



วารสารสุขศึกษา

ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ปีที่ ๔๒ ฉบับที่ ๒
Vol. 42 No.2

กรกฎาคม-ธันวาคม ๒๕๖๒
July-December 2019

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความรู้และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของแรงงานรับจ้างฉีดพ่น
มนิรัตน์ สอนม่วง อัมรินทร์ คงทวีเลิศ มลินี สมภพเจริญ ดุสิต สุจิรารัตน์

ผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5
ธนิศา หล้าแหล่ง ภรณ์ วัฒนสมบุญ วราภรณ์ เสถียรนพแก้ว

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนในนักเรียนชั้น
มัธยมศึกษาปีที่ 2 ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน
ชัชวาลย์ เพ็ชรทอง พรรณี บัญชรหัตถกิจ

ปัจจัยทำนายความต้องการการจัดการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานศึกษาของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา
จังหวัดฉะเชิงเทรา
อุทุมพร งามสง่า โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์ สุธรรม นันทมงคลชัย ศุภชัย ปิติกุลตั้ง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุในโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
จังหวัดอ่างทอง
กัญญา ศรีประยูร

ผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขสตรีมุสลิม
ศิริวรรณ จันทรแจ้ง พัชรพร เกิดมงคล ทศนีย์ รวีวรกุล

การดำเนินงานคลินิกโรคในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่คนไทยในสถานบริการสุขภาพ จังหวัดสมุทรปราการ
ไพรินทร์ แสนตั้ง ทศนีย์ ศิลาวรรณ อัจฉรา วรารักษ์ อรุณช ภาชื่น

ปัจจัยทำนายความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดพะเยา
นิศารินทร์ อุตตะมะ เกษแก้ว เสียงเพราะ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอดอยหลวง
จังหวัดเชียงราย
ภัทรพล มากมี พิษณุรักษ์ กันทวิ วิภาพ สุทนะ อนุศิลป์ สลีอ่อน

วารสารสุขศึกษา Journal of Health Education

ปีที่ 42 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2562

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่วิทยาการความก้าวหน้าทางสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ การส่งเสริมสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ จิตวิทยาในงานสาธารณสุข การสาธารณสุขและเผยแพร่งานวิจัย นวัตกรรมที่มีคุณค่าต่อวิชาการและวิชาชีพสุขศึกษา และการสาธารณสุขทั้งของสมาชิก อาจารย์ นักสุขศึกษา นักวิชาการสาธารณสุขและผู้สนใจทั่วไป

เจ้าของที่อยู่ ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
420/1 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400
โทรศัพท์ 0-2354-8543-9 ต่อ 3601

Office Department of Health Education and Behavioral Sciences
Faculty of Public Health, Mahidol University
420/1 Rajavithi Rd. Rachathewi District
Bangkok, Thailand 10400
Tel: 0-2354-8543-9 Ext. 3601

กำหนดออก ปีละ 2 ฉบับ (มกราคม-มิถุนายน และ กรกฎาคม-ธันวาคม)

อัตราค่าสมาชิก 3 ปี 500 บาท

สำนักพิมพ์ โรงพิมพ์เจริญคัมภีร์นิตการพิมพ์ 55/4 ซอยเลียบฯ เหนือ 10 ถนนเลียบคลองภาษีเจริญฝั่งเหนือ
แขวงหนองแขม เขตหนองแขม กรุงเทพมหานคร โทร: 0-2489-1431

บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ที่ปรากฏในวารสารสุขศึกษา เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการ คณะผู้จัดทำ และภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย ผู้เขียนต้องรับผิดชอบบทความของตนเอง คณะบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ไขข้อความให้ถูกต้องตามหลักภาษา และความเหมาะสม

วารสารสุขภาพศึกษา

JOURNAL OF HEALTH EDUCATION

ที่ปรึกษา

นายแพทย์โสภณ
ศ. ดร. สมจิตต์
ศ. ดร. วัลภา
รศ. นพ. ดร. พิทยา
ผศ. นพ. ดร. ธวัชชัย

เมษธน
สุพรรณทัศน์
เทพหัตดิน ณ อยู่ธยา
จารุพูนผล
กมลธรรม

ประธานกรรมการองค์การเภสัชกรรม
นายกสมาคมวิชาชีพสุขภาพ
ที่ปรึกษาอธิการบดี มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต
อดีตคณบดีวิทยาลัยนานาชาติ มหาวิทยาลัยมหิดล
คณบดีวิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

บรรณาธิการ

รศ. ดร. ชะนวนทอง

ชนสุกาญจน์

ภาควิชาสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ผศ. ดร. มลีนี
รศ. ดร. มณฑา
ผศ. ดร. ศรัณญา

สมภาพเจริญ
แก่งการพานิช
เบญจกุล

ภาควิชาสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ภาควิชาสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ภาควิชาสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กองบรรณาธิการ

ศ. นพ. ประกิต
ศ. นพ. ทวีป
ศ. ดร. อรษา
ศ. ดร. สุภางค์
ศ. ดร. สุวิมล
รศ. ดร. ประภาพรเพ็ญ
รศ. ดร. สุรีย์
รศ. ดร. รุ่งโรจน์
รศ. ดร. นิรัตน์
รศ. ดร. ประสิทธิ์
รศ. ดร. เฉลิมพล
ผศ. ดร. ลักขณา
รศ. ดร. สุปรียา
รศ. ธราดล
รศ. ดร. มณีนรัตน์
ผศ. ดร. ภรณ์
ผศ. ดร. ขวัญเมือง

วาทีสาธกิจ
กิตยาภรณ์
สุดเธียรกุล
จันทวานิช
ว่องวานิช
สุวรรณ
จันทร์โมลี
พุ่มริ้ว
อิมามี่
ลิระพันธ์
ตันสกุล
เดิมนิธิกุลชัย
ตันสกุล
แก่งการพานิช
ธีระวิวัฒน์
วัฒนสมบุญ
แก้วดำเกิง

เลขธิการมูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่
ข้าราชการบำนาญ
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
สถาบันเอเชียศึกษา มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์
คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ข้าราชการบำนาญ
กรรมการสมาคมวิชาชีพสุขภาพ
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์
ข้าราชการบำนาญ
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี
ผู้จัดการโครงการพัฒนาศักยภาพกำลังคนด้านการควบคุมยาสูบ
กรรมการบริหารสมาคมวิชาชีพสุขภาพ
ภาควิชาสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ภาควิชาสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ภาควิชาสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ภาควิชาสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ฝ่ายธุรการวารสาร

นางสาวอรรณญา

จันทร์

ภาควิชาสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขานุการการจัดทำวารสาร

นางสาวมณีนรัตน์
นายมนัส
นายคณาทรัพย์

สวนม่วง
รงทอง
ธวัชแดง

ภาควิชาสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ภาควิชาสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ภาควิชาสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คำแนะนำการเตรียมต้นฉบับและการส่งบทความวิชาการ หรือบทความงานวิจัยเพื่อเผยแพร่

1. ประเภทบทความ

- 1.1 วารสารสุศึกษา รับบทความต้นฉบับทั้งที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเป็นบทความที่ไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน หรือไม่อยู่ระหว่างรอการตอบรับตีพิมพ์ในวารสารฉบับใดๆ
- 1.2 บทความต้นฉบับ ที่เตรียมการเผยแพร่ทั้งในรูปของบทความวิจัย (Research article) บทความปริทัศน์ (Review article) บทความวิชาการหรือบทความพิเศษ (Academic article) ทางสุศึกษาส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมศาสตร์ และศาสตร์ที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการสาธารณสุข ทั้งนี้เพื่อเพิ่มพูนความรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และคงไว้ซึ่งความเป็นวิชาชีพ
- 1.3 กรณีบทความวิจัยจากวิทยานิพนธ์ ต้องมีหนังสือรับรองและลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และนักศึกษาผู้ทำวิทยานิพนธ์

2. รูปแบบการเตรียมบทความต้นฉบับ

- 2.1 บทความต้นฉบับทุกรูปแบบ กำหนดให้จัดพิมพ์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ Microsoft Office Word 2007 และ pdf ขึ้นไป
 - 2.2 บทความที่ส่งมาจำเป็นต้องมีการทบทวนวรรณกรรม แนวความคิด และทฤษฎีสนับสนุน อย่างน้อย 1 ทฤษฎีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ 10 ฉบับ ย้อนหลังไม่เกิน 10 ปี
 - 2.3 กรณีบทความวิจัย กำหนดให้มีความยาวของเนื้อหา พร้อมตาราง (ถ้ามี) ไม่เกิน 12 หน้า (หากเกินมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมอัตราหน้าละ 300 บาท) กระดาษที่พิมพ์ต้องเป็นขนาดเอ 4 พิมพ์หน้าเดียว 1 คอลัมน์ ระยะห่างบรรทัด 1.5 lines ขนาดตัวอักษร สำหรับภาษาไทยใช้ TH SarabunPSK 15 points หรือ Angsana New 16 points และ ภาษาอังกฤษใช้ Time New Roman 12 points โดยพิมพ์ห่างจากขอบกระดาษด้านซ้าย 1.5 นิ้ว และ 1 นิ้วสำหรับด้านอื่นๆ พร้อมใส่หมายเลขหน้าทุกหน้าที่มุมบนด้านขวา
- ส่วนบทความปริทัศน์ บทความวิชาการ หรือบทความพิเศษ กำหนดให้มีความยาวของเนื้อหารวมรูปหรือตาราง (ถ้ามี) ไม่เกิน 12 หน้า
- กรณีการเขียนเชิงอรรถที่ด้านล่าง กำหนดให้ขนาดอักษรเท่ากับ 12 points สำหรับภาษาไทย และ 10 points สำหรับภาษาอังกฤษ

3. การจัดเรียงเนื้อหาในบทความต้นฉบับ

- 3.1 กรณีบทความวิจัย ควรมีส่วนประกอบและการจัดเรียงเนื้อหา (ไม่ควรเกิน 12 หน้า) เป็นลำดับดังต่อไปนี้
 - หน้าแรก ประกอบด้วย
 - 1) ชื่อบทความวิจัยภาษาไทย
 - 2) ชื่อ-สกุลผู้เขียน อีเมล เบอร์โทร ตำแหน่ง ที่อยู่ทำงานเป็น ภาษาไทยและภาษาอังกฤษไม่เกิน 6 คน หากเกินกว่านี้ ให้ระบุคำว่า “และคณะ” สำหรับผู้เขียนในลำดับที่ 7 เป็นต้นไป
- พร้อมระบุเชิงอรรถแบบตัวเลข เพื่อเขียนเชิงอรรถด้านล่างเกี่ยวกับตำแหน่งงานและหน่วยงานที่สังกัด พร้อมระบุสัญลักษณ์เพิ่ม “*” ให้กับผู้เขียนที่มีสถานะเป็น Corresponding Author 1 ท่าน และระบุที่อยู่ และ e-mail เพื่อการติดต่อ

3) บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและอังกฤษ มีเนื้อหาครอบคลุมที่มา/ หลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีวิจัย ผลการวิจัย และการสรุป/ ข้อเสนอแนะ มีความยาวไม่เกิน 350 คำ หรือ 15 – 16 บรรทัด

4) คำสำคัญ 3 – 5 คำ

- หน้าที่สอง มีเนื้อหาตั้งเช่นหน้าแรก แต่เขียนด้วยภาษาอังกฤษ
- หน้าที่ 3-12 ประกอบด้วยหัวข้อการนำเสนอ ดังนี้

1) ความสำคัญของปัญหา/บทนำ

2) วัตถุประสงค์ และสมมติฐานงานวิจัย (ถ้ามี)

3) ระเบียบวิธีวิจัย ประกอบด้วยหัวข้อรูปแบบการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่าง เกณฑ์คัดเลือกตัวอย่าง เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ขั้นตอนการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ และเลขนับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

4) ผลการวิจัย พร้อมตารางหรือรูป (ถ้ามี) โดยรูปที่เสนอต้องไม่เกิน 2-3 ตาราง

5) อภิปรายผล

6) สรุป

7) ข้อเสนอแนะ มุ่งเน้นเฉพาะข้อเสนอแนะจากการวิจัย

8) กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) และ

9) เอกสารอ้างอิง (TH SarabunPSK 13 points)

3.2 กรณีบทความวิชาการ บทความปริทัศน์ หรือบทความพิเศษ กำหนดให้มีส่วนประกอบและการจัดเรียงเนื้อหาเป็นลำดับที่คล้ายกับบทความวิจัย ได้แก่ บทคัดย่อ (ทั้งภาษาไทย และอังกฤษ) บทนำ เนื้อเรื่อง สรุป กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) และเอกสารอ้างอิง

ตัวอย่างการจัดเรียงเนื้อหาในบทความต้นฉบับ: กรณีบทความวิจัย

องค์ประกอบบทคัดย่อภาษาไทย

ชื่อบทความวิชาการ

ชื่อเจ้าของบทความ¹ และผู้ร่วมวิจัย^{2, 3, 4}

ตำแหน่ง, ชื่อที่ทำงานของเจ้าของบทความ¹ และผู้ร่วมวิจัย^{2, 3, 4}

บทคัดย่อ (ไม่เกิน 350 คำ)

ที่มา/ ภูมิหลัง/ ปัญหาการวิจัย:

วัตถุประสงค์:

ระเบียบวิธีวิจัย:

ผลการวิจัย:

ข้อเสนอแนะ

คำสำคัญ: 1. / 2. / 3.

Corresponding author: ชื่อ-สกุล..... อีเมล..... เบอร์โทรศัพท์.....

องค์ประกอบบทความภาษาอังกฤษ

Research Topic
First author, ..., and corresponding author
Position and organizational name of first author, ..., Organizational name of corresponding author
Abstract (Not more than 350 word)
Rationale/ background:
Aims:
Methodology:
Results:
Recommendation:
Keywords: 1. / 2. / 3.
Corresponding author: First name and Surname..... E-mail: Telephone Number.....

องค์ประกอบเนื้อหาบทความ

เนื้อหาสาระสำคัญ (ไม่เกิน 10 หน้า)
ที่มา/ ภูมิหลัง/ ปัญหาการวิจัย
วัตถุประสงค์:
ระเบียบวิธีวิจัย:
ผลการวิจัย:
อภิปรายผลการวิจัย:
สรุป:
ข้อเสนอแนะ:
เอกสารอ้างอิง: (แบบ Vancouver) ไม่น้อยกว่า 10 รายการ และย้อนหลังไม่เกิน 10 ปี

4. การเขียนเอกสารอ้างอิง ให้เขียนอ้างอิงในระบบ Vancouver ตามลำดับหมายเลขด้วยตัวเลขอารบิกที่พิมพ์แบบตัวยก โดยเริ่มจากหมายเลข 1 และเมื่ออ้างอิงซ้ำในส่วนต่างๆ ของบทความวิจัยจะต้องใช้หมายเลขเดิมตามที่เคยระบุไว้ก่อนแล้วตลอดทั้งบทความ ทั้งนี้ให้เขียนอ้างอิงทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษทุกรายการ ตัวอย่างการอ้างอิงดังต่อไปนี้

4.1 กรณีการอ้างอิงวารสาร

รูปแบบ	ชื่อผู้แต่ง (Authors). ชื่อบทความ (Title of article). ชื่อวารสาร (Title of journal). ปีพิมพ์ (Year of publication); เล่มที่ของวารสาร (Volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Pages).
ตัวอย่าง	Drewnowski A, and Darmon N. The economics of obesity: Dietary energy density and energy cost. American Journal of Clinical Nutrition 2005; 82: 265s – 273s รัชฎา สุทธาจารย์, สุญาณี พงษ์ชนานิกร, กุลวรา เมฆสุวรรณ. ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการบริโภคอาหารและกลุ่มอาการเมแทบอลิกของประชากรวัยทำงานในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2553; 40 (1): 17-27

4.2 กรณีการอ้างอิงหนังสือ/ตำราต่างประเทศ

รูปแบบอ้างอิงทั้งเล่ม	
รูปแบบ	ชื่อผู้แต่ง (Authors). ชื่อหนังสือ (Title of book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition of book). เมืองที่พิมพ์หรือสถานที่พิมพ์ (Place of publication): สำนักพิมพ์ (Publisher name); ปีพิมพ์ (Year of publication).
ตัวอย่าง	Daniel WW. Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. (8 th ed). The United state of America: John Wiley & Sons; 2005. นิรัตน์ อิมามี. เทคนิคการวางแผนงานโครงการสุศึกษาและสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2543. สุศักดิ์ นิลกานพงศ์ และสุรวุฒิ ปรีชานนท์. คู่มือโรคข้อ. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2548.
รูปแบบอ้างอิงเฉพาะบทใด ๆ ของหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบทและมีบรรณาธิการ	
รูปแบบ	ชื่อผู้เขียน (Author). ชื่อบท (Title of chapter). ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ (editor (s)). ชื่อหนังสือ (Title of the Book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปีพิมพ์ (Year). หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.
ตัวอย่าง	ลักขณา เตมศิริกุลชัย. การชี้แนะสาธารณะด้านสุขภาพ. ใน: สุปรียา ดันสกุล, บรรณาธิการ. กลยุทธ์ทางสุศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ยุทธินทรการพิมพ์; 2548. หน้า 115 – 135.

4.3 กรณีบทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต

รูปแบบ	ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of article). ชื่อวารสาร (Title of the journal) [ประเภทของสื่อ]. ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]; ปีที่: [หน้า]. เข้าถึงได้จาก (Available from: http://.....)
ตัวอย่าง	Carpenter C, and Cook PJ. Cigarette tax and youth smoking: New evidence from national, state, and local youth risk behavior survey. Journal of Health Economic [internet]. 2008 [cited 2011 March 31]; 27: 287 – 299. Available from: http://www.nber.org/papers/w13046 . วิวัฒน์ โรจนพิทยากร. การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารทางวิชาการโดยใช้ระบบแวนคูเวอร์. วารสารโรคติดต่อ [อินเทอร์เน็ต]. 2541 [เข้าถึงเมื่อ 1 มีนาคม 2549]; 24: 465 – 72. เข้าถึงได้จาก: http://stang.li.mahidol.ac.th/image/style.pdf .

4.4 กรณีอ้างอิงวิทยานิพนธ์ หรือคหุฎนินพธ์

รูปแบบ	ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา.
ตัวอย่าง	เบญจวรรณ เอี่ยมบุ๋. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนขยายโอกาส จังหวัดนครปฐม. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2554. Sanjaithum K. Factors influencing nutritional self-management among older adults with diabetes mellitus. [M.S. Thesis in Public Health Nursing] Faculty of Graduate Studies, Mahidol University, 2006. Pattayakorn P. Factors predicting life satisfaction among Thai older women with Osteoarthritis of the knee. [Ph.D. dissertation in nursing]. Bangkok: Faculty of Graduate Studies, Mahidol University, 2009.

หมายเหตุ เอกสารอ้างอิงควรพิจารณาให้ความสำคัญในการอ้างอิงบทความที่ตีพิมพ์วารสารที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI หรือฐานข้อมูลนานาชาติ

5. การจัดส่งบทความต้นฉบับ

- 5.1 จัดส่งบทความต้นฉบับในรูปแบบเอกสารไฟล์ Word จำนวน 1 ฉบับ และเอกสารต้นฉบับเดียวกันในรูปแบบไฟล์ pdf 1 ฉบับ หนังสือรับรองงานวิจัย 1 ฉบับ สำเนาการอนุมัติให้การทำวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรม 1 ฉบับ ดังนั้นจึงมีเอกสารที่ต้องส่ง 4 ฉบับ ส่งมายัง hjournal2560@gmail.com และ/หรือจัดส่งทางไปรษณีย์มาที่

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มลินี สมภพเจริญ (ผู้ช่วยบรรณาธิการ)

ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

420/1 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

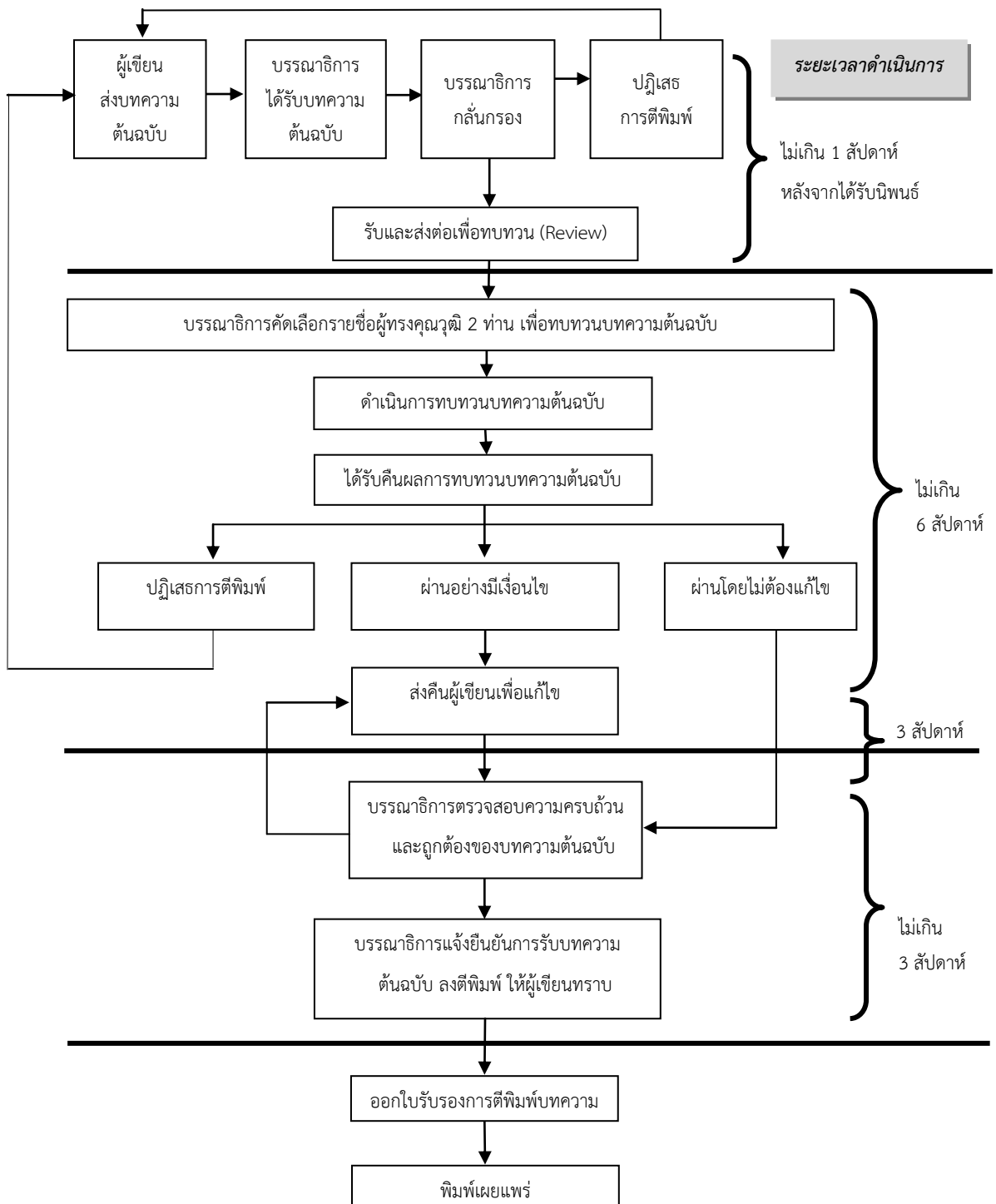
โทรศัพท์ 06 3895 6954

- 5.2 กองบรรณาธิการ จะไม่ส่งคืนบทความต้นฉบับในทุกกรณี ไม่ว่าจะได้รับการพิจารณาให้ตีพิมพ์หรือไม่

6. ขั้นตอนการตรวจสอบ/ ทบทวนบทความต้นฉบับโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

- 6.1 ผู้เขียนที่ได้รับการตอบรับเพื่อการตีพิมพ์เผยแพร่ จะต้องสมัครเป็นสมาชิกของวารสารสุขศึกษาในอัตรา 3 ปี 500 บาท ด้วย
- 6.2 บทความต้นฉบับทุกเรื่องต้องผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญในกองบรรณาธิการ และบทความที่ผ่านการกลั่นกรองจากกองบรรณาธิการจะได้รับการทบทวนบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer review) จำนวน 2 ท่านต่อไป
- 6.3 ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิจะส่งกลับให้ผู้เขียนดำเนินการแก้ไขภายใน 2 สัปดาห์
- 6.4 บรรณาธิการ ขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับสุดท้ายก่อนการตีพิมพ์เผยแพร่
- 6.5 เพื่อป้องกันการปฏิเสธบทความต้นฉบับกรุณาตรวจสอบเนื้อหาบทความในประเด็นต่างๆ ดังนี้
- ตรวจสอบการสะกดคำ หลักไวยากรณ์ภาษาไทยอย่างเคร่งครัด
 - โปรดตรวจสอบชื่อ Technical term ชื่อเรียกสถิติที่นำมาวิเคราะห์ให้เป็นมาตรฐาน
 - ผลการวิจัยควรมีตารางประกอบการเขียนอธิบาย

แผนผังแสดงขั้นตอนการตรวจสอบ/ ทบทวนบทความต้นฉบับโดยผู้ทรงคุณวุฒิ



7. การออกต้นฉบับวารสารสุศึกษา จะออกปีละ 2 ฉบับ (เปิดรับต้นฉบับทั้งปี แต่บทความจะได้ลงฉบับใดนั้นขึ้นกับระยะเวลาที่ส่ง)

ฉบับที่ 1 ระหว่างเดือน มกราคม-มิถุนายน ปิดรับต้นฉบับของฉบับที่ 1 วันที่ 20 เมษายน ของปี

ฉบับที่ 2 ระหว่างเดือน กรกฎาคม-ธันวาคม ปิดรับต้นฉบับของฉบับที่ 2 วันที่ 20 ตุลาคม ของปี

8. การออกใบรับรองการตีพิมพ์บทความต้นฉบับ

ใบตอบรับการตีพิมพ์บทความวิชาการลงวารสารสุศึกษาจะได้รับก็ต่อเมื่อผ่านการพิจารณาจากกองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว โดยกองบรรณาธิการจะออกใบตอบรับให้หลังจากปิดเล่มวารสารฉบับนั้นๆ ประมาณ 2 สัปดาห์

9. อัตราค่าบริการวารสารสุศึกษา

9.1 ค่าตอบแทนการกลั่นกรองบทความโดยกองบรรณาธิการ 2,000 บาท (สองพันบาทถ้วน) ทั้งนี้

9.2 เมื่อบทความผ่านการกลั่นกรอง จะมีอัตราค่าบริการเพิ่มเติมดังนี้

- กรณีประสงค์ตีพิมพ์เผยแพร่แบบเร่งด่วน

ค่าสมัครสมาชิกวารสารสุศึกษาราย 3 ปี 500 บาท

ค่าตีพิมพ์บทความวิชาการ 5,500 บาท

รวมเป็นจำนวนเงิน 8,000 บาท

- กรณีประสงค์ตีพิมพ์เผยแพร่แบบเร่งด่วน (พิเศษ)

ค่าสมัครสมาชิกวารสารสุศึกษาราย 3 ปี 500 บาท

ค่าตีพิมพ์บทความวิชาการ 7,500 บาท

รวมเป็นจำนวนเงิน 10,000 บาท

- กรณีประสงค์ตีพิมพ์เผยแพร่แบบปกติ (เฉพาะนักศึกษา)

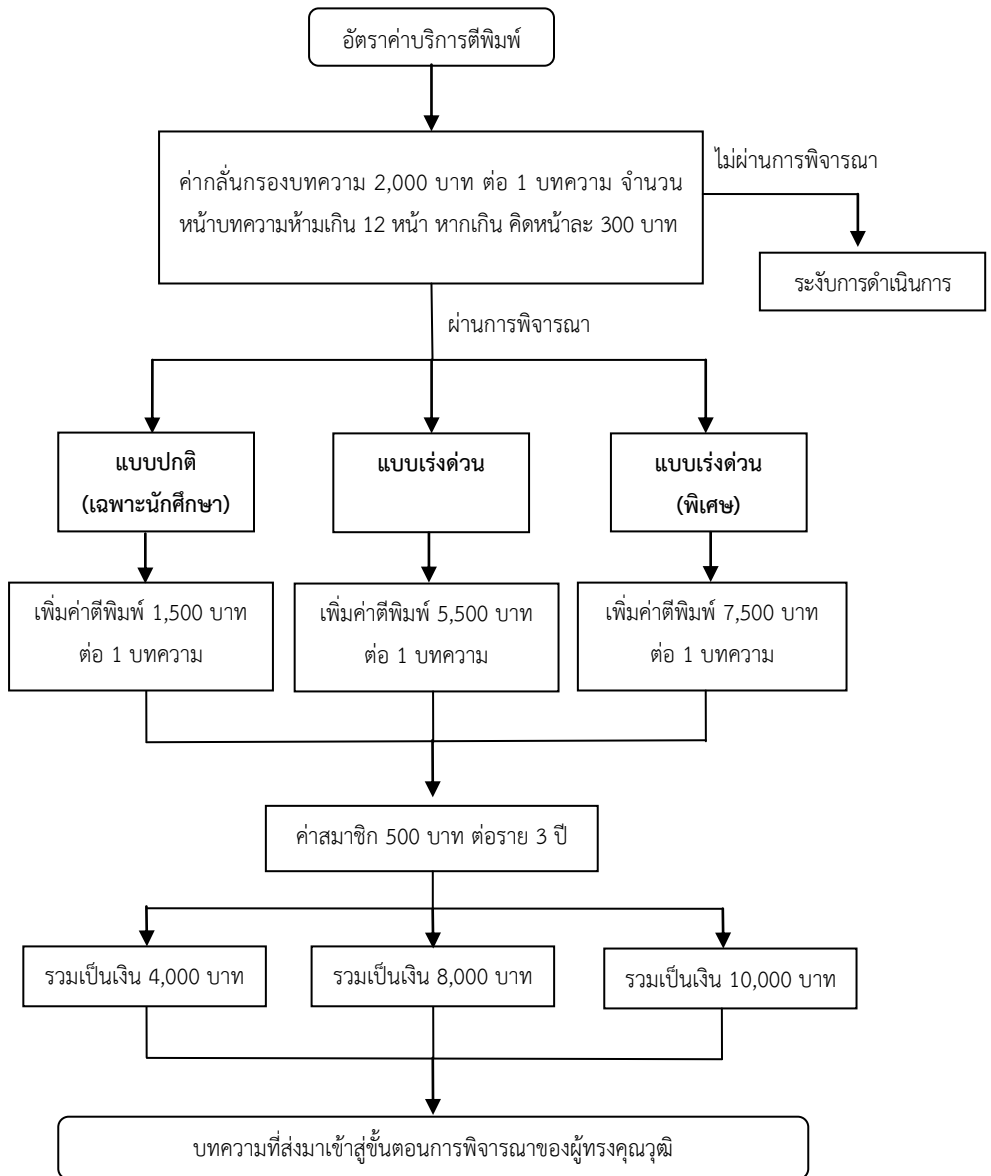
ค่าสมัครสมาชิกวารสารสุศึกษาราย 3 ปี 500 บาท

ค่าตีพิมพ์บทความวิชาการ 1,500 บาท

รวมเป็นจำนวนเงิน 4,000 บาท

10. นอกจากนี้ทางกองบรรณาธิการวารสารสุศึกษาได้มีการจัดทำวารสารระบบออนไลน์ขึ้น หากท่านใดต้องการจัดส่งต้นฉบับและต้องการทราบคำแนะนำ หรือรายละเอียดเพิ่มเติมในการจัดเตรียมบทความวิชาการเพื่อลงตีพิมพ์สามารถติดตามและสอบถามได้ที่เพจเฟซบุ๊ก ชื่อ “วารสารสุศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล” และสามารถส่งบทความผ่านทางระบบออนไลน์ได้ที่ “<https://www.tci-thaijo.org/index.php/muhed/issue/archive>”

อัตราค่าตีพิมพ์บทความ



บทบรรณาธิการ

วารสารสุขศึกษาฉบับที่ 2 ปี 2562 มีเนื้อหาสาระทางวิชาการที่หลากหลาย ครอบคลุมวิทยาการทางด้านสุขภาพ ความเจริญก้าวหน้าทางด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ การส่งเสริมสุขภาพ จิตวิทยา การสาธารณสุข ตั้งแต่วัยเด็กถึงวัยผู้ใหญ่ ระดับบุคคล ชุมชน และสังคม บทความที่สะท้อนถึงระบบสาธารณสุข ซึ่งเป็นรากฐานของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระดับสังคมนั้น เช่น ภาพลักษณ์กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มุมมองประชาชนไทย ประจำปี 2561 ระดับชุมชน เช่น ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้รถนั่งคนพิการของผู้ได้รับบาดเจ็บบริเวณไขสันหลัง ผลของโปรแกรมลดน้ำหนักโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีปัญญาสังคมของก้างพลกองทัพอากาศ ณ ที่ตั้งดอนเมือง ผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขสตรีมุสลิม นอกจากนั้นยังมีบทความที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานในกลุ่มประชากรข้ามชาติ การดำเนินงานคลินิกวัณโรคในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่คนไทยในสถานบริการสุขภาพอีกด้วย

การวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ อาทิ ปัจจัยทำนายความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ภาวะคุณภาพสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมือง เปรียบเทียบระหว่างเพศชายและหญิง ผลของโปรแกรมประยุกต์ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลทางทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุในโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายโดยทำบริหารมณีเวชประยุกต์เพื่อป้องกันการหกล้ม ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาแผนโบราณที่ประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นต้น

การส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มวัยเด็กที่ครอบคลุมทางด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยว ในนักเรียนชั้นประถม การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นประถมศึกษา รวมไปถึงการป้องกันตนเองจากควันบุหรี่มือสองของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น และผลทางโลหิตวิทยาของฟลูออไรด์และการเกิดฟันผุในเด็กนักเรียนการศึกษาสถานการณ์และสาเหตุที่เป็นไปได้เกี่ยวกับความผิดปกติของเลือดและฟันผุในเด็ก

จะเห็นได้ว่าบทความที่ได้รับการตีพิมพ์ลงในวารสารสุขศึกษาฉบับนี้นั้น เต็มเปี่ยมไปด้วยคุณภาพของเนื้อหาทางวิชาการ ทางกองบรรณาธิการวารสารสุขศึกษามีความคาดหวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความดังกล่าวจะนำไปสู่การพัฒนาองค์ความรู้ทางด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ได้เป็นอย่างดี ทำนุ ขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความสนใจในวารสารสุขศึกษาและให้ความอุปการะคุณเสมอมา

บรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.ชนวนทอง ธนสุกาญจน์

สารบัญ

		หน้า
ความรู้และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของแรงงาน รับจ้างฉีดพ่น มนีรัตน์ สวนม่วง อัมรินทร์ คงทวีเลิศ มลินี สมภาพเจริญ ดุสิต สุจิรารัตน์	Knowledge and Behavior Regarding the Use of Pesticide among Self-Employed Pesticide Sprayers Maneerat Suanmuang Amarin Kongtawelert Malinee Sompopcharoen Dusit Sujirarat	1
ผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค ขนมขบเคี้ยว ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ธนิศา หล้าแหล่ง ภรณ์ วิวัฒนสมบุญ วราภรณ์ เสถียรนพแก้ว	Effects of Health Education Program for Changing Snack Consumption Behavior among Grade 5 Students Thanisa Lalaeng Paranee Vatanasomboon Warapone Sateannoppakao	12
ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการใช้สื่อ สังคมออนไลน์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนในนักเรียนชั้น มัธยมศึกษาปีที่ 2 ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ชัชวาลย์ เพ็ชรทอง พรณีย์ บัญชรทดกกิจ	Effects of Health Literacy Promoting Program with Social Media Used on Obesity Prevention Behavior among Overweight Mattayomsuksa 2 Students Chatchawan Phetkong Pannee Banchonhattakit	23
ปัจจัยทำนายความต้องการการบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ในสถานศึกษาของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา จังหวัดฉะเชิงเทรา อุทุมพร งามสง่า โชคชัย หมั่นแสงวทรัพย์ สุธรรม นันทมงคลชัย ศุภชัย ปิตักุลตัง	Factor Prediction Reproductive Health Service Needs of Secondary School Students in Chachoengsao Province Uthumporn Ngamsanga Chokchai Munsawaengsub Sutham Nanthamongkolchai Supachai Pitikultang	33
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จังหวัดอ่างทอง กัญญา ศรีประยูร	Factors Associated to Dependent Care Behaviors among Caregiver of the Long-Term Care for Older Adults Program, Angthong Province Kanya Sriprayoon	44
ผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปาก มดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขสตรีมุสลิม ศิริวรรณ จันทร์แจ้ง พัชรพร เก็ดมงคล ทัศนีย์ รวีวรกุล	The Effect of a Protection Motivation Program on Pap Smear Screening among Muslim Women Health Volunteers Siriwan Janjing Patcharaporn Kerdmongkol Tassanee Raviworakul	52
การดำเนินงานคลินิกวัณโรคในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่คนไทยในสถาน บริการสุขภาพ จังหวัดสมุทรปราการ ไพรินทร์ แสนตั้ง ทัศนีย์ ศีลาวรรณ อัจฉรา วรารักษ์ อรุณช ภาชีน	Operation of Tuberculosis Clinic among Non-Thai Patients in Health Care Facilities, Samut Prakan Province Pairin Santung Tassanee Silawan Ajchara Vararuk Oranut Pacheun	63
ปัจจัยทำนายความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรค ความดันโลหิตสูง จังหวัดพะเยา นิศารัตน์ อุตตะมะ เกษแก้ว เสี่ยงเพราะ	Factors Predictor Health Literacy among Older Adults with Risk Hypertension Disease, Phayao Province Nisaratt Auttama Katekaew Seangpraw	75

สารบัญ (ต่อ)

		หน้า
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย	An Investigation of Factors Relationship with Self-Care Behaviors in Elderly Patients with Hypertension in Doi-Louang District, Chiang-Rai Province	86
ภัทรพล มากมี พิษณุรักษ์ กันทวี วิภาพ สุทธนะ ธนุศิลป์ สลีอ่อน	Phataraphon Markmee Phitsanuluk Kantawee Wipob Suthana Thanusin Saleeon	
ภาวะคุกคามสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองอำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา: เปรียบเทียบระหว่างเพศชายและหญิง	Health Threats and Risk Behaviors of the Elderly in the Semi-urban Communities of Sung Noen District, Nakhon Ratchasima Province: Comparison between Males and Females	99
ทัศนีย์ ศิลาวรรณ ณัฐวัชร นิลกาญจนกุล กิตติพงศ์ พลเสน มณีรัตน์ อวยสวัสดิ์	Tassanee Silawan Nuttawat Ninkamjanakun Kittipong Ponsen Maneerat Ouaysawat	
ผลของโปรแกรมประยุกต์ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์	The Effects of a Self-Efficacy Application Program on Dental Health Care Behavior among Older Adults in an Elderly Club, Lablao District, Uttaradit Province	110
ไพสิฐ ภโรภาส อรวรรณ กิรติสิโรจน์	Paisit Pirograd Orawan Keeratisiroj	
ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้รถนั่งคนพิการของผู้ได้รับบาดเจ็บบริเวณไขสันหลัง	Effectiveness of a Self-Efficacy Enhancement Program on Using Wheelchair of Patients with Spinal Cord Injury	123
สุกฤษฎี ใจจำนงค์ ขวัญเมือง แก้วคำเกิง มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์ ภาณี วัฒนสมบุญ	Sukrit Jaijumnong Kwanmuang Kaeodumkoeng Manirat Therawiwat Paranee Wattanasomboon	
ผลของโปรแกรมลดน้ำหนักโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีปัญญาสังคมของก้างพลกองทัพอากาศ ณ ที่ตั้งดอนเมือง	Effects of Weight Reduction Program Applying the Social Cognitive Theory among Troops of Royal Thai Air Force at Donmuang Base	136
วัลย์มาศ ขุนคงมี ศรีณญา เบญจกุล มณฑา เก่งการพานิช ธราดล เก่งการพานิช	Walaimas Khoonkongmee Sarunya Benjakul Mondah Kengganpanich Thradol Kengganpanich	
ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการออกกำลังกายโดยทำบริหารมณีเวชประยุกต์เพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุจังหวัดบุรีรัมย์	Effects of Health Literacy Promoting Programs and Exercise by Applying Maneewach Exercise for Preventing Fall in Older Adult in Buriram Province	149
สุรีย์ สิมพลี พรณี บัญชรหัตถกิจ	Suree Simplee Pannee Banchonhattakit	

สารบัญ (ต่อ)

		หน้า
ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาแผนโบราณที่ประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลบางชันแตก อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม	Effects of Modifying Traditional Medicine Use Behavior Program Applying Health Belief Model among the Elderly in Bangkhuntak Subdistrict, Muang District, Samutsongkhram Province	160
สิรินันท์ ฉิมพาลี ธารดล เก่งการพานิช มณฑา เก่งการพานิช ศรัณญา เบญจกุล	Sirinan Chimpalee Tharadol Kengganpanich Mondha Kengganpanich Sarunya Benjakul	
การป้องกันตนเองจากควันบุหรี่มือสองของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดราชบุรี	Preventive Behaviors on Secondhand Smoke among Secondary School Pupils, Ratchaburi Province	172
ขวัญตา สุธรรม ฉวีวรรณ บุญสุยา อรนุช ภาชีน	Kwanta Suthum Chaweewon Boonshuyar Oranut Pacheun	
ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิตเพื่อการป้องกันการสูบบุหรี่ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 กรุงเทพมหานคร	The Effectiveness of Life Skills Development Program for Smoking Prevention among 5 th Grade Students in Bangkok Metropolis	184
ธิดารัตน์ นาคสมบุรณ์ มณฑา เก่งการพานิช ธารดล เก่งการพานิช ศรัณญา เบญจกุล	Tidarat Naksomboon Mondha Kengganpanich Tharadol Kengganpanich Sarunya Benjakul	
ภาพลักษณ์กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข: มุมมองประชาชนไทย ประจำปี 2561	Image of Department of Disease Control Ministry of Public Health: Perspectives of Thai Citizens in 2018	195
นิรันดา ศรีบุญทิพย์ จักรกฤษณ์ พลราชม	Niranta Sriboonthip Chakkrit Ponrachom	
ผลทางโลหิตวิทยาของฟลูออไรด์และการเกิดฟันตกกระในเด็กนักเรียนอำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่: การศึกษาสถานการณ์และสาเหตุที่เป็นไปได้เกี่ยวกับความผิดปกติของเลือดและฟันตกกระที่พบในพื้นที่	Effect of Fluoride to Haematological Disorder and Occurrence of Dental Fluorosis among School Children in Omkoi District, Chiang Mai: A Preliminary Situation and Probable Cause Study of Haematological Disorders and Dental Fluorosis in the Areas	206
ฉัตรภัทร์ คงปั่น	Chatpat Kongpun	
การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	A Strengthening of Resilience in Patients with Major Depressive Disorder	218
ขวัญธิดา พิมพ์การ	Khwanthida Phimpakarn	

ความรู้และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของแรงงานรับจ้างฉีดพ่น

มนิรัตน์ สวนม่วง^{1,5} อัมรินทร์ คงทวีเลิศ^{2,5} มลินี สมภพเจริญ³ ดุสิต สุจิรารัตน์⁴

¹ นักศึกษาหลักสูตร วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย มหาวิทยาลัยมหิดล

² อาจารย์ ภาควิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

³ อาจารย์ ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

⁴ อาจารย์ ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

⁵ ศูนย์ความเป็นเลิศด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพิษวิทยา กรุงเทพฯ

บทคัดย่อ

การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นและส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเกษตรกรมายาวนาน เกษตรกรในปัจจุบันได้จ้างกลุ่มแรงงานรับจ้างฉีดพ่นสารเคมีเพื่อทำหน้าที่แทน จึงทำให้แรงงานรับจ้างฉีดพ่นเป็นอีกหนึ่งกลุ่มอาชีพที่ได้รับความเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางในพื้นที่อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชจำแนกตามปัจจัยต่าง ๆ ของแรงงานรับจ้างฉีดพ่นหน้าใหม่ที่มีประสบการณ์ทำงานไม่เกิน 10 ปี เก็บข้อมูลจากแรงงานรับจ้างฉีดพ่น จำนวน 202 คน ด้วยการสัมภาษณ์จากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยร้อยละ, independent's t-test, One-Way ANOVA และ Pearson's Correlation Coefficient

ผลการศึกษาพบว่า แรงงานรับจ้างฉีดพ่นมีความรู้ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.9 และมีพฤติกรรมในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.9 ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชตามปัจจัยต่าง ๆ พบว่า ระดับการศึกษามีผลต่อคะแนนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดอบรมความรู้และสร้างความตระหนักถึงวิธีการใช้งานและการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ที่จะส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและช่วยลดความเสี่ยงหรือผลกระทบต่อสุขภาพจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของแรงงานรับจ้างฉีดพ่น

คำสำคัญ: ความรู้และพฤติกรรมในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช/ แรงงานรับจ้างฉีดพ่น

Knowledge and Behavior Regarding the Use of Pesticide among Self-Employed Pesticide Sprayers

Maneerat Suanmuang^{1,5}, Amarin Kongtawelert^{2,5},

Malinee Sompopcharoen³, Dusit Sujirarat⁴

¹ Graduate Student in Master of Science, Major in Occupational Health and Safety, Faculty of Public Health, Mahidol University

² Lecturer, Department of Occupational Health and Safety, Faculty of Public Health, Mahidol University

³ Lecturer, Department of Health Education and Behavioral Sciences, Faculty of Public Health, Mahidol University

⁴ Lecturer, Department of Epidemiology, Faculty of Public Health, Mahidol University

⁵ Center of Excellence on Environmental Health and Toxicology (EHT), Bangkok, Thailand

Abstract

The trend of pesticides uses in Thailand has been rising continuously and has affected the health of agricultural workers for a long time. New-generation agricultural workers decide to hire informal workers to perform the pesticides spraying process instead. Therefore, self-employed pesticide sprayers have become a group of people who were at risk of exposure to the chemicals. This research study was a cross-sectional descriptive study conducted in Phi-chai district, Uttaradit province. The objectives were to study the behavior regarding the use of pesticides and to compare the scores of pesticides use behaviors classified by various factors among self-employed pesticide sprayers whose experiences in spraying were less than 10 years as a new-faced self-employed pesticide sprayers. The data were collected by interviewing using questionnaires from 202 self-employed pesticide sprayers. Data analysis were performed using descriptive statistics, independent's t-test, One-Way ANOVA and Pearson's Correlation Coefficient.

The study found that the self-employed pesticide sprayers' knowledge regarding the use of pesticides was in the moderate level (63.9 %) and their behavior regarding the use of pesticides was in the moderate level (58.9 %). The results to compare the scores of pesticides use behaviors classified by various factors showed that the level of education had a significant difference ($p < 0.05$). Therefore, relevant agencies should provide training and raise awareness of pesticide sprayers to use and protect themselves from pesticides which can had them to have an appropriate behavior in the use of pesticides and the reduction of health effects from exposure to pesticides.

Keywords: Knowledge and behavior regarding use of pesticides/ Self-employed pesticide Sprayers

Corresponding author: Amarin Kongtawelert, **Email:** amarin.kon@mahidol.ac.th, **Tel:** 0808019291

บทนำ

ปัจจุบันภาคการเกษตรของไทยยังมีบทบาทสำคัญต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศแต่พบว่าเกษตรกรทั่วโลกยังคงประสบปัญหาความไม่แน่นอนของผลผลิตและรายได้จากภาวะเศรษฐกิจโลก¹ ซึ่งประเทศไทยอยู่ในช่วงการพัฒนาระบบเศรษฐกิจ เกษตรกรในประเทศจึงจำเป็นต้องหาวิธีการที่จะทำให้ผลผลิตทางการเกษตรเพิ่มสูงขึ้นด้วยการพึ่งพาสารเคมี² เพื่อที่จะเร่งผลผลิตทางการเกษตรให้มีการส่งออกที่มากขึ้น จึงส่งผลให้สถิติการส่งออกข้าวปี พ.ศ. 2559 คาคาการณไปถึงปี พ.ศ. 2560 มีการส่งออกข้าวเป็นอันดับ 2 ของโลก³ ซึ่งสถิติการนำเข้าสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของไทยยังคงมีการนำเข้าอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าสารกำจัดวัชพืชเป็นสารที่นำเข้ามากที่สุด^{3,4} และข้าวเป็นพืชที่มีความเสียหายจากศัตรูพืชมากที่สุด จึงทำให้มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากกว่าพืชชนิดอื่น⁵

เกษตรกรในจังหวัดอุดรติดส่วนใหญ่เพาะปลูกข้าวเป็นพืชหลัก ทำให้ผลผลิตต่อไร่อยู่ในลำดับที่ 1 ของกลุ่มภาคเหนือตอนล่างและอำเภอพิชัยถือเป็นพื้นที่ที่มีการปลูกข้าวมากที่สุดในจังหวัด⁶ ซึ่งการเกษตรยุคปัจจุบันเน้นการผลิตเพื่อการส่งออก เกษตรกรจึงหันมาพึ่งพาสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากขึ้น รวมถึงมีการจ้างกลุ่มคนงานรับจ้างฉีดพ่นเพื่อช่วยแบ่งเบาภาระงานของเกษตรกรที่ไม่มีเวลาฉีดพ่น อาชีพคนงานรับจ้างถือเป็นกลุ่มแรงงานนอกระบบ จากการสำรวจปัญหาความไม่ปลอดภัยในการทำงานพบว่า แรงงานนอกระบบได้รับสารเคมีเป็นพิษถึงร้อยละ 60.6⁸ ซึ่งเป็นปัญหาที่พบมากที่สุดในกลุ่มแรงงานนอกระบบ

จากการศึกษานำร่องในเขตพื้นที่ตำบลบ้านดารา อำเภอพิชัย จังหวัดอุดรติด ผู้วิจัยสังเกตการทำงานในขั้นตอนการผสมสารเคมีและการฉีดพ่นสารเคมีรวมถึงสัมภาษณ์ข้อมูลเบื้องต้น เช่น ระยะเวลาการทำงาน ความเชื่อและค่านิยมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของคนงานรับจ้าง จำนวน 20 ราย พบว่า กลุ่มคนงานรับจ้างฉีดพ่นมีโอกาสสัมผัสสารเคมีเทียบเท่าหรือมากกว่าเกษตรกรคนงานบางรายมีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชต่อเนื่องยาวนานจึงทำให้มีความเสี่ยงต่อสุขภาพซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไสว ชัยประโคน⁹ ในคนงานรับจ้างฉีดพ่นบางกลุ่มจะไม่สวมถุงมือในขั้นตอนการผสมสารเคมีและไม่

ใส่หน้ากากกรองสารในขั้นตอนการฉีดพ่น สอดคล้องกับการศึกษาของ Andrade-Rivas และ Rother¹⁰ และการฉีดพ่นในแต่ละครั้งคนงานจะทำงานตามความถนัด มีการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลที่ไม่ได้มาตรฐานและบางครั้งมีการปิดฝาเครื่องพ่นไม่สนิทจึงทำให้เกิดการทกรั่วไหลของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช^{11,12} ด้วยเหตุนี้จึงส่งผลให้กลุ่มคนงานรับจ้างฉีดพ่นสารเคมีต้องเผชิญกับการทำงานที่ไม่ปลอดภัย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาและประเมินความรู้อและพฤติกรรมในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชตามปัจจัยต่าง ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานในการนำไปศึกษาต่อในเรื่องการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและช่วยกำหนดนโยบายการอบรมเสริมสร้างความรู้ที่ดีในการทำงานเกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างปลอดภัยและใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ไม่ถูกต้องปลอดภัยแก่กลุ่มคนงานรับจ้างฉีดพ่นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของคนงานรับจ้างฉีดพ่น
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชจำแนกตามปัจจัยต่าง ๆ ของคนงานรับจ้างฉีดพ่น

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ประชากร คือ กลุ่มคนงานรับจ้างฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชอำเภอพิชัย จังหวัดอุดรติด ซึ่งทำหน้าที่ผสมสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและฉีดพ่นผลผลิตทางการเกษตรของนายจ้าง โดยเกณฑ์คัดเลือกเข้าคือ เป็นกลุ่มคนงานรับจ้างฉีดพ่นทั้งเพศชายและหญิงที่ไม่มีพื้นที่ถือครองทางการเกษตรเป็นของตนเอง มีอายุ 18 ปีขึ้นไปและยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย สำหรับเกณฑ์คัดออกคือ เกษตรกรที่มีพื้นที่ถือครองทางการเกษตรเป็นของตนเองและทำงานรับจ้างฉีดพ่นร่วมด้วยและสตรีที่กำลังตั้งครรภ์ การศึกษาวิจัยนี้คำนวณขนาดของตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณไม่ทราบขนาดประชากรที่แน่นอนของ W.G. Cochran¹³ ซึ่งเมื่อคำนวณแล้วได้กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 303 คน จากนั้นได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีประสิทธิภาพการทำงานไม่เกิน 10 ปี จำนวน 202 คน มาทำการวิเคราะห์

ข้อมูล เนื่องจากอาชีพรับจ้างผิดพันเป็นอาชีพใหม่ที่ได้รับ
ความนิยมในกลุ่มผู้ว่างงานในอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์
และเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช
เพราะไม่เคยได้รับการอบรมและขาดความรู้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย งานวิจัยครั้งนี้ใช้
แบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามมาตรฐานที่ถูก
นำมาใช้ในเกษตรการผู้ปลูกพริกจากการศึกษาของ
Norkaew S et.al. ในปี 2010 และแบบสอบถามมาตรฐาน
ที่ถูกนำมาใช้ประเมินการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของ
เกษตรกรจากการศึกษาของ Amera และ Abate ในปี 2008
ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดย
ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน หลังจากปรับปรุงความถูกต้องแล้วนำ
แบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มเกษตรกรที่ใช้สารเคมี
กำจัดศัตรูพืชในพื้นที่ ตำบลบ้านดารา อำเภอพิชัย จังหวัด
อุตรดิตถ์ จำนวน 30 ราย โดยแบบสอบถามแบ่งเป็น 3
ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ
การศึกษา สถานภาพ รายได้ จำนวนไร่ที่ผิดพันต่อวัน
จำนวนเพื่อนร่วมงาน โรคประจำตัว การอบรมเรื่องสารเคมี
กำจัดศัตรูพืช

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านความรู้ในการใช้สารเคมี
กำจัดศัตรูพืช ได้ค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ 0.91 ข้อ
คำถามเป็นคำถามปลายปิด จำนวน 15 ข้อ โดยแต่ละข้อให้
เลือกตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ถ้าตอบ ใช่ ได้ 1 คะแนน ได้แก่ ข้อ
1,2,5,6,9,12,13,14,15

ถ้าตอบ ไม่ใช่ ได้ 1 คะแนน ได้แก่ ข้อ
3,4,7,8,10,11

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านพฤติกรรมในการใช้
สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของแรงงานรับจ้างผิดพัน
ประกอบด้วย พฤติกรรมก่อนการผิดพัน ขณะผิดพันและ
หลังการผิดพัน ได้ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha
เท่ากับ 0.80 โดยมีข้อคำถามเชิงบวก 19 ข้อ และข้อคำถาม
เชิงลบ 7 ข้อ มีคำถามรวม 26 ข้อ ชนิด 5 ตัวเลือก คือทำ
เป็นประจำ ทำบ่อยครั้ง นาน ๆ ทำ ทำบ้างบางครั้ง ไม่เคย
ทำเลย มีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน ดังนี้

คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ	คะแนน
ทำเป็นประจำ	ไม่เคยทำเลย	4
ทำบ่อยครั้ง	ทำบ้างบางครั้ง	3
นาน ๆ ทำ	นาน ๆ ทำ	2
ทำบ้างบางครั้ง	ทำบ่อยครั้ง	1
ไม่เคยทำเลย	ทำเป็นประจำ	0

การเก็บรวบรวมข้อมูล งานวิจัยนี้ได้รับการ
รับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยใน
มนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล MUPH
2018-089 เมื่อวันที่ 2 พฤษภาคม 2561 ดำเนินการเก็บ
ข้อมูลตั้งแต่วันที่ 5-30 มิถุนายน 2561 โดยผู้วิจัยชี้แจง
วัตถุประสงค์ให้กับกลุ่มตัวอย่างทราบทุกขั้นตอนและลง
นามในหนังสือยินยอมตนให้ทำการวิจัยด้วยความสมัครใจ
จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจำนวน 4 คนที่ผ่านการประชุม
ตกลงทำความเข้าใจก่อนทำการช่วยเก็บข้อมูล ทำการ
สัมภาษณ์คนงานรับจ้างผิดพันแบบรายบุคคลที่โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งคนงานรับจ้างผิดพันอาศัยอยู่ใน
พื้นที่นั้น โดยใช้เวลาสัมภาษณ์เฉลี่ย 15-20 นาทีต่อคน
หลังจากเก็บข้อมูลแล้วผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของ
แบบสอบถามที่ได้สัมภาษณ์และนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้
โปรแกรม SPSS 18.0 และมีวิธีการวิเคราะห์ทางสถิติดังนี้
คือ สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่า ร้อยละ และ
สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Independent t-test, One-Way
ANOVA เพื่อหาความแตกต่างของคะแนนระหว่างตัวแปร
เพศ การศึกษา สถานภาพ ประสบการณ์ทำงานกับ
พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของคนงานรับจ้างผิด
พันและ Pearson's Correlation Coefficient เพื่อหา
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช
กับพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของคนงานรับจ้าง
ผิดพัน

ผลการวิจัย

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า
คนงานรับจ้างผิดพันจำนวน 202 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย
ร้อยละ 92.1 มีอายุเฉลี่ย 42.8 ± 10.8 ปี การศึกษาส่วน
ใหญ่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 56.4 รองลงมา
คือ มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 23.8 ส่วนใหญ่มีสถานภาพ
สมรส ร้อยละ 78.7 รายได้เฉลี่ยของคนงานรับจ้างผิดพันอยู่

ที่ $5,336.6 \pm 2107.3$ บาทต่อเดือน มีจำนวนไร่ที่ฉีดพ่นต่อวันเฉลี่ย 10.5 ± 5.1 ไร่ และมีเพื่อนร่วมฉีดพ่นเฉลี่ย 3.3 ± 2.2 คน คนงานรับจ้างฉีดพ่นส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 71.8 และพบว่าคนงานร้อยละ 72.8 ไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องสารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีประสบการณ์การฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเฉลี่ย 6.4 ± 2.9 ปี

2. การวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่า คนงานรับจ้างฉีดพ่นส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 63.9 รองลงมา คือ ระดับสูง และระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 26.7 และ 9.4 ตามลำดับ มีคะแนนความรู้ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 11.29 คะแนน จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน โดยคะแนนต่ำสุดที่คนงานตอบถูกคือ 6 คะแนนและคะแนนสูงสุดคือ 15 คะแนนเต็ม

เมื่อพิจารณาความรู้ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชรายข้อ พบว่า กลุ่มคนงานรับจ้างฉีดพ่นมีความรู้ที่ถูกต้องมากที่สุด ร้อยละ 99.0 คือเรื่องสารเคมีกำจัดศัตรูพืชสามารถเข้าสู่ร่างกายได้ทางปาก ทางการหายใจและซึมเข้าทางผิวหนัง รองลงมาคือเรื่องการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ดี ควรใช้ปริมาณพอดีและฉีดพ่นให้หมดในแต่ละครั้ง คนงานรับจ้างฉีดพ่นมีความรู้ที่ถูกต้อง ร้อยละ 98.0 ส่วนข้อคำถามที่คนงานรับจ้างฉีดพ่นมีความรู้น้อยที่สุด คือเรื่องการจัดการเมื่อมีสารเคมีกำจัดศัตรูพืชหกและพื้นให้ใช้ดิน ชี้เลื้อย หรือปูนขาวดูดซับและนำไปฝังดินที่ห่างไกลแหล่งน้ำ คนงานรับจ้างฉีดพ่นมีความรู้ที่ถูกต้องเพียงร้อยละ 54.5 และยังพบว่าคนงานรับจ้างฉีดพ่นมีความรู้ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่อาจใช้มากกว่าฉลากระบุเพื่อให้ได้ผลผลิตที่มากขึ้น มีคนงานตอบถูกเพียงร้อยละ 55.4 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความรู้ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช (n=202)

ความรู้ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	ตอบถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ
1. สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสามารถตกค้างอยู่ในดินได้เป็นเวลานาน	172	85.1
2. สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมีผลทำให้สัตว์น้ำตายและทำลายระบบนิเวศในน้ำทำให้หน้า่น้ำเสีย	179	88.6
3. การผสมสารเคมีกำจัดศัตรูพืชอาจใช้มากกว่าที่ฉลากระบุไว้ได้หากต้องการเห็นผลเร็ว	112	55.4
4. ทิศใต้ลมเป็นตำแหน่งที่เหมาะสมในการยืนพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช	141	69.8
5. ขณะที่ทำการฉีดพ่นไม่ควรสูบบุหรี่และกินอาหารเพราะอาจทำให้สารพิษเข้าสู่ร่างกายได้	186	92.1
6. การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ดี ควรใช้ปริมาณพอดีและฉีดพ่นให้หมดในแต่ละครั้ง	198	98.0
7. เมื่อผสมสารเคมีกำจัดศัตรูพืชแล้วใช้ไม่หมดถึงพ่น สามารถเก็บไว้ใช้คราวต่อไปได้	163	80.7
8. การตรวจพบสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในร่างกายสามารถรักษาเองได้โดยการซื้อยามารับประทานเอง	140	69.3
9. เมื่อมีสารเคมีกำจัดศัตรูพืชหกและพื้นให้ใช้ดิน ชี้เลื้อย หรือปูนขาวดูดซับและนำไปฝังดินที่ห่างไกลแหล่งน้ำ	110	54.5
10. ภาชนะบรรจุสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ใช้หมดแล้วห้ามนำไปฝังดินให้เผาทำลายได้เลย	152	75.2
11. เสื้อผ้าที่ใช้ตอนฉีดพ่นนำไปซักรวมกับเสื้อผ้าธรรมดาได้เลย	179	88.6
12. สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสามารถเข้าสู่ร่างกายได้ทางปาก ทางการหายใจและซึมเข้าทางผิวหนัง	200	99.0
13. พาราควอต เป็นสารที่รัฐบาลประกาศยกเลิกใช้ ภายในปี 2562	114	56.4
14. คลอร์ไพริฟอส เป็นสารที่รัฐบาลประกาศยกเลิกใช้ ภายในปี 2562	117	57.9
15. โกลโฟสเฟต เป็นสารที่รัฐบาลประกาศยกเลิกใช้ ภายในปี 2562	117	57.9

3. การวิเคราะห์พฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่าคนงานรับจ้างฉีดพ่นมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.9 รองลงมาคือระดับไม่ดี และระดับดี คิดเป็นร้อยละ 32.7 และ 8.4 ตามลำดับ มีคะแนนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเฉลี่ยโดยรวม เท่ากับ 68.35 คะแนน จากคะแนนเต็ม 104 คะแนน

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของคนงานรับจ้างฉีดพ่นรายข้อ พบว่า คนงานรับจ้างฉีดพ่นมีพฤติกรรมการทำงานที่ทำเป็นประจำ คือสวมเสื้อแขนยาวกางเกงขายาวเพื่อป้องกันสารกำจัดศัตรูพืช กระเด็นถูกผิวหนัง ร้อยละ 95.0 รองลงคือ ใช้ไม้หรือวัสดุอื่นในการคนสารเคมีให้เข้ากันก่อนการฉีดพ่น ร้อยละ 92.6

และพฤติกรรมที่คนงานรับจ้างฉีดพ่นไม่เคยทำเลย คือ ทิ้งสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่เหลือไว้ในเครื่องพ่น ร้อยละ 80.7 ซึ่งจัดว่าเป็นพฤติกรรมที่ดีในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสำหรับพฤติกรรมไม่ดีที่พบคนงานรับจ้างฉีดพ่นทำเป็นประจำ คือ หลังจากผสมสารเคมีกำจัดศัตรูพืชแล้วคนงานรับจ้างฉีดพ่นมักทำการฉีดพ่นเลยโดยไม่ล้างมือก่อน ร้อยละ 23.3 และพฤติกรรมที่คนงานไม่เคยทำเลยมากที่สุด คือสวมหน้ากากที่มีไส้กรองที่เหมาะสมกับชนิดของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ร้อยละ 83.7 สำหรับพฤติกรรมไม่ดีที่คนงานรับจ้างฉีดพ่นปฏิบัติให้เห็นได้ชัดเจนคือ การที่คนงานรับจ้างฉีดพ่นส่วนใหญ่ไม่สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลในขณะที่ฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช (n=202)

พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	ร้อยละของคนงานรับจ้างฉีดพ่น				
	ทำเป็นประจำ	ทำบ่อยครั้ง	นาน ๆ ทำ	ทำบ้างบางครั้ง	ไม่เคยทำเลย
1. อาณานิคมข้างขวดทุกครั้งและปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด	57.9	26.7	4.5	8.9	2.0
2. ผสมสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตามอัตราส่วนที่ระบุในฉลากอย่างถูกต้องเหมาะสม	46.0	34.7	6.9	9.9	2.5
3.* ท่านใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชตามนายจ้างสั่ง ไม่เคยอ่านฉลากหรือคำแนะนำในการใช้ข้างขวดผลิตภัณฑ์	5.9	16.8	15.8	20.3	41.1
4. ขณะที่ผสมสารกำจัดศัตรูพืชท่านใส่อุปกรณ์ป้องกัน เช่น ถุงมือ หน้ากากอนามัย และสวมรองเท้าบูต	27.2	23.8	12.9	22.8	13.4
5. ใช้ไม้หรือวัสดุอื่นในการคนสารเคมีให้เข้ากันก่อนการฉีดพ่นและไม่ใช้มือคนสารเคมีกำจัดศัตรูพืช	92.6	5.0	1.0	0.5	1.0
6. ตรวจสอบสภาพอุปกรณ์ก่อนใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชทุกครั้ง	81.7	15.8	1.5	1.0	0.0
7.* หลังจากที่ท่านผสมสารเคมีกำจัดศัตรูพืชแล้วท่านมักทำการฉีดพ่นเลยโดยไม่ล้างมือก่อน	23.3	31.2	13.4	14.9	17.3
8.* ในขณะที่ท่านฉีดพ่นอยู่ หากมีลมแรงหรือฝนตกท่านจะรีบฉีดพ่นให้เสร็จ	5.4	22.8	19.3	12.9	39.6
9. ทำการฉีดพ่นเหนือลมเสมอ	76.2	14.4	5.4	2.0	2.0
10.* หากท่านหิวน้ำ อาหารหรืออยากสูบบุหรี่ ท่านมักจะหยุดพักเพื่อดื่มน้ำ กินอาหารและสูบบุหรี่ในขณะที่ยังพ่นสารอยู่	21.8	24.8	10.4	18.8	24.3
11. ช่วงเวลาพักในระหว่างการฉีดพ่น ท่านล้างมือก่อนดื่มน้ำหรือรับประทานอาหาร	49.0	25.2	15.8	8.4	1.5
12.* เมื่อมีสิ่งอุดตันอุปกรณ์ฉีดพ่น ใช้มีดปลายทำการซ่อมอุปกรณ์	19.3	36.1	5.0	9.9	29.7
13. เมื่ออุปกรณ์ฉีดพ่นชำรุดเสียหาย หยุดฉีดพ่นทันที	63.9	29.2	4.5	0.5	2.0

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช (n=202) (ต่อ)

พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	ร้อยละของคณงานรับจ้างฉีดพ่น				
	ทำเป็นประจำ	ทำบ่อยครั้ง	นาน ๆ ทำ	ทำบ้างบางครั้ง	ไม่เคยทำเลย
14. เมื่อสารเคมีกำจัดศัตรูพืชหกเประะ เปื้อนพื้น ใช้ดินหรือซีลียดูดซับ แล้วจึงนำไปฝังดินในที่ห่างไกลที่อยู่อาศัย	1.5	10.4	10.9	10.9	66.3
15. ทานซักเสื้อผ้าที่สวมใส่ตอนฉีดพ่นแยกออกจากเสื้อผ้าอื่น	85.6	9.9	2.0	0.5	2.0
16. หลังจากฉีดพ่นเสร็จ ทานอาบน้ำทันที	77.2	18.8	0.5	1.0	2.5
17. ออกจากบริเวณที่ฉีดพ่นทันทีหลังจากปฏิบัติงานเสร็จ	70.3	27.7	1.0	0.5	0.5
18.* ภายหลังการฉีดพ่นทานล้างภาชนะและอุปกรณ์ที่แหล่งน้ำใกล้พื้นที่ทำการเกษตร	15.3	31.2	15.8	12.9	24.8
19.* ทิ้งสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ผสมแล้วไว้ในเครื่องพ่น	1.5	7.4	3.0	7.4	80.7
20. ทานเตรียมน้ำสะอาด สบูหรือผงซักฟอกไว้ใกล้ๆกับที่พ่นสารเพื่อจะได้ชำระล้างได้ทันที	38.1	38.6	9.4	5.4	8.4
21. ทานสวมหมวกทุกครั้งเพื่อป้องกันละอองสารเคมีกำจัดศัตรูพืชปลิวมาถูกผมหรือหนังศีรษะ	73.8	12.9	1.0	4.5	7.9
22. ทานสวมแว่นตาเพื่อป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชกระเด็นเข้าตาขณะผสมและฉีดพ่น	12.4	3.0	2.0	14.9	67.8
23. ทานสวมหน้ากากที่มีไส้กรองที่เหมาะสมกับชนิดของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช	7.4	5.0	1.5	2.5	83.7
24. สวมรองเท้าบูทที่มีความสูงอย่างน้อยครึ่งน่องในขณะฉีดพ่นสารเคมี	17.3	5.9	1.0	11.4	64.4
25. ทานสวมเสื้อแขนยาวกางเกงขายาวเพื่อป้องกันสารกำจัดศัตรูพืชกระเด็นถูกผิวหนัง	95.0	4.0	0.0	1.0	0.0
26. ทานสวมถุงมือที่ทำด้วยยางสังเคราะห์หรือวัสดุที่สามารถกันสารซึมผ่านได้	16.3	2.5	2.5	5.4	73.3

* ข้อคำถามเชิงลบ

4. ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำแนกตามปัจจัยต่าง ๆ พบว่า ปัจจัยระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยคณงานรับจ้างฉีดพ่นที่มีการศึกษาในระดับอนุปริญาหรือสูงกว่าจะมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชแตกต่างจากคณงาน

รับจ้างฉีดพ่นในระดับการศึกษาอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ เพศ สถานภาพ ประสบการณ์การทำงาน การอบรมเรื่องสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและความรู้ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของคณงานรับจ้างฉีดพ่น ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชจำแนกตามปัจจัยต่าง ๆ (n=202)

ปัจจัย	$\bar{x}$	SD	p
เพศ			0.069 ^a
ชาย	67.86	9.48	
หญิง	74.06	12.47	
ระดับการศึกษา			0.033 ^{*b}
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	68.61	9.40	
มัธยมศึกษาตอนต้น	66.08	9.05	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	68.69	10.72	
อนุปริญญาหรือสูงกว่า	76.88	13.53	
สถานภาพ			0.779 ^a
ไม่ได้สมรส, หย่าร้าง, หม้าย	68.45	10.02	
สมรส, แยกกันอยู่	67.98	9.30	
ประสบการณ์ทำงาน(ปี)			0.093 ^b
1-2	64.29	9.87	
3-4	66.76	8.40	
5-6	70.78	9.22	
7-8	69.69	10.70	
9-10	68.39	10.40	
การอบรมเรื่องสารเคมีกำจัดศัตรูพืช			0.118 ^a
ไม่เคย	70.33	11.48	
เคย	67.61	9.10	
ระดับความรู้			0.744 ^c
สูง	69.24	10.62	
ปานกลาง	67.55	9.25	
ต่ำ	71.26	11.15	

* มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ^aIndependent t-test ^bOne-Way ANOVA ^cPearson's Correlation Coefficient

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาความรู้ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่า ร้อยละ 63.9 ของคนงานรับจ้างฉีดพ่นมีความรู้ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องมาจากกลุ่มคนงานรับจ้างฉีดพ่นร้อยละ 72.8 ไม่เคยได้รับการอบรมให้ความรู้ในเรื่องของการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชจึงส่งผลให้ขาดข้อมูลที่ถูกต้องในเรื่องสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและยังพบว่าคนงานรับจ้างฉีดพ่นมากกว่าครึ่งหนึ่งมีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา จึงทำให้คนงานรับจ้างฉีดพ่นมีความรู้ที่เกิดจากเรียนรู้และจดจำจากการทำงานแต่ยังขาดการคิดวิเคราะห์เชิงเหตุผลที่สลับซับซ้อนส่งผลให้คนงานรับจ้างฉีด

พ่นมีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทองพูล แก้วกา¹⁴ ที่ศึกษาความเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ตำบลวังทอง อำเภอนาวัง จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า เกษตรกรมีความรู้ในระดับปานกลางร้อยละ 90.6 และแตกต่างจากการศึกษาของพิมพ์ลดา ภิรมย์จิตรและสุชาดา ภัยหลีกลี¹⁵ ที่ศึกษาความรู้และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร บ้านนาเหล่า อำเภอนาวัง จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า เกษตรกรมีความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับดี ร้อยละ 84.3 เนื่องจากเกษตรกรส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมี

กำจัดศัตรูพืช ร้อยละ 91.0 จากหน่วยงานเกษตรตำบลและ ร้อยละ 44.2 จากเกษตรอำเภอจึงทำให้เกษตรกรมีความ ร้อยอยู่ในระดับสูง

การศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัด ศัตรูพืช พบว่า ร้อยละ 58.9 ของคนงานรับจ้างฉีดพ่นมี พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากมีคนงานรับจ้างฉีดพ่นเพียงร้อยละ 27.2 ที่ เคยได้รับการอบรมเรื่องสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและยังพบว่า การศึกษาของคนงานรับจ้างฉีดพ่นส่วนใหญ่จบชั้น ประถมศึกษาทำให้คนงานรับจ้างฉีดพ่นมีความรู้ในการใช้ สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับปานกลาง จึงอาจทำให้ พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของคนงานรับจ้างฉีด พ่นอยู่ในระดับปานกลางด้วยเช่นการศึกษาของ Nancy E. Schwartz อ้างถึงใน อรรถวรรณ ปิณฑันโรวาท. 2546:39-40 ที่กล่าวว่า พฤติกรรมของคนเรามีความสัมพันธ์กับความรู้ และทัศนคติ โดยที่ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและ ทางอ้อม¹⁶ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Norkaew และ คณะ¹⁷ และการศึกษาของจิตติพัฒน์ สืบลิมาและคณะ¹⁸ พบว่าเกษตรกรมีพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการใช้ สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งแตกต่างจาก การศึกษาของกนกวรรณ พันธมาศและวัชร ศรีทอง¹⁹ ที่ พบว่า เกษตรกรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันตนเองจาก อันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับสูง อย่างไรก็ตามจากการศึกษาครั้งนี้ ยังพบคนงานรับจ้างฉีด พ่นมีพฤติกรรมระดับไม่ถึงร้อยละ 32.7 และมีคนงานที่มี ระดับพฤติกรรมดีเพียง ร้อยละ 8.4 และพบว่า ประสิทธิภาพการทำงานเฉลี่ยของคนงานรับจ้างฉีดพ่น คือ 6.4 ปี จึงสะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรมของคนงานรับจ้างที่มี ระยะเวลาการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชยาวนานจะได้รับ ความเสี่ยงในการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ฉีดพ่นซึ่ง ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของคนงานรับจ้างฉีด พ่นได้

สำหรับผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรม การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่า ระดับการศึกษาเป็น ปัจจัยที่มีผลต่อคะแนนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัด ศัตรูพืชอย่างมีนัยสำคัญ โดยคนงานรับจ้างฉีดพ่นที่มี การศึกษาอยู่ในระดับอนุปริญญาหรือสูงกว่าจะมีคะแนน พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสูงกว่าคนงานรับจ้าง

ฉีดพ่นในระดับอื่น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของวิชชาดา สิมลาและตัม บุญรอด²⁰ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ การปฏิบัติ พบว่า เกษตรกรที่มีระดับการศึกษาสูงขึ้นมีผล ต่อพฤติกรรมป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากขึ้นตาม ไปด้วย ทั้งนี้เนื่องจาก คนงานรับจ้างฉีดพ่นที่มีการศึกษาใน ระดับสูงมีการรับรู้ในเรื่องของความเสี่ยง มีการคิดวิเคราะห์ มากขึ้นจึงทำให้มีความเข้าใจในการปฏิบัติงานมากขึ้นจน สามารถปฏิบัติงานได้ถูกต้องและดีกว่าคนงานรับจ้างฉีดพ่น ที่มีระดับการศึกษาค่ำ สรุปรจากการศึกษาพบว่าคนงาน รับจ้างฉีดพ่นส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีการศึกษาอยู่ในระดับ ประถมศึกษาเกินครึ่งมีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 6.4 ปี คนงานรับจ้างฉีดพ่นส่วนน้อยเคยได้รับการอบรมเรื่องการ ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และมีความรู้ในการใช้สารเคมี กำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับปานกลาง มีพฤติกรรมในการใช้ สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับปานกลางและปัจจัยที่มีผล ต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ได้แก่ ระดับ การศึกษา

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า คนงาน รับจ้างฉีดพ่นที่มีการศึกษาอยู่ในระดับสูงจะมีพฤติกรรมการใช้ สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ดีกว่าคนงานที่มีการศึกษาระดับ ต่ำ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานเกษตรหรือ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพิษัย ควรจัดให้มีการอบรม เผยแพร่วิธีการใช้งานอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่ ทำให้การทำงานปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เช่น การสวมใส่หน้ากากที่เหมาะสมกับชนิดของสารเคมี การ สวมใส่ถุงมือยางหรือแว่นตา เป็นต้น รวมถึงอบรมเรื่องการ ป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้อง เช่น การ หลีกเลี่ยงการสัมผัสสารเคมีโดยตรงหรือการจัดการสารเคมี ที่หกั่วไหล ตามหลักวิชาการให้กับกลุ่มคนงานรับจ้างฉีด พ่นที่มีการศึกษาอยู่ในระดับต่ำกว่าอนุปริญญา เพื่อให้ คนงานรับจ้างฉีดพ่นเกิดความตระหนักถึงพิษของสารเคมี กำจัดศัตรูพืชที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลควรจัดให้มีการตรวจหาระดับเอนไซม์ โคลินเอสเตอเรสในเลือดเพื่อคัดกรองคนงานที่มีความเสี่ยง เข้ารับการอบรม สร้างความตระหนักถึงผลกระทบต่อ สุขภาพที่อาจเกิดขึ้นและให้คำแนะนำเพิ่มเติมในการ ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร. สถานการณ์สินค้าเกษตรที่สำคัญและแนวโน้ม ปี 2560 [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 27 มิถุนายน 2560]. เข้าถึงได้จาก: http://www.oae.go.th/download/document_tendency/agri_situation2560.pdf
2. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. ผลกระทบต่อสุขภาพจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 20 มิถุนายน 2560]. เข้าถึงได้จาก: <http://envocc.ddc.moph.go.th/contents/view/106>
3. กรมวิชาการเกษตร. ปริมาณและมูลค่าการนำเข้าสารกำจัดศัตรูพืช [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 10 กรกฎาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก: http://www.oae.go.th/ewt_news.php?nid=146
4. กรมวิชาการเกษตร. ปริมาณและมูลค่าการนำเข้าวัตถุอันตรายทางการเกษตร ปี 2553-2559 [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 10 กรกฎาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.oae.go.th/economicdata/pesticides.html>
5. กรมการข้าว. องค์ความรู้เรื่องข้าว [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 7 กุมภาพันธ์ 2561]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.ricethailand.go.th/rkb/disease%20and%20insect/index.phpfile=content.php&id=133.htm#a1>
6. สำนักงานสถิติจังหวัดอุดรดิตถ์. รายงานวิเคราะห์สถานการณ์การจัดทำข้อมูลเชิงพื้นที่จังหวัดอุดรดิตถ์ [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2561]. เข้าถึงได้จาก: http://osthailand.nic.go.th/masterplan_area/userfiles/file%20Download/Report%20Analysis%20Province/.pdf
7. สุนิสา ชายเกลี้ยง, สายชล แปรกระโทก. การประเมินทางชีวภาพด้านความเสี่ยงต่อการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในกลุ่มเกษตรกรผู้ทำนา: กรณีศึกษาตำบลแก้งสนามนาง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดนครราชสีมา. ศรีนครินทร์เวชสาร 2556;28(3):382-9.
8. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปผลที่สำคัญ: การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ. 2559 [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 10 กรกฎาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก: http://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13/_2559/workerOutSum59.pdf
9. ไสว ชัยประโคน. เส้นทาง การเข้าสู่อาชีพและความเสี่ยงอันตราย ของคนงานรับจ้างฉีดพ่นยาฆ่าหญ้า พื้นที่ตำบลหนองแขวง อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี . วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2559;4(2):269-90.
10. Andrade-Rivas F, Rother HA. Chemical exposure reduction: Factors impacting on South African herbicide sprayers' personal protective equipment compliance and high risk work practices. Environmental research 2015;142:34-45.
11. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. การดูแลสุขภาพสำหรับเกษตรกร [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2560]. เข้าถึงได้จาก: <http://envocc.ddc.moph.go.th/contents/view/407>.
12. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. ปัญหาโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มเกษตรกร [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2560]. เข้าถึงได้จาก: <http://envocc.ddc.moph.go.th/Contents/view/403>.
13. Cochran WG. Sampling Techniques. 3rd ed. New York: John Wiley and Sons Inc; 1977.
14. ทองพูล แก้วกา. ความเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรตำบลวังทอง อำเภอนาวัง จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2557;2(4):117-28.
15. พิมพ์ลดา ภิรมย์จิตร, สุชาดา ภัยหลีกส์. ความรู้และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร บ้านนาเหล่า อำเภอนาวัง จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2557;2(3):299-309.
16. อรวรรณ ปิณฑิโนวาท. การสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
17. Norkaew S, Siriwong W, Siripattanakul S, Robson M. Knowledge, attitude, and practice (KAP) of using personal protective equipment (PPE) for chilli-growing farmers in Huarua sub-district, Mueang district, Ubonrachathani province, Thailand. Journal of health research 2010;24(2):93-100.

18. จิตติพัฒน์ สืบสิมมา, ทศนีย์ ศิลาวรรณ, นิชชาภัทร ชันสาคร. พฤติกรรมการใช้และการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และผลกระทบต่อสุขภาพของเกษตรกรเพาะปลูกพืชผู้ฉีดยาสารเคมีกำจัดศัตรูพืช: กรณีศึกษา ตำบลสวนกล้วย อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารพิษวิทยาไทย 2560;32(1):9-25.
19. กนกวรรณ พันธมาศ, วัชร ศรีทอง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ตำบลบ่อโพธิ์ อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก. การประชุมวิชาการระดับชาติ; 10 มีนาคม 2560; มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์. หน้า 712-20.
20. วิษาดา สิมลา, ต้ม บุญรอด. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรตำบลแหลมโดนด อำเภอกวนขนุน จังหวัดพัทลุง. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2555;42(2):103-13.

ผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยว ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5

ธนิตา หล้าแหล่ง¹ ภาณี วัฒนสมบูรณ์² วราภรณ์ เสถียรนพเก้า³

¹ นักศึกษาหลักสูตร วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร) สาขาวิชาสุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

³ ภาควิชาโภชนวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

การบริโภคขนมขบเคี้ยวของเด็กวัยเรียนที่ไม่เหมาะสมอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาวได้ การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยว ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 46 คนแบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 22 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 24 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์แนวคิดการเรียนรู้โดยการสังเกตของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม จำนวน 5 ครั้งโดยจัดสัปดาห์ละครั้งๆละ 50 นาที ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับสุขศึกษาในการเรียนการสอนปกติระยะเวลาศึกษาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบบันทึกพฤติกรรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Chi-square test, Independent t-test, Paired t-test และ Z-test

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับขนมขบเคี้ยว การรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคขนมขบเคี้ยว และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคขนมขบเคี้ยวสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีคะแนนเฉลี่ยของผลต่างคะแนนก่อนกับหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) กลุ่มทดลองมีสัดส่วนของผู้ที่มีระดับพฤติกรรมที่ดีขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลการศึกษาแสดงความเป็นไปได้ของโปรแกรมสุขศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวของนักเรียน ที่สามารถนำไปใช้เสริมการเรียนการสอนสุขศึกษาในโรงเรียนด้านโภชนาการได้

คำสำคัญ: ขนมขบเคี้ยว/ พฤติกรรมบริโภค/ โปรแกรมสุขศึกษา/ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5

Effects of Health Education Program for Changing Snack Consumption Behavior among Grade 5 Students

Thanisa Lalaeng¹, Paranee Vatanasomboon², Warapone Sateannoppakao³

¹ Student of M.Sc. (Public Health) Major in Health Education and Health Promotion, Mahidol University

² Department of Health Education and Behavioral Sciences, Faculty of Public Health, Mahidol University

³ Department of Nutrition, Faculty of Public Health, Mahidol University

Abstract

This is a quasi-experimental two-group pre-/post-test design aimed to evaluate the effects of health education program for changing snack consumption behavior among grade 5 students. Forty six students, 22 in the experimental group and 24 in the comparison group were selected. The experimental group received the health education program applying the observational learning concept of social cognitive theory, which was provided for five times—once a week with 50 minutes each. The comparison group received usual learning class of the health education subject. Study period was 8 weeks. Data were collected using a structured questionnaire and a recording form for snack consumption. Chi-square test, independent sample t-test, paired sample t-test and Z-test were employed for data analysis.

After the experiment, the experimental group had significantly higher mean scores of knowledge, self-efficacy and outcome expectation than those before the experiment ($p < .001$) and had also significantly higher mean scores of difference between pre and post-test scores as compared to the comparison group ($p < .001$). The proportion of students who had better improvement of snack consumption behavior in the experimental group was significantly higher than that in the comparison group ($p < .001$). The results indicate a potential for changing snack consumption behavior of the health education program that can be applied to contribute to nutrition-related school health education.

