วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Community Health Development Quarterly

Khon Kaen University, Thailand

ปีที่ 9 **ฉบับที่** 4 **ตุลาคม – ธันวาคม** 2564

ชื่อหนังสือ วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เจ้าของ ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ISSN 2287-0075

พิมพ์ที่ บริษัท จรัลสนิทวงศ์การพิมพ์ จำกัด (กรุงเทพฯ)

ปีที่พิมพ์ พ.ศ. 2564

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานการวิจัยด้านการพัฒนาสุขภาพชุมชน
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการพัฒนาองค์ความรู้ในการวิจัย เพื่อการพัฒนาชุมชนทั้งในและต่างประเทศ
3. เพื่อแลกเปลี่ยนแนวคิดและองค์ความรู้ด้านการวิจัย

กำหนดการเผยแพร่

ปีละ 4 ฉบับ (ม.ค.-มี.ค., เม.ย.-มิ.ย., ก.ค.-ก.ย. และ ต.ค.-ธ.ค.)

ฝ่ายจัดการ

ดร. บังอรศรี จินดาวงค์

นายนิพิฐพนธ์ สีอุปลัด

นางสาวกรรณิการ์ สุขสนิท

แบบปก: เดชา ปาลมงคล

สถานที่ติดต่อ

กองบรรณาธิการวารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ถนนมิตรภาพ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40002

โทรศัพท์ 043-363588 โทรสาร 043-202488

E-mail: chdkku2560@gmail.com

Website: http://chd.kku.ac.th/index.php/journal

หมายเหตุ

1) บทความที่จะตีพิมพ์ในวารสาร จะต้องผ่านการตรวจสอบความซ้ำซ้อน โดยมีค่าความซ้ำซ้อนรวมไม่เกินร้อยละ 20 และค่าความซ้ำซ้อนเฉพาะบทความไม่เกินร้อยละ 3

2) บทความที่ผ่านการตรวจความซ้ำซ้อน จะได้รับการประเมินคุณภาพบทความ จากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Reviewers) ภายนอกหน่วยงานของผู้นิพนธ์ จำนวน 3 ท่าน แบบ double-blinded โดยไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้นิพนธ์

3) บทความที่จะตีพิมพ์ในวารสาร ไม่มีค่า processing fee แต่จะต้องชำระค่า page charge บทความละ 3,000 บาท

4) เนื้อหาในบทความที่ตีพิมพ์เป็นความรับผิดชอบของผู้นิพนธ์ กองบรรณาธิการวารสาร ไม่สงวนสิทธิ์ในการคัดลอก เพื่อการพัฒนาด้านวิชาการ แต่ต้องได้รับการอ้างอิงอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ

กองบรรณาธิการ

ที่ปรึกษา

หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ประธานหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน

ประธานหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน

บรรณาธิการ

รศ.ดร. มานพ คณะโต	ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.พญ. วริสรา ลุวีระ	ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

กองบรรณาธิการฝ่ายวิชาการ

ดร. กาญจนา นิ่มสุนทร	วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก
ผศ.พ.ท.ดร. กฤติณ ศิลานันท์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ดร. ขนิษฐา ทุมา	คณะทรัพยากรธรรมชาติ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร
ผศ.ดร. ณีรนุช วรไธสง	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร
ดร. ดวงใจ วิชัย	คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
ดร. เตือนใจ ภูสระแก้ว	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ผศ.ว่าที่ ร.ต.หญิง ดร. ธินัฐดา พิมพ์พวง	คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี
ดร. นฏกร อิตุพร	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
ดร. นฤมล จันทร์มา	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์
ผศ.ดร. นันทวรรณ ทิพยเนตร	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร. นุชรัตน์ มังคละคีรี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม
ดร. ประเสริฐ ประสมรักษ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ
ผศ.ดร. พลากร สืบสำราญ	วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผศ.พ.ต.ต.หญิง ดร. พูนรัตน์ ลียติกุล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
ดร. ภัชชนก รัตนกรปรีดา	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

ดร. รชยา ยิกุสังข์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
ดร. ราณี วงศ์คงเดช	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.พ.ต.ท.หญิง ดร. รังสิยา วงศ์อุปปา	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
ดร. วรวุฒิ ชมพูพาน	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ผศ.ดร. วรรณวิมล เมฆวิมล	วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
ผศ.ดร. วรรณา ภาจำปา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
ดร. วรพล หนูนุ่น	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
ผศ.ดร. วราวัชร์ ขจรรัตนวณิชย์	คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร. ศิราณี ศรีหาภาค	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
ผศ.ดร. สุณีรัตน์ ยั่งยืน	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร. สุทิน ชนะบุญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร. สุภัทรญาณ ทองจิตร	คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ดร. อุมาพร เคนศิลา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

ผู้ทรงคุณวุฒิประจำฉบับ

ดร. รชยา ยิกุสังข์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
ดร. ราณี วงศ์คงเดช	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร. เสาวลักษณ์ คัชมาตย์	สำนักงานควบคุมป้องกันโรคที่ 7 ขอนแก่น
ดร. เตือนใจ ภูสระแก้ว	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร. กานต์พีชญา เนตรพิสิทธิ์กุล	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา
ดร. นวลฉวี เพิ่มทองชูชัย	โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา
ดร. สุภัทรญาณ ทองจิตร	คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ดร. สุทิน ชนะบุญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร. เกศรา แสนศิริทวีสุข	สำนักงานควบคุมป้องกันโรคที่ 10 อุบลราชธานี
ผศ.ดร. นุชรัตน์ มังคละคีรี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม
ผศ.ว่าที่ ร.ต.หญิง ดร. ธินัฐดา พิมพ์พวง	คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี
ผศ.ดร. วรรณวิมล เมฆวิมล	วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
ดร. สุจิตตา ฤทธิ์มนตรี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

ดร. สุกัญญา กาญจนบัตร	โรงพยาบาลธัญญารักษ์ อุดรธานี
ดร. ณัฐกฤตา ทุมวงศ์	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์
ดร. ภัชชนก รัตนกรปรีดา	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
ผศ.พ.ท.ดร. กฤติณ ศิลานันท์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ผศ.ดร. วราวัชร์ ขจรรัตนวณิชย์	คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร. สุณีรัตน์ ยั่งยืน	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร. พลากร สืบสำราญ	วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร. ดวงใจ วิชัย	คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
ดร. กุสุมา สว่างพันธุ์	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดภูเก็ต
ผศ.ดร. วรินทร์มาศ เกษทองมา	คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาเขตสกลนคร
ดร. นฏกร อิตุพร	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

บทบรรณาธิการ

วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น ฉบับนี้เป็นปีที่ 9 ฉบับที่ ตุลาคม – ธันวาคม 2564 กองบรรณาธิการได้คัดเลือกบทความที่น่าสนใจเกี่ยวกับสารเสพติด รวมทั้งปัญหาสุขภาพอื่น ๆ และบทความที่น่าสนใจอื่น ๆ

สำหรับท่านที่สนใจติดตามสถานการณ์การพัฒนาองค์ความรู้ด้านการพัฒนาสุขภาพชุมชน สามารถนำองค์ความรู้ไปปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบท และสภาพปัญหาในแต่ละพื้นที่ จะทำให้เกิดประโยชน์ และมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน และท่านผู้อ่านสามารถเข้าถึงองค์ความรู้ บทความต่าง ๆ ที่สะดวกรวดเร็ว สามารถนำไปอ้างอิง และพัฒนาต่อยอดองค์ความรู้ ให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชนต่าง ๆ ที่สะดวกรวดเร็ว สามารถนำไปอ้างอิง และพัฒนาต่อยอดองค์ความรู้ ให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชน สังคม และประเทศชาติ สามารถเข้าไปศึกษาเพิ่มเติมได้ที่ http://chd.kku.ac.th/index.php/journal หรือ http://chdkkujournal.com/index.php

สำหรับท่านผู้อ่านที่มีความประสงค์จะเผยแพร่บทความของท่าน ผ่านวารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน สามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่เว็บไซด์วารสาร และหากท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมสามารถสอบถามมายังกองบรรณาธิการ ซึ่งได้จัดเจ้าหน้าที่ไว้อำนวยความสะดวกสำหรับทุกท่าน

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ประโยชน์ทางวิชาการที่เกิดจากวารสารฉบับนี้ และฉบับต่อ ๆ ไป จะช่วยสร้างเสริมองค์ความรู้สู่ชุมชน และนำมาซึ่งการพัฒนาด้านสุขภาพ และสุขภาวะที่ดีของประชาชนอย่างยั่งยืนตลอดไป

บรรณาธิการ

สารบัญ

การสัมผัสควันบุหรี่มือสองของพนักงานในสถานประกอบการอุตสาหกรรมผลิตชิ้นส่วนรถยนต์ จังหวัดนครปฐม	331
สุวัฒนา เกิดม่วง, ศักดิกร สุวรรณเจริญ, นิชากร เย็นสบาย	
ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2	345
เอกชัย รักสวย	
การวิเคราะห์องค์ประกอบวัฒนธรรมสุขภาพที่สัมพันธ์กับการสาธารณสุขของกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ของประเทศไทย	361
ครรชิต หนากลาง, สิงหา จันทริย์วงษ์, กิ่งเพชร ส่งเสริม, ปิยศักดิ์ สีดา	
การประเมินผลการเรียนการสอนออนไลน์ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี	375
เรวดี โพธิ์รัง, ประทีป หมีทอง, จรูญลักษณ์ ป้องเจริญ, ยุคนธ์ เมืองช้าง	
ความสัมพันธ์ระหว่างปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวกับการกลับมาเสพซ้ำของผู้เสพ เมทแอมเฟตามีนในระบบบังคับบำบัด	389
รังสิยา วงศ์อุปปา, พูนรัตน์ ลียติกุล	
พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และความสูญเสียทางเศรษฐกิจของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	399
ผการัตน์ ฤทธิ์วิเศษ	

สารบัญ (ต่อ)

การใช้สารเสพติดในกลุ่มแรงงานเกษตร: การวิเคราะห์พหุระดับ 411

นฤมล จันทร์มา

อุบัติการณ์อุบัติเหตุในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนของไทย 427

จริยา อินทรรัศมี

การสัมผัสควันบุหรี่มือสองของพนักงานในสถานประกอบการอุตสาหกรรมผลิตชิ้นส่วนรถยนต์ จังหวัดนครปฐม

สุวัฒนา เกิดม่วง, ศักดิกร สุวรรณเจริญ*, นิชากร เย็นสบาย**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการสัมผัสควันบุหรี่มือสองและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสัมผัสควันบุหรี่มือสองของพนักงานในสถานประกอบการอุตสาหกรรมผลิตชิ้นส่วนรถยนต์ โดยประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE Model เป็นกรอบในการศึกษา กลุ่มตัวอย่าง คือ พนักงานที่ไม่สูบบุหรี่ในสถานประกอบการอุตสาหกรรมผลิตชิ้นส่วนรถยนต์แห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม จำนวน 200 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย (ร้อยละ 58.00) อายุเฉลี่ย 29.40 ปี (S.D. = 6.74) ส่วนใหญ่เคยสัมผัสควันบุหรี่มือสอง (ร้อยละ 54.00) โดยในหนึ่งเดือนที่ผ่านมาพบพนักงานมีการสัมผัสควันบุหรี่มือสองจากสถานที่สาธารณะ ที่บ้าน และสถานที่ทำงาน (ร้อยละ 57.40, 44.40, และ 35.20) ตามลำดับ โดยสถานประกอบการมีนโยบายการห้ามสูบบุหรี่ (ร้อยละ 97.50) และมีจัดการอบรมให้ความรู้เรื่องควันบุหรี่มือสองให้แก่พนักงาน (ร้อยละ 55.50) เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่า ปัจจัยเอื้อด้านสถานที่ที่สัมผัสควันบุหรี่มือสอง บุคคลในครอบครัวที่สูบบุหรี่ ความถี่ในการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง และปัจจัยเสริมด้านแรงสนับสนุนจากครอบครัว/เพื่อนร่วมงาน มีความสัมพันธ์กับการสัมผัสควันบุหรี่มือสองของพนักงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นแนวทางให้กับสถานประกอบการในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองที่เหมาะสม

คำสำคัญ: การสัมผัส, ควันบุหรี่มือสอง, พนักงาน, สถานประกอบการอุตสาหกรรมผลิตชิ้นส่วนรถยนต์

---

* วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Corresponding Author: Suwattana Kerdmuang Email: suwattana_kerd@hotmail.com

Received 08/10/2021 Revised 10/11/2021 Accepted 30/11/2021

EXPOSURE TO SECONDHAND SMOKE AMONG EMPLOYEES IN AUTO PART MANUFACTURING INDUSTRY, NAKHON PATHOM PROVINCE

Suwattana Kerdmuang, Sakdikorn Suwanchareon*, Nichakorn Yensabay**

ABSTRACT

The descriptive research aims to study exposure to secondhand smoke (SHS) and relevant factors contributing to exposure to the SHS among employees in the auto part manufacturing industry with the application of PRECEDE model as a framework for the studies. The sample group includes 200 non- smoking employees in the auto part manufacturer in Nakhon Pathom who were selected by multi-stage sampling technique. The data was collected through a questionnaire and analyzed in descriptive and chi- square statistics.

The research yielded that the male in the sample group (58.0%) had an average age of 29.40 years (S.D. = 6.74). Most of them were exposed to the SHS (54.00%). In the past month, the employees were exposed to the SHS from public places, homes and workplaces (57.40%, 44.40%, and 35.20%), respectively. The factories had the policy to prohibit smoking (97.50%) and provided a workshop on SHS to employees (55.50%). In terms of associational analysis, it was found that the enabling factors, including place leading to exposure to SHS, smoking family members, frequencies of exposure to SHS, and the reinforcing factors including support from family/ colleagues, have the association to exposure to SHS of the employees with statistical significance ($p<.05$). The results of the studies can be used as guidelines for factories in promoting preventive behaviors and protection from SHS.

Keywords: exposure, secondhand smoke, employee, auto parts manufacturing industry

---

* Sirindhorn College of Public Health, Suphanburi, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ควันบุหรี่มือสอง (Secondhand Smoke: SHS) เป็นปัญหาทางสาธารณสุข การได้รับควันบุหรี่มือสอง มีผลกระทบในระยะเฉียบพลันส่งผลให้การทำงานของปอดลดลง กระตุ้นโรคระบบทางเดินหายใจ โรคเรื้อรัง โรคมะเร็ง และโรคหัวใจและหลอดเลือด[1,2] สำหรับในระยะยาวการได้รับควันบุหรี่มือสองในผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่จะทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพที่ไม่แตกต่างจากผู้ที่สูบบุหรี่เอง โดยในแต่ละปีมีผู้ที่เสียชีวิตจากบุหรี่สูงถึงเกือบ 6 ล้านคน ประชาชนทั่วโลกมากกว่า 6 แสนคน เสียชีวิตเพราะสาเหตุจากการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง[3,4] การได้รับควันบุหรี่มือสองเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ที่ไม่สูบบุหรี่[4]

ควันบุหรี่มือสอง คือ ควันบุหรี่ที่อยู่ในบรรยากาศ มีสองชนิด คือ ควันสายหลัก (Mainstream) และควันสายข้างเคียง (Side stream)[5] ส่วนใหญ่แล้วควันที่มาจากสายข้างเคียงจะมีปริมาณความเข้มข้นของสารพิษต่าง ๆ สูงกว่า และมีขนาดเล็กกว่าควันสายหลัก จึงสามารถผ่านลงในปอดได้ดีกว่า ควันบุหรี่มีสารเคมีอย่างน้อย 250 ชนิด เป็นอันตรายต่อร่างกายและอย่างน้อย 69 ชนิดเป็นสารเคมีที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็ง[6] และจากการวิเคราะห์ปัสสาวะ เลือดและน้ำลาย สามารถยืนยันได้ว่าการหายใจเอาควันบุหรี่ในอากาศรอบตัวเข้าไป โดยไม่ได้เป็นผู้สูบบุหรี่เองนั้น ทำให้ได้รับสารพิษจากควันบุหรี่เข้าสู่ร่างกายได้เช่นเดียวกัน ซึ่งการได้รับควันบุหรี่มือสอง แม้ในระดับต่ำสามารถทำให้เกิดอันตรายแก่ชีวิตได้[5-7]

จากสถานการณ์ข้างต้น กลุ่มวัยทำงานเป็นกลุ่มที่มีการสูบบุหรี่มากที่สุด โดยพบจำนวนมวนที่สูบบุหรี่ต่อวันเพิ่มขึ้นจาก 11.20 มวนเป็น 11.90 มวน[8] สถานประกอบการ จึงเป็นแหล่งรวมของกลุ่มคนวัยทำงานที่มีการสูบบุหรี่เป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะกลุ่มคนวัยทำงาน (อายุ 25-59 ปี) และอาจเป็นผู้ก่อให้เกิดปัญหาควันบุหรี่มือสองภายในสถานประกอบการ ทั้งนี้สถานประกอบการอุตสาหกรรมต่าง ๆ อาจรับรู้ถึงโทษและพิษจากควันบุหรี่มือสอง และ/หรือมีมาตรการที่เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของพนักงาน แต่ในบางสถานประกอบการอาจไม่ได้ให้ความสนใจในประเด็นการคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่[9] ดังนั้นมาตรการลดควันบุหรี่มือสองของสถานประกอบการจึงเป็นสิ่งสำคัญในการคุ้มครองและป้องกันสุขภาพของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่และลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ที่สูบบุหรี่ให้ลดน้อยลง[1, 8-10] จากสาเหตุดังกล่าวจึงมีการกำหนดนโยบาย /กฎหมายการคุ้มครองสภาพแวดล้อมที่ปลอดบุหรี่รวมถึงสถานที่ทำงานปลอดบุหรี่ขึ้น[10]

จังหวัดนครปฐม มีกลุ่มวัยทำงาน 7,244 ราย ในสถานประกอบการต่าง ๆ 88 แห่ง ที่ตรวจสุขภาพประจำปี 2560 พบว่า มี

อัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 14.80 ซึ่งสูงกว่าอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรทั่วไปในจังหวัดนครปฐม[11] ดังนั้นคนวัยทำงานในสถานประกอบการภาคอุตสาหกรรมควรได้รับการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ให้ห่างไกลจากควันบุหรี่มือสองทั้งในสถานประกอบการและสถานที่สาธารณะต่าง ๆ[10] จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาได้มีการศึกษาการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมหลีกเลี่ยงหรือป้องกันการได้รับควันบุหรี่มือสองในกลุ่มนักเรียน นักศึกษาและบุคลากรในสถาบันการศึกษา โรงพยาบาลและสมาชิกวัยต่าง ๆ ในครอบครัว[4-5,12-14] แต่มีการศึกษาผลของโปรแกรมช่วยเลิกบุหรี่ในพนักงาน การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการได้รับควันบุหรี่มือสองในแรงงานย้ายถิ่น และมาตรการหรือข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่เหมาะสมต่อการลดควันบุหรี่มือสองในสถานประกอบการ [1, 8-15]

จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงศึกษาการสัมผัสบุหรี่มือสอง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสัมผัสควันบุหรี่มือสองของพนักงานในสถานประกอบการอุตสาหกรรมผลิตชิ้นส่วนรถยนต์ จังหวัดนครปฐม โดยประยุกต์แนวคิด PRECEDE Model[16] ในขั้นตอนที่ 4 เป็นกรอบในการศึกษา เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งที่เป็นปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล การศึกษาในครั้งนี้ สามารถเป็นแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อีกทั้งเป็นข้อมูลในการกำหนดมาตรการส่งเสริมและคุ้มครองสุขภาพของพนักงานในสถานประกอบการอุตสาหกรรมที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อศึกษาการสัมผัสควันบุหรี่มือสองและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสัมผัสควันบุหรี่มือสองของพนักงานในสถานประกอบการอุตสาหกรรมผลิตชิ้นส่วนรถยนต์ จังหวัดนครปฐม

สมมติฐานการวิจัย (Research Hypothesis)

ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับการสัมผัสควันบุหรี่มือสองของพนักงานในสถานประกอบการอุตสาหกรรมผลิตชิ้นส่วนรถยนต์ จังหวัดนครปฐม

วิธีการศึกษา (Method)

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พนักงานในสถานประกอบการอุตสาหกรรมผลิตชิ้นส่วนรถยนต์แห่งหนึ่ง จังหวัดนครปฐม ที่ไม่สูบบุหรี่ จำนวน 673 คน

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 245 คน คำนวณโดยใช้สูตรของ Krejcie and Morgan[17] คัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) ตามสัดส่วนของพนักงานในแต่ละแผนก

การศึกษานี้ ผู้สัมผัสควันบุหรี่มือสอง คือ ผู้ที่สูดเอาควันที่ลอยออกจากปลายมวนบุหรี่ที่จุดไว้อยู่ปะปนในสิ่งแวดล้อม หรือที่เรียกว่า ควันสายข้างเคียง (Side stream) ซึ่งอาจสัมผัสในบ้านหรือในที่ทำงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยนำ ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล เป็นลักษณะแบบเลือกตอบและเติมข้อความ

1.2 ความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากควันบุหรี่มือสอง จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบถูก-ผิด มี โดยคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 คือ มีความรู้ในระดับต่ำ คะแนนระหว่างร้อยละ 60 - 79 คือ ระดับปานกลาง และคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป คือ ระดับสูง[18]

1.3 ทัศนคติเกี่ยวกับการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 7-28 คะแนน โดย 7-14 คะแนน คือ มีทัศนคติในระดับต่ำ 14.01-21.01 คะแนน คือ ระดับปานกลาง และ 21.02-28 คะแนน คือ ระดับสูง[19]

1.4 พฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว ปฏิบัติ และไม่ปฏิบัติ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-7 คะแนน โดย 0-2.33 คะแนน คือ มีพฤติกรรมในระดับต่ำ 2.34-4.67 คะแนน คือ ระดับปานกลาง และมากกว่า 4.68-7 คะแนน คือ ระดับสูง[19]

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยเอื้อ จำนวน 7 ข้อ เช่น บุคคลใกล้ชิดที่สูบบุหรี่ ลักษณะการทำงานของพนักงาน นโยบายการห้ามสูบบุหรี่ของสถานประกอบการ สถานที่ที่สัมผัสควันบุหรี่มือสอง ความถี่ในการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง และการอบรม ผลกระทบจากการสูบบุหรี่และการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยเสริมด้านแรงสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนร่วมงาน/หัวหน้างาน จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-24 คะแนน โดย 0-8 คะแนน คือ มีการสนับสนุนในระดับน้อย 8.01-16.01 คะแนน คือ ระดับปานกลาง และ 16.02-24 คะแนน คือ ระดับมาก[19]

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนา

ขึ้นโดยประยุกต์จากการศึกษาของ Constantine et al.[20] จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC) จากตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พบว่า มีค่าระหว่าง .67 ถึง 1.00 จากนั้นนำแบบสอบถามในส่วนที่ 1.2 ไปทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธี KR-21 มีค่า เท่ากับ .756 สำหรับส่วนที่ 1.3 ถึง 1.4 และส่วนที่ 3 ไปทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ .724, .683 และ .864 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยอนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้จัดการสถานประกอบการอุตสาหกรรมผลิตชิ้นส่วนรถยนต์แห่งหนึ่ง จังหวัดนครปฐม จากนั้นนำแบบสอบถามไปให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-administered questionnaire) มีพนักงานที่ตอบกลับ จำนวน 200 คน (อัตราการตอบแบบสอบถาม ร้อยละ 81.63)

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยเรื่องนี้ได้ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี เอกสารรับรองเลขที่ PHCSP-S2563/057 เมื่อวันที่ 7 มกราคม 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลตามแนวคิด PRECEDE Model และการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง ด้วยสถิติเชิงพรรณนา

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสัมผัสควันบุหรี่มือสองของพนักงานด้วยการทดสอบไคว์สแควร์ (Chi-square test)

ผลการศึกษา (Results)

1. ข้อมูลปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมของพนักงานในสถานประกอบการอุตสาหกรรมผลิตชิ้นส่วนรถยนต์แห่งหนึ่ง จังหวัดนครปฐม

1.1 ปัจจัยนำ

1.1.1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นเพศชาย ร้อยละ 58.00 และสัมผัสกับควันบุหรี่มือสอง ร้อยละ 34.00 มีอายุเฉลี่ย 29.40 ปี (S.D.= 6.74) โดยอายุที่สัมผัสควันบุหรี่มือสองมากที่สุด คือ อายุระหว่าง 20-30 ปี ร้อยละ 37.00 กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งมีสถานภาพโสด (ร้อยละ 66.50) และสัมผัสควันบุหรี่มือสอง ร้อยละ 35.50 และพบผู้ที่จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย เป็นผู้สัมผัสควันบุหรี่มือสอง ร้อยละ 32.50 ดังตารางที่ 1

1.1.2 ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการสัมผัสและการป้องกันควันบุหรี่มือสอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมี

คะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับอันตรายของควันบุหรี่มือสองและพฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 84.00; S.D. = 11.20, $\bar{X}$ = 24.36; S.D. = 2.87 และ $\bar{X}$ = 6.27; S.D. = 1.09) ตามลำดับ

1.2 ปัจจัยเอื้อ บุคคลในครอบครัวกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่มากที่สุด คือ พี่ชาย/น้องชาย ร้อยละ 16.50 สำหรับบุคคลในสถานประกอบการที่สูบบุหรี่ พบว่าเป็นเพื่อนร่วมงาน ร้อยละ 38.00 โดยกลุ่มตัวอย่างทำงานในฝ่ายผลิต ร้อยละ 44.00 มีกลุ่มตัวอย่างเกินครึ่ง (ร้อยละ 54.00) เดินทางโดยรถจักรยานยนต์ และรถยนต์ส่วนตัว ร้อยละ 44.50 และพบว่าสถานประกอบการมีสถานที่ที่จัดให้สำหรับสูบบุหรี่ ร้อยละ 97.50

กลุ่มตัวอย่างเคยสัมผัสควันบุหรี่มือสองตามสถานที่ต่าง ๆ ร้อยละ 70.00 โดย 3 ลำดับแรก ได้แก่ ร้านค้า ตลาด และสถานที่ท่องเที่ยว (ร้อยละ 26.50, 25.50 และ 24.50) ความถี่ในการสัมผัสควันบุหรี่มือสองพบมากที่สุด คือ 1-2 วัน (ร้อยละ 60.00) อีกทั้งสถานประกอบการมีการจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการอบรมให้ความรู้เรื่องผลกระทบจากการสูบบุหรี่และการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง ร้อยละ 55.50

1.3 ปัจจัยเสริม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านแรงสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนร่วมงาน/หัวหน้างานภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 14.46; S.D. = 4.84) เมื่อแบ่งระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ส่วนใหญ่พนักงานได้รับแรงสนับสนุนระดับปานกลาง ร้อยละ 54.50)

2. การสัมผัสควันบุหรี่มือสอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยสัมผัสควันบุหรี่มือสอง ร้อยละ 54.00 ในเดือนที่ผ่านมามีการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในขณะทำงาน ร้อยละ 35.20 โดยเฉลี่ยใน 1 วัน กลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลาอยู่กับคนที่สูบบุหรี่ภายในรถยนต์และมีการสัมผัสควันบุหรี่มือสองเป็นจำนวน 1-2 ครั้ง ร้อยละ 72.20 และมีการสัมผัสควันบุหรี่มือสองที่บ้าน ร้อยละ 44.40 อีกทั้งพบว่าสมาชิกในครอบครัวมีการสูบบุหรี่ทุกวัน (7 วัน) ต่อสัปดาห์มากที่สุด ร้อยละ 55.00 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างสัมผัสควันบุหรี่มือสองจากที่อื่น ๆ เช่น สถานที่สาธารณะ ในเดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างสัมผัสควันบุหรี่มือสองในสถานที่สาธารณะมากที่สุด 1-2 ครั้ง ร้อยละ 64.80

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง พบว่า ปัจจัยเอื้อด้านสถานที่ในการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง (χ^2 = 43.896, p < .001) บุคคลในครอบครัวที่สูบบุหรี่ (χ^2 = 7.970, p = .005) ความถี่ในการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง (χ^2 = 7.300, p = .026) และปัจจัยเสริมด้านแรงสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนร่วมงาน/หัวหน้างาน (χ^2 = 9.302, p = .002) มีความสัมพันธ์กับการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง

ของพนักงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะพื้นฐานของพนักงานในสถานประกอบการอุตสาหกรรมผลิตชิ้นส่วนรถยนต์แห่งหนึ่ง จังหวัดนครปฐม จำแนกตามการสัมผัสควันบุหรี่มือสองของ (n = 200)

ข้อมูลคุณลักษณะพื้นฐาน	การสัมผัสควันบุหรี่มือสอง		รวม
	ไม่สัมผัส จำนวน (ร้อยละ)	สัมผัส จำนวน (ร้อยละ)	
1. เพศ			
ชาย	48 (24.00)	68 (34.00)	116
หญิง	44 (22.00)	40 (20.00)	84
2. อายุ			
20-30 ปี	60 (30.00)	74 (37.00)	134
31-40 ปี	21 (10.50)	24 (12.00)	45
41-50 ปี	11 (5.50)	10 (5.00)	21
3. สถานภาพสมรส			
โสด	62 (31.00)	71 (35.50)	133
สมรส/ หย่าร้าง	30 (15.00)	37 (18.50)	62
4. ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	6 (3.00)	5 (2.50)	11
มัธยมศึกษาตอนต้น/ มัธยมศึกษาตอนปลาย	54 (27.00)	65 (32.50)	119
ปริญญาตรี	32 (16.00)	38 (19.00)	70
5. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน			
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท	19 (9.50)	22 (11.00)	41
10,001-20,000 บาท	43 (21.50)	55 (27.50)	98
มากกว่า 20,001 ขึ้นไป	30 (15.00)	31 (15.50)	61

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับการสัมผัสควันบุหรี่มือสองของพนักงานในสถานประกอบการอุตสาหกรรมผลิตชิ้นส่วนรถยนต์แห่งหนึ่ง จังหวัดนครปฐม (n=200)

ปัจจัย	การสัมผัสควันบุหรี่มือสอง		รวม	df	x^2	p-value
	ไม่สัมผัส จำนวน (ร้อยละ)	สัมผัส จำนวน (ร้อยละ)				
1. ปัจจัยเอื้อ* **						
1.1 สถานที่ที่สัมผัสควันบุหรี่มือสอง						
สถานประกอบการ/บ้านหรือที่สาธารณะ	43 (21.50)	97 (48.50)	140	1	43.896	<.001**
ไม่เคยสัมผัส	49 (24.50)	11 (5.50)	60			
1.2 บุคคลในครอบครัวที่สูบบุหรี่						
มีสูบ	24 (12.00)	49 (24.50)	73	1	7.970	.005*
ไม่มีสูบ	68 (34.00)	59 (29.50)	127			
1.3 ความถี่ในการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง						
1-2 วัน	60 (30.00)	60 (30.00)	120	2	7.300	.026*
3-4 วัน	25 (12.50)	25 (12.50)	50			
5 วันขึ้นไป	7 (3.50)	23 (11.50)	30			
2. ปัจจัยเสริม* **						
2.1 แรงสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนร่วมงาน/หัวหน้างาน						
มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำถึง ปานกลาง	52 (26.00)	83 (41.50)	135	1	9.360	.002*
มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง	40 (20.00)	25 (12.50)	65			

*p<.05 **p<.001 ***นำเสนอเฉพาะตัวแปรที่มีความสัมพันธ์

วิจารณ์ (Discussions)

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสัมผัสควันบุหรี่มือสองของพนักงานในสถานประกอบการอุตสาหกรรมผลิตชิ้นส่วนรถยนต์แห่งหนึ่ง จังหวัดนครปฐม สามารถอภิปรายได้ ดังนี้

สถานที่ที่สัมผัสควันบุหรี่มือสอง พบว่า สถานประกอบการ บ้านหรือที่สาธารณะมีความสัมพันธ์กับการสัมผัสควันบุหรี่มือสองของพนักงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 = 43.896, p < .001) สามารถอธิบายได้ว่า ไม่เพียงแต่พบการสัมผัสควันบุหรี่มือสองของพนักงานในสถานประกอบการเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างยังมีการสัมผัสควันบุหรี่มือสองจากที่บ้าน (ร้อยละ 44.40) และสถานที่สาธารณะต่าง ๆ เช่น ในยานพาหนะ (ร้อยละ 72.2) และร้านค้า (ร้อยละ 26.50) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Manoton and et al.[15] ที่พบว่าแรงงานย้ายถิ่น จังหวัดสุโขทัย ได้รับควันบุหรี่มือสองจากที่บ้าน ร้อยละ 77.32 และพบคนสูบบุหรี่ในที่ทำงานเพิ่มมากขึ้นร้อยละ 53.90 นอกจากนั้นสอดคล้องกับการศึกษาของ Suwanwaiphatthana, Waithayavongkorn and Aunjangwang[21] ที่ศึกษาการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองให้กับสมาชิกในครอบครัวและชุมชน จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนในชุมชนได้รับการสัมผัสควันบุหรี่มือสองจากที่บ้านร้อยละ 28.9 อีกทั้งพบมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงว่าพนักงานที่ปฏิบัติงานในสถานประกอบการ/โรงงานอุตสาหกรรมที่มีนโยบายจัดเป็นเขตปลอดบุหรี่ จะพบการสัมผัสควันบุหรี่มือสองที่บ้านลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 5.3; p<.001)[1]

