

ISSN 0858 - 8899

# วารสาร



## สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น JOURNAL OF THE OFFICE OF DPC 6 KHON KAEN

- ❖ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ
- ❖ การพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อปต.หนองผือ อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์
- ❖ ประเมินผลการฝึกอบรมตามโครงการ CHAMPION โดยประยุกต์ใช้แนวทางการประเมินของเคิร์กแพทริค
- ❖ ประสิทธิภาพโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลหนองบัวโคก อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ
- ❖ การพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักจัดรายการวิทยุในเขตรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่นโดยใช้กระบวนการตลาดเชิงสังคม

# วารสาร



## สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น JOURNAL OF THE OFFICE OF DPC 6 KHON KAEN

**เจ้าของ** สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น  
181/37 ซอยราชประชา ถนนศรีจันทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000  
โทรศัพท์ 043-222818-9 โทรสาร 043-226164

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ผลงานวิจัยและผลิตภัณฑ์ทางวิชาการในการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ
2. เพื่อส่งเสริมการศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

**ที่ปรึกษาภาคีตติยศักดิ์** นายแพทย์คำนวณ อึ้งชูศักดิ์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค  
**ที่ปรึกษา** ดร.นายแพทย์ณรงค์ วังศ์ปา ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น  
นางชวัลรัตน์ แดงหาญ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ  
นางศรีสุนทร วิริยะวิภาต นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

**บรรณาธิการบริหาร** แพทย์หญิงนงลักษณ์ เทศนา นายแพทย์เชี่ยวชาญ  
**บรรณาธิการวิชาการ** แพทย์หญิงศศิธร ตั้งสวัสดิ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ  
**หัวหน้ากองบรรณาธิการ** นางศิมาลักษณ์ ดิถีสวัสดิ์เวทย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  
**ผู้จัดการ** นางนราสินี สติมัย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  
**ผู้ช่วยผู้จัดการ** นางสาวปวีณา จังภูเขียว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
นางสาววิลาสินี โพธิ์วัฒน์ นักกีฏวิทยา

**กองบรรณาธิการ**

นางกนกพร พนิจลิก	นางวันทนา กลางบุรัมย์	นางลักษณ์ หลายทวีวัฒน์
ดร.กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์	ดร.ชาญชัยณรงค์ ทรงคาศรี	ดร.วาสนา สอนเพ็ง
นายกองแก้ว ยะอุป	นายเสรี สิงห์ทอง	นางอรรรณ แจ่มจันทร์
นายบุญทนาการ พรหมภักดี	นายบุญเทียน อาสารินทร์	นางสาวชุตติมา วัชรกุล

**พิสูจน์อักษร** นางสาวกมลทิพย์ กฤษฏารักษ์ นางสาวจาพุภรณ์ ชุมพล นางสาวพิรพรรณ วังอุปัดชา  
**ฐานข้อมูลและสารสนเทศ** นายทวี อารยะสุขวัฒน์ นายธีระพงษ์ สิงห์โตหิน นายสุบรร ปฏิสุทธิ์

**กรรมการฝ่ายทะเบียนและเผยแพร่**

นางสาวสุกัญญา ขอพรงกลาง	นายคำตัด เทอมยางหวาย	นางสุภาพร เกลี่ยกลาง
นายธงชัย เหลลาสา	นางนิศรา เกิดเรณู	นายอภิศักดิ์ ช้วยนา

# บรรณาธิการ



## วีสดีคะ ท่านผู้อ่านที่นับถือทุก ๆ ท่าน

งานวิจัยที่ลงตีพิมพ์ในฉบับนี้มีความหลากหลายน่าสนใจ มีการดูแลสุขภาพของประชาชน ตั้งแต่กลุ่มเด็กเล็ก จนกระทั่งถึงกลุ่มผู้สูงอายุและเรื่องสุดท้ายเป็นการวิจัยในผู้ช่วยสื่อสารสุขภาพ ให้แก่หน่วยงานสาธารณสุขคือ นักจัดรายการวิทยุ เป็นการตอบคำถามว่านักจัดรายการเหล่านี้ ท่านได้ดูแล หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองไปด้วยหรือไม่ เรื่องที่สอง การพัฒนาการดูแลสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กนั้น ยังมีอีกหลายๆโรค หลายๆพฤติกรรม และหลายๆบริบท ที่ยังต้องการนักวิจัยให้เข้าไปช่วยกันวิจัยเพื่อพัฒนา เพราะศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นพื้นที่เสี่ยงต่อโรค และภัยสุขภาพ รวมทั้งโรคมือเท้าปากที่เป็นที่สนใจของสังคมและสื่อต่างๆ เรื่องที่สาม เป็นเรื่องที่น่าอ่านในด้านการวิจัยประเมินผล ซึ่งในปีงบประมาณ 2556 นี้ คณะกรรมการวิจัยของสคร.6 ได้เดินตามแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรสคร.6โดยจัดอบรมการวิจัยเชิงประเมินผล จึงขอประชาสัมพันธ์ให้พี่น้องชาวสาธารณสุขให้มีส่วนร่วมติดตามทางหน้าเว็บไซต์ของสคร.6 ต่อไปค่ะ

แพทย์หญิงนงลักษณ์ เทศนา  
บรรณาธิการ

### ขอขอบคุณผู้อ่านบทความทางวิชาการ

1. แพทย์หญิงศศิธร ตั้งสวัสดิ์
2. นางศิมาลักษณ์ ดิถีสวัสดิ์เวทย์
3. นางวันทนา กลางบุรัมย์
4. นางอมรรัตน์ ภูกาบขาว
5. นางกนกพร พิณีจิลิก
6. นางนราลินี สติมัย
7. ดร.ชาญชัยณรงค์ ทรงคาศรี
8. ดร.กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์
9. นายบุญทนากกร พรหมภักดี
10. นางสาวกมลทิพย์ กฤษฏารักษ์
11. นางสาวจาฟูภรณ์ ชุมพล

# ...คำแนะนำ

# สำหรับผู้เขียน...

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น ยินดีรับบทความวิชาการ รายงานผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับโรค หรือผลงานควบคุมโรคต่างๆ โดยเรื่องที่ต้องไม่เคยตีพิมพ์มาก่อน หรือกำลังตีพิมพ์ในวารสารอื่น ทั้งนี้กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับ และพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

## วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น

เป็นวารสารทางวิชาการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยในลักษณะนิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) จัดพิมพ์ออกเผยแพร่ปีละ 2 ฉบับ

ฉบับที่ 1 ประจำเดือน ต.ค.-มี.ค. ตีพิมพ์สมบูรณ์สัปดาห์แรกของเดือน เม.ย.

ฉบับที่ 2 ประจำเดือน เม.ย.-ก.ย. ตีพิมพ์สมบูรณ์สัปดาห์แรกของเดือน ต.ค.

กำหนดขอบเขตเวลาของการรับเรื่องตีพิมพ์

ฉบับที่ 1 ภายในเดือน ต.ค. ฉบับที่ 2 ภายในเดือน เม.ย.

## ขั้นตอนการดำเนินงานจัดทำวารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ดังนี้

1. ผู้สมัครต้องศึกษาหลักเกณฑ์คำแนะนำสำหรับส่งเรื่องเพื่อตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะไม่รับนิพนธ์ต้นฉบับที่ไม่ถูกแบบฟอร์มและตามกติกา

2. ประกาศรับต้นฉบับ ผู้สมัครต้องกรอกแบบฟอร์มการสมัครพร้อมเอกสารพิมพ์ต้นฉบับ 3 ชุดและแผ่นบันทึกข้อมูล 1 แผ่น

3. กองบรรณาธิการวารสารฯ ตรวจสอบความสมบูรณ์และถูกต้องของต้นฉบับ

4. กองบรรณาธิการวารสารฯ จัดส่งต้นฉบับให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) ในสาขาวิชานั้น ๆ อ่านประเมินต้นฉบับ จำนวน 3 ท่านต่อเรื่อง

5. ส่งให้ผู้เขียนแก้ไขตามผลการอ่านประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review)

6. กองบรรณาธิการวารสารฯ ตรวจสอบความถูกต้อง และจัดพิมพ์ต้นฉบับวารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น

7. จัดส่งต้นฉบับ ดำเนินการจัดทำรูปเล่ม

8. กองบรรณาธิการวารสารฯ ดำเนินการเผยแพร่วารสาร

9. การขอใบรับรองการตีพิมพ์ จะต้องผ่านขั้นตอนครบถ้วนของการตีพิมพ์ จึงจะสามารถออกใบรับรองการตีพิมพ์ได้ (ระยะเวลาดำเนินการขั้นต่ำ 1 เดือน)

## หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์

### 1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

**นิพนธ์ต้นฉบับ** การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับ ดังนี้ บทคัดย่อ บทนำ วัสดุ (หรือผู้ป่วย) และวิธีการ ผลการศึกษา วิจารณ์ สรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 12 หน้า

**รายงานผลการปฏิบัติงาน** ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิจารณ์ผลสรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง

**บทความพินิจวิชา** ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ๆ รวบรวมสิ่งตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่นำสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ ประกอบด้วยบทคัดย่อ บทนำ ความรู้ หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่น่าสนใจเขียนวิจารณ์หรือวิเคราะห์ สรุปเอกสารอ้างอิงที่ค่อนข้างทันสมัย

**ย่อเอกสาร** อาจย่อบทความภาษาต่างประเทศ หรือภาษาไทย **ที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี**

### 2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

**ชื่อเรื่อง** ควรสั้นกระชับรัดให้ได้ใจความที่ครอบคลุม และตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่อง ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

**ชื่อผู้เขียน** ให้มีชื่อผู้เขียนพร้อมทั้งอภิไธยต่อต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

**เนื้อเรื่อง** ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กระชับรัด แต่ชัดเจนเพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน

**บทคัดย่อ** คือการย่อเนื้อหาคำคัญเป็นประโยคสมบูรณ์และเป็นร้อยแก้วไม่แบ่งเป็นข้อ ๆ ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด และมีส่วนประกอบคือ วัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการ ผลและวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ **บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ**

**บทนำ** อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการศึกษา ค้นคว้างานวิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องวัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

**วิธีและวิธีการดำเนินการ** อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกสุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัยตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

**ผล/ ผลการดำเนินงาน** อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบพร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้

**วิจารณ์** ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใดและควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

**สรุป (ถ้ามี)** ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัยอย่างสั้น ๆ รวมทั้งผลการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลงานการวิจัยไปใช้เป็น ประโยชน์ หรือ ให้ข้อเสนอแนะประเด็น ปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

### 3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขในวงเล็บหลังข้อความ หรือ หลังชื่อ บุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลข

เดิม ห้าม ใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิงยกเว้นชื่อย่อต้นและชื่อย่อวารสาร บทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลี่ยง “ติดต่อบุคคล” มาใช้อ้างอิง เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่วไป ให้ระบุชื่อ และวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิง ชื่อวารสารในการอ้างอิง ให้ใช้ชื่อย่อตามรูปแบบของ U.S. Nation Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือในเว็บไซต์ <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/liji.html>

การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารวิชาการมีหลักเกณฑ์ ดังนี้

#### 3.1 วารสารวิชาการ

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

วารสารภาษาไทยชื่อผู้พิมพ์ให้ใช้ชื่อเต็มทั้งชื่อและชื่อสกุล ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็ม ปีที่พิมพ์เป็นปีพุทธศักราช วารสารภาษาอังกฤษใช้ชื่อสกุลก่อน ตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อตัวและชื่อรอง ถ้ามีผู้พิมพ์มากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 6 คนแรก แล้วตามด้วย et al. (วารสารภาษาอังกฤษ) หรือและคณะ (วารสารภาษาไทย) ชื่อวารสารใช้ชื่อย่อตามแบบของ Index Medicus หรือตามแบบที่ใช้ในวารสารนั้น ๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้ายตามตัวอย่างดังนี้

##### 3.1.1 เอกสารจากวารสารวิชาการ

1. วิทยา สวัสดิวัฒนพงศ์, พัชรี เงินตรา, ปรางดี มหาศักดิ์พันธ์, ฉวีวรรณ เขียวกัรัตพงศ์, ยุติ ตาทิพย์. การสำรวจความครอบคลุมและการใช้บริการตรวจหาเมเร็งปากมดลูกในสตรีอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปี 2540. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2541; 7: 20-6.

2. Russell FD, Coppell AL, Davenport AP.

In Vitro enzymatic processing of Radiolabelled big ET-1 in human kidney as a food ingredient. Biochem Pharmacol 1998; 55: 697-701.

##### 3.1.2 องค์การเป็นผู้พิมพ์

1. คณะผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทย์สภาสาร 2538; 24: 190-204.

##### 3.1.3 ไม่มีชื่อผู้พิมพ์

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

##### 3.1.4 บทความในฉบับแทรก

1. วิชัย ต้นไพจิตร. สิ่งแวดล้อม โภชนาการกับสุขภาพ ใน: สมชัย บวรกิตติ, จอห์น พี ลอฟท์ส, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม. สารศิริราช 2539; 48 (ฉบับผนวก): 153-61.

## วิธีการเขียนฉบับแทรก

1. Environ Health Perspect 1994; 102 Suppl 1: 275-82.
2. Semin Oncol 1996; 23 (1 Suppl 2): 89-97.
3. Ann clin Biochem 1995; 32 (pt 3): 303-6.
4. NZ Med J 1994; 107(986 pt): 377-8.
5. Clin Orthop 1995; (320): 110-4.
6. Curr opin Gen Surg 1993: 325-33.

### 3.1.5 ระบุประเภทของบทความ

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

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

## 3.2 หนังสือ ตำรา หรือรายงาน

### 3.2.1 หนังสือหรือตำราผู้พิมพ์เขียนทั้งเล่ม

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์. สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

- หนังสือแต่งโดยผู้พิมพ์

1. ธงชัย สันติวงษ์. องค์การและการบริหาร ฉบับแก้ไขปรับปรุง. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช; 2535.

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

- หนังสือมีบรรณาธิการ

1. วิชาญ วิทยาศาสตร์, ประคอง วิทยาศาสตร์, บรรณาธิการ. เวชปฏิบัติในผู้ป่วยติดเชื่อเอชส์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิเด็ก; 2535.

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

### 3.2.2 บทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

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

1. เกรียงศักดิ์ ธีระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตูจินดา, วินัย สุวดี, อรุณวงษ์ จิราษภรณ์, ประอร ขวลิธ อ่าง, พิภพ จิริภิญโญ, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 424-7.

2. Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

## 3.3 รายงานการประชุม สัมมนา

ลำดับที่. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

1. อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, งามจิตต์ จันทรสาธิต, บรรณาธิการ. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 2 เรื่อง ส่งเสริมสุขภาพ: บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน; 6-8 พฤษภาคม 2541; ณ โรงแรมไบเบ้ทาวเวอร์. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์; 2541.

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

3. Bengtsson S, Solheim BG, Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92.

## 4. การส่งต้นฉบับ

4.1 ให้ใช้โปรแกรม Microsoft Word พิมพ์บทความด้วยรูปแบบอักษร Eucrosia UPC ขนาด 16 ตัวอักษรต่อนิ้ว และ Print หน้าเดียวลงในกระดาษขนาด A4 (21.6 X 27.9 ซม.) และส่งไฟล์ต้นฉบับเอกสารมาพร้อมกับแผ่น CD

4.2 ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพลายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษหนา ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพโปสเตอร์แทนก็ได้หรือ save เป็นไฟล์ .JPEG หรือ .TIFF สำหรับการเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหากอย่าเขียนลงในภาพโปสเตอร์

## 5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาถึงพิมพ์กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณาถึงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งสำเนาพิมพ์ให้ผู้เขียนเรื่องละ 1 ชุด

## ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น ถือเป็นผลงานทางวิชาการหรือวิจัย และวิเคราะห์ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น หรือของกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียนต้องรับผิดชอบบทความของตน



แบบฟอร์มการส่งต้นฉบับเพื่อพิจารณานำลงวารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

1. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/น.ส.).....  
2. วุฒิการศึกษาชั้นสูงสุด..... วุฒिय่อ (ภาษาไทย).....  
วุฒिय่อ (ภาษาอังกฤษ).....

สถานที่ทำงาน ไทย/อังกฤษ.....

3. สถานภาพผู้เขียน  
 อาจารย์ในสถาบันการศึกษา (ชื่อสถาบัน).....  
โปรแกรม.....คณะ.....  
 บุคคลทั่วไป (ชื่อหน่วยงาน).....

4. ขอส่ง  
 นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) เรื่อง.....

5. ชื่อผู้เขียนร่วม (ถ้ามี)..... วุฒिय่อ (ภาษาไทย).....  
วุฒिय่อ (ภาษาอังกฤษ).....

สถานที่ทำงาน ไทย/อังกฤษ.....

6. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก เลขที่..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....  
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....  
โทรศัพท์มือถือ.....โทรสาร.....E-mail.....

7. สิ่งที่ส่งมาด้วย  แผ่นดิสก์ข้อมูลต้นฉบับ ชื่อแฟ้มข้อมูล.....  
 เอกสารพิมพ์ต้นฉบับ จำนวน 3 ชุด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ยังไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาของวารสารอื่น หากข้าพเจ้าขาดการติดต่อในการแก้ไขบทความนานเกิน 2 เดือน ถือว่าข้าพเจ้าสละสิทธิ์ในการลงวารสาร

ลงนาม..... ผู้เขียน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ลงนาม..... อาจารย์ที่ปรึกษา/ผู้บริหาร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

# วารสาร



## สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น JOURNAL OF THE OFFICE OF DPC 6 KHON KAEN

ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 ตุลาคม 2554 - มีนาคม 2555 Volume 19 No.1 October 2011 - March 2012

### สารบัญ

- ❖ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ  
*อมรรัตน์ ภิรมย์ชม, อนงค์ ทาญสกุล* ..... 1
- ❖ การพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน อบต.หนองผือ อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์  
*พิศุภพร ภูอาบอ่อน, วงศา เข้าทศิรวิงศ์* ..... 11
- ❖ ประเมินผลการฝึกอบรมตามโครงการ CHAMPION โดยประยุกต์ใช้แนวทางการประเมินของเคิร์กแพทริก  
*ชัยญภาภักดิ์ วงศ์บัว, กิ่งกาญจน์ จงใจหาญ* ..... 27
- ❖ ประสิทธิภาพโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลหนองบัวโคก อำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ  
*ศรีไพร ปอสิงห์, อนงค์ ทาญสกุล* ..... 39
- ❖ การพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักจัดการวิทยุในเขตรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่นโดยใช้กระบวนการตลาดเชิงสังคม  
*อนันต์ อิศดิการ, จุฬารัตน์ โสตะ*..... 54

# ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ

## Factors Influenced with Self-care Behaviors in Type II Diabetes Mellitus Patients in Nongbuarawae District, Chaiyaphum Province

อมรรัตน์ ภิรมย์ชม ส.ม. (การจัดการสาธารณสุขชุมชน)\*  
อนงค์ หาญสกุล ป.ร.ด. (สาธารณสุขศาสตร์)\*\*

Amornrat Piromchom M.P.H. (Community Health Management)  
Anong Hansakul Ph.D. (Public Health)

\*สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ  
\*\*ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

Nongbuarawae District Public Health Office, Chaiyaphum Province  
Department of Health Education, Faculty of Physical Education  
Srinakharinwirot University

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ขนาดตัวอย่างจำนวน 301 คนโดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนจากผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาค่าความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคซ์ การรับรู้สุขภาวะมีค่าเท่ากับ 0.80 และพฤติกรรมการดูแลตนเอง เท่ากับ 0.79 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปหาค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุดและวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอน โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับการรับรู้สุขภาวะรายด้านและระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้านและภาพรวมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ( $X_1$ ) การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน ( $X_2$ ) รายได้ ( $X_3$ ) และระดับน้ำตาลในเลือดครั้งสุดท้าย ( $X_4$ ) สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลตนเอง ( $\hat{Y}$ ) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ( $F=13.962$ ,  $p\text{-value}<0.001$ ) ซึ่งเขียนเป็นสมการได้ดังนี้  $\hat{Y} = 0.284 + 0.348 (X_1) + 0.260 (X_2) + 0.118 (X_3) + 0.137 (X_4)$  โดยมีความแม่นยำในการพยากรณ์ร้อยละ 25.4 ( $R^2=0.254$ )

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยเพิ่มเติมเกี่ยวกับรูปแบบการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีอิทธิพล พฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การรับรู้สุขภาวะ

## Abstract

This study was a cross-sectional analytical research. The objectives were to identify the factors that can forecast self-care behaviors among type II diabetes mellitus patients. The subjects group consisted of 301 cases of study obtained from type II diabetes mellitus patients in Nongbuarawae District, Chaiyaphum Province by Multi-stage random sampling. The developed questionnaires was used as a tool to collect employed quantitative data. The content validity was improved and adjusted by the suggestion of the experts. Using Cronbach's alpha coefficient tested the reliability of the assessment tools; perceived health were 0.80 level and self-care behaviors 0.79 level. Data analysis was done by computer program. Statistics were to acquire frequencies, percentage, means, standard deviation, minimum, maximum and stepwise multiple regression analysis for statistically significant at 0.05 level.

The result revealed that: perceived health level, self-care behaviors level in type II diabetes mellitus patients at the moderate level. As a result, the factors that significantly influenced their performance were perceived health about perceived benefits of follow-up from guidance technicians ( $X_1$ ), perceived severity of type II diabetes mellitus ( $X_2$ ), net income ( $X_3$ ) and fasting blood sugar ( $X_4$ ) about predicts with self-care behaviors level in type II diabetes mellitus patients ( $F=13.962$ ,  $p\text{-value}<0.001$ ). Follow the equation was  $\hat{Y} = 0.284 + 0.348 (X_1) + 0.260 (X_2) + 0.118 (X_3) + 0.137 (X_4)$ . The accurate for predict was 25.4% ( $R^2=0.254$ ).

In summary, the organization that relate should change self-care behaviors level in type II diabetes mellitus patients for the better, focusing on suitably model of learning processes in type II diabetes mellitus patients.

**Keywords:** Factors influence, Self-care behaviors, Type II diabetes mellitus patients, perceived health

## บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่พบในทุกประเทศ อัตราความชุกของโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ก่อให้เกิดปัญหาสาธารณสุขมากมาย ซึ่งนับวันจะทวีความรุนแรงและเป็นปัญหาสาธารณสุขของหลาย ๆ ประเทศ สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจสุขภาพคนไทยในปี 2547 พบถึง 3.2 ล้านคน<sup>(1)</sup> โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นชนิดที่พบได้บ่อยมาก มักพบในคนอายุมากกว่า 30 ปีที่มีรูปร่างท้วมหรืออ้วน ซึ่งพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายหลายเท่าโดยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถรักษาด้วยการใช้ยาลดน้ำตาลชนิดกินควบคู่กับการควบคุมอาหารและน้ำหนักตัว หากปล่อยปละละเลยแม้จะไม่มีอาการก็สามารถเกิดโรคแทรกซ้อนตามมาในระยะยาว (5-10 ปีต่อมา)<sup>(2)</sup> โดยเฉพาะทางตาคือเบาหวานเข้าจอประสาทตา เฉลี่ยประมาณร้อยละ 25.0 ของผู้ป่วยเบาหวาน (ประมาณ 8 แสนคน) ทำให้มีสายตาสั้นหรือตาบอดตาในที่ที่สุดประมาณร้อยละ 2.0

หากเป็นมานานกว่า 15 ปี ในวัยทำงานหากมีการตรวจรักษาตาในระยะที่เหมาะสมสามารถลดโอกาสตาบอดได้ถึงร้อยละ 50.0 และมากกว่าครึ่งของผู้ป่วยเบาหวานพบความผิดปกติของปลายระบบประสาท ผู้ชายเกินกว่าครึ่งเสื่อมสมรรถภาพทางเพศมีสาเหตุจากโรคเบาหวาน นอกจากนี้ยังมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ได้แก่ โรคหัวใจ เส้นเลือดสมองตีบ โรคไตเรื้อรัง เป็นแผลเรื้อรังบริเวณเท้าต้องตัดเท้าหรือขา ทำให้ผู้ป่วยต้องทุพพลภาพต้องได้รับการดูแลและรักษาอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง<sup>(1)</sup>

หลักสำคัญของการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานคือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับระดับปกติมากที่สุดอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งการที่จะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้นั้นจะเกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ ดังนั้นการปฏิบัติการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ถูกต้องเหมาะสมได้แก่ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการ

ออกกำลังกาย ด้านอารมณ์และสังคม ด้านการรักษา และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างถูกต้องและอย่างต่อเนื่อง จะสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้ ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดอัตราการพิการและการสูญเสียชีวิต<sup>(3)</sup> สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิปี 2553 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 24,459 ราย เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 จำนวน 106 ราย ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 24,353 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 1,913 ราย พบภาวะแทรกซ้อนจำนวน 3,892 ราย<sup>(4)</sup> จากการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลหนองบัวระเหวปี พ.ศ.2553 มีผู้ป่วยเบาหวาน 764 ราย เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 จำนวน 2 ราย และเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 762 ราย ซึ่งพบว่าอัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลอยู่ระหว่าง 80-130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรร้อยละ 27.81 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนรายใหม่ทั้งหมดร้อยละ 5.92<sup>(5)</sup>

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาพฤติกรรม การดูแลตนเองและปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อไป

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรม การดูแลตนเอง การรับรู้สุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ

## ขอบเขตการศึกษา

ศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมดในอำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ ปี 2553 จำนวน 762 ราย

## วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analytical research) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกับประชากรที่ศึกษาคือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีขนาดตัวอย่างจำนวน 301 คน โดยคำนวณจากสูตร

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

## วิธีการสุ่มตัวอย่าง

โดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) มีขั้นตอนดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** แยกผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนของแต่ละสถานบริการในอำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 7 สถานบริการ เท่ากับ 7 ชัยภูมิ

**ขั้นตอนที่ 2** สุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แต่ละตำบล โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับสลากแบบไม่ใส่คืน จนได้จำนวนกลุ่มเป้าหมายครบ 301 คน โดยแบ่งเป็นอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานชายต่อผู้ป่วยโรคเบาหวานหญิง (1 : 3) ทำการศึกษาระหว่างเดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2554

## เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

ใช้แบบสอบถาม ประกอบไปด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ยาที่ใช้ โรคแทรกซ้อน ระดับน้ำตาลครั้งสุดท้าย

ส่วนที่ 2 การรับรู้สุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการใช้ยา และติดตามการรักษา ด้านสุขภาพอนามัยทั่วไป และการป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อน ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ทดลองใช้แบบสอบถาม (Try Out) กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ชุด นำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคซ์ (Cronbach's Alpha Coefficient:  $\alpha$ ) โดยในส่วนของ การรับรู้สุขภาพมีค่าเท่ากับ 0.80 แปลผลข้อมูลระดับการรับรู้สุขภาพและระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง แบ่งเป็น 3 ระดับ<sup>(6)</sup> คือ

