



Strong and Healthy Co., Ltd.



วารสารสุขภาพ สตรีแอนด์เฮลท์

STRONG AND HEALTHY JOURNAL

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2568
VOLUME 1 ISSUE 1 : JANUARY – APRIL 2025

วารสารสุขภาพสตรี แอนด์ เฮลท์

(STRONG AND HEALTHY JOURNAL)

วารสารสุขภาพสตรี แอนด์ เฮลท์จัดทำโดยบริษัท สตรอง แอนด์ เฮลท์ จำกัด เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยกรณีศึกษา และบทความวิชาการด้านการแพทย์ และวิทยาศาสตร์ การแพทย์ การสาธารณสุข และนวัตกรรมการสุขภาพ การพยาบาล เกสกรรม อาชีวอนามัย และความปลอดภัย อนามัยสิ่งแวดล้อม วิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

เจ้าของ บริษัท สตรอง แอนด์ เฮลท์ จำกัด

บรรณาธิการ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปณิธาน กระสังข์ บริษัท สตรอง แอนด์ เฮลท์ จำกัด

ผู้ช่วยบรรณาธิการ นายพันระกานต์ ยืนยง มหาวิทยาลัยปทุมธานี

กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.บุญธรรม	กิจปรีดาบริสุทธิ์	มหาวิทยาลัยปทุมธานี
รศ. ดร.วินัย	วีระพัฒนานนท์	สมาคมสิ่งแวดล้อมศึกษาแห่งประเทศไทย
รศ. อุดม	คมพยัคฆ์	มหาวิทยาลัยปทุมธานี
รศ.จรรยา	เสียงเสนาะ	มหาวิทยาลัยปทุมธานี
รศ. ดร. ธนวัฒน์	ชัยพงศ์พัชรา	มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
ผศ. ดร.วรยุทธ	นาคอ้าย	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
		สถาบันพระบรมราชชนก
ผศ. ดร.สุนทรี	จินธรรม	มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์
		ในพระบรมราชูปถัมภ์
ผศ.ดร.อภิเชษฐ์	จำเนียรสุข	มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์
		ในพระบรมราชูปถัมภ์
ผศ. ศิรินันท์	คำสี	มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์
ดร.สิทธิชัย	สิงห์สุ	มหาวิทยาลัยปทุมธานี
ดร.กนกพร	สมพร	มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
ดร.วิชุดา	จันทะศิลป์	มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์
		ในพระบรมราชูปถัมภ์
นายเจริญชัย	อึ้งเจริญสุข	มหาวิทยาลัยปทุมธานี



วารสารสุขภาพสตรีอง แอนด์ เฮลท์

(STRONG AND HEALTHY JOURNAL)

วัตถุประสงค์ (Aims)

เพื่อส่งเสริมการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ และผลงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ขอบเขตของงานวิจัย (Scope)

ผลงานตีพิมพ์อาจอยู่ในรูปแบบต่อไปนี้ บทความวิชาการ บทความวิจัย บทความวิทยานิพนธ์ กรณีศึกษา บทวิจารณ์ บทความปริทัศน์ ในสาขาที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ การสาธารณสุข และนวัตกรรมการดูแลสุขภาพ การพยาบาล เกษตรกรรม อาชีวอนามัย และความปลอดภัย อนามัยสิ่งแวดล้อม วิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

กำหนดการเผยแพร่

ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม

ภาษาที่รับตีพิมพ์

ภาษาไทย และ ภาษาอังกฤษ

กระบวนการ Review

บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารนี้ จะต้องเป็นบทความต้นฉบับ ซึ่งไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารอื่นใดมาก่อน และจะได้รับการพิจารณาและการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review process) ในสาขาที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 2 ท่าน ต่อ 1 บทความ ในลักษณะ Double-blind peer review โดยวารสารมีขั้นตอนดำเนินการจัดพิมพ์ดังนี้

1. กองบรรณาธิการวารสารฯ จะตรวจสอบความสมบูรณ์ และถูกต้องของต้นฉบับ
2. จัดส่งต้นฉบับให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) ในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง อ่านประเมินต้นฉบับ บทความละ 2 ท่าน
3. ส่งให้ผู้เขียนแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) สามารถอธิบายหรือชี้แจงข้อสงสัย ผ่านบรรณาธิการ
4. กองบรรณาธิการวารสารฯ ตรวจสอบความถูกต้อง และจัดทำต้นฉบับ
5. กองบรรณาธิการวารสารฯ ดำเนินการเผยแพร่วารสาร

บรรณาธิการ

วารสารสุขภาพสตรีแอนด์ เฮลตี้ (STRONG AND HEALTHY JOURNAL) ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม – เมษายน 2568 เป็นวารสารฉบับปฐมฤกษ์ของการเผยแพร่บทความวิจัย ซึ่งบทความวิจัยทุกฉบับที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในฉบับปัจจุบันนี้มีความน่าสนใจเป็นอย่างมากโดยเนื้อหาของบทความวิจัยดังกล่าวล้วนมีเป้าหมายเพื่อการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนรวมถึงปัญหาสาธารณสุขของประเทศเป็นหลัก ซึ่งองค์ความรู้ที่ได้จากในแต่ละการศึกษาสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับทุกพื้นที่ที่มีลักษณะประชากรที่ใกล้เคียงกันได้โดยรูปแบบของการศึกษาประกอบไปด้วยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ซึ่งล้วนแล้วแต่มีคุณค่าต่อสังคมเป็นอย่างมากสอดคล้อง กับวัตถุประสงค์ของวารสารที่ต้องการให้ผู้อ่านบทความวิจัยสามารถนำองค์ความรู้ที่ได้จากงานวิจัยที่เผยแพร่ในวารสารของเราไปใช้ประโยชน์ได้อย่างสูงสุด

ทั้งนี้วารสารคำนึงความเป็นมาตรฐาน และมีคุณภาพ โดยเฉพาะมาตรฐานในการพิจารณาบทความวิจัยจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญโดยยังคงได้กำหนดให้บทความวิจัยทุกฉบับของวารสารต้องผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในแต่ละสาขาจำนวนทั้งสิ้น 3 ท่าน ดังนั้น ผู้นิพนธ์สามารถใช้ประโยชน์จากผลงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ในวารสารของเราตามหลักเกณฑ์ของ ก.พ.อ. หรือเพื่อวัตถุประสงค์อื่นที่จะเป็นประโยชน์ต่อผู้นิพนธ์ต่อไป หากท่านมีข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ หรือพบปัญหาใดที่เกิดขึ้นจากทางวารสาร

ทางกองบรรณาธิการยินดีรับข้อเสนอแนะ และจะนำข้อเสนอดังกล่าวไปปรับปรุงเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพของวารสารให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

สุดท้ายนี้ ทางกองบรรณาธิการยินดีรับข้อเสนอแนะ โดยจะนำข้อเสนอดังกล่าวไปปรับปรุงเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพของวารสารให้ดียิ่ง และขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความไว้วางใจในการส่งบทความวิจัยเพื่อพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารของเราด้วยความเคารพ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปณิธาน กระสังข์)

บรรณาธิการ

สารบัญ

ชื่อเรื่อง	หน้า
ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของบุคลากรสพำจังหวัดภูเก็ต เอกรินทร์ วรทสิกร	5 - 16
ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสม็ดใต้ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา นฤพนธ์ จินดาวัลย์	17 - 33
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN ของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสตูล วราภรณ์ เส้นสมมาตร, รัตนาภรณ์ ใจอาษา และอรพรรณ ก้อนหิน	34 - 47
ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโภชนาการ ของผู้ประกอบร้านอาหารตามสั่ง องค์การบริหารส่วนตำบลนาขุนไกร อำเภอศรีสำโรง จังหวัดสุโขทัย อังคณา น่วมเจริญ, ภาวิณี ชันติวรรณ, วัลภา แสนสีแก้ว และจิตติมา พงษ์ทวี	48 - 64
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยจากครัวเรือนของประชาชนตำบล บ้านคีรีวง อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล ทวีศักดิ์ รักฤทธิ์, พ้าใส ประสารรส, ทิพวรรณ ท้ายเมือง	65 - 77

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของบุคลากรสปาจังหวัดภูเก็ต

เอกรินทร์ วรทสิกร^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานภาพทั่วไป และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ให้บริการในสถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในการให้บริการด้านสุขภาพของผู้ให้บริการในสถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพในจังหวัดภูเก็ต ตัวอย่าง คือ ผู้ให้บริการในสถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 320 คน จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือวิจัยในครั้งนี้ใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามเกี่ยวกับสถานภาพทั่วไป จำนวน 7 ข้อ แบบสอบถามเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การประเมินข้อมูลสุขภาพ การประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ และแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ จำนวน 15 ข้อ มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์รายข้อมีค่าเท่ากับ 0.6 -1.0 มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.84, 0.82 และ 0.89 ตามลำดับวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ระดับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์โดยรวมอยู่ในระดับดี และความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การประเมินข้อมูลสุขภาพ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.389, p<.01$; $r=.333, p<.01$; $r=.443, p<.01$; $r=.382, p<.01$ ตามลำดับ)

ดังนั้น การพัฒนาศักยภาพของผู้ให้บริการในสถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้สามารถตอบสนองต่อการให้บริการที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ผู้ให้บริการในสถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพ, สปา

¹เภสัชกรชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต 83000

*ผู้ประพันธ์บทความ; เอกรินทร์ วรทสิกร, Email: ekkpharma@gmail.com

Health Literacy and Desirable Health Behaviors of spa personnel in Phuket

Ekkarin Waritthikorn^{1*}

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to study the general status, level of health literacy, level of desirable health behaviors, and the relationship between the health literacy of service providers in health spa establishments and their desirable health behaviors in providing health services in health spa establishments in Phuket Province. The sample consisted of 320 health spa service providers aged 18 years and above, selected through simple random sampling. The research instruments included questionnaires, which comprised a general status questionnaire with 7 items, a health literacy questionnaire assessing access to health information, understanding health information, evaluating health information, and applying health information, with 20 items, and a desirable health behavior questionnaire with 15 items. The content validity index of the questions ranged from 0.6 to 1.0, and the reliability of the instruments was 0.84, 0.82, and 0.89, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient.

The findings revealed that the overall health literacy level was high, the overall level of desirable health behaviors was good, and health literacy in terms of accessing, understanding, evaluating, and applying health information had a positive correlation with desirable health behaviors at a statistically significant level ($r = .389, p < .01$; $r = .333, p < .01$; $r = .443, p < .01$; $r = .382, p < .01$, respectively).

Therefore, enhancing the capacity of health spa service providers to improve their health literacy is crucial to delivering standardized and effective services.

Keyword: Health literacy, Spa health service providers, Spa

¹Senior Pharmacist, Phuket Provincial Public Health Office, Phuket, 83000, Thailand

*Corresponding Author; Ekkarin Waritthikorn, Email ekkpharma@gmail.com

บทความวิจัย

บทนำ (Introduction)

อุตสาหกรรมความงามและการดูแลสุขภาพ (Wellness Industry) มีการแบ่งประเภทการให้บริการออกเป็นสองกลุ่มหลัก ได้แก่ การให้บริการดูแลสุขภาพภายใน เช่น การแพทย์เชิงป้องกันเฉพาะบุคคล และการให้บริการดูแลสุขภาพภายนอก เช่น ธุรกิจสปาเพื่อสุขภาพ และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (ศิริวรรณ วรรณศิริ, 2564) โดยการบริการสปาเพื่อสุขภาพ มีโอกาสที่จะเติบโตเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ข้อมูลในปี พ.ศ. 2566 พบว่ามูลค่าตลาดธุรกิจการบริการสปาเพื่อสุขภาพทั่วโลกอยู่ที่ 27 ล้านล้านบาท มีอัตราการเติบโตอย่างต่อเนื่องประมาณร้อยละ 7-8 ต่อปี ซึ่งประเทศไทยจัดอยู่ในอันดับที่ 16 ของโลก มีมูลค่าอยู่ที่ 35,000 ล้านบาท โดยมีผู้ประกอบการสถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพที่ผ่านการรับรองมาตรฐานจากกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด 2,053 แห่ง (คณินพ เกราะทอง, 2566) สถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพเป็นการให้บริการแบบส่งเสริมสุขภาพ มิใช่การบำบัดอาการเจ็บป่วย สถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพเป็นการบริการด้านสุขภาพที่มีความเป็นวัฒนธรรมไทย ขึ้นชื่อเรื่องผู้ให้บริการที่มีประสบการณ์ และความชำนาญ และยังมีผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่เป็นจุดเด่นของไทยเป็นที่รู้จักทั่วโลก ส่งผลให้กลุ่มคนที่ใส่ใจในการส่งเสริมสุขภาพทั้งชาวไทย และชาวต่างชาติ นิยมเข้ารับบริการจากสถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพ (ภักดี กลั่นภักดี และคณะ, 2563)

จังหวัดภูเก็ตเป็นจังหวัดใน 5 อันดับแรกของประเทศไทยที่มีชื่อเสียงทางการท่องเที่ยว และเป็นจุดหมายปลายทางด้านการท่องเที่ยวที่มีชื่อเสียงในระดับโลก เป็นแหล่งท่องเที่ยวที่ทำรายได้ให้ประเทศประมาณ 4 แสนล้านบาทต่อปี มีนักท่องเที่ยวที่เข้ามาพำนักร และใช้จ่ายใช้สอยในท้องถิ่น จำนวน 14.4 ล้านคน นำไปสู่ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด ถึง 245,958 ล้านบาทต่อปี และมีส่วนช่วยผลักดันการเติบโตของเศรษฐกิจมวลรวมของประเทศ (พุทธร บุญณะ และคณะ, 2564) จังหวัดภูเก็ตยังมีแนวโน้มการขยายตัวของธุรกิจเพื่อสุขภาพ โดยเฉพาะสถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพที่กำลังเติบโต เป็นที่ยอมรับในระดับโลก และธุรกิจสถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพเป็นส่วนของการสำคัญของการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ

จากการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด 19 ได้สร้างความเสียหายให้กับอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวไม่น้อยกว่า 1.6 แสนล้านบาท การท่องเที่ยวโลกตกอยู่ในภาวะขำแย ด้วยจำนวนนักท่องเที่ยวเดินทางระหว่างประเทศลดลง ร้อยละ 74 โดยการท่องเที่ยวของจังหวัดภูเก็ตได้รับผลกระทบอย่างหนัก และสร้างความเสียหายต่อรายได้จากการท่องเที่ยวจากกลุ่มนักท่องเที่ยวต่างชาติ สูงสุดถึง 1.27 แสนล้านบาท ยังไม่รวมกลุ่มนักท่องเที่ยวชาวไทย ส่งผลกระทบโดยตรงทางเศรษฐกิจของภูเก็ต มีมูลค่าสูงถึงราว 6.5 หมื่นล้านบาท เป็นอย่างน้อย โดยคิดเป็น 1 ใน 3 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด (มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตภูเก็ต, 2563) และยังส่งผลกระทบทำให้พฤติกรรมของนักท่องเที่ยวเปลี่ยนไป นักท่องเที่ยวคำนึงถึงความปลอดภัย สุขอนามัย การป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด 19 เพิ่มมากขึ้น ให้ความสำคัญกับ

บทความวิจัย

มาตรการด้านสุขภาพ และเลือกปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ด้านความปลอดภัยทางสุขภาพ สถานประกอบการ สป่าเพื่อสุขภาพจัดเป็นธุรกิจบริการด้านสุขภาพ มีความจำเพาะในการให้บริการ ส่งผลให้ผู้ให้บริการจะต้องมีความรู้ ความสามารถ และความชำนาญเฉพาะด้าน อย่างไรก็ตามปัญหาที่สำคัญของผู้ให้บริการ คือ ปัญหาความรู้และทักษะในการให้บริการสป่าเพื่อสุขภาพ และไม่ได้มีเพียงความรู้และทักษะในเฉพาะด้านของการบริการในแต่ละประเภทให้บริการเท่านั้น แต่รวมถึงความรู้และทักษะในการส่งเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ ในการส่งเสริมสุขภาพอนามัยของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อในสถานประกอบการ (พุทธพร บุญณะ และคณะ, 2564) ผู้ให้บริการจำเป็นต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการสืบค้นข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล ตัดสินใจเลือกวิธีการ และจัดการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562) สอดคล้องกับแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โดยปัจจัยเหล่านี้ยังส่งผลทางตรงต่อวิธีการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี และความรู้ด้านสุขภาพยังส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในการให้บริการด้านสุขภาพของผู้ให้บริการ (ปาจร่า โพธิ์หัง, 2564) ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นหนึ่งในแนวคิดที่มีความสำคัญอย่างมากในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากความรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถของบุคคลในการมีทักษะด้านปัญญา และสังคมในการเข้าถึงและประเมินข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ ทำให้เกิดจัดการสุขภาพสามารถป้องกัน และรักษาสุขภาพของบุคคล และผู้อื่นให้ดีขึ้น (วิชดา นพเสริฐ และคณะ, 2566)

จากการทบทวนวรรณกรรมความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประเทศไทยที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างวัยทำงาน อายุ ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส (ปาจร่า โพธิ์หัง, 2564) แต่การศึกษาถึงความรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในการให้บริการด้านสุขภาพ ในสถานประกอบการ สป่าเพื่อสุขภาพยังมีค่อนข้างน้อยในกลุ่มผู้ให้บริการ เมื่อเทียบกับการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในประเด็นอื่น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จากเหตุผลในข้างต้นผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญในการส่งเสริมให้บุคลากรมีความรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในการให้บริการด้านสุขภาพ จึงมุ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างศึกษาความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในการให้บริการด้านสุขภาพของผู้ให้บริการ ข้อมูลจากการวิจัยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนาศักยภาพของผู้ให้บริการในสถานประกอบการสป่าเพื่อสุขภาพให้มีความรู้ด้านสุขภาพ และยังเป็นประโยชน์ต่อการให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้รับบริการทั้งคนไทย และต่างชาติต่อไป

บทความวิจัย

วัตถุประสงค์ (Objective)

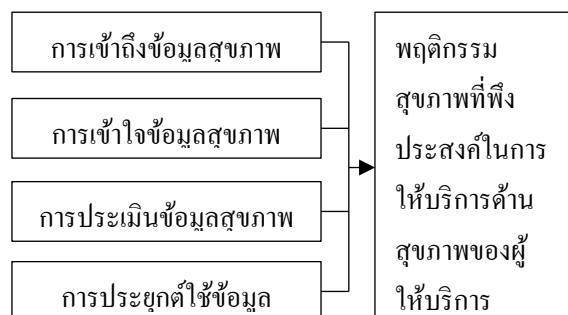
1. เพื่อศึกษาสถานภาพทั่วไปและระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ให้บริการในสถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพในจังหวัดภูเก็ต
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในการให้บริการด้านสุขภาพของผู้ให้บริการในสถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพในจังหวัดภูเก็ต
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ให้บริการในสถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในการให้บริการด้านสุขภาพของผู้ให้บริการในสถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพในจังหวัดภูเก็ต

สมมติฐาน (Hypothesis)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ให้บริการในสถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในการให้บริการด้านสุขภาพของผู้ให้บริการในสถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพในจังหวัดภูเก็ต

กรอบแนวคิด (Research Framework)

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้บูรณาการแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของ Sorensen และคณะ (2012) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาซึ่งแนวคิดนี้ได้ระบุองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกันของบุคคลและเป็นระบบพลวัตร 4 องค์ประกอบ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การประเมินข้อมูลสุขภาพ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ ในการศึกษาเป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ให้บริการในสถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในการให้บริการด้านสุขภาพของผู้ให้บริการในสถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพในจังหวัดภูเก็ต กรอบแนวคิดการวิจัยดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ภาพแสดงกรอบแนวคิดของการวิจัย

บทความวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) เก็บข้อมูลพื้นที่จังหวัดภูเก็ต ระหว่างเดือน มกราคม พ.ศ. 2566 ถึง เมษายน พ.ศ. 2566