บุคคลในครอบครัวที่สูบบุหรี่ พบว่า การมีสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่นั้น มีความสัมพันธ์กับการสัมผัสควันบุหรี่มือสองของพนักงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 = 7.970, p = .005) จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่า บุคคลในครอบครัวกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่มากที่สุด คือ พี่ชาย/น้องชาย (ร้อยละ 16.50) รองลงมา บิดา/มารดา (ร้อยละ 15.00) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Manoton and et al.[15] ที่พบว่าแรงงานย้ายถิ่นสัมผัสควันบุหรี่มือสองจากคนในครอบครัวร้อยละ 50.92 เนื่องจากแรงงานจะอยู่อาศัยในลักษณะครอบครัว ญาติ แรงงานย้ายถิ่นจะพักอาศัยอยู่เป็นกลุ่มก้อน สำหรับการศึกษาของ Suwanwaiphatthana and et al.[21] พบว่าบิดาเป็นบุคคลที่สูบบุหรี่ในขณะที่มีสมาชิกอยู่ในครอบครัว ร้อยละ 55.71 ทำให้สมาชิกในครอบครัวร้อยละ 28.9 ได้รับควันบุหรี่ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สัมผัสควันบุหรี่มือสองโดยในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจร้อยละ 31.1 และการศึกษาของ Kaleta and et al.[1] พบว่าตัวแปรจำนวนของสมาชิกที่สูบบุหรี่ในครอบครัวสามารถช่วยพยากรณ์การสัมผัสควันบุหรี่มือสองของกลุ่มวัยแรงงาน (OR = 7.0; p<.001) ซึ่งสามารถ

อธิบายได้ว่าลักษณะของครอบครัวไทยส่วนใหญ่เป็นขยาย ทำให้มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวมาก ส่งผลต่อโอกาสในการสัมผัสควันบุหรี่มือสองที่สูงกว่าครอบครัวเดี่ยว

ความถี่ในการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง มีความสัมพันธ์กับการสัมผัสควันบุหรี่มือสองของพนักงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 = 7.300, p = .026) จากผลการศึกษา พบว่าพนักงานที่สัมผัสควันบุหรี่มือสอง 1-2 วัน มีความสัมพันธ์กับการสัมผัสควันบุหรี่มือสองของพนักงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากพบข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างว่าพนักงานสัมผัสควันบุหรี่มือสองทั้งจากบุคคลในสถานประกอบการอุตสาหกรรม จากการเดินทางมาทำงาน จากสถานที่สาธารณะต่าง ๆ รวมถึงที่บ้าน ดังนั้นพนักงานจึงเกิดความเสี่ยงที่เกิดจากการสัมผัสบุหรี่ทางอ้อมและสารกึ่งระเหย (Semi-volatile compounds) ที่พบติดสะสมอยู่ในพื้นผิว เสื้อผ้า เบาะรถยนต์ และเฟอร์นิเจอร์จะถูกปลดปล่อยกลับมาแขวนลอยในอากาศอีกครั้ง[6] และการศึกษาของ Srimoragot and Pawarmart[5] สนับสนุนว่าการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในรอบ 8 ชั่วโมงการปฏิบัติงาน ผู้สัมผัสจะพบค่าสารระเหยคาร์บอนสูง (Total volatile compounds 6.5 $\pm$ 7.7 มิลลิกรัม/ลบ.ม.) นอกจากนั้นยังพบสารเคมีก่อมะเร็งประเภท Formaldehyde มากกว่าเกณฑ์ความปลอดภัยที่องค์การอนามัยโลกกำหนด (3.0 μg/sample)

แรงสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนร่วมงาน/หัวหน้างาน มีความสัมพันธ์กับการสัมผัสควันบุหรี่มือสองของพนักงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 = 9.302, p = .002) สามารถอธิบายได้ว่า พนักงานที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำถึงปานกลางจะมีโอกาสสัมผัสควันบุหรี่มือสองสูงกว่าพนักงานที่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนร่วมงาน/หัวหน้างานในการหลีกเลี่ยงหรือป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jantarapas and et al.[11] และ Green and Kreuter[16] ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้ร่วมงาน หัวหน้างานและผู้บริหารสถานประกอบการ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ของพนักงานที่สูบบุหรี่ในที่ทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Manoton and et al.[15] ที่พบว่าผู้ประกอบกิจการหรือนายจ้างของแรงงานย้ายถิ่น ยังขาดการสนับสนุนมาตรการการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าควรสนับสนุนให้ผู้บริหารสถานประกอบการกำหนดนโยบายสถานประกอบการปลอดบุหรี่/ควันบุหรี่ รวมทั้งสนับสนุนให้พนักงานมีศักยภาพในการพัฒนาสถานประกอบการปลอดบุหรี่[1,8-10]

ข้อยุติ (Conclusions)

ผลการศึกษาการสัมผัสควันบุหรี่มือสองของพนักงานในสถานประกอบการ

อุตสาหกรรมผลิตชิ้นส่วนรถยนต์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเคยสัมผัสควันบุหรี่มือสอง (ร้อยละ 54.00) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าปัจจัยเอื้อด้านสถานที่ที่สัมผัสควันบุหรี่มือสอง บุคคลในครอบครัวที่สูบบุหรี่ ความถี่ในการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง และปัจจัยเสริมด้านแรงสนับสนุนจากครอบครัว/เพื่อนร่วมงาน มีความสัมพันธ์กับการสัมผัสควันบุหรี่มือสองของพนักงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ผู้บริหารสถานประกอบการควรกำหนดนโยบายให้เป็นสถานประกอบการปลอดบุหรี่/ควันบุหรี่ และควรมีการควบคุมการระบายควันบุหรี่ไม่ให้เกิดการรบกวนและสร้างผลกระทบแก่ผู้อื่น ควบคู่กับการมุ่งเน้นการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองที่เหมาะสมแก่พนักงาน สร้างความร่วมมือจากคนในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และหัวหน้างาน

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

มีการศึกษาควันบุหรี่มือสองในสถานประกอบการ การศึกษานี้พบความสัมพันธ์ของปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในสถานประกอบการอุตสาหกรรมรถยนต์

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Kaleta D, Polanska K, Usidame, B. Smoke - free workplaces are associated with protection from second- hand smoke at homes in Nigeria: Evidence for population-level decisions. **BioMed Research International** 2015; 2015: 1-8.
2. WHO. **Global report in trends in prevalence of Tobacco use 2000-2025**. (3rd ed.). Geneva: World Health Organization; 2019.
3. Kim YW, Lee C-H, Park YS, Kim Y-I, Ahn CM, Kim J-O, et al. Effect of exposure to second-hand smoke on the quality of life: A nationwide population- based study from South Korea. **PLoS ONE** 2015; 10(9): 1-10.
4. Klassen AC, Lee NL, Pankiewicz A, Ward R, Shuster M, Ogbenna BT, et al. Secondhand smoke exposure and smoke- free policy in Philadelphia public housing. **Tob Regul Sci** 2017; 3(2): 192-203.
5. Srimoragot P, Paw- armart I. Assessing tobacco smoke situation among smokers and secondhand

smokers in a hospital. **Thai J Nurs** 2014; 63(1): 48-54. [in Thai].

6. Makboon K. Third hand smoke: the other category of hazard from passive smoke. **Vajira Med J** 2015; 59(4): 49-57. [in Thai].
7. Cech EA, O'Connor LT. 'Like second-hand smoke' : the toxic effect of workplace flexibility bias for workers' health. **Community, Work & Family** 2017; 20(5): 543-572.
8. Chatdokmaiprai K, Pitayarangsarit S, Kalampakorn S. Policy recommendation entitled: measures and motivation to reduce consumption in industrial and agricultural workers. **Thai J Nurs** 2019; 68(2): 51-59. [in Thai].
9. Putha J, Manee- in J. **Appropriate measurements to reduce secondary smoke in the establishment: A case study of Bang Chan Industrial Estate and Lat Kra Bang Industrial Estate, Bangkok**. Tobacco Control Research and Knowledge Management; Thai Health Promotion Foundation: Bangkok; 2020. [in Thai].
10. Minister of Public Health. The Notification of Minister of Public Health (No.18) B.E.2550. **Pursuant to the Protection of Non-Smokers Health Act B.E. 2535** [online] 2007 [cited 2021 October 31]. Available from: http://person.ddc.moph.go.th/law/images/DATA/Act.pdf [in Thai].
11. Jantarapas U, Kalampakorn S, Rujiratanapong W, Jirapongsuwan A. Effectiveness of a workplace smoking cessation program in Nakorn Pathom province. **Thai J Nurs** 2021; 70(1): 21-27. [in Thai].
12. Phetphoom C, Pyeamkleep R, Pongpreecha B. Factors affecting avoidance behavior of secondhand smoke among students in the University. **PHJBUU** 2018; 13(2): 89-101. [in Thai].
13. Suteerangkul P, Saradhuldhat G. Second- hand smoking exposure, nicotine dependence, and support for smoke-free university of students and academic staff in private university. **EAU HERITAGE JOURNAL Science and Technology** 2021; 15(1): 205-217. [in Thai].
14. Sonthon P, Sonthon A. Factors associated with second hand smoke exposure in the home among pregnant women in Phetchabun province. **THJPH** 2019; 49(3): 350-362. [in Thai].

15. Manoton A, Nooson N, Nimpitakpong P, Kanokthet T. Factors affecting secondhand smoke exposure in migrant workers and their families. **Journal of Nursing and Health Science** 2014; 8(3): 135-144. [in Thai].
16. Green LW, Kreuter MW. **Health program planning: an educational and ecological approach**. (4th ed). Boston: McGraw-Hill; 2005.
17. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. **Edu Psychol Meas** 1970; 30(3): 607-610.
18. Anderson LW, Krathwohl DR, Airasian PW, Cruikshank KA, Kathleen A, Mayer RE, et al. **A taxonomy for learning, teaching, and assessing: a revision of Bloom' s taxonomy of educational objectives**. Allyn & Bacon. Boston: MA; 2001.
19. Best JW. **Research in education**. (3rd ed.). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall; 1977.
20. Vardavas C, Agaku I, Filippidis F, Kousoulis AA, Girvalaki C, Symvoulakis E, et al. The secondhand smoke exposure scale (SHSES): A hair nicotine validated tool for assessing exposure to secondhand smoke among elderly adults in primary care. **Tob Prev Cessation** 2017; 3 (9): 1-7.
21. Suwanwaiphatthana W, Waithayavongkorn N, Aunjangwang W. The relationship between knowledge and attitude of cigarette smokers toward protecting family members from secondhand smoke. **J Health Nsg Edu** 2013; 19(1): 31-41. [in Thai].

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

*เอกชัย รักสวย**

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาล 50 พรรษา มหาวชิราลงกรณ อุบลราชธานี จำนวน 135 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์วัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ไคสแควร์ และสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับความรู้แจ้งต่ำ ร้อยละ 77.77 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ พบว่า อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

---

*โรงพยาบาล 50 พรรษา มหาวชิราลงกรณ จังหวัดอุบลราชธานี

Corresponding author: Ekkachai Laksuay Email: ekkachai441122@gmail.com

Received 11/10/2021 *Revised 11/11/2021* *Accepted 30/11/2021*

THE ASSOCIATION BETWEEN HEALTH LITERACY AND HEALTH CARE BEHAVIORS AMONG TYPE 2 DIABETES MELLITUS PATIENTS

*Ekkachai Raksuay**

ABSTRACT

This cross-sectional study aimed to study the association between personal factors, health literacy, and health care behaviors among type 2 diabetes mellitus patients. The samples were 135 type 2 diabetes mellitus patients who registered in chronic disease clinic in the 50 Pansa Mahavajiralongkorn hospital. Data was collected by the interview questionnaire of health literacy for type 2 diabetes mellitus patients. Data were analyzed by using descriptive statistics and inferential statistics, Chi-square test, and Pearson product-moment correlation coefficient. The study result showed that 77.77% of diabetic patients had a low level of health literacy. The personal factors included age, education, and occupational-related health care behaviors with statistical significance at p-value <0.05. Moreover, the level of health literacy related to health care behaviors with statistical significance at p-value <0.05.

Keywords: health literacy, type 2 diabetes mellitus, health care behaviors

*50 Pansa Mahavajiralongkorn Hospital

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

โรคไม่ติดต่อยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประชาชนไทยทั้งในแง่ภาระโรคและอัตราการเสียชีวิต อัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (30-69 ปี) จากโรคไม่ติดต่อที่สำคัญมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ถึงปี พ.ศ. 2559 หลังจากนั้นมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยและคงที่ในปี พ.ศ. 2561 โรคเบาหวานซึ่งอยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังถือว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของคนไทย[1] และสาเหตุการตายด้วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากข้อมูลกองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ในปีงบประมาณ 2559-2562 ประเทศไทยมีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน 960.18 1010.15 1125.90 และ 1205.76 ต่อแสนประชากร ในขณะที่เขตสุขภาพที่ 10 พบอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน ในปีงบประมาณ 2559-2562 อยู่ที่ 1432.86 1576.86 1686.80 และ 1825.11 ต่อแสนประชากร จังหวัดอุบลราชธานีพบอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานในปีงบประมาณ 2559-2562 1646.01 1795.52 1883.68 และ 2059.54 ต่อแสนประชากร ส่วนอัตราตายด้วยโรคเบาหวานของประเทศไทยปีงบประมาณ 2560-2562 พบ 24.47 23.77 และ 25.92 ต่อแสนประชากร ในขณะที่เขตสุขภาพที่ 10 พบอัตราตายด้วยโรคเบาหวาน ในปีงบประมาณ 2559-2562 26.33 28.61 24.75 และ 25.68 ต่อแสนประชากร จังหวัดอุบลราชธานี พบอัตราตายด้วยโรคเบาหวาน ในปีงบประมาณ 2559-2562 28.06 28.14 27.09 และ 30.82 ต่อแสนประชากร ส่วนศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาล 50 พรรษา มหาวชิราลงกรณ ปีงบประมาณ 2563 พบอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน 1088.82 ต่อแสนประชากร ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่คุมน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 20.32 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตควบคุมได้ตามเกณฑ์ ร้อยละ 55.46 อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL < 100 mg/dl ร้อยละ 19.71[2] จากข้อมูลจะพบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องและเหมาะสม ส่งผลต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนและเสียชีวิตได้ในอนาคต การให้สุขศึกษายังคงเป็นกิจกรรมที่สำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจข้อมูลพื้นฐานของโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง การให้สุขศึกษาที่ถูกต้องและเหมาะสมจะส่งผลให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งเป็นเสมือนกุญแจสู่ผลลัพธ์ของงานสุขศึกษา[3] หรือกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งดอน นัทบีม[4] ได้ชี้ให้เห็นความสำคัญว่าควรมีการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้เป็นดัชนีที่สามารถสะท้อนและใช้อธิบายความเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานสุข

ศึกษา และกิจกรรมการสื่อสาร ทั้งนี้เนื่องจากการดำเนินงานสุขศึกษาทำให้เกิดการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยตรง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่งที่จะนำไปสู่การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อ[5] ความรอบรู้ด้านสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน ระดับที่สอง ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ และระดับที่สาม ขั้นวิจารณญาณ บุคคลที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อการใช้ข้อมูลข่าวสารและการเข้ารับบริการสุขภาพ อาทิในเรื่องการดูแลโรคภัยไข้เจ็บด้วยตนเอง การป้องกันโรค[6] รวมทั้งมีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาสุขภาพตั้งแต่อายุน้อยและมักจะมีสุขภาพแย่กว่าหรือป่วยหนักจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าและมีรายงานการศึกษาพบว่า ผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำมีความเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจมากกว่า[7] นอกจากนี้ยังมีรายงานการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมในระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญ[8] ทั้งนี้อาจจะเนื่องจากการขาดความรู้และทักษะในการป้องกันและดูแลสุขภาพของตนเองนั่นเอง จากการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย ตามหลักพฤติกรรม 3อ. 2ส. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง[9] และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3อ. 2ส. ของกลุ่มวัยทำงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี[10] และพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอจะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้เพิ่มขึ้น[11] จะเห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลตัวเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดังนั้นเพื่อให้การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานมีประสิทธิภาพโดยมีเป้าหมายเพื่อให้สามารถรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ความเข้าใจ การให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมบนพื้นฐานบริบทและวิถีชีวิตของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองที่ดีอย่างต่อเนื่อง อีกทั้ง

ผลการวิจัยจะเป็นแนวทางสำคัญในการปรับปรุงรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

วิธีการศึกษา (Method)

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ทำการเก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ด้วยแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง เพื่อใช้สัมภาษณ์ตามแนวทางแบบสัมภาษณ์ที่กำหนดไว้ในแต่ละประเด็นคำถาม แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งชายและหญิงที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาล 50 พรรษา มหาวชิราลงกรณ อุบลราชธานี จำนวน 1,255 ราย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ได้ขนาดที่เพียงพอต่อการเป็นตัวแทนของประชากรที่จะศึกษาโดยใช้สูตร ดังนี้

$$n = \frac{Np(1-p)z^2_{1-\frac{\alpha}{2}}}{d^2(N-1)+p(1-p)z^2_{1-\frac{\alpha}{2}}}$$

n = กลุ่มตัวอย่าง

N = ประชากร (1,255 ราย)

D = ค่าความคลาดเคลื่อนในการสุ่ม (0.05)

P = ค่าสัดส่วนประชากร (ค่าสัดส่วนประชากรที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานจากการศึกษาที่ผ่านมา (0.09))[12]

z= คะแนนมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับระดับความเชื่อมั่น (จากตารางโค้งปกติ)

แทนค่าในสูตร (1.96)

$$n = \frac{1255 \times 1.96 \times 1.96 \times 0.09(1-0.09)}{0.05 \times 0.05 \times (1255-1)+1.96 \times 1.96 \times 0.09(1-0.09)}$$

n = 115

ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ต้องมีจำนวนไม่น้อยกว่า 115 คน และเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ 20 ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จึงเท่ากับ 135

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้า (inclusion criteria)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า คือ ประชากรที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และมีข้อบ่งชี้ดังต่อไปนี้

- ผู้ป่วยมีการรับรู้สมบูรณ์ และสื่อสารภาษาไทยได้
- ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างน้อย 6 เดือน
- ผู้ป่วยเคยได้รับการให้ความรู้คำแนะนำจากบุคคลากรในเรื่องการดูแลตนเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์จากการศึกษาเรื่อง การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy) สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล[13] จำนวน 1 ชุด ประกอบด้วย 9 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (10 ข้อ) ส่วนที่ 2 ความต้องการความช่วยเหลือด้านสุขภาพ (2 ข้อ) ส่วนที่ 3 การอ่านศัพท์พื้นฐาน (66 ข้อ) ส่วนที่ 4 ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข (8 ข้อ) ส่วนที่ 5 ความสามารถในการเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพ (55 ข้อ) ส่วนที่ 6 ความรู้ความเข้าใจ (30 ข้อ) ส่วนที่ 7 การปฏิบัติในกรณีถูกถามปัญหาต่าง ๆ (17 ข้อ) ส่วนที่ 8 การตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติในอนาคต หรือเงื่อนไขการใช้ชีวิต (12 ข้อ) ส่วนที่ 9 การปฏิบัติพฤติกรรม (8 ข้อ) โดยแบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) ในแบบสอบถามส่วนที่ 2 3 4 6 8 9 ดังนี้ 0.81 0.98 0.82 0.97 0.79 และ 0.98 และค่าความเชื่อมั่น (KR-20) ในส่วนที่ 5 ได้ 0.89

การแปลระดับการแปลผลระดับคะแนนความแตกฉานของผู้ป่วยเบาหวาน

0-176 คะแนน หรือ <75% ของคะแนนเต็ม ผู้ที่มีระดับความรู้แจ้งต่ำหรือ "รู้จัก"

177-234 คะแนน หรือ ≥ 75%ของคะแนนเต็ม ผู้ที่มีระดับความรู้แจ้งสูงหรือ "รู้แจ้ง"

การเก็บรวบรวม

1. ประสานงานกับโรงพยาบาล 50 พรรษา มหาวชิราลงกรณ อุบลราชธานี อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย
2. ให้ผู้ป่วยเบาหวานเป็นผู้ตอบแบบสัมภาษณ์และผู้ช่วยวิจัยได้เก็บแบบสัมภาษณ์เอง
3. นำเสนอแบบสัมภาษณ์ที่ได้มาตรวจความครบถ้วนสมบูรณ์ก่อนนำมาวิเคราะห์และจัดทำเล่มวิจัยสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการวิเคราะห์สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical statistics) วิเคราะห์ความสัมพันธ์หระว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ รายได้ กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้การวิเคราะห์โดยสถิติไคสแคว์ (Chi-square test) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson Product Moment Correlation Coefficient

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่โครงการวิจัย SSJ.UB 036

ผลการศึกษา (Results)

1. **ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง**

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 46.67 อายุเฉลี่ย 55.65 ปี อายุมากสุด 71 ปี อายุน้อยสุด 30 ปี ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 64.44 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 29.62 มีรายได้ในช่วง 0-10000 บาท ร้อยละ 84.44 ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 30.37

2. **การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง**

สรุปผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ตัวแปรที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้แจ้งสูงมากที่สุด คือ การปฏิบัติสื่อสารในกรณีถูกถามปัญหาต่างๆ ร้อยละ 61.49 รองลงมา คือ การตัดสินใจ ร้อยละ 58.52 ส่วนตัวแปรที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับความรู้แจ้งต่ำ ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจ ร้อยละ 97.77 (ตารางที่ 1)

3. **การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง**

สรุปผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10.37 มีระดับรู้แจ้งแตกฉาน ร้อยละ 41.48 มีระดับรู้แจ้งแต่ไม่แตกฉาน และร้อยละ 48.15 มีระดับรู้จักแต่ไม่แตกฉาน

4. **การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง**

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ พบว่า อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) (ตารางที่ 2) และความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(p=0.008) เมื่อวิเคราะห์รายด้านจะพบว่า ด้านความสามารถในการเข้าถึง หรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพ ด้านการปฏิบัติในกรณีถูกถามปัญหาต่าง ๆ และด้านการตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติในอนาคต หรือเงื่อนไขการใช้ชีวิตมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 ผลการศึกษา จำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพกลุ่ม

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
1.ความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ		
ความรอบรู้ต่ำ (0-5 คะแนน)	77	57.03
ความรอบรู้สูง (6-8 คะแนน)	58	42.97
2.การอ่านศัพท์พื้นฐาน		
ความรอบรู้ต่ำ (0-49 คะแนน)	91	67.40
ความรอบรู้สูง (50-66 คะแนน)	44	32.60
3.การค้นหาข้อมูลสุขภาพ		
ความรอบรู้ต่ำ (0-4 คะแนน)	111	82.22
ความรอบรู้สูง (5 คะแนน)	24	17.73
4.ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข		
ความรอบรู้ต่ำ (0-5 คะแนน)	125	92.59
ความรอบรู้สูง (6-8 คะแนน)	10	7.41
5.ความรู้ ความเข้าใจ		
ความรอบรู้ต่ำ (0-22 คะแนน)	132	97.77
ความรอบรู้สูง (23-30 คะแนน)	3	2.23
6.การปฏิบัติสื่อสารในกรณีถูกถามปัญหาต่าง ๆ		
ความรอบรู้ต่ำ (0-63 คะแนน)	52	38.51
ความรอบรู้สูง (64-85 คะแนน)	83	61.49
7.การตัดสินใจ		
ความรอบรู้ต่ำ (0-23 คะแนน)	56	41.48
ความรอบรู้สูง (24-32 คะแนน)	79	58.52
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม		
ความรอบรู้ต่ำ (0-179 คะแนน)	105	77.77
ความรอบรู้สูง (180-240 คะแนน)	30	22.23

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ		X^2	p-value
		ความรู้แจ้งต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ความรู้แจ้งสูง จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ				31.37	.068
ชาย	54	24	30		
หญิง	81	60	21		
รวม	135	84 (62.22)	51 (37.78)		
อายุ				46.53	.001
น้อยกว่า 60 ปี	72	45	27		
60 ปีขึ้นไป	63	60	3		
รวม	135	105 (77.78)	30(22.22)		
การศึกษา				151.17	.001
น้อยกว่า/ประถมศึกษา	87	85	2		
มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส.	46	21	25		
ปริญญาตรีขึ้นไป	2	1	1		
รวม	135	107 (79.26)	28 (20.74)		
อาชีพ				1.19	.012
เกษตรกรรม	37	34	3		
รับจ้าง	40	24	16		
ค้าขาย/รับราชการ/อื่น ๆ	21	11	10		
ว่างงาน	37	35	2		
รวม	135	104 (77.04)	32 (22.96)		
รายได้				.975	.369
0-10,000 บาท	114)	93	21		
10,001 บาทขึ้นไป	21	10	11		
	135	103 (76.30)	32 (23.70)		

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

องค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
1. ความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ	.133	.157
2. การอ่านศัพท์พื้นฐาน	.142	.130
3. ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข	-.142	.131
4. ความสามารถในการเข้าถึง หรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพ	.491	0.01
5. ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน	-.163	.083
6. การปฏิบัติในกรณีถูกถามปัญหาต่าง ๆ	.305	.001
7. การตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติในอนาคต หรือเงื่อนไขการใช้ชีวิต	.347	.001
8. ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	.248	.008

วิจารณ์ (Discussions)

1. **ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง**

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับรู้ความรู้แจ้งต่ำ ร้อยละ 77.77 เมื่อพิจารณารายด้านจะพบว่า ด้านความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ ด้านการอ่านศัพท์พื้นฐาน ด้านการค้นหาข้อมูลสุขภาพ ด้านความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลขและด้านความรู้ความเข้าใจ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับรู้ความรู้แจ้งต่ำ ร้อยละ 57.03 67.40 82.22 92.59 และ 97.77 ตามลำดับ จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างยังขาดทักษะพื้นฐานที่จำเป็น ได้แก่ การฟัง พูด อ่านและเขียน เพื่อให้เกิดความเข้าใจและการปฏิบัติได้ถูกต้อง เช่น การอ่านใบยินยอม ฉลากยา การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ ความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียน และวาจาจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวมทั้งการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ การรับประทานยา กำหนดวันนัดตรวจฯลฯ โดยทักษะนี้เป็นขั้นต้นของการได้รับข้อมูลโรค การรักษา ซึ่งกลุ่มตัวอย่างอาจจะคุ้นเคยกับการได้รับข้อมูลทางสุขภาพและคำแนะนำการปฏิบัติตัวจากคำพูดของแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มากกว่าการอ่านและแปลความหมายด้วยตนเอง สอดคล้องกับผลการศึกษาของสมฤทัย เพชรประยูร และคณะ[11] ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจข้อมูลด้านการควบคุมอาหารและความรู้เกี่ยวกับ

เบาหวานเนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานมีความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลด้วยการเขียนและวาจาจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร การส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานเป็นสิ่งที่สำคัญเพื่อนำไปสู่ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ ทักษะพื้นฐาน และการใช้สติปัญญาการคิด ทักษะทางสังคม ที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกัน รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยทักษะนี้เป็นการนำข้อมูลจากระดับพื้นฐาน มาคิดไตร่ตรอง และสื่อสารกับบุคคลอื่น เช่น ผู้ป่วยด้วยกัน เพื่อนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น อย่างไรก็ตามผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับรู้ความรู้แจ้งต่ำ ยังคงต้องได้รับการพัฒนาทุกด้านให้ดีขึ้น เพราะเป็นหนทางที่สำคัญและเป็นปัจจัยพื้นฐานนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี ดังที่องค์การอนามัยโลกให้นิยามความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ทักษะต่าง ๆ ทั้งการรับรู้และทางสังคมเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ

2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 51.85 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตาม 3อ 2ส ได้ถูกต้องและอยู่ในระดับรู้แจ้ง โดยในกลุ่มตัวอย่างนี้ มีเพียงร้อยละ 10.37 ที่มีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับรู้แจ้งและแตกฉาน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานจะต้องดำเนินการทั้งหมด โดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับรู้จักแต่ไม่แตกฉาน กลุ่มตัวอย่างในระดับนี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรให้ความสนใจมากกว่าปกติเพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจจะมีปัญหาสุขภาพได้ในอนาคต เนื่องจากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม การจัดโปรแกรมการให้สุขศึกษาที่เหมาะสมโดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นอีกแนวทางที่จะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป[14] ถึงแม้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรู้ ตระหนักและเข้าใจถึงผลกระทบด้านลบของพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงอันตรายต่อโรค แต่ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องและเหมาะสมได้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้องใช้ทั้งความมุ่งมั่น ความมั่นใจว่าปฏิบัติได้ ความเข้าใจถึงอุปสรรคหรือขีดข้อจำกัด เคล็ดลับสู่การเปลี่ยนแปลง กำลังใจและความช่วยเหลือของเพื่อนและคนรอบข้าง การจัดการตนเอง และสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดการดูแลตนเองจนเป็นนิสัย โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะต้องทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้กับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการปฏิบัติ

3. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ**

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 46.66 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยที่มีอายุเพิ่มมากขึ้นความรอบรู้ด้านสุขภาพจะยิ่งลดลงอาจเพราะผู้ที่มีอายุเพิ่มขึ้นความสามารถในการจัดการตนเองจะน้อยลงตามภาวะร่างกายที่ถดถอยส่งผลต่อการทำความเข้าใจ การแปลความหมาย การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารได้เมื่อเทียบกับผู้ที่อายุน้อยกว่า อายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งจะเพิ่มตามอายุขึ้นสูงสุดในวัยผู้ใหญ่และอาจลดลงเมื่อเข้าสู่สูงวัยหรือสูงอายุ[15] ในส่วนการศึกษาผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอสูงกว่า อาจเพราะการศึกษาจะทำให้เกิดความเจริญเติบโตทางสติปัญญาเกิดการพัฒนาความคิดและวิจารณญาณทำให้มีความรู้เท่าทัน และสามารถดูแลรักษาสุขภาพของตนได้ดีขึ้น นอกจากนี้ระดับการศึกษายังมีผลต่อการเข้าถึงข้อมูลจากช่องทางที่หลากหลายส่งผลให้เกิดการได้รับข้อมูลจากหลายช่องทางและสามารถนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองได้[16] อาชีพจะเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนที่ประกอบอาชีพนั้นๆ มีการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ทำให้มีการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงจะส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นใน 3 ประเภท[17] ได้แก่ 1) ผลลัพธ์ทางคลินิก ประกอบด้วยน้ำตาลสะสมในเลือด (A1C) ไขมันที่ความหนาแน่นต่ำ (LDL) ความดันโลหิต การรายงานภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การรายงานภาวะแทรกซ้อน และค่าเป้าหมายน้ำตาลสะสมในเลือด 2) ผลลัพธ์ทางพฤติกรรม ประกอบด้วยการดูแลตนเอง การตรวจสอบระดับน้ำตาลในเลือด การรับรู้ความสามารถตนเอง การสนับสนุนการจัดการตนเอง การรับประทานยา ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ปฏิสัมพันธ์ของผู้ให้บริการ การสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย การแลกเปลี่ยนข้อมูลการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และความไว้วางใจ และ 3) ผลลัพธ์อื่นๆ ความชุกของภาวะหัวใจล้มเหลว ความชุกของอาการซึมเศร้า คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับสุขภาพ ความเชื่อเรื่องยา การดูแลสุขภาพและการเลือกปฏิบัติทั่วไป และการใช้คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต

ข้อยุติ (Conclusions)

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาล 50 พรรษา มหาวชิราลงกรณ จังหวัดอุบลราชธานี

ส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ส่วนระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตาม 3อ 2ส ได้ถูกต้องและอยู่ในระดับรู้แจ้ง ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับความรู้แจ้งต่ำ ดังนั้น เจ้าหน้าที่ควรสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อให้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง สามารถนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองให้ถูกต้องและเหมาะสมได้

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงจะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Department of disease control, Ministry of Public Health. **The non-communicable disease report; diabetes, hypertension and related facters**. Bangkok: Aksorn grphic and design publishing limited partnership; 2020. [in Thai].
2. Ministry of Public Health. **The incidence of diabetes report 2020**. [online] 2020 [cited 2021 October 24] Available from https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formated/ncd.php&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=cefa42b9223ec4d1969c5ce18d762bdd [in Thai].
3. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. **Annals of Internal Medicine** 2011; 155(2): 97-107.
4. Nutbeam D. Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into health 21 st century. **Health Promotion International** 2000; 15(3): 259-267.

5. Health Education Division. Department of Health Service Support. Ministry of Public Health. **Health Literacy**. Bangkok: New Thammada Press (Thailand): 2011. [in Thai].

6 . DeWalt DA, Davis TC, Wallace AS, Seligman HK, Bryant-Shilliday B, Arnold CL, Schillinger D. Goal setting in diabetes self-management: taking the baby steps to success. **Patient Education and Counseling** 2009; 77(2): 218-223.

7. Health Education Division. Department of Health Service Support. Ministry of Public Health. **Strengthening and Evaluating Health Literacy and Health Behavior**. Nonthaburi. Printing House, Agricultural Cooperative Association of Thailand; 2018. [in Thai].

8. Keawmuang S, Yangyuen S, Mahaweerawat U, Mahaweerawat U. Health literacy and self-care behaviors among rural elderly. **Community health development quarterly Khon Kaen University** 2020; 8(3): 311-322. [in Thai].

9. Paibulsiri P. Health literacy and health behaviors 3E 2S of public sector executives, PhraNakhonSiAyutthaya province. **Journal of Preventive Medicine Association of Thailand** 2018; 8(1): 97-107. [in Thai].

10. Health education division, Department of health service support. **Health literacy**. Nontabur: Health education division, Department of health service suppori; 2016. [in Thai].

11. Petprayoon S, Wattanakitkrileart D, Pongthavornkamol K, Peerapatdit, T. The Influence of perceived severity, health literacy, andfamily support on self-care behavior of patients with type 2 diabetes mellitus. **Journal of Nursing Science Chulalongkorn University** 2014; 26(1): 38-51. [in Thai].