คะแนนมากกว่า  $\bar{X} + 1$  S.D. หมายถึงอยู่ในระดับสูง

คะแนนระหว่าง  $\bar{X} \pm 1$  S.D. หมายถึงอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนน้อยกว่า  $\bar{X} - 1$  S.D. หมายถึงอยู่ในระดับต่ำ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด เพื่ออธิบายข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล และใช้สถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์หาปัจจัยที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการวิเคราะห์ระดับถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอน (Multiple Linear Regression Analysis Stepwise Method) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05<sup>(7)</sup>

$$\hat{y} = a + b_1 x_1 + b_2 x_2 + \dots + b_k x_k$$

เมื่อ  $\hat{y}$  แทน คะแนนพยากรณ์ของตัวเกณฑ์ (ตัวแปรตาม)

a แทน ค่าคงที่ของสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

$b_1 b_2 \dots b_k$  แทนค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของ

ตัวพยากรณ์ตัวที่ 1 ถึงตัวที่ k ตามลำดับ

$x_1 x_2 \dots x_k$  แทนคะแนนของตัวพยากรณ์ (ตัวแปรอิสระ) ตัวที่ 1 ถึงตัวที่ k ตามลำดับ

k แทน จำนวนตัวพยากรณ์ (ตัวแปรอิสระ)

### ข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์การถดถอย

การวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis) ซึ่งผู้ศึกษาเลือกใช้วิธีการคัดเลือกตัวแปรอิสระเข้าสู่สมการ (Stepwise Method) โดยก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลได้ทำการตรวจสอบเงื่อนไขการวิเคราะห์การถดถอยพบว่า ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามเป็นตัวแปรเชิงปริมาณและมีการแจกแจงปกติ ตัวแปรอิสระแต่ละตัวไม่มีความสัมพันธ์กัน ค่าความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการพยากรณ์พบว่าการแจกแจงแบบปกติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0 ค่าแปรปรวนคงที่ ค่าความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระต่อกัน

### ผลการวิจัย

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 75.08 อยู่ในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 45.85 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 60 ปี (S.D.=10.27) มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุดร้อยละ 79.40 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 75.08 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 51.83 มีรายได้ที่ยังไม่หักค่าใช้จ่ายต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 84.38 มีค่ามัธยฐานของรายได้เฉลี่ย 2,000 บาท (Min=500, Max=60,000) มีระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานอยู่ระหว่าง 1-10 ปีร้อยละ 79.40 มีค่ามัธยฐานระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 6 ปี (Min=1, Max=49) ยาที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นยากินร้อยละ 96.35 และไม่มีโรคแทรกซ้อนร้อยละ 56.15 ส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลในเลือดครั้งสุดท้ายน้อยกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรร้อยละ 53.49

#### ส่วนที่ 2 การรับรู้สุขภาพ

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิด

ที่ 2 ส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 78.41 การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 83.72 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่อยู่

ในระดับปานกลางร้อยละ 62.13 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 45.18 และมีระดับการรับรู้สุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 67.44 ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของระดับคะแนนการรับรู้สุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอหนองบัว-ระเหว จังหวัดชัยภูมิ (n=301)

การรับรู้สุขภาพ	$\bar{X} \pm S.D.$	Range	สูง	ปานกลาง	ต่ำ
			จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. การรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน	9.99 ± 1.09	6-12	27 (8.97)	236 (78.41)	38 (12.62)
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน	13.03 ± 1.05	9-15	21 (6.98)	252 (83.72)	28 (9.30)
3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่	12.72 ± 2.00	6-15	82 (27.24)	187 (62.13)	32 (10.63)
4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพ	7.04 ± 1.72	3-9	93 (30.90)	136 (45.18)	72 (23.92)
5. ระดับคะแนนการรับรู้สุขภาพโดยรวม	42.80 ± 4.20	29-51	43 (14.29)	203 (67.44)	55 (18.27)

**ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเอง**

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 68.44 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 62.46 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการใช้ยาและติดตามการรักษาอยู่ในระดับ

ปานกลางร้อยละ 73.75 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการดูแลสุขภาพพอนามัยร่างกายอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 47.18 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 56.48 และพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 62.46 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในอำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ (n=301)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	$\bar{X} \pm S.D.$	Range	สูง	ปานกลาง	ต่ำ
			จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. การควบคุมอาหาร	8.63 ± 1.49	6-12	37 (12.29)	206 (68.44)	58 (19.27)
2. การออกกำลังกาย	10.29 ± 2.86	5-15	50 (16.61)	188 (62.46)	63 (20.93)
3. การใช้ยาและ ติดตามการรักษา	12.70 ± 1.73	7-15	42 (13.95)	222 (73.75)	37 (12.30)
4. การดูแลสุขภาพ อนามัยร่างกาย	10.52 ± 1.28	5-12	100 (33.22)	142 (47.18)	59 (19.60)
5. การป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน	12.34 ± 2.28	6-15	57 (18.94)	170 (56.48)	74 (24.58)
6. พฤติกรรมการดูแล ตนเองโดยรวม	54.49 ± 6.23	39-67	54 (17.94)	188 (62.46)	59 (19.60)

จากการศึกษาพบว่า มีตัวแปร 4 ตัวแปรคือ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ( $X_1$ ) การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน ( $X_2$ ) รายได้ ( $X_3$ ) และระดับน้ำตาลครั้งสุดท้าย ( $X_4$ ) ที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value<0.001) ซึ่งตัวแปรทั้งสี่สามารถอธิบายการผันแปรพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 25.4 ( $R^2=0.254$ ) สามารถเขียนสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบได้ดังต่อไปนี้

$$\hat{Y} = 0.284 + 0.348 (X_1) + 0.260 (X_2) + 0.118 (X_3) + 0.137 (X_4)$$

เขียนสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$Z = 0.351 (X_1) + 0.186 (X_2) + 0.147 (X_3) + 0.140 (X_4)$$

สรุปผลการทดสอบสมมติฐานได้ว่า ตัวแปรอิสระได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน รายได้และระดับน้ำตาลในเลือดครั้งสุดท้าย สามารถร่วมกันพยากรณ์การผันแปรของตัวแปรตามคือ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยมีค่าความแม่นยำในการพยากรณ์ร้อยละ 25.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F=13.962$ ,  $p$ -value<0.001) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอน (Multiple Linear Regression Analysis Stepwise Method) ในการพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ

ปัจจัย	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	B	$\beta$	95%CI	p-value
1. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ( $X_1$ )	301	12.727	0.348	0.351	0.453-1.101	<0.001
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน ( $X_2$ )	301	13.033	0.260	0.186	1.124-2.356	0.008
3. รายได้ ( $X_3$ )	301	3622.260	0.118	0.147	0.000-0.000	0.035
4. ระดับน้ำตาลครั้งสุดท้าย ( $X_4$ )	301	147.050	0.137	0.140	-0.027-0.007	0.04
		R=0.504	R <sup>2</sup> =0.254	F=13.962	p-value<0.001	

### การอภิปรายผลการวิจัย

#### 1. การรับรู้สุขภาพ

การรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานมีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 78.41 ( $\bar{X}$  =9.99, S.D.=1.09) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอโณทัย เหล่าเที่ยง<sup>(8)</sup> ที่ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน โรงพยาบาลฮอด จังหวัดเชียงใหม่ ( $\bar{X}$  =40.33, S.D.=4.75)

การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานมีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 83.72 ( $\bar{X}$  =13.03, S.D.=1.05) ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของไมยรา เศรษฐมาต<sup>(9)</sup> ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลดอนมดแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคอยู่ในระดับดี ( $\bar{X}$  =2.97, S.D.=0.59)

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 62.13 ( $\bar{X}$  =12.72, S.D.=2.00) จากผลการศึกษาพบว่าไม่สอดคล้องกับการศึกษาของไมยรา เศรษฐมาต<sup>(9)</sup>

ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลดอนมดแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ( $\bar{X}$  =2.99, S.D.=0.02)

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพมีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 45.18 ( $\bar{X}$  =7.04, S.D.=1.72) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอโณทัย เหล่าเที่ยง<sup>(8)</sup> ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน โรงพยาบาลฮอด จังหวัดเชียงใหม่ ( $\bar{X}$  =25.55, S.D.=2.94)

#### 2. พฤติกรรมการดูแลตนเอง

ด้านการควบคุมอาหาร พบอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 19.27 ระดับปานกลางร้อยละ 68.44 และระดับสูงร้อยละ 12.29 ซึ่งส่วนใหญ่พบอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 68.44 มากกว่าการศึกษาของจรรยา ธัญน้อม<sup>(10)</sup> ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลเวียงยอง อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน ในระดับพอใช้ร้อยละ 67.6 โดยผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่อายุ 45-59 ปี มีอาชีพรับจ้าง และน้อยกว่าการศึกษาของจิตราพันธ์

กุลทันท<sup>(11)</sup> ที่ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ที่เป็นเบาหวานที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่าด้านการควบคุมอาหารอยู่ในระดับสูงร้อยละ 85.23 โดยผู้ป่วยเบาหวานอายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปีมีอาชีพรับจ้าง แตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปและมีอาชีพเกษตรกร และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าด้านการควบคุมอาหารอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 19.27 อาจเป็นเพราะผู้ป่วยยังขาดความรู้ ความเข้าใจว่าควรงดหรือหลีกเลี่ยงอาหารประเภทใดบ้างที่จะก่อให้เกิดผลเสียในการควบคุมโรคเบาหวาน

ด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 20.93 ระดับปานกลางร้อยละ 62.46 และระดับสูงร้อยละ 16.61 ซึ่งส่วนใหญ่พบอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=10.29$ , S.D.=2.86) สอดคล้องกับการศึกษาของศุภลักษณ์ จันทาญ<sup>(12)</sup> ที่ศึกษาการบริการสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่ายของโรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ( $\bar{X}=2.51$ , S.D.=0.42) เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีสถานภาพสมรสคู่ ประกอบอาชีพเกษตรกร จบการศึกษาประถมศึกษา และระยะเวลาป่วย 1-9 ปีเหมือนกัน และในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 20.93 อาจเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งมีภาระการทำงานบ้านมากอยู่แล้ว จึงถือว่างานที่ทำอยู่เป็นการออกกำลังกายและผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางเสื่อมลง มีข้อจำกัดเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อและกระดูก ทำให้เป็นอุปสรรคในการออกกำลังกาย

ด้านการใช้ยาและติดตามการรักษาอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 12.30 ระดับปานกลางร้อยละ 73.75 และระดับสูงร้อยละ 13.95 ซึ่งส่วนใหญ่พบอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 73.75 มากกว่าการศึกษาของจรรยา ธัญน้อม<sup>(10)</sup> ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

ตำบลเวียงยอง อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน ผลการศึกษาพบว่า ด้านการใช้ยาอยู่ในระดับดีร้อยละ 51.5 ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 45-59 ปี และมีอาชีพรับจ้าง ส่วนการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปและมีอาชีพเกษตรกร

ด้านการดูแลสุขภาพอนามัยร่างกายอยู่ในระดับระดับต่ำร้อยละ 19.60 ระดับปานกลางร้อยละ 47.18 และระดับสูงร้อยละ 33.22 ซึ่งส่วนใหญ่พบอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 47.18 มากกว่าการศึกษาของจรรยา ธัญน้อม<sup>(10)</sup> ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลเวียงยอง อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน ระดับพอใช้ร้อยละ 46.5 โดยผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่อายุ 45-59 ปี มีอาชีพรับจ้าง ส่วนการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และมีอาชีพเกษตรกร และในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ด้านการดูแลสุขภาพอนามัยร่างกายอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 19.60 ผู้ป่วยอาจไม่เห็นความสำคัญหรือทราบถึงความจำเป็นในการที่จะต้องตรวจตา อีกทั้งบุคลากรที่จะให้บริการด้านนี้ไม่เพียงพอ ค่าใช้จ่ายตลอดจนความสะดวกของการเดินทางที่จะมารับบริการในโรงพยาบาล

ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 24.58 ระดับปานกลางร้อยละ 56.48 และระดับสูงร้อยละ 18.94 ซึ่งส่วนใหญ่พบอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภลักษณ์ จันทาญ<sup>(12)</sup> ที่ศึกษาการบริการสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่ายของโรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ( $\bar{X}=2.50$ , S.D.=0.40) เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สถานภาพสมรสคู่ อาชีพเกษตรกร จบการศึกษาประถมศึกษา และระยะเวลาป่วยอยู่ในช่วง 1-10 ปีเหมือนกัน และในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 24.58 อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยอาจไม่เห็นถึงความสำคัญของการพกพาน้ำตาล ลูกอมหรือขนมหวานติดตัว และเมื่อมีอาการตัวสั่น เหงื่อออกคล้ายจะเป็นลม ให้รับประทานอาหารที่มีน้ำตาลหรือแป้ง

### 3. ปัจจัยที่สามารถร่วมพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลตนเอง

ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่ามี 4 ตัวแปร คือ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคเบาหวาน รายได้ และระดับน้ำตาลในเลือดครั้งสุดท้าย ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สามารถเลือกแนวทางของการปฏิบัติได้ดี จะส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และทำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอเพื่อลดภาวะความเจ็บป่วยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามด้านการดูแลตนเองเพราะรู้ว่าโรคเบาหวานไม่สามารถรักษาให้หายขาดจะต้องรับประทานยา รักษาไปตลอดชีวิต ส่วนรายได้ส่งผลต่อผู้ป่วยเบาหวานคือผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมสูงจะมีโอกาสดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพและเอื้ออำนวยให้สามารถได้รับอาหารที่เหมาะสม ระดับน้ำตาลในเลือดส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตนในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนและการจัดการความเครียด รวมทั้งการใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสม

### ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

#### 1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรปรับเปลี่ยนรูปแบบและแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวานในแต่ละพื้นที่

2) ควรส่งเสริมให้มีการรวมกลุ่มและสร้างเครือข่ายในการดูแลตนเอง โดยมีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เป็นการพบปะสังสรรค์ในสมาชิก ทำให้การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

#### 2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1) จากการศึกษาวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ชนิดที่ 2 ยังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ ด้านป้องกันภาวะแทรกซ้อน ด้านการออกกำลังกาย ด้านการดูแลสุขภาพอนามัยและด้านการควบคุมอาหาร ควรมีการจัดทำโครงการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองในแต่ละด้านที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

2) จากการศึกษาวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวนหนึ่งมีระดับการรับรู้สุขภาพอยู่ในระดับต่ำจึงควรจะเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการให้คำปรึกษาหรือสุขศึกษาเพิ่มเติม และมีกิจกรรมให้ความรู้ที่สอดคล้องและเหมาะสมกับชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

### ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับรูปแบบการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

2. ควรมีการพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อเป็นการส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

3. ควรมีการศึกษาเชิงทดลองโดยการจัดโปรแกรมการรับรู้สุขภาพโดยจำแนกตามปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล

4. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นที่คาดว่าจะมีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เช่น ความวิตกกังวล ความพึงพอใจ

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ดร.พัชนี จินชัย มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ที่ให้ข้อเสนอแนะด้านเนื้อหาที่เป็นประโยชน์พร้อมเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ขอขอบพระคุณ ดร.ชาญชัยณรงค์ ทรงศาตร์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น ที่ให้คำแนะนำด้านสถิติพร้อมเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย และขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยอีก 3 ท่าน ได้แก่ 1. แพทย์หญิงมัลลิกา วินิจฉัย แพทย์ประจำคลินิกเฉพาะโรค รพ.หนองบัวระเหว 2. นางนภางค์ดาวมาด้วง หัวหน้างานคลินิกเฉพาะโรค รพ.หนองบัวระเหว

3. น.ส.ประอรนุช เชื้อถื้อ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
งานคลินิกเฉพาะโรค รพ.หนองบัวระเหว

### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.  
ร่างแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย. คณะกรรมการ  
อำนวยการลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อโรคไม่  
ติดต่อเรื้อรัง; เอกสารประกอบการประชุมกระทรวง  
สาธารณสุข ครั้งที่ 11/2550 วันที่ 20 ธันวาคม  
2550; 2550.
2. สุธเกียรติ อาชานานุภาพ. “สารานุกรมทันโรค”  
หมอชาวบ้าน (ออนไลน์). (20 กรกฎาคม 2553);  
<http://www.doctor.or.th.html>; 2552.
3. ฉันทิกา นามวงษา. การปฏิบัติการดูแลตนเองด้าน  
โภชนาการและสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. แผนพัฒนา  
สาธารณสุข ปี พ.ศ. 2553-2556 จังหวัดชัยภูมิ.  
(ออนไลน์). (20 มกราคม 2554); <http://www.cpho.moph.go.th>; 2551.
5. โรงพยาบาลหนองบัวระเหว. สรุปผลการดำเนินงาน  
คปสอ.หนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ ปี 2553.  
คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ  
อำเภอหนองบัวระเหว; 2553.
6. เพชรน้อย สิงห์ช่วงชัย. สถิตินอนพาราเมตริกเพื่อ  
การวิจัยทางการแพทย์. (พิมพ์ครั้งที่ 1). คณะ  
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
จังหวัดสงขลา; 2534.
7. อรุณ จิรวัดน์กุล. ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทาง  
วิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น:  
คลังนานาวิทยา; 2551.
8. อโณทัย เหล่าเที่ยง. ความเชื่อด้านสุขภาพและ  
พฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2550.
9. ไมยรา เศรษฐมาศ. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม  
การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2  
โรงพยาบาลดอนมดแดง อำเภอดอนมดแดง  
จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
10. จรรยา ธัญน้อม. ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเอง  
ของผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลเวียงยอง อำเภอเมือง  
จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุข  
ศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย  
เชียงใหม่; 2549.
11. จิตรานันท์ กุลทนนท์. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน  
และพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ที่  
เป็นเบาหวานที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลฝาง  
จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล  
ศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย  
เชียงใหม่; 2551.
12. ศุภลักษณ์ จันทาญ. การบริการสุขภาพกับ  
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย  
เบาหวานชนิดที่ 2 ของศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่าย  
ของโรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2546.

# การพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อบต.หนองผือ อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

## Family and Community Participation in Oral Health Promotion System Development of Children in Nongphu Child Care Center, Khaowong District, Kalasin Province

พิกุลพร ภูอาบอ่อน ท.บ.\*

วงศา เล้าหศิริวงศ์ ปร.ด. (การจัดการภาครัฐ)\*\*

\* โรงพยาบาลเขาวง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

\*\*ภาควิชาบริหารการสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Pikulporn Bhuarbon D.D.S

Wongsa Laohasiriwong Ph.D. (Public Health Sector Management)

Khaowong Hospital, Khaowong District, Kalasin Province

Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health,  
Khon Kaen University

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อบต.หนองผือ อ.เขาวง จ.กาฬสินธุ์ ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เก็บรวบรวมข้อมูลโรคฟันผุในเด็กและพฤติกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องร่วมกับการสังเกต สทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึก ด้วยแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น นำเสนอข้อมูลเชิงปริมาณด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และใช้สถิติ paired t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (p-value<0.05)

ผลการศึกษา เด็กในศูนย์พัฒนาเด็ก อบต.หนองผือ จำนวน 174 คน อายุเฉลี่ย  $4.8 \pm 1.2$  ปี พบอัตราการเกิดโรคฟันผุร้อยละ 79.3 ภายหลังจากพัฒนาระบบพบว่า ผู้ปกครองมีความรู้ในเรื่องสาเหตุของการเกิดฟันผุ ช่วงเวลาที่ควรเริ่มต้นแปรงฟันให้เด็ก และการปล่อยให้เด็กหลับคาขวดนมทำให้เกิดฟันผุร้อยละ 55.1 และ 50.6 ด้านทัศนคติพบว่า ร้อยละ 86.8 เห็นด้วยว่าเมื่อเด็กมีฟันน้ำนมผุจำเป็นต้องได้รับการรักษา และร้อยละ 85.6 เห็นด้วยว่าการฝึกให้เด็กแปรงฟันก่อนเข้านอนเป็นสิ่งจำเป็น การปฏิบัติพบว่า ร้อยละ 46.0 และ 69.5 ของผู้ปกครองพาเด็กไปรับบริการทันตกรรมและตรวจความสะอาดช่องปากเด็กหลังแปรงฟัน สรุปว่าผู้ปกครองมีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) ครูเด็กเล็กจัดกิจกรรมเรียนรู้และฝึกทักษะการดูแลช่องปากให้กับเด็ก ผู้บริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้การสนับสนุนงบประมาณและกำหนดนโยบายเด็กเล็กสุขภาพฟันดี และทันตบุคลากรมีการปรับเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้สนับสนุนให้ข้อมูล และกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

การนำแนวคิดการมีส่วนร่วมมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก ส่งผลให้เด็กได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างเหมาะสมจากครอบครัว ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและทันตบุคลากร

คำสำคัญ: การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก การมีส่วนร่วม ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

## Abstract

The objective of this action research was to develop an oral health promotion system of children in childcare center through family and community participation. The study was conducted from 174 children and their family in Nongphu childcare center, Khaowong district, Kalasin Province. Quantitative data was collected from children oral health status, oral health behavior survey. Qualitative data was collected by participatory observation, focus group discussion, in depth interview. The data were analyzed using descriptive statistics in relation to frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, median and paired t – test with statistically significant 0.05 ( $p - value < 0.05$ ) to compare the difference of data before and after the development.

The results found that 174 children, age  $4.8 \pm 1.2$  years, most of the children had dental caries (79.3%). After the system implementation it was found that the parents' knowledge, attitude and behaviors were statistically significant improved ( $p - value < 0.001$ ). The parents had increasing knowledge about time period to begin tooth brushing and sleeping with bottle feeding were causes dental caries (55.1 and 50.6%). The parents have increasing positive attitude of dental treatment if their children had dental caries and brushing before bedtime (86.8 and 85.6%). The parents' behavior was improved; their children received dental treatment by dental personal and oral examination after tooth brushing by their parents (46.0 and 69.5%). The teacher had activities and exercise for children about teeth brushing. The childcare center announced oral health promotion policies and allocated financial support as well as continuously organized oral health promotion activities. Dental health personnel reoriented their child oral health strategies form health educator to facilitator and advocacy. This study demonstrated the application of family and community participation concepts to developed oral health promotion programs which successfully improved children's oral health care behavior.

**Keywords:** Oral health promotion, Participation, Child Care Center

## บทนำ

เด็กเล็กเป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา และสังคมอย่างรวดเร็ว จากรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศในปี พ.ศ.2549-2550 พบว่า เด็กไทยอายุ 3 ปี มีอัตราการชุกของโรคฟันผุร้อยละ 61.4 และในเด็กอายุ 5 ปี มีอัตราชุกของโรคฟันผุสูงขึ้นถึงร้อยละ 80.64<sup>(1)</sup> แม้ว่าโรคฟันผุเป็นปัญหาสุขภาพที่ไม่รุนแรงแต่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านสติปัญญา บุคลิกภาพ และคุณภาพชีวิตของเด็ก โรคฟันผุที่ลุกลามจะทำให้เด็กมีอาการปวด นอนไม่หลับ เคี้ยวอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ และผักผลไม้ไม่ได้ ซึ่งส่งผลต่อภาวะโภชนาการของเด็ก<sup>(2-3)</sup> ปัจจัยสำคัญต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กเล็กที่พบสอดคล้องกันหลายการศึกษา คือพฤติกรรมการบริโภคขนม นมรสหวาน เครื่องดื่มที่มีน้ำตาล และการ

ทำความสะอาดช่องปากที่ไม่ดีพอ<sup>(4-6)</sup> มีรายงานว่าเด็กเล็กที่มีการบริโภคขนมกรุบกรอบมากจะส่งผลให้เด็กรับประทานอาหารมื้อหลักและผักผลไม้ลดลง<sup>(7)</sup> การทำความสะอาดช่องปาก พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่มักละเลยไม่ให้ความสำคัญกับการแปรงฟัน หรือปล่อยให้เด็กแปรงฟันเองโดยไม่มีการควบคุมดูแล<sup>(8)</sup>

การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการดำเนินการโดยทันตบุคลากรและครูเด็กเล็ก ในรูปแบบ “หมอมือคิดให้ครูทำ”<sup>(9)</sup> และมุ่งเน้นไปที่การลดโรคฟันผุ ซึ่งพบว่าไม่ประสบความสำเร็จในระยะยาว เนื่องจากขาดการมีส่วนร่วมจากผู้ปกครอง และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จากแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ ได้เปลี่ยนแนวทางการดำเนินงานจากการเน้นเรื่องการลด “โรค” (disease oriented) มาเน้นเรื่องการสร้าง “สุขภาพดี” (health

oriented)<sup>(10)</sup> ทำให้การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กไม่จำกัดเฉพาะทันตบุคลากรเพียงฝ่ายเดียวอีกต่อไป แต่เป็นบทบาทที่ทุกคนที่เกี่ยวข้องสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาได้ และการที่จะทำให้สิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ปกครอง ครูเด็กเล็ก และผู้บริหารศูนย์เด็กเล็กเป็นหลัก เพราะการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กเป็นเรื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งการกินและการทำความสะอาดช่องปากซึ่งผู้ปกครองและครูต้องเอาใจใส่ กำกับดูแล และฝึกฝนให้เด็กมีพฤติกรรมที่เหมาะสม และปฏิบัติจนเป็นนิสัย ร่วมกับการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม การสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม<sup>(11)</sup> และงบประมาณจากผู้บริหาร ส่วนทันตบุคลากรต้องเปลี่ยนบทบาทจากการเป็นผู้สอน (educator) มาเป็นผู้ให้ข้อมูล กระตุ้น ช่วยเหลือ (facilitator) และให้การชี้แนะสนับสนุน (advocacy)<sup>(11)</sup> เน้นการพัฒนาศักยภาพ “คน” และ “ชุมชน” ซึ่งเป็นกระบวนการที่ทำให้ประชาชนมีความสามารถในการควบคุม และสร้างเสริมสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น

ดังนั้นเพื่อให้การส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กเล็กมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงเลือกศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อบต.หนองผือ อำเภอกาบัง จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นกรณีศึกษาเพื่อพัฒนาระบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ให้ทุกฝ่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ ตั้งแต่การรับรู้สภาพปัญหา เห็นความจำเป็นที่ต้องดำเนินการและร่วมกันกำหนดรูปแบบหน้าที่ความรับผิดชอบในการดำเนินงานร่วมกัน เพื่อให้ได้ระบบต้นแบบในการทำงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กเล็กต่อไป

## วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาระบบงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อบต.หนองผือ อ.กาบัง จ.กาฬสินธุ์