Keywords: Snack/ Consumption behavior/ Health education program/ Grade 5 students

บทนำ

ขนมขบเคี้ยว เป็นอาหารที่รับประทานระหว่างมื้อหลัก สามารถรับประทานได้อย่างรวดเร็ว กินเป็นมื้อเล็กๆ¹ ขนมขบเคี้ยวเป็นอาหารว่าง ที่เด็กวัยเรียนมีความชื่นชอบและนิยมรับประทาน จากรายงานการสำรวจการบริโภคอาหารของประชาชนไทยครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2551-2552) พบว่า เด็กวัยเรียนอายุ 6-12 ปี บริโภคขนมขบเคี้ยวเกือบทุกวัน ร้อยละ 19.1 และบริโภคทุกวันคิดเป็นร้อยละ 27.4 ซึ่งจะเห็นว่าเด็กวัยเรียนอายุ 6-12 ปี มากกว่า 1 ใน 4 บริโภคขนมขบเคี้ยวทุกวัน² และจากการสำรวจพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของประชากร (พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร) พ.ศ. 2556 พบว่า เด็กอายุ 6-12 ปี บริโภคขนมขบเคี้ยวมากถึงร้อยละ 91.9³ เมื่อวิเคราะห์คุณค่าทางโภชนาการของขนมขบเคี้ยวพบว่า ขนมขบเคี้ยวที่วางขายตามท้องตลาดมีพลังงานสูง คุณค่าทางโภชนาการต่ำ⁴ ขนมขบเคี้ยวเป็นอาหารที่มีแป้ง ไขมัน น้ำตาลและโซเดียมเป็นส่วนประกอบหลัก ซึ่งการบริโภคในปริมาณที่มากเกินไป มีผลเสียต่อสุขภาพภาวะโภชนาการและก่อให้เกิดโรค โดยเฉพาะโรคอ้วน⁵

การบริโภคขนมขบเคี้ยวของเด็กวัยเรียน มีสาเหตุจากหลายปัจจัยทั้งปัจจัยภายในบุคคลและสภาพแวดล้อม โดยปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ รสชาติที่อร่อย ความชอบ⁶ การจำยี่ห้อผลิตภัณฑ์อาหารที่โฆษณาได้⁷ ความต้องการบริโภค⁸ ทัศนคติต่อการบริโภค ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับบริโภคขนมขบเคี้ยว⁹ การรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภค¹⁰ ผลลัพธ์จากการบริโภค¹¹ และปัจจัยสภาพแวดล้อมได้แก่ ความสะดวกในการซื้อ การจำหน่าย สภาพแวดล้อมรอบโรงเรียน⁶ เพื่อน⁸ ผู้ปกครอง⁹ สื่อโฆษณา¹²

แนวทางการส่งเสริมการบริโภคอาหารว่างที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพและลดการบริโภคอาหารว่างประเภทขนมขบเคี้ยวในเด็กวัยเรียนให้มีความสำคัญทั้งด้านการปรับเปลี่ยนตัวบุคคลและการปรับสิ่งแวดล้อม สำหรับกิจกรรมทางการศึกษาเป็นแนวทางสำคัญหนึ่งในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบุคคล การทบทวนกิจกรรมดำเนินงานทางการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับเรื่องนี้ มีการนำแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม มาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรม เช่น การอภิปราย เล่นเกม เทคนิคจุดใจ¹³

การจัดบอร์ด¹⁴ การจัดกิจกรรมการสังเกตหรือการเลียนแบบจากตัวแบบเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายในนักเรียน¹⁵ ตัวแบบจากเพื่อนในห้องเรียน ตัวแบบจากสื่อ^{16,17} การเล่นบทบาทสมมติ การให้แรงเสริม¹⁸ การพัฒนาทักษะผ่านการแบ่งปันประสบการณ์¹⁹ และมีหลายการศึกษาที่เน้นกิจกรรมดำเนินงานด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การใช้แบบสำรวจการให้คำแนะนำและกระตุ้นเตือนโดยครู เพื่อนและผู้ปกครอง¹¹ ใช้เทคนิคสัมพันธภาพระหว่างกลุ่มเพื่อ¹⁸ และจากการศึกษาเหล่านี้ยังมีข้อเสนอแนะ คือ ควรมีกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน ทบทวนสิ่งที่เรียนรู้ มีการกระตุ้นเตือนเป็นระยะ และมีการเก็บข้อมูลบันทึกการบริโภคตัวเองอย่างต่อเนื่อง ในส่วนของการศึกษาข้อมูลนำร่องพบปัจจัยภายในบุคคลที่สำคัญ คือ การขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับขนมขบเคี้ยวและการเลือกบริโภคที่เหมาะสม รวมถึงความเชื่อเกี่ยวกับผลของการลดการบริโภคและ ความสามารถในการปรับเปลี่ยนการบริโภคขนมขบเคี้ยว ดังนั้นการศึกษานี้ได้พัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาที่มุ่งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวโดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมเกี่ยวกับการอธิบายการมีอิทธิพลในการกำหนดซึ่งกันและกันระหว่างปัจจัยทางพฤติกรรม สภาพแวดล้อมซึ่งเน้นเพื่อนนักเรียนและปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวกับความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภค และแนวคิดการเรียนรู้โดยการสังเกตของทฤษฎีที่ประกอบด้วยกระบวนการใส่ใจ การเก็บจำ การกระทำ และการตั้งใจ^{20,21} มาเป็นพื้นฐานของการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ของโปรแกรม

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยว ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ต่อการเปลี่ยนแปลงในเรื่องความรู้เกี่ยวกับขนมขบเคี้ยว การรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคขนมขบเคี้ยว ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคขนมขบเคี้ยว และพฤติกรรมกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยว

สมมุติฐานการวิจัย

ภายหลังการทดลอง 1) กลุ่มทดลองมีคะแนนของความรู้เกี่ยวกับขนมขบเคี้ยว การรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคขนมขบเคี้ยว ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคขนมขบเคี้ยว เพิ่มขึ้น 2) กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของความรู้เกี่ยวกับขนมขบเคี้ยว การรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคขนมขบเคี้ยว ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคขนมขบเคี้ยว มากกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบ และ 3) มีสัดส่วนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการบริโภคขนมขบเคี้ยวในระดับที่ดีขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยและพื้นที่ศึกษา เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลัง (Quasi-experimental two-group pre-/post-test design) ดำเนินการในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเพชรบุรีเขต 1 จังหวัดเพชรบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ภาคการศึกษาที่ 2/2560 คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรสำหรับการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระต่อกัน²² แทนค่าพฤติกรรม โดยใช้ผลการศึกษาของ จิรनुช แสงแดงชาติ²³ ได้จำนวนตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 17 คน แต่เพื่อให้สอดคล้องกับการจัดการเรียนการสอนตามระบบปกติในการศึกษานี้จึงใช้นักเรียนทั้งหมดของ ห้องเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ที่สุ่มได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการดังนี้ คือ 1) เลือกโรงเรียนประถมศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเพชรบุรีเขต 1 แบบเจาะจง จำนวน 2 โรงเรียน โดยใช้เกณฑ์ คือ (ก) อยู่ในเขตอำเภอเดียวกัน (ข) เป็นโรงเรียนสหศึกษาที่มีสภาพแวดล้อมใกล้เคียงกัน (ค) ผู้บริหารโรงเรียนและคณะอาจารย์เห็นความสำคัญและสมัครใจเข้าร่วมในการวิจัย จากนั้นจับฉลากกำหนดเป็นโรงเรียนทดลองและโรงเรียนเปรียบเทียบ 2) เลือกห้องเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ของโรงเรียนทดลองและโรงเรียนเปรียบเทียบ โดยจับฉลากเลือก 1 ห้องเรียนจากทั้งหมด 2 ห้องเรียน

ได้นักเรียนของโรงเรียนที่เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 22 คน และจากโรงเรียนที่เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ 24 คน

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตามเอกสารที่ MUPH2017-147 (ลงวันที่ 3 กรกฎาคม 2560) การดำเนินการวิจัยในนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยขอการยินยอมตนจากผู้ปกครองทุกราย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ กิจกรรมการวิจัย รวมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิในการถอนตัวได้หากไม่สนใจและการเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับโดยนำเสนอในภาพรวมของกลุ่ม

เครื่องมือและการวัดตัวแปรผลลัพธ์ ใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 5 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ครอบครัวยุทธศาสตร์ที่ได้รับมา และค่าใช้จ่ายในแต่ละวัน พฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยว ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับขนมขบเคี้ยว ประกอบด้วย ข้อคำถามความรู้เกี่ยวกับขนมขบเคี้ยว การเลือกบริโภคขนมขบเคี้ยว อาหารว่างที่มีประโยชน์ และการอ่านฉลากโภชนาการ จำนวน 15 ข้อ คำตอบเป็นแบบ 4 ตัวเลือก การให้คะแนนในคำตอบถูก ให้ 1 คะแนน และคำตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนรวมเท่ากับ 15 โดยคะแนนยิ่งสูงหมายถึงความรู้ยิ่งสูง ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคขนมขบเคี้ยว ประกอบด้วย ข้อความที่สะท้อนความมั่นใจเกี่ยวกับการบริโภคขนมขบเคี้ยวที่เหมาะสม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประเมินค่า (Rating scale) ประกอบรูปภาพ 4 ระดับ คือ ทำไม่ได้ น่าจะทำได้ น่าจะทำได้ดี และทำได้แน่นอน ให้คะแนน 1, 2, 3 และ 4 ตามลำดับ คะแนนรวมระหว่าง 10-40 โดยคะแนนยิ่งสูงหมายถึงยิ่งมีความมั่นใจในการที่จะบริโภคขนมขบเคี้ยวได้ในปริมาณและความถี่ที่เหมาะสม ส่วนที่ 4 ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคขนมขบเคี้ยว ประกอบด้วย ข้อความที่สะท้อนความเชื่อเกี่ยวกับผลของการบริโภคขนมขบเคี้ยวทั้งทางบวกและทางลบ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรประเมินค่าแบบลิเคิร์ต (Likert scale) ประกอบรูปภาพ 4 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วย ไม่ค่อยเห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยมากที่สุด ให้คะแนน 1, 2, 3 และ 4 ตามลำดับในข้อ

ที่เป็นบวก และให้คะแนนกลับกันสำหรับข้อที่เป็นลบ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10-40 โดยคะแนนยิ่งสูงหมายถึงยิ่งมีความเชื่อในผลทางบวกของการบริโภคในปริมาณและความถี่ที่เหมาะสม และส่วนที่ 5 พฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยว เป็นคำถามการบริโภคขนมขบเคี้ยวประเภทต่างๆ 7 กลุ่ม ได้แก่ ผลัดถิ่นจากมันฝรั่งและแป้งมันฝรั่ง ถั่วและเมล็ดผลไม้ชนิดต่างๆ ปลาเส้นปลาแผ่นปรุงรส ปลาหมึกปรุงรส ข้าวเกรียบ ข้าวอบกรอบปรุงรส ข้าวโพดกรอบปรุงรส และขนมที่ทำจากธัญพืช เกี่ยวกับจำนวนวันที่รับประทานในหนึ่งสัปดาห์และปริมาณที่รับประทานต่อวัน คำตอบทั้งสองด้านนำมาคำนวณค่าประมาณปริมาณพลังงานที่ได้รับต่อวัน และจัดระดับพฤติกรรมตามเกณฑ์พลังงานที่ได้รับ 3 ระดับ คือ เหมาะสม (ไม่เกิน 200 กิโลแคลอรี/วัน)²⁴ ไม่เหมาะสม (201-250 กิโลแคลอรี/วัน) และไม่เหมาะสมอย่างมาก (251 กิโลแคลอรี/วันขึ้นไป)

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถาม โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน ได้คำตัดสินความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค (Item-Objective Congruence Index) อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้เกือบทุกข้อ (0.5 ขึ้นไป)²⁵ ของแต่ละส่วน โดยปรับแก้ข้อความของบางข้อความที่ค่าต่ำกว่าเกณฑ์ จากนั้นตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามแบบทดสอบความสอดคล้องภายในโดยนำไปทดสอบกับนักเรียนที่มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในส่วนของความรู้เกี่ยวกับขนมขบเคี้ยว ได้ค่า KR-20 เท่ากับ 0.70 และส่วนของการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคขนมขบเคี้ยวได้ค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.71 และ 0.70 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับ

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยนี้ดำเนินการเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ระหว่างเดือนพฤศจิกายนถึงธันวาคม 2560 ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยประสานโรงเรียนเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่ผู้บริหารและครูประจำชั้น และขอการยินยอมตนในการเข้าร่วมวิจัยจากผู้ปกครองนักเรียนทุกรายก่อนการศึกษา การดำเนินการในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานและตัวแปรผลลัพธ์ก่อนการ

ทดลอง ในสัปดาห์ที่ 1 จากนั้นจัดโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยว ในระหว่างสัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 6 สัปดาห์ละครั้งๆละ 50 นาที ในช่วงนี้ ลดเวลาเรียน เพิ่มเวลาเรียนรู้ของโรงเรียน ตามลำดับดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 “ขนมของหนูอร่อยจริงหรือ” เพื่อเพิ่มความรู้เกี่ยวกับขนมขบเคี้ยว โห้ของขนมขบเคี้ยว อาหารว่างที่มีประโยชน์ ประกอบด้วย การบรรยาย การเรียนรู้จากตัวแบบผ่านการเล่านิทาน ประกอบหุ่นขี้ตัง และทำใบงานสังเกตตัวแบบ, การตั้งคำถาม (ได้แก่ “ถ้าเป็นตัวหนูเอง จะทำเหมือนเด็กคนไหน”) การอภิปราย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และกิจกรรมบันทึกพฤติกรรมโดยแจกสมุดบันทึกพฤติกรรมเพื่อใช้ในการประเมินตนเองและเรียนรู้ในครั้งต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 2 “ฉลาดเลือก เลือกฉลาดเราทำได้” เพื่อเพิ่มความเข้าใจและฝึกทักษะการอ่านฉลากโภชนาการ การเลือกขนมขบเคี้ยว และความมั่นใจในการบริโภคขนมขบเคี้ยวได้อย่างเหมาะสม ประกอบด้วย 1) การรายงานพฤติกรรมตนเองจากสมุดบันทึกการบริโภคขนมขบเคี้ยวและเสริมแรงด้วยการชมเชยและให้รางวัลสำหรับนักเรียนที่จดบันทึก 2) การเรียนรู้โดยการสังเกตจากตัวแบบโดยใช้คลิปวิดีโอการ์ตูนเกี่ยวกับการอ่านฉลากโภชนาการ GDA จากช่องขนมขบเคี้ยวจริง ทำใบงาน การตั้งคำถาม (ได้แก่ “นักเรียนมั่นใจว่าสามารถอ่านฉลากโภชนาการก่อนซื้อขนมขบเคี้ยวได้ทุกครั้งหรือไม่” “คิดว่าจะเปลี่ยนการบริโภคหรือไม่”) การอภิปรายคำตอบและเปลี่ยนความคิดเห็น และ 3) การตั้งเป้าหมายการบริโภคอย่างเหมาะสมและการบันทึกพฤติกรรมเพื่อนำมาเรียนรู้ในครั้งต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 3 “มั่นใจ เราทำได้” เพื่อเพิ่มความมั่นใจตนเองในการบริโภคขนมขบเคี้ยวได้อย่างเหมาะสมและความเชื่อในผลดีของการบริโภคขนมขบเคี้ยว ประกอบด้วย 1) การเสริมแรงนักเรียนที่มีบันทึกการบริโภคขนมขบเคี้ยวดีขึ้นด้วยการชมเชยและรางวัล 2) การเรียนรู้จากตัวแบบจากเพื่อนในห้องเรียน แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับเพื่อนในห้อง, ทำกิจกรรมบทบาทสมมติ เป็นร้านค้า ผู้ซื้อและผู้ขาย, การอภิปรายและเปลี่ยนความคิดเห็น และ 3) การตั้งเป้าหมายการ

บริโภคอย่างเหมาะสมและการบันทึกพฤติกรรมเพื่อนำมาเรียนรู้ในครั้งต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 4 “ต่อตัว สร้างรูป” เพื่อเสริมความมั่นใจตนเองในการบริโภคขนมขบเคี้ยวได้อย่างเหมาะสมและความเชื่อในผลดีของการบริโภคขนมขบเคี้ยว ประกอบด้วย 1) กิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในห้องเรียนจากตัวแบบเพื่อนที่มีการบริโภคที่ดีขึ้นและการเสริมแรงนักเรียนที่มีบันทึกการบริโภคขนมขบเคี้ยวที่ดีขึ้นด้วยการชมเชยและรางวัล 2) กิจกรรมหาเพื่อนคู่หู (Buddy) เพื่อกระตุ้นเตือนกัน และแจกสมุดกระตุ้นเตือนบันทึกพฤติกรรมของเพื่อนคู่หูและการกระตุ้นเตือนเรื่องการรับประทานอาหารว่างระหว่างมื้อ

กิจกรรมครั้งที่ 5 “ร่วมด้วย ช่วยกัน” เพื่อเสริมความมั่นใจตนเองในการบริโภคขนมขบเคี้ยวได้อย่างเหมาะสมและความเชื่อในผลดีของการบริโภคขนมขบเคี้ยว และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยว ประกอบด้วยกิจกรรม 1) เรียนรู้จากตัวแบบจากเพื่อนคู่หูเล่าประสบการณ์และแลกเปลี่ยนกับเพื่อน และเสริมแรงด้วยการมอบรางวัล และเก็บรวบรวมข้อมูลวัดตัวแปรผลลัพธ์หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8

สำหรับในกลุ่มเปรียบเทียบเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานและตัวแปรผลลัพธ์ก่อนการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 และหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 โดยผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับขนมขบเคี้ยว อาหารว่างที่มีประโยชน์ การอ่านฉลากโภชนาการเป็นเวลา 50 นาที หลังเสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล ทดสอบความแตกต่างของคุณลักษณะต่างๆ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Chi-square test กรณีตัวแปรกลุ่ม และ Independent t-test กรณีเป็นตัวแปรต่อเนื่อง วิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงจากผลของโปรแกรมโดย 1) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับขนมขบเคี้ยว การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคขนมขบเคี้ยวก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Paired t-test 2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนก่อนกับหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วย

สถิติ Independent t-test และ 3) เปรียบเทียบสัดส่วนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับที่ต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Z-test for proportions โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัย

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 46 คน เป็นกลุ่มทดลอง 22 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 24 คน ผลการวิเคราะห์พบว่ามีคุณลักษณะไม่แตกต่างกันทุกด้าน ($p\text{-value} = .050$) โดยทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 59.1 และ 58.3 ตามลำดับ และมีอายุอยู่ระหว่าง 10-11 ปี กลุ่มทดลองมีน้ำหนักโดยเฉลี่ย 48.09 กิโลกรัมและส่วนสูงเฉลี่ย 146.18 เซนติเมตร ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีน้ำหนักเฉลี่ย 47.96 กิโลกรัมและส่วนสูงเฉลี่ย 146.25 เซนติเมตร สำหรับการพักอาศัย กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อาศัยอยู่กับบิดาและมารดาในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 45.5 และ 58.3 ตามลำดับ) การได้รับเงินมาโรงเรียนโดยเฉลี่ยใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มทดลองได้รับประมาณวันละ 40 บาท ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับประมาณวันละ 41.25 บาท

การเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับขนมขบเคี้ยว ก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับขนมขบเคี้ยว ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่แตกต่างกัน ($p = .913$) ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ($p = .096$) (ตารางที่ 1)

การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคขนมขบเคี้ยว ก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคขนมขบเคี้ยว ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่แตกต่างกัน ($p = .533$) ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ($p = .095$) (ตารางที่ 1)

การเปลี่ยนแปลงความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคขนมขบเคี้ยว ก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคขนมขบเคี้ยวของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่แตกต่างกัน

($p=.612$) ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ($p=.299$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยตัวแปรผลลัพธ์ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปรผลลัพธ์	กลุ่มทดลอง($n=22$)		p	กลุ่มเปรียบเทียบ($n=24$)		p
	ก่อน $\bar{x}$ (SD)	หลัง $\bar{x}$ (SD)		ก่อน $\bar{x}$ (SD)	หลัง $\bar{x}$ (SD)	
ความรู้เกี่ยวกับขนมขบเคี้ยว	6.23(2.14)	13(1.02)	<0.001	6.29(1.85)	7.13(2.21)	0.096
การรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคขนมขบเคี้ยว	20.95(1.79)	35.82(2.74)	<0.001	20.63(1.77)	21.00(1.35)	0.095
ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคขนมขบเคี้ยว	22.59(1.79)	34.95(2.21)	<0.001	22.33(1.63)	22.08(1.38)	0.299

p-value จากสถิติ Paired t-test

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนก่อนและหลังการทดลองของแต่ละตัวแปรดังกล่าว ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ (ตารางที่ 2) พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนน

ความรู้เกี่ยวกับขนมขบเคี้ยวการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคขนมขบเคี้ยว และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคขนมขบเคี้ยวในทางที่เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างของตัวแปรผลลัพธ์ ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปรผลลัพธ์	กลุ่มทดลอง($n=22$)		กลุ่มเปรียบเทียบ($n=24$)		p
	$\bar{d}$	SD	$\bar{d}$	SD	
ความรู้เกี่ยวกับขนมขบเคี้ยว	6.77	2.31	0.83	2.35	<0.001
การรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคขนมขบเคี้ยว	14.06	2.95	0.38	1.06	<0.001
ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคขนมขบเคี้ยว	12.36	3.06	-0.25	1.15	<0.001

p-value จากสถิติ Independent t-test

การเปลี่ยนแปลงระดับพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยว หลังการทดลอง กลุ่มทดลองจากทั้งหมด 22 คน ในภาพรวม พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมในระดับที่ดีขึ้นร้อยละ 72.8 โดยเป็นผู้ที่เปลี่ยนจากระดับไม่เหมาะสมอย่างมากเมื่อก่อนการทดลอง ไปเป็นระดับไม่เหมาะสม และเหมาะสม ร้อยละ

36.4 และจากระดับไม่เหมาะสม ก่อนการทดลอง เป็นระดับเหมาะสมเมื่อหลังการทดลอง ร้อยละ 36.4 แต่หากพิจารณาเฉพาะการเปลี่ยนแปลงไปเป็นระดับที่เหมาะสม ภายหลังการทดลองเท่านั้นพบว่าโดยรวมมีร้อยละ 54.5 สำหรับในกลุ่มเปรียบเทียบจากทั้งหมด 24 คน พบว่าการเปลี่ยนแปลงระดับพฤติกรรมที่ดีขึ้นเพียงร้อยละ 4.2

และไม่พบว่าผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นระดับที่เหมาะสม หลังการทดลอง เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีระดับพฤติกรรมที่ดีขึ้นในภาพรวม หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ด้วยสถิติทดสอบ Z-test พบว่า กลุ่มทดลองมีมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปลี่ยนแปลงระดับพฤติกรรมก่อนและหลังการทดลองและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับที่ดีขึ้น

ก่อนทดลอง	หลังทดลอง			ร้อยละที่มีระดับพฤติกรรมดีขึ้น	Z-test (p)
	ไม่เหมาะสมอย่างมาก	ไม่เหมาะสม	เหมาะสม		
กลุ่มทดลอง (n =22)					
ไม่เหมาะสมอย่างมาก	1	4	4	72.8 ^a	
ไม่เหมาะสม	0	1	8	54.5 ^b	
เหมาะสม	0	0	4		
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=24)					
ไม่เหมาะสมอย่างมาก	5	1	0	4.2 ^a	4.82 ($<.001$)
ไม่เหมาะสม	4	7	0	0.0 ^b	
เหมาะสม	1	1	5		

^a คิดร้อยละจากผลรวมของ (ก) และ (ข) โดยที่ (ก) คือ จำนวนผู้ที่เปลี่ยนจากระดับไม่เหมาะสมมากก่อนการทดลองเป็นไม่เหมาะสม และเหมาะสม เมื่อหลังการทดลอง และ (ข) คือจำนวนผู้ที่เปลี่ยนจาก จากระดับไม่เหมาะสม ก่อนการทดลอง เป็นระดับเหมาะสมหลังการทดลอง

^b คิดร้อยละเฉพาะจากผลรวมของ จำนวนผู้ที่เปลี่ยนเป็นระดับเหมาะสม หลังการทดลอง เท่านั้น

อภิปรายผล

ผลการศึกษาเมื่อประเมินหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับขนมขบเคี้ยว การรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคขนมขบเคี้ยว เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติรวมทั้งมีร้อยละการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับที่ดีขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลที่พบแสดงว่าโปรแกรมสุขศึกษาที่จัดเป็นเวลา 5 สัปดาห์ๆละครั้งๆละ 50 นาที มีประสิทธิผลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวของนักเรียน

การเพิ่มขึ้นของความรู้เกี่ยวกับขนมขบเคี้ยวอย่างมีนัยสำคัญ และอยู่ในระดับสูงหลังการทดลอง เป็นผลจากกิจกรรมเรียนรู้ที่จัดโดย การบรรยายและอภิปรายผลร่วมกัน การให้นักเรียนได้ทดลองอ่านด้วยตัวเองผ่านของขนมขบเคี้ยวจริง รวมทั้งการเล่านิทานประกอบ

การ์ตูนเชิดและสื่อวิดีโอการ์ตูนและการอภิปรายสิ่งที่สังเกตจากตัวแบบในนิทานและวิดีโอ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้เป็นสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้นักเรียนสนใจ สามารถจดจำและเข้าใจในเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับขนมขบเคี้ยวและการบริโภคที่เหมาะสม^{26,27} อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์ละเอียดเป็นรายข้อยังพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงความรู้บางประเด็นของกลุ่มทดลองยังตอบถูกต่ำกว่าร้อยละ 80 ได้แก่ เกณฑ์พลังงานและสารอาหารสำหรับการบริโภคขนมขบเคี้ยวใน 1 วัน (ร้อยละ 54) การอ่านและการคำนวณค่าบนฉลากโภชนาการ GDA บนของขนมขบเคี้ยว (ร้อยละ 77.3) ซึ่งแสดงว่ากิจกรรมที่จัดในหัวข้อการอ่านฉลากยังไม่ดีพอ ควรเพิ่มกิจกรรมที่มีเกมเข้ามา เพื่อกระตุ้นความสนใจของนักเรียน รวมทั้งมีของขนมขบเคี้ยวที่หลากหลายขนาดมากขึ้น โดยนำเรื่องนี้มาทบทวนในครั้งถัดมา

การเพิ่มขึ้นของการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคขนมขบเคี้ยวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ประยุกต์แนวคิดการเรียนรู้โดยการสังเกตใน

นักเรียน^{15,16,17} ซึ่งมีการจัดกิจกรรมครั้งละด้วยเวลา 30-50 นาทีเป็นเวลา 3-4 สัปดาห์ ผลการศึกษาที่พบเป็นผลเนื่องจากกิจกรรมเรียนรู้ที่จัดในขั้นตอนการเรียนรู้โดยการสังเกตจากตัวแบบที่ใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ (คลิปวิดีโอ การดูการอ่านฉลาก) และตัวแบบมีชีวิต (เพื่อนนักเรียนที่มีพฤติกรรมบริโภคขนมขบเคี้ยวที่ดีขึ้น) เป็นแรงจูงใจให้อยากทำและนำมาพยายามพัฒนาให้ดีขึ้นรวมทั้งเกิด ความคาดหวังในผลของการกระทำที่ได้เห็นจากตัวแบบ^{20,21} รวมทั้งการฝึกทักษะ การตั้งเป้าหมายและการบันทึกพฤติกรรม การให้คำชมเชยเมื่อทำได้สำเร็จ ที่เพิ่มการรับรู้ความสามารถตนเองจากประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ^{20,21} อย่างไรก็ตามในการวิเคราะห์รายข้อเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถตนเองหลังการทดลอง พบกลุ่มทดลองต่ำกว่าครั้งที่มีความมั่นใจในการอ่านฉลากโภชนาการได้ถูกต้อง ก่อนเลือกซื้อขนมขบเคี้ยว (ร้อยละ 31.8) การแยกประเภทและชนิดของขนมขบเคี้ยว (ร้อยละ 45.5) รวมทั้งการชวนเพื่อนให้บริโภคอาหารว่างที่มีประโยชน์ (ร้อยละ 45.5) แสดงว่ายังจำเป็นต้องเน้นในประเด็นเฉพาะเหล่านี้ สำหรับความคาดหวังในผลลัพธ์ยังพบกลุ่มทดลองกว่าร้อยละ 80 มีความเชื่อในทางบวกว่ากรับประทานขนมขบเคี้ยวทำให้รู้สึกดี (ร้อยละ 86.4) กิจกรรมการอภิปรายเรื่องผลเสียหรือโทษของการรับประทานขนมขบเคี้ยวหลังจากการดูตัวแบบในวิดีโออาจจะสั้นไป ควรต้องเพิ่มกิจกรรมการถาม-ตอบ การใช้เกมเพื่อประเมินความเข้าใจของนักเรียน และเน้นย้ำให้ถูกต้อง

การบริโภคขนมขบเคี้ยวพบการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น โดยกลุ่มทดลองมีส่วนการเปลี่ยนระดับพฤติกรรมที่ดีขึ้น (ร้อยละ 72.8) มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (ร้อยละ 4.2) อย่างมีนัยสำคัญ ผลนี้สอดคล้องกับการศึกษากัญญา อยู่สำราญ¹⁴ มัทรี จันทรน้อย¹⁸ และ Branscum P.& Kaye G.²⁸ ที่พบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภคในทางที่ดีขึ้นเช่นกันแม้ว่าจะวัดพฤติกรรมด้วยมาตรวัดที่ต่างจากการศึกษานี้ก็ตามการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นของพฤติกรรมบริโภคขนมขบเคี้ยวของนักเรียน อธิบายตามแนวคิดการมีอิทธิพลซึ่งกันและกันระหว่างพฤติกรรม สภาพแวดล้อม และปัจจัยส่วนบุคคลของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม^{20,21}

ได้ว่า เป็นผลจากความรู้ ความเชื่อในความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคที่เป็นไปในทางที่ดีขึ้น ขณะที่ความรู้ ความเชื่อดังกล่าวเป็นผลจากการจัดการเรียนรู้โดยการสังเกตจากตัวแบบ การเสริมแรงในกระบวนการจูงใจ การสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จจากการตั้งเป้าหมายการบริโภคที่เหมาะสม และการใช้เพื่อนคู่หูในการกระตุ้นเตือน อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาเฉพาะการเปลี่ยนแปลงเป็นระดับที่เหมาะสมจะเห็นได้ว่ามีเพียงร้อยละ 54.5 เท่านั้น โดยยังมีอีกเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มทดลองที่ภายหลังได้รับโปรแกรมแล้วยังไม่สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคขนมขบเคี้ยวได้ในระดับเหมาะสมตามเกณฑ์พลังงานที่แนะนำ (ไม่เกิน 200 กิโลแคลอรีต่อวัน)²⁴ แสดงว่าการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นของความรู้ ความเชื่อในความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาจจะยังไม่มากพอในนักเรียนบางคนซึ่งอาจต้องอาศัยเวลาที่ยาวกว่านี้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

การวิจัยนี้มีข้อจำกัดบางประการได้แก่ 1) การประเมินพฤติกรรมบริโภคขนมขบเคี้ยวในช่วงเวลา 8 สัปดาห์ของโปรแกรมนี้อาจจะสั้นไปในการที่จะประเมินการเปลี่ยนแปลงไปสู่ในระดับที่เหมาะสมตามเกณฑ์ที่แนะนำและการคงอยู่ของพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ 2) เนื่องจากโปรแกรมนี้นี้ใช้และตรวจสอบประสิทธิภาพเฉพาะในนักเรียนชั้นประถมศึกษาที่อยู่ในเขตต่างจังหวัดและอยู่นอกเขตอำเภอเมือง ดังนั้นการนำโปรแกรมไปใช้ในนักเรียนกลุ่มอื่นที่แตกต่างออกไปอาจเป็นข้อจำกัดที่ต้องพิจารณา 3) พฤติกรรมบริโภคขนมขบเคี้ยวในการศึกษานี้เก็บข้อมูลขนมขบเคี้ยวชนิดที่บรรจุในซองและมีฉลากโภชนาการ GDA เท่านั้นและจำกัดเป็น 7 ประเภท ดังนั้นการนำผลการศึกษานี้ไปเปรียบเทียบกับควรต้องพิจารณาในประเด็นนี้ด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลจากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคขนมขบเคี้ยวที่ออกแบบโดยใช้แนวคิดการเรียนรู้โดยการสังเกตมาออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ร่วมกับการใช้วิธีการเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติ ซึ่งจัดทั้งหมด 5 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที (สัปดาห์ละครั้ง) ในช่วง 1 เดือน ลดเวลาเรียน เพิ่มเวลารู้ของ

โรงเรียน เป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้สอนสุขศึกษาในโรงเรียนได้ทั้งในกลุ่มสาระสุขศึกษาและพลศึกษา หรือในรูปของการสอนเสริมในช่วงโมงกิจกรรมพัฒนาผู้เรียน และช่วง โมง ลดเวลาเรียน เพิ่มเวลารู้ของโรงเรียน โดยในการนำไปใช้อาจต้องพิจารณาในประเด็นต่อไปนี้ คือ 1) การเพิ่มกิจกรรมเรียนรู้ และระยะเวลาในการจัดในแต่ละหัวข้อเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ เช่น กิจกรรมถาม-ตอบ การใช้เกม การทบทวนเพื่อเพิ่มการจดจำ รวมทั้งกิจกรรมเรียนรู้ที่เพิ่มประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ 2) กิจกรรมการเรียนรู้จากตัวแบบ ควรใช้ทั้งตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ผ่านนิทาน และสื่อวิดีโอการ์ตูน ซึ่งเป็นสื่อที่ดึงดูดความสนใจในการเรียนรู้ และตัวแบบที่เป็นบุคคลจริงโดยเฉพาะจากเพื่อนในห้องเรียนซึ่งเป็นวัยเดียวกัน และ 3) สื่อที่ใช้ในการทำกิจกรรมต้องมีความหลากหลาย มีสีสัน สามารถจับต้องได้หรือเป็นของจริง และดึงดูดใจ เช่น ของขนมขบเคี้ยวชนิดต่างๆ คลิปวิดีโอ นิทาน สมุดบันทึกพฤติกรรม การบริโภค เป็นต้น 4) ความแตกต่างของกลุ่มนักเรียนที่นำไปใช้ที่อาจต้องมีการพิจารณาปรับกิจกรรมให้เหมาะสม ยังคงอยู่ภายใต้กระบวนการเรียนรู้โดยการสังเกตที่ใช้เป็นพื้นฐานในการออกแบบกระบวนการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาทดลองซ้ำในกลุ่มตัวอย่างและในพื้นที่มีลักษณะใกล้เคียงกับการศึกษานี้เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมนี และเพิ่มระยะเวลาในการประเมินพฤติกรรมเพื่อศึกษาความคงทนของการบริโภคขนมขบเคี้ยวที่เหมาะสมตามเกณฑ์พลังงานที่แนะนำ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. คู่มือการจำแนกอาหาร ขนม และเครื่องดื่มตามมาตรฐานโภชนาการ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2557.
2. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552. นนทบุรี: บริษัท เดอะกราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด; 2554.
3. สำนักวิจัยนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานสถานการณ์โรค NCDs วิฤตสุขภาพ วิฤตสังคม. นนทบุรี: อาคารคลังพัสต; 2557.
4. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. การศึกษาปริมาณพลังงานในอาหารว่างและขนมขบเคี้ยว [อินเทอร์เน็ต]. 2559. [เข้าถึงเมื่อ 29 ธันวาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก <http://nutrition.ana.mai.moph.go.th/temp/main/view.php?group=2&id=123>; 2549.
5. อารยา ตั้งวิฑูรย์. พฤติกรรมการบริโภคอาหารว่างและขนมของเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในอำเภอหาดใหญ่: ความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ. [วิทยานิพนธ์สาขา กุมารเวชศาสตร์ของแพทยสภา]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2550.
6. นงนุช ใจชื่น, สิริทรียา พูลเกิด, สุรศักดิ์ ไชยสงค์, ทักษพล ธรรมรังสี. การซื้อและการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2556;7(1):137-50.
7. นงนุช ใจชื่น, พเยาว์ ผ่องสุข, สิริทรียา พูลเกิด, สุรศักดิ์ ไชยสงค์, ทักษพล ธรรมรังสี. การจ่ายห่อผลิตภัณฑ์อาหารของเด็กวัยเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2555;1:72-85.
8. ปิยฉัตร พรหมพิทร์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวของเด็กวัยเรียนในเขตสายไหม [การค้นคว้าอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2550.
9. สุธีรา บัวทอง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวและ เครื่องดื่มที่มีรสหวานในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 ของโรงเรียนในเขตอำเภอ เมือง จังหวัดนครปฐม [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2550.
10. Branscum P, Sharma M. Predictors of Snack Food Consumption Among Upper Elementary Children Using Social Cognitive Theory. Journal of Social Behavioral and Health Sciences 2011;5(1):23-37.
11. วไลยา โบราณมูล. ประสิทธิภาพของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวที่เหมาะสมนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนสังกัดเทศบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น [วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.

12. สุชาติ เนตรรังสรรค์. อิทธิพลของการโฆษณาทางโทรทัศน์ที่มีต่อการซื้อขนมขบเคี้ยวของนักเรียนระดับประถมศึกษา [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2555.
13. กัทรานุช พิทักษา. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารสุขศึกษา 2557;37(126):66-81.
14. กัญนิกา อยู่สำราญ. ผลของการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักตัวเกินของเด็กวัยเรียน ณ โรงเรียนในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2555; ฉบับพิเศษเดือนพฤศจิกายน:103-14.
15. วิภารัตน์ แก้วเทศ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายในนักเรียน ที่มีภาวะโภชนาการเกินโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร.วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2556;43(1):94-107.
16. ณัฐดิพร อ้นด้วง. ผลของโปรแกรมการสอนทักษะสุขภาพ โดยใช้หนังสือการ์ตูนต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5. การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2555; มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น;616-25.
17. บุชา เทียนภู. ผลของโปรแกรมการเรียนรู้ผ่านสื่อตัวแบบต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2558;ฉบับพิเศษ:55-66.
18. มัทธิ จันทน์น้อย. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดการบริโภคน้ำตาลและขนมขบเคี้ยวของนักเรียนชั้นประถมในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2558;8(1): 22-30.
19. Najimi A, Ghaffari M. Promoting fruit and vegetable consumption among students: a randomized controlled trail based on social cognitive theory. J Pak Med Assac 2013;10(63): 1235-40.
20. Bandura A. Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive theory. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1986.
21. สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
22. Fleiss JL. Statistical method for rate and proportion. 2nded. New York: John Wiley & Sons; 1981.
23. จิรณัฐ แสงแดดชาติ. การพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณกับการบริโภคขนมขบเคี้ยวในนักเรียนชั้นประถมศึกษา จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารสุขศึกษา 2553;33(114):69-84.
24. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. คู่มือปฏิบัติการตามมาตรฐานอาหาร ขนม และเครื่องดื่มในโรงเรียนประถมศึกษา (ฉบับทดลองใช้). กรุงเทพมหานคร: บริษัทสุภูมิวิทย์เดีย มาร์เก็ตติ้ง จำกัด; 2554.
25. สมชาย วรกิจเกษมสกุล. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. อุดรธานี: มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี; 2554.
26. สุรางค์ ไคว้ตระกูล. จิตวิทยาการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 8. ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
27. Klausmeier HJ. Educational Psychology. 5thed. New York: Harper & Row; 1985.
28. Branscum P, Kaye G. An evaluation of a theory based childhood overweight prevention curriculum. Californian Journal of Health Promotion 2009;7:33-8.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

ชัชวาลย์ เพ็ชรทอง¹ พรธณี บัญชรหัตถกิจ²

¹ นักศึกษา สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

ความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนอายุ 7–14 ปี ในประเทศไทยมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน เด็กอ้วนมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคอ้วนในวัยผู้ใหญ่ และยิ่งเสี่ยงต่อการพัฒนาสู่โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคต การป้องกันโรคอ้วนในวัยเด็กจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อน - หลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 68 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 34 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคอ้วน ประกอบด้วย การบรรยายให้ความรู้ประกอบสื่อ การสอนและการสาธิตการประยุกต์ใช้งานแอปพลิเคชันในสมาร์ตโฟนเพื่อคำนวณพลังงานและจัดบันทึกการใช้พลังงานประจำวัน การเล่นเกม การแสดงบทบาทสมมติ กิจกรรมกลุ่มและการอภิปราย รวมถึงการใช้งานแอปพลิเคชันสื่อสังคมออนไลน์ ได้แก่ กลุ่ม Line เพื่อการติดต่อสื่อสาร และกลุ่ม Facebook เพื่อทำกิจกรรมกลุ่ม แบ่งปันข้อมูลข่าวสาร มอบหมายใบงานและส่งการบ้าน ใช้ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 12 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับกิจกรรมการเรียนการสอนตามปกติ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถาม ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และวัดค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้เชิงสถิติพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ Paired-t test และ Independent-t test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคอ้วนสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$)

คำสำคัญ: โรคอ้วนในวัยเด็ก/ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ/ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

Corresponding author: พรธณี บัญชรหัตถกิจ, อีเมล: panban@kku.ac.th, โทร: 0942954141

Received: June 23, 2018; Revised: July 17, 2018; Accepted: August 17, 2018

Effects of Health Literacy Promoting Program with Social Media Used on Obesity Prevention Behavior among Overweight

Mattayomsuksa 2 Students

Chatchawan Phetkong¹, Pannee Banchonhattakit²

¹ Graduate student, Health Education and Health Promotion, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

² Associate Professor, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

Abstract

In Thailand, the prevalence of overweight and obesity among school children aged 7–14 years has dramatically increased. Obese children likely stay obese into adulthood and more risky develop to non-communicable diseases. Therefore, prevention of childhood obesity needs to do priority. A quasi-experimental study aimed to investigate effects of health literacy promoting program with social media that used on obesity prevention among overweight students. Volunteers were 68 junior high school students, divided into two groups; as experimental group and comparison group with 34 participants per group. A 12-weeks program was implemented with many activities such as lectures, coaching, games, role play, group process, discussion, demonstration and applied to use smartphone applications for daily calorie controlled including aerobics exercise. Social media were used such as Line group chat for communication and Facebook group for information support, assignment, sharing and discussion in group. The comparison group participated in regular tutor class. Data were collected before and after interventions by questionnaires and analyzed by descriptive statistics for general characteristics. Inferential statistics, paired-t test and independent-t test were applied for testing specific objectives. Statistical significance was set at $p < 0.05$

The results showed that after interventions. The experimental group had higher mean score of health literacy for obesity prevention than those before intervention and higher than the comparison group significantly statistical ($p < 0.001$). The mean score of food consumptions and exercise behavior for obesity prevention was higher than before intervention and higher than the comparison group statistical significance ($p < 0.001$). After interventions, the experimental group had lower mean of body fat percentage than before intervention and lower than the comparison group statistical significance ($p = 0.001$).

Keywords: Childhood Obesity/ Health Literacy/ Behavioral Modification

บทนำ

ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในวัยเด็ก ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และสังคม ที่สำคัญไปกว่านั้นคือมีโอกาสเสี่ยงร้อยละ 25 ของเด็กอ้วนที่จะอ้วนเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ หากเป็นวัยรุ่นอ้วนโอกาสเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 75 ผลกระทบต่อสุขภาพที่สำคัญคือโรคติดต่อไม่เรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด¹ ข้อมูลองค์การอนามัยโลกระบุว่า ตั้งแต่ปี 2523 เป็นต้นมา อุบัติการณ์ของโรคอ้วนทั่วโลกได้เพิ่มจำนวนขึ้นกว่าเท่าตัว โดยความชุกของเด็กที่เป็นโรคอ้วนเพิ่มขึ้นทั่วโลกจาก 31 ล้านคนในปี 2533 เป็น 44 ล้านคนในปี 2557 ซึ่งเกือบครึ่งหนึ่งของเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนนี้อยู่ในทวีปเอเชีย และภายในปี 2568 คาดการณ์ว่าจะมีเด็กเป็นโรคอ้วนทั่วโลก 70 ล้านคน² ข้อมูลภาวะโภชนาการเด็กวัยเรียนในประเทศไทย ปี 2555-2559 พบเด็กวัยเรียนอายุ 5-14 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 8.01, 8.9, 9.5, 12.5, และ 12.9 ตามลำดับ (ข้อมูลไม่รวมกรุงเทพมหานคร) และในปี 2560 นักเรียนทั่วประเทศมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน จำนวน 397,413 คน คิดเป็นร้อยละ 12.6 ข้อมูลเขตสุขภาพที่ 7 ปี 2555-2559 พบว่า เด็กวัยเรียนอายุ 5-14 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 5.79, 9.18, 9.77, 10.24 และ 10.27 ตามลำดับ โดยในปี 2560 พบว่าจังหวัดมหาสารคาม มีจำนวนเด็กนักเรียนมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน 8,150 คน คิดเป็นร้อยละ 12.61 ซึ่งมีอัตราสูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับจังหวัดในเขตสุขภาพเดียวกัน คือ จังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 10.15 จังหวัดร้อยเอ็ด ร้อยละ 10.73 และจังหวัดกาฬสินธุ์ ร้อยละ 7.91³ จะเห็นได้ว่าภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยเรียนอายุ 5-14 ปี มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีตัวชี้วัดระดับกระทรวง คือ เด็กวัยเรียนมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนลดลง ไม่เกินร้อยละ 10 นั้น ซึ่งผลการดำเนินงานที่ผ่านมายังไม่บรรลุเป้าประสงค์ ทั้งที่โรคอ้วนเป็นโรคที่ป้องกันได้ด้วยการส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่

ถูกต้องเหมาะสม ดังนั้นการควบคุมและป้องกันโรคอ้วนในเด็กนักเรียน จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง

ผลการประเมินความรู้ด้านสุขภาพและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของกลุ่มวัยเรียนอายุ 7-14 ปี โดยกองสุขศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 60.4 พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 58.4 และระดับไม่ดี ร้อยละ 39.0 นอกจากนี้ยังพบพฤติกรรมสุขภาพที่ยังเป็นปัญหา คือ พฤติกรรมการบริโภคน้ำอัดลม หรือเครื่องดื่มที่มีรสหวาน ร้อยละ 18.6 พฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวที่มีแป้ง น้ำตาล และไขมันสูง ร้อยละ 15.5 ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในวัยเรียน^{4,5} เมื่อบุคคลมีความรู้ด้านสุขภาพน้อย จะส่งผลให้ขาดความรู้ด้านสุขภาพ เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี และไม่รู้จักดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค การเสริมสร้างให้บุคคลมีความรู้ด้านสุขภาพ จึงส่งผลต่อการปฏิบัติและการจัดการควบคุมปัจจัยด้านสุขภาพของตนเอง และการให้แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) โดยการให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางอารมณ์ การให้กำลังใจ การรู้จักประเมิน และการสนับสนุนของรางวัล สามารถสนับสนุนชักจูงหรือเอื้ออำนาจให้บุคคล ที่ได้รับแรงสนับสนุน เกิดการปฏิบัติตัวหรือมีการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำหรือ แรงสนับสนุนของผู้ให้⁶

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิดการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการประยุกต์ใช้สื่อสังคมออนไลน์ ได้แก่ แอปพลิเคชัน Line และ Facebook เพื่อให้แรงสนับสนุนทางสังคม ในการจัดกิจกรรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคอ้วน ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 2 ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง มีทักษะการเข้าถึงข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพ การสื่อสารด้านสุขภาพ การจัดการตนเองด้านสุขภาพ และการรู้เท่าทันสื่อ เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมที่ยั่งยืน ส่งผลให้เด็กเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดี และลดภาวะเสี่ยงของโรคอ้วนอันจะส่งผลเสียต่อปัญหาสุขภาพที่ตามมาในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคอ้วนในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) แบบสองกลุ่มวัดก่อน - หลัง โดยประชากรที่ศึกษาคือนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน เพศชายและหญิง ในจังหวัดมหาสารคาม ใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันและเพิ่มขนาดตัวอย่างที่คาดว่าจะสูญเสียร้อยละ 10 เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามจำนวนที่ต้องการ การคัดเลือกตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย ขั้นตอนที่ 1 รวบรวมรายชื่อโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดใหญ่พิเศษในจังหวัดมหาสารคามมี 4 แห่ง คัดเลือกโรงเรียนโดยการจับฉลากครั้งที่ 1 เลือกโรงเรียนเป็นกลุ่มทดลอง จับฉลากครั้งที่ 2 เลือกโรงเรียนเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ขั้นตอนที่ 2 รวบรวมรายชื่อนักเรียนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ทำการสุ่มอย่างง่าย โดยวิธีการจับฉลากเพื่อคัดเลือกนักเรียนเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจนครบตามจำนวนกลุ่มละ 34 คน รวมทั้งหมด 68 คน

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตามหนังสือรับรองที่ HE602325 วันที่ 4 ธันวาคม 2560

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1) เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน ได้แก่ การบรรยายประกอบสื่อ power point ให้ความรู้เรื่องภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน การบริโภคอาหารและออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคอ้วน การสาธิตและการฝึกปฏิบัติการใช้งานสมาร์ตโฟนในการสืบค้นข้อมูล กิจกรรมกลุ่ม ได้แก่ การอภิปรายกลุ่ม

การเล่นเกมส์ การแสดงบทบาทสมมติ การใช้งานแอปพลิเคชันคำนวณพลังงาน “แคลอรี ไดอารี่” การคำนวณภาวะโภชนาการและกราฟอ้างอิงการเจริญเติบโตอาหารชาติตามโภชนาการให้พลังงานระดับต่าง ๆ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก การใช้ Line กลุ่มเพื่อการติดต่อสื่อสาร กิจกรรมการเรียนรู้และใบงานประจำสัปดาห์ผ่านกลุ่ม Facebook เครื่องชั่งน้ำหนักและวัดค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย

2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ประยุกต์จากแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน สำหรับเด็กวัยเรียนอายุ 9-14 ปี (นักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลายกับมัธยมศึกษาตอนต้น) กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ พ.ศ. 2557⁴ ประกอบด้วย 8 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน 3) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน 4) การสื่อสารเพื่อป้องกันโรคอ้วน 5) การจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคอ้วน 6) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อป้องกันโรคอ้วน 7) การตัดสินใจเพื่อป้องกันโรคอ้วน 8) พฤติกรรมการบริโภคอาหารและออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคอ้วน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน นำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามได้ค่าความเที่ยงดังนี้ ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน เท่ากับ 0.76 ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน เท่ากับ 0.74 ด้านการสื่อสารเพื่อป้องกันโรคอ้วน เท่ากับ 0.79 ด้านการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคอ้วน เท่ากับ 0.79 ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อป้องกันโรคอ้วน เท่ากับ 0.82 ด้านการตัดสินใจเพื่อป้องกันโรคอ้วน เท่ากับ 0.76 และพฤติกรรมการบริโภคอาหารและออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคอ้วน เท่ากับ 0.82

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลแบ่งเป็นก่อนการทดลอง (pre-test) และหลังการทดลอง (post-test) โดยใช้

แบบสอบถามชุดเดียวกัน มีการแจ้งวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการต่าง ๆ และขอความยินยอมการเข้าร่วมโครงการ โดยใช้แบบยินยอมจากอาสาสมัคร โดยกลุ่มทดลองจะได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมที่จัดขึ้น กลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับการดูแลตามปกติ และทำการเก็บข้อมูลแบบสอบถามก่อนการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 ส่วนหลังการทดลองจะเก็บข้อมูลหลังจากสัปดาห์ที่ 12 โดยใช้แบบสอบถามชุดเดิมทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริม ความรู้ด้านสุขภาพ ใช้เวลาสัปดาห์ละ 2 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 1 การสร้างความสัมพันธ์ และสร้างบรรยากาศให้เป็นกันเองระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิกกลุ่ม โดยใช้กิจกรรมสนทนาและการกลุ่มสัมพันธ์ การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพโดยฟังบรรยาย ประกอบสื่อการสอนในหัวข้อความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินและการบริโภคอาหารและออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคอ้วนในวัยเรียน การเสริมสร้างทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ โดยแบ่งกลุ่มทำกิจกรรมการสืบค้นข้อมูลและสารสนเทศเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนที่นักเรียนต้องการและนำเสนอแลกเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติของตน ผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะ จากนั้นผู้วิจัยเสนอ Facebook Page “เพื่อนอ้วน” เป็นกลุ่มปิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อสนับสนุนความรู้และข้อมูลข่าวสาร ตลอด 12 สัปดาห์ของกิจกรรม และร่วมกันจัดตั้งกลุ่ม Line group เพื่อใช้ติดต่อสื่อสารระหว่างนักเรียนและผู้วิจัย

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมพัฒนาทักษะการสื่อสารสุขภาพ ด้วยการเล่นเกมการสื่อสาร และการเผยแพร่ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ (Line และ Facebook) กิจกรรมเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเอง โดยการประเมินภาวะโภชนาการของตนเอง วัดค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย กิจกรรมห้องอาหารเพื่อฝึกทักษะการเลือกเมนูอาหารในการควบคุมน้ำหนัก และคำนวณพลังงานที่ได้รับจากอาหารที่นักเรียนเลือก จากนั้นให้นักเรียนแต่ละกลุ่มเสนอข้อตกลงของกลุ่มในการตั้งเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติการบริหารโภชนาการและออกกำลังกาย นำเสนอข้อตกลงของกลุ่มให้เพื่อนฟัง และบันทึกในโน้ตกลุ่มเพื่อช่วยกระตุ้นเตือนตัวเอง ผู้วิจัยมอบหมายให้นักเรียนจดบันทึกพฤติกรรม

การบริหารโภชนาการและออกกำลังกาย ลงในแอปพลิเคชัน แคลอรี่ ไดอารี่ ในสมาร์ตโฟนของนักเรียนทุกวัน

สัปดาห์ที่ 5 ตรวจสอบบันทึกพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและออกกำลังกาย ประเมินภาวะโภชนาการ การวัดค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย กิจกรรมพัฒนาทักษะการรู้เท่าทันสื่อ โดยอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับการวิเคราะห์สื่อสุขภาพที่นักเรียนสืบค้นมา นำเสนอ และผู้วิจัยให้ความรู้การเลือกใช้งานสื่อสุขภาพที่เหมาะสม กิจกรรมเสริมสร้างทักษะการตัดสินใจ โดยการแสดงบทบาทสมมติเกี่ยวกับการตัดสินใจในสถานการณ์ต่าง ๆ เพื่อป้องกันโรคให้สมาชิกทุกคนแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการปฏิบัติกิจกรรมในครั้งนี้ ผู้วิจัยตอบข้อสงสัย และสรุปแนวทางการปฏิบัติทั้งหมด พร้อมกล่าวกระตุ้นเตือนให้บันทึกพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของนักเรียนตลอดระยะเวลาการวิจัย

สัปดาห์ที่ 7 ตรวจสอบบันทึกพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ประเมินภาวะโภชนาการ วัดค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย ดำเนินกิจกรรมการออกกำลังกายร่วมกัน ให้นักเรียนอภิปรายเกี่ยวกับประโยชน์จากการร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ ให้สมาชิกทุกคนแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการปฏิบัติกิจกรรมครั้งนี้ ผู้วิจัยตอบข้อสงสัย และสรุปแนวทางการปฏิบัติทั้งหมด

สัปดาห์ที่ 9 ตรวจสอบบันทึกพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ดำเนินกิจกรรมการออกกำลังกายร่วมกัน อภิปรายเกี่ยวกับประโยชน์จากการร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ เปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการปฏิบัติกิจกรรมครั้งนี้ กิจกรรมเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเอง โดยให้นักเรียนอภิปรายกลุ่มถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตามแผนของนักเรียนเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและออกกำลังกายที่ผ่านมา ผู้วิจัยตอบข้อสงสัย และสรุปแนวทางการปฏิบัติ

สัปดาห์ที่ 11 ตรวจสอบบันทึกพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ประเมินภาวะโภชนาการ วัดค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย ดำเนินกิจกรรมการออกกำลังกายร่วมกัน อภิปรายเกี่ยวกับประโยชน์จากการร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ ให้สมาชิกทุกคน

แลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการปฏิบัติกิจกรรมตลอดระยะเวลา 11 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 12 กิจกรรมแรงสนับสนุนทางสังคม และทบทวนความรู้ทั้งหมดที่ทุกคนได้รับตลอดระยะเวลา 11 สัปดาห์ ประเมินภาวะโภชนาการ วัดค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย ร่วมกันอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความสำเร็จในการรับประทานอาหารและออกกำลังกายตามที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้ กิจกรรมสัญญาใจ การมอบรางวัลแก่ผู้ที่สามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายของตนเอง ผู้วิจัยให้นักเรียนซักถามข้อสงสัยและตอบคำถามเพิ่มเติม ผู้วิจัยขอบคุณสมาชิกทุกคนในการเข้าร่วมกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 2, 4, 6, 8 และ 10 ใช้การทำกิจกรรมผ่านกลุ่ม Facebook ในการให้แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารเพื่อพัฒนาทักษะความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ทักษะการตัดสินใจ และมอบหมายใบงานให้นักเรียนร่วมอภิปรายและแบ่งปันข้อคิดเห็นโดยตอบคำถามลงในกระทู้ในขณะเดียวกันนักเรียนจะได้พัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพด้วยเนื่องจากขณะทำกิจกรรมนักเรียนสามารถสืบค้นข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อมาตอบคำถามและอภิปรายในใบงานที่กำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS เวอร์ชัน 22 หลังจากนั้นทดสอบการแจกแจงปกติของข้อมูล ทำการทดสอบสมมติฐานทางสถิติ กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ระดับความเชื่อมั่น 95%) ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และค่ากลางของข้อมูล เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ paired t-test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ independent t-test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.8 อายุเฉลี่ย 14.42 ± 0.37 ปี น้ำหนัก

เฉลี่ย 68.2 ± 5.81 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 164.94 ± 7.43 เซนติเมตร ภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์เริ่มอ้วน ร้อยละ 100 ค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายระดับปกติ ร้อยละ 55.9 ไขมันเกิน ร้อยละ 44.1 ได้เงินมาโรงเรียนวันละ 40-100 บาท การใช้จ่ายเงินส่วนใหญ่ใช้ซื้ออาหารกลางวันเฉลี่ย 23.82 ± 2.77 บาท ซื้อขนมและเครื่องดื่ม 15 บาท ซื้อผลไม้ 10 บาท การใช้เวลาในวันหยุดทำกิจกรรม ส่วนใหญ่ดูทีวี/เล่นเกม/อินเทอร์เน็ต 1-3 ชั่วโมง ร้อยละ 44.1 วิ่งเล่นนอกบ้านหรือออกกำลังกายน้อยกว่า 1 ชั่วโมง ร้อยละ 85.3 ในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมาได้ออกกำลังกายร้อยละ 67.3 การออกกำลังกายที่นิยมคือการวิ่ง ร้อยละ 55.9

กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.9 อายุเฉลี่ย 14.29 ± 0.38 ปี น้ำหนักเฉลี่ย 69.75 ± 5.81 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 165.79 ± 8.22 เซนติเมตร ภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์เริ่มอ้วน ร้อยละ 100 ค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายระดับปกติ ร้อยละ 52.9 ไขมันเกิน ร้อยละ 47.1 ได้เงินมาโรงเรียนวันละ 40-120 บาท การใช้จ่ายเงินส่วนใหญ่ใช้ซื้ออาหารกลางวันเฉลี่ย 23.68 ± 7.91 บาท ซื้อขนมและเครื่องดื่ม 20 บาท ซื้อผลไม้ 10 บาท การใช้เวลาในวันหยุดทำกิจกรรม ส่วนใหญ่ดูทีวี/เล่นเกม/อินเทอร์เน็ต 4-6 ชั่วโมง ร้อยละ 50.0 วิ่งเล่นนอกบ้านหรือออกกำลังกายน้อยกว่า 1 ชั่วโมง ร้อยละ 82.4 ในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมาได้ออกกำลังกายร้อยละ 64.7 การออกกำลังกายที่นิยมคือการวิ่ง ร้อยละ 41.2 และเล่นกีฬาอื่นๆ เช่น ฟุตบอล วอลเลย์บอล ร้อยละ 41.2

1) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนภายในกลุ่ม พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน 6 องค์ประกอบ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการบริโภคอาหารและออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคอ้วนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีค่าเฉลี่ยของเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าหลังการทดลอง นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 1)
มีค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายเพิ่มขึ้นอย่างมี

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้ด้าน สุขภาพและ พฤติกรรมการป้องกัน โรคอ้วน	กลุ่มทดลอง (n=34)						กลุ่มเปรียบเทียบ (n=34)					
	ก่อนทดลอง				t	p	ก่อน				t	p
	หลังทดลอง						ทดลอง					
	หลังทดลอง	หลังทดลอง	หลังทดลอง	หลังทดลอง			ทดลอง	ทดลอง	ทดลอง	ทดลอง		
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
1.ความรู้ความเข้าใจ ทางสุขภาพ	6.74	1.19	8.85	0.86	8.63	<0.001	6.41	1.33	6.47	1.08	0.44	0.661
2.การเข้าถึงข้อมูล	15.03	2.93	21.74	1.71	10.74	<0.001	15.15	3.47	15.65	2.67	1.39	0.173
3.การสื่อสาร	17.56	2.60	24.41	2.26	12.23	<0.001	17.53	2.11	17.82	3.55	0.69	0.494
4.การจัดการตนเอง	13.79	2.07	18.91	2.42	8.25	<0.001	14.09	3.02	14.41	2.36	0.79	0.432
5.การรู้เท่าทันสื่อ	14.53	3.10	20.03	2.34	7.94	<0.001	14.79	3.95	15.03	3.65	1.48	0.147
6.การตัดสินใจ	11.24	2.31	16.12	2.03	9.78	<0.001	10.35	2.52	10.68	2.59	1.72	0.094
7.พฤติกรรมสุขภาพ	61.03	5.37	81.44	5.36	14.34	<0.001	60.85	7.62	62.50	7.64	2.02	0.051
8. ค่าเปอร์เซ็นต์ไขมัน ในร่างกาย	29.02	6.08	24.92	5.66	14.08	<0.001	28.09	6.32	30.16	6.54	13.26	<0.001

2) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน
พฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนระหว่างกลุ่ม พบว่า หลัง
การทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้
ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน 6 องค์ประกอบ สูงกว่า
กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)
คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมบริโภคอาหารและ

ออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคอ้วนสูงกว่ากลุ่ม
เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมี
ค่าเฉลี่ยของเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายต่ำกว่ากลุ่ม
เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) (ตาราง
ที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ
independent-t test

ความรู้ด้าน สุขภาพและ พฤติกรรมป้องกัน โรคอ้วน	ก่อนการทดลอง						หลังการทดลอง					
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	p	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	p
	(n=34)		(n=34)				(n=34)		(n=34)			
	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	SD			$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
	D											
1.ความรู้ความเข้าใจ ทางสุขภาพ	6.74	1.19	6.41	1.33	1.06	0.294	8.85	0.86	6.47	1.08	10.08	<0.001
2.การเข้าถึงข้อมูล	15.03	2.93	15.15	3.47	0.15	0.88	21.74	1.71	15.65	2.67	11.19	<0.001
3.การสื่อสาร	17.56	2.60	17.53	2.11	0.05	0.959	24.41	2.26	17.82	3.55	9.14	<0.001

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ independent-t test (ต่อ)

ความรู้ด้าน สุขภาพและ พฤติกรรมป้องกัน โรคอ้วน	ก่อนการทดลอง						หลังการทดลอง					
	กลุ่ม ทดลอง		กลุ่ม เปรียบเทียบ		t	p	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	p
	(n=34)		(n=34)				(n=34)		(n=34)			
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
4.การจัดการตนเอง	13.79	2.07	14.09	3.02	0.47	0.641	18.91	2.42	14.41	2.36	7.76	<0.001
5.การรู้เท่าทันสื่อ	14.53	3.10	14.79	3.95	0.31	0.76	20.03	2.34	15.03	3.65	6.73	<0.001
6.การตัดสินใจ	11.24	2.31	10.35	2.52	1.50	0.137	16.12	2.03	10.68	2.59	9.65	<0.001
7.พฤติกรรมสุขภาพ	61.03	5.37	60.85	7.72	0.11	0.912	81.44	5.36	62.50	7.63	11.84	<0.001
8. ค่าเปอร์เซ็นต์ไขมัน ในร่างกาย	29.02	6.08	28.09	6.32	0.62	0.54	24.92	5.66	30.16	6.54	3.53	0.001

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน และพฤติกรรมบริโภคอาหารและออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคอ้วน สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน การป้องกันโรคอ้วนโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารและออกกำลังกาย

การประเมินภาวะโภชนาการตนเอง การทำกิจกรรมกลุ่มได้แก่ การเล่นเกม การแสดงบทบาทสมมุติ การเลือกบริโภคอาหารตามโซนสีที่ให้พลังงาน การคำนวณพลังงานจากเมนูอาหารที่เลือก การวางแผนการรับประทานอาหารและออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคอ้วน และการอภิปรายกลุ่ม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ไกลรุ่ง คำกลานัน, วิเชียร อารังโสติสกุล และสายฝน วิบูลย์สรศรี⁷ ที่ได้ศึกษาการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนสำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 พบว่ากิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนกับเพื่อน เป็นกระบวนการสำคัญทำให้เกิดคุณลักษณะด้านความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วน ส่งผลให้หลังการทดลองนักเรียนมีระดับความรู้

ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วน และพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุภาพ พุทธิปัญญ, นิฉัตร พูลธรรม และนันท์พัฒน์ พัฒนโชติ⁸ ซึ่งได้ประยุกต์ใช้กิจกรรมความรู้ด้านสุขภาพในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการลดน้ำหนักในบุคลากรโรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่มีภาวะโภชนาการเกิน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมลดน้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$)

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องจากมีการคำนวณพลังงานจากอาหาร การออกกำลังกาย การจดบันทึก “แคลอรี ไดอารี่” ทำให้นักเรียนเกิดความตระหนักในการควบคุมปริมาณพลังงานที่ได้รับและมีกิจกรรมการเผาผลาญพลังงานอย่างเหมาะสม และการใช้เครื่องชั่งน้ำหนักที่สามารถวัดค่าไขมันในร่างกายยังช่วยกระตุ้นให้นักเรียนเกิดความสนใจในการวัดผล ทำให้ค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายลดลง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อารยา จาจุ่มปา และพรณี บัญชรหัตถกิจ⁹ ซึ่งพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐภูมิ นิยมมา

และจินตนา สรายุทธพิทักษ์¹⁰ ซึ่งศึกษาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคที่มีต่อการลดน้ำหนักและเปอร์เซ็นต์ไขมันในนักเรียนชั้นประถมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน หลังการทดลองพบกว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายลดลงมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

นอกจากนี้ การใช้งานแอปพลิเคชันสื่อสังคมออนไลน์ได้แก่ Line และ Facebook ในการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและทำกิจกรรมกลุ่มยังส่งเสริมให้กลุ่มทดลองมีการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารเกิดการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่ม รวมถึงการพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเนื่องจากขณะทำกิจกรรมนักเรียนสามารถสืบค้นข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อมาตอบคำถามและอภิปรายในใบงานที่กำหนด จึงทำให้เกิดคุณลักษณะของความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เอ็มวิกา แสงชาติ และจุริรา ดวงสงค์¹¹ พบว่าการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Facebook) สามารถพัฒนาทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ วัชรพงษ์ หวันสมาน และชลลดา เลหาวิริยานนท์¹² ซึ่งศึกษาความแตกต่างของผลสัมฤทธิ์ทางการอ่านภาษาอังกฤษเฉพาะทางผ่านเฟซบุ๊กและการสอนในห้องเรียน หลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เรียนภาษาอังกฤษผ่านเฟซบุ๊กมีความสามารถทางการอ่านจับใจความสำคัญสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ข้อเสนอแนะ

การใช้เครื่องมือที่ทันสมัย ได้แก่ เครื่องชั่งน้ำหนักที่สามารถวัดค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายสามารถจำแนกนักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนได้ดีกว่าวิธีการประเมินภาวะโภชนาการ (น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง) เพียงอย่างเดียว เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้พบนักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกินบางคน มีค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายอยู่ในระดับปกติ และนอกจากนี้ยังช่วยกระตุ้นให้นักเรียนสนใจทดลองใช้ และเกิดความรู้สึกตื่นตัวเพิ่มขึ้นในการลดไขมัน

การเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการเกินให้ลดลงเป็นส่วนหนึ่งในวัยเด็กสามารถทำได้โดยการเพิ่มส่วนสูง การศึกษาครั้งต่อไปจึงควรมีการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารและออกกำลังกายเพื่อเพิ่มส่วนสูงในเด็กวัยเรียน เนื่องจากเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของส่วนสูงอย่างรวดเร็ว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี อธิบดีกรมอนามัย และผู้บริหารกรมอนามัยทุกท่าน ที่อนุญาตให้ลาศึกษาต่อ และอนุมัติทุนพัฒนาข้าราชการกรมอนามัยเพื่อเป็นทุนการศึกษาและทำวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Bureau of Nutrition. Smart Kids Coacher. Bangkok: Samcharoen Panich; 2016. [In Thai].
2. World Health Organization. Childhood overweight and obesity [internet]. 2017 [Cited 2017 August 30]. Available form <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en/>
3. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. MOPH Key Performance Index [internet]. 2017 [Cited 2017 August 30]. Available form <http://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?>. [In Thai].
4. Health Education Division, Behavioral Science Research Institute SWU. Health Literacy Scale for Thai Childhood Overweight. Nonthaburi: Department of Health Service Support, Ministry of Public Health; 2014. [In Thai].
5. Health Education Division. Assessment of Health Literacy and Health Behavior in Child and Adolescents on National Health Recommendations. Bangkok: New Thammada Printing; 2016. [In Thai].
6. House JS. Work Stress and Social Support. California: Addison Wesley; 1981.
7. Kompilanon K, Thamrongsotthisakul W, Vibulrangsana S. The Development of Curriculum to Promote Health Literacy in Obesity for Matthayomsuksa 3 Students. Journal of Education Naresuan University 2016;18(3):250-64. [In Thai].

8. Puttapunyo S, Toontom N, Putthanachote N. Effectiveness of a Health Behavior Development Program on Health Literacy, Weight Loss Behavior and Weight of Overweight Personnel in Roi Et Hospital, Mueang District, Roi Et Province. *Journal of Nursing and Education* 2016;9(4):42-59. [In Thai].
9. Chachumpa A, Banchonhattakit P. Effects of Health Promotion Program of Food Consumption and Physical Activity Behavior of Overweight Prevention Primary School Students, Mueang District, Nongbualamphu Province. *Journal of Health Education* 2017;40(2):36-50. [In Thai].
10. Chimma N, Sarayuthpitak C. A Health Promotion Program based on Protection Motivation Theory for Overweight Elementary School Students. *Journal of Education Studies* 2015;43(2):11-24. [In Thai].
11. Sangchart E, Duangsong R. The Effects of Health Education Program with Electronic Media (Facebook) on Skill Development for Adolescent Pregnancy Prevention among Grade 7 Students. *Journal of The Office of ODPC 7 Khon Kaen* 2016;23(1):96-104. [In Thai].
12. Wansaman W, Laohawiriyanon C. Scaffolding in English for Specific Purposes through Facebook. *Journal of Humanities and Social Sciences* 2018; 32(3):199-224. [In Thai].

ปัจจัยทำนายความต้องการการจัดบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ในสถานศึกษาของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา จังหวัดฉะเชิงเทรา

อุทุมพร งามสง่า¹ โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์² สุธรรม นันทมงคลชัย² ศุภชัย ปิตกุลตัง²

¹ นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชานามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

² ภาควิชานามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการและปัจจัยทำนายความต้องการการจัดบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานศึกษาของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา จังหวัดฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 อายุ 12-18 ปี จำนวน 303 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามชนิดเลือกตอบด้วยตนเอง ในระหว่างวันที่ 1-31 กรกฎาคม พ.ศ. 2561 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติไคสแควร์ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการศึกษา พบว่า ความต้องการการจัดบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 35.3 ปัจจัยทำนายความต้องการการจัดบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานศึกษาของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ได้แก่ การรับรู้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ทศนคติต่อการจัดบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ อายุ ความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน สามารถรวมทำนายได้ร้อยละ 48.7 ($R^2=0.487$ $p<0.05$) ผลการศึกษานี้สามารถนำข้อมูลใช้เป็นแนวทางการจัดบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานศึกษาให้ตรงตามความต้องการของนักเรียนได้มากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย/ ความต้องการการจัดบริการอนามัยการเจริญพันธุ์/ นักเรียนระดับมัธยมศึกษา

Factor Prediction Reproductive Health Service Needs of Secondary School Students in Chachoengsao Province

Uthumporn Ngamsanga¹, Chokchai Munsawaengsub²,
Sutham Nanthamongkolchai², Supachai Pitikultang²

¹ Graduate student in Master of Science (Public Health) major in Family Health, Faculty of Public Health, and Faculty of Graduate Studies, Mahidol University

² Department of Family Health, Faculty of Public Health, Mahidol University

Abstract

The cross-sectional survey research aimed to study the needs and predicting factors of reproductive health service needs of secondary school students in Chachoengsao Province. The samples consisted of 303 secondary school students aged 12-18 years. A stratified random sampling method was applied for the recruitment of participants. Data were collected using a self-administered questionnaire during the period from 1st to 31st July 2018. Data were analyzed by Descriptive statistic, Chi-square test, Pearson's Product Moment Correlation Coefficient and Multiple regression analysis. The study showed that the need for reproductive health services in secondary school was 35.3%. Predicting factors of reproductive health service needs of secondary school students were the perception in the act for prevention and solution of the adolescent pregnancy problem, B.E. 2559, attitude towards reproductive health services, age, reproductive health knowledge and learning achievement which can predict around 48.7%. ($R^2=0.487$ $p<0.05$). The study results can be used as a guideline for the provision of reproductive health services in schools to meet student needs.

Keywords: Factor predicting/ Reproductive Health Services Needs/ Secondary School Students

บทนำ

ในปัจจุบันสถานการณ์และแนวโน้มปัญหาสุขภาพของวัยรุ่น เช่น ปัญหาการตั้งครรภ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ความเครียด สุขภาพจิต นับวันยิ่งทวีความรุนแรงและมีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น^{1,2} โดยสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในวัยรุ่นหญิงอายุ 15-19 ปีทั่วโลกเกิดจากภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร³ และในทุกปีจะมีการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยของวัยรุ่นหญิงอายุ 15-19 ปี เฉลี่ยประมาณ 3 ล้านคน⁴ การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม ครอบครัว และเทคโนโลยีส่งผลให้วัยรุ่นและเยาวชนมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ เช่น การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย พฤติกรรมการใช้สารเสพติด การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ เป็นต้น ด้วยขนาดและความรุนแรงของปัญหาสุขภาพของวัยรุ่นและเยาวชนที่เกิดขึ้น ทำให้องค์การอนามัยโลกสนับสนุนประเทศสมาชิกโดยส่งเสริมให้มีการดำเนินการที่จะทำให้อายุรุ่นและเยาวชนได้รับข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีมาตรฐานและคุณภาพ² ประเทศไทย แม้ว่าจะมีการจัดการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่น แต่พบว่าสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁵ ซึ่งส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคมตามมา

ประเทศไทยได้มีการตราพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาคตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 เพื่อบูรณาการให้การป้องกันและแก้ไขปัญหาคตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นรูปธรรมมีความเป็นเอกภาพ และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 29 กรกฎาคม พ.ศ. 2559 เป็นต้นมา ตามมาตรา 6 กำหนดให้สถานศึกษาดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาคตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ได้แก่ 1) จัดให้มีการเรียนการสอนเรื่องเพศวิถีศึกษาให้เหมาะสมกับช่วงวัยของนักเรียนหรือนักศึกษา 2) จัดหาและพัฒนาผู้สอนให้สามารถสอนเพศวิถีศึกษาและให้คำปรึกษาในเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาคตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแก่นักเรียนหรือนักศึกษา 3) จัดให้มีระบบการดูแล ช่วยเหลือ และคุ้มครองนักเรียนหรือนักศึกษาซึ่งตั้งครรภ์ให้ได้รับการศึกษาด้วยรูปแบบที่เหมาะสมและต่อเนื่อง รวมทั้งจัดให้มีระบบการส่งต่อให้

ได้รับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์และการจัดสวัสดิการสังคมอย่างเหมาะสม⁵

จังหวัดฉะเชิงเทรา มีประชากรวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี จำนวน 92,071 คน หรือร้อยละ 13.24 ของประชากรทั้งหมด⁶ เป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาระดับการศึกษาขั้นพื้นฐานในระดับชั้นมัธยมศึกษา จำนวน 37,107 คน⁷ ระหว่างปี พ.ศ. 2548-2555^{8,9} สถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่มัธยมศึกษา เขต 6 จังหวัดฉะเชิงเทราได้เข้าร่วมโครงการก้าวอย่างเข้าใจเพื่อส่งเสริมการจัดการกระบวนการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาและการป้องกันเอดส์ในกลุ่มเยาวชนในสถานศึกษา และมีการดำเนินงานอำเภอนามัยการเจริญพันธุ์ และคลินิกที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชน ปี พ.ศ. 2557 มีโรงเรียนที่มีการสอนเรื่องเพศศึกษาหรือพฤติกรรมเสี่ยงในโรงเรียนตามเกณฑ์ ร้อยละ 72.80 จากเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 จังหวัดฉะเชิงเทรายังคงพบปัญหาในด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่น แม้ว่าโรงเรียนจะมีการสอนเรื่องเพศศึกษาและมีการจัดบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ก็ตาม ภาครัฐได้พยายามกำหนดนโยบายให้สถานศึกษาจัดบริการต่าง ๆ รวมถึงมีการบังคับใช้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาคตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 เพื่อป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้นกับวัยรุ่นมาระยะหนึ่งแล้ว รวมถึงสถานศึกษาในจังหวัดฉะเชิงเทราก็มีการบังคับใช้พระราชบัญญัติดังกล่าว แต่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการรูปแบบการจัดบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานศึกษาของนักเรียน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความต้องการการจัดบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานศึกษาของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา โดยใช้แนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคม (Social Ecological Model)¹⁰ เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานศึกษาให้ตรงตามความต้องการของนักเรียน และมีความครอบคลุม เพื่อนำไปสู่การเข้าถึงบริการและใช้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานศึกษาได้ตามความต้องการ สามารถแก้ไขปัญหาคตั้งครรภ์ได้ตรงประเด็นและถูกต้อง โดยจะพิจารณาปัจจัยทั้งด้านระดับบุคคล ระหว่างบุคคล ระดับสถาบัน ระดับชุมชน และระดับนโยบายสาธารณะ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความต้องการและปัจจัยทำนายความต้องการการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในสถานศึกษาจังหวัดฉะเชิงเทรา

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาค้นครั้งนี้ เป็นวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey Research)

ประชากร เป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ภาคเรียนที่ 1 ประจำปีการศึกษา 2561 สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 6 จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 29 โรงเรียนและมีนักเรียนทั้งหมด จำนวน 23,276 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 12-18 ปี ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 6 จังหวัดฉะเชิงเทรา ได้ขนาดตัวอย่าง เท่ากับ 274.60 เพื่อป้องกันการคลาดเคลื่อนของข้อมูลในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างขึ้นอีก ร้อยละ 10 คำนวณขนาดตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 303 คน

คัดเลือกตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยแบ่งโรงเรียนออกเป็น 2 ประเภท ประกอบด้วยโรงเรียนในเขตอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จำนวน 8 โรงเรียน และโรงเรียนนอกเขตอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จำนวน 21 แห่ง ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) เลือกโรงเรียนที่จะทำการศึกษา จำนวน 2 แห่ง คำนวณสัดส่วนนักเรียนในแต่ละโรงเรียน โดยการแทนค่าสัดส่วนได้จำนวนประชากรโรงเรียนในเขตอำเภอเมือง จำนวน 157 คน และโรงเรียนนอกเขตอำเภอเมือง จำนวน 146 คน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยใช้วิธีการจับฉลากจากรายชื่อนักเรียนที่คำนวณได้จำนวนตามสัดส่วนที่จะเก็บข้อมูลในแต่ละชั้นเรียน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 8 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

เป็นข้อมูลทั่วไปของนักเรียน ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา เกรดเฉลี่ย บุคคลที่พ่อกอาศัยด้วย 2) ทศนคติต่อการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ จำนวน 8 ข้อ 3) กิจกรรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ในโรงเรียน จำนวน 10 ข้อ 4) การเข้าถึงข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ในโรงเรียน จำนวน 8 ข้อ 5) กิจกรรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ในชุมชน จำนวน 10 ข้อ 6) การเข้าถึงข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ในชุมชน จำนวน 8 ข้อ 7) การรับรู้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 จำนวน 12 ข้อ และ 8) ความต้องการการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานศึกษา จำนวน 12 ข้อ ใช้แบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากข้อคำถามของผู้วิจัยอื่น จำนวน 2 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามเรื่องความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งดัดแปลงมาจากข้อคำถามของ วราพร บุญยะธาน¹¹ และมธุรส จิรสิริสุนทร¹² จำนวน 10 ข้อ และแบบสอบถามเรื่องการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว ซึ่งดัดแปลงมาจากข้อคำถามของ ลัชณา ฉายศรี¹³ พรชเนตต์ บุญคง¹⁴ จำนวน 10 ข้อ

การทดสอบหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ 0.89 และจำแนกรายด้าน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ เท่ากับ 0.80 ทศนคติต่อการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ เท่ากับ 0.93 การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว เท่ากับ 0.90 กิจกรรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ในโรงเรียน เท่ากับ 0.80 การเข้าถึงข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ในโรงเรียน เท่ากับ 0.88 กิจกรรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ในชุมชน เท่ากับ 1 การเข้าถึงข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ในชุมชน เท่ากับ 0.80 การรับรู้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 เท่ากับ 0.94 ความต้องการการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานศึกษา มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1

นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

(Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.962 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ ทศนคติต่อการจัดการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ เท่ากับ 0.71 การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว เท่ากับ 0.72 กิจกรรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ในโรงเรียน เท่ากับ 0.936 การเข้าถึงข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ในโรงเรียน เท่ากับ 0.943 กิจกรรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ในชุมชน เท่ากับ 0.936 การเข้าถึงข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ในชุมชน เท่ากับ 0.962 การรับรู้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 เท่ากับ 0.916 ความต้องการการจัดการบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานศึกษา เท่ากับ 0.968 โดยความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์หาความเชื่อมั่นโดยวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) เท่ากับ 0.70

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและ ค่าต่ำสุด วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยสถิติการทดสอบไคสแควร์ สถิตีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความต้องการการจัดการบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานศึกษาด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ข้อพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โครงการวิจัยได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตามเอกสารการรับรองที่ MUPH 2018-099 เมื่อวันที่ 18 พฤษภาคม พ.ศ. 2561

ผลการวิจัย

ลักษณะของปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคล ปัจจัยระดับสถาบัน ปัจจัยระดับชุมชน และปัจจัยระดับนโยบายสาธารณะ

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ เป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาของจังหวัดฉะเชิงเทราเป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.5 และเพศชายร้อยละ 49.5 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 15-18 ปี ร้อยละ 63.7 อายุระหว่าง 12-14 ปี ร้อยละ 36.3 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 15.24 ปี บุคคลที่อาศัยด้วย เป็นบิดามารดามากที่สุดร้อยละ 63.0

รองลงมาเป็นมารดาร้อยละ 15.8 บิดาร้อยละ 5.3 และอื่น ๆ ได้แก่ ปู่ย่า ตายาย ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนคะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00 ร้อยละ 55.1

ด้านความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์พบว่า มีความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ในระดับต่ำ ร้อยละ 63.7 ระดับปานกลาง ร้อยละ 28.4 และระดับสูง ร้อยละ 7.9 ด้านทัศนคติต่อการจัดการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ พบว่า ทัศนคติต่อการจัดการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์เชิงลบ ร้อยละ 73.9 ทัศนคติต่อการจัดการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์เชิงบวก ร้อยละ 26.1 ด้านการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว พบว่า มีการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวอยู่ในระดับน้อยร้อยละ 47.9 ระดับปานกลาง ร้อยละ 45.2 และระดับมาก ร้อยละ 6.9 การรับรู้กิจกรรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ในโรงเรียน พบว่า มีการรับรู้กิจกรรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ในโรงเรียนอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 53.2 ระดับปานกลาง ร้อยละ 35.6 และระดับสูง ร้อยละ 11.2 การเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ในโรงเรียน พบว่า มีการเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ในโรงเรียนอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 43.2 ระดับปานกลาง ร้อยละ 38.6 และระดับสูง ร้อยละ 18.2 การรับรู้กิจกรรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ในชุมชน พบว่า มีการรับรู้กิจกรรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ในชุมชนอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 68.3 ระดับปานกลาง ร้อยละ 24.4 และระดับสูง ร้อยละ 7.3 การเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ในชุมชน พบว่า มีการเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ในชุมชนอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 44.2 ระดับปานกลาง ร้อยละ 36.0 และระดับสูง ร้อยละ 19.8 การรับรู้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 มีการรับรู้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.8 ระดับต่ำ ร้อยละ 26.4 และระดับสูง ร้อยละ 20.8

ความต้องการการจัดการบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานศึกษาของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา จังหวัดฉะเชิงเทรา

ความต้องการการจัดการบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานศึกษาของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.5 รองลงมาเป็น

ระดับสูง ร้อยละ 35.3 และระดับต่ำร้อยละ 17.2 (ตารางที่ 1) โดยมีความต้องการการจัดบริการด้านการจัดการเรียนการสอนเรื่องเพศวิถีศึกษาให้เหมาะสมกับช่วงวัยของนักเรียนส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.5 รองลงมาเป็นระดับสูงร้อยละ 37.0 และระดับต่ำ ร้อยละ 15.5 ด้านการจัดหาและพัฒนาผู้สอนให้สามารถสอนเพศศึกษาและการให้คำปรึกษาในเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ระดับปานกลาง ร้อยละ 42.9

ระดับสูง ร้อยละ 40.3 และระดับต่ำ ร้อยละ 16.8 ตามลำดับ ด้านระบบการดูแล ช่วยเหลือ และคุ้มครองนักเรียนซึ่งตั้งครุภัณฑ์ให้ได้รับการศึกษาด้วยรูปแบบที่เหมาะสมและต่อเนื่อง และระบบการส่งต่อให้ได้รับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์และการจัดสวัสดิการสังคมอย่างเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.9 ระดับสูง ร้อยละ 42.6 และระดับต่ำ ร้อยละ 14.5 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา จำแนกตามความต้องการการจัดบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานศึกษา (n=303)

ความต้องการการจัดบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานศึกษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความต้องการการจัดบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานศึกษา		
ระดับต่ำ (12-35 คะแนน)	52	17.2
ระดับปานกลาง (36-47 คะแนน)	144	47.5
ระดับสูง (48-60 คะแนน)	107	35.3
Mean = 43.56, SD = 9.83, Min = 15.00, Max = 60.00		

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการจัดบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานศึกษาของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา จังหวัดฉะเชิงเทรา

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคล ปัจจัยระดับสถาบัน ปัจจัยระดับชุมชน และปัจจัยระดับนโยบายสาธารณะกับความต้องการการจัดบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานศึกษาของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า เพศ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความต้องการการจัดบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานศึกษาของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) สำหรับบุคคลที่พักอาศัยด้วย ไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการจัดบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานศึกษาของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา

เมื่อวิเคราะห์โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) พบว่า อายุ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ทัศนคติต่อการจัดบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว กิจกรรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ในโรงเรียน การเข้าถึงข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ในโรงเรียน กิจกรรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ในชุมชน การเข้าถึงข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ในชุมชน และการรับรู้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไข ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 มีความสัมพันธ์กับความต้องการการจัดบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานศึกษาของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการจัดบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานศึกษาของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา (n=303)

ปัจจัย	Pearson's Correlation (r)	p
ปัจจัยระดับบุคคล		
อายุ	0.263	<0.001
ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน	0.195	<0.001
ความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์	0.265	<0.001
ทัศนคติต่อการจัดบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์	0.411	<0.001
ปัจจัยระหว่างบุคคล		
การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว	0.227	<0.001
ปัจจัยระดับสถาบัน		
กิจกรรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ในโรงเรียน	0.209	<0.001
การเข้าถึงข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ในโรงเรียน	0.235	<0.001
ปัจจัยระดับชุมชน		
กิจกรรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ในชุมชน	0.155	0.007
การเข้าถึงข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ในชุมชน	0.286	<0.001
ปัจจัยระดับนโยบายสาธารณะ		
การรับรู้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559	0.614	<0.001

ปัจจัยทำนายความต้องการการจัดบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานศึกษาของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา จังหวัดฉะเชิงเทรา

การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความต้องการการจัดบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานศึกษาของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา จังหวัดฉะเชิงเทรา ได้แก่ ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ ทัศนคติต่อการจัดบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ บุคคลที่พ่อกอาศัยด้วย การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว ปัจจัยระดับสถาบัน ได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ในโรงเรียน การเข้าถึงข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ในโรงเรียน ปัจจัยระดับชุมชน ได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ในชุมชน การเข้าถึงข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ในชุมชน และปัจจัยระดับนโยบายสาธารณะ ได้แก่ การรับรู้

พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) พบว่ามีตัวแปร จำนวน 5 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ทัศนคติต่อการจัดบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ อายุ ความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสามารถร่วมทำนายความต้องการการจัดบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานศึกษาของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาได้ร้อยละ 48.7 โดยเรียงลำดับค่า Beta ได้แก่ การรับรู้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 (Beta=0.519) ทัศนคติต่อการจัดบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ (Beta=0.192) อายุ (Beta=0.162) ความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ (Beta=0.111) และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (Beta=0.090) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรที่ทำนายความต้องการการบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานศึกษาของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา (n=303)

ตัวแปร	B	Beta	R ²	Adjusted R ²	t	p
การรับรู้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไข ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559	0.545	0.519	0.377	0.375	11.789	<0.001
ทัศนคติต่อการบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์	0.529	0.192	0.434	0.430	4.248	<0.001
อายุ	0.867	0.162	0.467	0.462	3.717	<0.001
ความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์	0.554	0.111	0.479	0.472	2.484	0.014
ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน	1.449	0.090	0.487	0.478	2.118	0.035
Constant = -13.234						
R ² =0.48						

สรุปและอภิปรายผล

ความต้องการการบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานศึกษาของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา จังหวัดฉะเชิงเทรา จากการศึกษาพบว่า นักเรียนระดับมัธยมศึกษามีความต้องการการบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานศึกษาของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.5 อธิบายได้ว่านักเรียนระดับมัธยมศึกษาอยู่ในช่วงอายุของวัยรุ่นเป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนจึงอาจทำให้เกิดอารมณ์และความต้องการทางเพศ รวมถึงนักเรียนระดับมัธยมศึกษาได้มีการเรียนรู้เนื้อหาความรู้ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์มีการแลกเปลี่ยนความรู้ความคิดเห็น และประสบการณ์ในชั้นเรียนหรือในกลุ่มเพื่อนที่มากขึ้นกว่าช่วงวัยเด็ก แม้ว่าโรงเรียนจะมีการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในรูปแบบต่าง ๆ มากขึ้น เช่น การเรียนการสอนเพศศึกษา การจัดให้มีครูแนะแนวสำหรับไว้ให้คำปรึกษาแก่นักเรียน การจัดกิจกรรมหรือโครงการที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการตั้งครรภ์สำหรับนักเรียน แต่ยังคงไม่มีความครอบคลุมและตรงตามความต้องการของนักเรียน สอดคล้องกับการศึกษาของ Atuyambe, et al¹⁵ พบว่า วัยรุ่นมีความต้องการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์หลากหลาย เช่น ต้องการถุงยางอนามัย ต้องการการให้คำปรึกษาสำหรับวัยรุ่น ศูนย์แพทย์สำหรับวัยรุ่นและบริการหลังการทำให้แท้ง สำหรับวัยรุ่นเพศชายต้องการถุงยางอนามัยในสถานที่สามารถเข้าถึงและไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ต้องการการให้คำปรึกษาของเยาวชน วัยรุ่น

ชายและหญิงระบุว่ามีความต้องการบริการหลังการทำแท้งในระดับมาก ซึ่งบริการที่มีอยู่ไม่รองรับกับวัยรุ่น และวัยรุ่นบางกลุ่มที่เป็นนักเรียนระบุว่าเพื่อนร่วมโรงเรียนและนอกโรงเรียนของพวกเขายังมีการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ด้วยวิธีการไม่ปลอดภัยและอันตรายแม้จะทราบถึงผลที่เกี่ยวข้องตามมารวมถึงการเสียชีวิต และการศึกษาของ Bam., et al¹⁶ พบว่า วัยรุ่นต้องการบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ร้อยละ 15.0 และการศึกษาของ Cherie, et al¹⁷ พบว่า เยาวชนต้องการบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างน้อยหนึ่งองค์ประกอบ ได้แก่ ข้อมูลด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ การให้คำปรึกษา การวินิจฉัยและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิดบริการให้การปรึกษาและตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (Voluntary Counseling and Testing : VCT) การทำแท้ง ร้อยละ 76.3

ปัจจัยทำนายความต้องการการบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานศึกษาของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา จังหวัดฉะเชิงเทรา จากการศึกษาพบว่า มีตัวแปร จำนวน 5 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้พระราชบัญญัติการป้องกัน และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ทัศนคติต่อการบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ อายุ ความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน สามารถร่วมทำนายความต้องการการบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานศึกษาของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาโดยสามารถอธิบายดังนี้

1) การรับรู้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 เป็นปัจจัยทำนายความต้องการการจัดการบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานศึกษาของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาได้ดีที่สุด อธิบายได้ว่า เมื่อนักเรียนมีการรับรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 จะช่วยให้นักเรียนทราบถึงสิทธิของวัยรุ่นที่สามารถรับบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในรูปแบบต่าง ๆ ตามที่พระราชบัญญัติกำหนดไว้ การได้รับข่าวสาร ความรู้การรักษาความลับและความเป็นส่วนตัวเมื่อไปขอใช้บริการ ซึ่งอินเทอร์เน็ตเป็นแหล่งข้อมูลที่ทำให้ให้นักเรียนเกิดการรับรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติมากที่สุด และนำไปสู่ความต้องการการจัดการบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานศึกษาของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาที่เพิ่มขึ้น

2) ทักษะคิดต่อการจัดการบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ อธิบายได้ว่าหากนักเรียนมีทัศนคติเชิงบวกต่อการจัดการบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ รูปแบบการให้บริการ สถานที่ให้บริการ และผู้ให้บริการ เช่น ความรู้เรื่องเพศวิถีศึกษาจะช่วยทำให้นักเรียนสามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงทางเพศที่จะเกิดขึ้น เมื่อนักเรียนใช้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์เป็นเรื่องที่ไม่อายและให้ผู้ให้บริการรักษาความลับและความเป็นส่วนตัวให้นักเรียน เป็นต้น ซึ่งทัศนคติต่อการจัดการบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์จะส่งผลต่อความต้องการการจัดการบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานศึกษาที่เพิ่มขึ้น ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Abajobir., et al¹⁸ พบว่าการรับรู้เชิงลบเกี่ยวกับความสำคัญของอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่นไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการที่เป็นมิตรกับเยาวชน

3) อายุ เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความต้องการการจัดการบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานศึกษาของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา อธิบายได้ว่า เมื่อนักเรียนมีอายุที่มากขึ้นจะมีความต้องการการจัดการบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์สถานศึกษาของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาที่เพิ่มขึ้น ซึ่งนักเรียนระดับมัธยมศึกษาอยู่ในช่วงอายุของวัยรุ่นเป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงจากวัยเด็กเข้าสู่วัยรุ่น ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลง

ของฮอร์โมนทำให้เกิดอารมณ์และความต้องการทางเพศ อายุจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญนำไปสู่ความต้องการการจัดการบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Cherie., et al¹⁷ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความต้องการบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเยาวชนที่มีอายุระหว่าง 20-24 ปี มีแนวโน้มที่จะมีความต้องการบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์มากกว่าเยาวชนที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี ร้อยละ 80 และการศึกษาของ Abajobir., et al¹⁸ พบว่า วัยรุ่นที่มีอายุ 15-19 ปี มีแนวโน้มใช้บริการมากกว่าวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี เป็น 2 เท่า และการศึกษาของ Lejibob.,¹⁹ พบว่า วัยรุ่นหญิงที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี มีแนวโน้มในการใช้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์มากกว่าวัยรุ่นหญิงที่มีอายุ 10-14 ปี เป็น 3 เท่า

4) ความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ เป็นปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความต้องการการจัดการบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานศึกษาของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา อธิบายได้ว่า นักเรียนที่มีระดับความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ที่สูงจะมีความต้องการการจัดการบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานศึกษาของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาที่เพิ่มขึ้น ซึ่งถ้านักเรียนมีความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ถูกต้อง เช่น การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง วิธีการคุมกำเนิดและการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ถูกต้อง การทำแท้งที่ปลอดภัย การดูแลความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับอวัยวะเพศ เป็นต้น ซึ่งการมีความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์อยู่ในระดับที่ดีจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญมีผลต่อความต้องการการจัดการบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานศึกษาที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Cherie N et al¹⁷ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์มีความสัมพันธ์กับต้องการบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยเยาวชนที่มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์อยู่ในระดับดีจะมีความต้องการบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์สูงกว่าผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในระดับน้อย ร้อยละ 60 และการศึกษาของ BAM Kiran, et al¹⁶ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการ ($p < 0.05$)

5) ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เป็นปัจจัยสามารถร่วมทำนายความต้องการการจัดบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานศึกษาของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา อธิบายได้ว่า นักเรียนที่มีระดับค่าเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาที่สูงขึ้นจะมีความต้องการการจัดบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานศึกษาของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาที่เพิ่มขึ้น ซึ่งผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา หรือระดับคะแนนเฉลี่ย เป็นเกณฑ์ที่สามารถบ่งบอกถึงการรับรู้ ความเข้าใจ ทางการเรียนรู้ของนักเรียน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีระดับผลคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับที่สูง จึงกล่าวได้ว่าผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการเพิ่มความต้องการการจัดบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานศึกษาของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. หน่วยงานของรัฐในระดับจังหวัดที่เกี่ยวข้องกับสถานศึกษาและด้านสาธารณสุขควรมีการรณรงค์ขับเคลื่อนพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังครรภ์ พ.ศ. 2559 และควรมีการจัดทำแผนดำเนินงานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ร่วมกันโดยเน้นการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ให้เหมาะสมตามช่วงวัยของนักเรียน และส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อการจัดบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ให้กับนักเรียนในสถานศึกษา

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสถานศึกษาควรสนับสนุนให้โรงเรียนในสังกัดมีการจัดบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยเน้นการจัดให้มีระบบการดูแลช่วยเหลือและคุ้มครองนักเรียนซึ่งตั้งครรภ์ให้ได้รับการศึกษาด้วยรูปแบบที่เหมาะสมและต่อเนื่อง และระบบการส่งต่อให้ได้รับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์และการจัดสวัสดิการสังคมอย่างเหมาะสมอย่างเป็นรูปธรรม โดยส่งเสริมและสนับสนุนให้ครูหรืออาจารย์ในโรงเรียนสามารถเป็นแหล่งข้อมูลที่ทำให้นักเรียนเกิดการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติที่เพิ่มมากขึ้น

3. โรงเรียนควรส่งเสริมการสร้างทัศนคติเชิงบวกเกี่ยวกับบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ให้นักเรียน

4. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านสาธารณสุขควรจัดโครงการหรือกิจกรรมที่เกี่ยวกับการให้ความรู้ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์แก่นักเรียนในโรงเรียนให้มีความเหมาะสมตามช่วงวัย

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มืออำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ฉบับบูรณาการ. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2559.
2. กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน(ฉบับบูรณาการ)และแบบประเมินตนเอง. นนทบุรี: กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA); 2557.
3. World Health Organization. Adolescents: health risks and solutions [internet]. 2017 [cited 2017 Jun 3]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/>
4. World Health Organization. Adolescent pregnancy [internet]. 2014 [cited 2017 Jun 2]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/>
5. พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2 มิถุนายน 2560]. เข้าถึงได้จาก: http://rh.anamai.moph.go.th/download/all_file/index/พระราชบัญญัติ1_3.pdf
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา. รายงานประจำปีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2 มิถุนายน 2560]. เข้าถึงได้จาก: http://www.cco.moph.go.th/cco24/annual_report2558.pdf
7. สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดฉะเชิงเทรา. ข้อมูลพื้นฐานด้านการศึกษา. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 15 ธันวาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก: http://www.cpeo.go.th/data_10716
8. ฐานข้อมูลโครงการก้าวอย่างเข้าใจ.สถานศึกษาร่วมโครงการ. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 28 กุมภาพันธ์ 2561]. เข้าถึงได้จาก :<http://www.teenpath.net/net work/School.asp?Format=2>
9. ฐานข้อมูลโครงการก้าวอย่างเข้าใจ. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 28 กุมภาพันธ์ 2561]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.teenpath.net/network/Intro.asp>
10. McLeroy K, Bibeau D, Steckler A, Glanz, K. An ecological perspective on health promotion program. Health Education Quarterly 1988:351-77.

11. วราพร บุญยะธาน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ของสตรีวัยรุ่นครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาล [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2550.
12. มรุส จิรสิสุนทร. ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศของวัยรุ่นในกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
13. ลัขณา ฉายศรี. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.
14. พรชนัดต์ บุญคง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิงระดับอาชีวศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554.
15. Atuyambe LM, Kibira SP, Bukenya J, Muhumuza C, Apolot RR, Mulogo E. Understanding sexual and reproductive health needs of adolescents: evidence from a formative evaluation in Wakiso district, Uganda. *Reproductive health* 2015;1:35.
16. Bam K, Haseen F, Newman MS, Chaudhary AH, Thapa R, Bhuyia I, et al. Perceived sexual and reproductive health needs and service utilization among higher secondary school students in urban Nepal. *American Journal of Public Health Research* 2015;2:36-45.
17. Cherie N, Tura G, Aderajew NT. Reproductive health needs and service utilization among youths in West Badewacho Woreda, Hadiya Zone, South Ethiopia. *Journal of Public Health and Epidemiology* 2015;4:145-53.
18. Abajobir AA, Seme A. Reproductive health knowledge and services utilization among rural adolescents in east Gojjam zone, Ethiopia: a community-based cross-sectional study. *BMC health services research* 2014;1:138-48.
19. Lejibo TT, Assegid S, Beshir M, Handiso TB. Reproductive health service utilization and associated factors among female adolescents in Kachabirra district, South Ethiopia: A community based cross sectional study. *Pediatric and Adolescent Medicine* 2017;4:67-76.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุในโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จังหวัดอ่างทอง

กัญญา ศรีประยूर¹

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุในโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรม 70 ชั่วโมง หลักสูตรกรมอนามัย และอยู่ในพื้นที่เข้าร่วมโครงการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปี 2560 ในจังหวัดอ่างทอง ทั้งหมดจำนวน 47 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม ประกอบด้วย ลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ เจตคติในการดูแลผู้สูงอายุ และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญและทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีอัลฟาของครอนบาค KR-20 ด้านความรู้ มีค่าเท่ากับ 0.75 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบสมมติฐานทางสถิติ สถิติพิตเซอร์แอกแซคและการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยคุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน อาชีพ จำนวนผู้สูงอายุในการดูแล บทบาทก่อนเข้ารับการอบรม ระดับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ และเจตคติการดูแลผู้สูงอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ($p>0.05$)

สรุปและข้อเสนอแนะ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรให้ความรู้ เรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุ การสังเกตอาการ เช่น ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน มีอาการใจสั่น เหงื่อออก หน้ามืด ตัวเย็น แสดงว่ามีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเกินไป เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรประชาสัมพันธ์ช่องทางและวิธีการส่งต่อผู้สูงอายุกรณีที่มีเหตุฉุกเฉิน หรือการเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ และควรเลือกผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีเจตคติที่ดี รวมทั้งผู้ดูแลผู้สูงอายุควรมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล/ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ/ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง/
การดูแลระยะยาว

Corresponding author: กัญญา ศรีประยूर, อีเมล: songserm.angthong@hotmail.com, โทร: 0917852552

Received: April 18, 2019; Revised: July 2, 2019; Accepted: August 29, 2019

Factors Associated to Dependent Care Behaviors among Caregiver of the Long-Term Care for Older Adults Program, Angthong Province

Kanya Sriprayoon¹

¹ Public Health Technical Officer, Angthong Province Public Health Office

Abstract

This descriptive research aimed to examine factors associated to the behaviors of elderly caregivers in the long-term health care program. The sample group is 47 caregivers, who passed the 70 hours health training course in the sites participating in the long-term health care program for the dependent elderly in 2017, Angthong Province. The purposive sampling is conducted. Research tools are questionnaires which consist of four parts: personal characteristics, knowledge of elderly care, attitude of elderly care, and behavior in caring the dependent elderly. Those were passed the content validity from the experts and tested the reliability by Cronbach's Alpha, KR 20, of knowledge equal to 0.75. Data analysis was conducted by descriptive statistics such as percentage, mean, and standard deviation. Inferential statistics were Fisher's Exact test statistical hypothesis testing and Pearson's correlation coefficient analysis. The research results were as follows, personal characteristics of the sample group included that gender, age, marital status, educational level, income, occupation, number of elderly, the roles before training, knowledge level of the elderly care, and attitude towards the elderly care were not related to elderly caregiving behavior. ($p>0.05$)

Conclusion and recommendations, health officers should educate about how to prevention of complications in the elderly, observing symptoms in elderly people with diabetes symptoms such as palpitations, sweating, dizziness, cold, hypoglycemia. Health officers should be provided promote channels and methods for referring patients in emergency, illness or injury and choosing positive attitude caregivers. Additionally caregivers should be participate in elderly care planning.

