



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
Phichit Public Health Office

วารสารวิจัยและวิชาการ สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

Phichit Public Health Research and Academic Journal

ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2564 Vol. 2 No. 2 July - December 2021

ISSN 2697-6625

บทความพิเศษ : Special article

1. ปาฐกถาพิเศษ “สถาบันพระมหากษัตริย์กับประเทศไทย”

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์เกษม วัฒนชัย องคมนตรี

นิพนธ์ต้นฉบับ : Original Article

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ในอำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร
ณัฐกรรณ์ จินาพรรณ ส.ม.
3. แนวทางการพัฒนาคุณภาพน้ำประปาหมู่บ้านในพื้นที่ผลกระทบจากโครงการประตูละบายน้ำ
จังหวัดพิจิตร ปี 2563
สมศักดิ์ ผลประเสริฐศรี ส.บ., ไพฑูรย์ คันทัพ ส.บ., อรวิรุฬ พลอาจ วท.บ.
4. การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน
ในเขตจังหวัดพิจิตร
ประพันธ์ เข้มแก้ว ส.บ., นิกรณรัตน์ ภักดีวิวัฒน์ พย.บ.
5. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน
และความดันโลหิตสูงในเขตจังหวัดพิจิตร
ภฤดา แสงสินศรี วท.บ. (สุขศึกษา)

ปกิณกะ : Miscellaneous

6. หลักสูตรการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขเพื่อรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร



วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
Phichit Public Health Research and Academic Journal



วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

Phichit Public Health Research and Academic Journal

เจ้าของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ บทความและผลงานวิชาการด้านการแพทย์ การสาธารณสุข
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเสริมสร้างแนวคิดและประสบการณ์ด้านวิชาการ
3. เพื่อพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับให้มีทักษะการเขียนผลงานวิชาการ

ที่ปรึกษา

นายแพทย์อดิสรณ์ วรรณะศักดิ์	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
นายแพทย์โชติ ภาวศุทธิกุล	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิจิตร
นายแพทย์กิตติโชติ ตั้งกิตติถาวร	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง และสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ	

บรรณาธิการบริหาร

นายแพทย์วิศิษฐ์ อภิสิทธิ์วิทยา	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)
นางปัทมา ผ่องสมบุญ	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมและพัฒนา)

บรรณาธิการ

ดร.ธานี โชติภักคัม

รองบรรณาธิการ

ดร.รุ่งทิวา มโนวิชสรศักดิ์	ภก.สมจินต์ มากพา	นายสมศักดิ์ ผลประเสริฐศรี
----------------------------	------------------	---------------------------

กองบรรณาธิการ (วิชาการ)

นางสาวมานิสา เจริญทอง	นายจิรยุทธ์ คงนุ่น	นางดวงพร พูลสวัสดิ์กิติกุล
นางสาวนุสรา มณีโชติสกุลวงศ์	นางสาวชุติมา อินหัน	ภก.วิวัฒน์ อุปคำ

ผู้ทรงคุณวุฒิประจำฉบับ

ภก.วรวิทย์ พูลสวัสดิ์กิติกุล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
ภญ.พัชรา ถาวรระ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
ดร.ธานี โชติภักคัม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
ดร.รุ่งทิวา มโนวิชสรศักดิ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
ผศ.ดร.ทัศพร ชูศักดิ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ปทุมธานี
ผศ.(พิเศษ) ดร.สมตระกูล ราศิริ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร พิษณุโลก
ผศ.ดร.ธวัช กนกเทศ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร.สันติสิทธิ์ เขียวเงิน	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผศ.ดร.ณัฐกฤษฏ์	ธรรมกวินวงศ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง
ดร.รัฐคุณานิช	กันหลง	สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง
อาจารย์พรศักดิ์	ธนพัฒน์พงศ์	มหาวิทยาลัยรามคำแหง
ดร.ชัยณรงค์	สังข์จำ	สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สป.สธ.
ดร.รุ่งโรจน์	เจศรีชัย	สำนักงานหลักประกันสุขภาพ เขต ๔ สระบุรี
นายแพทย์สมบูรณ์	จินาพงษา	โรงพยาบาลพิจิตร
ทันตแพทย์หญิงสมร	บุญเกษม	โรงพยาบาลพิจิตร
นางสาวชนาพรทิพย์	รัตนวิชัย	โรงพยาบาลพิจิตร
นายแพทย์ประทีป	จันทร์สิงห์	โรงพยาบาลวังทรายพูน
แพทย์หญิงผกามาศ	เพชรพงศ์	โรงพยาบาลวชิรบำรุง

กองบรรณาธิการ (การจัดการ)

1. ฝ่ายเหรียญกษาปณ์

นายวัชรินทร์ เวชวิทย์กุล นางกอบแก้ว เรืองธรรม นางฐิติญากร สันธรัตน์

2. ฝ่ายประชาสัมพันธ์และเผยแพร่วารสาร

นางมยุรี เข้มทอง นายสุวัฒน์ ทับมัน นายวรกร โภชนะสมบัติ นางสาวอัญชลี สังข์เมือง

3. ฝ่ายประสานงานและข้อมูลวารสาร

นางสาวนวนิตย์ เฮงสาย นางสาวอนุชา สังข์เมือง

กำหนดออก

ปีละ 2 ครั้ง (ราย 6 เดือน)

ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – มิถุนายน และฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม – ธันวาคม

สำนักงาน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร 27/99 ถนนคลองคะเชนทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร 66000

โทร. 0-5699-0354 ถึง 5 ต่อ 133 โทรสาร 0-5699-0353 E-mail: pphj.2020@gmail.com

ดาวน์โหลดเอกสารได้ที่:

<http://www.ppho.go.th> : เว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

พิมพ์ที่

โรงพิมพ์อนันตชัยการพิมพ์ 82/26 ถนนบึงสีไฟ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร 66000

โทร. 081-675 9045

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ถือเป็นผลงานทางวิชาการ หรือวิจัยและวิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้พิมพ์ ไม่ใช่ความเห็นของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร หรือกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้พิมพ์ต้องรับผิดชอบบทความของตนเอง และกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ที่จะแก้ไขข้อความให้ถูกต้องเหมาะสมตามหลักภาษา และทางวิชาการได้

สาส์นจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร



สวัสดีปีใหม่ พ.ศ 2565 ครับ ปีใหม่นี้ พวกเราชาวสาธารณสุขพิจิตร คงได้พบกับเรื่องใหม่ๆ ประสบการณ์ใหม่ๆ พร้อมทั้งความท้าทายใหม่ๆ ทั้งด้านการทำงาน และชีวิตครอบครัว ผมเชื่อว่าสิ่งที่พวกเราควรต้องทำ คือ การเปิดกว้างทางความคิด เพื่อเราสามารถปรับตัวเองให้พร้อมรับกับสิ่งใหม่ๆ ขอให้ปีใหม่นี้เป็นการริเริ่มสิ่งใหม่ทุกๆ คนมีโอกาสนี้ใหม่ๆ ถึง 365 โอกาส ใช้ทุกโอกาสให้ดีที่สุด ผมขออำนวยการให้ทุกท่านทั้งบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

รวมถึง พี่น้อง อสม. จะมีแต่ความสุข ความเจริญรุ่งเรือง ด้วยความดีที่ทุกท่านปฏิบัติมาอย่างสม่ำเสมอ และมีสุขภาพพลามัยที่สมบูรณ์แข็งแรงตลอดปีเสือนี้ และตลอดไปครับ

ผมเดินทางมาดำรงตำแหน่งนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ตั้งแต่วันที่ 4 ตุลาคม 2564 ได้มอบแนวทางปฏิบัติแก่คณะผู้บริหารและบุคลากรสาธารณสุขพิจิตรในการทำงานว่า ผมลำดับความสำคัญของงานที่พวกเราจะต้องขับเคลื่อนไปด้วยกันไว้ 4 ระดับด้วยกัน คือ

- 1) งานตามตัวชี้วัดที่เป็นนโยบาย สธ. สำคัญที่จะต้องทำ เป็นความรับผิดชอบของทุกหน่วยงาน
- 2) งานตามสภาพปัญหาในแต่ละพื้นที่หรืออำเภอ ซึ่งข้อมูลมีความสำคัญเพื่อกำหนดปัญหา
- 3) งานสาธารณสุขที่ประชาชนให้ความสนใจ หรือคาดหวัง เป็นกระแสของสังคมที่ต้องใส่ใจ
- 4) งานที่หน่วยงานองค์กรสนใจอยากทำ เพื่อพัฒนาระดับงานให้เป็นต้นแบบ หรือนวัตกรรม

การอยู่ร่วมกันและทำงานร่วมกัน ผมขอให้คนรักกัน ไม่ชอบการทะเลาะกัน ทุกๆ วันตอนเช้าผมชอบส่งสติ๊กเกอร์ให้ข้อคิด หลักธรรมประจำใจ สอนหลักการบริหาร วิธีคิดที่ถูกต้อง เหมาะสมในการบริหารงานเราจะต้องใช้วิชาการ มีข้อมูลสนับสนุนเพียงพอ มีหลักการ หลักคิด แต่ยืดหยุ่นได้ตามสถานการณ์ เพื่อร่วมกันสร้างความดีงาม สร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆ ให้เกิดขึ้นในสังคมสาธารณสุขพิจิตร เกิดประโยชน์สูงสุดต่อพี่น้องประชาชน

ผมขอขอบคุณ คณะผู้บริหารและบุคลากรสาธารณสุขพิจิตรทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมืออย่างเต็มความสามารถในการทำงานในปีที่ผ่านมา ตั้งแต่วันที่ผมมารับตำแหน่งถึงปัจจุบัน ได้ร่วมกันเร่งรัดการดำเนินงานตามนโยบาย ปรับเป้าหมาย วิธีการทำงานให้กระชับและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยเฉพาะนโยบายการควบคุมและป้องกันโรคโควิด 19 การบริการวัคซีนโควิดเพิ่มขึ้น รวมถึงการปฏิบัติตามมาตรการต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุขและจังหวัดพิจิตร สุดท้ายนี้ ผมขอเป็นกำลังใจ พร้อมร่วมคิดร่วมจัดการกับพวกเราชาวสาธารณสุขพิจิตร เพื่อให้งานบรรลุเป้าหมาย และเราจะผ่านพ้นวิกฤตโควิด - 19 ไปด้วยกันอย่างราบรื่นครับ

(นายอดิสรณ์ วรรณะศักดิ์)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

บรรณาธิการแถลง



สวัสดีครับพี่น้องชาวสาธารณสุขพิจิตร ผมในนาม กองบรรณาธิการวารสาร “วิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัด พิจิตร” เนื่องในวาระดิถีขึ้นปีใหม่ 2565 ขออำนาจสิ่งศักดิ์ทั้งหลาย ด้วยบารมีของหลวงพ่อพะพร หลวงพ่อเงินจงดลบันดาลให้ท่าน ประสบแต่ความสุขเกษมสำราญ และสัมฤทธิ์ผลในสิ่งอันพึงปรารถนาทุกประการครับ

วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ยังคงความเข้มข้นด้วยสาระความรู้ และวิชาการ บทความพิเศษ ฉบับนี้ กองบรรณาธิการ ขอเสนอปาฐกถาพิเศษของศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์เกษม วัฒนชัย องคมนตรี ในพิธีเปิดหน่วยบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 แก่ผู้ต้องขังเรือนจำจังหวัดพิจิตร : วัคซีนพระราชทานซิโนฟาร์ม จากราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ สำหรับนิพนธ์ต้นฉบับมีหลายเรื่องที่น่าสนใจ ประกอบด้วยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในอำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร, แนวทางการพัฒนาคุณภาพน้ำประปาหมู่บ้านในพื้นที่ผลกระทบจากโครงการประตुरะบายน้ำ จังหวัดพิจิตร ปี 2563, การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน ในเขตจังหวัดพิจิตร และ การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเขตจังหวัดพิจิตร ในส่วนปกิณกะฉบับนี้ เป็นหลักสูตรเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขเพื่อรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ติดตามสาระสำคัญได้ภายในเล่มครับ

สุดท้ายนี้ ในนามของกองบรรณาธิการขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความสนใจ และส่งบทความมาตีพิมพ์ ตลอดจนทุกท่านที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือในการจัดการ ทำให้วารสาร “วิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร” ฉบับนี้ได้ก้าวสู่ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ท่านสามารถติดตามดูวารสารฉบับย้อนหลังได้ที่เว็บไซต์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร หรือ www.ppho.go.th ครับ

(ดร.ธานี โชติกคาม)

บรรณาธิการ

Phichit Public Health Office



วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

Phichit Public Health Research and Academic Journal

ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2564

Vol. 2 No. 2 July – December 2021

สารบัญ

หน้า

สาส์นจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

บรรณาธิการแถลง

บทความพิเศษ : Special article

1. ปาฐกถาพิเศษ “สถาบันพระมหากษัตริย์กับประเทศไทย” 1 - 7
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์เกษม วัฒนชัย องคมนตรี

นิพนธ์ต้นฉบับ : Original Articles

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 8 - 19
ในอำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร
ณัฐกรรณ์ จินาพรรณ ส.ม.
3. แนวทางการพัฒนาคุณภาพน้ำประปาหมู่บ้านในพื้นที่ผลกระทบจากโครงการประตูละบายน้ำ 20 - 31
จังหวัดพิจิตร ปี 2563
สมศักดิ์ ผลประเสริฐศรี ส.บ., ไพฑูรย์ คันทัพ ส.บ., อรวิทย์ พลอาจ วท.บ.
4. การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน 32 - 42
ในเขตจังหวัดพิจิตร
ประพันธ์ เข้มแก้ว ส.บ., นิกรณรัตน์ ภักดีวิวัฒน์ พย.บ.



วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

Phichit Public Health Research and Academic Journal

ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2564

Vol. 2 No. 2 July – December 2021

สารบัญ

หน้า

5. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน
และความดันโลหิตสูงในเขตจังหวัดพิจิตร
ภฤดา แสงสินธร วท.บ. (สุขศึกษา) 43 - 54

ปกิณกะ : Miseellaneous

6. หลักสูตรการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขเพื่อรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร 55 - 59

- คำแนะนำสำหรับส่งบทความตีพิมพ์ 60 - 65

ปาฐกถาพิเศษ “สถาบันพระมหากษัตริย์กับประเทศไทย”

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์เกษม วัฒนชัย องคมนตรี
ในพิธีเปิดหน่วยบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 ให้แก่ผู้ต้องขัง เรือนจำจังหวัดพิจิตร
วัคซีนพระราชทาน (ซิโนฟาร์ม) จากราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์
วันเสาร์ที่ 18 กันยายน 2564 ณ เรือนจำจังหวัดพิจิตร ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร

ท่านผู้ว่าราชการจังหวัดพิจิตร ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 รองราชเลขาธิการราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิจิตร และผู้บัญชาการเรือนจำจังหวัดพิจิตร

เรื่องแรก ที่ผมจะขอกล่าวถึง ก็คือ วิถีชีวิตของคนพิจิตร เมื่อ 20-30 ปีที่ผ่านมา มีนักวิชาการไทย แล้วก็ญวน จีน ลาว สิบสองปันนา พม่า และไทยอาหม ได้ศึกษาวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของคนไทย ลาว ไทยใหญ่ มาจากไหน และมีวัฒนธรรมมาอย่างไร

ที่มาที่พิจิตรวันนี้ เรายังคงมีความเป็นคนไทยมากน้อยแค่ไหน อยากจะกราบเรียนว่า เป็นเรื่องน่าตื่นเต้นมาก และน่าภูมิใจมากที่เกิดเป็นคนไทย ในหลักฐานที่เป็นจารึกอักษรเราเริ่มใช้เมื่อ พ.ศ.1826 สมัยพ่อขุนรามคำแหงประดิษฐ์อักษรไทยขึ้นมา เดิมเราไม่มีอักษรเขียน มีแต่อักษรพูด และก็หลักฐานต่างๆ ไม่เหมือนในสมัยใหม่ การศึกษาพันธุกรรม มีความชัดเจนว่า คนไทยเริ่มอยู่ที่ภาคใต้ของจีน ได้แม่น้ำแยงซีเกียง ที่เค้าเรียกกันว่าเซียงหนาน มีบันทึกตั้งแต่สมัยพระเจ้าจิ้นซีฮ่องเต้ เมื่อ



2,000 ปี มีภาษาชัดเจน มีลำนํ้าการจัดร้องเพลง ซึ่งเล่าถึงประวัติของบรรพบุรุษและถ่ายทอดของตัวเองมา แต่ที่สำคัญคือ เมื่อไปการศึกษาที่ทางใต้ของประเทศจีนสังเกตว่ามันจะมาทางตะวันตกมาที่ทางเหนือก็จะเป็นไทยทรงดำ ไทยทรงดำ ก็มาอยู่แถวพิจิตร มีชุมชนไทยทรงดำที่พิจิตร ไทยทรงดำ ไทยขาว อยู่แถวสิบสองจุไทยทางเหนือของที่มีเมืองแถนก็คือเมืองเดียนเบียนฟู เดียวนี้ก็ยังมีคนไทยอยู่ที่นั่นยังพูดไทยอยู่

* * * * *

ผมไม่มีอะไรตอบแทนพวกเราขอ
อัญเชิญพระบรมราโชวาทของรัชกาลที่ 9
ที่ตร.สุเมธ ตันติเวชกุล นำมาเผยแพร่
ที่พระองค์รับสั่งกับข้าราชการที่ใกล้ชิด
มารับใช้พระองค์ท่าน คือ **“การทำงาน
กับฉันๆ ไม่มีอะไรให้หรอกแต่ฉันมีอย่าง
หนึ่งนะ คือ การทำงานกับฉัน คนที่ได้
ประโยชน์ไม่ใช่เธอหรือฉันแต่ว่าเป็น
ประชาชนแล้วขอให้เรามีความสุขที่ได้ทำ
ประโยชน์ให้กับประชาชน”**

* * * * *

อีกกลุ่มหนึ่ง ก็ขึ้นไปทางสิบสองปันนา พวกไทลื้อ
ไทเถิน การกินอยู่ ภาษาต่างๆ เดียวนี้

อีกกลุ่มหนึ่งโชคดีหน่อยตั้งประเทศได้ คือ ฟินแลนด์
ที่ประเทศ สปป.ลาว แนนอนหละกลุ่มใหญ่ที่ตั้งที่ประเทศ
สยาม หรือประเทศไทยในปัจจุบัน อีกหนึ่งกลุ่มนานมาก
เหมือนกัน คือ ไทยใหญ่ ในรัฐฉานของพม่าแล้ว ก็ล้นไป
สิบสองปันนาทางใต้

และกลุ่มสุดท้ายที่ไปตะวันตกที่สุดก็ คือ ไทยอาหม
ที่ประเทศอินเดีย ภาคอีสานของอินเดีย

เวลาเราวิเคราะห์ชุมชนไทยและดูความเป็นไทย
ที่แท้จริง ต้องแบ่งออกเป็น
3 ช่วง คือ

1. ช่วงแรกทีกลุ่มคนไทย
ยังไม่ได้เจอศาสนาพุทธเถรวาท
เป็นไทยแท้ทั้งภาษา ทั้งวิถีคิด
และทั้งค่านิยม

2. เมื่อเจอศาสนาพุทธ
เถรวาทแล้ว แนนอนก็จะมี
หลักคิดของพุทธธรรมเข้ามา
มีภาษาบาลี-สันสกฤตเข้ามา

3. ในช่วง 20-30 ปีหลัง
มีทุนนิยมตะวันตกเข้ามา

ครอบงำ ระหว่างนี้เราก็ได้รับผลการที่เราไปคว่ำเอาทุนนิยม
ตะวันตก แล้วสลัดทิ้งคำสอนของพุทธธรรม สลัดตัดทิ้ง
ความเป็นคนไทย ตั้งแต่ 2,000 ปีที่แล้ว

ผมขออนุญาตเล่าตรงนี้ เพราะเห็นว่า พวกเรานี้
ก็คือ ผู้ใหญ่ และจะต้องถ่ายทอดความเป็นไทยให้แก่
ลูกหลาน เพื่อให้ความเป็นไทยยังอยู่ในแผ่นดิน มิฉะนั้น
จะหายหมด

ที่ประเทศพิจิตรฝรั่งเข้ามายึด อินเดียเข้าไปครองคนพิจิ
แตงตัวอย่างไรรู้ไหมครับ ผู้ชายข้างล่างใส่ผ้าถุงเหมือนแขก
ข้างบนใส่เนคไทเหมือนอเมริกา เพราะว่าเค้ามาเป็นเจ้าเข้า
ครอง แขกก็บอกว่า “เองต้องใส่ผ้าถุงเหมือนข้า” ข้างบน
ก็บอกว่า “คุณต้องผูกเนคไทเหมือนฉัน ต้องกิน เป๊ปซี่โคล่า”
แต่ว่าความเป็นจริง ไม่เหลือเลย ผมก็ไม่อยากให้ประเทศเรา
เป็นเช่นนั้น

ที่นี่มาลองดูภาพที่พิจิตร ผมจะเล่า 2 เรื่องด้วยกัน
คือ ทางกายภาพ และทางจิตวิญญาณ

ทางกายภาพนี้ คนไทยทุกแห่งในโลกนี้ร่ำรวยกว่าล้าน
โครงสร้างของชุมชน ก็คือ ต้องไปหาลุ่มน้ำอยู่อาศัย เพราะว่า
คนไทยเป็นชนชาติที่ปลูกข้าวก่อนใคร โดยเฉพาะข้าวนาดำ
หลักฐานประมาณ 7,000 – 9,000 ปี ก่อนใครหมดเลยนะ
ประเทศแถบนี้ เวียดนามก็ปลูกที่หลังเรา บ้านเชียงก็ปลูก
ที่หลัง มลายูอะไรต่างๆ ก็ปลูกที่หลังเรา คนไทยปลูกก่อน
และก็อยู่ในสายเลือดต้องกินข้าว ที่จริงภาษาจริงๆ เค้าว่า
“กินข้าว” ไม่ใช่กินข้าว กินข้าวแต่ตอนหลังไปเจอคนสุพรรณ
เข้มนั่นเน้อไป กินข้าวตามไปด้วย ที่จริงเลยทุกเผ่าเลยจริงๆ
เรียก กินข้าว



ในน้ำ ในชุมชนต้อง
เลือกน้ำก่อน จะเป็นลำห้วย
ก็ได้เพราะต้องทำนา ปูย่า
ตายายเราเลือกเก่งมาก
เลือกเอาลุ่มน้ำยมกับน้ำน่าน
แล้วก็มีน้ำหลากอีก 3 เดือน
สมัยก่อนบึงเยอะแยะเลย
บึงสามัคคี บึงสีไฟเยอะแยะหมด



เป็นปัญหาให้ท่านผู้ว่าต้องแก้ไข ถ้าเป็นสิ่งที่ต้องเลือก
คือที่ลุ่มที่นี้เวลาที่ต้องเลือกที่ลุ่ม ที่ดินต่างๆ รอบที่ลุ่ม
ก็ต้องจัดสรรค่าทำอย่างไรรู้มั๊ย เวลาเลือกที่ลุ่ม ก็ต้องมีที่
ที่มีน้ำ มีที่ทำนาและก็มีที่โคก หรือที่เนินเพื่อสร้างบ้าน
ที่อยู่อาศัยและต้องทำได้สูง คนไทยนี้ เรือนคนไทย
ได้สูงทั้งนั้น เพราะถ้ามีน้ำท่วมในบางปี และอันที่สอง
ก็คือ ใช้เป็นที่สำหรับเลี้ยงวัว เลี้ยงควาย เอาไว้ไถนา

คนไทยมีโครงสร้างทางสังคม มี 3 ระดับ

1. ระดับตระกูลและครัวเรือน ระดับนี้คนไทย
มีภาษาที่เรียกเครือญาติเยอะมากที่สุด พ่อแม่ ปูย่า ตายาย
ลุงป้า น้าอา ลูกพี่ ลูกน้อง ผัวเมีย ลูกหลานเหลนโหล่น

คือ มันเป็นส่วนในการเรียกความสัมพันธ์ในเครือญาติ
มิใช่ชาติอื่นเลย อเมริกามันพูดแต่ว่าเรียกเป็นพี่เป็นน้อง
มันไม่มีภาษาที่ลึกซึ้ง แต่คนไทยนี่ลึกซึ้งมากด้วย และคนไทย
สมัยก่อน ผู้หญิงใหญ่กว่าผู้ชาย แต่งงานกัน ผู้ชายต้องไป
อยู่ครัวเรือนของผู้หญิง ตระกูลของผู้หญิงและเปลี่ยนแซ่
เปลี่ยนนามสกุลเป็นของผู้หญิง ถึงตอนหลังผู้ชายใหญ่
กว่าผู้หญิง เลยแต่งแล้วเป็นสะใภ้เข้าบ้าน แต่เดิมนี่ก็ยัง
มีนะ ผู้ชายแต่งแล้วก็อยู่บ้านฝ่ายหญิงเป็นชาย ต้องมีการรับ
ขวัญเขย ไข่ม้อย ขึ้นบ้านขึ้นเรือน คำพูดนี้ยังเหลืออยู่และ
คนไทยนี้ตั้งแต่โบราณมา จะไปอยู่ที่ไหนก็ตาม จะนับถือ
2 เรือน





เรือนที่ 1 ก็คือว่า บรรพบุรุษถึงแม้ว่าจะตายไปแล้ว ก็ยังปกป้องดูแลลูกหลาน คำเรียกว่า “ผี” ผีนี้มีใช้ศพ คนตายนะ คนภาคกลางเรียกซะเสียหมด ผีก็คือ *กึ่งเทพ* เป็นวิญญาณของบรรพบุรุษ เพราะฉะนั้น จะต้องผีมีบ้าน ผีเรือน มันยังมีคำนี้อยู่ ผีบ้านผีเรือน ไหว้ผี ไหว้ศาลต่างๆ คือ ไหว้บรรพบุรุษ แล้วก็ไหว้สำหรับไหว้วิญญาณ วิญญาณนี้เป็นคำแขกหลังจากรับศาสนาพุทธแล้ว ก่อนศาสนาพุทธเรียกว่า ผี

เรือนที่ 2 เรียกว่า “ขวัญ” คนไทยเชื่อเลยว่าทุกอย่างมีขวัญกำกับ จึงจะทำให้มีชีวิต มีความพร้อม มีความมั่นใจ ทหารต้องมีขวัญต้องเรียกขวัญ ตัดไม้ข่มนามคือ พิธีเรียกขวัญ จะได้พร้อมรบ ข้าว ต้องทำขวัญข้าว ข้าวจะได้ออกรวง เดี๋ยวนี้พวกชาวนาไม่ทำขวัญข้าวแล้ว ไปทำขวัญอาเฮียเจ้าของโรงสีจะได้ไม่กดราคาเรา ต้องขอบคุณ แล้วในน้ำนี้ นอกจากจะเลี้ยงต้นข้าวให้เราแล้วก็ยังเลี้ยงปลา เพราะฉะนั้น อาหารหลักของคนไทยก็คือ กินข้าวกินปลา เจอกันก็ ทักทายกัน กินข้าวรียังๆ เดี๋ยวนี้เปลี่ยนไปละ ถูกหอยมัย หรือโดนกิน เปลี่ยนไปเยอะเหมือนกันนะประเทศไทยทุนนิยมมันเข้ามา



สอนให้คนไทยต้องมีความกตัญญู และเคารพในความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว และมีความเชื่อในเรื่องต่างๆ เช่น การไหว้ผีบ้านผีเรือน การทำขวัญข้าว เมื่อสักครูเล่าค้างไว้ ระดับแรก คือ ครั้วเรือน

2. ระดับที่สองคือ ชุมชน ชุมชนนี้มีคำอยู่คำหนึ่ง *ชุมชนซึ่งทุกเผ่าเรียก มีความเป็นพี่เป็นน้อง* ถ้าอยู่ในหมู่บ้านเดียวกันอยู่ในดงเดียวกัน ที่นี้เค้าเรียกว่าดง อยู่ในหมู่บ้านเดียวกัน ต้องถือว่าเป็นพี่เป็นน้องกันต้องมี