## วิธีการศึกษา

### รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

1. การศึกษาสถานการณ์ปัญหาและพฤติกรรมต่างๆเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากเด็ก
2. นำเสนอข้อมูลแก่ผู้เกี่ยวข้อง และร่วมกันกำหนดแนวทางการดำเนินงาน
3. การดำเนินกิจกรรมใน 3 ระดับ คือ ครอบครัว ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และทันตบุคลากร
4. การติดตามประเมินผลก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ปกครองและเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อบต.หนองผือ อ.กาบัง จ.กาฬสินธุ์ จำนวน 174 คน รวมทั้งครูผู้ดูแลเด็กและผู้บริหารศูนย์เด็กเล็ก โดยดำเนินการศึกษาตั้งแต่ตุลาคม 2551-เมษายน 2553

### เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบบันทึกการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณได้แก่ แบบตรวจช่องปาก โดยดัดแปลงจากแบบสำรวจสุขภาพช่องปาก โครงการพัฒนารูปแบบส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ศูนย์ทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ ผู้ตรวจช่องปากผ่านการปรับมาตรฐาน % agreement ร้อยละ 84 และ Kappa เท่ากับ 0.87 และแบบสอบถามผู้ปกครองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 2 ชุด โดยชุดที่ 1 เป็นการศึกษาสถานการณ์ปัญหาสุขภาพช่องปากเด็ก ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการแปรงฟัน การบริโภคนมและขนม ปัญหาสุขภาพช่องปากและการรักษาที่ได้รับ และชุดที่ 2 เป็นแบบประเมินความรู้ ทักษะและการปฏิบัติของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก เพื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม ซึ่งแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านและตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ด้วยวิธี Cronbach's Alpha Coefficient ได้ค่าความเที่ยงในภาพรวมเท่ากับ 0.84

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพได้แก่ การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ในกลุ่มผู้ปกครอง การ

สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ในผู้บริหารศูนย์เด็กเล็ก ครูเด็กเล็กและตัวแทนผู้ปกครอง และใช้การสังเกต (Observation) ระหว่างการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ

การวัดและการแปลผลความรู้ ทักษะคิดและพฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก

1. การวัดความรู้วัดโดยการสอบถามแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจำนวน 11 ข้อ

ถ้าตอบถูก ได้ 1 คะแนน

ถ้าตอบผิดหรือไม่แน่ใจ ได้ 0 คะแนน

ช่วงคะแนนความรู้อยู่ระหว่าง 0-11 คะแนน

2. การวัดทัศนคติ เป็นการวัดความรู้สึก “เห็นด้วย” หรือ “ไม่เห็นด้วย” หรือ “ไม่แน่ใจ” ตามแบบสอบถามจำนวน 10 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ความคิดเห็น ข้อทัศนคติเชิงบวก ข้อทัศนคติเชิงลบ

เห็นด้วย 3 คะแนน 1 คะแนน

ไม่แน่ใจ 2 คะแนน 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วย 1 คะแนน 3 คะแนน

3. การวัดการปฏิบัติ เป็นการวัดความสม่ำเสมอในการปฏิบัติ จำนวน 8 ข้อ แบ่งการวัดเป็น 3 ระดับ และมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

การปฏิบัติ                      เกณฑ์การให้คะแนน

เป็นประจำหรือทุกครั้ง      3 คะแนน

เป็นบางครั้ง                    2 คะแนน

ไม่ได้ปฏิบัติ                    1 คะแนน

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลนำมาตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนสมบูรณ์ บันทึกและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และ paired t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนและหลังดำเนินการ

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ทำการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Data triangulation) โดยตรวจสอบข้อมูลจากแหล่งที่ต่างกัน ใช้วิธีเก็บข้อมูลที่ต่างกัน เพื่อยืนยันว่า

ข้อมูลถูกต้อง เป็นจริง และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลเพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในประเด็นปัญหาที่ศึกษา

## จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

## กิจกรรมดำเนินการ

การพัฒนาาระบบส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ดำเนินการ 4 ขั้นตอน คือ

**ขั้นตอนที่ 1** การศึกษาสถานการณ์ปัญหาและพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากเด็ก ประกอบด้วยการตรวจสอบภาวะโรคฟันผุเด็กและสำรวจข้อมูลพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากเด็กจากผู้ปกครอง

**ขั้นตอนที่ 2** นำเสนอผลการสำรวจแก่ผู้เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยตัวแทนผู้ปกครอง ผู้นำชุมชน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองผือ ปลัดและหัวหน้าส่วนการศึกษาขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองผือ ครูเด็กเล็กของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อบต.หนองผือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขศูนย์สุขภาพชุมชนหนองผือ ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านนาตาหลิวและทันตบุคลากร ที่ประชุมได้ร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูล ปัญหา ปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากเด็ก ทบทวนแนวความคิดการส่งเสริมสุขภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ การวางแผนเพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหา ที่ประชุมได้ร่วมกันกำหนดแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กให้ครอบคลุม 3 ระดับ ได้แก่

ระดับครอบครัว กำหนดให้มีการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ให้ผู้ปกครองแต่ละคนได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก โดยทันตบุคลากรเป็นผู้กระตุ้น ชี้แนะ และสนับสนุนข้อมูลทางวิชาการ

ระดับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก กำหนดให้มีกิจกรรมการประชุมบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้บริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เจ้าหน้าที่ส่วนการศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลหนองผือ ครูเด็กเล็ก แม่ครัว เห็นความสำคัญ และมีความรู้ความเข้าใจในบทบาทของตนเอง ในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเพื่อให้เด็กมีสุขภาพช่องปากที่ดี เพื่อให้มีการกำหนดนโยบายและให้การสนับสนุนงบประมาณในการจัดอาหารที่ปลอดภัยและมีประโยชน์ การจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ระดับผู้ให้บริการทันตสุขภาพ ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน ให้ข้อมูลสนับสนุนทางวิชาการ และจัดกิจกรรมตรวจสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และทาฟลูออไรด์วานิชปีละ 2 ครั้ง มีการแจ้งผลการตรวจให้ครูเด็กเล็กและผู้ปกครองทราบ ให้คำแนะนำและให้การรักษาที่เหมาะสมในรายที่มีปัญหา

**ขั้นตอนที่ 3** การดำเนินการตามแผนการพัฒนามี 3 รูปแบบ คือ 1) การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กในกลุ่มผู้ปกครอง ทั้งหมด 10 ครั้ง กระจายไปในแต่ละชุมชนทั้ง 10 หมู่บ้านในเขตตำบลหนองผือ เพื่อส่งเสริม กระตุ้นให้ผู้ปกครองได้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน เพื่อให้ผู้ปกครองเห็นความสำคัญ และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก 2) ผู้บริหารศูนย์เด็กเล็กกำหนดนโยบาย “เด็กเล็กสุขภาพฟันดี” และสนับสนุนงบประมาณในการจัดอาหารปลอดภัย และกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันในศูนย์พัฒนา

เด็กเล็กและ 3) การตรวจสุขภาพช่องปากเด็กและทาฟลูออไรด์วานิชแจ้งผลการตรวจแนะนำให้ผู้ปกครองพาเด็กที่มีปัญหาไปรับการรักษาโดยทันตบุคลากร

**ขั้นตอนที่ 4** การติดตามประเมินผล มีการประชุมติดตามผลการดำเนินงาน 3 ครั้ง การประเมินผลเป็นการเก็บข้อมูลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาทั้ง 3 ด้าน โดยผู้วิจัยร่วมกับตัวแทนผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กเล็กหลังการดำเนินงาน 1 ปี

## ผลการศึกษา

### 1. สถานการณ์ปัญหาโรคฟันผุและพฤติกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากเด็ก

จากการศึกษาพบว่าเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อบต.หนองผือ จำนวน 174 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.0 อายุเฉลี่ย 4.8 ปี (S.D = 12) ผลการตรวจช่องปากพบว่า มีอัตราการชุกของโรคฟันผุสูงถึงร้อยละ 79.3 ค่าดัชนีฟันน้ำนมผุถอนอุด (decay-missing-filling-tooth: dmft) เท่ากับ 6.0 ซี/คน เด็กส่วนใหญ่ ร้อยละ 62.7 อาศัยอยู่กับพ่อแม่ เด็กส่วนใหญ่ ร้อยละ 69.2 แปรงฟันด้วยตนเองโดยไม่มีผู้ปกครองดูแล มีเพียงร้อยละ 34.3 ที่เด็กแปรงฟันเป็นประจำทุกวัน เด็กส่วนใหญ่บริโภคขนมกรุบกรอบเป็นประจำทุกวัน ร้อยละ 70.2 และ 45.4 ของผู้ปกครองระบุว่าเด็กเคยมีปัญหาสุขภาพช่องปากเช่น ปวดฟัน ฟันผุ เหงือกบวม เป็นต้น มีเด็กเพียงร้อยละ 25.9 ที่เคยได้รับการตรวจช่องปากและรักษาทันตกรรม ดังตารางที่ 1, 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและผลการตรวจช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อบต.หนองผือ (n=174)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ฟันผุ		ฟันไม่ผุ	
			จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>1. เพศ</b>						
ชาย	80	46.0	63	78.8	17	21.3
หญิง	94	54.0	75	79.8	19	20.1
<b>2. อายุ</b>						
2 ปี 6 เดือน-3 ปี 6 เดือน	33	19.0	21	63.6	12	36.4
3 ปี 7 เดือน-4 ปี 6 เดือน	45	25.9	36	80.0	9	20.0
4 ปี 7 เดือน-5 ปี 6 เดือน	35	20.1	29	82.9	6	17.1
≥ 5 ปี 7 เดือน	61	35.1	52	85.2	9	14.8
( $\bar{x}$ = 4.8 ปี, S.D.=1.2, Min=2.6, Max=7.0)						
(Mean=6.2, S.D.=5.1, Median=6.0, Min.=0, Max.=20.0)						

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อบต.หนองผือ (n=174)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง/พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>1. เพศของผู้ดูแลเด็ก</b>		
ชาย	22	12.6
หญิง	152	87.4
<b>2. ความเกี่ยวข้องของผู้ดูแลเด็กกับเด็ก</b>		
พ่อ/แม่	108	62.1
ย่า/ยาย	49	28.2
ปู่/ตา	12	6.9
อื่นๆ (ลุง/ป้า/น้ำ/อา)	5	2.8
<b>3. พฤติกรรมการแปรงฟันของเด็ก</b>		
- การควบคุมกำกับดูแลของผู้ปกครอง		
เด็กแปรงเอง	119	69.2
เด็กแปรงเองโดยมีผู้ปกครองดูแล	45	26.2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อบต.หนองผือ (n=174) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง/พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เด็กแปรงเองและผู้ปกครองแปรงให้ซ้ำอีก	6	3.5
ผู้ปกครองเป็นคนแปรงให้	4	2.3
- ความสม่ำเสมอในการแปรงฟัน วันละ 2 ครั้ง		
แปรงฟันเป็นบางวัน	115	66.9
แปรงฟันเป็นประจำทุกวัน	59	34.3
4. พฤติกรรมการบริโภคขนมและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเป็นประจำทุกวัน (เลือกตอบเพียง 1 ข้อ)		
ขนมถุงกรุบกรอบ	122	70.2
ลูกอม หมากฝรั่ง ช็อคโกแลต	37	21.3
นมเปรี้ยว นมรสหวาน นมถั่วเหลือง น้ำอัดลม	11	6.3
ขนมปัง เค้ก เบเกอรี่	2	1.1
ขนมไทย ขนมพื้นบ้าน	2	1.1
5. ปัญหาสุขภาพช่องปากและการรักษา		
ไม่เคยมีปัญหา	95	54.6
เคยมีปัญหา เช่น ปวดฟัน ฟันผุ เหงือกบวม เป็นต้น	79	45.4
6. การรับบริการตรวจฟันหรือรักษาฟัน		
ไม่เคย	129	74.1
เคย	45	25.9

## 2. ผลการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กในระดับครอบครัว

จากการจัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กในกลุ่มผู้ปกครอง กลุ่มย่อย 8-19 คน/ครั้ง จำนวน 10 ครั้ง มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมร้อยละ 86.2 ภายหลังจากดำเนินกิจกรรมพบว่า ผลการประเมินความรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากเด็กนั้น

ผู้ปกครองมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของเด็กเพิ่มขึ้น โดยประเด็นที่ผู้ปกครองมีความรู้เพิ่มขึ้นมากที่สุด ได้แก่ ฟันผุเกิดจากแบคทีเรียเพิ่มขึ้นร้อยละ 71.2 รองลงมาคือเด็กควรเริ่มต้นแปรงฟันเมื่อมีฟันขึ้นครบเพิ่มขึ้นร้อยละ 55.1 และเด็กที่นอนหลับคาขวดนมเป็นประจำไม่ได้มีผลทำให้เด็กฟันผุเพิ่มขึ้นร้อยละ 50.6 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละ ความรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก จำแนกรายข้อ ก่อนและหลังดำเนินการ (n=174)

ความรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก	มีความรู้				ความแตกต่าง (ร้อยละ)
	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. เด็กจะมีฟันน้ำนมขึ้นครบในช่วงอายุระหว่าง 2-3 ปี	118	67.8	162	93.1	25.3
2. ฟลูออไรด์ในยาสีฟันช่วยป้องกันไม่ให้เกิดฟันผุได้	164	94.3	174	100.0	5.7
3. ฟันผุในระยะเริ่มต้นจะเกิดสีดำนับตัวฟัน	162	93.1	172	98.9	5.8
4. ฟันผุเกิดจากแมงกินฟัน	25	14.4	149	85.6	71.2
5. ฟันผุที่เป็นรู แต่ไม่มีอาการปวด บวม หรือเป็นหนอง สามารถรักษาได้โดยการอุดฟัน	123	70.7	164	94.3	23.6
6. การที่เด็กมีฟันผุนรุนแรงหลายซี่ ทำให้เด็กเป็นโรคขาดสารอาหารได้	71	40.8	150	86.2	45.4
7. การดื่มนมรสจืดทำให้เกิดฟันผุได้น้อยกว่าการดื่มนมรสหวาน	137	78.7	169	97.1	18.4
8. การที่เด็กนอนหลับคาขวดนมเป็นประจำไม่ได้มีผลทำให้เด็กฟันผุ	63	36.2	151	86.8	50.6
9. เด็กควรเริ่มแปรงฟันเมื่อมีฟันน้ำนมขึ้นครบ	61	35.1	157	90.2	55.1
10. ผู้ปกครองควรดูแลให้เด็กแปรงฟันวันละ 3 ครั้ง ในตอนเช้า หลังอาหารกลางวันและก่อนนอน	145	83.3	153	87.9	4.6
11. ผู้ปกครองควรพาเด็กไปพบทันตบุคลากรเพื่อตรวจสุขภาพช่องปากอย่างน้อยทุก 6 เดือน	139	79.9	171	98.3	18.4
ก่อนดำเนินการ	Mean=6.9, S.D.=1.9				
หลังดำเนินการ	Mean=10.2, S.D.=0.9				

การประเมินทัศนคติของผู้ปกครองเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากเด็กพบว่า ผู้ปกครองมีทัศนคติในภาพรวมเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากเด็กที่ดีขึ้น ผู้ปกครองมีทัศนคติเปลี่ยนแปลงดีขึ้น โดยมีผู้ปกครองร้อยละ 86.8

เห็นด้วยว่าเมื่อมีฟันน้ำนมจำเป็นต้องได้รับการรักษาและผู้ปกครองร้อยละ 84.4 เห็นด้วยว่าการฝึกให้เด็กแปรงฟันก่อนเข้านอนเป็นสิ่งจำเป็น ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของทัศนคติของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก จำแนกเป็นรายข้อ ก่อนและหลังดำเนินการ (n=174)

ทัศนคติของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ		
	จำนวน	ร้อยละ	Mean (S.D.)	จำนวน	ร้อยละ	Mean (S.D.)
1. การทำความสะอาดฟันน้ำนมไม่จำเป็นเท่ากับการทำความสะอาดฟันแท้			1.6 (0.9)			2.9 (0.4)
เห็นด้วย	48	27.6		5	2.9	
ไม่แน่ใจ	6	3.4		16	9.2	
ไม่เห็นด้วย	120	69.0		153	87.9	
2. การถอนฟันน้ำนมในเด็กจะทำให้เด็กสายตาไม่ดี			1.6 (0.9)			2.9 (0.4)
เห็นด้วย	36	20.7		4	2.3	
ไม่แน่ใจ	37	21.3		18	10.3	
ไม่เห็นด้วย	101	58.0		152	87.4	
3. ฟันน้ำนมไม่จำเป็นต้องรักษา			0.9 (1.3)			2.8 (0.5)
เห็นด้วย	114	65.5		10	5.7	
ไม่แน่ใจ	12	6.9		13	7.5	
ไม่เห็นด้วย	48	27.6		151	86.8	
4. ถ้าพ่อแม่มีฟันผุ ลูกก็มักจะมีฟันผุไปด้วย			1.7 (0.8)			2.7 (0.6)
เห็นด้วย	42	24.1		12	6.9	
ไม่แน่ใจ	31	17.8		25	14.4	
ไม่เห็นด้วย	101	58.0		137	78.7	
5. การฝึกให้เด็กแปรงฟันก่อนเข้านอนเป็นสิ่งจำเป็น			1.1 (0.9)			2.8 (0.4)
เห็นด้วย	83	47.7		149	85.6	
ไม่แน่ใจ	34	19.5		21	12.1	
ไม่เห็นด้วย	57	32.8		4	2.3	
6. เด็กที่รับประทานขาวน้อยควรให้รับประทานขนม			1.6 (0.9)			2.9 (0.5)
เห็นด้วย	48	27.6		7	4.0	
ไม่แน่ใจ	10	5.7		12	6.9	
ไม่เห็นด้วย	116	66.7		155	89.1	

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของทัศนคติของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก จำแนกเป็นรายข้อ ก่อนและหลังดำเนินการ (n=174) (ต่อ)

ทัศนคติของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแล สุขภาพช่องปากเด็ก	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ		
	จำนวน	ร้อยละ	Mean (S.D.)	จำนวน	ร้อยละ	Mean (S.D.)
7. การรับประทานผักและผลไม้ทำให้ ฟันไม่ผุ			2.5 (0.7)			2.8 (0.4)
เห็นด้วย	115	66.1		145	83.3	
ไม่แน่ใจ	37	21.3		25	14.4	
ไม่เห็นด้วย	22	12.6		4	2.3	
8. การให้เด็กบ้วนปากหลังจากดื่มนมช่วย ให้เด็กฟันไม่ผุ			2.7 (0.6)			2.9 (0.4)
เห็นด้วย	138	79.3		155	89.1	
ไม่แน่ใจ	20	11.5		17	9.8	
ไม่เห็นด้วย	16	9.2		2	1.1	
9. เด็กควรใช้ยาสีฟันสำหรับเด็กใน การแปรงฟัน			2.7 (0.7)			2.9 (0.2)
เห็นด้วย	149	85.6		171	98.3	
ไม่แน่ใจ	2	1.1		2	1.1	
ไม่เห็นด้วย	23	13.2		1	0.6	
10. การฝึกให้เด็กแปรงฟันเป็นหน้าที่ของ ผู้ปกครอง			2.7 (0.6)			2.9 (0.5)
เห็นด้วย	146	83.9		160	92.0	
ไม่แน่ใจ	13	7.5		3	1.7	
ไม่เห็นด้วย	15	8.6		11	6.3	
ก่อนดำเนินการ	Mean=2.2, S.D.=0.3					
หลังดำเนินการ	Mean=2.8, S.D.=0.2					

การปฏิบัติของผู้ปกครองเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากเด็กนั้นพบว่า ผู้ปกครองมีการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากเป็นประจำเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการกำกับดูแลให้เด็กดื่มนมจากแก้วหรือกล่องแทนการใช้ขวดนมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 42.0 เป็น 89.7 การตรวจดูความสะอาดช่องปากเด็กหลังแปรงฟันทุกครั้งเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 23.0

เป็น 69.5 และมีการกำกับดูแลให้เด็กแปรงฟันเป็นประจำทุกวันอย่างน้อย 2 ครั้งเช้าและเย็นเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 40.8 เป็น 80.5 สำหรับการพาเด็กไปรับบริการตรวจและรักษาฟันอย่างน้อยปีละ 2 ครั้งเป็นประจำเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.4 เป็น 46.0 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การปฏิบัติของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก เปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการ (n = 174)

การปฏิบัติของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ		
	จำนวน	ร้อยละ	Mean (S.D.)	จำนวน	ร้อยละ	Mean (S.D.)
1. กำกับดูแลให้เด็กรับประทานอาหารเช้าทั้ง 3 มื้อหลัก อย่างเพียงพอ			2.8 (0.4)			2.9 (0.2)
ปฏิบัติบางครั้ง (1-4 วัน/สัปดาห์)	28	16.1		10	5.7	
ปฏิบัติเป็นประจำ (≥5 วัน/สัปดาห์)	146	83.9		164	94.3	
2. กำกับดูแลไม่ให้เด็กรับประทานขนมที่มีแป้งและน้ำตาลมาก เช่น ขนมถุง ขนมกรุบกรอบ ลูกอม ช็อกโกแลต หมากฝรั่ง เป็นต้น			2.3 (0.5)			2.6 (0.5)
ไม่ได้ปฏิบัติเลย	5	2.9		3	1.7	
ปฏิบัติบางครั้ง (1-4 วัน/สัปดาห์)	117	67.2		56	32.2	
ปฏิบัติเป็นประจำ (≥5 วัน/สัปดาห์)	52	29.9		115	66.1	
3. กำกับดูแลให้เด็กรับประทานอาหารว่างจำพวกผักและผลไม้แทนขนมที่หวานและเหนียวติดฟัน			2.2 (0.6)			2.5 (0.7)
ไม่ได้ปฏิบัติเลย	15	8.6		15	8.6	
ปฏิบัติบางครั้ง (1-4 วัน/สัปดาห์)	116	66.7		56	32.2	
ปฏิบัติเป็นประจำ (≥5 วัน/สัปดาห์)	43	24.7		103	59.2	
4. กำกับดูแลให้เด็กดื่มนมรสจืดแทนการดื่มนมรสหวาน นมเปรี้ยว น้ำอัดลม			2.2 (0.6)			2.4 (0.6)
ไม่ได้ปฏิบัติเลย	21	12.1		12	6.9	
ปฏิบัติบางครั้ง (1-4 วัน/สัปดาห์)	101	58.0		76	43.7	
ปฏิบัติเป็นประจำ (≥5 วัน/สัปดาห์)	52	29.9		86	49.4	
5. กำกับดูแลให้เด็กดื่มนมจากแก้วหรือกล่องแทนการดูดนมจากขวดนม			2.3 (0.7)			2.9 (0.3)
ไม่ได้ปฏิบัติเลย	27	15.5		27	15.5	
ปฏิบัติบางครั้ง (1-4 วัน/สัปดาห์)	74	42.5		74	42.5	
ปฏิบัติเป็นประจำ (≥5 วัน/สัปดาห์)	73	42.0		73	42.0	
6. กำกับดูแลให้เด็กแปรงฟันทุกวันทั้งตอนเช้าและเย็นหรือก่อนนอน			2.3 (0.6)			2.8 (0.4)
ไม่ได้ปฏิบัติเลย	12	6.9		0	0	
ปฏิบัติบางครั้ง (1-4 วัน/สัปดาห์)	91	52.3		34	19.5	
ปฏิบัติเป็นประจำ (≥5 วัน/สัปดาห์)	71	40.8		140	80.5	

ตารางที่ 5 การปฏิบัติของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก เปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการ  
(n = 174) (ต่อ)

การปฏิบัติของผู้ปกครองในการดูแล สุขภาพช่องปากเด็ก	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ		
	จำนวน	ร้อยละ	Mean (S.D.)	จำนวน	ร้อยละ	Mean (S.D.)
7. ตรวจดูความสะอาดของช่องปากของเด็ก ทุกครั้งหลังการแปรงฟัน			2.1 (0.6)			2.7 (0.5)
ไม่ได้ปฏิบัติเลย	28	16.1		2	1.1	
ปฏิบัติบางครั้ง (1-4 วัน/สัปดาห์)	106	60.9		51	29.3	
ปฏิบัติเป็นประจำ (≥5 วัน/สัปดาห์)	40	23.0		121	69.5	
8. ผู้ปกครองพาเด็กไปรับการตรวจและ รักษาทันตกรรมในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา			1.5 (0.7)			2.4 (0.6)
ไม่ได้ปฏิบัติเลย	102	58.6		11	6.3	
ปฏิบัติ 1 ครั้ง	54	31.0		83	47.7	
ปฏิบัติ 2 ครั้ง	18	10.4		80	46.0	

เปรียบเทียบผลการประเมินความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ก่อนและหลังดำเนินการพัฒนาระบบพบว่า ผู้ปกครองมีความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.0001) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ก่อนและหลังดำเนินการ (n=174)

รายการ	$\bar{x}$	S.D.	paired t -test	p-value
1. ความรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก เด็ก (11 คะแนน)				
ก่อนดำเนินการ	6.9	1.9		
หลังดำเนินการ	10.2	0.9	-30.24	<0.0001
2. ทัศนคติของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก เด็ก (3 คะแนน)				
ก่อนดำเนินการ	2.2	0.3		
หลังดำเนินการ	2.8	0.2	-29.876	<0.0001
3. การปฏิบัติของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ช่องปากเด็ก (3 คะแนน)				
ก่อนดำเนินการ	2.2	0.3		
หลังดำเนินการ	2.6	0.2	-23.143	<0.0001

### 3. ผลการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ช่องปากเด็กในระดับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

#### 3.1 ความร่วมมือในการดำเนินงาน

จากการดำเนินงานครั้งนี้ทำให้ผู้บริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หัวหน้าส่วนการศึกษาขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองผือ ครูเด็กเล็ก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขศูนย์สุขภาพชุมชนหนองผือ ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านนาตาหลิว และทันตบุคลากรมีโอกาสทำงานร่วมกัน โดยได้ไปศึกษาดูงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านดงหมู ตำบลคุ้มเก่า อำเภอเขาวง ซึ่งมีผลการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กในศูนย์เด็กเล็กผ่านเกณฑ์การประเมินดีเด่นระดับอำเภอ ทำให้เกิดความสัมพันธ์อันดีเกิดการประสานงานกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่องค์การบริหารส่วนตำบลหนองผือ ยอมรับนโยบายอาหารปลอดภัยและการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน สนับสนุนงบประมาณจำนวน 10 บาทต่อคนต่อวันเป็นค่าอาหารกลางวัน และสนับสนุนงบประมาณจำนวน 10 บาทต่อคนต่อวันเป็นค่าอาหารว่าง นมรสจืด และอุปกรณ์ในการแปรงฟันเพิ่มเติมจากงบประมาณที่เคยได้รับ แม่ครัวจัดอาหารว่างและอาหารกลางวันโดยเน้นคุณค่าทางอาหารที่ได้รับ ครูดูแลเด็กกำกับดูแลการกินอาหารกลางวัน อาหารว่างและนม และหาวิธีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกินขนมของเด็ก โดยอนุญาตให้เด็กกินขนมได้เฉพาะเวลาหลังรับประทานอาหารกลางวัน และแปรงฟันหลังรับประทานอาหาร บูรณาการเรื่องกิจกรรมสันตนาการกับการแปรงฟันร่วมกับฝึกการใช้กลัมนุ่มเม็ดเล็ก