Keywords: The behaviors of older adults caregivers/ Older adults caregiver/ Dependent older adults/ Long term care

Corresponding author: Kanya Sriprayoon, **Email:** songserm.angthong@hotmail.com, **Tel:** 0917852552

บทนำ

สถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทยเพิ่มขึ้นจาก 1.5 ล้านคนใน พ.ศ. 2503 เป็น 7.5 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2553 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นถึง 17.1 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2573 ในขณะที่แนวโน้มผู้สูงอายุอยู่คนเดียวหรืออยู่ลำพังกับคู่สมรสเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่าผู้สูงอายุอยู่คนเดียวเพิ่มจากร้อยละ 3.6 ในปี พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 7.6 ในปี พ.ศ. 2550 ซึ่งมีผลต่อการให้การดูแลผู้สูงอายุทั้งร่างกายและจิตใจ อีกทั้งเมื่ออายุยิ่งสูงยิ่งเกิดความเสื่อมถอยของร่างกาย พบว่าผู้สูงอายुर้อยละ 57.7 เผชิญกับ 3 ปัญหา ได้แก่ปัญหาด้านการมองเห็น การได้ยิน การหกล้ม จากปัญหาสุขภาพดังกล่าวของผู้สูงอายุ ทำให้มีค่าใช้จ่ายสูงในการดูแลรักษาพยาบาล

การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุที่ยังมีสุขภาพดี ให้มีสุขภาพแข็งแรงเพื่อยืดเวลาที่เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังออกไป และในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยให้หายหรือทุเลาจากการลดการเกิดความพิการ หรือทุพพลภาพ และยืดเวลาของการเข้าสู่ภาวะทุพพลภาพต่อไป การเตรียมการเพื่อรองรับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ จึงเป็นประเด็นที่สำคัญ กรมอนามัยตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าว จึงได้ดำเนินการจัดทำหลักสูตรการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง¹ โดยกำหนดให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ แต่ละคนรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุ ตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายสัปดาห์ และตามตารางการปฏิบัติงาน ได้แก่ การบริการสาธารณสุขเบื้องต้น เช่น การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน การจัดการสภาพแวดล้อม/บ้าน ทั้งนี้ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 1 คน ควรดูแลผู้สูงอายุไม่เกิน 5 คน²

สำหรับประชากรไทยจังหวัดอ่างทอง สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 17.6 ของประชากรทั้งหมด จากสรุปผลการดำเนินงานผู้สูงอายุจังหวัดอ่างทอง ปี 2560 พบว่าผลการคัดกรอง/ประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (Barthel Activities of Daily Living : ADL) เป็นกลุ่มติดสังคม (ADL มากกว่า 12 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 95.61 กลุ่มติดบ้าน (ADL 5-11คะแนน) ร้อยละ 3.33 และกลุ่มติดเตียง (ADL 0-4คะแนน) ร้อยละ 0.86 ซึ่งกลุ่มติดบ้านและติดเตียง ที่มีภาวะพึ่งพิงต้องได้รับการ

จัดบริการให้ความช่วยเหลือปีงบประมาณ 2559 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดอ่างทอง สมัครเข้ากองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 22 แห่ง และในปีงบประมาณ 2560 สมัครเข้าร่วมโครงการ 14 แห่ง รวมทั้งสิ้น 36 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 56.25 มีผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ที่ผ่านการอบรม จำนวน 97 คน ซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด คือ ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน ต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 4 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งได้รับการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมง จากหน่วยงานสาธารณสุข (ศูนย์อนามัยที่ 4 และ 13) จำนวน 363 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการอบรม จากสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.) จำนวน 167 คนรวมทั้งสิ้น 596 คน ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ มีหน้าที่จัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุดำเนินการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 1,061 คน คิดเป็นร้อยละ 100³

ดังนั้น เพื่อเป็นการติดตามพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ในระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อนำมาส่งเสริมการขับเคลื่อนการดำเนินงานโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุข ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุในโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา รายได้ อาชีพ บทบาทของกลุ่มตัวอย่างก่อนอบรมจำนวนผู้สูงอายุในการดูแลความสัมพันธ์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุในโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

2. ปัจจัยด้านความรู้ เจตคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุในโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรม 70 ชั่วโมง ในตำบลที่เข้าร่วมโครงการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงปี 2560 ใน 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง โพธิ์ทอง ปาโมก และอำเภอแสวงหา ทั้งหมด จำนวน 47 คน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีน้อย จึงเก็บข้อมูลทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามโดยการประยุกต์ของถนอมรัตน์ ประสิทธิ์เมตต์และเพชร ชวนพันธุ์⁴ เรื่องประสิทธิผลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตสุขภาพที่ 4 และสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารแนวคิด ทฤษฎีและผลงานที่เกี่ยวข้อง 1 ชุดแบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วยคำถามปลายเปิดและปลายปิด จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ แบบทดสอบตัวเลือก 3 ข้อ จำนวน 20 ข้อ ให้ตอบข้อที่ถูกเพียงข้อเดียว ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบไม่ถูก 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบวัดเจตคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย (3 2 และ 1 คะแนนตามลำดับ)

ส่วนที่ 4 แบบวัดพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 10 ข้อลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ เป็นประจำ บางครั้ง และไม่เคย (3 2 และ 1 คะแนนตามลำดับ)

การแบ่งระดับความรู้ เจตคติและพฤติกรรม ใช้วิธีจัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom⁵ แบ่งระดับดังนี้ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 คะแนนร้อยละ 60-70 และคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง ตามลำดับ)

การวิเคราะห์ข้อมูลและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญและทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีอัลฟาของครอนบาค KR-20 ด้านความรู้ มีค่าเท่ากับ 0.75 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบสมมติฐานทางสถิติพิตเซอร์ แอคแซคและการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมในการดำเนินการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์จังหวัดอ่างทอง เพื่อพิจารณาหมายเลขจริยธรรมรหัสโครงการ : ATGEC60/2561 จากนั้นขออนุญาตเข้าศึกษาวิจัยและชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดการวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย โดยใช้แบบสอบถามสอบถามผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในพื้นที่อำเภอเมือง โพธิ์ทอง ปาโมก และอำเภอแสวงหาจำนวน 47 คน

ผลการวิจัย

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.5 มีอายุเฉลี่ย 49.8 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 78.7 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป ร้อยละ 68.1 รายได้ต่อเดือนมากกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 48.9 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 48.9 ก่อนเข้ารับการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 89.4 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในความดูแล 1 ถึง 4 คน ร้อยละ 95.7 และมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในฐานะเพื่อนบ้าน ร้อยละ 87.2

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกต้อง ซึ่งมีความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง (16-20 คะแนน) ร้อยละ 93.6 (ความรู้เฉลี่ย 18.1 คะแนน SD 1.6) ในด้านการเคลื่อนไหว การพูดสื่อสารกับผู้สูงอายุ และอาการสำคัญที่สงสัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และการจัดการอาการฉุกเฉินในผู้สูงอายุ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น ประเด็นเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนและการเตรียมจัดทำที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่ให้อาหารทางสายยาง ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีเจตคติที่ดีระดับดี (24 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 100 (เจตคติเฉลี่ย 27 SD 1.1) ซึ่งเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ เช่น 1) การให้

ความสำคัญและเห็นคุณค่าผู้สูงอายุ 2) มีความสุขในการดูแลผู้สูงอายุ 3) สามารถเสียสละเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ 4) เชื่อว่า ผู้สูงอายุต้องไม่แยกตัวเองออกจากสังคมและโดดเดี่ยว 5) ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง จะทำให้สุขภาพกายและใจดี อย่างไรก็ตามผู้ดูแลผู้สูงอายุมีเจตคติไม่ดีในด้านความเจ็บป่วยและการตัดสินใจร้อยละ 10.6 การปฏิบัติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่การปฏิบัติอยู่ในระดับดี (24 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 85.1 (พฤติกรรมเฉลี่ย 26.2 คะแนน SD 2.9) โดยมีพฤติกรรมดูแลที่ถูกต้อง 2 ลำดับแรก คือ ทุกครั้งที่ออกเยี่ยมผู้ป่วยได้สังเกตอาการของผู้สูงอายุ (ร้อยละ 91.5) รองลงมาคือจัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุรายเดือนเพื่อรายงานต่อผู้จัดการผู้สูงอายุ (ร้อยละ 89.3) และมีพฤติกรรมที่ไม่ได้ปฏิบัติ 2 ลำดับแรกคือกรณีที่มีการ

ประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุต้องดำเนินการเตรียมปรุงประกอบอาหาร พร้อมทั้งดูแลเครื่องมือ เครื่องใช้ในการปรุงประกอบอาหารให้สะอาดและถูกสุขลักษณะในทุกขั้นตอนและล้างมือให้สะอาดอยู่เสมอ (ร้อยละ 27.7) รองลงมา คือการส่งต่อผู้สูงอายุกรณีที่มีเหตุฉุกเฉินหรือการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุตามระบบ (ร้อยละ 12.8)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ในด้านลักษณะของประชากร ซึ่งไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านลักษณะประชากร (n=47)

ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร	ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ		p
	ปานกลาง จำนวน(ร้อยละ)	ดี จำนวน(ร้อยละ)	
เพศ			
ชาย	1 (2.5)	3(75.0)	0.488
หญิง	6(14.0)	37(86.0)	
อายุ (ปี)			
น้อยกว่า 40 ปี	1(14.3)	6(85.7)	1
มากกว่า 40ปีขึ้นไป	6(15.0)	34(85.0)	
$\bar{X}$ 49.8 SD 8.5 Min 37 Max 70			
สถานภาพสมรส			
โสดหม้าย หย่า แยกกันอยู่	0(0.0)	10(100.0)	0.318
คู่	7(18.9)	30(81.1)	
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา	2(13.3)	13(86.7)	1
มัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป	5(15.6)	27(84.4)	
รายได้ต่อเดือน			
ต่ำกว่า 5,000 บาท	4(20.0)	16(80.0)	0.438
5,001 บาทขึ้นไป	3 (11.11)	24(88.9)	
$\bar{X}$ 49.8 SD 8.5 Min 500 Max 7000			

ตารางที่ 1 แสดงปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุด้านลักษณะประชากร (n=47) (ต่อ)

ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร	ระดับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ		p
	ปานกลาง จำนวน(ร้อยละ)	ดี จำนวน(ร้อยละ)	
อาชีพ			
รับจ้าง	3(13.3)	20(87.0)	1
เกษตรกรการค้าขาย แม่ค้า	4(16.7)	20(83.3)	
จำนวนผู้สูงอายุในการดูแล			
1-4 คน	6(13.3)	39(86.7)	0.278
5-8 คน	1(50.0)	1(50.0)	
บทบาทก่อนเข้ารับการอบรม			
อาสาสมัครสาธารณสุข	7 (16.7%)	35 (83.3%)	1*
ผู้นำชุมชน	0 (0.0%)	5 (100.0%)	

ค่า p จาก Fisher's Exact

ด้านความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 93.6 ด้านเจตคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุพบว่า ทั้งหมดมีเจตคติอยู่ในระดับดี ร้อยละ 100.0 และด้านการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ

พึ่งพิง พบว่าส่วนใหญ่การปฏิบัติอยู่ในระดับดีและปานกลาง ร้อยละ 85.1 และ ร้อยละ 14.9 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้สูงอายุจำแนกตามปัจจัยด้านต่าง ๆ

ปัจจัย	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับความรู้ $\bar{X}$ = 18.1 SD = 1.6 Min-Max = 14-20		
ระดับต่ำ (0-11 คะแนน)	0	0
ระดับปานกลาง (12-15 คะแนน)	3	6.4
ระดับสูง (16 -20 คะแนน)	44	93.6
รวม	47	100.0
ระดับเจตคติ $\bar{X}$ = 27 SD = 1.1 Min-Max = 25-30		
ระดับไม่ดี (10-17 คะแนน)	0	0
ระดับปานกลาง (18-23 คะแนน)	0	0
ระดับดี (24 คะแนนขึ้นไป)	47	100.0
รวม	47	100.0
ระดับการปฏิบัติ $\bar{X}$ = 26.2 SD = 2.9 Min-Max = 19-30		
ระดับไม่ดี (10-17 คะแนน)	0	0
ระดับปานกลาง (18-23 คะแนน)	7	14.9
ระดับดี (24 คะแนนขึ้นไป)	40	85.1
รวม	47	100.0

ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ ระดับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ และทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ระดับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ และ

เจตคติต่อการดูแลผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้และเจตคติกับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ปัจจัย	พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p
ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ	0.029	0.849
เจตคติในการดูแลผู้สูงอายุ	0.143	0.336

$p < 0.05$

อภิปรายผล

ผลการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุในโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จากการศึกษาสามารถอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน อาชีพจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในการดูแลและบทบาทก่อนเข้ารับการอบรม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวชิราพรณ เทพิน⁶ เรื่องปัจจัยทางชีวิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลสูงอายุ พบว่า เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน อาชีพ และจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุและสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมลรัตน์ ครอบรู้เจน⁷ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า เพศ อายุ และสถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของถนอมรัตน์ ประสิทธิ์เมตต์ และเพชร ชวนะพันธ์⁴ ประสิทธิภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในเขตสุขภาพที่ 4 พบว่า ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้าน เพศ รายได้ อาชีพ จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องดูแล ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างดังกล่าวเป็นกลุ่มบุคคลที่ผ่านการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมงของ กรมอนามัย ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้และการฝึกปฏิบัติที่เป็นไปตามแนวทางเดียวกัน นอกจากนี้ยังมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งเป็นผู้จัดทำแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

นำไปใช้ในการปฏิบัติดูแลให้มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ แต่ละรายและผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องเข้าร่วมประชุม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ พร้อมทั้งจัดทำงานรายงานผลการปฏิบัติงานให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นประจำทุกเดือน ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าวเปรียบเสมือนการควบคุมมาตรฐานการดำเนินงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุจากการศึกษา พบว่า ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุสอดคล้องกับการศึกษาของชินรติพิทย์ ชัยชุมพล นันทพร ทองเถา และอ้อมใจ แต่เจริญวิริยะกุล⁸ ความรู้และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่พิการทางการเคลื่อนไหวของญาติผู้ดูแลในตำบลกระแง อำเภอยะโฮร์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่พิการทางการเคลื่อนไหวของญาติผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่พิการทางการเคลื่อนไหว อธิบายได้ว่า จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการดูแลผู้สูงอายุในระดับสูง ร้อยละ 93.6 และระดับปานกลาง ร้อยละ 3.4 ซึ่งเมื่อนำมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์พบว่าทั้งสองกลุ่มมีร้อยละของการปฏิบัติตัวที่ดีไม่แตกต่างกันมากนัก แสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีระดับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุในระดับปานกลางมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุได้เช่นเดียวกัน แต่ในทางที่ที่เราควรดำเนินการจัดกิจกรรมทบทวนความรู้ให้แก่ผู้ดูแลเป็นระยะ ๆ ซึ่งการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวชิราพรณ เทพิน⁶ เรื่องปัจจัยทางจิตวิทยาสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

เจตคติในการดูแลผู้สูงอายุจากการศึกษา พบว่า เจตคติในการดูแลผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีเจตคติต่อการดูแล

ผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี และมีพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี ร้อยละ 85.1 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุษยา วงษ์ชวลิตกุลและคณะ⁹ ความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ กรณีศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์โพธิ์ทองกลาง และสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์วัดม่วง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างโดยรวมมีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้สูงอายุในระดับสูง กลุ่มตัวอย่างก่อนเข้ารับการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมงของกรมอนามัยส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับความรู้และการปฏิบัติทางด้านสาธารณสุขจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นประจำและต่อเนื่อง ประกอบกับได้รับความรู้จากการเข้าร่วมอบรม ส่งผลให้มีความรู้และมีการควบคุมกำกับการดำเนินงานโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่งผลไปสู่การปฏิบัติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว พบว่า คุณลักษณะประชากร ความรู้ และเจตคติการดูแลผู้สูงอายุ ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ($p>0.05$) ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรให้ความรู้ เรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในการสังเกตอาการ เช่น ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานมีอาการใจสั่น เหงื่อออก หน้ามืด ตัวเย็น แสดงว่ามีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเกินไป

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรประชาสัมพันธ์ช่องทางและวิธีการส่งต่อผู้สูงอายุกรณีที่มีเหตุฉุกเฉินหรือการเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ตามระบบแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

3. ในการคัดเลือกผู้ดูแลผู้สูงอายุควรเลือกผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีเจตคติที่ดี โดยให้มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข .คู่มือแนวทางหลักสูตรการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง ภายใต้ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ(ฉบับที่ 6).พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย; 2558.
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.คู่มือแนวทางการดำเนินงานระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Long Term Care ; LTC) พิมพ์ครั้งที่ 2. โรงพิมพ์ศรีเมืองการเมืองจำกัด: 2561.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง.สรุปผลการดำเนินงานกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ 2560.อ่างทอง: กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขอ่างทอง; 2017.
4. ฌอนมรัตน์ ประสิทธิ์เมตต์, เพชรฯ ชวนะพันธุ์. ประสิทธิภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในเขตสุขภาพที่ 4. วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม:117-32.
5. Benjamin, S Bloom. Learning for mastery. Evaluation comment.Center for thestudy of instruction program. University of California at Los Angeles. 1986 2:47-62.
6. วชิราพรรณ เทพิน.ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ.[วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต].กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2553.
7. สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน.การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี.วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา 2559;2:71-84.
8. ชรินทร์ทิพย์ ชัยชมพล นันทพร ทองเภาและอ้อมใจ แต่เจริญวิริยะกุล. ความรู้และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่พิการทางการเคลื่อนไหวของญาติผู้ดูแลในตำบลกระแซง อำเภอยุพยห์ จังหวัดศรีสะเกษ.วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีน นครราชสีมา 2561;24(2):52-66.
9. บุษยา วงษ์ชวลิตกุลวิรัช สงวนวงศ์วานสิริรัตน์ ฉัตรชัย สุชา ธนกร ลิ้มศรีณย์สิริวดี ไทยสมัครและคณิต เรื่อง ขจร. ความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ กรณีศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์โพธิ์ทองกลาง และสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์วัดม่วง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการบริหารธุรกิจสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย2559;5(2):74-92.

ผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของอาสาสมัครสาธารณสุขสตรีมุสลิม

ศิริวรรณ จันทร์แจ้¹ พัชรพร เกิดมงคล² ทัศนีย์ รวีวรกุล²

¹ นักศึกษาหลักสูตร พย.ม. สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

² ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น แต่อัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีแนวโน้มลดลง โดยเฉพาะกลุ่มสตรีมุสลิม การศึกษาวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขสตรีมุสลิม กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขสตรีมุสลิม จำนวน 64 คน โดยแบ่งกลุ่มทดลอง 32 คน และส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 32 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 2 ครั้ง ร่วมกับการติดตามกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบได้รับเอกสารแนะนำความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 93.8 มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จากการวิจัยในครั้งนี้ สามารถนำโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขสตรีมุสลิมไปประยุกต์ใช้ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในชุมชนอื่น ๆ ได้

คำสำคัญ: แรงจูงใจ/ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก/ อาสาสมัครสาธารณสุข/ สตรีมุสลิม

The Effect of a Protection Motivation Program on Pap Smear Screening among Muslim Women Health Volunteers

Siriwan Janjng¹, Patcharaporn Kerdmongkol², Tassanee Rawiworakul²

¹ Student Program in Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner

² Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

Abstract

Cervical cancer is a major public health problem that is inclined to increase. However, the rate of cervical cancer screening is inclined to decrease, especially in Muslim women groups. A quasi-experimental study aimed to study the effect of a protection motivation program on pap smear screening among Muslim women health volunteers. Sixty four of Muslim women health volunteers participated in this study, were equally randomized into a treatment or a control group. The experimental group received a protection motivation program for pap smear screening 2 times and follow-up via telephone. The comparison group received cervical cancer documentation. Data were collected by using questionnaires and were analyzed by using Paired t-test and Independent t-test.

The results indicated that the number of pap smear screening sample of the experimental group was higher than the comparison group, which accounted for 93.8 %. The experimental group had mean score of perceived severity regarded to cervical cancer, perceived probability regarded to cervical cancer, and self-efficacy expectancy toward behavior in cervical cancer prevention after receiving the program better than before receiving the program and comparison group. The difference was statistically significant. ($p < 0.001$) Findings suggested that protection motivation program on pap smear screening for Muslim women health volunteers could be applied to promote in pap smear screening among women in other communities.

Keywords: Motivation/ Pap smear screening/ Health volunteers/ Muslim women

บทนำ

ปัจจุบันสตรีไทยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกประมาณ 10,000 คน หรือวันละ 27 คน และเสียชีวิตจากโรคมะเร็งปากมดลูกประมาณ 5,200 คน หรือเฉลี่ยวันละ 14 คน¹ อัตราการตายของผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553-2557 เท่ากับ 9.7, 7.6, 9, 10.7 และ 9.5 ต่อประชากรแสนคน²

แนวทางการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกที่สำคัญ คือการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โรคนี้หากตรวจพบในระยะเริ่มแรกที่เซลล์มะเร็งยังอยู่ภายในชั้นเยื่อบุผิวปากมดลูกและยังไม่ลุกลามเข้าไปในเนื้อปากมดลูกจะสามารถป้องกันการกลายเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกได้ แต่จากข้อมูล พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยมักมาพบแพทย์ในระยะมะเร็งลุกลามแล้ว³ แนวทางการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2556-2560 การป้องกันระดับทุติยภูมิกระทรวงสาธารณสุขแนะนำให้หญิงไทยอายุ 30 ปีขึ้นไปทุกคน ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างน้อย 1 ครั้ง ทุก 5 ปี ถึงแม้เคยได้รับวัคซีนเอชพีวี⁴ แม้ว่าปัญหาโรคมะเร็งปากมดลูกมีแนวโน้มสูงขึ้น แต่อัตราการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลับมีแนวโน้มลดลง⁵

เขตคลองสามวา กรุงเทพมหานคร เป็นเขตรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 64 คลองสามวา สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร มีชุมชนที่ประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ซึ่งถึง 1 ใน 3 มีประชากรหญิงที่อายุ 30-60 ปี จำนวน 52,049 คน ในปีงบประมาณ 2558-2560 พบว่า จำนวนผู้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คิดเป็นร้อยละ 0.86, 1.35 และ 0.93 ตามลำดับ⁶ เมื่อเปรียบเทียบการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยจำแนกตามศาสนา พบว่า สตรีไทยพุทธ มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่า สตรีมุสลิมในสัดส่วน 9:1⁶ และจากรายงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในปีงบประมาณ 2558-2560 ของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขศูนย์บริการสาธารณสุข 64 คลองสามวา จำนวน 393 คน แบ่งเป็นสตรีไทยพุทธ 281 คน สตรีมุสลิม 112 คน พบว่า มาตรวจคัดกรอง

มะเร็งปากมดลูก รวมคิดเป็นร้อยละ 27.7, 21.1 และ 19.0 จำแนกเป็นสตรีไทยพุทธ คิดเป็นร้อยละ 29.8, 21.7 และ 20.6 สตรีมุสลิม คิดเป็นร้อยละ 22.3, 19.6 และ 15.17⁶ อย่างไรก็ตามอาสาสมัครสาธารณสุขควรเป็นผู้นำทางสุขภาพที่ดีแก่ประชาชน แต่จากรายงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขสตรีของศูนย์บริการสาธารณสุข 64 คลองสามวา ยังมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจำนวนน้อยโดยเฉพาะกลุ่มสตรีมุสลิมซึ่งมีแนวโน้มลดลง

ดังนั้นจึงต้องมีการส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขสตรีมุสลิมมีความรู้ความเข้าใจมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดีในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นต้นแบบที่ดีในการส่งเสริมสุขภาพประชาชน จึงจะส่งผลในการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกให้แก่สตรีในชุมชนได้ต่อไปในปัจจุบัน การจัดโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้สตรีมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีการนำทฤษฎีต่างๆเข้ามาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรม ซึ่งทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคก็เป็นอีกหนึ่งทฤษฎีที่นำมาใช้เป็นแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่าภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมโดยการนำแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมนั้นกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความคาดหวังในผลลัพธ์ การรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นและมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขสตรีมุสลิมโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์⁷ ซึ่งมีแนวคิดพื้นฐานการใช้ความกลัวเป็นแรงจูงใจทำให้เกิดพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดีเพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของโรค รวมทั้งการเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขสตรีมุสลิมที่เป็นแกนนำทางสุขภาพในชุมชนให้มีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดีในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของสตรีมุสลิมในไทย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขสตรีมุสลิม

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขสตรีมุสลิม

2. เพื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขสตรีมุสลิม

สมมุติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก หลังได้รับโปรแกรมดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก หลังได้รับโปรแกรมดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

3. หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งการทดลอง (Quasi-experimental research) แบบวัดสองกลุ่ม (Two-groups pretest – posttest design) โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (Intervention group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขสตรีมุสลิมของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขสตรีมุสลิม ที่คัดเลือกจากศูนย์บริการสาธารณสุข (ศบส.) ในกลุ่มกรุงเทพมหานคร⁶ จำนวน 11 แห่ง ได้แก่ ศบส. 22, 35, 43, 44, 45, 46, 50, 56, 57, 64 และ 68 ของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยให้ศูนย์บริการสาธารณสุข 64 เป็นกลุ่มทดลอง และศูนย์บริการสาธารณสุข 44 เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ หลังจากนั้นคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ตามเกณฑ์คัดเข้าที่กำหนดและใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยวิธีการจับสลากแบบไม่คืนที่

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณค่าขนาดอิทธิพลใช้ประมาณค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสองกลุ่ม⁸ จากงานวิจัยที่ผ่านมาที่มีลักษณะใกล้เคียงกันของ ศิริลักษณ์ วรไวย⁹ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G power 3.1.9.29¹⁰ ได้คำนวณค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 4.8 และเปิดตารางประมาณขนาดตัวอย่าง¹¹ ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 26 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มจำนวนขนาดตัวอย่างร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มละ 32 คน

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขสตรีมุสลิมที่ขึ้นทะเบียนปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) มีอายุ 30 ปีขึ้นไป 3) ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกภายใน 2 ปี และ 4) สนใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มีภาวะเจ็บป่วยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมหรือต้องนอน

โรงพยาบาล 2) มีภาวะตั้งครรภ์ และ 3) เคยป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม โดยประยุกต์จากงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกันของศิริลักษณ์ วรไวย⁹ ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและความตั้งใจในการไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ลักษณะการตอบเป็นการเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 13 ข้อ ส่วนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 8 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวที่มีความหมายทั้งด้านบวกและด้านลบ ส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวที่มีความหมายทั้งด้านบวกและด้านลบ ส่วนที่ 4 ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 8 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวที่มีความหมายทั้งด้านบวกและด้านลบ ส่วนที่ 5 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 14 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวที่มีความหมายทั้งด้านบวกและด้านลบ แบบสอบถามส่วนที่ 2-5 ประเมินได้จากมาตรวัดประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.714, 0.712, 0.722 และ 0.818 ตามลำดับ และ ส่วนที่ 6 แบบบันทึกติดตามการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นแบบบันทึกรายงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเองเป็นข้อคำถามแบบให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวจากการสอบถาม โดยให้คะแนนผู้ที่มารับการตรวจ = และผู้ไม่มาตรวจ = 0

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปาก

มดลูกโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค⁷ โดยมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้และกิจกรรมกลุ่ม จำนวน 2 ครั้ง มีการติดตามกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารรับรองเลขที่ MUPH 2018-045 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของกรุงเทพมหานคร เอกสารรับรองเลขที่ U014h/61 โดยผู้วิจัยดำเนินการวิจัยหลังได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัย

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยประสานงานกับศูนย์บริการสาธารณสุขที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย ระยะเวลา และนัดหมายในการทำกิจกรรม

2. เก็บข้อมูลของกลุ่มทดลองโดยให้แบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคลการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

3. ดำเนินการทดลองใช้โปรแกรมในกลุ่มทดลอง ระยะเวลา 4 สัปดาห์ กิจกรรมใช้เวลาครั้งละ 2-3 ชั่วโมง โดยมีกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 1 เพื่อสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก สถานการณ์ความรุนแรง การชมวิดิทัศน์เรื่องอายุของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ¹² โดยการเน้นการนำเสนอถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วย ครอบครัวและเศรษฐกิจ แนวทางการป้องกัน การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การลดการติดเชื้อ วิธีการใช้ถุงยางอนามัย ให้กลุ่มตัวอย่างอภิปรายกลุ่มประเมินพฤติกรรมเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

กิจกรรมที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 2 เพื่อสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองและการรับรู้ประสิทธิผลของ

ผลลัพธ์จากการปฏิบัติ ในพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคเมร็งปากลมตลกและให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจและกำลังใจในการมีพฤติกรรมตรวจคัดกรองเมร็งปากลมตลก โดยนำเสนอตัวแบบด้านบวก รวมถึงปัญหาอุปสรรคและประโยชน์ที่ได้รับจากปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคเมร็งปากลมตลก บรรยายวิธีการตรวจภายในและสาธิตการตรวจภายในจากหุ่นจำลอง การใช้หน้ากากอนามัยหรือการใช้ผ้าคลุมศีรษะสตรีในการปกปิดใบหน้าก่อนตรวจ การใช้กางเกงเฉพาะสำหรับการตรวจภายในรูปแบบขั้นตอนการรับบริการเคลื่อนที่คัดกรองเมร็งปากลมตลกในชุมชน อภิปรายกลุ่มประเมินระดับความสามารถของตนเองที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการตรวจคัดกรองเมร็งปากลมตลก

กิจกรรมที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยติดตามกระตุ้นเตือนสตรีกลุ่มทดลองทางโทรศัพท์ จำนวน 1 ครั้ง เพื่อยืนยันให้เห็นถึงความรุนแรงของโรคเมร็งปากลมตลก โอกาสเสี่ยงของการโรคเมร็งปากลมตลก ประโยชน์ผลดีของการตรวจคัดกรองเมร็งปากลมตลกและการส่งเสริมให้กำลังใจในการตรวจคัดกรองเมร็งปากลมตลก

4. หลังจากจบการจัดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 6 (สัปดาห์ที่ 5 ไม่มีกิจกรรม) ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามชุดเดียวกับก่อนการทดลอง และติดตามการไปตรวจคัดกรองเมร็งปากลมตลก ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบให้ปฏิบัติตามปกติและแจกเอกสารความรู้เรื่องโรคเมร็งปากลมตลกจากศูนย์บริการสาธารณสุขหลังจากทำแบบสอบถามก่อนการทดลองให้ไปศึกษาด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายข้อมูลคุณลักษณะประชากรทั่วไป ด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบใช้สถิติ Paired t-test เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้สถิติ Independent t-test และเปรียบเทียบจำนวนผู้ไปรับบริการตรวจคัดกรองเมร็งปากลมตลก ใช้สถิติเชิงพรรณนาค่าร้อยละ

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่อายุ 46-50 ปี สถานภาพสมรส โสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ ร้อยละ 71.8 ระดับการศึกษาต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 53.1 อาชีพเกษตรกร/ค้าขาย/แม่บ้าน ร้อยละ 78.1 ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 46.9 ไม่มีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคเมร็งปากลมตลก ร้อยละ 93.7 สาเหตุที่ไม่ไปตรวจคัดกรองเมร็งปากลมตลก คือ รู้สึกอาย ร้อยละ 71.9 เคยได้รับอบรมเรื่องเมร็งปากลมตลก ร้อยละ 90.6 และไม่แน่ใจจะไปรับบริการตรวจคัดกรองเมร็งปากลมตลกภายในปีนี้ ร้อยละ 56.3

กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่อายุ 51-60 ปี สถานภาพสมรส โสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ ร้อยละ 84.4 ระดับการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 53.1 อาชีพส่วนใหญ่ เกษตรกรรม/ค้าขาย/แม่บ้าน ร้อยละ 93.8 ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 50.0 ไม่มีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคเมร็งปากลมตลก ร้อยละ 90.6 สาเหตุที่ไม่ไปตรวจคัดกรองเมร็งปากลมตลก คือ ไม่มีอาการผิดปกติ ร้อยละ 90.6 เคยได้รับอบรมเรื่องเมร็งปากลมตลก ร้อยละ 71.9 และไม่แน่ใจจะไปรับบริการตรวจคัดกรองเมร็งปากลมตลกภายในปีนี้ ร้อยละ 40.6 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างด้านคุณลักษณะทั่วไปของทั้งสองกลุ่ม พบว่า ไม่แตกต่างกัน ($p>0.05$)

2. ภายหลังจากทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคเมร็งปากลมตลก 30.18 คะแนน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเมร็งปากลมตลก 34.75 คะแนน ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเมร็งปากลมตลก 49.46 คะแนน สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเมร็งปากลมตลก 26.41 คะแนน พบว่า ไม่แตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.291$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยตัวแปรที่ศึกษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	p
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
ก่อนการทดลอง						
- การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก	26.34	2.36	25.56	2.25	1.35	0.181
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก	29.71	3.13	30.06	2.43	-0.49	0.626
- ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก	23.15	2.51	24.25	2.09	-1.89	0.063
- ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก	43.81	3.56	44.96	6.69	-0.86	0.392
หลังการทดลอง						
- การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก	30.18	1.73	26.81	3.38	5.02	<0.001
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก	34.75	2.94	30.71	3.44	5.03	< 0.001
- ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก	26.41	2.08	25.78	2.64	1.06	0.291
- ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก	49.46	3.14	46.46	4.80	2.95	0.005

3. การไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีผู้ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 30 ราย คิดเป็นร้อยละ

93.80 ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบ มีผู้ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.10 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	กลุ่มทดลอง (n=32)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=32)		p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ตรวจ	30	93.80	1	3.10	< 0.001
ไม่ตรวจ	2	6.20	31	96.60	
$\bar{X}$, SD	0.97, 0.177		0.3, 0.177		

สรุปและอภิปรายผล

1. จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งนี้ เนื่องจากใช้กลวิธีทางสุขภาพ โดยการให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกและสถานการณ์ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกนำเสนอ

ด้วยสไลด์ประกอบการบรรยายสื่อรูปภาพมดลูก โรคมะเร็งปากมดลูก การชมวิดีโอที่เน้นการนำเสนอถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วย ครอบครัวและเศรษฐกิจ การอภิปรายกลุ่มถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก รวมทั้งมีกิจกรรมกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์เพื่อสร้างความตระหนักการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก มีการเน้นย้ำการไม่ตรวจคัดกรองมะเร็งปาก

มดลูกส่งเสริมให้โรคมะเร็งปากมดลูกมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นถ้าพบในระยะท้ายๆ ส่งผลต่ออัตราการเสียชีวิต เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น และส่งผลให้คะแนนหลังการทดลองสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของจันทน์ แต่ไพสิฐพงษ์¹³ สุริยา สมะแอ¹⁴ รัฐพล สาแก้ว¹⁵ และ สุธิดา บุญรัตน์¹⁶ ที่ใช้วิธีการบรรยายการให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก สถานการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูก ความสำคัญและประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกการชมวิดีโอ และกิจกรรมการติดตามทางโทรศัพท์สอดคล้องกับนักวรรณ โอภาส¹⁷

2. จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งนี้ เนื่องจากดำเนินกิจกรรมโดยการให้ข้อมูลความรู้โรคมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ด้วยภาพนิ่งประกอบคำบรรยายและแนวทางการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก แนวทางการลดความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การลดการติดเชื้อ การใช้ถุงยางอนามัย เพื่อลดการติดเชื้อ รวมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันอภิปราย ทบทวนพฤติกรรมของตนเองที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกการป้องกันการติดเชื้อ กิจกรรมกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น และส่งผลให้คะแนนหลังการทดลองสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของจันทน์ แต่ไพสิฐพงษ์¹³ สุริยา สมะแอ¹⁴ รัฐพล สาแก้ว¹⁵ และ สุธิดา บุญรัตน์¹⁶ ที่ใช้วิธีการบรรยายประกอบภาพนิ่ง

3. จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งนี้ เนื่องจากผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมโดยนำเสนอให้เห็นถึงผลดีและประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากตัวแบบด้านบวกบอกเล่าประสบการณ์ถึงผลดีของการมีพฤติกรรมปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ผลกระทบที่

เกิดขึ้น ปัญหาอุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การอภิปรายกลุ่มเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนประสบการณ์ แสดงความคิดเห็นถึงผลดีของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก การเตรียมตัวก่อนตรวจและความเชื่อมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมในการเตรียมตัวก่อนตรวจ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น และส่งผลให้หลังการทดลองสูงขึ้นแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยความคาดหวัง

ในประสิทธิภาพของการตอบสนองต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าหลังการทดลองทั้งสองกลุ่มมีการรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกที่ค่อนข้างสูงใกล้เคียงกัน อธิบายได้ว่าเนื่องจากกลุ่มเปรียบเทียบได้รับข้อมูลข่าวสารจากเอกสาร การพบปะพูดคุยกันเอง และการได้รับข้อมูลข่าวสารในการช่วงของรณรงค์ประชาสัมพันธ์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในชุมชนจากพยาบาลที่เลี้ยง ส่งผลให้กลุ่มเปรียบเทียบมีการรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Dehdari¹⁸ ที่กลุ่มทดลองได้รับการอบรม กิจกรรมประกอบด้วยการบรรยายให้ความรู้การเน้นผลดีของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของรัฐพล สาแก้ว¹⁵ และริยดา ตะวันกุลกิตติ¹⁹ พบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ความคาดหวังประสิทธิภาพของผลดีในการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งนี้ เนื่องจากผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมโดยการสอบถามถึงความคาดหวังในการมีพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก การให้ความรู้และผลดีของตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การใช้ตัวแบบด้านบวกที่มี

พฤติกรรมที่เหมาะสมในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การบรรยายสาธิตวิธีการตรวจภายในจากหุ่นจำลองเพื่อให้เห็นถึงแนวทางวิธีการปฏิบัติที่ชัดเจน บรรยายการเตรียมตัวก่อนตรวจ สร้างความมั่นใจในการตรวจโดยใช้กางเกงเฉพาะสำหรับบริการตรวจภายในแทนการใช้ผ้าถุงแบบเดิม การใช้หน้ากากอนามัยหรือผ้าคลุมศีรษะปกปิดใบหน้าเพื่อจัดการอุปสรรคจากความอายและอธิบายแนวทางการจัดการกิจกรรมหน่วยบริการเคลื่อนที่คัดกรองมะเร็งปากมดลูกในชุมชน เพื่อเพิ่มช่องทางการตัดสินใจในการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น การให้กลุ่มตัวอย่างร่วมอภิปรายประเมินระดับความสามารถของตนเองที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการให้คำชี้แจง กำลังใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น และส่งผลให้คะแนนหลังการทดลองสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุริยา สมะแอ¹⁴ ที่ใช้การบรรยายสาธิตจากหุ่นจำลอง และรัฐพล สาแก้ว¹⁵ ที่ใช้ตัวแบบด้านบวกบอกเล่าประสบการณ์

5. จากการศึกษาพบว่า ภายหลังจากดำเนินการทดลองเสร็จสิ้นกลุ่มทดลองเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งใกล้เคียงกับผลงานวิจัยที่ผ่านมาของรัฐพล สาแก้ว¹⁵ ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีเดียวกันและยังให้แรงสนับสนุนจากอสม. โดยการกระตุ้นเตือนการเยี่ยมบ้าน ส่งผลให้กลุ่มทดลองเข้ารับบริการตรวจคัดกรองทุกราย ทั้งนี้ เป็นไปตามแนวทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์⁷ ซึ่งมีแนวคิดพื้นฐานการใช้ความกลัวเป็นแรงจูงใจทำให้เกิดพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดี ประกอบด้วย การรับรู้ความรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ด้วยการจัดการกิจกรรมเพื่อเพิ่มการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก เพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองที่เสี่ยงต่อการเกิด

โรคมะเร็งปากมดลูกจากการชมวิดีโอ ภาพนิ่ง ประกอบการบรรยาย การร่วมอภิปราย และประเมินความเสี่ยงของตนเองในการทำกิจกรรมกลุ่ม รวมทั้งการดูแลตัวแบบด้านบวกที่มีความคล้ายคลึงกันในด้านความเชื่อ ศาสนาและวัฒนธรรม การได้รับการเรียนรู้ประสบการณ์ตรงจากการสาธิตการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากหุ่นจำลอง การใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง การจัดการอุปสรรคที่ขัดขวางพฤติกรรมในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในด้านความอายซึ่งในกลุ่มสตรีมีผลจากความเชื่อทางด้านศาสนาและวัฒนธรรมมีการอบรมสั่งสอนให้แต่งกายมิดชิด²⁰ ส่งผลให้เพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร สามารถนำโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไปใช้ในการส่งเสริมให้สตรีมีผลเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่อื่นๆได้ เนื่องจากผลการวิจัยทำให้กลุ่มสตรีมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการจัดกิจกรรมควรคำนึงถึงช่วงระยะเวลาของการดำเนินกิจกรรมไม่ให้ขัดต่อการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาอิสลาม เช่น ในช่วงเดือนการถือศีลอดของศาสนาอิสลามโดยให้มีความเหมาะสมตามหลักศาสนา ขนบธรรมเนียมประเพณี

2. กิจกรรมการศึกษาเชิงทดลองควรเพิ่มการมีส่วนร่วมแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) ร่วมด้วยในการจัดกิจกรรมครั้งต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัย ขอขอบคุณสำนักอนามัย กรุงเทพมหานครที่ได้สนับสนุนเวลาในการทำวิจัย ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข วิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ทุนแผนงานเสริมสร้างศักยภาพและพัฒนา นักวิจัยรุ่นใหม่ตามทิศทางการยุทธศาสตร์การวิจัยและนวัตกรรม ประเภทบัณฑิตศึกษา ประจำปี 2562

เอกสารอ้างอิง

- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุขปี 2556. 2556 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก: http://bps.moph.go.th/new_bps/stes/default/files/health_statistic_2558.pdf
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2558. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.
- จตุพล ศรีสมบูรณ์. ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก บทความสำหรับประชาชน [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2560]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.rtcog.or.th>
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการให้บริการวัคซีนเอชพีวี ในนักเรียนหญิงชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค; 2559.
- ชูชัย ศรีขำนิ. ตรวจมะเร็งปากมดลูกระดับชาติระยะ 2 หญิงไทยอายุ 30 - 60 ปี. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 26 เมษายน 2560]. เข้าถึงได้จาก : <http://manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=95800001014>
- ศูนย์บริการสาธารณสุข 64 คลองสามวา สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. ข้อมูลพื้นฐานของศูนย์บริการสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: ศูนย์บริการสาธารณสุข 64 คลองสามวา; 2560.
- Roger RW. Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A Revised theory of protection motivation. In Cacioppo & R. Petty, Social psychophysiology. New York: Guilford Press; 1983:77-153.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ยูเออนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย; 2550.
- ศิริลักษณ์ วรไวย. การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความตั้งใจมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ตำบลกุดไผ่จ้อ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2558;8(2):173-81.
- Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods 2007;39(2):175-91.
- Cohen J. A power primer. Psychological Bulletin 1992;112(1),155-9.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ภาพยนตร์สั้นเรื่อง"อายุ"จัดทำขึ้นเพื่อรณรงค์ป้องกันมะเร็งปากมดลูกในโครงการ"ความอายคือสารก่อมะเร็ง"ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 30 มกราคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.youtube.com/watch?v=XTX4I4S7qac&feature=youtu.be>
- จันทน์ แท้ไพสิฐพงษ์. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อระดับความรู้และทัศนคติในสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกปกติ. วารสารการพยาบาล 2556;28(2):75-87.
- สุรียา สะมะแอ. ผลของโปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก กรณีศึกษา: ตำบลเกาะ อำเภอสุนทรราช จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารเครือข่าย วิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2559;3(1):31-45.
- รัฐพล สาแก้ว. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรม มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรีอายุ 30-60 ปี ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเหล็ก อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา 2560; 23(1):17-30.
- สุธิศา บุญรัตน์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงบอนอำเภอนองแสง จังหวัดปทุมธานี. วารสารสุขศึกษา 2561; 41(2):90-101.
- นภัสวรรณ โอภาส. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มีผลการตรวจเซลล์เยื่อบุมดลูกผิดปกติ. วารสารพยาบาลทหารบก 2561;19 (ฉบับพิเศษ):339-47.

18. Dehdari T, Hassani L, Hajizadeh E, Shojaeizadeh D, Nedjat S, Abedini M. Effects of an educational intervention based on the protection motivation theory and implementation intentions on first and second pap test practice in Iran. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2014;15:7257-61.
19. ริณดา ตะวันกุลกิตติ. รูปแบบกิจกรรมการสร้างแรงจูงใจและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมสตรีกลุ่มเสี่ยงเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพี้ยเก่า อำเภอลำลูกเกด จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์* 2560;6(1):5-14.
20. คณิศพร เตชะเสาวภาคย์. ปัจจัยที่มีผลต่อการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีมุสลิมในเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร. *วารสารเกื้อกาบุญ* 2559;23(2):232-47.

การดำเนินงานคลินิกวัณโรคในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่คนไทยในสถานบริการสุขภาพ จังหวัดสมุทรปราการ

ไพรินทร์ แสนตั้ง¹ ทศนีย์ ศีลาวรรณ² อัจฉรา วรารักษ์² อรุณ ภาชีน³

¹ นักศึกษาหลักสูตร วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร) สาขาการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² อาจารย์ประจำภาควิชาอนามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

³ อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

บทคัดย่อ

วัณโรคยังคงเป็นปัญหาสำคัญ โดยหนึ่งในสี่ของผู้ป่วยวัณโรคเป็นผู้ป่วยที่ไม่ใช่คนไทย การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายปัจจัยนำเข้าและกระบวนการดำเนินงานคลินิกวัณโรคในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่คนไทย ในจังหวัดสมุทรปราการ ทำการศึกษาในคลินิกวัณโรค 17 แห่ง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในคลินิกวัณโรค 17 คน และรวบรวมเอกสารที่เกี่ยวข้อง โดยนำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา จัดหมวดหมู่ และเขียนความเรียง ผลการวิจัยพบว่า ด้านปัจจัยนำเข้าของการดำเนินงานคลินิกวัณโรค 8 ใน 17 แห่ง ไม่มีคลินิกวัณโรคแยกเฉพาะ 9 ใน 17 แห่ง มีบุคลากรไม่เพียงพอ 5 ใน 17 แห่ง มีล่ามช่วยในการสื่อสาร และ 12 ใน 17 แห่ง ไม่ได้รับการจัดสรรงบประมาณคลินิกวัณโรค ด้านกระบวนการดำเนินงานพบว่า โรงพยาบาลรัฐทุกแห่งติดตามการกินยาของผู้ป่วยแบบมีที่เลี้ยง และโรงพยาบาลเอกชนทุกแห่งใช้วิธีโทรศัพท์สอบถาม นอกจากนี้ โรงพยาบาลรัฐทุกแห่งติดตามการตรวจตามนัดด้วยโทรศัพท์ ในขณะที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ติดตามผู้ป่วยด้วยวิธีเยี่ยมบ้าน และโรงพยาบาลเอกชนทุกแห่งมีการโทรศัพท์แจ้งเตือนล่วงหน้าและในวันนัดพบ โรงพยาบาลรัฐทุกแห่งมีระบบส่งต่อผู้ป่วยไปยัง รพ.สต. และศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล ในขณะที่ภาคเอกชนเกือบทั้งหมดไม่มีระบบการรับ-ส่งต่อจากหน่วยงานอื่น ๆ ด้านความครอบคลุมบริการพบว่า โรงพยาบาลรัฐทุกแห่งมีบริการครอบคลุมทุกกิจกรรม ในขณะที่โรงพยาบาลเอกชนสามารถให้บริการเฉพาะบางกิจกรรม

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยคือ ควรจัดหาล่ามร่วมกับการจัดทำเครื่องมือช่วยในการสื่อสาร และควรมีจุดให้บริการคลินิกวัณโรคแบบเบ็ดเสร็จในจุดเดียว

คำสำคัญ: การดำเนินงาน/ คลินิกวัณโรค/ ผู้ป่วยที่ไม่ใช่คนไทย/ สถานบริการสุขภาพ

Operation of Tuberculosis Clinic among Non-Thai Patients in Health Care Facilities, Samut Prakan Province

Pairin Santung¹, Tassanee Silawan², Ajchara Vararuk², Oranut Pacheun³

¹ M.Sc. (Public Health) Major in Community Health Services System Development, Faculty of Public Health, Mahidol University

² Community Health Department, Faculty of Public Health, Mahidol University

³ Faculty of Public Health, Thammasat University

Abstract

Tuberculosis (TB) was still a major problem and a quarter of TB cases were Non-Thai citizens. This qualitative research aimed to describe both inputs and operational process of TB clinics for Non-Thai patients (NTPs) in Samut Prakan Province. The research had been done in 17 TB Clinics. All research information were collected by interviewing and gathering related documents. The results found that the input of TB clinics as of; 8 of 17 TB clinics did not have a clinic for NTPs; 9 of 17 TB clinics were insufficient health personnel for service providing; 5 of 17 TB clinics had enough interpreters; and 12 of 17 TB clinics did not receive a budget. According to the operational management showed that all public hospitals using Directly Observed Treatment (DOT) method to monitor medicines intake whilst follow-up system using telephone calls method in both public and private hospitals but for Sub-district Health Promoting Hospitals (SDHPH) followed up patients by home visit. The referral system for NTPs could be provided by public hospitals only among SDHPHs and municipality public health centers but some private hospitals might have referral system. Moreover, the service coverage found that all public hospitals were able to cover all activities when private hospitals could cover some activities. The suggestion from this study is every hospital should provide interpreters and communication materials as well as One Stop Service of TB clinics for NTPs.

Keywords: Operation/ Tuberculosis clinics/ Non-Thai patient/ Health Service

บทนำ

จากรายงานวันโรคปี พ.ศ. 2559 คาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคทั่วโลกถึง 140 ต่อแสนประชากร มีผู้ป่วยโรคเสียชีวิตสูงถึง 1.3 ล้านคน องค์การอนามัยโลก ได้จัดให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศของโลกที่มีภาระด้านโรค โดยคาดประมาณว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยโรค 119,000 ราย หรือมีอัตราอุบัติการณ์ 172 ต่อแสนประชากร¹

จากผลการดำเนินงานวันโรคของประเทศไทยปี 2559 พบว่า มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาวินโรค (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) จำนวน 73,756 ราย มีอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยโรค ร้อยละ 77.62^{2,3} ทั้งนี้ยังมีผู้ป่วยโรคในกลุ่มที่ไม่ใช่คนไทยจำนวน 3,207 ราย โดย 5 จังหวัดที่พบผู้ป่วยโรคที่ไม่ใช่คนไทยสูงสุด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร สมุทรสาคร ตาก เชียงใหม่ และเชียงราย ซึ่งมีอัตราความสำเร็จการรักษา ร้อยละ 70.8 สาเหตุมาจากการขาดการรักษาและไม่มารับยาตามนัด ร้อยละ 11.2³ ดังนั้น การรักษาอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาระบบรับ-ส่งต่อผู้ป่วย และการติดตามผลการรักษาจึงมีความสำคัญต่อการเพิ่มความสำเร็จของการรักษาและการควบคุมวินโรค

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานวินโรคในกลุ่มประชากรข้ามชาติ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมวินโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ได้แก่ ปัญหาด้านการประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งในด้านการติดต่อสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว พูดภาษาไทยไม่คล่อง ช่วงเวลาที่ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ไม่สะดวก⁴ การศึกษาวิถีชีวิต ปัญหา ความต้องการด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ พบปัญหาการสื่อสารไม่เข้าใจ ได้รับการรักษาไม่ตรงกับโรคที่ป่วย ความไม่เท่าเทียม รู้สึกไม่เป็นธรรมในการได้รับบริการสุขภาพ และสื่อด้านสุขภาพที่ผลิตออกมาไม่สามารถตอบสนองความต้องการของแรงงานข้ามชาติในกลุ่มชาติพันธุ์ได้^{5,6} ทำให้ขาดความรู้ความเข้าใจ

เกี่ยวกับวินโรค ขาดการวางแผนการรักษาและการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีปัญหาด้านการให้บริการและการรักษาวินโรค ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบสถานที่ให้บริการรักษาวินโรค และบางรายยังรักษาด้วยตนเองหรือซื้อยากินเองจากร้านขายยา⁶ ดังนั้นประชากรไทยและแรงงานข้ามชาติยังต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับวินโรคและโทรทัศน์เป็นสื่อที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด⁷

จังหวัดสมุทรปราการเป็นจังหวัดที่มีแรงงานที่ไม่ใช่คนไทยเข้ามาทำงานในโรงงานและสถานประกอบการจำนวนมาก เนื่องจากเป็นเมืองที่มีนิคมอุตสาหกรรม ด้านสถานการณ์วินโรคพบผู้ป่วยในปี 2559 จำนวน 242 คน เป็นผู้ป่วยวินโรคที่ไม่ใช่คนไทย ร้อยละ 26.03⁸ การดำเนินงานด้านการรักษาที่ถูกต้องและต่อเนื่อง จะส่งผลต่อความสำเร็จของการรักษาและลดการแพร่กระจายของวินโรคทั้งในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่คนไทยได้ ผลการศึกษาการดำเนินงานคลินิกวินโรคในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่คนไทยในจังหวัดสมุทรปราการครั้งนี้ จะเป็นแนวทางในการปรับระบบการดำเนินงานคลินิกวินโรคในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่คนไทยให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่ออธิบายปัจจัยนำเข้าของการดำเนินงานคลินิกวินโรคในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่คนไทย ในด้านสถานที่ให้บริการดูแลรักษา บุคลากร การสื่อสาร และงบประมาณ

2. เพื่ออธิบายกระบวนการดำเนินงานคลินิกวินโรคในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่คนไทย ในด้านการติดตามการกินยาต่อเนื่อง การติดตามการตรวจตามนัด ระหว่างการรักษา การส่งต่อ และความครอบคลุมของบริการ

ระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากรผู้ทำหน้าที่หลักในการให้บริการ

คลินิกวัณโรคในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่คนไทย ร่วมกับการรวบรวมเอกสารที่เกี่ยวข้อง

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร คือหน่วยงานที่มีการดำเนินงานคลินิกวัณโรคในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่คนไทยในจังหวัดสมุทรปราการ ประกอบด้วย โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 5 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 68 แห่ง โรงพยาบาลรัฐสังกัดกระทรวงอื่น ๆ 4 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน 14 แห่ง สถานพยาบาล 7 แห่ง คลินิกเอกชน 344 แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชนในเครือข่ายโรงพยาบาลสมุทรปราการ จำนวน 2 แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 2 แห่ง⁹ และองค์กรที่ทำงานโดยไม่แสวงหากำไร 1 แห่ง

2.2 กลุ่มตัวอย่างและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ คือคลินิกวัณโรคในจังหวัดสมุทรปราการที่ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ใช่คนไทยในปี 2558 จำนวน 17 แห่ง ที่สมัครใจเข้าร่วมในการศึกษา โดยคัดเลือกตัวแทนแบบเฉพาะเจาะจงให้ครอบคลุมประเภทหน่วยงานและระดับการให้บริการได้กลุ่มตัวอย่างคลินิกวัณโรคที่ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ใช่คนไทย ดังนี้

1) โรงพยาบาลภาครัฐระดับจังหวัด (โรงพยาบาลทั่วไป) 1 แห่ง ระดับอำเภอ (โรงพยาบาลชุมชน) 4 แห่ง และระดับตำบล (รพ.สต.) 1 แห่ง

2) ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 1 แห่ง

3) โรงพยาบาลเอกชน 8 แห่ง และคลินิกเอกชน 1 แห่ง

4) องค์กรที่ทำงานโดยไม่แสวงหากำไร 1 แห่ง

ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในคลินิกวัณโรค โดยเป็นผู้รับผิดชอบหลักและมีประสบการณ์ทำงานให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ใช่คนไทยอย่างน้อย 1 ปี และสมัครใจเข้าร่วมในการศึกษา แห่งละ 1 คน รวม 17 คน

3. เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือในการวิจัย มี 2 ชุด คือ 1) แบบรวบรวมข้อมูลของหน่วยงาน เนื้อหาประกอบด้วยประเภทหน่วยงาน ที่ตั้งหน่วยงาน ประชากรที่รับผิดชอบ และ 2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากรผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานคลินิกวัณโรคในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่คนไทย เนื้อหาประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการ ปัจจัยนำเข้าของการให้บริการคลินิกวัณโรคในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่คนไทยในด้านสถานที่ให้บริการดูแลรักษาวัณโรค บุคลากรที่ปฏิบัติงานการสื่อสาร งบประมาณ และกระบวนการดำเนินงานคลินิกวัณโรคในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่คนไทย ในด้านการติดตามการกินยาต่อเนื่อง การติดตามการตรวจตามนัดระหว่างรักษา การส่งต่อ และความครอบคลุมบริการ ซึ่งผู้วิจัยสร้างเครื่องมือจากการศึกษาและทบทวนเอกสารวิชาการ แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมในเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ โดยทดลองใช้เครื่องมือในคลินิกวัณโรคที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง 1 แห่ง และปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ก่อนเก็บข้อมูลจริง

4. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงโครงการและขออนุญาตทำการวิจัยในพื้นที่รับผิดชอบ ทำการนัดหมายวันและเวลาเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึกและรวบรวมเอกสาร โดยปฏิบัติตามข้อกำหนดด้านจริยธรรมการวิจัยและให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความสมัครใจ ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการภายหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MUPH 2015-153 และการรับรองจริยธรรมจากโรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ เลขที่ 2/2559 (หนังสือ 22 เมษายน 2559)

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลมีการตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลหลายแหล่งโดยใช้หลักสามเส้า (Triangulation) โดยใช้วิธีการสังเกตเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในวันที่มีการให้บริการคลินิกวันโรคควบคู่กับการสัมภาษณ์ พร้อมกับศึกษาข้อมูลจากแหล่งเอกสาร เช่น ทะเบียนผู้ป่วยโรค ผลการตรวจสุขภาพ แผนงาน โครงการ ผลการดำเนินการตามตัวชี้วัด ทั้งของหน่วยงาน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องประกอบ และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) จัดหมวดหมู่ แง่เน้นบทความและเขียนความเรียง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของคลินิกวันโรคที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

คลินิกวันโรคที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 17 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลเอกชน (8 แห่ง) โรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพของรัฐบาล (6 แห่ง) คลินิกเอกชน (1 แห่ง) ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล (1 แห่ง) และองค์กรที่ทำงานโดยไม่แสวงหากำไร (1 แห่ง) โดยมีที่ตั้งหน่วยงานอยู่ในพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการ 5 อำเภอ ส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่อำเภอเมือง (7 แห่ง) รองลงมา คือ อำเภอบางพลี (4 แห่ง) ประชากรที่รับผิดชอบในเขตบริการแตกต่างกันตามลักษณะและขอบเขตภารกิจ ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไปขนาด 415 เตียง รับผิดชอบประชากรในเขตบริการ 528,271 คน โรงพยาบาลชุมชนขนาด 200 เตียง รับผิดชอบประชากร 233,408 คน ขนาด 120 เตียง รับผิดชอบประชากร 103,878 คน ขนาด 74 เตียง รับผิดชอบประชากร 199,203 คน ขนาด 41 เตียง รับผิดชอบประชากร 130,146 คน รพ.สต. ให้บริการระดับปฐมภูมิ รับผิดชอบประชากร 18,575 คน โรงพยาบาลเอกชนและคลินิกเอกชนรับผิดชอบประชากรที่ชำระเงินเองและผู้ป่วยประกันสังคมของหน่วยบริการ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลให้บริการระดับปฐมภูมิ รับผิดชอบประชากร

10,125 คน และองค์กรที่ทำงานโดยไม่แสวงหากำไร รับผิดชอบประชากรทั้งจังหวัดสมุทรปราการ

2. ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

บุคลากรที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 17 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (14 คน) มีอายุอยู่ระหว่าง 40-49 ปี (47.06 %) เป็นพยาบาลวิชาชีพ สถานภาพสมรส และมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานวันโรค 11-15 ปี (41.18 %)

3. ปัจจัยนำเข้าของการดำเนินงานคลินิกวันโรคในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่คนไทย

3.1 สถานที่ให้บริการดูแลรักษาแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ จัดรวม กับ จัดแยก หน่วยบริการส่วนใหญ่ (8 แห่ง) ไม่ได้จัดสถานที่ให้บริการแยกเฉพาะสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่คนไทย จะให้บริการร่วมกับงานผู้ป่วยนอกทั่วไป ไม่มีโครงสร้างที่ชัดเจน มีเพียงผู้รับผิดชอบงานวันโรคเป็นผู้ดูแลประสานงานหลัก และมีบุคลากรที่ปฏิบัติงานในงานผู้ป่วยนอกอื่น ๆ ดูแลผู้ป่วยวันโรค ร่วมกับการให้บริการงานผู้ป่วยนอกทั่วไป การให้บริการเป็นลักษณะบริการหลายจุด โดยมีการซักประวัติและตรวจสุขภาพที่งานผู้ป่วยนอก พบแพทย์ที่ห้องตรวจอายุรกรรม และรับยาที่ห้องจ่ายยาทั่วไป

ในหน่วยบริการที่มีคลินิกวันโรคแยกเฉพาะ จะมีสถานที่สำหรับให้บริการผู้ป่วย คือ คลินิกวันโรค มีโครงสร้างชัดเจน มีบุคลากรที่รับผิดชอบงานวันโรค และมีบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ประจำในคลินิกวันโรค มีขั้นตอนในการให้บริการในคลินิกวันโรคเบ็ดเสร็จในจุดเดียว (One Stop Service) โดยมีการซักประวัติ ตรวจสุขภาพ ให้คำปรึกษา พบแพทย์ตรวจรักษา และมีเภสัชกรจ่ายยาที่คลินิกวันโรค

3.2 บุคลากร ด้านความเพียงพอของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกวันโรค กลุ่มตัวอย่างเกินกึ่งหนึ่ง (9 คน) ระบุว่าหน่วยงานมีจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอในวันให้บริการผู้ป่วยวันโรค และบุคลากรที่ปฏิบัติงานมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย เมื่อมีบุคลากรใหม่มา

ทดแทนก็ต้องใช้เวลาในการสื่อสารให้เข้าใจขั้นตอนและระบบการให้บริการในวันให้บริการของคลินิกวันโรค รวมทั้งการให้ความรู้กับบุคลากรที่มาปฏิบัติงานใหม่ก่อนปฏิบัติงาน ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างบางส่วนเห็นว่าหน่วยงานมีจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานเพียงพอต่อการให้บริการ รวมถึงในวันที่มีการให้บริการคลินิกวันโรคด้วย หน่วยบริการทุกแห่งจะมีบุคลากรที่รับผิดชอบงานวันโรค และมีบุคลากรสาธารณสุขในลักษณะทีมสหวิชาชีพมาให้บริการในวันที่มีบริการนัดผู้ป่วยวันโรคมาใช้บริการ ส่วนด้านความรู้และทักษะของเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (14 จาก 17 แห่ง) ระบุว่าได้รับการอบรมความรู้และทักษะด้านวันโรคครบตามหลักสูตร มีประกาศนียบัตรรับรองและได้เข้าร่วมกิจกรรมวิชาการด้านวันโรคอย่างต่อเนื่อง ส่วนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในวันให้บริการคลินิกวันโรคมักกว่าครึ่งระบุว่าได้เข้าร่วมกิจกรรมวิชาการงานวันโรค แต่ไม่ได้รับการอบรมหลักสูตร 2 วันหรือมากกว่า 2 วัน

3.3 การสื่อสาร กลุ่มตัวอย่างบุคลากรที่ปฏิบัติงานมากกว่าครึ่ง (8 คน) ประสบปัญหาเรื่องการให้คำปรึกษาและข้อมูลข่าวสารกับผู้ป่วยวันโรคในกลุ่มที่ไม่ใช่คนไทย เนื่องจากหน่วยบริการไม่มีล่ามที่สามารถสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการได้ดี ทั้งการฟัง พูด อ่าน และเขียน ในขณะที่หน่วยบริการที่เหลือไม่มีปัญหาเรื่องการสื่อสารกับผู้ป่วยวันโรคในกลุ่มที่ไม่ใช่คนไทยเนื่องจากหน่วยบริการมีล่ามประจำของหน่วยงานเองที่เป็นคนเมียนมาร์ที่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี ทั้งการฟัง พูด อ่าน และเขียน ทำหน้าที่แปลภาษาและสื่อสารการให้บริการกับผู้ป่วยวันโรคที่ไม่ใช่คนไทย ด้านสื่อ (ป้ายประชาสัมพันธ์ เอกสารความรู้) สำหรับช่วยในการสื่อสารเรื่องความรู้และแนวทางการปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างทุกคนระบุว่าในหน่วยบริการไม่มีป้ายและเอกสารที่เป็นภาษาพื้นถิ่นสำหรับให้ผู้ป่วย

3.4 งบประมาณ การดำเนินงานของคลินิกวันโรคส่วนใหญ่ (12 แห่ง) ไม่ได้รับการจัดสรรงบประมาณในการดำเนินงานวันโรคโดยเฉพาะ จึงมีการ

ใช้งบประมาณโดยบูรณาการร่วมกับกิจกรรมอื่นๆ เช่น งานเอดส์ และร่วมจัดกิจกรรมกับหน่วยงานอื่น ๆ โดยมีหน่วยงานอื่นเป็นเจ้าภาพ เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลจังหวัด และองค์กรที่ทำงานโดยไม่แสวงหากำไร ในขณะที่ 5 แห่งได้รับงบประมาณในการจัดกิจกรรมเพื่อการดำเนินงานวันโรคและดำเนินงานในกลุ่มที่ไม่ใช่คนไทย โดยเกือบทั้งหมดระบุว่าได้รับงบประมาณจากหน่วยงานภายนอก เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกองทุนโลกเพื่อต่อสู้โรคเอดส์วันโรค และมาลาเรีย

4. กระบวนการดำเนินงานคลินิกวันโรค

ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่คนไทย

4.1 การติดตามการกินยาต่อเนื่องในโรงพยาบาลภาครัฐทุกแห่ง ผู้ให้บริการทุกคนระบุว่ามีการดำเนินงานดูแลรักษาผู้ป่วยวันโรคในกลุ่มที่ไม่ใช่คนไทยมีการติดตามกำกับดูแลให้กินยาให้ครบเหมือนคนไทย โดยติดตามการกินยาอย่างต่อเนื่อง ทั้งในสถานบริการและติดตามเชิงรุกในชุมชน ซึ่งออกดำเนินการร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ทั้งภาครัฐและองค์กรที่ทำงานโดยไม่แสวงหากำไร นอกจากนี้ในโรงพยาบาลภาครัฐทุกแห่งมีพี่เลี้ยงดูแลในการกินยาที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือญาติ มีการติดตามผลการรักษาทุกราย บางรายมีการติดตามโดยการโทรศัพท์ร่วมกับลงเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการรับประทานยา ติดตามอาการหรือผลข้างเคียงจากการรับประทานยา

ส่วนโรงพยาบาลเอกชน (5 ใน 8 แห่ง) ใช้วิธีการโทรศัพท์ติดตามการกินยา ในขณะที่มีเพียงหนึ่งแห่งที่ให้ผู้ป่วยนำยามาด้วยในวันที่มีตรวจตามนัด โดยเจ้าหน้าที่งานวันโรคและเภสัชกรจะช่วยตรวจสอบจำนวนยาที่เหลือเพื่อดูการกินยาของคนที่ใช้ ในขณะที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล และองค์กรที่ทำงานโดยไม่แสวงหากำไรจะช่วยเหลือสนับสนุนในการดูแลการกินยาของผู้ป่วยที่บ้าน โดยการออกไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน และกรณี

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยงในการดูแลเรื่องการกินยาจะให้ผู้ป่วยกินยาต่อหน้าเจ้าหน้าที่ที่เป็น DOT และลงบันทึกรายงานการกินยาในเอกสารเพื่อจัดเก็บข้อมูลการกินยาของคนไข้ ตรวจสอบจำนวนยา รวมทั้งซักประวัติอาการข้างเคียงเบื้องต้น และให้คำปรึกษาเพิ่มเติมกับคนไข้

4.2 การติดตามการตรวจตามนัดระหว่างรักษาในโรงพยาบาลภาครัฐทุกแห่ง ผู้ให้บริการระบุว่า การติดตามการตรวจตามนัดของผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มที่ไม่ใช่คนไทย จะได้รับการติดตามเหมือนคนไทย แต่จะใช้รายงานตามสมุดทะเบียนแยกกันในกลุ่มคนไทยและผู้ป่วยที่ไม่ใช่คนไทย โดยส่วนใหญ่จะใช้วิธีการติดตามทางโทรศัพท์ในกรณีที่ไม่มาตรวจตามนัด ส่วนโรงพยาบาลภาคเอกชนทุกแห่ง จะมีการโทรศัพท์แจ้งเตือนล่วงหน้าและติดตามระหว่างวันที่นัดพบแพทย์ ในขณะที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล และองค์กรที่ทำงานโดยไม่แสวงหากำไรจะออกพื้นที่เชิงรุกในการติดตามผู้ป่วยหากไม่มาตรวจตามนัด โดยจะได้รับการประสานจากหน่วยบริการโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชน

4.3 การส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคโรงพยาบาลภาครัฐทุกแห่ง ผู้ให้บริการระบุว่ามีการส่งข้อมูลและส่งต่อผู้ป่วยต่อไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยจะมีการประสานงานและดูแลผู้ป่วยร่วมกัน มีการสื่อสารข้อมูลรายงานตอบกลับ และส่งต่อผู้ป่วยกลับไปตรวจประเมินยังหน่วยบริการหลัก และมีการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานในการดูแลรักษาโรคร่วมในคลินิกอื่นๆที่เกี่ยวข้องในหน่วยงาน ในจำนวนนี้มีโรงพยาบาลภาครัฐหนึ่งแห่งที่มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลจังหวัดเพื่อได้รับการรักษาที่มีศักยภาพสูงกว่าในกรณีผู้ป่วยที่มีเชื้อวัณโรคคือต่อยา (MDR-TB) ขณะที่โรงพยาบาลภาคเอกชนส่วนใหญ่ (6 จาก 8 แห่ง) ไม่มีการส่งต่อผู้ป่วยและไม่ได้รับการส่งต่อจากหน่วยบริการอื่นๆ ยกเว้น หนึ่งแห่งที่มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไป

ยังองค์กรที่ทำงานโดยไม่แสวงหากำไรเพื่อช่วยติดตามผู้ป่วยเนื่องจากขาดการตรวจตามนัด

4.4 ความครอบคลุมบริการ ในด้านการวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรค ผู้ให้บริการฯ ทุกแห่ง ทั้งโรงพยาบาลภาครัฐและโรงพยาบาลภาคเอกชน ระบุว่า มีการตรวจชันสูตรเสมหะ และเอกซเรย์หน้าอกตามมาตรฐาน ในด้านการรักษา ผู้ให้บริการฯ ใน โรงพยาบาลภาครัฐทุกแห่งระบุว่าดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการใช้ยาตามคู่มือการกินยาของผู้ป่วยทุกรายตามเกณฑ์ประเมินมาตรฐาน ส่วนโรงพยาบาลเอกชนทุกแห่ง ยังไม่มีบริการเชิงรุกในการดูแลติดตามผู้ป่วยที่บ้าน ในขณะที่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์บริการสาธารณสุข ให้บริการครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยเป็นพี่เลี้ยงดูแลเรื่องการกินยา การเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษาในการดูแลตนเอง การจัดสภาพแวดล้อมที่พักอาศัย โดยดำเนินการในผู้ป่วยวัณโรคทุกรายที่ได้รับการส่งต่อจากหน่วยบริการเครือข่าย ส่วนองค์กรที่ทำงานโดยไม่แสวงหากำไรให้บริการครอบคลุมในกิจกรรมเชิงรุกในชุมชน เพื่อค้นหาผู้ป่วย ติดตามผู้ป่วย และการส่งต่อให้เข้าสู่กระบวนการรักษา

สรุปและอภิปรายผล

ด้านสถานที่ให้บริการดูแลรักษาหรือดำเนินงานคลินิกวัณโรคในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่คนไทย พบว่าหน่วยบริการภาครัฐจัดสถานที่ให้บริการแยกเฉพาะสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่คนไทย ทั้งนี้เนื่องจากหน่วยงานภาครัฐได้รับการสนับสนุนให้ดำเนินการตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และดำเนินงานตามมาตรฐานคลินิกวัณโรคคุณภาพ ในขณะที่ หน่วยบริการภาคเอกชนไม่มีคลินิกเฉพาะสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่คนไทย ซึ่งอาจเกิดจากข้อจำกัดในการใช้ทรัพยากรในการดำเนินการ ทั้งอุปกรณ์ สถานที่ และบุคลากร ที่กำหนดโดยนโยบายและผู้บริหารของหน่วยงาน ประกอบกับที่หน่วยบริการภาคเอกชนมีผู้ป่วยจำนวนไม่มาก เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นสิทธิข้าราชการหรือสิทธิประกันสังคมบางส่วน ทำให้ไม่มีความจำเป็นหรือความคุ้มค่าใน

การจัดบริการแยกเฉพาะ ซึ่งการมีคลินิกแยกเฉพาะจะช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อโรคทั้งจากบุคลากร ผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการตามมาตรการควบคุมโรคในสถานพยาบาล และทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ได้รับการได้รวดเร็ว ถูกต้อง ครบถ้วนตามขั้นตอนแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว^{10,11} ในขณะที่การไม่มีคลินิกแยกเฉพาะอาจส่งผลให้มีการแพร่กระจายเชื้อและทำให้มีผู้สัมผัสที่เสี่ยงสูงเพิ่มขึ้นจากการที่ผู้ป่วยต้องไปรับบริการหลายจุดบริการ และทำให้ต้องมีการดำเนินงานที่เคร่งครัด ทั้งด้านสิ่งแวดล้อม ระบบอากาศ อุปกรณ์ป้องกันการควบคุมการติดเชื้อโรค การให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ และการสนับสนุนหน้ากอกอนามัยและดูแลสุขยะ ฯลฯ¹²

ด้านบุคลากร พบว่าหน่วยบริการเกินครึ่งบุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคไม่เพียงพอในวันให้บริการผู้ป่วยโรค โดยสาเหตุที่หน่วยบริการภาครัฐมีบุคลากรไม่เพียงพอ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงเคลื่อนย้ายของบุคลากร ทั้งการย้ายหน่วยงาน เปลี่ยนแผนก หรือลาออก และการจัดสรรบุคลากรทดแทน มีระเบียบและขั้นตอนที่ต้องใช้ระยะเวลาค่อนข้างนาน ทำให้บุคลากรไม่เพียงพอปฏิบัติงาน ส่วนสาเหตุที่หน่วยบริการภาคเอกชนมีบุคลากรไม่เพียงพอ อาจเนื่องจากการจัดสรรบุคลากรเป็นไปตามนโยบายการบริหารที่มุ่งผลกำไรและความคุ้มค่าในการจัดบริการ บุคลากรจึงต้องรับผิดชอบภาระงานหลายด้าน ซึ่งการมีบุคลากรไม่เพียงพออาจทำให้เกิดความล่าช้าในการให้บริการ และการควบคุมคุณภาพงานโรคไม่ครบถ้วนและต่อเนื่องได้^{13,14}

ด้านการสื่อสาร พบว่าหน่วยบริการมากกว่าครึ่งประสบปัญหาเรื่องการให้คำปรึกษาและข้อมูลข่าวสารกับผู้ป่วยโรคในกลุ่มที่ไม่ใช่คนไทย โดยหน่วยบริการภาครัฐส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการสื่อสารไม่มากนัก อาจเนื่องจากมีนโยบายการจ้างบุคลากรที่ไม่ใช่คนไทยทำหน้าที่เป็นล่ามแปลภาษาช่วยในการสื่อสารประจำหน่วยงาน รวมทั้งบางครั้งได้รับการสนับสนุนล่าม

แปลภาษาจากองค์กรที่ทำงานโดยไม่แสวงหากำไรด้วย ส่วนหน่วยบริการภาคเอกชน ส่วนใหญ่ประสบปัญหาเรื่องการสื่อสาร เนื่องจากอัตรากำลังตามโครงสร้าง ไม่มีการจ้างบุคลากรที่ไม่ใช่คนไทยเพื่อเป็นล่ามแปลภาษาประจำหน่วยงาน และขาดการประสานความร่วมมือหรือขอรับการสนับสนุนล่ามหรือสื่อจากหน่วยงานอื่น ๆ การมีล่ามหรือสื่อที่ช่วยในการสื่อสารภาษาในผู้ป่วยที่ไม่ใช่คนไทย ช่วยทำให้ผู้ใช้บริการได้รับการได้อย่างมีคุณภาพ และเข้าใจการสื่อความหมายได้ชัดเจนและถูกต้อง ลดข้อผิดพลาดจากการสื่อสาร ซึ่งส่งผลให้การดูแลรักษาเป็นไปอย่างราบรื่น และทำให้มีผลการรักษาที่ดี และไม่เกิดความคลาดเคลื่อนในการปฏิบัติและอาจส่งผลกระทบต่อการรักษาได้^{14,15}

ด้านงบประมาณ พบว่าหน่วยบริการส่วนใหญ่ไม่ได้รับการจัดสรรงบประมาณในการดำเนินงานโรคโดยเฉพาะ ซึ่งอาจเนื่องมาจากระบบการจัดสรรงบประมาณที่มองภาพรวมทุกกิจกรรมในหน่วยงานที่ต้องบริหารจัดการให้สามารถดำเนินกิจกรรมในทุกภารกิจได้ ซึ่งการจัดสรรงบประมาณเฉพาะเพื่อดำเนินงานโรคอาจทำให้ผู้ป่วยโรคในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่คนไทยได้รับการดูแลเพิ่มขึ้น ต่อเนื่อง และสอดคล้องกับปัญหาหรือความจำเป็น

ด้านการติดตามการกินยาต่อเนื่องซึ่งนับเป็นมาตรการสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จในการรักษาโรค การกินยาครบจะส่งผลให้รักษาหาย ป้องกันการดื้อยา และการเสียชีวิตจากโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้ทั้งนี้การดำเนินการโดยการใช้ที่เลี้ยงดูและการรับประทานยาต่อหน้า หรือ DOT จะช่วยตัดวงจรการแพร่กระจายเชื้อโรค ป้องกันการเกิดขึ้นของการดื้อยา และลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคได้^{16,17} จากผลการศึกษา พบว่าหน่วยบริการส่วนใหญ่มีการติดตามการกินยาของผู้ป่วยโรคในกลุ่มที่ไม่ใช่คนไทยอย่างต่อเนื่องเหมือนคนไทย โดยหน่วยบริการภาครัฐมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์บริการสาธารณสุข ซึ่งอยู่ในเครือข่ายร่วมในการติดตาม

ดูแลผู้ป่วยวินโรคที่บ้าน ร่วมกับการนิเทศติดตามจากหน่วยงานราชการต่าง ๆ ในขณะที่หน่วยบริการภาคเอกชนเอง ก็ดำเนินการตามมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยวินโรค ให้กินยาครบ รวมถึงมีการติดตามและแจ้งเตือนการกินยาด้วย

การติดตามการตรวจตามนัดระหว่างรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยวินโรคในกลุ่มที่ไม่ใช่คนไทยได้พบแพทย์ และทีมสหวิชาชีพ เพื่อติดตามประเมินผลการรักษา การได้รับการตรวจสอบสุขภาพ หรือได้รับการพิจารณาในการปรับเปลี่ยนสูตรยา การเฝ้าระวังดูแลอาการข้างเคียงจากยา การให้คำปรึกษาเฉพาะราย และได้รับการวางแผนการรักษาอย่างเป็นปัจจุบัน¹⁶ ซึ่งหากไม่มีการติดตามการตรวจตามนัดระหว่างรักษาอาจทำให้เกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์หรือโรคร่วมในระหว่างการรักษา และส่งผลต่อการรักษาวินโรคให้หายได้ จากการศึกษาพบว่าหน่วยบริการส่วนใหญ่มีการติดตามการตรวจตามนัดระหว่างรักษาในผู้ป่วยวินโรคในกลุ่มที่ไม่ใช่คนไทย โดยหน่วยบริการภาครัฐจัดเตรียมความพร้อมในการจัดบริการคลินิกวินโรคในวันที่ให้บริการและมีเครื่องมือการตรวจสอบติดตามผู้ป่วยวินโรคในกลุ่มที่ไม่ใช่คนไทยอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีระบบควบคุมกำกับตามระบบการดูแลผู้ป่วยวินโรค ส่วนหน่วยบริการภาคเอกชน ก็มีระบบการติดตามนัดของผู้ป่วยตามแนวทางของระบบโรงพยาบาล ร่วมกับใช้เทคโนโลยีช่วยในการแจ้งเตือนผู้ป่วย เช่น การส่ง SMS และการโทรศัพท์แจ้งเตือนล่วงหน้า

การส่งต่อผู้ป่วยวินโรค ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาร่วมกันในเครือข่าย การดูแลวินโรคมีความใกล้ชิดและต่อเนื่อง รวมถึงการส่งต่อให้ผู้ป่วยในกรณีที่เกิดขีดความสามารถไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า จะทำให้ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็วทันเวลาและฟื้นภาวะวิกฤติได้ นอกจากนี้ ยังช่วยให้เกิดการดูแลติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน และการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยบริการในเครือข่ายด้วย^{18,19} จากการศึกษาพบว่า หน่วยบริการภาครัฐมีการส่งข้อมูลและส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งเป็นเครือข่ายหน่วยบริการรองใน

การดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ตามนโยบายลดความแออัดของโรงพยาบาล และผู้ป่วยได้รับการที่สะดวก มีคุณภาพใกล้บ้านใกล้ใจ รวมถึงมีข้อกำหนดในการให้บริการในหน่วยบริการที่ รับ-ส่งต่อในการดูแลผู้ป่วยตามศักยภาพของหน่วยบริการ และมีข้อตกลงร่วมกันในเครือข่ายในการรับส่งต่อผู้ป่วยอย่างชัดเจน ส่วนหน่วยบริการภาคเอกชน ส่วนใหญ่ไม่มีการส่งต่อผู้ป่วยและไม่ได้รับการส่งต่อจากหน่วยบริการอื่น ๆ ซึ่งอาจเกิดจากมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย และมีความพร้อมของอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ ที่ทันสมัย เปิดให้บริการตามสิทธิ ที่ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยชำระเงินเองและประกันสังคม นอกจากนี้อาจเกิดจากไม่มีหน่วยบริการเครือข่ายในการส่งต่อผู้ป่วย รวมทั้งการส่งต่อหน่วยบริการอื่นเพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ประกอบกับการส่งต่อไปยังหน่วยบริการอื่น ๆ จะขึ้นอยู่กับผู้ป่วย หากมีการแสดงความจำนง หรือความต้องการตามความสมัครใจของผู้ป่วยในการเลือกใช้บริการ หากจะย้ายไปยังหน่วยบริการอื่น ๆ

ด้านความครอบคลุมของการให้บริการทั้งภาครัฐและเอกชนมีความสำคัญอย่างยิ่ง นอกจากช่วยส่งเสริมให้เกิดผลสำเร็จในการดูแลรักษา ผู้ป่วยได้รับการดูแลและบริการอย่างครบถ้วนสมบูรณ์และเป็นไปตามแนวทางปฏิบัติตามมาตรฐานแล้ว ยังเป็นการค้นหาค้นหาผู้ป่วยที่ไม่มีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของเชื้อวินโรค ให้ได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ^{20,21}

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานส่วนกลางที่เกี่ยวข้องและมีอำนาจหน้าที่ในการส่งเสริมและพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ควรมีการสนับสนุนสื่อและป้ายประชาสัมพันธ์ในภาษาที่ผู้ใช้บริการที่ไม่ใช่คนไทยสามารถอ่านหรือทำความเข้าใจได้ให้กับหน่วยบริการทุกแห่ง เพื่อช่วยให้หน่วยบริการมีสื่อและป้ายสำหรับสื่อสารให้ผู้ใช้บริการสามารถทราบข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น โดยอาจทำในรูปแบบเอกสาร หรือป้ายเพื่อติดตั้งไว้ในบริเวณจุด

บริการที่สำคัญ เช่น จุดซักประวัติ พบแพทย์ให้คำปรึกษา และรับยา

2. ผู้บริหารหรือผู้ที่เกี่ยวข้องและมีอำนาจ ตามบทบาทหน้าที่ในสถานบริการ ควรพิจารณาและ สนับสนุนในการจัดหาเครื่องมือช่วยในการ สื่อสาร ที่ช่วยให้เจ้าหน้าที่สื่อสารกับผู้ป่วยที่ไม่ใช่คนไทย ได้ง่ายและสะดวกขึ้น โดยควรจัดให้มีล่ามในจุดซักประวัติ พบแพทย์ ให้คำปรึกษา และรับยา และควรมีเครื่องมือ ช่วยในการสื่อสารในรูปแบบภาพที่มีภาษาเขียนมา รประกอบ โดยจัดไว้บริการในจุดซักประวัติ พบแพทย์ ให้คำปรึกษา และรับยา

3. หน่วยบริการทุกแห่ง ควรได้รับการ สนับสนุนทรัพยากรหรือส่งเสริมให้มีการจัดบริการดูแล ผู้ป่วยแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดบริการเดียว (One Stop Service) เพื่อช่วยทำให้ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการอย่าง สะดวก รวดเร็ว และลดระยะเวลาในการรอคอยบริการ อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจ ผู้ใช้บริการไม่ต้องไปรบกวนบริการร่วมกับกลุ่มผู้ป่วยในจุด บริการอื่น ๆ หลายจุด ที่กระจายในหลายพื้นที่ของหน่วย บริการ จึงเป็นการป้องกันและช่วยลดการแพร่กระจาย เชื้อวัณโรคไปสู่ผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ

4. หน่วยบริการทุกแห่ง ควรมีการกำหนด ตัวชี้วัดของบุคลากร และส่งเสริมให้บุคลากรได้รับการ พัฒนาความรู้และทักษะในการให้บริการงานวัณโรคอย่าง ต่อเนื่อง ทั้งเรื่องวิชาการ และทักษะที่จำเป็นต่อการ ให้บริการเพื่อพัฒนาการบริการให้มีคุณภาพ สร้างความ น่าเชื่อถือ และความประทับใจของผู้ใช้บริการ เช่น การ สื่อสาร พฤติกรรมบริการ รวมถึงควรมีเวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้เพื่อให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงานวัณโรคมีประสบการณ์ สามารถพูดคุยหรือปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ และเป็นช่องทาง ในการก้าวหน้าข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น

5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรสร้าง เครือข่ายการทำงานวัณโรคในระดับจังหวัด เพื่อให้มีการ ทำงานร่วมกันในทุกภาคส่วน ทั้งการร่วมกันดูแลผู้ป่วย โดยสหวิชาชีพภายในองค์กร หรือความร่วมมือของทุก

องค์กรที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด เพื่อให้มีการ ประสานงาน การส่งต่อผู้ป่วยหรือส่งต่อข้อมูลในงาน วัณโรคได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยวัณโรคเข้าสู่ กระบวนการรักษาและการดูแลได้อย่างรวดเร็วและ ทันเวลา ซึ่งจะส่งผลให้การดูแลรักษาวัณโรคประสบ ความสำเร็จ ผู้ป่วยได้รับการรักษาเร็ว รักษาครบ และ รักษาหาย

6. ในการวิจัยต่อไป ควรมีการศึกษาปัจจัย ในการพัฒนางานวัณโรคอื่น ๆ เพิ่มเติม เพื่อสะท้อน ปัญหาในการดำเนินงานคลินิกวัณโรคมากขึ้น และศึกษา ในกลุ่มประชากรอื่นๆร่วมด้วย เช่น ประชากรกลุ่มคนไทย หรือประชากรที่ย้ายถิ่นเป็นต้น เพราะอาจมีปัญห และประเด็นแตกต่าง ซึ่งไม่เหมือนกับกลุ่มผู้ป่วยที่ ไม่ใช่คนไทย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2017. Geneva; 2017.
2. Department of Disease Control. Ministry of Public Health. Handbook for TB counseling and drug-resistant tuberculosis for health personnel [Internet]. Bangkok: Graphic and Design Publishing House; 2017 [Accessed on 10 July 2018] Accessible from: www.tbthailand.org/download/Manual/คู่มือการให้การปรึกษา ในงานวัณโรคและวัณโรคดื้อยาสำหรับบุคลากร สาธารณสุข_2014_for%20web.pdf (In Thai)
3. Department of Disease Control. Ministry of Public Health. TB situation in Thailand [Internet]. Nonthaburi. Bureau of Tuberculosis, Strategy and Evaluation Group; 2016 [Updated on 10 November 2017; Accessed on 14 July 2018; Accessed on 14 July 2018] Accessible from: <https://www.tbthailand.org/download/สถานการณ์วัณโรคของประเทศไทย%2010%20 พย.%2060%20final%201.pdf> (In Thai)

4. Sepsamut W, Boromthananat C. Factors affecting the prevention and control of diseases of foreign health volunteers in Samut Sakhon province. Graduate Research Presentation Meeting, Faculty of Graduate Studies, Sukhothai Thammathirat Open University No. 1, 2011; P-SCI 001. [In Thai].
5. Nakkasien P, Pungbangkradi R. The study of the way of life, problems and health needs of migrant workers in Mon group under the social and cultural context of Samut Sakhon province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2013;14 (3):105-15. [In Thai].
6. Abarca Tomás B, Pell C, Bueno Cavanillas A, Guillén Solvas J, Pool R, Roura M. Tuberculosis in Migrant Populations. A Systematic Review of the Qualitative Literature. Goletti D, ed. *PLoS ONE*.2013;8(12):e82440.doi:10.1371/journal.pone.0082440.
7. Boonchalaksi W, Chaemchan C, Holamyong C, Apiphonchaisakun K, Muensakda P. Survey of basic information, knowledge, attitudes and practices concerning TB among Thai population Transnational and ethnic groups, 2011. Publish 1. Bangkok: Natthakon Plat Ordinary Partnership; 2012. [In Thai].
8. Samut Prakan Provincial Health Office. Number of aliens registered for tuberculosis 1/59, Samut Prakan Province. Copied documents; 2016. [In Thai].
9. Development Strategy Group, Samut Prakan Province. Samut Prakan Development Plan 4 years (2015-2018) [Internet]. [Accessed on 11 August 2018] Accessible from: www.samutprakan.go.th/newweb/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=2&Itemid=34 [In Thai].
10. Modthong V, Jindavej N. The results of caring for chronic obstructive pulmonary tuberculosis patients with a multidisciplinary team, One Stop Service of Chronic Obstructive Pulmonary Clinic, Buriram Hospital. *Thai Journal of Tuberculosis Chest Diseases and Critical Care* 2014; 34 (1): 14-23. [In Thai].
11. Kaewnuan N, Amrampai Y. Factors related to TB prevention behavior in TB drug delivery personnel. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal* 2014; 9 (4): 193-202. [In Thai].
12. Tansuwat S, Pichiensathien W, kanklin A. Development of clinical care plans for prevention and control of TB transmission in outpatient departments, general hospitals. *Nursing Journal* 2014; 41 (4): 1-10. [In Thai].
13. Cattamanchi A, Miller CR, Tapley A, Haguma P, Ochom E, Ackerman S, et al. Health worker perspectives on barriers to delivery of routine tuberculosis diagnostic evaluation services in Uganda: a qualitative study to guide clinic-based interventions. *BMC Health Services Research*. 2015;15(1):10.
14. Puchalski Ritchie LM, Van Lettow M, Barnsley J, Chan AK, Joshua M, et al. Evaluation of lay health workers' needs to effectively support antituberculosis treatment adherence in Malawi. *Int J Tuberc Lung Dis* 2012;16:1492–7.
15. Van der Kop ML, Memetovic J, Patel A, Marra F, Sadatsafavi M, Hajek J, et al. The effect of weekly text-message communication on treatment completion among patients with latent tuberculosis infection: study protocol for a randomised controlled trial (WelTel LTBI). *BMJ Open*. 2014;4(4): e004362.
16. Wright CM, Westerkamp L, Korver S, Dobler CC. Community-based directly observed therapy (DOT) versus clinic DOT for tuberculosis: a systematic review and meta-analysis of comparative effectiveness. *BMC Infectious Diseases* 2015;15:210.
17. Rattanasuwan P. TB Treatment: DOT is No Longer an Unresolved Issue. *Thai J Tuberc Chest Dis Crit Care* 2017;37(1):29-33.

18. Charungchittanusorn S. Tuberculosis surveillance and control model in urban area, Khon Kaen province. *Journal of Health Science* 2017; 26(2): 571-8. [In Thai].
19. Satyanarayana S, Subbaraman R, Shete P, Gore G, Das J, Cattamanchi A, et al. Quality of tuberculosis care in India: a systematic review. *The international journal of tuberculosis and lung disease: the official journal of the International Union against Tuberculosis and Lung Disease* 2015;19(7):751-63.
20. Sotgiu G, Dara M, Centis R, Matteelli A, Solovic I, Gratziau C, et al. Breaking the barriers: Migrants and tuberculosis. *Presse medicale* 2017;46(2Pt2):e5-e11.
21. Long Q, Li Y, Wang Y, Yue Y, Tang C, Tang S, et al. Barriers to accessing TB diagnosis for rural-to-urban migrants with chronic cough in Chongqing, China: A mixed methods study. *BMC Health Services Research* 2008;202.

ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดพะเยา

นิศารัตน์ อุตตะมะ¹ เกษแก้ว เสียงเพราะ²

¹ อาจารย์ประจำสาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

² อาจารย์ประจำสาขาวิชานามัยชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้ เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง จำนวน 405 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามตอบด้วยตนเอง แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและใช้สมการถดถอยพหุคูณ โดยใช้เทคนิคแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ผลการศึกษาพบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอยู่ระดับก้ำกึ่ง ไม่เพียงพอ และเพียงพอ (ร้อยละ 51.1, 43.0 และ 5.9 ตามลำดับ) พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พบว่าอยู่ระดับปานกลาง สูง และต่ำ (ร้อยละ 58.5, 31.1 และ 10.4 ตามลำดับ) พบว่าระดับการศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจ ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 30.4 ($p < 0.05$) ดังนั้นควรให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านระดับการศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจ การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ และภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงในการออกแบบโปรแกรมการจัดกระบวนการได้อย่างเหมาะสมกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ/ ผู้สูงอายุ/ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

Factors Predictor Health Literacy among Older Adults with Risk Hypertension Disease, Phayao Province

Nisarut Auttama¹, Katekaew Seangpraw²

¹ Lecturers, Department of Health Promotion, School of Medicine, University of Phayao

² Lecturers, Department of Community Health, School of Medicine, University of Phayao

Abstract

This survey research aimed to study health literacy, hypertension preventive behavior and factors related to health literacy in the prevention of hypertension among older adults. The samples were older adults, who were diagnosed by a doctor as a risk group. The total numbers of 405 participants were selected by Multi-stage random sampling. Data were collected using interview technique and self-administered questionnaire on health literacy and hypertension preventive behavior. Data analysis included descriptive statistics and stepwise multiple regression.

The results showed that the levels of health literacy of older adults with risk of hypertension disease were marginal, inadequate and adequate (51.1%, 43.0% and 5.9% respectively). Hypertension preventive behaviors were moderate, high and low levels (58.5%, 31.1% and 10.4% respectively). The results found that education, economic status, complications of the disease and access to health information can predict the health literacy among older adults with risk of hypertension 30.4% ($p < 0.05$). Therefore, education, economic status, access to health information and complications of the disease factors should be focused in designing a program which is appropriate with the level of health literacy among older adults.