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ให้บริการในสถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพ ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในจังหวัดภูเก็ต และขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ให้บริการในสถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพ ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในจังหวัดภูเก็ต กำหนดคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามหลักการของ Yamane (1973) ที่ระดับความน่าเชื่อถือร้อยละ 95 ความคลาดเคลื่อน .05 ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 320 คน สุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยสุ่มใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์เขียนคำสั่งให้สุ่มตัวเลขสุ่ม ให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 320 คน เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) ยินดีให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามในการศึกษาวิจัย และ 2) เข้าใจและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูล โดยสร้างแบบสอบถามสร้างตามกรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ที่ประยุกต์มาจากแนวคิดของ Sørensen et al. (2012) และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับสถานภาพทั่วไป เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การประเมินข้อมูลสุขภาพ การประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด การแปลผลใช้ค่าเฉลี่ยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 อยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00 อยู่ในระดับสูง ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด (ปฏิบัติทุกวัน) มาก (ปฏิบัติ 2-3 วันต่อครั้ง) ปานกลาง (ปฏิบัติสัปดาห์ละ 1 ครั้ง) น้อย (ปฏิบัติเดือนละ 1 ครั้ง) และน้อยที่สุด (ไม่ปฏิบัติใน 1 เดือน) การแปลผลใช้ค่าเฉลี่ยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 อยู่ในระดับควรปรับปรุง คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00 อยู่ในระดับดี

บทความวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พบค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์รายข้อมีค่าเท่ากับ 0.6-1.0 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) จากการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ .85

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังก่อนมติดิจิธรรมการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบบุคลากรในแต่ละสถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพ ตรวจสอบรายชื่อผู้ให้บริการในสถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพ และสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยการเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามปัญหาข้อสงสัยและตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมแบบสอบถามที่ได้รับคืนมา และตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกฉบับ แล้วนำแบบสอบถามไปดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้ให้บริการในสถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การประเมินข้อมูลสุขภาพ การประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในการให้บริการด้านสุขภาพของผู้ให้บริการ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยตามกรอบแนวคิดการวิจัย โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองและอนุมัติโครงร่างการวิจัยและเครื่องมือการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต รหัสโครงการ PKPH 017/65 ลงวันที่ 29 ธันวาคม พ.ศ. 2565

ผลการวิจัย (Result)

1. ผู้ให้บริการในสถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพในจังหวัดภูเก็ต จำนวน 320 คน อายุส่วนใหญ่มีอายุ 41-50 ปี จำนวน 106 คน (ร้อยละ 33.10) เพศส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 298 คน (ร้อยละ 93.10) สถานภาพส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด จำนวน 181 คน (ร้อยละ 56.60) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. จำนวน 131 คน (ร้อยละ 40.90) ประสบการณ์ทำงานในธุรกิจสถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงาน 1-2 ปี จำนวน 120 คน (ร้อยละ 37.50) โรค

บทความวิจัย

ประจำตัวส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 273 คน (ร้อยละ 85.30) รายได้ต่อเดือนจากการทำงานในสถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน 20,001-30,000 บาท จำนวน 129 คน (ร้อยละ 40.30)

2. ระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ให้บริการในสถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพในจังหวัดภูเก็ตโดยรวม อยู่ในระดับสูง ($M=3.96$, $SD=0.79$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง โดยเรียงตามลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อยได้ ดังนี้ การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ($M=4.02$, $SD=0.67$) รองลงมา คือ การประเมินข้อมูลสุขภาพ ($M=3.98$, $SD=0.63$) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ($M=3.93$, $SD=0.79$) และการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ ($M=3.98$, $SD=0.79$) ตามลำดับ

3. ระดับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในการให้บริการด้านสุขภาพของผู้ให้บริการในสถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพในจังหวัดภูเก็ตโดยรวม อยู่ในระดับดี ($M=4.64$, $SD=0.48$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี โดยเรียงตามลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อยได้ ดังนี้ การควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อในสถานประกอบการ ($M=4.74$, $SD=0.40$) รองลงมา คือ การควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อในสถานประกอบการ ($M=4.54$, $SD=0.51$) ตามลำดับ

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพของผู้ให้บริการในสถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในการให้บริการด้านสุขภาพของผู้ให้บริการในสถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพในจังหวัดภูเก็ต พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในการให้บริการด้านสุขภาพ ($r=.431$, $p=.01$) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในการให้บริการด้านสุขภาพ ($r=.389$, $p=.01$) การเข้าใจข้อมูลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในการให้บริการด้านสุขภาพ ($r=.333$, $p=.01$) การประเมินข้อมูลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในการให้บริการด้านสุขภาพ ($r=.443$, $p=.01$) และการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในการให้บริการด้านสุขภาพ ($r=.382$, $p=.01$) แสดงว่าตัวแปรต่าง ๆ มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในการให้บริการด้านสุขภาพ ดังแสดงในตารางที่ 1

บทความวิจัย

ตาราง 1 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (n = 320)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	1					
2. การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	.703*	1				
3. การประเมินข้อมูลสุขภาพ	.685*	.827*	1			
4. การประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ	.712*	.767*	.824*	1		
5. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยรวม	.874*	.910*	.916*	.912*	1	
6. พฤติกรรมสุขภาพที่พึง ประสงค์	.389*	.333*	.443*	.382*	.431*	1

*p<.01

อภิปรายผล (Discussion)

ระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ให้บริการในสถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพในจังหวัดภูเก็ตพบว่า ผู้ให้บริการในสถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพมีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพในระดับสูง ซึ่งเป็นผลมาจากการเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย เช่น อินเทอร์เน็ตและแหล่งข้อมูลภายในสถานประกอบการ รวมถึงการได้รับการอบรมอย่างต่อเนื่องในเรื่องการดูแลสุขภาพ เป็นต้น การฝึกอบรมเหล่านี้ช่วยให้ผู้ให้บริการสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและทันสมัยได้อย่างง่ายดาย อย่างไรก็ตาม การประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพในสถานการณ์จริงยังอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากผู้ให้บริการบางรายยังขาดทักษะในการนำข้อมูลไปใช้ในบริบทของการทำงานที่ซับซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของ Nutbeam (2000) ซึ่งได้กล่าวว่าความรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วยหลายมิติ โดยในแต่ละมิติอาจมีความแตกต่างกันในระดับของผู้ปฏิบัติงาน การศึกษาในครั้งนี้พบว่าความสามารถในการเข้าถึงและการเข้าใจข้อมูลเป็นปัจจัยที่ส่งผลมากที่สุดต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ให้บริการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sørensen et al (2012) ที่ระบุว่า การเข้าถึงและการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการประเมินข้อมูลสุขภาพเพื่อตัดสินใจด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (ประไพพิศ สิงหเสน และคณะ, 2562) ที่ระบุว่า การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่เพียงพอและการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยพัฒนาทักษะการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการในด้านสุขภาพ

บทความวิจัย

ระดับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในการให้บริการด้านสุขภาพของผู้ให้บริการในสถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพในจังหวัดภูเก็ต พบว่า ผู้ให้บริการในสถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพในจังหวัดภูเก็ตมีระดับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์อยู่ในระดับดี ผู้ให้บริการมีการปฏิบัติตามมาตรฐานด้านสุขอนามัยส่วนบุคคลอย่างดี เช่น การล้างมืออย่างสม่ำเสมอ การสวมหน้ากากอนามัยเมื่อให้บริการ และการรักษาความสะอาดของอุปกรณ์และสถานที่บริการ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้มีบทบาทสำคัญในการป้องกันโรคติดเชื้อและช่วยเสริมสร้างความไว้วางใจจากลูกค้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (อาภรณ์ คำก้อน และคณะ, 2563) ที่พบว่าผู้ให้บริการที่มีความรู้และทักษะด้านสุขอนามัยที่ดีสามารถปฏิบัติตามมาตรการด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามผลการวิจัยพบว่าด้านการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการยังคงมีความต้องการการพัฒนามากขึ้น แม้ผู้ให้บริการจะมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ดี แต่ยังมีบางกรณีที่ไม่ได้ให้คำแนะนำด้านสุขภาพที่เหมาะสมหรือไม่ได้ส่งเสริมให้ผู้รับบริการปฏิบัติตามแนวทางที่ถูกต้องอย่างเต็มที่ ซึ่งอาจเกิดจากการขาดทักษะในการสื่อสารหรือการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพในสถานการณ์จริง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sørensen et al (2012) ที่กล่าวว่าพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์มักขึ้นอยู่กับความรู้ด้านสุขภาพของบุคคล ยิ่งผู้ให้บริการมีความรู้และความเข้าใจในข้อมูลสุขภาพมากเท่าไร พฤติกรรมสุขภาพในการปฏิบัติงานก็จะดีขึ้นเท่านั้น การศึกษานี้ยังพบว่าการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการยังคงมีความต้องการการพัฒนามากขึ้น แม้ว่าผู้ให้บริการจะมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับระดับสูง แต่การขาดทักษะในการสื่อสารหรือนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในการให้คำแนะนำแก่ผู้รับบริการยังเป็นข้อจำกัดในการปฏิบัติงานที่สมบูรณ์แบบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (อรอุมา ไชยคำ และคณะ, 2566) ที่ชี้ว่าการฝึกอบรมด้านการสื่อสารและการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นในการเพิ่มประสิทธิภาพของพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพของผู้ให้บริการในสถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในการให้บริการด้านสุขภาพของผู้ให้บริการในสถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพในจังหวัดภูเก็ต พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ให้บริการในสถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพในจังหวัดภูเก็ตมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการส่งเสริมสุขอนามัยและการป้องกันโรคติดเชื้อ ผลการวิจัยพบว่าผู้ให้บริการที่มีความรู้ด้านสุขภาพสูงมักจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขอนามัยส่วนบุคคลที่ดี เช่น การล้างมือบ่อยครั้ง การใช้อุปกรณ์ที่สะอาด และการให้บริการที่เน้นความปลอดภัยต่อสุขภาพของผู้รับบริการ นอกจากนี้ ผลการศึกษายังชี้ให้เห็นว่าผู้ที่มีความเข้าใจในข้อมูลสุขภาพและสามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลในการทำงานได้อย่างถูกต้อง จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแนวทางการให้บริการด้านสุขภาพที่ดีขึ้น เช่น การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแก่ลูกค้า และการปฏิบัติตามมาตรฐานสุขอนามัยอย่างเคร่งครัด ซึ่งผลนี้สอดคล้องกับทฤษฎีของ Nutbeam (2000) ที่ระบุว่าความรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วยความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจ การประเมิน และ

บทความวิจัย

การนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ โดยความสามารถเหล่านี้มีผลต่อพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของบุคคล การฝึกอบรมที่สถานประกอบการจัดให้เป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มความสามารถของผู้ให้บริการในการนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (ภักดี กลั่นภักดี และคณะ, 2563) ที่ชี้ว่าการฝึกอบรมด้านสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาทักษะด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการให้บริการของผู้ให้บริการในสถานประกอบการสปา

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ให้บริการในสถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพ เช่น กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพหรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรให้ความสนใจกับผู้ให้บริการที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำเป็นพิเศษ อย่างเช่น เอกสารควรมีเนื้อหาที่ง่ายต่อการเข้าใจ มีขนาดตัวหนังสือที่เห็นได้ชัด และมีการพูดคุยให้ความรู้แก่ผู้ให้บริการกลุ่มนี้ให้มาก

2. ควรมีการจัดกิจกรรมให้กับผู้ให้บริการที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ ได้มีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพที่มากขึ้น อย่างเช่น มีการจัดวิทยากรอบรมให้ความรู้ หรือมีการใช้สื่อ เช่น วิดีโอ แผ่นพับ แก่ผู้ให้บริการกลุ่มนี้ให้มาก

3. ควรมีการจัดกิจกรรมให้กับผู้ให้บริการที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ ได้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ให้บริการที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง เพื่อเพิ่มโอกาสที่จะได้รับข้อมูลทางด้านสุขภาพใหม่ ๆ เช่น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน โดยจัดให้ผู้ให้บริการที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงมีโอกาสได้พูดคุยกับผู้ให้บริการที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ

เอกสารอ้างอิง

- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. doi:10.1093/heapro/15.3.259 %J Health Promotion International
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. และคณะ. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. doi:10.1186/1471-2458-12-80
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An Introductory Analysis* (3 ed.). New York: Harper and Row.

บทความวิจัย

- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2562). โปรแกรมสุศึกษาเพื่อเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง การป้องกันโรคในชุมชน. นนทบุรี: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- दनัชนพ เกราะทอง. (2566). SPA ฟ้นซัดอัฟเป้าโต 100% โซซี่ชันหนุนคร้งหลังฟัก. สืบค้นจาก <https://thunhoon.com/article/280349>
- ประไพพิศ สิงหเสม, พอเพ็ญ ไกรนรา และวรารัตน์ ทิพย์รัตน์. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ ตำบลหนองตรุด จังหวัดตรัง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์, 11(1), 37-51.
- ปจจรา โพธิหัง. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประเทศไทย: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 29(3), 115-130.
- พุทธพร บุญณะ, ณริญา วีระกิจ, ชัยนันต์ ไชยเสน และอุไรวรรณ ไกรนรา มูรานิช. (2564). การยกระดับให้เกิดให้เป็นศูนย์กลางการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงส่งเสริมสุขภาพ. กองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์วิจัย และนวัตกรรม.
- ภักดี กลั่นภักดี, อัศวิน แสงพิบูล และศิริเดช คำสุพรหม. (2563). การพัฒนารุกิจสถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพระดับสากลในประเทศไทยสู่ความยั่งยืน. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 29(6), 1147-1156.
- มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตภูเก็ต. (2563). ผลกระทบทางเศรษฐกิจของจังหวัดภูเก็ตจากCOVID-19. สืบค้นจาก <https://www.psu.ac.th/phuket/14514/>
- วิชุดา นพเสริฐ, นิสาชล นุบผา และอรุณณิ ใจเที่ยง. (2566). ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานอายุ 45-59 ปี ในอำเภอยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์. พยาบาลสารมหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 50(1), 256-270.
- ศิริวรรณ วรรณศิริ. (2564). การจัดการเชิงกลยุทธ์ของธุรกิจสปาไทยและนวดเพื่อสุขภาพช่วงเวลาวิกฤตโควิด. วิทยาลัยการจัดการ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต กระทรวงสาธารณสุข. (2565). ฐานข้อมูลสถานประกอบการเพื่อสุขภาพจังหวัดภูเก็ต.
- อรอุมา ไชยคำ, กรรณคนุ สาเขตร์ และสามารถ อักรอุโฆษ. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพนักงานในสถานประกอบการ นิคมอุตสาหกรรมลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร. ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี.
- อาภรณ์ คำก้อน, สุพัตรา บัวทิ, อัจฉรา ชัยชาญ, บุญญภัฏร์ ภูมิภู และกัญจน์ณิชา เรืองชัยวิสุข. (2563). ความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง ของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและกึ่งเมือง. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล, 28(2), 1-16.

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วย
โรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสม็ดใต้
อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา

นฤพนธ์ จินดาวัลย์*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยนี้ถูกออกแบบในรูปแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental) โดยใช้วิธีการเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่ม (Two-Group Comparison) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar: FBS) ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง โดยกลุ่มตัวอย่างที่ถูกเลือกทั้งหมดจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลที่ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ พร้อมกับการวิเคราะห์เชิงอนุมานด้วยการใช้ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความรู้สูงขึ้นถึงร้อยละ 100.00 ในขณะเดียวกัน โดยกลุ่มควบคุมมีความรู้สูงขึ้นร้อยละ 83.33 สำหรับในด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง กลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมอยู่ในระดับดีมากที่ร้อยละ 86.67 กลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมหลังจากโปรแกรมเพิ่มขึ้นร้อยละ 83.33 นอกจากนี้ คะแนนเฉลี่ยของความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) หลังอดอาหาร 8 ชั่วโมงของกลุ่มตัวอย่างในช่วงหลังการใช้โปรแกรมมีค่าสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ดังนั้นการปรับเนื้อหาที่เน้นเฉพาะกลุ่มด้วยการใช้สื่อดิจิทัลในการกระตุ้นแรงจูงใจ ด้วยการออกแบบจัดการ หรือส่งเสริมปัจจัยเหล่านั้นให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพรวมถึงการให้คำปรึกษาด้านโภชนาการเพื่อสร้างความตระหนักรู้ในวงกว้าง จะทำให้เกิดการพัฒนา นโยบายเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน เพื่อสร้างแนวทางการรักษาที่เหมาะสมและครอบคลุมมากขึ้นในระดับท้องถิ่นและระดับประเทศ

คำสำคัญ : โรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้, ผู้สูงอายุ, โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสม็ดใต้ E-mail: narupon66@gmail.com

The Effects of a Self-Care Promotion Program on Self-Care Behavior among Elderly Uncontrolled Plasma Glucose Level of Diabetic Patients at Samet Tai Sub-District Health Promoting Hospital, Bang Khla District, Chachoengsao Province

Narupon Jindawan *

Abstract

This research was designed as a quasi-experimental study using a two-group comparison method. The objective was to compare the knowledge, self-care behaviors, and fasting blood sugar (FBS) levels of Elderly Uncontrolled Plasma Glucose Level of Diabetic Patients before and after participating in a self-care promotion program. The sample consisted of 60 participants, divided into an experimental group and a control group, with 30 participants in each group. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency distribution, percentages, standard deviation and Interquartile range, and inferential statistics using the paired t-test.

The study results revealed that after participating in the program, the experimental group showed a 100.00% improvement in knowledge, while the control group demonstrated an 83.33% improvement. Regarding self-care behaviors, 86.67% of the experimental group exhibited very good self-care behaviors after the program, compared to an 83.33% improvement in the control group. Additionally, the mean scores for knowledge, self-care behaviors, and FBS levels after fasting for 8 hours significantly improved in the experimental group compared to the pre-intervention phase, with statistical significance at the 0.01 level.

Therefore, tailoring content specific to the target group using digital media to enhance motivation, alongside structured program design and support, can empower diabetes patients to effectively manage their blood sugar levels. Providing nutritional counseling to raise awareness on a broader scale can help inform the development of policies for elderly diabetes care. This approach will create more appropriate and comprehensive treatment guidelines at both local and national levels.