อะไรต้องช่วยเพราะว่ามัน*ร่วมทุกข์ร่วมสุข*ด้วยกัน แล้วก็ต้องช่วยกัน ท่วมก็ต้องช่วยกัน ศัตรูมาเบียดเบียนหมู่บ้านเรา ก็ต้องช่วยกันเพราะฉะนั้นมันร่วมเป็นร่วมตาย มันใช้คำว่าร่วมเป็นร่วมตายหลังจากทุนนิยมเข้ามา ร่วมเป็นร่วมตายหายไปแล้ว มีแต่ว่ากูรอดตาย มึงตายช่างแม่มึง แต่ขอให้กูรอดจริงๆ แล้วคือ *ความเห็นแก่ตัว* หมู่บ้านชาวไทยที่ 12 ปันนา เค้ามีกรรมการ เรียกว่า กรรมการผู้เฒ่าผู้แก่แล้วทุกต้นปี กรรมการนี้จะเป็นคนแบ่งพื้นที่มากหรือน้อยให้การทำนา ให้แต่ละครั้วเรือน ที่อยู่บนโคกรอบๆ ก่อน เหตุผลเพราะว่าอะไรรู้มัย คำต้องการ ระบบต้องการว่า ต้องการประกันว่าในปีหน้านี้ สมาชิกทุกคนในแต่ละครั้วเรือนจะมีหลักประกันว่ามีข้าวมีพอกิน เพราะอะไรต้องแบ่งทุกปี เพราะว่าในปีที่ผ่านมา บางบ้านก็มีคนล้มหายตายจากหรือมีลูกเกิดขึ้นมาใหม่ เพราะฉะนั้นจำนวนตอนสิ้นปี จะเป็นตัวกำหนดว่าปีหน้าเราจะได้ที่ทำนาสักเท่าไร เค้าไม่ได้มีใบสำคัญว่าเราจะต้องเป็นเจ้าของที่ดินขนาดนี้ก็ไรต์ตลอดไป ไม่ใช่คงได้ที่เพียงหนึ่งปี เพราะอะไร อยากให้ทุกคนมีกิน เพราะฉะนั้นระบบโครงสร้างของความเป็นไทย มันเอื้อกันง่ายเวลาเกี่ยวข้าวก็ต้องลงแขกที่จริงแขกนี้ไม่ใช่แปลว่าอินเดียนะ แปลว่า



คนที่มาเยี่ยมบ้านอันนี้ก็เป็นโครงสร้างซึ่งถ่ายทอดพิจิตร ก็เป็นที่ลุ่มๆ ขอบคุ้ยที่บางระกำเรื่องตอนที่น้ำท่วมเค้า บอกว่าเค้าไม่เห็นต้นเต้านเลย เพราะว่าเค้าอยู่กับน้ำท่วม มาหลายรุ่นแล้วเค้าก็บอกน้ำท่วมก็อดี เค้าจะได้ดักปลา ทำปลาแห้งไปขายเค้าไม่ขอเงิน ไม่เหมือนชาวอยุธยา พอน้ำท่วมทีจะเป็นจะตายให้ได้ น้ำก็ไม่ดี อะไรก็ไม่ดี ตำรวจ ทหารต้องเอาข้าวไปส่ง เค้าลูกชานาพิจิตรก็ลูกชานา สมัยผมอยู่ที่บางมูลนากปีหนึ่ง 3 เดือน สนุกจะตายไป จะมีแฟนหรือไม่ก็ตอน 3 เดือนนี้แหละ กินข้าวจิบกันไป จิบกันมาอย่างนี้ คือ วิถีชีวิต ผมก็เลยอยากจะกราบเรียน

3. ระดับที่สาม ระดับแรกตระกูลและครัวเรือนต้องมีความมั่งคั่ง ต้องมีความแน่นแฟ้นในครอบครัว ผมฝาก พวกเราด้วยนะ โดยเฉพาะใครที่เป็นครูบาอาจารย์ต้องสอน ลูกศิษย์ลูกหา คนรุ่นใหม่ของคนเรา อย่าไปเอาพวกที่เป็น อีโก้ซึม (egoism) แบบตะวันตก ไม่ใช่เลย ถ้าใครไม่เคย สร้างตนเองจากตัวกูของกู ไม่เกี่ยวกับใคร ไม่ใช่เลย ไม่เคยมี มีแต่เป็นของพวกเรา พวกเราต้องช่วยกัน ครอบครัวนี้เป็นของใคร ชุมชนนี้เป็นของใคร ที่จะสร้างเมือง ที่ไหน ก็จะมีแอ่งจะให้ทำนา เคยได้ยินคำว่า “โคกหนองนา” โคกหนองนาที่รัชกาลที่ 10 ก็คืออันนี้ คือโครงสร้างทาง ภูมิศาสตร์ ที่ทำให้คนไทยพัฒนาวัฒนธรรม...ต้องไปเลือก ที่มันมีหนองน้ำ หรือเส้นทางน้ำผ่าน มีที่สำหรับทำนาแล้ว มีโคกสำหรับอยู่กัน อันนี้ก็คือ ท่านถึงบอกว่าโคกหนองนา

คือ “ความหวังและน้ำใจ” พัฒนามาแล้ว 2-3 ปี เข้าใจ แล้วนะ เชื่อได้แล้วนะ หรือนึกในใจเอาอะไรแปลกๆ มา โศกหนองนาความหมายอยู่ตรงนี้

สมเด็จพระบรมไตรโลกนาถ ท่านมีเชื้อสุโขทัย ด้วยท่านมาอยู่ที่พิษณุโลก ตอนเป็นกษัตริย์ มีเวลา ท่านมีเวลาจะมาเยี่ยมที่พิจิตร พิจิตรนี้น้ำเยอะ พระบรม ไตรโลกนาถมาเที่ยวแล้วคิดว่า น้ำเยอะ ตรงนั้นมีที่ตอนที่ลุ่ม ท่านก็เลยตั้งชื่อว่า โอชะบุรี โอชะ แปลว่า น้ำ บุรีแปลว่า เมือง รวมกันเรียกว่า เมืองน้ำ ก่อนโน้นเราเรียกกันว่า สระหลวงๆ คือ สระใหญ่ เรามีบึงสี่ไฟ คือสระใหญ่ แต่ พิษณุโลกก็มีเมืองน้ำ มี 2 แห่ง คือ แม่น้ำน่าน และแม่น้ำ แควน้อย ที่นี้คนไทยสมัยโบราณไปอยู่เมืองไหน ถ้ามีแม่น้ำ สองสายนะ เค้าจะเรียกสายใหญ่ว่า *แควใหญ่* สายเล็กกว่า *แควน้อย* เพราะนั้นในแผนที่โบราณจะมีหลายจังหวัดที่มี ทั้งแควใหญ่และแควน้อย อย่างของพิษณุโลกแม่น้ำน่าน ที่ไหลมาจากเมืองน่าน เค้าไม่เรียกว่าแม่น้ำน่านนะ เค้าเรียกว่า แควใหญ่ และก็ตอนนี้มีเขื่อนแล้วนี่ แควน้อย ตกลงพิษณุโลก เรียกว่า เมืองสองแคว พิจิตรเมืองสระหลวงเพราะมันมี สระใหญ่ ปากน้ำโพก็เหมือนกัน ถามเพื่อนว่า ทำไมชื่อ ปากน้ำโพ เพื่อนบอกว่าปากน้ำมันไหล

แม่น้ำพิจิตร 2 แห่ง ไหลขนานกันไป พอเลย บางมูลนากไปถึงชุมแสง แม่น้ำยมกับแม่น้ำน่านก็ไปเจอกัน รวมกับแม่น้ำยม หลังจากที่รวมกันแล้วเค้าไม่เรียกว่า น้ำน่าน



น้ำยม คำเรียกว่า น้ำโพ น.น่าน น.ยม น.ปิง น.วัง และ น.โพธิ์ 20 กิโลเมตร ไปเจอกับ น.ปิงที่ไหลมา คำเรียกว่า ปากน้ำโพ คนไทยทุกประเทศ เวลาไปเจอแม่น้ำ แล้ว มันไปแตกกันไข่มัย คำจะเรียกชื่อแม่น้ำเล็กที่ไปเจอว่า คำจะใช้คำว่า สบก็ได้ สบแปลว่า ไปเจอ หรือปากน้ำ หรือปากก็ได้ เช่น ปากเซ ก็แม่น้ำเซมาเทโขง สบ-กกที่เชียงราย แม่น้ำกกไปเจอแม่น้ำโขงเรียกสบ-กก สบเมย แม่น้ำเมย ไปเทลงสาละวินคำ เรียกว่าอำเภอสบเมย เข้าใจนะ ถ้าปากน้ำหละ แม่น้ำเจ้าพระยา เทลงทะเลใหญ่หรือ อ่าวไทย พอสมควรแล้วนะจะเลยไปใหญ่

เรื่องที่สอง คือ เรื่องของพระเจ้าอยู่หัว พระมหากษัตริย์ ระดับสามของโบราณยังมี ระดับแรกคือ ครั้วเรือน ระดับสองคือ ชุมชน ระดับสามนี้คำจะเป็นเมืองใหญ่ เป็นที่ลุ่มใหญ่ และก็มีคนเยอะ แล้วก็เป็ศูนย์ของการบริหารที่ดูแลเมืองเล็กๆ ไว้ แล้วยกตรงนั้นเป็นเมืองใหญ่ เมืองก็คือ บ้าน ชุมชนที่บอกว่า ทำนาแล้วก็มีโคกหนองนา นี่แหละ ทั้งกลุ่ม คำเรียกว่าบ้าน คนไทยภาคกลางเอาคำว่าบ้านไปแชร์คำว่า เรือน แล้วบ้านของคนชาวไทยที่อื่น ก็เรียกว่าหมู่บ้าน ที่จริงไม่ใช่ ไม่มี มีแต่คนกรุงเทพฯ ที่เรียกว่าหมู่บ้าน แล้วมหาดไทยก็เลยเอามาตีขมูว่าหมู่บ้าน ที่จริงไม่ใช่ ชาวบ้านเดิมคำไม่เรียก คำเรียก บ้านเหนือ บ้านใต้ บ้านเหนือ บ้านใต้ ไม่ใช่บ้านหลังเดียวนะ เป็นกลุ่มบ้านที่อยู่ทางเหนือ กลุ่มบ้านที่อยู่ทางใต้ บ้านป่าซาง บ้านอะไรก็ว่ากันไป แล้วหลายๆ บ้าน คลัสเตอร์ (Cluster) นี้ จะมีบ้านที่ใหญ่ขึ้นมาเป็นหัวหน้าบ้าน คำเรียกว่า เมือง เมืองฝาง มีบิรवार บ้านเยอะแยะ เข้าใจนะ

เมืองเป็นบ้านที่ใหญ่ แล้วเมือง ก็จะมีฐานะ เมืองธรรมดา เมืองเอก เมืองหลวง และเมืองหลวงจะมีเชียงหรือเวียง แล้วแต่สถาปัตยกรรม ถ้ามีกำแพงเรียกว่า เชียง แต่ถ้า

มีน้ำด้วย ก็เรียกว่าเวียง อย่างนี้เป็นต้น ก็เรียกกันไปอย่างนี้ เชียงของ เชียงตุง ระดับที่บนที่สุดคือเมืองหลวงนี้ คำเรียก ระดับเจ้าฟ้า เจ้าแผ่นดิน พวกเราเป็นคนทำนา ฟ้าให้ฝน ดินให้ต้นข้าว เพราะฉะนั้น สิ่งที่สำคัญของชาวนาก็คือ ฝน และที่ดิน ฝนก็ต้องดี ดินก็ต้องดี ก็เลยยกให้ว่าจะต้องมีคนปกครอง พวกเรา ปกป้องพวกเราเรียกว่า เจ้าฟ้า เจ้าแผ่นดิน แต่ตอนหลังมาคำว่า เจ้าฟ้าเจ้าแผ่นดิน มาถึงอยุธยาเพี้ยนไป เจ้าฟ้าเลยแปลว่า เป็นลูกของพระองค์ เรียกว่า เจ้าฟ้า เจ้าฟ้าหญิง เจ้าฟ้าชาย แต่จริงสมัยโบราณ คำว่า เจ้าฟ้า ก่อนที่จะได้มา เป็นภาษาบาลี-สันสกฤต อันนี้คือ สถาบันของพระมหากษัตริย์ และหน้าที่เจ้าฟ้าก็คือ ต้องดูแลทุกข์-สุขของประชาชน

วันนี้ที่เรามา เป็นพระมหากษัตริย์เป็นองค์ประธาน ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ ท่านมาดูแลทุกข์-สุขพวกเรา เมื่อสักครู່ท่านผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ต้องมีกลุ่มเป้าหมาย 608 ต้องอายุเกิน 60 ต้องมีโรค 7 โรค กลุ่มที่ 8 คือ หญิงตั้งครรภ์/บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข อันนี้ก็มีพวกที่นอก 608 ผมไปล้อลูกศิษย์ ระวังนะอย่าเสพ 608 เพราะเสพติดแล้วตนเองไม่มองกลุ่มอื่นเลย เมื่อ 2 เดือนที่แล้วว่า มีกลุ่มที่นอก 608 เยอะมากเลย เอาพระกับเณรก่อน แล้วก็นักบวชทุกศาสนา โชคดีท่านผู้ว่าฯ เห็นด้วย ท่านสาธารณสุขจังหวัด หมอกลม ก็เห็นด้วย และพวกเราก็กช่วยกัน พิจิตรเลยกลายเป็น ตัวอย่างที่ทำงานนอก 608 และที่ทำได้ก็เพราะพระมหากษัตริย์ท่านทรงหม่อมที่เป็นองค์ประธานจัดตั้งราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

เราอยากให้พวกเราเห็นภาพในหลวงรัชกาลที่ 9 สมเด็จพระเทพฯ รับสั่งว่า ตอนนั้น ในหลวงรัชกาลที่ 9 ยังมีพระชนชีพอยู่ พระเจ้าแผ่นดินหรือพระเจ้าอยู่หัว





ทรงยึดมั่นในหน้าที่และหน้าที่ของพระเจ้าแผ่นดินตั้งแต่โบราณ คือทรงดูแลราษฎร เมื่อเราเข้ามาสู่ระบอบประชาธิปไตย พระมหากษัตริย์อยู่ภายใต้รัฐธรรมนูญเราก็มีรัฐบาลดูแลราษฎร ที่ผ่านมานานก็เยอะ กระทรวงสาธารณสุขบอกว่า ดูแลหมดทีเดียวคงไม่ไหว ขอคุณ 608 ก่อน ท่านเป็นลูกหลานพระเจ้าแผ่นดิน ท่านก็ต้องมาดูแลราษฎรส่วนที่เหลือนอก 608 เข้าใจนะ พวกเราสนุกกันมาก

วันนี้มาเพื่อขอขอบคุณ ที่พวกเราได้ช่วยกันดูแล นักบวชทุกศาสนา วันที่ผมมีความสุขคือ วันที่ผมมีโอกาสส่งภาพไปยังผู้ว่าฯ ท่านเจ้าคณะจังหวัด อีหม่าม แล้วก็มาเซอร์ต่างๆ มาถ่ายรูปทุกคนยิ้มแย้มแจ่มใส ผมไลน์ไปให้ลูกศิษย์อยู่ที่เยอรมนี คำเป็นมุสลิมเป็นหมอมุสลิม คำมีความสุขมาก ว่าอาจารย์ครับผมอยากเห็นภาพนี้ทั้งแผ่นดิน คือผู้นำศาสนาทุกจังหวัด หนึ่งคนไทยมีหลายเชื้อชาติ สองคนไทยมีหลายศาสนา หน้าที่ของเราคือ ทำยังงัยให้คนไทยทั้งชาติ ทุกศาสนา สามัคคีกันไม่ใช่ให้แตกแยกกัน ถ้าแตกแยกกันไม่มีใครมีความสุข แต่ถ้าสามัคคีกันทุกเชื้อชาติ ทุกศาสนาจะมีความสุข อยู่ร่วมกันอย่างสันติสุข เข้าใจนะ วันนั้นเป็นวันที่ผมมีความสุขที่สุด ตกลงเราก็กทำ ต่อมา หมอหวิวกี่ไลน์มาบอกว่า อาจารย์ตอน

นี้เรากำลังทำวัคซีนให้กับหญิงตั้งครรภ์ และคนพิการ ในความรู้สึกของพวกเรา ชีวิตทุกชีวิตต้องมีคุณค่าเท่ากันไม่ว่าจะอยู่ในหรือนอก 608 ก็มีค่าเท่ากัน

และนี่ก็ใกล้จะเปิดเทอมที่เป็นห่วงที่สุด ตั้งแต่ปีที่แล้วเมื่อไหร่จะมีนโยบายเรื่องฉีดวัคซีนให้เด็กนักเรียนซักที่ประเทศอื่นๆ คำนี้คิดให้กับเด็กนักเรียนกันหมดแล้ว เราจะเปิดเทอมได้ยังงัยการเรียนออนไลน์ไม่ประสบผลสำเร็จ พิสูจน์แล้วทั่วโลกเด็กต้องเรียนออนไลน์ ไม่ว่าจะเด็กเล็กหรือเด็กโตก็คืนะรัฐจะเริ่มฉีดวัคซีนต้นเดือนหน้า

(4 ตุลาคม) ก็ได้ข่าวว่าเรือนจำที่นครสวรรค์เป็นกันเยอะเลย ก้อเลยให้หมอหวิวกุ้กับท่านผู้ว่าฯ และประสานความร่วมมือกับคุณवलลภ (รองเลขาธิการราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์) มาช่วยกันในการทำงานวันนี้

เราทำนอก 608 เราทำถ้าเรามีน้ำใจ มีความเป็นพี่น้องกันของคนพิจิตร และเราต้องนึกถึงไม่ว่าเค้าจะเป็นใครก็ตาม เค้าต้องซ้งหรืออะไรก็ตามแต่เค้าก็คือพี่น้องเรา อย่างที่ผมเล่าให้ฟัง ในชุมชนเดียวกัน คนไทยเค้าถือว่าเป็นพี่เป็นน้องกัน

ผมไม่มีอะไรตอบแทนพวกเรา ขออัญเชิญพระบรมราชโองการของรัชกาลที่ 9 ที่ตร.สุเมธ ตันติเวชกุล นำมาเผยแพร่ ที่พระองค์รับสั่งกับข้าราชการที่ใกล้ชิดมารับใช้พระองค์ท่าน คือ “การทำงานกับฉันๆ ไม่มีอะไรให้หรอก แต่ฉันมีอย่างหนึ่งนะ คือ การทำงานกับฉัน คนที่ได้ประโยชน์ไม่ใช่เธอหรือฉันแต่ว่าเป็นประชาชน แล้วขอให้เรามีความสุขที่ได้ทำประโยชน์ให้กับประชาชน” นับว่าเป็นมนต์คาถาที่มีอิทธิพลต่อจิตใจมากที่สุดในการทำดีเพื่อประโยชน์ส่วนรวม ... ขอให้เรามีความสุขร่วมกันในการทำประโยชน์ให้กับผู้อื่น... วันนี้เรามาทำประโยชน์ให้กับพี่น้องที่ต้องซ้งอยู่ ขอขอบคุณมากครับ



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในอำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร

Factors Associated with Willingness to Stop Smoking of NCDs Patients In the Sam Ngam district Phichit Province

ณัฐกรณ์ จินาพรรณ

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, สม.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) โดยใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลแบบผสมผสานวิธี (Mix Method) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว เจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ การคล้อยตาม กลุ่มอ้างอิงในการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ ต่อความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูบบุหรี่และเพื่อศึกษาแนวทางการสร้างแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูบบุหรี่ในอำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร โดยมีกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูบบุหรี่ในอำเภอสามง่าม จำนวน 237 คน และกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงคุณภาพ จำนวน 9 คน เครื่องมือเชิงปริมาณที่ใช้ คือ แบบสอบถามการวิจัย มีทั้งหมด 6 ส่วนและเครื่องมือเชิงคุณภาพ คือ แบบสนทนากลุ่ม (Focus Group) ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2564 ถึง เดือน กันยายน 2564 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติอนุมาน ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยการตีความสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (Analytic induction)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 93.7 อายุเฉลี่ย 58.54 ปี มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 80.2 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 70.5 ประกอบอาชีพหลักเกษตรกร ร้อยละ 54.0 และมีรายได้ต่อเดือน ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 44.3 มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ทุกวัน ร้อยละ 93.7 โดยเฉลี่ยวันละ 11-15 มวน มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 59.1 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 24.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของการเสพติดนิโคตินในระดับสูง ร้อยละ 46.0 มีเจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.6 มีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลิกสูบบุหรี่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.0 มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.3 และมีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ในระดับสูง ร้อยละ 55.3 และจากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบทวิภาค พบว่า อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ระดับการติดนิโคติน เจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่

ผลการดำเนินการสนทนากลุ่ม พบว่า แรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่วนใหญ่มาจากครอบครัว สภาพแวดล้อม และผลกระทบต่อสุขภาพจากการสูบบุหรี่ สำหรับแนวทางการพัฒนาความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ โดยเกิดจากการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานของรัฐ ร่วมกันออกแบบวางแผนเพื่อให้ได้กิจกรรมที่เหมาะสมตามบริบทของชุมชน เริ่มจากการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ให้กับ

ผู้ป่วย เช่น นำคนในครอบครัวมาเป็นแรงบันดาลใจในการเลิกบุหรี่ ให้บุคคลที่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จมาถ่ายทอดประสบการณ์และเป็นตัวอย่าง (Role model) และสร้างแรงจูงใจโดยการมอบเกียรติบัตรเชิดชูให้กับผู้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ และทุกกิจกรรมควรให้คนในครอบครัวเข้าร่วมด้วยทุกกิจกรรม รวมทั้งกำหนดนโยบายทางสังคมเพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, ความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่, แรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่

Abstract

This research was a descriptive study, which was conducted through using mix methods research. The objective of this research was to investigate the relationship between personal characteristics, family factors, attitudes towards quitting smoking, subjective norms, and perceived behavioral control and intention to quit smoking of non-communicable chronic disease patients, and to study guidelines to build motivation to quit smoking of chronic non-communicable disease patients in Sam Ngam District, Phichit Province. The sample of the quantitative study consisted of 237 non-communicable chronic disease patients who smoked in Sam Ngam District and 9 samples in the qualitative study. The quantitative instrument used was a research questionnaire which consisted of 6 parts. The qualitative instrument was the focus group. The data was collected from June 2021 to September 2021. Quantitative data were analyzed with descriptive and inferential statistics. Qualitative data were analyzed by analytic induction interpretation.

The major findings revealed that most of the samples (93.7%) were male, average age was 58.54 years, 80.2% of them had couple /married status, 70.5% of them graduated with primary education, 54.0 % had main occupation in agriculture, 44.3 % earned monthly income less than 5,000 baht, 93.7 % had an average daily smoking habit with an average smoking of 11-15 cigarettes per day. In terms of congenital disease, 59.1.% had high blood pressure and 24.5 % had diabetes. Furthermore, most of the respondents (46.0%) had a high level of nicotine addiction, 80.6% had a moderate attitude towards quit smoking, 65.0% had a moderate level of subjective norms for quit smoking, 63.3% had a moderate level of perceived behavioral control, and 55.3% had a high intent to quit smoking. The findings of studying factors associated with intention to quit smoking of patients with chronic non-communicable diseases in Sam Ngam District, Phichit Province by logistic regression analysis revealed that age, income, level of education, level of nicotine addiction, attitudes towards quit smoking, subjective norms, perceived behavioral control were associated with intention to quit smoking.

The results of the focus group discussions indicated that the motivation to quit smoking among patients with chronic non-communicable diseases was mainly attributed to family, environment, and health impacts of smoking for the development of smoking cessation intentions that involve participation of families, communities, and government agencies to design a plan for activities appropriate to the context of the community. Activities began with activities to create incentives to quit smoking for patients, such as bringing family members as inspiration for quitting smoking for those who were able to successfully quit smoking to share experiences and set role models and create incentives by awarding certificates to those who successfully quit smoking. Every activity should involve family members in every activity including setting up social policies to create a healthy environment.

Keywords : chronic non-communicable disease patient, intention to quit smoking, motivation to quit smoking

บทนำ

บุหรี่เป็นภัยคุกคามอย่างหนึ่งที่ส่งผลต่อสุขภาพคนทั่วโลกและบุรียังเป็นสารเสพติดชนิดหนึ่งที่ใช้กันอย่างแพร่หลายทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้จัดให้บุรียังเป็นสารเสพติดชนิดหนึ่ง แต่อย่างไรก็ตามยังมีคนสูบบุหรี่ประมาณ 11,000 ล้านคน หรือ 1 ใน 3 ของประชากรโลกทั้งหมด⁽¹⁾ จึงทำให้มีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ปีละประมาณ 6 ล้านคน และคาดว่าจะสูงเพิ่มขึ้น 10 ล้านคนต่อปีภายในปี ค.ศ. 2030 จากการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของจังหวัดพิจิตร ในปี 2563 พบว่าประชาชนทั่วไปสูบบุหรี่เฉลี่ยร้อยละ 12.62 พบอุบัติการณ์การเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ได้แก่ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง มะเร็งปอด เบาหวาน หลอดเลือดสมอง มะเร็งอื่นๆ และความดันโลหิตสูง ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป ซึ่งมีอัตราการป่วยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ อำเภอวังทรายพูน (33,555.10 ต่อแสนประชากร) อำเภอสามง่าม (27,415.25 ต่อแสนประชากร) และอำเภอโพธิ์ประทับช้าง (27,112.85 ต่อแสนประชากร)⁽²⁾ การช่วยเหลือให้เลิกสูบบุหรี่จึงเป็นมาตรการสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดเส้นเลือดหัวใจตีบ ช่วยชะลอความเสื่อมของปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง⁽³⁾ จากสภาพปัญหาและการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความตั้งใจเป็นการแสดงถึงว่ามีความพร้อมที่จะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ ถ้ามีความตั้งใจก็จะทำให้เกิดพฤติกรรมจึงจำเป็นต้องกระตุ้นให้เกิดความตั้งใจอย่างแท้จริงที่จะเลิกสูบบุหรี่ก่อนส่งเข้าคลินิกเลิกบุหรี่ จึงจะสามารถช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จซึ่งต้องใช้ความพยายามและความตั้งใจ รวมถึงการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพเพื่อช่วยให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ อย่างไรก็ตามการวิจัยในอำเภอสามง่าม ยังไม่มีการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีตามแผนมาใช้อธิบายความตั้งใจกระทำพฤติกรรมของบุคคลและวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูบบุหรี่ในอำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว เจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ต่อความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูบบุหรี่ในอำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร
3. เพื่อศึกษาแนวทางการสร้างแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูบบุหรี่ในอำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร

สมมติฐานของการวิจัย

ลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว เจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูบบุหรี่ในอำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร

ขอบเขตของการวิจัย

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเชิงปริมาณ คือผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูบบุหรี่ในเขตอำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร จำนวน 237 คน และประชากรที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ สูบบุหรี่ต่ำบลละ 1 คน (5 ตำบล), อสม.เครือข่ายละ 1 คน (2 แห่ง), เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 1 คน และผู้รับผิดชอบงานจากโรงพยาบาลสามง่าม จำนวน 1 คน
2. พื้นที่การศึกษาครั้งนี้ คือ อำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร
3. เนื้อหาการวิจัย เป็นการประเมินความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูบบุหรี่ และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูบบุหรี่ ในพื้นที่อำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีตามแผน (Theory of Planned Behavior: TPB) ของ Ajzen มาใช้อธิบายความตั้งใจกระทำพฤติกรรมของบุคคล และวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