Keywords: Health literacy/ Elderly/ Hypertension disease risk group

บทนำ

ความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญประมาณหนึ่งพันล้านคนได้รับผลกระทบทั่วโลก คาดว่า จะมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกเพิ่มขึ้นถึง 1.56 พันล้านคน ในปี ค.ศ. 2025¹ เป็นสาเหตุการตายทั่วโลกสูงถึง 7.5 ล้านคน หรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด ทั้งยังมีผลสูญเสียสุขภาพ 57 ล้านปีหรือคิดเป็นร้อยละ 3.7¹ และพบว่าหนึ่งในสามของประชากรวัยผู้สูงอายุทั่วโลกมีภาวะความดันโลหิตสูง เป็นความกังวลเรื่องสุขภาพระดับโลกในประเทศพัฒนาแล้วทั้งทางเศรษฐกิจและประเทศกำลังพัฒนา ความเสี่ยงสำคัญที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การรักษาในโรงพยาบาลการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต² สำหรับประเทศไทย พบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ต่อประชากร 100,000 คนในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (2556-2560) เพิ่มขึ้นจาก 12,342.14 (จำนวน 3,936,171 คน) เป็น 14,926.47 (จำนวน 5,597,671 คน) สำหรับอัตราการป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร 100,000 คนในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา (2558-2560) เพิ่มขึ้นจาก 916.89 (จำนวน 540,013 คน) เป็น 1,353.01 (จำนวน 813,485 คน)³ จากสถานการณ์ดังกล่าวจึงทำให้ประชาชนไทยมีแนวโน้มการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงมีทั้งปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ อายุที่มากขึ้น กรรมพันธุ์ ส่วนปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหารเค็มจัด การขาดการออกกำลังกาย ความอ้วน การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และความเครียด⁴ จากข้อมูลรายงานปี 2561 ของจังหวัดพะเยา พบว่าอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจเพิ่มขึ้น และพบว่าโรคความดันโลหิตในปี 2560 ร้อยละ 19.5 ปี 2561 เพิ่มขึ้นร้อยละ 36.2 แบบบันทึกระบบคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุ 60-70 ปี ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับเสี่ยงต่ำร้อยละ 51.6, และเสี่ยงสูงร้อยละ 26.5⁵ จากการทำงานที่ผ่านมาของหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัด พบว่าการดำเนินการคัดกรองผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังไม่บรรลุตามเกณฑ์โดยสาเหตุส่วนใหญ่มาจากปัจจัยการ

ดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป เช่น การมีกิจกรรมทางกายน้อย การบริโภคอาหารที่มีส่วนประกอบของเกลือ และไขมันสูง การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ ซึ่งนำมาสู่การะโรคที่เพิ่มขึ้น⁶ จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่า พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสมและพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอนำไปสู่แนวโน้มของการเกิดความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้น ดังนั้นการส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องเหมาะสม (lifestyle modification) ประกอบด้วย การควบคุมพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การจำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ การควบคุมน้ำหนัก และการเคลื่อนไหวทางร่างกายจึงเป็นส่วนสำคัญในการป้องกันและรักษาโรคความดันโลหิตสูง⁷

ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นสมรรถนะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินใช้ข้อมูลและสื่อสารด้านสุขภาพตามความต้องการเพื่อส่งเสริมสุขภาพและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต⁸ นอกจากนั้นเป็นความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ อันจะนำไปสู่การสื่อสารกับผู้อื่นเพื่อเพิ่มพูนความเชี่ยวชาญ สามารถนำไปจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเมื่อเจอสถานการณ์แวดล้อมด้านสุขภาพและสื่อบุคคล สามารถวิเคราะห์ตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่เป็นผลดีต่อสุขภาพของตนเองได้ ความฉลาดทางสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 ขั้นพื้นฐาน ระดับที่ 2 ขั้นปฏิสัมพันธ์ และระดับที่ 3 ขั้นวิจารณ์ญาณ⁷ ซึ่งการมีความฉลาดทางสุขภาพต่ำจะมีผลต่อการเพิ่มอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยขึ้น โดยเฉพาะการใช้บริการฉุกเฉิน และมีอัตราการเพิ่มสูงขึ้น⁹ แต่ถ้าหากมีความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐานระดับสูงหรือเพียงพอ (Adequate) จะทำให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดี (Health outcome) เช่น มีภาวะสุขภาพที่ดี ลดอัตราป่วย ลดอัตราการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ เป็นต้น¹⁰ นอกจากนี้ยังประยุกต์ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เป็นกรอบในการศึกษาการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เกี่ยวกับผู้ที่มีความเจ็บป่วยเพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและ

คงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในส่วนที่ติดอยู่แล้วให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน ซึ่งเพนเดอร์กล่าวว่า การที่บุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้น เป็นสิ่งที่กระทำได้ยากและมีแนวโน้มที่บุคคลอาจจะไม่สามารถกระทำได้อย่างต่อเนื่อง ปัจจัยสำคัญที่มีการมุ่งใจให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นคือ ปัจจัยด้านความคิด ความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม¹¹ จากรายงานประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูง (Pre-Hypertension) อายุ 60 ปีขึ้นไปของจังหวัดพะเยา พ.ศ. 2560-2561 ที่ได้รับการตรวจติดตามมีผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิตสูงสูงถึงร้อยละ 66.68¹² จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้การศึกษาดังกล่าวจะใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเพิ่มระดับความรู้ความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงหรือกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังอื่นๆ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีในผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและปัจจัยที่สามารถทำนายความรู้ด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับใด
2. พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเป็นอย่างไร
3. เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาการหาบวชตนเองเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายความรู้ด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุได้

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ใช้การสำรวจภาคตัดขวาง (Cross sectional survey) ประชากร คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีค่าความดัน SBP = 130-139 mmHg และ/หรือ DBP = 85-89 mmHg และผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 1 ปีที่มีค่าความดันโลหิตที่อยู่ในเกณฑ์เสี่ยงระดับที่ 1 คือ SBP 140-159 mmHg and/or DBP 90-99 mmHg¹³ ที่ได้รับการคัดกรองที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นและบ้านต้า อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ในระหว่างเดือน ตุลาคม 2560 ถึง พฤศจิกายน 2561 มีจำนวนทั้งสิ้น 1,157 คน ผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติทางจิตใจหรือร่างกาย เช่น ภาวะสมองเสื่อมในวัยชราหรืออัมพาตหรือไม่สามารถเข้าร่วมได้ จะถูกคัดออกจากการเข้าร่วมโครงการ ขนาดตัวอย่างใช้สูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่างของเครซีและมอร์แกน¹⁴ ค่าสัดส่วนความคลาดเคลื่อนที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ค่า error เท่ากับร้อยละ 3.5 การแทนค่าโดยใช้สัดส่วนการปฏิบัติตัวของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงระดับเพียงพอกางานวิจัยของนงลักษณ์ แก้วทอง⁴ เท่ากับ 0.727 ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 405 คน โดยใช้สูตร

$$n = \frac{X^2 NP(1-P)}{d^2(N-1) + X^2 P(1-P)}$$

$$n = \frac{3.841 \times 1,157(1-0.727)}{0.035^2(1,157-1) + 3.841 \times 0.727(1-0.727)}$$

$$n = 405$$

เมื่อกำหนดให้ n = ขนาดตัวอย่าง, N = จำนวนประชากร, P = ค่าสัดส่วน, $X^2 = 3.841$, d = error

การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การรายชื่อผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองจากโรงพยาบาลสุขภาพตำบลบ้านต้นและบ้านต้า อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา เนื่องจากทั้ง 2 ตำบล มีประชากรผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยได้ประยุกต์แบบ

ประเมินความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจากการทบทวนวรรณกรรม^{4,11,15} เพื่อให้มีความเหมาะสมกับบริบทของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่ชนบทที่ศึกษามี 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ระยะเวลากการเป็นโรคความดันโลหิตสูง รสชาติอาหารที่ชอบรับประทาน การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ระดับความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย การดื่มแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่ เป็นลักษณะให้เลือกตอบ ส่วนที่ 2 แบบวัดความเข้าใจเนื้อหาจากการอ่าน (Reading comprehension) เกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 23 ข้อ เป็นคำถามที่เกี่ยวกับความสามารถในการเข้าใจความหมาย สาเหตุ อาการ อาการแทรกซ้อน และการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และแบบประเมินทักษะที่จำเป็นในการเรียนรู้ (30 ข้อ) ประยุกต์จากงานของนางลักษณ์ แก้วทองและคณะ และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ^{4,15} เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุในพื้นที่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านทักษะการตัดสินใจ (10 ข้อ) ประกอบด้วย การใช้เหตุผลวิเคราะห์ผลดี-ผลเสีย การเลือกวิธีปฏิบัติเมื่อเกิดอาการผิดปกติ การแสดงทางเลือกเพื่อหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง การเลือกวิธีคลายเครียดที่เหมาะสม 2) ด้านทักษะการจัดการตนเอง (10 ข้อ) ประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมายในชีวิตเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนัก การวางแผนชีวิตเกี่ยวกับการลดน้ำหนัก การหลีกเลี่ยงความเครียด และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีโซเดียมและไขมันสูง และ 3) ด้านทักษะการสื่อสารเพื่อสุขภาพ (10 ข้อ) ประกอบด้วย การอธิบายให้บุคคลอื่นเข้าใจเรื่องโรคความดันโลหิตสูง การแนะนำบุคคลอื่นเพื่อหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง ความสามารถในการสืบค้นข้อมูลที่ต้องการทั้งสมัย ความสามารถในการอ่านและจดจำประเด็นหลักที่สำคัญ ความสามารถในการรู้และเข้าถึงแหล่งบริการที่เหมาะสม การพูดโน้มน้าวผู้อื่นให้ยอมรับแนวทางปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ลักษณะคำถามเป็นปลายปิดและมีคำตอบให้เลือก 4 ข้อ มีเกณฑ์การให้

คะแนน ถูกเท่ากับ 1 คะแนน และผิดเท่ากับ 0 คะแนน⁴ การประเมินผลระดับคะแนนนำแบบวัดความเข้าใจเนื้อหาจากการอ่าน และแบบประเมินทักษะที่จำเป็นในการเรียนรู้มารวมกันแล้วจัดแบ่งเป็นระดับคะแนนแบบอิงเกณฑ์เป็น 3 ระดับ ประยุกต์ตามแนวคิดของบลูม¹⁶ ช่วงคะแนนร้อยละ 80-100 ของคะแนนเต็ม จัดอยู่ในระดับดี ช่วงคะแนนร้อยละ 60-79 ของคะแนนเต็ม จัดอยู่ในระดับปานกลาง ช่วงคะแนนร้อยละ 0-59 ของคะแนนเต็ม จัดอยู่ในระดับไม่ดี ได้ดังนี้ ระดับคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 42 หมายถึง มีความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ (Adequate Functional Health literacy) ระดับคะแนน 32-41 หมายถึง มีความรู้ด้านสุขภาพก้ำกึ่ง (Marginal Functional Health literacy) และระดับคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 31 หมายถึง มีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ (Inadequate Functional Health literacy) ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ประยุกต์มาจากแนวคิดของเพนเดอร์¹¹ เป็นคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยในเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการควบคุมอาหารโซเดียมสูงและไขมันสูง 2) การควบคุมน้ำหนักประจำ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ความถี่ของการปฏิบัติ แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ “ปฏิบัติ 5-7 ครั้ง/สัปดาห์” “ปฏิบัติ 3-4 ครั้ง/สัปดาห์” “ปฏิบัติ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์” “ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง” และ “ไม่เคยปฏิบัติเลย” และ 3) ด้านการตรวจวัดความดันโลหิต มีคำตอบให้เลือก 3 คำตอบ คือ ไม่ปฏิบัติ (0) ปฏิบัติบางครั้ง (1) และปฏิบัติทุกครั้ง (2) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ การแบ่งระดับประยุกต์จากการทบทวนวรรณกรรม^{4,16} ผู้ที่ได้คะแนน 49-62 คะแนน (ร้อยละ 80-100) อยู่ในกลุ่มผู้ที่มีการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรคในระดับดี คะแนน 38-48 คะแนน (ร้อยละ 60-79) จะจัดอยู่ในกลุ่มระดับพอใช้ และคะแนน 0-37 คะแนน (ร้อยละ 0-59) อยู่ในกลุ่มระดับต้องปรับปรุง

แบบสัมภาษณ์ได้มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ และพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 2 ท่าน และนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อน

นำไปทดสอบ (Try out) กับผู้สูงอายุในเขตตำบลบ้านสา จำนวน 30 คน โดยแบบสัมภาษณ์ที่มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่านำไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) พบว่า ส่วนที่ 2-3 มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 และ 0.83 หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมจากมหาวิทยาลัยพะเยา (เลขที่โครงการวิจัย 2/142/60) การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการติดต่อประสานงานไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและพื้นที่ดำเนินวิจัย ประกาศรับสมัครผู้ช่วยนักวิจัยคือกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) เป็นจำนวน 15 คน ที่สามารถพูดภาษาท้องถิ่น มีประวัติเคยคัดกรองผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนอย่างน้อย 1 ปี และเข้าใจบริบทของพื้นที่ จัดอบรมทีมผู้ช่วยนักวิจัย 1 วัน เวลา 09.00-12.00 น. ผู้วิจัยแปลงภาษาทางการเป็นภาษาท้องถิ่นเพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจมากขึ้น มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย เทคนิคขั้นตอนในการทำแบบสอบถาม การนัดหมายเวลาในการสัมภาษณ์และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ทำการประเมินความเข้าใจโดยทีมผู้วิจัยจากการทวนคำถามและการสังเกตระหว่างสนทนา ทีมผู้ช่วยนักวิจัยและผู้วิจัยเข้าใจทั้งสองฝ่าย การดำเนินสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างในช่วงเวลา 9.00-17.00 น. หรือช่วงเวลาที่สะดวก ก่อนการเก็บข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการขอความยินยอมโดยการให้ข้อมูลคำอธิบาย วัตถุประสงค์ในการศึกษา วิธีการที่จะปฏิบัติต่อกลุ่มตัวอย่าง ประโยชน์และความเสี่ยง ตลอดจนตอบข้อสงสัยจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และให้เวลาตัดสินใจโดยอิสระ ก่อนลงนามให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย แต่ละครั้งใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 30 นาที เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วน ดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยระหว่าง มิถุนายน ถึง พฤศจิกายน 2561

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา

สถานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาการทราบตนเองเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ โดยใช้สมการพหุคูณ (Multiple Regression) และใช้เทคนิควิธีแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

สรุปผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 405 ราย พบว่า เป็นเพศชาย ร้อยละ 42.2 และเพศหญิง ร้อยละ 57.8 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 69.48 ปี มากกว่าครึ่งหนึ่งไม่ได้ศึกษา ร้อยละ 55.3 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 53.8 มีสถานะทางเศรษฐกิจไม่เพียงพอ ไม่เหลืเก็บ ร้อยละ 55.8 ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 83.2 เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงพบมากที่สุด ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 78.0 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 11.8 และโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 10.2 ตามลำดับ ทราบว่าตนเองเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ระยะเวลาในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 45.4 ส่วนใหญ่รับประทานอาหารที่มีรสเค็ม ร้อยละ 38.0 มากกว่าครึ่งหนึ่งไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 54.6 ระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP) อยู่ในช่วง 130-139 mmHg ร้อยละ 57.3 ระดับความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) อยู่ในช่วง 85-89 mmHg ร้อยละ 71.1 สำหรับค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ที่ 18.5-22.9 กก/ม² ร้อยละ 42.7 พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 67.9 และไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 71.1

การประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิต พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งมีความรู้ด้านสุขภาพทั่วๆไป ร้อยละ 51.1 รองลงมาคือ มีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ร้อยละ 43.0 และมีความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ ร้อยละ 5.9 ตามลำดับ สำหรับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรคในระดับพอใช้ ร้อยละ 58.5 รองลงมาคือ มีการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรคในระดับดี ร้อยละ 31.1 และมีการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรคในระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ 10.4 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

ตัวแปร	Mean	SD	กลุ่มตัวอย่าง (N=405)	
			จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	31.9	6.619		
ไม่เพียงพอ (≤ 31 คะแนน)			174	43.0
กำลัง (32-41 คะแนน)			207	51.1
เพียงพอ (≥ 42 คะแนน)			24	5.9
พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง	40.59	5.522		
ต้องปรับปรุง (≤ 37 คะแนน)			42	10.4
พอใช้ (38-48 คะแนน)			237	58.5
ดี (≥ 49 คะแนน)			126	31.1

จากการวิเคราะห์ ตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมด 8 ตัวแปร คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาการทราบตนเองเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่า มี 4 ตัวแปร คือ ระดับการศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจ

ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 30.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยตัวแปรทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

ตัวแปร	R ²	B	SE (B)	Beta	p
(constant)	0.304	42.076	3.638		
ระดับการศึกษา		1.536	0.614	0.116	<0.009*
สถานะทางเศรษฐกิจ		2.232	0.612	0.168	<0.001*
ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง		1.889	0.859	0.107	<0.007*
การเข้าถึงข้อมูล		1.756	0.686	0.132	<0.011*

*p-value <0.05

หมายเหตุ: ระดับการศึกษา (ไม่ได้ศึกษา = 0, ได้ศึกษา = 1); สถานะทางเศรษฐกิจ (รายได้ไม่เพียงพอ = 0, รายได้เพียงพอ = 1); ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง (ไม่มีภาวะแทรกซ้อน = 0, มีภาวะแทรกซ้อน = 1); การเข้าถึงข้อมูล (ไม่เพียงพอ = 0, เพียงพอ = 1); ความรอบรู้ด้านสุขภาพ = continuous data

อภิปรายผล

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพกำลัง และไม่เพียงพอ อีกทั้งการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และมากกว่าครึ่งหนึ่งไม่ได้ศึกษา สามารถอธิบายได้ว่า อาจเป็นข้อจำกัดของความสามารถในการอ่านและเข้าใจ ข้อมูลทางสุขภาพ รวมทั้งการแสวงหาข้อมูลและการ พิจารณาดัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลเพื่อดูแลสุขภาพ ซึ่ง

สอดคล้องกับงานวิจัยของนางลักษณ์ แก้วทอง และคณะ⁴ พบว่า ร้อยละ 89.0 ของกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพกำลังและไม่เพียงพอ แสดงให้เห็นถึงปัญหาเรื่องความสามารถในการเรียนรู้และการเข้าใจสื่อความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ ยังไม่เพียงพอและครอบคลุมซึ่งอาจส่งผลให้เกิด พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคไม่ถูกต้องและ ไม่เหมาะสม และสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก^{17,18} กล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพแสดงให้เห็นถึงทักษะ

การรู้คิดทางปัญญาและทักษะทางสังคม (Cognitive and social skills) ที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการอ่านเพิ่ม ความเข้าใจในข้อมูลสุขภาพ หากประชากรมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับต่ำ ย่อมส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในระดับต่ำ อาจจะทำให้จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของแสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี¹⁹ ที่ว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างอายุ 65 ปี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลางคิดเป็น (ร้อยละ 68.2) และการศึกษาของธัญชนก ขุมทอง และคณะ²⁰ ที่ว่ากลุ่มเสี่ยงเกินครึ่งมีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ มีแนวโน้มที่จะมีโอกาเสี่ยงที่จะเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงได้มากกว่ากลุ่มเสี่ยงที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ดังนั้นการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงให้ประสิทธิผลที่ดีจึงจำเป็นอย่างยิ่งในการที่จะหาวิธีการส่งเสริมสุขภาพให้ประชาชนมีระดับความรู้ที่ดีเพียงพอ ต้องอาศัยกลยุทธ์ ปัจจัยที่สำคัญ และให้สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย

พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่อยู่ระดับพอใช้ และยังมีพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ถูกต้อง จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นิยมรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม หรือเครื่องปรุงที่มีโซเดียม แสดงให้เห็นว่ายังขาดความรู้เรื่องอาหารโซเดียม สอดคล้องกับการศึกษาของนางลักษณ์ แก้วทอง และคณะ⁴ ที่ว่า มีพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ดีโดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคที่กลุ่มตัวอย่างมักนิยมเติมเครื่องปรุงรสลงในอาหาร เช่น เกลือป่น น้ำปลา ซีอิ๊วขาว ผงชูรส สูงถึงร้อยละ 66.0 และพบว่าร้อยละ 65.0 ไม่ทราบว่าน้ำปลาคืออาหารที่มีโซเดียมเป็นส่วนประกอบมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของสารภี แสงเดช²¹ ที่ได้สัมภาษณ์กลุ่มเสี่ยงระยะก่อนความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การบริโภคอาหารที่มีรสเค็มและอาหารประเภทที่เป็นเครื่องแกงทุกชนิดจะต้องเติมเกลือ กะปิ และการศึกษาของแสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี¹⁹ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพเป็น

ตัวแปรที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุพบว่า ระดับการศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจ ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และการเข้าถึงข้อมูล สามารถร่วมกันทำนายความรู้ด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ทั้งหมด ร้อยละ 30.4 ($p < 0.05$) ระดับการศึกษาสามารถทำนายความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ เนื่องจากผลการศึกษานี้ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งที่ไม่ได้ศึกษามีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอและส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ถูกต้องเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Sun และคณะ²² พบว่า ที่ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอหรือก้ำกึ่ง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Gazmararian และคณะ²³ ที่พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่าไฮสคูลจะมีข้อจำกัดในเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ สำหรับสถานะทางเศรษฐกิจมีความสำคัญเนื่องจากเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงความมั่นคงทางการเงิน และมีอิทธิพลในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลและสามารถแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ในกลุ่มที่มีรายได้ไม่เพียงพอมีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ เนื่องจากข้อจำกัดของรายได้หรือการเข้าถึงแหล่งบริโภคอาหาร อีกทั้งพื้นที่การศึกษาอยู่ในชนบทห่างจากตัวเมืองประมาณ 30 กิโลเมตร และผู้สูงอายุไม่มีรถยนต์ประจำตัว ไม่สามารถออกจากบ้านได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Martin และคณะ²⁴ ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ พบความชุกในกลุ่มที่มีรายได้ต่ำ คนที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมที่สูงจะมีโอกาสดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของตนเองของเพนเดอร์¹¹ เพราะรายได้เป็นแหล่งประโยชน์แหล่งหนึ่งของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพของตนเองของโอเรม²⁵ การได้รับข้อมูลด้านสุขภาพไม่เพียงพอมีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากเจ้าหน้าที่ด้านการแพทย์และสาธารณสุขในพื้นที่อาจมีข้อจำกัดในการเข้าถึงประชาชน

แบบเชิงรุก เช่น งบประมาณในการผลิตสื่อ บุคลากรไม่เพียงพอ อาจส่งผลกระทบต่อการใช้ปฏิสัมพันธ์ แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร สอดคล้องกับการศึกษาของ Jordan และคณะ²⁶ ที่ว่า ระบบบริการสุขภาพเป็นปัจจัยภายนอกที่มีส่วนทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถด้านความรู้ด้านสุขภาพ การให้บริการของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่ช่วยให้ข้อมูลการดูแลสุขภาพและการรักษาโรคกับผู้ป่วย มีส่วนสำคัญที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงความคิดของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ มีประสบการณ์ในการรู้จักหาข้อมูลด้านสุขภาพในแหล่งที่ถูกต้องและสามารถใช้ข้อมูลด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้อง

อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้พบข้อจำกัดของการวิจัยการนำผลวิจัยไปใช้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และเครื่องมือ^{4,11,15} ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประยุกต์และปรับให้สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบทจังหวัดพะเยา ดังนั้นจึงไม่อาจนำไปอ้างอิงถึงกลุ่มประชากรที่อยู่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ปัจจัยทำนายเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุพบว่า ระดับการศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจ ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และการเข้าถึงข้อมูล หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระบบบริการสุขภาพ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และกรมกิจการผู้สูงอายุสามารถใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้เหมาะกับบริบทพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย

2. ปัจจัยที่ร่วมทำนาย ที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ โดยเฉพาะ “การเข้าถึงข้อมูล” หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ควรเพิ่มช่องทางในการเข้าถึงข้อมูลกลุ่มผู้สูงอายุ เช่น มีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงกับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ ในชุมชน รวมทั้งการทำงานแบบเชิงรุก เช่น การเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามและให้ข้อมูลได้สะดวกยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เท่านั้น จึงควรศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพเพื่อสามารถนำไปกำหนดนโยบายการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว

2. ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ เช่น การรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลปฏิบัติตัว ความต่อเนื่องการรับประทานยา การสนับสนุนทางสังคม เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้เหมาะสมกับบริบทและกลุ่มเป้าหมาย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World Hypertension League (WHL): World Hypertension Day. 2018 [Internet]. [cited 2018 August 25]. Available from: <http://www.whleague.org/index.php/features/world-hypertension-day>
2. World Health Organization. A global brief on hypertension: silent killer global public health crisis. Geneva: WHO; 2013.
3. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. ประเด็นสารณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก ปี 2561. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/pdf>
4. นงลักษณ์ แก้วทอง, ลักขณา เต็มศิริกุลชัย, ประสิทธิ์ สิริพันธ์, ธราด เก่งการพานิช, ชวัญเมือง แก้วดำเกิง. ความแตกฉานด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหอย จังหวัดสระแก้ว. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครเทพ 2557;30(1):45-56.
5. กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. รายงานความครอบคลุมการคัดกรองความดันโลหิตในประชากรกลุ่มเป้าหมาย: ระบบคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจังหวัดพะเยา [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: http://203.209.96.247/chronic/rep_htscreen2.php

6. กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. สรุปรายงานประจำปี พ.ศ.2561 จังหวัดพะเยา [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: http://www.pyomoph.go.th/sub_index.php?id_type=17
7. Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. 7th report of the joint national committee on detection, evaluation, and treatment of high blood pressure (JNC VII). The Journal of the American Medical Association 2003;289:2560s-72s.
8. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine 2008;67(12):2072s-8s.
9. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. Annals of Internal Medicine Logo 2011;155(2):97s-107s.
10. Cho YI, Lee SY, Arozullah AM, Crittenden KS. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. Social Science & Medicine 2008;66(8):1809s-16s.
11. Pender NJ. Health promotion in nursing practice. 2nd ed. New York: Applenton Century Crofts; 1987.
12. กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. รายงานประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูง (Pre-Hypertension) ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง : ระบบคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจังหวัดพะเยา [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 6 มิถุนายน 2562]. เข้าถึงได้จาก : http://203.209.96.247/chronic/rep_preht.php
13. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ฉบับปรับปรุง 2558 [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 5 มิถุนายน 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaihypertension.org/guideline.html>.
14. Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement 1970; 30(3): 607s-10s.
15. กรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข. การเสริมสร้างและประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี: กองสุกศึกษา กระทรวงสาธารณสุข; 2017.
16. Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
17. World Health Organization. Health promoting glossary [Internet]. 1998 [cited 2019 January 25]. Available from: <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
18. World Health Organization. Health literacy and health promotion. Definitions, concepts and examples in the Eastern Mediterranean region. Individual empowerment conference working document. 7th Global conference on health promotion promoting health and development. Kenya: Nairobi; 2009.
19. แสงเดือน กิ่งแก้ว, นุสรา ประเสริฐศรี. ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2562;25(3):43-54.
20. ธัญชนก ขุมทอง, วิราภรณ์ โพธิศิริ, ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง. Veridian E-Journal, Science and Technology Silpakorn University 2559; 3(6):67-85.
21. สารภี แสงเดช. แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนความดันโลหิตสูงในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2555;35(1):39-47.
22. Sun X, Shi Y, Zeng Q, Wang Y, Du W, Wei N, et al. Determinants of health literacy and health behavior regarding infectious respiratory diseases: a pathway model. BMC Public Health 2013;13(261):1s-8s.

23. Gazmararian JA, Baker DW, Williams MV, Parker RM, Scott TL, Green DC, et al. Health literacy among medicare enrollees in a managed care organization. *The Journal of the American Medical Association* 1999;281(6):545s-551s.
24. Martin LT, Ruder T, Escarce JJ, Ghosh-Dastidar B, Sherrman D, Elliott M, et al. Developing predictive models of health literacy. *Journal of General internal medicine* 2009;24(11): 1211s-1216s.
25. Orem D. *Nursing: Concepts of practice*. 2nd ed. St. Louis: McGraw-Hill; 1985.
26. Jordan JE, Buchbinder R, Osborne RH. Conceptualizing health literacy from the patient perspective. *Patient Education and Counseling* 2010;79:36s-42s.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย

ภัทรพล มากมี¹ พิษณุรักษ์ กันทวิ² วิภาพ สุทธรณ์² ธนุศิลป์ สลีอ่อน²

¹ อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

² อาจารย์สาขาสาธารณสุขศาสตร์ สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

บทคัดย่อ

ความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุกำลังเป็นปัญหาสุขภาพหลักในระดับประเทศและชุมชน การส่งเสริมเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง จึงเป็นเป้าหมายหลักของการส่งเสริมสุขภาพ ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์นี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นความดันโลหิตสูง และสืบค้นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยใช้แนวคิด Precede Proceed Model ในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย เก็บข้อมูลช่วงเดือนมกราคม - กันยายน 2561 จำนวน 757 คน วิธีการการคัดเลือกตัวอย่างโดยใช้แบบหลายขั้นตอน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ใช้สหสัมพันธ์ สเปียร์แมน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมการวิจัย มีอายุเฉลี่ย 69 ปี เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.6 มีญาติสายตรงที่ป่วยเป็นความดันโลหิตสูงร้อยละ 59.8 ส่วนใหญ่มีระดับดัชนีมวลกายในระดับเกินน้ำหนักเกินร้อยละ 46.1 และร้อยละ 47.2 ป่วยเป็นโรคเรื้อรังอื่น ๆ ร่วมด้วย ปัจจัยนำด้านการรับรู้ความเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลางร้อยละ 69.3 ปัจจัยเสริมด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 40.8 และปัจจัยเอื้อด้านการเข้าถึงบริการ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 44.4 ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กันเชิงบวก โดยเฉพาะปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมมีขนาดความสัมพันธ์กันสูงสุด ($r=0.266$) พฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายแบบยืดเหยียด มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ <0.05 พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ($r=-0.102$) การใช้ยา ($r=-0.078$) และการจัดการความเครียด ($r=-0.159$) และพบว่าผู้ที่ดื่มสุรา มีปัจจัยเชิงบวกกับการสูบบุหรี่ ($r=0.109$) การออกกำลังกายแบบยืดเหยียด($r=0.079$)และการเคลื่อนไหวออกแรง ($r=0.147$) และมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ($r = -0.104$) โดยปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุมีความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่น ๆ มากที่สุด ดังนั้นการสร้างโปรแกรมสุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ กิจกรรมที่ออกแบบ ควรคำนึงถึงปัจจัยนำการรับรู้ความเสี่ยง ปัจจัยเสริมได้แก่แรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการ และคำนึงถึงความแตกต่างกันของสถานภาพส่วนบุคคล ขั้นตอนและวิธีการส่งเสริมสุขภาพตามความเหมาะสมเช่น กลุ่มอายุของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ : พฤติกรรมการดูแลตนเอง/ ความดันโลหิตสูง/ ผู้สูงอายุ/ แบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ

Corresponding author: ภัทรพล มากมี, อีเมล: phataraphon.mar@mfu.ac.th, โทร: 0898604253

Received: June 14, 2019; Revised: June 24, 2019; Accepted: July 5, 2019

An Investigation of Factors Relationship with Self-Care Behaviors in Elderly Patients with Hypertension in Doi-Louang District, Chiang-Rai Province

Phataraphon Markmee¹, Phitsanuluk Kantawee², Wipob Suthana², Thanusin Saleeon²

¹ Lecturer in Faculty of Public Health, Naresuan University

² Lecturer in Department of Public Health, School of Health Sciences, Mae Fah Luang University

Abstract

Hypertension in elderly patients has been the major health problem in both country level and community level. The objectives of this cross-sectional analytical study were to ascertain self-care behavior and to examine factors correlation to the self-care behavior in hypertension elderly patients with hypertension based on the Precede Proceed Model in Chiang-Rai Province, Thailand in January – September 2018. Data was collected from 757 by multi-stage sampling and questionnaires were developed based on a precede framework. Spearman Rank correlation statistic was used to examine the correlation. The results showed that the mean age of 757 participants was 69 years, 57.6% were female, 59.8% reported a family history of hypertension, 46.1% had overweight or higher level, and 47.2% had comorbidity. Most of them had low to moderate level of perceived risk (69.3%), 40.8% had low-level social support and 70.5% were high accessibility to medication. Predisposing, reinforcing, and enabling factors were positive relationship, especially between reinforcing and enabling were higher correlation ($r = 0.266$). Food nutrition and stretching exercise were positive correlation to predisposing, reinforcing, and enabling factors by statistically significant level at < 0.05 . Current smoking had negative relationship with food nutrition ($r=-0.102$), medication ($r=-0.078$) and stress management behaviors ($r=-0.159$). Current dinking had positive relationship with current smoking ($r=0.109$), stretching ($r=0.079$), and movement of exercise($r=0.147$), and had negative relationship with food nutrition behaviors ($r = -0.104$). Age was highly associated with other factors. We recommend to create the new education or health promoting programs by concerning predisposing, enabling, and reinforcing factors, and personal factors such as age groups.

Keywords: Self-care behaviors/ Hypertension/ Elderly/ Precede-proceed model

บทนำ

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง จากข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก¹ พบว่า โลกนี้มีผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงเกือบถึงพันล้านคน สองในสามของจำนวนนี้อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา โดยพบว่าประชากร 1 ใน 3 ของวัยผู้ใหญ่ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รวมถึงประเทศไทย จะมีภาวะความดันโลหิตสูง แต่ละปีประชากรในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1.5 ล้านคน ความชุกของการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิตสูงกับอายุที่มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น และการเกิดความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะมีความชุกสูงสุดภายในประชากรทั้งหมด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สูงถึง 60-80% ในประเทศที่พัฒนาแล้ว² สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย จากข้อมูลสถิติสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2558)³ พบว่า สถานการณ์การป่วยและเข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกภาค เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูล 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2543-พ.ศ.2553) พบว่า อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน จะมีผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงจาก 259 เป็น 1,349 ซึ่งถือว่ามียอดการเพิ่มที่สูงขึ้นกว่า 5 เท่า เบาหวานและ ความดันโลหิตสูง จึงกลายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย⁴ และจากฐานข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข โรคความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้สูงอายุมีอัตราที่สูงขึ้น จากร้อยละ 39.70 ในปี 2557 จนถึง ร้อยละ 42.96 ในปี 2561 ของผู้สูงอายุทั้งหมด⁵ ผลกระทบของการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง จะก่อให้เกิดโรคหัวใจโรคหลอดเลือดสมองและไตล้มเหลวเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและความพิการ⁶ ความดันโลหิตที่เป็นเป้าหมายของการรักษาผู้ป่วยผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง ไม่ควรเกิน 150/90 มิลลิเมตรปรอท⁷ และการรักษาทางการแพทย์โดยสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทยที่แนะนำ ไม่ควรเกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท⁸ ระบบบริการเดิมของไทยที่เน้นแก้ปัญหาผู้ป่วยปัญหาเฉพาะหน้า และการตัดสินใจทุกอย่างขึ้นกับแพทย์ อาจใช้ได้ดีกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน แต่เมื่อนำมาใช้กับกรณีเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งมีมิติทั้งด้านกาย ใจ สังคม รวมทั้ง

ระยะเวลาที่ต้องดูแลยาวนาน ทำให้บุคลากรการแพทย์ต้องแบกรับภาระหนักขึ้น โดยเฉพาะแพทย์และบุคลากรในส่วนหน่วยบริการปฐมภูมิอันเสมือนด่านหน้า แม้มีความตั้งใจให้การดูแลผู้ป่วยอย่างองค์รวมแต่ขาดสภาพแวดล้อมสนับสนุน ก็ปฏิบัติจริงได้ยาก แนวทางการสร้างระบบบริการในชุมชน เพื่อดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีหลากหลายรูปแบบ ตามสภาพพื้นที่⁹

พฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นสิ่งที่จำเป็นมากเพราะโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาหายขาดได้โดยผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิต (Lifestyle) ที่เหมาะสมซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาหลังจากป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง เพื่อควบคุม ระดับความดันโลหิตให้อยู่ในสภาวะที่เหมาะสม และป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเพื่อให้ตนเอง ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ดังนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุควร ปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การไม่สูบบุหรี่ การรับประทานยา การไปตรวจตามนัด¹⁰ ด้วยแนวคิดที่ว่าพฤติกรรมบุคคลมีสาเหตุมาจากพหุปัจจัย (multiple factor) ดังนั้นจะต้องมีการวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญๆที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนและกำหนดกลวิธีในการดำเนินงานสุขภาพศึกษาเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม PRECEDE-PROCEED MODEL¹¹ เป็นกรอบแนวทางในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพที่ครอบคลุมปัจจัยต่างที่ส่งผลต่อ คุณ ภาพ ชีวิต การใช้ แนว คิด PRECEDE FRAMEWORK ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน ซึ่งขั้นตอนที่ 3 ได้แก่การประเมินทางการศึกษาและนิเวศวิทยา (Phase 3: Education & ecological assessment) เป็นแนวทางที่สำคัญโดยเฉพาะขั้นตอนการวินิจฉัยทางการศึกษา ในการที่จะใช้วางแผนการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากการป่วยเป็นความดันโลหิตสูง¹² โดยเฉพาะในระดับพื้นที่ที่มีทรัพยากรที่จำกัด ทั้งด้านบุคคล เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ ไม่สามารถสร้างและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในทุกพฤติกรรมพร้อม ๆ กันได้ และการศึกษาปัจจัย

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในแต่ละด้าน จะเป็นข้อมูลนำเข้าในการวางแผนพัฒนาโปรแกรม ส่งเสริมสุขภาพทั้งในพฤติกรรมภาพรวมหรือพฤติกรรม เป้าหมาย เพื่อลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนของการป่วยด้วยความดันโลหิตสูง เช่นโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมองและภาวะไตวายเรื้อรัง อำเภอคลองหลวง จังหวัดเขียงราย เป็นอำเภอที่มีขนาดเล็กที่สุดใน จังหวัดเขียงราย มีโรงพยาบาลประจำอำเภอที่เป็น โรงพยาบาลชุมชนประเภทไม่รับผู้ป่วยนอน ขาดแคลน แพทย์ในการดูแลและ มีสถานบริการที่เป็นเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 4 แห่ง การ ส่งเสริมพฤติกรรมตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข 302ส จึงมีข้อจำกัดทั้งด้านบุคลากร ทรัพยากร การ สืบค้นข้อมูลเบื้องต้นของพฤติกรรมการดูแลตนเองและ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง จึงมี ความสำคัญเพื่อการวางแผนการออกแบบโปรแกรมที่มี ประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง อำเภอคลองหลวง จังหวัดเขียงราย

2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอคลอง หลวงจังหวัดเขียงราย และความสัมพันธ์ภายในพฤติกรรม การดูแลตนเอง ในแต่ละพฤติกรรม

สมมุติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสถานะ สุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง อำเภอคลองหลวง จังหวัดเขียงราย

2. ปัจจัยนำ ด้านการรับรู้ความเสี่ยงที่ เกิดขึ้นจากโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยเอื้อ การเข้าถึง บริการ และปัจจัยเสริม ด้านแรงสนับสนุนจากสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง อำเภอคลองหลวง จังหวัด เขียงราย

3. พฤติกรรมการดูแลตนเอง ประกอบด้วย พฤติกรรมการใช้ยา พฤติกรรมกรบริโภคอาหาร พฤติกรรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการสูบบุหรี่และพฤติกรรมการดื่ม สุรา มีสัมพันธ์กันในแต่ละพฤติกรรม ของผู้สูงอายุที่เป็น โรคความดันโลหิตสูง อำเภอคลองหลวง จังหวัดเขียงราย

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิง วิเคราะห์ (Cross-sectional analytical study) โดย รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ณ วันที่เก็บข้อมูล ในเขตอำเภอคลองหลวงจังหวัด เขียงราย จำนวน 1,149 ราย (คิดเป็นร้อยละ 42 ของ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในทุกกลุ่มอายุ) โดยได้รับการ วินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบัน ว่าเป็นโรคความดันโลหิต สูงและรับยาต่อเนื่องทั้งสถานบริการทั้งภาครัฐและ เอกชน อาศัยอยู่ในเขตอำเภอคลองหลวง มากกว่า 6 เดือนนับจากวันที่สำรวจข้อมูลและ ยินยอมให้ข้อมูล จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 757 คน ขนาดตัวอย่างและ การคัดเลือกตัวอย่าง คำนวณด้วยโปรแกรม OpenEpi ผ่านเว็บไซต์¹³ (Population size (for finite population correction factor or fpc) (N) = 1,149/Hypothesized % frequency of outcome factor in the population (p):50%+/-5, Confidence limits as % of 100(absolute +/- %) (d):5%, Design effect (for cluster surveys-DEFF) = 2) คำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 660 ตัวอย่าง การคัดเลือกโดย ใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) โดยเริ่มต้นจากการกลุ่มตัวอย่างแบบ ขั้นภูมิ โดยใช้สัดส่วนของผู้ป่วยตามเขตพื้นที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 4 แห่งและเขตรับผิดชอบของ โรงพยาบาลคลองหลวง จากนั้นใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง แบบอย่างง่ายเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามเป้าหมาย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย และการตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ พัฒนามาจากการศึกษาของ จิรวรรณ เจนจบ¹⁴

ประกอบด้วย 3 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา การป่วยเป็นโรคเรื้อรังอื่น ๆ การประเมินความเครียด¹⁵ ส่วนที่ 2 เป็นข้อมูล ปัจจัยนำด้านการรับรู้ความเสี่ยงที่เกิดจากความดันโลหิตสูง ปัจจัยเอื้อ ด้านการเข้าถึงบริการและปัจจัย ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม และส่วนที่ 3 เป็นพฤติกรรม การดูแลตนเอง ประกอบด้วย พฤติกรรมการรักษา พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการดื่มสุรา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ ประสบการณ์ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมเนื้อหาให้ตรงวัตถุประสงค์ที่ศึกษา ตลอดจนความเหมาะสม ความชัดเจนของภาษา การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ดำเนินการโดยการนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงและปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทำการทดลองใช้สอบถามผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ต่อจากนั้นนำควิเคราะห์ด้วย KR-20 และใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ดังนี้การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค (0.87) แรงสนับสนุนทางสังคม (0.86) การเข้าถึงบริการ (0.80)

การแปลผล

ปัจจัยนำ ด้านการรับรู้ความเสี่ยง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ การประเมินผล เป็นระดับการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน โดยกำหนดช่วงคะแนน 0-9 คะแนน ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ ได้รับเป็นประจำ 2 คะแนน ได้รับบางครั้ง 1 คะแนน และไม่ได้รับ 0 คะแนน โดยกำหนดช่วงคะแนน 0-24 คะแนน ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ เห็นด้วยมากที่สุด 2 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง 1 คะแนน และไม่เห็นด้วย 0 คะแนน จำนวนแต่ละข้อคำถามที่สร้างขึ้นจะมีลักษณะข้อความทางบวก (Positive Statement)

โดยมีการประเมินผล เป็นระดับการเข้าถึงบริการ โดยกำหนดช่วงคะแนน 0-21 คะแนน โดยทุกปัจจัยแบ่งระดับโดยใช้อิงกลุ่ม โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมาเป็นตัวกำหนด

การประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเอง แบ่งเป็นทั้งหมด 6 พฤติกรรม ประกอบด้วย พฤติกรรมการใช้ยา พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การประเมินพฤติกรรม การใช้ยา เป็นแบบเลือกตอบการปฏิบัติตามรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 12 ข้อ จำนวนแต่ละข้อคำถามที่สร้างขึ้นจะมีลักษณะข้อความทางบวก และลักษณะเชิงลบ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ มีช่วงคะแนน 0-36 คะแนน มีช่วงคะแนน 0-29 คะแนน การประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 15 ข้อ จำนวนแต่ละข้อคำถามที่สร้างขึ้นจะมีลักษณะข้อความทางบวก และลักษณะเชิงลบ ประกอบด้วย ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ แบ่งระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร 3 ระดับ โดยกำหนดช่วงคะแนน 0-45 คะแนน ประเมินพฤติกรรมการจัดการความเครียด จำนวน 12 ข้อ จำนวนแต่ละข้อคำถามที่สร้างขึ้นจะมีลักษณะข้อความทางบวก และลักษณะเชิงลบ แบ่งระดับพฤติกรรมการจัดการความเครียด 3 ระดับ มีช่วงคะแนน 0-36 ทั้ง 3 พฤติกรรม แบ่งระดับโดยใช้อิงกลุ่ม โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมาเป็นตัวกำหนด พฤติกรรมการออกกำลังกาย เป็นความถี่ในการปฏิบัติตนเอง ประกอบด้วย ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และทีมวิจัย ในการเตรียมพื้นที่ ในการเก็บข้อมูล การสัมภาษณ์ ใช้ผู้ช่วยนักวิจัยในระดับพื้นที่ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือพยาบาล จำนวน 5 คนที่ผ่านการอบรม รายละเอียดในการสัมภาษณ์ความเข้าใจในเนื้อหาและวิธีการเก็บข้อมูล จำนวน 1 วัน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติ ร้อยละ

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ใช้สถิติ Spearman rank Test งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย เลขที่ 114/2560

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 69 ปี มากกว่ากึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษาและไม่ได้รับการศึกษา ส่วนใหญ่

รายได้ครัวเรือนต่ำกว่า 1 หมื่นบาท ร้อยละ 59.80 มีญาติสายตรงเป็นความดันโลหิตสูง และเกือบครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีโรคเรื้อรังอื่น ๆ ร่วมด้วย โดยพบว่า ประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วยมีโรคเบาหวานร่วมด้วย ส่วนใหญ่มีสิทธิในการรักษา เป็นสิทธิบัตรทองทุกประเภท เกินครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยสูงอายุ รับประทานยาที่โรงพยาบาล ชุมชน พบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วนระดับที่ 1-2 ถึงร้อยละ 46.1 โดยมีดัชนีมวลกายโดยเฉลี่ย 23 และมีระดับความเครียดระดับปานกลางถึงเครียดมากถึงร้อยละ 14.7 ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (จำนวน 757 คน)

	ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	321	42.40
	หญิง	436	57.60
อายุ (ปี) (Mean $\pm$ SD)		69.10 $\pm$ 6.80	
	60-69	456	60.20
	70-79	212	28.00
	80+	89	11.80
สถานภาพสมรส			
	โสด	41	5.40
	สมรส	502	66.31
	หย่า/แยกกันอยู่	19	2.50
	หม้าย	195	25.80
ระดับการศึกษา			
	ไม่ได้เรียน	317	41.90
	ประถมศึกษา	404	53.40
	มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1-ม.3) หรือสูงกว่า	32	4.70
รายได้ครัวเรือน			
	น้อยกว่า 10,000 บาท	643	84.90
	10,000-20,000 บาท	77	10.20
	20,001-30,000 บาท	26	3.40
	มากกว่า 30,000 บาท	11	1.50
มีญาติสายตรงเป็นความดันโลหิตสูง			
	ใช่	453	59.80
	ไม่ใช่	304	40.20

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (จำนวน 757 คน) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การป่วยเป็นโรคเรื้อรังอื่น ๆ		
ใช่	357	47.20
ไม่ใช่	400	52.80
มีภาวะความพิการ		
ใช่	62	8.20
ไม่ใช่	695	91.80
สิทธิในการรักษาพยาบาล		
สิทธิบัตรทองทุกประเภท	697	92.10
บัตรประกันสังคม	13	1.70
สวัสดิการข้าราชการ	33	4.40
สิทธิอื่น เช่น ประกันสุขภาพเอกชน หรือไม่มีสิทธิใด ๆ	14	1.80
สถานบริการที่รับยาประจำ		
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	279	36.90
โรงพยาบาลของรัฐประจำอำเภอ	471	62.20
โรงพยาบาลของรัฐประจำจังหวัด	5	0.70
โรงพยาบาลเอกชน/คลินิกเอกชน	2	0.30
ดัชนีมวลกาย (Mean ± SD)	22.95 ± 4.41	
ผอม (น้อยกว่า 18.50)	102	13.50
ปกติ (18.51-22.99)	306	40.40
น้ำหนักเกิน (23.00-24.99)	122	16.10
อ้วนระดับ 1 (25.00-29.99)	180	23.80
อ้วนระดับ 2 (มากกว่า 30.00)	47	6.20
ระดับภาวะความเครียด (Mean ± SD)	2.07 ± 2.68	
เครียดน้อย (คะแนน 0-4)	646	85.3
เครียดปานกลาง (คะแนน 5-7)	72	9.5
เครียดมาก (คะแนน 8-9)	20	2.7
เครียดมากที่สุด (คะแนน 10-15)	19	2.5

ปัจจัยนำได้แก่ระดับการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ร้อยละ 69.3 โดยส่วนใหญ่มีการรับรู้ถึงความเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 43.90 ปัจจัยเสริมได้แก่ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 40.8) และปัจจัยเอื้อได้แก่การเข้าถึงบริการส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงร้อยละ 70.5 โดยพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยความดันโลหิตสูงมีระดับพฤติกรรม การเข้ายาส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงร้อยละ 61.6 ระดับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารส่วนใหญ่อยู่ในระดับกลาง ร้อยละ 49.1 พฤติกรรมการออกกำลังกายแยกความถี่

ในการปฏิบัติ พบว่า มีพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายที่ปฏิบัติเป็นสม่ำเสมอจนถึงไม่เคยปฏิบัติ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเคลื่อนไหวในการทำงานบ้านงานอาชีพ เช่น ทำงานบ้าน/ทำสวน/ทำไร่/ทำนา/ขี่จักรยานหรือเดินไปทำงานจนรู้สึกเหนื่อยกำลังดีสะสมอย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 5 วัน โดยปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 44.9 มีการยืดเหยียด เช่น การก้มเอามือแตะพื้น ประสานมือไว้เหนือศีรษะหลังดันขึ้น การก้มเอามือแตะพื้น การเหยียด และฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่อเนื่องกัน สัปดาห์ละ 2-3 วัน เป็นประจำเพียง ร้อยละ 37.3 และ กิจกรรมออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาแบบทางการ ด้วยความ

แรงระดับปานกลาง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 30 นาที ส่วนใหญ่ปฏิบัติบางครั้งถึงไม่เคยปฏิบัติถึงร้อยละ 85.9 ระดับพฤติกรรมจัดการความเครียดกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.3 พฤติกรรมการสูบบุหรี่พบว่าส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่

ร้อยละ 54.6 และยังคงสูบบุหรี่ร้อยละ 11.6 และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยดื่มปัจจุบันยังคงดื่มแอลกอฮอล์ถึงร้อยละ 20.1 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (จำนวน 757 คน)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน (Mean ± SD)	5.42±3.00	
ต่ำ (0-3 คะแนน)	332	43.90
ปานกลาง (4-6 คะแนน)	192	25.40
สูง (7-9 คะแนน)	233	30.80
ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม (Mean ± SD)	15.20 ±5.70	
ต่ำ (น้อยกว่า 15 คะแนน)	309	40.80
ปานกลาง (15-18 คะแนน)	209	27.60
สูง (19-24 คะแนน)	239	31.60
ระดับการเข้าถึงบริการ (ปัจจัยเสริม) (Mean ± SD)	12.07 ± 2.56	
ต่ำ (0-11 คะแนน)	223	29.50
สูง (12-14 คะแนน)	534	70.50
ระดับพฤติกรรมการใช้ยา (Mean ± SD)	30.39 ±4.35	
สูง (30-36 คะแนน)	466	61.60
ต่ำ (น้อยกว่า 30 คะแนน)	291	38.40
ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (Mean ± SD)	34.77 ± 4.93	
สูง (36-45 คะแนน)	350	46.20
ปานกลาง (27-35 คะแนน)	372	49.10
ต่ำ (น้อยกว่า 27 คะแนน)	35	4.60
ระดับพฤติกรรมการจัดการความเครียด (Mean ± SD)	22.81 ± 5.78	
สูง (29-36 คะแนน)	134	17.7
ปานกลาง (22-28 คะแนน)	313	41.3
ต่ำ (น้อยกว่า 22 คะแนน)	310	41.0
พฤติกรรมการออกกำลังกาย		
การออกกำลังกายแบบปานกลางเช่นเล่นกีฬา		
สม่ำเสมอ	107	14.10
บางครั้ง	122	16.10
นาน ๆ ครั้ง	81	10.70
ไม่เคยปฏิบัติ	447	59.00
การออกกำลังกายแบบเคลื่อนไหวออกแรง ในการทำงาน/อาชีพ		
สม่ำเสมอ	340	44.90
บางครั้ง	104	13.70
นาน ๆ ครั้ง	86	11.40
ไม่เคยปฏิบัติ	227	30.00

ตารางที่ 2 ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (จำนวน 757 คน) (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
การออกกำลังกายแบบยืดเหยียด		
สม่ำเสมอ	282	37.30
บางครั้ง	152	20.10
นาน ๆ ครั้ง	98	12.90
ไม่เคยปฏิบัติ	225	29.70
พฤติกรรมสูบบุหรี่		
ไม่เคย	413	54.60
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	256	33.80
สูบบุหรี่	88	11.60
พฤติกรรมดื่มสุรา		
ไม่เคย	397	52.40
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	208	27.50
ดื่มสุรา	152	20.10

ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นความดันโลหิตสูง ใช้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ correlation spearman rank test โดยมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล อายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่นมากที่สุด โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ เพศชาย ความพิการ ระดับความเครียด สถานภาพการสูบบุหรี่ และมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการจัดการความเครียด การออกกำลังกายแบบเคลื่อนไหวออกแรง การยืดเหยียดและการดื่มสุรา เมื่อแยกพฤติกรรมเป็นรายพฤติกรรม พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม ปัจจัยเอื้อ พฤติกรรมการออกกำลังกายแบบยืดเหยียดและการเคลื่อนไหวออกแรง แต่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับปัจจัยส่วนบุคคล คือระดับภาวะความเครียดกับเพศชาย พฤติกรรมการจัดการความเครียด มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับปัจจัยนำ

พฤติกรรมการใช้ยา มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการจัดการความเครียด

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมการใช้ยา

พฤติกรรมการดื่มสุรา มีความสัมพันธ์เชิงลบกับปัจจัยเสริม แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการบริโภคอาหาร คะแนนพฤติกรรมการใช้ยา และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคะแนนพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ระดับการออกกำลังกายแบบยืดเหยียด มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดื่มสุรา พฤติกรรมการจัดการความเครียด และระดับการออกกำลังกายแบบเคลื่อนไหวทำงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับปัจจัยเสริม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ พฤติกรรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมการใช้ยา ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง โดย Spearman's rho coefficient (n = 757)

ปัจจัย	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)
(1) อายุ	1.000															
(2) เพศชาย	.094 ^b	1.000														
(3) มีความพิการ	.102 ^b	-.013	1.000													
(4) ดัชนีมวลกาย	-.386 ^b	-.001	-.069	1.000												
(5) คะแนนความเครียด	.156 ^b	-.083 ^a	.099 ^b	-.095 ^b	1.000											
(6) ปัจจัยนำ(การรับรู้ความเสี่ยง)	-.109 ^b	.081 ^a	.057	.043	-.043	1.000										
(7) ปัจจัยเสริม (แรงสนับสนุนทางสังคม)	.054	-.018	.020	-.050	-.037	.264 ^b	1.000									
(8) ปัจจัยเอื้อ (การเข้าถึงบริการ)	-.040	.039	-.025	.043	-.150 ^b	.145 ^b	.266 ^b	1.000								
(9) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	-.031	-.157 ^b	-.011	-.039	-.117 ^b	.134 ^b	.108 ^b	.206 ^b	1.000							
(10) พฤติกรรมการใช้ยา	.011	-.047	.032	-.044	-.014	.056	.151 ^b	.103 ^b	.127 ^b	1.000						
(11) การจัดการความเครียด	-.086 ^a	-.001	-.035	.050	.033	.115 ^b	.068	.026	.062	.111 ^b	1.000					
(12) ออกกำลังกายระดับปานกลาง	-.027	.138 ^b	.000	-.012	-.085 ^a	.080 ^a	.052	.023	-.038	.027	.277 ^b	1.000				
(13) การเคลื่อนไหวออกแรง	-.126 ^b	.105 ^b	-.069	.057	-.101 ^b	.144 ^b	.058	.080 ^a	.021	.108 ^b	.288 ^b	.255 ^b	1.000			
(14) การยืดเหยียด	-.112 ^b	.004	-.092 ^a	.063	-.038	.209 ^b	.114 ^b	.133	.144 ^b	.155 ^b	.295 ^b	.152 ^b	.371 ^b	1.000		
(15) ปัจจัยสนับสนุน	.087 ^a	.164 ^b	-.033	-.084 ^a	.006	-.036	.004	.001	-.102 ^b	-.078 ^a	-.159 ^b	.022	.022	.005	1.000	
(16) ปัจจัยต้นเหตุ	-.184 ^b	.291 ^b	-.078 ^a	.137 ^b	-.054	.040	-.099 ^b	.013	-.104 ^b	-.058	-.019	.045	.109 ^b	.079 ^a	.147 ^b	1.000

Correlation using Spearman's rho a = p-value < 0.05 b = p-value < 0.001

สรุปและอภิปรายผล

จากกรอบแนวคิด Precede Framework ใน Precede-Proceed Model¹⁶ การวินิจฉัยทางการศึกษาและนิเวศวิทยา เป็นขั้นตอนที่ 3 ของ Precede Framework ซึ่งต่อมาจากขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยทางระบาดวิทยา งานวิจัยนี้ประยุกต์ใช้ความเสี่ยงที่จะเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ภาวะแทรกซ้อนทางไตและหลอดเลือดสมอง เป็นพฤติกรรมเป้าหมายในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากความดันโลหิตสูง กระบวนการส่งเสริมสุขภาพและสุขภาพจึงมีวินิจฉัยพฤติกรรมทั้ง 6 พฤติกรรมหลัก ประกอบด้วย การใช้ยา การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา ซึ่งเป็นนโยบายหลักของกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นในการวางแผนเพื่อดำเนินการสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพต้องใช้ข้อมูลพื้นฐานตั้งแต่กระบวนการคัดเลือกรูปแบบความเสี่ยงที่สำคัญ การกำหนดพฤติกรรมที่เป็นเป้าหมายหลัก เพราะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้องใช้แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ที่หลากหลายในแต่ละพฤติกรรมเป้าหมาย งานวิจัยนี้ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านอายุ มีความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคลอื่น ๆ โดยพบว่า อายุที่เพิ่มขึ้น มีความสัมพันธ์กับความต้องการการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน และมีระดับความเครียดที่เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามดัชนีมวลกายมีแนวโน้มลดลงเมื่ออายุที่เพิ่มขึ้น และสัมพันธ์กับการรับรู้ความเสี่ยงของภาวะที่แทรกซ้อนลดลง และสัมพันธ์กับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองที่ลดลงไป ด้วย เช่น การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย และการดื่มสุรา ดังนั้นปัจจัยด้านอายุ จึงเป็นปัจจัยหลักที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองหลายพฤติกรรม และ พฤติกรรมที่เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่สำคัญพบว่าเป็นการสูบบุหรี่ การออกกำลังกายหรือการเคลื่อนไหวออกแรง การรับประทานอาหาร¹⁷

ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์เชิงบวก เป็นไปตามสมมติฐานและสอดคล้องกับทฤษฎี Precede Proceed Model¹⁶ โดยปัจจัยนำด้านการรับรู้ความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อน มีความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง¹⁸ และมี

ความสัมพันธ์กับ การควบคุมความดันโลหิต¹⁹ มีความสัมพันธ์กับปัจจัยเสริม ปัจจัยเอื้อ และพฤติกรรม การดูแลตนเอง เช่น พฤติกรรมการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ma ในปี 2018²⁰ ที่พบว่า ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตอนต้นและตอนกลาง ประกอบด้วยอายุ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคและการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำการรับรู้ความเสี่ยง ปัจจัยเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยเอื้อการเข้าถึงบริการ พบว่า ปัจจัยเสริมกับปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์ที่สูงสุดและมีค่าความสัมพันธ์ที่ใกล้เคียงกัน กับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมและปัจจัยนำ โดยทุกความสัมพันธ์เป็นความสัมพันธ์เชิงบวกในทุกคู่ โดยทั้ง 3 ปัจจัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่สำคัญ คือ พฤติกรรมการใช้ยา พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมการออกกำลังกายแบบยืดเหยียด และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์²¹

พฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กันทั้งที่เป็นเชิงบวกและเชิงลบ โดยพบว่า พฤติกรรมการดื่มสุรา มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การยืดเหยียด การเคลื่อนไหวออกแรงในการทำงาน และมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ในการออกแบบโปรแกรมสุขภาพหรือโปรแกรมการลดหรือเลิกการดื่มสุรา อาจส่งผลให้มีพฤติกรรมการบริโภคที่อาจเพิ่มขึ้น มีการสูบบุหรี่ที่ลดลง โดยกิจกรรมที่ออกแบบต้องใช้แรงสนับสนุนทางสังคมร่วมด้วย

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุยังมีการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัดเกินร้อยละ 20 และรับประทานอาหารไขมันสูงบางครั้งถึงประจำถึงร้อยละ 22 ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงขึ้น²²

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การใช้ยาและการบริโภคอาหาร โดยพบกลุ่มที่มีพฤติกรรมการบริโภค

อาหารในระดับสูง พบว่าอัตราการไม่เคยสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่เคยสูบบุหรี่แล้ว หรือสูบบุหรี่ในปัจจุบัน กลุ่มที่มีการจัดการความเครียดที่สูงพบในกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่สูบบุหรี่ และกลุ่มที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับสูง พบมากที่สุดในกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ การจัดการความเครียด มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ในทุก ๆ ประเภท แสดงว่าในกลุ่มที่มีการออกกำลังกายมีการจัดการความเครียดที่ดี ด้านการสูบบุหรี่ พบว่าอัตราการสูบบุหรี่ในผู้ชายสูงกว่าเพศหญิง²³

ข้อจำกัดของงานวิจัย เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง สามารถทราบเพียงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เท่านั้น ไม่สามารถบอกได้ว่ามีพฤติกรรมใดที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมนั้น ๆ เช่น พฤติกรรมการใช้ยากับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ไม่สามารถบอกได้ว่าพฤติกรรมใดเป็นสาเหตุ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ในการสร้างโปรแกรมสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพ กิจกรรมที่ออกแบบ ควรคำนึงถึงปัจจัยนำการรับรู้ความเสี่ยง ปัจจัยเสริมได้แก่แรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยเอื้อได้แก่การเข้าถึงบริการ โดยคำนึงถึงความแตกต่างกันของสถานะสุขภาพส่วนบุคคล ขั้นตอนและวิธีการส่งเสริมสุขภาพ ตามความเหมาะสมกับเช่น กลุ่มอายุของผู้สูงอายุ

งานวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุของแต่ละพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยใช้กระบวนการเชิงคุณภาพร่วมด้วย เช่นการสัมภาษณ์เชิงลึก ในพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ดื่มสุรา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวงที่ให้ทุน Program-Based สนับสนุนในการทำวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014. World Health Organization; 2014.
- Nwankwo T, Yoon SS, Burt V, Gu Q. Hypertension among adults in the United States: National Health and Nutrition Examination Survey, 2011-2012. NCHS data brief. 2013;133:1-8.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. สถิติสาธารณสุข พ.ศ 2558. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2558.
- วิชัย เทียนถาวร. ระบบการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง : นโยบายสู่ การปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2556.
- กระทรวงสาธารณสุข. Health Data Center. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2561.] เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php>
- World Health Organization. A global brief on hypertension. Silent killer, global public health crisis. World Health Organization Geneva: Switzerland; 2013.
- Nilsson PM. Blood pressure strategies and goals in elderly patients with hypertension. Experimental gerontology 2017;87:151-2.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 1. ม.ป.ท.; 2558.
- ปัทมา โกมทุบุตร. ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง : นวัตกรรมเพื่อความแข็งแรงของระบบสุขภาพปฐมภูมิ. วารสารคลินิก 2551;24:316-24.
- มุกดา สอนประเทศ. ความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสถานอนามัยก้าวหน้า ต.กุดกู่ อ.โนนสักร. จ.หนองบัวลำภู. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 7 มีนาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: <http://203.157.71.148/Information/center/research-55>
- Gielen AC, McDonald EM, Gary TL, Bone LR. Using the precede-proceed model to apply health behavior theories. Health behavior and health education: Theory, research and practice. 2008;4:407-29.
- Tramm R, McCarthy A, Yates P. Using the Precede-Proceed Model of Health Program Planning in breast cancer nursing research. Journal of advanced nursing 2012;68(8):1870-80.

13. Dean AG, Sullivan KM, Soe MM. OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health, Version. 2013 [update 2013 April 6; cited 2018 June 25]. Available form: www.OpenEpi.com.
14. จีรวรรณ เจนจบ. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกตุกาสร อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2559.
15. กรมสุขภาพจิต. แบบประเมินซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2 กันยายน พ.ศ. 2561]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.dmh.go.th/test/download/view.asp?id=22>
16. Gielen AC, McDonald EM, Gary TL, Bone LR. Using the preceed-proceed model to apply health behavior theories. Health behavior and health education: Theory, research and practice. 2008;4:407-29.
17. Li Y, Cao J, Lin H, Li D, Wang Y, He J. Community health needs assessment with preceed-proceed model: a mixed methods study. BMC health services research 2009 ;9(1):181.
18. Lewis LM, Riegel BJ. Determinants of perceived health in older adults with hypertension. Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care 2010;39(1):41-9.
19. Zhang X, Zhu M, Dib HH, Hu J, Tang S, Zhong T, Ming X. Knowledge, awareness, behavior (KAB) and control of hypertension among urban elderly in Western China. International Journal of Cardiology 2009;137(1):9-15.
20. Ma C. An investigation of factors influencing self-care behaviors in young and middle-aged adults with hypertension based on a health belief model. Heart & Lung 2018;47(2):136-41.
21. Yang SO, Jeong GH, Kim SJ, Lee SH. Correlates of self-care behaviors among low-income elderly women with hypertension in South Korea. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing 2014;43(1):97-106.
22. Padiyar A. Nonpharmacologic Management of Hypertension in the Elderly. Clinics in geriatric medicine 2009;25(2):213-9.
23. Hu H, Li G, Arai T. Prevalence rates of self-care behaviors and related factors in a rural hypertension population: a questionnaire survey. International Journal of Hypertension 2013;1-9.

ภาวะคุณภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมือง อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา: เปรียบเทียบระหว่างเพศชายและหญิง

ทัศนีย์ ศีลาวรรณ¹ ณัฐวัชร นิลกาญจนกุล¹

กิตติพงศ์ พลเสน¹ มณีนรัตน์ อวยสวัสดิ์²

¹ อาจารย์ประจำภาควิชาอนามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา

บทคัดย่อ

ประเทศไทยอยู่ในสถานการณ์สังคมสูงวัยโดยสัดส่วนผู้สูงอายุหญิงมากกว่าชายและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การดูแลและจัดบริการเพื่อผู้สูงอายุจึงควรคำนึงถึงมิติทางเพศด้วย การวิจัยเชิงพรรณานี้มุ่งอธิบายและเปรียบเทียบภาวะคุณภาพและพฤติกรรมเสี่ยงระหว่างผู้สูงอายุชายและหญิงในชุมชนกึ่งเมืองอำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสูงเนิน จำนวน 220 คน สุ่มตัวอย่างครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุจากทุกชุมชนด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุหรือตัวแทนครัวเรือนที่อายุ 18 ปีขึ้นไปที่สามารถให้ข้อมูลของผู้สูงอายุได้ครบถ้วน ด้วยแบบสัมภาษณ์ อธิบายคุณลักษณะตัวแปรด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าสัดส่วนของตัวแปรระหว่างเพศด้วย Chi-square test ผลการวิจัยพบว่าหนึ่งในสี่ของตัวแปรที่ศึกษามีความแตกต่างกันระหว่างเพศชายและหญิง โดยผู้สูงอายุชายมีความเสี่ยงด้านสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุหญิงในประเด็นการสูบบุหรี่/ยาเส้นและการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในขณะที่ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความเสี่ยงสูงกว่าเพศชายในเรื่องเส้นรอบเอวและการไม่ใช้เข็มขัดนิรภัยขณะขับรถ ส่วนประเด็นที่ผู้สูงอายุชายและหญิงมีความเสี่ยงด้านสุขภาพใกล้เคียงกันคือภาวะหรือโรคความดันโลหิตสูง ระดับไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า การไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ การบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกาย และระยะเวลานอนหลับในวันธรรมดาหรือวันหยุด ข้อเสนอแนะจากการวิจัยควรจัดกิจกรรมป้องกันและลดความเสี่ยงของผู้สูงอายุ โดยให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมกำหนดแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับเพศ อายุและบริบทของครอบครัว ควรส่งเสริมให้มีการประเมินหรือคัดกรองภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง และควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนและช่วยเหลือกันในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพ ภายใต้การหนุนเสริมจากชุมชนและการร่วมมือกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

คำสำคัญ : ภาวะคุณภาพ/ พฤติกรรมเสี่ยง/ ผู้สูงอายุ/ ชุมชนกึ่งเมือง

Corresponding author: ทัศนีย์ ศีลาวรรณ, อีเมล: tsilawan@gmail.com, โทร: 0854102985

Received: July 18, 2019; Revised: August 28, 2019; Accepted: September 12, 2019

Health Threats and Risk Behaviors of the Elderly in the Semi-urban Communities of Sung Noen District, Nakhon Ratchasima Province: Comparison between Males and Females

Tassanee Silawan¹, Nuttawat Ninkarnjanakun¹

Kittipong Ponsen¹, Maneerat Ouaysawat²

¹Instructors, Community Health Department, Faculty of Public Health, Mahidol University.

²Professional Nurse, Sung Noen Hospital, Nakhon Ratchasima Province.

Abstract

Thailand is in a situation of aging society, with the proportion of older women is higher than men and increasing. Care and services for the elderly should also consider the gender dimension. This descriptive research aimed to describe and compare health threats and risk behaviors between elderly men and women in the semi-urban communities of Sung Noen District, Nakhon Ratchasima Province. The samples were 220 elderly people in Sung Noen municipality by sampling the elderly households from every communities using a simple random sampling method. Data were obtained from the elderly or household representatives aged 18 years and over using questionnaire. Data were described by percentage, mean and standard deviation and compared the proportion between male and female variables using Chi-square test. The results indicated that one-fourth of the studied variables were different between males and females. Elderly males had a higher health risk than females in smoking and drinking, meanwhile female elderly had higher health risks than male elderly in case of the waist circumference and not using seat belts while driving car. Elderly males and females had similar health risks in terms of high blood pressure or hypertension, high blood lipid, diabetes, activities of daily living, depression, not using a helmet while driving or traveling on a motorcycle, food consumption, physical activity or exercise, and sleep time on weekdays or holidays. The findings suggested that of the elderly in disease prevention, health care, and enhance the quality of life should be promoted in a form that allowed the elderly to make decisions and change behavior by themselves, taking into account the different factors between gender. Places and opportunities for the elderly to do activities together regularly should be provided and important assessments and screenings in the elderly should be performed continuously.

Keywords: Health threats/ Risk behaviors/ Elderly/ Semi-urban communities

บทนำ

ปัจจุบันประชากรโลกได้เปลี่ยนผ่านสู่ประชากรสูงวัย ในปี 2559 ประเทศสมาชิกของอาเซียน 3 ประเทศ (จาก 10 ประเทศ) ได้กลายเป็นสังคมสูงอายุ หรือ “สังคมสูงวัย” (Aged society) แล้ว ซึ่งรวมถึงประเทศไทยที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 16.5¹ โดยในปี 2562 มีผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ประมาณ 11.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17.4 ของประชากรทั้งประเทศ² และคาดว่าภายในปี 2573 จะมีผู้สูงอายุ 17.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 25.7³ ซึ่งจะเริ่มเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Completed aged society) ทั้งนี้ เป็นผลมาจากการที่มีอัตราเกิดและอัตรายาลดลง อันเนื่องมาจากความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์และการพัฒนาประเทศทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม ทำให้คนไทยมีอายุยืนยาวขึ้น โดยมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดสูงขึ้น จากค่าคาดประมาณ ณ กลางปี 2562 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดในเพศชาย 73.0 ปี และเพศหญิง 80.1 ปี และอายุคาดเฉลี่ยที่อายุ 60 ปี (จำนวนปีเฉลี่ยที่คาดว่าจะมีชีวิตรอดอยู่ต่อไปอีก) ในเพศชาย 17.1 ปี และเพศหญิง 22.8 ปี¹ เมื่ออายุสูงวัยจะเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สมอง บทบาททางสังคม รวมถึงมีปัญหาด้านสุขภาพ การเจ็บป่วย การทำกิจวัตรประจำวัน ความสุข และคุณภาพชีวิต ซึ่งการเจ็บป่วยที่พบบ่อย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ โรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูก และภาวะซึมเศร้า เป็นต้น⁴⁻⁸ นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้สูงอายุใช้บริการรถฉุกเฉินมากกว่าวัยอื่นถึง 8 เท่าและมีอัตราการใช้บริการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลสูง 4 เท่าของกลุ่มวัยอื่น^{9,10} โดยสาเหตุหลักที่ผู้สูงอายุใช้บริการแพทย์ฉุกเฉิน คือหกล้ม อาการสับสนเฉียบพลัน อาการกำเริบของโรคประจำตัวที่เป็นอยู่เดิม โรคเกี่ยวกับหลอดเลือดและระบบไหลเวียนโลหิต โรคหัวใจ และความผิดปกติของระบบหายใจ เป็นต้น¹¹⁻¹² สะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีภาวะคุณภาพชีวิตและความเสี่ยงสูงกว่าวัยอื่นๆ ซึ่งต้องการการดูแลทั้งจากตนเอง ครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แต่ในเขตเมืองและกึ่งเมืองพบว่าผู้สูงอายุจำนวนมากไม่ต้องการอาศัยอยู่ตามลำพังหรือกับญาติที่ไม่ใช่บุตร ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรม

ผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัว และมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง⁴⁻⁸ นอกจากนี้ ยังพบว่าคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนชนบทสูงกว่าชุมชนกึ่งเมืองและชุมชนเมือง⁵ การวิจัยที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางและแตกต่างกันตามเพศ¹³ ประกอบกับที่สัดส่วนผู้สูงอายุและอายุคาดเฉลี่ยแตกต่างกันตามเพศสภาพ (Gender) การศึกษาสถานการณ์โดยรวมจึงยังไม่เพียงพอต่อความเข้าใจในภาวะคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยง ตลอดจนปัจจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งแตกต่างกันระหว่างผู้สูงอายุเพศชายและหญิง

อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา ประกอบด้วย 11 ตำบล เขตเทศบาลตำบลสูงเนินซึ่งมีลักษณะเป็นชุมชนกึ่งเมือง ประกอบด้วย 14 ชุมชน 6,057 หลังคาเรือน และมีประชากร 10,006 คน มีจำนวนผู้สูงอายุ 2,955 คน คิดเป็นร้อยละ 29.5 ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์สูงมาก นอกจากนั้นบริบทของพื้นที่อำเภอสูงเนินมีโรงงานอุตสาหกรรมตั้งอยู่ในพื้นที่จำนวนมาก รวมทั้งมีนิคมอุตสาหกรรมด้วย ทำให้วิถีชีวิตของประชากรเปลี่ยนแปลงและมีปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพเพิ่มขึ้น จึงจำเป็นต้องหาแนวทางป้องกันและดูแลอย่างเร่งด่วน จึงเป็นที่มาของการวิจัยนี้ ที่มุ่งอธิบายภาวะคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยงของผู้สูงอายุชายและหญิง ผลการวิจัยจะช่วยในการจัดระบบการป้องกัน ส่งเสริม และดูแลผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับเพศสภาพ และช่วยให้สามารถดำเนินการได้สอดคล้องกับบริบทของชุมชนกึ่งเมืองหรือเขตเทศบาลตำบลที่มีลักษณะใกล้เคียงกันซึ่งมีอีกจำนวนมากต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบภาวะคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยงระหว่างผู้สูงอายุชายและหญิงในชุมชนกึ่งเมือง อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา

ระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสำรวจ (Cross-sectional survey)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง: ประชากรในการวิจัยคือผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสูงเนินจาก 14

ชุมชน ซึ่งประกอบด้วย 6,057 หลังคาเรือน ประชากรรวม 10,006 คน และมีจำนวนผู้สูงอายุ 2,955 คน กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสูงเนินจาก 14 ชุมชน จำนวน 220 คน ที่คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรการประมาณสัดส่วนกรณีทราบจำนวนประชากร¹⁴ โดยกำหนดค่า $Z^2_{\alpha/2}$ (ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่น 95%) เท่ากับ 1.96, N (ประชากรผู้สูงอายุ) เท่ากับ 2,955 คน, p (ค่าสัดส่วนของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีประวัติเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 10 ครั้งต่อปีร้อยละ 1.9)⁸ เท่ากับ 0.19, d (ค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5) เท่ากับ 0.05 จากนั้นสุ่มตัวอย่างครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุจากทุกชุมชนด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยคำนวณขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุในแต่ละชุมชน และเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลที่เป็นตัวแทนครัวเรือนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปที่สามารถให้ข้อมูลของผู้สูงอายุได้อย่างครบถ้วน

3. เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ: เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยนี้ประยุกต์จากเครื่องมือการประเมินสุขภาวะ ที่พัฒนาโดยทีมวิชาการและองค์กรในเครือข่ายสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยผู้ให้ข้อมูลคือผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปที่สามารถให้ข้อมูลของผู้สูงอายุได้อย่างครบถ้วน เนื้อหาของแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้) ภาวะสุขภาพ (เส้นรอบเอว การเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และภาวะซึมเศร้า) ซึ่งในส่วนของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันใช้แบบประเมินและแปลผลตามบาร์เธล เอ ดี แอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) จำแนกผลการประเมินเป็นกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง¹⁵ ภาวะซึมเศร้าใช้แบบประเมินและแปลผลตามการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยด้วยคำถาม 9 ข้อ (9Q) จำแนกผลการประเมินเป็นไม่มีภาวะซึมเศร้า มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง¹⁶ จำแนกเส้นรอบเอวเป็นกลุ่มปกติ (ความยาวเส้นรอบเอว <90 ซม. ในชาย และ <80 ซม. ในหญิง) และกลุ่มมีภาวะอ้วน

ลงพุง (ความยาวเส้นรอบเอว ≥90 ซม. ในชาย และ ≥80 ซม. ในหญิง)¹⁷

พฤติกรรมเสี่ยง (การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การป้องกันอุบัติเหตุจากยานยนต์ การบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกาย และระยะเวลาการนอนหลับ) ประเด็นละ 5-7 ข้อ จัดระดับและแปลความหมายโดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom)¹⁸ จำแนกผลการประเมินเป็นกลุ่มไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงหรือมีพฤติกรรมเสี่ยงต่ำ (คะแนนรวมร้อยละ 80 ขึ้นไป) กลุ่มมีพฤติกรรมเสี่ยงปานกลาง (คะแนนรวมร้อยละ 60-79) และกลุ่มมีพฤติกรรมเสี่ยงสูง (คะแนนรวมต่ำกว่าร้อยละ 60)

4. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล: การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้ 1) ทำหนังสือถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและชุมชน 2) ประชุมวางแผนการดำเนินงาน 3) อบรมพนักงานเก็บรวบรวมข้อมูลและผู้ควบคุมงานสนาม ประกอบด้วยนักศึกษาและอาจารย์จากเครือข่ายสถาบันการศึกษาสาธารณสุข-ศาสตร์ จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 20 คน โดยทำความเข้าใจในรายละเอียดของเครื่องมือและแนวทางการสัมภาษณ์ และ 4) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแนวทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ควบคุมคุณภาพการเก็บข้อมูล และตรวจสอบความสมบูรณ์

5. การวิเคราะห์ข้อมูล: ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS version 18.0 (PASW Statistics 18) อธิบายคุณลักษณะของตัวแปรด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าสัดส่วนของภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงระหว่างเพศด้วย Chi-square test การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่องการประเมินผลการพัฒนาชุมชนสุขภาวะ อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COA. No. MUPH 2018-168

ผลการวิจัย

ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจาก 14 ชุมชนในเขตเทศบาลตำบลสูงเนิน อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา มีจำนวนทั้งสิ้น 220 คน จำแนกเป็นเพศชาย 77 คน (ร้อยละ 34.8) และเพศหญิง 143 คน (ร้อยละ 64.7) ผลการวิจัย มีดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป: ผู้สูงอายุชายมีอายุเฉลี่ย 69.4 ปี สถานภาพสมรสร้อยละ 92.2 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าร้อยละ 64.9 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 40.3 มีรายได้เฉลี่ย 6,368.1 บาทต่อเดือน มีสิทธิรักษาพยาบาลด้วยประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ร้อยละ 55.8 ในขณะที่ผู้สูงอายุหญิงมีอายุเฉลี่ย 70.9 ปี สถานภาพสมรสหม้ายร้อยละ 44.1 และสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 40.6 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าร้อยละ 79.0 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 55.2 มีรายได้เฉลี่ย 2,960.5 บาทต่อเดือน

2. ภาวะคุณภาพสุขภาพ: ผู้สูงอายุชายและหญิงมีภาวะคุณภาพสุขภาพ (ตารางที่ 1) ดังนี้

2.1 เส้นรอบเอวและการเจ็บป่วย พบว่าผู้สูงอายุชายมีเส้นรอบเอวเฉลี่ย 33.8 นิ้ว โดยร้อยละ 18.2 มีเส้นรอบเอวเกินเกณฑ์มาตรฐาน (เกณฑ์มาตรฐานไม่ควรเกิน 36 นิ้ว หรือ 90 เซนติเมตร) ในขณะที่ผู้สูงอายุหญิงมีเส้นรอบเอวเฉลี่ย 34.2 นิ้ว โดยร้อยละ 56.8 มีเส้นรอบเอวเกินเกณฑ์มาตรฐาน (เกณฑ์มาตรฐานไม่ควรเกิน 32 นิ้ว หรือ 80 เซนติเมตร) ในช่วง 12 เดือนนับถึงวันเก็บข้อมูลผู้สูงอายุชายเคยได้รับแจ้งจากบุคลากรสาธารณสุขว่ามีภาวะหรือเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 61.0 มีระดับไขมันในเลือดสูงร้อยละ 37.7 และเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 29.9 ในขณะที่ผู้สูงอายุหญิงเคยได้รับแจ้งจากบุคลากรสาธารณสุขว่ามีภาวะหรือเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 58.7 มีระดับไขมันในเลือดสูงร้อยละ 42.7 และเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 37.1 ซึ่งพบว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุหญิงที่มีเส้นรอบเอวเกินเกณฑ์มาตรฐานสูงกว่าผู้สูงอายุชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แต่ไม่มีความแตกต่างกันของค่าสัดส่วนด้านการเจ็บป่วยระหว่างเพศชายและหญิงในเรื่องภาวะหรือเป็นโรคความดันโลหิตสูง ระดับไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน ($p > 0.05$)

2.2 การช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมประจำวัน (Activity Daily Living: ADL) พบว่าผู้สูงอายุชายมีค่า ADL เฉลี่ย 19.4 คะแนน (จาก 20 คะแนน) โดยพบกลุ่มติดบ้านหรือติดเตียงร้อยละ 1.4 ในขณะที่ผู้สูงอายุหญิงมีค่า ADL เฉลี่ย 18.9 คะแนนโดยเป็นกลุ่มติดบ้านหรือติดเตียงร้อยละ 3.9 ซึ่งพบว่าสัดส่วนของการประเมิน ADL ที่จัดเป็นกลุ่มติดบ้านหรือติดเตียงไม่มีความแตกต่างกันระหว่างเพศชายและหญิง ($p > 0.05$)

2.3 ภาวะซึมเศร้า จากการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) พบว่าผู้สูงอายุชายมีคะแนนการประเมินภาวะซึมเศร้าเฉลี่ย 3.1 คะแนน (จาก 27 คะแนน) โดยพบกลุ่มมีภาวะซึมเศร้าระดับปกติร้อยละ 80.5 ระดับน้อยร้อยละ 16.9 และปานกลางร้อยละ 2.6 ส่วนผู้สูงอายุหญิงมีคะแนนการประเมินภาวะซึมเศร้าเฉลี่ย 3.9 คะแนนโดยมีภาวะซึมเศร้าระดับปกติร้อยละ 80.4 ระดับน้อยร้อยละ 18.2 และปานกลางร้อยละ 1.4 ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันระหว่างค่าสัดส่วนของผู้สูงอายุชายและหญิงที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง ($p > 0.05$)

3. พฤติกรรมเสี่ยง: ผู้สูงอายุชายและหญิงมีพฤติกรรมเสี่ยง (ตารางที่ 2) ดังนี้

3.1 การสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พบว่าปัจจุบันผู้สูงอายุชายสูบบุหรี่/ยาเส้นนานๆ ครั้งร้อยละ 5.2 และสูบเป็นประจำร้อยละ 15.6 ภายใน 12 เดือนนับถึงวันเก็บข้อมูลเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 31.2 โดย 10 ใน 24 คน (ร้อยละ 41.7) ดื่ม 3-4 วัน/สัปดาห์ขึ้นไป ส่วนผู้สูงอายุหญิงปัจจุบันสูบบุหรี่/ยาเส้นนานๆ ครั้งร้อยละ 2.1 และสูบเป็นประจำร้อยละ 2.1 ภายใน 12 เดือนนับถึงวันเก็บข้อมูลเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร้อยละ 10.5 โดย 3 ใน 14 คน (ร้อยละ 21.4) ดื่ม 3-4 วัน/สัปดาห์ขึ้นไป เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างเพศพบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุชายที่ปัจจุบันสูบบุหรี่/ยาเส้นเป็นประจำและดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์สูงกว่าผู้สูงอายุหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

3.2 ความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุจากการขับขี่หรือโดยสารยานยนต์ พบว่าปัจจุบันผู้สูงอายุชายขับรถยนต์ร้อยละ 42.9 โดยไม่มีใบขับขี่ร้อยละ 9.1 และ

ไม่คาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับรถทุกครั้งร้อยละ 11.7 โดยสารรถยนต์ร้อยละ 61.0 โดยไม่คาดเข็มขัดนิรภัยขณะโดยสารรถยนต์ทุกครั้งร้อยละ 50.0 ปัจจุบันผู้สูงอายุชายขับขีรถจักรยานยนต์ร้อยละ 54.5 โดยไม่มีใบขับขี่ร้อยละ 23.8 และไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขับขีรถจักรยานยนต์ทุกครั้งร้อยละ 42.9 โดยสารรถจักรยานยนต์ร้อยละ 26.0 โดยไม่สวมหมวกนิรภัยขณะโดยสารรถจักรยานยนต์ทุกครั้งร้อยละ 60.0 ส่วนในกลุ่มผู้สูงอายุหญิงพบว่าปัจจุบันขับรถยนต์ร้อยละ 3.5 โดย 2 ใน 3 คนไม่มีใบขับขี่และ 3 ใน 5 คนไม่คาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับรถทุกครั้ง โดยสารรถยนต์ร้อยละ 60.1 โดยไม่คาดเข็มขัดนิรภัยขณะโดยสารรถยนต์ทุกครั้งร้อยละ 61.5 ปัจจุบันขับขีรถจักรยานยนต์ร้อยละ 16.8 โดยไม่มีใบขับขี่ร้อยละ 50.0 และไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขับขีรถจักรยานยนต์ทุกครั้งร้อยละ 37.5 โดยสารรถจักรยานยนต์ร้อยละ 31.5 โดยไม่สวมหมวกนิรภัยขณะโดยสารรถจักรยานยนต์ทุกครั้งร้อยละ 57.8 เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างเพศพบว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุหญิงที่ไม่คาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับรถทุกครั้งสูงกว่าผู้สูงอายุชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แต่ไม่มีความแตกต่างกันของค่าสัดส่วนระหว่างเพศชายและหญิงในเรื่องการไม่คาดเข็มขัดนิรภัยขณะโดยสารรถยนต์ทุกครั้งและไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขับขีหรือโดยสารรถจักรยานยนต์ทุกครั้ง ($p > 0.05$)

3.3 การบริโภคอาหาร พบว่าผู้สูงอายุชายมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉลี่ย 20.0 คะแนนจาก 28 คะแนน โดยจัดอยู่ในเกณฑ์เสี่ยงปานกลางร้อยละ 49.4 และเสี่ยงสูงร้อยละ 16.9 ในขณะที่ผู้สูงอายุหญิงมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉลี่ย 20.7 คะแนน โดยจัดอยู่ในเกณฑ์เสี่ยงปานกลางร้อยละ 49.7 และเสี่ยงสูงร้อยละ 15.4 โดยที่ค่าสัดส่วนการบริโภคอาหารในเกณฑ์เสี่ยงสูงไม่มีความแตกต่างกันระหว่างผู้สูงอายุชายและหญิง ($p > 0.05$)

3.4 กิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกาย พบว่า ผู้สูงอายุชายมีกิจกรรมทางกายหรือ

ออกกำลังกายในระดับปานกลางและต่ำร้อยละ 97.4 โดยในการทำงานปกติต้องออกแรงปานกลางทำให้หายใจแรงขึ้นหรือหัวใจเต้นเร็วขึ้นปานกลางเป็นเวลาต่อเนื่องตั้งแต่ 10 นาที ขึ้นไปในแต่ละครั้ง (เช่น การเดินอย่างรวดเร็วไปมาในที่ทำงาน หรือทำงานบ้าน หรือถือของไม่หนักมาก เป็นต้น) ร้อยละ 20.8 และในเวลาว่างจากการทำงานมีกิจกรรมเล่นกีฬา ออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรมยามว่างอย่างปานกลางเป็นเวลาต่อเนื่องตั้งแต่ 10 นาทีขึ้นไปในแต่ละครั้ง (เช่น เดินเร็ว ขี่จักรยาน เล่นวอลเลย์บอล ว่ายน้ำ เป็นต้น) ร้อยละ 20.8 ส่วนผู้สูงอายุหญิงมีกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายในระดับปานกลางและต่ำร้อยละ 95.1 โดยในการทำงานปกติต้องออกแรงปานกลางทำให้หายใจแรงขึ้นหรือหัวใจเต้นเร็วขึ้นปานกลางเป็นเวลาต่อเนื่องตั้งแต่ 10 นาทีขึ้นไปในแต่ละครั้ง ร้อยละ 26.6 และในการเดินทางจากสถานที่หนึ่งไปอีกที่หนึ่งโดยการเดินหรือขี่จักรยานเป็นเวลาต่อเนื่องตั้งแต่ 10 นาทีขึ้นไปร้อยละ 23.1 โดยค่าสัดส่วนการมีกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายในระดับปานกลางหรือต่ำ ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างผู้สูงอายุชายและหญิง ($p > 0.05$)

3.5 ระยะเวลาการนอนหลับ พบว่าผู้สูงอายุชายมีระยะเวลาอนหลับรวมในวันธรรมดาเฉลี่ย 7.1 ชั่วโมง โดยพบผู้ที่มีระยะเวลาอนหลับรวมต่ำกว่า 7 ชั่วโมงร้อยละ 42.8 ส่วนในวันหยุดมีระยะเวลาอนหลับรวมเฉลี่ย 6.8 ชั่วโมง โดยพบผู้ที่มีระยะเวลาอนหลับรวมต่ำกว่า 7 ชั่วโมงร้อยละ 39.4 ในขณะที่ผู้สูงอายุหญิงมีระยะเวลาอนหลับรวมในวันธรรมดาเฉลี่ย 6.9 ชั่วโมง โดยพบผู้ที่มีระยะเวลาอนหลับรวมต่ำกว่า 7 ชั่วโมงร้อยละ 40.7 ส่วนในวันหยุดมีระยะเวลาอนหลับรวมเฉลี่ย 6.7 ชั่วโมงโดยพบผู้ที่มีระยะเวลาอนหลับรวมต่ำกว่า 7 ชั่วโมงร้อยละ 40.3 โดยค่าสัดส่วนการมีระยะเวลาอนหลับรวมต่ำกว่า 7 ชั่วโมง ทั้งในวันธรรมดาและวันหยุดไม่มีความแตกต่างกันระหว่างผู้สูงอายุชายและหญิง ($p > 0.05$)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าสัดส่วน (ร้อยละ) ของภาวะคุกคามสุขภาพระหว่างผู้สูงอายุชายและหญิง

ภาวะคุกคามสุขภาพ	ชาย (77 คน)	หญิง (143 คน)	p	ความเสี่ยง
เส้นรอบเอวเกินเกณฑ์มาตรฐาน	18.2	56.6	<0.001	ชาย < หญิง
มีภาวะหรือเป็นโรคความดันโลหิตสูง	61.0	58.7	0.740	ใกล้เคียงกัน
มีระดับไขมันในเลือดสูง	37.7	42.7	0.472	ใกล้เคียงกัน
เป็นโรคเบาหวาน	29.9	37.1	0.284	ใกล้เคียงกัน
การประเมิน ADL จัดเป็นกลุ่มติดบ้านหรือติดเตียง	1.3	4.2	0.242	ใกล้เคียงกัน
การประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) จัดอยู่ในระดับปานกลาง	2.6	1.4	0.525	ใกล้เคียงกัน

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าสัดส่วน (ร้อยละ) ของพฤติกรรมเสี่ยงระหว่างผู้สูงอายุชายและหญิง

พฤติกรรมเสี่ยง	ชาย (77 คน)	หญิง (143 คน)	p	ความเสี่ยง
สูบบุหรี่/ยาเส้นเป็นประจำ	15.6	2.1	<0.001	ชาย > หญิง
ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	31.2	10.5	<0.001	ชาย > หญิง
ไม่คาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับรถทุกครั้ง	11.7	60.1	<0.001	ชาย < หญิง
ไม่คาดเข็มขัดนิรภัยขณะโดยสารรถยนต์ทุกครั้ง	50.6	61.5	0.119	ใกล้เคียงกัน
ไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขี่รถจักรยานยนต์ทุกครั้ง	42.9	37.8	0.437	ใกล้เคียงกัน
ไม่สวมหมวกนิรภัยขณะโดยสารรถจักรยานยนต์ทุกครั้ง	59.7	58.0	0.807	ใกล้เคียงกัน
การบริโภคอาหารจัดอยู่ในเกณฑ์เสี่ยงสูง	16.9	15.4	0.772	ใกล้เคียงกัน
มีกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายในระดับปานกลางหรือต่ำ	97.4	95.1	0.412	ใกล้เคียงกัน
ระยะเวลานอนหลับรวมในวันธรรมดาต่ำกว่า 7 ชั่วโมง	42.9	40.6	0.741	ใกล้เคียงกัน
ระยะเวลานอนหลับรวมในวันหยุดต่ำกว่า 7 ชั่วโมง	39.0	40.6	0.817	ใกล้เคียงกัน

อภิปรายผลการวิจัย

หนึ่งในสี่ของตัวแปรที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะคุกคามสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมือง เขตเทศบาลตำบลสูงเนิน อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา มีความแตกต่างกันระหว่างเพศชายและหญิง อภิปรายผลดังนี้

เส้นรอบเอวเกินเกณฑ์มาตรฐานในผู้สูงอายุหญิงสูงกว่าชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สาเหตุน่าจะเนื่องมาจากวิถีชีวิตและบริบททางสังคมของผู้สูงอายุชายในพื้นที่อำเภอสูงเนิน ยังคงมีกิจกรรมต่าง ๆ ที่ต้องใช้กำลังทางกายมากกว่าผู้สูงอายุหญิง ทั้งในด้านการทำงานที่ต้องใช้กำลังและการร่วมกิจกรรมทางสังคมต่าง ๆ

สอดคล้องกับผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557¹⁷ ที่พบว่าความชุกของภาวะอ้วนลงพุง (ความยาวเส้นรอบเอว ≥ 90 ซม. ในชาย และ ≥ 80 ซม. ในหญิง) ในเพศหญิงสูงกว่าเพศชายในทุกกลุ่มโดยเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นและสูงสุดในช่วงอายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 70.0 และ 32.1 ตามลำดับ) จากนั้นจึงลดลงเหลือร้อยละ 63.7 และ 27.4 และ 56.1 และ 18.6 ในกลุ่มอายุ 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป ตามลำดับ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเมตาบอลิกของศูนย์อนามัยที่ 4 (ปัจจุบันคือศูนย์อนามัยที่ 5) จังหวัดราชบุรี ในปี 2554¹⁹ ที่พบว่า เพศหญิงมีแนวโน้มของร้อยละการมีเส้นรอบเอวเกินค่ามาตรฐานมากกว่าเพศชาย โดยกลุ่มอายุ 55-64 ปี มีเส้นรอบเอวเกินเกณฑ์ร้อยละ 71.7 และ 30.4 ตามลำดับ และกลุ่มอายุ 64 ปีขึ้นไปมีเส้นรอบเอวเกินเกณฑ์ร้อยละ 60.0 และ 15.3 ตามลำดับ ผลการวิจัยนี้พบร้อยละของผู้มีเส้นรอบเอวเกินเกณฑ์ต่ำกว่าผลการสำรวจหรือศึกษาข้างต้น ซึ่งน่าจะเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 70 ปี ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจที่พบว่า เส้นรอบเอวเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้นและลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุช่วงกลาง ผลการศึกษาภาวะอ้วนลงพุงสอดคล้องกับที่พบสัดส่วนการเป็นโรคเบาหวานและระดับไขมันในเลือดสูงในผู้สูงอายุหญิงมากกว่าผู้สูงอายุชาย รวมทั้งโรคความดันโลหิตสูงที่พบในสัดส่วนที่สูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่าภาวะอ้วนลงพุงมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิต¹⁹ แม้ผลการวิจัยนี้จะพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันของโรคข้างต้นระหว่างเพศชายและหญิง แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าผู้สูงอายุทั้งสองเพศเผชิญปัญหาและมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในเกณฑ์สูง ซึ่งรวมถึงผลการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและผลการประเมินภาวะซึมเศร้า ซึ่งพบว่าเพิ่มขึ้นตามอายุ¹⁷ เหล่านี้ล้วนเป็นภาวะคุกคามสุขภาพและลดทอนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จึงจำเป็นต้องจัดระบบการดูแลและสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่ม โดยเฉพาะการลดภาวะอ้วนลงพุงในผู้สูงอายุหญิง

ผู้สูงอายุชายสูบบุหรี่/ยาเส้นเป็นประจำสูงกว่าผู้สูงอายุหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการสูบบุหรี่เป็นค่านิยมของเพศชายตั้งแต่วัยรุ่นที่คิดว่าช่วยส่งเสริมความเป็นชาย หรืออาจได้รับอิทธิพลจากเพื่อนหรือการรวมกลุ่มทางสังคม ตลอดจนค่านิยมของสังคมที่ยอมรับการสูบบุหรี่ของเพศชายมากกว่าเพศหญิง ซึ่งประเด็นเหล่านี้ช่วยส่งเสริมให้เพศชายวัยรุ่นสูบบุหรี่มากกว่าและสูบเรื่อยมาจนถึงวัยสูงอายุ สอดคล้องกับผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557¹⁷ ที่พบเพศชายสูบบุหรี่ในปัจจุบันที่มีอายุ 60-69 ปี 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 35.8, 25.0 และ 21.8 ตามลำดับ ในขณะที่พบเพศหญิงสูบบุหรี่ในปัจจุบันที่มีอายุ 60-69 ปี 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 3.9, 2.3 และ 5.1 ตามลำดับ ในทำนองเดียวกันพบว่าผู้สูงอายุชายดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์สูงกว่าผู้สูงอายุหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งน่าจะเนื่องมาจากการเข้าสังคมหรือสังสรรค์ในกลุ่มเพื่อนหรืองานเทศกาลต่างๆ เพื่อแสดงถึงความเป็นพรรคพวกเดียวกันและเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างกัน บางคนอาจดื่มเพื่อคลายความเครียดจากปัญหาครอบครัวและการงาน ในขณะที่บางส่วนดื่มเพื่อให้ร่างกายรู้สึกกระชุ่มกระชวยและหายเหนื่อยจากการกิจประจำวันหรือดื่มเพื่อให้อ่อนหลับ ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับผลการสำรวจข้างต้น¹⁷ ที่พบเพศชายดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ใน 12 เดือนที่ผ่านมาที่มีอายุ 60-69 ปี 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 42.1, 26.3 และ 17.6 ตามลำดับ ในขณะที่พบเพศหญิงดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ใน 12 เดือนที่ผ่านมาที่มีอายุ 60-69 ปี 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 12.5, 5.7 และ 3.3 ตามลำดับ และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสู้อย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร²⁰ ที่พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีการปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพ ได้แก่ สูบบุหรี่หรือดื่มสุรา มากกว่าเพศหญิง

ด้านการป้องกันอุบัติเหตุจากยานยนต์ พบว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุหญิงที่ไม่คาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับรถยนต์ทุกครั้งสูงกว่าผู้สูงอายุชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ น่าจะเกิดจากผู้สูงอายุหญิงมักขับรถยนต์ในการ

เดินทางไม่ไกลหรือขับในเขตอำเภอที่อยู่อาศัยทำให้บางคนอาจคิดว่าไม่จำเป็นต้องคาดเข็มขัดนิรภัย นอกจากนี้ ผู้สูงอายุหญิงส่วนใหญ่จะเป็นผู้โดยสารมากกว่าที่จะเป็นผู้ขับขี่เอง สอดคล้องกับผลการสำรวจในกลุ่มอายุ 15-59 ปีที่พบว่าในช่วง 30 วันที่ผ่านมาคนขับรถยนต์ที่เป็นหญิงที่ไม่คาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้งสูงกว่าชาย (ร้อยละ 52.0 และ 38.6 ตามลำดับ)¹⁷ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุทั้งหญิงและชายมีการคาดเข็มขัดนิรภัยขณะโดยสารรถยนต์ไม่แตกต่างกันแต่อยู่ในเกณฑ์ที่มีความเสี่ยงสูง น่าจะเนื่องมาจากขาดความตระหนักในอันตรายที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงละเลยการคาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้งในการเดินทางในระยะทางใกล้ๆ หรือภายในเขตอำเภอ สอดคล้องกับผลการสำรวจในกลุ่มอายุ 15-59 ปี ที่พบว่า ผู้โดยสารด้านหน้าที่เป็นหญิงและชายที่ไม่คาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้งร้อยละ 45.9 และ 46.4¹⁷ ผู้สูงอายุทั้งหญิงและชายมีการสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ไม่แตกต่างกันแต่อยู่ในเกณฑ์ที่มีความเสี่ยงสูง น่าจะเนื่องมาจากส่วนใหญ่มักขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ในระยะใกล้ในละแวกบ้านจึงคิดว่าไม่จำเป็นต้องสวมหมวกนิรภัยทุกครั้ง ทั้งนี้ ในหนึ่งวันอาจต้องขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์หลายรอบ เช่น รับ-ส่งหลานไปโรงเรียน ไปตลาด หรือซื้อของใช้ต่าง ๆ ซึ่งอยู่ไม่ไกลจากบ้าน ทำให้ไม่ได้สวมหมวกนิรภัยทุกครั้งหรือบางคนอาจรู้สึกอึดอัดหรือร้อนขณะสวมหมวกนิรภัยทำให้ไม่อยากสวมทุกครั้ง นอกจากนี้ เนื่องจากอำเภอสูงเนินเป็นอำเภอขนาดเล็กที่ผู้คนคุ้นเคยกันเป็นอย่างดี การบังคับใช้กฎหมายจึงกระทำด้วยการบอกกล่าวตักเตือน ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงไม่ได้ปฏิบัติตามกฎหมายอย่างเคร่งครัด สอดคล้องกับผลการสำรวจในกลุ่มอายุ 15-59 ปี ที่พบว่า ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ที่เป็นหญิงและชายไม่สวมหมวกนิรภัยทุกครั้ง ร้อยละ 57.6 เท่ากัน และผู้โดยสารรถจักรยานยนต์ที่เป็นหญิงและชายไม่สวมหมวกนิรภัยทุกครั้งร้อยละ 70.2 และ 75.2¹⁷

ผู้สูงอายุชายและหญิงมีความเสี่ยงด้านการบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกาย และระยะเวลานอนหลับไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้ น่าจะเนื่องมาจากผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงมีการกิจวัตรประจำวันที่ต้องช่วยเหลือกันและอยู่ในสิ่งแวดล้อม

คล้ายกันเกือบตลอดเวลา ทำให้มีกิจวัตรประจำวันทั้งในเรื่องการบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกาย และการพักผ่อนนอนหลับที่ใกล้เคียงกัน อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงมีความเสี่ยงด้านการบริโภคอาหารค่อนข้างสูง ทั้งนี้ น่าจะเนื่องมาจากวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบอวัยวะในร่างกาย รวมถึงระบบการเผาผลาญพลังงานลดลง จึงอาจส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการและก่อให้เกิดโรคเรื้อรังได้²¹ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ทุกวันในปริมาณและลักษณะของอาหารที่เหมาะสมกับวัย ร่วมกับการพักผ่อนที่เพียงพอและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่แข็งแรงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ สอดคล้องกับการศึกษาภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ที่พบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารร้อยละ 35.5 และมีภาวะขาดสารอาหารร้อยละ 6.2²² และผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ก็พบว่าผู้สูงอายุบริโภคผักหรือผลไม้ต่ำลงเมื่ออายุมากขึ้น (กินผักเพียงพอตตามคำแนะนำร้อยละ 29.5, 23.1, และ 16.4 และบริโภคผลไม้เพียงพอตตามคำแนะนำร้อยละ 28.3, 23.2, และ 21.9 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไปตามลำดับ)¹⁷ การวิจัยนี้ยังพบอีกว่าผู้สูงอายุทั้งหญิงและชายเกือบครึ่งที่มีระยะเวลานอนหลับรวมในวันธรรมดาและวันหยุดต่ำกว่า 7 ชั่วโมง ซึ่งผู้สูงอายุโดยทั่วไปที่มีสุขภาพดีควรมีระยะเวลาก่อนนอนหลับในช่วงกลางคืน 7-8 ชั่วโมง สาเหตุที่ผู้สูงอายุมีระยะเวลาก่อนนอนหลับไม่เพียงพอหรือคุณภาพการนอนหลับไม่ดีอาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของจังหวะชีวิตในรอบวัน ระดับฮอร์โมนกายวิภาคทางระบบประสาทที่ควบคุมการนอนหลับ การรับและการตอบสนองต่อแสงสว่างจากภายนอก เป็นต้น นอกจากนี้ อาจเกิดจากความเคยชินที่ปฏิบัติตั้งแต่ตอนยังไม่สูงวัยเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุตอนต้นจึงยังไม่ได้ปรับพฤติณชีวิตและกิจวัตรประจำวัน หรืออาจมีบางส่วนที่มีโรคประจำตัวหรือปัญหาในชีวิตทำให้นอนไม่หลับและต้องอาจใช้ยานอนหลับเป็นประจำ สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุที่หมู่บ้านประชานิเวศน์²² ที่พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 52.0 มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี โดยกลุ่มตัวอย่างมีการนอนเฉลี่ย 6.09 ชั่วโมง และปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีคือการมีภาวะซึมเศร้าและการมีโรคประจำตัว สอดคล้องกับที่พบในการวิจัยนี้ด้วย

สรุป

หนึ่งในสี่ของตัวแปรเกี่ยวกับภาวะคุกคามสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองมีความแตกต่างกันระหว่างเพศชายและหญิง โดยผู้สูงอายุชายมีความเสี่ยงด้านสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุหญิงในประเด็นการสูบบุหรี่/ยาเส้นและการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ในขณะที่ผู้สูงอายุหญิงมีความเสี่ยงด้านสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุชายในประเด็นเส้นรอบเอวเกินเกณฑ์มาตรฐานและไม่คาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับรถยนต์ทุกครั้ง ส่วนประเด็นที่ผู้สูงอายุชายและหญิงมีความเสี่ยงด้านสุขภาพใกล้เคียงกันคือมีภาวะหรือโรคความดันโลหิตสูง มีระดับไขมันในเลือดสูง เป็นโรคเบาหวาน ผลการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจัดเป็นกลุ่มติดบ้านหรือติดเตียง ผลการประเมินภาวะซึมเศร้าจัดอยู่ในระดับปานกลาง ไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ บริโภคอาหารในเกณฑ์เสี่ยงสูง มีกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายในระดับปานกลางหรือต่ำ และระยะเวลานอนหลับในวัณธรรมาหรือวันหยุดต่ำกว่า 7 ชั่วโมง

ข้อเสนอแนะ

ควรจัดกิจกรรมป้องกันและลดความเสี่ยงของผู้สูงอายุในด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และอุบัติเหตุจากยานพาหนะ โดยให้ผู้สูงอายุชายและหญิงมีส่วนร่วมกำหนดแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับเพศ อายุและบริบทของครอบครัว ควรส่งเสริมให้มีการประเมินหรือคัดกรองภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เพื่อจะได้ทราบความเสี่ยงตั้งแต่เริ่มแรกและหาทางป้องกันและแก้ไขได้ทันเวลา และควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนและช่วยเหลือกันในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพ ภายใต้การหนุนเสริมจากชุมชนและการร่วมมือกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเครือข่ายสถาบันการศึกษา สาธารณสุขศาสตร์ จังหวัดนครราชสีมา ที่ช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและควบคุมคุณภาพงานสนาม

เอกสารอ้างอิง

1. ปราโมทย์ ประสาทกุล. บรรณาธิการ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559. พิมพ์ครั้งที่ 1 นครปฐม: บริษัท พรินท์เออร์ จำกัด 999; 2560.
2. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. ประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2562. สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 9 กรกฎาคม 2562] ; 28. เข้าถึงได้จาก: <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsrbeta/th/Gazette.aspx>.
3. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดือนตุลา; 2556.
4. สมใจ วินิจกุล. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเมือง: กรณีศึกษาพื้นที่เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร. วารสารการพยาบาล 2550; 9(2): 44-54
5. เสน่ห์ แสงเงิน ถาวร มาตัน. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง เขตชุมชนกึ่งเมือง และเขตชุมชนชนบท จังหวัดสุโขทัย. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2561; 48(2): 174-84
6. โกศล สอดส่อง. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครพระนครศรีอยุธยา จังหวัดนครพระนครศรีอยุธยา. วารสารศึกษาศาสตร์ มจร 2561; 6(1): 162-175
7. บุญญพัฒน์ ไชยเมล์, บุญเรือง ขาวนวล, พลภัทร ทรงศิริ. คุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ตำบลแหลมโดนต อำเภอกวนขนุน จังหวัดพัทลุง. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2555; 42(1): 55-65
8. ผ่องพรรณ อรุณแสง, วรรณภา ศรีธัญรัตน์, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, สุทธินันท์ สุนิต, ปัทมา สุริต, อัมพรพรรณ อีรานูตร และคณะ. ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุในสถาบันบริการสุขภาพและในชุมชน. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2555; 35(2): 15-24
9. Lowthian JA, Jolley DJ, Curtis AJ, Currell A, Cameron PA, Stoelwinder JU et al. The challenges of population ageing: Accelerating demand for emergency ambulance services by older patients, 1995-2015. MJA 2011; 194 (11): 574-578.