#### 3.2 การจัดการสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดี

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อบต.หนองผือ ได้จัดการสิ่งแวดล้อมที่เด็กมีการบริโภคอาหารที่ปลอดภัยและเหมาะสม โดยเปลี่ยนอาหารว่างจากขนมกรุบกรอบที่เหนียวติดฟันเป็นผลไม้และขนมพื้นบ้านแทน เช่น จัดข้าวต้มมัดที่โรยด้วยมะพร้าวแทนขนมป๊อปหรือขนมถุง และจัดเมนูอาหารกลางวันที่หลากหลายเป็นอาหารที่เด็กชอบ ผักจะหั่นให้มีขนาดเล็กเพื่อให้เด็กรับประทานได้ง่าย ตักอาหารให้เพียงพอกับความต้องการเด็กแต่ละคน ช่วยให้เด็กรับประทานอาหารอิ่มในมือ และลดการกินขนมอีก

### 4. ผลการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ช่องปากเด็กในระดับบริการทันตสุขภาพ

ทันตบุคลากรได้ปรับบทบาทการทำงานจากการเป็นผู้สั่งการเป็นผู้ประสานงาน สนับสนุนเพื่อให้กิจกรรมต่างๆ ดำเนินการได้ตามศักยภาพและความต้องการของพื้นที่ทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีขึ้นระหว่างทันตบุคลากรและผู้เกี่ยวข้อง จากผลการตรวจช่องปากเด็ก พบว่าเด็กทุกคนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้รับการตรวจฟัน ทาฟลูออไรด์วานิช และแจ้งผลการตรวจเพื่อให้ผู้ปกครองพาเด็กที่มีปัญหาฟันไปรับการรักษาทันตกรรม โดยพบว่าเด็กที่ได้รับคำแนะนำให้ไปรับการรักษาทันตกรรมจำนวน 138 ราย (ร้อยละ 79.3) มีเด็กไปรับการรักษาทันตกรรม 55 ราย (ร้อยละ 39.9)

### วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงขั้นตอนและกระบวนการของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากที่ดีมากกว่าการลดโรคฟันผุเพียงอย่างเดียวและให้ความสำคัญกับแนวคิดเรื่องปัจจัยเสี่ยงร่วม<sup>(12)</sup> ของโรคฟันผุซึ่งมีสาเหตุมาจากอาหารและความไม่สะอาดของช่องปาก การทำงานภายใต้กรอบแนวคิดที่กว้างขึ้นต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของบุคลากรหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องรวมถึงชุมชน โดยกลวิธีและกิจกรรมต่างๆ ที่นำมาใช้ได้ผลนั้นมาจากการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ปกครองเด็ก ผู้บริหารศูนย์เด็กเล็ก ครูผู้ดูแลเด็กเล็ก และทันตบุคลากรในรูปแบบร่วมกันคิดร่วมกันทำตามบริบทของพื้นที่ ทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเห็นศักยภาพตนเอง ไม่ใช่หน้าที่ของทันตบุคลากรเพียงฝ่ายเดียวอีกต่อไป ผู้ปกครองของเด็ก ผู้บริหารศูนย์เด็กเล็ก และครูเด็กเล็กมีทัศนคติที่ดีขึ้น ไม่รู้ลืมนึกว่าทันตบุคลากรเป็นผู้สั่งการ แล้วให้ครูเป็นผู้ปฏิบัติ เกิดการทำงานเป็นทีมเดียวกัน ทันตบุคลากรเปลี่ยนบทบาทจากการเป็นผู้สอนมาเป็นผู้กระตุ้นให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนและชี้แนะการดำเนินการเท่านั้น การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าหากผู้กำหนดนโยบายเป็นชุมชนเอง จะทำให้เกิดการทำงานร่วมกันจนสามารถผลักดันให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพ

ของภาคประชาชนอย่างยั่งยืน

สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่บุคคลอาศัยอยู่เป็นปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพความรู้หรือทัศนคติส่วนบุคคลเป็นปัจจัยปลายเหตุ<sup>(13)</sup> ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กจึงเน้นมาตรการระดับครอบครัว สังคมและสิ่งแวดล้อม ดังเช่นการพัฒนาศักยภาพผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก รูปแบบกิจกรรมจึงไม่ใช่อบรมให้ความรู้ แต่ใช้รูปแบบการจัดกิจกรรมกลุ่ม เพื่อให้ผู้ปกครองของเด็กได้พูดคุย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ปกครองด้วยกันเอง โดยทันตบุคลากรเป็นผู้กระตุ้น และให้ข้อมูลทางวิชาการเสริมทำให้ผู้ปกครองที่เข้าร่วมกิจกรรมมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนกันมากขึ้น มีบรรยากาศที่เป็นกันเอง และสิ่งที่ได้แลกเปลี่ยนกันผู้ปกครองมีความรู้สึกว่าจะสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงจากการเห็นตัวอย่างของผู้ปกครองคนที่ทำได้ การพัฒนาศักยภาพผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กด้วยวิธีการแบบนี้เห็นได้ชัดว่ามีบรรยากาศที่ดีกว่าการประชุมหรือการอบรมให้ความรู้แบบทันตบุคลากรเป็นผู้ให้ความรู้เพียงอย่างเดียว เพราะความจริงแล้วผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคฟันผุและสาเหตุที่ทำให้เกิดฟันผุเป็นอย่างดี แต่ไม่สามารถปฏิบัติได้ ดังนั้นการพูดคุยกันระหว่างผู้ปกครองด้วยกันเองจะทำให้เห็นตัวอย่างและวิธีการจากผู้ปกครองที่สามารถทำได้จริง

จากการดำเนินงานในระยะแรก พบว่านโยบายศูนย์เด็กเล็กปลอดขนมไม่สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมีผู้ปกครองบางส่วนไม่เห็นด้วย เพราะถ้าไม่มีขนมแล้วเด็กจะไม่ยอมไปศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ดังนั้นการปรับรูปแบบให้มีความยืดหยุ่นขึ้น โดยเปลี่ยนขนมให้เป็นอาหารที่ปลอดภัยแทน เช่น ข้าวต้มมัดที่โรยด้วยมะพร้าว ผลไม้สด ข้าวโพดต้ม โดยอนุญาตให้เด็กนำมาแทนขนมได้หรือหากนำขนมมา ผู้ปกครองต้องกำกับดูแลให้เป็นขนมที่มีประโยชน์ ไม่หวาน ไม่มัน ไม่เค็ม และครูเด็กเล็กกำหนดเวลาให้เด็กรับประทานขนมได้เฉพาะช่วงเวลาหลังจากที่เด็กรับประทานอาหารเช้าแล้ว และให้เด็กแปรงฟันพร้อมกันในช่วงเวลาก่อนนอนตอนบ่าย พบว่าได้รับการยอมรับจากผู้ปกครองและเด็กมากขึ้น

แม้ว่าเด็กจะนำขนมมาแต่ก็สามารถลดการกินขนมลงได้ เนื่องจากเด็กรับประทานอาหารเช้ากลางวันเพียงพอแล้วจึงกินขนมน้อยลง มีเด็กบางคนก็นำขนมมาแต่ก็ไม่รับประทาน ส่วนกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารเช้ากลางวันก่อนดำเนินการ พบว่าครูให้เด็กแปรงฟันหลังรับประทานอาหารเช้ากลางวันจริง แต่หลังจากนั้นเด็กก็รับประทานขนมและเข้านอนในตอนบ่ายโดยไม่ได้แปรงฟันซ้ำอีก หลังจากทันตบุคลากรได้ให้ข้อมูลทางวิชาการชี้แจงเหตุผลความสำคัญของการแปรงฟันจึงทำให้ครูเกิดความเข้าใจมากขึ้น และสามารถปรับรูปแบบได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะเห็นได้ว่า นโยบายที่ถูกกำหนดโดยส่วนกลางโดยไม่คำนึงถึงบริบทของพื้นที่ ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติจริงได้ในระยะยาว ดังนั้นการดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับชุมชน ไม่สามารถกำหนดรูปแบบกิจกรรมได้อย่างตายตัว เนื่องจากกิจกรรมจะเกิดขึ้นจากการรับทราบปัญหา และวิเคราะห์แนวทางแก้ไขที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่นั้น ๆ การดำเนินโครงการจึงเปรียบเสมือนงานศิลปะที่ต้องใช้การเรียนรู้และทำความเข้าใจชุมชนเป็นพื้นฐานและอ้างอิงข้อมูลวิชาการจากหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่ดีที่สุด

การศึกษานี้ได้ประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเพียงระยะสั้นเท่านั้น ไม่ได้ประเมินผลสำเร็จของงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่สภาวะช่องปาก จำนวนฟันผุลดลงหรือการได้รับการรักษาทันตกรรมที่มากขึ้น ซึ่งเป็นการประเมินผลในระดับสุดท้ายของงานสร้างเสริมสุขภาพ<sup>(14)</sup> เพราะการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่ยั่งยืนไม่ได้เกิดจากการให้บริการทันตกรรมป้องกันในโรงพยาบาลที่เกิดจากทันตบุคลากรเพียงฝ่ายเดียว แต่เกิดจากคนในชุมชนที่เป็นเจ้าของสุขภาพเห็นพ้องและร่วมกันขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาวะแวดล้อมให้เป็นมิตรต่อสุขภาพ<sup>(10)</sup> ซึ่งเป็นผลสำเร็จในขั้นต้นที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนในชุมชนตามมา ซึ่งถือเป็นความสำเร็จในระยะกลาง<sup>(11)</sup>

## สรุป

การพัฒนากระบวนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อบต.หนองผือครั้งนี้เป็นการดำเนินงานร่วมกันระหว่างผู้ปกครอง ผู้บริหาร ครู ศูนย์เด็กเล็ก และทันตบุคลากร จากกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้ปกครอง เกิดการเรียนรู้ระหว่างกลุ่มผู้ปกครองด้วยกันเอง

ผู้ปกครองเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก และสามารถกำกับดูแลให้เด็กมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้จริง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก นโยบายอาหารปลอดภัยและกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันเป็นนโยบายและกลวิธีที่เกิดจากความคิดของคนในชุมชน ทำให้เกิดการยอมรับ มีความเหมาะสมกับพื้นที่ และสามารถปฏิบัติได้จริงอย่างต่อเนื่องมากกว่านโยบายที่ถูกกำหนดหรือสั่งการจากหน่วยงานราชการ และให้ชุมชนเป็นผู้ปฏิบัติ การปรับบทบาทการทำงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กจากการเป็นผู้สอนหรือผู้สั่งการมาเป็นผู้สนับสนุนความรู้ทางวิชาการและกระตุ้นให้ความช่วยเหลือ ทำให้เกิดความสัมพันธ์ในแนวราบระหว่างบุคลากรสาธารณสุขกับชุมชน เกิดการทำงานในรูปแบบของทีมงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก จนสามารถผลักดันให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กในศูนย์เด็กเล็กได้อย่างยั่งยืน

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณเด็กและผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อบต.หนองผือและคณะผู้บริหาร ครูผู้ดูแลเด็กประจำศูนย์เด็กเล็กและทันตบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ได้ให้ข้อมูลต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์และให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

## เอกสารอ้างอิง

- ศิริรักษันครชัย, สร้อยศิริ ทวีบุรณ์, บุญนิตย์ ทวีบุรณ์, อารยา พงษ์กาญจนา, ภัทรวดี สีลาทวิวุฒิ, สุกฤตา จิตต์ไมตรี. รายงานการศึกษามลกระทบของโรคฟันผุต่อคุณภาพชีวิตของเด็ก. กรุงเทพมหานคร: คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล/สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2548.
- Casamassimo PS. Relationships between oral and systemic health. *Pediatr Clin North Am* 2000; 47: 1149-57.
- จิตตพร นิพนธ์กิจ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดฟันผุในเด็กอายุ 1-3 ปีของจังหวัดเชียงราย ปี 2549. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข*. 2550; 12: 16-28.
- สุณี วงศ์คงคาเทพ, ชนิษฐ์ รัตนรังสิมา, อังศณา ฤทธิ์อยู่. พฤติกรรมการบริโภคอาหารรสหวานกับปัญหาฟันผุและโรคอ้วนของเด็กไทยอายุต่ำกว่า 5 ปี. กรุงเทพมหานคร: ออนพรีนซ์; 2550.
- Teresa A. Dental Caries and Beverage Consumption in Young Children. *Pediatrics* 2003; 112: 184-91.
- Bruce AD, Jonathan DS, Cynthia LO, Teresa AM, Steven ML, Michael JK. The relationship between healthful eating practices and dental caries in children aged 2-5 years in the United states, 1988-1994. *JADA* 2004; 135: 55-66.
- วิภาพร ล้อมสิริอุดม. ความเข้าใจและการปฏิบัติแบบชาวบ้านเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย กรณีศึกษาหมู่บ้านแห่งหนึ่งในอำเภอนิคมคำสร้อย จังหวัดมุกดาหาร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (ทันตกรรมสำหรับเด็ก) บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.

8. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2549-2550. กรุงเทพฯ: องค์การทหารผ่านศึก; 2551.
9. มาลี วันทนาศิริ. การประเมินผลการปรับพฤติกรรมบริโภคที่มีผลต่อโรคฟันผุของเด็กเล็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลลำไทร อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี. วิทยาสารทันตสาธารณสุข. 2551; 13: 7-18.
10. World Health Organization. The Ottawa charter for health promotion: Health Promotion 1. Geneva: World Health Organization; 1986.
11. World Health Organization. WHO information series on school health. Oral health promotion: an essential element of a health-promotion school. Geneva: World Health Organization; 2003.
12. Sheiham S, Watt R. The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. Community Dent Oral Epidemiol 2000; 28: 399-406.
13. Marmot M, Wilkinson RG. Social determinants of health. Oxford: Oxford University Press, 2003: 1-16.
14. Watt R, Fuller S, Harnett R, Treasure E, Stillman LC. Oral health promotion evaluation-time for development. Community Dent Oral Epidemiol 2001; 29: 161-6.

# ประเมินผลการฝึกอบรมตามโครงการ CHAMPION โดยประยุกต์ใช้ แนวทางการประเมินของเคิร์กแพทริก

## The Evaluation of Training the CHAMPION Program Applied By Kirkpatrick Approach

ชญญาภัค วงศ์บา วท.บ. (พยาบาลสาธารณสุข)

Chanyapak Wongba B.Sc. (Public Health Nurse)

กิงกาญจน์ จงใจหาญ ป.พ.ส. (พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง)

Kingkan Jongjaihan Dip.N.S. (Nursing Science)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น

The Office of Disease Prevention and Control 6 Khon Kaen

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยประเมินผลโครงการที่ศึกษาประสิทธิผลการฝึกอบรมโครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยส่งเสริมการบูรณาการและสร้างเครือข่ายการเข้าถึงบริการของกลุ่มเป้าหมายที่เข้าถึงยากหรือโครงการ CHAMPION โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการฝึกอบรมโดยประยุกต์ใช้รูปแบบของเคิร์กแพทริก 2 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 ประเมินผลปฏิบัติการ และระดับที่ 2 ประเมินผลการเรียนรู้กลุ่มเป้าหมายได้แก่ ผู้เข้ารับการฝึกอบรมโครงการ CHAMPION จำนวน 35 คน ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติอ้างอิง ได้แก่ Paired t-test และวิเคราะห์เนื้อหาจากคำถามปลายเปิด

ผลการวิจัยพบว่า ผู้เข้ารับการฝึกอบรมส่วนใหญ่สังกัดหน่วยงานราชการ เป็นเพศหญิง ระดับการศึกษาสูงสุด จบปริญญาตรี อายุเฉลี่ย 41.53 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.31 การประเมินระดับที่ 1 พบว่า ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นความพึงพอใจต่อเนื้อหาหลักสูตรการฝึกอบรม วิทยากร/เทคนิคการฝึกอบรม และปัจจัยเกื้อหนุน อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด และการประเมินระดับที่ 2 คะแนนเฉลี่ยก่อนการฝึกอบรม 15.71 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.57 และคะแนนเฉลี่ยหลังการฝึกอบรม 25.02 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.79 ความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังการฝึกอบรม ( $\bar{d}$ ) เท่ากับ 9.31 (95% CI: 8.17 ถึง 10.45) และความรู้ความเข้าใจคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการฝึกอบรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value < 0.001)

ผลการประเมินครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ความพึงพอใจและระดับความรู้ที่เพิ่มขึ้นเป็นผลมาจากการฝึกอบรมตามโครงการ CHAMPION ดังนั้น เพื่อให้การประเมินครบวงจรตามแนวทางของเคิร์กแพทริก ควรทำการติดตามผลการเปลี่ยนแปลงจากการฝึกอบรม โดยทำการประเมินพฤติกรรมและประเมินผลลัพธ์ต่อไป

**คำสำคัญ:** ประเมินผล การฝึกอบรม เคิร์กแพทริก

### Abstract

The objective of this research was to evaluate the effectiveness of training program for comprehensive and prevention HIV among MARPs by promoting integrated outreach and networking to develop the standards of working in sexual transmitted infections or the CHAMPION program in two levels, first in response of the trainee and second in learning potential of the trainee. Thirty five samples consist of technical officer, nurse and non government organization. Data collection by questionnaire and data analysis by descriptive statistics and paired

t-test to compare score knowledge before and after training. Qualitative data analyzed by content analysis to classify data from open-ended questions as suggestions for improvement the program.

The result revealed that most of the trainees were government officer and female. The highest education level was bachelor's degree. The mean age was 41.53, standard deviation 8.31. Most of the samples satisfied in the training program's content, Lecturer/ technical training and contributing factors for the training program in the high and highest level. For learning evaluation, the score of knowledge and standard deviation before training were 15.71 and 2.57 and after training were 25.02 and 1.79. The difference of scores before and after training was 9.31 (95% CI: 8.17 to 10.45) and the cognition score before and after training were significantly different at the statistical level of 0.05 (P-value <0.001). The results of responsive evaluation and learning effectiveness were in the high and highest levels from the CHAMPION training program, so the program should be followed up the changing from training program in every cycle from Kirkpatrick model by evaluating behavior and outcomes.

**Keywords:** Evaluation, Training, Kirkpatrick Approach

## บทนำ

โครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแบบผสมผสานสำหรับประชากรที่มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูง โดยการส่งเสริมบริการเชิงรุกและการสร้างเครือข่ายบริการที่บูรณาการ ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลก เพื่อต่อสู้โรคเอดส์โดยมีเป้าหมายเพื่อขยายขอบเขตการจัดกิจกรรมการป้องกันเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการหญิง (Female Sex Worker: FSW) กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men who have Sex with Men: MSM) กลุ่มผู้ฉีดด้วยวิธีฉีด (Injecting Drug User: IDU) กลุ่มแรงงานข้ามชาติ (Migrant worker: MW) การดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยที่ผ่านมาได้รับการยอมรับในระดับโลกมาโดยตลอด ในระยะหลังผลกระทบจากการกระจายอำนาจและการมีนโยบายที่มุ่งเน้นการรักษาผู้ติดเชื้อฯ ส่งผลให้การดำเนินงานด้านการป้องกันลดบทบาทน้อยลง กองทุนโลกได้ให้ความสำคัญจึงให้การสนับสนุนงบประมาณสำหรับการดำเนินงานด้านการป้องกันเป็นระยะเวลา 5 ปี เริ่มตั้งแต่กรกฎาคม 2552 ถึง มิถุนายน 2557 ภายใต้โครงการ CHAMPION โดยโครงการดังกล่าวมีแนวทางการดำเนินงานที่จะขยายระบบให้บริการสุขภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง เข้าถึงได้ยาก และผู้ต้องขังในเรือนจำ ตลอดจนให้การสนับสนุน

เป็นพิเศษแก่องค์กรภาคประชาสังคมที่ดำเนินงานโดยกลุ่มประชากรเปราะบาง และจัดกิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่ โดยเชื่อมโยงให้กลุ่มประชากรดังกล่าวเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งการให้คำปรึกษาการตรวจการติดเชื้อ และการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์<sup>(1)</sup>

กลุ่มโรคเอดส์ วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเรื้อน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น ได้จัดการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการตามโครงการ CHAMPION เน้นกระบวนการทำงานบริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผล (Monitoring and Evaluation: M&E) ระดับจังหวัด ในระหว่างวันที่ 10 - 11 พฤษภาคม พ.ศ. 2553 ณ โรงแรมเซนธารา จังหวัดอุดรธานี โดยการฝึกอบรมดังกล่าวได้ดำเนินการเสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้ดำเนินการประเมินผลการฝึกอบรมดังกล่าว กำหนดประเด็นการประเมินจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการประเมินผลการฝึกอบรมพบว่ารูปแบบที่เหมาะสมกับการประเมินผลการฝึกอบรมคือรูปแบบการประเมินผลการฝึกอบรมตามแนวทางของเคิร์กแพทริก (The Kirkpatrick Approach) โดยแนวทางดังกล่าวเป็นการประเมินผลการฝึกอบรมที่นิยมใช้มาก

ที่สุด เนื่องจากแนวทางดังกล่าวมุ่งเน้นไปที่ผลสัมฤทธิ์ของการฝึกอบรมเป็นหลักมีได้มุ่งเน้นไปที่ตัวโครงการเป้าหมายการประเมินผลแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 การประเมินปฏิกิริยาตอบสนอง (Reaction Evaluation) ระดับที่ 2 การประเมินการเรียนรู้ (Learning Evaluation) ระดับที่ 3 การประเมินพฤติกรรมนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ (Behavior Evaluation) และระดับที่ 4 การประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้เรียน (Result Evaluation)<sup>(2)</sup> โดยแต่ละระดับมีองค์ประกอบที่เป็นประเด็นคำถามการประเมินแตกต่างกัน

จากความสำคัญของแนวทางการประเมินดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบโครงการจึงประยุกต์ใช้แนวทางการประเมินผล 2 ระดับในการประเมินผลการฝึกอบรมโครงการ CHAMPION คือ ระดับที่ 1 การประเมินปฏิกิริยาตอบสนอง และระดับที่ 2 การประเมินการเรียนรู้จากการทบทวนองค์ประกอบของประเด็นการประเมินในแต่ละระดับพบว่า การประเมินระดับที่ 1 ประเด็นการประเมินผลประกอบด้วย การประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการฝึกอบรม ปฏิบัติต่อหลักสูตร การฝึกอบรม และปฏิบัติต่อวิธีการ และการประเมินระดับที่ 2 ประเด็นการประเมินประกอบด้วย ความรู้ ทักษะ และการนำไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงาน<sup>(3-6)</sup> จากผลการทบทวนดังกล่าวผู้วิจัยจึงกำหนดองค์ประกอบของประเด็นการประเมินผลการฝึกอบรมตามโครงการ CHAMPION เพื่อเป็นองค์ประกอบของการประเมินในระดับที่ 1 ประกอบด้วย การประเมินความพึง

พอใจต่อการจัดการฝึกอบรม ปฏิบัติต่อหลักสูตร การฝึกอบรมและปฏิบัติต่อปัจจัยเกื้อหนุนการจัดฝึกอบรม และองค์ประกอบประเมินระดับที่ 2 ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจ และคำถามปลายเปิดที่เป็นข้อเสนอแนะ โดยคาดว่าผลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นข้อมูลสารสนเทศที่เป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงกิจกรรมการฝึกอบรมให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ตลอดจนเป็นประโยชน์สำหรับการวางแผนการติดตามการดำเนินงานโครงการ และสามารถใช้เป็นแนวทางการประเมินโครงการฝึกอบรมของหน่วยงานตลอดจนหน่วยงานเครือข่ายถึงการตอบสนองและบรรลุเป้าหมายการดำเนินงานในระดับนโยบายต่อไป

### วัตถุประสงค์

เพื่อประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินผลการฝึกอบรมตามแนวทางของเคิร์กแพทริค ตามโครงการ CHAMPION 2 ระดับ ประกอบด้วยระดับที่ 1 การประเมินผลปฏิกิริยาของผู้เข้ารับการฝึกอบรม และระดับที่ 2 การประเมินผลการเรียนรู้ของผู้เข้ารับการฝึกอบรม

### กรอบการประเมิน

เป็นการกำหนดวัตถุประสงค์การประเมิน คำถามการประเมิน ตัวบ่งชี้ เกณฑ์การตัดสิน ร่องรอยหลักฐาน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล รายละเอียดดังตารางที่ 1

## ตารางที่ 1 กรอบการประเมิน

คำถามการประเมิน	ตัวชี้	เกณฑ์การตัดสิน	ร่องรอยหลักฐาน (ผู้ให้ข้อมูล)	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	วิธีรวบรวมข้อมูล	วิธีวิเคราะห์ข้อมูล
<b>วัตถุประสงค์ 1 เพื่อประเมินปฏิบัติการสอบสวนของผู้เข้ารับการฝึกอบรม</b>						
1.1 เนื้อหาการฝึกอบรมมีความเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร	ความพึงพอใจต่อเนื้อหาการฝึกอบรม	ระดับความพึงพอใจ 5 ระดับ แบบ Rating Scale <sup>(7)</sup> ดังนี้ 4.50 – 5.00 ระดับมากที่สุด 3.50 – 4.49 ระดับมาก 2.50 – 3.49 ระดับปานกลาง 1.50 – 2.49 ระดับน้อย และ 1.00 – 1.49 ระดับน้อยที่สุด	- ความพึงพอใจของผู้เข้ารับการฝึกอบรม	- แบบสอบถาม	- แจกแบบสอบถามให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรม	- ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ และค่าร้อยละ
1.2 การถ่ายทอดของวิทยากรเหมาะสมหรือไม่ และผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีความพึงพอใจต่อวิทยากรอบรมมากน้อยเพียงใด	ความพึงพอใจต่อวิทยากร	ระดับความพึงพอใจ เกณฑ์เดียวกันกับข้อ 1.1	- ความพึงพอใจของผู้เข้ารับการฝึกอบรม	- แบบสอบถาม	- แจกแบบสอบถามให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรม	- ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ และค่าร้อยละ
1.3 ปัจจัยเกื้อหนุนการฝึกอบรมมีความเหมาะสมเพียงใด	ความพึงพอใจต่อปัจจัยเกื้อหนุน	ระดับความพึงพอใจ เกณฑ์เดียวกันกับข้อ 1.1	- ความพึงพอใจของผู้เข้ารับการฝึกอบรม	- แบบสอบถาม	- แจกแบบสอบถามให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรม	- ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ และค่าร้อยละ
<b>วัตถุประสงค์ 2 เพื่อประเมินผลการเรียนรู้ของผู้เข้ารับการฝึกอบรม</b>						
2.1 ผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ ก่อน-หลังอบรมแตกต่างกันหรือไม่	- ความรู้ความเข้าใจงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์	ระดับความพึงพอใจ เกณฑ์เดียวกันกับข้อ 1.1	- แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจของผู้เข้ารับการฝึกอบรม	- แบบสอบถาม	- แจกแบบสอบถามให้กับผู้เข้ารับการฝึกอบรม	- สถิติ Paired t-test เปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจก่อน-หลังอบรม

## วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluation Research) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative Method) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Method)<sup>(8)</sup> ประชากรศึกษาได้แก่ 1) ผู้รับผิดชอบงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ระดับจังหวัด ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์ หนองคาย หนองบัวลำภู เลย และอุดรธานี 2) ผู้รับผิดชอบงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ โรงพยาบาลขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์ หนองคาย หนองบัวลำภู เลย และอุดรธานี 3) องค์กรประชาสังคมที่ดำเนินงานและจัดกิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่เข้ารับการฝึกอบรมโครงการ CHAMPION จำนวน 35 คน ตั้งแต่เดือนพฤษภาคมถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2553

## เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ตอน คือ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้ารับการฝึกอบรม ได้แก่ หน่วยงานที่สังกัด เพศ อายุ และระดับการศึกษา ตอนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้เข้ารับการฝึกอบรม ประกอบด้วย 1) ประเมินปฏิกิริยาของผู้เข้ารับการฝึกอบรม ได้แก่ แบบสอบถามความคิดเห็นความพึงพอใจต่อวิทยากร แบบสอบถามความคิดเห็นความพึงพอใจต่อเนื้อหาการฝึกอบรม แบบสอบถามความคิดเห็นความพึงพอใจต่อวิทยากร/เทคนิคการฝึกอบรม และแบบสอบถามความคิดเห็นความพึงพอใจต่อปัจจัยเกื้อหนุนในการจัดฝึกอบรม 2) ประเมินผลการเรียนรู้ของผู้เข้ารับการฝึกอบรม ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจก่อน-หลังการฝึกอบรม และตอนที่ 3 เป็นคำถามปลายเปิด (Open ended) เกี่ยวกับข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาการฝึกอบรม โดยแบบสอบถามมีมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) กำหนดเป็น 5 ระดับ<sup>(9)</sup> ได้แก่ 5 คือมากที่สุด 4 คือมาก 3 คือปานกลาง 2 คือน้อย และ 1 คือน้อยที่สุด

การหาคุณภาพของแบบสอบถามด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา สำหรับการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้รับผิดชอบงานโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายจำนวน 15 คน และนำผลดังกล่าวมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อัลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบาคซ์ (Cronbach) ได้ค่าเท่ากับ 0.83

## การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติพรรณนา อธิบายด้วยค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอ้างอิงได้แก่ สถิติ Paired t-test เปรียบเทียบระดับความรู้ความเข้าใจก่อนและหลังของผู้เข้ารับการฝึกอบรม และข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ได้จากคำถามปลายเปิดที่เป็นข้อเสนอแนะ

## ผลการประเมิน

### 1) คุณลักษณะทั่วไป

ผู้ตอบแบบสอบถามในการประชุมครั้งนี้เป็นนักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ องค์กรเอกชน และตำแหน่งอื่น ๆ ของจังหวัดในเขตพื้นที่รับผิดชอบสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น โดยมีผู้เข้ารับการฝึกอบรมจำนวน 35 คน พบว่ากลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่สังกัดหน่วยงานราชการคิดเป็นร้อยละ 94.29 (33/35) และหน่วยงานเอกชนคิดเป็นร้อยละ 5.71 (2/35) เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 80.00 (28/35) เพศชายมีเพียงร้อยละ 20.00 (7/35) ระดับการศึกษาสูงสุดจบปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 85.71 (30/35) ปริญญาโทคิดเป็นร้อยละ 8.58 (3/35) และต่ำกว่าปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 5.71 (2/35) และอายุเฉลี่ยเท่ากับ 41.53 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.31 ปี อายุสูงสุด 56 ปี และต่ำสุด 25 ปี

### 2) การประเมินปฏิกิริยาตอบสนอง (Reaction Evaluation)

ระดับความคิดเห็นความพึงพอใจของผู้เข้ารับ

การฝึกอบรมตามโครงการ พบว่า

(1) ด้านเนื้อหาหลักสูตร ประเด็นที่ผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีระดับความคิดเห็นของความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดสูงสุด คือประเด็นการมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของหลักสูตรคิดเป็นร้อยละ 68.57 รองลงมาความเห็นว่ามีมีความสอดคล้องกับภาระหน้าที่ที่ดำเนินการอยู่คิดเป็นร้อยละ 62.86 ส่วนระดับความคิดเห็นของความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด คือประเด็นสามารถตอบสนองกับความต้องการของท่านได้มากคิดเป็นร้อยละ 65.71 รองลงมาความเห็นว่ามีมีความสอดคล้องกับภาระหน้าที่ที่ดำเนินการอยู่คิดเป็นร้อยละ 37.14

(2) ด้านวิทยากร/เทคนิคการฝึกอบรม ประเด็นที่ผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีระดับความคิดเห็นของความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดสูงสุด คือประเด็นการตอบข้อซักถาม ข้อสงสัยผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้อย่างครบถ้วนเป็นที่เข้าใจคิดเป็นร้อยละ 77.14 รองลงมาความเห็นว่ามีวิทยากรมีความรอบรู้ในเนื้อหาวิชา และประเด็นเทคนิคประเด็นวิทยากรมีการถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมเข้าใจ และประเด็นวิทยากรมีการสร้างบรรยากาศคงใจให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีความสนใจการฝึกอบรมคิดเป็นร้อยละ 65.71 เท่ากัน ส่วนระดับความคิดเห็นของความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด คือ

ประเด็นมีเทคนิค และถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมเข้าใจ ประเด็นการจัดความสัมพันธ์ของเนื้อหาวิชาที่สอนอย่างเหมาะสม ประเด็นการใช้สื่ออุปกรณ์การสอนที่เหมาะสมกับเนื้อหาสาระของแต่ละหัวข้อวิชา และประเด็นเอกสารประกอบการบรรยายมีอย่างเพียงพอเหมาะสมกับจำนวนผู้เข้ารับการฝึกอบรมคิดเป็นร้อยละ 34.43 เท่ากัน

(3) ปัจจัยเกื้อหนุนในการจัดฝึกอบรม ประเด็นที่ผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีระดับความคิดเห็นของความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดสูงสุด คือการจัดสถานที่ฝึกอบรมมีความเหมาะสมกับรูปแบบการเรียนรู้และกิจกรรมของหลักสูตรคิดเป็นร้อยละ 34.28 รองลงมาเห็นว่าประเด็นสถานที่ฝึกอบรมและอุปกรณ์มีความสะดวกเพียงพอต่อการดำเนินการฝึกอบรม และประเด็นผู้จัดหลักสูตรการฝึกอบรม มีการประสานงานและอำนวยความสะดวกในการจัดอบรมคิดเป็นร้อยละ 31.43 เท่ากัน สำหรับระดับความคิดเห็นของความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด คือประเด็นสภาพแวดล้อมของสถานที่ฝึกอบรม เช่น อุณหภูมิ ระบบปรับอากาศ แสงสว่าง ระดับเสียง เป็นต้น มีความเหมาะสมคิดเป็นร้อยละ 71.42 รองลงมาเห็นว่าการจัดสถานที่ฝึกอบรมมีความเหมาะสมกับรูปแบบการเรียนรู้และกิจกรรมของหลักสูตรคิดเป็นร้อยละ 62.86 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความคิดเห็นความพึงพอใจต่อเนื้อหาอบรม วิทยากร/เทคนิคการฝึกอบรม และปัจจัยเกื้อหนุนในการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการตามโครงการ CHAMPION

ประเด็น	ระดับความคิดเห็น					Mean ( $\bar{X}$ )	S.D.
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด		
<b>เนื้อหาอบรม</b>							
1. มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของหลักสูตร	0	0	1 (2.86)	10 (28.57)	24 (68.57)	4.61	0.53
2. มีความสอดคล้องกับภาระหน้าที่ที่ดำเนินการอยู่	0	0	0	13 (37.14)	22 (62.86)	4.53	0.50
3. สามารถตอบสนองกับความต้องการของท่านได้มากเพียงใด	0	0	0	23 (65.71)	12 (34.29)	4.34	0.57

**ตารางที่ 2** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความคิดเห็นความพึงพอใจต่อนื้อหาอบรม วิทยากร/เทคนิคการฝึกอบรม และปัจจัยเกื้อหนุนในการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการตามโครงการ CHAMPION (ต่อ)

ประเด็น	ระดับความคิดเห็น					Mean ( $\bar{X}$ )	S.D.
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด		
<b>วิทยากร/เทคนิคการฝึกอบรม</b>							
4. มีความรอบรู้ในเนื้อหาวิชา	0	0	3 (8.57)	9 (25.71)	23 (65.71)	4.39	0.63
5. มีเทคนิค และถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมเข้าใจ	0	0	1 (2.86)	11 (34.43)	23 (65.71)	4.57	0.55
6. จัดลำดับความสัมพันธ์ของเนื้อหาวิชาที่สอนอย่างเหมาะสม	0	0	2 (5.71)	11 (34.43)	22 (62.86)	4.48	0.59
7. สร้างบรรยากาศ จูงใจให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีความสนใจในการฝึกอบรม	0	1 (2.86)	1 (2.86)	10 (28.57)	23 (65.71)	4.45	0.67
8. ตอบข้อซักถาม ข้อสงสัยผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้อย่างครบถ้วนเป็นที่เข้าใจ	0	0	0	8 (22.86)	27 (77.14)	4.65	0.48
9. มีการใช้สื่ออุปกรณ์การสอนที่เหมาะสมกับเนื้อหาสาระของแต่ละหัวข้อวิชา	0	0	2 (5.71)	11 (31.43)	22 (62.86)	4.47	0.67
10. เอกสารประกอบการบรรยายมีอย่างเพียงพอเหมาะสมกับจำนวนผู้เข้ารับการฝึกอบรม	0	0	4 (11.43)	11 (31.43)	20 (57.14)	4.44	0.72
11. สถานที่ฝึกอบรมและอุปกรณ์มีความสะดวกเพียงพอต่อการดำเนินการฝึกอบรม	0	0	3 (8.57)	21 (60.00)	11 (31.43)	4.19	0.64
12. การจัดสถานที่ฝึกอบรมมีความเหมาะสมกับรูปแบบการเรียนรู้และกิจกรรมของหลักสูตร	0	0	1 (2.86)	22 (62.86)	12 (34.28)	4.43	0.67
13. สภาพแวดล้อมของสถานที่ฝึกอบรม เช่น อุณหภูมิ ระบบปรับอากาศ แสงสว่าง ระดับเสียง เป็นต้น มีความเหมาะสม	0	0	5 (14.29)	25 (71.42)	5 (14.29)	4.14	0.61
14. ผู้จัดหลักสูตรการฝึกอบรมมีการประสานงานและอำนวยความสะดวกในการจัดอบรม	0	0	3 (8.57)	21 (60.00)	11 (31.43)	4.19	0.64

### 3) การประเมินการเรียนรู้ (Learning Evaluation)

#### 3.1) ด้านความรู้ความเข้าใจ

การประเมินระดับที่ 2 เป็นการประเมินการเรียนรู้ พบว่าระดับความรู้ความเข้าใจก่อนการฝึกอบรมผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีระดับความคิดเห็นของคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง ประเด็นที่มีคะแนนความพึงพอใจสูงสุด ได้แก่ ประเด็นความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องการประเมินผล การดำเนินงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ และประเด็นการใช้เครื่องมือสำหรับการดำเนินงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ ค่าเฉลี่ย 2.65 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.48

เท่ากัน และระดับความรู้ความเข้าใจหลังการฝึกอบรมผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีระดับความคิดเห็นของคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยประเด็นที่มีคะแนนระดับความรู้ความเข้าใจมากที่สุดสูงสุด คือ ประเด็นความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องการนิเทศ การดำเนินงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ ค่าเฉลี่ย 4.54 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.65 รองลงมาคือประเด็นความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องการประเมินผลการดำเนินงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์มีค่าเฉลี่ย 4.40 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.69 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความคิดเห็นความรู้ความเข้าใจของผู้เข้ารับการฝึกอบรมโครงการ CHAMPION

ประเด็นปัญหา	ระดับความรู้ความเข้าใจก่อน					ระดับความรู้ความเข้าใจหลัง						
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	$\bar{X}$ / S.D.	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	$\bar{X}$ / S.D.
1. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่อง การติดตาม การดำเนินงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์	0	0	18 (51.40)	17 (48.60)	0	2.51 0.50	11 (31.40)	20 (57.10)	4 (11.40)	0	0	4.20 0.63
2. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่อง การนิเทศ การดำเนินงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์	0	0	19 (54.30)	16 (45.70)	0	2.54 0.50	22 (62.90)	10 (28.60)	3 (8.60)	0	0	4.54 0.65
3. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่อง การประเมินผล การดำเนินงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์	0	0	23 (65.70)	12 (34.30)	0	2.65 0.48	18 (51.40)	13 (37.10)	4 (11.40)	0	0	4.40 0.69

**ตารางที่ 3** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความคิดเห็นความรู้ความเข้าใจของผู้เข้ารับ การฝึกอบรมโครงการ CHAMPION (ต่อ)

ประเด็นปัญหา	ระดับความรู้ความเข้าใจก่อน					ระดับความรู้ความเข้าใจหลัง						
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	$\bar{X}$ / S.D.	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	$\bar{X}$ / S.D.
4. การสร้าง เครื่องมือสำหรับการดำเนินงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์	0	0	20 (57.10)	15 (42.90)	0	2.57 0.48	6 (17.10)	16 (45.70)	13 (37.10)	0	0	3.80 0.71
5. การใช้ เครื่องมือสำหรับการดำเนินงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์	0	0	23 (65.70)	12 (34.30)	0	2.65 0.48	8 (22.90)	21 (60.0)	6 (17.1)	0	0	4.05 0.63
6. การวิเคราะห์ ข้อมูล การติดตาม และการประเมินผล การดำเนินงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์	0	0	27 (77.10)	8 (22.90)	0	2.77 0.42	5 (14.30)	26 (74.30)	4 (11.40)	0	0	4.02 0.51

3.2) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจก่อนและหลังการฝึกอบรม

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ความเข้าใจก่อนและหลังการฝึกอบรม พบว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการฝึกอบรมเท่ากับ 15.71 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.57 และคะแนนเฉลี่ยหลังการฝึกอบรมเท่ากับ 25.02 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ

1.79 ความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังการฝึกอบรม ( $\bar{d}$ ) เท่ากับ 9.31 (95% CI: 8.17 ถึง 10.45) และทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้วยสถิติ Paired t-test พบว่าระดับความรู้ความเข้าใจของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการฝึกอบรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value < 0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจก่อนและหลังการฝึกอบรม โดยใช้สถิติ Paired t-test

ระดับความรู้ ความเข้าใจ	คะแนน เฉลี่ย ( $\bar{X}$ )	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	Mean difference ( $\bar{d}$ )	95% CI: Mean Difference		ค่าสถิติ t	ค่า df	P-value
				Lower	Upper			
				ก่อนการฝึก อบรม	15.71			
หลังการฝึกอบรม	25.02	1.79						

### อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า การประเมินระดับที่ 1 เป็นการประเมินปฏิริยาผู้เข้ารับการฝึกอบรม ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นความพึงพอใจต่อเนื้อหาหลักสูตรการฝึกอบรม ประเด็นที่ผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีระดับความคิดเห็นของความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดสูงสุด คือ ประเด็นการมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของหลักสูตร รองลงมาความเห็นว่ามีผลสอดคล้องกับภาระหน้าที่ที่ดำเนินการอยู่ ส่วนด้านวิทยากร/เทคนิคการฝึกอบรม ประเด็นที่ผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีระดับความคิดเห็นของความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดสูงสุด คือ ประเด็นการตอบข้อซักถาม ข้อสงสัยผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้อย่างครบถ้วนเป็นที่เข้าใจ รองลงมาความเห็นที่ ประเด็นวิทยากรมีความรอบรู้ในเนื้อหาวิชา และประเด็นเทคนิค ประเด็นวิทยากรมีการถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมเข้าใจ และประเด็นวิทยากรมีการสร้างบรรยากาศให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีความสนใจในการฝึกอบรม และปัจจัยเกื้อหนุนในการจัดฝึกอบรม ประเด็นที่ผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีระดับความคิดเห็นของความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดสูงสุด คือ การจัดสถานที่ฝึกอบรมมีความเหมาะสมกับรูปแบบการเรียนรู้และกิจกรรมของหลักสูตร รองลงมาเห็นที่ ประเด็นสถานที่ฝึกอบรมและอุปกรณ์มีความสะดวกเพียงพอต่อการดำเนินการฝึกอบรม และประเด็นผู้จัดหลักสูตรการฝึกอบรม มีการประสานงานและอำนวยความสะดวกในการจัดอบรม

ดังนั้นจากผลการศึกษาดังกล่าว การประเมินปฏิริยาผู้เข้ารับการฝึกอบรมส่วนใหญ่ระดับความคิดเห็นของความพึงพอใจต่อเนื้อหาหลักสูตรการฝึกอบรม วิทยากร/เทคนิคการฝึกอบรม และปัจจัยเกื้อหนุนในการจัดฝึกอบรมอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการสังเกตและการแลกเปลี่ยนประเด็นคำถามระหว่างการฝึกอบรม

การประเมินการเรียนรู้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมพบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการฝึกอบรมเท่ากับ 15.71 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.57 และคะแนนเฉลี่ยหลังการฝึกอบรมเท่ากับ 25.02 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.79 ความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังการฝึกอบรม ( $\bar{d}$ ) เท่ากับ 9.31 (95% CI: 8.17 ถึง 10.45) และระดับความรู้ความเข้าใจของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการฝึกอบรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value < 0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของเจษฎาภรณ์ สรรคอนุรักษ์ ที่พบว่าผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้รับความรู้ ทักษะ และทัศนคติ เป็นผลมาจากการฝึกอบรม การศึกษาของเกล็ดแก้ว ยศเจริญกิจ<sup>(9)</sup> ทำการประเมินประสิทธิผลโครงการฝึกอบรมหลักสูตร “ความรู้พื้นฐานด้านการตรวจสอบภาษีสำหรับข้าราชการระดับ 3-5” กรณีศึกษาสำนักงานสรรพากรพื้นที่กรุงเทพมหานคร 2 สรรพากรภาค 1 และพบว่าผู้เข้ารับการฝึกอบรมทำคะแนนแบบทดสอบ Post-Test ในภาพรวมมีประสิทธิผลด้านความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณาเป็นรายวิชาที่อยู่ในระดับมาก แสดงให้

เห็นว่า ผู้เข้ารับการฝึกอบรมทำคะแนน Pre-Test ได้ต่ำกว่าคะแนน Post-test และพยอม วงศ์สารศรี<sup>(10)</sup> ได้กล่าวไว้ว่า การฝึกอบรมเป็นกระบวนการซึ่งบุคคลได้เรียนรู้เกี่ยวกับความรู้ ทักษะและทัศนคติ ซึ่งจะช่วยให้ตนสามารถปฏิบัติหน้าที่ในฐานะเป็นองค์ประกอบขององค์การให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ดังนั้นจากผลการศึกษารูปได้ว่า ระดับความคิดเห็นของผู้เข้ารับการฝึกอบรมด้านการเรียนรู้ก่อนและหลังการฝึกอบรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## ข้อเสนอแนะ

### 1) ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1.1) การประเมินผลการเรียนรู้ ควรทำการประเมินเพิ่มเติมโดยใช้แบบทดสอบความรู้เพื่อสะท้อนข้อมูลความรู้ของผู้เข้ารับการฝึกอบรม

1.2) การประเมินปฏิริยาตอบสนองและการประเมินการเรียนรู้ ผลการประเมินผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด เป็นผลมาจากการฝึกอบรม ควรทำการติดตามผลที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงการฝึกอบรมให้ครบวงจรตามแนวทางของเคิร์กแพทริค โดยทำการประเมินพฤติกรรมและประเมินผลลัพธ์

### 2) ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1) ควรมีการออกแบบหรือวางแผนการติดตามผลของการฝึกอบรม โดยเน้นกระบวนการติดตามเพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลมาจากการฝึกอบรม เช่นการวิจัยเชิงทดลอง โดยทำการเปรียบเทียบกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เป็นต้น

2.2) ควรมีการศึกษาความต้องการจำเป็น (Need Assessment) ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตลอดจนองค์กรที่ดำเนินงานด้านเอดส์ เพื่อนำผลการวิจัยไปพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมให้ตรงกับความต้องการของผู้เข้ารับการฝึกอบรม

## กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ทีมผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณที่ปรึกษาโครงการวิจัย ประกอบด้วย พญ.ศศิธร ตั้งสวัสดิ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น ที่กรุณาให้คำแนะนำการทําวิจัย คุณสุภาพร ทูย์บังฉิม กลุ่มพัฒนาภาคีเครือข่าย ที่กรุณาช่วยตรวจสอบและนํารูปแบบการวิจัย คุณบุญทนกร พรหมภักดี กลุ่มพัฒนาองค์กรที่ช่วยกรุณาแนะนำรูปแบบการประเมินผลการฝึกอบรมและแนะนำการใช้สถิติสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล และท้ายที่สุดผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อมูลเพื่อการปรับปรุงหลักสูตรการฝึกอบรม มา ณ โอกาสนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการจัดบริการดูแลรักษาป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำหรับสถานบริการสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2550.
2. Kirkpatrick DL. Evaluating Training Program: the Four Level. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers; 1994.
3. Baskin C. Using Kirkpatrick's Four-level-Evaluation Model to Explore the effectiveness of Collaborative Online Group Work; 2001.
4. เจษฎาภรณ์ สรรคอนุรักษ์. การติดตามผลการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาองค์กร: กรณีศึกษาโครงการฝึกอบรมหลักสูตรการพัฒนาผู้บริหารระดับกลางของการไฟฟ้านครหลวง. ปริญญาโทศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2546.
5. พีระ อุดมกิจสกุล. การประเมินผลโครงการฝึกอบรมหลักสูตรการบริหารจัดการที่ทำการรุ่นที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2547 ของบริษัทไปรษณีย์ไทย จำกัด. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์การศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2548.

6. ไพศาล ศรีสำราญ. การประเมินผลการฝึกอบรมการวิจัยเพื่อพัฒนาการเรียนรู้ (พัฒนานักวิจัยระดับโรงเรียน) โดยใช้รูปแบบของเคิร์กแพทริค. ศูนย์วิจัยและประเมินผลการศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาศงขลา เขต 1 (เอกสารอัดสำเนา); 2549.
7. ประคอง กรรณสูต. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: บริษัทด้านสุทธาการพิมพ์ จำกัด; 2542.
8. Best WJ. Research in Education. 4 ed. New Jersey: Prentice-Hall; 1983.
9. เกียรติแก้วยศเจริญกิจ. ประสิทธิภาพของโครงการฝึกอบรมหลักสูตร “ความรู้พื้นฐานด้านการตรวจสอบภาษีสำหรับข้าราชการระดับ 3-5”: กรณีศึกษาสำนักงานสรรพากรพื้นที่กรุงเทพมหานคร 2 สรรพากรภาค 1. สารนิพนธ์สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์การศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2547.
10. พยอม วงศ์สารศรี. การบริหารทรัพยากรมนุษย์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: คณะวิทยาศาสตร์ สถาบันราชภัฏสวนดุสิต; 2541.

# ประสิทธิผลโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลหนองบัวโคก อำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

## Effectiveness of Learning Programs Knowledge and self-care behaviors in Participatory Learning to Elderly's Nongbuakhok Sub-district, Chatturat District, Chaiyaphum Province

ศรีไพร ปอสิงห์ ส.ม. (การจัดการสาธารณสุขชุมชน)\*

อนงค์ ชาญสกุล ปร.ด. (สาธารณสุขศาสตร์)\*\*

\*สถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี  
หนองบัวโคก จังหวัดชัยภูมิ

\*\*มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

srirai porsing M.P.H. (Community Health Management)

Anong Hansakul Ph.D. (Public Health)

Chaloem Phra Kiat 60 Phansa Nawa Min Thra Chi Ni

Public Health center, Nongbuakhok Chaiyaphum Province

Srinakharinwirot University

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเปรียบเทียบระดับความรู้และการปฏิบัติตัวในการมีส่วนร่วมต่อการดูแลสุขภาพตนเองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของผู้สูงอายุ กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปในตำบลหนองบัวโคก อำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 45 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ แบบสัมภาษณ์ในด้านความรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.77 และหาค่าความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคซ์ ในแบบสัมภาษณ์หมวดด้านการปฏิบัติตัวต่อการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.81 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป นำเสนอด้วยค่าสถิติได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ต่ำสุด และ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า การใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตามโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพทั้ง 5 ด้านได้แก่ 1. การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต 2. การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก 3. การส่งเสริมการออกกำลังกาย 4. การดูแลสุขภาพทั่วไป และ 5. ด้านอาหารและโภชนาการ พบว่าผู้สูงอายุมีระดับความรู้ในการมีส่วนร่วมต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง โดยภาพรวมก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.24 (S.D.=1.57) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้เพิ่มขึ้นเป็น 25.11 (S.D.=2.82) และผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=11.73, p<0.001$ ) ส่วนระดับการปฏิบัติตัวในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุพบว่าอยู่ในระดับสูงขึ้น โดยภาพรวมก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 36.67 (S.D.=6.02) แต่หลังการเข้าร่วมโปรแกรมค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 42.93 (S.D.=3.75) และผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตัวที่ดีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=13.22, p<0.001$ )

ผลการศึกษาวิจัยแสดงให้เห็นว่าระดับความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุสามารถใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นแนวทางในการเพิ่มระดับการส่งเสริมสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุได้ และยังพบว่าการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในครั้งนี้ ทำให้ได้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามบริบทของพื้นที่ ตามความต้องการของผู้สูงอายุที่สามารถปรับรูปแบบการรับบริการทางด้านสุขภาพภายใต้การมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้สูงอายุเองที่มีบทบาทที่สำคัญในการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้ด้วยตนเอง

**คำสำคัญ:** ระดับความรู้ ระดับการปฏิบัติตัว การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การดูแลสุขภาพตนเอง ผู้สูงอายุ

### Abstract

This research was qua-si experimental. The purposes were study knowledge level and practice level of participatory learning to elderly's health self-care promotion. The experimental group consisted of 45 cases of study obtained from elderly in Nongbuakhok Sub-district, Chaturat District, Chaiyaphum Province. Collect the data by qualitative and quantitative method. The developed interview was used as a tool to collect employed quantitative data. The content validity was improved and adjusted by the suggestion of the experts. Using Cronbach's alpha coefficient and KR-20 tested the reliability of the assessment tools; were 0.81 practice level of participatory learning and knowledge 0.77 level. Data analysis was done by computer program. Statistics were to acquire percentage, means, standard deviation, maximum, minimum, paired t-test and qualitative data used content analysis.