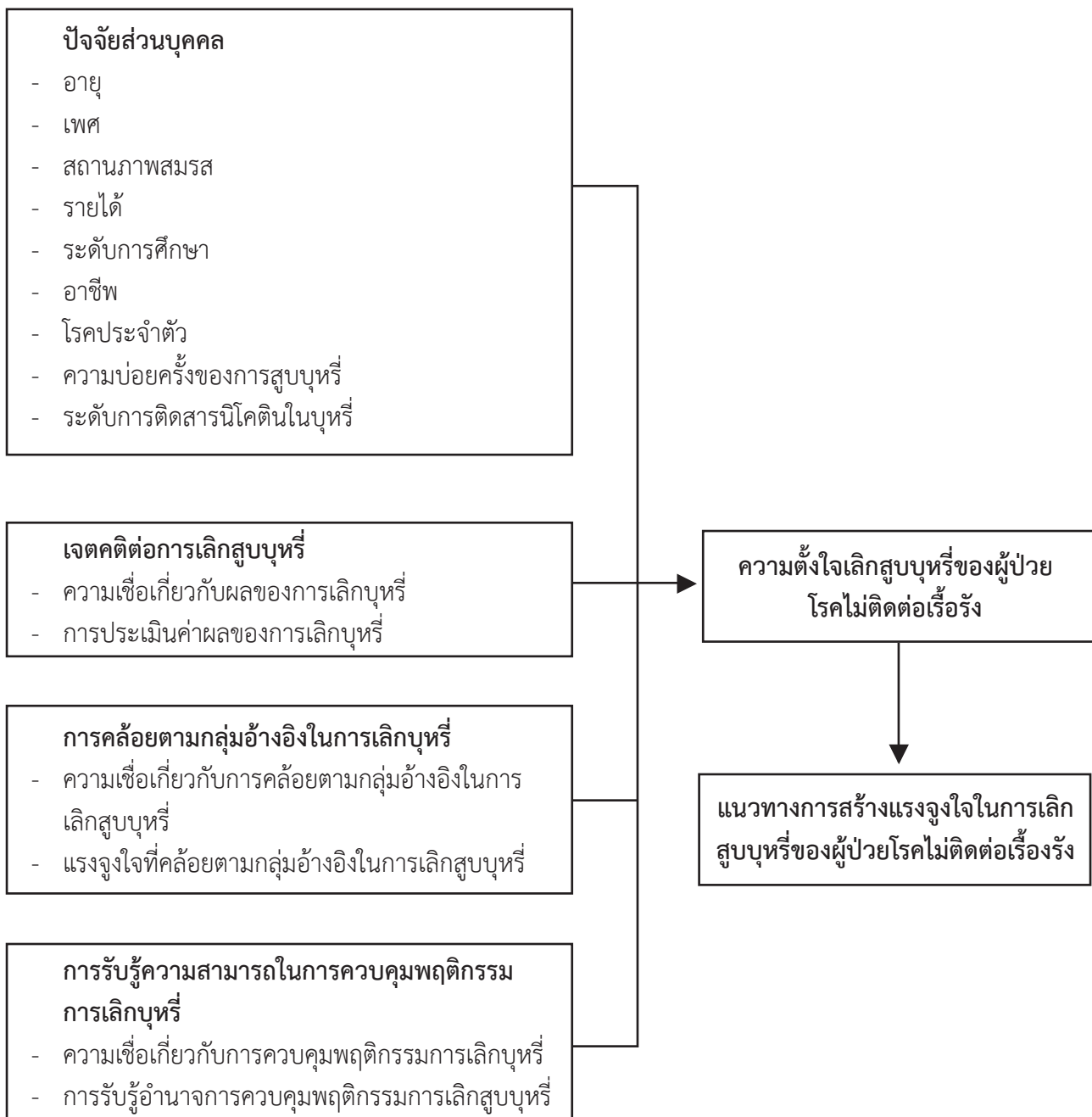
4. ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา ระหว่างเดือน มิถุนายน 2564 ถึง เดือน กันยายน 2564

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior: TPB) ของ Ajzen (1985) และทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action) ของ Ajzen Fishbin (1980) มาประยุกต์สร้างกรอบวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งเป็นทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ที่สามารถนำมาใช้อธิบายความตั้งใจกระทำพฤติกรรมของบุคคลได้โดยเชื่อว่า พฤติกรรมของบุคคลไม่ได้เกิด

จากอิทธิพลของปัจจัยหนึ่งปัจจัยใดเท่านั้น แต่เกิดจากปัจจัยทั้ง 3 คือเจตคติต่อการทำพฤติกรรม อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม มีผลร่วมกันต่อความตั้งใจเชิงพฤติกรรม ถ้าบุคคลมีเจตคติเห็นด้วยต่อพฤติกรรม ได้รับอิทธิพลจากกลุ่มอ้างอิง และเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมพฤติกรรมนั้นๆ ได้มากเท่าไร บุคคลนั้นก็จะมีเจตคติต่อพฤติกรรมนั้นมากขึ้น ซึ่งตัวแปรเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่จึงสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการศึกษา

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรเชิงปริมาณ คือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูบบุหรี่ในอำเภอสามง่าม จำนวน 237 คน ซึ่งในการศึกษานี้ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลในประชากรทั้งหมด 237 คน

1.2 ประชากรเชิงคุณภาพ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูบบุหรี่ ตำบลละ 1 คน (5 ตำบล), อสม. เครือข่ายละ 1 คน (2 แห่ง), เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 1 คน และผู้รับผิดชอบงานจากโรงพยาบาลสามง่าม จำนวน 1 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 เครื่องมือเชิงปริมาณ คือ แบบสอบถามการวิจัย ซึ่งแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ได้แก่แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป, แบบสอบถามเกี่ยวกับเจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่, แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลิกสูบบุหรี่, แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่, แบบสอบถามความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ และแบบสอบถามปัญหาอุปสรรคต่อความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ และผู้วิจัยได้วิเคราะห์ความเชื่อถือของแบบสอบถาม โดยการพิจารณาความสอดคล้องภายในด้วยค่า Cronbach's Alpha พบว่าในส่วนของคุณลักษณะระดับการตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่ค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.859 ส่วนข้อมูลเจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.891 ส่วนของข้อมูลการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลิกสูบบุหรี่ค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.844 และในส่วนของคุณสมการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.929

2.2 เครื่องมือเชิงคุณภาพ คือ แบบสนทนากลุ่ม (Focus Group) ประกอบด้วยประเด็นคำถามในเรื่อง ปัญหา อุปสรรค ต่อความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้านเจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ ด้านการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลิกสูบบุหรี่ ด้านการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ และข้อเสนอแนะ แนวทางในการพัฒนาความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยผู้วิจัยนำไปทดสอบกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ที่มีลักษณะ

คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน ในพื้นที่อำเภอวังนาราย เพื่อความเหมาะสมตามบริบทพื้นที่ก่อนการเก็บข้อมูลและความเหมาะสมของภาษา

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ผู้วิจัยทำหน้าที่ขอความอนุเคราะห์ในการให้ข้อมูลและสัมภาษณ์ ถึงผู้อำนวยการสถานบริการที่จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่

3.2 ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในเขตสถานบริการที่รับผิดชอบ และดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus Group) จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลาในการสนทนากลุ่ม 2 ชั่วโมง

3.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของแบบสอบถาม ลงรหัสข้อมูล และบันทึกข้อมูล

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Binary logistic regressions)

4.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการตีความสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (Analytic induction) เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นมาวิเคราะห์เพื่อหาบทสรุปร่วมกันของเรื่องนั้น

สรุปผลการวิจัย

1. คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 222 ราย ร้อยละ 93.7 อายุเฉลี่ย 58.54 ปี อายุต่ำสุด 21 ปี สูงสุด 83 ปี มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 80.2 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 70.5 รองลงมาคือมัธยมศึกษา ร้อยละ 12.2 ประกอบอาชีพหลักเกษตรกร ร้อยละ 54.0 และมีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 44.3 มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ทุกวัน ร้อยละ 93.7 โดยเฉลี่ยวันละ 11-15 มวน และมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 59.1 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 24.5 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของ

การเสพยาโคตินในระดับสูง จำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 46.0 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 191 คน คิดเป็นร้อยละ 80.6 มีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลิกสูบบุหรี่ ในระดับปานกลาง จำนวน 154 คน คิดเป็นร้อยละ 65.0

การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 150 คน คิดเป็นร้อยละ 63.3 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความตั้งใจเลิกบุหรี่ในระดับสูง จำนวน 131 คน คิดเป็นร้อยละ 55.3 ดังข้อมูลในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=237)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	222	93.7
หญิง	15	6.3
อายุ (Mean = 58.54, SD = 11.92, Min = 21, Max = 83)		
สถานภาพสมรส		
โสด	17	7.2
คู่	190	80.2
หม้าย/หย่า/แยก	30	12.6
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	23	9.7
ประถมศึกษา	167	70.5
มัธยมศึกษา	29	12.2
ปวช./ปวส.	14	5.9
ปริญญาตรี/เทียบเท่า	4	1.7
อาชีพหลัก		
รับจ้างทั่วไป	66	27.8
เกษตรกร	128	54.0
พนักงาน/ลูกจ้างบริษัท/โรงงาน	10	4.2
ค้าขาย/ประกอบธุรกิจของตนเอง	14	5.9
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	3	1.3
อื่น ๆ (นักบวช,ไม่ได้ทำงาน,แม่บ้าน)	16	6.8
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	105	44.3
5,001 – 10,000 บาท	100	42.2
10,001 – 15,000 บาท	28	11.8
15,001 – 20,000 บาท	4	1.7
ความถี่ในการสูบบุหรี่		
ทุกวัน	222	93.7
วันเว้นวัน	7	3.0
สัปดาห์ละ 2 – 3 ครั้ง	4	1.7
สัปดาห์ละครั้ง	1	0.4
น้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง	3	1.2

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปริมาณการสูบบุหรี่โดยเฉลี่ย (Mean = 13.66, SD = 6.64, Min = 1, Max = 40)		
โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
โรคความดันโลหิตสูง	140	59.1
โรคเบาหวาน	58	24.5
โรคหลอดเลือดสมอง	7	3.0
โรคหัวใจและหลอดเลือด	2	0.8
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	4	1.7
โรคหอบหืด	4	1.7
อื่น ๆ (เก๊าท์, ไขมันในเลือดสูง, จิตเวช, ไต, ไทรอยด์, วัณโรค)	27	11.4
ระดับความรุนแรงของการเสพติดนิโคติน		
สูง	109	46.0
ปานกลาง	65	27.4
ต่ำ	63	26.6
เจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่		
บวก	36	15.2
ปานกลาง	191	80.6
ลบ	10	4.2
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลิกสูบบุหรี่		
สูง	55	23.2
ปานกลาง	154	65.0
ต่ำ	28	11.8
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่		
สูง	33	13.9
ปานกลาง	150	63.3
ต่ำ	54	22.8
ความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่		
สูง	131	55.3
ต่ำ	106	44.7

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบทวิภาค พบว่า เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระอื่นๆ ที่เข้าสมการให้คงที่แล้วที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอายุที่เพิ่มขึ้น มีโอกาสที่จะมีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่มากกว่าผู้ป่วย

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอายุที่น้อยกว่า ร้อยละ 5 (OR = 0.955) ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีรายได้ระหว่าง 5,001–10,000 บาท มีโอกาสที่จะมีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่น้อยกว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 76.90 (OR = 0.231) ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา มีโอกาสที่จะมีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่มากกว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ไม่ได้เรียนหรือมีระดับการศึกษาประถมศึกษา 5.32 เท่า (OR = 5.321) และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ติดนิโคตินระดับสูง มีโอกาสที่จะ

มีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ย่อยกว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ติดนิโคตินระดับน้อย ร้อยละ 78.70 (OR = 0.213) ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีเจตคติต่อการเลิกบุหรี่เชิงลบ มีโอกาสที่จะมีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ย่อยกว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีเจตคติต่อการเลิกบุหรี่เชิงบวก ร้อยละ 68.2 (OR = 0.318) ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลิกสูบบุหรี่ในระดับต่ำมีโอกาที่จะมีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ย่อยกว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลิกสูบบุหรี่ในระดับสูง ร้อยละ 76.4 (OR = 0.236) และ

ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ในระดับต่ำ มีโอกาสที่จะมีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ย่อยกว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ในระดับสูง ร้อยละ 99.20 (OR = 0.008) โดยตัวแปรอิสระทั้ง 28 ตัว สามารถร่วมกันอธิบายความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่มากถึงร้อยละ 58.0 ($R^2 = 0.580$) ส่วนอีกร้อยละ 42.0 อธิบายได้ด้วยตัวแปรอื่นที่ไม่ได้อยู่สมการดังข้อมูลในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร (ตัวแปรตาม คือ 1=ความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่สูง 0=ความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ต่ำ) (n=237)

ตัวแปร	B	Odds Ratio	p-value
อายุ	-0.046	0.955*	0.037
รายได้ต่อเดือน (กลุ่มอ้างอิง : รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท)			
5,001 – 10,000 บาท	-1.467	0.231*	0.002
ระดับการศึกษา (กลุ่มอ้างอิง : ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา)			
มัธยมศึกษา	1.672	0.049*	5.321
ระดับความรุนแรงของการเสพติดนิโคติน (กลุ่มอ้างอิง : ติดนิโคตินระดับต่ำ)			
ติดนิโคตินระดับปานกลาง	-1.486	0.226*	0.018
ติดนิโคตินระดับสูง	-1.546	0.213*	0.013
เจตคติต่อการเลิกบุหรี่ (กลุ่มอ้างอิง : เจตคติต่อการเลิกบุหรี่เชิงบวก)			
เจตคติต่อการเลิกบุหรี่ในระดับปานกลาง	-1.256	0.352*	0.012
เจตคติต่อการเลิกบุหรี่เชิงลบ	-1.448	0.318*	0.015
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลิกสูบบุหรี่ (กลุ่มอ้างอิง : ระดับสูง)			
ระดับปานกลาง	-1.723	0.215*	0.024
ระดับต่ำ	-1.628	0.236*	0.021
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (กลุ่มอ้างอิง : ระดับสูง)			
ระดับปานกลาง	-4.824	0.008**	0.000
ระดับต่ำ	-2.488	0.083*	0.049

-2Log Likelihood (-2LL) = 191.356 $R^2 = 0.580$

* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

3. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการดำเนินการสนทนากลุ่มร่วมกับภาคีเครือข่าย และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า แรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่วนใหญ่มาจากการครอบครั

สภาพแวดล้อมที่สูบบุหรี่ และผลกระทบต่อสุขภาพจากการสูบบุหรี่ ซึ่งหากครอบครัวให้กำลังใจ และเมื่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังเข้าใจผลกระทบต่อสุขภาพจากการสูบบุหรี่ของตนเอง เข้าใจประโยชน์จากการเลิกสูบบุหรี่ก็จะทำให้

มีแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่มากขึ้น และมีความมุ่งมั่นตั้งใจ และเข้าใจวัตถุประสงค์ในการเลิกของตนเองก็จะสามารถเลิกบุหรี่ได้ แต่ผู้ป่วยบางรายก็ยังไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ เนื่องจากวิถีชีวิตประจำวันที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงสังคมที่สูบบุหรี่ได้ เช่น สังคมสังสรรค์ที่สูบบุหรี่ดื่มสุรา รวมทั้งผู้ป่วยยังมีทัศนคติว่า การสูบบุหรี่ทำให้สมองทำงานได้ดี เมื่อไม่ได้สูบบุหรี่จะไม่สามารถทำงานได้เหมือนปกติ และผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มจึงได้เสนอแนวทางการพัฒนาความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ โดยการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ให้กับผู้ป่วย เช่น การนำคนในครอบครัวเข้ามาทำกิจกรรมร่วมกัน นำผู้ที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มาเป็นตัวอย่าง ถ่ายทอดประสบการณ์ เรื่องราวเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ และเมื่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ จะมีการมอบเกียรติบัตรเชิดชูให้เป็นเกียรติกับครอบครัว และควรมีการติดตามผลการเลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งชุมชนควรมีกำหนดมาตรการทางสังคมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และบtlongโทษ โดยในการพัฒนาความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานของรัฐ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ที่สูบบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้

สรุปอภิปรายผลการวิจัย

ในการอภิปรายผล ดำเนินการอภิปรายตามวัตถุประสงค์การศึกษา ตลอดจนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. ประเมินความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูบบุหรี่ในอำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร

ในการศึกษาครั้งนี้มีการประเมินความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ในระดับสูง จำนวน 131 คน คิดเป็นร้อยละ 55.3 มีค่าคะแนนมีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่เฉลี่ยเท่ากับ 2.81 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.97 สอดคล้อง⁽⁴⁾ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ใน 1 เดือนข้างหน้าอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 22.9 เช่นเดียวกับผลการศึกษา⁽⁵⁾ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับมาก ($M = 3.935$, $SD = 0.761$) ซึ่งจากทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน⁽⁶⁾ อธิบายไว้ว่า ความตั้งใจ

เป็นตัวชี้วัดความพร้อมของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรม โดยปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมขึ้นกับเจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ซึ่งหากผู้ต้องการเลิกสูบบุหรี่มีเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ในระดับสูงจะสามารถมีพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

2. ศึกษาความสัมพันธ์ของลักษณะส่วนบุคคล เจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ การคล้อยตาม กลุ่มอ้างอิง ในการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ต่อความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูบบุหรี่ในอำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูบบุหรี่ในอำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร พบว่า อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ระดับความรุนแรงของการเสพสารนิโคติน เจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลิกสูบบุหรี่ และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยอายุ พบว่า หากผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอายุที่เพิ่มขึ้น มีโอกาสที่จะมีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่มากกว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอายุน้อยกว่า ร้อยละ 5 ($OR = 0.955$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา⁽⁷⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของชาวจีนวัยผู้ใหญ่ พบว่า ผู้ที่มีอายุมากกว่า 25 ปี จะมีความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ในอีก 1 ปีข้างหน้าสูง เป็น 2.85 เท่า ($95\%CI = 1.25 - 6.50$) ของผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 25 ปี เช่นเดียวกับการศึกษา⁽⁸⁾ ที่พบว่า อายุเป็นปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความเป็นไปได้ว่าผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุมากจะเลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย

ปัจจัยระดับการศึกษา พบว่า หากผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา มีโอกาสที่จะมีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่มากกว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ไม่ได้เรียนหรือมีระดับการศึกษาประถมศึกษา 5.32 เท่า ($OR = 5.321$) สอดคล้องกับการศึกษา⁽⁹⁾ ที่พบว่าระดับ

การศึกษา มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของ พลทหาร เช่นเดียวกับการศึกษา⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$) อาจเนื่องมาจาก ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่เป็นการวัดความรู้สึกต่อ พฤติกรรมที่จะกระทำโดยการที่บุคคลจะตัดสินใจว่า การกระทำใดดีหรือไม่ดี ก็ขึ้นอยู่กับความรู้เป็นองค์ประกอบ

ปัจจัยรายได้ พบว่า หากผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่มีรายได้ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท มีโอกาสที่จะมีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่น้อยกว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 76.90 ($OR = 0.231$) เช่นเดียวกับการศึกษา⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า รายได้เป็นปัจจัยหนึ่งที่มี ผลต่อความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ และเช่นเดียวกับ⁽¹¹⁾ ที่พบว่า รายได้มีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จของประชากรไทย ในทุกกลุ่มวัย กล่าวคือ ผู้ที่มีรายได้อยู่ในเกณฑ์ยากจน มีแนวโน้มที่เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จสูงกว่าผู้ที่มีรายได้เหนือ เกณฑ์ยากจน 1.14 เท่า อาจเนื่องจากสถานะเศรษฐกิจ ในปัจจุบัน และบุหรี่มีราคาแพง ทำให้ผู้ที่มีรายได้น้อยไม่ สามารถซื้อบุหรี่และทำให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จมากกว่าผู้ที่มี กำลังในการซื้อบุหรี่

ปัจจัยระดับความรุนแรงของการเสพติดนิโคติน พบว่า หากผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ติดนิโคตินระดับสูง มีโอกาสที่จะมีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่น้อยกว่าผู้ป่วยโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังที่ติดนิโคตินระดับน้อย ร้อยละ 78.70 ($OR = 0.213$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา⁽¹²⁾ ที่พบว่า การติดสารนิโคตินในระดับต่ำมีผลต่อระดับความตั้งใจ เลิกสูบบุหรี่ที่มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR=2.10$, $95\%CI=1.08-4.07$)

ส่วนปัจจัยด้านเจตคติต่อการเลิกบุหรี่การคล้อยตาม กลุ่มอ้างอิงในการเลิกสูบบุหรี่ และการรับรู้ความสามารถ ในการควบคุมพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ กับความตั้งใจเลิกบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) สอดคล้อง⁽¹³⁾ พบว่า เจตคติต่อการเลิก สูบบุหรี่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลิกสูบบุหรี่ และ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ของข้าราชการตำรวจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01เช่นเดียวกับการศึกษา⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่

ในปัจจุบันด้านทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ได้แก่ เจตคติเชิง บวกต่อการเลิกสูบบุหรี่ ($OR=2.31$, $95\%CI=1.32-4.04$) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในระดับที่สูงขึ้น ($OR=3.59$, $95\%CI=1.65-7.82$) การรับรู้ในการควบคุมพฤติกรรม ที่มากขึ้น ($OR=2.47$, $95\%CI=1.34-4.56$) เช่นเดียวกับการศึกษา⁵ ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของทหารกองประจำการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การรับรู้ ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ ($r = 0.611$) และเจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ ($r = 0.347$)

3. ศึกษาแนวทางการสร้างแรงจูงใจในการเลิก สูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูบบุหรี่ใน อำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร

แนวทางการพัฒนาความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอสามง่าม จังหวัด พิจิตร โดยเกิดจากการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานของรัฐ ซึ่งออกแบบวางแผนร่วมกันเพื่อให้ ได้กิจกรรมที่เหมาะสมตามบริบทของชุมชน เริ่มจากการ จัดกิจกรรมเพื่อสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ให้กับผู้ป่วย เช่น นำคนในครอบครัวมาเป็นแรงบันดาลใจในการเลิกบุหรี่ ให้บุคคลที่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จมาถ่ายทอด ประสบการณ์และเป็นตัวอย่าง (Role model) และสร้าง แรงจูงใจโดยการมอบเกียรติบัตรเชิดชูให้กับผู้เลิกบุหรี่ ได้สำเร็จ และทุกกิจกรรมควรให้คนในครอบครัวเข้าร่วม ด้วยทุกกิจกรรมเช่นเดียวกันกับการศึกษา⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า การใช้บุคคลตัวอย่างมาถ่ายทอดประสบการณ์ รวมทั้ง ธารณะสร้างกระแสในชุมชน สร้างกิจกรรมโดยให้คนใน ครอบครัวมาให้กำลังใจเชิงบวก ช่วยสร้างแรงจูงใจให้กับ ผู้ที่เลิกบุหรี่ รวมทั้งชุมชนต้องกำหนดนโยบายทางสังคม เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพโดยองค์การปกครอง ท้องถิ่นและผู้นำชุมชน เช่น ห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ งานบุญ/งานศพปลอดบุหรี่ หากใครปฏิบัติตามมาตรการ ให้ความร่วมมือก็จะได้รับรางวัล แต่หากไม่ปฏิบัติตาม มาตรการ จะต้องมียกโทษ เช่นเดียวกันกับการศึกษา ของ⁽¹⁵⁾ ที่พบว่า การพัฒนาหมู่บ้านต้นแบบลดและเลิกบุหรี่ โดยชุมชนมีส่วนร่วม โดยให้ชุมชนกำหนดและประกาศ ใช้นโยบายสาธารณะเพื่อแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ของ ชุมชน และสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเลิกบุหรี่ โดย

ประกาศพื้นที่สาธารณะปลอดบุหรี่และครอบคลุมถึงสถานที่ส่วนบุคคล ได้แก่ บ้านแกนน้า ชุมชน และบ้านผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ และมีการลงนามสัญญาการลดและเลิกบุหรี่ การตั้งศูนย์ให้คำปรึกษาการลดและเลิกบุหรี่ของชุมชน รวมทั้งกำหนดนโยบายสาธารณะและมีบทลงโทษผู้ที่ไม่ปฏิบัติตามกฎ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1.1 ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ สามารถนำข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ด้านอายุ ระดับการศึกษา รายได้ และระดับความรุนแรงของการเสพติดนิโคติน มาใช้สำหรับวางแผนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่มากขึ้น

1.2 สามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการจัดโปรแกรมหรือกิจกรรมที่เกี่ยวกับเลิกสูบบุหรี่ โดยคำนึงถึงปัจจัยเจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ เช่น ให้ความรู้เกี่ยวกับผลเสียหรือโทษจากการสูบบุหรี่ โดยเน้นเรื่องค่าใช้จ่ายที่ต้องสูญเสียไปกับบุหรี่ และกลุ่มบุคคลที่สามารถช่วยให้ตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ได้ เพื่อใช้ในการประเมินและพิจารณาแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่มากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรทำการศึกษาเกี่ยวกับประชากรโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลุ่มโรคอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ เช่น โรคระบบทางเดินอาหาร โรคระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น เพื่อให้ได้ข้อมูลสรุปอ้างอิงที่กว้างขวางขึ้น

2.2 ควรมีการศึกษารูปแบบการให้ความรู้หรือโปรแกรมที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ เช่น การจัดกิจกรรมกลุ่ม การให้ความรู้ การให้คำปรึกษา เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาและความร่วมมือของผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายบริการสุขภาพปทุมภูมิอำเภอสามง่าม

ที่กรุณาสละเวลามาให้ข้อมูล ทำให้ได้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษานี้ และขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากโรงพยาบาลสามง่ามและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ผู้วิจัยและคณะหวังว่า งานวิจัยฉบับนี้จะมีประโยชน์อยู่ไม่น้อย จึงขอมอบส่วนดี ทั้งหมดนี้ให้แก่เหล่าคณาจารย์ที่ได้ประสิทธิประสาทวิชาจนทำให้ผลงานวิจัยเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่เกี่ยวข้องและขอขอบคุณความกรุณาทุกประการแต่บิดา มารดาและผู้มีพระคุณทุกท่าน สำหรับข้อบกพร่องต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นนั้น ผู้วิจัยขอน้อมรับผิดเพียงผู้เดียว และยินดีที่จะรับฟังคำแนะนำจากทุกท่านที่ได้เข้ามาศึกษาเพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนางานวิจัยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Centers for Disease Control, CDC A report of the Surgeon General: How tobacco smoke causes disease. (database on the Internet). 2021 (cited 2018 April 25). Available from: <http://www.cdc.gov/tobacco>; 2015.
2. คลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC). ข้อมูลการป่วยจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ของประชากร ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป. สืบค้นจาก <https://pct.hdc.moph.go.th>.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. ข้อมูลสุขภาพผู้รับบริการโรคเรื้อรังที่เข้ารับบริการในสถานบริการ ในเขตอำเภอสามง่าม. สืบค้นจาก <https://pct.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>; 2564.
4. จุฑารัตน์ อยู่สุขเจริญ. ปัจจัยทำนายความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.
5. พรวิทย์ ยังปักซี่ และคณะ. ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของทหารกองประจำการในกรุงเทพมหานคร.วารสารพยาบาล, 68; 2562: (2), 9-16.
6. Ajzen, I. From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J.

- Beckman (Eds.), Action-control: From cognition to behavior (pp.11-39). Heidelberg: Springer; 1985.
7. Yang M, Essien EJ, Sansgiry SS, Wu I-H, Peters RJ, Abughosh S. Predictors of intention to quit cigarette smoking among Chinese adults. *Journal of Behavioral Health*. 1; 2012: (2), 93-101.
 8. สุนิดา ปรีชาวงษ์. ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558
 9. จินตนา แก่นจันทร์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพลทหารสังกัดกรมทหารราบ ที่ 1 มหาดเล็กรักษาพระองค์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2556.
 10. ศิริภัสสร กุลศรี. ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่เข้ารับบริการในคลินิกอดบุหรี่ของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต; 2560.
 11. สรพงษ์ เจริญกฤตยาวิทย์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จของประชากรไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2550.
 12. ศิวาพัชญ์ ปุณยกุลเศรษฐ์, รัชฎาภรณ์ ขาญสาธิตพร และภรณ์ วัฒนสมบุญ. ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ในข้าราชการตำรวจเขตภาคกลาง ประเทศไทย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*; 2562: 28 (6), 1029-1039.
 13. เหมิกาพาห. ปัจจัยทำนายความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ของข้าราชการตำรวจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
 14. รัชณี มิตกิตติและอัญชัญ เกียรติพรศักดิ์. การช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่ในชุมชนโดยสร้างการมีส่วนร่วมจากประชาคม. *วารสารการพยาบาล*, 60(1). 2552; 62-76.
 15. สมภพ แสงจันทร์และคณะ. หมู่บ้านต้นแบบลดและเลิกบุหรี่ โดยชุมชนมีส่วนร่วม บ้านหนองย่างขึ้น หมู่ที่ 7 ตำบลหนองย่างขึ้น อำเภอรณนคร จังหวัดนครพนม. สืบค้นจาก [http://www.trc.or.th/trcresearch/pdf/files/ART%2014/cat14%20\(5\).pdf](http://www.trc.or.th/trcresearch/pdf/files/ART%2014/cat14%20(5).pdf); 2556.

แนวทางการพัฒนาคุณภาพน้ำประปาหมู่บ้าน ในพื้นที่ผลกระทบ จากโครงการประตูระบายน้ำ จังหวัดพิจิตร ปี 2563

(Proposed Guidelines for Developing the village Water supply in the
area affected by the floodgate project, Phichit Province, 2020)

สมศักดิ์ ผลประเสริฐศรี ส.บ.