10. Keskinoglu P, Sofuoglu T, Ozmen O, Gunduz M, Ozkan M. Older people's use of pre-hospital emergency medical services in Izmir, Turkey. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2010; 50:356-60
11. จิราพร เกศพิชญวัฒนา และ สุวิณี วิวัฒน์วานิช. การดูแลผู้สูงอายุในภาวะฉุกเฉิน. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย* 2554; 23(2):1-12
12. Dundar C, Sunter AT, Canbaz S, Cetinoglu E. Emergency service use by older people in Samsun, Turkey. *Advances in Therapy* 2006; 23 (1): 47-53
13. ภรณ์ ตั้งสุรัตน์1, วิมลฤดี พงษ์หิรัญญ์. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบางเมือง อำเภอเมืองจังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการและงานวิจัย* 2556; 20(1): 57-69
14. Wayne WD. *Biostatistics: A Foundation of Analysis in the Health Sciences*. 6th ed. New York: John Wiley & Sons Inc.; 1995.
15. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการคัดกรอง/ประเมินคัดกรองผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2557.
16. ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ณรงค์ มณีทอง, กมลเนตร วรรณเสวก, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. การพัฒนาและความเที่ยงตรงของแบบประเมินโรค ซึมเศร้า 9 คำถาม. *โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข*; 2550.
17. วิชัย เอกพลการ. บรรณาธิการ. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. พิมพ์ครั้งที่ 1 นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2557.
18. Bloom, B.S. (Ed.). *Taxonomy of Educational Objectives, Handbook I: The Cognitive Domain*. New York: David McKay Co Inc.; 1956.
19. กมล มัยรัตน์, พัชร วังศ์ษา, พรนิภา เผือกหอม, พัธนาพร ปาจริยพงษ์, พาณิ เสนีย์วงศ์ ณ อยุธยา. การศึกษาการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเมตาบอลิก. *ราชบุรี: ศูนย์อนามัยที่*; 2554.
20. ชุตินา สิ้นชัยวนิชกุล และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลทหารบก* 2561; 19 (Supplement): 100-109
21. นิธิรัตน์ บุญตานนท์. ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 10 กรกฎาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก : http://203.157.71.139/group_sr/allfile/1521534073.pdf.
22. ขวิดา แก้วอนันต์. โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี* 2561; 12(2): 199-210

ผลของโปรแกรมประยุกต์ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

ไพสิฐ ภิโรภาส¹ อรวรรณ กิริติโรจน์²

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำสาขาวิชานามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมประยุกต์ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยประยุกต์ทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการคัดเลือกแบบสมัครใจ จำนวน 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 33 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 33 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมประยุกต์ความสามารถของตนเองทางทันตสุขภาพ ได้แก่ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การใช้ตัวแบบ การใช้คำพูดชักจูงการกระตุ้นทางอารมณ์ และกิจกรรมเยี่ยมบ้าน ระยะเวลาในการศึกษารวม 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง แบบสังเกตพฤติกรรมทางทันตสุขภาพ และแบบบันทึกปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test และ Independent t-test โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองและลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมประยุกต์ความสามารถของตนเองทางทันตสุขภาพสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชมรมผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการสูญเสียฟันแท้ของผู้สูงอายุได้

คำสำคัญ: คราบจุลินทรีย์/ ทฤษฎีความสามารถของตนเอง/ โปรแกรมทันตสุขภาพ/ ผู้สูงอายุ/ ฟันผุ

The Effects of a Self-Efficacy Application Program on Dental Health Care Behavior among Older Adults in an Elderly Club, Lablao District, Uttaradit Province

Paisit Pirograd¹, Orawan Keeratisiroj²

¹ Graduate Student in Master of Public Health Program, Faculty of Public Health, Naresuan University

² Assistant Professor, Division of Community Health, Faculty of Public Health, Naresuan University

Abstract

The objective of this study was to study the effect of a self-efficacy application program on dental health care behavior among older adults in an elderly club in Lablao district, Uttaradit province. The total sample of 66 people were voluntary recruited and were equally divided into the experimental group and the comparison group. The experimental group received the self-efficacy application program, including teaching by mastery experiences, modeling, verbal persuasion, emotion arousal and home visiting activities. The study period took 12 weeks. Data were collected before and after the experiment by using structured interview, dental behavior observation form and plaque record form. The data were analyzed by using percentage, mean, standard deviation, paired t-test and independent t-test. The statistical significance was set at 0.05.

The results showed that at post-test intervention, the experimental group had an average score of self-efficacy expectation, expectation on the outcome of the practice and dental health care behavior higher than those at pre-test and the comparison group by statistically significant ($p < 0.001$). In addition, at post-test the experimental group had less plaque than that at pre-test examination and less than that of the comparison group ($p < 0.001$). The result of this research shows that the self-efficacy application program on dental health can be applied to the elderly club in order to prevent tooth decay among in older adults.

Keywords: Dental plaque/ Self-Efficacy theory/ Dental health education program/

Older adults/ Tooth decay

บทนำ

องค์กรอนามัยโลกและสหพันธ์ทันตกรรมโลก แนะนำผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ควรมีฟันแท้อย่างน้อย 20 ซี่ เพื่อใช้ในการดำเนินชีวิต^{1,2} สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้ระบุเป้าหมายผู้สูงอายุ (60-74 ปี) สุขภาพดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีควรมีฟันแท้ใช้งานอย่างน้อย 20 ซี่ และ 4 คู่สบ ปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในประเทศไทยส่วนใหญ่คือการสูญเสียฟันทั้งปากหรือบางส่วน ซึ่งมีสาเหตุมาจากโรคปริทันต์ ฟันโยก ฟันผุ รากฟันผุ³ ทำให้มีปัญหาการบดเคี้ยว กินอาหารลำบาก จำกัดประเภทของอาหาร มีปัญหาเรื่องการเข้าสังคม เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ ดังนั้นถ้าผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากดีก็จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามไปด้วย^{4,5}

ผู้สูงอายุทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วง 30 ปีที่ผ่านมา และภายในปี พ.ศ. 2568-2593 จะมีผู้สูงอายุกว่า 2 พันล้านคนทั่วโลก⁶ ผู้สูงอายุในประเทศไทยคือผู้มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ข้อมูลสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2557 พบว่า ประเทศไทยมีผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 14.9 ของประชากรทั้งประเทศ และอัตราส่วนผู้สูงอายุต่อเด็ก 100 คน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 22.6 ในปี พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 82.6 ในปี พ.ศ. 2557⁷ จากผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 พบว่า ปัญหาหลักของผู้สูงอายุคือ ร้อยละ 88.3 มีการสูญเสียฟันบางส่วน ร้อยละ 57.8 มีฟันแท้ใช้งานได้น้อยกว่า 20 ซี่ เฉลี่ย 18.8 ซี่ต่อคน ร้อยละ 11.4 เป็นโรคปริทันต์อักเสบรุนแรงเสี่ยงต่อการสูญเสียฟัน สำหรับปัญหาสุขภาพช่องปาก พบว่ามีผู้สูงอายุที่ฟันผุและยังไม่ได้การรักษา ร้อยละ 48.3 มีรากฟันผุร้อยละ 17.2 ด้านพฤติกรรมกรรมการทำความสะอาดช่องปากพบว่า ผู้สูงอายุมีการแปรงฟันก่อนนอน ร้อยละ 65.5 มีการใช้อุปกรณ์เสริมทำความสะอาดช่องปาก ได้แก่ ไหมขัดฟัน แปรงซอกฟัน เพียงร้อยละ 2.7 และ 1.1 ตามลำดับ และการไปรับบริการทันตกรรมในปีที่ผ่านมา มีร้อยละ 34.2 ซึ่งเหตุผลสำคัญคือ มีอาการปวดหรือเสียวฟันร้อยละ 44 การรักษาจึงเป็นการถอนฟันหรือการเก็บรักษาฟันซึ่งมีความซับซ้อนจึงทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถรับบริการต่อเนื่องได้³

อำเภอลับแลเป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัดอุตรดิตถ์ที่มีแนวโน้มของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จากข้อมูลสำนักงานสถิติจังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่า ประชากรผู้สูงอายุในทะเบียนราษฎร อำเภอลับแล ตั้งแต่ปี 2557-2559 มีประชากรเพิ่มขึ้นจาก 10,892 11,243 และ 11,592 ตามลำดับ และปี 2561 มีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 10,109 คน คิดเป็นร้อยละ 25.6 ของประชากรทั้งหมดในอำเภอลับแล⁸ ด้านสุขภาพทันตสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอลับแล พบว่า ผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ใช้งานไม่น้อยกว่า 20 ซี่ ตั้งแต่ปี 2559-2561 มีร้อยละ 60.7 67.7 และ 52.3 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มลดลงจากปี 2560 และผู้สูงอายุที่มีฟันแท้หรือฟันเทียมใช้งานไม่น้อยกว่า 4 คู่สบ ตั้งแต่ปี 2559-2561 มีร้อยละ 6.8 11.6 และ 34.0 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัดงานทันตสาธารณสุข จังหวัดอุตรดิตถ์ ที่กำหนดเป้าหมายร้อยละ 60⁹

สาเหตุของการเกิดโรคในช่องปากและการสูญเสียฟันในผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เกิดจากการดูแลสุขภาพช่องปากไม่ถูกวิธี ซึ่งสาเหตุดังกล่าวสามารถป้องกันได้โดยการทำความสะอาดช่องปากซึ่งถือเป็นมาตรการสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ง่ายและมีประสิทธิภาพ⁶ แต่หากผู้สูงอายุยังไม่ปฏิบัติและตระหนักถึงการเฝ้าระวังตนเองทางทันตสุขภาพแล้ว จะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความไม่สุขสบายในชีวิตหรือส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้⁵

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การจัดโปรแกรมทันตสุขภาพจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความตระหนักทางด้านทันตสุขภาพ และมีการดูแลทันตสุขภาพที่ถูกต้องวิธี^{10,11} นอกจากนี้ยังพบว่าการศึกษาในประเทศไทยมีการนำทฤษฎีความสามารถของตนเองมาประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุจำนวนน้อย ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมประยุกต์ความสามารถของตนเองทางทันตสุขภาพ ซึ่งประกอบไปด้วยกิจกรรมการใช้ตัวแบบ การพูดชักจูง การกระตุ้นทางอารมณ์ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่และกลุ่มเพื่อน เพื่อแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนผู้สูงอายุ อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมประยุกต์ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของ ผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมประยุกต์ความสามารถของตนเองทางทันตสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพทางทันตสุขภาพ มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

2. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมประยุกต์ความสามารถของตนเองทางทันตสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pretest-posttest design) แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ ซึ่งมี 11 ชมรม และจำนวนผู้สูงอายุ 4,091 คน (ข้อมูลจากทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ณ วันที่ 5 กรกฎาคม พ.ศ. 2561)

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุ จำนวน 66 คน ซึ่งมีคุณสมบัติในการคัดเลือกตัวอย่าง คือ (1) เป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ ไม่ต่ำกว่า 1 ปี (2) มีอายุตั้งแต่ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป (3) มีสีย้อมปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ติดบนตัวฟันแท้ อย่างน้อย 1 ด้าน (4) มีฟันแท้ใช้งานได้ดี อย่างน้อย 20 ซี่ (5) ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง (6) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี (7) ไม่มีความบกพร่องทางการได้ยินหรือมองเห็น (8) ไม่มีความพิการหรือเป็นโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วม

กิจกรรม และ (9) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดกรองออกจากงานวิจัย คือ (1) เจ็บป่วยกะทันหัน (2) สูญเสียฟันเพิ่มจนทำให้มีฟันแท้ใช้งานได้น้อยกว่า 20 ซี่ (3) ขูดหินน้ำลายระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม (4) ภาวะติดเชื้อในช่องปากรุนแรงระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม (5) เหงือกบวมมีเลือดออกระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม (6) เสียชีวิตระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม และ (7) ขอลงตัวออกจากงานวิจัยหรือไม่สามารถติดตามได้ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม

ขนาดตัวอย่างได้จากการใช้สูตรคำนวณเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยกรณีประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน¹² คำนวณหาขนาดตัวอย่างจากสูตร ดังนี้

$$n/\text{กลุ่ม} = \frac{\left(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{2-\beta}\right)^2 \left[\alpha_1^2 + \frac{\alpha_2^2}{r}\right]}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

แทนค่า

$$\frac{(1.96 + 0.84)^2 [0.36^2 + \frac{0.71^2}{1}]}{(0.69 - 0.10)^2}$$

คำนวณขนาดตัวอย่างแต่ละกลุ่มเท่ากับ 15 คน เนื่องจากเป็นวิจัยกึ่งทดลองผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างแต่ละกลุ่มเป็น 30 คน/กลุ่ม เพื่อให้การแจกแจงสุ่มของค่าเฉลี่ยเข้าใกล้โค้งปกติ¹³ และเพื่อป้องกันปัญหาการออกจากโปรแกรมหรือสูญหายจากการติดตาม (Dropout) จึงได้คำนวณปรับเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่คาดว่าจะสูญหาย ร้อยละ 10¹⁴ ดังนั้นได้ขนาดตัวอย่างที่ปรับใหม่ กลุ่มละ 33 คน

การสุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองโดยการคัดเลือกชมรมผู้สูงอายุด้วยวิธีแบบเจาะจง (Purposive sampling) ได้แก่ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลไผ่ล้อม อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ เนื่องจากข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไผ่ล้อมพบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพและทำความสะอาดช่องปากไม่ถูกต้อง ส่วนใหญ่ปฏิบัติไม่สม่ำเสมอ และยังมีทัศนคติในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากไม่ถูกต้อง และพบว่าปี 2561 มีผู้สูงอายุที่มีฟันแท้หรือเทียมใช้งานไม่น้อยกว่า 4 คู่สบเพียงร้อยละ 10.14 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัดงาน

ทันตสาธารณสุข จังหวัดอุดรดิตถ์ กลุ่มเปรียบเทียบ คัดเลือกชมรมผู้สูงอายุด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster sampling) โดยการจับฉลากได้ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลดำนแม่คำมัน อำเภอลับแล จังหวัดอุดรดิตถ์ จากนั้นคัดเลือกผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มด้วยวิธีการคัดเลือกแบบอาสาสมัคร (Voluntary selection) จนได้ผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบครบกลุ่มละ 33 คน รวมตัวอย่าง 66 คน โครงการนี้ได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัย นเรศวร รหัส IRB No.0629/61 ณ วันที่ 20 กันยายน พ.ศ.2561

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ด้วยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนี ความสอดคล้อง (IOC: Index of item objective congruence) อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 ภายหลังการปรับ ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญได้นำไปทดลองใช้กับ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลทุ่งยัง อำเภอลับแล จังหวัดอุดรดิตถ์ จำนวน 30 คน และหาค่าความ น่าเชื่อถือของเครื่องมือด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient: α) ประกอบด้วย

1.1 แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง เก็บ ข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง ซึ่งผู้วิจัยเป็นคนเก็บ รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา การศึกษา อาชีพหลัก แหล่ง รายได้ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว การช่วยเหลือ ตนเอง สภาพช่องปาก การสูบบุหรี่ และสวัสดิการด้านการ รักษาพยาบาล รวม 14 ข้อ 2) ความคาดหวังใน ความสามารถของตนเองจำนวน 16 ข้อ เนื้อหา ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพช่องปากได้อย่างถูกวิธี การ แปรงฟันที่ถูกวิธี การตรวจฟันด้วยตนเอง การเลือกใช้ อุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก และการรับประทานอาหาร ที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพช่องปาก ($\alpha = 0.83$)

3) ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ รวม 16 ข้อ เนื้อหาประกอบด้วย การสูญเสียฟันลดลง มีฟันผุและหิน น้ำลายในช่องปากลดลง การทำความสะอาดช่องปากที่ ทัวถึงและถูกวิธี และการรักษาฟันได้ทันทั่วทั้งที่ ($\alpha = 0.84$) 4) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางทันตสุขภาพ รวม 19 ข้อ เนื้อหาประกอบด้วย อุปกรณ์การดูแลสุขภาพช่อง ปากที่เหมาะสมและเก็บรักษาอย่างถูกวิธี การดูแลสุขภาพช่องปากอย่างสม่ำเสมอ การแปรงฟันอย่างถูกวิธี การรับประทานอาหาร การเคี้ยวหมาก และการตรวจฟัน ด้วยตนเอง ($\alpha = 0.85$)

1.2 แบบสังเกตพฤติกรรมทางทันตสุขภาพ ของผู้สูงอายุ เป็นแบบสังเกตแบบมีโครงสร้าง ซึ่งผู้วิจัย ตัดแปลงการสังเกตให้เหมาะสมกับคำแนะนำในการดูแล สุขภาพช่องปากของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย¹⁵ โดยผู้วิจัยเป็นผู้สังเกตและตรวจสอบตามรายการ รวม 14 ข้อ เนื้อหาประกอบด้วย อุปกรณ์แปรงฟันมีความ เหมาะสม การแปรงฟันที่ถูกวิธีและครบทุกด้านทุกซี ระยะเวลาในการแปรงฟัน ยาสีฟันมีความเหมาะสม การ ใช้ไหมขัดฟัน การเก็บอุปกรณ์ดูแลสุขภาพช่องปากอย่าง ถูกต้อง และการตรวจฟันด้วยตนเอง

1.3 แบบบันทึกค่าปริมาณแผ่นคราบ จุลินทรีย์ โดยวัดค่าปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์บนตัวฟัน (Plaque control record) ของ O' Leary T, Drake R และ Naylor¹⁶ ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ตรวจและบันทึกด้วยตนเอง โดยการย้อมสีฟันทั้งปาก (ฟันบนและฟันล่าง) บริเวณคอ ฟัน ทุกซี่และทุกด้าน จากนั้นให้ผู้สูงอายุแปรงฟันให้ สะอาด แล้วตรวจหาบริเวณที่ยังมีสีย้อมคราบจุลินทรีย์ บนตัวฟันตกค้างอยู่ ซึ่งแสดงว่าบริเวณนั้นอาจเป็นจุดที่ แปรงฟันไม่สะอาดหรือไม่ทั่วถึง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมประยุกต์ความสามารถของตนเองทางทันต สุขภาพ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเอง ได้แก่ การบรรยายบอกเล่าประกอบสื่อ การอภิปราย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม การสาธิตและฝึก ปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปาก การตรวจฟันด้วยตนเอง กิจกรรมเยี่ยมบ้านให้กำลังใจและคำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปาก การประกวดผู้สูงอายุต้นแบบสุขภาพฟัน ดี และการมอบรางวัลเกียรติบัตรผู้สูงอายุฟันดี

ขั้นตอนการวิจัย

ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยประสานงานกับ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ ประธานชมรมผู้สูงอายุเพื่อขอความอนุเคราะห์ดำเนินการวิจัย จากนั้นขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยกับผู้สูงอายุ และเก็บข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง แบบสังเกตพฤติกรรมทางทันตสุขภาพ และแบบบันทึกค่าปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ก่อนการศึกษารวมทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ขั้นดำเนินการ ผู้วิจัยดำเนินการจัดกิจกรรม

ตามโปรแกรมประยุกต์ความสามารถของตนเองทางทันตสุขภาพ ในกลุ่มผู้สูงอายุ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 จัดกิจกรรมบอกเล่าโรคในช่องปากและการป้องกันโรคในช่องปาก บอกเล่าประสบการณ์ที่เกิดจากการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีและไม่ดี การตรวจโรคฟันผุ ฟันสึก โรคปริทันต์และเหงือกอักเสบ การทำความสะอาดสุขภาพช่องปาก ด้วยการบรรยายประกอบสื่อ และแบบจำลองโมเดลฟันประกอบ มีการฝึกปฏิบัติตรวจฟันและทำความสะอาดช่องปากโดยมีผู้วิจัยเป็นผู้สังเกตการปฏิบัติร่วมด้วย สร้างตัวแบบจากวีดิทัศน์ และคัดเลือกตัวแบบจากผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีฟันแท้ใช้งานมากที่สุด

สัปดาห์ที่ 2 4 และ 6 จัดกิจกรรมแบ่งกลุ่ม บอกเล่าเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากและฟันหลังจากนำไปปฏิบัติที่บ้าน มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนกันภายในกลุ่มถึงปัญหาอุปสรรคที่พบเจอ และแนวทางสู่ความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกวิธีและสม่ำเสมอ โดยดำเนินกิจกรรม 1 วันต่อสัปดาห์ แล้วเว้นระยะ 1 สัปดาห์ รวม 3 ครั้ง

สัปดาห์ที่ 7 9 และ 11 ผู้วิจัยและกลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จัดกิจกรรมเยี่ยมบ้านและบุคคลภายในบ้านแลกเปลี่ยนความสามารถในการปฏิบัติข้อสงสัยซักถามในการปฏิบัติตัวทำความสะอาดช่องปาก ด้วยการแปรงฟันที่ถูกวิธี การแปรงลิ้น การใช้ไหมขัดฟัน การตรวจหาฟันผุ ฟันสึก เหงือกอักเสบ ในช่องปากด้วยตนเอง เน้นย้ำถึงผลลัพธ์ของการปฏิบัติอย่างถูกวิธีและสม่ำเสมอ ฝึกปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากเมื่ออยู่ที่บ้าน มีการสำรวจสภาพแวดล้อมของการปฏิบัติตัวในการ

ดูแลทันตสุขภาพ ประกอบไปด้วย แปรงสีฟัน ยาสีฟันไหมขัดฟัน แหรงน้ำ ภาชนะใส่น้ำแปรงฟัน กระบอก แปรงไฟ การเก็บอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก ผู้วิจัยและกลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุบอกเล่าถึงผลดีของการปฏิบัติตัวดูแลทันตสุขภาพอย่างถูกวิธี พูดให้กำลังใจ คำชม ของการปฏิบัติตัวดูแลทันตสุขภาพได้ด้วยตนเอง โดยดำเนินกิจกรรม 1 วันต่อสัปดาห์ แล้วเว้นระยะ 1 สัปดาห์ รวม 3 ครั้ง และในสัปดาห์ที่ 11 ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลตามแบบสังเกตพฤติกรรมทางทันตสุขภาพของผู้สูงอายุในขณะที่ผู้สูงอายุทำความสะอาดสุขภาพช่องปากอยู่ที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยตรวจปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโครงการ จัดกิจกรรมมอบเกียรติบัตรผู้สูงอายุฟันดีสำหรับผู้สูงอายุที่สามารถทำความสะอาดฟันให้มีปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ลดลงเมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมกิจกรรม สรุปการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมประยุกต์ความสามารถของตนเองทางทันตสุขภาพ พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

ขั้นหลังการทดลอง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างอีกครั้งทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และเก็บข้อมูลตามแบบสังเกตพฤติกรรมทางทันตสุขภาพ ตรวจปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ผู้สูงอายุในกลุ่มเปรียบเทียบ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มด้วยสถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน กล่าวคือ เป็นเพศหญิง มีสถานภาพสมรสคู่ ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือทำงานบ้าน มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่ 1-5,000 บาท มีแหล่งรายได้จากเบี้ยยังชีพจากราชการ มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ไม่เคย

สูบบุหรี่ และมีสวัสดิการรักษายาบาลเป็นสิทธิบัตร
ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นส่วนมาก ดังตารางที่ 1

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=33)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=33)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ				
ชาย	3	9.1	9	27.3
หญิง	30	90.9	24	72.7
2. อายุ				
60-69 ปี	13	39.4	21	63.6
70-79 ปี	16	48.5	9	27.3
80-89 ปี	4	12.1	3	9.1
Mean $\pm$ SD	72.09 $\pm$ 5.92		68.12 $\pm$ 6.16	
3. สถานภาพสมรส				
โสด	3	9.1	4	12.1
คู่	16	48.5	23	69.7
หม้าย/หย่า/แยก	14	42.4	6	18.2
4. ศาสนา				
พุทธ	33	100.0	33	100.0
5. การศึกษา				
ไม่เคยเรียน	0	0	1	3.0
ประถมศึกษา	31	94.0	28	84.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	3.0	3	9.2
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	1	3.0	1	3.0
6. อาชีพหลัก				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ทำงานบ้าน	25	75.8	20	60.6
ค้าขาย	5	15.2	0	0
รับจ้าง	3	9.0	8	24.2
เกษตรกร	0	0	5	15.2
7. รายได้เฉลี่ยบาทต่อเดือน				
1-5,000 บาท	31	93.9	33	100.0
5,001-15,000 บาท	2	6.1	0	0
8. แหล่งรายได้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
เบี้ยยังชีพจากราชการ	31	60.8	33	68.8
การทำงานของท่านเอง	9	17.6	14	29.2
ได้รับจากบุตร	10	19.6	1	2.0
เงินบำเหน็จ บำนาญ	1	2.0	0	0

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=33)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=33)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
9. โรคประจำตัว				
ไม่มีโรคประจำตัว	16	48.5	13	39.4
มีโรคประจำตัว	17	51.5	20	60.6
10. ระบุโรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
โรคความดันโลหิตสูง	16	50.0	20	51.3
โรคหัวใจและหลอดเลือด	10	31.3	12	30.8
โรคเบาหวาน	5	15.6	7	17.9
โรคภูมิแพ้	1	3.1	0	0
11. สภาพช่องปาก				
มีฟันแท้ผสมฟันเทียมบางส่วน	29	87.9	6	18.2
มีฟันแท้อย่างเดียว	4	12.1	27	81.8
12. การสูบบุหรี่				
ไม่เคยสูบบุหรี่	32	97.0	33	100.0
เคยสูบ	1	3.0	0	0
13. สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล				
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท)	25	75.8	33	100.0
สิทธิเบิกค่ารักษาจากหน่วยราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	8	24.2	0	0

2. ผลการทดสอบสมมติฐาน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนเอง คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยการสัมภาษณ์ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยการสังเกต ระหว่างผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลองและ

มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ระหว่างผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์น้อยกว่าก่อนการทดลองและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=33)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=33)	Paired t-test	Independent t-test
	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	p	p
1. คะแนนความคาดหวังในความสามารถของตนเอง				
ก่อนการทดลอง	57.58 ± 3.91	56.97 ± 3.50	<0.001 (exp.)	0.509 (before)
หลังการทดลอง	71.76 ± 2.81	57.15 ± 3.89	0.579 (comp.)	<0.001 (after)
2. คะแนนความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติ				
ก่อนการทดลอง	58.03 ± 4.03	57.85 ± 3.72	<0.001 (exp.)	0.850 (before)
หลังการทดลอง	72.58 ± 2.63	57.67 ± 4.00	0.830 (comp.)	<0.001 (after)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=33)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=33)	Paired t-test	Independent t-test
	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	p	p
3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยการสัมภาษณ์				
ก่อนการทดลอง	49.01 $\pm$ 4.91	48.88 $\pm$ 3.80	<0.001 (exp.)	0.344 (before)
หลังการทดลอง	74.46 $\pm$ 2.99	49.09 $\pm$ 3.52	0.812 (comp.)	<0.001 (after)
4. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยการสังเกต				
ก่อนการทดลอง	6.48 $\pm$ 2.76	6.09 $\pm$ 2.53	<0.001 (exp.)	0.548 (before)
หลังการทดลอง	11.52 $\pm$ 1.46	6.30 $\pm$ 2.07	0.669 (comp.)	<0.001 (after)
5. ปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์บนตัวฟัน				
ก่อนการทดลอง	80.73 $\pm$ 6.38	81.10 $\pm$ 5.74	<0.001 (exp.)	0.806 (before)
หลังการทดลอง	24.06 $\pm$ 3.24	81.00 $\pm$ 4.87	0.773 (comp.)	<0.001 (after)

Exp. กลุ่มทดลอง, comp. กลุ่มเปรียบเทียบ, before ก่อนการทดลอง, after หลังการทดลอง

อภิปรายผล

การวิจัยพบว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีคุณลักษณะประชากรที่คล้ายคลึงกัน เนื่องจากระดับการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมให้กลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกัน โดยเฉพาะความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีอายุมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเล็กน้อย ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีฟันแท้ผสมฟันเทียมบางส่วน ในขณะที่

ผลของโปรแกรมประยุกต์ความสามารถของตนเองทางทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุสามารถทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ถูกวิธี และปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง พบว่า การเข้าร่วมโปรแกรมของผู้สูงอายุตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนเองมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ได้เข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1 ซึ่งเป็นการจัดกิจกรรมบรรยายบอกเล่าโรคในช่องปากที่สามารถพบได้ในกลุ่มวัยผู้สูงอายุและ

กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีฟันแท้อย่างเดียว ซึ่งความแตกต่างกันในประเด็นนี้อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากโปรแกรมประยุกต์ความสามารถของตนเองทางทันตสุขภาพนี้ มีกิจกรรมบอกเล่าประสบการณ์เพื่อเพิ่มความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติที่เกิดจากการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีและไม่ดีอันนำไปสู่การสูญเสียฟันและต้องใส่ฟันเทียมตามมา

การป้องกันโรคฟันผุ โรคปริทันต์ โรคเหงือกอักเสบ และฟันสึก รอยโรคในช่องปากในแต่ละระยะอาการ การรักษา การป้องกัน ลักษณะอาการเพื่อหลีกเลี่ยงฟันผุ ฟันแตก และฟันสึก บอกเล่าประสบการณ์ที่เกิดจากการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีและไม่ดี การสาธิตและฝึกปฏิบัติการตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเองเพื่อค้นหารอยโรคตั้งแต่เริ่มต้น สาธิตและฝึกปฏิบัติการทำความสะอาดสุขภาพช่องปากโดยผู้วิจัยเป็นผู้ฝึกให้ผู้สูงอายุรายบุคคลตามกลุ่ม เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองอย่างถูกวิธี โดยการบรรยายจะนำเสนอด้วยรูปภาพและใช้โมเดลฟันประกอบ มีกิจกรรมเปิดวิทัศน์ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่ได้รับรางวัลผู้สูงอายุฟันดี เพื่อกระตุ้นเสริมแรงให้ผู้สูงอายุ และกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 4 และ 6 มีกิจกรรมแบ่งกลุ่มบอกเล่าแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เกิดจากการดูแลสุขภาพ

ช่องปากที่ดีและไม่ดี พูดุแลเปลี่ยนแปลงถึงปัญหาอุปสรรค การปฏิบัติดูแลทันตสุขภาพที่พบเจอหลังจากนำไปปฏิบัติ และแนวทางสู่ความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแล สุขภาพช่องปากที่ถูกวิธีและสม่ำเสมอ เป็นการเสริมความ คาดหวังในความสามารถของตนเองแก่ผู้สูงอายุ เพื่อสร้าง ความมั่นใจในตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปาก เป็นไป ตามทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเองของ Bandura¹⁷ ที่ประกอบด้วยประสบการณ์ที่ประสบ ความสำเร็จ (Mastery experiences) การใช้ตัวแบบ (Modeling) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) และการกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotion arousal) สอดคล้องกับการศึกษาของจิตติพร ศิริบุรานนท์¹⁸ ที่ศึกษา ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่อง ปาก สำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันเทียม เขตอำเภอ สามพราน จังหวัดนครปฐม ด้วยการจัดกิจกรรม พัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองด้วยการคัดเลือก ผู้สูงอายุต้นแบบ การฝึกทักษะการแปรงฟัน การตรวจ สุขภาพช่องปากด้วยตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ ความสามารถของตนเองต่อการดูแลสุขภาพช่องปากและ ฟันเทียม มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p<0.05$)

2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแล ทันตสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลทันตสุขภาพ ภายหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง และ มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มทดลองได้เข้าร่วม กิจกรรมสัปดาห์ที่ 7 9 และ 11 โดยมีกิจกรรมเยี่ยมบ้าน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติดูแล สุขภาพช่องปากที่ถูกต้องและไม่ถูกต้องระหว่างผู้วิจัย ผู้สูงอายุที่ ไปเยี่ยมบ้าน และผู้สูงอายุที่อยู่ที่บ้าน ผู้วิจัยชี้ให้เห็นว่า การดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีจะทำให้ไม่เกิดฟันผุ ไม่เป็น โรคปริทันต์ ไม่มีกลิ่นปาก และฟันไม่สึก มีการสำรวจ สภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตัวในการดูแล ทันตสุขภาพที่ถูกต้อง เมื่อผู้สูงอายุแปรงฟัน ใช้ไหมขัดฟัน และตรวจฟันด้วยตนเองได้ถูกต้องจะได้รับคำชมเชยจาก ผู้วิจัยและกลุ่มเพื่อนในชมรมผู้สูงอายุ เสริมแรงกระตุ้นใน กิจกรรมสัปดาห์ที่ 12 โดยการมอบเกียรติบัตรผู้สูงอายุ

ฟันดีที่สามารถทำความสะอาดฟันให้มีปริมาณแผ่นคราบ จุลินทรีย์ลดลงเมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมกิจกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของจิตติพร ศิริบุรานนท์ และคณะ¹⁹ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพโดยประยุกต์ ทฤษฎีปัญญาสังคมต่อการป้องกันโรคฟันผุในนักเรียนชั้น ประถมศึกษาปีที่ 4 จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยการจัด กิจกรรมเรียนรู้และอภิปรายร่วมกันเพื่อให้เห็นผลความ แตกต่างของการปฏิบัติดูแลสุขภาพช่องปากถูกต้อง และไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยมีการชี้ให้เห็นว่าการปฏิบัติได้อย่าง ถูกวิธีและสม่ำเสมอ นักเรียนจะไม่เกิดฟันผุ จะมีฟันสวย ไม่มีกลิ่นปาก เมื่อแปรงฟันและตรวจฟันด้วยตนเองถูกวิธี ก็จะได้รับคำชมเชย จากผู้ปกครอง ครูประจำชั้น โดย เสริมด้วยกิจกรรมการมอบรางวัลแก่นักเรียนต้นแบบที่ ปฏิบัติได้ถูกต้องทำให้นักเรียนกลุ่มทดลองมีความ คาดหวังผลของการดูแลสุขภาพช่องปาก มากกว่าก่อน การทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p<0.05$)

3. พฤติกรรมการดูแลทางทันตสุขภาพ พบว่า ภายหลังการทดลองผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนน เฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทางทันตสุขภาพทั้งจากการ สัมภาษณ์และการสังเกตมากกว่าก่อนการทดลอง และ มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มทดลองเข้าร่วม กิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1–12 ของโปรแกรมประยุกต์ ความสามารถของตนเองทางทันตสุขภาพ ทำให้เกิดความ คาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวัง ในผลลัพธ์ของการดูแลทันตสุขภาพมากขึ้น จึงส่งผลให้ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลทางทันต สุขภาพซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีความคาดหวังใน ความสามารถของตนเองของ Bandura¹⁷ อีกทั้งผู้วิจัยยัง มีการสังเกตและสอนฝึกปฏิบัติทำความสะอาดสุขภาพ ช่องปาก การตรวจฟันด้วยตนเอง การฝึกใช้ไหมขัดฟัน และอุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดสุขภาพช่องปาก แบบรายบุคคล โดยสะท้อนผลการปฏิบัติทำความสะอาด สุขภาพช่องปากด้วยการยิ้มสีที่ตัวฟัน เพื่อแสดงปริมาณ แผ่นคราบจุลินทรีย์ที่ติดอยู่บนตัวฟันของผู้สูงอายุ ทำให้ ผู้สูงอายุสามารถเห็นชัดเจนและเข้าใจได้ง่ายว่าหากยัง มีสีติดอยู่ที่ตัวฟันแปลว่าการทำความสะอาดช่องปากยัง

ไม่ถูกวิธีหรือยังไม่ทั่วถึง และในสัปดาห์ที่ 12 มีการให้รางวัลสำหรับผู้ที่ดีดูแลสุขภาพช่องปากดีที่มีปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ลดลง เพื่อกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปาก นอกจากนี้ตลอดทั้งโปรแกรมประยุกต์ความสามารถของตนเองทางทันตสุขภาพ ผู้วิจัยเน้นการสื่อสารกับผู้สูงอายุโดยใช้รูปภาพและโมเดลฟันเพื่อให้ผู้สูงอายุเห็นภาพของการปฏิบัติดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องและผลลัพธ์ของการมีสุขภาพช่องปากที่ดีอย่างเข้าใจ แล้วนำไปปฏิบัติอย่างถูกวิธี สอดคล้องกับการศึกษาของประภัสสร ลือโสภา และคณะ¹¹ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมประยุกต์การเฝ้าระวังตนเองทางทันตสุขภาพร่วมกับการดูแลโดยกลุ่มเพื่อนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารูดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลสระบัว อำเภอบึงสามพัน จังหวัดร้อยเอ็ด โดยการจัดกิจกรรมฝึกปฏิบัติการตรวจฟันด้วยตนเอง การดูแลฟันด้วยอุปกรณ์เสริม มีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลฟันของผู้สูงอายุเพื่อประเมินการปฏิบัติโดยมีทันตบุคลากรคอยดูแลให้เป็นไปตามหลักวิชาการ และมีกิจกรรมเยี่ยมบ้านเพื่อเสริมพลังการดูแลสุขภาพและสังเกตการเปลี่ยนแปลง ทำให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

4. ปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ พบว่าภายหลังการทดลองผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์น้อยกว่าก่อนการทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เนื่องจากผู้สูงอายุได้เข้าร่วมโปรแกรมประยุกต์ความสามารถของตนเองทางทันตสุขภาพ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น ส่งผลให้ปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันของผู้สูงอายุลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของภราดร สมน้อย และคณะ²⁰ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดนครราชสีมา ที่พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ลดลงกว่า

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ควรนำโปรแกรมประยุกต์ความสามารถของตนเองทางทันตสุขภาพ มาใช้วางแผนเป็นนโยบายการดำเนินงานในพื้นที่เพื่อป้องกันฟันผุและการสูญเสียฟันแท้ใช้งานในชมรมผู้สูงอายุ เพื่อทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากและฟันที่ดีขึ้นต่อไป

2. การจัดกิจกรรมกระบวนการกลุ่มของโปรแกรมประยุกต์ความสามารถของตนเองทางทันตสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซักถามข้อสงสัย เกิดปฏิสัมพันธ์กระตุ้นให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนั้นควรใช้กระบวนการกลุ่มในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุในด้านอื่น ๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการจัดกิจกรรมครั้งต่อไป

1. การจัดกิจกรรมของโปรแกรมประยุกต์ความสามารถของตนเองทางทันตสุขภาพ ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1 ทุกครั้งที่มีการจัดกิจกรรมควรมีกิจกรรมฝึกปฏิบัติทำความสะอาดสุขภาพช่องปากทุกครั้ง และควรมีการตรวจวัดปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ร่วมด้วยทุกครั้ง เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดความสนใจและตั้งใจแปรงฟันให้สะอาดอย่างสม่ำเสมอ และสร้างการเรียนรู้การประเมินตนเองในประสิทธิภาพของการแปรงฟัน

2. กิจกรรมการเยี่ยมบ้านช่วยให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ด้วยตัวเองของผู้สูงอายุมากขึ้น รวมถึงสมาชิกในครอบครัวยังมีส่วนร่วมเรียนรู้ไปพร้อมกัน จึงควรพัฒนาให้มีกระบวนการเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้คนในครอบครัวสามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง

เอกสารอ้างอิง

1. Somsak K, Kaewplung O. The effects of the number of natural teeth and posterior occluding pairs on the oral health-related quality of life in elderly dental patients. *Gerodontology* 2013;33(1):52-60.
2. Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry Oral Epidemiology* 2005;33(1):81-92.
3. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 ประเทศไทย พ.ศ.2555. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2556.
4. Ngoenwivatkul Y, Chatrchaiwivatana S, Chaiprakarn K. Dental status and its impact on the quality of life of elderly in Phon Sawan, Nakhon Phanom Province. *The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health* 2014;45(1): 236-43.
5. ปฐมพงษ์ คำแดง, พัทธวรารณ ศรีศิลป์นันท์. ความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าและสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ. *วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* 2559;15(1):1-9.
6. Petersen PE. The world oral health report 2003. Geneva Switzerland: Publications of the World Health Organization; 2003.
7. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2557. กรุงเทพมหานคร: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอนันท์ พับลิเคชั่น จำกัด; 2557.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์. ปริมาณประชากรเขตบริการสุขภาพที่ 2 จังหวัดอุดรดิตถ์ อำเภอลับแล พ.ศ.2561. อุดรดิตถ์; 2561.
9. กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์. ตัวชี้วัดงานทันตสาธารณสุข จังหวัดอุดรดิตถ์ ปีงบประมาณ 2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2561]. เข้าถึงได้จาก: www.uto.moph.go.th/dental/data/dentindicator2560.xlsx
10. ศรีไพร ปอสิงห์, อนงค์ หาญสกุล. ประสิทธิผลโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้ และพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลหนองบัวโคก อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น* 2555;19(1):39-53.
11. ประภัสสร ลือโสภา, บัณฑิต ศรีชัยกุล, สุริยา รัตนปริญญา. ผลของโปรแกรมประยุกต์การเฝ้าระวังตนเองทางทันตสุขภาพร่วมกับการดูแลโดยกลุ่มเพื่อนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลทันตสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในตำบลสระบัว อำเภอปทุมรัตน์ จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม* 2556;33(1):46-54.
12. Bernard R. *Fundamentals of biostatistics*. 7th ed. CA, United States: Cengage Learning, Inc; 2011.
13. Kerlinger FN. *Foundations of behavioral research*: Holt, Rinehart and Winston; 1986.
14. จรณิต แก้วกั้วาล, ประดาป สิงห์วิวนนท์. ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยทางคลินิก. ใน: พรณิ ปิตุสทธิธรรม, ชัยนต์ พิเชียรสุนทร, บรรณาธิการ. *ตำราการวิจัยทางคลินิก*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน); 2554 หน้า 107-43.
15. สุปรานี ลาโดลม, นนทลี วีรัชย์, วรางคณา เวชวิธ. การสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ประตูลู่สุขภาพที่ดีในทุกช่วงวัยของชีวิต. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2555.
16. O'Leary T J, Drake R B, Naylor J E. The plaque control record. *Journal of Periodontology* 1972;43(1):38.
17. สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.

18. จูติพร ศิริบุรณานนท์. ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปาก สำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันเทียม เขตอำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2554.
19. จิตพิสุทธิ มั่นศีล, ธราดล เก่งการพานิช, มณฑา เก่งการพานิช, ศรัณญา เบญจกุล. ผลของโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพโดยประยุกต์ทฤษฎีปัญญาสังคมต่อการป้องกันโรคฟันผุในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารสุขศึกษา 2561;42(1):1-16.
20. ภัทราภรณ์ สมน้อย, พรรณี บัญชรหัตถกิจ. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสุขศึกษา 2560;40(2):88-102.

ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการใช้รถนั่งคนพิการของผู้ได้รับบาดเจ็บบริเวณไขสันหลัง

สุกฤษฎี ใจจำนงค์¹ ขวัญเมือง แก้วดำเกิง² มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์² ภรณ์ วัฒนสมบุญ²

¹ นักศึกษาหลักสูตร วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาสุศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ

² อาจารย์ประจำภาควิชาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มชนิดก่อนและหลังการทดลองเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้รถนั่งคนพิการ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ คนพิการจากการบาดเจ็บไขสันหลัง ที่มารับบริการฝึกการใช้รถนั่งคนพิการ ณ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติอายุ 20 ปีขึ้นไปที่ใช้รถนั่งคนพิการแบบมาตรฐานที่ใช้แรงตนเอง และมีประสบการณ์ใช้ไม่เกิน 6 เดือน โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวนกลุ่มละ 18 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้รถนั่งคนพิการ จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที กลุ่มเปรียบเทียบได้รับบริการปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่มีค่าความตรงตามเนื้อหาและค่าความเที่ยงอยู่ในระดับดี (IOC > 0.80) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติวิเคราะห์ ได้แก่ Chi-square, Wilcoxon signed rank test และ Mann-Whitney U test

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการใช้รถนั่งคนพิการ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้รถนั่งคนพิการ ความคาดหวังในผลลัพธ์ในการใช้รถนั่งคนพิการ และทักษะการใช้รถนั่งคนพิการดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังนั้น โปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้รถนั่งคนพิการ เป็นแนวทางในการจัดบริการฝึกการใช้รถนั่งคนพิการที่มีประสิทธิภาพ สามารถให้คนพิการจากการบาดเจ็บไขสันหลังใช้งานรถนั่งคนพิการได้อย่างถูกต้องและปลอดภัยมากขึ้น

คำสำคัญ: การรับรู้ความสามารถของตนเอง/ การใช้รถนั่งคนพิการ/ การบาดเจ็บไขสันหลัง

Effectiveness of a Self-Efficacy Enhancement Program on Using Wheelchair of Patients with Spinal Cord Injury

Sukrit Jaijumnong¹, Kwanmuang Kaeodumkoeng²,
Manirat Therawiwat², Paranee Wattanasomboon²

¹ Student M.Sc. (Public Health) Program in Health Education and Health Promotion

² Department of Health Education and Behavioral Sciences, Faculty of Public Health, Mahidol University

Abstract

The quasi-experimental research, two group pretest-posttest design was aimed to study the effects of a self-efficacy enhancement program on using wheelchair. The 36 subjects with spinal cord injury who have been using a manual wheelchair no more than 6 months and aged 20 years or older participated in this study, were equally randomized into either an experimental or a comparative group. The experimental group was intervened through a self-efficacy enhancement program on using wheelchair 1.5 hours per session for four times while the control group attended regular services. Data was collected by a valid and reliable questionnaire (IOC > 0.80). The data were analyzed by descriptive statistics, Chi-square, Wilcoxon signed rank test and Mann-Whitney U test.

The results indicated that after attending the program, the experimental group has significant improvements in terms of knowledge, self-efficacy, outcome expectations of wheelchair use, and wheelchair skills ($p < 0.05$). This significant statistics are higher than the comparative group. Conclusion, a self-efficacy enhancement program on using wheelchair has a positive effect on wheelchair skill training. This program could be one of alternative approaches that might be beneficial for persons with spinal cord injury to improve their wheelchair skills.

Keywords: Self-Efficacy/ Wheelchair training/ Spinal Cord Injury

บทนำ

การบาดเจ็บไขสันหลัง (Spinal cord injury) เป็นสาเหตุสำคัญของความพิการที่มีวามรุนแรง โดยอุบัติการณ์การบาดเจ็บไขสันหลังของประชากรทั่วโลก จำนวน 250,000-500,000 คนต่อปี^{1,2} ข้อมูลของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่าระหว่างปี พ.ศ. 2553-2555 พบคนพิการจากการบาดเจ็บไขสันหลังที่ใช้สิทธิการรักษาตามระบบหลักประกันสุขภาพและสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ จำนวนเฉลี่ย 11,594 รายต่อปี ในอายุระหว่าง 15-59 ปี³ ส่งผลให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันเนื่องจากการมีความบกพร่อง หรือการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว

คนพิการทางการเคลื่อนไหวจากการบาดเจ็บไขสันหลัง จึงจำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ได้แก่ กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด และอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ เช่น รถนั่งคนพิการหรือวีลแชร์เป็นต้น² รถนั่งคนพิการ (Wheelchair) จึงเป็นหนึ่งในอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่ส่งเสริมความสามารถด้านการเคลื่อนที่ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการฝึกใช้รถนั่งคนพิการ (Wheelchair skills training) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการใช้รถนั่งคนพิการในสถานการณ์และสภาพแวดล้อมต่างๆ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า คนพิการยังมีปัญหาการเคลื่อนย้ายตนเอง แม้ว่าจะได้รับการฝึกใช้รถนั่งคนพิการ Wheelchair skill training program (WSTP) ซึ่งเป็นแนวทางการฝึกที่ใช้อย่างแพร่หลายแล้วก็ตาม⁴ และยังพบอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระหว่างการใช้รถนั่งคนพิการ จากสาเหตุการใช้รถนั่งคนพิการไม่ถูกต้องและปลอดภัย ชนกับวัตถุหรือบุคคลอื่น และพลัดตกหกล้มจากรถนั่งคนพิการ⁵ โดยการบาดเจ็บจากการใช้งานรถนั่งคนพิการที่พบมากที่สุด ได้แก่ กระดูกหัก กล้ามเนื้อฉีกหรือบาดเจ็บกล้ามเนื้อและเอ็นกล้ามเนื้อ⁶

ปัจจุบันสถาบันลิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ให้บริการฝึกใช้รถนั่งคนพิการโดยนักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัดที่มีความรู้และประสบการณ์ อย่างไรก็ตามจากการทบทวนบริการ พบว่า โปรแกรมฝึกการใช้รถนั่งคนพิการด้วย

ระบบบริการปกติ ไม่มีกิจกรรมที่สร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้รถนั่งคนพิการ ขาดสื่อการเรียนรู้ที่คนพิการสามารถทบทวนด้วยตนเอง รวมถึงไม่มีกลวิธีกระตุ้นความคาดหวังในผลลัพธ์ของการใช้รถนั่งคนพิการ ตลอดจนไม่มีการฝึกร่วมกับตัวแบบคนพิการเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การใช้รถนั่งคนพิการร่วมกัน ทั้งนี้ ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) เป็นทฤษฎีที่ช่วยสร้างเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองและคาดหวังในผลลัพธ์จนเกิดความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม⁷ เป็นทฤษฎีที่ควรนำประยุกต์กับโปรแกรมฝึกการใช้รถนั่งคนพิการ เพื่อช่วยสร้างเสริมความสามารถในการใช้รถนั่งคนพิการ และทักษะการใช้งานรถนั่งคนพิการในการเคลื่อนย้ายไปยังสถานที่ต่าง ๆ อย่างถูกต้องและปลอดภัย⁸

จากความสำคัญของปัญหา ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้รถนั่งคนพิการในคนพิการจากการบาดเจ็บไขสันหลัง โดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองให้สามารถใช้งานรถนั่งคนพิการเคลื่อนย้ายตัวเองไปในสถานที่ต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย โดยผู้วิจัยกำหนดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อพัฒนาทักษะการใช้รถนั่งคนพิการ ด้วยกิจกรรมการสร้างแรงจูงใจระหว่างการฝึก การทบทวนความรู้การใช้รถนั่งคนพิการด้วยตนเองด้วยจากคู่มือ การฝึกร่วมกับตัวแบบคนพิการและแลกเปลี่ยนประสบการณ์การใช้รถนั่งคนพิการร่วมกัน เพื่อกระตุ้นความคาดหวังถึงผลลัพธ์จากการใช้รถนั่งคนพิการ ทั้งนี้ เพื่อลดอัตราการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงและก่อให้เกิดประโยชน์ต่อคนพิการจากการบาดเจ็บไขสันหลังและครอบครัว รวมทั้งเป็นประโยชน์ต่อการจัดการบริการฝึกการใช้รถนั่งคนพิการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้รถนั่งคนพิการ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มชนิดก่อนและ

หลังการทดลอง (Pretest Posttest two groups design) ในคนพิการจากการบาดเจ็บไขสันหลัง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparative group)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ คนพิการจากการบาดเจ็บไขสันหลัง ที่มารับบริการฝึกการใช้รถนั่งคนพิการ ณ สถาบันสิรินธรเพื่อการพัฒนาสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรการคำนวณเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน⁹

$$n = \frac{(Z\alpha/2 + Z\beta)^2 2\sigma^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

ผลการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างข้างต้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ คือกลุ่มทดลองจำนวน 18 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 18 คน รวมขนาดกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ จำนวน 36 คน โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

เกณฑ์คัดเลือกตัวอย่าง

- 1) เป็นคนพิการจากการบาดเจ็บไขสันหลังที่แพทย์มีความเห็นว่าจำเป็นต้องรับการฝึกการใช้รถนั่งคนพิการทั้งเพศชายและเพศหญิง
- 2) มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป
- 3) ใช้รถนั่งคนพิการแบบมาตรฐานที่ใช้แรงตนเองและสามารถใช้งานรถนั่งคนพิการด้วยตนเอง
- 4) มีประสบการณ์ใช้รถนั่งคนพิการไม่เกิน 6 เดือน
- 5) สนใจเข้าร่วมโปรแกรม

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยนี้ แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง รายละเอียดดังนี้

- 1) เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพการทำงานปัจจุบันสาเหตุความพิการ ผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน ระยะเวลาในการใช้รถนั่งคนพิการ อุบัติเหตุจากการใช้รถนั่งคนพิการ และปัญหาและอุปสรรคของการใช้รถนั่งคนพิการจำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการใช้รถนั่งคนพิการ จำนวน 20 ข้อ แบ่งเนื้อหาเป็น 3 หมวด ได้แก่ ความรู้พื้นฐานในการใช้รถนั่งคนพิการ จำนวน 5 ข้อ ทักษะการใช้รถนั่งคนพิการ จำนวน 13 ข้อ แนวทางการแก้ไขปัญห จำนวน 2 ข้อ โดยให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก ได้แก่ ใช่ และไม่ใช่ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้รถนั่งคนพิการ ข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 40 คะแนน ใช้ลักษณะการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ มั่นใจมากที่สุด มั่นใจมาก ไม่ค่อยมั่นใจและไม่มั่นใจเลย

ส่วนที่ 4 ความคาดหวังในผลลัพธ์ในการใช้รถนั่งคนพิการ คำถามจำนวน 8 ข้อ คะแนนเต็ม 40 คะแนน ใช้ลักษณะการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ ความคาดหวังในผลลัพธ์ระดับมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

ส่วนที่ 5 การใช้รถนั่งคนพิการ จำนวน 13 ทักษะ ประเมินโดยบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการฝึกการใช้รถนั่งคนพิการ ลักษณะการประเมินเป็น 2 ตัวเลือก ได้แก่ 1) ผ่าน/ปลอดภัย และ 2) ไม่ผ่าน/ไม่ปลอดภัยโดยหากผ่าน/ปลอดภัยได้ 1 คะแนน ไม่ผ่าน/ไม่ปลอดภัยได้ 0 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และให้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง 3 คน ได้แก่ ด้านพฤติกรรมศาสตร์ ด้านวิจัยและพัฒนา และด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) และความถูกต้องตามหลักวิชาการ นำข้อเสนอแนะมาแก้ไขปรับปรุง และนำไปทดลองใช้กับคนพิการที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง (Try-out) จำนวน 10 คน ณ

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ตรวจสอบความเที่ยงด้วยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค พบว่า เครื่องมือเก็บรวบรวมในส่วนของการรู้ในการใช้รถนั่งคนพิการ และการรับรู้ความสามารถในการใช้รถนั่งคนพิการ มีค่าเท่ากับ 0.80 ส่วนความคาดหวังในผลลัพธ์ในการใช้รถนั่งคนพิการ มีค่าเท่ากับ 0.84 และส่วนของการใช้รถนั่งคนพิการ มีค่าเท่ากับ 1.00

2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้รถนั่งคนพิการ ที่มีรายละเอียดเกี่ยวกับการใช้รถนั่งคนพิการใน 14 หัวข้อ กิจกรรมมีจำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที ประกอบด้วย การให้ความรู้รายบุคคล และการสร้างแรงจูงใจโดยใช้คำพูดและตัวแบบคนพิการที่ประสบความสำเร็จในการใช้รถนั่งคนพิการเพื่อสร้างแรงจูงใจ

กิจกรรมครั้งที่ 1 แกร็บ นักวิจัยเก็บข้อมูลก่อนการทดลองและแจกคู่มือการใช้รถนั่งคนพิการเพื่อเป็นแนวทางในการฝึกใช้รถนั่งคนพิการ จากนั้นบรรยายและสาธิตการใช้รถนั่งคนพิการ ได้แก่ การจัดทำนั่งบนรถนั่งคนพิการ การล็อกและปลดล็อกเบรก และการลดแรงกดทับ พร้อมทั้งสร้างแรงจูงใจระหว่างการฝึก สะท้อนผลลัพธ์การฝึกและตั้งคำถามทบทวน

กิจกรรมครั้งที่ 2 มนุษย์ล้อ เพื่อให้ความรู้และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้รถนั่งคนพิการต่อเนื่องจากกิจกรรมครั้งที่ 1 โดยการบรรยายและสาธิตการใช้รถนั่งคนพิการ ได้แก่ การขึ้นไปข้างหน้าบนพื้นราบ 10 เมตร การเข็นรถถอยหลังบนพื้นราบ 1.5 เมตร การเลี้ยวซ้าย/ขวา และการเคลื่อนย้ายตัวในระดับเดียวกันร่วมฝึกกับตัวแบบคนพิการที่ประสบและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อเป็นการกระตุ้นความคาดหวัง ถึงประโยชน์จากการใช้รถนั่งคนพิการได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย พร้อมทั้งสร้างแรงจูงใจระหว่างการฝึก และสะท้อนผลลัพธ์การฝึกเพื่อสร้างแรงจูงใจในการฝึกในครั้งต่อไปให้คงความสามารถที่ดีและพัฒนาความสามารถในการฝึกครั้งต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 3 ทางลาด ทางของเรา ทีมวิจัยบรรยายสาธิตการใช้รถนั่งคนพิการ ให้คำแนะนำ

ระหว่างการฝึกในทักษะการขึ้นทางลาด 10 องศา การลงทางลาด 10 องศา การขึ้น-ลงพื้นต่างระดับ 2 เซนติเมตร และการขึ้น-ลงพื้นต่างระดับ 5 เซนติเมตร พร้อมทั้งสร้างแรงจูงใจระหว่างการฝึก และสะท้อนผลลัพธ์การฝึกเพื่อสร้างแรงจูงใจในการฝึกในครั้งต่อไปให้คงความสามารถที่ดีและพัฒนาความสามารถในการฝึกครั้งต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 4 เต็มใจให้กัน เพื่อให้ความรู้

และสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้รถนั่งคนพิการครั้งสุดท้าย กิจกรรมเป็นการบรรยายและสาธิตการใช้รถนั่งคนพิการ ได้แก่ ทักษะการขึ้นลงลูกเรขานาสูง 15 เซนติเมตร และการเข็นผ่านทางขรุขระร่วมกับตัวแบบคนพิการที่ประสบและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อเป็นการกระตุ้นความคาดหวัง ถึงประโยชน์จากการใช้รถนั่งคนพิการได้อย่างถูกต้องปลอดภัย และทีมวิจัยสะท้อนผลการประเมินการใช้รถนั่งคนพิการที่คนพิการจากการบาดเจ็บไขสันหลังสามารถทำได้ จากการฝึกใช้รถนั่งคนพิการทั้ง 4 ครั้ง และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับผลการประเมินการใช้รถนั่งคนพิการ

ขั้นตอนการวิจัยและวิธีการเก็บข้อมูล

หลังจากที่งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MUPH 2018-091 และจากคณะกรรมการวิจัยระดับหน่วยงาน สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ 4/2561

ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรม เมื่อคนพิการจากการบาดเจ็บไขสันหลังเข้ามาใช้บริการตามความเห็นของแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูว่าจำเป็นต้องรับการฝึกการใช้รถนั่งคนพิการ และเนื่องจากการวิจัยนี้ ดำเนินกิจกรรมในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มในสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติเพียงแห่งเดียว ผู้วิจัยจึงกำหนดแนวทางการป้องกันการให้ดำเนินกิจกรรมที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มตัวอย่าง (Contamination bias) โดยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมในกลุ่มทดลองก่อน และเริ่มดำเนินกิจกรรมในกลุ่มเปรียบเทียบหลังจากสิ้นสุดการฝึกการใช้รถนั่งคนพิการในกลุ่มทดลองคนสุดท้าย 2 สัปดาห์ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้าง

เสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้รถนั่งคนพิการในคนพิการจากการบาดเจ็บไขสันหลัง และกลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมฝึกการใช้รถนั่งคนพิการตามระบบบริการปกติโดยนักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย ได้นักกายภาพบำบัดที่เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในการให้บริการฝึกใช้รถนั่งคนพิการ ทำการเก็บข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการใช้รถนั่งคนพิการ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้รถนั่งคนพิการ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการใช้รถนั่งคนพิการ และการใช้รถนั่งคนพิการ ก่อนและหลังทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. เปรียบเทียบข้อมูลคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยการใช้สถิติทดสอบค่า Chi-square และ Independent t-test

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการใช้รถนั่งคนพิการ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้รถนั่งคนพิการ ความคาดหวังในผลลัพธ์ในการใช้รถนั่งคนพิการ และการใช้รถนั่งคนพิการ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฝึกการใช้รถ

นั่งคนพิการในคนพิการจากการบาดเจ็บไขสันหลังโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติการทดสอบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม ที่สัมพันธ์กัน คือ Wilcoxon signed rank test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการใช้รถนั่งคนพิการ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้รถนั่งคนพิการ ความคาดหวังในผลลัพธ์ในการใช้รถนั่งคนพิการ และการใช้รถนั่งคนพิการระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติการทดสอบค่าเฉลี่ยที่ไม่สัมพันธ์กัน คือ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัย

ข้อมูลคุณลักษณะ

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Chi-square พบว่า คุณลักษณะในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพการทำงานปัจจุบัน สาเหตุความพิการ ผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน อุบัติเหตุจากการใช้รถนั่งคนพิการ และปัญหาและอุปสรรคของการใช้รถนั่งคนพิการไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะของประชากร

ข้อมูลคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 18)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 18)		p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ (ปี) ค่าอายุเฉลี่ย ($\bar{x}$)	35.2 ปี		35.1 ปี		0.313 ^a
เพศ					0.494 ^b
ชาย	11	61.1	11	61.1	
หญิง	7	38.9	7	38.9	
ระดับการศึกษาสูงสุด					0.247 ^b
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	4	22.2	6	33.3	
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	6	33.3	9	50.0	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	8	44.5	3	16.7	

a ใช้สถิติ Independent t-test, b ใช้สถิติ Chi-square

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะของประชากร (ต่อ)

ข้อมูลคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		p
	(n = 18)		(n = 18)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
สถานภาพการทำงานปัจจุบัน					0.532 ^b
ไม่ได้ทำงาน/นักเรียนนักศึกษา	11	61.1	8	44.4	
พนักงานของรัฐ/พนักงานบริษัทเอกชน	4	22.2	3	16.7	
ประกอบกิจการส่วนตัว	3	16.7	7	38.9	
สาเหตุความพิการ					0.712 ^b
อุบัติเหตุทางจราจร	13	72.2	12	66.7	
การพลัดตกหกล้ม	2	11.1	2	11.1	
การอักเสบ/การติดเชื้อเยื่อหุ้มกระดูกสันหลัง หรืออื่น ๆ	3	16.7	4	22.2	
ผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน					0.540 ^b
บิดา/มารดา	8	44.5	7	38.9	
คู่สมรส บุตร หรือญาติ	6	33.3	5	27.7	
ช่วยเหลือตนเอง/ผู้ดูแลจ้าง	4	22.2	6	33.3	
อุบัติเหตุจากการใช้รถนั่งคนพิการใน 1 เดือนที่ผ่านมา					0.371 ^b
เคย	2	11.1	9	50.0	
ไม่เคย	16	88.9	9	50.0	
ปัญหาและอุปสรรคของการใช้รถนั่งคนพิการ					0.371 ^b
มี	2	11.1	4	22.2	
ไม่มี	16	88.9	14	77.8	

a ใช้สถิติ Independent t-test, b ใช้สถิติ Chi-square

ความรู้เกี่ยวกับการใช้รถนั่งคนพิการ

ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการใช้รถนั่งคนพิการ ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลอง คนพิการจากการบาดเจ็บไขสันหลังในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้

เกี่ยวกับการใช้รถนั่งคนพิการไม่แตกต่างกัน ($p = 0.076$) โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.50 และ 14.56 ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการใช้รถนั่งคนพิการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = <0.001$) โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 18.11 และ 14.72 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการใช้รถนั่งคนพิการ ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความรู้เกี่ยวกับการใช้รถนั่งคนพิการ	n	$\bar{x}$	SD	Mean rank	Z	p
ก่อนทดลอง						
กลุ่มทดลอง	18	15.50	1.68	21.56	1.774	0.076
กลุ่มเปรียบเทียบ	18	14.56	1.68	15.44		
หลังทดลอง						
กลุ่มทดลอง	18	18.11	1.23	26.67	4.705	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	18	14.72	1.84	10.33		

* มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้รถนั่งคนพิการ

ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้รถนั่งคนพิการ ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองคนพิการจากการบาดเจ็บไขสันหลังในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้

รถนั่งคนพิการไม่แตกต่างกัน ($p = 0.600$) โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 29.44 และ 30.44 ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้รถนั่งคนพิการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.038$) โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 35.44 และ 30.72 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการใช้รถนั่งคนพิการ ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการใช้รถนั่งคนพิการ	n	$\bar{x}$	SD	Mean rank	Z	p
ก่อนทดลอง						
กลุ่มทดลอง	18	29.44	5.85	17.58	0.524	0.600
กลุ่มเปรียบเทียบ	18	30.44	7.00	19.42		
หลังทดลอง						
กลุ่มทดลอง	18	35.44	3.80	22.14	2.078	0.038*
กลุ่มเปรียบเทียบ	18	30.72	6.67	14.86		

* มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการใช้รถนั่งคนพิการ

ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของการใช้รถนั่งคนพิการ ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองคนพิการจากการบาดเจ็บไขสันหลังในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความ

คาดหวังในผลลัพธ์ของการใช้รถนั่งคนพิการไม่แตกต่างกัน ($p = 0.233$) โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 32.17 และ 30.28 ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของการใช้รถนั่งคนพิการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.004$) โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 35.56 และ 30.55 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของการใช้รถนั่งคนพิการ ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความคาดหวังในผลลัพธ์ ของการใช้รถนั่งคนพิการ	n	$\bar{x}$	SD	Mean rank	Z	p
ก่อนทดลอง						
กลุ่มทดลอง	18	32.17	5.36	20.58	1.192	0.233
กลุ่มเปรียบเทียบ	18	30.28	5.68	16.42		
หลังทดลอง						
กลุ่มทดลอง	18	35.56	3.29	23.50	2.859	0.004*
กลุ่มเปรียบเทียบ	18	30.55	5.36	13.50		

* มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

การใช้รถนั่งคนพิการ
ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยการใช้รถนั่งคนพิการ ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองคนพิการจากการบาดเจ็บไขสันหลังในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยการใช้รถนั่งคนพิการไม่แตกต่างกัน (p=0.435) โดยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.06 และ 6.22 ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยการใช้รถนั่งคนพิการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = < 0.001$) โดยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.06 และ 6.38 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการใช้รถนั่งคนพิการ ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความคาดหวังในผลลัพธ์ ของการใช้รถนั่งคนพิการ	n	$\bar{x}$	SD	Mean rank	Z	p
ก่อนทดลอง						
กลุ่มทดลอง	18	7.06	3.19	19.86	0.781	0.435
กลุ่มเปรียบเทียบ	18	6.22	3.04	17.14		
หลังทดลอง						
กลุ่มทดลอง	18	10.06	2.71	24.25	3.297	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	18	6.38	3.03	12.75		

* มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

อภิปรายผล

ข้อมูลคุณลักษณะ การศึกษาข้อมูลคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีข้อมูลคุณลักษณะประชากรโดยรวมไม่แตกต่างกันทางสถิติโดยกลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีอายุเฉลี่ย 35 ปี ระดับการศึกษาสูงสุดของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาโดยสถานภาพการทำงานในปัจจุบันของทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพเนื่องจากเกิดความพิการ เมื่อพิจารณาสาเหตุความพิการทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าส่วนใหญ่เกิดการบาดเจ็บที่ไขสันหลัง

อันเนื่องมาจากอุบัติเหตุทางจราจร สอดคล้องกับรายงานของ WHO¹ ในส่วนของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน คือ บิดามารดา และจากการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนของผู้ป่วยที่ได้รับจากการใช้รถนั่งคนพิการ คือ การพลัดตกหกล้มจากการนั่งคนพิการขณะใช้งาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Chen และคณะ⁵

ความรู้เกี่ยวกับการใช้รถนั่งคนพิการ

ผลการทดลอง พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการใช้รถนั่งคนพิการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องของระดับ

ความรู้เกี่ยวกับการใช้รถนั่งคนพิการที่เพิ่มขึ้น พบว่า โปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้รถนั่งคนพิการ กลุ่มทดลองได้รับคู่มือการใช้รถนั่งคนพิการที่มีเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับรายละเอียดวิธีการใช้รถนั่งคนพิการ ทำทางการใช้งานที่ถูกต้อง และข้อควรระวังในการใช้รถนั่งคนพิการซึ่งกลุ่มทดลองสามารถทบทวนความรู้ในการใช้รถนั่งคนพิการได้ด้วยตนเอง หลังจากการฝึก ประกอบกับการบรรยายและสาธิตการใช้รถนั่งคนพิการ ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบได้รับความรู้ในการใช้รถนั่งคนพิการจากผู้ช่วยนักวิจัยโดยการบรรยายและสาธิตการใช้รถนั่งคนพิการตามระบบบริการปกติเท่านั้น แสดงให้เห็นว่ากระบวนการดังกล่าว ทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการใช้รถนั่งคนพิการเพิ่มขึ้น ดังนั้น คณะแผนกความรู้เกี่ยวกับการใช้รถนั่งคนพิการของกลุ่มทดลองจึงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรัชย์ ตั้งสกุลวัฒนา และคณะ¹⁰ และ Sarsak¹¹ ที่ศึกษาการใช้รถนั่งคนพิการสำหรับคนพิการจากอาการบาดเจ็บที่ไขสันหลังโดยให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้รถนั่งคนพิการในระหว่างการฝึก ได้แก่ สื่อการเรียนรู้วีดิทัศน์และฝึกใช้รถนั่งคนพิการ ทั้งนี้ กลุ่มทดลองที่ได้รับคู่มือการใช้รถนั่งคนพิการที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อทบทวนการใช้งานรถนั่งคนพิการได้ด้วยตนเองหลังการฝึก และบันทึกการเปลี่ยนแปลงของทักษะการใช้รถนั่งคนพิการเพื่อเป็นข้อมูลสะท้อนผลลัพท์การฝึกที่ช่วยให้การฝึกใช้รถนั่งคนพิการได้ถูกต้องและปลอดภัย

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้รถนั่งคนพิการ ผลการทดลอง พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้รถนั่งคนพิการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.038$) เมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงของระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้รถนั่งคนพิการในกลุ่มทดลอง พบว่า เปลี่ยนแปลงไปตามโครงสร้างของทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) เมื่อได้รับการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองตามกลวิธีที่เกี่ยวข้อง คือ การให้คำแนะนำ (Exhortation) การเรียนรู้จากตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic

modeling) และตัวแบบที่เป็นบุคคลจริงที่ประสบความสำเร็จในปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้รถนั่งคนพิการ (Live modeling)⁷ ทำให้กลุ่มทดลองนำประสบการณ์ของตนเองที่มีอยู่ และประสบการณ์ที่ได้รับจากการฝึกเพิ่มเติมมาใช้รวมกับการใช้รถนั่งคนพิการ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีในส่วนของการรับรู้ความสามารถของตนเอง และเมื่อพิจารณาโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้รถนั่งคนพิการที่กลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมถูกออกแบบให้กิจกรรมในแต่ละครั้งมีการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้รถนั่งคนพิการด้วยกลวิธีต่างๆ ได้แก่ การให้คำแนะนำระหว่างการฝึก การสร้างแรงจูงใจระหว่างการฝึกโดยการกล่าวคำชมเชยเมื่อคนพิการสามารถฝึกได้สำเร็จ การชมวิดิทัศน์ตัวแบบคนพิการที่ประสบความสำเร็จในการใช้รถนั่งคนพิการเพื่อสร้างแรงจูงใจ โดยที่กลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับคำแนะนำระหว่างการฝึก รายละเอียดการใช้รถนั่งคนพิการและข้อควรระวังในสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายตามระบบบริการปกติเท่านั้น เมื่อพิจารณาความแตกต่างกิจกรรมที่กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบได้รับ คณะแผนกการเรียนรู้ความสามารถของตนเองในการใช้รถนั่งคนพิการของกลุ่มทดลองจึงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Best และคณะ⁸ โดยผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Fliess-Douer และคณะ¹² ที่ศึกษาการใช้รถนั่งคนพิการและประเมินการรับรู้ความสามารถของคนพิการ (Generalized Perceived Self-Efficacy Scale: GSE) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน

ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการใช้รถนั่งคนพิการ ผลการทดลอง พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของการใช้รถนั่งคนพิการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.004$) เมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงของระดับความคาดหวังในผลลัพธ์ของการใช้รถนั่งคนพิการในกลุ่มทดลอง พบว่า โปรแกรมสร้าง

เสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้รถนั่งคนพิการที่กลุ่มทดลองได้รับ มีกิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความคาดหวังในผลลัพธ์ของการใช้รถนั่งคนพิการด้วยกิจกรรมการฝึกพร้อมกับตัวแบบคนพิการและแลกเปลี่ยนประสบการณ์การใช้รถนั่งคนพิการร่วมกันเพื่อกระตุ้นความคาดหวังถึงประโยชน์จากการใช้รถนั่งคนพิการได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย รวมถึงกิจกรรมสะท้อนผลลัพธ์การฝึกและตั้งคำถามทบทวนจากทีมวิจัยเพื่อกระตุ้นความคาดหวังในผลลัพธ์และพัฒนาความสามารถการฝึกใช้รถนั่งคนพิการ ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบได้รับกิจกรรมการฝึกการใช้รถนั่งคนพิการที่ไม่ได้มีกิจกรรมเพื่อเพิ่มความคาดหวังในผลลัพธ์ของการใช้รถนั่งคนพิการ คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของการใช้รถนั่งคนพิการของกลุ่มทดลองจึงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bazant และคณะ¹³ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของการใช้รถนั่งคนพิการและผลลัพธ์การใช้รถนั่งคนพิการ พบว่า คนพิการในกลุ่มทดลองมีระดับคาดหวังในผลลัพธ์ของการใช้รถนั่งคนพิการในระดับสูงหลังการฝึกใช้รถนั่งคนพิการ เมื่อพิจารณาระยะเวลาการปรับตัวด้านจิตสังคมของคนพิการจากการบาดเจ็บไขสันหลัง จากงานวิจัยของ อรรถพร ดงหงษ์¹⁴ อธิบายว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังในระยะ 6 เดือนแรกที่สามารถปรับตัวด้านจิตสังคมได้ จำเป็นต้องได้รับการบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมให้มีการใช้ชีวิตได้ด้วยตนเองโดยอิสระ ซึ่งจากงานวิจัยนี้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่มีกิจกรรมเพื่อเพิ่มความคาดหวังในผลลัพธ์ของการใช้รถนั่งคนพิการคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของการใช้รถนั่งคนพิการของกลุ่มทดลองจึงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

การใช้รถนั่งคนพิการ ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีการใช้รถนั่งคนพิการดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) กลุ่มทดลองได้รับการฝึกตามโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้รถนั่งคนพิการ ที่มีกลวิธีการฝึกที่แตกต่างจากการฝึกใช้รถนั่งคนพิการตามระบบบริการปกติ โดยกลวิธีต่างๆ มุ่งเน้นเพื่อพัฒนาทักษะการใช้รถนั่งคนพิการของกลุ่มทดลองให้ถูกต้องและ

ปลอดภัย โดยกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมที่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ คือ ได้รับความรู้เกี่ยวกับรายละเอียดวิธีการใช้รถนั่งคนพิการ ทำทางการใช้งานที่ถูกต้อง และข้อควรระวังในการใช้รถนั่งคนพิการ ที่กลุ่มทดลองสามารถทบทวนเพื่อพัฒนาการใช้รถนั่งคนพิการได้ด้วยตนเอง ตลอดจนได้รับกิจกรรมการสร้างแรงจูงใจระหว่างการฝึกกล่าวคำชมเชยเมื่อคนพิการสามารถฝึกได้สำเร็จ การชมวิธีที่คนพิการที่ประสบความสำเร็จในการใช้รถนั่งคนพิการเพื่อสร้างแรงจูงใจ กิจกรรมการฝึกพร้อมกับตัวแบบคนพิการและแลกเปลี่ยนประสบการณ์การใช้รถนั่งคนพิการร่วมกัน เพื่อกระตุ้นความคาดหวังถึงประโยชน์จากการใช้รถนั่งคนพิการได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย รวมถึงกิจกรรมสะท้อนผลลัพธ์การฝึกและตั้งคำถามทบทวนจากทีมวิจัย เพื่อกระตุ้นความคาดหวังในผลลัพธ์และพัฒนาความสามารถการฝึกใช้รถนั่งคนพิการ โดยกลุ่มเปรียบเทียบได้รับกิจกรรมการฝึกใช้รถนั่งคนพิการด้วยกลวิธีตามระบบบริการปกติ เมื่อพิจารณาความแตกต่างของโปรแกรมที่กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบได้รับ คะแนนเฉลี่ยการใช้รถนั่งคนพิการของกลุ่มทดลองจึงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Öztürk และ Ucsular¹⁵ พบว่า ก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการใช้รถนั่งคนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Routhier และคณะ¹⁶ ที่ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมฝึกการใช้รถนั่งคนพิการ จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการใช้รถนั่งของคนพิการสูงขึ้นในส่วนของกลวิธีที่ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองของการศึกษา นี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Worobey และคณะ¹⁷ ได้แก่ การบรรยายและสาธิตการใช้รถนั่งคนพิการการฝึกพร้อมกับตัวแบบคนพิการและแลกเปลี่ยนประสบการณ์การใช้รถนั่งคนพิการร่วมกัน ซึ่งช่วยให้คนพิการสามารถการใช้รถนั่งคนพิการได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย

ข้อเสนอแนะ

1) ควรปรับรูปแบบของคู่มือการใช้รถนั่งคนพิการในส่วนของการบันทึกกิจกรรมการเปลี่ยนแปลงของการใช้รถนั่งคนพิการในรูปแบบของสมุดการบ้านให้มีการ

จัดการบ้านที่ต้องเรียบร้อย และตรงเวลา โดยร่วมกันตั้งข้อตกลงและนำข้อมูลที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการสะท้อนผลลัพธ์การฝึก เพื่อให้สร้างแรงจูงใจในการทบทวนความรู้จากคู่มือมากขึ้น

2) การนำโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้รถนั่งคนพิการในคนพิการจากการบาดเจ็บไขสันหลังไปใช้ครอบนอกแบบให้มีจำนวนครั้งของกิจกรรมเพิ่มขึ้น เพื่อประสิทธิผลของโปรแกรมในการเสริมสร้างทักษะการใช้รถนั่งคนพิการที่เพิ่มมากขึ้น และออกแบบการวิจัยให้ครอบคลุมญาติและผู้ดูแลในกลุ่มทดลองเพื่อเสริมแรงให้กับกลุ่มทดลองอย่างสม่ำเสมอในขณะฝึกการใช้รถนั่งคนพิการ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World report on disability [internet]. 2011 [cited 2017 July 18]. Available from: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf
2. World Health Organization. International perspectives on spinal cord injury [internet]. 2013 [cited 2017 July 18]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94190/1/9789241564663_eng.pdf?ua=1.
3. ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. ปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่บาดเจ็บไขสันหลัง. นนทบุรี: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2556.
4. Michelle LO, Ian JS, Rory AC. Wheelchair skill performance of manual wheelchair users with spinal cord injury. *Top Spinal Cord Injury Rehabilitation* 2012;18(2):138–9.
5. Chen WY, Jang Y, Wang JD, Huang WN, Chang CC, Mao HF, et al. Wheelchair-related accidents: Relationship with wheelchair-using behavior in active community wheelchair users. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2011; 92(6):892-8.
6. Forslund EB, Jørgensen V, Franzén E, Opheim A, Seiger Å, Ståhle A, et al. High incidence of falls and fall-related injuries in wheelchair users with spinal cord injury: A prospective study of risk indicators. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2017;49(2):144-51.
7. Bandura A. Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.). *Encyclopedia of human behavior* 1994; 4(1): 71-81.
8. Best K, Miller WC, Routhier F, Eng JJ, Goldsmith C. Feasibility of the wheelchair self-efficacy enhanced for use (WheelSeeU) training program: study protocol for a randomized controlled trial. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 2014;81(5):308–19.
9. Cochran WG. *Sampling technique*. 2nd Edition. New York: John Wiley and Sons Inc; 1963.
10. สุรัชย์ ตั้งสกุลวัฒนา, ณรงค์รัตน์ สวัสดิ์กานนท์, อภิชนา โฉมวิริยะ. การศึกษานำร่องทักษะการใช้รถนั่งคนพิการสำหรับผู้พิการอัมพาตครึ่งล่างเนื่องจากการบาดเจ็บไขสันหลัง. *วารสารกายภาพบำบัด* 2553;32(3):173-82.
11. Sarsak HI. Developing wheelchair training program for rehabilitation and occupational therapy students. *MOJ Yoga Physical Therapy* 2018; 3(3):79-83.
12. Fliess DO, Vanlandewijck YC, Marcel WM. Wheelchair skills performance between discharge and one year after in Patient rehabilitation in hand rim wheelchair users with spinal cord injury. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2013;45:553–9.
13. Bazant ES, Himelfarb Hurwitz EJ, Onguti BN, Williams EK, Noon JH, Xavier CA, et al. Wheelchair services and use outcomes: A cross-sectional survey in Kenya and the Philippines. *African Journal of Disability* [internet]. 2017 [cited 2017 July 18]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5675920/pdf/AJOD-6-318.pdf>

14. อรวรรณ ดงหงษ์.การปรับตัวด้านจิตสังคมของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
15. Öztürk A, Ucsular FD. Effectiveness of a wheelchair skills training program for community living users of manual wheelchairs in Turkey: A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation* 2011; 25(5):416–24.
16. Routhier F, et al. Efficacy and retention of the French-Canadian version of the wheelchair skills training program for manual wheelchair users: A randomized controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2013;9(6):940–8.
17. Worobey LA, Kirby RL, Heinemann AW, Krobot EA, Dyson-Hudson TA, Cowan RE, et al. Effectiveness of group wheelchair skills training for people with spinal cord injury: A randomized controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2016;97(10):1777-84.

ผลของโปรแกรมลดน้ำหนักโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีปัญญาสังคม ของกำลังพลกองทัพอากาศ ณ ที่ตั้งดอนเมือง

วลัยมาศ ขุนคงมี¹ ศรัณญา เบญจกุล²

มณฑา เก่งการพานิช² ธราดล เก่งการพานิช²

¹ นักศึกษาหลักสูตร วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ภาควิชาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

ความชุกของภาวะอ้วนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและเป็นสาเหตุการตายสำคัญของประชากรทั่วโลก ซึ่งผลการตรวจสุขภาพประจำปีของกำลังพล กองทัพอากาศ พบว่ากำลังพลเพศชายมีภาวะอ้วนเพิ่มขึ้นเช่นกัน การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมลดน้ำหนักโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีปัญญาสังคม กลุ่มตัวอย่างเป็นกำลังพลกองทัพอากาศภาคพื้น ณ ที่ตั้งดอนเมือง เพศชาย อายุ 35–60 ปี จำนวน 55 คน ที่มีภาวะอ้วน (BMI $\geq$ 25 กก./ตร.เมตร2) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 27 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 28 คน ระยะเวลาการทดลอง 12 สัปดาห์ กิจกรรมสำหรับกลุ่มทดลองประกอบด้วยกิจกรรมสุขศึกษาแบบกลุ่ม 4 ครั้ง และการจัดการกับสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการลดน้ำหนักแบบมีส่วนร่วม 4 ครั้ง เก็บรวบรวมข้อมูล 3 ครั้งด้วยแบบสอบถามในช่วงก่อน-หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 และติดตามผลในสัปดาห์ที่ 12 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t-test, Independent t-test และ One-way ANOVA

ผลการวิจัยครั้งนี้ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ในช่วงหลังการทดลองไม่พบความแตกต่างอย่างชัดเจน ($p>0.05$) ของการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อลดน้ำหนัก และค่าดัชนีมวลกาย เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มของกลุ่มทดลอง ในช่วงก่อน-หลังการทดลอง ไม่พบความแตกต่างกันอย่างชัดเจน ($p>0.05$) ของการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ และค่าดัชนีมวลกาย ยกเว้นพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อลดน้ำหนัก ($p=0.009$) นอกจากนี้ ในระยะติดตาม พบว่ากลุ่มทดลอง ออกกำลังกายครบตามเกณฑ์มาตรฐานระดับปานกลางถึงหนักมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างชัดเจน ร้อยละ 92.6 และร้อยละ 17.9 ($p<0.001$) ดังนั้น การนำโปรแกรมสุขศึกษานี้ไปประยุกต์ใช้กับงานประจำเพื่อลดน้ำหนักของกำลังพลกองทัพอากาศ และเหล่าทัพอื่นๆที่มีภาวะอ้วน ควรคำนึงถึงบริบทแวดล้อมอื่นร่วมด้วย โดยเฉพาะนโยบายด้านสมรรถนะกำลังพลของกองทัพ

คำสำคัญ: โปรแกรมลดน้ำหนัก/ ทฤษฎีปัญญาสังคม/ กำลังพลกองทัพอากาศ ณ ที่ตั้งดอนเมือง

Corresponding author: ศรัณญา เบญจกุล, อีเมล: dr.benjagul@gmail.com, โทร: 0818303790

Received: September 4, 2018; Revised: October 8, 2018; Accepted: October 17, 2018

Effects of Weight Reduction Program Applying the Social Cognitive Theory among Troops of Royal Thai Air Force at Donmuang Base

Walaimas Khoonkongmee¹, Sarunya Benjakul²,
Thradol Kengganpanich², Mondha Kengganpanich²

¹ Graduate Student in Master of Science, Major in Health Education and Health Promotion, Faculty of Public Health, Mahidol University

² Department of Health Education and Behavioral Sciences, Faculty of Public Health, Mahidol University

Abstract

The prevalence of obesity has increased and is the leading cause of death in worldwide. The results of annual medical checkup of Royal Thai Air Force showed that male troops increased obesity, as well. The purpose of this quasi-experimental research was to examine the effects of weight reduction program applying the Social Cognitive Theory. The sample comprised 55 obese male Troops of Royal Thai Air Force at Donmuang Base, BMI 25 kg/m² or over. The sample was divided into two groups, the experimental group (27 Troops) and the control group (28 Troops). The study was conducted over a period of 12 weeks. Activities of the program for the experimental group included group health education 4 times and environmental management to promote weight reduction through participatory approach 4 times. Data were collected by self-administered questionnaire at three phase, pre- intervention phase, post-intervention phase on the 8th week and follow up phase on the 12th week. Statistics analysis were performed using descriptive statistics and inferential statistics, Chi-square test, Independent t-test, Paired t-test, and One-way ANOVA.

The results revealed that after the experimentation, the experimental group and the comparison group were not significantly ($p>0.05$) perceived on self-efficacy and outcome expectation of dietary behavior and exercise, dietary behavior for weight reduction, and BMI. For experimental group, it was not found significantly ($p>0.05$) of perceived on self-efficacy and outcome expectation of dietary behavior and exercise at pre and post - periods, and BMI at all three time-periods, except dietary behavior for weight reduction at pre and post - periods ($p=0.009$). Besides, the experimental group had significantly met a moderate to high intensity exercise than the comparison group at follow up phase on the 12th week, 92.6% vs 17.9% ($p<0.001$). Therefore, the implication of the theoretical based program for weight reduction among Troops of Royal Thai Air Force and other army into the routine work should consider the army contexts, particular Armed Forces in relation to personnel capacity.