After intervention the result revealed that: process of participatory learning to elderly's health self-care promotion from the program participatory learning to elderly's all 5 health self-care promotion factors; the give counsel of mental health, oral hygiene and disease prevention, physical activity, general health self-care and diet and nutrition found that; knowledge level of participatory learning to elderly's health self-care promotion before the receiving the participatory learning were mean score 21.24 (S.D.=1.57), the knowledge level of the experimental group, after receiving the participatory learning were higher than the pre-test mean score 25.11 (S.D.=2.82), statistically significant difference ( $t=11.73$ ,  $p<0.001$ ). The practice level of participatory learning to elderly's health promotion self-care before receiving the participatory learning were mean score 36.67 (S.D.=6.02) the practice level of participatory learning of the experimental group, after receiving the participatory learning were higher than the pre-test mean score 42.93 (S.D.=3.75), statistically significant difference ( $t=13.22$ ,  $p<0.001$ ).

In conclusion: This research indicate the knowledge and practice level may use participatory learning as a guide to increase health self-care promotion in elderly. Also, this research shown that elderly who participatory learning had better the knowledge and health self-care promotion. Also, found that the participatory learning to elderly's health self-care promotion in this study effect to model of elderly's health self-care promotion from context each area follow the need of elderly's should change from model of health service. Also, the participatory of all organization that relate, the elderly had important with elderly's health self-care promotion.

**Keywords:** knowledge level, practice level, participatory learning, program participatory learning self-care promotion, elderly

## บทนำ

จากแผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ซึ่งเน้นแผนในลักษณะของการบูรณาการที่มองคนเป็นจุดศูนย์กลางของการพัฒนา ซึ่งรายละเอียดของแผนได้กำหนดไว้ 5 ยุทธศาสตร์ดังนี้ 1) ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ 2) ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ 3) ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ 4) ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุระดับชาติและการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ 5) ยุทธศาสตร์ด้านการประมวลและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ มีการจัดตั้งคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติจากหลายหน่วยงานและกำหนดผู้รับผิดชอบในแต่ละด้านอย่างชัดเจน และผลักดันให้เกิดพระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ<sup>(1)</sup>

สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยในปี 2503 มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) 1.5 ล้านคน ซึ่งเพิ่มขึ้นเป็น 6.7 ล้านคนในปี 2548 และจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในปี 2568 เป็น 14 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 10.3 และ 20.0 ของประชากรทั้งหมด สถานการณ์นี้ทำให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุซึ่งหมายความว่าประเทศไทยมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด หากแบ่งตามภาคผู้สูงอายุอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีถึงร้อยละ 33.6<sup>(2)</sup> ผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลหนองบัวโคก อำเภोजัตร์ส จังหวัดชัยภูมิมีจำนวน 787 คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 11.8 ของประชากรทั้งหมดในพื้นที่ ผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ชนบทอาศัยอยู่กับลูกหลานเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 60.53 อาศัยอยู่กันสองคนโดยลูกหลานไปทำงานที่กรุงเทพฯ ร้อยละ 34.04 และอยู่เพียงลำพังโดยผู้สูงอายุต้องดูแลตัวเองร้อยละ 4.2 นอกจากนี้ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลหนองบัวโคก ได้แก่ โรคเรื้อรังเช่น ความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 14.48 โรคเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 3.17 โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 4.47 และผู้สูงอายุพิการคิดเป็นร้อยละ 2.6<sup>(3)</sup>

จากการที่สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ หนองบัวโคก อำเภोजัตร์ส จังหวัดชัยภูมิ ได้รับการยกระดับให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งมีกิจกรรมการดำเนินงานให้บริการทางด้านสาธารณสุขที่ผสมผสานโดยมุ่งเน้นการให้บริการเชิงรุก ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจต้องการศึกษาเปรียบเทียบการปฏิบัติตัวในการมีส่วนร่วมต่อการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลหนองบัวโคก อำเภोजัตร์ส จังหวัดชัยภูมิ

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตำบลหนองบัวโคก อำเภोजัตร์ส จังหวัดชัยภูมิ

## วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุในตำบลหนองบัวโคก อำเภोजัตร์ส จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 45 คน

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปในตำบลหนองบัวโคก อำเภोजัตร์ส จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 45 คน เลือกจากเป้าหมายกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณตัวอย่างสูตร<sup>(4)</sup> ได้กลุ่มดังนี้

สูตรคำนวณตัวอย่าง

$$n = \frac{(Z_{\alpha} + Z_{1-\beta})^2 4\sigma^2}{(D)^2}$$

แทนค่า

$$n = \frac{(1.96 + 0.84)^2 4(0.46)^2}{(0.3)^2}$$

$$n = 42 \text{ คน}$$

เมื่อ

$n$  = ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจากประชากรทั้งหมด

$Z_{\alpha}$  = แทนค่าสถิติ Z เมื่อกำหนดระดับนัยสำคัญต่าง ๆ ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดค่า  $Z=1.960$

$Z_{1-\beta}$  = แทนค่าสถิติ Z เมื่อกำหนดอำนาจของการทดสอบที่ร้อยละ 80 ( $Z_{\beta} = 0.84$ )

$\sigma^2$  = แทนค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลประชากรในด้านการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จากงานวิจัยการศึกษาผลการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของชุมชน การพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ บ้านคอนนิมพัฒนา หมู่ 9 ตำบลคอนนิม อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น<sup>(5)</sup> เท่ากับ 0.46

$D^2$  = ค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการดำเนินการทดลองที่ผู้วิจัยคาดว่าจะมีความแตกต่าง โดยผู้วิจัยได้กำหนดไว้ = 0.3 คะแนน

จากขนาดตัวอย่างผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยผู้วิจัยได้กำหนดคุณลักษณะดังนี้ เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป สามารถพูดสื่อสารกันรู้เรื่อง สติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถรับรู้วันเวลา สถานที่ และบุคคลได้ดี และยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการร่วมกิจกรรม เพื่อป้องกันการมีเหตุจำเป็นหรือมีการกิจเร่งด่วนต้องออกจากงานวิจัยในระหว่างการดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยจึงขอเพิ่มกลุ่มเป้าหมายเป็น 45 คน

การดำเนินงานวิจัยเพื่อดำเนินการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ แบ่งการดำเนินงานวิจัยเป็น 2 ระยะ คือ

**ระยะที่ 1 การประชุมกลุ่มผู้สูงอายุ** ระยะเวลาที่ใช้ในการประชุม 2 วัน โดยมีกิจกรรมดังนี้

1) วัดระดับความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุก่อนดำเนินงานโครงการโดยใช้แบบสัมภาษณ์และสังเกตพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการวิจัย

2) ดำเนินการอบรมโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตามโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก การส่งเสริมการออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพทั่วไป และด้านอาหารและโภชนาการ โดยผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมกิจกรรมร่วมกันศึกษา วิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา ร่วมกันตัดสินใจ ร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหา และร่วมกันดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหา

3) ผู้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มร่วมกันสรุปเนื้อหา และผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นที่สำคัญอีกครั้ง พิจารณาถึงกิจกรรมที่ต้องดำเนินการและนัดหมายในการเข้าร่วมหรือติดตามผลการดำเนินงานต่อไป

**ระยะที่ 2 การประชุม** เป็นการติดตามผลและประเมินผล ช่วงระยะเวลาที่ใช้ในการประชุม 1 วัน โดยมีระยะห่างจากระยะที่ 1 เป็นเวลา 4 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรมดังนี้

1) หลังการดำเนินการแก้ไขปัญหา เป็นการศึกษาการเปลี่ยนแปลงของการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จากการดำเนินการในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก การส่งเสริมการออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพทั่วไปและด้านอาหารและโภชนาการ ร่วมเรียนรู้ปัญหาอุปสรรคหลังการแก้ไขปัญหา ร่วมกับผู้เข้าร่วมกิจกรรมกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาและสรุปผลการดำเนินงานตามแผนงานที่ได้ปรับปรุงในทุกประเด็นสำคัญ

2) วัดระดับความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองหลังดำเนินงานโครงการ โดยใช้แบบสัมภาษณ์และสังเกตพฤติกรรมของผู้สูงอายุ

## ระยะเวลาในการศึกษา

เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2554

## เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นแบบบันทึกและ

เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ได้แก่ กล้องถ่ายภาพนิ่ง วีดิทัศน์ การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ระดับความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ซึ่งแบบสัมภาษณ์ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมายจำนวน 30 ชุด นำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นด้านความรู้ด้วยวิธีการของ Kuder-Richardson (KR-20) ได้เท่ากับ 0.77 และด้านการปฏิบัติตัวโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคซ์ (Cronbach's Alpha Coefficient :  $\alpha$ ) เท่ากับ 0.81

การวัดระดับความรู้ในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้จากการรวมคะแนนในแต่ละข้อคำถาม แล้วนำมาจัดกลุ่มคะแนนโดยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เป็นตัวแบ่งในการกำหนดช่วงคะแนน 3 ระดับคือ ระดับสูง ระดับปานกลางและระดับต่ำ โดยการแปลผลค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ของเบสท์<sup>(5)</sup> ดังนี้

- > 24.06 หมายถึง ระดับการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับสูง
- 18.42-24.06 หมายถึง ระดับการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับปานกลาง
- < 18.42 หมายถึง ระดับการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับต่ำ

การวัดระดับการปฏิบัติตัวในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้จากการรวมคะแนนในแต่ละข้อคำถาม แล้วนำมาจัดกลุ่มคะแนนโดยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เป็นตัวแบ่งในการกำหนดช่วงคะแนน 3 ระดับคือ ระดับดี ระดับปานกลางและระดับไม่ดี โดยการแปล

ผลค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ ของเบสท์<sup>(5)</sup> ดังนี้

- > 42.69 หมายถึง ระดับการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับดี
- 30.65-42.69 หมายถึง ระดับการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับปานกลาง
- < 30.6 หมายถึง ระดับการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับไม่ดี

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด เพื่ออธิบายข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล และใช้สถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างก่อนและหลังการอบรมตามโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

### ผลการวิจัย

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษากลุ่มเป้าหมายจำนวน 45 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 64.44 มีช่วงอายุระหว่าง 65-69 ปีมากที่สุดร้อยละ 42.21 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 66 ปี (S.D.=4.60) สถานภาพคู่มากที่สุดร้อยละ 62.22 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาร้อยละ 64.44 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุดร้อยละ 33.33 ส่วนใหญ่มีแหล่งรายได้จากหน่วยงานราชการ/อปท. ร้อยละ 86.67 รายได้ที่ได้รับอยู่ในช่วง 1,001-3,000 บาทร้อยละ 44.45 ( $\bar{X}$ =3,000, Min=900, Max=10,000) โดยอาศัยอยู่ในครอบครัว 1-2 คนมากที่สุดร้อยละ 40.00 ส่วนใหญ่อยู่กับสมาชิกครอบครัว ประกอบด้วย สามเณร/ภรรยา และลูกหลานร้อยละ 62.22 ไม่เคยสูบบุหรี่มากที่สุดร้อยละ 82.22 และไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร้อยละ 75.56 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 60.00 และในผู้ที่มีโรคประจำตัวจำนวน 18 คน พบว่ามีโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดจำนวน 11 คน

## ส่วนที่ 2 การประเมินระดับความรู้ในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตำบลหนองบัวโคก อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

ผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองในภาพรวมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 71.11 ( $\bar{X}$ =21.24, S.D.= 2.82) แต่หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุและการให้ความรู้ในด้านต่างๆ ผ่านไป 4 สัปดาห์ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้แนวโน้มสูงเพิ่มขึ้น โดยมีความรู้ในระดับสูงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 35.56 และความรู้ในระดับปานกลางร้อยละ 64.44 และไม่พบผู้สูงอายุที่มีความรู้ในระดับต่ำ ดังตารางที่ 1

ผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองจำแนกรายด้านก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่วนใหญ่มีระดับความรู้แนวโน้มสูงขึ้น ด้านการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้ในระดับ

ปานกลางมากที่สุดร้อยละ 48.89 หลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้ในระดับสูงเพิ่มขึ้นมากที่สุดร้อยละ 55.56 ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากมีความรู้ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 37.78 หลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 88.89 ด้านการส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ มีความรู้ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 37.78 หลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้ในระดับสูงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 62.22 ด้านการดูแลสุขภาพตนเองทั่วไป มีความรู้ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 57.78 หลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 62.22 ด้านอาหารและโภชนาการ ผู้สูงอายุมีความรู้ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 53.33 หลังการเข้าร่วมโปรแกรม มีความรู้ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 73.33 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละความรู้ในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับความรู้ ก่อนและหลังอบรม (n=45)

ระดับความรู้	ก่อนการอบรม		หลังการอบรม	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
ระดับสูง (คะแนนมากกว่า 24.06)	6	(13.33)	16	(35.56)
ระดับปานกลาง (คะแนนระหว่าง 18.42 - 24.06)	32	(71.11)	29	(64.44)
ระดับต่ำ (คะแนนน้อยกว่า 18.42)	7	(15.56)	0	(0.00)

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละของระดับความรู้ในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุจำแนกรายด้านก่อนและหลังอบรม (n=45)

ด้าน	ระดับสูง		ระดับปานกลาง		ระดับต่ำ	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต	12 (26.67)	25 (55.56)	22 (48.89)	20 (44.44)	11 (24.44)	0 (0.00)
2. การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก	15 (33.33)	40 (88.89)	17 (37.78)	5 (11.11)	13 (28.89)	0 (0.00)
3. การส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ	17 (37.78)	28 (62.22)	16 (35.55)	12 (26.67)	12 (26.67)	5 (11.11)
4. การดูแลสุขภาพตนเองทั่วไปในผู้สูงอายุ	8 (17.78)	28 (62.22)	26 (57.78)	14 (31.11)	11 (24.44)	3 (6.67)
5. ด้านอาหารและโภชนาการ	17 (37.78)	33 (73.33)	24 (53.33)	12 (26.67)	4 (8.89)	0 (0.00)

**ส่วนที่ 3** เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับความรู้ภาพรวมก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้สถิติ Paired t-test

ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ มีคะแนนความรู้ในภาพรวมเฉลี่ย 21.24 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.57 คะแนน หลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนความรู้ในภาพรวมเฉลี่ย 25.11 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.82 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างคะแนนความรู้ในภาพรวมก่อนและหลังเพิ่มขึ้น จากการวิเคราะห์การเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้น 3.84 คะแนน (95%CI = 3.20 ถึง 4.25) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุภาพรวมก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้สถิติ Paired t-test (n=45)

การเข้าร่วมโปรแกรม	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{d}$	95%CI	p-value
ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม	21.24	1.57	3.84	3.20 ถึง 4.25	<0.001*
หลังการเข้าร่วมโปรแกรม	25.11	2.82			

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ มีคะแนนความรู้ในการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตเฉลี่ย 3.44 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.41 คะแนน หลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 4.44 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.69 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างคะแนนความรู้ก่อนและหลังเพิ่มขึ้น จากการวิเคราะห์การเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้น 1 คะแนน (95%CI = 0.64 ถึง 1.36) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value<0.001)

ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ มีคะแนนความรู้ในด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากเฉลี่ย 4.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.87 คะแนน หลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 4.89 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.32 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างคะแนนความรู้ก่อนและหลังเพิ่มขึ้น จากการวิเคราะห์การเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้น 0.89 คะแนน (95%CI = 0.64 ถึง 1.14) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value <0.001)

ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ มีคะแนนความรู้ในด้านการส่งเสริมการออกกำลังกายเฉลี่ย 5.04 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.95 คะแนน หลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 5.51 ส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน 0.69 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างคะแนนความรู้ก่อนและหลังเพิ่มขึ้น จากการวิเคราะห์การเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้น 0.47 คะแนน (95%CI = 0.21 ถึง 0.72) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value<0.001)

ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ มีคะแนนความรู้ในด้านการดูแลสุขภาพทั่วไปเฉลี่ย 4.84 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.82 คะแนน หลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 5.56 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.62 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างคะแนนความรู้ก่อนและหลังเพิ่มขึ้น จากการวิเคราะห์การเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้น 0.72 คะแนน (95%CI = 0.47 ถึง 0.96) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value<0.001)

ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ มีคะแนนความรู้ในด้านอาหารและโภชนาการเฉลี่ย 3.93 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.05 คะแนน หลังการเข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนความรู้เฉลี่ย 4.71 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.50 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างคะแนนความรู้ก่อนและหลังเพิ่มขึ้น จากการวิเคราะห์การเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้น 0.78 คะแนน (95%CI = 0.52 ถึง 1.03) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value<0.001) ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุภาพรวมก่อนและหลังการอบรมโดยใช้สถิติ Paired t-test (n=45)

การเข้าร่วมโปรแกรม	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{d}$	95%CI	p-value
<b>1. การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต</b>					
ก่อน	3.44	1.41	1.00	0.64 ถึง 1.36	<0.001*
หลัง	4.44	0.69			
<b>2. ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก</b>					
ก่อน	4.00	0.87	0.89	0.64 ถึง 1.14	<0.001*
หลัง	4.89	0.32			
<b>3. ด้านการส่งเสริมการออกกำลังกาย</b>					
ก่อน	5.04	0.95	0.47	0.21 ถึง 0.72	<0.001*
หลัง	5.51	0.69			
<b>4. ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป</b>					
ก่อน	4.84	0.82	0.72	0.47 ถึง 0.96	<0.001*
หลัง	5.56	0.62			
<b>5. ด้านอาหารและโภชนาการ</b>					
ก่อน	3.93	1.05	0.78	0.52 ถึง 1.03	<0.001*
หลัง	4.71	0.52			

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**ส่วนที่ 4** การประเมินระดับการปฏิบัติตัวในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลหนองบัวโคก อำเภोजัตร์ส จังหวัดชัยภูมิ

ผู้สูงอายุมีระดับการปฏิบัติตัวในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองภาพรวมก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

อยู่ในระดับปานกลางสูงที่สุดร้อยละ 66.66 ( $\bar{X}$ =36.67, S.D.= 6.02) หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวในระดับดีเพิ่มขึ้นร้อยละ 55.56 และไม่พบผู้สูงอายุที่มีการปฏิบัติตัวในระดับไม่ดีดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของระดับการปฏิบัติตัวในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเอง จำแนกตามระดับการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุภาพรวมก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม (n=45)

ระดับการปฏิบัติตัว	ก่อนการอบรม		หลังการอบรม	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
ระดับดี (คะแนนมากกว่า 42.69)	8	(17.78)	25	(55.56)
ระดับปานกลาง (คะแนนระหว่าง 30.65–42.69)	30	(66.66)	20	(44.44)
ระดับไม่ดี (คะแนนน้อยกว่า 30.65)	7	(15.56)	0	(0.00)

ผู้สูงอายุมีระดับการปฏิบัติตัวในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองจำแนกรายด้านก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติตัวที่ดีขึ้น ด้านการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตมีการปฏิบัติตัวก่อน การเข้าร่วมโปรแกรมในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 53.53 หลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีการปฏิบัติตัวในระดับดีสูงมากขึ้นเป็นร้อยละ 44.44 ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตัวก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 62.22 หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีการปฏิบัติตัวในระดับดีสูงมากขึ้นเป็นร้อยละ 44.44 ด้าน

การส่งเสริมการออกกำลังกาย ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตัวก่อนเข้าร่วมโปรแกรมในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 64.45 หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีการปฏิบัติตัวในระดับดีสูงมากขึ้นเป็นร้อยละ 37.78 ด้านการดูแลสุขภาพตนเองทั่วไป ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตัวก่อนเข้าร่วมโปรแกรมในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 60.00 หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีการปฏิบัติตัวในระดับดีสูงมากขึ้นเป็นร้อยละ 46.67 ด้านอาหารและโภชนาการ ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตัวก่อนเข้าร่วมโปรแกรมในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 73.33 หลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีการปฏิบัติตัวในระดับดีมากที่สุดร้อยละ 51.11 ดังตารางที่ 6

**ตารางที่ 6** จำนวนและร้อยละของระดับการปฏิบัติตัวในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุจำแนกรายด้านก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n=45)

ด้าน	ระดับดี		ระดับปานกลาง		ระดับไม่ดี	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. การให้การปรึกษา ปัญหาสุขภาพจิต	12 (26.67)	20 (44.44)	24 (53.53)	24 (53.53)	9 (20.00)	1 (2.22)
2. การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในช่องปาก	8 (17.78)	20 (44.44)	28 (62.22)	25 (55.56)	9 (20.00)	0 (0.00)
3. การส่งเสริมการ ออกกำลังกาย	10 (22.22)	17 (37.78)	29 (64.45)	27 (60.00)	6 (13.33)	1 (2.22)
4. การดูแลสุขภาพ ทั่วไปในผู้สูงอายุ	7 (15.56)	21 (46.67)	27 (60.00)	23 (51.11)	11 (24.44)	1 (2.22)
5. ด้านอาหารและโภชนาการ	7 (15.56)	23 (51.11)	33 (73.33)	22 (48.89)	5 (11.11)	0 (0.00)

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ภาพรวมก่อนและหลังการอบรมโดยใช้สถิติ Paired t-test ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ มีคะแนนการปฏิบัติตัวในภาพรวมเฉลี่ย 36.67 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.02 คะแนน หลังการเข้าร่วมโปรแกรม

มีคะแนนความรู้ในภาพรวมเฉลี่ย 42.93 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.75 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างคะแนนความรู้ในภาพรวมก่อนและหลังเพิ่มขึ้นจากการวิเคราะห์การเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้น 3.84 คะแนน (95%CI=3.20 ถึง 4.25) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) ดังตารางที่ 7

**ตารางที่ 7** เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุภาพรวมก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้สถิติ Paired t-test (n=45)

ภาพรวม	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{d}$	95%CI	p-value
ก่อน	36.67	6.02	6.26	5.31 ถึง 7.22	<0.001*
หลัง	42.93	3.75			

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ มีคะแนนการปฏิบัติตัวในการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตเฉลี่ย 7.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.85 คะแนน หลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนการปฏิบัติตัวเฉลี่ย 8.78 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.35 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างคะแนนการปฏิบัติตัวก่อนและหลังเพิ่มขึ้น จากการวิเคราะห์การเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้น 0.98 คะแนน (95%CI=0.64 ถึง 1.34) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001)

ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ มีคะแนนการปฏิบัติตัวในด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากเฉลี่ย 6.98 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.36 คะแนน หลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนการปฏิบัติตัวเฉลี่ย 9.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.07 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างคะแนนการปฏิบัติตัวก่อนและหลังเพิ่มขึ้น จากการวิเคราะห์การเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้น 2.02 คะแนน (95%CI=1.47 ถึง 2.56) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001)

ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ มีคะแนนการปฏิบัติตัวในด้านการส่งเสริมการออกกำลังกายเฉลี่ย 6.87 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.36 คะแนน หลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนการปฏิบัติตัวเฉลี่ย 7.78 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.70 คะแนน เมื่อเปรียบ

เทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างคะแนนการปฏิบัติตัวก่อนและหลังเพิ่มขึ้น จากการวิเคราะห์การเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้น 0.91 คะแนน (95%CI=0.51 ถึง 1.31) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001)

ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ มีคะแนนการปฏิบัติตัวในด้านการดูแลสุขภาพทั่วไปเฉลี่ย 7.82 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.56 คะแนน หลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนการปฏิบัติตัวเฉลี่ย 9.04 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.88 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างคะแนนการปฏิบัติตัวก่อนและหลังเพิ่มขึ้น จากการวิเคราะห์การเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้น 1.22 คะแนน (95%CI=0.92 ถึง 1.53) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001)

ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ มีคะแนนการปฏิบัติตัวในด้านอาหารและโภชนาการเฉลี่ย 7.20 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.37 คะแนน หลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนการปฏิบัติตัวเฉลี่ย 8.33 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.87 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างคะแนนการปฏิบัติตัวก่อนและหลังเพิ่มขึ้น จากการวิเคราะห์การเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้น 1.13 คะแนน (95%CI=0.74 ถึง 1.52) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุจำแนกรายด้านก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้สถิติ Paired t-test (n=45)

การเข้าร่วมโปรแกรม	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{d}$	95%CI	p-value
<b>1. การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต</b>					
ก่อน	7.80	1.85	0.98	0.61 ถึง 1.34	<0.001*
หลัง	8.78	1.35			
<b>2. ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก</b>					
ก่อน	6.98	2.36	2.02	1.47 ถึง 2.56	<0.001*
หลัง	9.00	1.07			
<b>3. ด้านการส่งเสริมการออกกำลังกาย</b>					
ก่อน	6.87	2.36	0.91	0.51 ถึง 1.31	<0.001*
หลัง	7.78	1.70			
<b>4. ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป</b>					
ก่อน	7.82	1.56	1.22	0.92 ถึง 1.53	<0.001*
หลัง	9.04	0.88			
<b>5. ด้านอาหารและโภชนาการ</b>					
ก่อน	7.20	1.37	1.13	0.74 ถึง 1.52	<0.001*
หลัง	8.33	0.87			

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

## การอภิปรายผลการวิจัย

ผลศึกษาระดับความรู้ในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต พบว่าผู้สูงอายุมีความรู้ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลางสูงที่สุดร้อยละ 48.89 หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า มีระดับความรู้สูงมากที่สุดร้อยละ 55.56 สอดคล้องกับการศึกษาของธงชัย ศรีทิน<sup>(6)</sup> พบว่าด้านการมีอารมณ์ที่แจ่มใส (กิจกรรมคลายเครียด) ก่อนการอบรมผู้สูงอายุมีความรู้ในระดับปานกลาง และหลังการอบรมผู้สูงอายุมีระดับความรู้ในระดับสูงมากที่สุด

2. ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่อง

ปาก ผู้สูงอายุมีความรู้ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลางสูงที่สุดร้อยละ 37.78 หลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีระดับความรู้เพิ่มขึ้นมากที่สุดร้อยละ 88.89 สอดคล้องกับการศึกษาของธงชัย ศรีทิน<sup>(6)</sup> พบว่าด้านอนามัยการดูแลสุขภาพช่องปากก่อนการอบรมผู้สูงอายุมีความรู้ในระดับสูง และหลังการอบรมผู้สูงอายุมีระดับความรู้ในระดับสูงมากเพิ่มขึ้นกว่าเดิม