ไพฑูรย์ คันทัพ ส.บ., อรวีร์ พลอาจ วท.บ.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงคุณภาพน้ำประปาในด้านกายภาพ เคมี และชีวภาพ เปรียบเทียบคุณภาพน้ำประปากับเกณฑ์คุณภาพน้ำประปาดื่มได้ของกรมอนามัย พ.ศ. 2553 ศึกษาคุณภาพของระบบประปาหมู่บ้านและการใช้ประโยชน์น้ำประปาเพื่อการอุปโภคบริโภคของประชาชนผู้ใช้น้ำ และนำเสนอแนวทางการพัฒนาและการปรับปรุงคุณภาพน้ำประปา โดยศึกษาผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำประปาทางห้องปฏิบัติการจากฐานข้อมูลทุติยภูมิ ใช้แบบประเมินและแบบสอบถามเก็บข้อมูลจากระบบประปาหมู่บ้าน 10 ระบบ และกลุ่มตัวอย่าง 97 ครัวเรือนวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Weighting score method

ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพน้ำประปาต้นท่อและปลายท่อ ด้านกายภาพ ด้านโลหะหนักทั่วไป และด้านแบคทีเรียไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำประปาดื่มได้ของกรมอนามัย พ.ศ. 2553 ร้อยละ 60 90 และ 100 ตามลำดับ ผลการประเมินคุณภาพระบบประปาหมู่บ้านร้อยละ 100 อยู่ในเกณฑ์การประเมินระดับพอใช้ โดยด้านระบบประปา ด้านการควบคุมการผลิตและบำรุงรักษาระบบประปา ด้านปริมาณน้ำ แรงดันน้ำและคุณภาพน้ำประปา และด้านการบริหารจัดการระบบประปา อยู่ในเกณฑ์การประเมินระดับปรับปรุง ในขณะที่ระดับความพึงพอใจของประชาชนผู้ใช้น้ำประปาในภาพรวมพบว่า มีระดับความ พึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง ด้วยค่าเฉลี่ย 3.02 เมื่อพิจารณาผลการประเมินคุณภาพระบบประปาร่วมกับผลการวิเคราะห์คุณภาพน้ำประปา พบว่าควรพัฒนาคุณภาพน้ำประปาตามหลักเกณฑ์และมาตรฐานคุณภาพระบบประปาหมู่บ้าน กรมทรัพยากรน้ำ

คำสำคัญ : คุณภาพน้ำประปา, ระบบประปา

Abstract

The objectives of this study is to know the quality of water supply in the physical, chemical and biological. Conformed water supply quality with the drinking water quality standard criteria, Department of Health, 2010. To study the quality of the village water supply system and the utilization of water supply for consumption by water users. And presenting guidelines for the development and improvement of water supply quality by studying the results of laboratory analysis of water supply quality from the secondary database an assessment form a questionnaire were used to collect data from 10 village water supply systems and a sample of 97 households. The data were analyzed by descriptive statistics and Weighting score method.

The results of the study found that quality of water supply upstream and downstream, physical aspect, heavy metal aspect and bacteria did not meet the standards for drinking water quality of the Department of Health 2010, 60, 90 and 100 percent, respectively. 100% of the village water supply system quality assessment results were in the fair level assessment criteria. By the water supply system production control and maintenance of water supply systems the amount of water pressure and water quality and the management of water supply systems in the assessment criteria for improvement. While the overall satisfaction level of the people who use water supply was found that the satisfaction level was at a moderate level. With an average of 3.02 when considering the results of the water quality assessment together with the results of the analysis water quality. It was found that water supply quality should be improved according to the rules and standards of the village water supply system. Department of Water Resources.

Key words : Water Supply Quality, Water Supply Production Process

บทนำ

น้ำเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญยิ่งต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์และสิ่งมีชีวิตทุกชนิด เพื่อนำไปใช้ในการดำรงชีวิต การจัดหา น้ำสะอาดเพื่อใช้ในการอุปโภค บริโภคเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนควรได้รับอย่างมีคุณภาพและทั่วถึง ดังนั้นรัฐจึงมีหน้าที่ในการจัดสรรให้ประชาชนมีน้ำสะอาดสำหรับเป็นน้ำดื่ม น้ำใช้อย่างเพียงพอ⁽¹⁾ โครงการประตุระบายน้ำในพื้นที่จังหวัดพิจิตร ดำเนินการก่อสร้างในพื้นที่ 2 อำเภอ คือ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง ตำบลวังจิก ได้แก่ ประตุระบายน้ำโพธิ์ประทับช้าง และประตุระบายน้ำบ้านวังจิก อำเภอสามง่าม ตำบลกำแพงดิน ได้แก่ ประตุระบายน้ำท่าแห ซึ่งพื้นที่ก่อสร้างโครงการครอบคลุม 10 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 5 หมู่ที่ 6 หมู่ที่ 7 หมู่ที่ 8 และหมู่ที่ 9 ของพื้นที่ตำบลวังจิก หมู่ที่ 7 หมู่ที่ 8 หมู่ที่ 10 หมู่ที่ 11 และหมู่ที่ 12 ของพื้นที่ตำบลกำแพงดิน โดยพื้นที่โครงการตั้งอยู่ในที่ราบลุ่มน้ำยมซึ่งเป็นพื้นที่ชุ่มน้ำที่มีความสำคัญระดับนานาชาติ โดยมีแม่น้ำยมเป็นลำน้ำสายหลัก ซึ่งปัจจุบันสภาพพื้นที่ส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงการใช้ประโยชน์เป็นพื้นที่เกษตรและชุมชน ในขณะที่บริเวณหนองน้ำ และบึงตามธรรมชาติมีสภาพตื้นเขิน การก่อสร้างโครงการประตุระบายน้ำในพื้นที่พิจิตรจะช่วยให้การกักเก็บน้ำในแม่น้ำยม และการทดแทนน้ำเข้าลำน้ำสาขามีปริมาณน้ำเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในฤดูแล้ง ซึ่งเป็นการเพิ่มคุณค่าด้านการใช้ประโยชน์สำหรับการอุปโภค บริโภค การเกษตร และแหล่งทำการประมงของประชาชนในพื้นที่⁽²⁾

รวมทั้งช่วยลดปัญหาการขาดแคลนน้ำเพื่อการอุปโภคบริโภคของประชาชน ในปีงบประมาณ 2563 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ได้ดำเนินการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำประปาหมู่บ้านในพื้นที่ จำนวน 20 แห่ง ซึ่งผลการตรวจวิเคราะห์และทดสอบคุณภาพน้ำ ด้านกายภาพ พบว่าคุณภาพน้ำประปาหมู่บ้านทั้งหมดไม่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน คุณภาพน้ำบริโภคของกรมอนามัย จะต้องปรับปรุงให้ดีขึ้น โดยมีค่าความขุ่นของตัวอย่างไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน น้ำประปาดื่มได้ของกรมอนามัย พ.ศ.2553 ด้านเคมี พบว่าปริมาณฟลูออไรด์ ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ปริมาณเหล็กหลายแห่งไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ และปริมาณแมงกานีส พบว่าทุกจุดเก็บตัวอย่างมีค่าเกินเกณฑ์คุณภาพน้ำประปาดื่มได้ของกรมอนามัย พ.ศ.2553 และการตรวจสอบด้านชีวภาพ ยังพบว่าปริมาณโคลิฟอร์มแบคทีเรียและฟิคัลโคลิฟอร์มแบคทีเรียทุกจุดเก็บตัวอย่างเกินเกณฑ์คุณภาพน้ำประปาดื่มได้ของกรมอนามัย พ.ศ.2553⁽³⁾

จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญของการจัดหาน้ำสะอาดเพื่อใช้ในการอุปโภคบริโภค และการผลิตน้ำประปาที่มีประสิทธิภาพในการกำจัดสารปนเปื้อนหรือสิ่งที่เจือปนมากับน้ำดิบ อันเป็นการลดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนที่เกิดการเจ็บป่วยจากโรคที่เกิดจากอาหารและน้ำเป็นสื่อทั้งในระสั้นและในระยะยาว ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบคุณภาพน้ำประปาด้านกายภาพ เคมี และชีวภาพของระบบประปาหมู่บ้านเปรียบเทียบกับเกณฑ์คุณภาพ

น้ำประปาดื่มได้ของกรมอนามัย พ.ศ.2553 เพื่อศึกษาคุณภาพของระบบประปาหมู่บ้าน และการใช้ประโยชน์น้ำประปาเพื่อการอุปโภคบริโภคของประชาชนผู้ใช้น้ำจากระบบประปาหมู่บ้านในพื้นที่ผลกระทบจากโครงการประตุน้ำ จังหวัดพิจิตร ปี 2563 เพื่อนำผลที่ได้มาวิเคราะห์และเสนอเป็นแนวทางพัฒนาคุณภาพน้ำประปาหมู่บ้าน ในพื้นที่ผลกระทบจากโครงการประตุน้ำ จังหวัดพิจิตร ปี 2563 ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อทราบถึงคุณภาพน้ำประปาด้านกายภาพเคมีและชีวภาพ ของระบบประปาหมู่บ้านในพื้นที่ผลกระทบจากโครงการประตุน้ำ จังหวัดพิจิตร ปี 2563
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพน้ำประปาของหมู่บ้านในพื้นที่ผลกระทบจากโครงการประตุน้ำ จังหวัดพิจิตร ปี 2563 กับเกณฑ์คุณภาพน้ำประปาดื่มได้ของกรมอนามัย พ.ศ.2553
3. เพื่อศึกษาคุณภาพของระบบประปาหมู่บ้าน และการใช้ประโยชน์น้ำประปาเพื่อการอุปโภคบริโภคของประชาชนผู้ใช้น้ำจากระบบประปาหมู่บ้านในพื้นที่ผลกระทบจากโครงการประตุน้ำ จังหวัดพิจิตร ปี 2563
4. เพื่อเสนอแนวทางพัฒนาและการปรับปรุงคุณภาพน้ำของระบบประปาหมู่บ้านในพื้นที่ผลกระทบจากโครงการประตุน้ำ จังหวัดพิจิตร ปี 2563

วิธีการดำเนินการวิจัย

พื้นที่การศึกษา ประกอบด้วย ระบบประปาหมู่บ้านที่อยู่ภายในพื้นที่ผลกระทบจากโครงการประตุน้ำ จังหวัดพิจิตร ปี 2563 จำนวน 10 หมู่บ้าน คือ หมู่ที่ 5 หมู่ที่ 6 หมู่ที่ 7 หมู่ที่ 8 และหมู่ที่ 9 ของพื้นที่ตำบลวังจิก อำเภอโพธิ์ประทับช้าง และหมู่ที่ 7 หมู่ที่ 8 หมู่ที่ 10 หมู่ที่ 11 และหมู่ที่ 12 ของพื้นที่ตำบลกำแพงดิน อำเภอสามง่าม

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัย คือ

- 1) ระบบประปาหมู่บ้านที่ดำเนินการโดยคณะกรรมการหมู่บ้าน หรือผู้นำชุมชนเป็นผู้ดูแล บริหาร และจัดการ ในรูปแบบคณะกรรมการหมู่บ้านที่มีคุณภาพน้ำไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานน้ำประปาดื่มได้ของ

กรมอนามัย พ.ศ. 2553 ทั้งหมด (100%) จำนวน 10 แห่ง

- 2) คณะกรรมการหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน หรือผู้ดูแล บริหาร และจัดการระบบประปาหมู่บ้านในพื้นที่ผลกระทบจากโครงการประตุน้ำ จังหวัดพิจิตร ปี 2563 ทั้งหมด (100%) จำนวน 10 คน

- 3) ประชาชนผู้ใช้น้ำจากระบบประปาหมู่บ้านในพื้นที่ผลกระทบจากโครงการประตุน้ำ จังหวัดพิจิตร ปี 2563 ในพื้นที่ทั้ง 10 หมู่บ้าน จำนวน 97 ครัวเรือน

การศึกษานี้ทำการแบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

- 1) รวบรวมข้อมูลผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำประปาทางห้องปฏิบัติการของตัวอย่างน้ำประปาหมู่บ้าน จากฐานข้อมูลทุติยภูมิ และนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานน้ำประปาดื่มได้ของกรมอนามัย พ.ศ.2553

- 2) สืบหาข้อมูลและประเมินคุณภาพระบบประปาหมู่บ้าน ในพื้นที่ผลกระทบจากโครงการประตุน้ำ จังหวัดพิจิตร ปี 2563 ทุกแห่งที่มีคุณภาพน้ำไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานน้ำประปาดื่มได้ของกรมอนามัย พ.ศ. 2553 โดยใช้แบบประเมินหลักเกณฑ์และมาตรฐานคุณภาพระบบประปาหมู่บ้านของกรมทรัพยากรน้ำบาดาลเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งหมด 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ข้อมูลมาตรฐานคุณภาพระบบประปาหมู่บ้าน ประกอบด้วย ด้านแหล่งน้ำดิบ ด้านระบบประปา ด้านการควบคุมการผลิตและการบำรุงรักษาระบบประปา ข้อมูลด้านปริมาณ ข้อมูลคุณภาพน้ำประปาและข้อมูลด้านการบริหารกิจการประปา 2 และส่วนที่ 3 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆ เพิ่มเติม

- 3) การสำรวจข้อมูลการใช้ประโยชน์น้ำประปาเพื่อการอุปโภคบริโภคของประชาชนผู้ใช้น้ำจากระบบประปาหมู่บ้านในพื้นที่ผลกระทบจากโครงการประตุน้ำ จังหวัดพิจิตร ปี 2563 โดยใช้แบบสอบถามทั้งหมด 4 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้น้ำ ตอนที่ 2 ข้อมูลการใช้ประโยชน์น้ำ ตอนที่ 3 ความพึงพอใจของประชาชนที่ใช้น้ำประปา และตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมของประชาชนผู้ใช้น้ำในการจัดการน้ำประปา

ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Validity) ของเครื่องมือโดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นพร้อมทั้ง

คำจำกัดความหรือนิยามปฏิบัติการของตัวแปรเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ซึ่งจากการให้คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญได้ค่า IOC อยู่ที่ 0.89 ซึ่งถือว่า แบบสอบถามมีความสมบูรณ์

ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือในภาคสนามกับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มประชากรครั้งนี้ จำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่า Alpha เท่ากับ .787

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

1) ผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำประปาทางห้องปฏิบัติการ วิเคราะห์และสรุปผลตามอ้างอิงตามประกาศของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เรื่องเกณฑ์คุณภาพน้ำประปาดื่มได้ พ.ศ.2553⁽⁴⁾ และตามมาตรฐาน Standard Methods for the Examination of Water and Wastewater Edition 23rd ed., 2017 APHA AWWA WEF⁽⁵⁾ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าดัชนีชี้วัดคุณภาพน้ำต่างๆ

2) ผลการประเมินคุณภาพระบบประปาหมู่บ้านวิเคราะห์โดยการกำหนดน้ำหนักคะแนน จากแบบประเมินคุณภาพในแต่ละข้อ เพื่อหาค่าถ่วงน้ำหนักหรือความสำคัญของแต่ละหลักเกณฑ์ แต่ละด้านโดยใช้วิธีกระบวนการวิเคราะห์เชิงลำดับขั้น Analytic hierarchy process (AHP method) และการคำนวณระดับคุณภาพระบบประปาหมู่บ้านโดยรวม โดยใช้วิธีสมการถ่วงน้ำหนัก (Weighting score method) โดยนำหลักเกณฑ์และมาตรฐานคุณภาพระบบประปาที่กำหนดไว้ มาจัดทำเป็นแบบประเมินคุณภาพระบบประปาหมู่บ้านเพื่อให้คะแนนระบบประปา แล้ววิเคราะห์ผลของคะแนน นำมาจัดค่าระดับจากผลการประเมิน เพื่อทราบระดับคุณภาพระบบประปาจากเกณฑ์ในแต่ละด้าน ซึ่งแบ่งระดับได้เป็น 5 ระดับดังนี้

- ระดับ A = ดีมาก ช่วงคะแนน 91-100 คะแนน
ระดับ B = ดี ช่วงคะแนน 81-90 คะแนน
ระดับ C = พอใช้ ช่วงคะแนน 51-80 คะแนน
ระดับ D = ปรับปรุง ช่วงคะแนน 31-50 คะแนน
ระดับ F = ปรับปรุงเร่งด่วน ช่วงคะแนน 0-31 คะแนน

3) ผลการใช้ประโยชน์น้ำประปาเพื่อการอุปโภคบริโภคของประชาชนผู้ใช้น้ำวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean: $\bar{X}$) และร้อยละ (Percentile) สำหรับการกำหนดเกณฑ์ในการวัดระดับความพึงพอใจนั้น ใช้วิธีการนำคะแนนสูงสุดคะแนนต่ำสุดและหารด้วยจำนวนขั้นตามหลักสถิติการวัดการกระจายข้อมูลเพื่อให้ได้ความกว้างของอันตรภาคชั้นซึ่งแบ่งได้เป็น 4 ระดับ ดังนี้

เกณฑ์การแปลผล ระดับความพึงพอใจ

คะแนน 3.26-4.00 ระดับความพึงพอใจ มาก

คะแนน 2.51-3.25 ระดับความพึงพอใจ ปานกลาง

คะแนน 1.76-2.50 ระดับความพึงพอใจ น้อย

คะแนน 1.00-1.75 ระดับความพึงพอใจ ไม่พอใจ

ผลการศึกษา

1. คุณภาพน้ำประปาด้านกายภาพ เคมี และชีวภาพ

1.1 คุณภาพน้ำประปาต้นท่อ

ผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำประปาต้นท่อทางห้องปฏิบัติการ ด้านกายภาพ พบว่า ค่าความเป็นกรด-ด่างผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 100 ค่าความขุ่นผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 60 และค่าสี ผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 80 ด้านเคมีทั่วไปผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 100 ด้านโลหะหนักทั่วไป ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 2 ดัชนี คุณภาพน้ำร้อยละ 100 ได้แก่ ค่าทองแดง และสังกะสี โดยมีค่าเหล็ก และค่าแมงกานีส ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 90 ด้านโลหะหนักสารพิษ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 100 ด้านแบคทีเรีย ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 100

1.2 คุณภาพน้ำประปาปลายท่อ

ผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำประปาปลายท่อทางห้องปฏิบัติการด้านกายภาพ ค่าความเป็นกรด-ด่างผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 100 ค่าความขุ่นผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 60 และค่าสี ผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 90 ด้านเคมีทั่วไปผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 100 ด้านโลหะหนักทั่วไป ผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 100 ได้แก่ ค่าแมงกานีส ทองแดง และสังกะสี โดยมีค่าเหล็ก ผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 90 ด้านโลหะหนักสารพิษ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 100 ด้านแบคทีเรียไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 100

2. คุณภาพน้ำประปาของหมู่บ้านเปรียบเทียบกับเกณฑ์คุณภาพน้ำประปาที่ได้ของกรมอนามัย พ.ศ.2553

2.1 คุณภาพน้ำประปาต้นท่อ

คุณภาพน้ำประปาต้นท่อโดยรวมร้อยละ 100 ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำประปาที่ได้ของกรมอนามัย พ.ศ.2553 จำนวน 20 ดัชนีคุณภาพน้ำ โดยมีดัชนีชี้วัดคุณภาพน้ำที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ได้แก่ โคลิฟอร์มแบคทีเรีย (Coliform bacteria) และฟีคัลโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (Faecal coliform bacteria) ร้อยละ 100 ความขุ่นร้อยละ 40 สีร้อยละ 20 เหล็กและแมงกานีสร้อยละ 10

2.2 คุณภาพน้ำประปาปลายท่อ

คุณภาพน้ำประปาปลายท่อโดยรวมร้อยละ 100 ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำประปาที่ได้ของกรมอนามัย พ.ศ.2553 จำนวน 20 ดัชนีคุณภาพน้ำ โดยมีดัชนีชี้วัดคุณภาพน้ำที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ได้แก่ โคลิฟอร์มแบคทีเรีย (Coliform bacteria) และฟีคัลโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (Faecal coliform bacteria) ร้อยละ 100 ความขุ่นร้อยละ 40 สีและเหล็กร้อยละ 10

3. คุณภาพของระบบประปาหมู่บ้าน และการใช้ประโยชน์น้ำประปาเพื่อการอุปโภคบริโภคของประชาชนผู้ใช้น้ำ

3.1 คุณภาพระบบประปาหมู่บ้าน

ระบบประปาหมู่บ้าน ส่วนใหญ่เป็นระบบประปาบาดาลแบบกรองน้ำบาดาล ร้อยละ 80 และเป็นประปาบาดาลแบบสูบน้ำตรงถึงน้ำใส ร้อยละ 20 ซึ่งเป็นบ่อน้ำบาดาลของกรมทรัพยากรน้ำบาดาล ร้อยละ 100 และส่วนใหญ่มีจำนวนหมู่บ้านที่ให้บริการน้ำ 1 หมู่บ้าน ร้อยละ 90 ให้บริการน้ำ 3 หมู่บ้านร้อยละ 10 ซึ่งผลการประเมินคุณภาพระบบประปาหมู่บ้าน พบว่าร้อยละ 100 อยู่ในเกณฑ์การประเมินระดับพอใช้ โดยมีคะแนนการประเมินรวมทั้ง 5 ด้าน อยู่ระหว่าง 2.68 – 3.91 คะแนน ผลการประเมินในภาพรวม คือ มีแหล่งน้ำดิบที่เพียงพอในการผลิตน้ำประปาได้ตลอดทั้งปี มีคุณภาพน้ำดิบที่สามารถปรับปรุงคุณภาพได้ มีระบบผลิตน้ำที่มีองค์ประกอบครบถ้วนสมบูรณ์แต่อาจมีสภาพที่ชำรุดรั่วซึมบ้างเล็กน้อย แต่ไม่มีปัญหาในการใช้งาน มีผู้ควบคุมการผลิตและผู้บริหารที่มีความรู้ความสามารถ แต่อาจจะยังไม่ได้รับการอบรมฯ

มีการควบคุมการผลิตน้ำประปาและการดูแลและบำรุงรักษาระบบประปาตามสภาพการใช้งาน แต่ยังไม่สม่ำเสมอ ปริมาณน้ำที่ผลิตได้เพียงพอกับความต้องการ และคุณภาพน้ำพอใช้เนื่องจากยังไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพน้ำประปาที่ได้ พ.ศ.2553 ของกรมอนามัย หรือยังไม่เคยส่งตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำในห้องปฏิบัติการ โดยมีผลการประเมินแยกรายด้าน ดังนี้

1) ด้านแหล่งน้ำดิบ พบว่า ระบบประปาหมู่บ้านร้อยละ 100 อยู่ในเกณฑ์การประเมินระดับดีมาก โดยมีคะแนน อยู่ระหว่าง 90 – 100 คะแนน โดยประเด็นปัญหาที่พบคือ คุณภาพน้ำดิบ มีความขุ่น มีกลิ่น และมีรสเค็มร้อยละ 50 และคุณภาพน้ำดิบมีรสเค็ม ร้อยละ 50

2) ด้านระบบประปา พบว่า ระบบประปาหมู่บ้านอยู่ในเกณฑ์การประเมินระดับปรับปรุงร้อยละ 10 ระดับพอใช้ ร้อยละ 80 และระดับดีร้อยละ 10 โดยมีประเด็นปัญหา 3 ประเด็นหลัก คือ ปัญหาระบบน้ำดิบ ร้อยละ 80 ปัญหาระบบผลิตน้ำร้อยละ 100 และมีปัญหา ระบบจ่ายน้ำร้อยละ 80

3) ด้านการควบคุมการผลิตและบำรุงรักษาระบบประปา พบว่า ระบบประปาหมู่บ้านอยู่ในเกณฑ์การประเมินระดับปรับปรุงร้อยละ 10 และระดับพอใช้ ร้อยละ 90 โดยมีประเด็นปัญหา 3 ประเด็นหลัก คือ ปัญหาด้านคุณสมบัติของผู้ควบคุมการผลิตและบำรุงรักษาระบบประปา ร้อยละ 70 และปัญหาการควบคุมการผลิตและบำรุงรักษาระบบประปาและปัญหาการซ่อมแซมหรือการเปลี่ยนอุปกรณ์และระบบควบคุมร้อยละ 100

4) ด้านปริมาณน้ำ แรงดันน้ำ และคุณภาพน้ำประปา พบว่า มีระบบประปาหมู่บ้านอยู่ในเกณฑ์การประเมินระดับปรับปรุงร้อยละ 20 และอยู่ในเกณฑ์การประเมินระดับพอใช้ร้อยละ 80 ซึ่งส่วนใหญ่มีประเด็นปัญหาน้ำไหลแรงเป็นบางเวลาและบางพื้นที่ ปัญหาเคยส่งตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำ ทางห้องปฏิบัติการแต่คุณภาพน้ำไม่ผ่านเกณฑ์ประปาที่ได้ พ.ศ.2553 กรมอนามัย และไม่มีการตรวจวัดปริมาณคลอรีนหลงเหลือ เป็นต้น

5) ด้านการบริหารกิจการระบบประปา พบว่า ระบบประปาหมู่บ้านอยู่ในเกณฑ์การประเมินระดับปรับปรุง ร้อยละ 20 ระดับพอใช้ร้อยละ 60 และระดับดีร้อยละ 20 โดยมีประเด็นปัญหา 4 ประเด็นหลัก คือ ปัญหา

ด้านการเงินและบัญชีร้อยละ 70 ปัญหาด้านสมาชิกผู้ใช้น้ำร้อยละ 80 และปัญหาด้านแบบแปลนหรือคู่มือร้อยละ 100

3.2 ผลการศึกษาการใช้ประโยชน์น้ำประปาเพื่อการอุปโภคบริโภคของประชาชนผู้ใช้น้ำ

ประชาชนผู้ใช้น้ำจากระบบประปาหมู่บ้านในพื้นที่ผลกระทบจากโครงการประตูระบายน้ำ จังหวัดพิจิตร ปี 2563 จำนวน 97 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.04 มีอายุ 61 ปีขึ้นไปร้อยละ 43.30 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาร้อยละ 59.79 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรร้อยละ 45.36 มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 48.45 โดยการใช้ข้อมูลอุปโภคบริโภคของประชาชนพบว่า แหล่งน้ำบริโภคที่ประชาชนใช้มากที่สุดคือน้ำถัง 20 ลิตรร้อยละ 51.55 รองลงมาคือน้ำดื่มบรรจุขวดร้อยละ 28.87 แหล่งน้ำอุปโภคที่ประชาชนใช้มากที่สุดคือน้ำประปาร้อยละ 98.97 โดยส่วนใหญ่ไม่ได้ปรับปรุงคุณภาพน้ำก่อนอุปโภคบริโภคร้อยละ 71.13 ในขณะที่ความพึงพอใจของน้ำที่ใช้ในการอุปโภคบริโภค ประชาชนมีความพึงพอใจด้านน้ำดื่มร้อยละ 97.94 ความพึงพอใจด้านน้ำใช้ร้อยละ 100 ประชาชนใช้น้ำประปาในการซักล้าง และอาบร้อยละ 98.97 ใช้รดน้ำต้นไม้ร้อยละ 94.85 ใช้ทำอาหารร้อยละ 31.96 และใช้ดื่มร้อยละ 20.62

ในขณะที่ระดับความพึงพอใจของประชาชนผู้ใช้น้ำในภาพรวมพบว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปาน

กลาง ด้วยค่าเฉลี่ย 3.02 โดยเมื่อพิจารณารายละเอียดพบว่า ความพึงพอใจต่อความเพียงพอของน้ำประปา ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.16$) ความพึงพอใจต่อการแก้ไขคุณภาพน้ำประปา ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.14$) ความพึงพอใจต่อความสม่ำเสมอและแรงดันน้ำประปา ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.13$) ความพึงพอใจต่อคุณภาพน้ำประปา ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.08$) และความพึงพอใจต่อความเชื่อมั่นต่อคุณภาพน้ำประปา ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.58$) ตามลำดับ สำหรับการมีส่วนร่วมของผู้ใช้น้ำในการจัดการน้ำประปาพบว่า ประชาชนร้อยละ 69.07 เคยมีส่วนร่วม โดยประชาชนส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารน้ำประปาจากเสียงตามสาย ร้อยละ 57.73 และได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านการประชุมของชุมชน ร้อยละ 49.48 สำหรับปัญหาคุณภาพน้ำประปาในปัจจุบันที่ประชาชนผู้ใช้น้ำประสบปัญหา 3 อันดับแรก คือ ปัญหาด้านความขุ่นและตะกอนร้อยละ 71.13 ปัญหาด้านกลิ่นและสีร้อยละ 43.30 และปัญหาด้านขาดแคลนน้ำ ร้อยละ 18.56 โดยประชาชนผู้ใช้น้ำร้อยละ 53.6 มีความพอใจในการจัดการและแก้ไขปัญหา น้ำประปา ในขณะที่ปัญหาคุณภาพน้ำประปาในอนาคตที่ประชาชนผู้ใช้น้ำคิดว่าจะประสบปัญหา 3 อันดับแรก คือ ปัญหาด้านความขาดแคลนน้ำไม่พอใช้ร้อยละ 56.70 ปัญหาด้านความขุ่นและตะกอนร้อยละ 54.64 และปัญหาด้านกลิ่นและสีร้อยละ 44.33

