำให้การดำเนินงานกองทุนบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ มีประสิทธิภาพและก่อให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนในพื้นที่

กรรมการกองทุนที่มีอายุ และความรู้เรื่องกองทุนต่างกัน มีผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสามารถ รูปสมดี⁴ เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ความรู้ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น สามารถร่วมทำนุภาพการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นได้ ร้อยละ 70.5 ($R^2=0.704$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แตกต่างจากการศึกษาของณิชนันท์ งามน้อย และรพล รัตนะ³ ที่ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการ

ดำเนินงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดนนทบุรี พบว่า ความรู้เกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นของคณะกรรมการไม่มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เนื่องจากผู้มียาวมากกว่าอาจมีความ คล่องตัวในการปฏิบัติและการรับรู้ข่าวสาร ด้านสุขภาพน้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า ซึ่งสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและ เทคโนโลยีได้มากกว่า

กรรมการกองทุนที่มีรายได้ และตำแหน่งที่เข้ามาเป็นกรรมการต่างกัน มีผลการดำเนินงานโดยรวมด้านการมีส่วนร่วม และด้านนวัตกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอุทิศ วันเต⁶ เรื่อง การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในเขตอำเภอองเจริญ จังหวัดพิจิตร พบว่า รายได้ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แตกต่างจากการศึกษาของณิชนันท์ งามน้อย และรพล รัตนะ² ที่ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดนนทบุรี พบว่า รายได้ของคณะกรรมการไม่มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เนื่องจาก กรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นที่มีรายได้ หรือ ตำแหน่งต่างกันอาจจะมีความตั้งใจ การเสียสละ และเวลาในการทำงานเพื่อประโยชน์ของส่วนรวมต่างกัน สามารถนำความรู้ประสบการณ์มาใช้ในการทำงานเพื่อพัฒนาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ของตนต่างกัน



กรรมการที่มีทัศนคติเกี่ยวกับกองทุน การรับรู้ประโยชน์ของกองทุน และการรับรู้บทบาทของกรรมการต่างกัน มีผลการดำเนินงานโดยรวม ด้านบริหารจัดการ ด้านการมีส่วนร่วม และด้านนวัตกรรม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสามารถ รูปสมดี⁴ เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ทัศนคติและการรับรู้ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น สามารถร่วมทำนุ การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นได้ร้อยละ 70.5 ($R^2=0.704$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การศึกษาของสิริพร วงศ์ตรี⁵ ที่ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการบริหารจัดการของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ตำบลหนองบก อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าการรับรู้บทบาทหน้าที่ และการได้รับการนิเทศงานสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปร เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการบริหารจัดการของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ร้อยละ 81.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยการศึกษาบทบาทหน้าที่เป็นปัจจัยที่ทำนายได้ดีที่สุด สามารถทำนายความแปรปรวนของการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ได้ร้อยละ 77.70 และการศึกษาอุทิศ วันเต⁶ ที่ได้ศึกษาเรื่อง การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในเขตอำเภอดงเจริญ จังหวัดพิจิตร พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากกรรมการมีประสบการณ์ พื้นฐานการเรียนรู้ ทำให้กระบวนการคิดที่จะตอบสนองการดำเนินงานกองทุนเกิดผลไม่เหมือนกัน ซึ่งควรส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ในกรรมการตลอดเวลา

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นสามารถนำผลการศึกษานี้ประกอบการบริหารงานบุคคลเพื่อหาแนวทางพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพให้แก่กรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ด้านการจัดการกองทุนให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง เพื่อเตรียมการให้กรรมการกองทุนมีความรู้ ความเข้าใจความสามารถที่จะปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ผู้บริหารหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นควรมีแนวทางส่งเสริมและพัฒนาการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ให้มากยิ่งขึ้น เพราะการรับรู้ข้อมูลการดำเนินงานเพิ่มขึ้น มีการใช้ทักษะ ในการประยุกต์ใช้ทรัพยากรในพื้นที่มาสร้างนวัตกรรมสุขภาพ ประชาชนในพื้นที่เกิดความพึงพอใจ ทำให้การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นประสบผลสำเร็จจนเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนในพื้นที่ต่อไป

3. ควรส่งเสริมสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนราชการ องค์กรเอกชน และประชาชนมีส่วนร่วม กำหนดแนวทางการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นแบบบูรณาการ เพื่อให้เกิดนวัตกรรม



สุขภาพในชุมชนซึ่งจะสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2561). พิมพ์ครั้งที่1 กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดแสงจันทร์การพิมพ์. 2562
2. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. สถิติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย. ภาควิชาศึกษาศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. 2543. หน้า 492-501
3. ณัชนันท์ งามน้อย และรพล รัตน์. ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดนนทบุรี. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2559;10(1):95-105
4. สามารถ รูปสมดี. ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดสุราษฎร์ธานี. บทความ (อินเทอร์เน็ต) สุราษฎร์ธานี. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2565]; เข้าถึงได้จาก <http://www.stpho.go.th/>
5. สิริพร วงศ์ตรี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการบริหารจัดการของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ตำบลหนองบก อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. 2559;2(2):31-47
6. อุทิศ วันเต. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในเขตอำเภอดงเจริญ จังหวัดพิจิตร. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. 2563;1(1):56-69



วันที่รับบทความ : 10/10/2565
วันแก้ไขบทความ : 18/11/2565
วันตอบรับบทความ : 30/11/2565

วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของประชากรวัยทำงานในจังหวัดสมุทรสงคราม

พัชรา พยัคเวช

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม

E-mail: pp-patch@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับภาวะสุขภาพ ระดับพฤติกรรมสุขภาพ ระดับความรู้และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นวัยทำงานในจังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 1,000 ราย ใช้เครื่องมือสำเร็จรูป คือ สมุดสุขภาพประชาชน (Application H4U by MOPH) ของกรมอนามัย ในการเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุ ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างวัยทำงานในจังหวัดสมุทรสงคราม มีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=8.92$, $SD=2.270$) พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=22.98$, $SD=2.531$) และความรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=6.53$, $SD=1.418$) ปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพ ($\beta = -.117$, $p < .01$) และปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพ ($\beta = .635$, $p < .01$) มีอิทธิพลต่อระดับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยส่วนบุคคล มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถร่วมทำนายได้ร้อยละ 21.10 ($R^2=.211$, $p < .01$) ผลการศึกษานี้สามารถนำข้อมูลไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มประชากรวัยทำงานให้มีภาวะสุขภาพที่ดียิ่งขึ้นได้

คำสำคัญ : พฤติกรรมสุขภาพ, ความรู้ด้านสุขภาพ, ภาวะสุขภาพ, ประชากรวัยทำงาน,

จังหวัดสมุทรสงคราม



Factors Influencing Health Status of Working Age Population in Samutsongkram Province

Patchara Phayukwech

Health Promotion Group Samut Songkhram Provincial Health Office

E-mail: pp-patch@hotmail.com

ABSTRACT

This predictive correlational research study aimed to study the level of health status, health behavior, health literacy and study of factors influencing health status from a sample group of 1,000 working people in Samut Songkhram province, they used a ready-made tool, Application H4U by MOPH, to collect data. Data were analyzed using descriptive statistics. and statistical multiple regression analysis. Health status have a good level ($\bar{X}=8.92$, $SD=2.270$), health behaviors were at a moderate level ($\bar{X}=22.98$, $SD=2.531$) and health literacy were at a good level ($\bar{X}=6.53$, $SD=1.418$). Health behavioral factors ($\beta = -.117$, $p < .01$) and health literacy factors ($\beta = .635$, $p < .01$) had a statistically significant influence on the level of health status and personal factors there was no statistically significant influence on health status. able to participate in the prediction at 21.10 %. The results of this study can be used as basic information to promote the health of the working population to have a better health condition.

Keywords: health behaviors, health literacy, health status, working people,
Samut Songkhram Province



บทนำ

สุขภาพเป็นพื้นฐานที่สำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคคล โดยสุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ ทั้งทางกาย ทางจิต และสังคม ไม่ใช่เพียงการปราศจากโรค¹ ปัจจุบันการสาธารณสุขไทยให้ความสำคัญกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเพิ่มมากขึ้น เห็นได้จากเป้าประสงค์ (goals) ซึ่งหากประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทำให้สุขภาพแข็งแรง สร้างสังคมที่เป็นสุข ลดความเหลื่อมล้ำทางสังคมและทางสาธารณสุข เมื่อบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยและมีพฤติกรรมสุขภาพไม่พึงประสงค์จะส่งผลให้บุคคลนั้นไม่สามารถดูแลสุขภาพได้ ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและปัญหาสุขภาพ แต่หากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ดี จะส่งผลให้สุขภาพดีได้ การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ดี จึงเป็นแนวทางที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภัยคุกคามด้านสุขภาพทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

กลุ่มวัยทำงาน หมายถึง กลุ่มประชากรที่อายุอยู่ในช่วง 15 - 59 ปี จากการสำรวจสถิติประชากรในประเทศไทยย้อนหลัง 3 ปี^{2,3} พบว่ามีประชากรทุกกลุ่มวัยรวมจำนวน 45.58, 45.34 และ 44.27 ล้านคน ตามลำดับ เป็นประชากรวัยทำงานทั้งสิ้น 28.49, 28.20 และ 27.47 ล้านคน ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า ประชากรวัยทำงานมีภาวะสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์⁴ ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ เป็นต้น ซึ่งเป็น

ผลเสียต่อภาวะสุขภาพทั้งสิ้น ภาวะสุขภาพ คือ การมีสุขภาพที่ดีไม่ใช่แค่ ร่างกายเท่านั้นที่แข็งแรง แต่รวมทั้งจิตใจและสังคม นั่นคือ การมีร่างกายที่สมบูรณ์ มีจิตใจที่แจ่มใส ทำตามบทบาทหน้าที่ที่ความรับผิดชอบของตนเองและการมีความสัมพันธ์ที่ดีทั้งกับครอบครัวและผู้อื่น⁴ กลุ่มประชากรวัยทำงานเป็นกลุ่มประชากรหลักที่สำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม การสาธารณสุข การคมนาคม การศึกษา และประเพณีของประเทศให้ดียิ่งขึ้น ดังนั้นการมีภาวะสุขภาพที่ดีของวัยทำงานจึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งการมีภาวะสุขภาพที่ดีเกิดจากการพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในด้านที่เป็นเสียต่อสุขภาพตนเองด้วยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ⁵ ซึ่งจากการสำรวจสถิติจากคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center) วันที่ 28 เมษายน พ.ศ.2565 พบว่า ประชากรวัยทำงานที่อายุ 30 - 44 ปี มีภาวะอ้วนลงพุงร้อยละ 33.60 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี อีกทั้งมีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 50 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมออกกำลังกาย จากการสถิติการสำรวจสุขภาพประชาชนครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบว่า ประชากรไทยวัยทำงานมีพฤติกรรมบริโภคผักผลไม้ต่อวันเพียงพอตามคำแนะนำเพียงร้อยละ 25.90 เท่านั้น² และจากรายงานผลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของประชากรวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 5 ปี 2564 พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน



5,595 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.90 มีภาวะอ้วนระดับ 1 ถึง 3 ร้อยละ 53.30 มีพฤติกรรมกินผัก 5 ท็อปต่อวันทุกวันร้อยละ 39.50 ไม่มีพฤติกรรมเติมเครื่องปรุงรสเค็มในอาหารที่จะทำให้มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพียงร้อยละ 23.90 ไม่มีพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มรสหวานที่จะทำให้มีความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานเพียงร้อยละ 15.20 มีกิจกรรมทางกายจนรู้สึกเหนื่อยในระดับปานกลาง ใช้ระยะเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 30 นาทีต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์ร้อยละ 64.50 พฤติกรรมแปร่งฟันก่อนนอนทุกวันนานอย่างน้อย 2 นาทีร้อยละ 62.00 และนอนหลับ 7 – 9 ชั่วโมง 6 – 7 วันต่อสัปดาห์ร้อยละ 50.70 จึงทำให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ครบทั้ง 4 ด้านเพียงร้อยละ 14.40 เท่านั้น⁶ ซึ่งพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้ล้วนมีผลทำให้มีปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว แสดงให้เห็นว่าต้องให้ความสำคัญกับการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรค โดยจะต้องปรับเปลี่ยนจิตสำนึกและพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นความรู้ด้านสุขภาพจะนำไปสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพจะสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถการใช้ข้อมูลข่าวสาร สามารถตัดสินใจ นำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เพื่อให้มีผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้น⁷

ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคลและทรัพยากรทางสังคมที่จำเป็นสำหรับบุคคลและชุมชนในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินให้ ข้อมูลในการตัดสินใจ รวมถึง

