



บทความวิชาการ

- ❖ แนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 3
ธีรปณกรณ์ ศุภกิจโยธิน วิลาสินี หงสนันทน

บทความวิจัย

- ❖ การประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดอุดรดิตถ์
สุภาณี สุขะนาคินทร์
- ❖ สถานการณ์สูบบุหรี่และปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ ในเขตภาคกลาง
นฤญา ยางธิสาร เรวัตต์ จุสิงห์ ยุทธศักดิ์ รูปเหมาะดี จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ
- ❖ ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ ของนักเรียนชาย
มัธยมศึกษาตอนต้น ตำบลลานดอกไม้ จังหวัดกำแพงเพชร
นพรัตน์ สโมสร ณีฐฐาภรณ์ วงษ์กาวิณ ชาติชาย ยืนยงพานิช มรกต สมพันธ์
- ❖ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดน้ำหนักของนิสิตหญิง มหาวิทยาลัยนเรศวร
จังหวัดพิษณุโลก
รดาธัญย์ ทองเดช พัฒนาวดี พัฒนถาบุตร
- ❖ แนวทางการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อการแก้ไขปัญหาการพยายามฆ่าตัวตาย
และการฆ่าตัวตายสำเร็จ อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก
พุฒิรักษ์ รักษ์ย่อง พนิดดา เล็งทอง ธนัช กนกเทศ

ประชาสัมพันธ์

- คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์
- แบบรับรองการตีพิมพ์บทความวารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
- แบบรับรองนิพนธ์ต้นฉบับจากวิทยานิพนธ์/การศึกษาอิสระ





วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

Journal of Public Health Naresuan University (JPHNU)

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2563 / Vol.2 No.1 January - April 2020

เจ้าของ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
Owner Faculty of Public Health, Naresuan University

ที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ (พิเศษ) นายแพทย์ไพจิตร ปะบุตร
ศาสตราจารย์ ดร.สมจิตต์ สุพรรณทาสัน ผู้ทรงคุณวุฒิพิเศษ
ที่ปรึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ
วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
นายกสมาคมวิชาชีพสุขภาพ
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

บรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิธรา กิจธีระวุฒิวังษ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรวรรณ กิตติโรจน์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

เลขานุการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

กองบรรณาธิการต่างประเทศ

Professor Keiko Nakamura Tokyo Medical and Dental University, Japan
ศาสตราจารย์ ดร.สัทกร พงศ์พานิช วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ
วิทยาเขตพัทลุง
รองศาสตราจารย์ ดร.พรณี บุญชรหัตถกิจ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ บุญเชียง คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รองศาสตราจารย์ ดร.สุธรรม นันทมงคลชัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร.เฉลิมชัย ชัยกิตติภรณ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ศูนย์รังสิต
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทร แสงไชยสุริยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร.นายแพทย์ สุทัศน์ โชตนะพันธ์ สถาบันเวชศาสตร์ป้องกันศึกษา
ดร.วันวิสาห์ ศรีสมุทรชัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.อัสนี วันชัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช
ดร.เชษฐา แก้วพรม วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีแพร่

กองบรรณาธิการในสถาบัน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชญานันท์ ประทุมสูตร คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปัทมา สุพรรณกุล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาจินต์ สงทับ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วุฒิชัย จริยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร.สุพัฒนา คำสอน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร.จุฑารัตน์ รักประสิทธิ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร.สรัญญา ถีป้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร.อาทิตย์า วังนสินธุ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ผู้ช่วยเลขานุการ

จิตติพร ราษฎร์ทองหลาง คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ประชาสัมพันธ์และเทคโนโลยี

พิชญนันท์ สุขมาก คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ภาสกร อ่องรัก คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
เศรษฐพงษ์ ดีอุต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

Editorial Advisors

Prof. Dr. Phaichit Pawabut, M.D.
Prof. Dr. Somchit Suphantus, Ph.D. (Health Education and Behavioral Science)

Assoc. Prof. Dr. Narongsak Noosorn, Ph.D. (Public Health)

Chief Editor

Asst. Prof. Dr. Nithra Kitreerawutiwong, Ph.D. (Public Health)

Associate Editors

Asst. Prof. Dr. Orawan Keeratisiroj, Ph.D. (Clinical Epidemiology)
Asst. Prof. Dr. Chakkraphan Phetphum, Ph.D. (Public Health)

Secretary

Asst. Prof. Dr. Sunsanee Mekrungruangwong, Ph.D.
(International Health / Health Promotion)

External Editorial Board

Prof. Dr. Keiko Nakamura, M.D., Ph.D. (Psychology)
Prof. Dr. Sathirakorn Pongpanich, Ph.D. (Health Services)
Assoc. Prof. Dr. Punyapat Chaimay, Ph.D. (Public Health)
Assoc. Prof. Dr. Pannee Banchonhattakit, Ph.D.
(Health Education and Behavioral) (International Program)
Assoc. Prof. Dr. Waraporn Boonchieng, Ph.D.
(Health education and behavioral science)
Assoc. Prof. Dr. Sutham Nanthamongkolchai, Ph.D. (Demography)
Assoc. Prof. Dr. Chaermchai Chaikittiporn, Ph.D. (Epidemiology)

Asst. Prof. Dr. Pattara Sanchaisuriya, Ph.D. (Health Science)
Dr. Suthat Chottanapund, M.D., Ph.D. (Applied Biology)
Dr. Vanvsa Sresumatchai, Ph.D.
(Thai Traditional and Alternative medicine)
Dr. Ausanee Wanchai, Ph.D. (Nursing)
Dr. Chettha Kaewprom, Ph.D. (Nursing)

Internal Editorial Board

Asst. Prof. Dr. Chayanin Pratoomsot, Ph.D. (Pharmacy)
Asst. Prof. Dr. Pattama Suphannakul, Ph.D. (Education population)
Asst. Prof. Dr. Archin Songthap, Ph.D. (Tropical Medicine)
Asst. Prof. Dr. Wuttichai Jarlya, Ph.D. (Health Service Management)
Asst. Prof. Dr. Supatana Chomson, Ph.D. (Nursing)
Dr. Jutarat Rakprasit, Ph.D. (Global Health Entrepreneurship)
Dr. Sarunya Thipom, Ph.D. (Environmental science)
Dr. Arittaya Wangwonsin, Ph.D. (Public Health)

Associate Secretary

Jittiporn Rachthonglang, M.Ed (Educational Administration)

Public relations and technology

Pichayanan Sukmak, M.M. (Electronic Commerce Management)
Phasavee Ongruk, M.S. (Information Technology)
Settapon Dee-ud, B.F.A (Innovation Media Design)

วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

Journal of Public Health Naresuan University

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2563

Vol.2 No.1 January-April 2020

<https://www.tci-thaijo.org/index.php/JPHNU/index>

วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เป็นวารสารทางด้านสาธารณสุขศาสตร์ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อาชีวอนามัยและความปลอดภัย อนามัยสิ่งแวดล้อม การบริการสุขภาพ การแพทย์แผนไทยประยุกต์ และสาขาที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางด้านสาธารณสุขศาสตร์ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อาชีวอนามัยและความปลอดภัย อนามัยสิ่งแวดล้อม การบริการสุขภาพ การแพทย์แผนไทยประยุกต์ และสาขาที่เกี่ยวข้องของนิสิตนักศึกษา คณาจารย์ นักวิจัย นักวิชาการ บุคลากรด้านสุขภาพ และบุคคลทั่วไป ที่มีผลงานเกี่ยวข้องกับทางด้านสุขภาพ ทั้งในและนอกสถาบัน
2. เพื่อสร้างเครือข่ายทางวิชาการกับสถาบันการศึกษา หน่วยงานที่ทำงานด้านสุขภาพ ระดับประเทศ

ขอบเขต

สาระในวารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เปิดรับบทความประเภท บทความวิจัย บทความวิชาการ บทความหนังสือ ปกิณกะ และจดหมายถึงบรรณาธิการ ทั้งในรูปแบบภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน

กระบวนการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

ต้นฉบับทั้งหมดจะได้รับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer review) อย่างน้อย 2 ท่านโดยการปกปิดแบบสองทาง (Double blind) การตัดสินใจในการเผยแพร่ต้นฉบับที่ส่งมาขึ้นอยู่กับการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ และการทบทวนโดยบรรณาธิการ วารสารฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการแก้ไขต้นฉบับตามรูปแบบและขนาดของพื้นที่ในการเผยแพร่ เนื้อหาและข้อคิดเห็นใดๆ ที่ปรากฏในบทความถือเป็นความรับผิดชอบของผู้นิพนธ์

กำหนดเผยแพร่

ปีละ 3 ฉบับ ราย 4 เดือน

ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน) ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม) ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม)

รูปแบบการเผยแพร่

วารสารอิเล็กทรอนิกส์ (E-journal)

สำนักงาน

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

เลขที่ 99 หมู่ที่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000

โทร 055 967319 โทรสาร 055 967333

www.health.nu.ac.th

สถานที่พิมพ์

พิมพ์ที่ หจก. โรงพิมพ์ตระกูลไทย จังหวัดพิษณุโลก โทร 055 211238 โทรสาร 055 301727

บรรณาธิการแถลง

เรียน ท่านผู้อ่านวารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวรทุกท่าน

วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ฉบับนี้ ได้ก้าวสู่ปีที่ 2 โดยเป็นฉบับที่ 1 ของเดือน มกราคม ถึง เมษายน 2563 สำหรับปี พ.ศ. 2563 นี้ ทุกประเทศทั่วโลกเผชิญกับปัญหาสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่มีการระบาดใหญ่ (Pandemic) ไปทั่วโลก ตามประกาศขององค์การอนามัยโลก เมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2563 ทั้งนี้ในส่วนของรัฐบาลไทยมีการประกาศข้อกำหนดแห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 1) ใช้บังคับทั่วราชอาณาจักร จำนวน 16 ข้อ มีผลบังคับใช้ ตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม พ.ศ. 2563 ซึ่งถือเป็นการรับมือที่มีการเชื่อมโยงการทำงานทั้งในระดับประเทศ ระดับภูมิภาค (จังหวัด) โดยการประสานงานและขอสั่งการของผู้ว่าราชการจังหวัดและผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร และระดับพื้นที่ในชุมชน (อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน) ผ่านบุคลากรทางด้านสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่ท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และประชาชนทุกคน ด้วยการดำเนินการค้นหากลุ่มเสี่ยงเข้าสู่กระบวนการคัดกรอง นำเข้าระบบการรักษา การค้นหาเร็ว ตรวจเร็ว รักษาเร็ว ทำให้สถานการณ์ดีขึ้นส่งผลทำให้ตัวเลขผู้ป่วยรายใหม่ของประเทศลดลงอย่างต่อเนื่อง จนกลายเป็นผลงานระดับโลกที่องค์การอนามัยโลก ประจำประเทศไทย (World Health Organization Thailand) ชื่นชม ถือเป็นการวางระบบสาธารณสุขที่เข้มแข็งของประเทศในการตอบสนองภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สำหรับวารสารฉบับนี้ มีความหลากหลาย ประกอบด้วย บทความวิชาการ เกี่ยวกับ แนวทางการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 3 และบทความวิจัย ได้แก่ การประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี สถานการณ์สูบบุหรี่และปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ ของนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนต้น ตำบลลานดอกไม้ จังหวัดกำแพงเพชร และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดน้ำหนักของนิสิตหญิง มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก นอกจากนี้มีบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต คือ แนวทางการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อการแก้ไขปัญหาการพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จ อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ขอขอบคุณทุกท่านที่สนใจส่งบทความวิชาการและบทความวิจัยมาลงตีพิมพ์ ด้วยผลงานทางวิชาการที่หลากหลาย ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณาบทความบทความ ให้ข้อเสนอแนะ ทำให้บทความมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น อันจะทำให้วารสารฯ เป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ผลงานวิชาการที่มีคุณภาพต่อไป

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิทรา กิจธีระวุฒิมัง
บรรณาธิการวารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

สารบัญ

บทความวิชาการ

หน้า

แนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในเขต
สุขภาพที่ 3

ธีรปณกรณ์ ศุภกิจโยธิน
วิลาสินี หงสนันท์

1-13

Guidance for promoting health literacy in health
region 3

Tripanakorn Supphakityothin
Wilasinee Hongsanun

บทความวิจัย

การประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์
สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี

สุภาณี สุชนะนาคินทร์
Supanee Sukanakintr

14-27

An evaluation the implementation of public health
strategic plan, Uttaradit Provincial Public Health
Office

สถานการณ์สูบบุหรี่และปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่
ของพระสงฆ์ ในเขตภาคกลาง

นฤญา ยางธิสาร
เรวัตต์ จูสิงห์
ยุทธศักดิ์ รูปเหมาะดี
จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ

28-40

Smoking situation and factors affected to smoking
of monks in the central region

Nareya Yangthisan
Rawat Joosing
Yutthasak Roopmodee
Chakkarphan Phetphum

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกัน
การสูบบุหรี่ ของนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนต้น
ตำบลลานดอกไม้ จังหวัดกำแพงเพชร

นพรัตน์ สโมสร
ณัฐธามณี วงษ์กาวิ
ชาติชาย ยืนยงพานิช
มรกต สมพันธุ์

41-51

The effectiveness of a smoking prevention
behavior promoting program of junior high school
students, Landokmai Sub-district, Kamphaeng Phet
Province

Nopparat Samosorn
Natthamane Wongkawin
Chartchai Yuenyongpanich
Morakot Samaphant

สารบัญ

บทความวิจัย

หน้า

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดน้ำหนัก ของนิสิตหญิง มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก Factors associated with weight loss behavior of female students Naresuan University, Phitsanulok Province	รดาธัญย์ ทองเดช พัฒนานวดี พัฒนถาบุตร Radathun Thongdet Pattanawadee Pattanathaburt	52-65
แนวทางการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอเพื่อการแก้ไข ปัญหาการพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จ อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก Guidelines for managing a district health system for solving the problems of parasuicide and completed suicide: a case study of Phromphiram District, Phitsanulok Province	พุฒิรักษ์ รักษ์ย่อง พนิตตา เส็งทอง ธนิช กนกเทศ Puttirak Rakyong Panitta Seangthong Thanach Kanokthet	66-80

บทความวิชาการ

แนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 3

ธีรปณกรณ์ ศุภกิจโยธิน¹ ส.ม., วิลาสินี หงสนันท์² * ภ.ม.

Received: March 10, 2020

Revised: April 1, 2020

Accepted: April 6, 2020

บทคัดย่อ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญ และแนะนำให้มีการประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในแต่ละประเทศ เพื่อเป็นพื้นฐานของแต่ละพื้นที่ในการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินการ ให้สอดคล้องกับทุกองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งจะทำให้ประชาชนเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 3 ซึ่งประกอบไปด้วย ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ เครื่องมือวัดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประเทศไทยและในเขตสุขภาพที่ 3 และแนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชนในเขตสุขภาพที่ 3 เพื่อยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพให้สูงขึ้นต่อไป

คำสำคัญ: การส่งเสริมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รองผู้อำนวยการด้านวิชาการ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

² เกษตรกรชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

* ผู้รับผิดชอบบทความ: wilasinee61@nu.ac.th

Guidance for promoting health literacy in health region 3

Tripanakorn Supphakityothin¹ M.P.H., Wilasinee Hongsanun^{2,*} M.Pharm.

ABSTRACT

Health Literacy is the important priority of the World Health Organization. WHO has recommendation on the assessment of health literacy level of people in each countries in order to be use for the basis data of specific area for planning of promoting health literacy in consonant with all dimensions of health literacy to improve health behavior of people. This article aims to focus on recommendation about promoting health literacy in health region 3, including the definition of health literacy, levels of health literacy, the assessment tools of health literacy, the situation of health literacy in Thailand and health region 3 and guidance for promoting health literacy of people in health region 3 to enhance their health literacy in the future.

Keywords: Health promotion, Health literacy, Health behavior

¹ Public Health Technical Officer, Professional level, Vice-Director Academic Affairs Division, Region Health Service Support 3

² Pharmacist, Professional level, Sukhothai Provincial Public Health Office

* Corresponding author: wilasineeh61@nu.ac.th

บทนำ

จากการประชุม ณ กรุงไนโรบี ประเทศเคนยา ซึ่งเป็นการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 7 ในปี พ.ศ. 2552 นั้นองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2020) ได้ประกาศให้มีความสำคัญกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ซึ่งการวัดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างสม่ำเสมอเป็นปัจจัยหลักให้เกิดการขับเคลื่อนเมืองสุขภาพดี (Healthy city) มีการศึกษาพบว่าคนที่ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ อันเนื่องมาจากมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลสุขภาพของตนเองระดับต่ำ การสื่อสารด้านสุขภาพกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพในระดับต่ำ และได้รับการส่งเสริมสุขภาพในระดับต่ำ จึงส่งผลต่ออัตราการตายที่สูงขึ้น เข้ารับการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้นนำมาสู่ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นตามไปด้วย (Osborne, Batterham, Elsworth, Hawkins, & Buchbinder, 2013) ดังนั้นการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น จึงอาจส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นตามมา ทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพต่อไป

จากคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ทำให้ในต่างประเทศพบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชนในประเทศเพิ่มมากขึ้น โดยอาจมุ่งเน้นกลุ่มประชาชนทั่วไป หรือประชาชนกลุ่มป่วย สำหรับในประเทศไทย มีการจัดตั้งสำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (สขรส.) ในปีพ.ศ. 2560 โดยมีเป้าหมายระยะ 20 ปี เพื่อให้สังคมไทยเป็นสังคมรอบรู้ด้านสุขภาพ (Department of Health, 2020) นอกจากนี้ สขรส.ไทย มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสารสนเทศ การสื่อสารผ่านระบบออนไลน์ ซึ่งแม้จะเพิ่มช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร แต่หากบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ก็จะทำให้เกิดผลเสียตามมา ดังนั้นจะเห็นได้ว่าประเทศไทยให้ความสำคัญในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นโดยสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนทั่วประเทศ เพื่อนำมาเป็นพื้นฐานในการขับเคลื่อนนโยบายต่อไป (Health Education Division, 2020)

ทั้งนี้ มีการศึกษาพบว่าประชาชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ ส่งผลต่ออัตราการตาย การเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น (Osborne et al., 2013) ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพที่อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์จัดเป็นปัญหาในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในศตวรรษที่ 21 (Roma, 2019) ทั้งนี้ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นผลลัพธ์ระยะแรกของการส่งเสริมสุขภาพ (Intarakamhang, 2017) ดังนั้นการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานของแต่ละพื้นที่ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ควรทำเป็นอันดับแรก การเร่งให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจำเป็นต้องมีการพัฒนาการดำเนินการที่เป็นรูปธรรม และเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ นำมาสู่การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านที่พบว่าเป็นปัญหา ให้มีความเหมาะสมต่อประชาชนในพื้นที่ต่อไป บทความนี้อธิบายถึงความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ เครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย นำมาสู่สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 3 ตลอดจน แนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับสถานการณ์ในพื้นที่ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของประชาชนต่อไป

ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มาจากภาษาอังกฤษ คือคำว่า "Health literacy" ซึ่งเมื่อถูกนำมาใช้ในภาษาไทย พบว่ามีการใช้คำที่หลากหลาย เช่น "ความฉลาดทางสุขภาพ" "ความฉลาดทางสุขภาพะ" "ความแตกฉานด้านสุขภาพ" "การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ" (Kaedumkoeng, 2013)

ตัวอย่างการให้ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ องค์การอนามัยโลก ได้ให้คำนิยามของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไว้ในปี ค.ศ. 1998 "Health literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of

individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health" (WHO, 1998) ซึ่งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขแปลนิยามดังกล่าว โดยมีเนื้อหาดังนี้ "ความแตกฉานด้านสุขภาพ คือทักษะต่างๆ ทางการรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น" (Kaeodumkoeng, 2013)

ในปีค.ศ. 2000 Nutbeam นิยามความรู้ด้านสุขภาพไว้ดังนี้ "ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมทั้งการพัฒนาความรู้ และทำความเข้าใจบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง" (Nutbeam, 2000) ต่อมาในปีค.ศ. 2008 นิยามไว้ดังนี้ "สมรรถนะของบุคคลที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ใช้ความรู้และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพตามความต้องการเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต" (Nutbeam, 2008) และในปีค.ศ. 2009 นิยามไว้ดังนี้ "ทักษะทางสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ" (Nutbeam, 2009) จะเห็นได้ว่าจากคำนิยามของ Nutbeam มีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยและมีความกระชับมากขึ้น

สำหรับในประเทศไทย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ให้นิยามของความรู้ด้านสุขภาพไว้ว่า "ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถหรือทักษะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพ กลั่นกรอง ประเมิน และตัดสินใจ เพื่อการนำข้อมูลไปใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกรับ เลือกใช้ผลิตภัณฑ์และบริการ เพื่อการจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมและสามารถบอกต่อผู้อื่นได้" (Office of DOH 4.0 and Health Literacy, 2017)

จากนิยามความรู้ด้านสุขภาพข้างต้น ผู้เขียนสรุปว่า ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะส่วนบุคคลในการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพที่ถูกต้องเกิดการเรียนรู้ นำมาสู่การตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้อง และสามารถสื่อสารแนะนำต่อไปยังบุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพทั้งของตนเองและผู้อื่น

องค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพ

มีการแบ่งองค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพไว้หลายแนวคิด ซึ่งผู้เขียนยกตัวอย่างไว้ 2 แนวคิดดังต่อไปนี้

1. กระทรวงสาธารณสุข ได้แบ่งความรู้ด้านสุขภาพ ไว้ 6 องค์ประกอบดังนี้ (Health Education Division, 2016)

1.1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (Access skill) หมายถึง ความสามารถของตนเองในการเลือกแหล่งข้อมูลที่มีความถูกต้อง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ

1.2 ทักษะความรู้ความเข้าใจ (Cognitive skill) หมายถึง ตนเองมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

1.3 ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (Communication skill) หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารเพื่อให้บุคคลเข้าใจและปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

1.4 ทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skill) หมายถึง ทักษะระดับบุคคลในการจัดการตนเอง ให้ปฏิบัติได้ตามวัตถุประสงค์ ตามเป้าหมาย ด้วยวิธีการตามที่ได้วางแผนไว้

1.5 ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) หมายถึง ความสามารถของตนเองในการเลือกอย่างมีเหตุผล ทำให้เลือกปฏิบัติในทางที่ถูกต้อง

1.6 ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) หมายถึง ความสามารถของตนเองในการคิดวิเคราะห์จากเนื้อหาของสื่อ ตรวจสอบเนื้อหาที่น่าเชื่อถือและประเมินคุณค่าของสื่อได้

2.แนวคิดของ Nutbeam ได้แบ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้ 3 ระดับดังนี้ (Nutbeam, 2008)

2.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional health literacy) หมายถึง ทักษะพื้นฐานด้านการอ่าน การเขียน ที่จำเป็นต้องใช้ เช่น การอ่านฉลากยา ความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียนและวาจา จากบุคลากรทางการแพทย์นำมาสู่การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

2.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (Interactive health literacy) หมายถึง ทักษะทั้งพื้นฐานการรู้หนังสือรวมทั้งทักษะทางสังคม (Social skill) ที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง และนำข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ มาใช้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy) หมายถึง ทักษะในการรู้หนังสือ ทักษะทางสังคม และความสามารถในการประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงวิพากษ์ และควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมีวิสัยทัศน์

จากทั้ง 2 แนวคิดนี้จะเห็นว่า แนวคิดจากที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ 6 ด้าน มีความสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam ดังนี้ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และทักษะความรู้ความเข้าใจ สอดคล้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพและทักษะการจัดการตนเอง สอดคล้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ ทักษะการตัดสินใจและทักษะการรู้เท่าทันสื่อสอดคล้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ

ทั้งนี้เครื่องมือวัดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ใช้ในปัจจุบันของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพนั้น (Health Education Division, 2020) ได้ประยุกต์แนวคิดดังกล่าวนำมาสู่การออกแบบเครื่องมือให้เหมาะสมกับบริบทสังคมและกลุ่มวัย เพื่อให้สามารถวัดได้ครอบคลุมทุกองค์ประกอบ ข้อมูลที่ได้จึงจะมีความครอบคลุม และบ่งบอกถึงระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่แท้จริง

เครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ

การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนทั้งประเทศ เพื่อนำมาเป็นพื้นฐานในการขับเคลื่อนนโยบายต่อไปมีความสำคัญ (Health Education Division, 2020) ดังนั้นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงมีความสำคัญมากเช่นกัน เพื่อให้ได้ข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเครื่องมือมีการพัฒนาไว้สำหรับประชาชนทั่วไปแต่ละกลุ่มวัยและในกลุ่มผู้ป่วยแต่ละโรค ซึ่งพบว่าในหลายประเทศมีการพัฒนาเครื่องมือไว้และอาวัดในประเด็นความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เฉพาะเจาะจง โดยเครื่องมือแบ่งออกเป็น 4 ประเภทหลักดังต่อไปนี้ (Samruayruen & Kitreerawutiwong, 2018)

1. การประเมินความสามารถในการอ่านและการคำนวณ ที่เน้นความเข้าใจในชีวิตประจำวัน เช่น REALM (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine) ใช้วัดความสามารถในการอ่านศัพท์ทางการแพทย์ (Davis, Long, Jackson, Mayeaux, George, Murphy et al., 1993) TOFHLA (Test of Functional Health Literacy in Adults) ใช้ประเมินทักษะด้านการอ่านที่เน้นความเข้าใจและความสามารถและทักษะด้านการคำนวณ (Parker, Baker, Williams, & Nurss, 1995)

2. การประเมินผู้ป่วยตามกลุ่มโรคและการคัดกรองโรค เช่น AHL - C (Assessment of Health Literacy in Cancer Screening) ใช้วัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในการคัดกรองมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก (Han, Huh, Kim, Kim, & Nguyen, 2014) CHLSD (Chinese Health Literacy Scale for Diabetes) ใช้วัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ภาษาจีน (Leung, Lou, Cheung, Chan, & Chi, 2013)

3. การประเมินตามกลุ่มวัย เช่น HELMA (Health Literacy Measure for Adolescents) ใช้วัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มอายุ 15-18 ปี (Ghanbari, Ramezankhani, Montazeri, & Mehrabi, 2016)

4. การประเมินตามพฤติกรรมสุขภาพ เช่น FNLIT (Food and Nutrition Literacy) ใช้วัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ สำหรับเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษาในเรื่อง

โภชนาการ (Doustmohammadian, Omidvar, Keshavarz-Mohammadi, Abdollahi, Amini, & Eini-Zinab, 2017) แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม 30 2ส ของคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ใช้สำหรับวัดความรู้ด้านสุขภาพ โดยพิจารณาตามหลัก 30 2ส (Health Education Division, 2014)

สำหรับประเทศไทยมีเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพตั้งแต่ปี พ.ศ.2556 ถึง พ.ศ. 2560 ซึ่งมีทั้งเครื่องมือสำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และกลุ่มประชาชนทั่วไป ได้แก่ แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 แบบวัด ABCDE-HL Scale of Thai Adults ตามหลัก 30 2ส สำหรับกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูง แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนไทยที่มีภาวะน้ำหนักเกิน แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรสำหรับสตรีไทยอายุ 15-21 ปี แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติสำหรับเด็กและวัยรุ่นอายุ 7-14 ปี แบบวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง และแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพคนไทยฉบับทั่วไป (Intarakamhang, 2017)

ทั้งนี้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 ถึง พ.ศ. 2563 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้สำรวจความรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้เครื่องมือ แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และประชาชนวัยทำงาน สำหรับหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในตำบลจัดการคุณภาพชีวิต กรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้ให้คำนิยามไว้ว่า "ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง อสม.และประชาชนวัยทำงานมีความสามารถและทักษะในการเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพ มีความรู้ความเข้าใจ กล้าซักถาม ตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพื่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี" (Health Education Division, 2020) ซึ่งวัดความรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) ด้านความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ 3) ด้านการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ 4) ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ 5) ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ตนเอง และ 6) ด้านการบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ (Health Education Division, 2020) ซึ่งเครื่องมือฉบับนี้มีความแตกต่างจากเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลในปี พ.ศ.2561 คือ แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม 30 2ส ของคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยเครื่องมือฉบับปัจจุบันมีความครอบคลุมความรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ในขณะที่ฉบับปี พ.ศ. 2561 ประเมินเพียงแค่ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ ตาม 30 2ส 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ ตาม 30 2ส 3) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตาม 30 2ส และ 4) พฤติกรรมสุขภาพ ตาม 30 2ส (Health Education Division, 2014)

สถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้มีการสำรวจข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยข้อมูลที่ได้จากการสำรวจของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2557 พบว่า ระดับความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย ในกลุ่มอายุ 7-18 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ และระดับความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย เรื่อง 30 2ส ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา ในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดีพอ ร้อยละ 59.4 เมื่อเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว อาทิ ประเทศสิงคโปร์ มีสัดส่วนประชากรที่มีความรู้ด้านสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีหรือในแถบยุโรป เช่น เนเธอร์แลนด์ มีสัดส่วนประชากรที่มีความรู้ด้านสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี และจากผลการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2561 ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยมุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว (อสค.) พบว่า ภาพรวมมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี ทั้งในกลุ่ม อสม. และ อสค. อย่างไรก็ตามพบว่าองค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพใน

ประเด็นด้านความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ และด้านการสื่อสารการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ ความเข้าใจ ทั้งใน อสม. และ อสค. อยู่ในระดับที่ไม่ดี (Health Education Division, 2018)

ต่อมาในปี พ.ศ. 2562 มีการสำรวจโดยสำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน กรมอนามัย พบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65) คนไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งหมายถึงมีความเข้าใจ ความเข้าใจ ซักถามและตัดสินใจในเรื่องการดูแลสุขภาพและใช้บริการสุขภาพพื้นฐาน (การบริการ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและผลิตภัณฑ์ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ) ในระดับปานกลาง (Office of DOH 4.0 and Health Literacy, 2017) โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2562 เขตสุขภาพที่ 11 มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด และเขตสุขภาพที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าภาพรวมของทั้งประเทศ ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 12, 10, 8, 7, 3 และ 1 นอกจากนี้ยังพบว่าคนไทยร้อยละ 19 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ และเมื่อจำแนกตามเขตสุขภาพ พบว่ามีหลายเขตสุขภาพที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าภาพรวมของทั้งประเทศ ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 1, 2, 3, 7, 8, 10 และ 12 (Department of Health, 2019)

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าในภาพรวมของทั้งประเทศ ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนมีแนวโน้มสูงขึ้น อย่างไรก็ตามในการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพยังคงต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องตามท้องที่การอนามัยโลกแนะนำ เพื่อยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน ซึ่งถือเป็นการวางรากฐานที่สำคัญให้กับคนไทยทุกคน ทำให้มีสุขภาพ

ที่ดีสมวัยในทุกช่วงชีวิต ทั้งนี้ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในแต่ละบริบทของเขตสุขภาพในประเทศไทยอาจมีความแตกต่างกัน การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงต้องปรับให้เหมาะสมด้วยเช่นกัน

สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 3

จากการสำรวจของกรมอนามัยพบว่า เขตสุขภาพที่ 3 เป็นเขตที่ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอถึงร้อยละ 19.5 ซึ่งมากกว่าค่าเฉลี่ยของทั้งประเทศ (Department of Health, 2019) และจากการสำรวจของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพในปี พ.ศ. 2561 พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมตามแนวทาง 3อ 2ส ของกลุ่ม อสม. เขตสุขภาพที่ 3 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 36.6 และในกลุ่ม อสค. พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้และระดับดี เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 35.0 (Health Education Division, 2018) และในปีพ.ศ. 2562 จากการสำรวจของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ รายงานผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ พ.ศ. 2562 ของเขตสุขภาพที่ 3 ซึ่งสำรวจในกลุ่ม อสม.และประชาชนวัยทำงานอายุ 15 ปีขึ้นไป ทั้ง 5 จังหวัด ได้แก่ นครสวรรค์ กำแพงเพชร ชัยนาท พิจิตร และอุทัยธานี จำนวน 5,675 คน โดยใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชนวัยทำงาน สำหรับหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ผลการสำรวจดังแสดงในตาราง 1 (Region Health Service Support 3, 2019)

ตาราง 1 คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนวัยทำงานและอส. จำแนกตามจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 3

จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 3, ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน					
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน	นครสวรรค์	กำแพงเพชร	ชัยนาท	พิจิตร	อุทัยธานี
(เกณฑ์จัดระดับคะแนน)					
การเข้าถึงข้อมูลและบริการ	22.5 $\pm$ 3.3 (ดี)	21.9 $\pm$ 3.2 (ดี)	23.2 $\pm$ 3.5 (ดี)	21.8 $\pm$ 3.1 (ดี)	22.1 $\pm$ 3.5 (ดี)
ความเข้าใจข้อมูลและ บริการสุขภาพที่เพียงพอ ต่อการปฏิบัติ	22.3 $\pm$ 3.6 (ดี)	21.9 $\pm$ 3.4 (ดี)	22.8 $\pm$ 4.1 (ดี)	20.9 $\pm$ 3.5 (พอใช้)	21.9 $\pm$ 3.1 (ดี)
การโต้ตอบซักถามเพื่อ เพิ่มความรู้ความเข้าใจ	22.9 $\pm$ 4.1 (ดี)	22.2 $\pm$ 3.4 (ดี)	23.2 $\pm$ 3.3 (ดี)	21.8 $\pm$ 3.7 (ดี)	22.3 $\pm$ 3.3 (ดี)
การตัดสินใจด้านสุขภาพ	22.7 $\pm$ 3.3 (ดี)	21.9 $\pm$ 3.5 (ดี)	22.9 $\pm$ 3.6 (ดี)	20.6 $\pm$ 3.1 (พอใช้)	22.1 $\pm$ 3.9 (ดี)
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพตนเอง	23.2 $\pm$ 3.6 (ดี)	22.2 $\pm$ 3.1 (ดี)	23.1 $\pm$ 3.8 (ดี)	22.1 $\pm$ 3.7 (ดี)	22.4 $\pm$ 3.2 (ดี)
การบอกต่อและแลกเปลี่ยน เรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ	21.9 $\pm$ 3.7 (ดี)	21.5 $\pm$ 3.1 (ดี)	21.7 $\pm$ 3.2(ดี)	20.1 $\pm$ 3.6 (พอใช้)	20.8 $\pm$ 3.5 (พอใช้)
คะแนนรวมความรอบรู้ ด้านสุขภาพ	135.5 $\pm$ 14.8 (ดี)	131.7 $\pm$ 16.8 (ดี)	137.1 $\pm$ 18.8 (ดี)	126.2 $\pm$ 15.8 (ดี)	131.7 $\pm$ 17.2 (ดี)

ที่มา รายงานความรอบรู้ด้านสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 3 (Region Health Service Support 3, 2019)

จากการสำรวจของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ พ.ศ. 2562 ของเขตสุขภาพที่ 3 รายงานผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและ จำแนกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำแนกตามจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 3

จังหวัด	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ,จำนวน (ร้อยละ)			
	ดีมาก	ดี	พอใช้	ไม่ดี
นครสวรรค์ (1,620 คน)	525 (32.4)	625 (38.6)	432 (26.7)	38 (2.3)
กำแพงเพชร (211 คน)	51 (24.2)	79 (37.4)	76 (36.0)	5 (2.4)
ชัยนาท (387 คน)	141 (36.4)	148 (38.2)	83 (21.5)	15 (3.9)
พิจิตร (340 คน)	73 (21.5)	95 (27.9)	116 (34.1)	56 (16.5)
อุทัยธานี (3,117 คน)	860 (27.6)	1123 (36.0)	882 (28.3)	252 (8.1)
รวม (5,675 คน)	1,650 (29.1)	2,070 (36.5)	1,589 (28.0)	366 (6.4)

ที่มา รายงานความรอบรู้ด้านสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 3 (Region Health Service Support 3, 2019)

จากตาราง 1 แสดงระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจากการสำรวจโดยใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชนวัยทำงาน สำหรับหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในตำบลจัดการคุณภาพชีวิตของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เพื่อประเมิน

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. และประชาชนวัยทำงานในจังหวัดที่อยู่ในเขตสุขภาพที่ 3 ทั้ง 5 จังหวัด ได้แก่ นครสวรรค์ กำแพงเพชร ชัยนาท พิจิตร และอุทัยธานี พบว่าประชาชนและ อสม. มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีทุกจังหวัด ทั้งนี้เมื่อพิจารณาในรายองค์ประกอบของแต่ละจังหวัด พบว่าจังหวัดพิจิตร