Keywords: Weight Reduction Program / the Social Cognitive Theory / Troops of Royal Thai Air Force at Donmuang Base

บทนำ

ภาวะอ้วนมีสาเหตุหลัก คือความไม่สมดุลระหว่างพลังงานที่ได้รับและพลังงานที่ใช้ไปซึ่งความไม่สมดุลนี้ ส่วนใหญ่มาจากการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงและการอยู่นิ่งเฉยหรือไม่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอ เนื่องจากลักษณะการทำงานที่ต้องนั่งนาน และการเดินทางที่สะดวกสบาย¹ รายงานขององค์การอนามัยโลกระบุว่า ความชุกของภาวะอ้วนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า นับจากปี พ.ศ.2523–2557 และในปี พ.ศ. 2557 ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีภาวะอ้วน 600 ล้านคน และเพิ่มเป็น 700 ล้านคนในปีพ.ศ. 2558 โดยเกณฑ์บ่งชี้ภาวะอ้วนที่องค์การอนามัยโลกใช้คือดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) ที่มีค่า ≥ 30 กก./ตร.เมตร สำหรับประชากรในแถบยุโรป¹ และ ≥ 25 กก./ตร.เมตร สำหรับประชากรในแถบเอเชีย² สำหรับประเทศไทยผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 (พ.ศ. 2557) เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจสุขภาพฯ ครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2551–พ.ศ. 2552) พบความชุกของภาวะอ้วนสูงขึ้นจากร้อยละ 34.7 เป็นร้อยละ 37.5 เมื่อจำแนกการพิจารณาตามเพศ แม้พบว่าเพศหญิงมีความชุกของภาวะอ้วนมากกว่าเพศชาย แต่เพศชายมีการเปลี่ยนแปลงความชุกของภาวะอ้วนในช่วงเวลาดังกล่าวมากกว่าเพศหญิงถึง 4 เท่า และเมื่อจำแนกการพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มอายุ 45–59 ปี ซึ่งอยู่ในวัยทำงานมีความชุกของภาวะอ้วนสูงสุด² นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะอ้วน พบว่าประชาชนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปมีโอกาเสี่ยงต่อภาวะอ้วนเพิ่มขึ้น เห็นได้จากสัดส่วนการรับประทานผักผลไม้เพียงพอลดลงจากร้อยละ 22.0 เป็นร้อยละ 17.7³ และมีระดับกิจกรรมทางกายเพียงพอลดลงอย่างชัดเจนจากร้อยละ 70.0 ในปีพ.ศ. 2546 เป็นร้อยละ 66.0 ในปีพ.ศ. 2555⁴

ในส่วนของกองทัพอากาศ พบปัญหากล้างพลมีภาวะอ้วนเช่นกัน เห็นได้จากผลการตรวจสุขภาพประจำปีในปี พ.ศ. 2557–2559 พบกำลังพลที่มีภาวะอ้วน (BMI ≥ 25 กก./ตร.เมตร) เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.6 โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 47.3 เป็นร้อยละ 49.0 โดยเฉพาะในกำลังพลเพศชาย พบว่ามีความชุกของภาวะอ้วนสูงกว่าเพศหญิง

อย่างชัดเจน โดยเพศชายพบเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 52.1 เป็นร้อยละ 54.1 ขณะที่เพศหญิงพบเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 30.9 เป็นร้อยละ 31.2 และเมื่อจำแนกภาวะอ้วนตามกลุ่มอายุ พบความชุกของกำลังพลที่มีภาวะอ้วนสูงสุดในช่วงอายุ 45–59 ปี⁵ ซึ่งการแก้ไขปัญหากล้างพลที่มีภาวะอ้วนนี้ กองทัพอากาศได้จัดให้มีโครงการ ทอ.ไร้พุง เป็นประจำทุกปีงบประมาณ มาตั้งแต่ปี 2550 แต่โครงการนี้ ยังไม่สามารถลดน้ำหนักโดยรวมของกำลังพลที่มีภาวะอ้วนได้อย่างยั่งยืน อาจเป็นผลมาจากข้อจำกัดของโครงการหลายประการ เช่น 1) การเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบโครงการบ่อย จนทำให้กิจกรรมในแต่ละปีขาดความต่อเนื่อง 2) ไม่มีการติดตามและกำกับกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีเพียงการจัดให้มีการพบกันในสถานพยาบาลเท่านั้น 3) ไม่มีการวางแผนเกี่ยวกับตัวชี้วัดความสำเร็จไว้ล่วงหน้า 4) ผู้เข้าร่วมโครงการไม่เข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง และ 5) ไม่มีการจัดกิจกรรมใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการหรือปรับสิ่งแวดล้อมทั้งเชิงกายภาพ และบุคคลใกล้ชิดให้เอื้อหรือสนับสนุนการลดน้ำหนัก เป็นต้น

นอกจากนี้ จากการสนทนากลุ่มกับกำลังพลที่มีภาวะอ้วนเพื่อค้นหาสาเหตุของภาวะอ้วนเมื่อเดือนกรกฎาคม 2559 จำนวน 50 คน ที่มีอายุระหว่าง 35–60 ปี ประกอบด้วยเพศชาย 42 คน และเพศหญิง 8 คน โดย 36 ใน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 72.0 ซึ่งเคยเข้าร่วมโครงการ ทอ.ไร้พุงในปีงบประมาณที่ผ่านมาแต่ยังมีภาวะอ้วนพบว่า ส่วนใหญ่ระบุสาเหตุของภาวะอ้วนว่ามาจากประเภทอาหารที่รับประทาน เช่น ชอบกินข้าว แป้ง อาหารไขมัน แกล้มกะทิ ขนม ของหวาน น้ำอัดลม กาแฟสด และแอลกอฮอล์ เป็นต้น ลักษณะการกินไม่เหมาะสม เช่น กินตามใจปาก กินไม่เป็นเวลา ชอบกินจุบจิบ เป็นต้น เข้าถึงแหล่งขายอาหารสุขภาพน้อย ขาดหรือมีเวลาในการออกกำลังกายน้อยและมีสถานที่ในการออกกำลังกายไม่เพียงพอ ดังนั้น การปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดน้ำหนักอย่างมีประสิทธิภาพตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกก็คือ การเลือกบริโภคอาหารสุขภาพและมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาโดยวิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review)⁶ พบว่า โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ควบคุมทั้งอาหารและการออกกำลังกาย มีผลต่อการลด

น้ำหนักตัวได้ดีกว่าโปรแกรมที่เลือกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง อย่างไรก็ตาม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืน ยังควรให้ความสำคัญกับสิ่งแวดล้อมด้วย ซึ่งทฤษฎีปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory: SCT) ของ Albert Bandura (1989)⁷ เชื่อว่าพฤติกรรมที่เกิดขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา เนื่องจากสิ่งแวดล้อมไม่ได้เป็นสภาวะที่ดำรงอยู่อย่างมั่นคง หากแต่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาเช่นกัน จึงส่งผลให้ทั้งพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมต่างมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน โดยปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ได้แก่ อิทธิพลของสังคมในการถ่ายทอดข้อมูล การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลแวดล้อมภายในครอบครัวและที่ทำงาน การเข้าถึงเครื่องมืออุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกที่ทำให้มีโอกาสเกิดการกระทำพฤติกรรม

ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้ จึงได้พัฒนาโปรแกรมลดน้ำหนักโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีปัญญาสังคม โดยกิจกรรมในโปรแกรมศึกษานี้ ได้นำแนวคิดการกำกับตนเองมาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การสังเกตตนเอง 2) กระบวนการตัดสินใจ 3) การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง และ 4) การสนับสนุนการจัดการสภาพแวดล้อมแบบมีส่วนร่วม ทั้งนี้ เพื่อส่งเสริมให้กำลังพลที่มีภาวะอ้วนเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป้าหมาย นั่นคือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อลดน้ำหนัก และออกกำลังกายเพิ่มขึ้น ซึ่งในที่สุด จะส่งผลให้กำลังพลมีน้ำหนักตัวที่ลดลงจากการประเมินด้วยค่าดัชนีมวลกาย และก่อให้เกิดผลดีในอนาคต โดยเฉพาะการเป็นกำลังพลที่มีสมรรถนะ และไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวกับภาวะอ้วน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมลดน้ำหนักโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีปัญญาสังคมในกำลังพลกองทัพอากาศที่มีภาวะอ้วน

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ความคาดหวังในผลลัพธ์เกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

และพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อลดน้ำหนักดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

2. ระยะติดตาม กลุ่มทดลองมีการออกกำลังกายมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

3. ภายหลังการทดลอง และระยะติดตาม กลุ่มทดลอง มีดัชนีมวลกายลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง และลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อน-หลัง และระยะติดตาม

ประชากร คือกำลังพลกองทัพอากาศ สังกัดส่วนราชการที่ปฏิบัติงานภาคพื้น ณ ที่ตั้งดอนเมือง ซึ่งเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี 2559 ณ กองเวชศาสตร์ป้องกัน กรมแพทย์ทหารอากาศ ที่มีดัชนีมวลกาย ≥ 25 กก./ตร.ม. จำนวน 4,812 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือกำลังพลกองทัพอากาศ สังกัดส่วนราชการที่ปฏิบัติงานภาคพื้น ณ ที่ตั้งดอนเมือง ซึ่งเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี 2559 ณ กองเวชศาสตร์ป้องกัน กรมแพทย์ทหารอากาศ ที่มีดัชนีมวลกาย ≥ 25 กก./ตร.ม. และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ประกอบด้วยเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) เพศชาย 2) มีอายุระหว่าง 35-59 ปี 3) ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง 4) ในรอบ 30 วันที่ผ่านมา ไม่เคยออกกำลังกาย ยกเว้นการเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกายในวันพุธช่วงบ่ายของทุกสัปดาห์ หรือตามที่หน่วยงานกำหนด แต่หากมีการออกกำลังกายต้องออกกำลังกายต่ำกว่าระดับปานกลางถึงหนัก 5) มีโทรศัพท์เคลื่อนที่ประเภทสมาร์ตโฟน และ 6) สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม สำหรับเกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) ย้ายสังกัดขณะดำเนินการวิจัย และ 2) ใช้อาหารเสริมหรือยาเพื่อลดน้ำหนัก หรือเข้าคอร์สเพื่อควบคุมน้ำหนักหรือลดความอ้วนระหว่างอยู่ในโปรแกรมวิจัย และเกณฑ์ข้อยกเว้นจากการศึกษา ได้แก่ 1) เข้าร่วมโปรแกรม แต่ยังไม่ครบในทุกกิจกรรม และ 2) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยในตอนแรก ต่อมารู้สึกอึดอัด และไม่สบายใจด้วยเหตุผลใดๆ จึงขอยกเลิก/ถอนตัว

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน⁸ และแทนค่าสูตรจากการศึกษาของนุชนา นัจจันทร์ (2556)⁹ ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 26 คนต่อกลุ่ม และเพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่าง จึงปรับขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของอรุณ จิรวรรณกุล (2557)⁸ เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 เนื่องจากตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้ปฏิบัติงานในหน่วยงานราชการ ซึ่งมีภาระงานค่อนข้างมากและเร่งด่วน เพราะฉะนั้น ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มีจำนวน 33 คนต่อกลุ่ม รวมทั้งสิ้น 66 คน

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล หมายเลข MUPH 2017-164 เมื่อวันที่ 8 สิงหาคม พ.ศ. 2560 โดยผู้วิจัยดำเนินการวิจัยหลังได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีทั้งสิ้น 2 ชุด ดังนี้

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** ประกอบด้วย 2 ส่วนย่อย คือ 1) โปรแกรมลดน้ำหนักซึ่งเป็นกิจกรรมสุขภาพที่ผู้วิจัยออกแบบขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีปัญญาสังคม เพื่อสนับสนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดน้ำหนัก ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อลดน้ำหนักและการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น โดยจัดให้มีกิจกรรมกลุ่ม 4 ครั้ง และกิจกรรมการจัดการกับสิ่งแวดล้อมเป็นรายบุคคล 4 ครั้ง ภายในระยะเวลา 8 สัปดาห์ และติดตามพฤติกรรมเป้าหมายในอีก 4 สัปดาห์ต่อมา รวมทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ และ 2) สื่อและอุปกรณ์ที่ใช้ในโปรแกรม ได้แก่ สมุดสุขภาพประจำตัว ทอ.ไร้พุง แผ่นพับเกี่ยวกับการลดน้ำหนัก ชุดโมเดลอาหาร 3 สี วิดีทัศน์เกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางกาย เครื่องชั่งน้ำหนัก และกล้องถ่ายรูป รวมถึงโทรศัพท์มือถือที่มี Application Line สำหรับจัดทำรูปไลน์ในชื่อว่า “สพ.ทอ.ลดอ้วน” และ Mobile Application ชื่อ “Pacer Pedometer & Weight Loss” แนะนำโดยเครือข่ายคนไทยไร้พุง สำหรับส่งเสริมกำกับและติดตามกิจกรรมทางกายด้วยการนับการเคลื่อนไหวของร่างกายจากระบบตรวจจับการเคลื่อนไหว

ของโทรศัพท์ เช่น การเดิน และการวิ่ง เป็นต้น พร้อมหน้าจอแสดงผล ได้แก่ จำนวนก้าวเดิน (ก้าว) ระยะเวลาที่เคลื่อนไหว (นาที) ระยะทาง (กิโลเมตร) และคำนวณค่าพลังงานที่เผาผลาญจากการทำกิจกรรมนั้นๆ (กิโลแคลอรี) โดย Mobile Application นี้ ถือเป็นอุปกรณ์ทางเลือกในกรณีที่กลุ่มทดลองไม่มี Mobile Application ติดตามสุขภาพในสมาร์ตโฟนที่ใช้อยู่ หรือ Smart Watch

2. **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ได้แก่ แบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎี และเอกสารที่เกี่ยวข้อง จำนวน 1 ชุด แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 17 ข้อที่มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ เช่น อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาที่จบสูงสุด รายได้ส่วนบุคคลเฉลี่ย (บาทต่อเดือน) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานปัจจุบัน (ปี) โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น ส่วนที่ 2 การรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย จำนวน 16 ข้อ และส่วนที่ 3 ความคาดหวังในผลลัพธ์เกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย จำนวน 16 ข้อ โดยส่วนที่ 2-3 นี้ ทุกข้อคำถามมีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับที่มีค่าตั้งแต่ 1 (มั่นใจ/เห็นด้วยน้อยที่สุด)-5 (มั่นใจ/เห็นด้วยมากที่สุด) ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อลดน้ำหนัก จำนวน 12 ข้อเพื่อประเมินความถี่ในการรับประทานอาหารและเครื่องดื่มในรอบ 7 วัน รวม 5 ระดับที่มีค่าตั้งแต่ 0 (ไม่ปฏิบัติ) – 4 (ปฏิบัติทุกวัน) และส่วนที่ 5 การออกกำลังกาย จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ความถี่ในการออกกำลังกาย จำนวนวันที่ออกกำลังกายใน 1 สัปดาห์ และระยะเวลาที่ออกกำลังกายติดต่อกัน 1 วัน ทุกข้อมีลักษณะคำตอบแบบเลือกตอบที่มีค่าคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน คือปฏิบัติ และ 0 คะแนน คือปฏิบัติไม่ได้

แบบสอบถามข้างต้นนี้ ได้รับการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหาจากคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ 3 ท่าน และนำไปทดสอบกับกำลังพลที่มีคุณสมบัติเหมือนกับตัวอย่างของการวิจัยนี้ จำนวน 30 คน ได้ผลการตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามส่วนที่ 2 การรับรู้

ความสามารถของตนเอง และส่วนที่ 3 ความคาดหวังในผลลัพธ์ มีค่าเท่ากับ 0.840 และ 0.933 ตามลำดับ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนเตรียมการและขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) ขออนุญาตทำการวิจัย และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยต่อผู้บังคับบัญชาการกองทัพอากาศ 2) ประสานงานกับหน่วยขึ้นตรงกำลังพลกองทัพอากาศ เพื่อขออนุญาตทำการวิจัย 3) ประสานงานกับหน่วยงานของตัวอย่าง เพื่อขออนุญาตใช้สถานที่ในการทำวิจัย 4) คัดเลือกผู้ช่วยวิจัย จำนวน 6 คน โดยมีคุณสมบัติเป็นเจ้าหน้าที่ภายในแผนกส่งเสริมสุขภาพ กองเวชศาสตร์ป้องกัน กรมแพทย์ทหารอากาศ และมีประสบการณ์ในการจัดกิจกรรมกลุ่ม และ 5) ประสานกับหน่วยงานเพื่อคัดเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

2. ขั้นตอนการวิจัย จัดกิจกรรมรวมทั้งสิ้น 8 ครั้ง ภายในระยะเวลา 8 สัปดาห์ ในช่วงเดือนกันยายน 2560 - มกราคม 2561 ประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ดังนี้

2.1 กลุ่มทดลอง มีกิจกรรมดังนี้

1) สัปดาห์ที่ 1 การสังเกตพฤติกรรมตนเอง ประกอบด้วยกิจกรรม “ถามใจดูก่อน” เพื่อค้นหาพฤติกรรมสาเหตุของภาวะอ้วนจากชีวิตประจำวัน กิจกรรม “กินยังไม่มียอวน” เพื่อวางแผนการรับประทานอาหารในการลดน้ำหนัก โดยมีผู้เชี่ยวชาญด้านการกำหนดอาหารร่วมให้คำแนะนำ กิจกรรม “ปรับคิดพิตและเฟิร์ม” เพื่อวางแผนเพิ่มการออกกำลังกายในการลดน้ำหนัก โดยมีผู้เชี่ยวชาญด้านวิทยาศาสตร์การกีฬาร่วมให้คำแนะนำ กิจกรรม “SMART GOAL” และกิจกรรม “คู่มือพิตพิตอ้วน” แจกและแนะนำการใช้สมุดสุขภาพประจำตัว ทอ. ไร้พุง การใช้ Mobile Application Pacer Pedometer & Weight Loss ของ Pacer Health ที่ใช้ได้ทั้งระบบ Android และ IOS และสร้างกลุ่ม Line **2) สัปดาห์ที่ 2 การตัดสินใจและแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองในการลดน้ำหนัก ครั้งที่ 1** ประกอบด้วย กิจกรรม “คุณเป็นอย่างไร” เพื่อเก็บข้อมูลน้ำหนักและค่าดัชนีมวลกาย สำหรับเปรียบเทียบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ กิจกรรม “ชีวิตใหม่ไร้อ้วน”

โดยการเรียนรู้ประสบการณ์จากตัวแบบบุคคลจริงที่ประสบความสำเร็จในการลดน้ำหนัก และกิจกรรม “Keep Going” โดยการพูดคุยให้กำลังใจ และปรับเป้าหมาย **3) สัปดาห์ที่ 4 การตัดสินใจและแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองในการลดน้ำหนัก ครั้งที่ 2** กิจกรรม “คุณเป็นอย่างไร” เพื่อเก็บข้อมูลน้ำหนักและค่าดัชนีมวลกาย กิจกรรม “เราทำได้” โดยการเรียนรู้ประสบการณ์จากตัวแบบจริงที่เป็นสมาชิกของกลุ่มทดลอง และกิจกรรม “Keep Going” โดยการพูดคุยให้กำลังใจ และปรับเป้าหมาย **4) สัปดาห์ที่ 8 กระตุ้นเพื่อสร้างแรงจูงใจในการลดน้ำหนัก** ประกอบด้วย กิจกรรม “คุณเป็นอย่างไร” เพื่อเก็บข้อมูลน้ำหนักและค่าดัชนีมวลกาย กิจกรรม “Keep Going” โดยการพูดคุยให้กำลังใจ และปรับเป้าหมาย และกิจกรรม “สัญญาใจเปลี่ยนชีวิต” เพื่อให้พันธะสัญญาควบคุมตนเองในการลดน้ำหนัก นอกจากนี้ ในสัปดาห์ที่ 1, 3, 6, และ 10 ผู้วิจัยได้จัดให้มีกิจกรรมสนับสนุนการจัดการสภาพแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการลดน้ำหนักแบบมีส่วนร่วม ระหว่างผู้วิจัยเพื่อนร่วมงาน หัวหน้าหน่วยงาน และตัวอย่าง โดยเริ่มจากการค้นหาสาเหตุและจัดสถานที่ทำงานให้เอื้อต่อการลดน้ำหนัก รวมถึงการติดตามผลเพื่อปรับการจัดการสถานที่ทำงานให้เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง พร้อมให้กำลังใจด้วยข้อความสั้นๆ จากผู้บังคับบัญชา

2.2 กลุ่มเปรียบเทียบ การวิจัยครั้งนี้ จัดกิจกรรมให้กลุ่มเปรียบเทียบ 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วย 1) การชั่งน้ำหนักและค่าดัชนีมวลกายเพื่อประเมินความอ้วน 2) บรรยายประกอบสื่อ ในหัวข้อบริโภคอย่างไรให้ไร้พุง และลดความอ้วนอย่างถูกวิธี ไม่มีปัญหาแน่นอน และ 3) ฝึกทักษะการปฏิบัติการออกกำลังกายด้วยสื่อวีดิทัศน์ เรื่องออกกำลังกายง่ายๆ ขณะดูทีวี

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ระบุไว้ข้างต้น รวม 3 ครั้ง ได้แก่ ก่อนการทดลอง ในช่วงก่อนดำเนินกิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 1 และเก็บข้อมูลภายหลังการทดลอง และระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 8 และ 12 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version

21 ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยมหิดล โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ 95 % และสถิติที่ใช้ ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มด้วยสถิติ Paired t-test และ One-Way ANOVA และระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Independent t-test และ Chi-square test

ผลการวิจัย

เมื่อสิ้นสุดการทดลอง มีกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมครบตามที่กำหนด รวมทั้งสิ้น 55 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 27 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 28 คน สามารถจำแนกการเสนอผลการวิจัยออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป และผลของโปรแกรมลดน้ำหนักดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ทั้งหมดเป็นเพศชาย และมีข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกัน ได้แก่ อายุ ($p=0.060$) สถานภาพสมรส ($p=0.921$) ระดับการศึกษาสูงสุด ($p=0.225$) และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานปัจจุบัน ($p=0.061$) ยกเว้นสถานภาพกำลังพล ($p=0.039$) และรายได้ส่วนบุคคลเฉลี่ย ($p=0.027$) โดยกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 41.2 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่/สมรส จบการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษาหรือปวช. มีสถานภาพกำลังพลเป็นข้าราชการชั้นประทวน รายได้ส่วนบุคคลเฉลี่ย 18,092 บาทต่อเดือน

และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานปัจจุบันเฉลี่ย 11.3 ปี ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ มีอายุเฉลี่ย 44.7 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่/สมรส จบการศึกษาสูงสุดที่ระดับปริญญาตรี มีสถานภาพกำลังพลเป็นข้าราชการชั้นสัญญาบัตร รายได้ส่วนบุคคลเฉลี่ย 24,307 บาทต่อเดือน และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานปัจจุบันเฉลี่ย 17.0 ปี

เมื่อพิจารณาประวัติสุขภาพที่เสี่ยงต่อภาวะอ้วน พบว่าทั้ง 2 กลุ่ม มีปัจจัยสุขภาพที่เสี่ยงต่อภาวะอ้วนไม่แตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ($p=0.078$) ไม่สูบบุหรี่ ($p=0.441$) ดื่มแอลกอฮอล์แต่ไม่ทุกวัน ($p=0.074$) ไม่เคยเข้ากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($p=0.354$) ไม่เคยใช้อาหารเสริม ยา หรือเข้าโปรแกรมเพื่อควบคุมน้ำหนักหรือลดความอ้วน ทั้งในรอบ 1 ปี ($p = 0.217$) และ 30 วันที่ผ่านมา ($p=0.161$) และไม่ออกกำลังกายหรือออกกำลังกายต่ำกว่าเกณฑ์ระดับปานกลางถึงหนัก ($p=0.901$)

2. ผลของโปรแกรมลดน้ำหนักโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีปัญญาสังคมในกำลังพลกองทัพอากาศ

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ผลการวิจัย พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อลดน้ำหนักดีกว่าก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยตัวแปรจากผลของโปรแกรมลดน้ำหนัก ระหว่างกลุ่ม ช่วงหลังการทดลอง

การเปรียบเทียบระหว่าง กลุ่ม	n	$\bar{X}$	SD	ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย			
				d	t	df	p
การรับรู้ความสามารถของตนเอง							
กลุ่มทดลอง	27	60.37	7.3	-0.8	-0.23	53	0.820
กลุ่มเปรียบเทียบ	28	54.93	8.8				
ความคาดหวังในผลลัพธ์							
กลุ่มทดลอง	27	67.19	8.2	0.33	0.116	53	0.908
กลุ่มเปรียบเทียบ	28	59.61	8.8				
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร							
กลุ่มทดลอง	27	33.74	4.1	1.5	1.635	53	0.108
กลุ่มเปรียบเทียบ	28	31.54	5.0				

เมื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมฯ ภายในกลุ่ม ผลการวิจัย พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังใน

ผลลัพธ์ และพฤติกรรมกรบริโภคอาหารเพื่อลดน้ำหนัก ดีกว่าก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันเช่นกัน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยตัวแปรจากผลของโปรแกรมลดน้ำหนัก ภายในกลุ่มของกลุ่มทดลอง

การเปรียบเทียบ ภายในกลุ่ม	n	$\bar{X}$	SD	ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย			
				d	t	df	p
การรับรู้ความสามารถของตนเอง							
ก่อนการทดลอง	27	59.67	9.5	0.7	-.315	26	0.755
หลังการทดลอง	27	60.37	7.3				
ความคาดหวังในผลลัพธ์							
ก่อนการทดลอง	27	66.81	9.3	0.38	-.149	26	0.883
หลังการทดลอง	27	67.19	8.2				
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร							
ก่อนการทดลอง	27	30.30	4.5	3.44	-2.83	26	0.009
หลังการทดลอง	27	33.74	4.1				

เมื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมฯ ด้านการออกกำลังกาย ในระยะติดตามผล ผลการศึกษา พบว่าตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ออกกำลังกาย จำแนกตามเกณฑ์ ทั้งรายข้อ (3 เกณฑ์) และครบทั้ง 3 เกณฑ์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความต่อเนื่องครบ 12 สัปดาห์ ($p=0.006$) ความถี่ของจำนวนวันที่ออกกำลังกาย 5 วันต่อสัปดาห์ ($p<0.001$) ระยะเวลาที่ใช้ในการออกกำลังกายติดต่อกัน 30 นาทีต่อครั้ง ($p=0.003$) และออกกำลังกายครบตามเกณฑ์ ทั้ง 3 ข้อ ($p<0.001$) โดยกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีความต่อเนื่องในการออกกำลังกายครบ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 96.3 มีจำนวนวันที่ออกกำลังกายมากกว่า 5 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 92.6 มีระยะเวลาที่ใช้ในการออกกำลังกายติดต่อกันมากกว่า 30 นาทีต่อครั้ง

ร้อยละ 96.3 และออกกำลังกายครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 92.6 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่มีความต่อเนื่องในการออกกำลังกายครบ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 67.9 มีจำนวนวันที่ออกกำลังกายน้อยกว่า 5 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 78.6 มีระยะเวลาที่ใช้ในการออกกำลังกายติดต่อกันมากกว่า 30 นาทีต่อครั้ง ร้อยละ 64.3 และออกกำลังกายครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 17.9 (ตารางที่ 3)

เมื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมฯ ด้วยค่าดัชนีมวลกายใน 3 ช่วงเวลา คือ ก่อน - หลังการทดลอง และระยะติดตามผล เมื่อสิ้นสุดการทดลองไปแล้ว 4 สัปดาห์ ผลการศึกษา พบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยในทั้ง 3 ช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลไม่แตกต่างกัน ($p=0.717$; $p=0.999$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเกณฑ์การออกกำลังกาย และการออกกำลังกายครบตามเกณฑ์

เกณฑ์การออกกำลังกาย	กลุ่มทดลอง (n=27)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=28)		p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ความต่อเนื่องครบ 12 สัปดาห์					0.006
ครบ	26	96.3	19	67.9	
ไม่ครบ	1	3.7	9	32.1	
จำนวนวันที่ออกกำลังกาย 5 วันต่อสัปดาห์					<0.001
มากกว่าหรือเท่ากับ 5 วันต่อสัปดาห์	25	92.6	6	21.4	
น้อยกว่า 5 วันต่อสัปดาห์	2	7.4	22	78.6	
ระยะเวลาที่ใช้ในการออกกำลังกายติดต่อกัน 30 นาทีต่อครั้ง					0.003
มากกว่าหรือเท่ากับ 30 นาทีต่อครั้ง	26	96.3	18	64.3	
น้อยกว่า 30 นาทีต่อครั้ง	1	3.7	10	35.7	
การออกกำลังกายครบตามเกณฑ์					<0.001
ครบทั้ง 3 เกณฑ์	25	92.6	5	17.9	
ไม่ครบทั้ง 3 เกณฑ์	2	7.4	23	82.1	

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลต่างของค่าดัชนีมวลกายภายในกลุ่ม ในช่วงก่อน-หลัง และติดตามผลการทดลอง

การเปรียบเทียบภายในกลุ่ม	$\bar{X}$	SD	Min	Max	F	df	p
กลุ่มทดลอง							
ก่อนทดลอง	31.77	4.9	24.80	40.57	0.334	2,78	0.717
หลังทดลอง	31.21	4.4	24.27	39.51			
ติดตามผล	30.77	4.3	24.41	39.67			
กลุ่มเปรียบเทียบ							
ก่อนทดลอง	27.73	1.6	24.95	31.77	0.001	2, 81	0.999
หลังทดลอง	27.72	1.7	25.05	32.39			
ติดตามผล	27.74	1.8	24.81	32.85			

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ความคาดหวังในผลลัพธ์เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ไม่แตกต่างกันจากกลุ่มเปรียบเทียบ และไม่แตกต่างกันจากก่อนการทดลอง ทั้ง ๆ ที่การออกแบบโปรแกรมลดน้ำหนักในการวิจัยนี้ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎี

ปัญญาสังคม (SCT) ที่ได้นำวิธีการทางสุขศึกษาใช้ในการจัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่สอดคล้องกับหลักการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Albert Bandura¹⁰ หากแต่การออกแบบกิจกรรมเช่นนี้ ยังไม่มากพอที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความคุ้นเคยที่มีต่อโครงการกองทัพอากาศไร้พุง ที่กองทัพอากาศจัดมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2550 จึงอาจส่งผลให้ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถ

ตนเองและมีความคาดหวังในระดับปานกลางถึงสูงตั้งแต่ก่อนการทดลอง ดังนั้น การปรับการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ให้สูงกว่านี้ จึงทำได้ยาก เพราะรูปแบบการจัดกิจกรรมที่จัดให้อาจเหมาะสมกับตัวอย่างที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์อยู่ในระดับต่ำ ผลการวิจัยนี้ มีความแตกต่างจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา ที่พบว่าผลของโปรแกรมลดน้ำหนักส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงตัวแปรที่เป็นพฤติกรรมภายในอย่างชัดเจน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่มีกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงที่มีน้ำหนักเกิน^{9,11-14} และบางงานวิจัยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่น¹⁵⁻¹⁶ ซึ่งความเป็นเพศหญิงและอยู่ในช่วงวัยรุ่น อาจง่ายต่อการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ ซึ่งตรงข้ามกับตัวอย่างในครั้งนี้ ที่เป็นเพศชาย วัยทำงาน และถูกฝึกมาให้รับฟังคำสั่ง ที่ไม่มีหรือไม่มีเชื่อมั่นในความสามารถตนเองว่าจะทำการกิจได้สำเร็จหรือไม่ แต่เป็นคำสั่งก็ต้องปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมาย นอกจากนี้ ตัวแบบที่มีชีวิตที่นำมาในครั้งนี้ แม้เป็นตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มทดลอง แต่ก็เป็นตัวอย่างที่ไม่สามารถพบเห็นได้บ่อยนัก จึงยากที่ใครๆ จะกระทำตามได้สำเร็จได้ เนื่องจากเป็นตัวอย่างที่มีการกำกับตนเองได้มากกว่าคนอื่น

อย่างไรก็ดี สำหรับกลุ่มทดลองที่มีผลการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนของพฤติกรรมการบริโภคอาหารเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ทั้งๆ ที่ทั้ง 2 กลุ่ม อยู่ในสภาพแวดล้อมของโรงอาหารที่มีผลการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่แตกต่างกัน เพราะใช้โรงอาหารเดียวกัน และในโปรแกรมยังไม่ได้ปรับสิ่งแวดล้อมครอบคลุมไปที่โรงอาหาร ซึ่งจากการสังเกตโดยผู้วิจัย พบว่าข้าวไม่ขัดสี หรือเมนูสุขภาพอื่นๆ ยังไม่มีขายในโรงอาหารมากนัก หากแต่เมื่อสิ้นสุดการวิจัย กลุ่มทดลองที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อาจเป็นเพราะการให้ความรู้ด้านโภชนาการที่มุ่งเน้นเนื้อหาด้านการเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมทั้งชนิดของอาหารและเครื่องดื่ม จนอาจนำกลับไปจัดเมนูสุขภาพที่บ้าน การใช้กิจกรรมกลุ่มเพื่อตั้งเป้าหมาย ร่วมกันคิดเมนูอาหารเพื่อลดน้ำหนัก โดยมีโมเดลอาหารประกอบให้เห็นภาพ และการแลกเปลี่ยน

ประสบการณ์การเลือกบริโภคอาหารได้อย่างเหมาะสม เมื่ออยู่ในสถานการณ์ต่างๆ จึงอาจช่วยให้ผลการวิจัยในตัวแปรนี้ พบความแตกต่างภายในกลุ่ม

นอกจากนี้ กลุ่มทดลองยังได้รับการจัดสภาพแวดล้อมในสถานที่ทำงานที่เอื้อต่อการลดน้ำหนัก เช่น การวางอาหารและขนมให้ห่างไกลจากโต๊ะทำงาน การสำรวจการดื่มเครื่องดื่มรสหวานในที่ทำงาน และการจัดตู้เย็นให้เป็นตู้เย็นคนพอมโดยการจัดน้ำหวาน น้ำอัดลม เบเกอรี่ รวมถึงอาหารสำเร็จรูปออกจากตู้เย็น และแทนที่ด้วยการวางผลไม้ไว้ในระดับสายตา และรินน้ำเปล่าใส่โถแก้วแช่เย็น ส่งผลให้ลดการกินจุบจิบระหว่างมื้ออาหาร และการดื่มน้ำเปล่าแทนน้ำหวาน หรือทานผลไม้แทนเครื่องดื่มชูกำลัง ร่วมกับการติดตาม กำกับ และกระตุ้นให้รับประทานอาหารเพื่อลดน้ำหนัก โดยการส่งภาพอาหารที่รับประทานเข้ากลุ่มไลน์ ซึ่งการจัดการกับสภาพแวดล้อมเช่นนี้ อาจทำให้กลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อการลดน้ำหนักที่เหมาะสมเพิ่มมากขึ้น ผลการวิจัยข้างต้นนี้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{11-12,17} ซึ่งมีการประยุกต์แนวคิดการกำกับตนเองในการรับประทานอาหาร ได้แก่ การสังเกต การตั้งเป้าหมายเชิงบวก การใช้ตัวแบบใช้คำพูดชักจูง และกระตุ้นอารมณ์ และการบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายเพื่อเตือนตนเอง จนพบว่าการกำกับตนเองทำให้ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในระยะติดตามผลการทดลองด้านการออกกำลังกาย ซึ่งมีผลการศึกษา พบว่า ทั้ง 2 กลุ่ม ออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างชัดเจน ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจาก การออกแบบโปรแกรมให้มีการกระตุ้น และติดตามอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการเปิดโอกาสให้เลือกประเภทการออกกำลังกายตามความสนใจ การให้ความรู้โดยนักวิทยาศาสตร์การกีฬา การใช้กิจกรรมกลุ่มตั้งเป้าหมาย เพิ่มการออกกำลังกายในแต่ละวัน รวมถึงมีการจับคู่กันภายในหน่วยงานเพื่อออกกำลังกายด้วยกัน และถ่ายภาพส่งเข้ากลุ่มไลน์เพื่อกระตุ้นสมาชิกกลุ่ม กิจกรรมการจัดสิ่งแวดล้อมเช่นนี้ สอดคล้องกับแนวคิดการกำกับตนเองของ Bandura (1989) ที่เชื่อว่า อิทธิพลของ

สภาพแวดล้อมและสังคม โดยสามารถเปลี่ยนแปลงความคาดหวัง ความเชื่อ อารมณ์ และความสามารถทางปัญญาของบุคคล กระตุ้นการตอบสนองผ่านตัวแบบ การสอน และการชักจูงทางสังคม นอกจากนี้ ยังมีนโยบายคำสั่งทอ.(เฉพาะ) ที่ 47/60 ลงวันที่ 27 มิ.ย.60 เรื่อง การพัฒนาสมรรถภาพกำลังพลของกองทัพอากาศ ซึ่งมีสาระสำคัญคือ การเน้นย้ำการทดสอบสมรรถภาพทางกายกำลังพล จึงอาจเป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่ทำให้กำลังพลกองทัพอากาศออกกำลังกายเพิ่มขึ้น

ส่วนภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีค่าดัชนีมวลกายไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งนี้อาจเป็นผลสืบเนื่องมาจาก 2 กลุ่มนี้ มีค่าดัชนีมวลกายแตกต่างกันอย่างชัดเจนตั้งแต่ก่อนการทดลอง นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงภายในกลุ่มของกลุ่มทดลอง ใน 3 ช่วงเวลา พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าดัชนีมวลกายคงที่ หรือไม่พบความแตกต่างที่ชัดเจน อาจเป็นผลจาก 1) กลุ่มทดลองมีน้ำหนักตัวและมีค่าดัชนีมวลกายที่แตกต่างกันมาตั้งแต่ก่อนเข้าโครงการ โดยมีน้ำหนักตัวอยู่ระหว่าง 70-123 กิโลกรัม มีค่าดัชนีมวลกายระหว่าง 25.00-40.57 กก./ตร.ม. ซึ่งครอบคลุมระดับของภาวะอ้วนตั้งแต่น้ำหนักเกินจนถึงอ้วนระดับ 2 แต่ทุกคนอยู่ภายใต้กิจกรรมกลุ่มที่ไม่แตกต่างกัน จึงอาจทำให้ผลของตัวแปรนี้ไม่เปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน และ 2) อาจมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับระยะเวลาที่ใช้ในการออกกำลังกาย 30 นาที ว่าครอบคลุมถึงช่วงการอบอุ่นร่างกายก่อน-หลังออกกำลังกาย ดังนั้น แม้กลุ่มทดลองให้ข้อมูลว่ามีการออกกำลังกายในระดับปานกลาง-หนัก แต่อาจไม่ตรงตามเกณฑ์ที่แท้จริง ด้วยเหตุผลดังกล่าวนี้ ผลการวิจัยข้างต้นนี้ จึงแตกต่างจากผลวิจัยที่ผ่านมา^{9,11-12,14,16-18} ซึ่งพบว่า ส่วนใหญ่ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมการลดน้ำหนัก โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีใดๆ กลุ่มทดลอง มีน้ำหนักตัวลดลงอย่างน้อย 2-4 กก. และค่าดัชนีมวลกายลดลงอย่างน้อย 1-2 กก./ตร.ม.

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1.1 ควรบันทึกประวัติการเข้าร่วมโปรแกรมครั้งนี้ ไว้ในเวชระเบียนโดยเฉพาะผู้เข้าร่วมในฐานะกลุ่มทดลอง เพื่อเป็นฐานข้อมูลในจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

และคัดเลือกเป็นต้นแบบสำหรับการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องในอนาคตต่อไป

1.2 ขอความร่วมมือหรือกำหนดเป็นระเบียบในระดับหน่วยงานเกี่ยวกับการจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการลดน้ำหนัก จัดหาสถานที่และอุปกรณ์การออกกำลังกายให้กำลังพลใช้ในการเพิ่มกิจกรรมการออกกำลังกายภายในพื้นที่ของหน่วยงาน และรณรงค์เพิ่มกิจกรรมทางกายในช่วงเวลาการทำงานเพิ่มขึ้น เช่น การเดินขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟต์ในที่ทำงาน เป็นต้น

1.3 ผู้บังคับบัญชา ควรสนับสนุนให้กำลังพลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดน้ำหนัก เช่น ให้ประกาศนียบัตรหรือบำเหน็จพิเศษแก่กำลังพลที่ลดน้ำหนักได้ และเพิ่มเวลาให้ออกกำลังกายที่ไม่ใช่เพียงวันพุธช่วงบ่าย เป็นต้น

1.4 กำหนดนโยบายระดับกองทัพบกในการจัดมื้ออาหารสุขภาพ อาหารว่างสุขภาพในการประชุมต่างๆ รวมถึงให้ผลตอบแทนกับร้านค้าในโรงอาหารที่จัดให้มีเมนูสุขภาพ หรือรณรงค์ให้มิงานเลี้ยงสังสรรค์ปลอดแอลกอฮอล์

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรพิจารณานโยบายการจัดสิ่งแวดล้อมเป็นส่วนหนึ่งของการจัดโปรแกรม เนื่องจากนโยบายเป็นหลักสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทหาร ได้แก่ การออกนโยบายให้ร้านอาหารภายในกองทัพอากาศขายอาหารสุขภาพ เช่น เปลี่ยนจากข้าวขาวเป็นข้าวกล้องหรือข้าวไรซ์เบอร์รี่ เป็นต้น

2.2 ปรับการวัดตัวแปรตามให้สอดคล้องกับการจัดโปรแกรม เช่น กิจกรรมในโปรแกรมเป็นกิจกรรมการกำกับตนเอง (Self-Regulation) เป็นหลัก และวัดตัวแปรตามการกำกับตนเอง เป็นต้น

2.3 ประเมินภาวะอ้วนด้วยดัชนีทดแทนค่าดัชนีมวลกาย เช่น เปอร์เซ็นต์ไขมันหรือการเปลี่ยนแปลงของสัดส่วนมวลกล้ามเนื้อต่อมวลไขมัน เป็นต้น เนื่องจากกำลังพลผู้ชายส่วนใหญ่มีมวลกล้ามเนื้อมากกว่าผู้หญิง และการออกกำลังกายจะส่งผลต่อการเผาผลาญมวลไขมัน และเพิ่มมวลกล้ามเนื้อ

2.4 เพิ่มการจัดเก็บข้อมูลตัวแปรตามการออกกำลังกายด้วยอุปกรณ์ หรือเทคโนโลยีที่ทันสมัย เช่น เครื่องนับก้าว นาฬิกาวัดชีพจร และผลการออกกำลังกายที่บันทึกอยู่ใน Application เป็นต้น ทั้งนี้ เพื่อเพิ่มความแม่นยำของการจัดเก็บผลลัพธ์การออกกำลังกาย

2.5 ปรับวิธีการออกกำลังกายจากให้เลือกตามความสนใจและความถนัด เป็นเจาะจงประเภทการออกกำลังกาย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ เครือข่ายคนไทยไร้พุง และกองเวชศาสตร์ป้องกัน กรมแพทยทหารอากาศ ที่ให้คำแนะนำ และสนับสนุนทุนวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Obesity and Overweight. Fact sheet N°311 [internet]. 2016 [cited 2016 Oct 17]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en>
- Aekplakorn W. Thai National Health Examination Survey, 5th 2014. Nonthaburi: Aksorn Graphic and Design Publication Limited Partnership; 2016. [In Thai].
- Aekplakorn W. Thai National Health Examination Survey, 4th 2008-9. Nonthaburi: The Graphico Systems CO., LTD; 2009. [In Thai].
- Thammarangsri T. NCDs Situation Report Crisis Health Crisis Society. Nonthaburi: N.P.; 2014.
- Health Department Preventive Medicine Division Royal Thai Air Force. Summary of annual physical examination results of the Royal Thai Air Force personnel performing ground operations at the Don Muang Air Force Base. Fiscal year 2016. [Excel]; 2016. [In Thai].
- Johns JD, Hartmann-Boyce J, Jebb A, Aveyard P. Diet or exercise interventions vs combined behavioral weight management programs: a systematic review and meta-analysis of direct comparisons. *J Acad Nutr Diet* 2014;14(10):1557-68.
- Bandura A. Social cognitive theory. In R. Vasta (Ed.), *Animals of child development*. Vol 6 .Six theories of child development. Greenwich 1989. CT: JAI Press;1-60.
- Jirawatkul A. Statistics in Research: Appropriate Selection. Bangkok: Wittayaphat; 2014. [In Thai]
- Numchan N, Rithpho P, Wannapornsiri C. Effects of the Self-Efficacy Enhancement Program on Weight Control Behavior and Body Mass Index in overweight women. *Journal of Nursing and Health Sciences* 2014;8(20):99-109. [In Thai].
- Glanz K, Rimmer BK, Viswanath K. *Health Behavior and Health Education Theory, Research, and Practice*-4th ed. United States of America: Jossey-Bass; 2008.
- Chantawat K, Toonsiri C, Ratanakreethakul S. Effect of Self-regulation Program on Weight Loss Behavior and Bodyweight among Overweight Female Health Care Personnel. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2016;24(3):70-82. [In Thai].
- Kaenphueak Y, Junprasert S, Asachaisuwikrom W. Outcomes of Self-regulation on Eating Behavior and Brisk Walk for Weight Control in Overweight Women. *The Public Health Journal of Burapha University* 2014;9(1):104-16. [In Thai].
- Khamtanot S, Kengganpanich T, Tansakul S, Kengganpanich T. The Application of Self-Efficacy Theory on Food Consumption Behavior and Physical Activity Among Women with Abdominal Obesity, Samko Hospital, Angthong Province. *Journal of Health Education* 2013;36(124):30-6. [In Thai].
- Kokaew A, Sanseea L, Sripugdee S. Effects of Self-Efficacy Program toward Health Promoting for Overweight Women in the Middle-Age at Krasang District, Buriram Province. *Journal Of Science and Technology Mahasarakham University* 2013:196-205. [In Thai].
- Anantavan S. Exercise Promoting Behavior in Overweight Students [Thesis]. Nakornpathom: Mahidol University; 2009. [In Thai].

16. Kaewtes W, Lapvongwatana P, Vattanasomboon P. Effects of Dietary and Physical Activity Behavior Promotion Program for Overweight Students in Bangkok Metropolitan School. Public Health Journal 2013;43(1):94-107. [In Thai].
17. Kuanra-ngub S. Behavior Modication Program for Weight Control of Payab University Personnel. Nursing Journal 2014;41(1):85-95. [In Thai].
18. Pothacharoen N. Community Participation Model for Obesity Management in Aroonniwet, Bangkok Metropolitan. Royal Thai Air Force medical gazette 2012;58(1):39-46. [In Thai].

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายโดย ทำบริหารฉวีเวชประยุกต์เพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุจังหวัดบุรีรัมย์

สุรีย์ สิมพลี¹ พรณี บัญชรหัตถกิจ²

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพ โภชนาการ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายโดยทำบริหารเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุจังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 76 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 38 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายโดยทำบริหารเพื่อป้องกันการหกล้ม กิจกรรมประกอบด้วย การบรรยายประกอบสื่อวีดิทัศน์ แบ่งฐานเรียนรู้ในด้านต่าง ๆ การจัดให้มีมุมความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม การอภิปรายกลุ่มและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ การออกกำลังกายด้วยการประยุกต์ใช้ท่าบริหารเพื่อเพิ่มความทรงตัวและท่ากายบริหารเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ ประเมินการทรงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ การประเมินความสามารถในการทรงตัวด้วยการเดิน Time Up Go Test (TUGT) การประเมินกำลังและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาด้วยเวลา 30 นาที่ของการลุกนั่งเก้าอี้และการทดสอบสมดุการทรงตัวในขณะยืนด้วยความสมดุล 4 ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนด้วยสถิติ Paired t-test และ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม ในด้านต่างๆ มีการปฏิบัติตัวในการป้องกันการหกล้มดีขึ้นก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งส่งผลให้ระดับความสามารถในการทรงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง และดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < 0.001$) ดังนั้น สามารถนำโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายโดยทำบริหารฉวีเวชประยุกต์เพื่อป้องกันการหกล้มไปใช้กับผู้สูงอายุในพื้นที่ที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ/ การออกกำลังกายทำบริหารฉวีเวชประยุกต์/ การป้องกันการหกล้ม

Corresponding Author: พรณี บัญชรหัตถกิจ, อีเมล: panban@kku.ac.th, โทร: 0896196137

Received: June 17, 2018; Revised: July 17, 2018; Accepted: August 17, 2018

Effects of Health Literacy Promoting Programs and Exercise by Applying Maneewach Exercise for Preventing Fall in Older Adult in Buriram Province.

Suree Simplee¹, Pannee Banchonhattakit²

¹ Graduate Student Master of Public (Health Education and Health Promotion),
Faculty of Public Health, Khon Kaen University.

² Thesis Advisor, Department of Public Health Administration Health Promotion Nutrition,
Faculty of Public Health, Khon Kaen University.

Abstract

This study was a quasi-experimental research aimed to test the effects of health literacy promoting programs and applying Maneewach Exercise (ME) for preventing fall in elderly at Buriram province. The sample was 76 elderlies and divided into two groups; an experimental group and a comparison group, each group was 38 elderlies. The experimental group received health literacy promoting programs and exercise by applying ME for preventing fall. The intervention consisted of lectures, learning groups, knowledge corner about fall prevention, discussion and exchanged learning experience, balance and posture exercise for increasing muscle strength. The duration of the intervention was 12 weeks. Data were collected before and after the intervention using a questionnaire. Evaluation of balance and the muscle strength consisted of 3 parts walking ability by Time Up Go Test (TUGT). The strength leg muscles were assessed at 30 seconds testing of chair stand and standing balance by four stage balance. Comparative analysis was tested by Paired Sample t-test, Independent t-test and significant setting at 0.05 level.

The results showed that after intervention, the experimental group had higher mean scores for health literacy about fall prevention, practice for preventing than those before the experimental and higher than the comparison groups ($p < 0.001$). The balance and muscle strength had higher than before the experiment and higher than the comparison group ($p < 0.001$). Therefore, health literacy programs and exercise by applying Maneewach Exercise for preventing fall in elderly can be applied to elderly people in the same community context.

Keywords: Health Literacy/ Applying Maneewach Exercise/ Preventing Fall

บทนำ

การพลัดตกหกล้มเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองในกลุ่มของการบาดเจ็บโดยไม่ตั้งใจ รองจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน โดยทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มในปี พ.ศ. 2545 ประมาณ 391,000 คน และเพิ่มขึ้นเป็น 424,000 คน ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มจะเพิ่มสูงขึ้นตามอายุ¹ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและความเสื่อมตามวัย ทำให้มีปัญหาดังกล่าวไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ โดยเฉพาะการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งมีตั้งแต่อาการเล็กน้อยจนถึงขั้นรุนแรง และเสียชีวิตได้² ในแต่ละปีมีผู้สูงอายุจำนวนมากกว่า 1 ใน 3 เกิดภาวะหกล้ม โดยร้อยละ 50 ของผู้ที่หกล้มจะเกิดภาวะหกล้มซ้ำซ้อนและมีโอกาสที่จะเกิดการหกล้มครั้งใหม่ได้อีกภายในเวลา 6 เดือน โดยที่ผู้สูงอายุร้อยละ 10 จะมีการบาดเจ็บที่รุนแรง เช่น กระดูกหัก บาดเจ็บที่ศีรษะ เลือดออกใต้เยื่อขม่อม ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 65-69 ปี เมื่อเกิดการหกล้มจะพบปัญหากระดูกสะโพกหักได้ถึง 1 ใน 200 ราย และจะพบปัญหานี้มากขึ้นเรื่อยๆ ตามอายุที่เพิ่มขึ้น ในผู้สูงอายุ 85 ปีขึ้นไป จะพบปัญหากระดูกสะโพกหักได้ถึง 1 ใน 10 ราย 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุที่เกิดปัญหากระดูกสะโพกหักจากการหกล้มจะเสียชีวิตภายใน 6 เดือนหลังจากการหกล้ม หรือหากไม่เสียชีวิต แต่ปัญหาใหญ่ที่ผู้สูงอายุเหล่านี้ต้องเผชิญก็คือ การไม่สามารถใช้ชีวิตตามปกติได้อีกต่อไป และกลายเป็นภาระต่อผู้ดูแลเป็นอย่างมาก³

สถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุจังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2560 มีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 228,469 คน คิดเป็นร้อยละ 14.41 (ข้อมูลจากสำนักทะเบียนราษฎร เดือนมิถุนายน 2559) จากผลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ปี 2560 พบว่า ผู้สูงอายุทั้งหมดในระบบ Datacenter มีจำนวน 204,195 คน ได้รับการคัดกรองการหกล้ม จำนวนทั้งสิ้น 138,287 คน คิดเป็นร้อยละ 67.72 พบผลปกติ จำนวน 132,103 คน คิดเป็นร้อยละ 95.53 ผิดปกติ จำนวน 4,159 คน คิดเป็นร้อยละ 3.01 และไม่ระบุผลการคัดกรอง 2,025 คน คิดเป็นร้อยละ 1.46 ผลการคัดกรองพบว่า อำเภอที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มมากที่สุดคืออำเภอเมืองบุรีรัมย์ ร้อยละ 10.7

รองลงมาคือ อำเภอปะคำ ร้อยละ 8.96 และอำเภอฟุไธสง ร้อยละ 8.24⁴

จากปัญหาการหกล้มร่วมกับความรุนแรงที่เกิดขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมาก ผู้วิจัยเห็นความสำคัญในการป้องกันการหกล้มโดยการประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพ⁵ ซึ่งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการหกล้ม พบว่าโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายโดยการเดินรำจังหวะบาลบ เพื่อป้องกันการหกล้มในหญิงไทยก่อนวัยสูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด สามารถป้องกันการหกล้มได้⁶ ส่วนความรู้ด้านสุขภาพจะทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการเข้าถึงข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพจากแหล่งความรู้ที่หลากหลาย มีความเข้าใจในเนื้อหาต่างๆ สามารถประเมินความน่าเชื่อถือและความเหมาะสมของเนื้อหากับตนเอง ใช้ความคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผลในการให้ความสำคัญกับข่าวสารความรู้นั้นๆ ตลอดจนนำไปสู่การตัดสินใจนำมาลงปฏิบัติและประเมินผลการทดลองจนสามารถเกิดการใช้ในชีวิตประจำวันได้ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากผลการสำรวจการอ่านหนังสือ สื่อสังคมออนไลน์ และจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ในกลุ่มประชากรคนไทย อายุ 6 ปีขึ้นไปของสำนักงานสถิติแห่งชาติ วัยสูงอายุพบอัตราการอ่านร้อยละ 52.8 ซึ่งสะท้อนว่าประชากรรับรู้ข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพ อาจจะรุนแรงขึ้นเมื่อประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aged society) บุคคลที่มีระดับ Health Literacy ต่ำจะส่งผลต่อการเข้าถึง (access) ทำความเข้าใจ (understand) และใช้ข้อมูลข่าวสาร (use information) หากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับ Health Literacy ต่ำ ย่อมจะส่งผลต่อการปฏิบัติตัวและสุขภาพในภาพรวม กล่าวคือ ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง⁷

การออกกำลังกายบริหารท่าบริหารมีเวช⁸ เน้นเรื่องความสมดุลของโครงสร้างร่างกายทั้งระบบ เน้นการเคลื่อนไหวทุกส่วนให้เกิดความสมดุล ทั้งซ้ายและขวา เมื่อโครงสร้างของร่างกายอยู่ในลักษณะสมดุลจะทำให้การไหลเวียนของเลือด ลม น้ำเหลือง และระบบประสาท

เป็นไปอย่างสะดวก นอกจากนี้ยังช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นให้กล้ามเนื้อ ฝึกการประสานงานของกล้ามเนื้อและความสมดุลการทรงตัว ซึ่งสำคัญต่อการเดิน ป้องกันการหกล้ม และการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ จึงเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากการฝึกฝนทำได้ไม่ยาก ทำการออกกำลังกายไม่ซับซ้อนผู้สูงอายุสามารถจำไปฝึกได้ง่าย เกิดอันตรายได้น้อย อีกทั้งระดับความแรงของการออกกำลังกายชนิดนี้อยู่ในระดับน้อยถึงปานกลางซึ่งเป็นระดับที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งทำบริหารมณเฑาะว์มีอยู่ 7 ท่า ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการป้องกันการหกล้ม โดยการสร้างโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายโดยทำบริหารมณเฑาะว์ประยุกต์เพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุจังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถสื่อสารเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม การจัดการตนเอง ตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการหกล้ม รวมถึงการรู้เท่าทันสื่อต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการหกล้ม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายโดยทำบริหารมณเฑาะว์ประยุกต์เพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุจังหวัดบุรีรัมย์

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Two Group Design)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่างใช้สูตรคำนวณซึ่งอ้างอิงจากอิทธิพล พิมพิศักดิ์⁶ ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 38 คน รวมจำนวนทั้งหมด 76 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังนี้

- 1) เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี
 - 2) เป็นผู้ที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสามารถเคลื่อนไหวได้อย่างอิสระ
 - 3) เป็นผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ
 - 4) เป็นผู้ที่มีสมาธิเข้าร่วมการศึกษา
 - 5) เป็นผู้ที่สามารถอ่านออกเขียนได้
 - 6) เป็นผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม
- โดยการประเมินความสามารถในการทรงตัวด้วย Timed Up and Go Test ในระยะทาง 3 เมตร มากกว่าหรือเท่ากับ 30 วินาที

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE 602327 ให้ไว้ ณ วันที่ 8 มกราคม 2561

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายโดยทำบริหารมณเฑาะว์ประยุกต์เพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุจังหวัดบุรีรัมย์ประกอบด้วยกิจกรรม 6 ครั้ง และฝึกทักษะการออกกำลังกายด้วยท่ามณเฑาะว์ประยุกต์ 6 สัปดาห์ ๆ ละ 5 ครั้ง ระยะเวลา 12 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุจังหวัดบุรีรัมย์ ข้อมูลในแบบสอบถามมีดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ยาที่รับประทานประจำ ประวัติการหกล้ม และพฤติกรรมการออกกำลังกาย
2. แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม จำนวน 31 ข้อ ประกอบด้วย 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม จำนวน 5 ข้อ 2) ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม จำนวน 10 ข้อ 3) การสื่อสารเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม จำนวน 3 ข้อ 4) การจัดการตนเองเกี่ยวกับการ

ป้องกันการหกล้มจำนวน 5 ข้อ 5) การตัดสินใจเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มจำนวน 5 ข้อ 6) การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มจำนวน 3 ข้อ

3. พฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันภาวะหกล้ม จำนวน 11 ข้อ

4. แบบประเมินความสามารถในการทรงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ประกอบด้วย 1) การประเมินความสามารถในการทรงตัวด้วย Time Up and Go Test เป็นการทดสอบความสามารถในการทรงตัวโดยการเดินระยะทาง 3 เมตรไปกลับ 2) การทดสอบ 30 second chair stand เป็นการทดสอบที่ใช้ประเมินกำลังและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา 3) การทดสอบ 4) stage balance เป็นการทดสอบสมดุลการทรงตัวในขณะยืนนิ่งๆจากง่ายไปยาก โดยให้ผู้สูงอายุยืนเท้าเปล่าจนครบ 4 ท่า คือ ยืนเท้าชิดกัน ทำยืนต่อเท้าครึ่งเท้า ทำยืนต่อเท้า และทำยืนขาเดียว⁷

วิธีการดำเนินการวิจัย

กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการป้องกันการหกล้มและโปรแกรมการฝึกออกกำลังกายโดยใช้ท่าเคลื่อนไหวประยุกต์เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ดังนี้

ก่อนการทดลอง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 การจัดให้มีสื่อการเรียนรู้ด้านสุขภาพในรูปแบบการบรรยายประกอบสื่อวีดิทัศน์ เรื่องการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ และการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของการหกล้ม และจัดให้มีมุมความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในโรงเรียนผู้สูงอายุ

สัปดาห์ที่ 2 การอบรมให้ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพในการป้องกันการหกล้มโดยรูปแบบเป็นฐานความรู้ในด้านต่างๆ เช่น ปัญหาของการหกล้ม ความรุนแรงของการหกล้ม โอกาสเสี่ยงของการหกล้ม การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และการทรงตัวเพื่อป้องกันการหกล้ม การประเมินความเสี่ยงของการหกล้มด้วยตนเอง

สัปดาห์ที่ 3 การอภิปรายกลุ่มและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เรื่องการป้องกันการหกล้ม

สัปดาห์ที่ 4 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ “ฉันเก่งฉันทำได้” โดยให้ผู้สูงอายุเขียนในกระดาษเน็ตที่แจกให้และนำมาติดไว้ในมุมความรู้ที่กำหนดไว้

สัปดาห์ที่ 5 การจัดสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันการหกล้มทั้งบริเวณในบ้านและนอกบ้าน

สัปดาห์ที่ 6 การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข่าวสาร ข้อมูล ความรู้ที่ถูกต้อง เพื่อใช้ในการพิจารณาข้อมูลจากโฆษณาเพื่อป้องกันการหกล้ม

สัปดาห์ที่ 7-12 การฝึกทักษะการออกกำลังกายด้วยการประยุกต์ใช้ท่าเคลื่อนไหวเพื่อเพิ่มความทรงตัวและท่ากายบริหารเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ครั้งละ 30 นาที จำนวน 5 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยผู้สูงอายุทำเองที่บ้านโดยฝึกเป็นกลุ่มที่มีบ้านที่ใกล้เคียงกัน

หลังการทดลอง ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และได้รับการทดสอบการทรงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้ การประเมินความสามารถในการทรงตัวด้วยการเดิน การประเมินกำลังและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาและการทดสอบสมดุลการทรงตัวในขณะยืน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ดังนี้ ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติพรรณนาในการแจกแจงความถี่เป็นค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทั้งก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยภาพรวมมีความคล้ายคลึงกัน ไม่ว่าจะเป็นด้านเพศของทั้ง 2 กลุ่ม โดยมีเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 66.1 ปี กลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 65.7 ปี ด้านสถานภาพ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสถานภาพหย่า/หม้าย/แยก ส่วนกลุ่ม

เปรียบเทียบ ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ด้านระดับการศึกษา ทั้งสองกลุ่มมีระดับศึกษาประถมศึกษา กลุ่มทดลอง ร้อยละ 84.2 กลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 78.9 ด้านอาชีพ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 55.3 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีอาชีพทำนา/สวน/ไร่ ร้อยละ 52.6 ด้านโรคประจำตัวทั้งสองกลุ่มมีโรคประจำตัว กลุ่มทดลอง ร้อยละ 81.6 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 52.6 ด้านยาที่รับประทานประจำ พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มียาที่รับประทานประจำ ร้อยละ 65.8 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่มียาที่รับประทานประจำ ร้อยละ 52.60 ด้านประวัติการหกล้มภายในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่เคยหกล้ม กลุ่มทดลอง ร้อยละ 57.9 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 89.5 ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกายในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมาพบว่าทั้งสองกลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มทดลอง ร้อยละ 86.8 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 73.7

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนด้านต่างๆ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

1) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ 6 องค์ประกอบ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

2) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การปฏิบัติในการป้องกันการหกล้ม ก่อนและหลังการทดลอง

ของกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

3) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทรงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง ในด้านต่างๆดังนี้ 3.1) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทรงตัวด้วย Timed Up and Go Test:TUGT ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งแสดงว่ามีการทรงตัวดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง 3.2) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนกำลังและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาด้วย 30 second chair stand ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งแสดงว่ามีการทรงตัวดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง 3.3) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสมดุลการทรงตัวในขณะยืนด้วย 4 stage balance ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งแสดงว่ามีความสมดุลการทรงตัวในขณะยืนดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มและความสามารถในการทรงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ($n = 38$)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean	t	p
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	Difference		
ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ	42.45	4.91	65.37	3.67	22.29	75.16	< 0.001
การเข้าถึงข้อมูล	6.47	1.75	6.47	1.75	5.16	72.83	< 0.001
ความรู้ ความเข้าใจ	7.50	1.43	10.00	0.00	2.50	10.79	< 0.001
การสื่อสาร	5.13	1.26	8.11	1.23	2.97	113.00	< 0.001
การจัดการตนเอง	9.74	0.89	14.71	0.90	4.97	189.00	< 0.001

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม และความสามารถในการทรงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (n = 38) (ต่อ)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean	t	p
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	Difference		
การรู้เท่าทันสื่อ	3.95	1.27	6.32	0.74	2.37	12.22	< 0.001
การตัดสินใจ	9.66	0.94	14.61	0.95	4.95	134.77	0.036
พฤติกรรมการปฏิบัติ	20.66	1.94	26.66	4.28	6.00	7.56	< 0.001
Timed Up and Go Test	30.89	0.86	8.02	1.27	-22.87	106.37	< 0.001
30 second chair stand	9.13	0.96	13.89	3.75	4.76	7.49	< 0.001
4 stage balance	8.82	1.09	12.98	2.41	4.16	9.79	< 0.001

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนในด้านต่างๆ ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

1) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ 6 องค์ประกอบ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

2) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันการหกล้ม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

3) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทรงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลัง

การทดลองพบว่า การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทรงตัวด้วย Timed Up and Go Test ในกลุ่มทดลองมีค่าน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงว่า มีความสามารถในการทรงตัวดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนกำลังและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาด้วย 30 second chair stand พบว่ากลุ่มทดลองมีกำลังและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสมดุลการทรงตัวในขณะยืนด้วย 4 stage balance หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงว่า ความสมดุลการทรงตัวในขณะยืนดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม และความสามารถในการทรงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง (n = 38)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Mean	t	p
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	Difference		
ก่อนทดลอง							
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	42.45	4.91	41.95	4.89	0.50	0.45	0.658
การเข้าถึงข้อมูล	6.47	1.75	6.39	1.65	0.08	0.20	0.857
ความรู้ ความเข้าใจ	7.50	1.43	7.45	1.41	0.05	0.16	0.872
การสื่อสาร	5.13	1.26	5.05	1.23	0.08	0.28	0.784
การจัดการตนเอง	9.74	0.89	9.63	1.08	0.11	0.45	0.644
การตัดสินใจ	9.66	0.94	9.55	1.20	0.11	0.43	0.672
การรู้เท่าทันสื่อ	3.95	1.27	3.86	1.23	0.09	0.28	0.784
พฤติกรรมกาปฏิบัติ	20.66	1.94	20.50	2.22	0.16	0.33	0.742

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม และความสามารถในการทรงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลัง การทดลอง (n = 38) (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Mean	t	p
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	Difference		
ก่อนทดลอง							
Timed Up and Go Test	30.89	0.86	30.95	0.90	-0.05	-0.26	0.795
30 second chair stand	9.13	0.96	9.05	0.90	0.08	0.37	0.713
4 stage balance	8.82	1.09	8.74	1.03	0.08	0.33	0.746
หลังการทดลอง							
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	65.37	3.67	42.53	3.00	22.84	29.69	< 0.001
การเข้าถึงข้อมูล	11.63	1.92	6.66	1.19	4.97	13.55	< 0.001
ความรู้ ความเข้าใจ	10.00	0.00	7.08	2.41	2.92	7.47	< 0.001
การสื่อสาร	8.11	1.23	5.16	1.13	2.95	10.91	< 0.001
การจัดการตนเอง	14.71	0.90	9.71	0.77	5.00	26.05	< 0.001
การตัดสินใจ	14.61	0.95	9.82	0.51	4.79	20.13	< 0.001
การรู้เท่าทันสื่อ	6.32	0.74	4.11	1.33	2.21	8.95	< 0.001
พฤติกรรมการปฏิบัติ	26.66	4.28	20.32	1.23	6.34	8.77	< 0.001
Timed Up and Go Test	8.02	1.27	31.82	0.90	23.80	94.36	< 0.001
30 second chair stand	13.89	3.75	9.39	0.82	4.50	7.22	< 0.001
4 stage balance	12.98	2.41	9.03	0.79	3.95	9.60	< 0.001

อภิปรายผล

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม มากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับ การออกกำลังกายโดยทำบริหารมณีเวชประยุกต์เพื่อ ป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุจังหวัดบุรีรัมย์ ทำให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มสูงขึ้นในทุกองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญเมือง แก้วดำเกิงและดวงเนตร ธรรมกุล⁹ ศึกษาการเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพในประชากรผู้สูงวัย ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาระดับ Health literacy ได้ช่วยสร้าง ประเด็นในการพัฒนา ปรับปรุง และเตรียมการด้านการสื่อสารและการให้ข้อมูลข่าวสารในระบบบริการด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล รวมทั้งการสร้างเสริม

ความฉลาดทางสุขภาพให้เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ

พฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันการหกล้ม

พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันการหกล้ม มากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการออกกำลังกายโดยทำบริหารมณีเวชประยุกต์เพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุจังหวัดบุรีรัมย์ มีผลทำให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันการหกล้มสูงขึ้น โดยวิธีการให้ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพในการป้องกันการหกล้ม การฝึกทักษะต่างๆอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของกมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์ และคณะ¹⁰ ศึกษาการพัฒนาและประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุไทยโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ภายหลังเข้าร่วมโครงการ พบว่า ผู้สูงอายุ

ที่เข้าร่วมโครงการมีพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มดี และมีสมรรถภาพทางกายดีขึ้น

ความสามารถในการทรงตัว พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทรงตัวมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ร่วมกับการออกกำลังกายโดยทำบริหารนิเวชประยุกต์ เพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุจังหวัดบุรีรัมย์ มีผลทำให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทรงตัวสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวีระยุทธ แก้วโมกข์¹¹ ศึกษาผลการทำกายบริหารแบบนิเวชต่อการทรงตัว ความยืดหยุ่น และความแข็งแรงของผู้สูงอายุ ผลการศึกษา พบว่าการทรงตัว ความยืดหยุ่น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อก้ามือ ดีขึ้นกว่าก่อนฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปการทำกายบริหารแบบนิเวช สามารถเพิ่มสมรรถภาพการทรงตัว ความยืดหยุ่น และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อก้ามือ

กำลังและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนกำลังและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา มากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายโดยทำบริหารนิเวชประยุกต์เพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ มีผลทำให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนกำลังและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาสูงขึ้น ซึ่งเป็นผลจากการจัดกิจกรรม และฝึกทักษะการออกกำลังกายด้วยการใช้ท่าฝึกนิเวชประยุกต์เพื่อเพิ่มความทรงตัวและทำกายบริหารเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ครั้งละ 30 นาที จำนวน 5 ครั้งต่อสัปดาห์ สอดคล้องกับการศึกษาของศรีนยา บุณสรพรสิทธิ์¹² ซึ่งศึกษาผลการฝึกกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวที่มีผลต่อความแข็งแรงและการทรงตัวในผู้สูงอายุ ผลการทดลองพบว่า ภายหลังจากฝึกสัปดาห์ที่ 4 และ 8 ค่าเฉลี่ยความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวและความสามารถในการทรงตัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5. ความสมถุการทรงตัวในขณะยืน พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสมถุการทรงตัวในขณะยืนมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการออกกำลังกายโดยทำบริหารนิเวชประยุกต์เพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ มีผลทำให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสมถุการทรงตัวในขณะยืนสูงขึ้น ซึ่งเป็นผลจากการจัดกิจกรรม โดยวิธีการแบ่งฐานความรู้ในด้านการออกกำลังกายด้วยการประยุกต์ใช้ท่าฝึกนิเวชเพื่อเพิ่มความทรงตัวและทำกายบริหารเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และฝึกทักษะการออกกำลังกายด้วยการใช้ท่าฝึกนิเวชประยุกต์เพื่อเพิ่มความทรงตัวและทำกายบริหารเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ครั้งละ 30 นาที จำนวน 5 ครั้งต่อสัปดาห์ สอดคล้องกับการศึกษาของกมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์และคณะ¹⁰ ศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการป้องกันการหกล้มที่ใช้ชุมชนเป็นฐานต่อสมรรถภาพทางกายและการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร พบว่ารูปแบบการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวมีความต่อเนื่อง โดยแกนนำเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ การออกกำลังกายเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้โดยอิสระ การประเมินปัจจัยเสี่ยง ต่อการหกล้ม การให้ความรู้ และการเยี่ยมบ้าน ต้องอาศัยความร่วมมือจากพยาบาลสาธารณสุข การเปลี่ยนแปลง สิ่งแวดล้อมภายในบ้านและในชุมชนมีข้อจำกัดด้านงบประมาณ โดยพบอัตราการเกิดหกล้มของผู้สูงอายุใน ระยะเวลา 3 ปี ร้อยละ 7.14 ต่อปี ด้านสมรรถภาพทางกาย พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการออกกำลังกายเป็นประจำ มีสมรรถภาพทางกายที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ในด้านความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ความสามารถในการทรงตัวและการเดินและการหมุนรอบตัว

ข้อเสนอแนะ

1. การให้โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการออกกำลังกายโดยทำบริหารนิเวชประยุกต์เพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ มีประสิทธิภาพเพียงพอในการทำให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้

ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม ในด้านต่างๆ ในองค์ประกอบเช่น การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม การสื่อสารเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม การจัดการตนเองเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม การตัดสินใจเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม และการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม ทำให้ให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติในการป้องกันการหกล้มที่ดีขึ้น ส่งผลให้ระดับความสามารถในการทรงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อสูงขึ้นทั้ง 3 ด้าน คือ ความสามารถในการทรงตัว ด้วย Time Up Go Test :TUGT กำลังและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ด้วย 30 second chair stand และความสมดุลการทรงตัวในขณะยืน ด้วย 4 stage balance ซึ่งสามารถนำไปใช้กับผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดเดียวกันได้

2. การส่งเสริมการออกกำลังกายด้วยท่าบริหารมณีเวช เป็นการออกกำลังกายที่ง่ายและเหมาะสมกับผู้สูงอายุเนื่องจากการออกกำลังกายที่แข็งแรงกระแทกต่ำ สามารถทำกายบริหารได้เองในบ้านหรือในชีวิตประจำวันได้

3. การจัดการเรียนรู้เป็นฐานการเรียนรู้ทำให้ผู้สูงอายุสนุกสนานและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม จึงควรนำกิจกรรมดังกล่าวมาใช้ในหลักสูตรการจัดกิจกรรมเพื่อการป้องกันการหกล้มต่อไป

4. การค้นข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพระดับความสามารถในการทรงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อให้กับผู้สูงอายุหลังจากการทดสอบทำให้ผู้สูงอายุทราบระดับความรู้ ความเสี่ยงและอันตรายของการหกล้ม ทำให้ผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตัวในการป้องกันการหกล้มดีขึ้น จึงควรนำกิจกรรมดังกล่าวมาใช้ในการจัดกิจกรรมเพื่อการป้องกันการหกล้มต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Bureau of Non Communicable Diseases. The death rate of falls in the elderly in 2015. 2015 [cited 2017 October 25]. Available from: <http://www.thaincd.com/2016/news/hot-news-detail.php?id=12311&gid=18;2559>. [In Thai].
2. Foundation for Thai Elderly Research and Development Institute. Falling in the Elderly. 2015 [cited 2017 August 1]. Available from: [http://thaitgri.org/?tag=Failure in the Elderly](http://thaitgri.org/?tag=Failure+in+the+Elderly). [In Thai].
3. Health Systems Research Institute. Falling in the Elderly. 2011 [cited 2017 August 1]. Available from: <https://www.hsri.or.th/people/media/care/detail/5532;2554>. [In Thai].
4. Buriram Provincial Health Office. 10 elderly screening. 2016 [cited 2017 October 25]. Available from: <https://brm.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted%2Fformat1.php&cat;>.
5. Nutbeam D. Health Literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. Health Education Research. 23(5). Published by Oxford University Press; 2008. [In Thai].
6. Pimdee A. The effectiveness of health education programs by applying theories of health beliefs. And social support Combined with Paslop dance exercises to protect. Fall in Thai Older Adults Roi ed [Thesis Master of Public Health]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2010. [In Thai].
7. Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Services, Ministry of Health. Maintenance Guidelines Geriatric syndromes; 2016. Published 2nd. Isagus Company Limited, 23.
8. Ningsanon N. Maneewach for a simple life. Journal of Srinakharinwirot University 2014;3(5): 1-13. [In Thai].
9. Kaewdamkeing K, Tammakul D. Strengthening health knowledge in Senior population. Journal of Health Science Research 2015;9(2):1-8. [In Thai].
10. Kittipimpanon K, Amnatsatsue K, Kerdmongkol P, Jarupat Maruo S, Nityasuddhi D. Development and Evaluation of a Community-based Fall Prevention Program for Elderly Thais. Journal of Nursing Research 2555;16(3):222-35. [In Thai].

11. Kaewmok W. The Effect of the Maneevej Exercise Technique on Body Balancing, Flexibility and Strength in Elderly Persons. Burapha Journal of Medicine 2017;4(1):31-9. [In Thai].

12. Buranasubpasit S. Effects of Core Muscles Training on Strength and Balance of the Elderly [Thesis]. Bangkok: Srinakharin Wirot University; 2012. [In Thai].

ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาแผนโบราณที่ประยุกต์แบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลบางขันแตก อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม

สิรินันท์ นิมพาลี¹ ธาราดล เก่งการพานิช² มณฑา เก่งการพานิช² ศรัณญา เบญจกุล²

¹ นักศึกษาหลักสูตร วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ภาควิชาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีโรคประจำตัวมาก มีโอกาสแสวงหายาแผนโบราณมารักษาหรือบรรเทาโรคจึงเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากยาแผนโบราณที่ไม่ได้มาตรฐาน การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาแผนโบราณ ที่ประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลบางขันแตก อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาทั้งสิ้น 5 ครั้ง เป็นเวลา 8 สัปดาห์ รวบรวมข้อมูลก่อนและหลังโปรแกรมโดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด Chi-square test, Independent's t-test, Paired sample t-test, Wilcoxon signed-rank test, Independent's t-test และ Mann Whitney U test

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในเรื่องของการใช้ยาแผนโบราณ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายและการรับรู้ความรุนแรงจากการใช้ยาแผนโบราณที่ไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ประโยชน์และพฤติกรรมทางเลือกใช้ยาแผนโบราณที่ได้มาตรฐานมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p<0.001$) และมีการรับรู้อุปสรรคในการเลือกใช้ยาแผนโบราณที่ได้มาตรฐานลดลงจากก่อนการทดลองและลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p<0.001$) แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมที่ประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาแผนโบราณในผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงสามารถนำโปรแกรมสุขศึกษานี้ไปใช้ในการบรรเทาปัญหาการใช้ยาแผนโบราณอย่างไม่ปลอดภัยในผู้สูงอายุสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้

คำสำคัญ: การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาแผนโบราณ/ ผู้สูงอายุ/ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

Effects of Modifying Traditional Medicine Use Behavior Program Applying Health Belief Model among the Elderly in Bangkhuntak Subdistrict, Muang District, Samutsongkhram Province

Sirinan Chimpalee¹, Tharadol Kengganpanich²,
Mondha Kengganpanich², Sarunya Benjakul²

¹ Student M.SC.(Public Health), Faculty of Public Health, Mahidol University

² Department of Health Education and Behavior Science, Faculty of Public Health, Mahidol University

Abstract

Elderly have many underlying diseases and have an opportunity to find some traditional medicine for curative consequently. They are risky to be harmful from taking nonstandardised traditional medicine. This quasi-experimental research was aimed to study the effectiveness of the program on traditional medicine use behavior modification applying health belief model among the elderly in Bangkhuntak Subdistrict, Muang District, Samutsongkhram Province. The samples were composed of 30 elderly in the experimental group and 30 elderly in the comparison group. The experimental group participated in 5 sessions of health education activities and the program lasted for 8 weeks. Data collection was done before and after the program by using interviewing schedules. Data was analysed by computing frequency, percentage, mean, standard deviation, maximal and minimal score, Chi-square test, Independent's t-test, paired sample t-test, Wilcoxon signed-rank test Independent's t-test and Mann Whitrey t-test.

After the experiment, the experimental group was found a significant difference of mean scores between the comparison group and before experiment, in regard to knowledge about traditional medicine use, perceived susceptibility of adverse effects of nonstandardised traditional medicine use, perceived severity of adverse effects of nonstandardised traditional medicine use, perceived benefits of and standardised traditional medicine use behavior ($p < 0.001$), and the significant decreased mean score of perceived obstacles to use standardised traditional medicine was found compared to before the experiment and the comparison group ($p < 0.001$). Thus, this health education program can be used for relieve the problems of using nonstandardised traditional medicine among the elderly in other subdistrict health promoting hospitals.

Keywords: Modification of traditional medicine behavior/ Elderly/ Health Belief Model

Corresponding author: Tharadol Kengganpanich, **Email:** ktharadol@gmail.com, **Tel:** 0814935082

บทนำ

กระแสการบริโภคยาสมุนไพรและตำรับยาแผนโบราณได้รับความนิยมอย่างกว้างขวาง จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าในปี พ.ศ.2550 ประชากรร้อยละ 1 ยังคงมีการใช้ยาแผนโบราณเมื่อมีอาการเจ็บป่วย ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุมีการใช้ยาแผนโบราณมากถึงร้อยละ 41.4¹ สอดคล้องกับงานวิจัยเพื่อทดสอบการปลอมปนสเตียรอยด์ในยาผง ยาลูกกลอน ยาเม็ด ยาน้ำและยาแคปซูลในชุมชนกรุงเทพมหานคร ซึ่งพบว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 60² นอกจากนี้ยังพบว่า ประเภทยาแผนโบราณที่ผู้ป่วยเลือกทานเองมากที่สุด คือ ยาชุด ร้อยละ 26.3 ยาหม้อ ร้อยละ 23.5 และยาลูกกลอน ร้อยละ 21.8 ตามลำดับ เหตุผลหลักที่เลือกใช้ยาคือรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อหรือข้อ ร้อยละ 43.6³ เมื่อความต้องการใช้ยาแผนโบราณมากขึ้น การผลิตที่เพิ่มมากขึ้นเพื่อการค้าและกำไรจึงทำให้เกิดปัญหาการผลิตยาแผนโบราณด้วยการผสมสารอันตราย โดยเฉพาะยากลุ่มสเตียรอยด์ (steroid) ลงไปเพื่อให้ประสิทธิภาพของยาดีขึ้น

ประเทศสิงคโปร์ พบการปลอมปนยากลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ในยาแผนโบราณหรือผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรและสารเด็กซาเมธาโซน (dexamethasone) ในยาหรือผลิตภัณฑ์ลดอาการอักเสบของข้อ ลดการปวดข้อหรือกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต และจากฐานข้อมูลผลิตภัณฑ์ปลอมปนสเตียรอยด์ของมาเลเซียพบว่าในปี ค.ศ.2010 พบผลิตภัณฑ์ยาแผนจีน ทั้งที่ได้รับและไม่ได้รับการขึ้นทะเบียนมีการปลอมปนสเตียรอยด์ทั้งสิ้น⁴ ระหว่างปี พ.ศ.2548–2552 ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 4 สมุทรสงคราม ได้ตรวจวิเคราะห์ยาแผนโบราณจำนวน 626 ตัวอย่าง พบว่ามีการปลอมปนสารสเตียรอยด์ถึง 157 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 25.08 โดยลักษณะการปลอมปนเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดอันตรายมากขึ้น เช่น มีการผสมสารสเตียรอยด์กับสารเพรดนิโซโลนทั้งแบบเดี่ยวและแบบผสมทั้งสองชนิดรวมทั้งยังมีการนำเอายาแผนปัจจุบันชนิดอื่นมาผสมเข้าอีกด้วย^{5,6}

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษา ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการใช้ยาแผนโบราณ และการตรวจหาสารสเตียรอยด์ใน

ยาแผนโบราณ ของงานการศึกษาปริมาณสารสเตียรอยด์ที่ปลอมปนในยาจากสมุนไพร เขตพื้นที่สาธารณสุข 4 และ 5 พบว่ามีสเตียรอยด์ในปริมาณที่สูง⁷ หรือการศึกษาการปลอมปนของสารสเตียรอยด์เพรดนิโซโลนและเด็กซาเมธาโซนในยาแผนโบราณ ในอำเภอหาดใหญ่จังหวัดสงขลา พบการปลอมปนร้อยละ 2 ของตัวอย่างยาทั้งหมด⁸ แต่ยังไม่พบงานวิจัยที่ออกแบบเพื่อการแก้ปัญหา โดยเฉพาะการนำทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์มาใช้ในการแก้ปัญหาการใช้ยาแผนโบราณที่ถูกดองในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการดำเนินการวิจัยโดยการทดลองโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาแผนโบราณในรูปแบบยาเกินที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการผสมสารสเตียรอยด์โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ⁹ มาเป็นกรอบแนวคิดในการกำหนดเนื้อหาและการจัดกิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุที่ใช้ยาแผนโบราณได้รับรู้โอกาสเสี่ยง รับรู้ความรุนแรงของผลจากการใช้ยาแผนโบราณที่ไม่ได้มาตรฐาน รับรู้ประโยชน์จากการใช้ยาแผนโบราณที่ได้มาตรฐาน รวมถึงรับรู้อุปสรรคของการเลือกใช้ยาแผนโบราณที่ได้มาตรฐาน เพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมเลือกใช้ยาแผนโบราณที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาแผนโบราณ ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของผู้สูงอายุ ตำบลบางขันแตก อำเภอเมืองจังหวัดสมุทรสงคราม ต่อการเปลี่ยนแปลงความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง รับรู้ความรุนแรงของผลจากการใช้ยาแผนโบราณที่ไม่ได้มาตรฐาน รับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการใช้ยาแผนโบราณที่ได้มาตรฐาน และพฤติกรรมการเลือกใช้ยาแผนโบราณ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้างนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุ 60-80 ปี ที่มีความเสี่ยงต่อการใช้ยาแผนโบราณที่ไม่ได้มาตรฐาน ซึ่งอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ ตำบลบางขันแตก อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 800 คน โดยคำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย¹⁰ ผู้วิจัยนำงานวิจัยเรื่องผลของการใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการดูแลตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของผู้สูงอายุ มาเป็นข้อมูลในการคำนวณขนาดตัวอย่าง ได้ตัวอย่างในการวิจัยนี้จำนวนกลุ่มละ 30 คน¹¹

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างเข้าสู่การวิจัย (Inclusion criteria)

1) เป็นผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง อาศัยอยู่ในเขตตำบลบางขันแตก อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม 2) อายุ 60-80 ปี 3) ช่วยเหลือตัวเองได้ดี 4) สามารถสื่อสารเข้าใจ อ่านหนังสือได้ 5) มีโทรศัพท์มือถือใช้งานได้ 6) มีการใช้ยาแผนโบราณประเภทรับประทาน ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ก่อนการเข้าร่วมการวิจัย และ 7) สนใจในการเข้าร่วมงานวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion criteria)

1) ผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม และ 2) ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยตามโปรแกรมจนสิ้นสุดโครงการได้

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาแผนโบราณ ที่ประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุ ตำบลบางขันแตก อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม จัดกิจกรรมทั้งสิ้น 3 ครั้ง และกิจกรรมกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง เป็นเวลารวม 8 สัปดาห์ กิจกรรมที่จัดได้แก่ 1) กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับประเภทและชนิดของยาแผนโบราณ โรคที่สามารถใช้ยา แผนโบราณได้ วิธีการเลือกใช้ยาแผนโบราณที่ได้มาตรฐาน รวมถึง

วิธีการอ่านและวิเคราะห์ผลยาได้อย่างถูกต้อง 2) กิจกรรมอภิปรายกลุ่ม เพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการใช้ยาแผนโบราณที่ไม่ได้มาตรฐาน รับรู้ความรุนแรงจากการใช้ยาแผนโบราณที่ไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ประโยชน์จากการใช้ยาแผนโบราณที่ได้มาตรฐาน การรับรู้อุปสรรคในการใช้ยาแผนโบราณที่ได้มาตรฐาน และ 3) กิจกรรมทบทวนความรู้ และฝึกปฏิบัติการเลือกใช้ยาแผนโบราณ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 7 ส่วน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ด้วยดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ จากผู้เชี่ยวชาญ และเลือกข้อคำถาม ที่มีค่า IOC 0.5 ขึ้นไป ส่วนข้อคำถามที่ต่ำกว่า 0.5 นำไปแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ และวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น ในส่วนของความรู้เรื่องของการใช้ยาแผนโบราณ ด้วยสูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) และในส่วนของ การรับรู้ตามโครงสร้างทฤษฎี ด้วยสูตรของสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ได้ค่า ดังนี้ ความรู้ในเรื่องยาแผนโบราณ ค่า KR-20 เท่ากับ 0.745 การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของผลจากการใช้ยาแผนโบราณที่ไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการใช้ยาแผนโบราณที่ได้มาตรฐาน มีค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.725, 0.735, 0.693 และ 0.718 ตามลำดับ

ขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ ประกอบด้วย 1) ติดต่อประสานงานกับสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ เพื่อขอดำเนินการศึกษาในพื้นที่ 2) ขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อออกหนังสือขอความอนุเคราะห์ดำเนินการวิจัย ต่อหัวหน้าสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ 3) ยื่นหนังสือขอความอนุเคราะห์ดำเนินการวิจัยต่อหัวหน้าสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย 4) ผู้วิจัยทำการคัดเลือกอาสาสมัครผู้ช่วยวิจัย จำนวน 6 คน เพื่อทำหน้าที่ช่วยผู้วิจัยในการดำเนินกิจกรรม และเก็บข้อมูล 5) ผู้วิจัยประชุมชี้แจงรายละเอียด ขั้นตอน และวิธีการกับผู้ช่วยวิจัยทั้ง 6 คน 6) จัดเตรียมสื่อที่ใช้

ประกอบการบรรยาย และ 7) ผู้วิจัยทำการคัดเลือกตัวอย่างเข้าสู่การวิจัย

2. ขั้นตอนการวิจัย

1) กลุ่มทดลอง

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมให้ความรู้เรื่องยาแผนโบราณ เก็บข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป และแบบทดสอบก่อนการวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากนั้นบรรยายให้ความรู้ในเรื่องของประเภทและชนิดของยาแผนโบราณ โรคที่สามารถใช้ยาแผนโบราณได้ วิธีการเลือกใช้ยา แผนโบราณที่ถูกต้อง รวมถึงวิธีการอ่านและวิเคราะห์ผลยาได้อย่างถูกต้อง โดยเภสัชกรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม พร้อมทั้งมีโปรสเตอร์ให้ความรู้ประกอบ 45 นาที และฝึกปฏิบัติการดูผลยา จากตัวอย่างยาแผนโบราณที่นำมาแสดง

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมอภิปรายกลุ่ม (Group Discussion) กิจกรรมฐาน ประกอบด้วย 2 ฐานคือ 1) ฐานโอกาสเสี่ยงและความรุนแรง ภายในฐานจะพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ในเรื่องของโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการใช้ยาแผนโบราณ และความรุนแรงจากการใช้ยาแผนโบราณที่ไม่ได้มาตรฐาน พร้อมทั้งมีตัวแบบเชิงลบ เป็นผู้สูงอายุที่เคยป่วยจากการใช้ยาแผนโบราณที่ไม่ได้มาตรฐาน มาร่วมพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การป่วยด้วยยาแผนโบราณที่ไม่ได้มาตรฐาน และ 2) ฐานประโยชน์และอุปสรรค ภายในฐานจะพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ในเรื่องของประโยชน์จากการใช้ยาแผนโบราณและพูดคุยแลกเปลี่ยนถึงอุปสรรคในการใช้ยาแผนโบราณ โดยมีตัวแบบเชิงบวก เป็นผู้สูงอายุที่สุขภาพดีจากการใช้ยาแผนโบราณที่ได้มาตรฐาน มาพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการใช้ยาแผนโบราณที่ได้มาตรฐาน จากนั้นบรรยายให้ความรู้เรื่องอันตรายที่เกิดจากการใช้ยาแผนโบราณที่ไม่ได้มาตรฐาน สารอันตรายที่มีพบในยาแผนโบราณ ผลข้างเคียงที่จะได้รับจากสารอันตรายที่พบในยาแผนโบราณโดยเภสัชกรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม 30 นาที

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมทบทวนความรู้และฝึกปฏิบัติการเลือกใช้ยาแผนโบราณที่ได้มาตรฐาน ทบทวนความรู้เรื่องยาแผนโบราณ โดยการให้

กลุ่มทดลองช่วยกันเล่าสิ่งที่ได้เรียนรู้มาในครั้งก่อน พร้อมทั้งแจกกระเป๋าเตือนวิธีการเลือกใช้ยาแผนโบราณ (TM bag) และจำลองสถานที่ขายยา และจำลองสถานการณ์เมื่อผู้สูงอายุยาแผนโบราณมาให้ใช้ เพื่อฝึกให้กลุ่มทดลองได้ตัดสินใจได้ถูกต้อง เมื่ออยู่ในสถานการณ์จริง

ครั้งที่ 4-5 สัปดาห์ที่ 6 และ 7 การกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยโทรศัพท์ไปพูดคุยกับกลุ่มทดลอง เรื่องการใช้ยาแผนโบราณที่ได้มาตรฐานและสอบถามการใช้ยาแผนโบราณในรอบ 1 สัปดาห์ คนละ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 2 สัปดาห์ หากมีการใช้ยาแผนโบราณผู้วิจัยจะสอบถามข้อมูลของยาแผนโบราณที่ใช้ในด้านแหล่งที่ซื้อสรรพคุณ วัตถุประสงค์ในการซื้อ ผลากและบันทึกข้อมูล

สัปดาห์ที่ 8 ติดตามผล เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์หลังการวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2) กลุ่มเปรียบเทียบ

เป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่ออกแบบไว้โดยไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมแต่มีการเก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์โดยการติดตามเก็บข้อมูลที่บ้าน จำนวน 2 ครั้งคือสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 8 และแจกกระเป๋าเตือนการใช้ยาแผนโบราณพร้อมทั้งอธิบายการดูผลยาและอันตรายจากการใช้ยาแผนโบราณที่ไม่ได้มาตรฐาน **การวิเคราะห์ข้อมูล**

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ 1) **สถิติเชิงพรรณนา** ใช้อธิบายข้อมูลพื้นฐาน ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร และสังคม ปัจจัยด้านความรู้ และการรับรู้ของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการวิจัย ด้วยค่าสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด 2) **สถิติเชิงวิเคราะห์** เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลคุณลักษณะประชากร ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้ สถิติ Chi-square test และ Independent's t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรตามภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired sample t-test และในกรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นปกติด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test ทดสอบความ

แตกต่างของตัวแปรตามระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Independent's t-test และในกรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นปกติด้วยสถิติ Mann Whitney U test

งานวิจัยได้รับการยกย่องและตรวจรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตามหมายเลขรับรองที่ MUPH2017-187 เมื่อวันที่ 14 กันยายน พ.ศ. 2560 โดยผู้วิจัยดำเนินการวิจัยหลังได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลคุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง คุณลักษณะส่วนบุคคลของทั้ง 2 กลุ่ม ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพและระดับการศึกษา พบว่า คุณลักษณะประชากรของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ($p>0.05$) ในส่วนของโรคประจำตัวพบว่าการเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคไขมัน ในเลือดสูง โรคข้อเข่าเสื่อม โรคปวดกล้ามเนื้อและอื่นๆ ของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ($p>0.05$) มีเพียงโรคเบาหวานที่แตกต่างกัน ($p<0.05$) โดยในกลุ่มทดลองมีจำนวนผู้เป็นโรคเบาหวานมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกัน

2. ข้อมูลการใช้ยาแผนโบราณ

2.1 แหล่งที่ได้รับยาแผนโบราณ

พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ ได้รับยาแผนโบราณโดยซื้อจากร้านขายยา ร้อยละ 90.0 รองลงมาคือได้รับจากหน่วยบริการของรัฐ ได้รับแจกจากวัด และซื้อเองจากตลาดนัด คิดเป็นร้อยละ 86.7, 63.3 และ 30.0 ตามลำดับ ในส่วนของกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ได้รับยาแผนโบราณจากหน่วยบริการของรัฐ ร้อยละ 96.7 รองลงมาคือได้รับยาแผนโบราณโดยซื้อจากร้านขายยา ได้รับแจกจากวัด และซื้อเองจากตลาดนัด คิดเป็นร้อยละ 83.3, 53.3 และ 40.0 ตามลำดับ โดยพบว่าแหล่งที่ได้รับ

ยาแผนโบราณมาใช้ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p>0.05$)

2.2 เหตุผลในการเลือกใช้ยาแผนโบราณ

พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีเหตุผลในการเลือกใช้ยาแผนโบราณคือ เชื่อถือในคุณภาพ ร้อยละ 46.7 รองลงมาคือถูกหลานนำมาให้ใช้ ชอบใช้สมุนไพรและอื่นๆ (เจ้าหน้าที่จ่าย, ทำตัวเอง) คิดเป็นร้อยละ 26.7, 23.3 และ 23.3 ตามลำดับ ในส่วนของกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีเหตุผลในการเลือกใช้ยาแผนโบราณคือ เชื่อถือในคุณภาพ ร้อยละ 66.7 รองลงมาคือ เชื่อในสรรพคุณว่าใช้แล้วได้ผลดี อยากรอง คิดเป็นร้อยละ 36.7 และ 16.7 ตามลำดับ สรุปว่าเหตุผลในการเลือกใช้ยาแผนโบราณของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกัน ($p>0.05$)

3. ความรู้ในเรื่องการใช้ยาแผนโบราณ

พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ในเรื่องการใช้ยาแผนโบราณระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน ($p=0.410$) แต่หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 4.5 คะแนน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในเรื่องของการใช้ยาแผนโบราณ ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ระดับความรู้	n	$\bar{x}$	SD	z	p
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	30	9.37	4.46	0.823	0.410 ^a
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	8.67	3.77		
ผลต่างคะแนนเฉลี่ย		0.67			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	30	15.40	2.28	4.329	<0.001 ^a
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	10.90	4.23		
ผลต่างคะแนนเฉลี่ย		4.5			

^a ทดสอบด้วยสถิติ Mann Whitney U Test

4. การรับรู้ด้านโครงสร้างแบบแผนความ เชื่อด้านสุขภาพ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการใช้ยาแผนโบราณ พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการใช้ยาแผนโบราณระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน ($p=0.190$) ขณะที่หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 17.57 คะแนน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) การรับรู้ความรุนแรงจากการใช้ยาแผนโบราณ พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงจากการใช้ยาแผนโบราณระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองแตกต่างกัน ($p=0.025$) โดยกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงมากกว่า และภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองก็มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 10.24 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) จึงได้ทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยที่เปลี่ยนแปลงระหว่างการดำเนินการโปรแกรม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงเพิ่มขึ้น

มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) การรับรู้ประโยชน์จากการใช้ยาแผนโบราณ พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์จากการใช้ยาแผนโบราณระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน ($p=0.623$) ขณะที่หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.53 คะแนน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) การรับรู้อุปสรรคในการใช้ยาแผนโบราณ พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคในการเลือกใช้ยาแผนโบราณระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน ($p=0.893$) ขณะที่หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 6.30 คะแนนซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรการรับรู้ ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การรับรู้	n	$\bar{x}$	SD	t/z	df	p
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการใช้ยาแผนโบราณ						
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	30	59.87	11.08	1.310		0.190 ^a
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	55.77	8.16			
ผลต่างคะแนนเฉลี่ย		4.10				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	30	73.40	8.13	5.839		<0.001 ^a
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	55.83	7.43			
ผลต่างคะแนนเฉลี่ย		17.57				
การรับรู้ความรุนแรงจากการใช้ยาแผนโบราณ						
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	30	16.07	3.19	2.30	58	0.025 ^b
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	14.27	2.86			
ผลต่างคะแนนเฉลี่ย		1.80				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	30	24.57	2.03	6.628		< 0.001 ^a
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	14.33	2.82			
ผลต่างคะแนนเฉลี่ย		10.24				
การเปลี่ยนแปลง						
กลุ่มทดลอง	30	8.50	3.78	6.622		< 0.001 ^a
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	0.07	0.98			
ผลต่างคะแนนเฉลี่ย		8.43				
การรับรู้ประโยชน์จากการใช้ยาแผนโบราณ						
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	30	43.47	5.38	0.491		0.623 ^a
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	42.67	4.78			
ผลต่างคะแนนเฉลี่ย		0.80				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	30	46.93	2.99	3.317		<0.001 ^a
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	43.40	4.52			
ผลต่างคะแนนเฉลี่ย		3.53				

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรการรับรู้ ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (ต่อ)

การรับรู้	n	$\bar{x}$	SD	t/z	df	p
การรับรู้อุปสรรคในการใช้ยาแผนโบราณ						
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	30	22.37	5.57	0.135	58	0.893 ^b
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	22.53	3.81			
ผลต่างคะแนนเฉลี่ย		0.16				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	30	15.43	5.56	4.372		< 0.001 ^a
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	21.73	3.70			
ผลต่างคะแนนเฉลี่ย		6.30				

^a ทดสอบด้วยสถิติ Mann Whitney U Test, ^b ทดสอบด้วยสถิติ Independent t-test

5. พฤติกรรมการเลือกใช้ยาแผนโบราณ ทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.93 พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลือกใช้ยาแผนโบราณ ค่ะแนน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลอง ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 3 ไม่แตกต่างกัน ($p = 0.777$) ขณะที่หลังการทดลอง กลุ่ม

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลือกใช้ยาแผนโบราณ ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

พฤติกรรมการเลือกใช้ยา	n	$\bar{x}$	SD	t/z	df	p
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	30	10.53	2.56	0.284		0.777 ^a
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	10.50	2.37			
ผลต่างคะแนนเฉลี่ย		0.03				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	30	13.93	1.26	5.105	58	<0.001 ^b
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	11.00	2.23			
ผลต่างคะแนนเฉลี่ย		2.93				

^a ทดสอบด้วยสถิติ Mann Whitney U Test, ^b ทดสอบด้วยสถิติ Independent t-test**อภิปรายผล**

การวิจัยพบว่าผู้สูงอายุ ยังมีการใช้ยาแผนโบราณมาจากแหล่งยาที่ค่อนข้างอันตราย ได้แก่ ได้รับแจกจากวัด และซื้อเองจากตลาดนัด ซึ่งมีโอกาสสูงมากที่ ยาเหล่านี้จะมีการปลอมปนสเตียรอยด์ นอกจากนี้ส่วน ใหญ่เลือกใช้ยาแผนโบราณเพราะเชื่อถือในคุณภาพ เชื่อ ในสรรพคุณว่าใช้แล้วได้ผลดีจากการบอกต่อ ลูกหลาน นำมาใช้ และอยากลอง สอดคล้องกับงานวิจัยของ นิสารัตน์ คันธรส¹² พบว่าพฤติกรรมการซื้อยาแผนโบราณ ของทุกกลุ่มอายุเหมือนกันคือมีผลข้างเคียงน้อย คิดว่ามี

ความปลอดภัย เชื่อถือในคุณภาพ เคยใช้แล้วหาย ดังนั้น จากการวิจัยนี้หากผู้สูงอายุขาดความรู้ในเรื่องของการ เลือกใช้ยาแผนโบราณที่ถูกต้อง รวมถึงการอ่านและ วิเคราะห์ฉลากยาเพื่อประกอบการพิจารณาเลือกใช้ยา แผนโบราณ จะมีความเสี่ยงที่จะใช้ยาแผนโบราณที่ไม่ได้ มาตรฐานและได้รับอันตราย

ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการ ใช้ยาแผนโบราณโดยประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ สามารถทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาแผนโบราณที่ถูกต้องขึ้น สามารถอธิบายได้ดังนี้

1. ความรู้ในเรื่องของการใช้ยาแผนโบราณของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < 0.001$) เนื่องจากผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ซึ่งได้รับความรู้ในเรื่องของประเภทและชนิดของยาแผนโบราณ โรคที่สามารถใช้ยาแผนโบราณได้ วิธีการเลือกใช้ยาแผนโบราณที่ได้มาตรฐาน รวมถึงวิธีการอ่านและวิเคราะห์หาลายยาได้อย่างถูกต้อง คือต้องซื้อจากร้านขายยาที่ได้รับอนุญาต ตรวจสอบข้อความในลายยาว่าถูกต้องครบถ้วนหรือไม่ในครั้งที่ 1 และความรู้เรื่องอันตรายที่เกิดจากการใช้ยาแผนโบราณที่ไม่ได้มาตรฐาน สารอันตรายที่มีกพบในยาแผนโบราณ ผลข้างเคียงที่จะได้รับจากสารอันตรายที่พบในยาแผนโบราณ คืออาการต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นเมื่อได้รับสเตียรอยด์ เช่น อาการคุชชิงซินโดรมในครั้งที่ 2 โดยการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุจะเน้นการใช้โปสเตอร์ความรู้ซึ่งมีภาพประกอบ มากกว่าตัวหนังสือและยังได้ฝึกปฏิบัติการเลือกใช้ยาแผนโบราณ การดูลายยา จากตัวอย่างยาแผนโบราณที่นำมาแสดงทั้งยาแผนโบราณที่มีลายถูกต้องครบถ้วนและไม่ถูกต้องครบถ้วน ทำให้ผู้สูงอายุได้ฝึกปฏิบัติและสามารถจำได้มากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของสุนทรีย์ คำเพ็งและอรธิรา บุญประดิษฐ์¹³ ที่มีการจัดกิจกรรมให้ความรู้ในผู้สูงอายุ จำนวน 2 ครั้ง ซึ่งเน้นการให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติทำให้หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น

2. การรับรู้ตามโครงสร้างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการใช้ยาแผนโบราณ การรับรู้ความรุนแรงจากการใช้ยาแผนโบราณ และการรับรู้ประโยชน์จากการใช้ยาแผนโบราณ ของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และการรับรู้อุปสรรคในการเลือกใช้ยาแผนโบราณของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมได้จัดกิจกรรมฐานการเรียนรู้ โดยผู้สูงอายุกลุ่มทดลองเข้าร่วมฐานโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงและฐานประโยชน์และอุปสรรค ซึ่งได้มีการพูดคุย

แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเรื่องการใช้ยาแผนโบราณและประสบการณ์ในการใช้ยาแผนโบราณกับตัวแบบเชิงบวกและตัวแบบเชิงลบ ทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงรับรู้ความรุนแรงของการใช้ยาแผนโบราณที่ไม่ได้มาตรฐาน โดยมีการกระตุ้นการรับรู้เรื่องของอันตรายและการเจ็บป่วยที่เกิดจากการใช้ยาแผนโบราณที่ไม่ได้มาตรฐาน และรับรู้ประโยชน์จากการใช้ยาแผนโบราณที่ได้มาตรฐานมากขึ้น โดยกระตุ้นให้เห็นว่าการเลือกใช้ยาแผนโบราณที่ได้มาตรฐานจะลดความเสี่ยงจากการได้รับสเตียรอยด์ และการรับรู้อุปสรรคในการใช้ยาแผนโบราณที่ได้มาตรฐานลดลง คือมีความคิดและความเชื่อต่อผลเสียที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเลือกใช้ยาแผนโบราณที่ไม่ได้มาตรฐานมากขึ้น ในด้านการเจ็บป่วยที่มีต่อร่างกาย ซึ่งอาจทำให้ต้องนอนโรงพยาบาล ต้องผ่าตัด หรืออาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต และจิตใจ อาจทำให้เกิดความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ มีการเลือกใช้ยาแผนโบราณที่ได้มาตรฐาน เพราะรู้ว่าเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ลดความเสี่ยงจากการได้รับสารสเตียรอยด์ที่ปลอมปนในยาแผนโบราณได้ โดยชี้ให้เห็นว่ายาแผนโบราณที่ได้มาตรฐานนั้นไม่ก่อให้เกิดอาการข้างเคียงจากสารสเตียรอยด์ที่ปลอมปนในยาแผนโบราณ และมีความคิดและความเชื่อที่มีต่อความยากลำบาก หรือต่อการเลิกใช้ยาแผนโบราณที่ไม่ได้มาตรฐานว่าเป็นสิ่งยุ่งยากเสียค่าใช้จ่ายมาก ยาแผนโบราณที่ได้มาตรฐานนั้นมีราคาแพง หาซื้อได้ยากลดน้อยลง สอดคล้องกับงานวิจัยของสุพรรณิ เปี้ยวนาลาว¹⁴ ที่ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยมีกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน และสอดคล้องกับงานวิจัยของ พรพิมล อุติผล¹⁵ ได้ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยจัดกิจกรรมเป็น 5 ฐาน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับคนที่รักษาระดับน้ำตาลได้และไม่ได้พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

3. พฤติกรรมการเลือกใช้ยาแผนโบราณในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลือกใช้ยาแผนโบราณหลังการทดลองเพิ่ม

มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 1-3 ของโปรแกรมฯ และการกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์อีก 2 ครั้ง ทำให้มีความรู้เกี่ยวกับยาแผนโบราณ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการใช้ยาแผนโบราณ การรับรู้ความรุนแรงจากการใช้ยาแผนโบราณ การรับรู้ประโยชน์จากการใช้ยาแผนโบราณเพิ่มขึ้น และมีการรับรู้อุปสรรคในการเลือกใช้ยาแผนโบราณที่ได้มาตรฐานลดลง จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีการพฤติกรรมการเลือกใช้ยาแผนโบราณที่ถูกต้อง เป็นไปตามแนวความคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ⁹ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ณัฐนันท์ คำพิริยะพงศ์¹⁶ ได้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติและสูงกว่าก่อนการทดลอง

ข้อจำกัดของการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมฯ ครั้งนี้ผ่านการพิจารณาคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ แต่ขาดขั้นตอนการนำไปทดลองใช้ก่อนนำมาใช้ในการวิจัยจริง จึงทำให้การออกแบบกิจกรรมยังไม่ครอบคลุมปัญหาการวิจัยเท่าที่ควร

ข้อเสนอแนะ

1. สำหรับการนำโปรแกรมฯ ไปประยุกต์ใช้ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งมีความจำกัดด้านบุคลากรและเวลา ขอให้คงกิจกรรมที่สำคัญไว้ 2 ครั้ง คือ ครั้งที่ 2 อภิปรายกลุ่ม เพื่อกระตุ้นการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย และความรุนแรงจากการใช้ยาแผนโบราณที่ไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการใช้ยาแผนโบราณที่ได้มาตรฐาน และครั้งที่ 3 ทบทวนความรู้และฝึกปฏิบัติการเลือกใช้ยาแผนโบราณที่ได้มาตรฐาน และการกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์

2. การจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุควรเน้นการใช้สื่อภาพประกอบ การให้ผู้สูงอายุได้ร่วมแสดงความคิดเห็น ชักถาม เพราะการบรรยายเพียงอย่างเดียว จะทำให้เกิดความเบื่อหน่ายและผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในเรื่องของการจำ

3. การใช้ตัวแบบเชิงบวกและเชิงลบเพื่อกระตุ้นการรับรู้ให้แก่ผู้สูงอายุ ควรเป็นตัวแบบที่มีความคล้ายคลึงกันกับผู้สูงอายุ ทั้งวิถีชีวิต และปัญหาที่พบ เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกคล้อยตามและเป็นส่วนหนึ่งกับตัวแบบ ทำให้เกิดความเชื่อถือ

4. การฝึกปฏิบัติการเลือกใช้ยาแผนโบราณ การจำลองสถานที่ขายยา และจำลองสถานการณ์เมื่อผู้อื่นนำยาแผนโบราณมาให้ใช้เป็นกิจกรรมการเรียนรู้ที่ดีมาก เพื่อฝึกให้ผู้สูงอายุได้ตัดสินใจได้ถูกต้องเมื่ออยู่ในสถานการณ์จริง และการจำลองสถานการณ์นั้นต้องเป็นไปตามบริบทของพื้นที่

5. การใช้กระเป๋าเตือนวิธีการเลือกใช้ยาแผนโบราณ (TM bag) เป็นการกระตุ้นเตือนผู้สูงอายุได้ดี สามารถนำกระเป๋าดัดตัวไปได้ตลอด และเนื้อหาหรือข้อความบนกระเป๋าสารารถออกแบบให้เหมาะสมกับลักษณะของปัญหาที่พบได้

6. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการแก้ปัญหาการใช้ยาแผนโบราณของผู้สูงอายุ ครอบคลุมกิจกรรมหรือนำแนวความคิดทฤษฎีที่สามารถขับเคลื่อนชุมชนตั้งแต่นโยบายท้องถิ่น เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืน และเพิ่มกิจกรรมสร้างความตระหนักในอันตรายจากการใช้ยาแผนโบราณด้วยชุดทดสอบ Steroid Test Kit

เอกสารอ้างอิง

1. ปรียา มิตรานนท์. การศึกษาแนวโน้มข้อมูลสำรวจอนามัยและสวัสดิการที่เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย รายงานสถานการณ์การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก. 2551;หน้า131.
2. จันทรพิมพ์ ตรวาทยามคม, ธนพัฒน์ ชัยะโสทธิ, วรรณคล เชื้อมงคล, อัสฎางค์ สำเร็จ. การทดสอบเบื้องต้นของการปลอมปนสเตียรอยด์ในยาผง ยาลูกกลอน ยาเม็ด ยาน้ำ และยาแคปซูล ในชุมชนกรุงเทพมหานคร. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ 2557;9(4):151-6.
3. ชะอรสิน สุขศรีวงศ์ , เพชรรัตน์ พงษ์เจริญสุข , รัชตะ รัชตะนาวิณ , ละออ ชัยลือกิจ , อัมรินทร์ ทักขิณเสถียร. การศึกษาความชุกของปัญหาทางคลินิกที่เกิดจากการใช้สารที่มีสเตียรอยด์ปะปน โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ; 2550.

