วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

JCCPH

JOURNAL OF COUNCIL OF COMMUNITY-PUBLIC HEALTH

ปีที่ 2 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2563 Vol.2 No.3 September - December 2020

ISSN 2697-5653 (Online)
ISSN 2730-1729 (Print)

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
Journal of Council of Community Public Health

ปีที่ 2 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2563

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่และส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการสาธารณสุขชุมชนและความรู้จากศาสตร์อื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์แก่วิชาชีพสาธารณสุขชุมชน
2. เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมผลงานวิจัยและเพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสาธารณสุข
3. เพื่อสร้างเครือข่ายการเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความวิชาการ และองค์ความรู้ระหว่างสภาการสาธารณสุขชุมชนกับหน่วยงานภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชน

สำนักงาน :

สำนักงานกองบรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
สภาการสาธารณสุขชุมชน
88/20 อาคาร 5 ชั้น 5 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขชุมชน
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 02-5919186, 091-8348711 โทรสาร 02-5919187
e-mail : The.JCCPH@gmail.com
web:https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JCCPH/index

ที่พิมพ์ :

บริษัท อาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด
67 อาคารท้อปส์ซูเปอร์มาร์เก็ต ชั้น 3 ถนนงามวงศ์วาน
แขวงลาดยาว เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900
โทรศัพท์ 029413677

เลขจดแจ้งการพิมพ์ สสช.18/2563
ISSN 2697-5653 (Online)
ISSN 2730-1729 (Print)

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
Journal of Council of Community Public Health: JCCPH
ปีที่ 2 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2563

ที่ปรึกษา
ดร.ไพศาล บางชวด
ศาสตราจารย์ ดร.นพ.สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล
ศาสตราจารย์(คุณวุฒิ) ดร.นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์
ศาสตราจารย์(เกียรติคุณ) ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ
รองศาสตราจารย์ ดร.วิทยา อยู่สุข
รองศาสตราจารย์ (พิเศษ) ภก. กิตติ พิทักษ์นิตินันท์
นายมานะ เปาทุย

บรรณาธิการ
ดร.ปริญญา จิตอร่าม
ผู้ช่วยบรรณาธิการ
ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ

กองจัดการ
อาจารย์ยลฤดี ตัณฑสิทธิ์
นางสาวสวยบะห์ หาแว

กองบรรณาธิการ
ศาสตราจารย์ ดร.สถิรกร พงศ์พานิช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสุมน พฤฒิภิญโญ มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร.วงศา เล้าหศิริวงศ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
รองศาสตราจารย์ ดร.สสิธร เทพตระการพร มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
รองศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ ศิวะเดชาเทพ มหาวิทยาลัยสยาม
รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รองศาสตราจารย์ ดร.ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์ มหาวิทยาลัยทักษิณ
รองศาสตราจารย์ ดร.นพรัตน์ ส่งเสริม มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
รองศาสตราจารย์ ดร. ทรงพล ต่อนี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวลักษณ์ ลักษมีจรัลกุล มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทพ.ณัฐวุธ แก้วสุทธา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร.สมตระกูล ราศิริ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
อาจารย์ ดร.พิทยา ศรีเมือง วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
อาจารย์ ดร.จิรนันท์ ตุลชาติ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
อาจารย์ ดร.สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

กำหนดออก
ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้
ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน
ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม
ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม
เจ้าของ
สภาการสาธารณสุขชุมชน

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ จำนวน 2 ท่านต่อบทความ และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือสภาการสาธารณสุขชุมชน ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

บทบรรณาธิการวารสาร

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนฉบับนี้เป็นฉบับประจำปีที่ 2 ฉบับที่ 3 ซึ่งเป็นฉบับปีพุทธศักราช 2563 ยังคงมีเนื้อหาและสาระทางวิชาการที่เข้มข้น ทุกบทความได้ผ่านการกลั่นกรองจากกองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้วารสารมีความน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับในวงวิชาการ สำหรับเนื้อหาสาระในฉบับนี้ประกอบด้วย รายงานการศึกษาวิจัย จำนวน 10 เรื่อง

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน ขอขอบคุณทุกท่านที่ติดตามอ่านวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนมาอย่างต่อเนื่อง ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เขียนบทความทุกท่านที่ได้ตรวจสอบคุณภาพอย่างเข้มข้นเพื่อให้วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนคงมาตรฐาน เนื้อหาถูกต้องตามหลักวิชาการ

หากท่านมีความประสงค์จะส่งผลงานวิจัย/วิชาการมาเผยแพร่ในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน หรือมีข้อเสนอแนะประการใด สามารถดูรายละเอียดของการส่งได้ที่ท้ายเล่มและขอเรียนเชิญสมาชิกทุกท่านช่วยประชาสัมพันธ์และบอกกล่าวท่านผู้สนใจ

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เนื้อหาสาระของบทความที่วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนได้นำเสนอไปนั้น จะเป็นประโยชน์ต่อท่านผู้อ่านเพื่อเป็นมุมมอง แนวคิดในการศึกษาวิจัยต่อไปในอนาคต

ปริญญา จิตอร่าม
บรรณาธิการ

สารบัญ

หน้า

บรรณาธิการ

กองบรรณาธิการ

บทบรรณาธิการวารสาร

บทความวิจัย (Original Article) :

ผลของโปรแกรมสุขศึกษาจากการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ตำบลเมืองใหม่อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู 1

Effect of Health Education Program on Health Belief Model Application with Social Support for Behavioral Change to Prevent Opisthorchiasis and Cholangiocarcinoma of People Aged 40 Years over in Muangmai Sub-district, Sriboonruang District, Nongbua Lamphu Province

ทวีเลิศ ชายงาม, ลิขิต เรืองจรัส และ ศุมาลิณ ดีจันทร์

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่หมู่ 3 บ้านซับถาวร ตำบลไทยอุดม อำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว..... 16

Health Literacy and Behavior Prevention of Opisthorchiasis of People in Moo 3 Baan Sub Thaworn Thai Udom Sub-District Khlong Hat District, Sa kaeo Province Thailand

ธนากร วรัมพร, ยุวดี สาระพันธ์ และ สุนิศา แสงจันทร์

ความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าพัฒนา อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม..... 31

Stress and Quality of Life Caregivers of Elderly in Lao Phatthana Sub-District Health Promotion Hospital, Na Wa District, Nakhon Phanom Province

สุนิตรา เดชขันธ์, ประทีป กาลเขว้า และเบญญาภา กาลเขว้า

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาการป้องกันโรคพยาธิต่อความรู้และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ของพลทหาร จังหวัดอุบลราชธานี..... 44

The Effectiveness of Helminth Prevention Program on Knowledge and Health Perception for Privates, Ubon Ratchathani Province

จิตตาวดี วิจารณ์, นฤมล คำสมบัติ, เกศิณี หาญจังสิทธิ์ และอุรารัช บูรณะคงคาตรี

การเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังให้สุขศึกษา เรื่องยาแก้ปวดของประชาชนในตำบลปิล๊อก อำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี..... 57

A comparative Study of Knowledge and Practice Before and After Health Education on Painkiller of the People In Public health Center Ban Muengpilok District, Kanchanaburi Province

พัณนิดา สุริวงษ์ และ สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

คุณภาพชีวิตในการทำงานกับความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรที่ปฏิบัติงานเครือข่ายสุขภาพอำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช..... 68

Qualities of Life in Working and Organization Commitment of Personnel in Lansaka District Health Network Nakhon Si Thammarat Province

วสุพัชร์ แก้วกิ้ม

การพัฒนาสื่อด้านสุขภาพเรื่องการป้องกันโรคอาหารเป็นพิษโบทูลิซึมจากกระป๋องน้ำอัดลมสำหรับผู้ปกครองในเด็กวัยประถมศึกษา หมู่ที่ 2 ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล..... 80

Development of Health Media on Prevention of Food Poisoning Botulism from Soda Cans.For Parents of Primary School Children, Village No. 2 Jebilang Sub-District, Mueang District, Satun Province

วิทยา พลาอาด

ความพร้อมในการทำงานและปัจจัยสภาพแวดล้อมทางการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการทำงานของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น..... 89

Work Readiness and Educational Environment Factors Related to Work Readiness of Student at Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen

รุ่งนภา แสงแดง, ประทีป กาลเขว้า และเบญญาภา กาลเขว้า

ความตรงและความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองของนักวิชาการสาธารณสุขในภาคตะวันออกเฉียงเหนือต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ถึงหลังคลอด..... 100

Validity and Reliability of Self-Efficacy Questionnaire among Public Health Professionals for Perinatal Depressive Symptom Prevention in Women

นิติกร ภู่สุวรรณ และ สันติสุข ไชยมงคล

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนตำบลป่าเซ่า อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์..... 109

Potential Development Model of the Elderly's Caregivers with Participation of the Community Network Pa Sao, Muang, Uttaradit

ศศิธร สุขจิตต์, จงรัก ดวงทอง และ วรวุฒิ ธุวะคำ

คำแนะนำการส่งบทความ

ผลของโปรแกรมสุขศึกษาจากการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ตำบลเมืองใหม่อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

Effect of Health Education Program on Health Belief Model Application with Social Support for Behavioral Change to Prevent Opisthorchiasis and Cholangiocarcinoma of People Aged 40 Years over in Muangmai Sub-district, Sriboonruang District, Nongbua Lamphu Province

ทวีเลิศ ชายงาม[1*], ลิขิต เรืองจรัส[1] และ ศุมาลิณ ดีจันทร์[2]

Taweelert Chayngam[1*], Likhit Ruangjarat[1] and Sumalin Dechan[2]

โรงพยาบาลศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู[1*], คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์[2]

Sriboonruang Hospital, Nongbua Lamphu Province[1*], Faculty of Science and Technology, Phetchabun Rajabhat University[2]

(Received: *April 20*, 2020; Revised: *August 22*, 2020; Accepted: *December 10*, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาจากการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ตำบลเมืองใหม่ อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู จำนวน 76 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 38 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ได้แก่ การบรรยาย การใช้สื่อสุขศึกษา การสาธิต การฝึกปฏิบัติ การอภิปรายกลุ่ม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เอกสารคู่มือ แผ่นพับ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม การเยี่ยมบ้าน รวม 24 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Paired t-test และ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง มีการรับรู้ความรุนแรง มีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัว และมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.01)

ควรนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้กับงานป้องกันโรคติดเชื้อหนอนพยาธิหรือโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การสร้างเครือข่าย และกิจกรรมการรณรงค์ลด ละ เลิก การรับประทานอาหารดิบในสังคม

คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, แรงสนับสนุนทางสังคม, พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: makoto_few@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 08-5317-3178)

Abstract

This Quasi-experimental research aimed to study the effects of health education program applied health belief model and social support on behavioral change to prevent Opisthorchiasis and Cholangiocarcinoma of people aged 40 years and over in Muangmai Sub- district, Sriboonruang District, Nongbua Lamphu Province. The samples were 76 people randomly selected by systematic random sampling from 3,738 risk people and then the samples were divided into the experimental group and the control group, 38 persons in each group. The experimental group received the health education program, including lectures, health education media, demonstrations, practice, group discussions, learning exchanges, handbooks, brochures, social support for advice and also home visits for a total of 24 weeks. Data were collected before and after the experiment. The data were analyzed by descriptive and inferential statistics to compare mean differences by Paired t-test and Independent t-test.

The results showed that after the experiment, the experimental group had knowledge, perceived risk of the diseases, perceived severity of the disease, benefits and obstacles to prevent the diseases, and proper behaviors to prevent the diseases higher than before the experiment significantly (p-value<0.01).

This research model can be applied for preventing helminthiasis or other diseases that can be prevented by creating good health behaviors such as building networking as " Friends help me to be together for preventing eating raw fish" in order to reduce and stop eating raw food in Thai society.

Keywords: Health Belief Model, Social Support, Opisthorchiasis and Cholangiocarcinoma

บทนำ

ประเทศไทยนับเป็นอีกหนึ่งประเทศที่มีการพัฒนาของสังคมเมืองและชนบทอย่างต่อเนื่อง โดยมีขนาดของสังคมขยายมากขึ้น จึงทำให้สังคมมีความซับซ้อนทั้งทางด้านเศรษฐกิจและวัฒนธรรม โรคและภัยสุขภาพจากการบริโภคที่ไม่ถูกสุขลักษณะก็เช่นกัน ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคนในสังคมปัจจุบันจึงเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยให้ประชาชนสามารถที่จะอาศัยอยู่ในสังคมที่มีเปลี่ยนแปลงไปได้อย่างมีสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดี จึงทำให้เกิดทิศทางการพัฒนาในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560 - 2564 และแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีที่มุ่งเน้นให้ประชาชนคนไทยมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง โดยที่จะสามารถเรียนรู้กับปัญหาสุขภาพของตนเองได้ตลอดช่วงชีวิต ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เจริญก้าวหน้า ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและสังคม (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2560) กระทรวงสาธารณสุขในบทบาทที่เกี่ยวข้องโดยตรงต่อสุขภาพจึงตอบสนองต่อแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตดังกล่าวด้วยการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข 20 ปีโดยในช่วง 5 ปีแรกเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อสุขภาพ รวมทั้งการพัฒนาให้คนมีความรู้ในการดูแลสุขภาพ ส่งเสริมให้คนมีกิจกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2560) โดยเฉพาะเรื่องของพฤติกรรมการรับประทานปลาดิบของคนไทยในทั่วทุกภูมิภาคที่จำเป็นจะต้องอาศัยกระบวนการต่าง ๆเข้ามาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งพบมากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รองลงมาคือภาคเหนือของไทย (กรมควบคุมโรค กระทรวง

สาธารณสุข, 2560) ส่งผลให้มีอัตราการเสียชีวิตด้วยสาเหตุจากโรคมะเร็งรวมทุกชนิดสูงเป็นอันดับ 1 ของสาเหตุการเสียชีวิตคนไทยในปี 2560 ซึ่งหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิตดังกล่าวนั้นมีโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีมีอัตราการเสียชีวิตมากที่สุดคิดเป็น 25.1 ต่อแสนประชากร (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) เมื่อพิจารณาภาคตะวันออกเฉียงเหนือแล้วในประชากร 20 ล้านคน มีกลุ่มเสี่ยงถึง 6 ล้านคน ซึ่งมีอายุ 40 - 50 ปี ได้เสียชีวิต 1 - 2 หมื่นคนต่อปี เป็นปัญหาการเสียชีวิตจากโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (ศูนย์วิจัยพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี, 2559) จึงเป็นเรื่องที่ท้าทายอย่างยิ่งสำหรับเหล่านักสาธารณสุขในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบเพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากการรายงานการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและอีก 7 จังหวัดที่เป็นพื้นที่เสี่ยงสูง พบว่าในปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 ประชาชนได้รับการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี จำนวน 203,974 ราย พบตับผิดปกติ 75,685 ราย สงสัยเป็นมะเร็งท่อน้ำดีจำนวน 2,242 ราย ได้รับการผ่าตัดรักษาจำนวน 881 และรักษาหายขาดได้จำนวน 587 ราย แสดงให้เห็นถึงการมีโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหากได้รับการตรวจคัดกรองโรคและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตั้งแต่ระยะแรก ๆ (สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข, 2561) โดยที่จังหวัดหนองบัวลำภูเป็นหนึ่งในพื้นที่ดังกล่าวซึ่งเป็นเป้าหมายการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีตามแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี พ.ศ. 2559-2568 เพื่อถวายเป็นพระราชกุศลโดยได้ดำเนินการในมาตรการหลักจังหวัดหนองบัวลำภูมีประชากรทั้งหมดจำนวน 525,663 คน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ยังพบอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นอันดับ 1 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดในจังหวัดหนองบัวลำภู โดยมีจำนวน 206 คนคิดเป็น 39.19 ต่อแสนประชากร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู, 2561) โดยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองใหม่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ภายใต้การขับเคลื่อนงานเพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอศรีบุญเรือง จึงได้มีการนำรูปแบบการดำเนินงานมาพัฒนาในระดับตำบล โดยที่ผ่านมาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2555-2556 มีกลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับการตรวจอุจจาระจำนวน 3,894 ราย พบติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและได้รับการรักษาจำนวน 91 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.3 ในระยะต่อมาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองใหม่ จึงพยายามพัฒนากระบวนการในการปฏิบัติงานเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ เนื่องจากยังมีความชุกของการติดเชื้อ และมีสาเหตุของการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีในปีงบประมาณ พ.ศ. 2558-2561 ด้วยอัตรา 98.7, 54.5, 80.2 และ 52.8 ต่อแสนประชากรตามลำดับ นอกจากนี้แล้วผลจากการดำเนินงานคัดกรองโรคมะเร็งท่อน้ำดีด้วยวิธีอัลตร้าซาวด์พบว่าปีงบประมาณ พ.ศ. 2560-2561 พบผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการยืนยันอีกปีละ 2 - 3 คน และมีความผิดปกติที่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งท่อน้ำดีในอนาคตอีก 4 คนและ 7 คน จากผู้ที่เข้ารับการตรวจในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560-2561 จำนวน 204 คนและ 281 คน ตามลำดับ จากผลการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคดังกล่าวหมายความรวมถึงการตรวจคัดกรองโรคซึ่งเป็นหนึ่งในกระบวนการนั้น ยังมีอุปสรรคและช่องว่างการพัฒนาได้แก่ วิธีการและรูปแบบการให้สุขศึกษายังไม่ชัดเจนและยังขาดการติดตามประเมินผลกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จึงเป็นภาพที่สะท้อนให้เห็นถึงกระบวนการป้องกันโรคที่ยังมีประสิทธิภาพไม่ดีเท่าที่ควรจะเป็น ประชาชนกลุ่มเสี่ยงยังไม่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างทั่วถึงจึงทำให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวที่เกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่ไม่ถูกต้อง (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองใหม่, 2561)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ประชาชนมีสุขภาวะที่ดีนั้น จำเป็นต้องอาศัยกระบวนการในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง บนพื้นฐานของหลักการที่สำคัญโดยเชื่อว่า ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker & Maiman (1975) จะเป็นกระบวนการสำคัญใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล เมื่อบุคคลรับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงในการเป็นโรค รับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นไปได้ในทางเดียวกันกับการที่ประชาชนตำบลเมืองใหม่ได้รับรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี รวมถึงการตีความหมายจาก

การรับรู้นั้นจึงนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ดังที่กล่าวมานั้นจะประกอบด้วย 1) ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี 3) การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี 4) การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีและ 5) พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (Becker, & Maiman, 1975) นอกจากแรงผลักดันที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมที่ดีขึ้นแล้วยังมีปัจจัยสำคัญที่เป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคลด้วย กล่าวคือ แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งแนวคิดนี้จะเป็นตัวเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จะหนุนเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่ดีขึ้นประ กอบไปด้วย ความห่วงใย ความไว้วางใจกัน การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน วัสดุอุปกรณ์ การให้ข้อมูลข่าวสารและการป้อนกลับของข้อมูลประเมินตนเองระหว่างกันและกัน (House, 1981) จึงส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่า ในกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถที่จะช่วยให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับที่ดีและเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วีระพล วิเศษสังข์, รติกร ชาติชนะยืนยงและชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล, 2560; ศุภกนก หันทยุง, 2558; เพ็ญนภา คงศิลา, ศุภวิตา แสนศักดิ์ และจงกลนี ธนาไสย์, 2559; ฉัตรลดา ดีพร้อม และนิวัฒน์ วงศ์ใหญ่, 2561; กาญจนา ฮามสมพันธ์, จีรศักดิ์ เจริญพันธ์ และจิราพร วรวงศ์, 2559) ดังนั้นเมื่อนำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จะส่งผลให้ประชาชนเกิดการเรียนรู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นกับสุขภาพตนเองรวมทั้งการหาทางออกเพื่อส่งเสริมให้สุขภาพตนเองเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้นได้ภายใต้การสนับสนุนของสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างเป็นช่วงวัยที่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งท่อน้ำดี และเป็นส่วนสำคัญของครอบครัวและสังคม ย่อมมีอิทธิพลต่อการปลูกฝังจิตสำนึก ทัศนคติของลูกหลาน เป็นที่เคารพรักของสมาชิกในครอบครัว เมื่อมีพฤติกรรมสุขภาพถูกต้องย่อมส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวมีการปฏิบัติดีได้เช่นกัน

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาจากการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ตำบลเมืองใหม่ อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู เพื่อที่จะสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในด้านการจัดบริการสาธารณสุขและพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ นำไปสู่การลดอัตราป่วยและตายด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ด้านการรับรู้และด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

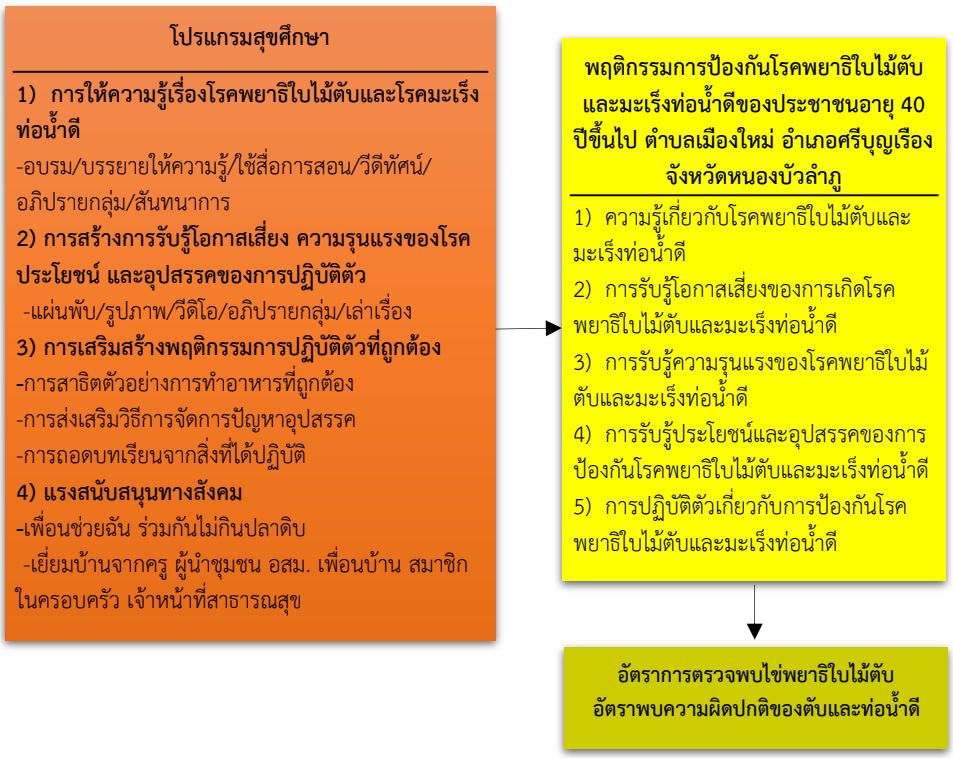
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ด้านการรับรู้และด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐานวิจัย

หลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาแล้วกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีมากกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาและมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม สำหรับตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ตำบลเมืองใหม่ อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดผล 2 ครั้ง เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยมีอายุ 40 ปีขึ้นไปในตำบลเมืองใหม่ อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู จำนวนทั้งหมด 3,738 คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองใหม่, 2561) กำหนดเกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลเมืองใหม่ อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู มีอายุ 40 ปีขึ้นไปที่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยและยังไม่เคยเป็นอาสาสมัครในโครงการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (CASCAP) ร่วมกับข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ 1) มีประวัติการรับประทานปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดแบบสุก ๆ ดิบ ๆ 2) มีประวัติการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ 3) มีประวัติรับประทานยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับและมีเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) คือ 1) เสียชีวิตระหว่างการศึกษาวิจัย 2) มีการย้ายถิ่นที่อยู่อาศัย 3) ขอถอนตัวออกระหว่างที่ศึกษาวิจัยและ 4) ไม่เข้าร่วมกิจกรรมตามที่กำหนด

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยมีอายุ 40 ปีขึ้นไปในตำบลเมืองใหม่ อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู จำนวน 76 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากรสองกลุ่มที่อิสระต่อกัน (อรุณ จิรวัฒน์กุล, 2558; วงศา เล้าหศิริวงศ์, 2560) คำนวณจากรายงานผลการศึกษาที่ผ่านมาของเพ็ญนภา คงศิลา และคณะ (2559) เนื่องจากมีแนวคิดทฤษฎีและกลุ่มตัวอย่างลักษณะคล้ายกับผู้วิจัย ได้จำนวนกลุ่มละ 34 คนทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างอาจจะมีการย้ายที่อยู่อาศัย ออกนอกพื้นที่หรือเสียชีวิตอาจเป็นสาเหตุทำให้ออกจากการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้ทำการคำนวณปรับขนาดตัวอย่างเผื่อการสูญหายระหว่างติดตามหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมงานวิจัยนี้ คิดเป็นร้อยละ 5 (อรุณ จิรวัฒน์กุล, 2558) จึงได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 76 คน สุ่มอย่างเป็นระบบแล้วแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 38 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งได้ประยุกต์และอาศัยหลักการจากแนวคิดและทฤษฎีแบบความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) การอบรมบรรยายให้ความรู้ 2) การสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค โดยจัดอภิปรายกลุ่ม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ 3) การกิจกรรมเสริมสร้างพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง โดยการสร้างบรรยากาศด้วยการสาธิตตัวอย่างการประกอบอาหารที่ถูกต้องและการบรรยายประกอบกิจกรรม พร้อมให้แบบบันทึกการบริโภคอาหารในแต่ละวันและการขับถ่ายอุจจาระและ 4) กิจกรรมการสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้ชื่อเครือข่าย “เพื่อนช่วยฉัน ร่วมกันไม่กินปลาดิบ” ประกอบด้วย ครู ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อนบ้าน สมาชิกในครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีจำนวน 67 ข้อ ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เป็นคำถามด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล โดย เพศ สถานภาพสมรส อาชีพหลัก การตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ และการตรวจอัลตร้าซาวด์ตับเป็น Nominal Scale ระดับการศึกษาเป็น Ordinal Scale ส่วน อายุ รายได้ปัจจุบันเป็น Ratio Scale โดยระบุเป็นตัวเลขลงในช่องว่างที่กำหนด กรณีไม่มีรายได้ให้ระบุค่าเป็น 0 ส่วนที่ 2 เป็นคำถามด้านความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จำนวน 15 ข้อ โดยแต่ละข้อมี 4 ตัวเลือกให้เลือกตอบข้อที่ถูกที่สุด ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ส่วนที่ 3 เป็นคำถามด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีจำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 4 เป็นคำถามด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีจำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 5 เป็นคำถามด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีจำนวน 10 ข้อ และส่วนที่ 6 เป็นคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีจำนวน 14 ข้อ ซึ่งในส่วนที่ 3 - 6 คำถามทุกข้อวัดเป็น Interval Scale โดยประยุกต์ใช้มาตราส่วนประมาณค่ามีคำตอบให้เลือก 3 คะแนน (Likert, 1967) ซึ่งลักษณะของคำถามจะมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนหากคำถามเป็นเชิงบวก“เห็นด้วยมากหรือปฏิบัติเป็นประจำ” คิดเป็น 3 คะแนน “เห็นด้วยปานกลางหรือปฏิบัติบางครั้ง” คิดเป็น 2 คะแนน “เห็นด้วยน้อยหรือไม่ปฏิบัติ” คิดเป็น 1 คะแนน ในกรณีที่คำถามเป็นเชิงลบจะให้คะแนนเป็นส่วนกลับของเชิงบวก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา เครื่องมือที่สร้างขึ้นได้เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่านผ่านการตรวจสอบและพัฒนาก่อนนำไปทดลองใช้กับประชาชนพื้นที่ใกล้เคียงตำบลเมืองใหม่ จากการตรวจสอบและพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญแล้วพบว่ามีค่าดัชนีความสอดคล้องทุกข้อมากกว่า 0.50 เมื่อได้ทดลองใช้เครื่องมือกับประชาชนในพื้นที่ใกล้เคียงตำบลเมืองใหม่แล้ว นำมาวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม ตัวแปรด้านความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีหาค่าอำนาจในการจำแนกความยากง่ายโดยใช้วิธีของคูเดอร์ริชาร์ด

สัน 20 (KR-20) โดยพบว่า r เท่ากับ .73 ส่วนตัวแปรด้านการรับรู้ และด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคฯ พบว่าด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ0.72 ด้านการรับรู้ความรุนแรงฯ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .72 ด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคฯ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .74 ส่วนด้านการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคฯ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .72 และความเที่ยงแบบสอบถามทั้งชุดเท่ากับ .90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้ได้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามและเก็บอุจจาระเพื่อส่งตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับด้วยวิธี Kato-Katz ตามแบบฟอร์มจากโครงการ CASCAP พร้อมตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยวิธีการอัลตร้าซาวด์ตามแบบฟอร์มจากโครงการ CASCAP ก่อนที่จะได้รับการทดลองโดยจัดกลุ่มให้โปรแกรมสุขศึกษา (เฉพาะกลุ่มทดลอง) และได้เก็บรวบรวมข้อมูลอีกครั้งเมื่อสิ้นสุดระยะเวลาการทดลอง โดยเก็บด้วยแบบสอบถาม การตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิและการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยวิธีการอัลตร้าซาวด์เช่นเคย โดยที่กลุ่มควบคุมจะไม่ได้รับเฉพาะโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาทดลองระหว่างวันที่ 18 พฤษภาคม 2562 ถึงวันที่ 18 พฤศจิกายน 2562 รวม 24 สัปดาห์ซึ่งก่อนการดำเนินงานผู้วิจัยได้ทำการประสานงานขออนุญาตเก็บข้อมูลและใช้สถานที่ในการจัดกิจกรรมในหมู่บ้านโดยใช้ศาลาประชาคมและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยก่อนทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองและเริ่มทดลองให้โปรแกรมสุขศึกษาในสัปดาห์แรกจนถึงสัปดาห์สุดท้ายมีทั้งกิจกรรมในชุมชนโดยการเยี่ยมเสริมพลังและมีกิจกรรมกลุ่มจำนวน 5 ครั้ง ๆ ละ 3 ชั่วโมง ตามลำดับดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี ประกอบด้วย การบรรยายให้ความรู้ในเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี วงจรชีวิต อาการ การติดต่อและวิธีการป้องกัน โดยใช้สื่อวีดีทัศน์ ภาพนิ่งประกอบการบรรยาย แผ่นพับและคู่มือโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี แบ่งกลุ่มอภิปรายและเล่นเกมส์ตอบคำถาม

กิจกรรมที่ 2 การสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ประกอบด้วย การบรรยายประกอบกิจกรรมสร้างการรับรู้เกี่ยวกับ ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ ภาพนิ่ง การอภิปรายกลุ่มร่วมกัน และฟังเรื่องเล่าประสบการณ์จากผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่อยู่ในระยะกำลังรักษาจากแพทย์ เพื่อเรียนรู้จากพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การเจ็บป่วย และการรักษาในปัจจุบัน

กิจกรรมที่ 3 การเสริมสร้างพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ประกอบด้วย กิจกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยการให้เลือกรับประทานอาหารที่ปลอดภัย ไม่เสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การสาธิตการประกอบอาหารที่ถูกสุขลักษณะเพื่อการป้องกันโรคดังกล่าว รวมทั้งกิจกรรมส่งเสริมการขับถ่ายลงส้วมที่ถูกสุขลักษณะ และกิจกรรมการแบ่งกลุ่มอภิปรายการรับประทาน ให้ห่างไกลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การสะท้อนความรู้สึกจากภาพที่เห็น พร้อมทั้งจัดตั้งเครือข่าย “เพื่อนช่วยฉัน ร่วมกันไม่กินปลาดิบ” และให้ฝึกทักษะในการเยี่ยมเสริมพลังแก่กันและกันในเครือข่าย เช่น เพื่อนบ้าน ข้างเคียง ครู และผู้นำชุมชน พบปะพูดคุยให้ข้อมูลข่าวสารกัน ชื่นชม ในช่วงเวลาก่อนการรับประทานอาหารกลางวันของสมาชิกในเครือข่ายที่บ้าน นอกจากนี้ยังมีการแจกแบบบันทึกการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการมีพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การขับถ่ายประจำวัน และการฝึกบันทึกข้อมูล

กิจกรรมที่ 4 ส่งเสริมวิธีการจัดการและแก้ไขความขัดแย้งในภายตนเอง รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรค ประกอบด้วย กิจกรรมส่งเสริมวิธีการจัดการและแก้ไขความขัดแย้งในภายตนเอง ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยการแบ่งกลุ่ม

อภิปราย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ แสดงทัศนคติของสมาชิกในกลุ่ม ฝึกปฏิบัติในการจัดการความขัดแย้งภายในตนเอง และการจัดการความขัดแย้งกรณีเป็นบุคคลที่สามในฐานะผู้สนับสนุนทางสังคม

กิจกรรมที่ 5 การถอดบทเรียนจากสิ่งที่ได้ปฏิบัติ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันและกันพร้อมทั้งการสะท้อนปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันโรค ประกอบด้วย การถอดบทเรียนจากสิ่งที่ได้ปฏิบัติ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันและกัน กิจกรรมภาพในฝัน “วันสุขภาพดี” โดยการแบ่งกลุ่มแสดงทัศนคติ ความใฝ่ฝันที่อยากจะเห็นสุขภาพของตนเองในอนาคต พร้อมทั้งเล่าประสบการณ์ในการป้องกันโรคสำหรับตนเอง ทักษะและแนวปฏิบัติในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรค

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูปในระบบคอมพิวเตอร์ ได้กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ใช้สถิติเชิงพรรณนาสำหรับวิเคราะห์ข้อมูล ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ด้านความรู้ ด้านการรับรู้และด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำเสนอค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ 25 และ 75 และสถิติเชิงอนุมานเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองในแต่ละด้าน โดยใช้สถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองในแต่ละด้าน โดยใช้สถิติ Independent t-test

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยนี้ไปยังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู ซึ่งได้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยแล้วในวันที่ 17 พฤษภาคม 2562 เลขที่โครงการ 03/2562 และเอกสารรับรองเลขที่ 05/2562

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีจำนวนใกล้เคียงกัน โดยในกลุ่มทดลองมีเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 52.6 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 57.9 มีอายุระหว่าง 50 – 59 ปี โดยในกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 50.45 ปี (*SD*=7.17) และกลุ่มควบคุม 54.24 ปี (*SD*=8.44) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ทั้งสองกลุ่มคิดเป็นร้อยละ 89.4 และ 94.7 มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา ทั้งสองกลุ่มคิดเป็นร้อยละ 78.9 และ 68.3 ทั้งสองกลุ่มมีการประกอบอาชีพหลักคือเกษตรกรรมคิดเป็นร้อยละ 68.3 และ 73.7 ซึ่งมีค่ามัธยฐานรายได้อยู่ที่ 2,500 บาทต่อเดือน (P_{25}=600, P_{75}=5,000) และทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่ในรอบปีที่ผ่านมาไม่เคยตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ โดยในกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 81.6 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 76.3 สำหรับการตรวจอัลตร้าซาวด์ตับในรอบปี กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่ในรอบปีที่ผ่านมาไม่เคยตรวจอัลตร้าซาวด์ตับ คิดเป็น ร้อยละ 94.7 และ 97.3 ตามลำดับ

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตาราง 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ด้านการรับรู้ และด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=38)				กลุ่มควบคุม (n=38)			
	M± SD	*Diff*	*p-value*	*95% CI*	*M ± SD*	*Diff*	*p-value*	*95% CI*
1. ความรู้ฯ								
ก่อนการทดลอง	9.39 ± 2.02	2.26	<0.001	1.54 ถึง 2.99	9.13 ± 2.11	0.29	0.324	-0.30 ถึง 0.88
หลังการทดลอง	11.66 ± 2.16				9.42 ± 2.09			
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ								
ก่อนการทดลอง	25.84 ± 2.57	1.74	0.001	0.80 ถึง 2.68	25.47 ± 2.74	0.06	0.880	-0.65 ถึง 0.73
หลังการทดลอง	27.58 ± 2.47				25.53 ± 2.84			
3. การรับรู้ความรุนแรงฯ								
ก่อนการทดลอง	24.05 ± 2.74	1.82	<0.001	0.87 ถึง 2.76	23.76 ± 2.54	0.08	0.800	-0.55 ถึง 0.71
หลังการทดลอง	25.87 ± 2.27				23.84 ± 2.66			
4. การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคฯ								
ก่อนการทดลอง	24.00 ± 2.01	2.58	<0.001	1.98 ถึง 3.18	23.74 ± 2.10	0.16	0.672	-0.59 ถึง 0.91
หลังการทดลอง	26.58 ± 1.41				23.89 ± 2.05			
5. พฤติกรรมการปฏิบัติตัวฯ								
ก่อนการทดลอง	31.13 ± 4.28	4.87	<0.001	3.03 ถึง 6.71	31.24 ± 4.52	1.02	0.160	-0.42 ถึง 2.48

จากตาราง 1 พบว่า ภายหลังการทดลองแล้วกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งมีพัฒนาการที่ดีขึ้น โดยมีมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001, p-value=0.001, p-value<0.001, p-value<0.001 และ p-value<0.001 ตามลำดับ) ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่าภายหลังการทดลองแล้วในทางสถิติไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง (p-value>0.05)

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ด้านความรู้ ด้านการรับรู้และด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ด้านการรับรู้ และด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง (n=38)				หลังการทดลอง (n=38)			
	M± SD	*Diff*	*p-value*	*95% CI*	*M± SD*	*Diff*	*p-value*	*95% CI*
1. ความรู้ฯ								
กลุ่มทดลอง	9.39 ± 2.02	0.26	0.580	-0.68 ถึง 1.21	11.66 ± 2.16	2.24	<0.001	1.27 ถึง 3.21
กลุ่มควบคุม	9.13 ± 2.11				9.42 ± 2.09			
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ								
กลุ่มทดลอง	25.84 ± 2.57	0.37	0.547	-0.85 ถึง 1.58	27.58 ± 2.47	2.05	0.001	0.84 ถึง 3.27
กลุ่มควบคุม	25.47 ± 2.74				25.53 ± 2.84			

ตาราง 2 (ต่อ)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง (n=38)				หลังการทดลอง (n=38)			
	M± SD	*Diff*	*p-value*	*95% CI*	*M± SD*	*Diff*	*p-value*	*95% CI*
3. การรับรู้ความรุนแรงฯ								
กลุ่มทดลอง	24.05 ± 2.74	0.29	0.634	-0.92 ถึง 1.50	25.87 ± 2.27	2.03	0.001	0.90 ถึง 3.16
กลุ่มควบคุม	23.76 ± 2.54				23.84 ± 2.66			
4. การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคฯ								
กลุ่มทดลอง	24.00 ± 2.01	0.26	0.579	-0.68 ถึง 1.20	26.58 ± 1.41	2.69	<0.001	1.88 ถึง 3.49
กลุ่มควบคุม	23.74 ± 2.10				23.89 ± 2.05			
5. พฤติกรรมการปฏิบัติตัวฯ								
กลุ่มทดลอง	31.13 ± 4.28	0.11	0.917	-2.12 ถึง 1.91	36.00 ± 4.62	3.74	0.001	1.68 ถึง 5.79
กลุ่มควบคุม	31.24 ± 4.52				32.26 ± 4.39			

จากตาราง 2 พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของแต่ละด้านในทางสถิติแล้วไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม (p-value>0.05) แต่ภายหลังการทดลองแล้ว พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี มีพัฒนาการของคะแนนเฉลี่ยดีขึ้น โดยมีมากว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001, p-value=0.001, p-value=0.001, p-value<0.001 และ p-value=0.001 ตามลำดับ)

4. ผลตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิใบไม้ตับและผลตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยวิธีการอัลตร้าซาวด์

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของผลการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิและการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยวิธีการอัลตร้าซาวด์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ผลการตรวจ	กลุ่มทดลอง (n=38)		กลุ่มควบคุม (n=38)	
	ก่อนทดลอง จำนวน (ร้อยละ)	หลังทดลอง จำนวน (ร้อยละ)	ก่อนทดลอง จำนวน (ร้อยละ)	หลังทดลอง จำนวน (ร้อยละ)
1. ผลการตรวจอุจจาระ				
ไม่พบพยาธิ	34 (89.5)	37 (97.4)	36 (94.7)	35 (92.1)
พบพยาธิ	4 (10.5)	1 (2.6)	2 (5.3)	3 (7.9)
ชนิดพยาธิที่ตรวจพบ				
พยาธิใบไม้ตับ	2 (5.3)	0 (0.0)	1 (2.6)	1 (2.6)
พยาธิตัวตืด	2 (5.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (5.3)
พยาธิสตรองจิลอยด์	0 (0.0)	1 (2.6)	1 (2.6)	0 (0.0)
2. ผลการตรวจอัลตร้าซาวด์				
ผลปกติ	28 (73.7)	33 (86.8)	33 (86.8)	33 (86.8)
ผลผิดปกติ	10 (26.3)	5 (13.2)	5 (13.2)	5 (13.2)
ความผิดปกติที่ตรวจพบ				
Fatty Liver	5 (13.2)	3 (7.9)	4 (10.5)	4 (10.5)
Periductal Fibrosis	3 (7.9)	1 (2.6)	0 (0.0)	0 (0.0)
Dilated Bile Duct	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Gall Stone	1 (2.6)	1 (2.6)	1 (2.6)	1 (2.6)
Hepatomegaly	1 (2.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีผลตรวจพบพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 5.3 ภายหลังการทดลองพบว่า ตรวจไม่พบพยาธิใบไม้ตับ ส่วนกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองตรวจพบพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 2.6 ภายหลังการทดลองยังมีการตรวจพบพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 2.6 ซึ่งจำนวนที่ตรวจพบในกลุ่มควบคุมหลังการทดลองนั้นเป็นรายใหม่ ในส่วนของการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยวิธีการอัลตร้าซาวด์ พบว่า กลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีผลตรวจพบ Fatty Liver จำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 13.2 รองลงมาคือ Periductal Fibrosis (PDF) คิดเป็นร้อยละ 7.9 จำนวนน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 2.6 มีเท่ากันคือ Gall Stone และ Hepatomegaly ภายหลังการทดลอง พบว่า มีผลตรวจพบ Fatty Liver มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 7.9 รองลงมาคือ PDF และ Gall Stone เท่ากันคือร้อยละ 2.6 ส่วนกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนการทดลองและหลังการทดลองมีผลตรวจพบเท่ากัน โดยพบ Fatty Liver มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 10.5 รองลงมาคือ Gall Stone ร้อยละ 2.6 ตามลำดับ

อภิปรายผล

โปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีผลทำให้ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปมีการเปลี่ยนแปลงในด้านของความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งในแต่ละด้านมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น โดยพบว่าในภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001, p-value=0.001, p-value<0.001, p-value<0.001 และ p-value<0.001 ตามลำดับ) นอกจากนี้หลังการทดลองกลุ่มทดลองยังมีค่าเฉลี่ยในแต่ละด้านมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอีกด้วย (p-value<0.001, p-value=0.001, p-value=0.001, p-value<0.001 และ p-value=0.001 ตามลำดับ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัย ทั้งนี้อาจเป็นผลเนื่องมาจากการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ตามโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการอบรมบรรยายให้ความรู้ การใช้สื่อการสอน วีดิทัศน์ และการอภิปรายกลุ่ม เพื่อสร้างความรู้ที่ถูกต้อง นอกจากนี้ยังมีการระดมความคิดเห็น และสะท้อนความรู้สึกจากรูปภาพ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เรื่องเล่าจากผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีเพื่อส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ตลอดจนได้จัดกิจกรรมการตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิ และการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยวิธีการอัลตร้าซาวด์จากแพทย์ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายมีการตระหนักและรับรู้ถึงประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการได้ตรวจคัดกรองโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ทำให้ตนเองมีแรงจูงใจที่จะนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อการป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง มีการสาธิตการประกอบอาหารที่ถูกต้อง มีการถอดบทเรียนจากสิ่งที่ได้ปฏิบัติมาแล้ว ผู้วิจัยเชื่อมโยงไปสู่กระบวนการฝึกทักษะการจัดการแก้ไขความขัดแย้งในภายตนเองและบุคคลอื่นโดยผู้วิจัยยกเป็นกรณีเหตุการณ์สมมติขึ้นแล้วให้กลุ่มทดลองฝึกแก้ไขปัญหาเหล่านั้นอย่างสันติวิธี ดังนั้นวิธีการเหล่านี้จึงเป็นสิ่งสำคัญหากกลุ่มทดลองพบเจอปัญหาในระหว่างการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค จะช่วยให้กลุ่มทดลองสามารถที่จะบรรลุเป้าหมายของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคได้เป็นอย่างดี จึงส่งผลให้มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ด้านการรับรู้และด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker & Maiman (1975) ที่ได้อธิบายถึงการรับรู้ของแต่ละบุคคลว่า หากบุคคลนั้นรับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรค ได้รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคและรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค จะส่งผลให้ตนเองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดีและถูกต้องมากขึ้น ซึ่งยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วีระพล วิเศษสังข์และคณะ (2560) พิชานี แหล่งสท้านและรุจิรา ดวงสงค์ (2560) นิตยา ศรีวิชาและณิตชาธร ภาโนมัย (2557) รวมไปถึง พลอยไพลิน ทับทิมและรุจิรา ดวงสงค์ (2557) ที่ได้ศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง พบว่า การจัดกิจกรรมสุขศึกษาในรูปแบบต่าง ๆ โดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีพัฒนาการของพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับด้านความรู้ ด้านการรับรู้ และด้านการปฏิบัติตัวดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน

นอกจากนี้แล้วผู้วิจัยยังได้จัดให้มีการส่งเสริมพฤติกรรมให้ดียิ่งขึ้น เพื่อการกระตุ้นความต่อเนื่องของการป้องกันโรคในสภาพทางสังคมที่เป็นไปตามบริบทตนเองด้วยการสร้างเครือข่าย “เพื่อนช่วยฉัน ร่วมกันไม่กินปลาดิบ” ซึ่งเป็นเครือข่ายผู้ไม่กินปลาดิบของคนในพื้นที่ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน เพื่อนบ้าน ครู อาสมัครสาธารณสุข บุคคลในครอบครัว รวมทั้งผู้วิจัยและแพทย์และให้การสนับสนุนช่วยเหลือกันและกัน เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีอย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันและสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ที่ได้อธิบายถึงการสนับสนุนทางสังคม จะแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคม ซึ่งมีทั้งความรัก ความห่วงใย ความไว้ใจและการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทั้งในด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร การกระตุ้นเตือน การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ รวมทั้งการให้คำปรึกษาแนะนำ ตลอดจนการสะท้อนกลับข้อมูลเพื่อการประเมินตนเอง จะส่งผลให้รับรู้บริบทตนเองในสังคมได้อย่างถูกต้อง นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดีและถูกต้องมากขึ้น นอกจากนี้แล้วยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ฉัตรลดา ดีพร้อมและนิวัฒน์ วงศ์ใหญ่ (2561) กัญญาลักษณ์ ศักดิ์สิทธิ์, อักษรา ทองประชุมและวราภรณ์ บุญเชียง (2561) และวีระพล วิเศษสังข์และคณะ (2560) ที่ได้ศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี พบว่า การจัดกิจกรรมสุขศึกษาในรูปแบบต่างๆ โดยการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีพัฒนาการของพฤติกรรมการป้องกันโรคและการดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน

ด้านการตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิใบไม้ตับและการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยวิธีการอัลตร้าซาวด์ ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดระยะเวลาที่ศึกษาทดลอง โดยให้ครอบคลุมถึงระยะเวลาการเจริญเติบโตจากระยะติดต่อในปลาสู่การเป็นตัวเต็มวัยในท่อน้ำดีของมนุษย์และออกไข่จนสามารถตรวจพบได้ในอุจจาระของมนุษย์เป็นระยะเวลาประมาณ 16 สัปดาห์ (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ดังนั้นหากตรวจพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับแล้วได้รับยาตามการรักษาของแพทย์ จึงไม่ควรที่จะตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับอีกในขณะที่อยู่ในช่วงการทดลองจำนวน 16 สัปดาห์ที่กล่าวถึง ซึ่งในระหว่างการทดลองจะได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการรับประทานยาที่ซ้ำซากมากเกินไปอาจจะเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งท่อน้ำดีมากกว่าคนปกติ (Kamsa-ard, Luvira, Pugkhem, Luvira, Thinkhamrop, Suwanrungruang et al, 2015) นอกจากนี้แล้วผู้วิจัยยังได้กำหนดระยะเวลาศึกษาทดลองให้ครอบคลุมต่อเนื่องถึงความเป็นไปได้ในการดำเนินโรคจากการมีความเสี่ยงซึ่งตับและท่อน้ำดีสามารถเปลี่ยนแปลงได้ในระยะเวลา 24 สัปดาห์หากกลุ่มเป้าหมายมีความเสี่ยงหรือติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมาก่อนเข้าร่วมการวิจัย (กระทรวงสาธารณสุข, 2559; ศูนย์วิจัยพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี, 2559) ซึ่งจะต้องได้รับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งท่อน้ำดีด้วยวิธีการอัลตร้าซาวด์ ทั้งนี้เมื่อตรวจพบว่ากลุ่มทดลองมีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับก่อนเริ่มการทดลองนั้น จะได้รับยาและโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ส่วนผู้ที่ตรวจไม่พบจะได้รับโปรแกรมสุขศึกษาเช่นเดียวกัน แต่เป็นไปเพื่อการป้องกันผู้ติดเชื้อรายใหม่ การวิจัยในครั้งนี้มีผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับคิดเป็นร้อยละ 5.3 และหลังได้รับยาและโปรแกรมสุขศึกษาแล้วตรวจไม่พบการติดเชื้อซ้ำและไม่มีผู้ใดติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ อาจจะเป็นผลเนื่องมาจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทำให้มีความรู้ มีการรับรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคดีขึ้น ทำให้อัตราความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับลดลง ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่าก่อนการทดลอง มีผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับคิดเป็นร้อยละ 2.6 หลังจากได้รับยาแต่ไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาพบว่ารายเดิมที่ติดเชื้อตรวจไม่พบแต่พบพยาธิใบไม้ตับในรายใหม่คิดเป็นร้อยละ 2.6 อาจเป็นผลเนื่องมาจากกลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น นอกจากนี้แล้วยังมีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยวิธีการอัลตร้าซาวด์พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีความเสี่ยงเกี่ยวกับพังผืดรอบท่อน้ำดี (Periductal Fibrosis) คิดเป็นร้อยละ 7.9 และหลังการทดลองพบว่ามีน้อยลงเหลือร้อยละ 2.6 อาจจะเป็นผลเนื่องมาจาก กลุ่มทดลองมีความรู้ มีการรับรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคดีขึ้น โดยที่กลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองตรวจไม่พบความเสี่ยงนี้ ส่วนผลตรวจอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น ไขมันเกาะตับ (Fatty Liver)

พบว่าภายหลังการทดลองแล้วกลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ที่ตรวจพบไขมันเกาะตับลดน้อยลงจากร้อยละ 13.2 เป็นร้อยละ 7.9 เป็นเพราะกลุ่มทดลองได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวที่เกี่ยวข้องกับโรคจากแพทย์ผู้ตรวจโดยตรง เช่น การออกกำลังกาย การลดอาหารที่มีรสหวาน และลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากจะได้รับคำแนะนำจากแพทย์แล้ว ยังได้ติดตามการปฏิบัติตัวที่บ้าน โดยเครือข่ายอีกด้วย

โดยสรุปแล้วการวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้นสามารถ ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อนี้ในประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ตำบลเมืองใหม่ อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภูได้และส่งผลให้อัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับและความเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดีลดลง

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้โดย 1) หน่วยงานหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้โดยการส่งเสริมพัฒนากิจกรรมผู้ไม่กินปลาดิบ เครือข่าย “เพื่อนช่วยฉัน ร่วมกันไม่กินปลาดิบ” ให้เกิดความต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ประชาชนมีความรู้ และตระหนักถึงโรคและภัยสุขภาพที่มากับอาหารที่ไม่สุกสะอาด ตลอดจนการเสริมพลังให้มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยการเรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติบนพื้นฐานของบริบทชีวิตที่เป็นอยู่ 2) นอกจากการส่งเสริมกิจกรรมจากข้อหนึ่งแล้วควรส่งเสริมการพัฒนาในปัจจัยจากแหล่งอื่นร่วมด้วย เช่น การควบคุมกำกับดูแลส่งเสริมให้ประชาชนและผู้ประกอบกิจการขนส่งสิ่งปฏิกูลมีการถ่ายเทอุจจาระในที่ที่ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลเพื่อป้องกันพยาธิปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม 3) ควบคู่ไปกับการส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิและการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อให้ประชาชนมีโอกาสได้ประเมินสุขภาวะตนเองอย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาแนวทางการมีส่วนร่วมในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนในพื้นที่และหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง

2. ควรศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาจากการนำประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคอื่นๆที่เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม

References

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *รู้เท่าทันโรคและภัยสุขภาพ.* กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.

กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แนวทางการดำเนินงานโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชเสด็จขึ้นครองราชย์ครบ 70 ปีในปีพุทธศักราช 2559 พร้อมทั้งสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถทรงเจริญพระชนมพรรษา 84 พรรษาตามยุทธศาสตร์ทศวรรษการกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีปี 2559 – 2568.* (พิมพ์ครั้งที่ 2) นนทบุรีฯ: กระทรวงสาธารณสุข.a

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2560.* นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

กัญญาลักษณ์ ศักดิ์สิทธิ์, อักษรา ทองประชุมและวราภรณ์ บุญเชียง. (2561). การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังจากได้รับการวินิจฉัยในจังหวัดแพร่. *วารสารสาธารณสุขล้านนา, 14*(2), 22-34.

กาญจนา ฮามสมพันธ์, จีรศักดิ์ เจริญพันธ์และจิราพร วรวงศ์. (2559). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของหัวหน้าครัวเรือน ตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น, 23*(2), 9-22.

ฉัตรลดา ดีพร้อมและนิวัฒน์ วงศ์ใหญ่. (2561). การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด. *ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุรินทร์, 8*(1), 13-26.

นิตยา ศรีวิชาและณิตชาธร ภาโนมัย. (2557). ประสิทธิผลของโปรแกรมโภชนศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันพยาธิใบไม้ตับของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตเทศบาลตำบลหนองโก อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 7*(3), 18-27.

พลอยไพลิน ทับทิมและรุจิรา ดวงสงค์. (2557). ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง ตำบลมหาชัย อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 7*(1), 25-34.

พิชานี แหล่งสท้านและรุจิรา ดวงสงค์. (2560). ผลโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับสื่อหนังสั้นเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับอายุ 40-59 ปี อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารสุขศึกษา, 40*(2), 64-74.

เพ็ญนภา คงศิลา, ศุภวิตาแสนศักดิ์และจงกลนี ธนาไสย์. (2559). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับต่อความรู้และการรับรู้ภาวะสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 10*(2), 19-28.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองใหม่. (2561). *เอกสารสรุปผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561.* หนองบัวลำภู: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองใหม่.

วงศา เล้าหศิริวงศ์. (2560). *การประเมินคุณภาพบทความวิจัยด้านสาธารณสุขและการพัฒนาโครงร่างวิจัย.* (พิมพ์ครั้งที่ 1) ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.

วีระพล วิเศษสังข์, รติกร ชาติชนะยืนยงและชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล. (2560). โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวต่อการลดการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มวัยแรงงานตำบลขะยูง อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น, 24*(3), 61-74.

ศุภกนก หันทยุง. (2558). ผลของการใช้โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ชุมชนบ้านเหล่าอ้อย หมู่ที่ 5 ตำบลหนองสังข์ อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว. *วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร, 10*(1), 40-53.

ศูนย์วิจัยพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี. (2559). 10 โครงการท้าทายไทยสู่ Fluke Free Thailand. *วารสารโครงการ CASCAP, 2*(7), 11-13.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2560). *สุขภาพคนไทย 2560.* กรุงเทพฯ: อมรินทร์ปริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564).* กรุงเทพฯ: สำนักนายกรัฐมนตรี.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู. (2561). *เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบ 1/2561: วันที่ 20-23 กุมภาพันธ์ 2561.* หนองบัวลำภู: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู.

สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข. (2561). *แผนการตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561.* นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

อรุณ จิรวัฒน์กุล. (2558). *สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย.* (พิมพ์ครั้งที่ 4) กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์.

Becker, M. H. & Maiman, L. A. (1975). Sociobehavioural Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendations, *Medical Care, 13*(1), 10-24.

House, J. S. (1981). *Work Stress and Social Support.* Reading, MA: Addison – Wesley.

Kamsa-ard, S., Luvira, Vo., Pugkhem, A., Luvira, Va., Thinkhamrop, B., Suwanrungruang, K., et al. (2015). Association Between Praziquantel Treatment and Cholangiocarcinoma: a Hospital-Based Matched Case–Control Study. *BioMed Central Cancer, 15*(776), 1-13.

Likert, R. (1967). *Attitude Theory and Measurement.* New York: Wiley & Son.

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่หมู่ 3 บ้านซับถาวร ตำบลไทยอุดม อำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว

Health Literacy and Behavior Prevention of Opisthorchiasis of People in Moo 3 Baan Sub Thaworn Thai Udom Sub-District Khlong Hat District, Sa kaeo Province Thailand

ธนากร วรัมพร[1*], ยุวดี สาระพันธ์[2] และ สุนิศา แสงจันทร์[3]

Thanakorn Varumporn[1*], Yuwadee Sarapan[2] and Sunisa Sangjun[1]

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ[1*] , โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลราชันย์[2] ,
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา[3]

Health Education Division[1*], Rachan Health Promoting Hospital[2],
Faculty of Public Health Burapha University[3]

(Received: *May 20*, 2020; Revised: *November 24*, 2020; Accepted: *December 10*, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่หมู่ 3 บ้านซับถาวร ตำบลไทยอุดม อำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว จำนวน 200 คนได้มาจากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณแบบทราบขนาดประชากร (Krejcie & Morgan, 1970) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า

1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.5 และ ร้อยละ 77.0

2) ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบ 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (r= 0.194, p<0.001) ทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (r= 0.258, p<0.001) การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ (r= 0.141, p<0.05) ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับรวมมีความสัมพันธ์เช่นกัน (r= 0.173, p<0.05)

ดังนั้นเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันที่เหมาะสม จึงควรได้มีการยกระดับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพดังกล่าวของประชาชนโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

คำสำคัญ : โรคพยาธิใบไม้ตับ, ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันโรค

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: thana1998@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 087-7581927)

Abstract

This descriptive research aimed to explore health literacy and prevention behavior of opisthorchiasis of people in Moo 3 Baan Sub Thaworn, Thai Udom sub-district, Khlong Hat district, Sa Kaeo Province. Participants were 200 people aged 15 years old and over which were calculated by the formula of finite population (Krejcie & Morgan, 1970). Data were collected by questionnaires and analyzed by descriptive statistics and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

The results revealed that: 1) health literacy related to liver fluke prevention and liver fluke prevention behavior of most participants were at moderate levels, 65.5 and 77.0 percent respectively; and 2) there were 3 aspects of health literacy linked to liver fluke prevention which associated with liver fluke prevention behavior, including cognitive in liver fluke prevention ($r=0.194$, $p<0.01$), decision skill in liver fluke prevention ($r=0.258$, $p<0.01$) and self-management to be safe from liver fluke infection ($r=0.141$, $p<0.05$). In addition, the overall health literacy linked to liver fluke prevention had the association with liver fluke prevention behavior ($r=0.173$, $p<0.05$).

It could be seen that there are some aspects of health literacy which associate with liver fluke prevention behavior. Therefore, upgrading of health literacy of people to gain more appropriate knowledge and practice to prevent opisthorchiasis should be supported.

Keywords: Opisthorchiasis, Health Literacy, Behavior Prevention

บทนำ

จากรายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ 2561 พบว่ามีผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 6,757 ราย (ร้อยละ 8.3) และประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 40ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยวิธีอัลตร้าซาวด์ จำนวน 181,510 ราย (คิดเป็นร้อยละ 113.44 จากเป้าหมาย 160,000 ราย) โดยผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งท่อน้ำดีได้รับการผ่าตัด จำนวน 659 ราย (คิดเป็นร้อยละ 82.4 จากเป้าหมาย 800 ราย) (สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค, 2560) ซึ่งจากสถานการณ์ดังกล่าว จะเห็นได้ว่าโรคพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทยยังคงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ โดยเฉพาะพยาธิใบไม้ตับ *Opisthorchis viverrini* ประมาณการได้ว่ามีคนติดเชื้ออยู่ถึง 17 ล้านคนจากทั่วโลกซึ่งพยาธิใบไม้ตับ นั้นมีรูปร่างแบนคล้ายใบไม้ ส่วนหัวและท้ายเรียวมน ขนาด ยาว 7-12 มิลลิเมตร กว้าง 2-3 มิลลิเมตร สีแดงเรื่อคล้ายสีโลหิตจาง ๆ พบมากโดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ ส่วนภาคอื่น ๆ พบได้น้อยซึ่งโรคนี้ยังเป็นสาเหตุหลักของโรคมะเร็งท่อน้ำดีในคนไทย (โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน, 2556) ดังนั้น องค์การอนามัยโลกจึงได้ระบุว่าการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับเรื้อรัง หรือมีการติดเชื้อซ้ำบ่อย ๆ เป็นสาเหตุมีความสำคัญที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งสามารถพบได้ทั่วไปในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้โดยเฉพาะทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือของประเทศไทยคาดว่าประเทศไทยพบพยาธิใบไม้ตับชุกที่สุดคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือและเหนือ และพบว่ามีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีถึงปีละ 28,000 ราย เนื่องจากสารคัดหลั่งที่ออกมาจากตัวพยาธิสามารถกระตุ้นให้เซลล์เยื่อบุท่อน้ำดีแบ่งตัวเพิ่มจำนวนมากขึ้นเมื่อเซลล์เยื่อบุท่อน้ำดีที่มียีนถูกทำลายเพิ่มจำนวนมากขึ้นก็จะนำไปสู่การเกิดมะเร็งท่อน้ำดี และหากมีการติดเชื้อซ้ำบ่อย ๆ ทำให้มีการอักเสบ ส่งผลให้เกิดมะเร็งได้ (สำนักโรคติดต่อทั่วไป, 2557) และข้อมูลจาก The Neglected Tropical Diseases (NTDs) พบการติดเชื้อพยาธิสู่คนพบมากในประชาชน ที่อยู่ตามชนบทและชายขอบ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ อย่างมากขึ้น ยังมีผลทำให้

สุขภาพทรุดโทรม โดยเฉพาะ อย่างยิ่งเด็กและสตรีในวัยเจริญพันธุ์ อาจส่งผลอันตราย เกี่ยวกับระดับสติปัญญาและพัฒนาการของร่างกาย อ่อนแอ (World Health Organization, 2018)

ประชากรของจังหวัดสระแก้วส่วนใหญ่ย้ายถิ่นฐานมาจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จึงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ปรุงจากปลาน้ำจืดมีเกล็ดสุก ๆ ดิบ ๆ ทำให้พบอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในภาคตะวันออก ในปี 2556 จังหวัดสระแก้ว มีอัตราตายด้วยโรคนี้ถึง 29.59 ต่อแสนประชากร ส่วนปี 2557 มีอัตราตายถึง 6.50 ต่อแสนประชากร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว, 2559) รวมทั้งยังมีอัตราชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับสูง โดยเฉพาะที่อำเภอวัฒนานคร อำเภออรัญประเทศและอำเภอเขาฉกรรจ์ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว, 2559) จากสภาพปัญหาดังกล่าว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้วจึงได้ใช้กลไก "ตำบลสุขภาพหนึ่งเดียว" (One Health) เป็นกรอบขยายการดำเนินงานทั้งจังหวัด โดยตำบลหนองตะเคียนบอน เป็นตำบลนำร่อง ทั้งนี้ จากการตรวจอุจจาระของประชาชนในพื้นที่ตำบลหนองตะเคียนบอน ระหว่างวันที่ 14-16 มีนาคม พ.ศ. 2559 จำนวน 266 ราย พบไข่พยาธิใบไม้ตับร้อยละ 6.39 พยาธิปากขอ ร้อยละ 0.37 และพยาธิเข็มหมุด ร้อยละ 0.37 จะเห็นได้ว่ามีการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับมากที่สุด แสดงให้เห็นว่าประชาชนยังไม่ตระหนักถึงการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว, 2559)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง ความสามารถในการอ่าน การทำความเข้าใจและการกระทำ เมื่อได้รับข้อมูลในการดูแลสุขภาพ (The Center for Health Care Strategies, 2000 อ้างถึงในขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2556) ในปัจจุบันบุคคลได้รับข้อมูลเป็นจำนวนมาก ทั้งจากระบบสุขภาพและผ่านสื่อรูปแบบต่าง ๆ ที่มีอยู่หลากหลาย บุคคลจึงต้องมีทักษะขั้นพื้นฐานด้านการเรียนรู้ควบคู่ไปกับความรู้ด้านสุขภาพมีความเข้าใจและไตร่ตรองเพื่อเลือกใช้ข้อมูลอย่างเหมาะสมในการตัดสินใจปฏิบัติ พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง นั่นคือ บุคคลต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบไปด้วยทักษะที่จำเป็น คือ ทักษะด้านการอ่าน ทักษะด้านตัวเลข และทักษะด้านการทำความเข้าใจ ซึ่งทักษะเหล่านั้นจะช่วยในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้อง เข้าใจถึงเหตุผลของการปฏิบัติและสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้ ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอจึงสามารถตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง (หทัยกานต์ ห้องกระจก, 2559)

จากสภาพปัญหาการระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับในเชิงพื้นที่และความสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพทางผู้วิจัยจึงได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นในหมู่ 3 บ้านซับถาวร ตำบลไทยอุดม อำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว เนื่องจากข้อมูลทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว จากรายงานในปี พ.ศ. 2560 พบว่าจังหวัดสระแก้วพบผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับมากที่สุดของประเทศและอำเภอคลองหาดเป็นหนึ่งในอำเภอที่พบผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งประชาชนในตำบลไทยอุดม หมู่ที่ 3 บ้านซับถาวร ส่วนใหญ่เป็นชาวอีสานซึ่งจะสอดคล้องกับวัฒนธรรมของชาวอีสานที่มีการบริโภคอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ เพราะการบริโภคอาหารสุกๆดิบๆนั้น เป็นสาเหตุหนึ่งของการโรคพยาธิใบไม้ตับ จึงได้ทำการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้เข้าใจการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 3) ทักษะการสื่อสารด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 4) ทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 5) การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ และ 6) ความรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งจะสอดคล้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเนื่องจากทั้ง 6 ด้านจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งจากการวิจัยจะทำให้ทราบถึงความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในด้านต่าง ๆ และพฤติกรรมการป้องกันโรคจนนำไปสู่การปรับเปลี่ยนวิธีการในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับจนทำให้อัตราการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับลดน้อยลงและสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการทำโครงการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคพยาธิใบไม้ตับได้ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว, 2560)

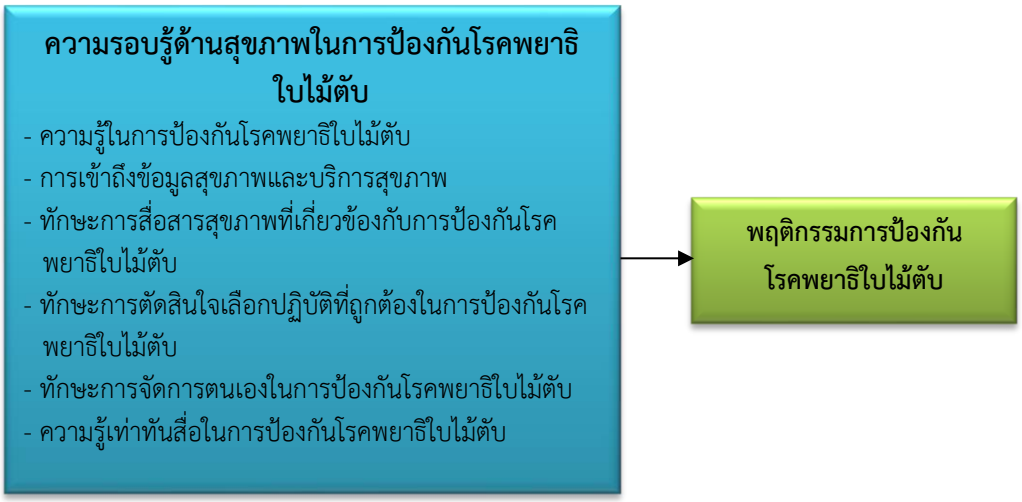
วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของประชาชนในพื้นที่หมู่ 3 บ้านซับถาวร ตำบลไทยอุดม อำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของประชาชนในพื้นที่หมู่ 3 บ้านซับถาวร ตำบลไทยอุดม อำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจากกองสุขศึกษา (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2556) ทั้ง 6 องค์ประกอบ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ดังกรอบแนวคิดนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ซึ่งดำเนินการระหว่างเดือน มีนาคม ถึงเดือน เมษายน 2561

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในหมู่ 3 บ้านซับถาวร ตำบลไทยอุดม อำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว จำนวน 528 คน

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในหมู่ 3 บ้านซับถาวร ตำบลไทยอุดมอำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่ โดยกำหนดจากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณแบบทราบขนาดประชากร ซึ่งจากการคำนวณมีทั้งหมด 200 คน (Krejcie& Morgan, 1970) การสุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็น โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) ผู้วิจัยเดินทางเข้าชุมชนที่ศึกษาเมื่อพบกลุ่มเป้าหมายโดยขอให้ทำแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างจะเป็นประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในหมู่ 3 บ้านซับถาวร ตำบลไทยอุดม อำเภอคลองหาดจังหวัดสระแก้วที่อาศัยอยู่จริง 200 คน ตามที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือขึ้นมาจากกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุขศึกษา (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2556) และมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพด้านการป้องกันโรคเอดส์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของข้าราชการทหารกองพลทหารปืนใหญ่ค่ายพิบูลสงคราม จังหวัดลพบุรี ของภาวิณี มนตรี (2557) และ การตรวจหาและจำแนกพยาธิใบไม้ตับในจังหวัดสุรินทร์ โดยวิธี Kato' Thick Smear ของสรญา แก้วพิทูลย์ (2556) ซึ่งเพื่อให้ครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยแบบสอบถามจะประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา การตรวจอุจจาระ การได้รับยาถ่ายพยาธิ การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 9 ข้อ

2. แบบสอบถามความรอบรู้ทางด้านสุขภาพด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 6 ด้าน จำนวน 35 ข้อ โดยที่ด้านความรู้ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นแบบตอบเพียงคำตอบเดียว คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ จำนวน 10 ข้อ โดยมีค่าคะแนน 0 – 10 คะแนน และด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ,ทักษะการสื่อสารสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ,ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ,ทักษะการจัดการตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ, ความรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ใช้แบบสอบถามเป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 25 ข้อ

3. พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ สอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคปลาน้ำจืดสุก ๆ ดิบ ๆ และสุขวิทยาส่วนบุคคลจำนวน 16 ข้อ เป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการหา ความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านได้แก่ อาจารย์มหาวิทยาลัย นักวิชาการสาธารณสุข และสาธารณสุขอำเภอ โดยค่าความยากง่ายของแบบวัดความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อยู่ระหว่าง 0.2 – 0.8 และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่า (Alpha coefficient) ตามวิธีของ Cronbach มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้

แบบวัดการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและการบริการทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 5 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.846

แบบวัดทักษะการสื่อสารด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 5 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.836

แบบวัดทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 5 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.841

แบบวัดการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 5 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.756

แบบวัดความรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 5 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.802

แบบวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 16 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.777 และค่าอำนาจจำแนกมีค่าตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ มีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองในประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไปในหมู่ 3 บ้านซับถาวร ตำบลไทยอุดม อำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานขอความร่วมมือกับผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดการวิจัย วัตถุประสงค์ และกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ด้วยตนเอง

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามโดยละเอียดพร้อมแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบอย่างมีอิสระและเก็บแบบสอบถามคืนภายใน 2 สัปดาห์

3. ผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามคืนและนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและนำมาวิเคราะห์ได้แบบสอบถามกลับมา จำนวน 200 ชุด คิดเป็น ร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา การตรวจอุจาระ การได้รับยาถ่ายพยาธิ และการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับ มาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยการวิเคราะห์ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและการบริการทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ความรู้ความเข้าใจการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ทักษะการสื่อสารด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ทักษะการตัดสินใจด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ และความรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยการวิเคราะห์ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยทำการวิเคราะห์ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ด้วยวิธีของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาวิจัยครั้ง ก่อนทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจถึงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยเคารพสิทธิ์ส่วนบุคคลในการเข้าร่วมหรือถอนตัวระหว่างทำการวิจัยซึ่งจะไม่เกิดผลเสียหายใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง และผลการศึกษาที่ได้จะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปตามปัจจัยส่วนบุคคล

จากการเก็บข้อมูลของประชาชนหมู่ 3 บ้านซับถาวร ตำบลไทยอุดม อำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว พบว่า เป็นเพศชายร้อยละ 50.00 เป็นเพศหญิงร้อยละ 50.00 ส่วนมากมีอายุระหว่าง 45 – 54 ปี คิดเป็นร้อยละ 21.00 โดยมี อายุเฉลี่ย 45 ปี อายุสูงสุด 87 ปี อายุต่ำสุด 15 ปี ส่วนใหญ่มีสภาพมีคู่สมรส ร้อยละ 77.50 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 62.50 โดยส่วนมากประกอบอาชีพ ทำสวน คิดเป็นร้อยละ 35.50 และส่วนใหญ่ เคยได้รับการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ ร้อยละ 76.50 และไม่เคยตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ ร้อยละ 23.50 จากการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ ไม่พบไข่พยาธิ ร้อยละ 40.50 และไม่ทราบว่าพบไข่พยาธิ ร้อยละ 6.50 ซึ่งจากการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิพบไข่พยาธิ คิดเป็นร้อยละ 2.90 ตามลำดับ และประชาชนในหมู่ 3 ส่วนใหญ่ เคยรับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 96.50 และไม่เคยรับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 3.50 ตามลำดับ และส่วนใหญ่ เคยรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับ คิดเป็นร้อยละ 88.50 และไม่เคยรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 11.50 ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่ที่เคยได้ยินข่าวสารเกี่ยวกับพยาธิใบไม้

ตับจากแหล่งข่าวที่เป็นบุคคล ส่วนมากได้ยินมาจาก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร้อยละ 23.40 รองลงมาคือนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 18.70 ตามลำดับ ส่วนแหล่งข่าวที่เป็นสื่อ ประชาชนในหมู่ 3 ส่วนใหญ่ได้ยินมาจาก โทรทัศน์ ร้อยละ 18.90 รองลงมาได้แก่ แผ่นพับ ร้อยละ 7.30 และอินเตอร์เน็ต ร้อยละ 11.50 ตามลำดับ

2. ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของประชาชนในหมู่ 3 บ้านซับถาวร ตำบลไทยอุดม อำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว จำแนกตามระดับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในภาพรวม

ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	จำนวน (n=200)	ร้อยละ
ระดับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพโดยรวม		
มาก (มากกว่า 108 คะแนน)	58	29.00
ปานกลาง (81-108 คะแนน)	131	65.50
น้อย (น้อยกว่า 108 คะแนน)	11	5.50
(*M*=101.15, *SD*=11.52, *Min*=68, *Max*=126)		

จากตาราง 1 พบว่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับรวม ส่วนมากมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.50 รองลงมามีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 29.00 และมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 5.50 โดยที่ค่าเฉลี่ย 101.15 คะแนน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.52 คะแนน ค่าสูงสุด 126 คะแนน ค่าต่ำสุด 68 คะแนน ตามลำดับ

ตาราง 2 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับจำแนกตามรายด้านระดับทักษะการสื่อสารด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน (n=200 คน)	ร้อยละ
ระดับความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ		
มาก (มากกว่า 8 คะแนน)	24	12.00
ปานกลาง (6 - 8 คะแนน)	140	70.00
น้อย (น้อยกว่า 6 คะแนน)	36	18.00
(*M*=6.80, *SD*=1.53, *Min*= 3, *Max*= 10)		
ระดับการเข้าถึงข้อมูลและบริการทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ		
มาก (มากกว่า 20 คะแนน)	56	28.00
ปานกลาง (15 - 20 คะแนน)	106	53.00
น้อย (น้อยกว่า 15 คะแนน)	38	19.00
(*M*=18.07, *SD*=3.59, *Min*= 8, *Max*= 24)		
ระดับทักษะการสื่อสารด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ		
มาก (มากกว่า 20 คะแนน)	60	30.00
ปานกลาง (15 - 20 คะแนน)	121	60.50
น้อย (น้อยกว่า 15 คะแนน)	19	9.50
(*Mean*=18.91, *SD*=3.03, *Min*= 8, *Max*= 25		
ระดับทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ		
มาก (มากกว่า 20 คะแนน)	62	31.00
ปานกลาง (15 - 20 คะแนน)	107	53.50

ตาราง 2 (ต่อ)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน (n=200 คน)	ร้อยละ
น้อย (น้อยกว่า 15 คะแนน)	31	15.50
(*Mean*=18.37, *SD*=3.60, *Min*= 8, *Max*= 25)		
ระดับการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยโรคพยาธิใบไม้ตับ		
มาก (มากกว่า 20 คะแนน)	54	27.00
ปานกลาง (15 - 20 คะแนน)	120	60.00
น้อย (น้อยกว่า 15 คะแนน)	26	13.00
(*Mean*=18.42, *SD*=3.01, *Min*= 8, *Max*= 25)		
ระดับของความรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ		
มาก (มากกว่า 20 คะแนน)	106	53.00
ปานกลาง (15 - 20 คะแนน)	90	45.00
น้อย (น้อยกว่า 15 คะแนน)	4	2.00
(*Mean*=20.58, *SD*=2.35, *Min*= 13, *Max*= 25)		

จากตาราง 2 เมื่อมาพิจารณาในส่วนของความรอบรู้ทางด้านสุขภาพด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแยกรายด้านนั้น พบว่า

ระดับความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีระดับความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 70.00 โดยจำแนกรายข้อพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ทราบว่าการไม่ถ่ายอุจจาระลงส้วม จะแพร่กระจายโรคพยาธิใบไม้ตับได้ ร้อยละ 77.00 รองลงมาหอยน้ำจืดฝาเดียว เช่น หอยไซ (*Bithynia* spp.) เป็นพาหะตัวกลางที่พยาธิใบไม้ตับอาศัยอยู่ในช่วงเวลาหนึ่ง ร้อยละ 76.50 และสุนัขและแมวเมื่อบริโภคปลาที่ปรุงแบบสุกๆดิบๆสามารถเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับได้ ร้อยละ 74.00 ตามลำดับ

ระดับการเข้าถึงข้อมูลและบริการทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีระดับการเข้าถึงข้อมูลและบริการทางสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 53.00 โดยจำแนกรายข้อพบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและการบริการทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นประจำและบ่อยครั้ง ได้แก่ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับมาจากเพื่อนบ้านเกี่ยวกับความเชื่อเรื่องการรับประทานปลาน้ำจืดดิบ สามารถค้นหาข้อมูลที่น่าเชื่อถือเพื่อยืนยันความถูกต้องและถือปฏิบัติได้ ร้อยละ 63.50 รองลงมาคนในครอบครัวสามารถตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับจากหลายแหล่งและสามารถนำมาใช้ในการป้องกันคนในครอบครัวได้ ร้อยละ 62.00 และข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับสามารถสอบถามจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์ พยาบาล จากสถานบริการใกล้บ้านได้ ร้อยละ 61.00 ตามลำดับ

ระดับของทักษะการสื่อสารด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีระดับของทักษะการสื่อสารด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 60.50 โดยจำแนกรายข้อพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มี ระดับทักษะการสื่อสารด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมากที่สุดและมาก ได้แก่ การอ่านหรือได้ฟังข้อมูลเกี่ยวกับโทษของการบริโภคปลาเกล็ดขาว เช่น ปลาตะเพียน แบบสุก ๆ ดิบ ๆ อย่างเข้าใจ ร้อยละ 73.50 รองลงมาการอ่านหรือได้ฟังข้อมูลสามารถสรุปเนื้อหาจากการฟังหรืออ่านเรื่องโทษของการบริโภคปลาสุกๆดิบได้ ร้อยละ 72.50 และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับเพื่อนเกี่ยวกับความเสี่ยงในการติดโรคพยาธิใบไม้ตับจากการรับประทานปลาเกล็ดขาว เช่น ปลาตะเพียน แบบสุกๆดิบๆจากสิ่งที่ได้ฟังหรือได้อ่านมา ร้อยละ 68.00 ตามลำดับ

ระดับของทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีระดับของทักษะการตัดสินใจด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 53.50 โดยจำแนกรายข้อพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีระดับการเห็นด้วยในทักษะการตัดสินใจด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่มากที่สุดและมาก ได้แก่ การ

แนะนำเพื่อนบ้านที่ชอบรับประทานปลาร้าดิบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่มากกว่า ดังนั้นควรกินแต่ปลาร้าสุก ร้อยละ 72.50 รองลงมาเมื่อเพื่อนชวนให้รับประทานแจ่วบองปลาร้าดิบ จะปฏิเสธและให้ข้อมูลว่าปลาร้าดิบยังมีความเสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 59.50 และปฏิเสธการรับประทานปลาน้ำจืดดิบเพื่อเป็นกับแกล้มระหว่างดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์เพราะทราบดีว่ายังมีความเสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 56.50 ตามลำดับ

ระดับของการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.00 โดยจำแนกรายข้อพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นประจำและบ่อยครั้ง ได้แก่ การทราบว่าตัวเองมีความเสี่ยงกับการติดพยาธิใบไม้ตับท่านจะรีบรับประทานยาถ่ายพยาธิทันที ร้อยละ 70.00 รองลงมาการคิดทบทวนเกี่ยวกับการรับประทานของตนเองเพื่อความปลอดภัยจากพยาธิใบไม้ตับอยู่เสมอ หากพบว่ามีโอกาสเสี่ยงจะปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที ร้อยละ 63.00 และการเจราจาต่อรองกับเพื่อนเพื่อไม่กินส้มตำปลาร้าดิบในงานเลี้ยง ร้อยละ 59.00 ตามลำดับ

ระดับของความรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 53.00 โดยจำแนกรายข้อพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ส่วนใหญ่มีระดับการเห็นด้วยในด้านความรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมากที่สุดและมาก ได้แก่ “โรคพยาธิใบไม้ตับ เรื่องใหญ่ที่หลายคนมองข้าม”ทำให้ทุกคนเกิดความสนใจถึงโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 93.00 รองลงมา"มะเร็งท่อน้ำดี" ภัยร้ายจากการบริโภค "ปลาน้ำจืดดิบ" ทำให้ทราบถึงความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 89.50 และการนำข้อมูลที่ได้รับจากสื่อต่าง ๆ มาเปรียบเทียบ เพื่อหาแนวทางที่ปฏิบัติได้ง่ายและเป็นประโยชน์ต่อท่านในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 86.00 ตามลำดับ

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของประชาชนในหมู่ 3 บ้านซับถาวร ตำบลไทยอุดม อำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว จำแนกตามระดับของพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ระดับของพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	จำนวน (n=200) คน	ร้อยละ
มาก (มากกว่า 49 คะแนน)	42	21.0
ปานกลาง (33 – 48 คะแนน)	154	77.0
น้อย (16 – 32 คะแนน)	4	2.0
(*Mean*=43.59, *SD*=5.94, *Min*=29, *Max*=59)		

จากตาราง 3 ในส่วนของระดับพฤติกรรมของประชาชนหมู่ 3 บ้านซับถาวร ตำบลไทยอุดม อำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว มีระดับของพฤติกรรมการการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 77.00 รองลงมามีระดับของพฤติกรรมการการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 21.0 และอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 2.00 โดยที่ ค่าเฉลี่ย (*Mean*) 43.59 คะแนน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) 5.94 คะแนน ค่าสูงสุด (*Max*) 59 คะแนน ค่าต่ำสุด (*Min*) 29 คะแนน ตามลำดับ

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมการการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับจำแนกรายด้าน

ข้อคำถาม	ระดับการปฏิบัติ			
	ปฏิบัติเป็นประจำ จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติบ่อยครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติบางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เคยปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)
พฤติกรรมการบริโภคปลาน้ำจืดสุกๆดิบๆ				
1. การรับประทานปลาส้มที่ปรุงยังไม่สุกดี	1 (0.5)	22 (11.0)	103 (51.5)	74 (37)
2. การรับประทานก้อยปลาดิบ หรือสุกๆดิบๆ	9 (4.5)	25 (12.5)	65 (32.5)	101 (50.5)
3. การรับประทานปลาจ่อมดิบ	17 (8.5)	58 (29.0)	96 (48.0)	29 (14.5)
4. การรับประทานปลาร้าดิบหรือแจ่วบองปลาร้าดิบ	119 (59.5)	53 (26.5)	21 (10.5)	7 (3.5)
5. การรับประทานส้มตำปลาร้าดิบ	161 (80.5)	28 (14.0)	11 (5.5)	0 (0)
6. การรับประทานปลาเกล็ดขาว เช่น ปลาตะเพียน ปลาซิว ปลาสร้อย ที่ปรุงแบบสุกๆดิบๆ	25 (12.5)	45 (22.5)	114 (57.0)	16 (8.0)
7. การดื่มสุราพร้อมกับรับประทานปลาน้ำจืดดิบเพื่อคาดหวังว่าจะฆ่าตัวอ่อนพยาธิใบไม้ตับ	5 (2.5)	23 (11.5)	39 (19.5)	133 (66.5)
8. การบีบมะนาว หรือใส่พริกสดหรือใส่มดแดงในปลาน้ำจืดดิบเพื่อทำให้ตัวอ่อนพยาธิตายก่อนรับประทาน	7 (3.5)	72 (36.0)	88 (44.0)	33 (16.5)
สุขวิทยาส่วนบุคคล				
9. การให้สุนัข หรือแมว บริโภคปลาน้ำจืดที่ปรุงแบบสุก ๆ ดิบ ๆ	16 (8.0)	102 (51.0)	73 (36.5)	9 (4.5)
10. การปล่อยให้สุนัข หรือแมวขับถ่ายอุจจาระ ใกล้บริเวณที่มีแหล่งน้ำ	47 (23.5)	120 (60.0)	29 (14.5)	4 (2.0)
11. การตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิเป็นประจำทุกปี หรืออย่างน้อย 1 ครั้งต่อ 2-3 ปี	141 (70.5)	19 (9.5)	5 (2.5)	35 (17.5)
12. การถ่ายอุจจาระลงส้วม	189 (94.5)	10 (5.0)	1 (0.5)	0 (0)
13. การถ่ายอุจจาระโดยขุดหลุมฝังดิน	10 (5.0)	55 (27.5)	78 (39.0)	57 (28.5)
14. เวลาออกไปทำไร่ ทำสวน มีการถ่ายอุจจาระตามไร่หรือสวน	6 (3.0)	66 (33.0)	71 (35.5)	57 (28.5)
15. สมาชิกในครอบครัวกินยาถ่ายพยาธิทุก ๆ 6 เดือน	141 (70.5)	48 (24.0)	7 (3.5)	4 (2.0)
16. ถ่ายพยาธิให้สุนัขและแมว	17 (8.5)	21 (10.5)	39 (19.5)	123 (61.5)

จากตาราง 4 ในส่วนของพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับรายด้าน พบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ในส่วนของพฤติกรรมการบริโภคปลาน้ำจืดสุกๆดิบๆที่ปฏิบัติเป็นประจำและบ่อยครั้ง ได้แก่ การรับประทานส้มตำปลาร้าดิบ ร้อยละ 94.5 รองลงมาการรับประทานปลาร้าดิบหรือแจ่วบองปลาร้าดิบ ร้อยละ 86.0 การบีบมะนาว หรือใส่พริกสดหรือใส่มดแดงในปลาน้ำจืดดิบเพื่อทำให้ตัวอ่อนพยาธิตายก่อนรับประทาน ร้อยละ 39.5 และการรับประทานปลาจ่อมดิบ ร้อยละ 37.5 ตามลำดับ โดยที่ปฏิบัติบางครั้งและไม่เคยปฏิบัติ ได้แก่ การรับประทานปลาส้มที่ปรุงยังไม่สุกดี ร้อยละ 88.5 รองลงมาการดื่มสุราพร้อมกับรับประทานปลาน้ำจืดดิบเพื่อคาดหวังว่าจะฆ่าตัวอ่อนพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 86.0 การรับประทานก้อยปลาดิบ หรือสุกๆดิบๆ ร้อยละ 83.0 และการรับประทานปลาเกล็ดขาว เช่น ปลาตะเพียน ปลาซิว ปลาสร้อย ที่ปรุงแบบสุกๆดิบๆ ร้อยละ 65.0 ตามลำดับ

ส่วนพฤติกรรมด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ปฏิบัติเป็นประจำและบ่อยครั้ง ได้แก่ การถ่ายอุจจาระลงส้วม ร้อยละ 99.5 รองลงมาสมาชิกในครอบครัวกินยาถ่ายพยาธิทุก ๆ 6 เดือน ร้อยละ 94.5 การปล่อยให้สุนัข หรือแมวขับถ่ายอุจจาระ ใกล้บริเวณที่มีแหล่งน้ำ ร้อยละ 83.5 และการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิเป็นประจำทุกปี หรืออย่างน้อย 1 ครั้งต่อ 2-3 ปี คิดเป็นร้อยละ 80.0 ตามลำดับ โดยที่พฤติกรรมด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ปฏิบัติบางครั้งและไม่เคยปฏิบัติ ได้แก่ ถ่ายพยาธิให้สุนัขและแมว ร้อยละ 81.0 รองลงมาการถ่ายอุจจาระโดยขุดหลุมฝังดิน ร้อยละ 67.5 เวลาออกไปทำไร่ ทำสวน มีการถ่ายอุจจาระตามไร่หรือสวน ร้อยละ 64.0 และการให้สุนัข หรือแมว บริโภคปลาน้ำจืดที่ปรุงแบบสุกๆดิบๆ ร้อยละ 41.0 ตามลำดับ

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้

ตาราง 5 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	
	r	*p - value*
ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับรวม	0.173*	0.014
ความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	0.194**	0.006
การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและการบริการทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	0.026	0.711
ทักษะการสื่อสารด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	0.042	0.553
ทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	0.258**	0.000
การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ	0.141*	0.046
ความรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	0.034	0.631

* $p < 0.05$, ** $p < 0.001$

จากตาราง 5 จะเห็นได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับรวม และการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ มีความสัมพันธ์ทางบวก ไปในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีความสัมพันธ์ทางบวก ไปในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ส่วนการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและการบริการทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ทักษะการสื่อสารด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ความรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

อภิปรายผล

จากการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปพื้นที่หมู่ 3 บ้านซับถาวร ตำบลไทยอุดม อำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว โดยมีประเด็นสำคัญที่พบและนำมาอภิปราย ซึ่งมีสาระสำคัญ ดังนี้

1. ในภาพรวมพบว่าความรอบรู้ทางด้านสุขภาพด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.173, p<0.05) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ พรพญา เตปิน, วราภรณ์ บุญเชียง (2561) ได้ทำการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคมือ เท้า ปากของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลเจริญเมือง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก (r=0.33, p<0.01) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อัญชลี จันทรินทรากร (2557) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตเทศบาลตำบลสวนหลวง อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r=0.782) และสอดคล้องกับแนวคิดของ World Health Organization (2009 อ้างโดย ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2556) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่จำเป็นจะต้องพัฒนาอยู่ตลอดเวลา เนื่องจากสภาวะโรคภัยไข้เจ็บ มีการเปลี่ยนแปลงไปตามกาลสมัย โดยต้องครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ตามแนวคิดของประเวศ วะสี (2543 อ้างโดย ภาวีณี มนตรี, 2557) ว่าสุขภาพทั้ง 4 มิติ ได้แก่ กาย จิต สังคม และปัญญา มีการเชื่อมโยงกัน ดังนั้น การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่เสมอจึงจะเป็นหนทางช่วยให้เป็นคนทันโลกและทันโรค โดยอาศัยการเพิ่มพูนความรู้และทักษะให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงของโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ เมื่อบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้รวมทั้งยังช่วยแนะนำสิ่งที่ถูกต้องให้กับบุคคลใกล้ชิด ครอบครัว คนร่วมชุมชนและสังคม และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sander et al. (2009) ที่กล่าวว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูงจะมีทักษะการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคดีกว่า ทั้งนี้อาจเป็นเพราะประชาชนในหมู่บ้านซับถาวร ตำบลไทยอุดม อำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว มีความสามารถในการวิเคราะห์การปฏิบัติ และการจัดการตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของกองสุขศึกษา (2556) ที่กล่าวว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถ ในการเข้าใจข้อมูลข่าวสาร มีการปฏิบัติและจัดการตนเองให้เหมาะสม รวมทั้งการชี้แนะเรื่องสุขภาพให้กับครอบครัวและชุมชนได้

2. ความรู้ความเข้าใจการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= 0.194, p<0.001) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ The Center for Health Care Strategies Inc. (2000) ว่าความสามารถในการอ่าน การทำความเข้าใจ และการกระทำเมื่อได้รับข้อมูลในการดูแลสุขภาพ นอกจากนี้คณะกรรมการด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ The Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs of the American Medical Association : AMA (1999 : 553 อ้างโดย ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2556) อธิบายว่าเป็นทักษะทั้งมวล รวมทั้งความสามารถพื้นฐานในการอ่านข้อความ และการคำนวณตัวเลขเพื่อปฏิบัติตนในการดูแลรักษาสุขภาพ และสอดคล้องกับ ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ (2560) ได้กล่าวไว้ว่า ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพที่ไม่ดีจะส่งให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคน้อยลง หรืออีกนัยหนึ่ง คือ ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพที่ดีจะส่งให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่มากขึ้น โดยมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งขึ้นและไม่เข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องได้ ซึ่งอาจจะมีผลมาจากความรู้ ความชัดเจน ถูกต้องของข้อมูลสุขภาพต่าง ๆ การเปลี่ยนแปลงของสังคม วัฒนธรรม เทคโนโลยี ลักษณะของระบบสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพ และอาจเป็นผลมาจากคนในชุมชนได้รับความรู้มาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอสม.ในพื้นที่ โดยทำให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจ

ในระดับพื้นฐานและสามารถอธิบายถึงความเข้าใจในการนำไปปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องจึงเป็นผลทำให้มีความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม

3. ทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.258, p<0.001) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ The National Health Education Standards: NHES (2007) ว่าทักษะการตัดสินใจ (Decision Skill) เป็นความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธหลีกเลี่ยง หรือเลือกวิธีปฏิบัติเป็นทางเลือกที่เหมาะสม เพื่อให้มีสุขภาพดีเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดี ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ วรพจน์ บุษราคัมวดี (2557) ที่ได้กล่าวไว้ว่า การตัดสินใจเป็นกระบวนการแก้ไขปัญหา กำหนดแนวทางการปฏิบัติ ซึ่งตั้งอยู่บนฐานของข้อมูลข่าวสารที่ได้รับเป็นความสามารถในการกำหนดทางเลือก และปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือ เลือกวิธีการปฏิบัติการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี-ผลเสียเพื่อการปฏิเสธ/หลีกเลี่ยง/เลือกวิธีอย่างเหมาะสม เพื่อผลประโยชน์ที่ดีที่สุด ให้สามารถตัดสินใจเลือกปฏิบัติได้ตามแนวทางที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี และเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล กลุ่ม หรือทั้งองค์กรได้ โดยที่พฤติกรรมของบุคคลจะมีความแตกต่างกัน แต่ละบุคคลจะต้องมีความเข้าใจ และมีข้อมูลก่อน จึงจะทำให้การตัดสินใจในแต่ละเรื่องประสบความสำเร็จได้ ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉรา พาสี (2548) พบว่าการตัดสินใจในการใช้ถุงยางอนามัยสม่ำเสมอเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการทางเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย

4. ทักษะการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.141, p<0.05) ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนองค์ความรู้และการศึกษาของกองสุขศึกษา (2556) พบว่าการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของโลกสมัยใหม่ให้พร้อมรับมือและสามารถปรับตัวเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม ซึ่งต้องมีคุณลักษณะด้านการจัดการตนเอง (Self-Management) และสอดคล้องกับการศึกษาของรัชนีวรรณ แก้วโพนเพ็ก (2552) เรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้สุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งนำไปสู่การเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี ในเด็กนักเรียนประถมศึกษา ตำบลทรายทองอำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู ผลการศึกษา พบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ผลลัพธ์การปฏิบัติและการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของไพบูลย์ อ่อนมั่ง (2552) พบว่าความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเอดส์ โดยความสามารถของตนเองเกิดทักษะการจัดการตนเองเป็นปัจจัยต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเอดส์

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านทักษะการตัดสินใจ และการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปพื้นที่หมู่ 3 บ้านซับถาวร ตำบลไทยอุดม อำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว ดังนั้น จากการวิจัยดังกล่าวสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานมาวางแผนกำหนดนโยบายเชิงรุกในพื้นที่เฉพาะ โดยประสานความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลราชันย์ และองค์การบริหารส่วนตำบลไทยอุดม ตำบลไทยอุดม อำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว จึงควรจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการตัดสินใจ และด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ ให้กับประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่ เช่น โครงการพัฒนาศักยภาพประชาชนในตำบลไทยอุดม โดยจัดให้มีการอบรมให้ความรู้ในเรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและการเรียนรู้ตามฐานปฏิบัติการ เพื่อให้ประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้เรียนรู้และ

ฝึกการตัดสินใจในสถานการณ์ต่าง ๆ รวมถึง ฝึกฝนในเรื่องการจัดการตนเองในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ได้จัดขึ้นตามฐานการเรียนรู้ในรูปแบบกระบวนการกลุ่ม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงทดลอง เพื่อสร้างโปรแกรมสุขศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป เพื่อให้เกิดประสิทธิผล และศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อตอบคำถามการวิจัยมีความครอบคลุมรายละเอียดมากยิ่งขึ้น

2. จากการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับควรขยายผล โดยพัฒนาการปฏิบัติสู่การเกิดพฤติกรรมของความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 3 ระดับ คือ ระดับพื้นฐาน ระดับปฏิสัมพันธ์ และระดับวิจารณญาณ

References

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *ความฉลาดทางสุขภาพ.* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นิวธรรมดาการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด.