Keyword : Uncontrolled Plasma Glucose Level of Diabetic, Older adults, Self-care promotion program

*Senior Public Health Academic Officer Samet Tai Sub-District Health Promoting Hospital

บทความวิจัย

บทนำ (Introduction)

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั้งในระดับโลกและประเทศไทย โดยเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและเพิ่มภาระทางสุขภาพในประชากร สถานการณ์โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สาเหตุส่วนใหญ่ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เช่น ภาวะอ้วน ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ระดับไขมันในเลือดสูง และระดับความดันโลหิตสูง นำไปสู่การเกิดโรคได้ (กรมควบคุมโรค, 2562) ซึ่งโรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรถึง 41 ล้านคนทั่วโลก หรือคิดเป็นร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตของประชากรโลกทั้งหมด ถือว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ โดยเฉพาะโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง (กรมควบคุมโรค, 2565)

ในประเทศไทย โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่กว่า 3 แสนคน และมีจำนวนผู้ป่วยสะสมกว่า 3.3 ล้านคน (ดิเรก จำเริญ, 2566) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นเป้าหมายสำคัญเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคตา ไต และระบบหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเกิดจากการดูแลสุขภาพไม่เหมาะสม โดยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สามารถทำได้ด้วยการออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร และการจัดการความเครียด การดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เพราะการที่จะประสบผลสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานในระยะยาว ขึ้นอยู่กับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งต้องอาศัยการควบคุมตนเอง การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองด้วยความเอาใจใส่อย่างต่อเนื่อง โดยโรคเบาหวานในผู้สูงอายุมีความซับซ้อน และส่งผลกระทบในหลายมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและภาวะเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่จะรักษาด้วยการฉีดอินซูลิน เนื่องจากควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ด้วยยา ซึ่งแท้จริงแล้วภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถป้องกันได้ หากเพิ่มความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง และการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 8 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การดูแลความสะอาด การตรวจประเมินสภาพตนเอง การจัดการกับความเครียด การยอมรับการสนับสนุนจากสังคมและการใช้การรักษาเสริม (อารมย์ อร่ามเมือง, 2567) โดยการสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในการควบคุม และพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น เพื่อให้เกิดผลต่อการปฏิบัติในสภาวะการดำเนินชีวิตประจำวัน สามารถเปลี่ยนแปลงหรือปรับตนเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้ เน้นการให้ความสำคัญของบุคคล สมรรถภาพของร่างกายและสังคม เพราะการส่งเสริมสุขภาพมิใช่เป็นความรับผิดชอบขององค์กรในด้านสุขภาพเท่านั้น หากรวมไปถึงความรับผิดชอบของบุคคล

บทความวิจัย

ที่จะต้องดำเนินชีวิตอย่างมีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพที่ดี อันนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของบุคคล , ครอบครัว ชุมชน และสังคมต่อไป (ระบบคลังข้อมูลทางวิชาการ BRU, 2566)

อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา มีจำนวนประชากรทั้งหมด 45,541 คน เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 10,557 คน คิดเป็นร้อยละ 23.18 ของประชากรทั้งหมด จากสถานการณ์โรคเบาหวานในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลเสม็ดใต้ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา ในปี พ.ศ.2564-2566 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วย โรคเบาหวาน ร้อยละ 7.28 , 7.32 และ 7.40 ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ($HbA1c > 7$) ร้อยละ 71.58 , 76.73 และ 54.29 ตามลำดับ อีกทั้งยังพบภาวะแทรกซ้อนทางตา เท้า ไต ร้อยละ 6.72 , 9.72 และ 8.33 (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ Health Data Center (HDC), 2567) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจเกิดจากการบริโภคอาหารที่มีไขมัน น้ำตาลที่มีพลังงานสูงร่วมกับการขาดการออกกำลังกาย หรือมีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยก็เป็นสาเหตุสำคัญของการเป็นเบาหวานด้วย อย่างไรก็ตามสาเหตุเหล่านี้ เป็นสิ่งที่ปรับเปลี่ยนได้ โดยจำเป็นต้องให้ผู้เป็นเบาหวานมีส่วนร่วมในการจัดการตนเอง จากการวิจัยที่พบว่าการจัดการตนเองเมื่อเป็นโรคเบาหวานช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้น (สาวิตรี นามพะราช, 2561) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) เฉลี่ย $215.9(\pm 47.6)$ mg/dL ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) เฉลี่ย $11.6(\pm 2.2)$ เปอร์เซ็นต์ หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) เฉลี่ย $129.8(\pm 32.6)$ mg/dL ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) เฉลี่ย $7.8(\pm 1.4)$ ร้อยละมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ปพิชญา พรหมจันทร์, 2566) และ พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนเข้ากลุ่มเท่ากับ 216 mg/dL และ หลังเข้ากลุ่มเท่ากับ 162 mg/dL เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลหลังเข้ากลุ่มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $< .001$ (ศรัณญา แก้วคำลา, 2563)

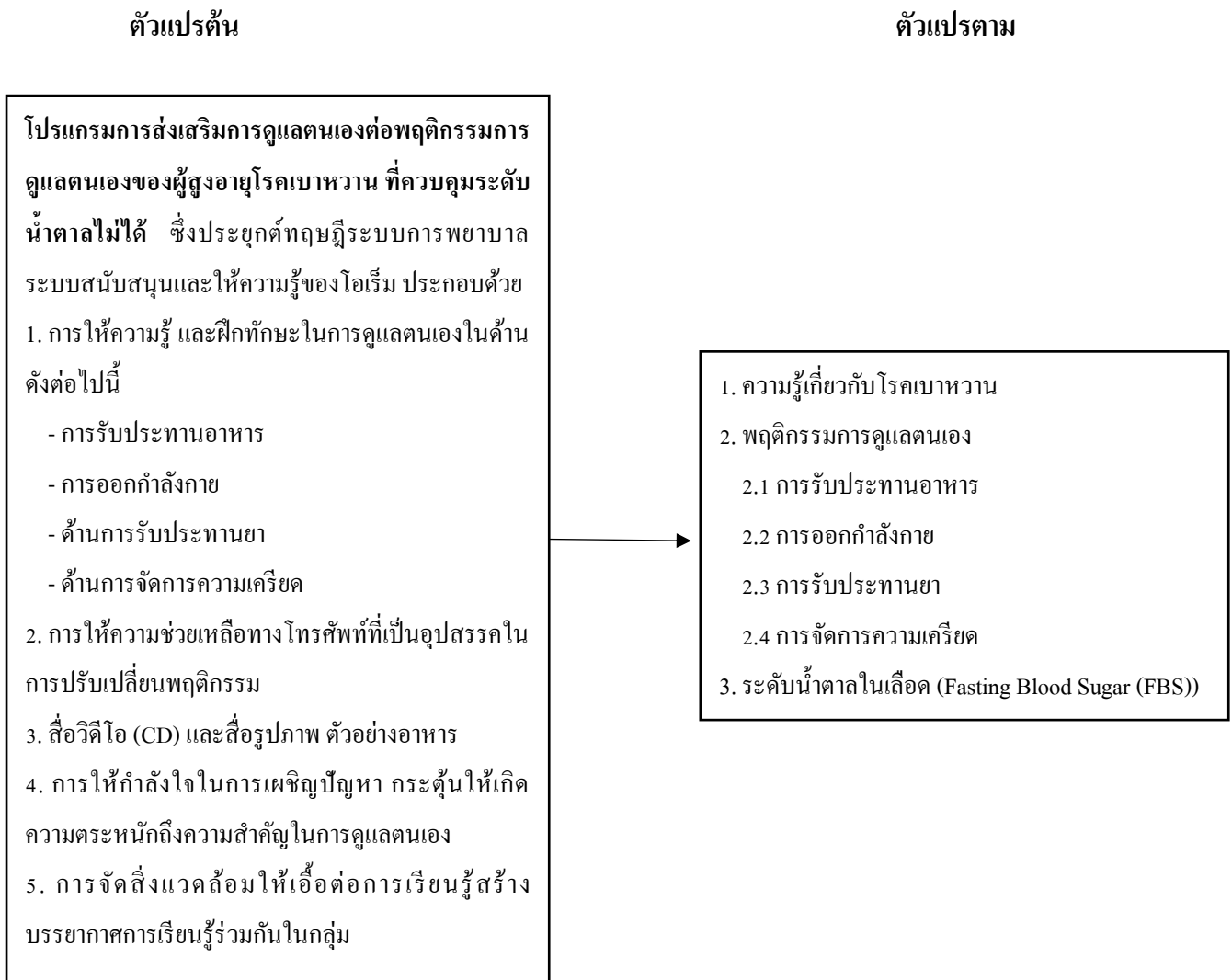
ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสม็ดใต้ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem) (กมลพรรณ จักรแก้ว, 2561) เพื่อให้สามารถนำความรู้ดังกล่าว มาช่วยออกแบบจัดการหรือส่งเสริมปัจจัยเหล่านั้น ให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับการวางแผนพัฒนา ส่งเสริมการดูแลตนเองและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองเพื่อ ป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

บทความวิจัย

วัตถุประสงค์ (Objective)

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar: FBS) ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง

กรอบแนวคิด (Research Framework)



ภาพที่ 1 ภาพแสดงกรอบแนวคิดของการวิจัย

บทความวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) โดยใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (pre-test and post-test two-group comparison) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสม็ดได้ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในงานวิจัยนี้คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และป่วยด้วยโรคเบาหวาน จำนวน 103 คน ซึ่งมีระดับน้ำตาลในเลือดที่ควบคุมไม่ได้ โดยรับบริการในคลินิกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสม็ดได้ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา

กลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งป่วยเป็นโรคเบาหวานและมีระดับน้ำตาลในเลือดที่ควบคุมไม่ได้ ($HbA1C \geq 7.0\%$) จำนวน 60 คน โดยรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสม็ดได้ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา วิธีการสุ่มใช้ Simple Random Sampling โดยการนำรายชื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสม็ดได้ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา มาใส่กล่องแล้วทำการสุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัคร (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เข้ารับบริการในคลินิกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสม็ดได้
2. มีค่าระดับฮีโมโกลบิน A1C ($HbA1C$) $\geq 7.0\%$ ขึ้นไป (คัดเลือกโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ,พยาบาลวิชาชีพ)
3. ได้รับการรักษามาไม่ต่ำกว่า 6 เดือน และได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทาน
4. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวาน
5. สามารถสื่อสารและอ่านหนังสือภาษาไทยได้
6. ช่วยเหลือตนเองได้ดี และสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม

เกณฑ์การแยกอาสาสมัคร (Exclusion Criteria)

1. ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้อย่างต่อเนื่องตามที่กำหนด
2. เป็นผู้มีอาการเจ็บป่วย เช่น อาการน้ำตาลในเลือดต่ำ อาการไม่สบายต่างๆ

บทความวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยพัฒนาเพื่อวัตถุประสงค์ของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสม็ดได้อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยดัดแปลงแบบสอบถามจาก กมลพรรณ จักรแก้ว (2561) แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ประวัติป่วยด้วยโรคเบาหวาน ช่องทางการได้รับข้อมูลข่าวสาร จำนวน 9 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน จำนวน 17 ข้อ มีลักษณะเป็นคำตอบให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ถูก และผิด การแปลผลระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม (bloom and others, 1965) ดังนี้

คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (12 ขึ้นไป) หมายถึง ความรู้ระดับสูง

คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79 (7-11) หมายถึง ความรู้ระดับปานกลาง

คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (น้อยกว่า 6) หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเอง จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะเป็นคำตอบให้เลือกตอบ 5 ตัวเลือก โดยใช้แบบวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ โดยในแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย

การแปลผลระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยพิจารณาตามเกณฑ์ ดังนี้

ระดับคะแนน 41 ขึ้นไป หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในระดับดี

ระดับคะแนน 21-40 หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง

ระดับคะแนน 0-20 หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง Fasting Blood Sugar (FBS) โดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ควบคุมโรคได้ดี เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับ FBS น้อยกว่า 130 mg/dL

2. กลุ่มควบคุมโรคพอใช้ เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับ FBS ระดับ FBS 130 - 159 mg/dL และไม่มีโรคแทรกซ้อนทาง ตา ไต เท้า

บทความวิจัย

3. กลุ่มควบคุมโรคไม่ดีเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับ FBS มากกว่า 180 mg/dL และมีโรคแทรกซ้อนรุนแรง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ซึ่งประยุกต์ทฤษฎีระบบการพยาบาล ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเรม ซึ่งในโปรแกรมประกอบไปด้วย การให้ความรู้ และฝึกทักษะในการดูแลตนเอง การให้ความช่วยเหลือทางโทรศัพท์ที่เป็นอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ลำดับ	กิจกรรม	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
ลำดับที่ 1	ชี้แจงวัตถุประสงค์ และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยศึกษาจากข้อมูลแฟ้มประวัติคนไข้	ชี้แจงวัตถุประสงค์ และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยศึกษาจากข้อมูลแฟ้มประวัติคนไข้
ลำดับที่ 2	กิจกรรมทบทวนความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร พร้อมทั้งตอบข้อสงสัยและแก้ไขปัญหาเฉพาะบุคคล รวมถึงให้คำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสม และการจัดการความเครียด	
ลำดับที่ 3-4	เยี่ยมบ้านคนละ 1 ครั้ง เพื่อประเมินและติดตามการดูแลตนเอง สื่อสาร และดูแบบบันทึกการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง	
ลำดับที่ 5	ติดตามและกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ เรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด	

บทความวิจัย

ลำดับที่	กิจกรรม	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
ลำดับที่ 6	กลุ่มตัวอย่างร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้วิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลหลังเข้าโปรแกรม	เก็บรวบรวมข้อมูลหลังเข้าโปรแกรม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยหาค่าความสอดคล้อง IOC (Index of Item Objective Congruence) พบว่า มีค่าความสอดคล้องเท่ากับ 0.87 จากนั้นนำแบบสอบถามไปใช้ทดลองใช้กับกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสม็ดเหนือ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา โคนหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้แก่

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้ Kuder-Richardson (KR-20) มีค่าเท่ากับ 0.85
2. พฤติกรรมการดูแลตนเอง นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient) เท่ากับ 0.90

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา หมายเลขโครงการ PH_CCO_REC 047/2567 เมื่อวันที่ 19 มิถุนายน 2567 ประเภทรายการรับรองแบบครบชุด (Full Board) และผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลโดยชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์การวิจัยประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลชี้แจงสิทธิการเข้าร่วมด้วยความสมัครใจรวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยชี้แจงขั้นตอนการวิจัย ต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา และได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน โดยเริ่มจาก

บทความวิจัย

การชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการวิจัยแก่บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสม็ดได้ เพื่อนำไปสู่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นได้จัดเตรียมเอกสาร คู่มือ และสถานที่สำหรับการดำเนินการวิจัย รวมถึงการสร้างกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยมีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องในช่วงระยะเวลาหกสัปดาห์ ทั้งนี้ กลุ่มควบคุมจะมีการเก็บข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเช่นเดียวกัน เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์และความสำเร็จของการวิจัยอย่างเป็นระบบ และถูกต้องต่อไป ตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ นำมาประมวลผล และวิเคราะห์ เพื่อสรุปผลการศึกษา จากนั้นจะนำข้อมูลที่ได้อามาสรุบทำข้อมูลและทำการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range, IQR) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum)

2. สถิติเชิงอนุมาน ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรม รวมถึงค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง Fasting Blood Sugar (FBS) ก่อนและหลังโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Paired t-test โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.01$

ผลการวิจัย (Result)

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.67) อายุต่ำสุด 60 ปี และสูงสุด 76 อายุเฉลี่ย 64.93 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 66.67) และการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 86.67) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 9,440 บาท (S.D. = 0.18) และประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 60.00) โดยส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคเบาหวานมากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 70.00)

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานที่อยู่ในระดับต่ำ โดยมีร้อยละ 74.19 สำหรับกลุ่มทดลองซึ่งมีผลค่าเฉลี่ยที่ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่มีระดับความรู้สูงถึงร้อยละ 76.67 หลังการ

บทความวิจัย

เข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองแสดงให้เห็นถึงคะแนนความรู้ที่เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100 ซึ่งแสดงถึงการพัฒนาอย่างชัดเจน ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความรู้หลังการทดลองเป็นร้อยละ 83.33

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานโดยรวม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=30)

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ระดับสูง	0.00	0.00	30.00	100.00	23.00	76.67	25.00	83.33
ความรู้ระดับปานกลาง	7.00	23.33	0	0.00	7.00	23.33	5.00	16.67
ความรู้ระดับต่ำ	23	76.67	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
รวม	30	100	30	100	30	100	30	100

3. พฤติกรรมการดูแลตนเอง

พฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนการเข้าร่วมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมอยู่ในระดับดีมากที่สุดที่ ร้อยละ 86.67 หลังการเข้าร่วมโปรแกรมผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองแสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมที่อยู่ในระดับดีมากที่สุดที่ ร้อยละ 100 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลางที่ร้อยละ 73.33 ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งหลังจากการเข้าร่วมได้ปรับตัวขึ้นเป็นร้อยละ 83.33 ในระดับดีมากที่สุด

ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)

การวัดระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยอยู่ที่ 215.9 mg/dL และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมลดลงเป็น 129.8 mg/dL ในขณะที่กลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลก็อยู่ที่ 216 mg/dL ก่อนการทดลองและลดลงเป็น 162 mg/dL หลังการทดลอง พบว่าทั้งสองกลุ่มมีแนวโน้มในการลดระดับน้ำตาลในเลือด แต่การลดลงในกลุ่มทดลองมีความนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) มากกว่ากลุ่มควบคุม

บทความวิจัย

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ระหว่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มควบคุม (n=30)	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน			
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	74.19%	76.67%	
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	100.00%	83.33%	< 0.01
พฤติกรรมการดูแลตนเอง			
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	86.67%	73.33%	
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	100.00%	83.33%	< 0.01
ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)			
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	215.9 ± 29.8 mg/dL	216.0 ± 25.7 mg/dL	
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	129.8 ± 12.5 mg/dL	162.0 ± 23.6 mg/dL	< 0.01

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

การสรุปผลการวิจัย

โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองที่ใช้ทฤษฎีโอเร็มสามารถเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองและลดระดับน้ำตาลในเลือดในผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ผลลัพธ์แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพในระยะสั้นโดยการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในกลุ่มทดลองจากร้อยละ 74.19 เป็นร้อยละ 100 และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มจากร้อยละ 86.67 เป็นร้อยละ 100 นอกจากนี้ ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ลดลงจาก 215.9 mg/dL เป็น 129.8 mg/dL อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) อย่างไรก็ตาม ควรศึกษาผลกระทบระยะยาวเพิ่มเติมเพื่อยืนยันความยั่งยืนของโปรแกรมนี้อย่างไรก็ตาม

อภิปรายผลการวิจัย

ความรู้ของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 สอดคล้องกับงานวิจัยของ อารมย์ อร่ามเมือง (2566) ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการ

บทความวิจัย

ดูแลตนเองผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนกระดังงา อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานมีความรู้และทัศนคติอยู่ในระดับสูง ($M=17.46$, $SD=0.81$; $M=47.06$, $SD=2.50$) จำแนกตามรายชื่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบถูกต้องมากที่สุดคือ โรคเบาหวานนี้เป็นโรคที่ร่างกายมีน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 126 มก./ดล. โรคเบาหวานเป็นภาวะที่ระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Plasma Glucose, FPG) มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 126 มก./ดล. หลังจากอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง หรือระดับน้ำตาลในเลือด 2 ชั่วโมงหลังรับประทานอาหารมีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 200 มก./ดล. ทั้งนี้ การวินิจฉัยยังอาจใช้เกณฑ์อื่น เช่น ค่า $HbA1c \geq 6.5\%$ (American Diabetes Association, 2023) และ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ระดับดี ร้อยละ 76.67 จำแนกตามรายชื่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบถูกต้องมากที่สุดคือ ผู้ป่วยเบาหวานควรดูแลเท้าเป็นพิเศษโดยการใส่รองเท้าที่นุ่ม พอดีเท้าเพื่อช่วยให้การไหลเวียนของเลือดบริเวณเท้าดี ร้อยละ 100.00 การดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดีอาจทำให้เกิดปัญหาการไหลเวียนเลือดที่เท้า ซึ่งอาจนำไปสู่การเกิดแผลและการติดเชื้อได้ ดังนั้นการสวมรองเท้าที่นุ่มและพอดีเท้าจึงเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยในการรักษาสุขภาพเท้า โดยช่วยให้การไหลเวียนของเลือดดีขึ้นและลดความเสี่ยงจากการบาดเจ็บ รองลงมาได้แก่ การจัดการความเครียด โดยทำกิจกรรมที่ชอบ เช่น ฟังเพลง อ่านหนังสือ เล่นดนตรี ดูโทรทัศน์ ฯลฯ ฝึกสมาธิหรือทำงานอดิเรก ร้อยละ 96.67 ซึ่งความเครียดสามารถเพิ่มระดับฮอร์โมนคอร์ติซอล ซึ่งส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นในผู้ป่วยเบาหวาน การทำกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลาย เช่น การฟังเพลงหรือทำงานอดิเรก ช่วยลดระดับคอร์ติซอลในร่างกาย และช่วยรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้สมดุล (Chida & Steptoe, 2010) โดยการจัดการความเครียดผ่านการฝึกสมาธิหรือกิจกรรมผ่อนคลาย ช่วยเพิ่มความไวต่ออินซูลินและลดระดับน้ำตาลในเลือดโดยตรง ซึ่งมีผลดีต่อการควบคุมโรคในระยะยาว (Hartmann et al., 2012)

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างหลังใช้โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.01$ สอดคล้องกับการศึกษาของอารมย์ อร่ามเมือง (2567) ที่พบว่า ระดับความรู้และทัศนคติในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง ($M=17.46$, $SD=0.81$; $M=47.06$, $SD=2.50$) ภายหลังการทดลองผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง ($p < 0.01$) และภายหลังการทดลองผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง ($p < 0.01$)

บทความวิจัย

ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง Fasting Blood Sugar (FBS) ของกลุ่มตัวอย่างหลังใช้โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับการศึกษาของของสาวิตรี นามพะราช (2561) และศรัณญา แก้วคำลา (2563) ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลหลังเข้ากลุ่มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ปิพิชญา พรหมจันทร์ 2566 ศึกษาเรื่อง ผลของการเข้าโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลมุกดาหาร พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) เฉลี่ย $215.9 (\pm 47.6)$ มก./ดล. ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) เฉลี่ย $11.6 (\pm 2.2)$ เปอร์เซ็นต์ หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) เฉลี่ย $129.8 (\pm 32.6)$ มก./ดล. ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) เฉลี่ย $7.8 (\pm 1.4)$ เปอร์เซ็นต์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

กลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างหลังใช้โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.01$ สอดคล้องกับงานวิจัยของ วรางคณา บุตรศรี (2564) ที่พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความตระหนักรู้ ทักษะการจัดการตนเอง และพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของกลุ่มตัวอย่างหลังใช้โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ > 0.05 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้แม้หลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง อาจไม่เปลี่ยนแปลงเนื่องจากหลายปัจจัย เช่น การขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำ ความไม่เข้าใจในโปรแกรม หรือการที่ปัจจัยด้านสุขภาพพื้นฐาน เช่น โรคประจำตัวอื่น ๆ หรือความบกพร่องทางร่างกาย ขัดขวางความสามารถในการดูแลตนเอง การปรับปรุงพฤติกรรมอาจต้องใช้วิธีที่เฉพาะเจาะจงและเหมาะสมกับแต่ละบุคคล รวมถึงการสนับสนุนทางจิตใจและสังคม

ข้อเสนอแนะของการวิจัย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งนี้

1. พัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเองโดยปรับเนื้อหาที่เน้นเฉพาะกลุ่ม เช่น การให้คำแนะนำแบบตัวต่อตัวสำหรับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองต่ำ และการใช้สื่อดิจิทัลในการกระตุ้นแรงจูงใจ เช่น แอปพลิเคชันติดตามการออกกำลังกาย และการรับประทานอาหาร

บทความวิจัย

2. จัดกิจกรรมรณรงค์ในชุมชนโดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่หนาแน่น เช่น การตั้งคลินิกชุมชนเคลื่อนที่ให้บริการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด และให้คำปรึกษาด้านโภชนาการเพื่อสร้างความตระหนักรู้ในวงกว้าง

3. ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้สนับสนุนการพัฒนานโยบายเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน เพื่อสร้างแนวทางการรักษาที่เหมาะสมและครอบคลุมมากขึ้นในระดับท้องถิ่นและระดับประเทศ

4. เพื่อให้สามารถนำความรู้ดังกล่าว มาช่วยออกแบบจัดการหรือส่งเสริมปัจจัยเหล่านั้นให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับการวางแผนพัฒนา ส่งเสริมการดูแลตนเองและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมในระยะยาว โดยเพิ่มการวัดผลแบบต่อเนื่อง เช่น การเก็บข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยรายเดือน และการสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างละเอียด ทุก 3 เดือน เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี

2. ควรมีการประเมินผลกระทบทางจิตใจและสังคมของโปรแกรมต่อผู้สูงอายุ เช่น ความรู้สึกของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดูแลตนเอง หรือความมั่นคงทางจิตใจในการจัดการกับโรคเบาหวาน เพื่อให้เข้าใจถึงผลกระทบที่อาจไม่ได้มองเห็นจากแค่การควบคุมระดับน้ำตาล

3. ควรมีการศึกษาวเคราะห์ต้นทุน-ผลประโยชน์ (Cost-Benefit Analysis) เพื่อประเมินความคุ้มค่าของโปรแกรมในด้านต่างๆ เช่น ต้นทุนทางการเงิน ความสามารถในการเข้าถึง และประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้สูงอายุ

4. ควรมีการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ เพราะครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการช่วยผู้สูงอายุในการปฏิบัติตามโปรแกรมการดูแลตนเอง การศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องนี้อาจช่วยให้โปรแกรมมีความยั่งยืนและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

American Diabetes Association. (2023). Classification and diagnosis of diabetes: Standards of medical care in diabetes—2023. Diabetes Care, 46(Supplement_1), S19–S40.

บทความวิจัย

- Hartmann, M., Kopf, S., Kircher, C., Faude-Lang, V., Djuric, Z., Augstein, F., ... & Friederich, H. C. (2012). Sustained effects of a mindfulness-based stress-reduction intervention in type 2 diabetic patients: Design and first results of a randomized controlled trial (the Heidelberger Diabetes and Stress-study). *Diabetes Care*, 35(5), 945-947.
- กรมควบคุมโรค. (2562). รายงานสถานการณ์โรค NCDs 2562 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 29 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/publish/103582020100507/3556.pdf>
- กรมควบคุมโรค. (2565). คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 29 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/137692230127075004.pdf>
- ดิเรก จำเริญ. (2566). สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 29 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaipbs.or.th/news/content/333847>
- ปพิชญา พรหมจันทร์. (2566). ผลของการเข้าโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลมุกดาหาร [ออนไลน์]. โรงพยาบาลมุกดาหาร. [เข้าถึงเมื่อ 24 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก : https://mukhos.moph.go.th/media/researchs/2023/10/16/The_effect_of_....pdf
- ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ Health Data Center (HDC). (2565). สถานการณ์โรคเบาหวาน [อินเทอร์เน็ต]. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา. [เข้าถึงเมื่อ 29 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://cco.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=envocc/format1.php>.
- ระบบคลังข้อมูลทางวิชาการ BRU. (2566). แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 29 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://dspace.bru.ac.th/xmlui/bitstream/handle/123456789>
- วรางคณา บุตรศรี. (2564). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. *วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น*, 18(1), 13-25.
- ศรัณญา แก้วคำลา. (2563). ประสิทธิภาพของกระบวนการกลุ่มต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานคลินิกเบาหวานงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเสลภูมิ. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 17(3), 179-184.

บทความวิจัย

สาวิตรี นามพะชาย.(2561).ผลของโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้.นครปฐม:คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

อารมย์ อร่ามเมือง.(2566). ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนกระดังงา อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต, 3(1), 25-36.

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN ของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสตูล

วราภรณ์ เส้นสมมาตร¹ รัตนภรณ์ ใจอาษา² และอรพรรณ ก้อนหิน³

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive researchแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN ของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านแรงจูงใจ และแรงสนับสนุนทางสังคมกับการมีส่วนร่วมการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN ของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสตูล กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสตูล ได้มาโดยการสุ่มอย่างเป็นระบบ จำนวน 250 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม จำนวน 4 ส่วน ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ได้เท่ากับ 0.80 และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ที่จับได้เท่ากับ 0.86 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ แจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.70 อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 18-30 ปี ร้อยละ 42.90 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 70.00 ลักษณะงานส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 71.10 การมีส่วนร่วมการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN ของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน เฉลี่ยรวมทุกด้าน อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =3.56, S.D=0.74) และโดยรวมอยู่ในระดับมาก ปัจจัยด้านการกระตุ้นติดตาม ด้านการได้รับการสร้างขวัญและกำลังใจจากผู้บริหาร ด้านแรงจูงใจ ด้านการให้โอกาสการมีส่วนร่วม สามารถทำนายด้านการมีส่วนร่วมการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN ของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 54.70 (R^2 =0.547, β =0.157, p =0.010) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม, อนามัยสิ่งแวดล้อม, GREEN & CLEAN

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยปทุมธานี

² นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

³ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ เทศบาลตำบลนครชุมอำเภอเมืองจังหวัดกำแพงเพชร

*ผู้ประพันธ์บรรณกิจ; อรพรรณ ก้อนหิน, Email: looktan51.1994@gmail.com

Factors relating participation in environmental health operations according to the criteria GREEN & CLEAN of community hospital personnel Satun Province

Waraporn Sensommart¹ Rattanaporn jaiarsa² and Oraphan Konhin³

Abstract

The cross-sectional descriptive research attempted objectives of this research are 1) to study the participation in environmental health operations according to the GREEN & CLEAN criteria of community hospital personnel 2) to study the relationship between motivational factors and social support with participation in environmental health operations according to GREEN & CLEAN criteria of community hospital personnel. The sample group consisted of 280 personnel working in community hospitals through systematic random sampling. The research instrument was a 4-part questionnaire. The quality of the instrument was checked by 5 experts. The index of concordance (IOC) was equal to 0.80, and (Reliability) for the whole version was equal to 0.86. Statistics used for data analysis were frequency distribution, percentage, mean and standard deviation, and Stepwise multiple regression statistics

The results of the study found that the majority of the sample were female, 90.70 percent. Most of them were between 18-30 years old, 42.90 percent. Most of the education levels were bachelor's degrees, 70.00 percent. Most of the work was professional nurses, 71.10 percent. Participation in environmental health operations according to GREEN & CLEAN criteria of community hospital personnel. Average all aspects at a high level ($\bar{X}$ =3.56, S. D=0.74). Factors in stimulating follow-up In terms of receiving morale and encouragement from executives, in terms of motivation, in providing opportunities for participation. Able to predict participation in environmental health operations according to the GREEN & CLEAN criteria of community hospital personnel, 54.70 percent ($R^2=0.547$, $\beta=0.157$, $p=0.010$). Statistically significant at the .05 level.

Keyword: Participation, Environmental health, GREEN & CLEAN

¹ Master of Public Health Program, Pathumthani University

² Public Health Technical Officer Lampang Provincial Health Office

³ Public Health Technical Officer Nakhon Chum Municipality Office.

*Corresponding Author; Oraphan Konhin, Email: looktan51.1994@gmail.com

บทความวิจัย

บทนำ (Introduction)

งานอนามัยสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุข เป็นไปตามกฎหมายที่สำคัญ คือ พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 พระราชบัญญัติ ส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535 และแผนยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2555-2559 ประเด็นยุทธศาสตร์การคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพของประชาชน ลดความเสี่ยง ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมจากการจัดบริการของสถาน บริการสาธารณสุข การพัฒนาสุขภาพอย่างยั่งยืนและ เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม (Sustainable and Ecological Sanitation) ลดปัญหาโลกร้อนและวิกฤตด้านพลังงาน ของประเทศไทย (กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม, 2565)

หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญต่อการลดภาวะโลกร้อน การใช้พลังงาน และเชื้อเพลิง การจัดการของเสียจากตึกผู้ป่วย โรงอาหาร ร้านอาหารในสถานบริการ สิ่งปฏิกูลในสถาน บริการสาธารณสุข ประกอบด้วย 5 กิจกรรมที่เรียกว่า GREEN ได้แก่ 1. การจัดการขยะทุกประเภทและการใช้ประโยชน์จากสิ่งปฏิกูล (Garbage) 2. การพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาดเพียงพอ และปลอดภัย (Restroom) 3. การจัดการด้านพลังงาน (Energy) 4. การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อ ช่วยลดภาวะโลกร้อน และเอื้อต่อสุขภาพ (Environment) 5. การจัดการสุขภาพอาหารและน้ำ (Nutrition) เพื่อให้สามารถบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ได้อย่างมีประสิทธิภาพและไม่ส่งผลกระทบต่อชุมชน โดยรอบ รวมถึงเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่ผู้มาใช้บริการในโรงพยาบาลและขยายผลสู่สังคม โดยมีกลยุทธ์ในการดำเนินงานที่เรียกว่า CLEAN ได้แก่ 1. การสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างความเข้าใจและความร่วมมือจากบุคลากร ผู้มารับบริการและญาติ รวมถึงภาคีเครือข่าย อื่นๆ (Communication) 2. สร้างผู้นำเพื่อเป็นตัวอย่างในการดำเนินงาน ตัวแบบที่สำคัญอาจเป็น “ผู้บริหาร” หรือ “หัวหน้างาน” หรือ “ผู้ที่เป็นแกนหลักในการดำเนินการ” (Leader) และขยายผลสู่องค์กรในภาพรวม 3. เกิดผลอย่างมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นรูปธรรม และประเมินประสิทธิภาพในด้านต่างๆ ได้ (Effectiveness) 4. สร้างกิจกรรมเพื่อสร้างจิตสำนึกอย่างมีส่วนร่วม มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน อันจะ นำไปสู่นวัตกรรมใหม่ๆ (Activity) 5. ความร่วมมือกับ ภาคีเครือข่ายชุมชนและท้องถิ่นการขยายผลการดำเนินงานสู่สถานบริการสาธารณสุขและหน่วยงานอื่นๆ (Network) (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2565) กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายให้โรงพยาบาลในสังกัดมีการจัดสภาพสิ่งแวดล้อมให้เป็นสถานที่ทำงาน น่าอยู่ น่าทำงาน พร้อมในการให้บริการผู้ป่วยที่มารับการรักษาพยาบาล รวมทั้งมีการส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อมในการทำงาน การจัดการด้านขยะ การประหยัดพลังงาน มีสภาพแวดล้อมที่ดี รวมทั้งมี บรรยากาศที่ส่งเสริมการทำงานของบุคลากรในหน่วยงานให้มีสุขภาพดี และมีความสุขในการทำงาน

บทความวิจัย

การดำเนินการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลให้ได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital จะประสบความสำเร็จการบริหารจัดการแนวใหม่เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของหน่วยงานและการทำงานเป็นทีม การบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการของการให้ผู้อยู่ได้บังคับบัญชามีส่วน เกี่ยวข้องในกระบวนการตัดสินใจ เน้นการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องอย่างแท้จริงของบุคคล ใช้ความคิดสร้างสรรค์และความเชี่ยวชาญของพวกเขาในการแก้ปัญหาของการบริหารที่สำคัญ จากปัญหาดังกล่าว และการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามแนวคิด ทฤษฎีของ Cohen and Uphoff (1977) ได้เสนอแนวคิดเบื้องต้นในการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมว่ามี 3 มิติ (Dimensions) โดยมิติการมีส่วนร่วมจะประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ (Implementation) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล มีหลายปัจจัย ประกอบด้วย ปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคลากร ปัจจัยการสนับสนุนจากผู้นำ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ตัวแปรที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านแรงจูงใจ ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล การได้รับการสร้างขวัญและกำลังใจจากผู้บริหาร การให้โอกาสการมีส่วนร่วม การกระตุ้นติดตาม

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN ของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษานี้จะนำไปสู่การพัฒนาให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลให้พัฒนาการดำเนินงาน อนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ให้ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับสูงต่อไป

วัตถุประสงค์ (Objective)

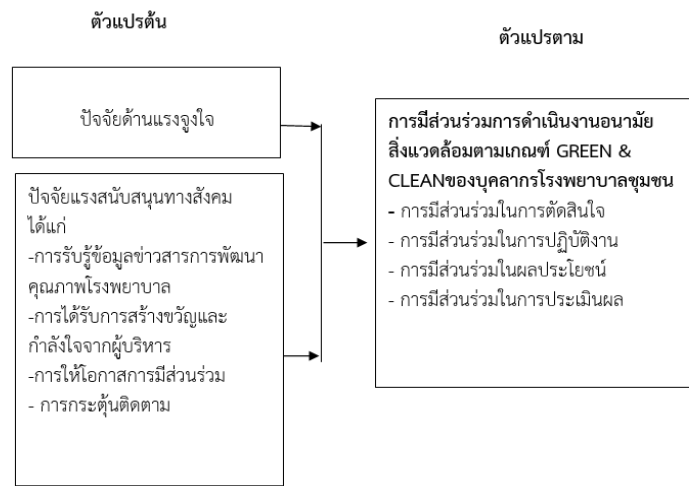
1. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN ของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสตูล
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านแรงจูงใจ และแรงสนับสนุนทางสังคม กับการมีส่วนร่วมการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN ของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสตูล

บทความวิจัย

สมมติฐาน (Hypothesis)

ปัจจัยด้านแรงจูงใจ และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN ของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสตูล

กรอบแนวคิด (Research Framework)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology) (AngsanaUPC 16 pt ตัวหนา ชิดซ้าย)

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรในการศึกษานี้ได้แก่ บุคลากรโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสตูล จำนวน 784 คน
2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาผู้วิจัยได้กำหนดขนาดตัวอย่าง ประมาณสัดส่วนกลุ่มตัวอย่าง โดย

ใช้สูตรตามแนวคิดของ Daniel (1970) มีดังนี้

$$n = \frac{Nz^2pq}{d^2(N-1) + z^2pq}$$

จากสูตร	n	=	
เมื่อ	N	=	จำนวนประชากรทั้งหมด
	n	=	ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
	z	=	กำหนดค่ามาตรฐานสถิติคือ 1.96
	d	=	ความคลาดเคลื่อนสมมุติที่ยอมให้เกิดได้เท่ากับ 0.05

บทความวิจัย

p = อัตราส่วนของเรื่องที่น่าสนใจ คือ 0.39
(ประชากรณ์ ทัพโพธิ์, 2557)

q = $1 - p$

แทนค่า

$$n = \frac{784 (1.96)^2 (0.39) (0.61)}{0.05^2 (784 - 1) + (1.96)^2 (0.39) (0.61)} = 249.361$$

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้คือ 250 คน จากนั้นผู้วิจัยได้สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักความน่าจะเป็น (Probability Sampling) โดยเลือกสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ (Systematic random sampling) กำหนดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละแผนกโดยใช้สูตรดังนี้ $N/n = K$ แทนค่าได้ดังนี้ $784/250 = 3$ ผู้วิจัยได้กำหนดการสุ่มกลุ่มตัวอย่างหน่วยที่ถูกคัดเลือกโดยใช้ทะเบียนรายชื่อเป็นเกณฑ์ในแต่ละแผนกจะเป็นหน่วยที่ 2 โดยใช้เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) มีคุณสมบัติ เพศหญิงและเพศชาย ยินดี เต็มใจที่จะเข้าร่วมทำการศึกษาในครั้งนี้ และเกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria) คือกลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวออกจากเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ประกอบด้วย 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยแรงจูงใจ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN ของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 5 ข้อ

มีลักษณะเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) ตามแนวคิดของลิเคิร์ท (Likert) 5 ระดับ (บุญชม ศรีสะอาด, 2549) คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

การแปลผล

ข้อความเชิงบวก

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

บทความวิจัย

ข้อความเชิงลบ

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

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ได้เท่ากับ 0.80 และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ที่งัดได้เท่ากับ 0.86

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการเก็บข้อมูลที่มีความหลากหลาย เพื่อให้สามารถเก็บข้อมูลได้อย่างสอดคล้องและเหมาะสมกับบริบท เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ และความน่าเชื่อถือในระดับสูง โดยมีวิธีการดังนี้

1. การรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง
2. การรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ บุคลากรที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติเชิงอนุมาน ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามเป็นรายข้อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม โดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

บทความวิจัย

ผลการวิจัย (Result)

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n=280)

ปัจจัยส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ
เพศ			
	ชาย	26	9.30
	หญิง	254	90.70
อายุ (ปี)			
	ระหว่าง 18-30 ปี	120	42.90
	ระหว่าง 31-40 ปี	47	16.80
	ระหว่าง 41-50 ปี	81	28.90
	ระหว่าง 51 ปี ขึ้นไป	32	11.40
$\bar{X}$ =36.23 ปี, S.D=10.97, Max= 59 ปี, Min=18 ปี			
ระดับการศึกษา			
	ประถมศึกษา	5	1.80
	มัธยมศึกษา/ปวช.	47	16.80
	อนุปริญญา/ปวส.	19	6.80
	ปริญญาตรี	196	70.00
	สูงกว่าปริญญาตรีขึ้นไป	12	4.30
ตำแหน่ง			
	ทันตแพทย์	1	0.40
	เภสัชกร	6	2.10
	พยาบาลวิชาชีพ	199	71.10
	พนักงานช่วยการพยาบาล	42	15.00
	อื่นๆ ระบุ	32	11.40
	รวม	280	100

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.70 อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 18-30 ปี ร้อยละ 42.90 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 70.00 ลักษณะงานส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 71.10

บทความวิจัย

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรวมด้าน เฉลี่ยรวมปัจจัยด้านแรงจูงใจต่อการมีส่วนร่วมการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN ของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน (n=280)

ปัจจัยด้านแรงจูงใจ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
แรงจูงใจต่อการมีส่วนร่วมการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม	31.95	5.72	ปานกลาง

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยรวมด้านแรงจูงใจ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=31.95$, S.D=5.72)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เฉลี่ยรวมปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN (n=280)

ปัจจัยด้านแรงสนับสนุน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร	3.58	1.10	มาก
การได้รับการสร้างขวัญและกำลังใจจากผู้บริหาร	3.28	0.88	ปานกลาง
การให้โอกาสการมีส่วนร่วม	3.73	1.11	มาก
การกระตุ้นติดตาม	3.35	0.74	ปานกลาง
เฉลี่ยรวมทุกด้าน	3.45	0.95	มาก