ยังมีองค์ประกอบที่อยู่ในระดับพอใช้ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ และด้านการบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ นอกจากนี้ยังพบว่า จังหวัดอุทัยธานีมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ อยู่ในระดับพอใช้ และจากตาราง 2 ซึ่งแสดงข้อมูลระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจะเห็นได้ว่าในเขตสุขภาพที่ 3 ซึ่งมีผู้ตอบแบบประเมิน จำนวน 5,675 คน ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดี ร้อยละ 36.5 และเมื่อพิจารณารายจังหวัด พบว่าส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี ได้แก่ นครสวรรค์ ร้อยละ 38.6 ชัยนาท ร้อยละ 38.2 กำแพงเพชร ร้อยละ 37.4 อุทัยธานี ร้อยละ 36.0 ตามลำดับ มีเพียงจังหวัดพิจิตร ที่พบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 34.1 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้

จากสถานการณ์ดังกล่าว ดังนั้นในเขตสุขภาพที่ 3 จึงควรเร่งส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน ในจังหวัดพิจิตรเป็นอันดับแรก และรองลงมาคือ จังหวัดอุทัยธานี โดยมุ่งเน้นใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การตัดสินใจด้านสุขภาพ และการบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ ซึ่งการเร่งให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจำเป็นต้องมีการดำเนินการที่เป็นรูปธรรมที่จะทำให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกกระดับ โดยเฉพาะในระดับบุคคลที่ต้องส่งเสริมตามบริบทของพื้นที่ ทำให้เกิดความเข้าใจข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่จะไปสนับสนุนให้มีพฤติกรรมสุขภาพและความ เป็นอยู่ที่ดี

ก้าวต่อไปของการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ 3

การขับเคลื่อนในด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยมีการกำหนดให้มีการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอยู่ในแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) อยู่ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและแผนพัฒนาสาธารณสุข โดยให้มีการขับเคลื่อนในด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังเช่น การพัฒนา

ให้เกิดชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนการ ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และจัดให้มีการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในประชาชนกลุ่ม ต่างๆ ทุก 3-5 ปี (Intarakamhang, 2017) ดังนั้น จึงมีการผลักดันความรอบรู้ด้านสุขภาพเข้าสู่แผน ของหน่วยงานในระดับต่างๆ นำสู่การปฏิบัติต่อไป

จากเป้าหมาย 20 ปี ของการยกระดับความรอบรู้ ด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ที่ต้องการให้ สังคมไทยเป็นสังคมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่ประชาชน ทุกคนสามารถเข้าถึง เข้าใจ ข้อมูลสุขภาพและบริการ สุขภาพ ประยุกต์ใช้ สามารถตัดสินใจดูแลสุขภาพของ ตนเองและครอบครัวได้อย่างเหมาะสมโดยในเขต สุขภาพที่ 3 มีหน่วยงานในระดับเขต ได้แก่ ศูนย์สนับสนุน บริการสุขภาพเขต 3 ได้ดำเนินงานสอดคล้องกับเป้าหมาย ของกระทรวงสาธารณสุขดังนี้ ดำเนินการจัดทำโครงการ ที่ครอบคลุม ทั้ง 5 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 3 เพื่อส่งเสริม ความรอบรู้ด้านสุขภาพมาอย่างต่อเนื่องทั้งในกลุ่ม อสม. และ อสค. เพื่อเป็นแบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ให้กับ ประชาชนในชุมชนของแต่ละพื้นที่ และดำเนินการ พัฒนาภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ตำบล โดยมี เป้าหมายความสำเร็จระยะยาวคือ ประชาชนในเขต สุขภาพที่ 3 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดี (Region Health Service Support 3, 2020) อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานอาจจะยังไม่ครอบคลุมทุกองค์ประกอบ ของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งจากผลการสำรวจความ รอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่ามีบางจังหวัดที่มีระดับความ รอบรู้ด้านสุขภาพในองค์ประกอบด้านความเข้าใจข้อมูล และบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ ด้านการ ตัดสินใจด้านสุขภาพ และด้านการบอกต่อและแลก เปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ อยู่ในระดับพอใช้ ดังนั้น การดำเนินการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงควร มุ่งเน้น 3 องค์ประกอบดังกล่าวให้มากยิ่งขึ้นและควรจัดให้มีกิจกรรมที่มีวิธีการที่หลากหลาย (Combination of features) (Sheridan, Halpern, Viera, Berkman, Donahue, & Crotty, 2011) ซึ่งมีการศึกษาแนวทางการ ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า การส่งเสริมความ รอบรู้ด้านสุขภาพส่วนใหญ่จัดกิจกรรมวิธีการเดียว (Single design features) ซึ่งมีเพียงส่วนน้อยที่จัด

กิจกรรมที่มีวิธีการที่หลากหลายเข้าด้วยกัน (Sheridan et al., 2011) ดังนั้นการจัดการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงกิจกรรมเดียวจึงไม่สามารถครอบคลุมได้ทุกองค์ประกอบ

การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยพิจารณาจากบุคคลหรือหน่วยงานที่เป็นเป้าหมายของการพัฒนา แบ่งตามเป้าหมายออกเป็น 5 แนวทาง ดังนี้

1) ประชาชนทั่วไป 2) บุคลากรทางการแพทย์ 3) สถานพยาบาล 4) องค์กร และ 5) ชุมชน (Pleasant, 2012) ในบทความนี้ผู้เขียนมุ่งเน้นการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นประชาชนทั่วไปและชุมชน โดยมีการแนะนำแนวทางรูปแบบการดำเนินงานในชุมชนให้สอดคล้องกับองค์ประกอบด้านสุขภาพทั้ง 3 ด้าน ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 ตัวอย่างแนวทางรูปแบบการดำเนินงานตามองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลที่คาดหวัง (Kaeodumkoeng, 2018; Intarakamhang, 2017)

องค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ตัวอย่างแนวทางรูปแบบการดำเนินงาน	ผลที่คาดหวัง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional health literacy)	มีการส่งข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพ โดยส่งผ่านช่องทางที่เหมาะสมกับประชาชนและชุมชน เช่น สร้างพื้นที่ในชุมชนให้มีการเข้าถึงแหล่งข้อมูลทางสุขภาพที่ถูกต้องมากขึ้น อาจนำสื่อสังคมออนไลน์เข้ามาช่วย	ประชาชนได้รับการพัฒนาความรู้ที่จำเป็นต่อการใช้บริการสุขภาพและเกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนที่เพิ่มมากขึ้นแสดงให้เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนร่วมกัน
ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (Interactive health literacy)	ออกแบบการสื่อสารให้เหมาะสมกับประชาชน กลุ่มเป้าหมายทำให้เกิดทักษะในการดูแลตนเอง และเป็นแบบอย่างให้ผู้อื่นต่อไปโดยมีชุมชนช่วยสนับสนุน จัดให้มีช่องทางการสื่อสารที่หลากหลาย	ประชาชนมีศักยภาพเพิ่มขึ้นในการแสวงหาความรู้สร้างแรงจูงใจให้คนในชุมชนต่อไปเกิดเป็นชุมชนที่มีศักยภาพจากการมีปฏิสัมพันธ์กันของประชาชนในสังคม
ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจักษณ์ญาณ (Critical health literacy)	จัดให้มีการสนับสนุนด้านวิชาการ เพื่อการจัดกิจกรรมในชุมชนเพื่อประชาชนและผู้นำชุมชนเพิ่มความรู้เกี่ยวกับกระบวนการในการดูแลสุขภาพตนเองและปัญหาสุขภาพที่มักเกิดขึ้นในชุมชนทำให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเองในเบื้องต้นอย่างถูกต้อง	ประชาชนมีศักยภาพเพิ่มขึ้นในการปรับตัวต่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพ และสังคมมีการคิดแก้ไขอย่างมีวิจักษณ์ญาณ และมีความพร้อมในการรับมือทำให้เกิดการเสริมพลังคนในชุมชนต่อไป

จากตาราง 3 ผู้เขียนได้เสนอแนวทางการจัดกิจกรรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ครอบคลุมทุกองค์ประกอบตามแนวคิดของ Nutbeam ทั้ง 3 องค์ประกอบเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานต่อไปในเขตสุขภาพที่ 3 โดยมุ่งเน้นประเด็นที่ได้จากการสำรวจในปี พ.ศ.2562 ซึ่งพบว่าอยู่ในระดับพอใช้ โดยผู้เขียนแบ่งแนวทางออกเป็นระดับนโยบาย ระดับชุมชน และระดับบุคคล ดังนี้

1. ระดับนโยบาย ในระดับของเขตสุขภาพ จัดสรรงบประมาณจัดทำสื่อสิ่งพิมพ์และสื่อออนไลน์ที่มีความถูกต้อง สามารถสื่อสารได้ชัดเจน ตรงประเด็น ตรงกลุ่มเป้าหมาย รูปแบบที่เข้าใจง่าย และเพียงพอต่อการนำไปปฏิบัติจริง มีสัญลักษณ์รับรองความถูกต้องของข้อมูลกำกับในสื่อ โดยหน่วยงานระดับเขตเป็นผู้รับรองความถูกต้อง เพื่อให้ประชาชนตัดสินใจด้านสุขภาพได้สะดวกมากขึ้น โดยสื่อต่างๆ ควรทันต่อเหตุการณ์ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในสังคม หรือชุมชน ในขณะนั้น

2. ระดับชุมชน สร้างพื้นที่ให้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยน ประเด็นสุขภาพทั้งของตนเองและชุมชน อาจจัดทำเป็น เพจเฟซบุ๊ก หรือกลุ่มไลน์ของชุมชน ทำให้เกิดการสื่อสารสองทางเพื่อแลกเปลี่ยนสร้างแรงจูงใจและกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

3. ระดับชุมชน จัดทำโครงการเพิ่มความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพหรือพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีของประชาชนในชุมชน โดยให้ประชาชนในชุมชนร่วมแก้ไขปัญหาโดยเป็นผู้ตัดสินใจเลือกประเด็นปัญหาสุขภาพที่ต้องการให้มีการแก้ไข และจัดในบริเวณพื้นที่สาธารณะของชุมชนที่คนส่วนใหญ่เข้าถึงได้ง่าย อาจใช้ศิลปะการแสดงต่างๆ เพื่อดึงดูดความสนใจ จากนั้นมีการประเมินผลหลังสิ้นสุดโครงการ (Summative evaluation) เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงในครั้งต่อไป

4. ระดับบุคคล จัดทำโปรแกรมเพื่อสร้างเสริมศักยภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชน โดยเน้นแกนนำชุมชนเป็นอันดับแรก มุ่งเน้นการพัฒนาความคิด รู้เท่าทันสื่อ ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจและทักษะการคิดได้อย่างมีเหตุผล และสามารถบอกต่อผู้อื่นได้ โดยคัดเลือกปัญหาที่พบบ่อยในชุมชนมาเรียนรู้จริง เพื่อให้มีความพร้อมในการปรับตัวและเผชิญหน้าแก้ไขปัญหาได้ มีความสามารถในการประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงวิพากษ์ และควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมีวิจารณญาณ โดยหน่วยงานของรัฐจะต้องมีความพร้อมสำหรับการเสริมข้อมูลวิชาการที่ถูกต้องอยู่เสมอ

จากแนวทางดังกล่าวเป็นการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 3 ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพที่พบว่าอยู่ในระดับพอใช้ ในด้านความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพและด้านการบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพและครอบคลุมองค์ประกอบทั้ง 3 ด้านตามแนวคิดของ Nutbeam ซึ่งประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากแนวทางดังกล่าวในอนาคต คือ ประชาชนในเขตสุขภาพที่ 3

เกิดความเข้าใจข้อมูลและบริการด้านสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อใช้ตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองและครอบครัว มีความพร้อมตอบโต้ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่ทันสมัย รวดเร็ว ด้วยวิธีการและข้อมูลที่น่าเชื่อถือและเนื้อหาของข้อมูลที่ง่ายต่อความเข้าใจครบถ้วนเพียงพอเป็นรูปธรรมที่ปฏิบัติได้ ผ่านวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมเกิดภาคีเครือข่ายมีองค์ความรู้และเครื่องมือสำหรับพัฒนางานส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 3 มีข้อมูลสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพที่ครอบคลุม และพร้อมในการกำกับ ติดตาม สนับสนุน และประเมินผลการดำเนินงาน พร้อมทั้งจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายแก่ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

บทสรุป

แนวทางการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเมื่อพิจารณาในรายองค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพแล้ว จะเห็นได้ว่ารูปแบบการดำเนินการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพควรมีความหลากหลายและครอบคลุมทุกองค์ประกอบ จึงจะทำให้เกิดการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพรอบด้าน เพื่อที่ในระยะยาวจะสามารถ ลดความเหลื่อมล้ำ ลดค่าใช้จ่ายโรคไม่ติดต่อเรื้อรังลดลง ประชาชนมีอายุยืน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Davis, T. C., Long, S. W., Jackson, R. H., Mayeaux, E. J., George, R. B., Murphy, P. W., & Crouch, M. A. (1993). Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Family Medicine*, 25(6), 391-395.
- Department of Health. (2020). *Target of Office of DOH 4.0 and Health Literacy*. Retrieved February 14, 2020, from [\(in Thai\)](http://dohhl.anamai.moph.go.th/main.php?filename=goal)

- Department of Health. (2019). *Health literacy status of Thailand in 2019*. Retrieved February 14, 2020, from http://dohhl.anamai.moph.go.th/download/20200102-สถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย_2562.pdf. (in Thai)
- Doustmohammadian, A., Omidvar, N., Keshavarz-Mohammadi, N., Abdollahi, M., Amini, M., & Eini-Zinab, H. (2017). Developing and validating a scale to measure Food and Nutrition Literacy (FNLIT) in elementary school children in Iran. *PLoS One*, 12(6), e0179196.
- Ghanbari, S., Ramezankhani, A., Montazeri, A., & Mehrabi, Y. (2016). Health Literacy Measure for Adolescents (HELMA): Development and Psychometric Properties. *PLoS One*, 11(2), e0149202.
- Han, H.-R., Huh, B., Kim, M. T., Kim, J., & Nguyen, T. (2014). Development and validation of the assessment of health literacy in breast and cervical cancer screening. *Journal of health communication*, 19 (Sup 2), 267-284.
- Health Education Division. (2014). *The health literacy scale for Thai adults*. Bangkok: New Thammasat. (in Thai)
- Health Education Division. (2016). *Promoting and accessing health literacy and health behavior*. Bangkok: Department of Health. (in Thai)
- Health Education Division. (2018). *Health literacy and health behavior 2561*. Nonthaburi: Department of Health Service Support. (in Thai)
- Health Education Division. (2020). *Tool and guideline for health literacy assessment*. Retrieved February 14, 2020, from <http://www.hed.go.th/linkHed/index/369>. (in Thai)
- Intarakamhang, U. (2017). *Health literacy measurement and development*. Bangkok: Sukhumvit printing. (in Thai)
- Kaeodumkoeng, K. (2013). *Health Literacy*. Nonthaburi: Health Education Division. (in Thai)
- Kaeodumkoeng, K. (2018). *Health Literacy access, understand and application*. Nonthaburi: Amarin Book. (in Thai)
- Leung, A. Y., Lou, V. W., Cheung, M. K., Chan, S. S., & Chi, I. (2013). Development and validation of Chinese Health Literacy Scale for Diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 22(15-16), 2090-2099.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Socialscience & Medicine*, 67(12), 2072-2078.
- Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? *International Journal of Public Health*, 54(5), 303-305.
- Office of DOH 4.0 and Health Literacy. (2017). *Health Literacy*. Retrieved February 14, 2020, from <http://dohhl.anamai.moph.go.th/main.php?filename=index>. (in Thai)
- Osborne, R. H., Batterham, R. W., Elsworth, G. R., Hawkins, M., & Buchbinder, R. (2013). The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*, 13(1), 658.

- Parker, R. M., Baker, D. W., Williams, M. V., & Nurss, J. R. (1995). The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. *Journal of general internal medicine*, 10(10), 537-541.
- Pleasant, A. (2012). *Health literacy around the world: Part 1 health literacy efforts outside of the United States*. Presentation at the institute of medicine workshop on health literacy: Improving health, health systems, and health policy around the world. New York, September 24, 2012.
- Region Health Service Support 3. (2019). *Health literacy report (Health Region 3) 2019*. Nakhonsawan: Region Health Service Support 3, Department of Health Service Support. (in Thai)
- Region Health Service Support 3. (2020). *Plan policy*. Retrieved February 14, 2020, from <http://do3.new.hss.moph.go.th:18080/index.php?form=6>. (in Thai)
- Roma, W. (2019). *Health literacy and health communication 2019*. Retrieved February 14, 2020, from http://foodsana.namaimoph.go.th/download/D_HLO/Health%20Literacy%20&%20Health%20Communication.pdf. (in Thai)
- Samruayruen, K., & Kitreerawutiwong, N. (2018). Understanding on Assessing Health Literacy. *EAU Heritage Journal Science and Technology*, 12(3), 1-13. (in Thai)
- Sheridan, S. L., Halpern, D. J., Viera, A. J., Berkman, N. D., Donahue, K. E., & Crotty, K. (2011). Interventions for individuals with low health literacy: A systematic review. *Journal of health communication*, 16(sup3), 30-54.
- World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary*. Geneva: WHO Publications.
- World Health Organization. (2020). *Health literacy and health behaviour*. Retrieved February 14, 2020, from <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>.

บทความวิจัย

การประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุตรดิตถ์
สุภาณี สุชนะนาคินทร์^{1,*} ศศ.ม.

Received: February 20, 2020

Revised: March 2, 2020

Accepted: March 16, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยประเมินผลนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดอุตรดิตถ์ และเพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะจากการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านนโยบายและแผนของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 187 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามความคิดเห็น และแบบรายงานการประเมินผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยการหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ผ่านเกณฑ์การประเมินใน 3 ด้าน คือ ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า และด้านกระบวนการ มีผลการประเมินอยู่ในระดับมาก ส่วนด้านผลผลิต มีผลการประเมินไม่ผ่านเกณฑ์ โดยตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 58.9 ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานพบว่า มีปัญหาในด้านบุคลากรบางส่วนขาดความรู้ความสามารถด้านการพัฒนา ยุทธศาสตร์/แผนงาน/โครงการ ด้านงบประมาณที่ได้รับจัดสรรไม่สอดคล้องกับระยะเวลาดำเนินงาน ด้านการจัดทำแผนงาน/โครงการที่มีหลายขั้นตอน และใช้เวลามาก ขาดการบูรณาการแผนงาน และการกำกับ แผนยุทธศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพ ด้านตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย ที่ตัวชี้วัดบางข้อไม่สามารถเก็บข้อมูลผลงาน ได้จากการออกแบบตัวชี้วัดที่ไม่เหมาะสม

คำสำคัญ: การบริหารสาธารณสุข การวางแผนกลยุทธ์ การศึกษาเกี่ยวกับการประเมินผล

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์

* ผู้รับผิดชอบบทความ: supanee2550@hotmail.com

An evaluation the implementation of public health strategic plan, Uttaradit Provincial Public Health Office

Supanee Sukanakintr^{1,*} M.A.

ABSTRACT

The purposes of this evaluation research were 1) to evaluate the results of Uttaradit provincial public health strategic plan implementation and 2) to study the problems, barriers and guidelines promotion of Uttaradit provincial public health office strategic plan implementation. The research samples were 187 public health officers working in the Policy and Planning Department, Uttaradit provincial public health officials. Data collection methods included data from questionnaires and related documents. Quantitative data in this research were analyzed by the frequency distribution, percentage, average score, and standard deviation. Qualitative data were based on context analysis. The results of Uttaradit's provincial public health office strategic plan implementation were at a high level. 3 aspects passed the evaluation criteria: context, input, and process, while the aspect of outcome failed to pass the evaluation criteria, there were sub-indicators in Uttaradit's provincial public health office strategic plan passed the evaluation criteria which amounted for 58.9%. When considering the performance issues in terms of problems and barriers, the results showed that some of the personnel lack adequate knowledge and ability to develop their management skills concerning strategies, operation plans, and projects. The budgeting disbursement process was not following the schedule. The processes during strategic plan development and project implementation were too complicated which could cause delays. Having a lack of integration and coordination could also lower effectiveness in monitoring strategic plan. Key performance indicators and target values could not be measured accurately because the evaluation was not predetermined appropriately.

Keywords: Public health administration, Strategic planing, Evaluation studies

¹ Public Health Technical Officer, Professional Level, Uttaradit Provincial Public Health Office

* Corresponding author: supanee2550@hotmail.com

บทนำ

พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ.2546 มาตรา 9 (3) กำหนดให้ส่วนราชการต้องจัดให้มีการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติราชการตามแผนปฏิบัติการตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ส่วนราชการกำหนดขึ้น ซึ่งต้องสอดคล้องกับมาตรฐานที่ ก.พ.ร. กำหนด (Royal Decree on Criteria and Procedures for Good Governance, 2003) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ มีอำนาจหน้าที่จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในเขตพื้นที่จังหวัด กำกับ ดูแล ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัด เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (Ministerial Regulation, 2017)

ในปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขมีการบริหารยุทธศาสตร์ภาครัฐ ประกอบด้วย 1) การตัดสินใจและการดำเนินการในการกำหนดยุทธศาสตร์ (Strategy formulation) 2) นำยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติ (Strategy implementation) และ 3) การประเมินผลยุทธศาสตร์ (Strategy evaluation) โดยใช้ตัวชี้วัดต่างๆ ที่กำหนดขึ้นมาเป็นเครื่องบ่งชี้ความสำเร็จของการบริหารยุทธศาสตร์ หากองค์กรสามารถวางแผนยุทธศาสตร์และนำยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพก็จะทำให้ยุทธศาสตร์ขององค์กรประสบความสำเร็จ (Dacharin, Saetiauw, Dissara, Juntawong, & Trongtong, 2009) หน่วยงานภาครัฐจึงควรจัดให้มีการประเมินผลสำเร็จของการบริหารยุทธศาสตร์เป็นระยะเพื่อเป็นข้อมูลย้อนกลับสำหรับการปรับปรุงแก้ไขการบริหารยุทธศาสตร์ต่อไป ทั้งนี้ในการประเมินผลการบริหารยุทธศาสตร์จะต้องประเมินผลด้วยการวัดหรือตัวชี้วัดที่เชื่อถือได้ โดยนำตัวชี้วัดผลสำเร็จของการปฏิบัติงานของหน่วยงานและบุคลากรที่สามารถประเมินผลและควบคุมผลงานได้ (Key Performance Indicator หรือ KPI) มาใช้ในการควบคุมและการตรวจสอบการบริหารยุทธศาสตร์เสมอ นอกจากนี้ยังพบว่าการนำรูปแบบการประเมินผลของ CIPP Model มาใช้เป็นกรอบ

การประเมินสามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับดำเนินงานและนโยบายได้มากยิ่งขึ้นครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต (Polprasert, 2011)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยทั้ง 4 ด้านดังกล่าวข้างต้น มีส่วนสนับสนุนให้การดำเนินโครงการประสบความสำเร็จ กล่าวคือ นโยบายขององค์กร/หน่วยงานภาคีเครือข่ายมีความสอดคล้องกับบริบท/ปัญหาของพื้นที่มีปัจจัยสนับสนุนทั้งความพร้อมด้านทรัพยากร เทคโนโลยี งบประมาณ และบุคลากรมีความรู้ความสามารถเฉพาะด้าน (Chaichompoo & Roorob, 2012) นอกจากนี้ ปัจจัยทั้ง 4 ด้าน ยังเป็นกุญแจดอกสำคัญที่ช่วยทำให้การวางแผนยุทธศาสตร์และการนำยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติมีประสิทธิภาพในระดับสูงโดยผู้บริหารต้องมีความมุ่งมั่นที่จะบรรลุวิสัยทัศน์ มีระบบการนำองค์กรและการวางแผนยุทธศาสตร์ รวมถึงมีการจัดองค์กรและโครงสร้างของหน่วยงานที่รับผิดชอบตามยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน มีงบประมาณที่เพียงพอ มีกระบวนการสื่อสารถ่ายทอดวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์ และค่านิยมแก่ผู้บริหารและบุคลากรเพื่อให้เกิดการรับรู้และมีความเข้าใจ มีกระบวนการถ่ายทอดเป้าหมายเพื่อนำสู่การปฏิบัติ และมีการติดตามและประเมินผลในระดับหน่วยงานอย่างชัดเจน (Jansupasare & Sirimanassakul, 2019) อย่างไรก็ตาม การนำแผนไปสู่การปฏิบัติยังอาจเกิดปัญหาและอุปสรรคได้ ทั้งที่เกิดจากโครงสร้างองค์กรไม่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน การสรุปผลการดำเนินงานตามแผนงานโครงการหลังสิ้นสุดโครงการบางส่วนไม่ตรงตามเวลาที่กำหนด และมีจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอในการปฏิบัติงานตามแผน (Rungnei, 2008)

ในปีงบประมาณ 2560 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ได้ดำเนินการปรับปรุงแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2561-2565) และกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์และเป้าประสงค์ไว้ 4 ด้าน คือ 1) ด้านประสิทธิผล ได้แก่ (1) ประชาชนมีสุขภาพดี (2) บุคลากรเพียงพอและมีความสุข และ (3) เป็นองค์กรคุณภาพและมีธรรมาภิบาล 2) เป้าประสงค์

ด้านคุณภาพการให้บริการ ได้แก่ (1) ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพจำเป็นอย่างมีคุณภาพและปลอดภัย (2) ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (3) ผู้รับบริการพึงพอใจ และ (4) ภาควิชาสุขภาพเข้มแข็งในการจัดการสุขภาพในพื้นที่ 3) เป้าประสงค์ด้านประสิทธิภาพการปฏิบัติราชการ ได้แก่ (1) พัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (2) พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (3) พัฒนาคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัย (ด้านส่งเสริมสุขภาพ) (4) พัฒนาระบบป้องกันควบคุมโรคติดต่อ (5) พัฒนาระบบป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (6) ส่งเสริมความปลอดภัยด้านอาหารผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ (7) พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจร (8) ส่งเสริมและพัฒนาระบบจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย (9) พัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ (10) พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่จำเป็นให้ได้มาตรฐาน และ (11) ส่งเสริมพัฒนาการแพทย์แผนไทย

4) เป้าประสงค์การพัฒนาองค์กร คือ (1) พัฒนา HRM (2) พัฒนา HRD และส่งเสริมค่านิยม MOPH (3) พัฒนาเทคโนโลยีและสารสนเทศ (4) พัฒนาการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ (5) ส่งเสริมการบริหารจัดการตามหลักธรรมาภิบาลและมาตรฐานวิชาชีพเพื่อมุ่งสู่องค์กรคุณภาพและ (6) พัฒนาระบบการจัดการความรู้งานวิจัยและนวัตกรรมและประกอบด้วยตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ จำนวน 17 ตัวชี้วัดหลัก และ 112 ตัวชี้วัดย่อย (Uttaradit Provincial Public Health Office, 2019) อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ยังไม่ได้ประเมินผลการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ดังกล่าวข้างต้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินผลของ CIPP Model ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต มาใช้เป็นกรอบแนวคิดการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานให้บรรลุเป้าประสงค์ยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ ในด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต
2. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะจากการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluation research) โดยประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินผลของ CIPP Model 4 ด้าน คือ ด้านบริบท (Context) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ด้านกระบวนการ (Process) และด้านผลผลิต

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านนโยบายและแผนของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 401 คน แบ่งเป็น

- บุคลากรระดับจังหวัด ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านนโยบายและแผนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 80 คน
- บุคลากรระดับอำเภอ ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขที่เป็นคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) จำนวน 321 คน

คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ Taro Yamane (ทาโร ยามาเน่) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 187 คน และกำหนดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรระดับจังหวัดและอำเภอตามจำนวนประชากรในแต่ละกลุ่มคือ

- บุคลากรระดับจังหวัด ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านนโยบายและแผนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์จำนวน 67 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic random sampling)
- บุคลากรระดับอำเภอ ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขที่เป็นคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) จำนวน 120 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) ให้ครอบคลุม

ทุกอำเภอจำนวน 9 อำเภอ โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างในแต่ละอำเภอ ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental sampling)

แหล่งข้อมูลประเภทเอกสารประกอบด้วยรายงานและเอกสารสรุปผลการประชุมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ปี 2561-2565 แผนปฏิบัติการประจำปีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ รายงานเกี่ยวกับผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข และเอกสารรายงานผลการดำเนินงานแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ ตามรูปแบบของ CIPP Model ประกอบด้วย 5 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อความถามแบบให้เลือกตอบ จำนวน 3 ข้อ โดยสอบถามเกี่ยวกับเพศ ประสบการณ์การทำงาน และช่องทางการรับรู้นโยบาย/แผนสู่การปฏิบัติ

ตอนที่ 2 ความคิดเห็นด้านบริบท ประกอบด้วยข้อความถามที่เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด จำนวน 5 ข้อ โดยสอบถามเกี่ยวกับ ความรู้ ความเข้าใจ และการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์

ตอนที่ 3 ความคิดเห็นด้านปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วยข้อความถามที่เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด จำนวน 10 ข้อ โดยสอบถามเกี่ยวกับบุคลากร งบประมาณ และระบบเทคโนโลยี

ตอนที่ 4 ความคิดเห็นด้านกระบวนการ ประกอบด้วยข้อความถามที่เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด จำนวน 8 ข้อ โดยสอบถามเกี่ยวกับการนำแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ และการกำกับติดตามและประเมินผล

ตอนที่ 5 ปัญหาอุปสรรคจากการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์และข้อเสนอแนะ โดยข้อความถามมีลักษณะปลายเปิด จำนวน 2 ข้อ

ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนไว้ดังนี้

ความเหมาะสมระดับมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน
ความเหมาะสมระดับมาก เท่ากับ 4 คะแนน
ความเหมาะสมระดับปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน
ความเหมาะสมระดับน้อย เท่ากับ 2 คะแนน
ความเหมาะสมระดับน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน
และกำหนดเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนเฉลี่ยเป็นอันดับสเกล (Ordinal scale) โดยใช้เกณฑ์ของ Best (1970) แบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับ ดังนี้

4.30-5.00 หมายถึง มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด

3.50-4.29 หมายถึง มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก

2.70-3.49 หมายถึง มีความเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง

1.90-2.69 หมายถึง มีความเหมาะสมอยู่ในระดับน้อย

1.00-1.89 หมายถึง มีความเหมาะสมอยู่ในระดับน้อยที่สุด

และกำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนรายด้านและภาพรวมโดยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ยและกำหนดให้คะแนนเฉลี่ยมากกว่าและเท่ากับ 3.50 ถือว่าผ่านเกณฑ์การประเมิน

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยนำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อความถามกับประเด็นที่ต้องการถาม (IOC) ผลการวิเคราะห์พบว่าข้อความถามทุกข้อมีค่าดัชนีมากกว่า 0.5 ขึ้นไป จากนั้นจึงนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ผลการวิเคราะห์พบว่าแบบสอบถาม

ด้านที่ 2, 3 และ 4 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.72 0.79 และ 0.87

2. แบบรายงานการประเมินผลการดำเนินงานตาม ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ เพื่อใช้ในการประเมินผลผลิตเกี่ยวกับผลสำเร็จของการ บรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดอุดรดิตถ์ ซึ่งสร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย ชื่อตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ เป้าหมาย ผลการดำเนินงาน และผลการบรรลุเป้าหมาย ตัวชี้วัด เพื่อนำผลการดำเนินงานที่ได้ไปเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมายที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุดรดิตถ์กำหนดไว้ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือส่วนนี้ โดยนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านนโยบายและแผน ตรวจสอบความชัดเจนในการสื่อความและภาษาที่ใช้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ จริยธรรมวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุดรดิตถ์ (หมายเลข 010/2018) กลุ่มตัวอย่างได้รับการ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และวิธีการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสามารถยุติการ เข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลต่อผู้วิจัย โดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น และข้อมูลในการ ตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่นำมา เปิดเผยและนำผลประเมินที่ได้สรุปออกมาเป็นภาพรวม เพื่อใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามด้วยตนเองให้กับ กลุ่มตัวอย่างในที่ประชุมของทุกหน่วยงาน และให้ผู้ช่วย หัวหน้าหน่วยงานของทุกหน่วยงานเป็นผู้เก็บรวบรวม แบบสอบถามและนำส่งคืนให้ผู้วิจัย และผู้วิจัยเก็บรวบรวม ข้อมูลตามแบบรายงานการประเมินผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ ด้วยตนเอง ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมา เพื่อนำไปบันทึก วิเคราะห์และสรุปผลตามประเด็นการ ประเมิน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่า เบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และข้อมูล เชิงคุณภาพ ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 187 คน พบว่า เป็นเพศชาย จำนวน 57 คน คิดเป็น ร้อยละ 30.5 และเพศหญิง จำนวน 130 คน คิดเป็น ร้อยละ 69.5 จำแนกตามประสบการณ์การทำงาน 3 อันดับแรก คือ กลุ่มที่มีประสบการณ์การทำงาน มากกว่า 20 ปี จำนวน 113 คน คิดเป็นร้อยละ 60.4 รองลงมา คือ กลุ่มที่มีประสบการณ์การทำงาน 5-10 ปี จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 14.4 กลุ่มที่มี ประสบการณ์การทำงานไม่เกิน 5 ปี จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 10.7 และช่องทางการรับรู้เกี่ยวกับการ ถ่ายทอดนโยบาย/แผนสู่การปฏิบัติ 3 อันดับแรก คือ ประชุม จำนวน 150 คน คิดเป็นร้อยละ 80.2 รองลงมาคือ หนังสือเวียน จำนวน 128 คน คิดเป็น ร้อยละ 68.5 และสื่อทางสังคมออนไลน์ จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 50.8

2. ผลการประเมินด้านบริบท พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีความคิดเห็นด้านความรู้ ความเข้าใจ และการมีส่วนร่วม ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัด อุดรดิตถ์ ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านนโยบายและ แผนของหน่วยงานในระดับมาก และเมื่อพิจารณา ในแต่ละรายการประเมิน พบว่า อยู่ในระดับมากใน ทุกรายการ โดยรายการที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ผู้บริหาร องค์กรเห็นความสำคัญและให้การสนับสนุนในการ จัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ และ รายการที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากันคือ คือ ความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับนโยบายและทิศทางการดำเนินงานของสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ และความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับสาระสำคัญของแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดอุดรดิตถ์ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ผลการประเมินด้านบริบทตามความคิดเห็นของบุคลากร สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านนโยบายและแผนของหน่วยงาน (n = 187)

รายการประเมิน	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
ความรู้ ความเข้าใจและการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องกับ การจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์			
1. แผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ มีความสอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และปัญหาของพื้นที่	4.10	0.56	มาก
2. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายและทิศทางการ ดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์	3.86	0.56	มาก
3. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาระสำคัญของ แผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์	3.86	0.55	มาก
4. ความรู้ความเข้าใจบทบาทหน้าที่และงานของตนเอง ในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์	3.91	0.58	มาก
5. ผู้บริหารองค์กรเห็นความสำคัญและให้การสนับสนุน ในการจัดทำแผนของหน่วยงานที่ตอบสนองแผนยุทธศาสตร์ สาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์	4.19	0.70	มาก
6. เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานมีส่วนร่วมในการจัดทำ แผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์	3.91	0.65	มาก
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์เปิดโอกาส ให้แลกเปลี่ยนและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดทำ แผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์	3.97	0.62	มาก
เฉลี่ยโดยรวม	3.97	0.46	มาก
ผลการประเมิน ผ่าน (เกณฑ์ $\bar{X} \geq 3.50$)			

3. ผลการประเมินด้านปัจจัยนำเข้าพบว่าในภาพรวม ทั้ง 3 ด้านคือบุคลากร งบประมาณ และ ระบบเทคโนโลยี มีผลการประเมินอยู่ในระดับมาก และผ่านเกณฑ์การประเมิน ตามที่กำหนด เมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่า มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก จำนวน 2 ด้าน ได้แก่ ด้าน ระบบเทคโนโลยี และด้านบุคลากร ส่วนด้านงบประมาณ ไม่ผ่านเกณฑ์ โดยมีความเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง ในด้านบุคลากร รายการที่มีความเหมาะสมสูงสุดคือ บุคลากรได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงาน โดยคำนึง ถึง ความรู้ ความถนัด และประสบการณ์ และรายการที่มีความเหมาะสมต่ำสุด คือ มีการจัดสรรบุคลากรเพียงพอ

ต่อการปฏิบัติงานตามแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดอุตรดิตถ์ ด้านงบประมาณ รายการที่มีความเหมาะสมสูงสุด คือ มีการกำกับติดตามการใช้จ่าย งบประมาณให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และรายการ ที่มีความเหมาะสมต่ำสุดคือ การดำเนินการเบิกจ่าย งบประมาณมีความรวดเร็ว สำหรับด้านระบบเทคโนโลยี ผลการประเมินอยู่ในระดับมากทั้งสองรายการคือ มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัยเพื่อจัดเก็บ ข้อมูลในหน่วยงานและระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ที่มีช่วยให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายได้อย่างมี ประสิทธิภาพ ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ผลการประเมินด้านปัจจัยนำเข้า ตามความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านนโยบายและแผนของหน่วยงาน (n = 187)

รายการประเมิน	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
1. บุคลากร			
1.1 มีการจัดสรรบุคลากรเพียงพอต่อการปฏิบัติงานตามแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์	3.32	0.86	ปานกลาง
1.2 บุคลากรได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงาน โดยคำนึงถึงความรู้ ความถนัด และประสบการณ์	3.66	0.64	มาก
1.3 บุคลากรในหน่วยงานมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ สามารถปฏิบัติงานได้ตามเป้าหมาย	3.64	0.67	มาก
1.4 บุคลากรในหน่วยงานมีความรู้ ความชำนาญในการใช้สื่อเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อให้การปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมาย	3.60	0.67	มาก
เฉลี่ยโดยรวม	3.55	0.59	มาก
ผลการประเมิน ผ่าน (เกณฑ์ $\bar{x} \geq 3.50$)			
2. งบประมาณ			
2.1 งบประมาณที่ได้รับเพียงพอต่อการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติราชการ	3.33	0.72	ปานกลาง
2.2 ขั้นตอนการดำเนินการจัดใช้งบประมาณมีความสะดวก	3.25	0.82	ปานกลาง
2.3 การดำเนินการเบิกจ่ายงบประมาณมีความรวดเร็ว	3.22	0.81	ปานกลาง
2.4 มีระบบการใช้งบประมาณที่มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติราชการ	3.53	0.76	มาก
2.5 มีการกำกับติดตามการใช้จ่ายงบประมาณให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ	3.67	0.76	มาก
เฉลี่ยโดยรวม	3.40	0.66	ปานกลาง
ผลการประเมิน ผ่าน (เกณฑ์ $\bar{x} \geq 3.50$)			
3. ระบบเทคโนโลยี			
3.1 มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัยเพื่อจัดเก็บข้อมูลในหน่วยงาน	3.75	0.68	มาก
3.2 ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีช่วยให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ	3.75	0.74	มาก
เฉลี่ยโดยรวม	3.75	0.68	มาก
ผลการประเมิน ผ่าน (เกณฑ์ $\bar{x} \geq 3.50$)			
เฉลี่ยโดยรวมทั้ง 3 ด้าน	3.52	0.55	มาก
ผลการประเมิน ผ่าน (เกณฑ์ $\bar{x} \geq 3.50$)			

4. ผลการประเมินด้านกระบวนการพบว่าในภาพรวมมี 2 ด้าน คือ การนำแผนปฏิบัติการสู่การปฏิบัติ และการกำกับ ติดตามและประเมินผล ที่มีผลการประเมินอยู่ในระดับมาก และผ่านเกณฑ์การประเมินตามที่กำหนดเมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่า ด้านการนำแผนปฏิบัติการสู่การปฏิบัติ รายการที่มีความเหมาะสมสูงสุด คือ การนำแผนหรือแนวทางที่กำหนดไว้มาใช้ในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และรายการที่มีความเหมาะสมต่ำสุด คือ เลือกใช้วิธีการ/เทคนิค เพื่อแก้ไข

ปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างดำเนินงานอย่างเหมาะสม และด้านการกำกับติดตามและประเมินผล รายการที่มีความเหมาะสมสูงสุดคือ มีการนำผลการประเมินแผนปฏิบัติการของหน่วยงานมาวิเคราะห์ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการในปีถัดไป และรายการที่มีความเหมาะสมต่ำสุดคือ มีการกำกับ ติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานเป็นรายไตรมาสอย่างสม่ำเสมอ ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ผลการประเมินด้านกระบวนการตามความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านนโยบายและแผนของหน่วยงาน (n = 187)

รายการประเมิน	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
1. การนำแผนปฏิบัติการสู่การปฏิบัติ			
1.1 นำแผนหรือแนวทางที่กำหนดไว้มาใช้ในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย	3.89	0.58	มาก
1.2 กำหนดตัวชี้วัดโครงการเพื่อดำเนินงานตามแผนได้อย่างชัดเจน	3.88	0.57	มาก
1.3 ทบทวนแนวทางการดำเนินงานเมื่อเกิดปัญหาเพื่อแก้ไขและป้องกันปัญหาให้เกิดขึ้นอีก	3.78	0.63	มาก
1.4 เลือกใช้วิธีการ/เทคนิค เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างดำเนินงานอย่างเหมาะสม	3.74	0.59	มาก
1.5 มีการสื่อสารระหว่างบุคลากรในหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย	3.75	0.63	มาก
เฉลี่ยโดยรวม	3.81	0.51	มาก
ผลการประเมิน ผ่าน (เกณฑ์ $\bar{X} \geq 3.50$)			
2. การกำกับ ติดตามและประเมินผล			
2.1 มีการกำกับ ติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานเป็นรายไตรมาสอย่างสม่ำเสมอ	3.83	0.61	มาก
2.2 มีการประเมินผลแผนปฏิบัติการของหน่วยงานเพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับเป้าหมาย	3.87	0.68	มาก

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ผลการประเมินด้านกระบวนการตามความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านนโยบายและแผนของหน่วยงาน ($n = 187$) (ต่อ)

รายการประเมิน	$\bar{X}$	S.D	การแปลผล
2.3 มีการนำผลการประเมินแผนปฏิบัติการราชการของหน่วยงานมาวิเคราะห์ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการในปีถัดไป	3.93	0.65	มาก
เฉลี่ยโดยรวม	3.88	0.58	มาก
ผลการประเมิน ผ่าน (เกณฑ์ $\bar{X} \geq 3.50$)			
เฉลี่ยโดยรวมทั้ง 2 ด้าน	3.83	0.50	มาก
ผลการประเมิน ผ่าน (เกณฑ์ $\bar{X} \geq 3.50$)			

5. ผลการประเมินด้านผลผลิต พบว่า ในภาพรวมผลการดำเนินงานเปรียบเทียบกับเกณฑ์เป้าหมายของตัวชี้วัด จำนวน 112 ตัวชี้วัด มีผลการประเมินไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด พบว่า ดำเนินงานได้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย จำนวน 66 ตัวชี้วัด จากจำนวนทั้งหมด 112 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 58.9) ไม่บรรลุเป้าหมาย จำนวน 34 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 30.4) และไม่สามารถประเมินผลได้ จำนวน 12 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 10.7) โดยตัวชี้วัดหลักที่มีระดับความสำเร็จในระดับดีมาก จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาบริการปฐมภูมิ ความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนางานบุคลากรและค่านิยมองค์กร ความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนางานคุ้มครองผู้บริโภค และเกื้อหนุนสาธารณสุขความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนานวัตกรรม และงานวิจัยตัวชี้วัดหลักที่มีระดับความสำเร็จในระดับปรับปรุง จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดต่อ และความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ตัวชี้วัดหลักที่มีระดับความสำเร็จในระดับปรับปรุงเร่งด่วน จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพงานสุขภาพจิต

6. ปัญหาอุปสรรคจากการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่า มีปัญหา

ในด้านบุคลากรที่ยังขาดความพร้อมในด้านความรู้ความสามารถด้านการพัฒนายุทธศาสตร์/แผนงาน/โครงการ ด้านงบประมาณที่ได้รับจัดสรรไม่สอดคล้องกับระยะเวลาดำเนินงาน ทำให้มีเวลาดำเนินงานน้อยกว่าที่ควรจะเป็น ด้านการจัดทำแผนงาน/โครงการที่มีหลายขั้นตอน และใช้เวลานาน ทำให้ดำเนินกิจกรรมซ้ำ ขาดการบูรณาการแผนงานที่มีประสิทธิภาพ ขาดการกำกับแผนยุทธศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพ ด้านตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายที่ตัวชี้วัดบางข้อไม่สามารถเก็บข้อมูลผลงานได้จากการออกแบบตัวชี้วัดที่ไม่ถูกต้อง

สรุปและอภิปรายผล

จากสรุปผลการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ มีประเด็นที่น่าสนใจนำมาอภิปรายผลตามองค์ประกอบของ CIPP Model คือ ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต สามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. จากผลการประเมินด้านบริบทเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจและการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ ของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านนโยบายและแผนของหน่วยงานในภาพรวมอยู่ในระดับมาก รายการที่ค่าเฉลี่ยสูงสุดคือผู้บริหารองค์กรเห็นความสำคัญและให้การสนับสนุนในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์

สอดคล้องกับผลการศึกษาของฉันทนา เจนสุขเสรี และ กุลภัสสรณ์ ศิริมนัสกุล ที่ผู้บริหารของกรมควบคุมโรค เป็นผู้ที่มีความมุ่งมั่นจะบรรลุวิสัยทัศน์ มีระบบการนำองค์กรและการวางแผนยุทธศาสตร์รายการที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบาย และทิศทางการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาระสำคัญของแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ (Jansupasare, & Sirimanassakul, 2019) ซึ่งหน่วยราชการจำนวนมากยังมีปัญหาในการแปลงยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ ไม่ว่าจะเป็นการที่ไม่สามารถสื่อสาร ถ่ายทอดทิศทางและยุทธศาสตร์ขององค์กรสู่สิ่งที่บุคลากรสามารถเข้าใจร่วมกันได้ หรือบุคลากรในทุกระดับไม่รู้สึกร่วมมีส่วนร่วมหรือรับผิดชอบต่อการนำยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติให้บังเกิดผล (Dacharin et al., 2009) อีกทั้งการจัดทำกลยุทธ์ และแผนงาน/โครงการ มีหลายขั้นตอนต้องใช้ความสามารถด้านการวิเคราะห์ เชื่อมโยง

2. จากผลการประเมินด้านปัจจัยนำเข้า ในภาพรวมมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ มีความพร้อมในทุกด้าน เมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่า ด้านบุคลากร รายการที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ บุคลากรได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงาน โดยคำนึงถึงความรู้ ความถนัด และประสบการณ์ที่เป็นเช่นนี้เพราะบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านนโยบาย และแผนของหน่วยงาน ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 20 ปี ร้อยละ 60.4 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์มีการจัดโครงสร้างที่รับผิดชอบตามยุทธศาสตร์อย่างชัดเจน สอดคล้องกับผลการศึกษาของทวิวรรณ อินดา ที่พบว่าองค์ประกอบของการนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ การมอบหมายกลยุทธ์ให้ผู้รับผิดชอบ (Inda, 2014) รายการที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ มีการจัดสรรบุคลากรเพียงพอต่อการปฏิบัติงานตามแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ ที่เป็นเช่นนี้เพราะการเพิ่มขึ้นของภาระงานในปัจจุบันและความต้องการทักษะการทำงานที่เพิ่มขึ้นซึ่งสอดคล้อง

กับผลการศึกษาของฉันทนา เจนสุขเสรี ที่พบปัญหาอุปสรรคในการนำแผนไปปฏิบัติคือ บุคลากรไม่เพียงพอในการปฏิบัติ งานตามแผน (Rungnei, 2008) และสมบุรณ์ ศิริสรหรือรัฐและคณะ ที่พบปัญหาความไม่สมดุลของอัตรากำลังคนกับปริมาณงานที่ต้องดำเนินการ (Sirisunhirun, Ploywan, Amornsiriphong, Nomnian, Rugchatjaroen & Arakpothchong, 2016)

ด้านงบประมาณรายการที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ มีการกำกับติดตามการใช้จ่ายงบประมาณให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ที่เป็นเช่นนี้เพราะสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์มีการใช้โปรแกรมติดตามงบประมาณ และรายงานผลการใช้จ่ายงบประมาณในการประชุมผู้บริหาร เพื่อกำกับการใช้จ่ายงบประมาณของหน่วยงานอย่างต่อเนื่องรายการที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือการดำเนินการเบิกจ่ายงบประมาณมีความรวดเร็วที่เป็นเช่นนี้เพราะระบบการตรวจสอบการเบิกจ่ายงบประมาณ ที่เมื่อพบความผิดพลาดจะถูกส่งกลับให้หน่วยงานแก้ไขให้ถูกต้อง ทำให้การเบิกจ่ายล่าช้า สอดคล้องกับผลการศึกษาของยุพา เสงจำรัส และคณะ ที่พบปัญหาการบริหารจัดการตามยุทธศาสตร์ในเรื่องระเบียบการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ การจัดสรรงบประมาณไม่เหมาะสม (Hengchamras, Petchsiri, Piromya, Chantarakul, Wiroje, & Kongpum, 2016)

ด้านเทคโนโลยี รายการที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากเท่ากันทั้งสองรายการ คือ มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัยเพื่อจัดเก็บข้อมูลในหน่วยงาน และระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีช่วยให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ที่เป็นเช่นนี้เพราะสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์มีการพัฒนาโปรแกรมซอฟต์แวร์เพื่อใช้ในการบริหารจัดการ ดังนั้นโปรแกรมตัดยอดงบประมาณที่สามารถส่งออกข้อมูลไปยังระบบ SMS ของกระทรวงสาธารณสุขได้ ระบบรายงานข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด (Cockpit) ที่เว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ ระบบตรวจสอบคุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพในระบบ 43 แฟ้มมาตรฐาน (Uttaradit Data Check: UDC) โปรแกรม SRRT แจ้งเตือนไข้เลือดออก

3. จากการประเมินผลด้านกระบวนการในภาพรวมมีผลการประเมินอยู่ในระดับมากขึ้นไป แสดงให้เห็นว่าแผนยุทธศาสตร์สาขารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์มีความชัดเจน หน่วยงานสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ โดยด้านการนำแผนปฏิบัติราชการสู่การปฏิบัติ รายการที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ นำแผนหรือแนวทางที่กำหนดไว้มาใช้ในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ที่เป็นเช่นนี้เพราะสำนักงานสาขารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ มีการสื่อสารและถ่ายทอดยุทธศาสตร์โดยใช้ Strategy map เป็นเครื่องมือในการถ่ายทอดเพื่อให้บุคลากรกำหนดกลยุทธ์สอดคล้องเป้าประสงค์องค์กร กำหนดกิจกรรมรองรับกลยุทธ์ และจัดทำเป็นแผนงาน/โครงการ โดยได้กำหนดแบบฟอร์มให้เป็นรูปแบบเดียวกัน ส่วนรายการที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือเลือกใช้วิธีการ/เทคนิคเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างดำเนินงานอย่างเหมาะสมที่เป็นเช่นนี้เพราะบุคลากรยังขาดความคิดสร้างสรรค์เพื่อหาวิธีที่มีความแตกต่างและหลากหลาย โดยต้องวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริงก่อนเพื่อพิจารณาเลือกวิธีแก้ปัญหาที่ดีที่สุด

ด้านการกำกับติดตามและประเมินผล รายการที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ มีการนำผลการประเมินแผนปฏิบัติราชการของหน่วยงานมาวิเคราะห์ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติราชการในปีถัดไปที่เป็นเช่นนี้เพราะสำนักงานสาขารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์มีการกำหนดกรอบการสรุปผลงานที่ครอบคลุมงานยุทธศาสตร์และงานประจำ กำหนดรูปแบบเอกสารให้มีการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาและสาเหตุของปัญหา กลยุทธ์ แผนงานโครงการ ผลการดำเนินงาน บัญชีสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการพัฒนางาน ส่วนรายการที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือมีการกำกับติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานเป็นรายไตรมาส อย่างสม่ำเสมอ ที่เป็นเช่นนี้เพราะขาดการกำกับติดตามผลงานตามแผนยุทธศาสตร์รายไตรมาส เนื่องจากภาระงานที่มาก สอดคล้องกับผลการศึกษาของศศิวรรณ ต้นกันยา และคณะ (2559) ที่พบปัญหาการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติในด้านการกำกับ ติดตามและประเมินผล มีปัญหาเนื่องจากภาระงาน ความรับผิดชอบต่องานที่ได้รับมอบหมายมาก (Tonkanya, Chanluechai, & Chomya, 2016)

4. จากผลประเมินด้านผลผลิต ในภาพรวมผลการประเมินไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีผลการดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายของตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สาขารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ร้อยละ 30.3 ไม่สามารถประเมินผลได้ ร้อยละ 10.7 แสดงให้เห็นว่า กระบวนการบริหารจัดการแผนบางส่วนยังขาดประสิทธิภาพที่เป็นเช่นนี้เพราะปัจจัยหลายประการ ตั้งแต่ ปัจจัยด้านบุคลากรที่บางส่วนขาดความรู้ความเข้าใจในการพัฒนายุทธศาสตร์ แผนงาน/โครงการ ด้านงบประมาณที่การบริหารจัดการงบประมาณไม่ทันเวลาต่อการดำเนินงานตามแผน ด้านการจัดทำแผนงาน/โครงการที่มีหลายขั้นตอนใช้เวลานาน ทำให้ดำเนินกิจกรรมช้า และด้านตัวชี้วัดที่บางข้อไม่สามารถเก็บข้อมูลผลงานได้จากการออกแบบตัวชี้วัดที่ไม่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สาขารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์สรุปเป็นข้อเสนอแนะได้ดังนี้

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ควรดำเนินการเตรียมความพร้อมให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำนโยบายและแผนงาน/โครงการ เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายและทิศทางการดำเนินงานของสำนักงานสาขารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ รวมทั้งพัฒนาทักษะการคิดเชิงระบบ การคิดสร้างสรรค์ เพื่อสามารถเลือกใช้วิธีการ/เทคนิคเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างดำเนินงานอย่างเหมาะสม

2. ควรเสริมสร้างการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนให้กับบุคลากรของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องผ่านการประชุม สัมมนา หรือช่องทางอื่นๆ อย่างทั่วถึงและเหมาะสม และครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย

3. ควรบริหารจัดการอัตรากำลังคนให้เหมาะสมกับภาระงานให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงานตามแผนยุทธศาสตร์สาขารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ รวมทั้งสร้างแรงจูงใจในการทำงานให้แก่บุคลากร

4. ควรพัฒนากระบวนการจัดสรรงบประมาณ และระบบการเบิกจ่ายงบประมาณ ให้ขั้นตอนมีความสะดวก

และรวดเร็วรวมทั้งสร้างความเข้าใจการเบิกจ่ายงบประมาณแก่ผู้เกี่ยวข้อง

5. ควรพัฒนาการกำกับ ติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานเป็นรายไตรมาสอย่างสม่ำเสมอและพัฒนาการจัดทำตัวชี้วัดให้ชัดเจน สามารถวัดและเก็บข้อมูลได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยแบบต่อเนื่องเพื่อศึกษาสภาพการดำเนินงาน และประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ สำหรับเป็นข้อมูลในการปรับปรุงและพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. ควรศึกษาประสิทธิภาพและประสิทธิผลของแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ เพื่อพัฒนาการบริหารจัดการยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์

3. ควรมีการประเมินแผนเชิงคุณภาพควบคู่กับการประเมินเชิงปริมาณ เพื่อให้ได้ข้อมูลในเชิงลึก และเพิ่มคุณค่าของกระบวนการประเมิน สำหรับปรับปรุงและพัฒนากระบวนการบริหารแผนยุทธศาสตร์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดให้บรรลุวัตถุประสงค์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

Best, J. W. (1970). *Research in education*.

Englewood Cliffs, New Jersey: Printice-Hall.

Chaichompoo, P., & Roorob, T. (2012). Project evaluation of disease prevention and control district model development of Public Health Region 14 in 2012. *The Office of Disease Prevention and Control 5th NakhonRatchasima Journal*, 19(1), 5-17. (in Thai)

Dacharin, P., Saetiauw, Y., Dissara, Y., Juntawong, N., & Trongtong, Y. (2009). *Strategy map. learning innovation development project, self-learning toolkit*. (3rd ed.). Bangkok: Office of the Public Sector Development Commission. (in Thai)

Hengchamras, Y., Petchsiri, S., Piromya, C., Chantarakul, S., Wiroje, P., & Kongpum, W. (2016) *Evaluation of management efficiency according to the development strategy*, Sumut Sakhon: Faculty of Education, Institute of Physical Education. (in Thai)

Inda, T. (2014). The development of effective strategic implementation model in Governmental Higher Education Institutions in Thailand. *MSU Journals*, 33(5), 56-60. (in Thai)

Jansupasare, C., & Sirimanassakul, K. (2019). Five-year achievements of the strategic plan for the Department of Disease Control 2011-2020. Division of Planning, Department of Disease Control, *Disease Control Journal*, 45(1), 22-30. (in Thai)

Ministerial Regulation. (2017). *Royal Thai Government Gazette*, 134 (Section 64). (in Thai)

Polprasert, P. (2011). *Writing and evaluating projects from theory to practice*. Faculty of Management Science, Kamphaengphet Rajabhat University. (in Thai)

Royal Decree on Criteria and Procedures for Good Governance, B.E. 2546 (2003). *Royal Thai Government Gazette*, 120(Section 100). (in Thai)

Rungnei, N. (2008). *The evaluation of strategic and action plan performance in fiscal year 2007 of Prachomklao College of Nursing*, Phetchaburi: Praboromarajchanok Institute for Health Workforce Development, Prachomklao College of Nursing. (in Thai)

- Sirisunhirun, S., Ploywan, P., Amornsiriphong, S., Nomnian, A., Rugchatjaroen, K., & Arakpothchong, W. (2016). Performance evaluation of the National Health Commission Office (External Evaluation) for the fiscal year 2015. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 17(2), 89-96. (in Thai)
- Tonkanya, T., Chanluechai, S., & Chomya, R. (2016). Problems and guidelines of strategy implementation in basic educational institutions under the supervision of KhonKaen Primary Educational Service Area Office 4. *Journal of Education, Mahasarakham University*, 10(3), 164-177. (in Thai)
- Uttaradit Provincial Public Health Office. (2019). *Annual report of the Provincial Health Office 2019*. Uttaradit: Uttaradit Provincial Public Health Office. (in Thai)

บทความวิจัย

สถานการณ์สูบบุหรี่และปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์
ในเขตภาคกลางนฤญา ยางธิสาร^{1,*} ส.ม., เรวัตต์ จูสิงห์² ส.บ., ยุทธศักดิ์ รูปเหมาะดี³ ส.บ., จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ⁴ ส.ด.

Received: February 3, 2020

Revised: March 6, 2020

Accepted: March 25, 2020

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์สูบบุหรี่และปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ในเขตภาคกลาง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างคือ พระสงฆ์ที่จำพรรษาในเขตภาคกลางจำนวนทั้งสิ้น 359 รูป สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยโลจิสติก ผลการวิจัยพบว่า พระสงฆ์สูบบุหรี่ ร้อยละ 66.6 สูบบุหรี่ยี่ห้อกรองทิพย์ ร้อยละ 29.4 ในช่วงเวลา ก่อน-หลัง ฉันทาอาหารเช้า ร้อยละ 30.8 ได้รับการถวายบุหรี่จากประชาชน เพียงร้อยละ 4.0 โดยตัวแปรที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ ได้แก่ ระดับการศึกษาทางโลก (Adjusted OR = 2.48, 95% CI: 1.27-4.87, p-value = 0.008) ระดับการศึกษาทางธรรม (Adjusted OR = 5.03, 95% CI: 1.83-13.89, p-value = 0.002) การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ (Adjusted OR = 1.16, 95% CI: 1.02-1.31, p-value = 0.029) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคที่เกิดจากบุหรี่ (Adjusted OR = 0.87, 95% CI: 0.79-0.95, p-value = 0.003) และการได้รับข้อมูลข่าวสาร (Adjusted OR = 31.15, 95% CI: 16.00-60.62, p-value < 0.001) สามารถร่วมกันทำนายการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ ได้ร้อยละ 84.3 ผลที่ได้จากการศึกษานี้สามารถนำไปพัฒนาเป็นโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานของการกำหนดนโยบายของการวางแผนในการแก้ไขปัญหาเพื่อลดพฤติกรรมสูบบุหรี่ของพระสงฆ์

คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พระสงฆ์ พฤติกรรมการสูบบุหรี่

¹ ผู้ช่วยนักวิจัย หน่วยปฏิบัติการวิจัยและวิชาการด้านการควบคุมยาสูบภาคเหนือ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

² เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสุทนต์ อำเภอดุสิต จังหวัดอุทัยธานี

³ เจ้าพนักงานสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางงาม อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี

⁴ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ หน่วยปฏิบัติการวิจัยและวิชาการด้านการควบคุมยาสูบภาคเหนือ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

* ผู้รับผิดชอบบทความ: pear_pii@hotmail.co.th

Smoking situation and factors affected to smoking of monks in the central region

Nareya Yangthisan^{1,*} M.P.H., Rawat Joosing² B.P.H., Yutthasak Roopmodee³ B.P.H.,
Chakkarphan Phetphum⁴ Dr.P.H.

ABSTRACT

The purpose of this survey research was to study the smoking situation and factors affecting the smoking of monks in the central region by applying the health belief model. A questionnaire was used as a research instrument to collect data. The sample of this study was 359 monks who stayed in a Buddhist monastery in the central region. The sample was selected based on a multistage stage sampling. Data were analyzed using descriptive statistics and logistic regression statistics. The results of this research showed that 66.6% of the respondents were a smoker. 29.4% of them chose Krongthip cigarette. 30.8% of them smoked before-after breakfast. Only 4.0% of them received cigarette offerings from people. Factors affecting monks' smoking included secular education level (Adjusted OR = 2.48, 95% CI: 1.27-4.87, p-value = 0.008), religious education level (Adjusted OR = 5.03, 95% CI: 1.83-13.89, p-value = 0.002), perceived severity of smoking-related diseases (Adjusted OR = 1.16, 95% CI: 1.02-1.31, p-value = 0.029), perceived benefits of treatment and prevention of smoking-related diseases (Adjusted OR = 0.87, 95% CI: 0.79-0.95, p-value = 0.003) and exposure to information (Adjusted OR = 31.15, 95% CI: 16.00-60.62, p-value < 0.001). These factors could jointly predict 84.3% of the variation in monks' smoking. The findings of this study could be applied to develop a smoking modification program towards greater efficiency for monks and used as basic information to formulate planning policies to solve the problems of monks' smoking behavior.

Keywords: Health belief model, Monk, Smoking behavior

¹ Research Assistant, Tobacco Control Research Unit: Northern Region, Faculty of Public Health, Naresuan University

² Public health officer, Experienced Level, Suk Ruethai Tambon Health Promoting Hospital, Huai Khot District, Uthai Thani Province

³ Public health officer, Bang Ngam Health Promoting Hospital, Si Prachan District Suphan Buri Province

⁴ Assistant Professor, Tobacco Control Research Unit: Northern Region, Faculty of Public Health, Naresuan University

* Correspondence author: pear_pii@hotmail.co.th

บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นต้นเหตุปัญหาสุขภาพสำคัญที่ทั่วโลกกำลังเผชิญและจำเป็นต้องได้รับการแก้ไข พฤติกรรมทางสุขภาพ จากทั่วโลกมีผู้สูบบุหรี่ประมาณ 1,100 ล้านคน พบผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่มากถึงปีละไม่ต่ำกว่า 7 ล้านคน (WHO, 2016) โดยองค์การอนามัยโลก คาดการณ์ว่าภายในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ปีละ 8 ล้านคน ในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิตในประเทศที่กำลังพัฒนาปีละ 7 ล้านคน และมีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2563 ทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่เพิ่มสูงขึ้น โดยประเทศไทยเป็นประเทศที่กำลังพัฒนา (Research and Knowledge Management Center for Tobacco Control, 2017) จากการสำรวจการสูบบุหรี่ในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557-2560 พบว่าอัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยจากร้อยละ 20.7 ในปี พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 19.9 ในปี พ.ศ. 2558 และร้อยละ 19.1 ในปี พ.ศ. 2560 จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่าประเทศไทยยังคงประสบกับปัญหาการสูบบุหรี่ (National Statistical Office, 2017)

บุหรี่ถือว่าเป็นสารเสพติดประเภทอื่นๆ ที่มีส่วนประกอบสำคัญที่มีฤทธิ์เป็นสารเสพติดได้แก่ นิโคติน ซึ่งผู้สูบบุหรี่มักจะแสวงหาสูบอย่างต่อเนื่อง จึงยากต่อการที่จะเลิกสูบบุหรี่ (American Psychiatric Association, 2013) สังคมไทยในอดีต "บุหรี่" ถือเป็นสัญลักษณ์สำคัญทางสังคม โดยผูกเชื่อมโยงกับอำนาจพิธีกรรมและความเคารพนับถือทางสังคม ศักดิ์สิทธิ์และพุทธศาสนาพิธี ประกอบด้วยพระสงฆ์ อันเป็นตัวแทนของอุดมคติความเชื่อและความเคารพบูชาของสังคมไทย บุหรี่จะถูกจัดเป็นตัวแทนของสิ่งศักดิ์สิทธิ์และปรากฏอยู่ในพิธีกรรมต่างๆ เช่น การถวายสิ่งของแก่พระสงฆ์ (Khaunha, Homsin, & Srisuriyawet, 2010; Phra Wisit Thitvisithi, 2016) ต่อมาประเทศไทยได้ให้ความสำคัญด้านสุขภาพและตระหนักถึงผลกระทบจากการสูบบุหรี่มากขึ้นจึงทำให้คุณค่าทางสังคมของบุหรี่เปลี่ยนไป มีการกล่าวถึงสิทธิของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 1970 ที่ว่า "สิทธิที่จะมีสุขภาพดีเป็นสิทธิพื้นฐานของมนุษยชน" (Suwanchai, 2001)

กระทรวงสาธารณสุขประกาศฉบับที่ 17 ว่าด้วยเรื่อง การกำหนดสถานที่สาธารณะให้เป็นพื้นที่ปลอดบุหรี่ 100 เปอร์เซ็นต์ จำนวน 21 ประเภท ซึ่งรวมถึงวัด ศาสนสถาน

หรือสถานที่ประกอบศาสนกิจในนิกาย เป็นเขตห้ามสูบบุหรี่ โดยเด็ดขาด ส่วนนอกบริเวณที่ประกอบศาสนพิธี ในภาพรวมก็กำหนดให้เป็นเขตคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ (Fu Trak, 2005) "วัด" ถือได้ว่าเป็นสถานที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของคนในสังคมโดยมีพระสงฆ์เป็นแบบอย่างทางด้านศาสนาที่ประชาชนให้ความสำคัญและความศรัทธารวมถึงพระสงฆ์ที่มีบทบาททางด้านสังคม ศาสนา และจิตวิญญาณ เพื่อให้ประชาชนเกิดความเลื่อมใส (Phra Sutthikan Saththathigo, 2015) ความเคารพนับถือในพระพุทธศาสนาและมีบทบาทเป็นผู้ขัดเกลาตนให้เป็นแบบอย่างที่ดีแก่ประชาชน ดังคำกล่าวที่ว่า "วิถีชีวิตของพระสงฆ์ที่แท่นนั้น ย่อมมีอิทธิพลไปถึงวิถีชีวิตของฆราวาส" (Sivaraksa, 2004) การตรวจคัดกรองสุขภาพของพระสงฆ์ทั่วประเทศมีจำนวน 122,680 รูป มีประวัติการเจ็บป่วยมากที่สุด 5 อันดับแรกคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคไตวายเรื้อรัง โรคข้อเข่าเสื่อมและโรคเบาหวาน พบว่าพระสงฆ์มีสุขภาพดีลดลงจากร้อยละ 60.3 เป็นร้อยละ 52.3 โดยมีความเสี่ยงทางพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การเป็นโรคอ้วน การป่วยด้วยกลุ่มโรค NCDs หรือโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Department of Medical Services, 2017) จากการเจ็บป่วยอาพาธของพระสงฆ์ นอกจากส่งผลต่อสุขภาพร่างกายของพระสงฆ์แล้วยังส่งผลกระทบต่อทางด้านเศรษฐกิจ และรัฐบาลต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ซึ่งสาเหตุของการป่วยส่วนหนึ่งมาจากพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (Wuttisaksakul, 2018) จากการสำรวจพระสงฆ์ 543 รูป จากจังหวัดต่างๆ มีพระสงฆ์ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ 280 รูป คิดเป็นร้อยละ 51.6 เคยสูบบุหรี่แต่เลิกสูบแล้ว 145 รูป คิดเป็นร้อยละ 26.7 และยังมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ 118 รูป คิดเป็นร้อยละ 21.7 (Office of Health Promotion, 2016) แสดงให้เห็นได้ว่าพระสงฆ์ที่สูบบุหรี่ ส่งผลให้มีโอกาสเสี่ยงต่อพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งหากพระสงฆ์ยังไม่มีมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้ดีขึ้น อาจก่อให้เกิดผลกระทบที่เป็นอันตราย

จากสถานการณ์ข้างต้น จะเห็นได้ว่าพระสงฆ์ที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงทางพฤติกรรมสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์จึงเป็นสิ่งสำคัญที่

จะช่วยลดโอกาสเสี่ยงทางพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นภัยร้ายแรง ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาสถานการณ์สูบบุหรี่และปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ในเขตภาคกลาง โดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) เป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้จะสามารถทำให้ทราบถึงสถานการณ์สูบบุหรี่ของพระสงฆ์ รวมทั้งปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ และเป็นแนวทางในการวางแผนป้องกันการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ และพัฒนาเป็นโปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ในเขตภาคกลางต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์สูบบุหรี่ของพระสงฆ์ในเขตภาคกลาง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ในเขตภาคกลาง

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ดำเนินการศึกษากับพระสงฆ์ในเขตภาคกลาง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ คือ พระสงฆ์ที่จำพรรษาในเขตภาคกลางจำนวน 42,652 รูป ผู้วิจัยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วนของประชากร กรณีทราบจำนวนประชากร (Wayne, 1995) ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ทั้งหมด 342 รูป เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มของข้อมูล จึงเก็บเพิ่มอีกร้อยละ 5 จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 359 รูป

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

เมื่อ n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N คือ จำนวนพระสงฆ์ในเขตภาคกลาง 42,652 รูป

d คือ ค่าความแม่นยำของการประมาณค่า (เท่ากับ 0.05)

α คือ ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (เท่ากับ 0.05)

p คือ สัดส่วนของการสูบบุหรี่ ($p = 0.339$) (Kuthanavanichpong, Phumriew, Liyatikul, & Liab, 2013)

z คือ ระดับความเชื่อมั่นที่กำหนดทางสถิติ (ระดับนัยสำคัญ 0.05 เท่ากับ 1.96)

การสุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่

1. สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) โดยแบ่งพื้นที่ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ภาคกลางตอนบน และภาคกลางตอนล่าง
2. สุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) โดยสุ่มเลือกจังหวัดจากพื้นที่แต่ละชั้นด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากชั้นละ 1 จังหวัด ได้จังหวัดตัวอย่าง คือ จังหวัดสุพรรณบุรีจากภาคกลางตอนล่าง และจังหวัดอุทัยธานีจากภาคกลางตอนบน
3. สุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) โดยสุ่มเลือกอำเภอตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากเลือกจังหวัดละ 1 อำเภอ ได้อำเภอตัวอย่าง คือ อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี และอำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี
4. สุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) โดยสุ่มเลือกวัดที่พระสงฆ์จำพรรษาดำเนินการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากเพื่อหาวัดที่จะมาเป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่าง โดยสุ่มได้วัดในอำเภอหนองฉาง จำนวน 44 วัด และอำเภอศรีประจันต์ จำนวน 42 วัด

5. สุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) โดยนำรายชื่อที่มีการเรียงลำดับพระสงฆ์ทั้งหมดของวัดที่เป็นพื้นที่ตัวอย่างจำนวน 712 รูป และคำนวณหาช่วงที่ใช้ในการสุ่มตัวอย่าง โดยการนำจำนวนประชากรหารด้วยขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ได้เท่ากับ 2 จากนั้นทำการสุ่มรายชื่อพระสงฆ์จากประชากรในวัดที่เป็นพื้นที่ตัวอย่างจนครบ 359 รูป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม (Questionnaires) ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ทางโลก ระดับการศึกษาทางธรรม สมณศักดิ์ รายได้จากกิจนิมนต์ เป็นข้อคำถามแบบแบบให้เลือกตอบเพียงข้อเดียว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ แบบสอบถามการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคที่เกิดจากบุหรี่ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ และแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคที่เกิดจากการเลิกสูบบุหรี่ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert) คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของ (Best, 1977)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ในรอบ 7 วัน ท่านเคยสูบบุหรี่ ระยะเวลาการสูบบุหรี่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอันตรายจากการสูบบุหรี่ การวางแผนในการเลิกบุหรี่ ยี่ห้อบุหรี่ที่สูบ ช่วงเวลาที่สูบบุหรี่ แหล่งที่มาของบุหรี่ และสถานที่สูบบุหรี่ เป็นข้อคำถามแบบให้เลือกตอบ เพียงข้อเดียว

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โดยการนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้ผู้ทรงวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง และเนื้อหา สอดคล้องตามวัตถุประสงค์และเหมาะสมทางภาษา เมื่อผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item-Objective Congruence) รายข้อ มีค่าตั้งแต่ 0.67 -1.00 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์การพิจารณา คือ ค่า IOC ≥ 0.5 (Rovinelli & Hambleton, 1977) และหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability)

โดยนำแบบสอบถามไปทดสอบกับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพระสงฆ์ จำนวน 30 รูป ที่จำพรรษาอยู่ในเขตวัดเขาท่าพระ อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท จากนั้นนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคที่เกิดจากบุหรี่ และการรับรู้อุปสรรคที่เกิดจากการเลิกสูบบุหรี่ ได้ค่าเท่ากับ 0.76 0.73 0.83 และ 0.75 ตามลำดับ

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ 1090/59 ลงวันที่ 9 มกราคม 2560

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ถึงเจ้าคณะจังหวัด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยกับวัดที่ถูกสุ่มเลือกมาเป็นพื้นที่ตัวอย่าง
2. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับเจ้าคณะจังหวัด และเจ้าคณะอำเภอ ของพื้นที่ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง
3. ผู้วิจัยดำเนินการเข้าพบกับกลุ่มตัวอย่างในวัดที่ถูกเลือกจากการสุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในการตอบแบบสอบถาม และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20 นาที
4. ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูล แล้วจึงนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลนำแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) นำเสนอค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เพื่อทดสอบหาความ

สัมพันธ์สำหรับตัวแปรอิสระกับการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary logistic regression analysis) ซึ่งแบ่งเป็นสองขั้นตอน ขั้นตอนที่หนึ่งคือ การวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว (Simple logistic regression) เพื่อหาความสัมพันธ์ของตัวแปรเดี่ยวแต่ละตัว นำเสนอค่า Odd ratio อย่างหยาบ (Crude odds ratio) นำตัวแปรที่ให้ค่า p-value น้อยกว่า 0.25 มาวิเคราะห์ในขั้นที่สอง คือ การวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกแบบพหุ (Multiple logistic regression) นำเสนอค่า Odd ratio เมื่อปรับอิทธิพล (Adjusted odds ratio) ใช้การคัดเลือกปัจจัยจากสมการสุดท้ายด้วยวิธีการ Blackward: Wald และทดสอบสมการด้วย Hosmer-Lemeshow test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

การนำเสนอผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ ข้อมูลลักษณะบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ และปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ ดังนี้

1. ข้อมูลลักษณะบุคคล

ผลการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 45 ปี ร้อยละ 57.1 รายได้จากกิจนิมนต์น้อยกว่า 5,001 บาท/เดือน ร้อยละ 75.8 ระยะเวลาในการบวช 11 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 59.3 มีสมณศักดิ์ทางพระสงฆ์ ร้อยละ 72.7 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา/มัธยมศึกษา (ทางโลก) ร้อยละ 68.0 และมีระดับการศึกษา (ทางธรรม) ร้อยละ 84.7 (ตาราง 1)

ตาราง 1 แสดงข้อมูลลักษณะบุคคลของพระสงฆ์ในเขตภาคกลาง

ลักษณะบุคคล	จำนวน (n = 359)	ร้อยละ
อายุ		
น้อยกว่า 45 ปี	205	57.1
45 ปี ขึ้นไป	154	42.9
$\bar{X} = 43.75$, S.D. = 14.84, Min = 15, Max = 89		
รายได้จากกิจนิมนต์		
น้อยกว่า 5,001 บาท/เดือน	272	75.8
5,001 บาท/เดือนขึ้นไป	87	24.2
ระยะเวลาในการบวช		
1-10 พรรษา	146	40.7
11 พรรษาขึ้นไป	213	59.3
สมณศักดิ์		
มี	98	27.3
ไม่มี	261	72.7
ระดับการศึกษา (ทางโลก)		
ประถมศึกษา/มัธยมศึกษา	244	68.0
อุดมศึกษา	115	32.0
ระดับการศึกษา (ทางธรรม)		
ไม่ได้เรียน	55	15.3
เรียน	304	84.7

2 ข้อมูลเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

จากการวิเคราะห์พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 62.7 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 50.4 การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 53.2 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคที่เกิดจากบุหรี่ อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 51.5 การรับรู้อุปสรรคที่เกิดจากการเลิกสูบบุหรี่ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 55.4

3 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์

จากการวิเคราะห์พบว่า ส่วนใหญ่พระสงฆ์ชอบสูบบุหรี่ยี่ห้อกรองทิพย์ ร้อยละ 29.4 รองลงมาคือ SMS ร้อยละ 24.2 มีระยะเวลาการสูบบุหรี่น้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 58.8 ซึ่งส่วนใหญ่พระสงฆ์จะซื้อบุหรี่ด้วยตนเอง ร้อยละ 52.0 รองลงมาคือ ใช้ลูกศิษย์ไปซื้อให้ ร้อยละ 16.8 และสูบบุหรี่ก่อน-หลัง ฉันทาอาหารเช้า ร้อยละ 30.8 ที่ผ่านมาพระสงฆ์ไม่เคยคิดที่จะวางแผนการเลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 68.5 พระสงฆ์มีการสูบบุหรี่ในกุฏิ ร้อยละ 46.8 รองลงมาคือ สูบในห้องน้ำ ร้อยละ 30.1 และพระสงฆ์มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร้อยละ 66.6 (ตาราง 2)

ตาราง 2 แสดงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ในเขตภาคกลาง

ลักษณะบุคคล	จำนวน (n = 359)	ร้อยละ
ระยะเวลาการสูบบุหรี่		
น้อยกว่า 10 ปี	211	58.8
10 ปีขึ้นไป	148	41.2
$\bar{X} = 8.81$, S.D. = 9.83, Min = 0, Max = 50		
ยี่ห้อบุหรี่ที่สูบ (n = 153)		
กรองทิพย์	45	29.4
SMS	37	24.2
สายฝน	26	17.0
LM	27	17.6
ยาเส้น	9	5.9
กรุงทอง	7	4.6
Marlboro	2	1.3
การวางแผนในการเริ่มเลิกสูบบุหรี่ (n = 289)		
น้อยกว่า 1 ปี	36	12.5
ภายใน 1-2 ปี	44	15.2
3 ปี ขึ้นไป	11	3.8
ไม่เคยวางแผนเลิกสูบบุหรี่	198	68.5
ช่วงเวลาที่ยังสูบบุหรี่ (n = 235) เลือกได้หลายคำตอบ		
หลังจำวัด	30	17.3
ก่อน-หลัง ทำวัตรเช้า	48	27.7
ก่อน-หลัง ฉันทาอาหารเช้า	53	30.8
ก่อน-หลัง ฉันทาอาหารเพล	52	30.1

ตาราง 2 แสดงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ในเขตภาคกลาง (ต่อ)

ลักษณะบุคคล	จำนวน (n = 359)	ร้อยละ
ก่อน-หลัง ทำวัดเย็น	29	16.8
ก่อนจำวัด	23	13.3
แหล่งที่มาของบุหรี่ (n = 282) เลือกได้หลายคำตอบ		
ซื้อด้วยตนเอง	180	52.0
ใช้ลูกศิษย์ซื้อให้	58	16.8
ขอจากพระสงฆ์ด้วยกัน	30	8.7
ได้รับถวาย	14	4.0
สถานที่สูบบุหรี่ (n = 310) เลือกได้หลายคำตอบ		
กุฏิ	162	46.8
ห้องน้ำ	104	30.1
ศาลาวัด	36	10.4
โบสถ์	8	2.3
พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์		
สูบ	239	66.6
ไม่สูบ	120	33.4

4. ปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์

จากการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ในเขตภาคกลาง เมื่อทดสอบด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว ได้แก่ อายุ รายได้ จากกิจนิมนต์ ระยะเวลาในการบวช ระดับการศึกษาทางโลก ระดับการศึกษาทางธรรม สมณศักดิ์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคที่เกิดจากบุหรี่ การรับรู้อุปสรรคที่เกิดจากการเลิกสูบบุหรี่ และการได้รับข้อมูลข่าวสารเมื่อนำตัวแปรเหล่านี้มาวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกแบบพหุ เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ พบว่ามี 5 ตัวแปรที่มีผลต่อการสูบบุหรี่

ของพระสงฆ์ ได้แก่ ระดับการศึกษาทางโลก (Adjusted OR = 2.48, 95% CI: 1.27-4.87, p-value = 0.008) ระดับการศึกษาทางธรรม (Adjusted OR = 5.03, 95% CI: 1.83-13.89, p-value = 0.002) การรับรู้ ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ (Adjusted OR = 1.16, 95% CI: 1.02-1.31, p-value = 0.029) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคที่เกิดจากบุหรี่ (Adjusted OR = 0.87, 95% CI: 0.79-0.95, p-value = 0.003) การได้รับข้อมูลข่าวสาร (Adjusted OR = 31.15, 95% CI: 16.00-60.62, p-value < 0.001) และสามารถร่วมกันทำนายการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ ได้ร้อยละ 84.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 3)

ตาราง 3 แสดงปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ในเขตภาคกลาง: การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

ปัจจัย (n = 359)	การสูบบุหรี่ [†]		OR _{Crude} (95% CI) [‡]	p-value	OR _{Adjusted} (95% CI) ^{††}	p-value
	สูบ (%) (n = 239)	ไม่สูบ (%) (n = 120)				
ระดับการศึกษาทางโลก						
ประถมศึกษา	175 (73.2)	69 (57.5)	2.02 (1.27-3.21)	0.003*	2.48 (1.27-4.87)	0.008**
อุดมศึกษา	64 (26.9)	51 (42.5)	Ref			
ระดับการศึกษาทางธรรม						
ไม่ได้เรียน	48 (20.1)	7 (5.8)	4.06 (1.77-9.27)	0.001*	5.03 (1.82-13.89)	0.002**
เรียน	191 (79.9)	113 (94.2)	Ref			
การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ (คะแนน)	27.28 ± 4.13	28.42 ± 3.86	0.93 (0.88-0.98)	0.013*	1.16 (1.02-1.31)	0.029**
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคที่เกิดจากบุหรี่ (คะแนน)	34.59 ± 5.24	37.28 ± 5.19	0.90 (0.86-0.94)	< 0.001*	0.87 (0.79-0.95)	0.003**
การได้รับข้อมูลข่าวสาร						
ไม่เคย	200 (83.7)	25 (20.8)	19.49 (11.15-34.06)	< 0.001*	31.15 (16.00-60.62)	< 0.001**
เคย	39 (16.3)	95 (79.2)	Ref			
อายุ (ปี)	44.05 ± 14.74	43.17 ± 15.08	0.99 (0.98-1.01)	0.594		
รายได้จากกิจนิมนต์ (บาท/เดือน)						
น้อยกว่า 5001	175 (64.3)	97 (35.7)	Ref			
5001 ขึ้นไป	64 (73.6)	23 (26.4)	1.54 (0.90-2.64)	0.114*		
ระยะเวลาในการบวช (พรรษา)						
1-10	105 (43.9)	41 (34.2)	Ref			
11 ขึ้นไป	134 (56.1)	79 (65.8)	0.66 (0.42-1.04)	0.076*		
สมณศักดิ์						
มี	65 (27.2)	33 (27.5)	Ref			
ไม่มี	174 (72.8)	87 (72.5)	1.01 (0.62-1.66)	0.951		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (คะแนน)	30.88 ± 4.85	32.59 ± 5.48	0.94 (0.89-0.97)	0.003*		
การรับรู้อุปสรรคที่เกิดจากการเลิกสูบบุหรี่ (คะแนน)	24.58 ± 8.42	28.51 ± 8.07	0.95 (0.92-0.97)	< 0.001*		

* p-value < 0.25, ** p-value < 0.05

[†] นำเสนอ n (%) สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ mean ± sd สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ, [‡] Simple logistic regression, ^{††} Multiple logistic regression with Blackward: Wald

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาศถานการณ์สูบบุหรี่และปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ในเขตภาคกลาง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 359 รูป มีการสูบบุหรี่ร้อยละ 66.6 และสูงกว่าอัตราการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ในเขตพื้นที่จังหวัดระยองเล็กน้อย ที่พบว่า ร้อยละ 62.2 พระสงฆ์มีการสูบบุหรี่ (Khaunha et al., 2010) และสูงกว่าอัตราการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ในเขตพื้นที่จังหวัดนครนายก ที่พบว่า พระสงฆ์มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ร้อยละ 49.7 (Rerkluenrit, Ngensod, Wihok, Dachadilok, Jaikordee, Karnchen et al., 2010) ทั้งนี้ วัดถือว่า เป็นสถานที่ปลอดบุหรี่ ตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 17 เรื่องการกำหนดสถานที่สาธารณะให้เป็นพื้นที่ปลอดบุหรี่ (Fu Trak, 2005; Rattanaikarn, 2012) เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ โดยมีกลุ่มเปรียบเทียบคือกลุ่มพระสงฆ์ที่ไม่สูบบุหรี่ ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression) พบว่ามีปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำนวน 5 ปัจจัย ได้แก่ ระดับการศึกษาทางโลก โดยพบว่าพระสงฆ์ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาจะมีโอกาสสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษาถึง 2.48 เท่า (95% CI, 1.27-4.87) ทั้งนี้ อาจจะเป็นเพราะพระสงฆ์ที่ศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษามีความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่เพียงเล็กน้อย และอาจทำให้พระสงฆ์ที่สูบบุหรี่ไม่ตระหนักถึงผลกระทบจากการสูบบุหรี่ จึงทำให้พระสงฆ์ที่มีการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา สอดคล้องกับ Campaign for Non-Smoking Foundation (2002) ที่พบว่า ระดับการศึกษาทางโลกมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของพระภิกษุสงฆ์

ระดับการศึกษาทางธรรม โดยพบว่าพระสงฆ์ที่ไม่ได้ศึกษาทางธรรมมีโอกาสสูบบุหรี่มากกว่าพระสงฆ์ที่ศึกษาทางธรรมถึง 5.03 เท่า (95% CI, 1.82-13.89) ทั้งนี้ การสูบบุหรี่ของพระสงฆ์เป็นสิ่งที่ไม่ควรปฏิบัติ หรือเป็นข้อห้ามต่างๆ ทางหลักพระธรรมวินัย (Phra Maha Chaiya Chaiyasit, 2003) และการศึกษาทางธรรมของพระสงฆ์คิดแบบมีเหตุผล ระเบียนวินัย

ในการปฏิบัติการรักษาศีล 5 ดังเช่น ศีลในข้อที่ 5 เกี่ยวกับการละเว้นสุรา เมรัย ซึ่งหมายถึงบุหรี่รวมด้วย ดังนั้นพระสงฆ์ที่ได้ศึกษาทางธรรมจะมีโอกาสสูบบุหรี่ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Charoenkha (2004) พบว่า การศึกษาทางธรรมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของพระสงฆ์และสามเณร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นได้ว่าระดับการศึกษาทางธรรมเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ และสอดคล้องกับการศึกษา ที่กล่าวว่าพระสงฆ์มีบทบาทในการเป็นผู้นำด้านสุขภาพของชุมชนในการขับเคลื่อนสุขภาพที่ครอบคลุมปัจจัยทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ ด้านข้อมูล ด้านการพัฒนา ด้านการบริการสุขภาพ และสวัสดิการด้านการวิจัยและพัฒนาชุดองค์ความรู้ในรูปแบบต่างๆ และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Office of the National Health Commission, 2017)

การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ เพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะเพิ่มโอกาสการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ 1.16 เท่า (95%CI, 1.02-1.31) เนื่องจากพระสงฆ์ที่มีการรับรู้ถึงพิษภัยจากบุหรี่ ที่เกิดจากการจูงใจให้เกิดความเชื่อเพื่อให้บุคคลเกิดการปฏิบัติตนให้เกิดการหลีกเลี่ยงจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม แต่ในขณะเดียวกันพระสงฆ์ที่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่มาก อาจลดโอกาสการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ได้ อย่างไรก็ตามจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ข้อมูลมีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยจากปัจจัยป้องกันในการวิเคราะห์อย่างหยาบเป็นปัจจัยเสี่ยงในการวิเคราะห์แบบพหุ เพราะฉะนั้นอาจยังหาข้อสรุปของตัวแปรยังไม่ได้ สอดคล้องกับ (Becker, 1974) ที่กล่าวไว้ว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้นจะต้องอาศัยความเชื่อว่าเป็นโรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อดำรงชีวิต และสอดคล้องกับการศึกษา (Nammuang, 2003) พบว่าพระสงฆ์ได้คำแนะนำจากแพทย์และพยาบาล เกี่ยวกับการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์

การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคที่เกิดจากบุหรี่ เพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ลดลง ร้อยละ 13.0

(95% CI, 0.79-0.95) ดังนั้นจึงเป็นปัจจัยป้องกันต่อการสูบบุหรี่ เนื่องจากการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรคไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยจากบุหรี่นั้นเป็นแบบอย่างที่ดีทางหลักธรรมทางพระพุทธศาสนาที่พระสงฆ์เป็นผู้นำทางด้านสังคม ศาสนา และจิตวิญญาณของพุทธศาสนิกชน สามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคที่เกิดจากบุหรี่เพื่อให้เกิดการสนใจในการหลีกเลี่ยงปัญหาทางสุขภาพและสามารถช่วยลดพฤติกรรมการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม เช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาที่กล่าวไว้ว่าการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้นเขาจะต้องมีความเชื่อว่า การปฏิบัติตนนั้นจะเกิดผลที่ดีและมีประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค หรือสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคโดยไม่มีอุปสรรคต่างๆ เช่น ค่าใช้จ่าย ความเจ็บปวด ฯลฯ (Rosenstock, 1974; Janz & Becker, 1984)

การได้รับข้อมูลข่าวสาร พบว่าพระสงฆ์ที่ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารจะมีโอกาสสูบบุหรี่มากกว่าพระสงฆ์ที่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารถึง 31.15 เท่า (95% CI, 16.00-60.62) เนื่องจากพระสงฆ์ที่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่และผลกระทบจากการสูบบุหรี่ได้หลายรูปแบบ เช่น สื่อโทรทัศน์/วิทยุ ป้ายประชาสัมพันธ์ บุคลากรสาธารณสุข และสมาชิกภายในวัด สามารถเป็นแรงผลักดันให้เกิดการกระตุ้นเตือนในการสนใจให้พระสงฆ์เลิกสูบบุหรี่ได้ คือ การเจ็บป่วยของโรคที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษา Should find (2010) ที่พบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ถึง 6 เท่า และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าส่วนใหญ่พระสงฆ์มีการได้รับข้อมูลพิษภัยของบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ในกลุ่มที่สูบบุหรี่ แต่เนื่องจากผลการวิเคราะห์พระสงฆ์ส่วนใหญ่มีอายุโดยเฉลี่ย 43.75 ± 14.84 ปี ที่สูบบุหรี่และก่อให้เกิดเป็นพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง

และเป็นประจำจนถึงปัจจุบัน (Champat, Kusol, & Sonpaveerawong, 2019)

สำหรับปัจจัยอื่นๆ ที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในการวิเคราะห์แบบพหุ ได้แก่ อายุ รายได้จากกิจกรรมนันทนาการเวลาการบวช สมณศักดิ์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และการรับรู้อุปสรรคที่เกิดจากการเลิกสูบบุหรี่ อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่าพระสงฆ์ที่ไม่สูบบุหรี่ในเขตภาคกลางมีข้อมูลที่น่าสนใจ ได้แก่ อายุเฉลี่ยของพระสงฆ์น้อยกว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคที่เกิดจากการเลิกบุหรี่ของพระสงฆ์มากกว่าเมื่อเทียบกับพระสงฆ์ที่สูบบุหรี่

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานของภาครัฐที่เกี่ยวข้องควรมีการจัดอบรมให้ความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ในพื้นที่ดังกล่าว โดยผ่านช่องทางที่เหมาะสมตามวิถีชีวิตของพระสงฆ์ ได้แก่ อินเทอร์เน็ต ป้ายประชาสัมพันธ์ สื่อการเรียนรู้ต่างๆ

2. ควรมีการจัดโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ที่เน้นในเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ และช่วงเวลาของการสูบบุหรี่ให้กับพระสงฆ์ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ ให้มีความตระหนักถึงผลกระทบต่อสุขภาพที่อาจเกิดจากการสูบบุหรี่มากขึ้นและนำไปสู่การเลิกสูบบุหรี่ที่ถาวร

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลงไปได้ด้วยดีต้องขอขอบพระคุณ คุณยวิชัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) และหน่วยปฏิบัติการวิจัยและวิชาการด้านการควบคุมยาสูบภาคเหนือ ที่สนับสนุนงบประมาณในการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, Virginia: American Psychiatric Association.
- Becker, M. H. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 354-385.
- Best, J. W. (1977). *Research in education*. (3rd ed.). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Campaign for Non-Smoking Foundation. (2002). *Non-smoking Handbook*. Department of Health. Retrieved September 13, 2019, from <http://resource.thaihealth.or.th/library/10381>. (in Thai)
- Champat, C., Kusol, K., & Sonpaveerawong, J. (2019). Factors related to smoking of Buddhist Monks in Meuang District, Surat Thani Province. The Southern College Network. *Journal of Nursing and Public Health*, 6(2), 81-90. (in Thai)
- Charoenkha, N. (2004). Smoking prevalence among monks in Thailand. Bangkok: Faculty of Public Health Mahidol University. (in Thai)
- Department of Medical Services. (2017). *Monk health survey of Buddhist hospitals in 2016*. Retrieved October 11, 2019, from <https://www.bmnhos.com/en/public-relations/2013-03-10-17-45->. (in Thai)
- Fu Trak, S. (2005). *Control measures for alcoholic beverages*. Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 1st National Alcohol Conference, 13-15 July 2005.
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 973-975.
- Khaunha, K., Homsin, P., & Srisuriyawet, R. (2010). Factors related to smoking behavior among monks in Rayong Province. *Journal of Public Health Nursing*, 24(3), 68-76. (in Thai)
- Kuthanavanichpong, N., Phumriew, R., Liyatikul, P., & Liab, W. (2013). Cigarette smoking situation among monks, novices, nuns and followers and effects of program for development of temple smoke-free area Nakhorn Ratchasima Province. *Journal of Health and Environmental Health Promotion*, 37(2), 94-107. (in Thai)
- Nammuang, S. (2003). *Factors related to smoking behavior of monks - novices Who come to receive medical treatment services in the monk's hospital*. Thesis of Master of Science, Kasetsart University, Bangkok. (in Thai)
- National Statistical Office. (2017). *Smoking behavior 2017*. Retrieved September 10, 2019, from <http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/News/2561/N31-08-61-1.aspx>. (in Thai)
- Office of Health Promotion. (2016). *Health crisis. Thai monks become ill with chronic non-communicable diseases and health risk behavior*. Retrieved October 9, 2019, from <https://www.hfocus.org/content/2019/09/17751>. (in Thai)
- Office of the National Health Commission. (2017). *Thammanoon National Clergy Health*. Retrieved September 22, 2019, from <https://www.nationalhealth.or.th/node/2407>. (in Thai)

- Phra Maha Chaiya Chaiyasit. (2003). *A study of the attitude and expectations of teachers and students towards monks who teach Dharma studies*. Thesis of Master of Arts (Buddhist Studies), Mahachulalongkornrajavidyalaya University, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. (in Thai)
- Phra Sutthikan Satthathigo. (2015). *An analytical study of Jesus' smoking behavior problems according to Mushop's Identity Theory and Identity Theory*. Thesis of Master of Arts (Buddhist Studies), Mahachulalongkornrajavidyalaya University, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. (in Thai)
- Phra Wisit Thitvisithi. (2016). Smoking is under mining religious stability and decreasing the value of monks. In T. Chanchula (Ed.), *10 strategies to reduce tobacco in monks*. Chiang Mai: Religious Social Network Foundation. (in Thai)
- Rattanaikarn, S. (2012). A development of canonical model between alcoholic beverage and tobacco addictions and the impact of Thai Regulations against Alcohol Consumption to the consumer from suringhigh school students. *Science and Technology Journal*, 20(1), 19-26.
- Rerkluenrit, J., Ngensod, M., Wihok, K., Dachadilok, N., Jaikordee, S., Karnchen, A. et al. (2010). Factors predicting health-promoting behaviors among Buddhist monks in Nakhon Nayok Province, Thailand. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*, 5(4), 333-343. (in Thai)
- Research and Knowledge Management Center for Tobacco Control. (2017). Tobacco consumption behavior situation. In S. Pittayarangsarit (Ed.), *Thailand Tobacco Consumption Statistics Report, 2018*. Bangkok: Charoen Dee Khong. (in Thai)
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2(a), 328-335.
- Rovinelli, J., & Hambleton, K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Dutch Journal of Educational Research*, 2, 49-60.
- Should finds, G. (2010). *Factors that are associated with smoking behavior in monks*. Thesis of Master of Nursing, Burapha University, Chon Buri. (in Thai)
- Sivaraksa, S. (2004). The role of monks in today's society. *Art and culture*, 25(10), 85-92. (in Thai)
- Suwanchai, W. (2001). *Smoking, pushing to the forbidden condition*. Thesis of Master of Sociology and Human Sciences, Graduate School, Thammasat University, Bangkok. (in Thai)
- Wayne W., D., (1995). *Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences*. (6th ed.). Brisbane, New York: John Wiley & Sons.
- World Health Organization. (2016). *Smoking and effects on health technical report service*. Geneva: World Health Organization.
- Wuttisaksakul, K. (2018). Factors related to health behavior of monk in Fang district, Chiang Mai Province. *Journal of the Nursing Association of Thailand, Northern Branch*, 24(1), 71-83. (in Thai)

บทความวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ ของนักเรียนชาย มัธยมศึกษาตอนต้น ตำบลลานดอกไม้ จังหวัดกำแพงเพชร

นพรัตน์ สโมสร¹ ส.ม., ณัฏฐาณณิ วงษ์ภาวิน^{2*} วท.บ., ชชาติชาย ยืนยงพานิช³ ส.ม., มรกต สมพันธ์⁴ ศษ.ม.

Received: March 9, 2020

Revised: March 17, 2020

Accepted: April 7, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลองชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันนักสูบหน้าใหม่ของนักเรียนชายระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นอำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร แบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 32 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้าจากแบบทดสอบฟาเกอร์สตรอม ในระดับไม่ติดสารนิโคติน กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมที่ดำเนินกิจกรรม 5S โดยประยุกต์ใช้ ทฤษฎีการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรม และแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นเวลา 8 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเท่ากับ 0.88 และความเที่ยงเท่ากับ 0.71 ส่วนกลุ่มควบคุมดำเนินการปกติ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบที่แบบกลุ่มที่อิสระกัน และแบบกลุ่มไม่อิสระ กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนจัดการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันนักสูบหน้าใหม่ไม่แตกต่างกัน ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันนักสูบหน้าใหม่ สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (Mean = 78.28, S.D. = 7.51, Mean difference = -18.75) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันนักสูบหน้าใหม่ ด้วยกิจกรรม 5S ที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมการป้องกันนักสูบหน้าใหม่ให้กับนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตอำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชรได้ ดังนั้น ควรนำโปรแกรมไปขยายผลให้ครอบคลุมนักเรียนกลุ่มเป้าหมาย และพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

คำสำคัญ: การป้องกันการสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ ผู้สูบบุหรี่

¹ เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชำนาญงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าไม้แดง

² เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าไม้แดง

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร

⁴ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร

* ผู้รับผิดชอบบทความ: nt.natthamane@gmail.com

The effectiveness of a smoking prevention behavior promoting program of junior high school students, Landokmai Sub-district, Kamphaeng Phet Province

Nopparat Samosorn¹ M.P.H., Natthamaneewongkawin^{2,*} B.S., Chartchai Yuenyongpanich³ M.P.H.,
Morakot Samaphant⁴ M.Ed.

ABSTRACT

This quasi-experimental study aimed to investigate the effectiveness of the smoking preventive behavior program for new smokers who were studying in junior high school. The sample of each 32 students was divided into 2 groups of experimental and comparison groups by Fagerstrom Test for Nicotine Dependence with a score on the low dependence on nicotine. The experimental group participated in the program that was organized with 5S activities based on Rational Emotive Behavioral Therapy (REBT) and self-efficacy concept for 8 weeks. Data were collected by questionnaires, with a validity value of 0.88 and a reliability value of 0.71. The comparison group received the traditional program. Data were analyzed by descriptive statistics, independent T-test and paired T-test, with statistical significance at the level of 0.05.

The results showed that before experimental, the experimental group and the comparison group had no difference in smoking preventive behavior of new smokers. After experimental, it was found that the experimental group had the mean score of smoking preventive behavior higher than that of the comparison group, with a statistical significance of 0.05 (Mean = 78.28, S.D. = 7.51, Mean difference = -18.75). It concluded that a prevention behavior program for a new smoker with 5S activities promotes smoking preventive behavior for the junior high school students in Muang District, Kamphaeng Phet Province. This program can be extended to coverage of the target group which has a similar context.

Keywords: Smoking prevention, Smoking, Smokers

¹ Public Health Officer, Experienced Level, Tha Mai Dang Health Promoting Hospital

² Public Health Officer, Tha Mai Dang Health Promoting Hospital

³ Registered Nurse, Professional Level, Kamphaeng Phet Provincial Health Office

⁴ Public Health Technical Officer, Professional Level, Kamphaeng Phet Provincial Health Office

* Corresponding author: nt.natthamaneewongkawin@gmail.com

บทนำ

บุหรืเป็นสิ่งเสพติดชนิดหนึ่งที่แพร่หลายทั่วโลก การสูบบุหรืนั้นถือเป็นการทำลายสุขภาพทั้งผู้สูบและผู้ใกล้ชิด รวมทั้งเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเจ็บป่วยและส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และสังคมองค์การอนามัยโลกรายงานว่า มีคนเสียชีวิตจากการสูบบุหรืและสัมผัสกับควันบุหรืปีละ 5 ล้านคน ในทุก 6 วินาทีคิดเป็น 22 ของประชากรโลกโดยอายุที่เริ่มสูบบุหรืน้อยที่สุดอายุ 15 ปีขึ้นไป และผลการสำรวจวัยรุ่นทั่วโลก 1.8 พันล้านคนมีพฤติกรรมสูบบุหรื (WHO, 2013) ครึ่งหนึ่งของผู้สูบบุหรืจะเสียชีวิตก่อนวัยอันควร หากรูปแบบดังกล่าวนี้อย่างคงดำเนินต่อไป ทำนายได้ว่าจะมีเด็กและเยาวชน จำนวนถึง 250 ล้านคนทั่วโลก ที่จะเสียชีวิตจากผลของการสูบบุหรื และส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนา (Tantiphiwattanakun, Rujirachakron, & Mareeamman, 2013) และผลวิจัยในอาเซียนพบว่า สถานการณ์สูบบุหรืเด็กไทยมีอัตราสูงเป็นอันดับที่ 3 ของอาเซียน อัตราการสูบบุหรืของเด็กชายไทยอายุ 13-15 ปี อยู่ที่ร้อยละ 20.0 ส่วนอัตราการสูบบุหรืของเด็กหญิงไทยอายุ 13-15 ปี คือร้อยละ 3.8 โดยเริ่มสูบบุหรืรวมแรกส่วนใหญ่อายุเฉลี่ยระหว่าง 11-15 ปี ซึ่งจากร้านขายของชำมากที่สุดร้อยละ 50.0 โดยกลุ่มเพื่อนมีอิทธิพลต่อการสูบบุหรืมากที่สุดร้อยละ 80.0 (Pitayarangsarit, Chotbenjamapom, & Pankrajang, 2016)

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะทางร่างกาย จิตใจอารมณ์ และสังคมจึงนับว่าเป็นวิกฤติช่วงหนึ่งของชีวิต เนื่องจากเป็นช่วงวัยต่อวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะต้นของวัยจะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นมากมาย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว จะมีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างวัยรุ่นด้วยกันเองและบุคคลรอบข้าง หากกระบวนการดังกล่าวเปลี่ยนแปลงไปอย่างเหมาะสม โดยการเอาใจใส่ดูแลอย่างใกล้ชิด จะช่วยให้วัยรุ่นสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมแต่หากไม่สามารถปรับตัวได้ โอกาสที่จะหันไปสู่วิถีที่ผิดคือการกระทำที่ผิด ซึ่งพฤติกรรมการสูบบุหรืของวัยรุ่น ถือได้ว่าเป็นพฤติกรรมเบี่ยงเบนลักษณะหนึ่ง (Wisarutwong, Srirungrueangamon, Termsirikunchai,

Kengkanpanich, & Thetkhayan, 2009) ซึ่งพฤติกรรมสูบบุหรืของวัยรุ่นนั้นเป็นผลจากความคิดที่ไม่มีเหตุผล โดยมีแนวคิดที่จะสามารถช่วยให้วัยรุ่นสามารถเลิกสูบบุหรืได้ ด้วยทฤษฎีการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมบำบัด (Rational Emotive Behavior Therapy: REBT) เน้นผลให้เยาวชนที่สูบบุหรืมีแนวโน้มเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด ความเชื่อที่เขาสร้างขึ้น ให้เห็นความแตกต่างระหว่างความคิดที่ไม่มีเหตุผลกับความคิดที่มีเหตุผล สามารถนำไปใช้แก้ไขปัญหาด้วยตนเองได้ ช่วยให้เกิดความรู้ ความเข้าใจว่าอารมณ์ และพฤติกรรม ที่มีสาเหตุจากการเชื่อมโยงความคิดจะช่วยให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมสูบบุหรืลดลง หรือไม่สูบบุหรืตลอดไป (Pichai & Rungchamrus, 2015) นอกจากนี้ยังพบการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะในตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรืของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยใช้แนวทางการรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถทำให้นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองในการลดภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ โดยป้องกันการสูบบุหรืได้ (Office of Disease Control 3, Nakhon Sawan Province, 2019) หากนำทฤษฎีและแนวคิดทั้งสองประเด็นนี้มาประยุกต์ใช้จะช่วยให้นักเรียนชายระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น สามารถส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรืได้ และตัดวงจรการเริ่มใช้สิ่งเสพติดจากบุหรื ช่วยลดปริมาณจำนวนนักสูบหน้าใหม่ได้ในเยาวชน

โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรืของนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนต้น ผู้วิจัยได้ศึกษาและออกแบบการดำเนินกิจกรรมด้วย 5S ในการจัดการอารมณ์ ความคิด ให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรื ตามทฤษฎี REBT เริ่มด้วย S ที่ 1 Start เป็นกิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มทดลองให้เกิดความสัมพันธ์อันดี เข้าถึงข้อมูลและสามารถแก้ไขปัญหาได้ตรงจุด S ที่ 2 Storming เป็นกิจกรรมสร้างและพัฒนาความคิด อารมณ์ เหตุผล และพฤติกรรม (REBT) ให้เกิดสิ่งเร้าเหตุการณ์กระตุ้น Activating event (A) ด้วยสำรวจ Belief (B) ความเชื่อว่า