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2556). *ความฉลาดทางด้านสุขภาพ.* สืบค้นเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2561. จาก www.hed.go.th/menuHome/file/413

ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์. (2560). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพ.* สืบค้นเมื่อ 11 กุมภาพันธ์ 2561. จาก http://hpc5.anamai.moph.go.th/director/data/HL/ HLO_chanuanthong.pdf

พรพญา เตปิน และวราภรณ์ บุญเชียง. (2561). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคมือเท้า ปาก ของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลเจริญเมือง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย.* สืบค้นเมื่อ 25 ตุลาคม 2562 จาก https://www.tci-thaijo.org/index.php/LMJ/article/view/179104

ไพบูลย์ อ่อนมั่ง. (2552). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเอดส์ของข้าราชการกองทัพเรือ*. สืบค้นเมื่อ 11 เมษายน 2561. จากhttp://www.nrdo.navy.mi.th/research/Project.htm

ภาวิณี มนตรี. (2557). *ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคเอดส์กับพฤติกรรมการป้องกันเอดส์ของ ข้าราชการทหารกองพลทหารปืนใหญ่ ค่ายพิบูลสงคราม จังหวัดลพบุรี.* สืบค้นเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2561. จาก http://doi.nrct.go.th//ListDoi/listDetail?Resolve_DOI=10.14457/KU.the.2014.101/No110/Marinee.PDF

รัชนีวรรณ แก้วโพนเพ็ก. (2552). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้สุขศึกษา โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ*. สืบค้นเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2561. จาก https://www.tci-thaijo.org/index.php/gskku/article/view/22509/19270

โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล. (2556). *โรคพยาธิใบไม้ตับ.* สืบค้นเมื่อ 26 มกราคม 2561. เข้าถึงได้จาก http://www.tm.mahidol.ac.th/hospital /hospital-p-opisthorchis-th.php

วรพจน์ บุษราคัมวดี. (2557). *องค์กรและการจัดการ.* สืบค้นเมื่อ 6 เมษายน 2561. จาก http://fms.vru.ac.th/research/vorapot/A10-5.pdf

สรญา แก้วพิทูลย์. (2556). *การตรวจหาและจำแนกพยาธิใบไม้ตับในจังหวัดสุรินทร์ โดยวิธี Kato' Thick Smear*. สืบค้นเมื่อ 27 มกราคม 2561. จาก http://sutir.sut.ac.th:8080/sutir/bitstream/123456789/ 5895/2/Fulltext.pdf

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *สระแก้วพบมะเร็งท่อน้ำดีสูงสุดภาคตะวันออก.* สืบค้นเมื่อ 25 มกราคม 2561. จาก http://www.sko.moph.go.th/content/view/?id=63

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *จำนวนผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ.* สืบค้นเมื่อ 25 มกราคม 2561. จาก http://203.157.145.19/report /view/?repid-link=66&cat-link=74

สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *ป้องกัน "โรคพยาธิใบไม้ตับ"ลดความเสี่ยงเป็นมะเร็งท่อน้ำดี*. สืบค้นเมื่อ 23 มกราคม 2561. จาก http://www.thaigcd.ddc.moph.go.th/informations/view/371

สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *สรุปผลการดำเนินงานสำนักโรคติดต่อทั่วไป ปีงบประมาณ 2560.* สืบค้นเมื่อ 25 มกราคม 2561. เข้าถึงได้จาก http://dcd.ddc.moph.go.th/uploads/file/yutthasart/ YUT_personal/report_20feb61cp_2.3.61.pdf

หทัยกานต์ ห้องกระจก. (2559). *อิทธิพลของความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปฐมภูมิ*. สืบค้นเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2561 จากhttp://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/ files/ 52920035.pdf

อัจฉรา พาสี. (2548). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ของชายที่เที่ยวสถานบริการทางเพศในเขตกรุงเทพมหานคร.* วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัยมหิดล.

อัญชลี จันทรินทรากร. (2557). *ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในเขตเทศบาลตำบลสวนหลวง อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร*. สืบค้นเมื่อ 25 ตุลาคม 2562. จาก http://doi.nrct.go.th/ListDoi /Download/208330/ 52e6fce040d7425438d08ea1903ae045?Resolve_DOI=10.14457/KU.the.2014.42

Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). *Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement, 30(3)*, 607-610.

The Center for Health Care Strategies Inc. (2000). *What is Health Literacy?* Retrieved from www.chcs.orgThe National Health Education Standards. 2007. Promoting Health Literacy Through the Health Education Assessment Project. *Journal of School Health, 77*(4), 157-163.

World Health Organization. (2018). *"Neglected Tropical Diseases"*. Retrieved January 23, 2018, From http://www.who.int/neglected_diseases/en/

ความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าพัฒนา อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม

Stress and Quality of Life Caregivers of Elderly in Lao Phatthana Sub-District Health Promotion Hospital, Na Wa District, Nakhon Phanom Province

สุนิตรา เดชขันธ์[1*], ประทีป กาลเขว้า[2] และ เบญญาภา กาลเขว้า[2]

Sunitra Dethkan[1*], Prateep Kankhwao[2] and Benyapa Kankhwao[2]

นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน[1*],

ภาควิชาสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น[2]

Bachelor Student, Bachelor of Public Health Program in Community Public Health[1*], Program in Community Public Health Sirindorn College of Public Health Khon Kaen[2]

(Received: *June 4*, 2020; Revised: *December 2*, 2020; Accepted: *December 22*, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าพัฒนา อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 199 คน ที่คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างเป็นระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบความเครียดสวนปรุง (SPST-20) และเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบความเที่ยงด้วยโดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.69 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด-สูงสุด และใช้สถิติ Chi-Square และ Fisher's Exact

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของผู้ดูแลเฉลี่ยต่อเดือน และระดับความเครียด

ดังนั้น หน่วยงานท้องถิ่น หน่วยงานด้านสุขภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีงานทำและเสริมสร้างทักษะทางสุขภาพเพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุพึ่งพาตนเองได้

คำสำคัญ: ความเครียด, คุณภาพชีวิต, ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

[*]ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: dph59038@scphkk.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 088-5098784)

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to study the factors associated with stress and quality of life of elderly caregivers under the authority of Lao Phatthana health promoting hospital, Na Wa district, Nakhon Phanom province. Samples were 199 caregivers selected by systematic sampling. Questionnaires in terms of Suanprung Stress Test-20 (SPST-20) and WHO Quality of Life assessment were used to collect the data which validity and reliability of the questionnaires had been proved by the experts and the formula of Kuder – Richardson-20 (0.69). Data were analyzed in terms of descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, minimum, maximum, Chi-square test and Fisher's exact test.

The results showed that there were several factors linked to age, educational level, occupation, average caregiver's income per month and stress levels that significantly associated with quality of life of the elderly caregivers.

Therefore, local governments and elderly health related-organizations should continuously provide supporting quality of life activities to, help for finding jobs for living and improve health care skills for self-reliance of the elderly caregivers.

Keywords: Stress, Quality of Life, Elderly Caregiver

บทนำ

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเมื่อปี 2548 โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปี ขึ้นไป) และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2561โดยมีประชากรผู้สูงอายุมากกว่าเด็ก คิดเป็นสัดส่วนประมาณ 1 ใน 5 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ, 2560) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยทั่วไปประชากรผู้สูงอายุจะพบปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกาย และในที่สุดต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือผู้ดูแลในการดำเนินชีวิตประจำวัน สำหรับในประเทศไทย ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ หรือคนในครอบครัว ได้แก่ ลูก สาวหรือภรรยา ที่อยู่ในครัวเรือนเดียวกับผู้สูงอายุ (รศรินทร์ เกรย์ และ สาลินี เทพสุวรรณ์, 2557)

ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการทำงานโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน ต้องใช้เวลาและแรงงานในการดูแลผู้สูงอายุส่งผลให้ต้องมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำเนินชีวิตและบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า รู้สึกเหน็ดเหนื่อยอ่อนเพลีย ซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ อารมณ์และความเครียดได้ (พรชัย จูลเมตต์ และยุพิน ถนัดวนิชย์, 2544) และงานวิจัยพบอย่างชัดเจนว่า การดูแลส่งผลด้านลบต่อผู้ดูแล เช่น ความเครียด และการเป็นภาระเนื่องจากบทบาทที่หลากหลาย นอกจากนี้ความเครียดของผู้ดูแลยังส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุด้วย (พรชัย จูลเมตต์ และยุพิน ถนัดวนิชย์, 2544)

การที่ผู้สูงอายุเริ่มมีปัญหาสุขภาพมากขึ้นกลายเป็นบุคคลที่ต้องได้รับการพึ่งพาจากครอบครัวทำให้สมาชิกในครอบครัวที่กลายมาเป็นผู้ดูแลต้องมีการเปลี่ยนบทบาทและวิถีชีวิตไปอย่างมาก (สาสินี เทพสุวรรณ์, ณัฐจีรา ทองเจริญชูพงศ์ และรศรินทร์ เกรย์, 2553) ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า มีความรู้สึก เหน็ดเหนื่อยอ่อนเพลีย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลยังถูกจำกัดทางสังคม มีเวลาที่เป็นอิสระส่วนตัว และออกไปติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลงและยังได้รับผลกระทบจากปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ร่วมด้วย ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ทั้งยังกระทบต่อความผาสุก และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลด้วย (รศรินทร์ เกรย์ และสาลินี เทพสุวรรณ์, 2557)

จังหวัดนครพนมมีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้นเรื่อย ๆ จากการสำรวจปี 2557 พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุ 90,102 คน แบ่งเป็นเพศชาย 40,228 คน เพศหญิงจำนวน 230,958 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557)

จากสัดส่วนผู้สูงอายุที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ นอกจากนี้บทบาทในการดูแลผู้สูงอายุเป็นบทบาทที่ต้องใช้เวลานานและไม่แน่นอนซึ่งเป็นผลให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนและการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิต (เจริญชัย หมื่นห่อ และสุพรรณี พูลผล, 2559) ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า รู้สึกเหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลีย ซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจอารมณ์ และความเครียดได้

ข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าการทำบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญและเป็นปัจจัยในการบ่งชี้ถึงคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงจะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจน สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการดูแลผู้สูงอายุได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมทั้งนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาสถาบันครอบครัวให้มีประสิทธิภาพและตอบสนองนโยบายการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวแสดงบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุให้มากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

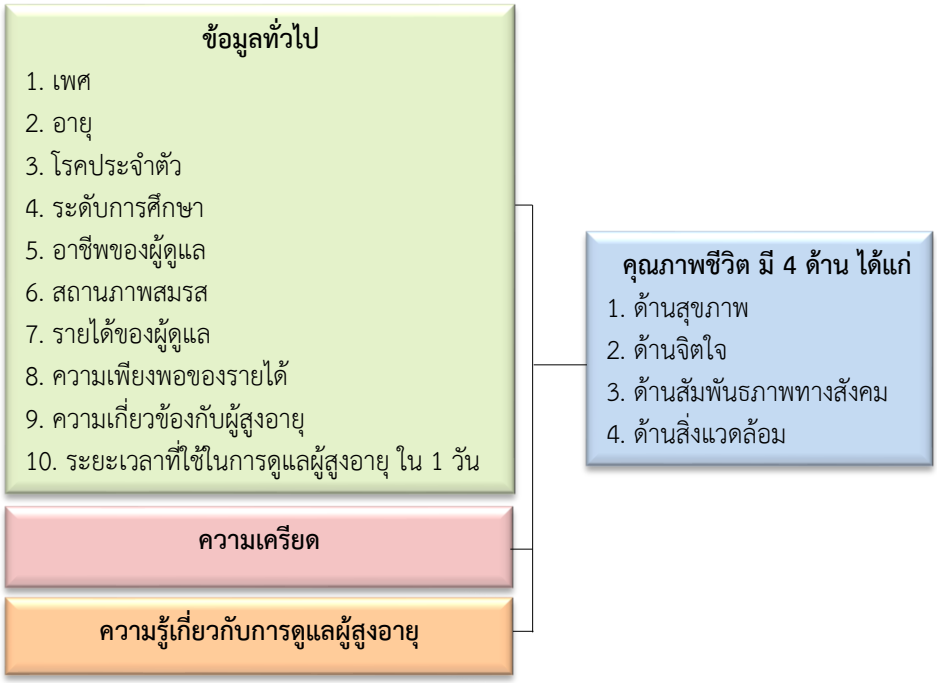
วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าพัฒนา อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม
2. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าพัฒนา อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม
3. เพื่อศึกษาระดับความรู้ของดูแลผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลเหล่าพัฒนา อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ความเครียด และความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลเหล่าพัฒนา อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตประกอบด้วยด้านสุขภาพ ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะทำให้ความเกิดระดับความเครียดโดยรวม ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิตคือการดำรงชีวิตอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม มีความสุขทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมและสังคมที่ตนอยู่ได้เป็นอย่างดี ขณะเดียวกันก็สามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสมดังนั้น คุณภาพชีวิตจึงเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตอยู่ของบุคคลและสามารถประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้เครื่องชีวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2550) ผู้วิจัยจึงนำมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ดังรายละเอียดตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Cross-sectional Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลเหล่าพัฒนา อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม โดยประชากร คือ คู่สมรส บุตร หลาน หรือญาติ ซึ่งให้การดูแลผู้สูงอายุและช่วยเหลือในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างสม่ำเสมอ เขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าพัฒนา อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม จำนวน 8 หมู่บ้าน จำนวนทั้งสิ้น 820 คน เป็นชาย 379 คน หญิง 441 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังนี้

1. เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion Criteria)

1.1 ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 - 59 ปี

1.2 เป็นผู้ดูแล ที่อาศัยในครัวเรือนเดียวกับผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ในลักษณะเครือญาติกับผู้สูงอายุ

1.3 เป็นผู้ให้การดูแลหลักในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ ใกล้ชิดผู้สูงอายุมากที่สุด โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนและไม่เกี่ยวข้องผูกมัดทางวิชาชีพ โดยสอบถามจากผู้สูงอายุ หรือจากการสอบถามสมาชิกในครัวเรือน ทั้งนี้อาจเป็นคู่ชีวิต บุตร หลาน หรือสมาชิกในครอบครัว

1.4 มีสุขภาพส่วนบุคคลที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองช่วยเหลือตนเองได้

2. เกณฑ์คัดเลือกออก (Exclusion Criteria)

2.1 ปฏิเสธในการให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย

2.2 ในช่วงวันของการให้ข้อมูลไม่สามารถให้ข้อมูลได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนของประชากรกรณีประชากรมีขนาดเล็ก (ทราบประชากรที่ชัดเจน) ในกรณีนี้ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน (Finite Population) จึงเลือกใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากร กรณีประชากรมีขนาดเล็ก (อรุณ จิรวัฒน์กุล, 2556) ทั้งนี้เพื่อป้องกันการสูญหายของแบบสอบถามและเพื่อถูกต้องของข้อมูล จึงเก็บตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 5 รวมจำนวนตัวอย่างทั้งหมด 199 คน โดยการสุ่มอย่างเป็นระบบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้จากการศึกษางานวิจัย เอกสารและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และพัฒนาตามกรอบแนวคิดการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัว ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ ความพอเพียงของรายได้ ความเกี่ยวข้องกับสูงอายุ และระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งคำถามมีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบประเมินระดับความเครียด เป็นแบบสอบถามจากแบบทดสอบความเครียดสวนปรุง (SPST-20) (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2550) ซึ่งแบบวัดความเครียดสวนปรุงนี้เป็นแบบวัดความเครียดที่สร้างขึ้นมาเพื่อวัดความเครียด ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา โดยพัฒนาจากกรอบแนวคิดทางด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคมของความเครียด ซึ่งเหมาะที่จะนำมาใช้เพื่อหาข้อมูลเกี่ยวกับความเครียด ทราบที่มาของความเครียด การใช้ชีวิตประจำวันที่มีผลต่อการเกิดความเครียดหรือการปรับตัวรับกับความเครียดและอาการของความเครียดที่เกิดขึ้นได้ เหมาะจะใช้ในการให้บริการปรึกษาและแนะนำแบบวัดความเครียดสวนปรุง ชุด 20 ข้อ มีคะแนนรวมไม่เกิน 100 คะแนน โดยผลรวมที่ได้ แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

0 – 23 คะแนน	มีระดับความเครียดน้อย
24 – 41 คะแนน	มีระดับความเครียดปานกลาง
42 – 61 คะแนน	มีระดับความเครียดสูง
62 -100 คะแนน	มีระดับความเครียดรุนแรง

ตอนที่ 3 เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2550) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิดคือ แบบภาวะวิสัย (Perceived Objective) และอัตวิสัย (Self-report Subjective) ประกอบด้วยคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL – 26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

ข้อความทางลบให้ คะแนนดังต่อไปนี้		ข้อความทางบวกข้อให้ คะแนนดังต่อไปนี้	
ไม่เลย	ให้ 5 คะแนน	ไม่เลย	ให้ 1 คะแนน
เล็กน้อย	ให้ 4 คะแนน	เล็กน้อย	ให้ 2 คะแนน
ปานกลาง	ให้ 3 คะแนน	ปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
มาก	ให้ 4 คะแนน	มาก	ให้ 2 คะแนน
มากที่สุด	ให้ 5 คะแนน	มากที่สุด	ให้ 1 คะแนน

การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26 – 130 คะแนนดังนี้

การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (26-60 คะแนน)

การมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ (61-95 คะแนน)

การมีคุณภาพชีวิตที่ดี (96-130 คะแนน)

แบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต แยกออกเป็นองค์ประกอบต่าง ๆ ได้ดังนี้

องค์ประกอบ	การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตกลาง ๆ	คุณภาพชีวิตที่ดี
1. ด้านสุขภาพกาย	7-16	17-26	27-35
2. ด้านจิตใจ	6-14	15-22	23-30
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3-7	8-11	12-15
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	8-18	19-29	30-40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	**26-60**	**61-95**	**96-100**

ตอนที่ 4 แบบทดสอบความรู้การดูแลผู้สูงอายุ มีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้การดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 20 ข้อ ในแต่ละข้อมีคำตอบที่ถูกเพียงข้อเดียว โดยให้เกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ ตอบถูก ให้คะแนนเท่ากับ 1 ตอบผิดให้คะแนนเท่ากับ 0 รวม 20 คะแนนและจัดแบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Bloom, 1956)

ความรู้ระดับดี (8-10 คะแนน หรือ คิดเป็น 80-100%)

ความรู้ระดับปานกลาง (6-7 คะแนน หรือ คิดเป็น 60-70%)

ความรู้ระดับต่ำ (0-5 คะแนน หรือ คิดเป็น 0-59%)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงความเที่ยง

ผู้วิจัยนำแบบทดสอบความรู้ที่จัดทำขึ้นเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสม โดยแบบประเมินระดับความเครียดและความรู้ได้ค่า IOC อยู่ในช่วง 0.66-1.00) แบบวัดคุณภาพชีวิตได้ค่า IOC เท่ากับ 1 ทุกข้อ

จากนั้นรนำแบบทดสอบที่ได้ไปทดลองใช้ (Try-Out) ในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุพื้นที่ใกล้เคียง ซึ่งเป็นหมู่บ้านที่มีลักษณะต่างๆใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน โดยแบบทดสอบความรู้มีความยากง่าย (P) อยู่ระหว่าง 0.33-0.96 มีค่าอำนาจจำแนก (r) ระหว่าง 0.27-0.60 และค่าความเที่ยงของแบบทดสอบทั้งฉบับโดยใช้สูตร KR-20 (Kuder-Richardson Reliability) เท่ากับ 0.69

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. รวบรวมรายชื่อผู้ดูแลสูงอายุ (ข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าพัฒนา อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม)

2. วางแผนในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยชี้แจง ถึงวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ การเก็บข้อมูลจะไม่ลงชื่อผู้ให้ข้อมูลในแบบสัมภาษณ์ และจะเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ จะไม่มีผลกระทบใด ๆต่อผู้ให้ข้อมูล

4. ผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถานที่ตามความสะดวกของกลุ่มตัวอย่างและไม่กระทบต่อการใช้ชีวิตประจ้าวัน หรือก่อให้เกิดความเสียหายต่อกลุ่มตัวอย่างบรรยากาศเป็นส่วนตัว ไม่มีเสียงดังรบกวน

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความเรียบร้อยเพื่อความถูกต้องและสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์ก่อนปิดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ให้สัมภาษณ์

6. รวบรวม ตรวจสอบความครบถ้วน สมบูรณ์ของข้อมูล และนำข้อมูลที่ได้ไปทำการวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ความเครียด คุณภาพชีวิต ความรู้ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลเหล่าพัฒนา อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนมโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (*Frequency*) ค่าร้อยละ (*Percent*), ค่าเฉลี่ย (*Mean*), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*Standard Deviation*) ค่าต่ำสุด (*Minimum*) ค่าสูงสุด (*Maximum*)

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลเหล่าพัฒนา อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนมโดยใช้สถิติ Chi Square test หากข้อมูลไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้ สถิติ Chi Square test จะใช้สถิติ Fisher's Exact Test แทน

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิจัยเข้ารับการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ผ่านจริยธรรมจากคณะกรรมการ เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2561 เลขที่ HE 612043

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล (n=199)

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
หญิง	105	52.76
ชาย	94	47.24
2. อายุ (ปี)		
20 – 39	21	10.55
40 – 59	50	25.13
60 ปีขึ้นไป	128	64.32
M=59.64, *SD*=14.40, *Median*=63, *Max*=88, *Min*=20		
3. โรคประจำตัว		
ไม่มี	134	67.34
มี	65	32.66
4. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	150	75.38
มัธยมศึกษา	35	17.59
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	14	7.04
5. อาชีพของผู้ดูแล		
เกษตรกรรม	134	67.34
รับจ้าง	32	16.08

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	11	5.53
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	7	3.52
อื่น ๆ (นักศึกษา, แม่บ้าน, ไม่ได้ทำงาน)	15	7.54
6. สถานภาพสมรส		
สมรส	163	81.91
หม้าย	19	9.55
โสด	17	8.54
7. รายได้ของผู้ดูแลเฉลี่ยต่อเดือน(บาท)		
≤ 5,000	169	84.92
5,001 – 10,000	7	3.52
≥10,001	23	11.56
M=4,494.97, *SD*=7,682.53, *Median*=2,000, *Man*=600, *Mix*=40,000		
8. ความเพียงพอของรายได้ของผู้ดูแล		
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	55	27.64
ไม่เพียงพอและไม่มีหนี้สิน	70	35.18
เพียงพอ มีเหลือเก็บ	61	30.65
ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	13	6.53
9. ความเกี่ยวข้องของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ		
สามี/ภรรยา	107	53.77
บุตร	71	35.68
ญาติ/พี่น้อง	21	10.55
10. ระยะเวลาที่ใช้การในดูแลผู้สูงอายุใน 1 วัน		
1-5 ชั่วโมง	58	29.15
6-12 ชั่วโมง	46	23.12
13-18 ชั่วโมง	18	9.05
19-24 ชั่วโมง	77	38.69

จากตาราง 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.76 อายุเฉลี่ย=59.64 ปี (*SD*=14.40) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 64.32 รองลงมา คือ 40-59 ปี ร้อยละ 25.13 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 67.34 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 74.87 รองลงมา คือ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 17.59 มีอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 67.34 สถานภาพสมรส ร้อยละ 81.91 รองลงมาคือ สถานภาพหม้าย ร้อยละ 9.55 มีรายได้เฉลี่ย=4,494.97 บาท (*SD*=7,682.53) ค่ามัธยฐานรายได้ของผู้ดูแลเฉลี่ยต่อเดือน=2,000 บาท ค่าต่ำสุด=600 บาท ค่าสูงสุด=40,000 บาท ความเพียงพอของรายได้ของผู้ดูแลมีเพียงพอไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 35.18 ความเกี่ยวข้องของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุเป็นสามี/ภรรยา ร้อยละ 53.77 รองลงมา คือ บุตร ร้อยละ 35.68 และมีระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุใน 1 วัน 19 - 24 ชั่วโมง ร้อยละ 38.69

2. ระดับความเครียดโดยรวมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามระดับความเครียด (n=199)

ระดับความเครียด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความเครียดน้อย (0-23)	5	2.51
ระดับความเครียดปานกลาง (24-41)	136	68.34
ระดับความเครียดสูง (42-61)	58	29.15
ภาพรวม มีความเครียดในระดับปานกลาง (*Mean*=36.79, *SD*=8.26, *Max*=59, *Min*=20)		

จากตาราง 2 ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลาง ร้อยละ 68.34 รองลงมา คือ มีความเครียดระดับสูง ร้อยละ 29.15 และความเครียดในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย= 36.79, *SD*=8.26)

3. ระดับระดับคุณภาพชีวิตในภาพรวมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิตแยกตามองค์ประกอบและโดยรวม (n=199)

คุณภาพชีวิตโดยรวม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตกลาง ๆ (61-95 คะแนน)	159	79.90
คุณภาพชีวิตที่ดี (96-130 คะแนน)	40	20.10
ภาพรวม มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง (*M*=87.36, *SD*=9.41, *Max*=66, *Min*=119)		

จากตาราง 3 คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับกลาง ๆ ร้อยละ 79.90 รองลงมา คือ มีคุณภาพชีวิตระดับที่ดี ร้อยละ 20.10 และคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย=87.36, *SD*=9.41)

4. วิเคราะห์ระดับความรู้ของดูแลผู้สูงอายุ

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ (n=199)

ระดับความรู้การดูแลผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ระดับดี (8-10 คะแนน)	49	24.62
ความรู้ระดับปานกลาง (6-7 คะแนน)	94	47.24
ความรู้ระดับต่ำ (0-5 คะแนน)	56	28.14
ภาพรวม มีความรู้ในระดับปานกลาง (*Mean*=6.47, *SD*=1.62, *Max*=2, *Min*=10)		

จากตาราง 4 ความรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุระดับปานกลาง ร้อยละ 47.24 รองลงมาคือ มีระดับความรู้ระดับต่ำ ร้อยละ 28.14 และมีระดับความรู้ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (*M*=6.47, *SD*=1.62)

5. วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ความเครียด ความรู้ในการดูแลผุสูงอายุกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (n=199)

ตัวแปร	คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ				*Chi-Square*	*p-value*
	คุณภาพชีวิตกลาง ๆ (n=159)		คุณภาพชีวิตที่ดี (n=40)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
หญิง	83	79.05	22	20.95	0.100	0.751
ชาย	76	80.85	18	19.15		
อายุ (ปี)						
20-39	9	42.86	12	57.14		
40-59	37	74.00	13	26.00	24.625	<0.001
60 ปีขึ้นไป	113	88.28	15	11.72		
โรคประจำตัว						
ไม่มี	104	77.61	30	22.39	1.337	0.248
มี	55	84.62	10	15.38		
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	130	86.67	20	13.33	28.807	<0.001
มัธยมศึกษา	25	71.43	10	28.57		
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	4	28.57	10	71.43		
อาชีพ						
เกษตรกรรม	112	83.58	22	16.42		
รับจ้าง	27	84.38	5	15.63		
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	1	9.09	10	90.91	-	<0.001[F]
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	5	71.43	2	28.57		
อื่น ๆ (นักศึกษา, แม่บ้าน, ไม่ได้ทำงาน)	14	93.33	1	6.67		
สถานภาพสมรส						
โสด	11	64.71	6	35.29		
สมรส	130	79.75	33	20.25	-	0.080[F]
หม้าย	18	94.74	1	5.26		
รายได้ของผู้ดูแลเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ5,000	145	85.80	24	14.20		
5,001 – 10,000	2	28.57	5	71.43	-	<0.001[F]
มากกว่าหรือเท่า 10,001	12	52.17	11	47.83		
ความเพียงพอของรายได้ของผู้ดูแล						
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	43	78.18	12	21.82		
ไม่เพียงพอและไม่มีหนี้สิน	55	78.57	15	21.43	0.520	0.914
เพียงพอ มีเหลือเก็บ	50	81.97	11	18.03		
ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	11	84.62	2	15.38		
ความเกี่ยวข้องของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ						
สามี/ภรรยา	52	73.24	19	26.76		
บุตร	90	84.11	17	15.89	3.158	0.206
ญาติ/พี่น้อง	17	80.95	4	19.05		
ระยะเวลาที่ใช้การในดูแลผู้สูงอายุใน 1 วัน						
1-5 ชั่วโมง	43	74.14	15	25.86		
6-12 ชั่วโมง	38	82.61	8	17.39	3.048	0.384
13-18 ชั่วโมง	13	72.22	5	27.78		
19-24 ชั่วโมง	65	84.42	12	15.58		

ตาราง 5 (ต่อ)

ระดับความเครียด						
มีความเครียดน้อย	4	80.00	1	20.00		
มีความเครียดปานกลาง	101	74.26	35	25.74	-	0.011[F]
มีความเครียดสูง	54	93.10	4	6.90		
ระดับความรู้การดูแลผู้สูงอายุ						
ความรู้ระดับดี	39	69.64	17	30.36		
ความรู้ระดับปานกลาง	78	82.98	16	17.02	5.2547	0.072
ความรู้ระดับต่ำ	42	85.71	7	14.29		

จากตาราง 5 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ตัวแปรอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของผู้ดูแลเฉลี่ยต่อเดือน และระดับความเครียดพบว่า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value*=<0.001, <0.001, <0.001, <0.001, 0.011)

ส่วนตัวแปรเพศ โรคประจำตัว สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ของผู้ดูแล ความเกี่ยวเกี่ยวข้องของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ ระยะเวลาที่ใช้การในดูแลผู้สูงอายุใน 1 วัน และระดับความรู้การดูแลผู้สูงอายุกับผู้สูงอายุ พบว่า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value*=0.751, 0.248, 0.080, 0.914, 0.206, 0.384, 0.072)

อภิปรายผล

อายุ กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า อายุระหว่าง 20-39 ปี มีสัดส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 57.14 รองลงมาอายุระหว่าง 40-59 ปี ร้อยละ 26.00 และ อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 11.72 และเมื่อหาความสัมพันธ์พบว่า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value*<0.001) อาจเนื่องจากอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลมีความแตกต่างในเรื่องของความคิดและพฤติกรรม นอกจากมีประสบการณ์ชีวิตเป็นตัวบ่งชี้ถึงวุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการต่อสิ่งต่าง ๆ ของผู้ดูแล โดยความสามารถเหล่านี้จะลดลงตามอายุเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นสุขภาพร่างกายจะทรุดโทรมลงทุกคนจะสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสังคม ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลลดลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของมณัฐกร คงทอง (2554) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่ของเขตชุมชนริมทางรถไฟ อย่างมีนัยสำคัญ (*p-value*<0.001)

ระดับการศึกษา กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุพบว่า ระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า มีสัดส่วนผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 71.43 รองลงมาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 28.57 และระดับประถมศึกษา ร้อยละ 13.33 และเมื่อหาความสัมพันธ์พบว่า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value*<0.001) อาจเนื่องจากคนที่มีการศึกษาสูงก็จะสามารถวางแผนการใช้ชีวิต และสามารถเลือกสรรปัจจัย 4 มาตอบสนองความต้องการของตัวเองได้อย่างมีคุณภาพกว่า ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพในการดำรงชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของปิยภรณ์ เลาหบุตร (2557) พบว่า ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ 7 ตำบลพลูตาหลวง อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี แตกต่างกัน

อาชีพ กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุพบว่า อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจมีสัดส่วนผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 90.91 รองลงมาค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 28.57 เกษตรกรรม ร้อยละ 16.42 และรับจ้าง ร้อยละ 15.63 และเมื่อหาความสัมพันธ์ พบว่า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value*<0.001) อาจเนื่องจากการประกอบอาชีพจะมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในสังคมของบุคคล ทำให้บุคคลมีความพึงพอใจในชีวิต เพราะเป็นการรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเองที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมด้านต่างๆได้ด้วยตนเองและส่งผลถึงคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวีระพงษ์ พรายภอรมณ์

(2557) เรื่อง คุณภาพชีวิตของประชาชนในตำบลสวนส้ม อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

รายได้ของผู้ดูแลเฉลี่ยต่อเดือน กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า รายได้ระหว่าง 5,001-1,0000 บาท มีสัดส่วนผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 71.43 รองลงมารายได้มากกว่าหรือเท่า 1,0001บาท ร้อยละ 47.83 และรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 ร้อยละ 14.20 และเมื่อหาความสัมพันธ์ พบว่า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value*<0.001) อาจเนื่องจากรายได้เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิต เป็นตัวบ่งบอกถึงสภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของมณัฐกร คงทอง (2554) รายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชุมชนริมทางรถไฟหาดใหญ่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ระดับความเครียด กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุพบว่า ความเครียดปานกลาง มีสัดส่วนผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 25.74 รองลงมาความเครียดน้อย ร้อยละ 20.00 และเมื่อหาความสัมพันธ์พบว่า ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value*=0.011) อาจเนื่องจากการที่ผู้สูงอายุเริ่มมีปัญหาสุขภาพมากขึ้นกลายเป็นบุคคลที่ต้องได้รับการพึ่งพา ทำให้ผู้ดูแลต้องมีการเปลี่ยนบทบาทและวิถีชีวิตไปอย่างมาก ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า มีความรู้สึกเหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลีย นอกจากนี้ผู้ดูแลยังถูกจำกัดทางสังคม มีเวลาที่เป็นอิสระส่วนตัวและออกไปติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง และยังได้รับผลกระทบจากปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลลดลงด้วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของประไพ ศรีแก้วและดุษฎี เอกพจน์ (2557) พบว่า ความเครียดในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (*r*=-17)

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัย พบว่า ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในระดับดี ร้อยละ 20.10 เท่านั้นดังนั้น หน่วยงานท้องถิ่น หน่วยงานด้านสุขภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีงานทำและเสริมสร้างทักษะทางสุขภาพเพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุพึ่งพาตนเองได้

2. จากผลการวิจัย พบว่า ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความเครียดในระดับสูง ร้อยละ 29.15 ดังนั้น หน่วยงานท้องถิ่น หน่วยงานด้านสุขภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ กำหนดนโยบายให้ผู้ดูแลตระหนักถึงวิธีการลดความเครียด ดูแลสุขภาพของตนเอง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าพัฒนา อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม ด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกมีการสัมภาษณ์กลุ่ม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

2. การศึกษาตัวแปรหรือปัจจัยด้านอื่นเพิ่มเติมที่อาจส่งผลหรือมีความสำคัญต่อการเกิดความเครียด เพื่อทำความเข้าใจถึงเหตุผลและผลที่ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเกิดความเครียดผลกระทบกับการดำเนินชีวิต แล้วควรศึกษาหาแนวทางหรือพฤติกรรมในการลดความเครียด

3. ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ศึกษาเฉพาะพื้นที่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าพัฒนา อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนมเพียงอย่างเดียวจึงควรศึกษาพื้นที่อื่นด้วยก็เป็นการเปรียบเทียบว่าผลการวิจัยมีลักษณะใกล้เคียงกันหรือไม่ เพื่อเป็นการวัดถึงสาเหตุความเครียดว่ามาจากตัวผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือมาจากพื้นที่ที่แตกต่างกัน

References

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แบบวัดความเครียดสวนปรุง*. สืบค้นเมื่อ 30 ตุลาคม 2561 จาก https://www.dmh.go.th.

เจริญชัย หมื่นห่อ และสุพรรณี พูลผล. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดนครพนม. *วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม.*

ประไพ ศรีแก้ว และดุษฎี เอกพจน์. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการ ทำงานของพยาบาลวิชาชีพ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช. *วารสารวิชาการการแพทย์ เขต 11,* 8, 101-11.

ปิยภรณ์ เลาหบุตร. (2557). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ 7 ตำบลพลูตาหลวง อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี.* วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา.

พรชัย จูลเมตต์ และยุพิน ถนัดวณิชย์. (2544). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร มหาวิทยาลัยบูรพา, 9*(1), 32-46.

มณัฐกร คงทอง. (2553). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาชุมชนริมทางรถไฟภายในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่.* วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนาศาสตรมหาบัณฑิต (รัฐประศาสนศาสตร์). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

รศรินทร์ เกรย์ และสาลินี เทพสุวรรณ์. (2557*). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ.* สงขลานครินทร . ฉบับสังคมศาสตรและมนุษยศาสตร.

วีระพงษ์ พรายภิรมณ์. (2557). *คุณภาพชีวิตประชาชน ในตำบลสวนส้ม อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัด สมุทรสาคร.* วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2560). *ปี 61 ไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ.* สืบค้นเมื่อ 17 ธันวาคม 2561 จาก http://www.thaihealth.or.th

อรุณ จิรวัฒน์กุล. (2556). *สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย.* กรุงเทพฯ, วิทยพัฒน์.

Bloom, B. S. (1956). *Taxonomy of Educational Objectives Handbook I: Cognitive Domain.* New York: David McKay.

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาการป้องกันโรคพยาธิ ต่อความรู้และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ของพลทหาร จังหวัดอุบลราชธานี

The Effectiveness of Helminth Prevention Program on Knowledge and Health Perception for Privates, Ubon Ratchathani Province

จิตตาวดี วิจารณ์[1*], นฤมล คำสมบัติ[2], เกศิณี หาญจังสิทธิ์[3] และอุรารัช บูรณะคงคาตรี[3]

Jittawadee Wijarn[1*], Naruemon Kamsombat[2], Krsinee Hanjangsit[3] and Urarat Buranakongkatree[3]

สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บ้านขาม[1*], โรงพยาบาลโพธิ์ชัย[2], วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี[3]

Bankham Queen Sirikit Health Center[1*], Pho Chai Hospital[2], Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani[3]

(Received: *June 6*, 2020; Revised: *December 10*, 2020; Accepted: *December 22*, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ใช้แบบ Multiple-Group Time Series Design มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาการป้องกันโรคพยาธิ ที่มีผลต่อความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ กลุ่มตัวอย่างเป็นพลทหารผลัดที่ 2/2560 จำนวน 195 นาย โดยสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม พิจารณาจาก 6 หน่วยฝึก ได้กลุ่มทดลองจำนวน 62 นาย และกลุ่มควบคุมจำนวน 133 นาย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษา โดยนำการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ มาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมสุขศึกษา ระยะเวลาศึกษา 3 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา เก็บข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบและแบบสอบถามได้ค่า IOC .63 และค่าความเชื่อมั่น .68 ใช้สถิติ Friedman's Test และ Mann-Whitney Test ผลการวิจัยพบว่า

หลังการได้รับโปรแกรมทันทีและหลัง 3 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้ประโยชน์สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และยังพบว่ากลุ่มทดลองมีแนวโน้มคะแนนความรู้และการรับรู้ประโยชน์เพิ่มขึ้นตามเวลาที่ติดตามมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) แต่การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้ความเสี่ยงไม่มีความแตกต่างกัน

ควรนำโปรแกรมไปปรับใช้สู่การลดอุบัติการณ์โรคพยาธิได้ในอนาคต และการศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มระยะเวลาในการติดตาม เพื่อทดสอบความคงอยู่ของโปรแกรม

คำสำคัญ: ประสิทธิผล, โปรแกรมสุขศึกษา, โรคพยาธิ, พลทหาร

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding email: Wijarn.jitta@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 080-0137509)

Abstract

This quasi-experimental research, a Multiple-Group Time Series Design, aimed to study the effectiveness of health education program relating to helminths prevention on knowledge, perceived susceptibility, perceived severity and perceived benefits to prevent helminths of soldiers. The samples were 195 soldiers selected from 6 troops of the 2nd regiment in 2017 and were divided into the experimental group (62 subjects) and the control group (133 subjects). The experimental group received a three-week intervention of health education program, while the control group did not have any health education program. Data were collected by knowledge test and questionnaires with IOC = 0.63 and reliability = 0.68, and analyzed by Friedman's Test and Mann-Whitney Test.

The results indicated that after intervention, the mean scores of knowledge, perceived susceptibility, perceived severity and perceived benefits of the experimental group were significantly higher than before intervention and the control group ($p<0.05$). In addition, the mean scores of knowledge and perceived benefits in the study group were significantly increased overtime ($p<0.05$), but the scores of perceived severity and perceived severity were steady.

The results of this study can be seen as the evidence to support the application of this program to use in the similar groups of population leading to decrease incidence of helminthes in the future. For further investigation, time for follow up of the program should be more extended to test the persistence of the program.