4. ปรุฬห์ รุจนาธรงค์. เหลี่ยมมองการจัดการปัญหาเสติยรอยด์ในต่างประเทศ. วารสารยวิพากษ์ 2555;5(15): 7-8.
5. ภาณุโชติ ทองยัง. อยู่่าปล่อยให้เสติยรอยด์ล่อยนวล. กรุงเทพฯ: บริษัทที่ คิว พี; 2554.
6. ภาณุโชติ ทองยัง. อยู่่าให้เสติยรอยด์ล่อยนวลอีกต่อไป. วารสารยวิพากษ์ 2555;5(15):3.
7. ชมพูนุท นุตสถาปนา, ดวงพร เข้มทอง, นันทนา เข้มทอง. การศึกษาปริมาณสารเสติยรอยด์ที่ปลอมปนในยาจากสมุนไพร เขตพื้นที่สาธารณสุข 4,5. วารสารอาหารและยา 2555;2(19):31-37.
8. ดวงทิพย์ อรัญดร, สรียา แซ่ลิ่ม, สิริณทิพย์ วิชญวรนนท์, สุกัญญา เดชดิดิษฐ์, อภินันท์ คล้ายสถิต. การศึกษาการปลอมปนของสารเสติยรอยด์เพรตนิโซโลนและเด็กซ์าเมทราโซนในยาแผนโบราณ ในอำเภอหาดใหญ่จังหวัดสงขลา. วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ 2553;1(13):20-30.
9. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. (1988) Social Learning Theory and the Health Belief Model. Health Education & Behavior 1988;15:175-183.
10. ธวัชชัย วรพศธร. หลักการวิจัยทางสาธารณสุขศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.
11. ดวงพร ศิริจันทร์. ผลของการประยุกต์ใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการดูแลตนเองเพื่อปรับเปลี่ยน พฤติกรรม การใช้ยาเสติยรอยด์ของผู้สูงอายุ ตำบลหนองคู อำเภอมะเมือง จังหวัดยโสธร [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2555.
12. นิสารัตน์ คันธรส. พฤติกรรมผู้บริโภคในการซื้อยาแผนโบราณจากร้านขายยาในจังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2555.
13. สุนทรีย์ คำเพ็ง, อรธิดา บุญประดิษฐ์. ผลของการจัดโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพพร้อมกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมู่ที่ 9 ตำบลดงตะกาว อำเภอดอนพุด จังหวัดสระบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2554;22(3):112-9.
14. สุพรรณิ เปี้ยวนาลาว. ผลของการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2549.
15. พรพิมล อุลิตผล. การใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถในตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเขાพนม อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2558;3(3):441-7.
16. สุปรียา ต้นสกุล. ทฤษฎีและโมเดลการประยุกต์ใช้ในงานสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ยุทธินทรการพิมพ์; 2548.
17. ณัฐนันท์ คำพิริยะพงศ์, ศิริพันธ์ สาสัตย์. ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง วารสารแพทยธานี 2560; 44(3):67-83.

การป้องกันตนเองจากควันบุหรี่มือสองของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดราชบุรี

ขวัญตา สุธรรม¹ ฉวีวรรณ บุญสุยา² อรุณช ภาชนะ²

¹ นักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

² อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดพฤติกรรมการป้องกันและหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันควันบุหรี่มือสอง ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดราชบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น 841 คน จาก 11 โรงเรียน ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา One-way ANOVA, Bootstrap, Pearson Correlation และ Stepwise Multiple regression ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนร้อยละ 72.2 เคยได้รับควันบุหรี่มือสอง โดยได้รับควันบุหรี่มือสองมากที่สุดจากคนอื่นที่ใกล้ชิดมาสูบบุหรี่ในบ้าน ร้อยละ 70.5 จากคนในครอบครัวสูบบุหรี่ในบ้าน ร้อยละ 43.8 จากคะแนนเต็ม 100 ค่าเฉลี่ยของการป้องกันควันบุหรี่มือสองจากบุคคลใกล้ชิด 28.36 (SD=18.58) คะแนน โดยวิธีป้องกันควันบุหรี่มือสอง ส่วนใหญ่ใช้วิธีเดินหนี ร้อยละ 64.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการป้องกันควันบุหรี่มือสองจากบุคคลใกล้ชิด คือ ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ เพศ และความรู้เรื่องสถานที่ปลอดบุหรี่ ($p<0.001$) และปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ การพูดคุยของบุคคลในครอบครัวเกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่หรือควันบุหรี่มือสอง ($p<0.01$) ปัจจัยดังกล่าว สามารถร่วมอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมป้องกันควันบุหรี่มือสองได้ ร้อยละ 13.1 ($R^2=0.131$) กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรให้ความรู้ นักเรียนเรื่องสถานที่ปลอดบุหรี่และการป้องกันควันบุหรี่มือสอง สนับสนุนให้บ้านปลอดควันบุหรี่ การช่วยเลิกบุหรี่ และพัฒนาทักษะการสื่อสารเรื่องพิษภัยควันบุหรี่มือสองให้กับผู้ปกครองและนักเรียน

คำสำคัญ: การป้องกันควันบุหรี่มือสอง/ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น/ บุคคลใกล้ชิด

Corresponding author: ฉวีวรรณ บุญสุยา, อีเมล: chaweewon.boon@gmail.com, โทร: 025644440-79 ต่อ 7445

ทุนวิจัย: ได้รับการสนับสนุนวิทยานิพนธ์จาก ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)

Received: October 4, 2018; Revised: October 18, 2018; Accepted: November 13, 2018

Preventive Behaviors on Secondhand Smoke among Secondary School Pupils, Ratchaburi Province

Kwanta Suthum¹, Chaweewon Boonshuyar², Oranut Pacheun²

¹ M.P.H. Student. Faculty of Public Health, Thammasat University

² Faculty of Public Health, Thammasat University

Abstract

The descriptive study aimed to assess secondhand smoke (SHS) preventive behaviors and its related factors among secondary school pupils, Ratchaburi province. Self-administered questionnaire was obtained from 841 secondary school pupils from 11 schools. Descriptive statistics, one-way ANOVA, Bootstrap, Pearson correlation coefficient, and stepwise multiple regression at a 5% significance level were applied for data analysis.

Results shown 72.2 percent of the pupils had ever received SHS. The most common source, 70.5 percent, was from other nearby person at home followed by their family member smoking at home 43.8 percent. An average of score (from total 100 score) of SHS preventive behaviors from nearby persons was 28.36 (S.D=18.58). The most common preventive behavior was walk away from smokers 64.2 percent. Factors significantly related to SHS from nearby persons preventive behavior were intrapersonal factors, there were sex and knowledge of nonsmoking places ($p<0.001$) and interpersonal factor, there was dialogues about harmfulness of SHS or tobacco with family members. Those factors were able to explain the variation of secondhand smoke preventive behavior 13.1% ($R^2=0.131$). The Ministry of Public Health and related organizations should augment information for students about nonsmoking places and preventing secondhand smoke, promote SHS-free home, quit smoking, and encouraged to develop communication skills about the harm of SHS to parents and students.

Keywords: Preventive behaviors on secondhand smoke/ Secondary school pupils/
Nearby persons

บทนำ

การบริโภคยาสูบเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาระโรคในประชากรโลกสูงมากเป็นอันดับ 3¹ สำหรับประเทศไทย เป็นปัจจัยเสี่ยงของการสูญเสียปีสุขภาวะอันดับ 2 และเป็นอันตรายทั้งต่อผู้สูบและผู้ไม่สูบ² ผู้ไม่สูบบุหรี่มีโอกาสสัมผัสควันบุหรี่มือสอง ซึ่งเป็นควันที่ออกมาจากการหายใจออกของผู้สูบ และจากการเผาไหม้บุหรี่หรืออุปกรณ์³ ในควันบุหรี่ พบว่า มีสารเคมีมากกว่า 7,000 ชนิด และสารก่อมะเร็งประมาณ 70 ชนิด⁴ แต่ละปีมีประชากรโลกเสียชีวิตจากการได้รับควันบุหรี่มือสองเกือบ 890,000 คน⁵ สำหรับเด็กที่ได้รับควันบุหรี่เสี่ยงต่อกลุ่มโรคปอด 4.3 เท่า และโรคระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง 3.8 เท่า⁶ ส่วนเด็กที่ได้รับควันบุหรี่ในบ้านมีโอกาสติดบุหรี่เพิ่มขึ้น 1.4 ถึง 2.1 เท่า⁷ มีผลสำรวจในนักเรียนไทยที่มี อายุ 13-15 ปี พบว่า ในปี พ.ศ. 2548, 2552 และ 2558 เด็กได้รับควันบุหรี่มือสองในบ้านลดลงจากร้อยละ 49.0, 45.7 เป็น 33.8 ตามลำดับ^{8,10} ร้อยละ 77.6 เห็นว่าการได้รับควันบุหรี่มือสองเป็นอันตราย แต่ร้อยละ 31.4 ไม่คิดจะหลบเลี่ยง⁸ ส่วนข้อมูลปี พ.ศ. 2557 พบว่า ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่สูบบุหรี่ ร้อยละ 40.0 ระบุว่าเคยสูบบุหรี่ในบ้านตนเอง และร้อยละ 70.4 สูบบุหรี่ในบ้านเป็นประจำทุกวัน¹¹

สำหรับจังหวัดราชบุรี ได้ถูกกำหนดเป็นพื้นที่เสี่ยงปานกลางจากอัตราการได้รับควันบุหรี่มือสองในสถานที่ต่างๆ ของประชาชน ร้อยละ 77.9-86.3 ใน พ.ศ. 2557¹² ดังนั้น เด็กในจังหวัดราชบุรี จึงมีโอกาสได้รับควันบุหรี่มือสอง โดยเฉพาะจากบุคคลใกล้ชิดทั้งจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้านใกล้ชิด และบุคคลอื่นที่ใกล้ชิด แต่ไม่มีข้อมูลการได้รับควันบุหรี่มือสองและการป้องกันควันบุหรี่มือสองของเด็ก ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควันบุหรี่มือสอง โดยใช้แนวคิด Ecological model¹³ เพื่ออธิบายปัจจัยทั้ง 5 ระดับ ประกอบด้วยปัจจัยภายในบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคล ปัจจัยระดับสถาบัน ปัจจัยระดับชุมชน และนโยบายสาธารณะ รวมทั้งใช้แนวคิด Health Belief Model¹⁴ เพื่ออธิบายการรับรู้อันตรายของควันบุหรี่มือสอง ซึ่งเป็นปัจจัยภายในบุคคล จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน

ควันบุหรี่มือสอง มีหลายปัจจัยและหลายระดับกรอบแนวคิดของการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยตัวแปรอิสระ ดังนี้ 1) ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ เพศ¹⁵⁻¹⁷ อายุ ระดับชั้นเรียน¹⁶ โรคประจำตัว¹⁸ ความรู้เรื่องสถานที่ปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการได้รับควันบุหรี่มือสอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันควันบุหรี่มือสอง¹⁹ 2) ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ สัดส่วนของบุคคลในครอบครัวที่สูบบุหรี่ การพูดคุยของคนในครอบครัวและเพื่อน เกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่หรือควันบุหรี่มือสอง การแนะนำจากคนในครอบครัวและเพื่อนเกี่ยวกับการป้องกันควันบุหรี่มือสอง²⁰ 3) ปัจจัยระดับสถาบัน ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่หรือควันบุหรี่มือสองของโรงเรียน¹⁹ 4) ปัจจัยระดับชุมชน ได้แก่ การเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์เกี่ยวกับบุหรี่ หรือควันบุหรี่มือสอง²¹⁻²² และ 5) นโยบายสาธารณะ ได้แก่ นโยบายโรงเรียนปลอดบุหรี่²³ และตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการป้องกันควันบุหรี่มือสอง หมายถึง พฤติกรรมที่เด็กหลีกเลี่ยงการได้รับและสัมผัสควันบุหรี่มือสอง¹⁵⁻¹⁶ ได้แก่ การโบกมือไล่ควัน ปิดจมูก ขอร้องให้ไปสูบบุหรี่อื่น เดินหนี เปิดประตู หน้าต่าง และออกนอกบ้านเมื่อได้รับควันบุหรี่มือสองจากบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ บุคคลในครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้านใกล้ชิด และบุคคลอื่นที่ใกล้ชิด ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปวางแผน ออกแบบกิจกรรม และโครงการเพื่อการป้องกันควันบุหรี่มือสองของนักเรียนที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวัดพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากควันบุหรี่มือสองจากบุคคลใกล้ชิด
2. เพื่ออธิบายปัจจัยภายในบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคล ปัจจัยระดับสถาบัน ปัจจัยระดับชุมชน และนโยบายสาธารณะ ตามแนวคิด Ecological model
3. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคล ปัจจัยระดับสถาบัน ปัจจัยระดับชุมชน และนโยบายสาธารณะ กับการป้องกันตนเองจากควันบุหรี่มือสอง ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดราชบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ประชากร ได้แก่ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ปีที่ 1-3 ของโรงเรียนในจังหวัดราชบุรี สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่ การศึกษามัธยมศึกษาเขต 8 (สพม.8) ปี พ.ศ. 2560 จำนวน 27 แห่ง มีนักเรียนทั้งสิ้น 16,047 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักเรียนมัธยมศึกษา ตอนต้น ปีที่ 1-3 ของโรงเรียนในจังหวัดราชบุรี จำนวน 841 คน จากโรงเรียนตัวอย่าง 11 แห่ง คำนวณขนาด ตัวอย่างจากสูตร²⁴ และแทนค่าสูตรด้วยค่าสัดส่วนในการ ป้องกันตนเองจากคว้นบุหรีมือสองของนักเรียน มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 35.1¹⁶ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และความผิดพลาดสูงสุดที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ไม่เกิน 15% ของสัดส่วนในการป้องกันตนเองฯ และจำนวน นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ปีที่ 1-3

ขนาดตัวอย่าง จำนวน 841 คน จาก 11 โรงเรียนๆ ละ 72 คน ในจำนวนนี้มี 1 โรงเรียน 144 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม 2 ขั้นตอน (2-Stage cluster sampling) ขั้นที่ 1 คัดเลือกโรงเรียน โดยใช้จำนวน นักเรียนมัธยมศึกษา ปีที่ 1-3 เป็นเกณฑ์การสุ่ม (Probability with proportional size of school) เนื่องจากบางโรงเรียนมีขนาดใหญ่ จึงถูกสุ่ม 2 ครั้ง ซึ่งสุ่ม จากการลำดับรายชื่อโรงเรียนของ สพม.8 ดังนั้น จึงมี โรงเรียนที่ได้รับคัดเลือกในขั้นตอนแรก 11 โรงเรียน และ ขั้นที่ 2 สุ่มเลือกห้องเรียน แต่ละชั้นปี ชั้นละ 1 ห้องเรียน สำหรับโรงเรียนขนาดใหญ่สุ่ม 2 ห้องเรียนต่อระดับชั้น เพื่อเป็นตัวแทนของห้องเรียนแต่ละระดับชั้น โดยวิธีการ สุ่มแบบง่าย (จับฉลาก) และสุ่มเลือกนักเรียนของแต่ละ ระดับชั้นด้วยการจับฉลาก ห้องละ 24 คน รวมเป็น 864 คน อย่างไรก็ตามจากข้อมูลที่เก็บได้เป็นนักเรียนที่ สูบบุหรี 22 คน และไม่เคยได้รับคว้นบุหรี 184 คน จึง เหลือจำนวนตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์ 658 คน

เครื่องมือและการวัด ใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามการป้องกัน ตนเองจากคว้นบุหรีมือสองของนักเรียนมัธยมศึกษา ตอนต้น จังหวัดราชบุรี ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 6 ส่วน จำนวน 37 ข้อ ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว ระดับชั้นเรียน และ

การสูบบุหรี ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว จำนวนผู้ สูบบุหรีในครอบครัว และพฤติกรรมการป้องกันเมื่อได้รับ คว้นบุหรีจากการสูบบุหรีของบุคคลใกล้ชิด 5 ประเภท ได้แก่ 1) บุคคลในครอบครัวสูบบุหรีในบ้าน 2) บุคคลอื่น ที่เข้ามาสูบในบ้าน 3) เพื่อน ซึ่งมีพฤติกรรมในการป้องกัน คว้นบุหรีมือสองให้เลือกตอบ 6 ข้อ และการป้องกันคว้น บุหรีมือสองจากบุคคลแต่ละประเภท มีคะแนนเต็ม 6 คะแนน หากเลือกปฏิบัติตามพฤติกรรมที่เป็นตัวเลือก ให้ ข้อละ 1 คะแนน หากเลือกไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน พฤติกรรมที่เป็นตัวเลือก 6 ข้อ คือ ก) โบกมือไล่คว้น ข) ปิดจมูก ค) ขอร้องให้ไปสูบที่อื่น ง) เดินหนี จ) เปิด ประตู หน้าต่าง ฉ) ออกนอกบ้าน ประเภทที่ 4) คนใน ครอบครัวสูบบุหรีขณะนักเรียนช้อนท้ายมอเตอร์ไซด์ หรือนั่งรถยนต์ มีพฤติกรรมในการป้องกันคว้นบุหรี มือสองให้เลือกตอบ 3 ข้อ และการป้องกันคว้นบุหรี มือสองมีคะแนนเต็ม 3 คะแนน หากเลือกปฏิบัติตาม พฤติกรรมที่เป็นตัวเลือกให้ข้อละ 1 คะแนน หากเลือก ไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน พฤติกรรมที่เป็นตัวเลือก 3 ข้อ คือ ก) โบกมือไล่คว้น ข) ปิดจมูก ค) ขอร้องให้ไปสูบ ที่อื่น ประเภทที่ 5) เพื่อนบ้านสูบบุหรีใกล้ๆ นอกบ้าน มี พฤติกรรมในการป้องกันคว้นบุหรีมือสองให้เลือกตอบ 4 ข้อ และการป้องกันคว้นบุหรีมือสอง มีคะแนนเต็ม 4 คะแนน หากเลือกปฏิบัติตามพฤติกรรมที่เป็นตัวเลือก ให้ข้อละ 1 คะแนน หากเลือกไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน พฤติกรรมที่เป็นตัวเลือก 4 ข้อ คือ ก) โบกมือไล่คว้น ข) ปิดจมูก ค) ขอร้องให้ไปสูบที่อื่น ง) เดินหนี โดยรวม คะแนนพฤติกรรมที่ปฏิบัติจากบุคคลทุกประเภท ทั้งสิ้น 25 คะแนน จากนั้นนำคะแนนรวมที่ได้มาปรับให้มี คะแนนเต็ม 100 คะแนน ส่วนพฤติกรรมในการป้องกัน คว้นบุหรีมือสองของนักเรียนคำนวณจากร้อยละของ พฤติกรรมที่ปฏิบัติจากตัวเลือกพฤติกรรมทั้งหมดเมื่อ ได้รับคว้นบุหรีจากบุคคลใกล้ชิด

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องสถานที่สาธารณะ ปลอดภัยตามกฎหมาย มี 12 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 10 ข้อ และคำถามเชิงลบ 2 ข้อๆ ละ 1 คะแนน และแบ่ง คะแนนรวมเป็น 3 ระดับ แบบอิงเกณฑ์โดยประยุกต์ใช้ ทฤษฎีของ Bloom²⁵ คือ ระดับสูง (10-12 คะแนน)

ระดับปานกลาง (8-9 คะแนน) และระดับต่ำ (0-7 คะแนน)

ส่วนที่ 3 การสื่อสารของคนในครอบครัว และเพื่อน มีทั้งหมด 4 ข้อ ได้แก่ ครอบครัวเคยพูดถึงพิษภัยบุหรี่ หรือควันบุหรี่มือสอง ครอบครัวเคยแนะนำให้ นักเรียนป้องกันควันบุหรี่มือสอง เพื่อนเคยพูดถึงพิษภัย บุหรี่ หรือควันบุหรี่มือสอง และเพื่อนเคยแนะนำให้ นักเรียนป้องกันควันบุหรี่มือสอง โดยแต่ละข้อมีตัวเลือก ให้ตอบ คือ เคย และไม่เคย

ส่วนที่ 4 การรับรู้อันตรายของควันบุหรี่ มือสอง มี 3 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการได้รับ ควันบุหรี่มือสอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการ ได้รับควันบุหรี่มือสอง และการรับรู้ประโยชน์ของการ ป้องกันควันบุหรี่มือสอง มีคำถามด้านละ 5 ข้อ ที่มีมาตร วัดประเมินค่าเป็น 3 ระดับ (3-Likert scale) คือ เห็น ด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย ให้คะแนน 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ แปลผลเป็นระดับคะแนนแต่ละด้าน ใช้เกณฑ์การแบ่งแบบอันตรายภาคขึ้น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (13-15 คะแนน) ระดับปานกลาง (9-12 คะแนน) และระดับต่ำ (5-8 คะแนน)

ส่วนที่ 5 การรับชมสื่อสังคมออนไลน์เรื่อง บุหรี่ หรือควันบุหรี่มือสอง มีคำถาม 1 ข้อ คือ การรับชม สื่อเกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่ หรือควันบุหรี่มือสอง จากสื่อ สังคมออนไลน์ ภายใน 30 วัน โดยมีตัวเลือกให้ตอบ คือ เคย และไม่เคย และการร่วมกิจกรรมโรงเรียนเกี่ยวกับ เรื่องบุหรี่หรือควันบุหรี่มือสอง มีคำถาม 1 ข้อ คือ การ เข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่ หรือควันบุหรี่มือสองที่ โรงเรียน ภายใน 1 ภาคเรียน โดยมีตัวเลือกให้ตอบ คือ เข้าร่วมกิจกรรม และไม่เข้าร่วมกิจกรรม และส่วนที่ 6 นโยบายสาธารณะ มีคำถาม 1 ข้อ คือ โรงเรียนมีนโยบาย เข้าร่วมโครงการโรงเรียนปลอดบุหรี่ โดยมีตัวเลือกให้ ตอบ คือ เข้าร่วม และไม่เข้าร่วม

คุณภาพของเครื่องมือ ได้รับการ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และทดลองใช้กับนักเรียน จำนวน 20 คน เพื่อพิจารณา ปรับปรุงการสื่อสาร และภาษาที่ใช้ จากนั้นจึงตรวจสอบ ความเชื่อมั่นกับนักเรียน จำนวน 30 คน ได้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient ของความรู้เรื่อง

สถานที่ปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย และการรับรู้โดยรวม 0.75 และ 0.80 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล และพิทักษ์สิทธิ์
อาสาสมัครวิจัย งานวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการ วิจัยในคนจากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เลขที่ COA 332/2560 ผู้วิจัยขออนุญาตโรงเรียนและส่งใบยินยอม อาสาสมัครวิจัย และให้เด็กร่วมกับบิดา มารดา หรือ ผู้ปกครองลงนามก่อนเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเตรียมห้องเรียน ให้ นักเรียนทำแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยชี้แจง วัตถุประสงค์ ขั้นตอน อธิบายแบบสอบถาม นักเรียนตอบ แบบสอบถามไปพร้อมกันทีละหน้า และสอบถามได้ ตลอดเวลา นักเรียนตรวจสอบคำตอบให้ครบทุกข้อก่อน ส่งแบบสอบถามใส่กล่องที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ และผู้วิจัย ตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของการให้ข้อมูลก่อน วิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ 1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ 2) สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ One-way ANOVA, Pearson Correlation และ Bootstrap เพื่อหา 95% ความ เชื่อมั่นของค่าเฉลี่ยและสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่าง ตัวแปรที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 และ Stepwise Multiple regression เพื่อคัดเลือกตัวแปรที่มีความสำคัญต่อ พฤติกรรมป้องกันตนเองจากควันบุหรี่มือสอง

ผลการวิจัย

นักเรียนเคยได้รับควันบุหรี่มือสองจากคน อื่นที่ใกล้ชิดสูบบุหรี่ในบ้าน มากที่สุด ร้อยละ 70.5 และ ได้รับภายใน 30 วัน ร้อยละ 32.9 รองลงมา ได้รับควัน บุหรี่มือสองจากบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ในบ้าน ร้อยละ 43.8 และได้รับภายใน 30 วัน ร้อยละ 26.6 นอกจากนี้ ยังพบว่าเคยได้รับจากเพื่อน ร้อยละ 27.1 (ตารางที่ 1) ส่วนการป้องกันควันบุหรี่มือสอง พบว่า นักเรียน ร้อยละ 95.3 มีการป้องกันควันบุหรี่มือสอง โดยมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการป้องกัน 28.36 (S.D.=18.58) ค่ามัธยฐาน 20.00 แต่อย่างไรก็ตามพบว่า ไม่มีการป้องกันเลย ร้อยละ 4.7 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการป้องกันควันบุหรื มือสอง พบว่า นักเรียนใช้ชีวิติเดินหนี มากที่สุด ร้อยละ 64.2 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับควันบุหรี่จากบุคคลใกล้ชิด (n=658 คน)

บุคคลใกล้ชิดที่สูบบุหรี่ใกล้นักเรียน	เคยได้รับควันบุหรี่		ได้รับควันบุหรี่ ภายใน 30 วัน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
บุคคลคนอื่น	464	70.5	277	32.9
คนในครอบครัว	288	43.8	224	26.6
เพื่อนบ้านใกล้ชิด	273	41.5	164	19.5
เพื่อน	178	27.1	109	13.0
คนในครอบครัวสูบบุหรี่ เมื่อนักเรียนซ้อนมอเตอร์ไซด์/นั่งรถยนต์	154	23.4	105	12.5

หมายเหตุ * ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการป้องกันและพฤติกรรมป้องกันควันบุหรี่มือสอง (n=658 คน)

การป้องกันและพฤติกรรมป้องกันควันบุหรี่มือสอง	จำนวน	ร้อยละ
การป้องกันควันบุหรี่มือสอง		
ไม่มีการป้องกัน	31	4.7
มีการป้องกัน	627	95.3
ค่าเฉลี่ย = 28.36 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 18.58 ค่ามัธยฐาน = 20.00		
พฤติกรรมป้องกันควันบุหรี่มือสอง*		
เดินหนี (n=651) **	418	64.2
ปิดจมูก (n=658) ***	318	48.3
โบกมือไล่ควัน (n=658) ***	300	45.6
ให้ไปสูบบุหรี่ที่อื่น (n=658) ***	153	23.3
ออกนอกบ้าน (n=608) ****	90	14.8
เปิดประตูหน้าต่าง (n=608) ****	35	5.8

หมายเหตุ * ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

** เมื่อได้รับจากบุคคลประเภทที่ 1, 2, 3 และ 5

*** เมื่อได้รับจากบุคคลทั้ง 5 ประเภท

**** เมื่อได้รับจากบุคคลประเภทที่ 1, 2 และ 3

สำหรับปัจจัยภายในบุคคล พบว่า นักเรียนที่ได้รับควันบุหรี่มือสองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.4 อายุเฉลี่ย 13.8 ปี มีโรคประจำตัว ร้อยละ 12.5 (ตารางที่ 4) ส่วนระดับความรู้เรื่องสถานที่ปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย

ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 85.4 และเมื่อเปรียบเทียบการรับรู้ทุกด้าน พบว่า นักเรียนมีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันควันบุหรี่มือสอง มากที่สุด ร้อยละ 69.9 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เรื่องสถานที่ปลอดบุหรี่ตามกฎหมายและการรับรู้อันตรายของควันบุหรี่มือสอง (n=658 คน)

ระดับความรู้ และ การรับรู้อันตรายของควันบุหรี่มือสอง	ต่ำ		ปานกลาง		สูง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้เรื่องสถานที่ปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย	562	85.4	50	7.6	46	7.0
ระดับการรับรู้อันตรายของควันบุหรี่มือสอง						
โอกาสเสี่ยงจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง	13	2.0	426	64.7	219	33.3
ความรุนแรงของโรคจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง	6	0.9	224	34.0	428	65.0
ประโยชน์จากการป้องกันควันบุหรี่มือสอง	5	0.8	193	29.3	460	69.9

ปัจจัยระหว่างบุคคล พบว่า นักเรียน ร้อยละ 42.7 มีครอบครัวสูบบุหรี่ และส่วนใหญ่ ร้อยละ 20.5 ในครอบครัวมีสัดส่วนผู้สูบบุหรี่ ระหว่างร้อยละ 21-40 ของจำนวนคนในครอบครัว และร้อยละ 1.2 ในครอบครัวมีสัดส่วนผู้สูบบุหรี่ สูงที่สุดร้อยละ 80-100 ของจำนวนคนในครอบครัว สำหรับการสื่อสารของคนในครอบครัว พบว่า นักเรียน ร้อยละ 67.2 ครอบครัวมีการพูดคุยเกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่ หรือควันบุหรี่มือสอง และร้อยละ 69.1 ได้รับการแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันควันบุหรี่มือสอง ส่วนนักเรียนที่เพื่อนพูดคุยเกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่ หรือควันบุหรี่มือสอง ร้อยละ 24.9 และแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันควันบุหรี่มือสอง ร้อยละ 22.3 ซึ่งเรื่องอันตรายของบุหรี่ เป็นเรื่องที่ครอบครัวและเพื่อน พูดคุยกับนักเรียนมากที่สุด ร้อยละ 41.1 และ 13.0 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ครอบครัวและเพื่อนมีการแนะนำให้นักเรียนเดินหนีจากคนสูบบุหรี่ ร้อยละ 44.8 และ 13.3 ตามลำดับ ปัจจัยระดับสถาบัน พบว่า มีนักเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่ หรือควันบุหรี่มือสองของโรงเรียน ร้อยละ 50.0 ปัจจัยระดับชุมชน พบว่า มีนักเรียนที่เคย

รับชมสื่อสังคมออนไลน์เกี่ยวกับบุหรี่ หรือควันบุหรี่มือสอง ภายใน 30 วัน ร้อยละ 23.4 และนโยบายสาธารณะ พบว่า โรงเรียน 5 แห่ง มีนโยบายเข้าร่วมโครงการโรงเรียนปลอดบุหรี่ และมีนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 37.2 เรียนอยู่ในโรงเรียนปลอดบุหรี่ (ตารางที่ 4)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันควันบุหรี่มือสอง พบว่า เพศหญิงมีการป้องกันมากกว่าเพศชาย นักเรียนที่มีครอบครัวพูดคุยเกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่ หรือควันบุหรี่มือสอง ป้องกันมากกว่าไม่มีการพูดคุย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) และนักเรียนที่เพื่อนแนะนำการป้องกันควันบุหรี่มือสอง ป้องกันมากกว่าไม่มีเพื่อนแนะนำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ส่วนระดับชั้นเรียน โรคประจำตัว การแนะนำจากคนในครอบครัว การมีเพื่อนพูดคุย การเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่ หรือควันบุหรี่มือสองของโรงเรียน การเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์เกี่ยวกับบุหรี่ หรือควันบุหรี่มือสอง และการเข้าร่วมโครงการโรงเรียนปลอดบุหรี่ ที่แตกต่างกันไม่พบว่ามี การป้องกันควันบุหรี่มือสอง แตกต่างกัน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยการป้องกันควันบุหรี่มือสอง และความสัมพันธ์ของปัจจัยภายในบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคล ปัจจัยระดับสถาบัน ปัจจัยระดับชุมชนและนโยบายสาธารณะ กับการป้องกันควันบุหรี่มือสองของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดราชบุรี

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ	การป้องกันควันบุหรี่มือสองจากบุคคลใกล้ชิด				
			Mean	SEM	95%CI ¹		p ²
					LL	UL	
รวม	658	100.0	28.36	0.72	26.88	29.79	
ปัจจัยภายในบุคคล							
เพศ							0.000
ชาย	274	41.6	23.71	0.97	21.93	25.66	
หญิง	384	58.4	31.68	0.97	29.74	33.60	
ระดับชั้นเรียน							0.433
มัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1	228	34.7	28.26	1.20	26.17	30.74	
มัธยมศึกษาชั้นปีที่ 2	208	31.6	29.61	1.35	26.96	32.26	
มัธยมศึกษาชั้นปีที่ 3	222	33.7	27.30	1.19	24.94	29.60	
โรคประจำตัว							0.620
ไม่มี	576	87.5	28.23	0.78	26.74	29.86	
มี	82	12.5	29.31	1.97	25.42	33.08	

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยการป้องกันคว้นบุหรืมือสอง และความสัมพันธ์ของปัจจัยภายในบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคล ปัจจัยระดับสถาบัน ปัจจัยระดับชุมชนและนโยบายสาธารณะ กับการป้องกันคว้นบุหรืมือสองของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดราชบุรี (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ	การป้องกันคว้นบุหรืมือสองจากบุคคลใกล้ชิด					
			Mean	SEM	95%CI ¹		p ²	
					LL	UL		
ปัจจัยระหว่างบุคคล								
การพูดคุยของบุคคลคนในครอบครัวเกี่ยวกับพิษภัยบุหรื/คว้นบุหรืมือสอง								0.006
ไม่เคย	216	32.8	25.51	1.14	23.30	27.90		
เคย	442	67.2	29.76	0.93	27.94	31.62		
การแนะนำจากคนในครอบครัวเกี่ยวกับการป้องกันคว้นบุหรืมือสอง								0.811
ไม่เคย	203	30.9	28.62	1.32	26.19	31.23		
เคย	455	69.1	28.25	0.87	26.56	29.93		
การพูดคุยของเพื่อนเกี่ยวกับพิษภัยบุหรื/คว้นบุหรืมือสอง								0.054
ไม่เคย	494	75.1	27.56	0.83	25.96	29.26		
เคย	164	24.9	30.79	1.48	27.82	33.87		
การแนะนำจากเพื่อนเกี่ยวกับการป้องกันคว้นบุหรืมือสอง								0.031
ไม่เคย	511	77.7	27.53	0.81	25.99	29.13		
เคย	147	22.3	31.27	1.45	28.39	34.15		
ปัจจัยระดับสถาบัน (การเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนเกี่ยวกับบุหรื/คว้นบุหรืมือสอง)								
ไม่เข้าร่วมกิจกรรม	329	50.0	30.45	1.09	28.30	32.59		0.603
เข้าร่วมกิจกรรม	329	50.0	28.95	2.37	24.44	33.88		
ปัจจัยระดับสังคม (การเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์เกี่ยวกับบุหรื/คว้นบุหรืมือสอง)								
ไม่เคยรับชม	504	76.6	27.89	0.82	26.31	29.59		0.235
เคยรับชม	154	23.4	29.92	1.54	27.10	32.95		
นโยบายสาธารณะ (โรงเรียนมีนโยบายเข้าร่วมโครงการโรงเรียนปลอดบุหรื)								
ไม่เข้าร่วม	413	62.8	28.24	0.90	26.49	29.97		0.820
เข้าร่วม	245	37.2	28.58	0.22	26.17	31.11		

¹ 95% CI โดยใช้ Bootstrap

Mean = ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกัน

LL = Lower limit

² p โดยใช้ ONEWAY ANOVA

SEM = Standard Error of Mean

UL = Upper limit

สำหรับสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นที่เป็นตัวแปรเชิงปริมาณกับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากคว้นบุหรืมือสอง พบว่า ความรู้เรื่องสถานที่ปลอดบุหรืตามกฎหมาย มีความสัมพันธ์กับการป้องกันคว้นบุหรืมือสอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001)

สำหรับปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันคว้นบุหรืมือสอง คือ อายุ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรู้แรง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันคว้นบุหรืมือสอง และสัดส่วนของบุคคลในครอบครัวที่สูบบุหรื (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 สัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยภายในบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคล กับการป้องกันคว้นบุหรืมือสองของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดราชบุรี (n=658 คน)

ปัจจัยภายในบุคคล/ระหว่างบุคคล	การป้องกันคว้นบุหรืมือสองจากบุคคลใกล้ชิด			
	Pearson Correlation	p ¹	95% CI ²	
			LL	UL
อายุ (ปี)	-0.045	0.252	-0.121	0.036
ความรู้สถานที่ปลอดบุหรืตามกฎหมาย	0.165	<0.001	0.093	0.247
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการได้รับคว้นบุหรืมือสอง	0.010	0.805	-0.057	0.080
การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการได้รับคว้นบุหรืมือสอง	0.023	0.555	-0.055	0.101
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันคว้นบุหรืมือสอง	-0.028	0.476	-0.102	0.053
สัดส่วนของบุคคลในครอบครัวที่สูบบุหรื	0.044	0.260	-0.025	0.121

¹ p โดยใช้ t-test ² 95% CI โดยใช้ Bootstrap

ตัวแปรที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากคว้นบุหรืมือสอง คือ เพศ ความรู้เรื่องสถานที่สาธารณะปลอดบุหรืตามกฎหมาย และการพูดคุยของคนในครอบครัวเกี่ยวกับพิษภัยบุหรื หรือคว้นบุหรื

มือสองกับนักเรียน ตัวแปรดังกล่าวสามารถร่วมอธิบายความผันแปรของพฤติกรรม การป้องกันคว้นบุหรืมือสองของนักเรียน ร้อยละ 13.1 ($R^2=0.131$) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 การป้องกันคว้นบุหรืมือสองของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดราชบุรี (n=658 คน)

ตัวแปร	b	s.e(b)	b _{std}	p	95% CI for B	
					LB	UB
ค่าคงที่	11.78	2.93		<0.001	6.03	17.53
เพศ (0=ชาย, 1=หญิง)	7.85	1.41	0.21	<0.001	5.07	10.62
ความรู้เรื่องสถานที่ปลอดบุหรืตามกฎหมาย	1.04	0.25	0.16	<0.001	0.55	1.54
คนในครอบครัวพูดถึงพิษภัยบุหรื หรือคว้นบุหรื (0=ไม่เคย, 1=เคย)	4.21	1.48	0.11	0.005	1.30	7.12

$R^2 = 0.131$, $R^2 \text{ adj.} = 0.120$, $MSE = 13.341$

สรุปและอภิปรายผล

นักเรียนส่วนใหญ่ได้รับคว้นบุหรืจากบุคคลอื่นที่ใกล้ชิดมาสูบบุหรืที่บ้าน มากที่สุด นักเรียนส่วนใหญ่มีการป้องกันคว้นบุหรืมือสอง แต่มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันเพียง 28.36 ส่วนใหญ่ใช้วิธีเดินหนี สอดคล้องกับ ศรีณญา เบนจุล และคณะ¹⁵ ในปี พ.ศ. 2551 ได้ศึกษาการรับรู้การปฏิบัติตามและการปกป้องสิทธิของตนเองจากการได้รับคว้นบุหรืมือสอง อนุศา นุราภักดิ์¹⁶ ปี พ.ศ. 2556 ได้ศึกษาในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นพฤติกรรมแบบไม่กล้าแสดงออกที่พบบ่อยในสังคมไทย และรายงานข้อมูลเชิงคุณภาพ

บ้านปลอดบุหรื พบว่า เด็กอายุ 10-18 ปี มีความกลัวและลำบากใจในการแสดงพฤติกรรมปกป้องสิทธิของตนเอง เมื่อพ่อ แม่ หรือบุคคลในครอบครัวสูบบุหรื²⁶

ปัจจัยที่มีความสำคัญกับพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากคว้นบุหรืมือสอง ได้แก่ ปัจจัยภายในบุคคล คือ เพศ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Wang และคณะ¹⁷ ที่วิจัยใน ค.ศ. 2009 ในประชาชนจีน อายุ 18-69 ปี และยัง สอดคล้องกับข้อมูลการสำรวจ Thailand GYTS ใน ค.ศ. 2015⁸ ที่พบว่านักเรียนหญิง เห็นว่าการได้รับคว้นบุหรืมือสองเป็นอันตราย มากกว่านักเรียนชาย จึงมีการป้องกันที่ดีกว่า และความรู้เรื่องสถานที่ปลอดบุหรื

ตามกฎหมาย มีความสัมพันธ์กับการป้องกันควันบุหรี่มือสอง ซึ่งไม่สอดคล้องกับ อนุสัญญา นูรากัด¹⁶ แต่สอดคล้องกับทฤษฎีความรู้ ทักษะ ทักษะ พฤติกรรม อธิบายได้ว่า ความรู้ ทำให้เกิดทัศนคติ และขั้นตอนคือการเกิดพฤติกรรม สำหรับปัจจัยระหว่างบุคคล คือ นักเรียนที่ครอบครัวพูดคุยเกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่ หรือควันบุหรี่มือสอง และเพื่อนแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันควันบุหรี่มือสอง มีการป้องกันควันบุหรี่มือสองที่ดีกว่า สอดคล้องกับ ศิริญา ชมขุนทด และคณะ²⁰ ใน ปี พ.ศ. 2555 ที่พบว่าความร่วมมือของครอบครัวเพิ่มความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ของนักเรียนประถมศึกษาชาย สำหรับปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ กับการป้องกันควันบุหรี่มือสอง ได้แก่ ปัจจัยภายในบุคคล คือ อายุ ระดับชั้นเรียน โรคประจำตัว การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันควันบุหรี่มือสอง ซึ่งตัวแปรระดับชั้นเรียนและการรับรู้ สอดคล้องกับอนุสัญญา นูรากัด¹⁶ ส่วนตัวแปร โรคประจำตัว ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Ding และคณะ¹⁸ ใน ปี ค.ศ. 2010 ที่พบว่าเด็กอายุ 8-13 ปี ที่อาศัยอยู่กับผู้สูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ต้องการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่โดยเฉพาะเด็กที่สุขภาพไม่แข็งแรง ปัจจัยระหว่างบุคคล คือ การแนะนำของคนในครอบครัวเกี่ยวกับการป้องกันควันบุหรี่มือสอง การมีเพื่อนพูดคุยเกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่ หรือควันบุหรี่มือสอง และสัดส่วนของบุคคลในครอบครัวที่สูบบุหรี่ ปัจจัยระดับสถาบัน คือ การเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่ หรือควันบุหรี่มือสองของโรงเรียน สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศุภกร ศิวเสน¹⁹ ใน ค.ศ. 2010 ปัจจัยระดับชุมชน คือ การเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์เกี่ยวกับบุหรี่ หรือควันบุหรี่มือสอง และนโยบายสาธารณะ คือ นโยบายการเข้าร่วมโครงการโรงเรียนปลอดบุหรี่ สอดคล้องกับอนุสัญญา นูรากัด¹⁶ และผลการวิจัยพบว่า เพศ ความรู้เรื่องสถานที่ปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย และการพูดคุยของคนในครอบครัวเกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่ หรือควันบุหรี่มือสองกับนักเรียน มีความสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันควันบุหรี่มือสองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นในสมการแล้ว และสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันควันบุหรี่มือสอง

ได้ร้อยละ 13.1 ส่วนการพูดคุยของบุคคลในครอบครัวเกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่ หรือควันบุหรี่มือสอง สอดคล้องกับ ศิริญา ชมขุนทด และคณะ²⁰ ที่พบว่า มารดาที่สื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพเรื่องโทษของบุหรี่ ทำให้เด็กมั่นใจในความสามารถที่จะหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้เรื่องสถานที่ปลอดบุหรี่ การสื่อสารของบุคคลใกล้ชิดมีความจำเป็นต่อการป้องกันตนเองจากควันบุหรี่มือสองของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น เมื่อได้รับควันบุหรี่มือสองจากบุคคลใกล้ชิด

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ควรสื่อสารให้นักเรียนมีความรู้เรื่องสถานที่ปลอดบุหรี่ และการป้องกันควันบุหรี่มือสอง สนับสนุนการรณรงค์ที่บ้านปลอดบุหรี่และควันบุหรี่มือสอง รวมทั้งช่วยเหลือผู้เพื่อลดโอกาสการได้รับควันบุหรี่มือสองของนักเรียน
2. โรงเรียนควรจัดการเรียนการสอน และกิจกรรมพัฒนาทักษะการสื่อสารเรื่องพิษภัยบุหรี่ ควันบุหรี่มือสอง และการป้องกันควันบุหรี่มือสองให้กับนักเรียน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Guidelines for Controlling and Monitoring the Tobacco Epidemic. Geneva; 1998.
2. Pitayangsarit S, Punkrajang P, Boonthumjarearn G. Health and economic impact of tobacco consumption compared with economic income from tobacco. In: Pitayangsarit S, Punkrajang P, Preechawong S, (editors). Situation of major tobacco risk factors in Thailand in 2014. Bangkok: Jareandeemunkongkarnpim; 2014. [In Thai].
3. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control [internet]. 2015 [cited 2017 February 15]. Available from: http://www.who.int/fctc/signatories_parties/en/.

4. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. A Report of the Surgeon General Executive Summary [internet]. 2014 [cited 2017 February 10]. Available from: <https://www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-yearsofprogress/full-report.pdf>.
5. World Health Organization. Global Health Observatory (GHO) data: Second-hand smoke [internet]. 2014 [cited 2017 December 15]. Available from: www.who.int/gho/phe/secondhand_smoke/en/.
6. Vathesatogkit P. Second-hand smoke, harm from tobacco that we are not smoking. Bangkok: Ruckpim Part., Ltd.; 2010. [In Thai].
7. Vathesatogkit K. Guideline in the treatment of tobacco dependence for nurses. Bangkok: Monpreeya Graphic Co., Ltd.; 2016. [In Thai].
8. Thailand Global Youth Tobacco Survey (GYTS). FACT SHEET [internet]. 2015 [cited 2017 February 9]. Available from: <http://www.searo.who.int/thailand/areas/thailand-gyts-fact-sheet-2015.pdf>.
9. Thailand (Ages 13-15) Global Youth Tobacco Survey (GYTS) [internet]. 2005 [cited 2017 February 9]. Available from: http://www.searo.who.int/tobacco/surveillance/tha_gyts_fs_2005.pdf.
10. Thailand Global Youth Tobacco Survey (GYTS) [internet]. 2009 [cited 2017 February 9]. Available from: http://www.searo.who.int/entity/noncommunicable_diseases/data/tha_gyts_fs_2009.pdf.
11. The National Statistical Office. A survey of smoking and alcoholic drinking behavior of the population in 2014. Bangkok: Text & Publishing Public Company Limited; 2014. [In Thai].
12. Department of Disease Control. Disease and health hazard control program [internet]. 2017 [cited 2017 February 9]. Available from: <http://plan.ddc.moph.go.th/plan2560/index.html>. [In Thai].
13. McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education & Behavior* 1988;15(4):351-77.
14. Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs* 1974;p.328-35.
15. Benjakul S, Kengkarnpanich M, Jarernsuk U, Sawangsri S. Perception, compliance and right protection from secondhand smoke. *Journal of Public Health* 2008; 2(1):2-15. [In Thai].
16. Nurapak A. Factors correlated with assertive behavior from second-hand smoke in secondary school students in Bangkok metropolitan. [Master of science thesis]. Bangkok: Mahidol University, 2013. [In Thai].
17. Wang CP, Ma SJ, Xu XF, Wang JF, Mei CZ, Yang GH. The prevalence of household second-hand smoke exposure and its correlated factors in six counties of China. *Tobacco Control*. 2009;8:121-6.
18. Ding D, Wahlgren DR, Liles S, Jones JA, Hughes SC, Hovell MF. Secondhand smoke avoidance by preteens living with smokers: To leave or stay? *Addictive Behaviors* [internet]. 2010 [cited 2017 February 21];35:989-94. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20634003>.
19. Sivasan S. Effects of a smoking prevention and secondhand smoking avoidance program for primary school students [Master of nursing thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2015. [In Thai].

20. Chomekhunthod S, Homsin P, Srisuriyawet R. Effects of self-efficacy enhancement and family participation on smoking refusal self-efficacy and intention to not smoking of male primary school students. The public health journal of Burapha University 2012;9(1): 92-102. [In Thai].
21. Roochirachagon T. The evaluation of public service advertising in second hand smoking campaign by Thai Health Promotion Foundation [Master of Arts thesis]. Bangkok: Thummasat University; 2007. [In Thai].
22. Duangpornprasert K. Media Exposure, knowledge, attitude, and participation in solving problems of alcohol use among adolescents in Bangkok. Social Science Journal 2015;4(1):1-8. [In Thai].
23. Therawiwat M, Tansakul S, Imamee N, Teinjaung V, Atarikanonda P. An efficacy of smoke free school curriculum in secondary schools, Bangkok and Perimeter. Tobacco Control Research and Knowledge Management Center; 2007. [In Thai].
24. Boonshuyar C. Population and sample selection Unit 8th. Statistics and research methods in public health Unit 6-10th. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat University printing house; 2001. [In Thai].
25. Bloom BS, Hastings TJ, Madaus GF. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: Mc Graw-Hill book; 1971.
26. Tobacco Control Research and Knowledge Management Center. Qualitative Data Collection Report "Non Smoking House" [internet]. 2006 [cited 2016 October 22]. Available from: <http://www.youblisher.com/>. [In Thai].

ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 กรุงเทพมหานคร

ธิดารัตน์ นาคสมบูรณ์¹ มณฑา เก่งการพานิช²

ธราดล เก่งการพานิช² ศรัณญา เบญจกุล²

¹ นักศึกษาหลักสูตร วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาสุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ

² อาจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานครจำนวน 2 แห่ง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 35 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 29 คน กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการเรียนการสอนตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่ประยุกต์แนวคิดทักษะชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ 1) ทักษะตระหนักรู้และเห็นคุณค่าในตนเอง 2) ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) ทักษะการตัดสินใจและแก้ไขปัญหา 4) ทักษะการปฏิเสธ โดยกิจกรรมพัฒนาทักษะชีวิตประกอบด้วยกิจกรรมสุขศึกษา 4 สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้งๆ ละ 60 นาที เก็บรวบรวมข้อมูล 3 ระยะคือก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามโดยใช้แบบสอบถามและสัมภาษณ์ครูผู้สอน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และสถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ Chi-square, Independent t-test, Repeated Measure ANOVA และ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า หลังทดลองและระยะติดตาม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการตระหนักรู้และเห็นคุณค่าในตนเอง ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ทักษะการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาแตกต่างกันจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, $p = 0.004$ และ $p < 0.001$ ตามลำดับ) ยกเว้นทักษะการปฏิเสธที่ไม่มีความแตกต่างกัน ($p = 0.147$) สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่พบความแตกต่างกันของคะแนนเฉลี่ยในทักษะการตระหนักรู้และเห็นคุณค่าในตนเอง ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และทักษะการปฏิเสธ ($p > 0.05$) ยกเว้นทักษะการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.004$) และในระยะติดตามผลคะแนนเฉลี่ยของทั้ง 4 ทักษะของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังนั้น โรงเรียนจึงควรประยุกต์โปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิตนี้ไปบูรณาการเข้าสู่การเรียนการสอนในชั้นเรียนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันให้กับนักเรียนในการป้องกันการสูบบุหรี่

คำสำคัญ: ประสิทธิผลของโปรแกรม/ การพัฒนาทักษะชีวิต/ การป้องกันการสูบบุหรี่

Corresponding author: รศ. ดร. มณฑา เก่งการพานิช, อีเมล: kmondha@yahoo.com, โทร: 0897777043

Received: February 27, 2019; Revised: April 4, 2019; Accepted: May 22, 2019

The Effectiveness of Life Skills Development Program for Smoking Prevention among 5th Grade Students In Bangkok Metropolis

Tidarat Naksomboon¹, Mondha Kengganpanich²,
Tharadol Kengganpanich², Sarunya Benjakul²

¹ Student M.Sc. (Public Health) Major in Health Education and Health Prevention

² Department of Health Education and Behavioral Sciences, Faculty of Public Health, Mahidol University

Abstract

This two group quasi-experimental research aimed to study the effectiveness of life skill development program for smoking prevention among 5th grade students in two elementary school in Bangkok Metropolis. 64 samples were divided into two groups, 35 students were the experimental group and 29 students were the comparison group. The comparison group received the regular teaching and learning activities while the experimental group received the health education program applying four life skills: 1) self-awareness and self-esteem; 2) critical thinking skills; 3) decision making and problem solving skills; and 4) refusal skills. The skill development activities composed of four sessions of health education activities in 4 weeks with 60 minute-session each. Data collection was done before and after the experimentation and the follow-up period using a questionnaires and interview the instructors. Data analysis was done using descriptive statistics: frequency, percentage and arithmetic mean, and analytical statistics: Chi-square, Independent t-test, Repeated Measure ANOVA and Paired t-test.

The results of mean difference before, after the experimentation, and follow up period showed that the experimental group had significant different mean scores of self-awareness and self-esteem, critical thinking skills for smoking prevention, and decision making and problem solving skills for smoking prevention ($p < 0.001$, $p = 0.004$ and $p < 0.001$, respectively), except refusal skills for smoking prevention that was not different ($p = 0.147$). For comparison group, there were not different of mean scores of self-awareness and self-esteem, critical thinking skills for smoking prevention, and refusal skills for smoking prevention ($p > 0.05$), except problem solving skills for smoking prevention that was different significantly ($p = 0.004$). Moreover, the findings showed that the four life skills among the experimental group were found to be significantly higher than the comparison group ($p < 0.05$). Thus, schools should apply this life skill development program for smoking prevention in classroom learning and teaching activities in order to prevent students from smoking.

Keywords: Program Effectiveness / Life Skills Development / Smoking Prevention

บทนำ

บุหรีคือยาเสพติดมีฤทธิ์ร้ายแรงประเภทหนึ่ง มีอำนาจการเสพติดสูงส่งผลให้เกิดความต้องการสูบบุหรีอย่างต่อเนื่องและจะมีความต้องการเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้สูบบุหรีและบุคคลรอบข้าง บุหรีมีสารประกอบหลายชนิดที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายทำให้เกิดโรคต่างๆ¹ ข้อมูลขององค์การอนามัยโลกรายงานว่า ในปี พ.ศ.2553 มีผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยที่มีสาเหตุเนื่องจากการสูบบุหรีประมาณ 4 ล้านคน และองค์การอนามัยโลกทำนายอัตราการตายจากการสูบบุหรีในศตวรรษที่ 21 จะสูงกว่าอัตราการตายจากการสูบบุหรีในศตวรรษที่ 20 ประมาณ 10 เท่าทั่วโลกมีเยาวชนสูบบุหรี 250 ล้านคน² และเยาวชนเหล่านี้จะเสียชีวิตเนื่องจากการสูบบุหรีอย่างต่อเนื่องในอนาคต สถานการณ์การสูบบุหรีของเยาวชนไทย จากการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า ในปี พ.ศ. 2552 มีวัยรุ่นอายุ 15-18 ปี จำนวน 340,000 คนติดบุหรี เพิ่มขึ้นเป็น 407,809 คน ในปี พ.ศ. 2554 และในปี พ.ศ. 2557 มีจำนวนลดลงเป็น 353,898 คน³ เช่นเดียวกับกรุงเทพมหานครมีอัตราการสูบบุหรีของเยาวชนอายุ 15-18 ปี ปี พ.ศ. 2550 ร้อยละ 6.70 และ พ.ศ. 2554 มีอัตราสูงขึ้นเป็น ร้อยละ 7.04 อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบของเยาวชน พ.ศ. 2554 อายุ 14.49 ปี และ พ.ศ. 2557 อายุ 18.03 ปี³ อัตราการสูบบุหรีในเยาวชนของกรุงเทพมหานครที่เพิ่มสูงขึ้นเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไข ทั้งนี้เพราะบุหรีคือสิ่งเสพติดชนิดแรกที่เยาวชนติดได้ง่ายที่สุดและเป็นสื่อเข้าไปสู่การเสพติดยาเสพติดชนิดอื่นที่ร้ายแรงกว่าได้ แนวโน้มของอัตราการสูบบุหรีในเยาวชนอาจเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ด้วยพัฒนาการตามวัยของวัยรุ่นที่มีความอยากรู้อยากลอง อยากให้คนสนใจ ดังนั้นหากไม่ดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาย่างต่อเนื่องและจริงจังจะทำให้เกิดนักสูบหน้าใหม่เพิ่มมากขึ้น

จากการสัมภาษณ์นักเรียนระดับประถมศึกษาใน กลุ่มที่เคยลองสูบบุหรีกับปัจจุบันคิดอยากลอง จำนวน 17 คน เป็นชาย 10 คน และหญิง 7 คน ส่วนใหญ่มีบุคคลในบ้านสูบบุหรี ร้อยละ 88.24 (พ่อแม่และพี่น้องสูบ) และมีเพื่อนสนิทสูบ เหตุผลที่นักเรียนสูบบุหรี คืออยากลองสูบบุหรีตามบุคคลในบ้าน อยากรู้รสชาติ/กลิ่น

ของบุหรี ถูกรุ่นพี่และเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี สูบแล้วดูเท อีกทั้งพบว่ากว่าครึ่งที่ผู้ปกครองหรือบุคคลในบ้านพบเห็นนักเรียนสูบบุหรีแล้วไม่ว่ากล่าวตักเตือน นอกจากนี้ นักเรียนเกือบทั้งหมดมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี และเคยถูกเพื่อนชักชวนให้ลองและสูบบุหรี ในกลุ่มดังกล่าวพบว่ามีนักเรียนชั้น ป.5 ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 11 ปี มีความเสี่ยงสูงกว่าชั้นอื่นๆ โดยนักเรียน ร้อยละ 23.29 เคยลองสูบบุหรี และร้อยละ 9.59 อยากลองสูบบุหรีด้วยเพราะมีความอยากรู้อยากลอง อยากสูบบุหรีตามบุคคลใกล้ชิด และไม่ปฏิเสธเมื่อเพื่อนสนิทหรือบุคคลในครอบครัวชักชวนให้สูบบุหรีซึ่งแสดงให้เห็นถึงการขาดทักษะชีวิตของนักเรียน ในการป้องกันการสูบบุหรีใน 4 ด้าน คือทักษะการตระหนักรู้และเห็นคุณค่าในตนเองเพื่อป้องกันการสูบบุหรี ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณเพื่อป้องกันการสูบบุหรี ทักษะการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาเพื่อป้องกันการสูบบุหรี และทักษะการปฏิเสธเพื่อป้องกันการสูบบุหรี ซึ่งการเสริมสร้างทักษะชีวิตทั้ง 4 ด้านในการป้องกันการสูบบุหรีนั้นจะช่วยให้สามารถปรับตัว จัดการกับปัญหารอบตัวในชีวิตประจำวัน และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมในด้านดี⁴ หลีกเลี่ยงการสูบบุหรีได้ และการจัดการกับปัญหาต่างๆ รอบตัวในสภาพสังคมปัจจุบัน และเตรียมพร้อมสำหรับการปรับตัวในอนาคต⁵ การพัฒนาทักษะชีวิตจะทำให้ให้นักเรียนเกิดกระบวนการเรียนรู้ที่สามารถนำไปใช้ในการป้องกันการสูบบุหรี และป้องกันการเป็นนักสูบหน้าใหม่มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง และลดความเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรีได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิต เพื่อการป้องกันการสูบบุหรีของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังการทดลองนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ เกิดการเปลี่ยนแปลงทักษะการตระหนักรู้และเห็นคุณค่าในตนเองเพื่อป้องกันการสูบบุหรี ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณเพื่อป้องกันการสูบบุหรี ทักษะการตัดสินใจ และแก้ไขปัญหาเพื่อป้องกันการสูบบุหรี และทักษะ

การปฏิเสธเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อน และหลังการทดลอง (Two-Group Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียน ระดับชั้น ประถมศึกษาปีที่ 5 ทั้งชายและหญิงของโรงเรียน สังกัดกรุงเทพมหานคร เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 จำนวนทั้งสิ้น 64 คนจากโรงเรียน 2 แห่งที่มี บริบทคล้ายคลึงกัน การคำนวณขนาดของตัวอย่างใช้สูตร การคำนวณเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างสอง กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน⁶ และใช้ผลการวิจัยของ ศุภิสกร ศิวเสน⁷ สำหรับแทนค่าสูตรในการคำนวณขนาด ตัวอย่าง พบว่าได้ตัวอย่าง 25 คนต่อกลุ่ม และเพื่อ ป้องกันการถอนตัวออก ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างโดย ปรับเพิ่มจำนวนผู้เข้าร่วมอีก ร้อยละ 10 รวมเป็นจำนวน ผู้เข้าร่วมวิจัย กลุ่มละ 28 คน และเนื่องจากการวิจัยใน ครั้งนี้ เป็นการวิจัยที่จัดกิจกรรมขึ้นในโรงเรียน จึงใช้ ขนาดตัวอย่างเท่ากับจำนวนนักเรียนทั้งห้องเรียนใน การดำเนินกิจกรรม พบว่าโรงเรียนของกลุ่มทดลอง มีนักเรียน 35 คน และโรงเรียนของกลุ่มเปรียบเทียบมี นักเรียน 29 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เริ่มด้วยการเลือกโรงเรียน สังกัด กรุงเทพมหานคร ระดับประถมศึกษาที่ตั้งอยู่ในเขตวัฒนา เป็นโรงเรียนที่มีขนาดใกล้เคียงกัน และให้ความร่วมมือ ในการดำเนินการวิจัยมีด้วยกัน 8 โรงเรียน คัดเลือก โรงเรียนใช้วิธีการสุ่มเลือกแบบง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากเพื่อให้ได้ 2 โรงเรียน แบ่งเป็นโรงเรียนทดลอง และโรงเรียนเปรียบเทียบ

จากนั้นเลือกห้องเรียนระดับชั้นประถมศึกษา ปีที่ 5 ใช้วิธีการสุ่มเลือกแบบง่ายโดยการจับฉลาก ชั้นละ 1 ห้อง โดยดำเนินการทดลองในนักเรียนทุกคนในห้องที่

ไม่เคยสูบบุหรี่ หรือเคยทดลองสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันไม่ได้สูบบุหรี่แล้ว และได้รับความยินยอมให้เข้าร่วมโครงการวิจัย จากบิดามารดาหรือผู้ปกครอง สำหรับนักเรียนที่ปัจจุบัน สูบบุหรี่จะถูกคัดออกในช่วงวิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสุขศึกษาซึ่งเป็นโปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิตเพื่อ การป้องกันการสูบบุหรี่ จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมระยะเวลา 4 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้เก็บข้อมูล ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 16 ข้อ ส่วนที่ 2 ทักษะการตระหนักรู้และเห็นคุณค่าใน ตนเองเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ จำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 3 ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ จำนวน 12 ข้อ ส่วนที่ 4 ทักษะการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ จำนวน 11 ข้อ และ ส่วนที่ 5 ทักษะการปฏิเสธเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ จำนวน 13 ข้อ แบบสอบถามในส่วนที่ 2-5 เป็นคำถามที่มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) การแปลผลคะแนนใช้การแบ่งระดับคะแนนแบบอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของบลูม⁸ แบบสอบถามนี้ ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดย คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และนำไปทดลองใช้ เพื่อหาความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของส่วนที่ 2 ถึง 5 เท่ากับ 0.726, 0.719, 0.644 และ 0.640 ตามลำดับ และมีแนวคำถามประเด็นการพบเห็นนักเรียนสูบบุหรี่ การเรียนการสอนเรื่องบุหรี่ในรายวิชา และกิจกรรม ส่งเสริมป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนในการสัมภาษณ์ ครูผู้สอน จำนวน 5 ข้อ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยประสานงานกับ ผู้อำนวยการโรงเรียน ขอความอนุเคราะห์ในการ ดำเนินการวิจัย วางแผนเตรียมกิจกรรม อุปกรณ์ และ อื่นๆ ตามโปรแกรม และดำเนินการวิจัยภายหลังได้รับ

เอกสารการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะ
สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MUPH
2017-010

ขั้นก่อนการทดลอง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล
ด้วยแบบสอบถามก่อนการทดลองทั้งกลุ่มทดลอง และ
กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการดำเนินกิจกรรม 1 สัปดาห์เพื่อ
เป็นข้อมูลก่อนการดำเนินกิจกรรม

ขั้นตอนการ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการ
เรียนการสอนตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม
สุขศึกษา ประกอบด้วยกิจกรรม จำนวน 4 ครั้ง สัปดาห์
ละ 1 ครั้งๆ ละ 60 นาที ดำเนินการระหว่างเดือน
สิงหาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน 2560 รายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่	กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมสร้างทักษะ การตระหนักรู้และเห็นคุณค่าใน ตนเองเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่	กิจกรรมที่ 1 ปฐมนิเทศ และกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เกี่ยวกับสารพิษในควันบุหรี่ โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และผลกระทบจาก การสูบบุหรี่ ชมวีดิทัศน์เรื่องอันตรายของบุหรี่และสูบบุหรี่ กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมอภิปรายกลุ่มย่อยเกี่ยวกับผลเสียของการสูบบุหรี่และส่งตัวแทนออกมา นำเสนอหน้าชั้นเรียน กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมตระหนักรู้เห็นคุณค่าตนเอง 1) ให้นักเรียนทำใบงาน “รู้จักตนเอง” และจับคู่พูดคุยแลกเปลี่ยนกับเพื่อน 2) กิจกรรมตระหนักรู้...สูบบุหรี่ ให้แต่ละกลุ่มร่วมกันแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ใน การป้องกันตนเองไม่ให้สูบบุหรี่และนำเสนอหน้าชั้นเรียน สุดท้ายผู้วิจัยสรุปผลกิจกรรมโดยใช้ เทคนิคคำถาม R-C-A ⁹
สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมสร้างทักษะ การคิดอย่างมีวิจารณญาณเพื่อ ป้องกันการสูบบุหรี่	กิจกรรมที่ 1 บรรยายเกี่ยวกับหลักการคิดอย่างมีวิจารณญาณพร้อมทั้งสรุป กิจกรรมที่ 2 ให้อภิปรายกรณีศึกษาในใบงานเรื่อง “ทิวกับบ๊วก” คิดให้ดีและนำเสนอหน้าชั้นเรียน พร้อมทั้งสรุป กิจกรรมที่ 3 อภิปรายกลุ่มย่อยเกี่ยวกับการคิดอย่างมีวิจารณญาณร่วมกันวิเคราะห์กรณีศึกษาเรื่อง “สังคมของเอ็กซ์” และนำเสนอหน้าชั้นเรียน สุดท้ายผู้วิจัยสรุปผลกิจกรรมโดยใช้เทคนิคคำถาม R-C-A
สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมสร้างทักษะ การตัดสินใจและแก้ไขปัญหาเพื่อ ป้องกันการสูบบุหรี่	กิจกรรมที่ 1 บรรยายเกี่ยวกับขั้นตอนการตัดสินใจเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ พร้อมทั้งสรุป กิจกรรมที่ 2 อ่านทำความเข้าใจกรณีศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจที่ได้รับวิเคราะห์สถานการณ์ และ นำเสนอหน้าชั้นเรียน สุดท้ายร่วมกันสรุป กิจกรรมที่ 3 กิจกรรม “สถานการณ์ทางเลือก” ระดมสมองสร้างสถานการณ์สมมติตามขั้นตอน การตัดสินใจ ฝึกซ้อมและแสดงบทบาทสมมติพร้อมทั้งร่วมกันสรุป สุดท้ายผู้วิจัยสรุปผลกิจกรรมโดย การใช้เทคนิคคำถาม R-C-A
สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมสร้างทักษะ การปฏิเสธเพื่อป้องกันการสูบ บุหรี่ย	กิจกรรมที่ 1 บรรยายเกี่ยวกับขั้นตอนการปฏิเสธเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่พร้อมทั้งสรุป กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมการแสดงบทบาทสมมติ (ตามสถานการณ์ที่มอบหมาย) ทำความเข้าใจ และ ฝึกซ้อมสถานการณ์สมมติและแสดงบทบาทสมมติหน้าชั้นเรียนพร้อมทั้งร่วมกันสรุป กิจกรรมที่ 3 สร้างสถานการณ์สมมติตามขั้นตอนการปฏิเสธระดมสมองฝึกซ้อมและแสดงบทบาท สมมติหน้าชั้นเรียน พร้อมทั้งร่วมกันสรุปสุดท้ายผู้วิจัยสรุปผลกิจกรรมโดยใช้เทคนิคคำถาม R-C-A

ขั้นหลังการทดลอง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามหลังการทดลองทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการดำเนินกิจกรรม 1 สัปดาห์

ขั้นตอนติดตามผลการทดลอง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามในระยะติดตามผลการทดลองทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง 7 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและทดสอบความเหมือนกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนได้รับโปรแกรมโดยใช้สถิติ Independent t-test และ Chi-square Test สำหรับการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของทักษะ 4 ด้าน ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในช่วงก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยใช้สถิติ Repeated measure ANOVA และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในช่วงก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลคุณลักษณะประชากร

คุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีอายุระหว่าง 10-12 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีบิดาสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา มารดาสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ร่วมกับบิดา และ/หรือมารดา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบทักษะการตระหนักรู้และเห็นคุณค่าในตนเองเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในช่วงก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ทักษะการตระหนักรู้	n	$\bar{x}$	SD	F/t	df	p
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	35	21.37	3.29	10.312	2, 68	<0.001 ^a
หลังการทดลอง	35	22.86	3.54			
ระยะติดตาม	35	23.34	2.86			
- ก่อน-หลังการทดลอง				3.331	34	0.002 ^b
- ก่อน-ระยะติดตาม				4.001	34	<0.001 ^b
- หลัง-ระยะติดตาม				1.171	34	0.250 ^b

มีคนในบ้านสูบบุหรี่คือ บิดาของกลุ่มตัวอย่าง ไม่เคยถูกเพื่อนชวนสูบบุหรี่ ไม่เคยพบเห็นเพื่อนครูและเจ้าหน้าที่ของโรงเรียนสูบบุหรี่ และไม่มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ เกือบทั้งหมดไม่เคยพบเห็นการจำหน่ายบุหรี่ให้เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับข้อมูล/ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่โดยแหล่งข้อมูลส่วนใหญ่มาจากครู/บอร์ด/ประชาสัมพันธ์ในโรงเรียน และโทรทัศน์ โดยทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันของข้อมูลคุณลักษณะประชากรก่อนการทดลอง ($p>0.05$) ยกเว้นตัวแปรเพื่อนเคยชวนสูบ และระดับการศึกษาของบิดาและมารดาที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

2. ทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่

ด้านต่างๆ

2.1 ทักษะการตระหนักรู้และเห็นคุณค่าในตนเองเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนทักษะการตระหนักรู้และเห็นคุณค่าในตนเองเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ภายในกลุ่มทดลอง 3 ระยะคือ ระหว่างก่อน-หลังการทดลอง และระยะติดตาม พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง และระยะติดตามเพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) เมื่อทดสอบด้วย Repeated measure ANOVA พบว่าหลังการทดลองมีคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับคะแนนระยะติดตามที่สูงกว่าก่อนทดลอง ($p=0.002$ และ <0.001 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองและระยะติดตามไม่มีความแตกต่างกับก่อนการทดลอง ($p=0.314$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบทักษะการตระหนักรู้และเห็นคุณค่าในตนเองเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในช่วงก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล (ต่อ)

ทักษะการตระหนักรู้	n	$\bar{x}$	SD	F/t	df	p
กลุ่มเปรียบเทียบ						
ก่อนการทดลอง	29	19.76	4.43	1.050	2, 56	0.314 ^a
หลังการทดลอง	29	20.83	4.78			
ระยะติดตาม	29	20.72	4.65			
- ก่อน-หลังการทดลอง				0.962	28	0.344 ^b
- ก่อน-ระยะติดตาม				1.025	28	0.314 ^b
- หลัง-ระยะติดตาม				0.119	28	0.906 ^b

a=Repeated Measure Anova, b=Paired t-test

2.2 ด้านทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ภายในกลุ่มทดลอง 3 ระยะคือ ระหว่างก่อน-หลังการทดลองและระยะติดตามพบว่ามีความแตกต่างหลังการทดลองเพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนทดลอง และลดลงในระยะติดตาม โดยคะแนนระยะติดตามใกล้เคียงกับระยะก่อนทดลอง ผลการเปลี่ยนแปลงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($p < 0.001$) เมื่อทดสอบด้วย Repeated measure ANOVA พบว่าหลังการทดลองมีคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และคะแนนในระยะติดตามลดลงซึ่งพบความแตกต่างระหว่างก่อนการทดลองและระยะติดตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบ พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.015$) โดยพบคะแนนหลังการทดลองและระยะติดตามเพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.003$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในช่วงก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ	n	$\bar{x}$	SD	F/t	df	p
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	35	27.54	4.57	9.527	2, 68	<0.001 ^a
หลังการทดลอง	35	30.89	3.40			
ระยะติดตาม	35	27.29	5.29			
- ก่อน-หลังการทดลอง				4.865	34	<0.001 ^b
- ก่อน-ระยะติดตาม				0.238	34	0.814 ^b
- หลัง-ระยะติดตาม				3.803	34	0.001 ^b
กลุ่มเปรียบเทียบ						
ก่อนการทดลอง	29	23.00	6.52	4.556	2, 56	0.015 ^a
หลังการทดลอง	29	26.86	3.41			
ระยะติดตาม	29	25.55	6.19			
- ก่อน-หลังการทดลอง				3.196	28	0.003 ^b
- ก่อน-ระยะติดตาม				1.840	28	0.076 ^b
- หลัง-ระยะติดตาม				1.006	28	0.323 ^b

a=Repeated Measure Anova, b=Paired t-test

2.3 ด้านทักษะการตัดสินใจและแก้ไขปัญหา เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนทักษะการตัดสินใจ และแก้ไขปัญหาเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ภายในกลุ่มทดลอง 3 ระยะคือ ระหว่างก่อน-หลังการทดลองและระยะติดตาม พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองเพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนทดลอง และคงที่ในระยะติดตาม โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.004$) เมื่อทดสอบด้วย Repeated measure ANOVA พบว่าหลัง

การทดลองและระยะติดตามมีคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$ และ 0.016) ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ามีอย่างน้อย 1 คู่ของระยะเวลาที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.004$) โดยพบคะแนนระยะติดตามเพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนการทดลอง และระยะติดตามเพิ่มขึ้นสูงกว่าหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.004$ และ 0.020 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบทักษะการตัดสินใจและแก้ปัญหาเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในช่วงก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ทักษะการตัดสินใจและแก้ปัญหา	n	$\bar{x}$	SD	F	df	p
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	35	26.80	4.95	6.071	2, 68	0.004 ^a
หลังการทดลอง	35	29.09	4.47			
ระยะติดตาม	35	29.09	4.76			
- ก่อน-หลังการทดลอง				4.736	34	<0.001 ^b
- ก่อน-ระยะติดตาม				2.528	34	0.016 ^b
- หลัง-ระยะติดตาม				<0.000	34	1.000 ^b
กลุ่มเปรียบเทียบ						
ก่อนการทดลอง	29	25.93	5.38	6.254	2, 56	0.004 ^a
หลังการทดลอง	29	27.59	3.86			
ระยะติดตาม	29	29.03	4.50			
- ก่อน-หลังการทดลอง				1.673	28	0.105 ^b
- ก่อน-ระยะติดตาม				3.121	28	0.004 ^b
- หลัง-ระยะติดตาม				2.461	28	0.020 ^b

a=Repeated Measure Anova, b=Paired t-test

2.4 ด้านทักษะการปฏิเสธเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนทักษะการปฏิเสธเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ภายในกลุ่มทดลอง 3 ระยะคือ ระหว่างก่อน-หลังการทดลองและระยะติดตามพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองเพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนทดลอง

เล็กน้อย และลดลงในระยะติดตาม เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ไม่มีความแตกต่างกัน ($p=0.147$) อย่างไรก็ตามเมื่อมีการเปรียบเทียบด้วย Repeated measure ANOVA พบการเพิ่มขึ้นของหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่พบความแตกต่างทั้ง 3 ระยะ ($p=0.561$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบทักษะการปฏิเสธเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในช่วงก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ทักษะการปฏิเสธ	n	$\bar{x}$	SD	F/t	df	p
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	35	32.26	5.94	1.974	2, 68	0.147 ^a
หลังการทดลอง	35	34.09	5.11			
ระยะติดตาม	35	33.69	4.70			
- ก่อน-หลังการทดลอง				7.979	34	<0.001 ^b
- ก่อน-ระยะติดตาม				1.176	34	0.248 ^b
- หลัง-ระยะติดตาม				0.353	34	0.726 ^b
กลุ่มเปรียบเทียบ						
ก่อนการทดลอง	29	31.21	6.20	0.583	2, 56	0.561 ^a
หลังการทดลอง	29	30.38	3.27			
ระยะติดตาม	29	29.76	6.52			
- ก่อน-หลังการทดลอง				1.162	28	0.255 ^b
- ก่อน-ระยะติดตาม				0.841	28	0.408 ^b
- หลัง-ระยะติดตาม				0.444	28	0.660 ^b

a=Repeated Measure Anova, b=Paired t-test

การอภิปรายผล

โปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิตของนักเรียนในการป้องกันการสูบบุหรี่ใน 4 ด้าน คือทักษะการตระหนักรู้และเห็นคุณค่าในตนเอง ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ทักษะการตัดสินใจและแก้ไขปัญหา และทักษะการปฏิเสธเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ทักษะการตระหนักรู้และเห็นคุณค่าในตนเองเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ ภายหลังการทดลองและระยะติดตามพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนทักษะการตระหนักรู้และเห็นคุณค่าในตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) หากแต่ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามมีทักษะเพิ่มขึ้นเล็กน้อยแต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งความแตกต่างที่เป็นไปตามสมมติฐานนี้ ส่วนหนึ่งเกิดจากกิจกรรมการให้ความรู้และการชมเชยที่ดีเกี่ยวกับอันตรายของบุหรี่ที่ทำร้ายสุขภาพ กิจกรรมอภิปรายกลุ่มย่อยเกี่ยวกับผลเสียของการสูบบุหรี่ และผลดีต่อตนเองในการไม่สูบบุหรี่

ฝึกวิเคราะห์สถานการณ์จำลองที่ทำให้นักเรียนได้เห็นถึงคุณค่าของตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัยของวาสิณี ชื่นแก้วหล้า¹⁰ และเกตุทิพย์ เชียงคำ และคณะ¹¹ ซึ่งภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะชีวิตในด้านความตระหนักรู้ในตนเอง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ ภายหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณสูงกว่าก่อนการทดลอง หากแต่คะแนนลดลงในระยะติดตามจนคะแนนใกล้เคียงกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) การที่นักเรียนมีทักษะการคิดเพิ่มขึ้น เกิดจากกิจกรรมการเรียนรู้หลักการของทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ฝึกการคิดวิเคราะห์กรณีศึกษา การทำแบบฝึกหัดรายบุคคลและการทำกิจกรรมกลุ่ม ทำให้นักเรียนได้การคิดและร่วมกันคิด วิเคราะห์สถานการณ์ทางเลือกที่มีอิทธิพลต่อการถูกชักชวนให้สูบบุหรี่แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและอภิปรายร่วมกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของธิดารัตน์ ผลเต็ม¹² ซึ่งภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะชีวิตด้านความคิดสร้างสรรค์และ

ความคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ดี ในระยะติดตามผลพบว่าคะแนนลดลงเหลือคะแนนเท่ากับก่อนการทดลอง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการคงอยู่ของพฤติกรรมที่เกิดในระยะสั้นทำให้ในระยะติดตามผลมีคะแนนลดลง ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะนักเรียนกลุ่มทดลองไม่เคยตกอยู่ในสถานการณ์จริงที่ถูกชักชวนให้สูบบุหรี่ ทำให้นักเรียนมองเห็นภาพไม่ชัดเจน และด้วยไม่มีการกระตุ้นการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องส่งผลต่อความคงทนของทักษะการคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณทำให้เกิดขึ้นเพียงระยะสั้น เช่นเดียวกับกลุ่มเปรียบเทียบซึ่งพบว่ามีความหลังทดลองเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการเรียนการสอนในระบบปกติ อาทิ ในวิชาสุขศึกษาและพลศึกษามีการเรียนการสอนที่สร้างทักษะการคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณให้กับเด็กอยู่ด้วย หากแต่ให้ผลลัพธ์ในทิศทางเดียวกันคือมีแนวโน้มลดลงในระยะติดตามผล

3. ทักษะการตัดสินใจและแก้ไขปัญห
เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ ภายหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนทักษะการตัดสินใจและแก้ไขปัญหเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และมีค่าคงที่ในระยะหลังทดลองกับระยะติดตาม ($p < 0.001$) ทั้งนี้เกิดจากกิจกรรมการฝึกการตัดสินใจ การประเมินทางเลือก การร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์พร้อมทั้งสร้างสถานการณ์สมมติ และแสดงบทบาทสมมติทำให้นักเรียนได้ฝึกตัดสินใจเสมือนจริงทำให้จดจำได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับงานวิจัยของเบญจวรรณ กิจควรดี¹³ ซึ่งพบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนทักษะการตัดสินใจสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และพบว่าระยะติดตามผลมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับหลังการทดลองซึ่งแสดงให้เห็นถึงความคงอยู่ของทักษะการตัดสินใจและแก้ไขปัญห จากการที่กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มไม่สูบบุหรี่ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่หนุนเสริมการสูบบุหรี่ และมีเพียงส่วนน้อยมากที่เคยถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่ จึงทำให้การตัดสินใจและแก้ไขปัญหเพื่อการไม่สูบบุหรี่จึงเป็นไปโดยง่ายที่นำเสนอในกลุ่มเปรียบเทียบที่คะแนนทักษะการตัดสินใจเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพบว่าอาจเป็นผลจากการเรียนการสอนในวิชาสุขศึกษาและพลศึกษาที่มีการสอนในช่วงเวลาเดียวกันกับดำเนินโปรแกรมในโรงเรียนทดลอง

4. ทักษะการปฏิเสธเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ ภายหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนทักษะการปฏิเสธเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองหากแต่ลดลงในระยะติดตามผล มีความแตกต่างที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.147$) หากแต่เมื่อทำการเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) การเปลี่ยนแปลงในระยะสั้น อาจเกิดจากกิจกรรมการเรียนรู้ขั้นตอนการปฏิเสธเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ การแสดงบทบาทสมมติตามสถานการณ์จำลอง การสร้างสถานการณ์จำลองด้วยตนเองร่วมกับเพื่อนในกลุ่มเกี่ยวกับการปฏิเสธเพื่อการป้องกันตนเองไม่ให้สูบบุหรี่ได้ และวิเคราะห์สถานการณ์ตามขั้นตอนการปฏิเสธ สอดคล้องกับงานวิจัยของดวงกมล มงคลศิลป์¹⁴ อย่างไรก็ตาม ระยะติดตามผลมีคะแนนลดลงกว่าหลังการทดลอง แสดงถึงปัญหาความคงทนของทักษะการปฏิเสธทั้งนี้อาจเป็นเพราะนักเรียนเหล่านี้ไม่เคยมีประสบการณ์โดยตรงกับการถูกชักชวนให้สูบบุหรี่ จึงไม่เคยมีประสบการณ์ปฏิเสธการสูบบุหรี่ ดังนั้นการฝึกทักษะจากสถานการณ์จำลองเพียงอย่างเดียว อาจทำให้มองเห็นภาพไม่ชัดเจน เช่นเดียวกับกลุ่มเปรียบเทียบที่มีการเรียนการสอนทักษะต่างๆ ในชั้นเรียน หากแต่ไม่มุ่งเน้นทักษะการปฏิเสธด้วย เพราะไม่ได้คิดว่านักเรียนเหล่านี้เป็นกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสูบบุหรี่

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงเรียนควรปรับการเรียนการสอน โดยมุ่งเน้นการสอนทักษะชีวิตให้แก่นักเรียนเพื่อให้เกิดภูมิคุ้มกันในการไม่สูบบุหรี่และสิ่งเสพติดอื่นๆ และปรับปรุงวิธีการสอนให้เกิดประสิทธิภาพต่อทักษะด้านต่างๆ โดยการเพิ่มเวลาการเรียนรู้ให้มากขึ้น และควรจัดการเรียนรู้ตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาตอนต้น (ประถม 3 หรือ 4) เพื่อประสิทธิผลในการป้องกัน

2. หลักสูตรการเรียนการสอน ควรบูรณาการเรื่องบุหรี่ไว้ในวิชาที่เกี่ยวข้อง เช่น วิชาสุขศึกษาและพลศึกษา และให้มีการสอนอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความคงทนของพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่

3. จากการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นพบว่ามีนักเรียนที่สูบบุหรี่และเคยลองสูบบ้าง ดังนั้น โรงเรียนควรมี

กิจกรรมช่วยเลิกบุหรี่ในลักษณะให้คำปรึกษาเฉพาะราย หรือมีการใช้กิจกรรมกลุ่มแบบเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อให้ นักเรียนดังกล่าวเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้ เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ได้ให้ทุน สนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบพระคุณมูลนิธิ ธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์สื่อใน การจัดกิจกรรม

เอกสารอ้างอิง

1. ประกิจ วาที่สารกิจ. 50 คำถามผู้สูบบุหรี่หรือไม่สูบบุหรี่ ต้องอ่าน. พิมพ์ครั้งที่ 15. กรุงเทพมหานคร: มณปรียา กราฟฟิค; 2557.
2. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2013 Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship [Internet]. 2013 [cited 2017 June 12]. Available from: https://www.who.int/tobacco/global_report/2013/en/.
3. ศรีธัญญา เบญจกุล. ผลสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของ ประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป โดยสำนักงานสถิติ แห่งชาติ; 2557.
4. World Health Organization. Life Skill Education in Schools. World Health Organization Division of Mental Health: Geneva; 1994.
5. สำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา. รู้ได้อย่างไรว่า เด็กไทยมีทักษะชีวิต. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุม สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2555.
6. Fleiss JL. Statistical method for rate and proportions. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons; 1981.
7. ศุภสิริ คิวเสน. ผลของโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่และ การหลีกเลี่ยงการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในนักเรียน ประถมศึกษาตอนปลาย [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
8. Bloom BS. Handbook on Formative and Summative Evaluation of student Learning. New York: David Mackay; 1971.
9. เพชรรัตน์ จงนิมิตสถาพร, นภาพร วรเนตรสุดาพิทย์. เทคนิคคำถาม R-C-A กับการพัฒนาทักษะชีวิต. วารสาร ศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2556;36(2): 1-5.
10. วาสนี ชันแก้วหล้า. ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรม ทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการเสพติดหรือของเด็กในสถาน สงเคราะห์เด็กชายบ้านเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์ศึกษา ศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2552.
11. เกตุทิพย์ เชียงคำ. ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนา ทักษะชีวิตในการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียน มัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนทุ่งฟ้าวิทยาคม อำเภอ บ้านตาก จังหวัดตาก [สารนิพนธ์ปริญญาสาธารณสุข ศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2550.
12. ธิดารัตน์ ผลเต็ม. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดย การประยุกต์ใช้การเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับ แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อพัฒนาพฤติกรรม การป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียน ขยายโอกาสทางการศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
13. เบญจวรรณ กิจควรดี. ประสิทธิผลของการประยุกต์ การสร้างเสริมทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียน แห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี [ปริญญา สาธารณสุข ศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
14. ดวงกมล มงคลศิลป์. ผลของการใช้กระบวนการเรียนรู้ เพื่อพัฒนาทักษะชีวิตต่อพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ใน เด็กวัยรุ่นตอนต้น กรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.

ภาพลักษณ์กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข: มุมมองประชาชนไทย ประจำปี 2561

นิรันตา ศรีบุญทิพย์¹ จักรกฤษณ์ พลราชม²

¹ สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

² คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ตามการรับรู้ของประชาชน ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2,889 คน ได้จากสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติไคร้สแควร์ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 92.7 เห็นว่ากรมควบคุมโรคมีภาพลักษณ์เชิงบวก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค ทุกข้ออยู่ในระดับสูง (ระหว่าง 4.06–4.26) และผลการวิจัยพบความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ภูมิภาคและอาชีพหลักของผู้ตอบแบบสอบถามกับการรับรู้ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปการวางแผนสร้างกลยุทธ์เพื่อส่งเสริมภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคอย่างเป็นระบบสอดคล้องกับลักษณะทางประชากรต่อไป

คำสำคัญ: ภาพลักษณ์/ ภาพลักษณ์องค์กร/ การรับรู้

Image of Department of Disease Control Ministry of Public Health: Perspectives of Thai Citizens in 2018

Niranta Sriboonthip¹, Chakkrit Ponrachom²

¹Bureau of Risk Communication and Health Behavior Development, Department of Disease Control,
Ministry of Health

²Faculty of Public Health, Kasetsart University Chalermphrakiat Sakon Nakhon Province Campus

Abstract

The research aimed to investigate perception of image on Department of Disease Control (DDC). The study was a descriptive research. They were 2,889 samples selected by multi-stage sampling. The data were collected by questionnaires. Statistics, including percentage, mean, standard deviation, and Chi-square were used to analyzed the data. The major study results found as follows: 1) Most of the samples perceived positive image of DDC about 92.7 percent. 2) The samples perceived image of DDC is high level (4.06 to 4.26). 3) It was found that age, region, and career of sample significantly correlated with perceived positive image of DDC ($p < 0.05$). The results can be used to create a strategic plan to promote the image of the DDC following demographic characteristics.