เมื่อบุคคลเผชิญกับเกิดความเครียด ความคิดที่ไร้เหตุผล ที่มีเจตคติร้ายต่อตนเองเชื่อมโยงให้เห็นผลกระทบที่ตามมา Consequence (C) ให้เกิดโต้แย้ง Dispute (D) เกิดทฤษฎีคิดใหม่ (E) (New and effective rational outlook) เกิดพฤติกรรมสุขภาพสามารถช่วยให้ส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ S ที่ 3 Smart กิจกรรมเสริมสร้างความเชื่อหรือความมั่นใจในตัวเอง บุคคลว่าตนเองมีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นจนประสบความสำเร็จได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ โดยใช้การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived self-efficacy) ด้วยการใช้ตัวแบบ (Modeling) S ที่ 4 Strong เป็นกิจกรรมเสริมสร้างความคาดหวังประเมินตนเองตามความยากง่ายของผลที่อาจจะเกิดตามความเชื่อที่ว่าภายหลังการปฏิบัติ หรือการกระทำสิ่งนั้นจะส่งผลต่อตนเองในทางบวกตามความสามารถของตนเอง ด้วยแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง และ S ที่ 5 Support เป็นกระบวนการ ที่จะช่วยให้การติดต่อสัมพันธ์ด้วยความเอาใจใส่ และมีความรัก ความหวัง ดีในอย่างจริงใจมีลักษณะทำให้ผู้รับรู้สึกรู้ว่าตนเองมีค่า และเป็นที่ยอมรับใน สังคมทำให้ผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์แก่สังคมอยู่ในรูปของแอปพลิเคชันไลน์ Smart kids ด้วยการให้คำปรึกษาตามทฤษฎี REBT ให้เกิดทัศนคติที่แสดงถึงพฤติกรรมที่เหมาะสม เสริมสร้างเชิงบวกด้านจิตใจการรับรู้ความสามารถตนเอง ด้วยกิจกรรมจูงใจเล่นเกมให้รางวัล

รายงานข้อมูลของจังหวัดกำแพงเพชร พบว่าวัยรุ่นอายุ 15-18 ปี มีอัตราการเริ่มสูบบุหรี่มวนแรกในปี พ.ศ. 2560-2562 เพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 7.0, 8.0 และ 10.0 ตามลำดับ ประกอบกับมีผู้ที่เสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ เท่ากับ 63 ต่อ 100,000 ประชากร ซึ่งถือว่ามีความเสี่ยงสูงสุดในเขตสุขภาพที่ 3 จากการสำรวจในพื้นที่ตำบลลานดอกไม้ อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร พบว่า นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ปีการศึกษา 2562 มีนักเรียนที่เคยสูบบุหรี่ในเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 79.7 ทำการคัดกรองนักเรียนชายทั้งหมดที่เคยสูบบุหรี่ด้วยแบบทดสอบฟาเกอร์สตรอม พบว่าอยู่ในระดับไม่ติดสารนิโคติน จำนวน 165 คน คิดเป็น

ร้อยละ 84.2 ปัจจัยที่นำไปสู่การเริ่มสูบบุหรี่อย่างลองเพื่อนชักชวน และทำตามสื่อทางสังคม คิดเป็นร้อยละ 42.5, 38.8 และ 17.6 ตามลำดับ (Tamaidang Tambon Health Promotion Hospital, 2019) ดังนั้น ความคิดที่มีเหตุผล การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกันการสูบบุหรี่ ที่ดำเนินการผ่าน 5S คือ Start Storming Smart Strong Support จะช่วยให้เกิดฐานคิดที่เหมาะสมตามแนวคิดการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม มีการรับรู้ความสามารถของตนเองส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ได้ในเด็กวัยนี้

ผู้วิจัยเป็นผู้ปฏิบัติงานส่งเสริมและป้องกันโรค จึงนำทฤษฎีการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม บำบัด แนวคิดการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกันการสูบบุหรี่ ที่ดำเนินการผ่าน 5S มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันนักสูบหน้าใหม่ของนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนต้น ตำบลลานดอกไม้ โดยใช้โรงเรียนเป็นจุดเริ่มต้นในการจัดกิจกรรม ด้วยความร่วมมือจากเด็ก ครอบครัว โรงเรียน ชุมชน เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น โดยควบคุมการบริโภคบุหรี่ อันจะทำให้เกิดผลระยะยาวคือลดจำนวนนักสูบหน้าใหม่ ทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการจัดโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังการจัดโปรแกรม

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง (Two-groups pretest-posttest design) (Wongsawat, 2018) และเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและสิ้นสุดหลังการทดลอง 8 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้คือนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนต้น ในโรงเรียนขยายโอกาสสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาจังหวัดกำแพงเพชร เขต 1 กระทรวงศึกษาธิการตำบลลานดอกไม้ อำเภอเมืองจังหวัดกำแพงเพชร ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power (Sanittua, Nakkasem, & Upianphong, 2018) กำหนดให้ค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมการปฏิเสบบุหรี่ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เท่ากับ 5.18 และ 2.98 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับ 2.68 และ 1.84 ในผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปฏิเสบบุหรี่เชิงบวกในงานทันตกรรม โรงเรียนระดับประถมศึกษา กรุงเทพมหานคร (Kaewsutha, Auncheun, Somsuay, & Weerakul, 2018) จัดเข้ากลุ่มทดลองตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) นักเรียนชาย อายุ 12-16 ปีที่กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในโรงเรียนในเขตตำบลลานดอกไม้ อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร 2) มีการรับรู้สติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารอ่านออกเขียนภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ 3) มีสุขภาพที่ดี ในด้านร่างกายและจิตใจ 4) ได้รับการยินยอมให้เข้าร่วมการศึกษาวิจัยจากผู้ปกครอง 5) เคยมีประวัติการสูบบุหรี่ มวนแรกในชีวิตทดสอบด้วยแบบทดสอบ Fagerstrom Test for Nicotine Dependence มีค่าคะแนน 0-3 คะแนน ในช่วงเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา 6) ไม่เคยกลับสูบบุหรี่ซ้ำ และ 7) ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัยด้วยความสมัครใจ ส่วนเกณฑ์คัดออก คือ นักเรียนที่มีแผนจะย้ายออกจากพื้นที่ในช่วง 3 เดือนข้างหน้า แบ่งจำนวนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 32 คน รวมทั้งหมดจำนวน 64 คน

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โครงการนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร เลขที่โครงการวิจัย 63 01 04 โดยการทำหนังสือแสดงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยและขออนุญาตโรงเรียน เข้าเก็บรวบรวมข้อมูล มีหนังสือแสดงวัตถุประสงค์ ข้อดีของการเข้าร่วมกิจกรรม โดยลงลายมือชื่อแสดงความยินยอมจากผู้ปกครองให้นักเรียนเข้าร่วมกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามประเมินการติดนิโคตินของผู้สูบบุหรี่ในบ้าน ของ Healtherton, Kozlowski, Frecker, & Fagerstrom ฉบับภาษาไทย (Srisukorn, 2016) จำนวน 6 ข้อ ลักษณะเป็นแบบทดสอบ Fagerstrom Test for Nicotine Dependence เป็น 5 ระดับ ดังนี้ คะแนน 0-3 คะแนนแสดงว่า ไม่นับว่า คุณติดสารนิโคติน คะแนน 4-5 คะแนนแสดงว่าคุณติดสารนิโคตินในระดับปานกลาง คะแนน 6-7 คะแนนแสดงว่าคุณติดสารนิโคตินในระดับปานกลาง และมีแนวโน้มอย่างมาก คะแนน 8-9 คะแนนแสดงว่าคุณติดสารนิโคตินในระดับสูงและคะแนน 10 คะแนนแสดงว่าคุณติดสารนิโคตินในระดับสูงมาก

2. แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันนักสูบหน้าใหม่ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

2.1 ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ อายุระดับชั้นผลการเรียนเฉลี่ย บุคคลที่อยู่ด้วยในปัจจุบัน สัมพันธภาพในครอบครัว เงินไปโรงเรียนต่อวัน ใน 6 เดือนที่ผ่านมา สูบบุหรี่หรือไม่ มีบุคคลในบ้านสูบบุหรี่หรือไม่ และเป็นสมาชิกโครงการณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด (To Be Number One) จำนวน 9 ข้อ

2.2 ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมป้องกันนักสูบหน้าใหม่ จำนวน 20 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ เกือบทุกวัน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เดือนละ 1 ครั้ง 2 เดือนต่อครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ จัดกลุ่มคะแนนโดยวิธีอิงเกณฑ์เพื่อสามารถใช้อ้างอิงหรือเปรียบเทียบตามแนวคิดของ (Best, 1977)

3. โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ ประกอบด้วย กิจกรรม 5S คือ การเริ่มต้น Start ที่สร้างสัมพันธภาพ ร่วมกำหนดพันธะสัญญาใจ เลิกบุหรี่ระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มทดลอง Strom สร้างฐานคิดเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ตามแนวคิดการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมด้วยคำถามปลายเปิด เชิงชวนคิด อภิปรายกลุ่ม Smart สร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองพัฒนาความสามารถตนเองด้วยวิธีการได้เห็นประสบการณ์ผู้อื่นที่ประสบผลสำเร็จ และ

เพื่อความคาดหวังผลลัพธ์ของการปฏิบัติด้วยมิติระดับความคาดหวัง Strong ด้วยความคาดหวังของบุคคลในการกระทำสิ่งต่างๆ และ Support กลุ่มทดลองด้วยการติดต่อสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์ การกระตุ้นเตือนให้เกิดกระบวนการตระหนักรู้เอาใจใส่ และมีความรัก

ความหวัง ทำให้ผู้รับรู้สีกว่าตนเองมีค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม ซึ่งโปรแกรมฯ นี้ ได้ประยุกต์ทฤษฎีการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมบำบัด แนวคิดการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกันการสูบบุหรี่ที่ดำเนินการผ่าน 5S (ตาราง 1)

ตาราง 1 โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ ของนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนต้น

สัปดาห์ ที่	ทฤษฎี	องค์ประกอบ ของทฤษฎี และแนวคิด ที่ใช้	กิจกรรม	รายละเอียดกิจกรรม	เวลา
สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 1	1.REBT- Counseling	สร้าง สัมพันธภาพ	Start	1.ใบงานที่ 1 (พันธะสัญญาใจเลิกบุหรี่) การให้สัญญาที่จะเลิกสูบบุหรี่ โดยลงสัญญาในใบสัญญาการเลิกสูบบุหรี่ และประกาศอิสรภาพในการเลิกสูบบุหรี่ อธิบายหลักการและแนวทางในการให้การช่วยเหลือ	1.30 ชม.
สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 2		เหตุการณ์ กระตุ้น Activating Event (A)	Strom	1.ใบงานที่ 2 (ธรรมชาติของผม) ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมกำหนดปัญหาหรือสิ่งที่ฉันชอบและอยากเป็น แต่ไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัว สังคม	1.00 ชม
		สำรวจ Belief (B)		2.ใบงานที่ 3 (ฉันเชื่อแบบนี้) ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมกำหนดความเชื่อที่ไม่มีเหตุผล สนับสนุนตามแนวความคิดในแบบของตนเอง คัดเลือกปัญหา 1 ปัญหา ร่วมอภิปรายกลุ่มร่วมกัน	1.00 ชม.
		เชื่อมโยงให้ เห็นผลกระทบ ที่ตามมา Consequence (C)		3.ใบงานที่ 4 (ฉันทำเชื่อแบบนี้ และเธอจะว่าไง) ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรม กำหนดความเชื่อตามเหตุผลสนับสนุนในด้านตนเอง ครอบครัวและสังคม คัดเลือกปัญหา 1 ปัญหา ร่วมอภิปรายกลุ่มร่วมกัน	1.00 ชม.
		โต้แย้ง Dispute (D) เกิด ทรศณะคติใหม่ (E)(New and effective rational outlook)		4.ใบงานที่ 5 (มุมมองใหม่) ผู้เข้าร่วมกิจกรรมการปรับแนวคิด เมื่อไม่สูบบุหรี่ และมุมมองใหม่ด้านตนเอง ครอบครัว และสังคม คัดเลือกปัญหา 1 ปัญหา ร่วมอภิปรายกลุ่มร่วมกัน	1.00 ชม.
สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 3	2.Self Efficacy concept	การรับรู้ ความสามารถ ตนเอง (Perceived Self-Efficacy) ด้วยการใช้ตัวแบบ (Modeling)	Smart	1.ใบงานที่ 6 (ถ้าเลือกได้) ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมยกตัวอย่างเพื่อนรุ่นพี่ที่ชื่นชอบและประสบความสำเร็จเป็นแบบอย่างเพื่อพัฒนาความสามารถตนเองด้วยวิธีการได้เห็นประสบการณ์ผู้อื่นที่ประสบความสำเร็จ พร้อมให้เหตุผลมา 3 คน ร่วมอภิปรายกลุ่มร่วมกัน	1.30 ชม.

ตาราง 1 โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ ของนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนต้น (ต่อ)

สัปดาห์ ที่	ทฤษฎี	องค์ประกอบ ของทฤษฎี และแนวคิด ที่ใช้	กิจกรรม	รายละเอียดกิจกรรม	เวลา
		ความคาดหวัง ในผลลัพธ์ของ การปฏิบัติ (Outcome expectation) ด้านประเมิน ด้วยตนเอง (Self-evaluation)	Strong	2.ใบงานที่ 7 (ฉันทำได้) ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมระบายชั้นระดับ มิติความคาดหวังประเมินตนเองตามความยากง่ายของผล ที่อาจจะเกิดตามทฤษฎีความความเชื่อภายหลังการปฏิบัติ หรือการกระทำสิ่งนั้นจะส่งผลต่อตนเองในทางบวกตาม ความสามารถของตนเอง	1.30 ชม.
สัปดาห์ที่ 2-8 (วันเสาร์)		Support		1.ใบงานที่ 8 (วัยรุ่นยุคใหม่) โดยการติดต่อสัมพันธ์ด้วยความ เอาใจใส่ และมีความรัก ความหวัง ดีในอย่างจริงใจ มีลักษณะ ทำให้ผู้รับรู้สีกว่าตนเองมีค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม ทำให้ ผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์แก่สังคม อยู่ในรูป ของแอปพลิเคชันไลน์ สำหรับเด็กอัจฉริยะ (Smartkids) ด้วยการให้คำปรึกษา ตามแนวคิด REBT ให้เกิดทัศนคติที่ แสดงถึงพฤติกรรมที่เหมาะสม เสริมสร้างเชิงบวกด้านจิตใจ Self-Efficacy ด้วยกิจกรรมจุดใจเล่นเกมให้รางวัลแก่สมาชิก	1.30 ชม.

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) โดยการนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม ครบถ้วน สอดคล้องตามวัตถุประสงค์ตรงกับเนื้อหาที่ต้องการวัด กรอบแนวคิด และความเหมาะสมทางภาษา เมื่อผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา นำคำนวณ ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence: IOC) ระหว่างข้อคำถามกับตัวแปรทั้งฉบับ มีค่าเท่ากับ 0.88 ที่สอดคล้องกับ IOC ระหว่าง 0.6-1.0 (Kongsat & Thamwong, 2008) จากนั้นนำข้อคำถามมาปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ทำการทดสอบเครื่องมือโดยนำแบบสอบถามที่ได้ไปทดลองใช้ (Try out) กับนักเรียนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ในโรงเรียนขยายโอกาส อำเภอบรรพตพิสัย โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ

ครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) แบบสอบถาม พฤติกรรมป้องกันนักสูบหน้าใหม่ เท่ากับ 0.71

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานผู้อำนวยการโรงเรียนในเขตตำบล ลานดอกไม้ เพื่อขอทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. จัดทำหนังสือตอบรับขออนุญาตผู้ปกครอง กลุ่มทดลอง เพื่อเข้าร่วมโปรแกรมฯ และลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

3. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธ์ภาพกับกลุ่มตัวอย่าง โดยการ แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการ เก็บข้อมูล การนำเสนอผลการศึกษา ประโยชน์ของงาน ต่อส่วนรวม และแจ้งขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง แล้วให้ผู้วิจัยเป็นผู้แจกเอกสารให้กลุ่ม ตัวอย่างนำกลับไปพิจารณาตัดสินใจ เมื่อกลุ่ม ตัวอย่างเข้าใจและยินดียินยอมวิจัยให้ลงลายมือชื่อไว้ เอกสารพิทักษ์สิทธิ์ก่อนเข้าร่วมวิจัย และนัดหมาย กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ และร้อยละ เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย พฤติกรรมป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังจัดโปรแกรมฯ ด้วยสถิติ Paired samples T-test และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการจัดโปรแกรมและหลังจัดโปรแกรมด้วยสถิติ Independent samples T-test โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติ $\alpha = 0.05$ เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน (Suphanakun, 2015)

ผลการวิจัย

นักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนต้นในช่วงก่อนทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีจำนวนกลุ่มละ

32 คนโดยมีค่าระดับผลการเรียนเฉลี่ย 2.01-3.00 ร้อยละ 56.3 และ 53.1 ตามลำดับ โดยอาศัยอยู่กับบิดา/มารดา ร้อยละ 68.8 และ 62.5 ตามลำดับ มีสถานภาพของครอบครัวรักใคร่กันดี ร้อยละ 81.3 และ 68.7 ตามลำดับ โดยเมื่อ 6 เดือนที่ผ่านมาเคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 96.9 และ 93.8 ตามลำดับ และเป็นสมาชิก To Be Number One ทุกคน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย พฤติกรรมป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ก่อนจัดโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ไม่แตกต่างกัน (ตาราง 2)

ตาราง 2 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนจัดโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่

พฤติกรรมป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ ก่อนจัดโปรแกรม	$\bar{X}$	S.D.	Mean difference	t-test	P-value
กลุ่มทดลอง (n = 32)	60.62	7.30	-1.15	0.75	0.073
กลุ่มควบคุม (n = 32)	59.46	4.74			

ภายหลังจัดโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ สูงกว่า ก่อนจัดโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ กลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังจัดโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่

พฤติกรรมป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ กลุ่มทดลอง	$\bar{X}$	S.D.	Mean difference	t-test	P-value
ก่อนการทดลอง (n = 32)	60.62	7.30	-17.65	-9.42	0.001*
หลังการทดลอง (n = 32)	78.28	7.51			

*p-value < 0.05

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ภายหลังจัดโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันนักสูบหน้าใหม่ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย

พฤติกรรมป้องกันนักสูบหน้าใหม่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันนักสูบหน้าใหม่ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังจัดโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันนักสูบหน้าใหม่

พฤติกรรมป้องกันนักสูบหน้าใหม่ หลังจัดโปรแกรม	$\bar{X}$	S.D.	Mean difference	t	P-value
กลุ่มทดลอง (n = 32)	78.28	7.51	-18.75	11.76	0.006*
กลุ่มควบคุม (n = 32)	59.53	4.95			

*p-value < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันนักสูบหน้าใหม่ไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการใช้บุหรี่ตามการชักชวนของเพื่อน อยากลอง และทำตามสื่อทางสังคม โดยใช้บุหรี่เป็นเครื่องมือในการแสดงอารมณ์ ความเชื่อ และพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยงและแก้ไขปัญหาสอดคล้องกับการศึกษาของ Tobacco Control Research and Knowledge Management Center (2018) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในระยะเริ่มต้นของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษา ในนักเรียนชาย ร้อยละ 38.8 หรือ มากกว่า 1 ใน 3 ของนักเรียนชายทั้งหมดมีการเริ่มสูบบุหรี่ในระยะต้น มีปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ในระยะเริ่มต้นของนักเรียนชาย ได้แก่ การถูกเพื่อนชักชวน การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการเลิกบุหรี่ต่ำ และการมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่

หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันนักสูบหน้าใหม่สูงกว่า ก่อนจัดโปรแกรม (p-value < 0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันนักสูบหน้าใหม่ตามทฤษฎี REBTทำให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ รวมทั้งวิธีการช่วยให้เลิกบุหรี่ ซึ่งจากการสำรวจ (Tamaidang Tambon

Health Promotion Hospital, 2019) ปัจจัยที่นำไปสู่การเริ่มสูบบุหรี่คือ การอยากลอง เพื่อนชักชวน และทำตามสื่อทางสังคม ทำให้เข้าใจว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นผลจากตัวบุคคลที่มีความคิดไม่มีเหตุผล เกิดอารมณ์ และพฤติกรรมที่ไม่มีเหตุผลตามความคิดตามความเชื่อที่มีต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์นั้น เมื่อตัวบุคคลมีประสบการณ์จากใช้บุหรี่ บุหรี่จึงเป็นสิ่งไร้ควบคุมการยอมรับจากเพื่อน และสังคม หรือคิดว่าสูบแล้วเท เป็นความคิดที่ไม่มีเหตุผล ผ่านกระบวนการทำกิจกรรม 5S

การทำกิจกรรม 5S ทำให้ได้รับการฝึกการคิด การฝึกอารมณ์ และการเชื่อแบบมีเหตุผล ซึ่งครอบคลุมประเด็นปัญหาของกลุ่มทดลอง รวมถึงการแสดงออกทางพฤติกรรมตามแนวคิดการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนที่มีความเชื่อมั่น ความตั้งใจ พร้อมเผชิญปัญหาและหลีกเลี่ยงบุหรี่เพื่อใช้แก้ไขปัญหา โดยคำนึงถึงเป้าหมายเป็นเงื่อนไขสำคัญให้รู้สึกไม่ชอบบุหรี่ ไม่อยากสูบบุหรี่ ซึ่งการทำกิจกรรม 5S ใน 5 ขั้นตอน ได้ประยุกต์ REBTและแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ด้วยการจัดกิจกรรมกลุ่มนั้น ทนการวิเคราะห์ปัญหาวัยรุ่นชาย เปิดประเด็นปัญหาที่คล้ายคลึงกันที่เป็นสาเหตุให้เกิดสิ่งเร้าไปสู่การ

พึงบุญหรือ อภิปรายปัญหาด้านตนเอง ครอบครัว และสังคมอย่างเหตุผลให้เกิดความเชื่อที่ถูกต้องเหมาะสม มุมมองที่ดีเกิดความเข้าใจอย่างมีเหตุผล นำไปสู่การแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ให้มีความมั่นใจ การสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตน พร้อมเอาชนะปัญหา นั้นๆ ได้ด้วยกระบวนการ Start Storming Smart Strong และ Support ซึ่งก่อให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาตอนต้นได้ เนื่องจากบุคคลมองเห็นความสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่อ อารมณ์ และพฤติกรรมของ ตนเองที่ยึดถือด้วยเหตุผล ผลสมผสานความเชื่อที่มีเหตุผล ตามความสามารถแห่งตนในการป้องกันการสูบเพื่อยกระดับแนวคิดและ กิจกรรมที่ทำงานร่วมกันให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการป้องกันการสูบบุหรี่ด้วยโปรแกรมฯ ที่ประยุกต์ขึ้น สามารถนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ ได้สอดคล้องกับ Pichai (2017) ใช้กระบวนการฝึกความคิด ฝึกอารมณ์ และฝึกพฤติกรรม อย่างมีเหตุผล ศึกษากระบวนการเปลี่ยนความคิดและการวางเงื่อนไขพฤติกรรมในการบำบัดแบบเน้นเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ตามทฤษฎี REBT เพื่อลดการสูบบุหรี่ สำหรับนักศึกษาที่ติดบุหรี่ กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่จำนวน 38 คน ได้รับความรู้ 3 ขั้นตอน คือ 1) การฝึกการคิด 2) การฝึกอารมณ์ และ 3) การฝึกพฤติกรรม หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรม การสูบบุหรี่ลดลง (Office of Disease Control 3, Nakhon Sawan Province, 2019) การส่งเสริมความเชื่อมั่น ในการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการลดภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยการป้องกันการสูบบุหรี่ได้ (Buri & Koolnaphado, 2013) นักเรียนที่ได้รับการปรึกษากลุ่มทฤษฎีเผชิญความจริงมีการบริหารเวลาในการใช้เครือข่ายออนไลน์ในระยะติดตามผลแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งกระบวนการดังกล่าวนี้ อยู่ภายใต้การสนับสนุนและ

แนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อย่างใกล้ชิด กระบวนการ และรูปแบบดังกล่าวนี้ เป็นเครื่องมือสำคัญที่ยืนยันให้เห็นเป็นรูปธรรมได้ว่าการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นเป็นในทิศทางที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้ปฏิบัติงานส่งเสริมและป้องกันโรคเรื้อรังสามารถนำไปโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ที่พัฒนาขึ้นครั้งนี้ ไปประยุกต์ใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ของนักเรียนชายระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น พื้นที่โรงเรียนขยายโอกาสขนาดกลาง ในนักเรียนชายที่มีประวัติการสูบบุหรี่ในระดับที่ไม่ติดสารนิโคติน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรติดตามความคงอยู่ของพฤติกรรมป้องกันนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ เช่น ในระยะ 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อยืนยันความคงที่ของพฤติกรรมป้องกันนักสูบบุหรี่หน้าใหม่
2. ผู้ศึกษาวิจัยควรนำแนวคิดและทฤษฎีอื่นๆ ควบคู่กับความร่วมมือกับการบังคับใช้กฎหมายเรื่องพระราชบัญญัติการควบคุมยาสูบมาประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ เพื่อเป็นการควบคุมนักสูบบุหรี่หน้าใหม่อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพในพื้นที่ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยดี ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผศ.ดร.จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ อาจารย์ที่ปรึกษาและคณะกรรมการทุกท่าน ที่ได้ทุ่มเทสละเวลาอันมีค่าให้คำปรึกษาชี้แนะ พร้อมทั้งแนวทางการวิจัย ตลอดจนตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่ง และขอขอบคุณศูนย์วิจัย และจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) ที่สนับสนุนงบประมาณในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- Best, J. W. (1977). *Research in education*. (3rd ed.). New Jersey: Prentice Hall Inc.
- Buri, K., & Koolnaphado, P. (2013). The effects of reality group counseling theory on timemanagement for social network of secondary school students. *Journal of The Police Nurse*, 5(2), 47-60. (in Thai)
- Heatherston, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & Fagerstrom, K.O. (1991). The Fagerstrom test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom tolerance questionnaire. *British journal of addiction*, 86(9), 1119-1127.
- Kaewsutha, N., Auncheun, P., Somsuay, P., & Weerakul, W. (2018). The effect of positive tobacco refusal program in dental school program of primary school students, Bangkok. *Journal of Srinakharinwirot Research and Development (Humanities and Social Sciences)*, 9(17), 53-68. (in Thai)
- Kongsat, S., & Thamwong, T. (2008). *The accuracy of IOC questionnaire*. Retrieved February 20, 2020, from <https://www.mcu.ac.th/article/detail/14329>. (in Thai)
- Office of Disease Control 3, Nakhon Sawan Province. (2019). *The effectiveness of a self-efficacy promoting program on smoking prevention behavior of secondary school students, Uthai Thani Province*. Nakhon Sawan: Company The Best Press and Creation Co., Ltd. (in Thai)
- Pichai, P. (2017). Developing the process of thinking alteration and behavioral conditioning for reducing student smoking in nicotine-addicted students: A study of electroencephalography (EEG). *Journal of Behavioral Science for Development*, 9(1), 97-116. (in Thai)
- Pichai, P., & Rungchamrus, J. (2015). Alternative approaches to development of a program for smoking cessation among adolescents. *Journal of Thonburi University*, 9(9), 159-169. (in Thai)
- Pitayarangsarit, S., Chotbenjamaporn, P., & Pankrajang, P. (2016). *The summary of tobacco control in Thailand*. Bangkok: Charoendeemankhong Print. (in Thai)
- Sanitlua, N., Nakkasem, K., & Upianphong, W. (2018). Learning attitudes and social network usage behaviors of students. Gen-C age group in private educational institutions. *Journal of Suvarnabhumi Institute of Technology*, 3(2), 224-236. (in Thai)
- Srisuklorm, S. (2016). *Motivation to change smoking behavior of smokers at the check-up clinic, King Chulalongkorn Memorial Hospital*. Thesis of Master of Science Program in Mental Health, Chulalongkorn Univeristy, Bangkok. (in Thai)
- Suphanakun, P. (2015). *Analysis of public health research data using SPSS program*. Phitsanulok: Trakoonthai printing. (in Thai)
- Tamaidang Tambon Health Promotion Hospital. (2019). *The annual contribution Kamphaeng Phet*. Kamphaeng Phet: Tamaidang TambonHealth Promotion Hospital. (in Thai)
- Tantiphiwattanakun, P., Rujirachakron, S., & Mareeamman, A. (2013). *An integrated guide to adolescent health services provided by the ministry of public health*. Nonthaburi: Department of disease control, Ministry of Public Health. (in Thai)

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดน้ำหนักของนิสิตหญิง

มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก

รตธีรณีย์ ทองเดช¹ ส.บ., พัฒนาวดี พัฒนถาบุตร^{2*} Ph.D.

Received: March 1, 2020

Revised: March 23, 2020

Accepted: April 9, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการลดน้ำหนักของนิสิตหญิง และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดน้ำหนักของนิสิตหญิง มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่าง คือนิสิตหญิงที่กำลังศึกษาระดับชั้นปีที่ 1 ถึง 4 จำนวน 402 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบอันดับ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการลดน้ำหนัก โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.83 (S.D. = 0.19) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การออกกำลังกาย ค่าเฉลี่ย 2.79 (S.D. = 0.35) รองลงมาคือ ด้านการควบคุมอาหาร ค่าเฉลี่ย 2.75 (S.D. = 0.28) และการใช้ผลิตภัณฑ์อาหารหรือยา ค่าเฉลี่ย 1.19 (S.D. = 0.49) ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดน้ำหนักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการลดน้ำหนัก ($r = 0.17, p\text{-value} < 0.001$) และการรับรู้อุปสรรคของการลดน้ำหนัก ($r = -0.18, p = 0.019$) ผลจากการศึกษานี้สามารถนำไปพัฒนารูปแบบการส่งเสริมเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการลดน้ำหนักในนิสิตหญิง โดยเน้นการส่งเสริมการรับรู้ด้านประโยชน์ในการลดน้ำหนักและลดการรับรู้ในอุปสรรคในการลดน้ำหนักในกลุ่มนิสิตหญิง

คำสำคัญ: การลดน้ำหนัก การส่งเสริมสุขภาพ นิสิตหญิง

¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

* ผู้รับผิดชอบบทความ: pattanawadeep@nu.ac.th

Factors associated with weight loss behavior of female students

Naresuan University, Phitsanulok Province

Radathun Thongdet¹ B.P.H., Pattanawadee Pattanathaburt^{2,*} Ph.D.

ABSTRACT

The purposes of this research were to study the weight loss behaviors of female students and to study factors associated with the weight loss behaviors of Naresuan University female students. The sample consisted of 402 female students studying in years 1 to 4. The instrument in this study was questionnaires. The data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. The relationships were analyzed using Pearson's correlation coefficient, and Eta correlation coefficient.

The results showed that the subjects had moderate overall weight loss behaviors with an average of 1.83 (S.D. = 0.19). When considered each aspect, the highest was the exercise with an average score of 2.79 (S.D. = 0.35), followed by the dietary control with an average score of 2.75 (S.D. = 0.28), and the use of dietary supplement with an average score of 1.19 (S.D. = 0.49), respectively. Factors associated with weight loss at the level of significant 0.05 were perceived benefits of weight loss ($r = 0.174$, $p\text{-value} < 0.001$), and perceived barrier of weight loss ($r = -0.117$, $p = 0.019$). This study can lead the improvement in promoting good weight loss behaviors in female students by focusing on developing the perceived benefits of losing weight and reducing perceived barriers of losing weight in this group.

Keywords: Weight loss, Health promotion, Female students

¹ Bachelor of Public Health Program, Faculty of Public Health, Naresuan University

² Assistant Professor, Faculty of Public Health, Naresuan University

* Corresponding author: pattanawadeep@nu.ac.th

บทนำ

ด้วยสถานการณ์โลกภายใต้กระแสบริโภคนิยม ทำให้รูปแบบการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป กระแสบริโภคนิยมนี้ส่งผลให้โรคอ้วนอันมีสาเหตุมาจากการกินอย่างไม่มีคุณภาพ การใช้ชีวิตที่ไม่เคลื่อนไหวร่างกาย และปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการกินมากกว่าการใช้พลังงาน ปัจจัยเสี่ยงของภาวะโรคอ้วน ได้แก่ ปัจจัยด้านอาหาร ปัจจัยด้านพฤติกรรมและการออกกำลังกาย ปัจจัยด้านการให้ความรู้และการส่งเสริมสุขภาพ และปัจจัยด้านการตลาดและโฆษณา (Mosuwan & Puwanant, 2008) โดยที่โรคอ้วนและภาวะน้ำหนักเกินกำลังเป็นปัญหาหนึ่งของสังคมโลกปัจจุบันโดยเฉพาะในประเทศไทยที่พัฒนาแล้ว จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก ระบุว่าโรคอ้วนทั่วโลกได้เพิ่มขึ้นเกือบสามเท่าตั้งแต่ปี ค.ศ. 1975 โดยในปี ค.ศ. 2016 ประชากรโลกในกลุ่มอายุ 18 ปี ขึ้นไป จำนวน 1,900 ล้านคน มีภาวะน้ำหนักเกิน และ 650 ล้านคนเป็นโรคอ้วน และในปี ค.ศ. 2016 ประชากรโลกอายุ 18 ปี ขึ้นไป มีภาวะน้ำหนักเกิน ร้อยละ 39 และร้อยละ 16 จากทั้งหมด เด็กและวัยรุ่นอายุระหว่าง 5-19 ปี จำนวนกว่า 340 ล้านคนเป็นโรคอ้วนในปี ค.ศ. 2016 ความชุกของโรคอ้วนทั่วโลกเพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัวระหว่างปี ค.ศ. 1975-2016 (WHO, 2018) ด้วยเหตุนี้จึงเป็นสาเหตุให้มีการแสวงหาวิธีการต่างๆ เพื่อลดน้ำหนักและควบคุมน้ำหนัก โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นหญิงที่ต้องการให้รูปร่างผอมมาจากค่านิยม ทศนคติจากสังคม ตนเอง ครอบครัวและคนรอบข้าง ที่สั่งสมว่าผู้หญิงนั้นต้องรูปร่างผอมถึงจะสวย เช่น การที่สื่อโทรทัศน์หรือสื่ออื่นๆ เสนอภาพของนางเอก นางร้าย พิธีกร แด่บทบาทเหล่านี้ไม่มีพื้นที่ให้เหล่าผู้หญิงที่รูปร่างใหญ่ (Tasena, 2013) และในปัจจุบันวัยรุ่นหญิงสาวให้ความสนใจเกี่ยวกับรูปร่างและสัดส่วนมากขึ้น เพื่อการแต่งกายให้สมัยเป็นที่ยอมรับของเพื่อน ซึ่งในวัยนี้อิทธิพลของกลุ่มเพื่อนมีมากกว่าอิทธิพลของครอบครัว (Kaewkungwal, 1997) ซึ่งช่วงวัยนี้เป็นวัยที่ใช้เวลาส่วนใหญกับการให้ร่างกายของตนเองเป็นที่ดึงดูดใจผู้อื่น อีกทั้งสังคมปัจจุบันให้ความนิยมบุคคลที่มีรูปร่างผอมเพรียวบาง เป็นคนที่มีบุคลิกดี เห็นได้จากดารา นางแบบส่วนใหญ่ เสื้อผ้าก็จะผลิตหรือตัดเย็บมา

เฉพาะคนที่รูปร่างผอมเป็นส่วนใหญ่ และสื่อต่างๆ ยังสร้างอคติต่อความอ้วน ส่งผลให้วัยรุ่นมีทัศนคติและค่านิยมบางประการไม่เหมาะสม (Yoocharoensuk, 2011) จึงมีวิธีการลดน้ำหนักที่แตกต่างกันไปเพื่อการรักษารูปร่างหรือลดน้ำหนักเพื่อความพอใจตนเอง เช่น การใช้ยาลดน้ำหนัก การออกกำลังกาย การอดอาหาร

ประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์ลดน้ำหนักหรือพฤติกรรมลดน้ำหนักในกลุ่มวัยรุ่น ดังนั้นกนกพร มณีมาส และผกา มาศ ไมตรีมิตร (Maneemas & Maitreemit, 2019) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารอ้างสรรพคุณลดน้ำหนักในนักเรียนหญิงระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ 277 คน พบว่านักเรียนหญิงคิดว่าตนเองอ้วนทั้งที่ไม่ได้อ้วน นั่นคือร้อยละ 15.2 มีภาวะอ้วน แต่มีถึงร้อยละ 25.3 รับรู้ว่าเป็นอ้วน และนักเรียนหญิงร้อยละ 57.8 เคยลดน้ำหนักด้วยการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย และมีนักเรียนหญิงร้อยละ 19.1 เคยซื้อผลิตภัณฑ์อาหารอ้างสรรพคุณลดน้ำหนักและมีถึงร้อยละ 46.8 ที่เคยใช้ผลิตภัณฑ์เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ สุภาภรณ์ ไชบุญลือ (Jaiboonlue, 2016) ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเพื่อลดน้ำหนักของนิสิตมหาวิทยาลัยพะเยา จำนวนตัวอย่าง 430 คน พบว่ามีการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเพื่อลดน้ำหนัก ร้อยละ 7.0 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเพื่อลดน้ำหนักอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว การรับรู้เกี่ยวกับรูปร่าง ความพึงพอใจในรูปร่าง และทัศนคติเกี่ยวกับอาหารเพื่อลดน้ำหนัก ไพฑูรย์ ทับโตน (Tubton, 2015) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อการลดน้ำหนักของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงในจังหวัดสุโขทัย พบว่าร้อยละ 29.9 ตัดสินใจใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อการลดน้ำหนักในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ในขณะที่นักเรียนที่ใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อการลดน้ำหนัก มีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือต่ำกว่ามาตรฐานถึงร้อยละ 73.0 มีอาการข้างเคียงหรืออาการแทรกซ้อนจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อการลดน้ำหนักถึงร้อยละ 76.7 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการ

ตัดสินใจใช้ผลิตภัณฑ์ เพื่อการลดน้ำหนักได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย การเข้าถึงผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อการลดน้ำหนัก การสื่อสารการตลาดผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อการลดน้ำหนัก และแรงสนับสนุนทางสังคม กาญจนา อยู่เจริญสุข (Yoocharoensuk, 2011) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมลดน้ำหนักของนักศึกษาหญิงระดับอุดมศึกษาในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่าพฤติกรรมการลดน้ำหนักโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยแยกเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านการควบคุมอาหารอยู่ในระดับมาก ด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับมาก การใช้ผลิตภัณฑ์อาหาร หรือยาลดน้ำหนักอยู่ในระดับน้อย และวิธีอื่นๆ อยู่ในระดับน้อย ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดน้ำหนักของนักศึกษาหญิง คือ การรับรู้รูปร่าง การรับรู้ประโยชน์ของการลดน้ำหนัก การรับรู้อุปสรรคของการลดน้ำหนัก การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการลดน้ำหนัก และอิทธิพลด้านสื่อ สมศักดิ์ ถิ่นขจี และพุดศักดิ์ พุ่มวิเศษ (Tinkajec & Pumwiset, 2012) ได้ศึกษาพฤติกรรมการลดความอ้วนของนักศึกษาระดับปริญญาตรีในจังหวัดนนทบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วนอยู่ในระดับพอใช้ มีทัศนคติต่อการลดความอ้วนอยู่ในระดับปานกลาง มีพฤติกรรมการลดความอ้วนอยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดความอ้วน ได้แก่ เพศ อายุ ความเพียงพอของรายได้ และการมีสมาชิกในครอบครัวที่เป็นคนอ้วน และยังพบว่านักศึกษาที่มีเพศและชั้นปีที่ศึกษาแตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมการลดความอ้วนที่แตกต่างกัน

มหาวิทยาลัยนเรศวร ถือเป็นมหาวิทยาลัยขนาดใหญ่ที่สุดในเขตภาคเหนือตอนล่าง โดยมีจำนวนนิสิตในระดับปริญญาตรี ปริญญาโท และปริญญาเอก รวมทั้งหมด 22,201 คน (Naresuan University Division of Academic Affairs, 2018) เป็นชุมชนขนาดใหญ่ที่นิสิตส่วนใหญ่อาศัยหอพักภายในและรอบบริเวณมหาวิทยาลัย ทำให้เป็นกลุ่มเป้าหมายในการโฆษณาชักชวนให้ใช้สินค้าและบริการเพื่อการลดน้ำหนักซึ่งถ้าเป็นผลิตภัณฑ์หรือวิธีการที่ไม่ถูกต้องแทนการควบคุมอาหาร หรือออกกำลังกาย อาจจะทำให้เกิดผลเสีย

ต่อสุขภาพของนิสิต และจากการศึกษาของพัฒนาวิทย์ พัฒนากุบุตร และคณะ (Pattananthaburt, Somrongthong & Thianthai, 2013) พบว่านิสิตหญิงระดับปริญญาตรีในมหาวิทยาลัยนเรศวรถึงร้อยละ 19.2 มีความไม่พึงพอใจในรูปร่างของตนเองสูงมาก ซึ่งมีความเสี่ยงที่จะพัฒนาไปเป็นกลุ่มอาการผิดปกติในการกินได้ และยังพบว่านิสิตหญิงร้อยละ 6.3 มีพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติแล้ว ซึ่งปัญหาดังกล่าวมีความสำคัญต่อสุขภาพของนิสิต อย่างไรก็ตามในการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้น ยังไม่มีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการลดน้ำหนักในนิสิตหญิงในมหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อในอนาคตสามารถแก้ปัญหาดังกล่าวด้วยการเน้นที่ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

จากความสำคัญที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าการลดน้ำหนัก มีความสำคัญควรได้รับการปฏิบัติที่ถูกวิธี ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการลดน้ำหนักของวัยรุ่นหญิงที่เข้ามาศึกษาระดับอุดมศึกษาในมหาวิทยาลัยนเรศวร โดยการประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1987) ซึ่งมีการปรับปรุงในปี 1996 ประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลัก ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพคือ ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ และอารมณ์ที่มีต่อพฤติกรรม และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการลดน้ำหนักของนิสิตหญิง มหาวิทยาลัยนเรศวร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดน้ำหนักของนิสิตหญิง มหาวิทยาลัยนเรศวร

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านชีวสังคมการรับรู้ประโยชน์ของการลดน้ำหนัก การรับรู้อุปสรรคของการลดน้ำหนัก การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการลดน้ำหนัก อิทธิพลระหว่างกลุ่มและอิทธิพลด้านสถานการณ์แต่ละปัจจัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดน้ำหนักของนิสิตหญิง มหาวิทยาลัยนเรศวร

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ซึ่งได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ 0336/62

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือนิสิตหญิงที่กำลังศึกษา ระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1-4 ภาคปกติ ในมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก ปีการศึกษา 2561 จำนวน 12,084 คน (Naresuan University Division of Academic Affairs, 2018)

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาได้มาโดยการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร และมีขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างดังนี้

1. การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ดังนี้ (Wayne, 1995)

$$n = \frac{NZ^2_{\alpha/2} \sigma^2}{e^2(N-1) + Z^2_{\alpha/2} \sigma^2}$$

เมื่อ n แทน จำนวนตัวอย่าง

N แทน จำนวนประชากร 12,084 คน

(Naresuan University Division of Academic Affairs, 2018)

e แทน ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 10% of σ เท่ากับ 0.025

Z แทน ค่าปกติมาตรฐานที่ $\alpha = 0.05$

σ แทน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.25 (Yoocharoensuk, 2011)

$$\text{แทนค่า } n = \frac{12,084(1.96)^2 (0.25)^2}{(0.025)^2(12,084-1)+(1.96)^2 (0.25)^2} \approx 366$$

จากการคำนวณจะได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยจำนวน 366 คน และเพื่อป้องกันความไม่ครบถ้วนและความไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับคืน ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก ร้อยละ 10.0 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างรวมจำนวนทั้งสิ้น 402 คน

2. ขั้นตอนการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ทำการสุ่มตัวอย่าง นิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร ด้วยการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified sampling) ตามกลุ่มคณะของมหาวิทยาลัยนเรศวร ออกเป็น 3 กลุ่มคณะ การหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละกลุ่มคณะ โดยการคิดสัดส่วนของจำนวนนิสิตในแต่ละกลุ่มคณะ ต่อจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเมื่อ

$$\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง} = \frac{(\text{ขนาดตัวอย่างทั้งหมด} \times \text{จำนวนประชากรในแต่ละกลุ่มคณะ})}{\text{จำนวนประชากรทั้งหมด}}$$

จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้ในแต่ละกลุ่มคณะนั้น จะใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling) โดยการเข้าหากกลุ่มตัวอย่างตามอาคาร

เรียนรวม และตามคณะต่างๆ จนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามที่คำนวณไว้

ตาราง 1 แสดงประชากรและจำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกลุ่มคณะ

กลุ่มคณะ	ประชากร	จำนวนตัวอย่าง
กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ	3,539	118
กลุ่มวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	3,237	108
กลุ่มมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์	5,308	176
รวม	12,084	402

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ในการสร้างเครื่องมือในการวิจัย ตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการวิจัย อ้างอิงตามแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1987) โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านชีวสังคม ประกอบด้วย อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้ำหนัก ส่วนสูง การรับรู้รูปร่างของตนเอง ลักษณะของแบบสอบถาม ในส่วนอายุ น้ำหนัก ส่วนสูงและรายได้เฉลี่ยต่อเดือน เป็นแบบเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้และอารมณ์ที่มีต่อพฤติกรรม แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ 1) การรับรู้ประโยชน์ของการลดน้ำหนัก 2) การรับรู้อุปสรรคของการลดน้ำหนัก 3) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการลดน้ำหนัก 4) อิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการลดน้ำหนัก และ 5) อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมการลดน้ำหนัก โดยมีลักษณะเป็นข้อคำถามปลายปิด ทั้ง 5 ด้าน ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ การให้คะแนน มี 2 กรณีตามชนิดของคำถาม คือ ถ้าข้อความเชิงบวกให้คะแนนเรียงจากมากไปหาน้อย และถ้าข้อความเชิงลบให้คะแนนเรียงจากน้อยไปหามาก การแปลความหมายค่าคะแนน แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยแบ่งตามค่าคะแนน

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการลดน้ำหนัก ประกอบด้วย ข้อคำถาม 27 ข้อ เกี่ยวกับพฤติกรรมการลดน้ำหนัก

แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้านการควบคุมอาหาร ประกอบด้วย การเลือกชนิดอาหาร วิธีการบริโภคอาหาร ความถี่ของการบริโภคอาหาร 2) ด้านการออกกำลังกาย ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับ ประเภทของการออกกำลังกาย ระยะเวลาในการออกกำลังกาย ความถี่ของการออกกำลังกาย 3) ด้านการใช้ผลิตภัณฑ์อาหารหรือยาลดน้ำหนัก ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ ชนิดของยาหรือผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในการลดน้ำหนัก ระยะเวลา ความถี่ในการใช้ และ 4) ด้านวิธีการอื่นๆ ที่ใช้ลดน้ำหนัก ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับการลดน้ำหนักอื่นๆ ได้แก่ การล้างคอให้อาเจียน

2. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือได้ถูกทดสอบความตรงของเนื้อหา โดยนำแบบสอบถาม ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องและความตรงเชิงเนื้อหา จากนั้น นำเครื่องมือที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิและปรับแก้แล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับประชากรที่ทำการศึกษาซึ่งเป็นนักศึกษาหญิงปริญญาตรี ในระดับอุดมศึกษาในจังหวัดพิษณุโลกที่ไม่ใช่มหาวิทยาลัยนเรศวร ได้แก่ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ พิษณุโลก และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพิษณุโลก รวมจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหา ค่าความเชื่อมั่นของข้อมูล โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคในส่วนการรับรู้และอารมณ์ที่มีต่อพฤติกรรมการลดน้ำหนักเท่ากับ 0.71 และในส่วนพฤติกรรมการลดน้ำหนักเท่ากับ 0.78

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือขอความร่วมมือเก็บข้อมูลจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ถึงคณบดีทุกคณะของมหาวิทยาลัยนเรศวร ที่ทำการเก็บข้อมูล เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูล

2. เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการได้ ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลในมหาวิทยาลัยนเรศวร ด้วยตนเอง และนำแบบสอบถามมาตรวจความสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้มาลงรหัสข้อมูลแล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลด้านประชากร ได้แก่ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ค่าดัชนีมวลกาย การรับรู้รูปร่าง โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมกรรมการลดน้ำหนักในแต่ละข้อ รายด้านและโดยรวม โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการลดน้ำหนัก ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร การรับรู้ประโยชน์ของการลดน้ำหนัก การรับรู้อุปสรรคของการลดน้ำหนัก การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการลดน้ำหนัก อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลด้านสถานการณ์ โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson correlation) และสหสัมพันธ์แบบอีต้า (Eta correlation) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 402 คนมีอายุเฉลี่ย 20.27 ปี โดยมีอายุน้อยสุด 18 ปี และมีอายุสูงสุด 23 ปี เมื่อจำแนกตามรายได้ พบว่า มีรายได้ต่ำสุด 3,500 บาท และรายได้สูงสุด 15,000 บาท สำหรับการรับรู้รูปร่างของตนเอง และค่าดัชนีมวลกายได้แสดงไว้ในตาราง 2

ตาราง 2 การรับรู้รูปร่างตนเองและค่าดัชนีมวลกายของนิสิตหญิง (n = 402)

ข้อมูลด้านชีวสังคม	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้รูปร่างตนเอง (n = 401)		
- พอดี/สมส่วน	204	51.0
- อ้วน	197	49.0
ค่าดัชนีมวลกาย (kg/m²)		
< 18.5	107	26.6
18.5 ถึง 22.9	214	53.2
> 22.9	81	20.1
$\bar{X} = 20.27$ S.D. = 2.88 Min = 14.69 Max = 28.57		

สำหรับผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ และอารมณ์ที่มีต่อพฤติกรรมการลดน้ำหนักพบว่า การรับรู้และอารมณ์ที่มีต่อพฤติกรรมการลดน้ำหนักของนิสิตหญิง ($\bar{x} = 3.79$, S.D. = 0.13) รับรู้ประโยชน์ของการลดน้ำหนัก ($\bar{x} = 4.23$, S.D. = 0.21) การรับรู้อุปสรรคของการลดน้ำหนัก ($\bar{x} = 3.07$, S.D. = 0.27)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของการลดน้ำหนัก ($\bar{x} = 3.83$, S.D. = 0.28) อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อนิสิตหญิง ($\bar{x} = 3.54$, S.D. = 0.23) และอิทธิพลด้านสถานการณ์ ($\bar{x} = 4.23$, S.D. = 0.49) มีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมากทุกด้าน รายละเอียดดังตาราง 3

ตาราง 3 การรับรู้และอารมณ์ที่มีต่อพฤติกรรมการลดน้ำหนัก (n = 402)

การรับรู้และอารมณ์ที่มีต่อพฤติกรรมการลดน้ำหนักด้านต่าง ๆ	$\bar{X}$	S.D.
ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการลดน้ำหนัก	4.23	0.21
- สูงสุด: การลดน้ำหนักได้ทำให้ท่านรู้สึกภาคภูมิใจมากขึ้น	4.47	0.57
- ต่ำสุด: การมีรูปร่างดีจากการลดน้ำหนักทำให้เป็นที่สนใจของผู้คนรอบข้างมากขึ้น	4.08	0.66
ด้านการรับรู้อุปสรรคของการลดน้ำหนัก	3.07	0.27
- สูงสุด: การลดน้ำหนักด้วยการอดอาหารทำให้ร่างกายทรุดโทรม	4.27	0.63
- ต่ำสุด: การลดน้ำหนักด้วยการออกกำลังกายต้องใช้เวลานาน จึงจะเห็นผลทำให้ท่านไม่สามารถลดน้ำหนักได้	2.06	0.68
ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการลดน้ำหนัก	3.83	0.28
- สูงสุด: ท่านไม่ยากใช้วิธีการลดน้ำหนักโดยการรับประทานยาลดน้ำหนักเพราะมีอันตรายมาก	4.00	0.75
- ต่ำสุด: ท่านสามารถลดน้ำหนักเป็นไปตามเป้าหมายที่ท่านต้องการได้	3.68	0.70
ด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล	3.54	0.23
- สูงสุด: บิดามารดาของท่านเป็นผู้ให้คำแนะนำในการลดน้ำหนักที่ถูกวิธีแก่ท่าน	3.71	0.73
- ต่ำสุด: พี่และน้องของท่านมักตักเตือนเมื่อลดน้ำหนักไม่ถูกวิธี	3.34	0.73
ด้านอิทธิพลด้านสถานการณ์	4.23	0.49
- สูงสุด: เมื่อเห็นโฆษณาจากป้ายโฆษณาต่างๆ เกี่ยวกับ การลดน้ำหนักทำให้ท่านอยากลดน้ำหนัก	4.28	0.60
- ต่ำสุด: เมื่อเห็นดารานักร้องนางแบบรูปร่างผอมหุ่นดีทางอินเทอร์เน็ต ทำให้ท่านอยากลดน้ำหนัก	4.16	0.62
การรับรู้และอารมณ์ที่มีต่อพฤติกรรมการลดน้ำหนักโดยรวม	3.79	0.13

สำหรับพฤติกรรมการลดน้ำหนักของนิสิตหญิงพบว่า โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.83$, S.D. = 0.19) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การออกกำลังกาย ($\bar{X} = 2.79$, S.D. = 0.35) รองลง

มาคือ ด้านการควบคุมอาหาร ($\bar{X} = 2.75$, S.D. = 0.28) และการใช้ผลิตภัณฑ์อาหารหรือยา ($\bar{X} = 1.19$, S.D. = 0.49) ตามลำดับ และค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ วิธีอื่นๆ ($\bar{X} = 0.61$, S.D. = 0.45) รายละเอียดดังตาราง 4

ตาราง 4 พฤติกรรมการลดน้ำหนักของนิสิตหญิง (n = 402)

พฤติกรรมการลดน้ำหนัก	$\bar{X}$	S.D.
การควบคุมอาหาร	2.75	0.28
- สูงสุด: ท่านเลือกรับประทานอาหารที่มีเส้นใยมาก เช่น ผัก ผลไม้ ต่างๆ เพื่อการลดน้ำหนัก	3.23	0.98
- ต่ำสุด: ท่านดื่มน้ำเปล่า 1-2 แก้ว ก่อนรับประทานอาหารทุกครั้ง เพื่อให้รับประทานอาหารได้น้อยลง	2.50	0.96
การออกกำลังกาย	2.79	0.35
- สูงสุด: ท่านออกกำลังกายด้วยการทำตามคลิปวิดีโอสอนในอินเทอร์เน็ต	2.93	0.86
- ต่ำสุด: ท่านออกกำลังกายอย่างหักโหมเพื่อให้น้ำหนักลดลงเร็วขึ้น	2.59	0.95
การใช้ผลิตภัณฑ์อาหารหรือยา	1.19	0.49
- สูงสุด: ท่านใช้สมุนไพรที่มีฤทธิ์ช่วยในการระบาย เช่น มะขามแขก ในการลดน้ำหนัก	1.41	0.85
- ต่ำสุด: ท่านใช้ผลิตภัณฑ์อาหารสำหรับลดน้ำหนักหรือยาลดน้ำหนัก	0.99	0.83
วิธีอื่นๆ	0.61	0.45
- สูงสุด: ท่านใช้วิธีการอื่นๆ เช่น การดูดไขมัน การศัลยกรรมทางการแพทย์	0.63	0.65
- ต่ำสุด: ท่านใช้วิธีการล้วงคอให้อาเจียนหลังรับประทานอาหาร	0.59	0.63
พฤติกรรมลดน้ำหนักโดยรวม	1.83	0.19

สำหรับผลการวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ภายในระหว่างตัวแปรปัจจัยชีวสังคม การรับรู้ประโยชน์ของการลดน้ำหนัก การรับรู้อุปสรรคของการลดน้ำหนัก การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการลดน้ำหนัก อิทธิพลระหว่างกลุ่มและอิทธิพลด้านสถานการณ์ กับพฤติกรรมลดน้ำหนักของนิสิตหญิงนั้น ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน จึงได้ทำการทดสอบเงื่อนไขของการวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันคือตัวแปร

ที่ต้องการหาความสัมพันธ์มีการกระจายตัวแบบปกติ จึงได้ทดสอบด้วยการทดสอบชาฟิโร-วิลค์ (Shapiro-Wilk Test) ซึ่งพบว่าข้อมูลมีการกระจายตัวแบบปกติเป็นไปตามเงื่อนไข สำหรับความสัมพันธ์ภายในระหว่างตัวแปรปัจจัยการรับรู้รูปร่างตนเองกับพฤติกรรมลดน้ำหนักของนิสิตหญิงนั้นวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบอันดับ ผลของการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ แสดงดังตาราง 5

ตาราง 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมการลดน้ำหนักของนิสิตหญิง (n = 402)

ปัจจัย	พฤติกรรมการลดน้ำหนักของนิสิตหญิง	
	r	p-value
อายุ (ปี)	-0.02 (Pearson)	0.644
รายได้ (บาทต่อเดือน)	-0.03 (Pearson)	0.608
ค่าดัชนีมวลกาย (กิโลกรัมต่อตารางเมตร)	0.09 (Pearson)	0.069
การรับรู้ประโยชน์ของการลดน้ำหนัก (คะแนน)	0.17 (Pearson)	< 0.001*
การรับรู้อุปสรรคของการลดน้ำหนัก (คะแนน)	-0.12 (Pearson)	0.019*
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการลดน้ำหนัก (คะแนน)	-0.04 (Pearson)	0.465
อิทธิพลระหว่างกลุ่ม (คะแนน)	-0.07 (Pearson)	0.190
อิทธิพลด้านสถานการณ์ (คะแนน)	0.07 (Pearson)	0.192
การรับรู้รูปร่าง	0.23 (Eta)	0.708

*p-value < 0.05, Pearson = Pearson correlation coefficient, Eta = Eta correlation coefficient

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดน้ำหนักของนิสิตหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการลดน้ำหนัก โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการลดน้ำหนัก ($r = 0.17$, $p = < 0.001$) การรับรู้อุปสรรคของการลดน้ำหนัก โดยมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการลดน้ำหนัก ($r = 0.12$, $p = 0.019$) สำหรับปัจจัยชีวสังคม (อายุ รายได้ การรับรู้รูปร่าง ค่าดัชนีมวลกาย) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการลดน้ำหนัก อิทธิพลระหว่างกลุ่มและอิทธิพลด้านสถานการณ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดน้ำหนัก

การอภิปรายผลของการศึกษาตามสมมติฐานดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านชีวสังคม ได้แก่ อายุ รายได้ ค่าดัชนีมวลกาย การรับรู้รูปร่าง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดน้ำหนักของนิสิตหญิง ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานซึ่งสอดคล้องกับโสภิต เกตุพรและกรณิการ์รัตน์ บุญช่วยชนาสิทธิ์ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของตัวบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กล่าวว่า ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ

สมรส ระดับการศึกษา รายได้ และดัชนีมวลกาย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา (Gatuporn & Boonchuaythanasit, 2007) แต่ไม่สอดคล้องกับกาญจนา อยู่เจริญสุข ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการลดน้ำหนักของนักศึกษาหญิงระดับอุดมศึกษาในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ทั้งนี้จะเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอยู่ในช่วงวัยเดียวกัน โดยมีอายุต่างกันเพียง 4-5 ปี และมาจากพื้นฐานครอบครัวคล้ายกัน (Yoocharoensuk, 2011)

2. การรับรู้ประโยชน์ของการลดน้ำหนักมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมลดน้ำหนักของนิสิตหญิงซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน สอดคล้องกับเพนเดอร์ Pender (1987) ที่กล่าวว่า การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำของบุคคลนั้น เกิดจากการรับรู้ทางสติปัญญาหรือตามความรู้สึกนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น หากบุคคลมีการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมสูง ก็จะมีการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพนั้นสูงด้วย ดังนั้นการรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับจากการลดน้ำหนัก จึงเป็นแรงจูงใจให้ปฏิบัติ พฤติกรรมลดน้ำหนัก ซึ่งสอดคล้องกับ

งานวิจัยในการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพหลายงาน เช่น การศึกษาของปรีชาธิ์ฟ ยีห์ริม และรุ่งระวี นาวิเจริญ ที่ศึกษาพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิม ในภาคใต้ตอนล่าง (Yeereem & Navicharern, 2016) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าการรับประทานอาหารที่ดีและการออกกำลังกายสม่ำเสมอจะทำให้มีสุขภาพดี จึงนำไปสู่พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ทาริกา คำสม (Khasom, 2004) ที่พบว่า ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมออกกำลังกายของสุภาพสตรี วรอรุณ และคณะ (Voraroon, Phosuwat, Jaiyangyeun, & Bunyasit, 2011) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยในการออกกำลังกายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าการรับรู้ประโยชน์ในการออกกำลังกายทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านออกกำลังกายมากขึ้น

3. การรับรู้อุปสรรคของการลดน้ำหนักมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมลดน้ำหนักของนิสิตหญิง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน หมายความว่า นิสิตหญิงที่มีการรับรู้อุปสรรคของการลดน้ำหนักน้อย จะมีพฤติกรรมการลดน้ำหนักมาก อธิบายได้ว่า เมื่อนิสิตหญิงรับรู้ถึงอุปสรรค จะทำให้มีพฤติกรรมการลดน้ำหนักน้อยลง สอดคล้องกับเพนเดอร์ (Pender, 1987) ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลพร้อมที่จะปฏิบัติพฤติกรรมต่ำ แต่มีอุปสรรคสูง การปฏิบัติจะเกิดขึ้นได้ยาก ในขณะที่เมื่อบุคคลมีความพร้อมที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสูง แต่มีอุปสรรคต่ำ การปฏิบัติจะเกิดขึ้นได้มากกว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมทำให้พฤติกรรมนั้นต้องหยุดชะงัก สอดคล้องกับ ทับทิม ปัตตะพงษ์ ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักของวัยรุ่นตอนกลาง ในกรุงเทพมหานคร พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการลดน้ำหนักมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนัก (Pattapong, 2002) และยังสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมออกกำลังกายของสุภาพสตรี วรอรุณ และคณะ (Voraroon,

Phosuwat, Jaiyangyeun, & Bunyasit, 2011) ที่พบว่า หากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเห็นอุปสรรคในการออกกำลังกายลดลงจะทำให้ออกกำลังกายมากขึ้น อย่างไรก็ตามผลการศึกษาของสุภาพสตรี วรอรุณ และคณะ นี้พบความสัมพันธ์ในระดับต่ำ เช่นเดียวกันกับงานวิจัยครั้งนี้

4. รับรู้สมรรถนะแห่งตนในการลดน้ำหนักไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมลดน้ำหนักของนิสิตหญิง ซึ่งไม่เป็นตามสมมติฐาน และไม่เป็นไปตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ที่กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการตัดสินใจ ความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำงานได้ระดับใด การรับรู้ทักษะและความสามารถของตนเองเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลเข้าร่วมในการปฏิบัติพฤติกรรม เฉพาะที่เห็นว่ามีความคุ้มค่าและมีเป้าหมายสำหรับตนเองมากกว่า และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของปรีชาธิ์ฟ ยีห์ริม และรุ่งระวี นาวิเจริญ ที่ศึกษาพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมในภาคใต้ตอนล่าง ซึ่งพบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง (Yeereem & Navicharern, 2016) และ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของทาริกา คำสม ที่ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนัก (Khasom, 2004)

5. อิทธิพลระหว่างกลุ่มไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมลดน้ำหนักของนิสิตหญิง ซึ่งไม่เป็นตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่า นิสิตหญิงอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลายพร้อมจะเป็นผู้ใหญ่ตอนต้น มีการคิดอย่างมีวิจารณญาณมากขึ้นประกอบกับอาจมีสิ่งจูงใจอย่างอื่นที่มีอิทธิพลมากกว่ากลุ่มเพื่อนและครอบครัว ทำให้อิทธิพลครอบครัวและเพื่อนยังไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมลดน้ำหนัก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทาริกา คำสม ที่พบว่า อิทธิพลระหว่างกลุ่ม

ไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน กรุงเทพมหานคร (Khasom, 2004)

6. อิทธิพลด้านสถานการณ์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมลดน้ำหนักของนิสิตหญิง ซึ่งไม่เป็นตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อโฆษณาเกี่ยวกับการลดน้ำหนัก ไม่ได้ทำให้เกิดความสนใจและต้องการลดน้ำหนัก ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา อยู่เจริญสุข ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมลดน้ำหนักของนักศึกษาหญิงระดับอุดมศึกษาในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า อิทธิพลด้านสถานการณ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมลดน้ำหนักของนักศึกษาหญิงระดับอุดมศึกษาในจังหวัดอุบลราชธานี (Yoocharoensuk, 2011) แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของจินตนา ดันสุวรรณนท์ ที่ศึกษาปัจจัยในการทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของผู้บริโภควัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลซึ่งการเปิดรับข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อใหม่หรือโซเชียลมีเดียมีความสัมพันธ์ทางลบแบบอ่อน ($r = -0.13$) กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของผู้บริโภควัยทำงาน (Tansuwannond, 2018) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะนิสิตหญิงมีการบริโภคสื่อใหม่ค่อนข้างมาก และสื่อใหม่มีคุณลักษณะที่แตกต่างจากสื่อดั้งเดิมตรงที่มีความเข้าถึงง่าย ไม่มีข้อจำกัดด้านเวลา สถานที่ในการเข้าถึงสื่อ ผู้รับสื่อสามารถเข้าถึงผ่านอุปกรณ์โทรศัพท์เคลื่อนที่ประจำตัวได้ตลอดเวลา ทั้งยังสามารถสืบค้นได้เร็ว แต่ขาดกระบวนการกลั่นกรอง (Moorhead et al., 2013)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการลดน้ำหนักมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมลดน้ำหนักในนิสิตหญิง ดังนั้นการสร้างการรับรู้ต่อประโยชน์ของการลดน้ำหนัก เช่น การลดน้ำหนักทำให้ร่างกายแข็งแรง รูปร่างสวยงาม ลดความเครียด เป็นต้น

ซึ่งการรับรู้ผลดีของการกระทำนี้ตามแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1987) นั้นจะส่งเสริมให้นิสิตลดน้ำหนักเมื่อเห็นว่าการลดน้ำหนักนั้นก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง ดังนั้นการส่งเสริมให้เห็นประโยชน์ หรือการเน้นผลที่ได้รับที่ดีจากการลดน้ำหนัก จะเพิ่มแรงจูงใจในการลดน้ำหนัก นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการลดน้ำหนักมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมลดน้ำหนักของนิสิตหญิง ซึ่งสามารถนำไปใช้ประโยชน์ด้วยการส่งเสริมให้มีการลดอุปสรรคในการลดน้ำหนักด้วยวิธีการที่ดี เช่น การหากิจกรรมออกกำลังกายที่ใช้เวลาน้อยแต่มีประสิทธิภาพ การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์แต่ให้พลังงานน้อย เป็นต้น ซึ่งตรงกับแบบจำลองของเพนเดอร์ นั่นคือถ้านิสิตมีความพร้อมที่จะปฏิบัติพฤติกรรมและมีอุปสรรคในการปฏิบัติต่อการปฏิบัติตามพฤติกรรมนั้นจะเกิดขึ้นได้มากกว่า

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมลดน้ำหนัก เช่น อิทธิพลระหว่างบุคคล ได้แก่ เพื่อนต่างเพศ เพื่อให้ทราบถึงข้อมูลเกี่ยวกับการลดน้ำหนักได้ชัดเจนขึ้น ซึ่งในงานวิจัยนี้ยังไม่ได้ศึกษาลงลึกในเรื่องดังกล่าว

เอกสารอ้างอิง

- Gatuporn, S., & Boonchuaythanasit, K. (2007). Factors influencing body weight control behavior of Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital's personnel. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 19(1), 29-42. (in Thai)
- Jaiboonlue, S. (2016). *The consumption behavior of weight loss food products among students in university of Phayao*. Thesis of Master of Public Health, University of Phayao, Phayao. (in Thai)
- Kaewkungwal, S. (1997). *Development psychology of all age in life: adolescent and elderly*. (7th ed.). Bangkok: Thammasat University. (in Thai)

- Khasom, T. (2004). *Selected factors related to health promoting behaviors in body weight control among overweight adults, Bangkok Metropolis*. Thesis of Master of Nursing Science, Chulalongkorn University, Bangkok. (in Thai)
- Maneemas, K., Maitreemit, P., (2019). Factors Associated with consumption of food products with the claim of weight control among female students in vocational certificate level: Case study of Ratchaburi Technical College. *Thai Journal of Pharmacy Practice*, 11(4), 775-787. (in Thai)
- Moorhead, S. A., Hazlett, D. E., Harrison, L., Carroll, J. K., Irwin, A., & Hoving, C. (2013). A new dimension of health care: Systematic review of the uses, benefits, and limitations of social media for health communication. *Journal of Medical Internet Research*, 15(4), e85. doi: 10.2196/jmir.1933.
- Mosuwan, L., & Puwanant, M. (2008). *The 2006 study report of situation and infrastructure of the networks related to reducing the risk of overweight and obesity in children and youth*. Bangkok: Sukhumvit Media Marketing. (in Thai)
- Naresuan University Division of Academic Affairs. (2018). *Naresuan University student statistics reports 2018*. Retrieved October 16, 2018, from [https://reg2.nu.ac.th/publish/studentstat_DL/2561/สถิติสถิติประจำปีการศึกษา_2561\[09-10-2561\].pdf](https://reg2.nu.ac.th/publish/studentstat_DL/2561/สถิติสถิติประจำปีการศึกษา_2561[09-10-2561].pdf)
- Pattanathaburt, P., Somrongthong, R., & Thianthai, C. (2013). Prevalence of disordered eating behaviors, body image dissatisfaction, and associated factors among Thai female undergraduate students. *International Journal of Health Promotion and Education*, 51(3), 151-160. doi: 10.1080/14635240.2012.758883
- Pattapong, T. (2002). *The study of perceived benefits, perceived barriers, perceived self-efficacy and health promoting behaviors, of middle adolescents in Bangkok*, Thesis of Master of Nursing Science, Mahidol University, Bangkok. (in Thai)
- Pender, N. J. (1987). *Health Promotion in nursing practice*. (2nd ed.). Connecticut: Appleton & Lange.
- Tansuwannond, C. (2018). Communication and psychosocial factors affecting healthy food consumption behavior of working age consumers in Bangkok metropolitan region. *Journal of Community Development Research (Humanities and Social Sciences)*, 11(4), 106-117. doi:10.14456/jcdr-hs.2018.25
- Tasena, M. (2013). *Influence of television media on identity formation related to slimness on weight loss by women in Mueang Chiang Mai*. Thesis of Master of Arts (Media Arts and Design), Chiang Mai University, Chiang Mai. (in Thai)
- Tinkajec, S., & Pumwiset, P. (2012). *Obesity behavior of bachelor's degree students in Nonthaburi Province*. Nonthaburi: Ratchaphruek College. (in Thai)

- Tubton, P. (2015). *Factors affecting on decision making toward the use of dietary supplements in weight loss of female vocational students in Sukhothai province*. Thesis of Master of Public Health, Naresuan University, Phitsanulok. (in Thai)
- Voraroorn, S., Phosuwan, A., Jaiyangyeun, U., & Bunyasit, P., (2011). The predictors of exercise behavior among health volunteers, Sanamchai, Mueng district, Suphanburi province. *Journal of Nursing and Education*, 4(1), 52-61. (in Thai)
- Wayne, W. D. (1995). *Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences*. (6th ed.). New York: John Wiley & Sons.
- WHO. (2018, January 16). *Obesity and overweight*. Retrieved September 8, 2018, from <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
- Yeereem, P. & Navicharern, R. (2016). Factors related to body weight control behaviors among obesemuslim women in lower southern region, Thailand. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 27(2), 31-42. (in Thai)
- Yoocharoensuk, K. (2011). *Factors affecting weight loss behaviors of female university students in Ubonratchathani province*. Thesis of Master of Public Health, Ubonratchathani Rajabhat University, Ubonratchathani. (in Thai)

บทความวิจัย

แนวทางการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อการแก้ไขปัญหาการพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จ อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

พุดริรักษ์ รัชชย่อง¹ พ.บ., พนิดดา เล็งทอง² พย.ม., ธนัช กนกเทศ^{3,*} ส.ด.

Received: January 27, 2020

Revised: March 9, 2020

Accepted: April 10, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาคครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาลักษณะประชากรและพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จ และ 2) ศึกษาแนวทางการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอในประเด็นการฆ่าตัวตาย จากประชากรอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างจัดเก็บข้อมูลย้อนหลังจากปีงบประมาณ 2555-2559 จากสองกลุ่มคือ 1) ผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด จากการคัดกรอง (รง. 506DS) จำนวน 145 ราย 2) ผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายทั้งหมด จากใบมรณบัตรจำนวน 29 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติก จากนั้นสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการระบบสุขภาพอำเภอ จำนวน 16 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่อายุ 20-39 ปี ร้อยละ 49.0 สาเหตุเกิดจากการทะเลาะกับคนใกล้ชิด ร้อยละ 37.1 และใช้วิธีกินยาเกินขนาด ร้อยละ 31.8 ส่วนปัจจัยที่ส่งผลต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ ได้แก่คือ เพศ ภาวะซึมเศร้า และภาวะความเครียด ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 2) แนวทางการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอประกอบด้วย (1) พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยที่มีภาวะเร่งด่วนทางสุขภาพจิตในระดับอำเภอ (2) การจัดบริการจิตเวชตามแนวทางมาตรฐานบริการสุขภาพจิต กำหนดหน่วยบริการระดับตำบล และ (3) สนับสนุนองค์ความรู้ และเทคโนโลยีในการเฝ้าระวัง ผู้พยายามฆ่าตัวตายในพื้นที่รวมทั้งสืบสวนสาเหตุของการฆ่าตัวตาย เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการป้องกันอย่างเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: การฆ่าตัวตายสำเร็จ การพยายามฆ่าตัวตาย สุขภาพจิต

¹ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

* ผู้รับผิดชอบบทความ: thanachk8@gmail.com

Guidelines for managing a district health system for solving the problems of parasuicide and completed suicide: a case study of Phromphiram District, Phitsanulok Province

Puttirak Rakyong¹ MD., Panitta Seangthong² M.N.S., Thanach Kanokthet^{3,*} Ph.D.