Keywords: Effectiveness, Education Program, Helminth, Privates

บทนำ

โรคพยาธิเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยเฉพาะในเขตร้อน จากการประมาณการทั่วโลก พบว่า มีประชากรที่ติดเชื้อพยาธิมากถึง 3,500 ล้านคน โดยเฉพาะพยาธิใบไม้ตับและลำไส้พบมากกว่า 500 ล้านคน (WHO, 2000) ประเทศไทย ในปี พ.ศ.2557 พบอัตราความชุกของโรคพยาธิทั่วประเทศเฉลี่ย ร้อยละ 5.1 เมื่อพิจารณาในระดับหมู่บ้าน พบว่า พื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราความชุกของโรคพยาธิสูงสุดถึง ร้อยละ 85.2 และจากการประมาณการ พบว่า ประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือติดเชื้อหรือเคยติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับกว่า 6 ล้านคน (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561) และในแต่ละปีพบผู้เสียชีวิตกว่า 28,000 คน เฉลี่ยวันละ 76 คน เสียค่าใช้จ่ายในการรักษา 80,000 บาทต่อราย หรือประมาณ 22,400 ล้านบาทต่อปี (พลอยไพลิน ทับทิมและรุจิรา ดวงสงค์, 2556) โดยเฉพาะจังหวัดอุบลราชธานีซึ่งเป็นจังหวัดหนึ่งที่ตั้งอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในปี 2557 พบอัตราชุกการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 19.80 (เกษร แถวโนนงิ้วและเสรี สิงห์ทอง, 2557) และจากการสำรวจ ในปี พ.ศ. 2552 พบพยาธิใบไม้ในตับร้อยละ 8.70 พยาธิปากขอร้อยละ 6.50 และพยาธิไส้เดือนร้อยละ 1 โดยพบอัตราความชุกในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (สำนักงานโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2552) และกระทรวงสาธารณสุขมีเป้าหมาย ควบคุมโรคพยาธิในทุกพื้นที่ในประเทศไทย (ศิวัชญ์ ทองนาเมือง, 2554)

ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อพยาธิมีหลายปัจจัยแต่ปัจจัยหลักที่สำคัญก็คือพฤติกรรมสุขภาพและอนามัยส่วนบุคคลที่ไม่ถูกต้อง เช่น การรับประทานอาหาร สุก ๆ ดิบ ๆ เป็นประจำ การไม่ล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหาร การใช้ส้วมไม่ถูกสุขลักษณะอุปนิสัยการถ่ายอุจจาระเรี่ยราดและการไม่สวมรองเท้าเมื่อเดินบนพื้นดิน (คิมธวัช นันตะวัน และณัฐพล จำปาสาร, 2558) พฤติกรรมเหล่านี้จะส่งผลให้มีการแพร่กระจายของโรคพยาธิเข้าสู่ร่างกาย หากมีพยาธิจำนวนมากและอาศัยในร่างกายเป็นเวลานานจนเรื้อรัง จะมีโอกาสเป็นมะเร็งและ

เสียชีวิตได้ (เทพลักษณ์ ศิริวัฒนาวุฒิชัย และคณะ, 2559) ซึ่งวิธีการป้องกันโรคพยาธิมีหลากหลายวิธี เช่น การรับประทานอาหารปรุงสุก การล้างผักและผลไม้ให้สะอาด การล้างมือก่อนรับประทานอาหารและหลังเข้าห้องน้ำ การถ่ายอุจจาระลงส้วมและการสวมใส่รองเท้าเมื่อออกนอกบ้าน เป็นต้นดังนั้นการให้สุขศึกษาที่มีประสิทธิภาพ โดยการสร้างความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิอย่างถูกวิธีและการปรับเปรียบพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม จะสามารถป้องกันโรคพยาธิอีกทั้งยังช่วยลดปัญหาด้านสุขภาพของสาธารณสุขได้ซึ่งการให้สุขศึกษาจะมีผลต่อการป้องกันโรคพยาธิในระยะยาวและยั่งยืน(Mascie-Taylor et al, 2003)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าการป่วยด้วยโรคพยาธินั้นส่วนใหญ่จะพบในเพศชายซึ่งส่วนมากจะพบในกลุ่มอายุ 21-40 ปี ที่มีการติดเชื้อพยาธิสูงสุด (ณัฏฐวุฒิ แก้วพิบูลย์ และสรญา แก้วพิบูลย์, 2553) และจากการประยุกต์ใช้ในทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่าโปรแกรมสุขศึกษาสามารถทำให้มีความรู้และการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ เพิ่มมากขึ้น (คิมธวัช นันตะวันและณัฐพล จำปาสาร, 2558; นันทนา บัณฑิตาโสภณ, 2555; พลอยไพลิน ทับทิมและรุจิรา ดวงสงค์, 2556; ศิวัชญ์ ทองนาเมือง, 2554) สอดคล้องกับรัชนีวรรณ แก้วโพนเพ็ก (2552) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมให้สุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิ พบว่า โปรแกรมสุขศึกษาสามารถทำให้การรับรู้ความรุนแรงเพิ่มขึ้น

จากข้อมูลข้างต้น พบว่ายังไม่มีการทดลองที่ใช้โปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิในพลทหาร ซึ่งกลุ่มที่มีการติดเชื้อพยาธิสูงสุด ส่วนใหญ่อายุ 21-40 ปี ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะสร้างโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อศึกษาในกลุ่มตัวอย่างนี้ เนื่องจากพลทหารเป็นเพศชายทั้งหมด โดยผู้วิจัยได้นำการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์(Becker, 1974) ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการกระตุ้นอารมณ์ทางบวก (Bandura, 1977) มาประยุกต์ใช้ในการออกแบบโปรแกรมสุขศึกษา ได้แก่ ให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิและวิธีการป้องกันโรคพยาธิ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้โปรแกรมสุขศึกษามีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้ การรับรู้ด้านสุขภาพ เป็นการสร้างความตระหนักให้พลทหารเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิ ทั้งในระยะเวลาที่อยู่ในค่ายทหารตลอดจนออกจากค่ายทหารกลับบ้านเกิดไปดำรงชีวิตเหมือนประชาชนทั่วไป

วัตถุประสงค์วิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเรื่องการป้องกันโรคพยาธิที่มีผลต่อความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ ในการป้องกันโรคพยาธิของพลทหารจังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรงและประโยชน์ เกี่ยวกับโรคพยาธิและการป้องกัน โรคพยาธิก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองทันทีและหลังได้รับโปรแกรม 3 สัปดาห์

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรงและประโยชน์ เกี่ยวกับโรคพยาธิและการป้องกัน โรคพยาธิก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทันทีและหลังได้รับโปรแกรม 3 สัปดาห์

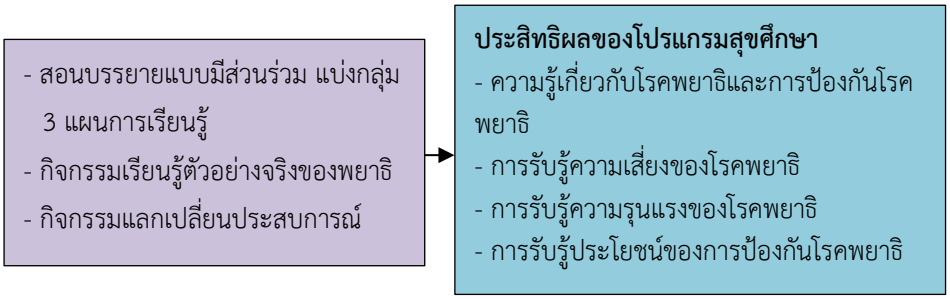
สมมติฐานวิจัย

1. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมทันทีและหลังได้รับโปรแกรม 3 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรงและประโยชน์ เกี่ยวกับโรคพยาธิและการป้องกัน โรคพยาธิ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมทันทีและหลังได้รับโปรแกรม 3 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรงและประโยชน์ เกี่ยวกับโรคพยาธิและการป้องกัน โรคพยาธิ สูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ (Becker, 1974) ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการกระตุ้นอารมณ์ทางบวก (Bandura, 1977)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi Experimental Design) ประเภท Multiple-Group Time Series Design ดำเนินการวัดผลก่อน ได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมทันทีและหลังได้รับโปรแกรม 3 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ พลทหารผลัดที่ 2/2560 ประจำการที่หน่วยฝึกทหารในค่ายทหาร จังหวัดอุบลราชธานี มีหน่วยฝึกทั้งหมด 6 หน่วยฝึก มีทั้งหมด 675 นาย (หน่วยที่ 1 มีจำนวน 62 นาย หน่วยที่ 2 มีจำนวน60 นาย หน่วยที่ 3 มีจำนวน 149 นาย หน่วยที่ 4 มีจำนวน 110 นาย หน่วยที่ 5 มีจำนวน 137 นาย หน่วยที่ 6 มีจำนวน 157 นาย)

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้มาจากวิธีสุ่มตัวอย่างจากหน่วยฝึกทั้งหมด 6 หน่วยฝึก ได้หน่วยฝึกที่ 1 (62 นาย) เป็นกลุ่มทดลอง และหน่วยฝึกที่ 5 (137 นาย) เป็นกลุ่มควบคุม โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) พลทหารผลัดที่ 2 ที่กำลังฝึกอบรมการเป็นทหาร ประจำปี 2560 2) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย และเกณฑ์คัดออก คือ 1) ขาดการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างน้อย 1 ครั้ง หลังจากการติดตามมาแล้ว 2 ครั้ง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมในการศึกษา (อรุณ จิรวัฒน์กุล, 2553) โดยนำการศึกษาของ พลอยไพลิน ทับทิม และรุจิรา ดวงสงค์ (2556) หลังการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มทดลองเท่ากับ 41.15 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.86 คะแนน และค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มควบคุม เท่ากับ 30.60 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.21 คะแนนซึ่งข้อมูลดังกล่าวนำมาใช้ในการคำนวณขนาดตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมจะใช้ศึกษาอย่างน้อย คือ 52 นาย โดยเป็นกลุ่มทดลอง 26 นาย และกลุ่มควบคุม 26 นาย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1.1 เครื่องมือในการดำเนินงานวิจัย คือ โปรแกรมสุขศึกษาการป้องกันโรคพยาธิ ได้แก่ แผนการสอนสุขศึกษาเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคพยาธิและวิธีการป้องกันโรคพยาธิ ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรม สื่อการสอนและการประเมินผล ส่วนของเนื้อหาสร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ซึ่งเนื้อหาได้มาจากการทบทวน

วรรณกรรมจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีการแบ่งให้ความรู้เป็น 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 45-50 นาทีโดยในแต่ละสัปดาห์จะแบ่งออกเป็น 3 ฐาน และแบ่งพลทหารฐานละ 21 นาย

แผนที่ 1 เรียนรู้เกี่ยวกับพยาธิตัวกลม ซึ่งจะมีการสอนบรรยายแบบมีส่วนร่วมให้ความรู้ในเรื่องวงจรชีวิต ลักษณะรูปร่าง การติดต่อ การตรวจ การรักษา และความรุนแรงของโรคพยาธิตัวกลม โดยใช้โปสเตอร์แสดงลักษณะรูปร่างของไข่และพยาธิตัวโตเต็มวัย ตัวอย่างจริงขอพยาธิตัวกลม โดยมีการดูไข่พยาธิตัวกลมผ่านกล้องจุลทรรศน์สอนโดยใช้บอร์ดให้ความรู้ แจกเอกสารความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิตัวกลมและใช้สื่อวิดีโอ

แผนที่ 2 เรียนรู้เกี่ยวกับพยาธิตัวแบนและพยาธิตัวตืด ซึ่งจะมีการสอนบรรยายแบบมีส่วนร่วมให้ความรู้ในเรื่องวงจรชีวิต ลักษณะรูปร่าง การติดต่อ การตรวจ การรักษา และความรุนแรงของโรคพยาธิตัวแบนและตัวตืด โดยใช้โปสเตอร์แสดงลักษณะรูปร่างของไข่และพยาธิตัวโตเต็มวัย ตัวอย่างจริงของพยาธิตัวแบนและตัวตืด โดยมีการดูไข่พยาธิผ่านกล้องจุลทรรศน์ สอนโดยใช้บอร์ดให้ความรู้ แจกเอกสารความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิตัวแบนและตัวตืดและใช้สื่อวิดีโอ

แผนที่ 3 เรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการป้องกันโรคพยาธิ ซึ่งจะการสอนแบบบรรยายแบบมีส่วนร่วมให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการป้องกันโรคพยาธิ โดยใช้โปสเตอร์แสดงวิธีการต่างๆเพื่อป้องโรคพยาธิ แจกเอกสารให้ความรู้ สื่อวิดีโอ

1.2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปจำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย 6 ข้อ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพก่อนเข้ารับการเกณฑ์ทหาร รายได้ และที่อยู่ก่อนเข้ารับการเกณฑ์ทหาร

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิและวิธีการป้องกันโรคพยาธิจำนวน 14 ข้อ โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจากแบบสอบถามการศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโรคพยาธิใบไม้ตับของพลทหาร จังหวัดอุบลราชธานี ของกฤชมล และคณะ (2563) ลักษณะของแบบทดสอบเป็นแบบข้อสอบปรนัย 4 ตัวเลือก (แบบกาข้อที่ถูกเพียง 1 ข้อ) มีเกณฑ์การให้ คะแนน ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน การแปลผล โดยให้คะแนนความรู้เรื่องโรคหนอนพยาธิเป็นคะแนนรวมมีค่าต่ำสุด 0 คะแนน และค่าสูงสุดเท่ากับ 14 คะแนน ซึ่งค่าคะแนนที่สามารถเป็นไปได้คือ 0-14 คะแนน คะแนนเต็ม 14 คะแนน แล้วนำคะแนนมาหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามจำนวน 3 ด้าน ประกอบด้วย การรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิ การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคพยาธิและการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิ จำนวนด้านละ 5 ข้อ รวม 15 ข้อ โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจากแบบสอบถามของการศึกษาเรื่อง ทรัพยากรสารสนเทศทางสุขภาพของผู้บริโภค (Henselและคณะ, ม.ป.ป.) และแบบสอบถามการศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโรคพยาธิใบไม้ตับของพลทหาร จังหวัดอุบลราชธานี ของกฤชมล และคณะ (2563) ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 4 คะแนน ถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน สำหรับคำถามเชิงบวกและเห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน ถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 4 คะแนน สำหรับคำถามเชิงลบ

การแปลผล โดยให้คะแนนการรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิ การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคพยาธิและการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิ เป็นคะแนนรวมมีค่าต่ำสุด 15 คะแนน และค่าสูงสุดเท่ากับ 60 คะแนน ซึ่งค่าคะแนนที่สามารถเป็นไปได้คือ 15 - 60 คะแนน คะแนนเต็ม 60 คะแนน แล้วนำคะแนนมาหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมสุขศึกษาเรื่องการป้องกันโรคพยาธิของพลทหาร ได้แก่ แผนสุขศึกษา โปสเตอร์ วิดีโอ บอร์ดให้ความรู้ แผ่นพับ เอกสารความรู้ เป็นต้น แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิและวิธีการป้องกันโรคพยาธิ แบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิและการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องจำนวน 3 ท่าน อาจารย์วิทยาลัยการสาธารณสุข

สิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี มีความเชี่ยวชาญด้านโรคติดต่อ โรคพยาธิ และสื่อการสอนด้านสุขภาพ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและตรวจสอบความถูกต้องของภาษาได้ค่า IOC ประกอบด้วย โปรแกรมสุขศึกษาการป้องกันโรคพยาธิ เท่ากับ 0.63 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิ เท่ากับ 0.82 และการรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิ การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคพยาธิและการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิ เท่ากับ 0.91 แล้วนำแบบสอบถามที่แก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ เพื่อความชัดเจนและตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัย

หลังจากนั้นนำแบบทดสอบและแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลอง (Try-Out) กับประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มทดลอง คือ พลทหาร ผลัดที่ 1 ประจำปี 2560 อยู่ในช่วงฝึกอบรมการเป็นทหาร ระหว่างเดือนพฤษภาคม – กรกฎาคม พ.ศ.2560 ในค่ายทหาร จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 นาย ในแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิและวิธีการป้องกันโรคพยาธิ มีค่าความเชื่อมั่นของ Kuder-Richardson (KR-20) เท่ากับ 0.74 และแบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิ การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคพยาธิและการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.61

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

2. ผู้วิจัยทำหนังสือจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ถึงผู้บัญชาการ/ผู้บังคับการ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัยและขออนุญาตดำเนินการวิจัย

3. ผู้วิจัยนัดหมายให้ผู้ฝึกหรือครูฝึกนัดรวมพลทหารใหม่ที่หอประชุม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย ขอความร่วมมือและความยินยอมในการทำวิจัย

4. คณะผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบทดสอบและแบบสอบถามโดยผู้ช่วยนักวิจัยที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือการวิจัย ก่อนการทดลอง (Pre-test)

5. คณะผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามแผนของโปรแกรมสุขศึกษา ได้แก่ แผนการสอนสุขศึกษาเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคพยาธิและวิธีการป้องกันโรคพยาธิ ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรม สื่อการสอนและการประเมินผล มีการแบ่งให้ความรู้เป็น 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 45-50 นาทีโดยในแต่ละสัปดาห์จะแบ่งออกเป็น 3 ฐาน และแบ่งพลทหารฐานละ 21 นาย

6. คณะผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบทดสอบและแบบสอบถามโดยผู้ช่วยนักวิจัยที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือการวิจัย หลังการทดลอง (Post-test) จำนวน 6 คนโดยก่อนการเก็บข้อมูลจริงจะประชุมเพื่อให้ความรู้และสร้างความเข้าใจให้ตรงกันก่อนการดำเนินการวิจัยและรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยจะดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบและแบบสอบถามก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษาในสัปดาห์ที่ 1 (T0) จากนั้นให้โปรแกรมสุขศึกษาแก่กลุ่มทดลองตามแผนที่กำหนดสัปดาห์ละ 45 – 50 นาที เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ โดยให้กลุ่มทดลองทำแบบทดสอบและแบบสอบถามในสัปดาห์ที่ 3 หลังจากการให้โปรแกรมสุขศึกษาทันที (T1) และหลังจากการให้โปรแกรมสุขศึกษา 3 สัปดาห์ (T2) ซึ่งระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2560 - 7 มกราคม 2561

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพก่อนเข้ารับการเกณฑ์ทหาร รายได้และที่อยู่ก่อนเข้ารับการเกณฑ์ทหาร นำเสนอด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป ใช้ Mann-Whitney Test และ Fisher's Exact Test

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ เกี่ยวกับโรคพยาธิและการป้องกันโรคพยาธิ ภายในกลุ่มก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม ใช้สถิติ Friedman Test เนื่องจากการแจกแจงข้อมูลไม่ปกติ (Test of Normality, *p-value*<0.05)

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงการรับรู้ประโยชน์ เกี่ยวกับโรคพยาธิและการป้องกันโรคพยาธิ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ Mann-Whitney Test เนื่องจากการแจกแจงข้อมูลไม่ปกติ (Test of Normality, *p-value*<0.05)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการระหว่างเดือน 1 พฤศจิกายน 2560 - 7 มกราคม 2561 โดยได้รับการสมัครใจและยินดีเข้าร่วมโครงการจากกลุ่มตัวอย่างทุกคน ตามเอกสารพิทักษ์สิทธิ์ซึ่งคณะผู้วิจัยจัดทำหนังสือเอกสารพิทักษ์สิทธิ์ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามการวิจัย โดยระบุว่าการให้ข้อมูลเป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างโดยข้อมูลทั้งหมดที่ได้จะเป็นความลับกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิตอบหรือปฏิเสธได้และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีตอบรับแล้วยังมีสิทธิยกเลิกการให้ข้อมูลได้โดยไม่มีข้อแม้ใด ๆ และหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย ประการใดเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยยินดีตอบข้อสงสัยตลอดเวลาภายใต้การตรวจพิจารณารับรองจริยธรรมโครงการวิจัยจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี เลขที่โครงการวิจัย S008/2560 ลงวันที่ 22 มิถุนายน 2560

ผลการวิจัย

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของประชากร

ข้อความ	กลุ่มทดลอง (n=62)		กลุ่มควบคุม (n=133)		*p-value*
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
สถานภาพสมรส[b]					0.396
โสด	59	95.2	121	91.0	
สมรส	3	4.8	12	9.0	
ระดับการศึกษา					0.005
ไม่ได้รับการศึกษา	6	9.7	1	0.8	
ได้รับการศึกษา	56	90.3	132	99.2	
ที่อยู่ก่อนเข้ารับการเกณฑ์ทหาร[b]					0.746
ภาคอีสาน	58	93.5	126	94.7	
ภาคกลาง	4	6.5	7	5.3	
อาชีพก่อนเข้ารับการเกณฑ์ทหาร[b]					0.268
ไม่มีอาชีพ	4	6.5	4	3.0	
มีอาชีพ	58	93.5	129	97.0	
อายุ[a]	21	0	21	0	0.88
รายได้เฉลี่ย/เดือน[a]	10,000	5,000	10,000	6,000	0.35

Mann-Whitney Test [a],Fisher's Exact Test[b]

พลทหารที่ใช้ในการศึกษาทั้งสิ้น 199 นาย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 62 นาย ภายหลังสิ้นสุดการศึกษา มีอัตราการคงอยู่ของพลทหารในกลุ่มทดลองร้อยละ 100 ในกลุ่มทดลองพบว่าพลทหารมีอายุเฉลี่ย 21 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 95.2) ได้รับการศึกษาร้อยละ 90.3 ที่อยู่ก่อนเข้ารับการเกณฑ์ทหารอาศัยอยู่ภาคอีสาน ส่วนใหญ่มีอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,000 บาท และกลุ่มควบคุม 137 นาย ภายหลังสิ้นสุดการศึกษามีอัตราการคงอยู่ของพลทหารในกลุ่มควบคุมมีจำนวน 133 นาย (ร้อยละ 97.8) ซึ่งมีอัตราการสูญหายในกลุ่มควบคุมจำนวน 4 นาย (ร้อยละ 2.2) ส่วนพลทหารกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 21 ปี สถานภาพสมรส

เป็นโสด (ร้อยละ 91.0) ได้รับการศึกษา ร้อยละ 99.3 ที่อยู่ก่อนเข้ารับการเกณฑ์ทหารอาศัยอยู่ภาคอีสาน ส่วนใหญ่มีอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,000 บาท โดยมีคุณลักษณะข้อมูลทั่วไปกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน ยกเว้น ระดับการศึกษาของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียดดังตาราง 1

ตาราง 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยอันดับของความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันทีและติดตาม 3 สัปดาห์เรื่องการป้องกันโรคพยาธิ โดยใช้ Mann-Whitney Test

ตัวแปร	*Mean Rank* ก่อนได้รับโปรแกรม (T0)	หลังได้รับโปรแกรมทันที (T1)	หลังได้รับโปรแกรม 3 สัปดาห์ (T2)
ความรู้			
กลุ่มทดลอง	105.6	158.9*	151.7*
กลุ่มควบคุม	94.4	69.6	72.9
	p-value = 0.19	*p-value* <0.001*	*p-value* <0.001*
การรับรู้ความเสี่ยง			
กลุ่มทดลอง	103.7	126.2*	111.3*
กลุ่มควบคุม	95.3	84.9	91.8
	p-value = 0.33	*p-value* <0.001*	*p-value* = 0.02*
การรับรู้ความรุนแรง			
กลุ่มทดลอง	92.7	111.4*	109.5*
กลุ่มควบคุม	100.5	91.8	92.6
	p-value = 0.37	*p-value* = 0.02*	*p-value* = 0.04*
การรับรู้ประโยชน์			
กลุ่มทดลอง	97.6	124.0*	124.2*
กลุ่มควบคุม	98.1	85.9	84.9
	p-value = 0.94	*p-value* <0.001*	*p-value* <0.001*

*$p<0.05$

ก่อนการได้รับโปรแกรมสุขศึกษา พลทหารกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้ประโยชน์ เกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิไม่แตกต่างกัน (*p-value*>0.05) สำหรับการได้รับโปรแกรมทันทีและภายหลังการติดตาม 3 สัปดาห์ พบว่า พลทหารในกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิและในการป้องกันโรค การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิสูงกว่าพลทหารกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value*<0.05) ดังแสดงในตาราง 2

เมื่อวิเคราะห์แนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงในช่วงเวลาของการได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลอง พบว่า พลทหารในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอันดับของความรู้ และการรับรู้ประโยชน์แตกต่างกันตามระยะเวลาของการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value*<0.05) ส่วนการรับรู้ความเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงไม่มีความแตกต่างกัน (ตารางที่ 3) เมื่อพบสอบความแตกต่างรายคู่พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value*<0.05) ของความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมทันที ความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม 3 สัปดาห์ และความรู้หลังได้รับโปรแกรมทันทีและหลังได้รับโปรแกรม 3 สัปดาห์ ส่วนการรับรู้ประโยชน์พบว่าก่อนการได้รับโปรแกรมมีความแตกต่างกันกับหลังการได้รับโปรแกรมทันทีและหลังได้รับโปรแกรม 3 สัปดาห์ ส่วนการ

รับรู้ประโยชน์หลังได้รับโปรแกรมทันทีและหลังได้รับโปรแกรม 3 สัปดาห์ ไม่มีความแตกต่างกันรายละเอียดดังตาราง 4

ตาราง 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยอันดับของความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในช่วงก่อนการได้รับโปรแกรม หลังการได้รับโปรแกรมทันทีและหลังได้รับโปรแกรม 3 สัปดาห์ โดยใช้ Friedman's Test

ตัวแปร	*Mean Rank* ก่อนได้รับโปรแกรม (T0)	หลังได้รับโปรแกรมทันที (T1)	3 สัปดาห์หลังได้รับโปรแกรม (T2)	χ^2	*p-value*
ความรู้					
กลุ่มทดลอง	1.10	2.73	2.16	88.99	<0.01*
กลุ่มควบคุม	1.94	1.96	2.10	2.40	0.30
การรับรู้ความเสี่ยง					
กลุ่มทดลอง	1.88	2.16	1.96	2.86	0.23
กลุ่มควบคุม	2.26	1.71	2.03	23.95	<0.01*
การรับรู้ความรุนแรง					
กลุ่มทดลอง	1.95	2.06	1.99	0.439	0.80
กลุ่มควบคุม	2.24	1.99	1.77	17.73	<0.01*
การรับรู้ประโยชน์					
กลุ่มทดลอง	1.56	2.25	2.19	20.30	<0.01*
กลุ่มควบคุม	2.03	2.00	1.97	0.22	0.89

ตาราง 4 การเปรียบเทียบคู่ของความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยอันดับของความรู้และการรับรู้ประโยชน์ภายในกลุ่มทดลอง โดยใช้ Bonferroni-Adjusted

	ก่อนได้รับโปรแกรม (T0)	หลังได้รับโปรแกรมทันที (T1)	3 สัปดาห์หลังได้รับโปรแกรม (T2)
ความรู้			
ก่อนได้รับโปรแกรม (T0)	-	<0.001	<0.001
หลังได้รับโปรแกรมทันที (T1)		-	0.001
การรับรู้ประโยชน์			
ก่อนได้รับโปรแกรม (T0)	-	0.001	<0.001
หลังได้รับโปรแกรมทันที (T1)		-	0.719
สรุปการเปรียบเทียบรายคู่			
ความรู้	T2 > T1, T2 > T0, T1 > T0		
การรับรู้ประโยชน์	T2 > T0, T1 > T0		

อภิปรายผล

หลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันที พบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิและการป้องกันโรคพยาธิ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม และหลังการติดตาม 3 สัปดาห์ พบว่า พลทหารกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้ประโยชน์เของการป้องกันโรคพยาธิสูงกว่าก่อนได้รับ

โปรแกรมและสูงกว่าพลทหารกลุ่มควบคุม และยังพบว่าคะแนนความรู้และการรับรู้ประโยชน์ในกลุ่มทดลองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อระยะเวลาของการติดตามเพิ่มขึ้นแต่การรับรู้ความเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงไม่มีการเปลี่ยนแปลง ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีแนวโน้มของการรับรู้ความเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงลดลง

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิและการป้องกัน

ภายหลังจากการได้รับโปรแกรมสุขศึกษากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิและการป้องกันโรคพยาธิมากกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ใช้เทคนิคการสอนแบบวิธีการเรียนการสอนแบบเป็นกลุ่มย่อย โดยแบ่งฐานการเรียนรู้ให้กับพลทหารออกเป็น 3 ฐาน ฐานละ 21 นาย ซึ่งทำให้กลุ่มทดลองได้แลกเปลี่ยนความรู้ กล้าแสดงความคิดเห็นและทำให้เกิดการเรียนรู้อย่างทั่วถึง (วิชุดา จิรพรเจริญ, 2557) โดยในแต่ละฐานจะมีการบรรยายประกอบสื่อการสอนต่าง ๆ เช่น บอร์ดความรู้ แผ่นพับ วิดีโอ และโปสเตอร์ อีกทั้งผู้สอนได้ใช้วิธีการให้กลุ่มทดลองเรียนรู้จากตัวอย่างจริงจากสไลด์ไข่พยาธิ และตัวพยาธิ ซึ่งการให้สุขศึกษาหลากหลายวิธีรวมกันนั้นจะทำให้ผู้เรียนเกิดความรู้ความเข้าใจและเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น (กฤชมล สมรักษ์ และคณะ, 2563) และก่อนที่ผู้สอนจะนำกลุ่มทดลองเข้าสู่เนื้อหาทางวิชาการ ผู้สอนจะใช้วิธีการกระตุ้นอารมณ์ทางบวก โดยสร้างกิจกรรมนันทนาการ เพื่อเป็นการสร้างบรรยากาศที่เป็น กันเอง ซึ่งจะช่วยให้กลุ่มทดลองเกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองดีขึ้น (Bandura, 1977) โดยสังเกตจากการที่กลุ่มทดลองให้ความสนใจตั้งใจฟังขณะ ผู้สอนให้สุขศึกษา มีการถามคำถามในประเด็นที่ตนสงสัยกับผู้สอนและสามารถตอบคำถามที่ผู้สอนถามกลับเพื่อทวนความรู้ได้อย่างถูกต้อง ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการกระตุ้นอารมณ์ทางบวกของแบนดูลาที่กล่าวไว้ว่า บุคคลที่ถูกกระตุ้นอารมณ์ ทางบวกจะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนดีขึ้น จึงทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิและการป้องกันโรคพยาธิ เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมและในระยะติดตามผลพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิและการป้องกันโรคพยาธิยัง มีความคงอยู่ของโปรแกรมผลการศึกษาเช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมา (นันทนา บัณฑิตาโสภณ, 2555; ศิวัชญ์ ทองนาเมือง, 2554; คิมธวัช นันตะวัน, และณัฐพล จำปาสาร) ถึงแม้ว่าเรื่องระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่าง เนื่องจากผู้วิจัยทำการจับฉลากเลือกหน่วยและทำการศึกษาทั้งหน่วย ไม่ได้จับสลากเป็นรายบุคคล ซึ่งก็ทำให้เกิดความแตกต่างได้ แต่ถ้าดูการเปลี่ยนแปลงความรู้ภายในกลุ่มทดลองก็จะเห็นว่ามีการเพิ่มขึ้น แต่ในกลุ่มควบคุมไม่พบการเปลี่ยนแปลง

2. การรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรงและประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิ

ภายหลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งการรับรูที่เพิ่มขึ้นนั้น เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษา โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งผู้สอนประยุกต์ใช้ 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง และประโยชน์การป้องกันโรคพยาธิ และประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura (1977) ซึ่งใช้การสอนแบบมีส่วนร่วม รวมทั้งมีการเสริมแรงซึ่งมีความสำคัญมากที่จะดึงมีความสนใจในการเรียนโดยสังเกตได้จากพลทหารกลุ่มทดลองให้ความสนใจและตั้งใจฟังขณะผู้สอนและสามารถถามตอบคำถามที่ผู้วิจัยซักถามได้ถูกต้อง พร้อมทั้งใช้เทคนิคการสอนแบบวิธีการเรียนการสอนแบบเป็นกลุ่มย่อย โดยแบ่งฐานการเรียนรู้ให้กับพลทหารและมีกิจกรรมการส่งเสริมความรู้ โดยวิธีการบรรยายเนื้อหาเกี่ยวกับวงจรชีวิต การติดต่อ อาการ ความรุนแรงของโรคพยาธิและประโยชน์การป้องกันโรคพยาธิ พร้อมทั้งใช้สื่อการสอนต่าง ๆ ประกอบการบรรยาย เช่น บอร์ดความรู้ แผ่นพับ และโปสเตอร์ อีกทั้งยังมีการยกตัวอย่างกรณีศึกษาที่ป่วยเป็นโรคพยาธิผ่านสื่อวิดีโอและใช้ตัวแบบพลทหารเล่าประสบการณ์เคยป่วยเป็นโรคพยาธิให้กับเพื่อน ๆ พลทหารฟัง ซึ่งทำให้พลทหารกลุ่มทดลองรับรู้ถึงภาวะคุกคามที่จะถึงตัวและเกิดความกลัว ทำให้ปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันตนเองจากโรคพยาธิได้ จึงทำให้หลังการได้รับโปรแกรมของพลทหารกลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิสูงกว่าพลทหารกลุ่มควบคุมทั้งภายหลังการได้รับโปรแกรมทันทีและการติดตาม 3 สัปดาห์

ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องการศึกษาของกฤชมล สมรักษ์ และคณะ (2563) ซึ่งได้นำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 3 ด้าน (Becker, 1974) มาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมสุขศึกษาโรคพยาธิใบไม้ตับ มีการแบ่งฐานออกเป็น 3 ฐาน ซึ่งทำให้เกิดการเรียนรู้อย่างทั่วถึง ทำให้ผู้เรียนเกิดความสนใจและตั้งใจขณะร่วมกิจกรรมได้ดียิ่งขึ้น และได้สอดคล้องกับการศึกษาของศิวัชญ์ ทองนาเมือง (2554) ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีในนักเรียนประถมศึกษา อำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด และผลการศึกษาของ พลอยไพลิน ทับทิม และรุจิรา ดวงสงค์ (2556) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง ตำบลมหาชัย อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม

จากการศึกษาของ คิมธวัช นันตะวัน และณัฐพล จำปาสาร (2558) พบว่า เมื่อเวลาผ่านไป กลุ่มทดลองจะมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงและประโยชน์ในการป้องกันโรคหนอนพยาธิเพิ่มขึ้นแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้องกับการศึกษาของศิวัชญ์ ทองนาเมือง (2554) ซึ่งได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี ถึงแม้ว่าระดับการรับรู้ความเสี่ยงและการรับความรุนแรงในกลุ่มทดลองจะลดลงภายหลังการติดตาม 3 สัปดาห์กว่าการวัดหลังได้รับโปรแกรมทันที ทั้งนี้ เป็นไปได้เนื่องจากการจัดโปรแกรมควรจะมีการกระตุ้นเพื่อให้มีระดับความคงอยู่ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ยังพบว่าโปรแกรมยังมีประสิทธิผลในการกระตุ้นการรับรู้และสร้างความตระหนัก ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาโปรแกรมเพื่อเพิ่มความคงอยู่โดยอาจจะต้องมีการสอนซ้ำหรือพัฒนาโปรแกรมให้มีความคงอยู่ที่นานกว่านี้

นอกจากนี้ยังมีข้อกำจัดในเรื่องระยะเวลาในการจัดโปรแกรมสุขศึกษาที่ค่อนข้างจำกัด เพราะการฝึกพลทหารใหม่จะใช้เวลาเพียง 10 สัปดาห์ ในการฝึกรวมกัน ดังนั้นจึงควรปรับเปลี่ยนระยะเวลาในการจัดโปรแกรมสุขศึกษา อีกทั้งข้อจำกัดในเรื่องระดับการศึกษาของพลทหารที่แตกต่างกัน พลทหารบางส่วนไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ แต่ผู้วิจัยได้ปรับเปลี่ยนวิธีการสอนโดยใช้ภาษาพื้นบ้านและได้อ่านแบบสอบถามให้พลทหารที่ต้องการความช่วยเหลือ เพื่อจะได้เข้าใจง่ายมากขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า โปรแกรมสุขศึกษาเรื่องการป้องกันโรคพยาธิของพลทหาร สามารถทำให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิและการป้องกันโรคพยาธิ การรับรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพิ่มได้จริง แต่เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เมื่อติดตาม 3 สัปดาห์คะแนนมีแนวโน้มลดลง ดังนั้นจึงควรมีกิจกรรมที่เพิ่มเกี่ยวกับความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคพยาธิ เพื่อไปสู่การลดอุบัติการณ์โรคพยาธิได้ในอนาคต

ขอเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การนำโปรแกรมสุขศึกษาไปขยายผลหรือศึกษากับพลทหารในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทคล้ายกัน ควรเพิ่มกิจกรรมการกระตุ้น เพื่อส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ การรับรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติเกี่ยวกับการล้างมือเพิ่มขึ้น และควรเพิ่มระยะเวลาในการจัดโปรแกรมและติดตาม เพื่อทดสอบความคงอยู่ของโปรแกรม

References

เกษร แถวโนนงิ้ว และเสรี สิงห์ทอง. (2557). *Update ความรู้เรื่องโรคหนอนพยาธิสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและนักเทคนิคการแพทย์เพื่อป้องกันควบคุมโรค.* ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *รายงานผลการดำเนินงาน ตามนโยบาย กรมควบคุมโรค ประจำปี งบประมาณ พ.ศ. 2561*. กองแผนงาน กรมควบคุมโรค: นนทบุรี. สืบค้น 02 กันยายน 2563, จาก http://journal.nmc.ac.th/th/admin /Journal/2563Vol12No1_113.pdf

กฤชมล สมรักษ, นารี ฝอยทอง, เกศิณี หาญจังสิทธิ์, และอุรารัช บูรณะคงคาตรี. (2563). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโรคพยาธิใบไม้ตับของพลทหาร จังหวัดอุบลราชธานี. *การประชุมวิชาการระดับชาติ พิบูลสงครามวิจัย ครั้งที่ 6 ประจำปี พ.ศ.2563.* (หน้า 1119-1130), พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยราฎพิบูลสงคราม.

คิมธวัช นันตะวัน, และณัฐพล จำปาสาร. (2558). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีการเรียนรู้ของแบนดูลาในการปรับเปลี่ยนการรับรู้ ความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหนอนพยาธิของเด็กนักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี.*การศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิริธร.

ณัฏฐวุฒิ แก้วพิทูลย์, และสรญา แก้วพิทูลย์. (2553). หนอนพยาธิในลำไส้ในประชาชนบ้านทุ่งบอน อำเภอวารินชำราบจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 12*(2), 29-38.

เทพลักษณ์ ศิริวัฒนวุฒิชัย, ปราโมทย์ ทองกระจาย, ชโลบล วงศ์สวัสดิ์ และคณะ. (2559). สถานการณ์และปัจจัยการติดเชื้อพยาธิใบตับ ตำบลหนองปลิง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 25*(1), 61-68.

นันทนา บัณฑิตาโสภณ. (2555). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาการป้องกันโรคหนอนพยาธิที่ติดต่อผ่านดินในชุมชนชาวไทยภูเขา: กรณีศึกษาหมู่บ้านพลั่งเท อ.อมก๋อย จ.เชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี.

พลอยไพลิน ทับทิม, และรุจิรา ดวงสงค์. (2556). ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง ตำบลมหาชัย อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 7*(1), 25-34.

รัชนีวรรณ แก้วโพนเพ็ก. (2552). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับซึ่งนำไปสู่การเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีในเด็กนักเรียนประถมศึกษา ตำบลทรายทอง อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

วิชุดา จิรพรเจริญ, (2557). *การสอนแบบเป็นกลุ่มย่อย (Small Group Teaching).* สืบค้น 15 กุมภาพันธ์ 2560, จาก www.med.cmu.ac.th/.../Teaching%20and% 20Leading%20Small%20Group.

ศิวัชญ์ ทองนาเมือง. (2554). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีในเด็กนักเรียนประถมศึกษา อำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 12*(2), 80-91.

สำนักงานโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *รายงานผลการศึกษาสถานการณ์โรคหนอนพยาธิและโปรโตซัวของประเทศไทย พ.ศ. 2552*. สืบค้น 22 กุมภาพันธ์ 2560, จาก file:///C:/Users/Admin/ Downloads/4e291ca0dfdc4%20(1).pdf

อรุณ จิรวัฒน์กุล. (2553). *สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย.* กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์. 312.

Bandura, A. (1977). *Self-Efficacy.The Exercise of Control*. New York: W. H. Freeman & Co.

Becker, M. H. (1974). *The Health Belife Model and Sick Role Behavior*. Health Education Monographs.

Hensel, B. K., Leshner, G., & Logan, R. A. (n.d.). Consumer Health Informatics Research Resource, *Percived Susceptibility and Perceived Severity.* Retrieved from https://chirr.nlm.nih.gov/

Mascie-Taylor C. G. N., Karim R., Karim E., Akhtar S., Ahmed T., & Montanari R.M. (2003). "The Cost-Effectiveness of Health Education in Improving Knowledge and Awarenees about Intestine Parasites in Rural Bangladesh". *Economics and Human Biology, 1*, 321-330.

WHO. (2000). *WHO Report 2000 Conquering Suffering Enriching Humanity*. Geneva: World Health Organization 2000.

การเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังให้สุขศึกษา เรื่องยาแก้ปวดของประชาชนในตำบลปิล๊อก อำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี

A comparative Study of Knowledge and Practice Before and After Health Education on Painkiller of the People In Public health Center Ban Muengpilok District, Kanchanaburi Province

พัณนิดา สุริวงษ์[1] และ สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์[2]

Pannida Suriwong[1] and Sutthisak Suriruk[2]

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปรังกาสี[1*], วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี[2]

Public health Center BanprangkasiThakanun District, KanjanaburiProvince[1*],

Sirindhorn College of Public Health Suphanburi[2]

(Received: *April 30*, 2020; Revised: *December 10*, 2020; Accepted: *July December 22*, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดก่อนและหลังการให้สุขศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้มารับยาแก้ปวดที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป และอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปิล๊อก จำนวน 30 คนเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา และพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวด ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธี KR20 และอัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดเท่ากับ 0.62 และ 0.80 ตามลำดับ ผลการวิจัยพบว่า

ผู้ที่มารับบริการขอยาแก้ปวดมีระดับความรู้ และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการใช้ยาระหว่างก่อนและหลังได้รับความรู้เรื่องยาแก้ปวดดีขึ้น ไม่แตกต่างกัน

จากผลการวิจัยที่ได้พื้นที่ในเขตรับผิดชอบของผู้วิจัยเป็นพื้นที่ ๆ มีประชากรเป็นคนต่างด้าวการสื่อการจึงเป็นเรื่องสำคัญเวลาผู้ป่วยมารับบริการอาจมีการสื่อสารที่ผิดและไม่เข้าใจในสิ่งที่อธิบายรวมถึงวิธีการกินยาและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

คำสำคัญ: สุขศึกษา, ยาแก้ปวด

[*]ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding email: pnd_19@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 092-296-5508)

Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare knowledge and practice before and after receiving health education about painkiller of people in Pilok sub-district, Thong Pha Phum district, Kanchanaburi province. The samples were 30 people, as the patients, aged 15 years old and over, and also received painkiller from Pilok Health Promoting Hospital. The data were collected by questionnaires which included 3 parts linked to personal data of participants, knowledge test related to medication use and the use of painkiller. Validity and reliability of questionnaires were done by experts, and KR20 as well as Cronbach's alpha as shown as 0.62 and 0.80 respectively. The results showed that:

After intervention, the participants had their knowledge and practice higher than before intervention, but there was no significant difference of knowledge and practice when comparing before and after intervention.

It could be seen that the area for conducting this research has many migrant people living there. Therefore, providing clear communication to them as patients is important which needs more explanation linked to how to take the medicine and do the right practice for health.

Keywords: Health Education, Painkiller

บทนำ

ยาถือได้ว่าเป็นสิ่งจำเป็นแก่ชีวิตและเป็นหนึ่งในปัจจัยสี่ การพัฒนาและการคิดค้นยาใหม่ได้ส่งผลให้ลดอัตราการตายจากโรคภัยไข้เจ็บนานาชนิด และในปัจจุบันมนุษย์มีอายุยืนยาวขึ้นกว่าเดิม ถึงแม้ว่ายาจะมีคุณประโยชน์อย่างมหาศาล แต่ก็ก่อให้เกิดผลข้างเคียงและอาการอันไม่พึงประสงค์ซึ่งบางครั้งอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ ดังนั้น จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้บริการจำหน่ายยารักษาโรค แก่ประชาชนที่จะต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องยาต่าง ๆ ที่ตนเองแนะนำแก่ผู้มารับบริการเป็นอย่างดี ประชาชนไทยซื้อยากินเองร้อยละ 15 ของผู้ป่วยทั้งหมด กินยาปฏิชีวนะมากถึง 20% ของยาทั้งหมด กินยาแก้ปวดทุกวันร้อยละ 2.3 กินยานอนหลับเป็นประจำร้อยละ 2.3 กินยาลูกกลอนเป็นประจำร้อยละ 2.1 กินยาลดความอ้วนร้อยละ 1.1 ปัจจุบันยาแก้ปวดที่นิยมใช้กันมากคือยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) เนื่องจากสามารถบรรเทาอาการปวดในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางได้ดี (สุธี เวคะวากยานนท์, 2554) แต่การใช้ NSAIDs ที่ไม่ถูกต้อง จะทำให้เกิดอาการข้างเคียงต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกายหลายระบบซึ่งที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาสำคัญของยาชนิดนี้ คือผลต่อระบบทางเดินอาหาร (ปราณี ทู้ไพเราะ, 2559) ซึ่งอาจมีอาการตั้งแต่ท้องอืด แน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียนจากการเกิดแผลในทางเดินอาหาร จนถึงมีเลือดออกในทางเดินอาหารหรือกระเพาะอาหารทะลุ อาการข้างเคียงเหล่านี้ หากไม่ได้รับการรักษาให้ทันท่วงทีจะมีอาการรุนแรงมากจนทำให้เสียชีวิตได้ (สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2553) ดังนั้น การใช้ NSAIDs จึงต้องใช้อย่างระมัดระวังผู้บริโภคควรมีความรู้ มีพฤติกรรมในการใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสม และใช้ยาเท่าที่จำเป็น เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการใช้ยาและไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้ใช้ยา

การศึกษาเกี่ยวกับยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ในประเทศไทยปัจจุบันมีน้อยมาก จากการศึกษาเชิงสำรวจเกี่ยวกับ NSAIDs ชนิดรับประทานในผู้ป่วยนอก พบว่า ผู้ใช้ยาส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง อายุระหว่าง 45-54 ปี มีอาชีพรับจ้างใช้แรงงาน (จิรชัย มงคลชัยภักดิ์, จิรวัฒน์ รวมสุข และเอมอร ชัยประทีป, 2555) จึงอาจกล่าวได้ว่าการใช้แรงกายในการทำงานส่งผลให้เกิดการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อกลุ่มผู้ใช้แรงงานจึงเลือกใช้ยาแก้ปวดเพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อยจากการทำงาน (อัจฉรา กุลวิสุทธิ์, 2561) และ NSAIDs

ก็เป็นยาที่นิยมเลือกใช้มากในกลุ่มวัยแรงงาน ในปัจจุบันโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนต่างก็มีการให้ความรู้ และคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาแก่ประชาชนที่มารับบริการ แต่เป็นการให้ความรู้แบบทางเดียวเกี่ยวกับขนาดและวิธีการใช้ยาโดยเภสัชกรหรือพยาบาล (จิรชัย มงคลชัยภักดิ์, จิรวัฒน์ รวมสุข และเอมอร ชัยประทีป, 2555) ซึ่งการให้ความรู้แบบทางเดียว หรือการเรียนการสอนโดยยึดครูเป็นศูนย์กลางนั้นผู้สอนมีบทบาทสำคัญในการควบคุมกำกับทิศทางของการเรียน ผู้ให้ความรู้เป็นผู้ตัดสินใจว่า ผู้เรียนควรเรียนอะไรและอย่างไร ทำให้ผู้เรียนไม่ได้คิด หรือไม่ได้ตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ตนเองมีความสนใจทำให้ความรู้ที่ได้รับไม่ผ่านกระบวนการวิเคราะห์บนพื้นฐานความคิด ความเชื่อของตนเอง เจตคติต่อเรื่องนั้น ๆ จึงไม่เกิดขึ้น ซึ่งจะมีผลต่อการจดจำ และพฤติกรรมที่แสดงออกมา (สรัญญ์รักษ์ บุญมุสิก, รุ่งนภา จันทรา และชุลีพร หีตอักษร,2562) โดยธรรมชาติของบุคคลความจำจะคงอยู่ในระยะเวลาที่จำกัด เมื่อผู้รับความรู้ และคำแนะนำไม่เข้าใจหรือมีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาแต่ไม่มีโอกาสได้สอบถามให้เกิดความเข้าใจก่อนกลับไปใช้ยา ทำให้กลับไปใช้ยาได้ไม่ถูกต้อง ซึ่งปัญหาการใช้ NSAIDs ที่ไม่ถูกต้อง ในปัจจุบันผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลเป็นเพียงแค่ส่วนหนึ่งของผู้ป่วยที่ได้รับความเจ็บป่วยจากผู้ป่วยทั้งหมด ผู้ป่วยแต่ละรายจะมีวิธีการรักษาตนเองจากความเจ็บป่วยตามแต่ความรู้ของแต่ละราย ซึ่งเป็นจำนวนมากเกินครึ่งที่ผู้ป่วยเลือกที่จะซื้อยามากินเอง ซึ่งยาในท้องตลาดมีหลากหลายขนาน และยาชุดก็เป็นหนึ่งในยาขนานที่ผู้ป่วยเลือกกินกัน การซักประวัติมักพบว่ามีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งใช้ยาชุดเมื่อมีการเจ็บป่วย ทั้ง ๆ ที่มีการรณรงค์ให้เลิกใช้ยาชุด และห้ามการจำหน่ายยา Steroid หากไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ซึ่งยาชุดบางขนานมีส่วนผสมของ Steroid ผู้วิจัยจึงอยากทราบถึงสาเหตุ และความรู้ในการใช้ยาชุดของประชาชนทุกวันนี้ประชาชนส่วนใหญ่เมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพยังคงเลือกการรักษาด้วยวิธีซื้อยามาใช้เอง ซึ่งอาจจะมีการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม เช่น การใช้ยาไม่ถูกขนาดและปริมาณ การใช้ไม่ถูกวิธี การใช้ยาฟุ่มเฟือย และการใช้ยาผิดวัตถุประสงค์ เป็นต้น บางกรณีกลายเป็นปัญหาการติดยา หรือเป็นผลให้ปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นไม่สามารถทุเลาลงได้ ซ้ำร้ายบางรายยังมีภาวะอาการของโรครุนแรงกว่าเดิม ซึ่งกว่าจะถึงมือแพทย์หรือโรงพยาบาลก็มีอาการค่อนข้างหนัก หรืออาจจะรักษาไม่หาย อันส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนและประเทศสูงขึ้นโดยไม่จำเป็น อีกทั้งในปัจจุบันร้านขายยาบางแห่งก็ยังมีบุคลากรที่ไม่เหมาะสมในการปฏิบัติหน้าที่ให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการใช้ยา

“ยาแก้ปวด “ ซึ่งเป็นปัญหาหนึ่งของพฤติกรรมการใช้ยาและความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ เนื่องจากสะดวกรวดเร็ว ราคาไม่แพงมาก ผู้ซื้อไม่ต้องเสียเวลาคอยนาน มีจำหน่ายทั่วไป ทั้งในชนบท ในเมือง โดยจำหน่ายตามร้านขายของชำ ร้านขายยา จึงเป็นที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย แต่ประชาชนมักไม่ทราบถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น อันตรายจากตัวยา อันตรายเนื่องจากผู้ใช้ยามีปฏิกิริยาต่อยาผิดปกติไป อันตรายจากการใช้ยาผิด อันตรายจากการใช้ยาเสื่อมคุณภาพ อันตรายจากการใช้ยารวมกันหลายชนิด เป็นต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาถึงความรู้และการปฏิบัติตัวในการใช้ยาแก้ปวดของประชาชน