ความสามารถในการสื่อสารตามความต้องการ พิจารณาสีทธิ และการตัดสินใจ เพื่อส่งเสริมสุขภาพ และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี⁸ ความรู้รอบด้านสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่สะท้อนถึงความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพประชาชน แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ขั้นพื้นฐาน ขั้นปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจักษณ์ญาณ⁹ หากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานอยู่ในระดับสูงจะทำให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดี เช่น มีภาวะสุขภาพที่ดี ลดอัตราการป่วย อัตราการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ ฯลฯ การพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อ ทักษะการตัดสินใจและการจัดการตนเอง จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า สถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพของคนไทยเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างยั่งยืน โดยความรู้รอบด้านสุขภาพเป็นกระบวนการทางปัญญา และทักษะทางสังคมที่ก่อเกิดแรงจูงใจเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสม จากการศึกษาในประเทศจีนพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพส่งผลให้ประชาชนเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างยั่งยืนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอถึงร้อยละ 59.40 ระดับพอใช้ ร้อยละ 39.00 และระดับดีมาก เพียงร้อยละ 1.60 เท่านั้น¹⁰ นอกจากนี้การศึกษาในต่างประเทศพบว่า การที่บุคคลมีความรู้เพียงอย่างเดียวไม่ได้เป็นข้อยืนยันว่าบุคคลจะปฏิบัติ



ตามสิ่งที่ตนเองรู้เสมอไป จำเป็นต้องมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีด้วย¹¹ โดยปัญหาด้านมลพิษทางอากาศและฝุ่นละออง มลพิษจากขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล มลพิษทางน้ำ การปนเปื้อนของสารเคมีในสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งสิ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นจึงสรุปได้ว่า ปัจจุบันสถานการณ์ปัญหาด้านภาวะสุขภาพของประชากรวัยทำงานเป็นปัญหาสำคัญและมีแนวโน้มที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁶ แต่หากประชากรวัยทำงานมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดี จึงส่งผลทำให้มีภาวะสุขภาพที่ดีได้ และจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่ามีการศึกษาระดับเขตสุขภาพที่ 5 ประกอบด้วย จังหวัด ราชบุรี กาญจนบุรี สุพรรณบุรี นครปฐม สมุทรสาคร สมุทรสงคราม เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์ ซึ่งไม่สามารถอ้างอิงของภาคจังหวัดได้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของประชากรวัยทำงานในจังหวัดสมุทรสงคราม ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ อาชีพหลัก น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ปัจจัยด้วยพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เช่น พฤติกรรมการ

บริโภค พฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกแรง (กิจกรรมทางกาย) พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดื่มเบียร์และสุรา พฤติกรรมการนอนหลับ และพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

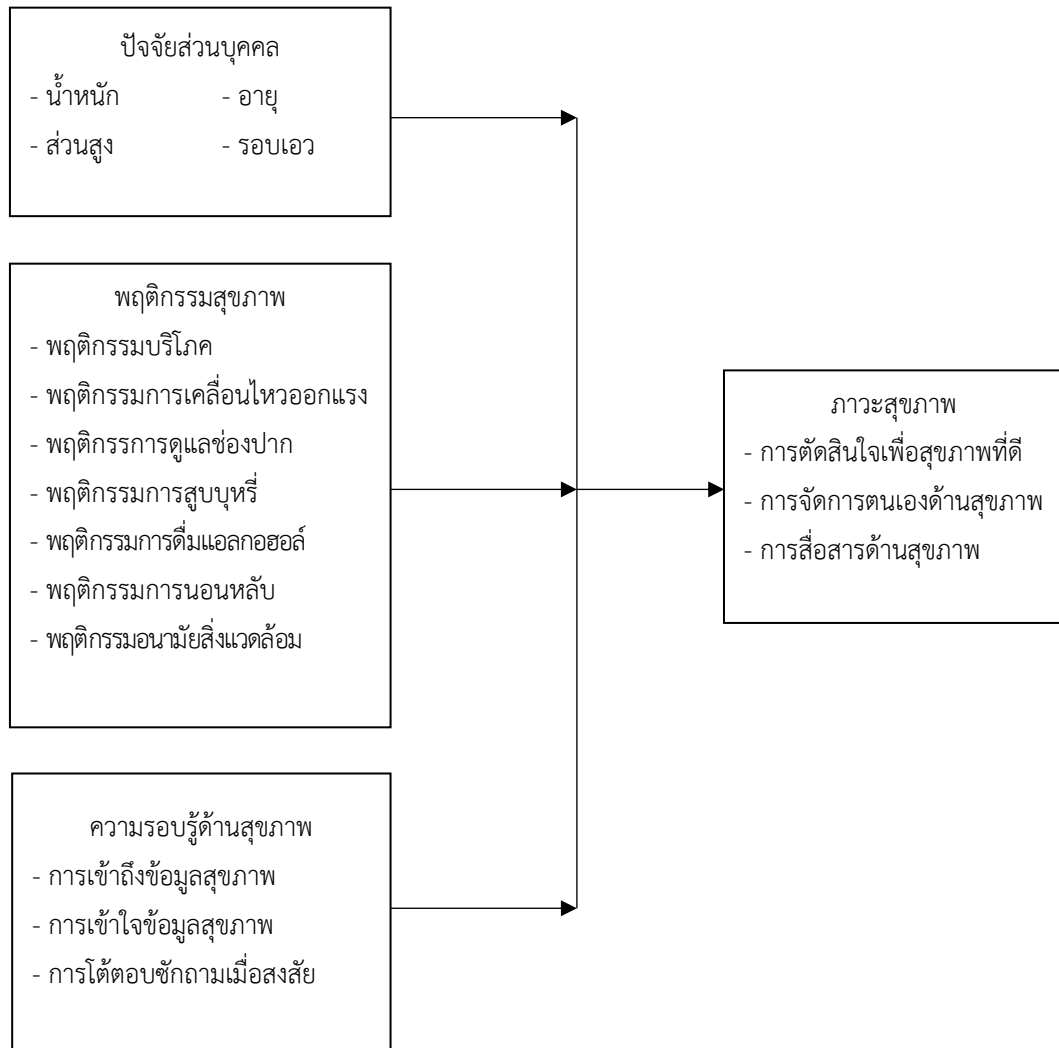
1. เพื่อศึกษาระดับภาวะสุขภาพของประชากรวัยทำงานในจังหวัดสมุทรสงคราม
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชากรวัยทำงานในจังหวัดสมุทรสงคราม
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของประชากรวัยทำงานจังหวัดสมุทรสงคราม ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพ

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของประชากรวัยทำงานจังหวัดสมุทรสงคราม



กรอบแนวคิด



ระเบียบวิธีวิจัย

1. วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนาย (correlation predictive design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ

ของประชากรวัยทำงานจังหวัดสมุทรสงคราม

2. ตัวแปรที่ศึกษา

1) ตัวแปรต้น: ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ อาชีพหลัก น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรม



การเคลื่อนไหวออกแรง (กิจกรรมทางกาย) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ พฤติกรรมสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดื่มสุรา พฤติกรรมการนอนหลับ และพฤติกรรมอนามัย สิ่งแวดล้อม และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ และการโต้ตอบชักถามเมื่อสงสัย

2) ตัวแปรตาม: ภาวะสุขภาพของประชากรวัยทำงาน ได้แก่ การตัดสินใจเพื่อสุขภาพที่ดี การจัดการตนเองด้านสุขภาพ และการสื่อสารด้านสุขภาพ

3. การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 15 – 59 ปี และอาศัยอยู่ในจังหวัดสมุทรสงคราม ไม่น้อยกว่า 6 เดือนนับถึงวันที่เก็บข้อมูล หรือให้สัมภาษณ์

2) การคำนวณขนาดตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดโดยใช้โปรแกรม G*power จะได้กลุ่มตัวอย่าง 1,000 ราย และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สัดส่วน (proportionate sampling) ประชากรของแต่ละอำเภอ เพื่อเป็นตัวแทนที่ดีของประชากรกลุ่มเป้าหมาย โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรวัยทำงานอายุ 15 – 59 ปีบริบูรณ์ อยู่ในพื้นที่ที่สุ่มสำรวจในจังหวัดสมุทรสงครามทั้ง 3 อำเภอ คือ อำเภอเมือง อำเภออัมพวา และอำเภอบางคนที สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทยได้ มีอุปกรณ์สื่อสารเคลื่อนที่ ได้แก่ โทรศัพท์มือถือที่สามารถดาวน์โหลด Application H4U ได้ และสมัครใจให้ข้อมูล โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 15 – 19 ปีได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง

4. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามออนไลน์ เรื่องพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพวัยทำงานปี 2565 ที่พัฒนาโดยสำนักทันตสาธารณสุข และ cluster วัยทำงาน กรมอนามัย ซึ่งอยู่ในสมุดสุขภาพประชาชน (Application H4U by MOPH) ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ แบบสอบถามด้านพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 13 ข้อ แบบสอบถามด้านความรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 2 ข้อ และแบบสอบถามด้านภาวะสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ

5. การรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนจังหวัดสมุทรสงคราม ผู้วิจัยได้ดำเนินการชี้แจงเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอในการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอน กระบวนการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์รายละเอียดของแบบสอบถาม และการใช้ Application H4U โดยมีการแนะนำและขอความยินยอมเข้าร่วมวิจัยจากอาสาสมัครก่อนเก็บข้อมูล อธิบายวิธีการเก็บข้อมูล และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามออนไลน์

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,000 ราย ได้นำมาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์พบว่ามีการกระจายของข้อมูลที่ปกติ จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้



1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของประชากรวัยทำงานในจังหวัดสมุทรสงคราม ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ความยาวรอบเอว) พฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุ ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยเข้าทุกตัว (enter regression) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05

7. ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล

ระยะเวลา 2 เดือน ตั้งแต่เดือนมิถุนายน – กรกฎาคม 2565

8. จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณา และให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

ในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยได้ โดยได้ใบรับรองการอนุมัติ เลขที่การรับรอง 10/2565 วันที่รับรอง 19 พฤษภาคม 2565 วันที่หมดอายุ 20 พฤษภาคม 2566

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ มีจำนวน 1,000 ราย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.5 เพศชาย ร้อยละ 42.5 อายุเฉลี่ย 40.57 ปี (SD=12.234) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.1) ไม่มีโรคประจำตัว กลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 35.1) มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (BMI 18.5 – 22.9 kg/m²) ความยาวรอบเอวเฉลี่ย 82.49 เซนติเมตร (SD=11.145) ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปร้อยละ 33.3 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล (N=1,000)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (คน)	n	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	425	42.5
หญิง	575	57.5
อายุ ($\bar{X}$ =40.57 ปี, SD=12.234)		
โรคประจำตัว		
ไม่มี	751	75.1
มี	249	24.9



ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (คน)	n	ร้อยละ
ค่าดัชนีมวลกาย		
< 18.5 kg/m ²	82	8.2
18.5 – 22.9 kg/m ²	351	35.1
23 – 24.90 kg/m ²	190	19.0
25 – 29.9 kg/m ²	253	25.3
≥ 30 kg/m ²	124	12.4
ความยาวรอบเอว ($\bar{X}$ =82.49 เซนติเมตร, SD=11.145)		
อาชีพ		
รับจ้างทั่วไป	332	33.2
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/ลูกจ้างของรัฐ	162	16.2
ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว	161	16.1
พนักงาน/ลูกจ้างเอกชน	104	10.4
เกษตรกร	101	10.1
นักเรียน/นิสิต/นักศึกษา	59	5.9
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	55	5.5
ว่างงาน/ไม่มีงานทำ	26	2.6

อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ความยาวรอบเอว ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพ สามารถร่วมทำนายภาวะสุขภาพประชากรวัยทำงานจังหวัดสมุทรสงคราม ได้ร้อยละ 21.10 ($R^2=.211$, $p < .01$) และตัวแปรตัวแปรอิสระ

ที่มีอำนาจทำนายภาวะสุขภาพประชากรวัยทำงานจังหวัดสมุทรสงครามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพ ($\beta = -.117$, $p < .01$ และ $\beta = .635$, $p < .01$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 การทดสอบตัวแปรอิสระของการใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยเข้าที่ละตัว (enter regression) (n = 1,000)

ตัวทำนาย	b	SEb	β	t	p-value
ปัจจัยส่วนบุคคล					
- อายุ	.008	.005	.042	1.703	.089
- น้ำหนัก	-.004	.006	-.024	-.610	.542
- ส่วนสูง	-.002	.008	-.007	-.251	.802
- ความยาวรอบเอว	.000	.007	.001	.029	.977
ปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพ	-.104	.022	-.177	-4.738	.000
ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพ	1.016	.039	.635	25.796	.000

$R = .459$, $R^2 = .211$, $F = 139.81$, Sig. of $F = 0.000$

สรุปและอภิปรายผล

อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ความยาวรอบเอว ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยด้านความรู้ ด้านสุขภาพ สามารถร่วมทำนายภาวะสุขภาพประชากรวัยทำงานจังหวัดสมุทรสงคราม ได้ร้อยละ 21.10 ($R^2 = .211$, $p < .01$) และตัวแปรอิสระที่มีอำนาจทำนายภาวะสุขภาพประชากรวัยทำงานจังหวัดสมุทรสงคราม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพ ($\beta = -.117$, $p < .01$ และ $\beta = .635$, $p < .01$) ตามลำดับ

พฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานจังหวัดสมุทรสงคราม มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของประชากรวัยทำงานจังหวัดสมุทรสงครามได้ กล่าวคือ หากประชากรวัยทำงานจังหวัดสมุทรสงคราม มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มีอิทธิพลส่งผลให้ภาวะสุขภาพของประชากรวัยทำงานจังหวัดสมุทรสงครามดี แต่หากประชากรวัยทำงานจังหวัดสมุทรสงคราม มีพฤติกรรมที่ไม่ดี มีอิทธิพลส่งผลทำให้ภาวะสุขภาพ