12. Ekpalakorn W. **Thai national health examination survey**. Bamgkok: Aksorn graphic and design publishing limited partnership; 2014. [in Thai].

13. Tanasukan C, Neerapijit N. **Health literacy**. Nontaburi: Printing House, Agricultural Cooperative Association of Thailand; 2015. [in Thai].

14. Saentecha P, Lamluk P. The effectiveness of a program for health literacy development in the patients with type 2 diabetes. **Thai Journal of**

Health Education 2020; 43(2): 150-164. [in Thai].

15. Ariyasit J. Health Literacy to Control Blood Sugar Level in Type 2 Diabetic Patients. **Sawanpracharak Medical Journal** 2021; 18(2): 142-155. [in Thai].
16. Wongnisanatakul K. Health literacy among diabetic patients at the family practice center of Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital. **Journal of Preventive Medicine Association of Thailand** 2018; 8(1): 49-61. [in Thai].
17. Haera S, Kitreerawutiwong N. Improving Health Literacy in Type 2 Diabetes Mellitus Patients. **Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal** 2020; 12(1): 39-51. [in Thai].

การวิเคราะห์องค์ประกอบวัฒนธรรมสุขภาพที่สัมพันธ์กับการสาธารณสุขของกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

ครรชิต หนากลาง, สิงหา จันทริย์วงษ์**, กิ่งเพชร ส่งเสริม**, ปิยศักดิ์ สีดา***

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบวัฒนธรรมสุขภาพที่สัมพันธ์กับการสาธารณสุขของกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาว กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้นำชุมชน ปราชญ์ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บุคลากรด้านสาธารณสุข และประชาชนทั่วไป 500 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามที่มีค่าความตรงตามเนื้อหา 0.60-1.00 ค่าความเชื่อมั่น 0.98 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม-เมษายน 2564 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มชาติพันธุ์ไทลาว ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.00 อายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 32.60 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 72.20 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 36.40 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 56.20 มีรายได้ต่อเดือน ระหว่าง 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 42.00 การวิเคราะห์องค์ประกอบ พบว่า องค์ประกอบของวัฒนธรรมสุขภาพสามารถจัดได้ 5 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) องค์กรและการปฏิสัมพันธ์ อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 14.42 (2) บรรทัดฐาน อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 10.43 (3) ขนบธรรมเนียม/ประเพณี อธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 10.26 (4) การสื่อสารและเทคโนโลยี อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 8.09 (5) ค่านิยม อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 4.84

ดังนั้น จึงควรส่งเสริมวัฒนธรรมสุขภาพเหล่านี้ เพื่อให้การดำเนินงานสาธารณสุขบรรลุผลและประชาชนกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาวมีสุขภาพดี

คำสำคัญ: วัฒนธรรมสุขภาพ, การสาธารณสุข, กลุ่มชาติพันธุ์ไทลาว

---

* โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหว้า อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา

**คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์

Corresponding author: Khanchit Naklang Email: jued1971@gmail.com

Received 12/10/2021 Revised 11/11/2021 Accepted 30/11/2021

FACTOR ANALYSIS OF THE HEALTH CULTURE RELATED TO PUBLIC HEALTH OF THE THAI - LAO ETHNIC GROUP IN THE NORTHEAST OF THAILAND

Khanchit Naklang, Singha Jantriwong**, Kingphet Songserm**, Piyasak Seeda***

ABSTRACT

This survey research aimed to analyze the components of health culture relating to the public health of the Thai-Lao ethnic group. The 500 samples include community leaders, community philosophers, village health volunteers, public health workers, and the general population. The purposive sampling method was used for sample selection. The tool was a questionnaire that had content validity of 0.60-1.00 and a reliability of 0.98. Data collection was conducted between March and April 2021. Exploratory Factor Analysis (EFA) was used for analysis.

The results show that 70% of the sample of the Thai-Lao ethnic group people were female, 32.60% were aged from 51-60 years, 72.20% were married, 36.40% had primary education level, 56.20% were agriculturists, and 42.00% had income between 5,000- 10,000 baht. The exploratory component analysis indicates that the components of health culture can be classified into five components. (1) The organization and interaction component described the variance of 14.42%. (2) The norms component described the variance of 10.43%. (3) The traditions component described the variance of 10.26%. (4) The communication and technology component described the variance of 8.09%. (5) The values component described the variance of 4.84%.

Therefore, those health culture components should be promoted for successful public health operations for the well-being of people in the Thai-Lao ethnic group.

Keywords: Health culture, Public health, Thai-Lao ethnic group

---

* Nonghwa Sub District Health Promoting Hospital

** Faculty of Humanities and Social Sciences, Surindra Rajabhat University

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

สภาพปัจจุบันของสังคมไทยได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ทั้งทางด้านสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม การเมือง และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีผลต่อสุขภาวะของคนไทย แม้ว่าในภาพรวมสุขภาพของประชาชนไทยจะดีขึ้น ระบบสุขภาพมีความครอบคลุมและก้าวหน้ามากขึ้น แต่แบบแผนโรคเปลี่ยนแปลงไปและมีความสลับซับซ้อนมากขึ้น โดยพบว่า ปี พ.ศ. 2549 ประชากรไทยมีอายุ คาดเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2517 (เพศชาย 69.93 จาก 58.00, เพศหญิง 77.74 จาก 63.82) สำหรับอัตราตาย พบว่าในปี พ.ศ. 2562 ประชากรไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งสูงเป็นลำดับที่ 1 (125.00 ต่อแสนประชากร) รองลงมา ได้แก่ โรคหลอดเลือดในสมอง (53.00 ต่อแสนประชากร) ปอดอักเสบ (53.30 ต่อแสนประชากร) และโรคหัวใจขาดเลือด (43.70 ต่อแสนประชากร)[1]

ทศวรรษที่ผ่านมาสังคมไทยมีการตื่นตัวในการดูแลสุขภาพมากขึ้น มีองค์กรพัฒนาภาคเอกชนด้านสุขภาพเกิดขึ้นและมีการเคลื่อนไหวหลายด้าน ทั้งด้านคุ้มครองผู้บริโภค โรคเอดส์ การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทย ด้านสิ่งแวดล้อม นอกจากนั้นภาคประชาชนยังมีการแสวงหาความรู้ในการดูแลสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ และมีการรวมตัวของกลุ่มคนที่มีความสนใจด้านสุขภาพร่วมกันทำให้เกิดวัฒนธรรมที่เชื่อมโยงกับการดูแลสุขภาพขึ้นอย่างมากมาย[2]

วัฒนธรรม หมายถึงการแลกเปลี่ยนความคิด ความหมาย ค่านิยมของสมาชิกในสังคมนั้น วัฒนธรรมเป็นการเรียนรู้ของสังคมและมักจะมีอิทธิพลต่อสมาชิกของสังคมโดยไม่รู้ตัว มนุษย์เรียนรู้วัฒนธรรมผ่านสังคม ผ่านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ตลอดจนเรียนรู้ผ่านทางหนังสือ หรือโทรทัศน์ซึ่งวัฒนธรรมนี้จะส่งผลต่อทัศนคติ ความเชื่อ และมีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ วัฒนธรรมจึงมีความหมายและมีความสำคัญต่อการมีสุขภาพที่ดีเป็นอย่างยิ่ง[3] นอกจากนั้นวัฒนธรรมยังเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญ ซึ่งวัฒนธรรมบางอย่างส่งผลเสียต่อสุขภาพ เช่น วัฒนธรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มวัยรุ่น ที่ปัจจุบันมีแนวโน้มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2559 พบว่า วัยรุ่นหญิงมีสัดส่วนการดื่มมากกว่าวัยรุ่นชายถึง ร้อยละ 10.12 และพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ทั้งวัยรุ่นชายและหญิงก่อนมีเพศสัมพันธ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น[4]

วัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อสุขภาพของมนุษย์ เนื่องจากสังคมของมนุษย์เป็นสังคมที่ไม่ได้อยู่แยกกัน มนุษย์มีการเชื่อมโยงกัน แม้เป็นชุมชนที่ห่างไกลกัน แม้มีความแตกต่างกันทางด้านวัฒนธรรม ทางสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย การปฏิสัมพันธ์ทำให้เกิดการเข้าถึงสินค้าแปลกใหม่จากต่างประเทศและการสร้างสัมพันธภาพทำให้

มีการแลกเปลี่ยน การผสมผสาน การซึมซับวัฒนธรรมซึ่งกันและกัน และในที่สุดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมดั้งเดิม[5] วัฒนธรรมเป็นเรื่องที่มีความหลากหลาย ซึ่งการตัดสินใจต่าง ๆ รวมถึงการกระทำเกี่ยวกับวัฒนธรรมขึ้นอยู่กับบริบทของครอบครัว ชุมชน สถานที่ทำงาน กลุ่มเพื่อน และสิ่งแวดล้อม[6] เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าเป็นเรื่องปกติของครอบครัวที่มีการส่งเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ซึ่งสะท้อนถึงแนวโน้มของการมีพฤติกรรมสุขภาพในทางบวก[7] กลุ่มชาติพันธุ์บางครอบครัวนำวัฒนธรรมความเชื่อหรือประสบการณ์ที่เคยได้รับการถ่ายทอดจากคนในครอบครัวมาปฏิบัติใช้เพื่อดูแลฟันน้ำนมของลูกหลาน[8] วัฒนธรรมเกี่ยวกับอาหารที่มีการผสมผสานทางวัฒนธรรมที่หลากหลาย ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนรสชาติของอาหารตามวัฒนธรรมของพื้นที่บริโภค[9]

กลุ่มชาติพันธุ์ไทลาวที่อาศัยอยู่ทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย นับว่าเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีขนาดใหญ่และเก่าแก่ที่สุด มีภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ซึ่งได้รับการจัดให้เป็นส่วนหนึ่งของมรดกทางวัฒนธรรม กระทรวงวัฒนธรรมแห่งประเทศไทยกำหนดให้ใช้คำเรียกว่า “มรดกภูมิปัญญาทางวัฒนธรรม”[10] การศึกษาวัฒนธรรมด้านสุขภาพ จึงเป็นสิ่งจำเป็นต่อการดำเนินงานสาธารณสุข และด้วยตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงของภูมิปัญญาของกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาวนี้ ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาองค์ประกอบของวัฒนธรรมสุขภาพ เพื่อนำความรู้ที่ได้จากการวิจัยไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาว ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบวัฒนธรรมสุขภาพที่สัมพันธ์กับการสาธารณสุขของกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วิธีการศึกษา (Method)

การศึกษานี้ออกแบบการศึกษาเป็นเชิงสำรวจ (Survey Study)

ประชากร ได้แก่ ผู้นำชุมชน ปราชญ์ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บุคลากรสาธารณสุข และประชาชนทั่วไปที่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาวอาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาว
2. มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป
3. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
4. สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคทางจิตเวช
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสมองเสื่อม (Dementia)

กลุ่มตัวอย่าง ขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้เกณฑ์ของ Netemeyer, Bearden, & Sharma (2003) กำหนดให้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 500 คน[11] เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเลือกกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาวในจังหวัดสุรินทร์ มุกดาหาร ขอนแก่น กาฬสินธุ์ และนครราชสีมา จังหวัดละ 100 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นแบ่งออกเป็น 2 ตอน ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมสุขภาพที่สัมพันธ์กับการสาธารณสุขของกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาว มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ด้านคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้ 1) ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน พบว่าแบบสอบถามมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence) อยู่ระหว่าง 0.60-1.00 และ 2) ความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาว ในจังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 30 คน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.98

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคม-เมษายน 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้อง นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม SPSS Version 24 ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาว โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ และใช้สถิติอ้างอิง ในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (EFA)

จริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยตระหนักถึงจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยได้พิทักษ์สิทธิของอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการในทุกขั้นตอนของกระบวนการศึกษา โดยยึดหลักการเคารพความเป็นบุคคล หลักของผลประโยชน์ของอาสาสมัคร และหลักของความยุติธรรม นอกจากนั้นยังตระหนักในเรื่องการปกป้องสิทธิมนุษยชน การมีอิสระในการตัดสินใจ การเก็บข้อมูลเป็นความลับ ไม่เปิดเผยข้อมูลที่ได้มาให้กับบุคคลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัย นำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม และทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

ผลการศึกษา (Results)

1. ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาว

พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.00 เพศชาย ร้อยละ 30.00 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 มีอายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 32.60 รองลงมา ได้แก่ อายุระหว่าง 41–50 ปี ร้อยละ 25.40 และอายุระหว่าง 31–40 ปี ร้อยละ 16.40 สถานะทางสังคมส่วนใหญ่

เป็นประชาชนทั่วไป ร้อยละ 48.20 รองลงมาได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 39.40 และผู้นำชุมชน ร้อยละ 9.40 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 72.20 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 36.40 รองลงมา ได้แก่ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 33.20 และ มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 20.00 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 56.20 รองลงมา ได้แก่ รับจ้าง ร้อยละ 23.20 มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 42.00 รองลงมาได้แก่ มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 35.20 และมีรายได้ระหว่าง 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 15.00 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาว จำแนกตามจังหวัด เพศ ศาสนา กลุ่มอายุ สถานะ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ (N=500)

ลักษณะทั่วไป	รวม	สุรินทร์	มุกดาหาร	ขอนแก่น	กาฬสินธุ์	นครราชสีมา
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
1. เพศ						
ชาย	150 (30.00)	26	27	22	34	41
หญิง	350 (70.00)	74	73	78	66	59
2. อายุ						
อายุ 18- 50 ปี	274 (54.80)	50	55	45	57	66
อายุ 51-80 ปี	226 (45.20)	50	45	54	43	34
3. สถานะ						
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข / ผู้นำชุมชน / อสม.	253 (50.60)	54	49	63	43	44
ประชาชนทั่วไป / พระภิกษุ / อื่น ๆ	247 (49.40)	46	51	37	57	56

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาว จำแนกตามจังหวัด เพศ ศาสนา กลุ่มอายุ สถานะ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ (N=500) (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	รวม	สุรินทร์	มุกดาหาร	ขอนแก่น	กาฬสินธุ์	นครราชสีมา
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
4.สถานภาพสมรส						
โสด / คู่	443 (88.60)	88	95	89	87	84
หม้าย / หย่า / แยก	57 (11.40)	12	5	11	13	16
5.ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	182 (36.4)	29	48	46	34	25
มัธยมศึกษาตอนต้น	100 (20.00)	15	21	17	19	28
มัธยมศึกษาตอนปลาย	166 (33.20)	44	20	26	36	40
ปริญญาตรี / สูงกว่าปริญญาตรี / อื่น ๆ	52 (10.40)	12	11	11	11	8
6.อาชีพ						
รับจ้าง	116 (23.20)	22	26	23	23	22
เกษตรกร	281 (56.20)	51	51	50	59	70
รับราชการ / ธุรกิจส่วนตัว / ไม่ได้ทำงาน / อื่น ๆ	103 (20.60)	27	17	23	11	8

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาว จำแนกตามจังหวัด เพศ ศาสนา กลุ่มอายุ สถานะ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ (N=500) (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	รวม	สุรินทร์	มุกดาหาร	ขอนแก่น	กาฬสินธุ์	นครราชสีมา
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
7.รายได้ต่อเดือน						
□ 10,000 บาท	386 (77.20)	91	82	79	70	64
10,001 - 50,000 บาท	114 (22.80)	9	18	21	30	36

2. การวิเคราะห์องค์ประกอบวัฒนธรรมสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาว

ทำการวิเคราะห์ความเหมาะสมของข้อมูล ได้ค่า Kaiser- Meyer- Olkin (KMO) = 0.96 แสดงว่าข้อมูลมีความเหมาะสมที่จะนำมาทำการวิเคราะห์องค์ประกอบ นอกจากนั้นยังพบว่ามีค่า p- value < 0.05 แสดงว่าข้อมูลมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความเหมาะสมของข้อมูลด้วยค่า KMO and Bartlett's Test

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy		0.96
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	16676.43
	df	1485
	Sig	0.00**

**p<0.05

การสกัดองค์ประกอบวัฒนธรรมสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาวด้วยวิธี Principle Component Analysis และทำการหมุนแกนแบบ Varimax พบว่าองค์ประกอบวัฒนธรรมสุขภาพสามารถจัดได้

5 องค์ประกอบ และได้กำหนดชื่อองค์ประกอบของวัฒนธรรมสุขภาพ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 องค์กรและการปฏิสัมพันธ์ มีค่า Eigen = 21.02 อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 14.42 องค์ประกอบที่ 2 บรรทัดฐาน มีค่า Eigen = 3.47 อธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 10.43 องค์ประกอบที่ 3 ขนบธรรมเนียมประเพณี มีค่า Eigen = 1.95 อธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 10.26 องค์ประกอบที่ 4 การสื่อสารและเทคโนโลยี มีค่า Eigen = 1.63 อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 8.09 องค์ประกอบที่ 5 ค่านิยม มีค่า Eigen = 1.47 อธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 4.84 (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าไอเกน และร้อยละของความแปรปรวน จากการสกัดองค์ประกอบด้วยวิธี Principal Component Analysis และการหมุนแกนองค์ประกอบแบบ Varimax

องค์ประกอบ	Initial Eigenvalues			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1. องค์กร และการปฏิสัมพันธ์	21.02	38.21	38.21	7.93	14.42	14.42
2.บรรทัดฐาน	3.47	6.31	44.52	5.74	10.43	24.85
3.ขนบธรรมเนียมประเพณี	1.95	3.55	48.07	5.64	10.26	35.11
4.การสื่อสาร และเทคโนโลยี	1.63	2.96	51.03	4.45	8.09	43.21
5.ค่านิยม	1.47	2.67	53.71	2.66	4.84	48.04

การสกัดองค์ประกอบพบว่าองค์ประกอบหลักของวัฒนธรรมสุขภาพในแต่ละหมวด ประกอบไปด้วยองค์ประกอบย่อย ๆ ที่มีจำนวนแตกต่างกัน ดังนี้

1) **องค์ประกอบที่** 1 องค์กรและการปฏิสัมพันธ์ (Organization and interaction) มีองค์ประกอบย่อย 18 ข้อ ค่า Factor loading อยู่ระหว่าง 0.71 ถึง 0.43 โดยองค์ประกอบย่อยมีลักษณะเกี่ยวกับการมีองค์กร การสนับสนุนให้เกิดกลุ่ม และการยกย่องอาสาสมัครต่าง ๆ

2) **องค์ประกอบที่** 2 บรรทัดฐาน (Norms) มีองค์ประกอบย่อย 14 ข้อ ค่า Factor loading อยู่ระหว่าง 0.62 ถึง 0.41 องค์ประกอบย่อยมีลักษณะเกี่ยวกับสิ่งที่กลุ่มชาติพันธุ์ไทลาวยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ ทั้งวิถีประชา กฎศีลธรรม และกฎหมาย

3) **องค์ประกอบที่** 3 ขนบธรรมเนียมประเพณี (Traditions) มีองค์ประกอบย่อย 9 ข้อ ค่า Factor loading อยู่ระหว่าง 0.69 ถึง 0.32 องค์ประกอบย่อยมีลักษณะเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นลักษณะเฉพาะที่ได้รับการยอมรับในสังคม

4) **องค์ประกอบที่** 4 การสื่อสารและเทคโนโลยี (Communication and technology) มีองค์ประกอบย่อยจำนวน 7 ข้อ ค่า Factor loading อยู่ระหว่าง 0.70 ถึง 0.42 องค์ประกอบย่อยมีลักษณะเกี่ยวกับกระบวนการถ่ายทอดวัฒนธรรมสุขภาพ

5) **องค์ประกอบที่** 5 ค่านิยม (Value) มีองค์ประกอบย่อยจำนวน 5 ข้อ ค่า Factor loading อยู่ระหว่าง 0.64 ถึง 0.39 องค์ประกอบย่อยมีลักษณะเกี่ยวกับความคิดความเชื่อ

วิจารณ์ (Discussions)

วัฒนธรรมสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาวที่สัมพันธ์กับการสาธารณสุขแนวใหม่ ซึ่งมุ่งเน้นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ การมีส่วนร่วมของประชาชน รวมทั้งการสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนหรือสังคมนั้น ผลการศึกษาพบว่า สามารถจัดได้ 5 องค์ประกอบ ได้แก่

องค์ประกอบที่ 1 องค์กร และการปฏิสัมพันธ์ องค์ประกอบนี้นับว่าเป็นวัฒนธรรมสุขภาพสำคัญที่ส่งผลต่อการดำเนินงานสาธารณสุข เนื่องจากการมีองค์กรทำให้เกิดความชัดเจน ในบทบาทหน้าที่ของการดำเนินงานสาธารณสุข ทั้งองค์กรภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาชน โดยมีการขับเคลื่อนผ่านกระบวนการปฏิสัมพันธ์ ซึ่งทำให้สมาชิกกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาวเกิดการเรียนรู้ การแลกเปลี่ยน และการถ่ายทอดวัฒนธรรมสุขภาพ ทำให้เกิดความเข้มแข็งของชุมชนเพื่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่ยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาของ นิภาพร มาลีลัย (2560) ที่พบว่าพหุชาติพันธุ์มีการรวมกลุ่มสร้างเครือข่าย เพื่อฟื้นฟูและเผยแพร่วัฒนธรรม ส่งผลให้มีการพัฒนาทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง[12] นิรันดร์รักษ์ ปาทาน (2558) พบว่าการปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มคนชาวมุสลิม กลุ่มชาติพันธุ์และเจ้าหน้าที่รัฐในพื้นที่ชายแดนทำให้เกิดการผสมผสานวัฒนธรรมระหว่างกลุ่มชาติพันธุ์และกลุ่มอื่น[9] กมลทิพย์ กันตะเพ็ง และประสพชัย พสุนนท์ (2559) พบว่าการปฏิสัมพันธ์เป็นองค์ประกอบหนึ่งของการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตในสังคม[13] ธนกฤต เปรมสวัสดิ์ และ สุวรรณา

โชติสุกานต์ (2558) พบว่าการปฏิสัมพันธ์เป็นองค์ประกอบหนึ่งของวัฒนธรรม[14]

องค์ประกอบที่ 2 บรรทัดฐาน เป็นสิ่งที่กลุ่มชาติพันธุ์ไทลาวยึดถือ เป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพดี การพัฒนาสังคม และการมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะ สอดคล้องกับการศึกษาของธีรพงษ์ บุญรักษา และชูศักดิ์ สุวิมลเสถียร (2559) ที่พบว่าชุมชนมีการถ่ายทอดเรื่องความกตัญญูกตเวทีผ่านกระบวนการขัดเกลาทางสังคมจนกลายเป็นบรรทัดฐานสังคม ซึ่งนำไปสู่ความมั่นคงของผู้สูงอายุ[15] บุษบา หินเธาว์ และคณะ (2564) พบว่า วิถีชีวิต วัฒนธรรม ประเพณีของคนในชุมชนมีความสัมพันธ์กับการทำมาหากิน และความเป็นอยู่ ซึ่งมี ฮีต 12 คอง 14 เป็นตัวกำกับคุณธรรม จริยธรรมและการปฏิบัติของประชาชนในหมู่บ้าน[16]

องค์ประกอบที่ 3 ขนบธรรมเนียมประเพณี โดยกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาวปฏิบัติสืบเนื่องกันมาช้านานจนเป็นลักษณะเฉพาะเป็นที่ยอมรับของคนในกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาวตั้งแต่อดีตมาจนถึงปัจจุบัน ขนบธรรมเนียมประเพณีเหล่านี้มีความสำคัญต่อการสาธารณสุข ซึ่งมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับศาสนาพุทธ โดยมีพระสงฆ์เป็นต้นแบบด้านสุขภาพ เช่น การรักษาศีล การฟังธรรม สวดมนต์ ซึ่งส่งเสริมให้เกิดสุขภาวะ สอดคล้องกับการศึกษาของ นิเวศน์ มณีรัตน์วงศ์ (2560) ที่พบว่ามีการนำหลักคำสอนทางศาสนาพุทธ ได้แก่ ทานมัย ศีลมัย ภาวนามัย รวมถึงการใช้วัฒนธรรมของครอบครัวมาเป็นแนวทางในการดำรงชีวิตและการอยู่ร่วมกัน[17] ปวีณา ผาแสง และขนิษฐา นครประสาท (2558) พบว่า การฟ้อนเจิงมีบทบาทสำคัญต่อชาวล้านนา จึงมีการถ่ายทอดองค์ความรู้จากรุ่นสู่รุ่น[18]

องค์ประกอบที่ 4 การสื่อสารและเทคโนโลยี เป็นกระบวนการถ่ายทอดวัฒนธรรมสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาว ได้แก่ การพูด การจัดกิจกรรม ผ่านช่องทางต่าง ๆ โดยการใช้เทคโนโลยีที่หลากหลายและเหมาะสม เพื่อถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจ ซึ่งการเลือกใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม ทันสมัยช่วยให้การสื่อสารเกิดผลสัมฤทธิ์ สอดคล้องกับนำชัย ศุภฤกษ์สกุล และคณะ (2557) ที่พบว่าการพัฒนาทางเทคโนโลยีเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมตามค่านิยมและวัฒนธรรมไทย[19]

องค์ประกอบที่ 5 ค่านิยม กลุ่มชาติพันธุ์มีความคิด ความเชื่อส่วนบุคคลและความเชื่อส่วนสังคมเกี่ยวกับสิ่งที่ควรปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาวะ ได้แก่ การสืบทอดคนดีมีศีลธรรม การยกย่องปราชญ์ชาวบ้านที่มีความรู้และมีการปฏิบัติดี ความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและการดูแลสุขภาพที่ต้องทำไปพร้อม ๆ กันทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยมีความเชื่อว่าพระสงฆ์จะช่วยขัดเกลาจิตใจของกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาว และทำให้เกิดสุขภาพดี สอดคล้องกับ มโนลี ศรีเปารยะ เพ็ญพงษ์ (2559) ที่พบว่า

พฤติกรรมการบริโภคอาหารเกิดจากความเชื่อ หรือค่านิยมที่เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร[20] นำชัย ศุภฤกษ์สกุล และคณะ (2557) พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของชาวไทยพวน ได้แก่ ความเชื่อ และค่านิยม[19]

ข้อยุติ (Conclusions)

องค์ประกอบวัฒนธรรมสุขภาพที่สัมพันธ์กับการสาธารณสุขของกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) องค์กร และการปฏิสัมพันธ์ 2) บรรทัดฐาน 3) ขนบธรรมเนียมประเพณี 4) การสื่อสารและเทคโนโลยี และ 5) ค่านิยม

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ควรมีการส่งเสริมวัฒนธรรมสุขภาพทั้ง 5 องค์ประกอบนี้ เพื่อให้สอดคล้องกับการดำเนินงานสาธารณสุขแนวใหม่ ที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกัน ควบคุมโรค โดยใช้ทรัพยากรและทุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนอย่างยั่งยืน

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

กลุ่มชาติพันธุ์ไทลาวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย เป็นกลุ่มชาติพันธุ์กลุ่มใหญ่ที่มีวัฒนธรรมสุขภาพเป็นเอกลักษณ์มากมาย และมีการถ่ายทอดสืบต่อเนื่องมาอย่างยาวนาน การศึกษานี้พบว่าวัฒนธรรมสุขภาพที่สำคัญและมีความเกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขของกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาว ได้แก่ องค์กรและการปฏิสัมพันธ์ บรรทัดฐาน ขนบธรรมเนียมประเพณี การสื่อสารและเทคโนโลยี และค่านิยม

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Strategy and Planning Division Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. **Public Health Statistics A.D. 2019** [online] 2019 [cited 2021 June 10]. Available from: https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic62.pdf [In Thai].
2. Komart J, Sumaporn S. **30 Issues for the National Health Development Plan, No. 9**. Nonthaburi: Pimpalak; 2002. [in Thai].
3. Bohlman LN, Panzer AM, Kindig DA. **Health Literacy: A Prescription to End Confusion**. Washington, DC: The national academies press; 2004.
4. Kanpechaya N. Drug abuse behavior in Nakhon Ratchasima Province. **Community Health Development**

Quarterly Khon Kaen University 2017; 5(3): 379-398. [in Thai].

5. Valdez LM. Interaction and Cultural Change in the Peruvian Central Highland Valley of Ayacucho. **Anthropology** 2017; 5(4): 1-8.
6. Napier D. **Culture matters: using a cultural contexts of health approach to enhance policy-making**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017.
7. Cassidy T, Hilton S. Family Health Culture, Health Locus of Control and Health Behaviours in Older Children. **Health Care and Community Medicine** 2018; 2(1): 1-9.
8. Suthida K. **Cultural beliefs of parents in deciduous tooth care of preschool children during social changes in Nongbuo Subdistrict, Chai Prakarn District, Chiang Mai Province** [Master Thesis in Public health]. Chiang Mai: The Graduate School, Chiang Mai University; 2015. [in Thai].
9. Niranrak P. **Food in Ban Haw Market: Transgression the Border of Ethnic and Religious Identities** [Master Thesis in Arts] . Chiang Mai: The Graduate School, Chiang Mai University; 2015. [in Thai].
10. Benjawan N. **Isan wisdom development: From folk knowledge to cultural intangible heritage**. Khon kaen: Center for Research on Plurality in the Mekong Region, Khon Kaen University; 2017. [in Thai]
11. Netemeyer R G, Bearden W O, Sharma S. **Scaling procedures: Issues and applications**. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 2003.
12. Nipaporn M. **Using social capital and cultural capital in building the strength of multiethnic community**. [Master Thesis in Arts] . Khon Kaen: The graduate school, Khon Kaen University; 2017. [in Thai].
13. Kamontip K, Prasopchai P. Factors of Lifestyle Change in Social of Students in High School Level at Thawaranukul School, Samut Songkhram Province. **Journal of Interdisciplinary Research: Graduate Studies** 2016; 5(1): 82-92. [in Thai].
14. Thanakrit P, Suwanna C. Secondary school culture model for the office of the basic education commission. **Journal of Humanities and Social Sciences Thonburi University** 2015; 9(19): 94-107. [in Thai].

15. Theeraphong B, Chusak S. Community culture management: Wisdom for establishing security of the elderly, Case Study of Lahu Community, Mae Ai District, Chiang Mai Province. **Burapha Arts Journal** 2016; 18(2): 93-113. [in Thai].
16. Budsaba H, Orawan P, Kamonrat B. The Study Way of Life, Culture, Tradition of the Majority of People at the Community of Ban Namuang, Chattrakarn District, Phitsanulok Province. **Humanities and Social Sciences Journal of Graduate School, Pibulsongkram Rajabhat University** 2021; 15(1): 169-185. [in Thai].
17. Niwet M. **Community management process by the integration of religious teaching and culture way in the three southern border provinces**. Research report. Pattani: Maha Chulalongkorn Rajavidyalaya University; 2017. [in Thai].
18. Paweena P, Khanittha N. **Learning process and community participation for Conservation and continuation of local arts and culture in Nan: Case study of Du Tai Sub-district, Mueang Nan District, Nan Province.** Research report. Nan: Nan Community College; 2015. [in Thai].
19. Namchai S, Wichuda K, Thasuk C, Narisara P. **The Development of Promoting Model for Sustainable Behavior Conformability with Thai Value and Culture.** Research report. Bangkok: Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University; 2014. [in Thai].
20. Manolee S P. Food Consumption Behavior of Students in Suratthani Province. **Journal of Management Sciences, Suratthani Rajabhat University** 2016; 3(1): 109-126. [in Thai].

การประเมินผลการเรียนการสอนออนไลน์ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

เรวดี โพธิ์รัง, ประทีป หมีทอง*,*
จรูญลักษณ์ ป้องเจริญ, ยุคนธ์ เมืองช้าง**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการเรียนการสอนออนไลน์ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อโคโรน่า 2019 ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามความคิดเห็นของนักศึกษาที่มีต่อการเรียนการสอนออนไลน์ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรน่า 2019 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติความแปรปรวนทางเดียว

ผลการวิจัยพบว่า ผู้เรียนมีความพร้อมในการเรียนออนไลน์โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 1.19, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.14) โดยมีค่าเฉลี่ยด้านสื่อและกิจกรรมการเรียนการสอนออนไลน์มากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 3.67, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน =0.77) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับการเรียนออนไลน์จำแนกตามชั้นปี พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้เรียนชั้นปีที่ 4 มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการเรียนออนไลน์แตกต่างจากผู้เรียนชั้นปีที่ 1 – 3 และผู้เรียนชั้นปีที่ 2 มีความคิดเห็นแตกต่างจากผู้เรียนชั้นปีที่ 3 นอกจากนี้ ผู้เรียนส่วนใหญ่ยังคงชอบรูปแบบการเรียนในชั้นเรียน (21.6%) รองลงมาคือ การเรียนแบบสอนสดผ่านแอปพลิเคชันต่าง ๆ (20%) และการเรียนแบบผสมผสาน (18.4%) ตามลำดับ

คำสำคัญ: การเรียนการสอนออนไลน์, โรคติดเชื้อโคโรน่า 2019, นักศึกษาพยาบาล

---

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

Corresponding Author: Rewadee Srisuk Email: rawadee@snc.ac.th

Received 14/10/2021 *Revised 15/11/2021* *Accepted 02/12/2021*

EVALUATION OF ONLINE TEACHING IN THE SITUATION OF THE COVID-19 PANDEMIC BOROMARAJONANI COLLEGE OF NURSING, SUPHANBURI

Rewadee Phorang, Pratheep Meethong*,*

Charoonlux Pongcharoen, Yukon Muangchang**

ABSTRACT

The objective of this research was to study the results of evaluating online teaching in the situation of the 2019 corona virus epidemic of nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi. The research instruments consisted of a questionnaire on the opinions of students towards online teaching during the 2019 coronavirus epidemic. The statistics used for data analysis were descriptive statistics and one-way ANOVA.