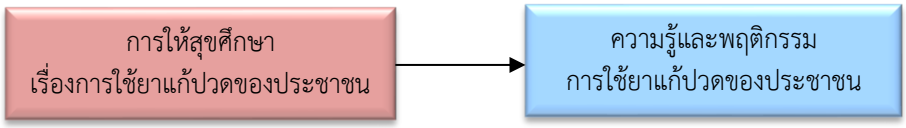
วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังให้สุขศึกษาในการใช้ยาแก้ปวดของประชาชนใน ตำบลปิล๊อก อำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดในการใช้ยาก่อนและหลังให้สุขศึกษาในการใช้ยาแก้ปวดของประชาชนใน ตำบลปิล๊อก อำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดของประชาชนสำหรับประชาชนตามกรอบแนวคิดของแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของโรเซนสต๊อก (Rosenstock, 1974) โดยทำการศึกษา ความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดโดยสามารถสร้างกรอบแนวคิดได้ ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental) โดยใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองThe One Group Pretest-Posttest Design

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มารับบริการขอยาแก้ปวดที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปที่อยู่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปิล๊อก อำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ที่มารับบริการขอยาแก้ปวดที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปที่อยู่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปิล๊อก อำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี โดยการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) สนใจที่จะสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ระยะเวลาดำเนินการ 1 เดือนจำนวน 30 คน โดยคัดเลือกจากเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. ผู้ที่มารับบริการขอยาแก้ปวดที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปิล๊อก อำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี
2. เป็นผู้ที่มีมีสัญชาติไทย เชื้อชาติไทย อ่านออกเขียนได้
3. เข้าร่วมด้วยความสมัครใจ โดยได้รับคำบอกกล่าวอย่างเต็มใจ
4. เป็นผู้ที่สามารถตอบคำถามเองได้

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria)

1. มีโรคประจำตัวที่อันตราย
2. ผู้เข้าร่วมวิจัยขอถอนตัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการ ทดลองได้แก่ เอกสารความรู้เรื่องการใช้ยาแก้ปวดและการปฏิบัติตัวในการใช้ยาแก้ปวด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามปลายปิดและปลายเปิดจำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวดที่ผู้วิจัยสร้างเอง โดยแบบทดสอบตัวเลือก 4 ข้อ จำนวน 12 ข้อ ให้ตอบข้อที่ถูกเพียงข้อเดียว ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบถูกได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดที่ผู้วิจัยสร้างเอง จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ใช้มาตราวัดแบบลิเคิต(Likert Scale) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับจาก

ปฏิบัติเป็นประจำให้ 3 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้งให้ 2 คะแนน และ ไม่เคยปฏิบัติให้ 3 คะแนน การแบ่งระดับความรู้ และการปฏิบัติตัวใช้วิธีการจัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1986) แบ่งเป็น 3ระดับดังนี้

คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 มีพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดระดับต่ำ

คะแนนร้อยละ 60-79 มีพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดระดับปานกลาง

คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 มีพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดระดับสูง

ตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การตรวจสอบความตรง (Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านซึ่งมีความรู้ทางด้านสุขศึกษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อตรวจสอบความถูกต้องทางภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา (Content Validity) หาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (Content Validity Index:CVI) โดยนำมาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งชุด (S-CVI) ซึ่งจะต้องได้ค่ามากกว่า .80 (Polit & Beck, 2012) ในครั้งนี้มีค่าเท่ากับ 0.90 แล้วนำไปปรับปรุงคำถามตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ แล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง จนเป็นที่ยอมรับถือว่ามีความเที่ยงตรงเนื้อหาแล้วจึงนำไปใช้ในการวิจัย

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำเสนอแบบสอบถามทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำแบบสอบถามทั้งหมดมาให้คะแนนและวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยคำนวณจากสูตรของครอนบาท (Cronbach's Coefficient+Alpha) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ได้ผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้ เท่ากับ .62 และได้ผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้านการปฏิบัติตัวเท่ากับ .80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนทดลอง

1. ผู้วิจัยติดต่อขออนุญาตทำการวิจัย โดยนำหนังสือจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปิล๊อก ไปยังฝ่ายวิชาการ โรงพยาบาลทองผาภูมิ ซึ่งเป็นขออนุญาตในการศึกษา และเก็บข้อมูลเพื่อศึกษาวิจัยในเรื่องดังกล่าว

2. ผู้วิจัยอธิบายบทบาทของผู้วิจัยและวิธีการเก็บข้อมูล รวมถึงวิธีการปฏิบัติตลอดจนเก็บข้อมูลพื้นฐานก่อนลงมือปฏิบัติและอธิบายวิธีการทำความเข้าใจในการให้สุขศึกษาเพื่อให้ผู้รับบริการเตรียมความพร้อมความเข้าใจของตนเองในการวิจัย

ขั้นทดลอง

1. ก่อนดำเนินการให้สุขศึกษา ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบความรู้เรื่องยาแก้ปวด และแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวด เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลและเปรียบเทียบต่อไป

2. ผู้วิจัยดำเนินการให้สุขศึกษาเรื่องยาแก้ปวด โดยผู้ที่มารับบริการขอยาแก้ปวดที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปที่อยู่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปิล๊อก อำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี โดยใช้เวลาทำการวิจัยทั้งสิ้น 1 เดือน ในการเก็บข้อมูลและสังเกตุสอบถามการปฏิบัติตัวในการรับประทานยาแก้ปวดแล้วบันทึกผล

3. หลังจากให้สุขศึกษาแล้ว ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบความรู้เรื่องยาแก้ปวด และแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวด ผู้วิจัยทำการทดสอบการปฏิบัติตัวในการรับประทานยาแก้ปวดหลังการได้สุขศึกษาที่มารับบริการขอยาแก้ปวดที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปที่อยู่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปิล๊อก อำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรีแล้วเก็บรวบรวมผลการทดสอบ

ขั้นหลังการทดลอง

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบทดสอบความรู้และแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวด ก่อนและหลังการให้สุขศึกษา มาวิเคราะห์ด้วยสถิติสำเร็จรูปต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังให้สุขศึกษาในการใช้ยาแก้ปวดของประชาชน โดยสถิติ Paired T-test

ทั้งนี้ ก่อนการวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) โดยการทดสอบข้อมูลว่ามีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) หรือไม่ด้วยการทดสอบจากสถิติ Kolmogorov-Smirmov Test พบว่าข้อมูลทักษะการคิดวิเคราะห์มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (p=.200)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง 3 ด้าน คือ ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูล นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดในแบบสอบถาม โดยครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของผู้ที่ใช้ยาแก้ปวดจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	15	50.00
หญิง	15	50.00
อายุ		
< 30	12	40.00
30-49	12	40.00
≥50	6	20.00
การศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	12	40.00
ประถมศึกษา	12	40.00
มัธยมศึกษา	3	10.00
อนุปริญญา/ปวส.	3	10.00
อาชีพ		
เกษตรกรรม	6	20.00
รับจ้าง	18	60.00
ค้าขาย	6	20.00
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนบาท		
3,000-5,000	21	70.00
6,000-8,000	6	20.00
10,000 ขึ้นไป	3	10.00

จากตาราง 1 พบว่าประชาชนที่ใช้ยาแก้ปวดในงานวิจัยครั้งนี้ เป็นเพศหญิงและเพศชายร้อยละ50.00 มีอายุ < 30ปีร้อยละ 40.0 เท่ากับ อายุ 30-49 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 40.00 เท่ากับ ไม่ได้รับการศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 60.00 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 3,000-5,000 บาทร้อยละ 70.00

2. ความรู้และการปฏิบัติตัวในการใช้ยาแก้ปวดของประชาชน

ตาราง 2 การวิเคราะห์ความรู้ผลการวิเคราะห์ร้อยละความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวดของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง

ข้อที่	ความรู้	ก่อนทดลอง ร้อยละ	หลังทดลอง ร้อยละ
1	ยาบรรเทาอาการปวดแบ่งออกเป็นกลุ่มได้ 3 กลุ่มได้แก่กลุ่มยาระงับปวด ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ กลุ่มยาระงับเจ็บปวดที่ทำให้เสพติด	16.7	63.3
2	แอสไพรินและพาราเซตามอลจัดอยู่ในกลุ่มยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์	16.7	63.3
3	มอร์ฟีนเป็นยาเสพติดที่ระงับอาการเจ็บปวด	33.3	76.7
4	ยาแก้ปวดพาราเซตามอลไม่มีฤทธิ์กัดกระเพาะ	40.0	86.7
5	ยาแก้ปวดที่มีฤทธิ์กัดกระเพาะจะบรรเทาอาการอักเสบของกล้ามเนื้อ ปวดข้อ ปวดฟัน	40.0	70.0
6	ยาแก้ปวดแอสไพรินใช้รักษาโรคไข้เลือดออกได้	23.3	60.0
7	ยาแก้ปวดชนิดพาราเซตามอลสามารถบรรเทาอาการปวดได้ทุกชนิด	23.3	60.0
8	ยาแก้ปวดชนิดพาราเซตามอลสามารถกินติดต่อได้ไม่เกิน10วัน	20.0	50.0
9	ยาแก้ปวดรับประทานทันทีหลังอาหาร หมายถึง หลังทานอาหารเสร็จต้องกินยาทันที	33.3	70.0
10	ยาแก้ปวดไม่ควรกินพร้อมสุราหรือนม	43.3	73.3
11	ยาแก้ปวดที่มีฤทธิ์กัดกระเพาะควรรับประทานหลังอาหารทันที	40.0	73.3
12	การรับประทานยาแก้ปวดเป็นประจำจะส่งผลต่อตับ	36.7	73.3

จากตาราง 2 ก่อนการทดลองประชาชนอบถูกมาก 1 เรื่อง ได้แก่ ยาแก้ปวดไม่ควรกินพร้อมสุราหรือนม และตอบผิดมาก 1 เรื่อง ได้แก่ ยาบรรเทาอาการปวดแบ่งออกเป็นกลุ่มได้ 3กลุ่มได้แก่กลุ่มยาระงับปวด ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ กลุ่มยาระงับเจ็บปวดที่ทำให้เสพติดหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างตอบถูกมาก 1 เรื่อง ได้แก่ ยาแก้ปวดพาราเซตามอลไม่มีฤทธิ์กัดกระเพาะ และตอบผิดมาก 1 เรื่องได้แก่ตัวยาแก้ปวดชนิดพาราเซตามอลสามารถกินติดต่อได้ไม่เกิน 10 วัน

ตาราง 3 ร้อยละของประชาชน จำแนกตามพฤติกรรมผลการวิเคราะห์ร้อยละพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n = 30)

ข้อที่	พฤติกรรม	การปฏิบัติ(ก่อน)			การปฏิบัติ(หลัง)		
		ประจำ	บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ	ประจำ	บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
1	ก่อนใช้ยาแก้ปวดท่านอ่านคำแนะนำบนฉลากยาและปฏิบัติตามคำแนะนำ	13.3	16.7	70.0	56.7	40.0	3.3
2	ท่านรับประทานยาแก้ปวดหลังอาหารทันที	10.0	20.0	70.0	70.0	26.7	3.3
3	ท่านรับประทานยาแก้ปวดพร้อมสุรา / นม	43.3	36.7	20.0	10.0	20.0	70.0
4.	ส่วนใหญ่ท่านซื้อยามารับประทานเองโดยไม่พบแพทย์	48.3	44.8	6.9	0	26.7	73.3
5	เมื่อพบยาแก้ปวดที่เก็บไว้มีสี รูปร่าง ลักษณะเปลี่ยนไปท่านนำไปทิ้ง	6.7	16.7	76.7	50.0	33.3	16.7
6	เมื่อมีอาการปวดท่านรับประทานยาแก้ปวด ห่างกันไม่เกิน 2 ชั่วโมง	56.7	30.0	13.3	10.0	26.7	63.3
7	ท่านรับประทานยาแก้ปวดแบบรับประทานบ้างหยุดบ้างปวดก็รับประทานหายก็เลิก	50.0	43.3	6.7	3.3	16.7	80.0
8	ท่านรับประทานยาแก้ปวดชนิดเดิมทุกครั้งไม่ว่าจะปวดแบบใด	66.7	30.0	3.3	6.7	10.0	83.3
9	ท่านรับประทานยาแก้ปวดตามที่แพทย์สั่ง	10.0	20.0	70.0	53.3	36.7	10.0
10	ท่านจะสังเกตสี รูปร่าง ลักษณะของยาแก้ปวดก่อนรับประทานทุกครั้ง	10.0	13.3	76.7	56.7	36.7	6.7

จากตาราง 3 พบว่าก่อนให้ความรู้ประชาชนมีพฤติกรรมการปฏิบัติที่ถูกต้อง 2 ลำดับแรก คือ เมื่อพบยาแก้ปวดที่เก็บไว้มีสี รูปร่าง ลักษณะเปลี่ยนไปท่านนำไปทิ้งร้อยละ 76.7 รองลงมา คือท่านจะสังเกตสี รูปร่าง ลักษณะของยาแก้ปวดก่อนรับประทานทุกครั้ง ร้อยละ 76.7 ประชาชนมีพฤติกรรมการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง ลำดับแรก คือ เรื่อง ก่อนใช้ยาแก้ปวดท่านอ่านคำแนะนำบนฉลากยาและปฏิบัติตามคำแนะนำ ร้อยละ 70.0 รองลงมา คือ ท่านรับประทานยาแก้ปวดชนิดเดิมทุกครั้งไม่ว่าจะปวดแบบใดร้อยละ 66.7 และหลังให้ความรู้ประชาชนมีพฤติกรรมการปฏิบัติที่ถูกต้อง 2 ลำดับแรก คือ ท่านรับประทานยาแก้ปวดชนิดเดิมทุกครั้งไม่ว่าจะปวดแบบใด ร้อยละ 83.3 รองลงมา คือท่านรับประทานยาแก้ปวดแบบรับประทานบ้างหยุดบ้างปวดก็รับประทานหายก็เลิก ร้อยละ 80.0 ประชาชนมีพฤติกรรมการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง ลำดับแรก คือ ก่อนใช้ยาแก้ปวดท่านอ่านคำแนะนำบนฉลากยาและปฏิบัติตามคำแนะนำร้อยละ40.0 รองลงมา คือ ท่านรับประทานยาแก้ปวดตามที่แพทย์สั่งร้อยละ 36.7ดังรายละเอียดในตาราง 3

ตาราง 4 ผลการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวด และพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดก่อนและหลังการให้สุขศึกษา

ตัวแปร	*M*	*SD*	*t*	*p-value*
ความรู้				
ก่อนการทดลอง	6.6	1.2	- .158	.12
หลังการทดลอง	7.3	1.7		
การปฏิบัติ				
ก่อนการทดลอง	18.9	2.0	- 2.84	.778
หลังการทดลอง	19.0	1.5		

จากตาราง 4 พบว่าผลการศึกษาพบว่าประชาชนมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนการทดลองท่ากับ 6.6 และหลังการทดลองเท่ากับ 7.3 และคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติก่อนการทดลองเท่ากับ 18.9 และหลังการทดลองเท่ากับ 19.0 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้และการปฏิบัติระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกัน

อภิปรายผล

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้ หลังการให้สุขศึกษาเรื่องความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดการปฏิบัติตัวในการใช้ยาแก้ปวดพบว่า ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้และการปฏิบัติก่อนและหลังการทดลองเพิ่มขึ้น แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีกระบวนการให้สุขศึกษากับประชาชน จำนวน 30 คน 1 เดือน โดยมีเนื้อหาเรื่องความรู้ในการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาการปฏิบัติตัวโดยผู้ทำวิจัยเป็นผู้ให้สุขศึกษา

ผลการศึกษาในครั้งนี้ในเรื่องความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาการปฏิบัติตัวในการใช้ยาแก้ปวดของประชาชนก่อนและหลังการทดลองสอดคล้องกับ วสาวี กลิ่นขจร (2554) พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 พบว่าผลการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 สามารถนำไปสู่ข้อเสนอแนะในการดำเนินการเพื่อป้องกันการใช้ยาปฏิชีวนะไม่ถูกต้องเหมาะสม ในส่วนของด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วน ใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะต่ำ มีเพียงร้อยละ 3.3 เท่านั้นที่มีความรู้ระดับดีมาก ดังนั้นควรที่จะมีการให้ความรู้ในเรื่องโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากการใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็น เช่น วิธีรับประทานยาปฏิชีวนะ ระยะเวลาในการรับประทานยาปฏิชีวนะ การเก็บรักษายาน้ำเด็กที่เป็นผงแห้งหลังผสม และการดูวันผลิต/วันหมดอายุของยาปฏิชีวนะ ในส่วนของพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ หลายด้านที่ยังไม่ถูกต้องเหมาะสม ดังนั้นควร ดำเนินการแก้ไขโดยให้ความรู้แก่ประชาชนเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ เรื่องการรับประทานยาปฏิชีวนะอย่างต่อเนื่อง และครบระยะเวลาตามกำหนดเพื่อป้องกัน ปัญหาการดื้อยา เรื่องยาหมดอายุ เพื่อยาจะได้มีประสิทธิภาพในการรักษาและไม่ก่อให้เกิดอันตรายหรืออาการไม่พึงประสงค์ต่อผู้ได้รับยา และเรื่องการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่าง ถูกต้องเหมาะสมในโรคอาหารเป็นพิษ โรคท้องเสีย โรคไข้หวัด และแผลเลือดออก เพื่อให้ประชาชนมีความตระหนักถึงผลเสียของการใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็น ซึ่งจะส่งผลให้สิ้นเปลือง งบประมาณ เสี่ยงต่อการแพ้ยา และที่สำคัญที่สุดคือทำให้เกิดการดื้อยา ซึ่งเป็นปัญหาของระบบสาธารณสุขของประเทศไทย จากการศึกษายังพบผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจถึงสาเหตุ/โรคที่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะไม่ถูกต้อง โดยใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาลดความดัน ไข้ โรคหวัด และอาเจียน ซึ่งอาจจะเนื่องมาจากไม่ เข้าใจความหมายของยาปฏิชีวนะ หรือใช้ยาปฏิชีวนะไม่ถูกโรค ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขควรให้ คำแนะนำ และใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายในการอธิบายแก่ผู้รับบริการ

ผลการศึกษาในครั้งนี้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับยาแก้ปวด สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ และนิรนาท วิทยโชคกิติคุณ (2557) พฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุไทย ปทุมธานี พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุเป็นสาเหตุหนึ่งของปัญหาการใช้ยา ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยา ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุไทย โดยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องมาจากปัญหาการใช้ยา จำนวน 23 คน และการสัมภาษณ์ผู้ดูแล ร่วมกับการสนทนากลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 26 คน วิเคราะห์ผลการวิจัยด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมของผู้สูงอายุเกิดขึ้นจากความสามารถในการบริหารยาร่วมกับความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยา ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการใช้ยา 3 ด้าน คือ 1) วิธีการใช้ยาของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย พฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามคำสั่งของแพทย์ เช่น การรวบมื้อยา การใช้ยาไม่สม่ำเสมอ การปรับเพิ่มหรือลดยาเอง และการติดยา พฤติกรรมการใช้ยาด้วยตนเองอย่างไม่ปลอดภัยทั้งการซื้อยาใช้เองและการใช้ยาทางเลือกโดยขาดความรู้ 2) การเลือกสถานบริการที่รับยา และ 3) การเก็บรักษายาและนำยาออกมาใช้ โดยการวิจัยนี้พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุประกอบด้วย 1) ปัจจัยที่มีอยู่เดิม (ปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาทั้งด้านความสามารถในการบริหารยาและความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยา) ประกอบด้วย ปัจจัยความสามารถของบุคคล เช่น ความรู้ ทัศนคติ ความจำ การมองเห็น การใช้มือหยิบจับ และปัจจัยภารกิจในชีวิตประจำวัน เช่น การทำงานเพื่อหาเลี้ยงชีพ งานดูแลผู้อื่น งานอาสาสมัคร หรืองานสังคม 2) ปัจจัยชักนำ (ปัจจัยที่กระตุ้นให้มีการเปลี่ยนพฤติกรรมในการใช้ยา) ได้แก่ การปรากฏของอาการของโรค เช่น ความรุนแรงและความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น และการตอบสนองของร่างกายต่อยา เช่น การเกิดผลข้างเคียงและผลลัพธ์เชิงการรักษา และ 3) ปัจจัยปรับเปลี่ยน (ปัจจัยที่ส่งผลต่อปัจจัยที่มีอยู่เดิม ปัจจัยชักนำ และพฤติกรรมการใช้ยา) ได้แก่ ปัจจัยทางสังคม เช่น ครอบครัว เพื่อนบ้านและบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งสื่อต่าง ๆ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวยาที่ใช้ เช่น คุณสมบัติของยาในการรักษา ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น และความซับซ้อนของวิธีการใช้ยา ปัจจัยทางกายภาพของสิ่งแวดล้อม เช่น ความห่างไกลของสถานที่รักษาพยาบาล การคมนาคมขนส่ง และปัจจัยฐานะทางเศรษฐกิจ ผลการวิจัยให้ข้อเสนอแนะทั้งการจัดการเชิงรับ การจัดการเชิงรุก และการจัดการเชิงระบบ การนำผลการวิจัยไปใช้ในการจัดการศึกษาทางการพยาบาลและสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง ข้อเสนอแนะในการวิจัยเพื่อทดสอบแนวคิด และค้นหาปัจจัยที่มีอิทธิพล รวมทั้งข้อเสนอแนะด้านนโยบายและการบริหารในการพัฒนาระบบข้อมูลเชื่อมโยงหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพ และการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐาน

การศึกษานั้นเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเรียนรู้ ผู้ที่มีการศึกษาสูงมีแนวโน้มที่จะใช้ยาได้ถูกต้องขึ้นซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้เองที่ส่งผลให้ชาวชุมชนมีการซื้อยาใช้เองจากร้านขายยากันกว้างขวาง สอดคล้องกับนิรันดร์ สุวรรณ์ (2558) พฤติกรรมการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกองแขก อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ทั้งหมดรับประทานยาความดันโลหิตตามแพทย์สั่ง และไม่ซื้อยารักษาความดันโลหิตจากร้านขายยา (ร้อยละ 100.00) รองลงมาได้แก่ การไม่หยุดรับประทานยาเมื่อความดันโลหิตลดลง (ร้อยละ 92.00) การไม่ยืมยารักษาความดันโลหิตของผู้ป่วยรายอื่นหรือคนในครอบครัว (ร้อยละ 86.00) การไม่รับประทานยาชนิดอื่น ๆ หรืออาหารเสริม (ร้อยละ 84.00) และหากลืมรับประทานยาลดความดันโลหิตจะรับประทานยาทันทีที่นึกได้ในจำนวนเดิม (ร้อยละ 76.00) ในขณะที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีพฤติกรรมการใช้ยา ที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การรับประทานยาชนิดอื่น ๆ หรืออาหารเสริม (ร้อยละ 28.36) การยืมยารักษาความดันโลหิตของผู้ป่วยรายอื่นหรือคนในครอบครัว (ร้อยละ 20.90) และหยุดรับประทานยาเมื่อความดันโลหิตลดลง (ร้อยละ 11.94)

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยเนื่องจากพื้นที่ในเขตรับผิดชอบมีประชากรเป็นคนต่างด้าวการสื่อการจึงเป็นเรื่องสำคัญจึงให้ความสำคัญการสื่อสารที่ถูกต้องเวลาผู้ป่วยมารับบริการรวมถึงวิธีการกินยาและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

2. จากผลการวิจัยจึงจัดทำสื่อสุขศึกษาภาษาของประชากรต่างด้าว อธิบายวิธีการกินยาและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความพึงพอใจในผู้ที่มารับบริการขอยาแก้ปวดที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปิล๊อก อำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรีที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

2. ควรมีพัฒนาการให้สุขศึกษาที่เหมาะสำหรับผู้ที่มารับบริการขอยาแก้ปวดที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปที่อยู่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปิล๊อก อำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรีอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดนวัตกรรมในงานด้านการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคที่รับประทานยาแก้ปวด

References

จิรชัย มงคลชัยภักดิ์, จิรวัฒน์ รวมสุข และเอมอร ชัยประทีป. (2555). การศึกษาความรู้และ พฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการ ในร้านยาชุมชนจังหวัดปทุมธานี. *วารสารมหาวิยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย, 6*(2), 91-99

นิรันดร์ สุวรรณ์. (2558). *พฤติกรรมการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกองแขก อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่.* สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ปราณี ทู้ไพเราะ. (2559). *คู่มือยา.* (พิมพ์ครั้งที่14). กรุงเทพฯ:N P Press Limited Partnership.

วสาวี กลิ่นขจร. (2554). *พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3*. สืบค้นเมื่อวันที่ 19 มิถุนายน 2563, จาก http://hpc6.anamai.moph.go.th/images/research/som1.pdf

สุธี เวคะวากยานนท์. (2554). *รู้ไว้ใช้ยา*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สรัญญ์รักษ์ บุญมุสิก, รุ่งนภา จันทรา และชุลีพร หีตอักษร. (2562). ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาล เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและสาธารณสุขภาคใต้. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, *2*(1), 25-36.

สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. (2553). *ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป1:แนวทางการรักษาโรคและการใช้ยา.* (พิมพ์ครั้งที่5). กรุงเทพฯ:โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.

อัจฉรา กุลวิสุทธิ์. (2561). *ยาแก้ปวดและยาคลายกล้ามเนื้อ ใช้อย่างไรให้ถูกต้อง.* สืบค้นเมื่อวันที่ 21 พฤษภาคม 2563, จาก https://www.hooninside.com/news-feed/79856/view/

อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ และนิรนาท วิทยโชคกิติคุณ. (2557). *พฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุไทย.* ปทุมธานี, สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย

Rosenstock. (1974). *The Health Belief Model and Preventive Health.* Health Educ Monographs.

คุณภาพชีวิตในการทำงานกับความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรที่ปฏิบัติงานเครือข่ายสุขภาพ อำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช

Qualities of Life in Working and Organization Commitment of Personnel in Lansaka District Health Network Nakhon Si Thammarat Province

วสุพัชร์ แก้วกิ้ม[1*]
Wasuphat Kaewkim[1*]
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลานสกา[1*]
Lan Saka District Public Health Office[1*]

(Received: *November 19*, 2020; Revised: *December 23*, 2020; Accepted: *December 23*, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตในการทำงาน ความผูกพันต่อองค์กร และความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตในการทำงาน กับความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรที่ปฏิบัติงานเครือข่ายสุขภาพอำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช 140 คน จากประชากรจำนวน 216 คน ใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายโดยการหยิบฉลากแบบไม่คืนที่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาระหว่าง 0.67-1.00 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .93 เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1-30 พฤศจิกายน 2561 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า

1. คุณภาพชีวิตในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก (M=3.75, SD=0.43) โดยด้านความสัมพันธ์ในสังคมมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (M=4.12, SD=0.47) สำหรับความผูกพันต่อองค์กรโดยรวมอยู่ในระดับมาก (M=3.81, SD=0.38) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือด้านการใช้ความสามารถเพื่อองค์กร (M=4.01, SD=0.43)

2. คุณภาพชีวิตในการทำงานความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับความผูกพันต่อองค์กร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (r=0.747, p-$value$< 0.001) ควรมีการส่งเสริมบรรยากาศการทำงานในองค์กรให้มีความน่าอยู่ โดยเฉพาะการจัดกิจกรรมสร้างความผูกพันต่อองค์กร เพื่อให้บุคลากรมีความรัก และความภาคภูมิใจในองค์กรของตนเอง

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตในการทำงาน, ความผูกพันต่อองค์กร

[*]ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Wasuphatkaewkim@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 0916391645)

Abstract

This descriptive research aimed to study quality of life at work and organizational engagement, as well as relationship between quality of life at work and organizational engagement of health personnel in Lan Saka District Health Network, Nakhon Si Thammarat province. Participants were 140 health personnel. Data were collected by questionnaires with content validity = 0.67-1.00 and reliability = 0.93 (alpha coefficient). Data were analyzed by descriptive statistics in terms of frequency, percentage, mean, standard deviation, max and min, as well as Pearson's product moment correlation. The results revealed that:

1) The overall quality of life at work of the participants was at a high level (M= 3.75, SD= 0.43) which the aspect of social relationship had the highest mean (M= 4.12, SD= 0.47). Regarding the overall organizational engagement of the participants, it was at a high level (M=3.81, SD=0.38) which the feature of organizational capacity had the highest mean (M=4.01, SD= 0.43)

2) The quality of life at work had its significantly positive relationship with the organizational engagement at a high level (r = 0.747, p-value < 0.001).

It could be suggested that supporting of good working environment in the organization and providing activities related to the organizational engagement for building loyalty and pride in the organization of health personnel should be concerned.

Keywords: Quality of Work Life, Corporate Engagement

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายที่จะขับเคลื่อน และยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ของกระทรวงสาธารณสุข “ภายในทศวรรษต่อไป คนไทยทุกคนจะมีสุขภาพแข็งแรงเพิ่มขึ้น เพื่อสร้างความเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศทั้งทางตรงและทางอ้อมอย่างยั่งยืน” ผ่านแผนแม่บทการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พร้อมทั้งส่งเสริมและสร้างการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนด้วยกลไก ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS: District Health System) ให้เข้มแข็งครอบคลุมทุกภูมิภาคของประเทศไทย เปรียบเหมือนป้อมปราการด่านหน้าที่ยิ่งใหญ่ ในการป้องกันโรค และสร้างเสริมสุขภาพในทุกกลุ่มวัย ลดความเจ็บป่วยทุกข์ทรมานไปสู่การมีสุขภาพที่ดี และพึ่งพาตนเอง ด้วยความร่วมมือร่วมใจ ประสานพลังของ ทุกภาคส่วนในระดับอำเภอ (การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ, 2557)

โครงสร้างในการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขภาครัฐในระดับอำเภอนั้น มีโครงสร้างที่ยึดถือกันมายาวนานตามกฎหมาย โดยมีองค์กรทั้งสิ้น 3 องค์กร คือ 1) โรงพยาบาล ซึ่งมีบทบาทในการดูแลรักษาพยาบาลประชาชนทั้งอำเภอ และดูแลด้านการสร้างเสริมสุขภาพเฉพาะกลุ่มประชากรในพื้นที่ตำบลที่โรงพยาบาลตั้งอยู่เท่านั้น 2) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ คือ หน่วยงานที่มีบทบาทในการกำกับดูแลสถานีอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชนในพื้นที่นอกเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล ซึ่งมีความสำคัญมากต่อการควบคุมกำกับติดตามงาน ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน 3) สถานีอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชน มีหน้าที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิด่านหน้า ที่ทำหนาที่ทั้งด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟู ประชากรทุกคนในหมู่บ้าน หรือตำบลที่รับผิดชอบ จากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้ทำให้เกิดกลไก บริหารจัดการใหม่ในระบบสาธารณสุขขึ้นมา นั่นคือ การบริหารจัดการทั้งองค์กร บริหารเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care: CUP) หรือเครือข่ายสุขภาพอำเภอ และหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit: PCU)

ซึ่งก่อนมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลไกการประสานงานในระดับ อำเภอเป็นระบบอยู่ก่อนแล้ว เรียกว่า “คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.)” โดยเนื้อหาเน้นไปที่การประสานงาน การติดตามงาน และการประสานงานเพื่อแก้ปัญหาด้านสุขภาพในระดับอำเภอ แต่ในปัจจุบันเมื่อระบบงานของ CUP ได้กลายมาเป็นองค์กรในการจัดสรรทรัพยากรระดับอำเภอ ทั้งในด้านบุคลากร งบประมาณ และครุภัณฑ์ ทำให้ความสัมพันธ์การทำงานระดับอำเภอผ่านกลไก CUP มีความยากลำบากมากขึ้น การจัดสรรต่าง ๆ ต้องมีคนได้มากได้น้อย ประกอบกับค่านิยมในการใช้เงินในการแก้ปัญหาขององค์กร ทำให้การจัดระบบบริการของเครือข่ายยากขึ้น (การบริหารเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ, 2550)

จากสภาพการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านนโยบายการเมือง กฎระเบียบต่าง ๆ การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น ปัญหาเศรษฐกิจและสังคมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคคลทุกกลุ่ม นอกจากนั้น การสร้างหลักประกันสุขภาพทางด้านสาธารณสุขทำให้มีผู้ใช้บริการในโรงพยาบาล และสถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากขึ้น คุณภาพชีวิตของคนในองค์กรหรือคุณภาพชีวิตในการทำงานเป็นลักษณะการทำงานที่ทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกเป็นสุขจากสภาพที่ตนเองได้รับขณะปฏิบัติงาน (เสาวลักษณ์ รำเพยพล, 2556) คุณภาพชีวิตในการทำงานเกี่ยวข้องกับชีวิตในการทำงานของแต่ละบุคคลและสภาพแวดล้อมในการทำงานภายในองค์กร แต่มีเป้าหมายสำคัญร่วมกันอยู่ที่การลดความตึงเครียดทางจิตใจ เพื่อเพิ่มความพึงพอใจในงานที่ทำ ซึ่งถือเป็นกลไกสำคัญในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตในสถานที่ทำงาน ยมนา ไพศาลพัฒนสกุล (2556) ได้กล่าวว่า การที่คนมีความมั่นคงปลอดภัยในการทำงาน พอใจในงานที่ทำ และมีความเจริญก้าวหน้าในงาน การทำงานที่คนงานมีส่วนร่วมในการทำงาน เป็นสิ่งสำคัญในการสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีในการทำงาน จะทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น สอดคล้องกับพงษ์เทพ เงาะด่วน (2555) ที่กล่าวว่า เป็นลักษณะการทำงานที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการและความปรารถนาของบุคคลที่ปฏิบัติงานอยู่ในองค์กรในด้านต่าง ๆ คือ ค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม สภาพการทำงานที่มีความปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ ความก้าวหน้ามั่นคงในงาน โอกาสพัฒนาสมรรถภาพตนเอง การทำงานร่วมกัน และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิทธิส่วนบุคคล จังหวะชีวิต และความเป็นประโยชน์ต่อสังคม

นอกจากคุณภาพชีวิตที่ดีในการทำงานแล้ว ความผูกพันต่อองค์กรก็มีผลต่อความสำเร็จของงานตามที่เอื้ออารี เพ็ชรสุวรรณ (2555) ได้กล่าวไว้ว่า บุคลากรที่มีความผูกพันต่อองค์กรจะทุ่มเทการทำงานงานและสร้างสรรค์ผลงานให้กับองค์กร มีความรับผิดชอบต่องานที่ได้รับมอบหมาย มีความพยายามตั้งใจที่จะพัฒนากระบวนการดำเนินงานเพื่อให้องค์กรประสบความสำเร็จ แต่ในทางกลับกันถ้าบุคลากรไม่มีความผูกพันต่อองค์กรก็จะทำงานเพียงเพื่อแลกกับค่าตอบแทนเท่านั้น โดยไม่มีความตั้งใจหรือไม่ใช้ความพยายามในการทำงาน เพิกเฉยต่องาน ที่นอกเหนือจากงานในหน้าที่ที่ตนเองรับผิดชอบ ซึ่งทำให้ประสิทธิภาพขององค์กรลดลง

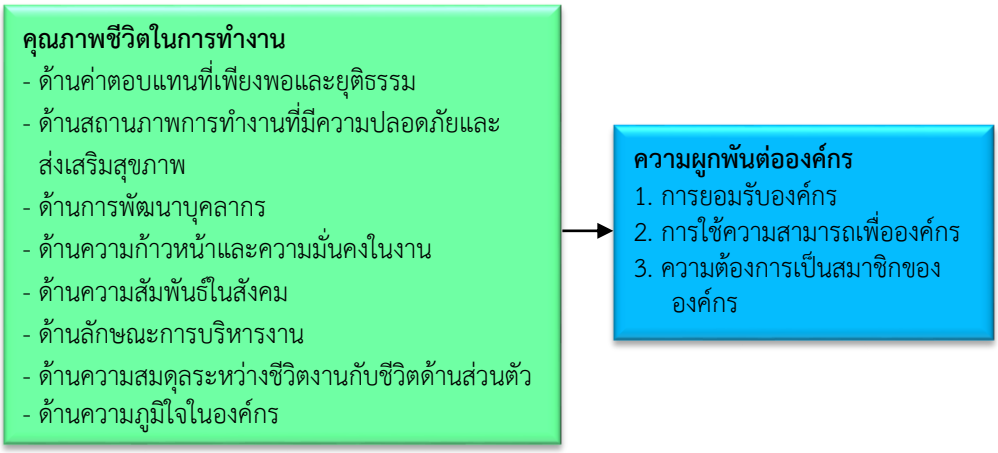
จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตการในทำงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แต่ยังไม่มีการศึกษาคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายสุขภาพอำเภอ ที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์กร ผู้วิจัยในฐานะที่ปฏิบัติหน้าที่ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จึงสนใจที่จะวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตในการทำงานกับความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรที่ปฏิบัติงานเครือข่ายสุขภาพอำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อเป็นข้อมูลนำเสนอให้ผู้บริหารระดับสูงขึ้นไปใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายสุขภาพอำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งจะส่งผลให้คุณภาพในการให้บริการดีขึ้นตาม

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตในการทำงาน และความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรที่ปฏิบัติงานเครือข่ายสุขภาพอำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตในการทำงานกับความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรที่ปฏิบัติงานเครือข่ายสุขภาพอำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research Design) เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์ (Correlational Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายสุขภาพอำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 216 คน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายสุขภาพอำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 216 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากตารางของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, อ้างถึงใน ธีรวุฒิ เอกะกุล, 2554) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 140 คน การสุ่มตัวอย่าง (Random Sampling) การได้มาของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีจับฉลากแบบไม่คืนที่จากบุคลากรที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายสุขภาพอำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งประกอบด้วยโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 8 แห่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในการทำงาน เป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการทบทวน แนวคิด ทฤษฎีของ วอลตัน (Walton, 1973 อ้างถึงในวรวรรณ ตอวิวัฒน์, 2555) และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยเนื้อหา 8 ด้าน ได้แก่ ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม 2) ด้านสถานภาพการทำงานที่มีความปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ 3) ด้านการพัฒนาบุคลากร 4) ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน 5) ด้านความสัมพันธ์ในสังคม 6) ด้านลักษณะการบริหารงาน 7) ด้านความสมดุลระหว่างชีวิตงานกับชีวิตด้านส่วนตัว

8) ด้านความภูมิใจในองค์กร รวมทั้งสิ้น 40 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) จากคะแนนเต็ม 5 ถึงคะแนนน้อยที่สุด 1 คะแนน

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความผูกพันต่อองค์กร เป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น จากการทบทวน แนวคิด ทฤษฎีของ สเตียร์ (Streers, 1977 อ้างถึงใน เศรษฐศาสตร์ ไชยแสง, 2555) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยเนื้อหา 3 ด้าน ด้านการยอมรับองค์กร 2) ด้านการใช้ความสามารถเพื่อองค์กร 3) ด้านความต้องการเป็นสมาชิกขององค์กร มีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) จากคะแนนเต็ม 5 ถึงคะแนนน้อยที่สุด 1 คะแนน การแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์ของณรงค์ โพธิ์พฤกษานันท์ (2550) โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

4.51-5.00 หมายถึง มีความผูกพันต่อองค์กร ในระดับ มากที่สุด

3.51-4.50 หมายถึง มีความผูกพันต่อองค์กร ในระดับ มาก

2.51-3.50 หมายถึง มีความผูกพันต่อองค์กร ในระดับ ปานกลาง

1.51-2.50 หมายถึง มีความผูกพันต่อองค์กร ในระดับ น้อย

1.00-1.50 หมายถึง มีความผูกพันต่อองค์กร ในระดับ น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยเป็นนักวิชาการสาธารณสุขในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 11 มีความเชี่ยวชาญด้านงานวิจัย ได้ค่า IOC ระหว่าง .67-1.00 แล้วนำมาทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานเครือข่ายสุขภาพอำเภอจุฬาภรณ์ จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. โดยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลลานสกา สาธารณสุขอำเภอลานสกา และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

2. การสุ่มกลุ่มตัวอย่างบุคลากรทั้งหมด และมีการนัดประชุมชี้แจง วัตถุประสงค์ และการพิทักษ์สิทธิ์แก่กลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยให้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 1 ชั่วโมง ภายหลังกลุ่มตัวอย่างส่งแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับคืนทั้งหมด จำนวน 140 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ความถี่ (Frequency) และ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. วิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตในการทำงาน และความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรที่ปฏิบัติงานเครือข่ายสุขภาพอำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตในการทำงานกับความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรที่ปฏิบัติงานเครือข่ายสุขภาพอำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product-Moment Correlation) โดยกำหนดค่าระดับความสัมพันธ์ (Wiersma, & Jurs, 2009) ดังนี้

ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.01-0.20 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก

ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.21-0.40 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.41 -0.60 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.61 -0.80 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูง
ค่าสหสัมพันธ์ (r) มากกว่า 0.80 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก

ทั้งนี้ ก่อนการวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ประกอบด้วยการมีข้อมูลลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) และตัวแปรอิสระและตัวแปรตามีความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linearity) โดยพิจารณาจาก กราฟ Normal Probability Plot พบว่าข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ในแนวเส้นตรง จึงว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติและมีความสัมพันธ์เชิงเส้น

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ได้หมายเลขรับรอง NSTPH 045/2561 ลงวันที่ 30 ตุลาคม 2561

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 จำนวน และ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	24	17.1
หญิง	116	82.9
อายุ		
น้อยกว่า 30 ปี	22	15.7
30 – 40 ปี	37	26.4
41 – 50 ปี	45	32.4
มากกว่า 50 ปี	36	25.7
Mean=42.14 , *SD*=10.05	*Min*=21, *Max*=60	
สถานภาพสมรส		
โสด	34	24.3
คู่ แต่งงาน / อยู่ด้วยกัน	94	67.1
หม้าย / หย่า / แยก	12	8.6
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	37	26.4
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	96	68.6
สูงกว่าปริญญาตรี	7	5.0
รายได้		
น้อยกว่า 10,000 บาท	31	22.1
10,000 – 20,000 บาท	30	21.4
20,001 – 30,000 บาท	17	12.1
30,001 – 40,000 บาท	17	12.1
มากกว่า 40,000 บาท	45	32.1

ตาราง 1 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
M=31,800, *SD*=3.46		
Min=6,000 *Max*=380,000		
ตำแหน่งปัจจุบัน		
แพทย์	2	1.4
ทันตแพทย์	3	2.1
เภสัชกร	4	2.9
พยาบาลวิชาชีพ	39	27.4
นักวิชาการสาธารณสุข	16	11.4
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	4	2.9
เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	5	3.6
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	3	2.1
อื่น ๆ	64	45.7
ประเภทตำแหน่ง		
ข้าราชการ	80	57.1
พนักงานราชการ	3	2.1
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	20	14.3
ลูกจ้างประจำ	5	3.6
ลูกจ้างชั่วคราว	28	20.0
อื่น ๆ	4	2.9
ตำแหน่งทางการบริหาร		
เป็นผู้บริหาร หรือหัวหน้างาน	19	13.6
เป็นผู้ปฏิบัติงาน	121	86.4
อายุราชการ		
น้อยกว่า 10 ปี	53	37.9
10 – 20 ปี	34	24.3
21 – 30 ปี	27	19.3
มากกว่า 30 ปี	26	18.6
Mean=16.78, *SD*=11.13		
Min=1, *Max*=40		
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ณ หน่วยงานแห่งนี้		
น้อยกว่า 10 ปี	80	57.1
10 – 20 ปี	43	30.7
21 – 30 ปี	10	7.1
มากกว่า 30 ปี	7	5.0
Mean=10.93, *SD*=8.615		
Min=1, *Max*=35		

จากตาราง 1 พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.9 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 32.4 อายุเฉลี่ย 42.14 ปี อายุต่ำสุด 21 ปี อายุสูงสุด 60 ปี สถานภาพสมรสคู่ แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 67.1 ระดับการศึกษาจบปริญญาตรี ร้อยละ 68.6 รายได้มากกว่า 40,000 บาท ร้อยละ 32.1 รายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 31,800 บาท รายได้

ต่ำสุด 6,000 บาท และรายได้สูงสุด 380,000 บาท ตำแหน่งปัจจุบันเป็นตำแหน่งอื่น ๆ เช่น ลูกจ้าง พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 45.7 โดยเป็นข้าราชการ ร้อยละ 57.1 ตำแหน่งทางการบริหารเป็นผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 86.4 มีอายุราชการน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 37.9 อายุราชการเฉลี่ย 16.78 และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ณ หน่วยงานแห่งนี้น้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 57.1 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 10.93

2. คุณภาพชีวิตในการทำงาน และความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรที่ปฏิบัติงานเครือข่ายสุขภาพอำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช

ตาราง 2 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในการทำงานในภาพรวมแต่ละด้าน

คุณภาพชีวิตในการทำงาน	ระดับความคิดเห็น		
	M	*SD*	ระดับ
1. ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม	3.31	0.82	ปานกลาง
2. ด้านสถานภาพการทำงานที่มีความปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ	3.71	0.61	มาก
3. ด้านการพัฒนาบุคลากร	3.78	0.54	มาก
4. ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน	3.50	0.67	ปานกลาง
5. ด้านความสัมพันธ์ในสังคม	4.12	0.47	มาก
6. ด้านลักษณะการบริหารงาน	3.89	0.64	มาก
7. ด้านความสมดุลระหว่างชีวิตงานกับชีวิตด้านส่วนตัว	3.73	0.45	มาก
8. ด้านความภูมิใจในองค์กร	3.96	0.53	มาก
รวม	**3.75**	**0.43**	**มาก**

จากตาราง 2 ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก (*M*=3.75, *SD*=0.43) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความสัมพันธ์ในสังคม มีระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในการทำงาน มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับมาก (*M*=4.12, *SD*=0.47) รองลงมาด้านลักษณะการบริหารงาน มีระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในการทำงาน อยู่ในระดับมาก (*M*=3.89, *SD*=0.64) ส่วนด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม มีระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในการทำงาน มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด อยู่ในระดับปานกลาง (*M*=3.31, *SD*=0.82)

ตาราง 3 แสดงคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับความผูกพันต่อองค์กรในภาพรวมแต่ละด้าน

ความผูกพันต่อองค์กร	ระดับความคิดเห็น		
	M	*SD*	ระดับ
1. ด้านการยอมรับองค์กร	3.82	0.43	มาก
2. ด้านการใช้ความสามารถเพื่อองค์กร	4.01	0.43	มาก
3. ด้านความต้องการเป็นสมาชิกขององค์กร	3.61	0.47	มาก
รวม	**3.81**	**0.38**	**มาก**

จากตาราง 3 ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับความผูกพันต่อองค์กรโดยอยู่ในระดับมาก (*M*=3.81, *SD*=0.38) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการใช้ความสามารถเพื่อองค์กรมีระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับความผูกพันต่อองค์กร อยู่ในระดับมากที่สุด (*M*=4.01, *SD*=0.43) ด้านการยอมรับองค์กรมีระดับความคิดเห็น

เกี่ยวกับความผูกพันต่อองค์กร อยู่ในระดับมาก (*M*=3.82, *SD*=0.43) และด้านความต้องการเป็นสมาชิกขององค์กรมีระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับความผูกพันต่อองค์กร อยู่ในระดับมาก (*M*=3.61, *SD*=0.47)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตในการทำงานกับความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรที่ปฏิบัติงานเครือข่ายสุขภาพอำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช

ตาราง 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตในการทำงานกับความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรที่ปฏิบัติงานเครือข่ายสุขภาพอำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช

คุณภาพชีวิต	ความผูกพันต่อองค์กร ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
1. ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม	0.375**
2. ด้านสถานภาพการทำงานที่มีความปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ	0.491**
3. ด้านการพัฒนาบุคลากร	0.549**
4. ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน	0.373**
5. ด้านความสัมพันธ์ในสังคม	0.635**
6. ด้านลักษณะการบริหารงาน	0.649**
7. ด้านความสมดุลระหว่างชีวิตงานกับชีวิตด้านส่วนตัว	0.541**
8. ด้านความภูมิใจในองค์กร	0.711**
ภาพรวม	**0.747****