ตารางที่ 3.2 ผลการศึกษาการใช้ประโยชน์น้ำประปาเพื่อการอุปโภคบริโภคของประชาชนผู้ใช้น้ำ (n=97)

การใช้น้ำอุปโภคบริโภค	จำนวน	ร้อยละ
แหล่งน้ำบริโภค (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
- น้ำฝน	2	2.06
- น้ำประปา	21	21.65
- น้ำกรอง	2	2.06
- น้ำถัง 20 ลิตร	50	51.55
- น้ำดื่มบรรจุขวด	28	28.87
แหล่งน้ำอุปโภค (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
- น้ำฝน	1	1.03
- น้ำประปา	96	98.97
- น้ำกรอง	1	1.03
- น้ำถัง 20 ลิตร	2	2.06
การปรับปรุงคุณภาพน้ำก่อนใช้		
- ไม่ได้ปรับปรุง	69	71.13
- ปรับปรุง	28	28.87

การใช้น้ำอุปโภคบริโภค	จำนวน	ร้อยละ
ความเพียงพอของน้ำที่ใช้		
น้ำดื่ม		
เพียงพอ	95	97.94
ไม่เพียงพอ	2	2.06
น้ำใช้		
เพียงพอ	97	100
กิจกรรมที่ใช้น้ำประปามากที่สุด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
- ดื่ม	20	20.62
- ทำอาหาร	31	31.96
- ซักล้าง	96	98.97
- รดน้ำต้นไม้	92	94.85
- เลี้ยงสัตว์	7	7.22
- อื่นๆ	96	98.97

4.1 แนวทางการพัฒนาคุณภาพน้ำประปาด้านคุณภาพน้ำ

แนวทางการพัฒนาคุณภาพน้ำประปาด้านคุณภาพน้ำ พิจารณากำหนดแนวทางจากดัชนีชี้วัด

คุณภาพน้ำ ที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานน้ำประปาดื่มได้ของกรมอนามัย พ.ศ.2553 โดยพิจารณาสาเหตุปัญหาจากผลการประเมินคุณภาพระบบประปาเป็นองค์ประกอบหลัก⁽⁶⁾ รายละเอียดดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 แนวทางการพัฒนาคุณภาพน้ำประปาด้านคุณภาพน้ำ

ดัชนีชี้วัดคุณภาพน้ำ	แนวทางการพัฒนาและแก้ไขคุณภาพน้ำ
ด้านกายภาพ	
- ความขุ่น (Turbidity)	1) การสร้างแกตตะกอน + การกรอง และถ่านกัมมันต์
- สี (Colors)	2) เติมน้ำคลอรีน ร่วมกับสร้างแกตตะกอน + การกรอง
ด้านโลหะหนักทั่วไป	
- เหล็ก (Fe)	1) กำจัดเหล็กและแมงกานีสโดยการเติมอากาศ ทำให้ออกซิเจนในอากาศทำปฏิกิริยา(Oxidation Reaction) กับเหล็กและแมงกานีสที่ละลายอยู่ในน้ำ เปลี่ยนรูปเป็นผลึกที่ไม่ละลายน้ำ และเข้าสู่ถังกรอง เพื่อแยกผลึกตะกอนของสนิมเหล็กออกจากน้ำ
- แมงกานีส (Mn)	2) การกำจัดเหล็กและแมงกานีสโดยใช้ออกซิเจน และปรับค่า pH ให้เป็นด่าง จะทำให้ประสิทธิภาพการกำจัดดีขึ้น
ด้านแบคทีเรีย	
- โคลิฟอร์มแบคทีเรีย (Coliform bacteria)	1) ใช้คลอรีนในการฆ่าเชื้อโรคในน้ำประปาโดยการเพิ่มความเข้มข้นในการเติมคลอรีนให้มีค่าคลอรีนอิสระคงเหลือในน้ำประปา 0.2 – 0.5 ppm.
- ฟิคัลโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (Faecal coliform bacteria)	2) ตรวจสอบอุปกรณ์การจ่ายคลอรีนให้อยู่ในสภาพที่ใช้งานได้

4.2 แนวทางการพัฒนาคุณภาพน้ำประปา ด้านคุณภาพระบบประปา

เมื่อพิจารณาผลการประเมินคุณภาพระบบ
ประปาร่วมกับผลการวิเคราะห์คุณภาพน้ำประปา พบ

ว่าควรพัฒนาคุณภาพน้ำประปาตามหลักเกณฑ์และ
มาตรฐานคุณภาพระบบประปาหมู่บ้าน กรมทรัพยากรน้ำ
รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 แนวทางการพัฒนาคุณภาพน้ำประปา ด้านคุณภาพระบบประปา

ระบบประปา	แนวทางการพัฒนาคุณภาพน้ำประปา
ด้านระบบประปา	
1) ระบบน้ำดิบ	- เครื่องสูบน้ำดิบและอุปกรณ์ทั้งหมด จะต้องมีความมั่นคง แข็งแรง พร้อมใช้งาน มีองค์ประกอบครบถ้วน
2) ระบบผลิตน้ำประปา	- จะต้องมีความต้องการเพียงพอต่อความต้องการใช้น้ำของชุมชนและรองรับปริมาณการใช้น้ำสูงสุดต่อวันได้ ระบบปรับปรุงคุณภาพน้ำ ถังน้ำใส ระบบจ่ายสารเคมีเพื่อปรับปรุงคุณภาพน้ำ และเพื่อฆ่าเชื้อโรค จะต้องมีความมั่นคง แข็งแรง พร้อมใช้งาน มีองค์ประกอบครบถ้วน
3) ระบบจ่ายน้ำประปา	- เครื่องสูบน้ำดีและอุปกรณ์ท่อถึงสูง และอุปกรณ์ประกอบ มาตรวัดน้ำ ท่อเมนจ่ายน้ำ และอุปกรณ์ประกอบต่าง ๆ จะต้องมีความมั่นคง แข็งแรง พร้อมใช้งาน มีองค์ประกอบครบถ้วน
ด้านการควบคุมการผลิตและบำรุงรักษาระบบประปา	
1) ผู้ควบคุมการผลิตน้ำประปา	- จะต้องมีความรู้ความสามารถในการผลิตน้ำประปา ตั้งแต่การพิจารณา การเตรียมน้ำดิบ ระบบผลิตและปรับปรุงคุณภาพน้ำ และดูแลเอาใจใส่ทุกขั้นตอนของการผลิตน้ำประปาให้ได้ตามมาตรฐาน
2) การดูแลและบำรุงรักษาระบบประปาตามหลักวิชาการ	- จะต้องมีความสนใจเอาใจใส่ในการบำรุงรักษาระบบประปาทุกองค์ประกอบตามระยะเวลาที่กำหนด และวิธีการที่ถูกต้อง อย่างต่อเนื่อง
3) การซ่อมแซม/เปลี่ยน ท่อ อุปกรณ์ และระบบควบคุม	- จะต้องสามารถดำเนินการอย่างรวดเร็ว เพื่อให้เกิดผลกระทบต่อประชาชนผู้ใช้น้ำให้น้อยที่สุด
4) การควบคุมปริมาณน้ำสูญเสียให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด	- จะต้องมีการสอดส่องดูแลการรั่วไหลของน้ำที่ระบบผลิตน้ำ และตามตลอดแนวเส้นท่อที่จ่ายน้ำ ตลอดจนไม่ให้มีการใช้น้ำฟรี
ด้านปริมาณน้ำ แรงดันน้ำ และคุณภาพน้ำประปา	
1) ปริมาณน้ำประปาที่ผลิต	- จะต้องเพียงพอต่อความต้องการของผู้ใช้น้ำ แรงดันของน้ำ จะต้องจะต้องไหลแรงครอบคลุมพื้นที่ให้บริการจ่ายน้ำตลอดเวลา
2) คุณภาพน้ำประปาที่ผลิต	- จะต้องได้ตามเกณฑ์คุณภาพน้ำประปาที่ได้ พ.ศ.2553 ของกรมอนามัย ต้องมีการตรวจสอบค่าเชื้อโรค และตรวจสอบคลอรีนอิสระคงเหลือที่ปลายท่อให้อยู่ระหว่าง 0.2-0.5 มก./ล. มีการตรวจสอบคุณภาพน้ำอย่างสม่ำเสมอ และส่งตัวอย่างน้ำประปาตรวจวิเคราะห์คุณภาพทางห้องปฏิบัติการ
ด้านการบริหารจัดการระบบประปา	
1) การจัดทำบัญชีรายรับ-รายจ่าย	- ที่เปิดเผยและตรวจสอบได้ และมีการจัดการรายได้ในการบริหารจัดการระบบประปาอย่างยั่งยืน และโปร่งใส
2) ผู้บริหารกิจการระบบประปา	- จะต้องมีความรู้ความสามารถในการบริหารกิจการประปา ตั้งแต่การพิจารณา แนวทางการจัดการเรื่องการบริหารรักษาระบบผลิตประปาให้สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง การเตรียมค่าใช้จ่ายสำหรับการซ่อมบำรุงรักษาระบบผลิตประปา การจัดการเรื่องรายรับ-รายจ่ายต่างๆ ให้มีความสมดุล รวมทั้งการจัดการในเรื่องของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานด้านต่างๆ ของระบบประปา

ระบบประปา	แนวทางการพัฒนาคุณภาพน้ำประปา
3) มีกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ	- กำหนดไว้อย่างชัดเจน โดยจะเป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการระบบประปาของผู้บริหารกิจการและประชาชนผู้ใช้น้ำ เพื่อลดปัญหาความขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้นได้
4) การประชาสัมพันธ์	- ผลการดำเนินการและข่าวสารต่างๆ ให้สมาชิกผู้ใช้น้ำทราบความก้าวหน้า และทราบข้อมูลต่างๆ ของกิจการระบบประปาอย่างต่อเนื่อง

วิจารณ์

1) คุณภาพน้ำประปาด้านกายภาพ เคมี และชีวภาพ ผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำประปาต้นท่อทางห้องปฏิบัติการ ด้านกายภาพ พบว่าค่าความเป็นกรด-ด่าง ค่าความขุ่น และค่าสีผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 100 60 และ 80 ตามลำดับ ด้านเคมีทั่วไปผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 100 ด้านโลหะหนักทั่วไป ค่าทองแดง และสังกะสีผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 100 ได้แก่ ค่าเหล็ก และค่าแมงกานีสผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 90 ด้านโลหะหนักสารพิษ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 100 ด้านแบคทีเรียไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 100 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาไว้ใน การประเมินคุณภาพน้ำในระบบประปาในเขตเมือง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ⁽¹⁾ ซึ่งพบว่าคุณภาพน้ำส่วนใหญ่มีปัญหาการปนเปื้อนน้ำทางแบคทีเรียในขณะที่ผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำประปาปลายทางห้องปฏิบัติการด้านกายภาพ พบค่าความเป็นกรด-ด่าง ค่าความขุ่น และค่าสีผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 100 60 และ 90 ตามลำดับ ด้านเคมีทั่วไปผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 100 ด้านโลหะหนักทั่วไป ค่าแมงกานีส ทองแดง และสังกะสี ผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 100 ค่าเหล็ก ผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 90 ด้านโลหะหนักสารพิษ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 100 ด้านแบคทีเรียไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 100 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา⁽¹⁾ การประเมินคุณภาพน้ำในระบบประปาในเขตเมือง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า น้ำประปาที่ผลิตได้ผ่านมาตรฐาน ความขุ่น ของแข็งแขวนลอย ของแข็งละลายน้ำในตรรก และ ค่าโคลิฟอร์มทั้งหมด ยกเว้น ค่าสี และเหล็ก เนื่องจากระยะเวลาที่อยู่ในถังตกตะกอนไม่เพียงพอ และพบว่ามีปัญหาเกี่ยวกับปริมาณคลอรีนตกค้างมีค่าต่ำกว่ามาตรฐานทั้งในจุดสถานีสูบน้ำก่อนออกจากระบบผลิตน้ำประปา และที่จุดใช้งานในครัวเรือน

2) คุณภาพน้ำประปาเปรียบเทียบกับเกณฑ์คุณภาพน้ำประปาดื่มได้ของกรมอนามัย พ.ศ.2553

คุณภาพน้ำประปาต้นท่อโดยรวมร้อยละ 100 ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำประปาดื่มได้ของกรมอนามัย พ.ศ.2553 จำนวน 20 ดัชนีคุณภาพน้ำ โดยมีดัชนีชี้วัดคุณภาพน้ำที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ได้แก่ โคลิฟอร์มแบคทีเรีย (Coliform bacteria) และฟิโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (Faecal coliform bacteria) ร้อยละ 100 ความขุ่น สี เหล็กและแมงกานีส ร้อยละ 40 20 และ 10 ตามลำดับ สำหรับคุณภาพน้ำประปาปลายทางโดยรวมร้อยละ 100 ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำประปาดื่มได้ของกรมอนามัย พ.ศ.2553 จำนวน 20 ดัชนีคุณภาพน้ำ โดยมีดัชนีชี้วัดคุณภาพน้ำที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ได้แก่ โคลิฟอร์มแบคทีเรีย (Coliform bacteria) และฟิโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (Faecal coliform bacteria) ร้อยละ 100 ความขุ่น สีและเหล็กร้อยละ 20 และ 10 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา⁽⁷⁾ การประเมินประสิทธิภาพและคุณภาพน้ำของระบบผลิตน้ำประปาหมู่บ้าน : กรณีศึกษา บ้านลำลา ตำบลลานข่อย อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง พบว่า ด้านคุณภาพน้ำประปาปลายทาง ส่วนใหญ่มีปัญหาค่าความขุ่น คลอรีนตกค้าง เหล็ก โคลิฟอร์มแบคทีเรียทั้งหมด และฟิโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำประปาของกรมอนามัย

3) คุณภาพของระบบประปาหมู่บ้านและการใช้ประโยชน์น้ำประปาเพื่อการอุปโภคบริโภคของประชาชนผู้ใช้น้ำ

ระบบประปาหมู่บ้าน ส่วนใหญ่เป็นระบบประปาบาดาลแบบกรองน้ำบาดาล ร้อยละ 80 และเป็นประปาบาดาลแบบสูบน้ำโดยตรงมีถังน้ำใส ร้อยละ 20 ซึ่งเป็นบ่อน้ำบาดาลของกรมทรัพยากรน้ำบาดาล ร้อยละ โดยผลการประเมินคุณภาพระบบประปาหมู่บ้าน พบว่าร้อยละ 100 อยู่ในเกณฑ์การประเมินระดับพอใช้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา⁽⁸⁾ กระบวนการผลิตและคุณภาพน้ำประปาในพื้นที่ตำบลธารปราสาท อำเภอนนสูง จังหวัดนครราชสีมา

จากการประเมินคุณภาพระบบประปาหมู่บ้าน พบว่า ระบบประปาร้อยละ 100 มีผลการประเมินในระดับพอใช้ ซึ่งมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 56 – 71 คะแนนผลการประเมินในภาพรวม คือ มีแหล่งน้ำดิบที่เพียงพอในการผลิตน้ำประปาได้ตลอดทั้งปี มีคุณภาพน้ำดิบที่สามารถปรับปรุงคุณภาพได้ มีระบบผลิตน้ำที่มืองค์ประกอบครบถ้วน สมบูรณ์แต่อาจมีสภาพที่ชำรุดรั่วซึมบ้างเล็กน้อย แต่ไม่มีปัญหาในการใช้งาน มีผู้ควบคุมการผลิตและผู้บริหารที่มีความรู้ความสามารถ แต่อาจจะยัง ไม่ได้รับการอบรมฯ มีการควบคุมการผลิตน้ำประปาและการดูแลและบำรุงรักษาระบบประปาตามสภาพการใช้งาน แต่ยังไม่สม่ำเสมอ ปริมาณน้ำที่ผลิตได้เพียงพอกับความต้องการ และคุณภาพน้ำพอใช้เนื่องจากยังไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพน้ำประปาได้ พ.ศ.2553 ของกรมอนามัย หรือยังไม่เคยส่งตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำในห้องปฏิบัติการซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาการประเมินระบบน้ำประปาหมู่บ้านจากแหล่งน้ำบาดาล : กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งลูกนก จังหวัดนครปฐม⁽⁹⁾ พบว่าทุกระบบที่ศึกษาควรพัฒนาในด้านการบริหารจัดการ โดยควรบริหารจัดการอุปสงค์การใช้น้ำ ควรนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการบริหารจัดการ และควรเน้นการวางแผนการบำรุงรักษาเชิงป้องกัน นอกจากนี้แนวทางการประเมินนี้สามารถนำไปใช้ในการติดตามระบบประปาหมู่บ้านอื่นๆ เพื่อให้การบริหารจัดการมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จากการตอบแบบสอบถามของประชาชนผู้ใช้น้ำจำนวน 97 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 68.04 มีอายุ 61 ปีขึ้นไปร้อยละ 43.30 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาร้อยละ 59.79 มีอาชีพเกษตรกรร้อยละ 45.36 มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาทร้อยละ 48.45 แหล่งน้ำบริโภคที่ประชาชนใช้มากที่สุดคือน้ำถัง 20 ลิตรร้อยละ 51.55 รองลงมาคือน้ำดื่มบรรจุขวดร้อยละ 28.87 แหล่งน้ำอุปโภคที่ประชาชนใช้มากที่สุดคือน้ำประปาร้อยละ 98.97 โดยไม่ได้ปรับปรุงคุณภาพน้ำก่อนอุปโภคบริโภคร้อยละ 71.13 น้ำที่ใช้ในการอุปโภคบริโภคมีความเพียงพอร้อยละ 98.97 ใช้รดน้ำต้นไม้ ทำอาหาร และใช้ดื่ม ร้อยละ 31.96 และ 20.62 ตามลำดับ ระดับความพึงพอใจของประชาชนผู้ใช้น้ำในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ด้วยค่าเฉลี่ย 3.02 โดยเมื่อพิจารณารายละเอียด พบว่า ความพึงพอใจต่อความเพียงพอของน้ำประปา ระดับปานกลาง

($\bar{X} = 3.16$) ความพึงพอใจต่อการแก้ไขคุณภาพน้ำประปา ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.14$) ความพึงพอใจต่อความสม่ำเสมอและแรงดันน้ำประปา ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.13$) ความพึงพอใจต่อคุณภาพน้ำประปา ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.08$) และความพึงพอใจต่อความเชื่อมั่นต่อคุณภาพน้ำประปา ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.58$) ตามลำดับซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับผลการศึกษาคูณภาพน้ำประปาหมู่บ้านบ้านโนนคู อำเภอมือง จังหวัดอำนาจเจริญ⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาไว้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอาชีพเกษตรกร ประชากรดื่มน้ำจากท่อระบบประปาโดยตรงปราศจากการปรับปรุงคุณภาพน้ำก่อนดื่มร้อยละ 63.45 โดยเชื่อว่าน้ำจากระบบประปาไม่สะอาดเพียงพอที่จะนำมาบริโภคมากกว่าร้อยละ 90 ซึ่งส่วนมากมีความคาดหวังระดับปานกลางในการใช้น้ำที่สะอาดเพียงพอต่อการดื่ม ร้อยละ 46.21 มีความพึงพอใจน้อยต่อคุณภาพน้ำใช้

4. แนวทางการพัฒนาคุณภาพน้ำประปาหมู่บ้าน

แนวทางการพัฒนาคุณภาพน้ำประปา ด้านคุณภาพน้ำ กำหนดตามแนวทางการพัฒนาตามมาตรฐานคุณภาพระบบประปาหมู่บ้านโดยพิจารณาสาเหตุปัญหาจากการประเมินคุณภาพระบบประปาเป็นองค์ประกอบหลัก พบว่าควรพัฒนาคุณภาพน้ำประปาตามหลักเกณฑ์และมาตรฐานคุณภาพระบบประปาหมู่บ้าน กรมทรัพยากรน้ำ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาการประเมินระบบน้ำประปาหมู่บ้านจากแหล่งน้ำบาดาล : กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งลูกนก จังหวัดนครปฐม⁽⁹⁾ พบว่าทุกระบบที่ศึกษาควรพัฒนาในด้านการบริหารจัดการ โดยควรบริหารจัดการอุปสงค์การใช้น้ำ ควรนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการบริหารจัดการ และควรเน้นการวางแผนการบำรุงรักษาเชิงป้องกัน นอกจากนี้แนวทางการประเมินนี้สามารถนำไปใช้ในการติดตามระบบประปาหมู่บ้านอื่นๆ เพื่อให้การบริหารจัดการมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และการศึกษการบริหารจัดการระบบประปาหมู่บ้านของประเทศไทย: กรณีศึกษาชุมชน จังหวัดนครนายก⁽¹¹⁾ เสนอไว้ว่าข้อเสนอแนะที่เป็นแนวทางการพัฒนานโยบาย ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านการมีส่วนร่วม ด้านปริมาณและคุณภาพน้ำ ด้านโครงสร้างระบบประปา ด้านการบริหารจัดการ และด้านสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาคุณภาพน้ำประปาหมู่บ้าน ในพื้นที่ผลกระทบจากโครงการประตูประบายน้ำ จังหวัดพิจิตร ปี 2563 ซึ่งผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. กระบวนการผลิตน้ำประปาหมู่บ้าน ควรมีการปรับปรุงโดยเพิ่มหน่วยการผลิตน้ำที่ทำหน้าที่ฆ่าเชื้อโรค เช่น ถึงสัมผัสคลอรีน เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคเนื่องจากน้ำเป็นสาเหตุของประชากร

2. ระบบประปาหมู่บ้านทุกแห่งควรพิจารณาดำเนินการสรรหาแหล่งน้ำดิบสำรองโดยใช้ประโยชน์จากผลกระทบด้านบวกของโครงการประตูประบายน้ำ จังหวัดพิจิตร ปี 2563 ในประเด็นการเพิ่มขึ้นของปริมาณน้ำในแม่น้ำยมทุกช่วงฤดูกาล เพื่อพิจารณาแม่น้ำยมเป็นแหล่งน้ำสำรองในการผลิตน้ำประปา

3. ควรนำเทคโนโลยีมาใช้ในการบริหารจัดการ ได้แก่ การบันทึกปริมาณการใช้ น้ำ การทำบัญชีรายรับรายจ่าย การเก็บข้อมูลการซ่อมบำรุง เป็นต้น เพื่อสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนการบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

4. ควรพิจารณาการบริหารจัดการการใช้น้ำอย่างมีประสิทธิภาพ และการควบคุมการสูญเสีย น้ำ เพื่อให้ระบบประปาสามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างเหมาะสม

5. ควรเน้นการวางแผนการบำรุงรักษาเชิงป้องกัน เพื่อลดความเสี่ยงในการหยุดจ่ายน้ำเพื่อซ่อมแซมอุปกรณ์ และระบบผลิตน้ำประปา และสามารถบริหารจัดการงบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยควรดำเนินการตามมาตรฐานการบำรุงรักษาระบบประปาของกรมทรัพยากรน้ำบาดาล

6. หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง อาทิ กรมทรัพยากรน้ำบาดาล กรมอนามัย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และสถาบันการศึกษา ควรสนับสนุนด้านวิชาการโดยเฉพาะการอบรมเพิ่มศักยภาพผู้บริหารระบบประปาและผู้ดูแลระบบประปาในการดูแลและบำรุงรักษาระบบประปา รวมทั้งการควบคุมคุณภาพน้ำประปาโดยการติดตามตรวจสอบคุณภาพน้ำประปา เพื่อให้ประชาชนผู้ใช้น้ำเกิดความมั่นใจและเชื่อมั่นในคุณภาพน้ำประปา

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร เพื่อนร่วมงานกลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขระดับอำเภอและตำบลทุกท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้ และขอขอบคุณคณะกรรมการหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลระบบประปา และประชาชนที่อยู่ภายในพื้นที่ผลกระทบจากโครงการประตูประบายน้ำ จังหวัดพิจิตร ทั้ง 10 หมู่บ้าน ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่อยู่ภายในพื้นที่ผลกระทบจากโครงการประตูประบายน้ำ จังหวัดพิจิตร ที่ให้ความอนุเคราะห์เข้าเก็บข้อมูล และเสียสละเวลาให้ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาวิจัย รวมทั้งให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

1. จิรียา ยัมรัตน์บวร และ สุตจิต คุรุจิต. การประเมินคุณภาพน้ำในระบบประปาชุมชน. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี สำนักวิชาวิศวกรรมศาสตร์ สาขาวิชาวิศวกรรมสิ่งแวดล้อม; 2555.
2. กรมชลประทาน กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. รายงานการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมฉบับสมบูรณ์. โครงการประตูประบายน้ำท่าแห อำเภอสว่างมุง จังหวัดพิจิตร. บริษัท ศรีเอทีพี เทคโนโลยี จำกัด; 2563.
3. สมศักดิ์ ผลประเสริฐศรี, ไพฑูรย์ คันทัพ, อรวีร์ พลอาจ. การวิเคราะห์คุณภาพน้ำของน้ำประปาในพื้นที่ผลกระทบจากโครงการประตูประบายน้ำ จังหวัดพิจิตร. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2564; 2564: 21-37.
4. ประกาศกรมอนามัย เรื่อง เกณฑ์มาตรฐานน้ำประปาดื่มได้. ประกาศ ณ วันที่ 13 ตุลาคม พ.ศ. 2553; 2553.
5. APHA, AWWA, and WEF. Standard methods for the examination of the water and wastewater. Washington D.C.: American Public Health Association; 2005.

6. ทวีศักดิ์ วั่งไพศาล. วิศวกรรมการประปา Water Supply Engineering. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
7. ธนาวัฒน์ รักกมล, ปุณณพัฒน์ ไชยเมล์ และ สมเกียรติ วรเดช. การประเมินประสิทธิภาพและคุณภาพน้ำของระบบผลิตน้ำประปาหมู่บ้าน : กรณีศึกษา บ้านถ้ำลา ตำบลลานข่อย อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง. มหาวิทยาลัยทักษิณ; 2551.
8. เซาว์ ตะสันเทียะ. การศึกษากระบวนการผลิตและคุณภาพน้ำประปาในพื้นที่ตำบลธารปราสาท อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา. ในวิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเทคโนโลยี เพื่อการพัฒนายั่งยืน คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2561.
9. นิธิรัชต์ สงวนเดือน. การประเมินระบบน้ำประปาหมู่บ้านจากแหล่งน้ำบาดาล: กรณีศึกษา องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งลูกนก จังหวัดนครปฐม. ภาควิชาวิศวกรรมชลประทาน คณะวิศวกรรมศาสตร์ กำแพงแสน มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ในวารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ปีที่ 28 ฉบับที่ 4 เมษายน 2563.
10. กรรณิกา จันทชิด. การศึกษาคุณภาพน้ำประปาหมู่บ้าน บ้านโนนตู อำเภอมือง จังหวัดอำนาจเจริญ. การค้นคว้าอิสระหลักสูตรปริญญา วิศวกรรมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิศวกรรมสิ่งแวดล้อม คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี; 2556.
11. มยุรี โยธาวุธ. การบริหารจัดการระบบประปาหมู่บ้านของประเทศไทย: กรณีศึกษาชุมชน จังหวัดนครนายก. มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์; 2560.

การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของประชาชน กลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตร

A study of health literacy and health promoting behaviors of the people working age group in Phichit Province

ประพันธ์ เข้มแก้ว สบ.