จากตารางที่ 3 พบว่า ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.58$, S.D=1.10) ด้านการได้รับการสร้างขวัญและกำลังใจจากผู้บริหาร กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.28$, S.D=0.88) ด้านการให้โอกาสการมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.73$, S.D=1.11) ด้านการกระตุ้นติดตาม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.35$, S.D=0.74) และโดยรวมอยู่ในระดับมาก

บทความวิจัย

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เฉลี่ยรวมด้านการมีส่วนร่วมการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN ของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน (n= 280)

ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	3.44	0.88	มาก
การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน	3.66	0.85	มาก
การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์	3.70	0.88	มาก
การมีส่วนร่วมในการประเมินผล	3.45	0.37	มาก
เฉลี่ยรวมทุกด้าน	3.56	0.74	มาก

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยรวม ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =3.44, S.D=0.88) ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน มีคะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =3.66, S.D=0.85) ด้านการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ มีคะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =3.70, S.D=0.88) ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผลมีคะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม

ตัวแปรต้น	R	R ²	F	Unstd.		Std.	t	p-value
				B	SE	Beta		
Constant				16.039	4.750		3.377	0.001
1. ด้านการกระตุ้นติดตาม	0.689	0.475	251.329	4.039	0.821	0.336	4.918	<0.001**
2. ด้านการได้รับการ สร้างขวัญและกำลังใจ จากผู้บริหาร	0.724	0.525	152.869	1.931	0.460	0.273	4.195	<0.001**
3. ด้านแรงจูงใจ	0.732	0.536	106.274	0.341	0.128	0.114	2.658	<0.008**
4. ด้านการให้โอกาสการ มีส่วนร่วม	0.740	0.547	83.025	0.632	0.244	0.157	2.588	0.010

**p-value < .01

บทความวิจัย

จากตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple linear regression) ของปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN ของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่เข้าสมการ พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN ของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ ปัจจัยด้านการกระตุ้นติดตาม ถูกคัดเลือกเข้าสมการเป็นอันดับแรก สามารถทำนายการทำนายการมีส่วนร่วมการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN ของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน ได้ร้อยละ 68.90 ด้านการได้รับการสร้างขวัญและกำลังใจจากผู้บริหาร สามารถทำนายการทำนายการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดปทุมธานี ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 72.40 ด้านแรงจูงใจ ถูกคัดเลือกเข้าสมการเป็นอันดับสาม สามารถทำนายด้านการมีส่วนร่วมการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN ของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 73.20 ด้านการให้โอกาสการมีส่วนร่วม ถูกคัดเลือกเข้าสมการเป็นอันดับสี่ สามารถทำนายด้านการมีส่วนร่วมการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN ของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 74.0

สรุปผลการวิจัย (Conclusion)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN ของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.70 อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 18-30 ปี ร้อยละ 42.90 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 70.00 ลักษณะงานส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 199 คน ร้อยละ 71.10
2. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยรวมด้านแรงจูงใจ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=31.95$, S.D=5.72)
3. ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.58$, S.D=1.10) ด้านการได้รับการสร้างขวัญและกำลังใจจากผู้บริหาร กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.28$, S.D=0.88) ด้านการให้โอกาสการมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.73$, S.D=1.11) ด้านการกระตุ้นติดตาม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.35$, S.D=0.74) และโดยรวมอยู่ในระดับมาก

บทความวิจัย

4. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยรวม ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.44$, S.D=0.88) ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน มีคะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.66$, S.D=0.85) ด้านการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ มีคะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.70$, S.D=0.88) ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผลมีคะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมาก

5. ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple linear regression) ของปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN ของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่เข้าสมการ พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN ของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ ปัจจัยด้านการกระตุ้นติดตาม ถูกคัดเลือกเข้าสมการเป็นอันดับแรก สามารถทำนายการมีส่วนร่วมการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN ของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน ได้ร้อยละ 68.90 ด้านการได้รับการสร้างขวัญและกำลังใจจากผู้บริหาร สามารถทำนายการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดปทุมธานี ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 72.40 ด้านแรงจูงใจ ถูกคัดเลือกเข้าสมการเป็นอันดับสาม สามารถทำนายด้านการมีส่วนร่วมการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN ของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 73.20 ด้านการให้โอกาสการมีส่วนร่วม ถูกคัดเลือกเข้าสมการเป็นอันดับสี่ สามารถทำนายด้านการมีส่วนร่วมการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN ของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 74.0

อภิปรายผล (Discussion)

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN ของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสตูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN ของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสตูล อยู่ในระดับมาก โดยปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม มีระดับคะแนนมาก สอดคล้องกับแนวคิดของ ราสช์ (Rausch, E., 1996: 29) กล่าวว่าไว้ว่า การมีส่วนร่วมในการจัดการก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในเรื่องที่บุคลากรสนใจและสอดคล้องกับแนวคิด สำนักงาน ก.พ.ร. (2551: 15-16) ได้กล่าวถึงกลยุทธ์ในการพัฒนาระบบราชการสู่การบริหารแบบมีส่วนร่วมว่า ต้องมีการพัฒนาทั้งจากภายในและภายนอกของภาคราชการ โดยการมีส่วนร่วมแบ่งออกเป็นรายด้าน 4 ด้าน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีคะแนนอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับแนวคิดของ ราสช์ (Rausch, E., 1996: 29) กล่าวว่าไว้ว่า การมีส่วนร่วมในการจัดการ หมายถึง การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจซึ่งบุคลากรมีส่วนร่วมในการใช้อำนาจตัดสินใจร่วมกับผู้บังคับบัญชาของตน ซึ่งการมีส่วนร่วมในการจัดการก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในเรื่องที่บุคลากรสนใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน คะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมาก สอดคล้อง

บทความวิจัย

แนวคิดของณัฐพงษ์ คันทรส และคณะ (2564) ได้กล่าวว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วมของรัฐ หมายถึง การบริหารราชการภาครัฐรูปแบบใหม่ที่มีการนำผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนเข้ามาร่วมในกระบวนการตัดสินใจ การดำเนินงานและการประเมินผล การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ มีคะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมากอธิบายได้ว่าถ้าบุคลากรมีส่วนร่วมในผลประโยชน์มีคุณค่าที่ได้ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ได้รับรองคุณภาพโรงพยาบาล และถ้าการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลทำให้ได้รับเงินพิเศษ เช่น โบนัส ค่าตอบแทนมากขึ้น จะส่งผลให้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลและการมีส่วนร่วมในการประเมินผล มีคะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมากสอดคล้องการศึกษาของ ณรงค์ เป็งเส้าและคณะ (2564) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการทรัพยากรธรรมชาติโดยศึกษาเฉพาะกรณี โครงการการศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการทรัพยากรธรรมชาติ

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น กับการมีส่วนร่วมการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN ของบุคลากร โรงพยาบาลชุมชน ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ด้านการกระตุ้นติดตาม ด้านการได้รับการสร้างขวัญและกำลังใจจากผู้บริหาร ด้านเจตคติ ด้านการให้โอกาสการมีส่วนร่วม สามารถทำนายการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสตูล ได้ร้อยละ 47.50, 52.50, 53.60, 54.70 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) การสนับสนุนทางสังคม คือ เครือข่ายความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ให้ความเป็นเพื่อน (Companionship) การช่วยเหลือ (Assistance) และการหล่อเลี้ยงทางอารมณ์ (Emotional Nourishment) โดยมีการระบุประเภทของการสนับสนุนทางสังคมเป็นสี่ประเภทใหญ่ๆ ได้แก่ การให้กำลังใจ, การสนับสนุนเครื่องมือ, การสนับสนุนเครื่องมือ, การสนับสนุนข้อมูล

ข้อเสนอแนะ

1. นำข้อมูลผลจากการศึกษาไปเป็นนโยบายสร้างแรงจูงใจ และสนับสนุนจากผู้บริหารที่ดีต่อการมีส่วนร่วมการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN ของบุคลากร โรงพยาบาลชุมชน อย่างครอบคลุมทุกหน่วยงาน
2. นำผลการศึกษาที่ได้ไปเผยแพร่ในหน่วยงานเพื่อให้บุคลากรได้เข้าใจ และเกิดแรงจูงใจที่ดีต่อการมีส่วนร่วมการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN ของบุคลากร โรงพยาบาลชุมชน และส่งเสริมให้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วมการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN ของบุคลากร โรงพยาบาลชุมชนทุกระดับชั้น

บทความวิจัย

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ ผู้วิจัยต้องขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ปรีक्षा ที่ให้ปรึกษา แนะนำ และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน คอยชี้แนะแนวทางการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ขอขอบพระคุณประชาชนเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสตูลทุกท่านที่ให้ความสำคัญในการดำเนินโครงการในครั้งนี้ และผู้ที่เข้าร่วมโครงการที่เสียสละเวลาในการเข้าร่วมดำเนินโครงการตลอดการดำเนินโครงการ ขอกราบขอบพระคุณผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินโครงการในครั้งนี้ที่ไม่ได้เอียนามทุกท่าน ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการวิจัยในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์กับโรงพยาบาล และผลการวิจัยในครั้งนี้ จะนำไปเป็นข้อมูลในการดำเนินการเพื่อให้บุคลากรเกิดแรงจูงใจ และเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN ของโรงพยาบาลชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1977). *Rural Development Participation: Concepts and Measures for Project Design, Implementation and Evaluation*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Rausch, E. (1996). *Participative Management and its Outcomes*. New York: Academic Press.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge*. กรุงเทพมหานคร: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (2565). *ปกป้องโลก ปกป้องเรา ด้วยอนามัยสิ่งแวดล้อม*. นครราชสีมา: สำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัดนครราชสีมา.
- กรมควบคุมมลพิษ. (2565). *แผนยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2555-2559*. กรุงเทพมหานคร: กรมควบคุมมลพิษ.
- ณัฐพงษ์ คันทรธ และคณะ (2564). *การบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม: จากแนวคิดสู่การพัฒนาภาครัฐในยุคประเทศไทย 4.0*. คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี.
- ณรงค์ เป็งเส้าและคณะ (2564). *ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการทรัพยากรป่าไม้ในพื้นที่ป่าสงวนแห่งชาติป่าขุนแม่ทา ตำบลแม่ทา อำเภอแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่*. เชียงใหม่: สาขาวิชาพัฒนาทรัพยากรและส่งเสริมการเกษตร คณะผลิตกรรมการเกษตร มหาวิทยาลัยแม่โจ้.
- ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. (2553). *ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์วิชาการ.

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโภชนาการของ ผู้ประกอบการร้านอาหารตามสั่ง องค์การบริหารส่วนตำบลนาขุนไกร อำเภอศรีสำโรง จังหวัดสุโขทัย

อังคณา น่วมเจริญ¹ ภาวิณี ชันติวรรณ²

วัลภา แสนสีแก้ว^{1*} และฐิติมา พงษ์ทวี³

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ คะแนนการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการสุขภาพอาหารก่อนและหลังทดลองโปรแกรมสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วม โปรแกรมสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วมเพื่อพฤติกรรมสุขภาพโภชนาการของผู้ประกอบการร้านอาหารตามสั่ง 2) เพื่อเปรียบเทียบคะแนน/เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนร้านอาหารที่ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานร้านอาหาร กลุ่มทดลองได้แก่ ผู้สัมผัสอาหารจำนวน 22 คน เก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยโดยใช้ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ค่าความถี่ ร้อย ละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired sample t-test

ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลองผู้สัมผัสอาหาร มีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมสุขภาพโภชนาการ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value 0.05). และสัดส่วนร้านอาหารที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานสุขภาพอาหาร เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value 0.05)

ดังนั้น ตั้งแต่การคิดวิเคราะห์ วางแผน สร้างและพัฒนาโปรแกรมจนถึงการนำไปปฏิบัติผู้ประกอบการแสดงความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีระดับความรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโภชนาการของผู้ประกอบการร้านอาหารตามสั่งที่ดี ซึ่งส่งผลเชิงบวกและสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติของกลุ่มผู้ประกอบการอื่นๆ ได้

คำสำคัญ: โปรแกรมสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วม, ความรู้, การปฏิบัติตนด้านสุขภาพโภชนาการ

¹นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยปทุมธานี

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลราชวิถี

³นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ เทศบาลตำบลราชคราม

*ผู้ประพันธ์บทความ; วัลภา แสนสีแก้ว , Email:bokiebobokie@gmail.com

Effectiveness of Participatory Health Education Program to Promote Food Hygiene Behavior of Food Service Operators in Na Khunkrai Subdistrict Administrative Organization Sri Samrong District, Sukhothai Province

Angkana Nuamcharoen¹ Phawinee Khanbhiworadham²

Wanlapha Sansikaew^{1*} Thitima Pongthawee³

Abstract

This Quasi-experimental research aimed to study 1) compare the average knowledge score, the practice score on food sanitation before and after the experiment of the participatory health education program, the participatory health education program for food sanitation behavior of the operators of the made-to-order restaurant, and 2) compare the scores/to compare the proportion of restaurants that passed the restaurant standard criteria. The experimental group consisted of 22 food handlers. Data collection was done by using a questionnaire. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and Paired sample t-test.

The results of the study found that after the experiment, food handlers had a significantly higher average score of knowledge and food sanitation behavior than before the experiment (p -value 0.05) 1 and the proportion of restaurants that passed the food sanitation standards increased significantly (p -value 0.05)

Therefore, from analytical thinking, planning, developing, and implementing the program, entrepreneurs demonstrate effective collaboration in problem-solving and possess the necessary knowledge to promote good food hygiene practices among made-to-order restaurant operators. This has a positive impact and can serve as a guideline for improving the practices of other entrepreneur groups.

Keyword: Participatory Health Education Program, Knowledge, Food Sanitation Practices

¹ Master of Public Health students, Pathum thani University

² Professional nurse with special expertise

³ Public Health Officer, Ratchakram Subdistrict Municipality

*Corresponding Author; Wanlapha Sansikaew , Email: bokiebobokie@gmail.com

บทความวิจัย

บทนำ (Introduction)

อาหารมีความสำคัญต่อร่างกายมนุษย์ในหลากหลายด้าน ดังนี้ 1. แหล่งพลังงาน อาหารเป็นแหล่งพลังงานหลักที่ช่วยให้เราสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ตลอดทั้งวัน พลังงานที่ได้จากอาหารจะถูกนำไปใช้ในการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ การเคลื่อนไหว การเจริญเติบโต และการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ 2. เสริมสร้างและซ่อมแซมส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย อาหารมีสารอาหารที่จำเป็นต่อการสร้างและซ่อมแซมเนื้อเยื่อ อวัยวะ และเซลล์ในร่างกาย โปรตีนมีความสำคัญต่อการสร้างกล้ามเนื้อ การเจริญเติบโต และการซ่อมแซม ส่วนวิตามินและแร่ธาตุต่าง ๆ มีบทบาทสำคัญต่อการทำงานของระบบต่าง ๆ เช่น ระบบประสาท ระบบภูมิคุ้มกัน และระบบกระดูก 3. ควบคุมการทำงานของร่างกาย อาหารมีบทบาทสำคัญในการควบคุมการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น ระบบย่อยอาหาร ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบประสาท และระบบฮอร์โมน โดยสารอาหารช่วยให้ระบบเหล่านี้ทำงานได้อย่างปกติและมีประสิทธิภาพ 4. ป้องกันโรค การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และครบถ้วนตามหลักโภชนาการจะช่วยเสริมสร้างระบบภูมิคุ้มกันและลดความเสี่ยงของการเกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วน และโรคมะเร็ง 5. พัฒนาการทางสมอง สารอาหารบางประเภทมีความสำคัญต่อการพัฒนาสมอง โดยเฉพาะในวัยเด็ก การรับประทานอาหารที่ครบถ้วนและมีประโยชน์ช่วยส่งเสริมพัฒนาการทางสมองและความสามารถในการเรียนรู้ 6. สุขภาพจิต อาหารมีผลต่อสุขภาพจิต การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์สามารถช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ทำให้สุขภาพจิตดีขึ้น 7. คุณภาพชีวิต การมีสุขภาพที่ดีจากการรับประทานอาหารที่เหมาะสมช่วยให้เรามีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น สามารถดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างเต็มที่และมีความสุขกับการใช้ชีวิต

สุขาภิบาลอาหาร (Food Sanitation) หมายถึง สภาวะของอาหารที่ปลอดภัยจากเชื้อโรค สิ่งสกปรก และสารเคมีที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ตลอดจนกระบวนการผลิต การเตรียม การปรุง การเก็บรักษา และการขนส่งอาหารที่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อให้ผู้บริโภคได้รับอาหารที่สะอาด ปลอดภัย และมีคุณค่าทางโภชนาการครบถ้วนมีความสำคัญต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของมนุษย์อย่างยิ่ง การบริโภคอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะอาจทำให้เกิดโรคต่างๆ เช่น โรคจากอาหารเป็นพิษเกิดจากการปนเปื้อนของเชื้อโรคหรือสารเคมีในอาหาร ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปวดท้อง หรืออาหารเป็นพิษรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต โรคติดเชื้อทางเดินอาหารเกิดจากการปนเปื้อนของเชื้อโรคในอาหาร ทำให้เกิดอาการท้องเสีย ท้องร่วง โรคพยาธิเกิดจากการบริโภคอาหารที่มีพยาธิปะปนอยู่ปัญหาเหล่านี้มักจะมี mốiเชื่อมโยงกันและต้องการแนวทางแก้ไขที่ครอบคลุม เช่น การปนเปื้อนของอาหาร เชื้อโรค แบคทีเรีย ไวรัส หรือเชื้อรา ที่อาจปนเปื้อนในอาหารระหว่างกระบวนการผลิต การเตรียม หรือการเก็บรักษา หากบริโภคอาหารที่ปนเปื้อนเชื้อโรค อาจทำให้เกิดโรคอาหารเป็นพิษหรือโรคติดเชื้อทางเดินอาหารหรือสารเคมีกำจัดศัตรูพืช สารปรุงแต่ง

บทความวิจัย

อาหารที่เป็นอันตราย หรือสารเคมีที่ใช้ในกระบวนการผลิต อาจปนเปื้อนในอาหารและเป็นอันตรายต่อสุขภาพ

แนวทางการดำเนินงานตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขมีรายละเอียดมากมายและครอบคลุมหลายด้าน กระทรวงฯ ได้กำหนดมาตรฐานและแนวทางไว้หลายด้าน เช่น ด้านบริการสุขภาพ ด้านอาคารและสิ่งแวดล้อม ด้านเครื่องมือแพทย์ ด้านวิศวกรรมและข้อมูลในสถานพยาบาล ด้านการดำเนินงานสุขศึกษา โดยใช้ข้อกำหนดที่ระบุไว้ในมาตรฐานเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน เพื่อตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชนผู้รับบริการ มีองค์ประกอบหลายประการ 1. การส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาสถานพยาบาลให้มีประสิทธิภาพและปลอดภัย กระทรวงฯ มีบทบาทในการสนับสนุน ส่งเสริม และพัฒนาสถานพยาบาลให้มีคุณภาพและมาตรฐานตามที่กำหนด 2. การกำหนดพื้นฐานที่สถานพยาบาลต้องการและยอมรับมากที่สุด มาตรฐานฯ จะเป็นเกณฑ์ขั้นต่ำที่สถานพยาบาลทุกแห่งต้องมี เพื่อให้การบริการเป็นไปในทิศทางเดียวกัน 3. การคำนึงถึงผู้รับบริการและสถานพยาบาลเป็นศูนย์กลาง การดำเนินงานต้องคำนึงถึงความต้องการของผู้รับบริการเป็นสำคัญ และให้สถานพยาบาลมีบทบาทในการพัฒนาคุณภาพบริการด้วย 4. การปรับให้เข้ากับวัฒนธรรมท้องถิ่นของสถานพยาบาล มาตรฐานฯ เปิดโอกาสให้สถานพยาบาลปรับการดำเนินงานให้สอดคล้องกับบริบทและวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่ 5. การพัฒนาระบบคุณภาพอย่างเหมาะสม ยั่งยืน และต่อเนื่อง การพัฒนาคุณภาพเป็นกระบวนการต่อเนื่องที่ต้องทำอย่างยั่งยืนและเหมาะสมกับศักยภาพของแต่ละสถานพยาบาล 6. การเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมและชุมชน การดำเนินงานต้องคำนึงถึงผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและชุมชนโดยรอบ 7. การพัฒนาสู่มาตรฐานระดับชาติและสากล สถานพยาบาลควรพัฒนาตนเองให้ก้าวไปสู่มาตรฐานในระดับที่สูงขึ้น