ประชากรวัยทำงานจังหวัดสมุทรสงครามไม่ดีเช่นกัน ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ คือเมื่อประชากรวัยทำงานจังหวัดสมุทรสงคราม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 22.98$, $SD = 2.531$) ส่งผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 8.92$, $SD = 2.270$) เช่นกัน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะสุขภาพของประชากรวัยทำงานในพื้นที่เขตเมืองพบว่า หากประชากรวัยทำงานมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มีอิทธิพลส่งผลให้ภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹²

ความรู้ด้านสุขภาพของประชากรวัยทำงานจังหวัดสมุทรสงคราม มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของประชากรวัยทำงานจังหวัดสมุทรสงครามได้ กล่าวคือ หากประชากรวัยทำงานจังหวัดสมุทรสงคราม มีความรอบรู้สุขภาพที่ดี มีอิทธิพลส่งผลให้ภาวะสุขภาพของประชากรวัยทำงานจังหวัดสมุทรสงครามดี แต่หาก



ประชากรวัยทำงานจังหวัดสมุทรสงครามมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่ดี มีอิทธิพลส่งผลให้ภาวะสุขภาพประชากรวัยทำงานจังหวัดสมุทรสงครามไม่ดีขึ้น ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเกาหลีที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและภาวะสุขภาพในวัยผู้ใหญ่ พบว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น มีอิทธิพลส่งผลให้ภาวะสุขภาพที่ดียิ่งขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพประชากรวัยทำงาน มีดังนี้

1) ส่งเสริมสนับสนุนเอื้ออำนวยให้ประชากรวัยทำงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

2) ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพให้เหมาะสมตามภาวะสุขภาพ ได้แก่ กลุ่มสุขภาพปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย

2. ด้านการดำเนินงาน เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนหรือสังคม ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทำงาน มีดังนี้

1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ควรติดตามพฤติกรรมที่มีสุขภาพที่ดี และพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน และส่งเสริมสนับสนุนเอื้ออำนวยให้บอกต่อหรือชักชวนให้บุคคลอื่นๆ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคเอกชนในพื้นที่ จัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น สถานที่พักผ่อนสาธารณะ

ในชุมชน ลานเอนกประสงค์ สนามกีฬา ห้องน้ำ ห้องสุขา แสงสว่าง และความปลอดภัย เป็นต้น

3) ส่งเสริมสนับสนุนเอื้ออำนวยให้มีการรวมกลุ่มกันเป็นชมรมทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน ให้มีแกนนำสุขภาพด้านต่างๆ ในทุกชุมชน หมู่บ้าน และตำบล จัดให้มีการประกวดแข่งขันของชมรมสุขภาพเป็นกิจกรรมหนึ่งในงานประเพณีของชุมชน จัดอย่างต่อเนื่องทุกปี พัฒนารูปแบบของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้มีความหลากหลาย และเหมาะสมกับวัยทำงาน ให้มีความทันสมัย เพื่อให้วัยทำงานสนใจเข้าร่วมกิจกรรมมากขึ้น

3. ด้านนโยบาย มีดังนี้

1) บริหารจัดการให้วัยทำงานเข้าถึงระบบการประเมินคัดกรองสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ กลุ่มวัยทำงาน เข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพตามมาตรฐานสาธารณสุข อย่างครบถ้วนและครอบคลุมประชากรวัยทำงานทุกพื้นที่

2) เชิดชูเกียรติและเผยแพร่การดำเนินงานของชมรมและชุมชน ที่ทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ วัยทำงานในชุมชนของตน และมีภาคีเครือข่ายการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). Constitution of the World Health Organization. Geneva: WHO; 1984



2. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนชาวไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 28 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://www.hsri.or.th/researcher/research/new-release/detail/7711>
3. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนชาวไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 28 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.hsri.or.th/media/printed-matter/detail/13443>
4. Orem ED. Nursing: Concept of practice 4th ed. St Louis: Mosby-Year book Inc; 1991
5. เฉลิมพล ต้นสกุล. พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541
6. วิจัยงานศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี. รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ และปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 5 พ.ศ. 2564. ราชบุรี: ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี; 2564.
7. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอุทัย. ความฉลาดทางสุขภาพ. นนทบุรี: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2554.
8. World Health Organization. The health literacy toolkit [internet]. 2014 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 28 June 2022]. Retrieved from: http://www.searo.who.int/entity/healthpromotion/documents/hl_toolkit/en
9. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med* 2008; 67(12): 2072-78. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050
10. สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ. การปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ[อินเทอร์เน็ต]. 2559. เข้าถึงได้จาก: http://library2.parliament.go.th/giventake/content_nrsa2558/d111459-03.pdf
11. Suka M, Odajima T, Okamoto M, et al. Relationship between health literacy, health information access, health behavior, and health status in Japanese people. *Patient Educ Couns* 2015; 98(5): 660-8. doi: 10.1016/j.pec.2015.02.01
12. มงคล การุณงามพรรณ, สุดารัตน์ สุวารี และ นันทนา น้ำฝน. พฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของคนทำงานในสถานประกอบการเขตเมืองใหญ่: กรณีศึกษาพื้นที่เขตสาทร กรุงเทพมหานคร: วารสารพยาบาลสงขลารินทร์ 2555; 32(3): 51-66
13. Kim SH. Health literacy and functional health status in Korean older adults. *J Clin Nurs* 2009; 18(16): 2337-43. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02739.x



วันที่รับบทความ : 08/09/2565

วันแก้ไขบทความ : 18/11/2565

วันที่ตอบรับบทความ : 02/12/2565

วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน ของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอลำลูกเกด จังหวัดอุบลราชธานี

สมพร แก้วทอง¹, เปมิกา ฉิมคง¹, อมลวรรณ แก้วละมุล¹,

ศุภฎี เจริญสุข², วรณวิมล เมฆวิมล กิ่งแก้ว^{2*}

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี¹

วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา²

E-mail: wanwimon.me@ssru.ac.th*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอลำลูกเกด จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 152 คน โดยใช้วิธีการสุ่มแบบอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติการทดสอบ Fisher's Exact Test และสถิติการทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman correlation coefficient)

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.79 มีอายุระหว่าง 40-59 ปี ร้อยละ 53.95 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 32.24 รายได้เฉลี่ยต่อปีอยู่ในช่วง 0-150000 บาท ร้อยละ 48.03 มีระดับการศึกษาสูงสุดคือมัธยมศึกษา ร้อยละ 44.74 เป็น บิดา-มารดา ของเด็ก ร้อยละ 63.16 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.33 ในส่วนปัจจัยด้านความรู้, ปัจจัยทัศนคติ และปัจจัยเอื้ออยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 49.34, 58.55, 59.21 ตามลำดับ) สำหรับปัจจัยเสริมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 75.66 จากการศึกษาความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยนำด้านความรู้ความในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน ($r_s = 0.236$, $P\text{-value} = 0.003$) ปัจจัยนำด้านทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน ($r_s = 0.171$, $P\text{-value} = 0.035$) ปัจจัยเอื้อ ($r_s = 0.318$, $P\text{-value} = 0.000$) และปัจจัยเสริม ($r_s = 0.328$, $P\text{-value} = 0.000$) มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง อำเภอลำลูกเกด จังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยนำด้านทัศนคติมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก ปัจจัยนำด้านความรู้ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์ในระดับค่อนข้างต่ำ

คำสำคัญ : การดูแลสุขภาพช่องปาก, เด็กก่อนวัยเรียน, ผู้ปกครอง

* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ



Factors Related to Oral Health Care Behaviors in Pre-School Children among Parents in Child Development Centers, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province

Somporn Keawtong¹, Pemikar Chimkong¹, Amonwan Kaewlamun¹,
Dusadee Charoensuk², Wanwimon Mekwimon Kingkaew^{2*}

Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani¹

College of Allied Health Sciences, Suan Sunandha Rajabhat University²

E-mail: wanwimon.me@ssru.ac.th *

ABSTRACT

This study was cross sectional analytical study. This study aimed to study oral health care behaviors and factors related to oral health care behaviors of pre-school children in Child Development Centers, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani. There were 152 samples, Simple random sampling method. Data were collected by questionnaires, included to 4 parts: Predisposing factors, Enabling factor, Reinforcing factor and Oral health care behaviors. Data were analyzed by Fisher's Exact Test and Spearman correlation coefficient.

The results showed that most of the samples were female 65.79%, aged 40-59 years 53.95%, general employee 32.24%, average income per year were in the 0-150000 range 48.03%, the highest level of education were secondary school 44.74%, most of the samples had oral health care behaviors at a moderate level (49.33%), knowledge factor, attitude factor and enabling factor were in a moderate level (49.34%, 58.55% and 59.21%). Reinforcing factor was good level (75.66%). Moreover, the analysis showed that knowledge factor ($r_s = 0.236$, P-value = 0.003) attitude factor ($r_s = 0.171$, P-value = 0.035), enabling factor ($r_s = 0.318$, P-value = 0.000) and predisposing factor ($r_s = 0.328$, P-value = 0.000) related to oral health care behaviors at the 0.05 level of significant. In conclusion, attitude factors were very low correlation, knowledge factors, enabling factors and reinforcing factors were relatively low correlation.

Keywords: Oral Health Care, Pre-school children, Parents

* Corresponding Author



บทนำ

ปัญหาสุขภาพช่องปาก มีโอกาสเกิดขึ้นได้กับมนุษย์ทุกคนในทุกช่วงวัยของชีวิตโดยเฉพาะกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มักจะมีปัญหาทันตสุขภาพมากที่สุด เพราะเป็นช่วงวัยที่มีฟันน้ำนมขึ้นภายในช่องปาก อีกทั้งยังมีปัญหาการผุของฟันที่รุนแรงเกิดจากการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และแปรงฟันไม่สะอาด ฟันที่ผุส่วนมากจะเป็นฟันกรามล่าง และฟันกรามบน หลายคนมีความจำเป็นต้องได้รับการถอนฟันเนื่องจากฟันผุมากจนไม่สามารถรักษาฟันไว้ได้ ทั้งนี้ปัญหาสุขภาพช่องปากที่เกิดขึ้นในเด็กกลุ่มนี้อาจเนื่องจากเด็กกลุ่มนี้ไม่ให้ความสนใจในการดูแลสุขภาพในช่องปากของตัวเอง ส่วนใหญ่จะเป็นบทบาทของผู้ปกครองในการดูแล ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญส่งผลสำคัญให้ปัญหาสุขภาพในช่องปากของเด็กอายุ 3-5 ปีเกิดขึ้น และมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของโรคเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในช่วงที่เด็กมีอายุ 3-5 ปี

จากการสำรวจสถานะทันตสุขภาพช่องปาก ครั้งที่ 8 พบว่า ในเด็กอายุ 3 ปี ร้อยละ 47.1 ในเด็กอายุ 5 ปี มีแนวโน้มการปราศจากโรคฟันผุเพิ่มขึ้น คือร้อยละ 24.4 นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กก่อนวัยเรียน ทั้ง 2 กลุ่มอายุประมาณร้อยละ 40.0 มีคราบจุลินทรีย์อยู่ในระดับเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ พบฟันผุระยะเริ่มต้นในเด็กอายุ 3 ปี และ 5 ปี ร้อยละ 31.1 และร้อยละ 31.3 ตามลำดับ ซึ่งเด็กกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดฟันผุเป็นรู นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กอายุ 5 ปี ร้อยละ 18.6 มีฟันกรามถาวร ซึ่งหนึ่งขึ้นในช่องปากแล้ว การให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพช่องปากตั้งแต่ช่วงปฐมวัยจึงมีความสำคัญ และลดโอกาส

เกิดฟันถาวรได้ โดยสิ่งสำคัญที่ต้องเน้นย้ำเพิ่มเติมคือ พฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ ได้แก่ การแปรงฟันอย่างมีคุณภาพ และพฤติกรรมการบริโภคนม แม้ว่าเด็กส่วนใหญ่จะแปรงฟันตอนเช้านก่อนมาโรงเรียน แต่พบว่าผู้ปกครองของเด็กอายุ 3 ปี ร้อยละ 44.1 ปลอมให้เด็กแปรงฟันด้วยตนเอง และเมื่อเด็กโตขึ้นพบว่าในกลุ่มอายุ 5 ปี เด็กถูกปล่อยให้แปรงฟันเองถึงร้อยละ 80.4 มีเพียงร้อยละ 14.4 ที่ผู้ปกครองยังคงแปรงให้ พฤติกรรมการดื่มนมเด็กอายุ 3 ปี และ 5 ปี ดื่มนมหวานและนมเปรี้ยว เมื่ออยู่ที่บ้านถึงร้อยละ 44.5 และ 47.6 ตามลำดับ เด็กอายุ 3 ปี ร้อยละ 39.5 ใช้ขวดนมเมื่ออยู่ที่บ้าน และยังมีเด็กอายุ 5 ปี อีกร้อยละ 11.9 ที่ยังคงดื่มนมจากขวด ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ นอกจากนี้พบความชุกของการเกิดฟันผุในเด็กอายุ 3 ปี ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความชุกของโรคฟันผุ คือ ร้อยละ 48.3 ค่าเฉลี่ย ฟันผุ ถอน อุด อยู่ที่ 2.3 ซี่/คน และในเด็กอายุ 5 ปีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกของโรคฟันผุคือ ร้อยละ 74.7 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด คือ 4.0 ซี่/คน¹