3. ด้านการส่งเสริมการออกกำลังกาย ผู้สูงอายุมีความรู้ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 37.78 หลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า มีระดับความรู้สูงมากที่สุดและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 62.22 สอดคล้องกับการศึกษาของธงชัย ศรีทิน<sup>(6)</sup> พบว่าด้านออกกำลังกายก่อนการอบรมผู้สูงอายุมีความรู้ใน

ระดับสูง และหลังการอบรมผู้สูงอายุมีระดับความรู้ในระดับสูงมากเพิ่มขึ้นกว่าเดิม

4. ด้านการดูแลสุขภาพตนเองทั่วไป ผู้สูงอายุมีความรู้ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 57.78 หลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่ามีระดับความรู้สูงเพิ่มขึ้นมากที่สุดร้อยละ 62.22 สอดคล้องกับการศึกษาของนภดล เลี้ยงพรหม<sup>(7)</sup> พบว่าความรู้เรื่องหมวดอนามัย (การดูแลสุขภาพตนเองทั่วไป) ก่อนการอบรมผู้สูงอายุมีความรู้ในระดับปานกลาง และหลังการอบรมผู้สูงอายุมีระดับความรู้เพิ่มขึ้นในระดับสูงมากที่สุด

5. ด้านอาหารและโภชนาการ ผู้สูงอายุมีความรู้ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 53.33 หลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่ามีระดับความรู้สูงมากที่สุดร้อยละ 73.33 สอดคล้องกับการศึกษาของธงชัย ศรีทน<sup>(6)</sup> พบว่าด้านการรับประทานอาหารดีมีประโยชน์ก่อนการอบรมผู้สูงอายุมีความรู้ในระดับปานกลางและหลังการอบรมผู้สูงอายุมีระดับความรู้ในระดับสูงมากที่สุด

**ผลการศึกษากการปฏิบัติตัวในการมีส่วนร่วมต่อการดูแลสุขภาพส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุสามารถอภิปรายผล ได้ดังนี้**

1. การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตัวก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลางสูงที่สุดร้อยละ 53.53 หลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าการปฏิบัติตัวในระดับปานกลางแต่มีแนวโน้มที่ดีเพิ่มขึ้นโดยพบ ในระดับปานกลางสูงที่สุดร้อยละ 53.53 สอดคล้องกับการศึกษาของปิยะนุช แก้วเรืองและอัลฟามร์ คิริโต<sup>(8)</sup> พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในการจัดการความเครียดในระดับปานกลางสูงที่สุด

2. ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตัวก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลางสูงที่สุดร้อยละ 62.22 หลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าการปฏิบัติตัวในระดับปานกลาง แต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยพบในระดับปานกลางสูงที่สุดร้อยละ 55.56

3. ด้านการส่งเสริมการออกกำลังกาย ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตัวก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลางสูงที่สุดร้อยละ 64.45 หลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าการปฏิบัติตัวในระดับปานกลางแต่มีแนวโน้มที่ดีเพิ่มขึ้นโดยพบในระดับปานกลางสูงที่สุดร้อยละ 60.00 สอดคล้องกับการศึกษาของปิยะนุช แก้วเรืองและอัลฟามร์ คิริโต<sup>(8)</sup> พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในด้านออกกำลังกายในระดับปานกลางสูงที่สุด

4. ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตัวก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลางสูงที่สุดร้อยละ 60.00 หลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าการปฏิบัติตัวในระดับปานกลาง แต่มีแนวโน้มในระดับดีเพิ่มขึ้น โดยพบในระดับปานกลางสูงที่สุดร้อยละ 51.11 สอดคล้องกับการศึกษาของปิยะนุช แก้วเรืองและอัลฟามร์ คิริโต<sup>(8)</sup> พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับปานกลางสูงที่สุด

5. ด้านอาหารและโภชนาการ ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตัวก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลางสูงที่สุดร้อยละ 73.33 หลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีการปฏิบัติตัวในระดับดีสูงที่สุดร้อยละ 51.11 สอดคล้องกับการศึกษาของธงชัย ศรีทน<sup>(6)</sup> พบว่าการปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหารที่ดีมีประโยชน์ ก่อนการอบรมผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตัวในระดับไม่ดี แต่หลังการอบรมผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตัวในระดับดีสูงที่สุด

## **ข้อเสนอแนะ**

### **1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย**

ด้านความรู้และการปฏิบัติตัวต่อการดูแลสุขภาพส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จากการศึกษาถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะมีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองในระดับที่สูง แต่การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องยังปฏิบัติไม่ต่อเนื่อง ซึ่งควรมีการณรงค์ คัดกรอง และสร้างกิจกรรมรวมถึงมาตรการต่าง ๆ ให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องอย่างสม่ำเสมอ

### **2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป**

1. จากผลการศึกษาโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบ

มีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดการพัฒนา โดยการให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นเข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ซึ่งแนวทางดังกล่าวสามารถนำไปใช้ได้จริง จึงควรมีการนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขด้านอื่นๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชนได้

2. ควรมีการศึกษาการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของชุมชนในระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น เพื่อศึกษาถึงความแตกต่างความต่อเนื่องและความยั่งยืนของกิจกรรมที่เกิดขึ้น

3. ควรมีการศึกษาข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล เพื่อเปรียบเทียบกับระดับการปฏิบัติตัว

### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. ความต้องการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคมของผู้สูงอายุ : ศึกษากรณีเฉพาะศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนกรุงเทพมหานคร; 2550.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550; 2550.
3. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนามิน-ตราชนีย์ จังหวัดชัยภูมิ. สรุปผลการดำเนินงานทางด้านสาธารณสุขปี 2552. เอกสารอัดสำเนา; 2552.
4. John WB. Research in Education. New Jersey: Prentice Hall; 1970.
5. สุรเมศวร์ ฮาซิม. การศึกษากำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับงานวิจัย. วารสารวิทยาศาสตร์ มศว. 2551; 24:160-1.
6. ธงชัย ศรีทน. ผลของการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ บ้านคอนจิมพัฒนา หมู่ 9 ตำบลคอนจิม อำเภอเวียงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
7. นกตล เลี้ยงพรหม. การวางแผนแบบมีส่วนร่วมเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของสูงอายุ ตำบลบ้านจืด อำเภอภูแก้ว จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
8. ปิยะนุช แก้วเรืองและอันฟามร์ ศิริโต. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมดอกคำตัน ตำบลคูบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี. โปรแกรมวิชาสุขภาพศึกษา คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม; 2550.

# การพัฒนาพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของนักจัดรายการวิทยุ ในเขตรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น โดยใช้กระบวนการตลาดเชิงสังคม

## The Behavioral Development for Health Promotion Among Disc Jockeys in National Health Security Office Responsibility Region 7 Khon Kaen by Applying Social Marketing

อนันต์ อiftikhhal ส.ม. (สุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ)\*

Anan Iftikhhal M.P.H. (Health Ed and Health Promotion)

จุฬารัตน์ โสตะ ศศ.ด. (พัฒนศาสตร์)\*\*

Chulaporn Sota Ph.D. (Development Science)

\*คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Faculty of Public Health, Khon Kaen University

\*\*ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์

Department of Health Education, Faculty of Public Health,

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Khon Kaen University

### บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของนักจัดรายการวิทยุในเขตรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น ได้ทำการศึกษาในกลุ่มนักจัดรายการวิทยุใน 4 จังหวัดได้แก่ ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง คือนักจัดรายการวิทยุจำนวน 80 คน โดยประยุกต์ใช้กระบวนการตลาดเชิงสังคม และอาศัยส่วนผสมทางการตลาด ประกอบด้วย 4 P's คือ บริการ (Product) นักจัดรายการวิทยุมีการส่งเสริมสุขภาพในด้านการออกกำลังกาย การบริโภค อาหาร และการจัดการความเครียด โดยมีคู่มือการส่งเสริมสุขภาพวิทยุทำงาน และแผ่นพับ ราคา (Price) ไม่เสียค่าใช้จ่ายในการส่งเสริมสุขภาพ และชี้แจงให้เห็นประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ สถานที่ (Place) สามารถปฏิบัติที่ทำงาน หรือที่บ้าน ในการส่งเสริมสุขภาพโดยเน้นให้นักจัดรายการวิทยุเกิดความตระหนักในการส่งเสริมสุขภาพและดูแลตนเอง การส่งเสริมกลุ่มเป้าหมายมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Promotion) มีวิธีการส่งเสริมสุขภาพโดยการให้ข้อมูลข่าวสาร อาศัยสื่อและช่องทางสื่อที่เหมาะสม และยังประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคเพื่อนำมาพัฒนาพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพโดยใช้แบบสอบถามและสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและ หลังดำเนินการด้วยสถิติ Paired Sample t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัยพบว่าหลังดำเนินการ นักจัดรายการวิทยุมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่ เกี่ยวกับโรคจากการมีพฤติกรรมเสี่ยง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคจากการมีพฤติกรรมเสี่ยง ความคาดหวังใน ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อโรคจากการส่งเสริมสุขภาพ การจัดการ ความเครียดและการปฏิบัติตนในการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value  $< 0.001$ ) จากผลการศึกษาโดยการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักจัดรายการวิทยุ โดยการอาศัยส่วนผสมการ ตลาดและแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคที่มีความเหมาะสม ทำให้นักจัดรายการวิทยุมีการพัฒนาพฤติกรรม การส่งเสริม สุขภาพในทางที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: การพัฒนาพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ การตลาดเชิงสังคม นักจัดรายการวิทยุ

## Abstract

The objective of the Action Research is to investigate the behavioral development for health promotion among disc jockeys in National Health Security Office responsibility region 7 Khon Kaen. There are 80 Disc Jockeys as an experimental group applying social marketing and marketing mix 4 P's. The methodology is based on questionnaire, and indepth interview. The analysis for general information is done by descriptive statistics and comparison both before and after Paired-Sample t-test at level of significance 0.05.

Based upon the result of this study, Disc Jockeys' average knowledge – after investigation – is improved in the perception of the intensity of disease about risky behavior, the perception of opportunity to have risky behavior, the expectation of self-capability in health promotion, the expectation in the result of the health promotion, stress reduction statistics level of significance scores p-value < 0.001. Based on the result of health promotion activities for Disc Jockeys by utilizing marketing mix and persuasion for appropriate disease prevention, it shows that Disc Jockeys have a better behavior in health promotion.

**Keywords:** The Behavioral Development for Health Promotion, Social Marketing, Disc Jockey

## บทนำ

คนไทยมีอายุยืนขึ้นอย่างชัดเจน สังคมไทยได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุและจะเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว คาดว่าอีกยี่สิบปีข้างหน้าจะมีผู้สูงอายุมากถึงหนึ่งในสี่ของประชากร แบบแผนการเจ็บป่วยและเสียชีวิตเปลี่ยนจากโรคติดต่อเป็นหลักมาเป็นโรคไม่ติดต่อ ซึ่งเกิดจากการถดถอยของสมรรถภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายและผลสะสมของพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม<sup>(1)</sup> ตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยถูกพัฒนาขึ้นด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบแรก สถานะสุขภาพ สุขภาพกายคนไทยมีพัฒนาการที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งอายุคาดเฉลี่ยที่ยืนยาวขึ้นเป็น 69.5 และ 76.3 ปีสำหรับชายและหญิง และอัตราการตายวัยแรงงานที่มีแนวโน้มลดต่ำลง จากการศึกษานใน พ.ศ. 2552 พบว่า การสูญเสียปีสุขภาวะในผู้ชายมีสาเหตุอันดับแรกมาจากการติดสุราและในผู้หญิงจากโรคเบาหวานแทนเอชไอวี/เอดส์ซึ่งเป็นสาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะในอันดับต้นๆ<sup>(2)</sup> การทำงานเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตของคนวัยทำงานทุกคน เพราะงานคือรายได้ อนาคต การสร้างคุณค่า หลักประกันของชีวิต แหล่งความรู้ และประสบการณ์ของชีวิต และหลายคนมีชีวิตอยู่กับงาน ทั้งที่มีและไม่มีความสุขกับงานแต่ต้องทำเพื่อความอยู่รอดของชีวิตและครอบครัว คนทำงาน

ต้องทำงานอยู่ในสถานที่ทำงานอย่างน้อยวันละ 8-10 ชั่วโมง และใช้ชีวิต 2 ใน 3 ของอายุในการทำงาน<sup>(3)</sup>

ในปัจจุบันสื่อมวลชนประเภทวิทยุและโทรทัศน์มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงบริการข่าวสารให้ความรู้และให้ความบันเทิงแก่ผู้รับหรือผู้ชมเป็นอย่างมาก ในด้านการบริหารประเทศสื่อมวลชนประเภทนี้จะช่วยสร้างความเข้าใจอันดีระหว่างประชาชนกับรัฐบาลเป็นอย่างดี วิทยุกระจายเสียงถือเป็นสื่อมวลชนแขนงหนึ่งที่มีบทบาทอย่างมากในชีวิตประจำวัน และยิ่งถือว่าวิทยุกระจายเสียงเป็นสื่อที่สามารถเข้าถึงประชาชนได้มากที่สุดเมื่อเทียบกับสื่อมวลชนอื่นๆ เนื่องจากวิทยุกระจายเสียงสามารถแพร่กระจายข่าวสารไปสู่ประชาชน ทุกเพศ ทุกวัย ได้อย่างรวดเร็วและกว้างไกล อีกทั้งยังไม่เป็นอุปสรรคสำหรับผู้ที่ย่านและเขียนหนังสือไม่ได้ และราคาของเครื่องรับก็ไม่สูงนักจึงสามารถหาซื้อไว้ครอบครองได้<sup>(4)</sup>

การสร้างเสริมสุขภาพมีความจำเป็นในการป้องกันโรค มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยเริ่มต้นด้วยพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต เช่น พฤติกรรมการกิน การออกกำลังกาย จิตใจหรืออารมณ์ เป็นต้น รวมถึงการสร้างหรือปรับสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีหรือปรับวิถีชีวิตที่สร้างสุขภาพ<sup>(5)</sup> จากการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของผู้วิจัยโดยการสัมภาษณ์นักจัดรายการวิทยุจำนวน 18 รายทั้ง 4 จังหวัด ได้แก่ ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์พบว่า นักจัดรายการวิทยุไม่ออกกำลังกาย

ร้อยละ 44.4 เป็นปัญหามากที่สุดเนื่องจากนักจัดรายการวิทยุไม่มีเวลาว่างในการออกกำลังกาย อีกทั้งลักษณะงานจะต้องติดตามและค้นหาข้อมูลข่าวสารตลอดเวลาในการนำเสนอสู่ประชาชน และเวลาในการทำงานจะต้องขึ้นเวร มีการบริหารเวลาที่ไม่ถูกต้องจนทำให้ไม่สามารถออกกำลังกาย ปัญหาต่อมาคือความเครียดจากการทำงาน และปัญหาเพื่อนร่วมงานร้อยละ 38.9 ซึ่งเกิดจากสาเหตุการทำงานมากจนเกินไป จนบางครั้งไม่มีเวลาพักผ่อนนอนหลับ รับประทานอาหารน้อยและผิดเวลาจนไม่สามารถหาวิธีจัดการความเครียดได้ และยังพบปัญหาการบริโภคอาหารร้อยละ 16.67 โดยส่วนใหญ่ นักจัดรายการวิทยุรับประทานอาหารตรงต่อเวลา แต่ยังพบบางส่วนที่ยังบริโภคอาหารสำเร็จรูปโดยเฉพาะอาหารมื้อเย็น สาเหตุเกิดจากเวลาของการเลิกงานช้า จนบางครั้งไม่มีเวลาว่างให้กับครอบครัว การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังพบน้อย ส่วนใหญ่การสูบบุหรี่จะสูบกี้ต่อเมื่อมีความเครียดจากการทำงาน มีปัญหาเรื่องส่วนตัว และหลังจากรับประทานอาหาร ส่วนการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นักจัดรายการวิทยุโดยส่วนใหญ่บริโภคน้อยจะไม่บริโภคขณะทำงานแต่จะบริโภคตามงานหรือกิจกรรม และยังพบโรคประจำตัวของนักจัดรายการวิทยุ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

## วัตถุประสงค์การวิจัย

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักจัดรายการวิทยุในเขตรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น โดยใช้กระบวนการตลาดเชิงสังคม

### วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้กระบวนการตลาดเชิงสังคมของนักจัดรายการวิทยุ ในเรื่อง

1. ความรู้เรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกี่ยวกับโรคจากการมีพฤติกรรมเสี่ยง
3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคจากการมีพฤติกรรมเสี่ยง

4. ความคาดหวังในความสามารถของตนในการส่งเสริมสุขภาพ
5. ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการส่งเสริมสุขภาพ
6. การจัดการความเครียด
7. การปฏิบัติตนในการส่งเสริมสุขภาพ

## สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังการดำเนินการ นักจัดรายการวิทยุมีคะแนนค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการในเรื่อง

1. ความรู้เรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกี่ยวกับโรคจากการมีพฤติกรรมเสี่ยง
3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคจากการมีพฤติกรรมเสี่ยง
4. ความคาดหวังในความสามารถของตนในการส่งเสริมสุขภาพ
5. ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการส่งเสริมสุขภาพ
6. การจัดการความเครียด
7. การปฏิบัติตนในการส่งเสริมสุขภาพ

## วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักจัดรายการวิทยุ โดยให้นักจัดรายการวิทยุมีส่วนร่วมในกระบวนการตั้งแต่การวิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน การร่วมกันหาแนวทางและวางแผนแก้ไขปัญหา การปฏิบัติตามแผน การประเมินผลและการสะท้อนถึงการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพให้กับตนเอง

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

### เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นนักจัดรายการวิทยุที่ปฏิบัติงานประจำ (Full Time) ตั้งแต่เวลา 08.30 – 16.30 น.
2. ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นจนเสร็จสิ้น

กระบวนการวิจัย เพื่อความสะดวกและการสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือในการวิจัย

3. เป็นนักจัดรายการวิทยุที่มีสุขภาพดีไม่เจ็บป่วย เช่น โรคหัวใจ โรคเส้นเลือดในสมอง เป็นต้น

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจากนักจัดรายการวิทยุทั้งหมดในเขตอำเภอเมืองที่ปฏิบัติหน้าที่ประจำสถานีวิทยุรวม 80 คนจำแนกรายจังหวัดดังนี้

จังหวัดร้อยเอ็ด	จำนวน 19 คนจาก 6 สถานีวิทยุ
จังหวัดขอนแก่น	จำนวน 21 คนจาก 5 สถานีวิทยุ
จังหวัดมหาสารคาม	จำนวน 23 คนจาก 6 สถานีวิทยุ
จังหวัดกาฬสินธุ์	จำนวน 17 คนจาก 7 สถานีวิทยุ

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองและได้ผ่านผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือ

1.1 แบบสอบถาม แบ่งเป็น 8 ส่วน ประกอบด้วย<sup>(6)</sup>

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการมีพฤติกรรมเสี่ยง

ส่วนที่ 4 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคจากการมีพฤติกรรมเสี่ยง

ส่วนที่ 5 ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อโรคจากพฤติกรรมเสี่ยง

ส่วนที่ 6 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อโรคจากการส่งเสริมสุขภาพเสี่ยง

ส่วนที่ 7 การวัดระดับความเครียด

ส่วนที่ 8 การปฏิบัติตนต่อการส่งเสริมสุขภาพด้านต่างๆ

ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) มีดังนี้<sup>(7)</sup>

- ตัวแปรด้านความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของนักจัดรายการวิทยุ หาความเที่ยงโดยใช้วิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20: KR 20)

ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.82 โดยใช้โปรแกรม STATA

- b ตัวแปรด้านแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อการ

ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของนักจัดรายการวิทยุ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกี่ยวกับโรคพฤติกรรมเสี่ยง

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพฤติกรรมเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการ

ส่งเสริมสุขภาพ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อโรคจากการส่งเสริมสุขภาพ การจัดการความเครียด การปฏิบัติตนเอง

ในการส่งเสริมสุขภาพ วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคซ์ (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่า

ความเที่ยงที่ได้เท่ากับ 0.78 และแยกเป็นรายด้าน ดังนี้

1. การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกี่ยวกับโรค

พฤติกรรมเสี่ยงเท่ากับ 0.81

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพฤติกรรมเสี่ยงเท่ากับ 0.742

3. ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพเท่ากับ 0.86

4. ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อโรคจากการส่งเสริมสุขภาพเท่ากับ 0.82

5. การจัดการความเครียดเท่ากับ 0.80

6. การปฏิบัติตนในการส่งเสริมสุขภาพเท่ากับ 0.84

1.2 แบบสังเกตการณ์มีส่วนร่วมของบุคลากรกลุ่มเป้าหมาย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

กิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพนักจัดรายการวิทยุ ได้แก่

- กิจกรรมสนทนากลุ่ม/กลุ่มสัมพันธ์ เพื่อสร้างความผูกพันและความหวังในการทำงานร่วมกันระหว่างสถานีวิทยุต่างๆ

- การจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ โดยการบรรยายประกอบสไลด์ เอกสารความรู้

- กิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ โดยการแบ่งกลุ่มสมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในประเด็นเกี่ยวกับพฤติกรรมการทำงานที่มีผลต่อสุขภาพ

## ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม 2554 – มีนาคม 2555

## ขั้นตอนการดำเนินงาน<sup>(8)</sup>

### ขั้นที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์<sup>(9)</sup>

1. ติดต่อประสานงานเพื่อค้นหาทะเบียนข้อมูลสถานีวิจัยต่างๆ ในแต่ละจังหวัด ศึกษาสถานการณ์ปัญหาโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มตัวอย่าง

2. วิเคราะห์และสรุปสถานการณ์ปัญหา โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการตลาดเชิงสังคมตามองค์ประกอบ 4P's ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

ขั้นที่ 2 การวางแผนตามองค์ประกอบของการตลาดเชิงสังคม 4P's

การวางแผนตามองค์ประกอบของการตลาดเชิงสังคม 4P's ในด้านบริการ ราคา สถานที่ และการส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังนี้

บริการ (Product) ได้แก่ นักจัดรายการวิทยุมีการส่งเสริมสุขภาพในด้านการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร และการจัดการความเครียดโดยมีคู่มือในด้านการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารและการจัดการความเครียดให้กับนักจัดรายการวิทยุโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

ราคา (Price) ได้แก่ ไม่เสียค่าใช้จ่ายในส่งเสริมสุขภาพ และชี้แจงให้เห็นประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพคือการป้องกันไม่ให้เกิดโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง เช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ เป็นต้น

สถานที่ (Place) ได้แก่ สามารถปฏิบัติที่ทำงานหรือที่บ้าน ในการส่งเสริมสุขภาพโดยเน้นให้นักจัดรายการวิทยุเกิดความตระหนักในการส่งเสริมสุขภาพและดูแลตนเอง

การส่งเสริมกลุ่มเป้าหมายมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Promotion) ได้แก่ วิธีการส่งเสริมสุขภาพการให้ข้อมูลข่าวสารโดยอาศัยสื่อและช่องทางสื่อที่เหมาะสม

### ขั้นที่ 3 การพัฒนาและทดสอบสื่อ

การพัฒนาและทดสอบสื่อโดยคู่มือการส่งเสริมสุขภาพไปให้กรรมการตรวจสอบความถูกต้อง และความ

เหมาะสมกับนักจัดรายการวิทยุ ที่จะใช้ในการจัดการดำเนินกิจกรรมสุขศึกษา

### ขั้นที่ 4 การดำเนินงานตามแผน

1. การดำเนินงานตามแผนประชุมเพื่อร่วมกันแก้ปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักจัดรายการวิทยุ โดยการสอบถามนักจัดรายการทั้งหมดโดยลักษณะภาพรวม ซึ่งมีผู้วิจัยและนักจัดรายการวิทยุ

2. จัดอบรมการพัฒนาเพื่อให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กับนักจัดรายการวิทยุโดยใช้สื่อ Power Point ประกอบการบรรยาย และคู่มือเอกสารความรู้

3. จัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพให้กับนักจัดรายการวิทยุหลังจากรับการฝึกทักษะในด้านต่างๆ

ขั้นที่ 5 การประเมินผลประสิทธิภาพของการดำเนินงาน

1. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการดำเนินการของนักจัดรายการวิทยุระยะเวลา 27 วัน โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกับที่เก็บก่อนการดำเนินการ

2. ติดตามและประเมินผลกิจกรรมการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของนักจัดรายการวิทยุที่ได้จากการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักจัดรายการวิทยุภายหลังการดำเนินโครงการ

ขั้นที่ 6 สะท้อนเพื่อให้นำไปใช้ในการพัฒนาให้ดีขึ้น

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ เก็บรวบรวมโดยใช้แบบสอบถาม

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการสนทนากลุ่มในการจัดประชุมเพื่อการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

## การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม STATA โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 มีรายละเอียดดังนี้<sup>(6)</sup>

1.1 ใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้านคุณลักษณะประชากรด้วยความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.2 สถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการดำเนินงานของความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ในเรื่องการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพนักจัดรายการวิทยุของกลุ่มเป้าหมาย ด้วยสถิติ Paired t-test<sup>(10)</sup>

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ทำการวิเคราะห์เป็นหมวดหมู่ (Content Analysis) โดยอธิบายแบ่งเป็น 3 ด้านได้แก่

1. ด้านการออกกำลังกาย
2. ด้านการบริโภคอาหาร

3. ด้านการจัดการความเครียด

**ผลการวิจัย**

**1. ข้อมูลทั่วไปของนักจัดรายการวิทยุ**

พบว่ากลุ่มตัวอย่างนักจัดรายการวิทยุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 56.2 มีอายุอยู่ระหว่าง 46 - 50 ปี มีสถานภาพสมรสร้อยละ 52.5 มีการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 58.6 จะปฏิบัติงานในช่วงระหว่าง 6-8 ชั่วโมง ร้อยละ 28.6 เวลาพักผ่อนระหว่างทำงานส่วนใหญ่จะอ่านหนังสือร้อยละ 32.5 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของนักจัดรายการวิทยุ (n=80)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>1. เพศ</b>		
ชาย	35	43.8
หญิง	45	56.2
<b>2. อายุ</b>		
18 - 30 ปี	25	31.2
31 - 40 ปี	22	27.2
41 - 50 ปี	26	32.8
51 - 55 ปี	2	2.5
56 ปี ขึ้นไป	5	6.3
Mean = 38.58, S.D.=11.59		
<b>3. สถานะภาพ</b>		
โสด	33	41.2
สมรส	42	52.5
หม้าย	5	6.3
<b>4. ระดับการศึกษา</b>		
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	1.3
มัธยมศึกษาตอนปลาย	7	8.6
อนุปริญญา/ปวส.	17	21.3
ปริญญาตรี	47	58.6
สูงกว่าปริญญาตรี	8	10.0
<b>5. โรคประจำตัว</b>		
มี	14	17.5
ไม่มี	66	82.5