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตาราง 4 พบว่า คุณภาพชีวิตในการทำงานโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง (*r*=0.747) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความภูมิใจในองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง (*r*=0.711) ด้านลักษณะการบริหารงานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง (*r*=0.649) ด้านความสัมพันธ์ในสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง (*r*=0.635) ด้านการพัฒนาบุคลากรมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง (*r*=0.549) ด้านความสมดุลระหว่างชีวิตงานกับชีวิตด้านส่วนตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง (*r*=0.541) ด้านสถานภาพการทำงานที่มีความปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง (*r*=0.491) ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ (*r*=0.375) และด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ (*r*=0.373) โดยคุณภาพชีวิตในการทำงานทุกด้านมีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กร (*r*=1, *p-value*<0.01)

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับมากและเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความสัมพันธ์ในสังคม มีระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในการทำงาน มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด สอดคล้องกับผลการศึกษาของเอื้ออารี เพ็ชรสุวรรณ (2555) และผลการศึกษาของปนัดดา ตันติธนดำรง และชัยยศ สัมฤทธิ์สกุล (2556) ส่วนด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน มีระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในการทำงาน มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด อยู่ในระดับปานกลางสอดคล้องกับผลการศึกษาของพงษ์เทพ เงาะด่วน (2555)

ความผูกพันต่อองค์กรโดยรวมอยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความภูมิใจในองค์กรมีระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับความผูกพันต่อองค์กร อยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับผลการศึกษาของเอื้ออารี เพ็ชรสุวรรณ (2555) และผลการศึกษาของปนัดดา ตันติธนดำรง และชัยยศ สัมฤทธิ์สกุล (2556) ด้านการยอมรับองค์กรมีระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับความผูกพันต่อองค์กร อยู่ในระดับมาก และด้านความต้องการ

เป็นสมาชิกขององค์กรมีระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับความผูกพันต่อองค์กรอยู่ในระดับมากสอดคล้องกับผลการศึกษาของเอื้ออารี เพ็ชรสุวรรณ (2555) และผลการศึกษาของปนัดดา ตันติธนดำรง และชัยยศ สัมฤทธิ์สกุล (2556)

คุณภาพชีวิตในการทำงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับความผูกพันต่อองค์กร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (r=0.747*, p-value<0.001) อาจเนื่องมาจากการที่เครือข่ายสุขภาพอำเภอลานสกา มีลักษณะทางด้านการให้บริการที่มีความใกล้ชิดกับประชาชน แบบใกล้บ้านใกล้ใจ การบริการจึงทำด้วยใจรักและมีความเป็นกันเอง ส่วนใหญ่จะรู้จักมักคุ้นกัน บุคลากรจึงเกิดความรักความผูกพันต่อองค์กรและประชาชนผู้รับบริการ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของเอื้ออารี เพ็ชรสุวรรณ (2555)

ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับความผูกพันต่อองค์กร อาจจะเป็นเพราะบุคลากรที่ปฏิบัติงานเครือข่ายสุขภาพอำเภอส่วนใหญ่มีภาระด้านค่าใช้จ่ายเฉพาะเท่าที่จำเป็น เนื่องจากอยู่ในสังคมที่ไม่กว้างขวางนัก ดังนั้นค่าตอบแทนที่ได้รับจึงมีความเพียงพอต่อการใช้จ่ายในแต่ละเดือน ประกอบกับการเลื่อนขั้นเงินเดือนก็เป็นไปตามระเบียบข้อบังคับของทางราชการจึงมีความเป็นธรรมได้รับการปรับขึ้นในอัตราและระยะเวลาที่เหมาะสม เป็นที่ยอมรับของบุคลากรโดยทั่วไป สอดคล้องกับผลการศึกษาพงษ์เทพ เงาะด่วน (2555)

ด้านสถานภาพการทำงานที่มีความปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับความผูกพันต่อองค์กร อาจเนื่องมาจากการที่ปัจจุบันสถานที่ทำงานทุกแห่งในจังหวัดนครศรีธรรมราชได้รับการพัฒนาทางด้านอาคารสถานที่ให้มีระบบรักษาความปลอดภัย มีรั้วรอบขอบชิด มีการติดตั้งกล้องวงจรปิด มีระบบการป้องกันอัคคีภัย รวมทั้งมีการจัดสถานที่ทำงานเป็นสถานที่ทำงานน่าอยู่ (Healthy Work Place) มีการจัดภูมิทัศน์ที่สวยงาม และสถานที่ในการให้บริการที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ การพัฒนาดังกล่าวเป็นไปในแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด มีระบบการประเมินผลการพัฒนาโดยใช้มาตรฐานเครือข่ายบริการปฐมภูมิด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย บุคลากรจึงรู้สึกถึงความปลอดภัยและการส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาของเอื้ออารี เพ็ชรสุวรรณ (2555) และผลการศึกษาของปนัดดา ตันติธนดำรง และชัยยศ สัมฤทธิ์สกุล (2556)

ด้านการพัฒนาบุคลากรมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับความผูกพันต่อองค์กร อาจเนื่องมาจากการที่หน่วยงานที่มีหน้าที่ในการควบคุมกำกับการปฏิบัติงานเครือข่ายสุขภาพอำเภอทุกระดับได้ให้ความสำคัญและมีนโยบายในการพัฒนาบุคลากรเพื่อให้มีความก้าวทันต่อการพัฒนาระบบการให้บริการและการพัฒนาตัวชี้วัดการให้บริการต่าง ๆ การมีโอกาสในการพัฒนาผลงานวิชาการของตนเองและหน่วยงาน การที่บุคลากรได้รับการพัฒนาที่เหมาะสมและเพียงพอจึงผลลัพธ์ในเชิงบวกกับความผูกพันต่อองค์กร สอดคล้องกับผลการศึกษาของปนัดดา ตันติธนดำรง และชัยยศ สัมฤทธิ์สกุล (2556)

ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับความผูกพันต่อองค์กร อาจเนื่องมาจากการที่บุคลากรทางด้านสาธารณสุขส่วนใหญ่มีสถานะเป็นข้าราชการที่มีความมั่นคง และมีเพียงส่วนน้อยที่มีสถานะเป็นพนักงานกระทรวงและลูกจ้างชั่วคราว ดังนั้น บุคลากรจึงรู้สึกถึงความมั่นคงในงาน และความก้าวหน้าในงานในส่วนของการเลื่อนระดับก็เป็นระบบที่มีความชัดเจน บุคลากรจะสามารถรับรู้ถึงช่วงเวลาที่ตนเองจะได้รับการเลื่อนระดับที่สูงขึ้น รวมทั้งมีขั้นตอนการดำเนินงานที่ชัดเจน ทำให้บุคลากรรู้สึกถึงการที่ตนได้รับความก้าวหน้าและมีความมั่นคงในงาน สอดคล้องกับผลการศึกษาของปนัดดา ตันติธนดำรง ชัยยศ สัมฤทธิ์สกุล (2556)

ด้านความสัมพันธ์ในสังคม มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับความผูกพันต่อองค์กรอาจเนื่องจากการที่บริบทของที่ทำงานในเครือข่ายมีบุคลากรที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งต่าง ๆ รวมแล้วที่แตกต่างกัน และมีปริมาณจำนวนที่เพียงพอ จึงมักจะให้การช่วยเหลือกันในด้านการงาน และเมื่อมีปัญหาทั้งในด้านการทำงานหรือเรื่องส่วนตัว

ก็มักจะให้การช่วยเหลือกัน จึงเกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของปนัดดา ตันติธนดำรง ชัยยศ สัมฤทธิ์สกุล (2556)

ด้านลักษณะการบริหารงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับความผูกพันต่อองค์กร อาจเนื่องมาจากการที่ลักษณะโครงสร้างองค์กรของเครือข่ายสุขภาพอำเภอลานสกา ซึ่งประกอบไปด้วย โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้รับการออกแบบและกำหนดมาจากกระทรวงสาธารณสุข มีลักษณะงานที่แตกต่างกัน มีการแบ่งภาระหน้าที่ของแต่ละคนตามตำแหน่งอย่างชัดเจน การบริหารงานส่วนใหญ่มีลักษณะที่แสดงให้เห็นถึงการมีส่วนร่วม มีความเป็นประชาธิปไตย มีการรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน รวมทั้งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายให้หน่วยบริการทุกระดับมีการบริหารงานโดยใช้หลักธรรมาภิบาล บุคลากรส่วนใหญ่จึงมีความรู้สึกเชิงบวกกับลักษณะการบริหารงานขององค์กร สอดคล้องกับผลการศึกษาของยมนา ไพศาลพัฒนสกุล (2556)

ด้านความสมดุลระหว่างชีวิตงานกับชีวิตด้านส่วนตัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับความผูกพันต่อองค์กร อาจเนื่องมาจากการที่ปัจจุบันระบบการให้บริการของกระทรวงสาธารณสุขมีการกำหนดบทบาทหน้าที่กันอย่างชัดเจน และแบ่งภาระหน้าที่กันอย่างเหมาะสม ทำให้บุคลากรมีเวลาพักผ่อนอย่างเพียงพอ การปฏิบัติงานได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย และยังสามารถใช้ระเบียบของทางราชการในการลาหยุดเพื่อไปปฏิบัติกิจธุระส่วนตัวได้เมื่อจำเป็น และส่วนใหญ่จะมีวิธีการจัดการความเครียดให้กับตัวเองได้โดยการใช้การสื่อสารกันทางสังคมออนไลน์ (Social Network) ในรูปแบบที่หลากหลายและกับบุคคลหลายกลุ่ม ทำให้สามารถผ่อนคลายความเครียดไปได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของยมนา ไพศาลพัฒนสกุล (2556)

ด้านความภูมิใจในองค์กรมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับมากกับความผูกพันต่อองค์กร อาจเนื่องมาจากการการที่หน่วยงานทางด้านสาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่มีความใกล้ชิดกับประชาชน การพัฒนาระบบบริการดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนในบทบาทของภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ทำให้ประชาชนรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของและเกิดการยอมรับและภาคภูมิใจในองค์กร มีความผูกพันกับบุคลากรของเครือข่ายสุขภาพอำเภอ และในทุกครั้งที่มีกิจกรรมที่ต้องการการมีส่วนร่วมหรือความช่วยเหลือ ภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ก็จะแสดงบทบาทของตนเองออกมาอย่างชัดเจน เกิดความสัมพันธ์อันดีระหว่างประชาชนกับบุคลากร รวมทั้งบุคลากรจะได้รับการยอมรับเชื่อถือ และให้เกียรติเป็นอย่างมากจากประชาชน ทำให้บุคลากรเกิดความภาคภูมิใจในองค์กรที่ตนเองปฏิบัติงานอยู่ สอดคล้องกับผลการศึกษาของเสาวลักษณ์ รำเพยพล (2556)

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษา คุณภาพชีวิตในการทำงานกับความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายสุขภาพอำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช มีข้อเสนอแนะเพื่อนำไปดำเนินการดังต่อไปนี้

1. คุณภาพชีวิตในการทำงาน ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน พบว่า มีระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในการทำงาน มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ผู้บริหารควรกำหนดแนวทาง มาตรการความก้าวหน้าในอาชีพ การเลื่อนเงินเดือน การเลื่อนตำแหน่ง การส่งเสริมทางวิชาการ การสับเปลี่ยนโยกย้ายหน้าที่และนโยบายองค์การที่ส่งเสริมและให้ ความสำคัญต่อการพัฒนาความก้าวหน้า ทำให้บุคลากรทุกระดับมีขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานที่จะพัฒนาความสามารถของตนเอง ให้มีควบคุมกำกับดำเนินการด้วยความเป็นธรรมและเป็นที่ยอมรับในกระบวนการพิจารณาดำเนินการ

2. ความผูกพันต่อองค์กร ด้านความต้องการเป็นสมาชิกขององค์กร พบว่า มีระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับความผูกพันต่อองค์กรต่ำที่สุด ผู้บริหารควรมีการส่งเสริมให้บรรยากาศในองค์กรให้ความน่าอยู่ มีการจัดกิจกรรมสร้างความผูกพันต่อองค์กร เพื่อให้บุคลากรมีความรักและความภาคภูมิใจในองค์กรของตนเอง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจจะมีผลต่อความผูกพันต่อองค์กร เช่น แรงจูงใจ หรืออาจมีการศึกษาเชิงลึกเพื่อให้ได้คำตอบว่ามีแรงจูงใจด้านใดบ้างที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์กร

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตกับความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อให้ทราบถึงคุณภาพชีวิตและความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่มีความแตกต่างกัน

References

ณรงค์ โพธิ์พฤกษานันท์. (2550). *ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์.* พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: โอ.เอส. พริ้นติ้ง เฮ้าส์.

ธีรวุฒิ เอกะกุล. (2543). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์.* อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.

ปนัดดา ตันติธนดำรง และชัยยศ สัมฤทธิ์สกุล. (2556). *คุณภาพชีวิตในการทางานกับความผูกพันต่อองค์การของพนักงาน บริษัท ลีสซิ่งกสิกรไทย จำกัด.* คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยแม่โจ้. เชียงใหม่.

พงษ์เทพ เงาะด่วน. (2555). *ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตการทำงานกับความผูกพันต่อองค์การของพนักงาน บริษัทท่าอากาศยานไทย จำกัด (มหาชน).* วิทยานิพนธ์บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ยมนา ไพศาลพัฒนสกุล. (2556). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรกรณีศึกษา วิทยาลัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการกีฬา มหาวิทยาลัยมหิดล.* วิทยานิพนธ์บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

วรวรรณ ตอวิวัฒน์. (2555). *คุณภาพชีวิตในการทำงานกับความผูกพันต่อองค์การกรณีศึกษา ข้าราชการกรมศุลกากรที่สังกัดส่วนกลาง.* (วิทยานิพนธ์หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเกริก.

เศรษฐศาสตร์ ไชยแสง. (2555). *คุณภาพชีวิตในการทำงานกับความผูกพันต่อองค์การของบุคลากร วิทยาลัยราชพฤกษ์.* วิทยาลัยราชพฤกษ์.

เสาวลักษณ์ รำเพยพล. (2556). *ความผูกพันต่อองค์การของบุคลากร โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา.* วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.

เอื้ออารี เพ็ชรสุวรรณ. (2555). *คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง.* (วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

Wiersma, W., & G. Jurs, S. (2009). *Research Method in Education an Introduction.* (9th ed). Massachusetts: Pearson.

การพัฒนาสื่อด้านสุขภาพเรื่องการป้องกันโรคอาหารเป็นพิษโบทูลิซึมจากกระป๋องน้ำอัดลม สำหรับผู้ปกครองในเด็กวัยประถมศึกษา หมู่ที่ 2 ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

Development of Health Media on Prevention of Food Poisoning Botulism from Soda Cans.For Parents of Primary School Children, Village No. 2 Jebilang Sub-District, Mueang District, Satun Province

วิทยา พลาอาด[1*]

Wittaya Pala-ard[1*]

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิลัง[1*]

Jebilang Sub-District Health Promotion Hospital[1*]

(Received: *August 18*, 2020; Revised: *December 28*, 2020; Accepted: *December 28*, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ เพื่อศึกษาผลของการใช้สื่อด้านสุขภาพเรื่องการป้องกันโรคอาหารเป็นพิษโบทูลิซึมจากกระป๋องน้ำอัดลม สำหรับผู้ปกครองในเด็กวัยประถมศึกษา หมู่ที่ 2 ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ประชากรเป็นผู้ปกครองที่มีเด็กวัยประถมศึกษาเล่นทอดไข่ในกระป๋องน้ำอัดลมเลียนแบบจากคลิปวีดีโอในสื่อออนไลน์ จำนวน 40 คน ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในเดือน มิถุนายน-กรกฎาคม พ.ศ. 2563 โดยใช้สื่อด้านสุขภาพเรื่องการป้องกันโรคอาหารเป็นพิษโบทูลิซึม จากกระป๋องน้ำอัดลม และแบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรู้ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรู้ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test ผลการวิจัย พบว่า

สื่อด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพได้ตามเกณฑ์มาตรฐานของเมกุยแกนส์ มีค่าเท่ากับ 1.33 การเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน พบว่า ค่าคะแนนทดสอบความรู้เฉลี่ยหลังเรียน มีค่าสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญ (p–$value \leq 0.001$)

การวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า การพัฒนาสื่อด้านสุขภาพเรื่องการป้องกันโรคอาหารเป็นพิษโบทูลิซึม จากกระป๋องน้ำอัดลมสามารถนำไปใช้กับผู้ปกครองในเด็กวัยประถมศึกษา หมู่ที่ 2 ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การพัฒนาสื่อด้านสุขภาพ, การป้องกันโรคอาหารเป็นพิษโบทูลิซึม, ผู้ปกครองเด็กวัยประถมศึกษา

[*]ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Pcubk1@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 084-8534002)

Abstract

This research and development aimed to investigate the effectiveness of health media developed for prevention of botulism food poisoning from cans of soft drink for parents of primary school students at Moo 2, Jebilang sub-district, Mueang district, Satun province. Participants were 40 parents of primary school students who used to play cooking fried eggs in cans of soft drink imitated from online VDO clip. Research instruments were health media developed for prevention of botulism food poisoning from cans of soft drink. Data were collected by the achievement test of students during June - July 2020. Content validity was checked by three experts with its IOC = 0.50-1.00. Descriptive statistics linked to quantity, percent, mean, standard deviation, and Wilcoxon Signed Rank Test for comparing the difference of learning achievement outcomes of students were used to analyze the data.

The results reveal that the media developed had the effectiveness following the standard of Meguigans = 1.33. When comparing learning achievement outcomes of students, the average scores after finishing the learning course were significantly higher than before starting the learning course (p–value ≤ 0.001).

It could be seen that the media developed in this study can be applied for parents of primary school students at Moo 2, Jebilang sub-district, Mueang district, Satun province effectively.

Keywords: Development of Health Media, Botulism Prevention, Food Poisoning, Parents of Primary School-Age Children

บทนำ

โบทูลิซึม (Botulism) เกิดจากการได รับสารพิษโบทูลินัม (Botulinum Toxin) สร้างจากเชื้อ Clostidium Botulinum ซึ่งมาจากแบคทีเรียที่ไมต องการออกซิเจน (Anaerobe) พบไดในดินและน้ำทั่วไป (Smith and Sugiyama, 1988) อาหารที่มีการปนเปอนของสารพิษโบทูลินัม (Botulinum toxin) สวนมากจะเป็นอาหารกระปอง สารพิษโบทูลินัมชนิด A และ B เปนชนิดที่พบได มากในประเทศแถบ อเมริกาใต จีน ยุโรปตอนใต หรือประเทศในเขตร อนที่ทำเกษตรกรรม (Caya, Agni, & Miller, 2004) ประเทศไทยเกิดโรคโบทูลิซึม (Foodborne Botulism) ในปี 2541 จังหวัดน่าน มีผู้ป่วย 13 ราย ตาย 2 ราย ปี2546 จังหวัดลำปาง มีผู้ป่วย10 รายตาย 1 ราย ปี 2549 จังหวัดน่าน มีผู้ป่วย 163 ราย (กู้ศักดิ์ บำรุงเสน, 2549) และล่าสุดปี 2563 พบผู้ป่วยสงสัยโรคโบทูลิซึม จำนวน 1 ราย ณ หมู่ 2 ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล จากการเล่นทอดไข่ในกระป๋องน้ำอัดลมเลียนแบบตามสื่อออนไลน์อย่างแพร่หลายในชุมชน โดยนิยมมากที่สุดในช่วงเด็กวัยประถมศึกษา เครือข่ายสังคมออนไลน์ (Social Network) เริ่มเข้ามามีบทบาทในการหล่อหลอม การเรียนรู้และพฤติกรรมต่างๆของเด็ก และเยาวชน จากผลการศึกษา พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้เครือข่ายทางสังคมออนไลน์ที่บ้านตนเอง เรียนรู้จากเพื่อน มีประสบการณ์การ ใช้ 1-3 ปี ระยะเวลาแต่ละครั้งนาน 1-2 ชั่วโมง ความถี่ 3-4 ครั้ง/ สัปดาห์ ใช้ในช่วงเวลา 18.00 น.- 00.00 น. (ชลธิชา จุ้ยนาม และนพพร จันทรนาชู, 2558) ปัจจุบันได้มีการพัฒนาสื่อด้านสุขภาพเพื่อให้ความรู้ด้านสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ มากขึ้น จากผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการเรียนด้วยสื่อการเรียนรู้ด้วยตนเอง หลังการเรียนของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อยู่ในระดับดีมาก (โสภาพันธ์ สอาด, 2558) ซึ่งจะเห็นได้ว่า การพัฒนาสื่อด้านสุขภาพ ในรูปแบบต่าง ๆ ทำให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้เพิ่มขึ้นจากเดิม

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมุ่งที่จะการพัฒนาสื่อด้านสุขภาพเรื่องการป้องกันโรคอาหารเป็นพิษโบทูลิซึม จากกระป๋องน้ำอัดลมสำหรับผู้ปกครองในเด็กวัยประถมศึกษา หมู่ที่ 2 ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล เพื่อจะเป็นประโยชน์และแนวทางในการป้องกัน ควบคุม และลดอัตราการเกิดโรคอาหารเป็นพิษโบทูลิซึมในชุมชนและโรงเรียนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการใช้สื่อด้านสุขภาพเรื่องการป้องกันโรคอาหารเป็นพิษโบทูลิซึมจากกระป๋องน้ำอัดลม สำหรับผู้ปกครองในเด็กวัยประถมศึกษา หมู่ที่ 2 ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

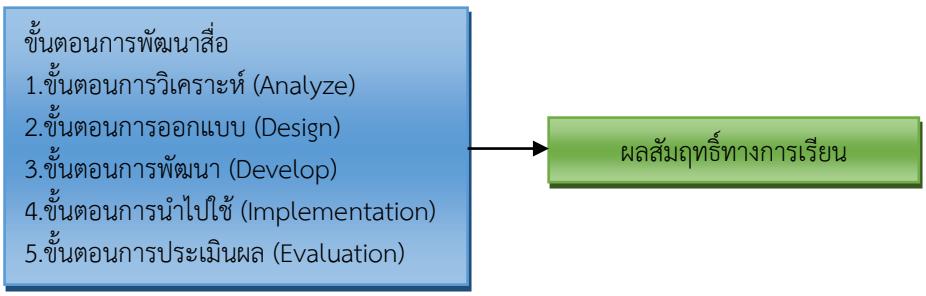
สมมติฐานการวิจัย

1. ประสิทธิภาพของสื่อด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้น มีค่ามากกว่า 1.00 ตามเกณฑ์มาตรฐาน ของเมกุยแกนส์

2. ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของผู้ปกครองในเด็กวัยประถมศึกษา หมู่ที่ ๒ ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล หลังเรียนด้วยสื่อด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดการออกแบบบทเรียนตามแนวทางของ ADDIE Model (Seels and Glasgow, 1998) มาใช้ในการพัฒนาสื่อด้านสุขภาพเรื่องการป้องกันโรคอาหารเป็นพิษโบทูลิซึมจากกระป๋องน้ำอัดลม ซึ่งมี 5 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 ขั้นการวิเคราะห์ (A : Analysis) ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการออกแบบ (D : Design) ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการพัฒนา (D : Development) ขั้นตอนที่ 4 ขั้นการนำไปใช้ (I : Implementation) และขั้นตอนที่ 5 ขั้นการประเมินผล (E : Evaluation)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ปกครองในเด็กวัยประถมศึกษา หมู่ที่ 2 ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ที่มีการการเล่นทอดไข่ในกระป๋องน้ำอัดลมเลียนแบบจากคลิปวีดิโอในสื่อออนไลน์อย่างแพร่หลายในชุมชน จำนวน 40 คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยมีคุณสมบัติเป็นผู้ปกครองที่มีเด็กวัยประถมศึกษาเล่นทอดไข่ในกระป๋องน้ำอัดลมเลียนแบบจากคลิปวีดีโอในสื่อออนไลน์และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้การทดลอง ได้แก่ สื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นสื่อมัลติมีเดียเรื่องการป้องกันโรคอาหารเป็นพิษโบทูลิซึมจากกระป๋องน้ำอัดลมสำหรับผู้ปกครองในเด็กวัยประถมศึกษา หมู่ที่ 2 ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง

จังหวัดสตูล พัฒนาขึ้นตามขั้นตอนตาม ADDIE MODEL 5 ขั้นตอน (มนต์ชัย เทียนทอง, 2554) เนื้อหาของสื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วยสาเหตุ อาการและภาวะแทรกซ้อนของโรคโบทูลิซึม การวินิจฉัยและการรักษาโรคโบทูลิซึม การป้องกันโรคโบทูลิซึม เรื่องสารที่อาจปนเปื้อน ได้แก่ เรื่องโลหะหนักจากกระป๋อง ส่งผลต่อระบบประสาท สั่งการช้า มึนงง หากรุนแรงมากจะเกิดโรคพาร์กินสันหรืออัลไซเมอร์ได้ เรื่องเชื้อแบคทีเรียคลอสตริเดียม โบทูลิซึมและแบคทีเรียก่อโรคหลายชนิดปนเปื้อนมาจากดิน สร้างสารพิษปนเปื้อนในอาหาร ผลทำลายระบบประสาท เป็นอัมพาตหายใจขัดและเสียชีวิตหลังบริโภคอาหาร เป็นต้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองในเด็กวัยประถมศึกษา หมู่ที่ 2 ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ประกอบด้วยคำถาม เกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชนประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคโบทูลิซึมของครอบครัว บทบาท และหน้าที่ในชุมชนการได้รับข่าวสารเรื่องโรคโบทูลิซึมจากสื่อข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะ เป็นแบบให้เลือกตอบ

2.2 แบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนด้วยสื่อด้านสุขภาพ เป็นแบบเลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ ให้เลือกเพียง 1 คำตอบ การให้คะแนน ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน คิดเป็นคะแนนเต็ม 20 คะแนน เมื่อรวมคะแนนแล้วจัดระดับความรู้โดยกำหนดเกณฑ์ในการแปลผล คะแนน 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1956) ดังนี้

ระดับความรู้มาก	ได้คะแนนร้อยละ 80 -100
ระดับความรู้ปานกลาง	ได้คะแนนร้อยละ 60 -79
ระดับความรู้น้อย	ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60

3. แบบประเมินคุณภาพสื่อด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 5 ระดับ จากระดับ 5 หมายถึง ดีมาก จนถึงระดับ 1 หมายถึง ควรปรับปรุง การแปลผลโดยยึดถือตามเกณฑ์ช่วงคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึง มีคุณภาพดีมาก
ค่าเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึง มีคุณภาพดี
ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง มีคุณภาพปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง มีคุณภาพปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง มีคุณภาพควรปรับปรุง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยทดสอบหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือและความเชื่อมั่น แบบทดสอบ และแบบประเมินโดยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม และความเหมาะสมของเนื้อหา แล้วคำนวณหาค่าดัชนีสอดคล้อง (Item-Objective Index:IOC) การศึกษานี้วิเคราะห์ IOC ได้ระหว่าง 0.67 - 1.00 หลังจากนั้นได้นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดสอบกับกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย เป็นผู้ปกครองในเด็กวัยประถมศึกษาในชุมชนบ่อหลวง หมู่ที่ 2 ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ได้ค่า KR-20 เท่ากับ 0.75

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การพัฒนาสื่อด้านสุขภาพตามขั้นตอนการออกแบบของ ADDIE MODEL ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนการวิเคราะห์ (Analyze) ทำการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลบริบทหมู่ที่ 2 ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ศึกษาเรื่องการป้องกันโรคอาหารเป็นพิษโบทูลิซึม และศึกษาข้อมูลและรูปแบบของสื่อด้านสุขภาพต่างๆโดยทบทวนวรรณกรรมและเอกสาร วิชาการที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดเนื้อหา ของสื่อด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้ปกครองในเด็กวัยประถมศึกษา หมู่ที่ 2 ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

2. ขั้นตอนการออกแบบ (Design Phase) คือ

2.1 กำหนดรูปแบบและประเภทของสื่อด้านสุขภาพเป็นสื่อมัลติมีเดีย

2.2 เขียนสคริปแผนเค้าโครงเรื่องความรู้เรื่องการป้องกันโรคอาหารเป็นพิษโบทูลิซึมนำเสนอผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา การใช้ภาษา และการใช้ภาพประกอบ

2.3 ออกแบบภาพกราฟิก ฉากหลัง การ ลำดับข้อมูล ที่จะนำเสนอในสื่อมัลติมีเดียตามสคริปให้ภาพ สามารถสื่อความหมายให้สำหรับผู้ปกครองในเด็กวัยประถมศึกษา หมู่ที่ 2 ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

2.4 นำภาพกราฟิกและฉากหลังที่ได้จาก การออกแบบมาดราฟและลงสีด้วยโปรแกรม Adobe Illustrator CC 2019 เพื่อให้ได้ภาพที่คมชัด

2.5 นำภาพที่ออกแบบมาทำการ animate เพื่อให้เกิดความน่าสนใจบนโปรแกรม Adobe after Effects CC 2017

2.6 นำไฟล์วิดีโอที่สมบูรณ์มาใส่เสียง เพิ่มเติม โดยจะมีเสียงเอฟเฟคและเสียงประกอบหลักในโปรแกรม Adobe Premiere Pro CC 2017

2.7 ทำการประมวลผล (Export)

2.8 นำสื่อมัลติมีเดียที่ได้นำเสนอผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเหมาะสมด้านเนื้อหา และปรับแก้ตามคำแนะนำ

3.ขั้นตอนการพัฒนา (Development Phase) นำสื่อมัลติมีเดียที่พัฒนาขึ้นนำเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อประเมินหาคุณภาพของสื่อมัลติมีเดีย และปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

4. ขั้นตอนการนำไปใช้ (Implementation Phase) หลังจากปรับปรุงตามคำแนะนำ ของผู้เชี่ยวชาญแล้ว จึงนำสื่อมัลติมีเดียเรื่องการป้องกันโรคอาหารเป็นพิษโบทูลิซึมจากกระป๋องน้ำอัดลม สำหรับผู้ปกครองในเด็กวัยประถมศึกษา หมู่ที่ 2 ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ไปทดสอบใช้ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

5. ขั้นตอนการประเมินผล (Evaluation Phase) ดำเนินการประเมินผลสื่อมัลติมีเดีย โดยหาประสิทธิภาพและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรู้ก่อนและหลังการเรียนรู้ด้วยสื่อมัลติมีเดีย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่า ร้อยละ (*Percentage*) ค่าเฉลี่ย (*Mean*) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*Standard Deviation*)

2. ข้อมูลประสิทธิภาพของสื่อด้านสุขภาพ เรื่องการป้องกันโรคอาหารเป็นพิษโบทูลิซึมจากกระป๋องน้ำอัดลม สำหรับผู้ปกครอง ในเด็กวัยประถมศึกษา หมู่ที่ 2 ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ใช้เกณฑ์ของเมกุยแกนส์ มีค่ามากกว่า 1.00

3. การเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรู้ของของสำหรับผู้ปกครอง ในเด็กวัยประถมศึกษา หมู่ที่ 2 ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล โดยประเมินค่าคะแนนทดสอบความรู้เฉลี่ยก่อนและหลังทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ เพื่อขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยโดยจะไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับจะนำเสนอในภาพรวมและใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.0 อายุระหว่าง 26 – 36 ปี ร้อยละ 50.0 สถานะภาพสมรสแล้ว ร้อยละ 70.0 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 50.0 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 35.0 มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 6,000 บาท ร้อยละ 55.0 มีสมาชิกในครอบครัว 4-7 คน ร้อยละ 73.0 มีระยะเวลาที่อาศัย 6-10 ปี ร้อยละ 38.0 ไม่มีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคโบทูลิซึมร้อยละ 100 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาหารเป็นพิษโบทูลิซึม ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารจากโทรทัศน์ ร้อยละ 10.0 และน้อยที่สุด คือจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ร้อยละ ร้อยละ 8.0

2. ผลการพัฒนาสื่อมัลติมีเดียเรื่องการป้องกันโรคอาหารเป็นพิษโบทูลิซึมจากกระป๋องน้ำอัดลมสำหรับผู้ปกครองในเด็กวัยประถมศึกษา หมู่ที่ 2 ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล โดยใช้กระบวนการวิจัยดำเนินการตามขั้นตอนของ ADDIE Model ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือการวิเคราะห์เนื้อหา การออกแบบ การพัฒนา การนำไปใช้ และการประเมินผล ดังนี้

2.1 การวิเคราะห์เนื้อหา ได้เนื้อหาของสื่อด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้ปกครองในเด็กวัยประถมศึกษา หมู่ที่ 2 ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ในเรื่องสาเหตุ อาการและภาวะแทรกซ้อนของโรคโบทูลิซึม การวินิจฉัยและการรักษาโรคโบทูลิซึม การป้องกันโรคโบทูลิซึม เรื่องสารที่อาจปนเปื้อน ได้แก่ เรื่องโลหะหนักจากกระป๋อง และเชื้อโรคแบคทีเรีย คลอสตริเดียมโบทูลิซึมและแบคทีเรียก่อโรคหลายชนิดปนเปื้อนมาจากดิน

2.2 การออกแบบ โดยนำเนื้อหาของสื่อด้านสุขภาพมาทำเป็นสื่อมัลติมีเดีย โดยเขียนสคริปแผนเค้าโครงเรื่องความรู้เรื่องการป้องกันโรคอาหารเป็นพิษโบทูลิซึม ออกแบบภาพกราฟิก ฉากหลัง Animate ใส่เสียงเอฟเฟคและเสียงประกอบ การลำดับข้อมูล ที่จะนำเสนอในสื่อมัลติมีเดีย และทำการประมวลผล (Export) เพื่อให้ได้ไฟล์วิดีโอ

2.3 การพัฒนา นำสื่อมัลติมีเดียที่สร้างและพัฒนาขึ้นนำเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อประเมินหาคุณภาพของสื่อมัลติมีเดีย และปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

2.4 การนำไปใช้หลังจากปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้ว จึงนำสื่อมัลติมีเดียเรื่องการป้องกันโรคอาหารเป็นพิษโบทูลิซึมจากกระป๋องน้ำอัดลม สำหรับผู้ปกครองในเด็กวัยประถมศึกษา หมู่ที่ 2 ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล นำไปทดสอบประสิทธิภาพและผลสัมฤทธิ์กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน โดยการทำแบบทดสอบก่อนเรียน/หลังเรียน การตอบคำถาม การร่วมกิจกรรม การสรุปข้อมูล

2.5 การประเมินผล ดำเนินการประเมินผลสื่อมัลติมีเดีย โดยการหาค่าสัดส่วนของคะแนนที่ได้จากการทำแบบทดสอบก่อนและหลังเรียนรู้ด้วยสื่อด้านสุขภาพ ตามเกณฑ์ของเมกุยแกนส์

3. ผลการทดสอบประสิทธิภาพของสื่อด้านสุขภาพเรื่องการป้องกันโรคอาหารเป็นพิษโบทูลิซึมจากกระป๋องน้ำอัดลมสำหรับผู้ปกครองในเด็กวัยประถมศึกษา หมู่ที่ 2 ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

ตาราง 1 ผลการทดสอบประสิทธิภาพของสื่อด้านสุภาพตามเกณฑ์ของเมกุยแกนส์ (n =40)

คะแนนเฉลี่ยการทดสอบ		เมกุยแกนส์
ก่อน	หลัง	
13.40	17.90	1.33

จากตาราง 1 แสดงให้เห็นว่าผลการทดสอบประสิทธิภาพของสื่อด้านสุขภาพมีค่า เท่ากับ 1.33 ซึ่งมีค่ามากกว่า 1 สรุปได้ว่าสื่อด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ของเมกุยแกนส์

4. การเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของผู้ปกครองในเด็กวัยประถมศึกษา หมู่ที่ 2 ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูลต่อสื่อด้านสุขภาพเรื่องการป้องกันโรคอาหารเป็นพิษโบทูลิซึมจากกระป๋องน้ำอัดลม สำหรับผู้ปกครอง ในเด็กวัยประถมศึกษา หมู่ที่ 2 ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

ตาราง 2 การเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรู้ของผู้ปกครองในเด็กวัยประถมศึกษา หมู่ที่ 2 ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูลก่อนและหลัง การทดลองใช้สื่อด้านสุขภาพ (n = 40)

การทดสอบ	*M*	*SD*	*N*	*Wilcoxon Value*	*P- Value*
ก่อนใช้สื่อมัลติมีเดีย	13.40	2.84	40	5.26	**0.001 ***
หลังใช้สื่อมัลติมีเดีย	17.90	0.63	40		

*ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตาราง 2 แสดงให้เห็นว่าค่าคะแนนก่อนและหลังใช้สื่อมัลติมีเดียมีความแตกต่างกัน การใชสื่อด้านสุขภาพได้ผลดี ทำให้ผู้ปกครองในเด็กวัยประถมศึกษา หมู่ที่ 2 ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล มีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผล

สื่อมัลติมีเดียเรื่องการป้องกันโรคอาหารเป็นพิษโบทูลิซึมจากกระป๋องน้ำอัดลมสำหรับผู้ปกครอง ในเด็กวัยประถมศึกษา หมู่ที่ 2 ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูลที่สร้างและพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ ใช้ตามขั้นตอนการพัฒนาสื่อตามรูปแบบ ADDIE MODEL 5 ขั้นตอน สามารถนำมาใช้เป็นสื่อในการให้ความรู้เรื่องการป้องกันโรคอาหารเป็นพิษโบทูลิซึมจากกระป๋องน้ำอัดลม เพื่อให้ผู้ปกครองในเด็กวัยประถมศึกษา หมู่ที่ 2 ตำบลเจ๊ะบิลัง มีความรู้เพิ่มมากขึ้น ซึ่งสื่อมัลติมีเดียที่พัฒนาขึ้นมีจุดเด่น คือเป็นสื่อมัลติมีเดียที่มีทั้งภาพและเสียงพากย์ภาษาไทย จากการนำสื่อมัลติมีเดียเรื่องการป้องกันโรคอาหารเป็นพิษโบทูลิซึมจากกระป๋องน้ำอัดลมไปทดลองใช้จากการสังเกตกลุ่มตัวอย่างให้ความสนใจและเข้าใจในเนื้อหาของสื่อมัลติมีเดียเป็นอย่างดี ซึ่งจะเห็นได้จากผลการทดสอบประสิทธิภาพของสื่อมัลติมีเดีย พบว่า ผลการทดสอบประสิทธิภาพของสื่อด้านสุขภาพมีค่า เท่ากับ 1.33 ซึ่งมีค่ามากกว่า 1 สรุปได้ว่าสื่อด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ของเมกุยแกนส์ เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ข้อที่1 อภิปรายได้ว่าการพัฒนาสื่อด้านสุขภาพสามารถนำไปใช้เป็นสื่อให้ความรู้เรื่องการป้องกันโรคอาหารเป็นพิษโบทูลิซึมจากกระป๋องน้ำอัดลมได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้อง กับงานวิจัยของพัชรี เมืองมุกสิก (2557) ที่พบว่าสื่อการสอนด้วยภาพอินโฟ กราฟิกมีประสิทธิภาพได้ตามเกณฑ์ของเมกุยแกนส์ มีค่า เท่ากับ 1.09 สอดคล้องกับงานวิจัยของ สงกรานต์ ลาพมิล (2560) พบว่า สื่อด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพ ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานของ เมกุยแกนส์ มีค่าเท่ากับ 1.35

เมื่อพิจารณาถึงผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของของผู้ปกครองในเด็กวัยประถมศึกษา หมู่ที่ 2 ตำบลเจ๊ะบิลัง จังหวัดสตูล ก่อนและหลังการทดลองใช้สื่อมัลติมีเดีย พบว่า การใชสื่อด้านสุขภาพได้ผลดี ทำให้ผู้ปกครองในเด็กวัยประถมศึกษา หมู่ที่ 2 ตำบลเจ๊ะบิลัง จังหวัดสตูล มีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 2 อภิปรายได้ว่า การพัฒนานำสื่อด้านสุขภาพในรูปแบบของสื่อมัลติมีเดียทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ เกิดการ เปลี่ยนแปลง ด้านความรู้ ความเข้าใจและความคิด (Bloom, 1959) สอดคล้องกับงานวิจัยของ สงกรานต์ ลาพมิล (2560) พบว่า การเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน พบว่า ค่าคะแนนทดสอบความรู้เฉลี่ยหลังเรียนมีค่าสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ประชาชน ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล สามารถนำความรู้ที่ได้เรียนรู้จากสื่อด้านสุขภาพในรูปแบบของสื่อมัลติมีเดียไปใช้ในป้องกันโรคอาหารเป็นพิษโบโทลิซึมในชีวิตประจำวันได้ต่อไป

2. ใช้ผลการศึกษาเป็นแนวทางในการพัฒนาคู่มือ สื่อประชาสัมพันธ์ด้านสุขภาพ ในการป้องกันและควบคุมโรคอาหารเป็นพิษโบทูลิซึม เพื่อแก้ปัญหาการเกิดโรคอาหารเป็นพิษโบทูลิซึมให้เกิดประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถนำสื่อมัลติมีเดียเรื่องการป้องกันโรคอาหารเป็นพิษ โบทูลิซึมจากกระป๋องน้ำอัดลมไปใช้ในการดำเนินการป้องกันโรคอาหารเป็นพิษโบทูลิซึมในชุมชนตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาสื่อด้านสุขภาพ เรื่องการป้องกันโรคอาหารเป็นพิษโบทูลิซึม ในกลุ่มพื้นที่อื่น ๆ เช่น ในชุมชนและโรงเรียนต่อไป

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอาหารเป็นพิษโบทูลิซึม และติดตามประเมินผลของการใช้สื่อด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

References

กู้ศักดิ์ บำรุงเสนา. (2549). รายงานการสอบสวนโรคเบื้องต้นอาหารเป็นพิษ Botulism จากหน่อไม้ปี๊บ จังหวัดน่าน 2549. *รายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์, 37*(12), 201-3

ชลธิชา จุ้ยนาม และนพพร จันทรนาชู. (2558). พฤติกรรมและผลจากการใช้เครือข่ายทางสังคมออนไลน์ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในจังหวัดสุโขทัย.*วารสารวิชาการ Veridian E-Journal, Slipakorn University ฉบับภาษาไทย สาขา มนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ, 8*(3), 84-95.

พัชรีเมือง มุกสิ. (2557). *การพัฒนาสื่อการสอนด้วยภาพอินโฟกราฟฟิกส์ ผ่านระบบเครือข่ายวชิา ระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการหลักสูตร ครุศาสตร์อุตสาหกรรมมหาบัณฑิต.* กรุงเทพฯ: วิทยานิพนธ์หลักสูตรครุศาสตร์อุตสาหกรรมมหาบณัฑิต สาขาเทคโนโลยคีอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัย เทคโนโลยพีระจอมเกล้าพระนครเหนือ.

มนต์ชย เทียนทอง. (2554). *การออกแบบและพัฒนาคอร์สแวร์สำหรับบทเรียนคอมพวิเตอร์.* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สถาบันเทคโนโลยพีระจอมเกล้าพระนครเหนือ.

สงกรานต์ ลาพมิล.(2560). *การพัฒนาสื่อด้านสุขภาพเรื่องการป้องกันโรคไข้เลือดออกสำหรับแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวชนเผ่าลาหู่ ตำบลป่าป้อง อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่.* วิทยานิพนธ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยภัฏเชียงใหม่

เสาวณีย์ สิกขาบัณฑิต. (2528). *เทคโนโลยีทางการศึกษา.* กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สถาบันเทคโนโลยี พีระจอมเกล้าพระนครเหนือ.

โสภาพันธ์ สอาด. (2558). การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ด้านสุขภาพโดยใชสื่อเรียนรู้ด้วยตนเอง สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารวิทยบริการมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 26*(2), 41-49

Bloom, B. S. et al. (1956). *Taxonomy of Educational Objectives: Cognitive and Affective Domains.* New York: David McKay.

Caya, J. G., Agni, R., & Miller, J. E. (2004) Clostridium Botulinum and The Clinical Aboratorian: a Detailed Review of Botulism, Including Biological Warfare Ramifications of Botulinum Toxin. *Arch Pathol Lab Med, 128*(6), 653-62.

Smith, L. D. S., & Sugiyama, H. (1988). *Botulism: The Organism, Its Toxins, the Disease, 2nded.* Thomas, Springfield.

Seels, B., & Glasgow, Z. (1998). *Making Instructional Design Decisions.* 2nd ed. NJ: Merrill Prentice Hall.

ความพร้อมในการทำงานและปัจจัยสภาพแวดล้อมทางการศึกษา ที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการทำงานของนักศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

Work Readiness and Educational Environment Factors Related to Work Readiness of Student at Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen

รุ่งนภา แสงแดง[1*], ประทีป กาลเขว้า[2] และ เบญญาภา กาลเขว้า[3]

Rungnapha sangdang[1*], Prateep Kankhwao[2] and Benyapa Kankhwao[3]

นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน[1*],
อาจารย์ ภาควิชาสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น[2],
อาจารย์ ภาควิชาสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น[3]

Bachelor Student, Bachelor of Public Health Program in Community Public Health[1*],
Teacher, Program in Community Public Health Sirindorn College of Public Health Khon Kaen[2],
Teacher, Program in Community Public Health Sirindorn College of Public Health Khon Kaen[3]

(Received: *June 2*, 2020; Revised: *December 23*, 2020; Accepted: *December 28*, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้เพื่อศึกษาระดับความพร้อมในการทำงาน เปรียบเทียบความพร้อมในการทำงาน จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล และเพื่อศึกษาปัจจัยสภาพแวดล้อมทางการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการทำงานของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาทั้ง 4 หลักสูตร ซึ่งกำลังศึกษาอยู่ในปีการศึกษา 2562 ที่กำลังศึกษาอยู่ที่วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น จำนวน 151 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม โดยหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถาม ด้วยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67 - 1.00 ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha Coefficient ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.955 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด-สูงสุด และเปรียบเทียบความพร้อมในการทำงาน จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล โดยใช้สถิติ *t-test* และ *One-Way ANOVA* และวิเคราะห์ปัจจัยสภาพแวดล้อมทางการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการทำงานโดยใช้สถิติ *Pearson Correlation Coefficient*: (*r*) ผลการวิจัยพบว่า

1) ความพร้อมในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก (M=4.11, SD=0.43) 2) ความพร้อมในการทำงานจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า เพศ อายุ เกรดเฉลี่ยสะสม และชั้นปี แตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.192, 0.735, 0.334, และ 0.520 ตามลำดับ) 3) ด้านปัจจัยสภาพแวดล้อมทางการศึกษาได้แก่ ด้านอาจารย์ผู้สอน ด้านการจัดการเรียนการสอน ด้านอาคารสถานที่ และ ด้านการบริการนักศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความพร้อมในการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.539 , p<0.001; r=0.565 , p<0.001; r=0.405, p<0.001 และ r=0.369 , p<0.001 ตามลำดับ)

ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาถึงตัวแปรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการทำงานและการวิเคราะห์หาปัจจัยสภาพแวดล้อมเพื่อให้มีความสอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทในวิทยาลัยมากขึ้น

คำสำคัญ: ความพร้อมในการทำงาน, ปัจจัยสภาพแวดล้อมทางการศึกษา, นักศึกษาวัยประถมศึกษา

[*]ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: kankhwao@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 084-7936265)

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to study levels of work readiness, comparison between work readiness and personal information, as well as factors associated with work readiness of students at Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen. Participants were 151 students studying in four programs in the educational year of 2019. Data were collected by questionnaire with its content validity (IOC) = 0.67 - 1.00 and its reliability (Cronbach's alpha coefficient) = 0.95. Data were analyzed by descriptive statistics linked to frequency, percentage, mean, standard deviation, minimum – maximum, by t-test and One-way ANOVA for comparing work readiness and personal information, and also by Pearson Correlation Coefficient: (r) for analyzing factors associated with work readiness of students.

The results revealed that: 1) the overall of work readiness of the participants was at a high level ($\bar{x}$=4.11, SD= 0.43); 2) the readiness to work classified by personal factors, covering gender, age, cumulative grade point and year of study had no statistically significant differences (p=0.192, 0.735, 0.334 and 0.520 respectively); 3) the educational environment factors related to instructor, teaching organization, places and buildings and student service had significantly positive relationship with work readiness of students at moderate levels (r=0.539, p<0.001; r=0.565, p<0.001; r=0.405, p<0.001 and r=0.369, p<0.001 respectively). Therefore, for further investigation, other variables linked to work readiness and finding and analyzing others appropriate educational environment factors according to the college's context should be considered.