นิกรณรัตน์ ภักดีวิวัฒน์ พย.บ.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

บทคัดย่อ

การศึกษาเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตร ครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตร ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยพยากรณ์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและศึกษาแนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนกลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตร จำนวน 400 คน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง จำนวน 18 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามและแบบสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคสแคว (Chi – Square test) หาค่าสหสัมพันธ์พหุคูณ (Stepwise Multiple Regression) และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาโดยการบรรยายสรุปความ

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.50 อายุเฉลี่ย 36.17 จบปริญญาตรี ร้อยละ 38.00 สถานภาพคู่ ร้อยละ 45.25 มีอาชีพข้าราชการ/พนักงานของรัฐ ร้อยละ 44.75 มีรายได้เฉลี่ย 17,856.24 บาทต่อเดือน มีโรคประจำตัว ร้อยละ 24.50 ได้รับการอบรมหรือประชุมด้านสุขภาพ ร้อยละ 30.50 ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ร้อยละ 59.50 และได้ตรวจสุขภาพร้อยละ 61.25 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.25 มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.75 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งภาพรวม และรายด้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยพยากรณ์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ความรอบรู้สุขภาพด้านการจัดการตนเอง ด้านการตัดสินใจ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ และความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ($R = 0.738$) แนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาความรอบรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ส่งเสริมให้เข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพได้ง่าย สะดวกและหลากหลาย

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ, ประชาชนกลุ่มวัยทำงาน

Abstract

This study on health literacy and health promoting behaviors among working age people in the Phichit Province was a descriptive research. The objectives were to study health literacy and health promoting behaviors, to study factors related to health promoting behaviors, predictive factors affecting health-promoting behaviors and studying appropriate approaches to develop

health literacy and health-promoting behaviors. The sample group consisted of 400 people of working age group in Phichit Province and 18 related network members. The research tools were questionnaires and group discussions. The data were analyzed by frequency distribution, percentage, mean, standard deviation. Chi-Square test, Stepwise Multiple Regression, and content analysis by briefing.

The results showed that the sample group were female, 58.50 %, average age 36.17, graduated with a bachelor's degree, 38.00 %, married status, 45.25 %, occupation of civil servants/ state employees, 44.75 %, average income 17,856.24 baht per month, congenital disease 24.50%. 30.50% received health training or meetings; 59.50% received health information; and 61.25 % received health check-up; 61.25 % had health literacy at a moderate level; 61.25 % had health promoting behaviors. In the moderate level, 61.75 %. Personal factors were gender, educational level, marital status, occupation, income adequacy. having gout obtaining health information and knowledge of health as a whole and each aspect was related to health promoting behaviors. The predictive factors affecting health promoting behaviors were health literacy in self-management decision-making receiving information access to information cognition and overall health literacy ($R = 0.738$). Appropriate approaches to improving health literacy and health behaviors include promoting easy access to health information, convenient and versatile.

Keywords : knowledge of health , health promotion behavior, working age people

บทนำ

ประชากรวัยทำงาน อายุ 15 – 59 ปี เป็นกลุ่มประชากรที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาครอบครัว สังคม และประเทศชาติ มีบทบาทเป็นผู้ขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศเป็นผู้นำครอบครัว และต้องดูแลดูแลประชากรกลุ่มวัยต่างๆ อีกด้วย⁽¹⁾ ในปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรวัยทำงานอายุ 15-59 ปี ประมาณ 56 ล้านคน หรือ 2 ใน 3 ของประชากรทั่วประเทศ และในเขตสุขภาพที่ 3 มีประชากรวัยทำงาน 2 ใน 3 ของประชากรทั้งหมดเช่นกัน คือ ประมาณ 1.9 ล้านคน ส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และมีภาวะอ้วนลงพุง โดยพบว่า ในปี 2559 – 2562 พบว่า ประชากรวัยทำงานอายุ 30 - 44 ปี มีภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 32.52, 32.84 , 32.94 และ 33.60 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และปี 2562 พบว่ากลุ่มนี้ มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ ร้อยละ 59.10 ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะพฤติกรรม การออกกำลังกายและพฤติกรรมการกิน⁽²⁾

จากสถานการณ์โรคเบาหวานในจังหวัดพิจิตร ในปี 2561 – 2563 พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานมี

แนวโน้มสูงขึ้น คิดเป็นร้อยละ 7.95, 8.28 และ 8.69 ตามลำดับ ส่วนอัตราการตาย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เช่นกัน กล่าวคือ จากปี 2561 – 2563 พบอัตราการตายด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 2.08, 2.15 และ 2.16 ตามลำดับ สำหรับสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง ปี 2561 – 2563 พบอัตราป่วยและตายมีแนวโน้มสูงขึ้น กล่าวคือ มีผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 19.39, 20.18 และ 20.99 ตามลำดับ อัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 2.03, 2.01 และ 2.09 ตามลำดับ โดยพบว่าผู้ที่ป่วยด้วยโรคกลุ่มนี้เป็นกลุ่มวัยทำงานและกลุ่มผู้สูงอายุ⁽³⁾ จังหวัดพิจิตร มีประชาชนกลุ่มวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) จำนวน 346,179 คน เป็นเพศชาย จำนวน 172,063 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 174,116 คน⁽³⁾ จากผลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดพิจิตร ตามนโยบาย 3 อ 3 ส ในปี 2560 พบว่า กลุ่มอายุสูงสุด คือ อายุ 31-40 ปี ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว มีพฤติกรรมในทุกๆ ด้านยังไม่เหมาะสมทั้งในด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ ด้านการสูบบุหรี่ ด้านการดื่มสุรา ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ด้านอาหารปลอดภัยและด้านสิ่งแวดล้อมกับภัยสุขภาพ ยังพบว่าประชาชนวัยทำงาน

ของจังหวัดพิจิตร มีภาวะดัชนีมวลกายปกติ ไม่ถึงร้อยละ 51 ตามค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้⁽⁴⁾

การแก้ไขปัญหาสุขภาพและการเกิดโรคภัยไข้เจ็บให้ลดลงนั้น จำเป็นอย่างยิ่งในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยการส่งเสริมและพัฒนาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยภายในตัวบุคคล (ปัจจัยนำ) เช่น ความรู้ การรับรู้ ความเข้าใจ และปัจจัยแวดล้อม (ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม) อย่างเหมาะสม ในการพัฒนาปัจจัยภายในจะต้องปลูกฝังให้ประชาชนเกิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โดยคำว่า Health Literacy ในภาษาไทยมีคำเรียกหลายคำที่แตกต่างกัน ได้แก่ ความแตกฉานด้านสุขภาพ การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาวะ และความรู้ด้านสุขภาพ⁽⁵⁾ ซึ่งการสร้างความรู้ด้านสุขภาพโดยให้ประชาชนมีความรู้ ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา รู้เท่าทันปัจจัยเสี่ยง โดยการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจ ทำให้ประชาชนสามารถจัดการตนเองด้านสุขภาพได้⁽⁶⁾

ในการศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Behavior) ตามแนวคิดของ Pender⁽⁷⁾ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมทางด้านสุขภาพในชีวิตประจำวัน เพื่อยกระดับภาวะสุขภาพส่งผลให้มีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ประกอบด้วยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) ด้านกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกาย (Physical Activity) ด้านโภชนาการ (Nutrition) ด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Relations) ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณหรือการพัฒนาจิตวิญญาณ (Spiritual Growth) และด้านการจัดการกับความเครียด (Stress Management) ผู้วิจัยเป็นผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มวัยทำงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร จึงมีความสนใจที่จะศึกษาวิจัยเรื่องการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตร เพื่อนำข้อมูลมาส่งเสริมและพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตรต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตร
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตร
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตร
4. เพื่อศึกษาปัจจัยพยากรณ์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตร
5. เพื่อศึกษาแนวทางในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมของประชาชนกลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตร

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยศึกษาเชิงสำรวจจากประชาชนกลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตรและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง จากแบบสอบถามและการสนทนากลุ่มบุคคลากรที่เกี่ยวข้อง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาประกอบด้วย ประชาชนกลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตร จำนวน 346,179 คน ที่อาศัยอยู่จริงในปัจจุบัน (ปี 2564) และ มีรายชื่อในทะเบียนบ้านในเขตจังหวัดพิจิตร

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนกลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตร จำนวน 400 คน ที่อาศัยอยู่จริงในปัจจุบัน (ปี 2564) และ มีรายชื่อในทะเบียนบ้านในเขตจังหวัดพิจิตร ได้มาจากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนประชากรกลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตร จำนวน 346,179 คน ที่อาศัยอยู่จริงในปัจจุบัน (ปี 2564) และ มีรายชื่อในทะเบียนบ้านในเขตจังหวัดพิจิตร โดยใช้สูตรของ ทาโร ยามาเน⁽⁸⁾ ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 400 คน สำหรับตอบแบบสอบถามสุ่มตัวอย่างโดยการจับฉลากและกลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่ม (Focus Group) จำนวน 18 คน

เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่ ผู้แทนประชาชนกลุ่มวัยทำงาน จำนวน 6 คน ผู้รับผิดชอบกลุ่มวัยทำงานระดับอำเภอ/ตำบล จำนวน 6 คน ผู้แทนชุมชน จำนวน 6 คน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชนและอสม.

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามสำหรับสอบถามประชาชนกลุ่มวัยทำงานที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นจากความรู้เกี่ยวกับกลุ่มวัยทำงาน แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โครงสร้างของแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่วนที่ 3 ข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะทางในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน ในเขตจังหวัดพิจิตร และแบบสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย ประเด็นคำถามเกี่ยวกับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบสอบถามและแบบสนทนากลุ่มไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความครอบคลุมประเด็นที่ต้องศึกษา ได้ค่า IOC ของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.95 แก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ นำแบบสอบถามไปทดลองใช้โดยทดลองใช้กับประชาชนกลุ่มวัยทำงานในจังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 30 คน คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)⁽⁹⁾ ได้ค่าความเชื่อมั่นของความรอบรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.91 และได้ค่าความเชื่อมั่นของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 0.88 ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่นำมาใช้ได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ เพื่อประสานการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. สุ่มตัวอย่างที่จะสอบถามข้อมูลในทุกตำบล และเลือกกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีคุณลักษณะตามที่กำหนดที่

จะสนทนากลุ่ม

3. ผู้วิจัยอธิบายและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยให้กับผู้ช่วยนักวิจัย 4 คนในการสนทนากลุ่ม และผู้ช่วยนักวิจัย จำนวน 12 คน ในการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง ให้มีความเข้าใจ พร้อมทั้งตอบ ข้อซักถามของผู้ช่วยนักวิจัยทุกประเด็นของแบบสอบถามและแบบสนทนากลุ่ม

4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสอบถามโดยใช้แบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม

ระยะเวลาดำเนินการวิจัย

ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2564 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ใช้การทดสอบไคสแคว (Chi – Square test) วิเคราะห์ปัจจัยพยากรณ์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพโดยการหาค่าสหสัมพันธ์พหุคูณ (Stepwise Multiple Regression) สรุปข้อมูลแนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาโดยการบรรยายสรุปความ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การศึกษาวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงรายละเอียดครอบคลุมข้อมูล ได้แก่ ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษาวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งจากการสอบถามและการสนทนากลุ่ม โดยไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามหรือการสนทนากลุ่ม การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ การเสนอผลงานการศึกษาวิจัยในภาพรวม สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการศึกษาวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อนสถานะภาพของผู้ตอบแบบสอบถามหรือการสนทนากลุ่มดังกล่าว

ผลการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคลของประชาชนกลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตร พบว่ากลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.50 เป็นเพศชาย ร้อยละ 41.50 มีอายุเฉลี่ย 36.17 จบปริญญาตรี ร้อยละ 38.00 สถานภาพคู่ ร้อยละ 45.25 มีอาชีพข้าราชการ/พนักงานของรัฐ/ลูกจ้างของรัฐ ร้อยละ 44.75 มีรายได้เฉลี่ย 17,856.24 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 40.75 มีหนี้สินร้อยละ 18.75 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 24.50 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 18.25 ได้รับการอบรมหรือประชุมด้านสุขภาพ ร้อยละ 30.50 ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ร้อยละ 59.50 และได้ตรวจสุขภาพร้อยละ 61.25 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.25 มีพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.75

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตร ในภาพรวมพบว่า ประชาชนกลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตรมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 61.25 รองลงมา ระดับน้อย ร้อยละ 20.00 และระดับมาก ร้อยละ 18.75 ดังตารางที่ 1 เมื่อพิจารณารายด้านมีค่าเฉลี่ยตามลำดับ ได้แก่ ด้านการตัดสินใจ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.98$) ด้านการจัดการตนเอง อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.70$) ด้านการเข้าถึงข้อมูล อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.64$) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.60$) ด้านความรู้ความเข้าใจ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.58$) และด้านทักษะการสื่อสารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.47$)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน จำแนกตาม ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
น้อย (42 - 75 คะแนน)	80	20.00
ปานกลาง (76 - 107 คะแนน)	245	61.25
มาก (108 - 125 คะแนน)	75	18.75
รวม	400	100.00

Mean =91.39, SD =15.42, Min =42, Max =125 คะแนนเต็ม 125 คะแนน

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตร ในภาพรวมพบว่า ประชาชนกลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตรมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 61.75 รองลงมา ระดับมาก ร้อยละ 21.75 และระดับน้อย ร้อยละ 16.50 ดังตารางที่ 2 เมื่อพิจารณารายด้านมีค่าเฉลี่ยตามลำดับ ได้แก่ ด้านโภชนาการ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.90$)

ด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.82$) ด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.70$) ด้านออกกำลังกาย อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.67$) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.49$) และด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.41$)

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน จำแนกตามระดับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในภาพรวม

ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
น้อย (78 - 108 คะแนน)	66	16.50
ปานกลาง (109 - 148 คะแนน)	247	61.75
มาก (149 - 171 คะแนน)	87	21.75
รวม	400	100.00

Mean =128.79, SD =19.59, Min =78 Max =171 คะแนนเต็ม 175 คะแนน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตร พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา

สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้งภาพรวมและรายด้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเพื่อหาปัจจัยพยากรณ์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตร พบว่าเมื่อหาค่าสหสัมพันธ์พหุคูณ (Stepwise Multiple Regression) พบว่าปัจจัยพยากรณ์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับ 0.05 มี 6 ปัจจัย คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการจัดการตนเอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการตัดสินใจการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูล ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจและความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม โดยทั้งหมดมีค่าสหสัมพันธ์พหุคูณ (R) เท่ากับ 0.738 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเพื่อหาปัจจัยพยากรณ์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตร

ปัจจัย	B	SE B	Beta	T	Sig.
ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการจัดการตนเอง	.266	.046	.310	5.726	0.000*
ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการตัดสินใจ	.242	.039	.306	6.280	0.000*
การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ	.175	.043	.139	4.030	0.000*
ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูล	-.167	.046	-.182	-3.619	0.000*
ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจ	.128	.048	.145	2.653	0.008*
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	.160	.066	.162	2.437	0.015*

$$R = .738 \quad R^2 = .545 \quad R^2 \text{ adj} = .538 \quad SEE = .419 \quad a = .510$$

แนวทางในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมของประชาชนกลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตร พบว่า

การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมควรพัฒนาให้ครอบคลุมทั้งทางด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านการจัดการตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อและด้านการตัดสินใจโดยส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่มวัยทำงานเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพได้ง่าย สะดวกและหลากหลายแหล่ง มีทักษะการสื่อสารสามารถตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ส่งเสริมให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการพัฒนาข้อมูลด้าน

สุขภาพให้ทันสมัย น่าเชื่อถือและน่าสนใจ ให้ความรู้ข่าวสารที่ถูกต้อง ชัดเจนแก่ประชาชนกลุ่มวัยทำงานในการดูแลสุขภาพตนเอง ดังตารางที่ 4

การพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมควรให้ความรู้ข่าวสารที่ถูกต้อง ชัดเจนแก่ประชาชนกลุ่มวัยทำงานในการดูแลสุขภาพตนเอง ควรกำหนดเป็นนโยบายทุกระดับในการพัฒนากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้แก่ประชาชนกลุ่มวัยทำงาน ควรส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ สร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ และการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 4 สรุปแนวทางในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมของประชาชนกลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตร

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	แนวทางในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมของประชาชนกลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตร
ด้านการเข้าถึงข้อมูล	1. ควรส่งเสริมในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพได้ง่าย สะดวกและสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจากหลากหลายแหล่ง มีผู้ให้คำแนะนำและให้ข้อมูลที่ถูกต้องรวดเร็วและทั่วถึง 2. ควรส่งเสริมความสามารถใน การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลสุขภาพจากหลายแหล่ง 3. ควรเพิ่มช่องทางการให้ข้อมูลผ่านช่องทางการสื่อสารที่คนส่วนใหญ่นิยมเข้าใช้เผยแพร่ความรู้ที่เข้าถึงได้ง่าย ใช้งานได้ง่ายพร้อมบริการตลอดเวลา เช่น ทางอินเทอร์เน็ต เพจสุขภาพ กลุ่มไลน์ต่างๆ

ความรู้ด้านสุขภาพ	แนวทางในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมของประชาชน กลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตร
ด้านความรู้ความเข้าใจ	1. ควรส่งเสริมให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการพัฒนาข้อมูลด้านสุขภาพให้ทันสมัย น่าเชื่อถือ และน่าสนใจ เพื่อให้ประชาชนได้รับความรู้ที่ถูกต้อง 2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำมาเผยแพร่ข้อมูลที่นำเสนอต้องมีความน่าเชื่อถือและน่าสนใจ มีความหลากหลายตรงกับกลุ่มเป้าหมาย 3. ควรสื่อสารสุขภาพอย่างต่อเนื่องและเป็นประจำ เป็นปริมาณที่มากทั้งสื่อวิทยุ โทรทัศน์ ป้ายประชาสัมพันธ์ต่างๆรอบเมืองให้ประชาชนได้เห็นให้ครอบคลุมทุกพื้นที่
ด้านทักษะการสื่อสาร	1. ควรส่งเสริมให้หน่วยงาน องค์กร ชุมชนจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้สื่อสารสุขภาพซึ่งกัน และกัน จัดกิจกรรมกลุ่มเน้นความสนุกของกิจกรรมทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน มีการแข่งขันกีฬาโดยจัดกิจกรรมผ่านสื่อทางโซเชียลมีเดียมีการไลฟ์สดเป็นการทักษะ การสื่อสารระหว่างบุคคล ระหว่างกลุ่มมากขึ้น 2. ควรสร้างทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพที่ให้แก่สม.ให้อสม.มีความเชื่อมั่นในการให้ข้อมูล ข่าวสารแก่ประชาชน
ด้านการจัดการตนเอง	1. หน่วยงานสาธารณสุขควรมีนโยบายและแนวทางการปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและ มีมาตรการที่ชัดเจนให้หน่วยงาน องค์กร ชุมชน ครอบครัว และบุคคลปฏิบัติเพื่อส่งเสริม ให้ประชาชนกลุ่มวัยทำงานมีการส่งเสริมสุขภาพอย่างจริงจัง 2. ควรมีการรณรงค์ให้ประชาชนตระหนักถึงการดูแลสุขภาพและให้ความรู้ความเข้าใจให้ ประชาชนให้สามารถดูแลสุขภาพตัวเอง สังเกตความผิดปกติของร่างกาย มีกิจกรรม สุขภาพด้วยตนเอง เช่น ออกกำลังกาย กินอาหารที่มีประโยชน์
ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมความสามารถในการประเมินและเลือกรับสื่อที่ให้ข้อมูลที่ ถูกต้องแก่ประชาชนกลุ่มวัยทำงาน และให้คำแนะนำพูดคุยแนวทางปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพแก่ผู้อื่นได้ 2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำมาเผยแพร่ และ มีมาตรการลงโทษผู้ที่ให้ข้อมูลผิดๆ รวมถึงควรส่งเสริมให้ประชาชนวัยทำงานเข้าถึงข้อมูล ด้านสุขภาพจากหน่วยงานภาครัฐ
ด้านการตัดสินใจ	1. ควรส่งเสริมให้ประชาชนคิดตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ในชีวิตประจำวัน 2. ควรให้ความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชนกลุ่มวัยทำงานด้านสุขภาพและตัดสินใจเลือกวิธี และกิจกรรมปฏิบัติด้านสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมตามความถนัด ตามเวลาว่างแต่ต้องมี ประโยชน์ต่อสุขภาพ เช่น การเลือกวิธีออกกำลังกาย การเลือกอาหารที่ปลอดภัย

ตารางที่ 5 สรุปแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมของประชาชน
กลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตร

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	แนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมของประชาชน กลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตร
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	1. ควรส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่มวัยทำงานได้ตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยจัด ทีมแพทย์ พยาบาลหรือทีมสุขภาพไปตรวจสุขภาพที่สถานที่ทำงานหรือในชุมชน 2. ควรส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่มวัยทำงานได้หมั่นสังเกตอาการและการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของร่างกายอยู่เสมอ 3. ควรให้ความรู้ข่าวสารที่ถูกต้อง ชัดเจนแก่ประชาชนกลุ่มวัยทำงานในการดูแลสุขภาพ ตนเอง การสังเกตความผิดปกติของร่างกาย

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	แนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมของประชาชน กลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตร
ด้านออกกำลังกาย	1. ควรส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสมให้แก่ประชาชนกลุ่มวัยทำงาน โดยแนะนำการออกกำลังกายที่ถูกต้องและจัดหาผู้นำในการออกกำลังกายในหน่วยงาน องค์กร และชุมชน 2. ควรจัดให้มีลานกีฬาหรือสถานที่ออกกำลังกายสาธารณะและจัดหาอุปกรณ์และเครื่องออกกำลังกายเพิ่มขึ้นในชุมชน
ด้านโภชนาการ	1. ควรส่งเสริมให้ประชาชนรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ปลอดภัยปรุงอาหารกินเอง ลดอาหารรสจัด ลดน้ำตาล กาแฟ บุหรี่ สุรา 2. ควรอบรมให้ความรู้แก่ประชาชนกลุ่มวัยทำงานและครอบครัว แม่ค้าจำหน่ายอาหาร ผู้ปรุงอาหารในเรื่องโภชนาการ 3. ควรส่งเสริมให้ร้านจำหน่ายอาหารมีมาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหาร
ด้านความสัมพันธ์ ระหว่างบุคคล	1. ควรส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่มวัยทำงานได้พูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพกับบุคคลอื่น ทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพร่วมกับครอบครัวและเพื่อนๆในที่ทำงาน ที่บ้าน ในชุมชน รวมกลุ่มทางไลน์พูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพกับเพื่อนๆ 2. ควรส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่มวัยทำงานเชิญชวนบุคคลในครอบครัว เพื่อน คนในชุมชน ที่ทำงานให้ดูแลสุขภาพตนเองให้มากขึ้น หมั่นสังเกตความเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ออกกำลังกายสม่ำเสมอและตรวจสุขภาพเป็นประจำ
ด้านการพัฒนา ด้านจิตวิญญาณ	1. ควรส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่มวัยทำงานทำกิจกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพจิต เช่น ทำบุญ ทุกวันพระ ตักบาตร สวดมนต์ ทำสมาธิ 2. ควรส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่มวัยทำงานได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ ยอมรับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตทั้งครอบครัวและการทำงานอาชีพ 3. ควรส่งเสริมสุขภาพจิตประชาชนกลุ่มวัยทำงานและการจัดการกับความเครียดที่ถูกต้อง 4. ควรให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพจิตและการจัดการความเครียดให้ประชาชนกลุ่มวัยทำงาน
ด้านการจัดการความเครียด	1. ควรส่งเสริมสุขภาพจิตประชาชนกลุ่มวัยทำงานมองโลกในแง่ดีสามารถให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ 2. ควรส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่มวัยทำงาน เป็นคนคิดบวกและมองโลกในแง่ดี หลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิต โดยส่งเสริมให้มีกลุ่ม/ชมรมในชุมชนในที่ทำงาน 3. ควรจัดทีมสุขภาพให้ปรึกษาคำแนะนำประชาชนเมื่อมีความเครียดให้สามารถหาสาเหตุและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ และยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตรพบว่า ประชาชนกลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตรมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด เมื่อพิจารณาารายด้าน มีค่าเฉลี่ยตามลำดับ ได้แก่ ด้านการตัดสินใจ ด้านการจัดการตนเอง ด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ด้านความรู้ความเข้าใจ และด้านทักษะ

การสื่อสาร สอดคล้องกับการศึกษา⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับปานกลาง

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน ในเขตจังหวัดพิจิตรพบว่า ประชาชนกลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตรมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด เมื่อ

พิจารณารายด้าน มีค่าเฉลี่ยตามลำดับ ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านการจัดการความเครียด ด้านการพัฒนา ด้านจิตวิญญาณ ด้านออกกำลังกาย ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สอดคล้องกับการศึกษา⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

วัตถุประสงค์ข้อที่ 3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประชาชน กลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตร พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งภาพรวมและรายด้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย คือ ปัจจัยส่วนบุคคล และความรอบรู้ด้าน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตร สอดคล้องกับการศึกษา⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับ พฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุ ตำบลหนองตร จังหวัดตรัง ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษา⁽¹²⁾ ที่ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส.ของกลุ่มวัยทำงานสำหรับหมู่บ้านจัดการสุขภาพ: กรณีศึกษาชุมชนบ้านวังหิน อำเภอกงไกรลาศ จังหวัด นครศรีธรรมราช พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ได้แก่ เพศ สถานภาพ และการศึกษา และ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < 0.001$ สอดคล้องกับการศึกษา⁽¹³⁾ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของ ประชาชน อำเภอบ้านค่าย จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ การศึกษา สถานภาพสมรส และอาชีพ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($P = 0.009, 0.001,$

0.001, 0.001 ตามลำดับ) ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 ($r=0.46$)

วัตถุประสงค์ข้อที่ 4. เพื่อศึกษาปัจจัยพยากรณ์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตร พบว่า เมื่อหาค่าสหสัมพันธ์พหุคูณ (Stepwise Multiple Regression) พบว่าปัจจัยพยากรณ์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มี 6 ปัจจัย คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการจัดการตนเอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการตัดสินใจ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูล ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจ และความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม โดยทั้งหมดมีค่าสหสัมพันธ์พหุคูณ (R) เท่ากับ 0.738 ดังนั้นในการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงานควรส่งเสริมให้ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและใน ด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านการจัดการตนเอง ด้านการตัดสินใจ ด้านการเข้าถึงข้อมูล และด้านความรู้ความเข้าใจ อย่างถูกต้องด้วย

วัตถุประสงค์ข้อที่ 5. เพื่อศึกษาแนวทางในการพัฒนา ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมของประชาชนกลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตร พบว่า การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสม ควรพัฒนาให้ครอบคลุมทั้งทางด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านการจัดการตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อและด้านการตัดสินใจโดย ส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่มวัยทำงานเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพได้ง่าย สะดวกและหลากหลายแหล่ง มีทักษะการสื่อสาร สามารถตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ส่งเสริมให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการพัฒนาข้อมูลด้านสุขภาพให้ทันสมัย น่าเชื่อถือและน่าสนใจ ให้ความรู้ข่าวสารที่ถูกต้อง ชัดเจนแก่ประชาชนกลุ่มวัยทำงานในการดูแลสุขภาพตนเอง

การพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ควรให้ความรู้ข่าวสารที่ถูกต้อง ชัดเจนแก่ประชาชนกลุ่มวัยทำงานในการดูแลสุขภาพตนเอง ควรกำหนดเป็นนโยบาย

ทุกระดับในการพัฒนากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้แก่ประชาชนกลุ่มวัยทำงาน ควรส่งเสริมพฤติกรรม การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์สร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ และการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม จากผลการศึกษาแนวทางในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมของประชาชนกลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตร ครึ่งนี้ สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนงานหรือจัดทำโครงการพัฒนา/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตรต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรกำหนดการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตร เป็นนโยบายเน้นหนักในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล เพื่อให้หน่วยงานและภาคีที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนให้การส่งเสริมสนับสนุนอย่างจริงจัง

2. เร่งรัดให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในทุกอำเภอ ตำบล จัดทำแผนงานหรือโครงการการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. หน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมประชาชนกลุ่มวัยทำงานมีความรู้ด้านสุขภาพในทุกด้านตามลำดับ ได้แก่ ด้านการตัดสินใจ ด้านการจัดการตนเอง ด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ด้านความรู้ความเข้าใจและด้านทักษะการสื่อสาร โดยส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่มวัยทำงานเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพได้ง่าย สะดวกและหลากหลายแหล่ง มีทักษะการสื่อสาร สามารถตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ส่งเสริมให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการพัฒนาข้อมูลด้านสุขภาพให้ทันสมัย น่าเชื่อถือและน่าสนใจ ให้ความรู้ข่าวสารที่ถูกต้อง ชัดเจนแก่ประชาชนกลุ่มวัยทำงานในการดูแลสุขภาพตนเอง

2. หน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความรู้ข่าวสารที่ถูกต้องชัดเจน แก่ประชาชนกลุ่มวัยทำงานในการดูแลสุขภาพตนเอง และส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในทุกๆ ด้านตามลำดับ ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านการจัดการความเครียด ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ ด้านออกกำลังกาย ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

3. ส่งเสริมให้หน่วยงาน องค์กรทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีบทบาทในการจัดกิจกรรมรณรงค์สร้างกระแส และสนับสนุนงบประมาณในจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตร

4. สร้างแรงจูงใจในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ให้การสนับสนุนส่งเสริม เช่น จัดกิจกรรมประกวดให้รางวัลบุคคล ครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานตัวอย่าง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตร

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์อดิสรณ์ วรรณะศักดิ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร และนายแพทย์วิศิษฐ์ อภิสิทธิ์วิทยา นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) ที่ให้การสนับสนุนและให้คำปรึกษาเป็นอย่างดี ขอขอบคุณ นางปัทมา ผ่องสมบุญ นักระบาดวิทยาสาธารณสุขเชี่ยวชาญ นายจิรยุทธ คงนุ่น หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข และนางจรรยา นราธรรสวัสดิกุล หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือ และให้ข้อเสนอแนะ ช่วยเหลือในการวิเคราะห์ข้อมูลและเขียนรายงานวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานประชาชนกลุ่มวัยทำงานระดับอำเภอ ตำบล ที่อำนวยความสะดวก

ความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงขอขอบคุณประชาชนกลุ่มตัวอย่างทุกท่านตลอดจนภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ที่กรุณาตอบแบบสอบถามและให้ข้อมูลในการสนทนากลุ่มทำให้สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ได้อย่างสมบูรณ์ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนที่ในเขตจังหวัดพิจิตรต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สุขภาพประชากรวัยทำงาน. เอกสารอัดสำเนา; 2559.
2. ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์. ผลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของประชาชนกลุ่มวัยทำงานในปี 2562. เอกสารอัดสำเนา; 2562.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. สถานการณ์โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดพิจิตร ปี 2561 – 2563. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 กรกฎาคม 2564 จาก ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศด้านสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร (MIS สสจ.พิจิตร); 2564.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. เอกสารตรวจราชการ เขตตรวจราชการสุขภาพที่ 3 รอบที่ 1/2561. เอกสารอัดสำเนา; 2561.
5. กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การเสริมสร้างและประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. เอกสารอัดสำเนา.; 2561.
6. เบญจวรรณ สอนอาจ. แนวทางการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. วิทยานิพนธ์ การศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ศิลปากร; 2562.