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของนักจัดรายการวิทยุ (n=80) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>6. การปฏิบัติงานประจำวัน</b>		
3 - 5 ชั่วโมง	1	1.3
6 - 8 ชั่วโมง	47	58.6
8 - 10 ชั่วโมง	23	28.6
มากกว่า 10 ชั่วโมง	9	11.5
<b>7. การปฏิบัติในเวลาพักผ่อนระหว่างทำงาน</b>		
เดินออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ	25	31.3
อ่านหนังสือ	26	32.5
ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ	15	18.7
ฟังเพลง/ดูโทรทัศน์	14	17.5

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของนักจัดรายการวิทยุ ก่อนและ หลังดำเนินการ

2.1 ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของนักจัดรายการวิทยุหลังดำเนินการมีค่าสูงกว่า ก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

2.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากพฤติกรรมเสี่ยง

คะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคจากพฤติกรรมเสี่ยงของนักจัดรายการวิทยุ หลังดำเนินการมีค่าสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

2.3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยง

คะแนนด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงของนักจัดรายการวิทยุหลังดำเนินการมีค่าสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

2.4 ความคาดหวังในความสามารถของตนต่อการส่งเสริมสุขภาพ

คะแนนด้านความคาดหวังในความสามารถของตนของนักจัดรายการวิทยุหลังดำเนินการมีค่าสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

2.5 ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการส่งเสริมสุขภาพ

คะแนนเฉลี่ยด้านความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการส่งเสริมสุขภาพของนักจัดรายการวิทยุหลังดำเนินการมีค่าสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

2.6 การจัดการความเครียด

คะแนนเฉลี่ยด้านความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการส่งเสริมสุขภาพของนักจัดรายการวิทยุหลังดำเนินการมีค่าน้อยกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

2.7 การปฏิบัติตนต่อการส่งเสริมสุขภาพ

คะแนนเฉลี่ยด้านความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการส่งเสริมสุขภาพของนักจัดรายการวิทยุหลังดำเนินการมีค่าสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักจัดรายการวิทยุ ก่อนและหลังดำเนินการ (n=80)

รายละเอียด	$\bar{x}$	S.D.	Mean Difference	t-test	95%CI	p-value
<b>1. ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม</b>						
<b>การส่งเสริมสุขภาพ</b>						
ก่อนดำเนินการ	11.13	1.61				
หลังดำเนินการ	14.09	0.97	2.96	14.25	3.38,2.55	< 0.001
<b>2. การรับรู้ความรุนแรงของ</b>						
<b>โรคจากการมีพฤติกรรมเสี่ยง</b>						
ก่อนดำเนินการ	34.7	2.8				
หลังดำเนินการ	50.1	13.9	15.40	27.2	16.5,14.2	< 0.001
<b>3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็น</b>						
<b>โรคจากการมีพฤติกรรมเสี่ยง</b>						
ก่อนดำเนินการ	28.15	1.03				
หลังดำเนินการ	41.12	2.97	12.97	24.4	14.03, 11.91	< 0.001
<b>4. ความคาดหวังในความสามารถ</b>						
<b>ของตนในการส่งเสริมสุขภาพ</b>						
ก่อนดำเนินการ	34.7	2.8				
หลังดำเนินการ	50.1	13.9	11.1	27.2	16.5,14.2	< 0.001
<b>5. ความคาดหวังในผลลัพธ์</b>						
<b>จากการส่งเสริมสุขภาพ</b>						
ก่อนดำเนินการ	29.07	3.4				
หลังดำเนินการ	40.73	2.6	11.66	22.20	12.4,10.6	< 0.001
<b>6. การจัดการความเครียด</b>						
<b>ก่อนดำเนินการ</b>	61.90	9.5				
<b>หลังดำเนินการ</b>	38.10	6.9	22.19	15.3	19.3,25.06	< 0.001
<b>7. การปฏิบัติตนในการ</b>						
<b>ส่งเสริมสุขภาพ</b>						
ก่อนดำเนินการ	27.4	3.4				
หลังดำเนินการ	39.7	3.4	12.3	23.24	13.3,11.2	< 0.001

## อภิปรายผล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้กระบวนการตลาดเชิงสังคมร่วมกับแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค เพื่อจะช่วยให้มีการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักจัดรายการวิทยุ ในการนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาขั้นตอนหลักการตลาดเชิงสังคมทั้ง 6 ขั้นตอน และยังประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค เพื่อนำมาพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งประกอบด้วย

### 1. ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

คะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของนักจัดรายการวิทยุ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังดำเนินการพบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของนักจัดรายการวิทยุหลังดำเนินการมีค่าสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) ทั้งนี้เป็นไปตามข้อสมมติฐานข้อที่ 1 คือ ภายหลังจากดำเนินการมีค่าเฉลี่ยของคะแนนและค่าของความแตกต่างในเรื่องของความรู้ออกมาพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักจัดรายการวิทยุมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเกิดจากการส่งเสริมให้นักจัดรายการวิทยุมีการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งนักจัดรายการวิทยุให้ความร่วมมือโดยการกระจายสื่อรูปแบบต่างๆที่มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับนักจัดรายการวิทยุได้แก่คู่มือการส่งเสริม สุขภาพวัยทำงาน คู่มือการเดินเพื่อสุขภาพ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของประภาศรี โพธิ์สูง<sup>(11)</sup> ซึ่งได้ประยุกต์ใช้กระบวนการตลาดเชิงสังคมในการกระจายการได้รับเกลือเสริมไอโอดีนในชุมชนโดยการจัดให้มีการบรรยายรายกลุ่ม รวมทั้งการอภิปรายปัญหาหารือกันระหว่างกลุ่มแม่บ้าน และผู้วิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยและให้โภชนาการศึกษา

### 2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการมีพฤติกรรมเสี่ยง

คะแนนด้านความรู้ความรุนแรงของโรคจากพฤติกรรมเสี่ยงของนักจัดรายการวิทยุ ภายหลังจากดำเนินการมีค่าเฉลี่ยของคะแนนและค่าของความแตกต่างในเรื่องการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกี่ยวกับโรคพฤติกรรมเสี่ยง และระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคจากพฤติกรรมเสี่ยงสูงกว่าก่อนการทดสอบ ซึ่ง

เปลี่ยนแปลงในทิศทางที่เพิ่มขึ้น ส่วนการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังพบว่าแตกต่างกัน ทั้งนี้คะแนนเพิ่มขึ้นเป็นผลมาจากนักจัดรายการวิทยุเกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเอง เห็นความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ และผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมให้ความรู้ต่าง ๆ ระหว่างทำกิจกรรมเช่น สาธิตในเรื่องของการออกกำลังกาย และฝึกทักษะร่วมปฏิบัติในการออกกำลังกายโดยการเหยียดอวัยวะทุกส่วนของร่างกาย ซึ่งทำให้นักจัดรายการวิทยุมีระดับที่สูงขึ้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศุภวรรณ พิมใจใส<sup>(12)</sup> โดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคสำหรับส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการตาบอดในผู้ป่วยที่มารับการรักษาในคลินิกต้อหิน

### 3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยง

คะแนนด้านความรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงของนักจัดรายการวิทยุ ภายหลังจากดำเนินการมีค่าเฉลี่ยของคะแนนและค่าของความแตกต่างในเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพฤติกรรมเสี่ยง และระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงหลังการทดสอบสูงกว่าก่อนการทดสอบ ซึ่งเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่เพิ่มขึ้น เพราะในการจัดกิจกรรมการให้ความรู้ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพจะให้ความสำคัญในเรื่องของผลต่อจากพฤติกรรมเสี่ยง และสอดคล้องกับส่วนผสมการตลาดคือ บริการ (Product) นักจัดรายการวิทยุมีการส่งเสริมสุขภาพในด้านการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร และการจัดการความเครียด โดยมีคู่มือการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานและแผ่นพับ สอดคล้องกับการศึกษาของศุภวรรณ พิมใจใส<sup>(12)</sup> โดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคสำหรับส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการตาบอดในผู้ป่วยที่มารับการรักษาในคลินิกต้อหิน

### 4. ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการส่งเสริมสุขภาพ

คะแนนด้านความคาดหวังในความสามารถของตนเองของนักจัดรายการวิทยุ ภายหลังจากดำเนินการมีค่าเฉลี่ยของคะแนนและค่าของความแตกต่างในเรื่องความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นก่อนการทดสอบ และสอดคล้องกับส่วนผสมทางการตลาดคือ บริการ (Product) นักจัด

รายการวิทยุมีการส่งเสริมสุขภาพในด้านการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร และการจัดการความเครียด โดยมีคู่มือการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานและแผ่นพับ ซึ่งผลจากการเปลี่ยนแปลงเกิดจากการส่งเสริมการพัฒนาพฤติกรรม โดยสื่อที่ได้รับเหมาะสมกับนักจัดรายการวิทยุ และทำให้ทราบความสำคัญ ผลที่เกิดจากการดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง รวมถึงการใช้ขั้นตอนที่ 1 ของทฤษฎีกระบวนการตลาดเชิงสังคม และนักจัดรายการวิทยุคาดหวังระหว่างการทำกิจกรรมกลุ่มจนถึงหลังจกสิ้นสุด และสามารถนำไปปฏิบัติใช้จริงว่าการพบปัญหาของสุขภาพนักจัดรายการวิทยุจะดีขึ้น และยอมรับกับการศึกษาของการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศุภวรรณ พิมใจใส<sup>(12)</sup> โดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคสำหรับส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการตาบอดในผู้ป่วยที่มารับการรักษาในคลินิกต้อหิน กลุ่มตัวอย่างตามที่คุณสมบัติกำหนดจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คนและกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค โดยการใช้ภาพพลิก วีดีโอ แผ่นพับ สาธิตและฝึกปฏิบัติการหยอดตา พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันการตาบอดจากโรคต้อหินดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

##### 5. ความคาดหวังในผลลัพธ์ในการส่งเสริมสุขภาพ

คะแนนด้านความคาดหวังในผลลัพธ์ในการส่งเสริมสุขภาพของนักจัดรายการวิทยุ ภายหลังจากดำเนินการมีค่าเฉลี่ยของคะแนน และค่าของความแตกต่างในเรื่องความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการส่งเสริมสุขภาพ เห็นได้จากการมีความรู้ ความเข้าใจในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งเห็นความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น จึงทำให้นักจัดรายการวิทยุเกิดความตระหนักในการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้มีพฤติกรรมปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นและคาดหวังผลลัพธ์ในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศุภวรรณ พิมใจใส<sup>(12)</sup> โดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคสำหรับส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการตาบอดใน

ผู้ป่วยที่มารับการรักษาในคลินิกต้อหิน

##### 6. การจัดการความเครียด

คะแนนด้านการจัดการความเครียดของนักจัดรายการวิทยุ โดยใช้แบบสอบถามของสวนปรุงในการวัดระดับความเครียด ภายหลังจากดำเนินการมีค่าเฉลี่ยของคะแนนและค่าของความแตกต่างในเรื่องการจัดการความเครียด จะเห็นได้ว่าก่อนดำเนินการนักจัดรายการวิทยุมีความเครียดระดับรุนแรง เนื่องจากมีปัจจัยที่เกิดจากการทำงานคือ การที่ไม่มีเวลาวางในการดูแลสุขภาพของตนเองในการออกกำลังกายทำให้เกิดผลเสียต่ออวัยวะในร่างกาย มีความเครียดในการค้นหาเตรียมข้อมูลข่าวสารที่จะกระจายเสียงถึงประชาชน หลังจกดำเนินการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพให้กับนักจัดรายการวิทยุพบว่า ความเครียดของนักจัดรายการวิทยุลดลง โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากการจัดกิจกรรมจะเน้นให้นักจัดรายการวิทยุเป็นศูนย์กลาง ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาของตนเองในเรื่องของพฤติกรรมสุขภาพระหว่างการปฏิบัติงาน มีการปฏิบัติในเรื่องของการออกกำลังกาย ซึ่งจะใช้สื่อเอกสารแผ่นพับในการปฏิบัติ ได้แก่ คู่มือการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน และแผ่นพับยืดเส้นยืดสายป้องกันและแก้ไขอาการปวดศีรษะ และยืดเส้นยืดสายแก้ไขอาการปวดหลัง สามารถปฏิบัติระหว่างการทำงานได้และจะเกิดผลดีต่อสุขภาพ และทำให้นักจัดรายการวิทยุมีความตระหนักเพิ่มมากขึ้นที่จะดูแลในเรื่องของสุขภาพเห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

##### 7. การปฏิบัติตนต่อการส่งเสริมสุขภาพ

คะแนนด้านการปฏิบัติตนต่อการส่งเสริมสุขภาพของนักจัดรายการวิทยุ ภายหลังจากดำเนินการมีค่าเฉลี่ยของคะแนนและค่าของความแตกต่างในเรื่อง การปฏิบัติตนต่อการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของนักจัดรายการวิทยุ โดยใช้ส่วนผสมทางการตลาดมาประยุกต์ใช้ในเรื่องของการปฏิบัติ และมีสื่อที่เหมาะสมที่ใช้ในการปฏิบัติคือ คู่มือการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน และแผ่นพับยืดเส้นยืดสายป้องกันและแก้ไขอาการปวดศีรษะ และยืดเส้นยืดสายแก้ไขอาการปวดหลังเป็นต้น การจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพการออกกำลังกาย ส่งผลให้พฤติกรรมปฏิบัติตนของนักจัดรายการวิทยุมีความถูกต้องเหมาะสมเพิ่มมากขึ้น จึงทำให้เกิดความตระหนักในการปฏิบัติตนในการ

ส่งเสริมสุขภาพ ส่งผลให้มีพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนในการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นซึ่งสอดคล้องกับคณิศรสิงห์ไกร<sup>(13)</sup> ได้ศึกษาผลของโครงการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครที่มาตรวจสุขภาพโรงพยาบาลตำรวจ โดยเน้นในเรื่องของการปฏิบัติกรรมการส่งเสริมสุขภาพซึ่งพบว่า การส่งเสริมสุขภาพการออกกำลังกายในตำรวจเกิดผลดีต่อสุขภาพของตำรวจ โดยเน้นในเรื่องการฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย

จากการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพได้จากการจัดกิจกรรมหลังการดำเนินกิจกรรมทั้งการให้ความรู้ในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพและจัดกิจกรรมฝึกทักษะการปฏิบัติ ซึ่งจำแนกได้ดังนี้

### 1. ด้านการออกกำลังกาย

จากการศึกษาด้านการออกกำลังกายพบว่านักจัดรายการวิทยุยังขาดการออกกำลังกายซึ่งพบปัญหาดังนี้ นักจัดรายการวิทยุไม่มีเวลา ไม่มีอุปกรณ์ และถ้าจะแบ่งกลุ่มให้เป็นสองกลุ่มคือกลุ่มที่ไม่ออกกำลังกายและกลุ่มที่ออกกำลังกายเป็นประจำ แล้วถามถึงสาเหตุที่กระทำเช่นนั้น เหตุผลที่กลุ่มไม่ออกกำลังกายตอบมากที่สุดคือไม่มีเวลา มีงานมาก เหตุผลรองลงมาคือออกกำลังกายแล้วทำให้เหนื่อย ปวดเมื่อยและเปลืองพลังงาน และอันดับที่ 3 คือออกกำลังกายแล้วไม่สนุก ส่วนผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอมีเหตุผลที่สำคัญที่สุดคือ ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพและสมรรถภาพทางกาย เหตุผลรองลงมาคือออกกำลังกายแล้วสนุกสนานเพลิดเพลิน เหตุผลที่สามคือผ่อนคลายความเครียด อย่างไรก็ตามกลุ่มออกกำลังกายหรือไม่ออกกำลังกาย ถ้าต้องการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพต้องมีหลักการและวิธีการที่ถูกต้อง จึงจะทำให้กิจกรรมที่ปฏิบัติกันเกิดประโยชน์ต่อร่างกายมากที่สุดคุ้มค่ากับเวลาที่ใช้ไปรวมทั้งไม่เกิดอันตรายต่อตนเอง บางคนอาจคิดว่าการทำงานบ้าน การปลูกต้นไม้ รดน้ำต้นไม้ก็เพียงพอและถือเป็นการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพแล้ว แต่ความจริงนั้นการกระทำดังกล่าวพอที่จะพัฒนาสมรรถภาพทางกายได้ และวิธีการออกกำลังกายที่ได้ผลมากที่สุดคือ คู่มือก้าวเดินเพื่อสุขภาพและสื่อแผ่นพับของการออกกำลังกายได้แก่ ยืดเส้นยืดสาย 1 ป้องกันและแก้ไขอาการปวดศีรษะ ยืดเส้นยืดสาย 2 ป้องกันและแก้ไข

อาการปวดหลัง ยืดเส้นยืดสาย 3 สำหรับผู้ช้ำและผู้นั่งในรถยนต์

### 2. ด้านการบริโภคอาหาร

จากการศึกษาด้านการบริโภคอาหารพบว่า นักจัดรายการวิทยุมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารจานด่วน อาหารฟาสต์ฟู้ดเช่น พิซซ่า แฮมเบอร์เกอร์ อาหารว่างระหว่างทำงาน ส่วนใหญ่มักเป็นขนมขบเคี้ยว โดนัท ลูกกี น้ำอัดลม น้ำหวาน ซึ่งทำให้อ้วนได้ง่าย ส่วนใหญ่ทำกิจกรรมหรือปฏิบัติงานอยู่กับเพื่อน และเมื่อมีกิจกรรมใดๆ ก็มักใช้อาหารเป็นสื่อ ดังนั้นพฤติกรรมกรรมการบริโภคของนักจัดรายการวิทยุส่วนใหญ่ได้รับอิทธิพลมาจากการทำงานที่ไม่มีเวลาว่างให้กับตนเองและกลุ่มเพื่อนที่ทำงานรวมทั้งโฆษณาและสื่อต่างๆ ตลอดจนการเจริญเติบโตและความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทำให้วิถีชีวิตของคนปัจจุบันสุขสบายขึ้น มีเครื่องทุ่นแรงและอุปกรณ์อำนวยความสะดวกมากมาย ไม่ว่าจะเป็นเครื่องซักผ้า เครื่องอบผ้า เครื่องดูดฝุ่น หม้อหุงข้าว รวมทั้งอุปกรณ์สร้างความบันเทิงและผ่อนคลายความเครียดได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุซีดี ตลอดจนเกมส์คอมพิวเตอร์ ซึ่งล้วนแต่ทำให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง ทำให้ใช้พลังงานลดลงไปด้วยยิ่งไปกว่านั้น บางครอบครัวอาจเข้าใจผิดซื้อหาเกมส์คอมพิวเตอร์หรือวิทยุเกมส์ต่าง ๆ มาให้เด็กเล่นเพื่อต้องการให้เด็กเล่นอยู่กับบ้านและอยู่ในสายตา จึงมีส่วนทำให้เด็กมีกิจกรรมการออกกำลังกายและการเคลื่อนไหวลดลง แต่อย่างไรก็ตามยังมีกลุ่มที่ยังเห็นความสำคัญของสุขภาพ โดยมีการดูแลสุขภาพของตนเองและบุคคลภายในครอบครัวได้แก่ การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์การปรุงอาหารที่บ้านให้ครบตามโภชนบัญญัติหลังจากได้จัดกิจกรรมส่วนใหญ่มีการพัฒนาดีขึ้น

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจึงน่าจะทำให้เราได้ตระหนักและเลือกบริโภคอาหารที่มีประโยชน์และหลากหลาย โดยบริโภคในปริมาณที่พอเพียง ไม่มากไม่น้อยเกินไป หลีกเลี่ยงอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพ เช่น อาหารรสหวาน และอาหารรสจัดอื่น ๆ พยายามกินผักให้มากขึ้น ที่สำคัญคือเรื่องของการใช้พลังงานควรให้สัมพันธ์กับอาหารด้วย แต่การใช้พลังงานหรือทำกิจกรรมต่างๆ น้อยลงก็ทำให้ส่งผลต่อสุขภาพได้เช่นกัน ดังนั้นถ้ากิจกรรมน้อยลงก็ต้องลดปริมาณของอาหารลงด้วย

### 3. ด้านการจัดการความเครียด

จากการศึกษาด้านการจัดการความเครียดพบว่า นักจัดรายการวิทยุมีความเครียดกับการทำงานในเรื่องเจ้านาย/หัวหน้างานความคิดเห็นไม่ตรงกันเกิดความขัดแย้ง หัวหน้าที่ไม่แยกเรื่องงานกับเรื่องส่วนตัว เพื่อนร่วมงานมาจากที่หลากหลายต่างคนต่างนิสัย บางคนมาสายแต่กลับเร็วไม่ให้ความร่วมมือในการทำงาน ตัวเราเองบุคลิกภาพเป็นคนเครียดง่าย ไม่ยืดหยุ่น คาดหวังสูงเกินไป ปรึบฟังความคิดเห็นของคนอื่น และลักษณะงานที่ทำก่อให้เกิดความเครียด งานที่เกี่ยวกับชีวิตคนความเป็นความตายของคน เช่น การประชาสัมพันธ์ทางสื่อวิทยุ มีความกังวลทำให้เกิดความเครียดได้ หลังจากที่ได้จัดกิจกรรมทำให้นักจัดรายการวิทยุมีความเครียดน้อยลง ซึ่งการจัดการความเครียดของนักจัดรายการวิทยุโดยมีคู่มือการส่งเสริมสุขภาพวิทยุทำงาน และแผ่นพับยืดเส้นยืดสาย 1 ป้องกันและแก้ไขอาการปวดศีรษะ ยืดเส้นยืดสาย 2 ป้องกันและแก้ไขอาการปวดหลัง ยืดเส้นยืดสาย 3 สำหรับผู้ขับและผู้นั่งในรถยนต์ สามารถปฏิบัติกิจกรรมระหว่างทำงาน ทำให้ลดอาการปวดต่างๆ และลดความเครียดระหว่างทำงานได้

หลังจากดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้ส่วนผสมทางการตลาด 4 P's ซึ่งกระบวนการของการดำเนินการทำให้ผลของความเครียดในนักจัดรายการวิทยุลดลง เกิดจากได้รับการฝึกทักษะการออกกำลังจากผู้เชี่ยวชาญ และการใช้คู่มือการส่งเสริมสุขภาพของวิทยุทำงาน คู่มือแผ่นพับและโปสเตอร์ที่สามารถปฏิบัติในระหว่างการทำงานได้

### สรุปผลการวิจัย

ภายหลังการดำเนินการพบว่า นักจัดรายการวิทยุ มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากพฤติกรรมเสี่ยง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพฤติกรรมเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถของตนในการส่งเสริมสุขภาพ ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการส่งเสริมสุขภาพ การจัดการความเครียดและการปฏิบัติตนในการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.001)

### ข้อเสนอแนะ

#### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) จากผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาพฤติกรรมกรมการส่งเสริมสุขภาพของนักจัดรายการวิทยุ โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการตลาดเชิงสังคม โดยมีส่วนผสมทางการตลาด 4 P's ประกอบด้วย Price, Place, Product, Promotion ในการดำเนินกิจกรรม และใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ช่วยทำให้นักจัดรายการวิทยุมีความรู้และปฏิบัติตนได้เหมาะสมมากขึ้น ดังนั้นควรนำความรู้ไปใช้ในนักจัดรายการวิทยุในจังหวัดอื่น ๆ

2) การเลือกใช้สื่อและช่องทางที่เหมาะสมจะทำให้สามารถส่งเสริมการได้รับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและตระหนักถึงการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งสื่อที่เหมาะสมสำหรับนักจัดรายการวิทยุคือ คู่มือการส่งเสริมสุขภาพวิทยุทำงาน เอกสารแผ่นพับยืดเส้นยืดสาย ป้องกันและแก้ไขอาการปวดศีรษะ และป้องกันและแก้ไขอาการปวดหลัง

#### 2. ข้อเสนอแนะในการทาวิจัยครั้งต่อไป

1) ตามหลักทฤษฎีของการตลาดเชิงสังคม จะต้องมีการย้อนกลับไปสู่ขั้นตอนที่ 1 เพื่อให้การดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการในครั้งต่อไป

2) จากการร่วมกันแสดงความคิดเห็น วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของนักจัดรายการวิทยุ พบว่า มีปัญหาด้านเวลาการทำงานและด้านพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาและพัฒนาต่อเนื่องในเรื่องความเป็นอยู่ในการปฏิบัติการทำงาน และการแก้ปัญหาในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพของนักจัดรายการวิทยุเพื่อให้ตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง

3) ควรจะมีการติดตามผลในระยะยาวของโครงการ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้นักจัดรายการวิทยุมีการดูแลสุขภาพมากขึ้น

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนักจัดรายการวิทยุทั้ง 4 จังหวัด ได้แก่ ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

## เอกสารอ้างอิง

1. ณรงค์ศักดิ์ หนุสอน. การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน: แนวคิดและการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
2. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา และคณะ. สุขภาพคนไทย. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2550.
3. จุฬารัตน์ โสตะ. การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่. ขอนแก่น: ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2546.
4. บำรุง สุขพรรณ. วิทยูและโทรทัศน์ในประเทศไทย: กฎหมายและระเบียบว่าด้วยวิทยุและโทรทัศน์ ปี 2498-2522. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2522.
5. เรวดี จงสุวรรณ และคณะ. การพัฒนาพฤติกรรมกรมสร้างเสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: อีโมชั่น อาร์ต. แผนงานการพัฒนาสถาบันการศึกษาสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554.
6. พงเดช สารการ. การนำวิธีการทางสถิติมาใช้ในงานวิจัยชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
7. MacKay DG. Awareness and error detection: New theories and research paradigms. *Consciousness & Cognition* 1992; 1: 199-225.
8. จุฬารัตน์ โสตะ. แนวคิด ทฤษฎีและประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. ขอนแก่น: ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
9. Novelli WD. Applying Social Marketing to Health Promotion and Disease Prevention. In: Glanz K, Lewis FM and Rimer BK (editors). *Health Behavior and Health Education*. San Francisco(CA): Jossey Bass Publisher; 1990.
10. Bloom BS. *Taxonomy of Educational Objective, Handbook 1: Cognitive Domain*. New York: David McKay; 1971.
11. ประภาศรี โพธิ์สูง. ประสิทธิภาพของเทคนิคการตลาดเชิงสังคมในการกระจายการได้รับเกลือเสริมไอโอดีนในชุมชน อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.
12. ศุภวรรณ พิมพ์ใจใส. ผลของโปรแกรมการให้สุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคสำหรับส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการตาบอดในผู้ป่วยที่มารับการรักษาในคลินิกต้อหินโรงพยาบาลขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
13. คณิงนิจ สิงห์ไกร. ผลของโครงการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมกรมสร้างเสริมสุขภาพตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครที่มาตรวจสุขภาพโรงพยาบาลตำรวจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2547.
14. Roger RW. Protection motivation Theory Health Education Research Theory and Practice. [n.p.]; 1986.