Keywords: Work Readiness, Educational Environment Factors, Student

บทนำ

การเตรียมบัณฑิตให้มีความพร้อมและสามารถปรับตัวได้ในสถานการณ์ที่มิอาจคาดเดาได้ในอนาคต จึงเป็นประเด็นสำคัญของการจัดการศึกษาระดับอุดมศึกษาในปัจจุบัน แนวคิด และความท้าทายเกี่ยวกับทักษะและการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 มีอิทธิพลต่อนักการศึกษาทั่วโลกและเป็นปัจจัยผลักดันการปฏิรูปการศึกษาในหลาย ๆ ประเทศ (สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา, 2561) แต่การศึกษาในประเทศไทยยังคงขาดความชัดเจนในการกำหนดเป้าประสงค์หลักของการศึกษา (Objective Function) ซึ่งเปรียบเสมือนเป็นผลสุทธิของระบบ หรือปลายทางที่การศึกษาต้องพัฒนาและเสริมสร้างให้พลเมืองในสังคมสามารถอยู่ได้อย่างภาคภูมิ แต่การตั้งเป้าประสงค์หลักของการศึกษาเพียงอย่างเดียว ไม่สามารถพัฒนามนุษย์และสังคมได้ หากแต่ต้องมีกลไกในการขับเคลื่อนแนวนโยบายและยุทธศาสตร์ที่สามารถปฏิบัติได้จริง โดยการดำเนินการจะต้องเข้าใจถึงทั้งบริบทการเปลี่ยนแปลงของโลกในศตวรรษที่ 21 พื้นฐานปรัชญาการศึกษาไทย รวมถึงองค์ประกอบของสภาพแวดล้อมการดำเนินชีวิตของผู้เรียน โดยความเข้าใจเหล่านี้ควรเป็นความรู้พื้นฐานที่สั้น กระชับ เข้าใจง่าย และมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน โดยบุคคลในวงการศึกษาไทยตั้งแต่ผู้กำหนดนโยบาย ผู้มีส่วนร่วมทั้งภาครัฐและเอกชน จนถึงตัวผู้เรียนเองที่จะต้องมีความเข้าใจในแนวปฏิบัติและมีส่วนร่วมในการปฏิบัติอย่างเพียงพอ (สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา, 2557) เพื่อเตรียมพร้อมในการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ที่จะตามมา

การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง ความก้าวหน้าของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ได้ส่งผลให้ทุกองค์กรต้องมีการปรับตัวเพื่อความอยู่รอดและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยที่จะนำไปสู่ความสำเร็จและสร้างความได้เปรียบในการแข่งขันขึ้นอยู่กับความสามารถในการเรียนรู้ของบุคลากรในองค์กร (Survival Learning) และผสมผสานการเรียนรู้เพื่อความเจริญเติบโต (Generative Learning) และก้าวต่อไปอย่างมั่นคง

การพัฒนาองค์กรไปสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ เป็นกลวิธีรูปแบบหนึ่งที่เน้นการพัฒนาบุคลากรในองค์การณ์ให้มีความรู้ ความสามารถ และความเชี่ยวชาญอย่างแท้จริง โดยมุ่งพัฒนาตนเอง เพิ่มพูนความรู้ ทักษะอย่างต่อเนื่องด้วยกระบวนการเรียนรู้ตลอดชีวิตที่ครอบคลุมตั้งแต่ ระดับบุคคลจนถึงระดับองค์กร เพื่อนำองค์กรไปสู่ความสำเร็จ (วรรณวิมล คงสุวรรณ, 2553 อ้างใน พีรพัฒน์ เพชรแก้ว, 2561) ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะช่วยให้นักศึกษามีความกระตือรือร้นที่จะค้นคว้าหาทักษะใหม่ และนำไปสู่ความพร้อมในการทำงานในอนาคต

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น เป็นหน่วยงานในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข จัดการศึกษาโดยมีเป้าหมายในการสร้างบัณฑิตด้านสาธารณสุขที่มีความรู้ ความสามารถด้านการจัดการสุขภาพชุมชนตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ.2556 เพื่อตอบสนองความต้องการกำลังคนด้านสาธารณสุขทั้งในภาครัฐและเอกชน รวมทั้งรองรับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรต้องสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ จึงจะสามารถประกอบวิชาชีพในสถานบริการสุขภาพสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (สถาบันพระบรมราชชนก, 2559) ซึ่งสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงความมีประสิทธิภาพและได้มาตรฐาน ตามกรอบมาตราฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาสามารถพิจารณาจากผลการเรียนรู้ของบัณฑิต (Learning Outcome: LO) ที่ 6 ด้าน ประกอบด้วย ด้านคุณธรรมจริยธรรม ด้านความรู้ ด้านทักษะทางปัญญา ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และด้านทักษะการฝึกปฏิบัติด้านวิชาชีพ

ดังนั้น การเตรียมความพร้อมในการทำงานจึงมีประโยชน์เพื่อให้พร้อมสำหรับการประกอบอาชีพได้ตรงกับความรู้ ความสามารถ และตอบสนองความต้องการกำลังคนด้านสาธารณสุขของประเทศ แต่จากการศึกษาของสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ ที่ได้วิจัยเรื่อง ความพร้อมของประเทศไทยในการ เข้าสู่ประชาคมอาเซียนและคุณภาพบัณฑิตไทย พบว่า 1) บัณฑิตไทยจำนวนไม่น้อยยังมีความรู้ความสามารถไม่เพียงพอ 2) ปัญหาคุณภาพแรงงานไม่ตรงกับความต้องการของตลาดแรงงาน 3) บัณฑิตขาดทักษะวิชาชีพที่มีความพร้อมในการปฏิบัติงานได้จริง (อารี ผสานสินธุวงศ์, 2559)

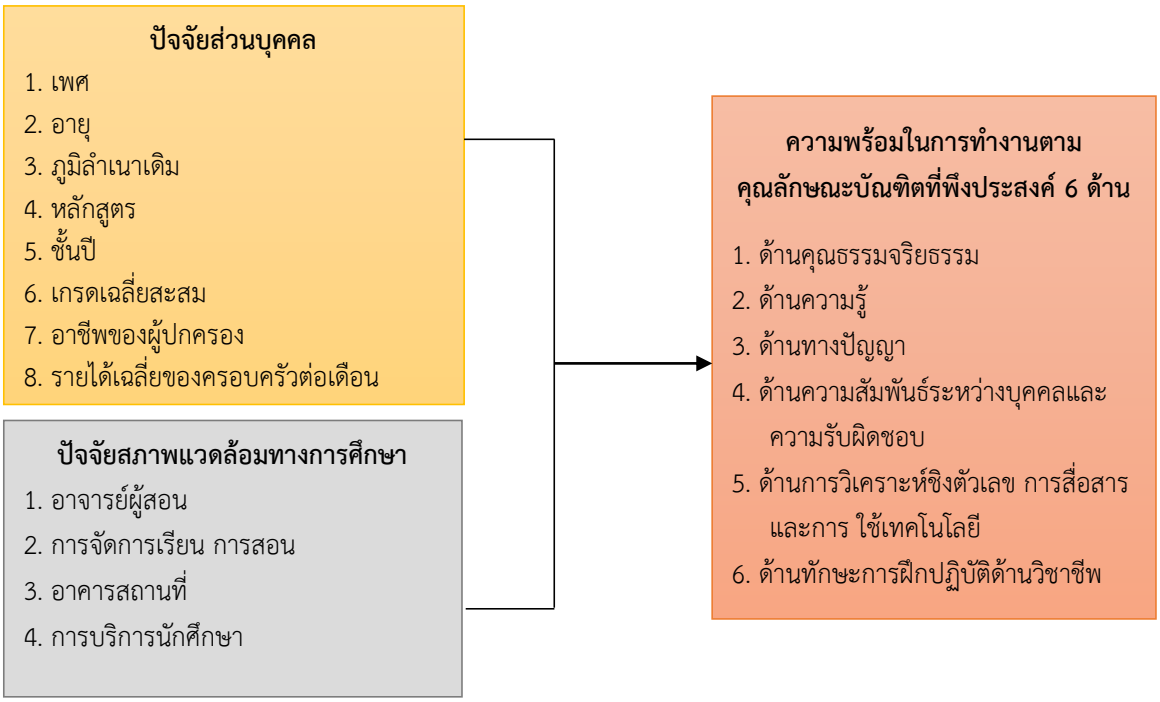
จากการศึกษาข้อมูลการเตรียมความพร้อมในการทำงานของผู้ที่สำเร็จการศึกษาชั้นปีที่ 4 หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชนและหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข และผู้ที่สำเร็จการศึกษาชั้นปีที่ 2 ได้แก่หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ และหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง เทคนิคเภสัชกรรม ยังไม่ปรากฏรายงานผลการศึกษาในการเตรียมความพร้อมในการทำงานของนักศึกษากลุ่มดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความพร้อมในการทำงานและปัจจัยของสภาพแวดล้อมทางการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการทำงานของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เพื่อนำผลวิจัยมาเป็นแนวทางในการพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการจัดการศึกษาในด้านการเตรียมความพร้อมในการทำงานของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น ตลอดจนการสร้างองค์ความรู้ในวิชาชีพสาธารณสุข ในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความพร้อมในการทำงานของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
2. เปรียบเทียบความพร้อมในการทำงานของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล
3. เพื่อศึกษาปัจจัยสภาพแวดล้อมทางการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการทำงานของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยตัวแปรความพร้อมในการทำงาน ผู้วิจัยใช้กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา (มคอ.) หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ซึ่งได้กำหนดผลการเรียนรู้ไว้ 6 ด้านโดย 5 ด้านแรกสอดคล้องกับกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาของประเทศไทย (Thai Qualifications Framework for Higher Education; TQF : HEd) และเพิ่มเติมด้านที่6 คือ ทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ (สถาบันพระรมราชชนก , 2559) ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research)

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาทั้ง 4 หลักสูตรซึ่งกำลังศึกษาอยู่ในปีการศึกษา 2562 ที่กำลังศึกษาอยู่ที่วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น ได้แก่ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาสาธารณสุขชุมชน ชั้นปีที่ 4 หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาทันตสาธารณสุข ชั้นปีที่ 4 หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงสาธารณสุขศาสตร์ สาขาเทคนิคเภสัชกรรม ชั้นปีที่ 2 และหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงสาธารณสุขศาสตร์ สาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ชั้นปีที่ 4 จำนวนทั้งสิ้น 189 คน

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ นักศึกษาทั้ง 4 หลักสูตรซึ่งกำลังศึกษาอยู่ในปีการศึกษา 2562 ที่กำลังศึกษาอยู่ที่วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น จำนวน 151 คน การคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร กรณีประชากรมีขนาดเล็ก(ทราบประชากรที่ชัดเจน) ซึ่งคำนวณจากประชากรนักศึกษาทั้ง 4 หลักสูตร ทั้งหมด 189 คน ดังสูตรต่อไปนี้ (อรุณ จิรวัฒน์กุล, 2556) โดยใช้ค่าความแปรปรวน (σ^2) ที่ใช้ในการคำนวณขนาดตัวอย่างได้จากการศึกษาของอารี ผสานสินธุวงศ์ (2559) ที่พบว่า ความพร้อมในการประกอบอาชีพของนักศึกษา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนทำงาน อยู่ในระดับมาก (M=3.77, SD =0.52) ดังนั้น ค่าความแปรปรวน

เท่ากับ $(0.52)^2$ คำนวณขนาดตัวอย่างได้ตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 151 คน เก็บข้อมูลโดยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified Sampling) ตามหลักสูตรและชั้นปี โดยสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ในแต่ละชั้นภูมิให้ได้จำนวนเท่ากับที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามระดับความพร้อมในการประกอบอาชีพ และปัจจัยสภาพแวดล้อมทางการศึกษาของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ภูมิลำเนาเดิม สาขาวิชาที่กำลังศึกษา ชั้นปี เกรดเฉลี่ยสะสม อาชีพของผู้ปกครอง และรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน

ตอนที่ 2 แบบสอบถามระดับความพร้อมในการประกอบอาชีพของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น 6 ด้าน จำนวน 30 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านคุณธรรม จริยธรรม จำนวน 5 ข้อ 2) ด้านความรู้ จำนวน 5 ข้อ 3) ด้านทักษะทางปัญญา จำนวน 5 ข้อ 4) ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ จำนวน 5 ข้อ และ 5) ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ 6) ด้านทักษะการฝึกปฏิบัติด้านวิชาชีพ จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยสภาพแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการทำงานของ 4 ด้าน จำนวน รวม 20 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านอาจารย์ผู้สอน จำนวน 5 ข้อ 2) ด้านการจัดการเรียนการสอน จำนวน 5 ข้อ 3) ด้านอาคารสถานที่ จำนวน 5 ข้อ และ 4) ด้านการบริการ จำนวน 5 ข้อ โดยกำหนดระดับค่าคะแนนเป็น 5 ระดับ เรียงจาก 5, 4, 3, 2 และ 1 โดย 5 หมายถึง มากที่สุด 4 หมายถึง มาก 3 หมายถึง ปานกลาง 2 หมายถึง น้อย และ 1 หมายถึง น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ โดยวิเคราะห์ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา ระหว่าง 0.67-1.00 วิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามปัจจัยสภาพแวดล้อม และแบบสอบถามความพร้อมในการทำงาน โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .95 และ .97 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ ค่าความถี่, ค่าร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการทำงานของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ เกรดเฉลี่ยสะสม และชั้นปี วิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบ Independent t-test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการทำงานของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น ระหว่างหลักสูตร 4 หลักสูตร วิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบ *One-way ANOVA*

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยสภาพแวดล้อมทางการศึกษาได้แก่ อาจารย์ผู้สอน การจัดการเรียนการสอน อาคารสถานที่ และการบริการนักศึกษา กับความพร้อมในการทำงาน โดยใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (*Pearson Correlation Coefficient*: *r*) และแปลผลขนาดความสัมพันธ์โดยใช้เกณฑ์ของ Best & Kahn (2003)

จริยธรรมวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ HE6210028

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของตัวอย่าง (n=151)

ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	131	86.75
ชาย	20	13.25
อายุ		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20	59	48.67
21 ปีขึ้นไป	92	51.33
(*M*=21.21, *SD*=1.43, *Min*=18, *Max*=30, *Med*=21)		
ภูมิลำเนาเดิม		
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	22	81.46
ภาคเหนือ	123	14.57
ภาคกลาง	4	2.65
ภาคใต้	2	1.32
หลักสูตร		
สบ.ทันตสาธารณสุข	35	31.79
ปวส.เทคนิคเภสัชกรรม	48	25.17
สบ.สาธารณสุขชุมชน	38	23.18
ปวส.ปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์	30	19.87
ชั้นปี		
ชั้นปีที่ 2	65	45.03
ชั้นปีที่ 4	83	54.97
เกรดเฉลี่ยสะสม		
≤ 2.50	9	5.30
2.51 - 4.00	142	94.70
($\bar{X}$=2.97, *SD*=0.27)		
อาชีพของผู้ปกครอง		
ธุรกิจส่วนตัว	84	17.22
ข้าราชการ	4	16.56
เกษตรกร	25	9.27
แม่บ้าน	26	2.65
อื่น ๆ	12	7.95
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน		
≤ 5,000 บาท	14	9.27
5,001-10,000 บาท	43	28.48
10,001-15,000 บาท	20	13.25
> 15,000 บาท	74	49.01
(*M*=21533.11, *SD*=19692.78, *Min*=4,000, *Max*=150,000, *Med*=15,000)		

จากตาราง 1 พบว่าตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.75 มีอายุมากกว่า 20 ปี ร้อยละ 51.33 อายุเฉลี่ย 21.21 ปี (*SD*=1.43) มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 81.46 เป็นนักศึกษาหลักสูตร สบ.ทันตสาธารณสุขมากที่สุด ร้อยละ 31.79 มีเกรดเฉลี่ยสะสมอยู่ที่ 2.51-4.00 ร้อยละ 4.11 ผู้ปกครองมีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 55.63 และส่วนใหญ่ครอบครัวมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มากกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 49.01 รายได้เฉลี่ย 21,533.11 บาท (*SD*=19,692.78) มัธยฐานรายได้เท่ากับ 15,000 บาท

2.ระดับความพร้อมในการทำงาน

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพร้อมในการทำงานของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุข สิรินธรจังหวัดขอนแก่น (n=151)

ความพร้อมในการทำงาน	*M*	*SD*	ระดับความพร้อม
1. ด้านคุณธรรม จริยธรรม	4.27	0.48	มาก
2. ด้านความรู้	3.94	0.60	มาก
3. ด้านทักษะทางปัญญา	4.10	0.54	มาก
4. ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ	4.23	0.50	มาก
5. ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ	4.04	0.52	มาก
6. ด้านทักษะการฝึกปฏิบัติด้านวิชาชีพ	4.13	0.54	มาก
ภาพรวม	**4.11**	**0.43**	**มาก**

จากตาราง 2 พบว่า ความพร้อมในการทำงานของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น พบว่า ความพร้อมในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก (*M*=4.11, *SD*=0.43) ความพร้อมในแต่ละด้านอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านคุณธรรม จริยธรรม (*M*=4.27, *SD*=0.48) รองลงมาคือ ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ (*M*=4.23, *SD* =0.50) ส่วนด้านความรู้มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด (*M*=3.94, *SD*= 0.60)

3. เปรียบเทียบความพร้อมในการทำงานของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ตาราง 3 ผลการเปรียบเทียบความพร้อมในการทำงานของนักศึกษาระหว่างเพศชายกับเพศหญิง ช่วงอายุ เกรด

ตัวแปร	*n*	*M*	*SD*	(*Mean Difference*)	(95% CI of MD)	*p-value*
เพศ						
ชาย	20	3.99	0.37	-0.14	-0.34 ถึง 0.68	0.192
หญิง	131	4.13	0.43			
อายุ						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี	59	4.09	0.52	-0.02	-0.16 ถึง 0.11	0.735
20 ปีขึ้นไป	92	4.11	0.04			

ตาราง 3 (ต่อ)

ตัวแปร	*n*	*M*	*SD*	(*Mean Difference*)	(95% CI of MD)	*p-value*
เกรดเฉลี่ยสะสม	9	3.97	0.65	-0.14	-0.43 ถึง 0.14	0.334
≤ 2.50						
2.51- 4.00	142	4.11	0.41			
ชั้นปี						
ปี 2 (ปวส.)	68	4.08	0.40	-0.04	-0.18 ถึง 0.09	0.52
ปี 4 (สบ.)	83	4.12	0.45			

จากตาราง 3 พบว่าผลการเปรียบเทียบความพร้อมในการทำงานของนักศึกษา ค่าคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการทำงานเพศชาย 3.99 (*SD*=0.37) และเพศหญิง 4.13 (*SD*=0.43) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการทำงานระหว่างเพศชายและเพศหญิงพบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value* =0.192) โดยนักศึกษาเพศชายมีคะแนนความพร้อมน้อยกว่านักศึกษาเพศหญิง 0.14 คะแนน (95% ช่วงเชื่อมั่นความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง -0.34 ถึง 0.68 คะแนน) ค่าคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการทำงานในกลุ่มอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี เท่ากับ 4.09 (*SD*=0.52) และ ในกลุ่มอายุ 20 ปีขึ้นไป ค่าเฉลี่ย 4.11 ปี (*SD*=0.04) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการทำงานระหว่างกลุ่มอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปีและกลุ่มอายุ 20 ปีขึ้นไป พบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value*=0.735) โดยนักศึกษากลุ่มอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี มีคะแนนความพร้อมน้อยกว่านักศึกษากลุ่มอายุ 20 ปีขึ้นไป 0.02 ปี (95% ช่วงเชื่อมั่นความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง -0.16 ถึง 0.11 ปี) ค่าเฉลี่ยเกรดเฉลี่ยสะสม น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2.50 เท่ากับ 3.97 (*SD*=0.65) และ เกรดเฉลี่ยสะสม 2.51-4.00 เท่ากับ 4.11 (*SD*=0.41) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการทำงานระหว่าง เกรดเฉลี่ยสะสม น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2.50 และเกรดเฉลี่ย 2.51-4.00 พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value*=0.334) โดยเกรดเฉลี่ยสะสมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2.50 มีคะแนนความพร้อมน้อยกว่านักศึกษาที่ได้เกรดเฉลี่ย 2.51-4.00 ที่ 0.14 (95% ช่วงเชื่อมั่นความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง -0.43 ถึง 0.14) ค่าคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการทำงานชั้นปี 2 เท่ากับ 4.08 (*SD*=0.40) และชั้นปี 4 เท่ากับ 4.12 (*SD*=0.45) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการทำงานระหว่าง ชั้นปี 2 และชั้นปี 4 พบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value*=0.52) โดยนักศึกษาชั้นปี 2 มีคะแนนความพร้อมน้อยกว่านักศึกษาชั้นปี 4 0.04 (95% ช่วงเชื่อมั่นความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 0.18 ถึง 0.09)

ตาราง 4 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความพร้อมในการทำงานของนักศึกษาทั้ง 4 หลักสูตร (n=151)

ตัวแปร	*n*	*M*	*SD*	*P-value*	Mean Difference (p value)		
					สบ.สาธารณสุขชุมชน	**สบ.ทันตสาธารณสุข**	**ปวส.เทคนิคเภสัชกรรม**
สบ.ทันตสาธารณสุข	48	4.16	0.48		0.06 (1.00)	-	-
ปวส.เทคนิคเภสัชกรรม	38	3.98	0.38	0.099	0.12 (1.00)	-0.18 (0.321)	-
ปวส.ปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์	30	4.22	0.39		0.13 (1.00)	0.06 (1.00)	0.24(0.122)

จากตาราง 4 พบว่าผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความพร้อมในการทำงานของนักศึกษาทั้ง 4 หลักสูตร พบว่า นักศึกษาหลักสูตรสบ.ทันตาสาธารณสุข จำนวน 48 คน ค่าเฉลี่ยความพร้อมในการทำงาน 4.16 (*SD*=0.48) หลักสูตรปวส.เทคนิคเภสัชกรรม จำนวน 38 คน ค่าเฉลี่ยความพร้อมในการทำงาน 3.98 (*SD*= 0.38) หลักสูตรปวส.ปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ จำนวน 30 คน ค่าเฉลี่ยความพร้อมในการทำงาน 4.22 (*SD*= 0.39) ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความพร้อมในการทำงานของนักศึกษาทั้ง 4 หลักสูตร พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value*=0.099)

4. ปัจจัยสภาพแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการทำงาน

ตาราง 5 ปัจจัยสภาพแวดล้อมทางการศึกษาที่สัมพันธ์กับความพร้อมในการ (n=151)

ปัจจัยสภาพแวดล้อมทางการศึกษา	คะแนนความพร้อมในการทำงาน		
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (*r*)	*p-value*	ระดับความสัมพันธ์
1. ด้านอาจารย์ผู้สอน	0.539	<0.001	ปานกลาง
2. ด้านการจัดการเรียนการสอน	0.565	<0.001	ปานกลาง
3. ด้านอาคารสถานที่	0.405	<0.001	ปานกลาง
4. ด้านการบริการนักศึกษา	0.369	<0.001	ปานกลาง

จากตาราง 5 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงานกับความพร้อม พบว่า ปัจจัยสภาพแวดล้อม ด้านอาจารย์ผู้สอน ด้านการจัดการเรียนการสอน ด้านอาคารสถานที่ และด้านการบริการนักศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความพร้อมในการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*r*=0.539; *p*<0.001, *r*=0.565; *p*<0.001, *r*=0.405; *p*<0.001 และ *r*=0.369; *p*<0.001 ตามลำดับ)

อภิปรายผล

ความพร้อมในการทำงานของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น พบว่า ความพร้อมในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก (*M*=4.11, *SD*=0.43) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากมีการจัดการเรียนการสอนที่ให้นักศึกษาได้ปฏิบัติจริง มีการกิจกรรมการเตรียมความพร้อมของทางวิทยาลัย และการเรียนรู้ด้วยตนเองกับเทคโนโลยีที่มีความก้าวหน้าที่มีการส่งเสริมกัน ส่งผลให้นักศึกษามีความพร้อมในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับ อารี ผสานสินธุวงศ์ (2559) พบว่า ระดับความพร้อมในการประกอบอาชีพของนักศึกษาคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$=3.77, *SD*=0.52) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า อยู่ในระดับมากทุกด้าน และสอดคล้องกับ ไพรินทร์ สุคนธ์ตระกูล (2561) พบว่า การรับรู้ในความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองและความพร้อมในการทำงานเป็นกลุ่มเฉลี่ยเท่ากับ (*M*=115.53, *SD*=11.60) และ (*M*=71.52, *SD*=6.82) คะแนนตามลำดับซึ่งอยู่ในเกณฑ์ระดับสูง

ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อายุ เกรดเฉลี่ยสะสม และชั้นปี ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการทำงานพบว่า ไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก บริบทของวิทยาลัยที่มีอาจารย์คอยให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนการเรียน ระหว่างเรียนตลอดจนการอยู่ร่วมกัน และการทำงานเป็นทีม จึงทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการทำงาน ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับ บุษกร จินตธนาวัฒน์ (2558) ที่ศึกษาแนวทางการเตรียมความพรอมในการประกอบอาชีพของนักศึกษา มหาวิทยาลัยศิลปากร เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน พบว่า นักศึกษาที่มีเพศแตกต่างกัน มีเกรดเฉลี่ย สะสมแตกต่างกัน จะมีระดับ

ความพร้อมในการประกอบอาชีพเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคม เศรษฐกิจอาเซียน โดยภาพรวมแตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับซึ่งไม่สอดคล้องกับการวิจัยของ อารี ผสานสินธุวงศ์ (2559) ที่ศึกษาการเปรียบเทียบระดับความพร้อมในการประกอบอาชีพของนักศึกษาคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ที่พบว่า ความพร้อมในการประกอบอาชีพที่มีความแตกต่างกันตามปัจจัยส่วนบุคคลด้าน เพศ อายุ เกรดเฉลี่ยสะสม จะมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยสภาพแวดล้อมทางการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการทำงาน ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.539; p<0.001, r=0.565; p<0.001, r=0.405; p<0.001 และ r=0.369; p<0.001 ตามลำดับ) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจาก การจัดการเรียนการสอน ออกแบบการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นให้ผู้เรียนศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองโดยให้สืบค้นข้อมูลและทำรายงานส่ง ประกอบกับนักศึกษาใช้ชีวิตส่วนใหญ่ที่อาคารเรียนและหอพัก ส่วนสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆได้แก่ ห้องเรียน ห้องทำงาน และ อินเทอร์เน็ต เป็นต้น อาจยัง ไม่สามารถตอบสนองความต้องการที่จะให้เกิดการเรียนรู้และทำงานได้ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพเท่าที่ควร สอดคล้องกับอาทิตยา ดวงมณี (2560) พบว่า ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางการเรียน ได้แก่ บทบาทอาจารย์ในการอำนวยความสะดวกในการเรียนรู้ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ และสัมพันธภาพระหว่างนักเรียนพยาบาลกับเพื่อน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของนักเรียนพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r=.595, .387 และ .386 ตามลำดับ)

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง สามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ในการจัดอบรมหรือจัดโครงการในการเตรียมความพร้อมให้กับนักศึกษา เพื่อเป็นการให้นักศึกษามีความพร้อมมากขึ้นในการจะออกไปทำงานได้จริง ตอบสนองต่อความต้องการกำลังคนด้านสาธารณสุข ตลอดจนสอดคล้องต่อการพัฒนาคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ และความเป็นวิชาชีพอย่างมีศักยภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรวิเคราะห์หาปัจจัยสภาพแวดล้อมที่มีความสอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทในวิทยาลัย เช่น การบริหารการศึกษา เป็นต้น
2. ควรศึกษารูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีความพร้อมมากขึ้น

References

บุษกร จินตธนาวัฒน์. (2558). แนวทางการเตรียมความพรอมในการประกอบอาชีพของนักศึกษา มหาวิทยาลัยศิลปากร เพื่อรองรับการเขาสูประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน. *วารสารวิทยาการจัดการ, 2*(2), 13-30.

พีรพัฒน์ เพชรแก้ว และศิริวัฒน์ เปลี่ยนบางยาง. (2561). ความพร้อมในการเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ ของมหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย. *วารสาร“ศึกษาศาสตร์ มมร” คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย*, *6*(1), 314-322.

ไพรินทร์ สุคนธ์ตระกูล. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลในความพร้อมของการเรียนรู้ด้วยตนเอง ความพร้อมในการทำงานเป็นกลุ่ม และผลสัมฤทธิ์ในการเรียนวิชาการพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์. *โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล*, *25*, 195-204.

สถาบันพระบรมราชชนก. (2559). *หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2559.* นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. (2561). *แผนอุดมศึกษาระยะยาว 20 ปี (พ.ศ.2561-2580).* เข้าถึงเมื่อ 20 กรกฎาคม 2563 จาก http://www.bpp.mua.go.th/main/download/plan202561-2580).pdf

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. (2557). *การกำหนดแนวทางการพัฒนาการศึกษาไทยกับการเตรียมความพร้อมสู่ศตวรรษที่ 21*. สถาบันบัณฑิตบริหารธุรกิจ ศศินทร์ แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรุณ จิรวัฒน์กุล. (2556). *สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์.

อาทิตยา ดวงมณี. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทาง การเรียนกับความพร้อมในการเรียนรู้ ด้วยการนำตนเองของนักเรียนพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ. *วารสารแพทย์นาวี, 44*(2), 19-20.

อารี ผสานสินธุวงศ์. (2559). ความพร้อมในการประกอบอาชีพของนักศึกษา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยธนบุรี, 10*(23), 48.

Best, J.W. & Kahn, J.V. (2003). *Research in Education*. 9th ed., Boston: Pearson Education Inc.

ความตรงและความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเอง ของนักวิชาการสาธารณสุขในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ถึงหลังคลอด

Validity and Reliability of Self-Efficacy Questionnaire among Public Health Professionals for Perinatal Depressive Symptom Prevention in Women

นิติกร ภู่สุวรรณ[1*] และ สันติสุข ไชยมงคล[2]

Nitikorn Phoosuwan[1*] and Santisuk Chaimongkol[2]

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร[1*], สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร[2]

Faculty of Public Health, Kasetsart University Chalermphrakiat Sakonnakhon Province Campus[1*], Sakonnakhon Provincial Public Health Office[2]

(Received: *June 2*, 2020; Revised: *December 28*, 2020; Accepted: *December 28*, 2020)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบความตรงและความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองของนักวิชาการสาธารณสุขในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ถึงหลังคลอด โดยนำแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองฉบับภาษาไทยที่แปลมาจากภาษาอังกฤษที่มีคะแนนรวมเท่ากับ 40 มาทดสอบกับนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใน 2 จังหวัดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ จังหวัดสกลนครและนครพนม กลุ่มตัวอย่างคือนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 90 คน คัดเลือกโดยการสุ่มแบบเป็นระบบ หาดัชนีความตรงของเนื้อหาและค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค และการใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการนำเสนอคะแนนการแบ่งระดับการรับรู้ความสามารถตนเอง ผลการวิจัยพบว่า

แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองมีความตรงของเนื้อหาและความเที่ยงของแบบสอบถามที่ดี โดยมีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 1 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93 และคะแนนที่เหมาะสมกับการรับรู้ความสามารถตนเองระดับต่ำ ระดับกลาง และระดับสูง คือ น้อยกว่า 29, ระหว่าง 29 ถึง 34 และตั้งแต่ 34 คะแนนขึ้นไป ตามลำดับ

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการประเมินการรับรู้ความสามารถของนักวิชาการสาธารณสุขต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ถึงหลังคลอด

คำสำคัญ: การรับรู้ความสามารถตนเอง, นักวิชาการสาธารณสุข, แบบสอบถาม, ความตรง, ความเที่ยง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: nitikorn.ph@ku.th เบอร์โทรศัพท์ 096-6453177)

Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to examine validity and reliability of self-efficacy questionnaire among public health professionals in the Northeast of Thailand for preventing perinatal and postpartum depression in women. The English version of the questionnaire (General Self-Efficacy Scale: GSE) was translated to Thai language as a Thai version with a total score of 40. The Thai version was then tested by 90 public health professionals, recruited by systematic random sampling, working at health promoting hospitals in two provinces, Sakonnakhon and Nakhonphanom. Content validity and reliability (Cronbach's alpha coefficient) were employed to test the quality of the questionnaire. Mean and standard deviation were used to classify the levels of the self-efficacy scale.

The results demonstrated that the Thai version of questionnaire had the score of content validity index (CVI) =1 and Cronbach's alpha coefficient for the whole questionnaire = 0.93. In addition, the suggested scores to classify the self-efficacy levels of low, middle and high were <29, 29-34 and >34 respectively.

It could be seen that the Thai version questionnaire is appropriate to be used for measuring self-efficacy of public health professionals for preventing perinatal and postpartum depression in women

Keywords: Self-Efficacy, Public Health Professionals, Questionnaire, Validity, Reliability

บทนำ

แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy concept) ถูกนำเสนอขึ้นครั้งแรกโดย Bandura (1977) โดยอธิบายว่าการรับรู้ความสามารถของตนเอง คือ ความเชื่อว่าคนคนหนึ่งจะมีศักยภาพในการจัดการปัญหาหรือทำงานอย่างหนึ่งอย่างใดให้ประสบความสำเร็จได้นั้น ในแต่ละบุคคลจะมีความคาดหวังถึงผลลัพธ์ของงานในระดับหนึ่งจึงจะเกิดพฤติกรรมการทำงานและเกิดผลลัพธ์ออกมา ซึ่งก็คือการรับรู้ความสามารถของตนเองนั่นเอง (Bandura, 1977) การรับรู้ความสามารถดังกล่าว เกิดได้จากปัจจัย 4 อย่างคือ ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง การรับทราบความสำเร็จจากคนอื่น การจูงใจด้วยคำพูด และการให้กำลังใจด้วยอวัจนภาษา (Bandura, 1986) ยิ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงมากเท่าไร ยิ่งส่งผลต่อการเริ่มต้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความพยายามที่จะทำกิจกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่พบได้สูงในเพศหญิง และภาวะซึมเศร้าในเพศหญิงเป็นอันดับภาระโรคอันดับที่ 3 ที่ทำให้เกิดภาวะทุพลภาพก่อนวัยอันควร (International Health Policy Program Foundation, 2017) อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในเพศหญิงจะสูงขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์ถึงหลังคลอดประมาณหนึ่งปี (Perinatal period) อันเนื่องมาจากปัจจัยหลายๆ อย่าง เช่น การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ปัจจัยทางจิตสังคม (Psychosocial factors) (Phoosuwan, Eriksson, & Lundberg, 2018) และอาจมีภาวะวิตกกังวลร่วมด้วย (Pusuwan, Phoosuwan, Phoosuwan, Loekdee, & Nildasri, 2019) ภาวะซึมเศร้าเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อมารดา ทารก และคู่สมรส เช่น พัฒนาการล่าช้าในทารก และกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างมารดากับทารก เป็นต้น (Brummelte & Galea, 2016) นอกจากนี้แล้วภาวะซึมเศร้ายังเป็นหนึ่งในเป้าหมายของการพัฒนาอย่างยั่งยืนที่กำหนดโดยองค์การระหว่างประเทศอีกด้วย (United Nations, 2017) ดังนั้นการป้องกันภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ถึงหลังคลอดจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง (Pusuwan, Phoosuwan, Phoosuwan, Loekdee, & Nildasri, 2019)

ในระบบการสาธารณสุขไทย นักวิชาการสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งถือเป็นระบบบริการปฐมภูมิและมีการดำเนินงานแบบคลินิกหมอครอบครัว ซึ่งนักวิชาการสาธารณสุขมีบทบาทหลักคือควบคุมป้องกันโรคและภัยสุขภาพ (Ministry of Public Health, 2016) ดังนั้นความสามารถของนักวิชาการสาธารณสุขในการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งโดยเฉพาะกับภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ถึงหลังคลอดซึ่งพบได้มาก (Mutamba, van Ginneken, Smith, Wandiembe, & Schellenberg, 2013) หากนักวิชาการสาธารณสุขสามารถป้องกันและค้นหาภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ถึงหลังคลอดได้ การเข้าถึงบริการสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด จะเพิ่มสูงขึ้นและลดอัตราการฆ่าตัวตายได้

แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy questionnaire) เป็นแบบสอบถามที่ประเมินการรับรู้ความสามารถตนเองในการกระทำกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง ถูกพัฒนาขึ้นโดย Schwarzer & Jerusalem (1995) ต่อมาได้มีนักวิจัยชาวไทยแปลเป็นภาษาไทยและนำไปใช้กับผู้ป่วย (Sukmak, Sirisoonthon, & Meena, 2001) อย่างไรก็ตามในปัจจุบันยังไม่มีเครื่องมือในการประเมินการรับรู้ความสามารถตนเองของนักวิชาการสาธารณสุขในการป้องกันภาวะซึมเศร้าฯ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะประเมินความตรงของเนื้อหา ความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองในนักวิชาการสาธารณสุขต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด รวมถึงแนะนำจุดตัดที่เหมาะสมสำหรับนักวิชาการสาธารณสุข ซึ่งผลการศึกษานี้จึงอาจมีประโยชน์ในการที่จะนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินและพัฒนาศักยภาพนักวิชาการสาธารณสุขไทยในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ถึงหลังคลอด ต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อประเมินความตรงของเนื้อหาและความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองของนักวิชาการสาธารณสุขในภาคตะวันออกเฉียงเหนือต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ถึงหลังคลอด
2. เพื่อศึกษาจุดตัดที่เหมาะสมของแบบสอบถาม

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข (สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีทางสาธารณสุขศาสตร์) ใน 2 จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (จังหวัดสกลนครและจังหวัดนครพนม) จำนวน 498 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุขเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ทำแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อประเมินความเที่ยงของเครื่องมือ (Internal consistency) โดยมีคุณสมบัติคือ (1) เป็นผู้ที่จบการศึกษาปริญญาตรีด้านสาธารณสุขศาสตร์ (เช่น สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต และวิทยาศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) และ (2) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในจังหวัดเป้าหมาย ในการศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างมาจาก 3 อำเภอที่มีความหลากหลายของขนาดหน่วยบริการปฐมภูมิใน 2 จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รวมทั้งสิ้น 90 คน จากอำเภอละ 30 คน (จังหวัดสกลนคร 2 อำเภอและจังหวัดนครพนม 1 อำเภอ) ซึ่งเป็นจำนวนน้อยที่สุดที่มีความเหมาะสมในการประเมินความเที่ยงของเครื่องมือ (Kaiwan, 2008)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบสอบถามให้ตอบด้วยตนเอง (Self-Administered Questionnaire) จำนวน 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การอบรมด้านสุขภาพจิตในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ระยะเวลาปฏิบัติงานในสถานบริการปฐมภูมิ และขนาดของสถานบริการปฐมภูมิที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ถึงหลังคลอด โดยแบบสอบถามต้นฉบับภาษาอังกฤษ (Schwarzer & Jerusalem, 1995) มีจำนวน 10 ข้อ ในแต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก ได้แก่ จริงมากที่สุด จริงพอสมควร จริงเล็กน้อย และไม่เป็นความจริง โดยให้คะแนน 4-3-2-1 ตามลำดับ คะแนนรวมเท่ากับ 40 คะแนน โดยคะแนนที่สูงแสดงถึงระดับความสามารถของตนเองที่สูงขึ้น แบบสอบถามฯนี้ เคยมีการทดสอบความตรงของเนื้อหาและความเที่ยงของเครื่องมือในหลายประเทศและหลายภาษา โดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามฉบับแปลภาษาไทยที่เคยใช้ในผู้ป่วยและทดสอบความเที่ยงในผู้ป่วยได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .84 (Sukmak, Sirisoonthon, & Meena, 2001) มาใช้ในการศึกษานี้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำรายชื่อประชากรจากฐานข้อมูลบุคลากรสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขใน รพ.สต.ในอำเภอเป้าหมายมาเรียงลำดับตามตัวอักษรและสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) และดำเนินการเชิญผู้ที่ได้รับการสุ่มเข้าร่วมการศึกษาโดยประสานงานผ่านสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป้าหมาย พบว่าอัตราการตอบแบบสอบถามเท่ากับ ร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ดำเนินการพรรณนาโดยใช้ความถี่และร้อยละ ค่าเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ความตรงของเนื้อหา (Content validity) ใช้วิธีการวิเคราะห์หาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินความเหมาะสมรายข้อ มี 4 ระดับความสอดคล้อง คือ ไม่สอดคล้องกับทฤษฎี สอดคล้องกับทฤษฎีน้อย สอดคล้องกับทฤษฎีค่อนข้างมาก และสอดคล้องกับทฤษฎีมาก โดยให้คะแนน 1 2 3 และ 4 ตามลำดับ

3. การวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบวัด (Reliability) ใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)

4. การหาจุดตัดที่เหมาะสมของแบบสอบถามเพื่อแบ่งระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็น 3 กลุ่ม คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ถึงหลังคลอดระดับต่ำ การรับรู้ฯ ระดับปานกลางและการรับรู้ฯ ระดับสูง โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของ Bloom (1968) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือระดับต่ำ ระดับกลางและระดับสูง โดยคำนึงถึงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการพิจารณา

จริยธรรมวิจัย

หลังจากคณะผู้วิจัยได้รับการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เรียบร้อยแล้ว (SWDCPH2017-003 ลงวันที่ 5 มกราคม 2560) ได้ดำเนินการขออนุญาตนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดและสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดเป้าหมายให้แก่กลุ่มตัวอย่างประเมินความเที่ยงของเครื่องมือโดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับคำชี้แจงเกี่ยวกับโครงการวิจัยและการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล หากยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย กลุ่มตัวอย่างจึงลงชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเอง (n=90)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
24-30 ปี	36	40.0
31 – 40 ปี	25	27.8
40 - 50 ปี	14	15.5
50 – 58 ปี	15	16.7
M = 37.1, *SD*= 9.87		
เพศ		
ชาย	35	38.9
หญิง	55	61.1
สถานภาพ		
สมรส	55	61.1
โสด	30	33.4
หย่า/แยก	5	5.5
การอบรมด้านสุขภาพจิตในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา		
ไม่เคย	74	82.2
เคย	16	17.8
ระยะเวลาปฏิบัติงานในสถานบริการปฐมภูมิ		
น้อยกว่า 10 ปี	51	56.7
10 – 19 ปี	27	30.0
20 ปีหรือมากกว่า	12	13.3
ขนาดของสถานบริการปฐมภูมิปัจจุบัน		
เล็ก (ประชากรน้อยกว่า 3,000 คน)	12	13.3
กลาง (ประชากร 3,000 - 8,000 คน)	58	64.4
ใหญ่ (ประชากรมากกว่า 8,000 คน)	20	22.2

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองเพื่อประเมินความเที่ยงของแบบวัด ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 24-30 ปี ร้อยละ 40.0 เพศหญิง ร้อยละ 61.1 สถานภาพสมรส ร้อยละ 61.1 ไม่เคยได้รับการอบรมด้านสุขภาพจิตในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 82.2 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในสถานบริการระดับปฐมภูมิน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 56.7 และทำงานปัจจุบันในสถานบริการขนาดกลาง (ประชากร 3,000 - 8,000 คน) ร้อยละ 64.4

2. ความตรงของเนื้อหา

ตาราง 2 ดัชนีความตรงของเนื้อหาของข้อคำถามรายข้อ จากการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ

ข้อคำถาม	ผู้เชี่ยวชาญท่านที่ 1	ผู้เชี่ยวชาญท่านที่ 2	ผู้เชี่ยวชาญท่านที่ 3	ผู้เชี่ยวชาญท่านที่ 4	ดัชนีความตรงของเนื้อหา
1	4	4	4	4	4/4 =1
2	4	3	4	4	4/4 =1
3	4	4	4	4	4/4 =1
4	4	4	4	4	4/4 =1
5	4	4	4	3	4/4 =1
6	4	4	4	4	4/4 =1
7	4	4	3	4	4/4 =1
8	4	4	3	3	4/4 =1
9	4	4	3	3	4/4 =1
10	4	4	3	4	4/4 =1

จากตาราง 2 พบว่า ดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) ทุกข้อในแบบวัดฯ เท่ากับ 1

3. ความเที่ยงและจุดตัดที่เหมาะสมของแบบสอบถาม

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรายข้อและทั้งแบบสอบถามและค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งแบบสอบถามและค่าสัมประสิทธิ์ฯ เมื่อตัดข้อคำถามออก

ข้อ	คำถาม	*M*	SD	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเมื่อตัดข้อคำถามออก
1	ความสามารถแก้ปัญหายากๆได้เสมอ	2.90	0.65	0.92
2	ความสามารถจัดการกับสิ่งที่ต้องการได้ถึงแม้ผู้อื่นจะไม่เห็นด้วย	2.64	0.75	0.93
3	ความสามารถทำสิ่งที่ต้องการได้เสมอ	2.89	0.76	0.93
4	ความสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่คาดไม่ถึงได้เป็นอย่างดี	2.90	0.70	0.92
5	ความแก้ไขเหตุการณ์ที่คาดไม่ถึงได้เสมอ	2.82	0.66	0.92
6	ความสามารถแก้ปัญหาส่วนใหญ่ได้หากฉันใช้ความพยายาม	3.17	0.64	0.92
7	ความสามารถเผชิญปัญหาโดยไม่มีท่าทีลุกลี้ลุกลน	2.83	0.67	0.93
8	การเผชิญปัญหา ฉันจะหาทางแก้ปัญหาไว้หลายๆวิธี	2.98	0.62	0.92
9	การมีอุปสรรค ฉันสามารถหาวิธีการแก้ปัญหาได้เสมอ	2.94	0.69	0.92
10	ความสามารถจัดการปัญหาต่างๆได้เสมอไม่ว่าปัญหานั้นจะมาในรูปแบบแบบไหน	2.92	0.71	0.92
	ทุกข้อคำถาม	**29.0**	**5.39**	**0.93***

* ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งแบบวัด

จากตาราง 3 พบว่าแบบสอบถามรายข้อพบอยู่ระหว่าง 2.64 (0.75) ถึง 3.17 (0.64) และทั้งแบบสอบถามเท่ากับ 2.90 (0.54) จากการทดสอบโดยหาค่าความเที่ยงของแบบวัด พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งแบบวัดเท่ากับ 0.93 โดยจุดตัดที่เหมาะสมของแบบสอบถามแบ่งระดับได้ดังนี้

น้อยกว่า 29 คะแนน	มีการรับรู้ฯ อยู่ในระดับต่ำ
ระหว่าง 29 ถึง 34 คะแนน	มีการรับรู้ฯ อยู่ในระดับปานกลาง
ตั้งแต่ 35 คะแนนขึ้นไป	มีการรับรู้ฯ อยู่ในระดับสูง

อภิปรายผล

ความตรงของเนื้อหาในแบบสอบถาม ในการศึกษานี้ใช้ผู้เชี่ยวชาญในด้านสาธารณสุขศาสตร์และการพฤติกรรมศาสตร์ประเมิน 4 ท่าน โดยทั่วไปค่าความตรงฯ (CVI) ควรไม่ต่ำกว่า 0.8 (Davis, 1992) ในขณะที่การศึกษานี้เท่ากับ 1 ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าแบบสอบถามฯนี้ มีความตรงของเนื้อหาและสามารถวัดการรับรู้ความสามารถได้อย่างดี นอกจากนี้แบบสอบถามฯ ดังกล่าวมีการเลือกตอบเป็น 4 ระดับซึ่งได้รับการยอมรับว่าเหมาะสมต่อการวัดในทางพฤติกรรมศาสตร์เนื่องจากการออกแบบเป็น 4 หรือ 6 ระดับ จะทำให้ผู้ตอบแบบสอบถามไม่เลือกตอบระดับกลางมากเกินไป อย่างไรก็ตามหากเพิ่มจำนวนผู้เชี่ยวชาญหรือใช้วิธีการวิเคราะห์แบบอื่นมาเสริม เช่น ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-objective congruence : IOC) ความตรงเชิงสภาพ (Concurrent validity) เป็นต้น ก็จะช่วยยืนยันความเหมาะสมของแบบสอบถามได้ดียิ่งขึ้น

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองในนักวิชาการสาธารณสุขต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ถึงหลังคลอดมีความเหมาะสม มีค่าความเที่ยงทั้งแบบสอบถามเท่ากับ 0.93 โดยทั่วไปความเที่ยงทั้งแบบสอบถามนั้น ควรมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคมากกว่า 0.7 (Kraiwan, 2008) ซึ่งผลการศึกษานี้สูงกว่าค่าสัมประสิทธิ์ฯที่แนะนำและใกล้เคียงกับการศึกษาในแบบสอบถามชนิดนี้ในบุคลากรทางสุขภาพในต่างประเทศ (Kamiru, Ross, Bartholomew, McCurdy, & Kline, 2009) คือค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ 0.96 และค่าสัมประสิทธิ์ฯในการศึกษานี้สูงกว่าค่าสัมประสิทธิ์จากต้นฉบับในปี ค.ศ.1995 คือ 0.76-0.90 (Schwarzer & Jerusalem, 1995) และที่แบบสอบถามที่แปลมาจากภาษาอังกฤษเมื่อประมาณ 18 ปีก่อน คือ 0.84 (Sukmak, Sirisoonthon, & Meena, 2001) ถือได้ว่าแบบสอบถามฯ นี้ยังมีความทันสมัย ที่จะสามารถนำมาใช้ในสถานการณ์ปัจจุบันได้ นอกจากนี้พบว่าช่วงของค่าสัมประสิทธิ์ฯ ในแต่ละข้อถ้าตัดข้อคำถามออกมีค่าแตกต่างกันไม่เกิน 0.02 แสดงให้เห็นว่าแต่ละข้อน่าจะมีความสอดคล้องกันในระดับสูง ซึ่งทั้งนี้อาจจะมาจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากและมีความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่าง (Heterogeneity) เช่น การกระจายตัวของอายุและขนาดของสถานบริการปฐมภูมิที่ปัจจุบัน ซึ่งเป็นจุดแข็งในด้านของกำลังการทดสอบ (Power of Tests) และการนำไปขยายผล (Generalizability)

การศึกษานี้เสนอการแบ่งระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ถึงหลังคลอดเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลางและระดับสูงที่คะแนน <29, 29-34 และ >34 ตามลำดับ โดยใช้แนวคิดจากค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการศึกษาครั้งนี้ การศึกษาแบบสอบถามฉบับแปลภาษาไทยและแบบสอบถามที่เคยทดสอบในบุคลากรทางสุขภาพก่อนหน้านี้เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถตนเองในต่างประเทศ (Kamiru, Ross, Bartholomew, McCurdy, & Kline, 2009) มาพิจารณาร่วม เนื่องจากแบบสอบถามต้นฉบับได้กล่าวว่าคะแนนการรับรู้ความสามารถสูงแสดงถึงความการรับรู้ความสามารถที่มากขึ้น (Schwarzer & Jerusalem, 1995) และแบบสอบถามฉบับแปลภาษาไทย (Sukmak, Sirisoonthon, & Meena, 2001) ทั้งต้นฉบับภาษาอังกฤษและฉบับแปลภาษาไทยไม่ได้กำหนดจุดตัดไว้ ซึ่งในทางการปฏิบัติการแบ่งกลุ่มอาจมีความจำเป็นต่อการออกแบบกิจกรรมพัฒนาศักยภาพ เช่น นำกลุ่มที่อยู่ในระดับต่ำมาพัฒนาการรับรู้ให้สูงขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้เสนอแบ่งระดับข้างต้น นอกจากนี้ ค่าเฉลี่ยของแบบสอบถามฯในการศึกษานี้ เท่ากับ 29 ซึ่งสูงกว่าแบบสอบถามฉบับแปลภาษาไทย ซึ่งเท่ากับ 26 แสดงให้เห็นว่าแนวโน้มของคะแนนในปัจจุบันมีความสูงขึ้น ซึ่งเป็นอีกเหตุผลหนึ่งของการพิจารณาแบ่งจุดตัดในครั้งนี้ อย่างไรก็ตามการกำหนดจุดตัดอาจใช้วิธีการอื่น ๆ ได้เช่นกัน เช่น จากค่าควอไทล์หรือค่าฐานนิยม ขึ้นอยู่กับจำนวนระดับที่ต้องการและช่วงคะแนนที่เป็นไปได้

การศึกษานี้มีจุดแข็งในหลายด้าน เช่น จำนวนกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามฯ ความหลากหลายของลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เช่น ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในสถานบริการปฐมภูมิหรือขนาดของสถานบริการปฐมภูมิที่ทำงาน เป็นต้น และการเสนอแนะคะแนนเพื่อการแบ่งกลุ่มโดยผู้วิจัยทำให้สามารถนำไปใช้ได้จริง อย่างไรก็ตามยังมีข้อพึงระวังในการศึกษา เช่น การนำผลการศึกษาไปใช้ในกลุ่มเป้าหมายอื่น เช่น วิชาชีพอื่นหรือประเมินการรับรู้ความสามารถในตนเองต่อการป้องกันโรคอื่น ผลการศึกษาอาจแตกต่างได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองมีความเหมาะสมทั้งด้านเนื้อหาของแบบสอบถามฯและความเที่ยงของแบบสอบถามฯ เพื่อประเมินการรับรู้ของนักวิชาการสาธารณสุขต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ถึงหลังคลอดได้ โดยคะแนนที่เหมาะสมกับการรับรู้ระดับต่ำ กลางและสูง คือ <29, 29-34 และ >34 ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองควรมีการศึกษาในนักวิชาการสาธารณสุขในภาคอื่นนอกเหนือจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และศึกษาในบุคลากรสาธารณสุขวิชาชีพอื่น ๆ ในอนาคต เช่น พยาบาลวิชาชีพ แพทย์ เภสัชกร ซึ่งจะทำให้แบบสอบถามฯ สามารถนำไปใช้ได้อย่างกว้างขวางมากยิ่งขึ้น

References

Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, *84*, 191-215.