The results of the research showed that the overall availability of online learning of nursing students was at a moderate level (mean = 1.19, S.D = 0.14). The highest mean score was teaching materials and teaching activities in online learning (mean = 3.67, S.D = 0.77). There was statistical significance between the year of study and the mean of opinions about online learning classified ($p \leq .05$). Which the 4th year nursing students of opinions about online learning classified was a statistically significantly difference from the 1st - 3rd year nursing students and the 2nd year nursing students of opinions about online learning classified was statistically significantly difference from the 3rd year nursing students. However, the majority of students still prefer the style of learning in the classroom (21.6%), followed by online live sessions via applications (20%) and Blended learning (18.4%), respectively.

Keywords: online teaching, Covid 2019, nursing students

---

*Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, Suphanburi, Thailand

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

โรคติดเชื้อโคโรน่า 2019 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่องค์การอนามัยโลกประกาศเป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of Concern : PHEIC) และคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติได้มีมติให้โรคติดเชื้อโคโรน่า 2019 นี้เป็นโรคติดต่ออันตราย ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563 ปัจจุบันยังคงมีการแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งในปัจจุบันพบผู้ที่ได้รับเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 มีทั้งผู้ที่แสดงอาการและไม่แสดงอาการจึงทำให้มีการแพร่ระบาดของโรคเป็นไปอย่างรวดเร็ว และกว้างขวางในเวลาอันสั้น โดยสามารถแพร่เชื้อจากละอองของเสมหะ การไอ จาม น้ำมูก น้ำลายในระยะประมาณ 1-2 เมตร และการสัมผัสเชื้อโรคที่ตกอยู่ตามพื้นผิววัสดุ แล้วนำมาสัมผัสบริเวณใบหน้า ปาก จมูก หรือตา จนก่อให้เกิดการติดเชื้อ[1,2] แนวทางเพื่อป้องกันการแพร่กระจายและควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อโคโรน่า 2019 คือ การงดเดินทางไปในที่ชุมชนแออัด หรือสถานที่ที่มีผู้คนอยู่รวมกันเป็นจำนวนมาก การเว้นระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) ใส่หน้ากากอนามัย ล้างมือบ่อย ๆ ด้วยน้ำและสบู่นานประมาณ 20 วินาที หรือใช้แอลกอฮอล์ (60-70%) ทาทั่วมือทิ้งให้แห้ง แต่ถ้ามือมีคราบเปื้อนต้องล้างด้วยน้ำให้สะอาดก่อนและปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับอนามัยทางเดินหายใจ[3]

จากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 ที่แพร่กระจายไปทั่วโลกนี้มีผลทำให้นักเรียนจำนวน 1.38 พันล้านคน ได้รับผลกระทบจากการปิดสถานศึกษา และทำให้การศึกษาเกิดการปรับเปลี่ยนระบบการจัดการศึกษาที่ต้องดำเนินการต่อมิให้หยุดชะงัก เพราะจะส่งผลต่อคุณภาพของนักเรียนนักศึกษา[4] การเรียนการสอนออนไลน์ (Online learning) จึงเป็นรูปแบบการเรียนที่สถาบันการศึกษานำมาใช้ โดยการนำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยทำการสอน ด้วยเหตุนี้การเรียนรู้แบบออนไลน์ จึงเป็นรูปแบบการเรียนการสอนที่ผู้เรียนทุกคนสามารถเรียนได้ทุกเวลา มีความสะดวก และเข้าถึงได้อย่างรวดเร็วโดยไม่จำเป็นต้องเดินทาง ผู้เรียนเลือกเรียนตามความชอบของตนเอง[5]

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ได้มีการปรับรูปแบบการเรียนการสอนเป็นรูปแบบการสอนออนไลน์ (Online learning) แบบสอนสด (online live session) ตามตารางการจัดการเรียนการสอนเดิมผ่านทางโปรแกรมที่อาจารย์แต่ละท่านเลือกใช้ตามความถนัด และความเหมาะสมของบทเรียน โดยนักศึกษาเข้ามาเรียนในห้องเรียนออนไลน์ตามวันเวลาที่กำหนด ข้อดีคือ นักศึกษาจะได้รับความรู้สึกเหมือนได้นั่งเรียนในห้องเรียน สามารถถาม ตอบและแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นกับอาจารย์ผู้สอน เพื่อน

ร่วมชั้นเรียนได้เหมือนเรียนในห้องเรียน (Class room) แต่การเรียนระบบออนไลน์ยังพบว่ามีอุปสรรคทำให้การเรียนไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เนื่องจากระบบเครือข่ายอินเตอร์เน็ต สิ่งแวดล้อมไม่เอื้อต่อการเรียน

จากข้อมูลข้างต้นพบว่านักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรีได้มีการเรียนแบบออนไลน์อย่างเต็มรูปแบบครั้งแรก ย่อมต้องมีปัญหาอุปสรรคเกิดขึ้นทั้งกับผู้สอน และผู้เรียน แต่การเปลี่ยนแปลงครั้งนี้ทำให้ผู้สอน และผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ด้านเทคโนโลยีที่ทันสมัยสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญในการประเมินผลการเรียนการสอนออนไลน์ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อโคโรน่า 2019 ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี เพื่อทราบถึงความพร้อมและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการเรียนการสอนแบบออนไลน์ และรูปแบบการเรียนการสอนที่นักศึกษาชอบ รวมไปถึงปัญหาและอุปสรรค เพื่อนำผลการประเมินไปเป็นแนวทางของการปรับปรุงพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อศึกษาความพร้อมและประเมินผลการเรียนการสอนออนไลน์ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อโคโรน่า 2019 ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

วิธีการศึกษา (Method)

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ที่มีต่อการเรียนการสอนออนไลน์ในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อโคโรน่า 2019

ประชากร

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1-4 ที่กำลังศึกษาอยู่ในวิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี สุพรรณบุรี สถาบันพระบรมราชชนก ประจำปีการศึกษา 2564 จำนวน 441 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักศึกษาพยาบาลที่กำลังศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1-4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ประจำปีการศึกษา 2564 ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling)[6] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 205 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัย จึงพิจารณาเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างไม่ต่ำกว่าร้อยละ 20 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 250 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ประกอบการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามของ เสถียร พูลผล และปฏิพล อรรณพบริบูรณ์[7] ได้แก่ แบบสอบถามความคิดเห็นของนักศึกษาที่มีต่อการเรียนการสอนออนไลน์ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรน่า 2019 โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย แบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ (Check list) และคำถามปลายเปิด (Open ended question) จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพร้อมของผู้เรียนต่อการเรียนการสอนออนไลน์ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรน่า 2019 จำนวน 9 ข้อ แบ่งระดับความพร้อมเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นของผู้เรียนเกี่ยวกับการเรียนการสอนออนไลน์ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรน่า 2019 จำนวน 24 ข้อ 5 อันดับตัวเลือก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการเรียนการสอนแบบออนไลน์ ลักษณะคำถามเป็นปลายเปิด (Open ended question) โดยให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเขียนบรรยายคำตอบ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ของแบบสอบถามความคิดเห็นของนักศึกษาที่มีต่อการเรียนการสอนออนไลน์ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรน่า 2019 โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อนำไปปรับปรุงเนื้อหาให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น ซึ่งแบบสอบถามความคิดเห็นของนักศึกษาที่มีต่อการเรียนการสอนออนไลน์ฯ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.94

2. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม (Questionnaires) ไปทดลองใช้ (Try Out) กับนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคกลาง 2 จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี และทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัยถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี หลังจากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ พร้อมเก็บข้อมูลแบบ Online Survey โดยให้ผู้ช่วยนักวิจัยดำเนินการส่งต่อโดยใช้ google from ทั้งนี้

ภายหลังส่งแบบสอบถามออนไลน์ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบจำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม และความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ทุกฉบับ ก่อนนำมาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี เลขที่ EC-013/2564 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์หรือผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น และการถอนตัวออกจากการวิจัยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และข้อมูลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมของกลุ่ม ไม่สามารถสืบค้นข้อมูลรายบุคคลได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติความแปรปรวนทางเดียว (One way ANOVA)

ผลการศึกษา (Results)

ข้อมูลทั่วไปพบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 237 คน คิดเป็นร้อยละ 94.8 เป็นเพศชาย 13 คน คิดเป็นร้อยละ 5.2 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การเรียนออนไลน์คิดเป็นร้อยละ 98.8 และใช้คอมพิวเตอร์/โน้ตบุ๊คเป็นอุปกรณ์ในการเรียนคิดเป็นร้อยละ 74.4 นอกจากนี้พบส่วนใหญ่เรียนออนไลน์ที่บ้านคิดเป็นร้อยละ 52 รองลงมาเรียนออนไลน์ที่หอพักคิดเป็นร้อยละ 47.6

ตารางที่ 1 ระดับคะแนน ค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) ของคะแนนความพร้อมของนักศึกษาต่อการเรียนการสอนออนไลน์ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรน่า 2019 โดยรวมและแบ่งตามชั้นปี (n = 250)

หัวข้อ	ระดับชั้น	Max	Min	$\overline{X}$	S.D
ความพร้อมของนักศึกษา	ปี 1	1.44	1.00	1.10	.11
	ปี 2	1.56	1.00	1.27	.14
	ปี 3	1.56	1.00	1.17	.15
	ปี 4	1.56	1.00	1.22	.15
	รวม	**1.56**	**1.00**	**1.19**	**.15**

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ($\overline{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) ของคะแนนความคิดเห็นของนักศึกษาต่อการเรียนการสอนออนไลน์ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรน่า 2019 โดยรวมและแบ่งตามชั้นปี (n = 250)

หัวข้อ	ระดับชั้น	Max	Min	$\overline{x}$	S.D
ด้านผู้สอน	ปี 1	5.00	1.00	3.50	.78
	ปี 2	5.00	2.00	3.05	.64
	ปี 3	5.00	1.00	3.54	.81
	ปี 4	5.00	2.00	3.87	.69
	รวม	**5.00**	**1.00**	**3.49**	**.78**
ด้านผู้เรียน	ปี 1	5.00	1.00	2.82	.76
	ปี 2	4.00	1.00	2.95	.55
	ปี 3	5.00	1.00	3.20	.81
	ปี 4	5.00	2.00	3.52	.75
	รวม	**5.00**	**1.00**	**3.14**	**.77**
สื่อและกิจกรรมการเรียนการสอนออนไลน์	ปี 1	5.00	2.00	3.68	.81
	ปี 2	5.00	1.00	3.21	.80
	ปี 3	5.00	2.00	3.78	.76
	ปี 4	5.00	2.00	4.01	.69
	รวม	**5.00**	**1.00**	**3.69**	**.80**
ระบบอินเตอร์เน็ตและแอพพลิเคชั่นที่ใช้ในการเรียนออนไลน์	ปี 1	5.00	1.00	3.51	1.00
	ปี 2	5.00	2.00	3.23	.73
	ปี 3	5.00	2.00	3.59	.77
	ปี 4	5.00	2.00	3.73	.75
	รวม	**5.00**	**1.00**	**3.52**	**.83**

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ($\overline{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) ของคะแนนความคิดเห็นของนักศึกษาต่อการเรียนการสอนออนไลน์ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรน่า 2019 โดยรวมและแบ่งตามชั้นปี (n = 250) (ต่อ)

หัวข้อ	ระดับชั้น	Max	Min	$\overline{x}$	S.D
ในอนาคตอยากให้มีการปรับรูปแบบการเรียนการสอนเป็นรูปแบบออนไลน์เต็มรูปแบบ	ปี 1	5.00	1.00	2.65	1.48
	ปี 2	5.00	1.00	3.09	1.15
	ปี 3	5.00	1.00	3.43	1.23
	ปี 4	5.00	1.00	3.49	1.18
	รวม	**5.00**	**1.00**	**3.19**	**1.29**
โดยรวม		**5.00**	**1.40**	**3.39**	**.86**

ตารางที่ 3 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความคิดเห็นของนักศึกษาต่อการเรียนการสอนออนไลน์ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรน่า 2019 (n = 250)

ระดับชั้นปี	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย	ความแตกต่างระหว่างชั้นปี			
			ปี 1	ปี 2	ปี 3	ปี 4
ปี 1	57	3.61	-	-	-	-
ปี 2	57	3.43	-	-	-.33*	-
ปี 3	69	3.76	-	-	-	-
ปี 4	67	4.01	.39*	.57*	.24*	-

* $p < .05$

วิจารณ์ (Discussions)

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพร้อมและประเมินผลการเรียนการสอนออนไลน์ในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อโคโรน่า 2019 ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี พบว่า นักศึกษาทุกชั้นปีมีความพร้อมในการเรียนออนไลน์อยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากความไม่พร้อมของอุปกรณ์การเรียน อินเตอร์เน็ต รวมไปถึงสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการเรียน ดังที่ผู้เรียนให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา/

อุปสรรค คือ “มีเสียงรบกวน สิ่งแวดล้อมไม่เหมาะแก่การเรียน อินเตอร์เน็ตไม่แรง/ชอบหลุด อุปกรณ์การเรียนไม่พร้อม ขาดแรงจูงใจในการเรียนเนื่องจากไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้สอน ง่วงนอนอย่างเดียว สุขภาพเสื่อมโทรม เวลาพักผ่อนน้อยลง” และ“เวลาเรียนออนไลน์นาน ๆ อุปกรณ์ที่ใช้เรียนจะร้อนและดับไปเอง” รวมถึง “อาจมีปัญหาในเรื่องการใช้อินเตอร์เน็ต รวมไปถึงเครื่องมือในการเรียนอาจไม่พร้อม เช่น โน๊ตบุ๊คเข้ามีทได้ แต่ไม่สามารถเปิดไมค์ได้” เป็นต้น สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา[8-11] ที่พบว่าการเรียนการสอนออนไลน์มีข้อจำกัดของความพร้อมในด้านอุปกรณ์ พบว่า โรงเรียนและนักเรียนบางส่วน ไม่สามารถหาเครื่องมือทางการเรียนได้ครบ ด้านเทคโนโลยีและอินเตอร์เน็ตในแง่ของการเชื่อมต่อกับระบบเครือข่ายหรือการอยู่ในพื้นที่ที่ไม่มีสัญญาณเครือข่ายอินเตอร์เน็ต รวมถึงความเร็วของอินเตอร์เน็ตส่งผลให้การจัดการเรียนการสอนไม่ราบรื่น ด้านผู้สอนและผู้เรียนที่อาจขาดทักษะในการใช้เทคโนโลยี ด้านระบบการติดต่อสื่อสาร ได้แก่ ข้อจำกัดของโปรแกรมในการจำกัดจำนวนผู้เข้าใช้ ระยะเวลาใช้งาน ความคมชัดของภาพ เสียง รวมไปถึงการเกิดปัญหาทางด้านเทคโนโลยีที่ไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้า นอกจากนี้นักศึกษาได้ให้ข้อคิดเห็นว่า “อินเทอร์เน็ตหอพักวิทยาลัยไม่เสถียร เนื่องจากมีการใช้เชื่อมต่อร่วมกันจำนวนมาก เฉลี่ย 16 คน/เครื่องกระจายสัญญาณ 1 เครื่อง และนักศึกษามีการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตมากกว่า 1 เครื่อง/คน” สะท้อนให้เห็นถึงความต้องการของผู้เรียนให้สถานศึกษามีการปรับปรุงด้านความเร็วอินเตอร์เน็ต สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา[12,13] ที่ผู้เรียนมีความต้องการให้มีการปรับปรุงระบบอินเตอร์เน็ต ด้านความเร็วและสัญญาณ WI-FI ให้มีความเสถียร มีความเร็วพร้อมใช้งานมากที่สุด จึงสะท้อนให้เห็นว่าความพร้อมของนักศึกษาไม่ว่าจะเป็นในด้านของอุปกรณ์ ระบบเครือข่ายอินเตอร์เน็ต หรือสถานที่ในการเรียนมีผลต่อการเรียนรู้ของนักศึกษา ดังนั้นหากนักศึกษามีความพร้อมในทุก ๆ ด้านย่อมส่งผลให้การเรียนออนไลน์มีประสิทธิภาพไม่แตกต่างไปจากการเรียนในชั้นเรียน

เมื่อพิจารณาความคิดเห็นเกี่ยวกับการเรียนออนไลน์เป็นรายด้าน พบว่า ด้านสื่อและกิจกรรมการเรียนการสอนออนไลน์มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด เนื่องจากปัจจุบันเป็นยุคดิจิตอลที่ทุกคนสามารถเข้าถึงแหล่งการเรียนรู้ได้ทุกที่ทุกเวลา ดังนั้นการเลือกสื่อที่สอดคล้องกับการเรียนการสอนจึงช่วยให้ผู้เรียนเกิดกระบวนการเรียนรู้ในเนื้อหาได้ดีขึ้น และทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่เสมือนจริง สอดคล้องกับผลการวิจัยรายข้อที่พบว่าสื่อและกิจกรรมการสอนช่วยให้เรียนรู้เนื้อหาได้ดียิ่งขึ้น (123/250=49.2%) และสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา[14-16] พบว่าการเลือกสื่อที่เหมาะสมสอดคล้องกับเนื้อหาของรายวิชา มี

ความหลากหลาย ช่วยให้ผู้เรียนสามารถทำความเข้าใจในเนื้อหาขณะที่เรียนได้ รวมถึงช่วยให้ผู้เรียนมีความตระหนักในการเรียนรู้ด้วยตนเองเพิ่มขึ้น

นอกจากนี้ผลการศึกษา พบว่า ความคิดเห็นในด้านตัวผู้เรียนอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด อาจเนื่องจากผู้เรียนยังไม่มีความพร้อมในการเรียนออนไลน์อย่างเต็มรูปแบบทั้งในด้านของอุปกรณ์การเรียนที่ทันสมัย ระบบเครือข่ายอินเตอร์เน็ตหากต้องเรียนขณะอยู่สถานที่ที่ไม่มีสัญญาณอินเตอร์เน็ต หรือสภาพแวดล้อมไม่เอื้อต่อการเรียน รวมทั้งผู้เรียนส่วนใหญ่รู้ถึงความไม่เท่าเทียมกันในการมีส่วนร่วมระหว่างการเรียน (86/250=34.4%) และรู้สึกน่าเบื่อเสียเวลาในการเรียนออนไลน์ (78/250=31.2%) ซึ่งตรงกับข้อคิดเห็นของผู้เรียนที่ถึงปัญหาอุปกสรรค์ด้านผู้เรียน คือ การไม่ตรงต่อเวลา/น่าเบื่อ ไม่มีสมาธิ แทบไม่ได้อะไรเลย/สติหลุดง่าย จ้องจอคอมนาน ๆ ทำให้ปวดตา/ต้องนั่งอยู่หน้าจอเป็นเวลานาน เกิดตาล้า/อาจารย์มักให้แย่งกันตอบ แต่เน็ตช้าก็ไม่ทันคนอื่น อยากให้เลิกใช้การแย่งกันตอบมันไม่แฟร์เลย/ บริเวณที่เรียนออนไลน์ทั้งในบ้านและข้างบ้านมีเสียงดังรบกวน บ้านติดถนนรถโดยสารผ่านไปมาเสียงดังมาก/ เวลาฝนตกหรือไฟดับสัญญาณอินเทอร์เน็ตจะหายไม่สามารถเรียนได้/สัญญาณอินเตอร์เน็ตของนักศึกษาและอาจารย์มีความไม่เสถียร เวลานำเสนองานทำให้อธิบายสิ่งที่สำคัญ ๆ เกิดปัญหาที่ทำให้ไม่เข้าใจสิ่งที่อธิบายมา/ไม่อยากเรียนออนไลน์เลยค่ะ จากที่ต้องได้ความรู้ ได้พูดคุยกับอาจารย์อยาก 100% มันแทบไม่ถึง 50% เลยค่ะ เครียดและรู้สึกว่าไม่ค่อยได้ประโยชน์เท่าไหร่ค่ะ เกิดการทุจริตการสอบได้ง่ายด้วย ทำให้เด็กกระตือรือร้นก็จริงค่ะแต่งานก็ล้นมือแทบไม่มีเวลาอ่านหนังสือสอบค่ะ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา[17-20] พบว่านักศึกษาขาดวินัยในการควบคุมและบังคับตนเองให้ตรงเวลา และสนใจเข้าเรียน ตั้งใจเรียน ขาดปฏิสัมพันธ์และความผูกพันกับเพื่อนและครู และพบว่าการสอบออนไลน์มีโอกาสทุจริตในการสอบออนไลน์ได้มากกว่าปกติเนื่องจากขาดผู้คุมสอบ

อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์จำแนกตามชั้นปี พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยนักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่านักศึกษาทุกชั้นปี และนักศึกษาชั้นปีที่ 3 มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าชั้นปีที่ 2 อาจเนื่องจากนักศึกษาส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์ในการเรียนออนไลน์ รวมถึงเคยเรียนแบบผสมผสานทั้งในชั้นเรียนและใช้สื่อเทคโนโลยีต่าง ๆ ช่วยสอนจึงทำให้นักศึกษาปรับตัวเกี่ยวกับการเรียนได้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา[21] พบว่า นักศึกษาแต่ละชั้นปีมีพฤติกรรมการเรียนแบบออนไลน์ที่แตกต่างกัน

จากการศึกษายังพบว่า รูปแบบการเรียนที่นักศึกษาส่วนใหญ่ชอบ คือ รูปแบบการเรียนในชั้นเรียน (Lecture class) (54/250=21.6%) อาจเนื่องจากการเรียนในชั้นเรียนผู้สอนและผู้เรียนมีการเรียนการสอนแบบเผชิญหน้า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างเรียนได้ตลอดเวลา สามารถอธิบายเนื้อหาที่ซับซ้อนให้ง่ายขึ้นโดยใช้ภาพหรือแผนภูมิประกอบได้ นอกจากนี้บางรายวิชามีเนื้อหาจำนวนมาก และผู้เรียนจำนวนมากจึงเหมาะกับการนำวิธีการสอนแบบบรรยายมาใช้[22] สอดคล้องกับความคิดเห็นของผู้เรียนที่ว่า “ไม่อยากเรียนออนไลน์เลยค่ะ จากที่ต้องได้ความรู้ ได้พูดคุยกับอาจารย์อยาก 100% มันแทบไม่ถึง 50%เลยค่ะ/การตอบโต้ในคลาสเรียนลดลง/คิดว่าพึงพอใจและได้ความรู้กับการสอนในห้องเรียนมากกว่า เนื่องจากทั้งปัญหาต่าง ๆ ที่พบในการเรียนออนไลน์มีค่อนข้างเยอะ และคิดว่าตนเองไม่ได้รู้สึกตั้งใจเรียนเท่าที่ควรจากการเรียนแบบนี้” รูปแบบการเรียนรองลงมา คือ การเรียนแบบสอนสด (Online live session) ผ่านแอพพลิเคชั่นต่าง ๆ (50/250=20%) และการเรียนแบบผสมผสาน (Blended learning) (46/250 = 18.4%) ตามลำดับ โดยการเรียนดังกล่าวเป็นการเรียนที่เหมาะกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรน่า 2019 เนื่องจากเป็นการวิธีสอนในระบบผสมผสานในหลายลักษณะตามแนวคิดและประสบการณ์ของผู้สอนและความสามารถของผู้เรียนที่ใช้ระบบการสอนออนไลน์ผสมผสานกับสาระการเรียนรู้ในลักษณะอื่น ๆ หรือผสมผสานเทคโนโลยีทางการสอนกับการสอนในชั้นเรียนปกติ[11]

ข้อยุติ (Conclusions)

ผู้เรียนมีความพร้อมในการเรียนออนไลน์โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับการเรียนออนไลน์จำแนกตามชั้นปี พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้เรียนชั้นปีที่ 4 มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการเรียนออนไลน์แตกต่างจากผู้เรียนชั้นปีที่ 1-3 นอกจากนี้ผู้เรียนส่วนใหญ่ยังคงชอบรูปแบบการเรียนในชั้นเรียน

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. ด้านผู้เรียนควรมีการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกาย ความรู้ทางวิชาการและเครื่องมือ อุปกรณ์ ที่ใช้ในการเรียนให้พร้อมอยู่เสมอ

2. มีการจัดหาเครื่องมือ อุปกรณ์ที่ทันสมัยพอเพียงเหมาะสมกับการจัดการเรียนการสอน รวมถึงปรับปรุงระบบอินเตอร์เน็ตที่มีความเร็วและเสถียรให้พร้อมตลอดเวลา

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรน่า 2019 สถานศึกษาถูกกำหนดให้จัดการสอนออนไลน์แต่ยังไม่มีการประเมินผล

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความพร้อมในการเรียนการสอนออนไลน์ของผู้เรียนอยู่ในระดับปานกลาง รวมถึงแต่ละชั้นปียังมีความคิดเห็นที่แตกต่างกัน ซึ่งสามารถเป็นแนวทางให้การเตรียมความพร้อมเพื่อจัดการเรียนการสอนออนไลน์ และนำความรู้ที่ได้ไปออกแบบการเรียนการสอนที่เหมาะสมกับผู้เรียน

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

งานวิจัยเรื่องนี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนการทำวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Sirinawin S. **"Covid-19" Knowledge to Wisdom, Practice Development**. Nonthaburi; O. S. Printing House; 2020. [in Thai].
2. WHO. **World Health Organization. Q&A on coronaviruses (COVID-19)**. [online] 2020 [cited 2020 Dec 10] Available from: https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-andanswers-hub/q-a-detail/q-a-coronaviruses)
3. Department of Disease Control. "**Information for Self-Protection from COVID-19" Publication Document. Ministry of Public Health** [online] 2020 [cited 2020 Dec 10] Available from: ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/int-pretection 03.pdf. January 28, 2020.
4. UNESCO. **4 ways COVID-19 could change how we educate future generations** [online] 2020 [cited 2020 Aug 16] Available from: https://www.weforum.org/agenda/2020/03/4-ways-covid-19-educationfuture-generations/
5. Supervisor Office of the Vocational Education Commission. **Online Learning** [online] 2019 [cited 2021 Apr 9] Available from: https://stec4. Comeducatorroundtable
6. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample sizes for research activities. **Educational and Psychological Measurement** 1970; 30: 607-610.
7. Poonphon S, Anpaboriboon P. **Survey of Pharmacy Students' Opinion Towards Online Learning During the Covid 19 to Design a New Learning Management Approach of the Faculty of Pharmacy, Siam University**. The 15th Academic Conference of the Year

2020. 30 July 2020. Bankok: Siam University; 2020. 36-47.

8. Sae-Tan T, Haoboon P, Junthip S, Suteerasak T, Limsakul W. Readiness for undergraduate online learning during the COVID-19 pandemic: A case study of the Prince of Songkla University Phuket campus. **Journal of Multidisciplinary Academic Research and Development** 2021; 3(1): 23-37. [in Thai].
9. Chiranuntakarn T. Using online textbooks in medical education. **Siriraj Medical Bulletin** 2016; 9(2): 98-106. [in Thai].
10. Wayo W, Charoennukul A, Kankaynat C, Konyai J. Online Learning under the COVID-19 Epidemic: Concepts and applications of teaching and learning management. **Regional Health Promotion Center 9 Journal** 2021; 14(34): 285-298. [in Thai].
11. Tongkeo T. New Normal Based Design in Education: Impact of COVID-19. **Journal of teacher professional development** 2021; 1(2): 1-10. [in Thai].
12. Sompongpun S. Quality of life among undergraduate students living in dormitory: Case study in a selected university. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2021; 8(4): 545-560. [in Thai].
13. Chantasorn W, Teeravannittrakul S, Saengjan K. The QualityofLifeof the Undergraduate Students in Burapha University, Bangsaen Campus. **Journal of education** 2019; 30(3): 228-42. [in Thai].
14. Wisanskoonwong P, Sawangtook S, Prammanee M. The Development of Reinforcement Learning and Teaching Model through Online Media by Using Facebook Group in Midwifery 2. **Journal of Nursing and Health Care** 2021; 38(1): 97-106. [in Thai].
15. Sadykova G, Meskill C. Interculturality in Online Learning: Instructor and Student Accommodations. **Online Learning Journa**l 2019; 23(1): 5-21.
16. Rao BJ. **I**nnovative Teaching Pedagogy in Nursing Education. **International Journal of Nursing Education** 2019; 11(4): 176–180.
17. Tirasriwat A. Assessing the Pros and Cons of Online Teaching and Learning of Accounting Courses by Senior students in Accounting

Department, Assumption University: In Situation of Social Distancing during the Pandemic of COVID- 19. **Journal of Business Administration The Association of Private Higher Education Institutions of Thailand** 2020; 9(2): 179-194. [in Thai].

18. Myring M, Bott JP, Edwards R. New approaches to online accounting education. **The CPA Journal** 2014; 84(8): 66-71.
19. Figlio DN, Rush M, Yin L. **Is it live or is it internet. Experimental Estimates of the Effects of Online Instruction on Student Learning**. NBER Working Paper, (16089). National Bureau of Economic Research; 2010: 1-28.
20. Parsons- Pollard N, Lacks RD, Grant PH. A comparative assessment of student learning outcomes in large online and traditional campus- based introduction to criminal justice courses. **Criminal Justice Studies**; 2008; 21(3): 239-251.
21. Lertsakornsiri M, Puengsema R. Learning Behaviors of Nursing Students to Study Online during the COVID- 19 Situation. **Journal of Nursing and Education** 2021; 14(1): 33-47. [in Thai].
22. Johnson D, Johnson R. **Cooperative Learning** [online] 2021 [cited 2020 Sep 15] Available from: https://2017.congresoinnovacion.educa.aragon.es/documents/48/David_Johnson.pdf

ความสัมพันธ์ระหว่างปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวกับการกลับมาเสพซ้ำของผู้เสพ เมทแอมเฟตามีนในระบบบังคับบำบัด

รังสิยา วงศ์อุปปา, พูนรัตน์ ลียติกุล**

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: ประชาชนไทยประมาณ 1.6 ล้านคน เคยเสพยาบ้า (เมทแอมเฟตามีน) อย่างน้อยหนึ่งครั้งในช่วงชีวิต ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีจำนวนผู้ใช้ยาบ้ามากที่สุด โดยมีอัตราการกลับมาเสพซ้ำภายหลังการบำบัดสูง

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการกลับมาเสพซ้ำของผู้เสพเมทแอมเฟตามีนในกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดรักษาแบบบังคับบำบัด กับปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวและปัจจัยบริบทอื่น ๆ

วัสดุและวิธีการ: เป็นการศึกษาแบบบรรยาย จากผู้เสพเมทแอมเฟตามีน ในช่วงเดือนตุลาคม 2562 และกุมภาพันธ์ 2563 จำนวน 65 คน ที่ผ่านการบำบัดรักษาแล้ว เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และการสังเกต นำเข้าข้อมูลแบบสอบทาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วย Pearson chi-square, Fisher's exact test และ odds ratio

ผลการศึกษา: พบผู้เสพเมทแอมเฟตามีนที่ผ่านการบำบัดแล้วทั้งหมด 65 ราย (เป็นผู้กลับมาเสพซ้ำ 13 ราย และไม่เสพซ้ำ 52 ราย) ปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการกลับมาเสพซ้ำ อย่างไรก็ดีพบความสัมพันธ์ดังกล่าวในปัจจัยบริบทอื่น ๆ ได้แก่ การยอมรับจากสังคม [การยอมรับจากผู้นำชุมชน ($p = 0.006$), การยอมรับให้เข้าทำงานหรือเรียนหนังสือ ($p = 0.049$)], สถานการณ์เสี่ยงในชุมชน [การใช้ยาบ้า ของเพื่อนสนิท, การมีผู้เสพยาบ้า และมีการซื้อขายยาบ้าอยู่ในชุมชน ($p = 0.014$, $p < 0.001$ และ $p = 0.038$ ตามลำดับ)] และพฤติกรรมเสี่ยงส่วนตัวของผู้เสพฯ [เคยขายหรือเป็นตัวแทนขายยาบ้า และการดื่มสุรา เพื่อลดความอยากเสพยาบ้า ($p = 0.012$ and $p = 0.013$)].

สรุป: ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว กับกลับมาเสพยาบ้าซ้ำ ภายหลังการบำบัดแต่มีปัจจัยบริบทหลายประการที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับการกลับมาเสพซ้ำ ดังกล่าว

คำสำคัญ: เมทแอมเฟตามีน, เสพซ้ำ, ความสัมพันธ์ในครอบครัว, ปัจจัยบริบท

* คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

Corresponding Author: Poonrut Leyatikul email: poonrutlee@gmail.com

Received 15/10/2021 *Revised 17/11/2021* *Accepted 14/12/2021*

ASSOCIATION BETWEEN FAMILY RELATIONSHIP AND RELAPSE AMONG METHAMPHETAMINE USERS IN COMPULSORY TREATMENT SYSTEM

Rungsiya Wonguppa, Poonrut Leyatikul**

ABSTRACT

Background: It was estimated that 1. 6 million Thais have ever used " Yaba (methamphetamine)" at least once in their entire life. The Northeastern region had the highest number of Yaba users with a high relapse rate after treatment. **Objective:** The authors aimed to explore the association between relapse, among methamphetamine users in the Compulsory Treatment System and family relationship as well as other contextual factors.

Material and Method: A descriptive study was conducted from 65 cases of post-treatment methamphetamine users in the databases during October 2019 and February 2020. Interviews and observations were done for data collection. Double data entry was applied. Pearson Chi- square, Fisher' s exact test and odds ratio were used to assess the associations.

Results: Sixty-five users were found (13 relapses and 52 abstainers). Family relationship revealed no significant association with relapse of the methamphetamine users. Other contextual factors, however, did. They were social acceptance [acceptance by community leader ($p = 0.006$), acceptance for working or studying ($p = 0.049$)], risky community situations [using Yaba of close friend, existence of Yaba users and Yaba trading in community ($p = 0.014$, $p < 0.001$ and $p = 0.038$ respectively)] and risky personal behaviors [ever selling or being a Yaba agent and drinking of alcohol to reduce Yaba desire ($p = 0.012$ and $p = 0.013$)].