Keywords: Image/ Organization image/ Perception

บทนำ

ภาพลักษณ์องค์กร หมายถึง สิ่งที่เป็นตัวแทนหน่วยงานนั้น ๆ ในความรู้สึกนึกคิดของบุคคล ภาพลักษณ์เป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เพราะภาพลักษณ์มีผลโดยตรงต่อเจตคติ ซึ่งมีผลกระทบต่อพฤติกรรมของบุคคล¹⁻³ ภาพลักษณ์องค์กรเป็นมุมมองของบุคคลนอกหน่วยงาน สถาบันและองค์กร⁴ ที่เกิดขึ้นในจิตใจของคนว่า ดี ไม่ดี ชอบ ไม่ชอบ เชื่อถือ ไม่เชื่อถือ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับองค์กรดังกล่าว องค์กรที่มีภาพลักษณ์ที่ดีจะทำให้เกิดความน่านิยมเลื่อมใส ส่วนองค์กรที่มีภาพลักษณ์ที่ไม่ดี อาจส่งผลให้ไม่ได้รับความเชื่อถือจากประชาชน ซึ่งอาจส่งผลให้การดำเนินงานขององค์กรนั้นล้มเหลวได้⁵

จากความสำคัญของภาพลักษณ์ที่ได้นำเสนอข้างต้น องค์กรแต่ละแห่งจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการบริหารภาพลักษณ์องค์กร ซึ่งส่วนใหญ่มักทำผ่านการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับองค์กร โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับองค์กร เพราะมีงานวิจัยหลายชิ้นแสดงให้เห็นว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับองค์กร มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาพลักษณ์องค์กรเป็นอย่างมาก^{1,6,7,8-10}

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการบริหารภาพลักษณ์องค์กร (A Model of Organizational Image Management) พบว่า การบริหารภาพลักษณ์องค์กรสามารถแบ่งการดำเนินงานออกได้เป็น 3 ระยะ คือ 1. ระยะการสร้างภาพลักษณ์ (Image Creation) เป็นระยะที่องค์กรยังไม่เป็นที่รู้จัก งานหลักที่สำคัญในการบริหารภาพลักษณ์องค์กรในขั้นนี้ คือ การสื่อสาร โดยองค์กรที่เกิดใหม่นี้จะต้องพยายามสื่อสารข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับองค์กร เพื่อให้ผู้มีส่วนได้เสีย (Stakeholders) เกิดการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับองค์กรให้ได้มากที่สุดจนเกิดเป็นภาพลักษณ์องค์กรที่ดี 2. ระยะการรักษาภาพลักษณ์ (Image Maintenance) เป็นระยะที่สามารถสร้างภาพลักษณ์องค์กรที่ดีให้เกิดขึ้นในหมู่ผู้มีส่วนได้เสียได้แล้ว (Stakeholders) แต่เนื่องจากโดยธรรมชาติแล้ว

องค์กรทุกแห่งมีลักษณะการทำงานที่เป็นระบบเปิด (Open System) ทำให้องค์กรได้รับอิทธิพลจากสภาพแวดล้อมซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวย่อมส่งผลให้ภาพลักษณ์ขององค์กรเกิดการเปลี่ยนแปลงไป องค์กรจึงจำเป็นต้องมีการดำเนินงานเพื่อรักษาภาพลักษณ์ที่ดีให้คงอยู่ ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวมีลักษณะเป็นการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง และองค์กรต้องแสวงหาข้อมูลป้อนกลับ เพื่อใช้ในการวางแผนการสื่อสารให้ถูกต้อง 3. ระยะการกู้ภาพลักษณ์ (Image Restoration) ระยะนี้เป็นระยะที่เกิดขึ้นในองค์กรที่ทำการรักษาภาพลักษณ์ในระยะที่ 2 ไม่สำเร็จ องค์กรจะต้องมีการวางแผนการสื่อสารอย่างเข้มข้นเพื่อให้กลับไปสู่การดำเนินงานในระยะที่ 2 ให้ได้ มิฉะนั้นองค์กรจะดำเนินไปสู่สภาวะการทำงานล้มเหลว

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เป็นองค์กรระดับประเทศที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชน โดยการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ รวมทั้งการส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อการมีสุขภาพดี ห่างไกลจากโรคและภัยสุขภาพ ภายใต้วิสัยทัศน์ “ประชาชนได้รับการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับมาตรฐานสากลภายในปี 2580”¹² การดำเนินงานของกรมควบคุมโรคทุกส่วนจึงมีผลกระทบต่อประชาชนจำนวนมาก เนื่องจากในปัจจุบันการสื่อสารมีความรวดเร็ว ประชาชนสามารถรับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพหลากหลายช่องทาง มีทั้งถูกและผิดกรมควบคุมโรคในฐานะผู้ส่งสารจึงจำเป็นต้องสร้างภาพลักษณ์ เพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือ เชื่อมั่น ศรัทธาในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในฐานะที่เป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่ในการทำการสื่อสารเกี่ยวกับภาพลักษณ์องค์กรของกรมควบคุมโรคโดยตรง ได้เล็งเห็นความสำคัญของภาพลักษณ์องค์กรและการดำเนินงานเพื่อรักษาภาพลักษณ์องค์กรดังกล่าว สำนักสื่อสารและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพจึงจำเป็นต้องทำการศึกษาวิจัยภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน ในฐานะที่ประชาชนเป็นผู้มีส่วนได้

เสียที่สำคัญของกรมควบคุมโรค เพื่อให้ได้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับการรับรู้ภาพลักษณ์ขององค์การเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการของกรมควบคุมโรคต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของลักษณะทางประชากรกับการรับรู้ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประชากรในการศึกษาคั้งนี้ คือ ประชาชนไทยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ประชาชนไทยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 2,880 คน ใช้การกำหนดขนาดตัวอย่างด้วยตารางการกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่ความเชื่อมั่นร้อยละ 98 และความคลาดเคลื่อน $\pm$ ร้อยละ 2¹³ และใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Stratified multi-stage sampling) จากพื้นที่ 10 จังหวัดและกรุงเทพมหานคร ใน 40 ตำบล และ 8 แขวง โดยมีขั้นตอนการสุ่มมีดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การจัดแบ่งภาค มีวิธีการดำเนินการดังนี้

1.1 ใช้วิธีการแบ่งกลุ่ม (Cluster sampling) เพื่อจัดแบ่งพื้นที่ตามลักษณะทางภูมิศาสตร์ จำแนกได้ 4 ภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคใต้ ภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

1.2 ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) เลือกกรุงเทพมหานคร เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

รวมภาคที่เป็นตัวแทน 4 ภาค และกรุงเทพมหานคร

ขั้นตอนที่ 2 การคัดเลือกจังหวัด คัดเลือกจังหวัดที่เป็นตัวแทนภาค ดังนี้

ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยสุ่มอย่างง่ายจากจังหวัดให้เป็นตัวแทนแต่ละภาค ประกอบด้วย ภาคเหนือ และภาคใต้ ภาคละ 2 จังหวัด ส่วนภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ภาคละ 3 จังหวัด รวมจังหวัดที่เป็นตัวแทนจำนวน 10 จังหวัดและกรุงเทพมหานคร

ขั้นตอนที่ 3 การคัดเลือกอำเภอหรือเขตและตำบลหรือแขวง คัดเลือกอำเภอที่เป็นตัวแทนแต่ละจังหวัด จังหวัดละ 2 อำเภอ และในกรุงเทพมหานคร 4 เขต โดย

3.1 ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) คัดเลือกอำเภอเมือง เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

3.2 ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) คัดเลือกอำเภอที่เป็นตัวแทนอีกจังหวัดละ 1 อำเภอ และเขตในกรุงเทพมหานคร 4 เขต

3.3 ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) คัดเลือกตำบลหรือแขวงที่เป็นตัวแทนอำเภอละ 2 ตำบล

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย โดยให้ประชาชนที่พบทั่วไปทั้งชายและหญิงที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ยินดีให้ความร่วมมือในการทำแบบสอบถามด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นจากเอกสารวิชาการและงานวิจัยอื่นที่ได้ศึกษาไว้ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ โดยมีเครื่องมือในการวิจัย ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชากร เป็นลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) และเติมค่าลงในช่องว่าง จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษาและอาชีพ

ตอนที่ 2 การรับรู้ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประเมินค่า (Rating Scale) โดยมีมาตรวัด 6 หน่วย ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด และไม่เห็นด้วย จำนวน 12 ข้อ (คะแนนเต็ม 60 คะแนน) ให้คะแนนตั้งแต่ 0–5

การแปลผลคะแนนแบบสอบถาม

แปลผลคะแนน ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ มาก ปานกลาง และน้อย ตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข¹⁴ ดังต่อไปนี้ **ระดับมาก** คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 66.68–100.00 **ระดับปานกลาง** คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 33.34–66.67 **ระดับน้อย** คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 0.00–33.33

แบบสอบถามทั้งหมดได้ผ่านการหาคุณภาพของเครื่องมือด้านความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือการวิจัยไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา คัดเลือกข้อคำถามที่มีความเที่ยงตรงตั้งแต่ 0.66–1.00 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ ไปทดสอบกับประชาชนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 60 คน และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.944

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ร่วมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร เลขที่ Kucsc.HE-61-001 ณ วันที่ 11 พฤษภาคม พ.ศ. 2561

การเก็บรวบรวมข้อมูล

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัย เรื่อง การประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ พฤติกรรมสุขภาพและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค ประจำปี พ.ศ. 2561 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการทำหนังสือขอความร่วมมือในการวิจัยไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยกำหนดพื้นที่ ที่จะไปถึงกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) สถานศึกษา 2) ส่วนราชการ 3) ห้างสรรพสินค้า 4) ตลาด 5) อาคารสำนักงาน 6) สถานีขนส่ง 7) โรงพยาบาล 8) สวนสาธารณะ 9) วัด

และ 10) ที่อยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้ในแต่ละพื้นที่ ประกอบด้วยอย่างน้อย 5 ใน 10 สถานที่ ตามที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ครบถ้วนด้วยตนเองตั้งแต่เดือนสิงหาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2561 ได้รับแบบสอบถามที่สมบูรณ์และนำมาใช้ในการวิเคราะห์ จำนวน 2,889 ฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติไคร้สแควร์ (Chi-square) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 68.1 เป็นเพศหญิง และร้อยละ 31.9 อยู่ในช่วงอายุ อายุ 26-45 ปี ร้อยละ 31.5 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา รองลงมาคือ ร้อยละ 24.1 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40.0 มีอาชีพหลัก เป็นเกษตรกร รองลงมาคือ รับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 34.8 และ ร้อยละ 16.0 อยู่ในภาคกลางรองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คิดเป็นร้อยละ 25.3 และ ร้อยละ 24.9 มีพื้นที่พักอาศัยอยู่ในเขตเมือง

2. ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคตามการรับรู้ของประชาชน

ผู้วิจัยสรุปผลการศึกษาเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคตามการรับรู้ของประชาชน จำแนกตามระดับความคิดเห็นเชิงบวก ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 92.7 มีความคิดเห็นเชิงบวกต่อภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคอยู่ในระดับมาก รองลงมาคือ ร้อยละ 7.1 และ ร้อยละ 0.2 อยู่ในระดับปานกลางและระดับน้อย ตามลำดับ ดังแสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับของภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน (n=2,889)

ระดับของภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค ในมุมมองของประชาชน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มาก (41 – 60 คะแนน)	2,679	92.7
ปานกลาง (21 – 40 คะแนน)	205	7.1
น้อย (0 – 20 คะแนน)	5	0.2
$\bar{X} = 45.48, SD = 9.94$, ระดับสูง		

ส่วนที่ 2 การรับรู้ของประชาชนที่มีต่อภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค รายข้อ พบว่าทุกข้ออยู่ในระดับมาก โดยประเด็น (ข้อที่ 1) กรมควบคุมโรคเป็นองค์กรที่มีนโยบายน่าสนใจและเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม (ข้อที่ 2) กรมควบคุมโรคเป็นองค์กรที่มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรค และภัยสุขภาพที่มีประโยชน์ให้แก่ประชาชนได้ และ (ข้อที่ 12) กรมควบคุมโรคเป็นหนึ่งหน่วยงานที่สำคัญในระดับประเทศที่ทำให้ประชาชนมี

สุขภาพดี ปราศจากโรคและภัยสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.26$ $SD = 0.68$, $\bar{X} = 4.26$ $SD = 0.65$, $\bar{X} = 4.26$ $SD = 0.68$ ตามลำดับ) และประเด็น (ข้อที่ 7) การสื่อสารของกรมควบคุมโรคทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในประชาชน มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X} = 4.06$ $SD = 0.67$, $\bar{X} = 4.06$ $SD = 0.71$) ดังแสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน จำแนกตามรายข้อ (n=2,889)

ประเด็นการรับรู้ที่มีต่อภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค	Mean	SD	ระดับ
1. กรมควบคุมโรคเป็นองค์กรที่มีนโยบายที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม	4.26	0.68	มาก
2. กรมควบคุมโรคเป็นองค์กรที่มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรค และภัยสุขภาพที่มีประโยชน์ให้แก่ประชาชนได้	4.26	0.65	มาก
3. บุคลากรของกรมควบคุมโรคมีความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี	4.18	0.68	มาก
4. บุคลากรของกรมควบคุมโรคเป็นที่พึ่งให้แก่ประชาชนในด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	4.20	0.64	มาก
5. กรมควบคุมโรคมีกระบวนการทำงานในการรับมือกับโรคและภัยสุขภาพที่ถูกต้องอย่างทันการณ์	4.09	0.70	มาก
6. กรมควบคุมโรคมีการส่งเสริม ถ่ายทอด แลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้แก่ ประชาชนเรื่องโรคและภัยสุขภาพอย่างต่อเนื่อง	4.06	0.67	มาก
7. การสื่อสารของกรมควบคุมโรคทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในประชาชน	4.06	0.71	มาก
8. กรมควบคุมโรคมีเครือข่ายในการป้องกันควบคุมโรคที่เข้มแข็ง	4.11	0.69	มาก
9. กรมควบคุมโรคมีวิธีการใหม่ๆ ในการป้องกันและควบคุมโรค	4.07	0.71	มาก
10. กรมควบคุมโรคเป็นหน่วยงานที่ทำให้ประชาชนปลอดภัยจากโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศ	4.19	0.68	มาก
11. กรมควบคุมโรคเป็นหน่วยงานที่ปกป้องประชาชนไม่ให้เกิดผลกระทบจากโรคและภัยสุขภาพที่มาจากนานาชาติ	4.14	0.70	มาก
12. กรมควบคุมโรคเป็นหนึ่งหน่วยงานที่สำคัญในระดับประเทศที่ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี ปราศจากโรคและภัยสุขภาพ	4.26	0.68	มาก

ส่วนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับการรับรู้ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค พบว่า อายุ ภูมิภาค และอาชีพหลักมีความสัมพันธ์การรับรู้ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างเพศ และระดับการศึกษากับการรับรู้ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน (n = 2,889)

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน		รวม	p
	มาก	ปานกลางและน้อย		
เพศ				
ชาย	840 (29.1)	82 (2.8)	922 (31.9)	0.210
หญิง	1,839 (63.7)	128 (4.4)	1,967 (68.1)	
รวม	2,679 (92.7)	210 (92.7)	2,889 (100.0)	
อายุ (ปี)				
18 – 25	533 (18.4)	43 (1.5)	576 (19.9)	<.001
26 – 45	860 (29.8)	51 (1.8)	911 (31.5)	
46 – 60	778 (26.9)	50 (1.7)	828 (28.7)	
60 ปีขึ้นไป	508 (17.6)	66 (2.3)	574 (19.9)	
รวม	2,679 (92.7)	210 (92.7)	2,889 (100.0)	
ภูมิภาค				
กรุงเทพมหานคร	387 (13.4)	93 (3.2)	480 (16.6)	<.001
ภาคกลาง	676 (23.4)	54 (1.9)	730 (25.3)	
ภาคเหนือ	470 (16.3)	10 (0.3)	480 (16.6)	
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	701 (24.3)	18 (0.6)	719 (24.9)	
ภาคใต้	445 (15.4)	35 (1.2)	480 (16.6)	
รวม	2,679 (92.7)	210 (92.7)	2,889 (100.0)	

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน
(n=2,889) (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน		รวม	P
	มาก	ปานกลางและน้อย		
การศึกษา				
ประถมศึกษา	1,060 (36.7)	95 (3.3)	1,155 (40.0)	0.108
มัธยมศึกษาตอนต้น	360 (12.5)	23 (0.8)	383 (13.3)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	603 (20.9)	33 (1.1)	636 (22.0)	
อนุปริญญาตรี/ปวส.	207 (7.2)	19 (0.7)	574 (19.9)	
ปริญญาตรีและสูงกว่า	449 (15.5)	40 (1.4)	489 (16.9)	
รวม	2,679 (92.7)	210 (92.7)	2,889 (100.0)	
อาชีพหลัก				
เกษตรกร	970 (33.6)	36 (1.2)	1,006 (34.8)	<.001
รับจ้างทั่วไป	429 (14.8)	33 (1.1)	462 (16.0)	
ค้าขาย	352 (12.2)	46 (1.6)	398 (13.8)	
พนักงานบริษัท	100 (3.5)	13 (0.4)	113 (3.9)	
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	303 (10.5)	30 (1.0)	333 (11.5)	
ไม่ได้ทำงาน	308 (10.7)	39 (1.3)	347 (12.0)	
นักเรียน/นักศึกษา	217 (7.5)	13 (0.4)	230 (8.0)	
รวม	2,679 (92.7)	210 (92.7)	2,889 (100.0)	

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความคิดเห็นเชิงบวกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในระดับมาก และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคอยู่ในระดับมาก โดยเมื่อพิจารณาระดับคะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อพบว่า ข้อ 1 กรมควบคุมโรคเป็นองค์กรที่มีนโยบายที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม ข้อ 2 กรมควบคุมโรคเป็นองค์กรที่มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพที่มีประโยชน์ให้แก่ประชาชนได้ และข้อ 12 กรมควบคุมโรคเป็นหนึ่งหน่วยงานที่สำคัญในระดับประเทศที่ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี ปราศจากโรคและภัยสุขภาพ เป็นข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ซึ่งข้อคำถามดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ประชาชนให้ความสำคัญกับการรับรู้ภาพลักษณ์ในแง่ประโยชน์ขององค์กรโดยรวมมากกว่าที่จะรับรู้ภาพลักษณ์ในมิติของบุคลากรหรือการดำเนินงาน ซึ่งรูปแบบการรับรู้แบบนี้แสดงให้เห็นว่า ประชาชนมีการรับรู้ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในรูปแบบภาพลักษณ์สถาบันมากกว่าที่จะรับรู้เป็นภาพลักษณ์องค์กรกิจปกติ ซึ่งการรับรู้ภาพลักษณ์สถาบันนั้นประชาชนจะให้ความสำคัญกับการรับรู้ว่าเป็นหน่วยงานนั้นทำประโยชน์อะไรให้ประชาชนหรือสังคมมากกว่าที่จะรับรู้ถึงผลิตภัณฑ์หรือการบริการที่เป็นสัญลักษณ์ขององค์กร¹⁵ เหตุผลที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากกรมควบคุมโรคนั้นเป็นหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญด้านสุขภาพในระดับประเทศ ที่มุ่งการสื่อสารเพื่อป้องกัน ส่งเสริม และเฝ้าระวังทางด้านสุขภาพทุกรูปแบบ อย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นสื่อสิ่งพิมพ์หรือสื่อมวลชน ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ในข้อมูลด้านองค์กร และเกิดความเชื่อมั่นต่อองค์กร และสามารถรับรู้ได้ถึงความตั้งใจของกรมควบคุมโรค ที่มุ่งมั่นให้การดำเนินงานต่างๆ เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน

นอกจากนี้ยัง พบว่า ประเด็นเรื่องการสื่อสารของกรมควบคุมโรคทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในประชาชน มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X} = 4.06$, $SD = 0.71$) จากข้อมูลป้อนกลับดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า กรมควบคุมโรคควรให้ความสำคัญการประเด็นการสื่อสารที่ช่วยให้ประชาชนสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ภูมิภาคและอาชีพหลักมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับแนวคิดการเกิดภาพลักษณ์องค์การที่นำเสนอว่าคุณลักษณะส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาพลักษณ์องค์การ เนื่องจากภาพลักษณ์ขององค์กรเป็นกระบวนการที่แต่ละบุคคลเลือกสรร (Selects) จัดระเบียบ (Organizes) และตีความ (Interprets) เกี่ยวกับสิ่งกระตุ้น (Stimulus) โดยอาศัยประสบการณ์สัมผัสทั้งห้า เพื่อสร้างภาพที่มีความหมายออกมา ซึ่งขั้นตอนในการรับรู้สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การเปิดรับข้อมูลที่ได้เลือกสรร (Selective exposure) เกิดขึ้นเมื่อประชาชนเปิดโอกาสให้ข้อมูลเข้ามาสู่ตนเอง ได้แก่ เปิดรับแหล่งข้อมูลข่าวสารที่กรมควบคุมโรคมีการสื่อสารตามแหล่งข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพ (2) การตั้งใจรับข้อมูลที่ได้เลือกสรร (Selective attention) เกิดขึ้นเมื่อประชาชนเลือกที่จะตั้งใจรับสิ่งกระตุ้นอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งต้องเป็นข้อมูลข่าวสารที่ตรงกับความคิดเห็น และรู้สึกพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร (3) ความเข้าใจในข้อมูลที่ได้เลือกสรร (Selective comprehension) นั้นหมายถึง ประชาชนเกิดความรับรู้ในข้อมูลข่าวสาร เกิดความรู้จากการรับข้อมูลข่าวสารและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคและภัยสุขภาพต่อไป และ (4) การเก็บรักษาข้อมูลที่ได้เลือกสรร (Selective retention) หมายถึง การที่ประชาชนเกิดการจดจำข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและทำให้เกิดความทรงจำ ทำให้ประชาชนเกิดการตีความและส่งผลให้เกิดภาพลักษณ์ที่ดีต่อองค์กรตามมาจากการเกิดภาพลักษณ์ดังกล่าวเมื่อประชาชนมีอายุแตกต่างกัน ก็ย่อมมีความสนใจและความต้องการในการรับรู้ข่าวสารที่แตกต่างกัน ซึ่งผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ประชาชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนการรับรู้ภาพลักษณ์ทางบวกของกรมควบคุมโรคน้อยกว่าช่วงวัยอื่นๆ สาเหตุที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากธรรมชาติของวัยสูงอายุมักจะมีช่องทางในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารน้อยกว่าวัยอื่นๆ ประกอบกับวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความสนใจเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารน้อยลง ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ

วาทสนา พุทธิพิศสิทธิ์¹⁶ ที่พบว่าประชาชนที่อายุแตกต่างกันจะมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารแตกต่างกัน และการได้รับข้อมูลข่าวสารแตกต่างกันทำให้ประชาชนมีการรับรู้ภาพหลักขององค์กรที่เป็นผู้ส่งข่าวสารแตกต่างกัน นอกจากนี้ผลการวิจัยยังแสดงให้เห็นว่า ประชาชนที่อยู่อาศัยในกรุงเทพฯ และภาคกลางมีสัดส่วนการรับรู้ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคที่แตกต่างจากภูมิภาคอื่นๆ สาเหตุที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากประชาชนที่อยู่อาศัยในพื้นที่ที่แตกต่างกันจะมีความชอบในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่แตกต่างกัน และยังพบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค เหตุผลที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากบุคคลที่ทำอาชีพแตกต่างกันย่อมมีความสนใจข้อมูลข่าวสารที่แตกต่างกัน ซึ่งความสนใจเป็นตัวกรองกับรับรู้เหตุการณ์ในขั้นแรกก่อน ถ้าหากข่าวสารตรงกับ ความสนใจของบุคคล บุคคลจะเกิดการรับรู้ นอกจากนี้ความสนใจยังมีหน้าที่เป็นตัวแปลงเหตุการณ์ให้เป็นไปในความหมายตามความคิดของบุคคลนั้น จากอิทธิพลของความสนใจดังกล่าวทำให้อาชีพมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาพลักษณ์¹⁷

เมื่อพิจารณาถึงข้อค้นพบจากการวิจัยที่พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าในขณะที่การดำเนินงานด้านการบริหารภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคอยู่ในช่วงของการรักษาภาพลักษณ์ ตามแนวคิดการบริหารจัดการภาพลักษณ์ขององค์กร (A Model of Organizational Image Management) อธิบายว่า เมื่อองค์กรผ่านช่วงการสร้างภาพภาพลักษณ์ที่ดีให้กับประชาชนได้แล้ว ในขั้นตอนนี้หน้าที่ขององค์กรจะมีหน้าที่ในการบริหารภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป โดยในระยะนี้ องค์กรจะมีหน้าที่หลักในการรักษาภาพลักษณ์ที่สร้างขึ้น เพราะภาพลักษณ์ไม่มีสิ่งที่จะอยู่ตลอดไป แต่ภาพลักษณ์ย่อมเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพแวดล้อม สังคมและสภาพธุรกิจ ในขั้นตอนนี้การจะต้องแสวงหาข้อมูลป้อนกลับเพื่อใช้ในการพัฒนากลยุทธ์ในการรักษาภาพลักษณ์ ซึ่งผลการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ถือเป็นข้อมูลป้อนกลับอีกทางหนึ่งที่กรมควบคุมโรคสามารถนำไปใช้ในการรักษาภาพลักษณ์ขององค์กรได้ โดยผลการวิจัยเรื่องการรับรู้ภาพลักษณ์ในปี พ.ศ. 2561 พบว่า ประชาชนมีการรับรู้

ภาพลักษณ์ทางบวกต่อกรมควบคุมโรคในระดับมาก ซึ่งข้อค้นพบดังกล่าวเป็นเครื่องยืนยันถึงความถูกต้องในการดำเนินงานของกรมควบคุมโรคในปีที่ผ่านมา และผลการวิจัยยังแสดงให้เห็นว่าประชาชนมีการรับรู้ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในเชิงสถาบันมากกว่าจะรับรู้เป็นภาพลักษณ์องค์กรทั่วไป ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของมิลเลทท์¹⁸ ที่อธิบายว่าการบริหารภาพลักษณ์หน่วยงานภาครัฐนั้นมีลักษณะที่แตกต่างจากการบริหารภาพลักษณ์ขององค์กรทั่วไป โดยการบริหารภาพลักษณ์ขององค์กรภาครัฐควรให้ความสำคัญกับการบริการที่เพียงพอ เนื่องจากการบริการที่เพียงพอเป็นปัจจัยพื้นฐานที่นำไปสู่ความพึงพอใจในด้านอื่นๆ ซึ่งแนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับการดำเนินงานของกรมควบคุมโรคในปัจจุบันที่มุ่งมั่นให้การดำเนินงานต่างๆ เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน โดยเฉพาะการทำให้ประชาชนเกิดความปลอดภัยจากโรคและภัยสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย กรมควบคุม

โรค กระทรวงสาธารณสุข สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนสร้างกลยุทธ์เพื่อส่งเสริมภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคอย่างเป็นระบบสอดคล้องกับลักษณะทางประชากร พัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์ การวางแผนกลยุทธ์ในการสื่อสารความเสี่ยง และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นระบบ โดยนำผลการวิจัยในครั้งนี้เป็นฐานในการพัฒนา โดยพัฒนาช่องทางการสื่อสารเพื่อให้ประชาชนเกิดการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค และภัยสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ พัฒนาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ และนำมาซึ่งภาพลักษณ์ที่ดีของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชนต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไป

ปฏิบัติ สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ นำข้อมูลพื้นฐานไปใช้ร่วมกับกลยุทธ์การสื่อสารการตลาดแบบบูรณาการอย่างครบวงจรที่สอดคล้องกับลักษณะทางประชากร ประกอบด้วย อายุ ภูมิภาค และอาชีพหลัก รวมถึงการพัฒนานวัตกรรมเพื่อช่วยในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่กรมควบคุมโรคต้องการสื่อสารไปถึงประชาชนที่มีความแตกต่างกันทางลักษณะของ

ประชากร เช่น การประยุกต์ใช้ “เทคโนโลยี AR” (Augmented Reality) มาใช้ในสื่อสิ่งพิมพ์เพื่อเพิ่มความน่าสนใจในการเรียนรู้ และรับรู้เพิ่มมากขึ้น

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ผลการวิจัยในครั้งนี้ได้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการรับรู้ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคหลายปัจจัย ดังนั้น ควร

ศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายการรับรู้ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคเพื่อประโยชน์ในการบ่งชี้ว่า ตัวแปรใดที่สามารถทำนายภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคได้สูงสุด และนำมาซึ่งการพัฒนาปัจจัยนั้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. พจนานุกรมไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. ๒๕๕๒. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 13 ตุลาคม 2559]. แหล่งข้อมูล: <http://rirs3.royin.go.th/new-search/word-30-search.asp>
2. เสรี วงษ์มณฑา. การประชาสัมพันธ์: ทฤษฎีและการปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: Diamond in Business World; 2542.
3. Gioia DA, & Thomas JB. Identity, image, and issue interpretation: Sense-making during strategic change in academia. *ASQ* 1996; 41(3) : 370-390.
4. Gioia DA, & Schultz M, & Corley KG. Organizational identity, image, and adaptive instability. *AMR* 2000; 25(2): 63-81.
5. วิจิตร อวาทกุล. เทคนิคมนุษย์สัมพันธ์. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: โอ.เอส.พรินต์ติ้ง เฮาส์; 2542
6. รณชัย คงกะพันธ์. ภาพลักษณ์วิทยาลัยราชพฤกษ์ ศูนย์การศึกษานอกที่ตั้งวิทยาลัยเทคโนโลยีภูเก็ตในมุมมองของประชาชนจังหวัดภูเก็ต [รายงานวิจัย]. นนทบุรี: วิทยาลัยราชพฤกษ์; 2554.
7. พงษ์ชัย เอียวบัวเจริญ. ความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับภาพลักษณ์ด้านความรับผิดชอบต่อสังคม กรณีศึกษา ธนาคารสแตนดาร์ดชาร์เตอร์ด (ไทย) จำกัด (มหาชน) [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2554.
8. แคทรียา ตั้งเจริญ. กลยุทธ์การสื่อสารการตลาดเชิงบูรณาการในการสร้างภาพลักษณ์ขององค์กรของมหาวิทยาลัยกรุงเทพ [ศิลปศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการสื่อสารการศึกษา]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยกรุงเทพ; 2555.
9. ศุภมาศ ปลื้มกุล. อัตลักษณ์ขององค์กรจากการรับรู้ของพนักงานการรถไฟแห่งประเทศไทย. *วารสารวิจัยและพัฒนาโดยองค์กรในพระบรมราชูปถัมภ์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์* 2559;11(1):23-33.
10. สลิลทิพย์ เข้มทอง. ปัจจัยที่มีผลต่อภาพลักษณ์ขององค์กร ในความคิดเห็น ของผู้บริโภค เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง: กรณีศึกษา สถานีโทรทัศน์ไทยทีวีสีช่อง 3. *วารสารปัญญาภิวัฒน์* 2558;7(ฉบับพิเศษ):111-123.
11. Massey JE. A Theory of Organizational Image Management [Internet]. 2003 April [cited 2016 Nov 15]. Available from <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.196.2229&rep=rep1&type=pdf>
12. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ กรมควบคุมโรค. นนทบุรี : กองแผนงานกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
13. ประคอง กรรณสูตร. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2542.
14. กองแผนงาน กรมควบคุมโรค. แผนงานควบคุมโรคและภัยสุขภาพ กรอบแนวทางการจัดทำแผนปฏิบัติการเชิงยุทธศาสตร์กรมควบคุมโรค ปีงบประมาณ 2560. นนทบุรี: กลุ่มพัฒนาแผนปฏิบัติการ กองแผนงาน กรมควบคุมโรค; 2559.
15. พรทิพย์ พิมพ์สินธุ์. ภาพพจน์นั้นสำคัญยิ่ง: การประชาสัมพันธ์กับภาพพจน์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : ประกายพริก; 2551.
16. วาสนา พงษ์พิงศ์สิทธิ์. การเปิดรับข่าวสาร ภาพลักษณ์ความคาดหวัง และความพึงพอใจของประชาชนชาวกรุงเทพมหานครที่มีต่อการสื่อสารและการให้บริการของสำนักงานเขตกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554
17. รัตนาวดี ศิริทองถาวร. (2546). การประชาสัมพันธ์ธุรกิจ. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2546.
18. Millet JD. (1954). *Management in the Public Service*. New York : McGraw Hill Book Company; 1954.

ผลทางโลหิตวิทยาของฟลูออไรด์และการเกิดฟันตกกระในเด็กนักเรียน อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่: การศึกษาสถานการณ์และสาเหตุที่เป็นไปได้ เกี่ยวกับความผิดปกติของเลือดและฟันตกกระที่พบในพื้นที่

ฉัตรภัทร คงปั่น¹

¹ รองผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เพื่อศึกษาสถานการณ์ความผิดปกติของเลือดและการเกิดฟันตกกระในพื้นที่เสี่ยงต่อการได้รับฟลูออไรด์ รวมทั้งปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องและอาจส่งผลกระทบต่อความผิดปกติที่พบ ทั้งในเชิงพื้นที่ พฤติกรรม และปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำบริโภค กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 301 คน อยู่ในพื้นที่ฟลูออไรด์สูง ร้อยละ 38.87 พื้นที่ฟลูออไรด์ต่ำ ร้อยละ 61.13 ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยฟลูออไรด์ในน้ำดื่มและน้ำทำอาหารของพื้นที่ฟลูออไรด์สูง เท่ากับ 0.816 ± 1.965 mg/L และ 0.845 ± 2.081 mg/L ตามลำดับ ขณะที่ค่าเฉลี่ยฟลูออไรด์ในน้ำดื่มและน้ำประกอบอาหารของพื้นที่ฟลูออไรด์ต่ำ เท่ากับ 0.243 ± 0.422 mg/L และ 0.321 ± 0.501 mg/L ตามลำดับ ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในพื้นที่และปัจจัยเชิงพฤติกรรมด้านการสัมผัสต่อฟลูออไรด์ อาจมีความเกี่ยวข้องกับผลทางโลหิตวิทยาที่แตกต่างกัน โดยความชุกของความผิดปกติของผลเลือดระหว่างพื้นที่ฟลูออไรด์สูงและพื้นที่ฟลูออไรด์ต่ำ มีความแตกต่างกันเกือบสามเท่า และยังพบว่าพื้นที่ฟลูออไรด์สูงมีความชุกของฟันตกกระ ร้อยละ 70.1 โดยพบความชุกของฟันตกกระสูงในกลุ่มที่บริโภคน้ำประกอบอาหารจากแหล่งฟลูออไรด์สูงได้ร้อยละ 64.1 สำหรับมาตรการในการแก้ไขปัญหาที่แนะนำคือ 1) จำแนกกลุ่มเสี่ยงตามช่วงอายุและตัวแปรที่เกี่ยวข้อง 2) ใช้มาตรการเฝ้าระวังและติดตามที่จำเพาะตามกลุ่มเสี่ยงที่จำแนก 3) กำหนดมาตรการเฝ้าระวังและป้องกันการรับฟลูออไรด์อย่างมีส่วนร่วม 4) กำกับควบคุมคุณภาพน้ำบริโภคอย่างเป็นระบบ และ 5) ศึกษาและพัฒนาทางเลือกในการบริหารจัดการน้ำบริโภคในชุมชนด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม และควรทำการศึกษาเพื่อพัฒนาตัวแบบพยากรณ์ความสัมพันธ์ระหว่างความผิดปกติทางโลหิตวิทยากับการเกิดฟันตกกระในพื้นที่

คำสำคัญ : ผลทางโลหิตวิทยา/ โลหิตจาง/ ความสมบูรณ์ของเลือด/ ฟลูออไรด์/ ฟันตกกระ

Effect of Fluoride to Haematological Disorder and Occurrence of Dental Fluorosis among School Children in Omkoi District, Chiang Mai: A Preliminary Situation and Probable Cause Study of Haematological Disorders and Dental Fluorosis in the Areas

Chatpat Kongpun¹

¹ Deputy Director of Regional Health Promotion Center 2

Abstract

This research aimed to study the haematological disorder and dental fluorosis situation in area of high fluoride risk. The environmental and behavioral factors related to the situation were the independent variable. The total 301 school children included in the study, 38.87% were in high fluoride area and 61.13% were in low fluoride area. The results showed that average fluoride concentration of drinking and cooking water of the high fluoride group were 0.816 ± 1.965 mg/L and 0.845 ± 2.081 mg/L respectively. The average fluoride concentrations of drinking and cooking water of the low fluoride group were 0.243 ± 0.422 mg/L and 0.321 ± 0.501 mg/L respectively. This study showed the relationship between environmental and behavioral factors and haematological disorders. In high fluoride area, the prevalence of dental fluorosis was 70.1 % whereas the prevalence of dental fluorosis in subjects that had intake excessive fluoride from cooking water was 64.1 %. The strategies to reduce number of fluorosis in children were 1) identify risk group categorized by age and related variable 2) taking specific surveillance and monitoring measures based on risk groups classified 3) Establish a participatory preventive surveillance measures of fluoride exposure 4) Control of consuming water quality systematically 5) Study and develop alternatives for drinking water management in communities through the participation process. In addition, the prediction model of association between haematological disorders and dental fluorosis should be formulated.

Keywords: Haematological effect/ Anaemia/ Complete Blood Count/ Fluoride/
Dental Fluorosis

บทนำ

ฟลูออไรด์เป็นธาตุที่พบได้มากที่สุดบนโลกชนิดหนึ่ง โดยมีอยู่ทั่วไปบนเปลือกโลก น้ำทุกแหล่งจึงมีฟลูออไรด์เจือปนอยู่ในความเข้มข้นแตกต่างกัน ปริมาณฟลูออไรด์ขึ้นอยู่กับกระบวนการกระจายตัวของหินแร่ น้ำใต้ดินจะชะล้างฟลูออไรด์ออกมาทำให้เกิดการปนเปื้อน น้ำพุร้อนและน้ำใต้ดินจึงมักจะมีฟลูออไรด์ในปริมาณสูงภาคเหนือของประเทศไทย เช่น จังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย แม่ฮ่องสอน ลำพูน ลำปาง พะเยา ฯลฯ พบการปนเปื้อนของสารฟลูออไรด์ในแหล่งน้ำบริโภคทั้งแหล่งน้ำใต้ดินและน้ำผิวดินหลายบริเวณ

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับปริมาณฟลูออไรด์ที่เหมาะสม คือ 0.5-0.6 mg/L ในน้ำบริโภค หรือ 0.05-0.07 mgF/Kg/day ส่วนในเด็กเล็กต่ำกว่า 2 ขวบ ขนานที่เหมาะสมคือ 0.01-0.16 0.05-0.07 mgF/Kg/day¹ ซึ่งเกณฑ์มาตรฐานปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำบริโภคในประเทศไทย คือ 0.7 mg/L ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2553² ในเด็กและทารกจะยังมีการดูดซึมและสะสมฟลูออไรด์มากกว่าในผู้ใหญ่^{3,4} เมื่อได้รับฟลูออไรด์สูงเกิน 0.7 mg/L⁵ ในระยะที่กำลังสร้างฟัน จะทำให้ผิวฟันด้านมีสีขาวขุ่นเหมือนขอล็ก หรือมีจุดขาวหรือลายพาดขวางบนตัวฟัน ถ้าเป็นรุนแรงผิวเคลือบฟันจะเป็นสีน้ำตาล เป็นหลุมหรือกะเทาะ ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ฟลูออไรด์ยังทำให้เกิดความผิดปกติของเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว และการทำงานที่ผิดปกติของ ตับ ไต ได้^{6,7} สำหรับประเทศไทย การศึกษาของสาร พรประเสริฐ และคณะ⁸ ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเด็กนักเรียน 481 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม (พื้นที่ฟลูออไรด์ต่ำ) จำนวน 385 คน และกลุ่มศึกษา (พื้นที่ฟลูออไรด์สูง) จำนวน 96 คน พบว่า เด็กนักเรียนที่มีความผิดปกติทางโลหิตวิทยาจะมีค่า Hb, MCH และ MCHC ต่ำกว่า และค่าเกล็ดเลือด (Plt) สูงกว่าเด็กนักเรียนที่ไม่มีความผิดปกติทางโลหิตวิทยาอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนนักเรียนที่ไม่มีความผิดปกติทางโลหิตวิทยามีค่า RBC, Hct, MCV และ MCH สูงกว่านักเรียนที่มีความผิดปกติทางโลหิตวิทยา การบริโภคฟลูออไรด์ในปริมาณมากจึงอาจส่งผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงส่วนประกอบโลหิตวิทยาและเพิ่มความเสี่ยงในการเกิด

ภาวะโลหิตจาง ค่าเฉลี่ยฟลูออไรด์ในเลือดคนปกติเท่ากับ 0.0057-0.0418 mg/L⁹ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.018 ± 0.009 mg/L¹⁰ ส่วนในประเทศไทย การศึกษาของฟ้าใส คันธวงศ์ และคณะ¹¹ ในเด็กนักเรียนอายุ 8-14 ปี จำนวน 264 ราย ที่ตำบลยางเปา อำเภอมกนัย จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีฟลูออไรด์ในน้ำบริโภคไม่เกิน 0.7 mg/L พบว่า ค่าเฉลี่ยของฟลูออไรด์ในซีรัม เท่ากับ 0.043 ± 0.037 mg/L ระดับฟลูออไรด์ในซีรัม เท่ากับ 0.000-0.084 mg/L ซึ่งถือว่าอยู่ในมาตรฐานเมื่อเทียบกับเกณฑ์อนามัยโลกที่ 0.018-0.101 mg/L¹² เมื่อพิจารณาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับฟลูออไรด์ในการศึกษาของสุน พึ่งคุ้ม และคณะ¹³ ได้ทำการศึกษาเพื่อกำหนดขอบเขตและแนวทางการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ฟลูออไรด์เกินมาตรฐานในน้ำดื่ม จังหวัดตาก ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross sectional study) เพื่อศึกษาสถานการณ์คุณภาพน้ำประปาและน้ำบริโภคในครัวเรือน พบว่า ตัวอย่างน้ำที่นำมาตรวจมีปริมาณฟลูออไรด์เกินเกณฑ์ 15.4% ค่าสูงสุดที่ตรวจพบในน้ำประปามีปริมาณฟลูออไรด์ 5.02 mg/L ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน 7.17 เท่า น้ำบริโภคหลักของครัวเรือน จำนวน 414 ครัวเรือน พบว่ามีปริมาณฟลูออไรด์เกินเกณฑ์ 20.8 % พฤติกรรมการบริโภคน้ำของครัวเรือนจำนวน 414 ครัวเรือน พบว่า แหล่งน้ำบริโภคหลัก ได้แก่ น้ำประปาบาดาล 63.0% น้ำฝน 32.4 % น้ำบ่อบาดาล-บ่อน้ำตื้น 2.9% น้ำถัง/ขวด 1.7 % และพบฟันตกกระในเด็กนักเรียน 14.5 % แสดงให้เห็นว่าคุณภาพน้ำประปาบาดาลมีความไม่ปลอดภัยจากระดับปริมาณฟลูออไรด์ที่สูงเกินมาตรฐาน และพฤติกรรมการบริโภคน้ำในครัวเรือนทำให้มีโอกาสได้รับฟลูออไรด์สูงและเกิดฟันตกกระ การที่ชุมชนยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางสุขภาพที่เกิดจากฟลูออไรด์ในระยะยาว จากความจำเป็นในการนำน้ำบาดาลที่มีฟลูออไรด์มาบริโภค ซึ่งสถานการณ์ที่พบอาจมีความรุนแรงกว่าปัจจุบัน โดยเฉพาะในพื้นที่เสี่ยงที่มีการปนเปื้อนของฟลูออไรด์ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่ชนบทบริเวณภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย ผู้วิจัยที่รับผิดชอบในการแก้ไขปัญหาฟลูออไรด์ของประเทศไทยโดยตรง และได้รับข้อมูลสถานการณ์เกี่ยวกับการพบ

ความผิดปกติของเลือด (Haematological Disorders) ในเด็กนักเรียนในพื้นที่ฟลูออไรด์สูง โดยบางส่วนในกลุ่มพบความผิดปกติไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน การวิจัยนี้มุ่งศึกษาอุบัติการณ์ความผิดปกติของเลือดและการเกิดฟันตกกระในพื้นที่เสี่ยง และจำแนกปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องและอาจส่งผลกระทบต่อความผิดปกติที่พบ ทั้งในเชิงพื้นที่ พฤติกรรม และปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำบริโภค ผลที่ได้จากการศึกษานี้เพื่อใช้ประโยชน์ในการอธิบายสถานการณ์และสภาพปัญหาที่มีความชัดเจนขึ้น และจัดทำข้อเสนอแนะทางรวมถึงกำหนดมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหฟลูออไรด์ในพื้นที่ภาคเหนือต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินสถานการณ์ความผิดปกติของเลือดและการเกิดฟันตกกระในพื้นที่เสี่ยงในการได้รับฟลูออไรด์
2. เพื่อระบุปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องและส่งผลกระทบต่อความผิดปกติที่พบ ทั้งในเชิงพื้นที่ พฤติกรรม และแหล่งน้ำบริโภค

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการภายใต้ชุดโครงการวิจัย “การศึกษาภาระโรคฟันตกกระและผลกระทบต่อสุขภาพของฟลูออไรด์ในพื้นที่ภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย” (The Burden of Fluorosis and Fluoride Affected Health Impact Assessment Upper Northern of Thailand) และโครงการวิจัย “การพัฒนามาตรการเฝ้าระวังและติดตามประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของฟลูออไรด์สำหรับประเทศไทย” (Development of Surveillance Measures to Monitor and Evaluate the Health Effects of Fluoride for Thailand) ซึ่งได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช) รหัสโครงการ: 140190 / รหัสข้อเสนอการวิจัย: 2556210902073 และรหัสโครงการ 175454 / รหัสข้อเสนอการวิจัย 2558210902150 ตามลำดับ ภายใต้บันทึกข้อตกลงความร่วมมือการดำเนินงานวิจัยระหว่างศูนย์ทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ กรมอนามัย กับคณะทันตแพทยศาสตร์ คณะเทคนิคการแพทย์ และคณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

โดยมีผู้วิจัยเป็นหัวหน้าโครงการ ทำการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง โดยศึกษาแบบเจาะจงในพื้นที่เสี่ยงและกลุ่มเสี่ยง เนื่องจากความผิดปกติของเลือดและฟันตกกระที่เป็นผลจากฟลูออไรด์เป็นภาวะที่พบได้ยาก (Rare Case) ในกลุ่มประชากรปกติทั่วไป

วิธีการวิจัย

การวิจัยดำเนินการระหว่างปี พ.ศ. 2557-2559 มีขั้นตอนดังนี้

- 1) กำหนดปัญหาและขอบเขตในการศึกษา ทั้งขอบเขตด้านพื้นที่ ประชากร เนื้อหาของการศึกษา ระยะเวลา รวมทั้งเป้าหมายของการวิจัย จากนั้นจัดทำโครงร่างการวิจัย
- 2) ดำเนินการด้านจริยธรรม เตรียมการเก็บรวบรวมข้อมูล และการส่งตัวอย่างตรวจ
- 3) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรม การบริโภคน้ำ ตรวจฟันตกกระ เก็บตัวอย่างเลือด ตรวจวัดระดับฟลูออไรด์ในเลือดและค่าความสมบูรณ์ในเลือดของเด็กนักเรียน
- 4) ตรวจสอบและบันทึกผลการตรวจฟันตกกระในเด็กนักเรียน ผลการตรวจวัดระดับฟลูออไรด์ในเลือด ผลการตรวจวัดความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count, CBC) และจำแนกความผิดปกติของเลือดจากค่าพารามิเตอร์ที่พบ
- 5) ทำการวิเคราะห์ข้อมูล จัดทำรายงานผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

ประชากร คือ เด็กนักเรียนโรงเรียนแม่ต๋อนวิทยาคมและโรงเรียนบ้านยางเปา อำเภอมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ รวม 427 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กนักเรียนที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าและยินดีเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัย จำนวน 301 คน

การวิจัยดังกล่าวได้ผ่านการรับรองทางจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ รหัสโครงการ 053E/57 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย และการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เกณฑ์การคัดผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยเข้าร่วม โครงการ (Inclusion criteria)

1) อาสาสมัครเป็นเด็กนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 และชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ทำการศึกษาอย่างน้อย 6 ปี โดยมีอายุตั้งแต่ 6 ถึง 15 ปี

2) อาสาสมัครเต็มใจเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยอย่างครบถ้วน โดยได้รับความยินยอมและของทางโรงเรียนและผู้ปกครองแล้วและอยู่ภายใต้การดูแลของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสถาบันการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1) กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวร้ายแรง มีประวัติ อาการแสดง หรือลักษณะทางคลินิกที่บ่งชี้ถึงอาการของโรคเลือด โรคติดเชื้อ โรคทางพันธุกรรม การบาดเจ็บหรือโรคทางระบบที่รุนแรงอื่นๆ รวมถึงการขาดสารอาหารหรือโภชนาการที่รุนแรงหรือเรื้อรัง

2) มีการใช้ยาหรือสารที่มีผลต่อระบบเลือด หรือความสมบูรณ์ของเลือด

ตัวแปรของการศึกษา

ปัจจัยที่ทำการศึกษา	ความผิดปกติที่เกี่ยวข้อง	
	ค่าความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)	พันดกกระ
ปัจจัยด้านบุคคล อายุ (ปี) เพศ ปัจจัยด้านรับสัมผัส ปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำบริโภค (เกิน/ไม่เกิน 0.7 mg/L) ปริมาณฟลูออไรด์ในเลือด ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม พื้นที่ (ฟลูออไรด์สูง/ต่ำ) แหล่งน้ำที่ใช้บริโภค (มีฟลูออไรด์สูง/มีฟลูออไรด์ต่ำ)	- White blood cell count : WBC (10^9 cells/L) - Red blood cell count : RBC (10^{12} cells/L) - Haemoglobin: Hb (g/dL) - Haematocrit: Hct (%) - MCV (fL) - MCH (pg) - MCHC (g/dL) - Platelet counts : Plt (10^9 cells/L)	- ฟันปกติ - ฟันดกกระ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

โปรแกรม SPSS 18.0¹⁴ โดยสถิติที่ใช้ประกอบด้วย สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการอธิบายลักษณะ

3) ไม่ยินยอมหรือไม่ได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองและโรงเรียน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ชื่อ นามสกุล เพศ วันเดือนปีเกิด อายุ ที่อยู่ ระยะเวลาที่อยู่ในพื้นที่ และข้อมูลเกี่ยวกับ น้ำหนัก ส่วนสูง โรคประจำตัว

2) แบบสอบถามเกี่ยวกับแหล่งน้ำบริโภคของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย แหล่งน้ำหลักที่นำมาบริโภค ทั้งน้ำที่ต้มและน้ำที่ใช้ทำอาหาร ระยะเวลาที่บริโภคน้ำจากแหล่งนั้น

3) ชุดเครื่องมือและอุปกรณ์สำหรับเก็บรวบรวมตัวอย่างเลือดและเครื่อง Ion Selective Electrode พร้อมน้ำยาสำหรับตรวจวัดระดับฟลูออไรด์ในเลือดและปัสสาวะ

4) แบบบันทึกข้อมูลผลการตรวจวัดปริมาณฟลูออไรด์ในเลือดและผลการตรวจวัดความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด แบบบันทึกผลการตรวจสภาวะฟันดกกระ

ทั่วไปของข้อมูล และสถานการณ์ เช่น ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง สถิติ เพื่อทดสอบสมมุติฐานเกี่ยวกับความแตกต่างของผลการตรวจวัดความสมบูรณ์ของเลือดระหว่างกลุ่มตัวอย่างนักเรียนที่อยู่ในพื้นที่ฟลูออไรด์สูง

กับกลุ่มตัวอย่างนักเรียนที่อยู่ในพื้นที่ฟลูออไรด์ต่ำ โดยใช้ Mann-Whitney U test และทดสอบความเป็นอิสระระหว่างตัวแปรเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างฟันตกกระกับความผิดปกติของผลเลือด และตัวแปรอื่นๆ โดยวิเคราะห์ Chi-square และประมาณโอกาสเกิดฟันตกกระจากผลทางโลหิตวิทยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยวิเคราะห์หา Odds Ratio

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 301 คน อยู่ในพื้นที่ฟลูออไรด์สูง ร้อยละ 38.87 พื้นที่ฟลูออไรด์ต่ำ ร้อยละ 61.13 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.13 เพศชาย ร้อยละ 39.87 มีอายุเฉลี่ย 13.38 ปี น้ำหนักตัวเฉลี่ย 41.61 ± 11.69 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 147.51 ± 13.67 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 18.72 ด้านการใช้น้ำพบว่า

ตารางที่ 1 พฤติกรรมการบริโภคน้ำของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพื้นที่

แหล่งน้ำบริโภคหลัก	พื้นที่ฟลูออไรด์สูง จำนวน (ร้อยละ)	พื้นที่ฟลูออไรด์ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)
แหล่งน้ำดื่มหลัก	n₁ = 117	n₂ = 184
น้ำประปาบาดาล/ประปาหมู่บ้าน	93 (79.5)	31 (16.8)
น้ำบ่อ	9 (7.7)	4 (2.2)
น้ำประปาโรงเรียน	6 (5.1)	0 (0.0)
น้ำฝน	4 (3.4)	36 (19.6)
น้ำดื่มบรรจุขวด	4 (3.4)	111 (60.3)
น้ำตู้หยอดเหรียญ	1 (0.9)	2 (1.1)
รวม	117 (100)	184 (100)
แหล่งน้ำประกอบอาหารหลัก	n₁ = 117	n₂ = 184
น้ำประปาบาดาล/ประปาหมู่บ้าน	97 (82.9)	53 (28.8)
น้ำบ่อ	8 (6.8)	8 (4.3)
น้ำประปาโรงเรียน	6 (5.1)	0 (0.0)
น้ำฝน	4 (3.4)	48 (26.1)
น้ำดื่มบรรจุขวด	2 (1.7)	73 (39.7)
น้ำตู้หยอดเหรียญ	0 (0.0)	2 (1.1)
รวม	117 (100)	184 (100)

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการบริโภคน้ำจากแหล่งน้ำของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพื้นที่

แหล่งน้ำบริโภคหลัก	พื้นที่ฟลูออไรด์สูง จำนวน (ร้อยละ)	พื้นที่ฟลูออไรด์ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)
แหล่งน้ำดื่มหลัก	n₁ = 117	n₂ = 184
แหล่งน้ำที่มีฟลูออไรด์ต่ำ (น้ำฝน/น้ำดื่มบรรจุขวด/น้ำตู้หยอดเหรียญ)	9 (7.7)	149 (81.0)

กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในพื้นที่ฟลูออไรด์สูง ร้อยละ 79.5 ดื่มน้ำประปาหมู่บ้าน (ประปาบาดาล) และร้อยละ 82.9 ใช้น้ำประปาหมู่บ้าน (ประปาบาดาล) ในการประกอบอาหาร โดยกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ฟลูออไรด์สูง ร้อยละ 92.3 และร้อยละ 94.9 ใช้น้ำจากแหล่งที่ฟลูออไรด์สูงในการดื่มและประกอบอาหารตามลำดับ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในพื้นที่ฟลูออไรด์ต่ำ พบว่าร้อยละ 60.3 ดื่มน้ำบรรจุขวด (น้ำถัง) และร้อยละ 39.7 ใช้น้ำบรรจุขวด (น้ำถัง) ในการประกอบอาหาร โดยกลุ่มตัวอย่างพื้นที่ฟลูออไรด์ต่ำ ร้อยละ 81.0 ดื่มน้ำจากแหล่งน้ำที่มีฟลูออไรด์ต่ำ ร้อยละ 66.8 ใช้น้ำจากแหล่งที่ฟลูออไรด์ต่ำในการประกอบอาหาร (ตาราง ที่ 1 และ ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการบริโภคน้ำจากแหล่งน้ำของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพื้นที่ (ต่อ)

แหล่งน้ำบริโภคหลัก	พื้นที่ฟลูออไรด์สูง จำนวน (ร้อยละ)	พื้นที่ฟลูออไรด์ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)
แหล่งน้ำดื่มหลัก	n₁ = 117	n₂ = 184
แหล่งน้ำที่มีฟลูออไรด์สูง (น้ำประปา/น้ำบ่อ/น้ำประปาโรงเรียน)	108 (92.3)	35 (19.0)
รวม	117 (100)	184 (100)
แหล่งน้ำประกอบอาหารหลัก	n₁ = 117	n₂ = 184
แหล่งน้ำที่มีฟลูออไรด์ต่ำ (น้ำฝน/น้ำดื่มบรรจุขวด/น้ำตู้หยอดเหรียญ)	6 (5.1)	123 (66.8)
แหล่งน้ำที่มีฟลูออไรด์สูง (น้ำประปา/น้ำบ่อ/น้ำประปาโรงเรียน)	111 (94.9)	61 (33.2)
รวม	117 (100)	184 (100)

ค่าเฉลี่ยฟลูออไรด์ในน้ำดื่มและน้ำประกอบอาหารในพื้นที่ฟลูออไรด์สูง เท่ากับ 0.816 ± 1.965 mg/L และ 0.845 ± 2.081 mg/L ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยฟลูออไรด์ในน้ำดื่มและน้ำประกอบอาหารในพื้นทีฟลูออไรด์ต่ำ เป็น 0.243 mg/L $\pm$ 0.422 mg/L และ 0.321 ± 0.501 mg/L ตามลำดับ (ตารางที่ 3) โดยระยะเวลาเฉลี่ย การบริโภคน้ำดื่มของกลุ่มตัวอย่างใน

พื้นที่ฟลูออไรด์สูง คือ 13.3 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.6 ปี กลุ่มตัวอย่าง ในพื้นที่ฟลูออไรด์ต่ำมีระยะเวลาเฉลี่ยการบริโภคน้ำดื่ม 11.1 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.5 ปี ส่วนระยะเวลาเฉลี่ยการบริโภคน้ำทำอาหารของกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ฟลูออไรด์สูง เท่ากับ 13 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.8 ปี กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ฟลูออไรด์ต่ำ มีระยะเวลาเฉลี่ย การบริโภคน้ำประกอบอาหาร 10.87 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.5 ปี

ตารางที่ 3 ปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำบริโภคจำแนกตามพื้นที่

ฟลูออไรด์ใน น้ำบริโภค (mg/L)	น้ำดื่ม		น้ำทำอาหาร	
	พื้นที่ฟลูออไรด์สูง n ₁ = 117	พื้นที่ฟลูออไรด์ต่ำ n ₂ = 184	พื้นที่ฟลูออไรด์สูง n ₁ = 117	พื้นที่ฟลูออไรด์ต่ำ n ₂ = 184
ค่าเฉลี่ย	0.816	0.243	0.845	0.321
มัธยฐาน	0.3	0.2	0.33	0.2
SD	1.965	0.422	2.081	0.501
ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	0.1-8.04	0.0-4.4	0.1-8.2	0.0-4.4
IQR	0.33	0.1	0.3	0.19

ตารางที่ 4 ผลการทดสอบค่าพารามิเตอร์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพื้นที่

ค่าพารามิเตอร์ที่ทำการเปรียบเทียบ	ค่ามัธยฐานของพารามิเตอร์		p
	พื้นที่ฟลูออไรด์สูง ¹	พื้นที่ฟลูออไรด์ต่ำ ²	
Red blood cell count: RBC (4.2-5.5 x 10 ¹² cells/L)	5.080 (3.9-7.3)	5.070 (4.28-6.89)	0.818
Haemoglobin: Hb (12-16g/dL)	13.40 (7.8-17)	13.50 (10.8-16.4)	0.555
Haematocrit: Hct (37-47%)	45.00 (29.7-58.1)	42.10 (11.1-51.7)	< 0.001
MCV (80-98fL)	90.00 (58-107)	84.10 (57.7-95.5)	< 0.001
MCH (27-31pg)	27.00 (15.2-33)	27.00 (17.4-30.7)	0.280
MCHC (32-36g/dL)	30.00 (25.6-33)	31.90 (10.8-33.4)	< 0.001
Platelet counts:Plt (140-400 x 10 ³ cells/ μ L)	324.00 (160000-638000)	340.00 (0-600000)	0.032

* P-value จาก Mann-Whitney U test

กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ฟลูออไรด์สูง พบมีความผิดปกติของผลเลือดที่ไม่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม ความเจ็บป่วย หรืออาการแสดงของภาวะขาดสารอาหาร จำนวน 24 ราย คิดเป็นความชุกของความผิดปกติของผลเลือด ร้อยละ 23.1 ส่วนพื้นที่ฟลูออไรด์ต่ำ พบ 15 ราย มีความชุกของความผิดปกติของผลเลือด ร้อยละ 8.1 รวมพบความผิดปกติของผลเลือด จำนวน 39 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 301 คน พบฟันตกกระ 141 คน คิดเป็น ร้อยละ 46.8 ส่วนพื้นที่ฟลูออไรด์สูงพบฟันตกกระ ร้อยละ 70.1 กลุ่มตัวอย่างที่บริโภคน้ำดื่มและน้ำประกอบอาหารจากแหล่งที่มีฟลูออไรด์สูง พบฟันตกกระ

ร้อยละ 52.7 และร้อยละ 64.1 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ฟันปกติ บริโภคน้ำดื่มและน้ำประกอบอาหารจากแหล่งน้ำที่มีฟลูออไรด์ต่ำ ร้อยละ 60.7 และร้อยละ 53.8 ตามลำดับ ความชุกของฟันตกกระในกลุ่มที่พบความผิดปกติของผลเลือด ร้อยละ 69.3 และความชุกของฟันตกกระในกลุ่มที่ฟลูออไรด์ในเลือดเกิน 0.043 mg/L เท่ากับร้อยละ 60.3 พบความความสัมพันธ์ระหว่างฟันตกกระกับตัวแปรหลายตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความผิดปกติทางโลหิตวิทยา ปริมาณฟลูออไรด์ในเลือด แหล่งน้ำบริโภค และพื้นที่อยู่อาศัย เป็นต้น (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 การทดสอบความเป็นอิสระระหว่างการเกิดฟันตกกระกับตัวแปรต่างๆ

ตัวแปรที่ทำการศึกษา	ฟันปกติ จำนวน (ร้อยละ)	ฟันตกกระ จำนวน (ร้อยละ)	Odds	95% CI	p
แหล่งพื้นที่ (OR = 1.884, 95%CI = 1.153-3.078)					
พื้นที่ฟลูออไรด์สูง (+)	102 (55.4)	82 (70.1)	0.8039	3.078	0.011
พื้นที่ฟลูออไรด์ต่ำ (-)	82 (44.6)	35 (29.9)	0.4268	1.153	

ตารางที่ 5 การทดสอบความเป็นอิสระระหว่างการเกิดฟันตกกระกับตัวแปรต่างๆ (ต่อ)

ตัวแปรที่ทำการศึกษา	ฟันปกติ จำนวน (ร้อยละ)	ฟันตกกระ จำนวน (ร้อยละ)	Odds	95% CI	p
แหล่งน้ำดื่มหลัก (OR = 1.721, 95%CI = 1.075-2.755)					
แหล่งน้ำที่มีฟลูออไรด์สูง (+)	46 (39.3)	97 (52.7)	2.1087	2.755	0.023
แหล่งน้ำที่มีฟลูออไรด์ต่ำ (-)	71 (60.7)	87 (47.3)	1.2254	1.075	
แหล่งน้ำประกอบอาหารหลัก (OR = 2.086, 95%CI = 1.301-3.344)					
แหล่งน้ำที่มีฟลูออไรด์สูง (+)	54 (46.2)	118 (64.1)	2.185	3.344	0.002
แหล่งน้ำที่มีฟลูออไรด์ต่ำ (-)	63 (53.8)	66 (35.9)	1.048	1.301	
ผลทางโลหิตวิทยา (OR = 3.061, 95%CI = 1.486-6.306)					
พบความผิดปกติ (+)	12 (31.7)	27 (69.3)	2.25	6.306	0.001
ไม่พบความผิดปกติ (-)	151 (46.5)	111 (53.5)	0.735	1.486	
ปริมาณฟลูออไรด์ในเลือด (OR = 1.774, 95%CI = 1.111-2.834)					
เกิน 0.043 mg/L (+)	54 (46.2)	111 (60.3)	2.056	2.834	0.016
ไม่เกิน 0.043 mg/L (-)	63 (53.8)	73 (39.7)	1.159	1.111	

P-value จาก Chi-square Odds Ratio = Odds (ปัจจัยเป็น +) / Odds (ปัจจัยเป็น -)

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งที่อยู่ในพื้นที่ฟลูออไรด์สูงซึ่งถือเป็นกลุ่มเสี่ยง อาศัยอยู่ในพื้นที่เป็นเวลานาน โดยระยะเวลาเฉลี่ยของการบริโภคน้ำดื่มและน้ำประกอบอาหารในพื้นที่เท่ากับ 13.3 ± 5.6 ปี และ 13 ± 3.8 ปี ตามลำดับ เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ฟลูออไรด์ต่ำ ที่มีระยะเวลาเฉลี่ยของการบริโภคน้ำดื่มและน้ำประกอบอาหารในพื้นที่ เท่ากับ 11.1 ± 3.5 ปี และ 10.87 ± 3.5 ปี ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยฟลูออไรด์ในน้ำดื่มและน้ำประกอบอาหารของพื้นที่ฟลูออไรด์สูง เท่ากับ 0.816 ± 1.965 mg/L และ 0.845 ± 2.081 mg/L ตามลำดับซึ่งเกินระดับปลอดภัย (> 0.7 mg/L) ขณะที่ค่าเฉลี่ยฟลูออไรด์ในน้ำดื่มและน้ำประกอบอาหารของพื้นที่ฟลูออไรด์ต่ำ เท่ากับ 0.243 ± 0.422 mg/L และ 0.321 ± 0.501 mg/L ตามลำดับ ซึ่งเป็นระดับที่

ปลอดภัย สอดคล้องกับการที่กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ฟลูออไรด์สูงมีค่าเฉลี่ยฟลูออไรด์ในเลือด 0.093 mg/L สูงกว่าค่าเฉลี่ยอ้างอิงของฟลูออไรด์ในเลือด (0.043 mg/L) ขณะที่กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ฟลูออไรด์ต่ำ มีค่าเฉลี่ยฟลูออไรด์ในเลือด 0.047 mg/L ใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยอ้างอิงของฟลูออไรด์ในเลือด (0.043 mg/L) อย่างไรก็ตาม ค่าฟลูออไรด์เฉลี่ยในเลือดของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ถือว่ายังอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานขององค์การอนามัยโลกที่ 0.018 - 0.101 mg/L การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการได้รับฟลูออไรด์ในระดับความปลอดภัยที่ต่างกัน เนื่องมาจากปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในพื้นที่และปัจจัยเชิงพฤติกรรมด้านการรับสัมผัสต่อฟลูออไรด์ ทำให้เกิดผลทางโลหิตวิทยาที่แตกต่างกัน โดยความชุกของความผิดปกติของผลเลือดระหว่างพื้นที่ฟลูออไรด์สูงและ

พื้นที่ฟลูออไรด์ต่ำ มีความแตกต่างกันเกือบสามเท่า การศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ศาสตราจารย์พรประเสริฐ และคณะ⁸ ว่าการบริโภคฟลูออไรด์ที่มากเกินไปส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางโลหิตวิทยา โดยความผิดปกติที่พบคือ ค่า Hemoglobin (Hb) และค่าความเข้มข้นเฉลี่ยของฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง (MCHC) ที่ต่ำกว่าเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการ และค่า Haematocrit (Hct) กับค่าเกล็ดเลือด (Plt) ที่สูงกว่าเกณฑ์ปกติทางห้องปฏิบัติการ การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า เด็กนักเรียนในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงทางด้านสุขภาพในระยะยาว โดยหากได้รับฟลูออไรด์ในปริมาณสูงเป็นระยะเวลานาน อาจส่งผลต่อการสร้างเซลล์เม็ดเลือดและการเกิดภาวะโลหิตจางได้ เช่นตัวอย่างการศึกษาของ Nurgul Atmaca และคณะ¹⁵ ที่รายงานผลการศึกษาในหนูที่ได้รับฟลูออไรด์ในน้ำดื่ม แล้วพบว่าค่า WBC, RBD, Plt และอัตราส่วน Neutrophil ลดลง เมื่อเทียบกับกลุ่มหนูที่ไม่ได้รับฟลูออไรด์ โดยฟลูออไรด์ในน้ำดื่มส่งผลให้หนูเกิด hypochromic microcytic anemia ซึ่งเป็นผลมาจากการสะสมของฟลูออไรด์ในกระแสเลือดรวมถึงฟลูออไรด์ อาจจะไปเร่งเซลล์เม็ดโครพาจที่อยู่ในน้ำมให้กินกินเม็ดเม็ดเลือดแดงมากขึ้นส่งผลให้เกิดภาวะโลหิตจาง ในส่วนของฟันตกระนั้น พื้นที่ฟลูออไรด์สูงมีความชุกของฟันตกระ ร้อยละ 70.1 โดยพบความชุกของฟันตกระสูงในกลุ่มที่บริโภคน้ำทำอาหารจากแหล่งฟลูออไรด์สูง (ร้อยละ 64.1), กลุ่มที่มีความผิดปกติของผลเลือด (ร้อยละ 69.3) และกลุ่มที่ฟลูออไรด์ในเลือดเกิน 0.043 mg/L (ร้อยละ 60.3)

ความชุกของฟันตกระจากการศึกษาครั้งนี้ สูงกว่าที่พบได้โดยเฉลี่ยในประชากรทั่วไป ที่ไม่เกินร้อยละ 10⁶ และสอดคล้องกับ Clark และคณะ¹⁶ ที่พบว่าอุบัติการณ์ฟันตกระในชุมชนที่มีฟลูออไรด์สูงอยู่ระหว่างร้อยละ 35 ถึง 60 และในชุมชนที่มีฟลูออไรด์อยู่ในระดับปกติ อยู่ระหว่างร้อยละ 20 ถึง 45 จากการค้นพบดังกล่าว สรุปได้ว่าความเสี่ยงของฟันตกระเกิดจากปัจจัยต่อไปนี้ 1) แหล่งพื้นที่ โดย กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ฟลูออไรด์สูง มีโอกาสเกิดฟันตกระสูงกว่าในพื้นที่ฟลูออไรด์ต่ำ 1.884 เท่า 2) แหล่งน้ำดื่มหลัก โดย กลุ่มตัวอย่างที่ดื่มน้ำจากแหล่งที่ฟลูออไรด์สูง มีโอกาส

เกิดฟันตกระสูงกว่ากลุ่มที่บริโภคจากแหล่งน้ำที่ฟลูออไรด์ต่ำ 1.721 เท่า 3) แหล่งน้ำประกอบอาหารหลัก โดย กลุ่มตัวอย่างที่บริโภคน้ำจากแหล่งน้ำที่มีฟลูออไรด์สูง มีโอกาสเกิดฟันตกระสูงกว่ากลุ่มที่บริโภคน้ำจากแหล่งที่ฟลูออไรด์ต่ำ 2.086 เท่า 4) ผลทางโลหิตวิทยาที่ผิดปกติ โดย กลุ่มตัวอย่างที่พบความผิดปกติของผลเลือด มีโอกาสเกิดฟันตกระมากกว่ากลุ่มที่ไม่พบความผิดปกติ 3.061 เท่า และ 5) ปริมาณฟลูออไรด์ในเลือด โดยกลุ่มตัวอย่างที่ปริมาณฟลูออไรด์ในเลือด >0.043 mg/L มีโอกาสเกิดฟันตกระมากกว่ากลุ่มที่ฟลูออไรด์ในเลือด ≤0.043 mg/L 1.774 เท่า

ผลการศึกษาสามารถกำหนดมาตรการในการแก้ไขปัญหา จำนวนตามปัจจัยต่างๆ ดังนี้ **ปัจจัยด้านสิ่งที่สัมผัส ได้แก่ ฟลูออไรด์ซึ่งก่อโรคโดยตรง**

- 1) กำหนดมาตรการเฝ้าระวังและป้องกันการรับฟลูออไรด์อย่างมีส่วนร่วม
- 2) กำกับควบคุมคุณภาพน้ำบริโภคอย่างเป็นระบบ
- 3) พัฒนาเทคโนโลยีเพื่อลดปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำที่นำมาบริโภค
- 4) ศึกษาและพัฒนาทางเลือกในการบริหารจัดการแหล่งน้ำบริโภคในชุมชนด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม

ปัจจัยด้านผู้รับสัมผัส ได้แก่ อายุ เพศ ส่วนสูง น้ำหนัก

- 1) จำแนกกลุ่มเสี่ยงตามช่วงอายุและตัวแปรที่เกี่ยวข้อง
- 2) ใช้มาตรการเฝ้าระวังและติดตามที่จำเพาะตามการกลุ่มเสี่ยงที่จำแนก
- 3) สร้างการรับรู้และความตระหนักในกลุ่มเป้าหมาย

ปัจจัยด้านพฤติกรรมเช่น การบริโภคน้ำ ปริมาณน้ำที่บริโภคระยะเวลาที่บริโภคน้ำการเลือกบริโภคน้ำจากแหล่งที่ปลอดภัย

- 1) สร้างความรอบรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม
- 2) ส่งเสริมโภชนาการและน้ำดื่มที่มีความปลอดภัยจากสารฟลูออไรด์ ทั้งในโรงเรียนและชุมชน และ

ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม เช่น แหล่งน้ำในพื้นที่

- 1) จัดทำแผนที่สุขภาพชุมชน แสดงที่ตั้งแหล่งน้ำ
- 2) แหล่งฟลูออไรด์ และลักษณะทางธรณีวิทยาที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการพบฟันตกระความผิดปกติของระบบเลือด และความผิดปกติของกระดูก
- 3) พัฒนารูปแบบการจัดการน้ำที่มีประสิทธิภาพในชุมชน กำหนดมาตรการชุมชนร่วมกันเพื่อแก้ไขปัญหา

เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืนและเป็นระบบ ควรมุ่งเน้นให้พื้นที่ที่มีความเสี่ยง รับผิดชอบการจำแนกและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มอ่อนไหวที่จะได้รับผลกระทบเป็นลำดับแรกและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและความชุกของโรค รวมถึงพฤติกรรมและทางเลือกการบริโภคน้ำจากแหล่งต่างๆ ของประชาชน เพื่อกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหา พร้อมทั้งคืนข้อมูลให้กับพื้นที่ โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องคือองค์กร

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization (WHO). Fluoride in Drinking-water by J. Fawell, K. Bailey, J. Chilton, E. Dahi, L. Fewtrell and Y. Magara. ISBN: 1900222965. Published by IWA Publishing, London, UK. 2006.
- ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท (ฉบับที่ 6) ลงวันที่ 23 เมษายน 2553 ในราชกิจจานุเบกษา ฉบับประกาศและงานทั่วไป เล่มที่ 127 ตอนพิเศษ 67ง. ลงวันที่ 27 พฤษภาคม 2553.
- Ekstrand J, Ehrnebo M. Influence of milk products on fluoride bioavailability in man. *European Journal of Clinical Pharmacology* 1979;16(3):211–15.
- Ekstrand J, Ziegler EE, Nelson SE, Fomon SJ. Absorption and retention of dietary and supplemental fluoride by infants. *Adv Dent Res* 1994;8(2):175-180.
- Adler P. & World Health Organization. Fluorides and human health / contributor. [Internet]. 1970 [cited 2016 May 24]; Available from: (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/41784>).
- McDonagh MS, Whiting PF, Wilson PM, Sutton AJ, Chestnutt I, Cooper J, et al. Systematic review of water fluoridation. *BMJ* 2000; 321(7265):855-59.
- Nochimson G. Toxicity, Fluoride, [Internet]. 2008, [cited 2017 December 28]; Available from: (<http://emedicine.medscape.com/article/814774-overview>).
- Pornprasert S, Wanachantararak P, Kantawong F, Chamnanprai S, Kongpan C, Pienthai N., et al. Excessive fluoride consumption increases haematological alteration in subjects with iron deficiency, thalassaemia, and glucose-6-phosphate dehydrogenase (G-6-PD) deficiency. *Environ Geochem Health* 2017;39(4):751-58.
- Fluoride (serum), University Hospitals Birmingham, [Internet]. 2017, [cited 2019 August 28]; Available from: (<http://www.heftpathology.com/item/fluoride-serum.htm>).
- Torra M, Rodamilans M, Corbella J. Serum and urine ionic fluoride: normal range in a nonexposed population. *Biol Trace Elem Res* 1998;63(1):67-71.)
- ฟ้าใส คันธวงศ์, เพ็ญพิชชา วนจันทร์รักษ์, สุพจน์ ชำนาญไพร, ฉัตรภัทร คงปั้น.การตรวจวัดระดับฟลูออไรด์ในซีรัมของเด็กนักเรียน ตำบลยางเปา อำเภอกมภัย จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่* 2557; 47(3):185-91.
- DenBesten PK. Biological mechanisms of dental fluorosis relevant to the use of fluoride supplements. *Community Dent Oral Epidemiol* 1999; 27(1):41-7.

13. สุธน เพ็งคุ้ม และคณะ การศึกษาเพื่อกำหนดขอบเขตและแนวทางการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ฟลูออไรด์เกินมาตรฐานในน้ำดื่มจังหวัดตาก. รายงานประจำปี ศูนย์อนามัยที่ 9 พิษณุโลก 2551.
14. SPSS inc. PASW Statistic 18.0. U.S.A.: McGraw-Hill, Inc; 2009.
15. Nurgul A. Effect of Resveratrol on Hematological and Biochemical Alterations in Rats Exposed to Fluoride. Biomed Res Int2014; 1-6.
16. Clark DC, Hann HJ, Williamson MF, Berkowitz J. Influence of exposure to various fluoride technologies on the prevalence of dental fluorosis. Community Dent Oral Epidemiol 1994; 22: 461-4.

การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ขวัญธิดา พิมพ์การ¹

¹ อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนความรู้เกี่ยวกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น มีอารมณ์เศร้า รู้สึกตนเองไร้ค่า ขาดความสนใจในกิจกรรมที่เคยสนใจทำ พบได้บ่อยในทุกเพศทุกวัย สามารถรักษาให้หายได้ ด้วยการบำบัดทางสังคมจิตใจหรือการใช้ยาต้านเศร้า หรือใช้ทั้งสองวิธีในการรักษา ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า มี 2 ปัจจัยหลักคือ ปัจจัยทางชีวภาพ และปัจจัยทางจิตสังคม

ความเข้มแข็งทางใจ เป็นความสามารถในการเผชิญปัญหาและผ่านพ้นอุปสรรคไปได้จนทำให้บุคคลมีความเข้มแข็ง ซึ่งแนวคิดของกรอตเบิร์ก (Grotberg) องค์ประกอบการสร้างความเข้มแข็งทางใจมีความสัมพันธ์กันประกอบด้วย สิ่งที่ดีนั้นเป็น สิ่งที่ดีนั้นมี และสิ่งที่ดีนั้นสามารถ กระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยความเข้มแข็งทางใจ มีดังนี้คือ การพยายามโน้มน้าวให้มองอุปสรรคในแง่ที่สร้างสรรค์ โดยการใช้การพูดคุยแบบเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้คิดตามและไม่รู้สึกถูกยึดเยียด สนับสนุนให้เขาเกิดความมั่นใจที่จะระบายความทุกข์ให้ฟัง หลังจากนั้นใช้การพยาบาลด้านจิตใจแบบเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อไป

ดังนั้นการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีความมั่นคงทางอารมณ์และจิตใจ รู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ทำให้มีความพร้อมอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข

คำสำคัญ: การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ/ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า/

การพยาบาลด้านจิตใจ

A Strengthening of Resilience in Patients with Major Depressive Disorder

Khwanthida Phimpakarn¹

¹ Lecturer of Faculty of Nursing, Princess Chulabhorn's College of Medical Sciences

Abstract

This article aims to review the knowledge about a strengthening of resilience in patients with major depressive disorder. Major depressive disorder is a mood disorder, such as feelings of sadness, feelings of worthlessness, loss of interest in activities that used to be interesting. It is the most common of all ages. It can be cured with, psychosocial therapy, or using antidepressant drugs, or using both methods. The factors that cause disease, there are 2 factors: biological factors and psychosocial factors

Resilience is coping problems and overcome obstacles until the person is strong. Grotberg's concept: The components of resilience is associated with: I am, I have and I can. Helping process of the depressed patient with resilience is an attempt to convince them to look at obstacles in a creative sense by using conversations that allow depressed patients to think and not feel cramped, encouraging them to be confident in venting out his suffering. After that, continue to use resilience psychological nursing.

Therefore, strengthening the resilience results in patients with major depressive disorder having emotional and mental stability, self esteem. Make it ready to live happily with family and communities.

Keywords: Resilience Strengthening/ Patients with Major Depressive Disorder/
Psychological nursing

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อย และเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญ มีการคาดการณ์ว่าเมื่อถึง พ.ศ. 2563 ในภาพรวมของประชากรโลก โรคซึมเศร้าพบได้ประมาณ 1 ใน 6 ของประชากร และจะเป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 2 ของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs= disability adjusted life years)¹ โดยขึ้นมาจากอันดับ 3 ที่องค์การอนามัยโลก ได้รายงานไว้ในปี ค.ศ. 2004² และพบได้บ่อยในทุกเพศทุกวัย โดยมีความชุกอยู่ที่ร้อยละ 2-10³ ในประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบมากในกลุ่มคนวัยทำงาน ผู้สูงอายุ และวัยรุ่น ตามลำดับ หากโรคซึมเศร้านั้นมีความรุนแรง และเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องยาวนาน จะก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพ หากผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นไม่ได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้อง จะนำไปสู่การฆ่าตัวตาย⁴

โรคซึมเศร้า (major depressive disorder) จัดอยู่ในกลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์ (mood disorder) โดยความผิดปกติของอารมณ์เป็นอาการเด่น มีอารมณ์เศร้า รู้สึกตนเองไร้ค่า ขาดความสนใจในกิจกรรมที่เคยสนใจทำ สมาธิเสื่อม เหม่อลอย หลงลืมง่าย ความคิดเชิงซ้ำ ถังเลใจ ตัดสินใจ ไม่แน่นอน ไม่มั่นใจในตนเอง มองโลกในแง่ร้าย ต่ำหนืดตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีความทุกข์มากไม่มีใครช่วยได้ และอยากตาย⁵ ซึ่งมีอาการด้านอื่น ๆ ร่วมด้วย อาทิเช่น ด้านร่างกาย ได้แก่ ความอยากรับประทานอาหารแปรปรวน (appetite disturbance) การนอนแปรปรวน (sleep disturbance) นอนหลับน้อยลง หรือนอนไม่หลับ (insomnia) ในด้านพฤติกรรม (behavioral symptoms) ผู้ป่วยจะมีอาการเชื่องช้า เดินช้า คิดช้า ไม่พูด ไม่ได้ตอบ ไม่อยากทำอะไร ผุดลุกผุดนั่ง หงุดหงิดง่าย ไม่สนใจความสะอาดของตนเอง และด้านความคิด (cognitive symptoms) คิดซ้ำ ๆ คิดอะไรไม่ออก ไม่มีสมาธิ รู้สึกผิด คิดว่าตนเองไร้ค่า (worthlessness) และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (low self-esteem)³

สรุปได้ว่า โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น มีอารมณ์เศร้า รู้สึกตนเองไร้ค่า ขาดความสนใจในกิจกรรมที่เคยสนใจทำ พบได้บ่อยในทุกเพศทุกวัย

ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า

ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า มี 2 ปัจจัยหลัก ซึ่งได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ (biological factors) และ

ปัจจัยทางจิตสังคม (psychosocial factors) ปัจจัยทางชีวภาพ คือ ปัจจัยทางกรรมพันธุ์ พบว่า หากบิดา มารดาป่วยด้วยโรคซึมเศร้า บุตรจะมีโอกาสป่วย ด้วยโรคซึมเศร้าถึง ร้อยละ 10-25⁶ และพบว่าการทำงานของสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าซึ่งได้แก่ เซโรโทนิน (serotonin) โดพามีน (dopamine) และนอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine)⁷ ในส่วนของปัจจัยทางจิตสังคม (psychosocial factors) ประกอบด้วยปัจจัยภายในจิตใจ ปัจจัยทางความคิด ปัจจัยทางพฤติกรรม และปัจจัยด้านสัมพันธภาพและสังคม (interpersonal & social factors)⁵ กล่าวไว้ว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักมีจิตใจพื้นฐานบางอย่าง ซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์ในวัยเด็ก ประสบการณ์ต่าง ๆ เหล่านั้น ทำให้เกิดกระบวนการคิดในทางลบ สับสน ไม่มีเหตุผล ซึ่งภาวะซึมเศร้าเกิดจาก 2 กระบวนการคือ กระบวนการแรก เมื่อบุคคลได้รับประสบการณ์ หรือภาวะวิกฤตในชีวิต และสองมีความคิด อัตโนมิติทางลบเกี่ยวกับตนเอง เกิดจากความผิดพลาดด้านกระบวนการคิด โดยเรียนรู้มาจาก ประสบการณ์ที่พบครั้งแรกของชีวิต และไม่สามารถควบคุมหรือแก้ไขเหตุการณ์นั้นได้ จึงทำให้เกิดการเรียนรู้ว่าตนเองขาดความสามารถที่จะแก้ไข หรือเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์นั้น และทำให้บุคคลนั้น ประมวลเรื่องราวผิดพลาด บิดเบือนจากความเป็นจริง และสะสมมาเรื่อย ๆ เมื่อพบภาวะวิกฤตอีก การประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดในอดีตก็จะกลับมาระดับขึ้นให้เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบ มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นไม่ดี ไม่ได้ได้รับการยอมรับจากเพื่อน จึงรู้สึกว่าตนไม่เป็นที่สนใจ มองตนเองไม่มีประโยชน์ รู้สึกสิ้นหวังและมีความรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ⁸ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (low self-esteem) มักเกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะมีความรู้สึกที่ตนต่ำต้อย ไม่แน่ใจในความสามารถของตนในเรื่องต่าง ๆ เช่น การตัดสินใจ การแก้ปัญหา หรือรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสำคัญ⁹ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ เป็นลักษณะสำคัญของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และพบในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 81⁵

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า บุคคลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงจะมีแนวโน้มการเกิดภาวะซึมเศร่าต่ำ^{10,11} อีกทั้งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นลักษณะเด่นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง การที่บุคคลประเมินตนเอง แล้วแสดงออกในแง่ของการ

ยอมรับตนเอง หรือไม่ยอมรับตนเองเป็นการแสดงให้เห็นถึงขอบเขตความเชื่อของบุคคลที่มีต่อตนเอง ในด้านเกี่ยวกับความสามารถ ความสำคัญ ความสำเร็จ และความมีคุณค่าของตนเอง ซึ่งสามารถรับรู้ได้จากคำพูดและท่าทีที่บุคคลนั้นแสดงออกมา¹²

ดังนั้นสรุปได้ว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า มี 2 ปัจจัยหลักคือ 1) ปัจจัยทางชีวภาพ เช่น ปัจจัยทางกรรมพันธุ์, ความผิดปกติของสารสื่อประสาท ซึ่งได้แก่ dopamine, nor-epinephrine และ serotonin เป็นต้น 2) ปัจจัยทางจิตสังคม เช่น ปัจจัยภายในจิตใจ ปัจจัยทางความคิด ปัจจัยทางพฤติกรรม และปัจจัยด้านสัมพันธภาพและสังคม

การรักษาโรคซึมเศร้าสามารถรักษาให้หายได้ อาทิเช่น การบำบัดทางสังคมจิตใจ ได้แก่ cognitive behavioral therapy (CBT) หรือการใช้ยาต้านเศร้า ซึ่งการออกฤทธิ์ของยาต้านเศร้า ปัจจุบันมุ่งไปที่การแก้ไขสมดุลของสารเคมีในสมอง (neurotransmitters) ที่ควบคุมกำกับดูแลสมดุลของอารมณ์ แรงจูงใจ ความอยากอาหาร คือ เซโรโทนิน (serotonin) โดพามีน (dopamine) และ นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) หรือใช้ทั้งสองวิธีร่วมกันในการรักษา⁷

อาการของโรคไม่ได้หายทันทีที่กินยา โดยเฉพาะอาการซึมเศร้า โดยส่วนใหญ่แล้วจะใช้เวลาประมาณ 1-2 สัปดาห์ขึ้นไปอาการจึงจะดีขึ้นอย่างเห็นชัด และยาทุกชนิดสามารถทำให้เกิดอาการข้างเคียงได้ทั้งสิ้น แม้ว่าโอกาสที่เกิดอาการข้างเคียงจะมาน้อย และมีความรุนแรงต่างกันไป การใช้ยาจึงควรใช้ในขนาดและกินตามเวลาที่แพทย์สั่งเท่านั้น หากมีความจำเป็นที่ทำให้กินยาตามสั่งไม่ได้ และควรแจ้งแพทย์ทุกครั้งหากเกิดอาการใด ๆ ที่ไม่แน่ใจว่าเป็นอาการข้างเคียงหรือไม่

การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ เป็นการบำบัดทางสังคมจิตใจจึงมีความสำคัญในการมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยดังกล่าว รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา¹³ พบว่าโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจสามารถเพิ่มความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ให้แก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ โดยโปรแกรมช่วยปรับวิธีการคิดทางบวก และช่วยแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

สรุปได้ว่า โรคซึมเศร้า สามารถรักษาให้หายได้ด้วยการบำบัดทางสังคมจิตใจ หรือการใช้ยาต้านเศร้า หรือใช้ทั้งสองวิธีในการรักษา

ความเข้มแข็งทางใจ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ให้ความหมายความเข้มแข็งทางใจไว้หลากหลายตามมุมมองแนวคิดที่แตกต่างกันไป ในบางงานวิจัยได้ศึกษาความเข้มแข็งทางใจในรูปแบบของลักษณะประจำตัวของบุคคล (Individual trait) บางการศึกษามองความเข้มแข็งทางใจว่าเป็นกระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome)¹⁴ ซึ่งจัดกลุ่มความหมายของความเข้มแข็งทางใจ ได้ 3 กลุ่มดังนี้ 1) แนวคิดความเข้มแข็งทางใจในความหมายที่เป็นลักษณะประจำตัวของบุคคล (Individual trait) เป็นคุณลักษณะหรือปัจจัยปกป้อง (Protective factors) เป็นปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคลที่ช่วยบุคคลต่อต้านกับภาวะเสี่ยงหรือลดผลในทางลบที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยง ซึ่งพบได้ในทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน¹⁵ โดยคุณลักษณะระดับบุคคลที่แสดงถึงความเข้มแข็งทางใจเช่น มีมุมมองทางบวก ยอมรับจุดด้อยของตัวเอง มีทักษะในการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ มีอารมณ์ขัน มีพลังสร้างสรรค์ผลงาน ภาคภูมิใจในตนเอง อดทน มีความซื่อสัตย์ มีคุณธรรม มีความสัมพันธ์ที่คงเส้นคงวาผู้อื่น มีทักษะในการติดต่อสื่อสารที่ดี และให้ความสำคัญของการมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต 2) แนวคิดความเข้มแข็งทางใจในความหมายที่เป็นลักษณะของพลวัต (Dynamic) หรือกระบวนการ (Process) เป็นกระบวนการของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งนักวิจัยบางท่านเรียกแนวคิดนี้ว่าความเข้มแข็งทางใจแบบเน้นตัวบุคคล (Person focus) แนวคิดนี้สามารถศึกษาผู้ที่มีความเข้มแข็งทางใจได้ในมุมที่ค่อนข้างกว้าง แต่จะนำมาสร้างโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจได้ค่อนข้างยาก¹⁵ 3) แนวคิดความเข้มแข็งทางใจในความหมายที่เป็นผลลัพธ์ (Outcome) เป็นผู้ที่สามารถในการคงไว้ซึ่งความสมดุลของจิตใจ มีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ หลังเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤต นักวิจัยบางท่านอาจจะเรียกแนวคิดนี้ว่าแนวคิดความเข้มแข็งทางใจแบบเน้นตัวแปร (Variable focus)¹⁶ ซึ่งแนวคิดนี้จะสามารถสร้างตัวแปรทำนายการเกิดความเข้มแข็งทางใจ

และนำไปสู่การสร้างโปรแกรมการบำบัดที่มีประสิทธิภาพได้ แต่ไม่สามารถมองความเข้มแข็งทางใจในภาพรวมได้ ขาดการมองวิถีชีวิตของบุคคลที่มีความเข้มแข็งทางใจดีในมุมกว้าง¹⁶

สรุปได้ว่าความหมายของความเข้มแข็งทางใจ เป็นความสามารถในการเผชิญปัญหาและผ่านพ้นอุปสรรคไปได้ จนทำให้บุคคลมีความเข้มแข็ง ซึ่งการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยความเข้มแข็งทางใจ คือ การพยายามโน้มน้าวให้มองอุปสรรคในแง่ที่สร้างสรรค์ เป็นโอกาสที่จะพัฒนาหรือเปลี่ยนแปลงความทุกข์ เป็นเรื่องที่ทุกคนต้องเผชิญ โดยใช้การพูดคุยแบบเปิดโอกาสให้ผู้มีภาวะซึมเศร้าได้คิดตาม และไม่รู้สึกรู้สึกอึดอัด สนับสนุนให้เขาเกิดความมั่นใจที่จะระบายความทุกข์ให้ฟังแล้วจึงให้การปรึกษาแบบเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อไป¹⁷ โดยการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจส่งผลให้เขามีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ความรู้สึกดีต่อตนเองหรือการเห็นคุณค่าในตนเอง (self-esteem) ทำให้คนกล้าคิดกล้าทำในสิ่งที่ตนคิดว่าดีที่สุด และทำให้คนที่ล้มเหลว หรือเจอกับประสบการณ์ที่ไม่ดีจะกลับฟื้นสภาพจิตใจได้ดีกว่าคนที่มีความภูมิใจ ในตนเองต่ำ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยสำคัญอย่างมากที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เพราะบุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าต่อตนเองสูงจะมีความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้น สามารถแก้ไขปัญหารับรู้ปัญหาได้ตาม สภาพความเป็นจริง มีความเคารพตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และมีความสุขส่งผลให้เกิดภาวะซึมรำน้อยลง หากผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองจะส่งผลต่อการซึมเศร้ามลดลงได้

การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจได้ ผู้ปฏิบัติควรเป็นบุคคลที่มีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การรักษา รวมทั้งมีทักษะด้านการให้คำปรึกษาและการทำกลุ่มบำบัดเพื่อเตรียมความพร้อมในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ให้สามารถดำเนินกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการเริ่มต้นกิจกรรมในการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ หลักการสำคัญควรมีการเสริมสร้างสัมพันธภาพทุกครั้งและการรับฟังปัญหาของผู้ป่วยเพื่อสร้างความไว้วางใจซึ่งกันและกัน อีกทั้งการส่งเสริมให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

ได้มีการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในทุกกลุ่มวัย ส่งผลให้พยาบาลได้มีแนวทางในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย และจิตสังคม

องค์ประกอบการสร้างความเข้มแข็งทางใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งทางใจพบว่ามีการศึกษาหลากหลายที่ศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบการสร้างความเข้มแข็งทางใจ ซึ่งความเกี่ยวข้องของปัจจัยเสี่ยงปัจจัยปกป้อง และผลลัพธ์ อันอาจเป็นผลลัพธ์ในทางบวกหรือทางลบ ซึ่งความเข้มแข็งทางใจเป็นผลมาจากความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงกับปัจจัยปกป้อง โดยปัจจัยปกป้องเป็นปัจจัยที่มีแนวโน้มที่จะเกี่ยวข้องในทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจ และเกี่ยวข้องกับการที่มีแนวโน้มที่จะลดผลลัพธ์ในทางลบที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงและช่วยให้บุคคลไม่ไปเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่อาจจะนำมาซึ่งปัญหาต่อตนเอง¹⁸ แนวคิดของกรอตเบิร์ก (Grotberg)¹⁹ ให้ความหมายความเข้มแข็งทางใจว่าเป็นศักยภาพของบุคคลที่มีความสามารถในการฟันตัว การลดความรุนแรงและการผ่านพ้นจากการได้รับผลกระทบที่เกิดจากภาวะบีบคั้นต่าง ๆ ที่ต้องเผชิญด้วยดี และสามารถพัฒนาได้ไม่ว่าจะอยู่ในวัยใดก็ตาม อีกทั้งได้กล่าวถึง องค์ประกอบเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจมีทั้งหมด 3 ประการ คือ 1) I am เป็นการพัฒนาความเข้มแข็งภายในใจ ซึ่งการศึกษาวิจัย I am มีตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ เช่น ความน่ารักมีเสน่ห์ในตัวเอง, การมีความเข้าใจผู้อื่น, การมีความภาคภูมิใจในตนเอง, การเป็นตัวของตัวเอง มีอิสระและมีความรับผิดชอบ และการมีความหวัง ความศรัทธาและเชื่อมั่น เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลส่งผลต่อการมีความเข้มแข็งทางใจ^{20,21} 2) I have เป็นการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคล ระบุว่ามีความคอยช่วยเหลือ ซึ่งการศึกษาวิจัย I have มีตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ เช่น การมีความไว้วางใจในสัมพันธภาพ, การมีหลักปฏิบัติและกฎเกณฑ์ต่างๆในครอบครัว, การมีบทบาท หรือตัวแบบจากพ่อแม่/ญาติผู้ใหญ่ภายในบ้าน, การส่งเสริมให้มีอิสระในการกระทำสิ่งต่างๆด้วยตนเอง และการส่งเสริมให้มีสุขภาพกายที่ดี/มีความสุขและปลอดภัย/การที่ได้รับการศึกษา²² ซึ่งตัวแปร

ดังกล่าวเป็นปัจจัยภายนอกของบุคคล 3) I can เป็นความสามารถแก้ปัญหาได้ ซึ่งการศึกษาวิจัย I can มีตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ เช่น การมีทักษะสื่อสาร, การมีทักษะการแก้ปัญหา, การจัดการกับอารมณ์และสิ่งที่มากระตุ้น, การประเมินอารมณ์ของตนเองและผู้อื่นได้, และความสามารถในการแสวงหาความสัมพันธ์ที่ไว้วางใจได้ หรือการมีใครแบ่งปันความรู้สึกต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้²² โดยตัวแปรดังกล่าวเป็นความสามารถภายในของแต่ละบุคคล

กรอตเบิร์ก (Grotberg)¹⁷ ได้เสนอว่าความเข้มแข็งทางใจอาจมีองค์ประกอบเหล่านี้ทั้ง 3 ด้านร่วมกัน ทั้งนี้ผู้ที่มีความเข้มแข็งทางใจอาจมีองค์ประกอบเหล่านี้ไม่ครบทั้ง 3 ด้านก็เป็นได้ แต่การมีองค์ประกอบเพียงด้านใดด้านหนึ่งนั้นไม่เพียงพอต่อการทำให้เกิดความเข้มแข็งทางใจของบุคคลเช่นกัน ดังนั้นองค์ประกอบในการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ มีความสัมพันธ์และเกี่ยวเนื่องซึ่งกันและกัน ซึ่งประกอบด้วย I am, I have และ I can

โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

จากการทบทวนงานวิจัยในประเทศไทย พบว่า ยังพบการศึกษาค่อนข้างน้อยเกี่ยวกับการสร้างโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามแนวคิดของกรอตเบิร์ก (Grotberg)¹⁶ โดยมีองค์ประกอบการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจ คือ I am, I have และ I can พบงานวิจัยในประเทศไทยที่ใช้แนวคิดกรอตเบิร์ก (Grotberg) มาช่วยในการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามี 2 งานได้แก่

การศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า¹³ ตามแนวคิดกรอตเบิร์ก (Grotberg)¹⁷ มีดังนี้คือ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การพัฒนาความคิดด้านบวก และมองเห็นคุณค่าของตนเอง (I am) การสร้างสัมพันธภาพ การบรรยายเกี่ยวกับการมองโลกแง่ดี การให้ผู้ป่วยทบทวนข้อดีของตนเอง และฝึกการมองโลกแง่ดี กิจกรรมที่ 2 การเรียนรู้ทักษะการสื่อสารรู้จักสร้างความเข้าใจอันดีต่อกัน (I have) การฝึกการสื่อสารเพื่อสร้าง

สัมพันธภาพ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันอย่างเข้าใจ เปิดโอกาสให้แสดงความรู้สึก จากการที่ไม่ได้รับการยอมรับจากผู้อื่น ฝึกทักษะการฟังและฝึกปฏิบัติ กิจกรรมที่ 3 การรับรู้ความสามารถในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง (I can) การฝึกประสบการณ์จากสถานการณ์ต่างๆที่ผู้ป่วยประสบในชีวิตประจำวัน การฝึกกายและใจให้สงบ การฝึกการผ่อนคลาย การแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นโดยใช้ทางเลือกในการแก้ปัญหาอย่าง เหมาะสม การฝึกการแก้ไขปัญห และใช้ทางเลือกแก้ปัญหา

การศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งในชีวิตต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง²³ โดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งในชีวิต พัฒนาโดย²⁴ กิจกรรม ๑ ละ 2 ชั่วโมง กิจกรรมประกอบด้วย 1) ความเข้มแข็งในชีวิต 2) ค้นหาความงดงามในตนเอง 3) ยืนหยัด ผ่านพ้น (living through) และเรียนรู้ (learning from) 4) การจัดการกับความเครียด 5) ความเข้มแข็งในชีวิตในบริบทสถานศึกษา และการเตรียมตัวเองให้พร้อมเสมอที่จะรับมือกับสถานการณ์ต่าง ๆ (prepare for) และ 6) การสื่อสารแบบ "I Message"

ดังนั้นสรุปได้ว่าโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตามแนวคิด¹⁷ โดยมีองค์ประกอบการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจ คือ I am ประกอบด้วยกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาความคิดด้านบวก การมองเห็นคุณค่าของตนเอง ค้นหาความงดงามในตนเอง I have ประกอบด้วยกิจกรรมเกี่ยวกับการสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพ การรับรู้ความสามารถในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง และ I can ประกอบด้วยกิจกรรมเกี่ยวกับการฝึกกายและใจให้สงบ การฝึกการผ่อนคลาย และการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นโดยใช้ทางเลือกในการแก้ปัญหอย่างเหมาะสม

สรุป

โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น มีอารมณ์เศร้า รู้สึกตนเองไร้ค่า ขาดความสนใจในกิจกรรมที่เคยสนใจทำ พบได้บ่อยในทุกเพศทุกวัย สามารถรักษาให้หายได้ ด้วยการบำบัดทางสังคมจิตใจหรือการใช้ยาด้านเศร้า หรือใช้ทั้งสองวิธีในการรักษา ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า มี 2 ปัจจัยหลักคือ ปัจจัยทางชีวภาพ

และปัจจัยทางจิตสังคม อีกทั้งความเข้มแข็งทางใจ เป็นความสามารถในการเผชิญปัญหาและผ่านพ้นอุปสรรคไปได้จนทำให้บุคคลมีความเข้มแข็ง ซึ่งแนวคิดของกรอตเบิร์ก (Grotberg) องค์ประกอบการสร้างความเข้มแข็งทางใจประกอบด้วย I am, I have และ I can กระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยความเข้มแข็งทางใจ

เอกสารอ้างอิง

1. Christopher JL, Lopez MD, LopezAD. Alternative projection of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*; 349: 1498-504; 1997.
2. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update [internet]. 2004. [cited 2019 August 27]. Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_part4.pdf.
3. ธรณินทร์ กองสุข. แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด (ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 3/2557) [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม 2562];55-60. เข้าถึงได้จาก :<http://www.thaidepression.com/www/58/guidebookdepress.pdf>.
4. รังสิมันต์ สุนทรไชยา. คู่มือการบำบัดทางจิตสังคม (พิมพ์ครั้งที่ 1). นครปฐม: มิสเตอร์ ก๊อปปี้; 2554.
5. Beck TA. Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. New York: Hoeber; 1967.
6. Sadock JB, & Sadock V A. of Psychiatry Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
7. มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนนิชัย. จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์, โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555.
8. รังสิมันต์ สุนทรไชยา. บทความวิชาการการบำบัดด้วยการระลึกความหลัง: การบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 2554;25(2):1-11.
9. อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: วี พริน; 2554.
- มีดังนี้ คือ การพยายามโน้มน้าวให้มองอุปสรรคในแง่ที่สร้างสรรค์ โดยใช้การพูดคุยแบบเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้คิดตามและไม่รู้สึกถูกยึดเยียด สนับสนุนให้เขาเกิดความมั่นใจที่จะระบายความทุกข์ให้ฟัง หลังจากนั้นให้การพยาบาลด้านจิตใจเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อไป
10. โสภณ แสงอ่อน, พัทรินทร์ นินทจันทร์, และทัศนาวทิวคุณ. ภาวะซึมเศร้าและความแข็งแกร่งในชีวิตของประชาชนในชุมชนแห่งหนึ่ง. *รายงานการวิจัยโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล*; 2558.
11. Friberg O, Hjemdal O, Rosenvinge J H, Martinussen M, Aslaksen P M, & Flaten M A. Resilience as moderator of pain and stress. *Journal of Psychosomatic Research* 2006;61: 213-219.
12. Coopersmith S. The antecedents of self-esteem. San Francisco, CA: W.H. Freeman and Company; 1967.
13. พิชราวไล ควรเนตร, เทียนภา แดงด้อมยุทธ และรัชนิกร อุปเสน. ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ ต่อความรู้สึกรักคุณค่าในตนเอง ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 2561;32(2):39-51.
14. Hengudomsab P. Resilience in later life. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal* 2007;2(1):115-123.
15. Wells M. Resilience in older adults living in rural, suburban, and urban areas. *Journal of Rural Nursing and Health Care* 2010;10(2):45-54.
16. Mental Health Foundation of Australia. The Resilience Model. [internet]. 2004. [cited 2019 August 27]. Available from: <http://www.embrace-thefuture.org.au/resiliency/index.htm>
17. Grotberg E H. A guide for promoting resilience in children: Strengthening the human spirit. (Early childhood development: Practice and Reflection No.8) The Hgne, The Netherlands, the Bernard van leer Foundation; 1995.

18. Jessor R. Successful adolescent development among youth in high-risk settings. *American Psychologist* 48, 117-126; 1993.
19. Grotberg E H. *Tapping Your Inner Strength: How to Find the Resilience to Deal with Anything*. Oakland: New Henderson; 1999.
20. ตันติมา ด้วงโยธา. การศึกษาและพัฒนา ความหยุ่นตัวของผู้นดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์* 2553;16(2):51-65.
21. เทียนทอง หาระบุตร, เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้นดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารพยาบาลจุฬาลงกรณ์* 2556;27(3):113-124.
22. กณิกพร บุญชู. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเข้มแข็งทางใจของหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาในจังหวัดนครปฐม. *วิทยานิพนธ์ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยาการชุมชน)*. นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศิลปากร; 2555.
23. आयुพร กัยวิทย์โกศล, สุทธามาศ อนุธาดู, และพัชรินทร์ นินทจันทร์. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งในชีวิตต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 2558;29(1):27-43.
24. พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน, และทัศนาวีคุณ. โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งในชีวิต. กรุงเทพฯ: จุตทอง; 2555.

ใบสมัครสมาชิก “วารสารสุขศึกษา”

วารสารราย 6 เดือน

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

ที่อยู่ (ที่สามารถส่งวารสารทางไปรษณีย์).....

.....

.....

.....รหัสไปรษณีย์.....

อีเมล..... เบอร์โทรศัพท์.....

ขอสมัครเป็นสมาชิก “วารสารสุขศึกษา” ☐ 3 ปี 500.- บาท

เริ่มตั้งแต่เล่มที่.....ปี พ.ศ.....เป็นจำนวนเงิน.....บาท โดยโอนเงิน
เข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขาโรงพยาบาล
เวชศาสตร์เขตร้อน ชื่อบัญชี นางสาวมลินี สมภพเจริญ และ นางสาวศรัณญา เบญจกุล
เลขที่บัญชี 254-217786-0 และโปรดส่งสำเนาการโอนเงินให้บรรณาธิการตามที่อยู่
ด้านล่าง หรือ ส่งไฟล์สำเนาเข้าอีเมล hjournal2560@gmail.com เพื่อดำเนินการ
ออกใบเสร็จรับเงิน

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สมัครเป็นสมาชิก และสมาชิกที่เปลี่ยนที่อยู่ โปรดจำหน่ายซองส่งถึง

กรุณาส่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มลินี สมภพเจริญ
กองบรรณาธิการวารสารสุขศึกษา
ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
420/1 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทร : 090-993-3903

รายนามคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ

พิจารณาบทความวิชาการ/ วิจัย

รศ.ดร. อาภาพร	เผ่าวัฒนา	ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร. จีรนนท์	แก้วกล้า	ภาควิชาโภชนวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร. สุภัทร์	ไชยกุล	ภาควิชาโภชนวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร. ทศนีย์	รวีรกุล	ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร. ชวัญใจ	อำนาจสัตย์เชื้อ	ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร. ปิยะธิดา	ขจรชัยกุล	ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร. วิวิธธิ์	กิตติพิชัย	ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ทพญ.ดร. ทิพนาด	วิษณุณรัตน์	ภาควิชาทันตกรรมชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
อ.ดร.ทพ.ชนพงษ์	โรจนวรฤทธิ์	Department of Health Professions, School of Health Profession and Human Services, Hofstra University, New York
อ.ดร. ณัฐนารี	เอมยงค์	ภาควิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
อ.ดร. ชัชวาล	สิงห์กันต์	ภาควิชาวิทยาศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นพ. เทวัญ	ธานีรัตน์	ผู้อำนวยการกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข
รศ.ดร.อรัญญา	ตุ้ยคัมภีร์	สาขาวิชาจิตวิทยา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อ.ดร. กรรณก	ลัธธนันท์	รองผู้อำนวยการวิทยาลัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
รศ.ดร.เดชาวุธ	นิตยสุทธิ	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
รศ.ดร. พรณิณี	บัญชาหัตถกิจ	ข้าราชการบำนาญ
พ.อ.หญิง ดร. พรณิณี	ปานเทวัญ	ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน กองการศึกษา วิทยาลัยพยาบาล กองทัพบก
รศ.ดร. ช่อทิพย์	บรมธนรัตน์	สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ผศ.ดร. บุหงา	ตโนภาส	สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาล สภากาชาดไทย
ผศ.ดร. พิมสุภาว	จันทนะโสถ์	สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
อ.ดร. นพ.สุธีร์	รัตนมะงคลกุล	ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
อ.ดร. ธรรมนันท์ก	แจ้งสว่าง	สำนักงานจัดการศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา
อ.ดร. นวลจันทร์	ใจอารีย์	สาขาวิชาแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
อ.ดร. กาญจนา	พิบูลย์	ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ผศ.ดร. เกษแก้ว	เสียงเพราะ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
อ.ดร. มุกดา	สำนวนกลาง	ข้าราชการเกษียณ
อ.ดร. สุวรรณ	มุแกม	นักวิชาการอิสระ
อ.ดร. ธันยพร	วณิชฤทธา	นักวิชาการอิสระ

นิพนธ์ต้นฉบับ

ภาวะคุณภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมือง อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา: เปรียบเทียบระหว่างเพศชายและหญิง

ทัศนีย์ ศีลาวรรณ ณัฐวัชร นิลกาญจนกุล กิตติพงศ์ พลเสน มณีรัตน์ อวยสวัสดิ์

ผลของโปรแกรมประยุกต์ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

ไพสิฐ ภิโรภาศ อรรพรรณ กิรติสิโรจน์

ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้รถนั่งคนพิการของผู้ได้รับบาดเจ็บบริเวณไขสันหลัง

สุกฤษฎี ใจจางค์ ขวัญเมือง แก้วดำเกิง มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์ ภรณ์ วัฒนสมบุญ

ผลของโปรแกรมลดน้ำหนักโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีปัญญาสังคมของกำลังพลกองทัพอากาศ ณ ที่ตั้งตอนเมือง

วลัยมาศ ขุนคงมี ศรินญา เบญจกุล มณฑา เก่งการพานิช ธราดล เก่งการพานิช

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายโดยทำบริหารมณีเวชประยุกต์เพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุจังหวัดบุรีรัมย์

สุรีย์ สิมพลี พรรณี บัญชรหัตถกิจ

ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาแผนโบราณที่ประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลบางขันแตก อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม

สิรินันท์ ฉิมพาลี ธราดล เก่งการพานิช มณฑา เก่งการพานิช ศรินญา เบญจกุล

การป้องกันตนเองจากคว้นบุหรีมือสองของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดราชบุรี

ขวัญตา สุธรรม ฉวีวรรณ บุญสุยา อรุณ ภาซีน

ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิตเพื่อการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 กรุงเทพมหานคร

ธิดารัตน์ นาคสมบุญ มณฑา เก่งการพานิช ธราดล เก่งการพานิช ศรินญา เบญจกุล

ภาพลักษณ์กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข: มุมมองประชาชนไทย ประจำปี 2561

นิรันดา ศรีบุญทิพย์ จักรกฤษณ์ พลราชม

ผลทางโลหิตวิทยาของฟลูออไรด์และการเกิดฟันตกกระในเด็กนักเรียน อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่: การศึกษาสถานการณ์และสาเหตุที่เป็นไปได้เกี่ยวกับความผิดปกติของเลือดและฟันตกกระที่พบในพื้นที่

ฉัตรภัทร์ คงปัน

การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ขวัญธิดา พิมพ์การ



ISSN 0125-0744-1-2562