ปี 2565 มีการสุ่มเก็บตัวอย่างอาหารจำนวน 1,491 ตัวอย่าง พบว่ามีการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียถึง 454 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 30.45 ขณะที่ 1,037 ตัวอย่างไม่มีการปนเปื้อน คิดเป็นร้อยละ 69.55 อาหารที่มีการปนเปื้อนสูงที่สุดคือผักสด ร้อยละ 47.66 (102/214) ผักลวก/ผักต้ม ร้อยละ 44.00 (11/25) และน้ำพริก ร้อยละ 42.86 (3/7) ในการตรวจสอบน้ำบริโภคและเครื่องดื่ม พบว่า ร้อยละ 39.18 มีการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (จำนวน 125 ตัวอย่าง) ขณะที่ร้อยละ 60.82 ไม่มีการปนเปื้อน (194 ตัวอย่าง) สำหรับภาชนะสัมผัสอาหาร จำนวน 1,106 ตัวอย่าง พบเชื้อ 401 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 36.26 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

การศึกษาโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อพัฒนาการปฏิบัติตามสุขาภิบาลอาหารจึงมีความจำเป็น โดยการมีส่วนร่วมของผู้ประกอบการจะช่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้สอดคล้องกับมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร และทำให้ร้านอาหารมีความปลอดภัยมากขึ้น

บทความวิจัย

สุดท้าย สภาวะสุขาภิบาลอาหารและสุขวิทยาของผู้ปรุงอาหารเป็นสิ่งสำคัญ หากไม่ได้มาตรฐานอาจส่งผลให้เกิดโรคจากอาหารและน้ำที่ไม่สะอาด ดังนั้นการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบสุขาภิบาลอาหารจึงเป็นเรื่องเร่งด่วนเพื่อปกป้องสุขภาพประชาชนและยกระดับมาตรฐานของร้านจำหน่ายอาหารในประเทศไทย

วัตถุประสงค์ (Objective)

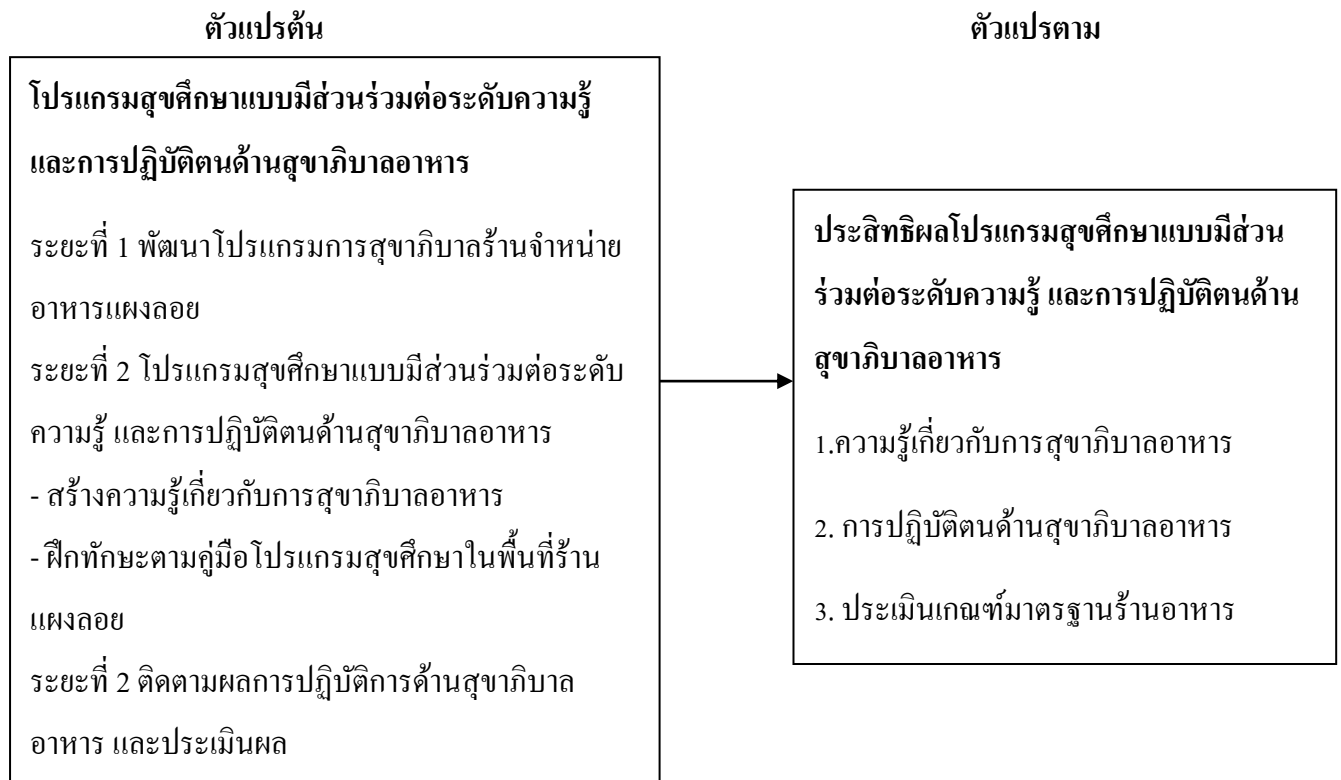
1. วัตถุประสงค์ทั่วไป
 - 1.1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วมต่อระดับความรู้ และการปฏิบัติตนด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบร้านอาหารตามสั่ง
2. วัตถุประสงค์เฉพาะ
 - 2.1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการสุขาภิบาลอาหารก่อนและหลังทดลองโปรแกรมสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วมต่อระดับความรู้ และการปฏิบัติตนด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบร้านอาหารตามสั่ง
 - 2.2. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติตนด้านสุขาภิบาลอาหารก่อน และหลังทดลองโปรแกรมสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วมต่อระดับความรู้ และการปฏิบัติตนด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบร้านอาหารตามสั่ง
 - 2.3. เพื่อเปรียบเทียบเกณฑ์มาตรฐานร้านอาหาร ก่อนและหลังทดลองโปรแกรมสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วมต่อระดับความรู้ และการปฏิบัติตนด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบร้านอาหารตามสั่ง

สมมติฐาน (Hypothesis)

1. หลังทดลองโปรแกรมสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ และการปฏิบัติตนด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบร้านอาหารร้าน สูงกว่าก่อนการทดลอง โปรแกรมสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วม
2. หลังทดลองโปรแกรมสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วมสัดส่วนร้านอาหารร้านผ่านเกณฑ์มาตรฐานมากกว่าก่อนทดลองโปรแกรมสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วม

บทความวิจัย

กรอบแนวคิด (Research Framework)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental research) โดยมีแบบแผนการวิจัยแบบ

One group pre-test – post-test Design (Tuckman 1999 : 162)

$$O_1 \text{ — } X_1 \quad X_2 \quad X_3 \text{ — } O_2$$

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการทดลอง

Experimental Group แทน กลุ่มทดลอง (Experimental Group)

O_1 แทน ศึกษาความรู้เกี่ยวกับการสุขาภิบาลอาหาร การปฏิบัติตนด้านสุขาภิบาลอาหาร และเกณฑ์มาตรฐานร้านอาหารการทดสอบก่อนการทดลองกลุ่มทดลอง (Pre-test)

X_1 แทน พัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วมต่อระดับความรู้ และการปฏิบัติตนด้านสุขาภิบาลอาหาร

บทความวิจัย

X_2 แทน ดำเนินการทดลองใช้โปรแกรมสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วมต่อระดับความรู้ และการปฏิบัติตนด้านสุขาภิบาลอาหาร

X_3 แทน ติดตามและประเมินการดำเนินการด้านสุขาภิบาลอาหาร

O_2 แทน เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการสุขาภิบาลอาหาร การปฏิบัติตนด้านสุขาภิบาลอาหาร เหนือมาตรฐานร้านอาหารหลังการทดลองโปรแกรม (Post-test)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental research) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วมต่อระดับความรู้ และการปฏิบัติตนด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบร้านอาหารตามสั่ง องค์การบริหารส่วนตำบลนาขุนไกรอำเภอศรีสำโรง จังหวัดสุโขทัย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยสรุปผลดังนี้

ระยะที่ 1 พัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วมต่อระดับความรู้ และการปฏิบัติตนด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบร้านอาหารตามสั่ง

ระยะที่ 2 ดำเนินการทดลองใช้โปรแกรมสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วมต่อระดับความรู้ และการปฏิบัติตนด้านสุขาภิบาลอาหาร

ระยะที่ 3 ประเมินผลการดำเนินการตามโปรแกรมสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วมต่อระดับความรู้ และการปฏิบัติตนด้านสุขาภิบาลอาหาร และประเมินเกณฑ์มาตรฐานร้านอาหารแพ่งลอย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บข้อมูลหลังการทดลองโดยใช้เครื่องมือชุดเดียวกับสัปดาห์ที่ 1

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ประกอบการร้านจำหน่ายอาหารตามสั่ง และผู้สัมผัสอาหารภายในร้านจำหน่ายอาหารทั้งหมด 14 ร้าน จำนวน 22 คน ที่มีพื้นที่ขายอยู่ในเขตพื้นที่ ช่วงระยะเวลา เดือนกรกฎาคม 2566 - เดือนธันวาคม 2566 ผู้วิจัยเลือกมาทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วมต่อระดับความรู้ และการปฏิบัติตนด้านสุขาภิบาลอาหาร เครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์โคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหารและภาชนะอุปกรณ์

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1. วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินการตามโปรแกรม ได้แก่ คู่มือโปรแกรมสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วมต่อระดับความรู้ และการปฏิบัติตนด้านสุขาภิบาลอาหาร

1.2. ชุดตรวจโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหารและภาชนะอุปกรณ์ (น้ำยา SI-2)

1.2.1. ขั้นตอนการทดสอบ

บทความวิจัย

1.2.2. เปิดฝาขวดน้ำยาให้ฆ่าเชื้อโดยการลนไฟ (Sterile technique)

1.2.3. จุ่มไม้พันสำลีในน้ำยา SI-2 (ไม้พันสำลี) 1 อันต่อน้ำยา 1 ขวดต่อภาชนะ 1 ชั้น

1.2.4. ป้ายไม้พันสำลีบนผิวภาชนะอุปกรณ์ หรือ มือที่จะตรวจหมุนไปซ้ๆ จากด้านในออก
ด้านนอก

1.2.5. เปิดฝาขวดน้ำยาให้ฆ่าเชื้อโดยการลนไฟ (Sterile technique)

1.2.6. หักไม้สวอปโดยดึงไม้ให้พันปากหลอดประมาณครึ่งหนึ่งแล้วหักไม้กับปากขวด ตั้ง
ทิ้งไว้ที่อุณหภูมิห้อง 24 ชั่วโมงอ่านและรายงานผล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถาม (Questionnaires) จำนวน 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางชีวสังคมเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลา
ที่ประกอบอาชีพ ประวัติการตรวจสุขภาพ ประวัติการเข้ารับการฝึกอบรมด้านสุขาภิบาลอาหาร จำนวนครั้ง
ที่ได้รับการแนะนำด้านสุขาภิบาลอาหาร เป็นแบบให้เลือกตอบ (Check list) และเติมข้อความ (Open ended)

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบวัดความรู้ด้านสุขอนามัยอาหารและโรคที่เกี่ยวข้องเป็นแบบ
ตรวจสอบรายการ (Check list) จำนวน 9 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนการตอบแบบทดสอบวัดความรู้ คือ
ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนน (Bloom, 1975)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติด้านสุขาภิบาล เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating
Scale) ตามแนวคิดของลิเคิร์ต (Likert) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ปฏิบัติ
เลย จำนวน 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนการตอบ ประเมินรวมค่ามี 4 ระดับ จำนวน 10 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ค่าความสอดคล้องเท่ากับ 0.60
และค่าความเชื่อมั่นเครื่องมือได้เท่ากับ 0.72

บทความวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบเกณฑ์มาตรฐานร้านอาหารแพงลอย ก่อนและหลังทดลองโปรแกรมสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วมต่อระดับความรู้ และการปฏิบัติตนด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการร้านอาหาร

สถิติเชิงอนุมานที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตรวจสอบสมมติฐานเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการสุขาภิบาลอาหารก่อนและหลังทดลองโปรแกรมสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วมต่อระดับความรู้ และการปฏิบัติตนด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการร้านอาหาร ใช้สถิติ Paired Samples t - test

ผลการวิจัย (Result)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ กลุ่มตัวอย่าง (N=22)

ลักษณะของประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	5	22.7
หญิง	17	77.3
อายุ		
น้อยกว่า 30 ปี	3	13.6
31 – 40 ปี	3	13.6
41 – 50 ปี	10	45.5
51 – 60 ปี	2	9.1
มากกว่า 60ปี ขึ้นไป	4	18.2
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	8	36.4
มัธยมศึกษา	9	40.9
ปริญญาตรีขึ้นไป	2	9.1
อื่นๆ (ไม่ได้เรียนหนังสือ)	3	13.6
ประสบการณ์ที่ประกอบการในการจำหน่ายอาหาร		
ต่ำกว่า 1 ปี	5	22.7
2 – 5 ปี	8	36.4

บทความวิจัย

ลักษณะของประชากร	จำนวน	ร้อยละ
6 – 10 ปี	4	18.2
11 -15 ปี	1	4.5
มากกว่า 15 ปี	4	18.2
ประสบการณ์การอบรมความรู้เกี่ยวกับการสุขาภิบาลอาหาร		
ไม่เคย	9	40.9
เคย	13	59.1
รวม	22	100

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการร้านอาหารตามสั่งก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรมฯ (N=22)

กลุ่มทดลอง	ความรู้เกี่ยวกับการสุขาภิบาลอาหาร		
	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	p-value
ก่อน	15.7	3.1	0.00
หลัง	19.1	0.9	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 2 พบว่า ผู้ประกอบการร้านอาหารตามสั่ง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการร้านอาหารตามสั่ง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการสุขาภิบาลอาหาร เท่ากับ 15.7 และ 19.1 คะแนนตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการร้านอาหารตามสั่ง สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการร้านอาหารตามสั่ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทความวิจัย

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการปฏิบัติตามมาตรฐานร้านแพงลอยจำหน่ายอาหารก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอาหารของผู้ประกอบร้านอาหารตามสั่ง (N=22)

กลุ่มทดลอง	การปฏิบัติตามมาตรฐานร้านแพงลอยจำหน่ายอาหาร		
	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	p-value
ก่อน	8.0	2.9	0.00
หลัง	10.8	1.5	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ประกอบการร้านอาหารตามสั่ง มีการปฏิบัติตามมาตรฐานร้านแพงลอยจำหน่ายอาหารก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอาหารของผู้ประกอบร้านอาหารตามสั่ง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.0 และ 10.8 คะแนน ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คะแนนการปฏิบัติหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอาหารของผู้ประกอบร้านอาหารตามสั่ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอาหารของผู้ประกอบร้านอาหารตามสั่งก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษา (N=22)

ความรู้เกี่ยวกับส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอาหาร	กลุ่มทดลอง			
	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	3	13.6	0	0.0
ระดับปานกลาง	5	22.7	0	0.0
ระดับสูง	14	63.6	22	100.0

จากตาราง 4 พบว่า ก่อนการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาผู้ประกอบการจำหน่ายอาหารส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 63.6 หลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอาหารของผู้ประกอบร้านอาหารตามสั่งมีความรู้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 100.0

บทความวิจัย

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการปฏิบัติตามมาตรฐานร้านแพงลอยจำหน่ายอาหารก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอาหารของผู้ประกอบร้านอาหารตามสั่ง (N=22)

กลุ่มทดลอง	การปฏิบัติตามมาตรฐานร้านแพงลอยจำหน่ายอาหาร		
	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	p value
ก่อน	8.0	2.9	0.00
หลัง	10.8	1.5	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 5 พบว่า ผู้ประกอบการร้านอาหารตามสั่ง มีการปฏิบัติตามมาตรฐานร้านแพงลอยจำหน่ายอาหารก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอาหารของผู้ประกอบร้านอาหารตามสั่ง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.0 และ 10.8 คะแนน ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คะแนนการปฏิบัติหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอาหารของผู้ประกอบร้านอาหารตามสั่ง สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของร้านอาหารตามสั่งที่ปฏิบัติตามมาตรฐานก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอาหารของผู้ประกอบร้านอาหารตามสั่ง (N=14)

ร้านแพงลอยจำหน่ายอาหาร	การปฏิบัติตามมาตรฐาน			
	ผ่าน		ไม่ผ่าน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อน	4	28.6	10	71.4
หลัง	14	100.0	0	0.0

จากตาราง 6 พบว่า ก่อนการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอาหารของผู้ประกอบร้านอาหารตามสั่ง จำหน่ายอาหารผ่านการปฏิบัติตามมาตรฐาน ร้อยละ 28.6 หลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอาหารของผู้ประกอบร้านอาหารตามสั่ง จำหน่ายอาหารผ่านการปฏิบัติตามมาตรฐาน ร้อยละ 100

บทความวิจัย

สรุปผลการวิจัย (Conclusion)

ผลการพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วมต่อระดับความรู้ ด้วยการใช้กระบวนการกลุ่ม (AIC) กับผู้ประกอบการร้านอาหารตามสั่งในองค์การบริหารส่วนตำบลนาขุนไกร อำเภอศรีสำโรง จังหวัดสุโขทัย จำนวน 14 ร้าน จำนวน 22 คน โปรแกรมสุขศึกษานี้ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 2 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับการสุขาภิบาลอาหาร ซึ่งครอบคลุมหลักการสุขาภิบาลอาหาร สุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้สัมผัสอาหาร การเตรียมภาชนะและอุปกรณ์ใส่อาหาร การเก็บรักษาอาหาร และอุณหภูมิที่เกี่ยวข้องกับการเก็บอาหาร ส่วนกิจกรรมที่ 2 เป็นการฝึกทักษะในการปฏิบัติตามหลักการสุขาภิบาลในร้านอาหารตามสั่ง ซึ่งรวมถึงทักษะในการจัดร้านอาหารตามสั่งให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน 12 ข้อ การเตรียมภาชนะและการฆ่าเชื้อโรค ทักษะการล้างมือ 7 ขั้นตอน และการแต่งกายตามสุขวิทยาของผู้สัมผัสอาหาร ผู้ประกอบการจำหน่ายอาหารส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 77.30 มีอายุส่วนใหญ่ อยู่ระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.50 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 40.90 มีประสบการณ์ในการจำหน่ายอาหารในร้านอาหารตามสั่งส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 2 – 5 ปี ร้อยละ 36.40 ส่วนใหญ่เคยผ่านการอบรม ร้อยละ 59.10

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังทดลอง พบว่า หลังทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยต่อระดับความรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการร้านอาหารตามสั่งสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการเปรียบเทียบการปฏิบัติตามด้านสุขาภิบาลอาหาร ก่อนและหลังทดลอง พบว่า ผู้ประกอบการร้านอาหารตามสั่ง มีการปฏิบัติตามมาตรฐานร้านแพนดอยจำหน่ายอาหาร ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.0 และ 10.8 คะแนน ตามลำดับ

ผลการเปรียบเทียบเกณฑ์มาตรฐานร้านอาหาร ก่อนและหลังทดลอง พบว่า คะแนนการปฏิบัติหลังได้โปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนการได้รับ โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล (Discussion)

การวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วมต่อระดับความรู้ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการร้านอาหารตามสั่ง องค์การบริหารส่วนตำบลนาขุนไกร อำเภอศรีสำโรง จังหวัดสุโขทัย อภิปรายผลดังนี้

ระยะที่ 1 มีเป้าหมายในการพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อยกระดับคุณภาพร้านแพนดอยจำหน่ายอาหาร โดยใช้เทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วมในกลุ่มประชุม ผลการศึกษา พบว่า กระบวนการพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อปรับปรุงร้านแพนดอยมีประสิทธิภาพ