ผลจากการตรวจฟันเด็กอายุ 3 ปี ที่มีฟันผุในฟันน้ำนม จังหวัดอุบลราชธานี มีฟันน้ำนมผุสูงที่สุดได้แก่ อำเภอโพธิ์ไทร อำเภอดอนมดแดง อำเภอม่วงสามสิบ คือ 42.24, 41.11 และ 37.71 ตามลำดับ ความชุกของการมีฟันน้ำนมผุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี มีเด็กที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก 417 คน คิดเป็นร้อยละ 34.04 จากทั้งหมด และพบเด็กที่มีฟันผุในฟันน้ำนม จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละถึง 15.59 (ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 3 ปี มีฟันผุในฟันน้ำนม)²



จากปัญหาดังกล่าว หากเด็กไม่ได้รับการรักษาจะทำให้มีการลุกลามจนทะลุโพรงประสาทฟันเกิดอาการปวด บวม ทรมาน ทำให้เด็กไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้ การรับประทานอาหารน้อยลงอาจเกิดภาวะขาดสารอาหารซึ่งจะส่งผลกระทบต่อเจริญเติบโตของร่างกาย และสมองของเด็กตามมา คณะผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 3-5 ปี ที่มีปัจจัยหลักมาจากผู้ปกครอง ดังนั้น จึงสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมของผู้ปกครองที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 3-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กพื้นที่อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เนื่องจากผลที่ได้จะสะท้อนถึงปัญหาการปฏิบัติตัวของผู้ปกครองแบบใดที่จะส่งผล ต่อสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนและปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการปฏิบัติของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน ข้อมูลที่ได้จากการศึกษายังสามารถใช้ในการวางแผนงาน และแนวทาง การดำเนินการตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรในการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Cross Sectional Analytical Study) ในการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ ได้นำส่วนที่ 1 คือ PRECEDE Framework ขั้นตอนที่ 3 การประเมินทางการศึกษาและทางนิเวศวิทยามาประยุกต์ใช้ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กอำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 1,076 คน คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างทราบประชากร³ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 152 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Simple Random Sampling) โดยการเลือกสุ่ม 5 ตำบล จาก 16 ตำบล ด้วยเทคนิคการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) และสุ่มตัวอย่างผู้ปกครองของเด็ก 3-5 ปี จากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้ง 5 ตำบลด้วยเทคนิคการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นผู้ปกครองของเด็กก่อนวัย



เรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี และอาศัยอยู่ในอำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี มากกว่า 1 ปี และยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ ย้ายถิ่นฐานไปที่อื่น เสียชีวิตระหว่างทำการวิจัย และขอถอนตัวออกจากกรวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) แบ่งเป็น 4 ตอน ดังนี้

1. แบบสอบถามปัจจัยนำ
 - ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล มีจำนวน 8 ข้อ
 - ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลภาวะช่องปาก มีจำนวน 19 ข้อ
 - ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลภาวะช่องปาก มีจำนวน 20 ข้อ
2. แบบสอบถามด้านปัจจัยเอื้อ มีจำนวน 11 ข้อ
3. แบบสอบถามด้านปัจจัยเสริม มีจำนวน 12 ข้อ
4. แบบสอบถามด้านพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลภาวะช่องปาก มีจำนวน 16 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยที่เป็นแบบสอบถาม ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้ว นำไปทดลองใช้กับผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอลืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ ซึ่งมีคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 34 ชุด ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) IOC

เท่ากับ 0.74 ค่าความเที่ยง (Reliability) Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.897

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างในระหว่าง เดือนมกราคม 2565 โดยติดต่อศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพื่อขออนุญาตเก็บแบบสอบถามการทำวิจัย ชี้แจงรายละเอียดในการทำแบบสอบถาม โดยให้ผู้ปกครองตอบยินยอมหรือไม่ยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย ครั้งนี้ด้วย จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อน นำไปวิเคราะห์ผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Fisher's exact test และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสุจริตินธร จังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ 019/2564 2564 ผู้วิจัยจะพิทักษ์สิทธิของกลุ่มเป้าหมายโดยยึดหลัก 3 ประการ คือ หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person) หลักคุณประโยชน์ และไม่ก่ออันตราย (Beneficence) หลักยุติธรรม (Justice) ซึ่งจะคำนึงถึงการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การให้คำยินยอมโดยได้รับข้อมูลที่เพียงพอและเป็นอิสระในการตัดสินใจ การเคารพในความเป็นส่วนตัวและ



รักษาความลับ กล่าวคือ ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลโดยจะต้องให้ข้อมูลและชี้แจงให้กลุ่มเป้าหมายในการดำเนินการวิจัย เข้าใจอย่างชัดเจน และให้ความเป็นอิสระในการตัดสินใจ ไม่มีการบังคับ หรือเกิดความเกรงใจ และการตัดสินใจจะไม่ส่งผลกระทบใด ๆ และข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ และผลการวิจัยจะเปิดเผยในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยประกอบด้วย 5 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยนำ

1.1 ปัจจัยนำ ด้านปัจจัยส่วนบุคคล

ผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.79 เพศชาย ร้อยละ 34.21 ผู้ปกครองส่วนใหญ่

มีอายุอยู่ในช่วง 40-59 ปี ร้อยละ 53.95 อายุมากที่สุดคือ 65 ปี และน้อยที่สุด 22 ปี ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 32.24 รายได้เฉลี่ยต่อปี ของ ผู้ ป ก ร อ ง ส ่ว น ไ ห ยู่ อยู่ ใน ช ่ว ง 0-150,000 บาท ร้อยละ 48.03 ผู้ปกครองส่วนใหญ่ มีระดับการศึกษาสูงสุดคือมัธยมศึกษา ร้อยละ 44.74 ผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็น บิดา-มารดา ของเด็ก ร้อยละ 63.16 ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีประสบการณ์ด้านทันตกรรมมากกว่า 1 อย่าง ร้อยละ 30.26 และเด็กส่วนใหญ่มีประสบการณ์ด้านทันตกรรม มากกว่า 1 อย่าง ร้อยละ 26.32

1.2 ปัจจัยนำ ด้านความรู้และทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี (n=152)

ตัวแปร	จำนวน (n)	ร้อยละ
ระดับความรู้การดูแลสุขภาพช่องปาก		
- ความรู้ระดับมาก คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป	32	21.05
- ความรู้ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 60-79.99	75	49.34
- ความรู้ระดับน้อย คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60	45	29.61
ระดับทัศนคติการดูแลสุขภาพช่องปาก		
- ทัศนคติระดับสูง คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.68 - 5.00	62	40.79
- ทัศนคติระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34 - 3.67	89	58.55
- ทัศนคติระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 2.33	1	0.66



จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.34 รองลงมา มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 29.61 และมีความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 21.15 และส่วนใหญ่ มีระดับทัศนคติระดับปานกลาง ร้อยละ 58.55 รองลงมา คือมีระดับทัศนคติระดับสูง ร้อยละ 40.79

และมีระดับทัศนคติต่ำน้อยที่สุด ร้อยละ 0.66 โดยพบว่าทัศนคติของผู้ปกครองด้านการใช้นม เป็นของรางวัลเด็ก ร้อยละ 28.95 และคิดว่าถ้าเด็ก ไม่ปวดฟันไม่จำเป็นต้องไปพบทันตบุคลากร มากถึง ร้อยละ 40.79

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเอื้อ

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับปัจจัยเอื้อการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง อำเภовารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี (n = 152)

ระดับปัจจัยเอื้อการดูแลสุขภาพช่องปาก	จำนวน	ร้อยละ
การเข้าถึงปัจจัยเอื้อ ในระดับดี ได้คะแนนรวมเฉลี่ยระหว่าง 7.34 – 11.00	50	32.89
การเข้าถึงปัจจัยเอื้อ ในระดับปานกลาง ได้คะแนนรวมเฉลี่ยระหว่าง 3.67 – 7.33	90	59.21
การเข้าถึงปัจจัยเอื้อ ในระดับไม่ดี ได้คะแนนรวมเฉลี่ยระหว่าง 0.00 – 3.66	12	7.89

Mean = 7.05, SD = 2.15, Min = 2, Max = 11

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการเข้าถึงปัจจัยเอื้อ ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.21 รองลงมา คือมีการเข้าถึงปัจจัยเอื้อ ในระดับดี

ร้อยละ 32.89 และ มีการเข้าถึงปัจจัยเอื้อ ในระดับไม่ดี ร้อยละ 7.89

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเสริม

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับปัจจัยเสริมการดูแลสุขภาพช่องปาก เด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง อำเภовารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี (n = 152)

ระดับปัจจัยเสริมการดูแลสุขภาพช่องปาก	จำนวน	ร้อยละ
การเข้าถึงปัจจัยเสริม ระดับมาก คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 8.01 - 12.00	115	75.66
การเข้าถึงปัจจัยเสริม ระดับปานกลาง ได้คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.01 - 8.00	27	17.76
การเข้าถึงปัจจัยเสริม ระดับน้อย ได้คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 0.00 - 4.00	10	6.58

Mean = 9.43, SD = 2.42, Min = 3, Max = 12



จากตารางที่ 3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 17.76 และ มีการเข้าถึงปัจจัยเสริม ในระดับ
มีการเข้าถึงปัจจัยเสริม ในระดับดี ร้อยละ 75.66 ไม่ดี ร้อยละ 6.58
รองลงมาคือมีการเข้าถึงปัจจัยเสริม ในระดับปานกลาง

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง

อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับปัจจัยเสริมการดูแลสุขภาพช่องปาก เด็กก่อน
วัยเรียนของผู้ปกครอง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี (n = 152)

ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับสูง ช่วงคะแนน 2.34-3.00	73	48.03
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับปานกลาง ช่วงคะแนน 1.67-2.33	75	49.33
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับต่ำ ช่วงคะแนน 1.00-1.66	4	2.64

Mean = 2.30, SD = 0.33, Min = 1.56, Max = 2.88

จากตารางที่ 4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ การดูแลสุขภาพช่องปาก ในระดับสูง ร้อยละ 48.03
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับต่ำ
ปานกลาง ร้อยละ 49.33 รองลงมา คือ มีพฤติกรรม ร้อยละ 2.64

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

5.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก
ก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของ
ผู้ปกครอง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี (n = 152)

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมกรการดูแลสุขภาพช่องปาก(ร้อยละ)			Fisher’s Exact Test	P-value
	ระดับสูง	ระดับปานกลาง	ระดับต่ำ		
เพศผู้ปกครอง					
ชาย	23 (15.13)	27 (17.76)	2 (1.32)	0.988	0.638
หญิง	50 (32.89)	48 (31.58)	2 (1.32)		



ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก(ร้อยละ)			Fisher's Exact Test	P-value
	ระดับสูง	ระดับปานกลาง	ระดับต่ำ		
อายุผู้ปกครอง					
20-39 ปี	33 (21.71)	28 (18.42)	2 (1.32)	0.648	0.284
40-59 ปี	40 (26.32)	40 (26.32)	2 (1.32)		
60 ปีขึ้นไป	73 (48.03)	75 (49.34)	4 (2.64)		
อาชีพหลักผู้ปกครอง					
รับจ้างทั่วไป	27 (17.76)	22 (14.47)	0 (0)	8.020	0.501
เกษตรกร	18 (11.84)	23 (15.13)	2 (1.32)		
รับราชการ	13 (8.55)	15 (9.87)	0 (0)		
ค้าขาย	15 (9.87)	15 (9.87)	2 (1.32)		
รายได้ของผู้ปกครองเฉลี่ยต่อปี				8.328	0.198
0 – 150,000 บาท	22 (14.47)	23 (15.13)	0 (0)		
150,001 – 300,000 บาท	46 (30.26)	42 (27.63)	3 (1.97)		
300,001 – 450,000 บาท	4 (2.64)	8 (5.26)	1 (0.66)		
450,001 บาทขึ้นไป	1 (0.66)	2 (1.32)	0 (0)		
ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ปกครอง					
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3 (1.97)	0 (0)	0 (0)	10.433	0.189
ประถมศึกษา	4 (2.64)	13 (8.55)	1 (0.66)		
มัธยมศึกษา	32 (21.05)	34 (22.37)	2 (1.32)		
อนุปริญญา	11 (7.24)	8(5.26)	0(0)		
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	23 (15.13)	20 (13.16)	1 (0.66)		
ความสัมพันธ์กับเด็ก				2.563	0.594
บิดา/มารดา	47 (31.33)	46 (30.26)	3 (1.97)		
ปู่/ย่า	6 (3.95)	3(1.97)	0(0)		
ตา/ยาย	6 (3.95)	5(3.29)	0(0)		
ลุง/ป้า,น้า/อา	14 (9.21)	21 (13.82)	1 (0.66)		



ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก(ร้อยละ)			Fisher's Exact Test	P-value
	ระดับสูง	ระดับปานกลาง	ระดับต่ำ		
ประสบการณ์ทางทันตกรรมของผู้ปกครอง					
อุดฟัน	21 (13.82)	18 (11.84)	0 (0)	10.173	0.189
ถอนฟัน	14 (9.21)	16 (10.53)	1 (0.66)		
ขูดหินปูน	9 (5.92)	21 (13.82)	1 (0.66)		
รักษารากฟัน/ฟันปลอม	2 (1.32)	3 (1.97)	0 (0)		
มีประสบการณ์ทางทันตกรรมมากกว่า 1 อย่าง	27 (17.76)	17 (11.18)	2 (1.32)		
ประสบการณ์ทางทันตกรรมของเด็ก					
อุดฟัน	12 (7.89)	11 (7.24)	0 (0)	8.305	0.533
ถอนฟัน	16 (10.53)	13 (8.55)	1 (0.66)		
ขูดหินปูน	13 (8.55)	9 (5.92)	1 (0.66)		
เคลือบฟลูออไรด์	7 (4.61)	17 (11.18)	1 (0.66)		
ประสบการณ์ทางทันตกรรมของเด็ก					
เคลือบหลุมร่องฟัน	4 (2.64)	7 (4.61)	0 (0)	8.020	0.501
มีประสบการณ์ทางทันตกรรมมากกว่า 1 อย่าง	21 (13.82)	18 (11.84)	1 (0.66)		

จากตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศผู้ปกครอง, อายุผู้ปกครอง, อาชีพหลักผู้ปกครอง, รายได้ของ

ผู้ปกครองเฉลี่ยต่อปี, ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ปกครอง, ความสัมพันธ์กับเด็ก, ประสบการณ์ทางทันตกรรมของผู้ปกครองและประสบการณ์ทางทันตกรรมของเด็กไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี



5.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความรู้และทัศนคติ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความรู้และทัศนคติ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี (n=152)

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r_s)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยนำเข้า			
- ความรู้	0.236	0.003*	ค่อนข้างต่ำ
- ทัศนคติ	0.171	0.035*	ต่ำมาก
ปัจจัยเอื้อ	0.318	0.000*	ค่อนข้างต่ำ
ปัจจัยเสริม	0.328	0.000*	ค่อนข้างต่ำ

*Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

จากตารางที่ 6 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความรู้และทัศนคติ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ปัจจัยนำเข้าด้านความรู้ความในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน ($r_s = 0.236$, P-value = 0.003) ปัจจัยนำเข้าด้านทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน ($r_s = 0.171$, P-value = 0.035) ปัจจัยเอื้อ ($r_s = 0.318$, P-value = 0.000) และปัจจัยเสริม ($r_s = 0.328$, P-value = 0.000) มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ปัจจัยนำเข้าด้านทัศนคติมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก ปัจจัยนำเข้าด้านความรู้ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์ในระดับค่อนข้างต่ำ

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

วัตถุประสงค์ที่ 1

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในกลุ่มตัวอย่าง ภาพรวมของพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง สาเหตุเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง อาจมีสาเหตุมาจากหลาย ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ ณฐพงศ์ คงใหม่⁴ ได้ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อ



พฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองตำบลชะมวง อำเภอกวนขนุน จังหวัดพัทลุง นอกจากนี้ผู้ปกครองยังเป็นผู้กำหนด พฤติกรรม การบริโภคอาหารของเด็กก่อนวัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปณิธาน สนพะเนา และคงเดช กล้าผจญ⁵ ได้ทำการศึกษารื่อง ปัญหาทันตสุขภาพ และการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนและการศึกษาของ รฐรพร เตมทอง⁶ ได้ทำการศึกษารื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับสภาวะฟันผุและอนามัยช่องปากเด็กพิเศษสถาบันราชานุกูล รวมถึงการศึกษาของ Ni Zhou⁷ ได้ทำการศึกษารื่อง สุขภาพช่องปาก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเด็กก่อนวัยเรียนที่มีความต้องการด้านสุขภาพเป็นพิเศษ ที่มีระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน

วัตถุประสงค์ที่ 2

ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

1. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ด้านปัจจัยส่วนบุคคล กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

ปัจจัยส่วนบุคคล ไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดา

มารดาของตนเอง ซึ่งในเด็กก่อนวัยเรียนนี้จะยังคงต้องพึ่งพาผู้ปกครองในการเลี้ยงดูบุตรหลานตนเอง ที่สำคัญสุด ตลอดจนมีบทบาทในการดูแลสุขภาพช่องปากของบุตรหลานเองสอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญลักษณ์ โสภ⁸ ได้ทำการศึกษารื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสภาวะฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลเชียงดาว อำเภอยางตลาด จังหวัดเชียงใหม่

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ด้านความรู้ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

ปัจจัยนำด้านความรู้ มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจาก บุคคลมีการแสดงพฤติกรรมแตกต่างกัน เกิดจากการมีความรู้ที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ปาริฉัตร ถาวรวงษ์⁹ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่พบว่า ปัจจัยนำด้านความรู้ มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน เช่นกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Abbasi-Shavazic และคณะ¹⁰ ได้ทำการศึกษารื่อง Predictors of oral health - related quality of life in 2 – 5 year- old children in the South of Iran



3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ด้านทัศนคติ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

ปัจจัยนำด้านทัศนคติ มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากทัศนคติที่ไม่ถูกต้องก็ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรศักดิ์ ภักดี และรุจิรา ดวงสงค์¹¹ ได้ทำการศึกษาเรื่อง ความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับ โรคฟันผุ และการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในเขตอำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย และ การศึกษาของ ณัฐพงศ์ คงใหม่ ได้ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง ตำบลชะมวง อำเภอกวนขนุน จังหวัดพัทลุง ที่พบว่าปัจจัยนำด้านทัศนคติ มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองเช่นกัน

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

ปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจาก

สิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนเรียน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุปรียา เครือสาร¹² ได้ทำการศึกษาเรื่อง การเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก และสภาวะช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนที่มาใช้บริการคลินิกทันตกรรมเด็กอย่างต่อเนื่องและไม่ต่อเนื่อง โรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ และ การศึกษาของ ประไพ ชุมพลคล้าย และสิริมา โกวิทวนิชชา¹³ ได้ทำการศึกษาเรื่อง ภาวะทันตสุขภาพในชุดฟันน้ำนม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุรุนแรงในเด็กที่เข้ารับบริการในสถานเลี้ยงเด็กกลางวันหรือศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

ปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากสังคมมีอิทธิพลให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนสอดคล้องกับการศึกษาของ ปาริฉัตร ถาวรวงษ์⁹ ที่ทำการศึกษารื่องพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช



การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้วิจัยจะนำผลการศึกษาที่ได้ไปต่อยอดวิเคราะห์ทฤษฎีและเทคนิคในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนเพื่อออกแบบกิจกรรมที่มีผลต่อการพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง
2. ผู้ปกครองควรพาบุตรหลานไปรับบริการสุขภาพช่องปากตั้งแต่บุตรยังไม่มีโรคหรือปัญหาในช่องปาก เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพช่องปากที่ดีต่อไปในอนาคต
3. หันตบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการรับบริการสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนควรเน้นกิจกรรมการส่งเสริมทันตสุขภาพให้แก่ผู้ปกครองเพื่อให้ผู้ปกครอง มีความรู้และมีทัศนคติที่ดีต่อการใช้ไหมขัดฟันและการเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมให้แก่เด็กก่อนวัยเรียน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรมีการขยายพื้นที่การศึกษาในพื้นที่อื่นๆ อาจจะเป็นระดับจังหวัด ระดับเขตสุขภาพ หรือระดับประเทศ เพื่อให้ทราบระดับพฤติกรรม และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนในภาพกว้าง
2. ควรมีการศึกษาพัฒนานวัตกรรมและโปรแกรมเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องให้แก่ผู้ปกครอง

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักทันตสาธารณสุขกรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: 2561;(วันที่สืบค้น 26 มิถุนายน 2564) Available from:<https://dental.anamai.moph.go.th/th/national-survey-of-dental-health>
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพประจำปี 2564. อุบลราชธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี.2564
3. บุญชม ศรีสะอาด. (2560). การวิจัยเบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น
4. Kongmai, N., Chaisang, U., Kajkumhaeng, S., & Chaisang, N.. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง ตำบลชะแมง อำเภอกวนขนุน จังหวัด พัทลุง. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์ สุขภาพ 2019;2(2): 26-42
5. ปณิธาน สมนพะเนา, & คงเดช กล้าผจญ. ปัญหาทันตสุขภาพและการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ 2018;4(2): 4-14
6. รุสสรรพ เต็มทอง. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับสภาวะฟันผุและอนามัยช่องปากเด็กพิเศษสถาบันราชานุกูล. วิทยาลัยทันตสาธารณสุข 2562;24:14-26



7. Zhou N, Wong HM, McGrath C. Oral health and associated factors among preschool children with special healthcare needs. *Oral Dis* 2019;25(4): 1221-28
8. ธีรลักษณ์ โสภากา, ณรงค์ ณ เชียงใหม่, วันทนี ชวพงศ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสภาวะฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลเชียงดาว อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่. *พัฒนศาสตร์สาร* 2556;9(2):81-95
9. ปาริฉัตร ถาวรวงษ์. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา* 2564;1(2): 69-82
10. Abbasi-Shavazi M, Mansoorian E, Jambarsang S, et al. Predictors of oral health-related quality of life in 2–5 year – old children in the South of Iran. *Health Qual Life Out* 2020;18(1): 1-10
11. สุรศักดิ์ ภักดี, รุจิรา ดวงสงค์. ความรู้ ทักษะเกี่ยวกับโรคฟันผุและการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง ในเขตอำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร* 2561;21(2):186-93
12. สุปรียา เครือสาร, พรทิพย์ กิระพงษ์, นิตยา เพ็ญศิริณา. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะ ช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนที่มารับบริการคลินิกทันตกรรมเด็กอย่างต่อเนื่องและไม่ต่อเนื่อง โรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์. *วารสารทันตภิบาล* 2560;28(2):45-57
13. ประไพ ชุณหคล้าย, สิริมา โกวิทวนิชชา. ภาวะทันตสุขภาพในชุดฟันน้ำนมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุนรุนแรงในเด็กที่เข้ารับบริการในสถานเลี้ยงเด็กกลางวันหรือศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. *วารสารกรมการแพทย์* 2560;42(4):46-54



วันที่รับบทความ : 04/10/2565
วันแก้ไขบทความ : 18/11/2565
วันที่ตอบรับบทความ : 02/12/2565

วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University

การเข้าถึงสิทธิประโยชน์ของผู้พิการตำบลลาดใหญ่ อำเภอมือง จังหวัดสมุทรสงคราม

บุญวัฒน์ ไทรย้อย¹, พรณราย สุขมณี², วรรณวิมล เมฆวิมล กิ่งแก้ว^{3*}

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลาดใหญ่ จังหวัดสมุทรสงคราม¹

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม²

วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา³

E-mail: wanwimon.me@ssru.ac.th*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ของผู้พิการ ตำบลลาดใหญ่ อำเภอมือง จังหวัดสมุทรสงคราม ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่2) พ.ศ.2556 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือผู้พิการที่ได้รับการจดทะเบียนเป็นผู้พิการในตำบลลาดใหญ่ อำเภอมือง จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 220 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 54.5 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 59.1 สถานภาพสมรส ร้อยละ 41 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.9 มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 67.7 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 75.9 ใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลสิทธิ สปสช (คนพิการ ท74) ร้อยละ 76.4 มีความพิการทางการเคลื่อนไหว ร้อยละ 55 มีสาเหตุความพิการจากการเจ็บป่วย ร้อยละ 35.9 มีผู้ดูแลคือบุตรหลาน ร้อยละ 36.4 และการได้รับเบี้ยพิการ ร้อยละ 100 มีการรับรู้ของเกี่ยวกับสิทธิของคนพิการตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่2) พ.ศ.2556 ในภาพรวมพบว่า มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง และมีการเข้าถึงสิทธิของคนพิการตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่2) พ.ศ.2556 อยู่ในระดับปานกลาง

คำสำคัญ : ผู้พิการ, สิทธิประโยชน์ผู้พิการ, การเข้าถึงสิทธิประโยชน์, พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ



The accessibility to the rights of the handicapped pertaining to Tambon Lat Yai Amphoe Mueang Samut Songkhram Province

Boonyawat Saiyoi¹, Phannarai Sukmanee², Wanwimon Mekwimon Kingkaew^{3*}

Ladyai Health Promoting Hospital, Samut Songkhram province¹

Faculty of Public Health Mahasarakham University²

College of Allied Health Sciences, Suan Sunandha Rajabhat University³

E-mail: wanwimon.me@ssru.ac.th*

ABSTRACT

This survey research was aimed at studying people's accessibility to the rights for disabled persons in Lat Yai Sub-district, Mueang District, Samut Songkhram Province in accordance with the Enhancement and Development of the Quality of Life of the Disabled Act, B.E.2550 and the Revised Version (Version 2), B.E.2556. The sample was a group of 220 registered disabled persons in Lat Yai Sub-district, Muang District, Samut Songkhram Province. Data were collected via questionnaires and were described and summarised with descriptive statistics; frequency, percentage, mean, and standard deviation. The findings showed that 54.5 percent of them, the majority of the sample group, was male, 59.1 percent aged 60 years or older, 41 percent was married, 70.9 percent completed primary education, 67.7 percent earned less than 2,000 baht per month, 75.9 percent was unemployed, 75.4 percent claimed their NHSO rights for medical treatment, 55 percent had movement disabilities, 35.9 percent was disabled due to certain illnesses, 36.4 percent relied on their own children's or grandchildren's care, and 100 percent received disability allowance. Overall, it was found that the sample group's perception of the rights for disabled persons according to the Enhancement and Development of the Quality of Life of the Disabled Act, B.E.2550 and the Revised Version (Version 2), B.E.2556 is at a moderate level. Moreover, the sample group's accessibility to the rights was at a moderate level.