Bandura, A. (1986). The Explanatory and Predictive Scope of Self-Efficacy Theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *4*, 359-373.

Bloom, B. S. (1968). *Learning for Mastery*. In: Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York, US: McGraw-Hill.

Brummelte, S., & Galea, L. A. (2016). Postpartum Depression: Etiology, Treatment and Consequences for Maternal care. *Hormones and Behavior*, *77*, 153-166.

Davis, L. L. (1992). Instrument Review: Getting the Most from a Panel of Experts. *Applied Nursing Research*, *5*, 194-197.

Kamiru, H. N., Ross, M. W., Bartholomew, L. W., McCurdy, S. A., & Kline, M. W. (2009). Effectiveness of a Training Program to Increase the Capacity of Health Care Providers to Provide HIV/AIDS Care and Treatment in Swaziland. *Aids Care, 21*(11), 1463-1470.

Kaiwan, Y. (2008). (2551). *Appropriate Statistics Selection.* Bangkok, Thailand: Bangkok Media Centre.

Mutamba, B. B., Van Ginneken, N., Smith, P. L., Wandiembe, S., & Schellenberg, D. (2013). Roles and Effectiveness of Lay Community Health Workers in the Prevention of Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Low and Middle Income Countries: a Systematic Review. *BMC Health Services Research*, *13*, 412.

Phoosuwan, N., Eriksson, L., & Lundberg, P. C. (2018). Antenatal Depressive Symptoms During Late Pregnancy among Women in a North-Eastern Province of Thailand: Prevalence and Associated Factors. *Asian Journal of Psychiatry*, 36, 102-107.

Pusuwan, P., Phoosuwan, N., Phoosuwan, N., Loekdee, C., & Nildasri, P. (2019*). A Cross-Sectional Study on the Prevalence and Factors Related to Anxiety among Pregnant Women in North-Eastern Province of Thailand*. In: The International Conference on Psychology, Language and Teaching (ICPLT) 2019, London, United Kingdom.

Schwarzer, R., & Jerusalem M. (1995). *Generalized Self-Efficacy Scale*. In J. Weinman, S. Wright & M. Johnston (Ed.), Measures in Health Psychology: A User's Portfolio. Causal and Control Beliefs. Windsor, UK: Nfer-Nelson.

Sukmak, V., Sirisoonthon, A., & Meena, P. (2001). Validity of the General Perceived Self-Efficacy Scale. *Journal of Psychiatry Association of Thailand*, *47*(1), 31-17.

United Nations. (2017). Health-United Nations Sustainable Development. Retrieved 16 November 2018, from http://www.un.org/sustainabledevelopment/health/

Ministry of Public Health. (2016). *Guideline on Primary Care Cluster of Health Service Units.* Nonthaburi: Strategic and Planning Division.

Kraiwan, Y. (2008). Appropriate Statistics Selection. Bangkok: Bangkok Media Support Center.

International Health Policy Program Foundation. (2017). *Disease Burden and Injuries in Thai Population Report*. Nonthaburi: The Graphico System.

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน ตำบลป่าเซ่า อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์

Potential Development Model of the Elderly's Caregivers with Participation of the Community Network Pa Sao, Muang, Uttaradit

ศศิธร สุขจิตต์[1*], จงรัก ดวงทอง[1] และ วรวุฒิ ธุวะคำ[1]
Sasithorn Sukjit[1*], Jongruk Duangthong[1] and Worrawut Thuwakum[1]
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์[1*]
Faculty of Science and Technology Uttaradit Rajabhat University[1*]

(Received: *April 15*, 2020; Revised: *December 3*, 2020; Accepted: *December 10*, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินรูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลป่าเซ่า อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson 4 ขั้นตอน กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการพัฒนาศักยภาพ เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประเมินความรู้ในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ การรับรู้พลังอำนาจตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุและการสนทนากลุ่ม มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบ Paired Sample t-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุตามบริบทของชุมชนตำบลป่าเซ่า อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ คือ NIRACHALA Model ประกอบด้วย Network: การมีเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ Interaction: การสร้างปฏิสัมพันธ์ Resource Support: การสนับสนุนงบประมาณทั้งด้านการเงิน บุคลากรและวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ จากเทศบาลและหน่วยงานภาคีเครือข่าย Attitude: การสร้างทัศนคติทางบวกในการดูแลผู้สูงอายุให้กับกลุ่มผู้ดูแลและชุมชน Community: การเตรียมความพร้อมให้ชุมชน เกิดความเข้าใจ รับรู้คุณค่าของผู้สูงอายุ Home Health Care: จัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน Activity for Health: การจัดกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุ Literacy: การเสริมสร้างความรอบรู้ให้กับผู้ดูแล Achievement: การบรรลุความสำเร็จตามเป้าหมายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งในระดับครอบครัวและชุมชน จนเป็นต้นแบบ “ระบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยชุมชนท้องถิ่น” ซึ่งผลการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า หลังการพัฒนาศักยภาพ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความรู้ความสามารถในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุมากกว่าก่อนการพัฒนาศักยภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีการรับรู้พลังอำนาจตนเองมากกว่าก่อนการพัฒนาศักยภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้น การเสริมพลังอำนาจและสร้างการมีส่วนร่วม ทำให้ได้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีกระบวนการพัฒนาการเรียนรู้และการดูแลอย่างเป็นระบบ มีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และสามารถให้ผู้ดูแลนำไปใช้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้

คำสำคัญ: ผู้ดูแลผู้สูงอายุ, รูปแบบการพัฒนาศักยภาพ, ภาคีเครือข่ายชุมชน

[*]ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: sasithorn@uru.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 089-4361414)

Abstract

This participatory action research (PAR) aimed to develop and evaluate the potential development model of the elderly caregivers at Pa Sao sub-district, Muang district, Uttaradit province by using Gibson's four empowerment procedures. Participants were 30 elderly caregivers recruited by purposive sampling. Quantitative data were collected in 2 parts; 1) caregivers' knowledge and rehabilitation skills of the elderly; and 2) caregivers' self-efficacy (Cronbach's alpha coefficient=0.87), while qualitative data were collected by focus groups. Descriptive statistics and paired t-test were used to analyze quantitative data and content analysis was used to analyze qualitative data.

The results revealed that the potential model developed according to the community context of Pa Sao sub-district, Muang district, Uttaradit province was called "NIRACHALA Model" standing for Network (having the elderly care networks), Interaction (having the interaction within networks), Resource support (having budget, personnel and material support from municipalities and associated networks), Attitude (creating positive attitudes of the elderly caregivers and community), Community (preparing knowledge and value awareness of the community), Home Health Care (organizing the elderly home care services), Activity for Health (organizing activities for enhancing elderly health), Literacy (enhancing knowledge of the caregivers), and Achievement (achieving the ultimate goals set of the elderly care in both family and community leading to be role model of the elderly care system participated by local community). The evaluation of the model showed that after using the model, the elderly caregivers improved their knowledge and rehabilitation skills to take care of the elderly, and also enhanced their self-efficacy significantly higher than before using the model ($p<0.01$ and $p<0.05$ respectively)

Consequently, the empowerment procedure and community participation employing to develop the effective and systematic model for improving potential of the elderly caregivers, and also continuous monitoring and evaluation of the caregivers' potential according to the community context can be appropriate and practical to use as the area-based for taking care of the elderly health.

Keyword: Caregivers, Potential Development Model, Community Network

บทนำ

ปัจจุบันประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกกำลังก้าวสู่ "ศตวรรษแห่งผู้สูงวัย" ประชากรสูงอายุทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทำให้โครงสร้างประชากรของโลกในช่วง ศตวรรษที่ 21 เคลื่อนเข้าสู่ระยะที่เรียกว่า"ภาวะประชากรสูงอายุ" (Population Aging) และในอนาคตจะเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ของโลก (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2559) ซึ่งประเทศกลุ่มอาเซียนที่เข้าเกณฑ์เป็นสังคมสูงวัยแล้วมี 3 ประเทศ คือ สิงคโปร์ร้อยละ 18 ไทยร้อยละ 16 และเวียดนาม ร้อยละ 10 ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ พ.ศ.2543 และกำลังจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete Ageing Society) ในปี พ.ศ.2564 (วิพรรณ ประจวบเหมาะ, 2558) ซึ่งในปี 2563 คาดว่าผู้สูงอายุไทยจะมีจำนวน 12.6 ล้านคน คิดเป็นเกือบ 1 ใน 5 ของประชากรไทย สัดส่วนนี้จะยังเพิ่มขึ้นต่อเนื่องเป็นมากถึง 1 ใน 3 ของประชากรทั้งหมดในปี 2583 หรืออีก 20 ปีข้างหน้า โดยที่มากกว่าครึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป ในปัจจุบันแม้ในภาพรวมผู้สูงอายุส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 94.8 ยังสามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันทั่วไปได้ แต่ผู้สูงอายุวัยปลายที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ถึง 1 ใน 5 พบว่าจำเป็นต้องมีผู้ดูแลการ

เพิ่มขึ้น (โครงการสุขภาพคนไทย, 2562) ซึ่งมีข้อมูลจากการสำรวจในมิติสุขภาวะทางกายและใจของผู้สูงอายุของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม. POLL) พบว่า ผู้สูงอายุมีความสุขที่ระดับ 6.6 (คะแนนเต็ม 10) ซึ่งถือว่า มีความสุขพอสมควร แต่ก็ยังมีบางกลุ่มที่ยังไม่มีความสุข โดยสิ่งที่ผู้สูงวัยต้องการจากครอบครัวมากที่สุดร้อยละ 39 คือการดูแลเอาใจใส่ ทั้งด้านการเงิน พาไปหาหมอ ขณะที่ร้อยละ 38 ต้องการการพูดคุย บอกรัก ถามไถ่ทุกข์สุข และร้อยละ 22 ต้องการการสัมผัส กอด หอม จูงมือ หรือบีบนวดผ่อนคลาย สำหรับรูปแบบความสุขของผู้สูงอายุ พบว่าร้อยละ 57 คิดว่าเป็นความสุขทางจิตใจ และอารมณ์ การได้รับการดูแลเอาใจใส่ร้อยละ 25 มีสุขภาพที่ดี แข็งแรงร้อยละ 10 มีความสุขจากการที่ได้ทำประโยชน์ และเป็นที่ต้องการของสังคม และร้อยละ 8 มีเงินจับจ่ายใช้สอย (ปรเมธี วิมลศิริ, 2562)

นโยบายการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย เคยมีแนวทางสนับสนุนให้มีการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน จากเดิมโครงสร้างของครอบครัวเป็นครอบครัวขยายมีการอยู่ร่วมกันของสมาชิกในครอบครัวหลายรุ่น บทบาทของผู้ดูแลของสังคมไทยในอดีต จะเป็นญาติที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน ซึ่งเป็นวัฒนธรรมของไทยที่ถือว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นหน้าที่ของลูกหลานในครอบครัว นอกจากนี้ในสังคมชนบท พบว่าเพื่อนบ้านมีบทบาทในการดูแลสมาชิกในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของนักวิชาการ ระบุว่าการดูแลผู้สูงอายุ เป็นหน้าที่ของครอบครัว อย่างไรก็ตามผู้ดูแลที่เป็นคนในครอบครัว หากไม่ได้รับการเตรียมเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ ที่ชัดเจนอาจส่งผลด้านภาระการดูแลความเครียดให้กับผู้ดูแลที่เป็นคนในครอบครัว ทั้งนี้การที่ผู้สูงอายุมีผู้ดูแลที่เป็นคนในครอบครัวส่งผลทางบวกต่อสุขภาพ และทำให้ผู้สูงอายุได้รับบริการที่มีคุณภาพ (กีรติ กิจธีระวุฒิวงษ์ และนิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์, 2561) อุตรดิตถ์เป็นหนึ่งในจังหวัดทางภาคเหนือที่มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปีและเป็นจังหวัด ที่มีดัชนีการสูงวัยมากที่สุด 10 อันดับแรกของประเทศไทย จากรายงานสถิติผู้สูงอายุของกรมกิจการผู้สูงอายุพบว่าจังหวัดอุตรดิตถ์มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2559 มีประชากรสูงอายุ 85,023 คน คิดเป็นร้อยละ 18.60 ของประชากรทั้งหมด และในปี 2562 มีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 95,380 คน คิดเป็นร้อยละ 21.05 ของประชากรทั้งหมด (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562) ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่ คือ ขาดการดูแลและส่งเสริมด้านสุขภาพร่างกาย มีปัญหาด้านสุขภาพอนามัย ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การดำรงชีพ ขาดความรักความอบอุ่นและการดูแลเอาใจใส่จากลูกหลาน และมีปัญหาการเข้าถึงสวัสดิการผู้สูงอายุ (โรงพยาบาลสงเสริมสุขภาพตำบลปาเซา, 2560) ในปัจจุบันตำบลป่าเซ่ามีผู้สูงอายุจำนวน 1,326 คน จากการสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ในปี พ.ศ. 2561 โดยผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่า เทศบาลตำบลป่าเซ่าได้ดำเนินการแจกเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุและผู้พิการ โดยยังไม่มีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพหรือพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน มีเพียงการจัดตั้งชมรมรวมกลุ่มผู้สูงอายุร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งผู้ที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ ถึงร้อยละ 90 สำหรับการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่เป็นลักษณะการดูแลโดยสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือคนในครอบครัวมีทั้งที่เป็นบุตรหลานและผู้สูงอายุดูแลกันเอง ซึ่งยังขาดความรู้และศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุได้ถูกต้องตามหลักวิชาการ (กิตติวรรณ จันทรฤทธิ์ และคณะ, 2562) ประกอบกับจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตร CG มีไม่เพียงพอ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีความรู้ ความสามารถ มีพลังอำนาจในตน มีความมุ่งมั่นและมีกำลังใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งนี้คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ ได้จัดให้มีการลงบันทึกข้อตกลงความร่วมมือระหว่างเทศบาลตำบลป่าเซ่ากับคณะวิทยาศาสาตร์เทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างนักวิจัยและตัวแทนชุมชนในการดำเนินงานวิจัยเชิงพื้นที่และพันธกิจสัมพันธ์ ทางหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์จึงร่วมกับเทศบาลตำบลป่าเซ่าพัฒนาโจทย์วิจัยเพื่อชุมชนท้องถิ่นขึ้น ในประเด็นการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนตำบลป่าเซ่า อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ เพื่อร่วมกันวางแผนเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนภายใต้ศักยภาพและข้อจำกัดของชุมชนเอง ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแล

ผู้สูงอายุได้ตระหนักถึงศักยภาพและความพร้อมของตนเอง รวมทั้งสามารถดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ถูกต้องและเหมาะสมกับวัฒนธรรมอันดีงามต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบ การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในตำบลป่าเซ่า อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในครั้งนี้ เป็นการประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมพลังอำนาจ Gibson (Gibson, 1991) โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และกระบวนการกลุ่ม อย่างมีขั้นตอนประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การค้นพบสภาพจริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ ซึ่งกระบวนการเสริมพลังอำนาจนี้จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีกำลังใจ เกิดแรงจูงใจและมีความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะดูแลผู้สูงอายุได้ด้วยตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและเหมาะสม

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วยและมีหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ตัวแทนสมาชิกสภาเทศบาล เจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลป่าเซ่าที่รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าเซ่า อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ และอาจารย์จากหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์ รวมทั้งสิ้นจำนวน 68 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. กลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและมีส่วนร่วมในการพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้ ประกอบด้วย

1.1 ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือน จำนวน 15 คน

1.2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าเซ่า หมู่บ้านละ 1 คน จำนวน 8 คน

1.3 ผู้นำชุมชนหรือปราชญ์ชุมชน หมู่บ้านละ 1 คน จำนวน 8 คน

1.4 สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล และเจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลป่าเซ่าที่รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุ จำนวน 3 คน

1.5 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าเซ่า 1 คน

1.6 อาจารย์จากหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์ จำนวน 3 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกระบวนการพัฒนาศักยภาพ ได้จากการเลือกแบบเจาะจง จากครอบครัวที่มีผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือน จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย แนวคำถามการสนทนากลุ่ม โดยพัฒนามาจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ Gibson 4 ขั้นตอน (Gibson, 1991) ทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยด้วยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และทำการตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล

ด้วยการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangular Methods) โดยใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลที่แตกต่างกันและเปลี่ยนตัวผู้สัมภาษณ์หรือเก็บข้อมูล แล้วนำข้อมูลมาเปรียบเทียบ จนได้ข้อมูลที่สอดคล้องกัน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินรูปแบบการพัฒนา ประกอบด้วย

แบบทดสอบความรู้ในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในผู้สูงอายุ การเกิดโรคเรื้อรัง และการดูแลการป้องกันภาวะแทรกซ้อน จำนวน 20 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน และมีเกณฑ์ในการจัดระดับคือ ระดับสูง (คะแนน 16-20) ระดับปานกลาง (คะแนน 12-15) และระดับต่ำ (คะแนน 0-11) (Bloom, 1971) และส่วนที่ 2 คือ การรับรู้พลังอำนาจตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 15 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ มากที่สุดได้ 5 คะแนน ถึงน้อยที่สุดได้ 1 คะแนน ใช้เกณฑ์ในการจัดระดับคือ ระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.67-5.00) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34-3.66) และระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 1.00-2.33)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ด้วยการหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity) โดยนำเครื่องมือไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาวัตถุประสงค์และการวัด แล้วคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ .67-1.0 รวมทั้งหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การพัฒนารูปแบบ การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยการจัดการสนทนากลุ่มกับผู้นำชุมชน ผู้มีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน เพื่อเรียนรู้ปัญหาความต้องการร่วมกันและออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ ในกระบวนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Gibson, 1991) โดยให้กลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมกระบวนการ 4 ขั้น ดังนี้

ขั้นที่ 1 การค้นพบสถานการณ์จริง คือ การวิเคราะห์ประเมินสภาพปัญหาการดูแลผู้สูงอายุ การจัดลำดับความสำคัญ รวมทั้งการวัดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ การรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ขั้นที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ คือ การหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหา การจัดทำแผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ กิจกรรมในขั้นตอนนี้ ให้ผู้ดูแลได้สะท้อนคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมา โดยใช้คำถามสะท้อนคิด ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมา

ขั้นที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือทำ กิจกรรมในขั้นตอนนี้ ให้ผู้ดูแล ยกตัวอย่างปัญหาหรือผลกระทบจากการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ โดยการรับฟังการเล่าประสบการณ์ที่ดีเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ใช้กระบวนการกลุ่มในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ร่วมกับการจัดกิจกรรมการเรียนรู้พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเกิดจากการร่วมคิดและออกแบบโดยภาคีเครือข่ายภาควิชาการและชุมชน เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุและเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น

ขั้นที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ กิจกรรมในขั้นตอนนี้เป็นการติดตามเยี่ยมบ้านแลกเปลี่ยนประสบการณ์และติดตามความก้าวหน้าสำหรับการดูแลผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ของทีมวิจัย อสม. และเจ้าหน้าที่เทศบาล เพื่อให้คำแนะนำและติดตามความก้าวหน้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลังจากการเยี่ยมบ้าน จะมีการจัดประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้ดูแลแต่ละครอบครัว ถ้าพบปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุ ใช้กระบวนการกลุ่มในการร่วมมือแก้ไขปัญหา ถ้าหากการดูแลตามกระบวนการเรียนรู้เกิดประสิทธิภาพ หรือความสำเร็จ ผู้ดูแลเกิดเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มีความสามารถและคงไว้ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม ถ้าไม่สำเร็จจะได้รับกำลังใจในการปรับปรุง แก้ไขและปฏิบัติต่อไป จากกระบวนการกลุ่มและปฏิสัมพันธระหว่างกันของสมาชิกในกลุ่มจะช่วยให้ได้เรียนรู้ปัญหาและแนวทางแก้ไขร่วมกัน

2. การประเมินผลรูปแบบการพัฒนาศักยภาพ ประเมินผลการพัฒนาด้วยการทดสอบความรู้ในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ และการรับรู้พลังอำนาจตนเองก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

จำนวน 30 คน รวมทั้งประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ และ Focus Group เพื่อวิเคราะห์การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เป็นตัวแทนจากภาคส่วนต่าง ๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์สถานการณ์และศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

2. การวิเคราะห์ผลลัพธ์ของการพัฒนาศักยภาพ ได้แก่ ความรู้ในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ และการรับรู้พลังอำนาจตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการดำเนินการ โดยใช้สถิติ Paired Sample t-test

3. การวิเคราะห์การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยได้นำโครงร่างการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เครือข่ายภูมิภาค มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยในมนุษย์ เมื่อได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เครือข่ายภูมิภาค มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ 003/61

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้าร่วมพัฒนาศักยภาพส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 มีอายุเฉลี่ย 43.9 ปี (*SD*= 11.9) อายุมากที่สุด คือ 68 ปี และน้อยที่สุดคือ 24 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 46.7 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 33.3 มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 53.3 ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้สูงอายุ ร้อยละ 56.7 ผู้สูงอายุที่ดูแลมีอายุ 71-80 ปี ร้อยละ 48.6 ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 45.9 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 27.0 และดูแลผู้สูงอายุมาเป็นเวลานาน 3 - 4 ปี ร้อยละ 46.7

2. การพัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ

จากการพัฒนารูปแบบ ทำให้เกิดรูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุตามบริบทของชุมชน คือ NIRACHALA Model ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

N = Network หมายถึง การมีเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุทั้งภายในและภายนอกพื้นที่ โดยการทำข้อตกลงความร่วมมือกันระหว่างมหาวิทยาลัยและทศบาล เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุด้วยการให้นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์และอาจารย์ จากคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุตามหลักสูตร รวมทั้งปราชญ์ชุมชน ผู้เชี่ยวชาญจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่เข้ามาหนุนเสริมระบบการดูแลผู้สูงอายุ

I = Interaction หมายถึง การสร้างปฏิสัมพันธ์ การรวมตัวกันของคนกลุ่มเล็ก ๆ ที่อาสาช่วยดูแลผู้สูงอายุ ในหมู่บ้านด้วยการนัดกันไปเยี่ยม พูดคุย ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จนก่อให้เกิดการกำหนดนโยบายในการการสร้างหมู่บ้านต้นแบบการบริหารจัดการผู้สูงอายุในหมู่ที่ 3 และตั้งชื่อว่า “หมู่บ้านนิรชรา” โดยเริ่มจากการรวมกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อมาทำกิจกรรมร่วมกัน ซึ่งประกอบด้วย การฝึกอาชีพหรืองานฝีมือ เช่น การทำไม้กวาด ดอกไม้จันทร์ น้ำยาล้างจาน และการทำไข่เค็ม ซึ่งผู้สูงอายุสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน นำไปประกอบอาชีพหรือหารายได้เสริม ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้ทำประโยชน์ให้กับผู้อื่น ทำประโยชน์กับสังคมให้มีคุณค่า เป็นภูมิปัญญาของสังคม

R = Resource Support หมายถึง การสนับสนุนงบประมาณทั้งด้านการเงิน บุคลากรและวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ จากเทศบาลและหน่วยงานภาคีเครือข่าย สำหรับให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

A = Attitude หมายถึง การสร้างทัศนคติทางบวกในการดูแลผู้สูงอายุ ให้กับกลุ่มผู้ดูแลและชุมชน รวมทั้งการสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อผู้สูงอายุให้เกิดขึ้นในระดับเยาวชน

C = Community หมายถึง การเตรียมความพร้อมให้ชุมชน เกิดความเข้าใจ รับรู้คุณค่าของผู้สูงอายุ รวมถึงการช่วยเหลือ พัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ สร้างระบบแกนนำ อาสาสมัคร และเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุพึ่งพากันเองภายในชุมชน โดยการให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเรียนรู้การเป็นจิตอาสาเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงร่วมกับ อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

H = Home Health Care หมายถึง จัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของเทศบาล ซึ่งนำโดยนายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลป่าเซ่า ผู้บริหาร บุคลากร ร่วมกับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและ อสม. ออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง เพื่อมอบสิ่งของ อุปโภค บริโภคส่งเสริมขวัญและกำลังใจ รวมถึงให้ความรู้ คำแนะนำและติดตามดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุก ๆ เดือน เดือนละ 1 ครั้ง อย่างต่อเนื่อง

A = Activity for Health หมายถึง การจัดกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุ โดยให้มีครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญาณ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวมีความสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่เป็นสำคัญ

L = Literacy หมายถึง การเสริมสร้างความรอบรู้ โดยการอบรมแกนนำที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุ ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิก อสม. และคนในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลให้มีความรู้ความเข้าใจ มีพลังอำนาจและมีทักษะในการปฏิบัติเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนได้อย่างถูกต้อง

A = Achievement หมายถึง การบรรลุความสำเร็จตามเป้าหมายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งในระดับครอบครัวและชุมชน จนเป็นต้นแบบ “ระบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยชุมชนท้องถิ่น” ที่สามารถให้ท้องถิ่นอื่นๆ เข้ามาศึกษาดูงานและเรียนรู้ได้

3. ผลลัพธ์ของการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ

3.1 ความรู้ความสามารถในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล

ตาราง 1 แสดงผลการเปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของระดับความรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแล

ความรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (คะแนน 16-20)	4	13.30	18	60.00
ระดับปานกลาง (คะแนน 12-15)	20	66.70	12	40.00
ระดับต่ำ (คะแนน 0-11)	6	20.00	-	-

จากตาราง 1 พบว่า ก่อนการพัฒนาศักยภาพ ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้ความสามารถในการดูแลและ ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 66.70) รองลงมาคือ ระดับต่ำ (ร้อยละ 20.00) หลังการพัฒนาศักยภาพ ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้ความสามารถฯ อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 60.00) รองลงมาคือ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 40.00)

ตาราง 2 ผลการเปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้พลังอำนาจตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแล

ระดับการรับรู้พลังอำนาจตนเอง	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	10	33.30	17	56.70
ระดับปานกลาง	20	66.70	13	44.30

จากตาราง 2 พบว่า ก่อนการพัฒนาศักยภาพ ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่การรับรู้พลังอำนาจตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 66.70) รองลงมาคือ ระดับสูง (ร้อยละ 33.30) หลังการพัฒนาศักยภาพ ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่การรับรู้พลังอำนาจตนเอง อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 56.70) รองลงมาคือ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 44.30)

ตาราง 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้และการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแล

ความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	*n*	*M*	*SD*	*p-value*
ก่อนการพัฒนา	30	12.60	1.05	<.001*
หลังการพัฒนา	30	17.10	2.11	
การรับรู้พลังอำนาจตนเอง				
ก่อนการพัฒนา	30	3.36	1.77	.003*
หลังการพัฒนา	30	3.82	2.36	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05

จากตาราง 3 พบว่า ก่อนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ เท่ากับ 12.60 คะแนน (*SD*=1.05) และการรับรู้พลังอำนาจตนเองเท่ากับ 3.36 (*SD*=1.77) หลังการพัฒนา ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ เพิ่มขึ้นเป็น 17.10 คะแนน (*SD*=2.11) การรับรู้พลังอำนาจตนเองในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 3.82 (*SD*=2.36) ดังนั้น หลังการพัฒนาศักยภาพ ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้และการรับรู้ พลังอำนาจตนเองในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมากกว่าก่อนการพัฒนาศักยภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05

3.2 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ

จากการดำเนินโครงการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขมีความกระตือรือร้นให้ความสนใจและนำไปปฏิบัติ มีการกำหนดกิจกรรมเยี่ยมบ้านในแต่ละเดือนโดยทีมสุขภาพ ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมมากขึ้น ออกเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสุขภาพและมอบเครื่องอุปโภคบริโภคสำหรับผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุให้ความสนใจและมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ มีการจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศพอส.) รวมทั้งการให้ความร่วมมือด้านการดูแลผู้สูงอายุของผู้นำและองค์กรต่าง ๆ ในชุมชนเพิ่มขึ้น ดังนั้น กระบวนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้การเสริมพลังอำนาจทำให้เกิดการรับรู้ปัญหาและมีการกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน เกิดการมีส่วนร่วมในการพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้วิธีการจัดกิจกรรมและการเรียนรู้ตามฐาน ซึ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องแสดงความคิดเห็น ฝึกการแก้ไขปัญหา รวมทั้งต้องใช้ทักษะทางสังคมและการสื่อสารในการมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่ม จึงทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความสนใจและมีส่วนร่วมในการทำ กิจกรรมตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ นำไปสู่การมีความรู้ความสามารถในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ และมีการรับรู้พลังอำนาจตนเองในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลเพิ่มขึ้น

อภิปรายผล

การวิจัยในครั้งนี้ สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ดังนี้

จากวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 เพื่อพัฒนารูปแบบ การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ ด้วยการจัดสนทนากลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ รวมทั้งการเยี่ยมบ้านแลกเปลี่ยนประสบการณ์และติดตามความก้าวหน้าสำหรับการดูแลผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ส่งผลต่อการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในตำบลป่าเซ่า อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ มีประสิทธิผลที่ดีเนื่องจาก 1) ชื่อรูปแบบคือ NIRACHALA Model ซึ่งเป็นชื่อชมรมผู้สูงอายุตำบลป่าเซ่าที่เกิดจากผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการตั้งชื่อ ‘นิร’ แปลว่า ไม่ ‘ชรา’ แปลว่า แก่ รวมสองคำ ก็คือเป็นวิทยาลัยที่ไม่แก่ และไม่มีคนแก่ในวิทยาลัยนี้ ดังนั้นทุกคนจึงต้องการให้ชื่อนี้มีชื่อเสียง ต้องการให้ทุกคนรู้จัก ขณะเดียวกันชมรมผู้สูงอายุมีความเข้มแข็งทั้งประธานชมรม คณะกรรมการและสมาชิกชมรมซึ่งมี อสม. เป็นส่วนหนึ่งของสมาชิก เมื่อเทศบาลมีแนวความคิดเรื่องการดูแลผู้สูงอายุขึ้น อสม. ซึ่งมีความเข้มแข็งและสั่งสมความรู้ มีศักยภาพพร้อมจึงยินดีสมัครเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพราะเดิมก็เป็นคนที่ไปดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาที่อยู่ใกล้บ้านอยู่แล้ว มีข้อมูลผู้สูงอายุในความรับผิดชอบจึงทำให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลที่บ้านกระทำได้ง่ายขึ้นขณะเดียวกันมีเครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ ภาคประชาชน นักศึกษาสาธารณสุข อาจารย์จากมหาวิทยาลัยราชภัฏ บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บุคลากรเทศบาลตำบลป่าเซ่า และองค์กรต่าง ๆ ในพื้นที่ (Network) ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุเน้นการทำงานเป็นทีมแบบบูรณาการ เพื่อให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีหน่วยงานภาครัฐที่สนับสนุนงบประมาณ (Resource Support) มีการสร้างทัศนคติทางบวกในการดูแลผู้สูงอายุให้กับกลุ่มผู้ดูแลและชุมชน (Attitude) มีการเตรียมความพร้อมของชุมชน (Community) การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของเทศบาล (Home Health Care) การจัดกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุกลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ (Activity for Health) การเสริมสร้างความรอบรู้ให้กับผู้ดูแล โดยการอบรมแกนนำที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุ ผู้ดูแลที่เป็น อสม. และคนในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแล (Literacy) และการบรรลุความสำเร็จตามเป้าหมายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งในระดับครอบครัวและชุมชน (Achievement) จนเป็นต้นแบบ “ระบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยชุมชนท้องถิ่น”

จากวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุและมีการรับรู้พลังอำนาจตนเองมากกว่าก่อนการพัฒนาศักยภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา การเสริมสร้างศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ของ กาญจนา บัตรรัมย์ (2558) ซึ่งพบว่า หลังการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุมีการรับรู้พลังอำนาจของตนเองในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้มากกว่าก่อนการพัฒนาศักยภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุรู้สึกภูมิใจและเชื่อมั่นในความ สามารถของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ (เนตรนิภา จันตระกูลชัย, 2557) ที่กล่าวไว้ว่า เมื่อบุคคลสามารถผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอนได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคคลจะเกิดความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมตนเอง เกิดความรู้สึกมีส่วนร่วมและนำไปสู่การเกิดผลลัพธ์ของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ 1) การพัฒนาตนเอง ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีความสามารถเพิ่มขึ้น 2) ความสามารถในการควบคุมหรือจัดการสถานการณ์ได้ (Sense of Mastery) ซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ประกอบกับการนำความรู้และประสบการณ์ที่มีอยู่เดิมมาผสมผสานเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น 3) มีความรู้สึกพึงพอใจ (Sense of Satisfaction) และ 4) การมีเป้าหมายและความหมายในชีวิต (Purpose and Meaning in Life) มีความภาคภูมิใจในตนเองและมองเห็นความสำคัญของตนเองต่องานในความรับผิดชอบและต่อผู้อื่น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การเสริมพลังโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม พบว่า การจัดเวทีคืนข้อมูลให้กับชุมชนและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายเป็นเรื่องจำเป็นสำหรับการทำวิจัยเชิงพื้นที่ ดังนั้นหากมีการวิเคราะห์ทุนศักยภาพชุมชนแล้วควรจัดเวทีเพื่อคืนข้อมูล เพื่อให้ทุกฝ่ายได้รับรู้รับทราบและมีส่วนร่วมในการสะท้อนต่อข้อมูลและร่วมวางแผนการพัฒนาต่อไป

2. การอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ การสาธิต การฝึกปฏิบัติในเรื่องเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งการเยี่ยมบ้านแลกเปลี่ยนประสบการณ์และติดตามความก้าวหน้าสำหรับการดูแลผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความมั่นใจในองค์ความรู้และมีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกวิธี สามารถนำองค์ความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติจริงได้ ดังนั้นในการพัฒนาศักยภาพแก่ผู้ดูแลกลุ่มอื่น ๆ ควรเน้นการฝึกปฏิบัติและแลกเปลี่ยนเรียนรู้มากกว่าการบรรยายเพียงอย่างเดียว

References

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2562). *สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด ณ.วันที่ 31 ธันวาคม 2562.* กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

กาญจนา บัตรรัมย์. (2557). *การเสริมสร้างศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ตำบลหนองหัวแรด อำเภอหนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา.* วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพัฒนาสุขภาพชุมชน. มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา.

กิตติวรรณ จันทรฤทธิ์ และคณะ. (2562). รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีสวนรวมของภาคีเครือขายชุมชนตำบลปาเซาอำเภอเมืองจังหวัดอุตรดิตถ์. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์*, *14*(1), 67

กีรติ กิจธีระวุฒิวงษ์ และนิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์. (2561). ทิศทางของการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 36*(4), 15-24.

โครงการสุขภาพคนไทย. (2562). *จำนวนและสัดส่วนประชากรไทยที่เป็นผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป).* สุขภาพคนไทย 2562 นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

เนตรนิภา จันตระกูลชัย. (2557). *ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยคริสเตียน: กรุงเทพมหานคร.

ปรเมธี วิมลศิริ. (2562). *ผลสำรวจสุขภาวะทางกายและใจของผู้สูงอายุ.* พม. POLL ศูนย์สำรวจความคิดเห็นทางสังคม โดยสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1-12 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. กรุงเทพมหานคร: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2559). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ผู้สูงอายุโลกกับการเตรียมการรับมือสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย.* กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิพรรณ ประจวบเหมาะ. (2558). *รายงานคณะกรรมการปฏิรูประบบรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย.* กรุงเทพมหานคร. วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Bloom, B. S. (1971). *Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning.* New York: McGraw–Hill.

Gibson, C. H. (1991). A Concept Analysis of Empowerment. *Journal of Advanced Nursing, 16*, 354-361

คำแนะนำการส่งบทความ

คำแนะนำการเตรียมและส่งบทความ

กองบรรณาธิการวารสารสภาสาธารณสุขชุมชน (Journal of Council of Community Public Health : JCCPH) ขอเชิญสมาชิกสภาการสาธารณสุขชุมชน และผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการและวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ การสาธารณสุข การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาในวารสารอื่นและเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ผู้เขียนจะต้องสมัครเป็นสมาชิกของวารสาร เพื่อความสะดวกในการส่งบทความวิชาการและวิจัย มีข้อเสนอดังนี้

ข้อกำหนดและชนิดของเรื่องจะตีพิมพ์

1. เป็นผลงานวิชาการ ประเภทบทความ ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ ทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การสาธารณสุข การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิจัยทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การสาธารณสุข การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
3. ผลงานวิชาการและงานวิจัยจะได้รับการพิจารณากลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควรไม่น้อยกว่า 2 คน
4. ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ (ยกเว้นการตีพิมพ์ในสองปีแรก ปี พ.ศ. 2562-2563 ฟรี)
   - สมาชิกสภาการสาธารณสุขชุมชน ตีพิมพ์ เรื่องละ 2,500 บาท
   - บุคคลอื่นๆหรือไม่ได้เป็นสมาชิกสภาการสาธารณสุขชุมชน ตีพิมพ์ เรื่องละ 3,000 บาท
   - กรรมการสภาการสาธารณสุขชุมชนหรือเคยเป็นกรรมการสภาฯ ไม่เสียค่าตีพิมพ์

การเตรียมต้นฉบับ

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนได้กำหนดรูปแบบการเขียนบทความที่จะลงในวารสาร ดังนี้

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word 97/03 for Windows ขนาด 15 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14) พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษด้านบน– ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 3.17 cm. ด้านขวา 2.54 cm. จำนวน 12 หน้า (ไม่รวมรายการอ้างอิง) และรายการ อ้างอิงต้องไม่เกิน 40 รายการ รวมรายการอ้างอิง ไม่เกิน 15 หน้า
2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกตรงกลางขนาดอักษร 17
3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 14 อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ระบุตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรง กับชื่อผู้นิพนธ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลักเพิ่มเบอร์โทรศัพท์และ e-mail ในส่วนล่างสุด
4. มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำ ต่อบทคัดย่อ
5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3–5 คำ)
6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16
7. การใช้ตัวเลขคำย่อและวงเล็บควรใช้เลขอารบิคทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning
8. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้
   8.1 บทความวิจัย (ภาษาไทย)
      - บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
      - บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)
      - บทนำ
      - วัตถุประสงค์วิจัย

- สมมติฐาน (ถ้ามี)
- กรอบแนวคิดการวิจัย
- ระเบียบวิธีวิจัย
- ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
- การเก็บรวบรวมข้อมูล
- การวิเคราะห์ข้อมูล
- จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
- ผลการวิจัย
- อภิปรายผล
- การนำผลการวิจัยไปใช้
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
- รายการอ้างอิง

8.2 บทความวิจัย (ภาษาอังกฤษ)

- Abstract (in Thai)
- Abstract
- Introduction
- Objectives
- Hypotheses (if available)
- Conceptual Framework
- Methods
- Population and Sample
- Research Instrument
- Validity and Reliability of the Research Instrument
- Data Collection
- Data Analysis
- Ethical Consideration/Informed Consent
- Results
- Discussion
- Implication of the Results
- Recommendation for Further Study
- References

9. บทความวิชาการ ประกอบด้วย

- บทคัดย่อ (Abstract)
- บทนำ (Introduction)
- เนื้อเรื่อง (Content) แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต้องการนำเสนอตามลำดับ
- สรุป (Conclusion)
- ข้อเสนอแนะ (Suggestion)
- รายการอ้างอิง (References)

10. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 5th Edition

การแจ้งเตือนเกี่ยวกับลิขสิทธิ์

1. บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน ที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

2. บทความที่ได้รับการตีพิมพ์ถือเป็นลิขสิทธิ์ของ วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

การส่งต้นฉบับ

ส่งต้นฉบับสมบูรณ์เพื่อการพิจารณาลงตีพิมพ์เผยแพร่ใน “วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน”โดยส่งบทความผ่านเว็บไซต์ https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JCCPH/index และทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ไปที่ e-mail address: The.JCCPH@gmail.com ไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ต้นฉบับในรูปแบบ word และ pdf โดยใช้ชื่อเรื่องหรือ Subject ว่า ส่งบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ของ....(ชื่อเจ้าของบทความชื่อแรก).....

สถานที่ติดต่อสอบถาม

กองบรรณาธิการวารสาร สภาการสาธารณสุขชุมชน
88/20 อาคาร 5 ชั้น 5 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 02-5919186, 091-8348711 โทรสาร 02-5919187

สมัครส่งบทความลงตีพิมพ์ ในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

(การกรอกใบสมัครโปรดใช้วิธีการพิมพ์)

เรียน บรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ (โปรระบุ).....

ชื่อ – นามสกุล.....

ตำแหน่งทางวิชาการ

☐ ศาสตราจารย์ ☐ รองศาสตราจารย์ ☐ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ☐ อาจารย์

☐ นักวิชาการสาธารณสุข ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

สถานที่ทำงาน

.....

.....

.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail .....

มีความประสงค์ขอส่งผลงานบทความเรื่อง :

ชื่อบทความ

.....

.....

.....

กองบรรณาธิการสามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ที่ ☐ สถานที่ระบุข้างต้น ☐ ที่อยู่ดังต่อไปนี้

.....

.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail .....

กรณีที่ไม่สามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ กองบรรณาธิการสามารถติดต่อบุคคลดังต่อไปนี้

ชื่อ – นามสกุล.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail ..... มีความเกี่ยวข้องเป็น.....

ลงชื่อ.....

(.....)

เจ้าของบทความ

ส่งใบสมัครและบทความได้ที่

กองบรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
88/20 อาคาร 5 ชั้น 5 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง
นนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 02-5919186, 091-8348711 โทรสาร 02-5919187
e-mail address: The.JCCPH@gmail.com

วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน
JCCPH
JOURNAL OF COUNCIL OF COMMUNITY-PUBLIC HEALTH
สภาการสาธารณสุขชุมชน
อาคาร 5 ชั้น 5 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
https://www.tci-thaijo.org/index.php/JCCPH/index

www.ccph.or.th
ccph.th.org
@ccph.or.th
02-591-9186