บทความวิจัย

ระยะที่ 2 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วมต่อระดับความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการร้านอาหารตามสั่ง ในองค์การบริหารส่วนตำบลนาขุนไกร อำเภอศรีสำโรง จังหวัดสุโขทัย โปรแกรมสุขศึกษาที่พัฒนาขึ้นมีเนื้อหาเกี่ยวกับระดับความรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการร้านอาหารตามสั่ง ในด้านกายภาพและแบคทีเรีย ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ประกอบการมีความรู้เกี่ยวกับระดับความรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารของ ในระดับสูง ร้อยละ 63.6 หลังจากรับการอบรม ความรู้ของผู้ประกอบการเพิ่มขึ้นจนถึงร้อยละ 100 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ประกอบการมีพื้นฐานความรู้ที่ดีอยู่แล้ว แต่โปรแกรมสุขศึกษาช่วยเสริมสร้างความรู้เพิ่มเติมให้ชัดเจนยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ เกลิมพล, วิณา, สราวุธ (2554) ศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้การปฏิบัติตนตามหลักการสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการจำหน่ายอาหารในตลาดสดเจ็ดชัย อำเภอหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ผู้ประกอบการจำหน่ายอาหารมีความรู้หลังการทดลองอยู่ในระดับสูงร้อยละ 94, 82 และ 100 ตามลำดับและการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง

ด้านระดับความรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการร้านอาหารตามสั่ง ผลการทดลองชี้ให้เห็นว่าผู้ประกอบการสามารถผ่านเกณฑ์มาตรฐานได้ถึงร้อยละ 100.0 หลังการใช้โปรแกรมสุขศึกษา ซึ่งสะท้อนถึงความสำเร็จในการปรับปรุงการปฏิบัติตามมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษานี้พบว่าผู้ประกอบการมีการปฏิบัติตามเกณฑ์สุขาภิบาลอาหารเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการตรวจสอบคุณภาพแบคทีเรีย พบว่าก่อนการใช้โปรแกรมสุขศึกษา อาหารและอุปกรณ์มีการปนเปื้อนแบคทีเรียถึงร้อยละ 84.0 แต่หลังการใช้โปรแกรม การปนเปื้อนลดลงเหลือเพียงร้อยละ 10.0 โดยส่วนใหญ่พบในภาชนะและอุปกรณ์ (ร้อยละ 28.5) และมือของผู้สัมผัสอาหาร (ร้อยละ 7.1) ผลการศึกษาเหล่านี้สอดคล้องกับมาตรฐานการปนเปื้อนแบคทีเรียตามโครงการอาหารสะอาดรสชาติอร่อย เพื่อแก้ไขปัญหาการปนเปื้อนแบคทีเรียโคลิฟอร์มอย่างต่อเนื่อง ควรมีการสนับสนุนและติดตามจากนักวิชาการด้านสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากการปนเปื้อนแบคทีเรียยังคงส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้บริโภค

การวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ประกอบการมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงการดำเนินการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ส่งผลให้ระดับความรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการร้านอาหารตามสั่ง ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทั้งในด้านกายภาพและด้านแบคทีเรีย

บทความวิจัย

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ประกอบการร้านอาหารตามสั่ง มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วมต่อระดับความรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอาหารของผู้ประกอบการร้านอาหารตามสั่ง โดยมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การคิดวิเคราะห์ วางแผน สร้างและพัฒนาโปรแกรมจนถึงการนำไปปฏิบัติ ผู้ประกอบการแสดงความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีระดับความรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอาหารของผู้ประกอบการร้านอาหารตามสั่งที่ดี ซึ่งส่งผลเชิงบวกและสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติของกลุ่มผู้ประกอบการอื่นๆ ได้

2. การพัฒนาร้านอาหารตามสั่งให้ได้มาตรฐานอย่างยั่งยืน ควรมีการจัดทำคู่มือ รวมถึงการติดตามผลการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดการพัฒนาที่เหมาะสม

3. ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอาหารของผู้ประกอบการร้านอาหารตามสั่ง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อกระตุ้นความตระหนักถึงความสำคัญของผู้ปฏิบัติต่อผู้บริโภค โดยความร่วมมือจากหน่วยงานที่รับผิดชอบ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ ผู้วิจัยต้องขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ปรีक्षा ที่ให้ปรึกษา แนะนำ และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน คอยชี้แนะแนวทางการการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ขอขอบพระคุณผู้ประกอบการร้านจำหน่ายอาหารที่ให้ความสำคัญในการดำเนินโครงการในครั้งนี้ และผู้ที่เข้าร่วมโครงการที่เสียสละเวลาในการเข้าร่วมดำเนินโครงการตลอดการดำเนินโครงการ ขอกราบขอบพระคุณผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินโครงการในครั้งนี้ที่ไม่ได้เอ่ยนามทุกท่าน ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการวิจัยในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์กับหน่วยงานด้านสาธารณสุข และผลการวิจัยในครั้งนี้ จะนำไปเป็นข้อมูลในการดำเนินการเพื่อให้ผู้ประกอบการร้านอาหารตามสั่งมีการปฏิบัติตนให้ถูกหลักสุขภาพอาหารเพื่อเกิดความปลอดภัยต่อผู้บริโภคต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *ชุดทดสอบและผลิตภัณฑ์*. (ออนไลน์) เข้าถึงได้ www.dmsc.moph.ac.th สืบค้น วันที่ 9 กรกฎาคม 2560
- กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. (2559). *สถิติเพื่องานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และโรงงานอุตสาหกรรม*. อำเภอเมือง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
- กอบทอง รูปหอม. (2551). *ชุดทดสอบยาฆ่าแมลง*. (ออนไลน์) เข้าถึงได้ www.gtteskit.com สืบค้นวันที่ 9 กรกฎาคม 2560

บทความวิจัย

ณัชชลิดา ยุคะลัง และสงครามชัย ลีทองดี. (2558). ใ้ศึกษาการปรับปรุงคุณภาพสถานที่จำหน่ายเนื้อวัวเพื่อเข้าสู่มาตรฐานการสุขาภิบาลอาหาร กรณีศึกษา: แผงจำหน่ายเนื้อวัวในเขตตำบลเกิ้ง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ปีที่ : 34 ฉบับที่ 1 : 86-94

เดือนฉาย โชคอนันต์. (2564). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการร้านจำหน่ายอาหาร และแผงลอยจำหน่ายอาหาร ในเขตอำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา. วารสารวิจัย และนวัตกรรมทางสุขภาพ, 4(2), 138-149

ธนธิพ พิระธรณิศร์ และคณะ. (2558). ศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสภาวะการณ์สุขาภิบาลอาหาร ในเขตเทศบาลนครเมือง จังหวัดพิษณุโลก. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ ; 45 (3) : 230-243

นภาพร โอณะวัตร มยุรี วงศ์นัทรี กุลวรรณ ไสรัจจ์. (2558). ศึกษาการปนเปื้อนของจุลินทรีย์ในน้ำแข็ง และมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารจากร้านค้าแผงลอย ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดอุบลราชธานี. ภาควิชาวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อมคณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

มนิสรา มุ่งดี (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสภาวะการณ์สุขาภิบาลอาหารของแผงลอยจำหน่ายอาหาร ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลลำลูกกา อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี. ปริญญาวิทยาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการจัดการสุขภาพ ความปลอดภัย และอนามัยสิ่งแวดล้อมคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2562). คู่มือแนวทางการดำเนินงานของหน่วยงานจัดการอบรมผู้ประกอบการและผู้สัมผัสอาหาร.

สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2564). คู่มือหลักสูตรการสุขาภิบาลอาหารสำหรับผู้ประกอบการและผู้สัมผัสอาหาร.

สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ. (2556). คู่มือแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังสุขาภิบาลอาหาร สำหรับเจ้าหน้าที่. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด. กรุงเทพฯ

สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพกองแผนงานศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข. (2559). รายงานสถานการณ์อนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศไทย ปี 2557.

อัครเดช เกตน์น้ำ และคณะ (2559). การวัดและประเมินผลการเรียนรู้. คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

Bloom, B. S. (1979). *Handbook on formative and summative of student learning*. New York: mc Graw-Hill Book Company.

บทความวิจัย

Tuckman, Bruce W. Conducting Educational Research. 5th ed. Washington, D.C. : Harcourt Brace & Company , 1999.

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยจากครัวเรือนของประชาชน ตำบลบ้านศิรีวง อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล

ทวีศักดิ์ รักฤทธิ์¹ พ้าไส ประสารรส^{2*}
และทิพวรรณ ท้ายเมือง³

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยจากครัวเรือนของประชาชน 2) เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพในครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพและจำนวนสมาชิกในครัวเรือน ความรู้ เจตคติ กับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยจากครัวเรือนของประชาชน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ประชาชนเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศิรีวง ได้มาโดยสุ่มอย่างเป็นระบบ จำนวน 346 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถาม จำนวน 4 ส่วน ค่าดัชนีความสอดคล้อง ได้เท่ากับ 0.74 และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ทั้งฉบับได้เท่ากับ 0.73 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ แจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.10 กลุ่มอายุระหว่าง 49 ปีขึ้นไป มากสุด ร้อยละ 35.90 ส่วนใหญ่การศึกษาระดับประถมศึกษา มี ร้อยละ 59.70 ส่วนใหญ่อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 24.20 จำนวนสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ 1 - 4 คน ร้อยละ 61.10 ความรู้การคัดแยกขยะจากครัวเรือน มีคะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับความรู้ปานกลาง ($\bar{X}$ = 5.74, S.D = 1.61) เจตคติการคัดแยกขยะจากครัวเรือน มีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 18.37, S.D = 3.22) พฤติกรรมการคัดแยกขยะจากครัวเรือน มีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับพฤติกรรมปฏิบัติบางครั้ง ($\bar{X}$ = 23.00, S.D = 4.31) และปัจจัยด้านระดับการศึกษา ความรู้ เจตคติ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะจากครัวเรือน ได้ร้อยละ 43.10 (R^2 = .431, β = .748) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

คำสำคัญ: ขยะครัวเรือน, ขยะมูลฝอย, พฤติกรรมการคัดแยกขยะ

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยปทุมธานี

² นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ องค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง

³ เจ้าพนักงานเภสัชกรรมปฏิบัติงาน โรงพยาบาลสถาบันบำราศนราดูร

*ผู้ประพันธ์บทความ; พ้าไส ประสารรส, Email: waleeprasanros@gmail.com

Factors influencing household waste management behavior of people in the. Thung Wa District, Satun Province

Thaweesak Rakrit¹ Fahsai Prasanros^{2*}

Tippawan Taimuang³

Abstract

This study has the objectives 1) to study people's knowledge, attitude and behavior in household waste management. 2) to study personal factors including gender, age, family status. Education level Occupation and number of household members, knowledge, attitude and behavior in managing household waste of the people. The sample group used in the study was people in the area responsible for Khiri Wong Subdistrict Health Promoting Hospital a total of 346 people were systematically randomly selected. The instrument used in the study was a 4-part questionnaire. The consistency index was equal to 0.74, the difficulty was equal to 0.35, 0.50 and the confidence value (Reliability) for the whole version was equal to 0.73. The statistics used in data analysis were mean, percentage, standard deviation, Stepwise Multiple Regression Analysis

The results of the study found that the majority of the sample in the study were female. Accounting for 69.10 percent, the highest age group is between 49 years and older, accounting for 35.90 percent. Most of them have primary education. Accounting for 59.70 percent, most occupations are contract workers. Accounting for 24.20 percent The number of family members is mostly 1 - 4 people, accounting for 61.10 percent, Knowledge of separating household waste The overall average score was at a moderate level of knowledge ($\bar{X} = 5.74$, S.D = 1.61). Attitude in separating household waste. There was a total mean score at the uncertain level ($\bar{X} = 18.37$, S.D = 3.22) behavior in separating household waste. There is a mean score included in the sometimes-practiced behavior scale ($\bar{X} = 23.00$, S.D = 4.31) and Factors regarding education level, knowledge, attitude influence the behavior of separating household waste at 43.10 percent ($R^2 = .431$, $\beta = .748$) with statistical significance at the .01 level.

Keyword: Household garbage Waste separation behavior

¹ Master of Public Health Program, Pathumthani University

² Public Health Technical Officer, Rayong Provincial Administrative Organization

³ Pharmacy Technician, Bamrasnaradura infection disease institute.

*Corresponding Author; Fahsai Prasanros, Email: waleeprasanros@gmail.com

บทความวิจัย

บทนำ (Introduction)

ปัญหาขยะ เป็นปัญหาสำคัญของโลก ที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน ปัจจุบันสังคมทางเศรษฐกิจมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วและทำให้โครงสร้างประชากรเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดการใช้วัสดุสิ่งของต่างๆ เพิ่มขึ้น ทำให้ประชาชนเกิดการคัดแยกขยะไม่ถูกต้องและส่งผลทำให้เกิดมลพิษจากปัญหาขยะล้นเมือง มีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน

ในปัจจุบัน มีคนเมืองอยู่ประมาณ 3,000 ล้านคนทั่วโลก และแต่ละคนทำให้เกิดขยะประมาณวันละ 1.2 กิโลกรัม ดังนั้นเมื่อรวมแล้วจะสร้างขยะปีละ 1,300 ล้านตันต่อปีและในปี 2025 ธนาคารโลกประเมินว่าจำนวนประชากรเมืองน่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 4,300 ล้านคน และแต่ละคนจะสร้างขยะประมาณวันละ 1.42 กิโลกรัม หรือรวมแล้วประมาณ 2,200 ล้านตันต่อปี พร้อมคาดว่าต้นทุนการจัดการขยะเหล่านี้จะเพิ่มจากปีละ 205,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐ เป็น 375,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐ (THAIPUBLICA,2563)

ประเทศไทยมีปริมาณขยะมูลฝอยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกรมควบคุมมลพิษ ได้สำรวจข้อมูลขยะมูลฝอยทั้ง 77 จังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่ 12 มกราคม 2560) พบว่า มีปริมาณขยะมูลฝอยสะสม จำนวน 14,799,821.25 ตัน (14,799,821,250 กิโลกรัม) ปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น จำนวน 26,171,360.76 ตัน/ปี (26,171,360,760 กิโลกรัม/ปี) จนกระทั่ง หลังเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2560 คณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) ได้เข้ามาแก้ปัญหาประเทศ โดยมีรัฐบาลชุดปัจจุบันได้นำเรื่อง ขยะล้นเมืองเป็นวาระแห่งชาติ ที่ต้องเร่งแก้ไขภาวะวิกฤตนี้อย่างรวดเร็ว หาแนวทางโดยการวาง “โรดแมป (Road Map)” การกำจัดขยะมูลฝอยและของเสียอันตรายให้หมดไป ในระยะเร่งด่วนและระยะยาว โดยกำจัดแบบบูรณาการ และเน้นการแปรรูปสู่พลังงาน ในปี พ.ศ. 2563 พบว่า เมื่อพิจารณาปริมาณขยะมูลฝอยชุมชนเป็นรายภาค พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเกิดขยะมูลฝอยชุมชนมากที่สุด (17,722 ตัน/วัน) รองลงมาคือ ภาคกลาง (16,586 ตัน/วัน) กรุงเทพมหานคร (12,281 ตัน/วัน) ภาคใต้ (9,064 ตัน/วัน) ตามลำดับ (กองจัดการกากของเสียและสารอันตราย กรมควบคุมมลพิษ, 2563)

จังหวัดสตูล มีการปกครอง แบ่งเขตการปกครองเป็น 6 อำเภอ มีสถานที่กำจัดขยะ 11 แห่งและมีสถานที่กำจัดขยะที่ถูกต้อง เพียงแค่ 2 แห่งมีปริมาณขยะรวม 320 ตันต่อวัน (320,000 กิโลกรัม) สามารถเก็บขยะได้ 166 ตันต่อวัน (166,000 กิโลกรัม) ซึ่งมีเพียง 93 ตันต่อวัน (93,000 กิโลกรัม) ที่สามารถนำไปกำจัดอย่างถูกหลักสุขาภิบาล ยังคงเหลือ อีกกว่า 61 ตันต่อวัน (61,000 กิโลกรัม) ที่นำไปกำจัดแบบไม่ถูกต้อง โดยกรมควบคุมมลพิษ ได้สำรวจ พบว่า จังหวัดสตูล มีปริมาณขยะสะสม 150 ตันต่อวัน (150,000 กิโลกรัม) (ข้อมูลสำรวจขยะมูลฝอยทั่วประเทศ,กรมควบคุมมลพิษ,2558) มีปริมาณขยะเพิ่มขึ้นและเกิดขยะสะสมและปัจจุบันพบว่ามิขยะเต็มพื้นที่ใช้งานไม่สามารถรองรับขยะที่เกิดขึ้นใหม่ได้ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อประชาชนที่อยู่ใกล้กับพื้นที่บ่อขยะ ที่ต้องเผชิญกับกลิ่นเหม็นและน้ำเสีย ล่าสุดได้มีประชาชนหลายรายล้มป่วยเป็นโรคทางเดินหายใจจากสาเหตุที่เกิดขึ้นจากการกำจัดขยะที่ไม่ถูกหลักสุขาภิบาล

บทความวิจัย

จากการวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริงของปัญหาการจัดการขยะในชุมชนจากแผนผังทางปลา (Fish bone diagram) พบว่า เขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคีรีวง อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูลมีปัจจัยหลักของปัญหาที่ส่งผลต่อสุขภาพ ในเรื่องการจัดการขยะ ได้แก่ ประชาชนไม่มีการคัดแยกขยะก่อนทิ้ง ประชาชนขาดความรู้ ประชาชนมีทัศนคติที่ว่า เมื่อแยกขยะแล้ว เวลานำขยะไปทิ้งก็ทิ้งขยะลงถังเดียวกัน และการคัดแยกขยะในครัวเรือนทำให้เสียเวลาโดยเปล่าประโยชน์และมีความยุ่งยาก ประชาชนขาดความตระหนักในการคัดแยกขยะ ประชาชนขาดการกระตุ้นจากครอบครัว และสังคม ประชาชนไม่มีเวลา ประชาชนขาดทักษะในการเผยแพร่ความรู้และภาชนะรองรับขยะไม่เพียงพอ จึงมีการกำจัดขยะด้วยวิธีการเผา ซึ่งขยะส่วนใหญ่ที่พบตามครัวเรือน ได้แก่ เศษอาหาร ขวดพลาสติก ขวดพลาสติก ขวดแก้ว กระดาษ กระป๋อง เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นขยะที่สามารถนำมาทำเป็นปุ๋ยหมักและบางส่วนสามารถนำรีไซเคิลได้ ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคีรีวง อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา ปัจจัยด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยจากครัวเรือนของประชาชน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคีรีวง อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล คือ หมู่ 7 บ้านคีรีวง หมู่ 9 บ้านราวปลา และหมู่ 10 บ้านธารปรีวเพื่อเป็นข้อมูลแนวทางในการแก้ไขปัญหาในการจัดการขยะจากครัวเรือน เป็นข้อมูลนำไปส่งเสริมประชาชนความรู้ในการจัดการขยะที่ถูกต้อง เพื่อให้ชุมชนมีความรู้เกิดความเข้าใจเพิ่มขึ้น และสามารถนำไปปฏิบัติได้ โดยเริ่มจากตนเอง ครอบครัว และขยายผลไปสู่ชุมชน โดยไม่มีอุปสรรคต่อการพัฒนาชุมชน และยังเป็นการจัดการขยะต้นทางลดปริมาณขยะชุมชน และลดภาระให้กับชุมชน ในการคัดแยกขยะภายในชุมชนและเป็นการเพิ่มรายได้เสริมจากการขายของเก่าให้กับชุมชน อันจะส่งผลให้ปริมาณขยะในชุมชนลดลง และมีการจัดการถูกต้อง สุขาภิบาล ลดมลพิษจากขยะได้อย่างยั่งยืนตลอดไป

วัตถุประสงค์ (Objective)