Conclusion: Effect of family relationship on relapse among post- treatment methamphetamine users could not be demonstrated in the present study. But several contextual factors had significant relationship with the relapse.

Keywords: Methamphetamine, Relapse, Family relationship, Contextual factor

---

* Faculty of Public Health, Vongchawalitkul University

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

แอมเฟตามีนได้แพร่กระจายในประเทศไทยภายใต้ชื่อ “ยาม้า” มากว่า 60 ปี ความหมายของชื่อมาจากโลโก้บนเม็ดยาและผลของยา ทำให้ผู้ใช้มีความกระฉับกระเฉง แข็งแกร่ง และสามารถทำงานข้ามเวลาได้ เป็นที่รู้จักกันว่า “ยาขยัน” กระทรวงสาธารณสุข เปลี่ยนชื่ออย่างไม่เป็นทางการของ “ยาม้า” เป็นชื่อทางการของ “ยาบ้า”[1]เป็นที่ชัดเจนว่า “ยาบ้า” ได้แพร่ระบาดในหมู่คนไทยโดยไม่คำนึงถึงเพศ อายุ อาชีพ และสภาพแวดล้อมของภูมิภาค[2] ในปี 2562 คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด ซึ่งประกอบด้วยนักวิชาการจากมหาวิทยาลัยหลายแห่ง ทำการสำรวจครัวเรือนทั่วประเทศ การสำรวจครัวเรือนได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด การสำรวจประเมินว่าคนไทย 1.6 ล้านคน เคยใช้ยาบ้าอย่างน้อยหนึ่งครั้งตลอดชีวิต คิดเป็น 3.2% ของประชากรไทยอายุ 12-65 ปี พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีผู้ใช้ยาบ้ามากที่สุด และอัตราการเสพซ้ำสูง หลักฐานสอดคล้องกับสมมติฐานทางวิชาการ คือ ผลของยาบ้านั้น เข้ากันได้ดีกับวิถีชีวิตแบบสนุกสนาน ซึ่งเป็นวิถีชีวิตที่สำคัญของฆราวาสในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ[3] การทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีงานวิจัยที่จำกัดเกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวในการทำความเข้าใจปรากฏการณ์การเสพซ้ำ แม้ว่าจะมีความคิดที่ว่าครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการเลิกเสพยาเสพติด หรือ “ครอบครัวสามารถทำให้กระบวนการฟื้นฟูของผู้ติดยาสำเร็จลงได้”[4]

เนื่องจากอัตราการเสพซ้ำมีอัตราสูงในช่วงไม่กี่ปีมานี้ นักวิจัยจึงให้ความสนใจมากขึ้นในการพัฒนาโปรแกรมป้องกันการเสพซ้ำ รวมทั้งการศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อการเสพซ้ำ[5-10] แต่ยังขาดการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเสพซ้ำของผู้เสพเมทแอมเฟตามีนในระบบบังคับบำบัดและความสัมพันธ์ในครอบครัวตลอดจนปัจจัยบริบทอื่น ๆ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการกลับมาเสพซ้ำของผู้เสพเมทแอมเฟตามีนในกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดรักษาแบบบังคับบำบัด กับปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวและปัจจัยบริบทอื่น ๆ

วิธีการศึกษา (Method)

การศึกษานี้ทำการศึกษาผู้เสพเมทแอมเฟตามีนหลังได้รับการบำบัดทุกรายในจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือในช่วงเดือนตุลาคม 2562 และกุมภาพันธ์ 2563 จำนวน 65 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์และการสังเกต การสัมภาษณ์ดำเนินการโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย (ผู้ช่วย

วิจัยจบการศึกษาระดับปริญญาตรี และสูงกว่า และได้รับการฝึกอบรมจนผ่านเกณฑ์ของโครงการวิจัยก่อนปฏิบัติงานสนาม) ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้นำเข้าฐานข้อมูลแบบสอบทาน (data double entry) สถิติที่ใช้ได้แก่ Pearson chi-square Fisher's exect test และ Odds ratio เพื่อประเมินความสัมพันธ์ และค่า p-value ที่น้อยกว่า 0.05 ถือเป็นระดับนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสถาบันการศึกษา

ผลการศึกษา (Results)

ผลการศึกษาพบว่าผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนที่ผ่านการบำบัดรักษาจากฐานข้อมูล 65 ราย (ผู้ป่วยเสพซ้ำ 13 ราย และผู้ไม่เสพซ้ำ 52 ราย) จากตารางที่ 1 องค์ประกอบของความสัมพันธ์ในครอบครัวทั้ง 10 ประเด็น ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ส่งผลให้เกิดการเสพซ้ำ

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ในครอบครัวและการเสพซ้ำ (n=65)

ความสัมพันธ์ในครอบครัว	OR	95%CI		P-value
ผู้เสพคิดว่าไม่มีใครในครอบครัวช่วยให้เลิกยาได้	2.33	0.17	32.58	1.000
คนในครอบครัวไม่เคยสนใจความรู้สึกของผู้เสพ	2.33	0.16	32.58	1.000
ผู้เสพคิดว่าต้องเผชิญกับปัญหาเพียงลำพัง	3.20	0.22	45.19	0.550
ผู้เสพไม่ต้องการมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกคนอื่น ๆ	1.71	0.12	23.93	0.600
ผู้เสพปฏิเสธความช่วยเหลือจากครอบครัวและเพื่อน	1.25	0.08	17.65	1.000
แม้ว่าจะเลิกเสพยาได้ก็ไม่ทำให้ครอบครัวหันมารักและสนใจผู้เสพ	1.71	0.12	23.93	1.000
สมาชิกในครอบครัวมักถามผู้เสพว่า "กลับไปเสพยาอีกแล้วใช่ไหม"	3.60	0.25	50.33	0.210
คนในครอบครัวไม่เคยพูดคุยหยอกล้อผู้เสพ	1.50	0.10	20.67	0.530
บางครั้งคนในครอบครัวดูด่าผู้เสพอย่างไร้เหตุผล	1.50	0.10	20.67	1.000
สมาชิกในครอบครัวมักจู้จี้บ่นผู้เสพอยู่เสมอ	2.66	0.19	36.75	0.570

ตารางที่ 2 แสดงการวิเคราะห์แบบสองตัวแปรระหว่างการสนับสนุนหรือการยอมรับทางสังคมและการเสพบาบ้าซ้ำ ผู้เสพที่ได้รับการยอมรับจากผู้นำชุมชนมีอัตราการเสพซ้ำต่ำกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้เสพที่ไม่ได้รับการยอมรับ (6% เทียบกับ 33% p = 0.006) ผู้เสพที่ได้รับการตอบรับให้ทำงานหรือเรียนส่งผลในทิศทางเดียวกัน (12% เทียบกับ 35% p = 0.049) การดูแลจากญาติมีความสัมพันธ์กับการเสพซ้ำแต่ไม่มีนับสำคัญทางสถิติ (p = 0.089)

ตารางที่ 2 การสนับสนุนทางสังคมหรือการยอมรับและการเสพซ้ำ (n = 65)

การสนับสนุนทางสังคมหรือการยอมรับ	**เสพซ้ำ** n(%)	**ไม่เสพซ้ำ** n(%)	P-value
ความใส่ใจจากครอบครัว			0.089*
ไม่ใช่	7(35%)	13(65%)	
ใช่	6(13%)	39(87%)	
การยอมรับจากผู้นำชุมชน			0.006**
ไม่ใช่	11(33%)	22(67%)	
ใช่	2(6%)	30(94%)	
การยอมรับจากสถานศึกษา/ที่ทำงาน			0.049*
ไม่ใช่	8(35%)	15(65%)	
ใช่	5(12%)	37(88%)	

* Fisher's exact test ** Pearson chi-square

ตารางที่ 3 แสดงสถานการณ์ในชุมชนที่อาจส่งผลต่อการเสพซ้ำ ทั้งสามองค์ประกอบของสถานการณ์มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเสพซ้ำ ประกอบด้วย เพื่อนสนิทเสพยา ในชุมชนมีผู้เสพยา และสามารถซื้อหายาเสพติดได้ในชุมชน (p = 0.014, p < 0.001 และ p = 0.038 ตามลำดับ)

ตารางที่ 3 สถานการณ์ในชุมชนและการเสพซ้ำ (n = 65)

สถานการณ์ในชุมชน	เสพซ้ำ n(%)	ไม่เสพซ้ำ n(%)	P-value
เพื่อนสนิทเสพยาเสพติด			0.014*
ไม่ใช่	6(13%)	41(87%)	
ใช่	7(44%)	9(56%)	
มีผู้เสพยาเสพติดในชุมชน			<0.001**
ไม่ใช่	2(5%)	35(95%)	
ใช่	11(42%)	15(58%)	
สามารถซื้อหายาเสพติดได้ในชุมชน			0.039*
ไม่ใช่	6(13%)	39(87%)	
ใช่	7(39%)	11(61%)	

* Fisher's exact test ** Pearson chi-square

ตารางที่ 4 แสดงพฤติกรรมเสี่ยงส่วนบุคคลและการเสพซ้ำ ทั้งสององค์ประกอบของพฤติกรรมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเสพซ้ำ ประกอบด้วย เคยขาย/เดินยาเสพติด และดื่มแอลกอฮอล์เพื่อลดความอยากยา (p = 0.012 และ p = 0.013)

ตารางที่ 4 พฤติกรรมเสี่ยงส่วนบุคคลและการเสพซ้ำ (n = 65)

พฤติกรรมเสี่ยงส่วนบุคคล	เสพซ้ำ n(%)	ไม่เสพซ้ำ n(%)	P-value
เคยขาย/เดินยาเสพติด			0.012**
ไม่ใช่	3(9%)	31(91%)	
ใช่	10(35%)	19(65%)	
ดื่มแอลกอฮอล์เพื่อลดความอยากยา			0.013*
ไม่ใช่	3(9%)	32(91%)	
ใช่	10(33%)	20(67%)	

* Fisher's exact test ** Pearson chi-square

วิจารณ์ (Discussions)

ผลของความสัมพันธ์ในครอบครัวต่อการเสพซ้ำของผู้เสพเมทแอมเฟตามีนหลังการรักษาไม่สามารถแสดงให้เห็นในการศึกษานี้ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กโดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับการเสพซ้ำ ซึ่งมีเพียง 13 รายเท่านั้น

ครอบครัวมีความสำคัญต่อจิตใจของผู้เข้ารับการรักษา และหากครอบครัวตำหนิ สุขภาพ รูปลักษณ์ พฤติกรรม วิพากษ์วิจารณ์ผู้เสพยา แสดงความไม่ไว้วางใจในการเลิกยา ตั้งคำถามและตำหนิ ผู้เสพที่รักษาแล้วจะรู้สึกไร้ประโยชน์และตอบสนองด้วยการกลับไปเสพซ้ำ[11] สอดคล้องกับผลการวิจัย[12] ที่พบว่าปัญหาที่ทำให้คนติดยาเสพซ้ำ คือ สมาชิกในครอบครัวไม่ยอมรับ ไม่ไว้วางใจ หงุดหงิดใจเมื่อกลับบ้าน การเสพซ้ำเป็นปัญหาที่สะท้อนถึงความล้มเหลวของการปฏิบัติในครอบครัว เนื่องจากครอบครัวสูญเสียการสื่อสารและความสัมพันธ์อันดีระหว่างสมาชิกในครอบครัว[13] ครอบครัวต้องสื่อสารอย่างเปิดเผย ผู้ปกครองต้องดูแลและรับฟังปัญหาของลูกและสังเกตพฤติกรรมของพวกเขา[14] หากพวกเขาเห็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ผู้ปกครองไม่ควรพูดพึมพำหรือตำหนิแต่ควรอธิบายเหตุผล เพราะการพูดพึมพำหรือกล่าวโทษจะทำลายการสื่อสารกับผู้เสพ และทำให้การแยกตัวมากขึ้น จากการศึกษาในอดีตพบว่าในครอบครัวผู้ติดยาพ่อแม่ไม่ยกย่องหรือให้กำลังใจ แต่มีเจตคติว่าชอบตำหนิติเตียนหรือกล่าวโทษ

ในการศึกษานี้ เจตคติเป็นส่วนเติมเต็มที่สำคัญของการเสพซ้ำ เนื่องจากผู้เสพมักมีอารมณ์ไม่ดี วิวาท ทะเลาะเบาะแว้ง โดนสังคมกดดัน ไม่สนใจสังคม อยากถามตัวเองว่า “ฉันควบคุมจิตใจได้ไหม” และมีอาการอยากยา[8] การศึกษาอีกชิ้นหนึ่งพบว่าหากครอบครัวไม่เอาใจใส่ข้อมูลของยาเสพติด ก็จะทำให้ครอบครัวไม่รับรู้ถึงความชั่วร้ายที่ยาเสพติดส่งผลกระทบต่อครอบครัว และไม่สามารถป้องกันการกลับมาเสพซ้ำได้อีก[15] การศึกษาหนึ่งพบว่าครอบครัวของผู้เสพที่มีพ่อแม่ที่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน พ่อแม่หย่าร้าง และครอบครัวที่มีเพียงพ่อหรือแม่ เป็นลักษณะของครอบครัวที่เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตและปัญหาการใช้ยาเสพติด[16] ผู้ใช้ที่หายขาดส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับผู้ปกครองซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในอดีต[17] อีกสาเหตุหนึ่งของการเสพซ้ำเกิดจากปัญหาครอบครัว (64%) ผู้เสพที่ครอบครัวไม่มีความอบอุ่นและความเข้าใจจะเริ่มโกรธและรู้สึกหงุดหงิดขณะอยู่บ้าน ซึ่งทำให้ผู้เสพออกไปพบปะเพื่อนฝูง เมื่อพวกเขามีเพื่อนสนิทที่ใช้ยาเสพติด พวกเขาจะมีพฤติกรรมคล้ายคลึงกันและเพิ่มโอกาสในการใช้ยาเสพติด[18] ตามที่ Yang C, et al.[19] กล่าวไว้ ผู้ติดยาเสพติดที่เสพซ้ำจะกลับมาคบหากับกลุ่มเพื่อนเก่าที่จะสนับสนุนให้พวกเขากลับมาเสพอีกครั้ง เพื่อนจึงมีความสำคัญต่อการเสพซ้ำ งานอีกชิ้นหนึ่ง[20] พบว่าการ

เข้าถึงยาเสพติดได้ง่ายสามารถมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของประชาชนได้ หากผู้คนอาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ง่ายต่อการใช้สารเสพติด หรือมีสารเสพติดในชุมชน หรือมีสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนฝูงที่ใช้สารเสพติด พวกเขาจะมีโอกาสใช้สารเสพติดสูง

ข้อยุติ (Conclusions)

ผลของความสัมพันธ์ในครอบครัวต่อการเสพซ้ำของผู้เสพเมทแอมเฟตามีนหลังการรักษาไม่สามารถแสดงให้เห็นในการศึกษานี้ แต่ปัจจัยตามบริบทหลายประการ อาทิ ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเสพซ้ำ การเป็นที่ยอมรับของสังคม สถานการณ์ชุมชนที่มีความเสี่ยง และพฤติกรรมส่วนตัวที่มีความเสี่ยง

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

การแก้ไขปัญหายาเสพติด ควรคำนึงถึงบริบทในชุมชน และจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมด้วยขนาดตัวอย่างที่มากขึ้น

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

มีการศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อการเสพซ้ำการศึกษานี้พบ ความสัมพันธ์ปัจจัยตามบริบทกับการเสพซ้ำ

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Kanato M, Phaileeklee S. **Evaluation of the complete drug treatment, recovery and supporting procedure for all system in Thailand.** Khon Kaen: ISAN Khon Kaen University; 2004.
2. Kanato M, Chindawong B. **Rural Isaan: culture and substance abuse in case of Yaba.** Bangkok: ACSAN, Chulalongkorn University; 2003.
3. Kanato M, Leyatikul P, Size Estimation of Substances Users Population in Thailand 2019. **ONCB Journal** 2020; 36(2): 37-48.
4. Daley DC. Five perspectives on relapse in chemical dependency. In: Carruth B, Daley DC, editors. **Relapse: conceptual research and clinical perspectives.** Binghamton, NY: The Haworth Press; 1988: 3-26.
5. Annis H, Davis C. Relapse prevention. In: Hester R, Miller W, editors. **Handbook of alcoholism treatment approaches: effective alternatives.** Elmsford, NY: Pergamon; 1989: 170-182.
6. Daley DC, Raskin MS. Relapse prevention and treatment effectiveness studies. In: Daley DC, editor. **Treating the chemically dependent and their**

families. Newbury Park, CA: Sage Publications; 1991: 128-171

7. Gray M. Relapse prevention. In: Straussner SLA, editor. **Clinical work with substance-abusing clients**. New York: Guilford Press; 1993: 351-368.
8. Marlatt GA, Gordon JR. **Relapse prevention maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors**. New York: Guilford Press; 1985.
9. Vaillant GE. What can long-term follow-up teach us about relapse and prevention of relapse in addiction? **Br J Addict** 1988; 83: 1147-1157.
10. Milkman H, Weiner SE, Sunderwith S. Addiction relapse. **Adv Alcohol Subst Abus**e 1983-1984; 3: 119-134.
11. Suppatchai S. **Supporting on stop user**. JDAP 1992; 8: 41-6.
12. Poophaiboon R. **Family nursing: theoretical perspectives and application**. 3rd ed. Bangkok: VJ printing; 1999.
13. Duvall EM. **Family development**. 4th ed. Philadelphia: JB Lippicott; 1971.
14. Seupsamarn B. **Psychiatric association of Thailand**. 2nded. Bangkok: Thammasat University; 1993.
15. Kongtanasophon K. **Family role in Yaba prevention of adolescent in Murng Khon Kaen**. Khon Kaen: Graduate School Khon Kaen University; 2002.
16. Asarath T. **Background knowledge attitude and substance abuse of addicts receiving treatment at Chonburi Hospital**. Chiang Mai: Chiang Mai University; 1991.
17. Yooprasert P. **An influence factor of using narcotic in teenaged in Bangkok**. Bangkok: Mahidol University; 1991.
18. Kimberly AU, Debra AM, Ana VE, Lara JS, Stacie AL. Young adolescents' experience with parents and friends: exploring the connections. **Fam Relat** 2002; 51: 72-80.
19. Yang C, Shiau S. The need of caregivers and related factors for clients with drug abuse. **NRC** 1998; 6: 304-314.
20. Kaewdumkerng K. **Factors promoting preventive behavior on amphetamine abuse among secondary school students in Ang Thong**. Bangkok: Mahidol University; 1998.

พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และความสูญเสียทางเศรษฐกิจของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

*ผการัตน์ ฤทธิ์วิเศษ**

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีผลเสียต่อสุขภาพ ผลกระทบต่อสังคม และประสิทธิภาพการทำงาน ส่งผลให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งต่อผู้บริโภคและต่อสังคม

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเพื่อประมาณมูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในปี 2562

วิธีการวิจัย: การศึกษาเชิงสำรวจในประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ชนิดมีโครงสร้างในพื้นที่ 30 ชุมชน ในเดือนมีนาคม 2562

ผลการศึกษา: **ผู้ตอบ** 1,053 คน เคยดื่มสุราในช่วงชีวิตร้อยละ 52.90 (95% CI: 46.1, 59.9) มีผู้ที่ดื่มสุราในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 43.3 (95% CI: 37.1, 49.5) จำนวนวันที่ดื่มในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา เฉลี่ย 36.8 วัน ผู้ดื่มส่วนใหญ่ดื่มเพื่อการสังสรรค์ โดยดื่มกับเพื่อนหรือญาติเป็นส่วนมาก มูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจระดับบุคคลมีความแตกต่างกันมาก ค่าเฉลี่ยความสูญเสีย เมื่อถ่วงน้ำหนักเท่ากับ 975.5 บาทต่อคน เมื่อคำนวณความสูญเสียไปในยอดประมาณการผู้เคยดื่มในจังหวัดพื้นที่ศึกษาพบว่ามูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ในภาพรวมของจังหวัดมีมูลค่า 691.2 ล้านบาท (95% CI: 280.2, 1,102.3) หรือเฉลี่ย 502.9 บาทต่อหัวประชากร

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, ความสูญเสียทางเศรษฐกิจ, ค่าใช้จ่าย

---

*โรงพยาบาลธัญญารักษ์ อุดรธานี

Corresponding Author: Phakarat Ritwises email: phakaratritwises@gmail.com

Received 18/10/2021 *Revised 18/11/2021* *Accepted 14/12/2021*

ALCOHOL DRINKING BEHAVIOUR AND ECONOMIC COST INCURRED BY USERS

*Phakarat Ritwises**

ABSTRACT

Background: Alcohol consumption increases health risks and social consequences. It also lowers productivity resulting in economic losses for drinkers and the rest of society. **Objective**: To investigate alcohol drinking behavior and to estimate economic cost incurred by alcohol users in 2019.

Material and Method: A cross-sectional survey targeting the population aged 18 years old and over was conducted in 30 communities in March 2019. Data were collected using structured interviews.

Results: Among 1,053 respondents, 53.0% drank alcohol sometime in their lives (95% CI: 46.1, 59.9). The percentage of individuals drinking in the past 12 months was 43.3% (95% CI: 37.1, 49.5). The average number of drinking days in past 12 months was 36.8 days. Most respondents drank for social activities, mainly with friends and relatives. Individual costs of alcohol consumption varied greatly. The weighted average cost in 2019 was 975.5 Baht per drinker. The estimated overall cost of alcohol consumption, in 2019, was 691.2 million Baht (95% CI: 280.0, 1,102.3 million), or 502.9 Baht per capita.

Keywords: Alcohol drinking behavior, Economic Cost, Expense

---

* Thanyarak Udon Thani Hospital

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีส่วนทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและการเจ็บป่วยทั้งในโรคเรื้อรังและการบาดเจ็บ[1,2] โครงการ WHO Global Burden of Disease ประมาณการว่าการใช้แอลกอฮอล์ทำให้มีผู้เสียชีวิต 1.8 ล้านคน หรือ 3.2% ของการเสียชีวิตทั้งหมด และการสูญเสีย 58.3 ล้านคนในช่วงชีวิตที่ปรับความทุพพลภาพ (DALYs) หรือ 4% ของ DALY ทั้งหมด[3,4] มีการศึกษาหลายเรื่องเกี่ยวกับต้นทุนทางเศรษฐกิจของการใช้แอลกอฮอล์ในทางที่ผิดในหลายประเทศ และค่าใช้จ่ายทางสังคมโดยประมาณมีนัยสำคัญ[5]

ในประเทศไทยร้อยละของผู้ดื่มสุราอยู่ที่ 30.0%-37.4%[6-10] ค่าใช้จ่ายทางสังคมโดยประมาณของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยในปี 2549 อยู่ที่ 156.10 พันล้านบาท โดยเฉลี่ย 2,391 บาทต่อหัว[11] ความชุกของผู้ดื่มสุราในจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนืออยู่ที่ 45.9%-46.2%[9,12] นอกจากนี้ ความชุกของการขับรถหรือขี่มอเตอร์ไซค์หลังดื่มสุราใน 30 วันที่ผ่านมาอยู่ที่ 8.9% และ 20.0%[9] นอกจากนี้ 36.1% มีการทะเลาะวิวาทและ 30.7% ประสบอุบัติเหตุ[12] แต่ยังขาดการศึกษาค่าใช้จ่ายของผู้ดื่มในการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป และเพื่อประมาณการค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากผู้ใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอลในปี 2562

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเพื่อประมาณมูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

วิธีการศึกษา (Method)

การสำรวจครัวเรือนตามภาคตัดขวางนี้ได้รับการอนุมัติโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของมนุษย์ ประชากรที่ศึกษามีอายุ 18 ปีขึ้นไป สัญชาติไทย และอาศัยอยู่ในชุมชนอย่างน้อย 90 วันก่อน การสำรวจไม่รวมบุคคลที่อาศัยอยู่ในค่ายทหาร วัด หน่วยงานราชการ หอพัก หรือสถานที่ก่อสร้างชั่วคราว หน่วยตัวอย่างเป็นแบบครัวเรือน และสัมภาษณ์ผู้มีสิทธิ์ทั้งหมดในครัวเรือนตัวอย่าง ขนาดตัวอย่างถูกกำหนดจากสัดส่วนของผู้ดื่มตลอดชีพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือในปี 2548[13] และความแตกต่างที่ยอมรับได้ คือ 5% ขนาดตัวอย่างถูกปรับสำหรับอัตราการตอบสนองที่คาดไว้ 85% และค่า design effect 3.8 (ใช้จาก design effect ของตัวแปรแต่ละตัวจากการสำรวจครัวเรือนในแอฟริกาใต้ในปี 2542)[14] จำนวนผู้เข้าร่วมอายุ 18 ปีขึ้นไป เฉลี่ยต่อครัวเรือน คือ 3.3 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และอัตราการเข้าถึงครัวเรือนที่คาดว่าจะ

เข้าถึงได้ คือ 85% เพื่อคาดการณ์จำนวนหน่วยสุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม สุ่มตัวอย่างหลายขั้นตอนเพื่อให้ได้ตัวอย่าง 592 ครัวเรือน จากชุมชนเมือง 10 แห่ง และหมู่บ้านในชนบท 20 แห่ง

แบบสัมภาษณ์ชนิดมีโครงสร้างได้รับการพัฒนาและทดสอบล่วงหน้า ใช้วิธีการ 3 ชนิด เพื่อวัดปริมาณการดื่มสุรา ได้แก่ การสอบถามและภาพประกอบเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และขนาดภาชนะบรรจุใน “คู่มือสำรวจการดื่มสุราของไทย” ใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงสำหรับประเภทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และภาชนะบรรจุ ปริมาณแอลกอฮอล์ที่ตอบด้วยตนเองได้รับการทดสอบความถูกต้องในอาสาสมัคร 33 คน โดยใช้เทคนิค test-retest ภายใน 4 สัปดาห์ และให้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมนที่ 0.72 โดยมีค่าครอนบาคอัลฟ่า 0.873 ความน่าเชื่อถือสำหรับต้นทุนได้รับการทดสอบด้วยข้อมูลหลักประกันลับหลังผู้ตอบ ค่าครอนบาคอัลฟ่าสำหรับต้นทุนโดยรวม คือ 0.6 และ intraclass correlation coefficient ของต้นทุนทั้งหมด คือ 0.6

แบบสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลประชากร ส่วนที่ 2 การรับรู้ปัญหาสุขภาพและการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนที่ 3 ข้อมูลพฤติกรรมการดื่มสุราในแง่ของประสบการณ์การดื่มและความถี่ในการดื่มสุรา ส่วนที่ 4 ผลที่ตามมาและค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตลอดจนเวลาที่สูญเสียไป

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม 2562 โดยผู้ช่วยวิจัย 6 คน ที่ได้รับการฝึกอบรม ข้อมูลถูกเก็บรวบรวมโดยใช้การสัมภาษณ์ต่อหน้า ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล จะมีการอธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บข้อมูล และแจ้งกลุ่มตัวอย่างว่าการมีส่วนร่วมนั้นเป็นไปโดยสมัครใจ นอกจากนี้ การสัมภาษณ์ยังดำเนินการโดยไม่มีการติดตามหรือการแทรกแซงจากสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ ข้อมูลถูกบันทึกโดยไม่ระบุชื่อ จากนั้นทำการสแกนแบบสอบถามเพื่อป้อนข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ตรวจสอบข้อมูลอีกครั้งแล้วโอนไปยัง SPSS 15.0 ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอลล์บริสุทธิ์คำนวณจากปริมาณแอลกอฮอล์แต่ละประเภทที่บริโภคในแต่ละระดับ คูณด้วยร้อยละของปริมาณการบริโภคแอลกอฮอลล์บริสุทธิ์ในแต่ละประเภท ความถี่ในการดื่มในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา และความหนาแน่นจำเพาะของแอลกอฮอล์ของการบริโภคเอทานอล (0.793)[15] ต้นทุนทางเศรษฐกิจคำนวณจาก (ก) ค่าใช้จ่ายที่จ่ายเพื่อการบริโภคแอลกอฮอลล์โดยตรง (ข) ค่าใช้จ่ายโดยอ้อมอื่น ๆ เช่น การเดินทางและค่าที่พัก (ค) การสูญเสียผลิตภาพส่วนบุคคลจากการขาดงานโดยใช้วิธีทุนมนุษย์ (ง) การ

สูญเสียผลิตภาพของญาติสำหรับการดูแลระหว่างการรักษาและการฟื้นฟูและ (จ) ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ เช่น ทรัพย์สินที่เสียหาย ค่าปรับและค่าธรรมเนียมสำหรับการฟ้องร้อง รวมถึงการประนีประนอมผู้เสียหาย ไม่รวมค่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เนื่องจากถือเป็นผลกระทบจากการดื่มสุรา

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาโดยใช้ SPSS 16.0 และ STATA 15.0 ของเครือข่ายพัฒนาวิชาการและสารเสพติด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น วิเคราะห์ตัวแปรตามประเภทความถี่ และร้อยละ วิเคราะห์ตัวแปรต่อเนื่องเพื่อหาค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) ในการประมาณค่าเปอร์เซ็นต์ของการดื่มและค่าใช้จ่ายแอลกอฮอล์ ได้มีการดำเนินการมาตรฐานโดยตรงเพื่อให้ได้เปอร์เซ็นต์ที่ถ่วงน้ำหนักและค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักของต้นทุนการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยใช้ WinPepi 9.0

ผลการศึกษา (Results)

จากตัวอย่างที่สุ่มได้ 592 ครัวเรือน ตัวอย่างประกอบด้วย 1,419 อาสาสมัครสามารถเข้าถึงได้เพียง 523 ครัวเรือนและยินยอมให้สัมภาษณ์ 1,053 คน คิดเป็นอัตราการเข้าถึง 88.3% และอัตราการตอบสนอง 74.2% ในกลุ่มตัวอย่าง 1,053 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (57.0%) อายุเฉลี่ย 39.5 ปี (SD = 15.0) ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา (69.9%) ประมาณ 42.4% เป็นเกษตรกรและ 18.2% เป็นนักเรียน ประมาณสองในสามแต่งงานแล้วและ 24.6% เป็นโสด รายได้เฉลี่ยต่อปีอยู่ที่ 24,000 บาท (IQR = 57,300) กว่าครึ่งหนึ่ง (52.9%) เคยดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงชีวิต สัดส่วนของผู้ดื่มในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา และ 30 วันที่ผ่านมา คือ 43.3% และ 34.9% สัดส่วนของผู้ดื่มในเขตเมืองสูงกว่าในชนบท อายุเฉลี่ยของการดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก 22.2 ปี (SD = 8.4) ประมาณครึ่งหนึ่งเริ่มดื่มเมื่ออายุ 15-20 ปี และ 8.3% ดื่มครั้งแรกเมื่ออายุ 14 ปี หรือน้อยกว่า ดังแสดงในตารางที่ 1 ค่าถ่วงน้ำหนักของผู้ดื่มตลอดชีพ คือ 52.9% (95% CI: 46.1, 59.9) และการดื่มในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา คือ 43.3% (95% CI: 37.1, 49.5)

ตารางที่ 1 ประสบการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

	เขตเมือง จำนวน (ร้อยละ)	**เขตชนบท** จำนวน (ร้อยละ)	**รวม** จำนวน (ร้อยละ)
ประสบการณ์	n=178	n=875	n=1,053
เคยดื่มในช่วงชีวิต	100(56.2)	457(52.2)	557(52.9)
ดื่มในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	84(47.2)	372(42.5)	456(43.3)
ดื่มในช่วง 30 วันที่ผ่านมา	69(38.8)	299(34.2)	368(34.9)
อายุที่ดื่มครั้งแรก (ปี)	n=100	n=451	n=551
ไม่เกิน 14 ปี	13(13.0)	33(7.3)	46(8.3)
15-17 ปี	31(31.0)	109(24.2)	140(25.4)
18-20 ปี	23(23.0)	116(25.7)	139(25.2)
21-25 ปี	21(21.0)	87(19.3)	108(19.6)
26-30 ปี	7(7.0)	41(9.1)	48(8.7)
31-35 ปี	1(1.0)	22(4.9)	23(4.2)
36-40 ปี	4(4.0)	22(4.9)	26(4.7)
41 ปีขึ้นไป	0(0.0)	21(4.7)	21(3.8)
mean (SD)	19.9(5.9)	22.7(8.8)	22.2(8.4)
median (IQR)	18.8(8.0)	20.0(8.0)	20.0(8.0)

ในบรรดาผู้ดื่มในปัจจุบัน ประมาณ 1 ใน 5 ดื่ม 1-3 ครั้งต่อเดือน และ 8.6% ดื่มทุกวัน จำนวนวันที่ดื่มเฉลี่ย 36.8 วันในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา (SD = 83.1) โอกาสที่ดื่มคือ 30.6% ดื่มแอลกอฮอล์โดยไม่ต้องมีโอกาสพิเศษโดยเฉพาะ ในขณะที่ 26.9% และ 25.6% ดื่มเฉพาะในโอกาสเลี้ยงฉลองและในเทศกาลต่าง ๆ (ตารางที่ 2) เกือบครึ่งหนึ่ง (49.0%) ดื่มในปริมาณเกือบคงที่เกือบทุกคน (89.9%) ดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับเพื่อนหรือญาติ และ 37.3% ดื่มสุราอย่างน้อยเดือนละครั้ง