ABSTRACT

The purposes of this descriptive research were 1) to study the population's characteristics and behaviors of parasuicide and completed suicide and 2) to study guidelines for suicide managing in a district health system of the population living in Phromphiram district, Phitsanulok. Data were collected from 2 groups from 2012 to 2016 including; 1) 145 people who conducted intentional self-harm behaviors, using a standard form for depression and self-harm surveillance system (Report 506 DS) and 2) 29 death certificates of people who committed suicide, and data were analyzed using logistic regression. An in-depth interview was conducted with 16 stakeholder staffs who were in Phromphiram district health system, and data were analyzed using content analysis.

The result showed that 1) the causes of parasuicide of those who are between 20 and 29 years old (49.0%), the cause of parasuicide is an intimate quarrel (37.1%) and overdose of medicine (31.8%). In additional, factors that were influenced completed suicide were gender, major depressive disorder, and stress, at p-value = 0.05. The guidelines for managing a district health system in terms of completed suicide and parasuicide were composed of (1) developing a service system for patients who were in a mental health crisis in the district, (2) providing a standard psychiatric service in according to the national mental health service system as a public health service unit in sub-district, and (3) providing knowledge and technology for preventing suicide and following up suicide attempters in the area of responsibility, including investigation the cause of suicide in order to design an appropriate guideline.

Keywords: Completed suicide, Parasuicide, Mental health

¹ Medical Doctor, Professional Level, Phromphiram hospital, Phitsanulok province

² Registered Nurse, Professional Level, Phromphiram hospital, Phitsanulok province

³ Assistant Professor, Faculty of Public Health, Naresuan University

* Corresponding author: thanachk8@gmail.com

บทนำ

ปัญหาการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตายยังเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขของประเทศไทยและมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัว (Kongsuk, Supanya, Kenbubpha, Phimtra, Sukhawaha, & Leejongpermpoon, 2017) สถานการณ์การฆ่าตัวตายในประเทศไทยมีความรุนแรงมากในช่วงหลังวิกฤติเศรษฐกิจปี พ.ศ. 2540 โดยอัตราการฆ่าตัวตายสูงขึ้นถึง 8.2 รายต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2555 นอกจากนี้ในแต่ละปี ประเทศไทยจะมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณ 4,000-5,000 คน (Department of Mental Health, 2019) แต่หากนับจำนวนผู้ทำร้ายตนเองทั้งหมดทั้งที่เสียชีวิตและไม่เสียชีวิต จะพบว่า มีจำนวนสูงถึง 25,000-27,000 รายต่อปี (Department of Mental Health, 2016) ก่อให้เกิดความสูญเสียต่อครอบครัว สังคม และประเทศชาติ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายตามแนวคิดทางสังคมวัฒนธรรมของ Durkheim (1996) กล่าวว่าเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมในสังคม หากบุคคลขาดความผูกพันกับสังคมไม่สามารถเข้ากับสังคมได้ เช่น การขาดเพื่อน การไม่เป็นที่ยอมรับ ความรู้สึกตนเองไร้ค่า และรู้สึกว่าไม่สามารถพึ่งพาผู้อื่นได้เมื่อต้องเผชิญปัญหา ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยวและมีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในที่สุด ส่วนในประเทศไทยพบว่า การฆ่าตัวตายในประเทศไทยนั้น พบสาเหตุที่หลากหลาย เช่น การน้อยใจบุคคลใกล้ชิด (Boonrut, 2016) ปัญหาทะเลาะกับคนใกล้ชิด ปัญหาน้อยใจ ถูกดูต่ำ ต่ำหนิ และปัญหาการใช้สารเสพติดโดยเฉพาะบุหรี่และสุรา (Prateeptheranun, 2014) การป่วยโรคทางจิตเวชและไม่ชอบเข้าสังคม (Kamondham & Kaewdee, 2018) ตลอดจนด้านสุขภาพเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีภาระหนี้สิน ขาดคนที่คอยให้คำปรึกษาช่วยเหลือ หรือมีบุคลิกเดิมเป็นคนเจ้าอารมณ์ และมีลักษณะแยกตัวไม่ชอบยุ่งเกี่ยวกับผู้อื่น (Kantha, Saenkamma, & Kantha, 2019)

จากสรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขของจังหวัดพิษณุโลก ปี พ.ศ. 2555-2559 พบว่าการตายจากการฆ่าตัวตาย ในจังหวัดพิษณุโลก คิดเป็นอัตราตาย

5.80 ต่อประชากรแสน วิธีฆ่าตัวตายโดยวิธีผูกคอตาย และวิธีกินหรือสัมผัสพิษ หรือสารพิษ มีอัตราสูงสุด (Phitsanulok Provincial Health Office, 2019) โดยข้อมูลดังกล่าวนี้เป็นภาพรวมของจังหวัด ยังไม่มีการเก็บข้อมูลเชิงลึกเพื่ออธิบายถึงความแตกต่างในการฆ่าตัวตายสำเร็จและการทำร้ายตนเองอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้การดำเนินงานที่ผ่านมายังไม่มีความมาตรการสื่อสารเพื่อให้ความรู้แก่ประชาชนในเรื่องสัญญาณเตือนก่อนฆ่าตัวตาย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการดำเนินโครงการพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทย (Sukhawaha, Arunpongpaisal, & Rungreangkulkij, 2016) รวมถึงแนวทางปฏิบัติของบุคคลใกล้ชิดเมื่อพบ ผู้มีสัญญาณเตือนก่อนฆ่าตัวตายเพื่อทำความเข้าใจถึงสภาพปัญหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายตนเองในระดับชุมชนและบุคคล สัญญาณเตือนก่อนฆ่าตัวตาย และระบบบริการสุขภาพ รวมถึงความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้องในชุมชนเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ เพื่อการออกแบบระบบการให้บริการ ให้เหมาะสมกับบริบทและเกิดการใช้ประโยชน์โดยผู้รับบริการ โดยพบว่าระบบสุขภาพอำเภออาจเป็นกลไกที่สำคัญในการแก้ปัญหา (Tangcharoensathien, Witthayapipopsakul, Panichkriangkrai, Patcharanarumol, & Mills, 2018)

ผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณร้อยละ 30-60 เคยมีการพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน และเมื่อติดตามผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายไปในระยะยาวพบว่า ร้อยละ 10-14 เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในที่สุด (World Health Organization, 2019) ผู้ที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตายมักมีการสื่อสารหรือการแสดงออกที่เป็นสัญญาณเตือนก่อนฆ่าตัวตาย (Suicide warning sign) ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ 1) การสื่อสาร ทางตรงด้วยวาจา เช่น การบอกกับญาติว่าจะฆ่าตัวตาย 2) การสื่อสารทางอ้อมด้วยวาจา เช่น การฝากฝังให้ทำภารกิจให้ หรือรำลา 3) การสื่อสารทางตรงด้วยท่าทางและแม้ผู้ที่คิดฆ่าตัวตายส่งสัญญาณในลักษณะดังกล่าว แต่กลับพบว่าผู้ใกล้ชิดส่วนใหญ่

ไม่ทราบหรือไม่เข้าใจว่าเป็นสัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตายจึงมิได้ดำเนินการป้องกันแต่อย่างใด (World Health Organization, 2019)

จากข้อมูลดังกล่าวหากดำเนินการเฝ้าระวัง และจัดระบบสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมรองรับปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น อาจส่งผลให้สามารถลดอัตราอุบัติการณ์ของปัญหาได้ ตามแนวทางของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งกำหนดให้แต่ละโรงพยาบาลดำเนินงานในการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับให้มีความรู้ ทักษะ ความสามารถในการประเมินเพื่อคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย เพื่อให้เห็นแนวโน้มของสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นและกำหนดแนวทางในการวางแผนแก้ไขปัญหাসภาพจิตในพื้นที่ได้ตรงตามสภาพที่แท้จริง (Suanprung Psychiatric Hospital, 2011) โดยต้องดำเนินการในระดับระบบสุขภาพอำเภอ เพื่อวางแผนการจัดการในระดับตำบลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) ซึ่งปัจจุบันมีการดำเนินการโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีนายอำเภอเป็นประธาน สาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ มีบทบาทหน้าที่ในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ ด้วยความร่วมมือของภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชนในพื้นที่ ร่วมกันการบำบัดทุกข์ บำรุงสุข ยกระดับพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน (Royal Thai Government Gazette, 2018) เนื่องจากระบบการทำงานด้านสุขภาพจำเป็นต้องร่วมกันกับทุกภาคส่วนด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ ผ่านกระบวนการเรียนรู้ และการจัดการความรู้ ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้ โดยมีเป้าหมายร่วมเพื่อสุขภาวะของประชาชน ซึ่งคณะผู้วิจัย เห็นความสำคัญของการดำเนินงานดังกล่าว เนื่องจากการจัดการเชิงนโยบายด้านการช่วยเหลือผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย จึงจำเป็นต้องใช้แนวร่วมทั้งระดับปฐมภูมิและระดับทฤษฎีภูมิ โดยใช้ระบบสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อกำหนดนโยบายการช่วยเหลือ

และป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายที่เหมาะสม ของอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลกต่อไป คณะผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาลักษณะของประชากร รูปแบบและพฤติกรรม การพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จในพื้นที่ และนำเสนอแนวทางการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอในประเด็นการพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะของประชากร รูปแบบและพฤติกรรม การพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในพื้นที่อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก
2. เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของระบบสุขภาพอำเภอในประเด็นการพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในระดับอำเภอ พื้นที่อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยดำเนินการ 2 ขั้นตอนคือ

- 1) จัดเก็บข้อมูลย้อนหลัง จากปีงบประมาณ 2555-2559 จากสองกลุ่มคือ (1) ผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด จากการคัดกรอง (รง.506DS) จำนวน 145 ราย (2) ผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายทั้งหมด จากใบมรณบัตร (มบ.1) จำนวน 29 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติก

- 2) สัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้เกี่ยวข้องในการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอจำนวน 16 รายวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

การศึกษานี้ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เครือข่ายภูมิภาคมหาวิทยาลัยนเรศวรแบบเต็มรูปแบบเลขที่ COA No. 021/2017 RREC No. 010/60

ประชากร

ประชาชนในพื้นที่ อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 91,721 คน และผู้เกี่ยวข้องในการจัดการระบบสุขภาพอำเภอ จำนวน 16 คน

กลุ่มตัวอย่าง

1) ผู้ที่ทำร้ายตนเองที่อาศัยอยู่ในเขต อำเภอ พรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ในช่วงปีงบประมาณ 2555 ถึง 2559 มีจำนวน 145 ราย

2) ผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จในปี งบประมาณ 2559 ประกอบด้วย ญาติ ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และเครือข่ายแกนนำที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ จำนวน 29 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) ระเบียบแบบแผนการวิจัยที่มีภาวะซึมเศร้า และทำร้ายตนเอง (รง.506 DS) อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

2) แบบสอบถามกึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับระบบสุขภาพที่ได้รับจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ก่อนเสียชีวิต จากผู้เกี่ยวข้องกับผู้ที่เสียชีวิต (6 ราย)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลจากประชากรทุกคนจากระเบียบแบบแผนการวิจัยที่มีภาวะซึมเศร้าและทำร้ายตนเอง (รง.506 DS) ของกรมสุขภาพจิต จากผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ในช่วงปีงบประมาณ 2555 ถึง 2559 มีจำนวน 145 ราย และเก็บข้อมูลจากการฆ่าตัวตายสำเร็จได้มาจากการวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลังจากใบมรณบัตร (มบ.1) ปี พ.ศ. 2555-2559 จากสำนักทะเบียนราษฎรอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก แล้วจำแนกตามเขตพื้นที่บริการสุขภาพซึ่งประกอบด้วยพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 19 แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชนใน

โรงพยาบาล 1 แห่ง และโรงพยาบาลประจำอำเภอ จำนวน 1 แห่ง ได้ข้อมูลผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย จำนวน 145 ราย ในส่วนของการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก คณะกรรมการระบบสุขภาพอำเภอ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และเครือข่ายแกนนำที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ จำนวน 16 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) สถิติที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

2) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย

คุณลักษณะทางประชากร

กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายจำนวน 145 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 56.6 กลุ่มอายุ 20-39 ปี ร้อยละ 49.0 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 23.4 อายุต่ำที่สุด คือ 14 ปี สูงสุดคือ 80 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68.3 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50.3 รองลงมาเป็นนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 11.0

ส่วนผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมีจำนวน 29 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชายทั้งร้อยละ 75.9 กลุ่มอายุ 20-39 ปี ร้อยละ 31.0, 40-59 ปี ร้อยละ 31.0, มากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ร้อยละ 31.0 อายุต่ำที่สุดคือ 17 ปี สูงสุดคือ 78 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 51.7 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 51.7 รองลงมาเป็น กลุ่มรับจ้าง/ใช้แรงงาน ร้อยละ 31.0 รายละเอียดแสดงดังตาราง 1

ตาราง 1 ลักษณะทางประชากรของผู้พยายามฆ่าตัวตาย และผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย

ลักษณะทางประชากร	พยายามฆ่าตัวตาย (N = 145)		ผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย (N = 29)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
หญิง	82	56.6	7	24.1
ชาย	63	43.4	22	75.9
อายุ (ปี)				
เด็ก/วัยรุ่น (< 19)	26	17.9	2	6.9
ผู้ใหญ่ตอนต้น (20-39)	71	49.0	9	31.0
ผู้ใหญ่ตอนปลาย (40-59)	34	23.4	9	31.0
ผู้สูงอายุ (> 60)	14	9.7	9	31.0
Mean $\pm$ S.D.	34.98 $\pm$ 15.84		48.17 $\pm$ 17.81	
สถานภาพ				
โสด	38	26.2	7	24.1
คู่	99	68.3	15	51.7
หม้าย	3	2.1	3	10.3
หย่า/แยก	5	3.4	4	13.8
อาชีพ				
เกษตรกร	73	50.3	15	51.7
รับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน	40	7.6	9	31.0
แม่บ้าน	4	2.8	1	3.4
พนักงานบริษัท	2	1.4	0	0
ค้าขาย/กิจการส่วนตัว	6	4.1	1	3.4
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	0.7	1	3.4
นักเรียน/นักศึกษา	16	11.0	1	3.4
ว่างงาน	1	0.7	0	0
อื่นๆ (ครูอัตราจ้าง)	2	1.4	1	3.4

พฤติกรรมการทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิต พบว่า เป็นการพยายามฆ่าตัวตาย 1 ครั้ง ร้อยละ 90.3 วิธีการที่ใช้ในการทำร้ายตนเองมากที่สุด คือ การกินยาเกินขนาด ร้อยละ 31.8 กินสารกำจัดแมลง ร้อยละ 31.8 ส่วนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ พบว่าเป็นการพยายามฆ่าตัวตาย 1 ครั้ง ร้อยละ 89.7 วิธีการที่ใช้ในการทำร้ายตนเองมากที่สุด คือ ผูกคอ ร้อยละ 70.0 รองลงมา กินสารกำจัดแมลง ร้อยละ 13.3

ด้านเหตุการณ์กระตุ้นหรือสาเหตุที่ทำให้ทำร้ายตนเอง มีลักษณะที่ใกล้เคียงกันโดยในภาพรวมทั้ง

สองกลุ่มพบว่า มีสาเหตุจากปัญหาทะเลาะกับคนใกล้ชิด ซึ่งหากจำแนกในแต่ละกลุ่มพบว่า กลุ่มผู้ที่มีพฤติกรรม การพยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่เสียชีวิตนั้น มีสาเหตุที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน โดยมีสาเหตุจาก ปัญหาทะเลาะกับคนใกล้ชิดสูงถึงร้อยละ 37.1 รองลงมาคือ น้อยใจถูกดุด่าตำหนิร้อยละ 14.6 ส่วนกลุ่มผู้ที่ฆ่าตัวตาย สำเร็จพบว่า มีความใกล้เคียงกันระหว่าง ปัญหา การทะเลาะกับคนใกล้ชิด และปัญหาามีโรคเรื้อรังที่ ร้อยละ 15.9 และ ร้อยละ 15.9 ตามลำดับ รายละเอียด แสดงดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดงปัจจัยกำหนดทางสังคมและสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

ปัจจัยกำหนดทางสังคม และสุขภาพ	พยายามฆ่าตัวตาย (N = 145)		ผู้เสียชีวิต (N = 29)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
วิธีการทำร้ายตนเอง				
กินยาเกินขนาด	47	31.8	1	3.3
กินสารกำจัดแมลง	47	31.8	4	13.3
กินสารกำจัดวัชพืช	28	18.9	2	6.7
กินสารเคมีอื่นๆ	10	6.8	0	0
ใช้ของมีคมของแข็ง	4	2.7	0	0
ใช้ปืน	1	0.7	2	6.7
ผูกคอ	8	5.4	21	70.0
อื่นๆ (สายไฟรัดคอ, ใช้ไฟฟ้าช็อต, ชกกระชก)	3	2.0	0	0
ปัจจัยกระตุ้น (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
น้อยใจ ถูกดุด่า ตำหนิ	31	14.6	4	9.1
คนอื่นนิทาว่าร้าย จนอับอายมาก	3	1.4	0	0
ปัญหาผิดหวังความรัก/หึงหวง	21	9.9	2	4.5
ปัญหาทะเลาะกับคนใกล้ชิด	79	37.1	7	15.9
ต้องการการเอาใจ/ขอแล้วไม่ได้	4	1.9	0	0
ปัญหาการเรียน	2	0.9	0	0
ปัญหาสูญเสีย พ่อ แม่ พี่ น้อง ญาติ	2	0.9	1	2.3
คนอื่นในครอบครัวขัดแย้งกัน	3	1.4	1	2.3
ปัญหาามีโรคเรื้อรัง/เอดส์/พิการ/เสียโฉม	4	1.9	7	15.9
ปัญหาโรคจิต	2	0.9	4	9.1
ปัญหาภาวะซึมเศร้า	12	5.6	4	9.1

ตาราง 2 แสดงปัจจัยกำหนดทางสังคมและสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (ต่อ)

ปัจจัยกำหนดทางสังคมและสุขภาพ	พยายามฆ่าตัวตาย (N = 145)		ผู้เสียชีวิต (N = 29)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปัญหาดื่มสุรามาก (แม้ไม่ได้ติดสุรา)	3	1.4	2	4.5
ปัญหาเศรษฐกิจ	16	7.5	4	9.1
ปัญหาการทำงาน	2	0.9	0	0
ตกงาน	2	0.9	0	0
ประเภทการมารับบริการ				
ทำร้ายตนเองอย่างเดียว	113	77.9	26	89.7
ทั้งซึมเศร้าและทำร้ายตนเอง	32	21.1	3	10.3
ภาวะซึมเศร้าปัจจุบัน				
ไม่มี	113	77.9	26	89.7
มี	32	22.1	3	10.3
การทำร้ายตนเอง				
1 ครั้ง	131	90.3	26	89.7
มากกว่า 1 ครั้ง	14	9.7	3	10.3
ปัญหาสุขภาพ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
เบาหวาน	4	10.5	1	4.8
ความดันโลหิตสูง	7	18.4	5	23.8
โรคปอดเรื้อรัง	4	10.5	2	9.5
ปวดข้อ/เก๊าท์/ปวดเข้า/ปวดหลังเรื้อรัง	2	5.3	1	4.8
พิการที่ตา หู แขน ขา	2	5.3	0	0
อัมพาต/โรคเส้นเลือดสมอง	1	2.6	2	9.5
โรคจิต	3	7.9	5	23.8
เอดส์/เอชไอวี	2	5.3	1	4.8
พฤติกรรมส่วนบุคคล				
ติดบุหรี่	41	26.1	12	37.5
ติดสุรา	19	12.1	8	25.0
ติดสารเสพติด	1	0.6	1	3.1
ติดเกมส์/อินเทอร์เน็ต	1	0.6	0	0

ผลการศึกษาด้านบริการที่ผู้พยายามฆ่าตัวตาย และญาติได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหลังจากที่มีพฤติกรรมการทำร้ายตนเองด้วยการฆ่าตัวต้ว คือ การให้คำแนะนำโดยตรงกับญาติร้อยละ 33.3 และ

การให้คำปรึกษากับผู้พยายามฆ่าตัวตายร้อยละ 29.7 รองลงมาคือการแจกเอกสารความรู้ร้อยละ 11.5 รายละเอียดแสดงดังตาราง 3

ตารางที่ 3 แสดงบริการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ผู้พยายามฆ่าตัวตาย และญาติได้รับ

บริการจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข	พยายามฆ่าตัวตาย (N = 145)		ผู้เสียชีวิต (N = 29)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
บริการที่ได้รับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
ให้คำปรึกษา	114	29.7	0	0
แนะนำญาติ	128	33.3	25	78.1
เอกสารความรู้	44	11.5	0	0
ยาแก้เศร้า Fluoxetine / SSRI	15	3.9	0	0
ยาแก้เศร้าอื่นๆ	2	0.5	0	0
ยาลดกังวล	3	0.8	0	0
อื่นๆ	76	19.8	7	21.9

จากการศึกษา พบว่า เพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง 4.09 เท่า (95% CI = 1.64-10.18, p-value = 0.002) ผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเด็กวัยรุ่นและวัยแรงงาน 3.36 เท่า (95% CI = 1.58-44.14, p-value = 0.012) สถานภาพ โสด หม้าย และหย่า/แยก มีโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าสถานภาพคู่ (สมรส) 5.28 เท่า (95% CI = 1.27-21.90, p-value = 0.022)

ผู้มีปัญหาสุขภาพมีโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าผู้ไม่มีปัญหาสุขภาพ 2.25 เท่า (95% CI = 1.16-6.06, p-value = 0.021) จากนั้นทำการวิเคราะห์ที่ละหลายตัวแปร ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก โดยวิธีจัดออกที่ละตัวแปรพบตัวแปรที่มีความเกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำนวน 3 ตัวแปร คือ เพศ การมีภาวะซึมเศร้า และภาวะความเครียด รายละเอียดแสดงดังตาราง 4

ตาราง 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ: การวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก

ปัจจัย	Univariate analysis		Multivariate analysis	
	Crude OR (95% CI)	p-value	Adjusted OR (95% CI)	p-value
เพศ				
หญิง	1			
ชาย	4.09 (1.64-10.18)	0.002	2.10 (1.17-3.74)	0.004
อายุ (ปี)				
ต่ำกว่า 60 ปี	1			
ผู้สูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป)	3.36 (1.58-44.14)	0.012	-	-
สถานภาพสมรส				
คู่	1			
โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	5.28 (1.27-21.90)	0.022	-	-

ตาราง 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ: การวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (ต่อ)

ปัจจัย	Univariate analysis		Multivariate analysis	
	Crude OR (95% CI)	p-value	Adjusted OR (95% CI)	p-value
อาชีพ				
เกษตรกรรม	1			
ไม่ใช่เกษตรกรรม	5.02 (0.52-34.00)	0.113	-	-
ภาวะซึมเศร้า				
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	1			
ซึมเศร้าและทำร้ายตนเอง	5.06 (2.65-8.18)	0.001	2.10 (1.24-4.37)	0.005
ปัญหาสุขภาพ				
ไม่มี	1			
มี	2.66 (1.16-6.06)	0.021	-	-
ความเครียด				
ไม่เครียด/ปกติ (< 7 คะแนน)	1			
เครียดมาก (≥ 8 คะแนน)	11.04 (2.43-19.17)	0.002	12.13 (2.26-13.34)	0.010
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์				
ไม่มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์	1			
มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์	4.90 (1.67-14.50)	0.004	-	-

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยระบบสุขภาพอำเภอในการดำเนินการป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพทางด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย พบว่าอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก มีการพัฒนาหลักสูตรอบรมการให้คำปรึกษาทางจิตเวช (Counseling) ในบุคลากรทั้งในระบบ (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) และนอกระบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แก่นำสุขภาพ และญาติผู้ป่วย โดยจิตแพทย์จากโรงพยาบาลสวนปรุงและศูนย์สุขภาพจิตที่ 2 พิษณุโลก เพื่อดำเนินการพัฒนากระบวนการสุขภาพจิตชุมชนเต็มรูปแบบในการบริการระดับปฐมภูมิ และการสร้างขบวนการพึ่งตนเองในการดูแลผู้ป่วย โดยยึดหลักว่าผู้ป่วยจิตเวชทุกคนที่ดูแลนั้นมีความสำคัญที่สุด

กลยุทธ์ในการดำเนินงาน

กำหนดการออกแบบกิจกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทและพื้นที่ ที่พัฒนาคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัย

ด้วยระบบสุขภาพอำเภอจึงได้พัฒนารูปแบบการดำเนินงานโดย

- 1) ยึดประเด็นการพัฒนาคน ตามสาขาวิชาชีพทั้งในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ และนอกระบบ
- 2) ยึดประเด็นสุขภาพในพื้นที่เป็นสำคัญในพื้นที่ๆ มีปัญหาอัตราการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายสูง 5 อันดับแรกของอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก เพื่อดำเนินการในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตอย่างเต็มรูปแบบโดยบูรณาการงานเข้าทุกกลุ่มวัย จัดประชาคม คัดข้อมูลทางด้านสุขภาพให้แก่มุขมนตรีทุกหมู่บ้านให้รับรู้สภาวะสุขภาพในชุมชนและร่วมกันวิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

- 3) การมีส่วนร่วมของชุมชน โดยมีคณะกรรมการดำเนินงานสนับสนุนงบประมาณมีการพัฒนาเครือข่ายการดำเนินงานสู่ชุมชนโดย อสม. ผู้นำชุมชน และครอบครัว และทุกภาคส่วนในท้องถิ่นมีส่วนร่วม และ

แสดงความเป็นเจ้าของ ร่วมแสดงข้อคิดเห็นในการทำงานร่วมกันงานสุขภาพจิตสู่การสนับสนุนการทำงานในชุมชนได้ตรงกับความต้องการของชุมชน

บทบาทหน้าที่การดำเนินงานด้านสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิของอำเภอ

ระบบสุขภาพอำเภอพรหมพิราม มีการให้บริการครบทั้ง 4 มิติทางสุขภาพ (ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพ) ทั้งเชิงรับและเชิงรุก แบ่งการดำเนินงานออกเป็นโซน เครือข่ายบริการ ตามลักษณะของพื้นที่ให้ความสำคัญกับสหวิชาชีพ พยาบาลจิตเวช นักวิชาการสาธารณสุข และเครือข่ายสุขภาพในชุมชน โดยมีนโยบายสุขภาพตามบทบาทหน้าที่เน้นการสร้างเครือข่ายการทำงานเชื่อมโยงการสื่อสารแบบบูรณาการซึ่งรูปแบบการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน

การดำเนินงานที่ผ่านมาได้มีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อให้เกิดความรู้และทักษะด้านการให้คำปรึกษากับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกคนโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะเป็นด่านหน้าเมื่อมีประชาชนมาขอรับการปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิตในสถานบริการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกคนสามารถให้คำปรึกษาในเบื้องต้นได้ และก็ได้คำแนะนำได้ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความเข้าใจซึ่งถือเป็นงานเบื้องต้นของงานสุขภาพจิต การให้คำปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นอกจากนี้ยังมีการอบรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเวชสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วย หลังการอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สามารถดูแลผู้ป่วยในเบื้องต้นในเรื่องการใช้ยาจิตเวชที่ถูกต้อง รวมถึงมีการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชกรณีพบอาการผิดปกติที่เกินศักยภาพ มีระบบการดำเนินงานส่งผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน กรณีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเข้าสู่ภาวะปกติสามารถใช้ชีวิตร่วมกับคนในชุมชนได้ โดย ประสานกับทีมสุขภาพนอกระบบ เช่น ญาติผู้ป่วย อสม. แกนนำชุมชน ทีมผู้นำชุมชนให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่องผู้ป่วยในชุมชนได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่องทุกเดือน

การพัฒนาคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัยด้วยระบบสุขภาพอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ให้ความสำคัญในการพัฒนา บุคลากรทั้งในระบบ ครอบคลุม

ทุกสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ในด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การใช้ยาที่ถูกต้องและการให้คำปรึกษา และบุคลากรนอกระบบให้มีความรู้ความสามารถ ในด้านการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและทักษะการให้คำปรึกษา จากนั้นจึงขยายเครือข่ายลงไปถึงชุมชน ได้แก่ อสม. ตลอดจนครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

ผลการดำเนินงานพบว่าสามารถดำเนินงานได้ดีทั้งประเด็นกลุ่มเสี่ยง จะได้รับการคัดกรอง ผู้ป่วยเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้น ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยไม่ขาดยาเพราะได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลพรหมพิราม อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอคนไข้และญาติมีความรู้เรื่องการรับประทานยา อาการข้างเคียงของยา มีอสม. เฉพาะทางที่มีความรู้ผู้นำชุมชนให้ความสำคัญเกิดบุคคลต้นแบบสุขภาพจิตดี หลังดำเนินการตามโครงการเสร็จสิ้นจะมีบุคคลต้นแบบ ที่ได้รับการยกย่องว่าเป็นบุคคลตัวอย่างด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตตัวเอง บุคคลตัวอย่างนี้สามารถให้คำปรึกษาหรือส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชนได้ มีครอบครัวต้นแบบสุขภาพจิตดีเกิดขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

1. คุณลักษณะประชากร

ปัจจัยส่วนบุคคล: เพศชายส่วนใหญ่จะฆ่าตัวตายสำเร็จ เนื่องจากมีบุคลิกภาพและการตัดสินใจที่เด็ดขาดกว่าเพศหญิง จึงใช้การทำร้ายตนเองด้วยวิธี การที่รุนแรงโดยหวังผลให้ถึงแก่ชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ (Kittiratanapaiboon, et al., 2016) ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่เพศหญิงมักใช้วิธีการหนีปัญหาส่วนเพศชายมักใช้การวิพากษ์ปัญหา และการกระทำที่รุนแรงกว่าส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานตอนต้น และวัยทำงานตอนปลายเช่นเดียวกับผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ส่วนใหญ่จะอยู่ในวัยกลางคนหรือวัยทำงานโดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 60 ปี ขึ้นไป สอดคล้องกับ Bertolote, Fleischmann, De Leo, Phillips, Botega, Vijayakumar, & et al. (2010) และ Reed, Nugent, & Cooper (2015) ซึ่งพบว่าการฆ่าตัวตายมักพบในคนวัยหนุ่มสาวหรือวัยทำงานตอนต้น อาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด รองลงมา

คือ รั้งจ้าง/ ผู้ใช้แรงงาน สอดคล้องกับ Douglas (2015) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ เพราะมีช่องว่างทางความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและสังคม สอดคล้องกับ Bertolote et al. (2015) และ Reed et al. (2015) ที่พบว่าการเปลี่ยนแปลงทางสังคมวัฒนธรรมส่งผลให้บุคคลเกิดความรู้สึกไม่มีความผูกพัน ไม่สามารถปรับตัวได้ จึงเกิดปัญหาสุขภาพจิต

2. รูปแบบและพฤติกรรมกรรมการพยายามฆ่าตัวตาย และการฆ่าตัวตายสำเร็จ

ด้านการกระทำซ้ำ: มีประวัติการฆ่าซ้ำ ร้อยละ 10.3 สอดคล้องกับการศึกษาของ Case & Deaton (2015) พบว่าร้อยละ 17.0 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ เคยมีประวัติการทำร้ายตนเองมาก่อน ทั้งนี้มีสัดส่วนที่ไม่สอดคล้องกับ Douglas (2015) ทั้งนี้อธิบายได้ว่ายังมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายบ่อย ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสำเร็จมากขึ้น (Reed et al., 2015) โดยมีความแตกต่างกันตามลักษณะบริบทของพื้นที่และปัจจัยกำหนดทางสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (Durkeim, 1996)

ด้านวิธีการทำร้ายตนเอง: พบว่า กลุ่มผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จทำร้ายตนเองด้วยวิธีการรุนแรง ได้แก่ ผูกคอตาย กินสารกำจัดแมลง ในขณะที่กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ใช้วิธีกินยาเกินขนาด และกินสารกำจัดแมลงสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการเกิดซ้ำของปัญหา

ด้านสาเหตุกระตุ้นในการทำร้ายตนเอง: กลุ่มผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ส่วนใหญ่มีปัญหาโรคเรื้อรังและการทะเลาะกับคนใกล้ชิด ส่วนกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการทะเลาะกับคนใกล้ชิด และน้อยใจที่ถูกดูต่ำ ต่ำหนิ สอดคล้องกับ Douglas (2015) ที่ว่าความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายจะมีเครือข่ายทางสังคมที่จะให้การสนับสนุนช่วยเหลือน้อยกว่าบุคคลที่ไม่ฆ่าตัวตาย จึงทำให้เกิดความรู้สึกถูกแยกจากสังคม สูญเสียสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น รู้สึกโดดเดี่ยว ไร้ค่า และสิ้นหวัง จนนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายในที่สุด (Heikkinen, Isometsa, Marttunen, Aro, & Lonnqvist, 1995)

ด้านประวัติการทำร้ายตนเอง พบว่ามีประวัติการทำร้ายตนเอง เพียงร้อยละ 10.0-25.0 ไม่สอดคล้องกับการ

ศึกษาของ Douglas (2015) ที่พบว่าผู้มีภาวะซึมเศร้า มีความเสี่ยงสูงต่อการทำร้ายตนเองถึง 17.55 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า เช่นเดียวกับการศึกษาของ Reed et al. (2015) ที่พบว่าผู้มีภาวะซึมเศร้า มีความเสี่ยงสูงต่อการทำร้ายตนเองมากกว่าผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าที่ 9.63 เท่า ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสิ่งที่เชื่อมโยงระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการฆ่าตัวตายคือ ความรู้สึกสิ้นหวังเมื่อความรู้สึกนี้มีท่วมท้นขึ้นมา (Beck, Weissman, & Kovacs, 1976)

ด้านปัญหาสุขภาพ พบว่าผู้ทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิตมีพฤติกรรมส่วนบุคคล ที่สำคัญได้แก่ การติดสารเสพติด สอดคล้องกับ Reed et al. (2015) กลุ่มผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จมีปัญหาพฤติกรรมส่วนบุคคลที่ไม่เหมาะสมในการใช้สารเสพติดโดยเฉพาะบุหรี่และสุรา นอกจากนี้ พบว่าร้อยละ 26.0 ของผู้ป่วยติดสุราและสารเสพติดมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ตัวยาและสารเสพติดนี้ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้และขาดความยับยั้งชั่งใจ ครอบครัวมีสัมพันธภาพไม่ดีต่อกัน จนทำให้ทำร้ายตนเองในที่สุด (Heikkinen et al, 1995)

3. แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยระบบสุขภาพอำเภอในประเด็นการพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในระดับอำเภอ

การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยระบบสุขภาพอำเภอ ด้านสุขภาพจิตควรเป็นการดำเนินงานโดยมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนโดยยึดสุขภาพประชาชนเป็นตัวตั้ง โดยให้ความสำคัญในการพัฒนา บุคลากร ครอบคลุมทุกสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ในด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การใช้ยาที่ถูกต้องและการให้คำปรึกษา และบุคลากรนอกระบบ ให้มีความรู้ความสามารถ ในด้านการคัดกรองภาวะซึมเศร้า และทักษะการให้คำปรึกษา จากนั้นจึงขยายเครือข่ายลงไปถึงชุมชน เพื่อให้ระบบสุขภาพอำเภอเป็นกลไกการทำงานด้านสุขภาพระดับพื้นที่ โดยมีภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ประชาชน ภาคท้องถิ่น และภาคส่วนอื่น ให้สามารถส่งเสริมการป้องกันโรค การสร้างเสริมสุขภาพ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตทางจิตเวชไปพร้อมกันด้วยภายใต้กลไกที่เรียกว่า "คณะกรรมการบริหารระบบสุขภาพอำเภอ"