Keywords: Disabled Persons, Rights for Disabled Persons, Accessibility to the Rights, the Enhancement and Development of the Quality of Life of the Disabled Act

* Corresponding Author



บทนำ

“มนุษย์ทุกคนเกิดมาพร้อมสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่เท่าเทียมกัน...” เป็นข้อความในมาตรา 1 ของคำปฏิญาณสากลว่าด้วยหลักสิทธิมนุษยชน ค.ศ.1948 คำปฏิญาณแห่งฟีลาเดลเฟียของ”ไอแอลโอ ปี ค.ศ.1944 ซึ่งยืนยันในหลักการที่ว่ามนุษย์ทุกคนไม่ว่าจะเป็นชาติพันธุ์หลักความเชื่อ หรือเพศใดก็ตามมีสิทธิที่จะได้รับสวัสดิการเพื่อคุณภาพชีวิตและการพัฒนาด้านจิตวิญญาณภายใต้หลักเสรีภาพ และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และการได้รับโอกาสที่เท่าเทียมกัน ซึ่งหมายความว่า ทั้งสตรีและบุรุษ คนปกติหรือคนพิการควรได้รับโอกาสและสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคมทุกระบบ^{1,2} จากสถานการณ์ผู้พิการในประเทศไทย พบว่า มีผู้พิการที่ได้รับการออกบัตรประจำตัวผู้พิการ ประมาณร้อยละ 3.01 ของประชากรทั้งประเทศ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.28 จำแนกผู้พิการตามภูมิภาคพบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีผู้พิการมากที่สุด ร้อยละ 40.54 รองลงมาคือภาคเหนือ และภาคกลาง ร้อยละ 22.27 และร้อยละ 20.56 สำหรับประเภทความพิการ อันดับที่ 1 ได้แก่ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ร้อยละ 49.43 รองลงมาคือ พิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ร้อยละ 18.65 และความพิการทางการมองเห็น พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม พิการทางสติปัญญา ออทิสติก และพิการทางการเรียนรู้ ตามลำดับ สาเหตุความพิการส่วนใหญ่ แพทย์ไม่ระบุสาเหตุความพิการ ร้อยละ 52.64 รองลงมาไม่ทราบสาเหตุ ร้อยละ 19.37

โรคอื่นๆ มากกว่า 1 สาเหตุ อุบัติเหตุ โรคติดเชื้อกรรมพันธุ์ ภาวะความเจ็บป่วย และโรคต่าง ๆ ในภายหลัง (หลอดเลือดหัวใจตีบ/ข้อสันหลังอักเสบ/โรคติดเชื้อ/เบาหวาน/ลมชัก) ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าผู้พิการในประเทศไทยมีจำนวนมาก ที่รัฐบาลจะต้องให้ความสนใจ และใส่ใจในการพัฒนาศักยภาพของผู้พิการให้มีส่วนร่วมในการอยู่ร่วมกันในสังคม โดยอาศัยความร่วมมือของบุคคลหลายฝ่าย รวมทั้งทรัพยากรหลายๆ ด้าน เพื่อให้บริการแก่คนพิการ และช่วยให้คนพิการสามารถเข้าถึงบริการต่างๆ ที่รัฐบาลจัดให้อย่างเต็มที่ โดยเฉพาะเครือข่ายในด้านการจดทะเบียนคนพิการ ซึ่งเป็นการทำงานเบื้องต้นในการให้คนพิการได้รับรู้สิทธิของตนและสามารถเข้าถึงสิทธิต่าง ๆ ได้อย่างเต็มที่ ในปัจจุบันประเทศไทยเห็นความสำคัญของคนพิการมากขึ้นโดยถือว่าคนพิการนั้นเป็นทรัพยากรหนึ่งของสังคมที่ต้องได้รับสิทธิ เสรีภาพ และบริการที่เท่าเทียมกับคนปกติ หลังจากมีพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ปี พ.ศ. 2534 ฉบับแรกที่มุ่งเน้นให้คนพิการสามารถใช้ชีวิตได้เหมือนคนปกติทั่วไป ในปี พ.ศ. 2550 ได้มี “พระราชบัญญัติส่งเสริม และพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550” ขึ้นเพื่อส่งเสริมโอกาส และสิทธิประโยชน์ของคนพิการในด้านการศึกษา การประกอบอาชีพ การรักษาพยาบาล เป็นต้น^{3,4}

จากข้อมูลข้างต้น ตำบลลาดใหญ่มีผู้พิการจำนวนมากที่มีปัญหาสุขภาพแต่ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพต่าง ๆ ได้อย่างครบถ้วน ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงการเข้าถึงสิทธิในทัศนะของผู้พิการ และ



บริการด้านต่าง ๆ ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 กับคนพิการทุกประเภทในตำบลลาดใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม ที่ได้รับการจดทะเบียน เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการพัฒนาการเข้าถึงสิทธิต่าง ๆ ของผู้พิการ เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิต เพิ่มขีดความสามารถ มีความพร้อมในการปรับตัวอยู่ในสังคมอย่างมีเกียรติ ศักดิ์ศรี และมีคุณค่าในตนเองต่อไป⁵

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ของคนพิการเกี่ยวกับสิทธิของคนพิการตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556
2. เพื่อศึกษาระดับการเข้าถึงสิทธิของคนพิการตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ของผู้พิการตำบลลาดใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 220 คน คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรของ Taro Yamane⁶ เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ร่วมกับผู้ดูแลผู้พิการที่ได้รับการจดทะเบียนเป็นผู้ดูแลผู้พิการในตำบลลาดใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสัมภาษณ์ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานะภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้อาชีพสิทธิในการรักษาพยาบาลประเภทความพิการ สาเหตุความพิการ การมีผู้ดูแลสถานะที่พักอาศัยของคนพิการ และการได้รับเบี้ยพิการ

ส่วนที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของคนพิการตามพระราชบัญญัติการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการ พ.ศ. 2550 และองค์กรหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ที่สนับสนุนคนพิการ จำนวน 20 ข้อ

จัดกลุ่มคะแนน เป็น 3 ระดับ ดังนี้⁶

ค่าเฉลี่ย 0.68 – 1.00 หมายถึง มีการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิของคนพิการในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 0.34 – 0.67 หมายถึง มีการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิของคนพิการในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 0.00 – 0.33 หมายถึง มีการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิของคนพิการในระดับต่ำ



ส่วนที่ 3 ระดับการเข้าถึงสิทธิของคนพิการ
ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต
คนพิการ พ.ศ.2550 จำนวน 20 ข้อ

จัดกลุ่มคะแนน เป็น 3 ระดับ ดังนี้⁶

ค่าเฉลี่ย 0.68 – 1.00 หมายถึง ระดับใน
การเข้าถึงสิทธิของคนพิการมาก

ค่าเฉลี่ย 0.37 – 0.67 หมายถึง ระดับใน
การเข้าถึงสิทธิของคนพิการปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 0.00 – 0.33 หมายถึง ระดับใน
การเข้าถึงสิทธิของคนพิการน้อย

การสร้างเครื่องมือการวิจัย มีการ
ดำเนินงานตามขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา วารสาร
ทางวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวกับการเข้าถึงสิทธิ
ของคนพิการตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนา
คุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 และแก้ไขเพิ่มเติม
(ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556

2. นำข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการศึกษามา
สร้างแบบสัมภาษณ์ ซึ่งมีเนื้อหาสาระครอบคลุมตาม
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3. นำเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ให้
ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรง
ตามเนื้อหา (Content Validity) และตรวจสอบ
ความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสัมภาษณ์
ที่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้
(Tryout) กับผู้พิการตำบลบางแก้ว อำเภอมือง
จังหวัดสมุทรสงคราม ซึ่งเป็นประชากรที่มีลักษณะ
ใกล้เคียงกัน จำนวน 32 คน ผลการทดสอบความ
เชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ .81

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป
ทางสถิติวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่
ความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับการ
รับรองคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
ของมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา เลขที่ COA.1-
135/2022 ผู้วิจัยจะพิทักษ์สิทธิของกลุ่มเป้าหมาย
โดยยึดหลัก 3 ประการ คือ หลักความเคารพ
ในบุคคล (Respect for person) หลักคุณประโยชน์
และไม่ก่ออันตราย (Beneficence) หลักยุติธรรม
(Justice) ซึ่งคำนึงถึงการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็น
มนุษย์ การให้คำยินยอมโดยได้รับข้อมูลที่
เพียงพอและเป็นอิสระในการตัดสินใจ การเคารพ
ในความเป็นส่วนตัวและรักษาความลับ กล่าวคือ
ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยให้ข้อมูลและชี้แจง
ให้กลุ่มตัวอย่าง เข้าใจอย่างชัดเจน และให้ความเป็น
อิสระในการตัดสินใจ ไม่มีการบังคับ หรือเกิดความ
เกรงใจ การตัดสินใจจะไม่ส่งผลกระทบต่อ ใด ๆ ต่อการ
เข้ารับการรักษาพยาบาล และข้อมูลที่ได้ผู้วิจัย
นำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

การศึกษาการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ของคน
พิการตำบลลาดใหญ่ อำเภอมือง จังหวัด
สมุทรสงคราม ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและ
พัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และฉบับ
แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 โดยมี



วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้และการเข้าถึงสิทธิตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2556 รวบรวมข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ จำนวน 220 ฉบับวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอข้อมูลออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 การรับรู้สิทธิประโยชน์ของผู้พิการ

ส่วนที่ 3 การเข้าถึงสิทธิตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 220 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 54.5 เพศหญิงร้อยละ 45.5 อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 59.1 รองลงมา อายุ 41-60 ปี ร้อยละ 21.8 อายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 10.5 และอายุ 21-40 ปี ร้อยละ 8.6 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 41.4 รองลงมาสถานภาพโสด ร้อยละ 38.2 และสถานภาพหม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 20.5 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.9 รองลงมาไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 11.4 มีมัธยมศึกษาตอนปลาย/ป.ว.ช ร้อยละ 7.3 ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 5.9 ระดับอนุปริญญา/ป.ว.ส ร้อยละ 2.3 และระดับปริญญาตรี ร้อยละ 1.4 และส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 2,000 บาท ร้อยละ 67.7 รองลงมาได้ 5,001-8,000 บาท ร้อยละ 13.2 มีรายได้ 2,001-5,000 บาท และมีรายได้มากกว่า 8,000 บาท ร้อยละ 9.1 และรายได้ตั้งแต่ 8,000 บาท ขึ้นไป จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 9.1 โดยร้อยละ 75.9 ไม่มีอาชีพ รองลงมา

รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 16.4 ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 5 เกษตรกร 1.4 ข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 0.9 และพระภิกษุ ร้อยละ 0.5

ด้านสวัสดิการการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่มีสิทธิในการรักษาพยาบาล สิทธิ สปสช. (คนพิการ 74) ร้อยละ 76.4 สิทธิ รองลงมา สิทธิ สปสช. (บัตรทอง) ร้อยละ 11.4 ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 7.3 ประกันสังคม ร้อยละ 3.6 และประกันชีวิต ร้อยละ 1.4 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้พิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ร้อยละ 55 รองลงมา พิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย ร้อยละ 16.8 พิการทางสติปัญญา ร้อยละ 12.7 พิการทางการมองเห็น ร้อยละ 10.9 พิการทางจิตใจและพฤติกรรม ร้อยละ 2.7 และพิการทางออทิสติก ร้อยละ 1.8 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสาเหตุความพิการมาจากความเจ็บป่วย ร้อยละ 35.9 รองลงมาพิการจากอุบัติเหตุ ร้อยละ 25.5 พิการตั้งแต่กำเนิด ร้อยละ 24.1 และจากอาหาร ร้อยละ 14.5 และได้รับเบี้ยความพิการตามสิทธิ 800 บาทต่อเดือน ร้อยละ 100

ในการดูแลของครอบครัวกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นมีบุตรหลานเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 36.4 รองลงมาไม่มีสามีหรือภรรยาเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 28.6 มีพ่อหรือแม่ดูแล ร้อยละ 19.5 มีญาติพี่น้องดูแล ร้อยละ 11.4 มีปู่/ย่า/ตา/ยาย ดูแล ร้อยละ 2.3 และไม่มีผู้ดูแล ร้อยละ 1.8 และพักอาศัยอยู่บ้านตนเอง ร้อยละ 67.3 รองลงมาบ้านพ่อ-แม่ ร้อยละ 20.5 บ้านญาติ/พี่น้อง ร้อยละ 8.6 บ้านเช่า ร้อยละ 2.7 และอื่น ๆ ร้อยละ 0.9



ส่วนที่ 2 การรับรู้สิทธิประโยชน์ของผู้พิการ

คุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และแก้ไขเพิ่มเติม

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สิทธิ
ประโยชน์ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนา

(ฉบับที่ 2) พ.ศ.2556 โดยภาพรวมในระดับ
ปานกลาง ($\bar{X} = .63$, S.D. = .109)

ส่วนที่ 3 การเข้าถึงสิทธิตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550

และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556

ตารางที่ 1 การเข้าถึงสิทธิตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550

และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2556

การเข้าถึงสิทธิตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต คนพิการ พ.ศ. 2550 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2556		$\bar{X}$	S.D.	แปลค่า
1. ด้านข้อมูลข่าวสาร				
1.	คนพิการและผู้ดูแลมีสิทธิได้รับการลดหย่อนภาษีหรือยกเว้นภาษี	.87	.341	มาก
2.	คนพิการที่จดทะเบียนแล้วมีสิทธิเข้าเรียนร่วมกับบุคคลอื่นใน สถานศึกษาได้	.84	.365	มาก
3.	คนพิการที่จดทะเบียนแล้วสามารถเข้ารับบริการฝึกอาชีพในสถานฝึก อาชีพเฉพาะคนพิการโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย	.88	.320	มาก
4.	สถานศึกษาควรต้องมีสิ่งอำนวยความสะดวกให้คนพิการตามความ เหมาะสม	.93	.260	มาก
รวมด้านข้อมูลข่าวสาร		.88	.449	มาก
2. ด้านสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวก				
5.	คนพิการที่จดทะเบียนแล้วมีสิทธิได้รับสวัสดิการเบี้ยความพิการ เดือนละ 800 บาท	.30	.461	น้อย
6.	คนพิการที่จดทะเบียนแล้วมีสิทธิขอกู้ยืมเงินจากกองทุนฯเพื่อนำไปเป็น ทุนประกอบอาชีพ	.88	.320	มาก
7.	รถยนต์ประจำทางและรถไฟต้องมีอุปกรณ์ที่อำนวยความสะดวกแก่คน พิการ	.62	.487	ปานกลาง
8.	คนพิการที่เป็นคดีความสามารถขอทนายความได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย	.88	.320	มาก
รวมด้านสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวก		.67	.146	ปานกลาง



การเข้าถึงสิทธิตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต คนพิการ พ.ศ. 2550 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2556		$\bar{X}$	S.D.	แปลค่า
3. ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ				
บริการทางการแพทย์				
9.	คนพิการที่จดทะเบียนแล้วมีสิทธิได้รับการสงเคราะห์อุปกรณ์เทียม อุปกรณ์เสริมหรือเครื่องช่วยคนพิการโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย	.90	.305	มาก
10.	ท่านมีสิทธิที่จะนำสัตว์นำทาง เครื่องมือหรืออุปกรณ์เครื่องช่วยความ พิการติดตัวไปในยานพาหนะหรือสถานที่ใดๆเพื่อประโยชน์ในการ เดินทาง	.89	.313	มาก
11.	ท่านได้รับสวัสดิการจากหน่วยงานภาครัฐ เช่น การได้รับเบี้ยยังชีพ บริการทางการศึกษา	.59	.493	ปานกลาง
12.	ท่านที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ควรได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ	.16	.371	น้อย
13.	ท่านสามารถขอรับความช่วยเหลือในด้านการบริการต่าง ๆ ได้ที่ สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ(พก.)ได้ทั้งศาลากลาง จังหวัดสมุทรสงคราม	.10	.297	น้อย
14.	สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ(พก.)เป็นองค์กร หลักที่มีหน้าที่ในการฝึกอบรมอาชีพสำหรับคนพิการโดยเฉพาะบริการ ทางการประกอบอาชีพ	.10	.305	น้อย
15.	ผู้พิการสามารถเข้ารับการรักษาทางกายภาพจากโรงพยาบาลโดยไม่เสีย ค่าใช้จ่าย	.31	.464	น้อย
16.	สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ(พก.) เป็นองค์กร หลักที่มีหน้าที่ส่งเสริมและสนับสนุนงานด้านคนพิการ	.24	.426	น้อย
17.	ผู้พิการสามารถขอรับความช่วยเหลือจากสมาคมหรือมูลนิธิได้ ตลอดเวลาบริการทางสังคม	.24	.430	น้อย
18.	หากผู้พิการต้องการได้โควต้าศาลากจะต้องเป็นสมาชิกสมาคมหรือ มูลนิธิตามประเภทความพิการของตนเอง	.13	.341	น้อย
19.	ผู้พิการสามารถกู้ยืมเงินเพื่อการประกอบอาชีพได้จากสมาคมต่าง ๆ	.83	.377	มาก



การเข้าถึงสิทธิตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต คนพิการ พ.ศ. 2550 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2556		$\bar{X}$	S.D.	แปลค่า
20.	ผู้พิการจะต้องเสียค่าบำรุงสมาคมเพื่อการบริหารด้านต่าง ๆ	.85	.354	มาก
	รวมด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ	.45	.670	ปานกลาง
	ภาพรวม	.60	.111	ปานกลาง

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ของคนพิการตำบลลาดใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 สรุปได้ ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 54.5 มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 59.1 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 41.4 มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา เป็นร้อยละ 70.9 มีรายได้น้อยกว่า 2,000 บาท ร้อยละ 67.7

ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 75.9 มีสิทธิในการรักษาพยาบาล สิทธิ สปสช. (คนพิการ ท74) ร้อยละ 76.4 เป็นผู้พิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ร้อยละ 55 มีสาเหตุความพิการมาจากความเจ็บป่วย ร้อยละ 35.9 มีบุตรหลานเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 36.4 พักอาศัยอยู่บ้านตนเอง ร้อยละ 67.3 ได้รับเบี้ยความพิการตามสิทธิ 800 บาทต่อเดือน ร้อยละ 100

การรับรู้สิทธิประโยชน์ของผู้พิการ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง รับรู้สิทธิประโยชน์ของผู้พิการตามพระราชบัญญัติการส่งเสริม และพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการพ.ศ. 2550 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2556 ในภาพรวมระดับปานกลาง

การเข้าถึงสิทธิตามพระราชบัญญัติส่งเสริม

และพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2556 ในภาพรวมระดับปานกลาง เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านข้อมูลข่าวสารมีการเข้าถึงสิทธิอยู่ในระดับมาก ด้านสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกอยู่ในระดับปานกลาง และด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพอยู่ในระดับปานกลาง

อภิปรายผลการวิจัย

การรับรู้สิทธิประโยชน์ของผู้พิการ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง รับรู้สิทธิประโยชน์ของผู้พิการตามพระราชบัญญัติการส่งเสริม และพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการพ.ศ. 2550 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2556 อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 59.1 ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องพึ่งพาบุตรหลานหรือเจ้าหน้าที่รัฐในการแจ้งสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ อย่างไรก็ตามแม้ว่าปัจจุบันจะมีช่องทางต่าง ๆ มากมายที่จะทำให้ผู้พิการรับทราบถึงสิทธิประโยชน์ของตนเอง ดังนั้นบุคลากรของหน่วยงานภาครัฐในชุมชน ประชาสัมพันธ์และสื่อสารให้ข้อมูลที่ถูกต้องกับกลุ่มผู้พิการกลุ่มนี้อย่างจริงจังเพื่อการได้รับประโยชน์



สูงสุด ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของสาวิตรี รัตนชูโชติ⁷ ที่พบว่าระดับการรับรู้ในการเข้าถึงสิทธิของคนพิการ อยู่ในระดับมากอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 31-40 ปี และมีการศึกษาสูงกว่าชั้นมัธยมศึกษาซึ่งสามารถมีการรับรู้สิทธิประโยชน์ได้ดีกว่า

การเข้าถึงสิทธิตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษานี้ก็สอดคล้องกับการรับรู้สิทธิประโยชน์ของผู้พิการของสาวิตรี รัตนชูโชติ⁷ ซึ่งพบว่าอยู่ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งการรับรู้สิทธิประโยชน์จะส่งผลต่อการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ หากมีการรับรู้มากก็มีโอกาสเข้าถึงสิทธิประโยชน์มาก สอดคล้องกับการศึกษาของ ธาณิรัตน์ ผ่องแผ้ว^{8,9} เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับมาก เนื่องจากปัจจุบันในปัจจุบันเทคโนโลยีที่ทันสมัยได้เข้ามามีบทบาทต่อชีวิตประจำวันมากขึ้น ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีรวมถึงช่องทางการสื่อสาร มีหลากหลายประชาชนทุกกลุ่ม ทุกเพศ ทุกวัยสามารถเข้าถึงสื่อต่าง ๆ ได้อย่างง่ายดายและสะดวกรวดเร็ว ด้านสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวก อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากปัจจัยด้านทรัพยากร สำหรับการให้บริการที่ยังไม่เพียงพอทั้งด้านสถานที่ บุคลากรและอุปกรณ์ต่าง ๆ ขาดการประชาสัมพันธ์ อย่างทั่วถึงและขาดการปฏิบัติงานในเชิงรุก เพื่อเอื้ออำนวยความสะดวกในการใช้สิทธิ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปัทมา ล้อพงศ์พานิชย์¹⁰ และ Ratnatilaka Na Bhuket P.¹¹ ส่วนด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งด้านนี้ประกอบ

ไปด้วยบริการทางการแพทย์ บริการทางการศึกษา บริการทางการประกอบอาชีพ และบริการทางสังคม แม้ว่านโยบายด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพได้มีการกำหนดชัดเจนในพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 6 ธันวาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.nationalhealth.or.th>
2. กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 6 ธันวาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://dep.go.th>
3. กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. รายงานข้อมูลสถานการณ์ด้านคนพิการในประเทศไทย. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 6 มกราคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://dep.go.th>
4. กระทรวงสาธารณสุข สถาบันสิรินธร เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. แผนพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการ ฉบับที่ 2 พ.ศ.2560-2564. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 6 ธันวาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.snMRI.go.th>
5. องค์การบริหารส่วนตำบลลาดใหญ่. ข้อมูลประชากรองค์การบริหารส่วนตำบลลาดใหญ่. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 31 ธันวาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.ladyai.go.th>



6. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร: บริษัท สุวีริยาสาส์น จำกัด; 2556.
7. สาวิตรี รัตนชูโชติ. การเข้าถึงสิทธิของคนพิการ ตามพระราชบัญญัติส่งเสริม และพัฒนาคุณภาพ ชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม) คณะ พัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิต พัฒนบริหารศาสตร์; 2552.
8. ธาณิรัตน์ ผ่องแผ้ว. คุณภาพชีวิตคนพิการของ องค์การบริหารส่วนตำบลในอำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช : ปัจจัยที่มีผลและแนวทางการพัฒนา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท รัฐประศาสน ศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2558.
9. ระพีพรรณ ฉลองสุข. สิทธิประโยชน์ด้านการดูแล สุขภาพของคนพิการ. วารสารมหาวิทยาลัย ศิลปากร ฉบับภาษาไทย 2558;35(2): 69-87
10. ปัทมา ล้อพงศ์พานิชย์. ผู้สูงอายุที่มีความพิการ:) ถึงสวัสดิการสังคม. วารสารการพยาบาลและการ ดูแลสุขภาพ 2560;35(3): 22-30.10
11. Ratnatilaka Na Bhuket P. From Problems to Policy: A Case Study of the Elderly in Southern Border Provinces. Rom Phruek Journal Krirk University 2013;31(3): 1 – 26

คำแนะนำ

ในการส่งรายงานการวิจัยหรือบทความวิชาการ เพื่อการตีพิมพ์ในวารสารสหเวชศาสตร์

วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ยินดีรับบทความวิชาการทางด้านวิทยาศาสตร์ สุขภาพและสาธารณสุข โดยบทความที่ส่งมาเพื่อพิจารณาตีพิมพ์จะต้องไม่เป็นผลงานวิจัย/วิชาการที่เคยได้รับการเผยแพร่ในวารสารใดมาก่อน หรือไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ของวารสารอื่น บทความทุกบทความที่ตีพิมพ์ลงในวารสารฉบับนี้จะต้องผ่านการพิจารณาจาก ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 ท่าน ต่อหนึ่งบทความ (กรณีที่ผู้ส่งบทความมีความประสงค์ส่งผลงานตีพิมพ์เพื่อใช้ขอตำแหน่งทางวิชาการ หรือ ขอตำแหน่งวิชาชีพเฉพาะ/เชี่ยวชาญเฉพาะ ทางวารสารฯ จะผ่านการพิจารณาจาก ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด) โดยวิธีการประเมินแบบ double – blinded กองบรรณาธิการของสงวนสิทธิ์ในการแก้ไขต้นฉบับและการพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

เพื่อให้การตีพิมพ์รายงานการวิจัย หรือบทความในวารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา เป็นไปด้วยความเรียบร้อย เป็นวารสารที่ได้รับมาตรฐานสากล บังเกิดประโยชน์อย่างแท้จริง ทั้งผู้ส่งรายงานการวิจัย หรือบทความวิชาการ เพื่อให้เกิดประโยชน์จากผลงานการวิจัย หรือบทความวิชาการเหล่านั้น ทางกองบรรณาธิการ จึงได้กำหนดหลักเกณฑ์และคำแนะนำในการส่งรายงานการวิจัย หรือบทความวิชาการ ลงในวารสาร ดังนี้