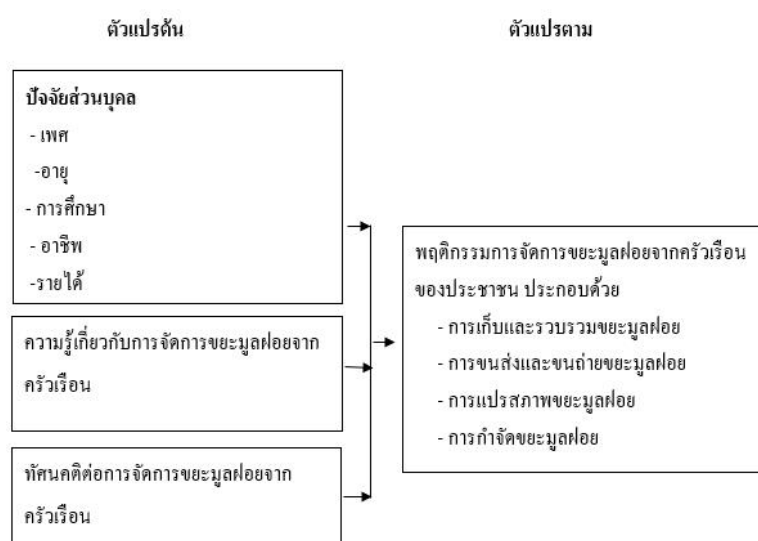
1. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยจากครัวเรือน ทัศนคติมีผลกับการจัดการขยะมูลฝอยจากครัวเรือน และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยจากครัวเรือนของประชาชนตำบลบ้านคีรีวง อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล
2. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพในครอบครัว การศึกษา อาชีพและจำนวนสมาชิกในครัวเรือน ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยจากครัวเรือน เจตคติมีผลกับการจัดการขยะมูลฝอยจากครัวเรือน กับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยจากครัวเรือนของประชาชนตำบลบ้านคีรีวง อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล

บทความวิจัย

สมมติฐาน (Hypothesis)

1. กลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพในครอบครัว การศึกษา อาชีพและจำนวนสมาชิกในครัวเรือน มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยจากครัวเรือน เจตคติต่อการจัดการขยะมูลฝอยจากครัวเรือน มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนอยู่ในระดับปานกลาง

กรอบแนวคิด (Research Framework)



ภาพประกอบที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลบ้านคีรีวง อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล ที่มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎร์ จำนวน 2,525 คน ผู้วิจัยได้สุ่มประมาณสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา โดยใช้แนวคิดของ Daniel (1970) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัย 346 คน โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ (Systematic random sampling) โดยใช้บ้านเลขที่เป็นเกณฑ์ในแต่ละหมู่จะเป็นหน่วยที่ 3 เป็นตัวแทนครัวเรือน ครัวเรือนละ 1 คน มีคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

- ทั้งเพศหญิงและเพศชาย
- อายุ 18 ขึ้นไป ที่เป็นหัวหน้าครอบครัว
- สื่อสารภาษาไทย และอ่านออก เขียนได้
- ยินดี เต็มใจที่จะเข้าร่วมทำการศึกษาในครั้งนี้

บทความวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) มีคุณสมบัติดังนี้

-เป็นผู้ที่ไม่สามารถร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎี เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ประกอบด้วย 4 ส่วน ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยจากครัวเรือน ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอยจากครัวเรือน ส่วนที่ 4 ปัจจัยพฤติกรรมการจัดการขยะจากครัวเรือน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การแปลผลนาคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ยรายข้อใช้หลักการแปลดังนี้(Best,1977)

คะแนนระหว่าง 10 – 16.66 หมายถึง ไม่ปฏิบัติ

คะแนนระหว่าง 16.67 – 23.32 หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง

คะแนนระหว่าง 23.33 ขึ้นไป หมายถึง มีปฏิบัติทุกครั้ง

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean)และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัย (Result)

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n=365)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	139	38.10
หญิง	226	69.10
อายุ (ปี)		
18 – 25 ปี	21	5.80
26 – 32 ปี	40	11.00
33 – 40 ปี	73	20.00
41 – 48 ปี	100	27.40

บทความวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
49 ขึ้นไป	131	35.90
สถานภาพในครอบครัว		
หัวหน้าครอบครัว	214	58.6
สมาชิกในครอบครัว	125	34.2
ผู้อาศัย	26	7.1
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	3	8.0
ประถมศึกษา	218	59.7
มัธยมศึกษา	116	31.8
อนุญาโตหรือเทียบเท่า	17	4.7
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	11	3.0
อาชีพ		
ค้าขาย	58	15.9
ทำสวน	83	22.7
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	16	4.4
รับจ้าง	125	34.2
บริษัท/เอกชน	6	1.6
แม่บ้าน	55	15.1
อื่นๆ	22	6.0
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
1 - 4 คน	225	61.6
5 - 8 คน	134	36.7
9 คนขึ้นไป	6	1.6
รวม	365	100

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.10 กลุ่มอายุระหว่าง 49 ปีขึ้นไป มากสุด ร้อยละ 35.90 ส่วนใหญ่การศึกษาระดับประถมศึกษา มี ร้อยละ 59.70 ส่วนใหญ่อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 34.20 จำนวนสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ 1 - 4 คน ร้อยละ 61.10

บทความวิจัย

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเฉลี่ยรวมด้านความรู้การคัดแยกขยะจากครัวเรือนของกลุ่มตัวอย่าง (n=365)

ปัจจัย	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ความรู้	5.74	1.61	ปานกลาง
เจตคติ	18.37	3.22	ปานกลาง
พฤติกรรม	23.00	4.31	ปานกลาง

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยรวมความรู้การคัดแยกขยะจากครัวเรือน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 5.74$, S.D = 1.61) ระดับเจตคติการคัดแยกขยะจากครัวเรือน มีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 18.37$, S.D = 3.22) และพฤติกรรมการคัดแยกขยะจากครัวเรือน มีคะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับพฤติกรรมปานกลาง ($\bar{X} = 23.00$, S.D = 4.31)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ห้อทธิพลตัวแปรต้นและตัวแปรตาม

ตัวแปรต้น	R	R ²	F	Unstd.		Std.	t	p-value
				B	SE	Beta		
Constant				23.749	4.911		4.836	
X5 ระดับการศึกษา	0.581	0.338	103.112	0.223	0.154	0.332	4.434	<0.001**
X7 ความรู้	0.631	0.398	66.566	0.330	0.478	0.198	2.454	0.015
X8 เจตคติ	0.642	0.431	46.685	0.748	0.338	0.199	2.211	0.028

**นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .01

จากตารางที่ 3 ผลวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple linear regression) ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะจากครัวเรือน ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่เข้าสมการ พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะจากครัวเรือนได้แก่ ปัจจัยด้านระดับการศึกษา ถูกคัดเลือกเข้าสมการเป็นอันดับแรก สามารถทำนายพฤติกรรมการคัดแยกขยะจากครัวเรือน ได้ร้อยละ 33.80 ด้านความรู้ สามารถทำนายพฤติกรรมการคัดแยกขยะจากครัวเรือน ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 39.80 ด้านเจตคติ ถูกคัดเลือกเข้าสมการเป็นอันดับสาม สามารถทำนายพฤติกรรมการคัดแยกขยะจากครัวเรือน ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 43.10

บทความวิจัย

สรุปผลการวิจัย (Conclusion)

1. การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.10 กลุ่มอายุระหว่าง 49 ปีขึ้นไป มากสุด ร้อยละ 35.90 ส่วนใหญ่การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 59.70 ส่วนใหญ่อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 24.20 จำนวนสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ 1 - 4 คน ร้อยละ 61.10

2. ผลการวิเคราะห์ความรู้การคัดแยกขยะจากครัวเรือนประชาชนตำบลทุ่งหว้า อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยรวมความรู้การคัดแยกขยะจากครัวเรือน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 5.74, S.D = 1.61)

3. ผลการวิเคราะห์เจตคติการคัดแยกขยะจากครัวเรือนประชาชนตำบลทุ่งหว้า อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล กลุ่มตัวอย่างมีระดับเจตคติการคัดแยกขยะจากครัวเรือน มีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 18.37, S.D = 3.22)

4. วิเคราะห์พฤติกรรมการคัดแยกขยะจากครัวเรือน

กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการคัดแยกขยะจากครัวเรือน มีคะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับพฤติกรรมปฏิบัติบางครั้ง ($\bar{X}$ = 23.00, S.D = 4.31)

5. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น กับพฤติกรรมการคัดแยกขยะจากครัวเรือน โดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณพบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะจากครัวเรือนได้แก่ ปัจจัยด้านระดับการศึกษา ถูกคัดเลือกเข้าสมการเป็นอันดับแรก สามารถทำนายพฤติกรรมการคัดแยกขยะจากครัวเรือน ได้ร้อยละ 33.80 ด้านความรู้ สามารถทำนายพฤติกรรมการคัดแยกขยะจากครัวเรือน ได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 39.80 ด้านเจตคติ ถูกคัดเลือกเข้าสมการเป็นอันดับสาม สามารถทำนายพฤติกรรมการคัดแยกขยะจากครัวเรือน ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 43.10

อภิปรายผล (Discussion)

ผลการศึกษาความรู้การคัดแยกขยะจากครัวเรือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีความรู้ (Knowledge) ที่อธิบายไว้ว่า เป็นขั้นต้น ซึ่งผู้เรียนเพียงแต่จำ ได้อาจจะ โดยการนึกได้ หรือโดยการมองเห็น ได้ยิน ก็จำได้ ความรู้ในขั้นนี้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับ คำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎ โครงสร้าง วิธีการแก้ปัญหา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคุณสุทธิ บุญโทร และพิรญา อึ้งอุดรภักดี (2559) พบว่า ปริมาณขยะทั้ง 3 ครั้ง เท่ากับ 190.20 167.60 และ 168.70 กิโลกรัมตามลำดับ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของคุณชนบดี สีเสียด และคุณจินดาวัลย์ วัฒนชัย (2554) พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านการจัดการมูลฝอย กลุ่มทดลองที่ผ่าน

บทความวิจัย

โปรแกรมสุขศึกษามีความรู้เกี่ยวกับการกำจัดมูลฝอยเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง รวมทั้งมีพฤติกรรมการกำจัดมูลฝอยมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.0001$) ผลการศึกษาเจตคติการคัดแยกขยะจากครัวเรือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีเจตคติของนักจิตสังคม ที่อธิบายไว้ว่า ลักษณะโดยทั่วไปของเจตคติ 4 ประการ คือ 1) เจตคติเป็นความคิดในการเรียนรู้หรือได้รับประสบการณ์ เช่น ประชาชนส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อการปกครองแบบประชาธิปไตย เพราะจากประสบการณ์ที่ได้รับจากการปกครองระบบให้บุคคลมีสิทธิและเสรีภาพ 2) เจตคติเป็นดัชนีบอกทิศทางในการแสดงพฤติกรรม โดยทั่วไปมี 2 ทิศทาง คือ ทัศนคติทางบวกทำให้มีแนวโน้มที่จะเข้าหาหรือสนับสนุนสิ่งนั้น ส่วนทัศนคติในทางลบ จะทำให้มีแนวโน้มขบถหนีหรือห่างจากสิ่งนั้น 3) เจตคติสามารถถ่ายทอดได้โดยถ่ายอีกคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่งหรือจากสถานการณ์หนึ่งไปยังสถานการณ์หนึ่งได้เช่น ประชาชนที่เลื่อมใสต่อพรรคการเมืองใดก็จะเห็นด้วยและสนับสนุนพรรคการเมืองนั้นๆ 4) เจตคติสามารถเปลี่ยนแปลงได้เนื่องจากทัศนคติเกิดการเรียนรู้และ ประสบการณ์ของบุคคลโดยตรงประสบการณ์ของคนเปลี่ยนไป ย่อมมีผลต่อการเปลี่ยนแปลง ทัศนคติด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคุณภาสกร ฉายจิต และคุณปานใจ สือประเสริฐสิทธิ์ พบว่า ระดับคะแนนของความรู้และเจตคติของผู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดการมูลฝอย หลังผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการประชุมเชิงปฏิบัติการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสรุปการประชุมเชิงปฏิบัติการที่ประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีที่เหมาะสม เข้ามาใช้ดำเนินการนั้น สามารถพัฒนาความรู้และเจตคติของประชากรกลุ่มตัวอย่างให้เพิ่มขึ้นจากก่อนการฝึกอบรมได้

ผลการศึกษาพฤติกรรมการคัดแยกขยะจากครัวเรือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมปฏิบัติบางครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคุณพิภัทร แสงสินธุสร (2550) พบว่า พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในเขตเทศบาลนครภูเก็ต โดยรวมมีพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยอยู่ในระดับปานกลาง

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพในครอบครัว การศึกษา อาชีพและจำนวนสมาชิกในครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยจากครัวเรือน เจตคติต่อการจัดการขยะมูลฝอยจากครัวเรือน กับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยจากครัวเรือนของประชาชน ตำบลทุ่งหว้า อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะจากครัวเรือน ได้แก่ ปัจจัยด้านระดับการศึกษา ถูกคัดเลือกเข้าสมการเป็นอันดับแรก สามารถทำนายพฤติกรรมการคัดแยกขยะจากครัวเรือน ได้ร้อยละ 33.80 ด้านความรู้ สามารถทำนายพฤติกรรมการคัดแยกขยะจากครัวเรือน ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 39.80 ด้านเจตคติ ถูกคัดเลือกเข้าสมการเป็นอันดับสาม สามารถทำนายพฤติกรรมการคัดแยกขยะจากครัวเรือน ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 43.10 จากการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปฐมนศึกษา ซึ่งสามารถอ่านออกเขียนได้ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ และให้เกิดเจตคติที่ดีด้วย ส่งผลให้ระดับการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยจากครัวเรือน เจตคติต่อการจัดการขยะมูลฝอยจากครัวเรือน

บทความวิจัย

สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยจากครัวเรือนของประชาชนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีความรู้ (Knowledge) ที่อธิบายไว้ว่า เป็นขั้นต้นซึ่งผู้เรียนเพียงแต่จำได้อาจจะ โดยการนึกได้ หรือโดยการมองเห็น ได้ยิน ก็จำได้ ความรู้ในขั้นนี้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับ คำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎ โครงสร้าง วิธีการแก้ปัญหา สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีเจตคติของนักจิตสังคม ที่อธิบายไว้ว่า ลักษณะโดยทั่วไปของเจตคติ 4 ประการ คือ 1) เจตคติเป็นความคิดในการเรียนรู้หรือได้รับประสบการณ์ เช่น ประชาชนส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อการปกครองแบบประชาธิปไตย เพราะจากประสบการณ์ที่ได้รับจากการปกครองระบบให้บุคคลมีสิทธิและเสรีภาพ 2) เจตคติเป็นดัชนีบอกทิศทางในการแสดงพฤติกรรม โดยทั่วไปมี 2 ทิศทาง คือ ทัศนคติทางบวกทำให้มีแนวโน้มที่จะเข้าหาหรือสนับสนุนสิ่งนั้น ส่วนทัศนคติในทางลบ จะทำให้มีแนวโน้มชอบหนีหรือห่างจากสิ่งนั้น 3) เจตคติสามารถถ่ายทอดได้โดยถ่ายอีกคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่งหรือจากสถานการณ์หนึ่งไปยังสถานการณ์หนึ่งได้เช่นประชาชนที่เลื่อมใสต่อพรรคการเมืองใดก็จะเห็นด้วยและสนับสนุนพรรคการเมืองนั้นๆ 4) เจตคติสามารถเปลี่ยนแปลงได้เนื่องจากทัศนคติเกิดการเรียนรู้และ ประสบการณ์ของบุคคลโดยตรงประสบการณ์ของคนเปลี่ยนไป ย่อมมีผลต่อการเปลี่ยนแปลง ทัศนคติด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคุณภาสกร ฉายจิต และคุณปานใจ สื่อประเสริฐสิทธิ์พบว่า ระดับคะแนนของความรู้และเจตคติของผู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดการมูลฝอย หลังผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการประชุมเชิงปฏิบัติการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสรุปการประชุมเชิงปฏิบัติการที่ประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีที่เหมาะสม เข้ามาใช้ดำเนินการนั้น สามารถพัฒนาความรู้และเจตคติของประชากรกลุ่มตัวอย่างให้เพิ่มขึ้นจากก่อนการฝึกอบรมได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากผลการศึกษา ระดับการศึกษา ความรู้ เจตคติ สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการขยะจากครัวเรือนได้ นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาส่งให้ประชาชนได้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และเกิดเจตคติที่ดีจะสามารถมีพฤติกรรมจัดการขยะจากครัวเรือนได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้

- 1) การศึกษาวิจัยในครั้งต่อไปควรมีการศึกษารูปแบบการคัดแยกขยะจากครัวเรือนอย่างต่อเนื่อง
- 2) ควรมีการศึกษาในเชิงเศรษฐศาสตร์ ค่าใช้จ่ายในการกำจัดขยะหลังการนำการศึกษาไปดำเนินการและศึกษาปริมาณขยะที่ได้รับการคัดแยกในพื้นที่ เพื่อเกิดการลดขยะในชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง และยั่งยืนต่อไป

บทความวิจัย

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ ผู้วิจัยต้องขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ปรึกษา ที่ให้ปรึกษา แนะนำ และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน คอยชี้แนะแนวทางการการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบพระคุณประชาชนทุกท่านที่ให้ความสำคัญในการให้ข้อมูลครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินโครงการในครั้งนี้ที่ไม่ได้เอียนามทุกท่าน ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการวิจัยในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์กับการจัดการขยะจากครัวเรือน และผลการวิจัยในครั้งนี้ จะนำข้อมูลไปดำเนินการเพื่อส่งเสริมให้ ประชาชนมีความเข้าใจ และความสำคัญที่จะต้องคัดแยกขยะจากครัวเรือน

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมมลพิษ.(2568).ข้อมูลสถานการณ์ขยะมูลฝอยของประเทศ.สืบค้นจาก
https://thaimsw.pcd.go.th/report_country.php

กรมควบคุมมลพิษ.(2565).รายงานสถานการณ์สถานที่กำจัดขยะมูลฝอยชุมชนของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565.สืบค้นจาก <https://www.pcd.go.th/publication/29509/>

กัญธณิศา วัฒนพานิชกุล (2562). พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือนในเขตเทศบาลนครสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารสหศาสตร์*,19(2): 55-72.

จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, บรรณกร เสือสิงห์, วัฒนศักดิ์ จันทร์แปลง, วิเชียร พุทธภูมิ, บุญชนัญญา พงษ์ปรีชา (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะในครัวเรือนของแม่บ้านในอำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*,20(1): 203-212.

ณัชชลิดา ยุคะลัง, จารุวรรณ วิโรจน์, กุ๊เกียรติ ทุดปอ, นิรุวรรณ เทรินทร์โบล (2563). ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการจัดการขยะมูลฝอยอย่างมีประสิทธิภาพในพื้นที่ที่มีการขยายชุมชนอย่างรวดเร็ว: กรณีศึกษาชุมชนข้างเคียงมหาวิทยาลัยมหาสารคาม. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*,13(1): 632-638.

ไทยพีบีเอส.(2567). "ขยะล้นเมือง" คนไทยสร้างขยะเฉลี่ย 7.3 หมื่นตัน/วัน.สืบค้นจาก
<https://www.thaipbs.or.th/news/content/340722>

นภัส น้ำใจตรง, นรินทร์ สังข์รักษา (2562). พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของชุมชนในตำบลกระทุ่มล้ม อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม. *วารสารชุมชนวิจัย*,13(1): 179-190.

ศาลิมาร์ เกิดกลิ่นหอม(2562). แนวทางการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน: เทศบาลนครศรีธรรมราช. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพมหานคร: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

บทความวิจัย

สกุลรัตน์ โทนมณี, รัชนิกร จันสน, วิภาดา ศรีเจริญ, พิสมัย กลอนกลาง, นงลักษณ์ เจริญไพบูลย์ลาภ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชน ตำบลตะเบาะ อำเภอมือง จังหวัดเพชรบูรณ์. *วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ*, 13(2): 32-44.

สุทธิ บุญโท และพิรญา อึ้งอุครกัคดี.(2559). *ประสิทธิภาพการจัดการปริมาณขยะชุมชนจากการใช้หลัก 5Rs กรณีศึกษา ตำบลทุ่งทราย จังหวัดกำแพงเพชร*. สืบค้นจาก <https://gsbooks.gs.kku.ac.th>

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.(2560) *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564)*. กรุงเทพมหานคร: สำนักนายกรัฐมนตรี.