ที่ยึดหลักการ "ใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง" โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้นำทุกระดับ อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีศักยภาพ มีการเชื่อมประสานในทุกระดับ (Paris, 2018) ตั้งแต่ระดับชุมชน จนถึงผู้บริหารระดับอำเภอ ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุน (Paris, 2018; Gould, Fisher, Parides, Flory, & Shaffer, 1996) ติดตามอย่างจริงจัง หน่วยงานทุกระดับ มีแผนเพื่อพัฒนา รพ.สต.ด้านจิตเวช ร่วมกับการทำงานเชิงรุก เชื่อมโยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และโรงพยาบาลแม่ข่ายบุคลากรได้รับการพัฒนา ศักยภาพอย่างต่อเนื่องและมีการดำเนินการบูรณาการในพื้นที่ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย (Twenge, Joiner, Rogers, & Martin, 2018)

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการพัฒนาโครงสร้างของการพัฒนาคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัยด้วยระบบสุขภาพอำเภอ ด้านการให้บริการด้านสุขภาพจิตโดยเฉพาะการป้องกันการฆ่าตัวตาย ควรดำเนินการ ดังนี้

1.1) ควรมีการแจ้งนโยบายในการดำเนินงานให้บุคลากรสาธารณสุขในระดับอำเภอ และตำบล รับทราบอย่างทั่วถึง เพื่อให้ผู้ปฏิบัติรับทราบและถือเป็นแนวปฏิบัติโดยทั่วกัน

1.2) ควรมีการเพิ่มทีมพยาบาลจิตเวชในให้การดูแล เพราะเป็นการดูแลเชิงลึก และจัดอัตรากำลังของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยที่รับบริการเป็นผู้ป่วยในอย่างเหมาะสม

1.3) ควรมีการพัฒนาศักยภาพทีมพยาบาลในติดบริการผู้ป่วยในให้มีทักษะในเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย เพื่อให้สามารถให้การคำปรึกษา และช่วยเหลือผู้ป่วยได้ครอบคลุม

1.4) ควรส่งเสริมให้มีการทบทวนการให้การพยาบาลในรายที่พบปัญหาพร้อมกันเป็นทีมสหวิชาชีพ เพื่อแก้ปัญหาผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดทีมและความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

1.5) ควรมีการจัดทำแนวปฏิบัติเป็นคู่มือให้มีแนวทางเดียวกันในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

1.6) ควรมีการพัฒนาบุคลากรทีมสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่อง ด้านความรู้และทักษะในการให้บริการรูปแบบ เครื่องมือในการประเมิน การบันทึกการรายงาน ระเบียบรายงาน การคัดกรองผู้ที่มีเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ ให้ครอบคลุม ครบถ้วน มีประสิทธิภาพ มีความต่อเนื่อง ให้มีมาตรฐานเดียวกัน

2. ด้านการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายของในสถานพยาบาล ควรดำเนินการ ดังนี้

2.1) ควรมีการจัดระบบในการให้บริการรูปแบบ เครื่องมือในการประเมิน การบันทึกการรายงาน ระเบียบรายงาน การคัดกรองผู้ที่มีเสี่ยงต่อการฆ่าตัวซ้ำ ให้ครอบคลุม มีประสิทธิภาพ มีความต่อเนื่อง และปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน

2.2) ควรมีการเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่อง โดยทีมสหวิชาชีพเพื่อให้การช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพ

2.3) การจัดกิจกรรมให้ความรู้ในผู้พยายามฆ่าตัวตาย ผู้ดูแล แกนนำด้านสุขภาพ ให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย และปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ

2.4) ควรมีระบบการประสานงานและผั่งกำกับ การส่งต่อไปยังเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในระบบส่งต่อให้เป็นแนวทางเดียวกันและมีการซักซ้อมความเข้าใจร่วมกัน เพื่อให้เกิดการช่วยเหลืออย่างเป็นรูปธรรม ครอบคลุม และสามารถตรวจสอบได้

3. ด้านการพัฒนาด้านผลลัพธ์ ควรให้ความสำคัญต่อการให้ความรู้ในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตแก่ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายให้ชัดเจนครอบคลุมมากขึ้น เช่น การจัดการความเครียดหรือเรื่องรุมเร้า โดยให้ระบายออก รู้จักปล่อยวางปัญหา เพื่อให้เกิดความสบายใจ และไม่เกิดความคิดหุนหันพลันแล่นตามมา

4. ด้านแนวทางการพัฒนางาน การให้บริการด้านสุขภาพจิตโดยเฉพาะการป้องกันการฆ่าตัวตาย

ควรมีหน่วยงาน/สถานที่ในการให้คำปรึกษา แนะนำในกลุ่มเสี่ยง เช่น ในกลุ่มที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง และมีภาวะซึมเศร้า การใช้ข้อมูลจากการวิเคราะห์สถานการณ์ จะมีส่วนสำคัญในการวางแผนให้บุคลากร

ที่รับผิดชอบในงานด้านสุขภาพจิตในแต่ละระดับของสถานบริการสาธารณสุข ร่วมกันกำหนดความร่วมมือประสานงานเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ที่จะมีส่วนช่วยในการติดตาม เฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในพื้นที่ รวมทั้งการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ ในการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมอย่างจริงจังและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาข้อมูลในเชิงลึกในครอบครัว และสิ่งแวดล้อมในชุมชนของผู้ป่วยให้รอบด้านมากขึ้น เพื่อนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนส่งเสริม ป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ

2. ควรจัดทำโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตในการจัดการปัญหาให้แก่กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลทั้งนี้เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

Beck, A. T., Weissman, A., & Kovacs, M. (1976). Alcoholism hopelessness and suicide behavior. *Journal of Substance Abuse*, 37 (1), 66-77.

Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D., Phillips, M. R., Botega, N. J., Vijayakumar, L., & et al. (2010). Repetition of suicide attempts: Data from emergency care settings in five culturally different low- and middle-income countries participating in the WHO SUPRE-MISS study. *Crisis*, 31, 194-201.

Boonrut, T. (2018). Suicidal behaviors of patients in psychiatric clinic in Hatyai hospital. *Region 11 Medical Journal*, 30(1), 101-109.

Case, A., & Deaton, A. (2015). *Suicide, age, and wellbeing: an empirical investigation*. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.

Department of Mental Health, Ministry of Public Health Thailand. (2016), *Report of suicide epidemiology*. Retrieved December 31, 2019, from: <https://dmh.go.th/report/suicide/> (in Thai)

Department of Mental Health, Ministry of Public Health Thailand. (2019). *Suicide Rates: Thailand (per 100,000 population) by provinces (top ten): Bangkok, Thailand*. Retrieved December 31, 2019, from https://www.dmh.go.th/report/suicide/stat_province.asp. (in Thai)

Douglas, J. D. (2015). *Social meanings of suicide*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.

Durkheim, E. (1996). *Suicide*. New York: Mc Millan Publishing.

Gould, M. S., Fisher, P., Parides, M., Flory, M., & Shaffer, D. (1996). Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Archives of general psychiatry*, 53(12), 1155-1162.

Heikkinen, M. E., Isometsä, E. T., Marttunen, M. J., Aro, H. M., & Lönnqvist, J. K. (1995). Social factors in suicide. *The British Journal of Psychiatry*, 167(6), 747-753. doi: <https://doi.org/10.1192/bjp.167.6.747>

Kamondham, S., & Kaewdee, R. (2018). The factors associated with committed suicide in Muang District, Lampang Province by psychological autopsy from October, 2010 to September 2013. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 63(1), 47-54.

Kantha, K., Saenkamma, C., & Kantha, S. (2019). Factors related to suicide in Chun district Phayao province. *Journal of Disease Prevention and Control: DPC*, 2 Phitsanulok, 6(1), 16-23. (in Thai)

- Kittiratanapaiboon, P., Jutha, W., Chantharachot, K., Rakkamnun, S., Seanglum, C., Phongsupha, T. & Makklay, K. (2016). Lessons about national epidemiology survey of Thai people B.E. 2556. *Journal of Mental Health of Thailand*, 24(1), 52-58. (in Thai)
- Kongsuk, T., Supanya, S., Kenbubpha, K., Phimtra, S., Sukhawaha, S., & Leejongpermpoon, J. (2017). Services for depression and suicide in Thailand. *WHO South-East Asia journal of public health*, 6(1), 34-38.
- Paris, J. (2018). Clinical features of borderline personality disorder. In W. J. Livesley, & R. Larstone (Eds.), *Handbook of personality disorders: theory, research, and treatment* (2nd ed., pp. 419-425). New York: Guilford Press.
- Phitsanulok Provincial Health Office. (2019). *Annual report 2019*. Phitsanulok: Phitsanulok Provincial Health Office. (in Thai)
- Prateeptheranun, W. (2014). Rate of suicide and factors related to suicide behaviour at Chaophayayommarat Hospital Suphanburi Province. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 28(3), 90-103.
- Reed, K. P., Nugent, W., & Cooper, R. L. (2015). Testing a path model of relationships between gender, age, and bullying victimization and violent behavior, substance abuse, depression, suicidal ideation, and suicide attempts in adolescents. *Children and youth services review*, 55, 128-137. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2015.05.016>
- Royal Thai Government Gazette. (2018). *Regulations of the Office of the Prime Minister on Area Quality of Life Development 2018*. Book 135, Special Episode 54 Ng, 9 March 2018 (pp 1-7). (in Thai)
- Suanprung Psychiatric Hospital. (2011). *Suanprung psychiatric hospital report number of patients between 2009 to 2011*. Chiang Mai: Suanprung Psychiatric Hospital. (in Thai)
- Sukhawaha, S., Arunpongpaisal, S., & Rungreangkulkij, S. (2016). Attempted suicide triggers in Thai adolescent perspectives. *Archives of psychiatric nursing*, 30(3), 334-341.
- Tangcharoensathien, V., Withayapipopsakul, W., Panichkriangkrai, W., Patcharanarumol, W., & Mills, A. (2018). Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage. *The Lancet*, 391(10126), 1205-1223. doi: 10.1016/s0140-6736(18) 30198-3.
- Twenge, J. M., Joiner, T. E., Rogers, M. L., & Martin, G. N. (2018). Increases in depressive symptoms, suicide-related outcomes, and suicide rates among US adolescents after 2010 and links to increased new media screen time. *Clinical Psychological Science*, 6(1), 3-17.
- World Health Organization. (2019). *Suicide in the world: global health estimates (No. WHO/MSD/MER/19.3)*. Geneva: World Health Organization.

ประชาสัมพันธ์

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร รับพิจารณาบทความที่ส่งมาเพื่อขอรับการตีพิมพ์ โดยบทความนั้น ต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ใดๆ เช่น วารสาร รายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการระดับชาติหรือนานาชาติ เป็นต้น หรืออยู่ระหว่างการพิจารณาจากวารสารอื่น โดยมีคำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์ประกอบด้วย 1) ประเภทบทความ 2) การจัดเตรียมต้นฉบับ และ 3) การส่งต้นฉบับ ดังนี้

1) ประเภทบทความ

บทความวิจัย (Research article) หมายถึง รายงานผลการศึกษาค้นคว้าวิจัย ทางด้านสาธารณสุขศาสตร์ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อาชีวอนามัยและความปลอดภัย อนามัยสิ่งแวดล้อม การบริการสุขภาพ การแพทย์แผนไทยประยุกต์ และสาขาที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนแนวคิดนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพ ที่ผ่านการศึกษาค้นคว้าอย่างเป็นระบบด้วยกระบวนการวิจัย ซึ่งไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่น ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ บทคัดย่อเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ วัตถุประสงค์การวิจัย ระเบียบวิธีวิจัย ผลการวิจัย สรุปและอภิปรายผล ข้อเสนอแนะ และเอกสารอ้างอิง ความยาวประมาณ 10-15 หน้ากระดาษ A4

บทความวิชาการ (Review article) หมายถึง บทความที่เขียนจากการรวบรวมความรู้ ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ทางด้านสาธารณสุขศาสตร์ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อาชีวอนามัยและความปลอดภัย อนามัยสิ่งแวดล้อม การบริการสุขภาพ การแพทย์แผนไทยประยุกต์ และสาขาที่เกี่ยวข้อง ซึ่งไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นผู้พิมพ์ รวบรวมโดยการอ่านและวิเคราะห์จากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ บทคัดย่อเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ เนื้อเรื่อง บทสรุป และเอกสารอ้างอิง ความยาวประมาณ 10-15 หน้ากระดาษ A4

บทวิจารณ์หนังสือ (Book review) หมายถึง บทความที่เขียนขึ้นเพื่อวิเคราะห์วิจารณ์หนังสือหรือตำราทางวิชาการเล่มใดเล่มหนึ่งอย่างเป็นวิชาการ หนังสือหรือตำราดังกล่าวต้องมีเนื้อหาในสาขาทางด้านสาธารณสุขศาสตร์ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อาชีวอนามัยและความปลอดภัย อนามัยสิ่งแวดล้อม การบริการสุขภาพ การแพทย์แผนไทยประยุกต์ และสาขาที่เกี่ยวข้อง บทวิจารณ์หนังสือ ควรประกอบด้วย องค์ประกอบหรือโครงสร้างของหนังสือ เนื้อหาของหนังสือในภาพรวม และเนื้อหาของแต่ละส่วนโดยย่อ (Synopsis) ข้อดี ข้อด้อย และ/หรือประโยชน์ของหนังสือ ทั้งนี้ บทวิจารณ์หนังสือควรมีความยาวประมาณ 3-5 หน้ากระดาษ A4

ปกิณกะ (Miscellany) หมายถึง บทความเบ็ดเตล็ด ที่มีความหลากหลาย เช่น บทความที่น่าสนใจ ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะทั่วไป ความยาวไม่เกิน 5 หน้ากระดาษ A4

จดหมายถึงบรรณาธิการ (Letter to editor) หมายถึง จดหมายโต้ตอบระหว่างนักวิชาการ ผู้อ่าน กับผู้พิมพ์ซึ่งเป็นเจ้าของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสาร ในกรณีที่ผู้อ่านมีข้อคิดเห็นแตกต่าง ต้องการชี้ให้เห็นความไม่สมบูรณ์หรือข้อผิดพลาดของบทความ ซึ่งบางครั้งบรรณาธิการอาจพิจารณาสนับสนุนหรือโต้แย้ง ควรมีความยาว 3 หน้ากระดาษ A4

2) การจัดเตรียมต้นฉบับ

ต้นฉบับที่ส่งมาเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จะต้องไม่เป็นเรื่องที่เคยตีพิมพ์ หรือกำลังอยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารอื่น ผู้นิพนธ์สามารถจัดเตรียมต้นฉบับได้ทั้งในรูปแบบภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ดังนี้

2.1) รูปแบบการจัดเตรียมต้นฉบับภาษาไทย

การใช้ภาษาไทยให้ยึดตามหลักราชบัณฑิตยสถาน โดยพยายามหลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษในข้อความภาษาไทยยกเว้นกรณีจำเป็น หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อนและไม่ใช้คำย่อที่ยังไม่เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไป การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ให้ยึดตามหลักราชบัณฑิตยสถาน พิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษ ขนาด A4 (210 x 279 มม.) เว้นระยะห่างจากขอบกระดาษ 2.54 ซม. (1 นิ้ว) ทุกด้าน ยกเว้นด้านซ้าย 3.81 ซม. (1.5 นิ้ว) พิมพ์ด้วยโปรแกรมไมโครซอฟท์เวิร์ด (Microsoft Word) พิมพ์หน้าเดียว 1 คอลัมน์ ระยะห่างบรรทัด 1 เท่า (Single space) ด้วยรูปแบบอักษร Browallia UPC ขนาด 14 ตัวอักษรต่อนิ้ว ทั้งอักษรภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยกำหนดหน้าที่ 1 เป็นชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ บทคัดย่อและคำสำคัญภาษาไทย หน้าที่ 2 เป็นชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ บทคัดย่อและคำสำคัญภาษาอังกฤษ มีรายละเอียดดังนี้

ชื่อเรื่อง ชื่อเรื่องควรสั้นกะทัดรัดและสื่อถึงเป้าหมายหลักของการศึกษา ไม่ใช้คำย่อ ความยาวไม่ควรเกิน 100 ตัวอักษร ชื่อเรื่องสำหรับบทความภาษาไทย ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยชื่อเรื่องภาษาอังกฤษนั้นใช้อักษรตัวพิมพ์ใหญ่ในตัวแรกของประโยค หลังจากนั้นใช้อักษรตัวพิมพ์เล็ก กรณีชื่อเฉพาะใช้อักษรตัวพิมพ์ใหญ่

ชื่อผู้นิพนธ์ ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษพร้อมทั้งวุฒิการศึกษาสูงสุด ไม่ใส่ตำแหน่งวิชาการ ในกรณีที่ผู้นิพนธ์หลายคนให้เรียงชื่อตามลำดับความสำคัญที่แต่ละคนมีส่วนร่วมในงานวิจัยนั้น พร้อมทั้งแสดง e-mail ของผู้รับผิดชอบบทความ (Corresponding author) แทรกเชิงอรรถตามลำดับเลขแสดงตำแหน่งของผู้นิพนธ์ หน่วยงานหรือสถาบันที่ผู้นิพนธ์อยู่ขณะทำการวิจัย

บทคัดย่อ เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความได้แก่ ความสำคัญ วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา และบทสรุป โดยใช้ภาษาที่รัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์มีความหมายในตัวเอง ไม่ควรมีคำย่อ ต้องเขียนเป็นภาษาไทย แสดงบทคัดย่อภาษาไทยก่อนบทคัดย่อภาษาอังกฤษ โดยบทคัดย่อภาษาไทยไม่ควรเกิน 300 คำ และบทคัดย่อภาษาอังกฤษไม่ควรเกิน 300 คำ

คำสำคัญ ระบุดำคำสำคัญใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อของแต่ละภาษา โดยระบุคำที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาของงานวิจัย จำนวน 3-5 คำ เรียงลำดับตามตัวอักษร โดยใช้ภาษาไทยเป็นหลัก เช่น

คำสำคัญ: การดูแลตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

Keywords: Self-care, Health belief model, Type 2 Diabetes Mellitus patients

บทนำ แสดงที่มาและความสำคัญของปัญหาและช่องว่างในการวิจัยที่นำไปสู่การศึกษา โดยให้ข้อมูลทางวิชาการที่เกี่ยวข้องอย่างคร่าวๆ การทบทวนวรรณกรรมที่ระบุตัวแปรในการศึกษาในบทนำต้องเกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย ระบุมุ่งประสงค์ของงานวิจัยเป็นรายข้อ

ระเบียบวิธีวิจัย แสดงรูปแบบของการวิจัย โดยครอบคลุมถึง ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล และสำหรับการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์หรือสัตว์ทดลอง ผู้นิพนธ์ต้องระบุให้ชัดเจนว่าโครงการวิจัยได้ผ่านความเห็นชอบโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์หรือสัตว์ทดลอง พร้อมทั้งระบุเลขอนุมัติโครงการ การจัดทำอาจแยกหัวข้อย่อยหรือแบ่งย่อหน้าตามหัวข้อย่อย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แสดงขอบเขตประชากรในการศึกษา การคำนวณหรือวิธีการกำหนดขนาดตัวอย่าง และวิธีการสุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย แสดงเครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการวิจัย รวมถึงการตรวจสอบเครื่องมือ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล แสดงวิธีการที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล แสดงวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผลการวิจัย แสดงผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน ตั้งแต่ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลที่ตอบตามวัตถุประสงค์ ถ้าผลไม่ซับซ้อนหรือไม่มีตัวเลขมากอาจบรรยายเป็นร้อยแก้ว แต่ถ้ามีตัวเลขมากหรือตัวแปรมาก อาจใช้ตารางหรือแผนภูมิโดยนำเสนอในเนื้อหาของบทความ ไม่ต้องแยกไว้ส่วนท้ายตารางและแผนภูมิ รวมกันไม่ควรเกิน 5 ตารางหรือแผนภูมิ รูปแบบการนำเสนอค่าสถิติควรมีความเป็นสากลและสามารถใช้ภาษาอังกฤษในการนำเสนอค่าสถิติ

สรุปและอภิปรายผล แสดงบทสรุปเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยและวิจารณ์ว่าผลการวิจัยตรงกับสมมติฐานการวิจัย เหมือนหรือแตกต่างไปจากผลงานที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น ไม่ควรคาดเดาอย่างเลื่อนลอยโดยไม่มีหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ โดยสามารถเขียนแยกย่อหน้าตามประเด็นที่อภิปรายผล

ข้อเสนอแนะ ให้ระบุข้อเสนอที่ผู้เกี่ยวข้องหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้จริง ตลอดจนการวิจัยหรือพัฒนาองค์ความรู้ในรูปแบบต่างๆ

กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) กรณีมีแหล่งทุนสนับสนุนวิจัย หรือผู้มีส่วนสนับสนุนการวิจัยที่ต้องการแสดงความขอบคุณ

เอกสารอ้างอิง ในการอ้างอิงเอกสารในบทความ ผู้พิมพ์จะต้องใช้ข้อมูลจากแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือและทันสมัยไม่ควรเกิน 10 ปี (ยกเว้นตำราหรือหนังสือ) มีการระบุชื่อผู้แต่งและปีพิมพ์ปรากฏอย่างชัดเจน ควรอ้างอิงจากแหล่งหรือเอกสารที่เป็นต้นฉบับของข้อมูล และบทความใดที่มีการตรวจสอบพบมีการคัดลอกผลงาน (Plagiarism) จะถูกตัดสิทธิ์ในการพิจารณาผลงานตีพิมพ์ทันที

ตารางและภาพ มีรายละเอียดการจัดเตรียม ดังนี้

- ชื่อตารางและภาพ (หรือแผนภูมิ) ให้เรียงเลขอารบิกตามลำดับเนื้อหาของบทความ และแยกลำดับตามประเภท มีคำอธิบายสั้นๆ แต่ได้สาระครบถ้วน และต้องมีการกล่าวอ้างถึงในเนื้อความ กรณีที่ภาพมีการย่อหลายๆ ภาพ ให้ใส่สัญลักษณ์ภาพย่อเป็นตัวอักษรใหญ่อังกฤษ A, B, C, D....กำกับไว้เพื่อใช้อ้างถึงในเนื้อความ

- ไม่ควรใช้ตารางและภาพที่มีเนื้อหาซ้ำซ้อนกัน และไม่ควรแสดงตารางและภาพเกินความจำเป็น หากสามารถอธิบายได้ดีในเนื้อเรื่องแล้ว

- การจัดทำตารางและภาพ ให้นำเสนอในเนื้อหาของบทความ ไม่ต้องแยกไว้ส่วนท้าย

- ตารางและภาพควรมีความชัดเจนสามารถอ่านและเข้าใจได้ง่าย และควรมีคำอธิบายที่เพียงพอที่ช่วยในการอ่าน ควรมีการแสดงนัยสำคัญทางสถิติกำกับด้วยเครื่องหมาย * (เช่น $p\text{-value} < 0.05$) ในตารางหรือภาพ

- รูปภาพต้องมีความคมชัด จัดเตรียมในแบบไฟล์นามสกุล jpg หรือ tif โดยบันทึกไฟล์ที่มีความละเอียดสูง (300 dpi ขึ้นไป)

2.2) รูปแบบการจัดเตรียมต้นฉบับภาษาอังกฤษ

การจัดเตรียมต้นฉบับภาษาอังกฤษ ให้ผู้นิพนธ์แนบเอกสารรับรองการตรวจสอบจากเจ้าของภาษา เพื่อแสดงถึงความถูกต้องเหมาะสมในการใช้ภาษา และดำเนินการจัดเตรียมต้นฉบับเช่นเดียวกับการจัดเตรียมต้นฉบับภาษาไทย โดยใช้รูปแบบอักษร Browallia UPC ขนาด 14 ตัวอักษรต่อหน้า

2.3) การจัดทำเอกสารอ้างอิง

ผู้นิพนธ์ต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ APA ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 6 (The Publication Manual of the American Psychological Association, 6th edition, published by the American Psychological Association, 2011)

2.3.1) การอ้างอิงในเนื้อหาใช้ระบบนามปี (Name year system) โดยเขียนเป็นภาษาอังกฤษ ทั้งชื่อผู้นิพนธ์ภาษาไทยและชื่อผู้นิพนธ์ภาษาอังกฤษเขียนเฉพาะชื่อสกุล คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (.) และตามด้วยปี ค.ศ. โดยเขียนชื่อผู้นิพนธ์ทุกคน (กรณีไม่เกิน 6 คน) ถ้ามากกว่า 6 คน ให้เขียนชื่อผู้นิพนธ์ 6 คนแรก แล้วตามด้วย et al. ดังตัวอย่าง

กรณีผู้นิพนธ์ 1 คน

.....ข้อความ..... (Kitreerawutiwong, 2019)

กรณีผู้นิพนธ์ 2 คน

.....ข้อความ..... (Kitreerawutiwong & Keeratisiroj, 2019)

กรณีผู้นิพนธ์ 3-6 คน

.....กรณีอ้างอิงครั้งแรก..... (Kitreerawutiwong, Keeratisiroj, Phetphum, & Mekrungruangwong, 2019)

.....กรณีอ้างอิงครั้งต่อไป..... (Kitreerawutiwong et al., 2019)

กรณีผู้นิพนธ์มากกว่า 6 คน

....ข้อความ.....(Kitreerawutiwong, Keeratisiroj, Phetphum, Mekrungruangwong, Rachthonglang, Samanam et al., 2019)

2.3.2) การอ้างอิงท้ายบทความในกรณีไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อสกุลผู้นิพนธ์ทุกคน ถ้ามากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อสกุลผู้นิพนธ์ 6 คนแรกตามด้วยet al. สำหรับบทความ หนังสือ หรือเอกสาร ที่เป็นภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด และให้วงเล็บ (in Thai) จัดเรียงลำดับตามตัวอักษร ดังตัวอย่าง (พร้อมทั้งแนบไฟล์เอกสารอ้างอิงที่จัดทำตามต้นฉบับของเจ้าของภาษาส่งมาพร้อมบทความ)

1) หนังสือ

ชื่อผู้นิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อหนังสือ (ครั้งที่พิมพ์ ตั้งแต่พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

Kitreerawutiwong, N. (2018). *Public health research: From principle practice*. (2nd ed.). Phitsanulok: Naresuan University Publishing House. (in Thai).

Marion, N. E., & Hill, J. B. (2019). *Marijuana 360: Differing perspectives on legalization*: Rowman & Littlefield.

2) วารสาร

ชื่อผู้พิมพ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), หน้า.

ตัวอย่าง

Phetphum, J., Nimpitakpong, P., Noosorn, N., Keeratisiroj, O., & Wangwonsin, A. (2017). Attitudes on the New Tobacco Products Control Act of Tobacco Retailers in Regional Health 2. *Research and Development Health System Journal*, 10(3), 321-330. (in Thai).

Kitreerawutiwong, N., Mekrungrongwong, S., & Keeratisiroj, O. (2018). The development of the community-based palliative care model in a district health system, Phitsanulok Province, Thailand. *Indian Journal of Palliative Care*, 24(4), 436-445.

3) หนังสือรวมเรื่อง (Book Review)

ชื่อผู้พิมพ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. ใน ชื่อบรรณาธิการ (บรรณาธิการ), ชื่อหนังสือ (ครั้งที่พิมพ์ ตั้งแต่พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป, หน้า). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

Friese, C., Hofmann, W., & Wanke, M. (2003). The impulsive consumer: Predicting consumer behavior with implicit reaction time measures. In M. Wanke (Ed.), *Social psychology of consumer behavior* (pp. 335-364). New York, NY: Psychology Press.

4) สื่ออิเล็กทรอนิกส์

ชื่อผู้พิมพ์. (วันที่ เดือน ปีที่ปรับปรุงล่าสุด). ชื่อเรื่อง. วันที่ทำการสืบค้น, ชื่อฐานข้อมูล.

ตัวอย่าง

Department of Older Persons. (2019, March 10). Statistics of the number of elderly by province and age, 2018. Retrieved March 20, 2019, from <http://www.dop.go.th/th/know/1/159>. (in Thai)

World Health Organization. (2018, February 5). Ageing and health. Retrieved March 20, 2019, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.

5) วิทยานิพนธ์

ชื่อผู้พิมพ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อวิทยานิพนธ์. ระดับปริญญาของวิทยานิพนธ์, สถาบันการศึกษา. เมืองที่ตั้ง.

ตัวอย่าง

Tinnarat, W. (2017). Factors associated with medication adherence among hypertensive patients at Sai Thong Watthana Hospital, Kamphaengphet Province. Thesis of Master of Public Health, Naresuan University, Phitsanulok. (in Thai)

2.4) การแก้ไขบทความเมื่อได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ประเมินบทความ

เมื่อผู้พิมพ์ ได้รับข้อเสนอแนะในการปรับปรุงบทความจากบรรณาธิการ ให้ดำเนินการแก้ไขตามข้อเสนอแนะ โดยทำสัญลักษณ์แสดงการแก้ไข ด้วยตัวอักษรสีหรือแถบสี หากไม่แก้ไขให้แสดงเหตุผลเชิงวิชาการแนบมาในบทความนั้นด้วย

3) การส่งต้นฉบับ

3.1) ส่งต้นฉบับบทความเป็นอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ (.docx) พร้อมแนบไฟล์ภาพ (ถ้ามี) ชนิด jpg หรือ tif และเอกสารแนบเพิ่มเติม ดังนี้

- แบบรับรองการตีพิมพ์บทความในวารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ โดยมีการลงนามของผู้พิมพ์ทุกท่าน

- เอกสารอ้างอิงที่จัดทำตามต้นฉบับของเจ้าของภาษา

- สำหรับนิพนธ์ต้นฉบับที่เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หรือการศึกษาอิสระ ทั้งในระดับปริญญาตรี โท และเอก ผู้พิมพ์ต้องส่งหนังสือรับรองบทความวิจัยจากวิทยานิพนธ์/การศึกษาอิสระ ที่ผ่านความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษา ตามแบบฟอร์มของทางวารสารฯ

- สำหรับนิพนธ์ต้นฉบับที่จัดทำเป็นภาษาอังกฤษ ผู้พิมพ์ต้องส่งเอกสารรับรองการตรวจสอบจากเจ้าของภาษา

ส่งเอกสารไปยังเว็บไซต์ของวารสารฯ (<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPHNU/index>) เพื่อดำเนินการส่งบทความ โดยให้ผู้พิมพ์ดำเนินการส่งบทความต้นฉบับเข้าสู่ระบบตามแนวปฏิบัติของระบบ ThaiJo ตามคำแนะนำที่ปรากฏในเว็บไซต์ของวารสาร ทั้งนี้ผู้พิมพ์สามารถศึกษาข้อมูล คำแนะนำเบื้องต้นสำหรับผู้พิมพ์ที่เมื่อด้านขวามือของหน้าเว็บไซต์

3.2) เมื่อบทความผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วจะมีหนังสือแจ้งจากกองบรรณาธิการวารสารส่งไปยังผู้พิมพ์ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบบทความ โดยผู้พิมพ์สามารถติดตามสถานะการแจ้งแก้ไขบทความจากระบบ ThaiJo โดยให้ผู้พิมพ์ดำเนินการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

3.3) ผู้พิมพ์ที่ประสงค์จะขอข้อมูลหรือรายละเอียดเพิ่มเติมโปรดติดต่อกองบรรณาธิการ ดังนี้

กองบรรณาธิการ วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
เลขที่ 99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000
โทรศัพท์ 0 55 96 7319
โทรสาร 0 5596 7333
e-mail: jphnu@nu.ac.th

*** กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาบทความที่จัดเตรียมต้นฉบับตามรูปแบบของทางวารสารฯ และโครงการวิจัยที่ได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์หรือสัตว์ทดลองเมื่อผู้พิมพ์ได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ผลงานฉบับแรกแล้ว จึงส่งผลงานอีกรูปแบบหนึ่งได้

ติดต่อสอบถามรายละเอียด

1. บรรณาธิการ วารสารสาธิตศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิทรา กิจธีระวุฒินันท์
โทรศัพท์: 0 5596 7319 , 089 704 8920
e-mail: jphnu@nu.ac.th
2. ผู้ช่วยบรรณาธิการ วารสารสาธิตศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรรณณ กิริติโรจน์
โทรศัพท์: 0 5596 7413
e-mail: jphnu@nu.ac.th
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ
โทรศัพท์: 0 5596 7431
e-mail: jphnu@nu.ac.th
3. เลขานุการบรรณาธิการ วารสารสาธิตศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์
โทรศัพท์: 090 973 8225
e-mail: jphnu@nu.ac.th
4. ผู้ประสานงาน วารสารสาธิตศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
นางสาวจิตติพร ราษฎร์ทองกลาง
โทรศัพท์: 0 5596 7331
e-mail: jphnu@nu.ac.th

แบบรับรองการตีพิมพ์บทความในวารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

เรียน บรรณาธิการวารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ตามที่ข้าพเจ้าได้ส่งบทความเรื่อง.....

.....
เพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร และบรรณาธิการได้รับบทความของข้าพเจ้า
ไว้พิจารณา โดยผู้พิมพ์ทุกท่านของบทความนี้ได้ลงนามไว้ข้างท้าย เพื่อรับรองว่าข้อมูลในบทความดังกล่าว
เป็นความจริงและถูกต้อง ทั้งนี้เนื้อหาของบทความนี้ บางส่วนหรือทั้งหมดไม่เคยตีพิมพ์ หรืออยู่ระหว่าง
การพิจารณา หรือได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น

ผู้พิมพ์ทุกท่านยินยอมให้ตีพิมพ์บทความฉบับนี้ในวารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพียงฉบับเดียวเท่านั้นหรือจนกว่าจะมีการแจ้งการยกเลิกการตีพิมพ์บทความนี้ ในการนี้ ผู้พิมพ์ทุกท่าน
ได้รับรอง รับทราบ เห็นด้วย ยืนยัน และยินยอมปฏิบัติตามข้อตกลงดังกล่าวแล้ว จึงได้ลงนามรับรองไว้ที่
ข้างท้ายของหนังสือรับรองฉบับนี้

ลงนามผู้พิมพ์คนที่ 1

(ชื่อสกุลตัวบรรจง.....)

ลงนามผู้พิมพ์คนที่ 2

(ชื่อสกุลตัวบรรจง.....)

ลงนามผู้พิมพ์คนที่ 3

(ชื่อสกุลตัวบรรจง.....)

ลงนามผู้พิมพ์คนที่ 4

(ชื่อสกุลตัวบรรจง.....)

ลงนามผู้พิมพ์คนที่ 5

(ชื่อสกุลตัวบรรจง.....)

วันเดือนปีที่ลงนาม

แบบรับรองบทความวิจัยจากวิทยานิพนธ์/การศึกษาอิสระ

เรียน บรรณาธิการวารสารสาธิตานสุนศาสตร มหาวิทาลัยนเรศวร

ข้าพเจ้าชื่อ สกูลตำแหน่ง

หน่วยงาน / สถาบัน.....หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน โทรศัพท์มือถือ

โทรสารe-mail.....

ขอรับรองว่าได้ตรวจสอบบทความวิจัยจากวิทยานิพนธ์ / การศึกษาอิสระ เรื่อง

.....

.....

ของนักศึกษาในที่ปรึกษา ชื่อ สกูล (นักศึกษาในการดูแล)

ว่าถูกต้องตามหลักวิชาการ เป็นที่เรียบร้อย และยินดีให้ตีพิมพ์ในวารสารสาธิตานสุนศาสตร มหาวิทาลัยนเรศวรได้

ลายมือชื่อ.....

(.....)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ / การศึกษาอิสระ

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิอ่านบทความ

1. รองศาสตราจารย์ ดร. พรรณี ปัญชรหัตถกิจ
2. รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ บุญเชียง
3. รองศาสตราจารย์ ดร. ปุณณพัฒน์ ไชยมะลิ
4. รองศาสตราจารย์ ดร. เตชา ทำดี
5. รองศาสตราจารย์ ดร. ปัทมา สุพรรณกุล
6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วุฒิชัย จริยา
7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร. สุกัญญา คำสอน
8. ดร. อัศนี วันชัย
9. ดร. เชษฐา แก้วพรม



คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร



คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
99 หมู่ 9 ต.ท่าโพธิ์ อ.เมือง จ.พิษณุโลก 65000



055 - 967319, 055 - 967331



jphnu@nu.ac.th
www.health.nu.ac.th