ส่วนแรก

1. ชื่อบทความ (Title) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ควรเป็นชื่อที่สั้น กระชับ ได้ใจความตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง
2. ชื่อผู้นิพนธ์ทุกท่าน (Authors) ไม่ต้องใส่คำนำหน้าและตำแหน่งวิชาการ พร้อมระบุสถานที่ทำงาน และกำกับด้วยตัวเลขยกที่ส่วนท้ายนามสกุล
3. ระบุที่อยู่ หรือ email address พร้อมระบุเครื่องหมายดอกจัน (*) ยกที่ส่วนท้ายนามสกุลของผู้รับผิดชอบบทความ (Corresponding author)
4. บทคัดย่อ (Abstract) เป็นร้อยแก้ว เขียนเฉพาะเนื้อหาที่สำคัญ ให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ วิธีการ ผลและวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) และต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ความยาวไม่เกิน 300 คำ)
5. คำสำคัญ (Keywords) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษควรเลือกคำที่เกี่ยวข้องกับบทความ ประมาณ 3 – 5 คำ ซึ่งคำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษต้องตรงกัน
6. บทความที่สรุปจากวิทยานิพนธ์ ดุษฎีนิพนธ์ ให้ใส่ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา ต่อจากชื่อนักศึกษา และสังกัดด้านล่างของคำสำคัญ (Keywords) และใส่เลขตัวยกไว้ด้านหน้าของสถานะอาจารย์

ส่วนเนื้อหา

1. บทนำ
2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย
3. ขอบเขตของการวิจัย
4. กรอบแนวความคิด และสมมติฐานการวิจัย
5. การทบทวนวรรณกรรม
6. วิธีดำเนินการวิจัย (ระบุวิธีการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และระยะเวลาในการเก็บข้อมูล)
7. ผลการวิจัย ควรเสนออย่างตรงประเด็น อาจมีรูปภาพ ตาราง มาประกอบเท่าที่จำเป็น
8. การสรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ต้องเขียนให้ครอบคลุมผลการศึกษา
9. เอกสารอ้างอิง
 - 9.1 ผู้นิพนธ์ต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver
 - 9.2 การอ้างอิงเอกสารใดให้ใช้เครื่องหมายเชิงบรรณเป็นหมายเลขโดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำๆ ให้ใช้หมายเลขเดิม

การส่งต้นฉบับ

ต้นฉบับเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ ใช้รูปแบบอักษร TH SarabunPSK ตลอดทั้งบทความ ให้พิมพ์บทความลงบนหน้ากระดาษ ขนาด B5 (7.17"×10.12") ระยะขอบ บน 1" ล่าง 0.75" ภายนอก 0.75" ภายใน 0.75" โดยมีเนื้อหาบทความประมาณ 8 – 10 หน้า

1. ชื่อบทความ ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 18 (ตัวหนา) ชิดขอบขวา
2. ชื่อผู้นิพนธ์ทุกท่าน หรือชื่อที่ปรึกษา ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 16 (ตัวหนา) ชิดขอบขวา
3. รายละเอียดผู้นิพนธ์ ขนาดตัวอักษร 12 (ตัวปกติ) ชิดขอบขวา
4. หัวข้อหลัก ขนาดตัวอักษร 14 (ตัวหนา) กึ่งกลางหน้ากระดาษ
5. หัวข้อรอง ขนาดตัวอักษร 14 (ตัวปกติ) ชิดขอบซ้าย
6. เนื้อเรื่อง ขนาดตัวอักษร 14 (ตัวปกติ)
7. ชื่อตาราง ขนาดตัวอักษร 14 (ตัวปกติ) ชิดขอบซ้าย
8. ชื่อภาพประกอบ ขนาดตัวอักษร 14 (ตัวปกติ) กึ่งกลางหน้ากระดาษ
9. ชื่อเอกสารอ้างอิง ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 14 (ตัวหนา) กึ่งกลางหน้ากระดาษ รายการอ้างอิง ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 14

การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้รูปแบบของ Vancouver

1. การอ้างอิงวารสาร

รูปแบบมีดังนี้

ลำดับที่ ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์; ปีที่: เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย

วารสารภาษาอังกฤษ

ให้ใช้ชื่อนามสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อ ใช้ชื่อวารสารเป็นชื่อย่อตามระบบ Index Medicus

วารสารภาษาไทย

ชื่อผู้แต่งให้ใช้ชื่อเต็ม ตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อวารสารเป็นตัวเต็ม

ในกรณีที่ผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่งทุกคน คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) แต่ถ้ามี 7 คนหรือมากกว่านั้น ให้ใส่ชื่อ 3 คนแรก แล้วเติม et al. (วารสารภาษาอังกฤษ) หรือ และคณะ (วารสารภาษาไทย)

ตัวอย่าง

1. Muangsapaya W, Winichagoon P, Fucharoen S, Pootrakul P, Wasi P. Improved Technique for detecting intraerythrocytic inclusion bodies in thalassemia trait. J. Med Assoc Thai 1985;68:43-5

2. กติกา ภาณุตานนท์ ณ มหาสารคาม, วิษย์ศักดิ์ สุขสะอาด, กนกวรรณ แสนไชยสุริยา และ คณะการตรวจกรองฮีโมโกลบินอี โดยวิธีการตรวจกรองด้วยดีซีไอพีในกลุ่มประชากรที่ไม่มีภาวะซีด วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด 2536;51:39-43

2. การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

รูปแบบมีดังนี้

รูปแบบอ้างอิงหนังสือหรือตำราผู้แต่งเขียนทั้งเล่ม

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์

ตัวอย่าง

1. Richard EB, Victor CV. Nelson Textbook of Pediatrics. 12th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1987

2. ศิริกุล อิศรานุรักษ์ และคณะ. รายงานการวิจัยเรื่องพัฒนาการของเด็ก การส่งเสริมพัฒนาของเด็ก โดยครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2534.

รูปแบบอ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย

ตัวอย่าง

1. Wood WG. Hemoglobin Analysis. In: Weatherall DJ, ed. The thalassemias. New York: Churchill Livingstone; 1983 p. 31-53
2. สุจิต เฟาสวัสดิ์. ระบาดวิทยาของเด็กตายคลอด. ใน: สุจิต เฟาสวัสดิ์, บรรณาธิการ. เด็กตายคลอด. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2531. หน้า 1-32

3. การอ้างอิงบทความวารสารอิเล็กทรอนิกส์ (E-Journal)

รูปแบบมีดังนี้

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร [อินเทอร์เน็ต]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี]; ปีที่: เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย. เข้าถึงได้จาก: <http://.....>

ตัวอย่าง

1. Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier-Dickey-Wicker in court. N Engl J Med [Internet]. 2010 [cited 2011 Jun 15]; 363: 1687-9. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1010466>
2. อุษณีย์ อนุกุล. Methicillin-resistant Staphylococcus aureus ที่สัมพันธ์กับชุมชนและปศุสัตว์: ภัยเงียบของการสาธารณสุขไทย. วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 23 มกราคม 2557]; 46(3): [หน้า 187-206]. เข้าถึงได้จาก <http://www.ams.cmu.ac.th/journal/images/stories/journal/201309vol3/20130901.pdf>

4. การอ้างอิงหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-Book)

รูปแบบมีดังนี้

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ [อินเทอร์เน็ต]. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี]. เข้าถึงได้จาก: <http://.....>

ตัวอย่าง

1. Barrett KE. Gastrointestinal physiology [Internet]. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2014 [cited 2014 Oct 24]. Available from: <http://www.accessmedicine.mhmedical.com>
2. ศุภศิลป์ สุนทราภา. ผลของวิตามินดีต่อการเกิด การป้องกันและการรักษาโรคกระดูกพรุน [อินเทอร์เน็ต]. ขอนแก่น: กลุ่มศึกษาวิจัยโรคกระดูกพรุน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557 [เข้าถึงเมื่อ 8 กันยายน 2557]. เข้าถึงได้จาก: http://www.osteokku.com/osteokku_o/ebook/vitaminD.html

5. การอ้างอิงเอกสารจากอินเทอร์เน็ต (Monograph on the Internet)

รูปแบบมีดังนี้

ลำดับที่ ชื่อผู้แต่ง หรือชื่อหน่วยงาน. ชื่อเรื่อง. [อินเทอร์เน็ต]. เมือง: ชื่อหน่วยงาน; ปีที่เผยแพร่ [เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี]. เข้าถึงได้จาก: <http://.....>

ตัวอย่าง

1. Chaiyasit K. Nutrition in cancer [Internet]. [cited 2014 Sep 16]. Available from: http://www.srth.moph.go.th/Downloads/cancer/Service_DR_Kamon.pdf

2. ญัฐวิภา เข้มแข็ง. การใช้ยาไอโลพรอส (Iloprost) เพื่อช่วยในการทดสอบผู้ป่วยที่มีภาวะความดันของหลอดเลือดในปอดสูงในห้องตรวจส่วนหัวใจ: บทคัดย่อ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย; 2553 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 15 มีนาคม 2557]. เข้าถึงได้จาก: http://www.thaipediatrics.org/detail_journal.php?_id=122

หลักเกณฑ์การประเมินบทความ

กองบรรณาธิการจะพิจารณาบทความเบื้องต้นที่ระบุไว้ หากไม่ตรงตามหลักเกณฑ์ที่ระบุไว้ จะไม่ผ่านการพิจารณา และจะส่งผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อพิจารณาบทความจำนวน 2 ท่าน ต่อหนึ่งบทความ หากมีการแก้ไขจะส่งให้ผู้เขียนปรับแก้ เพื่อความสมบูรณ์ของบทความ

หมายเหตุ : บทความที่จัดรูปแบบเรียบร้อยแล้วให้ส่งพร้อมกับแบบฟอร์มขอส่งบทความเพื่อพิจารณา
ตีพิมพ์ในวารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University

วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ศูนย์การศึกษาจังหวัดสมุทรสงคราม

เลขที่ 111/1-3 ถนนพระรามที่ 2 หมู่ 7 ตำบลบางแก้ว อำเภอมือง จังหวัดสมุทรสงคราม 75000

โทรศัพท์ 034-773-904-5 โทรสาร 034-773-903 www.journal.ssru.ac.th/index.php/jahs

E-mail Address: ahs.ssru.journal@gmail.com



แบบฟอร์มขอส่งบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ใน
วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อเรื่อง

(ภาษาไทย).....

.....

ชื่อเรื่อง

(ภาษาอังกฤษ).....

.....

ชื่อผู้เขียน(ภาษาไทย) (นาย/นางสาว/นาง).....

ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก

เลขที่..... ถนน.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

โทรศัพท์มือถือ..... E-mail.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้

☐ เป็นผลงานของข้าพเจ้าแต่เพียงผู้เดียว

☐ เป็นผลงานของข้าพเจ้าและผู้ร่วมงานตามชื่อที่ระบุ ดังนี้

ผู้ร่วมที่ 1 (ภาษาไทย) (นาย/นางสาว/นาง).....

เลขที่..... ถนน.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

โทรศัพท์มือถือ..... E-mail.....

ผู้ร่วมที่ 2 (ภาษาไทย) (นาย/นางสาว/นาง).....

เลขที่..... ถนน.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

โทรศัพท์มือถือ..... E-mail.....

บทความนี้ไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และไม่ได้อยู่ระหว่างการพิจารณาเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารอื่นๆ อีก นับจากวันที่ข้าพเจ้าได้ส่งบทความฉบับนี้มายังกองบรรณาธิการวารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

ลงชื่อ
(.....)

ผู้ส่งบทความ
วันที่...../...../.....

เจ้าหน้าที่ผู้รับบทความ..... วันที่...../...../.....

E-mail Address: ahs.ssru.journal@gmail.com โทรศัพท์ 034-773-904-5

โทรสาร 034-773-903



ใบสมัครสมาชิกวารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

วันที่รับสมัคร.....

หมายเลขสมาชิก.....

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

1. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว/ยศ)..... นามสกุล.....
☐ ขอสมัครเป็นสมาชิกวารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
☐ ขอต่ออายุสมาชิกวารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
2. สมัครในนาม ☐ หน่วยงาน ชื่อหน่วยงาน.....
ชื่อผู้ติดต่อ..... นามสกุล.....
3. ที่อยู่ในการจัดการส่งวารสาร
เลขที่..... หมู่ที่..... อาคาร..... ชั้นที่.....
กอง/ส่วน/สำนัก..... ถนน..... หมู่บ้าน.....
ซอย..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์..... โทรสาร..... e-mail.....
4. อัตราค่าสมัครสมาชิก วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
ขอสมัครสมาชิก วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา เป็นรายปี
☐ 1 ปี (1 ฉบับ) จำนวนเงิน 200 บาท
☐ 2 ปี (2 ฉบับ) จำนวนเงิน 400 บาท
ทั้งนี้ตั้งแต่ปีที่..... ฉบับที่..... เดือน..... พ.ศ..... เป็นต้นไป
พร้อมนี้ได้ส่งค่าสมาชิก จำนวน.....บาท (.....)
☐ โดยชำระค่าสมาชิกเป็นเงินสด

ลงชื่อ.....(ผู้สมัคร)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ได้รับเงินค่าสมาชิกวารสารแล้ว

ลงชื่อ.....(เจ้าหน้าที่)

วันที่.....



JAHS

วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University