ตารางที่ 2 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

	เขตเมือง จำนวน (ร้อยละ)	**เขตชนบท** จำนวน (ร้อยละ)	**รวม** จำนวน (ร้อยละ)
ความถี่ที่ดื่มในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา	n=85	n=355	n=440
ดื่มน้อยกว่าเดือนละครั้ง	26(30.6)	126(35.5)	152(34.5)
ดื่มเดือนละ 1-3 ครั้ง	15(17.6)	75(21.1)	90(20.5)
ดื่มสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง	11(12.9)	45(12.7)	56(12.7)
ดื่มสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง	13(15.3)	50(14.1)	63(14.3)
ดื่มสัปดาห์ละ 5-6 ครั้ง	11(12.9)	30(8.5)	41(9.3)
ดื่มทุกวัน	9(10.6)	29(8.2)	38(8.6)
mean (SD) วัน	50.5(97.2)	34.0(79.8)	36.8(83.1)
median (IQR) วัน	1.0(34.5)	1.0(15.0)	1.0(18.0)
โอกาสที่ดื่ม	n=85	n=372	n=456
เพื่อเข้าสังคม	5(5.9)	59(15.9)	64(14.0)
เลี้ยงฉลอง	33(38.8)	90(24.2)	123(26.9)
ไม่มีโอกาสพิเศษ	35(41.2)	105(28.2)	140(30.6)
เครียด	1(1.2)	3(0.8)	4(0.9)
เทศกาล	11(12.9)	106(28.5)	117(25.6)
อื่น ๆ	0(0.0)	9(2.4)	9(2.0)

ผู้ดื่มประมาณ 43% รายงานว่ามีปัญหาสุขภาพ และ 20.0% ประสบอุบัติเหตุหรือได้รับบาดเจ็บในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา จำนวนวันที่ขาดงานโดยเฉลี่ยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือ 1.6 วัน ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา โดยผู้ดื่มที่มีความเสี่ยงสูงมีจำนวนวันที่ขาดงานโดยเฉลี่ย 5.6 วัน รองลงมาคือ ผู้ที่ดื่มที่มีความเสี่ยงค่อนข้างสูงขาดงานโดยเฉลี่ย 2.6 วันในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

ต้นทุนทางเศรษฐกิจ (ค่าใช้จ่าย) ที่เกี่ยวเนื่องของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รวมทั้งสิ้น 531,634 บาท การสูญเสียผลิตภาพส่วนบุคคล (ผู้ดื่มหยุดงาน/สูญเสียรายได้ อันเป็นผลต่อเนื่องมาจากการดื่มสุรา เช่น เจ็บป่วยต้องขาดงาน) 296,706

บาท หรือ 50.7% ของต้นทุนทั้งหมด รองลงมา คือ การสูญเสียผลิตภาพของสมาชิกในครอบครัว (สมาชิกในครัวเรือนต้องหยุดงาน/สูญเสียรายได้ อันเป็นผลต่อเนื่องมาจากบุคคลในครัวเรือนดื่มสุรา เช่น ต้องขาดงานดูแลผู้ดื่มสุรา) คิดเป็น 153,648 บาท หรือ 28.9% ค่ารักษาพยาบาลทางตรง (ค่ายา/รักษาพยาบาล) และค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล (ค่ารถ/ค่าใช้จ่ายอื่น) คิดเป็น 16.6% และ 1.9% ของต้นทุนทั้งหมด ต้นทุนทางเศรษฐกิจเฉลี่ยต่อผู้ดื่ม 975.5 บาท (SD = 6,892.2) และต้นทุนเฉลี่ยต่อประชากรตัวอย่าง 517.2 บาท (SD = 5,042.6) เมื่อนำต้นทุนถ่วงน้ำหนักต่อผู้ดื่มมาใช้กับจำนวนผู้ดื่มโดยประมาณในจังหวัด ต้นทุนการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผู้ดื่มต้องจ่ายเองโดยประมาณในจังหวัด อยู่ที่ 691.1 ล้านบาท (95% CI: 280.0, 1,102.3) หรือต้นทุนเฉลี่ยต่อหัวประชากร 502.9 บาท (95 % CI: 181.98, 823.83) และคิดเป็น 0.6% ของผลิตภัณฑ์มวลรวม

ตารางที่ 3 มูลค่าทางเศรษฐกิจจากการดื่มแอลกอฮอลล์ของกลุ่มตัวอย่าง

	มูลค่า (บาท)	ร้อยละ
ค่าใช้จ่ายจากการรักษาพยาบาลโดยตรง	88,010	16.6
ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล	10,120	1.9
ค่าสูญเสียผลิตภาพส่วนบุคคลอันเนื่องมาจากการดื่มสุรา	269,706	50.7
ค่าสูญเสียผลิตภาพของครอบครัวอันเนื่องมาจากการดื่มสุรา	153,648	28.9
ค่าใช้จ่ายอื่น	10,150	1.9
รวมต้นทุนทั้งหมด	531,634	100.0

วิจารณ์ (Discussions)

ในการศึกษานี้ ได้กลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าขนาดตัวอย่างที่ต้องการ จำนวนสมาชิกในครอบครัวโดยเฉลี่ย 2.5 คน และอัตราการตอบกลับต่ำกว่าที่คาดไว้ พื้นที่ศึกษาในเขตเมืองอยู่ในพื้นที่การค้า สำหรับพื้นที่ชนบทผู้ที่ปฏิเสธการศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้ที่เพิ่งย้ายมาตั้งถิ่นฐานหลังจบการศึกษา และผู้ที่ทำงานในโรงงานซึ่งหลายคนต้องทำงานล่วงเวลาจนถึงช่วงดึก

สำหรับอัตราการตอบกลับต่ำ หากทำการวิเคราะห์ Best-case Analysis และ Worst-case Analysis เพื่อตรวจสอบผลกระทบของการไม่ตอบสนอง ในการ

วิเคราะห์ Best-case Analysis สัดส่วนการถ่วงน้ำหนักของผู้เคยดื่มในช่วงชีวิตจะลดลงเหลือ 39.5% (95% CI: 34.7, 44.4) และในการวิเคราะห์ Worst-case Analysis คือ 64.2% (95% CI: 55.2, 73.3) โดยนำจำนวนผู้เคยดื่มในช่วงชีวิตมาประมาณราคา โดย Best-case Analysis จะมีค่าใช้จ่าย 515.6 ล้านบาท (95% CI: 208.9, 822.2) และ 837.8 ล้านบาท (95% CI: 339.4, 1336.1) สำหรับ Worst-case Analysis แสดงให้เห็นว่าการไม่ตอบสนองมีผลกระทบต่อสัดส่วนของผู้เคยดื่มในช่วงชีวิต แต่มีผลเพียงเล็กน้อยต่อต้นทุน

จากการศึกษาพบว่าร้อยละของประชากรที่เคยดื่ม คือ 52.9% (95% CI: 50.2, 56.1) และผู้ที่ดื่มในในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา และ 30 วันที่ผ่านมา คือ 43.3% และ 34.9% สัดส่วนผู้ดื่มสุราในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาลดลงเล็กน้อยจากผลการศึกษา BRFSS เมื่อปี 2548 คือ 45.9%[9] ซึ่งอาจเกิดจากการจำกัดอายุที่แตกต่างกันของประชากรที่ทำการศึกษา BRFSS ที่อายุ 15-74 ปี อย่างไรก็ตาม การศึกษาทั้งสองพบว่าการดื่มแอลกอฮอล์มีปริมาณสูงอย่างต่อเนื่องในกลุ่มประชากร อาจเป็นผลจากความพร้อมให้บริการในวงกว้างและเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างง่ายดายในทุกสถานที่

ผลการศึกษาพบว่า ค่าใช้จ่ายในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เกิดจากผู้ดื่มสูญเสียผลิตภาพ โดยสูญเสียผลิตภาพส่วนบุคคล 50.7% ของต้นทุนพฤติกรรมการดื่มทั้งหมด และการสูญเสียผลิตภาพในครอบครัว 28.9% ของต้นทุนทั้งหมด ตามด้วยการรักษาพยาบาลโดยตรง ต้นทุน (16.6%) ของต้นทุนทั้งหมด สามารถอธิบายได้ในบริบทสังคมไทยว่าสมาชิกในครอบครัวพาสมาชิกในครอบครัวไปโรงพยาบาลโดยเฉพาะระหว่างการรักษาเป็นผู้ป่วยใน

ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ 502.9 บาทต่อหัว ดูเหมือนจะต่ำมาก เมื่อเทียบกับการศึกษาต้นทุนทางสังคมในประเทศไทย[11] ซึ่งอาจเกิดจากขอบเขตของต้นทุนในการศึกษานี้ ซึ่งอิงจากการรายงานตนเองเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและอุบัติเหตุที่รับรู้ ซึ่งโดยทั่วไปจำกัดอยู่ที่ภาวะเฉียบพลันและอุบัติเหตุ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาต้นทุนทางสังคมที่ครอบคลุมโรคและการบาดเจ็บจากแอลกอฮอล์ สภาวะโรคต่าง ๆ ได้กว้างขึ้น นอกจากนี้ การศึกษาในปัจจุบันวัดค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายโดยตรงระยะสั้นสำหรับการรักษาและการสูญเสียผลิตภาพอันเนื่องมาจากการขาดงาน ในขณะที่การศึกษาต้นทุนทางสังคมครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรักษาทั้งปัญหาสุขภาพแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง ตลอดจนรายได้ใน

อนาคต ความสูญเสียจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

การสำรวจครัวเรือนตามภาคตัดขวางถือเป็นวิธีที่เหมาะสมในการรับปัญหาและผลกระทบด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ไม่ได้มาจากระบบทะเบียน และท้ายที่สุดแล้วต้นทุนเชิงเศรษฐกิจของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เกิดขึ้นโดยผู้ใช้ซึ่งส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายที่ไม่ใช่ของสถาบัน/ราชการ อย่างไรก็ตาม การสำรวจครัวเรือนยังมีข้อจำกัดที่ไม่สามารถใช้ได้ดีกับโรคที่มีอุบัติการณ์ต่ำหรือความชุกต่ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีที่มีปัญหาสุขภาพรุนแรงหรือได้รับบาดเจ็บส่งผลให้ต้นทุนอาจต่ำกว่าจริง

ข้อยุติ (Conclusions)

การศึกษานี้พบว่า ร้อยละถ่วงน้ำหนักของการดื่มแอลกอฮอล์คือ 52.9 % (95% CI: 46.1, 59.9) สำหรับผู้เคยดื่มในช่วงชีวิตและ 43.3 (95% CI: 37.1, 49.5) ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ค่าใช้จ่ายเชิงเศรษฐกิจโดยรวมของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ตอบคิดเป็นเงิน 531,634 บาท ต้นทุนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์คิดเป็น 502.91 บาทต่อหัว (95% CI: 182.0, 823.8) ประมาณการต้นทุนการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในจังหวัดเท่ากับ 691.2 ล้านบาท (95% CI: 280.0, 1,102.3)

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ผลที่ตามมาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากจะทำให้มีค่าใช้จ่ายจากความเจ็บป่วยที่เกี่ยวเนื่องมาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยตรงแล้ว ยังมีผลกระทบได้โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายจากอุบัติเหตุที่มาจากการขับขี่ในภาวะเมาสุรา ดังนั้นจึงควรบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด รวมทั้งการรณรงค์สร้างความตระหนัก “เมาไม่ขับ” ในสังคม

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การศึกษาความชุกของผู้ดื่มสุรารวมทั้งผลกระทบ การศึกษานี้พบว่า นอกเหนือจากค่าใช้จ่ายจากภาครัฐแล้วยังมีค่าใช้จ่ายของผู้ดื่มในรูปแบบต่าง ๆ

เอกสารอ้างอิง (References)

1. English DR, Holman CDJ, Milne E, Winter MG, Hulse GK, Codde JP, et al. **The quantification of drug caused morbidity and mortality in Australia**. Canberra: Commonwealth Department of Human Services and Health; 1995.
2. Rehm J, Room R, Graham K, Monteiro M, Gmel G, Sempos CT. The relationship of average volume of

alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. **Addiction** 2003; 98: 1209-28.

3. Rehm J, Room R, Monteiro M, Gmel G, Graham K, Rehn N, et al. Alcohol as a risk factor for global burden of disease. **Eur Addict Res** 2003; 9: 157-64.
4. World Health Organization. **Global status report on alcohol** 2004. Geneva: WHO; 2004.
5. Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Yothasamut J, Lertpitakpong C, Chaikledkaew U. The economic impact of alcohol consumption: a systematic review. **Subst Abuse Treat Prev Policy** 2009; 4(20): 1-11.
6. National Statistics Office. **Summary of survey on tobacco and alcohol consumption in Thai population 2007** [online] 2008 [cited 2008 Aug 22]. Available from: http:// service.nso.go.th/ nso/ nsopublish/ service/ survey/ sum_ alco-ciga50.pdf.
7. National Statistics Office. **Summary of survey on tobacco and alcohol consumption in Thai population 2004** [online] 2004 [cited 2005 Oct 5]. Available from: http:// service.nso.go. th/ nso/ data/ 02/ 02_files/ cigar_drink_ 47.pdf.
8. National Statistics Office. **Survey on tobacco and alcohol consumption in population 2001** [online] 2001 [cited 2005 Oct 5]. Available from: http:// service. nso. go. th/ nso/ data/ 02/ 02_ files/smoke.pdf.
9. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. **The survey report of behavioral risk factors of non- communicable diseases and injuries in Thailand 2005.** Nonthaburi: Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2006.
10. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. **The survey report of behavioral risk factors of non- communicable diseases and injuries 2004.** Nonthaburi: Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2005.
11. Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Lertpitakpong C, Yothasamut J, Thitiboonsuwan K, Neramitpitagkul P, et al. **The economic cost of alcohol consumption in Thailand 2006.** Bangkok: Health Intervention and Technology Assessment Program; 2007.

12. Kanato M, Chanprasert K, Rooptam K, Pakdeekul W, Pimchainoi S. **Alcohol consumption in Khon Kaen in 2004**. Khon Kaen: Isan Substance Abuse Network, Khon Kaen University; 2005.
13. Kanato M, Krongyuth P, Chaisivamongkol W, Paileeklee S, Ruengsuwan S, Rayapkul J. **Estimation of population related with alcohol use in northeastern region, 2003**. Khon Kaen: Isan Substance Abuse Network, Khon Kaen University; 2005.
14. Pettersson H, do Nascimento Silva PL. **Analysis of design effects for surveys in developing countries. In: Household sample surveys in developing and transition countries.** New York: United Nations; 2005: 123-43.
15. World Health Organization. **International guide for monitoring alcohol consumption and related harm.** Geneva: WHO; 2000.

การใช้สารเสพติดในกลุ่มแรงงานเกษตร: การวิเคราะห์พหุระดับ

*นฤมล จันทร์มา**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกของการใช้ยาเสพติดและความสัมพันธ์ของบริบทการทำงานกับการใช้ยาเสพติดในกลุ่มแรงงานที่เกี่ยวข้องกับการเกษตร

วิธีการ: เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางกลุ่มแรงงานที่เกี่ยวข้องกับการเกษตรจำนวน 2,936 คน จาก 10 จังหวัดทั่วประเทศไทย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Multiple logistics regression

ผลลัพธ์: ความชุกรายปีของการใช้ยาเท่ากับ 58.73% โดยมียาเสพติด ยารักษาโรคที่แพทย์ไม่ได้สั่งใช้ หรือยาที่หามาใช้เอง ถูกนำมาใช้กันอย่างแพร่หลาย อายุ เพศ และพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดที่มีนัยสำคัญทางสถิติ บริบทส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อการใช้ยาในกลุ่มแรงงานที่เกี่ยวข้องกับการเกษตร อัตราการเข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดในพื้นที่ที่เพิ่มขึ้นสามารถพยากรณ์การใช้ยา 12.7 เท่า และการใช้ยาบ้า 15.3 เท่า

คำสำคัญ: สารเสพติด, แรงงานเกษตร, การวิเคราะห์พหุระดับ

---

* คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์

Corresponding Author: Narumon Janma, Email: dominiger2524@hotmail.com

Received 20/10/2021 *Revised 19/11/2021* *Accepted 17/12/2021*

SUBSTANCE ABUSE AMONG AGRICULTURE-RELATED WORKERS: A MULTI-LEVEL ANALYSIS

*Narumon Janma**

ABSTRACT

Objectives: To examine drug use prevalence and to explore the associations of cluster environment characteristics with drug use among agriculture-related workers in Thailand.

Methods: This was a cross-sectional study involving 2936 agriculture-related workers from 10 clusters throughout Thailand. Trained interviewers conducted semi-structured interviews. Additionally, the drug-use patterns and behaviors of current users were structurally observed. A multilevel binary logistic regression model was used to estimate the effects of the cluster environment on drug use.

Results: The annual prevalence was 58.73%. Illicit drugs, non-prescription drugs, or over the counter medicines were widely used. Age, sex, and non-prescription behavior were associated with substance use that was statistically significant. Contextual clustering was found to significantly affect drug use among agriculture-related workers. A 1-unit increase in treatment rate predicted 12.7-times higher illicit drug use and 15.3-times higher methamphetamine use.

Keywords: substance abuse, agriculture-related workers, multi-level analysis

*Faculty of Science and Technology, Phetchaboon Rajabhat University

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ยาเสพติดได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางว่าเป็นความท้าทายต่อสุขภาพส่วนบุคคลและสังคม จากข้อมูลของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ 5.6% ของผู้ใหญ่ (15–64 ปี) ทั่วโลกใช้ยาเสพติดอย่างน้อยหนึ่งครั้งในปี 2559 และมากกว่า 10% ของผู้ใช้ยาเหล่านั้นมีอาการผิดปกติจากการใช้ยาเสพติด[1] ในสมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ อัตราของผู้ใช้ยาเสพติดในปี 2559 ที่เข้าถึงระบบการบำบัดรักษา คือ 27.8 ต่อประชากร 100,000 คน กว่า 80% ของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาเป็นผู้ใช้เมทแอมเฟตามีน[2] การสำรวจครัวเรือนในประเทศไทยปี 2559 เปิดเผยว่าคนไทยอายุระหว่าง 12-65 ปี 1.4 ล้านคน ใช้ยา คิดเป็น 2.8% ของประชากรไทยที่เป็นผู้ใหญ่ ผลการสำรวจระดับชาติครั้งล่าสุดในปี 2562 พบว่า กัญชา ยาบ้า และกระท่อม เป็นยาเสพติดที่ใช้กันมากที่สุด[3] สถิติของรัฐบาลรายงานว่ามีเพียง 13% ของผู้ใช้ยาเหล่านี้เท่านั้นที่คาดว่าจะเข้าถึงระบบการรักษาทั้งหมดในปี 2559[4] แม้ว่าการใช้ยาในประเทศไทยจะต่ำกว่าค่าเฉลี่ยทั่วโลก แต่ปัญหาดังกล่าวก็เป็นส่วนหนึ่งของวาระแห่งชาติตั้งแต่ปี 2548[5] ตั้งแต่ปี 1903 ประเทศไทยได้รับผลกระทบจากปัญหาการใช้สารผิดกฎหมาย[6] พืชเสพติดพื้นเมืองที่พบได้ทั่วไป ได้แก่ ฝิ่น กัญชา และกระท่อม ส่วนยาสังเคราะห์ชนิดแรกที่แพร่ระบาดในคนไทย คือ เฮโรอีน ซึ่งพบครั้งแรกในช่วงต้นทศวรรษ 2500 การใช้สารกระตุ้น (แอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีน) ได้แพร่ระบาดอย่างมากในช่วงต้นทศวรรษ 2510 สารระเหย (เบนซิน แล็คเกอร์ และกาว) ปรากฏในปลายทศวรรษ 2510[7] ในช่วงปลายทศวรรษ 2530 มีการใช้สารกลุ่มใหม่ เช่น ยาอีคีตามีน ไอซ์ และโคเคนอย่างแพร่หลาย[8] เมื่อเร็ว ๆ นี้ มีการใช้ยารักษาโรคผิดแบบแผนและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทใหม่ (NPS)[9] อย่างไรก็ตาม ข้อมูลทางสถิติแสดงให้เห็นว่าผู้ใช้ยาบ้าเป็นกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดที่เข้าถึงการบำบัดรักษามากที่สุด[10] เนื่องจากกัญชาและกระท่อมมีอันตรายน้อยกว่ายาเสพติดอื่น ๆ จึงมีจำนวนผู้ใช้จำนวนไม่มากนักที่ต้องได้รับการรักษา

โดยทั่วไป ผู้คนเสพยาเสพติดด้วยเหตุผลแตกต่างกันหลายประการ ยากระตุ้นถูกเชื่อว่าจะลดความเหนื่อยล้าและทำให้ขยันขึ้น[11,12] เมทแอมเฟตามีนซึ่งเป็นยากระตุ้นประเภทแอมเฟตามีน (ATS) มีประวัติการใช้มาอย่างยาวนานในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก[13] ปัจจุบันในกลุ่มประเทศสมาชิกอาเซียน เมทแอมเฟตามีนอยู่ในรูปแบบผลึก ผง น้ำ และยาเม็ด[14]

ในประเทศไทย ATS เป็นที่รู้จักตั้งแต่ต้นปี 2500 และเป็นปัญหาสำคัญตั้งแต่ปี 2530[15] สถิติล่าสุดแสดงให้เห็นว่าผู้ใช้ ATS สามในสี่เป็นผู้ใช้เมทแอมเฟตามีน[10]

นอกจากนี้ ผู้ใช้ยาเสพติด 2 ใน 3 ที่เข้ารับการบำบัดรักษาจากภาครัฐยังเป็นผู้ใช้แรงงาน ซึ่งรวมถึงแรงงานที่เกี่ยวข้องกับการเกษตรด้วย สินค้าเกษตรคิดเป็น 8.7% ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประจำปี (GDP) ของประเทศไทย[16] ในบรรดาการจ้างงานในปี 2559 ร้อยละ 30 เป็นแรงงานที่เกี่ยวข้องกับการเกษตร[17] การศึกษาล่าสุดได้รายงานความเชื่อมโยงที่สำคัญระหว่างการใช้สารเสพติดกับกิจกรรมทางการเกษตร[18,19]

การศึกษาหลายชิ้นพบว่าพฤติกรรมการใช้สารเสพติดได้รับผลจากปัจจัยทางสังคมต่าง ๆ รวมถึงลักษณะส่วนบุคคลและความสัมพันธ์กับเพื่อน/ครอบครัวและเพื่อนบ้าน[20–22] การศึกษาบางชิ้นได้เน้นที่ปัจจัยส่วนบุคคลและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด[21,23] การศึกษาอื่น ๆ ได้สำรวจขอบเขตของปัจจัยในบริเวณใกล้เคียงที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงของการเสพซ้ำ[21, 24–26] การศึกษาในประเทศไทยได้รายงานว่าปัจจัยทางสังคม (ปัจจัยส่วนบุคคล เพื่อน และครอบครัว) มีอิทธิพลต่อการใช้สารเสพติด[27,28]

แม้ว่าหลักฐานจะแสดงให้เห็นว่าแรงงานที่เกี่ยวข้องกับการเกษตรอาจใช้ยาเสพติด แต่ความชุกของการใช้ยาเสพติดและความสัมพันธ์ของบริบทชุมชนยังไม่ชัดเจน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ 2 ประการ คือ เพื่อสำรวจสัดส่วนผู้ใช้สารเสพติดในกลุ่มคนงานที่เกี่ยวกับกิจกรรมการเกษตร และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบริบทชุมชนกับการใช้สารเสพติดในแรงงานที่เกี่ยวข้องกับการเกษตร โดยใช้แบบจำลองตามวิธีการที่อธิบายไว้ โดย Bronfenbrenner[29]

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อศึกษาความชุกของการใช้ยาเสพติดและความสัมพันธ์ของบริบทการทำงานกับการใช้ยาเสพติดในกลุ่มแรงงานที่เกี่ยวข้องกับการเกษตร

วิธีการศึกษา (Method)

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางนี้ดำเนินการตั้งแต่เดือนกันยายน 2560 ถึงกรกฎาคม 2561

ในปี 2560 มีผู้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบอาชีพที่เกี่ยวข้องกับการเกษตรในประเทศไทยจำนวน 5,911,567 คน[30] เกณฑ์คัดเข้า คือ แรงงานที่ทำงานในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ก่อนการสำรวจ ความชุกของสารเสพติดใช้ผลจากการสำรวจครัวเรือนแห่งชาติในปี 2559 ถูกใช้เป็นพารามิเตอร์ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง[3] ใช้วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการสำรวจความชุก[31] โดยปรับค่า design effect จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน กำหนดค่าการไม่ตอบสนองที่คาดไว้ 10% และข้อผิดพลาด ±1% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ 3,140 ราย ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบกระจุกหลายขั้นตอนตามชั้นภูมิ ประเทศไทยถูกแบ่ง

ชั้นออกเป็น 10 เขต แต่ละเขตประกอบด้วย 7-12 จังหวัด แต่ละเขตเป็นจังหวัดสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ (หนึ่งเขตหนึ่งจังหวัด) จังหวัดตัวอย่าง 10 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ พิษณุโลก ขอนแก่น นครราชสีมา สมุทรปราการ ชลบุรี สมุทรสาคร กระบี่ สตูล และกรุงเทพฯ จากนั้นจึงทำแผนที่พื้นที่กิจกรรมเกษตรกรรมของแต่ละจังหวัด สุ่มเลือกพื้นที่เดียวเท่านั้นจากแต่ละจังหวัด ซึ่งได้ทั้งหมด 10 พื้นที่ ครัวเรือนตัวอย่างได้รับการคัดเลือกอย่างเป็นระบบจากแผนที่ปรับปรุงใหม่ของพื้นที่จำนวนครัวเรือนพิจารณาจากความน่าจะเป็นตามสัดส่วนของขนาด ใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจากตารางสมาชิกเพื่อเก็บตัวอย่างจากแต่ละครัวเรือน (หนึ่งตัวอย่างต่อหนึ่งครัวเรือน) จากกลุ่มตัวอย่างเป้าหมาย 3,140 ราย มีผู้ยินยอมเข้าร่วมในการศึกษา 2936 คน (93.5%) ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 16 ถึง 69 ปี โดยเฉลี่ย 36.6 ปี เป็นเพศชาย 1,799 คน คิดเป็น 61.3%

ตัวแปรหลักในการศึกษา คือ ความชุกของการใช้สารเสพติด ในการศึกษานี้กำหนดการใช้สารเสพติดประกอบด้วยการใช้ยาเสพติดที่ผิดกฎหมาย (เฮโรอีน กัญชา ยาบ้า ฯลฯ) ไม่รวมสารที่ถูกกฎหมาย เช่น ยารักษาโรค แอลกอฮอล์ บุหรี่ และคาเฟอีน (ชา กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง ฯลฯ) ในบรรดาสารเสพติดทั้งหมด สันนิษฐานว่าเมทแอมเฟตามีนจะใช้กันอย่างแพร่หลายในหมู่แรงงานทางการเกษตรเพื่อเร่งผลิตผล ซึ่งส่งผลให้มีความชุกสูงขึ้น ดังนั้นการศึกษานี้ จึงเน้นความชุกรายปีและความชุกของเดือนที่ผ่านมา

แบบสัมภาษณ์และแนวทางการสังเกตแบบมีโครงสร้างได้รับการพัฒนาโดยผู้เชี่ยวชาญ 12 คน[32] แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลระดับกลุ่ม ข้อมูลระดับพื้นที่ และพฤติกรรมการใช้สารเสพติด แนวทางการสังเกตแบบมีโครงสร้างเน้นย้ำรูปแบบการใช้เมทแอมเฟตามีนและผลกระทบ

ผู้ช่วยวิจัยทั้งหมด 20 คน (จังหวัดละ 2 คน ชายและหญิง) ได้รับการฝึกอบรมให้ทำงานภาคสนาม (ปรับปรุงแผนที่สำหรับพื้นที่ศึกษา จัดทำกรอบการสุ่มตัวอย่างครัวเรือน สุ่มตัวอย่างตัวอย่าง การขอความยินยอม และการสัมภาษณ์ตัวอย่าง) ผู้ช่วยวิจัยขอให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยแสดงความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร รอ 2-3 วัน เพื่อให้ผู้เข้าร่วมตัดสินใจได้เอง จากนั้นจึงนัดหมายกลับมาสัมภาษณ์ ข้อมูลจากการสำรวจรวบรวมตั้งแต่เดือนกันยายนถึงพฤศจิกายน 2560 ผ่านการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวแบบตัวต่อตัว ผู้เข้าร่วมเลือกสถานที่และเวลาที่สะดวกสำหรับการสัมภาษณ์ (เช่น ที่พักอาศัยของผู้เข้าร่วม) การสัมภาษณ์แต่ละครั้งใช้เวลาเฉลี่ย 1–1.5 ชั่วโมง ภายหลังการสัมภาษณ์ ผู้ช่วยวิจัยได้ขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรให้เข้าร่วมในการสังเกต

ผู้ใช้ยาอย่างมีโครงสร้าง มีการสังเกตเฉพาะผู้ที่ยินยอม (n=124) เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด เช่น เวลา วิธีการใช้ ปริมาณ ความถี่ที่ใช้ และผลกระทบ ทีมวิจัยได้ทำการสังเกตผู้เข้าร่วมตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2560 ถึงกรกฎาคม 2561 (3–5 ครั้ง สำหรับแต่ละตัวอย่าง, 1-2 วันสำหรับการสังเกตแต่ละครั้ง) ตัวแปรผลลัพธ์ คือ การใช้สารเสพติดในปัจจุบัน หมายถึงการเสพสารเสพติดอย่างน้อยหนึ่งครั้งในเดือนที่ผ่านมานับจากวันสัมภาษณ์

ตัวแปรระดับบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ต่อเดือน และสถานภาพการสมรส ตัวแปรทั้งหมดถูกจัดประเภทเป็นตัวแปรสองตัวเลือก

ตัวแปรระดับกลุ่มได้รับการประเมินเพื่อสะท้อนถึงขอบเขตที่เพื่อนร่วมงานของผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนหรือสารเสพติดอื่น ๆ ตัวแปรร่วมที่เป็นไปได้ถูกนำมาพิจารณาโดยการปรับตัวแปรระดับบุคคลและระดับกลุ่ม ตัวแปรเหล่านี้ได้รับการคัดเลือกบนพื้นฐานของหลักฐานเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการใช้สารเสพติดและสภาพแวดล้อมในชุมชนใกล้เคียง[20,21,23,25,28]

ตัวแปรระดับพื้นที่ คือ ระดับการใช้สารเสพติดในแต่ละจังหวัดที่สุ่มตัวอย่างจากการสำรวจในปี 2560 ซึ่งถูกกำหนดเป็นสัดส่วนของประชากร และจำนวนผู้เสพสารเสพติดที่เข้าถึงระบบการรักษาของรัฐซึ่งเป็นสัดส่วนของผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนในสถานพยาบาลของรัฐในพื้นที่ศึกษา

ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จะถูกนำเข้าแบบ data double-entry ใช้โปรแกรม SPSS สำหรับ Windows เวอร์ชัน 16.0 ของเครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารเสพติดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในการวิเคราะห์ สถิติเชิงพรรณนาใช้ในการวิเคราะห์ปัจจัยทางสังคมและสังคมทั้งหมด การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบไบนารีหลายระดับโดยใช้ตัวแบบผสมเชิงเส้นตรงทั่วไป ใช้ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรระดับพื้นที่ แต่ละตัวแปรร่วม และการใช้สารเสพติด ระดับ 2 ประกอบด้วยข้อมูลระดับ 1 (ตัวแปรส่วนบุคคลและตัวแปรระดับกลุ่ม) ซ้อนกันภายในพื้นที่ที่ระดับ 2 (ประกอบด้วยสองตัวแปร) กระบวนการสร้างแบบจำลองเริ่มต้นด้วยแบบจำลองว่างซึ่งไม่มีตัวทำนาย และชุดของแบบจำลองสองระดับได้รับการพัฒนา แบบจำลอง 1 จะแสดงความสัมพันธ์กับตัวแปรระดับบุคคลเท่านั้น จากนั้นในแบบจำลอง 2 ตัวแปร ระดับกลุ่มทั้งหมดถูกป้อนลงในแบบจำลอง 1 ในที่สุดในแบบจำลอง 3 ตัวแปรระดับพื้นที่ทั้งหมดถูกป้อนลงในแบบจำลอง 2 ค่า median odds ratio (mOR) และ interval odds ratio ถูกนำมาใช้ เพื่อวัดความผันแปรของการใช้สารเสพติดในกลุ่มต่าง ๆ และผลกระทบของตัวแปรระดับพื้นที่ตามลำดับ ระดับนัยสำคัญทางสถิติถูกกำหนดเป็นค่า $p < 0.05$

โครงการวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และดำเนินการตามหลักการของปฏิญญาเฮลซิงกิและการประชุมนานาชาติว่าด้วยความกลมกลืนตามมาตรฐานการปฏิบัติทางคลินิกที่ดี ได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้เข้าร่วมวิจัยและจากผู้ปกครอง/ผู้ปกครองของผู้เยาว์

ผลการศึกษา (Results)

แรงงานที่เกี่ยวข้องกับการเกษตร 15.9% เป็นเยาวชนอายุน้อยกว่า 25 ปี 36 ปี และ 47.7% ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า (ตารางที่ 1) หนึ่งในสามมีฐานะยากจน (มีรายได้ต่ำกว่า 9,000 บาทต่อเดือน) 29.4% ปัจจุบันสูบบุหรี่และ 19.1% สูบบุหรี่เป็นประจำ (>20 วันในเดือนที่ผ่านมา) และ 17.9% สูบบุหรี่มากกว่า 1 ซองต่อวัน เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 48.7% ปัจจุบันดื่มสุรา 30.4% เป็นคนดื่มสุราเป็นประจำ และ 24.1% ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากทุกครั้ง (เท่ากับเบียร์มากกว่า 1 กระป๋อง หรือ >330 มล.) ที่ส่งผลให้ระดับแอลกอฮอล์ในเลือด >50 มก./ดล. เกี่ยวกับการใช้สารเสพติด 57.7% (n= 1695) ของกลุ่มตัวอย่างปัจจุบันใช้ยารักษาโรคผิดแบบแผน ส่วนใหญ่เป็นยาแก้ปวด ยาแก้ไอผสมโคเดอีน ยากล่อมประสาท หรือฝิ่น ในบรรดาแรงงานที่เกี่ยวข้องกับการเกษตร 73.5% (2158) เคยใช้ยาเสพติดในบางช่วงของชีวิต และ 13.9% (408) เป็นผู้ใช้ยาเสพติดในปัจจุบันซึ่งสูงกว่าความชุกในประชากรทั่วไป ผู้ใช้ยาเสพติดปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นพนักงานประจำหรือรับช่วงงานจ้าง มีบางส่วนเคยเข้ารับการบำบัดรักษาของรัฐ[32]

ในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติด 408 ราย ปัจจุบัน 350 ราย ใช้ยาบ้า ส่วนที่เหลือใช้กระท่อม กัญชา สาระเหย ฝิ่น ยาอี คีตามีน และโคเคน ผู้ใช้ยาบ้าเสพ 1–3 ครั้งต่อวัน (ครั้งละ 1–6 เม็ด) ก่อนเริ่มงานประมาณ 30 นาที จะเสพครั้งแรกและทุก ๆ 5-6 ชั่วโมง สำหรับกระตุ้น ส่วนใหญ่ใช้วิธีสูบ (ใส่กระดาษฟอยล์ 1 เม็ด จากนั้นใช้ไฟแช็กเผาและใช้หลอดดูดควัน) บางคนใส่ 1-2 เม็ด ลงในน้ำดื่ม การรับรู้ผลของยาพบว่าทำให้มีพลัง ไม่เจ็บปวด ประมาณ 1-2 นาที หลังเสพ หรือประมาณ 10 นาทีหลังกิน/ดื่ม มีบางรายเท่านั้นที่รายงานว่าเคยเข้ารับการบำบัดรักษา

ตารางที่ 1 ตัวแปรระดับบุคคล ระดับกลุ่มและระดับพื้นที่ และการใช้สารเสพติด

	รวม จำนวน (ร้อยละ) n=2936	ไม่เคยใช้ จำนวน (ร้อยละ) n=1207	ใช้ยาเสพติด จำนวน (ร้อยละ) n=34	ใช้ยาเสพติดและยาผิดแบบแผน จำนวน (ร้อยละ) n=374	ใช้ยาผิดแบบแผน จำนวน (ร้อยละ) n=1321
เพศ					
ชาย	1817 (61.9)	807 (66.9)	30 (88.2)	211 (56.4)	769 (58.2)
หญิง	1119 (38.1)	400 (33.1)	4 (11.8)	163 (43.6)	552 (41.8)
อายุ					
≤24 ปี	467 (15.9)	220 (18.2)	7 (20.6)	61 (16.3)	179 (13.6)
≥25 ปี	2469 (84.1)	987 (81.8)	27 (79.4)	313 (83.7)	1142 (86.4)
รายได้ต่อเดือน					
ต่ำกว่า 9,000 บาท	2026 (69.0)	873 (72.3)	23 (67.7)	316 (84.5)	814 (61.6)
ตั้งแต่ 9,000 บาทขึ้นไป	910 (31.0)	334 (27.7)	11 (32.3)	58 (15.5)	507 (38.4)
ระดับการศึกษา					
ประถมและต่ำกว่า	1400 (47.7)	644 (53.4)	14 (41.2)	185 (49.5)	557 (42.2)
มัธยมและสูงกว่า	1536 (52.3)	563 (46.6)	20 (58.8)	189 (50.5)	764 (57.8)
สถานภาพสมรส					
โสด	1136 (38.7)	505 (41.8)	16 (47.1)	165 (44.1)	450 (34.1)
แต่งงาน	1800 (61.3)	702 (58.2)	18 (52.9)	209 (55.9)	871 (65.9)
จำนวนเพื่อนเสพยา*	8.1+26.2	6.5+21.0	14.9+31.7	5.9+19.4	10.1+31.3
จำนวนเพื่อนเสพยาบ้า*	0.3+9.4	0.1+0.7	0.1+0.5	0.2+1.4	0.5+14.0
อัตราการเข้ารับบำบัด /1,000 ประชากร*	2.8+0.6	2.7+0.5	2.7+0.4	3.5+0.5	2.7+0.5
คาดประมาณผู้ใช้ยาเสพติด /1,000 ประชากร*	18.4+29.4	20.7+33.2	11.4+8.5	15.2+12.6	17.6+29.3
คาดประมาณผู้ใช้ยาบ้า /1,000 ประชากร*	5.5+5.3	5.8+5.6	4.0+4.7	5.6+2.5	5.3+5.6

*ค่าเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

ตารางที่ 2 Odds ratio และช่วงเชื่อมั่น 95% จากสมการถดถอยลอจิสติกส์พหุระดับสำหรับการใช้ยาเสพติด

	ความสัมพันธ์ OR (95%CI)	แบบจำลอง 1 aOR (95%CI)	แบบจำลอง 2 aOR (95%CI)	แบบจำลอง 3 aOR (95%CI)
เพศ ชาย หญิง (อ้างอิง)	0.87 (0.70, 1.08)	5.36 (2.23, 12.89)***	5.37 (2.29, 12.60)***	5.40 (2.36, 12.37)***
อายุ ≥25 ปี ≤24 ปี (อ้างอิง)	1.07 (0.81, 1.41)	1.73 (1.19, 2.54)**	1.73 (1.19, 2.51)**	1.74 (1.20, 2.53)**
รายได้ต่อเดือน ต่ำกว่า 9,000 บาท 9,000 บาทขึ้นไป (อ้างอิง)	2.45 (1.87, 3.21)***	0.94 (0.70, 1.26)	0.94 (0.73, 1.20)	0.94 (0.74, 1.20)
การศึกษา ประถม และต่ำกว่ามัธยมและสูงกว่า (อ้างอิง)	1.05 (0.85, 1.30)	0.96 (0.73, 1.26)	0.96 (0.73, 1.26)	0.95 (0.72, 1.26)
สถานภาพสมรส โสด แต่งงาน (อ้างอิง)	1.37 (1.10, 1.69)*	1.40 (0.93, 2.10)	1.39 (0.95, 2.03)	1.39 (0.95, 2.03)
ยาผิดแบบแผน ใช้ ไม่ใช้ (อ้างอิง)	10.05 (7.02, 14.40)***	4.30 (2.03, 9.11)***	4.32 (1.95, 9.54)***	4.32 (1.96, 9.50)***
ระดับกลุ่ม				
เพื่อนใช้ยาเสพติด	1.004 (0.998, 1.009)		0.999 (0.981, 1.017)	0.999 (0.981, 1.017)
ระดับพื้นที่				
อัตราการบำบัด	0.034 (0.025, 0.045)***			12.74 (1.85, 87.97)*
คาดประมาณจำนวนผู้ใช้	1.007 (1.002, 1.012)*			0.993 (0.984, 1.001)
Random effects				
Level 1#		1	1	1
Level 2@		4.24 (2.11)*	4.23 (2.10)*	2.31 (1.37)
Median OR (mOR)		7.13	7.11	4.26
IOR-80% อัตราบำบัด				0.8108, 00.275
IOR-80% คาดประมาณผู้ใช้				0.063, 15.606

ในการเสพยาเสพติด (ตารางที่ 2) อัตราการเข้าบำบัดรักษาในพื้นที่แสดงความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติกับการใช้สารเสพติดที่ลดลง ส่วนการประมาณค่าจำนวนผู้เสพในพื้นที่ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการใช้สารเสพติดที่เพิ่มขึ้น แต่มีผลน้อยมาก กลุ่มที่เป็นโสด มีรายได้ต่ำ และใช้ยารักษาโรคผิดแบบแผนในปัจจุบัน มีแนวโน้มที่จะใช้ยาเสพติด mOR ในทุกแบบจำลองมากกว่า 1 ซึ่งบ่งชี้ว่าความผันแปรระหว่างพื้นที่ในพฤติกรรมการใช้สารเสพติดมากกว่าการแปรผันภายในพื้นที่ ช่วง IOR-80% ทั้งหมดมีค่า 1 ซึ่งยืนยันการค้นพบนี้เพิ่มเติม

ตารางที่ 2 แสดงผลของแบบจำลองการถดถอยลอจิสติกส์พหุระดับแบบไบนารีสำหรับการใช้ยาเสพติด ในแบบจำลองที่ 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรระดับบุคคลกับการใช้ยาเสพติด พบว่ามีความเป็นไปได้สูงที่การใช้ยาเสพติดมีความเกี่ยวข้องกับเพศชาย อายุที่มากขึ้น และการใช้ยารักษาโรคผิดแบบแผน ในแบบจำลองที่ 2 การใช้ยาเสพติดในกลุ่มเพื่อนไม่สัมพันธ์กับการใช้ยาเสพติด ในแบบจำลองสุดท้าย (แบบจำลอง 3) ตัวแปรระดับพื้นที่ 2 ตัว (กล่าวคือ ตัวแปรอัตราการเข้ารับการรักษาและการประมาณค่าจำนวนผู้เสพ) ถูกเพิ่มลงในแบบจำลอง และคะแนน 1 หน่วยแต่ละคะแนนที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการใช้ยาเสพติด 12 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

หากพิจารณาว่าการใช้ยาบ้าเพื่อเร่งผลิตภาพของแรงงานที่เกี่ยวข้องกับการเกษตร มีการใช้แบบจำลองที่คล้ายคลึงกันเพื่อประมาณ Odds ratio ของการใช้เมทแอมเฟตามีน กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่ามีแนวโน้มที่จะใช้ยาบ้ามากกว่าผู้ที่อายุน้อยกว่า เพศชายและการใช้ยารักษาโรคผิดแบบแผนมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความน่าจะเป็นของการใช้ยาบ้าที่เพิ่มขึ้น ผลลัพธ์แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ที่คล้ายคลึงกันระหว่างตัวแปรส่วนบุคคลและตัวแปรระดับกลุ่มกับการใช้ยาบ้า ในแบบจำลองสุดท้าย (แบบจำลอง 3) ตัวแปรระดับพื้นที่ 2 ตัว กล่าวคือ อัตราการเข้ารับการบำบัดและการประมาณค่าจำนวนผู้ใช้ยาเสพติด ถูกเพิ่มเข้าไปในแบบจำลอง พบว่าการเพิ่ม 1 หน่วยของอัตราการเข้ารับการรักษาสัมพันธ์กับอัตราการใช้ยาบ้าเพิ่มขึ้น 15 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิจารณ์ (Discussions)

จากวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความชุกของการใช้ยาเสพติดในแรงงานที่เกี่ยวกับการเกษตร การศึกษานี้พบว่าความชุกของเดือนที่ผ่านมาสูงกว่าความชุกในประชากรไทยทั่วไป โดยเฉพาะในการใช้ยาบ้า [3,9] ความชุกแตกต่างนี้บ่งชี้ว่าแรงงานเกี่ยวข้องกับการเกษตรใช้สารกระตุ้นเพื่อเพิ่มผลผลิต ซึ่ง

อาจทำให้มีรายได้เพิ่มขึ้น การศึกษาเมื่อเร็ว ๆ นี้แสดงให้เห็นว่าการใช้ยาเสพติดได้แพร่กระจายไปยังพนักงานประจำและลูกจ้างรับช่วงสัญญา ซึ่งบ่งชี้ว่ายาเสพติดสามารถเข้าถึงได้ง่ายและราคาไม่แพง ดังนั้น การใช้ยาเสพติดเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในหน้าที่จึงเป็นที่ยอมรับของแรงงาน

ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาในบริบทชุมชน เช่น ปัญหาสุขภาพ (อัตราการเข้ารับการบำบัดรักษา) มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาเสพติด โดยเฉพาะยาบ้า ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยอื่น ๆ[22,33,34] คำอธิบายที่เป็นไปได้สำหรับการค้นพบนี้ คือ ชุมชนที่มีความชุกของการใช้ยาเสพติดสูงสะท้อนถึงการมีอยู่และสามารถเข้าถึงยาเสพติดได้โดยง่าย ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่เอื้ออำนวยต่อการใช้ยาของกลุ่มแรงงานทั่วทั้งชุมชน ยาบ้าเป็นยาเสพติดที่ผู้ใช้ยาในประเทศไทยนิยมใช้ ตัวแปรร่วมอื่น เช่น เพศ อายุ และการใช้ยารักษาโรคผิดแบบแผนมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาเสพติดและการใช้ยาบ้า การค้นพบนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยอื่น ๆ[20,35–37]

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลจากการสำรวจภาคตัดขวาง ดังนั้นจึงไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้ อย่างไรก็ตาม จุดแข็งของการศึกษา คือ การใช้อัตราการเข้ารับการบำบัดรักษาภาครัฐเป็นปัจจัยระดับพื้นที่ (ทำให้สามารถศึกษาตามวัตถุประสงค์ได้) ซึ่งให้ความน่าเชื่อถือมากกว่าการแบบบรรยายในครั้งก่อน[38,39] จุดแข็งของการศึกษาอีกประการหนึ่ง คือ การควบคุมสำหรับตัวแปรร่วมที่หลากหลาย และใช้ขนาดตัวอย่างขนาดใหญ่และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนระดับประเทศ ซึ่งหมายความว่าโดยทั่วไปข้อค้นพบนี้สามารถนำไปใช้กับประชากรไทยจำนวนมากขึ้นได้ การศึกษานี้ไม่เพียงแต่ให้ข้อมูลเชิงลึกเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลกระทบระดับพื้นที่ต่อการใช้สารเสพติด แต่ยังอธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบริบทสภาพแวดล้อมในการเกษตรในระดับประเทศ

การศึกษานี้ประสบความสำเร็จในการรวบรวมข้อมูลที่มีอัตราการตอบกลับสูง ผลการศึกษานี้ยังสามารถประยุกต์ใช้กับบริบทอื่นที่คล้ายคลึงกันได้ อย่างไรก็ตาม รูปแบบการใช้ยาเสพติดอาจใช้วิธีการวัดโดยใช้คำถามปลายเปิด โดยขอให้กลุ่มเกษตรกรให้ข้อมูลอย่างอิสระโดยไม่ได้รับอิทธิพลอาจทำให้ได้รับข้อมูลที่หลากหลายมากขึ้น

ข้อยุติ (Conclusions)

การศึกษานี้แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ของลักษณะส่วนบุคคลของคนงานที่เกี่ยวข้องกับการเกษตรและการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะยาบ้า นอกจากนี้ ปัจจัยระดับพื้นที่ (อัตราการเข้ารับการรักษาและการคาดประมาณจำนวนผู้ใช้ยาเสพติด) ยังสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

จากข้อค้นพบ การพัฒนามาตรการป้องกันการใช้สารควรคำนึงถึง

สภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคมตามพื้นที่ เพื่อลดอุปสงค์ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

แม้การศึกษานี้จะอธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบริบทสภาพแวดล้อมในการเกษตรในระดับประเทศ แต่ควรต้องมีการศึกษาในอนาคตเพื่อตรวจสอบเพิ่มเติม โดยเฉพาะการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความเชื่อของกลุ่มเกษตรกรรมเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดเพื่อเพิ่มผลผลิตในการทำงานภาคเกษตร

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การศึกษาในประเทศไทยได้รายงานว่าปัจจัยทางสังคม มีอิทธิพลต่อการใช้สารเสพติด แต่ความชุกของการใช้ยาเสพติดในกลุ่มแรงงานเกษตรและความสัมพันธ์ของบริบทชุมชนยังไม่ชัดเจน การศึกษานี้แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ของลักษณะส่วนบุคคลของคนงานที่เกี่ยวข้องกับการเกษตรและการใช้สารเสพติดโดยเฉพาะยาบ้า

เอกสารอ้างอิง (References)

1. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC): **World drug report 2018**. New York: United Nations Publication; 2018.
2. Kanato M, Choomwattana C, Leyatikul P. (Eds.) **ASEAN Drug Monitoring Report 2016**. Bangkok: ASEAN Narcotics Cooperation Center; 2017.
3. Kanato M. **National household survey on substance use 2016**. Bangkok: The Office of Narcotic Control Board (ONCB); 2017. [in Thai].
4. The Office of Narcotic Control Board (ONCB): **Drug Situation 2559**. Bangkok: The Office of Narcotic Control Board (ONCB); 2017. [in Thai].
5. Office of The Prime Minister: **The Prime Minister Order No. 119/2544**. Bangkok: Office of The Prime Minister; 2001. [in Thai].
6. Department of Art: **The first Thai enacted law**. Bangkok: Department of Art; 1978. [in Thai].
7. Poshyachinda V. **Heroin in Thailand**. In the 4th Anniversary of the Office of the Narcotics Control Board. Bangkok: Office of the Prime Minister; 1980; 56–87. [in Thai].
8. Poshyachinda V, Phittayanon P, Simasatitkul V. **Stimulant use abuse and dependence in Thailand**. In: Eriksen A, Abeysekara D, Boralessa MS, editors. Alcohol and drugs perspectives, prevention and

control— Asia Pacific region. Sri Lanka: Alcohol and Drug Information Centre; 1998: 77–106.

9. Wonguppa R, Kanato M. The prevalence and associated factors of new psychoactive substance use: A 2016 Thailand national household survey. **Addict Behav Rep** 2018; 7: 111–115.
10. The Office of Narcotic Control Board (ONCB). **Drug Situation 2560.** Bangkok: The Office of Narcotic Control Board (ONCB); 2018. [in Thai].
11. Koelega HS. Stimulant drugs and vigilance performance: a review. **Psychopharmacology (Berl)** 1993; 11(1): 1–6.
12. Hart CL, Haney M, Nasser J, Folrin RW. Combined effects of methamphetamine and zolpidem on performance and mood during simulated night shift work. **Pharmacol Biochem Behav** 2005; 81(3): 559–68.
13. World Health Organization (WHO) : **Amphetamine- type stimulants: a report from the WHO meeting on amphetamines, MDMA and other psychostimulants, Geneva, 12- 15 November 1996.** Geneva: WHO; 1997.
14. Kanato M, Choomwattana C, Sarasiri R. (Eds.) . **Asean Drug Monitoring Report 2017.** Bangkok: ASEAN Narcotics Cooperation Center; 2018.
15. United Nations International Drug Control Programme (UNDCP) . **Amphetamine- Type Stimulants A Global Review.** UNDCP; 1996.
16. The World Bank. **Agriculture, value added 2017.** [online] 2017 [cite 2018 December 20]. Available from: https:// www.worldbank.org/en/home
17. National Statistical Office. **Employment Survey 2018.** [online] 2017 [cite 2018 December 20]. Available from: https:// http://www.nso.go.th/sites/2014en/
18. Bletzer KV. New drug use among agricultural workers. **Subst Use Misuse** 2014; 49(8): 956–67.
19. Michalopoulos LT, Baca- Atlas SN, Simona SJ, Jiwatram- Negron T, Ncube A, Chery MB. “Life at the River is a Living Hell:” a qualitative study of trauma, mental health, substance use and HIV risk behavior among female fish traders from the Kafue Flatlands in Zambia. **BMC Womens Health** 2017; 17(1): 1-15.
20. Rodriguez N, Katz C, Webb VJ, Schaefer DR. Examining the impact of

individual, community, and market factors on methamphetamine use: A tale of two cities. **J Drug Issues** 2005; 35(4): 665–693.

21. Galea S, Nandi A, Vlahov D. The social epidemiology of substance use. **Epidemiol Rev** 2004; 26(1): 36–52.
22. Duncan SC, Duncan TE, Strycker LA. A multilevel analysis of neighborhood context and youth alcohol and drug problems. **Prev Sci** 2002; 3(2): 125–133.
23. Embry D, Hankins M, Biglan A, et al. Behavioral and social correlates of methamphetamine use in a population-based sample of early and later adolescents. **Addict Behav** 2009; 34(4): 343–351.
24. Shareck M, Ellaway A. Neighbourhood crime and smoking: the role of objective and perceived crime measures. **BMC Public Health** 2011; 11: 1-10.
25. Theall KP, Sterk CE, Elifson KW. Perceived neighborhood fear and drug use among young adults. **Am J Health Behav** 2009; 33(4): 353–365.
26. Patterson JM, Eberly LE, Ding Y, Hargreaves M. Associations of smoking prevalence with individual and area level social cohesion. **J Epidemiol Community Health** 2004; 58(8): 692–697.
27. Kunarak K. **The development of a recidivism prevention on drug users model: a case study of the juvenile observation and protection department.** Bangkok: Silpakorn University; 2012. [in Thai].
28. Cheng Y, Sherman SG, Srirat N, Vongchak T, Kawichai S, Jittiwutikarn J. Risk factors associated with injection initiation among drug users in Northern Thailand. **Harm Reduct J** 2006; 10: 1-8.
29. Bronfenbrenner U. Ecological models of human development. **Int Encycl Educ** 1994; 3(2): 1643–1647.
30. Ministry of Labour (MOL). **Labour Statistics Yearbook 2017** [online] 2017 [cite 2018 December 20]. Available from: https://www.mol.go.th/
31. Naing L, Winn T, Rusli BN. Practical issues in calculating the sample size for prevalence studies. **Archives of orofacial Sciences** 2006; 1: 9–14.
32. Janma N, Kanato M, Leyatikul P. Drug use among agriculture- related

workers in Thailand. **F1000Research** 2019; 8(818): 1-13.

33. Tucker JS, Pollard MS, de la Haye K, Kennedy DP, Green HD. Neighborhood characteristics and the initiation of marijuana use and binge drinking. **Drug Alcohol Depend** 2013; 128(1–2): 83–89.
34. De Haan L, Boljevac T, Schaefer K. Rural Community Characteristics, Economic Hardship, and Peer and Parental Influences in Early Adolescent Alcohol Use. **J Early Adolesc** 2009; 30(5): 629–650.
35. Tomori C, Go VF, Tuan le N, et al. "In their perception we are addicts" : social vulnerabilities and sources of support for men released from drug treatment centers in Vietnam. **Int J Drug Policy** 2014; 25(5): 897–904.
36. Mennis J, Stahler GJ, Mason MJ. Risky Substance Use Environments and Addiction: A New Frontier for Environmental Justice Research. **Int J Environ Res Public Health** 2016; 13(6): 1-15.
37. Silins E, Fergusson DM, Patton GC, Horwood LJ, Olsson CA, Hutchinson DM. Adolescent substance use and educational attainment: An integrative data analysis comparing cannabis and alcohol from three Australasian cohorts. **Drug Alcohol Depend** 2015; 156: 90–96.
38. Hadley- Ives E, Stiffman AR, Elze D, Johnson SD, Dore P. Measuring neighborhood and school environments perceptual and aggregate approaches. **J Hum Behav Soc Environ** 2000; 3(1): 1-28.
39. Yangyuen S, Kanato M, Mahaweerawat U. Associations of the Neighborhood Environment with Substance Use: A Cross- sectional Investigation Among Patients in Compulsory Drug Detention Centers in Thailand. **J Prev Med Public Health** 2018; 51(1): 23-32.

อุบัติการณ์อุบัติเหตุในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนของไทย

*จริยา อินทรรัศมี**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุในเด็ก และสภาพสิ่งแวดล้อมโดยรอบของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนของไทย

วิธีการ: เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวนทั้งสิ้น 1,871 แห่ง เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามชนิดตอบเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณาและไคว์สแควร์

ผลการศึกษา: อัตราส่วนระหว่างเด็กต่อผู้ดูแลเด็ก 17:1 ในปีที่ผ่านมา อุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุ 7.17 ตอนเด็ก 100 คน โดยมีอัตราส่วนเด็กชายต่อเด็กหญิง 1.9:1 และสถานที่เกิดอุบัติเหตุ พบมากภายนอกอาคาร (สนามเด็กเล่น) ส่วนภายในอาคาร (ในห้องเรียน) นอกจากนี้สถานที่ตั้งของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบางแห่งอยู่ติดถนน ไม่มีรั้วกั้น และมีแหล่งน้ำ ตลอดจนมีต้นไม้ นอกจากนี้ โถสุขภัณฑ์ส่วนใหญ่ เป็นสุขภัณฑ์สำหรับผู้ใหญ่ แต่ไม่มีราวจับ มีเพียง 22.9% ที่เป็นโถสุขภัณฑ์สำหรับเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กส่วนมาก 93.3% มีภาชนะบรรจุน้ำและกักเก็บไว้ ภายในห้องสุขา

คำสำคัญ: อุบัติการณ์, อุบัติเหตุ, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

---

*ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

Corresponding Author: Jariya Intraratsamee, Email: jariyak06@hotmail.com

Received 22/10/2021 *Revised 22/11/2021* *Accepted 17/12/2021*

INCIDENCE OF ACCIDENTS IN CHILD CARE CENTERS OF THE LOCAL GOVERNMENT ORGANIZATIONS IN THE UPPER NORTHEAST OF THAILAND

*Jariya Intraratsamee**

ABSTRACT

Objective: To study the incidence of accidents and the environment around the building of child care centers of the local government organizations in the upper northeast of Thailand

Material and Method: This was a descriptive study carried out among 1,871 child care centers. The self administered questionnaires were used to collect data. Descriptive statistics and chi square were employed in analysis.

Results: The ratio of children per caregiver was found to be 17:1. The annual incidence of injury in children was 7.17 per 100 persons. Ratio of injury between boys and girls was 1.9:1. The places mostly reported for the accidents were mostly outside the building (the playground instruments) and inside the building (the classrooms). Most child care centers were located on the street side and had no fence near the water sources and trees. Only 22.9% had children water closets, the rest with adult water closet provided no support for holding. Most (93.3%) of the toilets had water containers inside.

Keywords: Incidence, Accident, Local government organization, Child care centers

---

**Regional Health Promotion Centre 7 Khon Kaen Department Of Health*

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

พัฒนาการเด็กจากทารกจนถึง 5 ปี เป็นไปอย่างรวดเร็ว[1-3] ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นสถานที่ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน เปิดโอกาสให้เด็กได้พัฒนาสุขภาพร่างกาย สังคม สติปัญญา และจิตใจ นอกจากนี้ยังช่วยผู้ปกครองที่ไม่สามารถดูแลเด็กในเวลากลางวัน ดังนั้น ผู้ดูแลเด็กจึงต้องดูแลเด็กอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงต่อวัน ตามสนธิสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยสิทธิเด็กซึ่งประกาศในปี พ.ศ. 2533 ระบุว่าสิทธิขั้นพื้นฐานสำหรับเด็กมีดังนี้ 1) เพื่อความอยู่รอด-การรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐาน สันติภาพและความมั่นคง 2) เพื่อการพัฒนา-เพื่อการศึกษาที่ดี บ้านที่รัก และโภชนาการที่เพียงพอ 3) การคุ้มครองจากการล่วงละเมิด การละเลย การค้ามนุษย์ แรงงานเด็ก และการแสวงประโยชน์รูปแบบอื่น และ 4) การมีส่วนร่วม-เพื่อแสดงความคิดเห็น รับฟัง และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจใด ๆ ที่มีผลกระทบต่อพวกเขา[4] พ.ร.บ. คุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 กำหนดให้เด็กต้องได้รับการดูแลโดยต้องอยู่อาศัยให้ถูกที่ไม่ก่อให้เกิดอันตราย ให้สารอาหารแก่ร่างกายอย่างเหมาะสม และได้รับการส่งเสริมสุขภาพตลอดจนป้องกันโรคภัยไข้เจ็บ และภยันอันตรายต่าง ๆ

สิ่งแวดล้อมรอบอาคารสถานรับเลี้ยงเด็กอาจทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ ควรให้ความปลอดภัยจากอันตรายและการบาดเจ็บ จากการศึกษาพบว่าเด็ก 34,075 ราย ได้รับบาดเจ็บในสถานรับเลี้ยงเด็กที่เกิดจากอุปกรณ์สนามเด็กเล่น เช่น สไลเดอร์ ชิงช้า และอุปกรณ์ปีนป่าย[5] อุบัติเหตุจากสิ่งแวดล้อมรอบอาคารสถานรับเลี้ยงเด็กมีดังนี้ 1) สภาพแวดล้อมทางธรรมชาติ เช่น ฝนตก น้ำท่วม อุบัติเหตุจากการขนส่ง (รัฐบาลไทยได้ออกมาตรการทางกฎหมายควบคุมการสวมหมวกกันน็อคของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์และความปลอดภัย เข็มขัดสำหรับผู้ขับขี่รถยนต์ กฎระเบียบเหล่านี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุในหมู่ประชาชน) 2) สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ซึ่งรวมถึงสภาพแวดล้อมภายในและภายนอก เช่น ถนน แม่น้ำ คลอง บ่อน้ำ และอ่างเก็บน้ำ อุบัติเหตุที่เกิดจากสภาพแวดล้อมนี้ ได้แก่ จมน้ำและอุปกรณ์สนามเด็กเล่นที่ไม่ปลอดภัย[6,7] สัดส่วนของเด็กที่ได้รับบาดเจ็บจากเครื่องเล่นในสนามเด็กเล่น 44.0% จากสไลเดอร์ และ 33.0% จากการแกว่ง ชิงช้า ส่วนที่เหลือมาจากอุปกรณ์สนามเด็กเล่นอื่น ๆ เช่น อุปกรณ์ปีนป่าย[5] และอื่น ๆ จากสมาชิกในครอบครัวของเด็ก เพื่อนเด็ก และเพื่อนบ้าน อย่างไรก็ตามยังขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับอุบัติการณ์ของอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นกับเด็กในสถานเลี้ยงดูเด็ก

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุในเด็กและสภาพสิ่งแวดล้อมโดยรอบของ

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนของไทย

วิธีการศึกษา (Method)

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาด้วยการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ไปยังศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ได้แก่ (กาฬสินธุ์ ขอนแก่น เลย มหาสารคาม ร้อยเอ็ด หนองคาย หนองบัวลำภู และอุดรธานี) ทั้งสิ้น 3,371 แห่ง และยังติดตามอีก 2 ครั้ง ศูนย์ที่ไม่ตอบกลับจะนับว่าไม่ยินยอมร่วมมือในการศึกษา พบว่า ศูนย์ฯ ตอบยินยอมร่วมในการศึกษา 1,871 แห่ง คิดเป็น 55.5% จากศูนย์ที่ตอบกลับ ทำการคัดเลือก 10% (187 แห่ง) เพื่อสังเกตแบบมีโครงสร้าง ข้อมูลที่ได้รับ ทำการวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรม SPSS ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ช่วงความถี่ ร้อยละ ที่มีช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% CI) ใช้เพื่อสรุปผลลัพธ์ การเปรียบเทียบระหว่างการบาดเจ็บกับการไม่บาดเจ็บได้ดำเนินการโดยใช้การทดสอบไคสแควร์โดยตั้งค่า $p < 0.05$ อย่างมีนัยสำคัญ

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์แล้ว

ผลการศึกษา (Results)

ผู้ตอบแบบสอบถาม 59.2% เป็นหัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 36.8% เป็นผู้ดูแลที่เหลือเป็นนักวิชาการ ทุกคนตอบเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติเหตุในเด็ก และสภาพแวดล้อมรอบอาคารศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พบว่า จำนวนเด็กทั้งหมดในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 100,666 คน (เด็กชาย 50,888 คน เด็กหญิง 49,778 คน) และผู้ดูแล 5,875 คน มีเด็ก 20 คนที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของผู้ดูแลเด็กหนึ่งคน คิดเป็น 79.9% ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อย่างไรก็ตาม ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 372 แห่ง (20.1%) ผู้ดูแลคนหนึ่งต้องดูแลเด็กมากกว่า 20 คน อุบัติการณ์การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในเด็กในปีที่ผ่านมาเท่ากับ 7.17 ต่อ 100 คน (ตารางที่ 1) รวมผู้บาดเจ็บ 1,261 คน อัตราส่วนการบาดเจ็บระหว่างเด็กชายและเด็กหญิงเท่ากับ 1.9:1 ประเภทการบาดเจ็บส่วนใหญ่เป็นรอยฟกช้ำ รองลงมาคือรอยถลอกและบาดแผล ตามลำดับ สาเหตุ 3 ประการแรกของการบาดเจ็บในเด็กเกิดจากการตกจากที่สูง การกระแทก การรับประทานหรือการเอาของแปลก ๆ เข้าจมูกหรือปาก (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 อุบัติการณ์การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในเด็กในปีที่ผ่านมา

เด็กทั้งหมด (n=70,962)	**จำนวนที่ได้รับบาดเจ็บ**	**อัตราอุบัติการณ์ (ต่อ 100 คน)**	95%CI
ชาย	3,335	4.69	4.54-4.85
หญิง	1,756	2.47	2.36-2.59
ทั้งหมด	5,091	7.17	6.98-7.36

ตารางที่ 2 สาเหตุของการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในเด็กในปีที่ผ่านมา

สาเหตุ (n=1,261)	**จำนวนที่ได้รับบาดเจ็บ**	**ร้อยละ**	95%CI
ล้ม	1,172	92.2	91.4-94.2
ฟกช้ำ	453	35.9	33.2-38.6
เอาสิ่งเปลกปลอมเข้าปาก/จมูก	94	7.4	6.0-9.0
สัตว์กัด/ต่อย	76	6.0	4.7-7.4
วิวาท	43	3.4	2.4-4.5
ของมีคม	35	2.7	1.9-3.8