7. จันทนา สารแสง. คุณภาพชีวิตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่; 2561.
8. เทียมจันทร์ พานิชผลินไชย. ระเบียบวิธีวิจัย. พิษณุโลก : ภาควิชาพื้นฐานการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2545.
9. ประกาย จิโรจน์กุล. การวิจัยทางการแพทย์: แนวคิด หลักการและวิธีปฏิบัติ. นนทบุรี : โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก; 2548.
10. กรรณิการ์ การีสรณ์และคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. รายงานวิจัย; 2562.
11. ประไพพิศ สิงห์เสม และคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส.ของผู้สูงอายุ ตำบลหนองตรู จังหวัดตรัง. รายงานวิจัย; 2562.
12. นพมาศ โกศลและคณะ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานสำหรับหมู่บ้านจัดการสุขภาพ กรณีศึกษาชุมชนบ้านวังหิน อำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช. รายงานวิจัย; 2562.
13. อรุณี เสือสิงห์และคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์. รายงานวิจัย; 2563.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การศึกษาเรื่อง การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในเขตจังหวัดพิจิตร

A Study of Factors Related to Health Behavior of People at Risk of Diabetes and Hypertension in Phichit Province

ภฤดา แสงสินสร วท.บ. (สุขศึกษา)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัย เรื่อง การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเขตจังหวัดพิจิตร ครั้งนี้ เป็นการวิจัย เชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเขตจังหวัดพิจิตร ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยพยากรณ์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจนศึกษาปัญหา อุปสรรค และเสนอแนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเขตจังหวัดพิจิตร จำนวน 400 คน และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง จำนวน 16 คน

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.75 มีอายุเฉลี่ย 50.12 ปี จบปริญญาตรี ร้อยละ 33.50 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 66.75 มีอาชีพข้าราชการ/พนักงานของรัฐ/ลูกจ้างของรัฐ ร้อยละ 30.75 มีรายได้เฉลี่ย 17,433.88 บาทต่อเดือน ความรู้ ทักษะ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 64.50, 58.25, 58.00, 66.25 และ 54.00 ตามลำดับ) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ การได้รับความรู้ข่าวสาร การตรวจสุขภาพ ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ทักษะ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ปัจจัยพยากรณ์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ การป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ การได้รับความรู้ข่าวสาร ความรู้ ทักษะ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ($R = 0.852$)

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะที่เหมาะสมในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า กลุ่มเสี่ยงขาดความรู้ความเข้าใจมีความเชื่อผิดๆ ในเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ควรให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง สนับสนุนปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม จัดทีมให้คำปรึกษาเชิงรุกทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

คำสำคัญ : ปัจจัย, พฤติกรรมสุขภาพ, ภาวะเสี่ยง, โรคเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง

Abstract

This is a descriptive research aimed at studying health behaviors in self-care to prevent and control diabetes and hypertension of people with diabetes mellitus and hypertension in Phichit Province. Risk of diabetes and high blood pressure in Phichit province. Study of correlated

factors and predictive factors affecting health behaviors. as well as to study problems, obstacles, and propose appropriate guidelines for the development of health behaviors The sample group consisted of 400 people at risk of diabetes and high blood pressure in Phichit Province and 16 related personnel.

The results of the research found that the sample group was 72.75% female, average age 50.12 years, 33.50% graduated with a bachelor's degree, 33.50% were married, 66.75% were civil servants/state employees, 30.75 percent had average incomes of 17,433.88 baht. per month knowledge, attitude, access to health services getting social support and health behaviors in self-care moderate (64.50%, 58.25, 58.00, 66.25 and 54.00, respectively) Personal factors were gender, age, education level, marital status, occupation, income adequacy. obtaining news knowledge Health check-up, leading factors were knowledge, attitudes; contributing factors were access to health services. and the complementary factor is receiving social support correlated with the health behaviors of the samples. Predictive factors affecting health behaviors were sex, age, marital status, income, and chronic illnesses. obtaining information, knowledge, attitudes, access to health services and receiving social support ($R = 0.852$).

Problems, obstacles and proposals for appropriate guidelines for health behavior development found that the risk group lacked knowledge and misunderstandings. In the prevention and control of diabetes and high blood pressure should provide the correct understanding support the contributing factor and complementary factors Organize proactive consulting team at individual, family and community levels.

Keywords : factors, health behaviors, risk conditions, diabetes, high blood pressure

บทนำ

สถานการณ์โรคเบาหวานในจังหวัดพิจิตร ปี 2561 - 2563 พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มสูงขึ้น คิดเป็นร้อยละ 7.95, 8.28 และ 8.69 ตามลำดับ ส่วน อัตราตาย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เช่นกัน กล่าวคือจากปี 2561 - 2563 พบอัตราตายด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 2.08, 2.15 และ 2.16 ตามลำดับ สำหรับสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง ปี 2561 - 2563 พบอัตราป่วยและตายมีแนวโน้มสูงขึ้น กล่าวคือ มีผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 19.39, 20.18 และ 20.99 ตามลำดับ ตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 2.03, 2.01 และ 2.09 ตามลำดับ⁽¹⁾ จากผล การสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดพิจิตร ตามนโยบาย 303ส ในปี 2560 พบว่า กลุ่มอายุสูงสุด คือ อายุ 31-40 ปี ส่วนใหญ่ มีโรคประจำตัว มีพฤติกรรมในทุกๆ ด้านยังไม่เหมาะสมทั้งในด้านการบริโภคอาหาร ด้าน การออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ ด้านการสูบบุหรี่ ด้าน

การดื่มสุรา ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ด้านอาหารปลอดภัย และด้านสิ่งแวดล้อมกับภัยสุขภาพ⁽²⁾ จากข้อมูลข้างต้น หากต้องการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใดๆ จำเป็นต้องคำนึงถึงอิทธิพลจากหลายๆ ปัจจัยดังกล่าว ร่วมกันเสมอสอดคล้องกับแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model ของ Green and Kreuter^(3,4) ในส่วนของการวินิจฉัย ปัญหา (Diagnostic Phase) หรือทฤษฎีการวิเคราะห์ พฤติกรรมของบุคคลแบบสหปัจจัยที่เรียกว่า PRECEDE Model (Predisposing, Reinforcing, and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation) เพื่อนำไปใช้ในการวินิจฉัยและประเมินสาเหตุหรือปัจจัย ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) และ ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) ให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ กล่าวคือ พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากทั้งปัจจัยภายในและ ภายนอกบุคคล ดังนั้นการดำเนินงานเพื่อเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมจะต้องมีการดำเนินการหลายด้านประกอบกัน โดยจะต้องวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมนั้นก่อน จึงจะสามารถวางแผนและกำหนดวิธีการในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้วิจัยปฏิบัติงานในฐานะนักวิชาการสาธารณสุข ทำหน้าที่ในการรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลและร่วมวางแผนยุทธศาสตร์การพัฒนางานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร จึงสนใจที่จะศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเขตจังหวัดพิจิตร โดยประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE-PROCEED Model ของ Green and Kreuter⁽⁴⁾ ในส่วนของการวินิจฉัยปัญหา (Diagnostic Phase) หรือ ทฤษฎีการวิเคราะห์พฤติกรรมของบุคคลแบบสหปัจจัย ที่เรียกว่า PRECEDE Model ดังกล่าว มาศึกษา เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเขตจังหวัดพิจิตร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรม สุขภาพในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเขตจังหวัดพิจิตร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเขตจังหวัดพิจิตร
3. เพื่อศึกษาปัจจัยพยากรณ์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเขตจังหวัดพิจิตร
4. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และเสนอแนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเขตจังหวัดพิจิตร

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยศึกษาจากประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเขตจังหวัดพิจิตร และบุคลากร ที่เกี่ยวข้องจากแบบสอบถามและการสนทนากลุ่มบุคคลากรที่เกี่ยวข้อง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ประกอบด้วย ประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานในเขตจังหวัดพิจิตร จำนวน 24,607 คน และประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงในเขตจังหวัดพิจิตร จำนวน 15,747 คน รวม 40,354 คน และกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางขนาดกลุ่มตัวอย่างของเครซีและมอร์แกน (Robert V. Krejcie and Eayle W. Morgan. 1970)⁽⁵⁾ ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 400 คน แยกเป็น ประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน จำนวน 244 คน และ ประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 156 คน สำหรับตอบแบบสอบถาม สุ่มตัวอย่างโดยการจับฉลาก และกลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่ม จำนวน 16 คน ได้แก่ ผู้แทนประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน จำนวน 3 คน และ ผู้แทนประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 3 คน ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอำเภอ /ตำบล จำนวน 6 คน ผู้แทนผู้นำชุมชน จำนวน 2 คน และ อสม. จำนวน 2 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามสำหรับสอบถามประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นจากความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับ PRECEDE-PROCEED Model และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบสอบถามและแบบสนทนากลุ่มไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความครอบคลุมประเด็นที่ต้องศึกษา ได้ค่า IOC ของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.90 แก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอ

แนะของผู้ทรงคุณวุฒิ นำแบบสอบถามไปกับทดลองใช้กับประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานี จำนวน 30 คน คำนวณหาค่าความยากง่ายและความเชื่อมั่น ของแบบสอบถาม คำนวณหาค่าความยากง่ายของแบบสอบถามของความรู้ โดยใช้สูตรของ คูเดอร์และริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson: KR-20) (ประกาย จิโรจน์กุล, 2548)⁶ ได้ค่าความยากง่ายเท่ากับ 0.69 และคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทัศนคติ การเข้าถึงบริการสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)⁽⁶⁾ หาค่าความเชื่อมั่น แบบสอบถามทัศนคติ ได้เท่ากับ 0.89 การเข้าถึงบริการสุขภาพ เท่ากับ 0.85 แรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.81 และพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ 0.87 ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่สามารถนำมาใช้ได้

ระยะเวลาดำเนินการวิจัย

ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2564 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละค่าเฉลี่ยส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐานความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับพฤติกรรมสุขภาพใช้การทดสอบไคสแคว (Chi-Square test) วิเคราะห์ปัจจัยพยากรณ์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพโดยการหา ค่าสหสัมพันธ์พหุคูณ (Stepwise Multiple Regression) สรุปข้อมูลปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะแนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพโดยการวิเคราะห์ข้อมูล

เชิงเนื้อหาโดยการบรรยายสรุปความ ผู้วิจัยจะได้นำเสนอสรุปการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัย ในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตรเลขที่ 14/2564 เมื่อผู้วิจัยได้รับอนุมัติแล้วได้ทำหนังสือชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษาวิจัย ไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ และการเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม ตลอดจนสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อสถานภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.75 มีอายุเฉลี่ย 50.12 ปี จบปริญญาตรี ร้อยละ 33.50 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 66.75 มีอาชีพข้าราชการ/พนักงานของรัฐ/ลูกจ้างของรัฐ ร้อยละ 30.75 มีรายได้เฉลี่ย 17,433.88 บาทต่อเดือน มีโรคประจำตัว ร้อยละ 54.00 ได้รับความรู้ข่าวสารเรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 93.00 และได้ตรวจสุขภาพ (ในรอบปีที่ผ่านมา) ร้อยละ 83.75
2. ปัจจัยนำด้านความรู้และทัศนคติ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้ อยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุด ร้อยละ 64.50 รองลงมา ระดับสูง ร้อยละ 20.75 และระดับต่ำ ร้อยละ 14.75 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในภาพรวม

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (2-11 คะแนน)	59	14.75
ปานกลาง (12-18 คะแนน)	258	64.50
สูง (19-20 คะแนน)	83	20.75
รวม	400	100.00

Mean = 14.97 S.D = 3.44 Min = 2 Max = 20 คะแนนเต็ม 20 คะแนน

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติ อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 58.25 รองลงมา ระดับต่ำ ร้อยละ 23.00 และระดับสูง ร้อยละ 18.75 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในภาพรวม

ระดับทัศนคติ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (59- 68 คะแนน)	92	23.00
ปานกลาง (69-86 คะแนน)	233	58.25
สูง (87-99 คะแนน)	75	18.75
รวม	400	100.00

Mean = 77.26 S.D = 8.67 Min = 59 Max = 99 คะแนนเต็ม 100 คะแนน

3. ปัจจัยเอื้อด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 58.00 รองลงมา ระดับต่ำ ร้อยละ 22.75 และระดับสูง ร้อยละ 19.25 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนก ตามระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพเกี่ยวกับการ ป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในภาพรวม

ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (10- 29 คะแนน)	91	22.75
ปานกลาง (30- 48 คะแนน)	232	58.00
สูง 49- 50 คะแนน)	77	19.25
รวม	400	100.00

Mean = 38.71 S.D = 8.85 Min = 10 Max = 50 คะแนนเต็ม 50 คะแนน

4. ปัจจัยเสริมด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 66.25 รองลงมา ระดับสูง ร้อยละ 18.25 และระดับต่ำ ร้อยละ 15.50 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในภาพรวม

ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (23-39 คะแนน)	62	15.50
ปานกลาง (40-58 คะแนน)	265	66.25
สูง (59-70 คะแนน)	73	18.25
รวม	400	100.00

Mean = 49.24 S.D = 8.95 Min = 23 Max = 70 คะแนนเต็ม 70 คะแนน

5. พฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 54.00 รองลงมา ระดับต่ำ ร้อยละ 27.25 และระดับสูง ร้อยละ 18.75 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในภาพรวม

ระดับพฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (50-59 คะแนน)	109	27.25
ปานกลาง (60-80 คะแนน)	216	54.00
สูง (81-94 คะแนน)	75	18.75
รวม	400	100.00

Mean = 70.18 S.D = 10.15 Min = 50 Max = 94 คะแนนเต็ม 100 คะแนน

6. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง

พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ความเพียงพอ ของรายได้ การมีโรคประจำตัว การได้รับความรู้ข่าวสาร

การได้รับความรู้ การตรวจสุขภาพ ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ทศนคติ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองเพื่อป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของกลุ่ม ตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและควบคุม โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรม ๖	χ^2	df	p – value
ปัจจัยส่วนบุคคล			
-เพศ	34.561	2	0.000*
-อายุ	27.650	4	0.000*
-ระดับการศึกษา	24.921	10	0.005*
-สถานภาพสมรส	28.416	4	0.000*
-อาชีพ	104.887	12	0.000*
-รายได้	95.043	8	0.000*
-ความเพียงพอของรายได้	27.535	6	0.000*
-การมีโรคประจำตัว	5.322	2	0.070
-การมีโรคเบาหวาน	7.054	2	0.029*
-การมีโรคความดันโลหิตสูง	3.255	2	0.196
-การมีไขมันในเลือดสูง	4.265	2	0.045*
-การมีโรคหัวใจ	21.126	2	0.000*
-การมีโรคกระดูกและข้อ	23.688	2	0.000*
-การมีโรคกระเพาะ	19.021	2	0.000*
-การมีโรคเก๊าท์	6.954	2	0.031*
-การมีโรคประจำตัวอื่นๆ	6.683	2	0.035*
-การได้รับความรู้ข่าวสารโดยรวม	30.814	2	0.000*
-การได้รับความรู้ข่าวสารจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข	26.341	2	0.000*

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรม ฯ	χ^2	df	p – value
-การได้รับความรู้ข่าวสารจาก อสม.	30.186	2	0.000*
-การได้รับความรู้ข่าวสาร จากคนใน ครอบครัวเพื่อนบ้านหรือคนในชุมชน	14.852	2	0.001*
-การได้รับความรู้ข่าวสารจากเอกสารแผ่นพับ	6.425	2	0.040*
-จากบอร์ดประชาสัมพันธ์ข่าวสาร	3.927	2	0.040*
-การได้รับความรู้ข่าวสาร จากวิทยุหรือ โทรทัศน์	2.378	2	0.305
-การได้รับความรู้ข่าวสารจากการเข้าประชุม หรืออบรม	17.736	2	0.003*
-การได้รับความรู้ข่าวสารจากเสียงตามสาย/ หอกระจายข่าวสาร	11.108	2	0.004*
-การตรวจสุขภาพ	35.584	2	0.000*
ปัจจัยนำ			
-ความรู้	59.663	4	0.000*
-ทัศนคติ	144.735		
ปัจจัยเอื้อด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ	179.824	4	0.000*
ปัจจัยเสริมด้านการได้รับแรงสนับสนุนทาง สังคม	124.432	4	0.000*

* P ≤ 0.05

7. ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

เมื่อหาค่าสหสัมพันธ์พหุคูณ (Stepwise Multiple Regression) พบว่าปัจจัยพยากรณ์ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มี 14 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ

สถานภาพสมรสรายได้การป่วยด้วยโรคเบาหวานการป่วยด้วยโรคหัวใจ การมีไขมันในเลือดสูง การป่วยด้วยโรคกระเพาะ การป่วยด้วยโรคเก๊าท์ การได้รับความรู้ข่าวสารปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ทัศนคติ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยทั้งหมดมีค่าสหสัมพันธ์พหุคูณ (R) เท่ากับ 0.852 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยพยากรณ์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเขตจังหวัดพิจิตร

ปัจจัย	B	SE B	Beta	T	Sig.
การเข้าถึงบริการสุขภาพ	.490	.049	.471	10.078	0.000*
ทัศนคติ	.249	.035	.238	7.118	0.000*
เพศ	.598	.048	.396	12.434	0.000*
การป่วยด้วยโรคเบาหวาน	-.204	.103	-.072	-1.979	0.048*
ความรู้	-.204	.040	-.180	-5.165	0.000*
การได้รับความรู้ข่าวสาร	.190	.092	.072	2.073	0.039*

ปัจจัย	B	SE B	Beta	T	Sig.
การได้รับความรู้ข่าวสาร	.190	.092	.072	2.073	0.039*
การป่วยด้วยโรคกระเพาะ	-.401	.157	-.078	-2.545	0.011*
การป่วยด้วยโรคเกาต์	.948	.153	.197	6.199	0.000*
การป่วยด้วยโรคหัวใจ	.407	.078	.157	5.243	0.000*
การมีไขมันในเลือดสูง	.393	.058	.260	6.725	0.000*
อายุ	.017	.004	.131	4.432	0.000*
รายได้	-.054	.019	-.090	-2.838	0.005*
สถานภาพสมรส	.146	.038	.123	3.809	0.000*
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	.113	.054	.097	2.076	0.039*

R = .852 R² = .725 R² adj = .712 SEE = .361 a = -2.152

8. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะทางที่เหมาะสมในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ปัญหา อุปสรรคคือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงและคนในครอบครัวขาดความรู้ ความเข้าใจ มีความเชื่อผิดๆ ในเรื่อง การป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เช่น สาเหตุของโรค การเลือกอาหาร การปรุงอาหารที่ไม่ถูกต้อง มีความเคยชินกับรสอาหารเดิมๆ ชอบกินอาหารหวาน มัน เค็ม ไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการออกกำลังกาย ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้องทั้งทางด้านโภชนาการ ออกกำลังกายและการจัดการความเครียด ไม่ได้รับการกระตุ้นเตือนหรือคำแนะนำหรือการให้ข่าวสารต่างๆ ในการปฏิบัติตัวตลอดจนการสนับสนุนหรือแรงจูงใจให้เกิดการจัดการตนเองเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง อย่างต่อเนื่องการเฝ้าระวังความเสี่ยงในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้แก่ การนัดกลุ่มเสี่ยงมารับบริการ การเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการประเมินคัดกรองปัจจัยเสี่ยงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยง อุปสรรคออกกำลังภายในชุมชน มีน้อยไม่เพียงพอ

ข้อเสนอแนะทางที่เหมาะสมในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ คือ ควรอบรมให้ความรู้ ความเข้าใจ ส่งเสริมให้เกิดความเชื่อที่ถูกต้องแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยง ทั้งทางด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกายและด้านการจัดการความเครียดในรูปของค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จัดสรร

งบประมาณให้เพียงพอต่อการบริหารจัดการหาสถานที่ออกกำลังกาย จัดหาแกนนำออกกำลังกาย ในหมู่บ้าน/ชุมชน จัดหาแกนนำอาสาสมัคร ทีมสุขภาพเข้ามาตามชุมชนหรือให้อสม. ดำเนินการเชิงรุกในการให้คำแนะนำเรื่อง การกินอาหาร ออกกำลังกายและการจัดการความเครียด ส่งเสริมให้ประชาชนออกกำลังกายตามความสนใจและเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายที่หน่วยงานหรือชุมชนจัดขึ้น โดยมีรางวัลให้ จัดประกวดแข่งขัน จัดทีมให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโภชนาการ การควบคุมอาหาร และการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสจัดต่างๆแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยง ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจและความเชื่อที่ถูกต้องแก่ทั้งกลุ่มเสี่ยงและคนในครอบครัว รวมถึงคนในชุมชน ผู้นำอาหาร จัดสภาพแวดล้อม สถานที่และอุปกรณ์ที่เหมาะสม ส่งเสริมให้ทุกภาคส่วนจัดกิจกรรมรณรงค์สร้างกระแสในชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย ส่งเสริมกำลังใจและแรงจูงใจในการลดพฤติกรรมเสี่ยงทั้งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ที่ให้การสนับสนุน เช่น จัดกิจกรรมประกวดให้รางวัลบุคคลครอบครัว ชุมชนและหน่วยงานตัวอย่าง จัดทีมสุขภาพออกมาตรวจสุขภาพเชิงรุกในชุมชนและส่งเสริมให้ประชาชนปลูกพืชผักสวนครัวไว้รับประทานเอง

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน

และความดันโลหิตสูงของประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเขตจังหวัดพิจิตร พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความรู้ ทักษะ การเข้าถึงบริการสุขภาพและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน เมื่อพิจารณารายด้าน มีค่าเฉลี่ยตามลำดับ ได้แก่ ด้านโภชนาการ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.71$) ด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.57$) และด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}=3.20$) สอดคล้องกับที่ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง อำเภอสะเตา จังหวัดสงขลา⁽⁷⁾ พบว่า พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลหนองยวง อำเภอเวียงหนองล่อง จังหวัดลำพูน⁽⁸⁾ พบว่า พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเขตจังหวัดพิจิตร

พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ การมีโรคเบาหวาน การมีไขมันในเลือดสูง การมีโรคหัวใจ การมีโรคกระดูกและข้อ (เข่าเสื่อม สะโพกเสื่อม) การมีโรคกระเพาะ การมีโรคเก๊าท์ การมีโรคประจำตัวอื่นๆ การได้รับความรู้ข่าวสารเรื่อง โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยรวม การได้รับความรู้ข่าวสารเรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากอาสาสมัครในครอบครัว จากเพื่อนบ้านหรือคนในชุมชน จากเอกสารแผ่นพับ จากบอร์ดประชาสัมพันธ์ข่าวสารจากการ เข้าร่วมชมหรืออบรมจากทางอินเทอร์เน็ต/เฟสบุ๊ค/ไลน์/สื่อสังคมออนไลน์ต่างๆ และจากเสียงตามสาย/หอกระจายข่าวสาร การตรวจสุขภาพ

มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ การมีโรคประจำตัว การได้รับความรู้ข่าวสารเรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง แหล่งความรู้ข่าวสาร เรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และการตรวจสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเขตจังหวัดพิจิตร สอดคล้องกับที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศิลา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น⁽⁹⁾ พบว่า ปัจจัยด้านสถานภาพสมรสและระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.026$, $p\text{-value}=0.028$)

ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ทักษะ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเขตจังหวัดพิจิตร สอดคล้องกับที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร⁽¹⁰⁾ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ความดันโลหิต ได้แก่ ทักษะเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ($r = 0.382$, $p < 0.001$) การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิต ($r = -0.239$, $p = 0.002$) การเข้าถึงบริการสุขภาพ ($r = -0.323$, $p < 0.001$) และการได้รับแรง

สนับสนุนทางสังคม ($r = 0.300, p < 0.001$)

ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นสมมติฐานที่ 3 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเขตจังหวัดพิจิตร สอดคล้องกับที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศการ อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร⁽¹⁰⁾ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ได้แก่ ทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ($r = 0.382, p < 0.001$) การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิต ($r = -0.239, p = 0.002$) การเข้าถึงบริการสุขภาพ ($r = -0.323, p < 0.001$) และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.300, p < 0.001$)

ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ 4 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเขตจังหวัดพิจิตร สอดคล้องกับที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองยวง อำเภอเวียงหนองล่อง จังหวัดลำพูน⁽⁸⁾ พบว่า การกระตุ้นเตือนจากบุคคลในครอบครัว จากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนและการได้รับคำแนะนำ จากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่

สาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01

วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อศึกษาปัจจัยพยากรณ์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเขตจังหวัดพิจิตร

พบว่าปัจจัยพยากรณ์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเขตจังหวัดพิจิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มี 14 ปัจจัย คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ การป่วยด้วยโรคเบาหวานการป่วย ด้วยโรคหัวใจการมีไขมันในเลือดสูง การป่วยด้วยโรคกระเพาะ การป่วยด้วยโรคเกาต์ การได้รับความรู้ข่าวสาร ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยทั้งหมดมีค่าสหสัมพันธ์พหุคูณ (R) เท่ากับ 0.852 แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในระดับสูง ดังนั้นในการพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงควรคำนึงถึงปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมดังกล่าวด้วย

วัตถุประสงค์ข้อที่ 4 เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และเสนอแนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเขตจังหวัดพิจิตร

พบว่า ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ประชาชนกลุ่มเสี่ยงและคนในครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจ มีความเชื่อผิดๆในเรื่อง การป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ควรจัดอบรมให้ความรู้ความเข้าใจ ให้ข้อมูลข่าวสาร และส่งเสริมให้เกิดความเชื่อที่ถูกต้อง

แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงและคนในครอบครัว จัดสรรงบประมาณ จัดหาสถานที่และอุปกรณ์ออกกำลังกายเพียงพอ จัดทีมให้คำปรึกษาเชิงรุกในเรื่องโภชนาการ การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด ส่งเสริมกำลังใจและแรงจูงใจ ในการลดพฤติกรรมเสี่ยงทั้งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ให้การสนับสนุน สอดคล้องกับที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา⁽⁷⁾ มีข้อเสนอแนะว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่เกี่ยวข้อง ควรมีการส่งเสริมและให้ความรู้อย่างต่อเนื่องโดยมีการดำเนินงานเชิงรุกเพิ่มขึ้น โดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น

จากผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนงานหรือจัดทำโครงการพัฒนา/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเขตจังหวัดพิจิตรต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ควรกำหนดการพัฒนา/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเขตจังหวัดพิจิตร เป็นนโยบายเน้นหนักในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล เพื่อให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องให้การสนับสนุน ลงไปดูแลและให้ความสำคัญให้เพิ่มมากขึ้นและจริงจัง
2. เร่งรัดให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในทุกอำเภอ ตำบล จัดทำแผนงานหรือโครงการพัฒนา/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเขตจังหวัดพิจิตร
3. หน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ควรส่งเสริมประชาชนที่มีได้เข้ารับการอบรมหรือประชุม ตลอดจนให้ข่าวสารในเรื่อง การป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงให้มีความรู้ความเข้าใจและความเชื่อที่ถูกต้อง ทั้งทางด้านโภชนาการ

ด้านการออกกำลังกายและด้านการจัดการความเครียด

4. จัดสรรงบประมาณให้เพียงพอต่อการบริหารจัดการหาสถานที่ออกกำลังกายและจัดหาแกนนำออกกำลังกายในหมู่บ้าน/ชุมชน
5. ส่งเสริมให้ทุกภาคส่วนจัดกิจกรรมรณรงค์สร้างกระแสในชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาเรื่อง เชิงคุณภาพหรือเชิงปฏิบัติการ ในการส่งเสริมหรือพัฒนาหรือสร้างปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์และเป็นปัจจัยพยากรณ์ที่ส่งผลต่อมีกับพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเขตจังหวัดพิจิตร

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร.สถานการณ์โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในจังหวัดพิจิตร ปี 2561 – 2563. เอกสารอัดสำเนา; 2564.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. เอกสารตรวจราชการ เขตตรวจราชการสุขภาพที่ 3 รอบที่ 1/2561. เอกสารอัดสำเนา; 2561.
3. โกเมน ควรหา, พรนภา หอมสินธุ์ และ รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์. “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในพระสงฆ์ จังหวัดระยอง”. วารสารพยาบาลสาธารณสุข ปีที่ 24 ฉบับที่ 3. 2553; 68-76.
4. นรลักษณ์ เอื้อกิจ และ ลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี. “การประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE MODEL ในการสร้างเสริมสุขภาพ”.วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 ม.ค.-มิ.ย. 62. 2562; 38-48.
5. ชีรวุฒิ เอกะกุล. ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. อุดรราชธานี : สถาบันราชภัฏอุดรราชธานี; 2543.
6. ประกาย จิโรจน์กุล. การวิจัยทางการแพทย์แนวคิด หลักการ และวิธีปฏิบัติ. กรุงเทพฯ:

- สร้างสื่อจำกัด. อาชีพผลิตยางพารา. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาล
อาชีวอนามัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.
7. สมใจ จางวาง เทพกร พิทยภินันและนิรชร
ชุตีพัฒนะ “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม
การดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานและ
ความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง
อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา”. วารสารเครือข่าย
วิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้
ปีที่ 3 เล่ม 1 มกราคม – เมษายน 2559
(บทคัดย่อ); 2559.
 8. กัลยารัตน์ แก้ววันดี วราภรณ์ ศิริสว่างและ
จิตติมา กตัญญู. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน
กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองยวง อำเภอเวียง
หนองล่อง จังหวัดลำพูน; 2556.
 9. อภิญญา บ้านกลาง. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม
สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขต
รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลศิลา
อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. รายงานวิจัย;
2559.
 10. จิราวรรณ เจนจบและสุพัฒนา คำสอน. ปัจจัย
ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุม
ความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ชนิดไม่ทราบสาเหตุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลบ้านเกศกาสร อำเภอลานกระบือ จังหวัด
กำแพงเพชร. รายงานวิจัย; 2558.

หลักสูตรการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข เพื่อรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

ที่มาของหลักสูตร

หลักสูตรการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตรนี้เป็นหลักสูตรที่ตอบสนองต่อนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ยุทธศาสตร์ที่ 3 บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) ในแผนงานที่ 10 การพัฒนาระบบการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ ตัวชี้วัดที่ 51 ร้อยละของบุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นได้รับการพัฒนา

กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) โดยแผนยุทธศาสตร์ได้กำหนดเป้าหมาย คือ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน ภายใต้การพัฒนาศักยภาพเป็นเลิศใน 4 ด้าน หรือ 4 ยุทธศาสตร์ คือ

Promotion Prevention & Protection Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)

Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)

People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)

Governance Excellence (บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร มีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการระบบสุขภาพของจังหวัด ผู้บริหารทุกระดับต้องได้รับการพัฒนา เพิ่มพูนความรู้ ความสามารถและประสบการณ์ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงในการทำงาน ดำเนินงานเชิงรุก และประสานการทำงานร่วมกับเครือข่ายหน่วยงานภาคส่วนอื่นๆ อย่างเป็นระบบ

การบริหารหลักสูตร/วิธีการดำเนินงาน

1. การแต่งตั้งคณะที่ปรึกษา และคณะทำงาน
2. กำหนดหลักสูตรการอบรม/ประสานงานวิทยากร โดยใช้ทรัพยากรบุคคลในสังกัด สสจ.พิจิตร/เครือข่าย ในรูปแบบจิตอาสา
3. กำหนดระยะเวลาการอบรม (ทุกวันศุกร์ เวลา 13.00 – 46.00 น.)
4. ประกาศรับสมัครผู้ที่สนใจเข้าอบรม
5. ดำเนินการจัดการอบรม
6. การวัดและประเมินผลการดำเนินงาน
7. นำเสนอผลการดำเนินงาน

สาระสำคัญของหลักสูตร

1. วัตถุประสงค์ของหลักสูตร

เพื่อพัฒนาความพร้อมของบุคลากรที่มีคุณสมบัติ หรือมีความพร้อมในการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น มีศักยภาพในการเป็นผู้บริหารยุคใหม่

2. กลุ่มเป้าหมายที่เข้าอบรม ประกอบด้วย

- 2.1 รองหัวหน้ากลุ่มงาน ใน สสจ.พิจิตร (กลุ่มงานละ 2 คน)
- 2.2 ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ อำเภอละ 1 คน
- 2.3 รองหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลละ 1 คน

3. หัวข้อวิชาของหลักสูตร

- 3.1 การบริหารจัดการ P-O-D-C
- 3.2 การพัฒนาคุณภาพ PMQA
- 3.3 ระบาดวิทยาการบริหารจัดการ สถานการณ์โรคโควิด-19
- 3.4 การเขียนแผนงาน/โครงการ และการประเมินผล
- 3.5 โครงสร้าง สสจ.พิจิตร / แนวทางการดำเนินงานของกลุ่มงานภายใน สสจ.พิจิตร (เป็นรายกลุ่มงาน)
- 3.6 สิทธิพึงมีพึงได้ของข้าราชการ

4. รายชื่อวิทยากร (จิตอาสา)

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 4.1 นายแพทย์บุญชัย ธีระกาญจน์ | อดีตหัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข |
| 4.2 นายแพทย์อดิสรณ์ วรรณะศักดิ์ | นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร |
| 4.3 นายแพทย์กิตติโชติ ตั้งกิตติถาวร | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน |
| 4.4 นายแพทย์วิศิษฐ์ อภิสิทธิ์วิทยา | นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) สสจ.พิจิตร |
| 4.5 นายแพทย์เสรี วุฒินันท์ชัย | รองผู้อำนวยการด้านกฎหมาย และคดีกฎหมาย รพ.พิจิตร |
| 4.6 พญ.ชัญวลี ศรีสุโข | สูติ-นรีแพทย์เชี่ยวชาญและกรรมการแพทยสภา |
| 4.7 ทพ.ไพรัช กวประเสริฐ | อดีตผู้อำนวยการโรงพยาบาลดงเจริญ |
| 4.8 นางวรรณนิภา สิทธิราช | ผู้ช่วยนพ.สสจ.เพชรบูรณ์ |

5. ที่ปรึกษาหลักสูตร

- | | |
|--------------------------------|--|
| 5.1 นางปัทมา ผ่องสมบูรณ์ | นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) |
| 5.2 ภก.พัชรา ถาวรระ | เภสัชกรเชี่ยวชาญ |
| 5.3 นางดวงพร พูลสวัสดิ์กิติกุล | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร |
| 5.4 ดร.ธานี โชติกคาม | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร |

6. ฝั่ควบคุมการปฏิบัติงาน/ตารางกำหนดการประชุม

วัน/เดือน/ปี	เวลา	หัวข้อการอบรม
พฤษภาคม	๑๓.๐๐-๑๓.๓๐ น.	- พิธีเปิดการอบรม (13 มกราคม 2565)
	๑๓.๓๐-๑๕.๓๐ น.	- Soft skill เพื่อการพัฒนา
ศุกร์	๑๓.๐๐-๑๖.๐๐ น.	- เครือข่ายเพื่อความสำเร็จ
พฤษภาคม	๑๓.๐๐-๑๖.๐๐ น.	- การบริหารจัดการ P-O-D-C
ศุกร์	๑๓.๐๐-๑๖.๐๐ น.	- การพัฒนาคุณภาพ PMQA

วัน/เดือน/ปี	เวลา	หัวข้อการอบรม
ศุกร์	๑๓.๐๐-๑๖.๐๐ น.	- โครงสร้าง สสจ.พิจิตร กับการบริหารจัดการงานสธ.
พฤหัสบดี	๑๓.๐๐-๑๖.๐๐ น.	- การเขียนแผนงานโครงการ/การประเมินผล
ศุกร์	๑๓.๐๐-๑๖.๐๐ น.	- การเขียนแผนงานโครงการ/การประเมินผล (ต่อ)
พฤหัสบดี	๑๓.๐๐-๑๖.๐๐ น.	- สิทธิพึงมีพึงได้ของข้าราชการ / รายงานผลการอบรม - พิธีปิด และมอบใบประกาศ

7. งบประมาณ เป็นกิจกรรม/วิทยากรจิตอาสา (ไม่ใช้งบประมาณ)

8. ระยะเวลาดำเนินการ เดือนธันวาคม 2564 – สิงหาคม 2565

9. การประเมินผล

9.1 แบบประเมินผล : แบบทดสอบความรู้ ก่อน และ หลังการอบรม

9.2 ตัวชี้วัดความสำเร็จ

9.2.1 เป้าหมายเชิงปริมาณ

- ร้อยละ 80 ของกลุ่มเป้าหมายได้รับการอบรม
- ร้อยละ 80 ของกิจกรรมการอบรม มีการจัดตามวัน เวลา ที่กำหนด

9.2.2 เป้าหมายเชิงคุณภาพ

- ร้อยละของผู้เข้ารับการประชุม มีความรู้เพิ่มขึ้น (ร้อยละ 80)

10. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

บุคลากรที่มีคุณสมบัติ/หรือมีความพร้อมได้รับการพัฒนาศักยภาพเพื่อเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น

11. ผู้รับผิดชอบหลักสูตร : กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

“ ขอให้ดอนลประโยชน์ส่วนตนเป็นก่สอง
ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง
ลาก ภรพย์ และเกียรตยศ จะตกมาแก่ท่านเอง
ถ้าท่านกรงธรรมะแห่งอาชฟวไให้บริสุทธิ์ ”

ด.พิจิตร



ประมวลภาพกิจกรรมพิธีเปิดการอบรมหลักสูตร

“การพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข เพื่อรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น”

รุ่นที่ 1 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

วันที่ 13 มกราคม 2565 เวลา 13.00 น. ณ ห้องประชุมหลวงพ่อเพชร สสจ.พิจิตร

นายแพทย์อดิสรณ์ วรรณะศักดิ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร เป็นประธานเปิดอบรมการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข เพื่อรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น รุ่นที่ 1 ปีงบประมาณ 2565 ให้เกียรติบรรยายและถ่ายทอดประสบการณ์ด้านระบาดวิทยา ในหัวข้อ “ระบาดวิทยา กับการบริหารจัดการสถานการณ์โควิด-19”

“ ขอแสดงความยินดีกับผู้อบรมรุ่นแรกทั้ง 37 คน หวังว่าพวกเราจะได้นำองค์ความรู้หรือประสบการณ์ในการเรียนหลักสูตรนี้ ไปปรับใช้ในการพัฒนางานของท่านมากขึ้น และทำให้หลักสูตรนี้มีคุณค่า สามารถที่จะมีความยั่งยืนได้ ”



“ การเรียนรู้ ที่ง่ายที่สุดคือ
การเรียนรู้จากประสบการณ์
ของคนอื่น เราก็ไม่จำเป็นต้อง
เสียเวลามาลองผิดลองถูก ก็นำ
ที่ถูกต้องมาปรับใช้ได้เลย ”



คำแนะนำสำหรับส่งบทความตีพิมพ์

“วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร” มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ความรู้ บทความและผลงานวิชาการด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเสริมสร้างแนวคิดและประสบการณ์ด้านวิชาการ ตลอดจนพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับให้มีทักษะการเขียนผลงานวิชาการโดยมีกำหนดการจัดพิมพ์ปีละ 2 ครั้ง ราย 6 เดือน

ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - มิถุนายน และ ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม - ธันวาคม

รับบทความ/เรื่องเพื่อตีพิมพ์ ฉบับที่ 1 ภายในเดือนเมษายน ฉบับที่ 2 ภายในเดือนตุลาคม

ขั้นตอนการดำเนินงานจัดทำวารสาร ดังนี้

1. ผู้ส่งบทความตีพิมพ์ต้องศึกษาหลักเกณฑ์ คำแนะนำเพื่อตีพิมพ์ โดยกองบรรณาธิการจะไม่รับนิพนธ์ต้นฉบับที่ไม่ถูกต้องตามแบบฟอร์มและกติกาที่วารสารกำหนด
2. ผู้สนใจส่งบทความจะต้องกรอกข้อมูลในแบบส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ฯ พร้อมแนบบทความต้นฉบับ จำนวน 1 ชุด และส่งไฟล์ Microsoft Word และ pdf. ไปยังกองบรรณาธิการวารสารทาง e-mail: pphj.2020@gmail.com
3. กองบรรณาธิการจะตรวจประเมินความครบถ้วน ถูกต้องของบทความเบื้องต้น ก่อนส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ
4. กองบรรณาธิการจัดส่งนิพนธ์ต้นฉบับ/บทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง ตรวจประเมินและคุณภาพ และให้เสนอแนะ จำนวน 1-2 ท่านต่อเรื่อง
5. ผู้นิพนธ์ปรับ/แก้ไขตามข้อพิจารณาและเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ
6. กองบรรณาธิการตรวจสอบความถูกต้อง และเตรียมข้อมูล/บทความต้นฉบับ
7. ส่งข้อมูล/บทความต้นฉบับให้โรงพิมพ์ดำเนินการจัดพิมพ์รูปเล่ม
8. กองบรรณาธิการดำเนินการจัดส่งและเผยแพร่วารสารแก่กลุ่มเป้าหมาย
9. กองบรรณาธิการจะจัดส่งหนังสือ/ใบรับรองตีพิมพ์แจ้งผู้เขียนนิพนธ์ต้นฉบับ หลังจากผู้นิพนธ์ปรับ/แก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิได้ประเมินและเสนอแนะไว้เรียบร้อยแล้ว

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งบทความเพื่อตีพิมพ์

1. บทความที่ส่งตีพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original articles) ได้แก่ บทความที่เสนอ ผลงานใหม่ที่ได้จากการศึกษาวิจัยที่ยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารหรือหนังสืออื่นๆ ควรเขียนตามลำดับ ได้แก่ ชื่อเรื่อง บทคัดย่อ บทนำสั้นๆ (เหตุผลที่ทำการศึกษานี้ รวมทั้งวัตถุประสงค์) วัสดุ หรือวิธีการ ผลการศึกษา วิเคราะห์ สรุป กิตติกรรมประกาศ และ เอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 12 หน้าพิมพ์

รายงานผู้ป่วย (Case report) เป็นรายงานผู้ป่วยที่น่าสนใจ เช่น การบาดเจ็บ, ความผิดปกติหรือโรคที่พบได้ยาก และที่น่าสนใจหรือใช้วิธีการนวัตกรรม หรือเครื่องมือใหม่ในการรักษาผู้ป่วย ควรเขียนตามลำดับ ได้แก่ ชื่อเรื่อง บทคัดย่อ บทนำ รายงานผู้ป่วย (รวมถึงวัสดุและวิธีการ) วิเคราะห์ สรุป และเอกสารอ้างอิง

บทความพิเศษ (Special article) เป็นบทความทาง วิชาการที่เกี่ยวข้องทางด้านการแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกรรม พยาบาล การสาธารณสุข และวิทยาศาสตร์การแพทย์ อาจมีลักษณะเป็นบทวิเคราะห์วิจารณ์ หรือบทความทางด้านการบริหารที่เกี่ยวข้องและเห็นว่าเป็นประโยชน์

บทความฟื้นฟูวิชาการ (Review articles) ได้แก่ บทความที่ได้จากการรวบรวมนำเอาความรู้ เรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งตีพิมพ์ในวารสารหรือหนังสือต่างๆ หรือจากผลงานและประสบการณ์ของผู้นิพนธ์นำมาเรียบเรียงและวิเคราะห์วิจารณ์หรือเปรียบเทียบกัน เพื่อให้เกิดความลึกซึ้งหรือเกิดความกระจ่างในเรื่องนั้นมากยิ่งขึ้น

ปกิณกะ (Miscellany) ได้แก่ บทความอื่น ๆ นอกเหนือจากชนิดของบทความดังกล่าวข้างต้น ซึ่งมีประโยชน์ต่อการดำเนินงาน

2. การเตรียมบทความเพื่อตีพิมพ์

ชื่อเรื่อง	ควรสั้นกะทัดรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงวัตถุประสงค์ และเนื้อเรื่องชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
ชื่อผู้เขียน	มีชื่อผู้เขียนและ/หรือคณะ พร้อมวุฒิการศึกษาสูงสุด (วุฒิป่อ) และสถานที่ปฏิบัติงานเป็นภาษาไทย
เนื้อเรื่อง	ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้นกะทัดรัด แต่ชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน
บทคัดย่อ	คือการย่อเนื้อหาสำคัญเป็นประโยคสมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้ว ไม่แบ่งเป็นข้อๆ ความยาวไม่เกิน 20 บรรทัด และมีส่วนประกอบ คือวัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการ ผลการดำเนินงานและวิจารณ์ หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารที่อยู่ในบทคัดย่อ และเขียนบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
บทนำ	อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้า งานวิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐานและขอบเขตการวิจัย
วิธีการดำเนินการ	อธิบายวิธีดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการ รวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจน วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์
ผลการดำเนินงาน	อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย/ศึกษา โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้ง แปลความหมายของผลที่ค้นพบ หรือวิเคราะห์แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบ กับสมมติฐานที่ตั้งไว้
วิจารณ์	ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่ เพียงใด และควรอ้างอิงทฤษฎี หรือผลการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย
สรุป	ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัยอย่างสั้นๆ รวมทั้ง ผลการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลงานการวิจัยไปใช้ให้เกิดประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะต่อประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลข (ตัวเลข) ท้ายข้อความ หรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงลำดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิง ยกเว้นชื่อย่อและชื่อวารสารบทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลี่ยง “ติดต่อส่วนตัว” มาใช้อ้างอิง เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่วไป ให้ระบุชื่อและวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิง ชื่อวารสารในการอ้างอิง ให้ใช้ชื่อย่อตามรูปแบบของ U.S. Nation Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือในเว็บไซต์ <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/liji.html> การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารมีหลักเกณฑ์ดังนี้

3.1 วารสารวิชาการ

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารปีที่พิมพ์:ปีที่: หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

วารสารภาษาไทย ชื่อผู้พิมพ์ ให้ใช้ชื่อเต็ม ทั้งชื่อและชื่อสกุล ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็ม ปีที่พิมพ์ เป็น ปีพุทธศักราช วารสารภาษาอังกฤษ ใช้ชื่อสกุลก่อน ตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อ ตัวและชื่อรอง ถ้ามีผู้พิมพ์ มากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 6 คนแรก แล้วตามด้วย et al. (ภาษาอังกฤษ) หรือและคณะ (วารสารภาษาไทย) ชื่อวารสาร ใช้ชื่อย่อตามแบบ Index Medicus หรือตามที่ใช้ในวารสาร นั้นๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้ายตามตัวอย่าง ดังนี้

3.1.1 เอกสารจากวารสารวิชาการ

1. วิทยา สวัสดิคุณพงศ์, พชร เงินตรา, ปราณี มหาศักดิ์พันธ์, ณวิวรรณ เชาว กรรติพงศ์, ยุวดี ตาทิพย์. การสำรวจความครอบคลุมและการใช้บริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปี 2540. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2541; 7:20-6.

2. Russell FD, Coppell AL, Davenport AP. In Vitro enzymatic processing of Radiolabelled big ET-1 in human kidney as a food ingredient. Biochem Pharmacol 1998; 55:697-701.

3.1.2 องค์การเป็นผู้พิมพ์

1. คณะผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมอายุรเวชแห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัย และแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทย์สภาสาร 2538; 24:190-204.

3.1.3 ไม่มีชื่อผู้พิมพ์

1. Coffee drinking and cancer of the pancreas (editorial). BMJ 1981; 283: 628.

3.1.4 บทความในฉบับแทรก

1. วิชัย ต้นไผ่จิตร. สิ่งแวดล้อมโภชนาการกับสุขภาพใน: สมชัย บวรกิตติ, จอห์น พี ลอฟทิส, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม. สารศิริราช 2539; 48 (ฉบับผนวก) : 153-61.

3.1.5 ระบุประเภทของบทความ

1. บุญเรือง นิยมพร, ดำรง เพชรลาย, นันทวัน พรหมผลิต, ทวี บุญโชติ, สมชัย บวรกิตติ, ประหยัด ทศนาภรณ์. แอลกอฮอล์กับอุบัติเหตุบนท้องถนน (บทบรรณาธิการ). สารศิริราช 2539; 48: 616-20.

2. Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease (letter). Lancet 1996; 347:1337.

3.2 หนังสือ ตำรา หรือรายงาน

3.2.1 หนังสือหรือตำราผู้พิมพ์เขียนทั้งเล่ม ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

- หนังสือแต่งโดยผู้พิมพ์

1. ธงชัย สันติวงษ์. องค์การและการบริหารฉบับแก้ไขปรับปรุง. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช ; 2535.

2. Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurse. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

- หนังสือมีบรรณาธิการ

1. วิชาญ วิทยาศัย, ประคอง วิทยาศัย, บรรณาธิการ. เวชปฏิบัติในผู้ป่วยติดเชื่อ เอชส์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิเด็ก; 2535.

2. Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

3.2.2 บทหนึ่งในหนังสือ หรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า (หน้าแรก-หน้าสุดท้าย).

1. เกรียงไกร จีระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตูจันทา, วินัย สุวดี, อรุณวงษ์ จิราษฏร์, ประอร ขวดีธำรง, พิกพ จิรปัญญา, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 424-7.

2. Philipps SJ. Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. P. 465-78.

3.3 รายงานการประชุม สัมมนา

ลำดับที่. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วันเดือนปี ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

1. อนุวัฒน์ ศุภชุตีกุล, งามจิตต์ จันทรสาดิต, บรรณาธิการ. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 2 เรื่องส่งเสริมสุขภาพ: บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน; 6-8 พฤษภาคม 2541; ณ โรงแรมโป๊ปทาวเวอร์. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์; 2541.

2. Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International congress of EMG and clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

4. การส่งบทความต้นฉบับ

4.1 ใช้โปรแกรม Microsoft word พิมพ์บทความด้วยรูปแบบอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 POINT ตลอดทั้งเล่ม ไม่เกินหลังตัวอักษร พร้อมใส่เลขกำกับหน้าที่มีมวาล่างทุกหน้า ระบุหน้ากระดาษในแต่ละหน้า ระบุขอบบน 1.0 นิ้ว, ระบุขอบล่าง 1.0 นิ้ว และระบุขอบซ้าย 1.5 นิ้ว, ระบุขอบขวา 1.0 นิ้ว และ Print เอกสารบทความต้นฉบับหน้าเดียวลงในกระดาษ A4 จำนวน 1 ชุด และส่งไฟล์ในรูปแบบ Microsoft Word และ pdf. ทาง e-mail: pphj.2020@gmail.com พร้อมแนบแบบส่งบทความเพื่อตีพิมพ์

4.2 ภาพประกอบถ้าเป็นภาพลายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกสีดำบนกระดาษหนาแน่น ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพโปสเตอร์ทดแทนได้ save เป็นไฟล์ .JPEG หรือ .TIFF สำหรับการเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหาก อย่าเขียนลงในภาพโปสเตอร์

5. การตอบรับ

5.1 เมื่อกองบรรณาธิการได้รับบทความที่ส่งมาตีพิมพ์ จะดำเนินการตามขั้นตอนและมีหนังสือตอบรับต่อไป

5.2 บทความที่ไม่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ ทางกองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบแต่จะไม่ส่งคืนต้นฉบับ

6. ระยะเวลาในการพิจารณาบทความ

6.1 กองบรรณาธิการจะกลั่นกรองบทความ/นิพนธ์ต้นฉบับเบื้องต้น และส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ ภายใน 2 - 3 สัปดาห์

6.2 เมื่อได้รับคืนบทความ/นิพนธ์ต้นฉบับจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว กองบรรณาธิการจะส่งบทความให้ผู้พิมพ์บทความแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์

6.3 เมื่อผู้พิมพ์แก้ไขงานเสร็จแล้ว ให้ส่งบทความฉบับแก้ไข จำนวน 1 ชุด พร้อมส่งไฟล์ในรูปแบบ Microsoft Word และ pdf. ทาง e-mail: pphj.2020@gmail.com

6.4 กองบรรณาธิการ จะออกหนังสือตอบรับการตีพิมพ์บทความลงวารสารวิจัยและวิชาการฯ ต่อไป

7. การตีพิมพ์วารสาร

7.1 กองบรรณาธิการจะรวบรวมบทความส่งตีพิมพ์ เมื่อมีจำนวนผู้สมัครขอตีพิมพ์ครบตามที่กำหนด

7.2 กระบวนการผลิตวารสารจะใช้เวลาประมาณ 30 วัน หลังจากได้รับบทความแล้ว และเมื่อจัดพิมพ์วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตรแล้ว จะส่งวารสารให้ผู้สมัคร/เจ้าของบทความต่อไป

8. ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ถือเป็นผลงานทางวิชาการ หรือวิจัย และวิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้สมัคร/เจ้าของบทความ ไม่ใช่ความเห็นของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร หรือกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้สมัคร/เจ้าของบทความ ต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน และกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ที่จะแก้ไขข้อความให้ถูกต้องเหมาะสมตามหลักภาษา และทางวิชาการได้

9. สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

27/99 ถนนคลองคะเชนทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร 66000

โทร. 056 990 354 ถึง 5 ต่อ 120

ค่าธรรมเนียมการลงตีพิมพ์ “วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร” สำหรับบทความวิจัย (นิพนธ์ต้นฉบับ รายงานผู้ป่วย) ที่ส่งไฟล์ต้นฉบับแล้วในลำดับที่ 1 - 6 ค่าธรรมเนียมเรื่องละ 2,000 บาท และลำดับที่ 7 เป็นต้นไป ค่าธรรมเนียมเรื่องละ 3,000 บาท

แบบส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสาร “วิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร”

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)ตำแหน่ง.....
2. สถานที่ปฏิบัติงาน.....
3. วุฒิการศึกษาชั้นสูงสุด..... วุฒีย่อ (ภาษาไทย).....
..... วุฒีย่อ (ภาษาอังกฤษ).....
4. ขอส่งบทความ () 1. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original articles)
() 2. รายงานผู้ป่วย (Case report)
() 3. บทความพิเศษ (Special article)
() 4. บทความฟื้นฟูวิชาการ (Review articles)
() 5. ปกิณกะ (Miscellany)

เรื่อง.....
.....
.....

5. ชื่อผู้เขียนร่วม (ถ้ามี) วุฒีย่อ (ภาษาไทย).....
..... สถานที่ปฏิบัติงาน.....
6. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน.....
ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์มือถือ อีเมล.....
7. สิ่งที่ส่งมาด้วย () ไฟล์ต้นฉบับ ชื่อแฟ้มข้อมูล.....
() เอกสารสิ่งพิมพ์ต้นฉบับ จำนวน 1 ชุด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า บทความนี้ไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาของวารสารอื่น หากข้าพเจ้าขาดการติดต่อในการแก้ไขบทความนานเกิน 1 เดือน ถือว่าข้าพเจ้าสละสิทธิ์ในการตีพิมพ์วารสารวิจัย และวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

ลงนาม.....ผู้นิพนธ์

(.....)

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

Phichit Public Health Office