ในแง่ของสถานที่เกิดเหตุสำหรับการเกิดอุบัติเหตุ คือ นอกอาคาร (อุปกรณ์สนามเด็กเล่นและรอบ ๆ) และในห้องเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กส่วนใหญ่ (48.5%) รายงานว่าได้บันทึกจำนวนผู้บาดเจ็บ การศึกษานี้พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ระหว่างการบาดเจ็บกับแผนการซ้อมหนีไฟ และระหว่างการบาดเจ็บและการซ้อมทักษะการป้องกันตัว (ตารางที่ 3) เมื่อแบ่งสภาพแวดล้อมของอาคารออกเป็น 2 ประเภท คือ สภาพแวดล้อมภายในและภายนอก สภาพแวดล้อมภายนอกประกอบด้วยพื้นที่รอบอาคารและสนามเด็กเล่น โดยที่อาคาร ห้องน้ำ ห้องส้วม ห้องครัว เครื่องมือเครื่องใช้ เครื่องใช้ไฟฟ้า และอุปกรณ์ในการเรียน ถือเป็นสภาพแวดล้อมภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเหล่านี้ ตั้งอยู่ริมถนน (68.6%) ไม่มีรั้วกั้น (29.3%) ใกล้แหล่งน้ำ (หนองน้ำ สระน้ำ) (24.8%) และมีต้นไม้ในพื้นที่ (72.7%) (ตารางที่ 4) ร้อยละ 85 ของอาคารเป็นชั้นเดียวติดพื้นดิน 68.5% มีพื้นลื่น และ 64.9% มีเสาสี่เหลี่ยม โดยมีเพียง 11.8% ห่อ

ด้วยวัสดุที่อ่อนนุ่มและหนา ขณะที่ 1.2% ห่อด้วยกระดาษ และ 1.7% ห่อด้วยกระดาษที่มีเนื้อหาการเรียนรู้แปะไว้ 32.9% ที่มีประตูเข้าออกประตูเดียวเท่านั้น ศูนย์เหล่านี้ส่วนใหญ่ (62.6%) มีห้องน้ำและห้องส้วมภายในอาคาร โดยมีเพียง 36.9% ที่ปูด้วยกระเบื้องปูพื้นกันลื่น ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กส่วนใหญ่ (69.4%) มีห้องสุขาแบบนั่งยอง และห้องส้วมเด็ก 77.1% มีล็อคภายใน ทำให้ไม่สามารถมองเห็นเด็กจากภายนอกได้ (ตารางที่ 5) ร้อยละ 93.3% ของห้องสุขามีถังเก็บน้ำอยู่ข้างใน โดย 4.6% เก็บผลิตภัณฑ์เคมีสำหรับทำความสะอาดบนพื้นในห้องน้ำ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 1,036 แห่ง ได้จัดเตรียมอาหารสำหรับเด็ก โดย 90.9% แยกพื้นที่ทำอาหารออกจากอาคาร 66.3% มีถังดับเพลิงและ 88.6% รายงานว่าได้ตรวจสอบถังดับเพลิงแล้ว (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับอุบัติเหตุในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ปัจจัย	บาดเจ็บ	ไม่บาดเจ็บ	p-value
สังกัด			
เทศบาลตำบล	369	150	0.034*
องค์การบริหารส่วนตำบล	862	460	
นโยบายความปลอดภัย			
มี	1,101	523	0.576
ไม่มี	111	136	
ฝึกอบรมความปลอดภัย			
มี	369	169	0.102
ไม่มี	865	441	
การป้องกันอุบัติเหตุ			
มี	401	175	0.172
ไม่มี	860	435	
ฝึกอบรมอัคคีภัย			
มี	237	91	0.038*
ไม่มี	1,017	526	
ฝึกทักษะการป้องกันตัว			
มี	214	80	0.032*
ไม่มี	1,014	563	

*p < 0.05

ตารางที่ 4 สภาพแวดล้อมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

สภาพแวดล้อม (n=1,871)	**มี** **จำนวน (ร้อยละ)**	**ไม่มี** **จำนวน (ร้อยละ)**
รั้ว	1,322(70.7)	549(29.3)
ใกล้ถนน	1,284(68.6)	587(31.4)
แหล่งน้ำ (หนองน้ำ สระน้ำ)	464(24.8)	1,407(75.2)
ต้นไม้ใหญ่	1,360(72.7)	511(27.3)

ตารางที่ 5 สภาพแวดล้อมภายในอาคารศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

	จำนวน	**ร้อยละ**	**95%CI**
อาคารชั้นเดียว (n=1,837)	1,561	85.0	83.5-86.5
พื้นลื่น (n=1,814)	1,242	68.5	66.2-70.6
เสาเหลี่ยม (n=1,817)	1,188	64.9	63.1-67.5
ทางเข้าประตูเดียว (n=1,800)	593	32.9	30.7-35.1
ห้องสุขาสำหรับเด็ก (n=1,835)			
ส้วมผู้ใหญ่มีราวจับ	23	1.3	0.7-1.8
ส้วมผู้ใหญ่ไม่มีราวจับ	69	3.8	2.9-4.7
ส้วมนั่งยองมีราวจับ	345	18.8	17.0-20.1
ส้วมนั่งยองไม่มีราวจับ	1,273	69.4	67.2-71.4
ส้วมเด็ก	125	6.8	5.7-8.1
ถังเก็บน้ำในห้องสุขา (n=1,815)	1,694	93.3	92.0-94.4
พื้นห้องสุขา (n=1,834)			
ปูพื้นชนิดกันลื่น	676	36.9	34.6-39.1
ปูพื้น	570	31.1	28.9-33.3
ไม่ปูพื้น	588	32.0	29.9-34.2

ตารางที่ 5 สภาพแวดล้อมภายในอาคารศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (ต่อ)

	จำนวน	ร้อยละ	95%CI
ประตูห้องสุขา			
มีตัวล๊อกมองไม่เห็นข้างใน (n=1,074)	828	77.1	74.4-79.5
มีตัวล๊อกมองเห็นข้างใน (n=1,074)	246	22.9	20.4-25.5
ไม่มีตัวล๊อกมองไม่เห็นข้างใน (n=715)	345	48.2	44.5-51.9
ไม่มีตัวล๊อกมองเห็นข้างใน (n=715)	370	51.8	48.0-55.4
การเก็บสารเคมี/น้ำยาทำความสะอาด (n=1,787)			
พื้น	82	4.6	3.6-5.6
ชั้นวาง	571	32.0	29.8-34.2
ตู้เก็บ	1,134	63.4	61.2-65.8
ทำอาหารที่ศูนย์ (n=1,842)	1,139	61.8	59.5-64.0
แยกเป็นสัดส่วน	1,036	56.2	53.9-58.5
ไม่แยก	103	5.6	4.5-6.7
ถังดับเพลิง (n=1,840)	1,219	66.3	64.0-68.4
ตรวจเช็กถังดับเพลิงตามกำหนดเวลา (n=1,182)	1,047	88.6	86.6-90.3

ในส่วนของเล่นเด็ก พบว่า ของเล่นในศูนย์มีทั้งที่ผ่านการรับรองและไม่ผ่านการรับรอง ของเล่น 37.0% มีสภาพไม่ดี ส่วนเครื่องใช้ไฟฟ้า พบว่า 4.6% ของปลั๊กไฟฟ้าสูงไม่ถึง 1.5 เมตร ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 33.2% ใช้สายไฟแบบต่อขยาย และ 53.0% ไม่มีสายดิน สำหรับตู้และชั้นวาง 32.6% ไม่มีที่จับ ในขณะที่ 15.7% อยู่ในสภาพไม่ดี ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพียง 9.5% เท่านั้นที่ติดตั้งระบบเตือนความปลอดภัย ส่วนใหญ่ (89.3%) มีชุดปฐมพยาบาลพร้อม 36.1% ให้การฝึกอบรมการปฐมพยาบาล มีเพียง 17.7% ปฏิบัติตามนโยบายและการวางแผนการซ้อมความปลอดภัย ในขณะที่มีเพียง 15.8% ที่ฝึกซ้อมการซ้อมความปลอดภัยอย่างน้อยปีละครั้ง น้อยกว่าครึ่ง (46.3%) มีคำแนะนำในกรณีฉุกเฉิน (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ของเล่นเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

	จำนวน	**ร้อยละ**	**95%CI**
ผ่านการรับรองมาตรฐาน (n=1,820)	648	35.6	33.4-37.8
ไม่ผ่านการรับรอง (n=1,740)			
สภาพไม่ดี	644	37.0	34.7-39.3
สภาพดี	1,096	63.0	60.6-65.2
สวิทช์ไฟฟ้า/เต้าเสียบสูงจากพื้น (n=1,833)			
มากกว่า 1.5 เมตร	1,636	89.3	87.7-90.6
มากกว่า 1.5 เมตร	112	6.1	5.0-7.3
ต่ำกว่า 1.5 เมตรแต่มีฝาปิด	85	4.6	3.7-5.7
ใช้สายพ่วง (n=1,761)	584	33.2	28.0-38.4
ไม่มีสายดิน (n=1,532)	812	53.0	50.4-55.5
อุกกรณ์มีมือจับ (n=1,790)	583	32.6	30.4-34.7
อุปกรณ์สภาพไม่ดี (n=1,761)	276	15.7	14.0-17.4
มีระบบแจ้งเตือนความปลอดภัย (n=1,851)	176	9.5	8.2-10.9
มีชุดปฐมพยาบาล (n=1,846)	1,648	89.3	87.7-90.6
ซักซ้อมอัคคีภัย (n=1,861)	325	17.7	15.9-19.4
ฝึกซ้อมความปลอดภัยปีละครั้ง (n=1,862)	294	15.8	14.1-17.5

วิจารณ์ (Discussions)

การศึกษานี้พบว่าอุบัติการณ์การบาดเจ็บในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเท่ากับ 7.17 ต่อ 100 โดยมีอัตราส่วน 1.9:1 ระหว่างเด็กชายและเด็กหญิง จำนวนอุบัติเหตุที่เพิ่มขึ้นในเด็กผู้ชายอาจเนื่องมาจากนิสัยขี้เล่น กล้าหาญ และชอบผจญภัยของเด็กผู้ชาย [4-10] อาการบาดเจ็บที่พบบ่อยที่สุด คือ รอยฟกช้ำ รอยถลอก และบาดแผล การค้นพบนี้เกิดขึ้นพร้อมกับผลการวิจัยของภูมรินทร์ เพชรเมือง[6] ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดอุตรดิตถ์ โดยพบว่าผู้ได้รับบาดเจ็บส่วนใหญ่เกิดขึ้นนอกอาคาร บนสนามเด็กเล่น และอุปกรณ์สนามเด็กเล่น จากการศึกษาของ Robert Eerl et al [7] พบว่า 28.0% เด็กของศูนย์ดูแลเด็กในเมือง Garz ประเทศออสเตรีย ตกจากอุปกรณ์สนามเด็กเล่นที่วางอยู่นอกอาคาร

สิ่งแวดล้อมรอบอาคารอาจก่อให้เกิดอันตรายและอุบัติเหตุได้ จากการศึกษานี้พบว่าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบางแห่งตั้งอยู่ริมถนน ไม่มีรั้วกั้น มีแหล่งน้ำและต้นไม้ ห้องน้ำและห้องส้วมถูกสร้างขึ้นภายนอก ซึ่งทำให้การดูแลเด็กลำบากเมื่อจำเป็นต้องใช้ห้องน้ำ ห้องสุขาเป็นส้วมสำหรับผู้ใหญ่และไม่มีมือจับ มีกลอนประตูทำให้มองเห็นเด็กจากภายนอกได้ยาก และภาชนะบรรจุน้ำด้านใน Sunitra Pakinsee et al[11] พบว่า เด็กอายุระหว่าง 1 ถึง 4 ปี จมน้ำตายในภาชนะเก็บน้ำ เช่น แท้งก์ อ่างล้างหน้า และอ่าง เนื่องจากผู้ดูแลไม่ทราบและไม่เฝ้าระวัง พบว่าอุปกรณ์สนามเด็กเล่นเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เด็กได้รับบาดเจ็บ[5-7]

มาตรการด้านความปลอดภัยที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต้องปฏิบัติตามนโยบายองค์กรท้องถิ่น ได้แก่ 1) การซ้อมป้องกันอุบัติเหตุอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 2) การอบรมผู้ดูแลปฐมพยาบาล การป้องกันอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยของเด็ก และ 3) การเก็บรักษาหมายเลขโทรศัพท์ฉุกเฉิน เช่น สถานีตำรวจ แผนกป้องกันภัยพิบัติ และโรงพยาบาล ให้พร้อมใช้งานในยามวิกฤตและเป็นอันตรายต่อเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเหล่านี้ควรดูแลรักษาอุปกรณ์ปฐมพยาบาล สมุดบันทึกสุขภาพ และนำติดตัวไปด้วยเมื่อไปพบแพทย์[12] ผลการศึกษาพบว่าสถานรับเลี้ยงเด็กบางแห่งไม่มีแผนฉุกเฉิน ไม่มีการซ้อมหนีไฟ การฝึกปฐมพยาบาล และหมายเลขโทรศัพท์ฉุกเฉิน

เป็นที่น่าสังเกตว่าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาศูนย์น้อยทั้งที่มีงานวิชาการชี้ว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก[13-15]

ข้อยุติ (Conclusions)

ในปีที่ผ่านมาอุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุ 7.17 ตอนเด็ก 100 คน สถานที่ตั้งของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบางแห่งอยู่ติดถนน ไม่มีรั้วกั้น และมีแหลงน้ำตลอดจนมีต้นไม้ นอกจากนี้ โถสุขภัณฑ์ส่วนใหญ่ เป็นสุขภัณฑ์สำหรับผู้ใหญ่ ไม่มีราวจับ มีเพียง 22.9% ที่เป็นโถสุขภัณฑ์สำหรับเด็ก

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

สิ่งแวดล้อมรอบอาคารศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีความเสี่ยงที่จะเกิดอุบัติเหตุ หากศูนย์ดูแลเด็กปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลเด็กเด็กจะปลอดภัยยิ่งขึ้นระหว่างที่เข้าพักในศูนย์ รวมทั้งควรส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในประเทศไทยมีเป็นจำนวนมาก แต่ยังขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับอุบัติการณ์ของอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นกับ

เด็ก การศึกษานี้แสดงอุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Kachapakdee N. **The process of Primary Children Development Since Birth to 5 Years Old.** Bangkok; The National Institute of the Study of the Primary Children, The Office of the National Education committee; 2000. [in Thai].
2. Prateapchaikul L. **The Nursing of the Improvement of Primary Children Health Care.** Songkhla: Allai Press Publishing House; 2002. [in Thai].
3. Helen B. **The Growing Child 2nd edition.** New York: Educational Publishers; 1999.
4. **Child Protection Act 2003** [online]. 2003 [cited 2021 Jan 10]. Available from: www.kkn5.go.th/ UserFiles/File/ chaild%20Law.doc [in Thai].
5. Plitponkarnpim A. Form reseasch to play safety in children. **Clinic** 2003; 19: 692-700. [in Thai].
6. Phetmuang P. **Environmental in child care centers, Uttaradit Province.** Khon Kaen: Khon Kaen University; 2006. [in Thai].
7. Eberl R, Schalamon J, Singer G, Ainoedhofer H, Petnehazy T, Hoellwarth ME. Analysis of 347 kindergarten-related injuries. **European journal of pediatrics** 2009; 168(2): 163-166.
8. Peerayos R. **Preschool accident.** Bangkok: Tathata Publication; 2004. [in Thai].
9. Alkon A, Genevro JL, Tschann JM, Kaiser P, Ragland DR, Boyce WT. The epidemiology of injuries in 4 child care centers. **Archives of pediatrics & adolescent medicine** 1999; 153(12): 1248-1254.
10. Petridou E, Anastasiou A, Katsiardanis K, Dessypris N, Spyridopoulos T, Trichopoulos D. A prospective population based study of childhood injuries: the Velestino town study. **The European Journal of Public Health** 2005; 15(1): 9-14.
11. Pakinsee S, Suvanprakorn A, Laosee O, Chansawang P, Somrongtong R. **Child drowning mortality in Thailand** [online]. 2005 [cited 2021 Apr 21].

Available from: http:2//www.cph. chula. ac.th/ postieal/d2 [in Thai].

12. Department of Local Administration. **Child care center manual**. Bangkok: Department of Local Administration, Ministry of Interior; 2007. [in Thai].
13. Coleman M, Rowland BH, Robinson BE. School- age child care: The community leadership role of educators. **Childhood Education**. 1989; 66(2): 78-82.
14. Hutchins VL, Grason H, Aliza B, Minkovitz C, Guyer B. Community Access to Child Health (CATCH) in the historical context of community pediatrics. **Pediatrics** 1999; 103 (Supplement 4): 1373-83.
15. Grason H, Aliza B, Hutchins VL, Guyer B, Minkovitz C. Pediatrician- led community child health initiatives: case summaries from the evaluation of the community access to child health program. **Pediatrics** 1999; 103(Supplement 4):1394-419.

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

1. ประเภทของบทความ

ประเภทของบทความที่รับพิจารณาเพื่อลงตีพิมพ์ ประกอบด้วย

1.1 นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article) เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย ที่เกี่ยวกับระบบสุขภาพ และ/หรือ การพัฒนาระบบสาธารณสุข ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ (พร้อมชื่อสถานที่ปฏิบัติงาน) บทคัดย่อ คำสำคัญ) ภูมิหลังและเหตุผล วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิจารณ์ ข้อยุติ ข้อเสนอแนะ สถานะองค์ความรู้ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของนิพนธ์ต้นฉบับทั้งหมดไม่ควรเกิน 4000 คำ พิมพ์กระดาษขนาด B5 (18.2 ซม X 25.7 ซม.) (Cordia New ขนาดตัวอักษร 14)

1.2 บทความปริทัศน์ (Review article) เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสาร หรือหนังสือต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย ชื่อผู้นิพนธ์ (พร้อมชื่อสถานที่ปฏิบัติงาน) บทคัดย่อ คำสำคัญ บทนำ วิธีการสืบค้นข้อมูล ผลการศึกษาทบทวน ข้อยุติ ข้อเสนอแนะ เอกสารอ้างอิง และคำแนะนำ สำหรับค้นคว้าเพิ่มเติม โดยจำแนกเอกสารอ้างอิงออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ไม่ระบุ, *น่าสนใจ (*of interest), และ **น่าสนใจเป็นพิเศษ (**of outstanding interest) พร้อมทั้งระบุเหตุผลในการจำแนกกลุ่มของเอกสารอ้างอิง ในวงเล็บท้ายเอกสารอ้างอิงนั้น ๆ ความยาวของบทความปริทัศน์ทั้งหมดไม่ควรเกิน 4000 คำ พิมพ์กระดาษขนาด B5 (18.2 ซม X 25.7 ซม.) (Cordia New ขนาดตัวอักษร 14)

2. การเตรียมนิพนธ์ต้นฉบับ

2.1 ชื่อเรื่อง (Title) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย

2.1.1 ชื่อเรื่อง ใช้ Cordia New ขนาดอักษร 18 ตัวเข้ม สำหรับภาษาอังกฤษใช้ตัวพิมพ์ใหญ่ ทั้งหมด โดยชื่อเรื่องต้องกะทัดรัดและสื่อเป้าหมายหลักของการศึกษา ต้องประกอบด้วยส่วนสำคัญอย่างน้อย 2 ส่วน คือ Target population และ Outcome of interest ไม่ใช้คำย่อ ความยาวไม่ควรเกิน 100 ตัวอักษร พร้อมช่องไฟ หรือไม่ควรเกิน 20 คำ ชื่อเรื่องต้องไม่ใส่วลีที่ไม่จำเป็น เช่น “การศึกษา...” หรือ “การสังเกต...” เป็นต้น

2.1.2 ชื่อผู้นิพนธ์ (Author) ใช้ Cordia New ขนาดอักษร 14 ใช้ชื่อเต็ม ไม่ระบุคำนำหน้า ชื่อ ไม่ใช้คำย่อ และระบุชื่อผู้นิพนธ์ไม่เกิน 7 คน เรียงตามลำดับสัดส่วนในการศึกษาวิจัยจากมากไปน้อย

2.1.3 ชื่อหน่วยงาน หรือสถาบันที่ผู้นิพนธ์ปฏิบัติงานอยู่ในขณะนั้น (Institution) ให้ใส่เครื่องหมาย * ไว้ท้ายชื่อ แล้วขยายความไว้ท้ายบทคัดย่อ ใช้ Cordia New ขนาดอักษร 12

2.1.4 ชื่อผู้เขียน (Corresponding author) ให้ระบุ email ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อภาษาไทย ใช้ Cordia New ขนาดอักษร 12 ตัวเอน

2.1.5 ชื่อแหล่งทุนสนับสนุนการศึกษา (Funding agency) ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ ใช้ Cordia New ขนาดอักษร 12

2.2 บทคัดย่อ (Abstract) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ควรเกิน 300 คำ เป็นเนื้อความย่อ ตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ ภูมิหลังและเหตุผล วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษาและข้อสรุป ใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์มีความหมายในตัวเอง โดยไม่ต้องหาความหมายต่อ สำหรับภาษาอังกฤษ ต้องเป็นประโยคอดีต ไม่ควรมีคำย่อ

2.3 คำสำคัญ (Keywords) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ควรเกิน 5 คำ ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ เป็นหัวเรื่องสำหรับทำดัชนีคำสำคัญ (keywords index) ของปีวารสาร (volume) และดัชนีเรื่อง สำหรับ Index Medic US โดยใช้ Medical Subject Headings (MeSH) terms ของ U.S. National Library of Medicine เป็นแนวทาง

2.4 ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale) เป็นส่วนของบทความบอกเหตุผลที่นำไปสู่การศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้ผู้อ่านรู้ปัญหา ลักษณะ และขนาดปัญหา การทบทวนองค์ความรู้อย่างย่อ การดำเนินการที่ผ่านมา ที่นำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัย/ช่องว่างขององค์ความรู้ (gap of knowledge) เพื่อแก้ปัญหาหรือ ตอบคำถามการวิจัยที่ตั้งไว้

2.5 วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective) ใช้การบรรยาย หรือระบุเป็นข้อ

2.6 ระเบียบวิธีการศึกษา (Methodology) เขียนชี้แจงแยกเป็น 2 หัวข้อใหญ่ คือ

2.6.1 วัสดุที่ใช้ในการศึกษา (materials) ให้บอกรายละเอียดของสิ่งแทรกแซง (intervention) เช่น หลักสูตร โปรแกรม ตัวแบบ รูปแบบการรักษา ชนิดและขนาดของยาที่ใช้ เป็นต้น รวมตั้งแต่กระบวนการได้มา/พัฒนา การดำเนินการ/หัตถการ (manouvre) หรือการจัดกระทำต่อกลุ่มเป้าหมาย (manipulation) เช่น ผู้ป่วย คนปกติ สัตว์ พืช เป็นต้น ถ้าเป็นมาตรการที่รู้จักทั่วไป ให้ระบุเป็นเอกสารอ้างอิง ถ้าเป็นสิ่งใหม่ ให้อธิบายกระบวนการพัฒนา และคุณลักษณะของสิ่งแทรกแซงโดยละเอียดให้ผู้อ่านเข้าใจ และสามารถนำไปใช้ต่อได้ รวมทั้งการยอมรับจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการศึกษาสิ่งมีชีวิต ตลอดจนอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการศึกษา

2.6.2 วิธีการศึกษา (methods) ประกอบด้วย

- แบบการศึกษา (study design) เช่น randomized double blind, descriptive หรือ quasi-experiment เป็นต้น

- ประชากรศึกษา (population) ให้ระบุขอบเขต เกณฑ์ในการคัดเลือก (eligibility criteria) รวมถึงจำนวนและลักษณะเฉพาะของประชากรที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ น้ำหนัก เป็นต้น การเข้าถึงประชากรศึกษา ต้องบอกถึงการขอคำยินยอม และการยอมรับจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการศึกษาสิ่งมีชีวิต

- ตัวอย่าง (samples) ให้ระบุวิธีการได้มาซึ่งขนาดตัวอย่างที่เพียงพอ (sample size) ความคลาดเคลื่อน วิธีการสุ่มตัวอย่าง (sampling) เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบหลายขั้นตอน เป็นต้น

- การพัฒนาเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น แบบสอบถาม แบบบันทึก เป็นต้น รวมทั้งมาตรฐานของเครื่องมือ ความถูกต้อง (validity) ความน่าเชื่อถือ (reliability)

- วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ/ปริมาณ ให้ชัดเจนและกระชับ

- วิธีการจัดการข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

2.7 ผลการศึกษา (Results) นำเสนอคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ข้อค้นพบตามวัตถุประสงค์ ลำดับหัวข้ออย่างชัดเจน เข้าใจง่าย ควรบรรยายเนื้อเรื่องเป็นร้อยแก้ว ใช้ตาราง แผนภูมิ ภาพ หรือกล่องข้อความประกอบ โดยอธิบายสรุปเชื่อมโยงในเนื้อเรื่อง

2.8 วิจารณ์ (Discussions) เน้นไปที่ ความถูกต้องภายใน (internal validity) และความถูกต้องภายนอก (external validity) ด้วยการวิพากย์/วิจารณ์ผลการศึกษา แปลความหมายของข้อค้นพบ วิเคราะห์ และสรุปเปรียบเทียบกับงานวิชาการอื่น (ทฤษฎี งานวิจัย) ที่น่าเชื่อถือ อาจแสดงความเห็นเบื้องต้น หรือข้อมูลที่ มีเพื่ออธิบายส่วนที่โดดเด่นหรือแตกต่างเป็นพิเศษก็ได้ รวมทั้งการวิพากย์ระเบียบวิธีการศึกษา และข้อจำกัดใน การศึกษาด้วย

2.9 ข้อยุติ (Conclusions) สรุปข้อค้นพบตามวัตถุประสงค์การวิจัยโดยย่อ

2.10 ข้อเสนอแนะ (Recommendations) ความยาวไม่เกิน 200 คำ โดยให้ระบุข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ประโยชน์ และข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยในอนาคต ทั้งนี้ข้อเสนอแนะต้องมีรากฐานมาจากข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาวิจัย

2.11 สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge) ความยาวไม่เกิน 100 คำ โดยให้ระบุองค์ความรู้ ที่มีอยู่แล้วก่อนทำการศึกษาวิจัย (what is already known?) และองค์ความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้นภายหลังจากทำการ ศึกษาวิจัย (what this study added?)

2.12 เอกสารอ้างอิง (References) ดูในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง

3. การเตรียมตาราง ภาพ แผนภูมิ และกล่องข้อความ

ใช้อักษร Cordia New ขนาดอักษร 14 ในบทความหนึ่งๆ ควรมีตาราง หรือภาพ หรือแผนภูมิ หรือกล่องข้อความ หรือผสมกัน ไม่เกิน 5 ตาราง/แผนภูมิ/ภาพ/กล่องข้อความ

3.1 ตาราง (Tables) เน้นการจัดระเบียบของคำพูด ตัวเลข และเครื่องหมายต่าง ๆ บรรจุลงในคอลัมน์ เพื่อแสดงข้อมูล และความสัมพันธ์ของข้อมูล แนวทางการจัดทำตาราง มีดังนี้

- ตารางละครึ่งหน้ากระดาษ และไม่ควรเสนอตารางเป็นภาพถ่าย
- ชื่อคอลัมน์ เป็นตัวแทนอธิบายข้อมูลในคอลัมน์ ควรจะสั้น หรือย่อ ๆ และอธิบาย ให้ละเอียดในเชิงอรรถ (footnote) ใต้ตาราง
- เชิงอรรถ จะเป็นคำอธิบายรายละเอียดที่บรรจุในตารางได้ไม่หมด ไม่ควรใช้เลขกำกับ เพราะอาจสับสนกับเลขของเอกสารอ้างอิง ให้ใช้เครื่องหมายแทน

3.2 ภาพ และแผนภูมิ (Figures and Charts) ภาพ และแผนภูมิ จะช่วยสื่อความหมายให้ชัดเจนขึ้น โดยเน้นจุดสำคัญ ต้องคมชัด และเป็นภาพขาว-ดำ เท่านั้น ควรเป็น file ภาพต้นฉบับที่มีความละเอียดสูง

3.3 กล่องข้อความ (Box) ใช้กับคำพูด (quote) ในงานวิจัยเชิงคุณภาพ จะช่วยสื่อความหมายให้ชัดเจนขึ้น โดยเน้นจุดสำคัญ มีแนวทางดังนี้

- คำพูดต้องเป็นคำพูดสำคัญ ภาษาถิ่น ที่สื่อความหมายเฉพาะชัดเจนลุ่มลึก ความยาวแต่ละคำพูดไม่ควรเกิน 20 คำ ใช้ตัวเอนอยู่ใน “ ”
- ต้องมีแหล่งที่มาของคำพูดในวงเล็บท้ายเครื่องหมาย “ ”
- แต่ละกล่องข้อความ สามารถมีหลายคำพูดได้ แต่ต้อง อยู่ในประเด็นเดียวกันหรือต่อเนื่องกัน ไม่เกิน 10 คำพูด

4. การเขียนเอกสารอ้างอิง

เอกสารอ้างอิงให้จัดทำเป็นภาษาอังกฤษ ควรมีอย่างน้อย 15 รายการ และสามารถตรวจสอบได้ทาง internet โดยการอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขยกกำลังหลังข้อความ หรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับการอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไป ตามลำดับ ถ้าอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ไม่ใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิง ยกเว้นชื่อต้นและชื่อวารสาร หลีกเลี่ยงการใช้ข้อมูลจากหนังสือพิมพ์ โพลล์มาใช้อ้างอิง การอ้างอิงจาก internet ให้อ้างอิงเฉพาะ website ของทางราชการและองค์กรที่น่าเชื่อถือเท่านั้น โดยเน้นข้อมูลสถิติที่เป็นทางการ แนวนโยบาย และข้อมูลสำคัญมาก

ชื่อวารสารในการอ้างอิง ย่อตามรูปแบบของ U.S. National Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือในเว็บไซต์ http://www.nlm.gov/tsd/serials/liji.html

เอกสารอ้างอิงในวารสาร ต้องเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ประเภท white paper และ gray paper เท่านั้น ประกอบด้วย

4.1 บทความในวารสารวิชาการ

4.2 หนังสือ/ตำรา

4.3 รายงาน/เอกสารเผยแพร่ของทางราชการ

4.4 รายงานการวิจัยที่เผยแพร่ต่อสาธารณะ

4.5 วิทยานิพนธ์

4.6 สาระทาง internet จาก website ที่น่าเชื่อถือ

ทุกรายการต้องสามารถระบุที่มา วันเวลา ได้

วารสารไม่รับตีพิมพ์บทความที่อ้างอิง โพลล์, หนังสือพิมพ์, ความคิดเห็น ฯลฯ

5. การส่งต้นฉบับ

ให้ประสานงานกับฝ่ายจัดการ โดยปฏิบัติตามคำแนะนำ ของฝ่ายจัดการโดยเคร่งครัด

5.1 การเสนอบทความเพื่อขอรับการพิจารณาตีพิมพ์ ให้สอบถาม/เสนอบทความที่กองบรรณาธิการ E-mail: chdkku2560@gmail.com

เมื่อฝ่ายจัดการได้รับต้นฉบับแล้ว จะส่งบทความให้บรรณาธิการพิจารณาเบื้องต้นว่ามีเนื้อหาและมีคุณภาพเพียงพอที่จะนำเข้าสู่กระบวนการรับพิจารณา หากบรรณาธิการเห็นว่ามีเนื้อหาอยู่ในขอบเขตของวารสารและมีคุณภาพเพียงพอ เจ้าหน้าที่จะตรวจสอบคุณลักษณะและความสมบูรณ์ครบถ้วนของบทความ จากนั้นจึงส่งให้บรรณาธิการได้ดำเนินการตามขั้นตอน peers review และจะแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้นิพนธ์ ทราบว่าต้องแก้ไขก่อนพิจารณาตีพิมพ์ หรือตีพิมพ์โดยไม่ต้องแก้ไข หรือไม่รับพิจารณาตีพิมพ์ ต่อไป

บทความที่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้นิพนธ์ 1 เล่ม

5.2 สถานะบทความ การตรวจสอบสถานะบทความ สามารถตรวจสอบได้ที่ฝ่ายจัดการ โดยสถานะบทความมีดังนี้

5.2.1 ฝ่ายจัดการได้รับบทความต้นฉบับ และอยู่ระหว่างกระบวนการ SUBMISSION PROCESS (ตรวจสอบคุณลักษณะ ความครบถ้วน/ถูกต้อง)

5.2.2 บทความต้นฉบับอยู่ระหว่างกระบวนการ REVIEW (การพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ)

5.2.3 บทความต้นฉบับที่ได้รับการแก้ไข อยู่ระหว่างกระบวนการ COPYEDITING (จัดเตรียมต้นฉบับ)

5.2.4 บทความต้นฉบับได้รับการตอบรับเพื่อตีพิมพ์ และอยู่ระหว่างกระบวนการ PUBLICATION ตีพิมพ์ในวารสารปีที่... ฉบับที่...

เมื่อบทความได้รับการตอบรับเพื่อตีพิมพ์ ผู้นิพนธ์สามารถขอรับ หนังสือรับรองสถานะการตีพิมพ์จากฝ่ายจัดการ

5.3 การปรับแก้ต้นฉบับ โดยทั่วไป ผู้ประเมินจะตรวจสอบความถูกต้อง และครบถ้วน ด้านวิชาการ แล้วส่งให้ผู้นิพนธ์ปรับแก้ สิทธิในการปรับแก้ต้นฉบับเป็นของผู้นิพนธ์ ทางวารสารสงวนสิทธิ์ในการตีพิมพ์ เฉพาะที่ผ่านความเห็นชอบของบรรณาธิการตามรูปแบบและสาระที่เหมาะสมกับวารสารเท่านั้น

5.4 การตรวจทานต้นฉบับก่อนตีพิมพ์ (proof reading) ผู้นิพนธ์ต้องตรวจพิสูจน์อักษร ในลำดับสุดท้าย เพื่อให้ความเห็นชอบในความถูกต้อง ครบถ้วน ของเนื้อหา

ทั้งนี้ ในหน้าแรกของบทความจะระบุวันที่ Recieved, Revised, Accepted ด้านล่าง

หมายเหตุ หากผู้นิพนธ์ไม่ดำเนินการตามรูปแบบที่ระบุไว้ข้างต้น ฝ่ายจัดการ ขอสงวนสิทธิ์ในการไม่รับพิจารณาการตีพิมพ์